



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

“ Ποια είναι η αναπαράσταση και η στάση των Ρομά ασθενών για την ποιότητα από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας ως νοσηλευόμενοι στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας ”

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ : *Ηρώ Ζαχαρή*

ΑΜ : M040616045

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Δρ. Στυλιανή Κοτρώτσιου, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Θεσσαλίας ως επιβλέπουσα.
2. Δρ. Θεοδόσιος Παραλίκας, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Θεσσαλίας ως μέλος.
3. Δρ. Νικόλαος Σκεντέρης, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής - Κοινωνικής & Αναπτυξιακής Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

TITLE

“What is the perception and attitude of the Roma patients regarding their received health services when hospitalized at the General Hospital of Larissa”

Λάρισα, Αύγουστος 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	9
1. Γενικά χαρακτηριστικά Ρομά	9
1.1 Βασικές έννοιες και ιστορικά στοιχεία	9
1.2 Οι Ρομά στην Ελλάδα	12
1.2.1 Ιστορικά στοιχεία	12
1.2.2 Εκπαίδευση	13
1.2.3 Δημογραφικά στοιχεία	14
1.2.4 Θρήσκευμα	15
1.2.5 Ανάγκες και προβλήματα	15
1.3 Οι Ρομά στην Ευρώπη	18
1.3.1 Βασικές αρχές: Στόχοι της στρατηγικής της ΕΕ για τους Ρομά	21
1.4 Κοινωνικοοικονομική κατάσταση	23
1.5 Κοινωνικός αποκλεισμός	24
1.6 Υγεία – Πρόνοια - Ασφάλιση	26
1.6.1 Ανάπτυξη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας	30
1.6.2 Γυναίκες Ρομά και υγεία	32
1.6.3 Δράσεις για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας των Ρομά	34
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	36
1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	36
2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	37
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	40
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	57
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	62

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

64

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

68

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Υπολογίζεται πως περίπου εφτά με εννέα εκατομμύρια Ρομά μένουν σήμερα στην Ευρώπη, σχεδόν τα δύο τρίτα από αυτούς στις Κεντρικές και στις Ανατολικές χώρες της Ευρώπης. Το επίπεδο διαβίωσης των ατόμων είναι ιδιαίτερος χαμηλό. Από έρευνες προκύπτει ότι οι Ρομά έχουν αντιληφθεί ρατσιστική συμπεριφορά και διαχωρισμό των ασθενών εξαιτίας της ενδοπολιτισμικής τους διαφορετικότητας.

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη έγινε η διερεύνηση των αντιλήψεων, των συναισθημάτων και των πεποιθήσεων των Ελλήνων Ρομά για τις δομές δημόσιας υγείας και την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας καθώς επίσης και η σχέση τους με τα δημογραφικά, κοινωνικά, εκπαιδευτικά, οικονομικά και άλλα χαρακτηριστικά τους και τις συνθήκες διαβίωσης.

Υλικό και μέθοδος: Ο μελετώμενος πληθυσμός αναφέρεται στους Έλληνες Ρομά που επισκέφθηκαν το Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν n=80 άτομα, εκ των οποίων οι 25 ήταν άνδρες και οι 55 ήταν γυναίκες. Η παρούσα έρευνα είναι περιγραφική μελέτη συσχέτισης, με σχέδιο συγχρονικού τύπου. Ερευνητικό εργαλείο για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ειδικό για το σκοπό της έρευνας ερωτηματολόγιο, 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. Στην παρούσα έρευνα το 31,3% των Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν άνδρες και το 68,8% γυναίκες. Η ηλικία τους κυμαίνονταν από 18 έως 78 ετών με μέση τιμή τα 46,23 έτη. Από την έρευνά προέκυψε πως το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των ανθρώπων δεν έμειναν ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας. Συγκεκριμένα τα 3/4 δήλωσαν μη ικανοποιημένα (ως επί το πλείστον από τους ιατρούς και τους νοσηλευτές), το 67,5% θεωρεί ότι στο νοσοκομείο συμπεριφέρονται με διακρίσεις, και πως το 60% θεωρούσε πως καμία από τις υπηρεσίες υγείας δεν ενδιαφέρεται πραγματικά για αυτούς.

Συμπεράσματα: Οι Ρομά του δείγματος εκφράζουν ανοιχτά αρνητικά συναισθήματα για τις παροχές της δημόσιας υγείας και τις εξυπηρετήσεις από τους επαγγελματίες. Στους Roma υπάρχει έλλειψη γνώσης σχετικά με την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και το πώς αυτές μπορεί να παρέχονται κατάλληλα. Όταν βέβαια καταφέρνουν να έρθουν σε επαφή με το σύστημα υγείας, δημιουργούνται διάφορα προβλήματα, στα οποία προστίθεται η έλλειψη μόρφωσης που αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ίδια την υγεία των Roma καθώς, λόγω αυτής, δεν καθίσταται δυνατή η ανάγνωση των οδηγιών των φαρμάκων .

ABSTRACT

Introduction: It is estimated that about seven to nine million Roma people are currently living in Europe, almost two-thirds of them in the Central and Eastern European countries. Their standard of living is particularly low. Research has shown that the Roma have experienced racist behavior and discrimination towards patients due to their intercultural diversity.

Purpose: This study examines the perceptions, feelings and beliefs of the Greek Roma with regard to public health structures, their satisfaction with provided health care services, as well as their relationship with demographic, social, educational, economic and other characteristics and their living conditions.

Material and method: The studied population refers to the Greek Roma who visited the General Hospital of Larissa. The survey sample was $n = 80$, of whom 25 were men and 55 women. This research is a descriptive correlation study with a cross-sectional design. The research tool of data collection was an anonymous questionnaire with closed-ended questions, specifically-created for the purpose of the survey. It consisted of a total of 40 questions that were divided into two sub-sections. The statistical program SPSS for the processing of variables was applied.

Results: In the current survey, 31.3% of Gypsies (Roma) were men and 68.8% were women. Their age ranged from 18 to 78 years, with an average of 46.23 years. The survey found that most of these people were not satisfied with health services. More specifically, 3/4 of the subjects stated being displeased (mostly by doctors and nurses), 67.5% consider that they are discriminated against, and 60% believed that no type of offered health services is truly interested in them.

Conclusions: The researched Roma openly express negative feelings towards public health benefits and health specialist services. The Roma lack the knowledge needed to access health services or the knowhow of how these services can be best utilized. When, of course, they manage to get in touch with the health system, a number of problems arise, since lack of education- that is a risk factor for Roma's own health- results in them being unable to read medicine prescriptions.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρώτη αναφορά για τους Έλληνες Ρομά γίνεται σε ένα Γεωργιανό εκκλησιαστικό κείμενο για τον βίο του Αγίου Γεωργίου του Αθωνίτη. Αν και δε υπάρχουν πολλά στοιχεία σχετικά με τους Έλληνες Ρομά των περιοχών που σήμερα ανήκουν στην Ελλάδα, κατά την περίοδο της Ελληνικής Επανάστασης του 1821 δεν αναφέρεται πουθενά η συμμετοχή τους στην επανάσταση, είτε ως πολεμιστές, είτε ως μουσικοί που διασκέδαζαν τους αγωνιστές.

Γενικότερα, είναι δύσκολο να προσδιοριστεί η ακριβής χρονολογική περίοδος στην οποία οι Ρομά έφτασαν στον Ελλαδικό Χώρο. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Εταιρείας Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.Α.) η πρώτη ομάδα τσιγγάνων εντοπίζεται το 1323. Δυστυχώς κανένα ιστορικό κείμενο δεν αναφέρει την συνεισφορά των Ελλήνων Ρομά κατά την περίοδο των Βαλκανικών πολέμων το 1912 -1913 όπως επίσης και την συμμετοχή τους στο Εθνικό Απελευθερωτικό Μέτωπο του δευτέρου Παγκοσμίου πολέμου, όπου οι Έλληνες Ρομά πολέμησαν ακόμη μια φορά για την Ελλάδα που την θεωρούσαν πατρίδα τους (Δημητρίου και Πολίτου, 2008).

Οι Ρομά φαίνεται πως έλκουν την καταγωγή τους από την Ινδία, από όπου ξεκίνησαν την μετανάστευσή τους μετά τον 8ο αιώνα μ.Χ. Είναι ένας λαός χωρίς γραπτή γλώσσα, επομένως και ιστορία με την κλασική έννοια του όρου και με ένα μάλλον ανεξιχνίαστο παρελθόν. Πληροφορίες για την ιστορική τους διαδρομή και τις παραδόσεις τους προέρχονται από μη Ρομά οι οποίοι μελέτησαν την πορεία και την γλώσσα τους (Ντούσας, 1997). Οι ρατσιστικές εκδηλώσεις εναντίον τους είναι συνηθισμένο φαινόμενο, με αποκορύφωμα το Ολοκαύτωμα της ναζιστικής Γερμανίας.

Υπολογίζεται πως περίπου εφτά με εννέα εκατομμύρια Ρομά μένουν σήμερα στην Ευρώπη, σχεδόν τα δύο τρίτα από αυτούς στις Κεντρικές και στις Ανατολικές χώρες της Ευρώπης. Οι Ρομά θεωρούνται παγκοσμίως μια από τις πιο περιθωριοποιημένες μειονότητες. Το επίπεδο διαβίωσης των ατόμων είναι ιδιαίτερος χαμηλό. Ακόμη, και αν τα δεδομένα αυτά είναι παλιά, φαίνεται ότι αρκετοί επαγγελματίες υγείας έχουν κάποιο θέμα με τους Ρομά., καθώς οι ίδιοι οι Ρομά έχουν αντιληφθεί ρατσιστική συμπεριφορά και διαχωρισμό των ασθενών εξαιτίας της ενδο-πολιτισμικής τους διαφορετικότητας. Οι Ρομά, σε γενικές γραμμές υφίστανται τις περισσότερες διακρίσεις σε σχέση με τις υπόλοιπες μειονότητες εξαιτίας του

γεγονότος ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι λιγότερο εξοικειωμένο (Τσάφου, 2007; Παραλίκας και συν, 2005).

Η πρόσβαση των Ρομά στις κοινωνικές παροχές συνδέεται με την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, καθώς περιλαμβάνει την πρόσβαση στην ασφάλεια υγείας και άλλα και σε άλλα οφέλη σχετικά με την υγεία, ενώ δοκιμάζουν ανισότητες στον χώρο της υγείας που είναι μεγαλύτερες από αυτές που θα μπορούσε να περιμένει κανείς απλά επειδή ανήκουν σε μια μειονοτική ομάδα (Parry et al., 2007). Ο πληθυσμός των Ρομά έρχεται συχνά αντιμέτωπος με εμπόδια στην πρόσβαση της κοινωνικής προστασίας (Μαραθιανού και συν., 2010).

Επίσης πολλοί Ρομά έχουν βιβλιάριο από την Πρόνοια, η οποία παρέχει στοιχειώδεις υπηρεσίες υγείας, που όμως είναι ανεπαρκείς και δεν καλύπτουν τις ανάγκες τους. Η αδυναμία των λειτουργών υγείας να κατανοήσουν τη διαφορετικότητα και τις ιδιαιτερότητες του πληθυσμού Ρομά, λόγω έλλειψης ενημέρωσης ή λόγω προκατάληψης, λειτουργεί αποτρεπτικά στην χρήση των Υπηρεσιών από τους Ρόμα (Βελλής, 2012).

Αξίζει να αναφερθεί ότι μεταξύ κάποιων τμημάτων της κοινότητας των Ρομά η υγεία δεν θεωρείται κύρια προτεραιότητα. Η στέγαση, τα οικονομικά μέσα ή η απασχόληση έχουν προτεραιότητα μπροστά στην υγεία όσον αφορά τις αντιλαμβανόμενες ανάγκες της ομάδας των Ρομά επειδή σε κάποιες περιπτώσεις αυτές δεν έχουν καλυφθεί.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Γενικά χαρακτηριστικά Ρομά

1.1 Βασικές έννοιες και ιστορικά στοιχεία

Στη σημερινή εποχή, οι Ρομά αποτελούν πιθανόν την πιο αδικημένη και αποκλεισμένη μειονότητα στην ΕΕ, που λόγω της φιλοσοφίας της, των παραδόσεων της καθώς επίσης και του τρόπου ζωής της έχει υποστεί τεράστιο αποκλεισμό. Τα μέλη της εν λόγω μειονότητας παραδοσιακά έχουν επιλέξει τον νομαδικό τρόπο ζωής, που διαφέρει σε σημαντικό βαθμό από τη σημερινή καθημερινότητα, με συνέπεια η συγκεκριμένη μειονότητα να παραμένουν εξαιρετικά ευάλωτοι σε ζητήματα ρατσισμού αλλά και προκατάληψης (Laurence et al., 2013).

Ο κοινωνικός αποκλεισμός τον οποίο βιώνουν οι άνθρωποι αυτοί δεν έχει να κάνει μονάχα με την εκπαίδευση, την υγεία, την απασχόληση κλπ αλλά αρχίζει από τη μη κάλυψη των κυριότερων αναγκών τους, όπως είναι για παράδειγμα οι συνθήκες διαβίωσης. Δεν είναι εφικτό να δει κάποιος τον αποκλεισμό από τους παραπάνω τομείς ξεχωριστά από την καθημερινότητα των ανθρώπων αυτών, από την πρόσβαση τους σε θέσεις εργασίας είτε από τη δημόσια υγεία. Επομένως, αναφερόμαστε σε ένα σημαντικό κοινωνικό ζήτημα που είναι ζωτικής σημασίας (Niksić and Kurspahić-Mujčić, 2007).

Στη σημερινή εποχή, η έννοια ΡΟΜ, είτε όπως καλούνται διαφορετικά Ρομά είτε ακόμα και Τσιγγάνοι, χρησιμεύει με διαφορετική σημασιολογία. Τις περισσότερες φορές αφορά εθνοτικές ομάδες, οι οποίες μιλούν παραλλαγές της γλώσσας Ρομανί. Με τη συγκεκριμένη ορολογία, που είναι και επικυρωμένη από το Α' Παγκόσμιο Συνέδριο των Τσιγγάνων (κατά τις αρχές του '70 στην Αγγλία), καταγράφονται πλέον επίσημα από τον ΟΗΕ καθώς επίσης και από άλλους διεθνείς και μη οργανισμούς. Ο χαρακτηρισμός Τσιγγάνοι χρησιμεύει σε πολλές χώρες της ΕΕ και ως επί το πλείστον προέρχεται από το Ατσίγγανοι το οποίο αποτελεί νεολογισμό από τον όρο Αθίγγανοι (Κοτρώτσιου, 2014a).

Η σχέση της λέξης Ατσίγγανος με τον όρο Αθίγγανος προέρχεται από θρησκευτικούς λόγους. Οι Ρομά είναι προικισμένοι από τη φύση με την ευχέρεια να εγκλιματίζονται άμεσα πολιτιστικά αλλά και γλωσσολογικά στις περιοχές στις οποίες βρίσκονται σαν λαός μεταναστών. Αυτό είχε σαν συνέπεια να καταφέρουν εύκολα να αναπτύξουν δικούς τους ιδιωματισμούς και γλώσσες σαν την κρεολική, η οποία βασίζεται στα Γαλλικά αλλά και στα Αφρικάνικα. Με τον τρόπο αυτόν προέκυψε και η γλώσσα που μιλούν στη χώρα μας που καλείται Rromanosέρβικη (Vincze and Derdák, 2009).

Οι ανθρωπολόγοι, οι ιστορικοί αλλά και οι κοινωνιολόγοι έχουν αμφισβητήσει την ιδέα της φυλής αυτής, δεδομένου πως δεν είναι σαφές πως οι διαφοροποιημένες ομάδες τους έχουν αυτόχθονη καταγωγή και ουσιαστικά η συγκεκριμένη ορολογία συμπεκνώνει ένα μεγάλο σύνολο ομάδων, με διαφοροποιημένες γλώσσες, παραδόσεις, ιστορίες καθώς επίσης και κοινωνικές είτε και οικονομικές συνθήκες, που ζουν σε όλη την Ευρώπη (Healy and McKee, 2004).

Βάσει με έρευνες που έχουν γίνει τα προηγούμενα χρόνια, οι Ρομά έχουν καταγωγή από την Βόρεια Ινδία. Πρόκειται για έναν νομαδικό λαό, οι οποίοι τις περισσότερες φορές μετακινούνται. Με τον τρόπο αυτόν έφτασαν στην Βυζαντινή Αυτοκρατορία κατά το ξεκίνημα του 11^{ου} αιώνα, ύστερα από μεγάλη περιπλάνηση στο Ιράν αλλά και στον Καύκασο. Έως τον επόμενο αιώνα, είχαν ήδη εγκατασταθεί στην Μικρά Ασία αλλά και στην τοποθεσία όπου στη σύγχρονη εποχή βρίσκεται η Ρουμανία. Ύστερα από την πτώση του Βυζαντίου διασκορπίστηκαν σε όλη την Ευρώπη (Hajioff, 2000).

Η ιστορία τους στη χώρα μας είναι κάπως ασαφής. Παρόλα αυτά, όμως, η ινδική προέλευσή τους είναι πιθανόν αδιαμφισβήτητη, κυρίως εξαιτίας της άμεσης σχέσης που έχει η γλώσσα τους με εκείνη της Ινδίας αλλά και με τη Hindi. Το μεγαλύτερο ποσοστό των Ελλήνων Ρομά ζει στις παρυφές των ελληνικών πόλεων, σε μια κατάσταση ιδιαίτερα περιθωριοποιημένη, όπου έχουν οδηγηθεί κατά κύριο λόγο κατά την περίοδο των τελευταίων δεκαετιών εξαιτίας του αστικού μοντέλου εξέλιξης της χώρας αλλά και εξαιτίας της ανάπτυξης των πόλεων της χώρας μας, που τους ανάγκασε να αλλάζουν συνεχώς περιβάλλον (Vincze and Derdák, 2009).

Τέλος, είναι σημαντικό να τονιστεί πως η ιστορία τους έχει άρρηκτη σχέση με καθοριστικές μεταναστεύσεις (διασπορές) όπως είναι για παράδειγμα οι εξής :

- Η 1^η ήταν η αρχική διασπορά από την Ινδία, σχεδόν πριν από χίλια έτη. Κάποιοι ερευνητές προτείνουν πως πιθανόν έχουν υπάρξει πολλές μεταναστεύσεις από τη συγκεκριμένη χώρα
- Η 2^η ήταν διαδεδομένη σαν Aresajipe και άρχισε από την Ασία προς την Ευρώπη κατά τον 14^ο αιώνα
- Η 3^η υλοποιήθηκε από την Ευρώπη προς την Αμερική, τον 19^ο μέχρι και τον 20^ο αιώνα, ύστερα από τη σημαντική κατάργηση της σκλαβιάς των Romani στην Ευρώπη, κατά την περίοδο του 1856 μέχρι και το 1864
- Κάποιοι ερευνητές θεωρούν πως υφίσταται μια τεράστια μετανάστευση και στη σημερινή εποχή, η οποία είναι σε εξέλιξη, ύστερα από την πτώση της πρώην Σοβιετικής Ένωσης (Dostal et al., 2010).

1.2 Οι Ρομά στην Ελλάδα

1.2.1 Ιστορικά στοιχεία

Στη χώρα μας, καταγράφονται για 1^η φορά τον 11^ο αιώνα, όταν ο Βυζαντινός αυτοκράτορας ζήτησε τη βοήθεια μιας ομάδας αιρετικών, των Atsigani, οι οποίοι εκείνη την περίοδο ήταν γνωστοί για τις μαντικές τους δυνατότητες. Τον 13^ο αιώνα υφίσταται μια σταθεροποιημένη εγκατάσταση Αθιγγάνων στην Δυτική Ελλάδα, οι οποίοι καλούσαν τους εαυτούς τους Αιγύπτιους. Στο ξεκίνημα του επόμενου αιώνα, οι Ρομά συναντώνται στις βενετοκρατούμενες τοποθεσίες της Πελοποννήσου αλλά και σε περιοχές της Κρήτης σαν μέλη της φυλής Χαμ, οι οποίοι ζούσαν σε σπηλιές και σε σκηνές, σε κακές συνθήκες διαβίωσης (Ντούσας, 1997).

Με την ανάπτυξη των εθνικών κρατών ύστερα από τη διάλυση της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας, η παγίωση των συνόρων εξαναγκάζει τους Ρομά να περιοριστούν αισθητά στα κρατικά εδάφη κάθε κράτους. Ο 3^{ος} σε σύνολο πληθυσμού των Ρομά της Δυτικής Ευρώπης ήταν στη χώρα μας. Οι διαφορές των Ρομά οι οποίοι μένουν στη χώρα μας είναι αρκετές και έχουν άμεση σχέση με τη χώρα από την οποία προέρχονται, από τη θρησκεία, τη διάλεκτο που μιλούν καθώς επίσης και το επίπεδο αφομοίωσής τους. Η στάση των πολιτών της χώρας μας αλλά και της πολιτείας σε σχέση με τους Ρομά δεν ήταν θετική (Τρουμπέτα, 2008).

Μέχρι και τη σημερινή εποχή δεν έχει οριοθετηθεί ένα οργανωμένο πλαίσιο πρόσβασης στα κοινωνικά δικαιώματα του Έλληνα πολίτη. Βασικό γνώρισμα της αρνητικής στάσης του κράτους μας είναι το γεγονός πως οι Ρομά αντιμετωπίζονταν σαν αλλοδαποί πολίτες. Μέχρι και την περίοδο του '55, όλοι σχεδόν οι Ρομά της χώρας μας, εκτός από τους μουσουλμάνους της Θράκης ήταν ανιθαγενείς και είχαν εξειδικευμένο δελτίο ταυτότητας του τμήματος αλλοδαπών και δεν είχαν δικαίωμα να υπηρετήσουν στον στρατό. Σε όλα αυτά καθοριστικό ρόλο έπαιζε ο αναλφαβητισμός τους, που αποτελούσε καθοριστικό εμπόδιο στην ένταξη τους στην κοινωνία, μιας και αποτελούσε τη βασικότερη αιτία αποκλεισμού τους από όλους τους τομείς, όπως επίσης και από την αγορά εργασίας (Ντούσας, 1997).

Παρόλο, που την περίοδο του 1985 υπήρξε το νομοθετικό πλαίσιο 1566, που οριοθετούσε τον αναγκαστικό χαρακτήρα της εκπαίδευσης για όλα τα παιδιά, δεν αφορούσε τα παιδιά των Ρομά. Οι ιδιαιτερότητες που είχαν σε ό,τι είχε να κάνει με την καθημερινότητά τους και την οικονομική αλλά και κοινωνική τους κατάσταση αποτελούσε καθοριστικό εμπόδιο για την πρόσβαση τους στην εκπαιδευτική δράση. Τα παιδιά αυτά ένοιωθαν ανεπιθύμητα στις σχολικές μονάδες και οι οικογένειές τους δεν είχαν την ευχέρεια να ενισχύσουν την κατάρτισή τους στο σπίτι, με επίπτωση να υφίσταται εκπαιδευτικός αποκλεισμός (Τρουμπέτα, 2008).

Οι άνθρωποι αυτοί αποτελούν μια εκ των λίγων κοινωνικών ομάδων, που με το πέρασμα των ετών δεν κατόρθωσε να βελτιώσει αισθητά τις συνθήκες ζωής τους. Οι πιο πολλοί εξ αυτών ζουν στο περιθώριο της κοινωνίας μας, με χαμηλό είτε ακόμα και μη υπαρκτό μορφωτικό επίπεδο, σε κακές συνθήκες διαβίωσης και με τεράστια δυσκολία προσαρμογής στις κοινωνικές δομές. Η εν λόγω κατάσταση, πιθανόν αποτελεί και ένα σύστημα επιβίωσης το οποίο έχουν δημιουργήσει οι ίδιοι με στόχο να αποφύγουν τον κοινωνικό αποκλεισμό αλλά και τις συνθήκες περιθωριοποίησης που βιώνουν εδώ και πάρα πολλά χρόνια (Vincze and Derdák, 2009).

1.2.2 Εκπαίδευση

Τα περισσότερα προγράμματα που αναπτύσσονται με στόχο την ενίσχυση της πρόσβασης και φοίτησης των παιδιών αυτών στην εκπαίδευση, έχουν σαν απώτερο στόχο την υποστήριξη αλλά και την διευκόλυνση του πληθυσμού αυτού για την απρόσκοπτη σχολική τους φοίτηση και δείχνουν να αποδίδουν σε μεγάλο βαθμό κυρίως τα τελευταία έτη. Η

πλειονότητα των παιδιών αυτών στις τοποθεσίες όπου εφαρμόζονται παρόμοιας μορφής προγράμματα έχει εγγραφεί στο σχολείο και η φοίτησή τους υποστηρίζεται από εξειδικευμένους επιστήμονες και εκπαιδευτικούς, προκειμένου να αποφευχθεί η σχολική διαρροή είτε η στάση της φοίτησής τους (Περιφέρεια Θεσσαλίας, 2015)

Εξίσου σημαντικά βήματα έχουν γίνει και σε ό,τι έχει να κάνει με τη διευκόλυνση της πρόσβασης και στη διασύνδεση των Ρομά με φορείς και υπηρεσίες, με κυριότερο στόχο να ξεκινήσουν να διεκδικούν τα κυριότερα δικαιώματά τους. Παρόλα αυτά, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, ο αλφαριθμητισμός αποτελεί μέχρι και σήμερα καθοριστικό πρόβλημα για την κοινωνική τους ένταξη αλλά θα πρέπει να υφίσταται και σημαντική υποστήριξη με στόχο την πρόσβασή τους στους θεσμούς της εκπαίδευσης που είναι ζωτικής σημασίας (Τρουμπέτα, 2008).

1.2.3 Δημογραφικά στοιχεία

Παρόλο που έχουν πολυετή παρουσία στη χώρα μας, δεν υφίστανται επίσημα δεδομένα που να αναφέρουν τον πληθυσμό τους. Βάσει με τα διαθέσιμα δεδομένα, το σύνολο τους στη χώρα μας είναι ανάμεσα στις 50 έως και 365 χιλιάδες. Παρόλα αυτά, όμως, οι Έλληνες Ρομά δεν αποτελούν ομοιογενή πληθυσμό, ενώ βάσει με τα αποτελέσματα αρκετών και διαφορετικών ερευνών, ολοένα και πιο πολλοί Ρομά είναι εδραιωμένοι (ποσοστό που ξεπερνά του 1/2 του πληθυσμού τους που μένει στην ίδια τοποθεσία για διάστημα πιο μεγάλο από τα 20 χρόνια) (Vincze and Derdák, 2009).

Οι τοποθεσίες της χώρας μας όπου είναι μόνιμα εγκαταστημένοι οι Ρομά με συγκέντρωση τεράστιου πληθυσμού είναι η Αθήνα (ως επί το πλείστον περιοχές όπως είναι για παράδειγμα η Αγ. Βαρβάρα, τα Λιόσια, το Ζεφύρι καθώς επίσης και ο Ασπρόπυργος), η Θεσσαλονίκη (κυρίως στον Δενδροπόταμο, στο Ελευθέριο-Κορδελιό, στον Εύοσμο κλπ), το Αγρίνιο, η Αλεξάνδρεια Ημαθίας, η Αμαλιάδα, η Γαστούνη, το Διδυμότειχο, η Θήβα, το Μεσολόγγι, η Ξάνθη, οι Σέρρες, η Λάρισα, η Φλώρινα κλπ (Ελληνική Δημοκρατία Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, 2015).

1.2.4 Θρήσκευμα

Σε ό,τι έχει να κάνει με το θρήσκευμα, είναι σημαντικό να επισημανθεί πως οι περισσότεροι Ρομά επιλέγουν τις περισσότερες φορές το δόγμα το οποίο κυριαρχεί στα κράτη εγκατάστασής τους. Στη χώρα μας, το μεγαλύτερο ποσοστό τους είναι χριστιανοί ορθόδοξοι είτε μουσουλμάνοι (κυρίως στην τοποθεσία της Θράκης καθώς επίσης και σε κάποιες τοποθεσίες της Αττικής, όπως για παράδειγμα συμβαίνει στο Γκάτσι). Κατά κύριο λόγο λατρεύουν την Παναγία και χαρακτηριστική είναι η συλλογική προσέλευσή τους στην Τήνο, κατά την περίοδο του Δεκαπενταύγουστου (Τρουμπέτα, 2008).

Τεράστια γιορτή για αυτούς είναι, ακόμα, και η γιορτή του Αγίου Γεωργίου, τον οποίο λατρεύουν ακόμη και οι μουσουλμάνοι Ρομά. Η πιο σημαντική γιορτή τους, η γιορτή της άνοιξης η οποία είναι ελληνικής προέλευσης, γιορτάζεται από όλους τους Ρομά της ΕΕ. Η συγκεκριμένη γιορτή, γιορτάζεται από τις 23 Απριλίου έως την Πρωτομαγιά σε χώρες όπως η δική μας, η Ρουμανία, η Ουγγαρία, η Αγγλία, η Γαλλία κλπ, ενώ δεν γιορτάζεται από τους Ρομά, οι οποίοι βρίσκονται στην Ασία (Vincze and Derdák, 2009).

1.2.5 Ανάγκες και προβλήματα

Από έρευνες που έχουν γίνει στις συγκεκριμένες περιοχές, μερικά από τα κυριότερα θέματα και προβλήματα που είναι σημαντικό να επιλυθούν είναι τα εξής :

Πίνακας 1 : Ανάγκες και προβλήματα ανά τομείς για τους Ρομά στην Λάρισα

Ανάγκες/Προβλήματα ανά τομείς	Δυνητικές προτάσεις επίλυσης
1. Στέγαση <ul style="list-style-type: none"> • Πυκνοκατοίκηση οικισμού • Έλλειψη κατάλληλων εκτάσεων για επέκταση οικισμού • Γειτνίαση με σημεία ακατάλληλα για οικιστική εγκατάσταση (σιδηροδρομική γραμμή-εθνική οδός) • Έλλειψη κοινόχρηστων χώρων και χώρων κοινωνικών και πολιτιστικών δράσεων 	1. Στέγαση <ul style="list-style-type: none"> • Βελτίωση υφιστάμενων οικισμών και οικίσκων • Παρεμβάσεις στέγασης • Μετακίνηση σε κτήρια εντός του υπόλοιπου οικιστικού ιστού της Λάρισας • Χωροθέτηση υπερτοπικής σημασίας χρήσεων και λειτουργιών • Βελτίωση προσπελασιμότητας • Παρεμβάσεις για τη δημιουργία κοινόχρηστων χώρων και χώρων πρασίνου
2. Απασχόληση <ul style="list-style-type: none"> • Μη ένταξη στην αγορά εργασίας/Περιθωριοποίηση • Περιορισμός σε κλαδικές δραστηριότητες • Άτυπες εργασιακές σχέσεις • Έλλειψη αδειών άσκησης επαγγελματιών • Υψηλά ποσοστά ανεργίας • Εποχική εργασία/Απασχόληση • Εργασιακός αποκλεισμός γυναικών • Έλλειψη κοινωνικής ασφάλισης 	2. Απασχόληση <ul style="list-style-type: none"> • Συμμετοχή σε προγράμματα κατάρτισης • Πρωτοβουλίες απασχόλησης/Προγράμματα Ολοκληρωμένων Παρεμβάσεων • Ανάπτυξη δράσεων κοινωνικής οικονομίας • Χωρικά στοχευμένες δράσεις • Δράσεις για τη μείωση της αδήλωτης εργασίας • Ανάπτυξη της επιχειρηματικότητας • Ενθάρρυνση της πρόσβασης σε μικροπιστώσεις • Αντικείμενα εξελισσόμενα και συσχετιζόμενα με τον τριτογενή τομέα και την παροχή υπηρεσιών
3. Εκπαίδευση <ul style="list-style-type: none"> • Χαμηλά ποσοστά εκπαίδευσης/Αναλφαβητισμός • Δυσκολία παραμονής των παιδιών στα σχολεία • Αρνητική στάση του πληθυσμού στην εκπαίδευση • Έλλειψη ειδικευμένου διδακτικού προσωπικού • Ελλιπής παρακολούθηση και συχνές διαρροές εξαιτίας των μετακινήσεων • Δυσκολία προσαρμογής στο σχολικό πρόγραμμα • Δυσκολία παρακολούθησης και αφομοίωσης των μαθημάτων λόγω της μη καλής γνώσης της ελληνικής γλώσσας • Υποβάθμιση των ενεργειών εκπαίδευσης εκπαιδευτών και στελεχών για την κατανόηση της ομάδας των τσιγγάνων και την απόκτηση εξειδικευμένων μεθόδων προσέγγισης 	3. Εκπαίδευση <ul style="list-style-type: none"> • Διαγενεακή μείωση της μη φοίτησης στα σχολεία • Μείωση της σχολικής διαρροής των Ρομά • Παρεμβάσεις για την ένταξη παιδιών Ρομά στο σύστημα εκπαίδευσης • Δράσεις ευαισθητοποίησης σε οικισμούς Ρομά αναφορικά με την εκπαίδευση • Εκπαιδευτικά εργαλεία και καλύτερα μέσα • Σύγχρονες μέθοδοι διδασκαλίας • Επιμόρφωση εκπαιδευτών • Προγράμματα προσαρμοσμένα στο διαφορετικό προφίλ του κάθε μαθητή. • Καθιέρωση βιβλιαρίου μετακινούμενου μαθητή • Ευαισθητοποίηση/Επιμόρφωση εκπαιδευτικών • Εκστρατεία προσέλκυσης και ενίσχυσης της φοίτησης • Έλεγχος των διαρροών • Προπομπός εκπαίδευσης • Δημιουργία κατάλληλων υποδομών • Συμμετοχή διαμεσολαβητών

<p>3. Εκπαίδευση</p> <ul style="list-style-type: none"> • Άγνοια του κοινωνικού περιβάλλοντος και των σχολικών αρχών • Πρόβλημα που οφείλεται σε ένα σύνολο κοινωνικών και ατομικών δυσκολιών, οι οποίες πηγάζουν από τις συνθήκες ζωής των οικογενειών Ρομά • Πρόβλημα που οφείλεται στην έλλειψη προσαρμοστικότητας του σχολείου απέναντι στα παιδιά των Ρομά • Δυσκολία να παρακολουθήσουν το μάθημα και να διαβάσουν τα σχολικά εγχειρίδια 	<p>3. Εκπαίδευση</p> <ul style="list-style-type: none"> • Κίνητρα και ευαισθητοποίηση για συμμετοχή των μικρών Ρομά στην προσχολική εκπαίδευση • Συμμετοχή εξειδικευμένων πανεπιστημιακών ιδρυμάτων
	<p>Πολιτισμός</p> <ul style="list-style-type: none"> • Οργάνωση πολιτιστικών δράσεων • Διαφύλαξη και προστασία της πολιτιστικής κουλτούρας των Ρομά • Δράσεις διαχείρισης του ελεύθερου χρόνου • Λειτουργία εκπαιδευτικών ομάδων (μουσική, εικαστικά, φωτογραφία, θέατρο κτλ.)
<p>4. Υγεία-Κοινωνική φροντίδα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Υψηλά ποσοστά θνησιμότητας/Μικρό προσδόκιμο ζωής • Έλλειψη εμβολιασμού • Αδυναμία πρόσβασης και συνεννόησης στο σύστημα Υγείας • Έλλειψη ενημέρωσης • Ανυπαρξία συνταξιοδότησης • Καταστροφή ή απώλεια των ατομικών βιβλιαρίων υγείας των παιδιών • Αυξημένα ποσοστά ψυχικών διαταραχών ιδιαίτερα στις Τσιγγάνες 	<p>4. Υγεία-Κοινωνική φροντίδα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αύξηση συχνότητας εμβολιασμών • Ιατρική παρακολούθηση γυναικών • Βελτίωση της πρόσβασης στο σύστημα υγείας • Δράσεις αγωγής υγείας • Παροχή υπηρεσιών για την κοινωνική ένταξη • Καθιέρωση κάρτας υγείας Ρομά • Συμμετοχή κέντρου στήριξης Ρομά στη διαδικασία φροντίδας υγείας • Ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική παιδιού και οικογένειας • Ομάδες ανάπτυξης γονέων, παιδιών και εφήβων

Πηγή : Περιφέρεια Θεσσαλίας, 2015

- Μόλις το 15% των νέων Ρομά ολοκληρώνουν τη δευτεροβάθμια γενική είτε επαγγελματική εκπαίδευση, σε σχέση με το ποσοστό που είναι για τον υπόλοιπο πληθυσμό (ποσοστό που ξεπερνά ακόμα και τα 3/4)
- Κατά μέσο όρο, λιγότεροι από το 30% των ανθρώπων αυτών εργάζονται σε αμειβόμενη είτε δηλωμένη εργασία

- Σχεδόν το 45% των Ρομά ζουν σε νοικοκυριά τα οποία δεν έχουν στην ευχέρεια τους τουλάχιστον 1 από τις παρακάτω σημαντικές οικιακές ανέσεις όπως είναι για παράδειγμα η εσωτερική κουζίνα, η εσωτερική τουαλέτα, το ντους, το ηλεκτρικό ρεύμα κλπ
- Κατά μέσο όρο σχεδόν το 40% ζουν σε νοικοκυριά, στα οποία κάποιος χρειάστηκε να κοιμηθεί χωρίς να φάει τουλάχιστον 1 φορά τον τελευταίο μήνα καθώς δεν είχαν την ευχέρεια να αγοράσουν φαγητό (Περιφέρεια Νοτίου Αιγίου, 2015)

1.3 Οι Ρομά στην Ευρώπη

Οι Ρομά στην Ευρώπη, όπως συμβαίνει και στη χώρα μας δεν αποτελούν μια ομοιοστατή κοινωνική ομάδα. Μεγάλο ποσοστό αυτών έχει κατακτήσει την εδραιοποίηση, την ένταξη, την ατομική αλλά και τη συλλογική ευημερία. Παρόλα αυτά, όμως, υφίσταται ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό τους που εξακολουθεί μέχρι και σήμερα να ζει σε συνθήκες ακραίου αποκλεισμού και κοινωνικής περιφρόνησης (Kolarcik et al., 2009).

Στη σημερινή εποχή, η ΕΕ αποτελεί τον πιο μεγάλο διεθνή χορηγό με στόχο την ενίσχυση αλλά και τη βελτίωση της κατάστασης των κοινοτήτων αυτών των ανθρώπων. Τα τελευταία χρόνια έχει προσφέρει πιο πολλά από 77 εκατομμύρια διαμέσου αρκετών προγραμμάτων για σχέδια που έχουν άμεση σχέση με τη στέγαση αλλά και τις συνθήκες διαβίωσης των ανθρώπων αυτών σε χώρες όπως για παράδειγμα η Ουγγαρία, η Τσεχία, η Σλοβακία, η Βουλγαρία αλλά και στην Ρουμανία. Αυτό συμβαίνει, όμως, και σε άλλα κράτη, όπως είναι για παράδειγμα η χώρα μας, η Ισπανία αλλά και η Γαλλία όπου εφαρμόζονται προγράμματα διαμέσου του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου (Dostal et al., 2010).

Γενικότερα, οι άνθρωποι αυτοί αποτελούν μια κοινωνική ομάδα ανθρώπων οι οποίοι τις περισσότερες φορές διαμένουν σε τεράστιο ποσοστό σε χώρες της ΕΕ. Σύγχρονες μελέτες, οι οποίες ανέλυσαν τμήμα του γενετικού τους υλικού δείχνουν την κοινή γενετική τους καταγωγή από τη Βόρεια και την Δυτική Ινδία. Το Συμβούλιο της Ευρώπης υπολογίζει πως το σύνολο τους στην ΕΕ, κατά την περίοδο του 2011, ανερχόταν στα 10 έως και 12 εκατομμύρια. Αυτό οφείλεται ως επί το πλείστον στο γεγονός πως υφίστανται σε όλα τα κράτη ζητήματα καταγραφής εξαιτίας των συχνών τους μετακινήσεων είτε ακόμα και της αποφυγής δήλωσής τους (Laurence et al., 2013).

Τα ιδιαίτερα ήθη και έθιμα που έχουν, η ιδιαίτερη κοινή τους κουλτούρα κλπ, τις περισσότερες φορές τους οδηγεί να παρουσιάζουν στο σύνολό τους καθορισμένες συμπεριφορές στη μέθοδο με την οποία αλληλεπιδρούν με όλη την υπόλοιπη οργανωμένη κοινωνία. Αρκετές μελέτες που αφορούν τους δείκτες υγείας, όπως για παράδειγμα το προσδόκιμο επιβίωσης, την παιδική θνησιμότητα, τα ποσοστά λοιμώξεων καθώς επίσης και τα ατυχήματά τους σε διαφορετικά κράτη της ΕΕ συγκλίνουν στο ότι διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό από εκείνα που παρουσιάζονται για το γενικό πληθυσμό της εκάστοτε χώρας (Kraigher et al., 2006).

Σε μελέτη που υλοποιήθηκε σε οικογένειες αυτών των ανθρώπων στη Βοσνία, όπου οι Ρομά αποτελούν μια ιδιαίτερα περιθωριοποιημένη ομάδα εντοπίστηκε ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι εξαιρετικά πιο κακή από την κατάσταση άλλων πληθυσμιακών ομάδων και πως τα ζητήματα υγείας τους έχουν άρρηκτη σχέση με την καθημερινότητά αλλά και τις συνθήκες διαμονής τους. Τα παιδιά τους δεν έχουν την ευχέρεια να επωφεληθούν από την φροντίδα υγείας, αφού οι γονείς τους τις περισσότερες φορές δεν δουλεύουν. Γενικότερα, οι γονείς αυτοί αναζητούν ιατρική υποστήριξη για τα παιδιά τους μονάχα σε επείγουσες καταστάσεις και στην περίπτωση που παρουσιαστούν συμπτώματα, όπως για παράδειγμα συμβαίνει στην περίπτωση πυρετού είτε διάρροιας κλπ (United Nations Development Programme, 2002).

Σε μια μελέτη που υλοποιήθηκε πριν μερικά χρόνια στην Ιταλία εντοπίστηκε πως παιδιά Ρομά από την γέννηση έως και τα 5 χρόνια ζωής υπέφεραν από διάρροια στο 32%, το 55% παρουσίαζε βήχα ενώ το 17% είχε αντιμετωπίσει αναπνευστικά ζητήματα. Τα περισσότερα από αυτά τα συμπτώματα αποδίδονται στο χρόνο τον οποίο ζούσαν σε καταυλισμό, στη συγκατοίκηση με αρκετούς ανθρώπους, στη χρήση ξυλόσομπας για θέρμανση, στην ύπαρξη τρωκτικών καθώς επίσης και σε άλλα δεδομένα φτώχης υγιεινής και ελλιπούς αποχέτευσης (Niksić and Kurspahić-Mujčić, 2007).

Μια εξίσου σημαντική έρευνα στην ίδια χώρα και συγκεκριμένα στην πόλη του Μιλάνου, έδειξε εξαιρετικά φτωχές συνθήκες υγιεινής και χαμηλή πρόσβαση σε παιδίατρος για τους συγκεκριμένους ανθρώπους. Εξίσου φτωχές συνθήκες υγιεινής και χαμηλή πρόσβαση σε παιδίατρος για τέτοια παιδιά εντοπίζεται και σε άλλες χώρες και κυρίως στην Ουγγαρία (Monasta et al., 2008).

Σε μια μελέτη που έγινε και είχε άμεση σχέση με την πρόσβαση των παιδιών αυτών στις υπηρεσίες υγείας στην κεντρική αλλά και στην ανατολική ΕΕ εντοπίστηκε πως

αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσμένειες σε ό,τι έχει να κάνει με την πρόσβαση τους. Επιπλέον, σε μια άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην τοποθεσία Τέπλιτσε εντοπίστηκε πως η επίπτωση της γρίπης, της μέσης ωτίτιδας καθώς επίσης και των περισσότερων γαστρεντερικών διαταραχών ήταν ιδιαίτερα υψηλή στα παιδιά αυτά συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό της εν λόγω τοποθεσίας. Η ίδια έρευνα έδειξε πως το παραπάνω γεγονός έχει άρρηκτη σχέση με την εθνικότητα και όχι τόσο με το μορφωτικό επίπεδο των μανάδων σε αντίθεση με την επίπτωση της βρογχίτιδας (Dostal et al., 2010).

Μια άλλη έρευνα που υλοποιήθηκε στη Σλοβακία έδειξε πως οι νέοι Ρομά παρουσιάζονται να έχουν πιο φτωχή υγεία, πιο πολλά ατυχήματα και τραυματισμούς καθώς επίσης και παραβατική συμπεριφορά συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό. Διακρίνεται, επομένως, από όσα προαναφέρθηκαν πως ενώ ο πληθυσμός τους εξαιτίας καθορισμένων συνθηκών έχει τη μεγαλύτερη ανάγκη για εμβολιασμό και πρόληψη μεταδιδόμενων παθήσεων, οι ίδιοι εξακολουθούν να μην ακολουθούν τους κανόνες αυτούς για διαφορετικούς λόγους (Kolarcik et al., 2009).

Στη Σλοβενία εντοπίστηκε πως όλα τα Ρομά παιδιά προσχολικής ηλικιακής ομάδας έχουν χαμηλότερη εμβολιαστική κάλυψη σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό της ίδιας ηλικιακής ομάδας για την πολιομυελίτιδα, τον τέτανο, τον κοκίτη καθώς επίσης και για την Ιλαρά. Την περίοδο του 2009, στα πλαίσια μιας επιδημίας Ιλαράς, η οποία ξέσπασε στην Πολωνία στην εκτίμηση αναγκών εντοπίστηκε πως στους 102 ανθρώπους Ρομά, οι οποίοι ήταν κάτω των 20 χρόνων μονάχα το 52% ήταν εμβολιασμένο βάσει με το πρόγραμμα (Kraigher et al., 2006).

Με το πέρασμα των ετών έχουν γίνει αρκετές ενέργειες οι οποίες έχουν σαν βασικότερο στόχο τον στοχευμένο εμβολιασμό των συγκεκριμένων παιδιών. Τα ποσοστά κάλυψης ύστερα από αυτές τις παρεμβάσεις φάνηκαν να παρουσιάζουν σημαντική ανοδική τάση. Για παράδειγμα, την περίοδο του 2011 έγινε προσπάθεια, στην Γαλλία και συγκεκριμένα στη Μασσαλία, να παρακολουθηθεί η επιδημία Ιλαράς έχοντας σαν βασικότερο σκοπό τον εμβολιασμό ευπαθών πληθυσμών περιέχοντας και τους Ρομά. Η συγκεκριμένη εμπειρία έδειξε τον καθοριστικό ρόλο και την ανάγκη υλοποίησης εμβολιασμών στα πλαίσια των ίδιων των καταυλισμών των ανθρώπων αυτών αφού διακρίνεται να υφίσταται ανοδική τάση της συμμόρφωσής τους (Laurence et al., 2013).

1.3.1 Βασικές αρχές: Στόχοι της στρατηγικής της ΕΕ για τους Ρομά

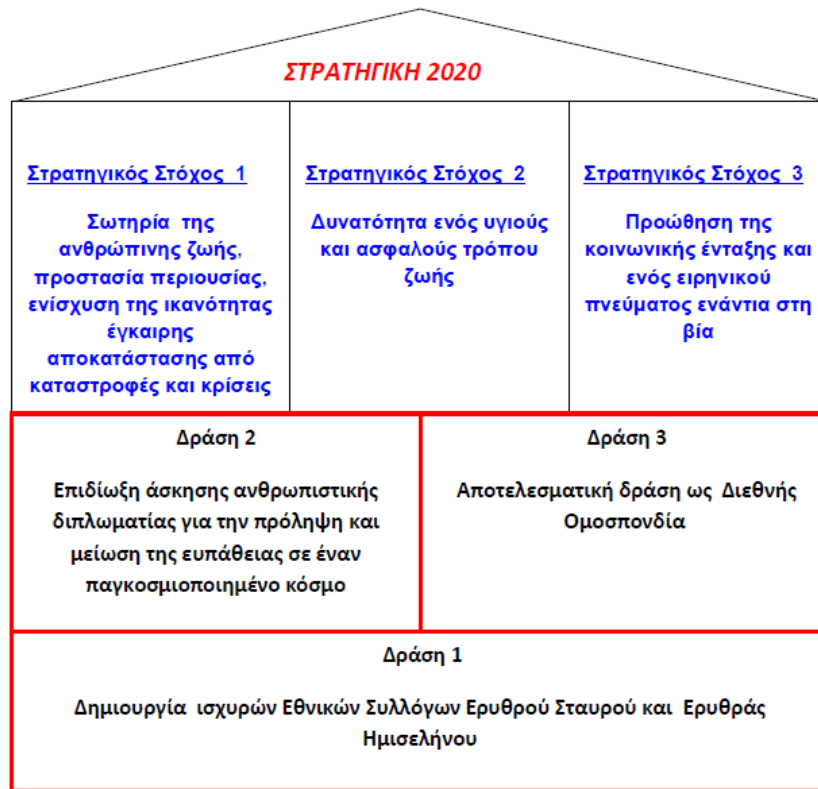
Οι σημαντικές διακρίσεις, ο κοινωνικός αποκλεισμός καθώς επίσης και η απομόνωση την οποία καλούνται να αντιμετωπίσουν οι συγκεκριμένοι άνθρωποι αποτελούν δεδομένα καθοριστικά τα οποία αλληλοσυνδέονται. Οι άνθρωποι αυτοί έχουν περιορισμένη πρόσβαση στη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια εκπαίδευση, αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες ένταξης στην αγορά εργασίας και συνεπώς, έχουν χαμηλότεροι επίπεδο εισροών και κακή υγεία, με συνέπεια να υφίστανται υψηλότερη ποσοστά θνησιμότητας και πιο χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Περιφέρεια Θεσσαλίας, 2015).

Ο αποκλεισμός τους δεν παρουσιάζει μονάχα κοινωνική διάσταση αλλά τις περισσότερες φορές σημαίνει και τεράστιες άμεσες δαπάνες για το δημόσιο προϋπολογισμό, αλλά και έμμεσα έξοδα εξαιτίας απώλειας παραγωγικότητας. Η πολυπλοκότητα καθώς επίσης και η αλληλεξάρτηση μεταξύ των ζητημάτων αυτών χρειάζεται βιώσιμες λύσεις όπου είναι σημαντικό να υφίσταται εστίαση σε όλες τις πτυχές της άνισης μεταχείρισης των συγκεκριμένων ανθρώπων, διαμέσου μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης. Τα χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, τα εμπόδια στην αγορά εργασίας, ο διαχωρισμός στη στέγαση καθώς επίσης και σε άλλους τομείς, σε συνδυασμό με την άσχημη κατάσταση της υγείας είναι θέματα τα οποία χρειάζεται να αντιμετωπιστούν άμεσα (Dostal et al., 2010).

Η ΕΕ έχει στην ευχέρειά τους ένα μεγάλο φάσμα νομικών, νομοθετικών, πολιτικών αλλά και χρηματοοικονομικών μέσων. Παρόλο που οι ιδιαίτερες περιστάσεις, ανάγκες και απαιτούμενες επιλογές διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των χωρών αυτών, οι κοινές αξίες της ελεύθερης μετακίνησης καθώς επίσης και των βασικών δικαιωμάτων, σε συνδυασμό με τους κοινούς σκοπούς για πολιτική σταθερότητα, χρηματοοικονομική ευημερία, κοινωνική συνοχή καθώς επίσης και αλληλεγγύη κάνουν χρήσιμη την ανάληψη ρόλου από την ΕΕ σε ό,τι έχει να κάνει με τις στρατηγικές με στόχο την ενσωμάτωση των ανθρώπων αυτών (Περιφέρεια Θεσσαλίας, 2015).

Στο συγκεκριμένο πλαίσιο, στα μέσα της περιόδου του 2011, η ΕΕ εξέδωσε έγγραφο που αφορούσε την παραπάνω ένταξη των ανθρώπων αυτών έως την περίοδο του 2020, μέσω του οποίου καλούσε όλες τις χώρες να καταρτίσουν είτε να εξετάσουν ξανά από την αρχή τις αντίστοιχες εθνικές πολιτικές τους, προκειμένου να καταφέρουν να αντιμετωπίσουν πιο

αποδοτικά τις προκλήσεις οι οποίες υφίστανται από μια τέτοια ένταξη και να βελτιώσουν σε σημαντικό βαθμό την κατάσταση μέχρι το τέλος της συγκεκριμένης δεκαετίας (Laurence et al., 2013).



Εικόνα 1 : Ευρωπαϊκή Στρατηγική 2020 (Τρουμπέτα, 2008)

Η έγκριση του παραπάνω πλαισίου από τους αρχηγούς των χωρών αυτών έδειξε πως η ενσωμάτωση αυτών των ανθρώπων καθίσταται καθοριστική προτεραιότητα για όλες τις χώρες μέλη παρά την παγκόσμια χρηματοοικονομική ύφεση που υπάρχει εδώ και μια δεκαετία. Τα κονδύλια της ΕΕ (κυρίως των διαρθρωτικών ταμείων) θα είχαν την ευχέρεια να αποτελέσουν έναν δυνατό πυλώνα με στόχο την ενίσχυση της κοινωνικής αλλά και της χρηματοοικονομικής κατάστασης των μειονεκτούντων ανθρώπων, όπως είναι για παράδειγμα η μειονότητα των Ρομά, που μελετάμε στη συγκεκριμένη εργασία.

Η ΕΕ, στην έκτακτη συνεδρίαση η οποία υλοποιήθηκε στο Βέλγιο στις αρχές του 2012, υιοθέτησε 4 τομείς με στόχο την ειδικευση των εθνικών στρατηγικών και τη δημιουργία προγραμμάτων δράσεις με κυριότερο σκοπό την άμεση αντιμετώπιση των

φαινομένων κοινωνικού αποκλεισμού που βιώνει η εν λόγω ομάδα στα κράτη μέλη της ΕΕ. Οι συγκεκριμένοι τομείς, όπου είναι σημαντική η εστίαση όλων των χωρών μελών είναι η στέγαση, η κατάρτιση, η απασχόληση καθώς επίσης και η υγειονομική περίθαλψη (Περιφέρεια Θεσσαλίας, 2015).

1.4 Κοινωνικοοικονομική κατάσταση

Αρκετές έρευνες που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια παρουσιάζουν μια ζοφερή εικόνα της κατάστασης των ανθρώπων αυτών. Η συσχέτιση με τους μη Ρομά οι οποίοι ζουν κοντά τους δείχνει καθοριστικές διαφοροποιήσεις από τη μεριά της κοινωνικής αλλά και της οικονομικής κατάστασης. Παρόλα αυτά, η κατάσταση των μη Ρομά, οι οποίοι συμμετείχαν στις συγκεκριμένες μελέτες, ήταν εξαιρετικά ανησυχητική. Τα αποτελέσματα των συγκεκριμένων ερευνών επιβεβαιώνουν την υποχρέωση την οποία έχει ήδη εκφράσει η ΕΕ για την ανάπτυξη εθνικών πολιτικών ένταξης των ανθρώπων αυτών έως το 2020 (Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2016).

Από τις έρευνες αυτές προκύπτει πως στις 11 χώρες μέλη της ΕΕ οι οποίες συμμετείχαν στις εν λόγω μελέτες, η κοινωνική και η οικονομική κατάσταση των Ρομά στους 4 κυριότερους τομείς της απασχόλησης, της εκπαίδευσης, της στέγασης και της υγείας δεν είναι ιδιαίτερα ικανοποιητική. Παράλληλα, από τις συγκεκριμένες έρευνες προκύπτει πως οι άνθρωποι αυτοί εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν σημαντικές διακρίσεις και δεν έχουν κατάλληλη επίγνωση των δικαιωμάτων τους, τα οποία κατοχυρώνονται από το νομοθετικό πλαίσιο της ΕΕ, όπως είναι για παράδειγμα η οδηγία για τη φυλετική ισότητα (2000/43/ΕΚ) (Demakakos, 2003).

Οι συγκεκριμένες έρευνες σε ό,τι έχει να κάνει με την εκπαιδευτική δράση, δείχνουν πως κατά μέσο όρο μονάχα 1/2 παιδιά των Ρομά φοιτούν σε νηπιαγωγεία είτε παιδικούς σταθμούς, ενώ κατά την ηλικιακή ομάδα της υποχρεωτικής εκπαίδευσης, με εξαίρεση τη Βουλγαρία, τη χώρα μας αλλά και τη Ρουμανία, 9/10 παιδιά των Ρομά, τα οποία ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 7-15 χρόνων ζωής, παρουσιάζονται να παρακολουθούν το σχολείο ενώ τέλος η συμμετοχή στην εκπαιδευτική δράση ελαττώνεται αισθητά ύστερα από την υποχρεωτική φοίτηση, σε ποσοστό το οποίο φτάνει μόλις στο 15% των νέων Ρομά, οι οποίοι ολοκληρώνουν δευτεροβάθμια γενική είτε ακόμα και επαγγελματική εκπαίδευση (Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2016).

Σε ό,τι έχει να κάνει με την απασχόληση, οι έρευνες αυτές έχουν δείξει πως κατά μέσο όρο, πιο λίγοι από 1/3 Ρομά παρουσιάζονται να δουλεύουν σε αμειβόμενη απασχόληση, 1/3 δήλωσε πως δεν εργάζεται ενώ οι υπόλοιποι δήλωσαν πως απασχολούνται στα οικιακά, είναι συνταξιούχοι, δεν έχουν την ευχέρεια να εργαστούν είτε είναι αυτοαπασχολούμενοι. Στον τομέα της υγείας 1/3 ηλικιακής ομάδας που κυμαίνεται από 35 μέχρι 54 χρόνων ζωής ανέφερε ζητήματα υγείας που περιορίζουν σε σημαντικό βαθμό τις καθημερινές τους δράσεις ενώ κατά μέσο όρο σχεδόν το 20% των ανθρώπων αυτών δεν καλύπτεται είτε σε πολλές περιπτώσεις αγνοεί εάν καλύπτεται από την ιατρική ασφάλιση (Μωραΐτου, 2010).

Από την άλλη πλευρά, στον τομέα της στέγασης κατά μέσο όρο, στα σπίτια των Ρομά πιο πολλοί από 2 άνθρωποι παρουσιάζονται να ζουν στο ίδιο δωμάτιο ενώ σχεδόν το 1/2 ζει σε σπίτια τα οποία δεν διαθέτουν τουλάχιστον μια από τις παρακάτω σημαντικές οικιακές ανέσεις όπως είναι για παράδειγμα η εσωτερική κουζίνα, η εσωτερική τουαλέτα, το εσωτερικό ντους είτε ακόμα και η μπανιέρα και το ηλεκτρικό ρεύμα (Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2016).

Σε ό,τι έχει να κάνει με την φτώχεια, είναι σημαντικό να επισημανθεί πως κατά μέσο όρο, το 90% των ανθρώπων αυτών ζει σε σπίτια με εισόδημα κατ' αντιστοιχία που είναι πιο χαμηλό από το εθνικό όριο της φτώχειας ενώ παράλληλα κατά μέσο όρο, το 40% ζει σε σπίτια, όπου έστω ένα μέλος της οικογενείας χρειάστηκε να κοιμηθεί νηστικό περισσότερες από 1 φορές το τελευταίο διάστημα εξαιτίας αδυναμίας αγοράς φαγητού (Τρουμπέτα, 2008).

Τέλος, σε ό,τι αφορά τις διακρίσεις και την επίγνωση των δικαιωμάτων των ανθρώπων αυτών, έρευνες έχουν δείξει πως σχεδόν το 50% δήλωσε πως αντιμετώπισε μια μορφή διακρίσεων κατά την περίοδο του τελευταίου έτους εξαιτίας της εθνοτικής καταγωγής τους ενώ ποσοστό της τάξης του 40% έχουν επίγνωση των νομοθετικών πλαισίων τα οποία απαγορεύουν τις διακρίσεις σε βάρος ατόμων με μειονοτική εθνοτική καταγωγή στο τομέα της απασχόλησης (Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2016).

1.5 Κοινωνικός αποκλεισμός

Η συγκεκριμένη έννοια ως επί το πλείστον αναφέρεται στην ανισότητα αλλά και στον αποκλεισμό καθορισμένων ομάδων στις ίσες ευκαιρίες για πρόσβαση στα κοινωνικά αγαθά. Οι διαστάσεις του εν λόγω φαινομένου οριοθετούνται ως η μη επαρκής πρόσβαση

στους θεσμούς και τα κοινωνικά δικαιώματα των ανθρώπων αυτών που μπορεί να είναι αστικής και δημοτικής κατάστασης, εγκατάστασης, διαμονής και στέγασης, υγείας, κοινωνικής πρόνοιας και κοινωνικής πολιτικής, εκπαίδευσης καθώς επίσης και εργασίας και κοινωνικής ασφάλισης (European Roma Rights Centre, 2006).

Η σχέση των Ρομά με αυτό το φαινόμενο είναι σημαντικό να διερευνάται σαν μια αλληλεπίδραση ανάμεσα στους ανθρώπους αυτούς και την κοινωνία της χώρας μας. Ανάμεσα στη συγκεκριμένη σχέση υφίστανται μέχρι και σήμερα σημαντικά εμπόδια, που δεν της επιτρέπουν να είναι αρμονική. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός πως από τη μια μεριά υφίσταται η κοινωνία μας, που ενεργεί με στόχο να αφομοιώσει είτε να απομακρύνει τους Ρομά και από την άλλη οι Ρομά, οι οποίοι ενεργούν με στόχο να θέσουν τους δικούς τους όρους, έτσι ώστε να καταφέρουν να κρατήσουν την πολιτισμική τους ταυτότητα (Μωραΐτου, 2010).

Όλα αυτά έχουν αναπτύξει στερεότυπες αντιλήψεις και προκαταλήψεις για τους ανθρώπους αυτούς. Σε μια μελέτη που έγινε πριν μερικά χρόνια τονίζεται πως η χώρα μας κατέχει την 1^η θέση σε ό,τι έχει να κάνει με τις ρατσιστικές επιθέσεις σε βάρος των ανθρώπων αυτών. Ένα ποσοστό της τάξης του 55% των Ρομά τονίζει πως έχει πέσει θύμα διακρίσεων σε διάφορες υπηρεσίες ενώ το 54% επισημαίνει πως έχουν πέσει θύματα επίθεσης εξαιτίας της προέλευσής τους. Το 90% εξ αυτών δεν έχει δηλώσει τα παραπάνω περιστατικά στην αστυνομία, ενώ σχεδόν το 40% από αυτούς δήλωσε πως φοβάται να κάνει κάτι τέτοιο λόγω των επιπτώσεων που θα υπάρξουν. Το πιο μεγάλο ποσοστό διάκρισης το οποίο αντιμετωπίζουν οι συγκεκριμένοι άνθρωποι είναι η πρόσβασή τους σε υπηρεσίες καθώς το εν λόγω ποσοστό ανέρχεται στο 30% (Τρουμπέτα, 2008).

Ο αποκλεισμός των συγκεκριμένων ανθρώπων διακρίνεται σε χωρικό και κοινωνικό αποκλεισμό. Σε ό,τι έχει να κάνει με τον πρώτο εξ αυτών, το βασικότερο ζήτημα είναι η κατοικία. Οι άνθρωποι αυτοί φτιάχνουν τους καταυλισμούς ως επί το πλείστον έξω από διάφορους οικισμούς σε γη, η οποία δεν τους ανήκει. Δεν έχουν την ευχέρεια να χτίσουν σπίτια και ζουν απροστάτευτοι σε παράγκες. Στους καταυλισμούς δεν υφίσταται ηλεκτρικό ρεύμα και αποχέτευση και ζουν σε συνθήκες εξαθλίωσης, που τους αποτρέπουν από την αξιοπρεπή διαβίωση και τον ενεργό τους ρόλο στην κοινωνία της χώρας μας, ενώ το φαινόμενο αυτό περιέχει την απασχόληση, την εκπαίδευση, την υγεία και γενικά όλους τους τομείς που είναι χρήσιμοι για την εξέλιξη και την ανάπτυξη των ανθρώπων (Foldes and Covaci, 2011).

Σε ό,τι έχει να κάνει με την απασχόληση, είναι σημαντικό να τονιστεί πως το φαινόμενο του αποκλεισμού τους έχει σαν βασικότερες αιτίες την αστάθεια της εργασίας (εποχιακές δουλειές κλπ), τη μη νομιμότητα της απασχόλησης τους, την ανασφάλεια της εργασίας (όπως για παράδειγμα έλλειψη κοινωνικής ασφάλισης), την υπαμειβόμενη εργασία, την κοινωνική απροστάτευτη εργασία καθώς επίσης και τη φθίνουσα απασχόληση (ανάπτυξη καταναλωτικών αγαθών, βιομηχανοποίηση ειδών κλπ) (Heaslip et al., 2016).

Εξίσου καθοριστικό πρόβλημα το οποίο τους απασχολεί και αποτελεί έναν καθοριστικό παράγοντα, ο οποίος οδηγεί στο συγκεκριμένο φαινόμενο είναι η εκπαίδευση. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων αυτών εμφανίζει ζητήματα αναλφαβητισμού (ανέρχονται στο 65%), ενώ τα μικρά παιδιά τους εμφανίζουν ολοένα και πιο μικρό ποσοστό εγγραφής στις σχολικές μονάδες της χώρας μας. Τα βασικότερα αίτια της μη συμμετοχής τους στην εκπαιδευτική δράση είναι η νομαδική ζωή, η απόρριψη της αξίας του σχολείου, οι γλωσσικές δυσμένειες, η μη αποδοχή τους στο σχολικό περιβάλλον καθώς επίσης και η μη αποδοχή τους από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (Laurence et al., 2013).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, εξίσου σημαντικό πρόβλημα υφίσταται στον τομέα της υγείας. Όπως θα δούμε και σε επόμενες ενότητες, οι συνέπειες στην υγεία των ανθρώπων αυτών που βιώνουν το συγκεκριμένο φαινόμενο είναι εξαιρετικά σημαντικές. Ειδικότερα, σε έρευνα που έγινε πριν αρκετά χρόνια αποδείχτηκε πως το 50% των ανθρώπων αυτών νοσεί από χρόνια νοσήματα (Demakakos, 2003).

Ειδικότερα, αυτά τα νοσήματα είναι καρδιοπάθειες, αναπνευστικά ζητήματα (όπως για παράδειγμα άσθμα), ψυχικές και νευρολογικές παθήσεις, σημαντικά οδοντιατρικά ζητήματα κλπ. Ένα εξίσου σημαντικό ζήτημα είναι η ηπατίτιδα που δείχνει πως είναι σε επιπολασμό. Τα πιο πολλά προβλήματα από αυτά που αναφέρθηκαν παραπάνω έχουν προέλευση από τις κακές συνθήκες διαβίωσης που περιέχουν άσχημες συνθήκες υγιεινής και σίτισης, ενώ παράλληλα έχουν άρρηκτη σχέση με την ανεργία, τη φτώχεια αλλά και της συνθήκες στέγασής τους (Heaslip et al., 2016).

1.6 Υγεία – Πρόνοια - Ασφάλιση

Μελέτες που έχουν υλοποιηθεί τα τελευταία χρόνια έχουν δείξει πως στους οικισμούς των Ρομά σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο υφίσταται μια μη θετική επιβάρυνση

των συνθηκών υγείας των πολιτών, που γίνεται πιο ισχυρή εξαιτίας του ιδιαίτερου τρόπου ζωής των συγκεκριμένων ανθρώπων. Ενώ σε ατομικό επίπεδο έχει παρουσιαστεί έλλειψη αγωγής υγείας, άγνοια για τους κυριότερους κανόνες ατομικής υγιεινής, πολύ χαμηλή γνώση των κυριότερων παραγόντων οι οποίοι έχουν άμεση σχέση με την υγεία, όπως για παράδειγμα η σημασία της πρόληψης, της υγιεινής διατροφής καθώς επίσης και της κατάλληλης χρησιμοποίησης των φαρμακευτικών αγωγών, τα συγκεκριμένα φαινόμενα βρίσκονται σε ανοδική τάση (Niksic and Kurspahic-Mujcic, 2007).

Αυτό πολλές οφείλεται και στο γεγονός πως το μεγαλύτερο ποσοστό των συγκεκριμένων ανθρώπων είναι αναλφάβητοι, κάτι που εμποδίζει σε σημαντικό βαθμό την γραπτή ενημέρωσή τους. Επιπλέον, έρευνες έχουν δείξει πως καθοριστικό ρόλο σε όλο αυτό παίζει και η τεκνοποίηση σε ιδιαίτερα μικρή ηλικία και κυρίως το χαμηλό προσδόκιμο ζωής. Σε πολλές περιπτώσεις, τα έθιμα οδηγούν τους νεαρούς Ρομά να αρχίζουν την τεκνοποίηση από μικρή ηλικία, και τις περισσότερες φορές από την εφηβεία. Οι Ρομά γίνονται μητέρες σε μικρή ηλικία και έχουν πιο πολλές κησείς, τοκετούς αλλά και αποβολές σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό της χώρας μας (Carrasco-Garrido et al., 2011).

Το παραπάνω γεγονός επιβαρύνει ακόμα περισσότερο την υγεία τους, καθώς σε ελάχιστες περιπτώσεις ελέγχονται κατά την περίοδο της κύησης. Ακόμα, οι νεαροί Ρομά δεν έχουν την απαιτούμενη πληροφόρηση σε ζητήματα οικογενειακού σχεδιασμού, αντισύλληψης είτε ακόμα και πρόληψης από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Γενικά, παρουσιάζεται χαμηλό επίπεδο επίγνωση των αναγκών τους αλλά και χαμηλό επίπεδο γνώσης της κατάλληλης χρησιμοποίησης των θεσμικών υπηρεσιών υγείας, σημαντικές αδυναμίες οι οποίες εντείνονται από την άγνοια της γλώσσας, κάτι το οποίο σε πολλές περιπτώσεις αναπτύσσει ζητήματα επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας (Demakakos, 2003).

Αντίθετα, σε συλλογικό επίπεδο, οι ιδιόζουσες μη θετικές συνθήκες των οικισμών τους επιφέρουν καθοριστικές επιρροές αλλά και επιδράσεις στην ατομική υγεία καθώς επίσης και στην κοινωνική ζωή των συγκεκριμένων ανθρώπων. Οι Ρομά μένουν σε οικισμούς με χαρακτήρα γκέτο και οι συνθήκες διαβίωσης σε αυτούς τις περισσότερες φορές ανταποκρίνονται σε μη αποδεκτά standards διαμονής. Οι εν λόγω οικισμοί εντοπίζονται κατά κύριο λόγο στις παρυφές των πόλεων, κοντά σε βιομηχανικές υποβαθμισμένες τοποθεσίες εκτός σχεδίου πόλεως και σε περιοχές οι οποίες παρουσιάζουν ιδιαίτερα υψηλό βαθμό μόλυνσης του περιβάλλοντος (Foldes and Covaci, 2011).

Οι ελλείψεις στην αστική υποδομή, όπως είναι για παράδειγμα η απουσία είτε η κακή ποιότητα των δικτύων ύδρευσης, αποχέτευσης καθώς επίσης και ηλεκτρικού ρεύματος, η ολική απουσία διαχείρισης των απορριμμάτων σε συνδυασμό με τη χαμηλή ποιότητα των σπιτιών τους, αποτελούν μερικές από τις σημαντικότερες αιτίες για την κακή υγεία των ανθρώπων αυτών.

Παράλληλα, εξαιτίας της καθημερινότητάς τους και του τρόπου ζωής τους, οι Ρομά, με τις συχνές μετακινήσεις τους, σε συνδυασμό με τα εξαιρετικά περιορισμένα διαθέσιμα χρηματοοικονομικά τους μέσα και το καθημερινό κινήγι της επιβίωσης καλούνται να αντιμετωπίσουν σημαντικά προβλήματα υγείας, κάτι που κάνουν με μεγάλη αδιαφορία καθώς τις περισσότερες φορές αγνοούν τις παθήσεις τους μέχρι τα συμπτώματα να γίνουν εμφανή ενώ παράλληλα αγνοούν κάθε έννοια πρόληψης σε σχέση με πιθανές παθήσεις (European Roma Rights Centre, 2006).

Το αντίστοιχο νομοθετικό πλαίσιο που έχει άρρηκτη σχέση με την καταπολέμηση ζητημάτων υγείας των αποκλεισμένων κοινωνικά πληθυσμιακών ομάδων υφίσταται, αλλά τις περισσότερες φορές δεν ενεργοποιείται δραστικά με στόχο την καταπολέμηση των οξυμένων ζητημάτων των ανθρώπων αυτών, τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο. Στην εν λόγω κατεύθυνση, το νομοθετικό πλαίσιο 2519 που ισχύει στη χώρα μας από την περίοδο του 1997, προβλέπει την εκπόνηση και την εφαρμογή προγραμμάτων υγείας σε ομάδες του πληθυσμού με φυλετικές, κοινωνικές καθώς επίσης και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, οι οποίες παρουσιάζουν υψηλό κοινωνικό κίνδυνο (Demakakos, 2003).

Στο συγκεκριμένο πλαίσιο είναι εφικτό να παρουσιαστεί σαν θετικό βήμα το γεγονός πως προληπτική ιατρική αποκτά σημασία με στόχο την κοινότητα των Ρομά τα τελευταία έτη διαμέσου αρκετών και διαφορετικών προγραμμάτων και δραστηριοτήτων πληροφόρησης, που τις περισσότερες φορές πραγματοποιούνται και εφαρμόζονται από θεσμικούς είτε κοινωνικούς φορείς σε εθνικό αλλά και σε διεθνές επίπεδο. Είναι προφανές πως με στόχο να κατορθωθεί ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας στις συγκεκριμένες κοινότητες, είναι ζωτικής σημασίας να αναπτυχθούν τα υγειονομικά standards και να δημιουργηθούν περισσότερα προγράμματα υγειονομικής αγωγής, πρόληψης αλλά και περίθαλψης των συγκεκριμένων ανθρώπων (Μωραΐτου, 2010).

Σε ό,τι έχει να κάνει με την κοινωνική πρόνοια είναι σημαντικό να τονιστεί πως οι πιο πολλοί Ρομά δεν είναι ασφαλισμένοι και το επίπεδο ένταξής τους στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης είναι ιδιαίτερα χαμηλό. Τις περισσότερες φορές φτάνει στο επίπεδο

της χρησιμοποίησης του βιβλιαρίου πρόνοιας, με συνέπεια να μην έχουν την ευχέρεια προσβασιμότητας σε δωρεάν ιατροφαρμακευτική φροντίδα. Γενικά, δεν έχουν γνώση των δικαιωμάτων που απορρέουν από την εργασία τους ενώ οι περισσότερες έρευνες που έχουν γίνει σημειώνουν πως αγνοούν τα πιο πολλά από τα δικαιώματα που έχουν στον κλάδο της περίθαλψης. Τα επιδόματα τα οποία λαμβάνουν οι πιο πολλοί Ρομά και που για αυτά είναι καλύτερα ενημερωμένοι είναι τα επιδόματα πολύτεκνων οικογενειών καθώς επίσης και παιδικής προστασίας (European Roma Rights Centre, 2006).

Εντοπίζεται, επίσης, ένα εξίσου σημαντικό και μεγάλο ποσοστό παιδιών τα οποία δεν εμβολιάζονται, όπως προκύπτει από δεδομένα τα οποία έχουν ληφθεί από αρκετές έρευνες. Τα τελευταία έτη, κυρίως στους πλέον ενσωματωμένους πληθυσμούς των ανθρώπων αυτών, έχει εντοπιστεί καθοριστική ανοδική τάση των ποσοστών αλκοολισμού και της χρησιμοποίησης ναρκωτικών και άλλων ουσιών (Heaslip et al., 2016).

Είναι εφικτό, επομένως, να ειπωθεί πως η ανοδική τάση των θυμάτων του αλκοολισμού και των ναρκωτικών υπολογίζοντας ταυτόχρονα και τα εξαιρετικά υψηλά ποσοστά νευρολογικών ζητημάτων, είναι συνέπεια της στρεβλής ενσωμάτωσης τους στις καινούριες χρηματοοικονομικές συνθήκες, που τις περισσότερες φορές δεν ανταποκρίνονται στις παραδοσιακές αξίες και αντιλήψεις τους αλλά και στο σπάσιμο των συγγενικών δεσμών που δρούσαν κατά την παράδοση βοηθητικά για τους συγκεκριμένους ανθρώπους. Παρόμοιας μορφής φαινόμενα χειροτερεύουν την περιθωριοποίηση και τον αποκλεισμό της ομάδας και τις περισσότερες φορές είναι σημαντικό να υπάρξει καινούρια συστηματική διερεύνηση (Μωραΐτου, 2010).

Επομένως, η χρησιμοποίηση των σύγχρονων υπηρεσιών πρόνοιας, υγείας και ασφάλισης, παρόλο που είναι πιο μεγάλη συγκριτικά με άλλες υπηρεσίες που χρησιμεύουν στους Ρομά, δεν είναι εφικτό να λογιστεί σαν ικανοποιητική. Το συγκεκριμένο γεγονός έχει άρρηκτη σχέση με καθορισμένους σημαντικούς παράγοντες όπως είναι για παράδειγμα η απουσία κατάλληλης ενημέρωσης σε ό,τι έχει να κάνει με το γεγονός πως υφίστανται παρεχόμενες υπηρεσίες, η ύπαρξη ενός μη τυποποιημένου δικτύου αλληλοβοήθειας και υποστήριξης που ως επί το πλείστον εστιάζει στις συγγενικές ομάδες καθώς επίσης και η αδυναμία των υπηρεσιών να κατορθώσουν να ανταποκριθούν κατάλληλα στις απαιτήσεις αλλά και στις ανάγκες των ανθρώπων αυτών (Carrasco-Garrido et al., 2011).

Γενικότερα, αυτό το οποίο είναι σημαντικό να γνωρίζουμε είναι πως αρκετές έρευνες τα τελευταία χρόνια έχουν εστιάσει στις μεταδοτικές παθήσεις και στην

αναπαραγωγική υγεία των ανθρώπων αυτών, στην αντανάκλαση φόβου και απειλών του συγκεκριμένου πληθυσμού, στη μη κατάλληλη διαμονή, στη διάσταση των δυο φύλων ενώ είναι σημαντικό να τονιστεί πως σε ορισμένες τοποθεσίες, όπως είναι για παράδειγμα η Θεσσαλία, η Θεσσαλονίκη, η Θράκη και η Κρήτη, διάφοροι ερευνητικοί φορείς έχουν εστιάσει στην ψυχική υγεία των ανθρώπων αυτών, κάτι που έχει άμεση σχέση με την πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες και με την ανισότητα συγκριτικά με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Dostal et al., 2010).

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε πως στους εξωγενείς παράγοντες, οι οποίοι επιφέρουν σημαντικές επιρροές και επιδράσεις στην υγεία αυτών των ανθρώπων εντάσσονται οι άσχημες συνθήκες διαβίωσης καθώς επίσης και η παραμέλησή τους από την επίσημη Πολιτεία, με συνέπεια να υφίσταται καθοριστικός περιορισμός πρόσβασης σε όλες τις δομές υγείας, την περιθωριοποίησή τους καθώς επίσης και στην ύπαρξη είτε ακόμα και την ανάπτυξη ρατσιστικών φαινομένων.

Αρκετά προγράμματα, τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο έχουν ενταχθεί με κυριότερο στόχο την άμβλυνση του χάσματος υγείας που χαρακτηρίζει τη ζωή των εν λόγω ανθρώπων συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Κατά τα προγράμματα της περιόδου 2005 έως 2015, είχαν εφαρμοστεί αρκετά και σημαντικά μέτρα ενώ καθοριστικό ρόλο μέχρι και σήμερα παίζει η ενίσχυση των συγκεκριμένων δράσεων μέσω των Στρατηγικών Ενσωμάτωσης των ανθρώπων αυτών μέχρι το 2020 μέσω προγραμμάτων της ΕΕ (Κοτρώτσιου, 2014b).

1.6.1 Ανάπτυξη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας

Το νομοθετικό πλαίσιο 2519 που αναφέρθηκε και παραπάνω προβλέπει κινητές μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, μονάδες κατ' οίκον νοσηλείας, υγειονομικούς σταθμούς είτε περιφερειακά κέντρα, αποκεντρωμένες μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είτε κέντρα υγείας υπαίθρου, δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς επίσης και εξειδικευμένα νομοθετικά πλαίσια σχολικής υγείας (Τρουμπέτα, 2008).

Σε ό,τι έχει να κάνει με τις κινητές μονάδες προσφοράς υπηρεσιών αυτής της μορφής που αναφέρθηκαν παραπάνω, είναι σημαντικό να τονιστεί πως οι εν λόγω μονάδες στελεχώνονται με ιατρικό (παθολόγο, παιδίατρο, γυναικολόγο, χειρουργό κλπ), οδοντιατρικό,

νοσηλευτικό προσωπικό κλπ. Οι συγκεκριμένες μονάδες περιοδεύουν στην υγειονομική περιφέρεια, με στόχο την επίσκεψη τοποθεσιών, ακολουθώντας την πορεία των μετακινήσεων των συγκεκριμένων ανθρώπων. Οι εν λόγω μονάδες έχουν άμεση σχέση με τα κρατικά νοσοκομεία της εκάστοτε τοποθεσίας, που παίζουν καθοριστικό ρόλο σε επιστημονικό αλλά και διοικητικό επίπεδο στα συγκεκριμένα προγράμματα.

Στις μονάδες κατ' οίκον νοσηλείας, προβλέπεται δράση μονάδων πρόληψης οικογενειακού σχεδιασμού αλλά και περιγεννητικής περίθαλψης. Οι μονάδες αυτής της μορφής είναι σημαντικό να εξυπηρετούν όλους τους καταυλισμούς, με υποδείξεις οι οποίες προσφέρονται από τα ιατροκοινωνικά κέντρα σύμφωνα με την εγκατάσταση αλλά και τις μετακινήσεις των συγκεκριμένων πληθυσμών (Demakakos, 2003).

Στις τοποθεσίες στις οποίες ο πληθυσμός ανέρχεται μέχρι και τους 2 χιλιάδες μόνιμους κατοίκους, προβλέπεται η δράση υγειονομικών σταθμών είτε περιφερειακών ιατρείων ημερήσιας είτε καθημερινής ετοιμότητας, σύμφωνα με τη χιλιομετρική απόσταση, η οποία υφίσταται ανάμεσα στον εκάστοτε οικισμό και το πιο κοντινό κέντρο υγείας είτε του πιο κοντινού γενικού νοσοκομείου. Περιλαμβάνει παθολογικό, παιδιατρικό, μαιευτικό, χειρουργικό καθώς επίσης και οδοντιατρικό ιατρείο. Παράλληλα, προβλέπεται νοσηλευτική βοήθεια και όπου είναι εφικτό μικροβιολογικό είτε ακόμα και ακτινολογικό εργαστήριο. Τέλος, όπου δεν είναι αυτό εφικτό προβλέπεται η δράση κινητών εργαστηριακών μονάδων (Μωραΐτου, 2010).

Για δήμους με πληθυσμό μεγαλύτερο των 2 χιλιάδων πολιτών προβλέπεται η δράση αποκεντρωμένων μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, από τη στιγμή που δεν διαθέτουν και βρίσκονται σε απόσταση πιο μικρή των 5 χιλιομέτρων από το πιο κοντινό γενικό νοσοκομείο. Οι μονάδες αυτής της μορφής είναι σημαντικό να λειτουργούν σε καθημερινή βάση και να παρέχουν υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων, προσφορά πρώτων βοηθειών, μεταφορά του πάσχοντα με το ασθενοφόρο, ακτινολογικές είτε ακόμα και μικροβιολογικές εξετάσεις, φυσικοθεραπεία, οδοντιατρική περίθαλψη αλλά και άλλες εξίσου σημαντικές δράσεις και παροχές, οι οποίες προβλέπονται από το συγκεκριμένο νομοθετικό πλαίσιο (Μανομενίδης, 2009).

Σε ό,τι έχει να κάνει με τα δίκτυα πρωτοβάθμιας περίθαλψης υγείας, είναι σημαντικό να σημειωθεί πως παίζουν καθοριστικό ρόλο στις αστικές και τις ημιαστικές τοποθεσίες στις οποίες διαμένουν μόνιμοι είτε ακόμα και διερχόμενοι Ρομά, όπου καθοριστικό ρόλο παίζει η ανάπτυξη μιας τέτοιας μονάδας, στην οποία είναι σημαντικό να προσφέρονται υπηρεσίες

παρόμοιες με εκείνες των κέντρων υγείας υπαίθρου, που τις περισσότερες φορές στεγάζουν τα ιατρεία των οικογενειακών ιατρών και παιδιάτρων. Όταν ο πληθυσμός αυτός παρουσιάζει σημαντική ανοδική τάση εξαιτίας προσέλευσης αρκετών διερχόμενων, είναι σημαντική η πρόσληψη έκτακτων δράσεων υγείας έτσι ώστε να καλύψουν τις εν λόγω αυξημένες ανάγκες και απαιτήσεις της συγκεκριμένης μονάδας (Καλαφάτη και Παϊκοπούλου, 2011).

Τέλος, καθοριστικό ρόλο παίζει η εξειδικευμένη νομοθεσία σχολικής υγείας. Η ανάπτυξη και η δράση γραφείων σχολικής υγείας της εκάστοτε περιφέρειας θα πρέπει να προσφέρουν στα παιδιά των Ρομά, τα οποία φοιτούν σε νηπιαγωγεία, δημοτικά, γυμνάσια αλλά και λύκεια πρωτοβάθμια παιδιατρική φροντίδα, παρακολούθηση του εμβολιασμού των παιδιών, ιατρική καθοδήγηση στα περιστατικά οξέων είτε ακόμα και χρόνιων παθήσεων των παιδιών τα οποία δεν έχουν την ευχέρεια να καλυφθούν μόνο από την παιδιατρική ειδικότητα καθώς επίσης και έλεγχο του σχολικού περιβάλλοντος από την πλευρά των κανόνων δημόσιας υγείας, καταγραφή και αρχειοθέτηση των δεδομένων της ατομικής κατάστασης υγείας των συγκεκριμένων παιδιών και τέλος ιατροκοινωνικά κέντρα (Μωραΐτου, 2010).

Με κοινή υπουργική απόφαση στα τέλη του 2002 οριοθετήθηκαν οι βάσεις με στόχο την ανάπτυξη και τη λειτουργία 50 ιατροκοινωνικών κέντρων για τους Ρομά, των οποίων η δράση σε 1η φάση χρηματοδοτήθηκε διαμέσου των περιφερειακών επιχειρησιακών προγραμμάτων, με την προοπτική να δράσουν μελλοντικά σαν μια μορφή μόνιμων δομών. Σκοπός των συγκεκριμένων κέντρων ήταν η προώθηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης υγείας των Ρομά της χώρας μας, ενώ στις ευθύνες τους ήταν και η ένταξη συμβουλευτικών δράσεων αγωγής υγείας, καταγραφή των απαιτήσεων και των αναγκών καθώς επίσης και των υγειονομικών ζητημάτων τους αλλά και η προσφορά υποστήριξης με στόχο την οριοθέτηση δράσεων και νομικών εκκρεμοτήτων με δημόσιες υπηρεσίες. Προσφορά υγείας αυτής της μορφής στους ανθρώπους αυτούς προσφέρει η μη κυβερνητική ιατρική οργάνωση αρωγής που καλείται «Γιατροί του Κόσμου» (Μανομενίδης, 2009).

1.6.2 Γυναίκες Ρομά και υγεία

Στοιχεία τα οποία έχουν αντληθεί από αρκετές έρευνες που έχουν γίνει τριγύρω από τα ζητήματα υγείας των γυναικών Ρομά εστιάζουν ως επί το πλείστον στην αναπαραγωγική υγεία τους. Μια έρευνα που έγινε στην Ουγγαρία που είχε άμεση σχέση με τη συμμετοχή των νεαρών γυναικών Ρομά σε προληπτικούς ιατρικούς ελέγχους, έδειξε καθοριστικές

διαφοροποιήσεις σε σχέση με τις μη Ρομά γυναίκες ίδιων ηλικιών. Ακόμα, σε όλες τις προληπτικές εξετάσεις (οδοντιατρικές, γυναικολογικές, πνευμονικές κλπ), οι γυναίκες Ρομά είχαν ιδιαίτερα κακούς δείκτες σε όλα τα περιστατικά (Gyukits, 2002).

Βάσει μιας άλλης έρευνας που έγινε την περίοδο του 2009, οι γυναίκες Ρομά αποδείχτηκε πως δεν επισκέπτονται τους γυναικολόγους αρκετά συχνά. Οι ίδιοι οι ερευνητές τόνιζαν πως στην Ισπανία, μονάχα το 44,5% των γυναικών Ρομά πηγαίνουν για περιοδικές γυναικολογικές εξετάσεις αυτής της μορφής, ενώ το ανάλογο ποσοστό στο γενικό πληθυσμό ανέρχεται στο 75% (Vincze and Derdak, 2009).

Σε μια μελέτη που έγινε στη χώρα μας, εντοπίστηκε πως 4/10 γυναίκες Ρομά ανέφεραν πως έχουν επίγνωση του τεστ Παπανικολάου. Ακόμα, το 50% γνώριζαν τη μαστογραφία σαν τακτική πρόληψης αλλά μονάχα το 1/4 εξ αυτών είχε υλοποιήσει την εν λόγω εξέταση, έστω μόνο μια φορά. Το 80% των γυναικών δεν έκαναν χρήση καμίας τακτικής αντισύλληψης. Ακόμα, το 25% δεν ελέγχονται καθόλου κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης τους και 3/10 θηλάζουν τα παιδιά τους έως και τον 6ο μήνα (Μωραΐτου, 2010).

Μια άλλη έρευνα έδειξε και ένα καθοριστικό στοιχείο που ήταν το γεγονός πως 1/10 δηλώνουν πως τουλάχιστον ένα από τα παιδιά τους έχασε τη ζωή του. Τα πιο πολλά εξ αυτών των παιδιών πέθαναν πριν καταφέρουν να συμπληρώσουν το 10^ο μήνα της ζωής τους. Το συγκεκριμένο γεγονός δείχνει το χαμηλό προσδόκιμο ζωής αλλά και την υψηλή βρεφική και παιδική θνησιμότητα, η οποία προέρχεται από την κακή υγιεινή αλλά και την απουσία πρόληψης των συγκεκριμένων ανθρώπων (Laurence et al., 2013).

Σε μια άλλη μελέτη, που έγινε πριν μερικά χρόνια σχεδόν όλες οι μανάδες δήλωσαν πως γέννησαν τα παιδιά τους στο νοσοκομείο (ποσοστό το οποίο ξεπερνούσε το 94%), ενώ το υπόλοιπο 6% δήλωσε πως γέννησε το παιδί τους στο σπίτι, στον καταυλισμό είτε ακόμα και στον δρόμο. Σε ό,τι έχει να κάνει με τους τοκετούς, το ποσοστό των γυναικών που ανέφεραν πως έχουν γεννήσει έως 4 παιδιά ανέρχεται στο 67%.

Σχεδόν το 25% των γυναικών αυτών δεν ελέγχεται κατά την περίοδο της κύησης, με όλες τις συνέπειες που αυτό είναι εφικτό να επιφέρει στη ζωή αλλά και στην υγεία της είτε του παιδιού της. Οι γυναίκες αυτές γεννούν αρκετά παιδιά, όμως, παρόλο που οι πιο πολλές αναφέρουν πως δεν θέλουν να αποκτήσουν περισσότερα παιδιά μονάχα το 9,3% δηλώνει πως κάνει χρήση τακτικών αντισύλληψης ενώ το υπόλοιπο ποσοστό δεν κάνει χρήση καμίας μεθόδου αυτής της μορφής (Carrasco-Garrido et al., 2011).

Τέλος, είναι σημαντικό να τονίσουμε πως μια έρευνα που έγινε πριν αρκετά χρόνια διεύρυνε τις κυριότερες αιτίες και τα πρότυπα της συμμετοχής των γυναικών αυτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στη Σουηδία. Οι εν λόγω γυναίκες της μελέτης αυτής επισκέπτονταν τους ιατρούς σχεδόν πάντα σε ζεύγη είτε ακόμα και σε τριάδες. Παρά το γεγονός πως αυτή η ομαδική συμμετοχή δρα περιοριστικά για τον ατομικό παράγοντα, το κοινό δίκτυο αποτελεί ένα βασικό στήριγμα για τις συγκεκριμένες γυναίκες. Διακρίνεται πως μια τέτοια γυναίκα με την υποστήριξη αλλά και την προστασία από τις αδερφές της είτε φίλες της, έχει την ευχέρεια να διαχειριστεί καλύτερα τα προβλήματά της και έχει καλύτερες και περισσότερες ικανότητες για επιτυχή θεραπεία (Lehti and Mattson, 2001).

1.6.3 Δράσεις για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας των Ρομά

Εξαιτίας της συλλογικής εισχώρησης μεταναστών καθώς επίσης και της κινητικότητας των Ρομά στην Ελλάδα, είναι σημαντικό να υφίσταται η κατάλληλη διαπολιτισμική κατάρτιση στο περιβάλλον της υγείας, ενώ είναι ζωτικής σημασίας να αναπροσαρμοστεί η προσέγγιση των πολυπολιτισμικών πάσχοντων πάνω σε καινούρια και πιο σύγχρονα πρότυπα. Αρκετές μελέτες σε διεθνές και εθνικό επίπεδο έχουν προβληματίσει την επιστημονική κοινότητα, για τις δυσμένειες που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι πάσχοντες και τη μη θετική επιρροή στην ποιότητα ζωής των πληθυσμών με διαφοροποιημένη πολιτισμική ταυτότητα (Μανομενίδης, 2009).

Βάσει ερευνών οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν πως είναι καθοριστική η κατάλληλη κατάρτισή τους, σε ό,τι έχει να κάνει με πολυπολιτισμικούς πάσχοντες και τις οικογένειές τους, αφού αντιμετωπίζουν πολλούς φραγμούς στην προσφορά νοσηλευτικής φροντίδας, τόσο στην επικοινωνία όσο και στις εκφράσεις των συναισθημάτων τους, στην περίπτωση που ανακοινώσουν άσχημα γεγονότα, αλλά και σε πιο πρακτικά θέματα, όπως είναι για παράδειγμα η τεχνητή διατροφή, η παροχή υγρών κλπ. Ακόμα, συμπεραίνουν πως οι επαγγελματίες υγείας είναι σημαντικό να λάβουν γνώσεις, ικανότητες και πρακτικές συντηρώντας παράλληλα το σεβασμό για τον πολιτισμό των άλλων (Καλαφάτη και Παϊκοπούλου, 2011).

Γενικότερα, καθοριστικό ρόλο σε όλα όσα αναφέρθηκαν στη συγκεκριμένη εργασία παίζει η ενεργοποίηση και η εφαρμογή του συνόλου του νομοθετικού πλαισίου που υφίσταται

στην εκάστοτε χώρα. Είναι σημαντικό, όμως, άμεσα να ενεργοποιηθούν και να παίξουν καθοριστικό ρόλο στη βελτίωση της πρόσβασης των Ρομά στις υπηρεσίες υγείας και υγιεινής, κάτι που θα κατορθωθεί αρχικά με την επίλυση αρκετών ζητημάτων που έχουν άμεση σχέση με την υγεία όπως είναι για παράδειγμα το ατομικό βιβλιário υγείας, ο οικογενειακός γιατρός καθώς επίσης και ο οικογενειακός παιδίατρος (Heaslip et al., 2016).

Παράλληλα, καθοριστικό ρόλο παίζουν και οι δομές υποστήριξης κάθε μορφής (όπως είναι για παράδειγμα δημοτικά συμβουλευτικά κέντρα κλπ), που είναι σημαντικό να αναλάβουν άμεσα δράση, με κυριότερο σκοπό να βοηθήσουν σημαντικά στην ενημέρωση για ζητήματα πληθυσμιακής υγιεινής και κοινωνικής αγωγής, κατάρτισης σε ζητήματα ατομικής υγιεινής, ζητήματα διατροφής και συντήρησης φαγητού, κατάρτιση στην παροχή πρώτων βοηθειών, ενημέρωση γυναικείου πληθυσμού σε ζητήματα κύησης, τοκετού, πρόληψης γυναικολογικών νοσημάτων, ενημέρωση για την αντισύλληψη και τα αφροδίσια νοσήματα, ενημέρωση και κατάρτιση των παιδιών σε ζητήματα στοματικής υγιεινής καθώς επίσης και ενημέρωση για τα δικαιώματά τους στη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας και τη σωστή χρήση τους (European Roma Rights Centre, 2006).

Οι υγιεινολογικοί παράγοντες, οι οποίοι παίζουν καθοριστικό ρόλο στην υγεία ενός ανθρώπου είναι μια συνεχόμενη κατάσταση της καθημερινότητας και είναι εκείνοι οι οποίοι συντηρούν είτε διαταράσσουν την υγεία, όπως είναι για παράδειγμα ο αέρας, το νερό, το φαγητό, η επικοινωνία, η κατάσταση του σπιτιού, οι συνθήκες απασχόλησης, η αποχέτευση, η διαχείριση των απορριμμάτων, τα ήθη και τα έθιμα, το επίπεδο γνώσης των αναγκών καθώς επίσης και το επίπεδο γνώσης και χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας (Μωραΐτου, 2010).

Τέλος, είναι σημαντικό να τονιστεί πως η μη θετική επιβάρυνση των συνθηκών υγείας των ανθρώπων αυτών είναι εξαιρετικά ισχυρή εξαιτίας της ιδιαίτερης καθημερινότητάς τους και του τρόπου ζωής τους. Η εγγύηση και η διασφάλιση πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, με την υπέρβαση της άγνοιας, της καχυποψίας, των στερεοτύπων, των προκαταλήψεων, την παθητικότητα, της άρνησης κλπ είναι η κατάλληλη μέθοδος καταπολέμησης όλων αυτών των προβλημάτων που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι Ρομά. Η ένταξή τους στις θεσμικές δημόσιες δράσεις αποτελεί βασικό κομμάτι της δράσης κοινωνικής ένταξης (Foldes and Covaci, 2011).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των αντιλήψεων, των συναισθημάτων και των πεποιθήσεων των Ελλήνων Τσιγγανών (Ρομά) για τις δομές δημόσιας υγείας και την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας καθώς επίσης και η σχέση τους με τα δημογραφικά, κοινωνικά, εκπαιδευτικά, οικονομικά και άλλα χαρακτηριστικά τους και τις συνθήκες διαβίωσης.

Ερευνητικά Ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν και εξετάστηκαν στην παρούσα μελέτη διαμορφώθηκαν ως εξής:

- Ποια είναι η στάση και τα συναισθήματα των Ελλήνων Τσιγγανών (Ρομά) ως προς τις δημόσιες υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας;
- Ποια είναι η ικανοποίηση των Ελλήνων Τσιγγανών (Ρομά) από τις δημόσιες υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας;
- Υπάρχει σχέση μεταξύ των στάσεων, συναισθημάτων και της ικανοποίησης των Ελλήνων Τσιγγανών (Ρομά) για τις δημόσιες υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας και των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών τους;
- Υπάρχει σχέση μεταξύ των στάσεων, συναισθημάτων και της ικανοποίησης των Ελλήνων Τσιγγανών (Ρομά) για τις δημόσιες υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας και των εκπαιδευτικών και μορφωτικών χαρακτηριστικών τους;
- Υπάρχει σχέση μεταξύ των στάσεων, συναισθημάτων και της ικανοποίησης των Ελλήνων Τσιγγανών (Ρομά) για τις δημόσιες υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας και των επαγγελματικών και οικονομικών χαρακτηριστικών τους;

- Υπάρχει σχέση μεταξύ των στάσεων, συναισθημάτων και της ικανοποίησης των Ελλήνων Τσιγγανών (Ρομά) για τις δημόσιες υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας και των χαρακτηριστικών τους σχετικά με τις συνθήκες διαβίωσης;
- Υπάρχει σχέση μεταξύ των στάσεων, συναισθημάτων και της ικανοποίησης των Ελλήνων Τσιγγανών (Ρομά) για τις δημόσιες υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας και των χαρακτηριστικών τους σχετικά με τη χρήση υπηρεσιών υγείας και την ύπαρξη προβλήματος υγείας;

2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σχέδιο Μελέτης και Δείγμα

Διενεργήθηκε περιγραφική μελέτη συσχέτισης, με σχέδιο συγχρονικού τύπου. Ο μελετώμενος πληθυσμός αναφέρεται στους Έλληνες Τσιγγάνους (Ρομά). Ως δείγμα για την εκτέλεση των μετρήσεων της έρευνας επιλέχθηκαν $n=80$ άτομα, εκ των οποίων οι 25 ήταν άνδρες και οι 55 ήταν γυναίκες. Για την ένταξη των ατόμων στο δείγμα τέθηκαν τα εξής πέντε κριτήρια: α) Μέλος της κοινότητας των Τσιγγάνων (Ρομά). β) Έλληνας πολίτης. γ) Ηλικία άνω των 18 ετών. δ) Κατανόηση της ελληνικής γλώσσας και δυνατότητα επικοινωνίας. ε) Συνεργασιμότητα και αποδοχή συμμετοχής στην έρευνα. Η μη εκπλήρωση των κριτηρίων ένταξης αποτέλεσε λόγο αποκλεισμού από το δείγμα της μελέτης. Η δειγματοληψία που εφαρμόστηκε ήταν μη πιθανότητας και το δείγμα χαρακτηρίζεται ως ευκολίας.

Ερευνητικά Εργαλεία

Ως ερευνητικό εργαλείο για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ειδικό για το σκοπό της έρευνας ερωτηματολόγιο, το οποίο ήταν ανώνυμο και πλήρως δομημένο με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Απαρτίζονταν από συνολικά 40 ερωτήσεις που διακρίνονταν σε δύο επιμέρους ενότητες.

I. 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, χρόνιο πρόβλημα υγείας, πρόβλημα υγείας σε μέλος οικογένειας, νοσηλεία σε νοσοκομείο, νοσηλεία συγγενή σε νοσοκομείο).

II. Δεύτερη ενότητα ερωτηματολογίου – Κλίμακα στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας. Για την εκτίμηση των αντιλήψεων, των συναισθημάτων και των πεποιθήσεων για τις δομές δημόσιας υγείας αλλά και την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας χρησιμοποιήθηκε ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς (Κοτρώτσιου Σ, 2014), η «Κλίμακα στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας». Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο 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 συχνότητας με διαβάθμιση από καθόλου ικανοποιημένος / διαφωνώ απόλυτα (-3) έως απολύτως ικανοποιημένος / συμφωνώ απόλυτα (+3) και ένα σημείο ουδετερότητας (0). Από την άθροιση των απαντήσεων διαιρεμένο με το πλήθος αυτών προκύπτει το συνολικό σκορ ανά ερώτηση της Κλίμακας που εκφράζει τη συνολική θετική (θετικό σκορ) ή αρνητική (αρνητικό σκορ) συμπεριφορά του ατόμου. Σε 9 ερωτήσεις με αρνητικό περιεχόμενο η βαθμολόγηση γίνεται αντίστροφα ούτως ώστε το συνολικό σκορ της Κλίμακας να νοσηματοδοτείται. Όσο υψηλότερο, σε απόλυτη τιμή, είναι το συνολικό σκορ της Κλίμακας τόσο εντονότερη είναι η θετική ή αρνητική συμπεριφορά του ατόμου.

Συλλογή Δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας την περίοδο Απρίλιος έως Ιούνιος του 2018 και αφορούσε Τσιγγάνους (Ρομά) που έκαναν χρήση των υπηρεσιών του καθώς και συγγενείς - συνοδούς αυτών. Η συμμετοχή των υποκειμένων ήταν εθελοντική, μετά από ενημέρωσή τους για τους σκοπούς της έρευνας, η δε συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε με συνέντευξη μετά από άδεια του Νοσοκομείου. Τηρήθηκαν οι

αρχές της ανωνυμίας, της εμπιστευτικότητας και του απορρήτου που επιβάλλονται σε μια ερευνητική διαδικασία από τις σχετικές διεθνείς συνθήκες.

Στατιστική Ανάλυση

Το στατιστικό πρόγραμμα SPSS εφαρμόστηκε για την επεξεργασία των μεταβλητών που προέκυψαν από τα δεδομένα της έρευνας. Η περιγραφή των μεταβλητών έγινε με την απόλυτη και εκατοστιαία σχετική συχνότητα τιμών (ποιοτικές μεταβλητές) καθώς και με τη μέση τιμή, σταθερή απόκλιση και εύρος τιμών (ποσοτικές μεταβλητές). Το συνολικό σκορ της «Κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας» χρησιμοποιήθηκε ως εξαρτημένη μεταβλητή σύμφωνα με το σκοπό της έρευνας και τα ερωτήματα που τέθηκαν. Για τον έλεγχο της σχέσης του συνολικού σκορ της Κλίμακας με τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού εφαρμόστηκαν παραμετρικές στατιστικές μέθοδοι (test), όπως ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r), ο έλεγχος t-test και η ανάλυση διακύμανσης Anova, καθώς τα δείγματα ακολουθούσαν την κανονική κατανομή σύμφωνα με το κριτήριο κατά Kolmogorov - Smirnov. Το επίπεδο της αποδεκτής στατιστικής σημαντικότητας των σχέσεων ορίστηκε στην τιμή $p < 0,05$.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφή των χαρακτηριστικών των Τσιγγάνων (Ρομά)

Στους Πίνακες 1 έως 5 εμφανίζεται η κατανομή των χαρακτηριστικών στους 80 Τσιγγάνους (Ρομά) του δείγματος.

Πίνακας 1: Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά.

Χαρακτηριστικά	n	%
Φύλο		
Άνδρας	25	31,3%
Γυναίκα	55	68,8%
Ηλικία (έτη)		
Μέση τιμή ± Σταθερή Απόκλιση	46,23 ± 17,83	
Εύρος	18 – 78	
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος	2	2,5%
Έγγαμος	48	60,0%
Διαζευγμένος	11	13,8%
Χήρος	19	23,8%
Αριθμός παιδιών		
Μέση τιμή ± Σταθερή Απόκλιση	3,84 ± 1,53	
Εύρος	0 – 8	
Αριθμός αδελφών		

Μέση τιμή ± Σταθερή Απόκλιση	4,41 ± 1,38	
Εύρος	1 – 7	
Τόπος διαμονής		
Χωριό / Κωμόπολη	31	38,8%
Πόλη	49	61,3%
Θρήσκευμα		
Χριστιανός Ορθόδοξος	57	71,3%
Μουσουλμάνος	3	3,8%
Άθεος	20	25,0%

Το 31,3% των Τσιγγάνων (Ρομά) ήταν άνδρες και το 68,8% γυναίκες. Η ηλικία τους κυμαίνονταν από 18 έως 78 ετών με μέση τιμή τα 46,23 έτη. Η πλειονότητα ήταν έγγαμοι 60,0% ενώ άγαμοι το 2,5% και διαζευγμένοι/χήροι το 37,6%. Ο αριθμός των παιδιών τους κυμαίνονταν από 0 έως 8 με μέση τιμή τα 3,84 παιδιά. Ο αριθμός των αδελφών τους κυμαίνονταν από 1 έως 7 με μέση τιμή τα 4,41 αδέρφια. Αναφορικά με τον τόπο της διαμονής τους το 38,8% κατοικούσε σε κωμόπολη / χωριό και το 61,3% σε πόλη. Η πλειονότητα δήλωσε ως θρήσκευμα Χριστιανός Ορθόδοξος 71,3% ενώ ένα σημαντικό ποσοστό δήλωσαν άθεοι 25,0% (Πίνακας 1).

Πίνακας 2: Εκπαιδευτικά και μορφωτικά χαρακτηριστικά.

Χαρακτηριστικά	n	%
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Αναλφάβητος	35	43,8%
Απόφοιτος Δημοτικού	42	52,5%
Απόφοιτος Γυμνασίου	3	3,8%

Παρακολούθηση σχολείου

Ναι 45 56,3%

Όχι 35 43,8%

Γνώση ανάγνωσης

Ναι 48 60,0%

Όχι 32 40,0%

Γνώση γραφής

Ναι 46 57,5%

Όχι 34 42,5%

Κάτι λιγότερο από τους μισούς Τσιγγάνους (Ρομά) του δείγματος ήταν αναλφάβητοι (43,8%), ενώ απόφοιτοι Δημοτικού ήταν το 52,5% και Γυμνασίου το 3,8%. Σχολείο είχε παρακολουθήσει το 56,3%, ενώ γνώση ανάγνωσης είχε το 60,0% και γνώση γραφής το 57,5% (Πίνακας 2).

Πίνακας 3: Επαγγελματικά και οικονομικά χαρακτηριστικά.

Χαρακτηριστικά	n	%
Εργασιακή κατάσταση		
Εποχικά απασχολούμενος	14	17,5%
Σταθερή εργασία	7	8,8%
Άνεργος	20	25,0%
Μη δυνάμενος για εργασία	14	17,5%
Συνταξιούχος	9	11,3%
Οικιακά	16	20,0%

Ατομικό μηνιαίο εισόδημα (ευρώ)

≤ 200	48	60,0%
201 – 500	29	36,3%
501 – 800	3	3,8%

Προέλευση εισοδήματος

Εργασία	16	20,0%
Επίδομα πρόνοιας / ανεργίας	56	70,0%
Επαιτεία	8	10,0%

Ιδιοκτησία οικίας

Ιδιόκτητη	27	33,8%
Ενοικιαζόμενη	14	17,5%
Φιλοξενία	39	48,8%

Ασφάλιση

Ναι	30	37,5%
Όχι	50	62,5%

Σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση των Τσιγγάνων (Ρομά), το 26,3% ήταν εργαζόμενοι με σταθερή ή εποχική εργασία, το 20,0% οικιακά, το 42,5% άνεργοι ή μη δυνάμενοι να εργαστούν και το 11,3% συνταξιούχοι. Οι 6 στους 10 Τσιγγάνους (Ρομά) δήλωσαν ατομικό μηνιαίο εισόδημα κάτω από 200 ευρώ. Η κύρια προέλευση του εισοδήματος ήταν για την πλειονότητα των Τσιγγάνων (Ρομά) τα επιδόματα πρόνοιας / ανεργίας (70,0%), κατόπιν η εργασία τους (20,0%) και τέλος η επαιτεία (10,0%). Σχεδόν το ήμισυ των Τσιγγάνων (Ρομά) φιλοξενούνταν σε οικία (48,8%), ενώ ιδιόκτητη οικία είχε το 33,8% και ενοικιαζόμενη το 17,5%. Ένα μεγάλο ποσοστό 62,5% δήλωσαν μη ασφαλισμένοι σε κάποιο φορέα (Πίνακας 3).

Πίνακας 4: Χαρακτηριστικά σχετικά με τις συνθήκες διαβίωσης.

Χαρακτηριστικά	n	%
Είδος οικίας		
Διαμέρισμα	4	5,0%
Μονοκατοικία	55	68,8%
Σκηνή	21	26,3%
Αριθμός στεγασμένων		
Μέση τιμή ± Σταθερή Απόκλιση	8,35 ± 2,45	
Εύρος	1 – 14	
Αριθμός δωματίων		
Μέση τιμή ± Σταθερή Απόκλιση	3,28 ± 1,36	
Εύρος	1 – 6	
Ύπαρξη μπάνιου		
Ναι	56	70,0%
Όχι	24	30,0%
Ύπαρξη κουζίνας		
Ναι	52	65,0%
Όχι	28	35,0%

Η πλειονότητα των Τσιγγάνων (Ρομά) κατοικούσε σε μονοκατοικία (68,8%) ενώ ένα σημαντικότατο ποσοστό σε σκηνές (26,3%). Σχετικά με τις ειδικότερες συνθήκες διαβίωσης, ο μέσος αριθμός των στεγασμένων ήταν 8,35 άτομα. Ο αριθμός των δωματίων της οικίας κυμαίνονταν από 1 έως 6 με μέση τιμή τα 3,28 δωμάτια. Μπάνιο διέθετε η οικία του 70,0% και κουζίνα του 65,0% των Τσιγγάνων (Πίνακας 4).

Πίνακας 5: Χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας και ύπαρξη προβλήματος υγείας.

Χαρακτηριστικά	n	%
Χρήση υπηρεσιών υγείας		
Ναι	74	92,5%
Όχι	6	7,5%
Ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας στον ίδιο		
Ναι	35	43,8%
Όχι	45	56,3%
Ύπαρξη προβλήματος υγείας σε μέλος της οικογένειας		
Ναι	57	71,3%
Όχι	23	28,7%
Νοσηλεία του ιδίου σε Νοσοκομείο		
Ναι	74	92,5%
Όχι	6	7,5%
Νοσηλεία συγγενή σε Νοσοκομείο		
Ναι	68	85,0%
Όχι	12	15,0%

Υπηρεσίες υγείας είχε χρησιμοποιήσει κάποια στιγμή η πλειονότητα των Τσιγγάνων (92,5%). Το 56,3% δεν αντιμετώπιζε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας, ενώ το 71,3% είχε κάποιο μέλος της οικογένειας του με πρόβλημα υγείας. Η πλειονότητα των Τσιγγάνων (Ρομά) είχε νοσηλευτεί σε Νοσοκομείο (92,5%) και είχε κάποιο συγγενή που νοσηλεύτηκε κάποτε σε Νοσοκομείο (85,0%) (Πίνακας 5).

Περιγραφή της Κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας

Στους Πίνακες 6 και 7 εμφανίζεται η κατανομή των απαντήσεων των 80 Τσιγγάνων (Ρομά) του δείγματος στις ερωτήσεις της Κλίμακας αξιολόγησης των αντιλήψεων, των συναισθημάτων και των πεποιθήσεων για τις δομές δημόσιας υγείας και ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Πίνακας 6: Κατανομή των απαντήσεων στις ερωτήσεις της Κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας.

Ερωτήσεις Κλίμακας	Μη ικανοποίηση / Διαφωνία	Ουδέτερο σημείο	Ικανοποίηση / Συμφωνία	Μέση τιμή ± Στ. Απόκλιση
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες στο Νοσοκομείο	71,3%	1,3%	27,5%	-1,34 ± 2,30
Ικανοποίηση από τους Ιατρούς	75,0%	1,3%	23,8%	-1,15 ± 2,01
Ικανοποίηση από τους Νοσηλευτές	72,5%	1,3%	26,3%	-1,14 ± 2,13
Στο Νοσοκομείο συμπεριφέρονται με διακρίσεις σε άτομα Ρομά	27,5%	5,0%	67,5%	-0,90 ± 1,80
Καμία υπηρεσία υγείας δεν ενδιαφέρεται για μένα και τους συγγενείς μου	35,0%	5,0%	60,0%	-0,61 ± 1,73
Δεν μπορώ να ακολουθήσω τις ιατρικές οδηγίες γιατί δεν τις καταλαβαίνω	47,5%	5,0%	47,5%	+0,01 ± 1,98
Ντρέπομαι όταν χρησιμοποιώ υπηρεσίες υγείας	48,8%	6,3%	45,0%	+0,06 ± 1,85

Βασίζομαι περισσότερο στην πρακτική Ιατρική των Ρομά	25,0%	22,5%	52,5%	-0,59 ± 1,64
Αισθάνομαι διαφορετικός από τους Γκάτζε	21,3%	28,7%	50,0%	-0,52 ± 1,47
Τα προβλήματα υγείας μου οφείλονται στον τρόπο που ζω	22,5%	10,0%	67,5%	-0,97 ± 1,81
Όταν εγώ ή συγγενής μου έχει πρόβλημα υγείας απευθυνόμαστε στον αρχηγό μας	28,8%	2,5%	68,8%	-0,90 ± 1,87
Κατά τη διάρκεια νοσηλείας έχουμε την ανάγκη να κάνουμε δώρο στο γιατρό μας	17,5%	1,3%	81,3%	+1,61 ± 1,68
Κατά τη διάρκεια νοσηλείας συγγενή μου έχω την ανάγκη να τον επισκεφτώ	21,3%	1,3%	77,5%	+1,56 ± 1,81
Αισθάνομαι ντροπή όταν αρρωσταίνω	36,3%	2,5%	61,3%	-0,81 ± 2,14

Από τις 14 ερωτήσεις της Κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας οι 10 ερωτήσεις αξιολογούνταν από τους Τσιγγάνους (Ρομά) αρνητικά, δηλαδή εξέφραζαν αρνητική συμπεριφορά, και οι 4 ερωτήσεις αξιολογούνταν θετικά, δηλαδή εξέφραζαν θετική συμπεριφορά (Πίνακας 6). Ειδικότερα:

Ερωτήσεις αρνητικής συμπεριφοράς (συνολικά 10)

Περίπου 3 στους 4 Τσιγγάνους δήλωναν μη ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου (71,3%), από τους Ιατρούς (75,0%) και από τους Νοσηλευτές (72,5%). Θεωρούν ότι στο Νοσοκομείο συμπεριφέρονται με διακρίσεις σε άτομα Ρομά (67,5%) και ότι καμία υπηρεσία υγείας δεν ενδιαφέρεται πραγματικά για αυτούς (60,0%). Λίγο παραπάνω από τους μισούς εμπιστεύονται περισσότερο την πρακτική ιατρική των Ρομά (52,5%) και το ήμισυ αισθάνονται διαφορετικοί από τους άλλους Έλληνες πολίτες, τους «Γκάτζε» (50,0%). Λίγο παραπάνω από τα 2/3 των Τσιγγάνων (Ρομά) αποδίδουν τα προβλήματα υγείας τους στον τρόπο που ζουν, δηλαδή στις συνθήκες διαβίωσής τους (67,5%). Η μεγάλη πλειονότητα

απευθύνονται στον αρχηγό τους όταν χρειαστούν εισαγωγή στο Νοσοκομείο (68,8%). Τέλος ένα σημαντικό υψηλό ποσοστό αισθάνεται ντροπή όταν αρρωστήσει (61,3%).

Ερωτήσεις θετικής συμπεριφοράς (συνολικά 4)

Με υψηλότερη ένταση, αν και αντιπροσωπεύουν το 47,5%, οι Τσιγγάνοι (Ρομά) δηλώνουν ότι κατανοούν και μπορούν να ακολουθήσουν τις ιατρικές οδηγίες. Κοντά στο ήμισυ, δεν ντρέπονται όταν χρειαστεί να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υγείας (48,8%). Η συντριπτική πλειονότητα των Τσιγγάνων (Ρομά) νιώθει την ανάγκη να κάνει ένα δώρο στο γιατρό στη διάρκεια νοσηλείας του (81,3%). Τέλος το μεγαλύτερο ποσοστό αισθάνεται την ανάγκη να επισκεφτεί ένα συγγενή του όταν αυτός νοσηλεύεται (77,5%).

Πίνακας 7: Κλίμακα στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας.

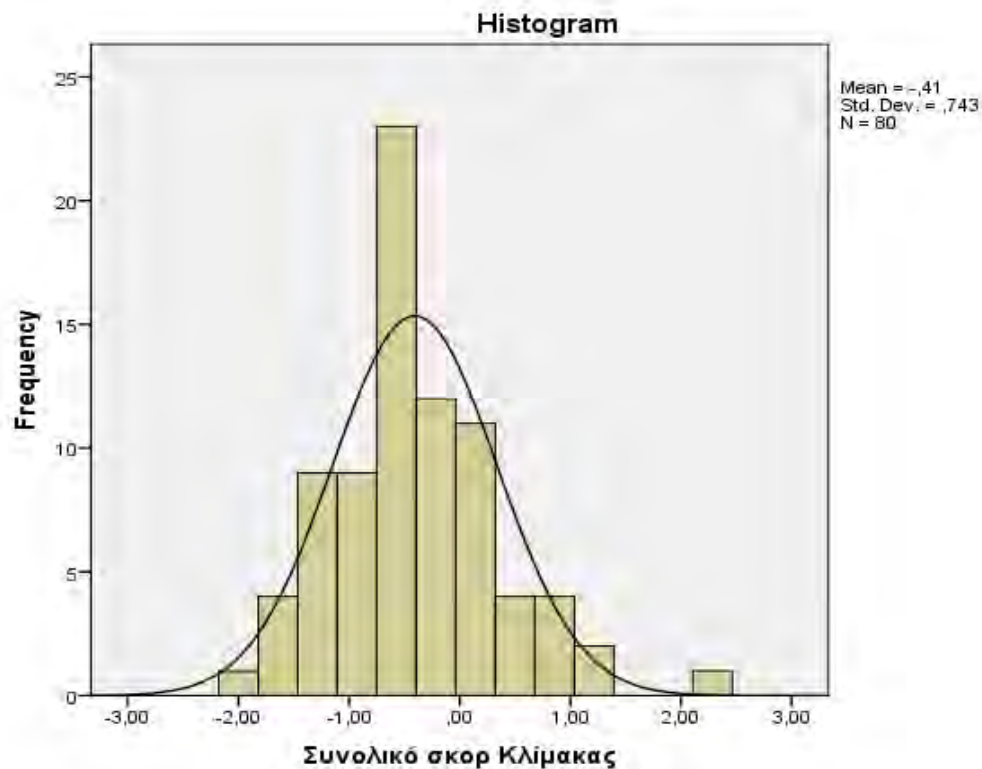
Κλίμακα στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας	Cronbach's	Μέση τιμή ±	Διάμεσος	Εύρος
	Alpha	Στ. Απόκλιση	τιμή	
Συνολικό σκορ Κλίμακας	0,60	-0,41 ± 0,74	-0,50	-2,00 έως +2,14

(θεωρητικό εύρος τιμών: -3 έως +3)

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής της Κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας εκτιμήθηκε με τον συντελεστή Cronbach's Alpha (α), η τιμή του οποίου βρέθηκε $\alpha=0,60$. Η τιμή του συντελεστή α φανερώνει ότι η Κλίμακα διαθέτει καλή αξιοπιστία, δηλαδή καλή εσωτερική συνοχή των ερωτήσεων που την συγκροτούν (Πίνακας 7).

Το συνολικό σκορ ανά ερώτηση της Κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας κυμαίνονταν από -2,00 έως +2,14 με μέση τιμή -0,41 (σταθερή απόκλιση = 0,74) και διάμεσο τιμή -0,50. Επειδή τόσο η μέση τιμή όσο και η διάμεσος τιμή του συνολικού σκορ της Κλίμακας είχαν αρνητικές τιμές και με βάση την κωδικοποίηση των απαντήσεων, προκύπτει ότι η πλειονότητα των Τσιγγάνων (Ρομά) εμφάνιζε αρνητική συμπεριφορά δηλαδή αρνητική στάση, συναισθήματα και μη ικανοποίηση από τις δομές δημόσιας υγείας και τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας (Πίνακας 7).

Μετά από τον έλεγχο κανονικότητας με το κριτήριο κατά Kolmogorov – Smirnov διαπιστώθηκε ότι το συνολικό σκορ της Κλίμακας ακολουθούσε την κανονική κατανομή ($p=0,200$). Στο σχήμα που ακολουθεί παρουσιάζεται το ιστόγραμμα συχνότητας των τιμών του συνολικού σκορ της Κλίμακας, των 80 Τσιγγάνων (Ρομά) του δείγματος.



Συσχέτιση της Κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας με τα χαρακτηριστικά των Τσιγγάνων (Ρομά)

Στους Πίνακες 8 έως 12 παρουσιάζεται ο έλεγχος της σχέσης μεταξύ της Κλίμακας αξιολόγησης των αντιλήψεων, των συναισθημάτων και των πεποιθήσεων για τις δομές δημόσιας υγείας και ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας με τα χαρακτηριστικά των Τσιγγάνων (Ρομά).

Πίνακας 8: Συσχέτιση της Κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των Τσιγγάνων (Ρομά).

Χαρακτηριστικά	Συνολικό σκορ Κλίμακας	Στατιστικός	
	ΜΤ ± ΣΑ	έλεγχος	Τιμή P
Φύλο		t=1,002	0,320
Άνδρας	-0,28 ± 0,80		
Γυναίκα	-0,46 ± 0,72		
Ηλικία (έτη)		r=0,095	0,403
Οικογενειακή κατάσταση		t=1,595	0,115
Έγγαμος	-0,51 ± 0,75		
Μη έγγαμος	-0,25 ± 0,71		
Αριθμός παιδιών		r=-0,118	0,299
Αριθμός αδελφών		r=-0,212	0,050
Τόπος διαμονής		t=0,476	0,635
Χωριό / Κωμόπολη	-0,46 ± 0,70		
Πόλη	-0,37 ± 0,78		
Θρήσκευμα		t=0,811	0,420
Χριστιανός / Μουσουλμάνος	-0,45 ± 0,77		
Άθεος	-0,29 ± 0,68		

Από τον Πίνακα 8 διαπιστώθηκαν τα κάτωθι:

- Ο **αριθμός των αδελφών** σχετίζονταν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με το συνολικό σκορ της Κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας των Τσιγγάνων (Ρομά) ($r=-0,212$ $p=0,050$). Συγκεκριμένα όσο αυξάνονταν ο αριθμός των αδελφών τόσο μειώνονταν το σκορ της Κλίμακας άρα μειώνονταν η θετική στάση, συναισθήματα και η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

- Με τα άλλα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των Τσιγγάνων (Ρομά) δεν παρατηρήθηκε σημαντική σχέση.

Πίνακας 9: Συσχέτιση της Κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας με τα εκπαιδευτικά και μορφωτικά χαρακτηριστικά των Τσιγγάνων (Ρομά).

Χαρακτηριστικά	Συνολικό σκορ Κλίμακας	Στατιστικός	
	ΜΤ ± ΣΑ	έλεγχος	Τιμή P
Επίπεδο εκπαίδευσης		t=0,044	0,965
Αναλφάβητος	-0,40 ± 0,73		
Απόφοιτος Δημοτικού / Γυμνασίου	-0,41 ± 0,76		
Παρακολούθηση σχολείου		t=0,044	0,965
Ναι	-0,41 ± 0,76		
Όχι	-0,40 ± 0,73		
Γνώση ανάγνωσης		t=0,240	0,811
Ναι	-0,42 ± 0,74		
Όχι	-0,38 ± 0,76		
Γνώση γραφής		t=0,289	0,773
Ναι	-0,43 ± 0,76		
Όχι	-0,38 ± 0,73		

Από τον Πίνακα 9 προκύπτει ότι, δεν παρατηρήθηκε σημαντική σχέση μεταξύ των εκπαιδευτικών και μορφωτικών χαρακτηριστικών των Τσιγγάνων (Ρομά) με την Κλίμακα στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 10: Συσχέτιση της Κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας με τα επαγγελματικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των Τσιγγάνων (Ρομά).

Χαρακτηριστικά	Συνολικό σκορ Κλίμακας	Στατιστικός	
	ΜΤ ± ΣΑ	έλεγχος	Τιμή P
Εργασιακή κατάσταση		t=1,058	0,300
Εργαζόμενος	-0,22 ± 1,02		
Μη εργαζόμενος	-0,47 ± 0,61		
Ατομικό μηνιαίο εισόδημα (ευρώ)		t=2,107	0,038
≤ 200	-0,55 ± 0,63		
> 200	-0,20 ± 0,85		
Προέλευση εισοδήματος		t=3,259	0,004
Εργασία	+0,21 ± 0,90		
Πρόνοια / Επίδομα ανεργ. / Επαιτεία	-0,56 ± 0,61		
Ιδιοκτησία οικίας		t=1,620	0,100
Ιδιόκτητη	-0,22 ± 0,88		
Μη ιδιόκτητη	-0,50 ± 0,65		
Ασφάλιση		t=2,779	0,008
Ναι	-0,09 ± 0,88		
Όχι	-0,59 ± 0,58		

Από τον Πίνακα 10 διαπιστώθηκαν τα κάτωθι:

- Το **ατομικό μηνιαίο εισόδημα** σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το συνολικό σκορ της Κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας των Τσιγγάνων (Ρομά) ($p=0,038$). Συγκεκριμένα οι Τσιγγάνοι (Ρομά) με ατομικό μηνιαίο

εισοδήμα άνω των 200 ευρώ εμφάνιζαν υψηλότερο σκορ της Κλίμακας άρα περισσότερο θετική στάση, συναισθήματα και ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Τσιγγάνους (Ρομά) μικρότερου ατομικού μηνιαίου εισοδήματος.

- Η **προέλευση του εισοδήματος** σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το συνολικό σκορ της Κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας των Τσιγγάνων (Ρομά) ($p=0,004$). Συγκεκριμένα οι Τσιγγάνοι (Ρομά) των οποίων η προέλευση του εισοδήματος ήταν η εργασία εμφάνιζαν υψηλότερο σκορ της Κλίμακας άρα περισσότερο θετική στάση, συναισθήματα και ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Τσιγγάνους (Ρομά) των οποίων η προέλευση του εισοδήματος ήταν τα επιδόματα πρόνοιας ή ανεργίας καθώς και η επαιτεία.
- Η **ιδιοκτησία της οικίας** σχετίζονταν οριακά στατιστικά σημαντικά με το συνολικό σκορ της Κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας των Τσιγγάνων (Ρομά) ($p=0,100$). Συγκεκριμένα οι Τσιγγάνοι (Ρομά) με ιδιόκτητη οικία εμφάνιζαν οριακά υψηλότερο σκορ της Κλίμακας άρα περισσότερο θετική στάση, συναισθήματα και ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Τσιγγάνους (Ρομά) με μη ιδιόκτητη οικία.
- Η **ύπαρξη ασφάλισης** σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το συνολικό σκορ της Κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας των Τσιγγάνων (Ρομά) ($p=0,008$). Συγκεκριμένα οι Τσιγγάνοι (Ρομά) με ασφάλιση εμφάνιζαν υψηλότερο σκορ της Κλίμακας άρα περισσότερο θετική στάση, συναισθήματα και ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Τσιγγάνους (Ρομά) χωρίς ασφάλιση.
- Με τα άλλα επαγγελματικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των Τσιγγάνων (Ρομά) δεν παρατηρήθηκε σημαντική σχέση.

Πίνακας 11: Συσχέτιση της Κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας με τα χαρακτηριστικά σχετικά με τις συνθήκες διαβίωσης των Τσιγγάνων (Ρομά).

Χαρακτηριστικά	Συνολικό σκορ Κλίμακας		Στατιστικός
	ΜΤ ± ΣΑ		έλεγχος
			Τιμή P
Είδος οικίας			F=2,652 0,077

Διαμέρισμα (1)	+0,41 ± 0,57		
Μονοκατοικία (2)	-0,45 ± 0,78		
Σκηνή (3)	-0,45 ± 0,60		
Post Hoc Test	(1) > (2)		0,025
	(1) > (3)		0,033
Αριθμός στεγασμένων		r=-0,304	0,006
Αριθμός δωματίων		r=0,265	0,017
Ύπαρξη μπάνιου		t=0,082	0,935
Ναι	-0,40 ± 0,80		
Όχι	-0,42 ± 0,60		
Ύπαρξη κουζίνας		t=0,140	0,889
Ναι	-0,41 ± 0,81		
Όχι	-0,39 ± 0,60		

Από τον Πίνακα 11 διαπιστώθηκαν τα κάτωθι:

- Το **είδος της οικίας** σχετίζονταν οριακά στατιστικά σημαντικά με το συνολικό σκορ της Κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας των Τσιγγάνων (Ρομά) ($p=0,077$). Συγκεκριμένα οι Τσιγγάνοι (Ρομά) που διέμεναν σε διαμέρισμα εμφάνιζαν υψηλότερο σκορ της Κλίμακας άρα περισσότερο θετική στάση, συναισθήματα και ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Τσιγγάνους (Ρομά) που διέμεναν σε μονοκατοικία ($p=0,025$) και σε σκηνή ($p=0,033$).
- Ο **αριθμός των στεγασμένων ατόμων** σχετίζονταν αρνητικά στατιστικά σημαντικά με το συνολικό σκορ της Κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας των Τσιγγάνων (Ρομά) ($r=-0,304$ $p=0,006$). Συγκεκριμένα όσο αυξάνονταν ο αριθμός των στεγασμένων ατόμων τόσο μειώνονταν το σκορ της Κλίμακας άρα μειώνονταν η θετική στάση, συναισθήματα και η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

- Ο αριθμός των δωματίων της οικίας σχετίζονταν θετικά στατιστικά σημαντικά με το συνολικό σκορ της Κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας των Τσιγγάνων (Ρομά) ($r=0,265$ $p=0,017$). Συγκεκριμένα όσο αυξάνονταν ο αριθμός των δωματίων της οικίας τόσο αυξάνονταν το σκορ της Κλίμακας άρα αυξάνονταν η θετική στάση, συναισθήματα και η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.
- Με τα άλλα χαρακτηριστικά σχετικά με τις συνθήκες διαβίωσης των Τσιγγάνων (Ρομά) δεν παρατηρήθηκε σημαντική σχέση.

Πίνακας 12: Συσχέτιση της Κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας με τα χαρακτηριστικά σχετικά με τη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας και την ύπαρξη προβλήματος υγείας των Τσιγγάνων (Ρομά).

Χαρακτηριστικά	Συνολικό σκορ Κλίμακας	Στατιστικός	
	ΜΤ ± ΣΑ	έλεγχος	Τιμή Ρ
Χρήση υπηρεσιών υγείας		t=2,089	0,040
Ναι	-0,45 ± 0,70		
Όχι	+0,19 ± 1,02		
Χρόνιο πρόβλημα υγείας στον ίδιο		t=0,279	0,781
Ναι	-0,43 ± 0,70		
Όχι	-0,39 ± 0,78		
Προβλήματος υγείας σε μέλος της οικογένειας		t=2,339	0,022
Ναι	-0,53 ± 0,67		
Όχι	-0,11 ± 0,85		
Νοσηλεία του ιδίου σε Νοσοκομείο		t=3,003	0,004
Ναι	-0,47 ± 0,67		
Όχι	+0,43 ± 1,16		

Νοσηλεία συγγενή σε Νοσοκομείο		t=1,031	0,306
Ναι	-0,44 ± 0,74		
Όχι	-0,20 ± 0,75		

Από τον Πίνακα 12 διαπιστώθηκαν τα κάτωθι:

- Η **χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας** σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το συνολικό σκορ της Κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας των Τσιγγάνων (Ρομά) ($p=0,040$). Συγκεκριμένα οι Τσιγγάνοι (Ρομά) που δεν είχαν χρησιμοποιήσει υπηρεσίες υγείας εμφάνιζαν υψηλότερο σκορ της Κλίμακας άρα περισσότερο θετική στάση, συναισθήματα και ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Τσιγγάνους (Ρομά) που είχαν χρησιμοποιήσει υπηρεσίες υγείας.
- Η **ύπαρξη προβλήματος υγείας σε μέλος της οικογένειας** σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το συνολικό σκορ της Κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας των Τσιγγάνων (Ρομά) ($p=0,022$). Συγκεκριμένα οι Τσιγγάνοι (Ρομά) που δεν είχαν μέλος της οικογένειας με πρόβλημα υγείας εμφάνιζαν υψηλότερο σκορ της Κλίμακας άρα περισσότερο θετική στάση, συναισθήματα και ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Τσιγγάνους (Ρομά) που είχαν μέλος της οικογένειας με πρόβλημα υγείας.
- Η **νοσηλεία του ιδίου σε Νοσοκομείο** σχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το συνολικό σκορ της Κλίμακας στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας των Τσιγγάνων (Ρομά) ($p=0,004$). Συγκεκριμένα οι Τσιγγάνοι (Ρομά) που δεν είχαν νοσηλευτεί σε Νοσοκομείο εμφάνιζαν υψηλότερο σκορ της Κλίμακας άρα περισσότερο θετική στάση, συναισθήματα και ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Τσιγγάνους (Ρομά) που είχαν νοσηλευτεί σε Νοσοκομείο.
- Με τα άλλα χαρακτηριστικά σχετικά με τη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας και την ύπαρξη προβλήματος υγείας των Τσιγγάνων (Ρομά) δεν παρατηρήθηκε σημαντική σχέση.

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 την ικανοποίησή των Τσιγγάνων (Ρομά), τις αντιλήψεις τους και τη στάση τους απέναντι στο δημόσιο σύστημα φροντίδας 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 της οικονομικής κρίσης στην οποία βρίσκεται η Ελλάδα και για αυτό δεν μπορούν να απαντήσουν σε συνθήκες προγενέστερες. Ένας επίσης πολύ βασικός περιορισμός της εν λόγω έρευνας είναι η μη ύπαρξη ενός αξιόπιστου εργαλείου-ερωτηματολογίου με διεθνή επιστημονική αποδοχή που θα διευκόλυνε σημαντικά τη σύγκριση των αποτελεσμάτων και των συμπερασμάτων μεταξύ μελετών σε διάφορες χώρες και σε διαφορετικές χρονικές περιόδους.

Αρχικά, ψάχνοντας στην ελληνική και την ξένη βιβλιογραφία, παρατηρήθηκε πως υπάρχει μια σημαντική διαφοροποίηση της παρούσας μελέτης. Οι περισσότερες έρευνες που διεξήχθησαν, αφορούν την γενική υγεία, τις συνθήκες διαβίωσης, μεταδοτικές ασθένειες, εμβολιαστική κάλυψη, πρόσβαση στο σύστημα υγείας κλπ. Ενώ η ικανοποίηση τους από το σύστημα υγείας δεν έχει σχεδόν καθόλου μελετηθεί παρά μόνο στην διδακτορική διατριβή (Κοτρώτσιου, 2014) για τους Ρομά της Θεσσαλίας.

Για τους Ρομά, η υγεία αποτελεί ένα περίεργο και σύνθετο θέμα. Οι παράγοντες οι οποίοι παίζουν καθοριστικό ρόλο στη γενική θεώρηση των υπηρεσιών υγείας κατά σειρά σημαντικότητας είναι η αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας, το αίσθημα της ντροπής, η αδυναμία κατανόησης των ιατρικών οδηγιών καθώς επίσης και η εμπιστοσύνη στον αρχηγό της φυλής και τις θεραπευτικές τεχνικές των Ρομά όπως φάνηκε και από την έρευνα που υλοποιήσαμε.

Σε αυτά τα στοιχεία εντοπίζεται μια σημαντική διαφοροποίηση στη νοοτροπία αυτών των ανθρώπων καθώς παλαιότερα επέλεγαν να δώσουν λύση στα ζητήματα υγείας που είχαν βάσει όσων τους έλεγε ο αρχηγός τους, ενώ στη σημερινή εποχή πολλοί εξ αυτών

επιλέγουν τις σύγχρονες υπηρεσίες υγείας. Γενικότερα, η έρευνα που υλοποιήσαμε έδειξε πως οι περισσότεροι Ρομά που ρωτήθηκαν εξέφρασαν αρνητική στάση για τις υπηρεσίες υγείας του συγκεκριμένου νοσοκομείου που μελετήσαμε. Από αυτό προκύπτει πως το μεγαλύτερο ποσοστό των Ρομά παρουσίαζε μη θετική συμπεριφορά, δηλαδή αρνητική στάση, συναισθήματα και μη ικανοποίηση από τις δομές δημόσιας υγείας και τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Σε ό,τι έχει να κάνει με τα δημογραφικά στοιχεία των ανθρώπων που μελετήσαμε στην εν λόγω έρευνα είναι πως οι περισσότεροι εξ αυτών είναι παντρεμένοι (με μέση τιμή παιδιών 3,84). Εξίσου σημαντικό γνώρισμα αυτής της μορφής είναι πως το 1/4 εξ αυτών δήλωσε πως είναι άθεοι. Από αυτά τα στοιχεία, η έρευνα μας έδειξε πως σημαντικός παράγοντας ήταν ο αριθμός των αδελφών καθώς έπαιζε καθοριστικό ρόλο στην αύξηση της κλίμακας στάσεων.

Στα εκπαιδευτικά και μορφωτικά γνωρίσματα, η έρευνα μας έδειξε πως περίπου το 44% ήταν αναλφάβητοι. Περίπου το 50% απόφοιτοι δημοτικού ενώ μόνο το 4% κατάφερε και τελείωσε το γυμνάσιο. Εξίσου σημαντικό στοιχείο είναι το γεγονός πως γνώση γραφής και ανάγνωσης είχε σχεδόν το 60%. Κάτι αντίστοιχο διακρίνεται και στην έρευνα της Κοτρώτσιου Σ. (2014), όπου το μεγαλύτερο ποσοστό (σχεδόν το 70%) ήταν αναλφάβητοι ενώ μόνο το 30% γνώριζε ανάγνωση και γραφή (Κοτρώτσιου, 2014). Από τα γνωρίσματα αυτής της μορφής που διερευνήθηκαν στην έρευνα μας, αποδείχτηκε πως δεν παρατηρήθηκε σημαντική σχέση μεταξύ των εκπαιδευτικών και μορφωτικών χαρακτηριστικών των Τσιγγάνων (Ρομά) με την Κλίμακα στάσεων, συναισθημάτων και ικανοποίησης υπηρεσιών υγείας.

Σε ό,τι έχει να κάνει με τα επαγγελματικά και οικονομικά γνωρίσματα, το 1/4 είχε σταθερή δουλειά, το 60% είχε σαν βασική πηγή εισοδήματος τα επιδόματα πρόνοιας και ανεργίας ενώ τέλος ποσοστό μεγαλύτερο από το 60% ήταν ανασφάλιστο σε κάποιον φορέα. Από αυτά τα γνωρίσματα σημαντικό ρόλο στην κλίμακα στάσεων έπαιξαν το ατομικό μηνιαίο εισόδημα (κυρίως αυτών που είχαν μεγαλύτερο εισόδημα από 200 ευρώ), η προέλευση του εισοδήματος (όταν αυτή είναι από την εργασία), η ιδιοκτησία της οικίας αλλά και η ύπαρξη ασφάλισης. Οι παραπάνω παράμετροι έπαιξαν σημαντικό ρόλο στη θετική στάση των ερωτηθέντων, κάτι το οποίο ενισχύεται και από την ερευνητική ομάδα του Heaslip (2016), όπου αναφέρεται πως οι Ρομά οι οποίοι εργάζονται με ένα σταθερό μηνιαίο εισόδημα

και είναι ασφαλισμένοι κανονικά έχουν θετικότερη στάση για τις υπηρεσίες υγείας από ότι οι υπόλοιποι Ρομά (Heaslip et al., 2016).

Όπως αναφέραμε και στο θεωρητικό κομμάτι της εργασίας μας, έτσι και στο ερευνητικό φάνηκε πως καθοριστικό ρόλο παίζει και η παράμετρος της διαβίωσης και του τρόπου που ζουν αυτοί οι άνθρωποι. Χαρακτηριστικά το 70% μένει σε μονοκατοικία, σχεδόν το 1/4 σε σκηνές, μόλις το 70% διαθέτει μπάνιο ενώ μόλις το 65% έχει κουζίνα στην οικεία του.

Από αυτά τα χαρακτηριστικά μόνο το είδος της οικίας (όσοι έμεναν σε σπίτι είχαν θετική στάση), το σύνολο των στεγασμένων ανθρώπων και το σύνολο των δωματίων έπαιζαν θετικό ρόλο στην στάση τους. Αυτό είναι κάτι το οποίο παρατηρούμε και από την ερευνητική ομάδα του Carrasco-Garrido (2011), όπου αναφέρεται πως οι Ρομά γυναίκες οι οποίες κατοικούν σε σπίτι και γενικότερα είχαν καλύτερες συνθήκες ζωής παρουσίαζαν θετικότερη στάση και δήλωναν πως ήταν περισσότερο ευχαριστημένες από τις υπηρεσίες υγείας (Carrasco-Garrido, et al., 2011).

Σε ό,τι έχει να κάνει με τις υπηρεσίες υγείας, ποσοστό μεγαλύτερο από 90% έκανε χρήση υπηρεσιών υγείας, ποσοστό μεγαλύτερο από το 56% έχει αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα υγείας, το 71,3% είχε ένα μέλος με κάποιο πρόβλημα υγείας, ενώ το 92,5% είχε νοσηλευτεί έστω και μια φορά σε νοσοκομείο. Στην θετική στάση και συμπεριφορά των ερωτηθέντων καθοριστικό ρόλο έπαιξε το εάν είχαν χρησιμοποιήσει υπηρεσίες υγείας, εάν είχαν κάποιο μέλος της οικογένειας με πρόβλημα υγείας και το εάν είχαν νοσηλευτεί.

Παρόμοια αποτελέσματα εντοπίζονται και σε διεθνές επίπεδο καθώς όπως μπορούμε να διακρίνουμε στην έρευνα της συγγραφικής ομάδας του Monasta (2008), όσοι Ρομά είχαν χρησιμοποιήσει υπηρεσίες υγείας οι ίδιοι είτε κάποιο συγγενικό τους πρόσωπο παρουσίαζαν θετικότερη συμπεριφορά για τις υπηρεσίες υγείας, σε αντίθεση με άλλους που αισθάνονταν φόβο για το πως θα αντιμετωπιστούν από τους επαγγελματίες υγείας και για αυτό επέλεξαν να λάβουν υπηρεσίες υγείας από τον αρχηγό τους (Monasta, 2008).

Γενικότερα από την έρευνα μας μπορούμε να συμπεράνουμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων αυτών εξέφραζαν αρνητική στάση για τις υπηρεσίες υγείας που τους προσφέρθηκαν κάτι που ενισχύεται από την έρευνα της Κοτρώτσιου Σ, (2014) στην οποία προέκυψε ότι οι Τσιγγάνοι (Ρομά) του δείγματος εξέφρασαν ανοιχτά αρνητικά συναισθήματα για τις παροχές της δημόσιας υγείας και τις εξυπηρετήσεις από τους επαγγελματίες υγείας –

γιατρούς και νοσηλευτές. Οι Τσιγγάνοι (Ρομά) που εκφράζουν πιο έντονα και πιο ισχυρά αυτά τα αρνητικά συναισθήματα είναι συνήθως οι αναλφάβητοι. Οι πιο μορφωμένοι Τσιγγάνοι (Ρομά) έχουν την τάση να εκφράζουν ικανοποίηση για τις υπηρεσίες που παίρνουν, ενώ δεν αισθάνονται διαφορετικοί από τους άλλους ανθρώπους (Κοτρώτσιου, 2014).

Επίσης, τα 3/4 δήλωσαν μη ικανοποιημένα από τους ιατρούς και τους νοσηλευτές, το 67,5% θεωρεί ότι στο νοσοκομείο συμπεριφέρονται με διακρίσεις ενώ το 60% θεωρούσε πως καμία από τις υπηρεσίες υγείας δεν ενδιαφέρεται πραγματικά για αυτούς, κάτι που ενισχύεται και από την έρευνα που υλοποιήθηκε από τον Μουλατζίκου (2014) όπου οι επαγγελματίες υγείας απάντησαν πως τα στερεότυπα τα οποία αφορούν τη συγκεκριμένη κοινότητα είναι βάσιμα και αληθή, ενώ απάντησαν πως οι Ρομά είναι κοινωνικά απροσάρμοστοι και πως είναι εκείνη οι οποίοι δημιουργούν τα περισσότερα προβλήματα και πως έχουν σχέση με το μεγαλύτερο ποσοστό του εργασιακού άγχους και της καθημερινής εργασιακής πίεσης (κυρίως των νοσηλευτών).

Στην ίδια έρευνα, του Μουλατζίκου (2014), αναφέρεται πως το προσωπικό στις υπηρεσίες υγείας δεν έχει την εμπιστοσύνη των Ρομά, ενώ μερικοί εξαναγκάζονται να προσαρμόζουν τη συμπεριφορά τους εξαιτίας των πολιτισμικών διαφορών. Η ίδια έρευνα αναφέρει πως υφίστανται πολλά παραδείγματα κακομεταχείρισης Ρομά πασχόντων από επαγγελματίες υγείας, εξαναγκαστική στείρωση των Ρομά γυναικών, άρνηση παροχής πρώτων βοηθειών καθώς επίσης και παντελής έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στις περισσότερες περιπτώσεις γεννήσεων από Ρομά γυναίκες (Μουλατζίκου, 2014).

Επίσης, στην έρευνα μας τα 2/3 αποδίδουν τα προβλήματα υγείας στον τρόπο ζωής τους ως επί το πλείστον στις συνθήκες διαβίωσης τους. Αυτό ενισχύεται και από την έρευνα του Gill (2010), όπου αναφέρεται η μη θετική στάση των γενικών γιατρών να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε Ρομά πάσχοντες, κυρίως όταν εκείνοι αντιμετωπίζουν και άλλα σημαντικά ζητήματα υγείας, κατά κύριο λόγο εξαιτίας της φτώχειας και του χαμηλού βιοτικού τους επιπέδου (Gill, 2010).

Κάτι αντίστοιχο αναφέρεται και στην έρευνα του Μουλατζίκου (2014), όπου τονίζεται η έλλειψη μόρφωσης και παιδείας καθώς επίσης και ο νομαδικός τρόπος ζωής των ανθρώπων αυτών, που αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες στην κατάρτιση ενός σχεδίου προληπτικής ιατρικής που θα μπορούσε να εφαρμοστεί με στόχο να εξαλειφθούν σε σημαντικό βαθμό όλα αυτά τα προβλήματα (Μουλατζίκου, 2014).

Τέλος, το 61,3% αισθάνεται ντροπή όταν αρρωστήσει, κάτι το οποίο ενισχύεται και από την έρευνα της Κοτρώτσιου Σ. (2014), όπου είχαν διερευνηθεί τα επίπεδα της εξωτερικής ντροπής των Ρομά και είχε αποδειχτεί πως οι Ρομά εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα εξωτερικής και εσωτερικής ντροπής, συγκριτικά με τα επίπεδα ντροπής του γενικού ελληνικού πληθυσμού. Αυτό ως επί το πλείστον οφείλεται στο γεγονός πως οι άνθρωποι αυτοί ανήκουν σε μια μειονότητα και για αυτό το λόγο πολλές φορές είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την ελλειμματικότητα του ανθρώπου, συνθήκη η οποία έχει άρρηκτη σχέση με το στιγματισμό αλλά και με τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και το κύρος του ανθρώπου (Κοτρώτσιου, 2014).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ζητήματα υγείας τα οποία καλούνται να αντιμετωπίσουν οι πληθυσμοί των Ρομά έχουν άρρηκτη σχέση με το κοινωνικό αλλά και το οικονομικό τους προφίλ, τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας καθώς επίσης και το μορφωτικό τους επίπεδο. Παρά το γεγονός πως ένα μεγάλο ποσοστό των ανθρώπων αυτών δουλεύει, λίγοι εξ αυτών είναι ασφαλισμένοι, με κυριότερη συνέπεια να μην έχουν την κατάλληλη πρόσβαση στα δικαιώματα ιατρικής αλλά και φαρμακευτικής περίθαλψης που απορρέουν από τον τομέα της απασχόλησης.

Η χρησιμοποίηση του βιβλιαρίου πρόνοιας προσφέρει βασικές υπηρεσίες υγείας, οι οποίες, όμως, δεν είναι εφικτό να καλύψουν πλήρως τις ανάγκες τους. Η έλλειψη αρκετών επιδημιολογικών ερευνών με στόχο την εν λόγω ομάδα αναφοράς δεν αποδίδει στις υπηρεσίες υγείας δεδομένα με στόχο την ανάπτυξη ειδικής πολιτικής στο ζήτημα υγείας των Ρομά.

Σημαντικοί παράγοντες, επίσης, είναι η έλλειψη παιδείας και αγωγής υγείας, παράγοντες οι οποίοι κρατάν τους συγκεκριμένους ανθρώπους εγκλωβισμένους σε προκαταλήψεις για τα ζητήματα πρόληψης, οικογενειακού εγκλωβισμού κλπ. Επομένως, είναι εφικτό να συμπεράνουμε πως είναι ζωτικής σημασίας η ανάγκη για πρόληψη και συμβουλευτική σε όλους τους κλάδους της υγείας. Οι πληθυσμοί αυτοί τις περισσότερες φορές εμφανίζουν υψηλά ποσοστά χρόνιων λοιμώξεων όπως για παράδειγμα ηπατίτιδες (ως επί το πλείστον εξαιτίας κακών συνθηκών υγιεινής και επιβαρημένης κληρονομικότητας) ή γαστρεντερικά νοσήματα (κυρίως εξαιτίας κακής διατροφής).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων αυτών χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας, κυρίως των νοσοκομείων αλλά και των κυριότερων υπηρεσιών πρόνοιας εξαιτίας της ασφαλιστικής κάλυψης τους για απόρους και λοιπούς δικαιούχους κοινωνικών επιδομάτων. Γενικότερα, γίνεται εύκολα αντιληπτό πως ένα από τα κυριότερα ζητήματα που υπάρχουν σε αυτό το θέμα είναι ο νομαδικός τρόπος ζωής και κατ' επέκταση η έλλειψη πλήρους ιατρικού ιστορικού. Ένα ζήτημα αυτής της μορφής είναι εφικτό να αντιμετωπιστεί με την κάρτα υγείας των Ρομά.

Ένας από τους βασικότερους σκοπούς που έχει τεθεί σε διεθνές επίπεδο είναι έως την περίοδο του 2020 να ελαττωθεί το κενό ανάμεσα στους πληθυσμούς σε ό,τι έχει να κάνει με την υγειονομική φροντίδα και να υποστηριχτεί η δράση της πλήρους ένταξης των

ανθρώπων αυτών. Εστιάζοντας σε όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω σημαντικά μέτρα τα οποία θα μπορούσαν να ληφθούν είναι η πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (κυρίως σε παιδιά και γυναίκες) και προγράμματα υγείας, ανάπτυξη κέντρων στήριξης ευπαθών ομάδων, ανάπτυξη δράσεων με στόχο την ενδυνάμωση των γυναικών Ρομά καθώς επίσης και μέτρα σε τοπικό επίπεδο.

Καταλήγοντας είναι σημαντικό να τονιστεί πως τον πιο καθοριστικό ρόλο σε όλα αυτά τον έχουν οι εξωγενείς παράγοντες, οι οποίοι επιφέρουν σημαντικές επιρροές και επιδράσεις στην υγεία των ανθρώπων αυτών. Σε αυτούς τους παράγοντες εντάσσονται οι κακές συνθήκες διαβίωσης και η παραμέλησή τους από την επίσημη Πολιτεία, με κυριότερη συνέπεια την περιορισμένη πρόσβασή τους στις δομές υγείας, την περιθωριοποίηση τους αλλά και την ύπαρξη ρατσιστικών φαινομένων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

- ❖ Βελλής Κ.Α., (2012), *Ψυχολογικά χαρακτηριστικά των τσιγγάνων και η σχέση τους με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Διπλωματική εργασία.
- ❖ Δημητρίου Μ., Πολίτου Ε., (2008), *Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Γενική Γραμματεία Εκπαίδευσης Ενηλίκων*, Ινστιτούτο Διαρκούς Εκπαίδευσης Ενηλίκων, Ειδικά προγράμματα/ Συμβουλευτική τσιγγάνων.
- ❖ Ελληνική Δημοκρατία Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, (2015), *Επιχειρησιακό Σχέδιο Δράσης για την Κοινωνική Ένταξη των Ρομά στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας*, Απρίλιος.
- ❖ Καλαφάτη Μ., Παϊκοπούλου Δ., (2011), *Νοσηλευτική Φροντίδα σε Ασθενείς Διαφορετικής Πολιτισμικής Προέλευσης σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας*, Νοσηλευτική, 50(1).
- ❖ Κείμενο αναφοράς «Salud y Comunidad Gitana» (Η Υγεία και η Κοινότητα των Ρομ). Fundacion Secretariado Gitano–Υπουργείο Υγείας και Καταναλωτικών Υποθέσεων. 2003.
- ❖ Κοτρώτσιου Σ.Α., (2014), *Διασύνδεση ψυχολογικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των Τσιγγάνων με την ποιότητα ζωής τους και η επίδραση αυτών στην φροντίδα της υγείας τους*, Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Λάρισα.
- ❖ Κοτρώτσιου Σ.Α., (2014b), *Οι πεποιθήσεις των Ρομά για την υγεία και η επίπτωση αυτών στη φροντίδα υγείας*, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος 6, Τεύχος 1, σελ. 18-23.
- ❖ Μανομενίδης Γ., (2009), *Μειονοτικοί πληθυσμοί: Απόψεις νοσηλευτικού προσωπικού*, Πολιτισμική Διαπολιτισμική διαφορετικότητα, Νοσηλευτική, 48(4), 439-446.
- ❖ Μαραθιανού Μ., Μπαλάσκα Κ., Παπαδάκη Κ., (2010), *Η διερεύνηση της πρόσβασης στην Υγεία των Τσιγγάνων γυναικών του καταυλισμού της Ν. Αλικαρνασσού*, Διπλωματική εργασία.
- ❖ Μουλατζίκος 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*, Διπλωματική εργασία, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Λάρισα.
- ❖ Μωραΐτου Μ., (2010), *Τα προβλήματα υγείας της Ελληνίδας Τσιγγάνας*, Interscientific Health Care, 2(3), σελ. 122-131.

- ❖ Ντούσας Δ., (1997), *Rom και φυλετικές διακρίσεις: στην ιστορία, την κοινωνία, την κουλτούρα, την εκπαίδευση και τα ανθρώπινα δικαιώματα*, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.
- ❖ Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, (2016), *Helping to make fundamental rights: A reality for everyone in the European Union*, European Union Agency for Fundamental Rights, FRA.
- ❖ Παραλίκας Θ., Τζαβέλας Γ., Ραφτόπουλος Β., Παπαθανασίου Ι., Λαχανά Ε., Κυπαρίση Γ., (2005), *Διερεύνηση της συμπεριφοράς των τσιγγάνων της Θεσσαλίας σε θέματα υγείας*, Νοσηλευτική, 44, σελ. 364–371
- ❖ Περιφέρεια Νοτίου Αιγίου, (2015), *Επιχειρησιακό Σχέδιο Δράσης για την Ένταξη των Ρομά, ΕΥΔ Περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου ΜΟΔ Α.Ε. - Ομάδα Υποστήριξης Δράσεων Ειδικών Ομάδων Πληθυσμού*.
- ❖ Περιφέρεια Θεσσαλίας, (2015), *Επικαιροποιημένη Περιφερειακή Στρατηγική για την Ένταξη των Ρομά στην Θεσσαλία*, Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης ΕΠ, Σεπτέμβριος, Θεσσαλία.
- ❖ Τρουμπέτα Σ., (2008), *Οι Ρομά στο σύγχρονο ελληνικό κράτος (συμβιώσεις, αναιρέσεις, απουσίες)*, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- ❖ Τσάφου Μ., (2007), *Οι δυσκολίες πρόσβασης των Ρομά στις υπηρεσίες Υγείας και Πρόνοιας*, 6η Εθνική Στρογγυλή Τράπεζα: Προβλήματα διακρίσεων στους τομείς της αγοράς εργασίας και της πρόσβασης στην Υγεία και την Κοινωνική Πρόνοια.

Διεθνή βιβλιογραφία

- ❖ Carrasco-Garrido P., López de Andrés A., Hernández B.V., Jiménez-Trujillo I., Jiménez-García R., (2011), *Health status of Roma women in Spain*, European Journal of Public Health, 21(2), pp. 793–798.
- ❖ Demakakos P., (2003), *The health status of Roma in Greece*, Project: "Health and the Gypsy Community", Final Report, Athens.
- ❖ Dostal M., Topinka J., Sram R.J., (2010), *Comparison of the health of Roma and non-Roma children living in the district of Teplice*, Int J Public Health, 55(5), pp. 435–441.
- ❖ European Roma Rights Centre, (2006), *Ambulance not on the way: the disgrace of health care for Roma in Europe*, Westimprim, Budapest.
- ❖ Foldes M.E., Covaci A., (2011), *Research on Roma health and access to healthcare: state of the art and future challenges*, International Journal of Public Health, 57(1), pp. 33–39.

- ❖ Gill F., (2010), *Developing the cultural competence of health professionals working with Gypsy Travellers*, Department of Health, pp. 34-35.
- ❖ Gyukits G., Urmos A., Csoboth C., Purebl G., (2002), *Attendance of screening by young Gypsy women*, Europe PubMed Central, 143(36), pp. 2074-2079.
- ❖ Hajioff S., McKee M., (2000), *The health of the Roma people: a review of the published literature*, Journal of Epidemiology & Community Health, 54, pp. 864-869.
- ❖ Healy J., McKee M., (2004), *Accessing Health Care, Responding to Diversity*, Oxford University Press, Oxford.
- ❖ Heaslip V., Hean S., Parker J., (2016), *The etemic model of Gypsy Roma Traveller community vulnerability: is it time to rethink our understanding of vulnerability?*, J Clin Nurs. ,pp. 5-9.
- ❖ Kolarcik P., Geckova A.M., Orosova O., van Dijk J., Reijneveld S., (2009), *To what extent does socioeconomic status explain differences in health between Roma and non-Roma adolescents in Slovakia?*, Soc Sci Med, 68(7), pp. 1279–1284.
- ❖ Kraigher A., Vidovic M., Kustec T., Skaza A., (2006), *Vaccination coverage in hard to reach Roma children in Slovenia*, Coll Antropol, 30(4), pp. 789-794.
- ❖ Laurence S., Chappuis M., Rodier P., Labaume C., Corty J., (2013), *Measles vaccination campaign among vulnerable populations during the peak of the 2011 epidemic in Marseilles*, Rev Epidemiol Sante Publique, 61(3), pp. 199–203.
- ❖ Monasta L., Andersson N., Ledogar R.J., Cockcroft A., (2008), *Minority health and small numbers epidemiology: a case study of living conditions and the health of children in 5 foreign Romá camps in Italy*, Am J Public Health, 98(11), pp 2035–2041.
- ❖ Niksić D., Kurspahić-Mujčić A., (2007), *The presence of health-risk behavior in Roma family*, Bosn J Basic Med Sci, 7(2), pp. 144–149.
- ❖ Parry G., van Cleemput P., Peters J., Walters S., Thomas K., Cooper C., (2007), *Health status of Gypsies and Travellers in England*, Journal of Epidemiology and Community Health, 6, pp. 198–204.
- ❖ Vincze Z., Derdák T., (2009), *Integrated programme for the social inclusion of Greek Roma - Hungarian and Greek situation: mutual relevance, similarities, important questions, national strategy, successes, key issues for debate*, Peer Country Report - Hungary, OSB Consortium, Vienna.

Διαδικτυακή βιβλιογραφία

- ❖ United Nations Development Programme, (2002), *Avoiding the Dependency Trap*, http://hdr.undp.org/sites/default/files/avoiding_the_dependency_trap_en.pdf

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5^η Υγειονομική Περιφέρεια
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ
«ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ»
ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΛΑΡΙΣΑΣ
«ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ»

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ
3^{ης}/ 18.04.2018 Τακτικής Συνεδρίασης του
Επιστημονικού Συμβουλίου
Της Αποκεντρωμένης Οργανικής Μονάδας Λάρισας
«ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ»

Στη Λάρισα, σήμερα 18 Απριλίου, ημέρα Τετάρτη και ώρα 13:30, παραβρέθηκαν στην αίθουσα του Διοικητικού Συμβουλίου τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου της Αποκεντρωμένης Οργανικής Μονάδας Λάρισας «ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ», σε τακτική συνεδρίαση.

Στην Συνεδρίαση παραβρέθηκαν οι εξής:
Αθανάσιος Αθανασιάδης – Πρόεδρος
Αποστολίνας Γεώργιος – Τακτικό Μέλος
Φαφούλα Αθανασία – Τακτικό Μέλος
Γκουντής Αθανάσιος – Τακτικό Μέλος
Καραγεώργιος Λάμπρος – Τακτικό Μέλος
Ζαφειρίδης Τηλέμαχος – Τακτικό Μέλος
Σκριπτάς Κωνσταντίνος – Τακτικό Μέλος
Από την Συνεδρίαση απουσίαζε ο εξής:
Παπαχατζή Μαρία – Τακτικό Μέλος

Στη συνεδρίαση παρέστη ως Γραμματέας η Τσούτσα Στέλλα
Αφού διαπιστώθηκε απαρτία, ο Πρόεδρος κηρύσσει την έναρξη της Συνεδρίασης και θέτει προς συζήτηση τα παρακάτω θέματα Ημερήσιας και Εκτός Ημερήσιας Διάταξης:
Θέμα 27^ο: Διανομή ερωτηματολογίου από την Ζαχαρή Ηρώ για τη διπλωματική της εργασία σε Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών με θέμα: « Ποια είναι η αναπαράσταση και η στάση των Ρομά ασθενών για την ποιότητα από τις παρεχόμενες σ αυτούς υπηρεσίες υγείας ως νοσηλευόμενοι στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας»
προκειμένου να ολοκληρώσει τη Μεταπτυχιακή της Διατριβή στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών με τίτλο «Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Μετά από συζήτηση και σχετική ενημέρωση, το Επιστημονικό Συμβούλιο εγκρίνει την διανομή ερωτηματολογίου στο χώρο του Νοσοκομείου Π.Γ.Ν.Λ. – ΓΝ.Λ. Αποκεντρωμένη Οργανική Μονάδα έδρας Λάρισας «Κουτλιμπάνειο & Τριανταφύλλειο»

Η ανωτέρω απόφαση επικυρώνεται αυθημερόν

Ο Πρόεδρος
Αθανάσιος Αθανασιάδης



Ακριβές Αντίγραφο Πρακτικού
Τακτικής Συνεδρίασης Ε.Σ.
Η Γραμματέας του Ε.Σ.

Τσούτσα Στέλλα

Τα Μέλη
Γκουντής Αθανάσιος
Φαφούλα Αθανασία
Παπαχατζή Μαρία
Καραγεώργιος Λάμπρος
Ζαφειρίδης Τηλέμαχος
Σκριπτάς Κωνσταντίνος



Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τις σχέσεις μας με την κοινότητα, τους συγγενείς και τον εαυτό μας. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε αυτούς τους παράγοντες και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώστε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. **Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ΑΝΩΝΥΜΗ και θα διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ των πληροφοριών που δίνονται.**

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ: ____ / ____ / 2010 ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ____ / ____ / 19__ ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ
ΓΥΝΑΙΚΑ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η ΠΟΛΗ >150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ
ΧΗΡΟΣ/Α
ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΝΕΡΓΟΣ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΕΡΧΟΜΕΝΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ ΜΗ ΔΥΝΑΜΕΝΟΣ ΝΑ ΕΡΓΑΣΤΕΙ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ ΣΤΑΘΕΡΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ
ΦΟΙΤΗΤΗΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ ΟΙΚΙΑΚΑ

ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ: ΧΡΙΣΤ. ΟΡΘΟΔΟΞΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ: _____ ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΔΕΛΦΩΝ: _____
ΜΟΥΣΟΥΛΜΑΝΟΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΣΧΟΛΕΙΟΥ: ΝΑΙ ΟΧΙ
ΑΘΕΟΣ ΓΝΩΣΗ ΑΝΑΓΝΩΣΗΣ: ΝΑΙ ΟΧΙ
ΑΛΛΟ _____ ΓΝΩΣΗ ΓΡΑΦΗΣ: ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΙΔΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΤΕΓΑΣΜΕΝΩΝ: _____
ΜΟΝΟΚΑΤΟΙΚΙΑ ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΩΜΑΤΙΩΝ: _____
ΣΚΗΝΕΣ ΥΠΑΡΞΗ ΜΠΑΝΙΟΥ: ΝΑΙ ΟΧΙ
ΑΛΛΟ _____ ΥΠΑΡΞΗ ΚΟΥΖΙΝΑΣ: ΝΑΙ ΟΧΙ

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΙΔΙΟΚΤΗΤΗ ΚΑΤΟΧΗ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ: ΝΑΙ ΟΧΙ
ΕΝΟΙΚΙΑΖΟΜΕΝΗ ΑΤΟΜΙΚΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ: <200€ <500
ΦΙΛΟΞΕΝΙΑ <800 <1.000
ΑΛΛΟ _____

ΠΗΓΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ: ΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ: ΝΑΙ ΟΧΙ
ΠΡΟΝΟΙΑ ΔΙΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ: _____
ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΕΧΕΤΕ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΝΑΙ ΟΧΙ
ΕΠΑΓΓΕΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΦΟΡΑ ΠΟΥ ΤΗ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΑΤΕ: ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΙΔΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΙΔΟΣ ΓΙΑΤΡΟΥ: _____
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΟΓΟΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ: _____
ΑΓΡΟΤΙΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ ΧΡΟΝΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ : ΝΑΙ ΟΧΙ
ΑΛΛΟ _____ ΑΝ ΝΑΙ, ΤΙ ΑΚΡΙΒΩΣ: _____

ΥΠΑΡΞΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ: ΝΑΙ ΟΧΙ ΕΙΔΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ: _____
ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΑΣΘΕΝΕΣ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ: _____ ΥΠΑΡΞΗ ΣΤΑΘΕΡΟΥ ΙΑΤΡΟΥ: _____

ΕΧΕΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: ΝΑΙ ΟΧΙ ΣΕ ΠΟΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ: _____ ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ: _____

ΕΧΕΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΙΑΣ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ; ΝΑΙ ΟΧΙ ΣΕ ΠΟΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ: _____ ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ: _____

B

1. Πόσο ικανοποιημένος/η νοιώσατε από την εξυπηρέτηση που είχατε στο νοσοκομείο;
Καθόλου ικανοποιημένος/η -3 -2 -1 0 1 2 3 Απολύτως ικανοποιημένος/η
2. Πόσο ικανοποιημένος/η νοιώσατε από την εξυπηρέτηση που είχατε από τους γιατρούς;
Καθόλου ικανοποιημένος/η -3 -2 -1 0 1 2 3 Απολύτως ικανοποιημένος/η
3. Πόσο ικανοποιημένος/η νοιώσατε από την εξυπηρέτηση που είχατε από τους νοσηλευτές;
Καθόλου ικανοποιημένος/η -3 -2 -1 0 1 2 3 Απολύτως ικανοποιημένος/η
4. Αισθάνομαι ότι στο νοσοκομείο συμπεριφέρονται με διακρίσεις στους Ρομα
Διαφωνώ απόλυτα -3 -2 -1 0 1 2 3 Συμφωνώ απόλυτα
5. Καμία υπηρεσία υγείας δεν ενδιαφέρεται πραγματικά για μένα και τους συγγενείς μου
Διαφωνώ απόλυτα -3 -2 -1 0 1 2 3 Συμφωνώ απόλυτα
6. Συχνά, δεν μπορώ να ακολουθήσω τις οδηγίες των γιατρών γιατί δεν τις καταλαβαίνω
Διαφωνώ απόλυτα -3 -2 -1 0 1 2 3 Συμφωνώ απόλυτα
7. Όταν χρησιμοποιώ υπηρεσίες υγείας αισθάνομαι ντροπή
Διαφωνώ απόλυτα -3 -2 -1 0 1 2 3 Συμφωνώ απόλυτα
8. Εμπιστεύομαι περισσότερο την πρακτική ιατρική των Ρομα
Διαφωνώ απόλυτα -3 -2 -1 0 1 2 3 Συμφωνώ απόλυτα
9. Αισθάνομαι διαφορετικός από τους Γκιάτζε
Διαφωνώ απόλυτα -3 -2 -1 0 1 2 3 Συμφωνώ απόλυτα
10. Τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζω οφείλονται στον τρόπο που ζω
Διαφωνώ απόλυτα -3 -2 -1 0 1 2 3 Συμφωνώ απόλυτα
11. Όταν εγώ ή κάποιος συγγενής μου χρειαζόμαστε εισαγωγή σε νοσοκομείο τότε απευθυνόμαστε στον αρχηγό μας
Διαφωνώ απόλυτα -3 -2 -1 0 1 2 3 Συμφωνώ απόλυτα
12. Κατά τη διάρκεια μιας νοσηλείας αισθανόμαστε την ανάγκη να κάνουμε δώρο στο γιατρό μας
Διαφωνώ απόλυτα -3 -2 -1 0 1 2 3 Συμφωνώ απόλυτα
13. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ενός συγγενούς μου αισθάνομαι την ανάγκη να τον επισκεφτώ
Διαφωνώ απόλυτα -3 -2 -1 0 1 2 3 Συμφωνώ απόλυτα
14. Όταν αρρωσταίνω αισθάνομαι ντροπή
Διαφωνώ απόλυτα -3 -2 -1 0 1 2 3 Συμφωνώ απόλυτα
15. Γράψτε τις 5 πρώτες λέξεις που σκέφτεστε όταν ακούτε τη λέξη αρρώστια:
16. Γράψτε τις 5 πρώτες λέξεις που σκέφτεστε όταν ακούτε τη λέξη νοσοκομείο:
17. Γράψτε τις 5 πρώτες λέξεις που σκέφτεστε όταν ακούτε τη λέξη γιατρός:
18. Γράψτε τις 5 πρώτες λέξεις που σκέφτεστε όταν ακούτε τη λέξη νοσηλευτής: