



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

Σχολή Επιστημών Υγείας

Τμήμα Δημόσιας και Ενιαίας Υγείας

**Πολιτικές υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα
μη μεταδιδόμενα νοσήματα σε μετακινούμενους
πληθυσμούς.**

**European Union Health Policies on
no-communicable diseases in mobile populations.**

Νίτσκα Μαρία , 2219072

Κωνσταντίνος Τσιάμης

Σεπτέμβρης 2023

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ τον επιβλέποντα καθηγητή μου Κωνσταντίνο Τσιάμη για την υποστήριξη του και την πολύτιμη οικογένεια μου.

Περίληψη

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εξετάζει τις πολιτικές υγείας που έχει υιοθετήσει η Ευρωπαϊκή Ένωση για τη διαχείριση των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων στους μετακινούμενους πληθυσμούς. Η εργασία αναδεικνύει τη σημασία της αντιμετώπισης των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων, διερευνώντας τους λόγους που καθιστούν αυτήν την προσέγγιση απαραίτητη. Ειδικότερα, εξετάζεται η πολιτική κατεύθυνση της ΕΕ που αναφέρεται στην υγεία των μεταναστών και των προσφύγων, με έμφαση στις πρωτοβάθμιες μεθόδους πρόληψης και αντιμετώπισης των νοσημάτων. Ερευνάτε επίσης γιατί η αντιμετώπιση των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων αποτελεί προτεραιότητα, καθώς αυτά μπορούν να έχουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στη δημόσια υγεία και την οικονομία. Η εργασία εξετάζει επίσης το θέμα της υγειονομικής κάλυψης για τους μετακινούμενους πληθυσμούς, αναλύοντας τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν στην πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες. Ειδικότερα, τα εμπόδια που προκύπτουν λόγω γλωσσικών, πολιτιστικών και νομικών παραγόντων. Επιπλέον, η εργασία αναδεικνύει το ερώτημα εάν υπάρχουν πραγματικές πολιτικές υγείας για τους μετακινούμενους πληθυσμούς και ερευνά την αποτελεσματικότητα και την εφαρμογή των υφιστάμενων προσεγγίσεων. Τέλος, αναζητεί νέες δυνατότητες και προτάσεις για βελτίωση των πολιτικών υγείας σε αυτό το πεδίο. Παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί, η αντιμετώπιση των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων σε μετακινούμενους πληθυσμούς παραμένει πρόκληση. Η επίλυση αυτής της πρόκλησης απαιτεί συντονισμένες προσπάθειες σε επίπεδο ΕΕ, εθνικού και τοπικού επιπέδου, με έμφαση στην πρόληψη, την παροχή πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και τη δημιουργία ενημερωτικών εκστρατειών.

Summary

This thesis examines the health policies of the European Union for the management of non-communicable diseases in mobile populations. It highlights the importance of this approach and examines the reasons behind it. It focuses on policies for the health of immigrants and refugees, focusing on the prevention and treatment of diseases. It investigates the challenges in providing health care for

these populations, such as language and cultural barriers. It also investigates whether there are real health policies for these populations and the effectiveness of existing approaches. Finally, it suggests new possibilities for improving health policies in this area. Despite progress, addressing NCDs in these populations remains a challenge, requiring coordinated efforts at EU, national and local levels, with a focus on prevention and the provision of health services and information campaigns.

Λέξεις κλειδιά : μετανάστης , πρόσφυγας , μη μεταδιδόμενα νοσήματα , παχυσαρκία , διαβήτης

Key words: immigrant, refugee, non-communicable diseases, obesity, diabetes

Πίνακας Περιεχομένων

Εισαγωγή.....	6
1. Ορισμοί.....	7
2. Γιατί είναι σημαντική η αντιμετώπιση των μη μεταδοτικών νοσημάτων	10
2.2 Ποιο μη μεταδοτικό νόσημα πρέπει να αντιμετωπίσετε.....	14
3. Στατιστικά στοιχεία.....	15
4. Η μεταναστευτική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	18
5. Το ευρωπαϊκό δίκαιο για το άσυλο.....	19
6. Μη μεταδιδόμενα νοσήματα και μετακινούμενοι πληθυσμοί.....	25
6.1 Υγειονομική κάλυψη σε καταστάσεις μετανάστευσης	29
6.2 Πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας μητρότητας	32
6.3 Πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας από μετανάστες.....	33
7. Παχυσαρκία και μετακινούμενοι πληθυσμοί	34
8. Πληθυσμός ασυνόδευτων ανηλίκων	37
9. Κοινωνικοί και καθοριστικοί παράγοντες υγείας.....	38
10. Ψυχική υγεία	39
11. Οικονομικά της υγείας και μετακινούμενοι πληθυσμοί.....	41
12. Εμπόδια στην πρόσβαση υγείας	46
12.1 Θέματα επικοινωνίας και πληροφόρησης	48
13. Προτεινόμενες πολιτικές -Προτάσεις για το μέλλον.....	52
13.1 Τι είδους πολιτικές προτιμάνε οι ευρωπαϊκές χώρες και γιατί.....	55
14. COVID-19 και μη μεταδιδόμενα νοσήματα σε μετακινούμενους πληθυσμούς.....	57

Βιβλιογραφία

Εισαγωγή

Τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα αποτελούν μια σοβαρή πρόκληση για τη δημόσια υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο. Αυτά τα νοσήματα, όπως ο καρκίνος, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο διαβήτης και οι χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις, έχουν σοβαρές συνέπειες για την υγεία και την ευημερία του παγκόσμιου πληθυσμού. Η αντιμετώπιση αυτών των νοσημάτων είναι επιτακτική και η πρόληψη τους αποτελεί έναν σημαντικό στόχο για την παγκόσμια κοινότητα υγείας.

Οι στατιστικές πληροφορίες αποδεικνύουν τη σοβαρότητα του προβλήματος. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως, αφορώντας περισσότερο από 70% των θανάτων παγκοσμίως. Περίπου 41 εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν ετησίως λόγω αυτών των νοσημάτων. Επιπλέον, η επιβάρυνση αυξάνεται διαρκώς, καθώς η παγκόσμια προσβολή των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων εκτιμάται ότι θα αυξηθεί κατά 17% μέχρι το 2030.

Πέραν των συνεπειών στην υγεία, τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα έχουν επίσης σημαντικές οικονομικές συνέπειες. Σύμφωνα με έρευνες, οι δαπάνες που σχετίζονται με τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα αντιπροσωπεύουν σημαντικό ποσοστό του συνολικού κόστους υγείας σε πολλές χώρες. Για παράδειγμα, το Παγκόσμιο Οικονομικό Φόρουμ εκτιμά ότι η οικονομική επιβάρυνση των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων στην παγκόσμια οικονομία ανέρχεται σε δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως. (Charles Agyemang et.al , 2019)

Επομένως, η αντιμετώπιση και η πρόληψη των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων αποτελούν προτεραιότητα για την υγεία των ανθρώπων και την βιωσιμότητα των κοινωνιών.

Είναι εμφανές ότι, με την άφιξη εκατοντάδων χιλιάδων ανθρώπων στην Ευρωπαϊκή κοινωνία, τόσο οι θεσμοί της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσο και οι εθνικές κυβερνήσεις βρέθηκαν αναπάντεχα αντιμέτωποι με την έντονη αύξηση των μεταναστευτικών ροών. Τα νομικά

κείμενα που είχαν εγκριθεί πριν από τη μεταναστευτική κρίση δεν είχαν λάβει υπόψη τις σύγχρονες ανάγκες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εξετάζει τις προκλήσεις και πολιτικές που ανακύπτουν στον τομέα της υγείας λόγω της αυξανόμενης κινητικότητας των ανθρώπων στην Ευρωπαϊκή Ένωση, εστιάζοντας ιδιαίτερα στα μη μεταδιδόμενα νοσήματα. Προσεγγίζουμε το θέμα με το ερώτημα κατά πόσον η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει θεσπίσει πολιτικές υγείας που αντιμετωπίζουν ειδικά αυτό το ζήτημα για τους μετακινούμενους πληθυσμούς.

Στο πλαίσιο αυτής της έρευνας, εξετάζουμε τον τρόπο αντιμετώπισης, κάθε χώρας που ανήκει στην ΕΕ, των προκλήσεων που σχετίζονται με μη μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο διαβήτης και ο καρκίνος, κατά τη διάρκεια της μετακίνησης των ατόμων εντός της ΕΕ. Εξετάζουμε επίσης την ύπαρξη συγκεκριμένων πολιτικών και μέτρων που επικεντρώνονται στην πρόληψη, τη διάγνωση και την παροχή ιατρικής περίθαλψης για αυτές τις ασθένειες σε αυτόν τον πληθυσμό.

Επιπλέον, αναλύουμε την πρόσβαση των μεταναστών και των προσφύγων σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη και υπηρεσίες που αντιμετωπίζουν τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα. Ερευνούμε εάν υπάρχουν προγράμματα που προωθούν υγιεινούς τρόπους ζωής και παρέχουν ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε αυτούς τους πληθυσμούς.

Μέσω αυτής της ανάλυσης, στοχεύουμε να κατανοήσουμε την ύπαρξη πραγματικών πολιτικών υγείας στην ΕΕ για τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα στους μετακινούμενους πληθυσμούς και την αποτελεσματικότητά τους. Αυτή η ανάλυση μπορεί να φωτίσει τις προκλήσεις που αντιμετωπίζονται και να προτείνει βελτιώσεις ή ενίσχυση των υφιστάμενων πολιτικών για την προστασία της υγείας των μεταναστών και των μετακινούμενων πληθυσμών. (Anna G. et.al, 2018)

1.Ορισμοί

Οι μη μεταδοτικές ασθένειες (NCD) αποτελούν ένα ευρύ φάσμα παθήσεων, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο διαβήτης, οι χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις, οι ψυχικές διαταραχές, οι νευρολογικές διαταραχές και ο καρκίνος. Αυτές οι παθήσεις αποτελούν το 80% του συνολικού φορτίου της νόσου στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και αντιπροσωπεύουν τις κύριες αιτίες πρόωγων θανάτων που θα μπορούσαν να αποφευχθούν. (European commission, Μη μεταδοτικές ασθένειες, 2022)

Η μετανάστευση αναφέρεται στη μακροπρόθεσμη ή προσωρινή αλλαγή της τοποθεσίας διαμονής ατόμων, ομάδων ή κοινωνικών σχηματισμών. Αποτελεί ένα πολύπλοκο φαινόμενο που συνδέεται άμεσα με την μετακίνηση ατομικών ή μαζικών πληθυσμών εντός ενός κράτους ή μεταξύ διαφόρων κρατών, λόγω κοινωνικών αλλαγών, οικονομικών και πολιτικών κρίσεων, επαναστάσεων και πολέμων, ανισόμετρης κατανομής του παγκόσμιου πλούτου μεταξύ αναπτυσσόμενων και ανεπτυγμένων χωρών, παγκόσμιας αναταραχής της αγοράς εργασίας και ανθρωπογενών καταστροφών, όπως η κλιματική αλλαγή και η περιβαλλοντική καταστροφή σε μεγάλες περιοχές του πλανήτη. (UNHCR, 2022)

Οι βασικοί λόγοι που οδηγούν άτομα στη μετανάστευση περιλαμβάνουν τα εξής:

- Αναζήτηση βελτιωμένων συνθηκών διαβίωσης και οικονομικής ευημερίας: Οι άνθρωποι επιδιώκουν να βρουν καλύτερες ευκαιρίες για μια πιο εύπορη και επιτυχημένη ζωή σε νέα μέρη.
- Επανένωση με την οικογένεια: Η επιθυμία να είναι μαζί με τα μέλη της οικογένειάς τους είναι ένας σημαντικός παράγοντας που ωθεί ανθρώπους να μετακινηθούν προς άλλες περιοχές.
- Ανάγκη για απόδραση από απειλές και κινδύνους: Οι άνθρωποι είναι αναγκασμένοι να αποχωρήσουν από περιοχές όπου υφίστανται απειλές κατά της ζωής και της ασφάλειάς τους, ιδίως από περιοχές που βρίσκονται σε πόλεμο ή υπό αυταρχικά καθεστώτα που περιορίζουν την ελευθερία και παραβιάζουν τα βασικά δικαιώματα των ατόμων.

Έτσι, η μετανάστευση αντιπροσωπεύει την προσπάθεια ατόμων και ομάδων να εξασφαλίσουν καλύτερες συνθήκες ζωής, να είναι κοντά στα αγαπημένα τους πρόσωπα και να αποφύγουν τους κινδύνους που υπάρχουν στην τρέχουσα τοποθεσία τους.

Υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που προσδιορίζουν το φαινόμενο της μετανάστευσης. Αυτοί περιλαμβάνουν τα εξής:

- α) Η διάρκεια παραμονής κατά τη μετακίνηση, δηλαδή αν η μετανάστευση είναι μόνιμη ή προσωρινή.
- β) Ο βαθμός ελευθερίας στην επιλογή της μετακίνησης, και εάν αποτελεί προϊόν ελεύθερης επιλογής του ατόμου ή όχι, με την μετανάστευση να είναι είτε εθελούσια είτε αναγκαστική.
- γ) Το μέγεθος του πληθυσμού που μετακινείται, ιδίως αν η μετανάστευση είναι ατομική ή ομαδική.

δ) Το νομικό καθεστώς της μετανάστευσης, που συνδέεται με το κατά πόσο η μεταναστευτική δραστηριότητα του ατόμου ή της ομάδας που μετακινείται είναι νόμιμα καταγεγραμμένη από τις αρχές του κράτους υποδοχής.

ε) Το γεωγραφικό εύρος της μετανάστευσης, ειδικά αν αυτή λαμβάνει χώρα εντός ή εκτός των συνόρων ενός κράτους. Με αυτόν τον τρόπο, η μετανάστευση μπορεί να είναι είτε εσωτερική είτε διασυνοριακή/διεθνής. (Jervelund, et.al, 2019)

Αλλοδαπή/Αλλοδαπός: Αναφέρεται σε ένα άτομο που διαμένει σε μια χώρα χωρίς να έχει την ιθαγένεια αυτής της χώρας ή την ιθαγένεια οποιουδήποτε κράτους (μη-ιθαγενής).

(Μετανάστευσης και Ασύλου , 2019)

Μετανάστης/Μετανάστρια: Αναφέρεται σε ένα άτομο και τα μέλη της οικογένειάς του/της που μετακινούνται σε μια άλλη χώρα ή περιοχή με σκοπό να βελτιώσουν τις υλικές και κοινωνικές συνθήκες τους και των μελών της οικογένειάς τους. Σύμφωνα με τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, για να θεωρηθεί κάποιος μετανάστης/μετανάστρια, πρέπει να διαμένει μακριά από τη χώρα γέννησής του ή τη χώρα ιθαγένειάς του για περισσότερο από 12 μήνες. (Μετανάστευσης και Ασύλου , 2019)

Τεκμηριωμένος μετανάστης: μετανάστης που εισήλθε νόμιμα σε μια χώρα και παραμένει στη χώρα σύμφωνα με τα κριτήρια αποδοχής του/της.

Μετανάστης σε παράτυπη κατάσταση: άτομο που μετακινείται ή έχει μετακινηθεί μέσω διεθνών συνόρων ενώ δεν έχει άδεια εισόδου ή διαμονής σε ένα κράτος σύμφωνα με το δίκαιο του εν λόγω κράτους και τις διεθνείς συμφωνίες στις οποίες αυτό το κράτος είναι συμβαλλόμενο μέρος.

Οικονομικός μετανάστης/Οικονομική μετανάστρια: Αναφέρεται σε ένα άτομο που μεταναστεύει με σκοπό να βελτιώσει την οικονομική του κατάσταση.

Πολίτης τρίτης χώρας: Αναφέρεται σε έναν πολίτη ενός κράτους που δεν έχει υπηκοότητα κάποιου κράτους-μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (Μετανάστευσης και Ασύλου , 2019)

Ορίζεται ως άτομο που δικαιούται διεθνούς προστασίας εκείνο που βρίσκεται εκτός της χώρας καταγωγής του ή της συνήθους διαμονής του και αντιμετωπίζει δυσκολίες ή δεν επιθυμεί να επιστρέψει για τους ακόλουθους λόγους:

- Υπάρχει νόμιμος και βάσιμος φόβος δίωξης βάσει φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, συμμετοχής σε συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα ή πολιτικών πεποιθήσεων (αναγνωρίζεται ως προσφυγικό καθεστώς).

- Αντιμετωπίζει σοβαρές και αυθαίρετες απειλές που απειλούν τη ζωή, την σωματική ακεραιότητα ή την ελευθερία του, προκαλούμενες από γενικευμένη βία ή γεγονότα που σοβαρά διαταράσσουν τη δημόσια τάξη (αναγνωρίζεται ως καθεστώς επικουρικής προστασίας ή ανθρωπιστικό καθεστώς).

Ο όρος "αιτών διεθνούς προστασίας" αναφέρεται σε ένα ατομικό, μη εγχώριο πρόσωπο που εκφράζει την πρόθεσή του προφορικά ή γραπτά σε αρμόδια κρατική αρχή να ζητήσει άσυλο ή να αποφευχθεί η απέλασή του. Ο λόγος που καταθέτει αυτό το αίτημα είναι ο φόβος του να υποστεί δίωξη λόγω φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, συμμετοχής σε ιδιαίτερη κοινωνική ομάδα ή πολιτικών πεποιθήσεων. Επιπλέον, υπάρχει κίνδυνος να υποστεί σοβαρή βλάβη στη χώρα προέλευσής του ή προηγούμενης διαμονής του, ειδικά εάν υπάρχει απειλή θανατικής ποινής, εκτέλεσης, βασανιστηρίων ή απάνθρωπης και εξευτελιστικής μεταχείρισης, ή εάν κινδυνεύει η ζωή του ή η σωματική ακεραιότητά του λόγω διεθνούς ή εμφύλιας σύρραξης. Σημειώνεται ότι όλοι οι αιτούντες άσυλο δεν αναγνωρίζονται ως δικαιούχοι διεθνούς προστασίας, αλλά κάθε πρόσφυγας ή γυναίκα πρόσφυγας θεωρείται αρχικά ως αιτών άσυλο.

Οι ασυνόδευτοι ανήλικοι αναφέρονται σε άτομα ηλικίας κάτω των 18 ετών που φτάνουν στην χώρα χωρίς τη συνοδεία γονέα ή κηδεμόνα, ή είναι ανήλικα άτομα που εγκαταλείπονται από τους γονείς ή τους κηδεμόνες τους μετά την άφιξή τους στη χώρα.(Μετανάστευσης και Ασύλου,2015)

Πρόσφυγας είναι κάθε πρόσωπο, το οποίο , επειδή έχει δικαιολογημένο φόβο διωγμού λόγω φυλής, θρησκείας , εθνικής προέλευσης , πολιτικών πεποιθήσεων ή συμμετοχής σε ορισμένη κοινωνική ομάδα, βρίσκεται έξω από την χώρα της υπηκοότητας του και δεν μπορεί , ή εξαιτίας αυτού του φόβου , δεν θέλει να προσφύγει στην προστασία της χώρας αυτής .

2. Γιατί είναι σημαντική η αντιμετώπιση των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), τα μη μεταδοτικά νοσήματα είναι η κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως, υπεύθυνη για το 71% του συνολικού αριθμού θανάτων κάθε χρόνο. Οι τέσσερις κορυφαίοι δολοφόνοι μεταξύ των NCDs με τον υψηλότερο αριθμό θανάτων είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις (17,9 εκατομμύρια θάνατοι ετησίως), οι καρκίνοι (9,0 εκατομμύρια), οι αναπνευστικές ασθένειες (3,9 εκατομμύρια) και ο διαβήτης (1,6

εκατομμύρια). Προβλέπεται ότι μέχρι το 2030, ο συνολικός αριθμός θανάτων από μη μεταδοτικές ασθένειες θα αυξηθεί σε 55 εκατομμύρια, εάν δεν υπάρξουν αλλαγές.

Το παγκόσμιο στατιστικό πλαίσιο δείχνει ότι περισσότεροι από 15 εκατομμύρια άνθρωποι με ηλικία μεταξύ 30 και 69 ετών χάνουν τη ζωή τους ετησίως λόγω των μη μεταδοτικών νοσημάτων. Αυτό αντιστοιχεί στο 49% όλων των μη μεταδοτικών νοσημάτων, τα οποία μπορούν να αποφευχθούν με προληπτικά μέτρα. Αυτή η προληπτική προσέγγιση θα μπορούσε να σώσει 2,4 εκατομμύρια ζωές κάθε χρόνο και να αποτρέψει την απώλεια 93,8 εκατομμυρίων ετών προσαρμοσμένης ζωής σε αναπηρία.

Επιπλέον, τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων, επηρεάζοντας τόσο τις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος όσο και τις χώρες υψηλού εισοδήματος. Αυτή η ανισότητα αποτελεί πρόκληση για τη διαμόρφωση πολιτικών που ανταποκρίνονται στις ειδικές ανάγκες κάθε ομάδας πληθυσμού και για τη διασφάλιση ενίσχυσης και ίσων ευκαιριών στον τομέα της υγείας.

Τα νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος, γνωστά και ως CVD, αποτελούν την κύρια αιτία παγκόσμιας επιβάρυνσης από μη μεταδοτικές ασθένειες, υπερβαίνοντας σε αριθμό θανάτων τον καρκίνο και τις χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις μαζί. Ο εκδηλωμένος αριθμός των περιπτώσεων καρδιαγγειακών νοσημάτων εμφανίζει σημαντικές διακυμάνσεις μεταξύ διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων. Αυτή η ποικιλία οφείλεται κυρίως στην διαφοροποιημένη έκθεση σε παράγοντες κινδύνου και στην απόκριση των συστημάτων υγείας στην πρόληψη και την αποτελεσματική διαχείριση των παραγόντων κινδύνου και των επιπλοκών. Οι τέτοιου είδους αναποφάσιστες διαφορές στην εμφάνιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων και των παραγόντων κινδύνου είναι ιδιαίτερα προφανείς μεταξύ των μεταναστών και των πληθυσμών υποδοχής στις χώρες όπου εγκαθίστανται. Επιπλέον, οι ερευνητικές εξετάσεις έχουν αποδείξει ότι η εμφάνιση, η εξάπλωση και οι ποσοτώσεις θανατηφόρων περιστατικών καρδιαγγειακών νοσημάτων διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των μεταναστών και των πληθυσμών υποδοχής, ανάλογα με το ιστορικό μετανάστευσης, το είδος των καρδιαγγειακών νοσημάτων και τη χώρα προορισμού στην οποία διαμένουν οι μετανάστες. Οι λόγοι που προκαλούν την ανισορροπία στην επίδραση και την εμφάνιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων μεταξύ των μεταναστών και των πληθυσμών υποδοχής δεν έχουν ακόμη διασαφηνιστεί πλήρως. Ωστόσο, έχει προταθεί ότι αυτές οι διαφορές συνδέονται με μεταβολές στην εμφάνιση των βασικών παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα. Αυτοί οι παράγοντες, όπως η υπέρταση, ο διαβήτης και η παχυσαρκία, εμφανίζουν μεταβολές που συνδέονται με τροποποιήσεις στον τρόπο ζωής,

σχετιζόμενες με τη μετανάστευση. Αυτές οι μεταβολές περιλαμβάνουν μη υγιεινή διατροφή, έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, παραμέληση ιατρικής αγωγής, χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, παράγοντες που προέρχονται από την πρώιμη ζωή, γενετικές προδιαθέσεις και τις περίπλοκες αλληλεπιδράσεις μεταξύ των γονιδίων και του περιβάλλοντος (επιγενετικοί παράγοντες), μεταξύ άλλων παραγόντων. Ο αυξημένος κίνδυνος των παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα μεταξύ των μεταναστών συμπίπτει με την αυξημένη συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Ένας από αυτούς τους παράγοντες είναι η υπέρταση, η οποία αποτελεί τον κύριο τροποποιησιμο παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα. Η υπέρταση εμφανίζεται συνεχώς υψηλότερα ποσοστά μεταξύ πολλών μεταναστευτικών πληθυσμών, ιδίως μεταναστών από την υποσαχάρια Αφρική. Αυτό συμβάλλει στην αυξημένη επίπτωση καρδιαγγειακών νοσημάτων σε αυτές τις ομάδες. (C.Agyemang et.al ,2019)

Ο καρκίνος αποτελεί το κυρίαρχο ζήτημα που αντιμετωπίζει η δημόσια υγεία και αποτελεί τη δεύτερη πρωταρχική πηγή θανάτου παγκοσμίως. Σύμφωνα με μια έκθεση που δημοσιεύτηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 2018, οι καρκίνοι που συναντώνται συχνότερα είναι αυτοί του πνεύμονα, του μαστού, του παχέος εντέρου, του προστάτη, του δέρματος και του στομάχου. Όσον αφορά τους θανάτους από καρκίνο, οι περισσότεροι προέρχονται από καρκίνο του πνεύμονα, του παχέος εντέρου, του στομάχου, του ήπατος και του μαστού. Υπάρχει μια παρατηρούμενη τάση για μείωση των ποσοστών θανάτου από καρκίνο του πνεύμονα, του μαστού, του παχέος εντέρου/ορθού και του προστάτη σε χώρες με υψηλά εισοδήματα. Ωστόσο, αυτά τα ποσοστά παραμένουν υψηλά σε χώρες με χαμηλά και μεσαία εισοδήματα.(WHO,2021).

Μελέτες για τον καρκίνο δείχνουν μεγάλες διαφορές στα ποσοστά επίπτωσης και θνησιμότητας μεταξύ των μεταναστών και των πληθυσμών στις χώρες υποδοχής . Συνεπώς, θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην υλοποίηση στρατηγικών υγείας που εστιάζουν στην ευεξία των μεταναστών, με στόχο τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου στις επόμενες χρονιές. Για παράδειγμα, είναι σημαντικό να προωθηθεί η απομάκρυνση των μεταναστών από τις ανθυγιεινές δυτικές ζωντανές συνήθειες, όπως το κάπνισμα, με σκοπό την πρόληψη των καρκίνων που συνδέονται με αυτόν τον τρόπο ζωής, όπως ο καρκίνος του πνεύμονα.

Ο διαβήτης έχει κερδίσει παγκόσμια προσοχή λόγω της αυξανόμενης εμφάνισής του και των σοβαρών επιπτώσεών του. Αυτή η πάθηση δεν είναι απλώς μια μακροχρόνια ασθένεια, αλλά αποτελεί επίσης μια σημαντική απειλή για την ανθρώπινη ζωή. Πέραν αυτού, μπορεί να προκαλέσει σοβαρές συνέπειες στην υγεία, όπως καρδιακές παθήσεις, νεφρική ανεπάρκεια

και βλάβη στα μάτια, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε τύφλωση και έλκη στα άκρα, που σε κάποιες περιπτώσεις απαιτούν ακρωτηριασμό τμημάτων του σώματος.(Budreviciute.A et.al ,2020). Από όλα τα μη μεταδιδόμενα χρόνια νοσήματα (NCDs) για τα οποία υπάρχουν αξιόπιστα δεδομένα, το νοσηλευτικό σύνδρομο διαβήτη τύπου 2 εμφανίζει ένα σημαντικότερο προσδιορισμό σε σχεδόν όλες τις εθνοτικές ομάδες μεταναστών σε σύγκριση με τους ντόπιους πληθυσμούς. Μια πρόσφατη ολοκληρωμένη ανασκόπηση μαζί με περαιτέρω αναλύσεις έχουν διερευνήσει τα ποσοστά εμφάνισης του διαβήτη τύπου 2 σε διάφορες εθνοτικές μειονότητες και μεταναστευτικούς πληθυσμούς. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται οι ομάδες που προέρχονται από τη νότια Ασία, τη Μέση Ανατολή και τη Βόρεια Αφρική, την υποσαχάρια Αφρική, τον Δυτικό Ειρηνικό και τη Νότια και Κεντρική Αμερική σε χώρες της Ευρώπης, σε σχέση με τις αντίστοιχες ευρωπαϊκές πληθυσμιακές ομάδες.

Η ανάλυση αποδεικνύει πως η επιδημία του διαβήτη τύπου 2 είναι περισσότερο εξαπλωμένη μεταξύ των διαφόρων ομάδων μεταναστών σε σύγκριση με τις ευρωπαϊκές ομάδες υποδοχής. Ειδικότερα, η ανάλυση επισημαίνει ότι οι κοινότητες με καταγωγή από τη νότια Ασία παρουσιάζουν τις υψηλότερες πιθανότητες εμφάνισης του διαβήτη τύπου 2, ακολουθούμενες από τις ομάδες με καταγωγή από τη Μέση Ανατολή και τη Βόρεια Αφρική, την υποσαχάρια αφρικανική καταγωγή, τον Δυτικό Ειρηνικό, ενώ σημαντικός αριθμός κρουσμάτων ανιχνεύεται και στις περιοχές της Νότιας και Κεντρικής Αμερικής, είτε πρόκειται για άνδρες είτε για γυναίκες. (C.Agyemang et.al ,2019) Πολλοί παράγοντες έχουν συνδεθεί με τον αυξημένο επιπολασμό του διαβήτη τύπου 2 μεταξύ των μεταναστών, συμπεριλαμβανομένης της παχυσαρκίας, της αντίστασης στην ινσουλίνη, της σωματικής αδράνειας και της ανθυγιεινής διατροφής και των αλληλεπιδράσεων των περιβαλλοντικών γονιδίων.

Η αύξηση των προβλημάτων ψυχικής ευημερίας, όπως η κατάθλιψη και η αγχώδης διαταραχή, είναι εμφανής με ιδιαίτερη ένταση στη μεταναστευτική πληθυσμιακή ομάδα, ειδικότερα μεταξύ των πρόσφατα φτάνοντων μεταναστών. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να αποδοθεί σε διάφορους παράγοντες που διαδραματίζουν ρόλο, χαράσσοντας το διακύβευμα της ψυχικής υγείας κατά την μεταναστευτική πορεία. Σειρά τραυματικών εμπειριών πριν από την έναρξη του ταξιδιού της μετανάστευσης, οι δυσκολίες που αντιμετωπίζονται κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της μετανάστευσης, καθώς και η προσαρμογή σε νέους κοινωνικούς, πολιτισμικούς και γλωσσικούς κύκλους μετά την άφιξη, αναδύουν μια σύνθετη πανοπλία πιθανών αιτιών.

Προς το παρόν, περαιτέρω έρευνα είναι αναγκαία για να κατανοήσουμε καλύτερα τον τρόπο με τον οποίο αυτοί οι παράγοντες διαδραματίζουν αλληλεπιδραστικά ρόλους στη διαμόρφωση των προβλημάτων ψυχικής υγείας στην μεταναστευτική κοινότητα. Με βάση τα ευρήματα αυτής της έρευνας, θα μπορούν να αναπτυχθούν πιο προσαρμοσμένες και αποτελεσματικές προσεγγίσεις στον τομέα της ψυχοκοινωνικής στήριξης και της προαγωγής της ψυχικής ευημερίας των μεταναστών.

Η διερευνημένη βιβλιογραφία για τη θεραπεία των χρόνιων αναπνευστικών παθήσεων σε πρόσφυγες και μετανάστες είναι περιορισμένη, αν και αναδεικνύει τα κενά και τα εμπόδια σε αυτόν τον τομέα. Στο Λίβανο, το 10% των Παλαιστινίων προσφύγων που προέρχονται από τη Συρία, ανέφεραν παρουσία χρόνιων αναπνευστικών νοσημάτων. Ειδικότερα, αυτά τα νοσήματα είχαν υψηλότερη διαδοσιμότητα μεταξύ εκείνων που διαμένουν σε προσφυγικούς καταυλισμούς σε σύγκριση με αυτούς που διαμένουν εκτός αυτών.

Αναλύοντας τα δεδομένα από τη Δανική Πολιτική Μητρώου, παρατηρήθηκε ότι τα παιδιά που ανήκουν σε εθνοτικές μειονότητες είχαν μειωμένες πιθανότητες να λάβουν αντιασθματικά φάρμακα, τόσο για ανακούφιση όσο και για προληπτικούς λόγους, σε σύγκριση με παιδιά από τον τοπικό πληθυσμό υποδοχής.

Όσον αφορά τα παιδιά μεταναστών, παρατηρήθηκε ανεπαρκής συμμόρφωση στη θεραπεία, ειδικά μεταξύ των νέων Λατίνων μεταναστών από το Μεξικό και το Πουέρτο Ρίκο. Επιπλέον, μια άλλη μελέτη που εξέτασε πρόσφυγες από το Κονγκό που βρίσκονταν στον προσφυγικό καταυλισμό Kiziba στη Ρουάντα, επισήμανε τη συνεπαγόμενη επίδραση της χρήσης στερεής βιομάζας ως καυσίμου στην αναπνευστική υγεία. (Agyemang, C. et.al , 2019).

2.2 Ποιο μη μεταδιδόμενο νόσημα πρέπει να αντιμετωπίσετε;

Η επιλογή των μη μεταδοτικών ασθενειών που πρέπει να αντιμετωπιστούν κατά τη διάρκεια μιας έκτακτης ανάγκης βασίζεται σε διάφορους παράγοντες. Αυτοί περιλαμβάνουν την αξιολόγηση του υπάρχοντος συστήματος υγείας, όπως το βαθμό προσβολής της νόσου πριν από την κρίση και τη διαθεσιμότητα φροντίδας. Επίσης, συνυπολογίζονται η πρόγνωση της νόσου σε περίπτωση διακοπής της θεραπείας, η επιθυμητή προσέγγιση για το σχέδιο θεραπείας και παρακολούθησης, το επίπεδο και το είδος της κρίσης, καθώς και η ικανότητα του ανταποκριτή να παρέχει βιώσιμη και οικονομικά αποδοτική φροντίδα. Ενώ η αποτελεσματική παροχή φροντίδας έχει προτεραιότητα κατά την αρχική αντίδραση σε μια απρόσμενη κρίση, ανεξαρτήτως της προέλευσής της, είναι σημαντικό να εξεταστεί η

βιωσιμότητα των παρεμβάσεων και η συνεχής παράδοσή τους στις τοπικές υγειονομικές αρχές ή δομές κατά τη διάρκεια μιας χρόνιας κρίσης.(Aebischer Perone, S, 2017).

Ο ΠΟΥ έχει δώσει προτεραιότητα στις καρδιαγγειακές παθήσεις (π.χ. ισχαιμική καρδιοπάθεια, υψηλή αρτηριακή πίεση), στους καρκίνους, στον διαβήτη και στις χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις (π.χ. άσθμα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια) για την παγκόσμια ανταπόκριση της δημόσιας υγείας γενικά, παρά στη σημασία τους σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης όπως σε ακραίες μετακινήσεις πληθυσμών από μια χώρα σε μια άλλη.

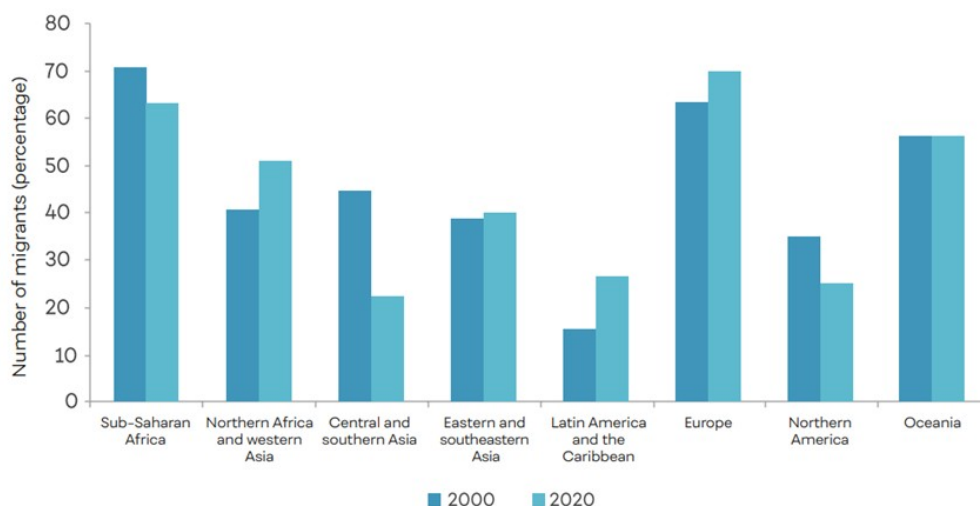
Η παχυσαρκία είναι ένας από τους παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακών παθήσεων. Επιστημονικές μελέτες στην ΕΕ έχουν δείξει ότι στους μεταναστευτικούς πληθυσμούς-ιδιαίτερα στο γυναικείο και παιδικό πληθυσμό από τη Βόρεια Αφρική και τη Μέση Ανατολή Υπάρχουν υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας και αυξημένου Δείκτη Μάζας Σώματος σε σύγκριση με τον γηγενή πληθυσμό. Η παχυσαρκία στους πρόσφυγες και τους μετανάστες είναι συνήθως κυρίαρχος παράγοντας κινδύνου που «φέρνουν» από τις χώρες προέλευσής τους, αλλά μπορεί επιπλέον να είναι συνέπεια της μετά της μετανάστευσης περιόδου, εξαιτίας της αλλαγής στη διατροφή, της σωματικής δραστηριότητας και διαφόρων κοινωνικοψυχολογικών παραγόντων, όπως στρες ή κοινωνικός αποκλεισμός. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί επίσης να ευθύνονται για τον υψηλό κίνδυνο ισχαιμικών και εγκεφαλικών επεισοδίων μεταξύ των μεταναστών (WHO Europe, 2018, σελ.32-33)

3.Στατιστικά στοιχεία

Κατά το έτος 2020, περίπου 90 εκατομμύρια άτομα που είχαν επιλέξει να μεταναστεύσουν διεθνώς προέρχονταν από χώρες με χαμηλό εισόδημα, αντιστοιχώντας στο 32% του συνόλου της παγκόσμιας διεθνούς μετανάστευσης. Από αυτούς, περίπου 37 εκατομμύρια άτομα, που αντιστοιχούν στο 13% της συνολικής μεταναστευτικής πληθυσμιακής ομάδας, προέρχονταν από χώρες με χαμηλό εισόδημα. Εκ των οποίων, σχεδόν το ήμισυ αυτής της ομάδας, δηλαδή περίπου 18,5 εκατομμύρια άνθρωποι, ανήκαν στην κατηγορία των προσφύγων και αιτούντων άσυλο. Ο αριθμός αυτός εμφανίζει σημαντική αύξηση μεταξύ των ετών 2000 και 2020.

Αναλύοντας τις 20 κυριότερες χώρες προέλευσης, παρατηρούμε ότι η πλειονότητα αυτών ήταν χώρες με χαμηλό εισόδημα. Για παράδειγμα, η Ινδία (με 18 εκατομμύρια μετανάστες), το Μεξικό (με 11 εκατομμύρια), η Ρωσική Ομοσπονδία (με 11 εκατομμύρια) και η Κίνα (με 10 εκατομμύρια) αποτελούν χώρες με χαμηλό εισόδημα. Εν τω μεταξύ, δύο από τις κορυφαίες χώρες προέλευσης, το Αφγανιστάν (με 8 εκατομμύρια) και η Αραβική Δημοκρατία της Συρίας (με 8 εκατομμύρια), ανήκουν στις χαμηλότερου εισοδήματος χώρες.

Εικ. 3.1 Ποσοστό ενδοπεριφερειακών μεταναστών μεταξύ όλων των προσφύγων και των διεθνών μεταναστών ανά περιοχή καταγωγής, 2000 -2020

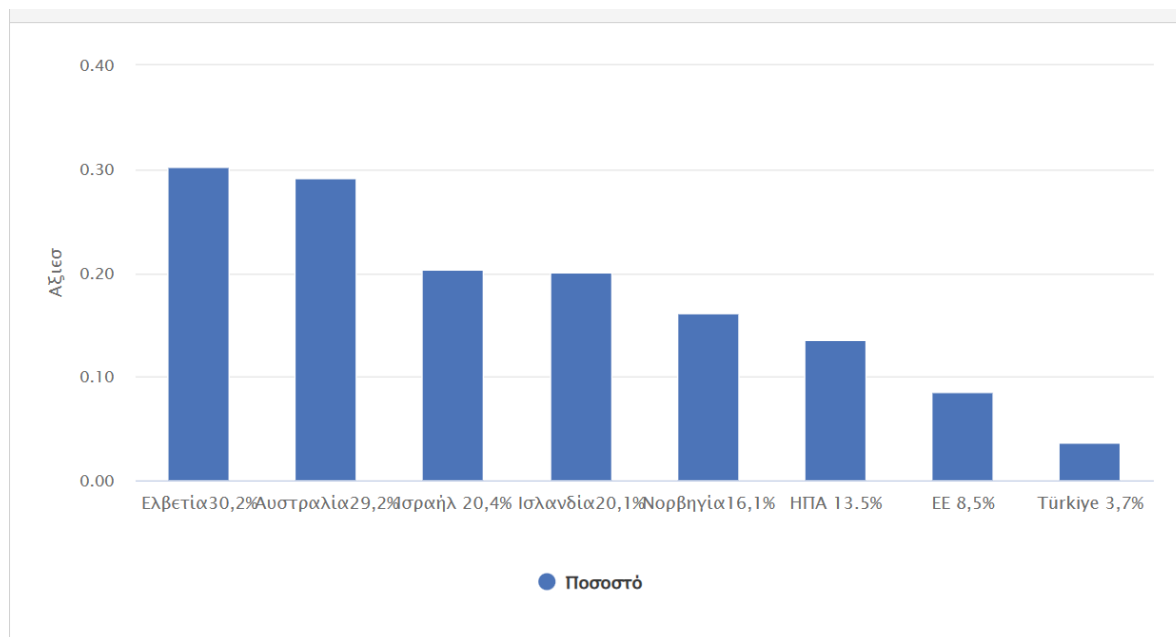


Υπουργείο Οικονομικών και Κοινωνικών Υποθέσεων των Ηνωμένων Εθνών, 2020

Όσον αφορά τους ασυνόδευτους ανηλίκους, σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία της UNICEF και της Ύπατης Αρμοστείας των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες (UNHCR), 300.000 παιδιά μετανάστες αναφέρθηκε ότι ήταν ασυνόδευτα ή χωρισμένα από την οικογένειά τους το 2015–16, και 153 300 ασυνόδευτοι ανήλικοι αναφέρθηκαν στον προσφυγικό πληθυσμό το 2019. Λόγω του κλεισίματος των συνόρων κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, ο αριθμός των ασυνόδευτων ανηλίκων έχει πιθανώς αυξηθεί.

446,7 εκατομμύρια κάτοικοι ζουν στην ΕΕ	23,8 εκατομμύρια ήταν πολίτες τρίτων χωρών (5,3% του συνολικού πλ. Της ΕΕ
38,0 εκατομμύρια άνθρωποι γεννήθηκαν εκτός ΕΕ (8,5% του συνόλου των κατοίκων της ΕΕ	Το ποσοστό του πληθυσμού που έχει γεννηθεί στο εξωτερικό στην ΕΕ είναι χαμηλότερο από ό,τι στις περισσότερες χώρες υψηλού εισοδήματος

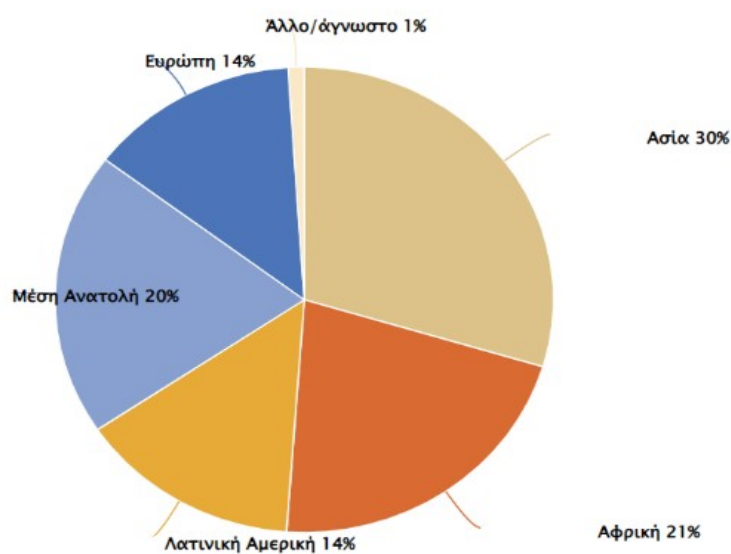
European Commission, 2022



Εικ.3.2 Κάτοικοι αλλοδαπής ανά χώρα

Eurostat, 2022

Εικ.3.3 Αιτούντες άσυλο για πρώτη φορά ανά ήπειρο καταγωγής (2022)



Eurostat, 2022

Το 2022: Παράτυπες διέλευσής συνόρων

331.400 παράτυπες διελεύσεις συνόρων Αύξηση κατά 66% σε σχέση με το 2021	148.000 θαλάσσιες διελεύσεις το 2022 Αύξηση 29% σε σχέση με το 2021	183.400 διελεύσεις χερσαίων συνόρων το 2022 Αύξηση 110% σε σχέση με το 2021
---	--	--

European Commission, 2022

4. Η μεταναστευτική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Είναι προφανές ότι η πολιτική των ευρωπαϊκών χωρών διαταράσσεται από τις αυξανόμενες ανάγκες που προκύπτουν από τις απαιτήσεις της αγοράς εργασίας και την ενίσχυση της παραγωγικότητας, τη δημογραφική ύφεση και την κοινωνική αναταραχή που προκαλείται από την αύξηση των μειονοτήτων στις χώρες υποδοχής. Αυτή η αναταραχή εκδηλώνεται μέσω φαινομένων όπως ξενοφοβία, η αυξητική τάση του εγκλήματος και διάφορων άλλων προβλημάτων.

Το πρώτο βήμα έγινε με την συνθήκη του Άμστερνταμ. Το 1997, στο Άμστερνταμ της Ολλανδίας, υπογράφηκε η Συνθήκη του Άμστερνταμ. Αυτή η συνθήκη τροποποίησε τις ευρωπαϊκές Συνθήκες προκειμένου να ενισχυθεί η λειτουργία και η αποτελεσματικότητα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι κύριοι στόχοι της Συνθήκης του Άμστερνταμ ήταν η ενίσχυση της δημοκρατίας, της διαφάνειας και της αποτελεσματικότητας των ευρωπαϊκών θεσμικών οργάνων, καθώς και η επέκταση των πολιτικών πεδίων στα οποία η Ένωση μπορεί να λαμβάνει αποφάσεις.

Η Συνθήκη του Άμστερνταμ αποτέλεσε σημαντικό ορόσημο για την πορεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης και προετοίμασε το έδαφος για μελλοντικές αλλαγές και εξελίξεις στην ευρωπαϊκή ολοκλήρωση.(Ευρωπαϊκή Ένωση 2023,ιδρυτικές συμφωνίες)

Δηλώνεται ότι ένας από τους στόχους της ΕΕ είναι:

«να διατηρήσει και να αναπτύξει την Ένωση ως χώρο ελευθερίας, ασφάλειας και δικαιοσύνης, εντός του οποίου θα διασφαλίζεται η ελεύθερη κυκλοφορία των προσώπων, σε συνδυασμό με κατάλληλα μέτρα όσον αφορά τους ελέγχους στα εξωτερικά σύνορα, το

άσυλο, τη μετανάστευση, την αποτροπή και την καταπολέμηση του εγκλήματος» (The Treaty of Amsterdam, Άρθρο 1, παρ. 5- Δελτίο Τύπου)

Στη σύνοδο του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου που πραγματοποιήθηκε στο Τάμπερε το 1999, συζητήθηκαν σημαντικά θέματα που αφορούσαν την ευρωπαϊκή πολιτική ασφάλειας και δικαιοσύνης. Κύριος στόχος της συνόδου ήταν η δημιουργία ενός ενιαίου χώρου ελευθερίας, ασφάλειας και δικαιοσύνης εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στο Τάμπερε, οι αρχηγοί κρατών και κυβερνήσεων συζήτησαν για θέματα όπως η μετανάστευση, ο έλεγχος των συνόρων, η πάταξη της εγκληματικότητας και η συνεργασία στον τομέα της δικαστικής συνεργασίας. Η σύνοδος του Τάμπερε οδήγησε στην έγκριση της Συνθήκης της Λισαβόνας το 2007, η οποία επέφερε σημαντικές αλλαγές στην ευρωπαϊκή νομοθεσία σχετικά με την ασφάλεια και τη δικαιοσύνη. (Cvce.eu, 2023)

Τον Μάρτιο του 2003 προωθήθηκε ο Κανονισμός 343/2003 της Ευρωπαϊκής Ένωσης, γνωστός και ως Δουβλίνο II. Ο κανονισμός αποτελεί μια τροποποίηση του προηγούμενου συστήματος Δουβλίνο, το οποίο καθορίζει το κριτήριο για τον προσδιορισμό του κράτους μέλους της ΕΕ που είναι αρμόδιο για την εξέταση μιας αίτησης ασύλου που υποβάλλεται σε ένα από τα κράτη μέλη.

Ο κανονισμός Δουβλίνο II εισήγαγε ορισμένες αλλαγές στο προηγούμενο σύστημα Δουβλίνο, προκειμένου να βελτιώσει την ισορροπία και την αλληλεγγύη μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ στην αντιμετώπιση του ασύλου. Οι κύριες αλλαγές περιλάμβαναν την εισαγωγή μέτρων για την προστασία των αιτούντων άσυλο από αυθαίρετες μεταφορές, καθώς και τη θέσπιση μηχανισμών για την αναστολή των απελάσεων προς άλλα κράτη μέλη σε περιπτώσεις όπου η υποδοχή και η προστασία του αιτούντος άσυλο θα μπορούσαν να παρουσιάσουν κινδύνους για την ασφάλειά του.

Ο κανονισμός Δουβλίνο II αποτελεί ακόμη ένα από τα σημαντικά νομικά κείμενα που διέπουν την αίτηση ασύλου και την πολιτική μετανάστευσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση. (Ευρωπαϊκή Ένωση 2023, ιδρυτικές συμφωνίες)

5. Το Ευρωπαϊκό Δίκαιο για το άσυλο

Το Ευρωπαϊκό Δίκαιο για το άσυλο αποτελεί το σύνολο των νομικών πράξεων και μέτρων που ισχύουν σε ευρωπαϊκό επίπεδο και αφορούν τη διαδικασία ασύλου και την προστασία των προσφύγων στην Ευρώπη. Το ευρωπαϊκό νομικό πλαίσιο για το άσυλο περιλαμβάνει διαφορετικές νομικές πηγές, όπως συνθήκες, κανονισμούς, οδηγίες και αποφάσεις.

Οι κύριοι στόχοι του Ευρωπαϊκού Δικαίου για το άσυλο είναι η εξασφάλιση μιας ενιαίας και δίκαιης διαδικασίας ασύλου σε όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η προστασία των ατόμων που αναζητούν άσυλο από διώξεις και κινδύνους, καθώς και η διασφάλιση της αλληλεγγύης μεταξύ των κρατών μελών στον τομέα του ασύλου.

Το ευρωπαϊκό νομικό πλαίσιο για το άσυλο καλύπτει πτυχές όπως η καθορισμένη διαδικασία υποβολής αιτήσεων ασύλου, η κατανομή ευθυνών μεταξύ των κρατών μελών, οι προϋποθέσεις για την αναγνώριση του καθεστώτος πρόσφυγα, οι δικαιώματα και οι υποχρεώσεις των αιτούντων άσυλο, καθώς και οι μηχανισμοί για την επανεγκατάσταση και την επανένωση οικογενειών.

Το Ευρωπαϊκό Δίκαιο για το άσυλο εξελίσσεται συνεχώς με τις ενημερώσεις και τις τροποποιήσεις των νομικών πράξεων, με στόχο την βελτίωση της προστασίας των προσφύγων και την ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών σε θέματα ασύλου.

Κατηγορίες Ατόμων που Ζητούν/Δικαιούνται Άσυλο

Στο πλαίσιο του Ευρωπαϊκού Δικαίου για το άσυλο, υπάρχουν διάφορες κατηγορίες ατόμων που ζητούν άσυλο και δικαιούνται προστασίας από διώξεις και κινδύνους. Οι κατηγορίες αυτές περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται σε, τους ακόλουθους τύπους ατόμων:

1. Πολιτικοί πρόσφυγες: Αυτοί είναι άνθρωποι που ζητούν άσυλο λόγω διώξεων λόγω πολιτικών πεποιθήσεων ή εμπλοκής σε πολιτικές δραστηριότητες.
2. Θρησκευτικοί πρόσφυγες: Οι άνθρωποι που ανήκουν σε μια συγκεκριμένη θρησκεία και διώκονται λόγω θρησκευτικών πεποιθήσεων, είτε αυτές είναι μειονοτικές σε ένα κράτος είτε αντιτίθενται στην κυρίαρχη θρησκεία της χώρας τους.
3. Εθνοτικοί πρόσφυγες: Οι άνθρωποι που ανήκουν σε μια συγκεκριμένη εθνοτική ομάδα και διώκονται λόγω της εθνικής τους καταγωγής. (European Commission, 2023)

Έως το τέλος του 2004, η Υπηρεσία Ύψιστου Αρμοστείας των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες (UNHCR) είχε επιμεληθεί περίπου 9,7 εκατομμύρια πρόσφυγες, οι οποίοι κατάγονται κυρίως στην Ασία και την Αφρική, κοντά στις χώρες προέλευσής τους. Ωστόσο, ορισμένοι πρόσφυγες καταφέρνουν να ταξιδέψουν νόμιμα ή παράνομα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) για να ζητήσουν άσυλο εκεί. Το δικαίωμα αίτησης ασύλου προβλέπεται από την Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, σύμφωνα με την οποία "κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να ζητήσει και να απολαμβάνει άσυλο σε άλλες

χώρες από τη δίωξη". Ένα άτομο που υποβάλλει αίτηση για άσυλο μπορεί να το λάβει αν πληροί τα κριτήρια που καθορίζονται από τη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες (ΟΗΕ), ως ένα άτομο που έχει "τρομερό φόβο δίωξης λόγω φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, συμμετοχής σε συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα ή πολιτικών πεποιθήσεων".

Οι άνθρωποι που υποβάλλουν αίτηση για άσυλο βρίσκονται σε μια δύσκολη θέση, καθώς παραμένουν σε μια χώρα για μεγάλο χρονικό διάστημα, περιμένοντας την απόφαση για την υπόθεσή τους, χωρίς να έχουν απαραίτητα τα ίδια νομικά δικαιώματα με τους πολίτες. Ταυτόχρονα, μπορεί να αντιμετωπίζουν περιορισμούς όσον αφορά την πρόσβασή τους στην υγειονομική περίθαλψη σε σύγκριση με τους πολίτες. Επομένως, υπάρχει ο φόβος ότι η ήδη ευάλωτη κατάσταση της υγείας των αιτούντων άσυλο μαζί με τυχόν περιορισμούς στην πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη μπορεί να έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία τους.

Σε ό,τι αφορά τον ιατρικό έλεγχο των νεοαφιχθέντων αιτούντων άσυλο στην Ευρωπαϊκή Ένωση, παρατηρούνται διαφορές μεταξύ των χωρών μελών. Ορισμένες χώρες, όπως οι σκανδιναβικές χώρες, προσφέρουν συστηματικά ιατρικό έλεγχο σε όλους τους νέους αιτούντες άσυλο, ενώ σε άλλες, όπως η Αυστρία, η Γαλλία, η Ισπανία και η Βρετανία, ο έλεγχος διεξάγεται μόνο στα κέντρα υποδοχής. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι νεοαφιχθέντες αιτούντες άσυλο που δεν εισέρχονται σε αυτά τα κέντρα υπόκεινται σε τυχαίες ιατρικές εξετάσεις. Στην Ελλάδα, ο ιατρικός έλεγχος πραγματοποιείται μόνο για τους αιτούντες άσυλο που υποβάλλουν αίτηση για άδεια εργασίας. Επιπλέον, παρατηρούνται περιφερειακές διαφορές στην παροχή ιατρικών εξετάσεων ακόμη και εντός των χωρών. Αυτό φαίνεται να ισχύει για τη Γερμανία, όπου οι ομοσπονδιακές πολιτείες αποφασίζουν αν θα παράσχουν ιατρικό έλεγχο ή όχι. Αναφορικά με την Ιταλία, δεν δόθηκαν λεπτομερείς εξηγήσεις για τις περιφερειακές διαφορές που παρατηρούνται. (M.Mygind, 2006).

Τα άτομα που έχουν υποβάλει αίτηση για άσυλο και περιμένουν την επιβεβαίωση της αναγνώρισής τους ως αιτούντες άσυλο, έχουν περιορισμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, μόνο σε επείγουσες περιπτώσεις. Η διαδικασία αναγνώρισης μπορεί να διαρκέσει πολλούς μήνες και η αποδοχή είναι συνήθως χαμηλή. Ένα σημαντικό γεγονός είναι ότι οι αιτούντες άσυλο δεν μπορούν πλέον να λάβουν το Αριθμό Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ), το οποίο ήταν απαραίτητο για την πρόσβασή τους στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας μέχρι τον Ιούλιο του 2019. Από τον Απρίλιο του 2020, κατά την αναγνώρισή τους, λαμβάνουν Προσωρινό Αριθμό Ασφάλισης και Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (ΠΑΑΥΠΑ), που τους επιτρέπει δωρεάν πρόσβαση σε βασική ιατρική, φαρμακευτική και

νοσοκομειακή περίθαλψη. Ωστόσο, η πλήρης αξιοποίηση αυτής της παροχής συχνά δεν είναι εφικτή, λόγω έλλειψης ιατρικού προσωπικού και διερμηνέων στα κέντρα υποδοχής και ταυτοποίησης στα νησιά και στον Έβρο, που προκαλεί σημαντικές δυσκολίες στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών και ψυχοκοινωνικής στήριξης.(Ελληνικό φόρουμ προσφύγων,2023)

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τις διακηρύξεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο στόχος της πολιτικής ασύλου της ΕΕ είναι να παράσχει την κατάλληλη κατάσταση σε οποιονδήποτε πολίτη τρίτης χώρας που χρειάζεται διεθνή προστασία σε ένα από τα κράτη μέλη και να εξασφαλίσει τη συμμόρφωση με την αρχή της μη επαναπροώθησης. Για τον σκοπό αυτό, η Ένωση καταβάλλει προσπάθειες για τη δημιουργία ενός κοινού ευρωπαϊκού συστήματος ασύλου.

Μια οδηγία με μεγάλη σημασία είναι η οδηγία 2013/33/ΕΕ που εκδόθηκε στις 26 Ιουνίου 2013. Αυτή η οδηγία αφορά τις συνθήκες υποδοχής των αιτούντων άσυλο και συνδέεται στενά με την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων κατά τη διάρκεια της φάσης από την άφιξή τους μέχρι την εξέταση του αιτήματος άσυλο στο εσωτερικό της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αυτή η οδηγία περιλαμβάνεται επίσης στο νέο νόμο περί διεθνούς προστασίας (ν.4636/2019). Είναι πιθανό ότι οι μεγαλύτερες αδυναμίες του συστήματος ασύλου στην Ένωση οφείλονται στη μη τήρηση των όρων αυτής της οδηγίας, η οποία καθορίζει την υποχρέωση των χωρών υποδοχής να παρέχουν αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης, υγειονομικής περίθαλψης, ψυχολογικής περίθαλψης και ιατρικής περίθαλψης στους αιτούντες άσυλο, καθώς και τα δικαιώματα και τις ευκαιρίες απασχόλησης. Επίσης, ρυθμίζει ένα σημαντικό ζήτημα, την κράτηση των αιτούντων άσυλο και τα όρια αυτής. Μια άλλη σημαντική οδηγία της ΕΕ που συμβάλλει στο κοινό σύστημα ασύλου μεταξύ των κρατών μελών είναι η οδηγία 2011/95/ΕΕ, η οποία επίσης συμπεριλήφθηκε στον νέο νόμο περί διεθνούς προστασίας που τέθηκε σε ισχύ τον Ιανουάριο του 2020. Αυτή η οδηγία αφορά τις απαιτήσεις για την αναγνώριση των υπηκόων τρίτων χωρών ή απάτριδων ως δικαιούχων διεθνούς προστασίας. (Κ. Ιωάννα , 2020)

Η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων διατυπώνει την αρχή ότι κάθε άτομο έχει το ενδιαφέρον και το δικαίωμα να αιτηθεί και να απολαύσει προστασία σε άλλες χώρες, όταν αντιμετωπίζει κίνδυνο εκδίωξης. Η προστασία αυτή παρέχεται μέσω της χορήγησης ασύλου, με την προϋπόθεση ότι ο αιτών έχει τα χαρακτηριστικά που ορίζονται από τη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες. Συγκεκριμένα, αυτό περιλαμβάνει την περίπτωση ενός ατόμου που βιώνει "αναγκαστική φυγή" λόγω φόβου για

δίωξη βάσει προσωπικών γνωρισμάτων όπως φυλή, θρησκεία, εθνικότητα, συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας ή πολιτικών πεποιθήσεων.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των μεταναστών μετά τη μετακίνηση έχουν επίσης έναν σημαντικό ρόλο στην ευημερία τους. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν τη διαδικασία της κράτησης, το χρονικό διάστημα που απαιτείται για την επίλυση των αιτήσεων ασύλου, τυχόν δυσκολίες στην επικοινωνία λόγω γλωσσικών εμποδίων και έλλειψη γνώσης για το νέο σύστημα υγείας. Έως τώρα, η ερευνητική βιβλιογραφία που εξετάζει την υγεία των αιτούντων άσυλο έχει επικεντρωθεί ιδιαίτερα σε θέματα ψυχικής υγείας και μεταδοτικές λοιμώξεις, αντιθέτως έμφαση δεν έχει δοθεί στις μη μεταδοτικές ασθένειες. Μετά από μια πιο διεξοδική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, προκύπτει ότι περίπου ένας στους έξι αιτούντες άσυλο αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα σωματικής υγείας, ενώ τα δύο τρίτα έχουν αντιμετωπίσει προκλήσεις στον τομέα της ψυχικής υγείας. Οι κοινά εντοπιζόμενα σωματικά προβλήματα περιλαμβάνουν παθήσεις όπως φυματίωση, HIV/AIDS, ηπατίτιδες Α και Β, παρασιτικές ασθένειες και μη ειδικοί πόνοι στο σώμα. Ως προς τα ζητήματα της ψυχικής υγείας, προβλήματα όπως η κατάθλιψη και η μετατραυματική διαταραχή από στρες εμφανίζονται σε σημαντικό ποσοστό, καθώς αποτελούν αποτέλεσμα τραυματικών εμπειριών, συμπεριλαμβανομένων των βασανιστηρίων. Σε καταληκτική ανάλυση, είναι εμφανές ότι οι αιτούντες άσυλο είναι εκτεθειμένοι σε ποικίλα και σοβαρά προβλήματα υγείας, τα οποία περιλαμβάνουν και τις σωματικές και τις ψυχολογικές πτυχές. (M.Norredam,2006)

Σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες, μιλώντας για τη διαδικασία ελέγχου της υγείας για νεοφερθέντες αιτούντες άσυλο, υπήρξαν κάποιες διαφοροποιήσεις. Αν και ο ιατρικός έλεγχος υπήρχε σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες πλην της Ελλάδας, ο τρόπος υλοποίησής του διέφερε.

Σε ορισμένες χώρες, όπως οι σκανδιναβικές χώρες, ο ιατρικός έλεγχος ήταν μέρος της σταθερής διαδικασίας για όλους τους νεοαφιχθέντες αιτούντες άσυλο. Αντίθετα, σε άλλες χώρες όπως η Αυστρία, η Γαλλία, η Ισπανία και η Βρετανία, ο έλεγχος περιοριζόταν σε κέντρα εισαγωγής ή υποδοχής. Πρόσφατα, παρατηρήθηκε ότι αιτούντες άσυλο που δεν εισέρχονται σε αυτά τα κέντρα είχαν περιορισμένη πρόσβαση σε ιατρικούς ελέγχους, ενώ στην Ελλάδα ο ιατρικός έλεγχος προσφερόταν μόνο σε αιτούντες άσυλο που είχαν υποβάλει αίτηση για άδεια εργασίας.

Επιπλέον, υπήρχαν και περιφερειακές διαφοροποιήσεις σε ορισμένες χώρες, όπως η Ιταλία και η Γερμανία. Στη Γερμανία, αυτή η διαφορά ήταν σχετική με τα ομοσπονδιακά κράτη, που αποφάσιζαν ατομικά εάν θα πραγματοποιήσουν προληπτικό ιατρικό έλεγχο ή όχι.

Ουσιαστικά, η διαδικασία του ιατρικού ελέγχου για τους νεοαφιχθέντες αιτούντες άσυλο παρουσίαζε διαφορές στην εφαρμογή της σε διάφορες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ο Πίνακας 1 δείχνει τα αποτελέσματά σχετικά με την πρόσβαση σε συγκεκριμένα ιατρικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, συμπεριλαμβανομένου του HIV και της φυματίωσης (TB) προληπτικό έλεγχο καθώς και σωματικές και ψυχικές εξετάσεις και άλλες προβολές. Ο Πίνακας 1, επιπλέον, δείχνει εάν αυτά τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου πραγματοποιήθηκαν σε υποχρεωτική ή σε εθελοντική βάση. Η Ελλάδα αποκλείστηκε από τον πίνακα γιατί δεν υπήρχαν προγράμματα ελέγχου για τους αιτούντες άσυλο άφιξη. Επομένως, ο πίνακας 1 βασίζεται σε 23 χώρες. Χώρες με διφορούμενες ή καθόλου απαντήσεις αποκλείστηκαν, γεγονός που εξηγεί ο διαφορετικός αριθμός των συνολικών χωρών στον πίνακα.

Πίνακας 5.1

	Προβολή					
	Αναγκαστικά	Εθελοντικός	Σύνολο	%	Σύνολο	%
HIV	5	14	19 (23)	83	4 (23)	17
ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ	12	10	22 (23)	96	1 (23)	4
Σωματικός ^{ένας}	6	11	17 (22)	77	5 (22)	23
Διανοητικός ^b	3	8	11 (18)	61	8 (18)	39
Άλλοι ^c	4	8	12 (19)	63	7 (19)	37

α: Η Γερμανία αποκλείστηκε λόγω διφορούμενων απαντήσεων σχετικά με τον έλεγχο της σωματικής υγείας

β: Η Δανία, η Εσθονία, η Γερμανία, η Ουγγαρία και το Λουξεμβούργο αποκλείστηκαν λόγω διφορούμενων απαντήσεων ή μη απαντήσεων σχετικά με τον έλεγχο ψυχικής υγείας

γ: Η Εσθονία, η Γερμανία, η Ουγγαρία και η Σλοβενία αποκλείστηκαν λόγω διφορούμενων απαντήσεων ή μη απαντήσεων σχετικά με «άλλες» προβολές (Marie Norredam et.al ,2006)

6. Μη μεταδιδόμενα νοσήματα και μετακινούμενοι πληθυσμοί

Η διαδικασία της μετανάστευσης αποτελεί ένα εξαιρετικά ποικίλο φαινόμενο, με αντίκτυπο που απλώνεται σε πολλά επίπεδα. Η εμπειρία της μετανάστευσης δεν αφήνει ανεπηρέαστους τον τρόπο ζωής, την πορεία της ζωής και τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία. Έτσι, διαμορφώνεται η ευάλωτη θέση των μεταναστών και προσφύγων στον αντιμετώπισμό παραγόντων κινδύνου που αφορούν σε μεταδιδόμενες ασθένειες

Οι άνθρωποι που αποτελούν πρόσφυγες και μετανάστες συχνά προέρχονται από κοινότητες που έχουν πληγεί από συγκρούσεις, πολέμους ή οικονομική κρίση. Αυτοί οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν ευπάθειες που συνδέονται με την κατάσταση του ταξιδιού τους, όπως η έλλειψη τροφίμων, νερού, υγιεινών συνθηκών αποχέτευσης και άλλων βασικών υπηρεσιών. Εκτίθενται σε κινδύνους όπως μεταδοτικές ασθένειες, τραυματισμοί, υποθερμία, εγκαύματα, επιπλοκές που αφορούν την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, καθώς και διάφορες μη μεταδοτικές ασθένειες. Επιπλέον, η ψυχική υγεία τους είναι επιρρεπής σε κίνδυνο.

Σημαντικό ρόλο στον τρόπο που αντιμετωπίζονται και διαχειρίζονται οι παράγοντες αυτοί παίζουν τα συστήματα υγείας στις χώρες προέλευσης, διέλευσης και προορισμού. Τα στοιχεία αυτά αναδεικνύουν τρία βασικά σημεία: πρώτον, το μέγεθος και οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας λόγω δυσκολιών και εμποδίων. Δεύτερον, τα κενά στην πολιτική υγείας και τις δημόσιες παρεμβάσεις σχετικά με τη συνέχιση της ιατρικής φροντίδας σε όλο το φάσμα της μετανάστευσης. Τρίτον, τονίζεται η ανάγκη για αποτελεσματικές πρακτικές και μέτρα που να αφορούν όλους τους μετανάστες, ανεξαρτήτως προέλευσης.

Πέρα από αυτά, τα στοιχεία δείχνουν ότι η πολυπλοκότητα της μεταναστευτικής διαδικασίας δημιουργεί μεγάλες προκλήσεις για τα συστήματα υγείας, ειδικά για τους εκτεθειμένους σε αυξημένους κινδύνους μετανάστες. Οι παράγοντες κινδύνου για την υγεία των μεταναστών ενισχύονται από τις κοινωνικές ανισότητες και τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία τους κατά τη διάρκεια της μετανάστευσης. Ειδικότερα, οι διεθνείς μετανάστες, περιλαμβανομένων των προσφύγων, αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα φτώχειας και έλλειψης πρόσβασης σε βασικά αγαθά στις χώρες τους. Επιπλέον, είναι πιθανό να αντιμετωπίζουν οικονομικές ανισότητες, κοινωνικό αποκλεισμό και διακρίσεις στις χώρες που διέρχονται ή επιλέγουν ως προορισμό.

Όσον αφορά το προσκήνιο του υγειονομικού συστήματος, η ευάλωτη θέση των προσφύγων και των μεταναστών σε σχέση με τις παροχές υγείας διαφοροποιείται ανάλογα με πολλούς παράγοντες. Αυτό δεν εξαρτάται μόνο από τη διαθεσιμότητα και την οικονομική προσιτότητα

της ιατρικής φροντίδας στις χώρες προέλευσης, διέλευσης και προορισμού τους, αλλά επίσης από την δυνατότητα πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες κατά τη διάρκεια της μετανάστευσης. Τα συστήματα υγείας και η διαθεσιμότητα υγειονομικής φροντίδας διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με την οικονομική κατάσταση των χωρών. Στις χώρες με χαμηλό ή μεσαίο εισόδημα, οι πρόσφυγες και οι μετανάστες συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση σε κατάλληλες και προσιτές υγειονομικές υπηρεσίες, λόγω έλλειψης επαρκούς υποδομής και πόρων. Σε αντίθεση, στις χώρες με υψηλό εισόδημα και ισχυρά συστήματα υγείας, συχνά υπάρχουν νομικά εμπόδια που πλήττουν την πρόσβαση των προσφύγων και των μεταναστών, συμπληρωμένα από ειδικές περιορισμένες πληροφορίες σε σχέση με την εθνικότητα και τη γλωσσική-πολιτισμική σύνδεση. (Corona M. et.al, 2021)

Αυτές οι δυσκολίες μπορούν να αυξήσουν την ευάλωτη κατάσταση των προσφύγων και των μεταναστών. Είναι εμφανές ότι οι μεταναστευτικές πολιτικές έχουν επιφέρει νομικά και δομικά εμπόδια στο υγειονομικό σύστημα. Εξαιτίας των νομικών περιορισμών και άλλων πρακτικών εμποδίων, οι πρόσφυγες και οι μετανάστες ενδέχεται να αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα πρόσβασης σε βασικές υπηρεσίες υγείας σε πολλές χώρες.

Οι διεθνείς μετανάστες, συμπεριλαμβανομένων των προσφύγων, ενδέχεται να βρεθούν αντιμέτωποι με ακραία έλλειψη πόρων και περιορισμένη πρόσβαση σε βασικά αγαθά όπως τρόφιμα, στην χώρα από την οποία κατάγονται. Επιπλέον, είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν οικονομικές ανισότητες, κοινωνικό αποκλεισμό και διακρίσεις στις χώρες που είναι προορισμός ή διέλευσης. Οι παραπάνω παράγοντες μπορούν να δημιουργήσουν ευάλωτες συνθήκες διαβίωσης και εργασίας για αυτούς, με αποτέλεσμα να επηρεαστούν η περιβαλλοντική τους ευημερία, η συμπεριφορά και ο τρόπος ζωής. Τα ανθυγιεινά περιβάλλοντα διαβίωσης, η έλλειψη φυσικής άσκησης και η ανεπαρκής διατροφή αποτελούν μερικούς από τους παράγοντες κινδύνου που μπορεί να αντιμετωπίσουν.

Ακόμα, η διαχείριση των βασικών παραγόντων κινδύνου απαιτεί στήριξη καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Μόλις εντοπιστεί μια μη μεταδιδόμενη νόσος, ξεκινά ένας μακροχρόνιος αγώνας για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και την πρόληψη ή επιβράδυνση της εξέλιξής της. Η πολυπλοκότητα των διαδικασιών μετανάστευσης δημιουργεί μεγάλες προκλήσεις για τη συνεχή περίθαλψη. Από την αφετηρία στην χώρα καταγωγής μέχρι την τελική χώρα προορισμού, οι πρόσφυγες και οι μετανάστες εκτίθενται σε διάφορα συστήματα υγείας και κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, που επηρεάζουν κάθε βήμα της διαχείρισης των μη μεταδιδόμενων νόσων και της μακροχρόνιας περίθαλψης. Οι μετανάστες συχνά διαγιγνώσκονται με τέτοιες νόσους κατά τη διαμονή τους σε χώρες διέλευσης ή στη χώρα

προορισμού, ωστόσο η θεραπεία μπορεί να διακοπεί λόγω της προσωρινής φύσης της διαμονής τους ή λόγω περιορισμένων τοπικών πόρων.(Lebano, A. et.al , 2020)

Η ενίσχυση της προφύλαξης και η αναχαίτιση των κινδύνων που αναδύονται από τα μη μεταδιδόμενα χρόνια νοσήματα στον πληθυσμό των προσφύγων και των μεταναστών αποτελούν σημαντικό τμήμα της στρατηγικής που ακολουθείται, κατά την Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), σε ότι αφορά την υγεία των προσφύγων και των μεταναστών. Για την επίτευξη της προληπτικής διαχείρισης και της μείωσης των κινδύνων που συνδέονται με τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα , έχουν τεθεί προτεραιότητες που αποσκοπούν στην ένταξη των προσφύγων και των μεταναστών στις εθνικές στρατηγικές πρόληψης και καταπολέμησης των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων που έχουν οριστεί από τα κράτη μέλη. Ο γενικός στόχος είναι να διασφαλιστεί η ένταξη των προσφύγων και των μεταναστών στις εθνικές στρατηγικές που αποβλέπουν στην πρόληψη και τον έλεγχο των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων σε επίπεδο πληθυσμού γενικά.

Ο Παναμερικανικός Οργανισμός Υγείας ανέπτυξε έναν Οδηγό για την Υγεία και τη Μετανάστευση, με στόχο να προτείνει μέτρα που ενσωματώνουν προσεγγίσεις βασισμένες στην ισότητα της υγείας, την ισότητα των φύλων, την εθνική ισότητα και το δικαίωμα στην υγεία. Στο έγγραφο αυτό, προσδιορίζονται πέντε στρατηγικές γραμμές δράσης, επικεντρωμένες στην αντιμετώπιση των κινδύνων που αφορούν τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα. Το έγγραφο αναγνωρίζει επίσης την ανάγκη να συνδυαστούν η άμεση ανταπόκριση έκτακτης ανάγκης και οι μακροπρόθεσμες δράσεις για την ενσωμάτωση των αναγκών υγείας του μεταναστευτικού πληθυσμού, προσφέροντας παράλληλα βιωσιμότητα στις πραγματοποιούμενες ενέργειες.

Στις 7 Ιουλίου 2021, επιβεβαιώνοντας την παγκόσμια και περιφερειακή δέσμευση για την προτεραιότητα της υγείας των προσφύγων και των μεταναστών στην διεθνή ατζέντα, η Περιφέρεια Ανατολικής Μεσογείου του ΠΟΥ εκπόνησε ένα στρατηγικό σχέδιο με σκοπό να υποστηρίξει τη διακρατική συνεργασία σχετικά με το δικαίωμα στην υγεία αυτών των πληθυσμών (μη δημοσιευμένο). Το σχέδιο αυτό ευθυγραμμίζεται με το Παγκόσμιο Σχέδιο Δράσης και αποτελεί σημαντικό βήμα προς την αντιμετώπιση των προκλήσεων της υγείας στον εν λόγω πληθυσμό. Παρόλο που οι παγκόσμιες αντιδράσεις για τα ΜΚΔ έχουν προχωρήσει, εξακολουθούν να μην καλύπτουν επαρκώς τις ειδικές ανάγκες των προσφύγων και των μεταναστών. (WHO,2022)

Για να διασφαλιστεί η προστασία της δημόσιας υγείας τόσο για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες όσο και για τους πληθυσμούς υποδοχής, απαιτείται η ισότιμη πρόσβαση τους σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας, ανεξαρτήτως διακρίσεων, αποκλεισμών ή στιγματισμού. Επιπλέον, απαιτούνται πολυτομεακές αντιμετώπισεις στη δημόσια πολιτική για την αντιμετώπιση των κοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία.

Οι πρόσφυγες και οι μετανάστες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Η πρόσβαση των κοινοτήτων υποδοχής σε υπηρεσίες υγείας αναγνωρίζει αυτήν τη συνεισφορά και συμβάλλει στην ευημερία και αλληλεγγύη.

Το Πρόγραμμα Υγείας και Μετανάστευσης του ΠΟΥ συνεργάζεται με διάφορες χώρες για να προωθήσει το δικαίωμα στην υγεία και την πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τις πολιτισμικές διαφορές. Επιπλέον, το παγκόσμιο σχέδιο δράσης του ΠΟΥ.

Το παγκόσμιο σχέδιο δράσης του ΠΟΥ εστιάζει σε έξι βασικές προτεραιότητες:

1. Προώθηση της υγείας των προσφύγων και των μεταναστών μέσω συνδυασμού βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων παρεμβάσεων στη δημόσια υγεία.
2. Βελτίωση της συνέχειας και της ποιότητας της βασικής υγειονομικής περίθαλψης, παράλληλα με την ανάπτυξη, ενίσχυση και εφαρμογή μέτρων για την υγεία και την ασφάλεια στον χώρο εργασίας.
3. Υποστήριξη της ενσωμάτωσης της υγείας των προσφύγων και των μεταναστών σε παγκόσμιες, περιφερειακές και εθνικές ατζέντες, προωθώντας πολιτικές υγείας και προστασίας που λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες τους.
4. Προστασία της υγείας και ευημερίας των γυναικών, παιδιών και εφήβων προσφύγων και μεταναστών, ενισχύοντας την ισότητα των φύλων και την αυτονομία των γυναικών.
5. Ενίσχυση των πολυτομεακών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση των κοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία και προώθηση των στόχων βιώσιμης ανάπτυξης.
6. Ενίσχυση της παρακολούθησης της υγείας και των συστημάτων πληροφοριών για την υγεία, καθώς και βελτίωση της επικοινωνίας και αντιμετώπιση των παρανοήσεων σχετικά με την υγεία των μεταναστών και προσφύγων.

Το Πρόγραμμα Υγείας και Μετανάστευσης του ΠΟΥ έχει ως στόχο να εφαρμόσει αυτό το παγκόσμιο σχέδιο δράσης, επιδιώκοντας να προωθήσει και να εξασφαλίσει τα δικαιώματα

υγείας των προσφύγων και μεταναστών, και να παράσχει καθοδήγηση και ηγεσία σε θέματα υγείας και μετανάστευσης παγκοσμίως.(IOM, 2017)

Η αξιολόγηση της υγείας των μεταναστών μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω τριών διαφορετικών προσεγγίσεων:

- 1) η σύγκριση των μεταναστών με τους πληθυσμούς υποδοχής στις χώρες εγκατάστασης, με έμφαση στις εθνοτικές ανισότητες,
- 2) η σύγκριση παρόμοιων μεταναστευτικών ομάδων που ζουν σε διαφορετικές χώρες, αποκαλύπτοντας τον ρόλο των πλαισίων κοινωνικοοικονομικής, πολιτιστικής και γεωγραφικής συνάφειάς , και
- 3) η σύγκριση των μεταναστών με τον πληθυσμό στις χώρες καταγωγής τους, εξετάζοντας τον αντίκτυπο της ίδιας της μετανάστευσης στα αποτελέσματα της υγείας.(Agyemang, C,2019)

Συγκρίνοντας την υγεία των μεταναστών με τον πληθυσμό υποδοχής, μπορεί να αναλυθούν οι διαφορές στην εμφάνιση ασθενειών σε διάφορες εθνοτικές ομάδες. Η σύγκριση παρόμοιων μεταναστευτικών ομάδων σε διαφορετικές χώρες παρέχει ενδείξεις σχετικά με το πώς το κοινωνικοοικονομικό, πολιτιστικό και γεωγραφικό περιβάλλον επηρεάζει την υγεία τους. Τέλος, η σύγκριση ομάδων μεταναστών με τον πληθυσμό στις χώρες καταγωγής τους μπορεί να αναδείξει την επίδραση της μετανάστευσης στα αποτελέσματα υγείας και την αλλαγή που έχει προκαλέσει.

6.1Υγειονομική Κάλυψη σε Καταστάσεις Μετανάστευσης

Η μετανάστευση συνοδεύεται από πολυπλοκότητα και ποικίλες προκλήσεις στον τομέα της υγείας. Κατά τη διάρκεια της μετανάστευσης, οι μετανάστες βρίσκονται αντιμέτωποι με συνθήκες που επηρεάζουν την υγεία τους και την ευάλωτη θέση τους έναντι παραγόντων κινδύνου για μεταδοτικές και μη μεταδοτικές ασθένειες (MMN).

Προκλήσεις σε Διάφορα Στάδια της Μετανάστευσης:

1. Στην Χώρα Προέλευσης: Στις χώρες προέλευσής τους, οι μετανάστες αντιμετωπίζουν συχνά περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, λόγω φτώχειας και πολιτικών αναταραχών. Αυτό τους καθιστά ευάλωτους σε MMN.
2. Κατά την Διέλευση: Η διέλευση από αγχωτικές συνθήκες ταξιδιού και η διακοπή της ιατρικής φροντίδας ενδέχεται να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης μεταδοτικών ασθενειών ή επιδείνωσης υπαρχόντων προβλημάτων υγείας.

3. Στον Προορισμό: Η προσαρμογή σε νέα κουλτούρα, σε συνδυασμό με δυσκολίες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, μπορεί να οδηγήσει σε μη υγιεινές συμπεριφορές που αυξάνουν την επιβάρυνση με MMN στις κοινότητες μεταναστών.

4. Κατά την Επιστροφή: Ορισμένοι μετανάστες επιστρέφουν στις χώρες τους με χειρότερη υγεία λόγω έλλειψης πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, ειδικά μετά από κρίσεις.

Απαιτούμενες Προσεγγίσεις:

1. Πανεπιστημιακή κάλυψη: Οι μετανάστες θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας κατά τη διάρκεια όλων των σταδίων της μετανάστευσης. Η συνεχής ιατρική παρακολούθηση αποτελεί βασικό μέσο για την πρόληψη, ανίχνευση και αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας.

2. Καθολική Κάλυψη: Οι πολιτικές υγείας θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι όλοι οι μετανάστες, ανεξαρτήτως φυλής, φύλλου

Υπάρχει υγειονομική κάλυψη; Μια ανασκόπηση σε έγγραφα από εννέα ευρωπαϊκές χώρες (Αυστρία, Κύπρος, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ιταλία, Μάλτα, Ισπανία και Σουηδία) προκειμένου να παρέχει μια επισκόπηση της πρόσβασης των μεταναστών στην υγειονομική περίθαλψη.

Όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν επίσημα αναγνωρίσει το δικαίωμα κάθε ατόμου στην απαλλαγή της ακριβούς φροντίδας για την σωματική και ψυχική του ευημερία, ωστόσο, λόγω των ανισοτήτων στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σε διάφορα κράτη μέλη της ΕΕ, της ποικιλίας των προσεγγίσεων στα συστήματα υγείας και των διακυμάνσεων στον αριθμό των εισερχόμενων μεταναστών, η προσπάθεια να κατανοηθεί η κατάσταση και ακόμη περισσότερο να επιτευχθεί ένα υψηλό εναρμονισμένο πρότυπο μεταξύ των χωρών της ΕΕ, αντιμετωπίζει προκλήσεις.

Η καταγραφή της ιθαγένειας των νόμιμα αναγνωρισμένων μεταναστών καλύπτει ένα τμήμα του συνολικού μεταναστευτικού πληθυσμού, αλλά δεν λαμβάνει υπόψη τους μεταναστευτικούς πληθυσμούς που έχουν αποκτήσει την πολιτογράφηση. Ο ακριβής αριθμός των παράνομων μεταναστών ή αυτών χωρίς τα απαραίτητα έγγραφα είναι δύσκολο να εκτιμηθεί, ενώ οι ορισμοί διαφέρουν μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ, δημιουργώντας προβλήματα στη σύγκριση των δεδομένων.

Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης στον εθνικό πληθυσμό με υψηλά επίπεδα μετανάστευσης αντιμετωπίζεται ως ζήτημα ζωτικής σημασίας, παρ' όλα αυτά, ακόμα και με

την παρουσία καλής ποιότητας δεδομένων, παραμένει δύσκολο να επιλυθεί. Υπάρχουν προσπάθειες για την κάλυψη αυτών των κενών δεδομένων, περιλαμβανομένης μιας έκθεσης που παρέχει μια συνολική εικόνα της υγείας των μεταναστών στην Ευρώπη, επισημαίνοντας τις ελλείψεις στη γνώση και καλώντας για δράση, καθώς και μιας μελέτης που εξέτασε τις ανάγκες υγείας των μεταναστών σε παγκόσμιο επίπεδο, αποκαλύπτοντας την απόκλιση ανάμεσα στην έμφαση στα δικαιώματα υγείας και ισότητας, αφενός, και την πραγματική παροχή ισότιμης υγειονομικής περίθαλψης, αφετέρου.

Σε μια έρευνα που διεξήχθη στη Γαλλία, αναδείχθηκε ότι η υγεία των μεταναστών κινείται προς χειροτέρευση κατά τη διάρκεια της παραμονής τους, με πιθανές αιτίες να εντοπίζονται στην ύπαρξη διακρίσεων, δυσμενών συνθηκών εργασίας και ανισοτήτων στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι έρευνες έδειξαν ότι το "κενό στην υγεία των μεταναστών" (σε σχέση με τους ντόπιους κατοίκους) είναι λιγότερο έντονο για τους μετανάστες δεύτερης γενιάς (άτομα γεννημένα στη Γαλλία από γονείς που γεννήθηκαν στο εξωτερικό).

Παράλληλα, μια μελέτη στην Αυστρία κατέδειξε ότι ο πληθυσμός μεταναστευτικής καταγωγής είναι πιο επηρεασμένος από καρδιακές παθήσεις, αλλεργίες, πεπτικά προβλήματα, προβλήματα ουροποιητικού συστήματος και δερματολογικές ασθένειες. Αυτή η μελέτη υπογράμμισε τη σύνδεση μεταξύ της υγείας των μεταναστών και των αγχωτικών παραγόντων που αντιμετωπίζουν τόσο στον χώρο εργασίας όσο και στην κοινότητα.

Επιπλέον, μια άλλη μελέτη που συγκρίνει ευρωπαϊκές χώρες αποκάλυψε ότι οι μετανάστες είναι ευάλωτοι σε μεταδοτικές ασθένειες, επαγγελματικές παθήσεις, κακή ψυχική υγεία, τραυματισμούς, σακχαρώδη διαβήτη και προβλήματα υγείας μητέρας και παιδιού. Παρ' όλα αυτά, η σύγκριση αυτών των δεδομένων ανάμεσα στις χώρες είναι δύσκολη λόγω του εστίασης των μελετών σε συγκεκριμένα πεδία της υγείας και σε διαφορετικές εθνοτικές ομάδες.

Τέλος, δύο μελέτες επικεντρώθηκαν σε ευάλωτους μετανάστες σε κέντρα κράτησης, μία στη Μάλτα και μία στην Ελλάδα. Αυτές οι μελέτες έδειξαν ότι ο επιπολασμός του HIV, της φυματίωσης και άλλων μη μεταδοτικών ασθενειών είναι υψηλότερος μεταξύ του μη ευρωπαϊκού μεταναστευτικού πληθυσμού. Εντούτοις, πρέπει να σημειωθεί ότι η σύγκριση αυτών των μελετών μεταξύ των χωρών είναι δύσκολη λόγω των διαφορετικών συνθηκών υγείας και των ειδικών ομάδων που εξετάστηκαν.

Συνολικά, η διαθέσιμη βιβλιογραφία αναφορικά με τη σωματική υγεία των μεταναστών είναι ανεπαρκής. Ορισμένοι μετανάστες ενδέχεται να αντιμετωπίζουν ειδικούς κινδύνους, που

συνδέονται με την υγεία τους, λόγω των προηγούμενων ασθενειών στις χώρες προέλευσής τους, των δυσμενών συνθηκών διαβίωσης, της αβεβαιότητας στην απασχόληση και τραυματισμών.(Luke N. et.al 2021)

6.2 Πρόσβαση στη Φροντίδα Υγείας

Τα δεδομένα που αφορούν την πρόσβαση των μεταναστών στη φροντίδα υγείας είναι ελάχιστα. Η δυνατότητα πρόσβασης των προσφύγων, των αιτούντων άσυλο και των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας διαφέρει σημαντικά ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες όσον αφορά τις διατάξεις και τους νομικούς κανονισμούς. Ακόμη και όταν υπάρχει νομική δυνατότητα πρόσβασης, υπάρχουν εξακόλουθες διαφορές και ανισότητες στην πρακτική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται προβλήματα οργανωτικής και διοικητικής φύσης που δυσχεραίνουν την πρόσβαση των μεταναστών στη φροντίδα υγείας, όπως παρατηρήθηκε σε μελέτες από την Ιταλία και την Ελλάδα . Σύμφωνα με μια ευρωπαϊκή έκθεση του 2016, υπάρχει ανεπάρκεια θεσμοθετημένων διαδικασιών για τη φροντίδα των ασυνόδευτων ανηλίκων, με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται συχνά διακοπές στη συνεχή παροχή φροντίδας .

Προβλήματα πρόσβασης στη φροντίδα υγείας εμφανίζονται ιδιαίτερα για τους μετανάστες χωρίς έγγραφα. Σύμφωνα με δύο ποιοτικές μελέτες και μια ανασκόπηση αφηγηματικού χαρακτήρα, εστιάζοντας σε ενήλικες μετανάστες και πρόσφυγες χωρίς έγγραφα σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, προέκυψε ότι αυτοί δεν αξιοποιούν επαρκώς τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι αυτοί οι μετανάστες συχνά αγνοούν τα δικαιώματά τους και, ακόμα και όταν λαμβάνουν φροντίδα, η φροντίδα αυτή είναι ανεπαρκής.(WHO, 2020)

6.3 Πρόσβαση σε Υπηρεσίες Φροντίδας Μητρότητας

Οι πληροφορίες που αφορούν τη φροντίδα της μητρικής υγείας εστιάστηκαν κυρίως σε συγκεκριμένα θέματα, όπως η πρακτική της γυναικείας ανατομικής ακεραιότητας, η καθυστερημένη χρήση υπηρεσιών μητρικής φροντίδας από ορισμένες ομάδες μεταναστών και οι ανισότητες στις διαδικασίες της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Οι περιπτώσεις γυναικείας ανατομικής ακεραιότητας εξετάστηκαν μαζί με τη φροντίδα πριν τη γέννηση σε γυναίκες πρόσφυγες από τη Συρία, τη Σομαλία, τη Λιβύη, την Ερυθραία, την Αιθιοπία και την Ακτή Ελεφαντοστού στη Μάλτα. Ανάμεσα στα εμπόδια που προέκυψαν όσον αφορά την πρόσβαση στη φροντίδα υγείας περιλαμβάνονταν τα γλωσσικά εμπόδια, όχι μόνο στο

πλαίσιο της ιατρικής φροντίδας, αλλά και στη χρήση μεταφορικών μέσων για την πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας.(WHO, 2022)

6.4 Χρήση Υπηρεσιών Υγείας από Μετανάστες

Ο συγκεκριμένος τομέας, εστιάζει σε μελέτες που εξετάζουν πως οι μετανάστες χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας. Οι περισσότερες από αυτές τις μελέτες, που μελετούν την προσέγγιση της υγείας από τους μετανάστες, τείνουν να προβάλλουν τα κοινά χαρακτηριστικά των μεταναστών και να τους συγκρίνουν με τους μη μετανάστες. Αυτές οι μελέτες επισημαίνουν συχνά την αυξημένη αξιοποίηση των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης από μετανάστες σε σχέση με μη μετανάστες, καθώς και την αυξημένη πιθανότητα επίσκεψης σε επείγοντα περιστατικά εκτός των κοινωνικών ωρών. Επιπλέον, παρουσιάζουν αυξημένη χρήση υπηρεσιών μητρότητας και γυναικολογικών υπηρεσιών από μετανάστες γυναίκες.

Εν τω μεταξύ, μια ισπανική μελέτη που επικεντρώθηκε σε παροχές υγειονομικής περίθαλψης ανέδειξε ότι οι μετανάστες συχνά βασίζονται στις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης για την πρόσβασή τους στη φροντίδα, αλλά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην συνέχεια της φροντίδας. Παρ' όλα αυτά, υπήρχαν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στους μετανάστες, ιδίως στις ευάλωτες ομάδες όπως οι πρόσφυγες πρώτης γενιάς, ανάλογα με τη χώρα καταγωγής και το κοινωνικό περιβάλλον.

Μια μελέτη στην Ελλάδα εξέτασε πώς οι μετανάστες χρησιμοποιούσαν τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας. Βρέθηκε ότι σε σύγκριση με τους μη μετανάστες, οι μετανάστες χρησιμοποιούσαν λιγότερο τις νοσηλευτικές υπηρεσίες για χρόνιες ασθένειες αλλά περισσότερο για ατυχήματα, μολυσματικές ασθένειες και προβλήματα ψυχικής υγείας. Αυτή η παρατήρηση, ωστόσο, παρέμεινε ανακατωμένη λόγω των διαφορών στην επιδημιολογία των ασθενειών στις χώρες προέλευσης των μεταναστών.

Μια ανάλογη μελέτη στην Ισπανία επικεντρώθηκε στη χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών ανάλογα με τη χώρα καταγωγής. Βρέθηκε ότι οι αλλοδαποί συχνά χρησιμοποιούν λιγότερο τα δημόσια νοσοκομεία από τους ντόπιους κατοίκους, όμως αυτή η παρατήρηση ήταν πολύπλοκη λόγω των διαφορών στην προέλευση και τις ποικίλες παθήσεις των μεταναστών.

Μια ανασκόπηση των αποτελεσμάτων, βασισμένη κυρίως σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν από υπάρχοντες παρόχους υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, ανακάλυψε πως δεν υπάρχει ουσιαστική διαφορά στο ποσοστό χρήσης ιατρικών υπηρεσιών μεταξύ των μεταναστών και του τοπικού πληθυσμού. Ωστόσο, παρατηρούνται διαφορές στη

χρήση εξειδικευμένων υπηρεσιών περίθαλψης, καθώς οι μετανάστες χρησιμοποιούν αυτές τις υπηρεσίες λιγότερο .

Μια μελέτη που διεξήχθη στη Βιέννη εξετάζει τους λόγους πίσω από το περιορισμένο επίπεδο χρήσης επαγγελματικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης από ηλικιωμένους μετανάστες από την Τουρκία, την πρώην Γιουγκοσλαβία (Βοσνία, Σερβία), την Πολωνία και το Ιράν . Η μελέτη εξέτασε διάφορες αιτίες, από διαρθρωτικές προκλήσεις (οικονομική δυσπραγία, κοινωνική απομόνωση, διακρίσεις) μέχρι έλλειψη κατανόησης του υγειονομικού συστήματος και έλλειψη "διαπολιτισμικών δεξιοτήτων" από το προσωπικό υγείας. Προτείνονται λύσεις που επικεντρώνονται στην ενίσχυση της "πολιτιστικής προσαρμογής και ατομικότητας" στη Βιέννη, με την πρόσληψη ατόμων με μεταναστευτικό υπόβαθρο και δεξιότητες αντιμετώπισης της πολιτιστικής διαφορετικότητας.

Η ανασκόπηση διαπίστωσε ότι οι μελέτες περί της χρήσης της υγείας τείνουν να απλουστεύουν τις εικόνες των μεταναστών έναντι των ντόπιων, θεωρώντας και τις δύο ομάδες ως ομοιογενείς. Αυτή η απλούστευση δυσκολεύει την κατανόηση των αιτίων που κρύβονται πίσω από τις διαφορές στην χρήση της υγείας - είτε πρόκειται για κοινωνο-οικονομικά προβλήματα, υγειονομική κατάσταση, είτε έλλειψη διαφάνειας και πολυμορφίας στο σύστημα.(Lebano, A,2020)

7. Παχυσαρκία και μετακινούμενοι πληθυσμοί

Το 2010, υπολογίζεται ότι το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία είχαν ως αποτέλεσμα τον θάνατο περίπου 3,4 εκατομμυρίων ανθρώπων και την απώλεια περίπου 94 εκατομμυρίων ετών ζωής λόγω αναπηρίας παγκοσμίως. Παγκοσμίως, παρατηρείται αύξηση της παχυσαρκίας.

Διερευνάται ο κίνδυνος εμφάνισης παχυσαρκίας σε ομάδες μεταναστών, επικεντρώνοντας την προσοχή στη διεθνή μετανάστευση. Συχνά, οι μετανάστες μετακινούνται από περιοχές με χαμηλό προηγούμενο επιπολασμό παχυσαρκίας σε περιοχές όπου η παχυσαρκία είναι πιο διαδεδομένη.

Η ίδια η μετανάστευση αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την υγεία, λόγω των οικονομικών, φυσικών και ψυχολογικών προκλήσεων που σχετίζονται με τη διαδικασία του να αφήνει κάποιος τη χώρα του και να ξεκινά μια νέα ζωή σε άλλη. Φυσικά, υπάρχουν και πολλοί άλλοι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τον κίνδυνο παχυσαρκίας σε σχέση με τη μετανάστευση, συμπεριλαμβανομένων των γενετικών παραγόντων που επηρεάζουν το άτομο, των παραγόντων του τρόπου ζωής που συνδέονται με τον πολιτισμό

και των πιο γενικών παραγόντων που αφορούν την υγεία, όπως η εκπαίδευση, η επαγγελματική κατάσταση και άλλοι. Επιπλέον, είναι εφικτό να υπάρχουν διαφορές στον κίνδυνο παχυσαρκίας ανάλογα με τον χρόνο που κάποιος παραμένει στη χώρα υποδοχής.

Υπάρχουν δύο βασικοί λόγοι για τους οποίους θα προβλέπαμε ότι ο επιπολασμός της παχυσαρκίας θα είναι χαμηλότερος σε μετανάστες σε σύγκριση με τους ντόπιους πληθυσμούς. Πρώτον, η διαδικασία της μετανάστευσης είναι δύσκολη και δαπανηρή, μπορεί να συνοδεύεται από αυστηρούς ελέγχους υγείας και, πριν από λίγες δεκαετίες, τα μακρινά ταξίδια μπορούσαν να απαιτούν σωματική αντοχή. Συνεπώς, οι μετανάστες (άτομα με τη δυνατότητα να ανταπεξέλθουν σε αυτές τις προκλήσεις) συνήθως είναι πιο υγιείς από τον πληθυσμό που αφήνουν πίσω και από τον πληθυσμό στον οποίο ενσωματώνονται (το "φαινόμενο του υγιούς μετανάστη"), εκτός από τους αιτούντες άσυλο. Δεύτερον, οι χώρες προορισμού συχνά έχουν φτάσει στο στάδιο της διατροφικής μετάβασης, κατά το οποίο παρατηρείται αύξηση της κατανάλωσης λίπους, ζάχαρης και επεξεργασμένων τροφίμων, ενώ οι χώρες προέλευσης βρίσκονται συχνά σε πρώιμα στάδια αυτής της μετάβασης. Αυτό σημαίνει ότι ακόμη και αν οι μετανάστες επιλέγονταν τυχαία από πληθυσμούς προέλευσης και όχι από μια ομάδα αυτοεπιλογής με υγιεινές συνήθειες, είναι πιθανό να έχουν χαμηλότερο ποσοστό παχυσαρκίας κατά την άφιξή τους σε σύγκριση με τους ντόπιους πληθυσμούς (παρόλο που πρέπει να σημειώσουμε ότι η παχυσαρκία αυξάνεται παγκοσμίως και σε ορισμένες χώρες με μεσαίο εισόδημα είναι εξαιρετικά υψηλή, όπως στο Μεξικό).

Σύμφωνα με την παραπάνω υπόθεση, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι νεοφερθέντες μετανάστες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να διατηρούν υγιές βάρος από τους ντόπιους πληθυσμούς. Μια ταυτόχρονη μελέτη σε πάνω από 250.000 άτομα από τις έξι μεγαλύτερες ασιατικές εθνοτικές ομάδες που ζουν στις ΗΠΑ έδειξε ότι, μετά από προσαρμογή για ηλικία και εθνικότητα, οι άνδρες που γεννήθηκαν στις ΗΠΑ είχαν 4 φορές περισσότερες πιθανότητες να είναι παχύσαρκοι από τους μετανάστες άνδρες, ενώ για τις γυναίκες, οι πιθανότητες ήταν 3,5 φορές μεγαλύτερες. Παρόμοιες μελέτες σε άλλες μεταναστευτικές πληθυσμιακές ομάδες έχουν αναφέρει παρόμοια ευρήματα.

Η ανεπιθύμητη αύξηση του σωματικού βάρους σε μετανάστες αυξάνεται σημαντικά γενικά, με αποτέλεσμα, μετά από 10-15 χρόνια από τη μετανάστευση, τα ποσοστά υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας να πλησιάζουν ή ακόμη και να υπερβαίνουν αυτά του ντόπιου πληθυσμού. (Murphy, M, et.al 2017)

Οι αφρικανικοί μετανάστες που ζουν σε χώρες υψηλού εισοδήματος εκτίθενται σε μεγαλύτερο κίνδυνο κοινωνικοοικονομικής ανασφάλειας και υψηλότερων ποσοστών νοσηρότητας και θνησιμότητας λόγω μη μεταδιδόμενων νοσημάτων . Αυτοί οι μετανάστες φέρνουν επίσης μαζί τους από την Αφρική μια κοινωνικοπολιτιστική προτίμηση για την "πληρωμένη" μορφή του σώματος, όπως εκφράζεται στη διάδοση του όρου "stoutness" .Αυτή η προτίμηση δεν πάντα είναι συμβατή με το αστικό περιβάλλον .

Αυτή η προτίμηση για τη σταθερότητα του σώματος αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της εσωτερικής μετανάστευσης στις αφρικανικές χώρες. Εκεί, οι νεοφερθείσες ομάδες μεταναστών θεωρούν τις αστικές αφρικανικές πόλεις ως περιβάλλοντα πλούσια σε πόρους και, συνεπώς, θεωρούν τη σταθερότητα ως ένδειξη επιτυχούς προσαρμογής σε έναν σύγχρονο αστικό τρόπο ζωής. Όμως, αυτή η προτίμηση δεν εκφράζεται πάντα στις αγροτικές περιοχές, όπου οι πόροι τροφίμων είναι πιο περιορισμένοι, και η φυσική δύναμη του σώματος είναι απαραίτητη για εργασίες στο χωράφι.

Αυτή η κοινωνικοπολιτιστική τάση γίνεται εμφανής και αποτελεί παράγοντα κινδύνου για το υπερβολικό βάρος στις αστικές περιοχές, όπου οι νεοαφιχθέντες μετανάστες διατηρούν την πεποίθηση ότι τα αποθέματα λίπους είναι πλεονεκτικά, λαμβάνοντας υπόψη τα αντικρουόμενα αντίξοα περιβάλλοντα που προσφέρει το αστικό περιβάλλον . Συνεπώς, οι αστικοί μετανάστες είναι περήφανοι για το υψηλό ποσοστό σωματικού λίπους με τον διακριτικό τρόπο που το επιδεικνύουν προωθώντας πρακτικές διατροφής υψηλής θερμιδικής αξίας και χαμηλής σωματικής δραστηριότητας .

Επιπλέον, παρά την έμφαση που δίνεται στη λεπτότητα στις δυτικές κοινωνίες, αντιμετωπίζουμε το φαινόμενο της εκμετάλλευσης της ανθεκτικότητας σε ορισμένες αφρικανικές μεταναστευτικές κοινότητες που ζουν σε πόλεις με υψηλό εισόδημα. Συγκεκριμένα, περιοχές όπως το Seine Saint-Denis, μια εργατική περιοχή στα προάστια του Παρισιού με υψηλό ποσοστό μεταναστευτικών κοινοτήτων, παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας (17,1%), τα οποία υπερβαίνουν αυτά του εσωτερικού της πόλης του Παρισιού.

Για να εξηγήσουμε αυτό το φαινόμενο, οι de Capèle και οι συνεργάτες τους επισημαίνουν την κοινωνική εκμετάλλευση της κατανάλωσης τροφίμων υψηλής θερμιδικής αξίας ως κρίσιμο παράγοντα που συμβάλλει σε αυτήν την τάση. Για παράδειγμα, στη διατροφή του Μάλι περιλαμβάνονται μαγειρικές πρακτικές που συνεπάγονται τη χρήση μεγάλων ποσοτήτων μαγειρικού λαδιού, το οποίο αποτελεί σύμβολο ευημερίας στα νοικοκυριά.

Επιπλέον, η κατανάλωση γρήγορου φαγητού θεωρείται μέσο "δυτικοποίησης" στους μετανάστες χαμηλού εισοδήματος.

Αυτά τα φαινόμενα επιφέρουν σημαντικές επιπτώσεις στο προσδόκιμο ζωής των μεταναστών πρώτης γενιάς από την Αφρική, ιδίως για τις γυναίκες και τα νεογέννητα παιδιά τους.(Cohen E. et.al , 2017)

8. Πληθυσμός ασυνόδευτων ανηλίκων

Ο παγκόσμιος πληθυσμός των ασυνόδευτων ανηλίκων, δηλαδή παιδιών και εφήβων κάτω των 18 ετών που μετακινούνται σε άλλες χώρες χωρίς την παρουσία των νόμιμων κηδεμόνων τους, εμφανίζει αυξητική τάση. Παρ' όλα αυτά, δεν υπάρχει οργανωμένη συλλογή δεδομένων για αυτή την ομάδα νέων σε καμία περιοχή του κόσμου, ενδεχομένως λόγω έλλειψης καταγραφής, και υπάρχει ελάχιστη γνώση για τις διάφορες πτυχές τους.

Η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού (CRC) καθορίζει έναν ασυνόδευτο ανήλικο ως ένα παιδί ή έφηβο κάτω των 18 ετών που δεν έχει τους γονείς του ή άλλους συγγενείς παρόντες και δεν φροντίζεται από κανέναν άλλο ενήλικα που θα έπρεπε να τον φροντίζει βάσει του νόμου ή των ηθών. Τα παιδιά που συνοδεύονται από ενήλικες φροντιστές που δεν είναι οι γονείς τους, ονομάζονται χωρισμένα παιδιά και ανήκουν σε ξεχωριστή νομική κατηγορία. Επειδή πολλά από αυτά τα παιδιά και εφήβους αποφεύγουν καταστάσεις στερήσεων, απομόνωσης και παραμέλησης, η μετανάστευση μπορεί να αποτελέσει μια λογική και ευεργετική επιλογή, εφόσον τους προσφέρει ευκαιρίες για ευημερία και επιτυχία.

Σε σύγκριση με τους ενήλικες μετανάστες, οι ασυνόδευτοι ανήλικοι αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο καταστροφής της υγείας τους και της σωματικής και ψυχολογικής ακεραιότητάς τους. Αυτό συμβαίνει επειδή δεν διαθέτουν την προστασία που παρέχει μια οικογένεια, η οποία μπορεί να επηρεάσει τόσο την άμεση όσο και την μακροπρόθεσμη κατάσταση της υγείας τους.

Βασικά Μηνύματα:

- Ασυνόδευτοι ανήλικοι αναφέρονται σε παιδιά κάτω των 18 ετών που ταξιδεύουν χωρίς νόμιμους κηδεμόνες και αντιμετωπίζουν κινδύνους λόγω της μετανάστευσης, που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία τους.
- Δεν υπάρχουν πλήρη δεδομένα για τους ασυνόδευτους ανήλικους, ιδίως για τα κορίτσια, τους ανάπηρους και τα μέλη της LGBTQ+ κοινότητας, λόγω δυσκολιών στον εντοπισμό και της παράτυπης μετανάστευσης.
- Οι προκλήσεις υγείας για τους ασυνόδευτους ανήλικους περιλαμβάνουν έλλειψη τροφής, λοιμώξεις του δέρματος και του γαστρεντερικού, χαμηλό ποσοστό εμβολιασμού, ψυχολογικό άγχος και κατάθλιψη.
- Οι εμπειρίες που προστατεύουν τα παιδιά, όπως σωστή στέγαση και πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη και εκπαίδευση, είναι κρίσιμες για την αντιμετώπιση των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων στην υγεία.
- Οι επαγγελματίες υγείας παίζουν σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη της βελτίωσης της υγείας των ασυνόδευτων ανηλίκων, υιοθετώντας μια ενημερωμένη προσέγγιση στην κλινική περίθαλψη τους. (Charles A. et.al , 2019)

9.Κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), οι κοινωνικοί παράγοντες έχουν ζωτική σημασία για την υγεία καθώς επηρεάζουν την πορεία της από τη γέννηση μέχρι το γήρας. Αναγνωρίζοντας τη σημαντική επίδραση των κοινωνικών παραγόντων στην υγεία, αποφασίσαμε να ενσωματώσουμε την επιστημονική έρευνα που εξετάζει αυτούς τους παράγοντες σε αυτήν την ανασκόπηση. Η πλειονότητα των μελετών που αναλύσαμε εστιάζει στη Γαλλία, ενώ μερικές λίγες συμβαίνουν στη Μάλτα.

Από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η σχέση ανάμεσα στις κοινωνικοδημογραφικές συνθήκες και την υγεία φαίνεται να είναι πιο έντονη για τους μετανάστες σε σχέση με τους ντόπιους πληθυσμούς. Συγκεκριμένα, στη Γαλλία, έρευνες έχουν αναφέρει αυξημένους κινδύνους για την υγεία των αστέγων μεταναστών, περιλαμβανομένων και χρόνιων ασθενειών. Ανάλυση ενός νοσοκομειακού ιατρικού κέντρου στο Παρίσι, που εξυπηρετεί κυρίως μετανάστες, έδειξε ότι περίπου το μισό των ασθενών δεν είχε τα απαραίτητα έγγραφα και ένα τέταρτο δεν είχε ασφάλιση υγείας.

Επιπλέον, οι ευάλωτοι μετανάστες, όπως ανήλικοι, γυναίκες και άτομα με αναπηρία, συνήθως δηλώνουν κακή υγεία και άσχημες συνθήκες διαβίωσης, συμπεριλαμβανομένης και

της έκθεσης σε βία. Στο πλαίσιο αυτό, μια μελέτη σχετικά με τις επιπτώσεις της βίας στην υγεία ανέδειξε ότι το 84% από 128 μετανάστριες που επισκέφθηκαν κλινική στο Παρίσι, είχαν υποστεί βία, είτε λεκτική, σωματική είτε σεξουαλική.

Ο επιπολασμός της βίας και της ανασφάλειας φαίνεται να είναι υψηλότερος για τους ανθρώπους που διαμένουν σε καταλύματα έκτακτης ανάγκης ή είναι άστεγοι, σε σύγκριση με εκείνους που ζουν σε καταυλισμούς ή άλλα καταλύματα. Ειδικά οι μετανάστες από την υποσαχάρια Αφρική που έφτασαν στη Γαλλία τα τελευταία χρόνια, αντιμετώπισαν δυσχερείς κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες, τις οποίες συνδέει με αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία.

Σημαντική είναι και η παρατήρηση ότι οι διακρίσεις λόγω καταγωγής, είτε αυτές αφορούν την πρόσβαση στην εργασία είτε στην υγειονομική περίθαλψη, έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία, επηρεάζοντας τόσο τους νεοαφιχθέντες μετανάστες όσο και τους μετανάστες καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους.

Τέλος, από τις μελέτες στη Μάλτα προκύπτει ότι το κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον των μεταναστών σε ανοικτά κέντρα και κέντρα κράτησης έχει επιβαρυντικές επιπτώσεις στην υγεία τους. Επιπλέον, παράγοντες όπως η έλλειψη πρόσβασης σε αμειβόμενη εργασία, επηρεάζουν αρνητικά την υγεία των μεταναστών. Επισημαίνεται επίσης ότι η βία, η ανασφάλεια και οι αντίξοες συνθήκες διαβίωσης μπορούν να επηρεάσουν σοβαρά την ψυχολογική υγεία των μεταναστών.

Παρόλο που αυτά τα ευρήματα αντικατοπτρίζουν τις συνθήκες στη Γαλλία και σε μικρότερο βαθμό στη Μάλτα, είναι δύσκολο να γενικευτούν για άλλα μέρη ή πλαίσια. (Lebano, A., 2020)

10. Ψυχική υγεία

Οι άνθρωποι που έχουν εγκαταλείψει τις πατρίδες τους και βρίσκονται ως πρόσφυγες ή μετανάστες, βρίσκονται αντιμέτωποι με προκλήσεις κατά τη διαμονή τους σε περιοχές όπου η συνωστισμένη συνύπαρξη και οι δυσκολίες περιορίζουν την πρόσβασή τους σε βασικά αγαθά. Συγκεκριμένα, υπάρχουν προβλήματα με τη στέγαση, την εφοδιασμό με τρόφιμα και καθαρό νερό, καθώς και με επαρκείς εγκαταστάσεις υγιεινής. Τα παραπάνω σε συνδυασμό με την αβεβαιότητα για το μέλλον τους, τον φόβο της απέλασης και την αγωνία για την αντιμετώπιση του άγνωστου, μπορεί να προκαλέσουν ανησυχία, θυμό, απογοήτευση και σύγχυση στην ψυχολογία τους. Αυτές οι συνθήκες μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ψυχική τους ευεξία.

Είναι σημαντικό να υπάρχει πρόσβαση σε κατάλληλη φροντίδα υγείας από τα πρώτα στάδια της διαμονής τους. Αν δεν ληφθούν έγκαιρα μέτρα, τα αρχικά συμπτώματα που αντιμετωπίζουν μπορεί να επιδεινωθούν και να οδηγήσουν σε σοβαρότερα προβλήματα ψυχικής υγείας. Αυτό αναφέρεται και από την οργάνωση "Γιατροί Χωρίς Σύνορα" σε έκθεσή της το 2017.

Ανάλυση των αποτελεσμάτων διεθνών ερευνών δείχνει ότι η ψυχολογική ευεξία των ατόμων που έχουν αναγκαστεί να μεταναστεύσουν έχει καταστεί αντικείμενο προβληματισμού. Οι μετανάστες και οι πρόσφυγες, σύμφωνα με πολλές ερευνητικές προσεγγίσεις, φαίνεται να αντιμετωπίζουν υψηλότερα επίπεδα ψυχικής αναταραχής σε σχέση με τους ντόπιους πληθυσμούς. Συγκεκριμένα, μελέτες έχουν εντοπίσει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της κατάστασης μετανάστευσης και των ψυχολογικών προβλημάτων όπως η κατάθλιψη και η διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Ειδικότερα, στη μελέτη αναφέρεται ότι οι μετανάστες αντιμετωπίζουν ποικίλες δυσκολίες, όπως την ανησυχία για τα πρόσωπα που άφησαν πίσω, τη μοναξιά, τον φόβο της απέλασης και την κοινωνική περιθωριοποίηση. Επίσης, υπογραμμίζεται η επίδραση των τραυματικών γεγονότων που έζησαν στην πατρίδα τους και κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους στην ψυχική τους υγεία.

Το υπόβαθρο ως παράτυπου μετανάστη φαίνεται επίσης να συσχετίζεται με την ψύχωση. Αυτό μπορεί να αναδεικνύει την επίδραση της ανασφαλούς νομικής κατάστασης και των προβλημάτων ενσωμάτωσης στην ψυχική ευημερία των μεταναστών.

Παρόμοια, η ανάγκη για ψυχιατρική φροντίδα φαίνεται να αυξάνεται, καθώς οι μετανάστες που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες χρειάζονται υποστήριξη για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών επιπτώσεων.

Οι διαρθρωτικές δυσκολίες μπορούν επίσης να αποτελούν εμπόδιο στη μεταφορά των ατόμων που χρειάζονται ψυχολογική βοήθεια σε κατάλληλες εγκαταστάσεις περίθαλψης.

Συνολικά, οι ερευνητικές ευρήματα υποδεικνύουν ότι η ψυχολογική ευημερία των μεταναστών και προσφύγων είναι μια πολυπαραγοντική κατάσταση, επηρεασμένη από πολλούς παράγοντες όπως οι συνθήκες μετανάστευσης, οι εμπειρίες τραυματισμού, οι κοινωνικές συνθήκες και οι νομικές πτυχές.

Οι ερευνητές έχουν διερευνήσει πώς η ψυχολογική ευημερία των ατόμων που έχουν υποστεί αναγκαστική μετανάστευση επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Για παράδειγμα, μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Υπηρεσία Προσφύγων των Ιησουιτών (JRS) το 2010

ενέδειξε ότι η διάρκεια της παραμονής σε ένα κέντρο κράτησης μπορεί επίσης να επηρεάσει την ψυχική υγεία των ατόμων. Σε αυτήν τη μελέτη, παρατηρήθηκε ότι το 80% των αιτούντων άσυλο που υποβλήθηκαν σε έρευνα ανέφεραν επιδείνωση της ψυχικής τους υγείας από τη στιγμή που φτάσανε στο κέντρο κράτησης. Ακόμα και από έναν πληθυσμό περίπου 500 ατόμων, 74 χρειάστηκαν σοβαρή ψυχιατρική φροντίδα σε νοσοκομειακό περιβάλλον.

Μια παρόμοια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Μάλτα από την Aditus και μια υπηρεσία των Ηνωμένων Εθνών επιβεβαίωσε την ύπαρξη προβλημάτων ψυχικής υγείας σε μεγάλο ποσοστό της προσφυγικής κοινότητας. Παρατηρήθηκαν διαταραχές όπως η διαταραχή μετατραυματικού στρες, η κατάθλιψη, το άγχος, η ψύχωση, η παράνοια και ο αυτοτραυματισμός. Επιπλέον, η αίσθηση απομόνωσης και μοναξιάς αναδείχθηκε ως σημαντική πηγή ανησυχίας για τους υπηρεσιακούς παρόχους.

Σε πολλές περιπτώσεις, η ψυχολογική δυσφορία των μεταναστών εκδηλώνεται μέσα από συμπτώματα όπως το στρες, οι αγχώδεις διαταραχές και οι κρίσεις πανικού. Αυτά τα προβλήματα φαίνεται να είναι πιο κοινά σε ορισμένα καταυλιστήρια συγκριτικά με άλλα.

Προκύπτει μια αυξανόμενη προσοχή στο ζήτημα της ψυχικής υγείας των μεταναστών, παρά το γεγονός ότι η έρευνα προτείνει ότι η προσοχή αυτή επικεντρώνεται συχνά στους πρόσφυγες. Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι η ψυχολογική ευημερία είναι μια πολυπαραγοντική κατάσταση, πλαισιωμένη από τις συνθήκες μετανάστευσης, τις εμπειρίες τραυματισμού, τις κοινωνικές συνθήκες και τα νομικά θέματα.

Ένα πρόγραμμα δράσης που ονομάζεται "MHGAP" έχει δημιουργηθεί για να βελτιώσει την αναγνώριση και την έγκαιρη θεραπεία ψυχικών προβλημάτων σε άτομα που ζουν σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει επίσης παρατηρήσει ότι τα προβλήματα γλωσσικής κατανόησης αποτελούν μειονέκτημα για την αποτελεσματική θεραπεία ψυχικών προβλημάτων, όχι μόνο στο Λίβανο αλλά και σε άλλες χώρες όπως η Ιορδανία και η Τουρκία.

Για παράδειγμα, στην Τουρκία, η μακροχρόνια αποκατάσταση ανθρώπων με σοβαρούς τραυματισμούς από ψυχικά προβλήματα ήταν δύσκολη και απαιτητική για το υπάρχον σύστημα υγείας. Ο ΠΟΥ προσπαθεί να βοηθήσει σε αυτήν την κατάσταση εκπαιδεύοντας 35 ειδικούς από την Τουρκία να μιλούν αραβικά, προκειμένου να υπάρχει καλύτερη συνεννόηση με τους ασθενείς και να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικότερα τα προβλήματα ψυχικής υγείας. (Θεοφανία Α. , 2021)

11.Οικονομικά της υγείας και μετακινούμενοι πληθυσμοί

Οι γενικές οικονομικές ανησυχίες μεταξύ των ευρωπαϊκών κρατών αντιστοιχούν στο γεγονός ότι η προσθήκη μεγάλου αριθμού προσφύγων θα έχει αρνητικές επιπτώσεις στις οικονομίες τους. Αυτό θα οδηγήσει σε αύξηση της ανεργίας, καθώς και σε οικονομική πίεση πάνω στον κοινό προϋπολογισμό και την υποδομή. Η συζήτηση για την οικονομική κρίση πλέον κατέχει κεντρική θέση λόγω της προσφυγικής κρίσης. Παρά το γεγονός ότι τα ευρωπαϊκά κράτη δεν έχουν αποφύγει την οικονομική κρίση ή αναρρύθμιση μετά την κρίση του χρέους, δεν έχουν ανακάμψει πλήρως. Υπάρχει η ανησυχία ότι η προσφυγική κρίση θα προσθέσει νέες προκλήσεις στα ήδη υπάρχοντα οικονομικά προβλήματα. Η οικονομική βιωσιμότητα αποτελεί βασική ανησυχία για τα κράτη μέλη, ιδιαίτερα όσα παλεύουν με οικονομικό χρέος. Για παράδειγμα, η Ελλάδα διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην προσφυγική κρίση, αποτελώντας πύλη εισόδου στην Ευρώπη από τη Μέση Ανατολή. Ταυτόχρονα, αντιμετωπίζει δυσκολίες στο να εκπληρώσει τις οικονομικές απαιτήσεις των πακέτων διάσωσης που έχει λάβει, καθώς οι κυβερνήσεις προσπαθούν να επιτύχουν ισορροπία μεταξύ της αντιμετώπισης της προσφυγικής κρίσης και της οικονομικής σταθερότητας. (Μ.Μαρία,2020)

Οι ανισότητες όσον αφορά την υγεία συνεπάγονται σημαντικές οικονομικές απώλειες, αντιστοιχώντας στο είκοσι ποσοστό του συνολικού κόστους των υγειονομικών συστημάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης ετησίως. Αυτές οι οικονομικές απώλειες διατηρούν μια αυξητική τάση με το πέρασμα του χρόνου, καθώς οι ανισότητες στον τομέα της υγείας παραμένουν ενεργές. Επιπλέον, έχει υπολογιστεί ότι τουλάχιστον το 80% των περιστατικών καρδιακών παθήσεων, εγκεφαλικών επεισοδίων, διαβήτη τύπου 2, και το ένα τρίτο των περιπτώσεων καρκίνου θα μπορούσαν να αποφευχθούν. Αυτή η αναγνώριση δείχνει ότι η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, και η υιοθέτηση προληπτικών μέτρων με αποδεδειγμένη οικονομική αποδοτικότητα, ενδέχεται να οδηγήσει σε σημαντική μείωση του κόστους που σχετίζεται με τις μακροχρόνιες ασθένειες. Εξακολουθεί, επομένως, να είναι ζωτικής σημασίας καμία κυβέρνηση να μην αμελήσει την ευκαιρία να υιοθετήσει αποτελεσματικά μέτρα στον τομέα της υγείας.

Τι είναι ήδη γνωστό;

Το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να δημιουργήσει δίκτυα προστασίας και να διευκολύνει την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Αμβλύνει τις αρνητικές επιπτώσεις που προκύπτουν από τα οικονομικά και κοινωνικά μειονεκτήματα στην υγεία.

Τι νέα ευρήματα προκύπτουν;

Το κοινωνικό κεφάλαιο μετατρέπεται σε πρακτικούς πόρους που αποδεικνύονται αναπόσπαστοι για την ενίσχυση των υγειονομικών γνώσεων, τη βελτίωση της πρόσβασης σε κατάλληλες υπηρεσίες υγείας, και την τήρηση της συνταγογραφούμενης αγωγής και της αυτοδιαχείρισης των μη μεταδοτικών ασθενειών (MMA) ανάμεσα σε μετανάστες και πρόσφυγες.

Η επιτυχημένη μετατροπή του κοινωνικού κεφαλαίου σε αποτελεσματική πρόληψη και διαχείριση των MMA εξαρτάται από τον συνδυασμό των ατομικών παραμέτρων, της κοινοτικής δυναμικής και των ευρύτερων συστημικών και δομικών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι πληθυσμοί.

Η πολιτισμική ικανότητα των υπηρεσιών υγείας είναι αποφασιστικής σημασίας, καθώς συνδέει το κεφάλαιο για την ενδυνάμωση των μεταναστών και προσφύγων στη λήψη αποφάσεων βασισμένων σε υγειονομικές πληροφορίες.

Τι αποκαλύπτουν τα πρόσφατα ευρήματα;

Το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να λειτουργήσει ως ανασταλτικός παράγοντας για ορισμένα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες και οι πρόσφυγες όσον αφορά την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Οι βαθύτερες δυνάμεις και οι θεσμικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στον χτισμό κοινωνικού κεφαλαίου ανάμεσα σε μετανάστες και πρόσφυγες.

Υπάρχει ανάγκη να ενισχυθεί η πολιτιστική επάρκεια των υπηρεσιών υγείας και να ενθαρρυνθεί η διαπροσωπική επικοινωνία μεταξύ παρόχων υπηρεσιών και ανθρώπων που έχουν μεταναστεύσει ή είναι πρόσφυγες.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την κοινωνική, οικονομική και πολιτισμική πτυχή ήταν βασικοί παράγοντες στον τρόπο που οι μετανάστες και οι πρόσφυγες προλαμβάνουν και διαχειρίζονται τις μη μεταδοτικές ασθένειες. Συνεπώς, το κοινωνικό κεφάλαιο που περιλαμβάνει συναισθηματική, ενημερωτική, υλικοτεχνική και γλωσσική στήριξη αποδείχθηκε ζωτικό για την ανατροπή των παραγόντων που αποτρέπουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των κοινωνικών και ατομικών ρόλων επηρεάζονταν από το κοινωνικό κεφάλαιο, το οποίο αναλύεται σε οκτώ πτυχές που αφορούν την προσαρμογή μετά τη μετανάστευση, την οικογένεια, τους διασυνοριακούς δεσμούς, τους φίλους, την κοινότητα, την ανταλλαγή πόρων και τη σύνδεση μεταξύ των ατόμων. (Howard N. et al, 2021)

Το οικονομικό πλαίσιο κατά τη διάρκεια της πανδημίας του COVID-19 έχει σημαντικές επιπτώσεις στις μη μεταδιδόμενες χρόνιες ασθένειες και έχει αλλάξει τον τρόπο που απαιτείται να αντιμετωπίζονται. Οι υπηρεσίες υγείας που αφορούν τις μη μεταδιδόμενες ασθένειες είναι ζωτικής σημασίας για να διασφαλιστεί όχι μόνο η ποιότητα ζωής, αλλά και η πρόληψη ή η αντιμετώπιση των επιπλοκών που μπορεί να προκύψουν.

Η ευρεία ποικιλία δραστηριοτήτων που συνδέονται με τη μετανάστευση φέρνει μεγάλες προκλήσεις όσον αφορά την παροχή κατάλληλης φροντίδας για τις μη μεταδιδόμενες ασθένειες. Κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους, οι πρόσφυγες και οι μετανάστες έρχονται σε επαφή με διαφορετικά συστήματα υγείας και κοινωνικοοικονομικά περιβάλλοντα, τα οποία επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο διαχειρίζονται τις μη μεταδιδόμενες ασθένειες και τη μακροπρόθεσμη φροντίδα τους. Η δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας για τις μη μεταδιδόμενες ασθένειες των προσφύγων και των μεταναστών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το περιβάλλον και την κατάστασή τους.

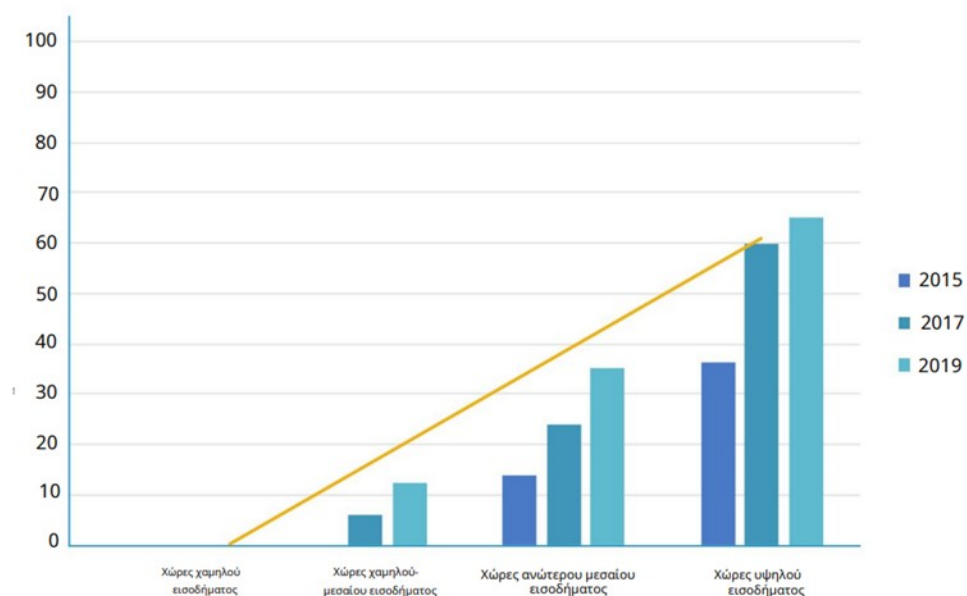
Καθώς αντιμετωπίζουμε τις συνέπειες της πανδημίας του COVID-19, διάφορες προληπτικές δράσεις όπως η αυξημένη παρακολούθηση των συνόρων, οι περιοριστικές καταστάσεις (lockdown) και οι μέτρα κοινωνικής απόστασης έχουν σημαντικές οικονομικές επιπτώσεις στις τοπικές οικονομίες. Αυτές οι επιπτώσεις επηρεάζουν ανισότροπα τις ομάδες που ήδη βρίσκονται σε μειονεκτική θέση. Επιπλέον, υπάρχουν πολλά επιδημιολογικά δεδομένα που δείχνουν τη σύνδεση μεταξύ της οικονομικής κατάστασης και της πρόκλησης και διαχείρισης μη μεταδιδόμενων χρόνιων ασθενειών. Ιδιαίτερα για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες, η οικονομική ευπάθεια συνδέεται στενά με τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα, καθώς οι συνθήκες διαβίωσής τους έχουν γίνει ευάλωτες κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Είναι γεγονός ότι οι πρόσφυγες και οι μετανάστες αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να βρουν απασχόληση, ειδικά κατά τη διάρκεια της πανδημίας, όταν πολλές οικονομίες υφίστανται κρίση. Η πραγματικότητα ότι πολλοί από αυτούς απασχολούνται με επισφαλή εργασιακά καθεστώτα, όπως ημερομίσθια ή προσωρινές συμβάσεις, τους καθιστά ευάλωτους στις οικονομικές δυσκολίες. Επιπλέον, οι πρόσφυγες και οι μετανάστες που εργάζονται σε τομείς όπως η φιλοξενία, η ασφάλεια και οι υπηρεσίες καθαριότητας, έχουν υποστεί αναλογικά μεγαλύτερες επιπτώσεις από τα περιοριστικά μέτρα.

Παρά τις προσπάθειες πολλών κρατών να παράσχουν οικονομική στήριξη σε αυτές τις ευάλωτες ομάδες μέσω μέτρων όπως επιδοτήσεις και κοινωνικά επιδόματα, οι πρόσφυγες και οι μετανάστες αντιμετωπίζουν συχνά δυσκολίες στο να επωφεληθούν από αυτά λόγω

νομικών περιορισμών, γλωσσικών εμποδίων και κοινωνικής απομόνωσης. Επιπλέον, πολλοί από αυτούς έχουν ήδη οικονομικά βάρη λόγω υψηλών δαπανηρών υπηρεσιών υγείας που ενδεχομένως έχουν χρειαστεί να λάβουν, ιδίως όσοι δεν έχουν πρόσβαση σε ασφάλιση.(WHO,2022)

Εικ.4 Ποσοστό χωρών που έχουν επιτύχει πλήρως την παροχή φαρμακευτικής θεραπείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας από την ομάδα εισοδήματος της Παγκόσμιας Τράπεζας



Υπουργείο Οικονομικών και Κοινωνικών Υποθέσεων των Ηνωμένων Εθνών, 2020

Ένα άλλο ζήτημα που αξίζει προσοχής είναι να εξετάσουμε τις θετικές πτυχές της μετανάστευσης. Οι χρηματικές αποστολές από μετανάστες προς τις χώρες καταγωγής τους

έχουν αξιολογηθεί από την Παγκόσμια Τράπεζα σε περίπου 429 δισεκατομμύρια δολάρια. Αυτό το ποσό υπερβαίνει τις "καθαρές ροές επίσημης αναπτυξιακής βοήθειας από τις χώρες της Επιτροπής Αναπτυξιακής Βοήθειας του ΟΟΣΑ" το 2014, που ανήλθαν σε περίπου 135,2 δισεκατομμύρια δολάρια. Επίσης, η πλειοψηφία των ενηλίκων μεταναστών διαθέτει δεξιότητες που μπορούν να είναι πολύτιμες. Μεταξύ των μεταναστών και των προσφύγων, υπάρχουν μηχανικοί και επαγγελματίες υγείας με τις ικανότητες να προσφέρουν βοήθεια. Ωστόσο, συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες λόγω γραφειοκρατικών εμποδίων. Είναι λογικό να βρούμε τρόπους να ενσωματώσουμε αυτούς τους επαγγελματίες στην αγορά εργασίας, ελευθερώνοντας τους από την οικονομική εξάρτηση, προσφέροντας τους αναγνώριση και βελτιώνοντας την οικονομική αποδοτικότητα και τη συνολική ευημερία, τόσο των μεταναστών όσο και των οικονομικά πληθυσμών των χωρών υποδοχής. Ταυτόχρονα, αυτό θα συμβάλει στην πρόληψη της απώλειας ανθρώπινων πόρων από τις χώρες χαμηλού έως μεσαίου εισοδήματος. Η σημασία αυτής της προσέγγισης αναγνωρίστηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση με την εκκίνηση της πρωτοβουλίας "science4refugees". Τέλος, κατά τη διάρκεια της κρίσης των ετών 2015-2017, μεγάλο μέρος της υγειονομικής φροντίδας που προσφέρθηκε σε μετανάστες είχε προέλθει από εθελοντές. Είναι σημαντικό να υποστηρίξουμε αυτούς τους αφοσιωμένους ανθρώπους με ισχυρά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, διοικητικά και οικονομικά μέτρα, προκειμένου να διατηρήσουμε την ποιοτική φροντίδα για όλους.(Abbas M,et.al , 2018)

12. Εμπόδια στην πρόσβαση υγείας

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας επιβεβαιώνει ότι, παρά τον στόχο να εξασφαλιστεί ισότιμη είσοδος στις υπηρεσίες υγείας, υπάρχουν ενδείξεις μακροχρόνιων ανισοτήτων μεταξύ ανθρώπων που μετανάστευσαν και ανθρώπων που δεν μετανάστευσαν, όσον αφορά την πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη. Τα δεδομένα αποκαλύπτουν ανεκπληρωμένες υγειονομικές ανάγκες, ειδικά σε θέματα ψυχικής και οδοντιατρικής υγείας, ενώ υπάρχουν και νομικά εμπόδια που εμποδίζουν την πρόσβαση στις ιατρικές υπηρεσίες.(Lebano, A,2020)

Οι άνθρωποι που είναι πρόσφυγες, αιτούντες άσυλο και μετανάστες αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια όταν προσπαθούν να αποκτήσουν πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη. Αυτά τα εμπόδια περιλαμβάνουν:

- Δυσκολίες στην απόκτηση των απαραίτητων νομικών έγγραφων, λόγω γραφειοκρατικών διαδικασιών.
- Οικονομική αδυναμία να καλύψουν τα έξοδα για τις ιατρικές υπηρεσίες.

- Έλλειψη επαρκούς ενημέρωσης σχετικά με τα δικαιώματά τους για πρόσβαση στην υγεία.
- Δυσκολίες στην επικοινωνία λόγω γλωσσικών εμποδίων με τους ιατρούς και το ιατρικό προσωπικό.
- Προκαταλήψεις από επαγγελματίες υγείας και στερεότυπα που μπορεί να επηρεάζουν την παροχή υπηρεσιών.
- Φόβος και ανησυχία για τη χρήση δημόσιων υπηρεσιών υγείας.

Όλα αυτά τα εμπόδια δυσχεραίνουν τη δυνατότητα αυτών των ανθρώπων να αποκτήσουν την απαραίτητη ιατρική περίθαλψη και προστασία που αναζητούν.

Στην Ελλάδα, οι μετανάστες με νόμιμη διαμονή έχουν τα ίδια δικαιώματα με τους πολίτες όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη. Παρ' όλα αυτά, πολλοί μετανάστες αντιμετωπίζουν προβλήματα, καθώς αντιμετωπίζουν καθυστερήσεις σε νοσοκομεία, δυσκολίες στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, υψηλά οικονομικά έξοδα, πολυπλοκότητα του συστήματος και έλλειψη ενημέρωσης. Οι πολιτισμικές διαφορές και η κοινωνικοοικονομική τους θέση περαιτέρω δυσκολεύουν την πρόσβασή τους σε κατάλληλη πληροφόρηση και ιατρική περίθαλψη. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι επαγγελματίες υγείας συχνά δεν έχουν ευαισθητοποιηθεί επαρκώς σχετικά με τις ποικίλες ανάγκες των μεταναστών. Επιπλέον, οι μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα αντιμετωπίζουν ακόμη μεγαλύτερες προκλήσεις στην πρόσβαση στην υγεία.

Οι περισσότερες μελέτες εστιάζουν σε συγκεκριμένα θέματα, όπως μολυσματικές ασθένειες, χρόνιες παθήσεις, ψυχικές διαταραχές ή υγεία μητέρας-παιδιού, παρά στην γενική δυνατότητα πρόσβασης στην υγεία.

Οι μετανάστες που δεν έχουν τα απαραίτητα έγγραφα έχουν συνήθως περιορισμένη πρόσβαση, περιορισμένη στις κρίσιμες περιπτώσεις, σε υπηρεσίες υγείας σε όλη την περιοχή.

Ακόμη και σε χώρες όπου οι μετανάστες χωρίς έγγραφα έχουν πλήρη δικαιώματα πρόσβασης στην υγεία, τα επίσημα και άτυπα εμπόδια προκαλούν δυσκολίες στην πρακτική εφαρμογή αυτών των δικαιωμάτων.

Οι άτυποι φραγμοί περιλαμβάνουν προβλήματα επικοινωνίας λόγω γλώσσας, έλλειψη κοινωνικού δικτύου και ανεπάρκεια πληροφοριών για το σύστημα υγείας και τους επαγγελματίες υγείας.

Οι υπάρχοντες πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης συχνά αντιμετωπίζουν εμπόδια στην παροχή υπηρεσιών, όπως διαφορές στην κουλτούρα και τη γλώσσα. Ελάχιστα δείγματα

πολιτικής και βέλτιστων πρακτικών αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων.

Οι πρόσφυγες, οι αιτούντες άσυλο και οι μετανάστες αντιμετωπίζουν πληθώρα εμποδίων όσον αφορά την πρόσβασή τους στην υγεία. Αυτά τα εμπόδια περιλαμβάνουν:

- Δυσκολίες που προκύπτουν από νομικές και γραφειοκρατικές διαδικασίες κατά την απόκτηση των απαραίτητων εγγράφων.
- Οικονομική αδυναμία να καλύψουν τα έξοδα για τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται.
- Έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με τα δικαιώματά τους στην πρόσβαση στην υγεία.
- Γλωσσικά εμπόδια που επηρεάζουν την επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό.
- Προκαταλήψεις και στερεότυπα από τους επαγγελματίες της υγείας.
- Φόβος και ανησυχία σχετικά με την πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες.

Όλα αυτά τα εμπόδια καθιστούν δυσκολότερη την ικανότητα αυτών των ατόμων να απολαύσουν την απαραίτητη φροντίδα και υγειονομική προστασία που χρειάζονται.

Στην Ελλάδα, οι μετανάστες με νόμιμη διαμονή έχουν ίσα δικαιώματα με τους Έλληνες πολίτες όσον αφορά την πρόσβαση στην υγεία. Ωστόσο, πολλοί αναφέρουν ότι οι υπηρεσίες υγείας δεν καλύπτουν πλήρως τις ανάγκες τους, λόγω καθυστερήσεων σε νοσοκομεία, προβλημάτων στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες της υγείας, υψηλών δαπανών, πολυπλοκότητας του συστήματος και έλλειψης ενημέρωσης για τις διαθέσιμες υπηρεσίες. Οι πολιτισμικές διαφορές και η κοινωνικοοικονομική τους θέση δυσκολεύουν την πρόσβασή τους σε κατάλληλη πληροφόρηση και ιατρική περίθαλψη. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι πολλοί επαγγελματίες της υγείας δεν έχουν επαρκή ευαισθητοποίηση σχετικά με τις διαφορετικές ανάγκες των μεταναστών.

Το έργο του Marques (2012) εξετάζει την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για μετανάστες και πρόσφυγες χωρίς έγγραφα σε διάφορες χώρες, παρουσιάζοντας μια πολυδιάστατη εικόνα. Παρά το γεγονός ότι οι νομικές διατάξεις μπορεί να προβλέπουν την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, όπως στην περίπτωση της Γαλλίας, υπάρχουν άλλα εμπόδια που παρεμποδίζουν την πρακτική πρόσβαση. Αυτά τα εμπόδια περιλαμβάνουν την έλλειψη πληροφόρησης, τις διοικητικές απαιτήσεις, τις γλωσσικές δυσκολίες, τον φόβο της αποκάλυψης, καθώς επίσης και τις περιπτώσεις πρακτικών διακρίσεων και άρνησης παροχής περίθαλψης.

12.1 Θέματα Επικοινωνίας και Πληροφόρησης:

Οι δεδομένες ενδείξεις αποκαλύπτουν μια ποικιλία καταστάσεων μεταξύ μεταναστών και μη μεταναστών σχετικά με τις γνώσεις υγείας. Σε αρκετές μελέτες, έχουν επισημανθεί προκλήσεις στον τομέα της πολιτιστικής προσέγγισης και επικοινωνίας, τις οποίες εξηγούμε παρακάτω, αναφορικά με τη σχέση μεταξύ μεταναστών και παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ανεπαρκή παροχή υπηρεσιών υγείας για τους μετανάστες, την ύπαρξη προβλημάτων στην διακυβέρνηση και την ασυναρτησία στην κατανομή της εξουσίας και της ευθύνης για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ διαφορετικών φορέων. Μια ιταλική μελέτη επισημαίνει αυτές τις προκλήσεις.

Μια συγκριτική μελέτη στη Γερμανία εξέτασε μετανάστες από διάφορες ευρωπαϊκές χώρες και κατέδειξε πως οι μετανάστες προτιμούν συχνότερα τη χρήση σταθμών πρώτων βοηθειών. Παρουσιάζουν προβλέψιμες δυσκολίες στην επικοινωνία και την κατανόηση, ενώ έχουν διαφορετικές απόψεις για θέματα υγείας και νόσων σε σύγκριση με τους "μη μετανάστες". Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν προκλήσεις στη χρήση των τακτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης από τους μετανάστες.

Ακόμη, δύο μελέτες έδειξαν πως η έλλειψη πληροφοριών σχετικά με τις διαθέσιμες επιλογές φροντίδας και τα γλωσσικά εμπόδια αποτέλεσαν παράγοντες που επηρέασαν την ευπάθεια της υγείας των μεταναστών. Έλλειψη γνώσεων για συγκεκριμένες ασθένειες όπως το HIV και το AIDS και άλλα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα αναφέρθηκε σε μελέτη στην Κύπρο με 600 μετανάστες από "τρίτες χώρες". Παράγοντες όπως το υψηλό κόστος, η έλλειψη ενημέρωσης για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, οι μη προσαρμοσμένες στην πολιτισμική πραγματικότητα υπηρεσίες, οι διαφορετικές αντιλήψεις για την νόσο και το κοινωνικό στίγμα, καθώς και οι περιορισμένες γλωσσικές δεξιότητες, αναφέρθηκαν σε φινλανδική μελέτη με μετανάστες από διάφορες ομάδες (Ρώσοι, Σομαλοί, Κούρδοι), και βρέθηκε πως αυτοί συντελούν στην αυξανόμενη αντίληψη των ανεκπλήρωτων αναγκών.

Ένα ερευνητικό έργο πολλαπλών μεθόδων που πραγματοποιήθηκε στην Αυστρία, εστίασε στους μετανάστες από την Τουρκία και την πρώην Γιουγκοσλαβία. Αυτή η μελέτη αντίληψης συγκρίθηκε τις διάφορες ομάδες μεταναστών όσον αφορά τις προηγούμενες εμπειρίες τους με την υγειονομική περίθαλψη και έδειξε ότι διάφορες ομάδες μεταναστών είχαν παρόμοιο επίπεδο υγειονομικής ενημέρωσης με τον γενικό πληθυσμό. Από την άλλη πλευρά, μια δεύτερη έρευνα πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία, όπου 455 ενήλικοι πρόσφυγες που μιλούσαν αραβικά, νταρί, σομαλικά ή αγγλικά, δείχνοντας ότι η πλειοψηφία αυτών των

προσφύγων είχαν περιορισμένες γνώσεις υγείας, τόσο σε λειτουργικό όσο και σε ολοκληρωμένο επίπεδο. Από τη μελέτη αυτή προέκυψε η πρόταση ότι τα επίπεδα γνώσης υγείας θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε δραστηριότητες που απευθύνονται στους μετανάστες. Μια επιπλέον μελέτη που διεξήχθη στην Ισπανία, παρόμοια, υποστήριξε την έρευνα δράσης ως τρόπο αντιμετώπισης της κακής υγείας μεταξύ των μεταναστών.

Όσον αφορά τις αντιλήψεις για την υγεία των ίδιων των μεταναστών και τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας, μια ιταλική μελέτη που περιλάμβανε μετανάστες στην Ισπανία και την Ιταλία απέδειξε ότι οι αντιλήψεις για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας αυξήθηκαν από το 2007 έως το 2012 μεταξύ του μεταναστευτικού πληθυσμού στην Ιταλία. Αντίθετα, στην Ισπανία το 2012, η αντίληψη του γηγενούς πληθυσμού για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας επίσης αυξήθηκε.

Προκλήσεις που αντιμετωπίζονται στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σε χώρες μεταφοράς, όπου παρατηρείται μεταναστευτική ροή, έχουν επικεντρωθεί σε περιοχές όπως η Ελλάδα και η Ισπανία, που λειτουργούν ως πόρτες εισόδου για νέους μετανάστες προς την Ευρώπη. Τα προβλήματα που προέκυψαν από την προσφυγική κρίση έθεσαν σε δοκιμασία τα εθνικά συστήματα υγείας σε αυτές τις χώρες, με την προσοχή που δίνεται στο γεγονός ότι αυτή η πρόκληση δεν απέκτησε επαρκή κάλυψη στα μέσα ενημέρωσης και δεν συμμετείχε επαρκώς στη δημόσια συζήτηση.

Οι αναλύσεις προβάλλουν τις ανάγκες των φροντιστών που δραστηριοποιούνται στις χώρες μεταφοράς, ενισχύοντας την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη, επιπλέον οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους, εκπαίδευση και κατάρτιση. Επισημαίνουν την περιορισμένη διαθεσιμότητα διαγνωστικού εξοπλισμού, υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ολοκληρωμένης περίθαλψης για τους νεαρούς μετανάστες, οι οποίοι αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση σε διάφορες υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης της μετάφρασης και της διαμεσολάβησης σε θέματα πολιτισμού.

Μια έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα σχετικά με τους "φροντιστές που εργάζονται σε σύγχρονες περιοχές υποδοχής προσφύγων" αποκάλυψε ότι οι φροντιστές αντιμετωπίζουν ψυχολογικές πιέσεις και διαταραχές ύπνου, ενώ επίσης αναφέρθηκε η ύπαρξη συνδρόμου μετατραυματικού στρες (7% αναφορά σε PTSD). Οι οργανωτικές προκλήσεις που αντιμετώπισαν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης σε αυτές τις περιοχές περιλάμβαναν δυσκολίες στην εσωτερική και εξωτερική επικοινωνία και συνεργασία, προβλήματα που

σχετίζονται με τις πολιτιστικές και γλωσσικές διαφορές, έλλειψη χρηματοδότησης, και ανεπαρκή ανθρώπινα διαθέσιμα μέσα για την αντιμετώπιση του μεγάλου όγκου προσφύγων.

Ιδιαίτερα στην Ελλάδα, η οποία βρίσκεται αντιμέτωπη με μεγάλο αριθμό προσφύγων, οι προκλήσεις αυτές εντείνονται. Επιπλέον, οι παροχές υγειονομικής περίθαλψης που εργάζονται στο προσκήνιο στην Ελλάδα αντιμετώπισαν προβλήματα με την περιορισμένη πρόσβαση σε επιτόπιες διαγνωστικές εξετάσεις, ηλεκτρικό ρεύμα και τρεχούμενο νερό στους προσφυγικούς καταυλισμούς.

Μια αναλυτική σύγκριση μεταξύ Ελλάδας, Ιταλίας και Σλοβενίας ανέδειξε τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν αυτές οι χώρες σε σχέση με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Στην Ιταλία, παρατηρήθηκε έλλειψη απαραίτητων εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε θέματα διαπολιτισμικών ικανοτήτων. Στην Ελλάδα, παρουσιάστηκαν προβλήματα σε σχέση με το προσωπικό στα νησιά, τη διαθεσιμότητα διερμηνέων σε κρίσιμα επείγοντα περιστατικά και την έλλειψη κατάλληλης στέγασης για ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Στη Σλοβενία, το κύριο πρόβλημα αφορούσε την έλλειψη χρηματοδότησης για τη θεραπεία χρόνιων, μη μεταδοτικών ασθενειών.

Όλες αυτές οι χώρες αντιμετώπισαν επίσης δυσκολίες στον συντονισμό μεταξύ διάφορων οργανισμών. Για παράδειγμα, υπήρξε κενό μεταξύ της ζήτησης και της προσφοράς τροφίμων και ρουχισμού σε κέντρα υποδοχής και φιλοξενίας.

Επιπροσθέτως, μια ιταλική μελέτη ανέδειξε αύξηση στα αιτήματα των μεταναστών για νοσηλεία και ψυχιατρική περίθαλψη, ενώ ανέδειξε επίσης την έλλειψη πόρων για τις απαραίτητες υπηρεσίες ψυχικής φροντίδας. Τα τραυματικά και δραματικά γεγονότα που έζησαν οι μετανάστες, συμπεριλαμβανομένων των βασανιστηρίων, και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν μετά τη μετανάστευση, συνέβαλαν στην ανάπτυξη συνδρόμου μετατραυματικού στρες (PTSD). Αν και υπάρχουν προσπάθειες για την αντιμετώπιση του PTSD, όπως το σύστημα προστασίας για πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο, η αυξημένη ζήτηση για υποστήριξη προκάλεσε προκλήσεις στην ιταλική υγειονομική περίθαλψη για τους μετανάστες. Τέλος, η έλλειψη εξειδικευμένων διαμεσολαβητών και επαγγελματικής γνώσης σε θέματα ψυχικής υγείας για τους μετανάστες επηρέασε αρνητικά την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ιταλία.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, υπάρχουν διαφοροποιήσεις στη διαθεσιμότητα και τη δομή της υγειονομικής βοήθειας που παρέχεται σε μετανάστες, πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο μέσω οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών. Μια ποιοτική έκθεση που πραγματοποιήθηκε για

να συγκρίνει την Ιταλία, την Ελλάδα και τη Σλοβενία αποκάλυψε ότι υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα και τη Σλοβενία, οι υπηρεσίες διαχειρίζονται κεντρικά, ενώ στην Ιταλία, η οργάνωση είναι περιφερειακή.

Στην Ιταλία, οι επαγγελματίες υγείας που παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε μετανάστες, πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο είναι διορισμένοι από το Υπουργείο Υγείας. Στην Ελλάδα, ρόλο σημαντικό διαδραματίζουν οι μη εθελοντικές οργανώσεις (ΜΚΟ) στην παροχή υγειονομικής βοήθειας. Στη Σλοβενία, επαγγελματίες υγείας που είναι διορισμένοι από το κράτος συνεργάζονται με ΜΚΟ για την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Μια ενδιαφέρουσα πρακτική αναφέρεται στη δημιουργία Μονάδας Υγείας Προσφύγων στην Ελλάδα, η οποία δίνει τη δυνατότητα στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να συνεργαστούν με μεταφραστές ή πολιτιστικούς διαμεσολαβητές για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας με τους ασθενείς. Επιπλέον, στην Ισπανία, υπήρξε ένα πρόγραμμα διαπολιτισμικής διαμεσολάβησης που επικεντρώθηκε στην υγεία των γυναικών από τη Λατινική Αμερική και παρείχε πληροφορίες, εκπαίδευση και ευκαιρίες πρόσβασης σε υπηρεσίες αναπαραγωγικής υγείας.

Αυτά τα παραδείγματα υποδεικνύουν ότι η προσφορά ολοκληρωμένης φροντίδας, η οποία περιλαμβάνει διαφορετικές υπηρεσίες μεταφράσεων και πολιτιστικής διαμεσολάβησης, μπορεί να αποτελέσει αποτελεσματική πρακτική για την παροχή φροντίδας σε μετανάστες και πρόσφυγες. Συνολικά, οι χώρες μεταφοράς αντιμετωπίζουν προκλήσεις στον τομέα της υγείας για τους προαναφερθέντες πληθυσμούς, που συνδέονται με έλλειψη πόρων, οργανωτικά προβλήματα και έλλειψη συντονισμού μεταξύ των ενδιαφερομένων φορέων. (Lebano A. ,2020)

13.Προτεινόμενες πολιτικές – Προτάσεις για το μέλλον

Οι πολιτικές προσέγγισης προς τους μετανάστες στην Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες εμφανίζουν τάση προς αστάθεια και εξάρτηση από τα πολιτικά δρώμενα, ενώ παράλληλα υπάρχει έλλειψη συντονισμού μεταξύ τους. Μία παράδειγμα τέτοιας κατάστασης είναι η λεγόμενη "Συνθήκη του Δουβλίνου" (ο κανονισμός Δουβλίνο III αριθ. 604/2013 ενεργοποιήθηκε στις 19 Ιουλίου 2013), η οποία θέτει το πρώτο κράτος μέλος της ΕΕ που καταγράφει τα δακτυλικά αποτυπώματα ή δέχεται αίτηση ασύλου ως υπεύθυνο για την επεξεργασία της αίτησης. Αυτό αποτέλεσε έναν από τους λόγους που η Ιταλία και η Ελλάδα βρέθηκαν αντιμέτωπες με τον μεγάλο αριθμό μεταναστών και αισθάνθηκαν την

αδικαιολόγητη απογοήτευση από τη διεθνή κοινότητα. Αυτή η πολιτική προσέγγιση, μαζί με τα υποκείμενα ζητήματα που συνοδεύουν, έχουν υποβληθεί σε κριτική στο παρελθόν από την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες και την Κοινοβουλευτική Συνέλευση του Συμβουλίου της Ευρώπης.

Λόγω της συμφωνίας που προέρχεται από τη Συνθήκη του Δουβλίνου, πολλοί άνθρωποι που μεταναστεύουν στην Ευρώπη αποστέλλονται πίσω στην πρώτη ευρωπαϊκή χώρα όπου έχουν καταγραφεί. Συχνά αυτή η χώρα είναι η Ιταλία ή η Ελλάδα. Σε αυτές τις χώρες, οι ευκαιρίες για οικονομική πρόοδο είναι περιορισμένες. Η επιστροφή στην πρώτη ευρωπαϊκή χώρα σύμφωνα με τη "Συνθήκη του Δουβλίνου" συχνά οδηγεί σε απογοήτευση, σκέψεις αυτοκτονίας ή επικίνδυνη συμπεριφορά, όπως ακούσιες σεξουαλικές επαφές ή κατάχρηση ουσιών.

Κατά τη Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών τον Σεπτέμβριο του 2016, τα κράτη μέλη ανακοίνωσαν τη Διακήρυξη της Νέας Υόρκης για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες. Αυτή η διακήρυξη περιλαμβάνει δεσμεύσεις και ένα σχέδιο δράσης για την εφαρμογή των δεσμεύσεων αυτών. Αυτό οδήγησε στη δημιουργία του Ολοκληρωμένου Πλαισίου Αντιμετώπισης των Προσφύγων, το οποίο περιλαμβάνει βασικά στοιχεία που έχουν συμφωνηθεί. Αυτά περιλαμβάνουν την αποφόρτιση της πίεσης στις χώρες υποδοχής, την ενίσχυση της αυτάρκειας των προσφύγων, τη δημιουργία περισσότερων λύσεων μέσω τρίτων χωρών και την υποστήριξη των συνθηκών στις χώρες καταγωγής για μια ασφαλή και αξιοπρεπή επιστροφή. Επίσης, δημιουργήθηκε το Παγκόσμιο Σύμφωνο για τους Πρόσφυγες, το οποίο παρουσιάστηκε από την Ύπατη Αρμοστεία για τους Πρόσφυγες κατά τη Γενική Συνέλευση τον Σεπτέμβριο του 2018.

Για να υποστηριχθούν οι υπεύθυνοι που επιμελούνται την κατεύθυνση της πολιτικής για την ενίσχυση ή τη δημιουργία ειδικών και συνεκτικών πολιτικών αναφορικά με τα δικαιώματα των μεταναστών που δεν έχουν επίσημα έγγραφα, προτείνονται τα ακόλουθα:

1. Επανεξέταση του δικαιώματος στην υγειονομική περίθαλψη για τους μετανάστες που δεν έχουν επίσημα έγγραφα, με σεβασμό στα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα, το πλαίσιο της εθνικής νομοθεσίας, την οργάνωση του υγειονομικού συστήματος και τα ζητήματα δημόσιας υγείας.
2. Ενίσχυση της ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης, με στόχο την υποστήριξη των θεμάτων που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες χωρίς έγγραφα.

3. Δημιουργία συστημάτων πληροφόρησης για τόσο τους μετανάστες που δεν έχουν επίσημα έγγραφα όσο και τους παροχής υγείας, με θέματα που αφορούν το δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη, την πρόσβαση σε αυτήν και τη νομική προστασία.
4. Προώθηση μιας διασταυρούμενης προσέγγισης και διασυνοριακής συνεργασίας, καθώς και δημιουργίας υπηρεσιών που καλύπτουν ολιστικά την υγεία.
5. Υποστήριξη των παροχών υγειονομικής περίθαλψης με την παροχή εργαλείων επικοινωνίας, όπως πολιτιστικοί διαμεσολαβητές και διερμηνείς, για τη δημιουργία ενός προσβάσιμου και πολυπολιτισμικά ευαίσθητου συστήματος υγείας.
6. Συστηματική συλλογή δεδομένων σχετικά με την υγεία των μεταναστών που δεν διαθέτουν επίσημα έγγραφα, με την διάθεση αυτών στην επιστημονική κοινότητα και τους υπεύθυνους για τη διαμόρφωση της πολιτικής.
7. Θέσπιση δεικτών και μέσων για την παρακολούθηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των πολιτικών.
8. Σχεδιασμός εξειδικευμένων προγραμμάτων εκπαίδευσης για τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τις ανάγκες υγείας των μεταναστών, προωθώντας την συμμετοχή τους σε εκπαιδευτικά προγράμματα υγείας.
9. Προώθηση της έρευνας για τη βελτίωση της κατανόησης των αναγκών υγείας των μεταναστών χωρίς έγγραφα, συγκριτικά με άλλες ομάδες μεταναστών. (C.Specchia et.al , 2015)

Άλλες προτεινόμενες πολιτικές

Δώστε προτεραιότητα σε ενέργειες που θα είναι συνεκτικές και θα επεκτείνουν τη συμμετοχή, χωρίς να αφήνουν κανέναν πίσω. Αυτή η προσέγγιση πρέπει να εφαρμοστεί σε παγκόσμιο, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, συνάδοντας με τα διεθνώς αποδεκτά σχέδια ανάπτυξης. Η βασική αρχή είναι να αποφευχθούν εξαιρέσεις και να ενσωματωθούν ενεργά οι πρόσφυγες και οι μετανάστες στις πολιτικές.

Ενισχύστε την αποτελεσματικότητα, την ηγεσία και την καθοδήγηση των εθνικών, περιφερειακών και διεθνών φορέων, ενθαρρύνοντας συνεργασίες που ανταποκρίνονται σε ποικίλες ανάγκες, διασφαλίζοντας ότι κανείς δεν παραμελείται. Στόχος είναι η προαγωγή προληπτικών μέτρων για την αντιμετώπιση μεταδιδόμενων ασθενειών, δίνοντας ταυτόχρονα την ευκαιρία σε μετανάστες να συμμετέχουν σε αυτά. Προτείνεται η δημιουργία

πολυεθνικών μηχανισμών για ευέλικτες δράσεις που να συμπεριλαμβάνουν τους μετανάστες χωρίς εξαιρέσεις.

Διασφαλίστε ισότητα μέσω πολιτικών, νομοθετικών και ρυθμιστικών μέτρων που θα μειώσουν κινδύνους για την υγεία των μεταναστών και προσφύγων. Επικεντρωθείτε σε κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την κατάστασή τους. Αξιοποιήστε προσεγγίσεις που συνδυάζουν περιβαλλοντικό και πολυπολιτισμικό πλαίσιο, ειδικά για την υγειονομική εκπαίδευση.

Αναπτύξτε μια πολιτική μετανάστευσης που θα προωθεί την ολοκλήρωση των μεταναστών στο υγειονομικό σύστημα χωρίς αποκλεισμούς. Στοχεύει στην πρόληψη και τον έλεγχο μεταδιδόμενων νοσημάτων και κοινωνικών παραγόντων που αφορούν τους πρόσφυγες και τους μετανάστες.

Πραγματοποιήστε έρευνα και ανάλυση δεδομένων. Ενισχύστε τη δυνατότητα έρευνας και ανάπτυξης. Αξιοποιήστε δεδομένα για την αντιμετώπιση μεταδιδόμενων νοσημάτων σε μετανάστες.

Παρακολουθήστε τις τάσεις και αξιολογήστε προόδους στις προληπτικές και ελεγκτικές προσεγγίσεις για μεταδιδόμενα νοσήματα σε μετανάστες.

Παρέχοντας υπηρεσίες υγείας

Προωθώντας μια συνολική προσέγγιση για την πρόληψη και διαχείριση των μεταδιδόμενων νοσημάτων σε όλα τα στάδια του μεταναστευτικού κύκλου, από την προμεταναστευτική περίοδο έως την φάση της διέλευσης και του προορισμού. Αυτό στοχεύει στη διασφάλιση της ιατρικής προστασίας όλων των προσφύγων και μεταναστών από τη διακοπή της ιατρικής περίθαλψης.

Ενισχύοντας προσεγγίσεις που εξαλείφουν τον αποκλεισμό στην διαχείριση των μεταδιδόμενων νοσημάτων σε πρόσφυγες και ευάλωτους μετανάστες κατά τις κρίσεις ή τις καταστάσεις ανάγκης. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της ενσωμάτωσης των ιατρικών υπηρεσιών στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στα υπάρχοντα συστήματα υγείας, ή της ενίσχυσης της υγειονομικής δομής των χωρών υποδοχής.

Προωθώντας τη φροντίδα των μεταναστών με μια προσέγγιση που ανταποκρίνεται στις πολιτιστικές και γλωσσικές τους ανάγκες σχετικά με την υγεία. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω προηγμένων, εξατομικευμένων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας που στοχεύουν στην προώθηση της έννοιας της ολοκληρωμένης κάλυψης των υγειονομικών αναγκών τους.

13.1 Τι είδους πολιτικές προτιμάνε οι ευρωπαϊκές χώρες και γιατί

Στο πλαίσιο της διαμόρφωσης προτιμήσεων για πολιτικές ασύλου και προσφύγων, η άποψη προωθείται ότι οι Ευρωπαίοι πρέπει να ισορροπήσουν τις ανησυχίες τους σε κανονιστικό επίπεδο για την ανθρωπιστική βοήθεια με τις υποκειμενικές κοινωνικές και πολιτικές ανησυχίες τους σχετικά με το εθνικό συμφέρον. Συνεπώς, η τάση των Ευρωπαίων είναι να επιδιώκουν πολιτικές ασύλου και προσφύγων που επιτρέπουν τη συμβιβαστική προσέγγιση τόσο στον τομέα της ανθρωπιστικής βοήθειας όσο και στον τομέα του εθνικού συμφέροντος.

Σε όλες τις πτυχές της πολιτικής που έχουν εξεταστεί, προκύπτει ότι οι Ευρωπαίοι προτιμούν να επιτύχουν ισορροπία μεταξύ των δύο αυτών παραμέτρων. Αυτό σημαίνει ότι προτιμούν πολιτικές που δεν προσφέρουν απεριόριστη βοήθεια σε πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο, αλλά ταυτόχρονα δεν περιορίζουν αυστηρά τη συνολική υποστήριξη. Για να επιτευχθεί αυτή η ισορροπία, προτείνεται ένας σχεδιασμός πολιτικής που περιλαμβάνει ρυθμίσεις όπως όρια (π.χ. μέγιστος αριθμός αιτούντων άσυλο ετησίως) ή προϋποθέσεις (π.χ. παροχή οικονομικής υποστήριξης μόνο σε πρόσφυγες που μπορούν να στηρίξουν οικονομικά τα μέλη της οικογένειάς τους). Ταυτόχρονα, πρέπει να διασφαλιστεί η παροχή βασικών επιπέδων προστασίας.

Συνοψίζοντας, η προσδοκία είναι ότι οι Ευρωπαίοι θα επιλέξουν πολιτικές ασύλου και προσφύγων που επιτυγχάνουν μια ισορροπία μέσω ρυθμίσεων και προϋποθέσεων, αντί να ακολουθούν πολιτικές που είναι απόλυτες ή ακραία σε σχέση με την παροχή βοήθειας και προστασίας.

Εκτιμούμε ότι αυτό το πρότυπο πολιτικών προτιμήσεων αναμένεται να εμφανιστεί σε όλα τα ευρωπαϊκά κράτη. Η έννοια του εθνικού συμφέροντος, όπως αντιλαμβάνεται από την κοινή γνώμη, πιθανόν να ισχύει παντού, καθώς οι απόψεις σχετικά με τη μετανάστευση πολύ συχνά καθορίζονται από κοινωνικές και πολιτισμικές επιρροές (Hainmueller και Hopkins, 2015). Φυσικά, ορισμένες χώρες (όπως η Σουηδία ή η Γερμανία) έχουν μακροχρόνια παράδοση παροχής ανθρωπιστικής βοήθειας σε πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο από άλλες χώρες (όπως η Πολωνία ή η Ουγγαρία) (Juncho, 2007). Είναι πιθανό ότι η πιο ανεπίσημη ιστορία και εμπειρία ενός κράτους στην παροχή προστασίας σε πρόσφυγες μπορεί να καταστήσει την ανθρωπιστική βοήθεια πιο βαθιά ριζωμένη στον πολιτισμό και να επηρεάσει τις προτιμήσεις των ατόμων σχετικά με τις πολιτικές ασύλου και προσφύγων. Αυτό θα μπορούσε να σημαίνει ότι άτομα που ζουν σε χώρες με μακροχρόνια παράδοση παροχής ανθρωπιστικής βοήθειας σε πρόσφυγες θα έχουν προτιμήσεις που τείνουν περισσότερο προς πολιτικές που παρέχουν

μη υπόκεινται σε όρους προστασία, ενώ άτομα που ζουν σε χώρες με περιορισμένη εμπειρία σε αυτόν τον τομέα θα τείνουν περισσότερο προς πολιτικές που περιορίζουν την παροχή βοήθειας.

Σε αναγνώριση της ευρείας ποικιλίας πολιτικών αποφάσεων που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των αιτούντων άσυλο και των προσφύγων, προτείνονται βασικές πτυχές της πολιτικής σε θέματα ασύλου και προσφύγων στις ευρωπαϊκές χώρες να επικεντρώνονται στα εξής:

1. το δικαίωμα υποβολής αιτήσεων για άσυλο
2. την επανεγκατάσταση ατόμων που έχουν ήδη αναγνωριστεί ως πρόσφυγες
3. την επιστροφή αιτούντων άσυλο οι οποίοι έχουν απορριφθεί στις αιτήσεις τους για προστασία
4. την επανένωση οικογενειών προσφύγων που έχουν λάβει αναγνώριση
5. τον τρόπο συνεργασίας των εθνικών κυβερνήσεων με υπερεθνικούς φορείς όπως η Ευρωπαϊκή Ένωση, για τη ρύθμιση των διαδικασιών ασύλου και προσφύγων και
6. την παροχή οικονομικής βοήθειας σε "πρώτες χώρες ασύλου", δηλαδή σε χώρες χαμηλότερου εισοδήματος που φιλοξενούν μεγάλο αριθμό προσφύγων κοντά σε περιοχές συγκρούσεων. Εντός αυτών των πτυχών, επιδιώκεται να διαχωριστούν οι προσεγγίσεις που χρησιμοποιούν όρια ή προϋποθέσεις από εκείνες που δεν το πράττουν.

14.COVID-19 και μη μεταδιδόμενα σε μετακινούμενους πληθυσμούς

Η έλλειψη αξιοπρέπειας ή η απουσία κατάλληλης προσοχής έναντι των Μεταναστών και των Προσφύγων αποτελεί διαδεδομένη πραγματικότητα, και αυτό είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό κατά τη διάρκεια της πανδημίας του COVID-19. Για παράδειγμα, οι Πρόσφυγες και οι Μετανάστες που πάσχουν από διαβήτη μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη διατήρηση κατάλληλων επιπέδων γλυκόζης. Η έλλειψη αυτού του ελέγχου μπορεί να απειλήσει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, καθιστώντας αυτούς περισσότερο ευάλωτους στον σοβαρό χαρακτήρα της νόσου και τις επιπτώσεις της από τον COVID-19. Παράγοντες όπως οι επαγγελματικοί κίνδυνοι, η οικονομική ανασφάλεια, η διατροφική ανεπάρκεια και η υπερπληθυσμένη συνύπαρξη αποτελούν επίσης πρόσθετους παράγοντες κινδύνου για τους Πρόσφυγες και τους Μετανάστες, αυξάνοντας την ευαισθησία τους στις αρνητικές επιπτώσεις του COVID-19.

Παρά τον περιορισμένο όγκο παγκόσμιων δεδομένων σχετικά με τις επιπτώσεις του COVID-19 σε πρόσφυγες και μετανάστες, υπάρχουν αποδείξεις ότι σε πολλές χώρες, αυτές οι ομάδες ανθρώπων εκτίθενται σε αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης από τον SARS-CoV-2. Ως αποτέλεσμα, ο αριθμός των περιπτώσεων και των θανάτων από τη νόσο COVID-19 είναι υψηλότερος σε αυτές τις ομάδες. Για παράδειγμα, στη Δανία, τη Νορβηγία και τη Σουηδία, οι μετανάστες εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά μόλυνσης κατά την αρχική φάση της πανδημίας σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, καταλαμβάνοντας το 19% των περιπτώσεων στη Νορβηγία, το 32% στη Σουηδία και το 18% στη Δανία. Σε εγκαταστάσεις κράτησης, οι μετανάστες αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο μόλυνσης από τον SARS-CoV-2, λόγω της υπερπληθυσμίας σε αυτές τις εγκαταστάσεις. Αν και η θνησιμότητα από τον COVID-19 μεταξύ των μεταναστών παραμένει χαμηλή, οι εθνικές μειονότητες αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο νοσηλείας και θανάτου από τη νόσο. Σε πολλές χώρες, οι μετανάστες αντιμετωπίζουν υψηλότερο ποσοστό καθυστερημένης διάγνωσης και νοσηλείας σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Για παράδειγμα, στη Δανία και στην Ιταλία, οι μετανάστες παρουσίασαν υψηλότερο κίνδυνο νοσηλείας με COVID-19, ενώ στη Σουηδία παρουσίασαν αυξημένο κίνδυνο θανάτου από τη νόσο, ακόμη και μετά την προσαρμογή τους σε κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές. Η θνησιμότητα από τον COVID-19 φαίνεται να είναι υψηλότερη μεταξύ των μεταναστών σε ορισμένες χώρες, όπως η Γαλλία και η Ολλανδία. (WHO , 2022)

Συμπέρασμα- συζήτηση

Συμπεράσματα:

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εξέτασε το ζωτικό θέμα των πολιτικών υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης που αφορούν τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα στους μετακινούμενους πληθυσμούς. Τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα αποτελούν μία σημαντική πρόκληση για την δημόσια υγεία, καθώς επηρεάζουν δραστικά την ποιότητα ζωής και την βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας.

Μέσω της ανάλυσης των πολιτικών υγείας της ΕΕ, διαπιστώθηκε ότι έχει δοθεί μεγάλη έμφαση στην αντιμετώπιση των μεταδοτικών νοσημάτων λόγω της επιδημιολογικής τους σημασίας. Ωστόσο, τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο διαβήτης και οι νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος, αντιπροσωπεύουν σημαντική απειλή για τη δημόσια υγεία λόγω της υψηλής διαδεδομένης τους.

Οι μετακινούμενοι πληθυσμοί, όπως οι μετανάστες, οι πρόσφυγες και οι ταξιδιώτες, εκτίθενται σε μοναδικούς κινδύνους λόγω των ανατροπών στον τρόπο ζωής τους. Οι διαφορετικές συνθήκες διαβίωσης, οι περιορισμένες προσπάθειες σε υπηρεσίες υγείας και οι πολιτισμικές διαφορές αποτελούν προκλήσεις για την αποτελεσματική πρόληψη και διαχείριση των νοσημάτων αυτών.

Εντούτοις, παρατηρήθηκε ότι η υγειονομική πολιτική της ΕΕ χρήζει ενίσχυσης όσον αφορά την προσαρμογή στις ανάγκες αυτών των ομάδων. Στο πλαίσιο αυτό, απαιτούνται προγράμματα πρόληψης που λαμβάνουν υπόψη τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτισμικές πτυχές των μετακινούμενων πληθυσμών. Η προώθηση της υγείας σε αυτούς τους πληθυσμούς πρέπει να είναι ολοκληρωμένη και πολυδιάστατη, ενισχύοντας την ευαισθητοποίηση, την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και την υποστήριξη της κοινότητας.

Συζήτηση:

Η πτυχιακή αυτή εργασία ανέδειξε την ανάγκη για περαιτέρω έρευνα και δράση στον τομέα των πολιτικών υγείας για τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα στους μετακινούμενους πληθυσμούς. Οι συστηματικές προσεγγίσεις που συνδυάζουν την επιστημονική έρευνα με την πολιτική δράση είναι ζωτικής σημασίας. Επίσης, είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη οι διαφορετικές προσεγγίσεις και ανάγκες για κάθε ομάδα μετακινούμενων πληθυσμών. Καθώς και η έλλειψη στην βιβλιογραφική ανασκόπηση και δεδομένων.

Οι πολιτικές υγείας πρέπει να βασίζονται σε αξίες ισότητας, δικαιοσύνης και ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή των πολιτικών πρέπει να ενσωματώνουν τη συμμετοχή των ενδιαφερόμενων φορέων και των μετακινούμενων ομάδων, προκειμένου να διασφαλιστεί η αποτελεσματικότητα και η αειφορία των προγραμμάτων.

Από την οπτική γωνία των υπηρεσιών υγείας, η ευάλωτη κατάσταση των προσφύγων και των μεταναστών σχετικά με τα μη μεταδοτικά νοσήματα εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Αυτοί δεν αφορούν μόνο την διαθεσιμότητα και οικονομική προσβασιμότητα της υγειονομικής φροντίδας σε χώρες προέλευσης, διέλευσης και προορισμού, αλλά και τον τρόπο που γίνεται το μεταναστευτικό ταξίδι.

Σε χώρες με χαμηλό εισόδημα, η δυσκολία πρόσβασης σε προσιτές υπηρεσίες υγείας για πρόσφυγες και μετανάστες οφείλεται σε έλλειψη διαθέσιμων και οικονομικά προσιτών υπηρεσιών για μη μεταδοτικά νοσήματα, παρόμοια με την κατάσταση του τοπικού πληθυσμού. Αντιθέτως, σε χώρες με υψηλό εισόδημα και ανθεκτικά συστήματα υγείας, οι

πολιτικές μετανάστευσης μπορεί να θέσουν πρόσθετα εμπόδια για την πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα, εκτός από τα ήδη υπάρχοντα εμπόδια λόγω πολιτισμού, γλώσσας, εθνικότητας και χαμηλής υγειονομικής εκπαίδευσης.

Σε πολλές χώρες, οι πρόσφυγες και οι μετανάστες μπορεί να αποκλειστούν από τη βασική υγειονομική περίθαλψη λόγω έλλειψης πολιτικών υγείας για τους μετανάστες εργαζομένους, έλλειψης ασφάλισης ή διακρίσεων που αφορούν τις πολιτικές μετανάστευσης. Οι παράγοντες κινδύνου για μη μεταδοτικά νοσήματα μπορεί να επιδεινωθούν κατά τη διάρκεια του μεταναστευτικού κύκλου λόγω αλλαγών στις κοινωνικές παραμέτρους της υγείας, όπως οικονομική ανισότητα, κοινωνική απομόνωση, πολιτισμικές διαφορές και διακρίσεις στις χώρες υποδοχής. Αυτά τα ζητήματα συνδέονται επίσης με τις πολιτικές μετανάστευσης.

Τελικά, η απάντηση στο ερώτημα προκύπτει σε μια συνδυαστική προσέγγιση αν και υφίσταται ένας επαρκής ευρωπαϊκός σχεδιασμός και πλαίσιο δράσης από τόσο τοπικές όσο και διεθνείς Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις για τη διαχείριση των προσφύγων και μεταναστών, παρατηρείται ένα κενό στην πρακτική εφαρμογή τους. Οι χώρες μέλη αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εκτέλεση των εθνικών στρατηγικών ένταξης που έχουν καθοριστεί.

Παρά το γεγονός ότι η διαδικασία της ένταξης απαιτεί χρόνο και διαρκή προσπάθεια, υπάρχει ανάγκη για αμεσότητα στην εκτέλεση των ενταξιακών μέτρων. Εν προκειμένω, είναι σημαντικό να αντιμετωπίσουμε την παράλληλη ύπαρξη διαφορετικών παραγόντων: από τη μία πλευρά, την υποδοχή και ετοιμότητα μιας σημαντικής πληθυσμιακής ομάδας προσφύγων και μεταναστών για ένταξη, και από την άλλη, τη δυσκολία των κρατών μελών να μεταφράσουν σε πράξη τις εθνικές τους στρατηγικές ένταξης.

Ενώ η μακροπρόθεσμη προοπτική της ένταξης παραμένει, η ανάγκη για άμεση και συντονισμένη δράση από τους εμπλεκόμενους φορείς είναι επιτακτική. Αυτό θα διασφαλίσει τη σωστή ροή και υλοποίηση των μέτρων ένταξης, προκειμένου να ανταποκριθούμε στις τρέχουσες προκλήσεις και να διασφαλίσουμε την ομαλή ένταξη των προσφύγων και μεταναστών στις κοινωνίες μας.

Τέλος, η διασφάλιση της υγείας για όλους ανεξαρτήτως καταγωγής ή κατάστασης είναι ένας από τους βασικούς στόχους μιας συνεκτικής και αποτελεσματικής υγειονομικής πολιτικής στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Βιβλιογραφία

Abbas M, Aloudat T, Bartolomei J, Carballo M, Durieux-Paillard S, Gabus L, Jablonka A, Jackson Y, Kaojaroen K, Koch D, Martinez E, Mendelson M, Petrova-Benedict R, Tsiodras S, Christie D, Saam M, Hargreaves S, Pittet D. Migrant and refugee populations: a public health and policy perspective on a continuing global crisis. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2018 Sep 20;7:113. doi: 10.1186/s13756-018-0403-4. PMID: 30250735; PMCID: PMC6146746..

Abbas M, Aloudat T, Bartolomei J, Carballo M, Durieux-Paillard S, Gabus L, Jablonka A, Jackson Y, Kaojaroen K, Koch D, Martinez E, Mendelson M, Petrova-Benedict R, Tsiodras S, Christie D, Saam M, Hargreaves S, Pittet D. Migrant and refugee populations: a public health and policy perspective on a continuing global crisis. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2018 Sep 20;7:113. doi: 10.1186/s13756-018-0403-4. PMID: 30250735; PMCID: PMC6146746.

Aebischer Perone, S., Martinez, E., du Mortier, S. et al. Non-communicable diseases in humanitarian settings: ten essential questions. *Confl Health* 11, 17 (2017).

<https://doi.org/10.1186/s13031-017-0119-8>

Agyemang, C., & van den Born, B. J. (2019). Non-communicable diseases in migrants: an expert review. *Journal of travel medicine*, 26(2), tay107. <https://doi.org/10.1093/jtm/tay107>

BMA, Unique health challenges for refugees and asylum seekers, 2023

Budreviciute A, Damiani S, Sabir DK, Onder K, Schuller-Goetzburg P, Plakys G, Katileviciute A, Khoja S, Kodzius R. Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. *Front Public Health*. 2020 Nov 26;8:574111. doi: 10.3389/fpubh.2020.574111. PMID: 33324597; PMCID: PMC7726193.

Charles Agyemang, Bert-Jan van den Born, Non-communicable diseases in migrants: an expert review, *Journal of Travel Medicine*, Volume 26, Issue 2, 2019, tay107, <https://doi.org/10.1093/jtm/tay107>

Cohen E, Amougou N, Ponty A, Loinger-Beck J, Nkuintchua T, Monteillet N, Bernard JY, Saïd-Mohamed R, Holdsworth M, Pasquet P. Nutrition Transition and Biocultural Determinants of Obesity among Cameroonian Migrants in Urban Cameroon and France. *Int J Environ Res Public Health*. 2017 Jun 29;14(7):696. doi: 10.3390/ijerph14070696. PMID: 28661463; PMCID: PMC5551134.

Corona Maioli, S., Bhabha, J., Wickramage, K., Wood, L. C. N., Erragne, L., Ortega García, O., Burgess, R., Digidiki, V., Aldridge, R. W., & Devakumar, D. (2021). International migration of unaccompanied minors: trends, health risks, and legal protection. *The Lancet. Child & adolescent health*, 5(12), 882–895. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00194-2](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00194-2)

De Vito, E., de Waure, C., Specchia, M. L., & Ricciardi, W. (2015). Public Health Aspects of Migrant Health: A Review of the Evidence on Health Status for Undocumented Migrants in the European Region. WHO Regional Office for Europe.

Divajevo, D., Marsh, T., Logstrup, S. et al. Economics of chronic diseases protocol: cost-effectiveness modelling and the future burden of non-communicable disease in Europe. *BMC Public Health* 14, 456 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-456>

Europa.eu, 2023

European Journal of Public Health, Volume 28, Issue suppl_5, December 2018, Pages 38–47,

Gassner L, Zechmeister-Koss I, Reinsperger I. National Strategies for Preventing and Managing Non-communicable Diseases in Selected Countries. *Front Public Health*. 2022 Feb 10;10:838051. doi: 10.3389/fpubh.2022.838051. PMID: 35223747; PMCID: PMC8867176

Jeannet, A.-M., Heidland, T., & Ruhs, M. (2021). What asylum and refugee policies do Europeans want? Evidence from a cross-national conjoint experiment. *European Union Politics*, 22(3), 353–376.

Jervelund, Signe & Nordheim, Oda & Stathopoulou, Theoni & Eikemo, Terje. (2019). Non-communicable diseases among refugees claimants in Greek refugee camps—are their care needs met?. *European Journal of Public Health*. 29. 10.1093/eurpub/ckz186.025.

Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H. et al. Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. BMC Public Health 20, 1039 (2020).
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>

Luke N Allen, Simon Wigley, Hampus Holmer, Implementation of non-communicable disease policies from 2015 to 2020: a geopolitical analysis of 194 countries, The Lancet Global Health, Volume 9, Issue 11, 2021

Marie Norredam and others, Access to health care for asylum seekers in the European Union —a comparative study of country policies, European Journal of Public Health, Volume 16, Issue 3, June 2006, Pages 285–289, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki191>

Murphy, M., Robertson, W., & Oyeboode, O. (2017). Obesity in International Migrant Populations. Current obesity reports, 6(3), 314–323

Philip Hunter, The refugee crisis challenges national health care systems, 2016 492-495

Spallek, Reeske, Norredam, Smith Nielsen, Lehnhardt, Razum, 2015,σελ.63,70.

Tan ST, Low PTA, Howard N, Yi H. Social capital in the prevention and management of non-communicable diseases among migrants and refugees: a systematic review and meta-ethnography. BMJ Glob Health. 2021 Dec;6(12):e006828. doi: 10.1136/bmjgh-2021-006828. PMID: 34952855; PMCID: PMC8710856

Terje A Eikemo, Anna Gkiouleka, Carolin Rapp, Sigrid Skjønne Utvei, Tim Huijts, Theoni Stathopoulou, Non-communicable diseases in Greece: inequality, gender and migration,

Terje A Eikemo, Anna Gkiouleka, Carolin Rapp, Sigrid Skjønne Utvei, Tim Huijts, Theoni Stathopoulou, Non-communicable diseases in Greece: inequality, gender and migration, European Journal of Public Health, Volume 28, Issue suppl_5, December 2018, Pages 38–47, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky219>

WHO, Continuum of care for noncommunicable disease management during the migration cycle , 2027

Ιωάννα.Κ, Η νομική και κοινωνική όψη του προσφυγικού ζητήματος στην Ελλάδα ως χώρα υποδοχής προσφύγων από το 2015 μέχρι και σήμερα., 2020
<http://dspace.lib.uom.gr/handle/2159/24490>

Καραμπάση, Αναστασία, Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων (ΓΧΝ), 20 March 2021.

Μαυρίδου, Μαρία, Προοπτικές κοινωνικής και οικονομικής ένταξης προσφύγων και μεταναστών στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση. 2020

Μετανάστευσης και Ασύλου, Κεφ 1.1 – Μετανάστευση Ορισμός και βασικές κατηγορίες, 2019

ΣTan ST, Low PTA, Howard N, Yi H. Social capital in the prevention and management of non-communicable diseases among migrants and refugees: a systematic review and meta-ethnography. BMJ Glob Health. 2021 Dec;6(12):e006828. doi: 10.1136/bmjgh-2021-006828.

PMID: 34952855; PMCID: PMC8710856.ώμα, ώστε να μπορούν να επικοινωνούν καλύτερα με τους πρόσφυγες από τη Συρία.