



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Συγκριτική μελέτη ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από
Ρομά που διαβιούν σε καταυλισμό ή σε γειτονιές αστικού
συγκροτήματος**

Βαλαλάκη Στεργιούλα ΑΜ.: 7019004

Κοινωνική λειτουργός

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Κοτρώτσιου Στυλιανή, Επίκουρος Καθηγήτρια Γενικού Τμήματος Λάρισας
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Επιβλέπουσα Καθηγήτρια.

Παραλίκας Θεοδόσης, (Πατήρ Σέργιος), Επίκουρος Καθηγητής Γενικού Τμήματος
Λάρισας, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής.

Σκεντέρης Νικόλαος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής- Κοινωνικής &
Αναπτυξιακής Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς
Επιτροπής.

Λάρισα, 2021



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»

**Comparative Study on Satisfaction from Health Services for
Roma Groups Living in a Camp or in Neighborhoods of an
Urban Complex**

Larisa, 2021

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη	5
Abstract	7
Εισαγωγή	9
Σκοπός της έρευνας	11
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	12
Ικανοποίηση υπηρεσιών υγείας σε Ρομά	12
Ιστορική αναδρομή	15
Οι Ρομά στην Ελλάδα	17
Οι Ρομά της Λάρισας και του Τυρνάβου	20
Υγεία των Ρομά	21
Βιβλιογραφική ανασκόπηση ως προς την υγεία των Ρομά και την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες υγείας	24
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	29
Ερευνητική Μεθοδολογία	29
Πληθυσμός πρόσβασης	29
Κριτήρια ένταξης στη μελέτη	29
Ερευνητική διαδικασία	30
Ερευνητικό Εργαλείο	30
Στατιστική μεθοδολογία	31
Δειγματοληπτική Μέθοδος	31
Αποτελέσματα	33
Πρώτη ενότητα: Χαρακτηριστικά Πληθυσμού	33
Περιγραφική ανάλυση του δείγματος	33

Δεύτερη ενότητα: Κλίμακα στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά	35
Οριοθετήσεις	51
Βιβλιογραφία	55

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι Ρομά είναι μία από τις μεγαλύτερες και πιο ευάλωτες μειονοτικές ομάδες στην Ευρώπη. Ο πληθυσμός των Ρομά αντιμετωπίζει διαφόρων ειδών διακρίσεις και κοινωνικό αποκλεισμό, σε ποικίλους τομείς, συμπεριλαμβανομένης της υγείας, και είναι γεγονός ότι οι πληθυσμοί Ρομά έχουν υποδεέστερο επίπεδο υγείας από τους μη Ρομά.

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη, σκοπό αποτέλεσε η διερεύνηση των αντιλήψεων, των συναισθημάτων και των πεποιθήσεων των Ελλήνων Ρομά που διαβιούν σε καταυλισμό με Ρομά που διαβιούν σε γειτονίες αστικού συγκροτήματος για τις δομές δημόσιας υγείας και την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας καθώς επίσης και η συσχέτισή τους με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά τους.

Υλικό και Μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 185 άτομα (94 γυναίκες και 91 άνδρες), μέσης ηλικίας 39,8 έτη ($SD = 15,7$). Από τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη, τα 80 προέρχονται από τον οικισμό της Λάρισας και τα 105 από τον καταυλισμό του Τυρνάβου. Ως ερευνητικό εργαλείο για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ειδικό για το σκοπό της έρευνας ερωτηματολόγιο, «Κλίμακα στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά» το οποίο ήταν ανώνυμο και πλήρως δομημένο με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Απαρτίζονταν από συνολικά 40 ερωτήσεις που διακρίνονταν σε δύο επιμέρους ενότητες. Εφαρμόστηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS για την επεξεργασία των μεταβλητών.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η μέση βαθμολογία στην κλίμακα ικανοποίησης των Ρομά χωρίς νοσηλεία σε νοσοκομείο που διαμένουν στον οικισμό της Λάρισας ($M = 0,43$, $SD = 1,16$) βρέθηκε, στατιστικώς σημαντικά, υψηλότερη από την αντίστοιχη των Ρομά με νοσηλεία σε νοσοκομείο ($M = -0,47$, $SD = 0,67$), $t(78) = 3,003$ ($p = 0,004$). Επίσης, η μέση βαθμολογία στην κλίμακα ικανοποίησης των Ρομά χωρίς νοσηλεία σε νοσοκομείο που διαμένουν στον καταυλισμό του Τυρνάβου ($M = -0,34$, $SD = 0,99$) βρέθηκε, στατιστικώς σημαντικά, υψηλότερη από την αντίστοιχη των Ρομά με νοσηλεία σε νοσοκομείο ($M = -0,82$, $SD = 0,85$), $t(101) = 2,669$ ($p = 0,009$).

Συμπεράσματα: Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε, ότι τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, παρά τους εύλογους περιορισμούς της, οδηγούν σε επαναπροσδιορισμό ορισμένων απόψεων αναφορικά με τη στάση των Ρομά απέναντι στο δημόσιο σύστημα υγείας και φροντίδας, καθώς και τις ανάγκες που δημιουργούνται.

Λέξεις κλειδιά: Ρομά, Υπηρεσίες Υγείας, Ικανοποίηση Ασθενών

Abstract

Introduction: Roma populations are one of the largest and most vulnerable minority groups in Europe. They face various forms of discrimination and social exclusion in a wide range of areas, including health. It is a fact that the Roma population has a lower health level compared to non-Roma.

Objective: To investigate the perceptions, feelings and beliefs of Greek Roma and the comparison of beliefs and perceptions about public health structures, between Roma living in a settlement and Roma living in urban neighborhoods, their satisfaction from health care services and its correlation with their socio-demographic characteristics.

Materials and Method: The study sample consisted of 185 individuals (94 female and 91 male), with a mean age of 39.8 years ($SD = 15.7$). 80 participants are living in the settlement of Larissa and 105 in the camp of Tyrnavos. The research instrument is a structured questionnaire, developed for the purposes of the survey: "Scale of attitudes, emotions and satisfaction of Roma for health services". The questionnaire consisted of 40 closed-ended questions divided into two sub-sections and was completed anonymously by participants. The statistical package used for data processing was SPSS.

Results: The results of the research showed that the average score on the satisfaction scale of Roma without hospitalization living in the settlement of Larissa ($M = 0.43$, $SD = 1.16$) was found, statistically significantly, higher than that of Roma with hospitalization ($M = -0.47$, $SD = 0.67$), $t(78) = 3.003$ ($p = 0.004$). Further, the average score on the satisfaction scale of Roma without hospitalization living in the camp of Tyrnavos ($M = -0.34$, $SD = 0.99$) was found, statistically significantly, higher than that of Roma with hospitalization ($M = -0.82$, $SD = 0.85$), $t(101) = 2.669$ ($p = 0.009$).

Conclusion: We could argue that the results of this study, despite the reasonable limitations faced, lead to a redefinition of certain views regarding the attitude of the Roma towards the public health and care system, as well as the needs that arise.

Keywords: Roma, Health Services, Patient Satisfaction,

Εισαγωγή

Ο όρος Ρομά χρησιμοποιείται συνήθως στις συζητήσεις πολιτικής της ΕΕ, και περιλαμβάνει διαφορετικές ομάδες από τσιγγάνους, Μανούς, Ασκάλι, Σίντι και Boyash. Οι Ρομά αποτελούσαν αναπόσπαστο μέρος του ευρωπαϊκού πολιτισμού για περισσότερα από χίλια χρόνια (EU, 2008).

Οι πληθυσμοί αυτοί με τον νομαδικό τρόπο ζωής τους ζούσαν ανάμεσα στους λαούς της Ευρώπης, διατήρησαν τη δική τους γλώσσα και τη φυλετική και πολιτισμική τους ταυτότητα. Η γλώσσα τους, γνωστή σήμερα ως Ρομανές ή Ρομανί, είναι δείγμα πολιτιστικής αντοχής παρά τις γεωγραφικές αποστάσεις ανάμεσα στις διαφορετικές κοινότητες των Ρομά (Okely, 1983).

Οι Ρομά είναι μία από τις μεγαλύτερες και πιο ευάλωτες μειονοτικές ομάδες στην Ευρώπη, με εκτιμώμενο πληθυσμό 10 έως 12 εκατομμύρια, εκ των οποίων περίπου 6 εκατομμύρια ζουν σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (European Union, 2020), ενώ περίπου έξι στους δέκα διαμένουν σε χώρες της Κεντρικής και της Ανατολικής Ευρώπης (Κοτρώτσιου κ. συν., 2019). Οι Ρομά μπορούν να χωριστούν σε διάφορες ομάδες, συμπεριλαμβανομένων των Τσιγγάνων της Αγγλίας, των Ιρλανδών και των Ρομά από την Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη. Αν και οι Ρομά ήταν κατά κανόνα νομαδικά φύλα, σήμερα αποτελούνται από νομαδικές, ημι-νομαδικές και εγκατεστημένες ομάδες. (Vermeersch & Ram, 2009). Οι Ρομά έχουν διατηρήσει μια ξεχωριστή ταυτότητα που χαρακτηρίζεται από τη γλώσσα, την κοινοτική αλληλεγγύη, τους στενούς οικογενειακούς δεσμούς και τις πολιτιστικές παραδόσεις. Οι Ρομά έχουν υποστεί εκατοντάδες διώξεις και επιβάλλουν την αφομοίωση. Παρά τις προσπάθειες των τελευταίων ετών από διεθνή ιδρύματα, ΜΚΟ, ομάδες ανθρωπίνων δικαιωμάτων και άλλους για την ευαισθητοποίηση για θέματα Ρομά, οι σημαντικές διακρίσεις και ο αποκλεισμός εξακολουθούν να υφίστανται (Vasecka & Radicova, 2001).

Οι ομάδες Ρομά χαρακτηρίζονται από μεγάλη ανομοιογένεια και διατηρούν τα διαφορετικά πολιτιστικά τους χαρακτηριστικά. Παρά τις διαφορές που έχουν μεταξύ τους, στην Ελλάδα όλες οι ομάδες Ρομά αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο σε αντιδιαστολή με αυτούς που δεν είναι Ρομά.

Ο πληθυσμός των Ρομά αντιμετωπίζει εκτεταμένες διακρίσεις, βία και κοινωνικό αποκλεισμό. Οι διακρίσεις αυτές έχουν συνέπειες σε διάφορους τομείς της

καθημερινότητάς τους και αυτές οι συνέπειες έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία τους.

Οι πληθυσμοί των Ρομά έγιναν στόχος φυλετικών διακρίσεων σε όλη τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου τόσο στη Γερμανία όσο και στις χώρες που βρίσκονταν υπό γερμανική κατοχή. Σε κάποιες από τις χώρες αυτές σημειώθηκε και το λεγόμενο «Ολοκαύτωμα των Ρομά» που έγινε με τη συνεργασία των γερμανικών στρατευμάτων και των τοπικών αξιωματούχων. Μεγάλος αριθμός από αυτούς θανατώθηκε κατά τη διάρκεια του Β' Παγκοσμίου Πολέμου ή μετά τον εγκλεισμό τους σε στρατόπεδα συγκέντρωσης.

Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο είναι συχνά απαραίτητο οι διεθνείς οργανισμοί (διακυβερνητικοί, κυβερνητικοί και μη κυβερνητικοί) να αναλάβουν δράση για την προστασία της υγείας και της ευημερίας αυτών των ομάδων. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία, πολλοί Ρομά ζουν σε εξαιρετικά φτωχές συνθήκες, βρίσκονται στο περιθώριο της κοινωνίας, βιώνοντας όπως προαναφέρθηκε ακραία επίπεδα κοινωνικού αποκλεισμού. Ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων (FRA) σε έρευνες που διεξήγαγε από το 2008 έως το 2012 διαπίστωσε, ότι οι προκαταλήψεις, η μισαλλοδοξία και οι διακρίσεις επηρεάζουν σε μεγάλο ποσοστό τη ζωή των Ρομά, που ζουν στα κράτη μέλη της ΕΕ, από τους οποίους οι περισσότεροι είναι πολίτες της ΕΕ.

Οι ανισότητες στην υγεία μπορούν να οριστούν ως διαφορές στην κατάσταση της υγείας ή στην κατανομή των καθοριστικών παραγόντων για την υγεία μεταξύ διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων, όπως είναι για παράδειγμα, οι διαφορές στη νοσηρότητα μεταξύ των ηλικιωμένων και του νεότερου πληθυσμού ή οι διαφορές στα ποσοστά θνησιμότητας μεταξύ ατόμων από διαφορετικές κοινωνικές τάξεις. Είναι κοινώς αποδεκτό ότι σε σύγκριση με τον πληθυσμό που δεν ανήκει στους Ρομά στην Ευρώπη, οι Ρομά έχουν κακή υγεία. Οι πληθυσμοί των Ρομά στην Ευρώπη αποκλείονται επίσης συχνά κοινωνικά, υφίστανται διακρίσεις και κατά συνέπεια αντιμετωπίζουν εμπόδια στην πρόσβαση σε καλής ποιότητας στέγαση, υγειονομική περίθαλψη και εκπαίδευση. Τα στοιχεία μιας έρευνας σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας στις οποίες έχουν πρόσβαση οι Ρομά δείχνουν ότι το ένα τρίτο των ερωτηθέντων ηλικίας 35 έως 54 ανέφεραν προβλήματα υγείας που περιορίζουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες, περίπου το 20% που ερωτήθηκαν δεν καλύπτονταν από ιατρική

ασφάλιση ή δεν ήξεραν αν ήταν καλυμμένοι. Το 15% των παιδιών Ρομά κάτω των 14 ετών δεν εμβολιάζονται σε σύγκριση με το 4% των παιδιών από νοικοκυριά που δεν είναι Ρομά (UNDP Data on Roma, 2017).

Η περιθωριοποίηση που βιώνουν οι ομάδες των Ρομά, η φτώχεια και οι εξαιρετικά άσχημες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες, που αντιμετωπίζουν, επηρεάζουν την πιθανότητα πρόσβασής τους και την ίση συμμετοχή τους στα κοινωνικά αγαθά, καθώς και τις δυνατότητες, που τους δίνονται από την πολιτεία. Αυτό υπονομεύει σε μεγάλο βαθμό την κοινωνική συνοχή, εμποδίζει την ανταγωνιστικότητα και έχει ένα συνολικό κόστος για την κοινωνία. Η διάκριση αυτή δεν συμβιβάζεται με τις αξίες πάνω στις οποίες βασίζεται η Ευρωπαϊκή Ένωση.

Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί ο βαθμός ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από Ρομά που διαβιούν σε καταυλισμό έναντι Ρομά που διαβιούν σε γειτονιές αστικού συγκροτήματος και πως επηρεάζουν αυτή τη σχέση τα δημογραφικά, κοινωνικά, εκπαιδευτικά, μορφωτικά, επαγγελματικά, οικονομικά χαρακτηριστικά καθώς και οι συνθήκες διαβίωσης.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ικανοποίηση υπηρεσιών υγείας σε Ρομά

Οι πληθυσμοί Ρομά έχουν αντιμετωπίσει, για πολλές γενιές, διακρίσεις και βιώνουν υψηλότερα επίπεδα φτώχειας και χαμηλότερη πρόσβαση στην εκπαίδευση, την απασχόληση και τις υπηρεσίες υγείας από τους περισσότερους άλλους πληθυσμούς (Sigona & Vermeersch, 2012; Orton et al., 2019). Επιπλέον, οι γυναίκες Ρομά αντιμετωπίζουν διάφορες μορφές διάκρισης και βίας με βάση το φύλο καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους (συμπεριλαμβανομένης της αναγκαστικής στέρωσης) που επιδεινώνουν τις επιπτώσεις των εθνοτικών και ταξικών μειονεκτημάτων (Zampas and Lamačková, 2011; European Union Agency for Fundamental Rights, 2013).

Μελέτες που έχουν γίνει σχετικά με την υγεία των Ρομά, υποδεικνύουν ότι παρά τη σημαντική ετερογένεια των συνθηκών, οι περισσότεροι πληθυσμοί Ρομά φαίνεται να υποφέρουν από χαμηλότερη ποιότητα υγείας και ευημερίας σε σχέση με τους μη Ρομά, συμπεριλαμβανομένων υψηλότερων ποσοστών μεταδοτικών και μη μεταδοτικών ασθενειών, χαμηλότερου επιπέδου ελέγχου της υγείας των παιδιών και της μητέρας και υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας (Cook et al., 2013). Οι δείκτες υγείας για τους Ρομά είναι συχνά χειρότεροι από ό, τι για άλλες ομάδες σε παρόμοια μειονεκτούσες κοινωνικές θέσεις (La Parra et al., 2016) με τις γυναίκες Ρομά να βιώνουν τη χειρότερη υγεία (European Union Agency for Fundamental Rights, 2013).

Σύμφωνα με τους McFadden et al (2018), πέρα από τα εμπόδια που ήδη υπάρχουν και δυσκολεύουν την πρόσβαση των Ρομά στις υπηρεσίες υγείας, όπως, οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, ο αναλφαριθμισμός και οι διακρίσεις, πολλοί Ρομά δεν επιθυμούν οι ίδιοι να χρησιμοποιήσουν κάποιο είδος υπηρεσίας υγείας εξαιτίας του φόβου και της δυσπιστίας απέναντι σε αυτό. Η άγνοια πολλών επαγγελματιών υγείας για την κουλτούρα και τον πολιτισμό των Ρομά δημιουργεί χάσμα μεταξύ των παροχών υπηρεσιών και δεν ικανοποιεί τις ανάγκες της συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού. Τέλος, οι Ρομά που κατοικούσαν σε σκηνές στρατοπέδων και εκεί υπήρχε κινητή μονάδα υγείας φάνηκαν περισσότερο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που τους παρήχθησαν σε σχέση με αυτούς που χρειάστηκε να επισκεφθούν κάποιο νοσοκομείο της περιοχής (McFadden, et al., 2018)

Η κακή υγεία των Ρομά συνδέεται στενά με τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας. Η πλήρης κατανόηση των επιπτώσεων των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων στην υγεία του πληθυσμού και στις ανισότητες στην υγεία απαιτεί εργασία μέσω μακρών αιτιωδών αλυσίδων διαμεσολαβητικών παραγόντων. Πολλοί από αυτούς τους παράγοντες τείνουν να συσσωρεύονται μεταξύ ατόμων που ζουν σε μειονεκτικές συνθήκες και συχνά αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Η Επιτροπή για τους κοινωνικούς παράγοντες που προσδιορίζουν την υγεία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) θεωρεί τις διαδικασίες κοινωνικού αποκλεισμού ως την κύρια αιτία ανισοτήτων στην υγεία μεταξύ των μεταναστών και των εθνοτικών μειονοτήτων (Solar & Irwin, 2010). Πρέπει επίσης να παρατηρηθεί ότι σε αυτό το πλαίσιο η υγεία είναι μια ολιστική έννοια. Δεν θεωρείται μόνο ως υγειονομική περίθαλψη, αλλά περιλαμβάνει επίσης την πρόληψη ασθενειών, την προώθηση της υγείας και τις προσπάθειες αντιμετώπισης των ανησυχιών στο ευρύ φάσμα των περιοχών υγείας - δηλαδή διατροφή, σωματικές δραστηριότητες, αλκοόλ και καπνός - όπως επίσης και σε άλλους τομείς πολιτικής - δηλαδή απασχόληση, στέγαση και περιβάλλον (WHO, 2008).

Στο συγκεκριμένο πλαίσιο της υγειονομικής κατάστασης των Ρομά, είναι σημαντικό να κατανοηθεί ότι η κατάσταση υγείας των πληθυσμών Ρομά και οι διακυμάνσεις της κατάστασης υγείας μεταξύ των πληθυσμών Ρομά σε διαφορετικές χώρες, μπορεί να οφείλονται σε παράγοντες που δεν σχετίζονται με την κατάσταση ενός ατόμου ως μέλος του πληθυσμού των Ρομά, αλλά μπορεί να είναι αποτέλεσμα άλλων κοινωνικοοικονομικών, πολιτιστικών ή περιβαλλοντικών συνθηκών. Για παράδειγμα, στο συγκεκριμένο πλαίσιο των Ρομά, η πρόσβαση σε τακτικούς υγειονομικούς ελέγχους με γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η λήψη υπηρεσιών ή η έλλειψη αυτών μπορεί να οφείλεται είτε σε α) εμπόδια που δημιουργούνται από τον κοινωνικό αποκλεισμό, δηλαδή ζουν μακριά από τους παρόχους υπηρεσιών, β) διακρίσεις από υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης που εμποδίζουν τους Ρομά χωρίς αποδεικτικό της κατοικίας τους να εγγραφούν, γ) το αποτέλεσμα της έλλειψης παιδείας στην υγεία λόγω των εμποδίων στην πρόσβαση σε προγράμματα εκπαίδευσης στον τομέα της υγείας και, συνεπώς, στην περιορισμένη κατανόηση των οφελών της προληπτικής εκπαίδευσης, δ) πολιτιστικοί ορισμοί της «κακής» υγείας που μειώνουν την εμπλοκή των Ρομά με υπηρεσίες υγείας, εκτός εάν τα συμπτώματα που προκύπτουν από

σοβαρά προβλήματα υγείας επηρεάζουν τη λειτουργία τους (UNDP Data on Roma, 2017).

Η κακή ποιότητα των συνθηκών ζωής που αντιμετωπίζουν οι περισσότεροι Ρομά στην Ευρώπη έχει σοβαρές συνέπειες τόσο στην υγεία τους όσο και στα ανθρώπινα δικαιώματα που απολαμβάνουν. Οι συνθήκες φτώχειας και ανεργίας που βιώνουν οι Ρομά συνυπάρχουν με την έλλειψη ή τη μερική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη σε όλη την Ευρώπη, λόγω των αιτιών που αναπτύχθηκαν παραπάνω, όπως επίσης και λόγω της φτώχειας και της συνεπαγόμενης έλλειψης οικονομικών πόρων, που καθιστούν δύσκολη την πρόσβαση, καθώς δεν μπορούν να πληρώσουν για τη μεταφορά τους προς τις υποδομές υγείας, όταν βρίσκονται απομακρυσμένοι, ή για τα ακριβά φάρμακα, όταν δεν υπάρχει κάλυψη (Alexiadou, 2018 ; European Union Agency for Fundamental Rights, 2012).

Η σύγκριση δεδομένων ειδικά για τους Ρομά, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την ενημέρωση μιας ανάλυσης για το πώς διαφορετικοί κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας των διαφορετικών πληθυσμών Ρομά και να προσδιορίσει συγκεκριμένους τομείς εστίασης για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας των κοινοτήτων Ρομά. Ωστόσο, στην πράξη, τα δεδομένα γι' αυτούς τους ευάλωτους πληθυσμούς - τόσο για τους Ρομά όσο και για τους μη Ρομά - είναι γενικά πολύ κακής ποιότητας για να επιτρέψουν μια τέτοια σύγκριση. Συγκεκριμένα, υπάρχει έλλειψη δεδομένων σχετικά με τους μετανάστες και τους πληθυσμούς που δεν είναι Ρομά. Ωστόσο, πρόσφατη έρευνα από το UNDP αρχίζει να δημιουργεί μια βάση γνώσεων για τη μετανάστευση των Ρομά, παρέχοντας ιδίως δεδομένα σχετικά με τις συνθήκες των μεταναστών Ρομά στη Γαλλία και την Ιταλία (Cherkezova & Tomova, 2013).

Από το 2008, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή διοργανώνει μια Ευρωπαϊκή Διάσκεψη Κορυφής για την Ένταξη των Ρομά, η οποία παρέχει την ευκαιρία να συζητηθούν ζητήματα που αφορούν στους Ρομά, στα υψηλότερα επίπεδα λήψης αποφάσεων της ΕΕ, συμπεριλαμβανομένων των εθνικών και περιφερειακών αρχών, με τη συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών.

Ιστορική αναδρομή

Οι Ρομά (αλλιώς αναφερόμενοι ως Τσιγγάνοι), αποτέλεσαν έναν λαό της Ευρώπης, όταν έφτασαν στη Βυζαντινή Αυτοκρατορία πριν από 900-1.100 χρόνια. Οι σημερινοί πληθυσμοί των Ρομά στην Ευρώπη δημιουργήθηκαν μέσα από μεταναστεύσεις από τα Βαλκάνια προς τη Κεντρική και Δυτική Ευρώπη, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν μέχρι τον 15^ο αιώνα μ.Χ. και στη συνέχεια τριών ακόμα μεταναστευτικών κυμάτων: (α) στα τέλη του 19ου αιώνα, μετά την κατάργηση της δουλείας των Τσιγγάνων στη Ρουμανία, (β) εκτός Γιουγκοσλαβίας, κατά τη δεκαετία του 1960 και του 1970 και (γ) στο τέλος του 20^{ου} αιώνα, μετά τις πολιτικές και οικονομικές αλλαγές στην ανατολική Ευρώπη (Gresham et al, 2001).

Σύμφωνα με έκδοση του Συμβουλίου της Ευρώπης (Council of Europe, 2004), η ιστορία των Ρομά διακρίνεται σε επτά περιόδους. Η πρώτη περίοδος αναφέρεται στην πρώτη μετανάστευση (“First Migration”) από την Κεντρική Ινδία, στο Βυζάντιο, μέσω της Περσίας, της Αρμενίας και της Μικράς Ασίας από το 250 π.Χ., μέχρι το 1400 μ.Χ.

Η δεύτερη περίοδος 1200-1700 μ.Χ. (που αναφέρεται ως πρώιμη Ευρωπαϊκή περίοδος και πρώτη διάκριση) αναφέρεται στην «Άφιξη στην Ευρώπη», στον 15^ο αιώνα μ.Χ., και την εγκατάστασή τους σε διάφορες ευρωπαϊκές περιοχές τον 16ο και 17ο αιώνα. Την περίοδο αυτή, οι Ρομά εγκαταστάθηκαν σε περιοχές της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας και της Κεντρικής Ευρώπης και η ζωή τους χαρακτηριζόταν από δουλεία (Βλαχία και Μολδαβία), περιθωριοποίηση και διώξεις (Δυτική Ευρώπη).

Η τρίτη περίοδος (1700-1850) χαρακτηρίζεται από κρατικές πολιτικές ενσωμάτωσης των Ρομά. Κατά τη διάρκεια του 18ο αιώνα, την «Εποχή του Ευρωπαϊκού Διαφωτισμού» οι Ρομά αποτέλεσαν αντικείμενο νέων τύπων διακρίσεων, εγκλεισμό στην Ισπανία και νόμους αναγκαστικής αφομοίωσης στην Αυστροουγγρική Αυτοκρατορία.

Η τέταρτη περίοδος (1850-1930) που αναφέρεται ως η «δεύτερη μετανάστευση» χαρακτηρίζεται από ένταση και διακρίσεις. Στο δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα,

πραγματοποιήθηκε ένα δεύτερο μεταναστευτικό κύμα Ρομά από την Κεντρική και Νοτιοανατολική Ευρώπη προς όλες τις άλλες περιοχές της Ευρώπης. Οι πολιτικές διαδικασίες και οι αλλαγές στο τέλος του 19^{ου} και τις αρχές του 20^{ου} αιώνα είχαν επίδραση στη ζωή των Ρομά, καθώς χαρακτηρίζονται από έντονες διακρίσεις εις βάρος τους και μεταχείρισης τους ως ξεχωριστών ανθρώπων (σε περιοχές της Αυστροουγγαρίας), ενώ αποτέλεσαν μέρος της κοινωνίας στην πρώιμη Σοβιετική Ένωση.

Μετά τη Μικρασιατική Καταστροφή, ένας αριθμός Ρομά που ήταν Χριστιανοί μετακινήθηκαν με την ανταλλαγή των πληθυσμών το 1922 ανάμεσα στην Ελλάδα και στην Τουρκία. Στην Ελλάδα, άλλες φορές οι πληθυσμοί αυτοί υπέστησαν διώξεις και άλλες φορές υπήρξε προσπάθεια κοινωνικής τους ένταξης. Οι ίδιοι σε μια προσπάθεια διατήρησης των χαρακτηριστικών της κοινωνικής τους ομάδας διατήρησαν την ιεραρχία και την ευρύτερη έννοια της οικογένειας (TEC, 2015).

Οι κύριες ασχολίες τους ήταν κυρίως το γυρολογικό εμπόριο, κάποιες αγροτικές εργασίες κατά τις οποίες πληρώνονταν κυρίως σε είδος και η ανάπτυξη τεχνικών επαγγελμάτων, όπως είναι ο καλαθοπλέκτης, ο γανωτής, ο σιδεράς, ο κατασκευαστής κόσκινων, ο οργανοπαίχτης και άλλα. Τα επαγγέλματα αυτά θεωρήθηκαν χρήσιμα για τις καταναλωτικές ανάγκες της εποχής και ως εκ τούτου η παρουσία των Ρομά στην κοινωνία τουλάχιστον στα κατώτερα ταξικά στρώματα εξυπηρετούσε κάποιους σκοπούς (TEC, 2015).

Η τέταρτη περίοδος (1938-1945), είναι μια περίοδος που χαρακτηρίζεται από διώξεις και γενοκτονίες από τους Ναζί και το Ολοκαύτωμα. Αποτέλεσε την κορύφωση του στιγματισμού και των διακρίσεων απέναντι στους Ρομά, αν και οι γενοκτονίες που έγιναν από τους Ναζί ήταν εναντίων και άλλων φυλών (Council of Europe, 2004).

Η έκτη και έβδομη περίοδος (από το 1945 έως και σήμερα) περιλαμβάνουν τα έτη μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Οι Ρομά αποτελούν μέρος των πληθυσμών σε πολλές χώρες της Ευρώπης, με τον στιγματισμό και τις διακρίσεις να συνεχίζονται. Η περιθωριοποίησή τους οδήγησε σε αυτοοργάνωση για χειραφέτηση για τα ανθρώπινα δικαιώματα σε διεθνές επίπεδο. Έτσι, η έβδομη περίοδος (μετά το 1960) που αναφέρεται ως «τρίτη μετανάστευση», συμπίπτει με ένα γενικότερο εργατικό μεταναστευτικό κύμα από τη Νοτιοανατολική Ευρώπη στη Δυτική Ευρώπη. Με την κατάρρευση της Σοβιετικής Ένωσης και τη διάλυση της Σοσιαλιστικής

Ομοσπονδιακής Δημοκρατίας της Γιουγκοσλαβίας, οι Ρομά υπήρξαν θύματα πολέμου και συνέχισαν να είναι μια περιθωριοποιημένη εθνοτική ομάδα, και χαρακτηρίζονται ως «μόνο» οικονομικοί πρόσφυγες στις χώρες στόχους (Council of Europe, 2004).

Οι Marushiakona και Popov, (2005), αναφέρονται στους Ρομά ως ένα Έθνος δίχως Χώρα, καθώς για πολλούς αιώνες αφότου ήρθαν στην Ευρώπη, υποβλήθηκαν σε διάφορα είδη κρατικής πολιτικής, και ζουν σε διαφορετικές χώρες όντας διαχωρισμένοι εσωτερικά ως κοινότητα, με διαφορετικά κοινωνικά και πολιτικά περιβάλλοντα. Σταδιακά και σχετικά αργά εμφανίστηκαν ιδέες στην κοινότητα των Ρομά για τη θέση τους στην κοινωνία όπου ζουν και τις δυνατότητες ανάπτυξης τους ως ενιαίας κοινότητας (Marushiakona και Popov, 2005).

Η πρώτη ευρωπαϊκή διάσκεψη κορυφής για τους Ρομά πραγματοποιήθηκε το 2008 στις Βρυξέλλες και η πρόταση που υποβλήθηκε αφορούσε στη δημιουργία μιας ευρωπαϊκής πλατφόρμας για τους Ρομά: ένα ανοιχτό και ευέλικτο περιβάλλον όπου όλοι οι βασικοί παράγοντες αναμένεται να συναντηθούν για να ανταλλάξουν γνώσεις, εμπειρίες και καλές πρακτικές. Η Διάσκεψη Κορυφής των Ρομά πραγματοποιήθηκε τον Απρίλιο του 2010 και στόχος της ήταν να αποτιμήσει τα επιτεύγματα που πραγματοποιήθηκαν σε επίπεδο ΕΕ για την ένταξη των Ρομά τα τελευταία δύο χρόνια και να ανανεώσει τις δεσμεύσεις. Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στο θέμα της υγείας των Ρομά, στο οποίο αφιερώθηκε πλήρως μια συζήτηση στην ολομέλεια τη δεύτερη ημέρα της συνόδου κορυφής (European Commission, 2020).

Οι Ρομά στην Ελλάδα

Η ιστορία των Ρομά στην Ελλάδα ξεκινά από τον 15^ο αιώνα, όπου ζούσαν διασκορπισμένοι σε όλη την Ελλάδα σε περίπου 70 καταυλισμούς κατά προτίμηση στα προάστια. Φαίνεται ότι μετά την Επανάσταση του 1821 σημειώθηκε μια δημογραφική αύξηση αυτών των πληθυσμών και όλα τα μεγάλα χωριά της χώρας μας είχαν τον «γυφτομαχαλά» τους (TEC, 2015).

Στην πλειονότητά τους είναι Χριστιανοί Ορθόδοξοι και έχουν ελληνική εθνική ταυτότητα, ενώ λίγοι από αυτούς είναι Μουσουλμάνοι στο θρήσκευμα και κατοικούν στη Θράκη. Δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία απογραφής στην Ελλάδα που να δίνουν πληροφορίες για την εθνική καταγωγή των Ρομά. Αξιοσημείωτο είναι ωστόσο το

γεγονός ότι οι Ρομά μαζί με άλλους πληθυσμούς που βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό όπως είναι οι μετανάστες βρίσκονται στο επίκεντρο των πολιτικών που επιδιώκουν την κοινωνική τους ένταξη.

Όπως αναφέρεται από την Περιφέρεια Θεσσαλίας και με βάση εκτιμήσεις του δικτύου ROM, ο πληθυσμός των Ρομά στην Ελλάδα ανέρχεται περίπου στα 250.000 άτομα, αν και δεν είναι βέβαιο ότι αυτή είναι μια ακριβής εκτίμηση, το συμβούλιο της Ευρώπης υπολογίζει τον πληθυσμό σε 80.000–150.000 άτομα, ενώ, από την άλλη πλευρά, οι εκτιμήσεις της Γενικής Γραμματείας Εκπαίδευσης Ενηλίκων αναφέρει ότι ο πληθυσμός των Ρομά στην Ελλάδα ανέρχεται σε 300.000 άτομα (Περιφέρεια Θεσσαλίας, 2015).

Δεν υπάρχει κοινός ορισμός από τι συνίσταται η ταυτότητα των Ρομά. Η κυβέρνηση αναγνωρίζει μια μεγάλη μουσουλμανική μειονότητα της Θράκης ως Ρομά, ωστόσο, σχεδόν όλοι οι Ρομά που ζουν στο νομό Έβρου, αναγνωρίζονται ως τουρκική εθνοτική μειονότητα. Επομένως, ο αριθμός των Ρομά στην Ελλάδα πρέπει να αντιμετωπιστεί με προσοχή (EC-Employment, Social affairs and Inclusion Ethnic minority and Roma women in Europe -A case for gender equality? , 2010). Η κοινότητα των Ρομά είναι σημαντικά νεότερη από τον γενικό πληθυσμό της Ευρώπης. Η μέση ηλικία για την ΕΕ είναι 40,2 ενώ είναι 25,1 για τον πληθυσμό των Ρομά στην Ευρώπη. Η μέση ηλικία για τους Ρομά στην Ελλάδα είναι ακόμη χαμηλότερη (21,56). Το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω στον πληθυσμό των Ρομά στην Ελλάδα είναι μόνο 2,16, σε σύγκριση με την ΕΕ (EFXINI, 2009).

Οι Ρομά συγκεντρώνονται σε τέσσερις κύριες περιοχές, δηλαδή την Ανατολική Μακεδονία-Θράκη, τη Θεσσαλία, τη Δυτική Ελλάδα και την Κεντρική Μακεδονία (Hellenic Republic Ministry of Labour and Social Security National Strategic framework for Roma, 2011). Οι Ρομά μπορούν να βρεθούν τόσο σε αστικό όσο και σε αγροτικό περιβάλλον στην Ελλάδα, αν και βρίσκονται συχνά σε χωριστούς αγροτικούς οικισμούς. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι το 63% των Ρομά στην Ελλάδα ζουν σε περιοχές μεταναστών / μειονοτήτων. Υπολογίζεται ότι πάνω από το 25% του πληθυσμού των Ρομά ζει σε χωριστούς αγροτικούς οικισμούς, ιδίως στη Βόρεια Ελλάδα.

Οι Ρομά στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν πολύπλευρες διακρίσεις, ιδίως στους τομείς της στέγασης, της εκπαίδευσης, της απασχόλησης και της υγείας. Δεν αναγνωρίζονται ως εθνική μειονότητα και θεωρούνται Έλληνες χωρίς ξεχωριστή εθνική ταυτότητα. Ο όρος μειοψηφία (που προστατεύεται από διεθνή νομικά μέσα) χρησιμοποιείται μόνο για ομάδες που περιλαμβάνονται ρητά στις διμερείς συνθήκες. Για παράδειγμα, μια μειονοτική ομάδα 12.000 Μουσουλμάνων Ρομά που ζουν στη Δυτική Θράκη θεωρείται μειονοτική ομάδα, λόγω της Συνθήκης της Λωζάνης του 1923. Υπάρχουν πολλές μελέτες και έρευνες σχετικά με την κατάσταση της υγείας των Ρομά στην Ελλάδα από διεθνείς οργανισμούς, όπως το UNDP και την Παγκόσμια Τράπεζα. Ωστόσο, πολλές από αυτές τις μελέτες δεν είναι πρόσφατες, καθώς έχουν δημοσιευτεί πριν από το 2008, ή ακόμα και πριν το 2000. Ορισμένες μελέτες χρησιμοποιούν ένα μικρό δείγμα, το οποίο σημαίνει ότι έχει μικρή στατιστική αξία σε σχέση με τις συνθήκες διαβίωσης των Ρομά στην Ελλάδα. Άλλες χρησιμοποιούν μια μέθοδο αυτοαξιολόγησης σχετικά με την κατάσταση της υγείας των νοικοκυριών και των ατόμων Ρομά. Δεν υπάρχουν εθνικές στατιστικές μελέτες, καθώς οι Έλληνες Ρομά δεν θεωρούνται μειονότητα.

Η Ελλάδα έχει δημιουργήσει ένα δίκτυο 33 κοινωνικο-ιατρικών κέντρων για τους Ρομά, το οποίο αναγνωρίζεται ως η πιο επιτυχημένη πρακτική στην Ελλάδα. Μια πολυδιάστατη προσέγγιση υιοθετείται από τα κέντρα, τα οποία όχι μόνο παρέχουν υγειονομική περίθαλψη και οργανώνουν ραντεβού στο νοσοκομείο, αλλά παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες και εκπαιδευτικές συμβουλές. Αυτά τα κέντρα εστιάζουν συχνά σε γυναίκες και παιδιά και θεωρούνται φιλικά προς τον χρήστη, ευέλικτα και πολύπλευρα, όταν λειτουργούν αποτελεσματικά (EU, 2010).

Είναι γεγονός ότι η σχέση των Ρομά με τις δομές υγείας δεν είναι καλή. Από τη μια η κατάσταση υγείας τους δεν είναι καλή, από την άλλη η πρόσβαση σε νοσοκομεία ή Κέντρα Υγείας εμφανίζεται προβληματική.

Οι Ρομά της Λάρισας και του Τυρνάβου

Στη Λάρισα υπάρχει ο οικισμός «Νταμάρια», ο οποίος βρίσκεται στο ΝΑ τμήμα της συνοικίας της Νέας Σμύρνης, όπου κατοικείται από Ρομά. Ο οικισμός έχει έκταση περίπου 500 στρεμμάτων, εντός σχεδίου της πόλης και ο πληθυσμός των Ρομά εκεί είναι 4.500 κάτοικοι (2.155 άνδρες και 2.345 γυναίκες). Σύμφωνα με την Περιφέρεια Θεσσαλίας (2015), οι πληθυσμοί Ρομά εμφανίστηκαν την περιοχή της Νέας Σμύρνης στην τοποθεσία Νταμάρια της Λάρισας, περίπου στα μέσα της δεκαετίας του 1940 και αγόρασαν οικόπεδα από τους εκεί κατοίκους (Καλυβιώτες), επιλέγοντάς τα λόγω της χαμηλής τους τιμής. Περίπου στα τέλη της ίδιας δεκαετίας το βόρειο τμήμα της περιοχής άρχισε να αναπτύσσεται και ο πληθυσμός έγινε μεγαλύτερος. Στη δεκαετία του 1960 στην περιοχή εγκαταστάθηκαν επιπρόσθετοι κάτοικοι από όλη τη Θεσσαλία. Αργότερα, στην περιοχή μετακινήθηκαν και Ελληνοπόντιοι παλιννοστούντες πρόσφυγες. Στην δεκαετία του 1950 στην ίδια περιοχή και γύρω από την περιοχή των Ρομά, δημιουργήθηκαν οικισμοί με Ελληνοπόντιους (στα βόρεια), Καλυβιώτες (στα νότια) και Μικρασιάτες (στα δυτικά) (Περιφέρεια Θεσσαλίας, 2015).

Τα οικήματα στα οποία κατοικούν είναι κυρίως σπίτια, με κάποιες λίγες πιο πρόχειρες κατασκευές (που αποτελούν λιγότερο από 10% των κατοικιών) που είναι φτιαγμένες με άλλα υλικά, όπως νάιλον και τσίγκο. Οι κατοικίες των Ρομά στην περιοχή έχουν χώρους, κουζίνα και μπάνιο, ενώ στην ίδια κατοικία διαμένουν περισσότερες από μια οικογένειες. Οι περισσότεροι είναι μόνιμοι κάτοικοι, αλλά υπάρχουν και κάποιοι περιστασιακοί (περίπου 50 οικογένειες) οι οποίοι έχουν προέρθει από άλλες χώρες (Ρουμανία – Βουλγαρία).

Η ηλικιακή κατανομή των Ρομά παρουσιάζει μεγαλύτερη συχνότητα σε μικρότερης ηλικίας άτομα και παιδιά. Αναφορικά με τις υποδομές στην περιοχή, οι πληροφορίες από την Περιφέρεια Θεσσαλίας αναφέρουν ότι η πλειονότητα των δρόμων είναι ασφαλτοστρωμένοι και υπάρχει αποχέτευση, ύδρευση και ηλεκτροδότηση, καθώς και κάδοι απορριμμάτων με κανονική συλλογή. Επίσης, υπάρχουν εκπαιδευτικές δομές: παιδικός σταθμός, νηπιαγωγείο, δημοτικό σχολείο, γυμνάσιο και λύκειο, με τα δυο τελευταία να μην έχουν ιδιαίτερη προσέλευση από τους Ρομά. Στον οικισμό υπάρχει Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών (ΚΕΠ) και σε μικρή απόσταση υποκατάστημα του

ΟΑΕΔ., όπως και Πολιτιστικό Κέντρο (χωρίς ιδιαίτερη χρήση από τους κατοίκους Ρομά), Αθλητικό Κέντρο και ΚΑΠΗ (Περιφέρεια Θεσσαλίας, 2015).

Στο Δήμο Τυρνάβου, υπάρχουν εγκατεστημένοι Ρομά σε έναν μεικτό καταυλισμό (οικισμός Τυρνάβου-«Κριτήρι»), που περιλαμβάνει περίπου 55 σπίτια, 70 λυόμενα και περίπου 300 πρόχειρες κατασκευές που είναι κατασκευασμένες με ξύλο, τσίγκο και νάιλον, σε ένα πολύ πυκνοκατοικημένο χώρο. Στην περιοχή ζουν περίπου 2000 άτομα, με περίπου 100 από αυτούς να είναι περιστασιακοί, ενώ οι υπόλοιποι μόνιμοι. Σε σύγκριση με άλλους οικισμούς, στην εν λόγω περιοχή κατοικούν περισσότερα ενήλικα άτομα. Η κατανομή της ηλικίας τους είναι περίπου 250 άτομα σε ηλικία κάτω των 6 ετών, 400 άτομα 6-15 ετών, 100 άτομα 15-18 ετών, 700 άτομα 19-40 ετών και τέλος 650 άτομα είναι μεγαλύτερης ηλικίας. Αναφορικά με τις υποδομές στον οικισμό, υπάρχουν δρόμοι με άσφαλτο (20%), ενώ οι περισσότεροι είναι χωματόδρομοι, δεν υπάρχει αποχέτευση αλλά βόθροι, η πλειονότητα των κατοικιών (95%) έχει λουτρό, υπάρχουν κάδοι για τα σκουπίδια και συλλογή τους, ενώ η υδροδότηση καλύπτει 35% των κατοικιών, η ηλεκτροδότηση το 20% (μεγάλο ποσοστό καλύπτει τις ανάγκες σε ρεύμα με γεννήτριες), και για τις ανάγκες επικοινωνίας χρησιμοποιούνται κινητά τηλέφωνα.

Στον καταυλισμό δεν υπάρχουν δομές υγείας και εκπαίδευσης, με τους Ρομά της περιοχής να χρησιμοποιούν το Κέντρο Υγείας σε κοντινή απόσταση και το Νοσοκομείο Λάρισας (Περιφέρεια Θεσσαλίας, 2015).

Υγεία των Ρομά

Μελέτες που εξετάζουν την υγεία των Ρομά αναφέρουν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι σαφώς χειρότερη από τους μη Ρομά. Οι μελέτες αυτές αφορούν την Ισπανία (Carrasco-Garrido, de Andres, Barrera, Jime, & Jime, 2011), την Ουγγαρία (Kosa & Adany, 2007), τη Σλοβακία (Kolarcik, Geckova, Orosova, van Dijk, & Reijneveld, 2009), την Αγγλία, τη Σουηδία (Hassler & Eklund, 2012), την Ελλάδα

(Vorvolakos, et al., 2012) και τη Σερβία. Τα ποσοστά κακής υγείας που αναφέρθηκαν ήταν διπλάσια από εκείνα των μη Ρομά. Αυτές οι ανισότητες παρέμειναν σημαντικές ακόμη και μετά από κάποια μέτρα που πάρθηκαν για τη βελτίωση της κοινωνικοοικονομικής τους κατάστασης ιδιαίτερα μεταξύ των γυναικών (Vorvolakos, et al., 2012).

Στη Βουλγαρία, την Ουγγαρία και τη Ρουμανία, οι Ρομά είναι περισσότερο πιθανό να έχουν μια ετήσια επιδείνωση των συνθηκών υγείας τους (Masseria, Mladovsky, & Hernandez-Quevedo, 2010). Σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, οι Ρομά τόσο στη Βουλγαρία όσο και στη Ρουμανία ήταν πιο πιθανό να αισθάνονται ότι απειλούνται από κακή υγεία εξαιτίας των ανθυγιεινών συνθηκών διαβίωσης και οι Ρομά στη Ρουμανία ήταν πιθανότερο να αναφέρουν τουλάχιστον μία χρόνια πάθηση.

Σύμφωνα με μελέτες, οι κοινωνικές και υγειονομικές συνθήκες ζωής των Ρομά, που ζουν χωριστά από την υπόλοιπη κοινωνία, στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη είναι εξαιρετικά αντίξοες (Belak et al., 2020; EUFRA & UNDP, 2012). Στις χώρες που κατοικούν πληθυσμοί Ρομά, μεγάλο μέρος των πληθυσμών αυτών ζουν σε εθνοτικά διαχωρισμένες ομάδες, σε ιδιαίτερα υποβαθμισμένες και φτωχές συνθήκες και είναι αντιμέτωποι με διακρίσεις (EUFRA, 2018; Belak et al., 2020). Συγκριτικά με τις συνθήκες που ισχύουν στην κάθε περιοχή και τα εθνικά πρότυπα, οι διαχωρισμένοι Ρομά, αντιμετωπίζουν σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό μεταδοτικές και μη μεταδοτικές ασθένειες και έχουν μικρότερο προσδόκιμο ζωής (Cook et al., 2013; Belak et al., 2020).

Στις διάφορες χώρες που διαμένουν οι Ρομά στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης έχουν συχνά ανισότητες και με τον τρόπο αυτόν συμβάλλουν στην κακή κατάσταση της υγείας των Ρομά, παρόλο που δεν υπάρχουν συγκεκριμένα διαθέσιμα στοιχεία για το τι ακριβώς συνιστά τις ανισότητες (Belak et al., 2020). Σε γενικές γραμμές, οι υποδεέστερες υπηρεσίες φροντίδας της υγείας για τους Ρομά, τόσο από την άποψη της πρόσβασης όσο και από την ποιότητα των υπηρεσιών, έχουν αποδειχθεί ότι είναι κοινές σε όλη την περιοχή με βάση μεγάλης κλίμακας ευρωπαϊκά δεδομένα έρευνας (Agora et al., 2016; Duval et al., 2016, οπ αν στο Belak et al., 2020). Σημαντικές περιφερειακές ποιοτικές (Colombini et al., 2011; George, Daniels & Fioratou 2018; οπ αν στο Belak et al., 2020) και ποσοτικές ακαδημαϊκές μελέτες (Janevic et al., 2017; Kolarcik et al., 2015), καθώς

και η μη κυβερνητική έρευνα (European Commision, 2014; EUFRA, 2013) έχουν αρχίσει να αμφισβητούν εάν και πώς οι διακρίσεις εις βάρος των Ρομά στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης εμπλέκονται σε αυτές τις ανισότητες. Αυτές οι μελέτες έχουν εντοπίσει περιστατικά πολλαπλών διακρίσεων έναντι των Ρομά, συμπεριλαμβανομένων των φυλετικών διακρίσεων σε εθνικό επίπεδο, τόσο σε προσωπικό επίπεδο όσο και σε θεσμικό επίπεδο. Ωστόσο, τα στοιχεία που οδηγούν και υποστηρίζουν μια τέτοια άνιση φροντίδα εξακολουθούν να είναι λιγοστά (Belak et al., 2020).

Παρά τις διακρίσεις που παρατηρούνται, σύμφωνα με την Adamova και τον Belak (2020), τις τελευταίες δεκαετίες, στην πρώτη γραμμή της καταπολέμησης των εθνοτικών διακρίσεων σε δομές υγείας, έχουν γίνει προσπάθειες στην κατεύθυνση της βελτίωσης των δεξιοτήτων πολιτισμικής ικανότητας των εργαζομένων στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης. Τα άτομα που φέρονται να προβαίνουν σε διακρίσεις, αναμένεται να αρχίσουν να αντιμετωπίζουν καλύτερα τους μειονοτικούς ασθενείς όταν ενημερώνονται και εξοικειώνονται με τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά των ασθενών που ανήκουν σε αυτούς τους πληθυσμούς. Οι βελτιώσεις αυτές όμως δεν επήλθαν, τουλάχιστον, όχι στον αναμενόμενο βαθμό. Οι προσεγγίσεις που επιδιώκουν να ευαισθητοποιήσουν το προσωπικό μέσω της εκπαίδευσης για «πολιτισμικά χαρακτηριστικά» μέσω της εύρεσης κοινών χαρακτηριστικών των μειονοτικών ομάδων, συχνά καταλήγουν στο αντίθετο αποτέλεσμα, την ενίσχυση δηλαδή των εθνοτικών στερεοτύπων (Hansen & Metzl, 2016). Αντί για μια τόσο άκαμπτη πολιτισμική προσέγγιση, οι ειδικοί ζητούν τώρα εκπαίδευση που θα επιτρέψει στους επαγγελματίες του τομέα της υγείας να αναγνωρίσουν και να παρακολουθήσουν τις δομικές ευπάθειες των μεμονωμένων ασθενών τους- συμπεριλαμβανομένων των εμποδίων που αντιμετωπίζουν ως αποτέλεσμα, προηγούμενων φυλετικών διακρίσεων (Mistry & Latoo, 2009).

Βιβλιογραφική ανασκόπηση ως προς την υγεία των Ρομά και την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες υγείας

Στο μέρος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης γίνεται αναφορά σε μελέτες που έχουν εξετάσει την υγεία των πληθυσμών Ρομά, την παροχή προς αυτούς υπηρεσιών υγείας και την ικανοποίηση των Ρομά από τις υπηρεσίες παροχής υγείας. Οι μελέτες αυτές, είναι σπάνιες, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει μια ουσιαστική βάση για σύγκριση των αποτελεσμάτων τους, ή για μια μελέτη που θα μπορούσε να αναλύσει τα στοιχεία αυτά στην πάροδο του χρόνου.

Έρευνα που έγινε από την Kotrotsiou (2014), εξετάζοντας τη σχέση ψυχολογικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των τσιγγάνων με την ποιότητα ζωής τους, όπως και την επίδραση των ανωτέρω στη φροντίδα της υγείας τους, αναφέρονται τρεις κατηγορίες ανάλογα με την ικανοποίησή τους από το σύστημα υγείας. Τα άτομα της πρώτης εκ των ομάδων που αναφέρεται ως «ικανοποιημένη και ολοκληρωμένη», δείχνουν ότι είναι ενσωματωμένοι στον κοινωνικό ιστό και είναι ικανοποιημένοι σε ό,τι αφορά στο σύστημα υγείας. Η δεύτερη από τις ομάδες αναφέρεται ως «ικανοποιημένη, υποβαθμισμένη και παθητική» και περιλαμβάνει άτομα τα οποία ζουν σε υποβαθμισμένες περιοχές, έχουν μια αίσθηση ντροπής όταν αρρωσταίνουν και στρέφονται στον αρχηγό της φυλής πριν αποταθούν σε κάποια δομή υγείας. Η τελευταία κατηγορία αναφέρεται ως «αλλοτριωμένη και μη ικανοποιημένη» και περιλαμβάνει άτομα τα οποία ζουν σε συγκριτικά καλύτερες συνθήκες δεν είναι όμως ικανοποιημένα από τις υπηρεσίες υγείας (Kotrotsiou, 2014).

Επίσης, σε βιβλιογραφική έρευνα που έγινε από τους Κοτρώτσιου & Σκεντέρη, (2014), γύρω από τις πεποιθήσεις των Ρομά για την υγεία και το πώς επηρεάζεται η υγεία τους από αυτές, διαπιστώθηκε ότι σύμφωνα με την αντίληψη που έχουν οι Ρομά για την υγεία δείχνει ότι ένα άτομο είναι υγιές μέχρι το σημείο να μην είναι ικανό να ανταποκριθεί στις συνηθισμένες δραστηριότητες της ημέρας, κάτι που πολλές φορές επιφέρει επιδείνωση κάποιων νοσημάτων και δυσκολία θεραπείας. Η μελέτη επίσης αναφέρει ότι οι Ρομά, λόγω του τρόπου ζωής τους, συχνά δεν κατανοούν και δεν συμμορφώνονται με την προτεινόμενη θεραπεία, όπως επίσης και ότι ο φόβος της απόρριψης που νιώθουν τους αποτρέπει από το να κάνουν χρήση των δομών υγείας (Κοτρώτσιου και Σκεντέρης, 2014).

Σε έρευνα του Μουλατζίκου (2014), που έγινε σε δείγμα 68 ανδρών και 56 γυναικών Ρομά στο νομό Καρδίτσας, αναφορικά με την ικανοποίηση των συμμετεχόντων για τις υπηρεσίες υγείας, η πλειονότητα των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι είναι ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και από την αντιμετώπιση που είχαν από το υγειονομικό προσωπικό που έδειξε ευγένεια και σεβασμό. Μόνο ένα μικρό ποσοστό που ανέρχεται σε λιγότερους από έναν στους δέκα δήλωσε ότι δεν είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες και την αντιμετώπιση. Ακόμα λιγότεροι απάντησαν ότι ήταν ικανοποιημένοι μόνο κάποιες φορές. Η εν λόγω έρευνα εξέτασε επίσης και την αντιμετώπιση των Ρομά από τους επαγγελματίες υγείας από την οπτική των τελευταίων και διαπίστωσε ότι αντιμετωπίζουν τους Ρομά με προκατάληψη και δυσπιστία.

Σε έρευνα των Zelko, Švab, και Rotar Pavlič, (2015) στη Σλοβενία, εξετάστηκε η ποιότητα ζωής και η ικανοποίηση ασθενών από την οικογενειακή ιατρική περίθαλψη σε πληθυσμό Ρομά, που διέμεναν στα βορειοανατολικά της χώρας, μέσα από ένα δείγμα 574 ατόμων, ηλικίας από 18 έως 77 ετών. Αναφορικά με τα προβλήματα υγείας που ανέφεραν οι συμμετέχοντες Ρομά στην έρευνα, τα πιο συχνά από αυτά ήταν πόνοι στη μέση και μυοσκελετικά προβλήματα, υψηλή αρτηριακή πίεση, κατάθλιψη, χρόνια βρογχίτιδα, άσθμα και εμφύσημα, και με μικρότερη συχνότητα άγχος, υψηλή χοληστερόλη, γαστρίτιδα, έλκος, ρευματισμούς και αρθρίτιδα. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ένα θετικό επίπεδο ικανοποίησης των Ρομά από τις ιατρικές υπηρεσίες (Zelko et al., 2015).

Επιπλέον, τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας έδειξαν ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ατόμων με και χωρίς χρόνιες παθήσεις όσον αφορά στην ποιότητα ζωής για κάθε ομάδα χρόνιων ασθενειών. Διαπιστώθηκαν συσχετίσεις μεταξύ της ποιότητας ζωής και των υποκειμένων χρόνιων προβλημάτων υγείας, κυρίως μυοσκελετικών και κινητικών προβλημάτων, όπως και προβλημάτων ψυχικής υγείας. Η ανάλυση περιελάμβανε μόνο τις ομάδες χρόνιων ασθενειών στις οποίες 200 ή περισσότεροι Ρομά ανέφεραν ότι έχουν τη νόσο, οπότε η ομάδα των αναπνευστικών ασθενειών, με μόνο 126 άτομα, δεν συμπεριλήφθηκε. Στην ανάλυση, χρησιμοποιήθηκαν μόνο δεδομένα για αυτοαναφερόμενες ασθένειες και οι νοσηλευτές της κοινότητας έδωσαν ακριβείς περιγραφές των χρόνιων ασθενειών όπου ήταν απαραίτητο. Οι ερωτήσεις σχετικά με την ικανοποίηση από την παροχή ιατρικών υπηρεσιών, περιλάμβαναν 6 στοιχεία που σχετίζονται με την επικοινωνία,

την εξήγηση, το χρόνο και το ενδιαφέρον για τα προβλήματα των ασθενών. Γενικά, υπάρχουν προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ Ρομά και ιατρικού προσωπικού, τα οποία μπορούν να αποτελέσουν εμπόδιο για καλές σχέσεις, παρόλα αυτά, η γενική ικανοποίηση βρέθηκε σε καλά επίπεδα. Επίσης, το επίπεδο ικανοποίησης από την περίθαλψη δεν σημείωσε σημαντική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής (Zelko et al., 2015).

Σε ποιοτική έρευνα των Hanssens και των συνεργατών του, αναδείχτηκε το θέμα της εμπιστοσύνης μεταξύ Ρομά και επαγγελματιών υγείας, που αποτελεί ένα εμπόδιο στην περίθαλψη των Ρομά. Η έρευνα αναφέρει ότι ενδεχομένως το εύρημα αυτό προκύπτει ως αποτέλεσμα των μακροχρόνιων διακρίσεων που βιώνουν οι Ρομά και τους κάνει εξαιρετικά καχύποπτους έναντι των άλλων (αλλόφυλων) συμπεριλαμβανομένων και των επαγγελματιών υγείας. Το θέμα της έλλειψης εμπιστοσύνης ανακύπτει ως πρόβλημα, καθώς θεωρείται απαραίτητη η ύπαρξη ενός επιπέδου εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και ιατρού, προκειμένου να υπάρξει αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας (Hanssens et al, 2016).

Σε ανασκόπηση που έγινε από τους Παραλίκα και Κοτρώτσιου, (2018), γύρω από τις απόψεις των Ρομά για το νοσοκομείο και για το τι είναι «καθαρό» και τι είναι «βρώμικο», διαπιστώθηκε ότι οι Ρομά είναι από τους πληθυσμούς με τη χειρότερη κατάσταση υγείας, στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες. Τα αίτια της κακής κατάστασης της υγείας τους επικεντρώνονται στον αποκλεισμό τους από τα κοινωνικά τους δικαιώματα, στην προκατάληψη που υπάρχει από και προς τους Ρομά καθώς και σε παράγοντες που σχετίζονται με κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά. Μεταξύ των ευρημάτων της μελέτης αναφέρεται ότι οι Ρομά αποφεύγουν τα νοσοκομεία καθώς δεν μοιράζονται την ίδια σημασία της καθαρότητας, με αυτήν των Ρομα.

Σε μελέτη των Κοτρώτσιου, και συν (2018), διερευνήθηκε η υγεία και η ασφαλιστική κάλυψη των Ρομά, μέσα από μια επισκόπηση ερευνών, καθώς και θέματα ανισότητας σε σχέση με την υγεία που αναφέρονται σε πληθυσμούς Ρομά στην Ελλάδα και την Ευρώπη. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν τα διαφορετικά ήθη και συνήθειες των Ρομά σχετικά με θέματα υγείας και περίθαλψης. Τα στοιχεία αυτά επιδρούν στην ζωή τους και σε συνήθειες που σχετίζονται με τη διατροφή, την καθαριότητα και την επαφή των Ρομά με υγειονομικούς για θέματα ασθενειών και σε ότι αφορά στη γέννηση και στο θάνατο. Η μελέτη συμπεραίνει ότι η διαπολιτισμική επιμόρφωση

των εργαζομένων στην υγεία μπορεί να συνδράμει στην καλύτερη κατανόηση και την άμβλυνση των ανισοτήτων που σχετίζονται με την υγεία των Ρομά (Κοτρώτσιου, και συν., 2018).

Πρόσφατη συγχρονική μελέτη των Κοτρώτσιου και συν (2019), είχε σκοπό να εξετάσει τις απόψεις, τις αντιλήψεις και τα συναισθήματα των Ελλήνων Ρομά για τις δομές δημόσιας υγείας και το βαθμό ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες υγείας, στο νομό Λάρισας (Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας). Το δείγμα της έρευνας ήταν 80 άτομα (25 άνδρες και 55 γυναίκες) Ρομά, και η έρευνα έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου, («Κλίμακα στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά»). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης, καθώς περισσότεροι από 7 στους 10 συμμετέχοντες δήλωσαν ότι δεν είναι ικανοποιημένοι, κυρίως από τους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης περισσότεροι από 6 στους 10 θεωρούν ότι αντιμετωπίζονται με διακρίσεις και παρόμοιο ποσοστό θεωρεί ότι δεν υπάρχει πραγματικό ενδιαφέρον για τους ίδιους και την υγεία τους από τις υπηρεσίες υγείας. Οι μισοί περίπου συμμετέχοντες δήλωσαν ότι δεν καταλαβαίνουν τις ιατρικές οδηγίες, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να τις ακολουθήσουν και επίσης ότι ντρέπονται όταν χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας. Τέλος, 6 στους 10 δήλωσαν ότι αισθάνονται ντροπή όταν αρρωσταίνουν.

Σε έρευνα που έγινε από την Γούπου (2020), για τις ανάγκες της μεταπτυχιακής διπλωματικής της εργασίας, εξετάστηκαν οι στάσεις, τα συναισθήματα και το επίπεδο ικανοποίησης των Ρομά που κατοικούν σε οικισμό του Τυρνάβου, για τις υπηρεσίες υγείας. Η έρευνα έγινε με τη συμμετοχή 105 κατοίκων Ρομά, από 18 ετών και άνω, μέσω διαβαθμισμένου ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες Ρομά δεν εκφράζουν ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν, ούτε και από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι δείχνουν μια αρνητική στάση και τους αντιμετωπίζουν με προκατάληψη. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των Ρομά είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει αρνητικά την επικοινωνία των Ρομά με τους εργαζόμενους στην υγεία και την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες.

Σε μελέτη των Belak και συνεργατών (2020) στη Σλοβακία, ερευνήθηκε το είδος των υποτυπωδών πρακτικών των επαγγελματιών υγείας πρώτης γραμμής που περιθάλπουν Ρομά, καθώς και ποιοι μηχανισμοί υποστηρίζουν τέτοιες πρακτικές

κατά τη διάρκεια της σταδιοδρομίας των επαγγελματιών στις υπηρεσίες φροντίδας. Η έρευνα έγινε μέσω παρατήρησης και συνεντεύξεων σε 43 επαγγελματίες υγείας που φρόντιζαν Ρομά. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι πρακτικές των επαγγελματιών υγείας της πρώτης γραμμής αφορούσαν κυρίως υποτυπώδη επικοινωνία και δέσμευση για φροντίδα των ασθενών, αλλά και κάποιες εμφανείς εθνοτικές διακρίσεις. Οι μηχανισμοί που σχετίζονταν με τις πρακτικές αυτές περιλάμβαναν τις αρνητικές εμπειρίες των επαγγελματιών υγείας με άτομα που χαρακτηρίστηκαν ως «προβληματικοί ασθενείς Ρομά», τις αρνητικές στάσεις του προσωπικού σχετικά με τους Ρομά, τις ανεπαρκείς οργανωτικές πτυχές, τις δυσμενείς πτυχές οικιστικού διαχωρισμού και την ανεπαρκή διακυβέρνηση του κράτους όσον αφορά στον ρατσισμό. Τα αποτελέσματα επίσης έδειξαν ότι αν και πολλοί επαγγελματίες υγείας στην αρχή της καριέρας τους ήταν επιμελείς σε ότι αφορά στους ασθενείς Ρομα, στη συνέχεια δεν υποστηρίχτηκαν και εγκαταλείφθηκαν, με αποτέλεσμα να απογοητευτούν και να μειώσουν το επίπεδο φροντίδας (Belak et al., 2020).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ερευνητική Μεθοδολογία

Πληθυσμός πρόσβασης

Ο πληθυσμός πρόσβασης της έρευνας αποτελείται από τους Έλληνες Ρομά που κατοικούν στον οικισμό Λάρισας και στον καταυλισμό του Τύρναβου. Από τον πληθυσμό αυτό επιλέχθηκε (όπως αναφέρεται παρακάτω - με τη μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας) δείγμα 185 ενηλίκων Ρομά.

Η σύνθεση του δείγματος είναι 94 γυναίκες και 91 άνδρες, με μέση ηλικία τα 39,8 έτη ($SD = 15,7$). το δείγμα αποτελείται από δυο υπο-ομάδες, μια που περιλαμβάνει 105 άτομα που διαμένουν σε καταυλισμό στον Τύρναβο Λάρισας και 80 που διαμένουν σε αστικό ιστό – σε οικισμό της Λάρισας. 42 άτομα από το δείγμα (22,8%) είναι άγαμοι/ες, 95 άτομα (52,6%) είναι έγγαμοι/ες, 23 (12,5%) είναι διαζευγμένοι/ες και 24 (13%) είναι χήροι/ες. Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσής τους, 78 άτομα (42,2%) είναι αναλφάβητα, 86 (46,5%) έχουν τελειώσει το Δημοτικό σχολείο και 21 (11,4%) το Γυμνάσιο, ενώ 87 άτομα (47%) δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν ανάγνωση και 99 (53,5%) ότι δεν γνωρίζουν γραφή. Το θρήσκευμα των περισσότερων (72,4%) είναι Χριστιανοί Ορθόδοξοι, ενώ υπάρχουν επίσης 12,4% Μουσουλμάνοι και 15,1% άθεοι. Σχετικά με τις συνθήκες διαβίωσης, οι μισοί περίπου (45,4%) ανέφεραν ότι δεν έχουν μπάνιο και 36,4% ότι δεν διαθέτουν κουζίνα, ενώ για περισσότερους από τους μισούς (56,8%) το μηνιαίο εισόδημα είναι έως 200 ευρώ. Περίπου οι μισοί (48,6%) δεν έχουν ασφάλιση, αλλά οι περισσότεροι χρησιμοποιούν υπηρεσίες υγείας (93%). Περίπου ένας στους τέσσερις (24,3%) έχει χρόνια πρόβλημα υγείας, 46,2% έχουν άτομο στην οικογένεια με πρόβλημα υγείας, 72,1% έχουν νοσηλευτεί σε νοσοκομείο και 73% έχουν συγγενή που έχει νοσηλευτεί σε νοσοκομείο.

Κριτήρια ένταξης στη μελέτη

Τα κριτήρια ένταξης του δείγματος στη μελέτη ήταν να αποτελείται από άνδρες και γυναίκες ηλικίας 18 ετών και άνω που είχαν την ικανότητα να επικοινωνούν στην ελληνική γλώσσα.

Ερευνητική διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στον οικισμό Λάρισας και στον καταυλισμό του Τύρναβου. Με την μέθοδο της ευκαιριακής δειγματοληψίας εντοπίστηκαν οι συμμετέχοντες. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και τη διασφάλιση της ανωνυμίας. Η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική.

Η ερευνητική ομάδα ανέλαβε τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων (καθώς η πλειοψηφία από τους συμμετέχοντες δεν γνωρίζουν ανάγνωση και γραφή), με το να αναγιγνώσκουν τις ερωτήσεις στους συμμετέχοντες και να σημειώνουν τις απαντήσεις.

Ερευνητικό Εργαλείο

Ως ερευνητικό εργαλείο για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ειδικό για το σκοπό της έρευνας ερωτηματολόγιο, «Κλίμακα στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά» (Kotrotsiou,2014), το οποίο ήταν ανώνυμο και πλήρως δομημένο με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Απαρτίζονταν από συνολικά 40 ερωτήσεις που διακρίνονταν σε δύο επιμέρους ενότητες. Εφαρμόστηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS για την επεξεργασία των μεταβλητών.

Πρώτη ενότητα ερωτηματολογίου – Χαρακτηριστικά πληθυσμού

Περιλαμβάνονται 26 ερωτήσεις αναφορικά με τις εξής κατηγορίες χαρακτηριστικών: α) δημογραφικά και κοινωνικά (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, αριθμός αδερφών, τόπος διαμονής, θρήσκευμα), β) εκπαιδευτικά και μορφωτικά (επίπεδο εκπαίδευσης, παρακολούθηση σχολείου, γνώση ανάγνωσης, γνώση γραφής), γ) επαγγελματικά και οικονομικά (εργασιακή κατάσταση, πηγή εισοδήματος, ατομικό μηνιαίο εισόδημα, ιδιοκτησία οικίας, ασφάλιση), δ) συνθήκες διαβίωσης (είδος κατοικίας, αριθμός στεγασμένων, αριθμός δωματίων, ύπαρξη μπάνιου, ύπαρξη κουζίνας) και ε) χρήση υπηρεσιών υγείας και ύπαρξη προβλήματος υγείας (χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας, χρόνια πρόβλημα υγείας, πρόβλημα υγείας σε μέλος οικογένειας, νοσηλεία σε νοσοκομείο, νοσηλεία συγγενή σε νοσοκομείο).

Δεύτερη ενότητα ερωτηματολογίου – Κλίμακα στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά

Η δεύτερη ενότητα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις, οι οποίες επιλέχθηκαν ως κατάλληλες για να αναδείξουν τις θετικές ή αρνητικές συμπεριφορές του ατόμου σε περίπτωση ασθένειας αλλά και κατά την προσφυγή του στο νοσοκομειακό περιβάλλον και γενικότερα στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Οι ερωτήσεις απαντώνται σε μια επτάβαθμη κλίμακα Likert με διαβάθμιση από «Καθόλου ικανοποιημένος/η - Διαφωνώ απόλυτα» (-3) έως «Απολύτως ικανοποιημένος/η - Συμφωνώ απόλυτα» (+3) και ένα σημείο ουδετερότητας (0). Το συνολικό σκορ της κλίμακας εκφράζει τη συνολική θετική (θετικό σκορ) ή αρνητική (αρνητικό σκορ) συμπεριφορά του ατόμου. Σε 7 ερωτήσεις με αρνητικό περιεχόμενο η βαθμολόγηση γίνεται αντίστροφα ούτως ώστε το συνολικό σκορ της κλίμακας να νοηματοδοτείται. Όσο θετικότερο είναι το συνολικό σκορ της κλίμακας τόσο εντονότερη είναι η θετική συμπεριφορά του ατόμου.

Στατιστική μεθοδολογία

Για την περιγραφική στατιστική ανάλυση, οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν στη μορφή «μέση τιμή» (mean, M) και «τυπική απόκλιση» (standard deviation, SD), ενώ οι διακριτές σε «απόλυτη συχνότητα» (N) και «σχετική συχνότητα» (N%).

Για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ δύο συνεχών μεταβλητών έγινε χρήση του δείκτη Pearson ή του μη παραμετρικού δείκτη Spearman. Για τη συγκριτική μελέτη των μέσων τιμών μεταξύ δύο ομάδων έγινε χρήση του t-test για ανεξάρτητα δείγματα ή του μη παραμετρικού ελέγχου των Mann-Whitney. Για τον έλεγχο της συνθήκης της κανονικότητας χρησιμοποιήθηκε, αρχικά, η δοκιμασία Shapiro-Wilk. Εν συνεχεία, σε περίπτωση μη αποδοχής της συνθήκης, έγινε μελέτη των γραφικών αναπαραστάσεων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot».

Για την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε χρήση του λογισμικού SPSS 25. Η ελάχιστη τιμή του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας, p-value, ορίζεται στο 5%.

Δειγματοληπτική Μέθοδος

Ως καταλληλότερη μέθοδος, για τη συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης, κρίθηκε η δειγματοληψία «ευκολίας», καθώς συμμετέχουν σε αυτό όσα άτομα το

επιθυμούν. Η ερευνητική χρησιμότητα ενός τέτοιου δείγματος αφορά σε πιλοτικές έρευνες καθώς δεν ενδείκνυται για εξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων.

Αποτελέσματα

Πρώτη ενότητα: Χαρακτηριστικά Πληθυσμού

Περιγραφική ανάλυση του δείγματος

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 185 άτομα (94 γυναίκες και 91 άνδρες), μέσης ηλικίας 39,8 έτη (SD = 15,7). Από τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη, τα 80 προέρχονται από τον οικισμό της Λάρισας και τα 105 από τον καταυλισμό του Τυρνάβου. Τα μισά άτομα είναι έγγαμα. Σχεδόν ένα στα δύο άτομα του δείγματος έχει φοιτήσει στο δημοτικό και δύο στα πέντε είναι αναλφάβητα. Το ποσοστό όσων γνωρίζουν ανάγνωση ή γραφή είναι περίπου 50%. Τρία στα τέσσερα άτομα είναι Χριστιανοί Ορθόδοξοι. Η ύπαρξη μπάνιου στην κατοικία τους υπολογίστηκε στο 55% και η ύπαρξη κουζίνας στο 64%. Σχεδόν τα δύο τρίτα των συμμετεχόντων δήλωσε μηνιαίο εισόδημα μικρότερο των 200 ευρώ. Τα μισά άτομα είναι ασφαλισμένα, ενώ τα περισσότερα έχουν κάνει χρήση υπηρεσιών υγείας. Τρία στα τέσσερα άτομα έχουν χρόνια πρόβλημα υγείας. Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφονται αναλυτικά τα χαρακτηριστικά του δείγματος.

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Χαρακτηριστικά του δείγματος		N	N %
Τόπος διαμονής	Οικισμός (Λάρισα)	80	43,2%
	Καταυλισμός (Τύρναβος)	105	56,8%
Φύλο	Γυναίκα	94	50,8%
	Άνδρας	91	49,2%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/ η	42	22,8%
	Έγγαμος/ η	95	51,6%
	Διαζευγμένος/ η	23	12,5%
	Χήρος/ α	24	13,0%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Αναλφάβητος/ η	78	42,2%
	Δημοτικό	86	46,5%

	Γυμνάσιο	21	11,4%
Θρήσκευμα	Χριστιανός/ ή Ορθόδοξος	134	72,4%
	Μουσουλμάνος/ α	23	12,4%
	Άθεος/ η	28	15,1%
Παρακολούθηση σχολείου	Όχι	77	41,6%
	Ναι	108	58,4%
Γνώση ανάγνωσης	Όχι	87	47,0%
	Ναι	98	53,0%
Γνώση γραφής	Όχι	99	53,5%
	Ναι	86	46,5%
Ύπαρξη μπάνιου	Όχι	84	45,4%
	Ναι	101	54,6%
Ύπαρξη κουζίνας	Όχι	67	36,4%
	Ναι	117	63,6%
Ατομικό μηνιαίο εισόδημα	Έως 200 ευρώ	105	56,8%
	201 έως 500 ευρώ	71	38,4%
	> 500 ευρώ	9	4,9%
Ασφάλιση	Όχι	90	48,6%
	Ναι	95	51,4%
Χρησιμοποίηση υπηρεσίας υγείας	Όχι	13	7,0%
	Ναι	172	93,0%
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	Όχι	140	75,7%
	Ναι	45	24,3%

Πρόβλημα υγείας σε οικογένεια	Όχι	99	53,8%
	Ναι	85	46,2%
Νοσηλεία σε Νοσοκομείο	Όχι	51	27,9%
	Ναι	132	72,1%
Νοσηλεία συγγενή σε Νοσοκομείο	Όχι	50	27,0%
	Ναι	135	73,0%

Δεύτερη ενότητα: Κλίμακα στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά

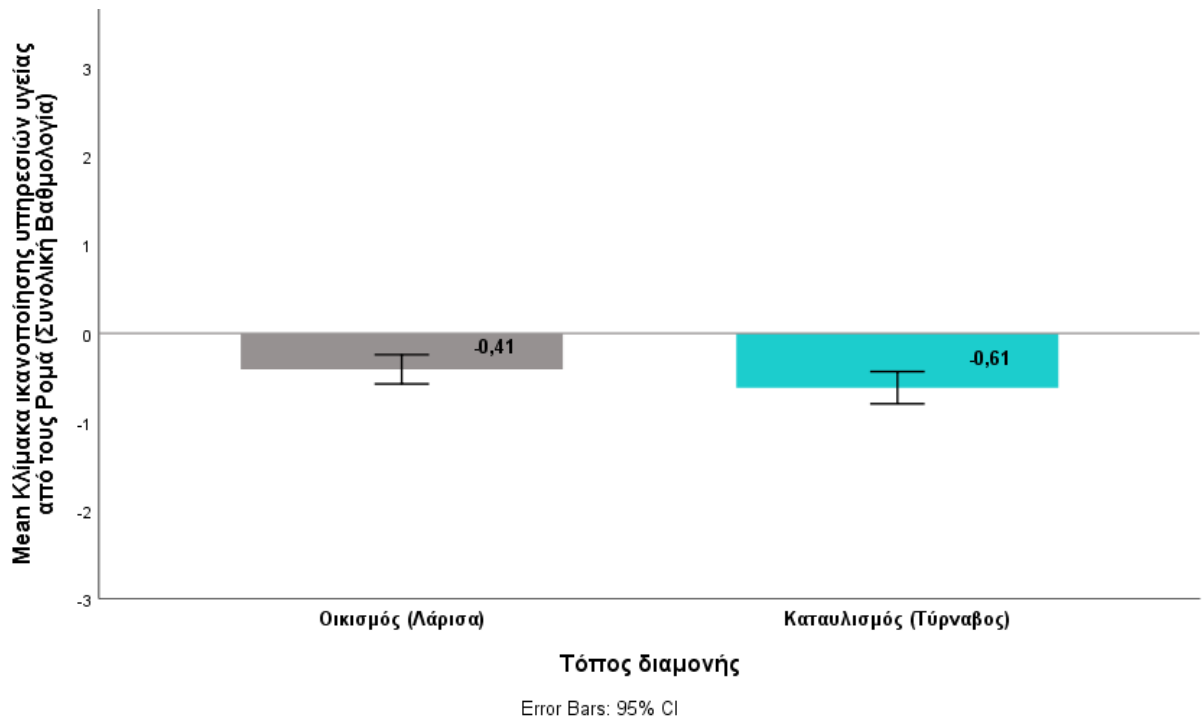
Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται τα βασικά στατιστικά στοιχεία της βαθμολογίας της κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά, συνολικά και ανά τόπο διαμονής. Οι στατιστικοί δείκτες του δείγματος, συνολικά, δηλώνουν μία μέτρια τάση αρνητικής κλιμάκωσης των στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας.

Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (Shapiro-Wilks) των γραφικών αναπαραστάσεων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot», η μεταβλητή «Κλίμακα ικανοποίησης», ανά περιοχή διαμονής, παρουσιάζει κανονική κατανομή.

Βάσει των αποτελεσμάτων του t-test για ανεξάρτητα δείγματα, η μέση βαθμολογία στην κλίμακα ικανοποίησης στους Ρομά του οικισμού της Λάρισας ($M = -0,41$, $SD = 0,74$) δεν βρέθηκε να διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, από την αντίστοιχη των Ρομά του καταυλισμού του Τυρνάβου ($M = -0,61$, $SD = 0,94$), $t(182) = 1,680$ ($p = 0,095$).

Πίνακας 2. Στατιστικοί δείκτες της βαθμολογίας της κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά ανά τόπο διαμονής (θεωρητικό εύρος τιμών: -3 έως +3)

Κλίμακα ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά	Τόπος διαμονής					
	Οικισμός (Λάρισα)		Καταυλισμός (Τύρναβος)		Total	
	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation
Συνολική Βαθμολογία	-,41	,74	-,61	,94	-,52	,86



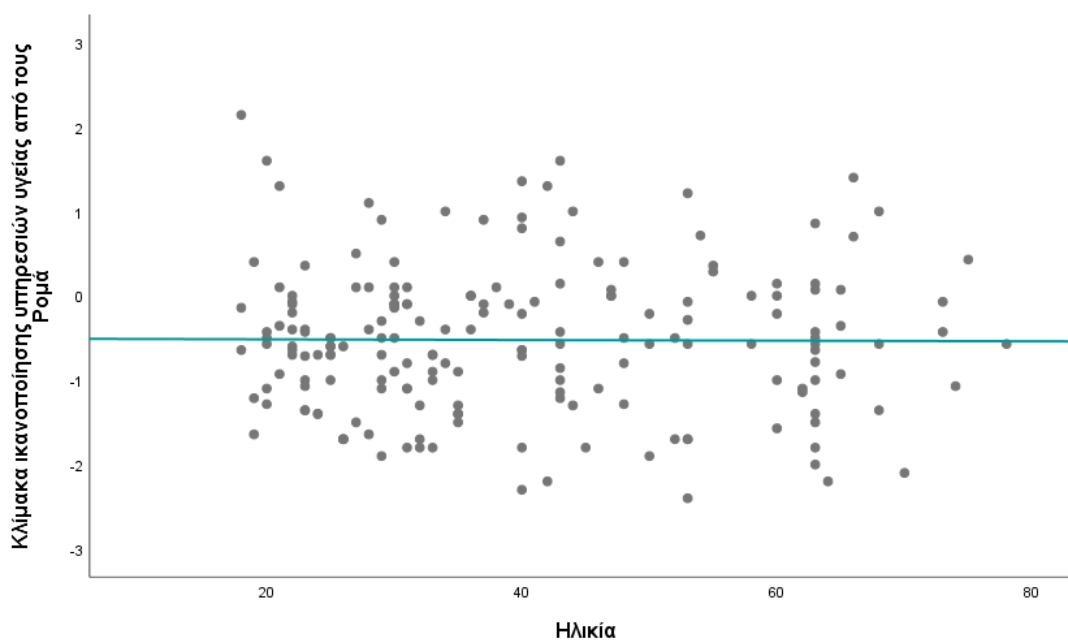
Γράφημα 1. Ραβδογράμματα συχνότητας της βαθμολογίας της κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά ανά τόπο διαμονής (θεωρητικό εύρος τιμών: -3 έως +3).

Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (Shapiro-Wilks) των γραφικών αναπαραστάσεων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot», η μεταβλητή «Κλίμακα ικανοποίησης» και η μεταβλητή «Ηλικία», στο σύνολο του δείγματος, παρουσιάζουν κανονική κατανομή. Ως εκ τούτου, για την μελέτη της μεταξύ τους συσχέτισης έγινε χρήση του στατιστικού δείκτη συσχέτισης Pearson.

Η «Γραμμική Διμεταβλητή Συσχέτιση» (Linear Bivariate Correlation), ανάμεσα στην κλίμακα ικανοποίησης και την ηλικία, δεν κατέγραψε στατιστικώς ισχυρή σχέση [$r(185) = -0,007, p = 0,924$].

Πίνακας 3. Έλεγχος συσχέτισης ανάμεσα στην κλίμακα ικανοποίησης και την ηλικία

Συσχέτιση Κλίμακας ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά και Ηλικίας	
Pearson Correlation	-0,007
Sig. (2-tailed)	0,924
N	185



Γράφημα 2. Στικτόγραμμα συσχέτισης ανάμεσα στην κλίμακα ικανοποίησης και την ηλικία

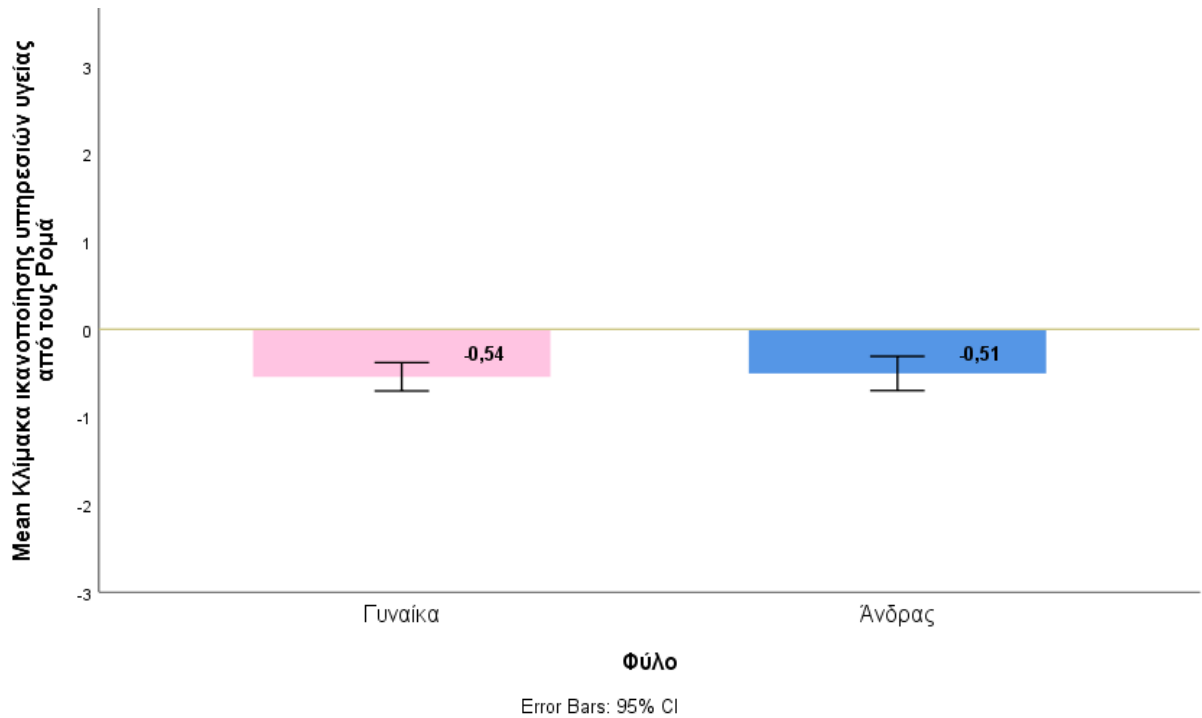
Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (Shapiro-Wilks) των γραφικών αναπαραστάσεων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot», η μεταβλητή «Κλίμακα ικανοποίησης», ανά φύλο, παρουσιάζει κανονική κατανομή.

Βάσει των αποτελεσμάτων του t-test για ανεξάρτητα δείγματα, η μέση βαθμολογία στην κλίμακα ικανοποίησης στις Ρομά γυναίκες ($M = -0,54$, $SD = 0,79$) δεν βρέθηκε να διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, από την αντίστοιχη των Ρομά ανδρών ($M = -0,51$, $SD = 0,94$), $t(183) = 0,296$ ($p = 0,768$).

Πίνακας 4. Στατιστικοί δείκτες της βαθμολογίας της κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά ανά φύλο (θεωρητικό εύρος τιμών: -3 έως +3)

Φύλο	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Γυναίκα	94	-0,5429	0,79155	0,08164

Άνδρας	91	-0,5052	0,93836	0,09837
--------	----	---------	---------	---------



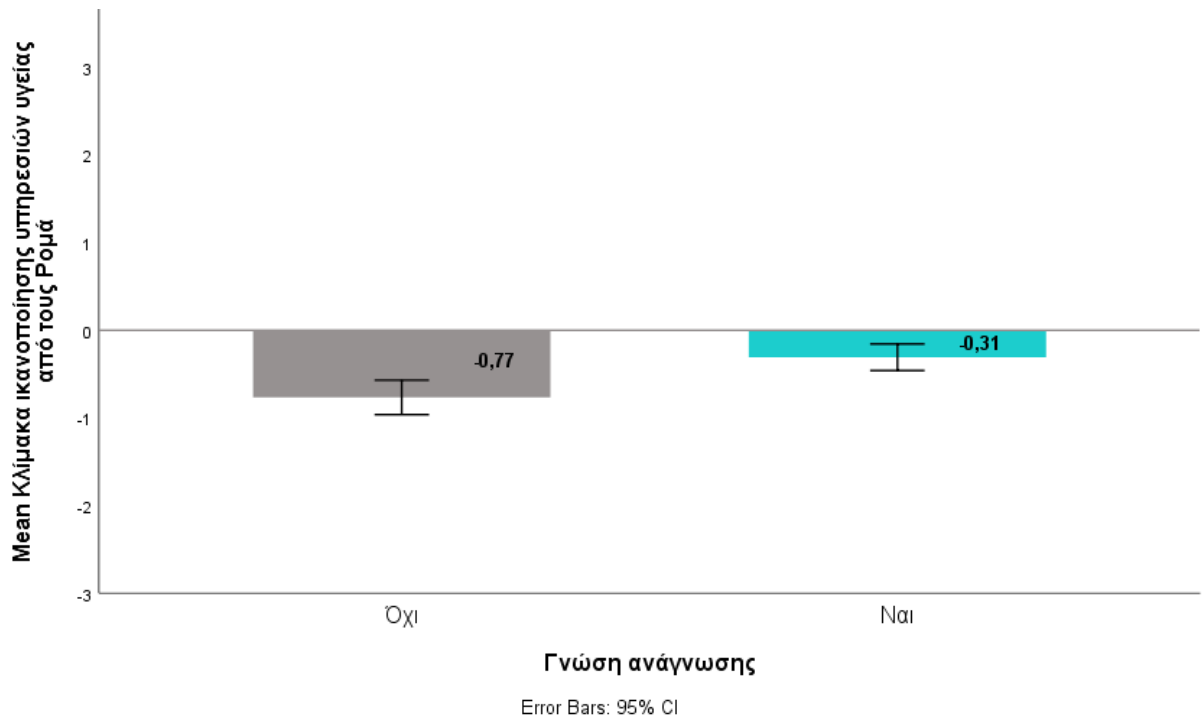
Γράφημα 3. Ραβδογράμματα συχνότητας της βαθμολογίας της κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά ανά φύλο (θεωρητικό εύρος τιμών: -3 έως +3).

Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (Shapiro-Wilks) των γραφικών αναπαραστάσεων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot», η μεταβλητή «Κλίμακα ικανοποίησης», ανά ικανότητα ανάγνωσης, παρουσιάζει κανονική κατανομή.

Βάσει των αποτελεσμάτων του t-test για ανεξάρτητα δείγματα, η μέση βαθμολογία στην κλίμακα ικανοποίησης των Ρομά χωρίς ικανότητα ανάγνωσης ($M = -0,77$, $SD = 0,92$) βρέθηκε, στατιστικώς σημαντικά, χαμηλότερη από την αντίστοιχη των Ρομά με ικανότητα ανάγνωσης ($M = -0,31$, $SD = 0,75$), $t(167) = 3,674$ ($p < 0,001$).

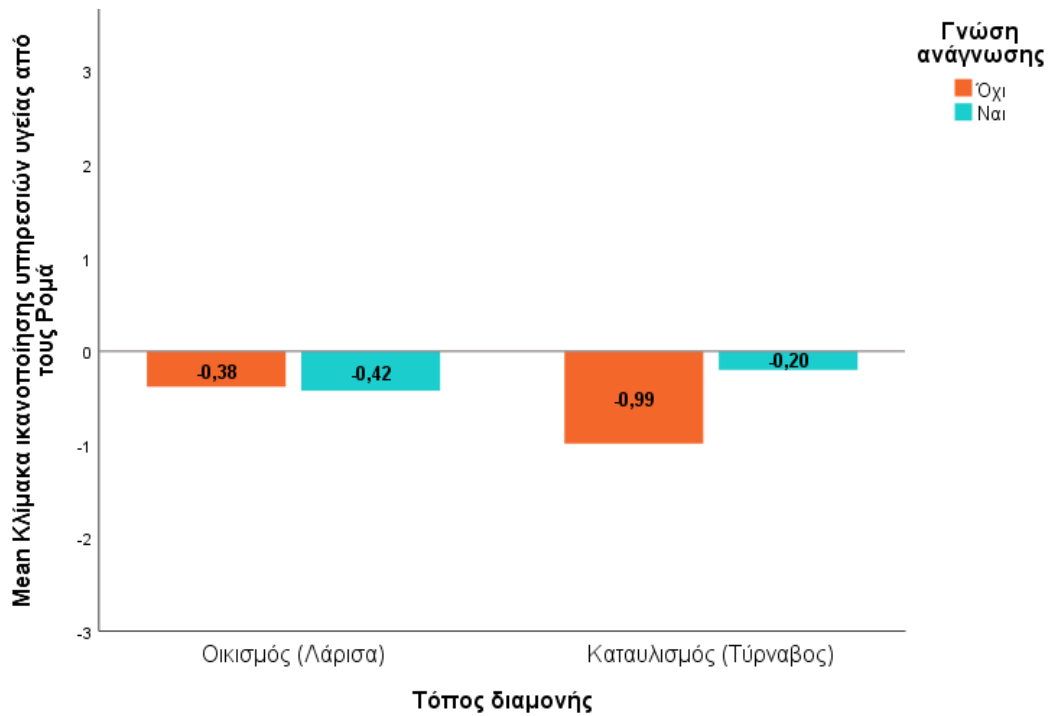
Πίνακας 5. Στατιστικοί δείκτες της βαθμολογίας της κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά ανά ικανότητα ανάγνωσης (θεωρητικό εύρος τιμών: -3 έως +3)

<i>Γνώση ανάγνωσης</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Std. Error Mean</i>
Όχι	87	-0,7668	0,91983	0,09862
Ναι	98	-0,309	0,75409	0,07617



Γράφημα 4. Ραβδογράμματα συχνότητας της βαθμολογίας της κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά ανά ικανότητα ανάγνωσης (θεωρητικό εύρος τιμών: -3 έως +3).

Εκ των υστέρων ανάλυση έδειξε ότι η μέση βαθμολογία στην κλίμακα ικανοποίησης των Ρομά χωρίς ικανότητα ανάγνωσης που διαμένουν στον οικισμό της Λάρισας ($M = -0,38$, $SD = 0,76$) δεν βρέθηκε, στατιστικώς σημαντικά, διαφορετική από την αντίστοιχη των Ρομά με ικανότητα ανάγνωσης ($M = -0,42$, $SD = 0,74$), $t(78) = 0,240$ ($p = 0,811$). Αντίθετα, η μέση βαθμολογία στην κλίμακα ικανοποίησης των Ρομά χωρίς ικανότητα ανάγνωσης που διαμένουν στον καταυλισμό του Τυρνάβου ($M = -0,99$, $SD = 0,94$) βρέθηκε, στατιστικώς σημαντικά, χαμηλότερη από την αντίστοιχη των Ρομά με ικανότητα ανάγνωσης ($M = -0,20$, $SD = 0,76$), $t(103) = 4,724$ ($p < 0,001$).



Γράφημα 5. Ραβδογράμματα συχνότητας της βαθμολογίας της κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά ανά ικανότητα ανάγνωσης και ανά τόπο διαμονής (θεωρητικό εύρος τιμών: -3 έως +3).

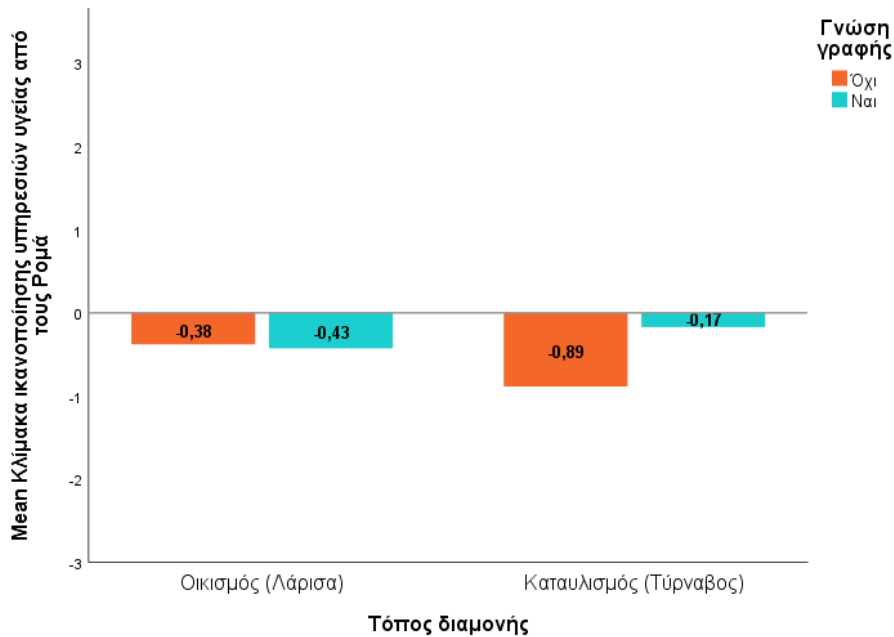
Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (Shapiro-Wilks) των γραφικών αναπαραστάσεων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot», η μεταβλητή «Κλίμακα ικανοποίησης», ανά ικανότητα γραφής, παρουσιάζει κανονική κατανομή.

Βάσει των αποτελεσμάτων του t-test για ανεξάρτητα δείγματα, η μέση βαθμολογία στην κλίμακα ικανοποίησης των Ρομά χωρίς ικανότητα γραφής ($M = -0,71$, $SD = 0,91$) βρέθηκε, στατιστικώς σημαντικά, χαμηλότερη από την αντίστοιχη των Ρομά με ικανότητα γραφής ($M = -0,31$, $SD = 0,76$), $t(183) = 3,283$ ($p = 0,001$).

Πίνακας 6. Στατιστικοί δείκτες της βαθμολογίας της κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά ανά ικανότητα γραφής (θεωρητικό εύρος τιμών: -3 έως +3)

<i>Γνώση γραφής</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Std. Error Mean</i>
Όχι	99	-0,7117	0,90835	0,09129
Ναι	86	-0,3086	0,76117	0,08208

Εκ των υστέρων ανάλυση έδειξε ότι η μέση βαθμολογία στην κλίμακα ικανοποίησης των Ρομά χωρίς ικανότητα γραφής που διαμένουν στον οικισμό της Λάρισας ($M = -0,38$, $SD = 0,73$) δεν βρέθηκε, στατιστικώς σημαντικά, διαφορετική από την αντίστοιχη των Ρομά με ικανότητα γραφής ($M = -0,43$, $SD = 0,76$), $t(78) = 0,289$ ($p = 0,773$). Αντίθετα, η μέση βαθμολογία στην κλίμακα ικανοποίησης των Ρομά χωρίς ικανότητα ανάγνωσης που διαμένουν στον καταυλισμό του Τυρνάβου ($M = -0,89$, $SD = 0,95$) βρέθηκε, στατιστικώς σημαντικά, χαμηλότερη από την αντίστοιχη των Ρομά με ικανότητα γραφής ($M = -0,17$, $SD = 0,75$), $t(103) = 4,045$ ($p < 0,001$).



Γράφημα 6. Ραβδογράμματα συχνότητας της βαθμολογίας της κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά ανά ικανότητα γραφής και ανά τόπο διαμονής (θεωρητικό εύρος τιμών: -3 έως +3).

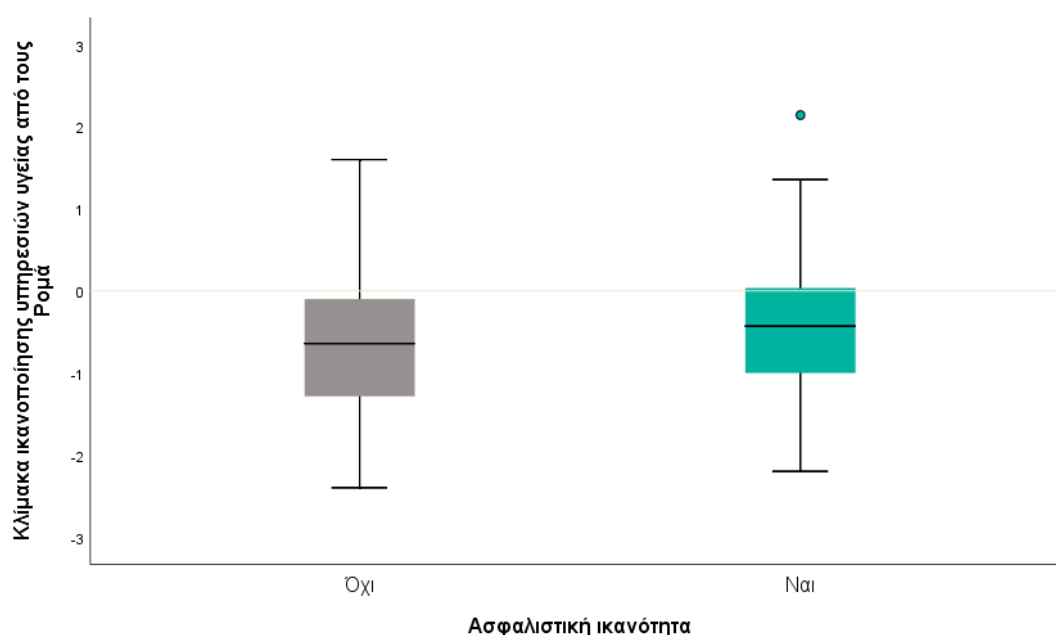
Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (Shapiro-Wilks) των γραφικών αναπαραστάσεων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot», η μεταβλητή «Κλίμακα ικανοποίησης», ανά ασφαλιστική ικανότητα, παρουσιάζει κανονική κατανομή.

Βάσει των αποτελεσμάτων του t-test για ανεξάρτητα δείγματα, η μέση βαθμολογία στην κλίμακα ικανοποίησης των Ρομά χωρίς ασφαλιστική ικανότητα ($M = -0,65$, $SD = 0,85$) δεν βρέθηκε να διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, από την αντίστοιχη των Ρομά με ασφαλιστική ικανότητα ($M = -0,41$, $SD = 0,86$), $t(183) = 1,889$ ($p = 0,061$). Επειδή η απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης κινείται σε οριακά επίπεδα, ακολούθησε εκ των υστέρων ανάλυση ανά τόπο διαμονής.

Πίνακας 7. Στατιστικοί δείκτες της βαθμολογίας της κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά ανά ασφαλιστική ικανότητα (θεωρητικό εύρος τιμών: -3 έως +3)

Ασφάλιση	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Όχι	90	-0,6468	0,84957	0,08955
Ναι	95	-0,4083	0,86734	0,08899

Η εκ των υστέρων ανάλυση έδειξε ότι η μέση βαθμολογία στην κλίμακα ικανοποίησης των Ρομά χωρίς ασφαλιστική ικανότητα που διαμένουν στον οικισμό της Λάρισας ($M = -0,59$, $SD = 0,58$) βρέθηκε, στατιστικώς σημαντικά, χαμηλότερη από την αντίστοιχη των Ρομά με ασφαλιστική ικανότητα ($M = -0,09$, $SD = 0,88$), $t(44) = 2,779$ ($p = 0,008$). Αντίθετα, η μέση βαθμολογία στην κλίμακα ικανοποίησης των Ρομά χωρίς ασφαλιστική ικανότητα που διαμένουν στον καταυλισμό του Τυρνάβου ($M = -0,71$, $SD = 0,94$) δεν βρέθηκε, στατιστικώς σημαντικά, διαφορετική από την αντίστοιχη των Ρομά με ασφαλιστική ικανότητα ($M = -0,55$, $SD = 0,76$), $t(66) = 0,783$ ($p = 0,436$).



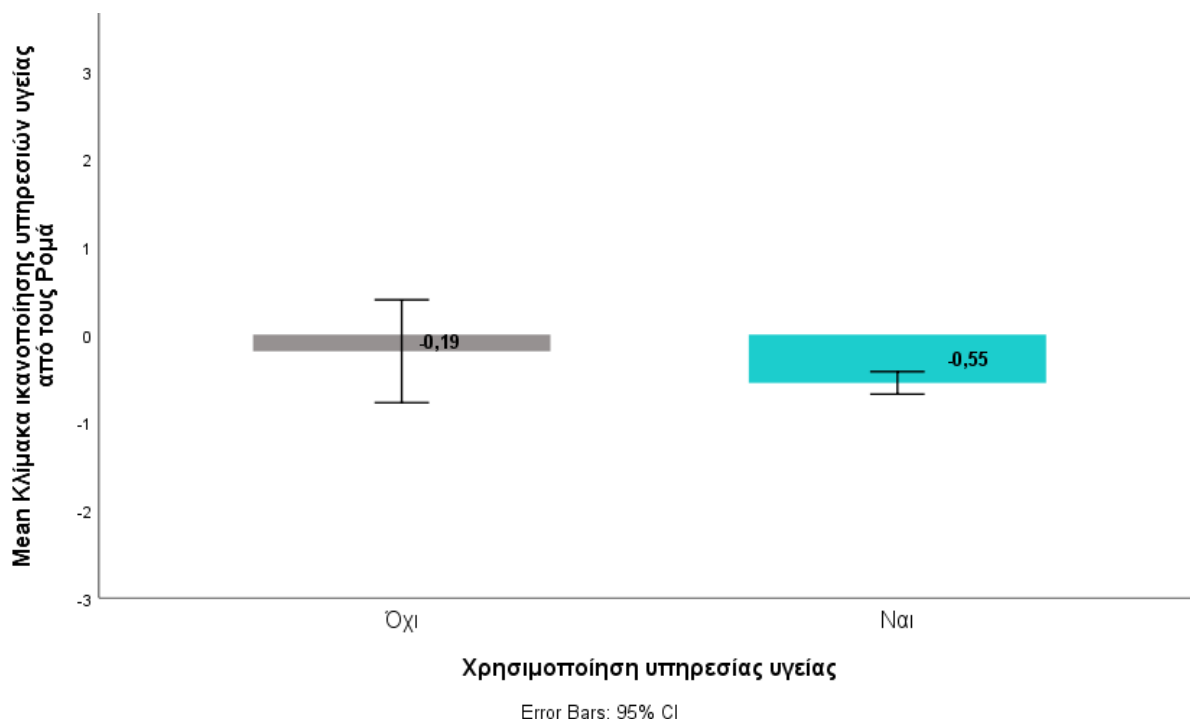
Γράφημα 7. Ραβδογράμματα συχνοτήτων της βαθμολογίας της κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά ανά ασφαλιστική ικανότητα (θεωρητικό εύρος τιμών: -3 έως +3).

Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (Shapiro-Wilks) των γραφικών αναπαραστάσεων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot», η μεταβλητή «Κλίμακα ικανοποίησης», ανά επίπεδο χρήσης υπηρεσίας υγείας, παρουσιάζει κανονική κατανομή.

Βάσει των αποτελεσμάτων του t-test για ανεξάρτητα δείγματα, η μέση βαθμολογία στην κλίμακα ικανοποίησης των Ρομά χωρίς χρήση υπηρεσίας υγείας ($M = -0,19$, $SD = 0,97$) δεν βρέθηκε να διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, από την αντίστοιχη των Ρομά με χρήση υπηρεσίας υγείας ($M = -0,55$, $SD = 0,85$), $t(183) = 1,454$ ($p = 0,148$).

Πίνακας 8. Στατιστικοί δείκτες της βαθμολογίας της κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά ανά επίπεδο χρήσης υπηρεσίας υγείας (θεωρητικό εύρος τιμών: -3 έως +3)

<i>Χρησιμοποίηση υπηρεσίας υγείας</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Std. Error Mean</i>
Όχι	13	-0,189	0,96971	0,26895
Ναι	172	-0,5497	0,85404	0,06512



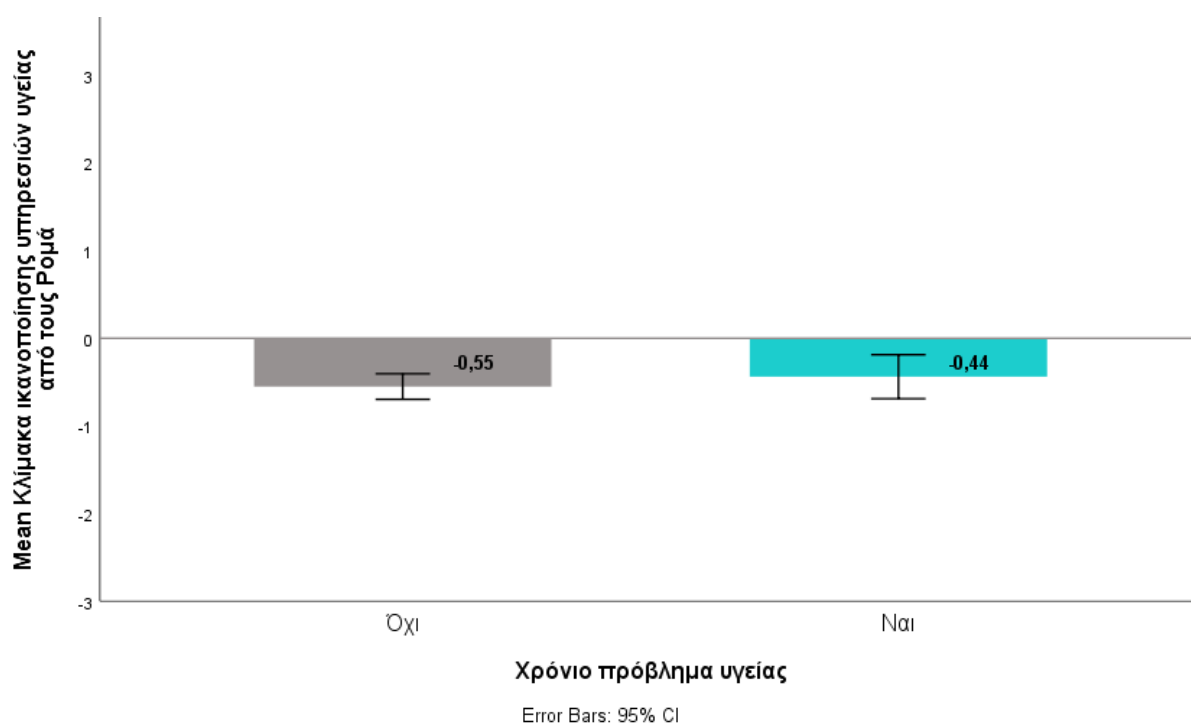
Γράφημα 8. Ραβδογράμματα συχνότητας της βαθμολογίας της κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά ανά επίπεδο χρήσης υπηρεσίας υγείας (θεωρητικό εύρος τιμών: -3 έως +3).

Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (Shapiro-Wilks) των γραφικών αναπαράστασεων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot», η μεταβλητή «Κλίμακα ικανοποίησης», ανά επίπεδο ύπαρξης χρόνιου προβλήματος υγείας, παρουσιάζει κανονική κατανομή.

Βάσει των αποτελεσμάτων του t-test για ανεξάρτητα δείγματα, η μέση βαθμολογία στην κλίμακα ικανοποίησης των Ρομά χωρίς χρόνια πρόβλημα υγείας ($M = -0,55$, $SD = 0,87$) δεν βρέθηκε να διαφέρει, στατιστικώς σημαντικά, από την αντίστοιχη των Ρομά με χρόνια πρόβλημα υγείας ($M = -0,44$, $SD = 0,84$), $t(183) = 0,762$ ($p = 0,447$).

Πίνακας 9. Στατιστικοί δείκτες της βαθμολογίας της κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά ανά επίπεδο ύπαρξης χρόνιου προβλήματος υγείας (θεωρητικό εύρος τιμών: -3 έως +3)

Χρόνιο πρόβλημα υγείας	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Όχι	140	-0,5518	0,87484	0,07394
Ναι	45	-0,4387	0,83616	0,12465



Γράφημα 9. Ραβδογράμματα συχνότητας της βαθμολογίας της κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά ανά επίπεδο ύπαρξης χρόνιου προβλήματος υγείας (θεωρητικό εύρος τιμών: -3 έως +3).

Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (Shapiro-Wilks) των γραφικών αναπαραστάσεων «Normal Q-Q plot», «Detrended Normal Q-Q plot», και «Box Plot», η μεταβλητή

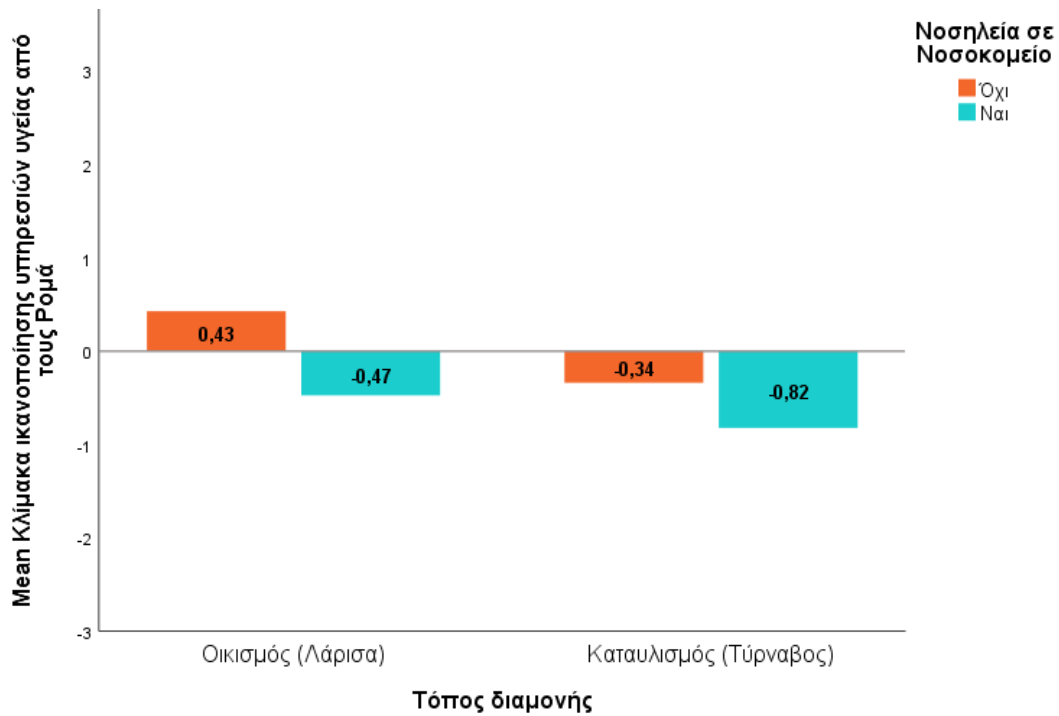
«Κλίμακα ικανοποίησης», ανά επίπεδο νοσηλείας σε νοσοκομείο, παρουσιάζει κανονική κατανομή.

Βάσει των αποτελεσμάτων του t-test για ανεξάρτητα δείγματα, η μέση βαθμολογία στην κλίμακα ικανοποίησης των Ρομά χωρίς νοσηλεία σε νοσοκομείο ($M = -0,25$, $SD = 1,03$) βρέθηκε, στατιστικώς σημαντικά, υψηλότερη από την αντίστοιχη των Ρομά με νοσηλεία σε νοσοκομείο ($M = -0,63$, $SD = 0,77$), $t(73) = 2,385$ ($p = 0,02$).

Πίνακας 10. Στατιστικοί δείκτες της βαθμολογίας της κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά ανά ιστορικό νοσηλείας σε νοσοκομείο (θεωρητικό εύρος τιμών: -3 έως +3)

<i>Νοσηλεία σε Νοσοκομείο</i>	<i>N</i>	<i>Mean</i>	<i>Std. Deviation</i>	<i>Std. Error Mean</i>
Όχι	51	-0,2476	1,03092	0,14436
Ναι	132	-0,6271	0,76852	0,06689

Εκ των υστέρων ανάλυση έδειξε ότι η μέση βαθμολογία στην κλίμακα ικανοποίησης των Ρομά χωρίς νοσηλεία σε νοσοκομείο που διαμένουν στον οικισμό της Λάρισας ($M = 0,43$, $SD = 1,16$) βρέθηκε, στατιστικώς σημαντικά, υψηλότερη από την αντίστοιχη των Ρομά με νοσηλεία σε νοσοκομείο ($M = -0,47$, $SD = 0,67$), $t(78) = 3,003$ ($p = 0,004$). Επίσης, η μέση βαθμολογία στην κλίμακα ικανοποίησης των Ρομά χωρίς νοσηλεία σε νοσοκομείο που διαμένουν στον καταυλισμό του Τυρνάβου ($M = -0,34$, $SD = 0,99$) βρέθηκε, στατιστικώς σημαντικά, υψηλότερη από την αντίστοιχη των Ρομά με νοσηλεία σε νοσοκομείο ($M = -0,82$, $SD = 0,85$), $t(101) = 2,669$ ($p = 0,009$). Να σημειωθεί εδώ ότι η μέση βαθμολογία στην κλίμακα ικανοποίησης των Ρομά χωρίς νοσηλεία σε νοσοκομείο που διαμένουν στον οικισμό της Λάρισας ήταν θετική, έναντι όλων των υπόλοιπων, αντίστοιχων, βαθμολογιών ανά ιστορικό νοσηλείας σε νοσοκομείο και ανά τόπο διαμονής.



Γράφημα 10. Ραβδογράμματα συχνότητων της βαθμολογίας της κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας από τους Ρομά ανά ιστορικό νοσηλείας σε νοσοκομείο και ανά τόπο διαμονής (θεωρητικό εύρος τιμών: -3 έως +3).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Πριν σχολιάσουμε τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης και τα σχετίσουμε με αποτελέσματα παρόμοιων μελετών, θεωρούμε σημαντικό να σημειώσουμε: α) σε τι δεν απαντάει η συγκεκριμένη μελέτη, και β) ποιοι είναι οι περιορισμοί της.

Οριοθετήσεις

Ευθύς εξ αρχής θα πρέπει να δηλώσουμε ότι τα πορίσματα της παρούσας έρευνας αφορούν στη διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης από υπηρεσίες παροχής υγείας, των κατοίκων Ρομά που διαβιούν σε καταυλισμό και σε Ρομά που διαβιούν σε γειτονιές αστικού τύπου στο συγκεκριμένο χωροχρόνο. Δεν είναι βέβαιο, δηλαδή, κατά πόσο είναι ανεξάρτητα από το περιβάλλον της Θεσσαλίας στο οποίο και ζουν, αλλά και τη χρονική περίοδο στην οποία βρίσκεται η Ελλάδα και για αυτό δεν μπορούν να απαντήσουν σε συνθήκες προγενέστερες.

Το γενικό συμπέρασμα της έρευνας ως προς την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας των Ρομά συνολικά παρατηρήθηκε μια μέτρια τάση αρνητικής κλιμάκωσης των στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες υγείας. Ο γενικός βαθμός ικανοποίησης έδειξε αρνητικό πρόσημο, τόσο για το τμήμα του δείγματος που προέρχεται από οικισμούς της Λάρισας, όσο και από αυτό που προέρχεται από τον καταυλισμό του Τυρνάβου. Επιπλέον, δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην κλίμακα ικανοποίησης ανάμεσα στους δυο οικισμούς της Λάρισας και του Τυρνάβου. Αυτό σημαίνει ότι η αρνητική τάση που παρατηρείται στην κλίμακα στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης γύρω από τις υπηρεσίες υγείας δεν εξαρτάται από τον τόπο (ή τον τύπο διαμονής – αστικός ιστός ή καταυλισμός), αλλά οι στάσεις και η ικανοποίηση είναι παρόμοια για τα δυο τμήματα του δείγματος.

Δεδομένου ότι τα ερευνητικά δεδομένα παλιότερων ερευνών δείχνουν προς διαφορετικές κατευθύνσεις, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας σε κάποια σημεία συμφωνούν με προηγούμενα και με κάποια διαφωνούν. Για παράδειγμα, η φαινόμενη δυσaráσκεια που αποτυπώθηκε από την παρούσα έρευνα, δεν συμφωνεί με τα αποτελέσματα της έρευνας του Μουλατζίκου (2014), τα οποία έδειξαν ότι δείγμα Ρομά στην Καρδίτσα (σχετικά κοντινή περιοχή με τις περιοχές της παρούσας έρευνας) ήταν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και από την αντιμετώπιση που είχαν από το υγειονομικό προσωπικό που έδειξε ευγένεια.

Το μειωμένο επίπεδο ικανοποίησης ενδεχομένως να οφείλεται στην αντιμετώπιση των Ρομά από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, κάτι που αναφέρεται σε έρευνα στην Ουγγαρία (Kósa, Széles, Kardos, 2007), στην οποία οι συμμετέχοντες Ρομά εξέφρασαν ότι έχουν υποστεί διακρίσεις σχετικά με την εθνικότητα ή το χρώμα του δέρματος, που σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας μπορούν να παραλληλιστούν με εκείνα της Kotrotsiou (2014), στην οποία, μεταξύ των ομάδων που διακρίθηκαν είναι η ομάδα που αναφέρεται ως «αλλοτριωμένη και μη ικανοποιημένη», γεγονός που δείχνει τη μη ικανοποίηση μερίδας Ρομά από τις ιατρικές υπηρεσίες. Περισσότερο συμφωνούν τα ευρήματα της έρευνας με τα αποτελέσματα έρευνας των Κοτρώτσιου και συν (2019), που έγινε σε δείγμα Ελλήνων Ρομά εξετάζοντας το βαθμό ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες υγείας, στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, σύμφωνα με την οποία καταγράφηκε χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης από τους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό.

Η χαμηλή ικανοποίηση των Ρομά από τις υπηρεσίες υγείας και το προσωπικό των δομών ενδεχομένως να οφείλεται στις διακρίσεις που αντιμετωπίζουν από τους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με τους Vasecka & Radicova, (2001), οι διακρίσεις και ο αποκλεισμός απέναντι στους πληθυσμούς Ρομά, εξακολουθούν να υφίστανται. Επίσης, πιο πρόσφατες μελέτες δείχνουν (UNDP Data on Roma, 2017) ότι οι πληθυσμοί των Ρομά στην Ευρώπη αντιμετωπίζουν συνθήκες αποκλεισμού και εμπόδια πρόσβασης σε κοινωνικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Ένας άλλος παράγοντας που ενδεχομένως να συμβάλλει στην χαμηλή ικανοποίηση των Ρομά από τις υπηρεσίες υγείας είναι οι δυσκολίες που μπορεί να έχουν στην κατανόηση και την έκφραση της γλώσσας. Στο δείγμα της παρούσας εργασίας περισσότεροι από τέσσερις στους δέκα Ρομά δήλωσαν αναλφάβητοι, και επίσης περισσότεροι από τέσσερις στους δέκα ότι έχουν φοιτήσει στο Δημοτικό σχολείο. Το μεγάλο ποσοστό αναλφαβητισμού, είναι ένας πιθανός λόγος χαμηλής ποιότητας επικοινωνίας των Ρομά με τους επαγγελματίες υγείας. Πράγματι, από τους στατιστικούς ελέγχους που έγιναν στα πλαίσια της παρούσας έρευνας προέκυψε ότι τα άτομα του δείγματος χωρίς δυνατότητα ανάγνωσης καταγράφουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Ρομά του δείγματος που έχουν δυνατότητα ανάγνωσης. Αν και το στοιχείο αυτό (η διαφορά στο επίπεδο ικανοποίησης ανάλογα με τη δυνατότητα ανάγνωσης) ισχύει

μόνο για το δείγμα από τον καταυλισμό του Τυρνάβου και όχι για το δείγμα των Ρομά που διαμένουν στη Λάρισα, είναι εν τούτοις, ενδεικτική της διαφοράς που μπορεί να υπάρξει μεταξύ διαφορετικών βαθμίδων αλφαριθμητισμού των Ρομά. Αντίστοιχα, παρόμοια ήταν η συσχέτιση της ικανοποίησης με την ικανότητα γραφής. Στον οικισμό της Λάρισας δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στην ικανοποίηση μεταξύ των Ρομά με ικανότητα γραφής και των Ρομά χωρίς ικανότητα γραφής. Παρατηρήθηκε όμως στον καταυλισμό του Τυρνάβου ότι οι Ρομά χωρίς ικανότητα γραφής είχαν σημαντικά χαμηλότερη ικανοποίηση από τους Ρομά με ικανότητα γραφής.

Το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης των Ρομά είναι ένας από τους παράγοντες που συμβάλλουν τόσο στην όχι καλή κατάσταση της υγείας τους, όσο και στις περιορισμένες γνώσεις και δράσεις πρόληψης, καθώς δεν έχουν κατανοήσει τα οφέλη της πρόληψης (UNDP Data on Roma, 2017).

Σε ότι αφορά στα άλλα ευρήματα της έρευνας, η ηλικία των συμμετεχόντων δεν έδειξε να έχει σημαντική συσχέτιση με την κλίμακα ικανοποίησης. Αντίστοιχα δεν βρέθηκε να υπάρχει σημαντική διαφορά στην κλίμακα ικανοποίησης όσον αφορά στις Ρομά γυναίκες και άνδρες.

Αναφορικά με την ασφαλιστική ικανότητα των Ρομά, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι για το δείγμα των Ρομά που κατοικούν σε οικισμό της Λάρισας οι συμμετέχοντες με ασφαλιστική ικανότητα παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από τις ιατρικές υπηρεσίες σε σχέση με τους διαμένοντες στη Λάρισα χωρίς ασφαλιστική ικανότητα. Στον καταυλισμό του Τυρνάβου όμως δεν διαπιστώθηκε να υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δυο ομάδες. Όσον αφορά στους Ρομά που έκαναν χρήση των υπηρεσιών υγείας δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά στην ικανοποίησή τους σε σχέση με εκείνους που δεν έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας. Με παρόμοιο τρόπο δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά ανάμεσα στους Ρομά με χρόνια πρόβλημα υγείας και τους Ρομά χωρίς χρόνια πρόβλημα υγείας.

Σχετικά με τη νοσηλεία σε νοσοκομείο, διαπιστώθηκε ότι η ικανοποίηση των Ρομά που δεν είχαν νοσηλευτεί σε νοσοκομείο ήταν σημαντικά υψηλότερη σε σύγκριση με αυτούς που είχαν νοσηλευτεί. Ειδικά για τους διαμένοντες στον οικισμό της Λάρισας χωρίς νοσηλεία σε νοσοκομείο η μέση βαθμολογία της ικανοποίησής τους ήταν

θετική σε αντίθεση με όλων των υπολοίπων. Τα δεδομένα αυτά δείχνουν ότι η νοσηλεία σε νοσοκομείο (ιδιαίτερα για το δείγμα των Ρομά που διαμένουν σε οικισμό της Λάρισας) αποτελεί έναν αρνητικό παράγοντα για την ικανοποίηση των Ρομά πληθυσμών από τις ιατρικές υπηρεσίες. Συνάγεται από τα ευρήματα αυτά ότι εφόσον οι συμμετέχοντες δεν είχαν νοσηλευτεί σε νοσοκομείο, οι απόψεις τους έχουν διαμορφωθεί από άλλες δομές υγείας (ενδεχομένως Κέντρα Υγείας) που έχουν επισκεφτεί ή από εμπειρίες τους ως συνοδοί ασθενών. Γίνεται αντιληπτό, ότι η νοσηλεία σε νοσοκομείο μειώνει το επίπεδο ικανοποίησης των Ρομά.

Τα ευρήματα της έρευνας συμφωνούν με προηγούμενες μελέτες πάνω στο αντικείμενο και οι οποίες έχουν δείξει ότι η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης, η έλλειψη πληροφόρησης, η δυσκολία κατανόησης της γλώσσας δημιουργούν διακρίσεις μεταξύ Ρομά και μη Ρομά. Όπως αναφέρθηκε, σε πολλές περιπτώσεις, οι Ρομά χρησιμοποιούν σε πολύ μεγάλο βαθμό την επείγουσα περίθαλψη και αδιαφορούν για τις διαθέσιμες υπηρεσίες πρόληψης. Κάτι τέτοιο διαμορφώνει μια αρνητική στάση των επαγγελματιών υγείας προς τους Ρομά, που με τη σειρά της οδηγεί τους ίδιους τους Ρομά ασθενείς να βιώνουν τις διακρίσεις και οι ίδιοι να μην αισθάνονται ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που αναζητούν και λαμβάνουν, όταν η κατάσταση της υγείας τους δεν είναι καλή (Foldes & Covaci, 2012). Και άλλες έρευνες που έχουν γίνει στο εξωτερικό (Carrasco-Garrido, de Andres, Barrera, Jime, & Jime, 2011), (EFXINI, 2009), (Foldes & Covaci, 2012), (Masseria, Mladovsky, & Hernandez-Quevedo, 2010), (Monasta, Adersson, Ledogar, & A., 2008) είναι συμβατές με αυτά τα ευρήματα.

Βιβλιογραφία

- Adamova, M., Belak, A., (2020). More Roma healthcare professionals are needed to improve healthcare for Roma! EPHA – *European Public Health Alliance. Advocacy Brief.*
- Alexiadou, E. A. (2018). Ethnic Diversity and Access to Healthcare from a Human Rights Perspective: The Case of the Roma in Europe, *European Journal of Health Law*, 25(3), 261-283. doi: <https://doi.org/10.1163/15718093-12530367>
- Arora, V.S., Kühlbrandt, C., McKee, M., 2016. An examination of unmet health needs as perceived by Roma in Central and Eastern Europe. *Eur. J. Public Health* 26, 737–742.
- Belak, A., Filakovska Bobakova, D., Madarasova Geckova, A., van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2020). *Why don't health care frontline professionals do more for segregated Roma? Exploring mechanisms supporting unequal care practices. Social Science & Medicine*, 246, 112739. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112739
- Carrasco-Garrido, P., de Andres, A., Barrera, V., Jime,´.-T. I., & Jime,´.-G. R. (2011). Health status of Roma women in Spain. *Eur J Public Health* 21 , 793–798.
- Cherkezova, S., & Tomova, I. (2013). *Migration of Roma an non - Roma from Central and Eastern Europe. Bratislava: UNDP.*
- Colombini, M., Rechel, B., Mayhew, S.H., 2011. Access of Roma to sexual and reproductive health services: qualitative findings from Albania, Bulgaria and Macedonia. *Glob. Public Health* 7, 522–534.
- Cook, B., Wayne, G.F., Valentine, A., Lessios, A., Yeh, E., (2013). Revisiting the evidence on health and health care disparities among the Roma: a systematic review 2003–2012. *Int. J. Public Health* 1–27.

- Council of Europe (2004). *Roma History. Factsheets on Roma History: General Introduction*. Διαθέσιμο στο <https://rm.coe.int/factsheets-on-romani-history-general-introduction/16808b18e9>
- Duval, L., Wolff, F.-C., McKee, M., Roberts, B., (2016). The roma vaccination gap: evidence from twelve countries in central and south-east Europe. *Vaccine* 34, 5524–5530.
- EFXINI, P. e. (2009). *Health and the Roma community, analysis of the situation in Europe. Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia, Spain*.
- EU, E. I.-d. (2010). Ανάκτηση από <http://www.errc.org/cms/upload/file/improving-the-tools-for-the-social-inclusion-and-non-discrimination-of-roma-in-the-eu-2010.pdf>.
- EU. (2008). *Tackling discrimination*. Ανάκτηση από [ec.europa.eu: http://ec.europa.eu/justice/discrimination/roma/index_en.htm](http://ec.europa.eu/justice/discrimination/roma/index_en.htm)
- European Commission, (2014), *Roma Health Report Health status of the Roma population. Data collection in the Member States of the European Union* Διαθέσιμο στο https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/social_determinants/docs/2014_roma_health_report_en.pdf
- European Commission, 2014. *Roma Health Report. Health Status of the Roma Population*. Data collection in the Member States of the European Union, pp. 153.
- European Commission, Brussels. European Union Fundamental Rights Agency, (2013). *Inequalities and Multiple Discrimination in Access to and Quality of Healthcare*. EUFRA, Luxembourg.
- European Union (2020). *Roma equality, inclusion and participation in the EU. The new strategic framework for the equality, inclusion and participation of Roma in EU countries and preparation of the post-2020 initiative. Timeframe: 2020-2030*. Διαθέσιμο στο <https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental->

[rights/combating-discrimination/roma-eu/roma-equality-inclusion-and-participation-eu_en](https://fra.europa.eu/sites/default/files/ep-request-roma-women.pdf)

European Union Agency for Fundamental Rights (2013). “Analysis of FRA Roma survey results by gender”, Διαθέσιμο στο : <http://fra.europa.eu/sites/default/files/ep-request-roma-women.pdf>

European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) (2012). , *Housing Conditions of Roma and Travellers in the European Union*

European Union Fundamental Rights Agency & United Nations Developmental Programme, (2012). *The Situation of Roma in 11 EU Member States. Survey Results at a Glance*. EUFRA & UNDP, Luxembourg, pp. 31.

European Union Fundamental Rights Agency, (2018). *A Persisting Concern: Anti-gypsyism as a Barrier to Roma Inclusion*. EUFRA, Luxembourg, pp. 60.

George, S., Daniels, K., Fioratou, E., 2018. A qualitative study into the perceived barriers of accessing healthcare among a vulnerable population involved with a community centre in Romania. *Int. J. Equity Health* 17, 41.

Gresham, D., Morar, B., Wise, C., & Angelicheva, D., Kalaydjieva, L., Underhill, P., Passarino, G., Lin, A., Calafell, F., Oefner, P., Shen, P., Tournev, I., Pablo, R., Kucinkas, ., Perez-Lezaun, A., Marushialova, E., Popov, V., (2001). Origins and Divergence of the Roma (Gypsies). *ECU Publications*. 69. 10.1086/324681.

Hansen, H. and J. Metzl, (2016). Structural Competency in the U.S. Healthcare Crisis: Putting Social and Policy Interventions Into Clinical Practice. *Journal of Bioethical Inquiry*, 13(2): p. 179-183.

Hanssens, L.G.M., Devisch, I., Lobbestael, J. et al. Accessible health care for Roma: a gypsy’s tale a qualitative in-depth study of access to health care for Roma in Ghent. *Int J Equity Health* 15, 38 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0327-7>

Hassler, S., & Eklund, L. (2012). Sense of coherence and self-reported health among Roma people in Sweden—a pilot study. *Int JCircumpolar Health* 71 , 1-8.

- Janevic, T., Osypuk, T., Stojanovski, K., Jankovic, J., Gundersen, D., Rogers, M., (2017). Associations between racial discrimination, smoking during pregnancy and low birthweight among Roma. *Eur. J. Public Health* 27, 410–415.
- Kolarcik, P., et al., (2013). Are barriers in accessing health services in the Roma population associated with worse health status among Roma? *Int. J. Public Health* 58, 427–434.
- Kolarcik, P., Geckova, A., Orosova, O., van Dijk, J., & Reijneveld, S. (2009). To what extent does socio-economic status explain differences in health between Roma and non-Roma adolescents in Slovakia? . *Soc Sci Med* 68 , 1280-1287.
- Kosa, K., & Adany, R. (2007). Studying vulnerable populations: lessons from the Roma minority. *Epidemiology* 18 , 295-298.
- La Parra D, Gil González D, de la Torre EM. The social class gradient in health in Spain and the health status of the Spanish Roma. *Ethnicity & Health*. 2016;21(5):468–79.
- Marushiakova, E., and Popov, V., (2005). The Roma – a Nation without a State? Historical Background and Contemporary Tendencies. In: Burszta, Wojciech, Tomasz Kamusella and Sebastian Wojciechowski, eds. *Nationalismus Across the Globe: An Overview of the Nationalism of State-endowed and Stateless Nations*. Poznan: School of Humanities and Journalism, 433-455.
- Masseria, C., Mladovsky, P., & Hernandez-Quevedo, C. (2010). The socio-economic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania. *Eur JPublic Health* 20 , 552-556.
- McFadden, A., Siebelt, L., Gavine, A., Atkin, K., Bell, K., Innes, N., και συν. (2018). Roma and Traveler access to and engagement with health services: a systematic review. *Eur J Public Health* , 28 (1), 74-81.
- Mistry, M. & J. Latoo, (2009). Uncovering the face of racism in the workplace. *British Journal of Medical Practitioners*, 2009. 2(2): p. 20-24.
- Okely, J. (1983). *The Traveller-Gypsies*. UK: Cambridge University Press.
- Orton, L., Anderson de Cuevas, R., Stojanovski, K., Gamella, J.F., Greenfields, M., La Parra, D., Marcu, O., Matras, Y., Donert, C., Frost, D., Robinson, J.,

- Rosenhaft, E., Salway, S., Sheard, S., Such, E., Taylor-Robinson, D. and Whitehead, M. (2019), "Roma populations and health inequalities: a new perspective", *International Journal of Human Rights in Healthcare*, Vol. 12 No. 5, pp. 319-327. <https://doi.org/10.1108/IJHRH-01-2019-0004>
- Sigona, N. and Vermeersch, P. (2012), "The Roma in the new EU: policies, frames and everyday experiences", *Journal of Ethnic and Migration Studies*, Vol. 38 No. 8, pp. 1189-93
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper .
- TEC. (2015). *Περιφερειακός σχεδιασμός για την κοινωνική ενσωμάτωση των Ρομά στην Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας για την Προγραμματική Περίοδο 2014-2020*. Αθήνα: TEC Επιχειρηματικές Λύσεις Α.Ε.
- UNDP Data on Roma. (2017). Ανάκτηση από Available at <http://www.undp.org/content/rbec/en/home/ourwork/povertyreduction/roma-in-central-and-southeast-europe/roma-data/>.
- Vasecka, M., & Radicova, J. (2001). *Social exclusion and double marginalisation of the Roma in the Slovak Republic after 1989. Labor, employment and social policies in the EU enlargement process*. Washington D.C: The World Bank.
- Vermeersch, P., & Ram, M. (2009). *The Roma*. Στο B. Rechel, *Minority rights in central and Eastern Europe*. London: Routledge.
- Vorvolakos, T., Samakouri, M., Tripsianis, G., Tsatalmpasidou, E., Arvaniti, A., Terzoudi, A., και συν. (2012). Socio-demographic and clinical characteristics of Roma and non-Roma psychiatric out patients in Greece. *Ethn Health* 17: , 162-168.
- WHO. (2008). The Tallin Charter "Health Systems for Health and Wealth".
- Zampas, C. and Lamačková, A. (2011), "Forced and coerced sterilization of women in Europe", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol. 114 No. 2, pp. 163-6.
- Zelko, E., Švab, I., & Rotar Pavlič, D. (2015). Quality of Life And Patient Satisfaction with Family Practice Care in a Roma Population With Chronic

Conditions in Northeast Slovenia. *Slovenian Journal of Public Health*, 54(1), 18–26. doi:10.1515/sjph-2015-0003

Γούπου, Χ. (2020). *Διερεύνηση της ικανοποίησης των Ρομά που κατοικούν στον οικισμό του Τυρνάβου από τις υπηρεσίες υγείας*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Stiliani Kotrotsiou, Iro Zachari, Maria Malliarou, Cristina Barbouta, Apostolia Barbouta, T. Paralikas, Mary Gouva (2019). Investigating perceptions and beliefs of Roma about healthcare services in a Provincial General Hospital. *HELLENIC JOURNAL OF NURSING* 2019, 58(3): 280–291

Kotrotsiou S, Paralikas Th, Lahana E. Health inequalities of roma in Greece and europe: a bibliographic overview. *Interscientific Health Care* (2018) Vol 10, Issue 2, 123-130 ISSN 1791 - 9649

Kotrotsiou S. (2014). "Interconnection of psychological and social characteristics of Gypsies with their quality of life and their effect on their health care" Doctoral Thesis. Larissa: University of Thessaly

Kotrotsiou S, Skenteris N (2014). Roma's convictions regarding health status and their repercussion on health care. *Interscientific Health Care* (2014) Vol 6, Issue 1, 18-23 ISSN 1791 - 9649

Μουλατζίκος, Κ.Θ., (2014). *Πώς αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας στην Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Φροντίδα του Νομού Καρδίτσας τους Ρομά και πώς οι Ρομά του Νομού Καρδίτσας αξιολογούν τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε αυτούς*. Μεταπτυχιακή Διατριβή, Λάρισα: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Theodosios Paralikas (fr. Sergios), Styliani Kotrotsiou (2018). Aspects of Roma on "Clean" and "Dirty" and their Relation to the Hospital *HELLENIC JOURNAL OF NURSING* 2018, 57(3): 239–246

Περιφέρεια Θεσσαλίας (2015). *Επικαιροποιημένη Περιφερειακή Στρατηγική για την Ένταξη των Ρομά στην Θεσσαλία*. Περιφέρεια Θεσσαλίας Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης ΕΠ.