

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ
ΥΠΟΔΟΧΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ**

**NURSING CARE IN THE RECEPTION CENTERS
OF IMMIGRANTS**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

ΓΚΕΤΑ ΔΙΝΤΙΤΑ

ΚΟΛΛΙΑ ΕΛΕΝΗ

ΚΟΥΓΙΟΥΜΤΖΟΓΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΡΟΜΠΟΛΑΣ ΠΕΡΙΚΛΗΣ

ΠΑΤΡΑ 2013

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όσους συνέβαλαν στην ολοκλήρωσή της. Κατά κύριο λόγο, οφείλουμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες, στον επιστημονικά υπεύθυνο καθηγητή Ρόμπολα Περικλή, ο οποίος προσέφερε το ενδιαφέρον θέμα, για την στήριξη και την εμπιστοσύνη που μας έδειξε δίνοντας μας την δυνατότητα να εκπονήσουμε την πτυχιακή μας εργασία. Τον ευχαριστούμε επίσης για τις πολύτιμες γνώσεις και συμβουλές που μας παρείχε καθ' όλη την διάρκεια της εργασίας.

Για την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας, ήταν απαραίτητη η διεκπεραίωση έρευνας σε πέντε κέντρα κράτησης μεταναστών της Αττικής. Οι μετανάστες και πρόσφυγες στη χώρα μας αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα υγείας και πρόνοιας, τα οποία συσχετίζονται αντικειμενικά με την ταξική τους θέση στο εκμεταλλευτικό κοινωνικό - οικονομικό σύστημα, με τις πολιτικές που εφαρμόζονται, αλλά και με τις καταστάσεις που βιώνουν μέχρι να έρθουν στη χώρα μας. Πολλοί από αυτούς, φτάνουν στην Ελλάδα με την υγεία τους ήδη επιβαρημένη, προερχόμενοι από χώρες με καθυστερημένη καπιταλιστική ανάπτυξη, που βρίσκονται υπό κατοχή ή σε εμπόλεμη κατάσταση, όπου κυριαρχεί η φτώχεια και η εξαθλίωση. Τα συστήματα υγείας σε αυτές τις χώρες είναι τελείως διαλυμένα ή και ανύπαρκτα. Ακόμη και όσοι προέρχονται από χώρες που οικοδομούνταν ο σοσιαλισμός, με συστήματα υγείας που ήταν ιδιαίτερα ανεπτυγμένα, καθολικά και δωρεάν, μετά την καπιταλιστική παλινόρθωση στο μεγαλύτερο μέρος τους ιδιωτικοποιήθηκαν, με αποτέλεσμα την επιδείνωση της υγείας αυτού του πληθυσμού. Παραδείγματος χάρη στη Βουλγαρία, μετά τις ανατροπές το 1991-1992, παρατηρείται μία βίαιη κατάρρευση των δημογραφικών δεδομένων. Το προσδόκιμο όριο ζωής υποχώρησε κατά 2 ή 3 έτη, οι γεννήσεις μειώθηκαν έως το 1,1 παιδιά για κάθε γυναίκα σε παραγωγική ηλικία (1997), η θνησιμότητα στα παιδιά έως πέντε ετών ανέβηκε στο 32 τοις χιλίοις, ενώ η θνησιμότητα ανέβηκε τρεις περίπου μονάδες (από 13 τοις χιλίοις σε 16). (Γκέλνερ , 2008)

Επιπλέον, η ίδια η δοκιμασία της φυγής και της διαδρομής προς μια άλλη χώρα δημιουργεί δεκάδες απειλές για την υγεία τους και τη σωματική τους ακεραιότητα. Πολλοί πεθαίνουν ή μένουν ανάπηροι στην προσπάθεια να φτάσουν στις χώρες προορισμού, μπαίνοντας σε ναρκοπέδια και κινδυνεύοντας στη θάλασσα, ακόμα και μέσα σε φορτηγά ψυγεία που χρησιμοποιούν οι διακινητές. Ζουν με το συνεχή φόβο και την τρομοκρατία, λόγω του καθεστώτος παρανομίας και του σύμφυτου με τον καπιταλισμό εθνικισμού και ρατσισμού. Σοβαρό, επίσης, ρόλο παίζει και ο συχνά βίαιος αποχωρισμός από τις οικογένειές

τους. Η πολιτική των συνόρων, των περιοριστικών μέτρων για τη νομιμοποίηση και την παροχή ασύλου, των επιχειρήσεων «σκούπα», της βίας και του αυταρχισμού σε βάρος των μεταναστών, επιδρούν αρνητικά στην υγεία τους. (Διαμαντούρος, 2000)

Ειδική κατηγορία ως προς τις ανάγκες υγείας αποτελούν οι έγκλειστοι μετανάστες που συλλαμβάνονται, λόγω παράνομης εισόδου στη χώρα και κρατούνται στα ειδικά κέντρα διοικητικής κράτησης, αλλά ακόμη και σε κρατητήρια αστυνομικών τμημάτων. Αρκετοί ανήκουν στην κατηγορία του πρόσφυγα και θα έπρεπε να έχουν πρόσβαση στις διαδικασίες ασύλου, πράγμα που σπάνια και μόνο μετά από πιέσεις γίνεται. Μεταξύ των κρατουμένων μεταναστών περιλαμβάνονται ολόκληρες οικογένειες, γυναίκες έγκυες ή με μωρά παιδιά. Μέχρι πρόσφατα η διοικητική κράτηση με σκοπό την απέλαση μπορούσε να διαρκέσει μέχρι 3 μήνες. Με τροπολογία που ψήφισε η κυβέρνηση της Ελλάδας το έτος 2009 ο χρόνος κράτησης παρατάθηκε μέχρι και 12 μήνες. Η αντιπολίτευση, που τον Οκτώβρη του ίδιου έτους αναδείχθηκε κυβέρνηση, δεν έχει δεσμευτεί ότι θα την καταργήσει, ενώ υπάρχει οδηγία της Ε.Ε. που παρατείνει το χρόνο διοικητικής κράτησης μέχρι 18 μήνες.

Οι εικόνες που κατά καιρούς έρχονται στη δημοσιότητα για τις συνθήκες που επικρατούν στα περισσότερα κέντρα κράτησης, με αρκετούς μετανάστες να πάσχουν από δερματικές ασθένειες, περιλαμβάνουν: λύματα από τις χαλασμένες αποχετεύσεις, πολλαπλάσιοι κρατούμενοι από τη χωρητικότητα, απαράδεκτες συνθήκες καθαριότητας και υγιεινής, απουσία προαυλισμού, απουσία βασικού ιατρικού εξοπλισμού, ελλιπής πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, δυσχερής ή αδύνατη παραπομπή στο νοσοκομείο κλπ. Όπου υπάρχει κάποια υποτυπώδης ιατρική παρουσία, αυτή πραγματοποιείται από ΜΚΟ (π.χ. Ιατρική Παρέμβαση). Αντίστοιχες εικόνες εγκατάλειψης και παραμέλησης παρατηρούνται ακόμη και στους ειδικούς χώρους που υποτίθεται ότι «φιλοξενούν» πρόσφυγες (Λαύριο). Δεν είναι τυχαίο ότι παρατηρούνται αυτοκτονίες στα κέντρα κράτησης, συχνά οι μετανάστες εξηγείρονται καίγοντας τα στρώματα κ.λπ. (Αναστασοπούλου, Καλαμπάκου, Μάλλιος, Σπαθής, Τσαουσάκης, Τάκης, Τσιτσελίκης & Χριστόπουλος, 2010)

Η κυβέρνηση της Ελλάδας το έτος 2009 κατήγγησε το κέντρο κράτησης της Παγανής Λέσβου αφήνοντας χωρίς στέγη σε δύσκολες καιρικές συνθήκες, οικογένειες μεταναστών, συγκεκριμένα 190 ανθρώπους, χωρίς να υπάρχει μέριμνα για το πού θα φιλοξενοούνται και πώς θα επιβιώσουν, δίνοντάς τους ένα έντυπο, το οποίο τους ζητούσε να εγκαταλείψουν οικειοθελώς την Ελλάδα σε διάστημα ενός μήνα. Η πλειοψηφία αυτών των μεταναστών καταλήγει συνήθως σύμφωνα με την Βαρουξή (2007), στο κέντρο της Αθήνας, να κοιμάται

στις πλατείες ή να βρίσκει καταφύγιο κάτω από απάνθρωπες συνθήκες σε εγκαταλελειμμένα κτίρια πληρώνοντας μάλιστα και ενοίκιο.

Με αφορμή την ανακοίνωση της παράτασης του χρόνου κράτησης των μεταναστών στους 18 μήνες, τον Αύγουστο του 2013 κρατούμενοι στο κέντρο υποδοχής ανηλίκων στην Αμυδαλέζα προχώρησαν σε εξέγερση. Τα επεισόδια πήραν μεγάλες διαστάσεις, αφού δέκα αστυνομικοί τραυματίστηκαν, δέκα κρατούμενοι κατάφεραν να αποδράσουν και οκτώ κοντέινερ κάηκαν ολοσχερώς. (Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία, 2013) Μετά από καταγγελία σε συνέντευξη τύπου αντιπροσωπείας κόμματος της αντιπολίτευσης, πως για τρίτη φορά μετά την εξέγερση δεν επιτράπηκε η επίσκεψη στον χώρο, με την δικαιολογία πως δεν έχουν ολοκληρωθεί ακόμα τα έργα αποκατάστασης στο στρατόπεδο, αναδείχθηκε ο παράνομος χαρακτήρας των κέντρων κράτησης. Εκτός των άθλιων συνθηκών διαβίωσης που επικρατούν στα κέντρα κράτησης, σύμφωνα με το άρθρο 30 του νόμου 3907/2011, η κράτηση των προς επιστροφή μεταναστών επιτρέπεται μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις. (Αγγελίδης, 2013)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο πρωταρχικός σκοπός του επαγγέλματος της νοσηλευτικής είναι η παροχή φροντίδας στον ασθενή, φυσική ή συναισθηματική για την αποκατάσταση της υγείας του, αναπτύσσοντας έτσι μια διαπροσωπική σχέση με εκείνον. Πολλοί διαφορετικοί παράγοντες, όπως το ότι αποτελεί την κύρια είσοδο για την Ευρώπη, έχουν ως αποτέλεσμα μεγάλες ροές λαθρομεταναστών στην Ελλάδα. Τις δύο τελευταίες δεκαετίες έχουν περάσει τα σύνορα εκατοντάδες μετανάστες. Οι μετανάστες αυτοί κινδυνεύουν να χάσουν την ζωή τους κατά την προσπάθειά τους να εισέλθουν στην Ελλάδα, να πέσουν θύματα δουλεμπόρων και ρατσιστών, καθώς και να απελαστούν. Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει προβεί στην θέσπιση νόμων για την διευθέτηση του ζητήματος, ενώ έχει μεριμνήσει για δωρεάν υγειονομική περίθαλψη σε μερικά από τα κράτη μέλη. Στην Ελλάδα συλλαμβάνονται και οδηγούνται σε Κέντρα Υποδοχής Μεταναστών, όπου επικρατούν απάνθρωπες συνθήκες διαβίωσης και πολλοί πάσχουν από ασθένειες που είχαν χρόνια να εμφανιστούν στην χώρα μας. Για τον λόγο αυτό, προχωρήσαμε στην διεκπεραίωση έρευνας στα κέντρα υποδοχής με σκοπό να δούμε ιδίως όμμασι τις συνθήκες διαβίωσης και παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που προσφέρεται σε αυτούς τους ανθρώπους. Η Ε.Ε. προχώρησε στην συγγραφή του κανονισμού Δουβλίνο II, ο οποίος σχετίζει το άσυλο με την πρώτη ευρωπαϊκή χώρα εισόδου του μετανάστη. Ο κανονισμός αυτός στην Ελλάδα δεν μπορεί ουσιαστικά να εφαρμοστεί με χιλιάδες αιτήσεις ασύλου να εκκρεμούν, ενώ έχουν θεσπιστεί νομικά πλαίσια για την περίθαλψή τους. Οι απόψεις των νοσηλευτών για την περίθαλψη των μεταναστών δίστανται αλλά είναι καθήκον τους να τους περιθάλψουν χωρίς διακρίσεις, με τα κέντρα υποδοχής να καθιστούν απαραίτητη την ύπαρξή τους σε αυτά, καθώς οι ανάγκες φροντίδας είναι τεράστιες. Η προώθηση της οικονομικής μετανάστευσης θα πρέπει να συσχετίζεται με τις ανάγκες της αγοράς εργασίας στην Ε.Ε. Το μεταναστευτικό ζήτημα στην Ελλάδα όμως, αποτελεί δυσβάσταχτο βάρος για τα συστήματα υγείας, αφού ο αριθμός των νόμιμων και παράνομων μεταναστών που έχουν δωρεάν πρόσβαση στα συστήματα υγείας είναι τεράστιος. Ανάλογα με το ποσοστό των μεταναστών σε μία χώρα, παρατηρείται αύξηση δραστηριοτήτων που στοχεύουν στην βελτίωση της υγείας τους. Στην Ελλάδα όμως, με την κυριαρχούσα νοοτροπία, η κοινωνία δεν είναι υποχρεωμένη να προσαρμοστεί στην παρουσία τους.

SUMMARY

The primary intention of the nursing profession is the physically or emotionally occupation offer to the patient for his rehabilitation, by developing an interpersonal relationship with him. Enormous numbers of illegal immigrants come in Greece due to many factors, such as that Greece constitutes the main entrance in Europe. In two last decades hundreds immigrants passed our frontier lines. These immigrants are in danger of losing their life by making efforts to penetrate in Greece, to become victims of slave-traders or of racists and of course to deport. The European Union has decreed laws in order to arrange this issue, in addition E.U. has concerned for freely healthcare in some member-countries. In Greece immigrants directed in Centers Reception of Immigrants, where dominate cruel living conditions and many suffer from disease that have appeared for years in our country. For this reason, we proceeded to completion research in the reception centers in order to see the living conditions and medical assistance offered to these people. The E.U. have written the regulation of Dublin II, which combine the asylum with the first European entrance country of immigrant. This regulation in Greece substantially cannot be adapted; as a result thousands applications asylum are abeyant. On the contrary there have been applied laws for their tender care. Nurse's opinion for tender care of immigrants is a controversial subject, but it is their duty to look after them without discriminations. Center Receptions establish necessary their existence because the needs of caring are huge. The propulsion economic immigration should associate with the needs of job market in E.U. The immigrant issue in Greece composes anxious problem health systems because of the vast number of legal and illegal immigrants that have free access in health systems. In proportionate with the percentage of immigrants in a country it is observed boost of activities that specialized in the improvement of their health. In Greece though, with the dominant attitude, the society is not obligated to adapt for their appearance.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
SUMMARY.....	6
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

1.1. Ο Κλάδος της νοσηλευτικής.....	14
1.2. Σκοπός της νοσηλευτικής	14
1.3. Η νοσηλευτική ως επάγγελμα	15
1.4. Ρόλος και καθήκοντα του νοσηλευτή	16
1.5. Η νοσηλευτική δεοντολογία	19
1.6. Κώδικας ηθικής νοσηλευτών	20
1.7. Πανανθρώπινες αξίες και νοσηλευτική	22
1.8. Νοσηλευτική και ανθρώπινα δικαιώματα	23
1.9. Ορισμός υγείας και μετανάστευση	26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΤΟ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΟ ΖΗΤΗΜΑ ΣΤΗΝ Ε. Ε.

2.1. Η λαθραία μετανάστευση ως κοινωνικό πρόβλημα	28
2.2. Η λαθραία μετανάστευση στις χώρες της Ε.Ε.	29
2.3. Περίθαλψη των λαθρομεταναστών στην Ε.Ε.	31
2.4. Η σημερινή πραγματικότητα	31
2.5. Ηθικοί ενδοιασμοί του επαγγελματία νοσηλευτή	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΤΟ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΟ ΖΗΤΗΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1. Η λαθραία μετανάστευση στην Ελλάδα	34
3.2. Περίθαλψη των λαθρομεταναστών στην Ελλάδα	35
3.3. Εφαρμογή του Δουβλίνου ΙΙ στην Ελλάδα	36
3.4. Νομικό πλαίσιο σχετικά με την περίθαλψη των λαθρομεταναστών	37

3.5. Ο ρόλος των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων και της Εκκλησίας	39
3.6. Οι γυναίκες και τα παιδιά	41
3.7. Ψυχική υγεία	42
3.8. Ορισμένα ζητήματα πρόνοιας	43
3.9. Η πρόσβαση των μεταναστών στις Υπηρεσίες Υγείας	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΛΑΘΡΟΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ

4.1. Νοσηλευτική και λαθραία μετανάστευση	47
4.2. Οι ανθρώπινες ανάγκες	47
4.3. Ο νοσηλευτικός ρόλος σε κέντρα υποδοχής	48
4.4. Τρόποι προσέγγισης των λαθρομεταναστών	49
4.4.1. Αντιστοίχιση των δεξιοτήτων και των αναγκών	49
4.4.2. Η ένταξη αποτελεί το κλειδί της επιτυχημένης μετανάστευσης	50
4.4.3. Συντονισμός μεταξύ των χωρών της Ε.Ε.	51
4.4.4. Αποδοτική και συνεκτική χρήση των διαθέσιμων μεσών	51
4.4.5. Συνεργασία με χώρες εκτός Ε.Ε.	52
4.5. Νοσηλευτική περίθαλψη	53
4.6. Αγωγή υγείας	54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

5.1. Μεθοδολογία έρευνας	56
5.2. Άδεια - έγκριση για την πραγματοποίηση της έρευνας	56
5.3. Αποτελέσματα της έρευνας	57
5.4. Συμπεράσματα	76
5.5. Προτάσεις	78

ΕΠΙΛΟΓΟΣ	81
----------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	82
--------------------	----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ I Αιτήσεις άδειας και επιστολή	89
--	----

II Ερωτηματολόγιο	95
III Πίνακες	101

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Πλήθος μεταναστών	101
Πίνακας 2: Συνεισφορά Μ. Κ. Ο.	102
Πίνακας 3: Συνθήκες διαβίωσης στα κέντρα υποδοχής μεταναστών	103
Πίνακας 4: Σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων	104
Πίνακας 5: Συμβιβασμός με παραδόσεις και ανάγκες ασθενών	105
Πίνακας 6: Συνεργασία με την διεπιστημονική ομάδα	107
Πίνακας 7: Συνήθη γενικά νοσήματα μεταναστών	108
Πίνακας 8: Συνήθη λοιμώδη νοσήματα μεταναστών	109
Πίνακας 9: Επάρκεια ιατρικού και τεχνολογικού εξοπλισμού	110
Πίνακας 10: Συνεργασία με νοσηλευτικές ομάδες και κέντρα υγείας	111
Πίνακας 11: 24ωρη κάλυψη νοσηλευτικής φροντίδας	112
Πίνακας 12: Ψυχική διάθεση και αποδοτικότητα των εργαζομένων	113
Πίνακας 13: Αποχώρηση από την εργασία	114
Πίνακας 14: Ικανοποίηση από αμοιβή	115
Πίνακας 15: Επάρκεια γνώσεων εργαζομένων	116
Πίνακας 16: Ενδιαφέρον εργαζομένων για παρακολούθηση σεμιναρίων επιμόρφωσης	118
Πίνακας 17: Ανταπόκριση κατοίκων ως προς την δημιουργία των κέντρων	119
Πίνακας 18: Επάρκεια ενημέρωσης κατοίκων ως προς την λειτουργία των κέντρων	120
Πίνακας 19: Στάση μεταναστών απέναντι στους επαγγελματίες υγείας	121
Πίνακας 20: Ψυχολογία ασθενών	121
Πίνακας 21: Παράβλεψη καθηκόντων λόγω έλλειψης χρόνου	122
Πίνακας 22: Προβλήματα επικοινωνίας λόγω της διαφορετικής γλώσσας	124
Πίνακας 23: Καταλληλότητα κέντρων για παιδιά	125
Πίνακας 24: Προσφορά απαραίτητης βοήθειας από την πολιτεία	125
Πίνακας 25: Ύπαρξη σταθμών Α΄ Βοήθειας στα κέντρα	126
Πίνακας 26: Κυριότερες πρακτικές που εφαρμόζονται στους σταθμούς Α΄ Βοηθειών	127
Πίνακας 27: Βιώματα ρατσισμού στα κέντρα υποδοχής	128

Πίνακας 28: Δυσκολία καθηκόντων λόγω περιβάλλοντος	129
Πίνακας 29: Ανάγκες για πρόσληψη επιπλέον προσωπικού στα κέντρα	129
Πίνακας 30: Αναγκαιότητα ύπαρξης κέντρων υποδοχής	130

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Ηλικία εργαζομένων.....	58
Διάγραμμα 2: Φύλο εργαζομένων	58
Διάγραμμα 3: Έτη προϋπηρεσίας εργαζομένων	58
Διάγραμμα 4: Μορφωτικό επίπεδο εργαζομένων	58
Διάγραμμα 5: Ειδικότητα εργαζομένων	59
Διάγραμμα 6: Πλήθος μεταναστών	59
Διάγραμμα 7: Συνεισφορά Μ. Κ. Ο.....	60
Διάγραμμα 8: Συνθήκες διαβίωσης στα κέντρα υποδοχής μεταναστών	61
Διάγραμμα 9: Σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων	61
Διάγραμμα 10: Συμβιβασμός με παραδόσεις και ανάγκες ασθενών	62
Διάγραμμα 11: Συνεργασία με την διεπιστημονική ομάδα	63
Διάγραμμα 12: Συνήθη γενικά νοσήματα μεταναστών	63
Διάγραμμα 13: Συνήθη λοιμώδη νοσήματα μεταναστών	64
Διάγραμμα 14: Επάρκεια ιατρικού και τεχνολογικού εξοπλισμού	65
Διάγραμμα 15: Συνεργασία με νοσηλευτικές μονάδες και κέντρα υγείας	65
Διάγραμμα 16: 24ωρη κάλυψη νοσηλευτικής φροντίδας	66
Διάγραμμα 17: Ψυχική διάθεση και αποδοτικότητα των εργαζομένων	66
Διάγραμμα 18: Αποχώρηση από την εργασία	67
Διάγραμμα 19: Ικανοποίηση από αμοιβή	67
Διάγραμμα 20: Επάρκεια γνώσεων εργαζομένων	68
Διάγραμμα 21: Ενδιαφέρον εργαζομένων για παρακολούθηση σεμιναρίων επιμόρφωσης	69
Διάγραμμα 22: Ανταπόκριση κατοίκων ως προς την δημιουργία των κέντρων	69
Διάγραμμα 23: Επάρκεια ενημέρωσης κατοίκων ως προς την λειτουργία των κέντρων	70
Διάγραμμα 24: Στάση μεταναστών απέναντι στους επαγγελματίες υγείας	70
Διάγραμμα 25: Ψυχολογία ασθενών	71

Διάγραμμα 26: Παράληψη καθηκόντων λόγω έλλειψης χρόνου	71
Διάγραμμα 27: Προβλήματα επικοινωνίας λόγω της διαφορετικής γλώσσας	72
Διάγραμμα 28: Καταλληλότητα κέντρων για παιδιά	72
Διάγραμμα 29: Προσφορά απαραίτητης βοήθειας από την πολιτεία	73
Διάγραμμα 30: Ύπαρξη σταθμών Α΄ Βοηθειών στα κέντρα	73
Διάγραμμα 31: Κυριότερες πρακτικές που εφαρμόζονται στους σταθμούς Α΄ Βοηθειών.....	74
Διάγραμμα 32: Βιώματα ρατσισμού στα κέντρα υποδοχής	74
Διάγραμμα 33: Δυσκολία καθηκόντων λόγω περιβάλλοντος	75
Διάγραμμα 34: Ανάγκες για πρόσληψη επιπλέον προσωπικού στα κέντρα	75
Διάγραμμα 35: Αναγκαιότητα ύπαρξης κέντρων υποδοχής	76

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πλειοψηφία των μεταναστών και προσφύγων εργάζεται σε βαριές ή ανθυγιεινές εργασίες, χωρίς δικαιώματα, με εξαντλητικά ωράρια, με χαμηλές αμοιβές, χωρίς να αμείβονται για την υπερωριακή εργασία, χωρίς άδειες και ανασφάλιστοι. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, οι περισσότερες ερευνητικές εργασίες που ασχολούνται με την υγεία των μεταναστών, εντοπίζουν αυξημένη συχνότητα λοιμωδών νοσημάτων, όπως ηπατίτιδα, φυματίωση και HIV λοίμωξη (AIDS), καρδιαγγειακά νοσήματα και βρογχίτιδα. (Διαμαντούρος, 2000)

Επίσης, ιδιαίτερα σημαντικά είναι τα προβλήματα υγείας και ασφάλειας στον τόπο εργασίας. Σύμφωνα με στοιχεία του ΙΚΑ, το 2006 αντιστοιχούσαν περίπου 6 εργατικά ατυχήματα ανά 1.000 Έλληνες εργαζόμενους. Η συχνότητα των εργατικών ατυχημάτων σε αλλοδαπούς εργαζόμενους είναι αρκετά μεγαλύτερη (9 ατυχήματα ανά 1.000 αλλοδαπούς εργαζόμενους), όπως είναι συχνά και τα θανατηφόρα ατυχήματα. Οι παράγοντες που συνδέονται με την αυξημένη συχνότητα των εργατικών ατυχημάτων στους μετανάστες, αλλά και την επιβάρυνση της υγείας τους γενικότερα, είναι σε γενικές γραμμές η απασχόλησή τους σε πιο επικίνδυνες και πιο ανθυγιεινές δραστηριότητες (μεγαλύτερο ποσοστό απασχόλησης παρουσιάζεται στις κατασκευές και ακολουθούν η οικιακή απασχόληση, οι αγροτικές εργασίες, ο χώρος του εμπορίου και του επισιτισμού και η μεταποίηση), η απουσία μέτρων υγείας και ασφάλειας στους χώρους εργασίας με ευθύνη των εργοδοτών, η έλλειψη εκπαίδευσης στους χώρους εργασίας και τα προβλήματα γλώσσας που δυσκολεύουν την κατανόηση κανόνων και οδηγιών. Από την άλλη, όπως και για τους Έλληνες εργάτες έτσι και για τους μετανάστες, δε γίνεται διάγνωση, καταγραφή και αναγνώριση των επαγγελματικών ασθενειών. Είναι χαρακτηριστική η συχνότητα των κρουσμάτων καρκίνου σε μετανάστες που εργάζονται σε θερμοκήπια, αφού στην πλειοψηφία των περιπτώσεων διαμένουν ταυτόχρονα σ' αυτά ή ζουν χωρίς στέγη και υποδομές υγιεινής. Τραγικά παραδείγματα των συνθηκών διαβίωσης αποτελούν όσα είδαν το φως της δημοσιότητας στη Μανωλάδα Ηλείας και την Άρτα. (Γκέλνερ, 2008)

Η εργασία μας αποτελείται από 5 κεφάλαια με διαφορετικό περιεχόμενο το καθένα. Πιο συγκεκριμένα στο πρώτο κεφάλαιο αναλύουμε την νοσηλευτική ως επάγγελμα. Επικεντρωνόμαστε στους σκοπούς του επαγγέλματος, την νοσηλευτική δεοντολογία και τα καθήκοντα του νοσηλευτή σε παγκόσμιο επίπεδο. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται το μεταναστευτικό πρόβλημα σε ευρωπαϊκό επίπεδο, καθώς μιλάμε για την περίθαλψη των λαθρομεταναστών στα κράτη μέλη της Ε.Ε. και τα κανονιστικά πλαίσια αυτής ως προς το

μεταναστευτικό πρόβλημα. Στο τρίτο κεφάλαιο επικεντρωθήκαμε στο μεταναστευτικό πρόβλημα συγκεκριμένα στην Ελλάδα, μιλώντας για την περίθαλψη των μεταναστών και την εφαρμογή του κανονιστικού πλαισίου στην χώρα μας, καθώς και για το νομικό πλαίσιο που έχει θεσπιστεί για την αντιμετώπιση του μεταναστευτικού ζητήματος. Στο τέταρτο κεφάλαιο συσχετίζουμε το επάγγελμα της νοσηλευτικής με την λαθραία μετανάστευση, αναλύοντας τον ρόλο των νοσηλευτών στα κέντρα υποδοχής μεταναστών που λειτουργούν στην χώρα μας. Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο πραγματοποιήσαμε έρευνα σε πέντε κέντρα υποδοχής μεταναστών της Αττικής, με στόχο την διαπίστωση του τρόπου κράτησης των λαθραίων μεταναστών στα κέντρα αυτά, καθώς και των συνθηκών διαβίωσης και παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που προσφέρεται σε αυτούς τους ανθρώπους

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

1.1. Ο κλάδος της νοσηλευτικής

Νοσηλευτική είναι η τέχνη και επιστήμη υγείας που ασχολείται με την καθημερινή και λεπτομερή φροντίδα των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας για τη πρόληψη, διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας σε όλο το φάσμα των φυσιολογικών βιοψυχοκοινωνικών λειτουργιών της. Ο νοσηλευτής ή η νοσηλεύτρια συνεργάζεται στενά με τον ιατρό και εφαρμόζει στη πράξη τις ιατρικές οδηγίες. Ο νοσηλευτής μπορεί να ασχολείται από την απλή χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και την διαλογή ασθενών, έως και την παροχή βοήθειας στον ιατρό, κατά την αντιμετώπιση σοβαρών τραυμάτων ή χειρουργικών επεμβάσεων. (Βαρουξή, 2007)

1.2. Σκοπός της νοσηλευτικής

Ο κυριότερος σκοπός των περισσότερων νοσηλευτικών υπηρεσιών, είναι η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στους αρρώστους. Ορισμένοι ερευνητές εκλαμβάνουν το πρωταρχικό αυτό σκοπό, σαν διαδικασία νοσηλευτικών παρεμβάσεων και πράξεων, δηλαδή το ό,τι γίνεται για τον άρρωστο. Η θεώρηση των σκοπών εξαρτάται από τις θεωρίες της νοσηλευτικής και τη φιλοσοφία που κυριαρχούν στη νοσηλευτική υπηρεσία. (Διαμαντούρος, 2000)

Επίσης και άλλοι σκοποί δημιουργούνται από τη σύνθεση της νοσηλευτικής και της διοίκησης. Διοικητικές αξίες και μέθοδοι όπως οι σχετικές με την οικονομία και την αποτελεσματικότητα υπεισέρχονται στη νοσηλευτική διοίκηση. Αυτοί οι σκοποί, είναι αποφασιστικοί για την επίτευξη των νοσηλευτικών στόχων. Ενώ, ένας προϊστάμενος επιχείρησης αποβλέπει σε άμεσο οικονομικό κέρδος, ακόμα και στη κατώτερη βαθμίδα, το αντίθετο απαιτείται από την νοσηλευτική. (Λαναρά, 2008)

Στη νοσηλευτική, η διοικητική ικανότητα και η οικονομία, προσπαθούν μαζί όσο το δυνατόν να επιτύχουν τους νοσηλευτικούς σκοπούς σε ποσοτικές ή ποιοτικές παρεχόμενες υπηρεσίες. Αν και οι σκοποί αυτοί είναι αποφασιστικοί και σημαντικοί σε μία κοινωνία που γνωρίζει τους περιορισμούς στους πόρους και τις πηγές της, ο διευθυντής της νοσηλευτικής υπηρεσίας, καλείται να βρει τρόπους κάλυψης των νοσηλευτικών σκοπών με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Επίσης, πρέπει να αναγνωρίζει ότι η υγεία ή η νοσηλευτική φροντίδα αποτελεί μια κοινωνική αξία. Δεν μπορεί να προωθηθεί σαν κάτι το απόλυτο. Πρέπει να

προωθείται αναλογικά και σε σχέση με άλλες κοινωνικές αξίες και ανάγκες. (Λαναρά, 2008)
Δεν είναι δυνατόν όμως, να συζητά κανείς για σκοπούς, χωρίς να λαμβάνει υπόψη τα εμπόδια που υπάρχουν για τη πραγμάτωσή τους. Αν ο διευθυντής νοσηλευτικής υπηρεσίας μονομερώς αποβλέπει στην πραγματοποίηση των αντικειμενικών σκοπών και αγνοεί τα πιεστικά προβλήματα, οπωσδήποτε θα συναντά δυσκολίες στη βελτίωση της υπηρεσίας ή του τμήματος. Αν καταναλίσκει όλο το χρόνο στη λύση τρεχόντων προβλημάτων, η νοσηλευτική υπηρεσία δεν πρόκειται ποτέ να προοδεύσει και να ξεπεράσει την αρχική της φάση. (Γκέλνερ, 2008)

Επομένως, η ισορροπία μεταξύ μελλοντικής κατεύθυνσης και αντιμετώπισης των παρόντων προβλημάτων είναι το κλειδί κάθε επιτυχημένης και αποτελεσματικής διοίκησης. (Λαναρά, 2008)

1.3. Η νοσηλευτική ως επάγγελμα

Για την απονομή του τίτλου «νοσηλεύτης» θα πρέπει στην Ελλάδα, ο ενδιαφερόμενος να δώσει πανελλήνιες εξετάσεις για την εισαγωγή του σε ένα από τα τμήματα νοσηλευτικής των ΑΤΕΙ και ΑΕΙ ή στη Στρατιωτική Σχολή Αξιωματούχων Νοσηλευτών. Οι σπουδές διαρκούν 4 χρόνια και απονέμεται ο τίτλος Πτυχιούχος ή Διπλωματούχος Νοσηλεύτης. Οι Πτυχιούχοι Νοσηλευτές έχουν δυνατότητα για Μεταπτυχιακές Σπουδές (MSc in Nursing) και Διδακτορικές Σπουδές (PhD in Nursing) σε Ελλάδα και χώρες του εξωτερικού, μετά από ανάλογη διαδικασία ισοτιμίας πτυχίου. (Καψάλης & Λινάρδος - Ρυλμόν, 2009)

Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 5§2 Α του Νόμου 1579/1985, από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου καθιερώνεται ο επαγγελματικός τίτλος του νοσηλευτή και νοσηλεύτριας στους πτυχιούχους ή διπλωματούχους των:

- Α) Τμημάτων νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι.
- Β) Τμημάτων νοσηλευτικής Α.Ε.Ι.
- Γ) Τέως ανώτερων σχολών αδελφών νοσοκόμων επισκεπτριών αδελφών νοσοκόμων, αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Κ.Α.Τ.Ε.Ε.
- Δ) Ισότιμων σχολών αλλοδαπής των αντίστοιχων σχολών α, β, γ.

Στην Ελλάδα ο Νοσηλεύτης/ρια μπορεί να κάνει και εξειδίκευση, όπως ορίζει ο νόμος 1579/1985 στο Άρθρο 5, σε μία από τις εξής ειδικότητες:

- Παθολογική Νοσηλευτική.
- Χειρουργική Νοσηλευτική.
- Παιδιατρική Νοσηλευτική.

- Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας.

1.4. Ρόλος και καθήκοντα του νοσηλευτή

Είναι ο σπουδαιότερος και πιο σημαντικός ρόλος, αυτός του νοσηλευτή. Σκοπός κάθε νοσηλευτή είναι η σωστή και εξατομικευμένη παροχή φροντίδας για κάθε ασθενή ξεχωριστά. (Σαπουντζή - Κρέπια, 2004) Σύμφωνα με τη Γκούβα και την Κοτρώτσιου (2011), η διαδικασία της φροντίδας καλύπτει ό,τι γίνεται στον ασθενή, με τον ασθενή και για τον ασθενή ή τον καταναλωτή υγειονομικής περίθαλψης.

Δεν μπορεί να δοθεί ένας σαφής ορισμός της νοσηλευτικής φροντίδας γιατί συνδυάζει πολλές παραμέτρους ταυτόχρονα και δεν μπορούν να ορισθούν τα όριά της. (Σαπουντζή - Κρέπια, 2004) Δεν μπορεί να προσδιοριστεί από κανέναν πότε πρέπει να αρχίσει να παρέχεται νοσηλευτική φροντίδα και πότε πρέπει να σταματήσει να παρέχεται. Είναι κάτι που γίνεται ανελλιπώς και αφορά τον νοσηλευτή, τον ασθενή αλλά και την ίδια την οικογένεια του ασθενούς. (Μελισσά – Χαλκιοπούλου, 2003) Η νοσηλευτική φροντίδα αφορά όλες τις δραστηριότητες και τις ανάγκες του ατόμου, την ικανοποίηση των οποίων αναλαμβάνουν ανάλογα με την περίπτωση οι επαγγελματίες νοσηλευτές. (Καψάλης κ.ά., 2009)

Η νοσηλευτική φροντίδα έχει στόχο την προστασία και την προαγωγή της υγείας, την εφαρμογή θεραπευτικών μέσων κατά την ασθένεια και την αποκατάσταση, καθώς και την υποστήριξη για έναν ειρηνικό θάνατο. (Σαπουντζή - Κρέπια, 2004) Ο νοσηλευτής, το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου του το περνά στο πλάι του ασθενούς. Αυτό συμβαίνει διότι η νοσηλευτική εργασία απαιτεί την πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία του ασθενούς, τη γνώση των αναγκών του (ψυχολογικών και σωματικών), των δυνατοτήτων και των περιορισμών του. (Dewit, 2005)

Η φροντίδα του ασθενούς διακρίνεται στη φυσική και τη συναισθηματική φροντίδα. (Γκούβα κ.ά., 2011) Η φυσική φροντίδα περιλαμβάνει όλες τις σωματικές ανάγκες του ασθενούς, καθώς επίσης και τις ενέργειες του νοσηλευτή για την βελτίωση της κατάστασης της υγείας του ασθενούς. Για παράδειγμα, φροντίδα του νοσηλευτή για επαρκή και άνετο ύπνο κατά τις βραδινές ώρες, χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς για ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο, ή από τα συμπτώματα μιας νόσου. Η συναισθηματική φροντίδα αφορά την κάλυψη όλων εκείνων των αναγκών, οι οποίες επηρεάζουν αρνητικά την ψυχολογία του ασθενούς. Απαιτείται σωστή καταγραφή των προβλημάτων από τον νοσηλευτή. Στη συνέχεια, ο νοσηλευτής πρέπει να έχει την ικανότητα να ακούσει τον ασθενή, να καταγράψει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει και να κάνει κατάταξη αυτών ξεκινώντας

από το σοβαρότερο, το οποίο είναι και αυτό που πρέπει να αντιμετωπιστεί πρώτο. (Dewit, 2005)

Από ότι μπορεί κανείς να συμπεράνει πολύ εύκολα η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας είναι πολυδιάστατη. Είναι μια πράξη που απαιτεί αρχικά γνώσεις από τον ίδιο τον νοσηλευτή, αγάπη για το επάγγελμα που εξασκεί αλλά και αγάπη προς τον συνάνθρωπό του. (Σαπουντζή & Κρέπια, 2004)

Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα απασχόλησης είτε ως στελέχη νοσηλευτικών μονάδων, στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, είτε ως αυτοαπασχολούμενοι σε όλο το φάσμα παροχής νοσηλευτικών φροντίδων και ειδικότερα με τα εξής αντικείμενα και δραστηριότητες.

- Νοσηλευτικές πράξεις που γίνονται με δική τους απόφαση και ευθύνη εκτέλεσης προς κάλυψη των αναγκών του ανθρώπου σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα, στους τομείς υγιεινής, του ίδιου και του περιβάλλοντός του, ασφάλειας, άνεσης, υποβοήθησης οργανικών λειτουργιών διατήρησης ισοζυγίων του.
- Παροχή ολοκληρωμένης και εξατομικευμένης φροντίδας σε κλινήρεις αρρώστους, όλων των ηλικιών, που πάσχουν από διάφορα νοσήματα.
- Λήψη νοσηλευτικών μέτρων και επίβλεψη ανάπαυσης και ύπνου.
- Λήψη μέτρων για πρόληψη και φροντίδα επιπλοκών από μακροχρόνια κατάκλιση.
- Κάλυψη των αδυναμιών αυτοφροντίδας.
- Υποβοήθηση και φροντίδα λειτουργιών απέκκρισης εντέρου και ουροδόχου κύστεως.
- Λήψη νοσηλευτικών μέτρων για παραγωγή αναπνευστικής λειτουργίας.
- Στενή παρακολούθηση αρρώστων για έγκαιρη διαπίστωση δυσχερειών ή επιπλοκών από τη νόσο, τις διαγνωστικές εξετάσεις και τα θεραπευτικά σχήματα.
- Λήψη μέτρων για πρόληψη ατυχημάτων στο χώρο παροχής νοσηλευτικής φροντίδας.
- Απομόνωση και δήλωση αρρώστου με λοιμώδες νόσημα.
- Προθανάτια υποστήριξη και φροντίδα του αρρώστου και μεταθανάτια φροντίδα του αρρώστου στο θάλαμο και υποστήριξη της οικογένειας.
- Σίτιση αρρώστου με όλους τους τρόπους.
- Εφαρμογή φυσικών μέσων για πρόκληση υποθερμίας και επισπαστικών
- Πληροφόρηση του αρρώστου και των οικείων του σε θέματα που αφορούν:
 - τη λειτουργία του νοσοκομείου
 - τη νομοθεσία των υπηρεσιών υγείας
 - την εφαρμοζόμενη θεραπευτική αγωγή.

- Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στον άρρωστο με σκοπό την αυτοφροντίδα.
- Εκπαίδευση και παροχή βοήθειας στους οικείους του αρρώστου με σκοπό τη συνέχιση της φροντίδας στο σπίτι.
- Φροντίδα και υποστήριξη αρρώστου και περιβάλλοντος όταν υπάρχει χρόνιο ή ανίατο νόσημα.
- Βοήθεια στην επικοινωνία μεταξύ αρρώστου, οικογένειας, γιατρού, προσωπικού του νοσοκομείου άλλων κοινωνικών και κοινοτικών ιδρυμάτων.
- Διενέργεια γραπτής και προφορικής ενημερωτικής επικοινωνίας με τα μέλη της υγειονομικής ομάδας και άλλους συναφείς οργανισμούς.
- Συνεργασία σε συντονισμό των ενεργειών για την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση. (Μπακάλης, 2012)

Πράξεις σε απουσία γιατρού:

- Εφαρμογή πρωτοκόλλου επειγουσών ενεργειών σε χώρους ή μονάδες, όπου δεν είναι σπάνια προβλεπτά οξέα συμβάντα.
- Εφαρμογή πρώτων βοηθειών.

Πράξεις μετά από γνωμάτευση γιατρού και εκτέλεση από το νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής έχει την ικανότητα λόγω σπουδών και πρακτικής εμπειρίας να εκτελεί και τις πιο περίπλοκες πράξεις κατ' εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος:

- Μετρήσεις διαφόρων παραμέτρων που εμπίπτουν στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή.
- Χορήγηση φαρμάκων από όλες τις οδούς.
- Χορήγηση οξυγόνου με όλους τους τρόπους.
- Πλήρης παρεντερική θρέψη.
- Θεραπευτικά λουτρά.
- Βρογχική παροχέτευση εκκρίσεων. (Μπακάλης, 2012)

Οι νοσηλευτές έχουν δικαίωμα να:

- Συμμετέχουν σε περίπτωση θεομηνιών και εκτάκτων αναγκών στην κοινή προσπάθεια για την αντιμετώπιση υγειονομικών προβλημάτων.
- Συμμετέχουν σε όλα τα επίπεδα λήψης αποφάσεων του συστήματος υγείας για τον καθορισμό της πολιτικής υγείας.
- Καλύπτουν όλο το φάσμα της διοικητικής ιεραρχίας της σχετικής με τον τομέα της ειδικότητάς τους, σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα νομοθεσία.

- Καθορίζουν τα κριτήρια της νοσηλευτικής φροντίδας σε όλα τα πλαίσια της νοσηλευτικής άσκησης.
- Ασκούν κάθε άλλη επαγγελματική δραστηριότητα που εμφανίζεται στο αντικείμενο της ειδικότητάς τους με την εξέλιξη της τεχνολογίας σύμφωνα με τις ρυθμίσεις της κάθε φορά ισχύουσας νομοθεσίας.
- Καλύπτουν τομείς νοσηλευτικών ειδικοτήτων, ελλείπει ειδικών νοσηλευτών αφού εκπαιδευτούν με ταχύρυθμα προγράμματα. (Μπακάλης, 2012)

Οι πτυχιούχοι νοσηλευτές απασχολούνται στη νοσηλευτική εκπαίδευση σύμφωνα με την κάθε φορά ισχύουσα νομοθεσία. Οι παραπάνω πτυχιούχοι ασκούν το επάγγελμα στο πλαίσιο των παραπάνω επαγγελματικών τους δικαιωμάτων μετά την απόκτηση άδειας άσκησης επαγγέλματος που χορηγείται από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

1.5. Η νοσηλευτική δεοντολογία

Οι πτυχιούχοι του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων που φέρουν τον επαγγελματικό τίτλο «Νοσηλεύτης - Νοσηλεύτρια» (παρ. 2, άρθρο 5 του Ν. 1579 / 85) αποκτούν ειδικές επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις σε όλο το φάσμα της γενικής νοσηλευτικής φροντίδας, ως πολυδύναμοι νοσηλευτές γενικών φροντίδων.

Με την πάροδο των χρόνων και με την εξέλιξη της τέχνης του επαγγέλματος σε επιστήμη, η νοσηλευτική αρχίζει να προβληματίζεται σχετικά με την ύπαρξη του ανθρώπου. Συγκεκριμένα άρχισε να ταλανίζεται από ζητήματα όπως η ζωή και ο θάνατος. Κατά την διάρκεια της ζωής και μέχρι το θάνατο, υπάρχει εκείνος που πρέπει να φροντίσει, δηλαδή, ο άρρωστος. Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα η νοσηλευτική εξελίχθηκε και με βάση την κληρονομιά των προηγούμενων χρόνων διατύπωσε κείμενα, τα οποία έχουν αναγνωριστεί από Διεθνείς Οργανισμούς. (Μπακάλης, 2012)

Στην νοσηλευτική δεοντολογία αναγράφονται κανόνες συμπεριφοράς και ηθικά ζητήματα πάνω σε θέματα της εργασίας, που θέτουν αν οι πράξεις είναι σωστές ή λανθασμένες. Όσο περισσότερο ένα λειτούργημα ασχολείται με τον άνθρωπο άλλο τόσο πιο λεπτή και λεπτομερή είναι η δεοντολογία. Θα πρέπει να εφαρμόζονται οι κανόνες της χωρίς να είναι απαιτητική, απλά να έχουν μια αρμονία στον τρόπο που ασκούνται. Θα πρέπει να εφαρμόζονται με το συναίσθημα της πλήρους ελευθερίας χωρίς το αίσθημα του περιορισμού του «νόμου» ή του «κανονισμού». Στο συγκεκριμένο σημείο κρίνεται απαραίτητο να

αναφερθεί και η ετυμολογία της λέξης «δεοντολογία», καθώς αυτή προέρχεται από το «δέον», δηλαδή την ελευθερία του ανθρώπου να επιλέξει το σωστό, το πρόπον, και όχι από το πρέπει, δηλαδή αυτό που επιβάλλεται να εφαρμοστεί από εξωτερικούς παράγοντες. (Μπακάλης, 2012)

Η νοσηλευτική δεοντολογία αποτελείται από τις ολοκληρωμένες γνώσεις και κανόνες που είναι απαραίτητες, έτσι ώστε ένας νοσηλευτής να μπορεί να ασκήσει τα επαγγελματικά του καθήκοντα στον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Η νοσηλευτική δεοντολογία αποβλέπει στο:

- i. Να ενημερώνει το νοσηλευτή για τον επιβαλλόμενο τρόπο συμπεριφοράς του στο χώρο εργασίας
- ii. Να τον βοηθά να αναπτύσσει σωστές διαπροσωπικές σχέσεις (συνεργάτες, ασθενείς και τους συνοδούς τους)
- iii. Να συνειδητοποιεί τις ευθύνες που αναλαμβάνει
- iv. Να βλέπει τον ασθενή σαν μια μοναδική σωματική-ψυχική-κοινωνική ολότητα με ανάγκες και δικαιώματα
- v. Να τον βοηθά με προβλήματα που προκύπτουν από τη σύγκρουση των καθηκόντων στην καθημερινή πράξη (Μπακάλης, 2012)

1.6. Κώδικας ηθικής των νοσηλευτών

Ο όρος ηθική έχει πολλές έννοιες, οι οποίες συσχετίζονται όλες με την συμπεριφορά. Κάποιες φορές συσχετίζεται με τα πρότυπα μιας συγκεκριμένης ομάδας, ενώ αποτελεί ουσιαστικά ένα σύστημα κανόνων καθοδήγησης σε σχέση με το ποιες ανθρώπινες πράξεις θεωρούνται αποδεκτές και ορθές και ποιες ανάρμοστες και λανθασμένες. Η ηθική σημαίνει να προσφέρει ένας νοσηλευτής ισότιμα προς όλους τους ασθενείς την ίδια φροντίδα, επιμέλεια και αφοσίωση ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές ιδεολογικές ή άλλες πεποιθήσεις την κοινωνική ή την οικονομική τους κατάσταση ή την βαρύτητα της νόσου τους. Επιπλέον, η νοσηλευτική ηθική οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα και την αξιοπρέπεια και την τιμή του ασθενή. (Μπακάλης, 2012)

Οι θεωρίες της ηθικής ταξινομούνται με διάφορους τρόπους. Μεταξύ άλλων μπορεί να ταξινομηθούν είτε ως κλασσικές και σύγχρονες, είτε ως ανατολικές και δυτικές. Στις δυτικές ανήκουν τα ευρωπαϊκά και τα αμερικανικά φιλοσοφικά συστήματα, ενώ στις ανατολικές ασιατικά, τα ινδικά και τα αραβικά συστήματα.

Η θεωρία της νοσηλευτικής ηθικής:

- Πρέπει να έχει την ανθρώπινη ευεξία ως κεντρικό ηθικό αγαθό
- Πρέπει να δίνει έμφαση στην έννοια της φροντίδας ως ηθική υποχρέωση
- Πρέπει να δίνει έμφαση στη σπουδαιότητα του ηθικού χαρακτήρα στη σχέση νοσηλευτή – ασθενούς, και
- Οι ηθικές αρχές και οι κανόνες έχουν πρωταρχικό ρόλο στην παροχή ηθικής αιτιολόγησης για τις κρίσεις και τις ενέργειες των νοσηλευτών

Από την άλλη, οι λειτουργίες του κώδικα ηθικής συναντώνται στα εξής:

- i. Να παράγουν και να διατηρήσουν ηθικά πρότυπα επαγγελματικής συμπεριφοράς
- ii. Την ενθάρρυνση των ατόμων να εμπλακούν σε ενσυνείδητο ηθικό αναστοχασμό
- iii. Να δώσει οδηγίες για συμπεριφορές που δεν υπάγονται στη νομοθεσία
- iv. Να ρυθμίζει την ηθική επαγγελματική συμπεριφορά
- v. Να θέσει τις παραμέτρους της αποδεκτής ηθικής πρακτικής
- vi. Παρουσιάζει στην κοινωνία τι απαιτείται από τους νοσηλευτές
- vii. Διαμορφώνει τα πρότυπα της ηθικής πρακτικής στα οποία όλοι οι νοσηλευτές πρέπει να στοχεύουν. (Μπακάλης, 2012)

Οι αξίες τα καθήκοντα και οι αρετές αποτελούν τρία αμετάβλητα στοιχεία που αποτελούν τις κατευθύνσεις του κώδικα ηθικής. Οι αξίες σημαίνουν τον στόχο που απαιτεί το επάγγελμα δηλαδή, την γενική αίσθηση σωματικής υγείας για τους ασθενείς και φυσικά το καλό. Τα καθήκοντα από την άλλη περιλαμβάνουν τον σεβασμό προς την αξιοπρέπεια του ασθενούς, και οι αρετές αποτελούνται από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του επαγγελματία νοσηλευτή, όπως η εντιμότητα και η ευσπλαχνία. (Σαπουντζή - Κρέπια, 2004)

Αρκετοί νοσηλευτικοί κώδικες ηθικής που εφαρμόστηκαν αρχικά, θεωρούν εξαιρετικά σημαντική την συμπεριφορά του επαγγελματία νοσηλευτή προς τους ασθενείς. Σε αντίθεση, οι πιο πρόσφατοι κώδικες ηθικής, παρουσιάζουν σημαντική την ευθύνη που έχουν οι νοσηλευτές προς τον ασθενή. Οι αρετές, τα καθήκοντα και οι αξίες των επαγγελματιών νοσηλευτών διαφαίνονται στις αξιώσεις των κωδίκων ηθικής που αφορούν στην εμπιστευτικότητα για όλα όσα μαθαίνει ο νοσηλευτής για τον άρρωστο και στον σεβασμό για την αξιοπρέπεια του ανθρώπου. (Σαπουντζή - Κρέπια, 2004)

1.7. Πανανθρώπινες αξίες και νοσηλευτική

Η φροντίδα αποτελεί τη βάση της νοσηλευτικής, επομένως η νοσηλευτική είναι κατεξοχήν επιστήμη της φροντίδας. Θα πρέπει όμως να γίνει σαφές ότι η φροντίδα δεν αποτελεί αποκλειστικότητα της νοσηλευτικής αλλά και άλλων επιστημών του ανθρώπου. Είναι ένα πανανθρώπινο φαινόμενο, που εμφανίζεται με διαφοροποιήσεις σε όλους τους πολιτισμούς. (Καψάλης κ.ά., 2009)

Η νοσηλευτική αφορά παροχή νοσηλευτικής φροντίδας σε ανθρώπους με προστασία και την προαγωγή της υγείας, την εφαρμογή θεραπευτικών μέσων κατά την ασθένεια και την αποκατάσταση καθώς και υποστήριξη για έναν ειρηνικό θάνατο. Ως τέχνη η νοσηλευτική εκφράζεται μέσω των ενεργειών του νοσηλευτή, με επίκεντρο την ανθρώπινη επαφή. (Καψάλης κ.ά., 2009)

Στη νοσηλευτική περιλαμβάνεται επίσης και η διαμόρφωση πολυεπίπεδων σχέσεων μεταξύ των επαγγελματιών και των ατόμων που χρήζουν ανάγκη φροντίδας. Οι σχέσεις αυτές εξαρτώνται βέβαια, τόσο από τις περιστάσεις, όσο και από την προσωπικότητα τόσο του επαγγελματία, όσο και του πελάτη. (Στεφανάκη, 2011)

Μια απειλητική για την υγεία κατάσταση, και δη η ασθένεια μπορεί να απαιτεί σύνθετη θεραπεία αλλά μπορεί να αφυπνίσει σύνθετα συναισθηματικά, ψυχαγωγικά και πνευματικά ζητήματα τόσο για τον ασθενή όσο και για τον νοσηλευτή. (Pearson, Vaughan & Fitzgerald, 2012)

Συχνά είναι σημαντικός ο καθορισμός των στόχων της νοσηλευτικής ως τέχνης με τη χρήση μιας αισθητικής προσέγγισης. Στη καθημερινή πρακτική ο νοσηλευτής πρέπει να ερευνά και να υιοθετεί αξίες και λειτουργίες, οι οποίες να αποτελούν την ουσία της νοσηλευτικής ως τέχνη. (Μαυρομάτης & Τσιτσελίκης, 2011)

Επίσης, η νοσηλευτική λόγω του ανθρωποκεντρικού της χαρακτήρα θεωρείται ότι ανήκει στην κατηγορία των επαγγελμάτων εκείνων που χαρακτηρίζονται ως λειτουργήματα. Βέβαια ο χαρακτηρισμός αυτός εκτός του ότι είναι ιδιαίτερα τιμητικός για ένα επάγγελμα, του προσδίδει και μία ιδιαίτερη ευθύνη. (Στεφανάκη, 2011)

Την ολιστική φροντίδα του ανθρώπου, πρώτος την περιέγραψε ο Ιπποκράτης, ενώ την επεξεργάστηκε και την παρουσίασε περαιτέρω στα έργα του ο Πλάτωνας. (Τσιγγάνου, 2008)

Αργότερα κατά τη βυζαντινή περίοδο η ολιστική νοσηλευτική φροντίδα αποκτά βαθύτερη σημασία, επηρεασμένη από την χριστιανική διδασκαλία. Την περίοδο αυτή, την φροντίδα αναλαμβάνουν κυρίως μοναχοί και μοναχές ή γυναίκες, οι οποίες φρόντιζαν άτομα

που χρειάζονταν βοήθεια είτε στο σπίτι τους, είτε σε ιδρύματα όπως νοσοκομεία, γηροκομεία και πτωχοκομεία. (Καψάλης κ.ά., 2009)

Ένας από τους κλασικούς ορισμούς της νοσηλευτικής δόθηκε από την Rogers, η οποία υποστηρίζει ότι «η νοσηλευτική έχει σκοπό να υπηρετεί τους ανθρώπους. Η άμεση και επείγουσα ευθύνη την φέρνει αντιμέτωπη με την κοινωνία. Η ποιότητά της εξαρτάται από την επιστημονική θεμελιωμένη γνώση, που υποβάλλει το νοσηλευτικό δυναμικό στην πρακτική και διανοητική δυνατότητα κρίσης, με την οποία είναι σε θέση να θέτει αυτή την γνώση στην υπηρεσία της ανθρωπότητας». (Καψάλης κ.ά., 2009)

1.8. Νοσηλευτική και ανθρώπινα δικαιώματα

Οι παράνομοι μετανάστες, οι οποίοι κατά κανόνα δεν επιτρέπεται να εργάζονται, πρέπει συχνά να πληρώνουν για ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται δωρεάν στους υπηκόους του εκάστοτε κράτους μέλους της Ε.Ε., περιλαμβανομένων των υπηρεσιών επείγουσας υγειονομικής περίθαλψης. Ακόμα και ιδιαίτερα ευάλωτες ομάδες, όπως είναι οι έγκυοι και τα παιδιά, ενδέχεται να αποκλείονται από την άσκηση του δικαιώματος της δωρεάν θεραπευτικής αγωγής σε ισότιμη βάση με τους ημεδαπούς. Ακόμα και στις περιπτώσεις που οι παράνομοι μετανάστες δικαιούνται δωρεάν θεραπευτική αγωγή από την σχετική νομοθεσία, ενδέχεται και πάλι η άσκηση του δικαιώματος αυτού να εξαρτάται από διοικητικές προϋποθέσεις που δυσχεραίνουν στην πράξη την πρόσβασή τους στην υγειονομική περίθαλψη, όπως είναι η υποχρέωσή τους να προσκομίσουν πιστοποιητικό μόνιμης κατοικίας. (European Union Agency for Fundamental Rights, χ.η.)

Σύμφωνα όμως με τον Pearson κ.ά. (2012), η Hildegard E. Peplau, δηλαδή η πρώτη θεωρητικός της νοσηλευτικής μετά την Florence Nightingale, η οποία με τις πράξεις της άνοιξε τον δρόμο για την ανθρώπινη μεταχείριση των ασθενών, όρισε την νοσηλευτική ως «υπηρεσία προς τους ανθρώπους», η οποία ανυψώνει την ίαση και την υγεία με ανθρωπιστικές μεθόδους. Συγκεκριμένα η νοσηλευτική για εκείνη, είναι μια θεραπευτική διεργασία, η οποία σε συνεργασία με άλλες ανθρωπιστικές διεργασίες παράγει υγεία για όλους τους ανθρώπους ανεξαιρέτως.

Οι παράνομοι μετανάστες πρέπει να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες επείγουσας υγειονομικής περίθαλψης σε ισότιμη βάση με τους υπηκόους του εκάστοτε κράτους υποδοχής, και να συμμετέχουν ή να απαλλάσσονται από τις σχετικές υγειονομικές δαπάνες με βάση τους ίδιους κανόνες. Σύμφωνα με το άρθρο 24 της σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών σχετικά με την κατάργηση των κάθε μορφής διακρίσεων σε βάρος των γυναικών, οι έγκυοι

πρέπει να έχουν δωρεάν προγεννητική, περιγεννητική και μεταγεννητική περίθαλψη, ενώ τα παιδιά πρέπει να δικαιούνται ιατροφαρμακευτική κάλυψη σε ισότιμη βάση με τους υπηκόους του εκάστοτε κράτους υποδοχής, περιλαμβανομένων και των εμβολιασμών. (European Union Agency for Fundamental Rights, χ.η.) Η μεταναστευτική πολιτική μιας χώρας οφείλει να είναι έτσι δομημένη ώστε να διασφαλίζει τα βασικά δικαιώματα των μεταναστών άσχετα αν έχουν ή στερούνται εγγράφων. Σύμφωνα με το άρθρο 5/ παράγραφος 5 του Συντάγματος καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Επομένως όλοι θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στην υγεία, εκτός μόνο της περίπτωσης όπου δεν υπάρχει συναίνεση του ίδιου του ασθενούς. Παρόλα αυτά, σύμφωνα με Ευρωπαϊκή Έρευνα των Γιατρών του Κόσμου για την πρόσβαση που έχουν οι μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα στην ιατρική περίθαλψη, δυστυχώς, μόνο το 6,9% των ερωτηθέντων δικαιούται θεωρητικά πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη, ενώ από τους θεωρητικά επωφελούμενους ερωτηθέντες, στην πραγματικότητα κανείς δεν έχει πρόσβαση. (Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, 2007)

Η Florence Nightingale (1820 – 1910), η πρώτη νοσηλεύτρια που έθεσε τις βάσεις της επιστημονικής νοσηλευτικής και κατέστησε το νοσηλευτικό έργο ως κοινωνικό λειτούργημα, ήταν πρωτοπόρος στην περιποίηση των ασθενών και μεταρρυθμιστής των μεθόδων υγιεινής των νοσοκομείων εκείνη την εποχή. Κατά την διάρκεια του Κριμαϊκού πολέμου, έφτασε στο Σκούταρι της Κωνσταντινούπολης ως εθελόντρια νοσηλεύτρια. Στα στρατιωτικά νοσοκομεία της περιοχής, επικρατούσαν άθλιες συνθήκες διαβίωσης, οι οποίες θυμίζουν εξαιρετικά τις συνθήκες που επικρατούν στα κέντρα υποδοχής μεταναστών. Οι θάλαμοι ήταν γεμάτοι ποντίκια και ψύλλους και η καθαριότητα σχεδόν ανύπαρκτη. Οι τραυματίες ήταν άπλυτοι, χωρίς σκεπάσματα, χωρίς κατάλληλη τροφή, φορούσαν ακόμα τις στολές του στρατού, που ήταν πολύ βρώμικες. Έπιπλα, ιματισμός και κλίνες δεν επαρκούσαν για την κάλυψη των άμεσων νοσοκομειακών αναγκών. Οι τραυματίες κείτονταν στους διαδρόμους, πάνω σε ψάθες, ανάμεσα στις ακαθαρσίες. Κάτω από τέτοιες συνθήκες εμφανίστηκαν αρρώστιες όπως ο τύφος, η χολέρα και η δυσεντερία. (Κουρκούτα, 2010)

Αντικρίζοντας αυτές τις συνθήκες, η Nightingale έβαλε τους νοσηλευτές να καθαρίσουν τους ρυπαρούς θαλάμους και διαδρόμους και τις νοσηλεύτριες να κατασκευάσουν ιματισμό για τους ασθενείς. Εγκατέστησε λουτρά, εξολόθρεψε τα έντομα και τα ποντίκια που υπήρχαν στα νοσοκομεία, προμηθεύτηκε νοσηλευτικό και φαρμακευτικό υλικό και φρόντισε για την αύξηση του αριθμού των γιατρών. Αργότερα, κατασκευάστηκαν μαγειρεία, πλυντήρια, καφενεία και δωμάτια για διάβασμα. Έτσι κατάφερε να μειώσει μέσα

σε λίγους μόνο μήνες την θνησιμότητα των ασθενών, από 40% σε μόλις 2,2%. (Κουρκούτα, 2010)

Όπως αναφέραμε, παρόμοιες συνθήκες με αυτές που αντιμετώπισε η Nightingale επικρατούν και στα κέντρα υποδοχής μεταναστών καθώς υπάρχει υπερδιπλάσιος αριθμός ανθρώπων από το προβλεπόμενο, η κράτηση είναι μικτή (άνδρες, γυναίκες και παιδιά) και οι συνθήκες υγιεινής είναι πραγματικά απαράδεκτες. Τα σκεπάσματα είναι βρώμικα και οι μετανάστες δεν έχουν υγειονομική πρόσβαση. Τα κρεβάτια δεν επαρκούν και τεράστιος αριθμός μεταναστών είναι αναγκασμένος να κοιμάται στο πάτωμα, η καθιστός. Ο φωτισμός και η θέρμανση είναι ελλιπής, ενώ οι μετανάστες δεν έχουν δυνατότητα επικοινωνίας με τον έξω κόσμο. Σύμφωνα με τους Γιατρούς Χωρίς Σύνορα το 60% των προβλημάτων υγείας (λοιμώξεις αναπνευστικού, εντερικές διαταραχές, δερματικές παθήσεις και ψυχολογικά προβλήματα) των μεταναστών οφείλεται στις απάνθρωπες συνθήκες διαβίωσης στα κέντρα κράτησης. Όλα τα παραπάνω έρχονται σε αντίθεση με τα ανθρώπινα δικαιώματα και οδηγούν σε εξευτελισμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας των κρατουμένων. (Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, 2011) Η Ελλάδα έχει καταδικαστεί πολλές φορές από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου από το 2009 μέχρι σήμερα, για την παράβαση του άρθρου 3, λόγω των αντίξωων συνθηκών που επικρατούν στα κέντρα υποδοχής. (Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, 2010)

Η νοσηλευτική αποτελεί εξαιρετική εργασία-προσφορά, η οποία συνδυάζει την τέχνη και την επιστήμη. Οι νοσηλευτικές ενέργειες επικεντρώνονται στο άτομο το οποίο προσπαθεί να διατηρήσει την ισορροπία του και ο νοσηλευτής πρέπει να του προσφέρει την φροντίδα που χρειάζεται για να αναρρώσει, όντας επικεντρωμένος στις ανάγκες του ατόμου κι όχι στην διαφορετικότητα του. (Καψάλης κ.ά., 2009)

Ο ασθενής (οι μετανάστες στην δική μας περίπτωση) έχει νομικά και ηθικά δικαιώματα, τα οποία ισχύουν σε οποιαδήποτε κατάσταση κι αν βρίσκεται, είτε σε πλήρη υγεία, είτε στην ανάγκη παροχής κάποιας θεραπευτικής φροντίδας. Τα δικαιώματα αυτά περιλαμβάνουν: το δικαίωμα της ενημέρωσης, το δικαίωμα του σεβασμού, το δικαίωμα της συμμετοχής (το δικαίωμα να συμμετέχει στις αποφάσεις που παίρνονται γι αυτόν και την αγωγή που του εφαρμόζεται) και το δικαίωμα της ίσης μεταχείρισης. Το δικαίωμα της ίσης μεταχείρισης διακηρύχτηκε παγκόσμια στην Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων των Ηνωμένων Εθνών, η οποία ψηφίστηκε στο Παρίσι από την Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ το 1948. (Γιαννοπούλου, 2008)

1.9. Ορισμός υγείας και μετανάστευση

Η ολιστική αντίληψη για την υγεία αποκαθιστά την ενότητα σώματος – ψυχής, φωτίζοντας την μελέτη των ψυχοσωματικών διαταραχών που παρουσιάζουν ραγδαία αύξηση τα τελευταία χρόνια, και θέτει στο επίκεντρο του ορισμού της υγείας την έννοια της δυναμικής ισορροπίας: υγεία είναι η δυναμική ισορροπία του εσωτερικού με το εξωτερικό περιβάλλον, που παρέχει στο άτομο την δυνατότητα να ζει δημιουργικά, σύμφωνα με τις πεποιθήσεις του και τις επιδιώξεις του. (Τούντας, 2000)

Η ύπαρξη της δυναμικής ισορροπίας με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον σε ένα συγκεκριμένο οικολογικό πλαίσιο επιτρέπει στο άτομο να ανταποκρίνεται στις περιβαλλοντικές προκλήσεις και να προσαρμόζεται στις περιβαλλοντικές αλλαγές, διασφαλίζοντας έτσι την αρμονική σχέση με το περιβάλλον του. Η διατάραξη αυτής της αρμονικής σχέσης αποτελεί την βασική αιτία πρόκλησης της αρρώστιας που μπορεί να εκδηλωθεί με διαφορετικούς τρόπους και σε διαφορετικά επίπεδα (κυτταρικό, οργανικό, συμπεριφερολογικό, κοινωνικό κ.λπ.). (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012)

Σε κάθε περίπτωση, ορίζοντας την έννοια της υγείας μέσα από μια ολιστική αντίληψη γίνεται φανερό ότι η υγεία χαρακτηρίζεται από μια δυναμική και δεν αποτελεί μια σταθερή κατάσταση. Όπως υποστήριξε ο Αριστοτέλης πριν από περίπου 2.000 χρόνια, η υγεία χαρακτηρίζεται από διακυμάνσεις. Ωστόσο δεν είναι απροσδιόριστη. Η υγεία αποτελεί αξία και όχι κατάσταση. Η υγεία ως αξία, αποτελεί βασικό συστατικό στην προσπάθεια του ατόμου να πραγματοποιήσει τις προσωπικές του δυνατότητες. (Δαρβίρη, 2010)

Ο άνθρωπος λοιπόν, δεν αποτελείται από σώμα και ψυχή, σαν δύο στοιχεία ανεξάρτητα και αλληλοσυγκρουόμενα. Ο άνθρωπος είναι σώμα και ψυχή, είναι ψυχοσωματική ολότητα. Επομένως η νοσηλευτική φροντίδα δεν πρέπει να απευθύνεται μόνο στο σώμα, γιατί έτσι το έργο του νοσηλευτή θα αποτύχει. Η φροντίδα προς τον ασθενή (στην περίπτωση που εξετάζουμε, του μετανάστη) πρέπει να είναι διπολική, αφού διττές είναι και οι ανάγκες του ασθενή. Η αναγνώριση των αναγκών των ασθενών και η ταξινόμησή τους σε κατηγορίες έχει κεντρική θέση στην νοσηλευτική βάση. Οι ανάγκες αυτές διακρίνονται στις φυσικές και τις πνευματικές. Οι κυριότερες πνευματικές ανάγκες του ασθενή είναι:

1. Η ανάγκη της ασφάλειας,
2. Η ανάγκη της κατανόησης,
3. Η ανάγκη της ακρόασης,
4. Η ανάγκη της ελπίδας, και
5. Η ανάγκη της στοργής. (Γιαννοπούλου, 2008)

Για την αναγνώριση των αναγκών του ασθενούς απαιτείται η επικοινωνία ανάμεσα σε αυτόν και τον επαγγελματία υγείας. Το πλήθος το μεταναστών που βρίσκεται στα κέντρα υποδοχής, είναι ένα ανομοιογενές κοινό υγείας, με διαφορετικό κοινωνικό και πολιτισμικό προφίλ. Επομένως, η διαφορετική εθνικότητα, οι διαφορετικές πολιτισμικές επιβολές που εκφράζονται σε επίπεδο γλώσσας, αξιών, θρησκευτικών πεποιθήσεων εθίμων, κι προτύπων, μπορούν να οδηγήσουν σε προβληματική επικοινωνία, εφόσον δεν έχουν ληφθεί υπόψη. Για παράδειγμα, η εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας σε γυναίκες μουσουλμάνες, σε κοινούς θαλάμους με το αντίθετο φύλλο, όπως συμβαίνει στα κέντρα υποδοχής, φέρνει τις μετανάστριες σε αντίθεση με τα θρησκευτικά τους πιστεύω και τις ηθικές τους αξίες, καθώς οι πεποιθήσεις τους δεν θα τους επέτρεπαν την παρουσία τους χωρίς την απαιτούμενη αμφίεση σε έναν μικτό για άνδρες και γυναίκες, δημόσιο χώρο. (Δαρβίρη, 2010)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο:

ΤΟ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΟ ΖΗΤΗΜΑ ΣΤΗΝ Ε. Ε.

2.1. Η λαθραία μετανάστευση ως κοινωνικό πρόβλημα

Στον Ελλαδικό χώρο έχουν διαμορφώσει πολλοί ειδικοί παράγοντες τις διαστάσεις του μεταναστευτικού ζητήματος. Η θέση της Ελλάδας ανάμεσα σε δύο ηπείρους και τα σύνορα (χερσαία και θαλάσσια) που φυλάγονται δύσκολα, έχουν αποτέλεσμα την εισροή μεταναστών στην χώρα. Η ύπαρξη σχετικά μεγάλου αγροτικού τομέα, μεγάλου αριθμού μικρομεσαίων επιχειρήσεων αλλά και παραοικονομίας, συντελούν επίσης στην ευκολότερη απορρόφηση μεταναστευτικής εργασίας, συχνά εποχικής ή περιοδικής, κυρίως στους τομείς των κατασκευών, του αγροτικού τομέα, της παροχής υπηρεσιών και της βιοτεχνίας. Επιπλέον, η διαμόρφωση ενός εν γένει χαλαρού θεσμικού πλαισίου εκτιμάται πως ευνόησαν ή ενθάρρυναν την είσοδο μεταναστών. (Γεωργαράκης, 2009)

Η χώρα μας αποτελεί την κύρια είσοδο για την Ευρώπη, αφού οι δίοδοι άλλων χωρών όπως στην Ισπανία ή την Ιταλία έχουν φραγεί μεταφέροντας την αντιμετώπιση του προβλήματος σε τρίτες χώρες, όπως το Μαρόκο και την Λιβύη. (Morice & Rodier, 2010)

Οι μετανάστες που εντοπίζονται στα ύδατα της Ιταλίας προσπαθώντας να εισέλθουν στην χώρα, απελάσσονται βάσει συμφωνίας που έλαβε χώρα το 2009 ανάμεσα στην Ιταλία και την Λιβύη. Η απέλαση των μεταναστών από την Ιταλία έχει λάβει αρνητικές κριτικές από την Καθολική Εκκλησία της Ιταλίας και την Ύπατη Αρμοσθεία του ΟΗΕ για τους πρόσφυγες, η οποία υποστηρίζει ότι η πράξη αυτή έρχεται σε αντίθεση με την Συνθήκη της Γενεύης. Πολλοί μετανάστες προσπαθούν να εισέλθουν παράνομα στην Ιταλία μέσω της νήσου Λαμπεντούζα, η οποία βρίσκεται ανάμεσα στην Σικελία και την Τυνησία. (Η Ελευθεροτυπία, 2011)

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος της μετανάστευσης έχουν χτιστεί δύο φράχτες στις πόλεις Θέουτα και Μελίγια της Ισπανίας. Παράλληλα η Ισπανία ανέπτυξε συνεργασία με το Μαρόκο και δημιούργησε, ένα πληροφοριακό και επιχειρησιακό σύστημα με σταθμούς ανίχνευσης παρουσίας ανθρώπων, ελικόπτερα και πλοία. Η Ευρωπαϊκή Ένωση υπολογίζει ότι το 90% των ανθρώπων που εισέρχονται παράνομα στην Ευρώπη συλλαμβάνονται στα Ελληνικά σύνορα. Ανάμεσα στους μετανάστες βρίσκονται και πολλοί ασυνόδευτοι ανήλικοι, οι οποίοι κινδυνεύουν από τα κυκλώματα των δουλεμπόρων. Ανήλικοι μετανάστες ωθούνται σε εξαναγκαστική εργασία, πορνεία και αφαίρεση οργάνων. Σύμφωνα με την Βρετανική

υπηρεσία ελέγχου για το άσυλο, το 60% των παιδιών που εμφανίζονται σε κέντρα υποδοχής μεταναστών στην Ευρώπη παρασύρεται από τα παραπάνω κυκλώματα. Το Φθινόπωρο 2010 από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή εγκρίθηκε από το κοινοτικό ταμείο για την Ελλάδα το ποσό των 323 εκ. ευρώ για την αντιμετώπιση των ροών μεταναστών, ενώ παράλληλα η επιτροπή έχει προσφύγει στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο κατά της Ελλάδας για παραβίαση της κοινοτικής νομοθεσίας σχετικά με το σύστημα ασύλου. (Η Καθημερινή, 2011)

Με αφορμή τις εξεγέρσεις στην Τυνησία, την Αίγυπτο και την Αλγερία τον Ιανουάριο 2011 το υπουργείο Θαλασσιών Υποθέσεων, αποφάσισε τη λήψη εντατικότερων μέτρων και συνοριακών ελέγχων από τις αστυνομικές και λιμενικές αρχές της Ελλάδος (για το ενδεχόμενο κύμα μεταναστών από την Αίγυπτο). Παράλληλα, ο υπουργός Προστασίας του Πολίτη ζήτησε από τις οργανώσεις που υποστηρίζουν τους μετανάστες να μην δημιουργήσουν εκδηλώσεις υπέρ τους. Συγκεκριμένα είπε *"Απευθύνω έκκληση προς όλους τους φορείς και τις ενώσεις υπέρ των μεταναστών να αποτρέψουν τα μέλη τους από εκδηλώσεις που θα λειτουργούσαν ως εστίες έντασης"*. (Μαυρομμάτης & Τσιτσελίκης, 2011)

Τον Ιανουάριο του 2012 η Ελλάδα καταδικάστηκε από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (ΕΔΑΔ) για τον βιασμό με κλομπ ενός Τούρκου λαθρομετανάστη από δύο άνδρες του λιμενικού σώματος Χανίων τον Ιούνιο του 2001. Η Ελλάδα παραβίασε το άρθρο 3 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου και επιβλήθηκε πρόστιμο 50.000 ευρώ για ηθική βλάβη και 3.500 ευρώ για δικαστικά έξοδα. Τον Οκτώβρη του 2004 ο κατηγορούμενος λιμενικός είχε καταδικαστεί αρχικά σε 30 μήνες φυλάκιση για προσβολή σεξουαλικής αξιοπρέπειας, στην συνέχεια κατά την έφεση η ποινή μετατράπηκε σε 6 μήνες, η οποία τελικώς τράπηκε σε πρόστιμο 792 ευρώ. Το ΕΔΑΔ χαρακτήρισε την ποινή που επιβλήθηκε ως ανεπαρκή.

Το συμβούλιο της Ευρώπης έχει δημοσιεύσει αναφορές, στις οποίες καλεί την Ελλάδα να βελτιώσει τις συνθήκες κράτησης μεταναστών. (Διεθνής Αμνηστία, 2010)

2.2. Η λαθραία μετανάστευση στις χώρες της Ε.Ε.

Η Ελλάδα και η Ε.Ε. για να αντιμετωπίσουν το μεταναστευτικό ζήτημα προχώρησαν στην θέσπιση νόμων. Το 1991 η Συμφωνία Σένγκεν τέθηκε σε εφαρμογή κι έτσι η Ευρωπαϊκή Ένωση απέκτησε ενιαία σύνορα. Για τον περιορισμό της μετανάστευσης ιδρύθηκε το 2004 η Frontex, η οποία αποτελεί ευρωπαϊκή δύναμη για την φύλαξη των συνόρων της. (Καψάλης κ.ά., 2009)

Τα σημαντικότερα σημεία του κανονιστικού πλαισίου της Ε.Ε. για το ζήτημα της μετανάστευσης είναι :

- I. Συνθήκη Άμστερνταμ το 1999: Εφαρμογή πολιτικών που αφορούν τον έλεγχο των εξωτερικών συνόρων, το άσυλο, τα δικαιώματα υπηκόων τρίτων χωρών και την διαχείριση των μεταναστευτικών ροών.
- II. Συμβούλιο Τάμπερε το 1999: Ψηφίστηκαν η συνεργασία με τις χώρες προέλευσης των μεταναστών, κοινό ευρωπαϊκό σύστημα ασύλου, δίκαιη μεταχείριση υπηκόων τρίτων χωρών και πλαίσιο νόμιμης μετανάστευσης, αλλά και λήψη μέτρων κατά της παράνομης μετανάστευσης. (Τσίγκανου, 2008)
- III. Συμβούλιο Λάακεν το 2001: Διαπίστωση μη πραγματοποίησης των στόχων του Συμβουλίου Τάμπερε και ενίσχυση της συνεργασίας των κρατών μελών για το μεταναστευτικό ζήτημα.
- IV. Συμβούλιο Σεβίλλης το 2002: Συζήτηση προγραμμάτων επαναπατρισμού παράνομων μεταναστών, αλλά και η φύλαξη των συνόρων της Ε.Ε..
- V. Συμβούλιο Θεσσαλονίκης το 2003: Πρόταση δημιουργίας της Ευρωπαϊκής δύναμης FRONTEX δηλαδή, ευρωπαϊκής δύναμης φύλαξης των εξωτερικών συνόρων της Ε.Ε. (Morice & Rodier, 2010)
- VI. Συμβούλιο Βρυξελλών το 2003: Πρόγραμμα Χάγης (2005-2010) που αφορά: α) διευκόλυνση νόμιμης μετανάστευσης, καταπολέμηση της ανασφάλιστης εργασίας και έλεγχο της παράνομης μετανάστευσης, β) ανάθεση της μεταναστευτικής πολιτικής στις εξωτερικές υποθέσεις της Ε.Ε., γ) ενσωμάτωση μεταναστών και δ) κοινό σύστημα απόδοσης ασύλου για την Ε.Ε..
- VII. Συμβούλιο Βρυξελλών το 2005: Αντιμετώπιση μετανάστευσης με την συνεργασία χωρών προέλευσης, διέλευσης και προορισμού. (Διεθνής Αμνηστία, 2010)
- VIII. Συμβούλιο Βρυξελλών το 2007: Ίδρυση Ευρωπαϊκού Ταμείου Ένταξης υπηκόων τρίτων χωρών για την περίοδο 2007-2013.
- IX. Συμβούλιο Βρυξελλών το 2008: Έγκριση του Ευρωπαϊκού Συμφώνου για την Μετανάστευση και το Άσυλο: α) οργάνωση της νόμιμης μετανάστευσης βάση δυνατοτήτων κάθε κράτους-μέλους σε επίπεδο αγοράς εργασίας, στέγασης και κοινωνικών υπηρεσιών και την ενθάρρυνση ενσωμάτωσης, β) καταπολέμηση παράνομης μετανάστευσης - επαναπατρισμός, γ) ενίσχυση φύλαξης συνόρων και δ) η Ευρώπη συγκροτείται ως χώρα ασύλου.

- Χ. Συμβούλιο Βρυξελλών το 2009: Ψήφιση του Προγράμματος της Στοκχόλμης (2010-2014): α) μηχανισμός αξιολόγησης συμφωνιών επανεισδοχής, β) συμφωνίες επανεισδοχής με χώρες όπως το Ιράκ, γ) χρηματοδότηση για υποδομές σε τρίτες χώρες για διαχείριση της παράνομης μετανάστευσης και δ) διάλογος με τρίτες χώρες για αποφυγή των ανθρωπιστικών τραγωδιών της παράνομης μετανάστευσης (λόγω επικινδυνότητας των μεθόδων μετανάστευσης).

2.3. Περίθαλψη των λαθρομεταναστών στις χώρες της Ε.Ε.

Υπογεγραμμένη από το σύνολο των 27 κρατών μελών, η Διεθνής Σύμβαση του ΟΗΕ για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα προβλέπει το δικαίωμα στην υγεία ως βασικό κοινωνικό δικαίωμα για όλους. Η ΣΛΕΕ και ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ε.Ε. απηχούν την πεποίθηση αυτή. (Στεφανάκη, 2011)

Μια πρόσφατη οστόσο μελέτη για δέκα κράτη μέλη εκ μέρους της Υπηρεσίας της Ε.Ε. για τα Θεμελιώδη Δικαιώματα (FRA), έδειξε ότι οι εθνικές πρακτικές σε σχέση με την πρόσβαση των λαθρομεταναστών στην υγειονομική περίθαλψη είναι σε μεγάλο βαθμό αποκλίνουσες. Σε 6 από τα κράτη αυτά, οι λαθρομετανάστες έχουν δωρεάν πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για την παροχή πρώτων βοηθειών. Σε ένα εκ των κρατών αυτών, παρέχεται υγειονομική περίθαλψη, τα νοσοκομεία όμως πρέπει να αναφέρουν τους λαθρομετανάστες στις αρχές με συνέπεια οι τελευταίοι να επιλέγουν να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία τους από το φόβο μήπως αποκαλυφθούν. (Καψάλης κ.ά., 2009)

Τα κράτη μέλη φοβούνται το πιθανό κόστος της δωρεάν περίθαλψης των λαθρομεταναστών. Ωστόσο, όσο περισσότερες επενδύσεις πραγματοποιούνται στη δωρεάν παροχή βασικής περίθαλψης για όλους, τόσο χαμηλότερο είναι το κόστος της ακριβής έκτακτης περίθαλψης και μικρότερος ο κίνδυνος για τη δημόσια υγεία. Το δικαίωμα στη βασική υγειονομική περίθαλψη είναι θεμελιώδες δικαίωμα ανεξαρτήτως της κατάστασης του κάθε ανθρώπου.

2.4. Η σημερινή πραγματικότητα

Η Ε.Ε. θέσπισε ένα νομικό κείμενο, το κανονισμός Δουβλίνο II ή κανονισμός 343/2002, το οποίο καθορίζει ποια χώρα θα είναι υπεύθυνη για να δώσει άσυλο στον αιτούντα μετανάστη. Σύμφωνα με τον κανονισμό Δουβλίνο II ένας μετανάστης δικαιούται να ζητήσει άσυλο στην Ευρωπαϊκή χώρα, στην οποία θα εισέλθει την πρώτη φορά δηλαδή, οι

μετανάστες που περνούν τα σύνορα της Ελλάδας και στην συνέχεια μεταβαίνουν σε άλλη χώρα, για να αιτηθούν άσυλο θα πρέπει να επιστρέφονται πίσω στην Ελλάδα. (Βεντούρα, 2004)

Στην Ελλάδα επικρατεί κακή κατάσταση κατά την εφαρμογή του ασύλου, με αποτέλεσμα ο κανονισμός αυτός το 2010-2011 βρίσκεται άτυπα σε επανεξέταση και προτάθηκε προσωρινή αναστολή για περίοδο έξι μηνών, όταν κάποιο ενδιαφερόμενο μέλος αντιμετωπίζει ιδιαίτερα επείγουσες καταστάσεις, οι οποίες επιβαρύνουν στο έπακρο τις ικανότητες υποδοχής. (Στεφανάκη, 2011)

Μετά από έκθεση της Γαλλίδας Σοσιαλίστριας Ευρωβουλευτού Σιλβί Γκιγιόμ, τον Απρίλιο του 2011 ψηφίστηκε από την Ολομέλεια του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου οδηγία, η οποία συνιστά στα κράτη μέλη να μην εφαρμόζουν την αρχή της επαναπροώθησης των αιτούντων άσυλο στην πρώτη χώρα εισόδου στην Ευρώπη. Στην έκθεσή της η Σιλβί Γκιγιόμ συγκεκριμένα ανέφερε: *"η ισχύουσα κοινοτική νομοθεσία για το άσυλο δεν προστατεύει αφενός τα δικαιώματα των αιτούντων άσυλο στην Ευρώπη ενώ προκαλεί, αφετέρου, πολύ μεγάλες διαφορές μεταξύ των κρατών-μελών σ' ό,τι αφορά την μεταχείριση των αιτούντων άσυλο και των προσφύγων"*. (Στεφανάκη, 2011)

Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο αποφάσισε τον Δεκέμβριο του 2011 πως κινδυνεύουν τα ανθρώπινα δικαιώματα των μεταναστών που επιστρέφουν στην Ελλάδα, μέσω του κανονισμού Δουβλίνο II. Η απόφαση του δικαστηρίου χαρακτηρίστηκε ότι ανατρέπει τον κανονισμό Δουβλίνο II. (Καρκαγιάννης, 2011)

2.5. Ηθικοί ενδοιασμοί του επαγγελματία νοσηλευτή

Οι νοσηλευτές παρουσιάζουν δυσκολίες στο να πάρουν μια σαφή θέση υπέρ ή κατά της περίθαλψης των μεταναστών. Αυτό οφείλεται κυρίως στην πολυπλοκότητα που παρουσιάζει ο ακριβής ορισμός και κατανόηση του όρου της μετανάστευσης. Σκοπός είναι να προσδιοριστούν οι στάσεις και συμπεριφορές των νοσηλευτών απέναντι στη μετανάστευση και οι παράγοντες που τις επηρεάζουν. (Βεντούρα, 2004)

Οι απόψεις των νοσηλευτών για την περίθαλψη των μεταναστών δίστανται και είναι σημαντικά συνδεδεμένες με τη θρησκεία, την ηλικία και την ειδικότητα του κάθε ενός. Οι υπέρμαχοι της ευθανασίας υποστηρίζουν ότι με αυτή προάγεται η ποιότητα ζωής, ο σεβασμός στην αυτονομία καθώς και η αποφυγή δυσάρεστων για τον ασθενή συμπτωμάτων. Από την άλλη οι νοσηλευτές που είναι εναντίον θεωρούν ότι κάθε πάσχων έχει το δικαίωμα για έναν καλό θάνατο, έχουν πίστη στην δύναμη που έχουν οι εναλλακτικές πρακτικές, και

εμποδίζονται από τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις. Αναλόγως υπάρχει ανάγκη να ληφθούν υπόψη οι γνώμες των νοσηλευτών για αποφάσεις που αφορούν τους τρόπους περίθαλψης των μεταναστών, διότι μέσα από πραγματικές εμπειρίες με ανθρώπους που αντιμετωπίζουν το θάνατο, διευκολύνουν την κατανόηση της ζωής και αυτών των αποφάσεων. (Κατρούγκαλος, 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο:

ΤΟ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΟ ΖΗΤΗΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1. Η λαθραία μετανάστευση στην Ελλάδα

Τα τελευταία χρόνια πολλές χώρες σε όλον τον κόσμο και ειδικά στην Ευρώπη, ανάμεσά τους και η Ελλάδα, αντιμετωπίζουν μια συνεχή εισροή μεταναστών. Η Ελλάδα από χώρα αποστολής μεταναστών έγινε χώρα υποδοχής και μάλιστα με έντονους ρυθμούς τις τελευταίες δύο δεκαετίες. (Bucaj, Σουρτζή, Καλοκαιρινού & Βελονάκης, 2012) Όταν μιλάμε για το μεταναστευτικό ζήτημα στην Ελλάδα, εννοούμε την είσοδο πολλών λαθρομεταναστών στην χώρα το 1990 – 2011. Το πρώτο κύμα λαθρομεταναστών προκλήθηκε από την πτώση των σοσιαλιστικών καθεστώτων της ανατολικής Ευρώπης το 1989, και ξεκίνησε κυρίως από γειτονικές χώρες όπως η Βουλγαρία, η Αλβανία και η Ρουμανία κι εν συνεχεία από χώρες της Ασίας και της Αφρικής. Η επόμενη δεκαετία χαρακτηρίζεται από την είσοδο εκατοντάδων μεταναστών από όλον τον κόσμο κι αυτό είχε ως αποτέλεσμα ο ένας στους δέκα κατοίκους να είναι αλλοδαπής προέλευσης. (Καλοφωλιάς, 2011)

Έτσι συσσωρεύτηκε τεράστιο πλήθος μεταναστών στην Ελλάδα, πράγμα που αναπόφευκτα προκάλεσε σημαντικό πολιτικό ζήτημα με παντελώς διαφορετικές προτάσεις επίλυσης από τα πολιτικά κόμματα. Την πενταετία μεταξύ 2005 – 2010, η Ελλάδα χαρακτηρίστηκε ως «η πύλη της Ευρώπης για παράνομη μετανάστευση». (Morice & Rodier, 2010) Παρά τις άσχημες συνθήκες που επικρατούν στην Ελλάδα το 2010 – 2012 εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, ο αριθμός των μεταναστών που έρχονται στην Ελλάδα για να καταφέρουν να μπουν στην Ευρώπη, δεν έχει μειωθεί ούτε στο ελάχιστο. Βάσει των στοιχείων της Frontex, το 2010 οι εννέα στους δέκα λαθρομετανάστες εισήλθαν στην Ευρώπη μέσω των ελληνικών συνόρων. Ωστόσο, πολλοί μετανάστες άρχισαν να επιχειρούν την είσοδο στην Ευρώπη μέσω της νήσου Λαμπεντούζα στην Ιταλία, μετά από τις πολιτικές εξελίξεις που έλαβαν μέρος στην Λιβύη και την Τυνησία το 2011. Σύμφωνα με την Frontex, τους πρώτους 9 μήνες του 2011 πέρασαν τα σύνορα 112.844 μετανάστες ενώ την ίδια περίοδο του 2010 ο αριθμός των μεταναστών ήταν της τάξεως των 76.697. (Τα νέα, 2011)

3.2. Περίθαλψη των λαθρομεταναστών στην Ελλάδα

Η αλλαγή περιβάλλοντος των μεταναστών συνδέεται με σημαντικές αλλαγές στις συνθήκες ζωής τους. (Bucaj κ.ά., 2012) Οι λαθρομετανάστες που περνούν τα σύνορα της Ελλάδας οδηγούνται στα κέντρα κράτησης μεταναστών, στα οποία σύμφωνα με τους Γιατρούς Χωρίς Σύνορα οι συνθήκες διαβίωσης είναι απάνθρωπες και επικρατεί συνωστισμός. Κλιμάκιο της Ύπατης Αρμοστείας του Ο.Η.Ε. τον Σεπτέμβριο 2010 χαρακτήρισε τραγική την κατάσταση στα κέντρα κράτησης και το φαινόμενο των μεταναστευτικών ροών που αντιμετωπίζει η Ελλάδα ως "ανθρωπιστική κρίση". Βάσει μαρτυριών λαθρομεταναστών που κρατήθηκαν σε τμήματα συνοριακής φύλαξης, όπως αυτά του Σουφλιού και του Κυπρίνου υπάρχει υπερδιπλάσιος αριθμός ανθρώπων από το προβλεπόμενο, η κράτηση είναι μικτή (άνδρες, γυναίκες και ασυνόδευτοι ανήλικοι) και οι συνθήκες υγιεινής είναι πολύ κακές. Συγκεκριμένα, τα σκεπάσματα είναι ανθυγιεινά και οι μετανάστες δεν έχουν υγειονομική πρόσβαση. Τα κρεβάτια δεν επαρκούν και μερικοί μετανάστες κοιμούνται καθιστοί. Ο φωτισμός και η θέρμανση είναι ελλιπής και υπάρχουν μετανάστες που δεν έχουν προαυλιστεί σε διάστημα κράτησης 4 μηνών. Οι μετανάστες δεν έχουν δυνατότητα επικοινωνίας με τον έξω κόσμο, πρόσβαση σε δωρεάν νομική βοήθεια και οι Ελληνικές Αρχές δεν τους ενημερώνουν για τα δικαιώματά τους. Οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα αναφέρουν ότι το 60% των προβλημάτων υγείας (λοιμώξεις αναπνευστικού, μυοσκελετικοί πόνοι, διάρροια, εντερικές διαταραχές, δερματικές παθήσεις και ψυχολογικά προβλήματα) των μεταναστών οφείλεται στις απάνθρωπες συνθήκες διαβίωσης στα κέντρα κράτησης. (Καψάλης κ.ά., 2009)

Ο επίτροπος του Συμβουλίου της Ευρώπης για τα ανθρώπινα δικαιώματα υποστηρίζει πως η κράτηση παιδιών στα κέντρα κράτησης είναι αντίθετη με την σύμβαση του ΟΗΕ για τα Δικαιώματα του Παιδιού και τα παιδιά στα κέντρα κράτησης είναι εκτεθειμένα σε πράξεις βίας, ενώ παράλληλα στερούνται πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και εκπαίδευσης. (Η Καθημερινή, 2011)

Το 2011 ασκήθηκε αρνητική κριτική στην Ελλάδα από την γερμανική βουλή, για τις θλιβερές συνθήκες που επικρατούν στα κέντρα κράτησης μεταναστών. Ο Συνήγορος του Πολίτη επισκέφτηκε την Θράκη το ίδιο έτος και χαρακτήρισε «Ανθρωπιστική κρίση» την κατάσταση στα κέντρα κράτησης. (Μαυρομμάτης & Τσιτσελίκης, 2011)

Στην έκθεση του Συμβουλίου της Ευρώπης τον Ιανουάριο 2012 για την Ελλάδα, αναφέρεται ότι οι ελληνικές αρχές επιλέγουν την φιλοξενία των μεταναστών σε κακές συνθήκες ώστε να αποθαρρυνθούν οι μελλοντικοί μετανάστες. Ο πρόεδρος της Επιτροπής

του Συμβουλίου της Ευρώπης συγκεκριμένα είπε: «Υπάρχει εσκεμμένη πολιτική της ελληνικής κυβέρνησης. Διαφορετικά πώς μπορεί να εξηγηθεί ότι στο Σουφλί φιλοξενούνται 146 μετανάστες σε 110 τ.μ., ενώ την ίδια στιγμή στη Σπάρτη οι εγκαταστάσεις υποδοχής μεταναστών παραμένουν άδειες;» (Μποζανίδου, 2012)

3.3. Εφαρμογή Δουβλίνου II στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα τον Μάρτιο του 2011, τα αιτήματα ασύλου που εκκρεμούν υπολογίζονται περίπου στα 45.000. Εξαιτίας της κακής λειτουργίας του συστήματος αιτήσεων και παροχής ασύλου, η Γερμανία το 2010 αποφάσισε για ένα έτος να αναστείλει την εφαρμογή του κανονισμού· την απόφαση αυτή, εφαρμόζουν ήδη κράτη όπως, η Σουηδία, η Ισλανδία, η Νορβηγία, η Αγγλία, η Δανία και η Αυστρία. (Η Καθημερινή, 2011) Βάσει στοιχείων της μη κυβερνητικής οργάνωσης European Council on Refugees and Exiles (ECRE) η πιθανότητα κάποιος μετανάστης να αιτηθεί άσυλο στην Ελλάδα είναι πολύ μικρή. Σύμφωνα με στοιχεία της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ το έτος 2009 ένας μετανάστης είχε ελάχιστες πιθανότητες να αιτηθεί άσυλο στην Ελλάδα σε σύγκριση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες. Η Ελλάδα, η Δανία και η Ολλανδία κατατάσσονται στην έκτη θέση στις ευρωπαϊκές χώρες για τις περισσότερες αιτήσεις ασύλου σε σχέση με τον πληθυσμό (Καψάλης, 2009)

Το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων καταδίκασε την στάση του Βελγίου και της Ελλάδας το 2011 με αφορμή την επιστροφή ενός Αφγανού μετανάστη από το Βέλγιο πίσω στην Ελλάδα. Ο μετανάστης ταξίδεψε μέσω του Ιράν και της Τουρκίας και εισήλθε στην Ε.Ε. μέσω της Μυτιλήνης τον Δεκέμβρη του 2008. Τον Φλεβάρη του 2009 έφτασε χωρίς χαρτιά στο γραφείο Αλλοδαπών του Βελγίου όπου αιτήθηκε άσυλο και εν συνεχεία τον Ιούνιο του 2009, ο μετανάστης επιστράφηκε παρά την θέλησή του στην Ελλάδα εξαιτίας του κανονισμού Δουβλίνο II. Η απόφαση του δικαστηρίου ήταν ότι η επιστροφή μεταναστών αιτούντων άσυλο πίσω στην Ελλάδα παραβιάζει την Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα. Η Ελλάδα καταδικάστηκε για παραβίαση του άρθρου 3 της Σύμβασης Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, και πιο συγκεκριμένα για απάνθρωπη μεταχείριση και απάνθρωπες συνθήκες κράτησης του μετανάστη. Το Βέλγιο από την άλλη, καταδικάστηκε για παραβίαση του δικαιώματος στη ζωή με την απόφασή του να απελαθεί ο Αφγανός στην Καμπούλ, και για παραβίαση του δικαιώματος προσφυγής του μετανάστη σε μία σύντομη, δίκαιη δε δίκη.

Μη κυβερνητικές οργανώσεις όπως η Φλαμανδική Vluchtelingenwerk Vlaanderen, η Διεθνής Αμνηστία, η Ciré κ.ά. υποστηρίζουν πως οι αιτούντες άσυλο στην Ελλάδα κακοποιούνται ζώντας στους δρόμους ή σε υπερπλήρη κέντρα κράτησης. Η Φλαμανδική μη κυβερνητική οργάνωση υποστηρίζει ότι η Ε.Ε. θα πρέπει να υποστηρίξει την Ελλάδα σε νομοθετικές μεταρρυθμίσεις σχετικά με το σύστημα ασύλου. (Εθνική Επιτροπή, 2010)

Το 2011 θεσπίστηκε ο Ελληνικός νόμος 3907/2011 με τίτλο «*Ίδρυση Υπηρεσίας Ασύλου και Υπηρεσίας Πρώτης Υποδοχής, προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 2008/115/ΕΚ "σχετικά με τους κοινούς κανόνες και διαδικασίες στα κράτη - μέλη για την επιστροφή των παρανόμως διαμενόντων υπηκόων τρίτων χωρών"* και λοιπές διατάξεις» για την αναδιάρθρωση των κρατικών λειτουργιών απονομής ασύλου. Μέσα στον νόμο αυτό προβλέπεται η εθελούσια επιστροφή του μετανάστη αλλά υπάρχουν τεχνικοί λόγοι που αυτό δεν μπορεί να εφαρμοστεί όπως σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει συνεργασία με τις πρεσβείες ή κακές πολιτειακές συνθήκες στις χώρες των μεταναστών κλπ. (Μαυρομμάτης & Τσιτσελίκης, 2011)

Η Ελλάδα έχει προτείνει την ανακατανομή και μετεγκατάσταση μεταναστών χωρίς χαρτιά με δίκαιη αναλογία σε όλα τα κράτη μέλη της Ευρώπης. (Βεντούρα, 2004)

Δεκατέσσερις οργανώσεις που ασχολούνται με μεταναστευτικά ζητήματα, κατήγγειλαν πως η Ελλάδα δεν τηρεί τις υποχρεώσεις της όσον αφορά την πρόσβαση των αλλοδαπών στη διαδικασία αίτησης ασύλου, καθώς η Διεύθυνση Αλλοδαπών Αττικής δέχεται μόνο 20 αιτήσεις χορηγήσεις ασύλου κάθε Σάββατο. (Στεφανάκη, 2011)

3.4. Νομικό πλαίσιο σχετικά με την περίθαλψη των λαθρομεταναστών

Στην Ελλάδα πριν την δεκαετία του 1990 επικρατούσε κακή οικονομική κατάσταση. Έτσι όχι μόνο δεν έρχονταν οικονομικοί μετανάστες στην χώρα μας, αλλά πολλοί Έλληνες ωθούνταν προς την μετανάστευση. Την δεκαετία του 1990 άρχισαν να έρχονται οι πρώτοι οικονομικοί μετανάστες με αποτέλεσμα να είναι απαραίτητη η διαμόρφωση μεταναστευτικής πολιτικής. (Στεφανάκη, 2011)

Η μετανάστευση αυξήθηκε το διάστημα 2000-2011 και το 2010 εκτιμήθηκε ότι εισήλθαν στην Ελλάδα γύρω στους 128.000 μετανάστες. (Τα νέα, 2011) Το διάστημα 2000-2011 η μετανάστευση γίνεται κυρίως μέσω της Τουρκίας, διαμέσου του Έβρου ποταμού (ή και χερσαίως στο μοναδικό κομμάτι των ελληνοτουρκικών συνόρων μεταξύ Νέας Βύσσης και Καστανιών, όπου ο ίδιος ποταμός διασχίζει την Ανδριανούπολη και τα σύνορα δεν οριοθετούνται από αυτόν) και των νησιών του Αιγαίου με σκοπό την είσοδο σε κάποια

άλλη χώρα της Ε.Ε., συνήθως μέσω του λιμανιού της Ηγουμενίτσας ή της Πάτρας. (Καλοφωλιάς, 2011)

Για να αντιμετωπιστεί το ζήτημα αυτό, ψηφίστηκαν οι εξής νόμοι:

- Νόμος 1975/1991 με τίτλο "*Είσοδος, έξοδος, παραμονή, εργασία, απέλαση αλλοδαπών, διαδικασία αναγνώρισης προσφύγων και άλλες διατάξεις*". Ο Νόμος 4310/1929, που εφαρμοζόταν μέχρι τότε, ήταν ανεπαρκής, αφού αφορούσε μόνο ζητήματα προσφύγων προερχόμενων από την Μικρά Ασία. Ο νέος νόμος καθορίζει τις προϋποθέσεις εισόδου και παραμονής μεταναστών στην Ελλάδα, αλλά και απέλαση όσων ήταν χωρίς νομικές διατυπώσεις. Επίσης, ο νόμος προβλέπει ποινή φυλάκισης έως πέντε έτη για όποιον εισέρχεται παράνομα στην Ελλάδα. (Καλοφωλιάς, 2011)
- Νόμος 2910/2001 με τίτλο "*Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην Ελληνική Επικράτεια. Κτήση της ιθαγένειας με πολιτογράφηση και άλλες διατάξεις*". Παρά την αυστηρότητα του νόμου 1975/1991, οι λαθρομετανάστες αυξάνονται και δημιουργείται η ανάγκη για αντιμετώπιση του ζητήματος, αναγνωρίζοντας ότι οι μετανάστες συμβάλουν στην οικονομία και κοινωνία. Ο νέος νόμος μεταφέρει την μεταναστευτική πολιτική από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης στο Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης. Παράλληλα μειώνεται από δεκαπέντε σε δύο έτη ο απαιτούμενος χρόνος διαμονής του μετανάστη για το δικαίωμα στην οικογενειακή επανένωση. Οι ανήλικοι μετανάστες αποκτούν το δικαίωμα στην υποχρεωτική εκπαίδευση. Επίσης κατοχυρώνεται η πρόσβαση των μεταναστών στο σύστημα δικαιοσύνης και κοινωνικής προστασίας και ρυθμίζεται η πολιτογράφηση. (Καλοφωλιάς, 2011)
- Νόμος 3386/2005 με τίτλο "*Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική επικράτεια*", ο οποίος θεωρείται βασικό νομοθέτημα της Ελληνικής μεταναστευτικής πολιτικής. Με τον νέο νόμο μειώνεται η γραφειοκρατία ενοποιώντας την άδεια εργασίας και διαμονής μεταναστών σε ένα έγγραφο. Γίνεται καμπάνια νομιμοποίησης παράτυπων μεταναστών και ενσωματώνεται η κοινοτική οδηγία 2003/86 για την οικογενειακή επανένωση των μεταναστών. Επίσης, ενσωματώνεται η κοινοτική οδηγία 2003/109 για το καθεστώς του επί μακρόν διαμένοντος αλλοδαπού με συμπλήρωση πενταετούς διαμονής στην Ελλάδα και την γνώση της Ελληνικής γλώσσας, πολιτισμού και ιστορίας. Παράλληλα, προβλέπονται

ποινικές, οικονομικές και διοικητικές κυρώσεις σε όσους παρέχουν υπηρεσίες σε παράνομους μετανάστες προερχόμενους από τρίτες χώρες. (Καλοφωλιάς, 2011)

- Νόμος 3386/2007 με τίτλο "*Ειδικές ρυθμίσεις θεμάτων μεταναστευτικής πολιτικής και λοιπών ζητημάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης*". Με τον νόμο αυτό διευκολύνονται οι μετανάστες στην εξαγορά του 20% των ενσήμων που απαιτούνται να συμπληρώσουν για να ανανεώσουν την άδεια παραμονής τους. Επίσης, οι γονείς μεταναστών μπορούν να νομιμοποιούνται, όταν τα παιδιά τους φοιτούν στην πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια εκπαίδευση. (Καλοφωλιάς, 2011)
- Νόμος 3838/2010 με τις προϋποθέσεις απόκτησης Ελληνικής ιθαγένειας. Τροποποιείται ο κώδικας Ελληνικής ιθαγένειας, ο οποίος βασιζόταν στην αρχή του δίκαιου του αίματος. Με τον νέο νόμο τα παιδιά μεταναστών αποκτούν την Ελληνική ιθαγένεια με την γέννησή τους στην Ελλάδα με προϋπόθεση ότι οι δύο γονείς διαμένουν στην Ελλάδα μόνιμα και νόμιμα κατά την διάρκεια πέντε συνεχόμενων ετών. Επίσης, παιδιά μεταναστών, τα οποία έχουν παρακολουθήσει τουλάχιστον 6 έτη ελληνικού σχολείου, κατοικούν μόνιμα και νόμιμα στην χώρα, δικαιούνται την Ελληνική ιθαγένεια. Οι αλλοδαποί, οι οποίοι επιθυμούν την πολιτογράφηση ως Έλληνες θα πρέπει να διαμένουν νόμιμα για επτά συνεχόμενα έτη, να έχουν λευκό ποινικό μητρώο, γνώση ελληνικών, ομαλή ένταξη στην οικονομική και κοινωνική ζωή, αλλά και εξοικείωση με τους θεσμούς του πολιτεύματος. (Καλοφωλιάς, 2011)

3.5. Ο ρόλος των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων και της Εκκλησίας

Στο έδαφος των κενών που παρουσιάζει το δημόσιο σύστημα υγείας και του αποκλεισμού της μεγάλης πλειοψηφίας των μεταναστών από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, αναπτύσσεται η δράση διαφόρων Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (ΜΚΟ), που με διάφορες επιχορηγήσεις καλύπτουν υποτυπωδώς κάποιες βασικές ανάγκες υγείας των μεταναστών. Η υποκατάσταση της κρατικής ευθύνης για την παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας δεν αφορά μόνο τους μετανάστες. Αποτελεί μέρος του συνολικού σχεδιασμού της Ε.Ε. που προωθείται και στη χώρα μας. Τα ζητήματα υγείας των μεταναστών αποτελούν «πεδίο δόξης λαμπρό» για τις ΜΚΟ, λόγω των πιο έντονων προβλημάτων και της μεγαλύτερης εξαθλίωσης. (Καψάλης, 2009)

Οι ΜΚΟ δραστηριοποιούνται σε τομείς, όπως η κάλυψη αναγκών σε στοιχειώδη φάρμακα, εξετάσεις, διαγνώσεις και δίνουν πληροφορίες για το πώς να εξυπηρετηθούν οι

μετανάστες στο δαιδαλώδες σύστημα των ασφαλιστικών ταμείων και νοσοκομείων. Τέτοιες οργανώσεις είναι οι Γιατροί του Κόσμου, η PRAKSIS, το Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα κλπ. (Σιταρόπουλος, 2008)

Σύμφωνα με την τελευταία αναφορά δράσης, που καλύπτει την περίοδο μεταξύ Οκτώβρη 2007 και Σεπτέμβρη 2008, στο Πολυιατρείο PRAKSIS της Αθήνας εξυπηρετήθηκαν 3.934 άτομα (η πλειοψηφία των εξυπηρετούμενων, 39%, προέρχονταν από το Αφγανιστάν). Στο «Ανοιχτό Πολυιατρείο» της Αθήνας των «Γιατρών του Κόσμου» εθελοντές γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων (παθολόγοι, καρδιολόγοι, παιδίατροι, οφθαλμίατροι κλπ.) παρέχουν υπηρεσίες σε 14.000 ασθενείς ετησίως κατά μέσο όρο. Οι κύριες χώρες προέλευσης των αλλοδαπών είναι το Ιράκ, το Αφγανιστάν, το Μπαγκλαντές, οι Αφρικανικές χώρες, το Ιράν, η Βουλγαρία, η Πολωνία, η Ουκρανία και η Αλβανία. (Γκέλνερ, 2008)

Άλλες πρωτοβουλίες, μετά το 2000, αφορούν προγράμματα ψυχικής υγείας, όπως τα προγράμματα «Ψυχαδέλφεια» και «Ψυχαργός». Από τα τέλη του 2007 η οργάνωση «Συνειρμός», στα πλαίσια του προγράμματος «Ψυχαργός», λειτουργεί το Κέντρο Ημέρας Βαβέλ στο κέντρο της Αθήνας, το οποίο απευθύνεται αποκλειστικά σε μετανάστες. Η πλειοψηφία αυτών των προγραμμάτων περιορίζονται στην παροχή συμβουλών και ψυχολογικής υποστήριξης, γεγονός αναμενόμενο, αφού η πραγματική πρόληψη και αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας απαιτεί μέτρα οικονομικού και κοινωνικού χαρακτήρα και οργανωμένες υποδομές στο σύστημα υγείας. (Στεφανάκη, 2011)

Η Εκκλησία της Ελλάδος τα τελευταία χρόνια παρουσιάζει κι αυτή δραστηριοποίηση στα θέματα των μεταναστών, κυρίως μέσω της ΜΚΟ «Αλληλεγγύη», η οποία απορροφά σχετικά κονδύλια από εθνικούς και κοινοτικούς πόρους. Παράλληλα έχει ιδρυθεί από τον προηγούμενο Αρχιεπίσκοπο Χριστόδουλο Ειδική Συνοδική Επιτροπή Μεταναστών, Προσφύγων και Παλιννοστούντων, με στόχο να υποστηρίζει ειδικά προγράμματα συμβουλευτικών υποστηρικτικών υπηρεσιών προς μετανάστες, μέσω και χορηγιών από μεγάλες επιχειρήσεις (π.χ. Όμιλος Δασκαλαντωνάκη-Grecotel κ.ά.). (Βαρουξή, 2007)

Σήμερα η Εκκλησία της Ελλάδος λειτουργεί ξενώνες υποδοχής και σχολεία εκμάθησης γλώσσας για περιορισμένο αριθμό μεταναστών, ενώ -όπως επισημαίνουν- οι εκπρόσωποί τους παρέχουν συμβουλευτικές υπηρεσίες προς τους μετανάστες σε θέματα ανεύρεσης εργασίας, χορήγησης ασύλου κ.ά. Παράλληλα, προσφέρει συσσίτια, είδη ρουχισμού κ.ά. υλικά αγαθά σε τοπικό επίπεδο, με βάση και την αρχή της φιλανθρωπίας. (Τσίγκανου, 2008)

Ταυτόχρονα, όπως οι ίδιοι αναφέρουν, συχνά συμμετέχουν ως εταίροι του Κράτους και συνομιλητές της Ε.Ε. στη διαμόρφωση νόμων και Κανονισμών για τη μετανάστευση. Αναδεικνύεται ότι ουσιαστικά η εκκλησία διαδραματίζει ένα ρόλο διαχείρισης ακραίων καταστάσεων σε μια ορισμένη συνεννόηση με τους πολιτικούς φορείς που ευθύνονται γι' αυτές τις καταστάσεις. Αφενός εισπράττει πόρους μέσω της ΜΚΟ για περιορισμένης εμβέλειας προγράμματα μεταναστών, αφετέρου προσφέρει άλλοθι για δήθεν φιλοξενία και παροχές της Ελλάδας προς τους μετανάστες. Αμβλύνει τις γωνίες ενός οξυμένου ζητήματος με τοπικές δράσεις αμφίβολης και σίγουρα περιορισμένης αποτελεσματικότητας. Με άλλα λόγια, ουσιαστικά ενισχύει την πολιτική των ημίμετρων της φιλανθρωπίας, εκθειάζοντας την «προσφορά» επιχειρηματιών και βιομηχάνων με «κοινωνικό πρόσωπο», στο όνομα της «χριστιανικής παγκοσμιότητας». (Διαμαντούρος, 2000)

Συμπερασματικά, οι οργανώσεις αυτές καλύπτουν σε περιορισμένη έκταση και αποσπασματικά κάποιες στοιχειώδεις ανάγκες υγείας των μεταναστών, όμως σε καμία περίπτωση δε λύνουν το πρόβλημα της έλλειψης ολοκληρωμένης δημόσιας και δωρεάν φροντίδας υγείας, που θα έπρεπε να είναι στόχος πάλης και των ίδιων των μεταναστών. Λειτουργούν επικουρικά προς την πολιτική των αστικών κομμάτων και τη γραμμή της Ε.Ε. για συρρίκνωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και επέκταση της εμπορευματοποίησής τους, γι' αυτό το λόγο άλλωστε χρηματοδοτούνται από Ε.Ε. και κράτος. (Καψάλης, 2009)

3.6. Οι γυναίκες και τα παιδιά

Οι γυναίκες μετανάστριες υφίστανται πολλαπλή καταπίεση, λόγω και της ιδιότητάς τους ως μετανάστριες, γεγονός που έχει σημαντική επίπτωση στην υγεία τους. Πολύ συχνά οι γυναίκες μετανάστριες εργάζονται ως «ενοικιαζόμενες» μέσω των διαφόρων δουλεμπορικών γραφείων. Σε αρκετές ασκείται σωματική, σεξουαλική και ψυχική βία από τα κυκλώματα εμπόρων λευκής σαρκός και δουλεμπόρων. Τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών, όπως γυναίκες, παιδιά, ηλικιωμένοι, σε μεγάλο ποσοστό δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη και καμία πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, είτε γιατί το άμεσα ασφαλισμένο μέλος της οικογένειας δεν μπόρεσε να ανανεώσει την άδεια παραμονής, είτε γιατί τα προστατευόμενα μέλη δεν έχουν άδεια παραμονής, λόγω των απαγορευτικών προϋποθέσεων που προβλέπονται για την οικογενειακή επανένωση. (Αναστασοπούλου κ.ά., 2010)

Μεγάλο μέρος μεταναστριών δεν καλύπτεται για προγεννητικό έλεγχο, δεν παρακολουθείται κατά τη διάρκεια της κύησης και φτάνει στο νοσοκομείο λίγο πριν τον τοκετό. Έτσι, υπάρχουν αυξημένα ποσοστά προβλημάτων κύησης, τοκετού και νεογνικής

θνησιμότητας. Υπάρχουν περιπτώσεις, όπου οι μητέρες μετανάστριες δεν έχουν χρήματα να πληρώσουν, φεύγουν από το μαιευτήριο χωρίς το παιδί τους, το οποίο κρατείται στο νοσοκομείο μέχρι να γίνει η πληρωμή ή να βρεθεί άλλη λύση. Η πλειοψηφία των εργαζομένων μεταναστριών, ακόμη και αυτών με άδεια εργασίας και ασφαλιστική κάλυψη, δε λαμβάνει άδεια μητρότητας κάτω από το φόβο της απόλυσης. (Καψάλης κ.ά., 2009)

Αντίστοιχα, έντονα είναι τα προβλήματα υγείας και στα παιδιά αυτών των οικογενειών. Στις δύσκολες συνθήκες διαβίωσης στερούνται των αναγκαίων για τη σωστή ανάπτυξή τους, ενώ η παρακολούθηση της υγείας τους γίνεται με δυσκολίες. Ακόμη και οι βασικοί εμβολιασμοί, αν δεν υπάρχει βιβλιάριο, μετά το κλείσιμο του ΠΚΠΑ (γίνονταν δωρεάν εμβολιασμοί σε όλα τα παιδιά), γίνονται Γολγοθάς και κοστίζουν πολύ. (Καψάλης κ.ά., 2009)

Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει, επίσης, στους ασυνόδευτους ανηλίκους (οι ασυνόδευτοι ανήλικοι που βρίσκονται σήμερα στην Ελλάδα υπολογίζονται σε 10.000). Αυτοί με βάση το νόμο δικαιούνται πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ακόμα και όταν δε διαθέτουν τα απαραίτητα έγγραφα, δεν απολαμβάνουν όμως σχεδόν καμίας προστασίας, καθώς μεταξύ άλλων δεν υπάρχουν οι απαιτούμενοι χώροι για τη στέγασή τους, εγκαταλείπονται στο έλεος διαφόρων ΜΚΟ και συνήθως στο δρόμο. Αποτέλεσμα της ελλιπούς προστασίας είναι να τίθεται σε κίνδυνο η υγεία τους, να πέφτουν συχνά θύματα σωματεμπορίας και εργασιακής εκμετάλλευσης, ενώ διαβιούν σε απαράδεκτες συνθήκες. (Διαμαντούρος, 2000)

3.7. Ψυχική υγεία

Η μετανάστευση από μόνη της είναι μία τραγική εμπειρία και μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία. Η διαδικασία αυτή, σε συνδυασμό με το στυγνό καθεστώς εκμετάλλευσης που υπόκεινται οι άνθρωποι αυτοί, αποτελούν αιτιακούς παράγοντες διαφόρων ψυχικών παθήσεων. Οι δυσκολίες για την οικογενειακή επανένωση, οι δυσκολίες προσαρμογής σε διαφορετική κουλτούρα, ήθη και έθιμα, νοοτροπία, αντιλήψεις, η δυσκολία να αναπαράγουν τη γλώσσα και τον πολιτισμό τους δυσχεραίνουν την κατάσταση. Όλες οι κακουχίες που πέρασαν στη χώρα τους, ο πόλεμος που έχουν βιώσει οι περισσότεροι και επιπρόσθετα η φτώχεια και η εξαθλίωση που περνούν στη χώρα μας, συμβάλλουν στο να έχουν αυξημένες ανάγκες για ψυχολογική υποστήριξη. Σε αυτά πρέπει να προστεθεί και η ψυχολογική επίπτωση του ρατσισμού και της κοινωνικής απομόνωσης. Όλοι αυτοί οι παράγοντες συντελούν και στα αυξημένα ποσοστά τοξικομανίας και αλκοολισμού που παρατηρούνται στους μετανάστες. (Βαρουξή, 2007)

Τα παραπάνω είναι παράγοντες για την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών (κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές κ.ά.). Οι μετανάστες δεν έχουν όμως τη δυνατότητα για ψυχολογική υποστήριξη και αρμόζουσα περίθαλψη. Πιο έντονα βιώνουν τα προβλήματα αυτά οι γυναίκες, τα παιδιά και οι νέοι μετανάστες. Τα στοιχεία από το Ελληνικό Ιατρικό Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου για το διάστημα 2000 έως 2004 δείχνουν ότι «το 33% όσων κατέφυγαν για βοήθεια, έπασχε από συναισθηματικές διαταραχές, το 31% από ψυχωτικές καταστάσεις, το 28% από άγχος και σωματοποίηση». Τα ποσοστά ενδοοικογενειακής βίας και κακοποίησης παιδιών και γυναικών είναι αυξημένα. Η προπαγάνδα και η παραπληροφόρηση αποδίδει αυτό το φαινόμενο στα γονίδια των μεταναστών ή ακόμα και στη «ράτσα» τους, παραβλέποντας την ιστορικότητα στην καταπίεση της γυναίκας από τον άνδρα, που υπήρξε και με τη μορφή βίας πιο έντονα σε πιο καθυστερημένες καπιταλιστικές κοινωνίες. (Γκέλνερ, 2008)

3.8. Ορισμένα ζητήματα πρόνοιας

Προβλήματα υπάρχουν και στην προσχολική αγωγή των παιδιών των μεταναστών από τους δημοτικούς παιδικούς σταθμούς, έτσι ώστε οι κοινότητες των μεταναστών να αναγκάζονται να φτιάχνουν δικούς τους, πολλές φορές άνευ αδείας. Αυτό όμως, δεν αποτελεί λύση γιατί έτσι εντείνονται τα ζητήματα γκετοποίησης και περιθωριοποίησης των παιδιών αυτών και δε συμβάλλει στην κοινωνική τους ένταξη. (Αναστασοπούλου κ.ά., 2010)

Χρόνιοι πάσχοντες, ανάπηροι, τραυματίες πολέμου βρίσκονται χωρίς τις αναγκαίες παροχές υγείας και πρόνοιας. Οι ανάγκες συνεχούς ιατρικής παρακολούθησης, υποστήριξης και αποκατάστασης δεν καλύπτονται στις σημερινές συνθήκες. (Καψάλης κ.ά., 2010)

Για μικρό ποσοστό μεταναστών που διαθέτουν νομιμοποιητικά έγγραφα, αλλά είναι ανασφάλιστοι προβλέπεται η δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, αφού πάρουν το πιστοποιητικό κοινωνικής προστασίας. Το πιστοποιητικό αυτό χορηγείται εφόσον υπάρχει αποδεδειγμένο πρόβλημα υγείας, σε όσους διαθέτουν άδεια διαμονής για ανθρωπιστικούς λόγους και διαρκεί όσο διάστημα χρειαστεί να νοσηλευτούν. (Διαμαντούρος, 2000)

Ειδικά για πρόσφυγες αιτούντες πολιτικό άσυλο υπάρχει το Προεδρικό Διάταγμα 68/18.5.2005, που προβλέπει τη δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, η οποία περιλαμβάνει δωρεάν νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο και δωρεάν χορήγηση φαρμάκων από τα δημόσια νοσοκομεία. Για να έχουν δικαίωμα στη δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, οι μεν αιτούντες άσυλο πρέπει να έχουν στην κατοχή τους ειδικό δελτίο αιτούντος άσυλο (ροζ κάρτα), οι δε πρόσφυγες πρέπει να διαθέτουν το δελτίο ταυτότητας πολιτικού πρόσφυγα.

Κάποιες εξαιρέσεις από τις παραπάνω προϋποθέσεις προβλέπονται για ειδικές κατηγορίες ατόμων που χρήζουν προστασίας (θύματα παράνομης διακίνησης, τα θύματα νάρκης και όσους έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV/AIDS ή άλλα λοιμώδη νοσήματα), στους οποίους παρέχεται ιατρική, φαρμακευτική και νοσηλευτική περίθαλψη. Στην πραγματικότητα η πλειοψηφία των μεταναστών είτε δε γνωρίζει αυτά τα δικαιώματα, είτε δεν τα ασκεί από το φόβο του εντοπισμού και της απέλασης. (Βαρουξή, 2007)

Η πρόσβαση στο σύστημα υγείας εμποδίζεται και από τις πολύμηνες καθυστερήσεις που παρατηρούνται για την ανανέωση των αδειών παραμονής. Στους μετανάστες δε χορηγούνται παροχές κοινωνικής πρόνοιας, όπως το βιβλιάριο περίθαλψης ανασφάλιστων που προβλέπει την κάλυψη στις δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη και κάποια προνοιακά επιδόματα (επίδομα τετραπληγίας κ.ά.). Δεν τους εγκρίνονται πάντα αναρρωτικές άδειες, ενώ στην περίπτωση που κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους χρειαστούν εξετάσεις που είναι εκτός του κλειστού νοσηλίου (αξονικές/ μαγνητικές τομογραφίες, σπινθηρογραφήματα κλπ.), σπάνια είναι σε θέση να τις πληρώσουν. (Αναστασοπούλου κ.ά., 2010)

3.9. Η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας

Η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας δεν είναι ίδια για όλους. Διαφέρει, στη βάση του διαχωρισμού τους από το αστικό κράτος σε «νόμιμους» και «παράνομους». Έτσι, ανάλογα με το αν διαθέτουν νομιμοποιητικά έγγραφα ή όχι, έχουν και την ανάλογη πρόσβαση. Ακόμη και αυτοί που έχουν κάποια ασφαλιστική κάλυψη υφίστανται το σύνολο των προβλημάτων που αντιμετωπίζει η εργατική τάξη της Ελλάδας και τα φτωχά λαϊκά στρώματα στο τομέα της υγείας - πρόνοιας, δηλαδή την όλο και μεγαλύτερη εμπορευματοποίηση του συστήματος υγείας, την περικοπή παροχών, τις αναμονές και τις ελλείψεις προσωπικού και εξοπλισμού στα δημόσια νοσοκομεία και τα ασφαλιστικά ταμεία, την άγρια εκμετάλλευση. Όλα αυτά ισχύουν ιδιαίτερα για τους μετανάστες που ανήκουν στα φτωχά στρώματα της εργατικής τάξης και δεν μπορούν να πληρώσουν επιπλέον για την περίθαλψή τους στον ιδιωτικό τομέα. Έχουν πιο σοβαρές επιπτώσεις και θέτουν σε μεγαλύτερο κίνδυνο την υγεία τους, κάποιες φορές και τη ζωή τους. (Αναστασοπούλου κ.ά., 2010)

Σύμφωνα με στοιχεία του Ινστιτούτου Μεταναστευτικής Πολιτικής, το 2005 οι ασφαλισμένοι μετανάστες στο ΙΚΑ ήταν 242.142 και καταλάμβαναν το 13% του συνόλου των ασφαλισμένων του Οργανισμού, στον ΟΑΕΕ ήταν 9.705 που αντιστοιχεί στο 1,7% και στον ΟΓΑ 44.689 που αντιστοιχεί στο 6,1%. (Γκέλνερ, 2008)

Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που πολλοί μετανάστες αναγκάζονται να καταφύγουν στην ιδιωτική ασφάλιση, πληρώνοντας υπέρογκα ποσά, μόνο και μόνο για να μπορέσουν να αιτηθούν για οποιαδήποτε άδεια παραμονής ή ανανέωση. Η βεβαίωση του ασφαλιστικού φορέα για την κάλυψη εξόδων νοσηλείας και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης είναι απαραίτητη προϋπόθεση. (Διαμαντούρος, 2000)

Σε ό,τι αφορά τους μετανάστες χωρίς έγγραφα, η πραγματικότητα είναι ότι δεν έχουν δικαίωμα πρόσβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αλλά και για την πρόσβαση στη νοσοκομειακή περίθαλψη κι εκεί υπάρχουν ιδιαίτερα αυστηροί και εγκληματικοί περιορισμοί. (Καψάλης κ.ά., 2009)

Με εγκύκλιο του υπουργού Υγείας το 2000 (Υ4α/οικ.8992/13/7/2000) απαγορεύτηκε στα δημόσια νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας της χώρας, να αντιμετωπίζουν τακτικά αλλά και έκτακτα περιστατικά μεταναστών, οι οποίοι στερούνται των νομιμοποιητικών εγγράφων παραμονής στην Ελλάδα. Επίσης, η εγκύκλιος κατήγγειλε στους αλλοδαπούς, που βρίσκονται προσωρινά στη χώρα (τουρίστες), τη δωρεάν περίθαλψη ακόμη και στην περίπτωση επείγοντος περιστατικού, εκτός αν προέρχονται από τις χώρες του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη. Οι ίδιοι οι υγειονομικοί όμως, δεν την εφάρμοσαν στην πράξη παρά με ελάχιστες εξαιρέσεις. (Καψάλης κ.ά., 2009)

Αυτή την εγκύκλιο διατήρησε η επόμενη κυβέρνηση (εγκύκλιος 2/2/2005), όπως και τις αυστηρές διατάξεις του Νόμου 2910/2001 που περιορίζουν σε μεγάλο βαθμό την πρόσβαση των μεταναστών χωρίς έγγραφα στις υπηρεσίες υγείας. Κατήγγειλε μόνο τη διάταξη, η οποία προέβλεπε την υποχρέωση των διευθυντών θεραπευτηρίων να ενημερώνουν τις αστυνομικές αρχές για την άφιξη σε αυτά αλλοδαπών και επέτρεψε την πρόσβαση σε νοσοκομεία, όταν πρόκειται για ανήλικα παιδιά (άρθρο 84/Ν.3386/2005). Σε γενικές γραμμές, με βάση αυτούς τους κανονισμούς, η παροχή περίθαλψης σε μετανάστες χωρίς χαρτιά επιτρέπεται μόνο σε επείγοντα περιστατικά και μέχρι σταθεροποίησης της κατάστασής τους, γι' αυτό και η πλειοψηφία των μεταναστών επισκέπτονται τα νοσοκομεία μόνο στις εφημερίες. (Παπαδοπούλου, 2009)

Χαρακτηριστική είναι επίσης, η απουσία ενός πλήρους ιατρικού ελέγχου, ιδιαίτερα για τα λοιμώδη μεταδιδόμενα νοσήματα, που θα έπρεπε να γίνεται στους αιτούντες άσυλο και τους μετανάστες χωρίς έγγραφα κατά την άφιξή τους. Στην Ελλάδα, ιατρικός έλεγχος εφαρμόζεται για τη χορήγηση πιστοποιητικού υγείας σε κάποιο νοσοκομείο ή μονάδα του ΙΚΑ, κατά τη διαδικασία αίτησης για άδεια εργασίας και παραμονής. Περιλαμβάνει μόνο μία ακτινογραφία θώρακος και επιλεκτικά, ανάλογα με το νοσοκομείο, φυματινοαντίδραση

(mantoux). Τα έξοδα αυτά (10 ευρώ) τα πληρώνουν οι ίδιοι οι μετανάστες. Επιπλέον, έχουν αποκαλυφθεί κυκλώματα γιατρών και δικηγόρων που εκμεταλλεύονται τους μετανάστες, προκειμένου να τους εκδώσουν τα πιστοποιητικά. (Βαρουζή, 2007)

Επιπρόσθετα, σε όλα τα παραπάνω οι μετανάστες αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα επικοινωνίας λόγω της γλώσσας. Η αδυναμία επικοινωνίας με το υγειονομικό προσωπικό έχει σαν αποτέλεσμα συχνά τις λανθασμένες διαγνώσεις, τη λήψη λανθασμένων οδηγιών και τελικά την πλημμελή θεραπεία τους. Η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού στις κοινωνικές υπηρεσίες, όπως διερμηνέων, ενημερωτικών φυλλαδίων σε γλώσσες διαφόρων εθνικοτήτων έχει ως αποτέλεσμα την ελλιπή ενημέρωση των μεταναστών, προσφύγων και αιτούντων άσυλο σχετικά με τη διεκδίκηση δικαιωμάτων στην υγεία-πρόνοια. Η άγνοια των δικαιωμάτων τους επιβαρύνει την κατάσταση, αφού πολλές φορές πέφτουν θύματα εξαπάτησης ή δεν καταφέρνουν να διεκπεραιώσουν τις υποθέσεις τους. (Καψάλης κ.ά., 2009)

Οι μετανάστες, πέραν όλων των άλλων, έχουν να αντιμετωπίσουν και το ρατσισμό και από κάποιους υγειονομικούς. Μαζικά φαινόμενα ρατσισμού δεν υπάρχουν. Όμως είναι καταγεγραμμένο και από επιστημονικές έρευνες ότι οι μετανάστες έχουν χειρότερη αντιμετώπιση στα νοσοκομεία επειδή είναι ξένοι. Η δυσκολία στην επικοινωνία, η φυλή, το χρώμα και οι συνήθειες συντελούν σε αυτό. Συστατικό στοιχείο του ρατσισμού είναι και η άποψη ότι οι μετανάστες είναι φορείς ασθενειών. Μάλιστα η Ε.Ε. τους κατατάσσει στην ίδια κατηγορία απειλής με τη βιοτρομοκρατία. Ακόμα, εκφράζονται απόψεις ότι δεν πρέπει να έχουν δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, γιατί αυξάνει τις δημόσιες δαπάνες και επιβαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία. Αν δεν υπήρχαν αυτές οι παροχές, υποστηρίζεται ότι η κατάσταση θα ήταν καλύτερη για τους Έλληνες. (Γκέλνερ, 2008)

Κάτω από αυτές τις συνθήκες πολλοί μετανάστες «χωρίς έγγραφα» εγκαταλείπονται στην τύχη τους ή καταφεύγουν στα πολυιατρεία μη κυβερνητικών οργανώσεων και στις φιλανθρωπικές οργανώσεις της εκκλησίας. (Διαμαντούρος, 2000)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο:

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΛΑΘΡΟΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ

4.1. Νοσηλευτική και λαθραία μετανάστευση

Όπως αναφέραμε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, η χώρα μας τα τελευταία χρόνια αντιμετωπίζει σε πολύ έντονο βαθμό, το φαινόμενο της λαθραίας μετανάστευσης κυρίως από γειτονικές χώρες και χώρες της Ανατολής. Οι άνθρωποι αυτοί όταν φτάνουν στη χώρα μας είναι εξουθενωμένοι και οι περισσότεροι αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας. Το αποτέλεσμα είναι να κρίνεται αναγκαία η μεταφορά τους σε κάποιο νοσοκομείο ή κέντρο υγείας. (Εθνική Επιτροπή, 2010)

Καθήκον λοιπόν του νοσηλευτικού προσωπικού είναι να προσφέρει την αναγκαία ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε αυτούς τους ανθρώπους και να μην κάνει διακρίσεις για το αν έχουν έρθει νόμιμα ή παράνομα στη χώρα μας. (Βεντούρα, 2004)

Φυσικά επειδή οι λαθραίοι μετανάστες βρίσκονται σε άσχημη κατάσταση όταν καταφεύγουν στα νοσοκομεία θα πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να είναι άρτια καταρτισμένο προκειμένου να αντιμετωπίσει τις απαιτητικές ανάγκες ιατρικής περίθαλψης που έχουν αυτοί οι άνθρωποι. Η επιστήμη της νοσηλευτικής δεν κάνει διακρίσεις, αλλά προσφέρει τη φροντίδα της σε όλους τους ανθρώπους ανεξαρτήτου φυλής και χρώματος. (Κατρούγκαλος, 2009)

4.2. Οι ανθρώπινες ανάγκες

Οι λαθρομετανάστες που εισέρχονται στον ελλαδικό χώρο και δεν καταλήγουν στα κέντρα υποδοχής, αντιμετωπίζουν τεράστιες δυσκολίες όσον αφορά την ενοικίαση σπιτιού κι έτσι αναγκάζονται να μοιράζονται διαμερίσματα με άλλους μετανάστες. Στο κέντρο της Αθήνας, σε δρόμους όπως η Θερμοπυλών, η Μετσόβου, η Κωνσταντινουπόλεως και η Ιάσονος, διαμένουν οι περισσότεροι μετανάστες. Πολλές φορές μέσα σε αυτά τα διαμερίσματα ζουν σε απαράδεκτες υγειονομικές συνθήκες 30-40 μετανάστες και υπάρχουν περιπτώσεις όπου 100 άτομα μοιράζονται μια τουαλέτα. (Λινάρδου, 2009)

Οι ιδιοκτήτες εκμεταλλεύονται κάποιες κτηριακές εγκαταστάσεις που έχουν στην κατοχή τους, καθιστώντας υπεύθυνο κάποιον αλλοδαπό συνήθως για να νοικιάζει τις

πολυκατοικίες σε μετανάστες και να παραλαμβάνει τα ενοίκια. Κάποια διαμερίσματα μάλιστα ενοικιάζονται με την ώρα. (Βαρδέλης, 2010)

Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης παρουσίασαν το 2009 μία παραμελημένη πολυκατοικία σε κεντρικό δρόμο της Αθήνας, όπου σύμφωνα με την Διεύθυνση Υγειονομικού Ελέγχου της Νομαρχίας Αθηνών, επικρατούσαν άσχημες υγειονομικές συνθήκες: ο αγωγός αποχετευτικού δικτύου ήταν χαλασμένος και υπήρχε διαρροή των λυμάτων, ενώ στο υπόγειο και στον ακάλυπτο χώρο υπήρχαν έντομα, τρωκτικά και ακαθαρσίες. Τον Απρίλιο του 2009 κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας, για την προάσπιση της δημόσιας υγείας, έγινε από τον Δήμο Αθηναίων καθαρισμός της πολυκατοικίας και διόρθωση του αγωγού λυμάτων. (Εθνική Επιτροπή, 2010) Στην πολυκατοικία αυτή, το ενοίκιο για χώρο 20 τ.μ. κόστιζε 350 ευρώ τον μήνα. (Βαρδέλης, 2010)

Τον Μάιο του 2011 παρουσιάστηκε σε ημερίδα που οργανώθηκε από το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, έρευνα με θέμα τους μετανάστες στην Ελλάδα. Σύμφωνα με την πανελλαδική έρευνα που πραγματοποιήθηκε το διάστημα 2009-2010 σε 1800 μετανάστες, το 78% των μεταναστών είναι ικανοποιημένοι από τις συνθήκες στέγασης αλλά το ποσοστό ιδιοκατοίκησης είναι πολύ χαμηλό και φτάνει το 10,8%. Σχετικά με την παλαιότητα των κατοικιών που μένουν οι μετανάστες επικρατεί ικανοποίηση κατά 71,6%. (Στεφανάκη, 2011)

4.3. Ο νοσηλευτικός ρόλος σε κέντρα υποδοχής

Οι νοσηλευτές είναι υποχρεωμένοι να παρέχουν ιατροφαρμακευτική φροντίδα σε όλους τους ασθενείς. Στην περίπτωση των κέντρων υποδοχής μεταναστών, οι ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη είναι ακόμα μεγαλύτερες. (Βεντούρα, 2004)

Οι νοσηλευτές έχουν να αντιμετωπίσουν και να περιθάλψουν εξαντλημένους μετανάστες σε άσχημη ψυχολογική κατάσταση και μάλιστα μεταξύ τους υπάρχει και πρόβλημα συνεννόησης. Έτσι, οι νοσηλευτές εξετάζουν προσεκτικά τους μετανάστες για τυχόν προβλήματα υγείας που μπορεί να αντιμετωπίζουν. Δεν είναι λίγοι εκείνοι μάλιστα που πάσχουν από ασθένειες που έχουν να εμφανιστούν στη χώρα μας εδώ και πολλά χρόνια. (Διεθνής Αμνηστία, 2010)

Ο βασικός ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού, που εργάζεται αποκλειστικά στα Κέντρα Κράτησης και Κέντρα Υποδοχής Μεταναστών είναι η παροχή επείγουσας ανθρωπιστικής καθώς και αναπτυξιακής βοήθειας στα μέλη όπου φιλοξενούνται. Κύριος σκοπός είναι η προσφορά ιατρικής και νοσηλευτικής περίθαλψης σε πληθυσμούς

ανεξαρτήτου φυλής, θρησκευματος ή πολιτικών πεποιθήσεων. Ο νοσηλευτής οφείλει να συμπαρίσταται στα άτομα που έχουν ανάγκη με γνώμονα τα βασικά προβλήματα που αντιμετωπίζει είτε αυτά είναι σωματικά είτε είναι ψυχολογικά.

Επομένως, η παρουσία νοσηλευτών εξαιρετικά καταρτισμένων επάνω στο αντικείμενό τους κρίνεται ιδιαίτερα αναγκαία στα κέντρα υποδοχής. Φυσικά θα πρέπει να υπάρχει και ο ανάλογος αριθμός προσωπικού, καθώς οι ανάγκες για παροχή φροντίδας είναι ιδιαίτερα απαιτητικές και με λίγο προσωπικό δεν καλύπτονται. (Εθνική Επιτροπή, 2010)

4.4. Τρόποι προσέγγισης των λαθρομεταναστών

Η κοινή μεταναστευτική πολιτική θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από σαφήνεια, διαφάνεια και δικαιοσύνη, και να στοχεύει προς την προώθηση της νόμιμης μετανάστευσης. Συνεπώς, πρέπει να διασφαλιστεί η διάδοση των απαραίτητων πληροφοριών που αφορούν τη νόμιμη είσοδο και παραμονή στην Ευρωπαϊκή Ένωση, προς τους υπηκόους χωρών εκτός Ε.Ε.. Επιπλέον, πρέπει να κατοχυρωθεί η δίκαιη μεταχείριση των υπηκόων χωρών εκτός Ε.Ε. που διαμένουν νόμιμα σε αυτήν. Για την πρακτική εφαρμογή αυτών των αρχών, η Ε.Ε. και οι χώρες της οφείλουν: (Στεφανάκη, 2011)

- να ορίσουν σαφείς και διαφανείς κανόνες για την είσοδο και διαμονή στην Ε.Ε.,
- να παρέχουν πληροφορίες στους εν δυνάμει μετανάστες και αιτούντες και ειδικότερα, σχετικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των κατοίκων της Ε.Ε., (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2008)
- να παρέχουν υποστήριξη και βοήθεια για τη συμμόρφωση με τις προϋποθέσεις εισόδου και παραμονής τόσο σε χώρες προέλευσης όσο και σε χώρες προορισμού, και
- να εργαστούν προς μια ευέλικτη πολιτική θεωρήσεων που θα ισχύει σε ολόκληρη την Ευρώπη. (Βεντούρα, 2004)

4.4.1 Αντιστοίχιση των δεξιοτήτων και των αναγκών

Ενόψει της Στρατηγικής της Λισαβόνας, η προώθηση της οικονομικής μετανάστευσης θα πρέπει να εδράζεται σε αξιολόγηση των αγορών εργασίας της Ε.Ε. με βάση τις ανάγκες. Η πρόοδος σε όλα τα επίπεδα δεξιοτήτων και σε όλους τους τομείς θα πρέπει να εξετάζεται σε σχέση με την οικονομία της γνώσης και την οικονομική ανάπτυξη. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη η αρχή της ευρωπαϊκής προτίμησης, το δικαίωμα των χωρών της Ε.Ε. να ορίσουν τον όγκο των εισερχόμενων μεταναστών, και τα δικαιώματα αυτών. Πρακτικά, αυτό

συνεπάγεται τα ακόλουθα για την Ε.Ε. και τις χώρες της: (Κοντιάδης & Παπαθεοδώρου, 2007)

- αξιολόγηση των τρεχουσών, μεσοπρόθεσμων και μελλοντικών (ως το 2020) αναγκών της ευρωπαϊκής αγοράς εργασίας από την πλευρά των αναγκών σε δεξιότητες,
- την ανάπτυξη εθνικών «χαρακτηριστικών (προφίλ) μετανάστευσης» που θα αποτελούνται από πληροφορίες σχετικά με τις συνθήκες της αγοράς εργασίας και τις διαθέσιμες δεξιότητες, καθώς και τη συλλογή ολοκληρωμένων και συγκρίσιμων δεδομένων για τη μετανάστευση, (Εθνική Επιτροπή, 2010)
- την ανάπτυξη εργαλείων και πολιτικών που στοχεύουν στην αντιστοίχιση προσφοράς και ζήτησης, την υποστήριξη μηχανισμών για την αναγνώριση τίτλων αλλοδαπής και την οργάνωση της κατάρτισης στις χώρες προέλευσης, (Παναγιωτοπούλου, 2007)
- αξιολόγηση των προοπτικών επιχειρηματικότητας του παρόντος και του μέλλοντος μεταξύ των μεταναστών, συμπεριλαμβανομένου του νομοθετικού και επιχειρησιακού πλαισίου ίδρυσης, καθώς και την ανάπτυξη μέτρων στήριξης, (Μαυρομμάτης & Τσιτσελίκης, 2011)
- την προώθηση μέτρων αύξησης της απασχόλησης μεταξύ των υπηκόων χωρών εκτός ΕΕ εστιάζοντας ιδιαίτερα στις γυναίκες, και την παροχή εναλλακτικών λύσεων αντί της λαθρομετανάστευσης. (Διεθνής Αμνηστία, 2010)

4.4.2. Η ένταξη αποτελεί το κλειδί της επιτυχημένης μετανάστευσης

Θα πρέπει να προωθείται η ένταξη ως «αμφίδρομη διαδικασία», σύμφωνα με τις κοινές βασικές αρχές για την ένταξη. Η συμμετοχή των μεταναστών θα πρέπει να ενισχυθεί, ενώ θα πρέπει να αναπτυχθούν η κοινωνική συνοχή και οι προσεγγίσεις για την πολυμορφία στις κοινωνίες υποδοχής. Για τον σκοπό αυτόν, η Ε.Ε. και οι χώρες της οφείλουν: (Βεντούρα, 2004)

- να ενισχύσουν το ευρωπαϊκό πλαίσιο ένταξης,
- να υποστηρίξουν τη διαχείριση της πολυμορφίας και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των πολιτικών ένταξης στις χώρες της Ε.Ε., (Στεφανάκη, 2011)
- να προωθήσουν προγράμματα ένταξης που θα απευθύνονται στις νέες αφίξεις μεταναστών,
- να διασφαλίσουν ίσες ευκαιρίες εξέλιξης στην αγορά εργασίας για τους νόμιμους εργαζομένους από χώρες εκτός Ε.Ε., (Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2010)

- να θέσουν σε εφαρμογή προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης με ίσους όρους για τους μετανάστες και για τους υπηκόους της Ε.Ε.,
- να αναπτύξουν μέσα αύξησης της συμμετοχής των μεταναστών στην κοινωνία,
- να επανεξετάσουν την οδηγία 2003/86/ΕΚ του Συμβουλίου σχετικά με το δικαίωμα οικογενειακής επανένωσης, (Κατρούγκαλος, 2009)
- να συνεχίσουν να εφαρμόζουν την πολιτική ασύλου της Ε.Ε., εξελίσσοντάς ταυτόχρονα τα μέτρα περαιτέρω, ιδιαίτερα μέσω του σχεδίου πολιτικής για το άσυλο.

4.4.3 Συντονισμός μεταξύ των χωρών της Ε.Ε.

Στη βάση της κοινής μεταναστευτικής πολιτικής θα πρέπει να βρίσκονται οι αρχές της αλληλεγγύης, αμοιβαίας εμπιστοσύνης, διαφάνειας, ευθύνης και κοινής προσπάθειας μεταξύ της Ε.Ε. και των χωρών της. Συνεπώς, θα πρέπει να επιδιώξουν: (Διεθνής Αμνηστία, 2010)

- να βελτιώσουν την ανταλλαγή πληροφοριών για τη θέσπιση συντονισμένων προσεγγίσεων όπου απαιτείται, (Κατρούγκαλος, 2009)
- να αναπτύξουν μηχανισμούς παρακολούθησης των επιπτώσεων των εθνικών μέσων, ώστε να επιτευχθεί συνεκτικότητα στο εσωτερικό της Ε.Ε.,
- να θεσμοθετήσουν διαλειτουργικά συστήματα για την πιο αποτελεσματική διαχείριση της μετανάστευσης, (Εθνική Επιτροπή, 2010)
- να μεριμνήσουν για τη συνεπή κοινοποίηση των πολιτικών μετανάστευσης της Ε.Ε. τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό.

4.4.4. Αποδοτική και συνεκτική χρήση των διαθέσιμων μέσων

Στο όνομα της αλληλεγγύης, οι ειδικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα εξωτερικά σύνορα ορισμένων χωρών της Ε.Ε. θα πρέπει να ληφθούν υπόψη στο οικονομικό πλαίσιο. Υπό αυτό το πρίσμα, η Ε.Ε. και οι χώρες της οφείλουν: (Κοντιάδης κ.ά., 2007)

- να συμπληρώνουν τους εθνικούς πόρους με τη χρήση του προγράμματος-πλαισίου για την αλληλεγγύη και την διαχείριση μεταναστευτικών ροών (2007-2013),
- να στηρίζουν την εφαρμογή εθνικών πολιτικών και τη δυνατότητα να αντιδρούν σε ad hoc καταστάσεις με τους μηχανισμούς του παραπάνω προγράμματος,
- να προβαίνουν σε συνεχείς αξιολογήσεις σχετικά με την κατανομή των πόρων προς τις χώρες της Ε.Ε. μέσω του προγράμματος και να τροποποιούν αυτές τις κατανομές όταν είναι απαραίτητο, (Βεντούρα, 2004)

- να εξελίσσουν περαιτέρω τη διαχείριση των δραστηριοτήτων που χρηματοδοτούνται τόσο από ευρωπαϊκούς όσο και από εθνικούς πόρους, με σκοπό την πρόληψη συντρεχουσών ενεργειών. (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2007)

4.4.5. Συνεργασία με χώρες εκτός Ε.Ε.

Η μετανάστευση θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος των εξωτερικών πολιτικών της Ε.Ε.. Η συνεργασία για όλες τις πλευρές των θεμάτων μετανάστευσης θα πρέπει να ενθαρρύνεται στις εταιρικές σχέσεις με χώρες εκτός Ε.Ε.. Για τον σκοπό αυτόν, η Ε.Ε. και οι χώρες της οφείλουν: (Εθνική Επιτροπή, 2010)

- να στηρίζουν την ανάπτυξη των συστημάτων μετανάστευσης και ασύλου των χωρών εκτός Ε.Ε., καθώς και τα νομοθετικά πλαίσια, (Σκλιάς, 2008)
- να ενισχύσουν τη συνεργασία και τη δημιουργία υποδομών στις χώρες με τις οποίες υπάρχει εταιρική σχέση και να αναπτύξουν εταιρικές σχέσεις κινητικότητας, όσον αφορά τη μετανάστευση του εργατικού δυναμικού, (Μαυρομμάτης & Τσιτσελίκης, 2011)
- να χρησιμοποιήσουν τα μέσα άσκησης πολιτικής που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο της συνολικής προσέγγισης της μετανάστευσης και, ειδικότερα, να ενισχύσουν τη συνεργασία με (εν δυνάμει) υποψήφιες για ένταξη χώρες και να εξασφαλίσουν τη διαθεσιμότητα και αποτελεσματική χρήση των χρηματοδοτικών μέσων που απαιτούνται για την εφαρμογή αυτού του πλαισίου, (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2008)
- να συνεργαστούν με τους αφρικανούς εταίρους για την εφαρμογή της «Διαδικασίας του Ραμπάτ» του 2006 και της εταιρικής σχέσης Ε.Ε.-Αφρικής για τη μετανάστευση, την κινητικότητα και την απασχόληση, (Επίσημη εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2010)
- να ενισχύσουν την συνεργασία με τις χώρες της Ευρωπαϊκής Πολιτικής Γειτονίας, με τη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική, καθώς και με την Ασία προκειμένου να επιτευχθεί αμοιβαία κατανόηση των μεταναστευτικών προκλήσεων,
- να αναπτύξουν τα νομικά και επιχειρησιακά μέσα για τη δημιουργία ευκαιριών κυκλικής μετανάστευσης και να συνεργαστούν με τις χώρες προέλευσης σχετικά με τη λαθρομετανάστευση, (Κατρούγκαλος, 2009)
- να ενσωματώσουν διατάξεις σχετικά με την κοινωνική ασφάλιση στις συμφωνίες σύνδεσης με χώρες εκτός Ε.Ε.. (Στεφανάκη, 2011)

4.5. Νοσηλευτική περίθαλψη

Η είσοδος των εκατομμυρίων παράνομων μεταναστών έχει εξαρθρώσει πλήρως τα συστήματα υγείας, όσο και την υγεία του λαού. Ασθένειες άγνωστες στην πατρίδα μας ή ξεχασμένες για δεκαετίες κάνουν την εμφάνισή τους απειλητικά. (Κοντιάδης κ.ά., 2007)

Για του λόγου το αληθές, σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του διοικητή του νοσοκομείου Ευαγγελισμού, ο αριθμός των νοσηλευθέντων ανασφάλιστων Ελλήνων πολιτών, μόνο στο εν λόγω νοσοκομείο, το 2009 ήταν 1.017 άτομα, το 2010 ήταν 1.355 και το 2011 ήταν 1.393. Η δε δαπάνη αυξήθηκε επίσης από 715.840,00 το 2009 σε 953.854,16€ το 2010 και σε 924.324,48€ το 2011. Αντίστοιχοι αριθμοί κατά το ήμισυ πραγματοποιήθηκαν και για τους αλλοδαπούς ανασφάλιστους πολίτες. (Εθνική Επιτροπή, 2010)

Και συγκεκριμένα, το 2009 νοσηλεύθηκαν 538 άτομα με δαπάνη 407.120,00, το 2010 νοσηλεύθηκαν 640 αλλοδαποί με κόστος 454.812,21 και το 2011, 538 αλλοδαποί με κόστος 384.461,53. Αντιλαμβάνεται κανείς το μέγεθος της δαπάνης για τα δεκάδες νοσοκομεία σε όλη την επικράτεια. (Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2010)

Το παράδοξο είναι ότι από ό,τι φαίνεται είναι στη «διακριτική ευχέρεια» των διοικητών των κρατικών νοσοκομείων, αλλά και των ίδιων των αρμόδιων Υπουργείων το πώς χειρίζονται το τεράστιο θέμα των ανασφάλιστων Ελλήνων πολιτών που στερούνται περίθαλψης. (Διεθνής Αμνηστία, 2010)

Το θεσμικό πλαίσιο για τη νοσηλευτική και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ανασφάλιστων και οικονομικά αδύνατων πολιτών (ΚΥΑ αριθμό 139491/2006) προβλέπει στην κατηγορία των δικαιούχων και ανασφάλιστους αλλοδαπούς με την επίδειξη του δελτίου ταυτότητας πρόσφυγα ή του δελτίου αιτήσαντος σε άσυλο αλλοδαπού ή του ειδικού δελτίου παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους. Αν λάβουμε υπόψη μας ότι ο καταγεγραμμένος μόνιμος αλλοδαπός πληθυσμός, σύμφωνα με την τελευταία απογραφή φτάνει σχεδόν το 1 εκατομμύριο άτομα, και ότι είναι πλέον συνήθης πρακτική, οι αμιγώς οικονομικοί μετανάστες να προστρέχουν στη διαδικασία του ασύλου ως μόνο τρόπο για να νομιμοποιήσουν προσωρινά τη διαμονή τους στη χώρα, γίνεται αντιληπτός ο τεράστιος αριθμός των παρανόμων μεταναστών και των οικογενειών τους οι οποίοι έχουν δυνητική πρόσβαση σε δωρεάν υγειονομική περίθαλψη στη χώρα μας. (Κοντιάδης κ.ά., 2007)

4.6. Αγωγή υγείας

Στη σημερινή εποχή παρατηρούμε μία αύξηση του επιπέδου των δραστηριοτήτων που στοχεύουν στη βελτίωση της υγείας των μεταναστών και στη διασφάλιση της επαρκούς τους πρόσβασης στις κατάλληλες υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Το μέγεθος των δραστηριοτήτων σε μία συγκεκριμένη χώρα ή περιοχή σχετίζεται με το ποσοστό των μεταναστών ως προς το τοπικό πληθυσμό, καθώς επίσης και με τις επικρατούσες νοοτροπίες αναφορικά με το φαινόμενο της μετανάστευσης. Όπου η κοινή γνώμη είναι εχθρική προς τους μετανάστες και επικρατεί μία πολιτική αφομοίωσης, είναι πιθανόν να ασχοληθούν με το ζήτημα μόνο θρησκευτικές ή φιλανθρωπικές οργανώσεις.

Εδώ η κυρίαρχη νοοτροπία είναι ότι οι μετανάστες είναι αναγκαίο να βασιστούν στις δικές τους δυνάμεις με στόχο την επιβίωση και την ένταξή τους, ενώ η κοινωνία υποδοχής δεν είναι υποχρεωμένη να προσαρμοστεί στην παρουσία τους. Στο άλλο άκρο του πολιτικού φάσματος, νοοτροπίες περισσότερο «φιλικές προς τους μετανάστες» συνοδεύονται από μεγαλύτερη προθυμία να επωμιστεί η κοινωνία υποδοχής την ευθύνη για τις κοινωνικές συνθήκες των μεταναστών και να εισαχθούν αλλαγές που να προάγουν τα δικαιώματά τους (της υγείας συμπεριλαμβανομένης). (Βεντούρα, 2004)

Δραστηριότητες για την προαγωγή της υγείας των μεταναστών μπορούν να δικαιολογηθούν με την επίκληση ευρύτερων ανθρωπιστικών λόγων και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ή για πιο ωφελμιστικούς λόγους συνδεδεμένους με τις πολιτικές δημόσιας υγείας από την εποχή που εφαρμόστηκαν για πρώτη φορά τον 19^ο αιώνα. Σε μερικούς αιώνες οι μετανάστες και οι εθνικές μειονότητες απέκτησαν αρκετή πολιτική επιρροή, ώστε να είναι σε θέση να επιμείνουν μέχρι τα συμφέροντά τους να ληφθούν υπόψη. Στην Ευρώπη οι πολιτικές και οι νοοτροπίες αναφορικά με τους μετανάστες διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό από χώρα σε χώρα και είναι ευεπίφορες ταχέων αλλαγών. Αυτή η αστάθεια αντικατοπτρίζεται στην ποικιλία των προσεγγίσεων και των στάσεων απέναντι στην υγεία των μεταναστών που συναντάται. (Εθνική Επιτροπή, 2010)

Είδαμε ότι το ζήτημα της υγείας των μεταναστών περιλαμβάνει δύο βασικά θέματα: από τη μία πλευρά η κατάσταση της υγείας των μεταναστών, και από την άλλη πλευρά η ποιότητα και η προσβασιμότητα των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, οι οποίες είναι διαθέσιμες σε αυτούς. Προφανώς, οποιαδήποτε πρακτική πρωτοβουλία σε αυτούς τους δύο τομείς πρέπει να ξεκινήσει από μία σταθερή γνωστική βάση. (Διεθνής Αμνηστία, 2010)

Χρειάζεται να γνωρίζουμε πόσο υγιείς ή ασθενείς είναι οι μετανάστες, και σε ποιους ιδιαίτερους κινδύνους είναι εκτεθειμένοι. Σε ποιο σημείο παραβλέπουν τους μετανάστες οι

υπηρεσίες υγείας και τι μπορεί να γίνει για να διορθωθούν αυτά τα μειονεκτήματα; Και σε πιο γενικό επίπεδο χρειάζεται να γνωρίζουμε ποιες στρατηγικές είναι αποτελεσματικές για να αλλάξουν τα πράγματα. Όλα αυτά αποδεικνύουν την κομβική σημασία μίας διεξοδικής έρευνας για τους μετανάστες και την υγεία. (Βεντούρα, 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

5.1. Μεθοδολογία έρευνας

Σκοπός της έρευνάς μας είναι να εξετάσουμε και από κοντά τον τρόπο κράτησης των λαθραίων μεταναστών στα κέντρα υποδοχής καθώς και τις συνθήκες διαβίωσης και παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που προσφέρεται σε αυτούς τους ανθρώπους.

Για την πραγματοποίηση της έρευνας επισκεφτήκαμε πέντε κέντρα υποδοχής μεταναστών στην Αττική. Συγκεκριμένα επισκεφτήκαμε το κέντρο κράτησης (παλαιά κρατητήρια) και το κέντρο πρώτης υποδοχής μεταναστών (νέα κρατητήρια) στο Ελληνικό, το κέντρο κράτησης στην μονάδα της Πέτρου Ράλλη, καθώς και δύο κέντρα λίγο έξω από την Αθήνα, το κέντρο πρώτης υποδοχής ανηλίκων στην Αμυγδαλέζα Αχαρνών και το κέντρο κράτησης στον Ασπρόπυργο.

Δείγμα για την πραγματοποίηση της έρευνάς μας λοιπόν, αποτέλεσαν οι εργαζόμενοι των εν λόγω κέντρων όπως γιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί και ψυχολόγοι. Για την δειγματοληψία της έρευνάς μας, θα μπορούσαμε να χρησιμοποιήσουμε την συνέντευξη και την παροχή ερωτηματολογίων, δύο πολύ διαδεδομένες ερευνητικές μεθόδους. Προτιμήσαμε όμως την χρήση ερωτηματολογίων, αφού γνωρίζαμε εξ αρχής πως ο φόρτος της εργασίας του προσωπικού των κέντρων υποδοχής είναι τεράστιος, και δεν θα θέλαμε σε καμία περίπτωση να τους απασχολήσουμε εν ώρα υπηρεσίας. Η πρόσβαση στα κέντρα υποδοχής για την διεκπεραίωση της έρευνας, ήταν εξαιρετικά δύσκολη, εξαιτίας των μέτρων ασφαλείας που εφαρμόζονται. Στα κέντρα απασχολείται μικρός αριθμός εργαζομένων, επομένως ο αριθμός ερωτηματολογίων που δόθηκε προς συμπλήρωση ήταν ανάλογος με το προσωπικό. Δόθηκαν 40 ερωτηματολόγια προς συμπλήρωση και τα 35 συμπεριελήφθησαν στην έρευνα, καθώς τα 3 ήταν μη έγκυρα, ενώ τα 2 δεν επιστράφηκαν. Για την ανάλυση των απαντήσεών τους χρησιμοποιήσαμε το διαδεδομένο πρόγραμμα SPSS (πακέτο λογισμικού), το οποίο χρησιμοποιείται για στατιστική ανάλυση.

5.2. Άδεια – Έγκριση για τη πραγματοποίηση της έρευνας

Για να είναι εφικτή η πρόσβασή μας στα κέντρα υποδοχής μεταναστών, όπου διεξήχθη η έρευνα, επιδείξαμε αιτήσεις άδειας από την γραμματεία του τμήματός μας και επιστολές, όπου εξηγούμε τους λόγους που θέλουμε να διεξαχθεί η έρευνα, για κάθε κέντρο ξεχωριστά. (Παράρτημα Ι)

Προσήλθαμε στα γραφεία της Μ.Κ.Ο. «Ιατρικές Επεμβάσεις» (Μιχαλακοπούλου 99, Αθήνα), όπου στείλαμε επιστολή στην Υπηρεσία Αλλοδαπών και εγκρίθηκε η έρευνα μας.

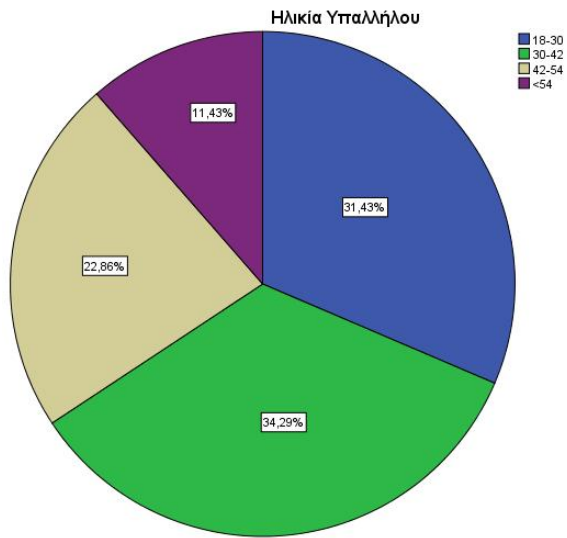
5.3. Αποτελέσματα της έρευνας

Όπως έχουμε αναφέρει ξανά σε προηγούμενα κεφάλαια, επικρατούν άθλιες συνθήκες στα κέντρα υποδοχής μεταναστών καθώς υπάρχει υπερδιπλάσιος αριθμός ανθρώπων από το προβλεπόμενο, η κράτηση είναι μικτή (άνδρες, γυναίκες και παιδιά) και οι συνθήκες υγιεινής είναι ακατάλληλες. Τα σκεπάσματα είναι ανθυγιεινά και οι μετανάστες δεν έχουν υγειονομική πρόσβαση. Τα κρεβάτια δεν επαρκούν και τεράστιος αριθμός μεταναστών είναι αναγκασμένος να κοιμάται στο πάτωμα, ή καθιστός. Ο φωτισμός και η θέρμανση είναι ελλιπής, ενώ οι μετανάστες δεν έχουν δυνατότητα επικοινωνίας με τον έξω κόσμο. Είναι αναγκασμένοι να επιβιώσουν σε αντίξοες συνθήκες, καθώς οι εγκαταστάσεις και οι παροχές των κέντρων είναι δυσανάλογες των προαπαιτούμενων προδιαγραφών.

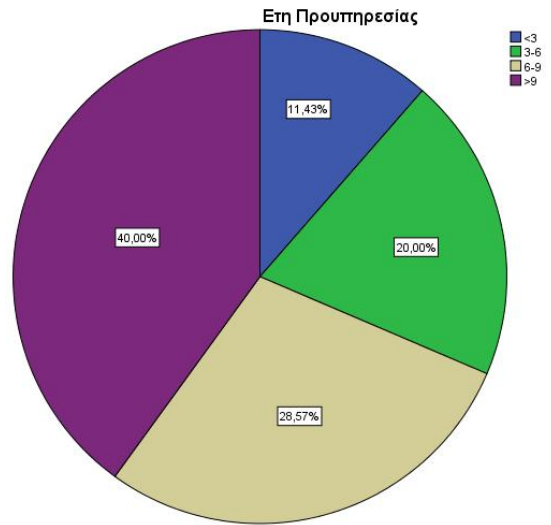
Σύμφωνα με τα προαναφερόμενα ήταν αντικειμενικές οι δυσκολίες πραγματοποίησης της έρευνας, αλλά παρά ταύτα από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων προέκυψαν ποικίλες πληροφορίες και εξήχθησαν πολύ χρήσιμα συμπεράσματα. Πιο συγκεκριμένα αναφορικά με τις απαντήσεις των δημογραφικών στοιχείων προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα:

Στην ερώτηση για την ηλικία του υπαλλήλου, το 31,43% των ερωτηθέντων απάντησε «18 – 30», το 34,29% απάντησε «30 – 42», το 22,86% απάντησε «42 – 54» και το 11,43% απάντησε «> 54». Στην ερώτηση για το ποιο είναι το φύλο του εργαζομένου, το 51,43% απάντησε «Άρρεν» και το 48,57% απάντησε «Θήλυ». Όσον αφορά τα έτη προϋπηρεσίας των εργαζομένων το 11,43% απάντησε «<3», το 20% απάντησε «3 – 6», το 28,57% απάντησε «6 – 9» και το 40% «> 9». Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των εργαζομένων το 28,57% απάντησε «Ιδιωτική Εκπαίδευση», το 14,29% απάντησε «Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση», το 57,14% απάντησε «Τριτοβάθμια Εκπαίδευση», ενώ κανένας δεν απάντησε «Άλλο» στην ερώτηση. Στην ερώτηση για το ποια είναι η ειδικότητα των ερωτηθέντων το 22,86% απάντησε «Γιατρός», το 20% απάντησε «Κοινωνικός λειτουργός» το 40% απάντησε «Νοσηλεύτης» και το 17,14% απάντησε «Ψυχολόγος».

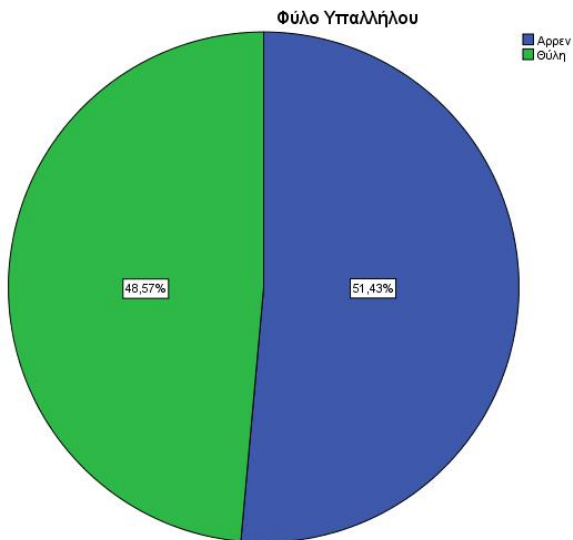
Διάγραμμα 1: Ηλικία εργαζομένων



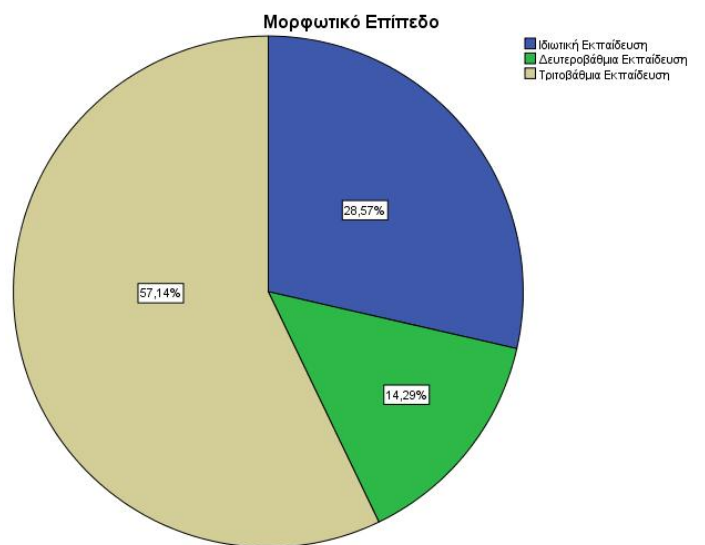
Διάγραμμα 3: Έτη προυπηρεσίας εργαζομένων



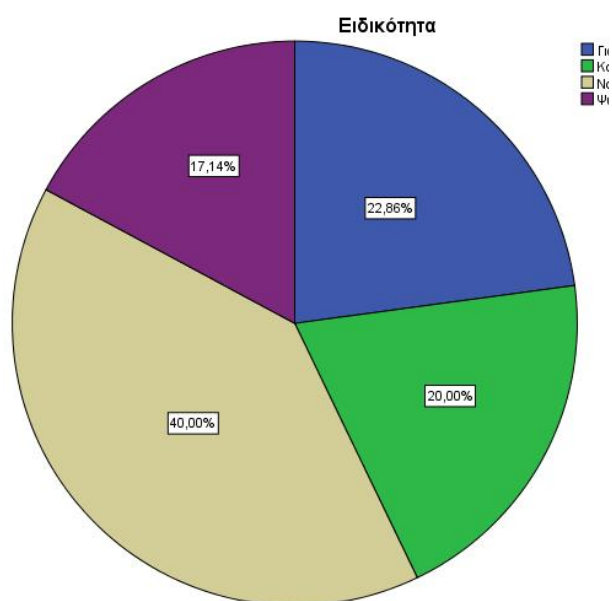
Διάγραμμα 2: Φύλο Εργαζομένων



Διάγραμμα 4: Μορφωτικό επίπεδο εργαζομένων

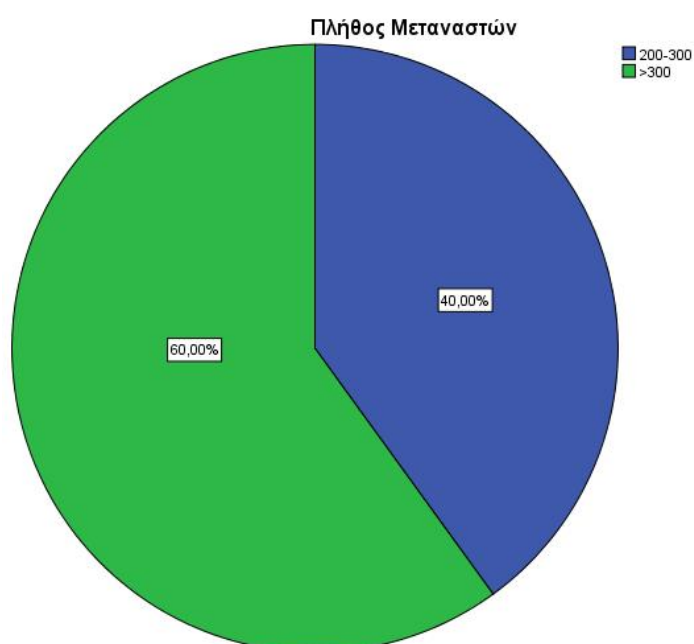


Διάγραμμα 5: Ειδικότητα εργαζομένων



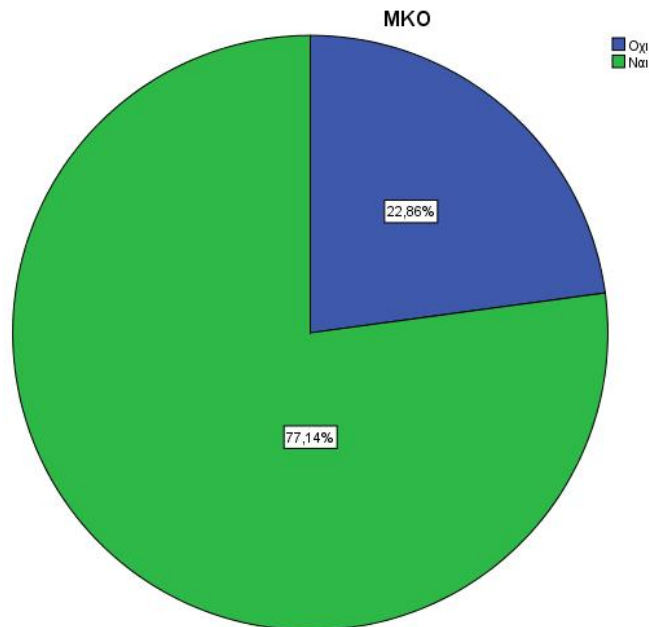
Στην πρώτη ερώτηση του ερωτηματολογίου, για το πόσοι μετανάστες κρατούνται στο κέντρο, κανένας εργαζόμενος δεν απάντησε «κάτω από 100» ή «100-200», ενώ το 40% (14 εργαζόμενοι) απάντησε «200-300» και το 60% (21 εργαζόμενοι) απάντησε «>300». Το Ραβδόγραμμα 1 παρουσιάζει την παραπάνω ανάλυση γραφικά. (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 6: Πλήθος μεταναστών



Στην ερώτηση για το αν συνεισφέρουν οι μη κυβερνητικές οργανώσεις στα κέντρα υποδοχής, το 22,9% (8 εργαζόμενοι) των εργαζομένων απάντησε «όχι», ενώ το 77,1% (27 εργαζόμενοι) απάντησε «ναι». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 7: Συνεισφορά Μ.Κ.Ο.



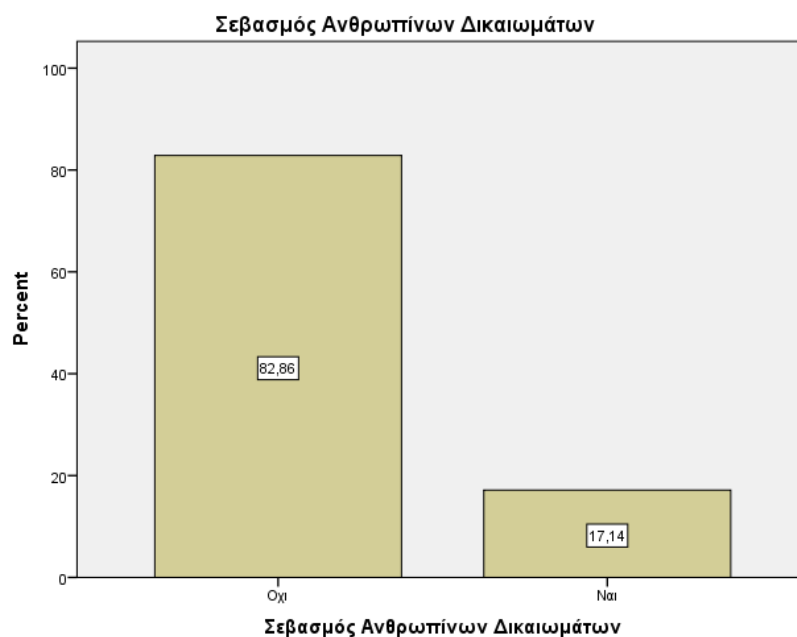
Στην ερώτηση που αφορά τις συνθήκες διαβίωσης στα κέντρα υποδοχής μεταναστών, κανένας εργαζόμενος δεν απάντησε «πολύ καλές» ή «καλές», ενώ το 51,4% (18 εργαζόμενοι) όλων των ειδικοτήτων που εργάζονται στα κέντρα υποδοχής, απάντησαν πως οι συνθήκες διαβίωσης είναι «κακές». Ενώ το ποσοστό 48,6% (17 εργαζόμενοι) όλων των ειδικοτήτων, απάντησε πως οι συνθήκες διαβίωσης είναι «πολύ κακές». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 8: Συνθήκες διαβίωσης στα κέντρα υποδοχής μεταναστών



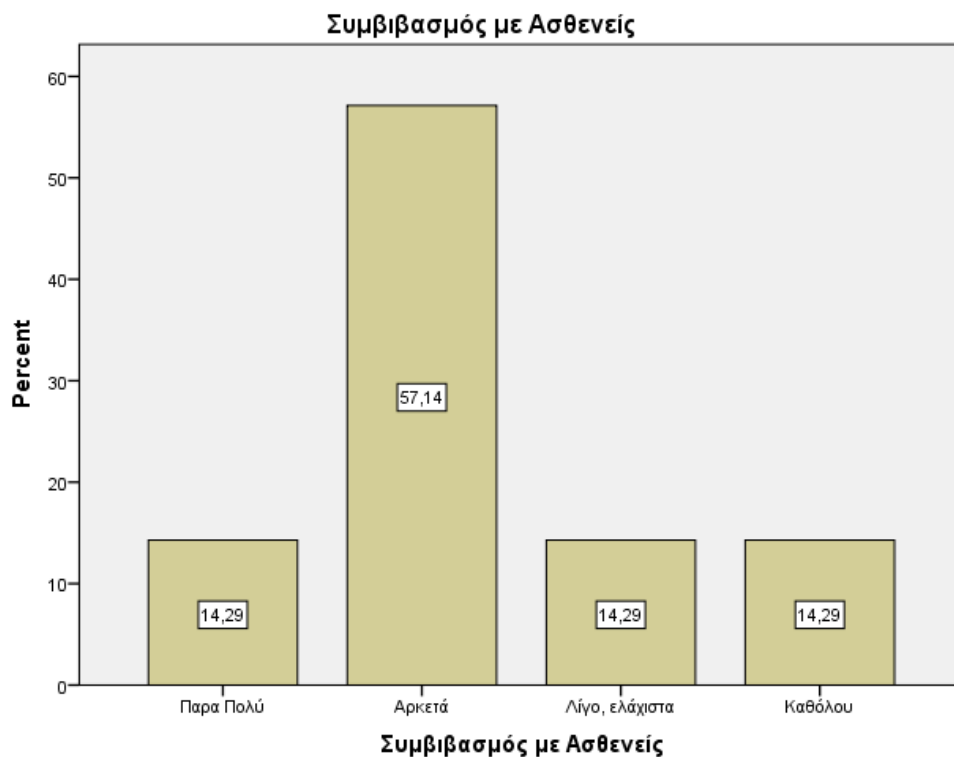
Στην ερώτηση για το αν υπάρχει σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων από όλο το προσωπικό, το 82,9% των ερωτηθέντων (29 εργαζόμενοι) απάντησε «όχι», ενώ το 17,1% (6 εργαζόμενοι) απάντησε «ναι». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 9: Σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων



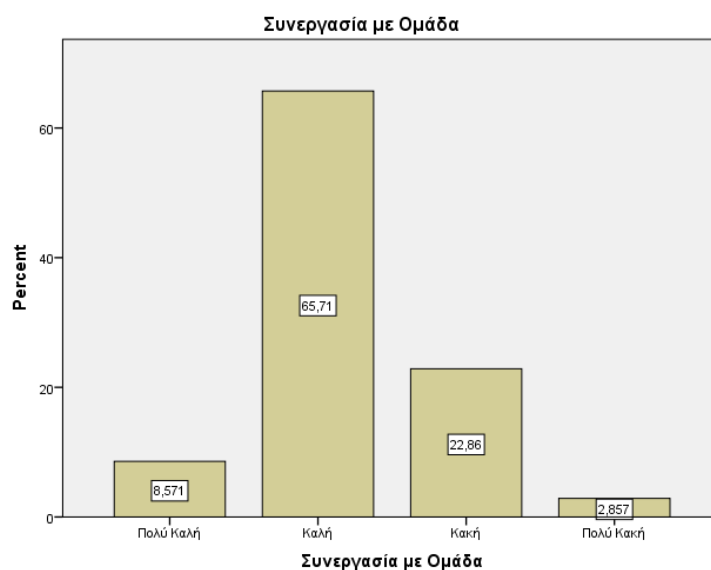
Όσον αφορά την ερώτηση για το αν το προσωπικό των κέντρων υποδοχής συμβιβάζεται με τις ανάγκες και τις παραδόσεις των μεταναστών, το 14,3% (5 εργαζόμενοι) των εργαζομένων απάντησε «πάρα πολύ», το 57,1% (20 εργαζόμενοι) απάντησε «αρκετά», το 14,3% (5 εργαζόμενοι) απάντησε «λίγο, ελάχιστα» και το υπόλοιπο 14,3% (5 εργαζόμενοι) απάντησε «καθόλου». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 10: Συμβιβασμός με παραδόσεις και ανάγκες ασθενών



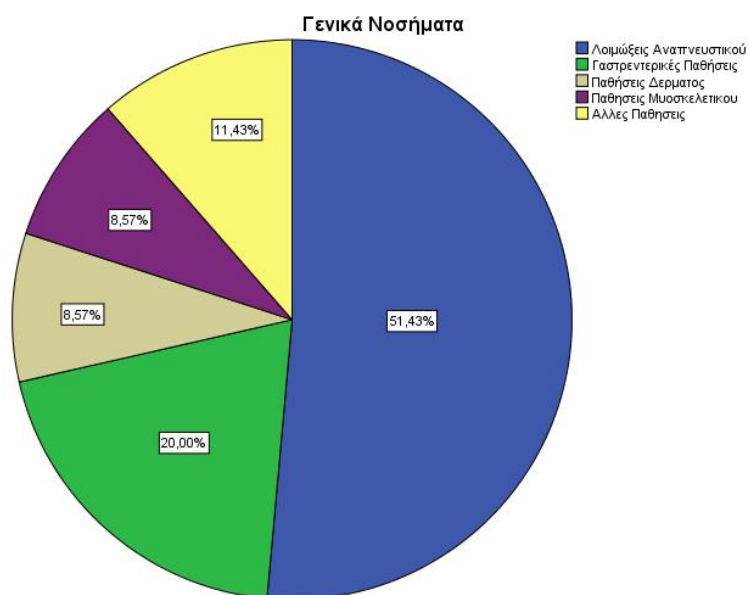
Επίσης, στην ερώτηση για το αν υπάρχει καλή συνεργασία μεταξύ των εργαζομένων, το 8,6% των ερωτηθέντων (3 εργαζόμενοι) απάντησε «πολύ καλή», το 65,7% (23 εργαζόμενοι) απάντησε «καλή», το 22,9% (8 εργαζόμενοι) απάντησε «κακή», και το 2,9% (1 εργαζόμενος) απάντησε «πολύ κακή». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 11: Συνεργασία με διεπιστημονική ομάδα



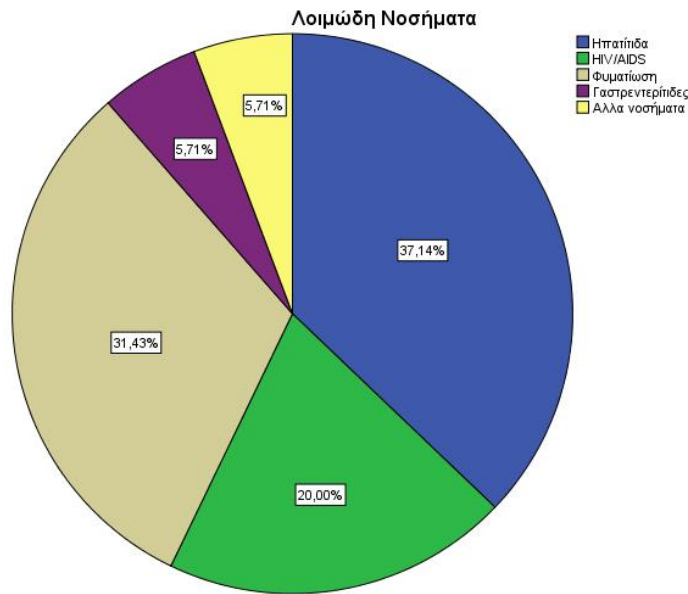
Στην ερώτηση για το ποια είναι τα γενικά νοσήματα που παρουσιάζονται συνήθως στους μετανάστες που κρατούνται, Το 51,4% των ερωτηθέντων (4 εργαζόμενοι) απάντησε «λοιμώξεις αναπνευστικού», το 20% (7 εργαζόμενοι) απάντησε «γαστρεντερικές παθήσεις», το 8,6% (3 εργαζόμενοι) απάντησε «παθήσεις του δέρματος», επίσης το 8,6% (3 εργαζόμενοι) απάντησε «παθήσεις του μυοσκελετικού», και το 11,4% (4 εργαζόμενοι) απάντησε «άλλες παθήσεις». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 12: Συνήθη γενικά νοσήματα μεταναστών



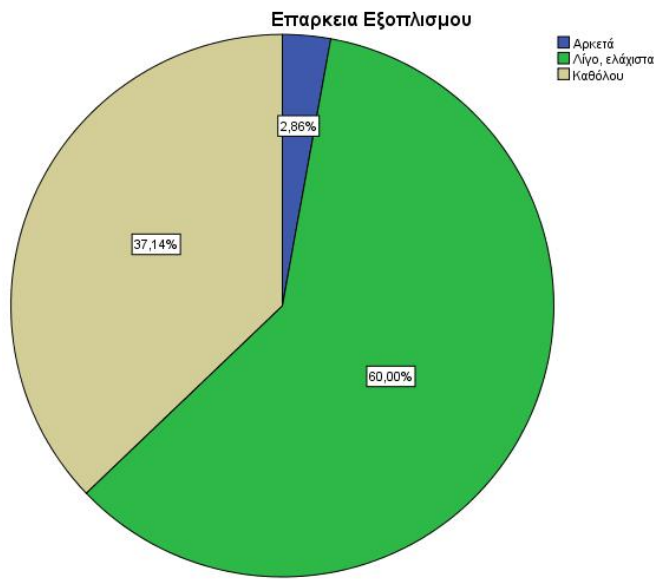
Στην ερώτηση για το ποια λοιμώδη νοσήματα εμφανίζονται συνήθως στους μετανάστες, το 37,1% των ερωτηθέντων απάντησε (13 εργαζόμενοι) απάντησε «ηπατίτιδα», το 20% (7 εργαζόμενοι) απάντησε «AIDS» το 31,4% (11 εργαζόμενοι) απάντησε «φυματίωση», το 5,7% (2 εργαζόμενοι) απάντησε «γαστρεντερίτιδες» και το υπόλοιπο 5,7% (2 εργαζόμενοι) απάντησε «άλλα λοιμώδη νοσήματα». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 13: Συνήθη λοιμώδη νοσήματα μεταναστών



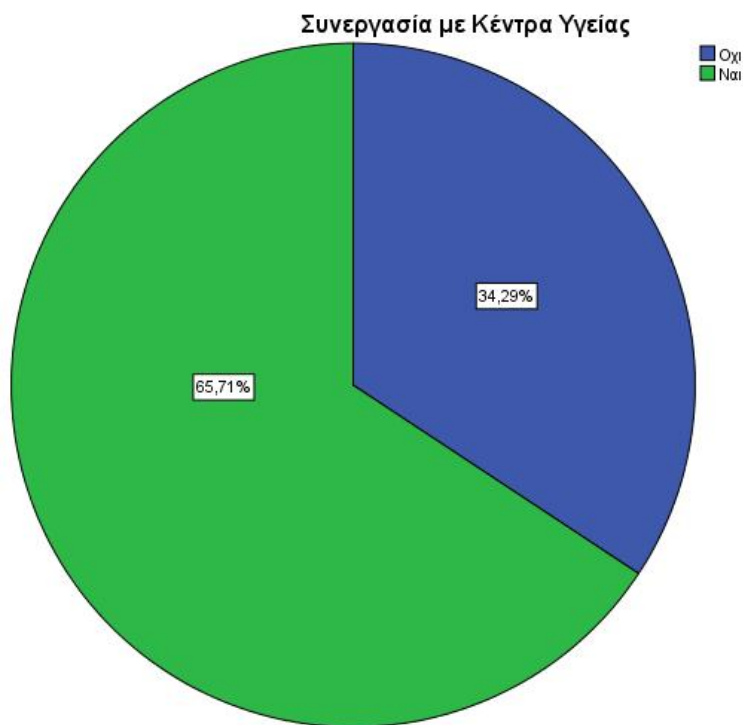
Στην ερώτηση για το αν επαρκεί ο ιατρικός και τεχνολογικός εξοπλισμός στα κέντρα υποδοχής, κανένας εργαζόμενος δεν απάντησε «πάρα πολύ», ενώ το 2,9% των ερωτηθέντων (1 εργαζόμενος) απάντησε «αρκετά», το 60% απάντησε «λίγο, ελάχιστα» και το 37,1% (13 εργαζόμενοι) απάντησε «καθόλου». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 14: Επάρκεια ιατρικού και τεχνολογικού εξοπλισμού



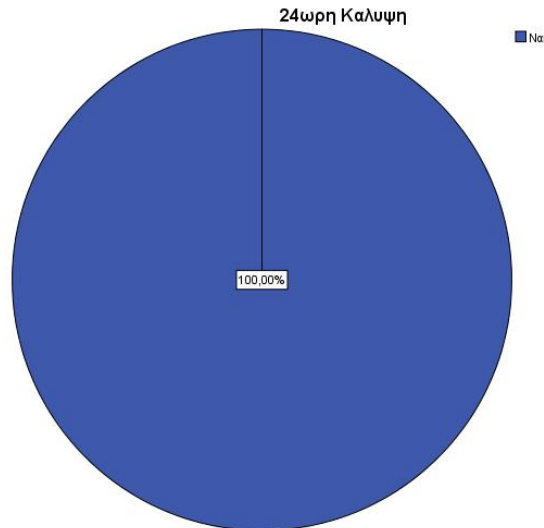
Στην ερώτηση για το αν συνεργάζεται το κάθε κέντρο με νοσηλευτικές μονάδες και κέντρα υγείας, 34% των ερωτηθέντων (12 εργαζόμενοι) απάντησε «όχι», ενώ το 65,7% (23 εργαζόμενοι) απάντησε «ναι». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 15: Συνεργασία με νοσηλευτικές μονάδες και κέντρα υγείας



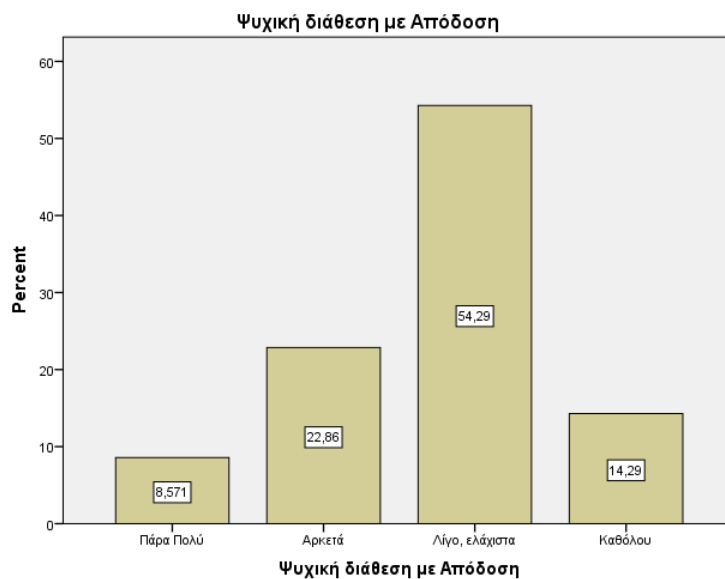
Στην ερώτηση για το αν υπάρχει 24ωρη κάλυψη της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών, το 100% όλων των ειδικοτήτων (35 εργαζόμενοι) απάντησε «ναι» και κανένας δεν απάντησε «όχι». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 16: 24ωρη κάλυψη νοσηλευτικής φροντίδας



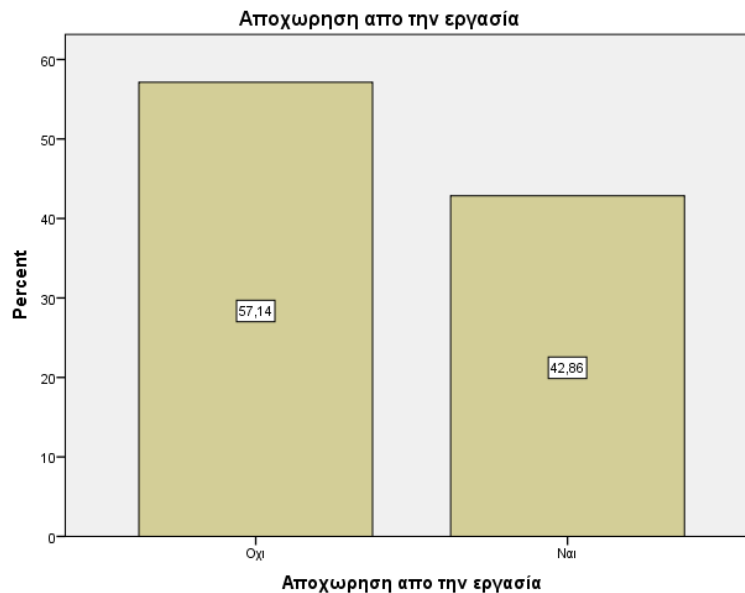
Στην ερώτηση για το αν επηρεάζεται η αποδοτικότητα των εργαζομένων από την ψυχική τους διάθεση, το 8,6% των ερωτηθέντων (3 εργαζόμενοι) απάντησε «πάρα πολύ», το 22,9% (8 εργαζόμενοι) απάντησε «αρκετά», το 54,3% (19 εργαζόμενοι) απάντησε «λίγο, ελάχιστα» και το 14,3% (5 εργαζόμενοι) απάντησε «καθόλου». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 17: Ψυχική διάθεση και αποδοτικότητα εργαζομένων



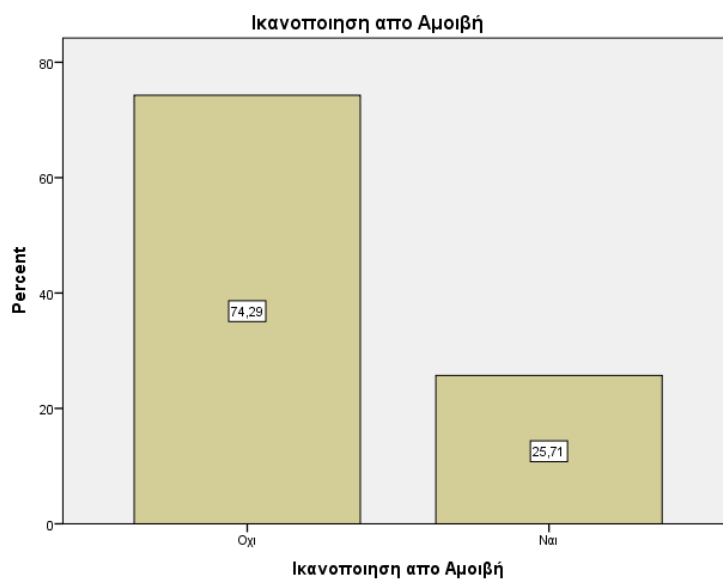
Όσον αφορά την ερώτηση για το αν το προσωπικό έχει σκεφτεί να αποχωρήσει από την εργασία του, το 57,1% (20 εργαζόμενοι) απάντησε «όχι» και το 42,9% (15 εργαζόμενοι) απάντησε «ναι». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 18: Αποχώρηση από την εργασία



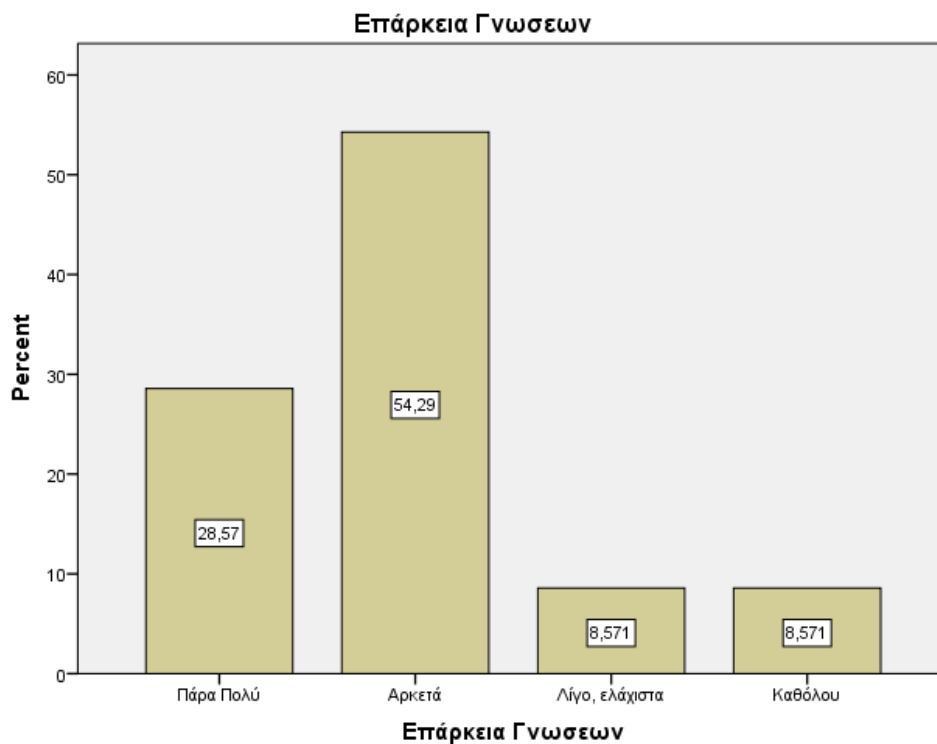
Στην ερώτηση για το αν οι εργαζόμενοι είναι ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους το 68,6% (24 εργαζόμενοι) των εργαζομένων απάντησε «όχι», ενώ το 31,4% (11 εργαζόμενοι) απάντησε «ναι». (Βλ. Διάγραμμα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 19: Ικανοποίηση από αμοιβή



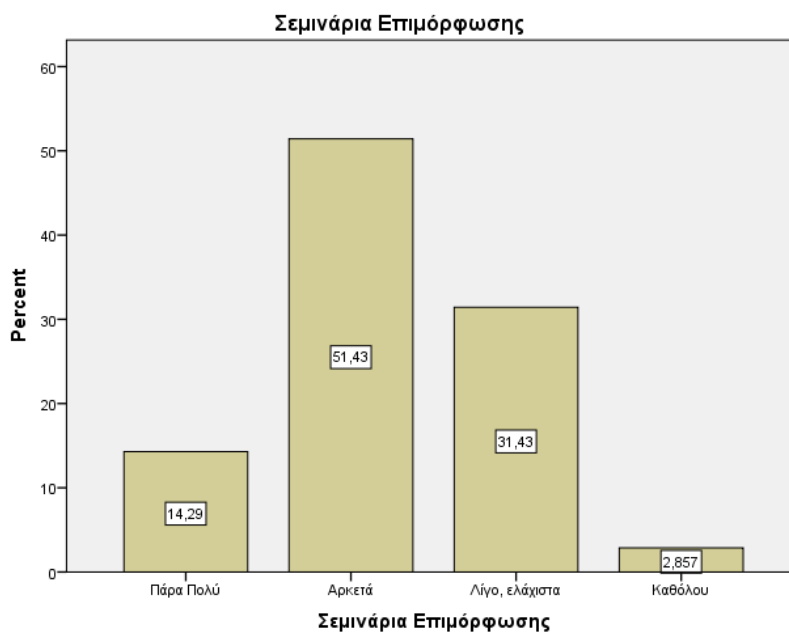
Στην ερώτηση για το αν οι εργαζόμενοι πιστεύουν πως είναι επαρκής οι γνώσεις τους για την εκτέλεση των καθηκόντων τους, το 28,6% (10 εργαζόμενοι) απάντησε «πάρα πολύ», το 54,3% (19 εργαζόμενοι) απάντησε «αρκετά», το 8,6% των εργαζομένων (3 εργαζόμενοι) απάντησαν «λίγο ή ελάχιστα», ενώ το υπόλοιπο 8,6% (3 εργαζόμενοι) απάντησε «καθόλου». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 20: Επάρκεια γνώσεων εργαζομένων



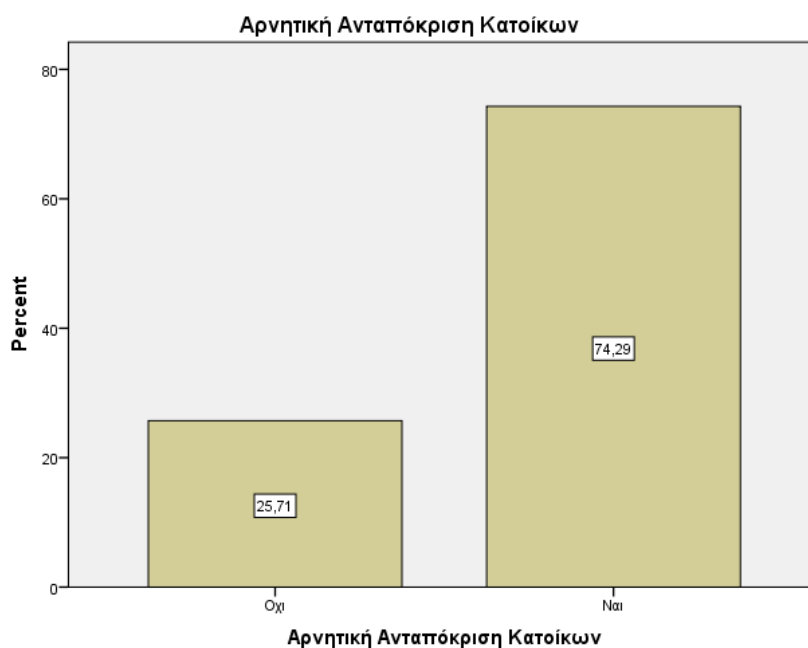
Όσον αφορά την ερώτηση για το αν οι εργαζόμενοι ενδιαφέρονται για σεμινάρια επιμόρφωσης για την περίθαλψη των μεταναστών, το 14,3% των ερωτηθέντων (5 εργαζόμενοι) απάντησε «πάρα πολύ», το 51,4% (18 εργαζόμενοι) απάντησε «αρκετά», το 31,4% (11 εργαζόμενοι) απάντησε «λίγο, ελάχιστα» και το 2,9% (1 εργαζόμενος) απάντησε «καθόλου». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 21: Ενδιαφέρον εργαζομένων για παρακολούθηση σεμιναρίων επιμόρφωσης



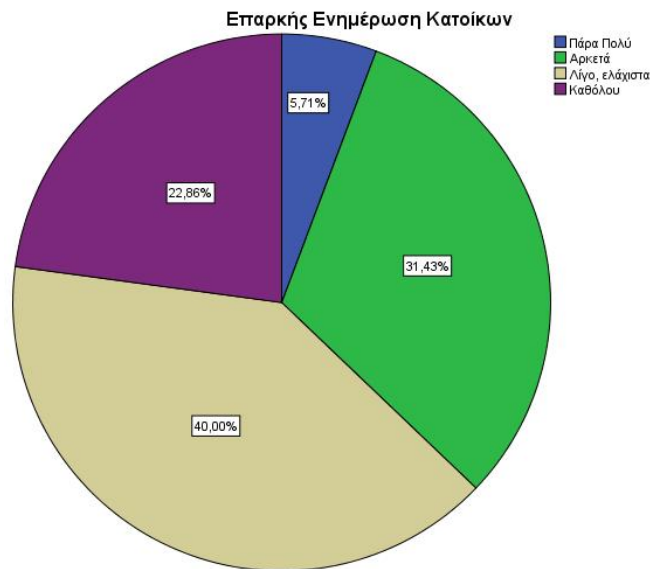
Στην ερώτηση για το αν υπήρξε αρνητική ανταπόκριση των κατοίκων της περιοχής ως προς την δημιουργία των κέντρων υποδοχής, το 25,7% των ερωτηθέντων (9 εργαζόμενοι) απάντησε «όχι», ενώ το 74,3% (26 εργαζόμενοι) απάντησε «ναι». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 22: Ανταπόκριση κατοίκων ως προς την δημιουργία των κέντρων



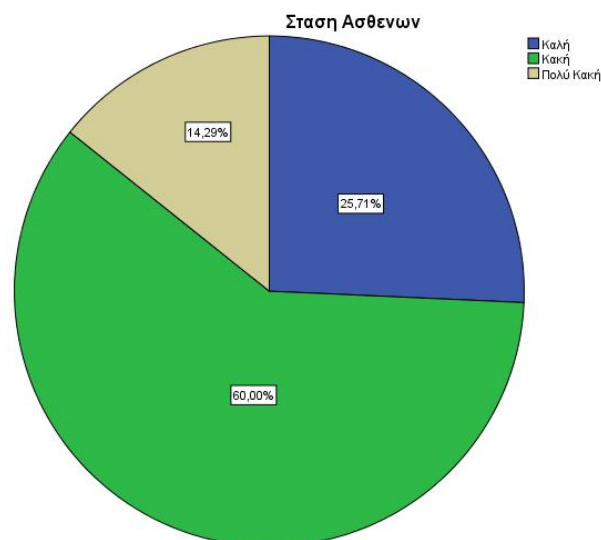
Στην ερώτηση για το αν οι κάτοικοι είναι ενημερωμένοι για την λειτουργία των κέντρων το 5,7% των ερωτηθέντων (2 εργαζόμενοι) απάντησε «πάρα πολύ», το 31,4% (11 εργαζόμενοι) απάντησε «αρκετά», το 40% (14 εργαζόμενοι) απάντησε «λίγο, ελάχιστα» και το 22,9% (8 εργαζόμενοι) απάντησε «καθόλου». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 23: Επάρκεια ενημέρωσης κατοίκων ως προς την λειτουργία των κέντρων



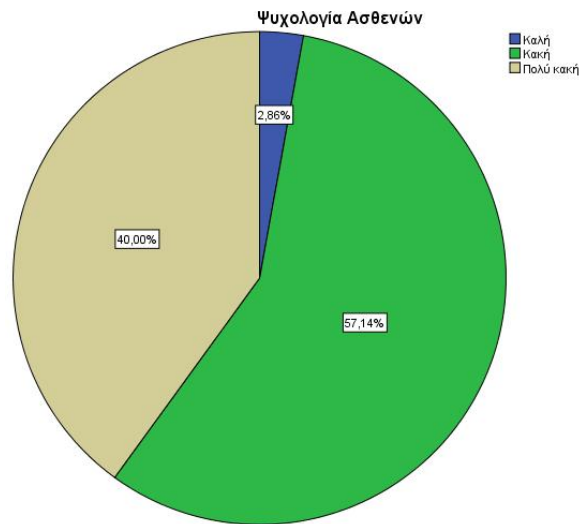
Στην ερώτηση για το πώς κρίνουν οι εργαζόμενοι την στάση των ασθενών απέναντί τους, κανένας εργαζόμενος δεν απάντησε «πολύ καλή», ενώ το 25,7% (9 εργαζόμενοι) απάντησε «καλή», ενώ το 60% (21 εργαζόμενοι) απάντησε «κακή» και το 14,3% (5 εργαζόμενοι) απάντησε «πολύ κακή». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 24: Στάση μεταναστών απέναντι στους επαγγελματίες υγείας



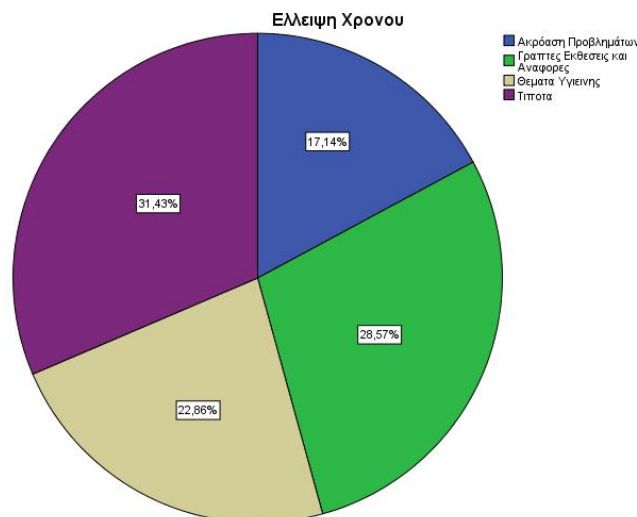
Στην ερώτηση για το πώς κρίνουν οι εργαζόμενοι την ψυχολογία των μεταναστών που κρατούνται στα κέντρα υποδοχής, κανένας εργαζόμενος δεν απάντησε «πολύ καλή», το 2,9% (1 εργαζόμενος) των εργαζομένων απάντησε «καλή», το 57,1% (20 εργαζόμενοι) απάντησε «κακή» και το 40% (14 εργαζόμενοι) απάντησε «πολύ κακή». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 25: Ψυχολογία ασθενών



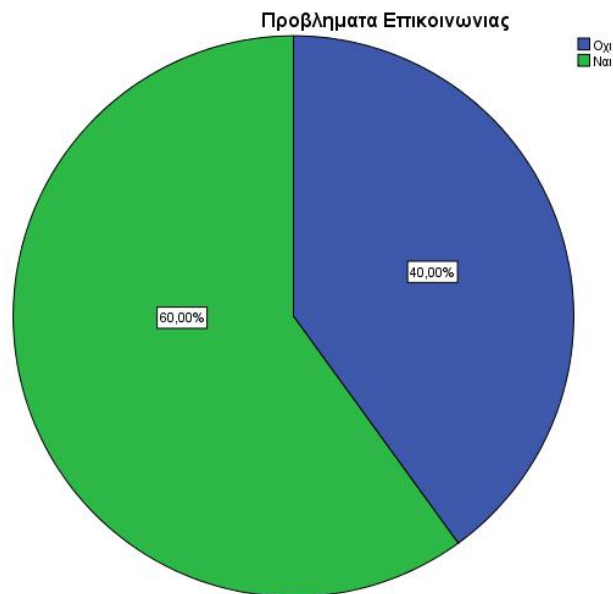
Στην ερώτηση για το ποια καθήκοντα παρέλειψαν οι εργαζόμενοι των κέντρων λόγω έλλειψης χρόνου, το 17,1% (6 εργαζόμενοι) των εργαζομένων απάντησε «ακρόαση προβλημάτων των ασθενών», το 28,6% (10 εργαζόμενοι) απάντησαν «σύνταξη γραπτών εκθέσεων και αναφορών», το 22,9% (8 εργαζόμενοι) απάντησε «φροντίδα θεμάτων υγιεινής» και το 31,4% (11 εργαζόμενοι) «τίποτα από τα παραπάνω». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 26: Παράβλεψη καθηκόντων λόγω έλλειψης χρόνου



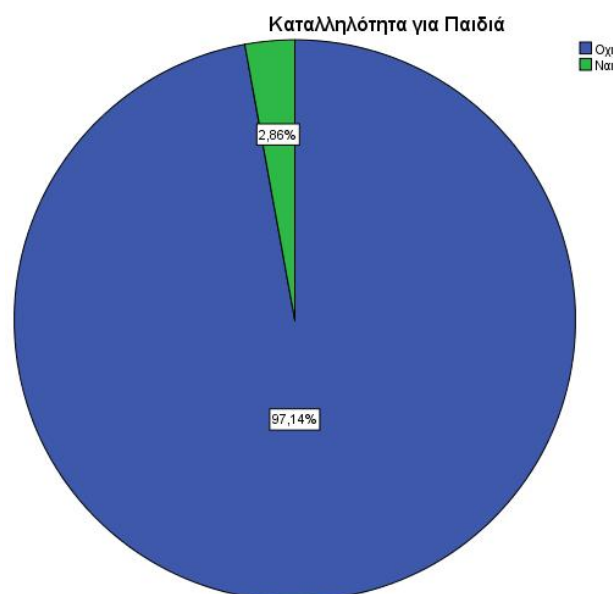
Στην ερώτηση για το αν υπάρχουν προβλήματα επικοινωνίας με τους ασθενείς ένεκα της διαφορετικής γλώσσας, το 40% των εργαζομένων στα κέντρα (14 εργαζόμενοι) απάντησε «όχι», ενώ το 60% (21 εργαζόμενοι) απάντησε «ναι». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 27: Προβλήματα επικοινωνίας λόγω της διαφορετικής γλώσσας



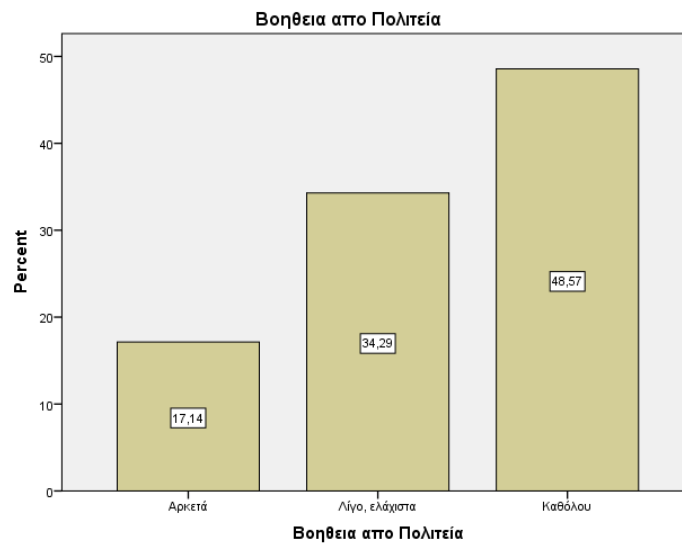
Στην ερώτηση για το αν θεωρεί το προσωπικό των κέντρων, το περιβάλλον κατάλληλο για παιδιά, το 97,1% των εργαζομένων (34 εργαζόμενοι) απάντησε «όχι», ενώ το 2,9% (1 εργαζόμενος) απάντησε «ναι». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 28: Καταλληλότητα κέντρων για παιδιά



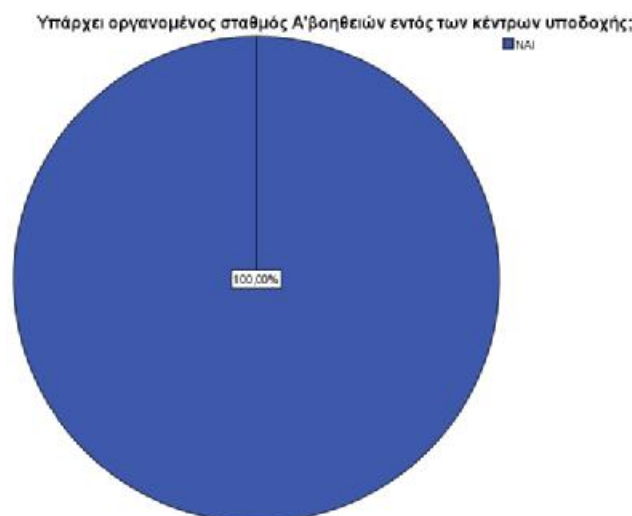
Στην ερώτηση για το αν το προσωπικό πιστεύει πως προσφέρει την απαραίτητη βοήθεια για την λειτουργία των κέντρων, κανένας εργαζόμενος δεν απάντησε «πάρα πολύ», το 14,3% των εργαζομένων (5 εργαζόμενοι) απάντησε «αρκετά», το 34,3% (12 εργαζόμενοι) απάντησε «λίγο, ελάχιστα» και το 51,4% (18 εργαζόμενοι) απάντησε «καθόλου». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 29: Προσφορά απαραίτητης βοήθειας από την πολιτεία



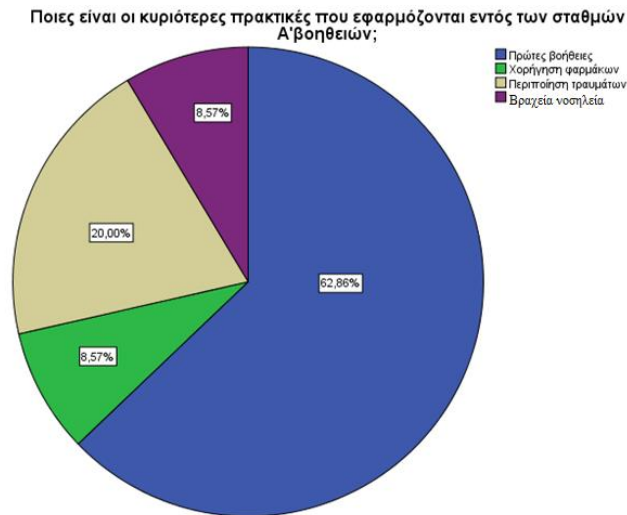
Στην ερώτηση για το αν υπάρχει οργανωμένος σταθμός Α΄ Βοηθειών εντός των κέντρων υποδοχής, κανένας εργαζόμενος δεν απάντησε «όχι», ενώ το 100% των ερωτηθέντων (35 εργαζόμενοι) απάντησε «ναι». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 30: Ύπαρξη σταθμού Α΄ Βοηθειών στα κέντρα



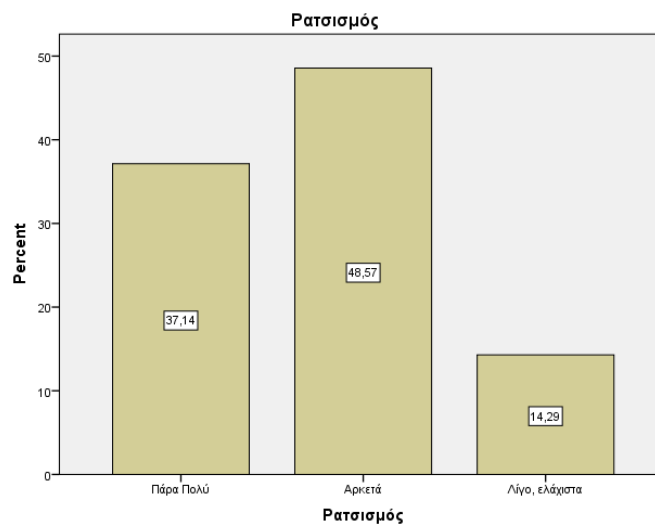
Όσον αφορά την ερώτηση για το ποιες είναι οι κυριότερες πρακτικές που εφαρμόζονται στους σταθμούς Α΄ Βοηθειών το 62,9% των ερωτηθέντων (22 εργαζόμενοι) απάντησε «Α΄ Βοήθειες», το 8,6% (3 εργαζόμενοι) απάντησε «χορήγηση φαρμάκων», το 20% (7 εργαζόμενοι) «περιποίηση τραυμάτων», ενώ το 8,6% (3 εργαζόμενοι) απάντησε «βραχεία νοσηλεία». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 31: Κυριότερες πρακτικές που εφαρμόζονται στους σταθμούς Α΄ Βοηθειών



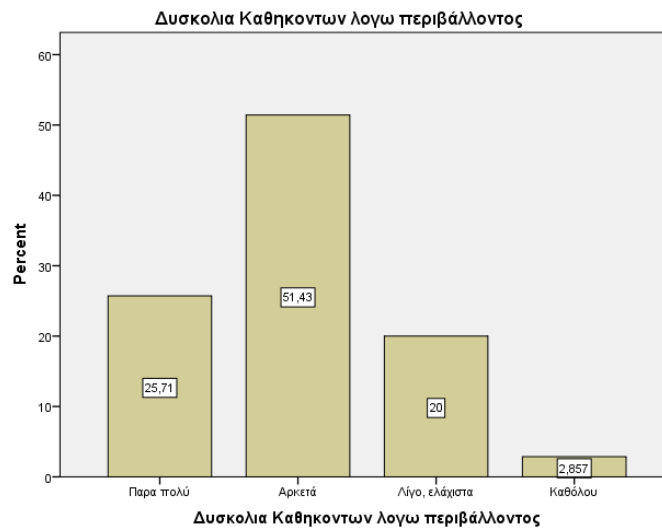
Για το αν οι μετανάστες στα κέντρα βιώνουν συχνά τον ρατσισμό, το 37,1% των ερωτηθέντων (13 εργαζόμενοι) απάντησε «πάρα πολύ», το 48,6% (17 εργαζόμενοι) απάντησε «αρκετά», το 14,3% (5 εργαζόμενοι) απάντησε «λίγο, ελάχιστα» και κανένας από αυτούς δεν απάντησε «καθόλου». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 32: Βιώματα ρατσισμού στα κέντρα υποδοχής



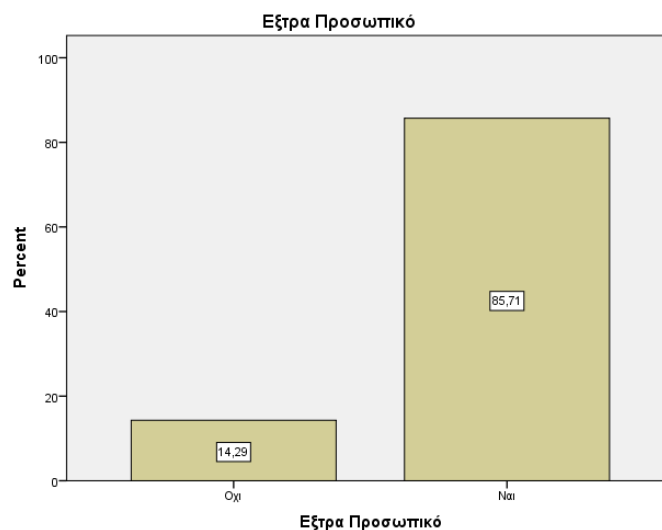
Στην ερώτηση για το αν πιστεύουν πως η άσκηση των καθηκόντων είναι δυσκολότερη από άλλα περιβάλλοντα εργασίας, το 25,7% (9 εργαζόμενοι) των εργαζομένων απάντησε «πάρα πολύ», το 51,4% (18 εργαζόμενοι) απάντησε «αρκετά», το 20% (7 εργαζόμενοι) απάντησε «λίγο, ελάχιστα» και το 2,9% (1 εργαζόμενος) απάντησε «καθόλου». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 33: Δυσκολία καθηκόντων λόγω περιβάλλοντος



Στην ερώτηση για το αν χρειάζεται επιπλέον προσωπικό στα κέντρα, το 14,3% (5 εργαζόμενοι) απάντησε «όχι» και το 85,7% (30 εργαζόμενοι) απάντησε «ναι». (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ)

Διάγραμμα 34: Ανάγκες για πρόσληψη επιπλέον προσωπικού στα κέντρα



Στην ερώτηση για την αναγκαιότητα της ύπαρξης των κέντρων υποδοχής, το 68,6% των εργαζομένων (24 εργαζόμενοι) απάντησε «όχι», ενώ το 31,4% (11 εργαζόμενοι) απάντησε «ναι». (Βλ. Παράρτημα III)

Διάγραμμα 35: Αναγκαιότητα ύπαρξης κέντρων υποδοχής



5.4. Συμπεράσματα

Μέσα από όσα είδαμε λοιπόν από την βιβλιογραφική ανασκόπηση καθώς και την έρευνα που πραγματοποιήσαμε, συνειδητοποιούμε κάποια πράγματα για τις συνθήκες κάτω από τις οποίες αναγκάζονται να ζήσουν οι μετανάστες. Οι εικόνες που κατά καιρούς έρχονται στη δημοσιότητα για τις συνθήκες που επικρατούν στα περισσότερα κέντρα κράτησης, με αρκετούς μετανάστες να πάσχουν από δερματικές ασθένειες, μόνο με την «Κόλαση» του Δάντη μπορούν να συγκριθούν. Όπως αναφέραμε και στο κυρίως κείμενο της εργασίας, στα κέντρα υποδοχής οι εικόνα που επικρατεί περιλαμβάνει: λύματα από τις χαλασμένες αποχετεύσεις, πολλαπλάσιους κρατούμενους από τον αριθμό τον οποίον μπορούν να φιλοξενήσουν, απαράδεκτες συνθήκες καθαριότητας και υγιεινής, απουσία προαυλισμού, απουσία βασικού ιατρικού εξοπλισμού, ελλιπή πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, δυσχερή ή πολλές φορές αδύνατη παραπομπή στο νοσοκομείο και πολλά άλλα.

Ακόμα και σε περιόδους πανδημίας, όπως π.χ. με τη «νέα γρίπη», το κράτος και οι κυβερνήσεις δεν παίρνουν κανένα μέτρο για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα υγείας των μεταναστών. Οι μετανάστες είναι η πλέον ευάλωτη ομάδα, και σε πανδημίες, εξαιτίας της

γενικής κακής κατάστασης της υγείας τους, των συνθηκών διαβίωσής τους και της δυσκολίας τους να έρθουν σε επαφή με τις υπηρεσίες υγείας.

Ένα ακόμα μεγάλο πλήγμα για τους μετανάστες (νόμιμους ή λαθραίους) είναι ο ρατσισμός. Εκφράζονται απόψεις στον γενικό πληθυσμό, ότι οι μετανάστες δεν πρέπει να έχουν δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, γιατί αυξάνει τις δημόσιες δαπάνες και επιβαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία. Αν δεν υπήρχαν αυτές οι παροχές, υποστηρίζεται ότι η κατάσταση θα ήταν καλύτερη για τους Έλληνες. Στην πραγματικότητα όμως δεν ευθύνονται οι ελάχιστες παροχές που δίνονται στους μετανάστες, για την κατάσταση στην οποία έχουν περιέλθει τα ασφαλιστικά ταμεία, αλλά οι πολιτικές των εκάστοτε κυβερνήσεων, με τις πράξεις ενάντια στην νομοθεσία σχετικά με την σχέση εργοδοτών – εργαζομένων, τον μη σωστό καταμερισμό των επιχορηγήσεων της Ε.Ε. και την μη επαρκή οικονομική κάλυψη απέναντι στα ταμεία.

Τα κράτη μέλη φοβούνται το πιθανό κόστος της δωρεάν περίθαλψης των λαθρομεταναστών. Ωστόσο, όσο περισσότερες επενδύσεις πραγματοποιούνται στη δωρεάν παροχή βασικής περίθαλψης για όλους, τόσο χαμηλότερο είναι το κόστος της ακριβής έκτακτης περίθαλψης και μικρότερος ο κίνδυνος για τη δημόσια υγεία. Το δικαίωμα στη βασική υγειονομική περίθαλψη είναι θεμελιώδες δικαίωμα ανεξαρτήτως της κατάστασης του κάθε ανθρώπου. Βάσει όλων των παραπάνω λοιπόν, το κράτος θα έπρεπε να αναλαμβάνει τις ευθύνες του και όχι οι ΜΚΟ και η κοινωνία των πολιτών, όπως συμβαίνει σε διάφορα κράτη μέλη που δεν παρέχουν πλήρη πρόσβαση στη βασική υγειονομική περίθαλψη.

Μέσω των αποτελεσμάτων της έρευνάς μας, συμπεράνουμε ότι δεν τηρούνται κάποιες προδιαγραφές στα κέντρα υποδοχής μεταναστών, καθώς επικρατεί συνωστισμός, αφού ο αριθμός των μεταναστών στα περισσότερα κέντρα είναι άνω των 300 ατόμων. Οι εργαζόμενοι θεωρούν ότι οι συνθήκες διαβίωσης στα κέντρα είναι κακές και ότι δεν υπάρχει σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων κατά την αντιμετώπιση των μεταναστών, όπως επίσης ότι τα κέντρα είναι ακατάλληλα για την φιλοξενία παιδιών. Τα συνηθέστερα νοσήματα με τα οποία έρχονται αντιμέτωποι οι νοσηλευτές στα κέντρα είναι λοιμώξεις του αναπνευστικού και λοιμώδη νοσήματα, όπως ηπατίτιδες. Οι μετανάστες που φιλοξενούνται στα κέντρα βιώνουν πολύ έντονα τον ρατσισμό πολλές φορές και από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας, αλλά πολύ περισσότερο από τους κατοίκους των περιοχών, καθώς αυτοί κρατούν αρνητική στάση απέναντι στην δημιουργία των κέντρων, χωρίς να είναι ενήμεροι για τις συνθήκες που επικρατούν σε αυτά. Ως αποτέλεσμα όλων των παραπάνω οι

μετανάστες έχουν κακή ψυχολογία και κρατούν αρνητική στάση απέναντι στους επαγγελματίες υγείας.

Οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα, καθώς δεν παρέχεται καθόλου βοήθεια από την πολιτεία ως προς την λειτουργία των κέντρων και ο ιατρικός και τεχνολογικός εξοπλισμός είναι ανεπαρκής. Οι εργαζόμενοι θεωρούν πως η άσκηση των καθηκόντων τους είναι δυσκολότερη σε σχέση με άλλα περιβάλλοντα εργασίας (π.χ. νοσοκομεία) και πως είναι απαραίτητη η πρόσληψη επιπλέον προσωπικού στα κέντρα. Όλα τα παραπάνω ενισχύουν την άποψη των εργαζομένων, ότι εν τέλει δεν ήταν απαραίτητη η δημιουργία των κέντρων υποδοχής μεταναστών.

Παρ' όλα αυτά οι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν πως η συνεισφορά των Μ.Κ.Ο. για την λειτουργία των κέντρων είναι μεγάλη, πως οι ίδιοι συμβιβάζονται με τις παραδόσεις και τις ανάγκες των μεταναστών και τους προσφέρουν φροντίδα επί 24ώρου βάσεως. Επιπλέον, μέσα από την έρευνα που πραγματοποιήσαμε, βλέπουμε πως τα κέντρα υποδοχής μεταναστών συνεργάζονται με νοσηλευτικές μονάδες και κέντρα υγείας της περιοχής, καθώς και ότι στο εσωτερικό των κέντρων υπάρχει σταθμός Α' Βοηθειών.

5.5. Προτάσεις

Μετά λοιπόν από τα συμπεράσματα στα οποία καταλήξαμε, έχουμε να προτείνουμε διάφορες ενέργειες, οι οποίες ίσως θα μπορούσαν να βελτιώσουν τις συνθήκες διαβίωσης των μεταναστών. Αρχικά θα πρέπει να μειωθεί η διέλευση λαθρομεταναστών στον ελλαδικό χώρο και γενικότερα στις χώρες της Ε.Ε. Αυτό μπορεί να συμβεί μόνο εάν η Ε.Ε. ενημερώσει την Διεθνή Κοινότητα ότι ο αριθμός των μεταναστών εντός των κρατών μελών της είναι υπεραρκετός και δεν υπάρχει δυνατότητα να δεχτεί περισσότερους.

Επιπλέον για να μειωθεί αισθητά ο αριθμός των λαθρομεταναστών στην Ελλάδα, θα πρέπει να τροποποιηθεί ο κανονισμός Δουβλίνο II. Όπως έχουμε δει στο κυρίως κείμενο, το Δουβλίνο II προβλέπει πως ο μετανάστης μπορεί να ζητήσει άσυλο στην πρώτη χώρα εισόδου, κι έτσι όταν το κράτος στο οποίο πηγαίνουν στην συνέχεια, τους αναγκάζει να το εγκαταλείψουν, δεν είναι απαραίτητο να επιστρέψει στην χώρα προέλευσής του, αλλά στην χώρα στην οποία έχει κάνει αίτηση ασύλου. Όπως έχουμε αναφέρει όμως, εξαιτίας διαφόρων παραγόντων, η Ελλάδα είναι η κύρια αν όχι η μοναδική, χώρα εισόδου των μεταναστών στην Ε.Ε.. Εισέρχονται κατά χιλιάδες από τις χώρες προέλευσής τους, αλλά και επιστρέφουν εξίσου πολλοί από τις χώρες της Ε.Ε., κι αυτή είναι η κύρια αιτία του μεταναστευτικού

ζήτηματος στην χώρα μας. Θα έπρεπε λοιπόν, να τροποποιηθεί ο κανονισμός Δουβλίνο II, όσον αφορά τις αιτήσεις ασύλου στους μετανάστες.

Τα κράτη μέλη φοβούνται το πιθανό κόστος της δωρεάν περίθαλψης των λαθρομεταναστών, ενώ όπως έχουμε τονίσει αρκετές φορές, θα έπρεπε να ήταν αναφαίρετο δικαίωμα του κάθε ανθρώπου, ανεξαρτήτως ηλικίας, χρώματος προέλευσης κ.λπ., να έχει πρόσβαση στην δημόσια υγεία. Για να λυθεί το ζήτημα αυτό λοιπόν, θα μπορούσε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή να υποβάλει μια περιεκτική μελέτη για τις πρακτικές που ισχύουν στο σύνολο των 27 κρατών μελών σε σχέση με την πρόσβαση των λαθρομεταναστών στην υγειονομική περίθαλψη, όπως επίσης και να παράσχει μια χονδρική για το κόστος που θα είχε η ενδεχόμενη δωρεάν υγειονομική περίθαλψη των λαθρομεταναστών, σε ετήσια βάση. Είναι πολύ σημαντικό, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή να απορρίψει κάποιο συσχετισμό μεταξύ της δωρεάν υγειονομικής περίθαλψης σε μερικά κράτη μέλη και του αριθμού των λαθρομεταναστών στις χώρες αυτές, για την αποφυγή της υποψίας ότι η δωρεάν υγειονομική περίθαλψη αποτελεί παράγοντα προσέλκυσης.

Τέλος, καλό θα ήταν η Επιτροπή να εκθέσει εν λεπτομερεία, ποια επίδραση έχει η μελέτη της FRA στις διατάξεις για την υγειονομική περίθαλψη στο πλαίσιο των υπό διαπραγμάτευση διαδικασιών της δέσμης για την παροχή ασύλου και των οδηγιών περί υποδοχής.

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα κέντρα υποδοχής μεταναστών, αντικρίζοντας καθημερινά τις συνθήκες διαβίωσης των φιλοξενουμένων, θα έπρεπε να ήταν οι πρώτοι οι οποίοι σέβονται απόλυτα τα ανθρώπινα δικαιώματα, κυρίως λόγω του είδους του επαγγέλματος. Η πολιτεία και το κράτος θα έπρεπε να ήταν αυτοί που συνεισφέρουν στην λειτουργία των κέντρων, κι όχι οι Μ.Κ.Ο..

Η κοινωνία και κυρίως οι κάτοικοι των περιοχών, όπου λειτουργούν κέντρα υποδοχής θα πρέπει να ενημερωθούν επαρκώς για τις συνθήκες διαβίωσης των μεταναστών εντός κι εκτός των κέντρων.

Κάθε μορφή διάκρισης είναι μια μορφή βίας που δεν στρέφεται μόνο κατά του θύματος, αλλά έμμεσα και κατά της κοινωνίας ως σύνολο. Δημιουργεί το κατάλληλο κλίμα για εκμετάλλευση εφόσον η κοινή γνώμη αποπροσανατολίζεται. Αυτή η κατάσταση τείνει να επηρεάζει όχι μόνο τις πολιτικές που ακολουθούνται σε κρατικό επίπεδο, αλλά και τις καλές πρακτικές που θα μπορούσε να ακολουθήσει μια κοινωνία. Όλοι οι άνθρωποι της γης, από άκρη σε άκρη, είτε ανήκουν σε διαφορετικά κοινωνικά στρώματα, είτε είναι ενήλικες ή

ανήλικοι, άντρες ή γυναίκες, ή «ξεριζώνονται» από άλλη χώρα για μια καλύτερη ζωή, δεν παύουν να είναι όλοι τους άνθρωποι κι έτσι πρέπει να τους αντιμετωπίσουμε.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Εν κατακλείδι, οι μετανάστες είναι άνθρωποι σαν κι εμάς, οι οποίοι αναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν τις πατρίδες τους, για μια καλύτερη ζωή. Ερχόμενοι, όμως, στις ευρωπαϊκές χώρες αντιμετώπισαν εξίσου δύσκολες καταστάσεις με τις χώρες προέλευσής τους. Τεράστιος αριθμός μεταναστών χάνει την ζωή του στην προσπάθειά του να εισέλθει στις χώρες υποδοχής, καθώς και πολλοί από αυτούς που καταφέρνουν να εισέλθουν σε αυτές έχουν τη ίδια κατάληξη, εξαιτίας της ήδη επιβαρημένης ψυχικής και σωματικής τους υγείας.

Μεταναστεύουν έχοντας πλήρη άγνοια του τι θα αντιμετωπίσουν ερχόμενοι στην Ελλάδα. Η κοινωνία θα έπρεπε να αντιλαμβάνεται την ψυχική οδύνη των ανθρώπων αυτών και αντί να τους επιβαρύνει εσκεμμένα με την ρατσιστική συμπεριφορά της, να τους βοηθά να ενταχθούν όσο το δυνατόν πιο ομαλά στην νέα τους πατρίδα. Γιατί όλοι έχουμε γεννηθεί στην γη, και η γη μας ανήκει. Όλοι έχουν δικαίωμα για μια θέση στον ήλιο, μια θέση στην καρδιά μας.

Αξίζει να σταθούμε στα συναισθήματα που απορρέουν από το παρακάτω ποίημα, το οποίο γράφτηκε από αγνώστου ταυτότητας μετανάστη:

*Επειδή άλλη μάνα με γέννησε
Και σ' άλλη γλώσσα άκουσες εσύ
Τα όμορφα παιδικά σου παραμύθια...
Μη με φωνάζεις «ξένο».
Αν θέλεις, κοίταξέ με στα μάτια,
Πιο πέρα απ' το μίσος
Ας φτάσει η ματιά σου,
Ας ξεπεράσει φόβο, εγωισμό.
Για δες, άνθρωπος είμαι κι εγώ,
Όχι, δεν είμαι «ξένος»!*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Bucoj A., Σουρτζή Π., Καλοκαιρινού Α., Βελονάκης Ε., 2012. Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των μεταναστών. Νοσηλευτική και Έρευνα, Τεύχος 32, Σελ.: 16.
- Dewit S., 2005. Βασικές αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας. Τόμος 1, Αθήνα: Λαγός.
- European Union Agency for Fundamental Rights, χ.η. *Τα θεμελιώδη δικαιώματα των μεταναστών που διαμένουν παράτυπα στην Ευρωπαϊκή Ένωση*. [Ανάγνωση 7/8/2013] <http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/1848-FRA-Factsheet_FRIM_EL_BAT.pdf>
- Morice A., Rodier C., 2010. *Η «ευρωπαϊκή αντίληψη» για τον έλεγχο της μετανάστευσης. Οι μεταναστευτικοί φράκτες της Ευρώπης δίνονται εργολαβικά σε τρίτες χώρες*. Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία, Αρ. Φύλλου: 10.320, σελ.: 7
- Pearson A., Vaughan B., Fitzgerald M., 2012. *Νοσηλευτικά μοντέλα για την πρακτική*. Αθήνα: Έλλην
- Αγγελίδης Δ., 2013. *Παράνομη η Αμυγδαλέζα*. Η εφημερίδα των συντακτών, Αρ. Φύλλου: 233, σελ.: 26
- Αναστασοπούλου Γ., Καλαμπάκου Ε., Μάλλιος Β., Σπαθής Α., Τσαουσάκης Η., Τάκης Α., Τσιτσελίκης Κ., Χριστόπουλος Δ., 2010. *Μια (άλλη) στρατηγική για το μεταναστευτικό*. Ελληνική Ένωση για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου. [Ανάγνωση 20/5/2013] <<http://www.hlhr.gr/index.php?MDL=pages&SiteID=357>>
- Βαρουξή Χ., 2007. *Η Ισοτιμία των Ανθρώπων: Από τη Ρητορεία στην Πράξη* Στο Καφετζής Π., Μαλούτας Θ., Τσίγκανου Ι. κ.ά. 2007. *Πολιτική, Κοινωνία, Πολίτες*.

Ανάλυση Δεδομένων της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Έρευνας / ESS. Αθήνα: ΕΚΚΕ, σελ. 293-314.

- Βεντούρα Λ. 2004. Εθνικισμός, ρατσισμός και μετανάστευση στη σύγχρονη Ελλάδα
Στο Καρύδης Β., Μαβράκης Α., Τσιτσελίκης Κ. κ.ά., 2004. *Η Ελλάδα της μετανάστευσης. Κοινωνική συμμετοχή, δικαιώματα και ιδιότητα του πολίτη*. Αθήνα: ΚΕΜΟ, σελ. 174-204.
- Βραδέλης Σ., 2010. *463 χρωματερές ανθρώπων στο κέντρο της Αθήνας*. Τα Νέα, σελ.: 8.
- Γεωργαράκης Ν., 2009. Η μεταναστευτική πολιτική: Στάσεις και αντιστάσεις στην Ελληνική διοίκηση **Στο** Βαρουζή Χ., Σαρρής Ν., Φραγκίσου Α., Τσίγκανου Ι (επιμ), 2010. *Όψεις μεταναστών και μεταναστευτικής πολιτικής στην Ελλάδα σήμερα*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, σελ.: 37-38.
- Γιαννοπούλου Α., 2008. *Διλήμματα και προβληματισμοί στην σύγχρονη νοσηλευτική*. Αθήνα: Ταβιθά.
- Γκέλνερ Ε., (2008) *Η Κοινωνία Πολιτών και οι Αντίπαλοί της. Συνθήκες Ελευθερίας*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Γκούβα Μ., Κοτρώτσιου Ε., 2011. *Ψυχολογικά ζητήματα σε ιστορίες φροντίδας*. Αθήνα: Λαγός.
- Δαρβίρη Χ., 2010. *Προαγωγή υγείας*. Αθήνα: Πασχαλίσσης.
- Διαμαντούρος Ν., (2000) *Πολιτισμικός διϊσμός και πολιτική αλλαγή στην Ελλάδα της μεταπολίτευσης*. Αθήνα: Αλεξάνδρεια.

- Διεθνής Αμνηστία, 2010. *Ελλάδα: Συστηματική κράτηση παράτυπων μεταναστών και αιτούντων άσυλο σε υποτυπώδεις συνθήκες*. [Ανάγνωση 27/5/2013]
<<http://www.amnesty.org.gr/greece-irregular-migrants-and-asylum-seekers-routinely-detained-in-substandard-conditions> >
- Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, 2007. *Δικαίωμα στην Υγεία των Μεταναστών χωρίς Νόμιμα Έγγραφα Παραμονής*. [Ανάγνωση 9/8/2013]
- <http://www.nchr.gr/images/pdf/apofaseis/prosfuges_metanastes/apofasi_ygeia_metanastes2007.pdf >
- Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, 2010. *Συνθήκες κράτησης σε αστυνομικά κρατητήρια και χώρους κράτησης αλλοδαπών*. [Ανάγνωση 20/4/2013]
<http://www.nchr.gr/images/pdf/apofaseis/sunthikes_krathseis/astynomika_kratitiria_apofasi.pdf >
- Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, 2011. *Αξιολόγηση των ευρημάτων διενεργηθείσας αυτοψίας από την Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου και τον Συνήγορο του Πολίτη στα κέντρα κράτησης αλλοδαπών της περιοχής του Έβρου*. [Ανάγνωση 9/8/2013]
<http://www.nchr.gr/images/pdf/apofaseis/prosfuges_metanastes/porisma_evrou_2011.pdf>
- Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2010. *Ετήσια έκθεση 2008 σχετικά με τα ανθρώπινα δικαιώματα στον κόσμο και τη πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα αυτόν*. [Ανάγνωση 20/5/2013]
<<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:212E:0060:0081:EL:PDF> >

- Ευρωπαϊκή Ένωση, 2008. *Μία κοινή μεταναστευτική πολιτική για την Ευρώπη*. [Ανάγνωση 23/5/2013] <http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/free_movement_of_persons_asylum_immigration/jl0001_el.htm>
- Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2007. *Νομοθετικό ψήφισμα σχετικά με τις στρατηγικές και τα μέσα για την ένταξη των μεταναστών στην Ευρωπαϊκή Ένωση*. [Ανάγνωση 20/5/2013] <<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2006-0318+0+DOC+XML+V0//EL>>
- Η Ελευθεροτυπία, 2011. *Ακατάλληλα για τα παιδιά τα κέντρα υποδοχής μεταναστών – Βρίσκονται σε αντίθεση με την Σύμβαση του ΟΗΕ για τα Δικαιώματα του Παιδιού*. Αρ.Φύλλου: 10.667, σελ.: 21.
- Η Ελευθεροτυπία, 2011. *Βουλιάζουν στην Λαμπεντούζα οι μετανάστες – Υιοθέτηση «σκληρής γραμμής» εξετάζει η ιταλική κυβέρνηση*. Αρ. Φύλλου: 10.705, σελ.: 4.
- Η Καθημερινή, 2011. *«Δουβλίνο 2»: ενός έτους αναστολή*. Αρ. Φύλλου: 27.668, σελ.: 24.
- Η Καθημερινή, 2011. *Κύμα εξόδου μεταναστών προς την Ιταλία – Οι περισσότεροι είναι Τυνησιοί*. Αρ. Φύλλου: 27.691, σελ.: 8.
- Καλοφωλιάς Κ., 2011. *Το μεταναστευτικό Ζήτημα στη Μεσόγειο (Ισπανία – Ιταλία – Ελλάδα)*. Αθήνα: Σιδέρη.
- Καρκαγιάννης Κ., 2011. *Απόφαση ανατρέπει το «Δουβλίνο II»*, Η Καθημερινή, Αρ Φύλλου: 27.943, σελ.: 15.
- Κατρούγκαλος Γ., 2009 Τα κοινωνικά δικαιώματα των παράνομων αλλοδαπών **Στο** Αμίτσης Γ., Λαζαρίδη Γ. (επιμ.), 2009. *Νομικές και Κοινωνικοπολιτικές Διαστάσεις της Μετανάστευσης στην Ελλάδα*. Αθήνα: Παπαζήσης, σελ. 69-88.

- Καψάλης Α., Λινάρδος-Ρυλμόν Π., 2009. Η ελληνική μεταναστευτική πολιτική. Απολογισμός και προτάσεις από τη σκοπιά των συνδικάτων **Στο** Καψάλης Α., Λινάρδος-Ρυλμόν Π., 2010 *Μεταναστευτική Πολιτική και Δικαιώματα των Μεταναστών*. Αθήνα: Μελέτες του Ινστιτούτου Εργασίας ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, σελ. 11-27.
- Κοντιάδης Ξ., ΠαπαθεοδώρουΘ., 2007. *Η μεταρρύθμιση της μεταναστευτικής πολιτικής*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Κουρκούτα Λ., 2010. *Ιστορία της Νοσηλευτικής*. Αθήνα: Πασχαλίσης.
- Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία, 2013. *Εξέγερση στο κέντρο κράτησης μεταναστών Αμυγδαλέζας. Αναμενόμενος ο ξεσηκωμός λέει ο δήμαρχος Αχαρνών*. Αρ. Φύλλου: 1.795, Περίοδος Β΄, σελ.: 7
- Λανάρα Β., 2008. *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*. Αθήνα: Παρισιάνος.
- Λινάρδου Γ., 2009. *Άνθρωποι και ποντίκια στο γκέτο της Αθήνας*. Ελευθεροτυπία, Αρ. Φύλλου: 9.990, σελ.: 27.
- Μαυρομμάτης Γ., Τσιτσελίκης Κ., 2011. Η εκπαίδευση των μεταναστών στην Ελλάδα (1990-2003). Πολιτικές και πρακτικές **Στο** Καρύδης Β., Μαβράκης Α., Τσιτσελίκης Κ. κ.ά., *Η Ελλάδα της μετανάστευσης. Κοινωνική συμμετοχή, δικαιώματα και ιδιότητα του πολίτη*. Αθήνα: Κριτική & ΚΕΜΟ. σελ. 121-140.
- Μελλισσά – Χαλκιοπούλου Χ., 2003. *Η εξελικτική και η κλινική ψυχολογία στον χώρο της υγείας*. Αθήνα: Μελλισσά
- Μπακάλης Ν., 2012. *Νοσηλευτική Δεοντολογία*. Πάτρα: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πατρών.

- Μποζανίνου Τ., 2012. «Θα κακοπεράσετε» λέει η Ελλάδα στους λαθρομετανάστες. Μιλάει στο «Βήμα» ο υπεύθυνος της Επιτροπής του Συμβουλίου της Ευρώπης. Το Βήμα, σελ.: 20.
- Παναγιωτοπούλου Π., Παπλιάκου Β., 2007. Το Κοινωνικό Κεφάλαιο στην Ελλάδα σε Συγκριτική Προοπτική: Σύντομη Θεωρητική Επισκόπηση και Ανάλυση Αποτελεσμάτων από την Ευρωπαϊκή Κοινωνική Έρευνα **Στο** Καφετζής Π., Μαλούτας Θ., Τσίγκανου Ι., 2010. *Πολιτική, Κοινωνία, Πολίτες. Ανάλυση Δεδομένων της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Έρευνας / ESS*. Αθήνα: ΕΚΚΕ. σελ. 219-267.
- Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., 2012. *Η ψυχολογία στον χώρο της υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Παπαδοπούλου Δ., 2009. Μορφές Κοινωνικής Ένταξης και Κοινωνικής Ενσωμάτωσης των Μεταναστών. Το παράδειγμα της Περιφέρειας Αττικής **Στο** Μπάγκαβος Χ., Παπαδοπούλου Δ. (επιμ.), *Μετανάστευση και ένταξη των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία, Επιστημονική Εταιρεία Κοινωνικής Πολιτικής*. Αθήνα: Gutenberg. σελ. 291-351.
- Σαπουντζή – Κρέπια Δ., 2004. *Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα*. Αθήνα: Ελλην.
- Σιταρόπουλος Ν., 2008. Η αβεβαιότητα της αρχής της «δίκαιης μεταχείρισης» των αλλοδαπών μεταναστών εργαζομένων στο υπό εξέλιξη ευρωπαϊκό δίκαιο **Στο** Παύλου Μ, Χριστόπουλος Δ. (επιμ.), *Η Ελλάδα της μετανάστευσης. Κοινωνική συμμετοχή, δικαιώματα και ιδιότητα του πολίτη*. Αθήνα: ΚΕΜΟ. σελ. 251-266.
- Σκλιάς Π., Χουλιάρης Α., 2008. *Η Διπλωματία της Κοινωνίας των Πολιτών*. Αθήνα: Παπαζήσης.

- Στεφανάκη Κ. 2011. Πρόσφυγες και Δικαίωμα στο Άσυλο **Στο** Τσαπόγας Μ., Χριστόπουλος Δ. (επιμ.). *Τα δικαιώματα στην Ελλάδα 1953-2003. Από το τέλος του εμφυλίου στο τέλος της μεταπολίτευσης*. Αθήνα: Καστανιώτης. σελ. 261-271.
- Τα Νέα, 2011. *Η Ιταλία είναι πλέον η κύρια πύλη μεταναστών στην Ευρώπη λέει η Frontex*. Σελ.: 40.
- Τσίγκανου Ι. 2008. *Οι εγκληματολογικές όψεις του κοινωνικού αποκλεισμού. Τετράδια Εγκληματολογίας*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη. σελ. 15-105.
- Τούντας Γ., 2000. *Κοινωνία και Υγεία*. Αθήνα: Οδυσσέας/ Νέα Υγεία.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Αιτήσεις άδειας και επιστολή



Αριθ. Πρωτ.
Πάτρα

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ**
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΣ Κέντρο πρώτης υποδοχής Ελληνικού (νέα κρατητήρια)

Μεγάλου Αλεξάνδρου 1, Κουκούλι
263 34 ΠΑΤΡΑ

Πληροφορίες : ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟΥ ANNA

Τηλέφωνο : 2610 369-130

FAX : 2610 369-175

E-mail :

Σας ενημερώνουμε ότι το Τμήμα Νοσηλευτικής της ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Πάτρας στην προσπάθεια του για αναβάθμιση του Προγράμματος σπουδών δίνει μεγάλη έμφαση στην ποιότητα των Πτυχιακών Εργασιών τις οποίες θεωρεί απαραίτητο εφόδιο για τη μελλοντική επαγγελματική κατάρτιση των σπουδαστών της Νοσηλευτικής.

Για τους παραπάνω λόγους παρακαλούμε να δοθεί η ευκαιρία στους σπουδαστές του Τμήματός μας

Γκέτα Λιντίτα

Κόλλια Ελένη


Κουγιουμπζόγλου Μαρία

Να διεξάγουν την έρευνα που απαιτείται για την συγγραφή της Πτυχιακής Εργασίας.

Η Πτυχιακή Εργασία των σπουδαστών εποπτεύεται από **Περικλής Ρόμπολας**
Νοσηλεύτης ΠΕ, MSc

Ευχαριστούμε για την συνεργασία.

Η ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΗ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ


Δρ. Μ. Μπατσολάκη
Αν. Καθηγήτρια



Αριθ. Πρωτ.
Πάτρα

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΡΟΣ Κέντρο κράτησης Ελληνικού (παλιά κρατητήρια)

Μεγάλου Αλεξάνδρου 1, Κουκούλι
263 34 ΠΑΤΡΑ

Πληροφορίες : ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟΥ ANNA
Τηλέφωνο : 2610 369-130
FAX : 2610 369-175
E-mail :

Σας ενημερώνουμε ότι το Τμήμα Νοσηλευτικής της ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Πάτρας στην προσπάθειά του για αναβάθμιση του Προγράμματος σπουδών δίνει μεγάλη έμφαση στην ποιότητα των Πτυχιακών Εργασιών τις οποίες θεωρεί απαραίτητο εφόδιο για τη μελλοντική επαγγελματική κατάρτιση των σπουδαστών της Νοσηλευτικής.

Για τους παραπάνω λόγους παρακαλούμε να δοθεί η ευκαιρία στους σπουδαστές του Τμήματός μας

Γκέτα Λιντίτα

Κόλλια Ελένη

Κουγιουμτζόγλου Μαρία

Να διεξάγουν την έρευνα που απαιτείται για την συγγραφή της Πτυχιακής Εργασίας.

Η Πτυχιακή Εργασία των σπουδαστών εποπτεύεται από **Περικλής Ρόμπολας**
Νοσηλεύτης ΠΕ, MSc

Ευχαριστούμε για την συνεργασία.

Η ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΗ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Δρ. Μ. Μπατσολάκη

Αν. Καθηγήτρια



Αριθ. Πρωτ.
Πάτρα

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ**

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΣ Κέντρο κράτησης Μονάδας Πέτρου Ράλλη

Μεγάλου Αλεξάνδρου 1, Κουκούλι
263 34 ΠΑΤΡΑ

Πληροφορίες : ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟΥ ANNA

Τηλέφωνο : 2610 369-130

FAX : 2610 369-175

E-mail :

Σας ενημερώνουμε ότι το Τμήμα Νοσηλευτικής της ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Πάτρας στην προσπάθειά του για αναβάθμιση του Προγράμματος σπουδών δίνει μεγάλη έμφαση στην ποιότητα των Πτυχιακών Εργασιών τις οποίες θεωρεί απαραίτητο εφόδιο για τη μελλοντική επαγγελματική κατάρτιση των σπουδαστών της Νοσηλευτικής.

Για τους παραπάνω λόγους παρακαλούμε να δοθεί η ευκαιρία στους σπουδαστές του Τμήματός μας

Γκέτα Λιντίτα

Κόλλια Ελένη

Κουγιουμτζόγλου Μαρία

Να διεξάγουν την έρευνα που απαιτείται για την συγγραφή της Πτυχιακής Εργασίας,

Η Πτυχιακή Εργασία των σπουδαστών εποπτεύεται από **Περικλής Ρόμπολας**
Νοσηλεύτης ΠΕ, MSc

Ευχαριστούμε για την συνεργασία.

Η ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΗ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Δρ. Μ. Μπατσολάκη

Αν. Καθηγήτρια



Αριθ. Πρωτ.
Πάτρα

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΡΟΣ Κέντρο κράτησης Ασπροπύργου

Μεγάλου Αλεξάνδρου 1, Κουκούλι
263 34 ΠΑΤΡΑ

Πληροφορίες : ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟΥ ANNA

Τηλέφωνο : 2610 369-130

FAX : 2610 369-175

E-mail :

Σας ενημερώνουμε ότι το Τμήμα Νοσηλευτικής της ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Πάτρας στην προσπάθειά του για αναβάθμιση του Προγράμματος σπουδών δίνει μεγάλη έμφαση στην ποιότητα των Πτυχιακών Εργασιών τις οποίες θεωρεί απαραίτητο εφόδιο για τη μελλοντική επαγγελματική κατάρτιση των σπουδαστών της Νοσηλευτικής.

Για τους παραπάνω λόγους παρακαλούμε να δοθεί η ευκαιρία στους σπουδαστές του Τμήματός μας

Γκέτα Λιντίτα

Κόλλια Ελένη

Κουγιουμτζόγλου Μαρία

Να διεξάγουν την έρευνα που απαιτείται για την συγγραφή της Πτυχιακής Εργασίας.

Η Πτυχιακή Εργασία των σπουδαστών εποπτεύεται από **Περικλής Ρόμπολας**
Νοσηλεύτης ΠΕ, MSc

Ευχαριστούμε για την συνεργασία.

Η ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΗ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Δρ. Μ. Μπατσολάκη

Αν. Καθηγήτρια



Αριθ. Πρωτ.
Πάτρα

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ**
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΣ Κέντρο πρώτης υποδοχής ανηλίκων Αμυγδαλέζας (Αχαρνές)

Μεγάλου Αλεξάνδρου 1, Κουκούλι
263 34 ΠΑΤΡΑ

Πληροφορίες : ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟΥ ANNA
Τηλέφωνο : 2610 369-130
FAX : 2610 369-175
E-mail :

Σας ενημερώνουμε ότι το Τμήμα Νοσηλευτικής της ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Πάτρας στην προσπάθειά του για αναβάθμιση του Προγράμματος σπουδών δίνει μεγάλη έμφαση στην ποιότητα των Πτυχιακών Εργασιών τις οποίες θεωρεί απαραίτητο εφόδιο για τη μελλοντική επαγγελματική κατάρτιση των σπουδαστών της Νοσηλευτικής.

Για τους παραπάνω λόγους παρακαλούμε να δοθεί η ευκαιρία στους σπουδαστές του Τμήματός μας **Γκέτα Λιντίτα**

Κόλλια Ελένη

Κουγιουμτζόγλου Μαρία

Να διεξάγουν την έρευνα που απαιτείται για την συγγραφή της Πτυχιακής Εργασίας.

Η Πτυχιακή Εργασία των σπουδαστών εποπτεύεται από **Περικλής Ρόμπολας**
Νοσηλεύτης ΠΕ, MSc

Ευχαριστούμε για την συνεργασία.

Η ΠΡΟΙΣΤΑΜΕΝΗ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ


Δρ. Μ. Μπατσολάκη
Αν. Καθηγήτρια

Τ.Ε.Ι. Πάτρας
Σχολή Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας
Τμήμα Νοσηλευτικής

Αγαπητή/έ Κυρία/ε,

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας του Τ.Ε.Ι. Πάτρας και διεξάγουμε μια έρευνα στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας μας με τίτλο «*Νοσηλευτική Μέριμνα στα Κέντρα Υποδοχής Μεταναστών*».

Σκοπός της εργασίας μας είναι να διερευνήσουμε το επίπεδο περιθαλψης και ιατρονοσηλευτικής κάλυψης των λαθρομεταναστών στα Κέντρα Υποδοχής της Αθήνας, καθώς και τις εμπειρίες των επαγγελματιών υγείας μέσα σε αυτά. Ως εκ τούτου, τα ερωτηματολόγιά μας, απευθύνονται στο επιστημονικό ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στα κέντρα, δηλαδή στους ιατρούς, τους νοσηλευτές, τους κοινωνικούς λειτουργούς και τους ψυχολόγους.

Θα θέλαμε να σας διαβεβαιώσουμε ότι τα συλλεγόμενα δεδομένα της έρευνας θα κρατηθούν **αυστηρώς εμπιστευτικά** και τα αποτελέσματα αυτής θα χρησιμοποιηθούν για επιστημονικούς σκοπούς και μόνο.

Η συμμετοχή του προσωπικού στην έρευνά μας είναι **εθελοντική**.

Ευελπιστούμε στην συναίνεση και συμβολή σας, προκειμένου να συλλέξουμε τις απαραίτητες πληροφορίες για την έρευνά μας, με την παράλληλη διανομή των ερωτηματολογίων προς συμπλήρωση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του κέντρου που διευθύνετε.

Για οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφόρηση ή παρουσία προβλημάτων απευθύνεστε στην υπεύθυνη επικοινωνίας: 6976032660 (Κόλλια Ελένη).

Πάτρα 02/06/2013

Με εκτίμηση,

Οι Φοιτήτριες

1. Γκέτα Λιντίτα



2. Κόλλια Ελένη



3. Κουγιουμτζόγλου Μαρία



Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος



Ρόμπολας Περικλής
Εργαστηριακός Συνεργάτης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

Ερωτηματολόγιο

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΟ

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ

Αγαπητοί εργαζόμενοι,

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές, στο τμήμα νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας, αποτελεί κομμάτι της πτυχιακής εργασίας μας, με τίτλο «Νοσηλευτική μέριμνα στα κέντρα υποδοχής μεταναστών». Σκοπός της μελέτης μας είναι να διαπιστώσουμε τους τρόπους περίθαλψης και την επαρκή φροντίδα από το νοσηλευτικό προσωπικό, κατά την περίθαλψη των μεταναστών στα κέντρα υποδοχής. Περιλαμβάνει, επίσης, ερωτήσεις εκ των οποίων κάποιες είναι δημογραφικού τύπου.

Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις, επιλέγοντας μία μόνο απάντηση.

ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΘΑ ΚΡΑΤΗΘΟΥΝ ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΑΠΟΡΡΗΤΕΣ. Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ.

Είμαστε στην διάθεσή σας, αν χρειαστείτε οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνηση.

Ευχαριστούμε πολύ.

Ονοματεπώνυμο υπευθύνων έρευνας: Γκέτα Λιντίτα, Κόλλια Ελένη & Κουγιουμτζόγλου Μαρία

Ονοματεπώνυμο επιστημονικά υπεύθυνου έρευνας: Ρόμπολας Περικλής

Δημογραφικά στοιχεία

1. ΗΛΙΚΙΑ:

<18 18-30 30-42 42-54 >54

2. ΦΥΛΟ:

Άρρεν Θήλυ

3. ΕΤΗ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:

<3 3-6 6-9 >9

4. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:

Ιδιωτική εκπαίδευση Δευτεροβάθμια εκπαίδευση

Τριτοβάθμια εκπαίδευση Άλλο

5. ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:

Νοσηλεύτης Γιατρός

Ψυχολόγος Κοινωνικός λειτουργός

1. Ποιός είναι ο αριθμός των μεταναστών που βρίσκονται στο κέντρο υποδοχής;

- A. Κάτω από 100
- B. 100-200
- Γ. 200-300
- Δ. Πάνω από 300

2. Στο έργο σας συνεισφέρουν και Μ.Κ.Ο για την Υγεία (π.χ Γιατροί Χωρίς Σύνορα);

- Ναι
- Όχι

3. Θεωρείτε πως οι συνθήκες διαβίωσης στα κέντρα υποδοχής μεταναστών είναι:

- A. Πολύ καλές
- B. Καλές
- Γ. Κακές
- Δ. Πολύ κακές

4. Πιστεύετε ότι κατά την αντιμετώπιση των μεταναστών από όλο το προσωπικό υπάρχει σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων;

- Ναι
- Όχι

5. Συμβιβάζεστε με τις παραδόσεις και τις ανάγκες των ασθενών, ανεξάρτητα από τα δικά σας πιστεύω;

- A. Πάρα πολύ
- B. Αρκετά
- Γ. Λίγο, ελάχιστα

Δ. Καθόλου

6. Πως θα κρίνατε τη συνεργασία σας με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα;

- A. Πολύ καλή B. Καλή
- Γ. Κακή Δ. Πολύ κακή

7. Ποια είναι τα γενικά νοσήματα που παρουσιάζονται συνήθως στους ασθενείς μετανάστες;

- A. Λοιμώξεις του αναπνευστικού
- B. Γαστρεντερικές παθήσεις
- Γ. Παθήσεις του δέρματος
- Δ. Παθήσεις του μυοσκελετικού
- E. Άλλες παθήσεις

8. Ποια είναι τα λοιμώδη νοσήματα που παρουσιάζονται συνήθως στους ασθενείς μετανάστες;

- A. Ηπατίτιδα
- B. HIV/AIDS
- Γ. Φυματίωση
- Δ. Γαστρεντερίτιδες
- E. Άλλα λοιμώδη νοσήματα

9. Πιστεύετε πως ο ιατρικός και τεχνολογικός εξοπλισμός που υπάρχει επαρκεί για τη νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών;

- A. Πάρα πολύ
- B. Αρκετά
- Γ. Λίγο, ελάχιστα

Δ. Καθόλου

10. Συνεργάζεται το κέντρο υποδοχής με τις νοσηλευτικές μονάδες και τα κέντρα υγείας της περιοχής ως προς τη νοσηλεία των ασθενών και την υλικοτεχνική υποδομή (αναλώσιμα, συσκευές κλπ);

Ναι

Όχι

11. Υπάρχει 24ωρη κάλυψη της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών;

Ναι

Όχι

12. Η ψυχική σας διάθεση μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την απόδοσή σας στη δουλειά;

A. Πάρα πολύ

B. Αρκετά

Γ. Λίγο, ελάχιστα

Δ. Καθόλου

13. Έχετε σκεφτεί να αποχωρήσετε από την εργασία σας στα κέντρα υποδοχής μεταναστών;

Ναι

Όχι

14. Είστε ευχαριστημένος από την αμοιβή σας;

Ναι

Όχι

15. Αισθάνεστε πως οι γνώσεις νοσηλευτικής που έχετε επαρκούν κατά τη άσκηση των καθηκόντων σας στα κέντρα υποδοχής μεταναστών;

A. Πάρα πολύ

B. Αρκετά

Γ. Λίγο, ελάχιστα

Δ. Καθόλου

16. Θα σας ενδιέφερε να παρακολουθήσετε σεμινάρια επιμόρφωσης σχετικά με την περίθαλψη μεταναστών;

A. Πάρα πολύ

B. Αρκετά

Γ. Λίγο, ελάχιστα

Δ. Καθόλου

17. Υπήρξε αρνητική ανταπόκριση των κατοίκων της περιοχής σχετικά με τη δημιουργία κέντρου υποδοχής μεταναστών;

Ναι

Όχι

18. Πιστεύετε ότι οι κάτοικοι της περιοχής είναι επαρκώς ενημερωμένοι για τη λειτουργία του κέντρου υποδοχής μεταναστών;

A. Πάρα πολύ

B. Αρκετά

Γ. Λίγο, ελάχιστα

Δ. Καθόλου

19. Πως θα κρίνατε τη στάση των ασθενών μεταναστών απέναντι σας;

- A. Πολύ καλή B. Καλή
Γ. Κακή Δ. Πολύ κακή

20. Πως θα κρίνατε την ψυχολογική κατάσταση των μεταναστών στο κέντρο υποδοχής;

- A. Πολύ καλή
B. Καλή
Γ. Κακή
Δ. Πολύ κακή

21. Ποιο από τα παρακάτω δεν κάνατε λόγω έλλειψης χρόνου;

- A. Διάθεση χρόνου για ακρόαση προβλημάτων των ασθενών
B. Σύνταξη γραπτών εκθέσεων και αναφορών
Γ. Φροντίδα θεμάτων υγιεινής των ασθενών
Δ. Τίποτα από τα παραπάνω

22. Πιστεύετε ότι υπάρχουν προβλήματα επικοινωνίας με τους ασθενείς λόγω της διαφορετικής γλώσσας;

- Ναι
Όχι

23. Θεωρείτε ότι τα κέντρα υποδοχής μεταναστών είναι κατάλληλα για τα παιδιά;

- Ναι
Όχι

24. Πιστεύετε πως η πολιτεία προσφέρει την απαραίτητη βοήθεια για τη λειτουργία των κέντρων υποδοχής μεταναστών;

- A. Πάρα πολύ
B. Αρκετά
Γ. Λίγο, ελάχιστα
Δ. Καθόλου

25. Υπάρχει οργανωμένος σταθμός Α΄ Βοηθειών εντός των κέντρων υποδοχής;

- A. Ναι
B. Όχι

26. Εφόσον απαντήσατε θετικά στο προηγούμενο ερώτημα ποιες είναι οι κυριότερες πρακτικές που εφαρμόζονται εντός των σταθμών Α΄ Βοηθειών;

- A. Α΄ Βοήθειες
B. Χορήγηση φαρμάκων
Γ. Περιποίηση τραύματος
Δ. Διακομιδές
E. Βραχεία νοσηλεία

27. Πιστεύετε ότι οι φιλοξενούμενοι στα κέντρα υποδοχής μεταναστών βιώνουν συχνά το ρατσισμό;

- A. Πάρα πολύ
B. Αρκετά
Γ. Λίγο, ελάχιστα
Δ. Καθόλου

28. Πιστεύετε ότι η άσκηση των καθηκόντων σας είναι δυσκολότερη σε σχέση με άλλα περιβάλλοντα εργασίας (π.χ. νοσοκομεία);

A. Πάρα πολύ

B. Αρκετά

Γ. Λίγο, ελάχιστα

Δ. Καθόλου

29. Πιστεύετε ότι πρέπει να προσληφθεί επιπλέον νοσηλευτικό προσωπικό, έτσι ώστε να γίνει αποτελεσματικότερο το έργο σας;

Ναι

Όχι

30. Πιστεύετε ότι η δημιουργία κέντρων υποδοχής μεταναστών ήταν τελικά αναγκαία;

Ναι

Όχι

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Πίνακες

Πίνακας 1: Πλήθος μεταναστών

		Πλήθος Μεταναστών		Total	
		200-300	>300		
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	3	5	8
		% within Ειδικότητα	37,5%	62,5%	100,0%
		% within Πλήθος Μεταναστών	21,4%	23,8%	22,9%
		% of Total	8,6%	14,3%	22,9%
	Κοινωνικός Λειτουργός	Count	3	4	7
		% within Ειδικότητα	42,9%	57,1%	100,0%
		% within Πλήθος Μεταναστών	21,4%	19,0%	20,0%
		% of Total	8,6%	11,4%	20,0%
	Νοσηλεύτης	Count	5	9	14
		% within Ειδικότητα	35,7%	64,3%	100,0%
		% within Πλήθος Μεταναστών	35,7%	42,9%	40,0%
		% of Total	14,3%	25,7%	40,0%
Ψυχολόγος	Count	3	3	6	
	% within Ειδικότητα	50,0%	50,0%	100,0%	
	% within Πλήθος Μεταναστών	21,4%	14,3%	17,1%	
	% of Total	8,6%	8,6%	17,1%	
Total	Count	14	21	35	
	% within Ειδικότητα	40,0%	60,0%	100,0%	
	% within Πλήθος Μεταναστών	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	40,0%	60,0%	100,0%	

Πίνακας 2: Συνεισφορά Μ.Κ.Ο.

			ΜΚΟ		Total
			Όχι	Ναι	
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	1	7	8
		% within Ειδικότητα	12,5%	87,5%	100,0%
		% within ΜΚΟ	12,5%	25,9%	22,9%
	Κοινωνικός Λειτουργός	% of Total	2,9%	20,0%	22,9%
		Count	1	6	7
		% within Ειδικότητα	14,3%	85,7%	100,0%
	Νοσηλεύτης	% within ΜΚΟ	12,5%	22,2%	20,0%
		% of Total	2,9%	17,1%	20,0%
		Count	2	12	14
	Ψυχολόγος	% within Ειδικότητα	14,3%	85,7%	100,0%
		% within ΜΚΟ	25,0%	44,4%	40,0%
		% of Total	5,7%	34,3%	40,0%
	Total	Count	4	2	6
		% within Ειδικότητα	66,7%	33,3%	100,0%
		% within ΜΚΟ	50,0%	7,4%	17,1%
		% of Total	11,4%	5,7%	17,1%
		Count	8	27	35
		% within Ειδικότητα	22,9%	77,1%	100,0%
	% within ΜΚΟ	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	22,9%	77,1%	100,0%	

Πίνακας 3: Συνθήκες διαβίωσης στα κέντρα υποδοχής μεταναστών

			Συνθήκες Διαβίωσης		Total
			Κακές	Πολύ Κακές	
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	4	4	8
		% within Ειδικότητα	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Συνθήκες Διαβίωσης	22,2%	23,5%	22,9%
	Κοινωνικός Λειτουργός	Count	4	3	7
		% within Ειδικότητα	57,1%	42,9%	100,0%
		% within Συνθήκες Διαβίωσης	22,2%	17,6%	20,0%
	Νοσηλεύτης	Count	8	6	14
		% within Ειδικότητα	57,1%	42,9%	100,0%
		% within Συνθήκες Διαβίωσης	44,4%	35,3%	40,0%
	Ψυχολόγος	Count	2	4	6
		% within Ειδικότητα	33,3%	66,7%	100,0%
		% within Συνθήκες Διαβίωσης	11,1%	23,5%	17,1%
Total	Count	18	17	35	
	% within Ειδικότητα	51,4%	48,6%	100,0%	
	% within Συνθήκες Διαβίωσης	100,0%	100,0%	100,0%	

Πίνακας 4: Σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων

		Σεβασμός Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων		Total	
		Οχι	Ναι		
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	6	2	8
		% within Ειδικότητα	75,0%	25,0%	100,0%
		% within Σεβασμός Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων	20,7%	33,3%	22,9%
		% of Total	17,1%	5,7%	22,9%
	Κοινωνικός Λειτουργός	Count	5	2	7
		% within Ειδικότητα	71,4%	28,6%	100,0%
		% within Σεβασμός Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων	17,2%	33,3%	20,0%
		% of Total	14,3%	5,7%	20,0%
	Νοσηλεύτης	Count	12	2	14
		% within Ειδικότητα	85,7%	14,3%	100,0%
		% within Σεβασμός Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων	41,4%	33,3%	40,0%
		% of Total	34,3%	5,7%	40,0%
Ψυχολόγος	Count	6	0	6	
	% within Ειδικότητα	100,0%	0,0%	100,0%	
	% within Σεβασμός Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων	20,7%	0,0%	17,1%	
	% of Total	17,1%	0,0%	17,1%	
Total		Count	29	6	35
		% within Ειδικότητα	82,9%	17,1%	100,0%
		% within Σεβασμός Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	82,9%	17,1%	100,0%

Πίνακας 5: Συμβιβασμός με παραδόσεις και ανάγκες ασθενών

			Συμβιβασμός με Ασθενείς	
			Παρα Πολύ	Αρκετά
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	2	4
		% within Ειδικότητα	25,0%	50,0%
		% within Συμβιβασμός με Ασθενείς	40,0%	20,0%
	Κοινωνικός Λειτουργός	Count	1	5
		% within Ειδικότητα	14,3%	71,4%
		% within Συμβιβασμός με Ασθενείς	20,0%	25,0%
	Νοσηλεύτης	Count	0	7
		% within Ειδικότητα	0,0%	50,0%
		% within Συμβιβασμός με Ασθενείς	0,0%	35,0%
	Ψυχολόγος	Count	2	4
		% within Ειδικότητα	33,3%	66,7%
		% within Συμβιβασμός με Ασθενείς	40,0%	20,0%
Total	Count	5	20	
	% within Ειδικότητα	14,3%	57,1%	
	% within Συμβιβασμός με Ασθενείς	100,0%	100,0%	

			Συμβιβασμός με Ασθενείς	
			Λίγο, ελάχιστα	Καθόλου
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	2	0
		% within Ειδικότητα	25,0%	0,0%
		% within Συμβιβασμός με Ασθενείς	40,0%	0,0%
	Κοινωνικός Λειτουργός	Count	1	0
		% within Ειδικότητα	14,3%	0,0%
		% within Συμβιβασμός με Ασθενείς	20,0%	0,0%
	Νοσηλεύτης	Count	2	5
		% within Ειδικότητα	14,3%	35,7%
		% within Συμβιβασμός με Ασθενείς	40,0%	100,0%
	Ψυχολόγος	Count	0	0
		% within Ειδικότητα	0,0%	0,0%
		% within Συμβιβασμός με Ασθενείς	0,0%	0,0%
Total	Count	5	5	
	% within Ειδικότητα	14,3%	14,3%	
	% within Συμβιβασμός με Ασθενείς	100,0%	100,0%	

Πίνακας 6: Συνεργασία με την διεπιστημονική ομάδα

		Συνεργασία με Ομάδα				Total	
		Πολύ Καλή	Καλή	Κακή	Πολύ Κακή		
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	2	4	2	0	8
		% within Ειδικότητα	25,0%	50,0%	25,0%	0,0%	100,0%
		% within Συνεργασία με Ομάδα	66,7%	17,4%	25,0%	0,0%	22,9%
		% of Total	5,7%	11,4%	5,7%	0,0%	22,9%
	Κοινωνικός Λειτουργός	Count	0	4	2	1	7
		% within Ειδικότητα	0,0%	57,1%	28,6%	14,3%	100,0%
		% within Συνεργασία με Ομάδα	0,0%	17,4%	25,0%	100,0%	20,0%
		% of Total	0,0%	11,4%	5,7%	2,9%	20,0%
	Νοσηλεύτης	Count	0	12	2	0	14
		% within Ειδικότητα	0,0%	85,7%	14,3%	0,0%	100,0%
		% within Συνεργασία με Ομάδα	0,0%	52,2%	25,0%	0,0%	40,0%
		% of Total	0,0%	34,3%	5,7%	0,0%	40,0%
Ψυχολόγος	Count	1	3	2	0	6	
	% within Ειδικότητα	16,7%	50,0%	33,3%	0,0%	100,0%	
	% within Συνεργασία με Ομάδα	33,3%	13,0%	25,0%	0,0%	17,1%	
	% of Total	2,9%	8,6%	5,7%	0,0%	17,1%	
Total	Count	3	23	8	1	35	
	% within Ειδικότητα	8,6%	65,7%	22,9%	2,9%	100,0%	
	% within Συνεργασία με Ομάδα	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	8,6%	65,7%	22,9%	2,9%	100,0%	

Πίνακας 7: Συνήθη γενικά νοσήματα μεταναστών

		Γενικά Νοσήματα					Total
		Λοιμώξεις Αναπνευσ τικού	Γαστρεντε ρικές Παθήσεις	Παθήσεις Δερματος	Παθησεις Μυοσκελε τικού	Άλλες Παθησεις	
Γιατρός	Count	8	0	0	0	0	8
	% within Ειδικότητα	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0 %
	% within Γενικά Νοσήματα	44,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	22,9%
	% of Total	22,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	22,9%
	Count	4	1	0	2	0	7
Κοινωνικός Λειτουργός	% within Ειδικότητα	57,1%	14,3%	0,0%	28,6%	0,0%	100,0 %
	% within Γενικά Νοσήματα	22,2%	14,3%	0,0%	66,7%	0,0%	20,0%
	% of Total	11,4%	2,9%	0,0%	5,7%	0,0%	20,0%
Ειδικότ ητα	Count	6	4	3	1	0	14
	% within Ειδικότητα	42,9%	28,6%	21,4%	7,1%	0,0%	100,0 %
	% within Γενικά Νοσήματα	33,3%	57,1%	100,0%	33,3%	0,0%	40,0%
	% of Total	17,1%	11,4%	8,6%	2,9%	0,0%	40,0%
	Count	0	2	0	0	4	6
Ψυχολόγος	% within Ειδικότητα	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	66,7%	100,0 %
	% within Γενικά Νοσήματα	0,0%	28,6%	0,0%	0,0%	100,0%	17,1%
	% of Total	0,0%	5,7%	0,0%	0,0%	11,4%	17,1%
Total	Count	18	7	3	3	4	35
	% within Ειδικότητα	51,4%	20,0%	8,6%	8,6%	11,4%	100,0 %
	% within Γενικά Νοσήματα	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %
	% of Total	51,4%	20,0%	8,6%	8,6%	11,4%	100,0 %
	% of Total	51,4%	20,0%	8,6%	8,6%	11,4%	100,0 %

Πίνακας 8: Συνήθη λοιμώδη νοσήματα μεταναστών

		Λοιμώδη Νοσήματα					Total
		Ηπατίτιδα	HIV/AIDS	Φυματίωση	Γαστρεντερίτιδες	Άλλα νοσήματα	
Γιατρός	Count	2	2	4	0	0	8
	% within Ειδικότητα	25,0%	25,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within Λοιμώδη Νοσήματα	15,4%	28,6%	36,4%	0,0%	0,0%	22,9%
	% of Total	5,7%	5,7%	11,4%	0,0%	0,0%	22,9%
Κοινωνικός Λειτουργός	Count	3	2	2	0	0	7
	% within Ειδικότητα	42,9%	28,6%	28,6%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within Λοιμώδη Νοσήματα	23,1%	28,6%	18,2%	0,0%	0,0%	20,0%
	% of Total	8,6%	5,7%	5,7%	0,0%	0,0%	20,0%
Ειδικότητα	Count	8	3	3	0	0	14
	% within Ειδικότητα	57,1%	21,4%	21,4%	0,0%	0,0%	100,0%
	% within Λοιμώδη Νοσήματα	61,5%	42,9%	27,3%	0,0%	0,0%	40,0%
	% of Total	22,9%	8,6%	8,6%	0,0%	0,0%	40,0%
Νοσηλεύτης	Count	0	0	2	2	2	6
	% within Ειδικότητα	0,0%	0,0%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
	% within Λοιμώδη Νοσήματα	0,0%	0,0%	18,2%	100,0%	100,0%	17,1%
	% of Total	0,0%	0,0%	5,7%	5,7%	5,7%	17,1%
Ψυχολόγος	Count	13	7	11	2	2	35
	% within Ειδικότητα	37,1%	20,0%	31,4%	5,7%	5,7%	100,0%
	% within Λοιμώδη Νοσήματα	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	37,1%	20,0%	31,4%	5,7%	5,7%	100,0%
Total	Count						
	% within Ειδικότητα						
	% of Total						

Πίνακας 9: Επάρκεια ιατρικού και τεχνολογικού εξοπλισμού

		Επάρκεια Εξοπλισμου			Total	
		Αρκετά	Λίγο, ελάχιστα	Καθόλου		
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	0	2	6	8
		% within Ειδικότητα	0,0%	25,0%	75,0%	100,0%
		% within Επάρκεια Εξοπλισμου	0,0%	9,5%	46,2%	22,9%
		% of Total	0,0%	5,7%	17,1%	22,9%
	Κοινωνικός Λειτουργός	Count	0	5	2	7
		% within Ειδικότητα	0,0%	71,4%	28,6%	100,0%
		% within Επάρκεια Εξοπλισμου	0,0%	23,8%	15,4%	20,0%
		% of Total	0,0%	14,3%	5,7%	20,0%
	Νοσηλεύτης	Count	1	11	2	14
		% within Ειδικότητα	7,1%	78,6%	14,3%	100,0%
		% within Επάρκεια Εξοπλισμου	100,0%	52,4%	15,4%	40,0%
		% of Total	2,9%	31,4%	5,7%	40,0%
	Ψυχολόγος	Count	0	3	3	6
		% within Ειδικότητα	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
		% within Επάρκεια Εξοπλισμου	0,0%	14,3%	23,1%	17,1%
	% of Total	0,0%	8,6%	8,6%	17,1%	
Total	Count	1	21	13	35	
	% within Ειδικότητα	2,9%	60,0%	37,1%	100,0%	
	% within Επάρκεια Εξοπλισμου	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	2,9%	60,0%	37,1%	100,0%	

Πίνακας 10: Συνεργασία με νοσηλευτικές μονάδες και κέντρα υγείας

		Συνεργασία με Κέντρα Υγείας		Total		
		Όχι	Ναι			
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	0	8	8	
		% within Ειδικότητα	0,0%	100,0%	100,0%	
		% within Συνεργασία με Κέντρα Υγείας	0,0%	34,8%	22,9%	
		% of Total	0,0%	22,9%	22,9%	
		Κοινωνικός Λειτουργός	Count	0	7	7
		% within Ειδικότητα	0,0%	100,0%	100,0%	
		% within Συνεργασία με Κέντρα Υγείας	0,0%	30,4%	20,0%	
		% of Total	0,0%	20,0%	20,0%	
		Νοσηλευτής	Count	10	4	14
		% within Ειδικότητα	71,4%	28,6%	100,0%	
		% within Συνεργασία με Κέντρα Υγείας	83,3%	17,4%	40,0%	
		% of Total	28,6%	11,4%	40,0%	
	Ψυχολόγος	Count	2	4	6	
	% within Ειδικότητα	33,3%	66,7%	100,0%		
	% within Συνεργασία με Κέντρα Υγείας	16,7%	17,4%	17,1%		
	% of Total	5,7%	11,4%	17,1%		
Total		Count	12	23	35	
		% within Ειδικότητα	34,3%	65,7%	100,0%	
		% within Συνεργασία με Κέντρα Υγείας	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	34,3%	65,7%	100,0%		

Πίνακας 11: 24ωρη κάλυψη νοσηλευτικής φροντίδας

			24ωρη Καλυψη	Total
			Ναι	
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	8	8
		% within Ειδικότητα	100,0%	100,0%
		% within 24ωρη Καλυψη	22,9%	22,9%
		% of Total	22,9%	22,9%
	Κοινωνικός Λειτουργός	Count	7	7
		% within Ειδικότητα	100,0%	100,0%
		% within 24ωρη Καλυψη	20,0%	20,0%
		% of Total	20,0%	20,0%
	Νοσηλεύτης	Count	14	14
		% within Ειδικότητα	100,0%	100,0%
		% within 24ωρη Καλυψη	40,0%	40,0%
		% of Total	40,0%	40,0%
Ψυχολόγος	Count	6	6	
	% within Ειδικότητα	100,0%	100,0%	
	% within 24ωρη Καλυψη	17,1%	17,1%	
	% of Total	17,1%	17,1%	
Total	Count	35	35	
	% within Ειδικότητα	100,0%	100,0%	
	% within 24ωρη Καλυψη	100,0%	100,0%	
	% of Total	100,0%	100,0%	

Πίνακας 12: Ψυχική διάθεση και αποδοτικότητα των εργαζομένων

		Ψυχική διάθεση με Απόδοση				Total
		Πάρα Πολύ	Αρκετά	Λίγο, ελάχιστα	Καθόλου	
Γιατρός	Count	0	2	6	0	8
	% within Ειδικότητα	0,0%	25,0%	75,0%	0,0%	100,0%
	% within Ψυχική διάθεση με Απόδοση	0,0%	25,0%	31,6%	0,0%	22,9%
	% of Total	0,0%	5,7%	17,1%	0,0%	22,9%
Κοινωνικός Λειτουργός	Count	0	1	5	1	7
	% within Ειδικότητα	0,0%	14,3%	71,4%	14,3%	100,0%
	% within Ψυχική διάθεση με Απόδοση	0,0%	12,5%	26,3%	20,0%	20,0%
	% of Total	0,0%	2,9%	14,3%	2,9%	20,0%
Ειδικότητα	Count	3	5	5	1	14
	% within Ειδικότητα	21,4%	35,7%	35,7%	7,1%	100,0%
	% within Ψυχική διάθεση με Απόδοση	100,0%	62,5%	26,3%	20,0%	40,0%
	% of Total	8,6%	14,3%	14,3%	2,9%	40,0%
Νοσηλεύτης	Count	0	0	3	3	6
	% within Ειδικότητα	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	% within Ψυχική διάθεση με Απόδοση	0,0%	0,0%	15,8%	60,0%	17,1%
	% of Total	0,0%	0,0%	8,6%	8,6%	17,1%
Ψυχολόγος	Count	3	8	19	5	35
	% within Ειδικότητα	8,6%	22,9%	54,3%	14,3%	100,0%
	% within Ψυχική διάθεση με Απόδοση	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	8,6%	22,9%	54,3%	14,3%	100,0%
Total	Count	3	8	19	5	35
	% within Ειδικότητα	8,6%	22,9%	54,3%	14,3%	100,0%
	% within Ψυχική διάθεση με Απόδοση	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	8,6%	22,9%	54,3%	14,3%	100,0%

Πίνακας 13: Αποχώρηση από την εργασία

			Αποχώρηση απο την εργασία	
			Οχι	Ναι
	Count		1	7
Ειδικότητα	Γιατρός	% within Ειδικότητα	12,5%	87,5%
		% within Αποχώρηση απο την εργασία	5,0%	46,7%
		Count	6	1
	Κοινωνικός Λειτουργός	% within Ειδικότητα	85,7%	14,3%
		% within Αποχώρηση απο την εργασία	30,0%	6,7%
		Count	9	5
Νοσηλεύτης		% within Ειδικότητα	64,3%	35,7%
		% within Αποχώρηση απο την εργασία	45,0%	33,3%
		Count	4	2
	Ψυχολόγος	% within Ειδικότητα	66,7%	33,3%
	% within Αποχώρηση απο την εργασία	20,0%	13,3%	
Total		Count	20	15
		% within Ειδικότητα	57,1%	42,9%
		% within Αποχώρηση απο την εργασία	100,0%	100,0%

Πίνακας 14: Ικανοποίηση από αμοιβή

			Ικανοποίηση από Αμοιβή		Total
			Όχι	Ναι	
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	8	0	8
		% of Total	22,9%	0,0%	22,9%
	Κοινωνικός Λειτουργός	Count	7	0	7
		% of Total	20,0%	0,0%	20,0%
	Νοσηλεύτης	Count	6	8	14
		% of Total	17,1%	22,9%	40,0%
	Ψυχολόγος	Count	5	1	6
		% of Total	14,3%	2,9%	17,1%
	Total	Count	26	9	35
		% of Total	74,3%	25,7%	100,0%

Πίνακας 15: Επάρκεια γνώσεων εργαζομένων

		Επάρκεια Γνωσεων		
		Πάρα Πολύ	Αρκετά	
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	3	5
		% within Ειδικότητα	37,5%	62,5%
		% within Επάρκεια Γνωσεων	30,0%	26,3%
	Κοινωνικός Λειτουργός	Count	2	5
		% within Ειδικότητα	28,6%	71,4%
		% within Επάρκεια Γνωσεων	20,0%	26,3%
	Νοσηλεύτης	Count	1	7
		% within Ειδικότητα	7,1%	50,0%
		% within Επάρκεια Γνωσεων	10,0%	36,8%
	Ψυχολόγος	Count	4	2
		% within Ειδικότητα	66,7%	33,3%
		% within Επάρκεια Γνωσεων	40,0%	10,5%
Total	Count	10	19	
	% within Ειδικότητα	28,6%	54,3%	
	% within Επάρκεια Γνωσεων	100,0%	100,0%	

			Επάρκεια Γνωσεων	
			Λίγο, ελάχιστα	Καθόλου
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	0	0
		% within Ειδικότητα	0,0%	0,0%
		% within Επάρκεια Γνωσεων	0,0%	0,0%
	Κοινωνικός Λειτουργός	Count	0	0
		% within Ειδικότητα	0,0%	0,0%
		% within Επάρκεια Γνωσεων	0,0%	0,0%
	Νοσηλεύτης	Count	3	3
		% within Ειδικότητα	21,4%	21,4%
		% within Επάρκεια Γνωσεων	100,0%	100,0%
	Ψυχολόγος	Count	0	0
		% within Ειδικότητα	0,0%	0,0%
		% within Επάρκεια Γνωσεων	0,0%	0,0%
Total		Count	3	3
		% within Ειδικότητα	8,6%	8,6%
		% within Επάρκεια Γνωσεων	100,0%	100,0%

Πίνακας 16: Ενδιαφέρον εργαζομένων για παρακολούθηση σεμιναρίων επιμόρφωσης

		Σεμινάρια Επιμόρφωσης				Total		
		Πάρα Πολύ	Αρκετά	Λίγο, ελάχιστα	Καθόλου			
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	0	5	2	1	8	
		% within Ειδικότητα	0,0%	62,5%	25,0%	12,5%	100,0%	
		% within Σεμινάρια Επιμόρφωσης	0,0%	27,8%	18,2%	100,0%	22,9%	
		% of Total	0,0%	14,3%	5,7%	2,9%	22,9%	
		Κοινωνικός Λειτουργός	Count	0	2	5	0	7
		% within Ειδικότητα	0,0%	28,6%	71,4%	0,0%	100,0%	
		% within Σεμινάρια Επιμόρφωσης	0,0%	11,1%	45,5%	0,0%	20,0%	
		% of Total	0,0%	5,7%	14,3%	0,0%	20,0%	
		Νοσηλεύτης	Count	5	6	3	0	14
		% within Ειδικότητα	35,7%	42,9%	21,4%	0,0%	100,0%	
		% within Σεμινάρια Επιμόρφωσης	100,0%	33,3%	27,3%	0,0%	40,0%	
		% of Total	14,3%	17,1%	8,6%	0,0%	40,0%	
	Ψυχολόγος	Count	0	5	1	0	6	
	% within Ειδικότητα	0,0%	83,3%	16,7%	0,0%	100,0%		
	% within Σεμινάρια Επιμόρφωσης	0,0%	27,8%	9,1%	0,0%	17,1%		
	% of Total	0,0%	14,3%	2,9%	0,0%	17,1%		
Total		Count	5	18	11	1	35	
		% within Ειδικότητα	14,3%	51,4%	31,4%	2,9%	100,0%	
		% within Σεμινάρια Επιμόρφωσης	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
		% of Total	14,3%	51,4%	31,4%	2,9%	100,0%	

Πίνακας 17: Ανταπόκριση κατοίκων ως προς την δημιουργία των κέντρων

		Αρνητική Ανταπόκριση Κατοίκων		Total	
		Οχι	Ναι		
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	2	6	8
		% within Ειδικότητα	25,0%	75,0%	100,0%
		% within Αρνητική Ανταπόκριση Κατοίκων	22,2%	23,1%	22,9%
		% of Total	5,7%	17,1%	22,9%
	Κοινωνικός Λειτουργός	Count	2	5	7
		% within Ειδικότητα	28,6%	71,4%	100,0%
		% within Αρνητική Ανταπόκριση Κατοίκων	22,2%	19,2%	20,0%
		% of Total	5,7%	14,3%	20,0%
	Νοσηλεύτης	Count	5	9	14
		% within Ειδικότητα	35,7%	64,3%	100,0%
		% within Αρνητική Ανταπόκριση Κατοίκων	55,6%	34,6%	40,0%
		% of Total	14,3%	25,7%	40,0%
Ψυχολόγος	Count	0	6	6	
	% within Ειδικότητα	0,0%	100,0%	100,0%	
	% within Αρνητική Ανταπόκριση Κατοίκων	0,0%	23,1%	17,1%	
	% of Total	0,0%	17,1%	17,1%	
Total	Count	9	26	35	
	% within Ειδικότητα	25,7%	74,3%	100,0%	
	% within Αρνητική Ανταπόκριση Κατοίκων	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	25,7%	74,3%	100,0%	

Πίνακας 18: Επάρκεια ενημέρωσης κατοίκων ως προς την λειτουργία των κέντρων

		Επαρκής Ενημέρωση Κατοίκων				Total		
		Πάρα Πολύ	Αρκετά	Λίγο, ελάχιστο	Καθόλου			
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	0	2	6	0	8	
		% within Ειδικότητα	0,0%	25,0%	75,0%	0,0%	100,0%	
		% within Επαρκής Ενημέρωση Κατοίκων	0,0%	18,2%	42,9%	0,0%	22,9%	
		% of Total	0,0%	5,7%	17,1%	0,0%	22,9%	
		Κοινωνικός Λειτουργός	Count	1	1	3	2	7
		% within Ειδικότητα	14,3%	14,3%	42,9%	28,6%	100,0%	
		% within Επαρκής Ενημέρωση Κατοίκων	50,0%	9,1%	21,4%	25,0%	20,0%	
		% of Total	2,9%	2,9%	8,6%	5,7%	20,0%	
		Νοσηλεύτης	Count	0	8	3	3	14
		% within Ειδικότητα	0,0%	57,1%	21,4%	21,4%	100,0%	
		% within Επαρκής Ενημέρωση Κατοίκων	0,0%	72,7%	21,4%	37,5%	40,0%	
		% of Total	0,0%	22,9%	8,6%	8,6%	40,0%	
	Ψυχολόγος	Count	1	0	2	3	6	
	% within Ειδικότητα	16,7%	0,0%	33,3%	50,0%	100,0%		
	% within Επαρκής Ενημέρωση Κατοίκων	50,0%	0,0%	14,3%	37,5%	17,1%		
	% of Total	2,9%	0,0%	5,7%	8,6%	17,1%		
Total		Count	2	11	14	8	35	
		% within Ειδικότητα	5,7%	31,4%	40,0%	22,9%	100,0%	
		% within Επαρκής Ενημέρωση Κατοίκων	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	5,7%	31,4%	40,0%	22,9%	100,0%		

Πίνακας 19: Στάση μεταναστών απέναντι στους επαγγελματίες υγείας

			Σταση Ασθενων			Total
			Καλή	Κακή	Πολύ Κακή	
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	2	6	0	8
		% of Total	5,7%	17,1%	0,0%	22,9%
	Κοινωνικός Λειτουργός	Count	2	2	3	7
		% of Total	5,7%	5,7%	8,6%	20,0%
	Νοσηλεύτης	Count	5	7	2	14
		% of Total	14,3%	20,0%	5,7%	40,0%
	Ψυχολόγος	Count	0	6	0	6
		% of Total	0,0%	17,1%	0,0%	17,1%
	Total	Count	9	21	5	35
		% of Total	25,7%	60,0%	14,3%	100,0%

Πίνακας 20: Ψυχολογία ασθενών

			Ψυχολογία Ασθενών			Total
			Καλή	Κακή	Πολύ κακή	
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	0	6	2	8
		% of Total	0,0%	17,1%	5,7%	22,9%
	Κοινωνικός Λειτουργός	Count	0	2	5	7
		% of Total	0,0%	5,7%	14,3%	20,0%
	Νοσηλεύτης	Count	1	10	3	14
		% of Total	2,9%	28,6%	8,6%	40,0%
	Ψυχολόγος	Count	0	2	4	6
		% of Total	0,0%	5,7%	11,4%	17,1%
	Total	Count	1	20	14	35
		% of Total	2,9%	57,1%	40,0%	100,0%

Πίνακας 21: Παράβλεψη καθηκόντων λόγω έλλειψης χρόνου

			Ελλειψη Χρονου	
			Ακρόαση Προβλημάτων	Γραπτες Εκθεσεις και Αναφορες
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	2	4
		% within Ειδικότητα	25,0%	50,0%
		% within Ελλειψη Χρονου	33,3%	40,0%
	Κοινωνικός Λειτουργός	Count	0	1
		% within Ειδικότητα	0,0%	14,3%
		% within Ελλειψη Χρονου	0,0%	10,0%
	Νοσηλεύτης	Count	4	3
		% within Ειδικότητα	28,6%	21,4%
		% within Ελλειψη Χρονου	66,7%	30,0%
	Ψυχολόγος	Count	0	2
		% within Ειδικότητα	0,0%	33,3%
		% within Ελλειψη Χρονου	0,0%	20,0%
Total	Count	6	10	
	% within Ειδικότητα	17,1%	28,6%	
	% within Ελλειψη Χρονου	100,0%	100,0%	

			Ελλειψη Χρονου	
			Θεματα Υγιεινης	Τιποτα
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	0	2
		% within Ειδικότητα	0,0%	25,0%
		% within Ελλειψη Χρονου	0,0%	18,2%
	Κοινωνικός Λειτουργός	Count	2	4
		% within Ειδικότητα	28,6%	57,1%
		% within Ελλειψη Χρονου	25,0%	36,4%
	Νοσηλεύτης	Count	4	3
		% within Ειδικότητα	28,6%	21,4%
		% within Ελλειψη Χρονου	50,0%	27,3%
	Ψυχολόγος	Count	2	2
		% within Ειδικότητα	33,3%	33,3%
		% within Ελλειψη Χρονου	25,0%	18,2%
Total	Count	8	11	
	% within Ειδικότητα	22,9%	31,4%	
	% within Ελλειψη Χρονου	100,0%	100,0%	

Πίνακας 22: Προβλήματα επικοινωνίας λόγω της διαφορετικής γλώσσας

			Προβλήματα Επικοινωνίας	
			Όχι	Ναι
Ειδικότητα	Count		4	4
	Γιατρός	% within Ειδικότητα	50,0%	50,0%
		% within Προβλήματα Επικοινωνίας	28,6%	19,0%
	Count		2	5
	Κοινωνικός Λειτουργός	% within Ειδικότητα	28,6%	71,4%
		% within Προβλήματα Επικοινωνίας	14,3%	23,8%
	Count		7	7
	Νοσηλεύτης	% within Ειδικότητα	50,0%	50,0%
		% within Προβλήματα Επικοινωνίας	50,0%	33,3%
	Count		1	5
	Ψυχολόγος	% within Ειδικότητα	16,7%	83,3%
		% within Προβλήματα Επικοινωνίας	7,1%	23,8%
Total	Count		14	21
		% within Ειδικότητα	40,0%	60,0%
		% within Προβλήματα Επικοινωνίας	100,0%	100,0%

Πίνακας 23: Καταλληλότητα κέντρων για παιδιά

			Καταλληλότητα για Παιδιά		Total
			Οχι	Ναι	
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	8	0	8
		% of Total	22,9%	0,0%	22,9%
	Κοινωνικός Λειτουργός	Count	6	1	7
		% of Total	17,1%	2,9%	20,0%
	Νοσηλεύτης	Count	14	0	14
		% of Total	40,0%	0,0%	40,0%
	Ψυχολόγος	Count	6	0	6
		% of Total	17,1%	0,0%	17,1%
	Total	Count	34	1	35
		% of Total	97,1%	2,9%	100,0%

Πίνακας 24: Προσφορά απαραίτητης βοήθειας από την πολιτεία

			Βοήθεια απο Πολιτεία			Total
			Αρκετά	Λίγο, ελάχιστα	Καθόλου	
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	3	4	1	8
		% of Total	8,6%	11,4%	2,9%	22,9%
	Κοινωνικός Λειτουργός	Count	0	4	3	7
		% of Total	0,0%	11,4%	8,6%	20,0%
	Νοσηλεύτης	Count	3	4	7	14
		% of Total	8,6%	11,4%	20,0%	40,0%
	Ψυχολόγος	Count	0	0	6	6
		% of Total	0,0%	0,0%	17,1%	17,1%
	Total	Count	6	12	17	35
		% of Total	17,1%	34,3%	48,6%	100,0%

Πίνακας 25: Ύπαρξη σταθμών Α΄ Βοηθειών στα κέντρα

		Υπάρχει οργανομένος σταθμός Α'βοηθειών εντός των κέντρων υποδοχής;	Total	
		ΝΑΙ		
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	8	8
		% within Ειδικότητα	100,0%	100,0%
		% within Υπάρχει οργανομένος σταθμός Α'βοηθειών εντός των κέντρων υποδοχής;	22,9%	22,9%
		% of Total	22,9%	22,9%
	Κοινωνικός Λειτουργός	Count	7	7
		% within Ειδικότητα	100,0%	100,0%
		% within Υπάρχει οργανομένος σταθμός Α'βοηθειών εντός των κέντρων υποδοχής;	20,0%	20,0%
		% of Total	20,0%	20,0%
	Νοσηλεύτης	Count	14	14
		% within Ειδικότητα	100,0%	100,0%
		% within Υπάρχει οργανομένος σταθμός Α'βοηθειών εντός των κέντρων υποδοχής;	40,0%	40,0%
		% of Total	40,0%	40,0%
Ψυχολόγος	Count	6	6	
	% within Ειδικότητα	100,0%	100,0%	
	% within Υπάρχει οργανομένος σταθμός Α'βοηθειών εντός των κέντρων υποδοχής;	17,1%	17,1%	
	% of Total	17,1%	17,1%	
Total	Count	35	35	
	% within Ειδικότητα	100,0%	100,0%	
	% within Υπάρχει οργανομένος σταθμός Α'βοηθειών εντός των κέντρων υποδοχής;	100,0%	100,0%	
	% of Total	100,0%	100,0%	

Πίνακας 26: Κυριότερες πρακτικές που εφαρμόζονται στους σταθμούς Α' Βοηθειών

		Ποιες είναι οι κυριότερες πρακτικές που εφαρμόζονται εντός των σταθμών Α'βοηθειών;				Total
		Πρώτες βοήθειες	Χορήγηση φαρμάκων	Περιποίηση τραυμάτων	Βραχεία νοσηλεία	
Γιατρός	Count	6	0	2	0	8
	% of Total	17,1%	0,0%	5,7%	0,0%	22,9%
Κοινωνικός Λειτουργός	Count	4	0	0	3	7
	% of Total	11,4%	0,0%	0,0%	8,6%	20,0%
Νοσηλεύτης	Count	9	3	2	0	14
	% of Total	25,7%	8,6%	5,7%	0,0%	40,0%
Ψυχολόγος	Count	3	0	3	0	6
	% of Total	8,6%	0,0%	8,6%	0,0%	17,1%
Total	Count	22	3	7	3	35
	% of Total	62,9%	8,6%	20,0%	8,6%	100,0%

Πίνακας 27: Βιώματα ρατσισμού στα κέντρα υποδοχής

		Ρατσισμός			Total		
		Πάρα Πολύ	Αρκετά	Λίγο, ελάχιστα			
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	1	5	2	8	
		% within Ειδικότητα	12,5%	62,5%	25,0%	100,0%	
		% within Ρατσισμός	7,7%	29,4%	40,0%	22,9%	
		% of Total	2,9%	14,3%	5,7%	22,9%	
		Κοινωνικός Λειτουργός	Count	3	4	0	7
		% within Ειδικότητα	42,9%	57,1%	0,0%	100,0%	
		% within Ρατσισμός	23,1%	23,5%	0,0%	20,0%	
		% of Total	8,6%	11,4%	0,0%	20,0%	
		Νοσηλεύτης	Count	3	8	3	14
		% within Ειδικότητα	21,4%	57,1%	21,4%	100,0%	
		% within Ρατσισμός	23,1%	47,1%	60,0%	40,0%	
		% of Total	8,6%	22,9%	8,6%	40,0%	
	Ψυχολόγος	Count	6	0	0	6	
	% within Ειδικότητα	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%		
	% within Ρατσισμός	46,2%	0,0%	0,0%	17,1%		
	% of Total	17,1%	0,0%	0,0%	17,1%		
Total		Count	13	17	5	35	
		% within Ειδικότητα	37,1%	48,6%	14,3%	100,0%	
		% within Ρατσισμός	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	37,1%	48,6%	14,3%	100,0%		

Πίνακας 28: Δυσκολία καθηκόντων λόγω περιβάλλοντος

			Δυσκολία Καθηκόντων λόγω περιβάλλοντος				Total
			Παρα πολύ	Αρκετά	Λίγο, ελάχιστα	Καθόλου	
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	1	4	2	1	8
		% of Total	2,9%	11,4%	5,7%	2,9%	22,9%
	Κοινωνικός Λειτουργός	Count	0	6	1	0	7
		% of Total	0,0%	17,1%	2,9%	0,0%	20,0%
	Νοσηλεύτης	Count	7	5	2	0	14
		% of Total	20,0%	14,3%	5,7%	0,0%	40,0%
	Ψυχολόγος	Count	1	3	2	0	6
		% of Total	2,9%	8,6%	5,7%	0,0%	17,1%
	Total	Count	9	18	7	1	35
		% of Total	25,7%	51,4%	20,0%	2,9%	100,0%

Πίνακας 29: Ανάγκες για πρόσληψη επιπλέον προσωπικού στα κέντρα

			Εξτρα Προσωπικό		Total
			Όχι	Ναι	
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	2	6	8
		% of Total	5,7%	17,1%	22,9%
	Κοινωνικός Λειτουργός	Count	1	6	7
		% of Total	2,9%	17,1%	20,0%
	Νοσηλεύτης	Count	2	12	14
		% of Total	5,7%	34,3%	40,0%
	Ψυχολόγος	Count	0	6	6
		% of Total	0,0%	17,1%	17,1%
	Total	Count	5	30	35
		% of Total	14,3%	85,7%	100,0%

Πίνακας 30: Αναγκαιότητα ύπαρξης κέντρων υποδοχής

			Αναγκη για κεντρα υποδοχης		Total
			Οχι	Ναι	
Ειδικότητα	Γιατρός	Count	5	3	8
		% of Total	14,3%	8,6%	22,9%
	Κοινωνικός Λειτουργός	Count	4	3	7
		% of Total	11,4%	8,6%	20,0%
	Νοσηλεύτης	Count	9	5	14
		% of Total	25,7%	14,3%	40,0%
	Ψυχολόγος	Count	6	0	6
		% of Total	17,1%	0,0%	17,1%
	Total	Count	24	11	35
		% of Total	68,6%	31,4%	100,0%