



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

---

**Διπλωματική Εργασία**

**Ιατρικές ανάγκες των προσφύγων που διαμένουν στη δομή  
φιλοξενίας Κουτσόχερου Λάρισας**

Ευαγγελίας Γκουλαξιώτη  
Κοινωνική Λειτουργός

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Σωκράτης Καραουλάνης, Ψυχίατρος Επιμελητής Β' τμήματος Ιατρικής Παν. Νοσοκομείου  
Λάρισας. Επιβλέπων Καθηγητής

Κωνσταντίνος Μπονώτης, Ψυχίατρος. Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Αλέξανδρος Θωμάς, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Π.Θ. Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

**Λάρισα, 2020**



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

---

**Medical needs of Refugees living in the accommodation structure  
of Koutsocherou, Larissa**

# Περιεχόμενα

<i>Ευχαριστίες</i> .....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	6
ABSTRACT .....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	8
1. ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟ ΖΗΤΗΜΑ .....	10
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΗ – ΠΡΟΣΦΥΓΑ .....	10
1.2 ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΩΝ ΚΙΝΗΣΕΩΝ .....	14
1.3 ΑΙΤΙΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ .....	15
1.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ .....	16
1.5 ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ, ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ .....	18
1.6 ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ .....	20
1.7 ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	22
1.8 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .....	22
1.9 HOTSPOTS.....	24
1.10 ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑΣ.....	24
1.11 ΜΚΟ.....	24
2. ΥΓΕΙΑ .....	25
2.1 Η ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΕ ΑΥΤΗ.....	25
2.2 ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	26
2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ .....	28
2.4 ΣΤΕΓΑΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ .....	28
2.5 ΔΙΑΤΡΟΦΗ .....	29
2.6 ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ .....	31
2.7 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ.....	32
2.8 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....	33
2.9 ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ (TB).....	33
2.10 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (ΣΜΝ) – HIV .....	34
2.11 ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ .....	35
3. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	37
3.1 ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ.....	38
3.2 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΥΕΞΙΑΣ .....	40
4. ΣΚΟΠΟΣ .....	41

5.	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	41
6.	ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	41
6.1	ΣΧΕΔΙΑΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	41
6.2	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ.....	42
6.3	Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	42
6.4	ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	42
6.5	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	42
7.	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ .....	43
7.1	ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ .....	43
7.1.1	ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΠΛΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ.....	43
7.1.2	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ .....	59
8.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	61
9.	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	64

## *Ευχαριστίες*

Με την παρούσα διπλωματική εργασία ολοκληρώνονται οι μεταπτυχιακές μου σπουδές στην «Ψυχική Υγεία» στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Η παρούσα Διπλωματική εργασία ολοκληρώθηκε με την πολύτιμη επιστημονική συμβολή, καθοδήγηση και ηθική συμπαράσταση από τον επιβλέπον Καθηγητή κ. Σωκράτη Καραουλάνη, τον οποίο τον ευχαριστώ από καρδιάς για την ευκαιρία που μου έδωσε να εκπονήσω αυτή την εργασία.

Τέλος, θερμές ευχαριστίες στους συνοδοιπόρους στη ζωή, το οικογενειακό μου περιβάλλον για την αμέριστη συμπαράστασή τους καθ' όλη την διάρκεια των μεταπτυχιακών μου σπουδών αλλά και κυρίως στην διάρκεια της συλλογής των δεδομένων αλλά και της συγγραφής της μεταπτυχιακής μου διατριβής.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παγκοσμιοποίηση, οι δημογραφικές και κοινωνικές αλλαγές επηρεάζουν τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) και όλον τον κόσμο. Από το 2015, η Ευρώπη αντιμετωπίζει μια άνευ προηγουμένου άφιξη προσφύγων και μεταναστών: περισσότερα από ένα εκατομμύριο άνθρωποι εισήλθαν μέσω χερσαίων και θαλάσσιων διαδρομών. Κατά το 2015 εκτοπίστηκαν περισσότερα από 65 εκατομμύρια άτομα με περισσότερους από τους μισούς που προέρχονται από τρεις χώρες που έχουν διχαστεί από τον πόλεμο. Οι πρόσφυγες είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε λοιμώδη μολυσματικά ασθένειες κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους, λόγω των μη υπαρκτών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών εμβολιασμού στις χώρες καταγωγής τους, υποδομές δημόσιας υγείας (π.χ. δίκτυο πόσιμου νερού και στέγαση), τα πρότυπα υγιεινής κατά τη διάρκεια των ταξιδιών, τον υποσιτισμό και την έλλειψη πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Προβλήματα τα οποία μπορούν να δημιουργηθούν κατά την διαμονή των προσφύγων στα αρχικά κέντρα πριν φθάσουν στον τελικό τους προορισμό.

Η παρούσα έρευνα εξετάζει τις ιατρικές ανάγκες όπου έχουν δημιουργηθεί από πρόσφυγες όπου διαμένουν στη δομή φιλοξενίας του Κουτσόχερου Λάρισας. Παρατηρήθηκε αυξημένη επισκεψιμότητα και στα δύο νοσοκομεία του νομού με μία προτίμηση στο Πανεπιστημιακό. Στο Γενικό, η αυξημένη επισκεψιμότητα αφορούσε ειδικότητες όπου δεν υπάρχουν στο πρώτο. Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος αφορούσε νέους ανθρώπους με διάφορα προβλήματα υγείας. Στην πλειοψηφία τους, ήταν γυναίκες όπου επισκέφτηκαν το γυναικολογικό ή μαιευτικό τμήμα. Αυξημένο, επίσης, παρατηρήθηκε το ποσοστό των παιδιών όπου επισκέφτηκαν το παιδίατρο. Πραγματοποιήθηκε ξεχωριστή μελέτη για την ψυχική υγεία των ατόμων όπου από το σύνολο των ψυχιατρικών περιστατικών, στο 80% χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή λόγω αυτοκτονικών τάσεων, αϋπνιών, μετατραυματικού στρες και κατάθλιψης.

Εν κατακλείδι, είναι απαραίτητη η ανάγκη για βελτιστοποίηση των συνθηκών διαμονής των ατόμων αλλά και ενημέρωσης τους για τις συνήθειες υγιεινής και διατροφής. Πέρα από αυτό να πραγματοποιηθούν προγράμματα ψυχολογικής υποστήριξης λόγω των καταστάσεων όπου βίωσαν και βιώνουν.

Λέξεις-Κλειδιά: πρόσφυγες, ιατρικές ανάγκες, ψυχική υγεία

## ABSTRACT

Globalization, demographic and social change are affecting the countries of the European Union (EU) and around the world. Since 2015, Europe has been facing an unprecedented influx of refugees and migrants: more than a million people have entered by land and sea. In 2015, more than 65 million people were displaced, more than half of them from three war-torn countries. Refugees are particularly vulnerable to infectious diseases during their travels, due to non-existent health care systems, including vaccination services in their countries of origin, public health infrastructure (eg drinking water and housing), standards hygiene during travel, malnutrition and lack of access to health care services. Problems which can arise during the stay of refugees in the initial centers before they reach their final destination.

The present study examines the medical needs where they have been created by refugees where they live in the accommodation structure of Koutsocheros, Larissa. Increased traffic was observed in both hospitals of the prefecture with a preference for University Hospital. In General Hospital, the increased traffic was related to specialties where they do not exist in the first. Most of the sample concerned young people with various health problems. Most of them were women who visited the gynecology or obstetrics department. The percentage of children who visited the pediatrician was also increased. A separate study was conducted on the mental health of individuals where, out of all psychiatric cases, 80% were treated with suicidal ideation, insomnia, post-traumatic stress disorder and depression.

In conclusion, there is a need to optimize the living conditions of individuals and inform them about hygiene and nutrition habits. In addition, psychological support programs should be implemented due to the situations in which they have experienced and continue to experience.

Key-words: refugees, medical need, mental health

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από το 2015, η Ευρώπη έχει αντιμετωπίσει μια άνευ προηγουμένου άφιξη προσφύγων και μεταναστών. Σύμφωνα με την Ενωμένη Ύπατη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες (UNHCR), περίπου 1.015.000 πρόσφυγες και μετανάστες διέσχισαν επικίνδυνα την Μεσόγειο Θάλασσα το 2015 [1], 362.753 το 2016 και 55.215 από την 1η Ιανουαρίου έως τις 16 Μαΐου, 2017. Επιπλέον, ο Διεθνής Οργανισμός αναφέρει για τη Μετανάστευση ότι 34.887 πρόσφυγες και μετανάστες ταξίδεψαν υπαίθρια από την Τουρκία στη Βουλγαρία και την Ελλάδα το 2015, 24,338 το 2016 και 1205 το πρώτο τρίμηνο του 2017. Από τους πληθυσμούς των μεταναστών και των προσφύγων, οι Σύριοι αντιπροσώπευαν το 50%, 46% και το 36% για το 2015, το 2016 και το 2017 αντίστοιχα [5]. Ο συνεχιζόμενος Συριακός πόλεμος συνεχίζεται και έτσι έχουμε ως αποτέλεσμα μεγαλύτερο αριθμό νέων προσφύγων και εσωτερικές και εξωτερικές μετατοπίσεις παγκοσμίως του πληθυσμού. Στις αρχές του 2016, η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) έφτασε σε συμφωνία με την Τουρκία με σκοπό να σταματήσει η μαζική εισροή προσφύγων και μεταναστών στην Ε.Ε. Αναφέρει η συμφωνία ότι όλοι οι νέοι μετανάστες που διασχίζουν την Τουρκία προς στα ελληνικά νησιά μετά 20 Μαρτίου 2016 θα επιστραφούν στην Τουρκία εάν δεν έχουν υποβάλει πρώτα αίτηση ασύλου ή δεν είναι επιλέξιμος πληθυσμός για άσυλο ή είναι αιτούντες για άσυλο αλλά η αίτηση θεωρήθηκε μη αποδεκτή στην ΕΕ [3]. Στη ρύθμιση συμπεριλαμβάνεται επίσης νόμιμοι δίαυλοι επανεγκατάστασης ορισμένων προσφύγων και μεταναστών στην ΕΕ, που ισχύουν για τους συριακούς πρόσφυγες. Έναρξη της συμφωνίας ήταν η 4η Απριλίου 2016 για επαναπατρισμό /απέλαση ή επανεγκατάστασης προσφύγων και μεταναστών. Ωστόσο, από τις αρχές του 2017, λιγότερο από το 10% των ατόμων που αιτήθηκαν άσυλο, η ΕΕ είχε αναλάβει τη δέσμευση να επανεγκατασταθούν αλλά είχαν ήδη μετεγκατασταθεί [4].

Τελικά, δεκάδες χιλιάδες άνθρωποι σήμερα οδηγήθηκαν στην Ελλάδα, ζουν σε δύσκολες συνθήκες, περιμένουν την απόφαση για την επανεγκατάσταση, τον επαναπατρισμό/απέλαση τους ή για παραχώρηση ασύλου. Εντείνοντας την όλη κατάσταση που επικρατεί, η Ελλάδα έχει να αντιμετωπίσει μια σημαντική οικονομική κρίση κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, με δραστικά μέτρα λιτότητας και περικοπές σε πολλά δημόσια προγράμματα και περαιτέρω επιβράδυνση των διαδικασιών για τους πρόσφυγες. Οι πρόσφυγες και οι μετανάστες αντιμετωπίζουν εξαιρετικά στρεσογόνες καταστάσεις ως αποτέλεσμα του πολέμου, της καταπίεσης, της μετανάστευσης και της επανεγκατάστασης στις οποίες υποβάλλονται. Αυτό περιλαμβάνει την αναγκαστική κράτηση, τη βία, τα βασανιστήρια, και μάλιστα μάρτυρες του θανάτου. Η Ύπατη Αρμοστεία έχει επανειλημμένα μοιραστεί τις μαρτυρίες των προσφύγων και των μεταναστών που υποφέρουν από σοβαρές καταχρήσεις στα χέρια των λαθρεμπόρων, άλλων εγκληματικών δικτύων αλλά ακόμη και από τις κρατικές αρχές [5]. Οι τελευταίοι έχουν εμπλακεί σε βίαιες "προσπάθειες" στα χερσαία σύνορα, απαγορεύοντας στους πρόσφυγες την πρόσβαση σε διαδικασίες χορήγησης ασύλου σύμφωνα με το ευρωπαϊκό και το διεθνές δίκαιο [5]. Το ταξίδι δια θαλάσσης θέτει επίσης μεγάλους κινδύνους,



επισημαίνεται ότι το πιο θανατηφόρο έτος για θαλάσσιες διαβάσεις ήταν το 2016, με 5096 θανάτους που αναφέρθηκαν. Σαν αποτέλεσμα όλου αυτού, πολλοί πρόσφυγες και μετανάστες εμφανίζουν πολλαπλά δυσάρεστα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα και κακή πνευματική υγεία που σχετίζεται με αγχωτικά συμβάντα [6]. Ένας συνδυασμός συναισθηματικής και σωματικής δυσφορίας είναι συχνά συμπτωματικός από προϋπάρχουσες διαταραχές ψυχικής υγείας ή προ-διάθεση στην ανάπτυξη προβλημάτων ψυχικής υγείας. Από προηγούμενες δημοσιευμένες μελέτες έχουν δείξει τα είδη και τα επίπεδα βίας που βιώνουν και την επικράτηση του άγχους και άλλων διαταραχών ψυχικής υγείας μεταξύ συριακών προσφύγων κατά την εκτόπισή τους και όταν δεν υπάρχει επανεγκατάσταση [7, 8]. Ως απάντηση στις ανάγκες αυτών των εκτοπισθέντων πληθυσμών στην Ελλάδα και για να υποστηρίξει τη βοήθεια της ο ελληνικός πληθυσμός, η διεθνής μη κυβερνητική οργάνωση "Γιατροί Χωρίς Σύνορα" (ΓΧΣ) υποστηρίζει στρατόπεδα προσφύγων στην ηπειρωτική Ελλάδα, στις περιοχές των Ιωαννίνων βορειοδυτικά, νότια της Αττικής, καθώς και ένα ξενοδοχείο στο κέντρο της Αθήνας και ένα κέντρο φιλοξενίας στο ελληνικό νησί της Σάμου, παρέχοντας ψυχολογικές και ιατρικές υπηρεσίες. Όλες οι παροχές αυτές επεκτείνονται σιγά σιγά και προς όλα τα κέντρα φιλοξενίας. Για την τεκμηρίωση των επιπέδων και τα είδη βίας που υπέστησαν οι πρόσφυγες στις χώρες καταγωγής τους, κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους, και στους ελληνικούς οικισμούς τους, συμπεριλαμβανομένων και το είδος των ατόμων καθώς και ο επιπολασμός του άγχους και άλλα θέματα ψυχικής υγείας, οι ΓΧΣ διεξήγαγαν ποσοτικά και ποιοτική έρευνα σε διάφορες τοποθεσίες στην Ελλάδα.

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## 1. ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΟ ΖΗΤΗΜΑ

### 1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΗ – ΠΡΟΣΦΥΓΑ

Ακόμη και σήμερα δεν υπάρχει κανένας επίσημος νομικός ορισμός για τον όρο του μετανάστη, το μεγαλύτερο κομμάτι των ειδικών συμφωνεί ότι ο όρος μετανάστης και μάλιστα ο διεθνής μετανάστης είναι «όποιος αλλάζει τον τόπο συνήθους κατοικίας του/της, ανεξαρτήτως του λόγου μετανάστευσης ή του νομικού καθεστώτος»[9]. Ο Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης αναφέρει για την έννοια του μετανάστη: «Σε διεθνές επίπεδο δεν υπάρχει ένας οικουμενικά αποδεκτός προσδιορισμός της έννοιας του “μετανάστη”. Ο ορισμός συνήθως γίνεται κατανοητός, προκειμένου να καλύψει τις περιπτώσεις όπου η απόφαση για μετανάστευση λαμβάνεται ελεύθερα από το άτομο, δίχως την μεσολάβηση εξωγενών παραγόντων. Συνεπώς αυτός ο όρος αναφέρεται στα άτομα και τα μέλη της οικογένειας που μετακινούνται σε μια άλλη χώρα ή περιοχή για να αναζητήσουν καλύτερες υλικές και κοινωνικές συνθήκες καθώς και για να βελτιώσουν το προσδόκιμο των ίδιων και των μελών των οικογενειών τους». Με βάση τα παραπάνω ως μετανάστης ορίζεται εκείνος που εγκαταλείπει τον τόπο του μετά από δική του πρωτοβουλία και απόφαση, καθώς αποτελεί απολύτως δική του επιλογή να ζήσει κάπου αλλού στη χώρα του (εσωτερικός μετανάστης) ή σε άλλη χώρα (εξωτερικός μετανάστης) με σκοπό την ανεύρεση εργασίας προς βελτίωση της ζωής του, με την ελπίδα να βρει συνθήκες καλύτερης ζωής στη χώρα προορισμού του. Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό, ότι τα αίτια που ωθούν στη μετανάστευση είναι ποικίλα και πολυεπίπεδα. Παρόλα αυτά, ο παραπάνω ορισμός δεν αποτυπώνει με πλήρη τρόπο τα σύγχρονα αίτια της μετανάστευσης, ενώ αφήνει περιθώρια πολύ διασταλτικών ερμηνειών, όπου πολλές φορές ενδέχεται να παραβλέψουν την προστασία αυτονόητων και αναφαίρετων δικαιωμάτων των εν λόγω ανθρώπων. Ο όρος «μετανάστης» έχει προσδιοριστεί εμμέσως και από το Πρωτόκολλο κατά της λαθραίας διακίνησης μεταναστών ως το πρόσωπο που εισέρχεται σε ένα κράτος μέρος, του οποίου δεν είναι υπήκοος ή μόνιμος κάτοικος, ενώ ως “παράνομη είσοδος” νοείται «η διέλευση των συνόρων χωρίς τη συμμόρφωση προς τις απαραίτητες προϋποθέσεις νόμιμης εισόδου στο κράτος υποδοχής» [10].

Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους ένας μετανάστης μπορεί να αφήσει τη χώρα καταγωγής του και δεν περιορίζονται μόνο σε οικονομικούς ή εργασιακούς λόγους αλλά υπάρχουν περιπτώσεις όπου αφορούν διώξεις, παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, απειλές για τη ζωή ή τη σωματική του ακεραιότητα, τον πόλεμο ή τις εμφύλιες συρράξεις. Η διάκριση των διαφόρων αιτιών της μετανάστευσης, είναι δύσκολη και ασαφής, γιατί πολλές φορές οι πραγματικές αιτίες αλλά και το περίγραμμα προστασίας των μεταναστών δεν αποτυπώνεται με ευκρίνεια στις αρχές και τις προβλέψεις του διεθνούς δικαίου. Ακόμα και οι συνθήκες ακραίας ένδειας μπορούν να αποτελούν παραβίαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων (μη απόλαυση του δικαιώματος στη ζωή και την αξιοπρέπεια

για παράδειγμα) και ως εκ τούτου να αποτελούν λόγο δίωξης καθώς η απειλή για τη ζωή του προσώπου αποδεικνύεται άμεση, υπαρκτή και ιδιαίτερος σοβαρή και προκύπτει από την ίδια την κατάσταση στη χώρα καταγωγής.

Κατά την διάρκεια των προηγούμενων χρόνων αλλά ακόμη και σήμερα, η ανθρώπινη μετανάστευση μπορεί να διακριθεί υπό τη μορφή εθελοντικής μετανάστευσης στο εσωτερικό μίας περιοχής ή μίας χώρας ή υπό τη μορφή ακούσιας ή αναγκαστικής μετανάστευσης. Η τελευταία αναφέρεται στη δουλεία, την εμπορία ανθρώπων ή/και την εθνοκάθαρση. Υπάρχουν βέβαια ανά την ιστορία των ανθρώπινων μεταναστευτικών ροών και άνθρωποι που αναγκάζονται και εκτοπίζονται βάνουσα από τη χώρα καταγωγής τους, οι οποίοι ορίζουν τους πρόσφυγες κατά τον αυθεντικό ορισμό της Σύμβασης της Γενεύης του '51 και του Πρωτοκόλλου της Νέας Υόρκης του 1967. Σύμφωνα με την Ύπατη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών η εννοιολογική σημασία του πρόσφυγα «είναι το άτομο που βρίσκεται εκτός της χώρας καταγωγής τους εξαιτίας του φόβου διώξεων, διαμαχών, γενικευμένης βίας, ή άλλων καταστάσεων που έχουν διαταράξει σοβαρά την έννομη τάξη και, ως αποτέλεσμα, δικαιούται διεθνούς προστασίας», ορισμός μάλιστα που δίνεται κατ' αυθεντικό τρόπο στη Σύμβαση της Γενεύης του 1951 και στα περιφερειακά μέσα για τους πρόσφυγες, καθώς και στο καταστατικό της Ύπατης Αρμοστείας των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες [11].

"Αναγνωρισμένος Πρόσφυγας" είναι εκείνος στον οποίο έχει αποδοθεί το καθεστώς του πρόσφυγα, με την έννοια που δίνει η σύμβαση της Γενεύης, δηλαδή του έχει αναγνωριστεί το στοιχείο του δικαιολογημένου φόβου δίωξης. Μια εσωτερική διάκριση της έννοιας του πρόσφυγα αναφέρεται στους "επιστρέφοντες", η οποία περιγράφει τους πρόσφυγες εκείνους που επιθυμούν τον επαναπατρισμό τους, εφόσον και όταν οι συνθήκες της δίωξης στην χώρα προέλευσης εκλείψουν. Επίσης, χρησιμοποιείται ο όρος "αιτών ασύλου", που αναφέρεται στην συγκεκριμένη κατάσταση, σύμφωνα με την οποία το διωκόμενο άτομο αναζητά καταφύγιο σε δεύτερο κράτος (κάνει δηλαδή αίτηση χορήγησης ασύλου) ή επιδιώκει να αναγνωριστεί ως γνήσιος πρόσφυγας, ώστε να του παρασχεθεί η νόμιμη προστασία και υλική ενίσχυση που προβλέπεται. Ακόμη, πραγματοποιείται διαχωρισμός μεταξύ της «μεταναστευτικής πολιτικής» και της «πολιτικής ασύλου», υπό την έννοια ότι η πρώτη - σύμφωνα με τις διακρίσεις που θέτουν τα κοινοτικά συμβατικά κείμενα - αφορά επιμέρους πολιτικές σχετικές με την εγκατάσταση, διαμονή και ένταξη των υπηκόων τρίτων χωρών που εισέρχονται σε κράτος-μέλος της ΕΕ, με σκοπό την μόνιμη ή προσωρινή παραμονή σε αυτή. Η "πολιτική για την παράνομη μετανάστευση", στην ευρύτερη έννοιά της, αφορά τα μέτρα εκείνα που αποσκοπούν στην καταπολέμηση της παράνομης διακίνησης προσώπων, αλλά και της - χωρίς την τήρηση των νόμιμων διαδικασιών - εισόδου και παραμονής ατόμων σε ένα κράτος. Από την άλλη μεριά, η "πολιτική ασύλου" αναφέρεται σε δράσεις σχετικές με την απόδοση του καθεστώτος του

πρόσφυγα (όπως ορίστηκε παραπάνω), την παροχή προσωρινής προστασίας σε άτομα που χρίζουν διεθνούς προστασίας και τις διαδικασίες παροχής ασύλου.

Επιπλέον, ενώ ο όρος «υπήκοος κράτους-μέλους» αναφέρεται σε άτομα που έχουν την υπηκοότητα μιας χώρας μέλους της ΕΕ, ο «υπήκοος τρίτης χώρας» περιγράφει άτομα που προέρχονται από χώρα εκτός της ΕΕ. Ο ορισμός του μετανάστη είναι γενικότερος και δεν ορίζεται σαφώς σε κάποιο διεθνές νομικό κείμενο ή σύμβαση. Η εννοιολογική σύγχυση που προκύπτει μεταξύ των δύο όρων-μετανάστη και πρόσφυγα-, προκύπτει και από ουσιαστικά ποιοτικά χαρακτηριστικά που διαπλέκονται και συχνά κάνουν τους δύο όρους να συγκλίνουν και ενδεχομένως, να ταυτίζονται, δεδομένης και της ποικιλίας των αιτιών που ωθούν στη μετανάστευση αλλά και της πολυπλοκότητας του φαινομένου. Οι δυο αυτές έννοιες διαθέτουν ένα βασικό κοινό στοιχείο, την μετακίνηση από τη χώρα καταγωγής στη χώρα προέλευσης και σαν τελικό σταθμό την χώρα υποδοχής προς ανεύρεση προστασίας και διασφάλισης των αυτονόητων ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Επιπλέον, σήμερα ο διαχωρισμός του μετανάστη από τον πρόσφυγα καθίσταται ακόμα πιο δύσκολος γιατί τόσο ο πρόσφυγας όσο και ο μετανάστης ακολουθούν τις ίδιες διαδρομές διέλευσης και εισόδου και συχνά καταφεύγουν στους ίδιους τρόπους διακίνησης, προκειμένου να αποφύγουν ελέγχους στα σύνορα, καθώς πολλές φορές δε διαθέτουν νομιμοποιητικά έγγραφα, αλλά και διότι πολλές φορές τα αίτια μετακίνησης, οι κίνδυνοι στη χώρα καταγωγής κι ο τρόπος εισόδου, είναι ρευστά, διαρκώς εναλλασσόμενα και ως εκ τούτου καθίσταται δύσκολη η υπαγωγή σε έναν σαφή ορισμό. Λόγω όλων των παραπάνω, αναφέρονται συχνά για μεικτές μεταναστευτικές ροές και για δυσκολία διάκρισης των ανθρώπων που εισέρχονται στο εσωτερικό μιας χώρας, σε πρόσφυγες και μετανάστες.

Με κριτήριο τον τρόπο με τον οποίο ένας μετανάστης επιχειρεί την εισαγωγή του στην επικράτεια μιας χώρας, διακρίνονται οι κάτωθι κατηγορίες:

- Νόμιμοι μετανάστες: θεωρούνται όσοι έχουν εισέλθει με νόμιμο τρόπο στην επικράτεια της χώρας, τους έχει χορηγηθεί άδεια εισόδου ή όσοι πληρούν τις προϋποθέσεις νομιμοποίησης στο εσωτερικό της χώρας.
- Παράτυποι μετανάστες: θεωρούνται κατά την κυρίαρχη τάση, εκείνοι οι μετανάστες που εισέρχονται στο κράτος με μη νόμιμο τρόπο, χωρίς να διαθέτουν τα κατάλληλα νομιμοποιητικά και ταυτοποιητικά έγγραφα.
- Αιτούντες άσυλο ή πρόσφυγες: εκείνοι οι μετανάστες που εισέρχονται στην επικράτεια μιας χώρας, διαθέτοντας ή μη νομιμοποιητικά έγγραφα, επειδή στη χώρα καταγωγής τους διατρέχουν φόβο δίωξης και έχουν κίνδυνο ζωής, όπως αυτός ορίζεται από το Άρθρο 1Α της Σύμβασης της Γενεύης για το Καθεστώς των Προσφύγων.

- Ιδιαίτερες ομάδες μεταναστών χρήζουσες ειδικής προστασίας: πρόκειται για κατηγορίες μεταναστών των οποίων το καθεστώς δεν είναι επαρκώς ορισμένο αλλά οι οποίοι χρήζουν διεθνούς προστασίας. Ασυνόδευτοι ανήλικοι, γυναίκες που διώκονται λόγω του φύλου τους, ψυχικά ασθενείς, θύματα της εμπορίας ανθρώπων, αιτούντες άσυλο η αίτηση των οποίων απορρίφθηκε ή παράτυποι μετανάστες που δεν μπορούν να απελαθούν καθώς προστατεύονται από την αρχή της μη επαναπροώθησης.

Στα πλαίσια των πρόσφατων εξελίξεων, σχεδόν όλες οι χώρες του πλανήτη, μετατρέπονται ταυτόχρονα σε χώρες αποστολής, χώρες υποδοχής και χώρες διέλευσης μεταναστών (transit). Η μετανάστευση επηρεάζεται από έναν συνδυασμό οικονομικών, περιβαλλοντικών, πολιτικών και κοινωνικών παραγόντων: είτε στη χώρα καταγωγής του μετανάστη (παράγοντες ώθησης) είτε στη χώρα προορισμού (παράγοντες έλξης).

Οι σύγχρονες μεταναστευτικές ροές είναι στην πλειοψηφία τους μικτές. Παρατηρείται λοιπόν πολύ συχνά το φαινόμενο παράτυποι μετανάστες, πρόσφυγες, ασυνόδευτοι ανήλικοι αλλά και θύματα εμπορίας ανθρώπων να μετακινούνται σε ομάδες που δεν είναι ομοιογενείς χρησιμοποιώντας κοινές διαδρομές, τα ίδια μέσα μεταφοράς ή και δίκτυα διακίνησης. Ο όγκος των ροών, η ποικιλία των προφίλ, των χωρών καταγωγής, των κινήτρων που τους ωθούν ή τους αναγκάζουν σε μετακίνηση ακόμη και οι ιδιαιτερότητες ορισμένων ομάδων καθιστούν την εξέταση της αναγνώρισης του καθεστώτος προστασίας στο οποίο δικαιούται ή όχι να υπαχθεί καθένας εξ' αυτών, δυνάμει των κανόνων και των διαδικασιών του διεθνούς, ευρωπαϊκού ή εθνικού δικαίου, εξαιρετικά περίπλοκη και δύσκολη υπόθεση. Η ταξινόμησή των ατόμων όπου μετακινούνται είναι απαραίτητη για την εξέταση των νομικών υποχρεώσεων όπου έχουν απέναντι τους. Το γεγονός ότι οι μεταναστευτικές και οι προσφυγικές ροές, αποτελούν κεντρικό και αιχμηρό ζήτημα, είναι εμφανές με μια απλή ανασκόπηση της διεθνούς ειδησεογραφικής αλλά και της διεθνούς πολιτικής ατζέντας, ενώ διαφαίνεται και στην προσπάθεια διαμόρφωσης ενός θεσμικού πλέγματος προστασίας σε διεθνές επίπεδο, καθώς και στην ανάληψη πρωτοβουλιών και στη σύσταση φορέων και οργανώσεων που στοχεύουν στην εν συνόλω προστασία των μεταναστών και των προσφύγων. Το φαινόμενο της μετακίνησης ιστορικά είναι χρόνιο φαινόμενο μεταξύ των χωρών, διαρκώς μεταλλάσσεται και αποκτά νέα χαρακτηριστικά.

Ως ένα πολυδιάστατο και πολυεπίπεδο φαινόμενο, το φαινόμενο της μετακίνησης, διαθέτοντας μια πολύ ιδιαίτερη πολυπλοκότητα που έγκειται στο γεγονός ότι αποτελεί ένα φαινόμενο εγγενές της ανθρώπινης εξέλιξης, της κοινωνίας, της οικονομίας, της πολιτικής και του πολιτισμού, αποτελεί μια δυναμική διαδικασία, οι μορφές της οποίας ποικίλλουν και μεταβάλλονται σε συνάρτηση με τις ευρύτερες πολιτικές, κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές-και επομένως απαιτεί διαρκή προσαρμογή και αλλαγές σε θεσμικό και νομικό επίπεδο προκειμένου να καλυφθούν κενά ή να προβλεφθεί προστασία και να δοθούν λύσεις σε επιτακτικά ζητήματα. Η μετανάστευση, καθώς ενυπάρχει και

αναδύεται από την ιστορική και κοινωνική οργάνωση στο σύνολό της· είναι μια μορφή κοινωνικής σχέσης που καθορίζεται από την αγορά, το έθνος, το κράτος, το φύλο, που συγκροτούν τις κοινωνικές κατηγορίες, τις ομάδες και τον τρόπο επαφής και επικοινωνίας μεταξύ τους. Όπως είναι προφανές, στα πλαίσια της παγκοσμιοποίησης και της διαρκούς ρευστότητας των ορίων των κρατών, παρατηρείται μια διαρκής αύξηση των μεταναστευτικών ροών, αλλά και μια παράλληλη άμεση ανάγκη για κατοχύρωση δικαιωμάτων, στα πλαίσια της υποδοχής, ένταξης και διαχείρισης, σε εθνικό και υπερεθνικό επίπεδο. Σήμερα άλλωστε, βρίσκουμε πολλαπλές δεσμεύσεις του Συμβουλίου της Ευρώπης, της Ε.Ε., του ΟΗΕ, του Διεθνούς Οργανισμού Εργασίας και του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης αναφορικά με το ζήτημα, ενώ και σε κρατικό και σε τοπικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο φορέων, οργανώσεων, ακαδημαϊκών προσεγγίσεων και δράσεων από ΜΚΟ, το μεταναστευτικό ζήτημα τοποθετείται στην προμετωπίδα των διαβουλεύσεων και των πρωτοβουλιών.

## 1.2 ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΩΝ ΚΙΝΗΣΕΩΝ

Ανάλογα με το κριτήριο της μετακίνησης η μετανάστευση χωρίζεται σε διάφορες κατηγορίες. Πρώτο κριτήριο εάν η μετανάστευση πραγματοποιείται στα γεωγραφικά όρια της εθνικής επικράτειας ή όχι, διακρίνουμε τη διεθνή και την εσωτερική μετανάστευση. Η διεθνής μετανάστευση είναι η κίνηση από το ένα κράτος προς το άλλο κράτος, ενώ η εσωτερική μετανάστευση είναι η κίνηση μέσα στο ίδιο κράτος. Το ρεύμα των εκροών στην περίπτωση της διεθνούς μετανάστευσης ονομάζεται αποδημία, ενώ στην εσωτερική μετανάστευση καλείται εκδημία. Επόμενο κριτήριο όπου μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε για διαχωρισμό είναι η προβλεπόμενη διάρκεια παραμονής, η οποία με βάση αυτό μπορεί να διακριθεί σε μόνιμη και προσωρινή. Ιδιαίτερη μορφή προσωρινής μετανάστευσης είναι η παρεπιδημία, δηλαδή η προσωρινή παραμονή σε έναν τόπο για βιοτικούς ή επαγγελματικούς λόγους. Το τρίτο κριτήριο έχει σχέση με τη μεταβολή ή μη του τρόπου ζωής σε σχέση με πριν τη μετανάστευση, μπορεί να διακριθεί σε καινοτόμο, όταν μεταβάλλεται ο τρόπος ζωής του μετανάστη (π.χ. αγρότης που γίνεται βιομηχανικός εργάτης) και συντηρητική, όταν αυτός δε μεταβάλλεται (π.χ. μετανάστευση νομάδων). Το τέταρτο κριτήριο έχει σχέση με το βαθμό εξάρτησης από τη φύση, ως προσδιοριστικό παράγοντα της απόφασης φυγής, η μετανάστευση διακρίνεται σε αρχαϊκή, λόγω εξάντλησης (εποχιακής ή μόνιμης) των φυσικών πόρων και σύγχρονη, που προκαλείται από οικονομικούς λόγους. Ακόμη, το πέμπτο κριτήριο έχει σχέση με το βαθμό και το είδος εξάρτησης από τη χώρα προέλευσης, η μετανάστευση διακρίνεται σε παροικία και αποικία. Επιπλέον, μπορεί να ληφθεί και το μέγεθος του μετακινούμενου πληθυσμού, η οποία μπορεί να διακριθεί σε ανεξάρτητη, όταν είναι αποτέλεσμα απόφασης μεμονωμένων ατόμων ή ομάδων, και σε μαζική, όταν πρόκειται για μορφή μετακίνησης κατά μάζες (π.χ. ανταλλαγή πληθυσμών, μετακινήσεις φυλών). Έκτο κριτήριο όπου θα ληφθεί υπόψη για τον διαχωρισμό της μετανάστευσης είναι η πρόθεση όπου θα προκύψουν

τρεις επιμέρους μορφές αυτής όπου αναλύονται παρακάτω. Πρώτη μορφή είναι η εκούσια μετανάστευση, ως προϊόν ελεύθερης απόφασης του μετακινούμενου ατόμου ή συνόλου, επόμενη είναι η αναγκαστική, η οποία προκαλείται από την ηθελημένη δημιουργία δυσμενών συνθηκών διαβίωσης σε βάρος ορισμένων κατηγοριών ατόμων ή μερίδας πληθυσμού, και η τρίτη είναι η βίαιη, η οποία αποτελεί μορφή μετακίνησης που επιβάλλεται συνήθως από τις δημόσιες αρχές ενός κράτους και δεν αφήνει περιθώρια επιλογής στους μετακινούμενους, π.χ. μετατοπίσεις πληθυσμών, αναγκαστικοί εποικισμοί, απελάσεις και αναγκαστικές ανταλλαγές πληθυσμών. Ακόμη, η μετανάστευση μπορεί να διακριθεί σε προπολεμική και μεταπολεμική, ανάλογα με τη χρονική περίοδο πραγματοποίησης της μετανάστευσης σε σχέση το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, και σε ευρωπαϊκή (ή ινδοευρωπαϊκή) και υπερπόντια (ή διηπειρωτική), ανάλογα με τον τόπο προορισμού των μεταναστών. Τελευταίο κριτήριο για την διάκριση της μετανάστευσης, είναι ο διαχωρισμός της σε νόμιμη και παράνομη (ή λαθρομετανάστευση), ανάλογα με τον αν η μετανάστευση είναι καταγεγραμμένη από τις επίσημες αρχές ή όχι [12].

### 1.3 ΑΙΤΙΑ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

Όπως έχουμε ήδη σημειώσει, η γεωγραφική υφή του μεταναστευτικού φαινομένου στην Ελλάδα διαρθρώνεται (και συνεχίζει να διαρθρώνεται) ως εξής:

- α) Οικονομικοί μετανάστες (νόμιμοι και παράνομοι) από χώρες της Ανατολικής και της Κεντρικής Ευρώπης, από την Ασία και την Αφρική
- β) Σημαντικός αριθμός προσφύγων και μεταναστών ελληνικής καταγωγής από χώρες πρώην ρυμουλκούμενες από την ΕΣΣΔ.

Λόγοι μεγάλης εισροής προσφύγων στην Ελλάδα:

- α) Γεωγραφικοί λόγοι, η Ελλάδα βρίσκεται στο σταυροδρόμι των μεταναστευτικών ρευμάτων τόσο από την Ασία και την Αφρική, όσο και από τα καθεστάτα του "υπαρκτού σοσιαλισμού", αφού έχει άμεση γειτνίαση με αυτά,
- β) Οικονομικοί λόγοι, μεγέθυνση της ελληνικής οικονομίας και η συνακόλουθη εξάρτηση της από προϊόντα εντάσεως εργασίας τα οποία απαιτούσαν την προσφορά φθηνού εργατικού δυναμικού και
- γ) Ιδιομορφία των ελληνικών συνόρων και η απουσία μιας συνακόλουθης μεταναστευτικής πολιτικής από μια χώρα η οποία υπήρξε παραδοσιακά χώρα αποστολής (και όχι υποδοχής).

#### 1.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

Αναμφίβολα η αθρόα προσέλευση (είτε νόμιμων, είτε παράνομων) προκάλεσε βαθύτατους δομικούς μετασχηματισμούς σε όλα τα επίπεδα του κοινωνικού σχηματισμού. Από τις δημογραφικές, οι οποίες είναι και οι πλέον εμφανείς, μέχρι τις οικονομικές, τις κοινωνικές, τις πολιτικές και τις πολιτισμικές οι μεταλλαγές που υπέστη η νεοπαγής (μόλις 30 ετών) ελληνική κοινωνία-όπως διαμορφώθηκε στο πλαίσιο της τρίτης ελληνικής δημοκρατίας- ήταν καθοριστικές. Οι μετασχηματισμοί πυροδότησαν καθολικά νέες κοινωνικές σχέσεις (ανασφάλιστη εργασία), εξαφάνισαν παλαιές νοοτροπίες (όπως η αρχαϊκή της φιλοξενίας) και μετέτρεψαν παλαιές (όπως το περιεχόμενο του εθνικισμού-ρατσισμού). Παρακάτω αναφέρονται στον κάθε τομέα:

α) Δημογραφικές: Οι πλέον εκτεταμένες και εμφανείς μεταβολές διαδραματίζονται στο δημογραφικό επίπεδο. Η Ελλάδα, ήδη μετά την μεταπολίτευση, παρουσίαζε σαφέστατες πληθυσμιακές υστερήσεις ελέω της εκτεταμένης υπογεννητικότητας, η οποία οφείλεται σε πλήθος παραγόντων (ένας από αυτούς είναι και η ενεργότερη συμμετοχή των γυναικών στην αγορά εργασίας). Οι δημογραφικές εκτιμήσεις των αρχών του 2000 (όπως της Κουβανίδη το 2003) προέβλεπαν πως με δεδομένη την μείωση του γηγενούς πληθυσμού της χώρας (και τη σταθερή μείωση του παραγωγικού πληθυσμού, σε συνδυασμό με την ποσοστιαία αύξηση της γηραιότητας, η μετανάστευση θα συνέβαλε τόσο στην αύξηση του συνολικού πληθυσμού όσο και στην βελτίωση της ηλικιακής του σύνθεσης. Με την συμβολή αυτή να είναι ξεκάθαρη αφού από τις 112.042 γεννήσεις που καταγράφηκαν στην Ελλάδα το 2006, οι 14570 είναι από μετανάστες που ζουν στην Ελλάδα (ΕΛ.ΣΤΑΤ 2008). Ουσιαστικά η συνολική αύξηση του πληθυσμού της Ελλάδας οφείλεται κατά 98% καθαρά στην εισροή πληθυσμού κυρίως αλλοδαπών. Τα στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ είναι χαρακτηριστικά: Σύμφωνα με εκτιμήσεις (οι οποίες βασίζονται στην παραπάνω δυναμική) της ΕΛ.ΣΤΑΤ. το 2020 το 13.3% του συνολικού πληθυσμού της χώρας θα αποτελείται από μετανάστες, με τον αριθμό τους να ανέρχεται στο 1.520.000 ανθρώπους. Εκτός από την συμβολή στην ενίσχυση του παραγωγικού δυναμικού της χώρας, μέσω μιας ορθολογικής (και όχι αναχρονιστικής) μεταναστευτικής πολιτικής για τον έλεγχο του αριθμού των μεταναστών δύναται να αποσυμπιεστούν οι πιέσεις στο καταρρέον ασφαλιστικό σύστημα της ελληνικής κοινωνίας, το οποίο εντοπίζεται στην αναλογία εργαζόμενου-ανεργού η οποία αντί για 4:1 είναι 2:1 και μάλιστα με πτωτικές τάσεις.

β) Οικονομικές: Οι δημογραφικές επιπτώσεις σχετίζονται άμεσα με τις αντίστοιχες οικονομικές, αφού με την απασχόληση των μεταναστών έχει επιτευχθεί η αποφυγή διακοπής πληθώρας οικονομικών (οριακών) δραστηριοτήτων ορισμένες από τις οποίες κάποιες έχουν και εξαγωγικό προσανατολισμό, έχει ανανεωθεί η βάση του παραγωγικού ιστού της ελληνικής οικονομίας, έχουν ενισχυθεί τα ασφαλιστικά ταμεία (όταν οι μετανάστες ασφαλιζονται) και τέλος έχει ενισχυθεί η εξυπηρέτηση νοικοκυριών μέσα από την φροντίδα μικρών παιδιών και ηλικιωμένων. Από την άλλη, η είσοδος τους



στην ελληνική επικράτεια (τουλάχιστον όσον αφορά την πρώτη φάση του φαινομένου) δεν συνδέθηκε με ανισοροπίες στην αγορά εργασίας αφού όπως τονίσαμε και παραπάνω αυτή ήταν κάτι παραπάνω από δεκτική. Η συνεισφορά τους στον αγροτικό τομέα και τις κατασκευές είναι σημαντική. Μάλιστα η συμβολή τους επεκτάθηκε σε πληθώρα περιοχών της υπαίθρου, προκαλώντας τόνωση των τοπικών αγορών η οποία και επεκτάθηκε πέραν του αγροτικού τομέα. Στον τομέα των κατασκευών, η συμμετοχή των μεταναστών έγινε συχνά εις βάρος των Ελλήνων εργαζομένων και προς όφελος των εταιρειών οι οποίες εκμεταλλευόμενες την μαζική παρουσία των αλλοδαπών συμπίεσαν τα κόστη εργασίας και αύξησαν τα ποσοστά κέρδους τους. Αυτή η συμπίεση του κόστους εργασίας υπήρξε αποτρεπτική για την διάχυση τεχνολογικών καινοτομιών αφού το εξαιρετικά φθινό κόστος εργασίας καθιστά το κόστος ευκαιρίας οιασδήποτε κεφαλαιουχικής επένδυσης εξαιρετικά υψηλό. Η μαζική εισροή μεταναστών συνδέθηκε με την άνθηση τόσο της παράνομης αγοράς εργασίας, όσο και της παραοικονομίας, παραοικονομία η οποία αναπτύχθηκε κυρίως στην γεωργία, στον οικοδομικό τομέα, στις κατασκευές και στις υπηρεσίες μικρής κλίμακας.

Γενικά η προσφορά φθηνής (και ανειδίκευτης) εργασίας εκ μέρους των μεταναστών τουλάχιστον μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 2000, μοιάζει να έχει μια σειρά θετικών αποτελεσμάτων: α) σε αρκετές θέσεις εργασίας, αν δεν χρησιμοποιούνταν μετανάστες το παραγόμενο προϊόν θα ήταν περιορισμένο, β) αν δεν προσφερόταν φθηνή εργατική δύναμη, πολλές από τις επιχειρήσεις θα έβρισκαν ως άλλοθι το υψηλό εργατικό κόστος και θα έκλειναν ή θα αποχωρούσαν, έχοντας και αυτό ως συνέπεια την πτώση της παραγωγής, Πετρινώτη (1993: 75) γ) συνέβαλαν φορολογικά στην ελληνική οικονομία, αφού ακόμα και οι παράνομοι μετανάστες συμβάλουν μέσα από την ενεργό τους ζήτηση στην απόδοση έμμεσων φόρων και δ) η απασχόληση των αλλοδαπών σε απασχολήσεις που μέχρι πρότινος είτε ήταν περιορισμένες, είτε ανεπαρκείς, τόνωσε την αγορά εργασίας, την επέκτεινε, την εμπόησε και δημιούργησε νέες θέσεις εργασίας.

γ) Κοινωνικές: Αδιαμφισβήτητα η μαζική εισροή μεταναστών μέσα από τις δυο φάσεις, για τις οποίες έχει γίνει ήδη λόγος, δημιούργησαν μια εντελώς νεότευκτη κοινωνική πραγματικότητα, πυροδοτώντας παράλληλα βαθύτατους μετασχηματισμούς σε έναν για χρόνια αποσαθρωμένο - λόγω των Παγκοσμίων Πολέμων, του Εμφυλίου και των συνεχών δημοκρατικών εκτροπών - κοινωνικό ιστό. Αυτός ο διαρρηγμένος κοινωνικός ιστός, τα μεγαλοϊδεατικά κατάλοιπα που αναπτύχθηκαν κατά την περίοδο της ανάδυσης των βαλκανικών εθνικισμών σε συνδυασμό με την (ιστορική) εξέλιξη των κοινωνικών αντιθέσεων όπως αυτές εκφράστηκαν μέσα από το κλασικό δίπολο πόλη-ύπαιθρος παρήγαγαν ένα αίσθημα εθνικής ομοιογένειας το οποίο σε "εκλαϊκευμένο" επίπεδο σχετίστηκε με την σύνδεση της εγκληματικότητας με την μετανάστευση. Αναμφίβολα αυτό το αίσθημα ομοιογένειας διέχυσε σε αυτόν τον ευμετάβλητο κοινωνικό ιστό ένα εκτεταμένο αίσθημα ξеноφοβίας. Αυτό το αίσθημα κατέστη ικανό να καλύψει τις θετικές διαδράσεις (σε κοινωνικό επίπεδο) από την μαζική

έλευση μεταναστών. Αυτά τα φοβικά σύνδρομα ενισχύθηκαν από την αύξηση της εγκληματικότητας – μεγάλο μέρος της οποίας συνδέθηκε με μετανάστες - αποτελούν αντανάκλαση βαθύτερων διεργασιών στην ελληνική κοινωνία, διεργασίες που συνδέθηκαν με την αυξημένη ανεργία και την γενικότερη κρίση αξιών, προσανατολισμών και προτύπων στην κοινωνικό - πολιτική κουλτούρα της Ελλάδας.

δ) Πολιτισμικές: Αναμφίβολα η εισροή μεταναστών (κυρίως από τις χώρες με εντελώς διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο, όπως οι Αφρικάνικες και οι Ασιατικές) πυροδότησαν, σε μια χώρα με ασίγαστα εθνικιστικά προτάγματα, ζητήματα ‘ταυτότητας’, υπό την έννοια πως αυτή η εισροή λειτουργεί διαβρωτικά στην άρθρωση μιας (εθνικής) ταυτότητας. Και βέβαια, παρότι η εισροή μεταναστών στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δείχνει να εμπλουτίζει το πλαίσιο των νοοτροπιών, στην Ελλάδα τα δεδομένα αναστρέφονται. Αυτή η αναστροφή, παρότι μέχρι τώρα δεν έχει προκαλέσει εμφανείς και εκτεταμένες πολιτισμικές συγκρούσεις, δείχνει πως αν η μεταναστευτική πολιτική της Ελλάδας δεν μεταβληθεί, θα οδηγήσει σε ευθείες αντικρούσεις, οι οποίες σε μια κοινωνία υπό ολική κρίση είναι πολύ επικίνδυνες. Και αυτό είναι μια λογική εξέλιξη, μια συνεκτική και εκτεταμένη μεταναστευτική πολιτική ένταξης (μέσα από τους μηχανισμούς παραγωγής συνείδησης) θα οδηγήσει στην συνύπαρξη, τον σεβασμό των θρησκευτικών και πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων, επαναπροσδιορίζοντας την διαπολιτισμική σύμφυση παράλληλων πολιτισμικών προκειμένων. Τα πρώτα ψήγματα μιας τέτοιας σύμφυσης σχετίζονται με τον καθ’ αυτό τίτλο της συγκεκριμένης εργασίας, δηλαδή με τους μετανάστες δεύτερης γενιάς, οι οποίοι όντας κοινωνοί των εκπαιδευτικών μηχανισμών επιχειρούν την οργανική τους ένταξη στην ελληνική κοινωνία.

## 1.5 ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ, ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΕΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ

Η μετανάστευση αποτελεί διαχρονικό φαινόμενο και οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του φαινομένου ποικίλουν και εξαρτώνται από κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτικούς, πολιτισμικούς και θρησκευτικούς λόγους. Η μεταναστευτική πολιτική με τη σειρά της είναι αυτή που θα δώσει λύσεις για την καλύτερη αντιμετώπιση του φαινομένου, αλλά είναι βασικό να αποσαφηνιστεί η έννοια της και να διακριθούν οι βασικές κατευθύνσεις της. Η πολιτεία σχεδιάζει και ασκεί μεταναστευτική πολιτική λόγω της αύξησης του φαινομένου, δύο είναι οι κύριοι άξονες όπου αναλύονται ακολούθως [13]:

- Ρύθμιση και έλεγχος της εισόδου, της διαμονής και της απασχόλησης των μη πολιτών μίας συγκεκριμένης κοινωνίας, συμπεριλαμβανομένων των μέτρων για ενθάρρυνση για επιστροφή ή προσωρινή διαμονή και για την καταπολέμηση της παράτυπης μετανάστευσης.
- Εφαρμογή μιας καθαρής κοινωνικής πολιτικής που διακρίνεται στις επιμέρους εθνικές πολιτικές ένταξης και ενσωμάτωσης των μεταναστών (εκπαιδευτική πολιτική, στεγαστική πολιτική, πολιτική ένταξης στην αγορά εργασίας, πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, κλπ).

Ο πρώτος άξονας αντιστοιχεί στην καθαρή ‘μεταναστευτική πολιτική’ μιας χώρας και έχει χαρακτήρα περισσότερο ‘κατασταλτικό’, ‘αστυνομικό’, ‘αμυντικό’ και ‘αποθητικό’ και άρα αρνητικό ως προς το περιεχόμενο του. Ο δεύτερος αντιστοιχεί στις λεγόμενες ‘πολιτικές ένταξης και ενσωμάτωσης’ που έχουν χαρακτήρα θετικό και τείνουν να δημιουργήσουν νομικές και τυπικές προϋποθέσεις σύγκλισης των μεταναστών με τους πολίτες μιας κοινωνίας [14]. Από την άλλη, σχετικά με το δεύτερο άξονα των «πολιτικών ένταξης και ενσωμάτωσης», η ΕΕ στοχεύει στην υποστήριξη της νόμιμης μετανάστευσης από διάφορες πολιτικές ενσωμάτωσης οι οποίες ασκούνται σε όλα τα επίπεδα της διοίκησης και των δημοσίων υπηρεσιών, ώστε τελικώς να μην υπάρχει διαφορά στην ενσωμάτωση των εισερχομένων μεταναστών από των πολιτών στις κοινωνίες υποδοχής. Η ΕΕ έχει θεσπίσει διάφορα μέτρα για την ενίσχυση της διαδικασίας ενσωμάτωσης. Προκειμένου να προωθήσουν την ένταξη στην αγορά εργασίας, τα κράτη προωθούν σε πρώτο μέρος την εκμάθηση της γλώσσας τους, ενώ ορισμένα κράτη έχουν δημιουργήσει προγράμματα κοινωνικής ενσωμάτωσης ή εστιάζουν σε ειδικές εκπαιδευτικές απαιτήσεις. Περιορισμένα παραμένουν τα μέτρα για την προώθηση πρωτοβουλιών αλληλεπίδρασης μεταξύ μεταναστών και της κοινωνίας υποδοχής, όπως και τα μέτρα για την ενίσχυση διαλόγου, για την κατανόηση και αποδοχή των διαφορετικών θρησκευτικών πεποιθήσεων και ακόμη για την ενίσχυση της συμμετοχής στην διαχείριση των τοπικών υποθέσεων. Μια άλλη προσέγγιση σε σχέση με την αξιολόγηση της μεταναστευτικής πολιτικής είναι η συμβολή της στην δημιουργία εισοδήματος στις χώρες όπου εγκαθίστανται οι μετανάστες. Η ΕΕ καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η συμβολή στην ανάπτυξη είναι υψηλότερη όσο υψηλότερο είναι και το επίπεδο εκπαίδευσης των εργαζομένων της, επομένως στοχεύει στο ίδιο και για τους νεοεισερχομένους στα κράτη μέλη της [15].

Η διαδικασία της ένταξης των προσφύγων στις κοινωνίες υποδοχής έχει γίνει αντικείμενο μελέτης διάφορων επιστημονικών προσεγγίσεων, που ανάλογα με την έμφαση που θέλουν να δώσουν σε διαφορετικές πλευρές της διαδικασίας αυτής, τείνουν να προτείνουν και διαφορετικούς ορισμούς. Οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ανάλογα με την εθνική τους προσέγγιση στο φαινόμενο της μετανάστευσης, υιοθετούν διαφορετικούς ορισμούς, βάσει του τρόπου με τον οποίο επιλέγουν να ενσωματώσουν τους μετανάστες στη κοινωνία τους.

Βέβαια, ως κοινωνία υποδοχής δεν νοείται μόνο το εθνικό πλαίσιο αναφοράς, αλλά και οι τοπικές κοινωνίες όπου τελικά οι μετανάστες εγκαθίστανται. Η τοπική αυτοδιοίκηση, πέραν της διεκπεραίωσης του διοικητικού τους έργου που σχετίζεται με τους μετανάστες, φέρει σημαντική ευθύνη στη διαχείριση σοβαρών ζητημάτων που άπτονται της καθημερινής τους ζωής, καθώς στο τοπικό επίπεδο διαμορφώνεται κατά κύριο λόγο η σχέση τους με την κοινωνία υποδοχής και κρίνεται η θετική ή αρνητική έκβαση της κοινωνικής του ένταξης. Επιπλέον, στη σημερινή εποχή, μόνο με τη συμβολή και συμμετοχή όλων των πολιτών μιας τοπικής κοινωνίας μπορεί μία προοδευτική πολιτική να υπηρετήσει την αρχή της βιώσιμης τοπικής ανάπτυξης. Παράλληλα, κάθε δήμος είναι αναγκαίο να στοχεύει στο να αποτρέψει τον κοινωνικό αποκλεισμό και την περιθωριοποίηση οποιασδήποτε μερίδας των πολιτών, συνεπάγοντας την ομαλή κοινωνική ένταξη των προσφύγων, επιφέροντας στη συνέχεια πολλαπλά αμφίδρομα θετικά αποτελέσματα τόσο στους ίδιους, όσο και στην κοινωνία υποδοχής. Ωστόσο, για να επιτευχθεί αυτό δεν αρκούν μόνο οι απαραίτητες θεσμικές και νομοθετικές ρυθμίσεις, αλλά απαιτείται η ενεργή συμμετοχή της τοπικής κοινωνίας και η ενεργοποίηση της ίδιας της αποκλεισμένης κοινωνικής ομάδας. Ακόμη, θα ήταν δυνατόν στις πολιτικές ένταξης να συμπεριληφθούν όχι μόνο οι επίσημες πολιτικές, αλλά και οι διάφορες δράσεις, τα προγράμματα και οι πρωτοβουλίες που αναλαμβάνουν και διενεργούν φορείς ή και άτυπες συλλογικότητες της κοινωνίας των πολιτών.

Στη συνέχεια, σημαντικός είναι ο ορισμός των «καλών πρακτικών» σε σχέση με τα ζητήματα ένταξης των προσφύγων σε τοπικό επίπεδο. «Ο όρος «καλές πρακτικές», όπως και οι συναφείς όροι «βέλτιστες πρακτικές» ή «επιτυχημένες πρακτικές», προέρχεται από τον αγγλικό όρο “best practices”, ο οποίος πρώτο-εμφανίστηκε τη δεκαετία του '90 και σταδιακά καθιερώθηκε διεθνώς. Καλή πρακτική είναι μια δοκιμασμένη τεχνική, μέθοδος, διαδικασία ή δράση, η οποία έχει αποδειχθεί στην πράξη ότι είναι πιο αποτελεσματική από άλλες, όταν εφαρμόζεται σε συγκεκριμένους τομείς και συνθήκες.». Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, τα κριτήρια τα οποία θα πρέπει ιδανικά να πληροί μια πρακτική για να θεωρηθεί ως «καλή» είναι τα εξής: Καινοτομία, Αποτελεσματικότητα, Αποδοτικότητα, Βιωσιμότητα, Αναπαραγωγικότητα, Δυνατότητα μεταφοράς και Συνάφεια με την πολιτική

## 1.6 ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ

Στα πλαίσια για να κατοχυρώσουν τα δικαιώματα τους τόσο οι χώρες όπου δέχονται πρόσφυγες αλλά και οι ίδιοι οι πρόσφυγες έχουν υπογραφεί κάποιες συνθήκες μεταξύ των χωρών. Η σύμβαση της Γενεύης, για το καθεστώς των προσφύγων υπογράφηκε στις 28 Ιουλίου 1951 στην

Γενεύη, είναι πολυμερής συνθήκη των Ηνωμένων Εθνών που ορίζει ποιος είναι πρόσφυγας, και καθορίζει τα δικαιώματα των ατόμων στους οποίους χορηγείται άσυλο, καθώς και τις αρμοδιότητες των εθνών που χορηγούν άσυλο. Η Σύμβαση προβλέπει επίσης ποιοι άνθρωποι δεν πληρούν τις προϋποθέσεις ως πρόσφυγες, όπως εγκληματίες πολέμου. Η σύμβαση προβλέπει, επίσης, για κάποια ταξίδια χωρίς βίζα για τους κατόχους ταξιδιωτικών εγγράφων που εκδίδονται δυνάμει της σύμβασης. Η Σύμβαση βασίζεται στο άρθρο 14 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου του 1948, η οποία αναγνωρίζει το δικαίωμα των ατόμων να ζητήσουν άσυλο από διώξεις σε άλλες χώρες. Ένας πρόσφυγας μπορεί να απολαύσει δικαιώματα και παροχές σε μια κατάσταση πέραν εκείνων που προβλέπονται στη σύμβαση [16].

Επόμενη είναι η συνθήκη του Σένγκεν (γνωστή και ως Συμφωνία Σένγκεν) υπεγράφη το 1985, όταν πέντε κράτη μέλη της ΕΕ (Βέλγιο, Γερμανία, Γαλλία, Λουξεμβούργο και Ολλανδία) αποφάσισαν να καταργήσουν τους ελέγχους στα εσωτερικά σύνορα, δημιουργώντας το χώρο Σένγκεν. Ο χώρος Σένγκεν αποτελεί έδαφος όπου εξασφαλίζεται η ελεύθερη κυκλοφορία των προσώπων, αλλά και εμπορευμάτων, υπηρεσιών και κεφαλαίων. Οι χώρες που έχουν υπογράψει τη συμφωνία κατήργησαν τα εσωτερικά σύνορα, αντικαθιστώντας τα με ενιαία εξωτερικά σύνορα.

Ακόμη, ο κανονισμός Δουβλίνο II (ή Κανονισμός 343/2003) είναι νομικό κείμενο που θεσπίστηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση και καθορίζει τη χώρα η οποία θα είναι υπεύθυνη για να δώσει άσυλο στον αιτούντα πρόσφυγα. Σύμφωνα με τον Κανονισμό Δουβλίνο II, ο μετανάστης δικαιούται να ζητήσει άσυλο στην ευρωπαϊκή χώρα στην οποία θα εισέλθει την πρώτη φορά. Μετανάστες οι οποίοι εισέρχονται στην Ελλάδα και κατόπιν μεταβαίνουν σε άλλη χώρα για να αιτηθούν άσυλο θα πρέπει, σύμφωνα με τον κανονισμό Δουβλίνο II, να επιστρέφονται πίσω στην Ελλάδα. Ο κανονισμός θέτει την αρχή ότι ένα μόνο κράτος μέλος είναι υπεύθυνο για την εξέταση μιας αίτησης ασύλου. Στόχος είναι η αποφυγή της αποστολής των αιτούντων άσυλο από τη μια χώρα στην άλλη, αλλά επίσης η αποτροπή της κατάχρησης του συστήματος με την υποβολή περισσοτέρων αιτήσεων ασύλου από ένα μόνο άτομο. Επομένως, ορίζονται αντικειμενικά και ιεραρχημένα κριτήρια, προκειμένου να προσφέρουν τη δυνατότητα προσδιορισμού, για κάθε αιτούντα άσυλο, του κράτους μέλους που είναι υπεύθυνο.

Στην συνέχεια ακολούθησε ο Κανονισμός «Δουβλίνο III», όπου καθορίζει ποιο από τα κράτη της Ευρώπης που δεσμεύονται από αυτόν είναι υπεύθυνο να εξετάσει την αίτησή σας. Τα κράτη που εφαρμόζουν τον Κανονισμό «Δουβλίνο III» είναι η Αυστρία, το Βέλγιο, η Βουλγαρία, η Γαλλία, η Γερμανία, η Δανία, η Ελβετία, η Εσθονία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ιρλανδία, η Ισλανδία, η Ισπανία, η Ιταλία, η Κροατία, η Κύπρος, η Λετονία, η Λιθουανία, το Λιχτενστάιν, το Λουξεμβούργο, η Μάλτα, η Νορβηγία, η Ολλανδία, η Ουγγαρία, η Πολωνία, η Πορτογαλία, η Ρουμανία, η Σλοβακία, η Σλοβενία, η Σουηδία, η Τσεχία και η Φινλανδία (εφεξής κράτη του «Δουβλίνο III»). Με σκοπό την

αποτελεσματική εφαρμογή των κριτηρίων όταν υποβάλει κάποιος την αίτηση διεθνούς προστασίας πρέπει να ενημερώσει την Υπηρεσία Ασύλου σχετικά με το εάν έχει προξενική θεώρηση (visa) άλλου κράτους του «Δουβλίνο III», εάν έχει άδεια διαμονής άλλου κράτους του «Δουβλίνο III», εάν εισήλθε παράνομα στην Ελλάδα μέσω άλλου κράτους του «Δουβλίνο III», εάν έμεινε παράνομα σε άλλο κράτος του «Δουβλίνο III» πριν έρθει στην Ελλάδα και πόσο καιρό και εάν μέλη της οικογένειάς μένουν σε άλλο κράτος του «Δουβλίνο III» και υπό ποιο καθεστώς. Θα πρέπει να δώσει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες και να καταθέσει αποδεικτικά στοιχεία που έχει στην κατοχή (όπως άδειες διαμονής και των μελών της οικογένειάς, έγγραφα για την οικογενειακή κατάσταση ή άλλα πιστοποιητικά, θεωρήσεις εισόδου, έγγραφα που πιστοποιούν την παρουσία στο άλλο κράτος, όπως εισιτήρια ταξιδιού, απόδειξη ξενοδοχείου κλπ).

Εν κατακλείδι, ο κανονισμός του Δουβλίνου II και III, θέτει την αρχή ένα μόνο κράτος μέλος να είναι υπεύθυνο για την εξέταση μιας αίτησης ασύλου με στόχο την αποφυγή αποστολής αιτούντων άσυλο από τη μια χώρα στην άλλη και την κατάχρηση αιτήσεων. Θέτει επίσης την αρχή της ενότητας των οικογενειών, περιλαμβάνει ρυθμίσεις για την έκδοση αδειών παραμονής και ρυθμίσεις για την παράνομη αλλά και νόμιμη είσοδο σε κράτος μέλος.

## 1.7 ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στο παρελθόν η Ελλάδα λόγω της κακής οικονομικής κατάστασής της δεν προσέλκυε μετανάστες. Την τελευταία δεκαετία παρατηρείται αύξηση των μεταναστών από τρίτες χώρες. Κύριο χαρακτηριστικό προσέλκυσης είναι το γεωγραφικό της σημείο. Επίσης, η μορφολογία των ελληνικών συνόρων και η μη εύκολη φύλαξη τους, η οικονομική ανάπτυξη και ότι είμαστε μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι και αυτοί παράγοντες όπου την κάνουν ελκυστικής προς τους αλλοδαπούς. Το καλοκαίρι του 2015 επειδή τα νησιά του Αιγαίου τα οποία βρίσκονται κοντά στα παράλια της Τουρκίας, δέχθηκαν κύμα προσφύγων και μεταναστών το οποίο προκάλεσε μία σειρά από κοινωνικά, ανθρωπιστικά και οικονομικά ζητήματα [64]. Να αναφέρουμε ότι η μεταναστευτική ροή ήταν δυσανάλογη με τον όγκο όπου θα μπορούσαν να δεχτούν τα νησιά. Οι εν λόγω πρόσφυγες, σύμφωνα με τα στοιχεία της Έπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ πρόκειται κυρίως για πολίτες από τη Συρία, το Αφγανιστάν, το Ιράκ και το Πακιστάν. Ως προς το φύλο των προσφύγων πάνω από το 50% ήταν άνδρες, το 13% γυναίκες και το 21% παιδιά.

## 1.8 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η ύπαρξη κατάλληλου νομοθετικού πλαισίου είναι απαραίτητο ώστε η Ελλάδα να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες απαιτήσεις. Η νομοθεσία η οποία ισχύει προστατεύει τα θεμελιώδη

δικαιώματα όλων των μεταναστών που διαμένουν στα ελληνικό έδαφος μόνιμα ή προσωρινά. Οι διεθνείς συμβάσεις που ισχύουν στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, οι υποχρεώσεις που απορρέουν από αυτές προστατεύουν τα ανθρώπινα δικαιώματα και θεωρητικά καθιστούν τη χώρα πιο 'φιλική' στην εισροή των μεταναστών, δυστυχώς όμως δεν αντανακλούν τη πραγματικότητα καθώς η Ελλάδα το 2011 καταδικάστηκε από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο καθώς παραβίασε την Ευρωπαϊκή Σύμβαση όπου συμπεριλαμβάνει μεταξύ των άλλων το δικαίωμα όλων στην αξιοπρέπεια, την ελευθερία, την ισότητα και την αλληλεγγύη. Διερευνώντας το νομοθετικό πλαίσιο σύμφωνα με τις Γενικές Διατάξεις του Συντάγματος, η πολιτεία υποχρεούται να σέβεται και να προστατεύει την αξία του ανθρώπου (Άρθρο 2), ενώ με το Άρθρο 5 και το Άρθρο 21 κατοχυρώνεται το ατομικό και καθολικό κοινωνικό δικαίωμα για προστασία της υγείας και της γενετικής ταυτότητας, ανεξάρτητα από το κοινωνικό προφίλ. Άρα, κριτήριο του δικαιώματος της δωρεάν ή σχεδόν δωρεάν χρήσης των υπηρεσιών υγείας υποχρεούται να παρέχει το κράτος αλλά σε αυτούς που όντως πραγματικά χρειάζονται υγειονομική φροντίδα. Όσον αφορά αυτούς που διαμένουν μόνιμα στην Ελλάδα, σύμφωνα με το Άρθρο 71, μπορούν να ασφαλιστούν από ασφαλιστικούς οργανισμούς και να έχουν τα ίδια δικαιώματα με τους γηγενείς. Ωστόσο, με βάση το Άρθρο 84, αντιπαρατίθεται στο παραπάνω επιβάλλοντας κυρώσεις στους κρατικούς υπαλλήλους που παραβούν τις παραπάνω διατάξεις.

Με βάση το παραπάνω και με στην Εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας, περί Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπών, την οποία επιτρέπει μόνο, δε μπορεί να οριστεί εύκολα. Από την άλλη, το Π.Δ. 668/18.5.2005 (ΦΕΚ Β') ενώ προβλέπει τη δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε μη ασφαλισμένους ή/και μη έχοντες οικονομική δυνατότητα πρόσφυγες, παρόλα αυτά υποχρεούνται να έχουν δελτίο ταυτότητας πολιτικού πρόσφυγα, χωρίς επίσης να έχουν δικαίωμα έκδοσης βιβλιαρίου απορίας. Από το 2011 με το ΦΕΚ 7/Α' θέτει ως αποστολή την αποτελεσματική διαχείριση των υπηκόων τρίτων χωρών που διέρχονται τα σύνορα και χρήζουν διεθνούς προστασίας, υπάγοντας τους σε διαδικασίες πρώτης υποδοχής. Αυτές περιλαμβάνουν και την εξακρίβωση των στοιχείων τους, την καταγραφή τους αλλά και τον ιατρικό έλεγχο και την παροχή της τυχόν αναγκαίας περίθαλψης και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και της παραπομπής τους στις κατάλληλες δομές και υπηρεσίες, φροντίζοντας παράλληλα να διατηρείται η αξιοπρέπεια τους και δίνοντας έμφαση κυρίως στις ευάλωτες ομάδες. Με βάση το νομικό πλαίσιο, στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού των προσφύγων είναι τα ανήλικα τέκνα και οι μητέρες τους μαζί. Αναφορικά με τους πρόσφυγες και τους αιτούντες άσυλο, αυτοί απολαμβάνουν τα ίδια δικαιώματα με τους Έλληνες πολίτες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Σε περίπτωση, όπου είναι ανασφάλιστοι ή έχουν μικρό εισόδημα δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτική κάλυψη. Δεν έχουν όμως δικαίωμα έκδοσης βιβλιαρίου απορίας, όπως συμβαίνει με τους ανασφάλιστους με χαμηλό εισόδημα Έλληνες, τους παλιννοστούντες και τους ομογενείς. Για ορισμένες κατηγορίες μεταναστών ισχύουν ειδικές διατάξεις, όπως είναι οι μετανάστες με μόλυνση HIV και λοιμώδη νοσήματα και τα θύματα «Trafficking».

## 1.9 HOTSPOTS

Στην Σύνοδο κορυφής της Ε.Ε, το 2015, αποφάσισε τη δημιουργία κέντρων καταγραφής «hotspots» για πρόσφυγες ή αλλιώς Κέντρα Διαπίστευσης και Υποδοχής Προσφύγων στις χώρες όπου συμβαίνουν οι περισσότερες αφίξεις και ειδικότερα στα νησιά με αυξημένες προσφυγικές ροές. Ο σκοπός της λειτουργίας τους είναι ο έλεγχος του αριθμού των προσφύγων που θα έφταναν στις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Στα κέντρα αυτά με την βοήθεια ευρωπαϊκών υπηρεσιών, μέσω της καταγραφής και ταυτοποίησης των στοιχείων, θα γίνεται διαχωρισμός των προσφύγων με των οικονομικών μεταναστών. Οι πρόσφυγες θα μπαίνουν στην διαδικασία για την παροχή ασύλου και θα γίνει ο προγραμματισμός της μετεγκατάστασής τους σε άλλες χώρες και οι μετανάστες θα επαναπροωθούνται στη χώρα τους. Η χρονική διάρκεια, για την ολοκλήρωση της διαδικασίας καταγραφής, δεν ήταν συγκεκριμένη, άλλοτε ολοκληρώνεται γρήγορα και άλλοτε ολοκληρώνεται αργά. Μέχρι να επιτραπεί η συνέχιση του ταξιδιού τους, οι μετανάστες αλλά και οι πρόσφυγες μένουν σε «κέντρα υποδοχής» ή στους δρόμους και στις παραλίες, με τον συνωστισμό να δημιουργεί κακές συνθήκες διαβίωσης και υγιεινής, τόσο μέσα στα κέντρα υποδοχής όσο και σε διάφορα άλλα σημεία μέσα στα νησιά.

## 1.10 ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑΣ

Εκτός από τα παραπάνω έχουν δημιουργηθεί και κέντρα φιλοξενίας που λειτουργούν κυρίως με ευθύνη μη κυβερνητικών ή εθελοντικών οργανώσεων ή ακόμα και των ελληνικών αρχών. Στα κέντρα αυτά παρέχονται στοιχειώδεις υπηρεσίες, όπως σίτιση και ιματισμός, καθώς και χώροι διανυκτέρευσης και μπάνιου. Λόγω όμως της μεγάλης ροής των προσφύγων, τα κέντρα αυτά δεν είναι σε θέση να καλύψουν τις ανάγκες του συνόλου. Για παράδειγμα στη Σάμο η δυναμική φιλοξενίας είναι 970 άτομα και τα άτομα τα οποία βρίσκονται είναι 1.954, ενώ στη Ρόδο είναι 35 άτομα και φιλοξενούνται 547.

## 1.11 ΜΚΟ

Οι «Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις», έχουν διάφορους ορισμούς ένας από τους οποίους σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα, είναι: ιδιωτικές οργανώσεις όπου αναλαμβάνουν δράση σχετικά με την ανακούφιση όσων υποφέρουν, την προαγωγή των συμφερόντων των φτωχών, την προστασία του περιβάλλοντος, την παροχή βασικών κοινωνικών υπηρεσιών ή αναλαμβάνουν την προώθηση της κοινωνικής ανάπτυξης». Κάποια γενικά χαρακτηριστικά αυτών των μη κυβερνητικών οργανώσεων για μετανάστες και πρόσφυγες είναι, ότι αποτελούν τυπικούς οργανισμούς ή ιδρύματα, βασισμένες σε συγκεκριμένες αξίες, εξαρτώνται από εθελοντική ή ανιδιοτελή προσφορά και είναι έτσι οργανωμένες, ώστε να αναλάβουν δραστηριότητες, που αφορούν σε ανθρωπιστική βοήθεια,



ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου, υπεράσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, κοινωνική επανένταξη, υγεία κ.α. Αυτές οι οργανώσεις παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο σε κάθε χώρα, έτσι και στην Ελλάδα καλύπτει κενά όπου υπάρχουν από το κράτος, προασπίζοντας και προωθώντας τα θεμελιώδη δικαιώματα των προσφύγων και των μεταναστών, που προκύπτουν από τις εξελίξεις.

## 2. ΥΓΕΙΑ

### 2.1 Η ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΕ ΑΥΤΗ

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, «υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία μιας νόσου ή αναπηρίας» και «Η απόλαυση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα κάθε ανθρώπινου όντος, χωρίς διάκριση φυλής, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων, οικονομικής ή κοινωνικής κατάστασης. Η υγεία όλων των λαών είναι θεμελιώδους σημασίας για την επίτευξη της ειρήνης και της ασφάλειας και εξαρτάται από την πληρέστερη συνεργασία των ατόμων και κρατών. Η επίτευξη για την προώθηση και την προστασία της υγείας από κάθε κράτος έχει αξία για όλους». Συνεπώς η υγεία ορίζεται πέρα από αγαθό και ως δικαίωμα ατομικό και κοινωνικό. Παράλληλα ορίζεται και το δικαίωμα στην υγεία που έχουν όλοι οι άνθρωποι, προκειμένου να εξασφαλίσουν και να διατηρήσουν την υγεία τους. Το δικαίωμα στην υγεία μπορεί να έχει διαφορετικό περιεχόμενο [18]:

1. Αμυντικό περιεχόμενο, καθώς απαγορεύει οποιαδήποτε βλάβη της υγείας, σωματική ή πνευματική που προκαλείται άμεσα ή έμμεσα από ανθρώπινη ενέργεια.
2. Προστατευτικό περιεχόμενο, το κράτος είναι υποχρεωμένο να προστατεύει το άτομο και να μεριμνά για την ασφάλεια του.
3. Διασφαλιστικό, το κράτος «μεριμνά» δεν «παρέχει» υγεία, μέσα από τις παροχές της κοινωνικής ασφάλισης.

Σε διεθνές και ευρωπαϊκό επίπεδο η υγεία κατοχυρώνεται σε συνθήκες της ΕΕ και προστατεύεται το δικαίωμα στην υγεία. Ως προς το αμυντικό περιεχόμενο του δικαιώματος, αναφέρεται «κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα στη σωματική και διανοητική ακεραιότητα του» και το άρθρο 4 του Χάρτη όπου ορίζεται η απαγόρευση των βασανιστηρίων και των απάνθρωπων ή εξευτελιστικών ποινών ή μεταχείρισης, «κανείς δεν μπορεί να υποβληθεί σε βασανιστήρια ούτε σε απάνθρωπες ή εξευτελιστικές ποινές ή μεταχείριση». Ως προς το προστατευτικό περιεχόμενο, η κυριότερη αναφορά στο δικαίωμα στην υγεία, «κάθε πρόσωπο που δεν έχει επαρκείς πόρους έχει δικαίωμα για κοινωνική και ιατρική αντίληψη» αλλά και ότι «κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά τον καθορισμό και την

εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου». Με το άρθρο 11 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη του Συμβουλίου της Ευρώπης, επιδιώκεται η εξασφάλιση του δικαιώματος προστασίας της υγείας και προβλέπεται για το σκοπό αυτό, η εξάλειψη, κατά το δυνατό, των κινδύνων που την απειλούν, η παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών και υπηρεσιών ενημέρωσης για τη βελτίωση της υγείας και την ανάπτυξη της ατομικής ευθύνης στο τομέα της υγείας και η πρόληψη των ενδημικών, επιδημικών και άλλων ασθενειών καθώς και ατυχημάτων. Ως προς το διασφαλιστικό περιεχόμενο του δικαιώματος στην υγεία, «Η Ένωση αναγνωρίζει και σέβεται το δικαίωμα των ηλικιωμένων προσώπων να διάγουν μια αξιοπρεπή και ανεξάρτητη ζωή και να συμμετέχουν στον κοινωνικό και πολιτιστικό βίο και «Η Ένωση αναγνωρίζει και σέβεται το δικαίωμα των ατόμων με ειδικές ανάγκες να επωφελούνται μέτρων που θα τους εξασφαλίζουν την αυτονομία, την κοινωνική και επαγγελματική ένταξη και τη συμμετοχή στο κοινοτικό βίο». Αναφορικά το δικαίωμα πρόσβασης στις παροχές κοινωνικής ασφάλειας και στις κοινωνικές υπηρεσίες που εξασφαλίζουν προστασία σε περιπτώσεις όπως η μητρότητα, η ασθένεια, το εργατικό ατύχημα, η εξάρτηση ή το γήρας, καθώς και σε περίπτωση απώλειας της απασχόλησης, σύμφωνα με τις λεπτομερέστερες διατάξεις που ορίζονται στο κοινοτικό δίκαιο και τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Επίσης, κάθε πρόσωπο που διαμένει και διακινείται νομίμως εντός της Ένωσης έχει δικαίωμα στις παροχές κοινωνικής ασφάλειας και στα κοινωνικά πλεονεκτήματα, σύμφωνα με το κοινοτικό δίκαιο και τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Ακόμη, ώστε να καταπολεμηθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός και η φτώχεια, αναγνωρίζει και σέβεται το δικαίωμα αρωγής και στεγαστικής βοήθειας προς εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης σε όλους όσους δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους, σύμφωνα με τις λεπτομερέστερες διατάξεις που ορίζονται στο κοινοτικό δίκαιο και τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Υπάρχει λοιπόν πλήθος νομοθετικών κειμένων, ρυθμίσεων, δράσεων, προγραμμάτων, μηχανισμών, που αφορά την υγεία και το δικαίωμα για την εξασφάλισή της για όλους τους ανθρώπους. Η νομολογία αυτή όμως περιορίζεται μέσα στο στενό πολιτικό πλαίσιο. Αυτό που διακυβεύεται είναι ανώτερο από την πολιτική και τη γραφειοκρατία. Είναι η αξία της ανθρώπινης ζωής και πολύ περισσότερο η δομή και η συνοχή των κοινωνιών, σε μια περίοδο γενικευμένης κρίσης που εξαπλώνεται από τον οικονομικό τομέα στον πολιτικό, στον κοινωνικό, μέσα από την ανάπτυξη νέων κοινωνικών φαινομένων, όπως ο κοινωνικός αποκλεισμός, που συνδέεται άμεσα με τη φτώχεια, την υγεία, την εργασία, αλλά και μέσα από ακραία φαινόμενα ρατσισμού, ξеноφοβίας, τρομοκρατίας που βρίσκουν πρόσφορο έδαφος να αναπτυχθούν.

## 2.2 ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ισότητα στην υγεία αποτελεί θεμελιώδη ανθρώπινο δικαίωμα, όπως αναφέρετε και στην Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων. Και ως εκ τούτου οι χώρες υποδοχής

υποχρεούνται να προάγουν την υγεία των μεταναστών και να εξασφαλίσουν την πρόσβαση τους στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Σε διαφορετική περίπτωση, η έλλειψη κοινωνικών και πολιτικών δικαιωμάτων έχει ως αποτέλεσμα την κακή υγεία και στερεί την ένταξη τους στην κοινωνία καθώς η διασφάλιση της υγείας αποτελεί βασικό κριτήριο. Στον αντίποδα, υπάρχουν κράτη όπου σε παράνομους πρόσφυγες έχουν επιβάλει ετήσια συνδρομή ενός χρηματικού ποσού για την υγειονομική τους περίθαλψη, όπως είναι η Αγγλία, αν μείνουν στην χώρα υποδοχής πάνω από 6 μήνες. Επίσης, όσοι δεν διαθέτουν άδεια παραμονής αορίστου χρόνου πρέπει να καταβάλουν φόρο για το εθνικό σύστημα υγείας.

Έρευνες έχουν δείξει ότι όσο ένα άτομο κατέρχεται στην κοινωνική κλίμακα κατάταξης εισοδήματος, εκπαίδευσης ή επαγγέλματος τόσο αυξάνονται οι δείκτες νοσηρότητας και επιδεινώνεται η ποιότητα της υγείας του τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο. Οι κοινωνικές ανισότητες αντικατοπτρίζονται στην υγειονομική περίθαλψη. Έτσι, στα άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου παρατηρείται μια καθυστέρηση στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν [19]. Το 2005, ο ΠΟΥ συγκάλεσε τη σύσταση Επιτροπής σχετικά με τους Κοινωνικούς Καθοριστικούς Παράγοντες της Υγείας με σκοπό την παροχή συμβουλών σχετικά με τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας [20]. Η επιτροπή σχεδιάστηκε για να αναδείξει τον τρόπο με τον οποίο η κοινωνική διαστρωμάτωση και οι καθημερινές συνήθειες έχουν αντίκτυπο στην υγεία και διατείνεται ότι οι άδικες κοινωνικές και οικονομικές πρακτικές έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ανισοτήτων στην υγεία. Πιο συγκεκριμένα, καταδεικνύει την αλληλεπίδραση τριών παραγόντων, το κοινωνικοοικονομικό και πολιτικό πλαίσιο, από τους διαρθρωτικούς μηχανισμούς όπου σε συνάρτηση με το πρώτο δημιουργούν τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες ανισοτήτων υγείας και τρίτο είναι οι ενδιάμεσοι καθοριστικοί παράγοντες. Η αλληλεπίδραση μεταξύ των διαρθρωτικών και ενδιάμεσων καθοριστικών παραγόντων καθορίζει τις ανισότητες στην υγεία αι την ευημερία των ατόμων και των κοινοτήτων [21].

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι μετανάστες αντιμετωπίζουν εμπόδια στην πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας και οι ανισότητες είναι ιδιαίτερος εμφανείς στα άτομα τα οποία πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα καθώς σε αυτή την περίπτωση απαιτείται τακτικός ιατρικός έλεγχος. Οι πρόσφυγες/μετανάστες αναζητούν την παροχή ιατρικών υπηρεσιών μόνον σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης και όχι στα πλαίσια πρόληψης. Η τακτική αυτή επιβαρύνει όχι μόνον την κατάσταση υγείας κάθε ατόμου αλλά και την οικονομία κάθε χώρας [19]. Ένας στους πέντε πρόσφυγες εγκαταλείπει τη θεραπευτική αγωγή που ακολουθεί με αποτέλεσμα προβλήματα που θα μπορούσαν να προληφθούν να διογκώνονται [22]. Από πρόσφατη έρευνα όπου πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα σε νέους ανθρώπους ανέφεραν ότι τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ήταν η απουσία

μεταφραστή στα νοσοκομεία, έλλειψη εξειδικευμένων υπηρεσιών, έλλειψη επαγγελματισμού καθώς και η αγενής συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας [23].

Λόγω της έντονης μεταναστευτικής εισροής, όχι μόνο δεν οδήγησε επιτακτικά στην καθιέρωση μιας μεταναστευτικής πολιτικής για θέματα ιατρικής κάλυψης, αλλά φραγμούς για την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας. Γενικά οι ανισότητες στην υγεία δεν παρουσιάζουν σταθερότητα καθώς μεταβάλλονται ως προς το μέγεθος και το είδος.

### 2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ

Οι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας αποτυπώνουν την κατάσταση υγείας του πληθυσμού., περιγράφοντας την κατανομή των νόσων και των παραγόντων που τις προκαλούν. Επίσης, περιγράφουν τον ρυθμό και τις αιτίες θανάτου σε έναν πληθυσμό και επηρεάζονται από κοινωνικοοικονομικούς, περιβαλλοντικούς παράγοντες κ.α. Η μέτρηση τους βοηθά στην κατανόηση των προβλημάτων της κοινότητας, στον εντοπισμό ομάδων υψηλού κινδύνου, στην αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών και στον σχεδιασμό νέων για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση των προβλημάτων. Παρακάτω αναλύονται οι σημαντικότεροι παράγοντες νοσηρότητας.

### 2.4 ΣΤΕΓΑΣΗ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ

Οι εκτοπισμένοι πληθυσμοί εντοπίζονται σε αγροτικές ή αστικές περιοχές και αποτελούν ομάδα μειονότητας για την τοπική κοινωνία όπου φιλοξενούνται. Κάθε μία είναι μια ομάδα με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και απαιτείται μελέτη για να διερευνηθούν οι ανάγκες τους, να εντοπιστούν προβλήματα υγείας που πιθανόν αντιμετωπίζουν και να πραγματοποιηθεί κατάλληλος σχεδιασμός για την λύση τους [24]. Όπως συνηθίζεται, η στέγασή τους είναι κυρίως καταυλισμούς οι οποίοι είναι πρόχειρα σχεδιασμένοι, δεν υπάρχουν αποχετευτικές δομές, κατάλληλες συνθήκες υγιεινής και ντους και έτσι προκαλούν υποβάθμιση του περιβάλλοντα χώρου και δημιουργία εστιών μόλυνσης και έκθεσης σε παθογόνους μικροοργανισμούς καθώς και αύξηση του κινδύνου μετάδοσης ζωνοσόων [25]. Ακόμη, η έλλειψη ιδιωτικού χώρου και οι ακατάλληλες συνθήκες στέγασης οδηγούν σε προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας και επηρεάζονται από αυτές τόσο τα παιδιά [26, 27] όσο και οι ενήλικες [28]. Για παράδειγμα, λόγω του συνωστισμού στον καταυλισμό της Σάμου, παρατηρούνται πολλά περιστατικά αυτοτραυματισμού, κρίσης πανικού, επιθετική συμπεριφορά και αυτοκτονικές τάσεις [29]. Ο σχεδιασμός πρακτικών από την μεριά της πολιτείας για την άμεση αντιμετώπιση αυτών των φαινομένων είναι επιτακτικός για την αποτροπή ζητημάτων δημόσιας υγείας. Ως αιτίες για την κακή υγεία των παιδιών έχουν αναγνωριστεί οι κακές συνθήκες στέγασης, η

έλλειψη ζεστού νερού για το πλύσιμο, η μη λειτουργικές τουαλέτες, ο υπερπληθυσμός, η παρουσίας υγρασίας, η μη ύπαρξη εξαερισμού-θέρμανσης-μόνωσης αλλά και τα ελαττωματικά κτίρια.

Επιπλέον, ο συνωστισμός στον χώρο διαμονής είναι ένας παράγοντας όπου αυξάνει τον κίνδυνο ατυχημάτων, πυρκαγιάς, υγρασίας και μούχλας, της ψυχικής ευεξίας και μιας σειράς άλλων δυσμενών επιπτώσεων, ο συνολικός χρόνος που ζούνε στον καταυλισμό, τα στάσιμα νερά, οι ανεπαρκείς και προβληματικές συνδέσεις νερού στο εσωτερικό των σπιτιών, η χρήση ξυλόσομπας σε συνδυασμό με τον κακό εξαερισμό, αυξάνουν τα προβλήματα στο αναπνευστικό των ατόμων [30]. Τον χειμώνα η όλη η κατάσταση επιδεινώνεται καθώς στην προσπάθεια τους να ζεσταθούν καίνε πράγματα στο εσωτερικό της σκηνής οπότε αυξάνεται ο κίνδυνος πυρκαγιάς αλλά έχουμε και αύξηση του διοξειδίου του άνθρακα.

Μέσα από μελέτες σε διάφορες χώρες και καταυλισμούς προσφύγων, οι κύριες αιτίες παιδικής θνησιμότητας (0 έως 5 ετών) ήταν η ελονοσία (20%), πνευμονία (20%), διαρροϊκές ασθένειες (7%), θάνατοι νεογνών (11%) και οξύς υποσιτισμός (10%) [31], αλλά δεν διευκρινίζονται οι λόγοι όπου προκαλούν τους παραπάνω θανάτους αλλά οι συνθήκες στέγασης εικάζεται πως τους επηρεάζουν. Η Ύπατη Αρμοστεία, φαίνεται πως συνιστά έξω από τα αποχωρητήρια την τοποθέτηση σαπουνιού και χρήσης του ως μέτρο πρόληψης ασθενειών [32] καθώς μελέτες έχουν δείξει πως με την χρήση του έχουμε μείωση της εμφάνισης της διάρροιας.

## 2.5 ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Όπως είναι γνωστό το κομμάτι της διατροφής είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με την υγεία και την ποιότητα ζωής του ανθρώπου. Πρόληψη της εμφάνισης των ασθενειών και ομαλή λειτουργία του οργανισμού συνδέετε με την σωστά σχεδιασμένη και ισορροπημένη διατροφή. Η μεσογειακή διατροφή είναι αναγνωρισμένη για αυτά που παρέχει και βασίζετε στην:

- Αυξημένη κατανάλωση τροφών φυτικής προέλευσης που έχουν υποστεί ελάχιστη επεξεργασία και καταναλώνονται με βάση την εποχή τους
- Κύρια πηγή διατροφικού λίπους είναι η κατανάλωση ελαιόλαδου
- Χαμηλή έως μέτρια η λήψη πουλερικών χαμηλή έως πολύ χαμηλή η λήψη κόκκινου κρέατος, επεξεργαζόμενου κρέατος και προϊόντων κρέατος
- Καθημερινή κατανάλωση κρασιού, σε μικρές ποσότητες σε συνδυασμό με τα γεύματα
- Κατανάλωση λιγότερων των 4 κρόκων αυγών την εβδομάδα
- Σπάνια κατανάλωση συμπυκνωμένων γλυκών
- Εβδομαδιαία ή μεγαλύτερη από μία φορά την εβδομάδα κατανάλωση ψαριών

Το συγκεκριμένο διατροφικό πρόγραμμα έχει ως αποτέλεσμα την λήψη χαμηλή σε περιεκτικότητα κορεσμένων λιπαρών και χοληστερόλης και αυξημένη σε υδατάνθρακες και ίνες, η κατανάλωση των οποίων συμβάλει τόσο στον έλεγχο χρόνιων ασθενειών όσο και στην πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων [33]. Η ζάχαρη, το αλάτι και όλες οι επεξεργασμένες τροφές πρέπει να αποφεύγονται καθώς με την κατανάλωση αυτών έχουμε ως συνέπεια την αύξηση βάρους και κατά συνέπεια την αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας του πληθυσμού λόγω του μεταβολικού συνδρόμου που προκαλεί.

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο Σακχαρώδης Διαβήτης είναι ασθένειες οι οποίες συνδέονται άμεσα με τις διατροφικές συνήθειες καθώς οι επιλογές των ατόμων στο τι καταναλώνουν μπορούν να αποτρέψουν ή και να ευνοήσουν την εμφάνιση τους. Έτσι, η μειωμένη πρόσληψη πράσινων λαχανικών, θαλασσινών, όσπρια και με την αυξημένη πρόσληψη λιπαρών και επεξεργασμένων τροφών οδηγούν στην εκδήλωση τους. Η μείωση των μετάλλων και των ιχνοστοιχείων στη διατροφή προκαλεί σοβαρές αρνητικές συνέπειες στη λειτουργία του οργανισμού. Σε μεγαλύτερο κίνδυνο βρίσκονται τα παιδιά και οι γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας [34]. Συγκεκριμένα, η έλλειψη ιωδίου έχει συνδεθεί με νευρολογικές ασθένειες και με αποβολές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το 41% των γυναικών και το 27% των παιδιών παγκοσμίως πάσχουν από αναιμία λόγω ανεπάρκειας σιδήρου η οποία ευθύνεται για τη μειωμένη γνωστική ανάπτυξη και απόδοση στην εργασία, καθώς επίσης και για την αύξηση του κινδύνου της νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας [35]. Η ανεπάρκεια της βιταμίνης Α, εκτός από τις οφθαλμικές βλάβες που μπορεί να προκαλέσει, αυξάνει την ευαισθησία σε λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος και σε δερματικές παθήσεις. Σε παγκόσμιο επίπεδο, το 21% των παιδιών όπου έχουν ανεπάρκεια της Βιταμίνης Α εμφανίζουν υψηλά ποσοστά από διάρροια, ιλαρά και ελονοσία. Με την έλλειψη ψευδαργύρου στον ανθρώπινο οργανισμό έχουν ως συνέπεια την αποδυνάμωση του ανοσοποιητικού συστήματος, διαταραχές στον μεταβολισμό, της όρασης, της γεύσης και της όσφρησης, την μειωμένη γονιμότητα και ανάπτυξη, κ.α. Με την χρήση συμπληρωμάτων φάνηκε ενίσχυση της ανάπτυξης στα παιδιά και μείωση των ποσοστών σε διάρροια, ελονοσία, πνευμονία και της παιδικής θνησιμότητας.

Οι πρόσφυγες αποτελούν μια ιδιαίτερη ευάλωτη ομάδα, καθώς έχουν προβλήματα σίτισης με την μεταβολή της συχνότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων γευμάτων. Επιπρόσθετα, η κακή ποιότητα του νερού, μη καλή συνθήκη υγιεινής, έλλειψη των υποδομών υγείας αλλά και η δυσκολία πρόσβασης σε βασικές υπηρεσίες, συνθήκες οι οποίες μεταβάλλονται ανάλογα με την περιοχή και τον καταυλισμό, μπορούν να επιδεινώσουν την κατάσταση σχετικά με τη διατροφή του πληθυσμού [36]. Επίσης, η πολιτισμική – διατροφική μετάβαση που αναγκάζονται να ακολουθήσουν και το μηδενικό ως χαμηλό εισόδημα που διαθέτουν τους αναγκάζει να επιλέγουν τρόφιμα χαμηλής διατροφικής

αξίας. Αυτό μπορεί να προκαλέσει είτε υποσιτισμό είτε εμφάνιση παχυσαρκίας καθώς τα τρόφιμα που καταναλώνουν είναι πλούσια σε θερμίδες. Τα παιδιά πρόσφυγες είναι πιθανόν να εκτεθούν σε παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και τη διατροφή τους με μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην ανάπτυξη και την ευημερία τους. Επίσης, ο διαχωρισμός από τους φροντιστές τους, ως αποτέλεσμα των συγκρούσεων και του εκτοπισμού, επηρεάζει τη διατροφή των βρεφών και των μικρών παιδιών. Η σίτιση του παιδιού και η καλή διατροφή της εγκυμονούσας γυναίκας παίζουν σημαντικό ρόλο τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχοκοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Είναι σημαντικό να δοθεί η πρέπουσα σημασία στα παιδιά των προσφύγων τα οποία παρουσιάζουν μια ποικιλία διατροφικών αναγκών. Παρατηρούνται δύο φαινόμενα σχετικά με την σίτιση αυτών, ο υποσιτισμός και ο υπερσιτισμός [37].

Όσον αφορά τον υποσιτισμό, τα παιδιά είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν τρεις καταστάσεις, τον οξύ, τον χρόνια υποσιτισμό και ανεπάρκεια ιχνοστοιχείων. Τα προσφυγόπουλα βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο καθώς προέρχονται κυρίως από χώρες όπου ο οξύς και ο χρόνιας υποσιτισμός είναι συνηθισμένα φαινόμενα, ενώ πολλά από αυτά ενδέχεται να υποφέρουν κατά τη διάρκεια του ταξιδιού της μετανάστευσης. Ο υποσιτισμός ευθύνεται για το 45% όλων των θανάτων των παιδιών κάτω των 5 ετών καθώς ευθύνεται για την εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος, καθώς κάνουν των οργανισμό ευάλωτο τον οργανισμό σε λοιμώξεις [37]. Όσον αφορά τον υπερσιτισμό, η υιοθέτηση ανθυγιεινών συνηθειών στην πρώιμη παιδική ηλικία και η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε θερμίδες αλλά μη πλούσια σε θρεπτικά συστατικά όπου οδηγούν στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας. Υπέρτασης, καρδιαγγειακών νοσημάτων, Σακχαρώδους Διαβήτη, προβλημάτων συμπεριφοράς, κατάθλιψης ακόμα και διάφορων μορφών καρκίνου στην ενήλικη ζωή τους [38]. Η Ύπατη Αρμοστεία έχει εκφράσει την ανησυχία της για τα υψηλά ποσοστά υποσιτισμού που παρατηρούνται μεταξύ των παιδιών των προσφύγων. Είναι σημαντικός ο σχεδιασμός προγραμμάτων μέσω των οποίων θα ενισχύεται η διατροφή των παιδιών με υγιεινά τρόφιμα, κατάλληλα προσαρμοσμένα στην ηλικία τους ώστε να αντιμετωπιστεί η παχυσαρκία και ο υποσιτισμός καθώς επίσης να παρέχεται και η κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη στις οικογένειες, όταν αυτό απαιτείται, διότι έχει άμεση επίπτωση στη φροντίδα του παιδιού.

## 2.6 ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Η στοματική υγεία σχετίζονται με την γενικότερη κατάσταση υγείας ενός ατόμου και αποτελεί έναν από τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής [39]. Ασθένειες του στόματος όπως τερηδόνα, απώλεια δοντιών, αλλοιώσεις στοματικού βλεννογόνου, στοματοφαρυγγικός καρκίνος αποτελούν προβλήματα δημόσιας υγείας λόγω της υψηλής επικράτησης τους. Παρά την σοβαρότητα της κατάστασης, φαίνεται ότι δεν δίνεται η πρέπουσα σημασία στην πρόληψη ασθενειών

της στοματικής κοιλότητας και προαγωγής υγείας ενώ η κακή στοματική υγιεινή σχετίζεται περισσότερο με το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του πληθυσμού. Όσον αφορά τους μετανάστες και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας εκτός από τα γλωσσικά και πολιτισμικά εμπόδια που αντιμετωπίζουν, η χώρα προέλευσης τους είναι ένας ακόμα παράγοντας από τον οποίο εξαρτάται η αναζήτηση ιατρικής βοήθειας.

Οι διαστάσεις που παίρνει το πρόβλημα της στοματικής υγιεινής δεν γίνεται εύκολα αντιληπτό. Έτσι, τα παιδιά που πάσχουν από οδοντιατρικά προβλήματα όχι μόνο είναι πιο πιθανό να έχουν κακές επιδόσεις στο σχολείο, καθώς μπορεί να είναι απρόσεκτα λόγω του πόνου τους, αλλά και πιο επιρρεπή σε λειτουργικά, γνωστικά προβλήματα και ψυχολογικά λόγω της κακής εικόνας τους εαυτού τους. Ακόμα μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν τα παιδιά των μεταναστών και των προσφύγων για οδοντιατρικά νοσήματα, καθώς όπως προέκυψε από διάφορες έρευνες, το 75% των παιδιών των προσφύγων πάσχει από παραμελημένη τερηδόνα. Σε αυτήν την περίπτωση, ένα ακόμα εμπόδιο στην αναζήτηση έγκαιρης ιατρικής παρέμβασης είναι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων και οι πεποιθήσεις σχετικά με την πρόληψη και τις παραδοσιακές συνήθειες του τόπου τους αλλά και το άγχος για το μέλλον τους και τις πιο άμεσες ανάγκες που καλούνται να αντιμετωπίσουν όπως είναι η στέγαση [40].

## 2.7 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) είναι μία μη μεταδοτική ασθένεια, χρόνια, μεταβολική που προκαλείται είτε από αδυναμία του παγκρέατος να συνθέσει επαρκή ποσότητα ινσουλίνης (τύπου I) είτε η παραγόμενη ποσότητα ινσουλίνης δεν επαρκεί για να ανταποκριθεί στις ανάγκες του οργανισμού (τύπου II). Τα αυξημένα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα οδηγούν με την πάροδο του χρόνου σε μικροαγγειακές και μακροαγγειακές βλάβες προκαλώντας αμφιβληστροειδοπάθεια, νεφρική ανεπάρκεια, καρδιαγγειακά και νευρολογικά νοσήματα και ακρωτηριασμούς άκρων [41]. Ένας ακόμη τύπος είναι και ο ΣΔ κύησης, μία παροδική κατάσταση που εμφανίζεται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης η οποία όμως είναι ικανή να οδηγήσει σε επιπλοκές όχι μόνο κατά τη διάρκεια της ή κατά την διάρκεια του τοκετού αλλά και να αποτελέσει υπόβαθρο ανάπτυξης ΣΔ τύπου 2 στους απογόνους. Ως παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του ΣΔ ενοχοποιούνται το οικογενειακό ιστορικό, οι διατροφικές συνήθειες, η καθιστική ζωή, ο αυξημένος δείκτης μάζας σώματος, η εθνικότητα και το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό προφίλ [42].

Οι μετανάστες ανήκουν στην κατηγορία υψηλού κινδύνου νοσηρότητας και θνησιμότητας εξαιτίας του ΣΔ σε σύγκριση με τον ευρωπαϊκό πληθυσμό. Η κύρια διατροφική τάση των μεταναστών, ιδιαιτέρως αυτών που μετακινούνται από φτωχό σε εύπορο περιβάλλον, είναι η αύξηση



πρόσληψης τροφών πλούσιων σε λιπαρά και η μείωση της κατανάλωσης φυτικών ινών. Η καταγωγή είναι ένας ακόμα παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει τις διατροφικές συνήθειες και τις πρακτικές υγείας λόγω των πολιτισμικών και θρησκευτικών πεποιθήσεων [19]. Δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες ώστε να συνδέσουν τους ψυχολογικούς παράγοντες με την ύπαρξη του ΣΔ, αλλά υψηλά ποσοστά νοσηρότητας από ΣΔ καταγράφονται σε πληθυσμούς μεταναστών όπου δείχνουν αλληλοσυσχέτιση. Το ψυχολογικό στρες που βιώνουν τόσο κατά την διάρκεια του ταξιδιού τους όσο και κατά την άφιξη στην χώρα υποδοχής επηρεάζουν τον γλυκαιμικό δείκτη. Επίσης, οι ανθυγιεινές συνήθειες που ακολουθούν, λόγω της προσαρμογής στις νέες και συχνά δύσκολες κοινωνικές συνθήκες στο νέο τους περιβάλλον, οδηγούν με τη σειρά τους στην εκδήλωση ΣΔ [43].

## 2.8 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η καρδιαγγειακή νόσος αναφέρεται σε μια ευρεία ομάδα ασθενειών, η οποία περιλαμβάνει τη στεφανιαία νόσο, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, την περιφερική αρτηριακή νόσο και την αορτική ασθένεια. Αποτελεί πρώτη αιτία θανάτου στον δυτικό κόσμο, οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της καρδιαγγειακής νόσου σχετίζονται με παράγοντες όπου δεν γίνεται να αλλάξουν, όπως είναι η ηλικία, το φύλο, το οικογενειακό ιστορικό αλλά και με παράγοντες όπου μπορούν, όπως είναι η συμπεριφορά και οι συνήθειες, το μεταβολικό σύνδρομο και το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. Η ανθυγιεινή διατροφή ή/και η σωματική αδράνεια είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε υπέρταση, αυξημένη χοληστερόλη, παχυσαρκία και διαβήτη. Όλα αυτά υποδεικνύουν αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου. Μία σειρά ερευνών, κατατάσσει του πρόσφυγες σε ομάδα υψηλού κινδύνου που εμφανίζει υψηλότερα ποσοστά καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας όταν γίνει συσχέτιση της ψυχικής επιβάρυνσης με την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Ένας ακόμα παράγοντας, πολύ σημαντικός, είναι η κατάθλιψη, η οποία χαρακτηρίζεται ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου.

Επιπλέον, οι πρόσφυγες με τις διατροφικές αλλαγές στην χώρα εγκατάστασης και η περιορισμένη φυσική άσκηση είναι δύο παράγοντες όπου αυξάνουν την ευπάθεια στην παχυσαρκία και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Ακόμη, οι πρόσφυγες λόγω των ανισοτήτων πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας είναι πιο δύσκολο να τύχουν έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας [55].

## 2.9 ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ (TB)

Η Φυματίωση (TB) συμπεριλαμβάνεται παγκοσμίως στις 10 πιο σοβαρότερες ασθένειες όπου προκαλούν θάνατο, είναι μια μολυσματική νόσος που προκαλείται από το βακτήριο *Mycobacterium tuberculosis* και επηρεάζει τους πνεύμονες, μεταδίδεται αερογενώς από άτομο σε άτομο. Σαν ασθένεια

είναι αργή λόγω της μακράς λανθάνουσας φάσης στην οποία βρίσκεται κάποιος ο οποίος έχει εκτεθεί στο βακτήριο. Όταν ένα άτομο αναπτύσσει ενεργό φυματίωση, η συμπτωματολογία του είναι ο βήχας, πυρετός, νυχτερινές εφιδρώσεις και απώλεια βάρους, τα οποία μπορεί να είναι ήπια για πολλούς μήνες και αυτό μπορεί να καθυστερήσει την αναζήτηση φροντίδας, αν όμως η διάγνωση του είναι έγκαιρη μπορεί και να θεραπευτεί. Παράγοντες κινδύνου για την Φυματίωση είναι το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, ο HIV, ο ΣΔ, ο υποσιτισμός, η κατανάλωση αλκοόλ, η χρήση καπνού, ρύπανση του αέρα εσωτερικών χώρων, οι χρόνιες ασθένειες και η ανοσοκατασταλτική θεραπεία. Σημαντικοί παράγοντες είναι το άγχος και η κατάθλιψη, λόγω της αρνητικής επίδρασης στο ανοσοποιητικό σύστημα. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η άφιξη μεγάλων ομάδων προσφύγων μπορεί να επηρεάσει τον έλεγχο της Φυματίωσης στις χώρες υποδοχής αυξάνοντας σημαντικά την επιβάρυνση της νόσου, ιδιαίτερα αν οι μετανάστες προέρχονται από χώρες με υψηλή επικράτηση της Φυματίωσης. Οι κακές συνθήκες διαβίωσης και ο συνωστισμός σε προσφυγικούς οικισμούς αυξάνουν τον κίνδυνο μόλυνσης με Φυματίωση. Επίσης, τα εμπόδια πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη λόγω της γλώσσας, του φόβου στιγματισμού, των διαφορετικών απόψεων σχετικά με την ασθένεια, της ψυχολογικής δυσφορίας, της έλλειψης εμπιστοσύνης στο σύστημα και των οικονομικών δυσκολιών αυξάνουν τον κίνδυνο μετάδοσης της ασθένειας στην κοινότητα [45].

## 2.10 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΣ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (ΣΜΝ) – HIV

Υπάρχουν καταστάσεις όπου μπορεί να οδηγήσουν στην ανασφάλεια και στην έλλειψη βασικών ειδών, τα οποία με την σειρά τους είτε θα προκαλέσουν τη μετακίνηση του πληθυσμού είτε θα επηρεάσουν τη συμπεριφορά του, όπως να υιοθετήσουν επικίνδυνες και ανθυγιεινές πρακτικές που ευθύνονται για τη μετάδοση διάφορων ασθενειών. Τις περισσότερες φορές, ο πολιτικός σχεδιασμός δεν περιλαμβάνει δράσεις για τα ΣΜΝ –HIV παρόλο που ο κίνδυνος μετάδοσης και προσβολής από αυτά είναι αυξημένος και επηρεάζει την υγεία του πληθυσμού τόσο εντός όσο και εκτός των συνόρων της χώρας που βρίσκεται σε αναταραχή [46] λόγω της μετανάστευσης.

Οι πρόσφυγες και κυρίως οι γυναίκες και τα παιδιά διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο έκθεσης στον ιό, λόγω ότι σχετίζονται με την κατανομή των κοινωνικών δομών, το ανεπαρκές εισόδημα, τις ανικανοποίητες βασικές ανάγκες, τη σεξουαλική βία, την αυξημένη χρήση των ναρκωτικών, τις ελλείψεις υποδομών τόσο στην υγεία όσο και στην εκπαίδευση, την άγνοια κινδύνου, την περιορισμένη πρόσβαση σε προφυλακτικά και τη συνεύρεση με πολλαπλούς και περιστασιακούς συντρόφους [47].

Τα ΣΜΝ αποτελούν σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας, στειρότητας και περιγεννητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας σε όλον τον κόσμο. Οι παράγοντες κινδύνου ποικίλουν ανάλογα με το

φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, την πρόσβαση σε υγειονομικές εγκαταστάσεις, την ευαισθησία κάθε οργανισμού και τις σεξουαλικές συνήθειες. Οι πρόσφυγες λόγω της προέλευσης τους από περιοχές με υψηλά ποσοστά ΣΜΝ και της μη καλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασής τους που συνδέεται με σεξουαλική εκμετάλλευση, με σεξουαλική βία και κακοποίηση, καθώς και ότι οι περισσότερες χώρες υποδοχής τους δεν έχουν προγράμματα και παρέμβαση πρόληψη ώστε να κατατάσσονται σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Άρα, η αλληλοεπίδραση όπου έχουν με τον πληθυσμό της χώρας υποδοχής μπορεί να προκαλέσουν πρόβλημα και στη δημόσια υγεία [48].

Οι παράγοντες που ευθύνονται για την εξάπλωση των ΣΜΝ στους καταυλισμούς των προσφύγων είναι η ηλικία, η μη συναινετική σεξουαλική πράξη, το ποσοστό επικράτησης τους στον γενικό πληθυσμό στην χώρα υποδοχής, το μέγεθος της αλληλεπίδρασης μεταξύ των δύο πληθυσμών και τα φαινόμενα όπως είναι ο βιασμός και το επίπεδο υπηρεσιών υγείας. Ιδιαίτερη σημασία θα πρέπει να δίνεται από την χώρα υποδοχής προς τους ασυνόδευτους ανηλίκους, στις γυναίκες που αναφέρουν σεξουαλική βία, στους χρήστες ναρκωτικών και το επίπεδο γνώσης σχετικά με τα ΣΜΝ και με την χρήση προφυλακτικού.

## 2.11 ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Λόγω ότι οι γυναίκες επιτελούν πολλούς ρόλους με βασικότερο αυτό της μητρότητας η σημασία της υγείας τους είναι σημαντική. Η ευημερία τους καθορίζει την υγεία της επόμενης γενιάς και μπορεί να βοηθήσει στην πρόβλεψη των μελλοντικών προκλήσεων της δημόσιας υγείας για τις οικογένειες, για τις κοινότητες και για το σύστημα υγείας. Υπάρχουν ανισότητες μεταξύ των δύο φύλων όσον αφορά την υγεία. Τόσο η Ύπατη Αρμοστεία αλλά και WRC τονίζει ότι οι ανύπαντρες γυναίκες που ταξιδεύουν μόνες ή με τα παιδιά τους, οι εγκυμονούσες και οι θηλάζουσες γυναίκες είναι μεταξύ αυτών που διατρέχουν ιδιαίτερο κίνδυνο εκβιασμού και εκμετάλλευσης, συμπεριλαμβανομένου σεξουαλική και σεξιστική βία. [49].

Η βία κατά των γυναικών μπορεί να πάρει διάφορες μορφές βίας όπως είναι η συντροφική βία, η σεξουαλική βία, κακοποίηση κοριτσιών, αναγκαστικοί γάμοι, ακρωτηριασμός γυναικείων γεννητικών οργάνων και άλλες παραδοσιακές πρακτικές όπου είναι επιβλαβείς για τις γυναίκες. Η βία επηρεάζει τόσο την υγεία όσο και την ευημερία τόσο των ίδιων των γυναικών όσο και την φροντίδα των παιδιών τους. Οι συνέπειες των παραπάνω είναι τόσο άμεσες (τραυματισμός, αναπηρία ή θάνατος) όσο και έμμεσες (ψυχικά, σεξουαλικά και αναπαραγωγικά προβλήματα υγείας, χρήση ουσιών και έλλειψη προσωπικής αυτονομίας). Οι γυναίκες όπου έχουν κακοποιηθεί είναι πιθανό να μολυνθούν από ΣΜΝ, να υπάρχουν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, αμβλώσεις και γυναικολογικά προβλήματα [50]. Οι περιορισμοί και οι εντατικοί έλεγχοι στη διέλευση των προσφύγων και

μεταναστών, όπως επίσης ο συνωστισμός και η ένταση που επικρατεί στις προσωρινές εγκαταστάσεις διαμονής αυξάνεται ο κίνδυνος για τις γυναίκες όσο και για τα κορίτσια που σε μεγάλο ποσοστό έχουν εκτεθεί σε διάφορες μορφές σεξουαλικής και σεξιστικής βίας, είτε στη χώρα καταγωγής τους είτε κατά την διάρκεια της διαδρομής τους. Υπάρχουν καταγεγραμμένες μαρτυρίες όπου αναγκάζονται να συμμετάσχουν σε σεξουαλικές συναλλαγές ώστε να μπορούν με αυτό τον τρόπο να ‘πληρώσουν’ τα ταξιδιωτικά έγγραφά τους ή και για το ταξίδι τους ακόμα.

Παρακάτω γίνεται αναφορά αναλυτικά των προαναφερθέντων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες. Πρώτο είναι η κλειτοριδεκτομή ή αλλιώς ακρωτηριασμός γυναικείων γεννητικών οργάνων όπου σύμφωνα με τον ΠΟΥ χαρακτηρίζεται η διαδικασία που αφορά τη μερική ή ολική αφαίρεση γυναικείων εξωτερικών γεννητικών οργάνων ή άλλου είδους τραυματισμό λόγω πολιτισμικών, θρησκευτικών ή άλλων μη ιατρικών θεραπευτικών λόγων. Αναγνωρίζεται διεθνώς ως παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων του γυναικείου φύλου. Η πρακτική αυτή παραβιάζει και τα δικαιώματα του ατόμου στην υγεία, την ασφάλεια και τη σωματική ακεραιότητα ειδικότερα όταν υπάρχει περίπτωση η μεταχείριση να είναι ταπεινωτική και πολλές φορές να καταλήγει σε θάνατο. Οι επιπτώσεις στην υγεία όπου έχουν είναι άμεσες (έντονος πόνος, μεγάλη αιμορραγία, διόγκωση ιστών, λοιμώξεις, προβλήματα ούρησης, θάνατος και ψυχολογικές συνέπειες) και μακροπρόθεσμες (πόνος, λοιμώξεις, επώδυνη ούρηση, HIV, γυναικεία σεξουαλική υγεία, μαιευτικές επιπλοκές, περιγεννητικός κίνδυνος και ψυχολογικές συνέπειες). Οι επαγγελματίες υγείας στη χώρα υποδοχής των προσφύγων καλούνται να αντιμετωπίσουν τα μακροπρόθεσμα συμπτώματα αυτής της διαδικασίας και χωρίς να αποκλείεται και η αντιμετώπιση μιας οξείας φάσης καθώς μπορεί να έχει συμβεί πριν τη μετανάστευση, αλλά η έλλειψη γνώσεων σχετικά με τη διαδικασία αλλά και της αντιμετώπισης επιπλοκών και του θυμού απέναντι σε αυτή την εγκληματική ενέργεια με αποτέλεσμα την ανεπαρκή φροντίδα αυτής της κατηγορίας γυναικών. Δεύτερο, είναι η άσκηση βίας η οποία έχει αρνητικές συνέπειες για την υγεία και την ευημερία των γυναικών. Από έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε γυναίκες, σε καταυλισμούς προσφύγων, τα χαστούκια ήταν η πιο συνηθισμένη μορφή βίας όπως η ώθηση, αρπαγή ή το σπρώξιμο.

Επόμενο είναι η σεξουαλική βία, η οποία πραγματοποιείται τόσο από τον σύζυγο ή σύντροφο τόσο και από κάποιο τρίτο πρόσωπο και φαίνεται ότι τα επίπεδα της αυξάνεται σε περιόδους αναταραχών. Συνέπειες αυτών των πράξεων είναι ο αυξημένος κίνδυνος για ΣΜΝ, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη και ψυχολογικές διαταραχές. Τέταρτο είναι η εγκυμοσύνη, όπου είναι μία ιδιαίτερη περίοδος στη ζωή μιας γυναίκας. Η κακή κατάσταση πριν ή κατά την διάρκεια της περιόδου αυτής μπορεί να επηρεάσει τόσο τη γυναίκα όσο και το ίδιο το έμβρυο. Το νεαρό της ηλικίας των κοριτσιών που μένουν έγκυες, οι πολλαπλές αποβολές, οι διαδοχικές εγκυμοσύνες χωρίς να μεσολαβεί το κατάλληλο χρονικό διάστημα μεταξύ αυτών, η κακή διατροφή και οι ανισότητες στην πρόσβαση

στις υγειονομικές υπηρεσίες είναι μερικοί από τους λόγους που ευθύνονται για τις επιπλοκές και τα προβλήματα που παρουσιάζονται κατά την διάρκεια της κύησης. Λόγω της μεταναστευτικής κρίσης έχει αναγκάσει μεγάλο αριθμό γυναικών και παιδιών να μετακινηθούν. Δυστυχώς, έρχονται αντιμέτωπες με κινδύνους και επιπτώσεις σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο όπου επηρεάζουν τόσο τις ίδιες όσο και το έμβρυο όπως προαναφέραμε αλλά είναι απρόθυμες να επισκεφθούν κάποιο νοσοκομείο λόγω του φόβου καθυστέρησης του ταξιδιού τους. Τελευταίο όπου θα αναφέρουμε είναι η επιλόχεια κατάθλιψη, όπου εμφανίζεται μετά τον τοκετό και μέχρι και έναν χρόνο μετά από αυτό. Τα συμπτώματα επηρεάζουν τόσο τις ίδιες όσο και τις οικογένειες τους και κυρίως το βρέφος. Η επιλόχεια κατάθλιψη υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής μιας γυναίκας, επηρεάζει τις κοινωνικές σχέσεις και παρεμποδίζει την φυσιολογική ανάπτυξη του δεσμού μεταξύ του εμβρύου και αυτής. Οι παράγοντες εμφάνισης της νόσου είναι βιολογικοί, κοινωνικοοικονομικοί και ψυχολογικοί. Σημαντικό ρόλο σε όλο αυτό διαδραματίζει η σχέση όπου έχει η γυναίκα με το σύζυγό της και η συμπεριφορά του προς αυτήν τόσο πριν την εγκυμοσύνη τόσο και κατά την διάρκεια αυτής. Ως παράγοντας κινδύνου, στους πρόσφυγες, αποτελούν η έκθεση σε προηγούμενες στρεσογόνες καταστάσεις, η έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, οι πολιτισμικές συνήθειες, οι πολλαπλοί ρόλοι που καλούνται να επιτελέσουν, η μη εξοικείωση με τη ζωή και την υγειονομική περίθαλψη στη χώρα υποδοχής, σε συνδυασμό με την επίδραση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, την αβεβαιότητα για το μέλλον, τα εμπόδια της χώρας υποδοχής και η διαφορετική γλώσσα [51].

### 3. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Οι πρόσφυγες και οι μετανάστες που έρχονται στην Ευρώπη έχουν συχνά αντιμετωπίσει πόλεμο, δίωξη και εξαιρετικά δυσμενείς συνθήκες στις χώρες προέλευσής τους. Πολλοί βίωσαν εξαναγκαστικό εκτοπισμό και δυσχέρειες στις χώρες διέλευσης και πραγματοποίησαν επικίνδυνα ταξίδια. Η έλλειψη ενημέρωσης, η αβεβαιότητα σχετικά με το μεταναστευτικό καθεστώς, η εχθρότητα με την οποία πολλές φορές μπορεί να αντιμετωπίζονται, οι πολιτικές που αλλάζουν συνεχώς, η αναξιοπρεπής και παρατεταμένη κράτηση, όλα αυτά προσθέτουν επιπλέον άγχος. Η εξαναγκαστική μετανάστευση διαβρώνει τα προστατευτικά στηρίγματα που είναι ενεργά προ της μετανάστευσης, όπως εκείνα που παρέχονται από τη διευρυνόμενη οικογένεια, και μπορεί να αποτελέσει πρόκληση για την πολιτιστική και τη θρησκευτική ταυτότητα, καθώς και την ταυτότητα φύλου. Η εξαναγκαστική μετανάστευση απαιτεί πολλαπλές προσαρμογές μέσα σε σύντομα χρονικά διαστήματα. Τα άτομα, ιδιαίτερα τα παιδιά καθίστανται πιο ευάλωτα στην κακοποίηση και την εγκατάλειψη. Σαν αποτέλεσμα έχουμε την ύπαρξη ή και την επιδείνωση προβλημάτων κοινωνικής και ψυχικής υγείας. Ιδιαίτερα, η υποδοχή που συναντούν τα άτομα και ο τρόπος με τον οποίο παρέχεται η προστασία και η βοήθεια μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα ή να χειροτερεύσουν ήδη υφιστάμενα προβλήματα, εάν για

παράδειγμα υπονομεύεται η ανθρώπινη αξιοπρέπεια, αποθαρρύνεται η αμοιβαία στήριξη και δημιουργείται εξάρτηση. Η έντονη αίσθηση του επειγόντος μεταξύ των μετακινούμενων ατόμων μπορεί να τα ωθήσει στην ακραία διακινδύνευση της σωματικής και της ψυχοκοινωνικής υγείας τους, και η με βιαστικούς ρυθμούς διέλευσή τους μέσα από πολλές χώρες επιτρέπει ελάχιστο μόνο χρόνο για την παροχή υπηρεσιών [52].

### 3.1 ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ

Οι πρόσφυγες και οι μετανάστες μπορεί να αισθάνονται συγκλονισμένοι ή σε σύγχυση και να νιώθουν ψυχική δυσφορία, καθώς επίσης μεγάλο φόβο και αγωνία, να βιώνουν ξεσπάσματα έντονων συναισθημάτων όπως θυμού και θλίψης, και να έχουν εφιάλτες και άλλα προβλήματα σχετικά με τον ύπνο. Αρχικά, αμέσως μόλις φτάσουν στην Ευρώπη, μερικοί από αυτούς τους ανθρώπους μπορεί να αισθάνονται μεγάλη χαρά. Πολλοί έχουν υποφέρει πολλαπλές απώλειες και θρηγούν τα άτομα, τους τόπους και τη ζωή που άφησαν πίσω. Μπορεί να αισθάνονται φοβισμένοι ή ανήσυχoi, ή μουδιασμένοι και απόμακροι. Μερικά άτομα μπορεί να έχουν αντιδράσεις που επηρεάζουν τις λειτουργικές και νοητικές δυνατότητές τους και που επομένως υπονομεύουν την ικανότητά τους να φροντίζουν τους εαυτούς τους και τις οικογένειές τους και να αντιμετωπίζουν τους κινδύνους και τα ρίσκα που εμφανίζονται στο δρόμο τους. Είναι σημαντικό να έχουμε επίγνωση του γεγονότος ότι πολλές αντιδράσεις άγχους αποτελούν φυσικούς τρόπους με τους οποίους το σώμα και ο νους αντιδρούν σε ψυχοπαιεστικούς παράγοντες και δεν θα πρέπει αυτές οι αντιδράσεις να θεωρούνται αφύσικες σε εξαιρετικά απαιτητικές περιστάσεις. Οι επιπτώσεις του στρες μπορούν να αμβλυνθούν μέσω των βασικών υπηρεσιών, της ασφάλειας και της κοινωνικής στήριξης. Τα ποσοστά διαταραχών που συνδέονται με το υπερβολικό στρες, όπως η διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία (ΔΣΜΨΕ), είναι υψηλότερα στους πρόσφυγες σε σύγκριση με τα άτομα που δεν έχουν Εκτοπισθεί βιαίως. Ωστόσο, για τους περισσότερους πρόσφυγες και μετανάστες τα δυνητικά τραυματικά περιστατικά από το παρελθόν δεν είναι η μόνη, ούτε και η πιο σημαντική, πηγή ψυχολογικής διαταραχής. Κατά το μεγαλύτερο μέρος η ψυχική τους οδύνη συνδέεται άμεσα με τρέχοντες ψυχοπαιεστικούς παράγοντες και αγωνίες και την αβεβαιότητα για το μέλλον. Η κατάσταση του πρόσφυγα ή του μετανάστη, επομένως, δεν καθιστά από μόνη της τα άτομα σημαντικά πιο ευάλωτα σε ψυχικές διαταραχές, αλλά οι πρόσφυγες και οι μετανάστες μπορεί να εκτεθούν σε διάφορους ψυχοπαιεστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική ευεξία τους.

Σημειώθηκε ότι 32 (2,3%) των χρηστών υπηρεσιών ανέφεραν ψυχικά προβλήματα υγείας. Πολλοί από αυτούς τους ανθρώπους ανέφεραν ότι αισθάνονται απελπισμένοι, παγιδευμένοι και απογοητευμένοι. Άλλα θέματα που αναφέρθηκαν συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, του άγχους, της διαταραχής του ύπνου, μετατραυματικού αγχώδης διαταραχής (PTSD) και αυτοτραυματισμό. Οι

χρήστες των υπηρεσιών ανέφεραν ελλιπής τις συνθήκες διαβίωσης, την αβεβαιότητα για το μέλλον, την έλλειψη πληροφοριών και ο φόβος της εξάντλησης των χρημάτων ήταν οι βασικές τους ανησυχίες. Η ψυχική υγεία δεν αξιολογείται ειδικά μόνο εάν είναι συγκεκριμένες οι ανησυχίες όπου αυτοαναφέρθηκαν. Με βάση τον WHO για τον επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών σε ενήλικες πληθυσμούς που επλήγησαν από έκτακτες ανάγκες προβλέπουν ότι σε 12 μήνες μετά την επείγουσα ανάγκη, το 3-4% των ατόμων θα υποφέρουν από σοβαρές ψυχικές διαταραχές και 15-20% από ήπιες έως μέτριες ψυχικές διαταραχές [53]. Οι περιορισμοί στον χώρο, στον χρόνο, στην χωρητικότητα και η έλλειψη διερμηνέων εμπόδιζε την ανίχνευση των προβλημάτων ψυχικής υγείας, συμβάλλοντας με τον τρόπο αυτό στην σχετικά χαμηλή αναφορά σχετικών αναγκών. Η πρόκληση στη ρύθμιση για την παροχή ψυχικής υγείας στους πρόσφυγες, μεταξύ άλλων γλωσσικά εμπόδια, διαφορετικά συστήματα πεποιθήσεων, πολιτιστικές προσδοκίες και τη δημιουργία εμπιστοσύνης, [54] ήταν δύσκολο να ξεπεραστούν. Σε ανασκόπηση, η επικράτηση σοβαρών ψυχικών διαταραχών σε πρόσφυγες που επανεγκαταστάθηκαν στις δυτικές χώρες, βρέθηκε 9% (99% CI 8-10%) διαγνώστηκαν με PTSD και 5% (CI 4-6%) με μεγάλη κατάθλιψη. Για τα παιδιά, ο επιπολασμός της PTSD ήταν υψηλότερος 11% (99% CI 7-17%). Ωστόσο, οι μελέτες συμπεριελήφθησαν διεξήχθησαν σε 20 χώρες, οι οποίες λαμβάνουν χώρα σε διαφορετικούς χρόνους σε διαφορετικές χώρες, διαφορετικούς πληθυσμούς προσφύγων, διαφόρων ηλικιών με ποικίλες μορφές κατευθυντήριων γραμμών, μετρήσεις και πολιτικές, οπότε η γενικευσιμότητα είναι δύσκολη.

Σε περιβάλλοντα προσφύγων, μελέτες έχουν αναφέρει ποσοστά PTSD έως και 33% [55]. Ωστόσο, αυτά τα στοιχεία θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με προσοχή, καθώς υπάρχουν προβλήματα σχετικά με την εφαρμογή του PTSD ως διάγνωση σε διαφορετικούς πολιτιστικούς χώρους και για επιζώντες βασανιστηρίων, συνιστάται η διάγνωση του «σύνθετου PTSD». Οι πληθυσμοί των προσφύγων είναι ποικίλοι - δεν είναι το προσφυγικό αυτό καθεαυτό είναι το πιο σημαντικό κριτήριο, αλλά μάλλον η πιθανότητα έκθεσης σε παράγοντες άγχους. Οι πρόσφυγες σε αυτοαναφορές ανέφεραν πολλαπλά δυνητικά τραυματικά συμβάντα κατά τη διαμετακόμιση και στην χώρα προέλευσης, η οποία επιδεινώνεται από την επισφάλεια της κατάστασής τους στην Ελλάδα. Ακόμη, μελέτη διαπίστωσε ότι το 50% της μνήμης RAM που παρουσιάστηκαν για διαγνωστική εξέταση ψυχικής υγείας, εξ αυτών, το 60% είχε βιώσει δυνητικά τραυματικά συμβάντα στη χώρα καταγωγής τους και το 89% κατά τη μετανάστευση [56].

Μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που αντιμετώπιζε η ομάδα ήταν το στίγμα που συνδέονται με προβλήματα ψυχικής υγείας και τα όρια μιας μικρής καμπάνιας στο πλοίο καθιστά πολύ δύσκολη τη δημιουργία ενός ασφαλούς χώρου για την αντιμετώπιση των ζητημάτων. Δεδομένου ότι η θλίψη και το άγχος είναι οι βασικές απαντήσεις στις αντιξοότητες και τις απώλειες, ψυχολογικά πρώτα συνιστάται η βοήθεια για την παροχή υποστηρικτικών, ανθρώπινων και πρακτική βοήθεια σε

άτομα που πρόσφατα εκτέθηκαν σε σοβαρές αγχολυτικές ουσίες. Συνιστάται να συνοδεύεται από συνεχή παρακολούθηση και παρακολούθηση του προσωπικού το οποίο είναι κατάλληλά καταρτιζόμενο. Άλλες προσεγγίσεις που συνιστώνται να δοκιμάσουν και να αντιμετωπίσουν τις καταστάσεις αυτές περιλαμβάνουν ολοκληρωμένα μοντέλα υπηρεσιών [57], επιστημονικές προσεγγίσεις, παροχή πληροφοριών, ενημέρωση και ικανοποιητικός μηχανισμός συντονισμού.

### 3.2 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΥΕΞΙΑΣ

Δεν υπάρχει ένας μοναδικός τρόπος ή ένα μοναδικό μοντέλο για την προστασία της ψυχικής υγείας και την παροχή ψυχοκοινωνικής στήριξης στους πρόσφυγες και μετανάστες εν κινήσει στην Ευρώπη. Όμως, οι ακόλουθες αρχές καλής πρακτικής έχουν συμφωνηθεί από τους οργανισμούς που δραστηριοποιούνται σε αυτόν τον τομέα με στόχο την καθοδήγηση της απόκρισης και την αποτροπή της ακούσιας πρόκλησης βλάβης:

1. Αντιμετωπίζουμε όλους τους ανθρώπους με αξιοπρέπεια και σεβασμό και τους ωθούμε να βασιστούν στις δικές τους δυνάμεις.
2. Αποκρινόμαστε με ανθρώπινο και υποστηρικτικό τρόπο σε όσους βιώνουν έντονο, δυσφορικό στρες
3. Παρέχουμε ενημέρωση σχετικά με υπηρεσίες, δομές στήριξης, και νομικά δικαιώματα και υποχρεώσεις
4. Παρέχουμε ψυχοεκπαίδευση σχετική με την κατάστασή τους και χρησιμοποιούμε κατάλληλη Γλώσσα
5. Δίνουμε προτεραιότητα στην προστασία και ψυχοκοινωνική στήριξη για παιδιά, ιδιαίτερα παιδιά που έχουν χωριστεί από την οικογένειά τους, ασυνόδευτα παιδιά και παιδιά με ειδικές ανάγκες
6. Ενισχύουμε την οικογενειακή υποστήριξη
7. Ταυτοποιούμε και προστατεύουμε άτομα με ειδικές ανάγκες
8. Εφαρμόζουμε πολιτισμικά συναφείς παρεμβάσεις και διασφαλίζουμε επαρκή διερμηνεία
9. Φροντίζουμε για την παροχή φαρμακευτικής αγωγής σε άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές
10. Δεν ξεκινάμε αγωγή με ψυχοθεραπεία που θα πρέπει να συνεχιστεί όταν η δυνατότητα συνέχισης είναι μάλλον απίθανη



11. Παρακολούθηση και διαχείριση της ευεξίας του προσωπικού και των εθελοντών

12. Δεν εργαζόμαστε σε απομόνωση: συντονισμός και συνεργασία με άλλους

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 4. ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας διπλωματικής/ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση των ιατρικών αναγκών των προσφύγων όπου διαμένουν στο κέντρο φιλοξενίας του Κουτσόχερου Λάρισας και κατά συνέπεια έχουν επισκεφτεί τα δύο νοσοκομεία του Νομού Λαρίσης.

### 5. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Αναλυτικά τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας μπορούν να χωριστούν σε κατηγορίες. Η πρώτη αφορά, την επισκεψιμότητα των προσφύγων στα νοσοκομεία και ποια έχουν επισκεφτεί. Η επόμενη έχει σχέση με το είδος της ειδικότητας όπου επισκέφτηκαν. Με βάση την γλώσσα όπου μιλάνε οι πρόσφυγες μπορεί να γίνει διάκριση και της κουλτούρας όπου έχουν, δηλαδή των αντιλήψεων τους. Τέλος, γίνεται και διερεύνηση του φύλου και την ηλικία των ατόμων όπου επισκέφτηκαν τα δύο νοσοκομεία της Λάρισας.

### 6. ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

#### 6.1 ΣΧΕΔΙΑΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα μελέτη ανήκει στις Περιγραφικές μελέτες συσχέτισης και ο σχεδιασμός της ήταν Συγχρονικού τύπου (Cross-Sectional Study). Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε μια μη πειραματική, ποσοτική προσέγγιση καθώς θεωρήθηκε η καταλληλότερη μέθοδος για την μελέτη των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών που στοχεύαμε να εξετάσουμε. Πραγματοποιήθηκε καταγραφή των στοιχείων των ατόμων όπου επισκέφτηκαν τα νοσοκομεία για τη συλλογή δεδομένων. Η καταγραφή του κάθε επισκέπτη με τα αντίστοιχα χαρακτηριστικά διευκολύνει τη συλλογή δεδομένων από μεγάλο αριθμό προσφύγων, που βρίσκονται στο κέντρο φιλοξενίας της δομής του Κουτσόχερου σε μικρό χρονικό διάστημα. Επίσης, διασφαλίστηκε η ανωνυμία των ατόμων καθώς τα χαρακτηριστικά όπου μελετάμε δεν μπορεί να γίνει σύνδεση τους με το άτομο προκειμένου να

συλλέξουμε όσο το δυνατόν πιο ειλικρινείς απαντήσεις χωρίς τον φόβο της έκθεσης. Τέλος διασφαλίζει την αντικειμενικότητα, καθώς όλοι οι συμμετέχοντες απαντούν στις ίδιες ερωτήσεις σε παρόμοιες συνθήκες.

## 6.2 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑ

Ο Πληθυσμός (Study Population) της ερευνητικής διπλωματικής εργασίας αποτελείται από πρόσφυγες όπου είναι άνδρες, γυναίκες, αγόρια και κορίτσια. Οι πρόσφυγες όπου συμμετείχαν στην έρευνα διαμένουν στο κέντρο φιλοξενίας της δομής του Κουτσόγερου Λάρισας. Το Δείγμα (Sample) της έρευνας αποτέλεσαν συνολικά 774 άτομα και για τους πέντε μήνες. Η μέθοδος της δειγματοληψίας που εφαρμόστηκε ήταν αυτή της Δειγματοληψίας μη Πιθανότητας και ειδικότερα χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της Δειγματοληψίας Ευκολίας (Convenience Sampling).

## 6.3 Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Όσον αφορά την συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από την καταγραφή των δεδομένων των ατόμων/προσφύγων όπου επισκέπτονταν τα δύο νοσοκομεία φέροντας το κατάλληλο έντυπο από τον ιατρό της κλινικής, το οποίο έγινε ανώνυμα. Η καταγραφή, πραγματοποιήθηκε με την συλλογή δημογραφικών στοιχείων όπως είναι η ηλικία, το φύλο, το νοσοκομείο, την ειδικότητα και την γλώσσα που μιλάνε. Επιπλέον, τα ψυχιατρικά δεδομένα αναλύθηκαν χωριστά σε σχέση με τις υπόλοιπες ειδικότητες.

## 6.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν είναι ανώνυμα διασφαλίζοντας τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας. Η όλη διαδικασία συλλογής των δεδομένων πραγματοποιήθηκε τους μήνες Ιούλιο με Οκτώβριο του 2019 και η συνολική διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου εκτιμάται στα 5 - 10 λεπτά.

## 6.5 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η επεξεργασία και η στατιστική ανάλυση του εμπειρικού υλικού της έρευνας έγινε με τη χρήση του λογισμικού πακέτου “SPSS (Statistical Package for the Social Science) 20.0 for Windows”, με τις μεθόδους της Περιγραφικής (Descriptive). Ειδικότερα η Περιγραφική ανάλυση περιλάμβανε την κατανομή συχνοτήτων των μεταβλητών (απόλυτη και σχετική % συχνότητα) καθώς και

εκτιμήσεις των παραμέτρων θέσης και διασποράς των ποσοτικών μεταβλητών (μέση τιμή, σταθερή απόκλιση, μέγιστη και ελάχιστη τιμή).

## 7. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

### 7.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

#### 7.1.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΠΛΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ

Αρχικά πραγματοποιήθηκε ανάλυση όλων των δεδομένων με βάση τις απαντήσεις όπου μας έδωσαν οι πρόσφυγες για τα χαρακτηριστικά τους και παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά των προσφύγων όπου επισκέφτηκαν τα Νοσοκομεία της Λάρισας και διαμένουν στο Κέντρο φιλοξενίας της δομής του Κουτσόχερου Λάρισας.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
<b>ΜΗΝΑΣ</b>	ΙΟΥΝΙΟΣ	160	20,7
	ΙΟΥΛΙΟΣ	162	20,9
	ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	120	15,5
	ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	157	20,3
	ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	175	22,6
<b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b>	ΠΓΝΑ	513	66,3
	ΓΝΑ	261	33,7
	ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΣ	4	,5
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ	172	22,2
	ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	8	1,0
	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	7	,9
	ΓΡΑΦΕΙΟ 58	23	3,0
	ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ	2	,3
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	4	,5
	ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	5	,6
	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΣ	14	1,8
	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ	8	1,0
	ΩΡΑ	12	1,6
	ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	188	24,3
	ΠΑΙΔΟΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΣ	5	,6
	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΣ ΚΥΗΣΗΣ	25	3,2
	ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΟΣ	7	,9
	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ	4	,5
	ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ	4	,5
	ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΗ	10	1,3

<b>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ</b>	ΠΑΙΔΟΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ	1	,1
	ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	9	1,2
	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	2	,3
	ΑΞΟΝΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ	1	,1
	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ	86	11,1
	ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	3	,4
	ΠΑΙΔΟΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	1	,1
	ΥΠΕΡΗΧΟΣ ΟΣΧΕΟΥ	2	,3
	ΥΠΕΡΗΧΟΣ ΘΥΡΟΕΙΔΟΥΣ	1	,1
	ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ	1	,1
	ΜΟΝΑΔΑ ΛΙΘΟΤΡΥΨΙΑΣ	1	,1
	Β ΕΠΙΠΕΔΟΥ	1	,1
	ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ	75	9,7
	ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	38	4,9
	ΗΠΑΤΟΛΟΓΟΣ	18	2,3
	ΥΠΕΡΗΧΟΣ ΚΟΙΛΙΑΣ	10	1,3
	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΣ	11	1,4
	ΟΥΡΟΛΟΓΟΣ	11	1,4
<b>ΦΥΛΟ</b>	ΑΝΤΡΑΣ	143	18,5
	ΓΥΝΑΙΚΑ	469	60,6
	ΑΓΟΡΙ	97	12,5
	ΚΟΡΙΤΣΙ	65	8,4
	ΜΗ ΓΝΩΣΤΗ	128	16,5
	1	24	3,1
	1 ΜΗΝΟΣ	1	,1
	1,5	23	3,0
	10	4	,5
	10 ΜΗΝΩΝ	1	,1
	11	1	,1
	12	1	,1
	13	1	,1
	14	1	,1
	18	4	,5
	19	42	5,4
	2	8	1,0
	2 ΜΗΝΩΝ	10	1,3
	20	1	,1
	21	25	3,2
22	24	3,1	

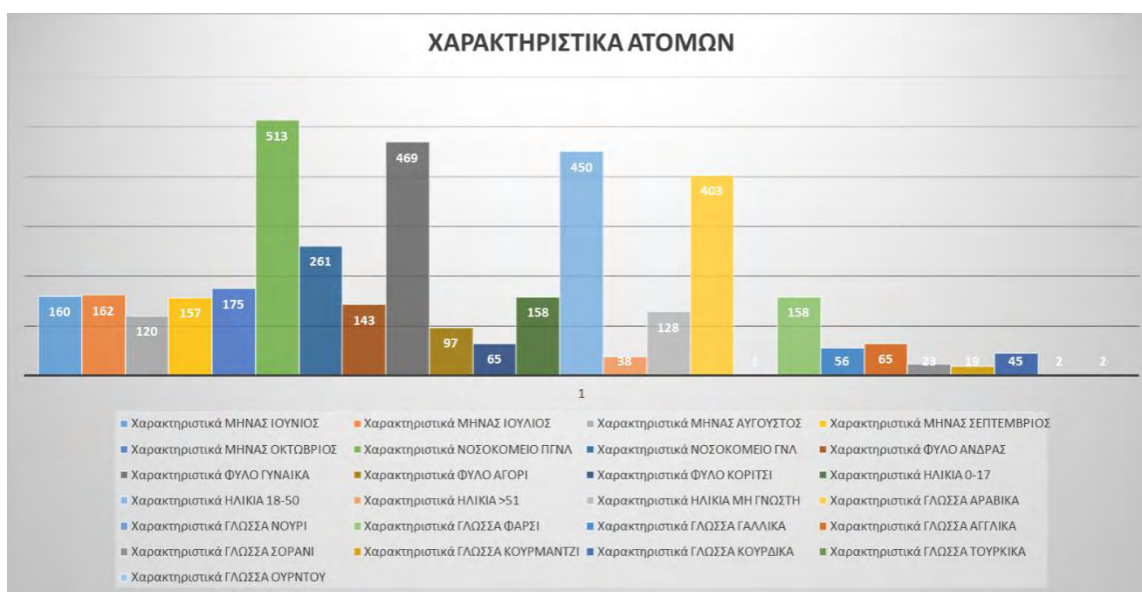
<b>ΗΑΙΚΙΑ</b>	23	39	5,0
	24	34	4,4
	25	20	2,6
	26	22	2,8
	27	24	3,1
	28	26	3,4
	29	21	2,7
	3	13	1,7
	3 ΜΗΝΩΝ	12	1,6
	30	12	1,6
	31	13	1,7
	32	19	2,5
	33	6	,8
	34	31	4,0
	35	9	1,2
	36	17	2,2
	37	8	1,0
	38	2	,3
	39	20	2,6
	4	4	,5
	4 ΜΗΝΩΝ	4	,5
	4,5	1	,1
	40	6	,8
	41	5	,6
	42	6	,8
	43	2	,3
	44	4	,5
	45	1	,1
	46	1	,1
	47	3	,4
	5	2	,3
	5 ΜΗΝΩΝ	10	1,3
	50	3	,4
	51	1	,1
	52	2	,3
	53	2	,3
	54	6	,8
	55	6	,8
	56	1	,1
	58	1	,1
	6	1	,1

	6 ΜΗΝΩΝ	10	1,3
	60	1	,1
	61	2	,3
	62	6	,8
	63	5	,6
	64	1	,1
	68	2	,3
	69	1	,1
	7	7	,9
	7 ΜΗΝΩΝ	8	1,0
	74	1	,1
	8 ΜΗΝΩΝ	4	,5
	9	5	,6
	9 ΜΗΝΩΝ	2	,3
<b>ΓΛΩΣΣΑ</b>	ΑΡΑΒΙΚΑ	403	52,1
	ΛΟΥΡΙ	1	,1
	ΦΑΡΣΙ	158	20,4
	ΓΑΛΛΙΚΑ	56	7,2
	ΑΓΓΛΙΚΑ	65	8,4
	ΣΟΡΑΝΙ	23	3,0
	ΚΟΥΡΜΑΝΤΖΙ	19	2,5
	ΚΟΥΡΔΙΚΑ	45	5,8
	ΤΟΥΡΚΙΚΑ	2	,3
	ΟΥΡΝΤΟΥ	2	,3

Με βάση τον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι τον μήνα Ιούνιο επισκέφτηκαν τα νοσοκομεία 160 άτομα, τον Ιούλιο 162 άτομα, τον Αύγουστο 120 άτομα, τον Σεπτέμβριο 157 άτομα και 175 άτομα τον Οκτώβριο. Σε διαχωρισμό των δύο νοσοκομείων, συνολικά το ΠΓΝΛ το επισκέφτηκαν 513 άτομα και το ΓΝΛ 261 άτομα. Επόμενο, όπου πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση είναι το σύνολο των ειδικοτήτων όπου επισκεφθήκαν τα δύο νοσοκομεία. Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε, ότι στον παιδίατρο συνολικά τους 5 μήνες τον επισκέφτηκαν 172 άτομα, το Γραφείο 58 όπου είναι για συνταγογράφηση 23 άτομα, 188 άτομα στο μαιευτικό, 25 άτομα επισκέφτηκαν τον ενδοκρινολόγο κύησης, 86 άτομα τον γυναικολόγο. Για εξετάσεις αίματος πήγαν 75 άτομα, στον παθολόγο 38 άτομα και 18 στον ηπατολόγο. Έγινε διαχωρισμός με βάση το φύλο, από το σύνολο των ατόμων όπου επισκέφτηκαν τα δύο νοσοκομεία του νομού Λάρισας. Από το σύνολο τους, 143 είναι άνδρες, πάνω από τον μισό πληθυσμό της μελέτης είναι γυναίκες, 469. Τα 162 άτομα είναι ανήλικα, από τα οποία τα 97 είναι αγόρια και τα 65 είναι κορίτσια. Επόμενος διαχωρισμός των ατόμων έγινε με βάση την ηλικία τους. Το 16,5% των ερωτηθέντων είναι μη γνωστό το ηλικιακό τους έτος. Τα περισσότερα άτομα όπως

μπορούμε να δούμε από τον παραπάνω πίνακα βρίσκονται στο ηλικιακό εύρος 19-40 ετών ενώ για τα μικρά παιδιά, η πλειοψηφία τους είναι σε ηλικία κάτω των 10 ετών. Τέλος, έγινε διάκριση ανάλογα με την γλώσσα όπου μιλάνε. Το 52,1% των ατόμων όπου πήραν μέρος στη μελέτη, δηλαδή τα 403 άτομα μιλούν αραβικά. Το επόμενο μεγάλο ποσοστό, δηλαδή τα 158 άτομα μιλούν Φαρσί, 65 άτομα αγγλικά, 56 άτομα γαλλικά, 45 άτομα κουρδικά, 23 άτομα σοράνι, 19 άτομα κουρμαντζί, 2 άτομα τούρκικα και 1 λούρι.

Εικόνα 1. Συνολικά χαρακτηριστικά των ατόμων πέρα των ειδικοτήτων που επισκέφθηκαν στα δύο νοσοκομεία.



Στην συνέχεια της περιγραφικής ανάλυσης έγινε ανάλυση των δεδομένων αλλά με σύγκριση τον κάθε μήνα ξεχωριστά ώστε να διαπιστώσουμε για τον κάθε μήνα την συχνότητα επισκεψιμότητας στο νοσοκομείο, την ειδικότητα όπου επισκέφθηκαν αλλά και τα άτομα όπου επισκέφθηκαν τα νοσοκομεία.

Πίνακας 2. Σύγκριση των χαρακτηριστικών των προσφύγων όπου επισκέφθηκαν τα νοσοκομεία με βάση τον μήνα επίσκεψης.

Πίνακας 2.1 Σύγκριση με το νοσοκομείο.

		ΜΗΝΑΣ					Σύνολο
		ΙΟΥΝΙΟΣ	ΙΟΥΛΙΟΣ	ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ	
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΠΓΝΛ	107	131	74	96	105	513
	ΓΝΛ	53	31	46	61	70	261
Σύνολο		160	162	120	157	175	774

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι τον μήνα Ιούνιο, συνολικά επισκέφτηκαν το ΠΝΓΛ 107 πρόσφυγες και το ΓΝΛ 53 πρόσφυγες. Για τον μήνα Ιούλιο, συνολικά επισκέφτηκαν το ΠΝΓΛ 131 πρόσφυγες και το ΓΝΛ 31 πρόσφυγες. Για τον μήνα Αύγουστο, συνολικά επισκέφτηκαν το ΠΝΓΛ 74 πρόσφυγες και το ΓΝΛ 46 πρόσφυγες. Για τον μήνα Σεπτέμβριο, συνολικά επισκέφτηκαν το ΠΝΓΛ 96 πρόσφυγες και το ΓΝΛ 61 πρόσφυγες. Τέλος, για τον μήνα Οκτώβριο, συνολικά επισκέφτηκαν το ΠΝΓΛ 105 πρόσφυγες και το ΓΝΛ 70 πρόσφυγες. Από τους 774 πρόσφυγες, οι 513 επισκέφτηκαν το ΠΝΓΛ και 261 το ΓΝΛ.

Πίνακας 2.2 Σύγκριση με την ειδικότητα

		ΜΗΝΑΣ					Σύνολο
		ΙΟΥΝΙΟΣ	ΙΟΥΛΙΟΣ	ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	ΟΚΤΩΜΒΡΙΟΣ	
<b>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΣ</b>	1	2	1	0	0	4
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ	34	19	14	33	<b>72</b>	<b>172</b>
	ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	1	2	3	1	1	8
	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	2	3	0	1	1	7
	ΓΡΑΦΕΙΟ 58	0	<b>9</b>	1	4	<b>9</b>	<b>23</b>
	ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ	0	2	0	0	0	2
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	2	1	1	0	0	4
	ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	0	1	2	1	1	5
	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΣ	3	3	5	2	1	<b>14</b>
	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ	5	2	0	0	1	8
	ΩΡΛ	1	3	0	3	5	<b>12</b>
	ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	<b>44</b>	<b>58</b>	<b>37</b>	<b>28</b>	<b>21</b>	<b>188</b>
	ΠΑΙΔΟΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΣ	3	2	0	0	0	5
	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΣ ΚΥΗΣΗΣ	6	4	2	7	6	<b>25</b>
	ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΟΣ	0	1	0	3	3	7
	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ	0	1	1	1	1	4
	ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ	2	0	2	0	0	4
ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΗ	2	0	2	4	2	<b>10</b>	



ΠΑΙΔΟΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ	0	0	1	0	0	1
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	5	0	1	3	0	9
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	1	0	0	1	0	2
ΑΞΟΝΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ	0	0	0	1	0	1
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ	3	15	19	27	22	<b>86</b>
ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	1	0	0	1	1	3
ΠΑΙΔΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	0	0	0	1	0	1
ΥΠΕΡΗΧΟΣ ΟΣΧΕΟΥ	0	0	0	2	0	2
ΥΠΕΡΗΧΟΣ ΘΥΡΟΕΙΔΟΥΣ	0	0	0	1	0	1
ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ	0	0	0	0	1	1
ΜΟΝΑΔΑ ΛΙΘΟΤΡΥΦΙΑΣ	1	0	0	0	0	1
Β ΕΠΙΠΕΔΟΥ	1	0	0	0	0	1
ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ	<b>25</b>	<b>19</b>	12	12	7	<b>75</b>
ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	5	7	<b>9</b>	7	<b>10</b>	<b>38</b>
ΗΠΑΤΟΛΟΓΟΣ	4	2	2	4	6	<b>18</b>
ΥΠΕΡΗΧΟΣ ΚΟΙΛΙΑΣ	0	3	2	5	0	<b>10</b>
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΣ	7	1	1	0	2	<b>11</b>
ΟΥΡΟΛΟΓΟΣ	1	2	2	4	2	<b>11</b>
Σύνολο	160	162	120	157	175	774

Παραπάνω αναγράφονται όλες οι ειδικότητες όπου επισκέφτηκαν οι πρόσφυγες για τους αντίστοιχους μήνες. Παρατηρούμε κάποιες ειδικότητες όπου έχουν περισσότερη ζήτηση και από αυτές κάποιοι μήνες είναι αυξημένη η ζήτηση τους σε σύγκριση με άλλους.

Πίνακας 2.3. Σύγκριση με το φύλο.

	<b>ΜΗΝΑΣ</b>	Σύνολο
--	--------------	--------

		ΙΟΥΝΙΟΣ	ΙΟΥΛΙΟΣ	ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	ΟΚΤΩΜΒΡΙΟΣ	
<b>ΦΥΛΟ</b>	ΑΝΤΡΑΣ	52	26	18	25	22	143
	ΓΥΝΑΙΚΑ	108	111	82	91	77	469
	ΑΓΟΡΙ	0	11	12	25	49	97
	ΚΟΡΙΤΣΙ	0	14	8	16	27	65
Σύνολο		160	162	120	157	175	774

Παραπάνω αναφέρονται ανάλογα με το φύλο που επισκέφθηκαν τα νοσοκομεία τον κάθε μήνα ξεχωριστά.

Πίνακας 2.4. Σύγκριση με την ηλικία.

		ΜΗΝΑΣ					Σύνολο
		ΙΟΥΝΙΟΣ	ΙΟΥΛΙΟΣ	ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	ΟΚΤΩΜΒΡΙΟΣ	
<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>	ΜΗ ΓΝΩΣΤΗ	81	11	11	12	13	128
	1	4	7	2	6	5	24
	1 ΜΗΝΟΣ	0	0	0	0	1	1
	1,5	3	0	3	6	11	23
	10	2	2	0	0	0	4
	10 ΜΗΝΩΝ	0	0	0	0	1	1
	11	0	0	0	0	1	1
	12	0	0	0	0	1	1
	13	0	0	0	0	1	1
	14	1	0	0	0	0	1
	18	0	2	0	1	1	4
	19	7	12	11	4	8	42
	2	2	0	0	2	4	8
	2 ΜΗΝΩΝ	0	0	3	2	5	10
	20	1	0	0	0	0	1
	21	5	4	10	6	0	25
	22	1	2	4	11	6	24
	23	2	12	6	10	9	39
	24	7	9	5	7	6	34
	25	2	10	5	3	0	20
	26	7	6	5	1	3	22
	27	6	7	6	4	1	24
	28	3	11	2	7	3	26
	29	0	12	2	4	3	21
	3	2	2	2	4	3	13

3	MHNΩN	0	1	2	0	9	12
30		1	1	3	4	3	12
31		2	2	1	5	3	13
32		2	3	2	8	4	19
33		1	1	3	1	0	6
34		5	6	2	12	6	31
35		0	3	1	3	2	9
36		3	4	3	3	4	17
37		0	1	2	1	4	8
38		0	1	1	0	0	2
39		0	2	5	4	9	20
4		0	0	0	2	2	4
4	MHNΩN	0	1	0	1	2	4
4,5		0	0	0	0	1	1
40		0	2	3	1	0	6
41		1	0	0	2	2	5
42		1	3	0	1	1	6
43		0	0	0	1	1	2
44		1	1	0	0	2	4
45		0	1	0	0	0	1
46		0	0	1	0	0	1
47		0	2	0	0	1	3
5		0	0	0	1	1	2
5	MHNΩN	1	1	2	0	6	10
50		1	1	1	0	0	3
51		0	0	1	0	0	1
52		0	1	0	1	0	2
53		1	0	1	0	0	2
54		0	2	1	2	1	6
55		0	0	2	3	1	6
56		0	1	0	0	0	1
58		0	1	0	0	0	1
6		0	0	0	0	1	1
6	MHNΩN	2	4	0	2	2	10
60		0	0	0	1	0	1
61		1	0	1	0	0	2
62		1	2	0	1	2	6
63		0	1	2	1	1	5
64		0	0	0	0	1	1
68		0	1	1	0	0	2
69		0	0	0	0	1	1
7		0	1	1	2	3	7

	7 ΜΗΝΩΝ	0	0	0	2	6	8
	74	0	0	0	0	1	1
	8 ΜΗΝΩΝ	0	0	0	2	2	4
	9	0	2	1	0	2	5
	9 ΜΗΝΩΝ	0	0	0	0	2	2
Σύνολο		160	162	120	157	175	774

Στον παραπάνω πίνακα αναφέρονται οι ηλικίες των προσφύγων όπου επισκέφθηκαν τον κάθε μήνα ξεχωριστά. Τον μήνα Ιούνιο έχουμε τα περισσότερα άτομα με άγνωστη την ηλικία τους. Παρατηρούμε ότι τα περισσότερα άτομα βρίσκονται στο ηλικιακό φάσμα 20-45 ετών.

Πίνακας 2.5. Σύγκριση με την γλώσσα.

		ΜΗΝΑΣ					Σύνολο
		ΙΟΥΝΙΟΣ	ΙΟΥΛΙΟΣ	ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ	ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ	ΟΚΤΩΜΒΡΙΟΣ	
ΓΛΩΣΣΑ	ΑΡΑΒΙΚΑ	80	75	62	90	96	403
	ΛΟΥΡΙ	0	0	0	0	1	1
	ΦΑΡΣΙ	31	34	24	33	36	158
	ΓΑΛΛΙΚΑ	19	14	10	4	9	56
	ΑΓΓΛΙΚΑ	16	16	13	12	8	65
	ΣΟΡΑΝΙ	3	5	1	1	13	23
	ΚΟΥΡΜΑΝΤΖΙ	6	5	5	3	0	19
	ΚΟΥΡΔΙΚΑ	4	12	5	12	12	45
	ΤΟΥΡΚΙΚΑ	1	1	0	0	0	2
	ΟΥΡΝΤΟΥ	0	0	0	2	0	2
Σύνολο		160	162	120	157	175	774

Στον παραπάνω πίνακα αναγράφονται οι μητρικές γλώσσες των προσφύγων όπου επισκέφθηκαν τα νοσοκομεία τους αντίστοιχους μήνες.

Ακολούθως, πραγματοποιήθηκε η ίδια διαδικασία αλλά αυτή τη φορά πραγματοποιήθηκε σε σύγκριση με τα νοσοκομεία όπου επισκέφθηκαν τους μήνες όπου πραγματοποιήθηκε η συλλογή των δεδομένων.

Πίνακας 3. Σύγκριση των χαρακτηριστικών των προσφύγων όπου επισκέφτηκαν τα νοσοκομεία με βάση το νοσοκομείο όπου επισκέφτηκαν.

Πίνακας 3.1 Σύγκριση με την ειδικότητα.

		ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Σύνολο
		ΠΓΝΛ	ΓΝΛ	
<b>ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ</b>	ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΣ	3	1	4
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ	95	77	172
	ΠΑΙΔΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	1	7	8
	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΟΣ	4	3	7
	ΓΡΑΦΕΙΟ 58	23	0	23
	ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ	1	1	2
	ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	2	2	4
	ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	4	1	5
	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΣ	13	1	14
	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ	5	3	8
	ΩΡΛ	12	0	12
	ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	157	31	188
	ΠΑΙΔΟΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΣ	3	2	5
	ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΟΣ ΚΥΗΣΗΣ	21	4	25
	ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΟΣ	6	1	7
	ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΟΣ	2	2	4
	ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ	1	3	4
	ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΗ	9	1	10
	ΠΑΙΔΟΝΕΥΡΟΛΟΓΟΣ	1	0	1
	ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΣ	5	4	9
	ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	2	0	2
	ΑΞΟΝΙΚΗ ΓΟΝΑΤΟΣ	1	0	1
	ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ	51	35	86
	ΓΝΑΘΟΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	3	0	3
	ΠΑΙΔΟΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	1	0	1
	ΥΠΕΡΗΧΟΣ ΟΣΧΕΟΥ	0	2	2
	ΥΠΕΡΗΧΟΣ ΘΥΡΟΕΙΔΟΥΣ	0	1	1
	ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ	1	0	1
	ΜΟΝΑΔΑ ΛΙΘΟΤΡΥΨΙΑΣ	0	1	1
	Β ΕΠΙΠΕΔΟΥ	1	0	1
	ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΙΜΑΤΟΣ	51	24	75
	ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ	7	31	38
	ΗΠΑΤΟΛΟΓΟΣ	5	13	18
	ΥΠΕΡΗΧΟΣ ΚΟΙΛΙΑΣ	5	5	10
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΣ	9	2	11	
ΟΥΡΟΛΟΓΟΣ	8	3	11	
Σύνολο	513	261	774	

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε τις ειδικότητες όπου επισκέφθηκαν οι πρόσφυγες τους πέντε μήνες όπου έγινε η καταγραφή των δεδομένων στα δύο διαφορετικά νοσοκομεία του νομού Λάρισας. Παρατηρούμε ότι υπάρχουν ειδικότητες όπου σε κάποιο από τα δύο νοσοκομεία δεν είχαν καμία επίσκεψη.

Πίνακας 3.2 Σε σύγκριση με το φύλο.

		ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Σύνολο
		ΠΓΝΛ	ΓΝΛ	
<b>ΦΥΛΟ</b>	ΑΝΤΡΑΣ	81	62	143
	ΓΥΝΑΙΚΑ	341	128	469
	ΑΓΟΡΙ	55	42	97
	ΚΟΡΙΤΣΙ	36	29	65
Σύνολο		513	261	774

Παραπάνω αναγράφονται το φύλο όπου επισκέφθηκε το κάθε νοσοκομείο στο σύνολο των πέντε μηνών της καταγραφής. Παρατηρούμε ότι το πανεπιστημιακό νοσοκομείο το επισκέφθηκαν περισσότερα άτομα και στο σύνολο τους με μεγάλη διαφορά ήταν γυναίκες και αμέσως επόμενη κατηγορία είναι τα παιδιά, όπου τα αγόρια ήταν περισσότερα από τα κορίτσια.

Πίνακας 3.3. Σε σύγκριση με την ηλικία

		ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Σύνολο
		ΠΓΝΛ	ΓΝΛ	
<b>ΗΛΙΚΙΑ</b>		96	32	128
	1	14	10	24
	1 ΜΗΝΟΣ	1	0	1
	1,5	5	18	23
	10	3	1	4
	10 ΜΗΝΩ	0	1	1
	11	1	0	1
	12	0	1	1
	13	1	0	1
	14	1	0	1
	18	4	0	4
	19	35	7	42
	2	3	5	8

2 MHNQN	8	2	10
20	0	1	1
21	16	9	25
22	12	12	24
23	24	15	39
24	28	6	34
25	16	4	20
26	19	3	22
27	17	7	24
28	19	7	26
29	17	4	21
3	5	8	13
3 MHNQN	11	1	12
30	8	4	12
31	2	11	13
32	9	10	19
33	4	2	6
34	25	6	31
35	6	3	9
36	16	1	17
37	3	5	8
38	2	0	2
39	12	8	20
4	2	2	4
4 MHNQN	3	1	4
4,5	0	1	1
40	4	2	6
41	5	0	5
42	3	3	6
43	2	0	2
44	3	1	4
45	0	1	1
46	0	1	1
47	3	0	3
5	0	2	2
5 MHNQN	7	3	10
50	3	0	3
51	0	1	1
52	1	1	2
53	1	1	2
54	2	4	6
55	1	5	6
56	1	0	1
58	1	0	1
6	0	1	1
6 MHNQN	4	6	10

	60	1	0	1
	61	1	1	2
	62	4	2	6
	63	4	1	5
	64	0	1	1
	68	1	1	2
	69	0	1	1
	7	3	4	7
	7 ΜΗΝΩΝ	5	3	8
	74	1	0	1
	8 ΜΗΝΩΝ	1	3	4
	9	2	3	5
	9 ΜΗΝΩΝ	1	1	2
Σύνολο		513	261	774

Παραπάνω αναφέρονται σε σύγκριση με την ηλικία των ατόμων όπου επισκέφθηκαν τα δύο νοσοκομεία της Λάρισας στη διάρκεια των πέντε μηνών της καταγραφής και συλλογής των δεδομένων.

Πίνακας 3.4. Σε σύγκριση με την γλώσσα.

		ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ		Σύνολο
		ΠΓΝΛ	ΓΝΛ	
<b>ΓΛΩΣΣΑ</b>	ΑΡΑΒΙΚΑ	264	139	403
	ΛΟΥΡΙ	1	0	1
	ΦΑΡΣΙ	105	53	158
	ΓΑΛΛΙΚΑ	35	21	56
	ΑΓΓΛΙΚΑ	42	23	65
	ΣΟΡΑΝΙ	15	8	23
	ΚΟΥΡΜΑΝΤΖΙ	13	6	19
	ΚΟΥΡΔΙΚΑ	36	9	45
	ΤΟΥΡΚΙΚΑ	1	1	2
	ΟΥΡΝΤΟΥ	1	1	2
Σύνολο		513	261	774

Στον παραπάνω πίνακα αναφέρονται τα άτομα όπου επισκέφθηκαν τα δύο νοσοκομεία ξεχωριστά σε σύγκριση με τις γλώσσες όπου μιλάνε με βάση την καταγραφή όπου πραγματοποιήθηκε τους μήνες Ιούνιο με Οκτώβριο.



Για διευκόλυνση της αξιολόγησης των αποτελεσμάτων θα γίνει σύμπτυξη των ηλικιών των ατόμων. Δηλαδή με 0-17, 18-50 και άνω των 51 ετών. Στον επόμενο πίνακα αναγράφονται τα εύρη των ηλικιών με τον αντίστοιχο αριθμό των ατόμων.

Πίνακας 4. Εύρη ηλικιών των ατόμων όπου επισκέφτηκαν τα δύο νοσοκομεία στη διάρκεια των πέντε μηνών.

Ηλικία	Συχνότητα	%
Μη γνωστή	128	16,5
0-17	158	20,2
18-50	450	58,2
>51	38	4,9

Όπως παρατηρούμε το 58,2% των ατόμων βρίσκονται στο ηλικιακό εύρος 18-50 ετών, ενώ σημαντικό ποσοστό, 16,5%, είναι άτομα με άγνωστη ηλικία. Το 4,9% αντιπροσωπεύει άτομα άνω των 51 ετών.

Εικόνα 2. Απεικόνιση των αποτελεσμάτων του Πίνακα 4.



Από το σύνολο του δείγματος μας, διαχωρίστηκαν με βάση ποιον μήνα επισκέφτηκαν τα δύο νοσοκομεία του ν. Λάρισας. Παρατηρούμε ότι τον μήνα Οκτώβριο, υπήρχαν τα περισσότερα περιστατικά τα οποία ανέρχονται στα 175 άτομα. Ο μήνας αυτός είναι ο δεύτερος του φθινοπώρου και αρχίζουν οι πρώτες ιώσεις και κρυολογήματα, το οποίο είναι φυσικό να είναι αυξημένα τα περιστατικά την περίοδο αυτή. Επόμενος διαχωρισμός που πραγματοποιήθηκε με βάση το νοσοκομείο όπου επισκέφτηκαν. Το 66,3% του δείγματος μας επισκέφτηκε το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας σε αντίθεση με το 33,7% το Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας. Επιπρόσθετα, για την αξιολόγηση των ιατρικών αναγκών τους καταγράφηκε η ειδικότητα όπου επισκέφθηκε ο καθένας τους ξεχωριστά. Με βάση τα αποτελέσματα τους, το 22,2% επισκέφτηκε παιδίατρο, το 24,3% το μαιευτικό, το 11,1%

γυναικολόγο, το 9,7% επισκέφτηκαν τα δύο νοσοκομεία για εξετάσεις αίματος, το 4,9% σε παθολόγο και το υπόλοιπο 27,8% τις υπόλοιπες ειδικότητες όπως αναφέρονται στο Πίνακα 1. Σημαντική αναφορά είναι ότι στις ειδικότητες επίσκεψης υπάρχουν, ενδοκρινολόγος κύησης, διαβητολόγος, γναθοχειρουργός και πολλές άλλες. Στο ερευνητικό δείγμα μας, πραγματοποιήθηκε διαχωρισμός με βάση το φύλο. Το 60,6% αποτελείται από γυναίκες, το οποίο είναι και αντιπροσωπευτικό καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων έχει επισκεφτεί το μαιευτικό και το γυναικολόγο. Το 18,5% αντιπροσωπεύει τον αντρικό πληθυσμό, τα παιδιά αποτελούν στο σύνολό τους το 24,9% του πληθυσμού, από αυτό το 16,5% ήταν αγόρια και το υπόλοιπο ποσοστό κορίτσια. Επόμενο χαρακτηριστικό αφορά την ηλικία των ατόμων, όπου το 16,5% το ηλικιακό τους εύρος ήταν άγνωστο, περίπου ο μισός ερευνητικός πληθυσμός ανήκει στο ηλικιακό εύρος 18-50 ετών, 58,2%, και το 20,2% σε άτομα κάτω των 17 ετών. Το τελευταίο χαρακτηριστικό όπου μελετήσαμε αφορούσε την γλώσσα όπου μιλάνε, το μισό περίπου του ερευνητικού μας πληθυσμού μιλούσε την αραβική γλώσσα, το επόμενο, 20,4% μιλάει φαρσί, τα αγγλικά και τα γαλλικά βρίσκονται σε ποσοστά πολύ κοντά, 8,4% και 7,2% αντίστοιχα. Το 5,8% του πληθυσμού, αντιπροσωπεύει τα άτομα όπου μιλάνε κουρδικά, το 3% σοράνι και το 2,5% κουρμαντζί και οι υπόλοιπες γλώσσες το ποσοστό τους είναι λιγότερο από 1%.

Στην επόμενη ανάλυση όπου πραγματοποιήθηκε, διαχωρίστηκαν με βάση τον μήνα ώστε να διαπιστώσουμε ποιος μήνας είχε την περισσότερη επισκεψιμότητα και αν έχει σχέση τόσο με την χρονική διάρκεια όπου βρίσκονται στην χώρα υποδοχής και της εξοικείωσης και με τον μήνα όπου υπάρχουν τα περισσότερα περιστατικά και σε ποιον κλάδο. Παρατηρούμε ότι ο Αύγουστος και ο Σεπτέμβριος είναι οι μήνες με τις λιγότερες επισκέψεις τόσο στο Πανεπιστημιακό όσο και στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας. Σε όλους τους μήνες ο αριθμός των ατόμων είναι περισσότερος όσον αφορά το Πανεπιστημιακό, κάτι το οποίο δείχνει και περισσότερη κάλυψη των αναγκών τους σε σύγκριση με το Γενικό. Όσον αφορά τις ειδικότητες όπου επισκέφτηκαν, παρατηρούμε από τα αποτελέσματα ότι ο παιδίατρος είναι σε όλους τους μήνες αλλά τους καλοκαιρινούς μήνες είναι λιγότερη η επισκεψιμότητα σε σύγκριση με τον Οκτώβριο όπου έχουμε τις περισσότερες επισκέψεις. Επίσης, το μαιευτικό είναι αυξημένο όλους τους μήνες με μία τάση αύξησης τους καλοκαιρινούς μήνες όπου μας δείχνει ότι τα άτομα αυτά είχαν έρθει ήδη εγκυμονούσες ή συνέβη κατά την διάρκεια του ταξιδιού τους. Παρατηρούμε ότι ο γυναικολόγος έχει μια αυξητική τάση από τον πρώτο μήνα προς τον πέμπτο το οποίο έρχεται σε συμφωνία με το προηγούμενο ότι πολύ πιθανόν η εγκυμοσύνη να προήλθε και κατά την διάρκεια του ταξιδιού τους ή ακόμα και στη δομή της φιλοξενίας. Επίσης, οι εξετάσεις αίματος ήταν αυξημένες τους πρώτους μήνες και υπήρχε σταδιακή πτώση της χρήσης τους επόμενους μήνες. Όσον αφορά τις υπόλοιπες ειδικότητες πέρα ότι τα ποσοστά τους είναι χαμηλά παρατηρούμε και μία σταθερότητα όσον αφορά τους μήνες. Όσον αφορά το φύλο των ατόμων που επισκέφτηκαν τα νοσοκομεία τους μήνες καταγραφής, τον πρώτο μήνα παιδιά δεν επισκέφτηκαν καθόλου τα

νοσοκομεία. Στους άνδρες παρατηρούμε μία πτώση επισκευσιμότητας ενώ οι γυναίκες παραμένουν σχετικά σταθερές. Για τον δείκτη της ηλικίας, τον Οκτώβριο παρατηρούμε αύξηση στα άτομα μικρότερης ηλικίας. Τέλος, η γλώσσα δεν επηρεάζεται από τον μήνα επίσκεψης.

### 7.1.2 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Τα ψυχιατρικά περιστατικά τα οποία αναφέρονται καταγράφηκαν από το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας. Στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται τα χαρακτηριστικά των ατόμων όπου το επισκέφτηκαν.

Πίνακας 5. Χαρακτηριστικά των ατόμων όπου επισκέφτηκαν το ΠΓΝΛ και ψυχιατρικό περιστατικό (64 συνολικά περιστατικά).

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
<b>ΦΥΛΟ</b>	ΑΝΔΡΑΣ	32
	ΓΥΝΑΙΚΑ	29
	ΑΓΟΡΙ	3
<b>ΓΛΩΣΣΑ</b>	ΑΡΑΒΙΚΑ	24
	ΦΑΡΣΙ	13
	ΓΑΛΛΙΚΑ	7
<b>ΧΩΡΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ</b>	ΑΛΓΕΡΙΑ	?
	ΜΑΡΟΚΟ	?
	ΙΡΑΝ	?
	ΑΒΓΑΝΙΣΤΑΝ	?
	ΚΑΜΕΡΟΥΝ	?
	ΚΟΝΓΚΟ	?
	ΙΡΑΚ	?
	ΣΥΡΙΑ	?
	ΓΟΥΙΝΕΑ	?
ΚΟΥΒΕΙΤ	?	

Στον επόμενο πίνακα (Πίνακας 6) γίνεται διαχωρισμός με το εάν ακολούθησαν φαρμακευτική αγωγή ή όχι, νοσηλεία και χορήγηση φαρμάκων.

Πίνακας 6. Διαχωρισμός των περιστατικών

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
<b>ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ</b>	ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ	44

	ΧΩΡΙΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ	20
--	--------------------------	----

Πίνακας 7. Διαχωρισμός των ατόμων όπου ακολούθησαν φαρμακευτική αγωγή.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ		
		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	
	ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ	
	ΑΥΠΝΙΕΣ	
	ΨΥΧΩΣΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	20
	ΓΥΝΑΙΚΑ	24
ΓΛΩΣΣΑ	ΑΡΑΒΙΚΑ	24
	ΦΑΡΣΙ	13
	ΓΑΛΛΙΚΑ	7
ΣΥΝΟΛΟ ΝΟΣΗΛΕΙΩΝ		5
ΓΛΩΣΣΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΟΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ	ΑΡΑΒΙΚΑ	1
	ΦΑΡΣΙ	2
	ΓΑΛΛΙΚΑ	2
ΛΟΓΟΙ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΙ ΙΔΕΑΣΜΟΙ	
	ΑΠΟΠΕΙΡΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ	
ΣΥΝΗΘΗ ΦΑΡΜΑΚΑ	QUETIAPINE FUMARATE	
	MIRTAZAPINE	
	ESCITALOPAM OXALATE	
ΜΗ ΣΥΝΗΘΗ ΦΑΡΜΑΚΑ	ZOLOFT	
	SEROPRAM	
	BROMAZEPAM	
	LITHIUM CARBANATE	

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι τα ψυχιατρικά περιστατικά όπου τους χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή είναι, καταθλιπτική διαταραχή, μετατραυματικό στρες, απνίες και ψυχωσικά επεισόδια. Από τα 44 περιστατικά τα 5 χρειάστηκαν νοσηλεία. Τα άτομα τα οποία νοσηλεύτηκαν ήταν τόσο άνδρες όσο και γυναίκες. Οι γλώσσες όπου μιλούσαν είναι, αραβικά, γαλλικά και φαρσί. Οι λόγοι όπου νοσηλεύτηκαν είναι, οι αυτοκτονικοί ιδεασμοί και απόπειρα αυτοκτονίας. Τα κύρια φάρμακα όπου χορηγήθηκαν ήταν το Quetiapine Fumarate, το Mirtazapine και το Escitalopam Oxalate. Με λιγότερη συχνότητα αλλά χρησιμοποιήθηκαν είναι, το Zoloft, το Seropram, το Bromazepam και το Lithium Carbanate.

## 8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο κύριος στόχος της διπλωματικής αυτής ήταν να γίνει διαπίστωση των ιατρικών αναγκών των προσφύγων όπου διαμένουν στην δομή φιλοξενίας του Κουτσόχερου στο Νομό Λάρισας. Μέσα από την ερευνητική μελέτη, τους μήνες όπου διήρκησε καταγράφηκαν πόσα άτομα επισκέφθηκαν τα δύο νοσοκομεία και ποιες ειδικότητες ώστε να βγάλουμε συμπέρασμα για τις ιατρικές ανάγκες που έχουν. Πέρα από τις ειδικότητες, πραγματοποιήθηκε και μία ξεχωριστή ανάλυση για τα άτομα τα οποία ανήκουν σε ψυχιατρικά περιστατικά και αναλύθηκαν αυτά τα οποία τους χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή.

Επιπρόσθετα, έγινε ανάλυση ώστε να γίνει διαχωρισμός με βάση τα νοσοκομεία όπου επισκέφθηκαν. Παρατηρήσαμε ότι σε όλες τις ειδικότητες, η πλειοψηφία βρίσκεται στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο πέρα από συγκεκριμένες ειδικότητες όπου ήταν στο γενικό νοσοκομείο η αυξημένη επισκεψιμότητα σε σύγκριση με το πανεπιστημιακό. Όσον αφορά το φύλο, παρατηρούμε επίσης μία προτίμηση προς το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο σε σχέση με το Γενικό. Ομοίως και για τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά των προσφύγων, η ηλικία και η γλώσσα.

Το μεταναστευτικό φαινόμενο όπου προκάλεσε ο πόλεμος στη Συρία χαρακτηρίζεται ως η μεγαλύτερη ανθρωπιστική κρίση όπου επηρέασε την κοινωνία και την ευημερία των κρατών. Μελέτες για τις επιπτώσεις της μετανάστευσης έχουν φανεί χρήσιμες για την διαφύλαξη της υγείας τους. Σημαντικό κομμάτι αφορά η εκμετάλλευση και κακοποίηση, όπου έρχονται αντιμέτωποι άνθρωποι ανεξαρτήτως ηλικίας και φύλου με ποικίλες επιπτώσεις στην σωματική και στην ψυχική τους υγεία. Όσον αφορά το κομμάτι της ψυχικής υγείας θα πρέπει να διαλογιστούμε κατά πόσο εφαρμόζονται τα μέτρα πρόληψης και ανακούφισης. Η ψυχική υγεία των προσφύγων θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για τις ιατρικές ανάγκες τους, όχι μόνο γιατί βίωσαν συνθήκες πολέμου, θάνατο, αποχωρισμό από τον τόπο τους, δυσπρόσιτο ταξίδι μετακίνησης προς τη χώρα φιλοξενίας αλλά γιατί βιώνουν στη χώρα όπου εισέρχονται ως πρόβλημα για την κοινωνία. Τα κέντρα όπου φιλοξενούνται είναι απομακρυσμένα και ξεκομμένα από την κοινωνία όπως είναι και αυτό όπου πήραμε το δείγμα μας, το κέντρο φιλοξενίας του Κουτσόχερου, μη έχοντας επαφή με την υπόλοιπη κοινωνία και στερώντας τους το δικαίωμα συμμετοχής στη μάθηση, στην άθληση και γίνεται ακόμα πιο έντονο το πρόβλημα της ψυχικής τους υγείας. Υπάρχει μια επιβράδυνση των πραγμάτων για υποδομές όπου έχουν σχέση με τη στέγαση και τη σίτιση τους από τις κυβερνήσεις, ενώ η ΜΚΟ έχει αναλάβει το μεγαλύτερο κομμάτι για την κάλυψη αυτών των αναγκών. Μέσα όμως από την έλλειψη αυτή αυξάνονται οι ιατρικές τους ανάγκες.

Παρατηρούμε ότι μεγάλο κομμάτι των προσφύγων επισκέπτεται δημόσιο σύστημα υγείας, το οποίο επιβαρύνει με ιατρικές και φαρμακευτικές δαπάνες όπου έρχεται σε συμφωνία με την έρευνα του Dooceyetal, 2016. Μέσα από την μελέτη μας, επιβεβαιώνεται για άλλη μια φορά η δυσχερής

κατάσταση της υγείας των προσφύγων καθώς παρατηρούμε τις πολλές ειδικότητες όπου επισκέφθηκαν μέσα στο διάστημα των 5 μηνών και την ανάγκη τους για ιατρική περίθαλψη. Σημείο αναφοράς είναι η αυξημένη επισκεψιμότητα των γυναικών στον γυναικολόγο ή στο μαιευτικό τμήμα, δεν είναι τόσο η εγκυμοσύνη το πρόβλημα και η αύξηση του πληθυσμού τους αλλά το πως έχει προέλθει η σύλληψη. Δυστυχώς, βιβλιογραφικά έχει δείχθει ότι στην πλειοψηφία τους, οι εγκυμοσύνες αυτές, έχουν προέλθει μέσα από κακοποίηση/βιασμό κατά την διάρκεια του ταξιδιού τους ή και μέσα στα κέντρα φιλοξενίας, οπότε είναι και ανεπιθύμητες. Πέρα από την εγκυμοσύνη, ο τρόπος σύλληψης το πιο πιθανό είναι να φέρει και επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των γυναικών. Αυξημένη είναι και η επισκεψιμότητα στον παιδίατρο, το οποίο είναι ένα θετικό φαινόμενο καθώς μπορεί τα άτομα τα ίδια να θεωρούν πως δεν έχουν ανάγκη από ιατρική περίθαλψη αλλά φροντίζουν για την υγεία των παιδιών τους. Παράλληλα, η αυξημένη επισκεψιμότητα στον παιδίατρο μπορεί να έχει σχέση και με την αύξηση των γεννήσεων. Επιπλέον, η επίσκεψή τους σε ειδικότητες όπου σχετίζονται άμεσα με τις μη σωστές διατροφικές συνήθειες, δείχνουν την έλλειψη γνώσης αλλά και πρόσβασης σε δομές. Όσον αφορά το κομμάτι της ψυχικής υγείας, πρέπει να σχεδιαστούν δομές όπως αναφέρει η Sabinetal, 2006 καθώς η ανάγκη είναι αυξημένη, αυτοκτονικές τάσεις και ιδεασμοί, κατάθλιψη ακόμη και αϋπνίες πλήττουν τα άτομα αυτά.

Σε συνάρτηση με άλλες έρευνες διαπιστώνουμε ότι τα αποτελέσματα μας έρχονται σε συνάφεια, συγκεκριμένα έρευνα του Taghrid et al 2007 αναφέρει ότι οι γυναίκες έχουν χειρότερη σχέση με την υγεία σε σχέση με τους άντρες, το οποίο έρχεται σε συνάφεια με τα δικά μας αποτελέσματα καθώς παρατηρούμε ότι το ποσοστό των γυναικών είναι πολύ μεγαλύτερο από αυτό των ανδρών. Σε πρόσφατη μελέτη, ο Nikolaidis et al 2017 σχετικά με τις ψυχικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ατόμων και συγκεκριμένα των ανήλικων παιδιών είχαν από ήπια μέχρι σοβαρά ψυχικά προβλήματα και περίπου το 45% εμφάνιζε βίαιη και επιθετική συμπεριφορά, ενώ η παραβατική συμπεριφορά με την χρήση ουσιών ήταν σε χαμηλό ποσοστό, κάτι το οποίο έρχεται σε συνάφεια, τόσο από τις επισκέψεις στα ιατρεία όπου δεν ήταν για χρήση ουσιών αλλά και από την επισκεψιμότητα στην ψυχιατρική κλινική. Σε έρευνα όπου διεξήχθη σε πρόσφυγες στην Ιορδανία, Gammouh et al, βρέθηκε ότι το 1/3 εξ αυτών έπασχε από κατάθλιψη, κάτι το οποίο διαπιστώνουμε και μέσα από την συγκεκριμένη ερευνητική διπλωματική. Όμοια αποτελέσματα παρουσίασαν στις έρευνες τους οι Fazel et al 2011 και Fazel et al 2005.

Τέλος, όσον αφορά το κέντρο φιλοξενίας του Κουτσόχερου Λάρισας όπου αποτέλεσε και το αντικείμενο της έρευνας, είναι απαραίτητο, η ύπαρξη προγραμμάτων απασχόλησης και ενημέρωσης των διατροφικών συνηθειών και υγείας. Η πλειοψηφία των ατόμων όπου διαμένουν εκεί είναι νεαρά άτομα, τα οποία για το νεαρό της ηλικίας τους οι ιατρικές τους ανάγκες είναι αυξημένες. Οι πρόσφυγες, φέρουν μαζί και τον πολιτισμό τους, συμπεριφορές αλλά και τις διατροφικές τους

συνήθειες, οι οποίες είναι διαφορετικές για τα ελληνικά δεδομένα. Για παράδειγμα, η αυξημένη κατανάλωση ζάχαρης και αλατιού φέρει επιπτώσεις στην υγεία τους, οπότε ο σχεδιασμός προγράμματος πρόληψης είναι προαπαιτούμενος. Γενικότερα, θα πρέπει να υπάρξει μία ευαισθητοποίηση και κινητοποίηση των δημόσιων φορέων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων ώστε να υπάρξει μείωση των περιστατικών και σε συνέχεια των δημόσιων δαπανών όπου φέρουν.

## 9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Clayton J., Holland H. Over one million sea arrivals reach Europe in 2015. 2015. <http://www.unhcr.org/news/latest/2015/12/5683d0b56/million-seaarrivals-reach-europe-2015.html>. Accessed 1 June 2017.
2. IOM - Migration Flows to Europe – 2017 – Quarterly Overview – March. [http://migration.iom.int/docs/Q1\\_2017\\_statistical\\_Overview.pdf](http://migration.iom.int/docs/Q1_2017_statistical_Overview.pdf).
3. Commission Européenne. EU–Turkey statement: questions and answers. [http://europa.eu/rapid/press-release\\_MEMO-16-963\\_fr.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-16-963_fr.htm). Accessed 1 June 2017.
4. Reuters. EU resettled some 15,000 refugees out of a planned 160,000. <https://www.rt.com/news/376753-eu-refugee-resettlement-plan/>. Accessed 1 June 2017.
5. UNHCR. Desperate Journeys. Bur Eur. 2017;9. <http://www.unhcr.org/news/updates/2017/2/58b449f54/desperate-journeys-refugees-migrants-enteringcrossing-europe-via-mediterranean.html>.
6. Hassan G, Ventevogel P, Jefee-Bahloul H, Barkil-Oteo A, Kirmayer LJ. Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict. *EpidemiolPsychiatr Sci*. 2016;25:129–41.
7. Pathways to Wellness. Refugee Health Screener - 15. [http://refugeehealthta.org/wp-content/uploads/2012/09/RHS15\\_Packet\\_PathwaysToWellness-1.pdf](http://refugeehealthta.org/wp-content/uploads/2012/09/RHS15_Packet_PathwaysToWellness-1.pdf).
8. Quosh C, Eloul L, Ajlani R. Mental health of refugees and displaced persons in Syria and surrounding countries: a systematic review. *Intervention*. 2013; 11:276–94. [https://www.interventionjournal.com/sites/default/files/Mental\\_health\\_of\\_refugees\\_and\\_displaced\\_persons\\_in.5.pdf](https://www.interventionjournal.com/sites/default/files/Mental_health_of_refugees_and_displaced_persons_in.5.pdf).
9. Νάσκου-Περράκη Π., «Η μετανάστευση, η διαπολιτισμικότητα και οι διεθνείς οργανισμοί», στο Δ. Συρρή (επιμ.), *Συμβιώνοντας με τη Μετανάστευση*, Ιανός, Θεσσαλονίκη, 2011, σελ. 66-72.
10. Papastavridis E., “ ‘Fortress Europe’ and FRONTEX: Within or Without International Law?”, *Nordic Journal of International Law*, Vol. 79(1), (2010), pp. 75-111: note 30.
11. Καταστατικό της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες, <http://www.unhcr.org/gr/wp-content/uploads/sites/10/2018/01/UNHCRstatute.pdf>
12. Αστυν. Α΄ Αδάμ Παραδεισιάνου, «Το Φαινόμενο της Μετανάστευσης» [http://www.astynomia.gr/index.php?option=ozo\\_content&perform=view&id=1852&Itemid=](http://www.astynomia.gr/index.php?option=ozo_content&perform=view&id=1852&Itemid=)
13. Παπαδοπούλου Δ. (2009) «Η επίδραση της νόμιμης διαμονής στην κοινωνική ένταξη των μεταναστών στην Ελλάδα», Πάντειο Πανεπιστήμιο, Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη 2009, Πλήρης ηλεκτρονική πρόσβαση στο: [http://www.epeksa.gr/assets/variousFiles/file\\_3.%20Papadopoulou.pdf](http://www.epeksa.gr/assets/variousFiles/file_3.%20Papadopoulou.pdf)



14. Μπάγκαβος Χ. και Παπαδοπούλου Δ. (2002) «Μεταναστευτικές τάσεις και Ευρωπαϊκή Μεταναστευτική Πολιτική», ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΓΣΕΕ /ΑΔΕΔΥ, Αθήνα, 2002, πλήρης ηλεκτρονική πρόσβαση στο: [https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2014/02/files/MELETH\\_15.pdf](https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2014/02/files/MELETH_15.pdf)
15. Παπαδάκη Ό. Γ. και Παπαδάκη Ε. (2011), «Η πολιτική διαχείρισης των μεταναστευτικών ροών προς την Ευρωπαϊκή Ένωση και την Ελλάδα.» Μάιος 2011, Πλήρησηλεκτρονικήπρόσβασηστο:  
[http://www.prd.uth.gr/sites/GS\\_RSAI/CONFERENCE\\_MAY2011\\_SITE/PAPERS\\_MAY2011\\_PDF\\_CD/PAPADAKI\\_GIOTI\\_O\\_PAPADAKI\\_E\\_43.pdf](http://www.prd.uth.gr/sites/GS_RSAI/CONFERENCE_MAY2011_SITE/PAPERS_MAY2011_PDF_CD/PAPADAKI_GIOTI_O_PAPADAKI_E_43.pdf)
16. Convention relating to the Status of Refugees, Article 5
17. WHO, UNHCR. Assessing mental health and psychosocial needs and resources: toolkit for humanitarian settings. Geneva: World Health Organization, 2012.  
[http://www.who.int/mental\\_health/resources/toolkit\\_mh\\_emergencies/en/](http://www.who.int/mental_health/resources/toolkit_mh_emergencies/en/)
18. Μάντζαρη Δ., «Το Συνταγματικό Δικαίωμα στην Υγεία», Διπλωματική Εργασία, ΕΚΠΑ, Αθήνα, 2007.
19. Testaetal, 2016
20. WHO, 2011.
21. Sharma. S., (2016). Impact of Globalization on Mental Health in Low- and Middleincome countries. *Psychology and Developing Societies*. 28(2) p. 251-279.
22. Daynes L., (2016). The impacts of the refugee crisis: a medical charity perspective. *Clinical Medicine*, Vol 16, No 5: 437-40.
23. Mercy Corps and Norwegian Refugee Council (2016): Don't forget us: Voices of young refugees and migrants in Greece.
24. Monasta, L., Anderson, N. Leodogar, J. R., Theol, D & Cockcroft, A (2008). Minority health and small numbers Epidimiology: A case study of Living Conditions and the Health of children in 5 Foreign Roma camps in Italy. *American Journal of public Health / Peer Reveiwed / Research and Practice /* , 98(11). 2035-2041.
25. Tabbaa, D, &Seimenis, A, (2013). Population displacements as a risk factor for the emergence of epidemics. *VeterinariaItaliana* 49 (1), p.19-23
26. Krieger, J., & Higgins, D.L., (2002). Housing and health: time again for public health action. *Am J Public Health*, 92(5), 758–768.
27. Jensen, T. K., Fjermestad, K. W., Granly, L. &Wilhelmsen, N. H., (2015). Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum-seeking children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 20(1) p. 106 –116. DOI: 10.1177/1359104513499356.

28. Monasta, L., Andersson, N. Ledogar, J. R., Theol, D. & Cockcroft, A. (2008). Minority Health and Small Numbers Epidemiology: A Case Study of Living Conditions and the Health of Children in 5 Foreign Roma Camps in Italy. *American Journal of Public Health | Peer Reviewed | Research and Practice |* , 98(11). 2035-2041
29. UNHCR, (2017). Update on Europe's refugee emergency response #34
30. Spengler, J.D, Samet, J.M., (2003). Indoor environments and health: moving into the 21st century. *Am J Public Health.* 93(9), p.1489–1493
31. Hershey, L. C., Doocy, S., Anderson, J., Haskew, C., Spiegel, P., & Moss, J. W., (2011). Incidence and risk factors for Malaria, pneumonia and diarrhea in children under 5 in UNHCR refugee camps: A retrospective study. *Conflict and Health*, 5:24 DOI: 10.1186/1752-1505-5-24
32. Anderson, J. J. B., and Nieman, D. C., (2016). Diet Quality—The Greeks Had It Right. *Nutrients* 8, 636. doi:10.3390/nu8100636
33. Marita C., & Marguerite M. (2005). The Mediterranean Diet: Is It Cardioprotective? *Progress in Cardiovascular Nursing.* 20(2),p 70–76. DOI: 10.1111/j.0889-7204.2005.04558.x
34. Ahmed, T., Hossain, M., & Sanin, K. I., (2012). Global Burden of Maternal and Child Undernutrition and Micronutrient Deficiencies. *Ann Nutr Metab.*61(suppl 1):8–17. doi: 10.1159/000345165.
35. Stoltzfus, R.J., (2011). Iron Interventions for Women and Children in Low-Income Countries. *The Journal of Nutrition.* vol. 141(4), p.756S-762S. doi:10.3945/jn.110.128793
36. Moazzem Hossain, S. M., Leidman, E., Kingori, J., Al Harun, A., & Bilukha, O. O., (2016). Nutritional situation among Syrian refugees hosted in Iraq, Jordan, and Lebanon: cross sectional surveys. *Conflict and Health.* 10:26. DOI: 10.1186/s13031-016-0093-6.
37. Dawson-Hahn, E. Pak-Gorstein, S., Hoopes, A. J., & Matheson, J., (2016). The Nutritional Health of Young Refugee Children Resettling in Washington State. *Migration Policy Institute*
38. Bilukha, O.O., Jayasekaran, D., Burton, A., Faender, G., King'ori, J., Amiri, M., Jessen, D., Leidman, E., (2014). Centers for Disease Control and Prevention *Morbidity and Mortality Weekly Report* 63. No 29, p.638-639
39. Dursun, O. B., Şengül, F., Esin, I. S., Demirci, T., Yücel, N., & Ömezli, M. M., (2016). Mind Conduct disorders in children with poor oral hygiene habits and attention deficit hyperactivity disorder in children with excessive tooth decay. *Arch Med Sci.* 12(6), p. 1279–1285
40. Reza, M., Amin, MS., Sgro, A., Abdelaziz, A., Ito, D., Main, P., Azarpazhooh, A., (2016). Oral Health Status of Immigrant and Refugee Children in North America: A Scoping Review. *J Can Dent Assoc.* 82:g3, p. 1-18.
41. WHO, 2016

42. Ferdi, N. E. H., Abia, K., Chenchouni, H., (2016). Effect of Socioeconomic Factors and Family History on the Incidence of Diabetes in an Adult Diabetic Population from Algeria. *Iran J Public Health*, Vol. 45, No.12, pp.1636-1644.
43. Agyemang, C., Goosen, S., Anujuo, K., &Ogedegbe, G., (2011). Relationship between post-traumatic stress disorder and diabetes among asylum seekers in the Netherlands. *European Journal of Public Health*, Vol. 22, No. 5, 658–662. doi:10.1093/eurpub/ckr138.
44. Harry Minas. (2016). *Mental Health and Cardiovascular Disease Risk in Refugees*. ResearchGate. DOI: 10.1007/978-981-287-206-7\_34
45. Figueroa-Munoz, J. I., &Pilar Ramon-Pardo, P., (2008). Tuberculosis control in vulnerable groups. *Bulletin of the World Health Organization*. 86(9). p. 657-736.
46. Catherine A. Hankins, C. A., Friedman, S. R., Zafar, T., &Strathdee, S. A., (2002). Transmission and prevention of HIV and sexually transmitted infections in war settings: implications for current and future armed conflicts. *AIDS*. 16(17), p. 2245–2252.
47. Patel, S., Schechter, M. T., Sewankambo, N. K., Atim, S., Kiwanuka, N., &Spittal, P. M., (2014). Lost in Transition: HIV Prevalence and Correlates of Infection among Young People Living in Post-Emergency Phase Transit Camps in Gulu District, Northern Uganda. *PLoS ONE*. 9(2): e89786. doi: 10.1371/journal.pone.0089786.
48. Spiegel, P. B., (2004). HIV/AIDS among Conflict-affected and Displaced Populations: Dispelling Myths and Taking Action. *Disasters*, 28(3), p. 322-339
49. Liza Ramrayka, 13/06/2016. *The Quiet Crisis Of Europe’s Pregnant Refugees*
50. Ellsberg, M., &Emmelin, M., (2014). Intimate Partner Violence and Mental Health. *Global Health Action*. 7. Doi: 10.3402/gha.v7.25658
51. Stewart, D. E., Gagnon, A., Saucier, JF., Wahoush, O. & Dougherty, G., (2008). "Postpartum Depression Symptoms in Newcomers." *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53 (2): 121-124.
52. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights*. 2015 Oct 28;15:29. doi: 10.1186/s12914-015-0064-9.
53. WHO Regional Bureau for Europe. Policy brief on migration and health: mental health care for refugees. Copenhagen: World Health Organization, 2015.
54. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005;365:1309–14.
55. Alpak G, Unal A, Bulbul F et al. Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: a cross-sectional study. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2015;19:45–50.
56. Gkionakis N. The refugee crisis in Greece: training border security, police, volunteers and aid workers in psychological first aid. *Intervention* 2016;14:73–9.

57. Syrian Public Health Network. Policy brief - Syria's health: focus on Mental Health. London: Syrian Public Health Network, 2015. [https://syriahealthnetwork.files.wordpress.com/2015/11/syria-mh-policy-brief\\_final.pdf](https://syriahealthnetwork.files.wordpress.com/2015/11/syria-mh-policy-brief_final.pdf)