



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Εύρεση Ψυχοπαθολογίας σε Σύριους πρόσφυγες που ζουν στον
Ελλαδικό χώρο»**

Γκαγκάρας Στυλιανός

Αστυνομικός

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Σωκράτης Καραουλάνης, Ψυχίατρος, στη Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημιακού νοσοκομείου
Λάρισας, Επιβλέπων καθηγητής

Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Καθηγήτρια Γενικού Τμήματος, Πανεπιστημίου Θεσσαλίας,
διευθύντρια του ΜΠΣ, Μέλος τριμελούς επιτροπής

Παραλίκας Θεοδόσης, (Πάτερ Σέργιος), Επίκουρος καθηγητής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας,
Μέλος τριμελούς επιτροπής

Λάρισα, 2020



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

"Finding Psychopathology in Syrian Refugees Living in Greece"

Υπεύθυνη Δήλωση Μεταπτυχιακού Φοιτητή: Ο κάτωθι υπογεγραμμένος φοιτητής μεταπτυχιακών σπουδών έχω επίγνωση των συνεπειών του Νόμου περί λογοκλοπής και δηλώνω υπεύθυνα ότι είμαι συγγραφέας αυτής της Διπλωματικής Εργασίας, έχω δε αναφέρει στην βιβλιογραφία μου όλες τις πηγές τις οποίες χρησιμοποίησα και έλαβα ιδέες ή δεδομένα. Δηλώνω επίσης ότι, οποιοδήποτε στοιχείο ή κείμενο το οποίο έχω ενσωματώσει στην εργασία μου προερχόμενο από Βιβλία ή άλλες εργασίες ή το διαδίκτυο, γραμμένο ακριβώς ή παραφρασμένο, το έχω πλήρως αναγνωρίσει ως πνευματικό έργο άλλου συγγραφέα και έχω αναφέρει ανελλιπώς το όνομά του και την πηγή προέλευσης.

Ο Φοιτητής Μεταπτυχιακών Σπουδών

Γκαγκάρας Στυλιανός

(Υπογραφή)

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<i>Ευχαριστίες</i>	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°	12
ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ	12
1.1 Ορισμός: Γενική Ανασκόπηση	12
1.2 Ψυχικές Διαταραχές στους Μετανάστες.....	14
1.2.1 Παράγοντες επιρροής	14
1.3 Ψυχικές Ασθένειες	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°	18
ΤΟ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ	18
2.1 Βασικές έννοιες – Ορισμοί	18
2.2 Πρόσφυγες και Δημόσια Υγεία.....	21
2.3 Ψυχική υγεία και Πρόσφυγες.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°	25
ΣΥΡΙΟΙ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ – ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	25
3.1 Γενική Ανασκόπηση.....	25
3.2 Αφηγήσεις ζωής Σύριων Προσφύγων	26
3.3 Η Συρία η πατρίδα των προσφύγων	28
3.4 Πρόσφυγες παιδιά στην Ελλάδα	29
3.5 Τα βιώματα των ανήλικων προσφύγων	31
3.6 Δομές φιλοξενίας προσφύγων.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°	35
ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	35
4.1 Μετατραυματικό Στρες (PTSD): Εισαγωγική Περιγραφή	35
4.2 Είδη συμπτωμάτων Μετατραυματικής Αγχώδης Διαταραχής (PTSD).....	38
4.3 Βασικοί τύποι θεραπείας για Μετατραυματική Αγχώδη Διαταραχή (PTSD).....	39

4.4	Ψυχική υγεία των Σύριων προσφύγων	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο		43
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ		43
5.1	Σκοπός μελέτης	43
5.2	Ερευνητική διαδικασία	43
5.3	Στατιστική μεθοδολογία	43
5.4	Δειγματοληπτική μέθοδος	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο		45
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....		45
6.1	Περιγραφική ανάλυση του δείγματος.....	45
6.2	Σχηματική απεικόνιση με ραβδογραφήματα	53
6.3	Διάγραμμα καμπύλης συχνότητας πληθυσμού και κλίμακας ερωτήσεων	61
6.4	Πίνακας στατιστικής δεδομένων.....	69
6.5	Ανάλυση αξιοπιστίας κλιμάκων.....	84
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ		86
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ		87
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....		91

Ευχαριστίες-Αφιέρωση

Την Διπλωματική μου την αφιερώνω με αγάπη στην σύντροφό μου Ελένη Καψάλη για την υποδειγματική υπομονή που έκανε μαζί μου.

Ευχαριστώ πολύ τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. ΣΩΚΡΑΤΗ ΚΑΡΑΟΥΛΑΝΗ που με εμπιστεύτηκε και μου ανέθεσε την διπλωματική μου εργασία και που ήταν για μένα φάρος ηθικού και αξιακού προσδιορισμού.

Ευχαριστώ σφόδρα την καθηγήτρια μου κα. ΣΤΥΛΙΑΝΗ ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ που με έλκυσε στο μονοπάτι της ψυχικής υγείας και που ήταν η «αιτία» να γνωρίσω αυτό το ΜΠΣ.

Ευχαριστώ πολύ τον Πανοσιολογιότατο Αρχιμανδρίτη Πατήρ Σέργιο, καθηγητή μου, που κατά την διάρκεια των σπουδών μου στάθηκε δίπλα μου ακούραστος φωτεινός εν Χριστώ καθοδηγητής.

Αφιερώνω ιδιαίτερα την διπλωματική μου εργασία στον κ. ΛΕΚΚΟΥ ΠΑΝΤΕΛΗ καθηγητή της Ανωτάτης Εκκλησιαστικής Ακαδημίας Θεσσαλονίκης, που δίχως την αμέριστη βοήθεια του δεν θα είχα φτάσει εδώ σήμερα.

Πάνω από όλα ευχαριστώ το Θεό.

«ὕπὲρ πάντων ὧν ἴσμεν καὶ ὧν οὐκ ἴσμεν, τῶν φανερῶν καὶ ἀφανῶν εὐεργεσιῶν τῶν εἰς ἡμᾶς γεγενημένων»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία 20 χρόνια παρατηρείται μία διαρκής διόγκωση του αριθμού των ξένων μεταναστών στην Ελλάδα, σημαντικός αριθμός από τους οποίους είναι παράνομοι. Η μαζική εισδοχή μεταναστών σε συνδυασμό με την έλλειψη οργάνωσης και υποδομών για την υποδοχή τους, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την υπάρχουσα κοινωνική πραγματικότητα στην Ελλάδα και δημιουργούν ψυχοπιεστικούς παράγοντες για τους ίδιους. Η κατάσταση αυτή είναι προφανές ότι επιβαρύνει την ψυχική υγεία των μεταναστών.

Από το 1989, η Ελλάδα έχει δεχτεί χιλιάδες οικονομικούς μετανάστες, ενώ από το 2010 έχει γίνει χώρα υποδοχής προσφύγων από χώρες οι οποίες βρίσκονται σε κατάσταση πολέμου. Οι πρόσφυγες συχνά βιώνουν τραυματικά γεγονότα (π.χ. θάνατο μέλους της οικογένειας ή φιλικού προσώπου σωματική, συναισθηματική ή σεξουαλική κακοποίηση) και ταυτόχρονα προσπαθούν να διαχειριστούν τη φτώχεια, την επιθετικότητα ή τον ρατσισμό κατά τη διάρκεια του ταξιδιού αλλά και μετά την εγκατάστασή τους στη χώρα υποδοχής.

Στόχος της παρούσας εργασίας, είναι να διερευνηθούν τα ψυχοπαθολογικά προβλήματα των Σύριων προσφύγων, κατά την ένταξή τους στο Ελληνικό κράτος.

Λέξεις Κλειδιά: Πρόσφυγας, Σύριος, Πόλεμος, Ψυχολογικά προβλήματα, Ασθένειες

ABSTRACT

The last 20 years have seen a steady increase in the number of foreign immigrants in Greece, a significant number of whom are illegal. The mass admission of immigrants in combination with the lack of organization and infrastructure for their reception, greatly affect the existing social reality in Greece and create psycho-stressful factors for them. This situation obviously affects the mental health of migrants.

Since 1989, Greece has accepted thousands of economic migrants, while since 2010 it has become a host country for refugees from countries at war. Refugees often experience traumatic events (eg death of a family member or friend physically, emotionally or sexually abused) and at the same time try to manage poverty, aggression or racism during and after relocation. Host country.

The aim of this paper is to investigate the psychopathological problems of Syrian refugees during their integration into the Greek state.

Key- words: Refugee, Syrian, War, Psychological problems, Diseases

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Υπάρχουν πολλοί λόγοι που οδηγούν τους ανθρώπους στη μετανάστευση. Οι σημαντικότεροι αφορούν την αναζήτηση εργασίας, τις σπουδές, τις πολιτικές διώξεις, την επανένωση με την οικογένεια, την αναζήτηση θρησκευτικής ελευθερίας κλπ.

Όποιος κι αν είναι ο λόγος, η μετανάστευση επιβαρύνει ψυχικά τον άνθρωπο, καθώς συνεπάγεται απομάκρυνση από το συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον, από το κοινωνικο-πολιτισμικό πλαίσιο, από τις συνήθειες ζωής. Κάθε στάδιο της μετανάστευσης επιβαρύνει τον ψυχισμό του μετανάστη. Πριν την αναχώρηση το άτομο μπορεί να βιώσει την πείνα, τη βία, την καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Όταν φεύγει, βιώνει την απώλεια σε όλους τους τομείς: οικογένεια, εργασία, κοινωνική θέση, υποστηρικτικά πλαίσια, αλλά και αβεβαιότητα για το μέλλον, ταλαιπωρία και κινδύνους για την υγεία του ίσως και για την ίδια τη ζωή του, κατά τη διάρκεια της μετακίνησης. Όταν εγκαθίσταται στον τόπο προορισμού, υφίσταται μία σοβαρή πολιτισμική αλλαγή στην επικοινωνία, στην εργασία, στον τρόπο ζωής, στη γλώσσα. Η συχνά βίαιη προσαρμογή του στις συνθήκες του τόπου και της διαμονής του, η ματαίωση προσδοκιών του, η ανεργία, οι προσωπικοί του φόβοι, η ξενοφοβία, ο ρατσισμός και η εχθρότητα που αντιμετωπίζει, η επίδραση της διαφορετικής κουλτούρας, τον οδηγούν πολλές φορές σε απόσυρση, ψυχοκοινωνική μειονεξία και διαταραχή της ψυχικής ισορροπίας του.

Χωρίς το δικαίωμα της επιλογής για εργασία, ίσως και για την ίδια τους την κατοικία, με έντονο το πρόβλημα της επιβίωσης, οι μετανάστες, πολύ συχνά κυνηγημένοι και βίαια ξεριζωμένοι από τις πατρογονικές τους εστίες, δεν έχουν τη δυνατότητα να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, νιώθουν ότι δεν έχουν το δικαίωμα να εκφράσουν τη θλίψη τους για τις απώλειες που έχουν υποστεί, πολλές φορές νιώθουν ενοχή για το ότι δεν μπόρεσαν να μείνουν στη χώρα τους. Κι ενώ η άφιξή τους στη χώρα φιλοξενίας ήταν ένα όνειρο, όταν αυτό πραγματοποιείται βρίσκονται μπροστά σε μια νέα πραγματικότητα, αυτήν του κοινωνικού αποκλεισμού, που εκφράζεται κυρίως με αποκλεισμό από τα κοινά, από τις καλές θέσεις εργασίας, από τις δημόσιες υπηρεσίες, από αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης, από την περίθαλψη και την εκπαίδευση για τα παιδιά τους, από κεκτημένα δικαιώματα.

Πολλές φορές, οι συνθήκες διαβίωσης είναι χειρότερες ακόμα και από την πατρίδα τους. Από την άλλη πλευρά, ακόμα κι αν θελήσουν να επιστρέψουν στην πατρίδα τους, κινδυνεύουν να βρουν κατεστραμμένα όσα άφησαν πίσω: οικογένεια, σπίτι, περιουσία. Κάτω από αυτές τις συνθήκες προβάλλει η ανάγκη διερεύνησης του θέματος της επίπτωσης της μετανάστευσης στην ψυχική υγεία αυτών των ανθρώπων.

Θέλοντας να δώσουμε έμφαση στο προσφυγικό φαινόμενο, καθώς και στην ένταξή τους στη χώρα μας, στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, γίνεται μια σύντομη περιγραφή περί του μεταναστευτικού, έτσι ώστε να καταλάβει ο αναγνώστης τη διαφορά μεταξύ πρόσφυγα και μετανάστη.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, έχουμε την αναφορά του προσφυγικού φαινομένου. Αναλύεται ο ορισμός του πρόσφυγα, ενώ περιγράφεται η σχέση των προσφύγων με τη δημόσια υγεία, καθώς επίσης περιγράφονται και οι ψυχικές ασθένειες των προσφύγων.

Στο τρίτο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στους Σύριους πρόσφυγες, με χαρακτηριστικό ότι γίνεται η περιγραφή της πατρίδας των Συρίων. Το τρίτο κεφάλαιο κλείνει με την ένταξή τους στο Ελληνικό κράτος, καθώς και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν στις δομές φιλοξενίας.

Το τέταρτο κεφάλαιο, αναφέρεται στην ψυχική υγεία των Σύριων προσφύγων, ενώ σε άλλη ενότητα περιγράφεται με σαφή τρόπο το Μεταταραυματικό στρες, καθώς και τα είδη συμπτωμάτων του. Το τέταρτο κεφάλαιο κλείνει με την αναφορά στην ψυχική υγεία των Σύριων προσφύγων.

Συνεχίζοντας στο πέμπτο κεφάλαιο, παρουσιάζουμε την ερευνητική μεθοδολογία, ενώ στο έκτο και τελευταίο κεφάλαιο, παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα της έρευνας.

Ακολουθούν τα συμπεράσματα και οι βιβλιογραφικές αναφορές.



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ

1.1 Ορισμός: Γενική Ανασκόπηση

Ως *Μετανάστευση* ορίζεται η γεωγραφική μετακίνηση πληθυσμού από μια χώρα σε άλλη οπότε και ονομάζεται εξωτερική, ενώ αντίστοιχα η μετακίνηση εντός μιας χώρας ονομάζεται εσωτερική μετανάστευση. Μπορεί να είναι εθελούσια ή βίαιη, ατομική, συλλογική ή μαζική εάν πρόκειται για πολύ μεγάλους αριθμούς, κυκλική, προσωρινή ή και μόνιμη. Η μετακίνηση μπορεί να γίνεται για οποιοδήποτε λόγο, σπουδών, εργασίας, θρησκευτική ή πολιτική δίωξη στη χώρα προέλευσης, να αφορά άτομο οποιασδήποτε ηλικίας και φύλου, ομάδα ατόμων ή οικογένειες, οποιασδήποτε γλώσσας, θρησκείας αλλά και μορφωτικού, κοινωνικού ή οικονομικού επιπέδου.

Σημαντική κατηγορία, που χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή, αποτελούν οι πρόσφυγες. Σύμφωνα με τη Σύμβαση του Ο.Η.Ε. του 1951 για το Καθεστώς των Προσφύγων, πρόσφυγας είναι *«κάθε άτομο το οποίο, επειδή έχει δικαιολογημένο φόβο δίωξης λόγω φυλής, θρησκείας, εθνικής προέλευσης, πολιτικών πεποιθήσεων ή συμμετοχής σε ιδιαίτερη κοινωνική ομάδα, βρίσκεται έξω από τη χώρα καταγωγής του και δεν μπορεί, ή εξαιτίας αυτού του φόβου δεν θέλει, να προσφύγει στην προστασία της χώρας αυτής»*. Προκειμένου για μετανάστες δεύτερης γενιάς και ομογενείς που γεννήθηκαν σε Ελληνικές παροικίες του εξωτερικού και εγκαθίστανται κατόπιν στην Ελλάδα θεωρούμε ότι πρόκειται για μετανάστευση επιστροφής προς τον τόπο καταγωγής των ατόμων. Διαφέρει από τον επαναπατρισμό στο ότι αυτός αν και πρόκειται για μετανάστευση επιστροφής, πραγματοποιείται μαζικά με πρωτοβουλία ανώτερης δημόσιας αρχής, όπως π.χ. η ανταλλαγή πληθυσμών.

Κατά τις τρεις τελευταίες δεκαετίες, και ιδιαίτερα μετά τα τέλη της δεκαετίας του 1980, η κατάρρευση αρκετών ανατολικών χωρών, η επιδείνωση της διεθνούς οικονομικής κατάστασης και ο θρησκευτικός ολοκληρωτισμός, επέφεραν δραματική αύξηση στα ρεύματα αλλοδαπών από την ανατολική και την κεντρική Ευρώπη αλλά και τον Τρίτο Κόσμο.

Η Ελλάδα, όπως και πολλές άλλες περιοχές στη δυτική και νότια Ευρώπη, γνώρισε σημαντική εισροή μεταναστών. Οι μετανάστες διασχίζουν τα Εθνικά σύνορα χωρίς να διαθέτουν τις περισσότερες φορές νόμιμα πιστοποιητικά και εγκαθίστανται προσωρινά ή σε μακροχρόνια βάση στα Ελληνικά εδάφη. Το μεγαλύτερο μέρος των μεταναστών προέρχεται από την Αλβανία, την Πολωνία, τις Φιλιππίνες, το Πακιστάν, το Ιράκ και την Αίγυπτο. Παρά το γεγονός ότι εδώ και μια δεκαετία η

μετανάστευση αποτελεί αντικείμενο ενδιαφέροντος για τις Ελληνικές αρχές, είναι ακόμα αδύνατο να εντοπισθεί με ακρίβεια ο αριθμός, ο τύπος καταγωγής και τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των μεταναστών που ζουν στην Ελλάδα.

Το γεγονός ότι δεν έχει ολοκληρωθεί η καταγραφή τους, εμποδίζει τη συλλογή έγκυρων στοιχείων. Σύμφωνα με τα ιστορικά στοιχεία που είναι διαθέσιμα, παρατηρείται μία διαρκής διόγκωση του αριθμού των ξένων μεταναστών στην Ελλάδα ιδιαίτερα τα τελευταία 20 χρόνια. Ο αριθμός τους ήταν περίπου σταθερός μέχρι το 1991 (η απογραφή του 1991 ανέφερε 167.000 αλλοδαπούς σε σύνολο πληθυσμού 10.260.000 ατόμων), πολλαπλασιάστηκε την επόμενη δεκαετία, (σύμφωνα με την απογραφή πληθυσμού του 2001 της ΕΣΥΕ, οι αλλοδαποί στο σύνολο της χώρας ανέρχονταν στις 762.191) και συνεχίζει να παρουσιάζει και σήμερα ραγδαία αύξηση με κύριο λόγο παραμονής τους την εργασία. Από το 1990 και μετά επικράτησε περίοδος μαζικής μεταναστευτικής εισροής σε δύο κύματα, με τους Αλβανικής υπηκοότητας να κυριαρχούν αρχικά και κατόπιν, μετά το 1995, το δεύτερο κύμα να αποτελείται από ένα μείγμα μεταναστών κυρίως από τα γειτονικά Βαλκανικά κράτη, το Πακιστάν, την Ινδία και την πρώην Σοβιετική Ένωση. Μετά την πτώση της Σοβιετικής Ένωσης υπήρξε μεγάλο κύμα επιστροφής πολιτικών προσφύγων του Ελληνικού εμφυλίου και ομογενών ποντίων που είχαν αποικίσει αρχικά την Μαύρη θάλασσα και τον Καύκασο και με την επέμβαση του Στάλιν διασκορπίστηκαν σε διάφορες Σοβιετικές Δημοκρατίες. Έτσι έχουμε μεγάλη επιστροφή από τη Γεωργία, το Καζακστάν και τη Ρωσία (ΕΣΥΕ, 2001).

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί επίσης εισροή προσφύγων από το Ιράκ και τη Συρία, από το Ιράν, τη Σομαλία, τη Νιγηρία, το Σουδάν, την Παλαιστίνη. Αναφέρεται ότι ενώ το 1985 υπήρχαν 3.500 εγγεγραμμένοι πρόσφυγες έως το 1992 έγιναν περίπου 61.000 ενώ υποβάλλονται κάθε χρόνο 1.000 αιτήσεις περίπου για αναγνώριση «κατάστασης πρόσφυγα» (ΕΣΥΕ, 2001).

1.2 Ψυχικές Διαταραχές στους Μετανάστες

Η φτώχεια και η περιθωριοποίηση πολλών ομάδων του πληθυσμού, σε συνδυασμό με τη μαζική εισδοχή μεταναστών από τις χώρες του λεγόμενου τρίτου κόσμου και με την παντελή έλλειψη οργάνωσης και υποδομών για την υποδοχή τους, επηρέασαν σε μεγάλο βαθμό την υπάρχουσα κοινωνική πραγματικότητα στην Ελλάδα. Σε πολλές μεγάλες πόλεις, μάλιστα, παρατηρούνται πλέον και φαινόμενα "γκετοποίησης" με κύρια χαρακτηριστικά την απομόνωση και τον διαχωρισμό ολόκληρων κοινωνικών ομάδων, με βάση την οικονομική κατάσταση ή την εθνοτική ή φυλετική καταγωγή (Μαδιανός, 2000).

1.2.1 Παράγοντες επιρροής

Η κατάσταση αυτή είναι προφανές ότι επιβαρύνει την ψυχική υγεία των μεταναστών. Σύμφωνα με το Μαδιανό, μία σειρά θεωριών έχουν αναπτυχθεί για τους παράγοντες που διαδραματίζουν μικρότερο ή μεγαλύτερο ρόλο στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών στους μετανάστες. Οι κυριότερες αναφέρονται παρακάτω:

- *Της Κοινωνικής Απομόνωσης:* Πολλοί μετανάστες ζουν μόνοι τους και αισθάνονται απομονωμένοι γεγονός στο οποίο συμβάλει και η κακή χρήση της γλώσσας.
- *Του Φύλου:* Όπως δείχνουν διάφορες μελέτες οι γυναίκες φαίνεται να έχουν υψηλότερα ποσοστά ψυχικών ασθενειών, αλλά υπάρχουν επιφυλάξεις.
- *Της Προδιάθεσης.*
- *Της Ηλικίας:* Οι μικρότερες ηλικίες είναι πιο ευάλωτες για ψυχικές ασθένειες μεν, αλλά ταυτόχρονα και πιο προσαρμοστικές στις νέες συνθήκες.
- *Της Αστυφιλίας:* Αναφέρεται στην υπόθεση συγκέντρωσης των ψυχικά ασθενών κυρίως σε αστικά κέντρα, που αποτελεί επίσης ψυχοπαιστικό γεγονός. Αξιοσημείωτη είναι και η διαπίστωση της τοποθέτησης των μεταναστών στο περιθώριο των αστικών κέντρων, σε πολιτισμικά αποστερημένες για τους ίδιους και υποβαθμισμένες περιοχές γεγονός που θεωρείται ότι προκαλεί ψυχοπαθολογίες που είναι ιδιαίτερα έντονες στη δεύτερη και τρίτη γενιά μεταναστών, μια που είναι ξένοι τόσο στην οικογενειακή αλλά και στη νέα κουλτούρα και δεν έχουν την υποστήριξη οικογενειακών δικτύων σε σχέση με τα νέα δεδομένα.
- *Της Κοινωνικής Τάξης:* Θεωρείται ότι οι κατώτερες κοινωνικές τάξεις έχουν λιγότερες πιθανότητες επιτυχίας, καθώς υπόκεινται σε περισσότερα ψυχοπαιστικά γεγονότα, οδηγώντας σε στρες και ψυχοπαθολογία.
- *Του Χρόνου παραμονής:* Η παρατεταμένη διαμονή σε ψυχοπαιστικό περιβάλλον είναι σημαντικός παράγοντας επιβάρυνσης
- *Της Πολυπαραγοντικότητας στην έκλυση ψυχοπαθολογίας.*

- *Του Πολιτιστικού παράγοντα:* Η ύπαρξη μιας οργανωμένης κοινότητας-παροικίας, θεωρείται ότι δρα προστατευτικά. Αντίστοιχα η απουσία τέτοιων στοιχείων και δικτύων οδηγεί το άτομο σε περιθωριοποίηση και ματαίωση. Βάσει της πολιτιστικής θεωρίας υπάρχει ένας αριθμός πολιτιστικών παραγόντων που μπορεί να επιτείνουν την εμφάνιση ψυχικής νόσου και έχουν αναδειχθεί επιβαρυντικά περιβαλλοντικά στοιχεία που μπορεί να προκαλούν στρες και κατά επέκταση ψυχοπαθολογία. Σε αυτά περιλαμβάνονται η κουλτούρα καταγωγής, οι συνθήκες της μετανάστευσης και η φύση της κοινωνίας της επανεγκατάστασης (Μαδιανός, 2000).

Σύμφωνα με τα πιο πάνω που αναφέρθηκαν, οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας στους μετανάστες είναι:

- Η κάθοδος στην κοινωνική ιεραρχία.
- Η έλλειψη αναγνώρισης των προσόντων (εργασιακών, εκπαιδευτικών κ.λπ.) στον τόπο προορισμού.
- Η κακή γνώση της γλώσσας του τόπου προορισμού.
- Ο αποχωρισμός από κοινωνικά, θρησκευτικά, πολιτισμικά δίκτυα, όπως είναι η οικογένεια, οι φίλοι κ.λπ.
- Η κοινωνική απομόνωση κι η έλλειψη υποστήριξης.
- Η προκατάληψη και οι κοινωνικές διακρίσεις.
- Οι τραυματικές εμπειρίες και οι συνθήκες παρατεταμένου stress. Το stress λόγω διαφοροποίησης του πολιτισμικού πλαισίου (Μαδιανός, 2000).

1.3 Ψυχικές Ασθένειες

Η ψυχική κατάσταση των μεταναστών γενικότερα θεωρείται από διάφορες έρευνες ότι είναι μέσα στα πλαίσια του φυσιολογικού, με κάποιους να ανεβάζουν τα ποσοστά στο 11,6%. Παρόλα αυτά δεν παύουν να υφίστανται ψυχοπιεστικούς παράγοντες που επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ψυχική ισορροπία τους, παράγοντες στους οποίους δεν υπόκεινται οι μόνιμοι πολίτες του κράτους υποδοχής.

Σοβαρές ενστάσεις υπάρχουν για την αξιοπιστία των ποσοστών που δίνουν οι έρευνες αυτές, δεδομένου ότι δύσκολα κάποιος μετανάστης, πόσο μάλλον κάποιος λαθρομετανάστης, προσέρχεται στις υπηρεσίες ψυχιατρικής υποστήριξης, άρα και η πλειονότητα των περιπτώσεων παραμένει χωρίς διάγνωση, παρά τα προβλήματα που υφίστανται και τους ταλαιπωρούν. Η κατάσταση στην Ελλάδα, όσον αφορά την πρόσβαση των λαθρομεταναστών στην ιατρική περίθαλψη, είναι απελπιστική. Σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Γιατροί του Κόσμου, μόνο το 6,9% των ερωτηθέντων δικαιούται θεωρητικά πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα. (Μπουφίδης, 2005).

Πιο κάτω θα αναφερθούμε στις συνηθέστερες ψυχικές ασθένειες ή συμπτώματα που έχουν διαγνωσθεί σε μετανάστες, κατά την προσέλευσή τους σε δομές ψυχικής υγείας:

- *Σχιζοφρένεια*: Σε σχέση με την έρευνα σε μετανάστες, υπεισέρχονται πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν το τελικό αποτέλεσμα, όπως η πίεση της μετανάστευσης σε νέο περιβάλλον, με αρνητική ή και εχθρική κοινωνία υποδοχής. Οι έρευνες δείχνουν ότι τα ποσοστά στις χώρες προέλευσης δεν είναι υψηλότερα από τις χώρες υποδοχής. Από την άλλη πλευρά όμως, οι δεύτερης γενεάς – απόγονοι μεταναστών, εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά γενικότερα, άρα δεν ευθύνεται κάποιος γενετικός παράγοντας αλλά κάποιος περιβαλλοντικός-κοινωνικός. Ως αιτίες αναφέρονται η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και η πολιτισμική αποστέρηση, που όλες οδηγούν στο να καθιστούν το άτομο ευάλωτο στο στρες που υφίσταται. Σε πολλές περιπτώσεις έχει παρατηρηθεί ότι η θρησκεία μπορεί να δρα προστατευτικά στην καταπολέμηση του στρες.
- *Κατάθλιψη και Άγχος*: Υπολογίζεται ότι η κατάθλιψη θα εξελιχθεί σε ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα παγκοσμίως μέσα στην επόμενη δεκαετία. Δεν είναι ξεκάθαρο τι συμβαίνει σχετικά με το στρες σε ομάδες μεταναστών, αλλά φαίνεται ότι εμφανίζονται υψηλά ποσοστά σε περιπτώσεις όπως των ξένων φοιτητών που απαιτείται ακαδημαϊκή απόδοση καθώς και σε εκείνους που είχαν μεγάλη πολιτιστική διαφορά. Η γνώση της γλώσσας και η μικρή πολιτιστική διαφορά φαίνεται ότι δρα προστατευτικά. Αντίθετα η παράνομη ή ημιπαράνομη κατάσταση των μεταναστών, αποτελεί σοβαρό επιβαρυντικό παράγοντα για την ψυχική τους ισορροπία, διότι υπάρχει συνέχεια αιωρούμενος ο φόβος της απέλασης, της αδυναμίας να τύχουν έννομης προστασίας, αλλά και της απώλειας κοινωνικών προνομίων όπως η ασφάλιση, η δουλειά, η στέγη κλπ. Ενοχοποιείται όπως αναφέραμε επίσης η ματαίωση, για την πρόκληση κατάθλιψης, μέσω της αποτυχίας επιπολιτι-

σμού και ενσωμάτωσης, με την ταυτόχρονη απουσία υποστηρικτικών δικτύων. Οικονομικά, οικογενειακά αλλά και σεξουαλικά άγχη επιβαρύνουν αντίστοιχα μια κατάσταση που δεν βρίσκει εύκολα διέξοδο εκτόνωσης, αλλά και επίλυσης ή άμβλυνσης. Αναφέρεται σε μελέτες επίσης η απώλεια libido, ειδικά σε γυναίκες μετανάστριες, σωματικό άγχος, πονοκέφαλοι, αϋπνίες, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, αλλά πιθανόν και κατάχρηση ουσιών και αλκοολισμός, ειδικά στους άρρενες.

- *Μετατραυματική Αγχώδης Διαταραχή (PTSD):* Τα τελευταία χρόνια μελετάται ολοένα και περισσότερο και τα συμπτώματά της έχουν παγκοσμιότητα. Είναι μια εξατομικευμένη αντίδραση σε μια τραυματική εμπειρία, ποικίλων μορφών που μπορεί να ξεκινά και πριν ακόμα την μετανάστευση, να επιβαρύνει την όποια προσαρμογή μπορεί να επιδείξει ο μετανάστης και να οδηγήσει σε ψυχοπαθολογικά φαινόμενα. Ειδικά οι πρόσφυγες, προερχόμενοι από βίαιη ή υποχρεωτική μετανάστευση, αναμένεται ότι θα υποφέρουν ιδιαίτερα. Μια άλλη ομάδα επίσης που ενδέχεται να υποστεί έντονα το σύνδρομο της Μετατραυματικής Αγχώδους Διαταραχής είναι παιδιά που είναι μόνα τους ή που περιορίζονται για κάποιο διάστημα σε κρατητήρια αναμονής κατά τη διάρκεια αίτησης ασύλου. (Παρσάνογλου, 2007).
- *Αυτοκτονία:* Η αυτοκτονία αποτελεί τη δραματικότερη εξέλιξη των ψυχικών ασθενειών. Είναι η τελευταία αντίδραση σε μια μεγάλη πυραμίδα συμπτωμάτων, που μπορεί να χαρακτηρίζονται από ανορεξία, διαταραχές ύπνου, αγχώδεις διαταραχές, ευερεθιστότητα κλπ. Πιο ευάλωτες εμφανίζονται οι γυναίκες, ειδικά οι ασιατικής καταγωγής σε σχέση με αυτές από την Μέση Ανατολή και την Νότιο Ευρώπη. Αυτό μπορεί να προκύπτει είτε λόγω των αναπτυγμένων δικτύων προστασίας που έχουν αυτές οι ομάδες, είτε επίσης λόγω της θρησκείας που μπορεί να δρα προστατευτικά είτε λόγω της μικρότερης πολιτιστικής διαφοράς. Σημειώνουμε επίσης ότι η σύγκρουση που υπάρχει σε τέτοιες ομάδες αυξάνει στα άτομα της δεύτερης γενιάς, καθώς αυτά βρίσκονται ανάμεσα σε διαφορετικούς πολιτισμούς, με αποτέλεσμα να αισθάνονται πως δεν ανήκουν ούτε στον ένα αλλά ούτε και στον άλλο πολιτισμό ή ομάδα, χάνοντας έτσι την προστασία της σιγουριάς που προσφέρει η πολιτιστική ταυτότητα καταγωγής στους γονείς τους, αλλά και να μην μπορούν να οικειοποιηθούν την νέα τους ταυτότητα Έτσι, αναφέρονται υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών σε δεύτερης γενιάς μετανάστες.
- *Λοιπά συμπτώματα:* Πολλές φορές, είτε στα πλαίσια των πιο πάνω νόσων είτε ανεξάρτητα, παρατηρείται άγχος αποχωρισμού, παθητικότητα, καταστολή συναισθημάτων, πένθος, θυμός ή και αναβίωση τραυματικών εμπειριών που μπορεί να έχουν συμβεί στα στάδια της προ-μεταναστευτικής περιόδου αλλά και κατά τη διάρκειά της. Επίσης εκδηλώνονται διαταραχές ύπνου, αίσθημα αβοηθησίας, αδυναμία σχολικής απόδοσης κ.ά. (Μπουφίδης, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΤΟ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ

2.1 Βασικές έννοιες - Ορισμοί

Στο προηγούμενο κεφάλαιο, έγινε μια σύντομη αναφορά στο μεταναστευτικό ζήτημα, για να μπορέσει ο αναγνώστης να καταλάβει τη διαφορά του μετανάστη με τον πρόσφυγα. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται εξ' ολοκλήρου με το προσφυγικό.

Κατά την τελευταία δεκαετία, παρατηρείται μια μεγάλη αύξηση του αριθμού των προσφύγων και μαζικές μετακινήσεις πληθυσμών προς την Ευρώπη. Αυτό βέβαια δεν συμβαίνει για πρώτη φορά, αφού και στο παρελθόν υπήρξαν μαζικές μετακινήσεις πληθυσμών που σχετίζονταν με αλλαγές συνόρων, πολεμικές συρράξεις και άλλα πολιτικά ή θρησκευτικά αίτια. Οι μετακινούμενοι πληθυσμοί διακρίνονται σε πρόσφυγες, μετανάστες, (για τους μετανάστες έγινε αναφορά στο προηγούμενο κεφάλαιο), εσωτερικά εκτοπισμένους.

Παρά το γεγονός ότι και οι τρεις ομάδες αφορούν πληθυσμούς που εγκαταλείπουν τις εστίες τους, τυγχάνουν διαφορετικού βαθμού προστασίας από τη χώρα τους. Έτσι, οι πρόσφυγες δεν έχουν καμιά προστασία από τη χώρα τους, οι εσωτερικά εκτοπισμένοι παραμένουν νομικά υπό την προστασία της χώρας τους, ενώ οι μετανάστες αποφασίζουν ελεύθερα την απομάκρυνση από τη χώρα τους, αναζητώντας να βελτιώσουν τη ζωή τους. (Παπαδοπούλου, 2007).

Η έννοια του ασύλου θεμελιώθηκε, για πρώτη φορά, στις χώρες της Ευρώπης πριν από 67 χρόνια, με την εφαρμογή της Συνθήκης της Γενεύης (1951) για το καθεστώς των προσφύγων. Με τη συνθήκη αυτή, ορίζεται ποιος μπορεί να αποκαλείται πρόσφυγας, καθώς και τα δικαιώματα των ατόμων, στους οποίους χορηγείται άσυλο, μαζί με τις υποχρεώσεις των κρατών που το παρέχουν.

Σύμφωνα με το άρθρο 1. της Σύμβασης της Γενεύης (1951), που αργότερα τροποποιήθηκε από το πρωτόκολλο της Ν. Υόρκης (1967), Πρόσφυγας θεωρείται ένα άτομο που βρίσκεται έξω από το κράτος του οποίου είναι πολίτης, εξαιτίας δικαιολογημένου φόβου ότι εκεί θα υποστεί διωγμούς λόγω της φυλής, της θρησκείας, ή της εθνικότητας του ή εξαιτίας της ιδιότητας μέλους μιας ιδιαίτερης κοινωνικής ομάδας, ή εξαιτίας των πολιτικών του απόψεων (πολιτικός πρόσφυγας). Επιπλέον, του είναι αδύνατον να εξασφαλίσει προστασία από τη χώρα του ή εξαιτίας του φόβου αυτού, δεν επιθυμεί να τεθεί υπό αυτήν την προστασία.

Με την έννοια «δίωξη», νοείται η παραβίαση θεμελιωδών δικαιωμάτων του ανθρώπου, όπως τα βασανιστήρια, η αυθαίρετη κράτηση ή η διακριτική μεταχείριση που θέτει σε κίνδυνο την επιβίωση

του διωκόμενου. Μια από τις πιο σημαντικές αρχές της Σύμβασης του 1951 είναι ότι οι πρόσφυγες δεν πρέπει να απελαύνονται ή να επιστρέφονται στα σύνορα των εδαφών όπου η ζωή ή η ελευθερία τους κινδυνεύει. Από την προστασία που δικαιούνται οι πρόσφυγες εξαιρούνται: οι στρατιώτες, οι εγκληματίες πολέμου και οι τρομοκράτες.

Μια σημαντική διάκριση που σχετίζεται με τους πρόσφυγες αφορά τον φορέα αναγνώρισης της προσφυγικής ιδιότητας (<http://asylo.gov.gr/wpcontent/uploads/2016/11/final>).

Έτσι, οι πρόσφυγες διακρίνονται σε «πρόσφυγες της Σύμβασης», όταν αναγνωρίζονται από τη χώρα υποδοχής με βάση τη Σύμβαση της Γενεύης, και σε «πρόσφυγες εντολής», όταν αναγνωρίζονται από την Ύπατη Αρμοστεία του Ο.Η.Ε., είτε σε διαφωνία με την απόφαση του κράτους υποδοχής είτε σε κράτη που δεν είναι μέλη της Σύμβασης της Γενεύης. Η Ύπατη Αρμοστεία του Ο.Η.Ε. για τους πρόσφυγες αποτελεί μια υπηρεσία που θεσμοθετήθηκε το 1950. Η δράση της ξεκίνησε ένα χρόνο αργότερα, αποσκοπώντας στην παροχή βοήθειας και προστασίας στους πρόσφυγες. Βασικό της έργο είναι η εξασφάλιση του δικαιώματος κάθε διωκόμενου ατόμου να αιτηθεί ασύλου και να τύχει προστασίας σε μια άλλη χώρα, με την προοπτική της ένταξης στην εν λόγω χώρα ή του εθελοντικού επαναπατρισμού ή της μετεγκατάστασης σε τρίτη χώρα. Επιπλέον, η Ύπατη Αρμοστεία για τους πρόσφυγες αποσκοπεί στην παροχή αρωγής στις κυβερνήσεις των χωρών που υποδέχονται τους πρόσφυγες, για εξεύρεση μόνιμων λύσεων στη διαχείριση των αναγκών που προκύπτουν.

Συγκεκριμένα, με το άρθρο 35 της Σύμβασης του 1951, καλούνται οι συμβαλλόμενες χώρες να συνεργάζονται με την Ύπατη Αρμοστεία για την εφαρμογή της Συνθήκης και άλλων σχετικών νόμων και κανονισμών. Με την ευκαιρία της παγκόσμιας διάσκεψης για τους πρόσφυγες το 2001, η Ύπατη Αρμοστεία όρισε μία σειρά στόχων με την ονομασία «Ατζέντα για Προστασία», που αποτελεί οδηγό με αποδέκτες τις κυβερνήσεις και τις ανθρωπιστικές οργανώσεις. Στις αρχές του 21^{ου} αιώνα, η Ύπατη Αρμοστεία για τους Πρόσφυγες έχει βρεθεί αντιμέτωπη με μείζονες προσφυγικές κρίσεις στην Αφρική, Μέση Ανατολή και Ασία. Παράλληλα, έχει χρησιμοποιήσει την τεχνογνωσία της για την υποστήριξη των εσωτερικά εκτοπισμένων και των ανιθαγενών. Η διαδικασία αναγνώρισης του καθεστώτος του πρόσφυγα διεκπεραιώνεται από τη χώρα, στην οποία υποβάλλεται το αίτημα με βάση τη διεθνή, κοινοτική και εθνική νομοθεσία. Η πορεία του αιτήματος, πέρα από τα οριζόμενα στη σύμβαση της Γενεύης, εξαρτάται από το εσωτερικό διοικητικό και νομικό σύστημα της κάθε χώρας, καθώς και από τα χαρακτηριστικά της προσφυγικής ροής, στα οποία ανταποκρίνεται κάθε χώρα. Δεν υπάρχουν καθορισμένες ερμηνείες των διατάξεων της συνθήκης Γενεύης περί προσφύγων, με αποτέλεσμα η κάθε χώρα να τις ερμηνεύει με διαφορετικό τρόπο (Κόντης, και συν., 2005).

«Αιτών άσυλο», είναι το άτομο που έχει υποβάλει αίτημα να αναγνωριστεί ως πρόσφυγας, αλλά το αίτημά του δεν έχει αξιολογηθεί οριστικά. Ο όρος αναφέρεται στο χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από την υποβολή του αιτήματος μέχρι την οριστική απόφαση, αλλά δεν προδικάζει την έκβαση της απόφασης, αφού μερικοί αιτούντες άσυλο, θα αναγνωρισθούν ως πρόσφυγες και άλλοι

όχι. Στην Ελλάδα το άσυλο συχνά αναφέρεται ως «πολιτικό άσυλο». Επίσης, ως συνώνυμο του όρου «πρόσφυγας», χρησιμοποιείται ο όρος «δικαιούχος διεθνούς προστασίας».

Στην Ευρωπαϊκή νομοθεσία, ο όρος «δικαιούχος διεθνούς προστασίας» καλύπτει τους αναγνωρισμένους πρόσφυγες (σε αυτούς που έχει χορηγηθεί πολιτικό άσυλο) και τους δικαιούχους επικουρικής προστασίας. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, με βάση την οδηγία 2004/83/ΕΚ, η οποία συμπληρώθηκε από την οδηγία 2011/95/ΕΕ, καθορίζεται ποια άτομα είναι επιλέξιμα για το καθεστώς της επικουρικής προστασίας. Αυτά είναι υπήκοοι τρίτης χώρας ή ανιθαγενείς, οι οποίοι θα αντιμετωπίσουν σοβαρούς κινδύνους διώξεων, εάν επιστρέψουν στη χώρα καταγωγής τους. Μεταξύ των σοβαρών κινδύνων περιλαμβάνονται:

1. Θανατική ποινή ή εκτέλεση.

2. Βασανισμοί ή απάνθρωπη μεταχείριση.

3. Απειλή κατά της ζωής του ατόμου, εξαιτίας βίας σε κατάσταση διεθνούς ή εσωτερικής σύρραξης. Πολλά κράτη έχουν υιοθετήσει ένα καθεστώς προστασίας για ανθρωπιστικούς λόγους, γνωστό ως «ανθρωπιστικό καθεστώς». Αυτό απευθύνεται σε πολίτες τρίτων χωρών ή ανιθαγενείς, των οποίων η διαμονή στη χώρα δεν εμπίπτει στις ρυθμίσεις περί διεθνούς προστασίας και οι σχετικές ρυθμίσεις έχουν Εθνικό χαρακτήρα. Ανιθαγενής είναι ένα άτομο, το οποίο κανένα κράτος δεν θεωρεί υπήκοο του, σύμφωνα με τη νομοθεσία και δεν έχει πρόσβαση στα θεμελιώδη δικαιώματα, στα οποία έχουν πρόσβαση άλλοι υπήκοοι στη χώρα καταγωγής του. Οι ανιθαγενείς ζουν σε μία κατάσταση όπου δεν υπάρχουν επισήμως και άρα δεν έχουν πρόσβαση σε δικαιώματα. Οι ανιθαγενείς μπορεί να μην έχουν μετακινηθεί από τον τόπο όπου γεννήθηκαν, ενδέχεται όμως να είναι και πρόσφυγες. Εσωτερικά εκτοπισμένοι είναι το άτομο που έχει αναγκαστεί να εγκαταλείψει την εστία του, λόγω διώξης ή εξαιτίας μιας φυσικής καταστροφής. Η διαφορά των εσωτερικά εκτοπισμένων με τους πρόσφυγες είναι ότι αυτοί παραμένουν στη χώρα τους (Κόντης, συν, 2005).

2.2 Πρόσφυγες και Δημόσια Υγεία

Από το 2015, η Ευρωπαϊκή Ένωση αντιμετωπίζει μια άνευ προηγουμένου μαζική εισροή προσφύγων, αιτούντων άσυλο και μεταναστών που ξεπερνά το 1,5 εκατομμύριο ανθρώπους, οι οποίοι εγκατέλειψαν τις χώρες τους που επλήγησαν από πολέμους και βίαιες συγκρούσεις.

Οι πληθυσμοί αυτοί προέρχονται, ως επί το πλείστον, από χώρες της Μέσης Ανατολής, όπως τη Συρία, το Αφγανιστάν, το Ιράκ, το Ιράν, αλλά και από την Αφρικανική ήπειρο. Η αιφνιδιαστική κορύφωση της προσφυγικής κρίσης σε κράτη μέλη της Ε.Ε., έχει δημιουργήσει σημαντικά προβλήματα στις τοπικές κοινωνίες, στα Εθνικά συστήματα υγείας, αλλά και στην κατάσταση υγείας των ίδιων των προσφύγων, αφού δεν υπήρξε χρονικός ορίζοντας προετοιμασίας για τη μαζική προσέλευση τους.

Για τις αρχές της Δημόσιας Υγείας των χωρών της Ε.Ε., οι προκλήσεις εστιάζονται τόσο στην παροχή αποτελεσματικής φροντίδας υγείας των προσφυγικών πληθυσμών, όσο και στη διαφύλαξη της υγείας του γηγενούς πληθυσμού. Συχνά, στις τοπικές κοινωνίες επικρατεί η αντίληψη ότι οι πρόσφυγες μεταφέρουν την απειλή διασποράς μεταδοτικών ασθενειών, παρότι δεν υπάρχει κάποια συστηματική συσχέτιση. Στην πραγματικότητα, οι πρόσφυγες που καταφθάνουν στην Ευρώπη είναι νέοι και υγιείς και οι διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται στην κατάσταση υγείας γηγενών και προσφυγικών πληθυσμών ερμηνεύονται με βάση το γεγονός ότι οι πρόσφυγες εκτίθενται σε πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου, τόσο πριν την αναχώρηση από τις χώρες τους, όσο και κατά τη διάρκεια επικίνδυνων διαδρομών και των συνθηκών διαμονής στις χώρες άφιξης.

Η όποια επιβάρυνση της υγείας των προσφύγων σχετίζεται με τη φτώχεια, τις κακές συνθήκες υγιεινής και τον συγχρωτισμό σε πολυπληθείς κλειστούς χώρους. Επίσης, λαμβάνεται υπόψη και το γεγονός ότι πολλοί πρόσφυγες ενδέχεται να έρχονται ή να διέρχονται από περιοχές με επιδημιολογικό προφίλ λοιμωδών νόσων που αποκλίνει σημαντικά από τα Ευρωπαϊκά δεδομένα. Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Ελέγχου Νοσημάτων (ECDC), το 2015, υπογράμμισε τη σημασία της καλής κατάστασης των καταλυμάτων σε χώρους υποδοχής προσφύγων, ώστε να προληφθούν οι κίνδυνοι εξάπλωσης νοσημάτων όπως ψώρα, ρικετσιώσεις ή άλλα νοσήματα που μεταδίδονται αερογενώς, υδατογενώς ή μέσω τροφίμων. Επιπλέον, οι οδηγίες του ECDC για τα κράτη μέλη της Ε.Ε., προσανατολίζονται σε διάλογη για λοιμώδη νοσήματα (ανίχνευση ενεργούς πνευμονικής φυματίωσης), επιδημιολογική επιτήρηση συνδρόμων και μαζικό εμβολιασμό, κατά προτεραιότητα σε παιδιά και εφήβους.

Στην Ελλάδα, από το 2011, θεσμοθετήθηκε το πρόγραμμα ιατρικού ελέγχου, ψυχοκοινωνικής διάγνωσης και παραπομπής αλλοδαπών για φιλοξενίας σε δομές υποστήριξης και φιλοξενίας, με υπουργική απόφαση του Ν3907/2011. Στη συνέχεια, οι διατάξεις του Ν.3907 εξειδικεύτηκαν το 2013, με υπουργική απόφαση. Σύμφωνα με αυτή την απόφαση, προβλέπεται έλεγχος του εισερχομένου προσφυγικού πληθυσμού από υγειονομικό κλιμάκιο, όπου διερευνώνται οξείες παθήσεις, γίνεται κα-

ταγραφή και ηλεκτρονική καταχώρηση του ιατρικού-εμβολιαστικού ιστορικού, εφόσον αυτό τεκμηριώνεται με επίσημα έγγραφα. Θεσμοθετημένες οδηγίες στη χώρα μας προβλέπονται για τους αιτούμενους άσυλο. Για τη βέλτιστη διασφάλιση της Δημόσιας υγείας, με τους διαθέσιμους πόρους, το ΚΕΛΠΙΝΟ πρότεινε από το Σεπτέμβριο του 2015 μία στρατηγική που περιλαμβάνει:

- Κλινική εξέταση.
- Ακτινογραφία θώρακος και επί συμπτωμάτων, εφαρμογή αλγόριθμου για διάγνωση φυματίωσης.
- Έλεγχος για ελονοσία με ταχεία δοκιμασία ανίχνευσης αντιγόνου.
- Παρασιτολογικές εξετάσεις και καλλιέργεια κοπράνων για διερεύνηση γαστρεντερικών λοιμώξεων.
- Έλεγχος για αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα, εν γνώση και με τη συγκατάθεση του ατόμου και όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο, έλεγχος για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.
- Αξιολόγηση εμβολιαστικής κάλυψης και διενέργεια των απαιτούμενων εμβολιασμών σε παιδιά και εφήβους.

Με το κλείσιμο των συνόρων της Π.Γ.Δ.Μ., το Μάρτιο του 2016, έκλεισε ουσιαστικά και ο δρόμος των Βαλκανίων προς την Ευρώπη, κρατώντας εγκλωβισμένους στην Ελλάδα πρόσφυγες που είχαν πρόθεση να μεταβούν σε χώρες της Ε.Ε. Παρά το γεγονός ότι, σχεδόν ταυτόχρονα, εφαρμόστηκε η συμφωνία μεταξύ Ε.Ε. και Τουρκίας που είχε σαν αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση των προσφυγικών ροών προς την Ελλάδα, ένας μεγάλος αριθμός προσφύγων παρέμεινε σε δομές φιλοξενίας. Για την αντιμετώπιση της κρίσιμης κατάστασης, το Υπουργείο Υγείας, με φορέα υλοποίησης το ΚΕΛΠΙΝΟ, δημιούργησε το πρόγραμμα ΡΗΙΛΟΣ «Ολοκληρωμένο Πρόγραμμα Επείγουσας Υγειονομικής Διαχείρισης για την Προσφυγική Κρίση», με σκοπό την εφαρμογή βέλτιστων πρακτικών της Ε.Ε. για την πρόληψη μετάδοσης ασθενειών και την προαγωγή της υγείας των προσφύγων.

Η εφαρμογή του προγράμματος ξεκίνησε το Σεπτέμβριο του 2016 και χρηματοδοτήθηκε με 24,5 εκατομμύρια ευρώ, στο πλαίσιο της έκτακτης βοήθειας του Ταμείου Ασύλου, Μετανάστευσης και Ένταξης (AMIF) της Γενικής Διεύθυνσης Μετανάστευσης & Εσωτερικών Υποθέσεων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Με εγκύκλιο του Γενικού Γραμματέα Δημόσιας Υγείας (18/03/2016) η οποία υιοθέτησε επακριβώς τη σχετική γνωμοδότηση της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών (09/03/2016), ορίστηκαν τα εμβόλια προτεραιότητας για τα παιδιά των προσφύγων και αιτούντων άσυλο στη χώρα μας (Υπουργείο Υγείας, Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας).

Έτσι στο πλαίσιο του προγράμματος εμβολιασμών προτεραιότητας που εφαρμόστηκε, διενεργήθηκαν εμβολιασμοί για 10 νοσήματα ως εξής:

1. Εμβολιασμός για ιλαρά-ερυθρά-παρωτίτιδα των παιδιών 12 μηνών έως 15 ετών (εμβόλιο MMR).
2. Εμβολιασμός για διφθερίτιδα-τέτανο-κοκκύτη-πολιομυελίτιδα των παιδιών ηλικίας 6 εβδομάδων έως 5 ετών, με τη μορφή του εξαδύναμου εμβολίου (που περιέχει επίσης αντιγόνα για αιμόφιλο ινφλουέντσα τύπου b και για ηπατίτιδα B, DTaP-IPVHib-HepB) ή, εναλλακτικά, με τη μορφή

του τετραδύναμου εμβολίου (DTaP-IPV). Σε ορισμένες περιπτώσεις, έγινε εμβολιασμός με τετραδύναμο εμβόλιο για διφθερίτιδα – τέτανο-κοκκύτη – πολιομυελίτιδα που συνοδεύτηκε από εμβολιασμό με τα μονοδύναμα εμβόλια αιμόφιλου ινφλουέντσας τύπου b και ηπατίτιδας B.

3. Εμβολιασμός έναντι του πνευμονιοκόκκου (συζευγμένο εμβόλιο, PCV), σε παιδιά ηλικίας 2 μηνών έως 5 ετών. Επιπλέον, σε ορισμένα κέντρα εφαρμόστηκε εμβολιασμός για ανεμοβλογιά, στο πλαίσιο της επέκτασης του προγράμματος εμβολιασμού και με πρόσθετα εμβόλια του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών, πέραν των εμβολίων προτεραιότητας. Επίσης, σε ορισμένους χώρους διαμονής, εφαρμόστηκε εμβολιασμός και έναντι της ηπατίτιδας A, ως μέτρο πρόληψης στον περίγυρο ατόμων που ασθένησαν με τη νόσο (Παπαδοπούλου, & Μπάγκαβος, 2006).

2.3 Ψυχική υγεία και Πρόσφυγες

Τις τελευταίες δεκαετίες αλλά κυρίως μετά το 2005, έχουν διενεργηθεί πάρα πολλές επιδημιολογικές μελέτες στον τομέα της ψυχικής υγείας των προσφύγων. Μία έρευνα που προσανατολίστηκε στη μελέτη της ψυχικής υγείας των προσφύγων που έχουν καταφύγει σε Ευρωπαϊκές χώρες, κατέδειξε ότι ο επιπολασμός της μετατραυματικής διαταραχής στρες ήταν 9% στους προσφυγικούς πληθυσμούς που μελετήθηκαν, ενώ 5% ήταν ο επιπολασμός για την καταθλιπτική διαταραχή.

Αυτή η άποψη οδήγησε αρκετά εσφαλμένα στην τάση να αντιμετωπίζονται οι πρόσφυγες κυρίως ως χρίζοντες ψυχικής υποστήριξης. Ο ρόλος της κληρονομικότητας στην εμφάνιση ψυχικών παθήσεων είναι πολύ σημαντικός. Ωστόσο, σε σύγχρονες ψυχιατρικές επιδημιολογικές έρευνες, έχουν μελετηθεί οι κοινωνικοοικονομικές αντιξοότητες ως εκλυτικοί παράγοντες για την εκδήλωσή τους.

Όσο αφορά τους πρόσφυγες, συχνά οι κοινωνικοί παράγοντες υγείας που επιδρούν στην ψυχική τους υγεία μελετώνται, τόσο στην φάση προ της αναγκαστικής τους αναχώρησης, όσο και κατά τη φάση της άφιξής τους, σε συνδυασμό με δημογραφικά στοιχεία, Εθνικότητα κ.ά.

Μία άλλη συγκριτική μελέτη μεταξύ γηγενούς πληθυσμού και προσφύγων κατέδειξε ότι οι προσφυγικοί πληθυσμοί εμφανίζουν μέτρια αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση νοσημάτων ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τους πρώτους. Στη μελέτη συνδέθηκε η κακή ψυχική υγεία των προσφύγων με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, όπως η ανεργία, η έλλειψη ασφαλούς στέγης κ.ά., ως παράγοντες που επιτείνουν το άγχος διαβίωσης.

Μελέτες που προσανατολίστηκαν στη διερεύνηση της ψυχικής υγείας των προσφύγων που έχουν ήδη καταφθάσει σε άλλες χώρες, κατέδειξαν ότι παράγοντες που έχουν αρνητική επίδραση στην ψυχική υγεία τους συνδέονται με τον χρόνο αναμονής της επεξεργασίας αιτημάτων ασύλου, καθώς επίσης και με την έλλειψη εισοδήματος και κοινωνικού status, την αδυναμία πρόσβασης στην αγορά εργασίας, τον κοινωνικό αποκλεισμό και τα φαινόμενα ρατσισμού. Άλλες έρευνες προσθέτουν στους

παραπάνω παράγοντες και την επιβάρυνση στην ψυχική υγεία που έχουν ήδη υποστεί οι πρόσφυγες, βιώνοντας πολέμους, συρράξεις και άλλα τραυματικά γεγονότα (Παπαδοπούλου, & Μπάγκαβος, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΣΥΡΙΟΙ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ – ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

3.1 Γενική Ανασκόπηση

Βασικό στόχο της παρούσας έρευνας αποτελεί η μελέτη της εμπειρίας Σύριων προσφύγων, επομένως κρίνεται απαραίτητη η ενδεικτική βιβλιογραφική ανασκόπηση ευρημάτων σχετικών με τις εμπειρίες και τα ζητήματα που έχουν καταγραφεί αναφορικά με τον συγκεκριμένο πληθυσμό. Σε εκτεταμένες και συστηματικές βιβλιογραφικές έρευνες σε βάσεις δεδομένων που αφορούν στην ιατρική, την ψυχολογία και τις κοινωνικές επιστήμες εντοπίζονται ζητήματα ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικού ευ ζην Σύριων προσφύγων που έχουν βιώματα πολέμου με στόχο την πληροφόρηση ειδικών ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής παρέμβασης καθώς και τον σχεδιασμό κατάλληλων προγραμμάτων. (Hassan, et. al., 2016).

Πιο συγκεκριμένα, αναφορικά με τα ζητήματα ψυχικής υγείας εμφανίζεται ένα σημαντικό εύρος δυσκολιών μεταξύ των οποίων αποτελεί η πυροδότηση προϋπαρχόντων ψυχικών δυσκολιών (π.χ. ψυχωσικά συμπτώματα) καθώς και νέων που σχετίζονται με τα βίαια γεγονότα, την εξορία, την απώλεια (π.χ. διαταραχές διάθεσης, αγχώδεις διαταραχές). Επίσης, αναδύονται ζητήματα που αφορούν στην προσαρμογή (π.χ. δυσκολίες επικοινωνίας λόγω γλώσσας) και στις συνθήκες διαβίωσης (π.χ. πρόσβαση στο σύστημα υγείας, κέντρα φιλοξενίας) στις χώρες υποδοχής μετά το βίωμα της επείγουσας ανάγκης για διαφυγή. Μελετώνται, ακόμη δυσκολίες ιδιαίτερα ευάλωτων ομάδων που συχνά παραβλέπονται, όπως άνθρωποι που υπέστησαν σεξουαλική ή έμφυλη βία, παιδιά που βίωσαν βίαια γεγονότα καθώς και ομοφυλόφιλοι, αμφιφυλόφιλοι, τρανσέξουαλ.

Οι δυσκολίες που σχετίζονται με τη γλώσσα, η δυναμική της εξουσίας που αναπτύσσεται στην υποστηρικτική/ θεραπευτική σχέση ανάμεσα στον πρόσφυγα που προέρχεται από κοινωνική μειονότητα και τον ειδικό που ανήκει στην ομάδα της κυρίαρχης κουλτούρας καθώς και το στίγμα σε σχέση με την αναζήτηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελούν μερικούς από τους παράγοντες που δυσχεραίνουν την πρόσβαση σε προγράμματα και υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Τονίζεται τέλος η αναγκαιότητα ενός πολιτισμικά ασφαλούς και αμοιβαίου σεβασμού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο οι ανάγκες των εξυπηρετούμενων και των οικογενειών τους διερευνώνται προσεκτικά. Ένα, ακόμη σημαντικό ζήτημα που μελετά η βιβλιογραφία αφορά στις συνθήκες διαβίωσης και στην ιδιότητα, το νομοθετικό δηλαδή καθεστώς με το οποίο οι πρόσφυγες αναγνωρίζονται στις χώρες υποδοχής και εντοπίζεται η επιτακτικότητα νομοθετικών ρυθμίσεων που απαντούν στις ανάγκες του

προσφυγικού πληθυσμού στις χώρες υποδοχής (Baban et. al., 2017). Συγκεκριμένα, μέσα από συνεντεύξεις με Σύριους.

3.2 Αφηγήσεις ζωής Σύριων Προσφύγων

Η παρούσα ποιοτική έρευνα υιοθετεί την αφηγηματική προσέγγιση με σκοπό να αποτυπώσει και να κατανοήσει τις ιστορίες ζωής και τις εμπειρίες των προσφύγων από τη Συρία. Η κεντρική ιδέα στην αφήγηση είναι ότι οι άνθρωποι σε μεγάλο βαθμό νοηματοδοτούν την εμπειρία τους και την επικοινωνούν σε άλλους με τη μορφή ιστοριών σε ένα ορισμένο πλαίσιο (Karayianni, 2013).

Οι αφηγήσεις μπορούν να συλλάβουν την ασάφεια, την πολυπλοκότητα και την πολλαπλότητα της εμπειρίας και να φωτίσουν ιδιαίτερα την προσωπική αλλά και την κοινωνική και πολιτισμική διάσταση. Δίνουν τη δυνατότητα να ακουστεί η φωνή ιδιαίτερα των απλών ανθρώπων ή των ευάλωτων ομάδων (όπως είναι οι πρόσφυγες), οι απόψεις των οποίων μπορεί σε διαφορετική περίπτωση να μην ακούγονταν ή να περνούσαν απαρατήρητες (Sebolt, 2010).

Σε έναν κόσμο, μάλιστα, που βρίσκεται σε συνεχή ροή, οι άνθρωποι εμφανίζουν την ανάγκη να διατηρήσουν σταθερότητα και μια αίσθηση συνέχειας μέσα από αφηγηματικές διαδικασίες που διαμορφώνουν «όλα εκείνα που παραμένουν χαοτικά, θολά και σιωπηλά». Οι αφηγήσεις καθίστανται εύκολα κατανοητές ως ιστορίες οι οποίες δομούν και οργανώνουν τα γεγονότα χρονικά με τρόπους μέσω των οποίων οι εμπειρίες των αφηγητών αποκτούν νόημα (Stephens, 2011). Οι έννοιες, μάλιστα, της αφήγησης και της ιστορίας συχνά χρησιμοποιούνται εναλλακτικά καθώς μοιράζονται ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά όπως είναι η χρονολογική σειρά και η θεματική διάταξη των γεγονότων (Feldman et al., 2004). Τα άτομα διαμορφώνουν και βιώνουν την καθημερινή τους ζωή μέσα από τις ιστορίες που αφηγούνται για την ταυτότητα των ίδιων και όσων τα περιβάλλουν (Connolly, & Clandinin, 2006).

Μέσω της αφήγησης αυτών των ιστοριών ερμηνεύουν το παρελθόν, προσπαθούν να καταστήσουν περισσότερο προβλέψιμο το μέλλον και αντανakλούν τον τρόπο που κατανοούν τις προσωπικές, κοινωνικές και πολιτειακές σχέσεις. Η αφήγηση, λοιπόν, της προσωπικής ιστορίας «παραμένει το απαραίτητο νήμα στον λαβύρινθο της χρονικότητας». Σύμφωνα με τους (Jovchelovitch & Bauer 2000), η αφήγηση ιστοριών αποτελεί στοιχειώδη μορφή ανθρώπινης επικοινωνίας στα πλαίσια της οποίας τα άτομα ανακαλούν γεγονότα και τοποθετώντας τα σε μια αλληλουχία αναζητούν νοήματα και εξηγήσεις, ενώ παράλληλα παρέχει πλούσιες περιγραφές προσωπικών βιωμάτων που εστιάζουν λεπτομερώς σε γεγονότα και πράξεις.

Η αφήγηση αποκαλύπτει ιδιαίτερες πληροφορίες σχετικά με τον χρόνο, το μέρος, το κίνητρο για τα γεγονότα καθώς και το συμβολικό σύστημα αναπαραστάσεων του αφηγητή. Επίσης, επικοινωνεί στους άλλους την κατανόηση του αφηγητή για τον κοινωνικό του κόσμο, τους προσωπικούς στόχους, τις αξίες, τη λήψη αποφάσεων, τα συναισθήματα και τις πράξεις του. Παρέχοντας, έτσι, ένα πλαίσιο για την έννοια της αφήγησης, τις ιδιότητες και τις λειτουργίες της

κρίνεται σημαντική στα πλαίσια της παρούσας έρευνας η κατανόηση του ρόλου της στην έρευνα που προσεγγίζει τις εμπειρίες ανθρώπων που βιώνουν συνθήκες προσφυγιάς.

Εμφανίζει, λοιπόν, ενδιαφέρον το γεγονός ότι οι αφηγήσεις έχουν χρησιμοποιηθεί εκτενώς από ερευνητές, ως βασικό μέσο συλλογής δεδομένων, σε περιόδους πολιτισμικών αλλαγών με στόχο τη μελέτη του πολιτισμού και της ζωής των ατόμων και των κοινοτήτων. Με αυτό τον τρόπο, η αφήγηση εξυπηρετεί και ωθεί τη διερεύνηση της ρήξης στις ζωές των προσφύγων. Μέσα από τις ιστορίες αποκαλύπτονται όχι μόνο τα γεγονότα και τα νοήματά τους αλλά και τρόποι για προχώρημα, για συνέχεια.

Η αφήγηση ιστοριών αποτελώντας έτσι, έναν τρόπο για τους ανθρώπους και τις κοινότητες να θυμούνται, να αποτυπώνουν το βίωμά τους και να επιδιώκουν την αποκατάσταση της συνέχειας και της ταυτότητάς τους, δύναται να χρησιμοποιηθεί συμβολικά ως μέσο για την αλλαγή και την ανακούφιση από τον πόνο. Η χρήση προσωπικών αφηγήσεων αποτελεί ένα πολύτιμο μέσο έρευνας και εκτίμησης της εμπειρίας προσφύγων καθώς συμβάλλει στην ουσιαστική, δυναμική και άμεση επικοινωνία της «φωνής» των προσφύγων, επιτρέπει την αποτύπωση της ιδιαιτερότητας και της πολυπλοκότητας της προσφυγικής εμπειρίας, δίνει έμφαση στις ανησυχίες των προσφύγων και ωθεί προς μια πιο δημιουργική αντιμετώπισή τους, συμβάλλει στην κάλυψη κενών αναφορικά με την γνώση ζητημάτων που υπάρχουν σε τόσο ιδιαίτερες συνθήκες, τέλος συμβάλλει στην κατανόηση τραυματικών εμπειριών των οποίων η αφήγηση δύναται να καταστεί καθαρτική (Powles, 2004).

Επομένως, αν η αφήγηση προσωπικών ιστοριών καθίσταται τόσο σημαντική για τον τρόπο που ο άνθρωπος αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και τον κόσμο, τότε χρειάζεται το πεδίο της έρευνας για τους πρόσφυγες να δίνει περισσότερη προσοχή στις ιστορίες που αφηγούνται οι πρόσφυγες για το παρελθόν, το παρόν και το μέλλον τους.

Για την καλύτερη κατανόηση των ιστοριών των Σύριων προσφύγων συμμετεχόντων, κρίθηκε σημαντικό να πραγματοποιηθεί μια συνοπτική επισκόπηση αναφορικά με το κοινωνικό, πολιτισμικό και πολιτικό πλαίσιο των συμμετεχόντων που διαμόρφωσαν και συνεχίζουν να διαμορφώνουν τις ζωές των ανθρώπων (Eastmond, 2007).

3.3 Η Συρία η πατρίδα των προσφύγων

Η Συρία αποτελεί χώρα της Μέσης Ανατολής, εκτείνεται ανάμεσα στη Μεσόγειο θάλασσα, την Αραβική έρημο και τον Ευφράτη ποταμό, ενώ συνορεύει με την Τουρκία, το Ιράκ, το Ισραήλ, την Ιορδανία και τον Λίβανο. Πρωτεύουσα της χώρας είναι η Δαμασκός. Από τους αρχαίους χρόνους αποτέλεσε σταυροδρόμι διαφόρων πολιτισμών γεγονός που συνδέεται με την πλούσια πολιτισμική και ιστορική της κληρονομιά.

Για αρκετά χρόνια η Συρία αποτέλεσε μια χώρα που εξελισσόταν οικονομικά με σημαντική άνοδο του βιοτικού επιπέδου των κατοίκων. Από τον Μάρτιο του 2011 βρίσκεται σε εξέλιξη ο λεγόμενος Συριακός Εμφύλιος Πόλεμος. Συνοπτικά, με αφορμή την εξέγερση στα πλαίσια της Αραβικής Άνοιξης που επεδίωκε την απαλλαγή των Αραβικών χωρών από τα καθεστώτα, η κυβέρνηση της Συρίας απάντησε με την καταστολή του εν λόγω κινήματος στη χώρα πυροδοτώντας ένοπλη αντίσταση στην οποία ενεπλάκησαν διάφορες πλευρές των οποίων τα συμφέροντα διαφοροποιούνταν με αποτέλεσμα τη συχνή αλλαγή στα δυναμικά των σχέσεων.

Οι άμεσα εμπλεκόμενοι στον πόλεμο είναι οι κυβερνητικές δυνάμεις, η αντιπολίτευση που χωρίστηκε αργότερα σε μετριοπαθή και ακραία και οι Κουρδική μειονότητα στο βορρά. Η σύρραξη επεκτάθηκε άμεσα και έλαβαν μέρος τόσο ανατολικές και Αραβικές χώρες, όσο και Ευρωπαϊκές και άλλες παγκόσμιες μεγάλες δυνάμεις (Η.Π.Α, Ρωσία), που ενεπλάκησαν.

Η συνεχόμενη και αυξανόμενη εμπλοκή δυνάμεων παρέτεινε τη διάρκεια της σύρραξης. Εκατομμύρια κόσμου αναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν τη χώρα με στόχο την αναζήτηση ασφαλούς τόπου. Ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, άοπλοι πολίτες, νοσοκομεία και ανθρωπιστικές οργανώσεις αποτέλεσαν, μεταξύ άλλων, θύματα του πολέμου.

Η μαζική προσφυγική ροή που καταγράφεται μέχρι σήμερα από την χώρα της Συρίας αποτελεί την μεγαλύτερη από τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Εκτιμάται ότι 4,6 εκατομμύρια ανθρώπων έχουν εκτοπιστεί από την χώρα καταγωγής τους (Yenilmez, 2016), ενώ 7,6 εκατομμύρια είναι εκτοπισμένοι εντός της Συρίας. Οι πρόσφυγες κατέφυγαν είτε σε γειτονικές χώρες, όπως Λίβανος, Ιράκ, Ιορδανία, Τουρκία είτε διαμέσου της Ελλάδας έφτασαν ή προσδοκούν να φτάσουν σε Ευρωπαϊκές χώρες.

3.4 Πρόσφυγες παιδιά στην Ελλάδα

Σύμφωνα με το Υπουργείο Προστασίας του Πολίτη το διάστημα από 1.1.2016 έως και 31.10.2016, το 46% των ατόμων που εισήλθαν στην Ελλάδα, από χερσαία και θαλάσσια σύνορα, προέρχονται από Συρία, το 24% από Αφγανιστάν, το 15% από Ιράκ, το 5% από Πακιστάν και το 3% από Ιράν . Το 64% των εισερχομένων είναι άνδρες και 36% είναι γυναίκες. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 24,5% των εισερχομένων ανδρών και 31,9% των εισερχομένων γυναικών είναι κάτω των 18 ετών (Συντονιστικό Όργανο Διαχείρισης Προσφυγικής Κρίσης, Υπουργείο Προστασίας του Πολίτη).

Ο αριθμός των παιδιών των προσφύγων καταγράφηκε τον Μάιο 2016, στο πλαίσιο του πορίσματος της Επιστημονικής Επιτροπής. Σε 40 κέντρα-δομές φιλοξενίας με 36.890 πρόσφυγες σε όλη τη χώρα, προέκυψε ότι οι ανήλικοι (0-18 ετών) αποτελούσαν το 37% περίπου του συνολικού πληθυσμού (13.677 άτομα). Σύμφωνα με τα στοιχεία της καταγραφής, τα παιδιά ηλικίας 4-15 ετών (στα οποία απευθύνεται η υποχρεωτική εκπαίδευση, προσχολική και σχολική) ήταν περίπου 8.000-8.500. Τα στοιχεία της Ύπατης Αρμοστείας του Ο.Η.Ε. για τους Πρόσφυγες επιβεβαιώνουν ότι περίπου το 37% των εισερχόμενων αλλοδαπών ήταν ανήλικοι (UNHCR, 2016).

Πρόσφατη αναφορά της Unicef εκτιμά τον αριθμό των παιδιών προσφύγων στην Ελλάδα, σε 20.300. Από αυτή την καταγραφή φαίνεται ότι υπήρξε μία μείωση παιδιών καθώς το ποσοστό τους επί του γενικού προσφυγικού πληθυσμού μειώθηκε από το 37% του 2016 σε 33%. Η μείωση αυτή οφείλεται αφενός στις μετακινήσεις προς την Ευρώπη κατά τις οποίες προηγήθηκαν οι οικογενειακές συνενώσεις και οι οικογένειες με παιδιά, αφετέρου γιατί, μετά τον Μάρτιο 2016, υπήρξε αλλαγή στο προφίλ των εισερχόμενων προσφύγων. Μετά τη συμφωνία Ευρωπαϊκής Ένωσης Τουρκίας υπάρχουν μεγαλύτερα ποσοστά νέων ανδρών, ενώ στην προηγούμενη φάση ήταν πολύ υψηλότερο το ποσοστό οικογενειών με παιδιά.

Η γεωγραφική κατανομή του προσφυγικού παιδικού πληθυσμού είναι αυτή τη στιγμή εντυπωσιακά ανισομερές, καθώς το 61% διαμένει στην Αττική και το 28% στη Βόρεια Ελλάδα. Στην Κεντρική και τη Νότια Ελλάδα έχουν πολύ μικρή ή μηδενική παρουσία, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό (6%) σχεδόν 500 παιδιών παραμένει στα νησιά (UNHCR, Επεξεργασία Επιστημονικής Επιτροπής, 2016).

Πιο συγκεκριμένα, τον Μάρτιο του 2017 κατά την Ύπατη Αρμοστεία του Ο.Η.Ε. για τους πρόσφυγες, ο εκτιμώμενος αριθμός των ασυνόδευτων ανηλίκων στη χώρα ανέρχεται σε 2.100, 92% εκ των οποίων είναι αγόρια, στην πλειονότητά τους άνω των 14 ετών (κύριες εθνικότητες: Πακιστάν, Αφγανιστάν, Συρία) ενώ 1.362 ασυνόδευτοι ανήλικοι έχουν τοποθετηθεί ή πρόκειται να μεταφερθούν άμεσα σε δομές φιλοξενίας.

Η εκτίμηση των αριθμού αυτών στηρίζεται στην ανάλυση των παραπομπών σε Κέντρα Φιλοξενίας Προσφύγων του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Εξ αυτών, σε δομές φιλοξενίας ασυνόδευτων παιδιών των συνεργαζόμενων με την UNHCR ζουν 592 παιδιά έως 18 ετών (249 στην Αττική, 94 στην Κεντρική Μακεδονία και 115 στη Λέσβο), τα 171 εκ των οποίων είναι 13-

15 ετών, ενώ 309 είναι 16-17 ετών. Έναν σχεδόν χρόνο αργότερα, τον Ιούνιο του 2018, σε ότι αφορά τα ασυνόδευτα ανήλικα, εκτιμάται ότι 3.500 παιδιά βρίσκονται στην Ελλάδα (UNHCR, 2017).

Η πλειοψηφία τους είναι αγόρια σε ποσοστό 96% ενώ ένα 4% είναι κορίτσια. Ποσοστό 5,5% των ασυνόδευτων είναι ηλικίας κάτω των 14 ετών. Ο συνολικός αριθμός των θέσεων σε δομές φιλοξενίας είναι 1091 ενώ υπάρχουν 2.745 παραπομπές ασυνόδευτων στη λίστα αναμονής για τοποθέτηση σε κάποια δομή φιλοξενίας (Υπατη Αρμοστεία του Ο.Η.Ε., 2018).

Σύμφωνα με το Υπουργείο Παιδείας, περίπου 5.300 παιδιά βρίσκονταν σε διαδικασία ένταξης στο σχολείο ενώ αναμένονται να γίνουν και νέες εγγραφές, με την έναρξη λειτουργίας καινούριων τάξεων υποδοχής. Σε 2.593 υπολογίζονται τα παιδιά ηλικίας 6-16 ετών που διαμένουν σε χώρους προσωρινής φιλοξενίας στην ενδοχώρα και τα οποία είναι ήδη σε διαδικασία ένταξης στο σχολείο. Σε περισσότερα από 2.700 υπολογίζονται τα παιδιά εντός του αστικού ιστού (σε διαμερίσματα ή ξενώνες) που έχουν ήδη εγγραφεί σε σχολεία όλης της Ελλάδας και στις δύο βαθμίδες εκπαίδευσης.

Από αυτά περίπου τα 300 βρίσκονται στα νησιά. Το 2018, περίπου 2.800 παιδιά προσφύγων και μεταναστών που διαμένουν σε ανοιχτά κέντρα φιλοξενίας συμμετείχαν στο πρόγραμμα εκπαίδευσης που χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση και εφαρμόζεται στην Ελλάδα, από τον Διεθνή Οργανισμό Μετανάστευσης (ΔΟΜ) σε συνεργασία με το υπουργείο Παιδείας. Σύμφωνα με τον (ΔΟΜ), 88 λεωφορεία με 117 συνοδούς μετέφεραν 2.800 παιδιά από 26 ανοιχτά κέντρα φιλοξενίας σε 123 σχολεία. Στα παιδιά δόθηκε και ο απαραίτητος εξοπλισμός. Η πλειονότητα των παιδιών (91%), κατάγεται από τη Συρία σε ποσοστό 35%, από το Ιράκ 31% και το Αφγανιστάν 25%, όπου και η εκπαίδευσή τους διεκόπη απότομα και τα σχολεία τους, είτε βομβαρδίστηκαν, είτε καταστράφηκαν (Δ.Ο.Μ., 2018).

Όσον αφορά αλλά χαρακτηριστικά των προσφύγων, έρευνα που έγινε από την Ένωση Περιφερειών Ελλάδος (ΕΝΠΕ) και την Κάπα Research δείχνει ότι οι πρόσφυγες στην πλειοψηφία τους είναι Σύριοι/ες (74%), άνδρες (73,8%), νέοι/ες (72,2% έως 35 ετών) και με περιορισμένη μόρφωση (61,3% με καθόλου ή έως 9ετή εκπαίδευση).

Οι πρόσφυγες που διαμένουν στα ειδικά διαμορφωμένα καταλύματα, στη χώρα τους απασχολούνταν στη βιοτεχνία (19,6%), στον δημόσιο τομέα (12,5%), στο εμπόριο (11%), σε τράπεζα ή άλλη ιδιωτική επιχείρηση (7,5%), ενώ σε γεωργικά/κτηνοτροφικά επαγγέλματα δραστηριοποιούνταν ένα 10% περίπου. Ο οικονομικά μη-ενεργός πληθυσμός (37,5%) αποτελείται από μαθητές/τριες και /φοιτητές/τριες (15,5%), ανέργους (10,8%) και νοικοκυρές (11,2%) (ΕΝΠΕ, 2018).

3.5 Τα βιώματα των ανήλικων προσφύγων

Μια ιδιαίτερα ευάλωτη κοινωνική ομάδα της κοινωνίας μας αποτελούν οι ανήλικοι/ες και οι ασυνόδευτοι/ες ανήλικοι/ες πρόσφυγες. Τα βιώματα και οι εμπειρίες της ζωής τους είναι συνήθως έντονα και τραυματικά αφού στην πλειονότητα τους αναγκάστηκαν να φύγουν από τις χώρες τους έχοντας βιώσει τον πόλεμο και την εκμετάλλευση, ταξίδεψαν κάτω από δυσμενείς συνθήκες και πολλές φορές θέτοντας σε κίνδυνο τη ζωή τους.

Οι ασυνόδευτοι/ες ανήλικοι/ες στις χώρες καταγωγής τους έχουν βιώσει τον πόλεμο, το θάνατο μελών της οικογένειάς τους, το διωγμό, τη βία, την απόδραση από αναγκαστική στρατολόγηση σε στρατιωτικές ή παραστρατιωτικές οργανώσεις και την αναγκαστική οικιακή εργασία. Αυτές οι εμπειρίες συνδυασμένες με άλλους αναπτυξιακούς παράγοντες άγχους από την παιδική και εφηβική ηλικία, αυξάνουν την πιθανότητα προβλημάτων ψυχικής υγείας (Bronstein, et. al., 2012).

Λόγω της ιδιαίτερης κατάστασής τους, οι ασυνόδευτοι/ες ανήλικοι/ες συχνά χρειάζονται ιατρική και ψυχολογική φροντίδα που τα κράτη είναι υποχρεωμένα να παρέχουν (Κοινοβουλευτική Συνέλευση του Συμβουλίου της Ευρώπης, 2011).

Στον 20^ο αιώνα οι ειδικοί επιστήμονες της Ψυχοτραυματολογίας ανακάλυψαν ύστερα από μακρόχρονη έρευνα δεκαετιών μια ανομοιογενή «ομάδα»: τους ανθρώπους που έχουν βιώσει ένα τουλάχιστον τραυματικό γεγονός για παράδειγμα από:

- 1.Θάνατο αγαπημένου προσώπου.
- 2.Κακοποίηση προς τους ίδιους ή προς άλλους – με συναισθήματα φόβου π.χ. εκφοβισμός (bullying), ανημπόριας ή και φρίκης.
- 3.Σεξουαλική βία ή άλλου είδους ψυχική ή σωματική βία και κακοποίηση – ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας.
- 4.Οικογενειακή ψυχική ή σωματική βία, εγκατάλειψη, απουσία φροντίδας, στέρησης, κλπ.
- 5.Εγκληματική βία οποιασδήποτε μορφής και επιπέδου βιαιότητας σωματικής ή ψυχικής.
- 6.Πόλεμο, ομηρία, αιχμαλωσία, βίαιη μετανάστευση, βασανιστήρια.
- 7.Φυσικές καταστροφές (πχ. φωτιά, σεισμός, πλημμύρα). Όλοι είναι «επιζώντες» και «επιζήσασες» της βίας του ψυχικού τραύματος (ο όρος «επιζώντες» έχει κατακυρωθεί διεθνώς), οι οποίοι κουβαλούν μέσα τους συνήθως ανείπωτα ψυχικά τραύματα (αδιαχείριστα) (Bradley, Greene, et al, 2005).

Οι ανήλικοι/ες πρόσφυγες ίσως να βρίσκονται ταυτόχρονα σε πολλές από τις παραπάνω κατηγορίες και αυτό να τους επιβαρύνει ψυχολογικά. Σε επίσημη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Βέλγιο και τη Νορβηγία με θέμα τη μελέτη της ψυχικής ζωής των ασυνόδευτων ανήλικων, σε σύνολο του δείγματος 307 ατόμων, 247 ανήλικοι δήλωσαν ως τραυματική εμπειρία το γεγονός ότι «βρίσκονται σε κίνδυνο», 240 ανέφεραν το θάνατο των αγαπημένων προσώπων ενώ 221 ανέφεραν τη

σωματική κακοποίηση. 192 παιδιά περιγράφουν ως τραυματική εμπειρία ότι έγιναν μάρτυρες σωματικής κακοποίησης. Ο πόλεμος και οι ένοπλες συγκρούσεις αναφέρθηκαν από 171 άτομα ενώ ο χωρισμός από την οικογένεια καταγράφηκε ως τραυματική εμπειρία από 146 παιδιά (Vervliet, et al., 2014).

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι οι ανήλικοι/ες πρόσφυγες και τα ασυνόδευτα παιδιά έχουν βιώσει πολλαπλές δυσκολίες στην πατρίδα τους, έχουν φύγει από αυτή χωρίς προστασία (Jensen, et al., 2014) και τα περισσότερα από αυτά είναι ήδη τραυματισμένα ψυχικά πριν εισέλθουν στη χώρα υποδοχής.

Εκτός από τα προμεταναστευτικά βιώματα αναφέρονται ως επίσης σημαντικά τα διαμεταναστευτικά βιώματα. Οι διαμεταναστευτικοί παράγοντες είναι αυτοί που σχετίζονται με τις εμπειρίες που αντιμετωπίζουν οι ασυνόδευτοι/ες ανήλικοι/ες κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους από τη χώρα καταγωγής τους στη χώρα υποδοχής τους. Αυτές οι εμπειρίες, ιδίως για την περίπτωση των Συριών και Αφγανών προσφύγων προς τις χώρες της Ευρώπης, είναι ιδιαίτερος οδυνηρές.

Τόσο ο/η μετανάστης/τρια, όσο και ο/η πρόσφυγας έχει να αντιμετωπίσει στη χώρα υποδοχής μια σειρά από στρεσογόνους παράγοντες που σχετίζονται με τη δυσκολία προσαρμογής σε ένα νέο πολιτισμικό περιβάλλον. Η ψυχική διαταραχή εκδηλώνεται συνήθως όταν ο/η πρόσφυγας έχει εγκατασταθεί στη χώρα υποδοχής. Οι αιτίες που εμφανίζονται οι ψυχικές διαταραχές σχετίζονται με μια σειρά απωλειών. "Η προσφυγιά προκαλεί ένα συναίσθημα βαθύτατης απώλειας".

Οι πρόσφυγες όταν αναγκάζονται να εγκαταλείψουν την χώρα τους δεν αφήνουν πίσω μόνο μια πατρίδα. Αφήνουν φίλους, συγγενείς, οικογένεια, την περιουσία τους, το οικείο περιβάλλον τους, την δουλειά τους και ένα φάσμα εδραιωμένων κοινωνικών σχέσεων. Ακόμη και σε χώρες, όπου είναι γενναιόδωρες σε ζητήματα ασύλου σχεδόν πάντα οι πρόσφυγες εγκαθίστανται σε φτωχές περιοχές και εργάζονται σε χαμηλόμισθες εργασίες. Ζώντας συνεχώς σε μια κατάσταση αβεβαιότητας, ακόμα και αν ενταχθούν, πολλοί θα καταλάβουν ότι ζουν σαν πολίτες δεύτερης κατηγορίας στις χώρες που τους έχουν υποδεχθεί. Συχνά η προσφυγιά σημαίνει κοινωνική και οικονομική υποβάθμιση.

Ως αποτέλεσμα, τα παιδιά εμφανίζουν συνήθως συμπτώματα κατάθλιψης και αγχώδους διαταραχής, διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και επιπολιτισμικό στρες, τα οποία εκδηλώνονται κατά την παρουσία τους στις χώρες υποδοχής (Jensen, et al., 2014).

Τα συμπτώματα αυτά χαρακτηρίζονται ως «δεύτερο τραύμα» που μπορεί να είναι εξίσου ισχυρό ή και περισσότερο οδυνηρό από το τραύμα της προ και διαπροσφυγικής τους εμπειρίας (Hartwell, 2011).

Ως προς την περίπτωση των ασυνόδευτων ανηλίκων προσφύγων είναι πιθανό να νιώθουν μοναξιά, άγχος να ταιριάζουν με τα άτομα που θα τα φροντίσουν, ντροπή επειδή είναι διαφορετικοί, ενοχή για αυτούς που άφησαν πίσω ή που χάθηκαν, έντονη πίεση να παρέχουν υποστήριξη στα εναπομείναντα μέλη της οικογένειας και να πετύχουν ως οι επιζώντες, διότι τους δόθηκαν ευκαιρίες που άλλοι δεν είχαν (Hartwell, 2011).

Το τραύμα δηλαδή, στα ασυνόδευτα παιδιά επιτείνεται με τον αποχωρισμό από τους γονείς τους. Ο αποχωρισμός από τους γονείς μεγεθύνει το αίσθημα αβοηθησίας και ανασφάλειας των παιδιών με αποτέλεσμα γρήγορα να συνειδητοποιούν ότι είναι απροστάτευτα τόσο κατά τη διαδικασία αυτή αλλά και πιθανά στο μέλλον. Έτσι τα παιδιά βιώνουν έντονα το τραύμα του αποχωρισμού και της απώλειας. Εξαιτίας των δύσκολων συνθηκών της προσφυγιάς συνήθως τα παιδιά πρόσφυγες δεν έχουν τον χρόνο και τον χώρο να πενήσουν για τις απώλειές τους, να μιλήσουν για αυτές και να τις επεξεργαστούν.

Έτσι η διαδικασία του πένθους δεν προχωράει ομαλά, παρεμποδίζεται και αυτό έχει τραυματικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία τους. Ακόμα και αν έχουν προσπαθήσει να απωθήσουν τις άσχημες μνήμες και να ξεχάσουν τα δυσάρεστα γεγονότα, το τραύμα τους θα εκφράζεται μέσα από σωματικά παράπονα, δυσκολίες στον ύπνο και εφιάλτες, μέσα από δυσκολίες στην κοινωνική τους αλληλεπίδραση και τις ζωγραφιές τους (Haene, et. al., 2007).

3.6 Δομές φιλοξενίας προσφύγων

Οι Ελληνικές αρχές, προκειμένου να αντιμετωπίσουν το φαινόμενο των πρωτοφανών προσφυγικών ροών στη χώρα, δημιούργησαν το συντομότερο δυνατό δομές φιλοξενίας και κατήργησαν τους χώρους, όπου πρόσφυγες και μετανάστες/τριες έβρισκαν πρόχειρο κατάλυμα.

Μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα μεταφέρθηκαν άτομα από πλατείες και πάρκα σε οργανωμένες δομές, ενώ εκκενώθηκαν με επιτυχία και χωρίς άσκηση βίας οι αυτοσχέδιοι και ακατάλληλοι καταυλισμοί που είχαν δημιουργηθεί στα βόρεια σύνορα της χώρας, στην ευρύτερη περιοχή της Ειδομένης, όπου παρέμεναν σε μη αποδεκτές συνθήκες περίπου 10.000 άτομα

(https://government.gov.gr/wpcontent/uploads/2017/04/gr_fact_sheet_refugee_print_19_01_2017-).

Στην Ελλάδα η ονομαστική χωρητικότητα των οργανωμένων δομών και χώρων φιλοξενίας είναι 71.780 θέσεις φιλοξενίας. Εκτός από τις κρατικές δομές φιλοξενίας, οι οποίες σταδιακά αναβαθμίζονται, στα νησιά και την ενδοχώρα, λειτουργούν επίσης χώροι φιλοξενίας της Ύπατης Αρμοστείας του (Ο.Η.Ε.) για τους Πρόσφυγες καθώς και άλλων (Μ.Κ.Ο.) (διαμερίσματα, ξενοδοχεία, φιλοξενία σε οικογένειες, χώροι φιλοξενίας – μετεγκατάστασης).

Ειδική μέριμνα λαμβάνεται για τα ασυνόδευτα παιδιά, τα οποία αποτελούν το πιο ευάλωτο τμήμα των προσφυγικών/μεταναστευτικών ροών που εισέρχονται στην Ελλάδα.

Έτσι, δημιουργήθηκαν ασφαλείς ζώνες (safe zones) μέσα σε κέντρα φιλοξενίας. Λειτουργούν σε όλη την Ελλάδα 47 ξενώνες φιλοξενίας, συνολικά 1.191 θέσεων και η δημιουργία τους συνεχίζεται με εντατικούς ρυθμούς και αναμένεται να διατεθούν ακόμη 130 θέσεις σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, καθώς εκκρεμούν ακόμη 1.199 αιτήματα για φιλοξενία. Στους ξενώνες, οι οποίοι είναι μικρές δομές, απασχολείται κατά κανόνα ένας κοινωνικός λειτουργός ανά 15 παιδιά και ένας ψυχολόγος ανά 30 παιδιά, ενώ παρέχονται υπηρεσίες νομικής εκπροσώπησης, εκπαιδευτικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες καθώς και προσωπικό φροντίδας και φύλαξης σε 24ωρη βάση.

(https://government.gov.gr/wpcontent/uploads/2017/04/gr_fact_sheet_refugee_print_19_01_2017-2.pdf).

Οι ξενώνες λειτουργούν υπό τη γενική εποπτεία του Ελληνικού Κράτους. Επτά από αυτούς υπάγονται άμεσα στο Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης και οι υπόλοιποι λειτουργούν με την ευθύνη (ΜΚΟ). Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από την Ευρωπαϊκή Ένωση αλλά και από Διεθνείς Οργανισμούς (Ύπατη Αρμοστεία ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες, Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης, UNICEF). Τα παιδιά παραμένουν στους ξενώνες μέχρι να μετεγκατασταθούν ή να επανενωθούν με μέλη των οικογενειών τους σε άλλες χώρες της (Ε.Ε), ενώ για κάποια άλλα ακολουθεί η αποκατάσταση και ένταξή τους στην ελληνική κοινωνία. Στη συνέχεια, επισυνάπτεται ο πιο πρόσφατος χάρτης με τον αριθμό και τη δυναμικότητα δομών φιλοξενίας και ασφαλών ζωνών για τους ασυνόδευτους ανήλικους πρόσφυγες στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικής Αλληλεγγύης, όπως αυτά διαμορφώθηκαν στα 15 Δεκεμβρίου 2017.

(https://government.gov.gr/wpcontent/uploads/2017/04/gr_fact_sheet_refugee_print_19_01_2017-2.pdf).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

4.1 Μετατραυματικό Στρες (PTSD): Εισαγωγική Περιγραφή

Το Μετατραυματικό Στρες (Post-Traumatic Stress Disorder), είναι αποτέλεσμα έκθεσης σε ένα γεγονός, εκτός του εύρους των φυσιολογικών ανθρωπίνων εμπειριών: ένα γεγονός, το οποίο θα μπορούσε να δημιουργήσει αρνητικά συναισθήματα σχεδόν στον καθένα. Είναι η φυσιολογική, ανθρώπινη αντίδραση σε μία μη φυσιολογική κατάσταση ή γεγονός που ενεργοποιεί φυσιολογικούς μηχανισμούς άμυνας (Schiraldi, 2000).

Πιο εξειδικευμένα αναφέρεται ότι το Μετατραυματικό Στρες (PTSD), είναι μία εξουθενωτική ψυχική διαταραχή που ακολουθείται από μία εμπειρία ή μαρτυρία ενός εξαιρετικά τραυματικού, τραγικού ή τρομακτικού γεγονότος. Οι άνθρωποι με Μετατραυματικό Στρες έχουν συνήθως επίμονες σκέψεις και αναμνήσεις από την εμπειρία που είχαν και αισθάνονται συναισθηματικά μουνδιασμένοι, ειδικά με ανθρώπους που κάποτε ήταν κοντά τους και είχαν στενές σχέσεις (Cohen, 2006).

Το Μετατραυματικό Στρες (PTSD), όπως αναφέρεται ως «νευρική διαταραχή» ή μαχόμενη κούραση, βρέθηκε πρώτα στο δημόσιο ενδιαφέρον από τους βετεράνους του πολέμου αλλά αυτό μπορεί να προκύψει από οποιαδήποτε αριθμό τραυματικών περιστατικών. Σε τέτοια περιστατικά περιλαμβάνονται: απαγωγή, σοβαρά ατυχήματα όπως με αυτοκίνητο ή τρένο, ναυάγια, φυσικές καταστροφές όπως πλημμύρες και οι σεισμοί, βίαιες επιθέσεις όπως είναι μία ληστεία, ο βιασμός ή βασανιστήρια ή το να κρατούνται αιχμάλωτοι. Το γεγονός που το προκαλεί μπορεί να είναι κάτι που απειλούσε τη ζωή του ατόμου ή τη ζωή κάποιου που είναι κοντά σε αυτόν ή αυτήν. Επίσης θα μπορούσε να είναι σε κάτι μάρτυρας όπως είναι μία μαζική καταστροφή μετά από ένα αεροπορικό δυστύχημα (Cohen, 2006).

Οι περισσότεροι άνθρωποι με μετατραυματική αγχώδη διαταραχή ξαναζούν επανειλημμένα την τραυματική εμπειρία με τη μορφή εφιαλτών και με ενοχλητικές αναμνήσεις κατά την διάρκεια της ημέρας. Οι εφιάλτες ή οι αναμνήσεις μπορούν να έρχονται και να φεύγουν και ένα πρόσωπο να είναι ελεύθερο από αυτές για εβδομάδες και για ένα διάστημα, αλλά έπειτα μπορεί να βιώνουν καθημερινά την εμπειρία τους χωρίς να υπάρχει ιδιαίτερος λόγος.

Επίσης μπορεί να αντιμετωπίσουν προβλήματα ύπνου, κατάθλιψη, αίσθημα απομόνωσης ή μουνδιασμα ή να ξαφνιάζονται εύκολα. Ακόμα μπορεί να χάσουν το ενδιαφέρον τους σε πράγματα που συνήθιζαν να απολαμβάνουν και να έχουν πρόβλημα στοργικότητας. Συχνό γεγονός είναι το να

νώθουν εκνευρισμό, πιο επιθετικοί από ότι πριν ή ακόμα και με πιο βίαιη συμπεριφορά. Βλέποντας πράγματα που τους θυμίζει το περιστατικό μπορεί να είναι πολύ οδυνηρό, το οποίο θα μπορούσε να τους οδηγήσει στο να αποφεύγουν ορισμένα μέρη ή καταστάσεις που τους φέρνουν πίσω αναμνήσεις, όπως είναι οι επέτειοι του γεγονότος οι οποίοι είναι συχνά πολύ δύσκολοι (Hollander, et. al., 2008).

Το Μετατραυματικό Στρες (PTSD), μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, συμπεριλαμβανομένης της παιδικής. Η διαταραχή μπορεί να συνοδεύεται από κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών ή άγχος. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι ήπια ή σοβαρά, οι άνθρωποι αυτοί μπορεί εύκολα να εκνευριστούν ή να έχουν βίαια ξεσπάσματα.

Σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να αντιμετωπίζουν προβλήματα εργασίας ή κοινωνικότητας. Σε γενικές γραμμές, τα συμπτώματα φαίνονται να είναι χειρότερα εάν το συμβάν που το προκάλεσε ξεκίνησε από ένα πρόσωπο, για παράδειγμα σε μια δολοφονία σε αντίθεση με μια πλημμύρα.

Τακτικά γεγονότα μπορούν να λειτουργήσουν ως υπενθυμίσεις σε αναδρομές τραύματος, δηλαδή στο παρελθόν και να ενεργοποιούν ενοχλητικές εικόνες. Μια τέτοια αναδρομή στο παρελθόν μπορεί να κάνει το άτομο να χάσει επαφή με τη πραγματικότητα και να ενεργοποιηθεί εκ νέου το γεγονός για ένα χρονικό διάστημα δευτερολέπτων ή ωρών ή πολύ σπάνια ημερών. Ένα πρόσωπο που έχει μια ιστορική αναδρομή, η οποία μπορεί να εμφανιστεί με τη μορφή εικόνων, ήχων, μυρωδιών ή συναισθημάτων με τα οποία συνήθως κάνουν το άτομο να πιστεύει ότι το τραυματικό γεγονός συμβαίνει ξανά (Ciechanowski, et. al, 2009).

Οι αιτιολογήσεις στο τι προκαλεί το Μετατραυματικό Στρες (PTSD), επικεντρώνονται κυρίως στον τρόπο που το μυαλό επηρεάζεται από τραυματικές εμπειρίες. Οι θεωρητικοί κάνουν εικασίες για την αντιμετώπιση συντριπτικού τραύματος στο ότι το μυαλό είναι ανίκανο να επεξεργαστεί πληροφορίες και τα συναισθήματα του με έναν κανονικό τρόπο (Mayo Clinic Staff, 2009).

Είναι σαν τις σκέψεις και τα συναισθήματα κατά τη στιγμή του τραυματικού γεγονότος όπου πήραν μέρος στη ζωή τους και αργότερα εισέρχονται απρόσκλητα στη συνείδηση και τους προκαλεί δυσφορία. Οι προ – τραυματικοί ψυχολογικοί παράγοντες (για παράδειγμα η χαμηλή αυτοεκτίμηση) μπορεί να καταστήσει αυτή τη διαδικασία χειρότερη (για παράδειγμα, η χαμηλή αυτοεκτίμηση μπορεί να ενισχυθεί με ένα βάνασο βιασμό).

Οι μετα –τραυματικές αντιδράσεις από άλλους (για παράδειγμα, μια γυναίκα που βιάστηκε θεωρείται από την οικογένεια της ως «βρώμικη») και από την αυτοαποκαλούμενη (για παράδειγμα, η σωματική ενόχληση που προκαλείται από τις αναμνήσεις του βιασμού) μπορεί επίσης να διαδραματίσει ρόλο στη διαμόρφωση του κατά πόσο αυτά τα συμπτώματα εξακολουθούν να υφίστανται. Υποθέτουν ότι μόνο μετά από επιτυχή επανεπεξεργασία του τραυματικού γεγονότος (ων), τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες μπορεί να μειωθούν (Cohen, 2006).

Επιπλέον, ισχυρές νέες τεχνικές για τη μελέτη του εγκεφάλου, τις δομές του και τα χημικά προϊόντα του, παρέχουν οι επιστήμονες με πληροφορίες σχετικά με το πώς ο εγκέφαλος και ο νους

είναι σημαντικοί για την ανάπτυξη του μετατραυματικού στρες. Υπάρχουν πρόσφατες μελέτες απεικόνισης του εγκεφάλου με έμφαση στο μέρος όπου βρίσκονται οι δύο δομές του εγκεφάλου: η αμυγδαλή και ο ιππόκαμπος. Η αμυγδαλή ασχολείται με το πώς θα μάθουν για το φόβο και υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι αυτή η δομή είναι υπερδραστήρια σε άτομα με μετατραυματικό στρες (PTSD) αυτό μπορεί να γίνει αντιληπτό σε «ώρες κοινής ησυχίας». Ο ιππόκαμπος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο σχηματισμό της μνήμης και υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι σε άτομα με μετατραυματικό στρες υπάρχει απώλεια του όγκου σε αυτή τη δομή, ίσως αντιπροσωπεύει μερικά από τα ελλείμματα μνήμης και άλλα συμπτώματα στο μετατραυματικό στρες (Hollander, et.al.,2008).

Άλλη έρευνα έχει επικεντρωθεί στα νευροχημικά που μπορούν να συμπεριλαμβάνονται στο Μετατραυματικό Στρες . Για παράδειγμα, υπάρχουν ενδείξεις ότι ένα ορμονικό σύστημα, γνωστό ως άξονας υποθαλάμου – υπόφυσης – επινεφριδίων (HPA), μπορεί να διαταραχθεί σε άτομα με μετατραυματικό στρες (PTSD). Το σύστημα αυτό εμπλέκεται σε φυσιολογικές αντιδράσεις στρες και γίνεται διατάραξη αυτού σε άτομα με (PTSD) και αυτό μπορεί να γίνει πάλι αντιληπτό ως ένα είδος «ψευδούς σήματος». Ορισμένοι επιστήμονες ισχυρίζονται ότι η δυσλειτουργία του συστήματος των (HPA), προκύπτει από την ζημιά του ιππόκαμπου σε άτομα με μετατραυματικό στρες. Η φαρμακευτική αγωγή δρα πιθανώς για να αντιστρέψει την δυσλειτουργία των νευροχημικών στο Μετατραυματικό Στρες (Cohen, 2006).

4.2 Είδη συμπτωμάτων Μετατραυματικής Αγχώδης Διαταραχής (PTSD)

Υπάρχουν τρία είδη συμπτωμάτων όπου οι κλινικοί ψάχνουν όταν κάνουν διάγνωση της μετατραυματικής αγχώδης διαταραχής (PTSD). Αυτά διακρίνονται: σε ξανά – εμφανιζόμενα, σε αποφευκτικά και σε συμπτώματα αυξημένης διέγερσης (American Psychiatry Association, 2004).

Τα ξανά – εμφανιζόμενα συμπτώματα περιλαμβάνουν τρόπους με τους οποίους το άτομο επίμονα ξαναζεί το τραυματικό γεγονός. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν τα εξής (Mayo Clinic Staff, 2009):

- Παρεμβατικές μνήμες του τραυματικού γεγονότος.
- Επαναλαμβανόμενα, θλιβερά όνειρα σχετικά με το τραυματικό γεγονός.
- Ενεργούν ή αισθάνονται ότι το τραυματικό γεγονός είναι επαναλαμβανόμενο.
- Ψυχική και σωματική ταλαιπωρία, όταν θυμάται το τραυματικό γεγονός (π.χ. στην επέτειο του τραυματικού γεγονότος).

Τα αποφευκτικά συμπτώματα είναι τρόποι με τους οποίους το άτομο προσπαθεί να αποφύγει οτιδήποτε σχετίζεται με το τραυματικό γεγονός. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί επίσης να περιλαμβάνουν μία «αναισθητική» δράση, όπου η γενική αντίδραση του ατόμου σε πρόσωπα και γεγονότα νεκρώνεται. Τα αποφευκτικά συμπτώματα περιλαμβάνουν τα ακόλουθα (Mayo Clinic Staff, 2009):

- Αποφυγή σκέψεων ή συναισθημάτων, ατόμων ή καταστάσεων (οτιδήποτε που θα μπορούσε να ξυπνήσει μνήμες) που συνδέονται με το τραυματικό γεγονός.
- Να μην είναι σε θέση να υπενθυμίσουν μια σημαντική πτυχή του τραυματικού γεγονότος.
- Μειωμένο ενδιαφέρον ή συμμετοχή σε σημαντικές δραστηριότητες.
- Αίσθημα απομάκρυνσης από τους άλλους.
- Παρουσίαση ενός περιορισμένου φάσματος συναισθημάτων.
- Έχοντας την αίσθηση ενός συντομότερου μέλλοντος (π.χ. δεν περιμένουν να έχουν μια κανονική διάρκεια ζωής, τον γάμο ή την καριέρα).

Τα συμπτώματα της αυξημένης διέγερσης μπορεί να είναι παρόμοια με τα συμπτώματα του άγχους ή με τις κρίσεις πανικού. Η αυξημένη διέγερση συμπτωμάτων περιλαμβάνει τα ακόλουθα (Mayo Clinic Staff, 2009):

- Δυσκολία στη συγκέντρωση.
- Υπερβολική επαγρύπνηση και επιφυλακτικότητα.

- Ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού.
- Δυσκολία στο να κοιμηθεί ή να παραμένει κοιμισμένος.
- Εύκολο τρόμαγμα.

4.3 Βασικοί τύποι θεραπείας για Μετατραυματική Αγχώδη Διαταραχή (PTSD)

Υπάρχουν δύο βασικοί τύποι θεραπείας για μετατραυματική αγχώδη διαταραχή, η ψυχοθεραπεία και τα φάρμακα. Οι περισσότεροι άνθρωποι που βιώνουν μετά – τραυματικό στρες υφίστανται κάποια μορφή ψυχοθεραπείας (συνηθέστερα είτε γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία, ή ομαδική ψυχοθεραπεία ή συνδυασμό των δύο). Ψυχοθεραπευτικές τεχνικές που ορίζονται συχνά περιλαμβάνουν ομαδική θεραπεία, γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία και υπνοθεραπεία (Χαρίλα, 2002).

Τα φάρμακα σχεδόν πάντα χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία για το Μετατραυματικό Στρες, γιατί ενώ τα φάρμακα μπορούν να μεταχειρίζονται κάποια από τα συμπτώματα που συνήθως συνδέονται με τη διαταραχή, δεν θα απαλλάξουν ένα πρόσωπο από τις αναδρομές του στο παρελθόν ή από συναισθήματα που συνδέονται με το αρχικό τραύμα.

Εάν κάποιος λαμβάνει ένα φάρμακο από έναν γενικό παθολόγο ή από τον γιατρό του, θα πρέπει σχεδόν πάντα να αναζητά μια παραπομπή σε ψυχοθεραπεία εκτός από τη συνταγή. Τα πιο κοινά συνταγογραφημένα στη κατηγορία φαρμάκων για το Μετατραυματικό Στρες (και εκείνο που εγκρίθηκε από την Αμερικάνικη Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων) είναι ο εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI), αντικαταθλιπτικών.

Αυτά περιλαμβάνουν φάρμακα όπως η φλουοξετίνη (Prozac), η σερτραλίνη (Zoloft) και η παροξετίνη (Paxil). Η έρευνα δείχνει ότι η ομάδα αυτή των φαρμάκων τείνει να μειώνει το άγχος, την κατάθλιψη και το πανικό που συνδέονται με το μετατραυματικό στρες σε πολλούς ανθρώπους. Αυτοί οι τύποι αντικαταθλιπτικών μπορεί επίσης να συμβάλλουν στη μείωση της επιθετικότητας, παρορμητικότητας και στις αυτοκτονικές σκέψεις που μπορούν να εμφανιστούν σε άτομα με μετατραυματικό στρες (PTSD) (American Psychiatry Association, 2004).

Αυτή η κατηγορία αντικαταθλιπτικών χαπιών διαρκεί 6 έως 8 εβδομάδες για να δουλέψει, έτσι η υπομονή είναι απαραίτητη όταν τα παίρνει κάποιος. Πολλοί άνθρωποι δεν ανταποκρίνονται πάντα στο πρώτο τύπο αντικαταθλιπτικού που δοκιμάζουν, οπότε ένα άλλο αντικαταθλιπτικό μπορεί να χρειαστεί να δοκιμασθεί, αν το πρώτο είναι αναποτελεσματικό. Η υποτροπή της μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής είναι λιγότερη πιθανή, εφόσον τα αντικαταθλιπτικά προβλέπονται για τουλάχιστον ένα χρόνο. Τα αντικαταθλιπτικά είναι ιδιαίτερα χρήσιμα σε ασθενείς που υποφέρουν επίσης από κατάθλιψη (αν και μπορεί να είναι χρήσιμα ακόμη και εν απουσία της κατάθλιψης).

Επίσης είναι χρήσιμο όταν υπάρχει ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ ή άλλων ουσιών (American Psychiatric Association, 2004).

4.4 Ψυχική υγεία των Σύριων προσφύγων

Οι προσφυγικοί πληθυσμοί έχουν ιστορία σοβαρών παραβιάσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων από τη χώρα καταγωγής τους. Επιπρόσθετα, άλλα ζητήματα ήταν τραυματική θλίψη για τα μέλη της οικογένειάς τους που είτε αποχώρησαν είτε είχαν ξεπεραστεί σε ορισμένες άλλες χώρες, καθώς και σοβαρή ανησυχία λόγω της ασάφειας του μέλλοντος τους και των αμφιβολιών σχετικά με τη δυνατότητα επανένταξης της οικογένειάς τους.

Η έκθεση σε μόνιμα δυσάρεστα και τραυματικά γεγονότα, η απώλεια πόρων, η αναγκαστική μετακίνηση και η έλλειψη ασφάλειας μπορεί να υπονομεύσει την ψυχική υγεία και να αυξήσει τον κίνδυνο για δυσλειτουργία (Silove, 2008).

Η προσαρμογή στο καινούργιο περιβάλλον τους φέρνει επιπρόσθετες δυσκολίες στις οποίες πρέπει να αντιμετωπίσουν οι πρόσφυγες όταν ενσωματώνουν νέες μορφές και κανόνες διαπροσωπικών σχέσεων, κοινωνικών συνηθειών και κανόνων, οργάνωση κοινοτικών υπηρεσιών κλπ. για να ξεκινήσουν μια νέα ζωή μια διαφορετική κουλτούρα (Rios, 2008).

Παρά τον αυξημένο κίνδυνο για ψυχικές διαταραχές των Σύριων προσφύγων, οι επιδημιολογικές μελέτες είναι περιορισμένες και μοιράζονται σε διαφορετικά θεματικά πεδία. Παρόλα αυτά, υπάρχουν κάποιες αποδείξεις ότι οι πρόσφυγες από τη Συρία εκδηλώνουν ευρύ φάσμα συμπτωμάτων που σχετίζονται με προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες. Αυτά τα συμπτώματα περιλαμβάνουν συναισθηματική θλίψη, φόβο, απογοήτευση, άγχος, θυμό και απελπισία, απώλεια ελέγχου, ανικανότητα, μυοκαρδιοπάθεια, πλήξη και απελπισία, κόπωση, προβλήματα ύπνου και όρεξης (Vukcevic, et. al., 2014).

Παρόλο που τα συμπτώματα αυτά είναι ευρέως διαδεδομένα, ορισμένες μελέτες παρατήρησαν υψηλά επίπεδα ανθεκτικότητας στην συγκεκριμένη ομάδα προσφύγων και πρότειναν ότι τέτοιες εκδηλώσεις δεν υποδηλώνουν αναγκαστικά ψυχοπαθολογία (π.χ. διαταραχή μετατραυματικού στρες, κατάθλιψη), εκτός εάν προκαλούν έντονη δυσφορία και λειτουργική δυσλειτουργία (Hassan, et. al., 2016).

Συγκεκριμένα, ένας αυξανόμενος αριθμός ερευνών τονίζει τη σημασία της καθιέρωσης των παρεμβάσεων που προωθούν μια τέτοια αντοχή στην αντιμετώπιση της δυσφορίας μεταξύ των Συριακών προσφύγων. Παρά το γεγονός ότι οι μετανάστες και οι πρόσφυγες αποτελούν κατηγορία υψηλού κινδύνου για προβλήματα ψυχικής υγείας, πρόσφατες μελέτες αποδεικνύουν ότι είναι λιγότερο πιθανό να αναζητήσουν επαγγελματική φροντίδα, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά εγκατάλειψης και χαμηλότερα ποσοστά συμμόρφωσης σε θεραπεία σε σύγκριση με παρόμοιες περιπτώσεις ατόμων διαφορετικής (κυρίως Δυτικής) εθνικότητας (Bhugra, 2003).

Ένα τέτοιο κενό θεραπείας μπορεί να οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι άτομα από πολιτιστικό υπόβαθρο της Μέσης Ανατολής έχουν συχνά διαφορετικές αντιλήψεις για ψυχικές ασθένειες και κατάλληλες θεραπευτικές στρατηγικές, όπως αυτές ορίζονται από το δικό τους κοινωνικό και πολιτιστικό πλαίσιο, οι οποίες μπορεί να διαφέρουν από αυτές που υπάρχουν στις Ευρωπαϊκές κοινωνίες.

Τέτοιες πολιτισμικές διαφορές συχνά οδηγούν σε αντίφαση μεταξύ προσδοκιών ασθενών και κλινικών για τη θεραπεία. Αυτό γενικά υπονομεύει την επικοινωνία και ως εκ τούτου οδηγεί σε ανεξήγητους υψηλούς ρυθμούς εγκατάλειψης. Προκειμένου να αποφευχθούν φτωχότερα αποτελέσματα υγείας, πρέπει να γίνει η διερεύνηση τέτοιων κοινωνικό-πολιτισμικών διαφορών μεταξύ ασθενούς και κλινικού ιατρού. Ως εκ τούτου, ο ρόλος του πολιτισμού στον σχεδιασμό των προβλημάτων ψυχικής υγείας, οι πρακτικές ενίσχυσης της ανθεκτικότητας και οι πιθανές προσδοκίες σχετικά με τις κατάλληλες θεραπευτικές στρατηγικές θα πρέπει να αναγνωριστούν ως ένα σημαντικό βήμα στη βελτίωση της φροντίδας της ψυχικής υγείας για τον πολιτισμικά διαφορετικό Συριακό προσφυγικό πληθυσμό (Sato, 2001).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.1 Σκοπός Μελέτης

Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας των Συρίων προσφύγων που ζουν στην Ελλάδα. Επιπλέον, η διερεύνηση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (ψυχοπαθολογία) και η διασύνδεσή τους με το συμβολισμό του ψυχολογικού τραύματος.

5.2 Ερευνητική διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στη Λάρισα κατά το χρονικό διάστημα Σεπτέμβριος 2020-Ιανουάριος 2021 στα πλαίσια του ΠΜΣ Ψυχική Υγεία του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Η έρευνα είχε ως βάση την δομή στο Κουτσόχερο Λάρισας. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια κλειστού τύπου, τα οποία δόθηκαν στα υποκείμενα.

Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και τη διασφάλιση της ανωνυμίας. Η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και η διανομή-συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε αποκλειστικά από τον ερευνητή.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελούνταν από 15ερωτήσεις, για την αξιολόγηση της υγείας των προσφύγων.

5.3 Στατιστική μεθοδολογία

Για την περιγραφική στατιστική ανάλυση, οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν στη μορφή «μέση τιμή», «τυπική απόκλιση», και «διάμεσος τιμή», ενώ οι διακριτές σε «συχνότητα» και «σχετική συχνότητα (%)».

Για τη μέτρηση της αξιοπιστίας κλιμάκων μελετήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής. Πρόκειται για έναν συντελεστή που αξιολογεί το βαθμό στον οποίο οι ερωτήσεις που συγκροτούν μια κλίμακα μετρούν την ίδια έννοια. Υπολογίζεται μέσω του συντελεστή Cronbach's Alpha (α), ο οποίος εκτιμά το βαθμό συσχέτισης μεταξύ των ερωτήσεων του εργαλείου. Τιμές μεγαλύτερες ή πλησιέστερες στο 0,7 (70%) χαρακτηρίζονται ως αποδεκτές. Ένας συντελεστής εσωτερικής συνάφειας Cronbach's Alpha μεταξύ 0,5 και 0,6 (50-60%) θεωρείται αρκετός, στα αρχικά στάδια μιας μελέτης. Στην περίπτωση που η τιμή alpha ξεπερνά το 0,8 (80%), τότε θεωρείται μία ιδιαίτερα καλή ανάλυση αξιοπιστίας. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν βάση του στατιστικού προγράμματος spss-26.

5.4 Δειγματοληπτική Μέθοδος

Ως καταλληλότερη μέθοδος, για την συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης, κρίθηκε η δειγματοληψία «ευκολίας», καθώς συμμετέχουν σε αυτό όσα άτομα το επιθυμούν. Η ερευνητική χρησιμότητα και η αντιπροσωπευτικότητα ενός τέτοιου δείγματος είναι αμφισβητήσιμη και αφορά σε πιλοτικές έρευνες καθώς δεν ενδείκνυται για εξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων. Ωστόσο, αυτή η τεχνική δειγματοληψίας είναι ευρέως διαδεδομένη όταν δεν υπάρχει άμεση πρόσβαση στον υπό μελέτη πληθυσμό. Θεωρείται ότι τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να γενικευθούν σε πληθυσμούς που έχουν χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά το δείγματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Περιγραφική ανάλυση του δείγματος

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 100 άτομα, όλοι πρόσφυγες στη δομή του Κουτσόχερου Λάρισας. Στους πίνακες που ακολουθούν καταγράφονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος.

Ο πίνακας 1, μας δείχνει τη συχνότητα του πληθυσμού που απάντησε στην πρώτη ερώτηση του ερωτηματολογίου, καθώς και το ποσοστό επί τοις εκατό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

		ΠΟΝΟΙ			
		Συχνότητα	%	Έγκυρο ποσοστό	Σωρευτικό ποσοστό
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ		8,0	8,0	8,0
	ΛΙΓΟ	39	39,0	39,0	47,0
	ΜΕΤΡΙΑ	29	29,0	29,0	76,0
	ΑΡΚΕΤΑ	20	20,0	20,0	96,0
	ΠΟΛΥ_ΕΝΤΟΝΑ	4	4,0	4,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Ο πίνακας 2, μας δείχνει τη συχνότητα του πληθυσμού που απάντησε στην δεύτερη ερώτηση του ερωτηματολογίου, καθώς και το ποσοστό επί τοις εκατό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.

		ΛΥΠΗ			
		Συχνότητα	%	Έγκυρο ποσοστό	Σωρευτικό ποσοστό
Valid	ΛΙΓΟ	27	27,0	27,0	27,0
	ΜΕΤΡΙΑ	32	32,0	32,0	59,0
	ΑΡΚΕΤΑ	33	33,0	33,0	92,0
	ΠΟΛΥ_ΕΝΤΟΝΑ	8	8,0	8,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Ο πίνακας 3, μας δείχνει τη συχνότητα του πληθυσμού που απάντησε στην τρίτη ερώτηση του ερωτηματολογίου, καθώς και το ποσοστό επί τοις εκατό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.

		ΠΕΡΙΣΚΕΨΗ			
		Συχνότητα	%	Έγκυρο ποσοστό	Σωρευτικό ποσοστό
Valid	ΛΙΓΟ	19	19,0	19,0	19,0
	ΜΕΤΡΙΑ	21	21,0	21,0	40,0
	ΑΡΚΕΤΑ	35	35,0	35,0	75,0
	ΠΟΛΥ_ΕΝΤΟΝΑ	25	25,0	25,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Ο πίνακας 4, μας δείχνει τη συχνότητα του πληθυσμού που απάντησε στην τέταρτη ερώτηση του ερωτηματολογίου, καθώς και το ποσοστό επί τοις εκατό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.

		ΑΒΟΗΘΗΤΟΣ			
		Συχνότητα	%	Έγκυρο ποσοστό	Σωρευτικό ποσοστό
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	2	2,0	2,0	2,0
	ΛΙΓΟ	27	27,0	27,0	29,0
	ΜΕΤΡΙΑ	25	25,0	25,0	54,0
	ΑΡΚΕΤΑ	37	37,0	37,0	91,0
	ΠΟΛΥ_ΕΝΤΟΝΑ	9	9,0	9,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Ο πίνακας 5, μας δείχνει τη συχνότητα του πληθυσμού που απάντησε στην πέμπτη ερώτηση του ερωτηματολογίου, καθώς και το ποσοστό επί τοις εκατό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.

		ΦΟΒΑΜΑΙ			
		Συχνότητα	%	Έγκυρο ποσοστό	Σωρευτικό ποσοστό
Valid	ΛΙΓΟ	37	37,0	37,0	37,0
	ΜΕΤΡΙΑ	31	31,0	31,0	68,0
	ΑΡΚΕΤΑ	29	29,0	29,0	97,0
	ΠΟΛΥ_ΕΝΤΟΝΑ	3	3,0	3,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Ο πίνακας 6, μας δείχνει τη συχνότητα του πληθυσμού που απάντησε στην έκτη ερώτηση του ερωτηματολογίου, καθώς και το ποσοστό επί τοις εκατό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.

		ΛΙΠΟΘΥΜΙΑ			
		Συχνότητα	%	Έγκυρο ποσοστό	Σωρευτικό ποσοστό
Valid	ΛΙΓΟ	36	36,0	36,0	36,0
	ΜΕΤΡΙΑ	40	40,0	40,0	76,0
	ΑΡΚΕΤΑ	23	23,0	23,0	99,0
	ΠΟΛΥ_ΕΝΤΟΝΑ	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Ο πίνακας 7, μας δείχνει τη συχνότητα του πληθυσμού που απάντησε στην έβδομη ερώτηση του ερωτηματολογίου, καθώς και το ποσοστό επί τοις εκατό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.

		ΝΕΥΡΙΚΟΤΗΤΑ			
		Συχνότητα	%	Έγκυρο ποσοστό	Σωρευτικό ποσοστό
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	1	1,0	1,0	1,0
	ΛΙΓΟ	25	25,0	25,0	26,0
	ΜΕΤΡΙΑ	36	36,0	36,0	62,0
	ΑΡΚΕΤΑ	32	32,0	32,0	94,0
	ΠΟΛΥ_ΕΝΤΟΝΑ	6	6,0	6,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Ο πίνακας 8, μας δείχνει τη συχνότητα του πληθυσμού που απάντησε στην όγδοη ερώτηση του ερωτηματολογίου, καθώς και το ποσοστό επί τοις εκατό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.

		ΑΝΗΣΥΧΙΑ			
		Συχνότητα	%	Έγκυρο ποσοστό	Σωρευτικό ποσοστό
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	1	1,0	1,0	1,0
	ΛΙΓΟ	29	29,0	29,0	30,0
	ΜΕΤΡΙΑ	38	38,0	38,0	68,0
	ΑΡΚΕΤΑ	29	29,0	29,0	97,0
	ΠΟΛΥ_ΕΝΤΟΝΑ	3	3,0	3,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Ο πίνακας 9, μας δείχνει τη συχνότητα του πληθυσμού που απάντησε στην ένατη ερώτηση του ερωτηματολογίου, καθώς και το ποσοστό επί τοις εκατό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9.

		ΚΛΑΙΩ			
		Συχνότητα	%	Έγκυρο ποσοστό	Σωρευτικό ποσοστό
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	1	1,0	1,0	1,0
	ΛΙΓΟ	29	29,0	29,0	30,0
	ΜΕΤΡΙΑ	28	28,0	28,0	58,0
	ΑΡΚΕΤΑ	34	34,0	34,0	92,0
	ΠΟΛΥ_ΕΝΤΟΝΑ	8	8,0	8,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Ο πίνακας 10, μας δείχνει τη συχνότητα του πληθυσμού που απάντησε στην δέκατη ερώτηση του ερωτηματολογίου, καθώς και το ποσοστό επί τοις εκατό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 10.

		ΤΡΑΥΜΑ			
		Συχνότητα	%	Έγκυρο ποσοστό	Σωρευτικό ποσοστό
Valid	ΛΙΓΟ	32	32,0	32,0	32,0
	ΜΕΤΡΙΑ	36	36,0	36,0	68,0
	ΑΡΚΕΤΑ	21	21,0	21,0	89,0
	ΠΟΛΥ_ΕΝΤΟΝΑ	11	11,0	11,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Ο πίνακας 11, μας δείχνει τη συχνότητα του πληθυσμού που απάντησε στην ενδέκατη ερώτηση του ερωτηματολογίου, καθώς και το ποσοστό επί τοις εκατό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 11.

		ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ			
		Συχνότητα	%	Έγκυρο ποσοστό	Σωρευτικό ποσοστό
Valid	ΛΙΓΟ	40	40,0	40,0	40,0
	ΜΕΤΡΙΑ	30	30,0	30,0	70,0
	ΑΡΚΕΤΑ	26	26,0	26,0	96,0
	ΠΟΛΥ_ΕΝΤΟΝΑ	4	4,0	4,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Ο πίνακας 12, μας δείχνει τη συχνότητα του πληθυσμού που απάντησε στην δωδέκατη ερώτηση του ερωτηματολογίου, καθώς και το ποσοστό επί τοις εκατό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 12.

		ΜΟΥΔΙΑΣΜΕΝΟΣ			
		Συχνότητα	%	Έγκυρο ποσοστό	Σωρευτικό ποσοστό
Valid	ΛΙΓΟ	38	38,0	38,0	38,0
	ΜΕΤΡΙΑ	41	41,0	41,0	79,0
	ΑΡΚΕΤΑ	20	20,0	20,0	99,0
	ΠΟΛΥ_ΕΝΤΟΝΑ	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Ο πίνακας 13, μας δείχνει τη συχνότητα του πληθυσμού που απάντησε στην δέκατη τρίτη ερώτηση του ερωτηματολογίου, καθώς και το ποσοστό επί τοις εκατό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13.

		ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΣ			
		Συχνότητα	%	Έγκυρο ποσοστό	Σωρευτικό ποσοστό
Valid	ΚΑΘΟΛΟΥ	6	6,0	6,0	6,0
	ΛΙΓΟ	39	39,0	39,0	45,0
	ΜΕΤΡΙΑ	35	35,0	35,0	80,0
	ΑΡΚΕΤΑ	17	17,0	17,0	97,0
	ΠΟΛΥ_ΕΝΤΟΝΑ	3	3,0	3,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Ο πίνακας 14, μας δείχνει τη συχνότητα του πληθυσμού που απάντησε στην δέκατη τέταρτη ερώτηση του ερωτηματολογίου, καθώς και το ποσοστό επί τοις εκατό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14.

		ΤΙ_ΑΙΣΘΑΝΕΣΑΙ			
		Συχνότητα	%	Έγκυρο ποσοστό	Σωρευτικό ποσοστό
Valid	ΙΚΑΝΟΣ ΝΑ ΧΕΙΡΙΣΤΕΙΣ ΤΙΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	33	33,0	33,0	33,0
	ΙΚΑΝΟΣ ΝΑ ΧΕΙΡΙΣΤΕΙΣ ΜΙΚΡΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	37	37,0	37,0	70,0
	ΑΝΙΚΑΝΟΣ ΝΑ ΧΕΙΡΙΣΤΕΙΣ ΤΙΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	27	27,0	27,0	97,0
	ΑΝΙΚΑΝΟΣ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΙΣ ΤΑ ΠΑΝΤΑ	3	3,0	3,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

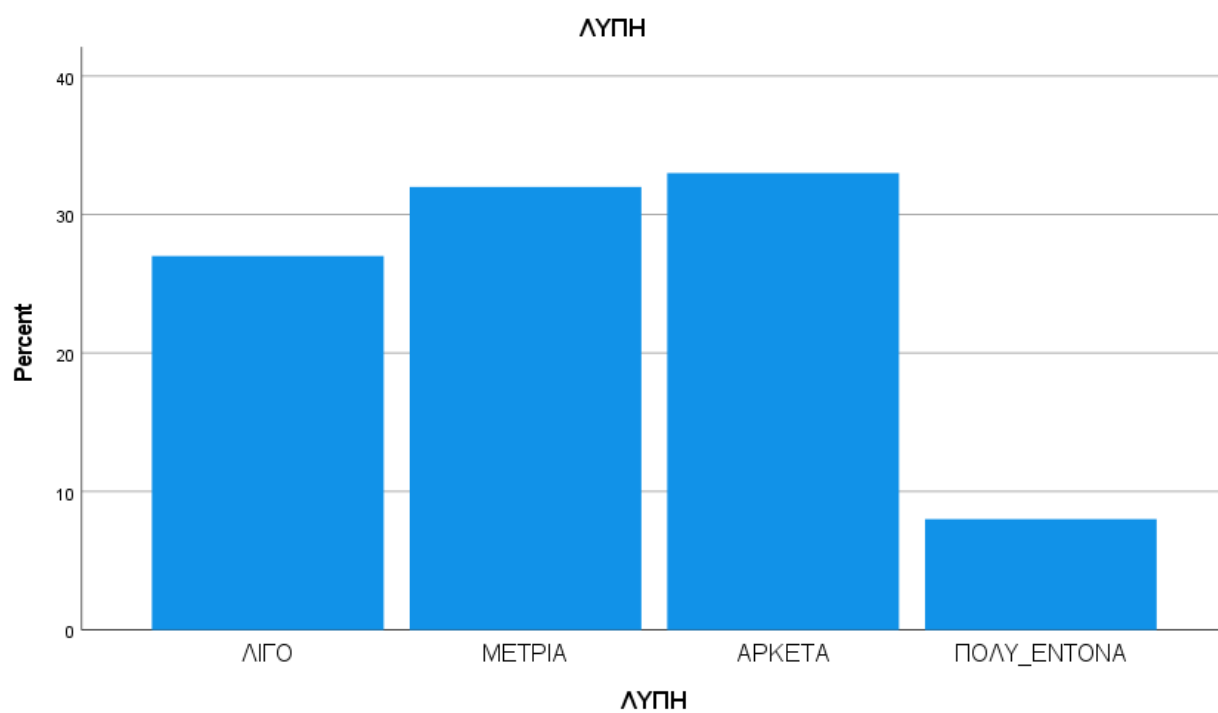
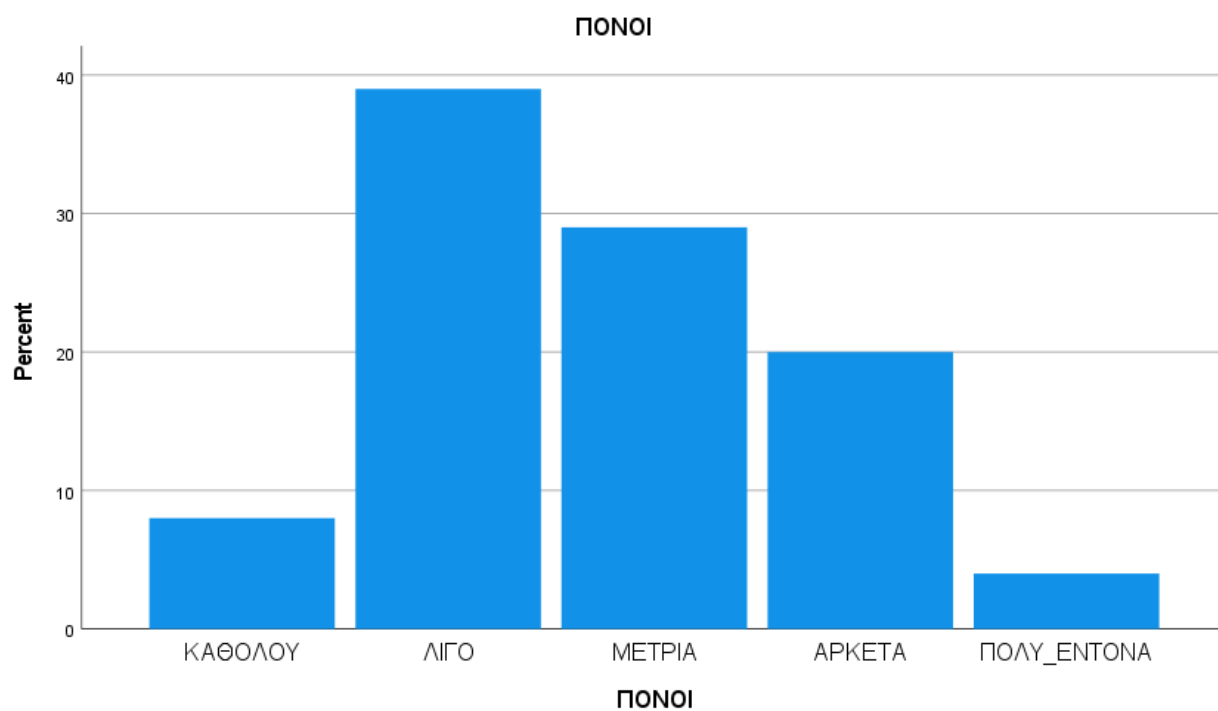
Ο πίνακας 15, μας δείχνει τη συχνότητα του πληθυσμού που απάντησε στην δέκατη πέμπτη ερώτηση του ερωτηματολογίου, καθώς και το ποσοστό επί τοις εκατό.

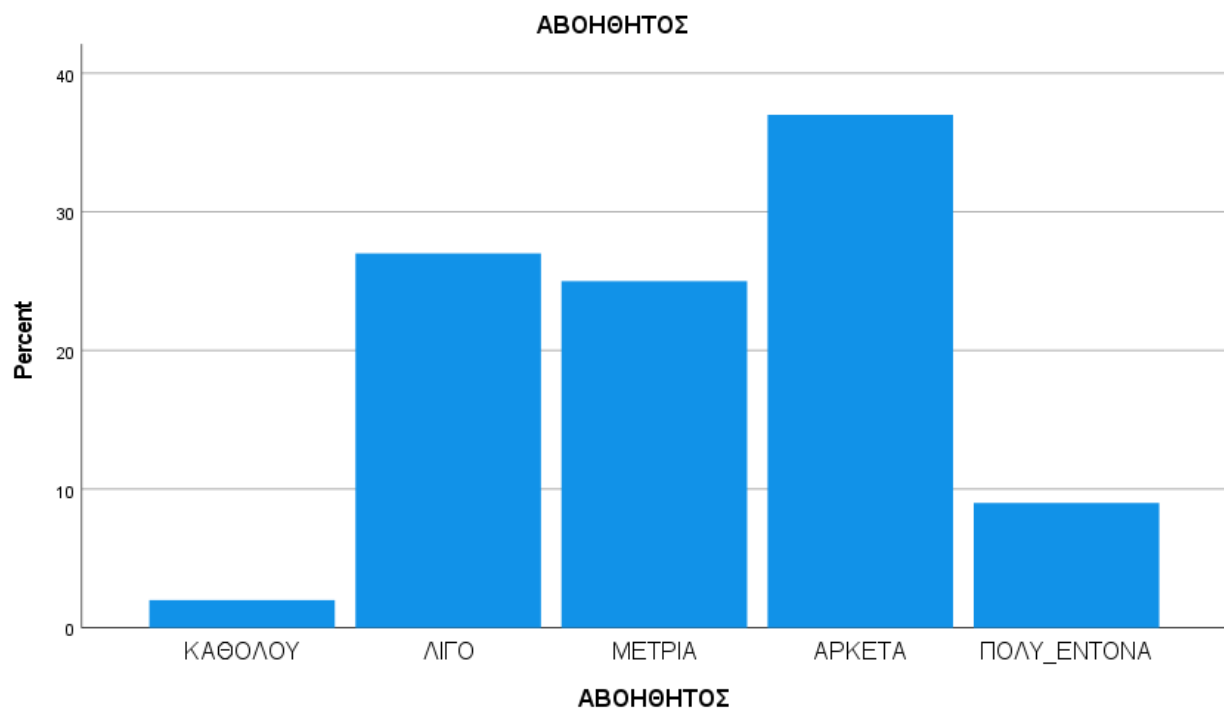
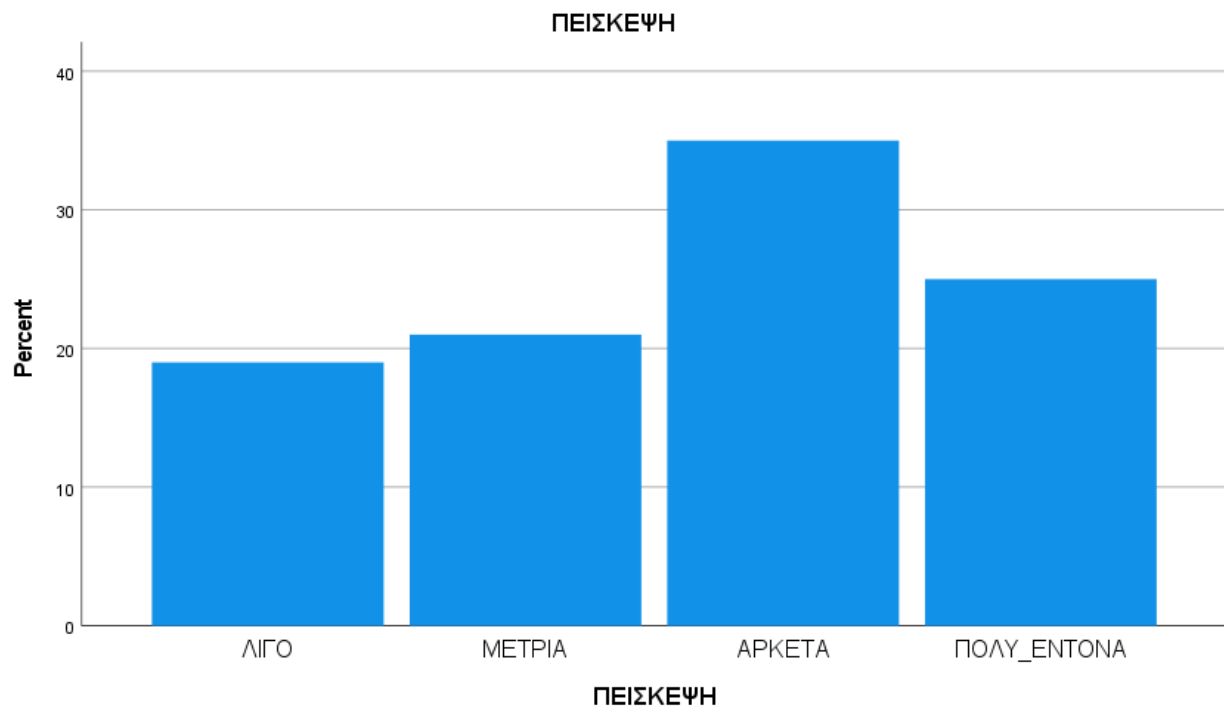
ΠΙΝΑΚΑΣ 15.

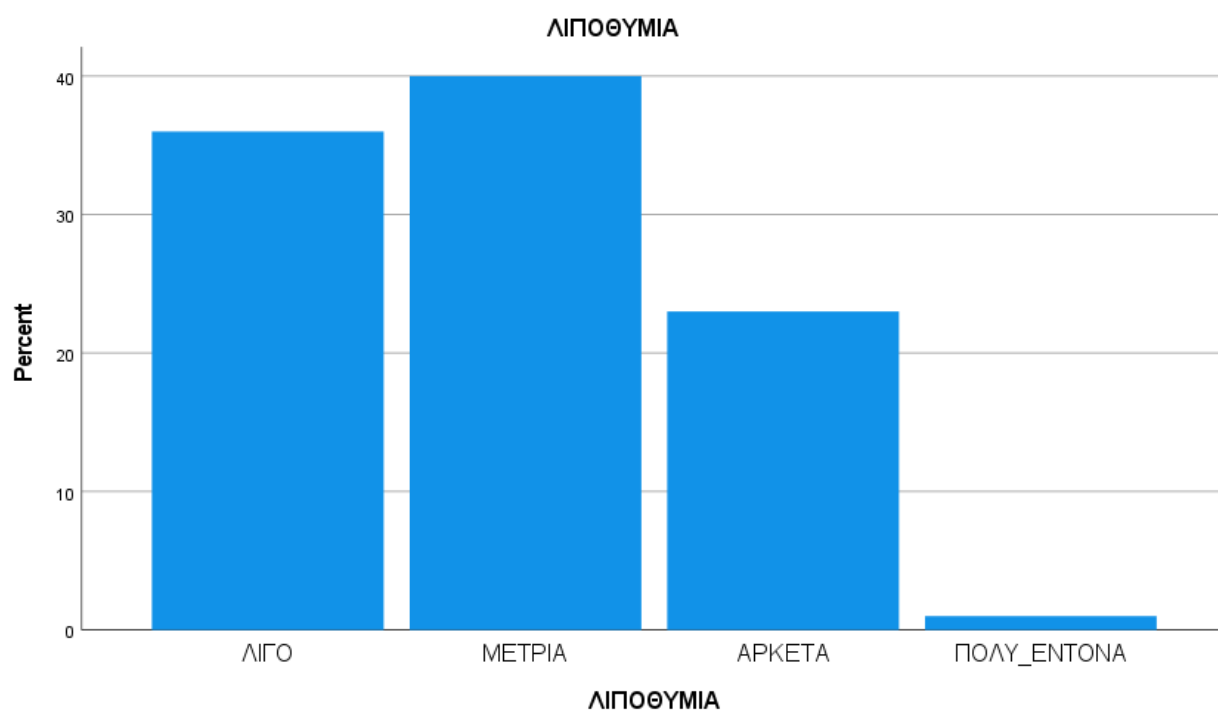
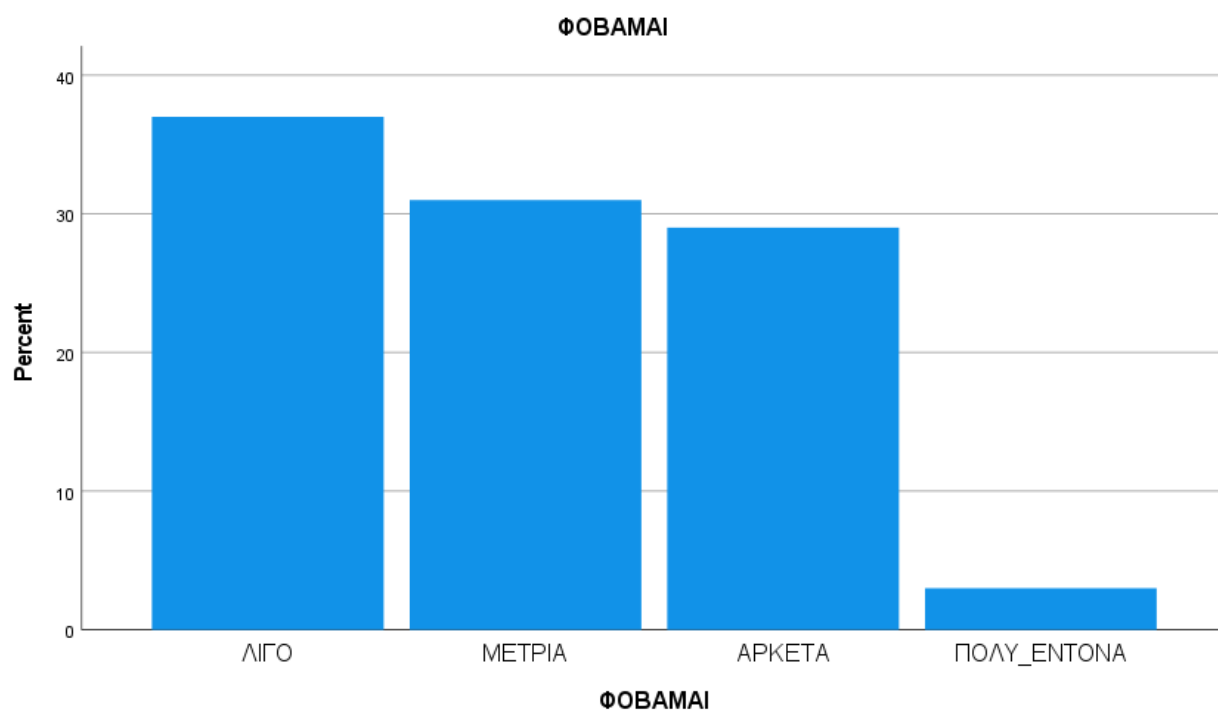
		ΕΠΙΠΕΔΟ_ΑΓΧΟΥΣ			
		Συχνότητα	%	Έγκυρο ποσοστό	Σωρευτικό ποσοστό
Valid	0	1	1,0	1,0	1,0
	ΘΕΤΙΚΟ	39	39,0	39,0	40,0
	ΑΡΝΗΤΙΚΟ	21	21,0	21,0	61,0
	ΑΥΤΟΔΙΑΧΕΙΡΙΖΟΜΕΝΟΣ	28	28,0	28,0	89,0
	ΜΗ	11	11,0	11,0	100,0
	ΑΥΤΟΔΙΑΧΕΙΡΙΖΟΜΕΝΟΣ				
	Total	100	100,0	100,0	

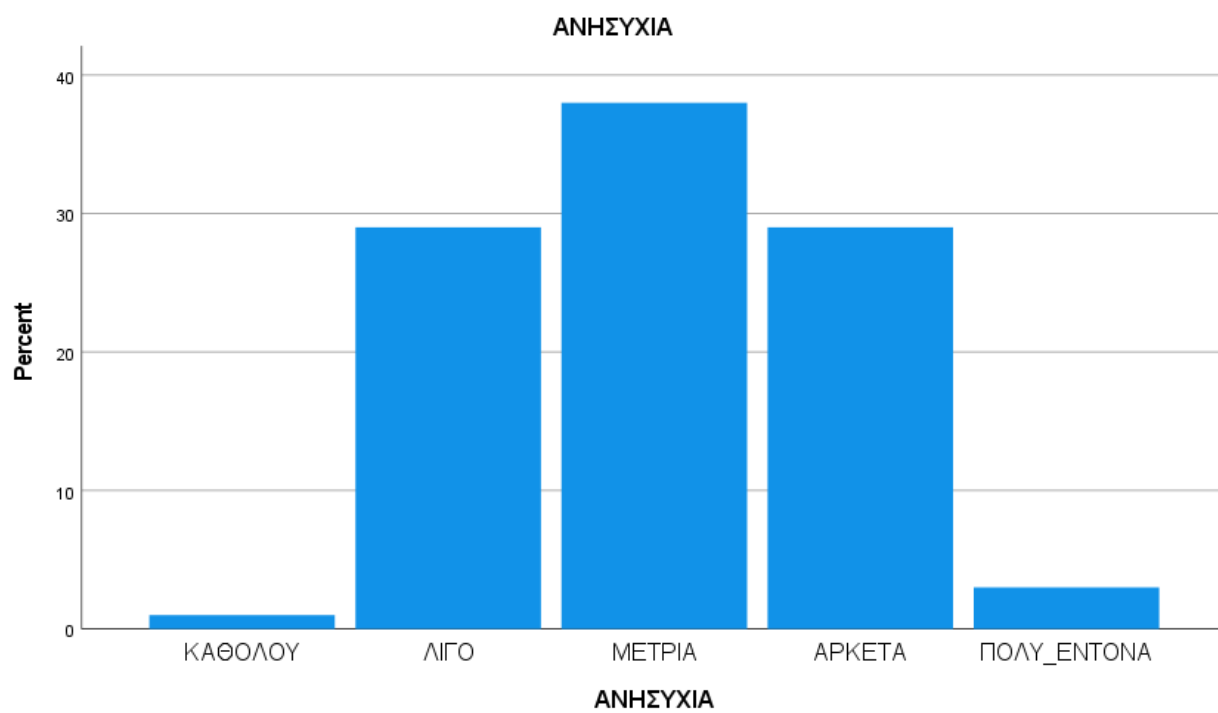
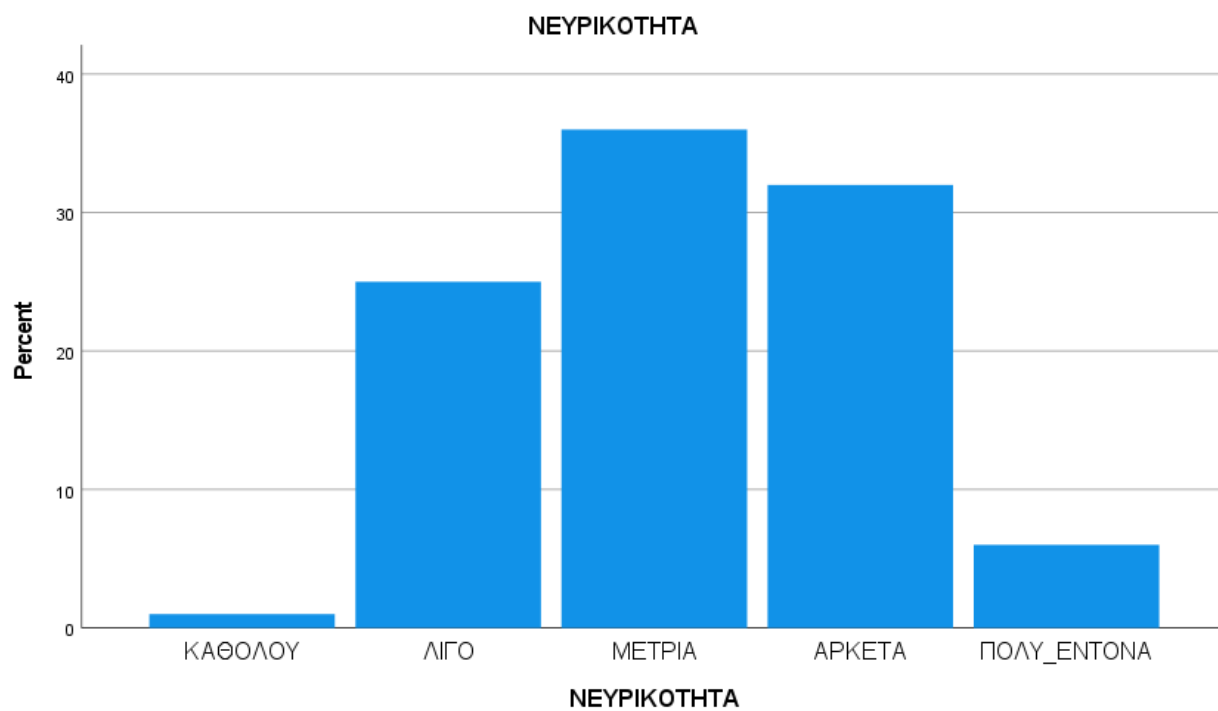
6.2 Σχηματική απεικόνιση με ραβδογραφήματα

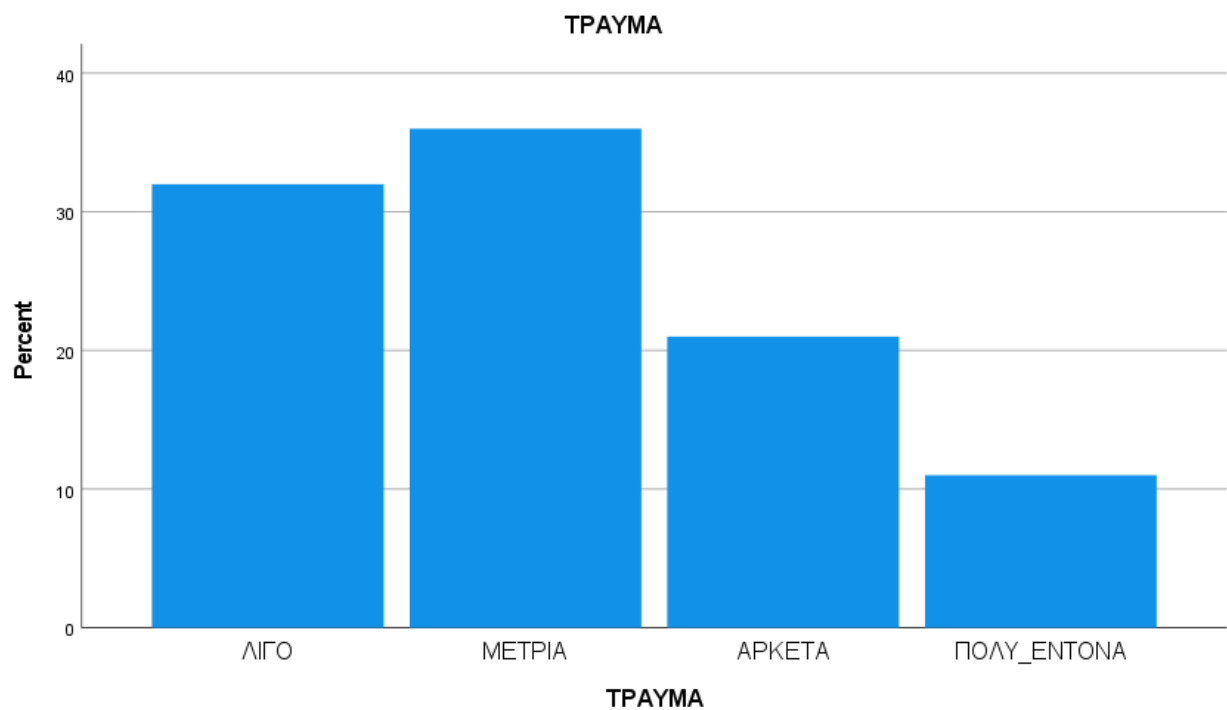
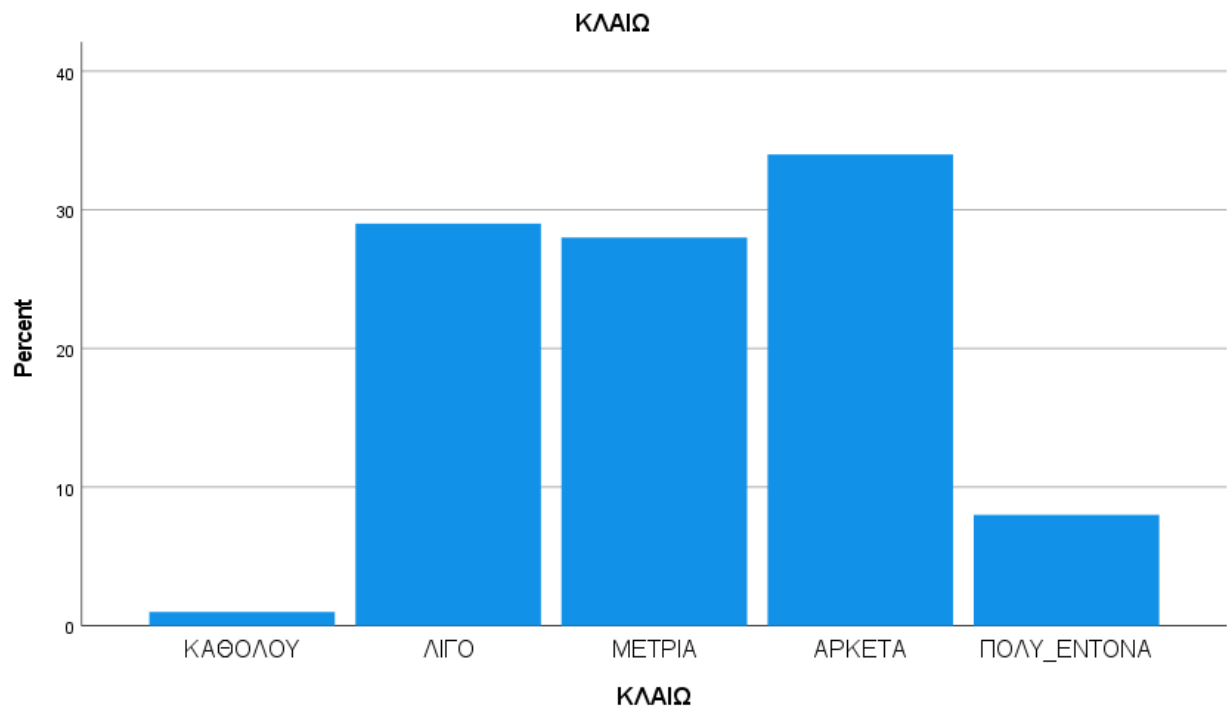
Τα παρακάτω ραβδογραφήματα, μας δείχνουν σχηματικά τη συχνότητα που απάντησαν οι ερωτώμενοι στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.

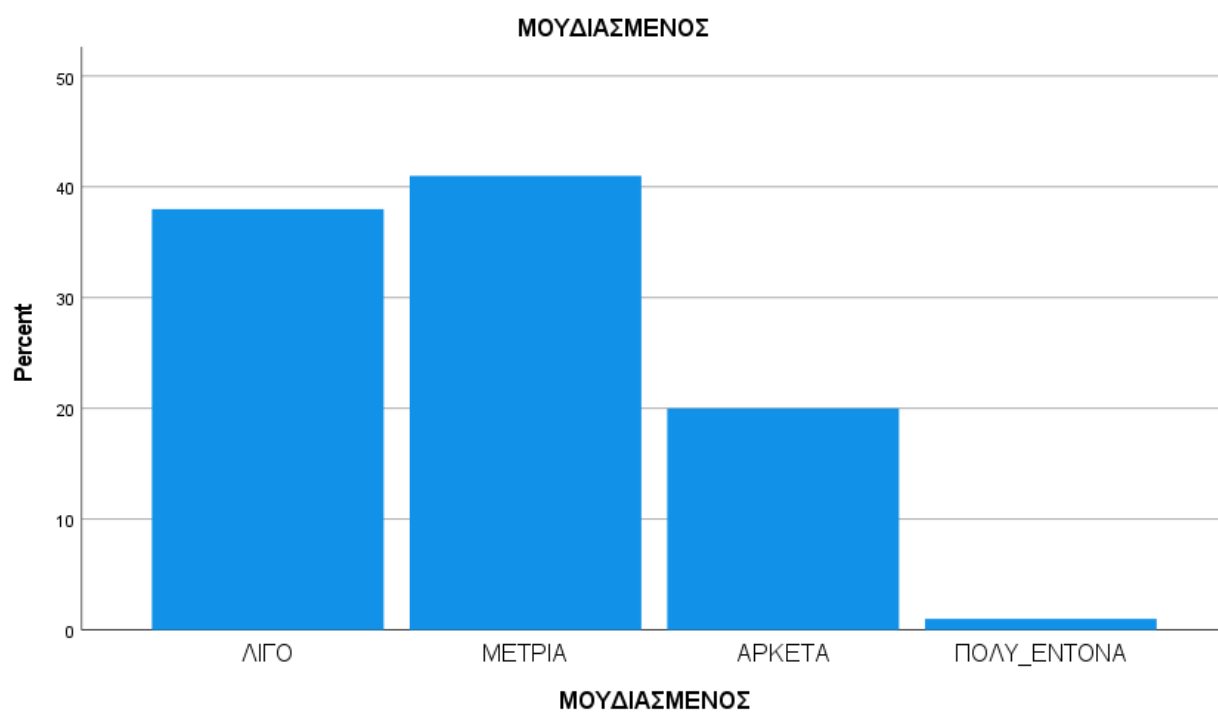
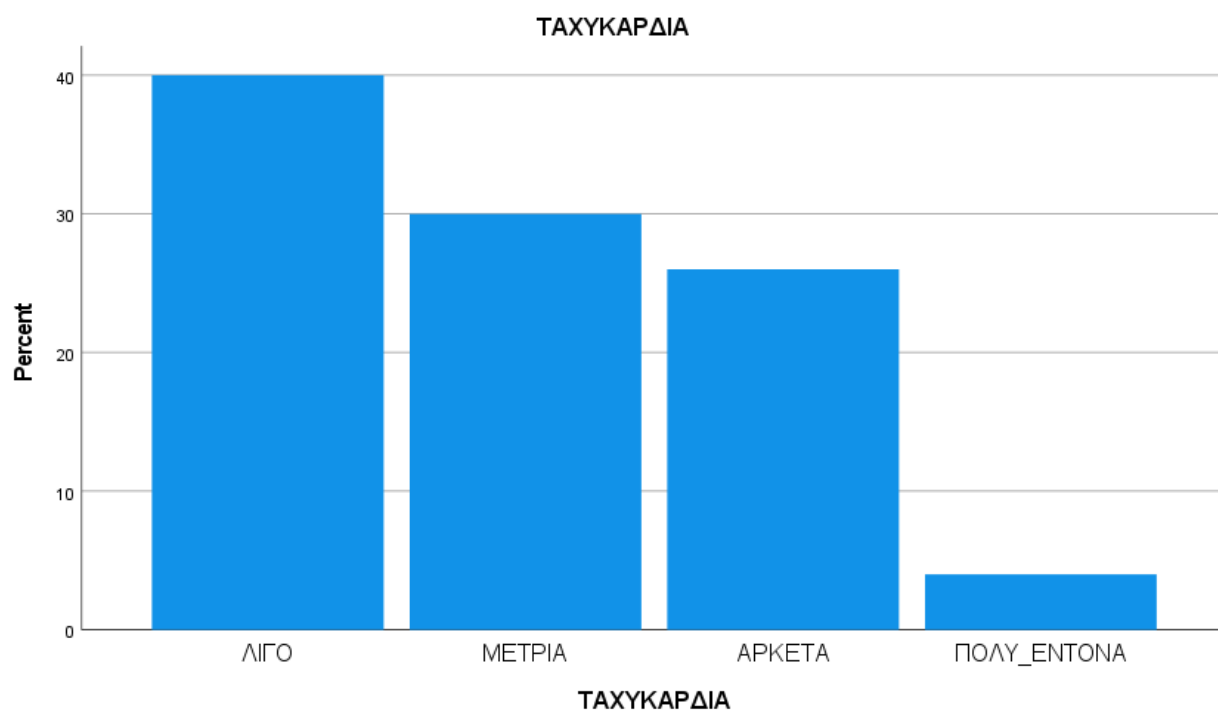


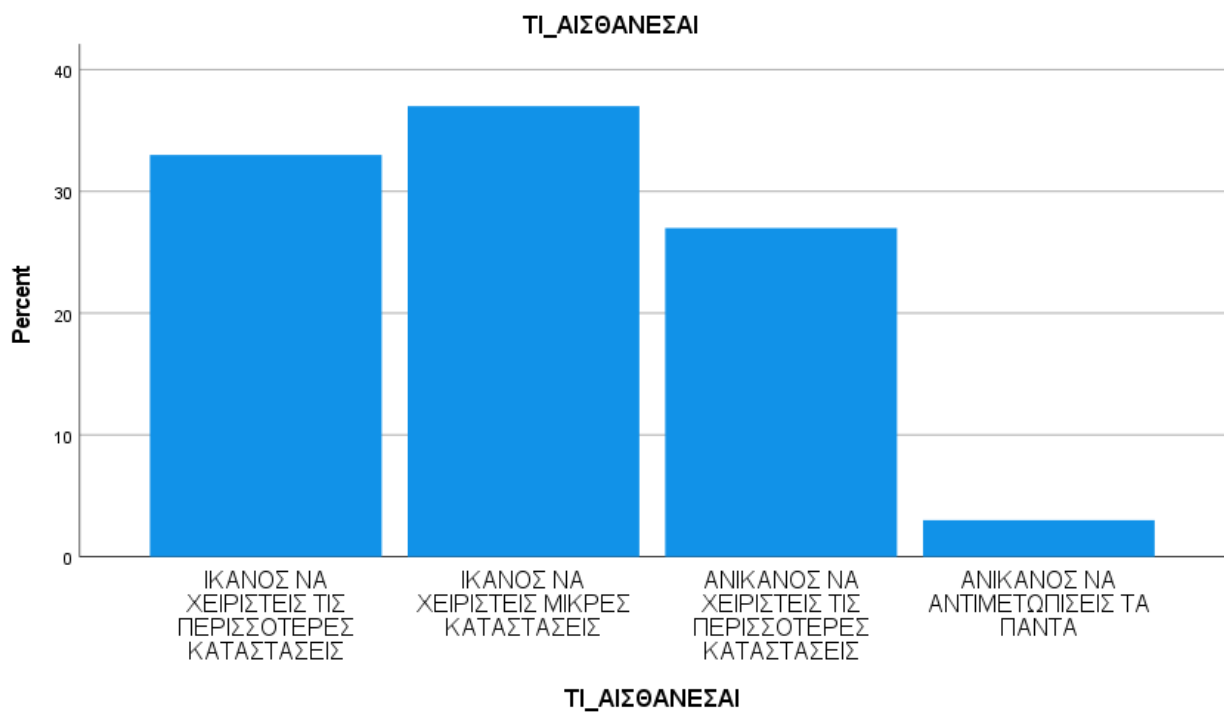
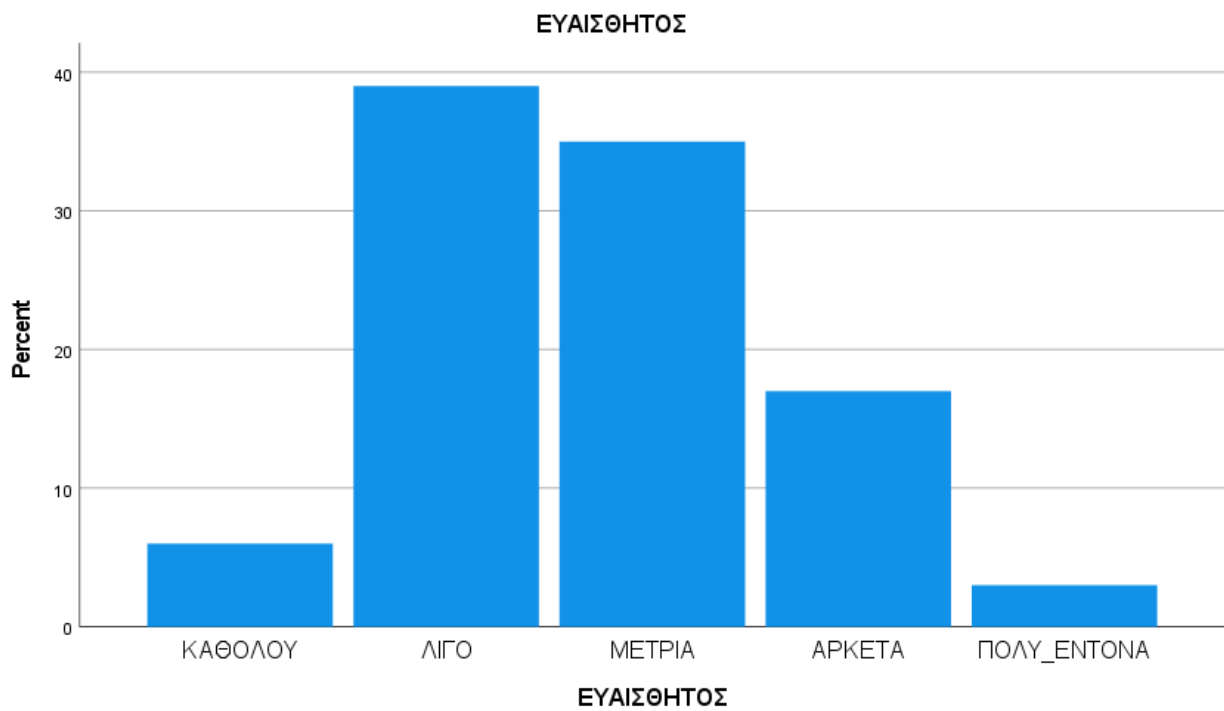


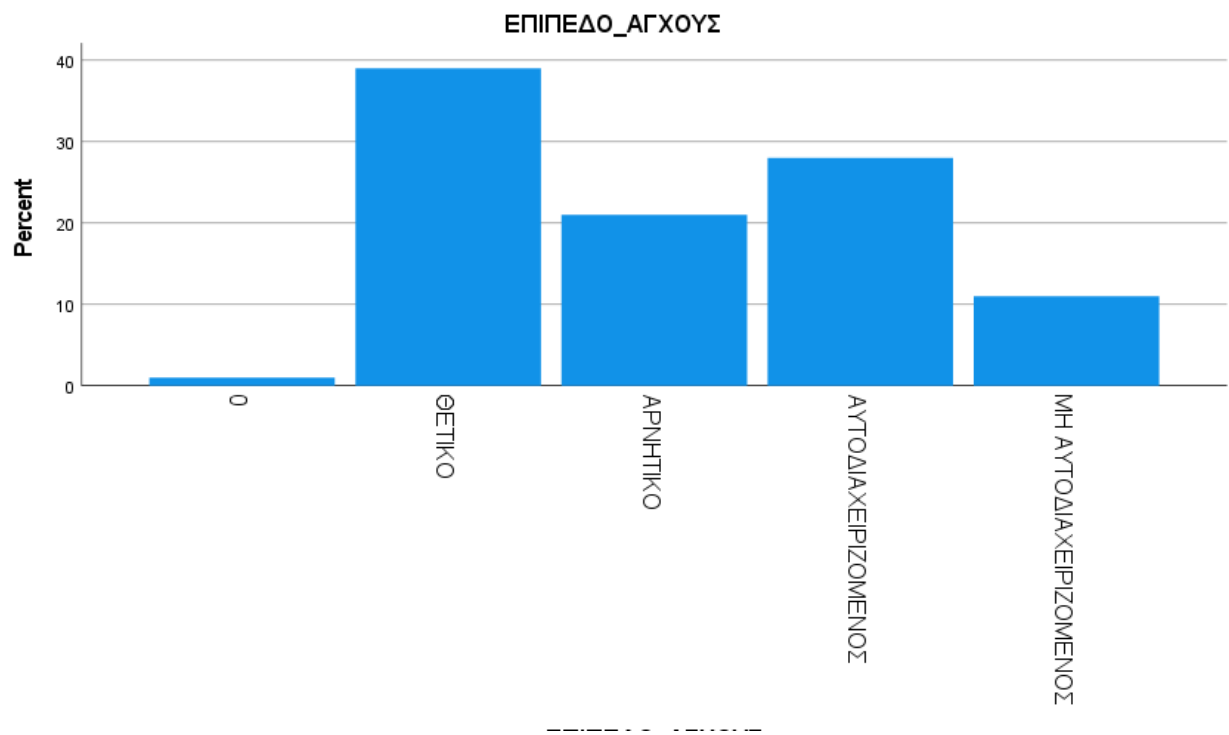






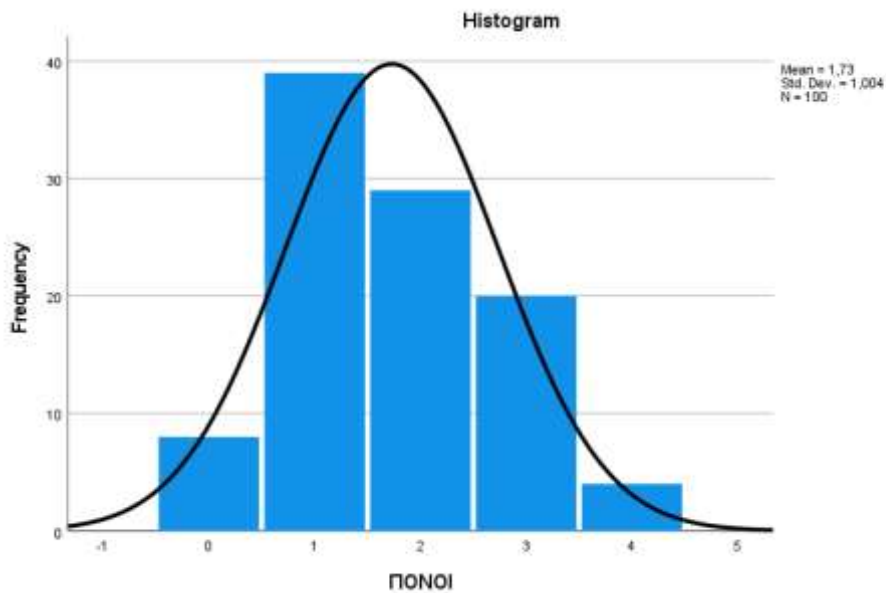






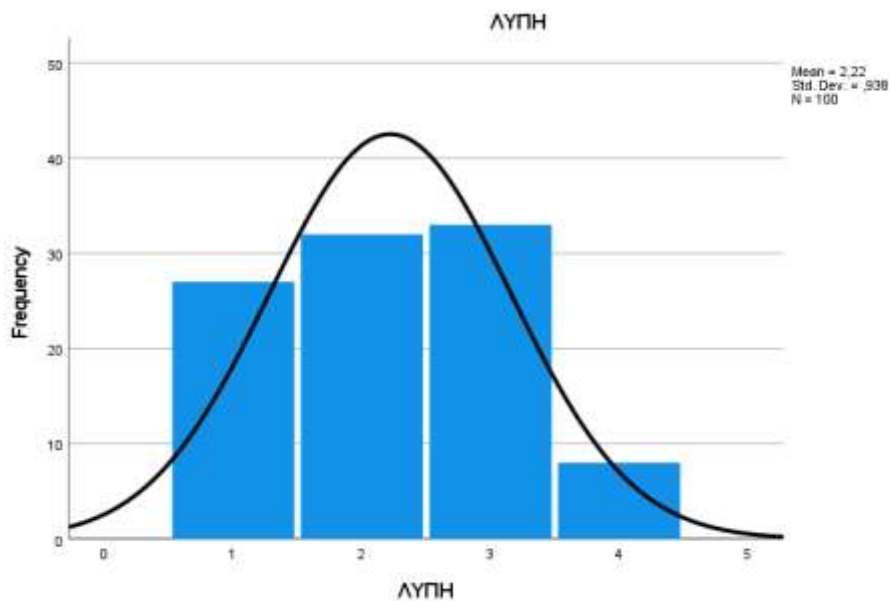
6.3 Διάγραμμα της καμπύλης συχνότητας πληθυσμού και κλίμακας ερωτήσεων

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.



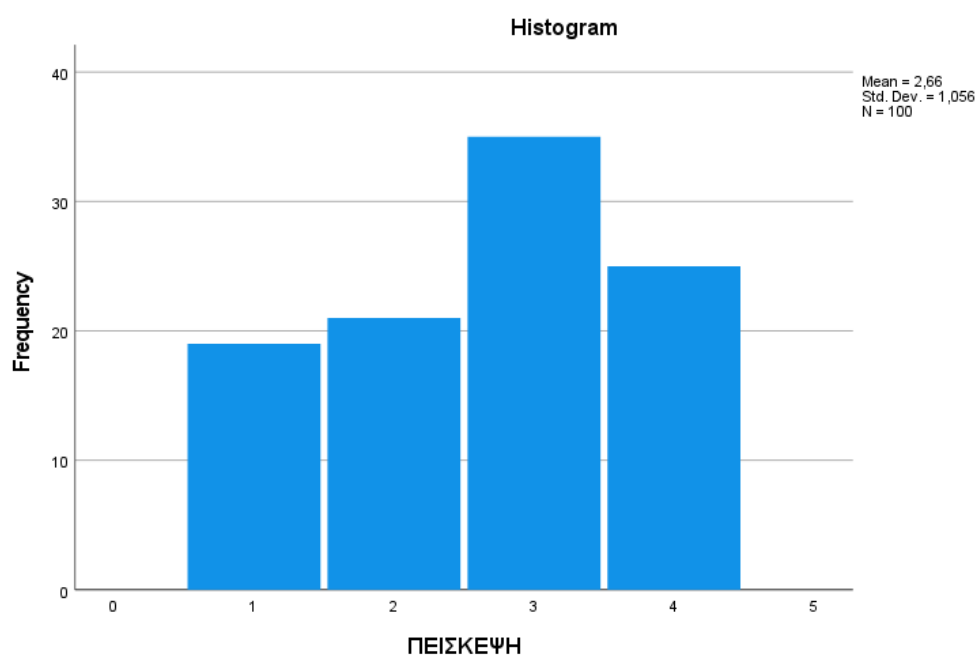
Όπως βλέπουμε στο διάγραμμα 1, το ανώτερο σημείο της καμπύλης εστιάζει στο 1, που αντιστοιχεί στην κλίμακα επιλογής λίγο.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.

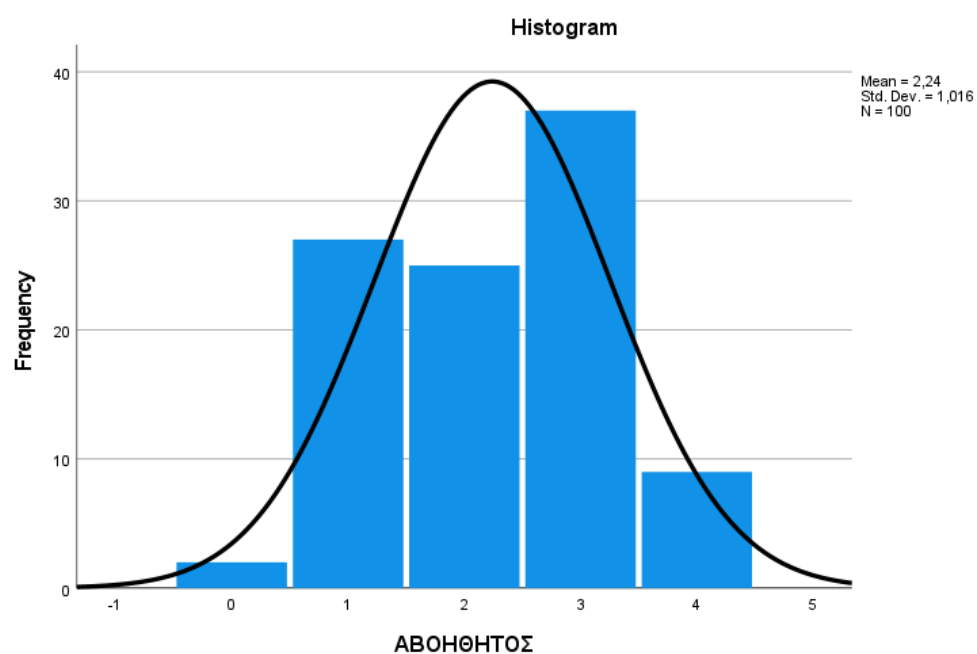


Όπως βλέπουμε στο διάγραμμα 2, το ανώτερο σημείο της καμπύλης εστιάζει στο 3, που αντιστοιχεί στην κλίμακα επιλογής αρκετά.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.

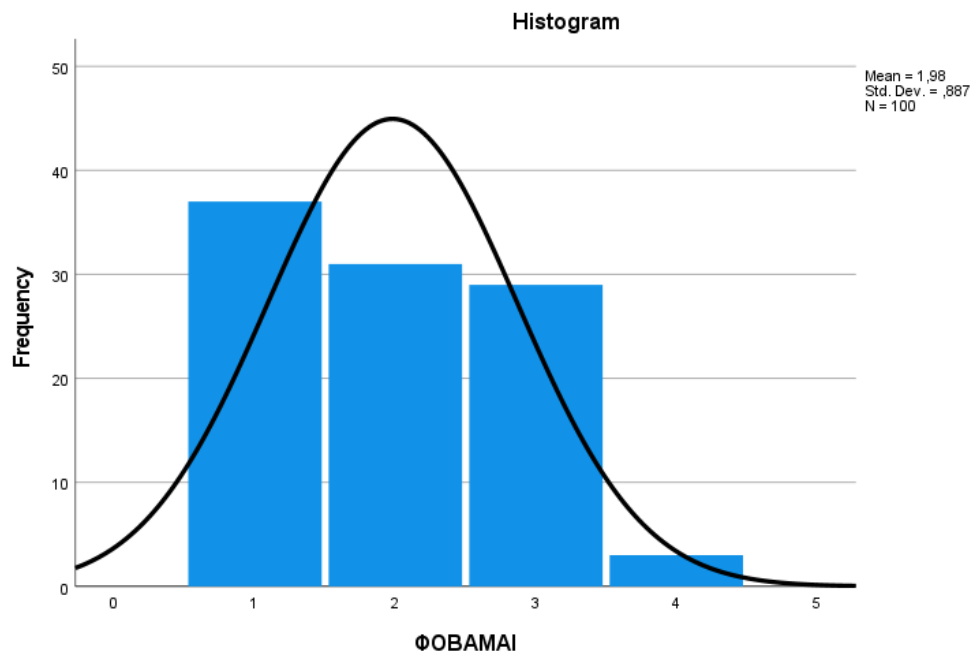


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.



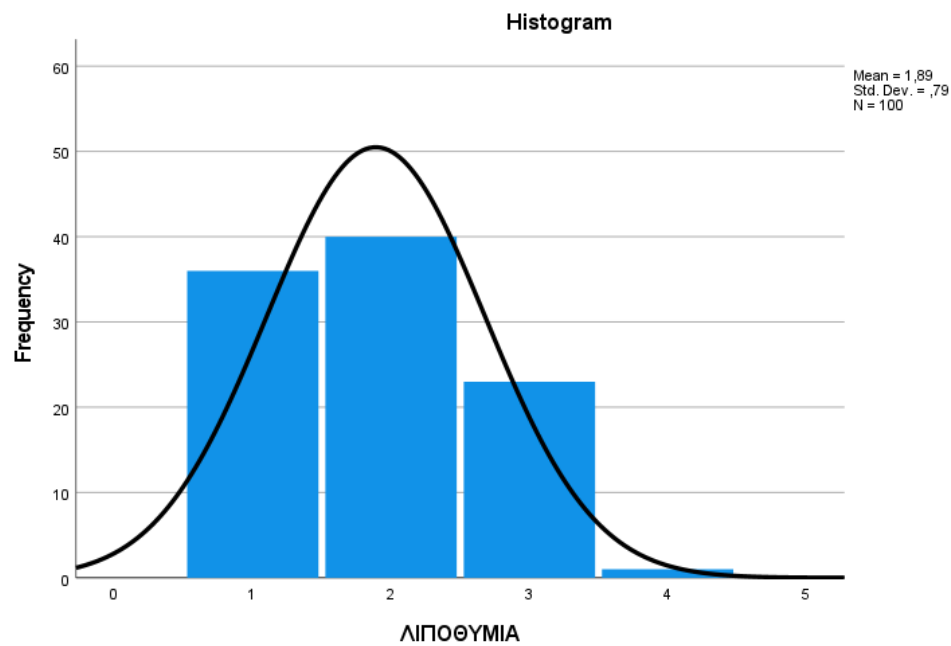
Όπως βλέπουμε στο διάγραμμα 4, το ανώτερο σημείο της καμπύλης εστιάζει στο 3, που αντιστοιχεί στην κλίμακα επιλογής αρκετά.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.



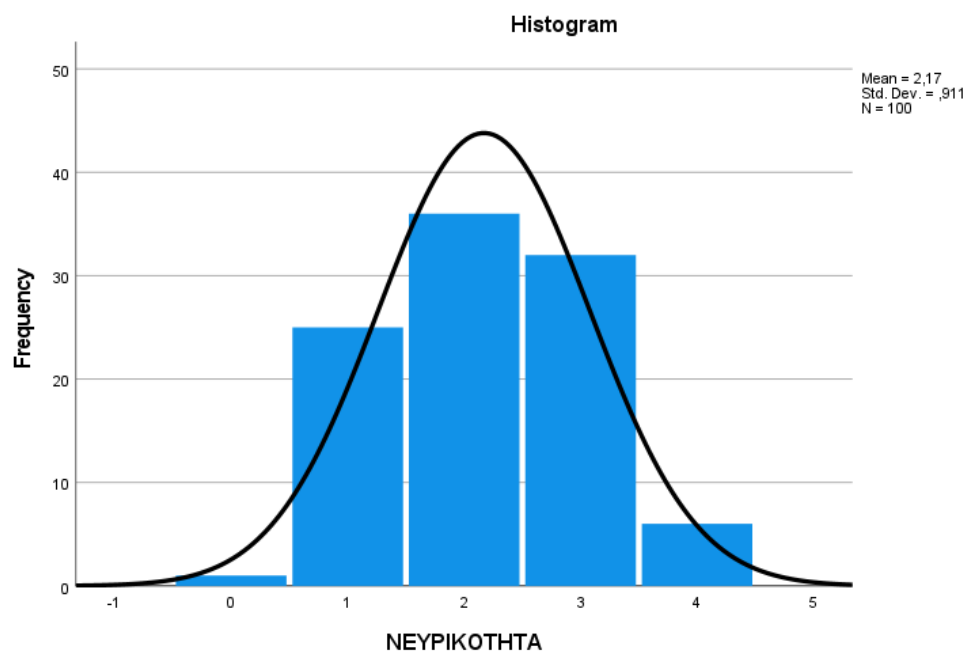
Όπως βλέπουμε στο διάγραμμα 5, το ανώτερο σημείο της καμπύλης εστιάζει στο 1, που αντιστοιχεί στην κλίμακα επιλογής λίγο.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6.



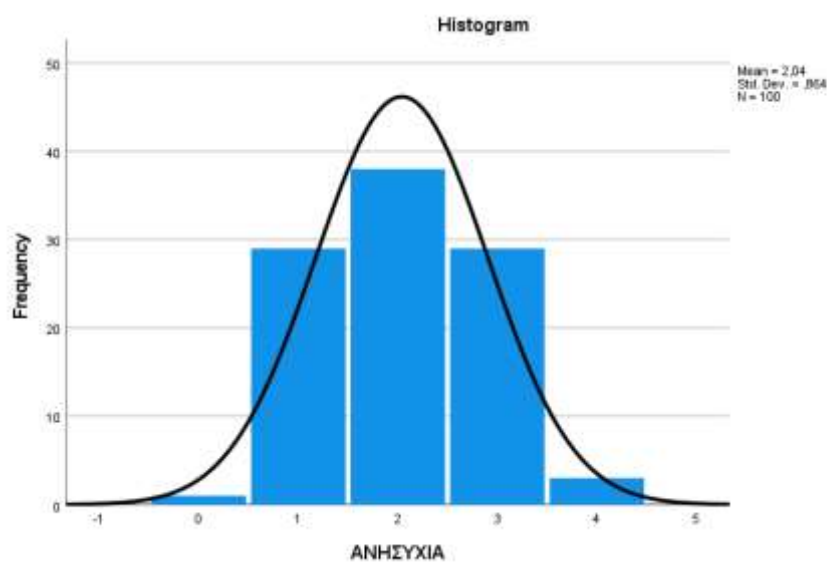
Όπως βλέπουμε στο διάγραμμα 6, το ανώτερο σημείο της καμπύλης εστιάζει στο 2, που αντιστοιχεί στην κλίμακα επιλογής μέτρια.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7.



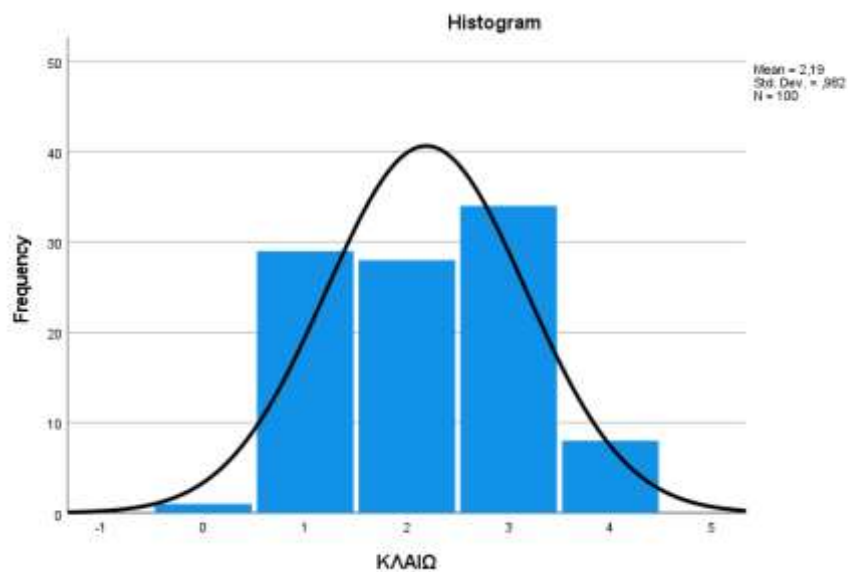
Όπως βλέπουμε στο διάγραμμα 7, το ανώτερο σημείο της καμπύλης εστιάζει στο 2, που αντιστοιχεί στην κλίμακα επιλογής μέτρια.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8.



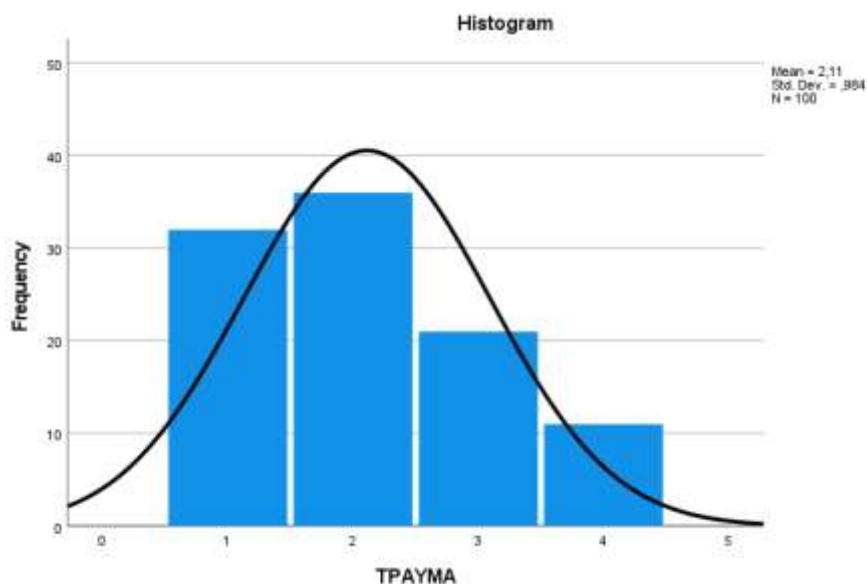
Όπως βλέπουμε στο διάγραμμα 8, το ανώτερο σημείο της καμπύλης εστιάζει στο 2, που αντιστοιχεί στην κλίμακα επιλογής μέτρια.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9.



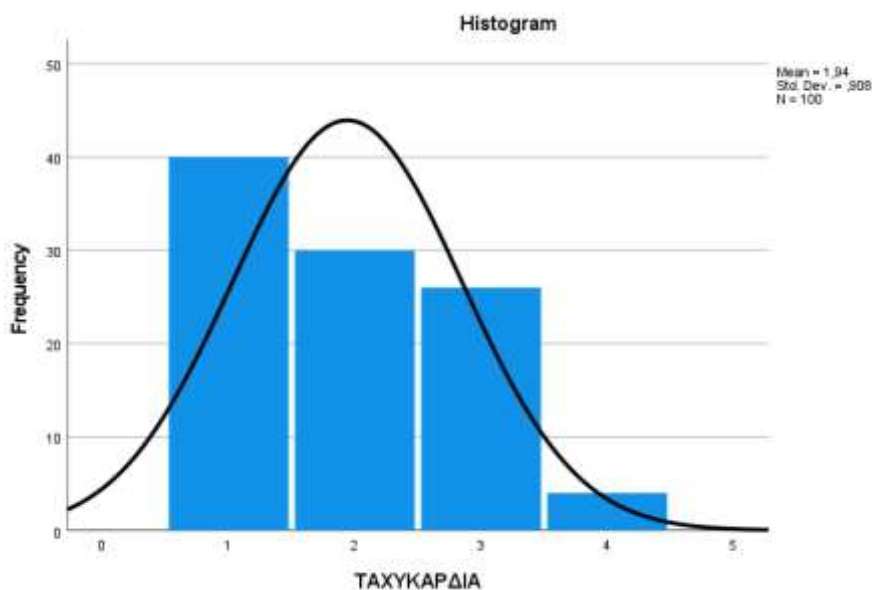
Όπως βλέπουμε στο διάγραμμα 9, το ανώτερο σημείο της καμπύλης εστιάζει στο 3, που αντιστοιχεί στην κλίμακα επιλογής αρκετά.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10.



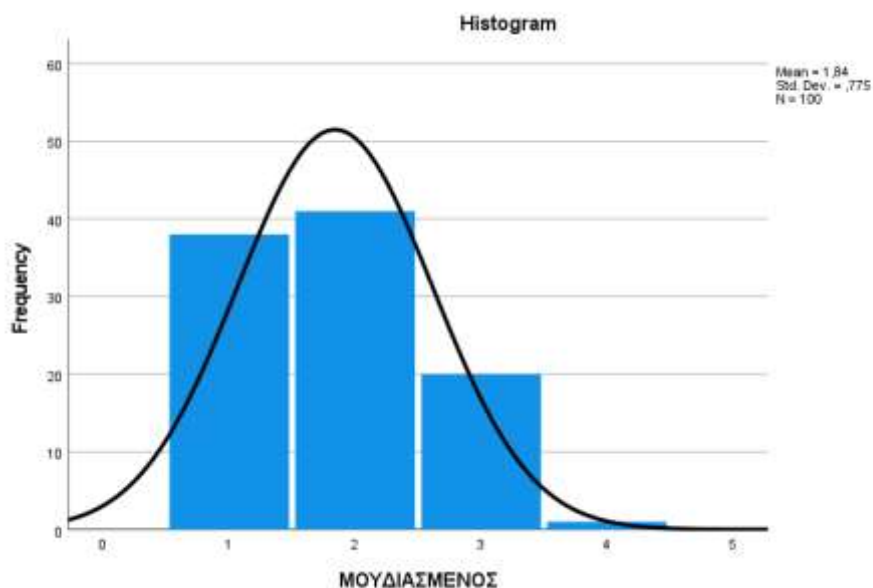
Όπως βλέπουμε στο διάγραμμα 10, το ανώτερο σημείο της καμπύλης εστιάζει στο 2, που αντιστοιχεί στην κλίμακα επιλογής μέτρια.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11.



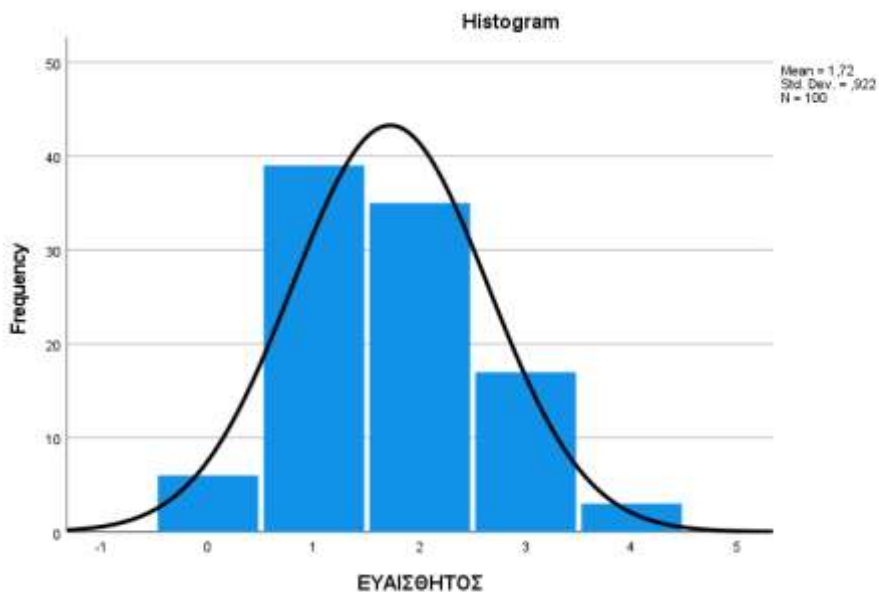
Όπως βλέπουμε στο διάγραμμα 11, το ανώτερο σημείο της καμπύλης εστιάζει στο 1, που αντιστοιχεί στην κλίμακα επιλογής λίγο.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12.



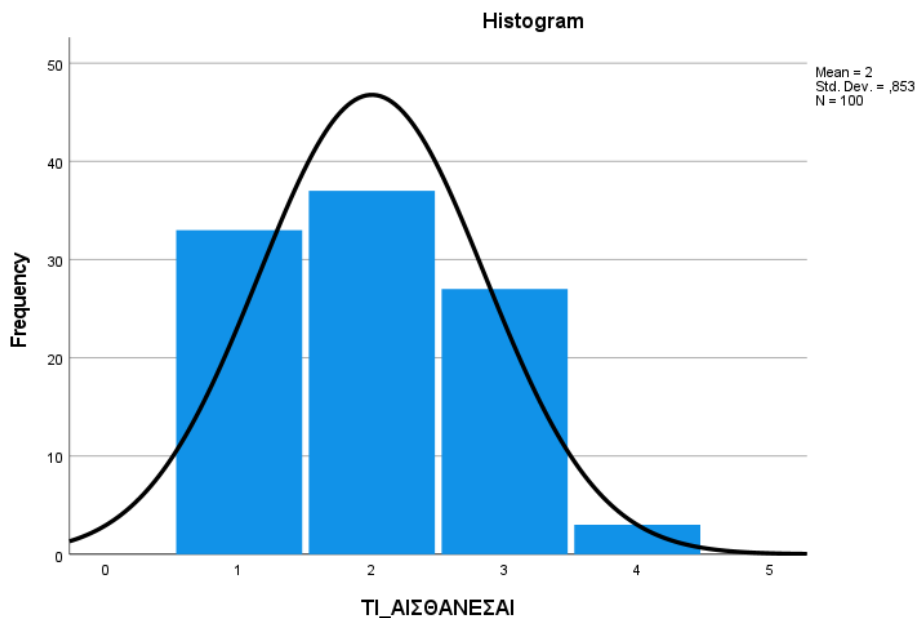
Όπως βλέπουμε στο διάγραμμα 12, το ανώτερο σημείο της καμπύλης εστιάζει στο 2, που αντιστοιχεί στην κλίμακα επιλογής μέτρια.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13.



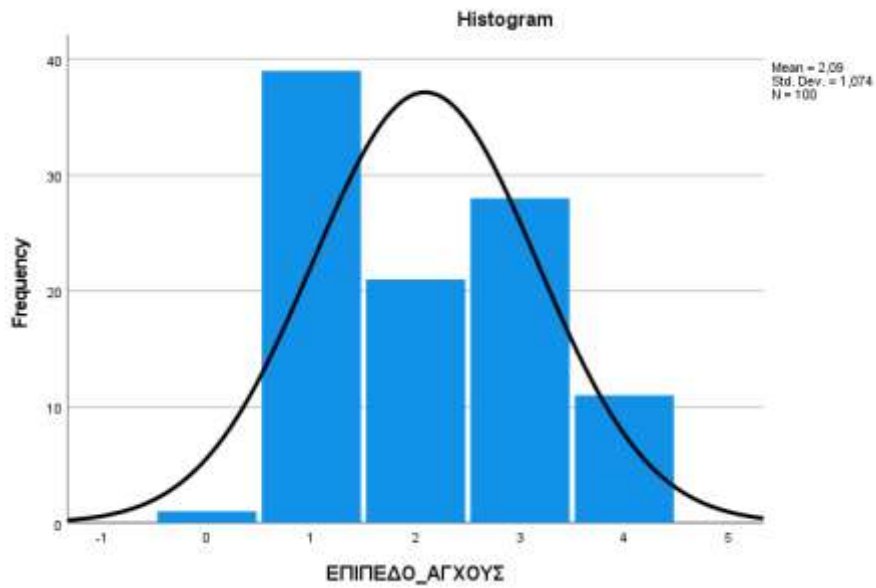
Όπως βλέπουμε στο διάγραμμα 13, το ανώτερο σημείο της καμπύλης εστιάζει στο 1, που αντιστοιχεί στην κλίμακα επιλογής λίγο.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14.



Όπως βλέπουμε στο διάγραμμα 14, το ανώτερο σημείο της καμπύλης εστιάζει στο 2, που αντιστοιχεί στην κλίμακα επιλογής ικανός να χειρισθεί μικρές καταστάσεις.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15.



Όπως βλέπουμε στο διάγραμμα 15, το ανώτερο σημείο της καμπύλης εστιάζει στο 1, που αντιστοιχεί στην κλίμακα επιλογής θετικό.

6.4 Πίνακας στατιστικής δεδομένων

Στους παρακάτω πίνακες βλέπουμε ξεχωριστά για κάθε απάντηση που δόθηκε από τους ερωτώμενους, την στατιστική ανάλυση των δεδομένων, όπως το εύρος των ερωτήσεων, το ελάχιστο σημείο, το μέγιστο σημείο, την απόκλιση, την διαφορά κ.λπ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.

Στατιστική		
ΠΟΝΟΙ		
N	Έγκυρος	100
	Λείπει	0
Σημαίνω		1,73
Std. Σφάλμα μέσου όρου		,100
Διάμεσος		1,66 ^a
Τρόπος		1
Std. Απόκλιση		1,004
Διαφορά		1,007
Ακαδημία		,324
Std . Σφάλμα of Skewness		,241
Κέρτωση		-,542
Std. Σφάλμα κέρτωσης		,478
Εύρος		4
Ελάχιστο		0
Μέγιστο		4
Άθροισμα		173
Ποσοστά	25	,89 ^b
	50	1,66
	75	2,55

a. Υπολογίστηκε από ομαδοποιημένα δεδομένα

b. Τα εκατοστημόρια υπολογίζονται από ομαδοποιημένα δεδομένα

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.

Στατιστική		
ΛΥΠΗ		
N	Έγκυρος	100
	Λείπει	0
Σημαίνω		2,22
Std. Σφάλμα μέσου όρου		,094
Διάμεσος		2,22 ^a
Τρόπος		3
Std. Απόκλιση		,938
Διαφορά		,880
Ακαδημία		,142
Std . Σφάλμα of Skewness		,241
Κέρτωση		-,983
Std. Σφάλμα κέρτωσης		,478
Εύρος		3
Ελάχιστο		1
Μέγιστο		4
Άθροισμα		222
Ποσοστά	25	1,39 ^b
	50	2,22
	75	2,98

a. Υπολογίστηκε από ομαδοποιημένα δεδομένα

b. Τα εκατοστημόρια υπολογίζονται από ομαδοποιημένα δεδομένα

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.

Στατιστική		
ΠΕΡΙΣΚΕΨΗ		
N	Έγκυρος	100
	Λείπει	0
Σημαίνω		2,66
Std. Σφάλμα μέσου όρου		,106
Διάμεσος		2,73 ^a
Τρόπος		3
Std. Απόκλιση		1,056
Διαφορά		1,116
Ακαδημία		-,275
Std . Σφάλμα of Skewness		,241
Κέρτωση		-1,115
Std. Σφάλμα κέρτωσης		,478
Εύρος		3
Ελάχιστο		1
Μέγιστο		4
Άθροισμα		266
Ποσοστά	25	1,78 ^b
	50	2,73
	75	3,58

a. Υπολογίστηκε από ομαδοποιημένα δεδομένα

b. Τα εκατοστημόρια υπολογίζονται από ομαδοποιημένα δεδομένα

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.

Στατιστική		
ΑΒΟΗΘΗΤΟΣ		
N	Έγκυρος	100
	Λείπει	0
Σημαίνω		2,24
Std. Σφάλμα μέσου όρου		,102
Διάμεσος		2,27 ^a
Τρόπος		3
Std. Απόκλιση		1,016
Διαφορά		1,033
Ακαδημία		-,088
Std . Σφάλμα of Skewness		,241
Κέρτωση		-,950
Std. Σφάλμα κέρτωσης		,478
Εύρος		4
Ελάχιστο		0
Μέγιστο		4
Άθροισμα		224
Ποσοστά	25	1,37 ^b
	50	2,27
	75	3,11

a. Υπολογίστηκε από ομαδοποιημένα δεδομένα

b. Τα εκατοστημόρια υπολογίζονται από ομαδοποιημένα δεδομένα

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.

Στατιστική		
ΦΟΒΑΜΑΙ		
N	Έγκυρος	100
	Λείπει	0
Σημαίνω		1,98
Std. Σφάλμα μέσου όρου		,089
Διάμεσος		1,93 ^a
Τρόπος		1
Std. Απόκλιση		,887
Διαφορά		,787
Ακαδημία		,305
Std . Σφάλμα of Skewness		,241
Κέρτωση		-1,095
Std. Σφάλμα κέρτωσης		,478
Εύρος		3
Ελάχιστο		1
Μέγιστο		4
Άθροισμα		198
Ποσοστά	25	1,19 ^b
	50	1,93
	75	2,75

a. Υπολογίστηκε από ομαδοποιημένα δεδομένα

b. Τα εκατοστημόρια υπολογίζονται από ομαδοποιημένα δεδομένα

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.

Στατιστική		
ΛΙΠΟΘΥΜΙΑ		
N	Έγκυρος	100
	Λείπει	0
Σημαίνω		1,89
Std. Σφάλμα μέσου όρου		,079
Διάμεσος		1,84 ^a
Τρόπος		2
Std. Απόκλιση		,790
Διαφορά		,624
Ακαδημία		,324
Std . Σφάλμα of Skewness		,241
Κέρτωση		-,963
Std. Σφάλμα κέρτωσης		,478
Εύρος		3
Ελάχιστο		1
Μέγιστο		4
Άθροισμα		189
Ποσοστά	25	1,18 ^b
	50	1,84
	75	2,60

a. Υπολογίστηκε από ομαδοποιημένα δεδομένα

b. Τα εκατοστημόρια υπολογίζονται από ομαδοποιημένα δεδομένα

ΠΙΝΑΚΑΣ 7.

Στατιστική		
ΝΕΥΡΙΚΟΤΗΤΑ		
N	Έγκυρος	100
	Λείπει	0
Σημαίνω		2,17
Std. Σφάλμα μέσου όρου		,091
Διάμεσος		2,18 ^a
Τρόπος		2
Std. Απόκλιση		,911
Διαφορά		,829
Ακαδημία		,063
Std . Σφάλμα of Skewness		,241
Κέρτωση		-,729
Std. Σφάλμα κέρτωσης		,478
Εύρος		4
Ελάχιστο		0
Μέγιστο		4
Άθροισμα		217
Ποσοστά	25	1,38 ^b
	50	2,18
	75	2,91

a. Υπολογίστηκε από ομαδοποιημένα δεδομένα

b. Τα εκατοστημόρια υπολογίζονται από ομαδοποιημένα δεδομένα

ΠΙΝΑΚΑΣ 8.

Στατιστική		
ΑΝΗΣΥΧΙΑ		
N	Έγκυρος	100
	Λείπει	0
Σημαίνω		2,04
Std. Σφάλμα μέσου όρου		,086
Διάμεσος		2,03 ^a
Τρόπος		2
Std. Απόκλιση		,864
Διαφορά		,746
Ακαδημία		,114
Std . Σφάλμα of Skewness		,241
Κέρτωση		-,775
Std. Σφάλμα κέρτωσης		,478
Εύρος		4
Ελάχιστο		0
Μέγιστο		4
Άθροισμα		204
Ποσοστά	25	1,28 ^b
	50	2,03
	75	2,78

a. Υπολογίστηκε από ομαδοποιημένα δεδομένα

b. Τα εκατοστημόρια υπολογίζονται από ομαδοποιημένα δεδομένα

ΠΙΝΑΚΑΣ 9.

Στατιστική		
ΚΛΑΙΩ		
N	Έγκυρος	100
	Λείπει	0
Σημαίνω		2,19
Std. Σφάλμα μέσου όρου		,098
Διάμεσος		2,19 ^a
Τρόπος		3
Std. Απόκλιση		,982
Διαφορά		,964
Ακαδημία		,065
Std . Σφάλμα of Skewness		,241
Κέρτωση		-,993
Std. Σφάλμα κέρτωσης		,478
Εύρος		4
Ελάχιστο		0
Μέγιστο		4
Άθροισμα		219
Ποσοστά	25	1,33 ^b
	50	2,19
	75	3,00

a. Υπολογίστηκε από ομαδοποιημένα δεδομένα

b. Τα εκατοστημόρια υπολογίζονται από ομαδοποιημένα δεδομένα

ΠΙΝΑΚΑΣ 10.

Στατιστική

ΤΡΑΥΜΑ

N	Έγκυρος	100
	Λείπει	0
Σημαίνω		2,11
Std. Σφάλμα μέσου όρου		,098
Διάμεσος		2,00 ^a
Τρόπος		2
Std. Απόκλιση		,984
Διαφορά		,968
Ακαδημία		,490
Std . Σφάλμα of Skewness		,241
Κέρτωση		-,776
Std. Σφάλμα κέρτωσης		,478
Εύρος		3
Ελάχιστο		1
Μέγιστο		4
Άθροισμα		211
Ποσοστά	25	1,26 ^b
	50	2,00
	75	2,88

a. Υπολογίστηκε από ομαδοποιημένα δεδομένα

b. Τα εκατοστημόρια υπολογίζονται από ομαδοποιημένα δεδομένα

ΠΙΝΑΚΑΣ 11.

Στατιστική

TACHYKARDIA

N	Έγκυρος	100
	Λείπει	0
Σημαίνω		1,94
Std. Σφάλμα μέσου όρου		,091
Διάμεσος		1,86 ^a
Τρόπος		1
Std. Απόκλιση		,908
Διαφορά		,825
Ακαδημία		,450
Std . Σφάλμα of Skewness		,241
Κέρτωση		-,945
Std. Σφάλμα κέρτωσης		,478
Εύρος		3
Ελάχιστο		1
Μέγιστο		4
Άθροισμα		194
Ποσοστά	25	1,14 ^b
	50	1,86
	75	2,71

a. Υπολογίστηκε από ομαδοποιημένα δεδομένα

b. Τα εκατοστημόρια υπολογίζονται από ομαδοποιημένα δεδομένα

ΠΙΝΑΚΑΣ 12.

Στατιστική		
ΜΟΥΔΙΑΣΜΕΝΟΣ		
N	Έγκυρος	100
	Λείπει	0
Σημαίνω		1,84
Std. Σφάλμα μέσου όρου		,077
Διάμεσος		1,78 ^a
Τρόπος		2
Std. Απόκλιση		,775
Διαφορά		,600
Ακαδημία		,420
Std . Σφάλμα of Skewness		,241
Κέρτωση		-,803
Std. Σφάλμα κέρτωσης		,478
Εύρος		3
Ελάχιστο		1
Μέγιστο		4
Άθροισμα		184
Ποσοστά	25	1,15 ^b
	50	1,78
	75	2,54

a. Υπολογίστηκε από ομαδοποιημένα δεδομένα

b. Τα εκατοστημόρια υπολογίζονται από ομαδοποιημένα δεδομένα

ΠΙΝΑΚΑΣ 13.

Στατιστική		
ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΣ		
N	Έγκυρος	100
	Λείπει	0
Σημαίνω		1,72
Std. Σφάλμα μέσου όρου		,092
Διάμεσος		1,66 ^a
Τρόπος		1
Std. Απόκλιση		,922
Διαφορά		,850
Ακαδημία		,354
Std . Σφάλμα of Skewness		,241
Κέρτωση		-,273
Std. Σφάλμα κέρτωσης		,478
Εύρος		4
Ελάχιστο		0
Μέγιστο		4
Άθροισμα		172
Ποσοστά	25	,98 ^b
	50	1,66
	75	2,48

a. Υπολογίστηκε από ομαδοποιημένα δεδομένα

b. Τα εκατοστημόρια υπολογίζονται από ομαδοποιημένα δεδομένα

ΠΙΝΑΚΑΣ 14.

Στατιστική		
ΤΙ_ΑΙΣΘΑΝΕΣΑΙ		
N	Έγκυρος	100
	Λείπει	0
Σημαίνω		2,00
Std. Σφάλμα μέσου όρου		,085
Διάμεσος		1,96 ^a
Τρόπος		2
Std. Απόκλιση		,853
Διαφορά		,727
Ακαδημία		,299
Std . Σφάλμα of Skewness		,241
Κέρτωση		-,902
Std. Σφάλμα κέρτωσης		,478
Εύρος		3
Ελάχιστο		1
Μέγιστο		4
Άθροισμα		200
Ποσοστά	25	1,24 ^b
	50	1,96
	75	2,73

a. Υπολογίστηκε από ομαδοποιημένα δεδομένα

b. Τα εκατοστημόρια υπολογίζονται από ομαδοποιημένα δεδομένα

ΠΙΝΑΚΑΣ 15.

Στατιστική		
ΕΠΙΠΕΔΟ_ΑΓΧΟΥΣ		
N	Έγκυρος	100
	Λείπει	0
Σημαίνω		2,09
Std. Σφάλμα μέσου όρου		,107
Διάμεσος		1,98 ^a
Τρόπος		1
Std. Απόκλιση		1,074
Διαφορά		1,153
Ακαδημία		,317
Std . Σφάλμα of Skewness		,241
Κέρτωση		-1,159
Std. Σφάλμα κέρτωσης		,478
Εύρος		4
Ελάχιστο		0
Μέγιστο		4
Άθροισμα		209
Ποσοστά	25	1,15 ^b
	50	1,98
	75	3,00

a. Υπολογίστηκε από ομαδοποιημένα δεδομένα

b. Τα εκατοστημόρια υπολογίζονται από ομαδοποιημένα δεδομένα

6.5 Ανάλυση Αξιοπιστίας Κλιμάκων

Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφεται η ανάλυση της εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) της εννοιολογικής κατασκευής των κλιμάκων και υποκλιμάκων, ως τιμή του συντελεστή alpha του Cronbach. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι όλες οι συγκεντρωτικές κλίμακες χαρακτηρίζονται ως αποδεκτές, σε ότι αφορά την αξιοπιστία τους.

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ΑΑ	30,86	72,735	,063	,174	,877
ΠΟΝΟΙ	79,13	912,911	,242	,391	,089
ΛΥΠΗ	78,64	926,479	,023	,583	,103
ΠΕΙΣΚΕΨΗ	78,19	924,810	,043	,396	,102
ΑΒΟΗΘΗΤΟΣ	78,61	928,384	-,012	,485	,105
ΦΟΒΑΜΑΙ	78,88	916,312	,215	,523	,092
ΛΙΠΟΘΥΜΙΑ	78,97	914,540	,282	,540	,090
ΝΕΥΡΙΚΟΤΗΤΑ	78,69	907,095	,377	,549	,082
ΑΝΗΣΥΧΙΑ	78,82	915,334	,240	,464	,091
ΚΛΑΙΩ	78,67	913,714	,235	,622	,090
ΤΡΑΥΜΑ	78,74	914,257	,227	,406	,090
ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ	78,91	919,818	,146	,424	,096
ΜΟΥΔΙΑΣΜΕΝΟΣ	79,01	922,337	,122	,420	,098
ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΣ	79,14	917,041	,192	,440	,093
ΤΙ_ΑΙΣΘΑΝΕΣΑΙ	78,86	922,388	,107	,497	,099
ΕΠΙΠΕΔΟ_ΑΓΧΟΥΣ	78,78	911,746	,243	,538	,088

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	99	99,0
	Excluded ^a	1	1,0
	Total	100	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics		
<u>Cronbach's Alpha</u>	<u>Cronbach's Alpha Based on Standardized Items</u>	<u>N of Items</u>
,104	,868	16

Item Statistics			
	<u>Mean</u>	<u>Std. Deviation</u>	<u>N</u>
ΑΑ	50,00	28,723	99
ΠΟΝΟΙ	1,73	1,008	99
ΛΥΠΗ	2,22	,943	99
ΠΕΙΣΚΕΨΗ	2,67	1,059	99
ΑΒΟΗΘΗΤΟΣ	2,25	1,014	99
ΦΟΒΑΜΑΙ	1,98	,892	99
ΛΙΠΟΘΥΜΙΑ	1,89	,794	99
ΝΕΥΡΙΚΟΤΗΤΑ	2,17	,915	99
ΑΝΗΣΥΧΙΑ	2,04	,868	99
ΚΛΑΙΩ	2,19	,986	99
ΤΡΑΥΜΑ	2,12	,982	99
ΤΑΧΥΚΑΡΔΙΑ	1,95	,908	99
ΜΟΥΔΙΑΣΜΕΝΟΣ	1,85	,774	99
ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΣ	1,72	,926	99
ΤΙ_ΑΙΣΘΑΝΕΣΑΙ	2,00	,857	99
ΕΠΙΠΕΔΟ_ΑΓΧΟΥΣ	2,08	1,075	99

ΣΥΓΚΤΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Αυτή η έκθεση βασίζεται σε έρευνα τεκμηρίωσης και επιτόπια έρευνα που πραγματοποιήθηκε μεταξύ Μαρτίου και Μαΐου 2016. Τα στοιχεία της έρευνας τεκμηρίωσης προέρχονται κυρίως από μια μελέτη του πρωτογενούς και παράγωγου Τουρκικού δικαίου, η οποία συμπληρώθηκε με ένα φάσμα εκθέσεων που έχουν εκδώσει κυβερνητικές και μη κυβερνητικές πηγές στην Τουρκία όπως και στην Ε.Ε. Όσον αφορά την επιτόπια έρευνα, τον Μάρτιο του 2016 μια αντιπροσωπεία της Διεθνούς Αμνηστίας ταξίδεψε στην Άγκυρα, το Ντενιζλί, το Γκαζιαντέπ, τη Χατάι, την Κωνσταντινούπολη και το Κιλίς. Οι ερευνητές πήραν συνέντευξη από προσωπικό 13 τοπικών και διεθνών ΜΚΟ που εργάζονται σε ζητήματα που έχουν σχέση με τους πρόσφυγες.

Τα ονόματα των οργανώσεων από το προσωπικό των οποίων πήρε συνέντευξη η Διεθνής Αμνηστία, δεν δημοσιεύονται κατόπιν αιτήματός τους. Οι απεσταλμένοι της οργάνωσης συναντήθηκαν επίσης με αξιωματούχους της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες στην Άγκυρα και το Γκαζιαντέπ καθώς και με εκπροσώπους ενός δήμου της Κωνσταντινούπολης. Η Γενική Διεύθυνση Διαχείρισης Μετανάστευσης, ο φορέας του Υπουργείου Εσωτερικών που είναι υπεύθυνος για την προστασία των προσφύγων, απέρριψε το αίτημα της Διεθνούς Αμνηστίας για συνάντηση. Κατά τη διάρκεια της επιτόπιας έρευνας, οι ερευνητές πήραν συνέντευξη από 57 αιτούντες άσυλο ή πρόσφυγες: συναντήθηκαν αυτοπροσώπως με 56 από αυτούς (27 Αφγανούς, 11 Ιρανούς, 9 Ιρακινούς, 5 Πακιστανούς και 4 Σύριους) και πήραν συνέντευξη από έναν ακόμα Αφγανό πρόσφυγα μέσω Skype. Για να προστατευθούν οι αιτούντες άσυλο και οι πρόσφυγες από τους οποίους η Διεθνής Αμνηστία πήρε συνέντευξη για αυτήν την έρευνα, χρησιμοποιούνται μόνο ψευδώνυμα ή αρχικά, εκτός αν επισημαίνεται διαφορετικά.

Όλα τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι οι συνθήκες στέγασης για τους περισσότερους αιτούντες άσυλο και πρόσφυγες στην Τουρκία είναι ακατάλληλες. Η πιο πρόσφατη κυβερνητική ανάλυση, από το 2013, βρήκε ότι το 25% των Σύριων προσφύγων που διέμεναν εκτός καταυλισμών ζούσαν σε «ερείπια ή αυτοσχέδια καταλύματα», και το 62% ζούσε σε οικιακές μονάδες οκτώ ή περισσότερων ατόμων, με αποτέλεσμα να υπάρχει σοβαρός συνωστισμός, καθώς ο μέσος αριθμός δωματίων ανά οικιακή μονάδα είναι 2,1 δωμάτια. Το 2014, επιτόπια έρευνα που διεξήχθη από τον Ιατρικό Σύλλογο Τουρκίας επιβεβαίωσε ότι τα περισσότερα σπίτια στα οποία διαμένουν Σύριοι πρόσφυγες βρίσκονταν σε άσχημη κατάσταση, και ότι κάποιοι άνθρωποι ζούσαν σε πάρκα ή ερείπια σπιτιών.

Η κατάσταση δεν βελτιώθηκε αφού τέθηκε σε ισχύ ο Νόμος για τους Αλλοδαπούς και τη Διεθνή Προστασία, τον Απρίλιο του 2014. Μια μελέτη για τη στέγαση που διεξήχθη στα τέλη του 2015 από μια ΜΚΟ σε μια παραμεθόρια επαρχία στο νότο, η οποία εξέτασε πάνω από 36.000 Σύριους πρόσφυγες, βρήκε ότι μόνο το 33,3% από αυτούς ζούσαν σε σύγχρονα, επαρκώς θερμαινόμενα κτίρια, με τους υπόλοιπους να διαμένουν σε καταλύματα που κυμαίνονταν από κτίρια με κακή θέρμανση και προβλήματα υγρασίας και κρύου (43,3%), έως σκηνές (17,9%), μη κατοικήσιμα κτίρια όπως χώροι στάθμευσης και οικοδομές (4,96%), και δημόσιους χώρους όπως τεμένη και πάρκα (0,55%).

Τον Ιανουάριο του 2016, η Επιτροπή του ΟΗΕ για την Εξάλειψη των Φυλετικών Διακρίσεων εξέφρασε ανησυχία για τις άσχημες συνθήκες διαβίωσης των Σύριων προσφύγων σε όλη την Τουρκία, όπως και για τις γενικές ανεπάρκειες όσον αφορά τις οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες των μεταναστών, αιτούντων άσυλο και προσφύγων. Στις νότιες παραμεθόριες επαρχίες, η Διεθνής Αμνηστία επισκέφθηκε Σύριους πρόσφυγες που ζουν σε άθλιες συνθήκες. Για παράδειγμα, στο Γκαζιαντέπ οι ερευνητές συνάντησαν μια επταμελή οικογένεια από το Χαλέπι που ζούσε σε μόλις δύο δωμάτια, χωρίς ηλεκτρικό ή τρεχούμενο νερό. Και τα δύο δωμάτια ήταν υγρά και κρύα, και το ένα ήταν υπόγειο. Στη Χατάι, δύο αδέρφια από τη Χάμα, ηλικίας 20 και 16 ετών, ζούσαν μαζί με δύο άντρες σε ένα και μόνο δωμάτιο με τσιμεντένιο δάπεδο, χωρίς το ένα παράθυρο και χωρίς τρεχούμενο νερό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εντεινόμενη αστάθεια και ανασφάλεια σε κάποιες περιοχές της Μέσης Ανατολής και της Βόρειας Αφρικής έχουν ως αποτέλεσμα να αυξάνεται ο αριθμός των ανθρώπων που προσπαθούν να φθάσουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε). Στις μέρες μας, οι βασικές οδοί εισόδου στην Ε.Ε είναι δύο: αφενός η «οδός της Νοτιοανατολικής Μεσογείου», από Τουρκία σε Ελλάδα και αφετέρου η «οδός της Κεντρικής Μεσογείου», από Αίγυπτο και Λιβύη σε Ιταλία.

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το τελευταίο διάστημα η Ελλάδα να αντιμετωπίζει μια πρωτοφανή κατάσταση έκτακτης ανάγκης, καθώς ο αριθμός των προσφύγων που φθάνουν στη χώρα αγγίζει επίπεδα ρεκόρ. Οι υποδομές και οι υπηρεσίες υποδοχής, όπως και η διαδικασία καταγραφής, αδυνατούν να καλύψουν τις τεράστιες ανάγκες, ενώ ο συνωστισμός στα νησιά έχει αυξηθεί περαιτέρω.

Η Ελλάδα, με ένα τεράστιο δημόσιο χρέος, αδυνατεί να καλύψει ακόμη και τις στοιχειώδεις ανάγκες των ανθρώπων που φθάνουν καθημερινά στις ακτές της. Στην πράξη, αυτοί που τους υποδέχονται και τους προσφέρουν βοήθεια (π.χ. τρόφιμα, νερό, κουβέρτες, οδηγίες για το πώς θα φθάσουν στα κέντρα ταυτοποίησης), είναι κυρίως εθελοντές, ακτιβιστές και άλλα ενεργά μέλη της κοινωνίας των πολιτών. Είναι σαφές ότι ο αριθμός των αφίξεων έχει ξεπεράσει κάθε πρόβλεψη των Ελληνικών αρχών, όπως και των αρχών άλλων Ευρωπαϊκών κρατών, που δεν ήταν προετοιμασμένες να αντιμετωπίσουν μια τέτοια κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Στην ουσία η κατάσταση μετατράπηκε σε «κρίση» λόγω της ανυπαρξίας Εθνικού και Ευρωπαϊκού σχεδίου διαχείρισης και κοινής ολοκληρωμένης πολιτικής της Ε.Ε. σε θέματα μετανάστευσης και ασύλου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ -15(RHS-15)

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Όνομα _____ Ημερομηνία γέννησης _____ Ταυτότητα Υγείας _____

Φύλο _____ Ημερομηνία Άφιξης _____

Εκδοθείσα από _____ Ημερομηνία Έρευνας _____

ΑΔΤ _____ Ημερομηνία _____

ΟΔΗΓΙΕΣ : Χρησιμοποιώντας την κλίμακα δίπλα από κάθε σύμπτωμα, παρακαλώ δηλώστε τον βαθμό στον οποίο το σύμπτωμά σας έχει ενοχλήσει τον τελευταίο μήνα. Βάλτε ένα σημάδι στην κατάλληλη στήλη. Αν το σύμπτωμα δεν σας έχει ενοχλήσει καθόλου τον τελευταίο μήνα, κυκλώστε καθόλου.

<u>ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ</u>	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ έντονα
1. Πόνοι μυών σκελετικοί.	0	1	2	3	4
2. Αίσθηση λύπης ατονίας ή κακής διάθεσης τον περισσότερο καιρό.	0	1	2	3	4
3. Υπερβολικές σκέψεις ή υπερβολική περίσκεψη.	0	1	2	3	4
4. Αισθάνομαι αβοήθητος.	0	1	2	3	4

5.Ξαφνικά φοβάμαι χωρίς λόγο.	0	1	2	3	4
6.Αίσθημα λιποθυμίας ,ζαλάδας ή αδυναμίας.	0	1	2	3	4
7.Νευρικότητα ή εσωτερικό τρέμουλο.	0	1	2	3	4
8.Αίσθημα ανησυχίας ,ή δεν μπορώ να κάθομαι ακίνητος.	0	1	2	3	4
9. Κλαίω εύκολα.	0	1	2	3	4
10.Έχω την εμπειρία αναβίωσης του τραύματος? Ενεργώ ή αισθάνομαι σαν να ξαναγίνεται τώρα;	0	1	2	3	4
11. Έχω σωματικές αντιδράσεις ,(για παράδειγμα ξαφνικός ιδρώτας ,ταχυκαρδία, όταν μου υπενθυμίζουν το τραύμα);	0	1	2	3	4
12.Έχω αισθανθεί συναισθηματικά μουδιασμένος, (για παράδειγμα , αισθάνομαι λυπημένος αλλά δεν μπορώ να κλάψω , ανίκανος να έχω αισθήματα αγάπης);	0	1	2	3	4

13. Έχω γίνει πιο ευαίσθητος ,ξαφνιάζομαι πιο εύκολα (για παράδειγμα, όταν κάποιος περπατάει πίσω μου);

0 1 2 3 4

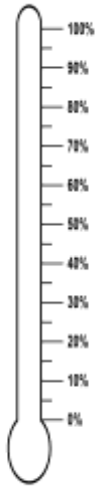
14. Κύκλωσε την απάντηση που σου ταιριάζει καλύτερα. Αισθάνεσαι ότι είσαι :

- ικανός να χειριστείς τα πάντα 0
- ικανός να χειριστείς τις περισσότερες καταστάσεις 1
- ικανός να χειριστείς μερικές καταστάσεις αλλά όχι ικανός να χειριστείς άλλες 2
- ανίκανος να αντιμετωπίσεις περισσότερες καταστάσεις 3
- ανίκανος να αντιμετωπίσεις τα πάντα. 4

Πρόσθεσε το συνολικό αποτέλεσμα των ερωτήσεων	1-14	Σύνολο:
---	------	---------

15. Θερμόμετρο μέτρησης άγχους.

Ακραίο άγχος: Παρακαλώ κυκλώστε τον αριθμό (0- 100) ο οποίος περιγράφει καλύτερα το επίπεδο άγχους που έχεις βιώσει την τελευταία εβδομάδα έως και σήμερα.
Αισθάνομαι τόσο άσχημα όσο δεν έχω αισθανθεί ποτέ.



© 2014 University of Thessaly

Καθόλου άγχος.

Τα πράγματα είναι καλά.

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΕΙΝΑΙ ΘΕΤΙΚΟ ΕΑΝ: **1.** ΣΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 1-14 ΕΙΝΑΙ ≥ 12
Ή 2. ΤΟ ΘΕΡΜΟΜΕΤΡΟ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΕΙΝΑΙ ≥ 5 .

ΣΗΜΕΙΩΣΕ ΕΝΑ: ΘΕΤΙΚΟ ΑΡΝΗΤΙΚΟ ΑΥΤΟΔΙΑΧΕΙΡΙΖΟΜΕΝΟΣ ΜΗ
ΑΥΤΟΔΙΑΧΕΙΡΙΖΟΜΕΝΟΣ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση:

- ΔΟΜ, (2018). «2.800 παιδιά προσφύγων και μεταναστών στα Ελληνικά σχολεία». <http://www.kathimerini.gr/973645/article/epikairothta/ellada/dom-2800-paidia-prosfygwn-kai-metanastwn-staellhnika-sxoleia>.
- Ένωση Περιφερειών Ελλάδος (ΕΝΠΕ), (2018). <http://www.newsbomb.gr/ellada/news/story/683909/apokalyptiki-ereyna-aytoi-einai-oi-prosfyges-roy-irthan-stinellada>.
- Κοινοβουλευτική Συνέλευση του Συμβουλίου της Ευρώπης, (2011). «Σύσταση για την Προστασία και Πρόνοια για τα Χωρισμένα από τους Γονείς τους Παιδιά».
- Κόντης, Α. και συν., (2005). «Η πολιτική ασύλου στην Ευρωπαϊκή ένωση και στην Ελλάδα».
- Μαδιανός, Μ. (2000). «Κοινοτική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή». Αθήνα: Καστανιώτη.
- Μπάγκαβος, Χ., Παπαδοπούλου, Δ. (2007). «Μελέτες και ένταξη μεταναστών στην Ελληνική κοινωνία». Αθήνα: Gutenberg.
- Παρσάνογλου, Δ. (2007). «Όταν οι κοινωνικές επιστήμες αναπαράγουν ιδεολογικά σχήματα: το αβασάνιστο άλλοθι του “ζαφνιάσματος” της Ελληνικής κοινωνίας από τη μετανάστευση».
- Συντονιστικό Όργανο Διαχείρισης Προσφυγικής Κρίσης, Υπουργείο Προστασίας του Πολίτη. https://government.gov.gr/wpcontent/uploads/2017/04/gr_fact_sheet_refugee_print_19_01_2017-2.pdf.
- Ύπατη Αρμοστεία του Ο.Η.Ε., (2018). «58.000 οι πρόσφυγες στην Ελλάδα». <http://www.kathimerini.gr/970533/article/epikairothta/ellada/ypath-armosteia-toy-oh-58000-oi-prosfyges-sthnellada>.
- Υπουργείο Υγείας, Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, (2016).

Ξενόγλωσση:

- American Psychiatry Association, (2004). *“Treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder”*. American Psychiatric Association Practice Guidelines. Arlington, Va : American Psychiatric Association;
- Baban, F., Ilcan, S., Rygiel, K. (2017). *“Syrian refugees in Turkey: pathways to precarity, differential inclusion, and negotiated citizenship rights”*. Journal of Ethnic and Migration Studies, 43(1), 41-57.
- Bronstein, I., Montgomery, P., Ott, E. (2012). *“Emotional and behavioral problems amongst Afghan unaccompanied asylum-seeking children: results from a large-scale cross-sectional study”*. Eur Child Adolesc Psychiatry (22), σσ. 285-294.
- Bhugra, D. (2003). *“Migration and depression Acta Psychiatr Scand Suppl”*. 418: 67–73.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., Westen, D. (2005). *“A multidimensional metaanalysis of psychotherapy for PTSD”*. American Journal of Psychiatry.
- Connelly, F. M., & Clandinin, D. J. (2006). *“Narrative Inquiry”*. In J. L. Green, G.
- Cohen, Harrold, Ph. D. *“Posttraumatic Stress Disorder”*.
(<http://www.psychcentral.com/disorders/ptsd/>)
- Ciechanowski, P., et. al. (2009). *“Overview of post-traumatic stress disorder”*.
(<http://www.uptodate.com/home/index.html>).
- Eastmond, M. (2007). *“Stories as Lived Experience: Narratives in Forced Migration Research”*. Journal of Refugee Studies, 20 (2).
- Feldman, S. M., Sköldberg, K., Brown, N. R., Horner, D. (2004). *“Making Sense of Stories: A Rhetorical Approach to Narrative Analysis”*. Journal of Public Administration Research and Theory, 14 (2), 147–170.
- Hassan, G., Ventevogel, P., Jefee-Bahloul, H., Barkil-Oteo, A., Kirmayer, L. J. (2016). *“Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict”*. Epidemiology and Psychiatric Sciences, (25), 129–141.
- Hartwell, C. (2011). *“Former unaccompanied refugee minors: stories of life in resettlement”*. Michigan.
- Hollander, E., et. al. (2008). *“Posttraumatic Stress Disorder”*. The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry. 5th ed. Arlington, Va.: American Psychiatric Association; (<http://www.psychiatryonline.com>).
- Jovchelovitch, S., Bauer, W. M. (2000). *“Narrative interviewing”*. London: LSE Research Online. Διαθέσιμο στο: <http://eprints.lse.ac.uk/2633>.

- Jensen, T., Scardalmo, E., Fjermestad, K. (2014). “Development of mental health problems – a follow-up study of unaccompanied refugee minors”. *Child Adolescent Psychiatry and Mental Health* (29).
- Mayo Clinic Staff, (2009). “Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)”. (<http://www.mayoclinic.com/health/post-traumatic-stress-disorder/DS00246>).
- Powles, J. (2004). “Life history and personal narrative: theoretical and methodological issues relevant to research and evaluation in refugee contexts. *New Issues in Refugee Research*”. Working Paper No. 106. UNHCR, Evaluation and Policy Analysis Unit.
- Rios, PD. “Migration and psychopathology *Ann Clin Health Psychol.* 2008; 4: 15–25.
- Stephens, C. (2011). “Narrative analysis in health psychology research: personal, dialogical and social stories of health”. *Health Psychology Review*.
- Schiraldi, R.G. (2000). “The Post-traumatic Stress Disorder Sourcebook”. New York: Mc Graw – Hill Professional.
- Silove, D. (2008). “The psychosocial effects of torture, mass human rights violations and refugee trauma”: towards an integrated conceptual framework *J Nerv Ment Dis.* 187: 200-207.
- Sato, T. (2001). “Autonomy and relatedness in psychopathology and treatment: a cross cultural formulation *Genet Soc Gen Psychol Monogr*”. 127: 89-127.
- UNHCR, (2016). “Mapping of unaccompanied children”. <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/50768>.
- UNHCR, Επεξεργασία Επιστημονικής Επιτροπής. (2016).
- UNHCR, (2017). “Children report”.
- Vervliet, M., Meyer Demott, M., Jakobsen, M., Broekkaert, E., Heir, T., Derlyun, I. (2014). “The mental health of unaccompanied refugeeon arrival in the host country”. Ανάκτηση 03 28, 2018, από *Scandinavian Journal of Psychology* (55): <http://www.antigone.gr/gr/>.
- Vukcevic, M., Dobric, J., Puric, D. (2014). “Psychological characteristics of Asylum seekers from Syria, in survey of the mental health of Asylum seekers in Serbia”. UNHCR Serbia, Belgrade.
- Yenilmez, Y. M. (2016). “Thematic articles: Inside the Refugees’ crisis. *Forced Migration in the Middle East: The Palestinian and Syrian Refugee Experience*”. *Journal of Identity and Migration Studies*, 10 (2).

Διαδικτυακές Πηγές:

- https://government.gov.gr/wpcontent/uploads/2017/04/gr_fact_sheet_refugee_print_19_01_2017-
- https://government.gov.gr/wpcontent/uploads/2017/04/gr_fact_sheet_refugee_print_19_01_2017-2.pdf
- <http://asylo.gov.gr/wpcontent/uploads/2016/11/final>