



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ
UNIVERSITY OF PATRAS

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΕΥΑΙΣΘΗΤΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ
ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»

ΦΟΙΤΗΤΕΣ: ΔΕΔΕ ΙΩΑΝΝΑ , ΛΑΥΚΙΩΤΗ ΓΕΩΡΓΙΑ, ΠΑΠΑΣΤΡΑΤΗ ΕΛΠΙΔΑ
ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΔΡ. ΑΝΤΙΓΟΝΗ-ΜΑΡΙΑ ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ

ΠΑΤΡΑ, 2021

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ακόλουθη Πτυχιακή εργασία με τίτλο «Ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες και ο ρόλος του νοσηλευτή» εκπονήθηκε εντός των προβλεπόμενων χρονικών ορίων υπό την επίβλεψη της δρ. Αντιγόνης Μιχαλοπούλου, ως προαπαιτούμενη για την λήψη πτυχίου Νοσηλευτικής από το τμήμα του Πανεπιστημίου Πατρών.

Σκοπός αποτέλεσε τόσο η αναλυτικότερη καταγραφή του θέματος όσο και η εύληπτη διατύπωση του.

Με το πέρας της εργασίας ευχαριστούμε θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας Μιχαλοπούλου Αντιγόνη, για την άριστη συνεργασία, την καθοδήγηση και υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της.

Ένα ακόμη ευχαριστώ στο σύνολο των καθηγητών ανά τα έτη σπουδών μας, για τη μετάδοση των γνώσεων και τη συμβολή τους στην επιστημονική μας συγκρότηση.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες αποτελούνται κυρίως από άτομα μειονοτήτων και εμφανίζουν κακή υγεία. Η αυξημένη νοσηρότητα και η αδυναμία πρόσβασης σε εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης είναι σημαντικά προβλήματα τα οποία καλούνται να αντιμετωπίσουν.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η ολοκληρωμένη αποτύπωση των αναγκών στην υγεία και των μεθόδων για την αποτελεσματική νοσηλευτική προσέγγιση των ευάλωτων πληθυσμών.

Υλικό-Μέθοδος: Για την υλοποίηση της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση σε πρόσφατη βιβλιογραφία μέσα από βιβλία, διαδύκτιο και επιστημονικά άρθρα σε βάσεις δεδομένων (GoogleScholar, Pubmed) .

Συμπεράσματα: Μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, διατυπώθηκαν οι υγειονομικές ανάγκες και τα εμπόδια πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη από διαφορετικές ομάδες ευάλωτων πληθυσμών. Επιπλέον, διαπιστώθηκε η αναγκαιότητα στη διαπολιτισμική και διεπιστημονική προσέγγιση του συγκεκριμένου πληθυσμού. Οι νοσηλευτές μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην εξισορρόπηση των ανισοτήτων και κατά συνέπεια στην βελτίωση της υγείας του συγκεκριμένου πληθυσμού.

Λέξεις κλειδιά : ευάλωτες, διαπολιτισμική νοσηλευτική, πολιτισμική επάρκεια, διεπιστημονική συνεργασία, ανισότητα

ABSTRACT

Introduction: Vulnerable population groups are made up of people from minorities and are in poor health. Increased morbidity and inaccessibility to healthcare facilities are major problems to address.

Purpose: The purpose of this thesis is the integrated mapping of health needs and methods for the effective nursing approach of vulnerable populations.

Methods: For the implementation of this thesis, the method of bibliographic review was used. A search was conducted in recent literature through books, websites, and scientific articles in databases (Google Scholar, Pubmed).

Conclusion: Through the literature review, health needs and barriers to access to healthcare from diverse groups of vulnerable populations were formulated. In addition, the necessity in the intercultural and interdisciplinary approach of this population was found. Nurses have a vital role to play in balancing inequalities and thus improving the health of this population.

KeyWords: Vulnerable, intercultural nursing, cultural adequacy, interdisciplinary collaboration, inequality

ΠΕΡΙΟΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
ΠΕΡΙΟΧΟΜΕΝΑ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	9
1.1 ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	9
1.1.2 Κουλτούρα και Υγεία	11
1.2 ΕΥΑΙΣΘΗΤΕΣ ΠΛΗΘΥΘΣΜΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	14
1.2.1 Ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες.....	14
1.2.2 Μοντέλα και θεωρίες ευπάθειας.....	14
1.2.3 Ποιός θεωρείται ευαίσθητος/ευάλωτος	16
1.2.4 Επικράτηση ευαίσθητων πληθυσμών στην Ελλάδα και αιτιολογικοί παράγοντες..	17
1.2.5 Ευπάθεια και ανισότητα στην υγειονομική περίθαλψη.....	18
1.2.6 Ανισότητες στον τομέα της υγείας	19
1.2.7 Πρόσβαση Στη Φροντίδα.....	20
1.2.8 Η Ποιότητα Της Περίθαλψης	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	22
2.1 ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ – ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ	22
2.1.1 Διάκριση πρόσφυγα με μετανάστη	22
2.1.2 Στατιστικά Στοιχεία Παγκοσμίως και στην Ελλάδα.....	24
2.1.3 Ισχύον Νομοθετικό Πλαίσιο	25
2.1.4 Η Κατάσταση στην Ελλάδα.....	27
2.1.5 Ψυχική Υγεία και Υποστήριξη για Προσφυγές και Μετανάστες.....	29
2.1.6 Παράγοντες Νοσηρότητας για την Υγεία Προσφύγων και Μεταναστών	31
2.1.7 Προβλήματα πρόσβασης στην υγεία για πρόσφυγες και μετανάστες	32
2.1.8 Εμβολιασμός και πρόσφυγες	36
2.1.9 Προτάσεις -Λύσεις.....	37
2.2 ΡΟΜΑ.....	38
2.2.1 Ρομά	38
2.2.2 Κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά	39
2.2.3 Πεποιθήσεις των Ρομά σε σχέση με την υγεία	40
2.2.4 Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία (HRQL) των Ρομά.....	42
2.2.5 Κατάσταση υγείας των Ρομά στην Ελλάδα	43
2.2.6 Ρομά και μεταδοτικές ασθένειες.....	44
2.2.7 Μη μεταδοτικές ασθένειες και χρόνιες ασθένειες	45
2.2.8 Αναπαραγωγική υγεία γυναικών Ρομά	46
2.2.9 Παιδιά και έφηβοι Ρομά.....	47
2.2.10. Ρομά και πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	53

3.1 ΑΣΤΕΓΟΙ.....	53
3.1.1 Άστεγοι-Ορισμός	53
3.1.2 Το φαινόμενο της έλλειψη στέγης στην Ελλάδα	54
3.1.3 Η Θνησιμότητα των άστεγων	55
3.1.4 Υγεία των άστεγων	56
3.1.5 Άστεγοι και μολυσματικές ασθένειες	57
3.1.6 Σχέση ψυχικής διαταραχής και έλλειψη στέγης	59
3.1.7 Η πρόσβαση των άστεγων στην υγειονομική περίθαλψη.....	60
3.1.8 Ηλικιωμένοι Άστεγοι και καρδιακές παθήσεις.....	62
3.1.9 Νέοι άστεγοι.....	63
3.2 ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΙ ΚΑΙ ΧΡΗΣΤΕΣ ΑΛΚΟΟΛ	65
3.2.1 Εθισμός και Εξάρτηση.....	65
3.2.2 Κατηγορίες ναρκωτικών ουσιών	66
3.2.3 Αλκοόλ και επιπτώσεις στην υγεία.....	67
3.2.4 Ενέσιμα ναρκωτικά και επιπτώσεις στην υγεία.....	68
3.2.5 Εντοπισμός του προβλήματος στην Ελλάδα.....	69
3.2.6 Εμπόδια πρόσβασης ουσιοεξαρτώμενων στην υγειονομική περίθαλψη	70
3.3 ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ	72
3.3.1 Ψυχικά ασθενείς.....	72
3.3.2 Πεποιθήσεις ψυχικά ασθενών	75
3.3.3 Σωματική υγεία ψυχικά ασθενών	75
3.3.4 Εμπόδια πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας	77
3.3.5 Η θεραπεία και τα προβλήματα της.....	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	85
4.1 ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	85
4.1.1 Διαπολιτισμική εκπαίδευση νοσηλευτή.....	86
4.1.2 Πολιτισμική Επάρκεια	87
4.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΕ ΕΥΑΛΩΤΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ.....	90
4.2.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στους ψυχικά ασθενείς	94
4.2.2 Ρομά και ο ρόλος του νοσηλευτή	96
4.2.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στο προσφυγικό/μεταναστευτικό ζήτημα.....	98
4.2.4 Ουσιοεξαρτώμενοι και ο ρόλος του νοσηλευτή	103
4.2.5 Άστεγοι και ο ρόλος του νοσηλευτή.....	105
4.3 ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	106
4.3.1 Ορισμός διεπιστημονικής ομάδας.....	106
4.3.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε μια διεπιστημονική ομάδα	107
4.3.3 Διεπιστημονική προσέγγιση ευάλωτων πληθυσμών	108
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	110
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	110
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	113
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	115

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε μια εποχή πλουραλιστικού χαρακτήρα η κλιμάκωση ανισοτήτων είναι αναπόφευκτη δεδομένης της συνύπαρξης πληθυσμών με διαφορετικά χαρακτηριστικά, εντός της ίδιας κοινωνίας. Διαφορές που εντοπίζονται στη γλώσσα, τη θρησκεία, την κουλτούρα, την κοινωνική και οικονομική κατάσταση, καθιστούν ορισμένους πληθυσμούς ως ευαίσθητους. Υποπληθυσμοί όπως οι εθνοτικές ή φυλετικές μειονότητες, ουσιοεξαρτώμενοι, άστεγοι και ψυχικά ασθενείς, χρήζουν ιδιαίτερης υγειονομικής περίθαλψης εξαιτίας της αυξημένης νοσηρότητας και της περιορισμένης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη.

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην φροντίδα ευάλωτων πληθυσμών είναι υψίστης σημασίας, κυρίως στο χώρο της δημόσιας υγείας. Η φροντίδα τέτοιων ομάδων απαιτεί ένα συγκεκριμένο σύνολο δεξιοτήτων προκειμένου να επιτευχθεί το βέλτιστο αποτέλεσμα. Οι νοσηλευτές οφείλουν να εστιάζουν σε θέματα ανθρώπινης ποικιλομορφίας, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Καλούνται να παρέχουν μια φροντίδα απαλλαγμένη από στερεότυπα, βασιζόμενοι στις πολιτισμικές πεποιθήσεις του εκάστοτε ασθενή.

Για τον λόγο αυτό εισάγεται η έννοια της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής, ένας ξεχωριστός τομέας που αφορά τη συγκριτική μελέτη των πολιτισμών με σκοπό την νοσηλευτική περίθαλψη και πρακτικές νοσηλευτικής φροντίδας για την υγεία και την ευημερία ατόμων με ουσιαστικές πολιτισμικές τεχνικές. Ειδικότερα, η διαπολιτισμική νοσηλευτική στοχεύει κατά κύριο λόγο στη παροχή φροντίδας βασισμένης στο πολιτισμικό υπόβαθρο του κάθε ατόμου.

Στην παρούσα εργασία, πραγματοποιείται λεπτομερής ανάλυση των ευαίσθητων πληθυσμιακών ομάδων που εντοπίζονται στον ελλαδικό χώρο και των εμποδίων για πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Στο πρώτο κεφάλαιο ορίζονται βασικές έννοιες όπως η πολυπολιτισμικότητα, η κουλτούρα και τα μοντέλα ευπάθειας. Παράλληλα διατυπώνονται οι ανισότητες στο χώρο της υγείας και η ανεπαρκής ποιότητα φροντίδας. Ακολουθεί εκτενής αναφορά στους κυριότερους ευπαθείς πληθυσμούς. Στο κεφάλαιο δύο γίνεται λόγος για τις φυλετικές και εθνοτικές μειονότητες, τους Ρομά και τους πρόσφυγες, ενώ στο κεφάλαιο τρία για τους ουσιοεξαρτώμενους, τους άστεγους και τους ψυχικά ασθενείς.

Το τέταρτο κεφάλαιο εστιάζει στον ρόλο του νοσηλευτή. Παρουσιάζονται οι δεξιότητες, οι πρακτικές και οι γνώσεις που καλείται να διαθέτει ένα πλήρως εκπαιδευμένο νοσηλευτικό

προσωπικό σε σχέση με την κάθε ομάδα που προαναφέρθηκε ξεχωριστά. Δίνεται έμφαση στη σημασία της πολιτισμικής επάρκειας και της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής, καθώς και της διεπιστημονικής συνεργασίας ως μέσω επίτευξης αυτών. Τέλος, στο ειδικό μέρος, παρατίθενται δύο νοσηλευτικές διεργασίες για την πλήρη κατανόηση μέσω παραδειγμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

1.1.1 Πολιτισμός και πολυπολιτισμικότητα

Ο πολιτισμός είναι ένα ρητό σύστημα κανόνων, το οποίο διαμορφώνουν τα μέλη μιας ομάδας προκειμένου να επιβιώσουν και να συνδεθούν μεταξύ τους. Πολιτισμός είναι ο τρόπος ζωής μίας μεγάλης ομάδας ανθρώπων, μίας κοινωνίας, που μοιράζεται συλλογικά γνώσεις, συμπεριφορές, πεποιθήσεις και στάσεις. Ο πολιτισμός μαθαίνεται και καθοδηγεί τους ανθρώπους για το τι είναι ή δεν είναι αποδεκτό. Δεν είναι απλά ένα έθιμο ή τελετουργικό αλλά ο τρόπος σκέψης και οργάνωσης για την ζωή. Ο πολιτισμός στην σύγχρονη κοινωνία χωρίζεται σε τεχνικό και πνευματικό. Ο πνευματικός ορίζεται και ως κουλτούρα. Η πνευματική παράδοση ενός πολιτισμού αποτελεί ένα σύμπλεγμα στοιχείων όπως γνώσεις, τέχνη, έθιμα, νόμους, γλώσσα και ιδανικά. Διαμορφώνει τις εμπειρίες των ανθρώπων για τον συναισθηματικό, κοινωνικό, φυσικό και μεταφυσικό κόσμο και χαρακτηρίζεται από το σύνολο των δραστηριοτήτων, των αξιών, των παραδόσεων και των εμπειριών των μελών του. Είναι η βάση της σημασίας του γυναικείου και του ανδρικού φύλου και της οικογένειας. Καθορίζει τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, την συμπεριφορά απέναντι στην εξουσία, την αξία που δίνεται στην εργασία, στα επιτεύγματα και στην ανεξαρτησία. Οι αξίες και οι στάσεις αυτές, παρέχουν στα άτομα αυτού του πολιτισμού ένα πρότυπο συμπεριφοράς, με ασφάλεια και σταθερότητα και μεταδίδονται από γενιά σε γενιά, ενώ παράλληλα μπορούν να φιλοξενηθούν διαφορετικά στοιχεία από το κάθε μέλος της ομάδας.

Οι πρώτοι άνθρωποι προσπάθησαν να μεγιστοποιήσουν την δυνατή επιτυχία των ομάδων τους, δημιουργώντας έτσι τους πρώτους πολιτισμούς. Κάτι τέτοιο, ήταν απαραίτητο εν όψει των περιβαλλοντικών προκλήσεων και παραμένει αναγκαία συνθήκη για την εξέλιξη του ανθρώπινου είδους. Ωστόσο, η διατήρηση των κοινών αξιών και κανόνων και προσαρμογή στις αλλαγές συχνά έρχονται σε σύγκρουση (Kreuter et al. 2004). Η αλλαγή και διαμόρφωση αυτών των κανόνων και στάσεων είναι δυνατή, φυσιολογική και αναμενόμενη εξέλιξη με την πάροδο του χρόνου. Φυσικά, ο πολιτισμός έχει σχέση με την εθνικότητα και την φυλή, αλλά δεν περιορίζεται σε αυτά. Κάθε πολιτισμική ομάδα διαφέρει από τις άλλες ως προς τα χαρακτηριστικά της. Τα κοινά γλωσσικά χαρακτηριστικά, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η κοινωνική τάξη, το φύλο, η θρησκευτικές πεποιθήσεις, τα άτομα με κοινές αναπηρίες, οι διατροφικές συνήθειες, συντελούν ομάδες που μπορούν να μοιραστούν έναν κοινό πολιτισμό.

Το σύνολο των ανθρώπων που έχουν κοινή προέλευση και κοινή πολιτισμική ταυτότητα συντελούν μια εθνοτική ομάδα. Ακόμα και οι μεγάλες εθνικές κοινωνίες περιέχουν μικρότερες πολιτισμικές ομάδες με δικές τους πολιτισμικές αξίες, που ονομάζονται υποκοουλτούρες. Οι υποκοουλτούρες είναι ομάδες ανθρώπων της κοινωνίας τα οποία μοιράζονται ξεχωριστά χαρακτηριστικά από τον γενικό πληθυσμό, όπως εθνικότητα, θρήσκευμα, επάγγελμα, φύλο, ηλικία και σεξουαλική προτίμηση.

Οι σύγχρονες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από ένα πολυπολιτισμικό κοινωνικό μοτίβο, που συνιστάται από πολλές εθνοτικές ή πολιτιστικές ομάδες σε μία κοινωνία. Όταν σε μια καθορισμένη γεωγραφική περιοχή συνυπάρχουν ποικίλα πολιτισμικά πρότυπα γίνεται λόγος για πολιτισμική ποικιλομορφία. Η έννοια της πολυπολιτισμικότητας αναφέρεται άλλοτε ως μια πολιτική ιδέα και άλλοτε ως φιλοσοφική. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, αποτελεί είδος πολιτικής. Μέσω αυτής ο κάθε πολίτης έχει το δικαίωμα διατήρησης της πολιτισμικής του ταυτότητας, συνυπάρχοντας ταυτόχρονα με πολίτες διαφορετικών πολιτισμών. Επιπλέον διευκρινίζεται ότι όλοι οι πολίτες ανεξαρτήτως πολιτισμού δικαιούνται ισότιμη πρόσβαση στην κοινωνία (European Commission, 2018). Βιβλιογραφίες αναφέρουν διαφορετικές θεωρίες και προσεγγίσεις δημιουργώντας σύγχυση σχετικά με τη σημασία της. Ωστόσο η πλειοψηφία των αναλυτών συμφωνεί στη σπουδαιότητα της αναγνώρισης και του σεβασμού κάθε πολιτισμικής διαφοράς από τα δημοκρατικά κράτη (Murphy, 2012).

Ιστορικά, η πολυπολιτισμικότητα τέθηκε ως όρος το 1957 με σκοπό να περιγράψει την ταυτόχρονη χρήση τεσσάρων διαφορετικών γλωσσών και την λατρεία πολλών θρησκειών στην Ελβετία. Σήμερα, ο όρος αποδίδει τη συνύπαρξη διαφορετικών πολιτισμών σε μια κοινωνία, ενώ κάποιιοι συμπεριλαμβάνουν και άλλες πληθυσμιακές μειονότητες ανεξαρτήτως εθνικότητας, όπως άτομα με κινητικά προβλήματα. Χάρη στην πολυπολιτισμικότητα δίνεται η δυνατότητα σε όλους τους ανθρώπους να εκφράζουν ελεύθερα την πολιτισμική τους ταυτότητα και να αλληλεπιδρούν με άτομα άλλων πολιτισμών χωρίς περιορισμούς (Kucheryavaya et al. 2020). Ο στόχος της εφαρμογής της είναι η διασφάλιση και συντήρηση των πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων κάθε μειονότητας. Εκτός από την πολιτική διάσταση, ο όρος της πολυπολιτισμικότητας χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη σύγχρονη κοινωνία, η οποία αποτελείται από άτομα διαφορετικών θρησκειών, εθνοτήτων κ.α. Στη σύγχρονη εποχή, κύριο πεδίο μελέτης της είναι το μεταναστευτικό πρόβλημα και οι τρόποι ένταξης του πληθυσμού στις χώρες υποδοχής.

Τα τελευταία έτη στην Ευρώπη καθώς και σε χώρες εκτός αυτής, παρατηρείται σταδιακή τάση αμφισβήτησης της. Υποστηρίζεται ότι τα κράτη εξακολουθούν να παρέχουν περισσότερα προνόμια στην πλειοψηφία του πληθυσμού έναντι των μειονοτήτων. Όμως, σαφώς ανησυχητικότερες είναι οι εκδηλώσεις συγκρούσεων μεταξύ διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων. Οι αναλυτές εκλογικεύουν το φαινόμενο στο γεγονός ότι σε περιόδους οικονομικής και κοινωνικής κρίσης η απόδοση ευθυνών στην πολυμορφία της κοινωνίας είναι ένα ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο. Παράλληλα, επικριτές της πολυπολιτισμικότητας υποστηρίζουν ότι η θεωρία της υπερτονίζει τις διαφορές των πληθυσμών με αποτέλεσμα να καθίστανται αδύνατη η μεταξύ τους ομόνοια (Song, 2020).

Όσον αφορά στην Ελλάδα, συζητήσεις σχετικές με την πολυπολιτισμικότητα πραγματοποιήθηκαν για πρώτη φορά μεταξύ της δεκαετίας του 1980 και 1990. Αιτία αποτέλεσε η αυξημένη μεταναστευτική ροή και κατά επέκταση η άμεση ανάγκη υιοθέτησης μιας πολιτικής ενσωμάτωσης του πληθυσμού (Αγγελόπουλος, 2013).

1.1.2 Κουλτούρα και Υγεία

Η υγεία, η ασθένεια και οι πεποιθήσεις γύρω από αυτές συνδέονται άμεσα με την κουλτούρα του κάθε ατόμου. Μέσα από τους διαφορετικούς πολιτισμούς δημιουργούνται συνήθειες που σχετίζονται με την καλή και κακή υγεία και κανόνες αποδοχής των κινδύνων για την υγεία (Gray 2017, Farmer et al. 2012). Αναμφισβήτητα, ο αντίκτυπος που έχει ο πολιτισμός στις δράσεις και αντιλήψεις της υγείας είναι τεράστιος. Ο πολιτισμός καθορίζει τον τρόπο που οι άνθρωποι αντιδρούν στον πόνο, αντιμετωπίζουν τα άγχη, τις φοβίες τον θάνατο και ανατρέφουν τα παιδιά τους. Ακόμα και η ανταπόκριση στα συστήματα υγείας, η αντίληψη τους για αυτά και η σχέση τους με τους επαγγελματίες υγείας διαφέρει και αλλάζει στα μέλη κάθε πολιτισμού. Η δημόσια υγεία, καθώς και η προαγωγή της υγείας θα πρέπει να προσεγγίζονται μέσα από ένα πολιτιστικό πλαίσιο, που δεν θα εστιάζει μεμονωμένα στο άτομο αλλά στην συμπεριφορά υγείας του μέσα στην οικογένεια και στην κοινωνία (Iwelunmor et al. 2014). Τα τελευταία χρόνια, μείζον μέλημα της κοινωνίας είναι η ανισότητα και ο κοινωνικός αποκλεισμός. Παρατηρείται ότι οι μειονοτικές ομάδες του πληθυσμού, που χαρακτηρίζονται από διαφορετική κουλτούρα, συνήθως ενέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων στην υγεία τους, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Βασικά ζητήματα υγείας του πληθυσμού και της υγειονομικής περίθαλψης, δείχνουν να επηρεάζουν παραπάνω τα άτομα αυτά, εξαιτίας των εθνοτικών και φυλετικών ανισοτήτων που υπάρχουν και των διαφορετικών

πολιτιστικών συμπεριφορών και κανόνων. Έτσι στις περισσότερες χώρες, άτομα που ανήκουν σε φυλετικές, εθνοτικές ή άλλες μειονότητες φαίνεται να επηρεάζονται δυσανάλογα από ασθένειες σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Cadoret et al. , 2014)

Ο πολιτισμός και η κουλτούρα αντανακλούν σε διάφορες πτυχές και στάσεις του ανθρώπου στην ζωή. Η στάση ενός ατόμου ή μια ομάδας απέναντι στην υγεία και στην ασθένεια έχει άμεση επίπτωση στην υγειονομική φροντίδα. Η έννοια της υγείας διαφέρει ανάλογα με τις πεποιθήσεις και τα πιστεύω του κάθε λαού. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), η υγεία είναι η «η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας». Είναι βέβαιο πως το κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον, το φυσικό περιβάλλον, η ανθρώπινη συμπεριφορά και οι διαπροσωπικές και πολιτισμικές αντιδράσεις του ατόμου στην νόσο διαδραματίζουν τον σημαντικότερο ρόλο για την διατήρηση της υγείας και ευεξίας ή την κακή έκβαση τους. Σε ορισμένους πολιτισμούς, η ασθένεια αποδίδεται σε αμαρτίες προγόνων και υπερφυσικές δυνάμεις ή μπορεί να θεωρηθεί τιμωρία ή χάρισμα ή μάτιασμα. Η θεραπεία της νόσου μπορεί να διαφέρει ανάλογα με τις πολιτισμικές πεποιθήσεις, με κάποιους να υιοθετούν παραδοσιακές πρακτικές φροντίδας και άλλους μαγεία και προσευχές. Χαρακτηριστικά στοιχεία της θρησκείας ενός λαού ή μιας ομάδας ανθρώπων μπορεί να έχει διαφορετική επίδραση στην συμπεριφορά τους σε σχέση με την υγεία. Μερικά τέτοια παραδείγματα είναι η νηστεία, η άρνηση μετάγγισης αίματος και η απαγόρευση κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφών. Η κουλτούρα, παράλληλα με τις θρησκευτικές και φιλοσοφικές πεποιθήσεις μπορεί να επηρεάσει και καθημερινές συνήθειες του ανθρώπου, όπως είναι η διατροφή και ο ύπνος. Οι διαφορετικές πεποιθήσεις σε τέτοιες περιπτώσεις μπορεί να θεωρηθούν παράλογες και ανεύθυνες για τα άτομα που δεν τις ενστερνίζονται (Papadopoulos & συν. 2011, Rector 2018).

Σε κάθε περίπτωση, η κατάσταση και το επίπεδο της υγείας των ανθρώπων, καθώς και η δυνατότητα πρόσβασης τους στις υγειονομικές υπηρεσίες, επηρεάζεται από τον πολιτισμό, κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες, τον τύπο της ασφαλιστικής κάλυψης και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση τους. Ο πολιτισμός και η κοινωνική τάξη είναι δυο έννοιες αλληλένδετες. Το πιο ισχυρό σύστημα κοινωνικής διαστρωμάτωσης είναι η κοινωνική τάξη. Μέσα από την κοινωνική τάξη, η κοινωνία ταξινομεί τα άτομα σύμφωνα με την πρόσβαση τους σε πόρους, όπως η εκπαίδευση, το επαγγελματικό κύρος και ο πλούτος. Η κοινωνική τάξη, είναι συχνά υπεύθυνη για τις ενέργειες και τις πεποιθήσεις των εθνοτικών ομάδων, ενώ πολλές φορές συμβαίνει και το αντίστροφο. Αναμφισβήτητα, οι πολιτιστικές αξίες, αλλά και η κοινωνική τάξη από μόνη της, επηρεάζουν τόσο την σωματική όσο και την

ψυχική υγεία. Έρευνες δείχνουν, πως τα άτομα με καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία είναι εκείνα που έχουν μία υψηλότερη κοινωνική κατάσταση, ενώ χαμηλότερα επίπεδα σωματική ευεξίας έχουν τα άτομα που ανήκουν σε κατώτερα κοινωνικά στρώματα. Αυτό εν μέρει οφείλεται στις αρνητικές συνέπειες που έχει η χαμηλότερη κοινωνική κατάσταση στην υγεία, καθώς η στέρηση πόρων, οι δυσμενείς δομικές και υλικές συνθήκες μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρά προβλήματα υγείας με την πάροδο των χρόνων. Η φτώχεια θεωρείται βασικός λόγος για κακή κατάσταση της υγείας, καθώς συνδέεται με ακατάλληλες συνθήκες διαβίωσης, μειωμένες ανέσεις και απολαύσεις και αυξημένα ποσοστά εξάντλησης (Premji 2019, Miyamoto 2017).

Στη σύγχρονη εποχή, σε αρκετές περιπτώσεις τα που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες έρχονται αντιμέτωπα με τον ρατσισμό, την κακομεταχείριση και την προκατάληψη. Οι κοινωνικές αδικίες συνδέονται με ευρύτερες ανισότητες που έχουν σχέση με τον εγχώριο αντίκτυπο που έχει προκαλεί η παγκόσμια οικονομία. Πέρα από την αρνητική αντιμετώπιση των ατόμων αυτών στην κοινωνία, κάτι αντίστοιχο μπορεί να συμβεί και στα πλαίσια της υγειονομικής περίθαλψης. Γι' αυτό το λόγο είναι σημαντικό να γίνει ευρύτερα γνωστή η σημασία της πολιτισμικής επάρκειας (Harkess & Kaddoura 2016). Πολιτισμική επάρκεια υπάρχει όταν το άτομο, εξελίσσεται και επαναπροσδιορίζει διαρκώς τις ικανότητες του και λαμβάνει υπόψη του τις πολιτιστικές πεποιθήσεις και ανάγκες των ανθρώπων, προκειμένου να παρέχει την καλύτερη δυνατή και αποτελεσματική φροντίδα υγείας. Προκειμένου να επιτευχθεί κάτι τέτοιο είναι απαραίτητη η πολιτισμική γνώση, επαγρύπνηση και ευαισθησία.

Οι ανισότητες στις δομές της υγείας είναι πολύ πιο έντονες στις εθνικές και πολιτισμικές μειονότητες και στους εύάλωτους πληθυσμούς. Παρατηρούνται όταν ομάδες με διαφορετικά κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά (εισόδημα, εθνικότητα, μορφωτικό επίπεδο κτλ.) δέχονται διαφορετική ποιότητα φροντίδας ή έχουν μειωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Μάλιστα, ενδεχομένως να δημιουργούνται παρεξηγήσεις και ασάφειες μεταξύ των ασθενών και του υγειονομικού προσωπικού. Ορισμένες φορές, οι πεποιθήσεις, οι αξίες και οι εμπειρίες των επαγγελματιών υγείας μπορεί να είναι αντίθετες με τις πεποιθήσεις των ασθενών, με αποτέλεσμα η παροχή φροντίδας να μην είναι δίκαιη και ίση προς όλους κάτι που μπορεί να αποφευχθεί με την διαπραγμάτευση της φροντίδας, τον σεβασμός και την κατανόηση της κουλτούρας του κάθε ατόμου. Είναι πιθανόν να δημιουργήσουν δυσκολίες στην νοσηλευτική πρακτική και στο έργο των επαγγελματιών υγείας. Για παράδειγμα, οι Μουσουλμάνοι, έχουν ιδιαίτερη σχέση με την σεμνότητα της γυναίκας. Ως εκ τούτου, η

εξέταση γυναίκας από κάποιον άνδρα μπορεί να είναι μια άβολη διαδικασία για εκείνες. Ένα άλλο παράδειγμα είναι οι διατροφικές ιδιαιτερότητες ορισμένων πολιτισμικών ομάδων. Σε κάποιους πολιτισμούς η κατανάλωση κρέατος είναι ανθυγιεινή και ανίερη και τα άτομα αυτά δυσκολεύονται ή αρνούνται να ακολουθήσουν διαφορετικό πρόγραμμα διατροφής. Σίγουρα όμως, οι μέθοδοι εξαπάτησης και ψέματος προς τα άτομα με διαφορετική πολιτισμική κουλτούρα καλό είναι να αποφεύγονται. Όταν οι πολιτιστικές αξίες δεν λαμβάνονται υπόψη από τα συστήματα υγείας, μπορεί να υπάρξουν αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία των ασθενών όπως, λανθασμένη διάγνωση, αναποτελεσματικές νοσηλευτικές και ιατρικές παρεμβάσεις και χαμηλή συμμόρφωση και ικανοποίηση των ασθενών (Antón-Solanas et al. 2021, Rector 2018, Papadopoulos και συν. 2011).

1.2 ΕΥΑΙΣΘΗΤΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ

1.2.1 Ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες

Ως ευαίσθητες ορίζονται εκείνες οι πληθυσμιακές ομάδες που εμφανίζουν επιρρέπεια στην κακή υγεία. Συχνά οι ευάλωτοι αυτοί πληθυσμοί απαρτίζονται από υποπληθυσμούς, όπως οι εθνοτικές ή φυλετικές μειονότητες, οι ανασφάλιστοι, οι πάσχοντες από HIV/AIDS, τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι, οι φτωχοί και οι άστεγοι. Οι λήπτες υπηρεσιών δημόσιας υγείας συχνά αποτελούνται σε μεγάλο ποσοστό από τέτοιες ομάδες. Κύρια χαρακτηριστικά τους είναι η υψηλότερη νοσηρότητα και θνησιμότητα, λιγότερη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη με ανισότητες, μικρότερο προσδόκιμο ζωής και μειωμένη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τον πληθυσμό εν γένει. (Shi&stevens, 2011).

1.2.2 Μοντέλα και θεωρίες ευπάθειας

Ανά περιόδους, έχουν αναπτυχθεί ποικίλα μοντέλα και θεωρίες, αναλύοντας σημαντικές έννοιες και συνιστώσες για την μελέτη των ευαίσθητων πληθυσμών. Οι Flaskerud&Winslow το 1998 παρουσίασαν το εννοιολογικό πλαίσιο ευπάθειας που περιέχει τρεις σχετικές έννοιες: διαθεσιμότητα, σχετικός κίνδυνος και κατάσταση υγείας. Όσον αφορά στην διαθεσιμότητα, υποστήριξαν ότι η έλλειψη πόρων συμβάλλει στην έκθεση ενός πληθυσμού σε παράγοντες κινδύνου ενώ ταυτόχρονα μειώνει την ικανότητα των ατόμων να

αντιμετωπίζουν τις ασθένειες. Όσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος που διατρέχει ένας πληθυσμός, τόσο μεγαλύτερες οι επιπτώσεις στην κατάσταση της υγείας του. Η υψηλή νοσηρότητα και θνητότητα εξασθενεί περαιτέρω τους κοινοτικούς πόρους δημιουργώντας ένα ανάχωμα ανατροφοδότησης από την κατάσταση της υγείας στη διαθεσιμότητα των πόρων (deChesnay & Anderson, 2016).

Για τον περαιτέρω καθορισμό των συνιστωσών εξήγησαν ότι στους κοινωνικοοικονομικούς πόρους περιλαμβάνεται το ανθρώπινο κεφάλαιο, η κοινωνική διασύνδεση και η κοινωνική κατάσταση του ατόμου. Οι περιβαλλοντικοί πόροι αφορούν κυρίως την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη καθώς και την ποιότητα της περίθαλψης αυτής. Ο σχετικός κίνδυνος αναφέρεται στην επαφή με παράγοντες κινδύνου οι οποίοι προσδιορίζονται από ένα ερευνητικό σώμα όπως ο τρόπος ζωής, οι συμπεριφορές και επιλογές, η χρήση υπηρεσιών προληπτικού ελέγχου και τα στρεσογόνα γεγονότα. Οι ερευνητές παρείχαν στοιχεία για τη σχέση μεταξύ κακής κατάστασης υγείας και της διαθεσιμότητας των κοινωνικοοικονομικών πόρων. Στην περίπτωση των περιβαλλοντικών πόρων, η υψηλή νοσηρότητα σε έναν ήδη υποβαθμισμένο πληθυσμό, θα επιδεινώσει μόνο τα προβλήματα πρόσβασης (Palmer et al, 2014).

Οι Gelberg, Andersen & Leake το 2000 προήγαγαν ένα άλλο κλασικό μοντέλο, το συμπεριφορικό μοντέλο για ευπαθείς πληθυσμούς εξετάζοντας τα χαρακτηριστικά τους ως εξήγηση για διάφορες καταστάσεις υγείας και τα παρεπόμενα αποτελέσματά τους. Οι προδιαθεσικοί παράγοντες περιλάμβαναν δημογραφικές μεταβλητές όπως φύλο, ηλικία, κοινωνικές μεταβλητές π.χ. εκπαίδευση αλλά και θέματα που αφορούσαν την υγεία. Οι κοινωνικές δομές, ο σεξουαλικός προσανατολισμός και τα χαρακτηριστικά της παιδικής ηλικίας θεωρήθηκαν επίσης παράγοντες προδιάθεσης. Συμπεριλήφθηκαν ακόμα οι παράγοντες ενεργοποίησης στους οποίους ανήκουν προσωπικοί, οικογενειακοί και κοινοτικοί πόροι. Επιπλέον λήφθηκαν υπόψη και οι ανάγκες υγείας, οι συνθήκες υγείας καθώς και οι συνήθειες που ακολουθούν οι ευαίσθητοι πληθυσμοί. Η χρήση υπηρεσιών υγείας και πρακτικών προσωπικής φροντίδας σε συνδυασμό με άλλες παραμέτρους, συμβάλλουν στην αντίληψη και αξιολόγηση της υγείας και την ευρύτερη ικανοποίηση από την παροχή υγειονομικής περίθαλψης (Hogan et al, 2012).

Ένα ακόμη μοντέλο προωθήθηκε από την LuAnn Aday το 2001 γνωστό ως πλαίσιο για την μελέτη των ευάλωτων πληθυσμών εντός του οποίου περιγράφονται οι επιπτώσεις διαφόρων πολιτικών υγείας τόσο στις κοινότητες όσο και στα άτομα, καθώς και των πολιτικών ιατρικής

περίθαλψης και δημόσιας υγείας. Επεσήμανε πως οι κοινοτικοί πόροι έχουν άμεση επίδραση στους ατομικούς. Όταν υπάρχουν ισχυρά κοινωνικά δίκτυα και η στέγαση είναι επαρκής, ο σχετικός κίνδυνος κακής ψυχολογικής, κοινωνικής ή σωματικής υγείας μειώνεται. Η Aday εισήγαγε μια διαφορετική υπόθεση ευπάθειας σύμφωνα με την οποία τα αρνητικά ή αγχωτικά γεγονότα πλήττουν περισσότερο ορισμένους από άλλους. Οι ομάδες χαμηλών κοινωνικών και οικονομικών στρωμάτων επηρεάζονται πιο πολύ από τέτοια γεγονότα. Οι χρόνια στρεσογόνοι παράγοντες που εκδηλώνονται από την έλλειψη υλικών πόρων και την κοινωνική περιθωριοποίηση των παραπάνω, οδηγούν σε πραγματικές φυσικές αλλαγές και κατά βάση κακή υγεία κατά την ενηλικίωση. Τα τραύματα κατά την παιδική ηλικία ενισχύουν την επίδραση σε αυξημένη φλεγμονώδη γονιδιακή έκφραση στις μεγαλύτερες γενιές. Η έκφραση και η αλληλεπίδραση αυτών των αναπτυξιακών γονιδίων με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον πιθανότατα να οδηγήσει σε ανεπαρκή αποτελέσματα υγείας. Όπως και στο εννοιολογικό μοντέλο τονίζεται η επίδραση που ασκεί η κοινωνική θέση τόσο στο ανθρώπινο όσο και στο κοινωνικό κεφάλαιο ανά και η σημασία του δεύτερου ίσως να απουσιάζει μερικές φορές. Αντίθετα η παρουσία της οικογένειας, των φίλων ή γενικότερα ατόμων εμπιστοσύνης κρίνεται ανεκτίμητη ώστε να ανταπεξέλθει ο οποιοσδήποτε στις εκάστοτε δυσκολίες. Όσοι ζουν μόνοι ή κοινωνικά απομονωμένοι διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο ευπάθειας, αυξημένης νοσηρότητας και μειωμένης συνολικής υγείας (Luben, Gironda, Sabbath, Kong & Johnson, 2015).

Γενικότερα τα μοντέλα ευπάθειας βοηθούν στην επεξήγηση των ατομικών και κοινωνικών παραγόντων κινδύνου που οδηγούν στην ευπάθεια καθώς και των προβλημάτων πρόσβασης και την ποιότητα παρεχόμενης περίθαλψης που επηρεάζουν τα αποτελέσματα της υγείας. Οι ευαίσθητοι πληθυσμοί εκτίθενται συχνά σε πολλαπλούς κινδύνους οι οποίοι λειτουργούν συσσωρευτικά αποβαίνοντας επιζήμιοι. Πρωταρχικό βήμα αποτελεί η καταγραφή και η κατανόηση των αναγκών αυτών των πληθυσμών. Η ιεραρχία των αναγκών του Maslow είναι η ευρύτερα διαδεδομένη κλίμακα με τις φυσιολογικές ανάγκες π.χ. αέρας, νερό κ.α. να βρίσκονται στη βάση της πυραμίδας και η ανάγκη για ασφάλεια, ιδιότητα μέλους, εκτίμηση και αυτοπραγμάτωση να αποτελούν των πυρήνα αυτών (Bates,2016).

1.2.3 Ποιός θεωρείται ευαίσθητος/ευάλωτος

Στους ευαίσθητους συμπεριλαμβάνονται οι ακόλουθοι παράγοντες και πληθυσμοί: εισόδημα και εκπαίδευση, ηλικία και φύλο, φυλή και εθνικότητα, μετανάστες και πρόσφυγες,

χρόνια ασθένεια και αναπηρία, ψυχική ασθένεια και αναπηρία, έλλειψη στέγης, κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, οικογενειακή κακοποίηση και κίνδυνος αυτοκτονίας και ανθρωποκτονίας.

Άλλοι ερευνητές συμπεριλαμβάνουν στους ευαίσθητους τους ανασφάλιστους λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη ανάλογα με το νομοθετικό πλαίσιο των εκάστων κρατών. Αν και πολλά τμήματα του πληθυσμού μπορεί να θεωρηθούν ευάλωτα σε κάποια στιγμή της ζωής τους, εκείνα που χαρακτηρίζονται ουσιαστικά με αυτόν τον όρο προκύπτουν από την μακροχρόνια κατάσταση. Οι πολλοί νέοι και πολύ ηλικιωμένοι έχουν ιδιαίτερους παράγοντες κινδύνους και εξειδικευμένα προβλήματα αντίστοιχα. Κατά γενική ομολογία προκύπτει πως τα υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας καταγράφονται στις φυλετικές και εθνοτικές μειονότητες (Neumayer&Plomper, 2015).

1.2.4 Επικράτηση ευαίσθητων πληθυσμών στην Ελλάδα και αιτιολογικοί παράγοντες

Η τρέχουσα προσέγγιση για την κατανόηση των πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων μεταξύ των αιτιών και των παραγόντων που σχετίζονται με την ευαισθησία ορισμένων πληθυσμών είναι η εξέταση πολλών καθοριστικών κριτηρίων της υγείας.

Αν πρέπει να υπολογιστεί ένας και μόνο δείκτης, η φτώχεια είναι εκείνος που αγγίζει την πλειονότητα του ελληνικού λαού. Η φτώχεια καθιστά τον άνθρωπο ευάλωτο στα αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία. Λιγότερα χρήματα σημαίνει πως είμαστε λιγότερο ικανοί να ανταπεξέλθουμε στις περισσότερες πτυχές μιας ποιοτικής ζωής. Αυτή η κατάσταση διαβίωσης μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένες ευκαιρίες για άσκηση, περιορισμένοι κοινοτικοί πόροι, επαρκή στέγαση και κακές συνήθειες προσωπικής φροντίδας. Το χαμηλό επίπεδο συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης και συχνά έχει ως αποτέλεσμα ένα άτομο να εργαστεί σε θέσεις υψηλότερου κινδύνου και ανθυγιεινών συνθηκών ή σε πολλές θέσεις ταυτόχρονα. Όλα τα παραπάνω προκαλούν ταυτόχρονα μια διαρκή ψυχολογική πίεση, ένα χρόνιο στρες που επιβαρύνει το σώμα δρώντας ψυχοσωματικά με αποτέλεσμα την εκδήλωση προβλημάτων υγείας μέσω νευροενδοκρινικών και ανοσολογικών οδών. Η σχέση εισοδήματος- υγείας είναι αμφίδρομη. Το εισόδημα επηρεάζει την υγεία και η κακή υγεία επηρεάζει το εισόδημα ενός ατόμου και κατ' επέκταση ενός έθνους. Όσοι έχουν λίγους ή καθόλου πόρους δεν αξιοποιούν τον προληπτικό έλεγχο και τα προληπτικά μέτρα και καθυστερούν να λάβουν θεραπεία στην προσπάθειά τους να εξοικονομήσουν χρήματα. Όσοι δεν έχουν ασφάλιση λαμβάνουν φροντίδα μόνο για τα τρέχοντα προβλήματα και όχι πάντα για τις βαθύτερες αιτίες αυτών. Δεν

υποβάλλονται σε τακτικές σωματικές εξετάσεις και μπορεί να εμβολιάζονται ανεπαρκώς κατά των κοινών ασθενειών (Heffner, 2011).

Η Ελλάδα έχει μετατραπεί πλέον σε μία πολυφυλετική, πολυεθνική χώρα. Τα μέλη που ανήκουν σε αυτές τις ομάδες χαρακτηρίζονται ως ευαίσθητα για πολύπλοκους λόγους. Αρχικά, ο ρατσισμός επηρεάζει την υγεία των μειονοτικών φυλετικών πληθυσμών. Ο θεσμικός ρατσισμός στις πολιτικές και τις διαδικασίες μείωσε την πρόσβαση στη στέγαση, την ποιότητα εκπαίδευσης, τις ευκαιρίες απασχόλησης και τους κοινοτικούς πόρους. Ένα δεύτερο είδος ρατσισμού, ο πολιτιστικός ρατσισμός επηρεάζει την οικονομική κατάσταση και την υγεία δημιουργώντας ένα περιβάλλον αντίθετο με τις ίσες πολιτικές. Ειδικότερα, οι εμπειρίες φυλετικών διακρίσεων αποτελούν ένα είδος ψυχοκοινωνικού στρες, ικανό να αυξήσει τους κινδύνους για την υγεία. Οι πιο πρόσφατοι πρόσφυγες και μετανάστες φαίνονται πιο ενημερωμένοι σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη και την υιοθέτηση υγιεινών προτύπων από ότι εκείνοι που έχουν πλήρως αφομοιωθεί πολιτιστικά (Cutler&Lleras-Muney, 2010).

1.2.5 Ευπάθεια και ανισότητα στην υγειονομική περίθαλψη

Κοινωνικοί Καθοριστικοί Παράγοντες Της Υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει ορίσει τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας ως «τις συνθήκες στις οποίες γεννιούνται, αναπτύσσονται, ζουν, εργάζονται και γηράσκουν οι άνθρωποι». Κοινώς αναγνωρισμένοι παράγοντες όπως κανόνες ή συμπεριφορές, συνδέονται με τα αποτελέσματα της υγείας και αναγνωρίζονται ως καθοριστικοί παράγοντες της υγείας. Η άνιση κατανομή αυτών των παραγόντων μεταξύ ορισμένων ομάδων, θεωρείται ότι συμβάλλει στην ανάπτυξη ανισοτήτων στον τομέα της υγείας που είναι επίσημες και διάχυτες. Στις προσπάθειες βελτίωσης της υγείας των μη προνομιούχων ομάδων, πρωταρχικής σημασίας είναι ο ρόλος του τομέα της δημόσιας υγείας που οφείλει να επικεντρωθεί σε θέματα υγιεινής, μαζί με συνθήκες διαβίωσης και περιβαλλοντικά ζητήματα. (Williams&Mohammed,2013).

Κοινωνικό-Οικονομική Διαβάθμιση Της Υγείας

Έχει παρατηρηθεί βελτίωση στα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας όταν το επίπεδο του επαγγέλματος και των μισθών αυξάνεται. Οι άνθρωποι στα χαμηλότερα επίπεδα εμφανίζουν πιο κακή υγεία, αλλά όσο βελτιώνεται η μισθολογική κλίμακα και το επαγγελματικό επίπεδο, βελτιώνεται και η υγεία τους. Υψηλότερα ποσοστά καρδιακής νόσου

καθώς και ποσοτών θανάτων στους διαβητικούς καταγράφονται στις ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες έναντι των υπολοίπων. Γενικότερα αυτή η αντίστροφη σχέση μεταξύ κοινωνικής τάξης ή εισοδήματος και υγείας έχει ονομαστεί κοινωνικοοικονομική διαβάθμιση. Έχει συσχετιστεί με κακές υγειονομικές συνέπειες όσον αφορά στις καρδιαγγειακές παθήσεις μεταξύ του ελληνικού πληθυσμού, τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου, τη θνησιμότητα και επιβίωση στις δυτικές χώρες, τα ποσοστά τραυματισμών και την αύξηση του φόρτου χρόνιας ασθένειας. Η κοινωνικό-οικονομική διαβάθμιση έχει επίσης σημειωθεί σε συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, που είναι συχνότερες μεταξύ εκείνων που προέρχονται από την εργατική τάξη και διαθέτουν χαμηλό εισόδημα και χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης. Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι αυτά τα χαμηλά επίπεδα σχετίζονται με υψηλότερα ποσοστά γεννήσεων χαμηλού σωματικού βάρους (Madden, 2014).

1.2.6 Ανισότητες στον τομέα της υγείας

Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας είναι διαφορές στην ποσότητα της ασθένειας, την βαρύτητα και άλλες δυσμενείς συνθήκες υγείας που επικρατούν σε διαφορετικές ομάδες. Θεωρούνται αντικειμενικά ως δυσανάλογη επιβάρυνση της νοσηρότητας, της αναπηρίας και της θνησιμότητας που διαπιστώνεται σε ένα συγκεκριμένο τμήμα του πληθυσμού σε αντίθεση με ένα άλλο. Οι ανισότητες αυτές μπορεί να μην γίνεται να αποφευχθούν διότι τα άτομα, παρά τις προσπάθειες εκπαίδευσης, συνεχίζουν να επιλέγουν συμπεριφορές που βλάπτουν την υγεία τους, αλλά οι περισσότερες οφείλονται σε αίτια που μπορούν να διορθωθούν. Παρατηρείται ότι αρκετές φυλετικές διαφορές στα ποσοστά ανοσοποιήσεων κατά την παιδική ηλικία και τα ανεπιθύμητα συμβάντα που σχετίζονται με τις διαδικασίες έχουν εξαλειφθεί. Οι περισσότερες ωστόσο παραμένουν. Διαφορές διαπιστώνονται κυρίως στους τομείς της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, της πρόσβασης στην περίθαλψη, των επιπέδων και των ειδών περίθαλψης και των ρυθμίσεών της. Πρωτοφανείς διακρίσεις μπορεί να προκύψουν κατά την παροχή υπηρεσιών εάν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μεροληπτούν κατά συγκεκριμένης ομάδας ή έχουν στερεότυπες πεποιθήσεις για την εν λόγω ομάδα. Οι πάροχοι μπορεί επίσης να μην είναι σίγουροι για την παροχή υγειονομικής φροντίδας σε μία φυλετική ομάδα με την οποία δεν είναι εξοικειωμένοι. Η γλώσσα μπορεί να αποτελέσει πρόβλημα όπως και οι πολιτιστικές αξίες και τα πρότυπα που δεν είναι γνωστά στους παρόχους. Αντίστοιχα, μπορεί οι λήπτες να αντιδράσουν στους παρόχους κατά τον τρόπο που προάγει τις ανισότητες. Οι λήπτες μπορεί να

μην εμπιστεύονται τις παρεχόμενες πληροφορίες με αποτέλεσμα να μην τις ακολουθούν έχοντας μια ανεπαρκή περίθαλψη (Ίδρυμα Οικογένειας Κάιζερ, 2012).

1.2.7 Πρόσβαση Στη Φροντίδα

Είτε λόγω ανεπαρκούς ασφάλισης, είτε λόγω απουσίας της, τα προβλήματα στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης, την ποιότητα, τα προβλήματα για το που να απευθυνθεί κανείς για περίθαλψη ή η έλλειψη ενός τακτικού παρόχου, απασχολούν ανεξαιρέτως όλα τα μέλη των ευαίσθητων ομάδων. Ο οικιστικός διαχωρισμός, αν και παράνομος, εξακολουθεί να υπάρχει διαδραματίζοντας σημαντικό ρόλο στις ανισότητες στον τομέα της υγείας. Πολλοί ευάλωτοι πληθυσμοί, ιδίως οι εθνοτικές και φυλετικές μειονότητες και οι πληθυσμοί χαμηλού εισοδήματος, αναζητούν υγειονομική περίθαλψη σε νοσοκομεία και κοινοτικές κλινικές που βρίσκονται στο έλεος κρατικών προϋπολογισμών και γραφειοκρατικών συστημάτων. Οι γεωγραφικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν επίσης την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης με την έλλειψη πρόσβασης σε κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή να συμπληρώνει το πλαίσιο των ανισοτήτων. (Fair et al.,2012).

1.2.8 Η Ποιότητα Της Περίθαλψης

Η ποιότητα της περίθαλψης θα πρέπει να έχει ως αποτέλεσμα αυξημένη πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και θα πρέπει να συμφωνεί με τις τρέχουσες επαγγελματικές γνώσεις. Μπορεί να περιλαμβάνει τομείς όπως θέματα ασφάλειας των ληπτών, έγκαιρη διάγνωση, παρέμβαση με επίκεντρο το άτομο και αποτελεσματικότητα. Έρευνες δείχνουν πως άτομα εθνοτικών και φυλετικών μειονοτήτων αισθάνονται πιο άνετα όταν η φροντίδα παρέχεται από επαγγελματίες υγείας προερχόμενους από την ίδια φυλετική ή εθνοτική ομάδα. Ωστόσο υπάρχει έλλειψη σε ιατρούς και νοσηλευτές από μειονοτικούς φυλετικά πληθυσμούς. Έτσι η μη απόλαυση ποιοτικής φροντίδας υγείας είναι κοινή μεταξύ των συγκεκριμένων ευαίσθητων ομάδων. Η επικοινωνία μπορεί επίσης να επηρεάσει την ποιότητα της φροντίδας. Περιθωριοποιημένοι ευάλωτοι άνθρωποι μπορεί να αισθανθούν ότι αντιμετωπίζονται ως «πολίτες δεύτερης κατηγορίας» γεγονός που οφείλεται στην ταπεινωτική και απάνθρωπη συμπεριφορά ή γλώσσα που χρησιμοποιείται από ορισμένους ακατάλληλους υγειονομικούς. Ποικίλα πολιτιστικά εμπόδια και παρανοήσεις είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε διακοπή των συνιστάμενων σχημάτων θεραπείας. Έτσι μπορεί να προκύψουν αρνητικά

αποτελέσματα στην υγεία μιας και η αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης για τους ευαίσθητους πληθυσμούς δεν εξετάζεται συχνά ή ακόμη και δεν έχει οριστεί σωστά (Αμερικανική Ένωση Σωμάτων Νοσηλευτών, 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Προσφυγές – Μετανάστες

2.1.1 Διάκριση πρόσφυγα με μετανάστη

Παρατηρούμε συχνά τους όρους «πρόσφυγας» και «μετανάστης» να χρησιμοποιούνται καταχρηστικά και χωρίς καμία διάκριση, τόσο σε καθημερινές άτυπες συζητήσεις, όσο και από επίσημες πηγές πληροφόρησης όπως τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Οι δύο όροι διαθέτουν ξεχωριστά νοήματα και καθώς συχνά συγχέονται, δημιουργούνται προβλήματα και για τους δύο πληθυσμούς.

Πρόσφυγες είναι εκείνα τα άτομα που διαφεύγουν από ένοπλες συρράξεις ή διώξεις. Η κατάσταση στην οποία βρίσκονται κρίνεται συχνά εξαιρετικά δύσκολη και επικίνδυνη για τη ζωή τους, που τους αναγκάζει να διασχίσουν με κάθε υπαρκτό μέσο, νόμιμο ή λαθραίο, εθνικά σύνορα για να αναζητήσουν ασφάλεια σε γειτονικές χώρες. Αναγνωρίζονται ως «πρόσφυγες» καθώς η επιστροφή στην πατρίδα τους κρίνεται ακατάλληλη και επιζητούν καταφύγιο οπουδήποτε αλλού. Πρόκειται για ανθρώπους στους οποίους η άρνηση παροχής ασύλου μπορεί να αποφέρει πιθανότατα θανάσιμες συνέπειες. Οι πρόσφυγες καθορίζονται και προστατεύονται από το διεθνές δίκαιο σε πολυδιάστατο επίπεδο. Τα κράτη υποδοχής φέρουν την πρωταρχική ευθύνη για αυτή την προστασία, ενώ σε συνεργασία και διαρκή επικοινωνία με την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους πρόσφυγες φροντίζουν να ανταποκρίνονται στις υποχρεώσεις τους.

Σύμφωνα με τη σύμβαση της Γενεύης στους πρόσφυγες συγκαταλέγεται κάθε άνθρωπος που εγκαταλείπει το κράτος του οποίου είναι πολίτης παρά τη θέλησή του. Η θρησκεία, ο πόλεμος, η ιδιότητά του ως μέλος μιας ιδιαίτερης κοινωνικής ομάδας ή οι πολιτικές του απόψεις αποτελούν πιθανές αιτίες εκδίωξης. Ωστόσο στον παραπάνω ορισμό δεν συγκαταλέγονται οι πρόσφυγες με αίτια τις φυσικές καταστροφές και όσοι μετεγκαθίστανται ομαδικά σε άλλη περιοχή της δικής τους χώρας. Αυτοί είναι οι ονομαζόμενοι εσωτερικοί πρόσφυγες και παρατηρούνται σε όλες τις χώρες ανά ποικίλες χρονικές περιόδους (WHO, 2015).

Οι μετανάστες επιλέγουν συνειδητά να μετακινηθούν, όχι εξαιτίας κάποιας άμεσης απειλής, δίωξης ή θανάτου, αλλά κυρίως για να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους

αναζητώντας καλύτερες εργασιακές συνθήκες. Σε κάποιες περιπτώσεις αποσκοπούν στην επανένωση με μέλη της οικογένειάς τους που διαμένουν ήδη στο εξωτερικό, όπως επίσης και σε εκπαιδευτικούς ή άλλους λόγους. Σε αντίθεση με τους πρόσφυγες οι οποίοι αδυνατούν να επιστρέψουν στην χώρα καταγωγής τους με ασφάλεια, οι μετανάστες δεν αντιμετωπίζουν αντίστοιχα εμπόδια και περιορισμούς μιας και μπορούν να την επισκεφθούν άφοβα όποτε το θελήσουν. Ενώ εάν επιστρέψουν, θα συνεχίσουν να απολαμβάνουν κατά τον ίδιο τρόπο την προστασία της κυβέρνησής τους.

Το μεταναστευτικό φαινόμενο είναι πολυδιάστατο και πολύπλοκο, γεγονός που οφείλεται στο ότι αποτελεί φαινόμενο εγγενές της ανθρώπινης φύσεως, της κοινωνίας, της οικονομίας και της πολιτισμικής εξέλιξης. Η μετανάστευση είναι μια δυναμική διαδικασία, οι μορφές της οποίας ποικίλουν και μεταβάλλονται σε συνάρτηση με τις ευρύτερες αλλαγές. Ανεξαρτήτως των χαρακτηριστικών, είτε εκούσια είτε αναγκαστική, στόχος όσων την επιχειρούν είναι να απαλλαγούν από όσους παράγοντες καταπιέζουν τη ζωή τους. Στην βιβλιογραφία παρατίθενται διάφοροι τύποι μετανάστευσης όπως εσωτερική, εξωτερική, εκούσια, ακούσια, πρωτογενής δευτερογενής, προσωρινή μόνιμη, ηπειρωτική ή υπερπόντια. (Αφουξενίδης Α.& Γαρδίκη Μ.,2014).

Για την εκάστοτε κυβέρνηση η διάκριση αυτή αποτελεί υψίστη σημασία. Οι χώρες διαχειρίζονται τους μετανάστες εφαρμόζοντας τους δικούς τους μεταναστευτικούς νόμους και πολιτικές. Αντίστοιχα τα κράτη αντιμετωπίζουν τους πρόσφυγες στηριζόμενα στους κανόνες για το άσυλο και την προστασία των προσφύγων που καθορίζονται σύμφωνα με το πλαίσιο εθνικής νομοθεσίας και διεθνούς δικαίου. Οι υποχρεώσεις των χωρών απέναντι στα άτομα που αναζητούν άσυλο στα σύνορα ή στην επικράτειά τους είναι συγκεκριμένες, με την Ύπατη αρμοστέία να επιβλέπει αλλά και να βοηθά στην τήρησή τους.

Η ταύτιση των προσφύγων με τους μετανάστες ενδέχεται να επιφέρει σοβαρές συνέπειες στην ζωή και την ασφάλεια των πρώτων. Η σύγχυση των δύο παραπάνω όρων αποσπά την προσοχή από την ειδική νομική μεταχείριση που απαιτείται για τους πρόσφυγες. Πιθανότατα να υπονομεύσει τη δημόσια στήριξη προς τους πρόσφυγες και τον θεσμό του ασύλου, σε μια χρονική στιγμή που την έχουν ανάγκη περισσότεροι από ποτέ. Η πλειονότητα αυτών των ανθρώπων προέρχονται από χώρες που μαστίζονται από πολέμους ή θεωρούνται ότι παράγουν «πρόσφυγες» και χρήζουν διεθνούς προστασίας. Παρ' όλα αυτά ένα μικρό ποσοστό προέρχεται από άλλες χώρες και για αυτούς ο όρος «μετανάστης» θεωρείται ορθότερος. Εξίσου σημαντικό είναι να διασφαλιστεί ότι τα ανθρώπινα δικαιώματα των

μεταναστών γίνονται σεβαστά και αντιμετωπίζονται με ισότιμο σεβασμό και αξιοπρέπεια όπως και οι υπόλοιποι ιθαγενείς πολίτες. (AdrianEdwards,2016)

2.1.2 Στατιστικά Στοιχεία Παγκοσμίως και στην Ελλάδα

Μέχρι να του αναγνωριστεί νομικά η ιδιότητα του πρόσφυγα από μία χώρα ένας άνθρωπος μπορεί να βρίσκεται υπό το καθεστώς του «αιτούντος ασύλου». Συνήθως η αδυναμία εξασφάλισης προστασίας είναι αποτέλεσμα πολέμου.

Στα τέλη του 2014 υπολογίζεται περίπου ότι υπήρχαν 19,5 εκατομμύρια πρόσφυγες σε όλο το κόσμο, τα 14,4 υπό την ευθύνη της UNCHR και τα 5,1 οι παλαιστίνιοι πρόσφυγές υπό την ευθύνη της UNRWA. Τα 14,4 αντιπροσωπεύουν μια αύξηση 2,7 εκατομμυρίων από το προηγούμενο έτος, δηλαδή της τάξεως του 23%, η υψηλότερη που έχει καταγραφεί από το 1995. Ανάμεσά τους οι πρόσφυγες του συριακού εμφυλίου έγιναν η μεγαλύτερη ομάδα προσφύγων το 2014 ξεπερνώντας τους Αφγανούς, οι οποίοι διέθεταν την πρωτιά για τις προηγούμενες τρεις δεκαετίες (UNCHR,2014). Τον Φεβρουάριο του 2015 η Τουρκία έγινε η χώρα που φιλοξενεί τους περισσότερους πρόσφυγες με 2,2 εκατομμύρια Σύριους και 300 χιλιάδες Ιρακινούς. Δεύτερο ακολουθεί το Πακιστάν με 1,6 εκατομμύρια Αφγανούς. Οι θρησκευτικές πεποιθήσεις αναδεικνύονται σε σημαντική πλευρά του προσφυγικού ζητήματος στην πλειονότητα των χωρών που αναλαμβάνουν την φιλοξενία προσφύγων(Reuters & AntonioGutierrez 2015).

Στα τέλη του 2019 79,5 εκατομμύρια άνθρωποι εκτοπίστηκαν βίαια σε όλο τον κόσμο. Από αυτά τα 29,6 ήταν πρόσφυγες ενώ 45,7 εκατομμύρια εκτοπίστηκαν στο εσωτερικό της χώρας καταγωγής τους. Το 85% των προσφύγων παγκοσμίως ζουν σε χώρες που γειτνιάζουν με την χώρα καταγωγής τους και είναι συχνά αναπτυσσόμενες. Πάνω από 6,7 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν εγκαταλείψει τις συγκρούσεις στη Συρία και πολλοί άλλοι εκτοπίζονται εντός της χώρας. Η Τουρκία παρέμεινε η μεγαλύτερη χώρα υποδοχής προσφύγων στον κόσμο παρέχοντας ασφάλεια σε 3,6 εκατομμύρια Σύριους πρόσφυγες στα τέλη του 2019. Η δέκα κορυφαίες χώρες που παρήγαγαν πρόσφυγες είχαν κακές καταγραφές ανθρωπίνων δικαιωμάτων ή συνεχόμενες πολεμικές συρράξεις. Το 2019 πάνω από τα δυο τρίτα των προσφύγων προέρχονταν από πέντε συγκεκριμένες χώρες: Συρία, Αφγανιστάν, Νότιο Σουδάν, Μυανμάρ και Σομαλία (gov.ukNationalStatistics 2020).

Η Ελλάδα εξαιτίας της γεωγραφικής της θέσης συγκαταλέγεται στις βασικές χώρες υποδοχής προσφύγων ενώ καταγράφει μερικά από τα μεγαλύτερα ποσοστά εισροών. Στο παρελθόν λόγω της οικονομικής της κατάστασης δεν προσέλκυε οικονομικούς μετανάστες. Από τα τέλη του '70 παρατηρήθηκε αύξηση μεταναστών τρίτων χωρών, σημειώνοντας έντονους ρυθμούς στα τέλη του '90. Η πλειονότητα των αφίξεων είναι παράνομες ενώ αναπτύσσεται η κυκλική μετανάστευση, δηλαδή από γειτονικές χώρες της βαλκανικής και κυρίως την Αλβανία. Η μετανάστευση αυξήθηκε το διάστημα 2000-2011 και το 2014 εκτιμάται ότι εισήλθαν στην Ελλάδα γύρω στους 128.000 μετανάστες. το καλοκαίρι του 2015 οι ροές προσφύγων και μεταναστών ήταν πρωτοφανείς. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΗΕ βρέθηκε ότι μετανάστες ή πρόσφυγες 78 εθνικοτήτων έχουν περάσει από την Ελλάδα εντός του 2015. Επικρατέστερες αυτών ήταν η Συρία, το Αφγανιστάν, Ιράκ και Πακιστάν. Ως προς το φύλο των συγκεκριμένων προσφύγων και μεταναστών βρέθηκε ότι το 66% ήταν άνδρες, 13% γυναίκες και 21% παιδιά (astynomia.gr).

Όσον αφορά στο έτος του 2021 και ειδικότερα τον μήνα Μάρτιο τα στατιστικά στοιχεία παρουσίασαν μείωση κατά 82% στις ροές αφίξεων καθώς και στο ποσοστό των διαμενόντων με 3.072 αποχωρήσεις έναντι 1.597 αφίξεων. Οι ροές για τον Μάρτιο του 2021 παρουσιάζονται μειωμένες κατά 65% σε σχέση με τον αντίστοιχο μήνα του 2020 ενώ οι μεταφορές στην ενδοχώρα μειώθηκαν κατά 78% από το προηγούμενο έτος. Ο αριθμός αιτούντων ασύλου στην Ελλάδα κατά το 2021 φτάνει τους 327.976 καθιστώντας τους πρόσφυγες μια υπολογίσιμη πληθυσμιακή ομάδα εντός της ελληνικής κοινωνίας με ότι αυτό συνεπάγεται.(migration.gov.gr 2021)

2.1.3 Ισχύον Νομοθετικό Πλαίσιο

Η σύμβαση της Γενεύης του 1951 και το πρωτόκολλο του 1967 και άλλα νομικά κείμενα παραμένουν οι ακρογωνιαίοι λίθοι για την προστασία των προσφύγων στη σύγχρονη εποχή. Οι νομικές αρχές που καθιερώνουν διαπερνούν αναρίθμητους διεθνείς, περιφερειακούς νόμους και πρακτικές. Η σύμβαση του 1951 καθορίζει το ποιος είναι πρόσφυγας και χαράσσει το πλαίσιο των βασικών δικαιωμάτων που τα κράτη πρέπει να εγγυόνται για τους πρόσφυγες.

Σύμφωνα με τα άρθρα 2, 5 114 του Συντάγματος της Ελλάδας , η προστασία της αξίας και της ζωής του ανθρώπου, ανεξαρτήτως φυλής και εθνικότητας, είναι πρωταρχικής σημασίας. Με τον νόμο 4386/2016 αναδιατυπώθηκε η ισότιμη με εκείνη των Ελλήνων παροχή

φροντίδας υγείας προς τους πρόσφυγες και παρέχεται δωρεάν προς τους ασθενέστερους από αυτούς. Αντίθετα, για του μετανάστες που δεν διαθέτουν τα νόμιμα έγγραφα παραμονής στην Ελλάδα προβλέπεται η δωρεάν φροντίδα υγείας μόνο για επείγοντα περιστατικά. Από το 2013 θεσμοθετήθηκε το δικαίωμα παροχής της ιατρικής φροντίδας κατά την είσοδό τους στα κέντρα πρώτης υποδοχής (Υπουργείο υγείας, ΦΕΚ 2013).

Η ισχύουσα νομοθεσία προστατεύει τα θεμελιώδη δικαιώματα των μεταναστών που διαμένουν μόνιμα ή προσωρινά σε ελληνικό έδαφος. Οι διεθνείς συμβάσεις που ισχύουν τα τελευταία 25 χρόνια και οι υποχρεώσεις που απορρέουν από αυτές προστατεύουν τα ανθρώπινα δικαιώματα και καθιστούν τη χώρα πιο φιλική στην εισροή μεταναστών. Το 2011 ωστόσο καταδικάστηκε από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων δικαιωμάτων γι' αυτό και προέβη σε διεύρυνση του νομικού πλαισίου κατοχυρώνοντας το ατομικό και καθολικό δικαίωμα για προστασία της υγείας και της γενετικής ταυτότητας ανεξάρτητα από το κοινωνικό προφίλ. Πλέον η ανάγκη για υγειονομική φροντίδα είναι το μοναδικό κριτήριο για δωρεάν χρήση των υπηρεσιών υγείας (Οικονόμου Χ., 2004).

Οι πρόσφυγες στην Ελλάδα διαθέτουν το δικαίωμα πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Μετά την έκδοση της ειδικής προσφυγικής ταυτότητας και της κάρτα αίτησης ασύλου, για όσο χρονικό διάστημα βρίσκονται σε ισχύ, μπορούν να απολαμβάνουν τα δικαιώματα και παροχές ίδια με εκείνα των Ελλήνων πολιτών όσον αφορά στην πρόσβαση στην υγεία. Ωστόσο όταν πρόκειται για ανασφάλιστους πρόσφυγες ή με χαμηλό εισόδημα, τότε έχουν δωρεάν πρόσβαση σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια περίθαλψη και φαρμακευτική κάλυψη (Κουλάρας και Κούτης, 2011).

Στην Ελλάδα υπάρχει μια λίστα θεσμοθετημένων νομικά οδηγιών για όσους πρόσφυγες και μετανάστες ζητούν άδεια παραμονής στη χώρα. Σκοπός της διεξαγωγής των ιατρικών αυτών πράξεων είναι να διασφαλιστεί πως το νεοαφιχθές άτομο δεν αποτελεί απειλή για την δημόσια υγεία. Πραγματοποιείται έτσι κλινική εξέταση, ακτινογραφία θώρακος, δοκιμασία δέρματος φυματίωσης (Mantoux) και έλεγχος για ελονοσία με ταχεία δοκιμασία αντιγόνου ή παχιά και λεπτή σταγόνα κατά Laveran. Ακολουθούν παρασιτολογίες εξετάσεις, καλλιέργεια κοπράνων για διερεύνηση γαστρεντερικών λοιμώξεων και έλεγχος για αιματογενώς μεταδιδόμενα νοσήματα όπως ηπατίτιδα κ.α. Όλες οι εξετάσεις πρέπει να γίνονται εν γνώση και συναίνεση του ατόμου ή του νομικού κηδεμόνα του. Όπου κρίνεται απαραίτητο βάση των κλινικών ενδείξεων, συνιστάται έλεγχος για τα εξής σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα: σύφιλη, γλαμύδια, γονόρροια. Ο κλινικός έλεγχος ολοκληρώνεται με ανασκόπηση του

εμβολιαστικού ιστορικού από το εθνικό κέντρο εμβολιασμού (Χατζηαναστασίου & Μαλτέζου, 2015).

Η ελλιπής ενημέρωση των κρατικών υπηρεσιών σχετικά με το νομικό καθεστώς και τα δικαιώματα επιμέρους κατηγοριών αλλοδαπών, όπως οι αιτούντες άσυλο ή οι πρόσφυγες, αποτελεί συχνά σημαντικό εμπόδιο στη προσβασιμότητά τους σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής προνοίας. Οι μεγάλες καθυστερήσεις για την έκδοση ή ανανέωση αδειών παραμονής ή την έκδοση ειδικών δελτίων του αιτούντος ασύλου αλλοδαπού έχουν ως αποτέλεσμα την παρεμπόδιση στην πρόσβαση πολλών μεταναστών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Επίσης την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας δυσχεραίνουν παράγοντες όπως η γραφειοκρατία, οι μεγάλες λίστες αναμονής, οι ανεπαρκείς υποδομές και άλλα χρόνια προβλήματα του ελληνικού συστήματος υγείας που επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πρόσφυγες και τους μετανάστες (Postma Mj, Carrolls, Brandaoa 2015).

2.1.4 Η Κατάσταση στην Ελλάδα

Ένας πρόσφυγας κατά την άφιξή του στην Ελλάδα συλλαμβάνεται και οδηγείται στα κέντρα κράτησης. Οι συνθήκες διαβίωσης που καταγράφηκαν στα κέντρα αυτά χαρακτηρίστηκαν ως τραγικές και απάνθρωπες με κυριότερο πρόβλημα τον συνωστισμό που επικρατούσε. Η διαχείριση του προσφυγικού μετατράπηκε σε ανθρωπιστική κρίση για το ελληνικό κράτος. Σύμφωνα με μαρτυρίες προσφύγων που διέμεναν στο τμήμα συνοριακής φύλαξης Έβρου υπήρχε υπερδιπλάσιος αριθμός ανθρώπων από το προβλεπόμενο ενώ η κράτηση ήταν μεικτή μεταξύ ανδρών γυναικών και ασυνόδευτων ανήλικων που διέμεναν στους ίδιους χώρους. Ελλιπής θέρμανση και φωτισμός, μη επαρκής αριθμός κρεβατιών καθώς και βρώμικα σκεπάσματα συντελούσαν στην δημιουργία ακατάλληλων συνθηκών υγιεινής. Αναφέρει επίσης πως οι πρόσφυγες δεν είχαν επικοινωνία με τον έξω κόσμο, πρόσβαση σε δωρεάν νομική βοήθεια και σε υγειονομική περίθαλψη αφού δεν ενημερώνονταν από τις αρχές για τα δικαιώματά τους (Gogou, Kosmopoulos 2011).

Σύμφωνα με τους Γιατρούς Χωρίς Σύνορα το 60% των προβλημάτων υγείας των προσφύγων οφείλεται στις απάνθρωπες συνθήκες υγιεινής στα κέντρα φιλοξενίας. Λοιμώξεις του αναπνευστικού, μυοσκελετικοί πόνοι, διάρροια, εντερικές διαταραχές, δερματικές παθήσεις και ψυχολογικές διαταραχές αποτελούν τις συχνότερες παθήσεις που αναφέρονται.

Εξαιτίας των αντίξωων συνθηκών διαβίωσης, οι πρόσφυγες είναι περισσότερο ευπαθείς σε λοιμώδεις νόσους, όπως η ηπατίτιδα, και εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά νόσησης από αυτές από ότι οι μόνιμοι κάτοικοι της Ελλάδας. Για παράδειγμα, τα ποσοστά λοιμώξεων από τον HIV είναι σημαντικά υψηλότερα στους πρόσφυγες που διαμένουν τις τελευταίες δεκαετίες στην Ελλάδα συγκριτικά με εκείνα το συνολικού πληθυσμού (Τερζούδης, 2017). Μεγάλο τμήμα προσφύγων και μεταναστών παρουσιάζει αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης λόγω της αλλαγής κοινωνικού περιβάλλοντος και της πολιτισμικής διαφοράς μεταξύ της χώρας προέλευσης και της χώρας υποδοχής. Επίσης η υγεία ενός ποσοστού των προσφύγων επιβαρύνεται με ψυχικά νοσήματα εξαιτίας προσωπικών βιωμάτων πολέμου και βίαιων συγκρούσεων (Bucas ,Σούρτζη, Καλοκαιρινού, Βελονάκης, 2012) .

Η υγεία των προσφύγων κατά την είσοδό τους στη χώρα υποδοχής περνά από τρεις φάσεις. Η πρώτη φάση είναι εκείνη που παρουσιάζει το μεγαλύτερο υγειονομικό ενδιαφέρον, λόγω άγνοιας της φύσεως των ασθενειών που καταγράφει στο ιστορικό του ένας πρόσφυγας και του βασικού ερωτήματος για το αν κάποιος πάσχει από μεταδοτική νόσο και κατά πόσο σοβαρή είναι (Dr Gianfranco Constatzo, 2015). Ακολουθεί η μεταβατική, δεύτερη φάση που αναφέρεται σε πρόσφυγες από χώρες που βρίσκονται σε εμπόλεμη ζώνη και η διαμονή τους είναι προσωρινή καθώς μετά το πέρας αυτών θα επιστρέψουν εκεί. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι ενήλικοι ενσωματώνονται στο εργατικό δυναμικό θέλοντας να παρέχουν στα παιδιά τους μια καλή υγειονομική περίθαλψη αμελώντας συνήθως την δική τους υγεία. Η τρίτη χρόνια φάση αφορά όσους πρόσφυγες έχουν εγκατασταθεί πλέον μόνιμα σε μία χώρα και πάσχουν από χρόνιες παθήσεις (Γιατζίδης, 2016).

Οι δράσεις που πραγματοποιούνται στην Ελλάδα όσον αφορά στην υγεία των μεταναστών συγκροτούνται κυρίως από την Ύπατη Αρμοστεία. Καταβάλλει προσπάθειες για την βελτίωση της πρόσβασης των προσφύγων και των αιτούντων άσυλο στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε συνεργασία με το υπουργείο υγείας και το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. Ξεκίνησε επίσης την συνεργασία της με την εταιρία περιφερειακής ανάπτυξης και ψυχικής υγείας ενώ από το 2015 άρχισε να χρηματοδοτεί υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας με ψυχοκοινωνική υποστήριξη στη Λέσβο και τη Χίο. Ταυτόχρονα προγραμματίζονται εμβολιασμοί ενήλικων και παιδιών προσφύγων με τις ενημερωτικές δράσεις και εκστρατείες της ΚΕΕΛΠΝΟ να συνδράμουν σημαντικά (mediagon, 2017).

2.1.5 Ψυχική Υγεία και Υποστήριξη για Προσφυγές και Μετανάστες

Οι πρόσφυγες και μετανάστες που αντιμετωπίζουν διώξεις καλούνται να ανταπεξέλθουν σε πολλαπλές προσαρμογές εντός μικρών χρονικών διαστημάτων. Έτσι προϋπάρχοντα προβλήματα ψυχικής και κοινωνικής υγείας μπορεί να επιδεινωθούν. Φόβος, αγωνία, θυμός, θλίψη, υπερβολική χαρά κατά την άφιξη υπό το αίσθημα της σωτηρίας, προβλήματα ύπνου, επιάλτες καθώς και σωματική και νοητική δυσλειτουργία είναι μερικές μόνο αντιδράσεις που θεωρούνται αναμενόμενες έως φυσιολογικές. Αποτελούν φυσικούς τρόπους με τους οποίους το σώμα αντιδρά σε ψυχο-πιεστικούς παράγοντες. Όταν οι παράγοντες αυτοί επιμένουν και απειλούν την ευεξία του ατόμου τότε χρειάζεται βοήθεια. Για την παροχή ψυχοκοινωνικής στήριξης και την προστασία της ψυχικής υγείας των εν κινήσει προσφύγων στην Ευρώπη δεν υπάρχει ένα μοναδικό μοντέλο που να ακολουθείται. Έχοντας ως στόχο την καθοδήγηση και την αποτροπή πρόκλησης εκούσιας βλάβης έχουν υιοθετηθεί απ' όλους τους οργανισμούς κάποιες βασικές αρχές. Ως κατευθυντήρια γραμμή λειτουργεί ο σεβασμός και η αξιοπρέπεια που πρέπει να αναγνωρίζεται και για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες. Η ισότιμη αντιμετώπιση χωρίς διακρίσεις των παιδιών, των μειονοτήτων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες είναι υψίστης σημασίας. Σε κάθε περίπτωση η στήριξη που παρέχεται θα πρέπει να είναι τέτοια ώστε τα άτομα να μπορούν να επιλέγουν πως θα ήθελαν να ενεργήσουν διατηρώντας την αίσθηση του προσωπικού ελέγχου. Αυτό είναι απαιτούμενο για την καλύτερη ψυχοκοινωνική στήριξη αλλά είναι δύσκολο να επιτευχθεί όταν άτομα όπως οι πρόσφυγες δεν παραμένουν για πολύ καιρό σε ένα μέρος (Κιτσάρας & Μπάκα, 2013).

Όλοι όσοι συμμετέχουν στην υποστήριξη μεταναστών και προσφύγων θα πρέπει να γνωρίζουν πως να βοηθήσουν άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση δυσφορικού στρες, ανακουφίζοντάς τα. Εδώ εισάγεται ο όρος πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας, ένα σύνολο απλών κανόνων και τεχνικών που μπορούν να εφαρμοστούν από επαγγελματίες υγείας και μη όταν διατρέχουν καταστάσεις έντονης ψυχικής δυσφορίας. Η γνώση αυτών σε συνδυασμό με την καλλιέργειά των διαπροσωπικών δεξιοτήτων στις ανθρώπινες σχέσεις δημιουργούν ένα υπόβαθρο που οφείλουν να διαθέτουν όσοι συναναστρέφονται με τους πρόσφυγες και τους μετανάστες κατά την παροχή φροντίδας υγείας. Ψυχική δυσφορία εντείνεται σε μεγάλο βαθμό από την άγνοια των προσφύγων και των μεταναστών σχετικά με υπηρεσίες, δομές στήριξης, νομικά δικαιώματα και υποχρεώσεις. Οι παρέχοντες βοήθεια πρέπει να είναι σε θέση να δίνουν επαρκή στοιχεία και να παραπέμπουν τα άτομα όπου μπορούν να πάρουν πληροφορίες. Πρόσβαση σε υπηρεσίες πληροφορικής, τηλέφωνα, σημεία φόρτισης τηλεφώνων είναι ζωτικής σημασίας ώστε τα άτομα να βρίσκουν μόνα τους τις πληροφορίες που αναζητούν. Βασικό είναι

όλες οι πληροφορίες να διατυπώνονται απλοϊκά ως προς κάθε ηλικιακή ομάδα και μορφωτικό επίπεδο. Άτομα όπως οι πρόσφυγες και οι μετανάστες βιώνουν συχνά αλλαγές όσον αφορά τις συνήθειες ύπνου, την διατροφή τους ενώ παρουσιάζονται ευσυγκίνητοι και ευερέθιστοι. Ο καθησυχασμός τους γίνεται μέσω παροχής ψυχο-εκπαίδευσης για την κατάστασή τους και χρήση κατάλληλου λεξιλογίου. Φράσεις όπως «ψυχικό τραύμα ή ψυχική διαταραχή» θεωρούνται ανορθόδοξες για τον χαρακτηρισμό ενός κοινωνικού συνόλου ενώ γενικά προτιμάται η χρήση όσο το δυνατόν απλούστερου και όχι βαρύγδουπου λεξιλογίου (ΔΟΜ, 2015).

Δίνεται προτεραιότητα στην προστασία και ψυχοκοινωνική στήριξη των παιδιών, ειδικά παιδιών που έχουν χωριστεί από την οικογένειά τους, ασυνόδευτα παιδιά και παιδιά με ειδικές ανάγκες. Η ταυτοποίηση και η καταγραφή τους μπορεί να καταστήσει δυνατή την προστασία και να σώσει ζωές. Αυτή η στήριξη μαζί με διατροφική στήριξη, ασφαλή στέγαση, παιχνίδι, ξεκούραση και αρωγή για την πορεία της ζωής τους, βοηθά αισθητά στην επιβίωση τους (Έργο CONNECT, 2014).

Πρόσφυγες ή μετανάστες με σοβαρές ψυχικές διαταραχές παραπέμπονται σε κατάλληλες δευτεροβάθμιες υπηρεσίες όπου θα τους χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή από πιστοποιημένους ιατρούς. Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει άτομα με που βρίσκονται σε υποτροπή ή κρίση, άτομα με ψυχωτικά συμπτώματα, όσους εμφανίζουν υπολειτουργικότητα ή τάσεις αυτοτραυματισμού αλλά και χρήστες ουσιών. Όταν δεν είναι δυνατή η παραπομπή αλλά απαιτείτε άμεσα θεραπεία εξετάζεται η συνταγογράφηση φαρμάκων που είναι διαθέσιμα σε άλλες χώρες όπως εκείνα στη λίστα του Π.Ο.Υ. Γενικά χρησιμοποιούνται απλές ταξιδιωτικές κάρτες υγείας για να μπορούν οι πρόσφυγες και οι μετανάστες να έχουν μαζί τους τη φαρμακευτική αγωγή (Π.Ο.Υ, 2015).

Προτείνεται επίσης να μην άρχετε ψυχοθεραπεία όταν δεν μπορεί να συνεχιστεί εξαιτίας της μετακίνησης του ατόμου. Είναι πιθανό να προκληθεί ακούσια βλάβη βάζοντας το άτομο να εξιστορήσει βαριά ψυχικά βιώματα όταν πρόκειται να μην επαναληφθεί άλλη συνεδρία με τον θεράποντα ιατρό. Γενικά οι ψυχολογικές θεραπείες πολλαπλών συνεδριών πρέπει να εφαρμόζονται μόνο όταν κάποιος πρόσφυγας ή μετανάστης σταθεροποιήσει της διαβίωσή του.

Εξίσου σημαντική κρίνεται η παρακολούθηση και διαχείριση της ευεξίας του προσωπικού και των εθελοντών που παρέχουν βοήθεια στους πρόσφυγες. Τα άτομα αυτά εκτίθενται επανειλημμένα σε ιστορίες τρόμου και τραγωδίας ενώ σε συνδυασμό με το υψηλό φόρτο εργασίας τόσο η σωματική όσο και η ψυχική εξουθένωση είναι ενδεχόμενη συνέπεια. Οι

εργαζόμενοι θα πρέπει να επαγρυπνούνται για σημάδια κατάθλιψης, στρες στον εαυτό τους αλλά και τους συναδέλφους τους (ΙΔΡΥΜΑ ANTARES,2012).

2.1.6 Παράγοντες Νοσηρότητας για την Υγεία Προσφύγων και Μεταναστών

Οι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας αποτυπώνουν την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού των προσφύγων και των μεταναστών επιτρέποντας την κατανόηση των προβλημάτων και την αντιμετώπισή τους. Πρωταρχικός παράγοντας νοσηρότητας αποτελεί η στέγαση και οι περιβαλλοντικές συνθήκες. Οι πρόσφυγες διαμένουν συνήθως σε καταυλισμούς πρόχειρα σχεδιασμένους οι οποίοι στερούνται βασικών δομών και συνθηκών υγιεινής. Συνηθής είναι η δημιουργία εστιών μόλυνσης, η εξάπλωση παθογόνων μικροοργανισμών καθώς και η μετάδοση ζωνόσων. Την ίδια στιγμή ο συνωστισμός που επικρατεί δεν επιτρέπει την ύπαρξη ιδιωτικότητας γεγονός που όπως παρατηρήθηκε οδηγεί σε περιστατικά κρίσεων πανικού, βίαιης συμπεριφοράς και αυτοκτονικών τάσεων. Την μεγαλύτερη επίπτωση φαίνεται να αντιμετωπίζουν τα μικρά παιδιά, μεγαλώνοντας σε ένα ανθυγιεινό και βίαιο περιβάλλον. Δεν εκλείπουν ακόμη και τα περιστατικά βιασμού ανηλίκων σε τέτοιες δομές (Tabba et al, 2013).

Οι πρόσφυγες ως ιδιαίτερα ευάλωτη ομάδα βρίσκονται αντιμετώπι με προβλήματα σίτισης διότι μεταβάλλεται η συχνότητα και η ποιότητα των παρεχόμενων γευμάτων. Η κακή κατάσταση της διατροφής τους επιδεινώνεται εξαιτίας της κακής ποιότητας νερού που διαθέτουν, τόσο για άρδευση όσο και ύδρευση. Η πολιτισμική διατροφική μετάβαση που αναγκάζονται να ακολουθήσουν και το μηδενικό έως χαμηλό εισόδημα που διαθέτουν τους υποχρεώνει ουσιαστικά να στραφούν στην αγορά τροφίμων χαμηλής διατροφικής αξίας. Αυτό μπορεί να προκαλέσει είτε υποσιτισμό είτε παχυσαρκία εφόσον τα τρόφιμα αυτά είναι συνήθως υψηλής θερμιδικής αξίας σε κορεσμένα λιπαρά. Τα προσφυγόπουλα βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο καθώς η έλλειψη απαιτούμενης ενέργειας, ιχνοστοιχείων και πρωτεϊνών ενδέχεται να καθυστερήσει την σωματική αλλά και νοητική τους ανάπτυξη φτάνοντας μέχρι τον υποσιτισμό. Τα κυριότερα συστατικά που διαπιστώθηκε ότι στερούνται οι πρόσφυγες λόγω της πτωχής τους διαίτας και κατά μέσο όρο προκαλούν τις σοβαρότερες επιπτώσεις είναι ψευδάργυρος, σίδηρος, βιταμίνη Α,ιώδιο, ασβέστιο και βιταμίνη D (Dawson-Hahn, 2016).

Μια σειρά ερευνών, αναφορικά με τη συσχέτιση της ψυχικής επιβάρυνσης και την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων, κατατάσσει τους πρόσφυγες στην ομάδα υψηλού

κινδύνου, εμφανίζοντας υψηλότερα ποσοστά απ' ό τι ο γενικός πληθυσμός της χώρας υποδοχής. Οι διατροφικές αλλαγές των προσφύγων και η περιορισμένη φυσική άσκηση αυξάνουν την ευπάθεια τους στην παχυσαρκία, τον σακχαρώδη διαβήτη και τις καρδιακές νόσους. Ειδικότερα στην περίπτωση του σακχαρώδους διαβήτη ένα μεγάλο ποσοστό παραμένει αδιάγνωστο προκαλώντας μη αναστρέψιμες επιπλοκές (Beagle, 2014).

Το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο στο οποίο κατατάσσονται οι πρόσφυγες αποτελεί έναν εξίσου σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας. Είναι αποκλεισμένοι από υγιείς συμπεριφορές όπως το ασφαλές σεξ με τη χρήση προφύλαξης και αντισύλληψης, τη φροντίδα της προσωπικής υγιεινής ακόμη και με στοιχειώδη προϊόντα όπως το σαπούνι, τα καθαρά ρούχα και γενικότερα οτιδήποτε απαιτεί την εξοικονόμηση υλικών πόρων, δυσεύρετους για τους ίδιους. Η έλλειψη παιδείας όμως στο σύνολο του πληθυσμού των προσφύγων φαίνεται να αποτελεί την παράμετρο που επηρεάζει όλα τα παραπάνω. Εντός των πληθυσμών τους η έξαρση νοσημάτων όπως η φυματίωση και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα είναι αναπόφευκτη όταν ακόμη και ένας μικρός αριθμός ατόμων δεν συμμορφώνεται ούτε ακολουθεί τους κανόνες υγιεινής (WHO, 2007).

2.1.7 Προβλήματα πρόσβασης στην υγεία για πρόσφυγες και μετανάστες

Επιτακτική είναι η ανάγκη για περισσότερες πληροφορίες στους μετανάστες και τους πρόσφυγες σχετικά με το σύστημα υγείας της χώρας υποδοχής, τόσο σε προφορικό όσο και σε γραπτό επίπεδο, καθώς και το δικαίωμά τους στη φροντίδα υγείας (Mangrio, Forss 2017). Στην πρόσφατη μελέτη των Panagiotopoulos et al (2019) διαπιστώθηκε ότι μόλις το ένα τρίτο των συμμετεχόντων διέθετε καλή γνώση του συστήματος υγείας, ενώ το 70,2% δεν είχε καλή γνώση. Σημαντική επίδραση είχε ο παράγοντας εισόδημα με όσους είχαν καλύτερη οικονομική κατάσταση να είναι πιο ενημερωμένοι για το σύστημα υγείας. Επίσης καλύτερη γνώση του συστήματος είχαν οι συμμετέχοντες που ζούσαν περισσότερα χρόνια στη χώρα και μιλούσαν ελληνικά σε σχέση με όσους ζουν λιγότερα χρόνια. Όσον αφορά στο βαθμό ικανοποίησης από τη δημόσια υγεία, περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες δήλωσαν ικανοποίηση ενώ σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης, οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας δήλωσαν λιγότερο. Όμως και η διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα δίνει διαφορετική ερμηνεία στις ιατρικές παρεμβάσεις και μπορεί να επηρεάσει τα επίπεδα ικανοποίησης. Σε έρευνα που διεξάχθηκε σε νόμιμους μετανάστες με άδεια παραμονής στην Ελλάδα, διαπιστώθηκε ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους και ιδιαίτερα φύλο, κατανόηση ελληνικής γλώσσας και εκπαιδευτικό

προφίλ, συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό στο ποσοστό ικανοποίησης από το σύστημα υγείας (Vozikis, Siganou 2015). Για παράδειγμα, οι γυναίκες προτιμούν τις γυναίκες ιατρούς για γυναικολογικά ζητήματα. Από την άλλη, οι επαγγελματίες υγείας δεν διαθέτουν συχνά αυτές τις γνώσεις γεγονός που μπορεί να προκαλέσει υψηλά επίπεδα δυσαρέσκειας (Mohsin, 2017). Σημαντικό όμως εμπόδιο στην σχέση νοσηλευτών και μεταναστών και προσφύγων, αποτελεί η δυσκολία στην επικοινωνία. Η πρόσβαση και η ικανοποίηση από τη φροντίδα υγείας, υπονομεύεται, τόσο άμεσα όσο και μακροπρόθεσμα, από τις γλωσσικές διαφορές οι οποίες καθίστανται ως φραγμός (Kangetal, 2019).

Στην έρευνα των VanLoenenetal (2018) η οποία πραγματοποιήθηκε σε νεοαφηχθέντες πρόσφυγες και μετανάστες, όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν παύση στην συνέχεια της φροντίδας και εμπόδια στην πρόσβαση στη φροντίδα υγείας λόγω έλλειψης πληροφοριών, χρονικής πίεσης και γλωσσικών φραγμών. Διαπιστώθηκε από πολλές μελέτες ότι συνδέονται με χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης του ασθενούς και χειρότερη παροχή φροντίδας σε σύγκριση με τη φροντίδα που λαμβάνουν όσοι ασθενείς μιλούν τη γλώσσα του επαγγελματία υγείας (Music et al, 2016). Στρατηγική υπέρβασης των εμποδίων επικοινωνίας είναι η τοποθέτηση πολιτισμικών διαμεσολαβητών που συμβάλλουν στην αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών από το σύστημα υγείας καθώς διασφαλίζουν την καλή συνεννόηση με τους εκάστοτε επαγγελματίες υγείας (Mohsin, 2017).

Τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτισμικά εμπόδια μεταξύ των προσφύγων και μεταναστών που σχετίζονται με την πρόσβαση και την ικανοποίηση από την υγεία χρήζουν διαπολιτισμικής μεσολάβησης προκειμένου να γίνει αντιληπτή η διαφορετικότητά τους και να εξομαλυνθεί η συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας (Τζαβάρα & Παπαγεωργίου, 2019). Μελέτες δείχνουν πώς αν η σχέσεις μεταξύ των δύο παραπάνω είναι καλές, τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών αυξάνονται. Η ικανοποίηση σχετίζεται επίσης με την επάρκεια ή μη των επαγγελματιών υγείας, του υγειονομικού εξοπλισμού, την διαθεσιμότητα φαρμάκων, του υψηλού κόστους από έξοδα μετακίνησης και θεραπείας και την ποιότητα φροντίδας που προσφέρεται (Mohsin, 2017). Όταν η επικοινωνία ασθενούς και επαγγελματία υγείας είναι η βέλτιστη παρατηρείται μεγαλύτερη συμμόρφωση στα θεραπευτικά σχήματα και βελτίωση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Έτσι θα πρέπει το πλάνο φροντίδας να σχεδιάζεται με επίκεντρο τον ασθενή και τις ιδιαιτερότητες που διαθέτει όντας πρόσφυγας ή μετανάστης. Η συμμετοχή του στη λήψη κοινών αποφάσεων, η ικανότητα να κατανοεί τις γραπτές πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας του είναι μερικές μόνο παράμετροι για να απολαμβάνει μια αξιοπρεπή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Αποστολάρα, 2013).

Η ελλιπής ενημέρωση των κρατικών υπηρεσιών σχετικά με το νομικό καθεστώς και τα δικαιώματα επιμέρους κατηγοριών αλλοδαπών, όπως οι αιτούντες άσυλο ή οι πρόσφυγες αποτελεί συχνά σημαντικό εμπόδιο στην προσβασιμότητα τους σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Επίσης, οι μεγάλες καθυστερήσεις για την έκδοση ή ανανέωση αδειών παραμονής ή την έκδοση των ειδικών δελτίων του αιτούντος άσυλο αλλοδαπού, έχουν ως συνέπεια την παρεμπόδιση της πρόσβασης πολλών μεταναστών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας για ευρεία χρονικά διαστήματα. Άλλωστε την πρόσβαση στο σύστημα υγείας δυσχεραίνουν παράγοντες όπως η γραφειοκρατία, οι ατέρμονες λίστες αναμονής, οι ανεπαρκείς υποδομές και άλλα χρόνια προβλήματα του ελληνικού συστήματος υγείας που επηρεάζουν αρνητικά και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους μετανάστες και τους πρόσφυγες (European Commission, 2008).

Εμπόδια στην επικοινωνία, όπως η αντικειμενική δυσκολία επικοινωνίας των ασθενών με το ιατρικό προσωπικό λόγω της ελλιπούς γνώσης της ελληνικής γλώσσας αλλά και η ελλιπής ενημέρωση σχετικά με τη λειτουργία του συστήματος υγείας, επηρεάζουν την προσβασιμότητα των αλλοδαπών σε υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, η παντελής απουσία διερμηνέων στα δημόσια νοσοκομεία αλλά και στα κέντρα διοικητικής κράτησης και σε άλλες δομές που απευθύνονται σε μετανάστες περιορίζει τη δυνατότητα του ιατρικού προσωπικού να διασφαλίσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχει σε αλλοδαπούς (Levinson, 2005).

Η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού, τεχνογνωσίας και εξειδικευμένων δομών (π.χ. διερμηνέων, διαπολιτισμικών διαμεσολαβητών, ενημερωτικών φυλλαδίων σε γλώσσες διαφόρων εθνικοτήτων) έχει ως αποτέλεσμα την ελλιπή ενημέρωσή των μεταναστών, προσφύγων και αιτούντων άσυλο σχετικά με τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους και τις σχετικές διαδικασίες για τη διεκδίκηση δικαιωμάτων που απευθύνονται και σε αυτούς. Παράλληλα η απουσία εξειδικευμένου προσωπικού και δομών δεν διευκολύνει το διοικητικό και ιατρικό προσωπικό να ανταπεξέλθει στις ιδιαίτερες ανάγκες των αλλοδαπών ασθενών που προκύπτουν λόγω της γλώσσας, της διαφορετικής κουλτούρας αλλά και ψυχοκοινωνικών δεδομένων που τους χαρακτηρίζουν (Mirex, 2006).

Είναι γεγονός ότι οι μετανάστες και ιδιαίτερα οι πρόσφυγες είναι ευάλωτες ομάδες ψυχοκοινωνικά καθώς έρχονται αντιμέτωποι με τραυματικές εμπειρίες πριν αλλά και κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους και στη συνέχεια κατά τη βίαιη προσαρμογή τους σε ένα καινούριο περιβάλλον όπου αισθάνονται ξένοι. Έχουν επίσης να αντιμετωπίσουν την κοινωνική

απαξίωση, τη φτώχεια, ανασφάλεια και φόβο σχετικά με το καθεστώς παραμονής τους αλλά συχνά και ρατσιστικές συμπεριφορές.(Raptopoulou M., 2009).

Η διαφορετική πολιτισμική καταβολή και η άγνοια των λειτουργών υγείας για πολιτισμικές ιδιαιτερότητες του ασθενή (π.χ. άρνηση μίας μουσουλμάνας γυναίκας να εξετασθεί από άντρα γιατρό) μπορεί να περιορίσει την προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για θέματα ψυχικής υγείας. Τέλος, περιπτώσεις κακομεταχείρισης αλλοδαπών από γιατρούς και νοσοκομειακό προσωπικό είναι μάλλον σπάνια και μεμονωμένα περιστατικά.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαπίστωση ότι η εκτίμηση του αριθμού των εξυπηρετούμενων αλλοδαπών από το προσωπικό νοσοκομείου είναι σημαντικά υψηλότερή από την πραγματική καταμέτρηση. Σημαντικός είναι ο ρόλος υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων αλλά και μη κυβερνητικών οργανώσεων (ΜΚΟ) που παρέχουν δωρεάν πρωτοβάθμια υπηρεσίες υγείας και φαρμακευτική περίθαλψη σε μετανάστες που δεν έχουν πρόσβαση στο ΕΣΥ. Διευκολύνουν επίσης την πρόσβαση των εξυπηρετούμενων μεταναστών στα Νοσοκομεία για εξειδικευμένες εξετάσεις ή νοσηλεία μέσω της χρήσης ενός άτυπου δικτύου παραπομπών. Επιπλέον, η χρήση των επειγόντων περιστατικών δεν προσφέρει τη δυνατότητα παρακολούθησης των περιστατικών και δεν επιλύει το ζήτημα φαρμακευτικής κάλυψης ασθενών που αδυνατούν οικονομικά να ανταπεξέλθουν στο κόστος. Οι συνέπειες για τη δημόσια υγεία στην περίπτωση λοιμωδών νοσημάτων θα πρέπει σε αυτή την περίπτωση να συνεκτιμηθούν. Επίσης, είναι πιθανό οι άτυποι μετανάστες λόγω φόβου, επιφυλακτικότητας και ανασφάλειας να μην αναζητούν φροντίδα στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας παρά μόνο όταν η κατάσταση της υγείας τους χειροτερεύσει, οπότε και το κόστος περίθαλψης είναι τελικά υψηλότερο (BABEL, 2009).

Στην Ελλάδα ελάχιστα είναι τα παραδείγματα εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας που απευθύνονται σε μετανάστες και πρόσφυγες. Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν έχουν ενταχθεί ακόμη πρακτικές διαπολιτισμικής προσέγγισης και δεν παρέχονται πληροφορίες σε άλλες γλώσσες εκτός της Ελληνικής αλλά ούτε και η δυνατότητα διερμηνείας. Το κενό επιχειρούν να καλύψουν Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις που παρέχουν περίθαλψη και υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε μετανάστες χωρίς έγγραφα, πρόσφυγες και μειονότητες. Οι Γιατροί του Κόσμου, η PRAKSIS, το Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, και οι Γιατροί Χωρίς Σύνορα παρέχουν υπηρεσίες υγείας, συμβουλευτικής υγείας και πρόνοιας και υπηρεσίες ψυχολογικής στήριξης (Παπαδημητρίου,2008).

2.1.8 Εμβολιασμός και πρόσφυγες

Ο εμβολιασμός των προσφύγων και των μεταναστών, ιδίως των παιδιών, αποτελεί το κύριο μέτρο πρόληψης εξάρσεων που πιθανότατα να προκληθούν εξαιτίας της μετακίνησης των παραπάνω από χώρες με διαφορετικό επιδημιολογικό φορτίο. Στους χώρους φιλοξενίας προσφύγων το υπουργείο υγείας εφαρμόζει πρόγραμμα εμβολιασμού με εμβόλια προτεραιότητας. Τα εμβόλια αυτά για τα παιδιά που διαμένουν μόνιμα σε χώρους φιλοξενίας έχουν οριστεί έγκυρα από την εθνική επιτροπή εμβολιασμών. Το εφαρμοσμένο πρόγραμμά εμβολιασμού αφορά δέκα νοσήματα. Εμβόλιο MMR για ερυθρά, ιλαρά και παρωτίδα σε παιδιά 12 έως 15 μηνών. Σε παιδιά 2 έως 5 μηνών με τη μορφή εξαδύναμου εμβολίου για διφθερίτιδα, τέτανο, κοκίτη, πολιομυελίτιδα αλλά και αιμόφιλο ινφλουέντσα τύπου b και ηπατίτιδα B. Περιλαμβάνεται επίσης και ένα συνδεδεμένο εμβόλιο για λοίμωξη από πνευμονόκοκκο στα παιδιά ίδιας ηλικίας. Η εφαρμογή του εμβολιαστικού προγράμματος στον χώρο φιλοξενίας αποτελεί προϋπόθεση για τη συμμετοχή των παιδιών προσφύγων στο εκπαιδευτικό σύστημα των σχολείων. Έτσι έχει σημασία και ο εμβολιασμός βρεφών και παιδιών προσχολικής ηλικίας γιατί συμβάλλει στην προστασία όλων των παιδιών του κέντρου φιλοξενίας. Ο εμβολιασμός που πραγματοποιείται προστίθεται συμπληρωματικά σε εκείνων που έχει γίνει στην χώρα προέλευσης, οποίος σύμφωνα με στοιχεία του παγκόσμιου οργανισμού υγείας υπολογίζεται σε μέτριο έως σχετικά καλό επίπεδο (περίπου 60%). Ωστόσο εάν ένα παιδί δεν διαθέτει κάποιο έγκυρο έγγραφο που να αποδεικνύει τον εμβολιασμό αντιμετωπίζεται ως ανεμβολίαστο και η διαδικασία ξεκινά από την αρχή. Το Νοέμβριο του 2016 ολοκληρώθηκε ο πρώτος κύκλος εμβολιασμών με τη στήριξη της UNICEF η οποία είχε δωρίσει στο υπουργείο υγείας 62.000 εμβόλια για παιδιά προσφύγων και μεταναστών. Ένα ακόμη πρόγραμμα για την υγειονομική φροντίδα και περίθαλψη των προσφύγων που επιβλέπει τους εμβολιασμούς προέρχεται από το κέντρο ελέγχου και πρόληψη νοσημάτων ΚΕΕΛΠΝΟ. Ο φορέας αυτός είναι αρμόδιος για το σύστημα συνδρομικής -επιδημιολογικής επιτήρησης στα κέντρα φιλοξενίας προσφύγων και μεταναστών καθώς και για δράσεις και εκστρατείες.

Ορισμένοι γονείς προσφυγόπουλων εμφανίζουν σκεπτικισμό έως αρνητισμό για τα εμβόλια των παιδιών. Πάρα τα επιστημονικά δεδομένα που δεν τεκμηριώνουν τους ισχυρισμούς που κυκλοφορούν περί επικείμενων βλαβών, πολλοί είναι εκείνοι που εμμένουν σε τέτοιες απόψεις και δεν προβαίνουν στον εμβολιασμό ακόμη και όταν τους παρέχεται. Μια άλλη μερίδα ατόμων, μη διαθέτοντας την κατάλληλη παιδεία και ενημέρωση, αμελούν την συμμετοχή των παιδιών τους στα εμβολιαστικά προγράμματα. Η αδιαφορία ή έλλειψη προσοχής προς την υγεία των παιδιών αποτελούν έναν ακόμη λόγο για τον οποίο τα παιδιά

προσφύγων και μεταναστών δεν υπόκεινται στα απαραίτητα εμβόλια. Συχνή είναι και η αντίληψη περί ανοσίας της αγέλης σύμφωνα με την όποια όταν το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού έχει εμβολιαστεί, οι υπόλοιποι που εξαιρούνται δεν κινδυνεύουν. Η άποψη αυτή ωστόσο λειτουργεί αντίστροφα και επιφυλάσσει κινδύνους. Πρέπει να καθίσταται σαφές τα εμβόλια του εθνικού προγράμματος εμβολιασμού της χώρας είναι ασφαλή και απαραίτητα για τα παιδιά (ΕΟΔΥ, 2017).

Οι εθνικές αρχές είναι υπεύθυνες για την ανταπόκριση στη δημόσια υγεία και τις προσπάθειες εμβολιασμού covid-19. Εκείνες συντονίζουν την παράδοση και την χορήγηση εμβολίων στους πρόσφυγες, υπό την υποστήριξη διεθνών οργανισμών αλλά και πολιτών. Η Έπατη αρμοστέια καλεί όλες τις χώρες να συμπεριλάβουν τους πρόσφυγες στα προγράμματα εμβολιασμού τους προκειμένου να περιοριστεί η πανδημία. Ο αποκλεισμός προσφύγων και άλλων αποκλεισμένων ή μη υπηκόων, ενέχει τον κίνδυνο συνεχιζόμενης μετάδοσης μεταξύ αυτών των ομάδων με διαρροές στον γενικό πληθυσμό. Παράλληλα ο εμβολιασμός των προσφύγων θα διευκολύνει την πρόσβασή τους σε όλους τους κοινωνικούς τομείς όπως εργασία και εκπαίδευση. Δεν θα ήταν ρεαλιστικό να επιτευχθεί ο εμβολιασμός της πλειονότητας των προσφύγων αρκεί όμως η απαρχή με όσους από αυτούς συμπεριλαμβάνονται σε ομάδες υψηλού κινδύνου (UNHCR,2021).

2.1.9 Προτάσεις -Λύσεις

Σύμφωνα με τα διεθνή δεδομένα θα πρέπει να λαμβάνονται μέτρα ελέγχου για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες σχετικά με τις βασικότερες λοιμώξεις που εμφανίζονται σε αυτούς τους πληθυσμούς. Πρόκειται για τη φυματίωση, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (HIV/AIDS), τις ιογενείς ηπατίτιδες, την ελονοσία και τη λύσσα. Οργάνωση δραστηριοτήτων όπως εκπαίδευση νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών μέσω e-learning θα συμβάλλει στην επίτευξη πολιτισμικής επάρκειας και στην αξιολόγηση αναγκών αυτών των ευαίσθητων πληθυσμιακών ομάδων ως το κυριότερο βήμα. Κατά αυτό τον τρόπο θα προαχθεί η επικοινωνία με την αξιοποίηση ανθρωπίνου δυναμικού ακόμη και μεταφραστών. Λόγω των ειδικών συνθηκών που διατρέχουν οι πρόσφυγες και οι μετανάστες στόχος των κρατών φιλοξενίας θα ωφελούσε να αποτελέσει η πρόληψη έναντι της αντιμετώπισης σε θέματα υγείας. Προγράμματα ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης σε τοπικό επίπεδο κοινωνιών καθώς και ενίσχυση της πρωτοβάθμιας υγείας κρίνονται ιδιαίτερα αποδοτικά. Αντίστοιχα, σχεδιασμός και

οργάνωση προγραμμάτων για την άμεση ενημέρωση των προσφύγων και μάλιστα στη μητρική τους γλώσσα μπορεί να αποτελέσει αποτελεσματική μέθοδο για την εκμάθηση στοιχειωδών κανόνων ατομικής υγιεινής, ανοσοποίησης αλλά και υιοθέτησης νέων συνηθειών (Πασσά Ξ., 2008).

Οι κρατικές αρχές οφείλουν επίσης, κατά την είσοδό τους στη χώρα, να τους ενημερώνουν για την διακίνησή τους εντός του ελληνικού συστήματος υγείας. Οι πρόσφυγες και οι μετανάστες θα πρέπει να έχουν πλήρη γνώση όσον αφορά στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, τα δικαιώματά τους και τις υποχρεώσεις τους. Σε περιπτώσεις που ξεσπούν πανδημίες ή επιδημίες εντός των προσφυγικών κοινοτήτων οι νοσηλευτές και γενικότερα οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να ενημερώνονται σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης μέσω ενημερωτικών δελτίων με τις απαραίτητες ειδοποιήσεις. Κρίνεται έτσι αναγκαία η δημιουργία επίσημων ιστοσελίδων ενημέρωσης. Ειδικότερα, εκεί θα συλλέγονται και θα αναλύονται πληροφορίες για την υγεία τους, θα ανιχνεύονται τάσεις με σκοπό την πρόληψη, θα προβλέπονται πιθανές επιπτώσεις, θα προτείνονται ενδεχόμενες αλλαγές σε επίπεδο προσέγγισης των προσφύγων αλλά και των μεταναστών ενώ θα σχεδιάζονται πλάνα φροντίδας και θα οργανώνονται ποικίλες δράσεις. Εξίσου σημαντική κρίνεται και η ευαισθητοποίηση του γενικότερου πληθυσμού. Στις ελληνικές κοινωνίες που καλούνται να ενσωματώσουν στο εσωτερικό τους τα νέα αυτά μέλη αποδίδεται ένα μεγάλο μερίδιο ευθύνης. Για τον λόγο αυτό πρέπει να προετοιμαστούν κατάλληλα ώστε η έκβαση στην νέα πραγματικότητα να γίνει όσο το δυνατόν πιο ομαλά. Για την ενημέρωσή τους η προβολή εκστρατειών μέσω Μ.Μ.Ε και μέσων μαζικής δικτύωσης θεωρείται ένας εύκολος και αποτελεσματικός τρόπος. Σε αυτές τις περιπτώσεις απαιτείται η συνεργασία ποικίλων υπηρεσιών παροχής φροντίδας και κατ' επέκταση περαιτέρω εκπαίδευση των νοσηλευτών των υπηρεσιών υγείας υποδοχής. Οι διασυνδέσεις όλων των αρμόδιων φορέων σε τέτοια περιστατικά είναι που θα διασφαλίσουν το καλό της δημόσιας υγείας (ENNE 2015).

2.2 ΡΟΜΑ

2.2.1 Ρομά

Οι Ρομά είναι μια από μεγαλύτερες μειονοτικές ομάδες της Ευρώπης με ιδιαίτερα γλωσσικά και θρησκευτικά χαρακτηριστικά και ξεχωριστό τρόπο ζωής, που συνθέτουν μία σπουδαία

πολιτιστική κληρονομιά. Οι όροι Ρομά ή Ρομ χρησιμοποιούνται ευρύτερα προκειμένου να υποδηλώσουν εκείνες τις εθνοτικές ομάδες με διαφορετικές γλωσσικές διαλέκτους, αλλά και πολιτιστικό και ιστορικό υπόβαθρο στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης και όσες βρίσκονται πέρα από την Ανατολική Ευρώπη. Είναι γνωστοί και ως τσιγγάνοι ή αθίγγανοι ή κατσίβελοι ή γύφτοι ωστόσο πολλοί Ρομά στην Ευρώπη θεωρούν τον όρο «τσιγγάνος» και «γύφτος» προσβλητικό (McFadden et al. 2018, Λυδάκη 1998, Liegeois & Gheorghe 1995). Πρόκειται για ένα περιπλανώμενο λαό που έφτασε στα Βαλκάνια κατά τον Μεσαίωνα και στη συνέχεια επεκτάθηκε στην υπόλοιπη Ευρώπη. Η μετανάστευσή τους προς τα δυτικά ξεκίνησε μεταξύ του 6ου και του 10ου αιώνα με ομάδες Ρομά να εγκαθίστανται στους δρόμους, μέχρι την άφιξη τους στην Ευρώπη τον 12ο αιώνα. Σύμφωνα με γλωσσικές και γενετικές έρευνες προκύπτει πως οι Ρομά προέρχονται από την Ινδία. Βάσει αναλύσεων που έχουν γίνει στο γονιδίωμα ομάδων Ρομά από όλη την Ευρώπη, η διασπορά τους οφείλεται σε έναν αρχικό πληθυσμό που προήλθε πριν από 1,5 χιλιάδες χρόνια από τη βόρεια και βορειοδυτική Ινδία. Παρά την διαρκή έκθεση τους σε ποικίλες πιέσεις, επιδράσεις και αντίξοες συνθήκες με τις οποίες ήρθαν αντιμέτωποι, κατάφεραν να επιβιώσουν και να προσαρμοστούν, διατηρώντας τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους. (Tombat & van Dij 2020, Fraser 1998).

2.2.2 Κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά

Εκτιμήσεις δείχνουν ότι ο πληθυσμός του νομαδικού λαού των Ρομά ανέρχεται στα 10-12 εκατομμύρια ανθρώπων στην Ευρώπη από τα οποία περίπου 6-7 εκατομμύρια ζουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Στην Ελλάδα, αν και ο πληθυσμός τους δεν προσδιορίζεται με ακρίβεια, φαίνεται να είναι περίπου 175.000. Παρόλο που οι Ρομά κατοικούν εδώ και πολλούς αιώνες σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, εξακολουθούν να βρίσκονται σε μειονεκτική θέση σε σχέση με τους υπόλοιπους πληθυσμούς. Ένα μεγάλο ποσοστό τους υποφέρει από σκληρές συνθήκες διαβίωσης καθώς αντιμετωπίζει καθημερινά την φτώχεια και τον αποκλεισμό. Κυρίως στη Νότια και Ανατολική Ευρώπη θεωρείται η πιο μειονεκτική ομάδα, αφού ταλαιπωρείται από προβλήματα που αφορούν στην υγεία, την αγορά κατοικιών, στην εργασία και στην εκπαίδευση. Σε διεθνές και εθνικό επίπεδο, μελέτες έχουν δείξει ότι συχνά ακολουθούν έναν πιο ανθυγιεινό τρόπο ζωής και η κατάσταση της υγείας τους είναι σε χαμηλότερα επίπεδα από τους υπόλοιπους ανθρώπους. Στοιχεία δείχνουν ότι οι Ρομά ακολουθούν σε χαμηλό βαθμό τους κανόνες υγιεινής, παρουσιάζουν υψηλό κίνδυνο ασθενειών, βιώνουν την ανεργία και έχουν χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης. Συνήθως ζουν σε υποβαθμισμένες περιοχές και βρίσκουν εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσιών υγείας.

Στην Ελλάδα οι Ρομά είναι συγκεντρωμένοι ως επί το πλείστον στη Θράκη-Ανατολική Μακεδονία, στη Θεσσαλία, στη Δυτική Ελλάδα και Κεντρική Μακεδονία. Οι περισσότεροι βρίσκονται στο περιθώριο, κατοικώντας στα περίχωρα ελληνικών πόλεων, ενώ πολύ λίγοι έχουν αφήσει τον παραδοσιακό τρόπο ζωής τους και έχουν ενταχθεί στην ελληνική κοινωνία. Αναφορικά με την υγεία, έρευνες έχουν δείξει πως οι Ρομά εμφανίζουν υψηλότερο επιπολασμό σε μεταδοτικές ασθένειες, που υπό κανονικές συνθήκες θα μπορούσαν να προληφθούν, όπως HAV / HBV, αλλά και υψηλά επίπεδα σε ψυχιατρικές ασθένειες. Επίσης, παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας και πασχόντων από χρόνιες ασθένειες, ενώ το προσδόκιμο ζωής τους είναι πολύ μικρότερο από τον υπόλοιπο ευρωπαϊκό πληθυσμό, πράγμα που οφείλεται στις κακές συνθήκες κάτω από τις οποίες καλούνται να επιβιώσουν (Pappa et al 2015).

Όσον αφορά στα προβλήματα στην εύρεση εργασίας, η έρευνες έχουν δείξει Ρομά είναι πιθανόν να βρεθούν σε κατάσταση φτώχειας, που σχετίζεται με το χαμηλό μορφωτικό τους επίπεδο. Το ίδιο φαινόμενο επικρατεί και στους περισσότερους Ρομά που κατοικούν σε ευρωπαϊκές χώρες. Αρκετοί μάλιστα, προκειμένου να αποφύγουν τις θεσμικές διακρίσεις και τον κοινωνικό αποκλεισμό, αποκρύπτουν την εθνοτική τους ταυτότητα. Το κυριότερο ζήτημα που τους καθιστά σε τόσο μειονεκτική θέση αποδίδεται στην μειωμένη συμμετοχή και επιτυχία στην εκπαίδευση, αλλά και στη δια βίου μάθηση, με ένα μεγάλο μέρος τους να είναι αναλφάβητοι. Το χαμηλό αυτό επίπεδο μειώνει τις πιθανότητες για μελλοντική απασχόληση και επαρκές εισόδημα, όπως και για καλύτερες συνθήκες στέγασης και επομένως μία σχετικά καλή κατάσταση της υγείας τους. Με τη σειρά της η κοινωνική και οικονομική θέση των Ρομά σε συνδυασμό με τον ρατσισμό με τον οποίο αντιμετωπίζονται, στέκονται εμπόδιο στην ισορροπία μεταξύ των παραδοσιακών στρατηγικών που ακολουθούν και στην τυπική εκπαίδευση. (Forray & Óhidý 2020, Αλεξοπούλου & Πεντέρη 2016, Μάρκου 2008)

2.2.3 Πεποιθήσεις των Ρομά σε σχέση με την υγεία

Οι Ρομά δεν γνωρίζουν επιστημονικά την λειτουργία του ανθρώπινου σώματος. Παρόλη την σπουδαία πολιτισμική τους διάκριση και την γνώση των μητρικών γλωσσών της χώρας που διαμένουν, εντούτοις διατηρούν τις δικές τους πεποιθήσεις για την υγεία. Θεωρούν ότι οι γιατροί είναι εφοδιασμένοι με ειδικές γνώσεις για τις ασθένειες και για τις θεραπείες τους καθώς και κατάλληλες τεχνικές, χωρίς όμως να έχουν όλοι τις ίδιες ικανότητες. Σπουδαίος ιατρός, πιστεύουν ότι είναι ο γιατρός που θεραπεύει, ενώ κάποιος γιατρός του οποίου οι ιατρικές και φαρμακευτικές οδηγίες δεν θεραπεύουν, θεωρείται κακός. Σύμφωνα με την κουλτούρα τους, ο κάθε άνθρωπος είναι υγιής έως ότου η κατάσταση του να μην του επιτρέπει

να φέρει εις πέρας τις καθημερινές του δραστηριότητες. Για την ακρίβεια, υγιή άνθρωπο θεωρούν κάποιον που χαρακτηρίζεται από απουσία νόσου, πόνου και ανικανότητας και αρκετοί θεωρούν ένδειξη καλής υγείας την ικανότητα προς εργασία και την μακροζωία. Δηλαδή, εξαιτίας της άγνοιας των συμπτωμάτων των νόσων αλλά και της αναμονής μέχρι την πλήρη επιδείνωση της κατάστασης, είναι πιθανόν να μην επιδέχεται πλέον κάποια θεραπεία. Μέσα από έρευνες γίνεται αντιληπτό ότι μόνο σε επείγουσες καταστάσεις, όπως σε συμπτώματα πολύ υψηλού πυρετού και διάρροιας θα ζητήσουν ιατρική φροντίδα. Έτσι οι επαγγελματίες υγείας έρχονται σε πολύ δύσκολη θέση. Συνεπώς οι Ρομά έχουν αυξημένη νοσηρότητα, πόσο μάλλον αν δεν αναζητηθεί θεραπεία σε πρώιμα στάδια της ασθένειας, που η κατάσταση είναι ακόμη αναστρέψιμη. (Κοτρώτσιου & Σκεντέρης 2014). Ακόμη, συνήθως ο συγγενικός τους κύκλος συγκεντρώνεται γύρω από την κλίνη του άρρωστου συγγενή τους και αυτό συμβαίνει διότι αντιμετωπίζουν την νόσο ως κοινωνικό ζήτημα. Στο νοσοκομείο, συναντάται τουλάχιστον μια οικογένεια έξω από το δωμάτιο του ασθενή. (Lehti & Mattson 2001)

Όπως έχει αποδειχθεί υπάρχουν τέσσερα στοιχεία που προκύπτουν από τις πεποιθήσεις των Ρομά. Αρχικά, κύριο πρόβλημα είναι οι συχνές μετακινήσεις. Αρκετοί από αυτούς, αν και το φαινόμενο αυτό έχει εξασθενήσει σε σχέση με το παρελθόν, ανήκουν παραδοσιακά σε διαρκώς μετακινούμενες κοινότητες. Επιπλέον έχουν αρκετά χαμηλές προσδοκίες υγείας, τόσο από την αίσθηση ρατσισμού στο πρόσωπο τους, όσο και από ιστορικό περιστατικών που δεν είχε την έκβαση που επιθυμούσαν. Σημαντική είναι ακόμη η επιθυμία που έχουν για διατήρηση του ελέγχου των πραγμάτων, κάτι που πολλές φορές στέκεται εμπόδιο στην δράση των επαγγελματιών υγείας. Όλες αυτές οι πεποιθήσεις, καθώς και η διαφορετική αντίληψη που έχουν για τη ζωή, είναι αντίθετες με την γενικότερη στάση των υπολοίπων ανθρώπων απέναντι στην ασθένεια και στην αναζήτηση βοήθειας και θεραπείας. Συγκεκριμένα, ως προς τις πεποιθήσεις τους για την ζωή, οι Ρομά είναι μοιρολάτρες. Θεωρούν πως όλα είναι προκαθορισμένα να γίνουν από τη μοίρα, πως η κακή υγεία είναι κάτι αναμενόμενο και φυσιολογικό με τις δεδομένες συνθήκες που ζουν, ενώ παράλληλα έχουν έντονο φόβο για τον θάνατο. Σε μία έρευνα που έγινε στους Τσιγγάνους της Θεσσαλίας για τα θέματα υγείας, προέκυψε ότι οι συντριπτική πλειονότητα τους ζούσε σε παράγκες και σκηνές. Ωστόσο, υπήρχε και ένα μικρότερο ποσοστό που ζούσε σε μονοκατοικίες και τροχόσπιτα. Η διατροφή τους διαφέρει σημαντικά από τη μεσογειακή διατροφή και πιο συγκεκριμένα οι άντρες καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ σε καθημερινή βάση, ενώ τουλάχιστον οι μισοί δηλώνουν καπνιστές.

Η οικογένεια των Ρομά έχει κατά κύριο λόγο πατριαρχική βάση. Ο άνδρας κατέχει μια πολύ ισχυρή θέση στην οικογένεια, ιδίως ο πιο ηλικιωμένος. Χάρη σε αυτό πολύ δύσκολα θα βρεθεί κάποιος ηλικιωμένος σε οίκο ευγηρίας ή νοσοκομείο, εκτός αν πρόκειται για κάτι εξαιρετικά επείγον. Ειδικότερα, ο πατριαρχικός αυτός ρόλος των ανδρών Ρομά, μαζί με τις βεντέτες και τις απόψεις τους για την τιμή της οικογένειας, συχνά τους φορτίζει με έντονο στρες. Μια τέτοια θεώρηση του ανδρικού φύλου ως κυρίαρχου, συμβάλει σημαντικά στο χαμηλό επίπεδο υγείας, καθώς συνοδεύεται από χαρακτηριστικά όπως η επιθετικότητα, η σκληρότητα, η έλλειψη ευαισθησιών και η ανταγωνιστικότητα. Αυτό το μοντέλο, συνδυάζεται με πρακτικές και αντιλήψεις, όπως για παράδειγμα την επίδειξη μυϊκής δύναμης, την παραβίαση κανόνων ασφαλείας, την παράβλεψη του πόνου και την περιφρόνηση στην αναζήτηση βοήθειας. Όλα αυτά, είναι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά το επίπεδο υγείας τους. Η γυναίκα Ρομά θεωρητικά έχει έναν πιο υποβαθμισμένο ρόλο, ωστόσο είναι εκείνη που αναλαμβάνει την διοίκηση του σπιτιού και έχει λόγο ακόμη και στα οικονομικά και επαγγελματικά ζητήματα της οικογένειας. Παρέχει όλη τη δυνατή φροντίδα στην οικογένεια, γι' αυτό και την σέβονται. Η ίδια για να εργαστεί, θα πρέπει να έχει λάβει απαραίτητα την συγκατάθεση του συζύγου ή του πατέρα της και θα πρέπει επίσης να συντρέχει σημαντικός λόγος για αυτό. Σύμφωνα με τις αντιλήψεις τους, μία γυναίκα είναι «μολυσμένη» από τη μέση και κάτω και «καθαρή» από τη μέση και πάνω, διότι το κάτω μέρος σχετίζεται με την έμμηνο ρύση, γεγονός που οδηγεί στον αποκλεισμό και το αίσθημα της ντροπής. Θεωρούν ότι από τη στιγμή που δεν υπάρχει κάποιο τραύμα, η αιμορραγία αυτή αποδεικνύει την σωματική ακαθαρσία. Όλες αυτές οι πεποιθήσεις, καθώς και οι διαφορετική αντίληψη για τη ζωή, είναι φανερό ότι έρχονται σε αντίθεση με την γενικότερη στάση των ανθρώπων απέναντι στην ασθένεια και στην αναζήτηση βοήθειας και θεραπείας. (Κοτρώτσιου & Σκεντέρης 2014, Vorvolakos et al 2012, European Communities-European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia 2003)

2.2.4 Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία (HRQL) των Ρομά

Σε μία κατανομή της HRQL που έγινε πριν από κάποια χρόνια για τις συνθήκες στέγασης και τις κοινωνικές και δημογραφικές συνθήκες, εμφανίζονται σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους Ρομά. Φαίνεται ότι το επίπεδο επηρεάζεται σημαντικά ανάλογα το φύλο, την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση. Έτσι, ένα καλύτερο επίπεδο ποιότητας ζωής έδειχναν τα ποσοστά των ανδρών, των νεαρών και των παντρεμένων και χαμηλότερα ήταν των γυναικών,

των ηλικιωμένων και άγαμων Ρομά. Ακόμα, η σταθερή στέγαση φαίνεται να αυξάνει το επίπεδο υγείας για τα δικά τους δεδομένα. Πολλές οικογένειες δεν έχουν πρόσβαση σε βασικές ανέσεις όπως πόσιμο νερό, ηλεκτρικό ρεύμα, μπάνιο σε εσωτερικό χώρο, που είναι κάποιοι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την υγεία, ενώ ορισμένοι, που ασχολούνται με την εποχιακή εργασία, μετακινούνται συχνά από περιοχή σε περιοχή. Το επίπεδο εκπαίδευσης είναι και αυτό καθοριστικός παράγοντας στο επίπεδο υγείας, καθώς οι αναλφάβητοι παρατηρείται ότι έχουν χειρότερη υγεία από τους Ρομά με κάποιας μορφής εκπαίδευση. Η φτώχεια που βιώνουν οι οικογένειες των Ρομά είναι ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια για να προχωρήσουν τα παιδιά στη σχολική φοίτηση, αφού από πολύ μικρά υποχρεώνονται να δουλέψουν με σκοπό την αύξηση του οικογενειακού τους εισοδήματος. Τέλος, οι μολυσματικές και χρόνιες ασθένειες αδιαμφισβήτητα συσχετίζονται με το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο των Ρομά, καθώς και με τον κοινωνικό αποκλεισμό τους (Anthonj et al 2020, Pappa et al 2015).

2.2.5 Κατάσταση υγείας των Ρομά στην Ελλάδα

Το προσδόκιμο ζωής των Ρομά στην Ελλάδα, σύμφωνα με σχετικές εκτιμήσεις, είναι αρκετά χαμηλό σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, γεγονός που αποδίδεται στις γενικότερες περιβαλλοντικές συνθήκες κάτω από τις οποίες ζουν. Οι Ρομά ηλικίας άνω των 50 ετών θεωρούνται ηλικιωμένοι. Το χαμηλό αυτό προσδόκιμο οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στις διάφορες ασθένειες και προβλήματα υγείας που πλήττουν το πληθυσμό των Ρομά, αλλά και στα αυξημένα περιστατικά βρεφικής θνησιμότητας. (Kozubik et al. 2019, European Commission 2014) Μάλιστα οι Ρομά έχουν πολύ χαμηλότερη αυτό-βαθμολογημένη υγεία και υψηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας από τον γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε διάφορες χώρες, μεταξύ των οποίων και στην Ελλάδα, το ποσοστό για κακή αυτό-βαθμολογημένη κατάσταση της υγείας τους ήταν διπλάσια από αυτά των μη Ρομά. Οι Ρομά είναι πολύ πιο πιθανό να έχουν αίσθηση απειλής της υγείας τους λόγω των συνθηκών διαβίωσης τους, ενώ είναι πολύ πιο πιθανό να πάσχουν από τουλάχιστον μια χρόνια πάθηση σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Cook et al 2013). Όσον αφορά στο δείκτη «Υγιεινός τρόπος ζωής», είναι φανερό ότι υπάρχουν εμπόδια στην πρόσβαση των Ρομά στις υπηρεσίες υγείας. Οι περισσότεροι Ρομά επισκέπτονται συνήθως κάποιον γιατρό με σκοπό τη διάγνωση ή/ και τη θεραπεία. Ένα ποσοστό περίπου 5%, που είναι σαφώς υψηλότερο από το ποσοστό ολόκληρου του πληθυσμού των Ρομά στην Ευρώπη (2,4%), δεν έχει πραγματοποιήσει ποτέ επίσκεψη στον γιατρό. Το μισό του πληθυσμού των Ελλήνων Ρομά συναντά κάποιον γιατρό μία φορά τον μήνα και το υπόλοιπο ποσοστό μία φορά τον χρόνο. Αναφορικά με τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης, εμφανίζονται αρκετά μεγάλα ποσοστά χρήσης τους σε παιδιά, έφηβους και άτομα άνω των 45 ετών. Πιθανολογείται πως αυτό συμβαίνει λόγω της δωρεάν παροχής των

υπηρεσιών αυτών. Οι περισσότεροι κατοικούν σε περιοχές με μεγαλύτερη πυκνότητα πληθυσμού σε σύγκριση με τον εθνικό μέσο όρο. Σύμφωνα με τον περιβαλλοντικό και κοινωνικοοικονομικό δείκτη, τα στοιχεία δείχνουν ο πληθυσμός τους είναι φτωχότερος από τον γενικό πληθυσμό. Υπάρχουν βέβαια και εξαιρέσεις που βρίσκονται σε πολύ καλή οικονομική κατάσταση, αν και τα στοιχεία δείχνουν ότι οι Ρομά επηρεάζονται περισσότερο από τις μεταβολές της οικονομίας από τους μη Ρομά. (European Commission 2014)

2.2.6 Ρομά και μεταδοτικές ασθένειες

Βασικό πρόβλημα στην κατάσταση της υγείας των Ρομά, όπως προαναφέρθηκε, είναι οι κακές συνθήκες διαβίωσης. Σε συνδυασμό με την ελλιπή ενημέρωση για θέματα υγείας, αλλά και τα χαμηλά ποσοστά λήψης μέτρων πρόληψης, εκ των οποίων μία απ τις σημαντικότερες μορφές είναι ο εμβολιασμός, οι Ρομά κινδυνεύουν από αρκετές μεταδοτικές ασθένειες. Μέσα από διάφορες έρευνες που έχουν γίνει σε Ρομά ευρωπαϊκών χωρών, φαίνεται ότι δεν έχουν πολύ μεγαλύτερο επιπολασμό στις μεταδοτικές ασθένειες από τους μη Ρομά ανθρώπους. Οι έρευνες αφορούσαν μολύνσεις όπως χλαμύδια, κοκκώδη εχινόκοκκο, τοξόπλασμα αλλά και τους ιούς HIV και HBV. Εντούτοις, σε γενικές γραμμές τα ποσοστά μεταδοτικών ασθενειών στους Ρομά είναι υψηλά και είναι πολύ πιο πιθανό να υποφέρουν από τις επιπτώσεις της μόλυνσης, καθώς και από ταχύτερη εξέλιξη τους νόσου, εξαιτίας των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν στην υγειονομική περίθαλψη. Αδιαμφισβήτητο αυτό είναι απόρροια του συνωστισμού που επικρατεί στα σπίτια τους, της έλλειψης καθαρού νερού, της κακής υγιεινής, των σεξουαλικών συμπεριφορών τους γενικότερα και της έκθεσης τους σε χώρους με απορρίμματα και ζώα. Έτσι, μεγάλος είναι ο αριθμός των κρουσμάτων νόσων στους Ρομά απόφυματίωση, ηπατίτιδα, ιλαρά και κάποιες δερματικές παθήσεις, εξαιτίας της φτώχειας και των άσχημων συνθηκών διαβίωσης. Ακόμη, οι Ρομά και ειδικότερα τα παιδιά των Ρομά, έχει παρατηρηθεί ότι έχουν υψηλό επιπολασμό σε παράσιτα, όπως τα μικροσπορίδια και η τοξοκάρα, που είναι πολύ επικίνδυνα για τη ζωή του ανθρώπου. Οι περισσότερες από αυτές τις ασθένειες συνδέονται άμεσα με την φτώχεια, όμως ενδέχεται να προκαλέσουν σοβαρή νοσηρότητα, αν δεν αναζητηθεί θεραπεία έγκαιρα. Σύμφωνα με στοιχεία του Ελληνικού Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, σε έκθεση του 2013 βρήκε τον υψηλότερο επιπολασμό ηπατίτιδας Α (HAV) σε καταυλισμούς Ρομά των περιοχών της βόρειας Ελλάδας και τα περιστατικά συνέχιζαν να εμφανίζονται και τα επόμενα χρόνια. Η μόλυνση από ηπατίτιδα Α μπορεί να προληφθεί μέσα από τον εμβολιασμό. Τέλος, μερικές μελέτες δείχνουν ότι οι Ρομά εμφανίζουν

υψηλά ποσοστά σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών, όπως για παράδειγμα της σύφιλης και της γονόρροιας, που ο επιπολασμός τους ξεπερνούσε κατά πολύ τα εθνικά επίπεδα. Σχετικά με τον ιό HIV στους Ρομά, τα στοιχεία δείχνουν ότι διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο μόλυνσης από τον ιό και η αναζήτηση και λήψη αντιρετροϊκής θεραπείας είναι ακόμα πιο σπάνια σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Στην μόλυνση από HIV φαίνεται να συμβάλλουν και συμπεριφορές που τους θέτουν σε μεγαλύτερο κίνδυνο, όπως για παράδειγμα η ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών ουσιών. Βέβαια, στην μετάδοση του ιού HIV, όπως και των περισσότερων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, τα ευρήματα υποδηλώνουν πολύ περιορισμένη γνώση των παραγόντων κινδύνου και των σεξουαλικών συμπεριφορών υψηλού κινδύνου, ιδιαίτερα των ανδρών Ρομά. Είναι βέβαιο ότι η χαμηλή κάλυψη ανοσοποίησης των Ρομά και των παιδιών τους, σε συνδυασμό με τις συνήθειες τους, τους καθιστά πιο ευάλωτους σε αυτές τις λοιμώξεις (Tombat & van Dij 2020, Cook et al 2013, Alexiadou 2018, Parekh & Rose 2011).

2.2.7 Μη μεταδοτικές ασθένειες και χρόνιες ασθένειες

Τα τελευταία χρόνια έχουν προκύψει σημαντικές εξελίξεις μέσα από έρευνες σχετικά με την υγεία των Ρομά, διευρύνοντας το επίκεντρο ενδιαφέροντος και στις μη μεταδοτικές και χρόνιες ασθένειες. Όπως και στην περίπτωση των μεταδοτικών ασθενειών, έτσι και εδώ σχετικές μελέτες φανερώνουν ότι τα ποσοστά επιπολασμού για χρόνιες ασθένειες των Ρομά και μη Ρομά δεν έχουν μεγάλες διαφορές. Παρόλα αυτά, ευρήματα του UNDP (United Nations Development Program) δείχνουν ότι οι Ρομά μεγαλύτερης ηλικίας (65 και άνω) παρουσιάζουν μια μεγάλη αύξηση σε χρόνιες ασθένειες. Μάλιστα, στην Ελλάδα ο επιπολασμός των χρόνιων ασθενειών είναι υψηλότερος σε Ρομά χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου. Σε άτομα ηλικιών 35 και άνω παρατηρήθηκε αυξημένος αριθμός σε ασθένειες και προβλήματα υγείας όπως η χοληστερόλη, η κατάθλιψη, ημικρανίες και πονοκέφαλοι, παχυσαρκία και νεφρική νόσος. Οι Ρομά έχει αποδειχθεί ότι έχουν 2,4 φορές υψηλότερη πιθανότητα εμφάνισης νεφρικής νόσου σε τελικό στάδιο σε σχέση με κάποιον μη Ρομά (Kolvek et al 2018, European Commission 2014, Carrasco-Garrido et al. 2011).

Ο καρκίνος για τους Ρομά θεωρείται αιτία θανάτου τόσο για τους μεγαλύτερους, όσο και για τους νεότερους. Κάτι τέτοιο δεν συμβαδίζει με την πραγματικότητα, καθώς το 1% των ανθρώπων που πεθαίνουν από καρκίνο στον γενικό πληθυσμό, είναι ηλικίας 19 ετών και κάτω (Kozubik et al. 2019)

Η κατάθλιψη, αν και δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για τον επιπολασμό της στις κοινότητες των Ρομά, φαίνεται να είναι αρκετά συχνό φαινόμενο, κυρίως στις γυναίκες, γεγονός που μπορεί να αποδοθεί στις πολλές υποχρεώσεις που καλούνται να διεκπεραιώσουν καθημερινά, χωρίς την ανάλογη αναγνώριση. Δεν έχουν τόσο ισχυρή θέση στην κοινωνία, όσο οι άντρες, παρόλη την μεγάλη τους συμβολή στις οικογενειακές ανάγκες και αυτό ίσως τις κάνει να έχουν ένα αίσθημα κατωτερότητας και να ακολουθούν μία πιο υποτακτική συμπεριφορά στην κοινωνία τους. Πολλές από αυτές έχει διαπιστωθεί ότι παρουσιάζουν συμπτώματα όπως πόνο ανά τακτά χρονικά διαστήματα, πονοκεφάλους και κατάθλιψη για τα οποία χρειάζονται άμεση βοήθεια και θεραπεία (Κοτρώτσιου & Σκεντέρης 2014, Vorvolakos et al. 2012).

Παράλληλα, οι δυσμενείς οικονομικές συνθήκες κάτω από τις οποίες καλούνται να ζήσουν αρκετοί Ρομά, έχει συχνά ως επακόλουθα την κακή ή ελλιπή διατροφή, που επηρεάζουν δραματικά την υγεία του ανθρώπου. Κάτι ανάλογο συμβαίνει και με τις συνθήκες στέγασης, καθώς συνήθως ζουν σε μέρη με υγρασία και χωρίς θέρμανση. Οι διατροφικές τους συνήθειες συχνά ευθύνονται για ασθένειες, όπως η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, αλλά και οι χρόνιες καρδιακές παθήσεις. Από την άλλη, οι ακατάλληλες συνθήκες στέγασης μπορεί να δημιουργούν προβλήματα του αναπνευστικού συστήματος (πχ. βρογχίτιδα, άσθμα) ή παθήσεις του μυοσκελετικού (πχ. ρευματοειδής αρθρίτιδα). Πληθώρα στοιχείων από έρευνες σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες αποδεικνύουν ότι οι περισσότεροι Ρομά πάσχουν από υπέρταση, παχυσαρκία, βρογχίτιδα, πνευμονία και άλλα μακροχρόνια προβλήματα υγείας, ενώ κινδυνεύουν να εμφανίσουν διαβήτη τύπου II, πρόωρο έμφραγμα του μυοκαρδίου και διάφορες καρδιαγγειακές νόσους (European Commission 2014)

2.2.8 Αναπαραγωγική υγεία γυναικών Ρομά

Οι γυναίκες Ρομά παραδοσιακά βρίσκουν συντρόφους σε πολύ νεαρή ηλικία και ξεκινούν αρκετά νωρίς τη σεξουαλικές σχέσεις. Η συνθήκη αυτή φαίνεται να οδηγεί σε αρκετά χαμηλή μέση ηλικία κατά την πρώτη τους εγκυμοσύνη. Κάτι τέτοιο μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα πρόωρες γεννήσεις, αμβλώσεις και αποβολές εμβρύων ή ακόμα και υψηλές πιθανότητες βρεφικής θνησιμότητας. Από ευρήματα μελετών που σχετίζονται με την αναπαραγωγική υγεία των γυναικών Ρομά, γίνεται αντιληπτό ότι έχουν υψηλότερα ποσοστά τεχνητών αμβλώσεων ή αυθόρμητων διακοπών εγκυμοσύνης σε σύγκριση με τις μη Ρομά γυναίκες (Šuríponá et al 2020). Παράλληλα με τους κινδύνους του πρόωρου τοκετού, τα μωρά των Ρομά συνήθως έχουν αρκετά χαμηλό βάρος γέννησης (LBW). Σε αυτό φαίνεται να συμβάλλουν κάποιοι κοινωνικοί

παράγοντες, καθώς και ο γενικότερος τρόπος ζωής τους. Μερικοί από αυτούς είναι η φτώχεια, τα χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης των μητέρων, το άγχος, το κάπνισμα και το αλκοόλ. Το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων Ρομά φαίνεται να μη σταματά το κάπνισμα και την χρήση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ πολλές από αυτές είναι εξαιρετικά λιποβαρείς. Τα χαρακτηριστικά αυτά συνδέονται με αυξημένες πιθανότητες για πρόωρους τοκετούς, χαμηλό βάρος γεννήσεων, αλλά και αποβολές εμβρύων. Ακόμα, φαίνεται πως οι έγκυες Ρομά εμφανίζουν ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης τουλάχιστον δυο φορές συχνότερα σε σύγκριση με κάποια μη Ρομά έγκυο, που ευθύνεται για πρόωρους τοκετούς (Balazs et al 2012). Φυσικά, όλα τα παραπάνω είναι βέβαιο ότι σχετίζονται με τα υψηλά ποσοστά προγεννητικής και βρεφικής θνησιμότητας. Η χαμηλή προγεννητική διατροφή των μητέρων σε συνάρτηση με τις συνήθειες που διατηρούν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, συνδέεται με τα περιστατικά αποβολών και βρεφικής θνησιμότητας. Τα ποσοστά θηλασμού βρίσκονται σε αρκετά χαμηλά επίπεδα και σύμφωνα με μία μελέτη μόνο το 3% των μητέρων Ρομά αποφασίζουν να θηλάσουν μετά την γέννηση το μωρό τους (Cook et al 2013). Η αρνητική έκβαση της εγκυμοσύνης τους φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά και από την σωματική καταπόνηση και εργασία, καθώς από την διάνυση μεγάλων αποστάσεων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, που συνήθως είναι αναπόφευκτές δεδομένων των συνθηκών διαβίωσης τους. Επιπλέον, η μειωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και οι περιορισμένες ανέσεις τους συμβάλλουν σε πληθώρα προβλημάτων κατά το διάστημα αυτό. Φυσικά, η πορεία της εγκυμοσύνης υποβοηθείται από τα προγεννητικά συμβουλευτικά προγράμματα φροντίδας, που παρέχουν χρήσιμες συμβουλές και οδηγίες στις εγκυμονούσες, τα οποία οι γυναίκες Ρομά δεν παρακολουθούν ιδιαίτερα. Σίγουρα και μετά τη γέννηση, η παραμονή των βρεφών σε ένα μολυσματικό και ακατάλληλο περιβάλλον μακριά από την απαραίτητη υγειονομική βοήθεια, δημιουργεί ένα κλίμα υψηλού κινδύνου για τη ζωή τους (Šurínová et al 2020).

2.2.9 Παιδιά και έφηβοι Ρομά

Τα παιδιά των Ρομά βρίσκονται σε ιδιαίτερα ευάλωτη θέση, καθώς μεγαλώνουν σε ακατάλληλες συνθήκες διαβίωσης και είναι πιθανότερο να κινδυνεύσουν από κάποια ασθένεια σε σύγκριση με τα μη Ρομά παιδιά. Δυστυχώς δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα για την νοσηρότητα των παιδιών Ρομά, γεγονός που υποδεικνύει την ανάγκη για περισσότερη έρευνα σχετικά με τα προβλήματα υγείας του πληθυσμού αυτού. Παρόλα αυτά, δεδομένα από υπάρχουσες μελέτες αποκαλύπτουν πως η εμφάνιση βρογχίτιδας, πνευμονίας, μέσης ωτίτιδας, γρίπης, ιογενούς ασθένειας και εντερικών λοιμώξεων είναι σαφώς συχνότερη σε ένα παιδί Ρομά σε σχέση με κάποιο άλλο παιδί στις ηλικίες 0-2 ετών. Ειδικότερα, για τη μέση ωτίτιδα,

μία από τις πιο κοινές λοιμώξεις σε μικρά παιδιά, αναφέρεται υψηλότερη νοσηρότητα σε παιδιά Ρομά από ότι σε μη Ρομά. Αυτό μπορεί είναι αποτέλεσμα των χαμηλών ποσοστών πρόσληψης βιταμίνης A και C, του μεγάλο αριθμό παιδιών στο σπίτι, των συνθηκών διαβίωσης και της φροντίδας σε εξωτερικούς χώρους αλλά και του μητρικού καπνίσματος. Οι ασθένειες, όπως η βρογχίτιδα και η πνευμονία, φαίνεται να σχετίζονται περισσότερο με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο που χαρακτηρίζει τις περισσότερες μητέρες των παιδιών Ρομά. Επιπλέον οι συνήθειες των μητέρων Ρομά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπως το κάπνισμα, φαίνεται να σχετίζονται με μειωμένες συγκεντρώσεις φολικού οξέως στο αίμα. Οι έγκυες Ρομά δεν καταναλώνουν συχνά συμπληρώματα διατροφής και οι συγκεντρώσεις ρετινόλης, β-καροτίνης και άλλων στοιχείων στο πλάσμα τους είναι αρκετά χαμηλές, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη του ανοσοποιητικού συστήματος των παιδιών τους αρνητικά. Επιπλέον, τα παιδιά Ρομά κινδυνεύουν από αλλεργίες και αναπνευστικά συμπτώματα, όπως βρογχικό άσθμα, αλλεργική ρινίτιδα και ατοπικό έκζεμα. Κάτι τέτοιο αποδίδεται σε έναν βαθμό στις ακατάλληλες συνθήκες στέγασης που διαμένουν τα παιδιά (Dostal et al. 2010). Ευρήματα μελετών για τα παιδιά Ρομά διαπιστώνουν υψηλά ποσοστά διάρροιας, οξείας αναπνευστικής νόσο και αναπνευστικών δυσκολιών σε ηλικίες 0-5 ετών, ενώ στην Ελλάδα ειδικότερα, φαίνεται σημαντικά μειωμένη λειτουργία των πνευμόνων στους νέους Ρομά ηλικίας 5-14 ετών. Σημαντικό ρόλο στην κατάσταση της υγείας των παιδιών Ρομά λαμβάνουν και οι συνήθειες που υιοθετούν τα ίδια τα παιδιά. Οι έφηβοι Ρομά και των δυο φύλων έχουν μια σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα έναρξης του καπνίσματος σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, ενώ τα αγόρια φαίνεται να είναι πιο επιρρεπή στην κατανάλωση αλκοόλ. Σαφώς, οι Ρομά δοκιμάζουν το κάπνισμα και το αλκοόλ αρκετά νωρίτερα από τον γενικό πληθυσμό, αρχικά περιστασιακά (από 11 ετών). Συνήθειες όπως το κάπνισμα συσχετίζονται έντονα με τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων των νέων, εξαιτίας των ποσοστών περιβαλλοντικής έκθεσης στον καπνό που είναι πολύ αυξημένα (Dostal et al. 2010). Είναι βέβαιο, ότι οι Ρομά έχουν μειωμένα ποσοστά σωματικής δραστηριότητας και λιγότερα κίνητρα από το οικογενειακό περιβάλλον για δραστηριότητες άσκησης. Μάλιστα, τα παιδιά που ζουν σε φτωχότερους οικισμούς, ακολουθούν σε μεγάλο βαθμό μία ανθυγιεινή διατροφή με μεγάλη κατανάλωση γλυκών και αναψυκτικών και χαμηλή κατανάλωση θρεπτικών τροφίμων, όπως φρούτα. Παρόλα αυτά αρκετά ευρήματα αποκαλύπτουν υψηλά ποσοστά λιποβαρών παιδιών σε σύγκριση με τους μη Ρομά και υπάρχει μεγάλη ανησυχία σχετικά με τον υποσιτισμό και την χαμηλή μάζα σώματος στους νέους Ρομά. Επιπλέον η αυτό-βαθμολογούμενη υγεία των παιδιών τους είναι σε σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα από τον γενικό πληθυσμό. Τέλος, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων Ρομά φαίνεται να έχει συνέπειες και στην χρήση ναρκωτικών ουσιών,

καθώς οι περισσότεροι από αυτούς δεν έχουν τις απαραίτητες γνώσεις για την πρόληψη των εθισμών, ώστε να ενημερώσουν και να προστατεύσουν τα παιδιά τους. Σε κοινότητες των Ρομά που οι πωλήσεις ναρκωτικών είναι συχνές, υπάρχει υψηλότερος κίνδυνος χρήσης ναρκωτικών από παιδιά. Όσοι από αυτούς παρακολουθούν μαθήματα σε σχολεία, αν και πληροφορούνται τόσο για τις συνέπειες της χρήσης ναρκωτικών ουσιών, όσο και γενικότερα για κινδύνους υγείας, δεν δίνουν ιδιαίτερη προσοχή, αφού επηρεάζονται από το οικογενειακό περιβάλλον και τον τρόπο ζωής των γονέων τους (Sárnágy et al. 2019, Cook et al. 2013).

2.2.10. Ρομά και πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας

Στην πραγματικότητα, οι Ρομά που πάσχουν από ασθένειες και απειλούνται από πολλά προβλήματα υγείας, αποτελούν ένα μεγαλύτερο ποσοστό από αυτό που μπορεί να καταγραφεί, καθώς δεν απευθύνονται όλοι τους στις υπηρεσίες υγείας, αγνοούν τα συμπτώματα ή αδιαφορούν για αυτά και δεν συμμετέχουν σε προγράμματα για την πρόληψη νόσων. Τα εμπόδια στην πρόσβαση των Ρομά στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι συνδεδεμένα με παράγοντες που συμβάλουν και στον κοινωνικό αποκλεισμό τους. Οι βασικότεροι από αυτούς είναι αποδεδειγμένα το γλωσσικό και μαθησιακό επίπεδο, η έλλειψη γνώσεων για τα βασικά προβλήματα υγείας που υπάρχουν και για τα διαθέσιμα συστήματα υγείας, η νομαδική κινητικότητα τους και η απόσταση, οι αρνητικές διακρίσεις από τους επαγγελματίες υγείας και η έλλειψη εμπιστοσύνης σε αυτούς. Σε αυτά μπορεί να προστεθεί και έλλειψη ταυτότητας και ασφάλισης, αλλά τουλάχιστον για τα ελληνικά δεδομένα αυτό δεν αποτελεί πρόβλημα, σύμφωνα με τον σχετικό νόμο που δίνει το **δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής φροντίδας στους ανασφάλιστους και στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες** (European Commission 2014). Σαφώς, το Ελληνικό Κράτος έχει θεσπίσει πολλά νομοθετήματα προκειμένου να διευκολύνει την πρόσβαση των Ρομά στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Από το 2002 έως τα τέλη του 2013, δημιουργήθηκαν κάποια κέντρα σε εγκεκριμένους οικισμούς Ρομά, κυρίως γύρω από πόλεις όπως η Αθήνα, στα οποία παρέχονταν βασικές υπηρεσίες υγείας, συμβουλευτικές κατευθύνσεις και ψυχολογική υποστήριξη, εμβολιασμός παιδιών και ενημέρωση σχετικά με θέματα υγείας. Το 2016 το κράτος αποφάσισε να αποκαταστήσει αυτά τα κέντρα, ωστόσο στο επίπεδο της πρακτικής λειτουργίας δεν υπήρξε μεγάλη εξέλιξη. Κάτι τέτοιο είναι συνήθως αποτέλεσμα της έλλειψης του προαπαιτούμενου σχεδιασμού, αφού δεν υπάρχει κατάλληλη υποδομή πρωτοβάθμιας υγειονομικής κοινοτικής περίθαλψης. Επιπλέον η ανάπτυξη επιδημιών, όπως

για παράδειγμα η μόλυνση μεγάλου μέρους του πληθυσμού των Ρομά από ηπατίτιδα Α, αποδεικνύει την κακή εφαρμογή των απαραίτητων προληπτικών προγραμμάτων. Από τον Ιούνιο του 2016 με τον νόμο για την δωρεάν πρόσβαση ευάλωτων πληθυσμών στις δημόσιες υπηρεσίες, που αναφέρθηκε παραπάνω, οι ανασφάλιστοι και οι ευάλωτοι πληθυσμοί δικαιούνται πρόσβαση ακριβώς στις ίδιες δημόσιες δομές παροχής υγείας με τους ασφαλισμένους. Συνεπώς, μερικές από τις δωρεάν παροχές στις οποίες έχουν πρόσβαση οι Ρομά, είναι η δωρεάν πρόσβαση σε πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες δημόσιες δομές υγείας, δομές απεξάρτησης, πανεπιστημιακά νοσοκομεία και μονάδες ψυχικής υγείας. Είναι καλυμμένοι οικονομικά ως προς το σύνολο των νοσηλευτικών και διαγνωστικών πράξεων, των προγραμματισμένων χειρουργείων και έχουν δωρεάν οδοντιατρική περίθαλψη. Ακόμη έχουν δωρεάν παροχές μαιευτικής περίθαλψης και τοκετών και δικαιούνται χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής από τα ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία (Υπουργείο Υγείας 2016). Επομένως, πολλά από τα προβλήματα σχετικά με την πρόσβαση στη δημόσια υγειονομική περίθαλψη που συναντούσαν οι Ρομά στο παρελθόν, τουλάχιστον όσον αφορά στο νομικό μέρος, επιλύθηκαν. Ωστόσο, ακόμη υπάρχουν πολλά εμπόδια με τα οποία οι Ρομά έρχονται αντιμέτωποι, κυρίως σε σχέση με το πρακτικό μέρος. Οι Ρομά που ζουν σε αρκετά απομακρυσμένες και πολλές φορές φτωχές περιοχές, δυσκολεύονται και ως προς τη φυσική τους προσβασιμότητα. Σίγουρα η απουσία οικονομικών και βολικών μεταφορών σε συνδυασμό με την απόσταση και το χρόνο ταξιδιού που την συνοδεύει, είναι ανασταλτικοί παράγοντες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Το ελληνικό κράτος, αν και έχει αναλάβει στο παρελθόν δραστηριότητες με σκοπό την βελτίωση της προσβασιμότητας των Ρομά στις υγειονομικές υπηρεσίες, δεν τις έχει ολοκληρώσει με επιτυχία και δεν έχει φτάσει στο επιθυμητό αποτέλεσμα. Αδιαμφισβήτητα, οι Ρομά που ζουν σε απομακρυσμένες και μη ανεπτυγμένες περιοχές (44,4%), διατρέχουν σε μεγάλο βαθμό τον κίνδυνο μη έγκαιρης πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, κυρίως εξαιτίας της έλλειψης της απαραίτητης υποδομής υγείας σε αυτές τις περιοχές.

Άλλο ένα εμπόδιο στην πρόσβαση των Ρομά στο υπηρεσίες του συστήματος υγείας, είναι το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης τους και ο αναλφαβητισμός. Τα γλωσσικά αυτά εμπόδια μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την δυσκολία κατανόησης πληροφοριών που σχετίζονται με την υγεία. Πράγματι, μελέτες δείχνουν την ύπαρξη δυσκολιών κατανόησης σε ζητήματα που σχετίζονται με τις σεξουαλικές και αναπαραγωγικές υπηρεσίες, με την ψυχική υγεία, αλλά και με την οδοντιατρική. Επιπλέον συχνά συναντάται ανεπάρκεια στις λειτουργικές γνώσεις και έλλειψη κατανόησης των ιατρικών όρων, κάτι που δυσκολεύει ακόμα περισσότερο την κατάσταση, καθώς πολλοί Ρομά δεν είναι σε θέση να διαβάσουν γραπτές ιατρικές οδηγίες και

οδηγίες χρήσης των φαρμάκων, αλλά και γενικές πληροφορίες για την προώθηση της υγείας και τα προγραμματισμένα ραντεβού. (McFadden et al 2018, Parekh & Rose 2011). Ακόμα, οι επαγγελματίες υγείας από την πλευρά τους, αναφέρουν πως συναντούν συχνά εμπόδια κατανόησης και η επικοινωνία τους με τους Ρομά είναι συνήθως κακή. Βέβαια, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των Ρομά σε συνάθροιση με τις πεποιθήσεις τους σε σχέση με την υγεία, που αποτελούν ήδη ένα μεγάλο «εμπόδιο», δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο την πρόσβαση τους στο σύστημα υγείας. Έχουν τελείως διαφορετικούς κοινωνικούς κανόνες και πεποιθήσεις για την υγεία από τους υπόλοιπους ανθρώπους. Τέτοια παραδείγματα είναι η μοιρολατρική τους νοοτροπία ή οι δικές τους αντιλήψεις για την καθαρότητα του ανθρώπινου σώματος. Άλλωστε, αρκετοί προτιμούν να περιποιούνται μόνοι τους τα διάφορα θέματα υγείας που προκύπτουν, μέσα από δικές τους παραδοσιακές θεραπευτικές μεθόδους ή μάγια. Οι μέθοδοι αυτοθεραπείας χρησιμοποιούνται συχνά για την καταπολέμηση του πόνου και αποφεύγεται η επίσκεψη στον γιατρό, εκτός και αν πρόκειται για αφόρητο πόνο ή πυρετό. Αυτό, έχει ως αποτέλεσμα την καθυστερημένη διάγνωση από το ιατρικό προσωπικό και την δυσκολία αντιμετώπισης και θεραπείας των προβλημάτων, ιδίως όταν πρόκειται για προχωρημένα στάδια νόσων. (Jarcuska et al 2013, Rechel et al. 2009).

Το σημαντικότερο θέμα που προκαλεί ανησυχία είναι οι αρνητικές στάσεις, οι προκαταλήψεις και οι συνεχείς διακρίσεις προς τους Ρομά στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης. Παρόλη την ύπαρξη σχετικής νομοθεσίας από το Κράτος για το συγκεκριμένο ζήτημα και την δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης σε δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για τις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες, παρατηρούνται διακρίσεις ως προς την ποιότητα περίθαλψης των υπηρεσιών προς τους Ρομά σε σύγκριση με τους μη Ρομά (Alexiadou 2018). Οι Ρομά αναφέρουν ως παράδειγμα διάκρισης τον διαχωρισμό. Συχνό φαινόμενο είναι η έλλειψη διεξοδικής εξέτασης και η χαμηλή ποιότητα φροντίδας ανάμεσα σε διαφορετικά τμήματα. Φαίνεται να δέχονται διαχωρισμό ως προς τα δωμάτια, το φαγητό και τις παροχές υγιεινής και φροντίδας του σώματος. Επιπλέον, πιθανόν λόγω αρνητικών φυλετικών στερεοτύπων για τις γυναίκες Ρομά, παρατηρούνται διαχωρισμοί και στις πτέρυγες μητρότητας. Πολλοί Ρομά συχνά αναφέρουν περιστατικά εχθρικών, ανυπόφορων και καταχρηστικών στάσεων από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας και των ρεσεψιονίστ. Συγκεκριμένα, υπάρχει συχνά κακή επικοινωνία μεταξύ προσωπικού και Ρομά, καθώς παρατηρείται πως δεν αφιερώνεται στους Ρομά ο αντίστοιχος χρόνος για εξηγήσεις στις διαγνώσεις και στις θεραπείες, αντίστοιχα με το χρόνο που δίνεται στους μη Ρομά. Επίσης, υπάρχουν αρκετές δυσκολίες στους χρόνους αναμονής για θεραπείες, αλλά και στα ραντεβού. Τα παραπάνω συνδέονται με την έλλειψη πολιτιστικής κατανόησης και ευαισθητοποίησης σε

σχέση με τις ανάγκες των Ρομά και μιας διαπολιτισμικής εκπαίδευσης του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης (McFadden et al 2018).

Σε γειτονικές χώρες (Βουλγαρία, Βόρεια Μακεδονία) έχουν αναφερθεί περιστατικά άρνησης παροχής εξέτασης σε Ρομά και διακρίσεις στην σειρά προτεραιότητας, παρά τον χρόνο αναμονής τους. Κάποιες από τις αναφορές σχετίζονταν με εντάσεις που προκαλούνται μεταξύ προσωπικού και Ρομά, σχετικά με τη σημασία της οικογένειας και ειδικότερα με τον αριθμό των συνοδών και επισκεπτών των Ρομά που λαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη. Άλλες αναφορές σχετίζονταν με πιο ρητές φυλετικές διακρίσεις, που είχαν να κάνουν με τον αριθμό των παιδιών που γεννά μια γυναίκα Ρομά και με προσβλητικά σχόλια εις βάρος των μητέρων Ρομά γύρω από αυτό το θέμα. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες Ρομά κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού σε ορισμένες περιπτώσεις υφίστανται κακοποίηση και διακρίσεις από τους επαγγελματίες υγείας πολύ πιο εύκολα. Επίσης, πολλοί Ρομά αναφέρουν ελλιπή ενημέρωση για θέματα Σεξουαλικής και Αναπαραγωγικής Υγείας. Σύμφωνα με σχετικές έρευνες, αρκετοί Ρομά δεν γνωρίζουν την σημασία των υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού για την πρόληψη σεξουαλικών μεταδιδόμενων λοιμώξεων, μέσω της χρήσης προφυλακτικού, αλλά και για την πρόληψη ανεπιθύμητων ή υψηλού κινδύνου εγκυμοσύνων και των αποβολών που μπορεί να συνεπάγονται (Logar et al. 2015, Colombini et al. 2011). Βέβαια ορισμένοι Ρομά έχουν προκατειλημμένη αρνητική άποψη για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και έλλειψη εμπιστοσύνης, που βασίζεται σε προηγούμενες κακές εμπειρίες από επίσκεψη σε γιατρό των ίδιων ή συγγενικών τους προσώπων. Άλλοι, αρνούνται ακόμα και τους εμβολιασμούς, εξαιτίας του φόβου και της δυσπιστίας. Πολύ συχνά συναντάται στους Ρομά ο φόβος των ανοσοποιήσεων. Η στάση αυτή, πιθανόν απορρέει από τις μετέπειτα αντιδράσεις του οργανισμού που ακολουθούν φυσιολογικά κάποιους εμβολιασμούς και έχουν παρουσιαστεί σε παλαιότερες ανοσοποιήσεις στα παιδιά τους ή σε συγγενικά τους πρόσωπα. Έτσι, λόγω παλαιότερων περιστατικών εχθρικής ή και αγενούς στάσης γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού προς ασθενείς Ρομά, προκύπτει μια γενικότερη απροθυμία να επισκεφτούν ξανά κάποιον γιατρό, αλλά και φόβο ή δυσπιστία στην περίπτωση που τελικά τον επισκεφτούν. (Stojanovski et al. 2012, Jarcuska et al 2013, Rechel et al. 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΑΣΤΕΓΟΙ

3.1.1 Άστεγοι-Ορισμός

Η διατύπωση ενός καθολικού ορισμού για την έλλειψη στέγης και κατά επέκταση του άστεγου, είναι ένα άλυτο πρόβλημα. Μέχρι και σήμερα δεν υπάρχει διεθνής συμφωνία με αποτέλεσμα την ύπαρξη διαφορετικών ορισμών ανά χώρα. Ωστόσο, η δημιουργία αξιόπιστων στατιστικών και δημογραφικών στοιχείων με σκοπό τη μελέτη και κατά συνέπεια την εξάλειψη του φαινομένου, προϋποθέτει ένα κοινά αποδεκτό ορισμό (Amore, Baker & Howden-Charman, 2011).

Σε αυτή την προσπάθεια, το 2005 η Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Εθνικών Οργανώσεων που συνεργάζεται με τους άστεγους «FEANSTA» δημιούργησε την τυπολογία ETHOS. Σκοπός αυτής ήταν η έκδοση μιας κοινής εννοιολογικής γλώσσας μεταξύ των χωρών, ώστε να διευκολυνθούν οι πολιτικές εξάλειψης του φαινομένου.

Η τυπολογία ETHOS αναλύει την έννοια της στέγης και κατηγοριοποιεί καταστάσεις έλλειψης της ή αποκλεισμού. Σύμφωνα με αυτή, η έννοια του σπιτιού απαρτίζεται από τη φυσική διάσταση (αποκλειστική κατοχή ενός κατάλληλου οικήματος), την κοινωνική (διάθεση προσωπικού χώρου και η δυνατότητα δημιουργίας κοινωνικών σχέσεων) και τη νομική (νόμιμο τίτλο ιδιοκτησίας ενός χώρου). Η απουσία κάθε διάστασης περιγράφει διαφορετικές μορφές έλλειψης στέγης. Έτσι, προκύπτουν τέσσερις διαφορετικές κατηγορίες. Αυτές είναι πρώτον, οι άστεγοι για όσους διαμένουν σε δρόμο ή σε χώρους για επείγουσες καταστάσεις. Δεύτερον, οι στερούμενοι κατοικίας αναφερόμενοι σε ανθρώπους που μένουν σε ξενώνες. Τρίτον, η επισφαλής συνθήκη στέγασης (π.χ φιλοξενία σε συγγενείς) και τέλος η διαμονή σε ακατάλληλο ή ανεπαρκές οίκημα. Με κίνητρο την ευκολότερη χαρτογράφηση του φαινομένου, οι τέσσερις προαναφερθείσες κατηγορίες χωρίστηκαν σε 13 υποκατηγορίες στηριζόμενοι σε λειτουργικούς ορισμούς, αντίστοιχα (FEANSTA, n.d).

Πράγματι, χάρη στην τυπολογία ETHOS η εννοιολογική προσέγγιση του φαινομένου παρουσίασε πρόοδο, ενώ πάνω σε αυτή βασίστηκαν οι εθνικοί ορισμοί πολλών χωρών (Busch-Geertsema, 2010). Βασισμένος στην τυπολογία ETHOS είναι και ο ελληνικός ορισμός.

Συγκεκριμένα, στην ελληνική νομοθεσία αναγνωρίζεται επίσημα η κοινωνική ευπάθεια των αστέγων, οι οποίοι χρήζουν κοινωνικής προστασίας. Αναλυτικά, ως άστεγος ορίζεται κάθε νόμιμος κάτοικος της χώρας, που στερείται πρόσβασης ή έχει επισφαλής πρόσβαση σε επαρκή ιδιόκτητη, ενοικιαζόμενη ή παραχωρημένη κατοικία. Παράλληλα, η κατοικία θα πρέπει να διαθέτει βασικές υπηρεσίες ηλεκτροδότησης και ύδρευσης αλλά και να πληροί όλες τις αναγκαίες προδιαγραφές. Έτσι, στους άστεγους περιλαμβάνονται άτομα που μένουν στο δρόμο, κλειστές δομές, ιδρύματα ή όσοι μένουν σε ακατάλληλα οικήματα (N.4052 2012, N.4254 2014). Ωστόσο, αυτός ο ορισμός αποκλείει από κάθε κοινωνική προστασία τους Ρομά και μετανάστες οι οποίοι πιθανόν να μη διαθέτουν νόμιμα έγγραφα (Mitoula & Michalakelis, 2019).

Τέλος, μια διαφοροποιημένη τυπολογία, γνωστή ως ETHOS “light”, δημιουργήθηκε το 2007 από τη FEANSTA. Ουσιαστικά, πρόκειται για μια απλοποιημένη μορφή της τυπολογίας ETHOS που συμβάλει στη διεκπεραίωση ερευνών, λειτουργώντας ως στατιστικό εργαλείο (FEANSTA, n.d).

3.1.2 Το φαινόμενο της έλλειψη στέγης στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, η έλλειψη στέγης εμφανίστηκε, για πρώτη φορά ως κοινωνικό πρόβλημα, το 1990. Παρόλο των τεράστιων στεγαστικών προβλημάτων της χώρας, λόγω της πλήρους εμπορευματοποίησης της στέγης, η αύξηση του φαινομένου αποδόθηκε κυρίως στις ροές μεταναστών και προσφύγων. Τη δεκαετία αυτή, η χώρα δεχόταν πληθυσμό από δύο διαφορετικά σημεία. Αρχικά, εγκαταστάθηκαν πρόσφυγες και οικονομικοί μετανάστες από τις Βαλκανικές χώρες, ενώ παράλληλα μετά τη διάλυση της Σοβιετικής Ένωσης, πραγματοποιήθηκε έλευση των Ελλήνων Ποντίων. Έτσι, η αύξηση του φαινομένου της έλλειψης στέγης αποδόθηκε στην εγκατάστασή τους. Η χώρα ήταν απροετοίμαστη στις αλλαγές της εποχής, τόσο σε κοινωνικό όσο και οικονομικό επίπεδο. Η βοήθεια του κράτους περιοριζόταν σε ελάχιστες κοινωνικές δομές στέγασης και στην παροχή γευμάτων. Ουσιαστικά, η κρατική πρόνοια απουσίαζε, ενώ η κύρια υποστήριξη προερχόταν είτε από την εκκλησία είτε από πρωτοβουλίες του κάθε δήμου.

Στη νεότερη εποχή, το 2009, τα οικονομικά προβλήματα της χώρας είχαν άμεσο αντίκτυπο στην καθημερινότητα των Ελλήνων. Λόγω της αυξημένης λιτότητας που επέβαλε

το πρώτο μνημόνιο, οι πολιτικές πρόνοιας και η οικονομική υποστήριξη περιορίστηκαν. Δεδομένα της Eurostat αναφέρουν ότι ο κίνδυνος φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού αυξήθηκε κατά 8% μέσα σε 6 χρόνια (Kourachanis 2019, Παπαδάτος-Αναγνωστόπουλος 2017). Επαλήθευση σε αυτό δίνουν δεδομένα που αναφέρουν ότι 40,5% των πολιτών αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην κάλυψη των στεγαστικών εξόδων (Mavridis and Mouratidou, 2018).

Μέχρι πρότινος, στην Ελλάδα οι άστεγοι ήταν κυρίως άτομα με ψυχικές διαταραχές ή ουσιοεξαρτώμενοι. Ωστόσο, στα χρόνια της κρίσης εμφανίστηκε ένα νέο είδος άστεγων. Η μη κυβερνητική οργάνωση Κλίμακα τους απέδωσε την ονομασία «νεοάστεγοι». Η πλειοψηφία των νέο-άστεγων, πριν από την οικονομική κρίση, είχαν ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής. Εντούτοις, η αυξημένη ανεργία αποτέλεσε καθοριστικό παράγοντα κινδύνου, ακόμα και για όσους διέθεταν υψηλό μορφωτικό επίπεδο (Theodorikakou, Alamanou & Katsadoros, 2013). Η κύρια χρηματοδότηση για την βοήθεια των άστεγων προέρχεται από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες καλύπτονται, για άλλη μια φορά, από μη κυβερνητικές οργανώσεις και φιλανθρωπικά ιδρύματα, ενώ (Kourachanis, 2019) εξίσου σημαντική είναι η βοήθεια των τοπικών παραγόντων και της οικογενειακής υποστήριξης (Pantazopoulos, 2020).

Σε μία αριθμητική προσέγγιση του φαινομένου, το 2018 πραγματοποιήθηκε πιλοτική απογραφή των άστεγων σε επτά πόλεις της Ελλάδας. Μέσω αυτής προέκυψε ότι οι άστεγοι που έμεναν στο δρόμο ή σε δομές ανέρχονταν σε 317 και 516 αντίστοιχα (Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2018).

3.1.3 Η Θνησιμότητα των άστεγων

Είναι γεγονός ότι η υγεία των άστεγων είναι χειρότερη σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Η ακραία φτώχεια και η περιορισμένη πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη, επιδεινώνουν σημαντικά την υγεία τους (Iverset al. 2019). Επομένως, η έλλειψη στέγης συνδέεται άμεσα και με τον πρόωρο θάνατο. Τα ποσοστά θνησιμότητας των άστεγων είναι 3 έως 13 φορές υψηλότερα. Ως εκ τούτου, το προσδόκιμο ζωής όσων ζουν στο δρόμο είναι μόλις τα 49 έτη. Ζουν δηλαδή περίπου 28 χρόνια λιγότερο από το μέσο όρο, ενώ ο θάνατός τους αποδίδεται σε διαφορετικές αιτίες από αυτές του γενικού πληθυσμού (Vuillermoz et al. 2016). Οι αιτίες θανάτου των άστεγων συνδέονται σε μεγάλο βαθμό με την έκθεσή τους σε παράγοντες κινδύνου, όπως είναι η χρήση ναρκωτικών ουσιών. Η υπερβολική δόση

ναρκωτικών είναι η κύρια αιτία θανάτου των νέων αστέγων ηλικίας 25 έως 44 ετών σε ποσοστό 35% ,με το αλκοόλ να εντοπίζεται ως ταυτόχρονη ουσία σε 1 στους 3 θανάτους (Baggett et al. 2013). Πολλοί χρήστες ουσιών αντιμετωπίζουν συγχρόνως νευρολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές. Επομένως, εκτός από τηδηλητηρίαση από υπερδοσολογία, η ομάδα αυτή έχει και υψηλά ποσοστά αυτοκτονιών(Ayano et al. 2017). Σε μεγαλύτερες ηλικίες των 45 και άνω, οι κύριες αιτίες θανάτου είναι οι καρδιακές παθήσεις και ο καρκίνος. Και στις δύο αυτές περιπτώσεις, οι θάνατοι θα μπορούσαν να αποφευχθούν με την κατάλληλη θεραπεία σε πρώιμα στάδια της νόσου (Seastres et al. 2020, Baggett et al. 2013).

Ακόμα, έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2019, συμπεριέλαβε τους θανάτους από λοιμώξεις σε ποσοστό 3%, νεοπλάσματα 19% με τα περισσότερα να εντοπίζονται στο πεπτικό σύστημασε ποσοστό 4,7%,ισχαιμική καρδιακή νόσο 6,5%, αναπνευστικά προβλήματα 10%, ηπατικές νόσοι 13,8% και ατυχήματα 17,5% (Aldridge et al. 2019).

Οι νέοι άστεγοι εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο πρόωρου θανάτου. Αντίθετα, οι ηλικιωμένοι έχουν σχετικά παρόμοια ποσοστά θνησιμότητας με το μέσο όρο. Οι ηλικίες 20-40 χρόνων έχουν 8 φορές υψηλότερες πιθανότητες θανάτου σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, ενώ τα άτομα 60 και άνω έχουν μόλις 1,5 φορές. Παράλληλα, εξετάζεται η διαφορά θνησιμότητας μεταξύ των δύο φύλων. Ορισμένες μελέτες δείχνουν παρόμοια ποσοστά μεταξύ αντρών και γυναικών, ενώ άλλες θεωρούν τη γυναίκα πιο ευάλωτη στον πρόωρο θάνατο (Nusselder et al. 2013).

Τέλος, εξίσου σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τους άστεγους είναι και οι μετεωρολογικές συνθήκες. Οι ψυχρές θερμοκρασίες σχετίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό με την πιθανότητα θανάτου. Η υποθερμία, κατά τους χειμερινούς μήνες, είναι ιδιαίτερα συχνό φαινόμενο. Στις περισσότερες περιπτώσειςσυνδυάζεται με την αυξημένη ποσότητα αλκοόλ (Romaszko et al. 2017).

3.1.4 Υγεία των άστεγων

Ένας από τους σημαντικότερους τομείς που επηρεάζει η έλλειψη στέγης, είναι αυτός της υγείας. Οι σκληρές συνθήκες διαβίωσης των αστέγων, οδηγούν σε αύξηση της νοσηρότητας και των τραυματισμών. Αυτονόητες ανέσεις, όπως οι εγκαταστάσεις πλυσίματος ή η προστασία από το κρύο, είναι απροσπέλαστες. Εκτός από την αδυναμία αυτοφροντίδας, πολλοί άστεγοι βιώνουν παράλληλα και περιστατικά βίας. Λόγω αυτών των προβλημάτων,

παρατηρείται μείωση της αυτοεκτίμησής τους και κατά επέκταση αδιαφορία για την κατάσταση της υγείας τους. Η κοινωνική απομόνωση και το στίγμα δυσκολεύει την πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη, ακόμα και στην περίπτωση της δωρεάν ασφάλειας. Η εξασφάλιση των υλικών πόρων, όπως η τροφή, είναι το κύριο μέλημά τους. Έτσι, παρόλο ότι μερικοί δέχονται ιατρική βοήθεια, αδυνατούν να καλύψουν τα έξοδα της φαρμακευτικής αγωγής. Συγχρόνως, μεγάλο ποσοστό των άστεγων διαθέτει χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, ιδιαίτερα σε γνώσεις σχετικές με την υγεία. Η άγνοιά τους οδηγεί σε υποτίμηση των πιθανών συμπτωμάτων, με αποτέλεσμα τη μη έγκαιρη παροχή βοήθειας. Συμπέρασμα είναι ότι η υγεία των αστέγων είναι πολύ χειρότερη σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Η πλειοψηφία πάσχει από τουλάχιστον μια χρόνια ασθένεια. Μολυσματικές ασθένειες όπως HIV, δερματικές λοιμώξεις όπως η ψώρα αλλά και ψυχιατρικές διαταραχές, είναι μερικά μόνο από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι άστεγοι (Nagy-Borsy et al. 2021, Baxter et al. 2019, Hino, Santos & Rosa 2018).

3.1.5 Άστεγοι και μολυσματικές ασθένειες

Ανάμεσα στα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι άστεγοι, λόγω των κακών συνθηκών διαβίωσης, είναι και οι μεταδοτικές ασθένειες. Οι περισσότερες έρευνες σχετικά με τα επιδημιολογικά δεδομένα του πληθυσμού επικεντρώνονται στη φυματίωση, τις ιογενείς ηπατίτιδες και τη λοίμωξη από HIV. Οι άστεγοι, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, παρουσιάζουν εμφανώς μεγαλύτερα ποσοστά μολύνσεων. Καθημερινά, εκτίθενται σε πληθώρα παθογόνων μικροοργανισμών, τόσο στην περίπτωση διαμονής στο δρόμο όσο και σε πολυπληθή καταφύγια. Η ανεπαρκής στέγαση και η απουσία εγκαταστάσεων υγιεινής διαμορφώνουν τις κατάλληλες συνθήκες μετάδοσης λοιμώξεων. Λόγου χάρι, η ηπατίτιδα Α (HAV). Παράλληλα, η χρήση ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών καθώς και η επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά τους, αυξάνουν σημαντικά τις πιθανότητες μόλυνσης. Αυτοί οι δύο παράγοντες συνδέονται μεταξύ τους διότι η σεξουαλική επαφή χωρίς τις απαραίτητες προφυλάξεις είναι συχνότερη υπό την επήρεια ναρκωτικών ουσιών ή μέθης. Ακόμη, πολλοί προκειμένου να εξασφαλίσουν τη δόση τους ή άλλες ανάγκες καταφεύγουν στο σεξ επιβίωσης, αγνοώντας τον κίνδυνο σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (Liu, Chai & Watt 2020, Fazel, Geddes & Kushel 2014, Aidala et al. 2016).

Οι συγκεκριμένες συμπεριφορές σχετίζονται άμεσα με την εμφάνιση του ιού HIV. Στις αρχές της δεκαετίας του '90, η λοίμωξη από τον ιό ήταν η κύρια αιτία θανάτου μεταξύ των

άστεγων. Παρόλο που σήμερα αυτό δεν ισχύει, τα ποσοστά μολύνσεων, μεταξύ των αστέγων, παραμένουν υψηλά. Παραδείγματος χάρη, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2017 στο Σαν Φρανσίσκο, το 14% των νέων μολύνσεων HIV αφορούσε τον άστεγο πληθυσμό. Επομένως, η έλλειψη στέγης επιδρά θετικά στις πιθανότητες μόλυνσης (Liu, Chai & Watt 2020). Ωστόσο, ισχύει και το αντίθετο. Δηλαδή, τα άτομο με HIV κινδυνεύουν, σε μεγάλο βαθμό, με κοινωνικό αποκλεισμό και απώλεια στέγης. Όσον αφορά στη θεραπεία με σκοπό την ιική καταστολή, οι άστεγοι αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια. Αρχικά, η αντιρετροϊκή θεραπεία (ART) απαιτεί τη πλήρη συμμόρφωση του ασθενή. Γεγονός αδύνατο στην περίπτωση των άστεγων, διότι η εξασφάλιση τροφής είναι πρωταρχική τους μέριμνα. Όμως, ακόμα και με τη διασφάλιση πρόσβασης σε αντιρετροϊκή θεραπεία, η ύπαρξη άλλων ασθενειών αποτελεί τροχοπέδη. Τέλος, κατά τη διάγνωση τους παρουσιάζουν χαμηλά CD4+ κύτταρα και υψηλό ιικό φορτίο. Λόγω των παραπάνω συνθηκών, δεν επιτυγχάνεται η καταστολή του ιού με αποτέλεσμα τον κίνδυνο εξάπλωσής του (Aidala et al. 2016, Terzian et al. 2015).

Ακόμα μια λοίμωξη συχνή στον άστεγο πληθυσμό είναι η φυματίωση (TB). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η φυματίωση προκαλείται από το βακτήριο *Mycobacterium tuberculosis*, το οποίο μεταδίδεται από άνθρωπό σε άνθρωπο, συνήθως αερογενώς. Η φυματίωση μπορεί να είναι είτε σε λανθάνουσα μορφή, όπου δεν εμφανίζονται συμπτώματα, είτε σε ενεργή μορφή με παρουσία συμπτωμάτων. Κρούσματα της ασθένειας εντοπίζονται κυρίως σε περιοχές με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, όπως είναι οι άστεγοι (Brett et al. 2020). Λόγω των κακών συνθηκών διαβίωσης, των καταχρήσεων αλλά και του υποσιτισμού, το ανοσοποιητικό σύστημα των αστέγων εξασθενεί. Έτσι, ο οργανισμός είναι πιο ευάλωτος σε πιθανή έκθεση στο μυκοβακτηρίδιο. Σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, στους άστεγους η εξέλιξη της νόσου είναι πιο δυσμενής. Αυτό αποδίδεται εν μέρει στην αργοπορημένη διάγνωση της νόσου αλλά και στην ύπαρξη παράλληλης μόλυνσης. Χαρακτηριστικά, ο ιός του HIV είναι από τους κύριους λόγους, όπου η λανθάνουσα φυματίωση μεταπίπτει σε ενεργή. Επίσης, πολλοί άστεγοι εγκαταλείπουν την θεραπεία πριν την ολοκλήρωσή της, με αποτέλεσμα την επιδείνωση της υγείας τους. Η διακοπή σχετίζεται και με την εμφάνιση φυματίωσης ανθεκτικής σε πολλαπλά φάρμακα, όπου ο οργανισμός αντιστέκεται στη ριφαμπικίνη και στην ισονιαζιδή. Εκτός από τις επιπτώσεις στην υγεία του ασθενή, η ανεκπλήρωτη θεραπεία ενέχει κινδύνους μετάδοσης της νόσου στην κοινότητα (Agarwal et al. 2019, Alecrim et al. 2016, Feske et al. 2013).

Οι ιογενείς ηπατίτιδες στους άστεγους αποτελούν θέμα πολλών ερευνών. Η ηπατίτιδα Α (HAV) μεταδίδεται μεταξύ των άστεγων ταχύτατα, εξαιτίας της έλλειψης εγκαταστάσεων

υγιεινής. Ο τρόπος μετάδοσης είναι μέσω μολυσμένων τροφίμων ή με την κοπρανώδη μέσω στόματος από άνθρωπο σε άνθρωπο επαφή. Οι επιπλοκές που εμφανίζονται στη διάρκεια της νόσου αποδίδονται στην ύπαρξη επιπλέον λοιμώξεων ή στην αλκοολική ηπατική νόσο. Για τη μείωση του επιπολασμού της απαιτείται ο εμβολιασμός των ατόμων υψηλού κινδύνου (Peak et al. 2020, Moon et al. 2018). Επίσης, η ηπατίτιδα C (HCV) είναι ιδιαίτερα συχνή σε άστεγους. Ένας από τους βασικούς τρόπους μετάδοσης είναι η χρήση μολυσμένης σύριγγας κατά τη λήψη ενέσιμων ναρκωτικών. Ιδιαίτερα ανησυχητική είναι η καθυστερημένη διάγνωση της μόλυνσης αλλά και η αδυναμία ολοκλήρωσης της θεραπείας, λόγω της ταυτόχρονης χρήσης ναρκωτικών ουσιών (Fokuo et al. 2020, Fuster & Gelberg 2019).

3.1.6 Σχέση ψυχικής διαταραχής και έλλειψη στέγης

Είναι γεγονός ότι η έλλειψη στέγης επηρεάζει την ψυχική υγεία. Απόδειξη σε αυτό είναι ο υψηλός επιπολασμός ψυχικών διαταραχών μεταξύ των άστεγων. Μελέτες κάνουν αναφορά για ποσοστά που φτάνουν τουλάχιστον το 70% (Krausz et al. 2013). Στις γυναίκες η συχνότερη ψυχική διαταραχή είναι αυτή του άγχους και της κατάθλιψης, ενώ στους άντρες παρουσιάζονται υψηλότερα ποσοστά εθισμού (Laporte et al. 2018).

Η απώλεια στέγης μπορεί να λειτουργεί ως ο μοναδικός παράγοντας ανάπτυξης ψυχικών διαταραχών, ειδικότερα όταν αυτή συνδυάζεται με στέρηση της κοινωνικής υποστήριξης. Επομένως λόγω των κοινωνικό-οικονομικών προβλημάτων, η ανάπτυξη αλλά και η επιδείνωση ψυχικών διαταραχών είναι πιθανή. Εξίσου σημαντικό αντικείμενο μελέτης αποτελεί το ερώτημα αν οι ψυχικές διαταραχές λειτουργούν ως παράγοντα κινδύνου για την έλλειψη στέγης, αντίστροφα. Πράγματι, αποδεικνύεται ότι η πλειοψηφία των άστεγων πάσχει από μια προ υπάρχουσα ψυχική διαταραχή, την οποία οι συνθήκες του δρόμου επιδεινώνουν. Οι πιθανοί λόγοι που οδηγούν στην απώλεια στέγης αποτελούν ταυτόχρονα αιτίες ανάπτυξης ψυχικής νόσου. Λόγου χάρι η σωματική κακοποίηση ή η παραμέληση κατά την παιδική ηλικία. Και οι δύο περιπτώσεις αφορούν τραυματικές εμπειρίες στη διάρκεια των παιδικών χρόνων, με εμφανείς επιπτώσεις στην ενήλικη ζωή. Όσον αφορά στη θεραπεία των άστεγων με ψυχικά προβλήματα, η περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας εμποδίζει την υλοποίηση και ολοκλήρωσή της. Έτσι, για τους ψυχικά άρρωστους οι πιθανότητες επανένταξης και στέγασης ελαχιστοποιούνται σημαντικά. (Laporte et al. 2018, Habánik 2018).

3.1.7 Η πρόσβαση των άστεγων στην υγειονομική περίθαλψη

Μέσα από την ανάλυση της υγείας των άστεγων, έγινε αντιληπτή η θετική συσχέτιση της αυξημένης νοσηρότητας και θνησιμότητας με την έλλειψη στέγης. Ωστόσο, οι αυξημένες ανάγκες φροντίδας τους δεν καλύπτονται πάντα. Αυτό συμβαίνει διότι η υγειονομική περίθαλψη δεν ανταποκρίνεται κατάλληλα. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου η πρόσβαση σε εγκαταστάσεις υγείας είναι αδύνατη, ενώ και περιπτώσεις ανεπαρκούς ελεύθερης πρόσβασης. Η Ευρωπαϊκή Ένωση, μέσω των πολιτικών πρόνοιας, παρέχει στους άστεγους ικανοποιητική κάλυψη αναγκών υγείας, τουλάχιστον θεσμικά. Όμως δεν συμβαίνει το ίδιο στην περίπτωση των ΗΠΑ, όπου οι άστεγοι δεν κατέχουν καμία ασφάλεια υγείας. Στην Ελλάδα, το νομικό πλαίσιο εξασφαλίζει την πρόσβαση των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων σε δωρεάν υγειονομική περίθαλψη (Trummer et al. 2020). Συγκεκριμένα, το 2016 μέσω του άρθρου 33 νόμου 4368/2016 εξισορροπούνται οι ανισότητες στην υγεία. Τα ευπαθή άτομα χωρίς ασφάλεια έχουν την ίδια δυνατότητα χρήσης των υγειονομικών εγκαταστάσεων με τους ασφαλισμένους. Χάρη σε αυτό, οι άστεγοι είναι σε θέση να καλύψουν τις ανάγκες υγείας τους. Εκτός από την πρόσβαση σε τμήματα έκτακτης ανάγκης (ΤΕΠ) ή την κάλυψη της νοσηλευτικής και ιατρικής περίθαλψης, δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στην πρόληψη. Υπάρχει η δυνατότητα πραγματοποίησης προληπτικών εξετάσεων, δωρεάν προμήθεια φαρμάκων, κάλυψη προγραμματισμένων χειρουργικών επεμβάσεων και οδοντιατρικής φροντίδας. Ακόμα, οι άστεγοι ουσιοεξαρτώμενοι ωφελούνται από δωρεάν προγράμματα απεξάρτησης. Ωστόσο, η ελεύθερη πρόσβαση στο σύστημα υγείας απαιτεί και την κατάλληλη χρηματοδότηση. Στην περίπτωση της Ελλάδας, η χρηματοδότηση δεν αυξήθηκε, με αποτέλεσμα τη χαμηλή ποιότητα προσφερόμενης φροντίδας. Ακόμα μια προσπάθεια ενίσχυσης της υγείας των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων ήταν η δημιουργία των τοπικών μονάδων υγείας (T.O.M.Y). Η πρόσβαση είναι δυνατή σε όλες τις ευάλωτες ομάδες και τίθεται σε λειτουργία ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού ακόμα και σε ανασφάλιστους. Τέλος, οι μη κυβερνητικές οργανώσεις, χάρη στον εθελοντισμό, παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε άστεγους (Trummer et al. 2020, Μαραγκάκη, Κωνσταντινίδης και Σαράφη 2019).

Επομένως στην Ελλάδα, η έλλειψη ασφάλειας δεν αποτελεί εμπόδιο στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο όπως και σε άλλες χώρες ανεξάρτητα από την ύπαρξη ενός καθολικού συστήματος υγείας, οι άστεγοι επιμένουν στη χρήση των τμημάτων έκτακτων περιστατικών (Hwang et al. 2013). Ακόμα και όταν τα συμπτώματα είναι σοβαρά, μόλις 1 στα 37 των συμπτωμάτων οδηγούν στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Δεδομένα δείχνουν ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένες με την υγεία τους, εφόσον πραγματοποιούν

συχνότερες επισκέψεις σε υπηρεσίες υγείας. Αντίθετα, οι άστεγοι με εθισμό στο αλκοόλ τείνουν να υποτιμούν τα συμπτώματά τους. Τόσο η εξάρτηση από ουσίες όσο και οι ψυχικές ασθένειες, συνδέονται με μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, ο φόβος μιας πιθανής αρνητικής διάγνωσης, λόγω χάρη την ύπαρξη ηπατικής νόσου, λειτουργεί αποθαρρυντικά. Η αποφυγή χρήσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης επιδεινώνει σημαντικά την κατάσταση της υγείας τους. Έτσι, στα τμήματα έκτακτων περιστατικών καταφεύγουν όταν βρίσκονται σε κρίσιμο σημείο και πιθανόν μη αναστρέψιμο (Hajek et al. 2021, O 'Carrol & Wainwright 2019).

Οι λόγοι που οι άστεγοι αποφεύγουν την υγειονομική περίθαλψη μπορεί να είναι τόσο πρακτικοί όσο και συναισθηματικοί. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι άστεγοι πασχίζουν καθημερινά για την επιβίωσή τους. Έτσι, ακόμα και η υγεία δεν αποτελεί προτεραιότητά τους. Η ελλιπής γνώση σχετικά με τις απαραίτητες ενέργειες για δωρεάν πρόσβαση και η αδυναμία να ανταπεξέλθουν οικονομικά σε μια φαρμακευτική αγωγή, είναι συχνές ανησυχίες του πληθυσμού. Ωστόσο, ξεπερνώντας αυτές, προκύπτουν επιπλέον προβλήματα. Οι άστεγοι αδυνατούν να τηρήσουν προκαθορισμένα ραντεβού είτε λόγω των μεγάλων αποστάσεων που πρέπει να διανύσουν με τη χρήση συγκοινωνίας είτε λόγω της αδυναμίας επικοινωνίας για διευκρινίσεις του ραντεβού. Ακόμα, με τον φόβο της κλοπής προσωπικών αντικειμένων δεν απομακρύνονται από το σημείο διαμονής τους (Davies & Wood 2018, Kaduszkiewicz et al. 2017).

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες άρνησης της ιατρικής βοήθειας φαίνεται ότι είναι το αίσθημα του στίγματος. Η ντροπή, ο φόβος και έλλειψη εμπιστοσύνης στους επαγγελματίες υγείας είναι συχνό φαινόμενο στις περισσότερες ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες μεταξύ των οποίων είναι και οι άστεγοι. Επαλήθευση σε όλα αυτά δόθηκε από τις συνεντεύξεις που παραχώρησαν άστεγοι στους O 'Carrol και Wainwright (2019). Στην πλειοψηφία η αποδοχή της φροντίδας γινόταν με δυσπιστία λόγω προηγούμενων αρνητικών εμπειριών. Λόγου χάρη, οι ουσιοεξαρτώμενοι άστεγοι θεώρησαν ότι οι επαγγελματίες υγείας διατηρούσαν προκατειλημμένη στάση απέναντί τους, ενώ ταυτόχρονα υπήρχε χάσμα στην επικοινωνία. Οι ίδιοι κατηγορούν τους υγειονομικούς ότι υποτιμούν τα παράπονά τους και λόγω αυτού δεν λαμβάνουν την απαραίτητη φροντίδα. Ωστόσο, το στίγμα εντοπίζεται και σε άστεγους χωρίς ιστορικό καταχρήσεων. Λόγω της κακής προσωπικής υγιεινής, βιώνουν σε τέτοιο βαθμό αμηχανία οπου αποσιωπούν οποιοδήποτε παράπονο για την υγεία τους. Παρόλο που η συμπεριφορά των υγειονομικών χρειάζεται να καθησυχάζει και να σέβεται οποιονδήποτε ασθενή, στην πραγματικότητα αυτό δεν τηρείται. Αντίθετα, οι επαγγελματίες υγείας

προβαίνουν σε ρατσιστικές συμπεριφορές και δεν κατέχουν την απαραίτητη ενσυναίσθηση. Έτσι πολλοί είναι οι άστεγοι, οι οποίοι εγκαταλείπουν τις υπηρεσίες υγείας πριν την ολοκλήρωση της θεραπείας τους (Purkey & Mackenzie 2019 , O' Carrol & Wainwright, 2019).

Τέλος, οι άστεγοι λόγω των συνθηκών διαβίωσής τους διακατέχονται από αισθήματα απελπισίας και απαισιοδοξίας. Οι ίδιοι θεωρούν ότι δεν υπάρχει λόγος να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια, εφόσον ο θάνατος στις συνθήκες που βιώνουν είναι αναπόφευκτος (O' Carrol & Wainwright 2019).

3.1.8 Ηλικιωμένοι Άστεγοι και καρδιακές παθήσεις

Οι άστεγοι θεωρούνται ηλικιωμένοι σε ηλικία μόλις άνω των 50 ετών. Εξήγηση σε αυτό είναι το γεγονός ότι οι δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης προκαλούν πρόωρες γηριατρικές παθήσεις, όπως είναι η απώλεια μνήμης. Μέσα από την βιβλιογραφία, γίνεται διαχωρισμός σε δύο κατηγορίες ηλικιωμένων άστεγων. Στην πρώτη, οι άστεγοι βίωσαν την έλλειψη στέγης για πρώτη φορά σε ηλικία άνω των 50 ετών και στη δεύτερη περίπτωση οι ηλικιωμένοι άστεγοι είναι χρόνια σε συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού. Οι λόγοι που οδηγούν στην απώλεια στέγης είναι διαφορετικοί στον καθένα. Οι νέοι ηλικιωμένοι άστεγοι είναι συνήθως χωρίς ειδίκευση μεσήλικες οι οποίοι υπέστησαν οικονομικές καταστροφές. Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις όπου η επιδείνωση μιας προ υπάρχουσας ψυχιατρικής ασθένειας, αποτελεί κύριο παράγοντα για την απώλεια στέγης. Αντίθετα, οι χρόνια άστεγοι βρίσκονται στη συνθήκη αυτή κυρίως λόγω καταχρήσεων ή κακής οικογενειακής συμβίωσης. Τα άστεγα άτομα, πριν την ηλικία των 50, εμφανίζουν χειρότερη πρόγνωση στην υγεία τους λόγω των εμπειριών τους (Brown et al 2017, Brown et al 2016)

Αναλυτικότερα, οι άστεγοι αντιμετωπίζουν γηριατρικές παθήσεις, περίπου 20 χρόνια νωρίτερα από τον γενικό πληθυσμό. Διαμαρτύρονται συχνά για μυοσκελετικά ή οδοντικά προβλήματα αλλά και για ψυχολογική δυσχέρεια. Παρόλο ότι τα περισσότερα προβλήματα των ηλικιωμένων δέχονται βοήθειας, οι συνθήκες διαβίωσής τους δεν το επιτρέπει. Παραδείγματος χάριν, τα μυοσκελετικά προβλήματα ή η αστάθεια απαιτούν τη χρήση μαστουιού υποστήριξης. Ακόμα και αν υπάρχει η δυνατότητα προμήθειάς του, συχνά γίνεται αντικείμενο κλοπής όπως και κάθε άλλος βοηθητικός εξοπλισμός. Επιπλέον ένα εμπόδιο συναντάται στην αδυναμία τους να διαμορφώσουν λειτουργικά το χώρο διαμονής τους, είτε σε καταφύγιο είτε σε δρόμο, για τη διευκόλυνση στημεταφορά τους. Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι κάνουν

μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας για την αντιμετώπιση των σωματικών συμπτωμάτων έναντι των ψυχολογικών. Σε αντίθεση με τους νέους, διατηρούν περιορισμένο κοινωνικό δίκτυο και δέχονται λιγότερη έως και καθόλου κοινωνική υποστήριξη (vanDongen et al. 2019, Brown et al. 2017).

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως η κύρια αιτία θνησιμότητας των ηλικιωμένων άστεγων είναι οι καρδιολογικές παθήσεις και ιδιαίτερα η ισχαιμική νόσος. Ο τρόπος ζωής και οι συνήθειες συμβάλλουν σημαντικά στην εμφάνιση καρδιακής νόσου. Τόσο η χρήση καπνού ή ουσιών όσο και η ψυχολογική πίεση, είναι προκαθοριστικοί παράγοντες. Σε αντίθεση με το γενικό πληθυσμό, οι άστεγοι δεν διαθέτουν την ίδια ποιότητα πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη με αποτέλεσμα να μην λαμβάνουν έγκαιρη διάγνωση. Λόγω αυτού παρόλο που η υπέρταση των δύο πληθυσμών κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα, η πρόγνωση στην περίπτωση των άστεγων είναι χειρότερη, εφόσον δεν γίνεται άμεσα αντιληπτή. Παράλληλα, η τήρηση της θεραπείας από τους άστεγους δεν είναι αυτονόητη. Την κατάσταση επιδεινώνει, η συννοσηρότητα με άλλες συχνές ασθένειες των άστεγων, όπως η λοίμωξη από τον ιό HIV, αλλά και η ελάχιστη κινητικότητα σε συνδυασμό με την μη θρεπτική διατροφή. Τέλος, κάθε ναρκωτική ουσία επιδρά με διαφορετικό τρόπο στον οργανισμό προκαλώντας και διαφορετικές καρδιακές παθήσεις. Παραδειγματικά, η χρήση οπιοειδών ευθύνεται, σε μεγάλο βαθμό για τη μολυσματική περικαρδίτιδα, ενώ η χρήση αλκοόλ για τη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια (Bagget, Liauw & Hwang 2018).

3.1.9 Νέοι άστεγοι

Δυστυχώς, η έλλειψη στέγης πλήττει και τους νέους. Νέοι άστεγοι ορίζονται τα άτομα ηλικίας 10 έως 18 ετών τα οποία υποφέρουν από απώλεια στέγης και ως νεαροί άστεγοι οι ηλικίες μεταξύ 18-24. Οι λόγοι του κοινωνικού αποκλεισμού εντοπίζονται συνήθως στις οικογενειακές σχέσεις των νέων αλλά και σε συνδυασμό διαφορετικών παραγόντων, όπως οικογενειακά οικονομικά προβλήματα (Embleton, Lee&Gunn 2016, Ivanon&Blue 2014). Η πλειοψηφία των νέων εγκαταλείπουν το σπίτι τους προκειμένου να δραπετεύσουν από ένα κακοποιητικό περιβάλλον. Ωστόσο, οι συνθήκες του δρόμο είναι εξίσου δύσκολες με περιστατικά εκμετάλλευσης και σεξουαλικής κακοποίησης να είναι ιδιαίτερα συχνά. Ταυτόχρονα, οι πιθανότητες για μακροχρόνια έλλειψη στέγης αυξάνονται από το

γεγονός ότι οι περισσότεροι νέοι στερούνται πρόσβασης στην εκπαίδευση (Heerde & Patton, 2020).

Οι άστεγοι νέοι είναι πιθανό να βρίσκονται στο δρόμο μαζί με την οικογένειά τους λόγω οικονομικών προβλημάτων. Παρόλα αυτά, υψηλότερα ποσοστά έλλειψης στέγης παρουσιάζουν οι ασυνόδευτοι νέοι, λόγω της υπεροχής των κακών οικογενειακών σχέσεων έναντι των οικονομικών (Ivanon & Blue 2014, Toro, Lesperance & Braciszewski, 2011). Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, οι νέοι εγκαταλείπουν το σπίτι τους προκειμένου να αποφύγουν κακοποιητικές συμπεριφορές. Οι έφηβοι άστεγοι έχουν βιώσει στο παρελθόν τουλάχιστον μια μορφή βίας, είτε σωματικής είτε σεξουαλικής. Έτσι, η απομάκρυνση από την οικογένεια είναι ένας τρόπος διαφυγής από την κακοποίηση. Ένας ακόμα λόγος της νεανικής έλλειψης στέγης είναι τόσο η άρνηση της οικογένειας να δεχτεί συμπεριφορές των παιδιών, όπως η χρήση ναρκωτικών, όσο και άρνηση αποδοχής της σεξουαλικής τους ταυτότητας. Εξίσου σημαντικός παράγοντας κινδύνου είναι και η αποασυλοποίηση των νέων από κρατικά ιδρύματα (Narendorf 2018, Ivanon & Blue 2014).

Επομένως, προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι άστεγοι νέοι έχουν διαφορετικές εμπειρίες οι οποίες συνδέονται και με διαφορετικούς κινδύνους κατά την διάρκεια της διαβίωσής τους στο δρόμο. Οι άστεγοι που έχουν βιώσει κακοποίηση έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αναβιώσουν κακοποιητικές συμπεριφορές. Η πλειοψηφία των νέων καταφεύγει σε επικίνδυνες συμπεριφορές, όπως στο σεξ επιβίωσης για τη διασφάλιση τροφίμων ή στην αυξημένη χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ για τη συναισθηματική τους αποσυμπίεση. Όλες αυτές οι συμπεριφορές αυξάνουν τον κίνδυνο μόλυνσης από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Η εμφάνιση του ιού HIV είναι δύο με δέκα φορές συχνότερη στους άστεγους νέους, έναντι του γενικού πληθυσμού. Συγχρόνως, οι ψυχολογικές διαταραχές επιδεινώνονται σε τέτοιο σημείο όπου παρουσιάζονται αυτοκτονικοί ιδεασμοί (Ivanon & Blue 2014, Toro, Lesperance & Braciszewski 2011).

Όσον αφορά στη στάση των παρόχων υπηρεσιών υγείας, οι ίδιοι οφείλουν να ενδυναμώνουν τους νέους με σκοπό την επούλωση των παιδικών συναισθηματικών τραυμάτων. Απαραίτητη κρίνεται η παρότρυνση για την υιοθέτηση ασφαλέστερων συμπεριφορών, προκειμένου να μειωθούν οι πιθανότητες μεταδιδόμενων νοσημάτων ή μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης (Embleton, Lee & Gunn 2016, Ivanon & Blue 2014).

3.2 ΟΥΣΙΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΙ ΚΑΙ ΧΡΗΣΤΕΣ ΑΛΚΟΟΛ

3.2.1 Εθισμός και Εξάρτηση

Ο εθισμός αποτελεί μια χρόνια νευροψυχιατρική διαταραχή. Ο ίδιος μπορεί να αφορά τόσο τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών όσο και την υιοθέτηση συγκεκριμένων συμπεριφορών. Στην περίπτωση του εθισμού σε ουσίες, τα άτομα αναζητούν συστηματικά τη δόση τους, παρόλο των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία αλλά και στις κοινωνικές τους σχέσεις (Fluyau&Charlton 2020, Zou et al. 2017) .

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι ο εθισμός προκύπτει με τη συνεχή έκθεση σε ψυχοτρόπες ουσίες. Καθ' αυτόν τον τρόπο αποτελείται από πέντε στάδια ανάπτυξης. Στο πρώτο στάδιο, η χρήση των ουσιών γίνεται για πρώτη φορά μέσω δοκιμής είτε από συνταγογραφημένη αγωγή φαρμάκων είτε από την επιρροή του κοινωνικού περίγυρου. Στη συνέχεια ακολουθεί η συνεχής χρήση της ουσίας και έπειτα η ανοχή σε αυτή. Στο στάδιο της ανοχής χρειάζονται μεγαλύτερες ποσότητες για να προκληθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα. Ακολουθούν τα στάδια της εξάρτησης και του εθισμού. Κατά τη διάρκεια αυτών, ο χρήστης αρχικά αισθάνεται ότι δεν ανταπεξέρχεται φυσιολογικά χωρίς τη χρήση ουσιών και στην πορεία τις αναζητά συστηματικά (Fluyau&Charlton, 2020).

Το 2013, το Διαγνωστικό και Στατιστικό εγχειρίδιο Ψυχικών διαταραχών (DSM) δημοσίευσε το νέο εγχειρίδιο κατάταξης όλων των ψυχικών διαταραχών (DSM-V), ανάμεσα στις οποίες και η διαταραχή σχετική με τη χρήση ουσιών. Στο συγκεκριμένο εγχειρίδιο χρησιμοποιείται ο όρος «εξάρτηση» στη θέση του «εθισμού». Γεγονός το οποίο δημιουργεί σύγχυση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, διότι η εξάρτηση συνηθίζεται να αναφέρεται στη φυσιολογική προσαρμογή του οργανισμού σε επαναλαμβανόμενη χρήση συγκεκριμένης ουσίας με παρουσία συμπτωμάτων ανοχής και στέρησης. Σύμφωνα λοιπόν με το εγχειρίδιο DSM-V, η διάγνωση της εξάρτησης βασίζεται στον εντοπισμό παθολογικών ευρημάτων στη συμπεριφορά, τα οποία αποδίδονται σε μια ψυχοτρόπα ουσία. Αυτό μπορεί να αφορά την εμφάνιση ενός συνδρόμου, αλλαγές στο κεντρικό νευρικό σύστημα, επιπτώσεις στην εργασία ή στις διαπροσωπικές σχέσεις και τέλος τα συμπτώματα να μην αποδίδονται σε άλλες ιατρικές αιτίες (Zou et al. 2017). Επομένως, η εξάρτηση μπορεί να εμφανιστεί τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά. Στην πρώτη περίπτωση εκδηλώνεται μέσω αλλαγής στο σώμα του χρήστη, ύστερα

από διακοπή της χρήσης. Στη ψυχολογική, η χρήση της ουσίας είναι απαραίτητη ώστε να αποφευχθεί το αίσθημα της έλλειψής της (Stanhope & Lancaster, 2016).

3.2.2 Κατηγορίες ναρκωτικών ουσιών

Οποιαδήποτε ουσία ή φάρμακο μπορεί να χρησιμοποιηθεί και καταχρηστικά. Χρησιμοποιούνται κυρίως για λόγους ευεξίας και χωρίζονται με βάση την δράση τους στο κεντρικό νευρικό σύστημα (Stanhope&Lancaster, 2016). Περιληπτικά μερικές ουσίες κατάχρησης αναφέρονται στη συνέχεια:

Κατασταλτικά,υπνωτικά και αγχολυτικά

Η συγκεκριμένη κατηγορία φαρμάκων εμφανίστηκε για πρώτη φορά το 1903 με την βαρβιτάλη. Σε αυτή τη κατηγορία κατατάσσονται τα βαρβιτουρικά, τα μη βαρβουτιρικά και οι βενζοδιαζεπίνες. Η χρήση τους αποσκοπεί στην ελάττωση του άγχους, την καταστολή και την γενική αναισθησία. Σήμερα, χρησιμοποιούνται κυρίως οι βενζοδιαζεπίνες, διότι εμφανίζουν μεγαλύτερη ασφάλεια από τα βαρβιτουρικά και μη βαρβουτιρικά.

Οπιοειδή

Στα οπιοειδή φάρμακα ανήκουν η ηρωίνη, οξυκωδόνη, κωδεΐνη, υδροκωδόνη και η μορφίνη. Τα οπιοειδή φάρμακα χρησιμοποιούνται για αναλγητικούς λόγους, εκτός της ηρωίνης.

Ψυχοδιεγερτικά

Τα ψυχοδιεγερτικά χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά το 1930. Αποτελούνται από τις αμφεταμίνες, τη μεθυλφαινιδάτη και τη κοκαΐνη. Τα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα προκαλούν υπερδιέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος και αυξημένη δραστηριότητα του χρήστη.

Ψευδαισθησιογόνα

Οι μόνες ουσίες φυσικής προέλευσης είναι το πεγιότ και η μεσκαλίνη. Οι περισσότερες ψευδαισθησιογόνες ουσίες είναι αποτέλεσμα συνθετικών διαδικασιών. Από το όνομά τους προκύπτει το συμπέρασμα ότι πρόκειται για ουσίες που δημιουργούν ψευδαισθήσεις και αίσθηση απώλειας της πραγματικότητας. Επιπλέον, δεν εμφανίζουν σωματική εξάρτηση αλλά μόνο ψυχολογική.

Αλκοόλ

Το αλκοόλ αποτελεί την παλαιότερη μορφή ψυχοδιεγερτικής ουσίας και μέχρι σήμερα είναι ευρέως διαδεδομένο.

Άλλες κατηγορίες ψυχοδραστικών ουσιών είναι η φαινυλκυκλιδίνη, η κάνναβης, τα εισπνεόμενα, η νικοτίνη, η καφεΐνη, τα αναβολικά στεροειδή, τα νιτρόδη και το νιτρικό οξείδιο (Black & Andreasen, 2015).

3.2.3 Αλκοόλ και επιπτώσεις στην υγεία

Παρόλο ότι η ήπια χρήση αλκοόλ θεωρείται υγιής συνήθεια, σε περιπτώσεις κατάχρησης εμφανίζονται πολλές επιπτώσεις τόσο στην υγεία όσο και στην καθημερινότητα του χρήστη. Ένας από τους πιθανούς παράγοντες αυξημένης κατανάλωσης είναι το γεγονός ότι το αλκοόλ δημιουργεί αισθήματα εφορίας και καλύπτει πιθανά αρνητικά αισθήματα. Ωστόσο, στο στάδιο του εθισμού αυτό δεν ισχύει, εφόσον η παρατεταμένη χρήση συνδέεται με καταθλιπτικά συμπτώματα. Το αλκοόλ επηρεάζει σημαντικά πολλά σημεία του οργανισμού με μεγαλύτερη επίπτωση στο ήπαρ αλλά και σε όλο το πεπτικό σύστημα. Ακολουθούν τα νευρολογικά και τα καρδιακά προβλήματα (Batra et al. 2016).

Αναλυτικότερα, ο μεταβολισμός του αλκοόλ γίνεται κυρίως στο ήπαρ. Τα παράγωγα της αιθανόλης είναι αρκετά τοξικά ώστε να προκληθεί σημαντική βλάβη σε αυτό. Η υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ ευθύνεται για την ανάπτυξη λιπώδη ήπατος αλλά και κίρρωσης. Όπως προαναφέρθηκε το αλκοόλ επιδρά σε ολόκληρο το πεπτικό σύστημα. Έτσι, στοιχεία δείχνουν ότι συνδέεται με αυξημένα ποσοστά παγκρεατίτιδας, καθώς το πάγκρεας μεταβολίζει προϊόντα της αιθανόλης εξίσου. Παράλληλα, σε χρόνια αλκοολικούς εμφανίζεται γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, η οποία σχετίζεται με αλλοιώσεις στον οισοφάγο και κατά επέκταση αιμορραγίες (Mehta et al. 2016, Rocco et al. 2014).

Όσον αφορά στις νευρολογικές επιπτώσεις, η χρόνια έκθεση σε αλκοόλ αποτελεί παράγοντα κινδύνου τοξικότητας τόσο του κεντρικού αλλά και του περιφερειακού νευρικού συστήματος. Η εγκεφαλοπάθεια του Gayet-Wernicke είναι συχνή μεταξύ των αλκοολικών. Η εμφάνιση της αποδίδεται στην μειωμένη πρόσληψη θειαμίνης ή αλλιώς της βιταμίνης Β1, κυρίως σε άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ. Παρατηρούνται συμπτώματα σύγχυσης και αταξίας και χωρίς την έγκαιρη θεραπεία με δόσεις θειαμίνης μπορεί να οδηγήσει στο σύνδρομο Korsakoff. Δηλαδή

ένα αμνησιακό σύνδρομο συνοδευόμενο με συχνά παραλυτικά συμπτώματα (Fouarge & Maquet, 2019).

Ακόμα, έχουν μελετηθεί οι επιπτώσεις του αλκοόλ σε άτομα εκτός του ασθενή. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το αλκοολικό εμβρυϊκό σύνδρομο. Το συγκεκριμένο σύνδρομο επηρεάζει την υγεία των παιδιών αλκοολικών μητέρων. Ακόμα ο μηχανισμός δράσης του αλκοόλ δεν είναι απόλυτα κατανοητός. Ωστόσο είναι γνωστό ότι η έκθεση της εγκυμονούσας γυναίκας σε αυτό, αποτελεί παράγοντα κινδύνου τερατογένεσης. Επιπλέον, δεν είναι ξεκάθαρη μια ασφαλής ποσότητα λήψης αλκοόλ, ενώ η πιθανότητα βλάβης στο έμβρυο εντοπίζεται καθ' όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στο έμβρυο εντοπίζονται αλλοιώσεις στη δομή του προσώπου αλλά και του εγκεφάλου, ενώ ταυτόχρονα παρουσιάζονται και λειτουργικά προβλήματα (Vorgias & Berstein, 2020).

Τέλος το αλκοόλ ευθύνεται για την πρόκληση ατυχημάτων και τραυματισμών. Τόσο στο δρόμο όσο και στο σπίτι υπάρχουν ενδείξεις, οι οποίες αναφέρουν ως κύρια αιτία πρόκλησης ατυχημάτων τη χρήση αλκοόλ. Αυτό αποδίδεται στο γεγονός ότι τα άτομα με εξάρτηση από το αλκοόλ συχνά αντιμετωπίζουν διάφορες μυοπάθειες. Επιπλέον, η χρήση αλκοόλ συσχετίζεται άμεσα με τη μείωση της γονιμότητας των αντρών, λόγω της μειωμένης τεστοστερόνης, καθώς και διάφορων ψυχιατρικών επιπλοκών, όπως η άνοια (Black & Andreasen, 2015).

3.2.4 Ενέσιμα ναρκωτικά και επιπτώσεις στην υγεία

Τα άτομα τα οποία εγχέουν ναρκωτικές ουσίες ενδοφλέβια παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας από αιτίες που σχετίζονται άμεσα με την εξάρτηση τους (Mathers et al. 2014). Μολυσματικές ασθένειες οι οποίες μεταδίδονται μέσω του αίματος είναι ιδιαίτερα συχνές σε αυτή την πληθυσμιακή ομάδα. Παραδειγματικά, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος απόκτησης του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) και της ηπατίτιδας C. Οι τεχνικές χορήγησης μέσω κοινόχρηστης βελόνας είναι η κύρια αιτία εμφάνισης των συγκεκριμένων ασθενειών. Εκτός αυτού, η χρήση των ενέσιμων ναρκωτικών σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο θανατηφόρας δόσης, εφόσον η δράση γίνεται απευθείας στο αίμα του χρήστη. Εξίσου σημαντικός παράγοντας κινδύνου είναι η χρήση νοθευμένων ναρκωτικών ουσιών (Stanhope&Lancaster, 2016).

Συνυπάρχοντα προβλήματα όπως η πιθανότητα έλλειψης στέγης σε συνδυασμό με εμπόδια στην πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη, επιδεινώνουν εξίσου την κατάσταση υγείας τους.

Προκειμένου να διασφαλιστεί η δόση της ναρκωτικής ουσίας, οι χρήστες καταφεύγουν είτε στο παράνομο εμπόριο ναρκωτικών είτε στην πορνεία. Η πιθανότητα σύλληψης επιδρά αποθαρρυντικά στην αναζήτηση παροχής βοήθειας, επιδεινώνοντας την κατάσταση της υγείας τους. Τέλος, οι ουσιοεξαρτώμενοι συχνά έρχονται αντιμέτωποι με καταστάσεις βίας, οι οποίες δρουν αρνητικά στην ψυχική υγεία τους. Η κατάθλιψη και το μετατραυματικό στρες είναι μερικές από τις διαταραχές που προκαλεί η παρατεταμένη έκθεση τους στη βία (West et al. 2020).

3.2.5 Εντοπισμός του προβλήματος στην Ελλάδα

Σύμφωνα με την έκθεση για το φαινόμενο της χρήσης ναρκωτικών στην Ελλάδα από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας «EMCDDA» το 2019, προκύπτουν ακριβή δεδομένα σχετικά με τον επιπολασμό της χρήσης ναρκωτικών ουσιών στη χώρα.

Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα η μεγαλύτερη χρήση γίνεται στην κάνναβη και ακολουθούν η ηρωίνη και η κοκαΐνη. Το 2017 οι θάνατοι που σχετίζονταν με υπερδοσολογία ναρκωτικών ουσιών ανέρχονταν στους 62 ,ενώ οι διαγνώσεις HIV, που αποδίδονται στην χρήση ενέσιμων ουσιών, υπολογίζονται στις 86 νέες περιπτώσεις. Παράλληλα, η αναζήτηση θεραπείας είναι συχνότερη σε εξαρτώμενους από την ηρωίνη, εφόσον αποτελούν το 55% των νεοεισερχόμενων σε προγράμματα θεραπείας αποτοξίνωσης. Ο αριθμός των χρηστών υψηλού κινδύνου, δηλαδή όσων χρησιμοποιούν οπιοειδή ανέρχεται περίπου στους 14.466.

Όσον αφορά στα στατιστικά δεδομένα μολύνσεων, το Υπουργείο υγείας αναφέρει πτώση των διαγνώσεων HIV, ενώ η λοίμωξη από ηπατίτιδα C (HCV) αφορά δύο στους τρεις χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών.Οι ουσιοεξαρτώμενοι ως ευάλωτη κοινωνική ομάδα έχουν τη δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης σε υγειονομικές εγκαταστάσεις τόσο για τηθεραπεία ασθενειών, όπως η λοίμωξη από HIV όσο και για προγράμματα απεξάρτησης (EMCDDA, 2019).Παράλληλα με σκοπό την πρόληψη αλλά και τηθεραπεία λειτουργούν εγκεκριμένοι φορείς όπως ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών «Ο.Κ.Α.Ν.Α» και το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων «Κ.Ε.Θ.Ε.Α» κ.α (Υπουργείο υγείας, 2018)

Σχετικά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης της χώρας, σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά «ΕΚΤΕΠΙΝ» , στην Ελλάδα το φαινόμενο της χρήσης ναρκωτικών ουσιών αντιμετωπίζεται σε τέσσερα διαφορετικά

επίπεδα. Συγκεκριμένα, στη μείωση της ζήτησης, στη πρόληψη, στη μείωση των επιβλαβών συνεπειών από την χρήση, στη συμβουλευτική θεραπεία και τέλος στην αποκατάσταση και επανένταξη. Αναλυτικά, για τους χρήστες ουσιών οι οποίοι δεν δέχονται θεραπεία απεξάρτησης, κύριος στόχος αποτελεί η πρόληψη των μολυσματικών ασθενειών και περιπτώσεων υπερδοσολογίας. Όσον αφορά στα θεραπευτικά προγράμματα, ως κύριος στόχος τίθεται η βελτίωση της ψυχικής και σωματικής υγείας, μέσα από την βοήθεια ειδικών επαγγελματιών. Οι αναγνωρισμένοι τύποι θεραπείας στη χώρα είναι η «στεγνή», υποκατάσταση και η σωματική αποτοξίνωση. Τέλος, τα προγράμματα επανένταξης στοχεύουν στην πρόληψη πιθανής υποτροπής των απεξαρτημένων. Δημόσια νοσοκομεία στα οποία λειτουργούν προγράμματα απεξάρτησης είναι το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθήνας και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (ΕΚΤΕΠΝ, χ.η).

Το 2019, στην Ελλάδα ιδρύθηκε το πρόγραμμα Χ.Ε.Χ, δηλαδή χώροι εποπτευόμενης χρήσης. Όπως προκύπτει από την ονομασία, το πρόγραμμα αποτελείται από ειδικά διαμορφωμένους χώρους οι οποίοι παρέχουν στον χρήστη ασφαλή εξοπλισμό έγχυσης των ναρκωτικών. Σκοπός του προγράμματος αποτελεί η μείωση της εξάπλωσης μολυσματικών ασθενειών και η ενίσχυση της υγείας των ουσιοεξαρτώμενων (ΕΚΤΕΠΝ, 2020).

3.2.6 Εμπόδια πρόσβασης ουσιοεξαρτώμενων στην υγειονομική περίθαλψη

Τα άτομα τα οποία κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών είναι επιρρεπή σε ασθένειες και εμφανίζουν υψηλά ποσοστά θνησιμότητας. Μολυσματικές ασθένειες και άλλες καταστάσεις που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, είναι ιδιαίτερα συχνές σε αυτό τον πληθυσμό. Όμως, παρόλο που οι ανάγκες τους είναι μεγάλες, αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, ενώ συγχρόνως γίνεται λόγος για χαμηλότερη ποιότητα φροντίδας.

Το πρώτο εμπόδιο το οποίο καλούνται να αντιμετωπίσουν είναι το στίγμα της χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Η ρατσιστική συμπεριφορά των παρόχων υγειονομικής φροντίδας λειτουργεί αποθαρρυντικά στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας. Οι ουσιοεξαρτώμενοι θεωρούν ότι αντιμετωπίζονται με διαφορετικό τρόπο από τους μη χρήστες, ακόμα και στην περίπτωση υποψίας χρήσης ναρκωτικών (Chan-Carusone et al. 2019). Το στίγμα δημιουργείται κυρίως από την συσχέτιση των ναρκωτικών με εγκληματικές πράξεις. Έτσι, οι ουσιοεξαρτώμενοι, στην προσπάθεια να αποφύγουν εκδηλώσεις ρατσισμού, είτε αρνούνται εντελώς την παροχή

βοήθειας είτε καταφεύγουν σε εναλλακτικές μεθόδους. Πολλοί θεωρούν ότι υπηρεσίες οι οποίες σχετίζονται άμεσα με τη πρόληψη ή τη θεραπεία των ουσιοεξαρτώμενων παρέχουν καταλληλότερη φροντίδα. Λόγω αυτού προτιμούν περισσότερο τη χρήση αυτών έναντι του νοσοκομείου, το οποίο θεωρείται ένα εχθρικό περιβάλλον. Όταν τελικά αναζητούν ιατρική βοήθεια, προσπαθούν με κάθε τρόπο να διατηρήσουν κρυφή την εξάρτησή τους από τους υγειονομικούς. Πιθανόν αυτό συμβαίνει λόγω της ντροπής ή της πεποίθησης ότι με αυτό το τρόπο θα λάβουν καλύτερη φροντίδα. Στην περίπτωση όμως όπου η απόκρυψη της χρήσης είναι αδύνατη, οι ουσιοεξαρτώμενοι αναφέρουν ότι δεν διαμαρτύρονται για το αίσθημα του πόνου, φοβισμένοι ότι θα θεωρηθεί ως ένα τέχνασμα προκειμένου να προμηθευτούν τη δόση τους (Biancarelli et al. 2019).

Η αδιαφορία του υγειονομικού προσωπικού, για το αίσθημα του πόνου σε ουσιοεξαρτώμενα άτομα, αποτελεί εξίσου ένα σημαντικό εμπόδιο τόσο στην αναζήτηση θεραπείας όσο και στην ολοκλήρωση αυτής. Οι ανάγκες τους για τη μείωση του πόνου μένουν ανεκπλήρωτες κυρίως λόγω της καχυποψίας των υγειονομικών απέναντί τους και της απουσίας ενός προκαθορισμένου πρωτοκόλλου αντιμετώπισης. Καθ' αυτόν τον τρόπο, πολλοί προσπαθώντας να περιορίσουν τα συμπτώματα απόσυρσης, καταφεύγουν στην χρήση παράνομων ουσιών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Ωστόσο αυτό είναι ενάντια των κανονισμών των υγειονομικών εγκαταστάσεων με αποτέλεσμα την ακούσια αποβολή τους από αυτά, ανεξάρτητα από την προσωπική τους επιθυμία να συνεχίσουν τη θεραπεία. Έτσι οι αρνητικές εμπειρίες προηγούμενων νοσηλείων καθυστερούν την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας έως ότου βρεθούν σε κρίσιμο σημείο (Strike et al. 2020, McNeil et al. 2014) .

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, πολλές φορές η στάση των υγειονομικών ευθύνεται για την αναποτελεσματική φροντίδα των ουσιοεξαρτώμενων. Πράγματι, μέσα από μελέτες αποδεικνύεται ότι οι υγειονομικοί, ιδιαίτερα σε ηλικίες άνω των 40 ετών, αντιμετωπίζουν τους χρήστες ουσιών με φόβο. Αυτό αποδίδεται εν μέρει στην ελλιπή γνώση τους σχετικά με τη μετάδοση μολυσματικών ασθενειών, όπως είναι ο HIV. Ιδιαίτερα στα πρώτα χρόνια εμφάνισης του ιού, αρκετοί υγειονομικοί απέφευγαν την φροντίδα ουσιοεξαρτώμενων. Γενικότερα επικρατεί ο φόβος σε επαγγελματίες υγείας για τη συμπεριφορά των χρηστών ουσιών (Ledda et al. 2017). Περιστατικά βίας και απροθυμίας των ασθενών να συνεργαστούν με τους υγειονομικούς, οδηγεί στην επικράτηση στερεοτύπων για την συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Λόγω του στιγματισμού, εμφανίζεται μειωμένη επικοινωνία μεταξύ ασθενή και επαγγελματία με αποτέλεσμα την χαμηλότερη ποιοτικά φροντίδα. Οι υγειονομικοί δεν συνεργάζονται στο ίδιο βαθμό με τους χρήστες ουσιών όσο με άλλους ασθενείς, ενώ

παράλληλα έχουν την τάση να υποτιμούν τα συμπτώματα τα οποία αναφέρουν οι χρήστες. Επιπλέον, δεν είναι λίγοι αυτοί οι οποίοι πιστεύουν ότι δεν υπάρχει τρόπος βελτίωσης της κατάστασής τους, ενώ παράλληλα τους καθιστούν υπεύθυνους. Η μειωμένη ενθάρρυνση από την πλευρά των υγειονομικών συνδέεται με χαμηλότερα ποσοστά επιτυχημένης θεραπείας.

Ωστόσο, μέρος των υγειονομικών αποδίδουν τη χαμηλότερη ποιότητα φροντίδας στο γεγονός ότι δεν κατέχουν την απαραίτητη εκπαίδευση αντιμετώπισής τους. Για αυτό τον λόγο και οι ίδιοι αισθάνονται ανεπαρκής, θεωρώντας την αλληλεπίδραση με χρήστες ουσιών ως μια δύσκολη περίπτωση ασθενή. Εξαιτίας της στάσης αυτής οι πιθανότητες πρόσβασης σε θεραπεία και η ολοκλήρωση της ελαχιστοποιούνται σημαντικά. Επομένως αποτελεί ύψιστη ανάγκη η εκπαίδευση των υγειονομικών για την βέλτιστη αντιμετώπιση των ουσιοεξαρτώμενων. Η παροχή της απαραίτητης υποστήριξης παρέχει στους υγειονομικούς την αίσθηση της σιγουριάς στην αντιμετώπιση των συγκεκριμένων ασθενών (VanBoekel et al. 2013).

Επιπλέον, ένα ακόμα εμπόδιο αποτελεί ο αυτοστιγματισμός. Ακόμα και αν μηδενίσουμε τις προκαταλήψεις στο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, το στίγμα εξακολουθεί να λειτουργεί αποθαρρυντικά. Οι ουσιοεξαρτώμενοι εσωτερικεύουν όλο το στίγμα το οποίο έχουν βιώσει, με αποτέλεσμα να θεωρούν τον εαυτό τους υπεύθυνο και να αυτοαπομονώνονται. Λόγω αυτού δεν χρησιμοποιούν ούτε τις υπηρεσίες υγείας, φοβισμένοι για τυχόν αρνητική κριτική από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (Fernandes & Ventura, 2018).

Όσον αφορά στις κύριες αιτίες αναζήτησης περίθαλψης, οι χρήστες ουσιών κάνουν μεγαλύτερη χρήση των τμημάτων έκτακτων περιστατικών σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό για λόγους άμεσα συνδεδεμένους με τη χρήση ναρκωτικών. Σημαντικότερες αιτίες εισαγωγής είναι οι δερματικές λοιμώξεις και ακολουθούν οι τραυματισμοί και προβλήματα ψυχικής υγείας. Ωστόσο, η ένταξη σε προγράμματα απεξάρτησης συσχετίζεται με τη μείωση των επισκέψεων σε τμήματα έκτακτων περιστατικών (Lewer et al. 2020).

3.3 ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

3.3.1 Ψυχικά ασθενείς

Τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας αποτελούν ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού. Θεωρούνται ευάλωτες ομάδες και συχνά διαφέρουν και υστερούν ως προς τις

κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, καθώς ζουν με χαμηλά εισοδήματα και ανεπαρκή στέγαση. Οι ψυχικά πάσχοντες χαρακτηρίζονται από μια διαφορετική, αλλά κοινή μεταξύ τους υποκουλτούρα και συνιστούν μία ομάδα της κοινότητας. Συνήθως, φέρουν κοινές αξίες, αναπτύσσουν δεσμούς μεταξύ τους, ενώ αντίθετα αισθάνονται αποκομμένοι από την υπόλοιπη κοινωνία και χρειάζονται την αναθέρμανση των σχέσεων τους με αυτή (Καλοκαιρινού και συν. 2011). Ο μεγάλος επιπολασμός των ψυχικών ασθενειών στην Ευρώπη, καθώς και οι ανάγκες για βελτίωση των συστημάτων ψυχικής υγείας, συγκαταλέγονται μεταξύ των σημαντικότερων ζητημάτων που καλείται να εστιάσει το κράτος και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης. Ειδικότερα, το 17,3% του πληθυσμού της Ευρώπης φαίνεται να επηρεάζεται από προβλήματα ψυχικής υγείας. Μάλιστα, οι ψυχικές ασθένειες ανήκουν στις βασικότερες αιτίες μη θανατηφόρου απώλειας της υγείας στην Ευρώπη. Οι ψυχικά πάσχοντες συχνά καθυστερούν την αντιμετώπιση του προβλήματος ή έχουν αναποτελεσματική προσπάθεια θεραπείας και ένα μεγάλο ποσοστό τους δεν έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας υψηλής ποιότητας (Axelsson et al. 2020).

Οι ψυχικές διαταραχές χωρίζονται σε πολλές διαφορετικές κατηγορίες ανάλογα με τα συμπτώματα που τις χαρακτηρίζουν. Στην πλειοψηφία τους σχηματίζουν ένα σύνολο ακανόνιστων και αλλόκοτων σκέψεων, συναισθημάτων, απόψεων και σχέσεων με τους υπόλοιπους ανθρώπους. Οι σημαντικότερες από αυτές είναι η κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή, ψυχώσεις όπως σχιζοφρένεια, η άνοια αλλά και αναπτυξιακές διαταραχές όπως ο αυτισμός (WHO 2019). Ωστόσο, είναι δύσκολο να δοθεί ένας συγκεκριμένος ορισμός για τις ψυχικές διαταραχές εξαιτίας της πολυπλοκότητας τους. Σύμφωνα με το DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) ψυχική διαταραχή είναι ένα κλινικό συμπεριφορικό ή ψυχολογικό σύνδρομο ή μοτίβο που παρουσιάζεται σε ένα άτομο και που συνδέεται με την παρουσία δυσφορίας ή αναπηρίας ή που σχετίζεται με ένα υψηλό κίνδυνο πόνου, αναπηρίας, απώλειας ελευθερίας ή και θανάτου. Βέβαια, οι αναμενόμενες και πολιτισμικά αποδεκτές συμπεριφορές που ακολουθούν ένα συγκεκριμένο γεγονός, δεν πρέπει να συγκαταλέγονται στις ψυχικές διαταραχές. Ακόμη, οι αποκλίνουσες συμπεριφορές, αλλά και οι συγκρούσεις μεταξύ ατόμου και κοινωνίας δεν θεωρούνται ψυχικές διαταραχές, αν δεν συνδέονται με την ύπαρξη δυσλειτουργίας στο άτομο. Όποιος και να είναι ο αρχικός λόγος της δυσλειτουργίας αυτής, ένα άτομο με ψυχική διαταραχή χαρακτηρίζεται από την εκδήλωση συμπεριφορών, βιολογικών ή ψυχολογικών προβλημάτων (Stein et al. 2010).

Σε μεγάλο βαθμό, η ψυχική υγεία και ασθένεια φαίνεται να επηρεάζεται από κάποιους καθοριστικούς παράγοντες, στους οποίους συμπεριλαμβάνεται το εισόδημα, η στέγαση, το

εκπαιδευτικό επίπεδο, το άγχος, οι εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, το επάγγελμα, οι κοινωνικές διακρίσεις και η έλλειψη πρόσβασης σε βασικούς πόρους. Για την επίτευξη της ψυχικής υγείας του ατόμου, πρέπει να συνυπολογίζονται τόσο οι βιολογικοί, όσο και οι κοινωνικοί παράγοντες των ψυχικών ασθενειών (Manderscheid et al. 2010). Τα άτομα με ψυχικές ασθένειες έχουν εμφανώς χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής κατά 10 με 20 χρόνια σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Σήμερα, υπάρχουν πάρα πολλές στρατηγικές για την πρόληψη ψυχικών διαταραχών όπως η κατάθλιψη, που φαίνεται να έχουν σπουδαία αποτελέσματα, τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικους. (Glowacki et al. 2019). Φυσικά, για τις περισσότερες ψυχικές διαταραχές, υπάρχουν πολλοί τρόποι ανακούφισης των προβλημάτων που προκαλούν και πολλές διαφορετικές μορφές αποτελεσματικής θεραπείας. Σε αυτό, τον σημαντικότερο ρόλο διαδραματίζουν οι κοινωνικές υπηρεσίες και οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που είναι ικανές να προσφέρουν την απαραίτητη υποστήριξη και θεραπεία αντίστοιχα (WHO 2019).

Προκειμένου όμως, να μειωθεί η εμφάνιση τέτοιων χρόνιων ασθενειών και να βελτιωθεί η συνολική υγεία είναι αναγκαίο να συντελεστούν πιο συνδεδεμένες με το ζήτημα προσεγγίσεις. Αναμφισβήτητα, η ψυχική υγεία επηρεάζει σημαντικά την σωματική υγεία και αντίστροφα η σωματική ευεξία επηρεάζει πολύ συχνά την ψυχική ακεραιότητα του ατόμου. Πολλές φορές συνυπάρχουν και είναι αλληλένδετες και ως εκ τούτου είναι απαραίτητη η προσέγγιση ενός σύνθετου βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου της ασθένειας. Πληθώρα στοιχείων επιβεβαιώνουν πως τα άτομα με ψυχικές ασθένειες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν χρόνιες παθήσεις και σωματικές επιπλοκές, όπως είναι ο διαβήτης και οι καρδιακές παθήσεις, που θα μπορούσαν να προληφθούν μέσω της σωματικής δραστηριότητας και της άσκησης (Glowacki et al. 2019). Επιπλέον, κάθε υποπληθυσμός χρειάζεται διαφορετική προσέγγιση ως προς τις ψυχικές ασθένειες. Τα ετήσια περιστατικά σοβαρών ψυχικών ασθενειών αντιστοιχούν μόνο στο ένα τέταρτο του συνολικού πληθυσμού των ενηλίκων με κάποια ψυχική ασθένεια. Όμως, το 75% των ενηλίκων με λιγότερο σοβαρές ψυχικές ασθένειες χρειάζεται και αυτό την ίδια ανταπόκριση από τα συστήματα φροντίδας. Βέβαια, υπάρχει και ακόμα ένας υποπληθυσμός, που περιλαμβάνει τα άτομα με υποδυστρικές ή «μη αναπτυχθείσες» (ήπιες) διαταραχές άγχους για τον οποίο χρειάζεται ένα κατάλληλο σχέδιο παρεμβάσεων με σκοπό την πρόληψη τους αλλά και την ανάρρωση των ασθενών από αυτές. Τέλος, καθώς η ανάρρωση αποτελεί τον ανώτατο στόχο των παρεμβάσεων, σίγουρα αυτές πρέπει να υποστηρίζουν τους διαφορετικούς υποπληθυσμούς, ώστε να επιτευχθεί η πρόληψη ορισμένων ψυχικών ή σωματικών ασθενειών αλλά και η θεραπεία τους (Manderscheid et al. 2010).

3.3.2 Πεποιθήσεις ψυχικά ασθενών

Οι ψυχικά πάσχοντες έχουν μία ιδιαίτερη αντίληψη για την φροντίδα και αυτή έχει συγκεκριμένο νόημα για αυτούς. Έχουν την ανάγκη να υπάρχει κοντά τους κάποιος, ο οποίος να μπορεί να τους ακούσει. Άλλωστε σε μεγάλο βαθμό αυτό περιμένουν από τους επαγγελματίες υγείας και έχουν μια αίσθηση ασφάλειας και φροντίδας, όταν περιτριγυρίζονται από δικά τους άτομα. Επιπλέον, οι χρόνια ψυχικά ασθενείς δείχνουν έντονα την επιθυμία τους να προσφέρουν φροντίδα σε άλλους ανθρώπους και φαίνεται να εκτιμούν ιδιαίτερα τα άτομα που είναι ειλικρινή και έντιμα απέναντί τους. Οι ψυχικά πάσχοντες νιώθουν ότι αποτελούν μία ομάδα με κοινά χαρακτηριστικά, πολιτισμικά πρότυπα, αντιλήψεις, και συνήθειες, γι' αυτό τον λόγο αναζητούν ικανούς και ευέλικτους τρόπους φροντίδας, οι οποίοι συμφωνούν πολιτισμικά με τις ανάγκες τους και θα προάγουν την ανάπτυξη τους. Μάλιστα, δείχνουν μία ιδιαίτερη φοβία, όσον αφορά στην αποτυχία και στην απόρριψη τους από την υπόλοιπη κοινωνία, προσπαθούν διαρκώς να ενσωματωθούν στο σύνολο της φυσιολογικά και αυτό γιατί συχνά δέχονται τον στιγματισμό της ψυχικής ασθένειας. Επομένως, εξαιτίας της γενικότερης κοσμοθεωρίας της ψυχικής ασθένειας αλλά και των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, οι συνήθειες των ψυχικά ασθενών φαίνεται να επηρεάζονται κατά πολύ και γι' αυτό χρειάζονται έναν διαφορετικό τρόπο προσέγγισης και αντιμετώπισης από τους επαγγελματίες υγείας σε σύγκριση τους υπόλοιπους ασθενείς (Καλοκαιρινού και συν. 2011).

3.3.3 Σωματική υγεία ψυχικά ασθενών

Οι ψυχικά ασθενείς πέρα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν εξαιτίας των συμπτωμάτων της ψυχικής ασθένειας, φαίνεται να κινδυνεύουν, περισσότερο από τον υπόλοιπο πληθυσμό, να νοσήσουν από σοβαρές χρόνιες και σωματικές ασθένειες. Ειδικότερα, σύμφωνα με μελέτες σε σχέση με την νοσηρότητα και τη θνησιμότητα των ψυχικά ασθενών, τα 2/3 των θανάτων αποδίδονται σε φυσικά αίτια. Το χαμηλό προσδόκιμο ζωής τους φαίνεται να συνδέεται περισσότερο με την κακή σωματική τους υγεία και τα διάφορα προβλήματα υγείας, απ' ότι με τα πιθανά ατυχήματα και τις αυτοκτονίες. Σε μεγάλο βαθμό, συνήθειες όπως το κάπνισμα, η κακή διατροφή, η καθιστική ζωή, η κατανάλωση αλκοόλ και η χρήση ναρκωτικών ουσιών έχουν μεγαλύτερη ευθύνη για τα αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας στους ψυχικά πάσχοντες. Μάλιστα, σε αρκετές περιπτώσεις δίνεται περισσότερη προσοχή και κατάλληλη αντιμετώπιση των καθαρά ψυχιατρικών συμπτωμάτων και λιγότερη

στα συμπτώματα της σωματικής υγείας που προκύπτουν (Papachristou Nadal et al. 2019). Παρατηρείται δηλαδή μια υποδιάγνωση και υποεκτίμηση των επιδράσεων συσχέτισης στους ψυχικά ασθενείς που χρησιμοποιούν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Αρκετά συχνά, τα σωματικά συμπτώματα, που μπορεί να οφείλονται σε άλλη παθολογική κατάσταση και επομένως να υπάρχει συν νοσηρότητα, θεωρούνται ψυχοσωματικά και δεν γίνεται εκτενέστερη ιατρική εξέταση. Τέτοιες συννοσηρότητες είναι κατά κύριο λόγο η παχυσαρκία, ο διαβήτης, η εγκεφαλοαγγειακή και καρδιακή νόσος, η πνευμονία, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και ορισμένες μορφές καρκίνων. Πράγματι, οι ψυχικά ασθενείς δείχνουν να έχουν υψηλότερο κίνδυνο θανάτου από αναπνευστικές διαταραχές και λοιμώξεις και έχουν γενικά κακή καρδιαγγειακή υγεία (Schneider et al. 2019).

Υπάρχουν στοιχεία που συμφωνούν με τις θεωρίες για «μεταβολικό σύνδρομο» στους ψυχικά ασθενείς, δηλαδή μια αναπτυξιακή φύση της ενδοκρινικής δυσλειτουργίας. Το μεταβολικό σύνδρομο αναφέρεται σε ένα σύμπλεγμα συμπτωμάτων όπως είναι η αύξηση βάρους, με αύξηση κατά κύριο λόγο σπλαχνικού και κοιλιακού λίπους, ΣΔ και υπέρταση και φαίνεται να επηρεάζει μεγάλο αριθμό των ψυχικά ασθενών και πιο έντονα ασθενείς με σχιζοφρένεια. Ακόμη, η παχυσαρκία συνδέεται με καταστάσεις υπέρτασης, υπεργλυκαιμίας και υπερλιπιδαιμίας, που προμηνύουν κίνδυνο καρδιακών παθήσεων και σακχαρώδους διαβήτη τύπου II. Η παχυσαρκία στους ψυχικά ασθενείς είναι ένα πρόβλημα που σχετίζεται με πολλά άλλα θέματα υγείας και χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Το αυξημένο βάρος μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη ενέργεια για δραστηριότητες, αντικοινωνικές στάσεις και χαμηλή αυτοεξυπηρέτηση. Γυναίκες ψυχικά ασθενείς φαίνεται να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο παχυσαρκίας σε σχέση με τους άντρες, ενώ και στα δύο φύλα παρατηρείται αύξηση του σπλαχνικού λίπους του άνω σώματος. Η κατάσταση αυτή οφείλεται εν μέρει σε επιβλαβείς ιατρογενείς επιδράσεις των αντιψυχωσικών και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, που προκαλούν αυξημένη όρεξη, αύξηση βάρους και διαταραχές του μεταβολισμού, αλλά μεγάλη επίδραση έχουν επίσης οι κακές διατροφικές συνήθειες και η αδράνεια των ψυχικά ασθενών (Mechling & Arms 2019). Επιπλέον, οι πάσχοντες από σοβαρές ψυχικές ασθένειες δείχνουν να έχουν δυο έως τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου II. Πολλοί είναι οι ψυχικά ασθενείς που δείχνουν να λαμβάνουν αρκετά χαμηλότερη ποιότητα φροντίδας για τον διαβήτη τους, ενώ άλλοι δεν δέχονται καμία φροντίδα. Κοινά παράπονα των ψυχικά ασθενών σε σχέση με την παρεχόμενη φροντίδα, φαίνεται να είναι η κακή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας και η έλλειψη αφοσίωσης από αυτούς και γενικότερα ο κακός συντονισμός του σχεδίου φροντίδας μεταξύ των υπηρεσιών υγείας για τους ασθενείς με

συννοσηρότητες. (Papachristou Nadal et al. 2019, Collins et al. 2012). Ως προς τους καρκίνους, σε περιπτώσεις σοβαρής μονοπολική κατάθλιψης φαίνεται να υπάρχουν αυξημένα ποσοστά στα κακοήγη νεοπλάσματα (Schneider et al. 2019). Τέλος, οι ψυχικά ασθενείς, εξαιτίας των επικίνδυνων δραστηριοτήτων τους και της έλλειψης γνώσεων για τον τρόπο μετάδοσης τους, είναι πιο ευάλωτοι σε σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, στις οποίες συγκαταλέγονται και η ηπατίτιδα Β και C, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Πράγματι, οι ψυχικά ασθενείς έχουν πολλές πιθανότητες να νοσήσουν από ΣΜΝ, όπως είναι ο HIV, η σύφιλη και η ηπατίτιδα Β και C, γεγονός που αποδίδεται σε συμπεριφορές όπως η ενδοφλέβια ένεση ναρκωτικών ουσιών, που είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη κατάσταση στους ψυχικά ασθενείς και οι σεξουαλικές επαφές χωρίς προφύλαξη (Durotoye et al. 2014).

3.3.4 Εμπόδια πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε σχέση με την πρόσβαση και χρήση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας γίνεται αντιληπτό ότι οι ψυχικά πάσχοντες αντιμετωπίζουν αρκετά εμπόδια και ιδιαίτερα εκείνοι που ζουν σε χώρες με χαμηλά ή μεσαία εισοδήματα. Σε κάθε περίπτωση, οι ψυχικά ασθενείς δείχνουν γενικότερα να συναντούν αρκετά προβλήματα σε σχέση με τα συστήματα ψυχικής υγείας και αυτό υποδηλώνει μια ανάγκη βελτίωσης και ενίσχυσης τους. Μερικά από τα βασικότερα θέματα τα οποία φαίνεται να απασχολούν σημαντικά, είναι το επίπεδο της ψυχικής υγείας που παρέχεται στο περιβάλλον της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ο μειωμένος αριθμός εργαζομένων που ασχολούνται, εκπαιδεύονται και εποπτεύονται στην φροντίδα των ψυχικά ασθενών. Πράγματι, εμπόδια όπως είναι η έλλειψη βασικών οικονομικών και ανθρώπινου δυναμικού, σε συνδυασμό με η χαμηλή προτεραιότητα που αποδίδεται στην ψυχική υγεία συναντώνται πολύ συχνά. Βέβαια, πέρα από τα παραπάνω, οι ψυχικά ασθενείς συναντούν και πολλά πολιτιστικά και φυσικά εμπόδια χρήσης των υπηρεσιών υγείας όπως είναι το μειωμένο επίπεδο γνώσεων για τα συστήματα ψυχικής υγείας, ο μεγάλος χρόνος αναμονής και το στίγμα. Αρκετοί από αυτούς αναφέρουν σωματικά εμπόδια που δυσκολεύουν την προσαρμογή τους και συχνά τους οδηγούν σε εγκατάλειψη της θεραπείας τους. Τέτοια παραδείγματα, εκτός από τον στιγματισμό, είναι η αντίληψη πως οι ψυχικές διαταραχές είναι προσωπική αδυναμία, η έλλειψη κατανόησης της αναγκαιότητας της θεραπείας και η μακρά διάρκεια της (Ali & Agyarong 2016).

Ένα από τα κυρίαρχα προβλήματα που συναντούν οι ψυχικά ασθενείς, σχετίζεται με την δική τους δυσκολία αποδοχής του προβλήματος και κατανόηση της ανάγκης για φροντίδα.

Φυσικά, σε αυτό συμβάλλει και η έλλειψη γνώσεων για ζητήματα υγείας, οι οποίες είναι απαραίτητες ώστε η αναζήτηση βοήθειας να γίνεται έγκαιρα. Σχετικές μελέτες επιβεβαιώνουν πως οι ψυχικά ασθενείς χρειάζονται αρκετό θάρρος για να ξεπεράσουν τα προσωπικά τους όρια και να αποδεχτούν το πρόβλημα και το γεγονός ότι χρειάζονται επαγγελματική φροντίδα. Ειδικά, σε ήπιες διαταραχές, φαίνεται να υπάρχει μεγάλη έλλειψη αντίληψης της ανάγκης και πεποίθηση ότι δεν πρόκειται για τόσο σοβαρό πρόβλημα, ώστε να αναζητηθεί θεραπεία. Ωστόσο και άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες συχνά θεωρούν ότι μπορούν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα χωρίς την αναζήτηση ιατρικής και φαρμακευτικής βοήθειας. Μία μελέτη σε σχέση με τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι νέοι άνδρες με ψυχικές διαταραχές αποκαλύπτει πως οι περισσότεροι από αυτούς αισθάνονται φόβο και δυσκολεύονται να εξηγήσουν ακριβώς τι τους συμβαίνει. Ότι η σωματική αδυναμία να δουν ή να αγγίξουν αυτό που αισθάνονται οδηγεί σε σύγχυση και φόβο για τα προβλήματά τους. Οι νεαροί άνδρες δυσκολεύονται να κατανοήσουν τα συναισθήματά τους και να κοιτάξουν εξωτερικά στον κοινωνικό τους κόσμο για το πλαίσιο και τον ορισμό, για να βοηθήσουν στην ερμηνεία του τι βιώνουν (Lynch et al. 2018).

Σίγουρα, οι αρνητικές στάσεις, ο στιγματισμός και τα στερεότυπα για τους ψυχικά ασθενείς, σε συνδυασμό με τις εσωτερικές αναστολές τους, καθυστερούν και ορισμένες φορές εμποδίζουν την αναζήτηση ψυχικής υγειονομικής περίθαλψης. Οι κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες επηρεάζουν τις προκατειλημμένες απόψεις για τις ψυχικές διαταραχές με αποτέλεσμα να παραμένουν στιγματισμένες. Πολύ συχνά, οι ψυχικά πάσχοντες καθυστερούν την αναζήτηση βοήθειας προκειμένου να αποφύγουν τις ετικέτες και φοβούνται τις διακρίσεις στον εργασιακό χώρο που μπορεί να προκύπτουν στην αποκάλυψη της ψυχικής νόσου. Η ηλικία του ασθενούς με την σειρά της φαίνεται να επηρεάζει την αντίληψη του προβλήματος. Σύμφωνα με μελέτες, οι νεότεροι ασθενείς αντιλαμβάνονται πιο εύκολα την ανάγκη για θεραπεία από τους ηλικιωμένους. Τα οικονομικά εμπόδια αναφέρονται σε έναν βαθμό, αλλά κυρίως γίνεται λόγος για έμμεσες δαπάνες όπως είναι τα έξοδα ταξιδιού. Στην Ελλάδα, οι ανασφάλιστοι έχουν δωρεάν πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Ωστόσο, τα γεωγραφικά εμπόδια δυσχεραίνουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας των ασθενών μεσαίων και χαμηλών εισοδημάτων, που ζουν σε πιο απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές (Axelsson et al. 2020, Andrade et al.2013).

Σε έναν βαθμό, αντιληπτά εμπόδια δείχνουν να είναι το δυσκίνητο διοικητικό σύστημα και υλικοτεχνικά ζητήματα. Η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας απασχολεί αρκετά τους ψυχικά πάσχοντες και κάποιοι από αυτούς αναφέρουν μεγάλη καθυστέρηση στον χρόνο αναμονής για

ραντεβού (Axelsson et al. 2020, Reardon et al. 2017). Το υγειονομικό προσωπικό και συγκεκριμένα οι νοσηλευτές φαίνεται να κρατούν μια σχετικά αρνητική στάση απέναντι στα περιστατικά και στην φροντίδα των ψυχικά ασθενών. Η άνιση παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών, η αίσθηση του κινδύνου εξαιτίας του ανασφαλούς περιβάλλοντος, η χαμηλή υποστήριξη και εκπαίδευση και ο μειωμένος χρόνος είναι μερικοί από τους παράγοντες που επηρεάζουν αυτές τις αρνητικές στάσεις. Σε δημόσια νοσοκομεία, ο τομέας της περίθαλψης των ψυχικώς πασχόντων κατά βάσει θεωρείται δύσκολος και ανυπόφορος και οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται φόβο, όσον αφορά στην φροντίδα των ψυχικά ασθενών. Τόσο τα περιστατικά λεκτικής και σωματικής βίας, όσο και ο φόβος απόδοσης ευθυνών σε περίπτωση τραυματισμού των ασθενών, αυξάνουν τις ανησυχίες τους σχετικά με την φροντίδα των ψυχικά πασχόντων. Κάτι τέτοιο θέτει σε κίνδυνο την ποιότητα της περίθαλψης και την νοσηλευτική φροντίδα τέτοιων ασθενών, καθώς παρατηρούνται πρακτικές διάκρισης και αποφυγή φροντίδας περιστατικών ψυχικής φροντίδας. Πέρα όμως από τα αίτια φόβου και στιγματισμού, ο περιορισμένος χρόνος φροντίδας και οι υψηλές απαιτήσεις μπορεί να οδηγήσουν «αναγκαστικά» σε διακρίσεις. Σε τέτοιες καταστάσεις, οι νοσηλευτές παρατηρείται ότι δίνουν προτεραιότητα στις βασικές φυσικές ανάγκες παρά στην φροντίδα ψυχικής υγείας. Η χαμηλή εξειδίκευση και εμπειρία σε τέτοια περιστατικά και η πίεση του χρόνου φαίνεται να βάζει τις ανάγκες των ψυχικά ασθενών σε δεύτερη μοίρα και έτσι μεγαλύτερη προσοχή έχουν τα άτομα με μεγάλες σωματικές και ιατρικές ανάγκες (Weare et al. 2019, Brunero et al. 2018).

3.3.5 Η θεραπεία και τα προβλήματα της

Πέρα από τα εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι ασθενείς πολύ συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα και κατά την διάρκεια λήψης της θεραπείας τους, με αποτέλεσμα πολλοί από αυτούς να την εγκαταλείπουν. Σίγουρα, είναι κατανοητό ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα που δρα ανασταλτικά στην χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στη συνέχεια της θεραπείας, είναι ο στιγματισμός των ψυχικά ασθενών από την κοινωνία. Τα προσωπικά εμπόδια και ο αυτό-στιγματισμός του ασθενούς, είναι κατά κύριο λόγο αποτελέσματα της δευτερογενούς επίδρασης του στίγματος της ψυχικής υγείας που βιώνουν. Αν και οι πάσχοντες από ψυχικές ασθένειες αποτελούν ένα μεγάλο ποσοστό του συνολικού πληθυσμού, συνεχίζουν να αντιμετωπίζονται ως μειονότητα «εκτός της ομάδας». Σε μεγάλο βαθμό υπάρχει μια μεγάλη έλλειψη ψυχολογικής διαφάνειας, με αποτέλεσμα οι ασθενείς, προσπαθώντας να διαχειριστούν τόσο τον αυτό-στιγματισμό, όσο και τους πολιτιστικούς κανόνες και τα δομικά εμπόδια του

κοινωνικού στίγματος, να είναι γενικά απρόθυμοι στην αναζήτηση βοήθειας και στην συνέχεια της θεραπείας. Επιπλέον, οι ψυχικά πάσχοντες διακατέχονται από φόβο της ψυχιατρικής φαρμακευτικής αγωγής, ιδίως όσον αφορά το ανδρικό φύλο. Η αποφυγή λήψης της αγωγής συνδέεται στενά με την προστασία της υπερηφάνειας και της δημόσιας εικόνας τους (Lynch et al. 2018). Μελέτες δείχνουν πως η κοινωνία στο άκουσμα της ψυχικής ασθένειας αντιλαμβάνεται ένα άτομο με απρόβλεπτη, βίαιη και επικίνδυνη συμπεριφορά. Ως εκ τούτου, πολλές φορές παρατηρείται ότι αποδίδονται συμπεριφορές που στον γενικό πληθυσμό θεωρούνται «φυσιολογικές», στα συμπτώματα της ψυχικής ασθένειας. (Barber et al. 2019).

Τα ποσοστά προκατάληψης φαίνεται να είναι υψηλότερα στα άτομα με διάγνωση σοβαρότερων ασθενειών όπως η σχιζοφρένεια και χαμηλότερα στα άτομα με διαγνώσεις άγχους ή κατάθλιψης. Σύμφωνα με σχετικές έρευνες, το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον των ασθενών κρατάει συνήθως αρνητική στάση απέναντι στις ψυχικές ασθένειες. Η ψυχική ασθένεια για το οικογενειακό περιβάλλον συχνά συνοδεύεται από το αίσθημα ντροπής και το φόβο των δημόσιων αντιδράσεων. Έτσι, εξαιτίας των στερεοτυπικών αντιλήψεων εξηγείται σε έναν βαθμό η δυσπιστία των συγγενών στο άκουσμα της ψυχικής ασθένειας και η απομάκρυνση του φιλικού περιβάλλοντος από τους ψυχικά πάσχοντες. Μια τέτοια απομάκρυνση της οικογένειας και των φίλων των ψυχικά ασθενών έχει αρνητικό αντίκτυπο στην συνέχεια της θεραπείας τους, καθώς χάνουν την ψυχολογική υποστήριξη που χρειάζονται για να την συνεχίσουν. Επιπλέον, παρατηρείται πως οι ψυχικά ασθενείς δέχονται σε μεγάλο βαθμό στάσεις στιγματισμού από επαγγελματίες υγείας. Μάλιστα, ανάμεσα σε διαφορετικές διαγνώσεις (σχιζοφρένεια, κατάθλιψη) η αντιμετώπιση τους από τους επαγγελματίες υγείας φαίνεται να διαφέρει σημαντικά. Αρκετοί ασθενείς θεωρούν ότι δεν υπάρχει κατανόηση από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας. Ακόμα, φαίνεται να υπάρχει μια τάση υπερθεραπείας και περιττής συνταγογράφησης φαρμάκων, εξαιτίας του φόβου απόδοσης ευθυνών στους επαγγελματίες υγείας στην περίπτωση που οι ψυχικά ασθενείς γίνουν ανεξέλεγκτοι. Η κατάσταση αυτή, αποδεικνύει την επιρροή που έχει το στίγμα της ψυχικής υγείας στις πρακτικές της παρεχόμενης φροντίδας (Huggett et al. 2018, Lincoln et al. 2017).

Ειδικά σε σοβαρές ψυχικές ασθένειες όπως η σχιζοφρένεια, η λήψη ψυχοτρόπων φαρμάκων είναι το βασικότερο μέρος της θεραπείας. Παρόλα αυτά, το μεγαλύτερο πρόβλημα στην φροντίδα της ψυχικής υγείας είναι ο επιπολασμός της μακροχρόνιας μη τήρησης της φαρμακευτικής αγωγής και η άρνηση λήψης της. Συγκεκριμένα, το 80% του συνόλου των

ψυχωτικών ασθενών δείχνει να μη τηρεί την θεραπεία, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για εκείνους που πάσχουν από σχιζοφρένεια ανέρχεται στο 40-60% (Owiti & Bowers 2011). Κατά κανόνα, οι ψυχικά ασθενείς πριν από οποιαδήποτε απόφαση δέχονται εξετάσεις για να προσδιοριστεί το επίπεδο της ψυχικής κατάστασης και να αξιολογηθεί η γνωστική τους λειτουργία. Αφότου πραγματοποιηθεί ο απαραίτητος έλεγχος, συμπεραίνεται αν ο ασθενής είναι σε θέση ή όχι να πάρει αποφάσεις για την θεραπευτική μέθοδο που θα ακολουθήσει. Ωστόσο, στις περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από διαταραχές της διάθεσης και πιθανόν να έχουν αυτοκτονικές τάσεις και να θέσουν σε κίνδυνο τόσο την δική τους ζωή όσο και των υπολοίπων γίνεται εκτενέστερη ψυχιατρική εξέταση της ικανότητας λήψης αποφάσεων. Σε περιστατικά ασθενών που η ικανότητα αυτή είναι μειωμένη, η συμβολή του οικογενειακού περιβάλλοντος στην λήψη αποφάσεων χρειάζεται να συμβαδίζει με τις εκτιμήσεις των γιατρών για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους (Baruth & Lapid 2017). Στις περισσότερες περιπτώσεις ακούσια νοσηλείας παρατηρείται μια σημαντική μη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής. Μία άποψη υποστηρίζει πως οι καταναγκαστικές εισαγωγές έχουν συχνά ως αποτέλεσμα την αντίσταση και τη διαμαρτυρία απέναντι στην παροχή φροντίδας και πως οι ασθενείς που δέχονται εκούσια θεραπεία έχουν μικρότερο χρόνο διάρκειας της νοσηλείας και μεγαλύτερη συμμόρφωση. Επομένως από αυτή την άποψη, οι ακούσιες εισαγωγές είναι μεν χρήσιμες για την προστασία του κοινού και του ίδιου του ασθενή, όμως κατά τα άλλα είναι αντιπαραγωγικές. Από την άλλη πλευρά, υπάρχει η θεωρία πως οι σοβαρά ψυχικά πάσχοντες είναι πιθανόν ούτως ή άλλως να μην αναγνωρίσουν την ανάγκη για θεραπεία. Ωστόσο, η άρνηση της θεραπείας από τους ασθενείς που είναι ικανοί να λάβουν αποφάσεις για την υγεία τους είναι αποδεκτή και αποδεικνύει τον σεβασμό στην αυτονομία των ασθενών (Owiti & Bowers 2011).

Ως έναν βαθμό, ανασταλτικά στην αναζήτηση βοήθειας δρουν και τα περιστατικά προηγούμενων αρνητικών εμπειριών στην χρήση ψυχικής υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και τα προβλήματα παροχής της απαραίτητης ψυχικής φροντίδας. Μια άσχημη εμπειρία με κάποιον επαγγελματία υγείας και θεραπευτή ψυχικής βοήθειας μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ψυχοσύνθεση του ασθενούς και να τον οδηγήσει στην εγκατάλειψη της θεραπείας, ιδιαίτερα εκείνο με σοβαρές διαταραχές. Από την άλλη και οι μαθησιακοί λόγοι έχουν σημαντική επίδραση στην εγκατάλειψη της θεραπείας, καθώς μεγάλο ποσοστό των ασθενών θεωρεί ότι μπορεί να αντιμετωπίσει το πρόβλημα μόνο του. Σε περιπτώσεις που οι γιατροί προσφέρουν φαρμακευτική αγωγή χωρίς εκτεταμένη εξέταση, λόγω περιορισμένου χρόνου, κάποιον ασθενείς δείχνουν να προτιμούν την συμβουλευτική θεραπεία αντί της φαρμακολογικής θεραπείας. Ακόμη, η προσωπική αντίληψη της αναποτελεσματικότητας

κάποιας προηγούμενης παρεχόμενης θεραπείας οδηγεί τους ψυχικά πάσχοντες στην αμφισβήτηση των ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας (Andrade et al.2013). Η γνώμη των γονέων ή των θεραπευτών των ανήλικων ψυχικά ασθενών, συμβάλλει καθοριστικά στην εξέλιξη της κατάστασης, αφού αυτοί ασκούν τεράστια επιρροή στους ασθενείς και συχνά παίρνουν εκείνοι τις αποφάσεις. Συγκεκριμένα, πολλοί κρατούν αρνητική στάση απέναντι στους επαγγελματίες υγείας, εξαιτίας της αίσθησης πως δέχονται προσβλητικά σχόλια και πως δεν δίνεται η απαιτούμενη προσοχή στον ασθενή. Αντίθετα, δείχνουν μεγάλη εκτίμηση στο υγειονομικό προσωπικό που είναι υποστηρικτικό και αυτό λειτουργεί θετικά στην συνέχεια της θεραπείας του ασθενούς (Reardon et al. 2017).

Ένα μεγάλο μέρος των ψυχικά ασθενών που αποφασίζουν να εγκαταλείψουν την θεραπεία τους, έχει χαμηλό μορφωτικό επίπεδο σχετικά με τα θέματα υγείας. Σίγουρα οι παραισθήσεις και η άρνηση της ασθένειας συμβάλλουν στην άρνηση της θεραπείας, αλλά σε μεγάλο βαθμό έχουν κακή γνώση για τις μεταβολικές ασθένειες, την σύνδεση της ψυχικής με τη σωματική υγεία, τα συμπτώματα της ψυχικής ασθένειας και τις παρενέργειες των ψυχιατρικών φαρμάκων. Πολλοί από αυτούς αποδίδουν τα προβλήματα βάρους αποκλειστικά στην φαρμακευτική αγωγή, καθώς δεν είναι ενημερωμένοι για τις τροποποιήσεις που πρέπει να κάνουν στην ζωή και στην διατροφή τους. Συχνά, οι πάσχοντες από σοβαρές ψυχικές ασθένειες, δεν διαθέτουν τις απαιτούμενες πληροφορίες για την σωματική δραστηριότητα και τις διατροφικές επιλογές που θα πρέπει να ακολουθήσουν προκειμένου να διατηρήσουν μια καλή σωματική κατάσταση. Σε κάποιες περιπτώσεις τα κίνητρα για υγιείς ενέργειες είναι μειωμένα στους ψυχικά ασθενείς, εξαιτίας των ψυχιατρικών τους συμπτωμάτων και επομένως είναι πιο δύσκολο να ακολουθήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Βέβαια, σύμφωνα με αρκετές μελέτες καταναλωτών ψυχικής υγείας, ορισμένες κατηγορίες φαρμάκων, όπως τα αντιψυχωσικά φάρμακα, δείχνουν να είναι υπεύθυνες για ταχεία και συσσωρευμένη αύξηση βάρους και φαίνεται να συνδέονται με την ανάπτυξη καρδιομεταβολικών διαταραχών. Μια τέτοια συνθήκη μπορεί να λειτουργήσει ανασταλτικά στην συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής. Παρόλο που ο φόβος και η αναστολή των ψυχικά ασθενών απέναντι στην λήψη φαρμάκων είναι κατανοητός ως έναν βαθμό, το αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία του ασθενούς αν δεν ακολουθήσει την φαρμακευτική αγωγή είναι σαφώς μεγαλύτερο από τις πιθανές παρενέργειες. (Happell et al. 2016, McKibbin et al. 2013).

Άλλο ένα τεράστιο ζήτημα της δημόσιας υγείας είναι ο αυτοκτονικός ιδεασμός. Κάθε χρόνο καταγράφονται 1.000.000 περιστατικά αυτοκτονιών, ενώ πολλές είναι και οι απόπειρες αυτοκτονίας. Σύμφωνα με σχετικές έρευνες, το 90% των ατόμων που αυτοκτονούν έχει κάποια

συσχέτιση με ψυχιατρικές διαταραχές. Ο στιγματισμός της ψυχικής ασθένειας σε συνδυασμό με τα συμπτώματα της ασθένειας και την παράλληλη άρνηση της θεραπείας είναι οι βασικότεροι λόγοι που οδηγούν στον αυτοκτονικό ιδεασμό. Αναμφισβήτητα, προγνωστικοί παράγοντες αυτοκτονίας είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση και τα συναισθήματα ντροπής, μοναξιάς και απελπισίας. Οι περισσότεροι ψυχικά ασθενείς, προτιμούν να κρύβουν την ψυχική τους ασθένεια, καθώς ακόμα και η ψυχολογική υποστήριξη από κάποιον ειδικό σε πιο ήπιες μορφές κατάθλιψης θεωρείται ταμπού. Από την άλλη πλευρά, η ψυχιατρική νοσηλεία ταυτίζεται με την προσωπική αποτυχία. Η μυστικότητα και η ντροπή εξαιτίας του στίγματος, καθώς και ο ίδιος ο χαρακτηρισμός του ατόμου ως «ψυχικά άρρωστου» μπορεί να δημιουργήσει συναισθήματα απελπισίας και αυξάνει τις πιθανότητες αυτοκτονικού ιδεασμού. Η αντιμετώπιση των βιώσιμων διακρίσεων, όπως και οι παρεμβάσεις για τη μείωση του στιγματισμού είναι απαραίτητες για την πρόληψη και μείωση των αυτοκτονικών επεισοδίων (Oexle et al.2017).

Ένα μεγάλο πρόβλημα που φαίνεται να συνδέεται με την άρνηση της φαρμακευτικής αγωγής είναι οι επιθετικές, απειλητικές και βίαιες συμπεριφορές των ψυχικά ασθενών, κυρίως με τη μορφή λεκτικής επιθετικότητας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των περιστατικών βίαιης συμπεριφοράς αναφέρεται σε λεκτική επιθετικότητα (75%), όμως υπάρχουν σε μικρότερο βαθμό και πιο έντονες επιθέσεις με κίνδυνους σοβαρού ατυχήματος. Ωστόσο, οι ψυχικά πάσχοντες που αντιμετωπίζουν μεγάλη ψυχική δυσφορία είναι πιθανόν να βλάψουν τόσο τον εαυτό τους και έτσι να κινδυνεύσει η σωματική τους ακεραιότητα (αυτοτραυματισμός), όσο και τους γύρω τους (Thibaut et al.2019). Στο χώρο του νοσοκομείου, η επιθετική συμπεριφορά των ψυχικά ασθενών μπορεί να οδηγήσει σε τραυματισμό του προσωπικού και των υπόλοιπων ασθενών και κατά συνέπεια να έχει σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις όπως είναι οι επιπρόσθετες περίοδοι ανάρρωσης και το μετατραυματικό στρες (Bowers & Crowder 2012). Σίγουρα, οι ασθενείς με ψυχωτικά συμπτώματα, όπως είναι οι ψευδαισθήσεις και οι παραισθήσεις, έχουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης βίαιης συμπεριφοράς. Για την μείωση των ψευδαισθήσεων των ψυχωτικών ασθενών μπορούν να χορηγηθούν αντιψυχωσικά φάρμακα με ή και χωρίς ηρεμιστικά και έτσι να μειωθεί η επιθετικότητα.

Όμως πέρα από τους ψυχοπαθολογικούς και βιολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν την επιθετικότητα των ασθενών, μεγάλη επίδραση σε τέτοιες συμπεριφορές έχουν και οι περιβαλλοντικές παράμετροι και οι διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται. Οι ασθενείς τείνουν να απογοητεύονται από μέλη του προσωπικού που δεν είναι προσιτά και δεν τους παρέχουν τις πληροφορίες που θα ήθελαν. Επομένως, μία πιθανή προβληματική σχέση και

επικοινωνία μεταξύ ασθενή και προσωπικού συμβάλλει στην επιθετική συμπεριφορά. Η έλλειψη εμπιστοσύνης προς τα συστήματα υγείας μπορεί να δημιουργήσει στους ψυχικά ασθενείς τον φόβο πως δεν θα «ελευθερωθούν» ποτέ και πως η φαρμακευτική αγωγή τους είναι ένας τρόπος δηλητηριασμού τους. Το άγχος, το στρες και ο πανικός, που προκύπτει από τα παραπάνω, πολύ συχνά οδηγεί στην επιθετικότητα. Επιπλέον, μετά την πρώτη επιθετική συμπεριφορά, παρατηρείται ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο βίαιων συμπεριφορών, εξαιτίας των αναπόφευκτων περιορισμών και πιέσεων που προκύπτουν. Σε κάθε περίπτωση, οι σχέσεις μεταξύ προσωπικού και ασθενή, καθώς και η συνεργασία των παρόχων ψυχικής φροντίδας, επηρεάζουν την έκβαση της ψυχικής κατάστασης του ψυχικά πάσχοντος (Cornaggia et al. 2011, Nijman et al. 1999).

Εν κατακλείδι, ακόμα ένα σοβαρό ζήτημα που απασχολεί ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα αφορά στα προβλήματα ύπνου που αντιμετωπίζουν οι ψυχικά ασθενείς κατά διάρκεια της νοσηλείας τους. Σύμφωνα με σχετικές επιδημιολογικές μελέτες στην πρωτοβάθμια φροντίδα, ο επιπολασμός των προβλημάτων ύπνου στους ψυχικά πάσχοντες είναι περίπου στο 50%. Ειδικότερα, το 70-90% τόσο των ασθενών που πάσχουν από κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, μετατραυματικό στρες ή κρίσεις πανικού, όσο και εκείνων με διαγνώσεις σοβαρότερων και επίμονων ψυχικών διαταραχών όπως η σχιζοφρένεια ή τα παιδοψυχιατρικά προβλήματα, φαίνεται να παρουσιάζουν κάποια μορφή διαταραχής του ύπνου. Επιπλέον, τα προβλήματα ύπνου φαίνεται να έχουν ως αποτέλεσμα την αυξημένη χρήση του τμήματος επειγόντων περιστατικών και ψυχιατρικής νοσηλείας, καθώς συνδέονται με τάσεις αυτοκτονικού ιδεασμού (Kaufmann et al. 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Η διαπολιτισμική νοσηλευτική αποτελεί τον βασικό τομέα εκπαίδευσης και πρακτικής, που εστιάζει στη συγκριτική ολιστική θεώρηση της κουλτούρας, της φροντίδας, της υγείας και της ασθένειας, με σεβασμό στις διαφορές και στις ομοιότητες που εμφανίζουν οι πολιτισμικές αξίες, πεποιθήσεις και πρακτικές, με στόχο την παροχή πολιτισμικά κατάλληλης, ευαίσθητης και επαρκούς νοσηλευτικής φροντίδας σε ανθρώπους διαφορετικής πολιτισμικής ταυτότητας (Leininger, 1995).

Πρόκειται για τη μελέτη και τη διερεύνηση των πολιτισμικών διαφορών και ομοιοτήτων στη θεώρηση της υγείας και της ασθένειας, καθώς και των αντίστοιχων υποστηρικτικών κοινωνικών και οργανωτικών δομών, ώστε να γίνει κατανοητή η τρέχουσα πρακτική συμβάλλοντας στην εξέλιξή της με κατάλληλη και πολιτισμικά επαρκή ανταπόκριση. Η διαπολιτισμική νοσηλευτική συνάδει με τη δέσμευση για την προαγωγή πρακτικών απαλλαγμένων από κάθε μορφής καταπίεση και διακρίσεων. Η διαπολιτισμική φροντίδα υγείας και η νοσηλευτική δίνουν έμφαση στη σπουδαιότητα της ενίσχυσης των ατόμων, έτσι ώστε να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με την υγεία τους, και ως εκ τούτου καθιστούν επιτακτική την εξοικείωση των επαγγελματιών με τους τρόπους τους οποίους η κοινωνία διαιωνίζει τις διακρίσεις ισχύος (Dyson S., 2003).

Η διαπολιτισμική νοσηλευτική έχει ως στόχο να προετοιμάσει μια νέα γενιά νοσηλευτών, οι οποίοι θα είναι ευαίσθητοι, κατάλληλοι και ασφαλείς γνώστες της φροντίδας ανθρώπων με διαφορετικούς ή παρόμοιους τρόπους ζωής, αξίες, πιστεύω και πρακτικές με τρόπο σκόπιμο σαφή και ωφέλιμο. Οι υποκείμενες και αντικειμενικές αξίες, πιστεύω και πρότυπα ζωής που μαθαίνονται κληρονομούνται και βοηθούν, υποστηρίζουν, διευκολύνουν και καθιστούν ικανό το άτομο ή την ομάδα να διατηρήσει την ευεξία και την υγεία, να βελτιώσει τις συνθήκες διαβίωσης, να αντιμετωπίσει την ασθένεια, τον θάνατο ή την αναπηρία, αποδίδονται μονολεκτικά ως πολιτισμική φροντίδα. Ειδικότερα, μια πολιτισμικά ευαίσθητη νοσηλευτική φροντίδα συγκροτείται από βασισμένες στη γνώση ενέργειες ή αποφάσεις που μπορούν να συμβάλλουν, και οι οποίες είναι σχεδιασμένες να προσαρμόζονται στις πολιτισμικές αξίες και τον τρόπο ζωής ατόμων, ομάδων ή οργανισμών με στόχο να προσφέρουν ικανοποιητική φροντίδα ή υπηρεσίες υγείας (Leininger M. & McFarland M., 2002).

4.1.1 Διαπολιτισμική εκπαίδευση νοσηλεύτη

Μια μεγάλη πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας είναι να καταστούν πολιτισμικά επαρκείς ώστε η φροντίδα που παρέχουν να είναι αποτελεσματική και πολιτισμικά κατάλληλη. Καθώς οι νοσηλεύτες είναι οι επαγγελματίες εκείνοι που έρχονται σε συχνότερη επαφή με τον ασθενή και στο πλαίσιο της ολιστικής προσέγγισης που προσβέδουν, η έννοια της διαπολιτισμικής φροντίδας έχει διερευνηθεί αρκετά διεξοδικά στο χώρο της νοσηλευτικής. Προκειμένου να προαχθεί η πολιτισμικά κατάλληλη φροντίδα σε πολλά προγράμματα νοσηλευτικών σπουδών παγκοσμίως έχει εισαχθεί το μάθημα της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής. Παράλληλα παρατηρείται και έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον ως προς την πολιτισμική επάρκεια των επαγγελματιών υγείας, με στόχο να υπάρξουν παρεμβάσεις ενίσχυσης της διαπολιτισμικότητας όπου κρίνεται αυτό αναγκαίο (Καλοκαιρινού και συν., 2011).

Η διαπολιτισμική εκπαίδευση έχει αναπτυχθεί και εξελιχθεί πρωτίστως μέσα από τους κόλπους της νοσηλευτικής. Σε αντίθεση με την ιατρική, όπου το κύριο ενδιαφέρον εντοπίζεται στο ανθρώπινο σώμα και τις λειτουργίες του, κοινές σε όλους τους λαούς και τα πολιτισμικά περιβάλλοντα, η νοσηλευτική ήταν εξαρχής προσανατολισμένη στις ιδιαιτερότητες και τα ατομικά χαρακτηριστικά κάθε λαού ξεχωριστά. Τα διδακτικά εγχειρίδια της νοσηλευτικής εμπεριέχουν πάντα νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αφορούν σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών. Οι θεωρίες της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής βρίσκουν εφαρμογή σε όλα τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας. Στην εκτίμηση- διάγνωση γίνεται συλλογή γνώσεων σχετικά με την ξένη κουλτούρα πριν την επαφή με τον ασθενή. Κατά τον σχεδιασμό-εφαρμογή πραγματοποιείται παροχή ευαίσθητης πολιτισμικά νοσηλευτικής φροντίδας ενώ στην αξιολόγηση μελετάται και ερευνάται συστηματικά η συμπεριφορά ή αντίδραση του ασθενή μετά την όποια νοσηλευτική πράξη. Δεν εκλείπουν ωστόσο οι κίνδυνοι από την εφαρμογή μιας τέτοιας νοσηλευτικής διεργασίας οι οποίοι εγγυόνται κυρίως στο πολιτισμικό σοκ και την πολιτισμική επιβολή αμφότερα μεταξύ νοσηλεύτη και ασθενούς. Γενικότερα, οι περιορισμοί της θεωρίας έχουν να κάνουν με τον μειωμένο αριθμό πτυχιούχων νοσηλευτών που δύναται να διεξάγουν έρευνες σχετικές με την διαπολιτισμική φροντίδα, με τον κίνδυνο πολιτισμικών συστηματικών λαθών και επιβολών λόγω προσωπικών πολιτισμικών αξιών των νοσηλευτών αλλά και με την πολυπλοκότητα του θεωρητικού μοντέλου (Cook et al. 2012).

Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού σε πολλές χώρες και οι ανταγωνιστικοί μισθοί ευνοούν πολύ συχνά τη μετακίνηση των νοσηλευτών σε διαφορετική χώρα και διαφορετικό πολιτισμικό περιβάλλον από αυτό που έχουν συνηθίσει. Ακόμα, στο πλαίσιο διαφόρων πρωτοβουλιών, οι νοσηλευτές μπορεί να κληθούν να προσφέρουν διδασκαλία σε διαπολιτισμικούς συναδέλφους από χώρες όπου η νοσηλευτική επιστήμη δεν έχει εξελιχθεί προς το παρόν. Η διαπολιτισμική νοσηλευτική εκπαίδευση μπορεί να είναι μονόπλευρη. Συνήθως ευαισθητοποιεί τους μη διαπολιτισμικούς φοιτητές σχετικά με τις πολιτισμικές και εθνικές μειονότητες της κοινωνίας αλλά παραμελεί τους διαπολιτισμικούς που θα επιθυμούσαν να καταλάβουν περισσότερο τις ιδιαιτερότητες της κοινωνίας στην οποία έχουν βρεθεί. Με άλλα λόγια οι ντόπιοι νοσηλευτές εκπαιδεύονται για να περιποιούνται με πολιτισμικά ικανό τρόπο τους ξένους ασθενείς, αλλά οι ξένοι νοσηλευτές δεν εκπαιδεύονται για να περιποιούνται με πολιτισμική καταλληλότητα τους ντόπιους (Serrant-GreenL., 2001).

Οι δημόσιες αρχές κάθε χώρας οφείλουν να προβούν σε ρυθμίσεις για την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού σχετικά με τις γνώσεις και τις δεξιότητες που απαιτούνται προκειμένου να ανταπεξέλθουν στα καθήκοντά τους, όπως ορίζονται από τον νόμο. Τα γενικά καθήκοντα αφορούν την εξάλειψη κάθε παράνομης διάκρισης, προώθηση της ισότητας στις ευκαιρίες αλλά και προαγωγή καλών σχέσεων μεταξύ των διάφορων φυλετικών ομάδων. Στα ειδικά καθήκοντα περιλαμβάνονται αρχικά η καταγραφή της εθνικότητας του προσωπικού για τον έλεγχο της καταλληλότητας του τρόπου προβολής των θέσεων εργασίας και έπειτα της πρόληψης, της εκπαίδευσης, της αξιολόγησης, της προαγωγής, της καταγγελίας, της απόλυσης και των αιτιών απομάκρυνσης από τον χώρο εργασίας με βάση φυλετικά χαρακτηριστικά. Είναι γνωστό ότι το Διεθνές Συμβούλιο των Νοσηλευτών ενστερνίζεται τις αρχές της διαπολιτισμικής νοσηλευτικής, όπως φαίνονται στον κώδικα ηθικής και δεοντολογίας των νοσηλευτών που εισηγείται. Υποστηρίζει συγκεκριμένα πως ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όπως και του δικαιώματος στη φροντίδα υγείας, είναι σύμφυτος με τη νοσηλευτική επιστήμη. Η φροντίδα της υγείας είναι ανεξάρτητη από περιορισμούς ηλικίας, χρώματος, θρησκείας, κουλτούρας, νόσου ή αναπηρίας, φύλου, εθνικότητας, πολιτικής, φυλετικής ή κοινωνικής κατάστασης (QAA, 2001).

4.1.2 Πολιτισμική Επάρκεια

Ως πολιτισμική επάρκεια ορίζεται η ικανότητα παροχής αποτελεσματικής φροντίδας υγείας, λαμβάνοντας υπόψιν τις πολιτισμικές αξίες των ατόμων, τη συμπεριφορά και τις

ανάγκες τους. Αποτελεί ταυτόχρονα τη διαδικασία και την έκβαση της νοσηλευτικής πρακτικής, αποτέλεσμα της σύνθεσης της γνώσης και των ικανοτήτων που αποκτήθηκαν κατά τη διάρκεια του βίου και της επαγγελματικής πορείας, οι οποίες εμπλουτίζονται συνεχώς. Για να επιτευχθεί η πολιτισμική επάρκεια προαπαιτούνται τα στάδια της πολιτισμικής επαγρύπνησης, γνώσης και ευαισθησίας. Η πολιτισμική επαγρύπνηση ξεκινά από την ατομική εξέταση των προσωπικών αξιών και πεποιθήσεων. Η φύση της δομής της πολιτισμικής ταυτότητας, καθώς και η επίδραση που ασκεί στις πεποιθήσεις και στις πρακτικές των ανθρώπων σχετικά με την υγεία, θεωρούνται θεμέλιος λίθος της διαδικασίας της μάθησης. Η κατάργηση στερεοτύπων, η κατανόηση της ατομικής ταυτότητας και η μελέτη της εθνοιστορίας θα δώσει την ικανότητα σε ιατρούς και νοσηλευτές να κατανοούν με τη σειρά τους επαρκώς το ιστορικό, γεωγραφικό και κοινωνικό υπόβαθρο των ανθρώπων που φροντίζουν (Farmer P., 2003).

Ο πολιτισμός επηρεάζει τον τρόπο ζωής των ατόμων, την αυτό-αντίληψη και την σχέση τους με άτομα τόσο μέσα, όσο και έξω από την πολιτισμική τους ομάδα συντελώντας αυτό που ονομάζεται πολιτισμική γνώση. Η πολιτισμική γνώση μπορεί να επέλθει από όλες σχεδόν τις αρχές της ανθρωπολογίας ακόμη και της νοσηλευτικής και μπορεί να αποκτηθεί με πλήθος τρόπων. Η μελέτη της ανθρωπολογίας είναι σημαντική για έναν πολιτισμικά επαρκή επαγγελματία υγείας, καθώς η επιστήμη αυτή μας βοηθά να γνωρίσουμε τις πολιτισμικές ομοιότητες και διαφορές μεταξύ των ποικίλων πολιτισμικών ομάδων και να κατανοήσουμε γιατί υπάρχουν και πώς επιδρούν στις πεποιθήσεις και στις πρακτικές. Οι θεωρίες και οι προσπάθειές της επικεντρώνονται στο γίνεο κατανοητή η επίδραση της κουλτούρας στην υγεία και την ασθένεια ενώ την ίδια στιγμή καθιστά σαφή την διασύνδεση της κουλτούρας και των δομών. Η οργανωτική βία και η άνιση κατανομή της δύναμης, που αγνοεί τα ανθρώπινα δικαιώματα είναι η βασική αιτία των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία και στην ασθένεια παγκοσμίως. Η εξουσία, η δομή, της, η χρήση και η κατάχρηση της αποτελούν θέματα που έχουν μελετηθεί από ειδικούς και συνδέονται άμεσα με τις ανισότητες στην υγεία, που υφίστανται διάφορες εθνικές ομάδες στις ευρωπαϊκές και όχι μόνο χώρες. Η εξουσία βρίσκεται στην καρδιά της πολιτικής και των κυβερνήσεων που είναι υπεύθυνες για την κατανομή των πόρων και επιδρούν στον τρόπο που οι κοινωνικοί φορείς, συμπεριλαμβανομένων των ιδρυμάτων παροχής υπηρεσιών υγείας και φροντίδας, είναι δομημένοι. Οι ανισότητες στον υγειονομικό τομέα είναι εμφανέστερες στις πολιτισμικές και εθνικές μειονότητες, ενώ η πρακτική καταδεικνύει έντονες ανισότητες στις δομές της υγείας. Τέτοια περιστατικά παρατηρούνται όταν διαφορετικές ομάδες με κριτήριο τα κοινωνικά και δημογραφικά τους

χαρακτηριστικά απολαμβάνουν διαφορετικό βαθμό πρόσβασης στην περίθαλψη. Οι διακρίσεις αυτές θεωρούνται άδικες και εξελικτικός στόχος αποτελεί η άρση τους. Πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι η πολιτισμική γνώση που προέρχεται από κοινούς ανθρώπους μπορεί να ενισχύσει την κατανόηση των πεποιθήσεων, συμπεριφορών και προβλημάτων σχετικά με θέματα υγείας (O'Hagan K., 2001).

Η πολιτισμική ευαισθησία συνεπάγεται την ουσιαστική ανάπτυξη των κατάλληλων διαπροσωπικών σχέσεων. Ένα πολύ σημαντικό στοιχείο για την επίτευξή της είναι το πώς οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν τους ανθρώπους τους στα πλαίσια της φροντίδας τους. Εάν οι ασθενείς δεν αντιμετωπίζονται ως συμμετοχοί στη φροντίδα τους, η πολιτισμικά ευαίσθητη φροντίδα υγείας δεν μπορεί να επιτευχθεί και οι νοσηλευτές διατρέχουν τον κίνδυνο να κάνουν χρήση της εξουσίας με έναν καταπιεστικό τρόπο. Ισότιμες συμμετοχικές σχέσεις ευνοούν την εμπιστοσύνη, την αποδοχή και τον σεβασμό, καθώς και τη συνεργασία και τη διαπραγμάτευση. Ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει ένταση μεταξύ της ανάγκης να αναγνωρίσει και να ανταποκριθεί στην πολιτισμική διαφοροποίηση και της ανάγκης του να επιτύχει το στόχο αυτό χωρίς να ανατρέξει σε στερεότυπα. Είναι ευρέως αναγνωρισμένο ότι στη σχέση ασθενούς-νοσηλευτή ο ισχυρότερος είναι ο δεύτερος εξαιτίας των ειδικών γνώσεων που διαθέτει. Επιπλέον η κυριαρχία είναι κοινός τόπος σε όλες τις κοινωνίες. Συνήθως οι νοσηλευτές δεν ανήκουν μόνο σε υψηλότερες κοινωνικές τάξεις από τους ασθενείς αλλά και η θέση τους στο σύστημα υγείας ενισχύει τη διαφορά αυτή. Λόγω αυτής της συνειδητοποίησης, διάφορα επαγγέλματα έχουν υιοθετήσει ρητούς κώδικες δεοντολογίας για ισότιμη αντιμετώπιση των συμμετεχόντων στη φροντίδα τους. Η βελτίωση της συνεργασίας ασθενούς και νοσηλευτή απαιτεί την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων που βασίζονται στην εμπιστοσύνη και την αποτελεσματική επικοινωνία. Η πολιτισμική επικοινωνιακή επάρκεια απαιτεί από τον νοσηλευτή να κατανοήσει τις πολιτισμικές αξίες, τους τρόπους συμπεριφοράς και τους κανόνες αλληλεπίδρασης συγκεκριμένων κουλτουρών. Αντίστοιχα η διαπολιτισμική επικοινωνία είναι η δυνατότητα αναγνώρισης των προκλήσεων της επικοινωνίας πέρα από τα πολιτισμικά τους όρια διατηρώντας την δική τους αίσθηση αυθεντικότητας (Stiglitz J., 2002).

Η πολιτισμική επάρκεια απαιτεί σύνθεση και την εφαρμογή των σταδίων της επαγρύπνησης, της γνώσης και της ευαισθησίας. Περαιτέρω εστίαση γίνεται στις πρακτικές δεξιότητες, όπως εκτίμηση αναγκών, κλινική διάγνωση και άλλες δεξιότητες φροντίδας. Επιπλέον, πολύ σημαντικό στοιχείο αυτού του εξελικτικού σταδίου είναι η δυνατότητα να αναγνωρίζεται η ρατσιστική συμπεριφορά και οι άλλοι τύποι διακρίσεων και πρακτικής καταπίεσης. Μια αποτελεσματική προσέγγιση της πολιτισμικής αξιολόγησης θα έπρεπε να

περιλαμβάνει την ενσωμάτωση και στοιχείων πολιτισμικού περιεχομένου στα ήδη υπάρχοντα νοσηλευτικά έντυπα. Με τον τρόπο αυτό η κουλτούρα δεν αντιμετωπίζεται απλά ως πρόσθετο στοιχείο, αλλά ως σημαντικό και αναπόσπαστο κομμάτι των νοσηλευτικών διαδικασιών. Είναι προφανώς αδύνατο οι νοσηλευτές να είναι πλήρως εξοικειωμένοι με το πλήθος των πολιτισμικών ομάδων που πιθανώς να διαβιούν σε μία χώρα ή περιοχή. Εντούτοις, χρησιμοποιώντας τις γενικές πολιτισμικές ικανότητες τους μπορούν να συγκεντρώσουν και τις ειδικές εκείνες πληροφορίες που απαιτούνται για τη φροντίδα κάθε ασθενή. Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να καταβάλλουν κάθε δυνατή προσπάθεια προκειμένου να εξαλειφθούν πρακτικές που καταλήγουν να προσφέρουν ρατσιστικές υπηρεσίες διότι πάνω από όλα η διαπολιτισμική ή πολιτισμικά επαρκής φροντίδα είναι πρωτίστως ζήτημα ηθικής (Papadopoulos I., 2004).

4.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΕ ΕΥΑΛΩΤΟΥΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥΣ

Οι ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης κοινωνικών και υγειονομικών προβλημάτων, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Οι παράγοντες κινδύνου είναι πιθανόν να επηρεάζονται ενδεικτικά από την γενικότερη κατάσταση της υγείας τους, την ηλικία, το φύλο και την εθνικότητα. Από την δεκαετία του 1960 το νοσηλευτικό προσωπικό ξεκίνησε να ασχολείται με την παροχή φροντίδας σε ασθενείς ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων. Οι πρώτες ενέργειες έγιναν με σκοπό παροχή πρόσθετης πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε ευάλωτα παιδιά, που ήταν αναγκαία. Ωστόσο, το κέντρο του ενδιαφέροντος τις τελευταίες δεκαετίες έχει στραφεί στο ιατρικό μοντέλο φροντίδας και η έμφαση που δίνεται στην προώθηση της υγείας είναι σαφώς μικρότερη, εξαιτίας των οικονομικών πιέσεων και των φαρμακολογικών συμφερόντων. Ως αποτέλεσμα, πολλές φορές η φροντίδα και η θεραπεία των ασθενών που ανήκουν σε ευάλωτους πληθυσμούς να είναι αναποτελεσματική (VanZandt et al 2008). Η παρουσία συντονισμού, συνεργασίας, εκπαίδευσης-συμβουλευτικής και η δημιουργία σύνδεσης μεταξύ χρήστη και παρόχου φροντίδας είναι αναγκαίες προκειμένου να προωθηθεί η υγεία των χρηστών υγειονομικής περίθαλψης (Grant & Lines, 2017).

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην φροντίδα ευάλωτων πληθυσμών είναι πραγματικά σπουδαίος. Η φροντίδα των πληθυσμιακών αυτών ομάδων απαιτεί ένα συγκεκριμένο και ιδιαίτερο σύνολο δεξιοτήτων προκειμένου να επιτευχθεί το βέλτιστο αποτέλεσμα. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές, η εκπαίδευση των νοσηλευτών

χρειάζεται να εστιάζει και σε θέματα ανθρώπινης ποικιλομορφίας. Είναι δεδομένο πως η εκπαίδευση είναι ο δρόμος για την αλλαγή και μόνο μέσα από αυτήν θα μειωθεί ο στιγματισμός των ευάλωτων πληθυσμών και να βελτιωθούν οι στάσεις του προσωπικού απέναντι σε τέτοιες κατηγορίες ασθενών. Τα πρότυπα για την απόκτηση των απαραίτητων δεξιοτήτων πρέπει δίνονται κατά την διάρκεια της φοίτησης των νέων νοσηλευτών, ώστε να είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι και επαρκώς εφοδιασμένοι με γνώσεις και εμπειρίες για την φροντίδα τέτοιων ασθενών. Καθώς οι κοινωνικές και ιατρικές ανάγκες των ευάλωτων πληθυσμών είναι πολύπλοκες, ο μοναδικός τρόπος για να μην χαθεί το ενδιαφέρον για την φροντίδα τους είναι η πολιτισμική επάρκεια/ικανότητα του νοσηλευτικού προσωπικού για την οποία έχει γίνει αναφορά στο προηγούμενο κεφάλαιο. Οι νοσηλευτές χρειάζεται να διακρίνονται με πολιτισμική ευαισθησία, ώστε να λαμβάνονται υπόψη οι οικονομικές, κοινωνικές και πολιτισμικές επιδράσεις στην υγεία και να δημιουργείται το κατάλληλο πλάνο φροντίδας. Λόγω της πολυπλοκότητας και της ιδιαιτερότητας των ευάλωτων πληθυσμών το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να χαρακτηρίζεται από πολιτισμική επαγρύπνηση, πολιτισμική γνώση, πολιτισμική δεξιότητα εκτίμησης του ασθενή και σεβασμό και αποδοχή των διαφορετικών χαρακτηριστικών του. Το πλάνο φροντίδας, θα πρέπει να γνωστοποιείται με τον ασθενή και να συζητείται μαζί του. Έτσι η σχέση του νοσηλευτή με τον ασθενή θα ενδυναμώνεται και ο ασθενής θα αισθάνεται πως έχει την δυνατότητα ελέγχου της κατάστασης.

Στην υγειονομική περίθαλψη και νοσηλευτική φροντίδα των ευαίσθητων πληθυσμιακών ομάδων, ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει τις απαραίτητες γνώσεις για τις πρακτικές και τις επιλογές της φροντίδας που είναι προτιμότερες για τον κάθε ασθενή. Οφείλει να είναι ενήμερος για τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενή. Η εκτίμηση και η φροντίδα του λήπτη της νοσηλευτικής φροντίδας χρειάζεται να είναι εξατομικευμένη βάσει της κουλτούρας και των πεποιθήσεων του. Τα όρια και τα οφέλη της κάθε πολιτισμικής πρακτικής υγειονομικής φροντίδας πρέπει να γίνονται πάντα αντιληπτά από τον ασθενή. Ειδικότερα, στα πλαίσια της κοινότητας, στις περιπτώσεις που η νοσηλευτική φροντίδα παρέχεται από κοινοτικούς νοσηλευτές, η πολιτισμική ευαισθητοποίηση πρέπει να είναι εξαιρετικά ανεπτυγμένη. Είτε μέσα από εμπειρίες συναδέλφων, είτε μέσα από συνέδρια, εργαστήρια και βιβλία σε σχέση με τις πολιτισμικές πρακτικές υγειονομικής φροντίδας, οι νοσηλευτές μπορούν να αποκτήσουν μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα για τα πολιτισμικά ζητήματα και για το πως να αντιμετωπίσουν τέτοια περιστατικά (Rector, 2018).

Μερικές από τις δυσκολίες που συναντούν οι ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες καθημερινά είναι η έλλειψη οικονομικών πόρων, τα κοινωνικοοικονομικά και πολιτιστικά

εμπόδια, η έλλειψη επιλογών παραπομπών διαβούλευσης και η δυσπιστία των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Λόγω των παραπάνω δυσκολιών είναι σαφές πως η φροντίδα των ομάδων αυτών απαιτεί συγκεκριμένες δεξιότητες από το υγειονομικό προσωπικό. Η σημαντικότερη δεξιότητα που χρειάζεται να κατέχουν οι νοσηλευτές είναι δυνατότητα κατανόησης και αποτελεσματικής επικοινωνίας με τους ασθενείς. Καθώς τα άτομα που ανήκουν σε ορισμένες ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες συνήθως χαρακτηρίζονται από διαφορετικό μορφωτικό επίπεδο ή διαφορετική μητρική γλώσσα και ορολογία, ο τρόπος με τον οποίο ο νοσηλευτής θα μιλήσει, η προφορά και η χρήση γραπτού λόγου πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή. Πολλές φορές παρατηρείται έλλειψη των δεξιοτήτων επικοινωνίας ή ακόμα και έλλειψη διάθεσης για επικοινωνία από τους νοσηλευτές, πράγμα που μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην κατανόηση και να δημιουργήσει χάσμα στην σχέση νοσηλευτή-ασθενούς. Ακόμα, όσον αφορά στη μη λεκτική επικοινωνία, η στάση του σώματος, οι εκφράσεις του προσώπου και οι χειρονομίες μπορεί να παρερμηνευθούν ή να παρεξηγηθούν, γι' αυτό και πρέπει να δίνεται σημασία στο πολιτισμικό υπόβαθρο του ασθενούς και να αποφεύγονται οι αδόκιμες πρακτικές επικοινωνίας.

Η έλλειψη εμπιστοσύνης προς τους επαγγελματίες υγείας είναι σύνηθες φαινόμενο στην φροντίδα ευάλωτων πληθυσμών. Αυτή η στάση είναι αποτέλεσμα των οικονομικών ανισοτήτων και του ρατσισμού που δέχονται οι πληθυσμοί αυτοί. Η διασφάλιση της σωστής επικοινωνίας και η ενίσχυση των σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ των ασθενών και του νοσηλευτικού προσωπικού είναι σημαντική για επίτευξη της αποτελεσματικής θεραπείας, τη συμμόρφωση του ασθενούς την εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας. Καθώς η πλειονότητα των ευάλωτων πληθυσμών έχει περιορισμένη πρόσβαση σε ιατρικούς πόρους, σημαντική είναι η προώθηση της υγείας και η συμβολή της πρωτογενούς πρόληψης. Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει να πληροφορήσει τον ενδιαφερόμενο για μεθόδους πρόληψης και εμβολιασμούς, τα οποία πιθανόν να μην γνωρίζει και παρέχει γνώσεις για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει και τις μεθόδους θεραπείας που υπάρχουν. Οι νοσηλευτές μπορούν να εκπαιδεύσουν τα άτομα που ανήκουν σε ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες, έτσι ώστε να εφοδιαστούν με τις κατάλληλες γνώσεις αυτο-φροντίδας των τρεχόντων προβλημάτων υγείας αλλά και ενδεχόμενων άλλων προβλημάτων (VanZandt et al 2008).

Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους ευάλωτους πληθυσμούς είναι οι ανισότητες που αντιμετωπίζουν. Η παροχή συμπονετικής και υψηλής ποιότητας φροντίδας από το νοσηλευτικό προσωπικό και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας μπορεί να προσφέρει θεαματικά θετικά αποτελέσματα.

Επιπλέον, με αυτόν τον τρόπο θα δημιουργηθεί οικειότητα που είναι απαραίτητη για την συνεργασία νοσηλευτή-ασθενούς. Ωστόσο, χρειάζεται προσοχή προκειμένου να μην καταχραστεί από τον ασθενή, η πηγαία καλοσύνη και ευγένεια που δείχνει το υγειονομικό προσωπικό. Σίγουρα όμως, οι νοσηλευτές χρειάζεται να δείχνουν έντονο και αληθινό ενδιαφέρον και να είναι σε θέση να προσφέρουν παρηγορητική φροντίδα όπου είναι απαραίτητο. Ο αλτρουισμός θεωρείται θεμελιώδης για τον ρόλο του νοσηλευτή. Κατέχοντας αυτή την αρετή, ο νοσηλευτής θα παρέχει τις υπηρεσίες του σε άτομα λιγότερο τυχερά και με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (Rasmor et al. 2014).

Επιπλέον, κατά την αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας του ασθενούς θα πρέπει να περιλαμβάνονται όχι απλώς βιοϊατρικές αξιολογήσεις σε σχέση με την τρέχουσα κατάσταση της υγείας του αλλά ολιστικές ερωτήσεις για την ζωή του. Η νοσηλευτική φροντίδα που θα πρέπει να παρέχεται είναι ολιστική. Ο νοσηλευτής οφείλει να δείχνει σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Η σχέση του νοσηλευτή με τους ασθενείς πρέπει να χαρακτηρίζεται από σχετική διαφάνεια, ισότητα και αμοιβαιότητα (Zamanzadeh et al. 2015). Το φύλο, η κοινωνική τάξη, τα όρια στον προσωπικό χώρο που προκύπτουν από αυτά πρέπει να λαμβάνονται υπόψη. Ανάμεσα σε διαφορετικούς πολιτισμούς, η σημασία και έννοια του προσωπικού χώρου μπορεί να αλλάζει. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να βλέπει πέρα από τις ετικέτες και τον κοινωνικό στιγματισμό και να κατανοεί τις προκλήσεις, τις οποίες αντιμετωπίζουν καθημερινά οι ευάλωτοι πληθυσμοί, προκειμένου να εξαλειφθούν οι διακρίσεις στον τομέα της υγείας (Heaslip et al. 2016).

Υπάρχουν θεωρίες που υποστηρίζουν πως η διατήρηση των παραδοσιακών μεθόδων φροντίδας μπορεί να έχει πολύ θετικά αποτελέσματα για τους ευάλωτους πληθυσμούς, καθώς προσφέρουν μεγαλύτερη άνεση και την αίσθηση της οικειότητας. Φυσικά, η εξ ολοκλήρου διατήρηση παραδοσιακών μεθόδων στην υγειονομική περίθαλψη δεν είναι εφικτή σε όλες τις περιπτώσεις. Είναι πιθανόν να υπάρξουν διαφορές σε σχέση με τις μορφές και την έννοια της φροντίδας μεταξύ του προσωπικού και των ασθενών. Σε αυτή την περίπτωση, ο συνδυασμός της παραδοσιακής και της επαγγελματικής φροντίδας θεωρείται η βέλτιστη λύση. Επίσης, η έννοια του χρόνου διαφέρει ανάλογα με τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά του κάθε ασθενή. Κάποιοι θέλουν να γνωρίζουν τι πρόκειται να ακολουθήσει λεπτομερώς ενώ άλλοι προτιμούν να ξέρουν όσο το δυνατόν λιγότερα. Σίγουρα όμως, ο νοσηλευτής οφείλει να εξασφαλίσει πως το χρονικό διάστημα, το οποίο αφορά σε οποιαδήποτε διαδικασία που σχετίζεται με την περίθαλψη του, έχει γίνει πλήρως κατανοητό από τον ασθενή (Papadopoulos et al. 2011).

4.2.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στους ψυχικά ασθενείς

Τα άτομα με ψυχικά/ατρικά προβλήματα υγείας εξαιτίας της ιδιαιτερότητας τους της ευαισθησίας και των ανισοτήτων που αντιμετωπίζουν σε διάφορους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης, αποτελούν μια βασική κατηγορία των ευαίσθητων πληθυσμιακών ομάδων. Ο νοσηλευτικός ρόλος στην περίθαλψη τέτοιων ασθενών απαιτεί εξειδικευμένες δεξιότητες και καθώς η κατηγορία αυτή διαφέρει από τις υπόλοιπες, χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Οι δεξιότητες με τις οποίες ο νοσηλευτής/τρια είναι εφοδιασμένος διαφέρουν τόσο ως προς την προσέγγιση όσο και ως προς τις μεθόδους φροντίδας. Σε γενικές γραμμές, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ακολουθεί το πλήρες πεδίο πρακτικής του. Επομένως, είναι απαραίτητος ο συνδυασμός της ισχύουσας νομοθεσίας, των νοσηλευτικών πρακτικών, των οποίων οι γνώσεις αποκτούνται μέσω της εκπαίδευσης και του γενικότερου πλαισίου της πρακτικής (Charron et al. 2017).

Η ικανότητα αξιολόγησης του κινδύνου, ο περιορισμός, η διαχείριση των φαρμάκων και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, οι οποίες αποδεδειγμένα βοηθούν στον περιορισμό των συμπτωμάτων του άγχους, της κατάθλιψης και του μετατραυματικού στρες είναι μερικές από τις πρακτικές που χρειάζεται να εφαρμόζονται στην φροντίδα ψυχικά ασθενών ατόμων (Moyo et al. 2020). Πρέπει να είναι σε θέση να παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη στον ασθενή, πληροφορίες για την ψυχική ασθένεια και συζήτηση των προοπτικών του καθώς και πρακτικές συμβουλές για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων καταστάσεων (Kim&Salyers, 2008). Τα κύρια στοιχεία που χρειάζεται να έχει η περίθαλψη των ψυχικά ασθενών είναι η ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης, η συμπαθητική και χωρίς διακρίσεις στάση απέναντι τους. Ο σεβασμός, η υπομονή και η εμπιστευτικότητα κατά τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι τα βασικά χαρακτηριστικά της βέλτιστης φροντίδας (Kaba et al, 2020). Ωστόσο, παρατηρείται μια έλλειψη γνώσεων πρακτικών στο νοσηλευτικό προσωπικό σε σχέση με τον νοσηλευτικό ρόλο. Αυτή η πραγματικότητα δημιουργεί προβλήματα στην αντιμετώπιση περιστατικών ψυχικά ασθενών ατόμων και μειώνει το επίπεδο της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Στον τομέα της ψυχικής υγείας, η πολιτιστική ικανότητα είναι αναγκαία ώστε να δοθεί η καταλληλότερη και υψηλής ποιότητας φροντίδα. Αυτό σημαίνει η φροντίδα του ατόμου από διαφορετικό διαπολιτισμικό περιβάλλον θα πρέπει να παρέχεται με την υποστήριξη της απαιτούμενης συμπεριφοράς και ευαισθησίας. Για την απόκτηση της πολιτιστική ικανότητας ο νοσηλευτής πρέπει να έχει κατανόηση και ενσυναίσθηση (Patterson et al. 2014). Η

επικοινωνία με ένα άτομο που νοσεί από μια ψυχική ασθένεια χρειάζεται μεγάλη προσοχή. Το λεξιλόγιο που θα χρησιμοποιήσει ο νοσηλευτής, η στάση του σώματος ή ακόμα και η διάθεση που θα έχει ο νοσηλευτής απέναντι στον ασθενή μπορεί να τον επηρεάσει θετικά ή αρνητικά (Weare et al, 2019). Επιπλέον, η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των επιστημονικών κλάδων είναι βασική στην ψυχική-ψυχιατρική φροντίδα. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να έχει επίγνωση των ευθυνών του τμήματος του και του ρόλου του, να είναι ικανό να επικοινωνήσει με τον υπεύθυνο ιατρό ή ψυχολόγο (Moxham et al. 2010). Σε περιπτώσεις άρνησης της φαρμακευτικής αγωγής, ο νοσηλευτής μπορεί να προβεί σε διαπραγματεύσεις και να ενημερώσει τον ασθενή για τους κινδύνους και τα οφέλη της συνιστώμενης θεραπείας, με σκοπό την ενθάρρυνση της συμμόρφωσης, ή τον σχεδιασμό απαλλαγής, γνωστοποιώντας την καλύτερη εναλλακτική θεραπεία. Φυσικά, όλα τα παραπάνω προϋποθέτουν επικοινωνία με τον υπεύθυνο ιατρό και προσδιορισμό της ικανότητας λήψης αποφάσεων (Marco et al, 2017).

Στην διαχείριση ατόμων με ψυχικές ασθένειες ο νοσηλευτής πρέπει να έχει ανεπτυγμένες διαπροσωπικές δεξιότητες, δεξιότητες αντιμετώπισης της επιθετικότητας και ψυχιατρικών καταστάσεων έκτακτης ανάγκης (Redford Mavundla, 2008). Ο νοσηλευτής που θα έρθει σε επαφή με ψυχικά ασθενείς θα πρέπει να γνωρίζει μεθόδους ελέγχου και περιορισμού, αποκλιμάκωσης, δηλαδή της κύριας μορφής δευτερογενούς πρόληψης της βίας, προκειμένου να διαχειριστεί σωστά ενδεχόμενα περιστατικά επιθετικότητας ή να μειώσει τις πιθανότητες έναρξης βίαιων συμπεριφορών (Hallett&Dickens, 2017). Επιπλέον χρειάζεται να έχει γνώσεις για τις καινοτομίες των συστημάτων υγείας και για τις βιολογικές και ψυχοκοινωνικές διαστάσεις του ασθενούς. Για κάποιο ψυχικά πάσχον άτομο, η οικογένεια και τα αγαπημένα πρόσωπα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της κατάστασης και στην συνέχεια της θεραπείας. Σε αρκετές περιπτώσεις είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψιν οι γνώσεις του περιβάλλοντος του ασθενούς και να επιτρέπεται η εμπλοκή τους στην φροντίδα ή η λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με την βελτίωση κατάστασης της υγείας του (Charron et al. 2017).

Οι ψυχικά ασθενείς συχνά ταλαιπωρούνται από διαταραχές ύπνου και πολλές φορές η αϋπνία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την πορεία της ψυχικής ασθένειας. Μάλιστα, σε ορισμένες περιπτώσεις η επίμονη αϋπνία αποτελεί ένα από τα βασικά διαγνωστικά κριτήρια της μείζονος κατάθλιψης ενώ η θεραπεία της μπορεί να βελτιώσει τα επίπεδα της κατάθλιψης. Γι' αυτό τον λόγο οι νοσηλευτές χρειάζεται να μπορούν να αξιολογήσουν τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την αϋπνία και να ελέγχουν τους ψυχικά ασθενείς για σχετικές διαταραχές ύπνου (Kaufmann et al, 2011). Ακόμα, οι ψυχικά πάσχοντες έχουν αυξημένο κίνδυνο τραυματισμών στο δέρμα είτε πρόκειται για έλκη πίεσης ή τα διαβητικά και αγγειακά

έλκη είτε για τραύματα που προκαλούνται από αυτοτραυματισμό. Η ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση είναι απαραίτητη για το νοσηλευτικό προσωπικό, προκειμένου να δίνεται όσο το δυνατόν καλύτερη θεραπεία, αποτελεσματική και συνεπής φροντίδα και ακριβής παρακολούθηση. Έτσι, το νοσηλευτικό προσωπικό δεν θα επικεντρώνεται μόνο στα συμπτώματα της ψυχικής ασθένειας αλλά θα διευρυνθεί ο ρόλος του και στην πρόληψη και διαχείριση των τραυματισμών του δέρματος (Kaba et al, 2020).

Επιπλέον, ένας από τους σημαντικότερους ρόλους που αναλαμβάνει ο νοσηλευτής είναι η εκπαίδευση του ψυχικά πάσχοντος και του περιβάλλοντος του. Καθώς οι προκαταλήψεις και ο στιγματισμός των ψυχικά ασθενών δημιουργούν μια αίσθηση δυσφορίας στο άκουσμα της ψυχικής διαταραχής, η εκπαίδευση μπορεί να συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση της ασθένειας και των προτεινόμενων μεθόδων θεραπείας. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την διδασκαλία της διατροφής που θα πρέπει να ακολουθήσει στο εξής ο ψυχικά ασθενής και τις αλλαγές που θα χρειαστεί να κάνει. Μάλιστα, μπορεί να τον παροτρύνει να συμπεριλάβει την άσκηση στον τρόπο ζωής που ακολουθεί, προκειμένου να διατηρήσει την βέλτιστη σωματική και ψυχοκοινωνική του ευημερία (Mechling & Arms, 2019). Μόνο μέσα από την εκπαίδευση και την υποστήριξη, ο ασθενής θα καταφέρει να οδηγηθεί στην συμμόρφωση, να αποδεχτεί και να διαχειριστεί την τρέχουσα κατάσταση και να ακολουθήσει την φαρμακολογική θεραπεία και να προβεί στις απαιτούμενες αλλαγές στην ζωή του (Ricard et al. 2014). Η ενημέρωση και εκπαίδευση του ίδιου του ασθενούς αλλά και του οικογενειακού του περιβάλλοντος μπορεί να συνεισφέρει στην έγκαιρη αναγνώριση των προειδοποιητικών συμπτωμάτων της υποτροπής. Ακόμη, ο νοσηλευτής μπορεί να παραπέμψει την οικογένεια σε ομάδες υποστήριξης. Μέσα από την καθοδήγηση του νοσηλευτικού προσωπικού μπορεί να αποτραπεί η πιθανή άρνηση ή απόρριψη της θεραπείας, να βελτιωθεί η προσήλωση του ψυχικά ασθενούς στην φαρμακευτική αγωγή και να ενισχυθεί ο έλεγχος των συμπτωμάτων του (Fung et al. 2013).

4.2.2 Ρομά και ο ρόλος του νοσηλευτή

Το νοσηλευτικό προσωπικό, ως το μεγαλύτερο επαγγελματικό εργατικό δυναμικό στον τομέα τη υγείας έχει πολύ βασικό ρόλο στην διασφάλιση της πρόσβασης των Ρομά στην υγεία, στην προώθηση της και στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων σε αυτή. Οι νοσηλευτές χρειάζεται να κατανοούν όσο το δυνατόν καλύτερα τον τρόπο με τον οποίο οι πολιτιστικές διαφορές και οι πεποιθήσεις των Ρομά επηρεάζουν την κατασκευή της έννοιας της υγείας και της ασθένειας. Οφείλουν να αποφεύγουν τις διακρίσεις και τις προκαταλήψεις, κάτι που μπορεί να επιτευχθεί

μέσα από την εμπειρία και την τριβή με ασθενείς διαφορετικό πολιτιστικό υπόβαθρο (Estevan & Ruíz, 2017). Οι ανισότητες στην υγεία των Ρομά μπορούν να μειωθούν μέσα από την εστίαση στην βαθύτερη αιτιολογία για την κάθε κατάσταση και την αποδοχή και εκτίμηση των κοινοτήτων των Ρομά και της διαφορετικότητάς τους. Κατά την αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας τους, θα πρέπει να συνυπολογίζονται όλοι οι παράγοντες που μπορεί να την επηρεάζουν, όπως για παράδειγμα οι συνθήκες διαβίωσης. Η αιτιολογική προσέγγιση είναι ικανή να προωθήσει μία μορφή περίθαλψης που θα είναι βασισμένη στα ανθρώπινα δικαιώματα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό υγείας, η προσέγγιση αυτή θα πρέπει να διέπεται από την αρχή της μη διάκρισης, της διαθεσιμότητας, της προσβασιμότητας, της αποδοχής, της καθολικότητας και καλής ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης προς όλους.

Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να γνωρίζει τις ιδιαιτερότητες και τους περιορισμούς της περίθαλψης των Ρομά, αλλά και τις ειδικές ανάγκες τους. Προκειμένου να μπορέσει να υπάρξει συνολική θετική επίδραση στην παγκόσμια υγεία, η συνεργασία, η εξυπηρέτηση και η αποτελεσματική επικοινωνία πληθυσμών όπως των Ρομά είναι απαραίτητη (Jarcuska et al, 2013). Πολλοί Ρομά, ιδιαίτερα οι ηλικιωμένοι, είναι αναλφάβητοι και γι' αυτόν τον λόγο θα πρέπει να εξετάζεται το επίπεδο κατανόησης και αντίληψης τους. Η κατανόηση των καθημερινών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι Ρομά, όπως τα υψηλά επίπεδα αναλφαβητισμού, είναι αναγκαία και μπορεί να προσφέρει εναλλακτικές λύσεις προκειμένου η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας να είναι προσιτή και διαθέσιμη σε όσους τις χρειάζονται (Heaslip et al, 2016). Η δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης με τους Ρομά είναι ζωτικής σημασίας προκειμένου επέλθει η αποτελεσματική συνεργασία μαζί τους. Οι νοσηλευτές δεν θα πρέπει να επιβάλλουν τις ιδεολογίες της δυτικοποιημένης υγείας αλλά να αναγνωρίζουν τους Ρομά ως αυτόχθονες λαούς και να εκτιμούν τις πολιτισμικές πεποιθήσεις τους (Heaslip et al, 2019).

Αρκετά συχνά οι Ρομά υιοθετούν ανησυχητικές συμπεριφορές, πολλές από τις οποίες οφείλονται και για τον στιγματισμό τους. Τέτοια παραδείγματα είναι η ανάκτηση αντικειμένων από τα απόβλητα, η επαιτεία, το πλύσιμο σε δημόσιες βρύσες και η διαβίωση σε ακατάλληλες και επικίνδυνες τοποθεσίες (Rosa, 2019). Επιπλέον, οι Ρομά πέρα έχουν μοναδικές παραδοσιακές στάσεις για την απόκτηση παιδιών και την επαγγελματική κατάσταση. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να μπορούν να εξοικειωθούν με τις στάσεις αυτής της ομάδας ανθρώπων και να παρέχουν αποτελεσματική καθοδήγηση για τους διαθέσιμους πόρους που μπορούν να χρησιμοποιήσουν (Anci et al, 2018). Η εστίαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, μέσα από την προληπτική υγειονομική περίθαλψη, σε πληθυσμούς όπως οι Ρομά πρέπει να είναι

πρωταρχικός στόχος των επαγγελματιών υγείας. Στην πραγματικότητα, οι Ρομά δείχνουν να έχουν καθυστερημένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και τα συστήματα υγείας φαίνεται να δέχονται περισσότερους ασθενείς Ρομά στις υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης, όπως είναι τα τμήματα έκτακτης ανάγκης και ατυχημάτων. Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να αναλάβει την διδασκαλία τους σε μεθόδους αυτό-φροντίδας, την ενθάρρυνση τους για αλλαγή συνηθειών που μπορεί να φανούν επιβλαβείς για την σωματική υγεία και την προτροπή τους για συμμετοχή σε συμβουλευτικά προγράμματα και προγράμματα ενημέρωσης των μεθόδων πρόληψης με σκοπό την προώθηση της υγείας.

Καθώς οι Ρομά έχουν αυξημένες πιθανότητες να παρουσιάσουν προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας, όπως είναι το άγχος και η κατάθλιψη, εξαιτίας των συνθηκών διαβίωσης τους και της απαιτητικής καθημερινής ζωής τους, ο νοσηλευτής πρέπει να μπορεί να εκτιμήσει τις ευρύτερες κοινωνικές πιέσεις που δέχεται ο ασθενής. Είναι σημαντικό να διασφαλίζει ότι παρέχονται πολιτισμικά ευαίσθητες υπηρεσίες στους Ρομά ασθενείς. Επιπλέον, η αναζήτηση για σημάδια ψυχικής ασθένειας πρέπει να γίνεται έγκαιρα και λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα και γι' αυτόν τον λόγο πρέπει να γνωρίζει ότι η μεταβαλλόμενη πολιτιστική βάση των Ρομά συχνά τους προκαλεί στρες. Ακόμη, μέσα από την εκπαίδευση για την ισότητα και για την ποικιλομορφία χρειάζεται να αναγνωρίζουν τους Ρομά ως εθνοτική μειονότητα και να μην παρασύρονται και προβαίνουν σε ρατσιστικές ενέργειες εξαιτίας των διαφορετικών προσωπικών τους πεποιθήσεων (Heaslip et al, 2016).

4.2.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στο προσφυγικό/μεταναστευτικό ζήτημα

Οι νοσηλευτές, ως η μεγαλύτερη ομάδα επιστημόνων υγείας στον κόσμο, παίζουν καθοριστικό ρόλο στην παροχή φροντίδας κατά τη διάρκεια της κρίσης των προσφύγων. Σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, βρίσκονται καταταγμένοι στην πρώτη γραμμή για την περίθαλψη ασθενών και τραυματιών. Ο ρόλος του νοσηλευτή στο προσφυγικό ζήτημα διακρίνεται στον κοινοτικό και τον κλινικό τομέα. Με τον όρο κοινοτική νοσηλευτική εννοούμε τον κλάδο της νοσηλευτικής επιστήμης που στοχεύει στην κάλυψη αναγκών των ατόμων, ομάδων και εκτενέστερων κοινοτήτων σε επίπεδο πρόληψης. Επεκτείνεται κατά συνέπεια στην αγωγή της υγείας σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή περίθαλψη (NiesA. & MCEwenM., 2013).

Με σκοπό την μείωση πιθανοτήτων εξάπλωσης μεταδοτικών νοσημάτων στην ευρύτερη κοινωνία, ο ρόλος του νοσηλευτή στο προσφυγικό αρχίζει με την πρωτογενή πρόληψη. Βασική

μέριμνα αποτελεί η προαγωγή και η διατήρηση της υγείας. Η πρόληψη αφορά στην πλειονότητα μεταδοτικά νοσήματα όπως ηπατίτιδα Β, C και ανεμοβλογιά και επιτυγχάνεται μέσω του μαζικού εμβολιασμού προσφύγων και μεταναστών. Κατά την είσοδο αυτών των ατόμων στη χώρα οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν την παροχή στοιχειώδους εκπαίδευσης σχετικά με τους κανόνες υγιεινής που πρέπει να ακολουθούν όπως το πλύσιμο των χεριών και η πρόληψη ΣΜΝ. Η εκπαίδευση αυτή προσαρμόζεται ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται ενώ μπορεί να πραγματοποιείται είτε ατομικά είτε μαζικά. Η εκμάθηση πρώτων βοηθειών και γενικά η παροχή βοήθειας σε περίπτωση ατυχημάτων θεωρείται εξίσου σημαντική. Εκτός από εκπαιδευτικό, οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν και ενημερωτικό ρόλο κατατοπίζοντας τους μετανάστες και τους πρόσφυγες σχετικά με τις παροχές υγείας που δικαιούνται, παροτρύνοντας συγχρόνως όσους το χρειάζονται να αναζητήσουν ψυχολογική υποστήριξη. Ακόμη, προσφέρουν δημιουργική απασχόληση σε εφήβους, ανήλικα ή ασυνόδευτα παιδιά έχοντας την δυνατότητα έτσι να σκιαγραφήσουν το ψυχολογικό τους προφίλ (Καδιγιαννόπουλος Γ., 2015).

Περνώντας στη δευτερογενή πρόληψη, οι νοσηλευτές πραγματοποιούν ελέγχους για τον εντοπισμό πιθανών παθήσεων καθώς και αναγνώριση του σταδίου στο οποίο βρίσκονται. Έλεγχος για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, ψηλάφηση μαστού και θυρεοειδούς αδένος, προσυμπτωματικός και οφθαλμολογικός έλεγχος, έλεγχος για έλλειψη ενζύμου ή αναιμίες είναι μερικές μόνο εξετάσεις που απαιτούνται για τον προσδιορισμό της υγείας των προσφύγων και των μεταναστών. Το στάδιο της τριτογενούς πρόληψης, αναφέρεται στα άτομα με διαπιστωμένα χρόνια νοσήματα, τα οποία δεν είναι σωματικά ή ψυχολογικά ικανά να φροντίσουν τον εαυτό τους, αναλαμβάνοντας έτσι αυτό το ρόλο οι νοσηλευτές. Οι διαβητικοί ασθενείς, τα άτομα με αναπηρία ή φροντίδα δέρματος αλλά και εκείνοι που χρήζουν ιδρυματικό εγκλεισμό συμπεριλαμβάνονται στην τριτογενή πρόληψη (Παπαγεωργίου, Κελέση & Φάσση, 2013).

Ο κλινικός ρόλος του νοσηλευτή είναι να αναγνωρίζει καλύτερα τις ανάγκες των ασθενών, να συνεισφέρει στη μείωση της θνησιμότητας, να καθοδηγεί και να εμπυχώνει. Οφείλει να καλύπτει το αίσθημα ασφάλειας των ασθενών, να παρέχει ποιοτική φροντίδα και αποτελεσματική διαχείριση πόνου αυξάνοντας τα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών. Σε κάθε κλινική οι αρμοδιότητες του νοσηλευτή ακολουθούν συγκεκριμένα βήματα έχοντας ως στόχο την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας. Για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες, που ανήκουν στις ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες, οι νοσηλευτές ακολουθούν τις ίδιες διεργασίες

με ορισμένες αλλαγές και ενδεχομένως δυσκολίες (Φραγκουλα, Ευστράτιος, Ρουμेलιώτη & Ευστατίου, 2017).

Ως επαγγελματίες υγείας που συναναστρέφονται με έναν τόσο ευάλωτο πληθυσμό, καλούνται να είναι πολιτισμικά ευαισθητοποιημένοι και ενήμεροι για τις επιπτώσεις του μαζικού τραύματος. Πρέπει να λαμβάνουν υπόψιν ότι η βία σε όλες τις μορφές που έχουν υποστεί οι πρόσφυγες έχει σοβαρές και επιβλαβείς συνέπειες με συμπτώματα που μπορεί να αποσταλούν αλλά εύκολα να επανέλθουν. Η όσο το δυνατόν καλύτερη επικοινωνία με τον ασθενή διευκολύνει ιδιαίτερος το ρόλο του νοσηλευτή γι' αυτό και απαιτείται η ύπαρξη διεργασιών κατά την συνεννόηση. Αφιερώνεται χρόνος τόσο για την λήψη εκτενούς ιστορικού τραυμάτων και ασθενειών, όσο και για συζήτηση πάνω στο πλήρες εύρος των εμπειριών της ζωής του ατόμου. Κάθε κατάσταση όπως η κατάθλιψη, η εγκυμοσύνη που διαπιστώνεται από τον νοσηλευτή σχετικά με την υγεία των προσφύγων και των μεταναστών συνιστάται να αντιμετωπίζεται ενεργά, ενώ πάντοτε πρέπει να είναι προετοιμασμένοι για χρόνιες αναπηρίες, χρόνια ή μεταδιδόμενα νοσήματα. Ο ρόλος του νοσηλευτή επεκτείνεται στην επικοινωνία και τη συνεργασία με άλλες επιστημονικές ομάδες , όπως οι κοινωνικές υπηρεσίες σε περίπτωση ανάγκης, κάτι το οποίο είναι αναγκαίο για την διαχείριση του προσφυγικού. Γενικότερα, οι δυσκολίες που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι νοσηλευτές είναι ποικίλες. Πολιτισμικές διαφορές, ειδικό διατροφολόγιο, γλωσσική δυσχέρεια, πίστη και θρησκεία, δυσκολία ή άρνηση κατά τη νοσηλεία αποτελούν τα συνήθη εμπόδια στο να επιτελέσουν ομαλά τον ρόλο τους (Φουντούκη & Θεοφάνης, 2012).

Η συμπόνια των νοσηλευτών, η επαγγελματική φροντίδα και ο οργανωμένος χαρακτήρας της νοσηλευτικής, είναι βασικά για να διασφαλιστεί ότι οι εκτοπισμένοι έχουν πρόσβαση στη φροντίδα που χρειάζονται, φροντίδα που παρέχεται χωρίς προκατάληψη και περιορισμό. Οι νοσηλευτές οφείλουν να είναι σε θέση να παρέχουν σε αυτό θα τους περιθωριοποιημένους και ευαίσθητους πληθυσμούς τη φροντίδα που χρειάζονται ανεξάρτητα από εθνικότητα, θρησκεία, φύλο ή οικονομική κατάσταση. Όπως αναφέρεται και στον κώδικα δεοντολογίας ICN για τους νοσηλευτές, «ο νοσηλευτής προωθεί ένα περιβάλλον στο οποίο γίνονται σεβαστά τα ανθρώπινα δικαιώματα, οι αξίες, τα έθιμα και οι πνευματικές πεποιθήσεις του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας». Επιπλέον οι πρόσφυγες και οι μετανάστες στερούνται συχνά μιας αίσθησης αξιοπρέπειας και σεβασμού. Η αυτονομία και η ταυτότητά τους απειλείται όταν ειδικά έχουν εκτοπιστεί βίαια από τα σπίτια τους και τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Εκτός από τη φροντίδα των σωματικών συμπτωμάτων της ασθένειας, είναι καθήκον των νοσηλευτών να

επιμελούνται και τις πνευματικές τους ανάγκες, διασφαλίζουν πως οι άνθρωποι που φροντίζουν διατηρούν μια ελπίδα και έναν σκοπό ύπαρξης (Hughes F., 2016).

Η νοσηλευτική επιστήμη αποτελεί μοχλό κίνησης και βασικό πυλώνα στήριξης στη λειτουργία των κοινωνικών μονάδων φροντίδας που αναλαμβάνουν σε πρώτο στάδιο μετανάστες και πρόσφυγες. Η ιδιαιτερότητα των νοσηλευτών που εργάζονται σε τέτοιες δομές με ειδικές πληθυσμιακές ομάδες και εντοπισμένα προβλήματα είναι εμφανής, συγκριτικά με νοσηλευτές στα λοιπά ιδρύματα. Το έργο αυτών των νοσηλευτών δεν είναι αμιγώς κλινικό αλλά η έννοια της νοσηλείας διαφοροποιείται σημαντικά. Η νοσηλευτική αποκτά νέα διάσταση καθώς η έννοια της νοσηλευτικής φροντίδας διευρύνεται και συμπεριλαμβάνει την παρακολούθηση του χρήστη υγείας τόσο μέσα σε εκπαιδευτικές και ψυχαγωγικές διαδικασίες, όσο και στην καθημερινή του ζωή. Εφαρμόζεται μέσα σε προγράμματα παροχής φροντίδας που αφορούν ισότιμα τόσο την οργανική όσο και τη συμπεριφορική πλευρά των προσφύγων, ενώ επηρεάζεται σημαντικά από αστάθμητους με την υγεία παράγοντες. Γενικότερα, οι ιδιαίτερες συνθήκες εργασίας που επικρατούν στους οργανισμούς πρόνοιας σε συνδυασμό με την ευρύτητα εφαρμογής της νοσηλευτικής επιστήμης και τη δυνατότητά της να ανταποκρίνεται σε όλες τις συνθήκες που απαιτεί ο χρήστης υγείας αποδίδουν στον ρόλο του νοσηλευτή διακριτές δραστηριότητες (Wright, J. & Potter, K., 2013).

Η κλινική νοσηλευτική φροντίδα αφορά το οργανικό κομμάτι των προσφύγων και των μεταναστών και αναφέρεται στη λήψη ιστορικού, τη δημιουργία νοσηλευτικού αρχείου, τη νοσηλευτική λογοδοσία, τη φαρμακοθεραπεία, τις διαγνωστικές εξετάσεις, τη διατροφή και κλινική διαιτολογία, τη παροχή πρώτων βοηθειών, τη νοσηλεία με τον νοσηλευτή να συμπορεύεται με τον πάσχοντα υιοθετώντας τον ρόλο του φροντιστή. Ακολουθεί η κοινοτική νοσηλευτική φροντίδα κατά την οποία πραγματοποιείται συλλογή στοιχείων για το περιβάλλον διαβίωσης των προσφύγων και μεταναστών και την διασύνδεση με το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. Γίνεται καταγραφή επιδημιολογικών στοιχείων και συνεργασία με τους οικείους με απώτερο σκοπό την παροχή φροντίδας, οδηγιών και ελέγχου πορείας του χρήστη υγείας. Τον ρόλο του νοσηλευτή έρχεται να ενισχύσει η Αγωγή υγείας Το νοσηλευτικό προσωπικό, τόσο από πλευράς γνώσεως όσο και από πλευράς θέσης, έχει τη δυνατότητα να εφαρμόζει προγράμματα πρόληψης και αγωγής της υγείας μέσω διδασκαλίας, ομιλιών αλλά και κατ' οίκων επισκέψεις. Σκοπός αποτελεί η πρόληψη ή έγκαιρη διάγνωση περιστατικών (vanLoon, A., 2008).

Μια ακόμα νοσηλευτική δραστηριότητα αποτελεί η συμβουλευτική. Οι νοσηλευτές που βρίσκονται στις μονάδες πρόνοιας ασκούν συμβουλευτική, τόσο άτυπα μέσα στα πλαίσια του καθημερινού τους ρόλου, όσο και επίσημα στα πλαίσια οργανωμένων συναντήσεων. Εξίσου σημαντικός είναι ο τομέας της νοσηλευτικής της εργασίας. Η υγιεινή και η ασφάλεια ως εργαζόμενοι αποτελεί ακόμη μια πρόκληση για τους νοσηλευτές καθώς έρχονται σε επαφή με άτομα άγνωστου επιδημιολογικού ιστορικού όπως οι νεοαφιχθέντες πρόσφυγες. Ο αερισμός των χώρων, η υγιεινή χεριών, η θερμοκρασία, η ένδυση και η υπόδηση, ο εμβολιασμός και ο προληπτικός έλεγχος συμπεριλαμβάνονται στην νοσηλευτική της εργασίας. Επίσης, οι νοσηλευτές, λόγω της οικειότητας που αναπτύσσουν στα πλαίσια της νοσηλευτικής φροντίδας, γίνονται μάρτυρες προσωπικών γεγονότων των οποίων η κοινοποίηση θα επέφερε βλάβες στους ασθενείς. Σημαντική είναι επίσης και η οριοθέτηση του νοσηλευτή επαγγελματία με τον άνθρωπο νοσηλευτή καθώς είναι εύκολη ή επικάλυψη τους έως και η ισοπέδωση, γεγονός που επιτάσσει η νοσηλευτική δεοντολογία (Stepans, M.B., Thompson, C. & Buchanan, M., 2002).

Ο νοσηλευτής κατέχει ανά περίπτωση και εκπαιδευτικό ρόλο. Η εκπαίδευση του ίδιου του νοσηλευτικού προσωπικού και η επιμόρφωσή του συμβάλλει στη προσπάθεια ενημέρωσης και εκσυγχρονισμού σε νέα μοντέλα παροχής υπηρεσιών. Αυτό επιτυγχάνεται με συμμετοχή σε σεμινάρια, κλινικά φροντιστήρια, μεταπτυχιακές σπουδές και ενημερωτικά προγράμματα. Οι ειδικοί πληθυσμοί και οι ευπαθείς ομάδες όπως οι πρόσφυγες αποτελούν τα τελευταία χρόνια βασικό κεφάλαιο στη μετεκπαίδευση των νοσηλευτών. Ακολουθούν οι ερευνητικές νοσηλευτικές δραστηριότητες. Οι ερευνητικές δραστηριότητες των νοσηλευτών αφορούν αποκλειστικά την προαγωγή της νοσηλευτικής επιστήμης και αποσκοπούν στην εξέλιξή της σε πεδία καινοτομίας. Δραστηριότητες εσωτερικής διανομής αφορούν τη χρήση στατιστικών δεδομένων αποκλειστικά για την εκάστοτε δομή ενώ οι δραστηριότητες εξωτερικής χρήσης απαιτούν έγκριση προκειμένου να δημοσιοποιηθούν. Οφείλουν ταυτόχρονα να πληρούν διεθνείς όρους και προδιαγραφές. Τέλος, εισάγεται το κεφάλαιο της διεπιστημονική νοσηλευτική δραστηριότητας. Η επαφή των νοσηλευτών, τόσο με διαφορετικές επιστημονικές ειδικότητες όσο και με άλλες υπηρεσίες, τους καθιστούν συχνά συνδετικούς κρίκους ανάμεσα στο χρήση υγείας και στη μονάδα παροχής φροντίδας. Η συνεργασία των νοσηλευτών λαμβάνει χώρα εντός του πλαισίου των μονάδων με τους υπόλοιπους επιστήμονες υγείας αλλά και εκτός αυτού με εξωτερικούς συνεργάτες από παρόμοιους φορείς υγείας και πρόνοιας (Αδαμακίδου Θ., 2018).

4.2.4 Ουσιοεξαρτώμενοι και ο ρόλος του νοσηλευτή

Σε σύγκριση με άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, οι νοσηλευτές έρχονται περισσότερο σε άμεση επαφή με τους ουσιοεξαρτώμενους. Έτσι, ο ρόλος των νοσηλευτών στην φροντίδα του συγκεκριμένου πληθυσμού είναι ιδιαίτερα σημαντικός, εφόσον μέσω των παρεμβάσεών τους δύναται να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό την υγεία τους. Παρόλο ότι ο ρόλος του είναι άμεσα συνδεδεμένος με την παροχή φροντίδας, μπορεί παράλληλα να είναι εκπαιδευτικός αλλά και προληπτικός. Σε κάθε περίπτωση, προϋπόθεση για την επίτευξη της μέγιστης ποιοτικά φροντίδας αποτελεί η αποφυγή προκαταλήψεων για τα άτομα με διαταραχές εξάρτησης (Bartlett et al. 2013, Rassool 2010).

Συγκεκριμένα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτών ορίζουν για τους νοσηλευτές οχτώ διαφορετικούς ρόλους. Αρχική ιδιότητα θεωρείται αυτή του παρόχου φροντίδας, διότι οφείλουν να προσφέρουν την απαραίτητη νοσηλευτική περίθαλψη σε όλους τους ασθενείς. Παράλληλα, ο νοσηλευτής λειτουργεί ως σύμβουλος, καλύπτοντας τις ανάγκες του ασθενή αλλά πιθανώς και του οικογενειακού του κύκλου. Σαν εκπαιδευτής λειτουργεί με σκοπό να μεταδίδει τις γνώσεις του στην κοινότητα ενώ στο ρόλο του συνηγόρου διεκδικεί καλύτερες συνθήκες παροχής φροντίδας στο συγκεκριμένο πληθυσμό. Οι παρεμβάσεις του νοσηλευτή εντοπίζονται και σε ερευνητικό επίπεδο, διότι μέσω της έρευνας ανακαλύπτονται αποτελεσματικότεροι μέθοδοι πρόληψης και περίθαλψης. Τέλος, ο νοσηλευτής έχει τη δυνατότητα να ηγείται μιας διεπιστημονικής ομάδας θεραπείας των ουσιοεξαρτώμενων αλλά και να παρέχει συμβουλές σε επαγγελματίες αυτής της ειδικότητας (WHO/ICN, 1991).

Ανάμεσα στους σημαντικότερους ρόλους του νοσηλευτή είναι η πρόληψη του φαινομένου της κατάχρησης ουσιών. Όσον αφορά στην πρωτοβάθμια πρόληψη, ο νοσηλευτής και ιδιαίτερα ο κοινοτικός έχει την δυνατότητα να αναγνωρίζει πιθανούς κινδύνους. Ανάμεσα στους ρόλους του είναι να ανακαλύπτει τις ανάγκες του πληθυσμού και να προσπαθεί να τις καλύψει. Στη δευτεροβάθμια πρόληψη, η έγκαιρη αναγνώριση κατάχρησης οδηγεί τον νοσηλευτή σε μια διαδικασία συνεχών παρεμβάσεων. Αναλυτικότερα, ο ρόλος των νοσηλευτών είναι εξίσου σημαντικός στον περιορισμό των βλαβών των οποίων μπορεί να προκαλέσει η εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες. Οι ίδιοι συμβουλεύοντας τους ουσιοεξαρτώμενους, μπορούν να συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας τους. Αυτό επιτυγχάνεται ενισχύοντας τις γνώσεις τους σχετικά με ασθένειες και γνωστοποιώντας τους δράσεις σχετικές με τη μείωση

πιθανοτήτων μόλυνσης, όπως είναι τα προγράμματα δωρεάν εμβολιασμών. Παράλληλα, οι νοσηλευτές μπορούν να παρέχουν βασικές δεξιότητες για ασφαλέστερη χρήση των ναρκωτικών. Έτσι, δίνεται η δυνατότητα σε εξαρτημένους να ζήσουν μια ασφαλέστερη ζωή, ανεξάρτητα των επιλογών τους. Καθ' αυτόν τον τρόπο δημιουργείται μεταξύ ασθενή και νοσηλευτή σχέση εμπιστοσύνης, η οποία μπορεί να οδηγήσει τον χρήστη στην αναζήτηση θεραπείας και απεξάρτησης. Έτσι οι νοσηλευτές συμβάλλουν για ακόμα μια φορά, εφόσον μπορούν να γνωστοποιήσουν στους χρήστες την ύπαρξη προγραμμάτων απεξάρτησης και να τους κατευθύνουν σε αυτά (Bartlett et al. 2013, Nkowane and Saxena, 2004).

Στην Ελλάδα οι νοσηλευτές μπορούν να εργαστούν ως νοσηλευτές εξάρτησης σε μονάδες απεξάρτησης των δημόσιων νοσοκομείων, σε θεραπευτικές κοινότητες, σε κέντρα πρόληψης κ.α. Στη διάρκεια της κλινικής πρακτικής χρειάζονται ιδιαίτερες ικανότητες προκειμένου να ανταπεξέλθουν στον ρόλο τους. Η αλληλεπίδραση με εξαρτημένα άτομα προϋποθέτει την ικανότητα διαχείρισης αντιπαραθέσεων, την αντίληψη του πιθανού κινδύνου και την ικανότητα της ενσυναίσθησης. Ο έλεγχος της φροντίδας των εξαρτημένων ατόμων δεν είναι αποκλειστική αρμοδιότητα του νοσηλευτή. Απεναντίας, οι ασθενείς χρειάζεται να συμμετέχουν στις αποφάσεις για την φροντίδα τους, ώστε να αισθάνονται αυτόνομοι. Καθ' αυτόν τον τρόπο, σε συνδυασμό με τα όρια που τίθενται στην αρχή της θεραπείας, αποτρέπονται περιστατικά βίας και επιθετικότητας. Ακόμα, πολλοί ουσιοεξαρτώμενοι ασθενείς αποκρύπτουν σημαντικά στοιχεία όταν αντιλαμβάνονται κριτική στάση των επαγγελματιών υγείας. Για τον λόγο αυτόν, η μη κριτική αντιμετώπιση του χρήστη είναι ιδιαίτερα σημαντική δεξιότητα. Παράλληλα, ο νοσηλευτής οφείλει να ακούει τον ασθενή χωρίς παροχή συμβουλών ή υπερπροστατευτικής στάσης. Ο εξαρτημένος ασθενής αντιμετωπίζεται με υπομονή, ώστε ο νοσηλευτής να κερδίσει την εμπιστοσύνη και να εκμαιεύσει τις ανάγκες του.

Ο νοσηλευτής εκτός από τον ουσιοεξαρτώμενο ασθενή συνεργάζεται και με την οικογένειά του. Κύριος λόγος της συνεργασίας τους είναι η ανάγκη να παραδεχθεί ο χρήστης την εξάρτησή του ώστε να δεχθεί βοήθεια. Είναι γεγονός ότι όσο μεγαλύτερη είναι η εξάρτηση τόσο πιο επίμονη είναι και η άρνηση του χρήστη να παραδεχθεί το πρόβλημά του. Η οικογένεια αδυνατεί να προσεγγίσει τον εξαρτημένο είτε επειδή και ίδια αρνείται το πρόβλημά του, είτε λόγω αρνητικών αισθημάτων, όπως είναι ο θυμός. Στη συγκεκριμένη περίπτωση ο νοσηλευτής καλείται να αναγνωρίσει τους λόγους για τους οποίους οδήγησαν τον χρήστη στην εξάρτηση, ενώ συγχρόνως διατηρώντας ουδέτερη στάση απέναντι στην οικογένεια μπορεί να βοηθήσει τα μέλη να αντιληφθούν το πρόβλημα. Στη συνέχεια συνεργάζονται με κύριο στόχο την απεξάρτηση του χρήστη (Μισουρίδου, 2015)

4.2.5 Άστεγοι και ο ρόλος του νοσηλευτή

Όπως διαπιστώθηκε προηγουμένως οι άστεγοι είναι μια ακόμα ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα, με αυξημένες ανάγκες παροχής βοήθειας. Ο νοσηλευτής καλείται να προσφέρει στους άστεγους τις υπηρεσίες του διαδραματίζοντας σημαντικότατο ρόλο, εφόσον μέσα από τις παρεμβάσεις του μπορεί να ωφελήσει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής των άστεγων.

Αρχικά, το πρώτο εμπόδιο το οποίο αντιμετωπίζουν είναι η πρόσβαση σε υγειονομικές εγκαταστάσεις. Λόγω αυτού, από την πλευρά του νοσηλευτή θα πρέπει να γίνονται ενέργειες προκειμένου οι άστεγοι να υπερβαίνουν όσα εμπόδια αντιμετωπίζουν για την πρόσβασή τους σε υγειονομικές εγκαταστάσεις. Αυτό μπορεί να σημαίνει την ανάγκη πραγματοποίησης της προσέγγισης στο χώρο των άστεγων, είτε αυτό είναι ένα καταφύγιο ή ο δρόμος. Επιπλέον η πρόσβαση σε κινητές μονάδες ή υπηρεσίες υγείας σε κάθε κοινότητα ελαχιστοποιούν το άγχος που δημιουργούν στους άστεγους οι μετακινήσεις. Ξεπερνώντας αυτό το εμπόδιο, κατά την προσέγγιση των άστεγων ασθενών είναι σημαντική η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης. Αυτό επιτυγχάνεται με διάφορες δεξιότητες, τις οποίες οφείλει να κατέχει ο νοσηλευτής. Ο κύριος τρόπος επίτευξης μιας τέτοιας σχέσης είναι μέσω της αξιοπιστίας, δηλαδή τηρώντας προαναφερόμενες υποσχέσεις. Μια ακόμα ιδιαιτερότητα των άστεγων είναι ότι αποδέχονται ευκολότερα τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, όταν αισθάνονται τον σεβασμό και το ενδιαφέρον των νοσηλευτών. Επομένως είναι ιδιαίτερα σημαντική η απομάκρυνση από την πλευρά του νοσηλευτή κάθε είδους στερεότυπου, προκειμένου να επιτευχθεί η μέγιστη ποιοτικά φροντίδα. Η ήρεμη ομιλία του νοσηλευτή σε συνδυασμό με την παρότρυνση στον ασθενή να διηγηθεί ιστορίες, δημιουργούν αισθήματα ηρεμίας και ανακούφισης. Οι ερωτήσεις των νοσηλευτών θα πρέπει να είναι μικρές και να αφήνουν αρκετό περιθώριο απάντησης. Ωστόσο, ο νοσηλευτής χρειάζεται να θέτει κανόνες στους άστεγους όταν η συμπεριφορά τους ξεπερνά τα προσωπικά τους όρια. Όσον αφορά στην εξέταση του ασθενή, ο νοσηλευτής αξιολογεί την ψυχική του κατάσταση ενώ συγχρόνως παρατηρεί το σώμα για σημάδια χρήσης ναρκωτικών ουσιών ή κάποιας μολυσματικής ασθένειας.

Παρόλ'αυτά, ο ρόλος του νοσηλευτή δεν περιορίζεται αποκλειστικά στην παροχή φροντίδας. Ανάμεσα στις αρμοδιότητές του είναι και η υποστήριξη των άστεγων προκειμένου να προάγουν και να επαναφέρουν την υγεία στον συγκεκριμένο πληθυσμό (Stanhope&Lancaster 2016, Gerber 2013). Ο νοσηλευτής χρειάζεται να γνωρίζει τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας και να παροτρύνει τους άστεγους στη χρήση αυτών. Καθ' αυτόν τον τρόπο οι

άστεγοι έχουν τη δυνατότητα πρόληψης διάφορων ασθενειών οι οποίες σχετίζονται με την έλλειψη στέγης. Ωστόσο, οι γνώσεις των νοσηλευτών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες δεν αφορούν αποκλειστικά τον τομέα της υγείας αλλά εμβαθύνουν και σε άλλες, όπως την παροχή δωρεάν σίτισης. Όλα αυτά γίνονται γνωστά στον πληθυσμό των άστεγων προκειμένου να ωφεληθούν από την ύπαρξη τους (Caldwell, Sclafani & Swarbrick, 2010). Οι νοσηλευτές επεξηγούν τον τρόπο απόκτησης πρόσβασης τόσο στην υγεία αλλά και σε άλλα προγράμματα υποστήριξης. Τέλος ο ρόλος του νοσηλευτή έχει και προληπτικό χαρακτήρα, εφόσον μέσω της εκπαίδευσης ασφαλέστερων συμπεριφορών επιτυγχάνεται η μείωση μολυσματικών ασθενειών (Cerber, 2013).

4.3 ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ

4.3.1 Ορισμός διεπιστημονικής ομάδας

Με τον όρο «ομάδα» εννοείται η συνύπαρξη και η αλληλεξάρτηση δύο ή περισσότερων ατόμων για την επίτευξη ενός κοινού στόχου. Για τη σωστή λειτουργία μιας ομάδας απαιτούνται συγκεκριμένες συνθήκες. Ανάμεσα σε αυτές είναι η επικοινωνία των μελών, η πεποίθηση ότι ο στόχος μπορεί να επιτευχθεί και το μοίρασμα των συνεπειών σε όλα τα μέλη της ομάδας (Salas & Frush, 2013). Σύμφωνα με τον Naylor, η ομαδική υγειονομική φροντίδα ορίζεται εκείνη που παρέχεται από δύο ή περισσότερα άτομα. Κύριος σκοπός των φροντιστών είναι η παροχή ποιοτικής φροντίδας στον ασθενή, στις οικογένειες ή ακόμα και στην κοινότητα (Naylor et al. 2010)

Η συνεργασία των υγειονομικών έχει αποδειχτεί ότι προσφέρει καλύτερη υγειονομική περίθαλψη στους ασθενείς, ενώ συγχρόνως βελτιώνει τις σχέσεις μεταξύ των μελών της ομάδας (Salas & Frush, 2013). Τα τελευταία έτη η χρήση της ομαδικής περίθαλψης συναντάται ευρέως στο τομέα της υγείας, παρόλο ότι η ύπαρξη της εντοπίζεται ήδη από το 1920. Οι ομάδες υγείας συνεργάζονται είτε για την επίτευξη της κλινικής πρακτικής, είτε για λόγους έρευνας και εκπαίδευσης (Chamberlain-Salaun, Mills and Usher, 2013). Όσο μεγαλύτερη είναι η διεπιστημονική ομάδα τόσο πιο ολοκληρωμένη είναι και η παροχή φροντίδας. Μια ομάδα υγείας αποτελείται, σχεδόν κατά κανόνα, από τον γιατρό και τον νοσηλευτή. Η ύπαρξη άλλων επαγγελματιών υγείας εξαρτάται από τις ανάγκες περίθαλψης του εκάστοτε ασθενή. Παραδειγματικά, στην ομάδα μπορεί να ανήκουν ψυχολόγοι ή κοινωνικοί λειτουργοί. Ακόμα, μερικές βιβλιογραφίες συγκαταλέγουν και τον ασθενή ως μέλος της ομάδας (Καλοκαιρινού και

συν. 2015, Chamberlain-Salaun, Mills&Usher 2013). Εξάλλου, είναι αποδεδειγμένο ότι η συμμετοχή του στην περίθαλψη επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα. Η δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης δρα θετικά στην πορεία της περίθαλψής του, εφόσον ο ασθενής διαπραγματεύεται και προσηλώνεται ευκολότερα στις ιατρικές παρεμβάσεις (Morley et al. 2017) .

Όσον αφορά στην εννοιολογική προσέγγιση, έχουν δοθεί διάφοροι όροι οι οποίοι περιγράφουν τη συνεργασία ατόμων. Καθένας από αυτούς ορίζει με διαφορετικό τρόπο τη συνεργασία μεταξύ των μελών μιας ομάδας. Οι όροι οι οποίοι αποδίδονται στην συνεργασία είναι αυτοί της διεπαγγελματικής ομάδας, της πολυεπιστημονικής και τέλος της διεπιστημονικής (Chamberlain-Salaun, Mills and Usher, 2013) .

Μέχρι πρότινος, η πολυεπιστημονική συνεργασία αποτελούσε τη συχνότερη μορφή συνεργασίας στο κλάδο της υγείας. Εννοιολογικά, η συγκεκριμένη ομάδα αποτελείται από διάφορους επιστήμονες, οι οποίοι δρουν ανεξάρτητα και παράλληλα ο ένας από τον άλλον. Οι στόχοι μεταξύ των μελών της ομάδας είναι διαφορετικοί, αναλόγως με το πεδίο δράσης του καθένα. Οι ίδιοι μοιράζονται μεταξύ τους πληροφορίες αλλά δεν έχουν κοινή προσέγγιση. Αντίθετα, η έννοια της διεπιστημονικής ομάδας αναφέρεται στην συνύπαρξη επιστημόνων από διαφορετικούς κλάδους, οι οποίοι συνεργάζονται μεταξύ τους για την επίτευξη ενός κοινού στόχου. Η διεπιστημονική ομάδα έχει μια επίσημη δομή και τα μέλη της αποφασίζουν από κοινού. Συχνά αυτές οι έννοιες στην αγγλική βιβλιογραφία χρησιμοποιούνται εναλλακτικά η μία με την άλλη, συγχέοντας την έννοια της καθεμίας (Καλοκαιρινού και συν. 2015, Chamberlain-Saulun, Mills&Usher 2013) .

4.3.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή σε μια διεπιστημονική ομάδα

Ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, ο νοσηλευτής προσφέρει τις γνώσεις του σχετικά με τη φροντίδα του ασθενή για την παροχή υψηλής ποιοτικά περίθαλψης. Ο ίδιος αποφασίζει για τις κλινικές πρακτικές της περίθαλψης και την οργάνωση αυτής. Γενικότερα, ο νοσηλευτής, μέσω της συμμετοχής του σε μια διεπιστημονική ομάδα, εξελίσσεται. Συμμετέχει σε επιμορφωτικά εκπαιδευτικά προγράμματα και ακολουθεί τη τεχνολογική ανάπτυξη στο τομέα της υγείας. Εκτός αυτών, εξίσου σημαντική είναι η δυνατότητα εξέλιξής του σε ηγετικό στέλεχος της παρεχόμενης φροντίδας (Roussel&Swansburg, 2010).

Η διεπιστημονική συνεργασία οδήγησε στη σταδιακή αποχώρηση της ιεραρχίας και στην αλλαγή του παραδοσιακού μοντέλου της υγειονομικής περίθαλψης. Το γεγονός αυτό ευνόησε τους νοσηλευτές, οι οποίοι καθίστανται πλέον ως ηγετική φιγούρα (Tilden, 2011). Ο νοσηλευτής ως ηγέτης μιας διεπιστημονικής ομάδας μπορεί να συμβάλει στην οργάνωση και τη διατήρησή της. Χάρη των δεξιοτήτων του, έχει τη δυνατότητα να επικοινωνεί και να συνεργάζεται ταυτόχρονα με όλα τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, ενώ παράλληλα συμβάλει στο συντονισμό όλων αυτών (Bender, Conelly&Ded, 2013). Όταν λοιπόν εμφανίζονται συγκρούσεις μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας ο νοσηλευτής οφείλει να τις επιλύσει. Η άμεση παρέμβασή του είναι απαραίτητη, διότι ένα κλίμα συγκρούσεων επηρεάζει άμεσα τη παρεχόμενη φροντίδα. Για τον λόγο αυτόν οι δεξιότητες επικοινωνίας, η δυνατότητα δημιουργίας κατάλληλων εργασιακών συνθηκών και ευρείες γνώσεις, αποτελούν σημαντικά προσόντα του νοσηλευτή που ηγείται μιας διεπιστημονικής ομάδας (Ika, Novieastari&Nuraini , 2019).

4.3.3 Διεπιστημονική προσέγγιση ευάλωτων πληθυσμών

Όπως διαπιστώθηκε και προηγουμένως, οι ευάλωτοι πληθυσμοί, εξαιτίας της κοινωνικό-οικονομικής κατάστασης τους, αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια στην υγειονομική πρόσβαση και κατά επέκταση εμφανίζουν αυξημένη νοσηρότητα. Δεδομένα δείχνουν ότι η διεπιστημονική συνεργασία των υγειονομικών μπορεί να συμβάλει στην εξάλειψη της ανισότητας, που εμφανίζεται στην υγεία. Μεμονωμένοι υγειονομικοί δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα. Αντίθετα, είναι απαραίτητη η συνεργασία μεταξύ νοσηλευτών, γιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας, με κύριο στόχο την ισότητα στην υγεία. Το σκεπτικό είναι, ο ασθενής με την πρόσβαση του σε μια μόνο δομή υγείας, να μπορεί να εξυπηρετηθεί ταυτόχρονα από διαφορετικούς επαγγελματίες υγείας. Με αυτό τον τρόπο, η περίθαλψη δεν περιορίζεται σε ιατρική και νοσηλευτική. Απεναντίας, υπάρχει ταυτόχρονη επαφή και με άλλους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι παρέχουν φαρμακευτική ή ψυχολογική υποστήριξη.

Ωστόσο, οι σχέσεις μεταξύ των υγειονομικών δημιουργούν σημαντικά εμπόδια στην επιτυχημένη διεπιστημονική προσέγγιση του πληθυσμού. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι πάροχοι λειτουργούν μεμονωμένα και όχι ομαδικά. Η συνεργασία τους χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη συγκρούσεων, την έλλειψη επικοινωνίας και την αδυναμία διασαφήνισης των ρόλων τους. Βαθύτατη αιτία αυτού αποτελεί η έλλειψη εμπειρίας των υγειονομικών, εφόσον

στην πλειοψηφία τους διαθέτουν ανεπαρκή εκπαίδευση στην ομαδική συνεργασία (Vanderbilt, Dail&Jaberi, 2015). Κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, οι υγειονομικοί λαμβάνουν διαφορετικές κουλτούρες εκπαίδευσης με αποτέλεσμα να δημιουργείται χάσμα στημεταξύ τους επικοινωνία, ενώ συχνά αναπτύσσονται σχέσεις εξουσίας και ανταγωνισμού. Συνθήκες οι οποίες ευνοούν την ανάπτυξη συγκρούσεων. Λόγω αυτού, ειδικοί προτείνουν την ένταξη της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης στο πρόγραμμα σπουδών των φοιτητών. Μέσω αυτής γεφυρώνονται οι διαφορές τους και δημιουργείται κλίμα αλληλοσεβασμού (Engum&Jeffries, 2012).Ακολουθώντας τις συγκεκριμένες συστάσεις, πολλά πανεπιστήμια δημιουργούν είτε προγράμματα προσομοίωσης είτε αναλύσεις περιπτώσεων, με σκοπό την εξομοίωση του φοιτητή στην ομαδική συνεργασία.

Πολλές φορές τα προγράμματα διεπιστημονικής εκπαίδευσης συνδυάζονται με την παροχή φροντίδας σε ευάλωτους πληθυσμούς. Οι ομάδες φοιτητών από διαφορετικές σχολές συνεργάζονται ώστε να καλυφθούν οι πολύπλοκες ανάγκες του συγκεκριμένου πληθυσμού. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, εκτός από την ανάπτυξη δεξιοτήτων που αφορούν τη διεπιστημονική συνεργασία, οι φοιτητές καλούνται να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες του πληθυσμού με πρόσβαση σε ελάχιστους πόρους. Χάρη στην υλοποίηση των συγκεκριμένων μαθημάτων, αποφοιτούν φοιτητές έμπειροι στην παροχή φροντίδας σε ευάλωτους πληθυσμούς και στη συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας (Laughlin et al. 2015). Παράλληλα,καλύπτονται οι δημόσιες ανάγκες υγείας, ιδιαίτερα όταν το πρόγραμμαυποστηρίζεται από τα ακαδημαϊκά ιδρύματα και τις τοπικές κοινότητες (Vanderwielen et al. 2014).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

1. Στην παθολογική κλινική εισέρχεται νεαρή γυναίκα ηλικίας 25 ετών και συριακής καταγωγής και διαμένει σε καταυλισμό προσφύγων. Παρουσιάζει ναυτία, εμέτους και κοιλιακό πόνο, ενώ παρατηρείται έντονη ξηροδερμία στο δέρμα. Είναι ιδιαίτερα ανήσυχη καθώς έχει μαζί της το ανήλικο αγοράκι της. Πιθανή διάγνωση: γαστρεντερίτιδα

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Ναυτία, έμετος	Κίνδυνος εισρόφησης, αναποτελεσματική σίτιση	Τοποθέτηση σε πλάγια θέση, IV χορήγηση αντιεμετικού φαρμάκου (primperan 1x2) με ιατρική οδηγία	Η ασθενής σε πλάγια θέση, χορηγήθηκε το αντιεμετικό σύμφωνα με τις οδηγίες του θεράποντα ιατρού	Μειώθηκε η τάση για έμετο και η ναυτία
Ξηροδερμία	Μειωμένη αποβολή ούρων, διαταραχή ισοζυγίου υγρών	Λήψη ισοζυγίου υγρών, IV χορήγηση υγρών (lactatedringers 1000ml εμπλουτισμένο με) με ιατρική οδηγία	Χορηγήθηκε η ενυδάτωση και καταγράφηκε το ισοζύγιο	Η ενυδάτωση επήλθε στα φυσιολογικά επίπεδα
Κοιλιακό άλγος και υδαρείς κενώσεις/ διάρροια	Κίνδυνος ηλεκτρολυτικών διαταραχών	Χορήγηση ανασταλτικών γαστρικής έκκρισης (zantac 1x2) σύμφωνα με ιατρική οδηγία, χορήγηση ultraleavour μόνο σε ανάγκη,	Τοποθετήθηκαν τα επιθέματα και χορηγήθηκαν η αγωγή. Ακολουθήθηκε κατάλληλο κατάλληλο διαιτολόγιο. Ακολουθήθηκε κατάλληλο διαιτολόγιο	Σταδιακή υποχώρηση του πόνου, εκτόνωση περιεχομένου στομάχου

		τοποθέτηση θερμών επιθεμάτων στην περιοχή		
Ανησυχία, φόβος Α.Π.:180/75mm Hg ΣΦ.: 120/min	Μειωμένη λεκτική επικοινωνία, άγχος γονεϊκού ρόλου	Διαμεσολάβηση μεταφραστή, καθησυχασμός ασθενούς και σεβασμός ιδιωτικότητας	Προσλήφθηκε μεταφραστής, ήρεμο και ασφαλές περιβάλλον	Η ασθενής βρίσκεται ήρεμη μαζί με τα παιδιά της

2. Στα επείγοντα διακομίστηκε από κέντρο φιλοξενίας Ιρακινό αγοράκι ηλικίας 11 ετών. Φέρει στοιχεία σωματικής και συναισθηματικής κακοποίησης. Συγκεκριμένα έχει μώλωπες στο πρόσωπο, εκδορές και εκχυμώσεις σε όλο το σώμα μαζί με στοιχεία παραμέλησης. Είναι ιδιαίτερα αναστατωμένο, κλαίει και δηλώθηκε ως ασυνόδευτο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Πόνος	Οξύς πόνος	IV Χορήγηση αναλγητικών (apotel 1x3) σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες	Δόθηκε η φαρμακευτική αγωγή	Ο πόνος ελαττώθηκε αισθητά
Εκδορές και εκχυμώσεις	Διαταραχή ακεραιότητας δέρματος	Φαρμακευτική αντιμετώπιση και δερματική φροντίδα σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.	Ακολουθήθηκε συστηματικά η αγωγή και έγινε περιποίηση τραύματων.	Οι εκχυμώσεις και οι εκδορές καλυπτεύθηκαν
Κάταγμα πλευρών	Μειωμένη σωματική κινητικότητα, αναποτελεσματική αναπνοή	Εξέταση από ιατρό ορθοπαιδικό, προγραμματισμός ακτινογραφίας πνεύμονα και	Χορηγήθηκαν βρογχοδιασταλτικά (modulair 1x2), χορήγηση οξυγόνου με ρινική κάνουλα στα 3λτ	Επανάλεγχος θώρακα ανα 4 μέρες για συνοδες κακώσεις (π.χ αιμοθώρακας).

		αξονικής τομογραφίας.		
Αφυδάτωση	Ελλιπής πρόσληψη θρεπτικών συστατικών	IV χορήγηση υγρών (lactatedringers 100ml) με ιατρική οδηγία και λήψη ισοζυγίου υγρών	Δόθηκαν πολλά υγρά, υδαρής τροφή και καταγράφηκε το ισοζύγιο	Τα επίπεδα ενυδάτωσης αποκαταστάθηκ αν
Ψυχολογικό σοκ και εξάντληση	Διακοπτόμενος ύπνος, κίνδυνος διαταραχής προσωπικότητα ς	Εκτίμηση της κατάστασης του παιδιού από ψυχίατρο	Συνεδρία με ψυχολόγο υπό την βοήθεια διερμηνέα	Το παιδί φαίνεται εφησυχασμένο και κοιμήθηκε χωρίς διακοπή
Κακοποίηση	Μετατραυματικ ό σύνδρομο	Συνεννόηση με κοινωνική λειτουργό	Παραπομπή στις αστυνομικές αρχές	Διερευνάται το περιστατικό

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η φροντίδα της υγείας είναι ανεξάρτητη από περιορισμούς ηλικίας, χρώματος, θρησκείας, κουλτούρας, νόσου ή αναπηρίας, φύλου, εθνικότητας, πολιτικής, φυλετικής ή κοινωνικής κατάστασης. Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να βλέπει πέρα από τις ετικέτες και τον κοινωνικό στιγματισμό και να κατανοεί τις προκλήσεις, τις οποίες αντιμετωπίζουν καθημερινά οι ευαίσθητοι πληθυσμοί, προκειμένου να εξαλειφθούν οι διακρίσεις στον τομέα της υγείας.

Αναγνωρίζεται πλέον ευρέως ότι, για να υπάρξει πραγματικά αντίκτυπος στην υγεία των ευαίσθητων πληθυσμών είναι ανάγκη να βελτιωθούν οι κοινωνικές συνθήκες. Όταν οι πολιτιστικές αξίες δεν λαμβάνονται υπόψη από τα συστήματα υγείας, μπορεί να υπάρξουν αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία των ασθενών όπως, λανθασμένη διάγνωση, αναποτελεσματικές νοσηλευτικές και ιατρικές παρεμβάσεις και χαμηλή συμμόρφωση και ικανοποίηση των ασθενών. Σε κάθε περίπτωση, προϋπόθεση για την επίτευξη της μεγίστης ποιοτικά φροντίδας αποτελεί η αποφυγή προκαταλήψεων για τις μειονότητες.

Πολιτισμικές διαφορές, ειδικό διατροφολόγοι, γλωσσική δυσχέρεια, πίστη και θρησκεία, δυσκολία ή άρνηση κατά τη νοσηλεία αποτελούν τα συνήθη εμπόδια στο να επιτελέσουν οι νοσηλευτές ομαλά τον ρόλο τους.

Οι νοσηλευτές δεν θα πρέπει να επιβάλλουν τις ιδεολογίες της δυτικοποιημένης υγείας αλλά να αναγνωρίζουν τους πληθυσμούς αυτούς ως αυτόχθονες λαούς και να εκτιμούν τις πολιτισμικές πεποιθήσεις τους. Σημαντική είναι επίσης και η οριοθέτηση του νοσηλευτή επαγγελματία με τον άνθρωπο νοσηλευτή καθώς είναι εύκολη ή επικάλυψη τους έως και η ισοπέδωση, γεγονός που επιτάσσει η νοσηλευτική δεοντολογία.

Εκτός από τη φροντίδα των σωματικών συμπτωμάτων της ασθένειας, είναι καθήκον των νοσηλευτών να επιμελούνται και τις πνευματικές τους ανάγκες. Η χρήση υπηρεσιών υγείας και πρακτικών προσωπικής φροντίδας σε συνδυασμό με άλλες παραμέτρους, συμβάλλουν στην αντίληψη και αξιολόγηση της υγείας και την ευρύτερη ικανοποίηση από την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Οι νοσηλευτές μπορούν να εκπαιδεύσουν τα άτομα που ανήκουν σε ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες, έτσι ώστε να εφοδιαστούν με τις κατάλληλες γνώσεις αυτοφροντίδας των τρεχόντων προβλημάτων υγείας αλλά και ενδεχόμενων άλλων προβλημάτων.

Σε αυτές τις περιπτώσεις απαιτείται η συνεργασία ποικίλων υπηρεσιών παροχής φροντίδας και κατ' επέκταση περαιτέρω εκπαίδευση των νοσηλευτών. Οι διασυνδέσεις όλων των αρμόδιων φορέων σε τέτοια περιστατικά είναι που θα διασφαλίσουν το καλό της δημόσιας υγείας. Οι

δεξιότητες επικοινωνίας, η δυνατότητα δημιουργίας κατάλληλων εργασιακών συνθηκών και ευρείες γνώσεις, αποτελούν σημαντικά προσόντα του νοσηλευτή που ηγείται μιας διεπιστημονικής ομάδας. Ειδικοί προτείνουν την ένταξη της διεπαγγελματικής εκπαίδευσης στο πρόγραμμα σπουδών των φοιτητών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

- Adrian Edwards (2016) Πρόσφυγας ή μετανάστης – ποιος είναι ο σωστός όρος. Unhcr.org
- Agarwal S., Nguyen D. T., & Graviss E. A. (2019). Homelessness and Mortality Among Persons With Tuberculosis in Texas, 2010-2017. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*, 134(6), 643–650.
- Aidala A. A., Wilson M. G., Shuber, V. et al. (2016). Housing Status, Medical Care, and Health Outcomes Among People Living With HIV/AIDS: A Systematic Review. *American journal of public health*, 106(1), 1–23.
- Aldridge R. W., Menezes D., Lewer D. et al. (2019). Causes of death among homeless people: a population-based cross-sectional study of linked hospitalisation and mortality data in England. *Wellcome open research*, 4, 49.
- Alecrim TF, Mitano F, Reis AA et al. (2016). Experience of health professionals in care of the homeless population with tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP*. 50(5), 808-815.
- Alexiadou E.A. (2018), Ethnic Diversity and Access to Healthcare from a Human Rights Perspective: The Case of the Roma in Europe, *European Journal of health law*, 25, 261-283
- Ali S. H. & Agyapong V.I.O. (2016), Barriers to mental health service utilisation in Sudan - perspectives of carers and psychiatrists, *BMC Health Services Research* 16:31
- Amore K., Baker M., Howden-Chapman, P. (2011). The ETHOS Definition and Classification of Homelessness: An Analysis. *European Journal Of Homelessness* .(5)2 19-37.
- Andrade L. H. et al. (2014), Barriers to Mental Health Treatment: Results from the WHO World Mental Health (WMH) Survey, NIH Public Access, Author Manuscript, *Psychological Med.*, 44(6), 1303–1317
- Angel, S., & Vatne, S. (2017). Vulnerability in patients and nurses and the mutual vulnerability in the patient-nurse relationship. *Journal of clinical nursing*, 26(9-10), 1428–1437

Antón-Solanas I. et al (2021), Nursing Lecturers' Perception and Experience of Teaching Cultural Competence: A European Qualitative Study, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1357.

Anthonja C. et al (2020), A systematic review of water, sanitation and hygiene among Roma communities in Europe: Situation analysis, cultural context, and obstacles to improvement, *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 226, 1-15

Attending to Vulnerable Populations Through Nurse Advocacy on Boards and in Public Service. (2019). *Creative nursing*, 25(2), 82–86

Avci I. A. et al (2018), Attitude and practice of family planning methods among Roma women living in northern Turkey, *International Journal of Nursing sciences*, 5, 33-38

Axelsson M. et al (2020), Lived experiences: a focus group pilot study within the MentALLY project of mental healthcare among European users, *BMC Health Services Research*, 20:605, 1-19

Ayano G., Assefa D., Haile K. et al. (2017). Mental, neurologic, and substance use (MNS) disorders among street homeless people in Ethiopia. *Annals of General Psychiatry*, 16, Article 40.

Baggett T. P., Hwang S. W., O'Connell J. J. et al. (2013). Mortality among homeless adults in Boston: shifts in causes of death over a 15-year period. *JAMA internal medicine*, 173(3), 189–195.

Baggett T.P., Liauw S.S, Hwang S.W. (2018). Cardiovascular Disease and Homelessness. *J Am Coll Cardiol*. 71(22),2585-2597.

Balazs Peter et al (2012), Risk factors of preterm birth and low birth weight babies among Roma and non-Roma mothers: a population-based study, *European Journal of Public Health*, 23(3), 480-485

Barber S. et al (2019), Microaggressions towards people affected by mental health problems: a scoping review, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29 (82), 1–11.

Bartlett R., Brown L., Shattell M. et al. (2013). Harm reduction: compassionate care of persons with addictions. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 22(6), 349–358.

- Baruth J. M. & Lapid M. I. (2017), ETHICS CASE Influence of Psychiatric Symptoms on Decisional Capacity in Treatment Refusal Commentary, *AMA Journal of Ethics*, 19(5), 416-425
- Batra A., Müller C. A., Mann K. et al. (2016). Alcohol Dependence and Harmful Use of Alcohol. *DeutschesArzteblatt international*, 113(17), 301–310.
- Baxter A. J., Tweed E. J., Katikireddi S. V., et al. (2019). Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of epidemiology and community health*, 73(5), 379–387.
- Bender M, Connelly CD, Brown C. (2013). Interdisciplinary collaboration: the role of the clinical nurse leader. *J Nurs Manag.*21(1),165-74.
- Biancarelli D. L., Biello K. B., Childs E. et al. (2019). Strategies used by people who inject drugs to avoid stigma in healthcare settings. *Drug and alcohol dependence*, 198, 80–86.
- BlackW., AdersonN. (2015). ΕισαγωγήστηνΨυχιατρική. Παρισιανού, Αττική.
- Booth, A., Preston, L., Baxter, S., Wong, R., Chambers, D., & Turner, J. (2019). Interventions to manage use of the emergency and urgent care system by people from vulnerable groups: a mapping review. NIHR Journals Library
- Bowers L. & Crowder M. (2012), Nursing staff numbers their relationship to conflict and containment rates on psychiatric wards- A cross sectional time series Poisson regression study, *International Journal of Nursing Studies*, 49, 15-20
- Brett K, Dulong C, Severn M. (2020). Identification of Tuberculosis: A Review of the Guidelines. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, Ottawa.
- Brown R. T., Goodman L., Guzman D. et al. (2016). Pathways to Homelessness among Older Homeless Adults: Results from the HOPE HOME Study. *PloS one*, 11(5), 0155065.
- Brown R. T., Hemati K., Riley E. D. et al (2017). Geriatric Conditions in a Population-Based Sample of Older Homeless Adults. *The Gerontologist*, 57(4), 757–766.
- Brunero S. et al (2018), Generalist health professional’s interactions with consumers who have a mental illness in nonmental health settings: A systematic review of the qualitative research, *International Journal of Mental Health Nursing*, 27, 1634–1649

- Busch-Geertsema V. (2010). Defining and Measuring Homelessness. Homelessness Research in Europe: Festschrift for Bill Edgar and Joe Doherty, 19-39
- Cadoret C.A. & Garcia R.I. (2014), Health Disparities and Multicultural Imperative, Journal of Evidence- Based Dental Practice, 14, 160-170
- Caldwell B.A, Sclafani M., Swarbrick M. et al. (2010). Psychiatric nursing practice and the recovery model of care. J Psychosoc Nurs Meant Health Serv 48,42-48
- Carrasco-Garrido P. et al (2010), Health status of Roma women in Spain, European Journal of Public Health, 21 (6), 793-798
- Chan Carusone S., Guta A., Robinson S. et al. (2019). "Maybe if I stop the drugs, then maybe they'd care?"-hospital care experiences of people who use drugs. Harm reduction journal, 16(1), 16
- Chamberlain-Salaun J., Mills J., Usher K. (2013). Terminology used to describe health care teams: an integrative review of the literature. Journal of multidisciplinary healthcare, 6, 65–74.
- Charron M. et al (2017), Le rôle des infirmières dans les services de première ligne face aux personnes souffrant d'un trouble mental courant-Nurse's role in primary care for people with common mental disorders, Santé mentale au Québec, 42(1), 289–303
- Collins E., Tranter S., Irvine F. (2012), The physical health of the seriously mentally ill: an overview of the literature, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 19, 638–646
- Colombini E., Rechel B., Mayhew S. (2012), Access of Roma to sexual and reproductive health services: Qualitative findings from Albania, Bulgaria, Macedonia, Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice, 7:5, 522-534
- Commission of the European Communities (2008), Green Paper- Migration & mobility: challenges and opportunities for EU education systems, Brussels, 423
- Cook B. et al (2013), Revisiting the evidence on health and health care disparities among the Roma: a systematic review 2003–2012, International Journal Public Health, 58, 885-911.
- Cook et al (2012) Curriculum Meeting Points: An Transcultural and Transformative initiative in nursing education. Nurse education in practice 12(6): 304-309

Cornaggia C.M. et al (2011), Aggression in psychiatry wards: A systematic review, *Psychiatry Research*, 189, 10-20

Creech, C., Filter, M., Wehbe-Alamah, H., McFarland, M. R., Andrews, M., & Pryor, G. (2017). An Intervention to Improve Cultural Competence in Graduate Nursing Education. *Nursing education perspectives*, 38(6), 333–336.

Davide Kinze md , (2013) Addressing the mental health needs of refugees. *Modern medicine*. Τεύχος 5. 105-125

Davies A., Wood L. J. (2018). Homeless health care: meeting the challenges of providing primary care. *Medical Journal of Australia*, 209(5), 230-234.

Dostal M., Topinka J., Sram R.J. (2010), Comparison of the health of Roma and non-Roma children living in the district of Teplice, *International Journal Public Health*, 55, 435-441.

DurotoyeI. et al (2014), Sero-prevalence of hepatitis B and C among mentally ill patients attending a tertiary hospital in Nigeria, *Ann Afr Med*, 13(4), 210-216

Dyson S. (2003) *Transcultural health care practice: Core practice module, chapter three: Transcultural nursing care of adults.*

Embleton L., Lee H., Gunn J. et al. (2016) Causes of Child and Youth Homelessness in Developed and Developing Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*.170(5),435-44.

EMCCDA. (2019) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2019/greece_en.

[Τελευταίαπροσπέλαση 29 Μαΐου2021]

EngumS. A., Jeffries P. R. (2012). Interdisciplinary collisions: Bringing healthcare professionals together. *Collegian*, 19(3), 145–151.

eody.gov.gr (2015) Ψυχική υγεία και ψυχοκοινωνική στήριξη για πρόσφυγες, αιτούντες άσυλο και μετανάστες εν κινήσει στην Ευρώπη. Διυπηρεσιακό καθοδηγητικό σημείωμα

European Commission (2018).<https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/default/files/what-we->

do/networks/european_migration_network/docs/interactive_glossary_6.0_final_version.pdf. [Τελευταία προσπέλαση 29 Μαΐου 2021]

European Communities (2003), *Breaking the Barriers- Romani Women and Access to Public Health Care*, European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia, Official Publications of the European Communities, Luxembourg

Farmer J. et al (2012), *Culture and rural health*, *The Australian Journal Rural Health* , 20, 243–247

Farmer P. (2003) *Pathologies of power; health, human rights and the new war on the poor*. Berkeley, university of California Press.

Fazel S., Geddes J. R., Kushel M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet* (London, England), 384(9953), 1529–1540.

FEANSTA (n.d). <https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion> . [Τελευταία προσπέλαση 29 Μαΐου 2021]

Fernandes R. H. H., Ventura C. A. A. (2018). The self-stigma of alcohol and illicit drug users and health services: an integrative review of the literature. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*, 14 (3).

Fernández-Gutiérrez, M., Bas-Sarmiento, P., Albar-Marín, M. J., Paloma-Castro, O., & Romero-Sánchez, J. M. (2018). Health literacy interventions for immigrant populations: a systematic review. *International nursing review*, 65(1), 54–64

Feske M. L., Teeter L. D., Musser J. M. et al. (2013). Counting the homeless: a previously incalculable tuberculosis risk and its social determinants. *American journal of public health*, 103(5), 839–848.

Fluyau D., Charlton T.E. (2020). *Addiction*. StatPearls, Treasure Island .

Fouarge E., Maquet P.(2019) *Conséquences neurologiques centrales et périphériques de l'alcoolisme*. *Rev Med Liege*, 74, 310-313

Fokuo J. K., Masson C. L., Anderson A. et al. (2020). Recommendations for Implementing Hepatitis C Virus Care in Homeless Shelters: The Stakeholder Perspective. *Hepatology communications*, 4(5), 646–656

Forray K., Óhidy A. (2019), "Introduction: Lifelong Learning and the Roma Minority in Western and Southern Europe", Óhidy, A. and Forray, K.R. (Ed.) Lifelong Learning and the Roma Minority in Western and Southern Europe, Emerald Publishing Limited, Bingley, pp. 1-14.

Fraser A. (1998), Οι τσιγγάνοι, Εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα

Fung Y.L., Chan Z., Chie W.T. (2014), Role performance of psychiatric nurses in advanced practice: a systematic review of the literature, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 698-714

Fuster D., Gelberg L. (2019). Community Screening, Identification, and Referral to Primary Care, for Hepatitis C, B, and HIV Among Homeless Persons in Los Angeles. *J Community Health* 44, 1044–1054

Gerber Lois MPH, BSN, RN. (2013). Bringing home effective nursing care for the homeless, *Nursing*. 43(3),32-38

Gil Estevan M. D. & Solano Ruíz M. del C. (2017), La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria, *Atención Primaria*, 49(9), 519-556

Glowacki K., Weatherson K., Faulkner G. (2019), Barriers and facilitators to health care providers' promotion of physical activity for individuals with mental illness: A scoping review, Elsevier Ltd, *Mental Health and Physical Activity*, 16, 152–168

Government.gov.gr (2017) Προσφυγική κρίση. Fact sheet

Grant J. et al (2017), How do nurse practitioners work in primary health care settings? A scoping review, *International Journal of Nursing Studies*, 75, 51-57

Gray B. (2017), Culture, cultural competence and the cross-cultural consultation, *Journal of Paediatrics and Child Health* 54, 343-345

Greenaway, C., Hargreaves, S., Barkati, S., Coyle, C. M., Gobbi, F., Veizis, A., & Douglas, P. (2020). COVID-19: Exposing and addressing health disparities among ethnic minorities and migrants. *Journal of travel medicine*, 27(7), taaa113

Gunst, M., Jarman, K., Yarwood, V., Rokadiya, S., Capsaskis, L., Orcutt, M., & Abbara, A. (2019). Healthcare access for refugees in Greece: Challenges and opportunities. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 123(9), 818–824.

Habánik T. (2018) Mental health problems as one of the factors in the development and persistence of homelessness. *Kontakt*.20(2),171–6.

Hajek A., Bertram F., Heinrich F. et al (2021). Determinants of health care use among homeless individuals: evidence from the Hamburg survey of homeless individuals. *BMC health services research*, 21(1), 317.

Hallett N. & Dickens G.L. (2017), De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis, *International Journal of Nursing Studies*, 75, 10-20

Happell B. et al (2016), ‘That red flag on your file’: misinterpreting physical symptoms as mental illness, *Journal of Clinical Nursing*, 25, 2933–2942

Harkess L & Kaddoura M. (2016), Culture and Cultural Competence in Nursing Education and Practice: The State of the Art, *Nurs Forum*, 51(3), 211-22.

Heaslip V., Hean S., Parker J. (2016), Lived experience of vulnerability from a Gypsy Roma Traveller perspective, *Journal of Clinical Nursing*, 25, 1987-1998

Heaslip V., Hean S., Parker J. (2016), The etemic model of Gypsy Roma Traveller community vulnerability: is it time to rethink our understanding of vulnerability?, *Journal of Clinical Nursing*, 27, 3426-3435

Heerde J. A, Patton G.C. (2020). The vulnerability of young homeless people. *Lancet Public Health*.5(6), 302-303.

Henderson, S., Barker, M., & Mak, A. (2016). Strategies used by nurses, academics and students to overcome intercultural communication challenges. *Nurse education in practice*, 16(1), 71–78

Hino P., Santos J.O, Rosa A.D.S. (2018). People living on the street from the health point of view. *Rev Bras Enferm*.71(1), 684-692.

Huggett C. et al (2018), A qualitative study: experiences of stigma by people with mental health problems, *The British Psychological Society, Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91, 380–397

Hughes F. (2016). Nurses' role in the health of displaced persons. *International nursing review*, 63(1), 5–6

Hwang S. W., Chambers C., Chiu S. et al (2013). A comprehensive assessment of health care utilization among homeless adults under a system of universal health insurance. *American journal of public health*, 103 2(2), 294–301.

Ika C., Novieastari E., Nuraini T. (2019). The role of a head nurses in preventing interdisciplinary conflicts. *EnfermClin.* 29(2), 123-127.

IvanovL., BlueC., (2014) *Επιδημιολογία και Δημόσια Υγεία στη Νοσηλευτική: Ηγεσία, πολιτική και πρακτική*, BrokenHillsPublishersLTD , Nicosia

Ivers J. H., Zgaga L., O'Donoghue-Hynes B. et al. (2019). Five-year standardised mortality ratios in a cohort of homeless people in Dublin. *BMJ open*, 9(1), e023010.

Iwelunmora J., Newsomeb V., Airhihenbuw C.O. (2014), Framing the impact of culture on health: a systematic review of the PEN-3 cultural model and its application in public health research and interventions, *Ethn Health*, 19(1), 20–46.

Jarcuska P. et al (2013), Are barriers in accessing health services in the Roma population associated with worse health status among Roma?, *International Journal Public Health*, 58, 427-434

Kaba E. et al (2020), Investigating Nurses' Views on Care of Mentally Ill Patients with Skin Injuries, *International Journal Environmental Research Public Health* 2020, 17, 7610

Kaduszkiewicz H., Bochon B., van den Bussche H. et al (2017). The Medical Treatment of Homeless People. *DeutschesArzteblatt international*, 114(40), 673–679.

Kaufmann C.N. et al (2011), Sleep Problems, Psychiatric Hospitalization, and Emergency Department Use Among Medicaid Psychiatric Patients, *Psychiatric Services* , 62(9), 1101–1105

Kim H.W. & Salyers M. (2008), Attitudes and Perceived Barriers to Working with Families of Persons with Severe Mental Illness: Mental Health Professionals' Perspectives, *Community Mental Health Journal* 44(5), 337-45

- Kolvek G. et al (2018), Health Differences between Roma and Non-Roma in the Slovak Dialyzed Population, *International Journal Environmental Research Public Health*, 15, 360, 3-5
- Kourachanis, N. (2019). Southern European welfare states and homelessness: Portugal and Greece. *Housing, Care and Support*. 22(2), 114-128.
- Kozubik M., van Dijk J.P., FilakovskaBobakova D. (2019), Aspects of Illness and Death among Roma—Have They Changed after More than Two Hundred Years?, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16:4796, 1-11.
- Krausz R.M., Clarkson A.F., Strehlau V. et al. (2013) Mental disorder, service use, and barriers to care among 500 homeless people in 3 different urban settings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 48(8),1235-43.
- Kucheryavaya E.V., Witkowska M., Kalinovskaya V. et al. (2020). The Multiculturalism Policy in Europe, in: "Online Journal Modelling the New Europe". 32, 58-71.
- Laporte A., Vandentorren S., Détrez M-A. et al. (2018). Prevalence of Mental Disorders and Addictions among Homeless People in the Greater Paris Area, France. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.15(2),241.
- Laughlin AM, Ryan-Haddad A., Doll J. et al. (2015). Preparing Students for Team-Based Care for Vulnerable Populations. *Health, Interprofessional Practice & Education* 2(4), eP1087.
- Ledda C., Cicciù F., Puglisi B. et al. (2017). Attitude of Health Care Workers (HCWs) toward Patients Affected by HIV/AIDS and Drug Users: A Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*. 14(3), 284
- Lehti A., Mattson B. (2001), Health, attitude to care and pattern of attendance among gypsy women- a general practice perspective, *Family Practice*, 18(4), 445-448.
- Leininger M. & McFarland M. (2002) *Transcultural Nursing. Concepts, theories, research, and practices*. New York, McGraw-Hill.
- Leininger M.M. (1995) *Transcultural Nursing. Concepts, theories, research, and practices*. (2ndedn.). New York, McGraw-Hill.
- Lewer D., Freer J., King E. et al (2020) Frequency of health-care utilization by adults who use illicit drugs: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 115,1011–1023.

Liegeois J., Gheorhe N. (1995), Roma/Gypsies: A European Minority, Minority Rights Group, MFP Design and Print, UK,

Lincoln A. K. et al. (2017), The Double Stigma of Limited Literacy and Mental Illness: Examining Barriers to Recovery and Participation among Public Mental Health Service Users, *Society and Mental Health*, 7(3), 121-141

Lionis, C., Petelos, E., Mechili, E. A., Sifaki-Pistolla, D., Chatzea, V. E., Angelaki, A., Rurik, I., Pavlic, D. R., Dowrick, C., Dückers, M., Ajdukovic, D., Bakic, H., Jirovsky, E., Mayrhuber, E. S., van den Muijsenbergh, M., & Hoffmann, K. (2018). Assessing refugee healthcare needs in Europe and implementing educational interventions in primary care: a focus on methods. *BMC international health and human rights*, 18(1), 11

Liu C. Y., Chai S. J., Watt J. P. (2020). Communicable disease among people experiencing homelessness in California. *Epidemiology and infection*, 148, 85.

Logar M., RotarPavlic D., Maskuti A.(2015), Standpoints of Roma women regarding reproductive health, *BMC Women's Health*, 15:38, 1-10

Lynch L., Long M., Moorhead A. (2018), Young Men, Help-Seeking, and Mental Health Services: Exploring Barriers and Solutions, *American Journal of Men's Health*, 12(1), 138–149

Manderscheid R.W. et al (2010), Evolving Definitions of Mental Illness and Wellness, *Preventing Chronic Disease*, 7(1), 1-6

Marco C.A. et al (2017), Refusal of Emergency Medical Treatment: Case Studies and Ethical Foundations, *Annals of Emergency Medicine*, 70(5), 696-702

Mary De Chesnay, Barbara A. Anderson (2019) *Caring for the vulnerable . Perspectives in Nursing theory, Practice and Research*. Fifth edition. Jones & Bartlett Learning. 27(315-325)

Mathers B. M., Degenhardt L. (2014). Examining non-AIDS mortality among people who inject drugs. *AIDS (London, England)*, 28 Suppl 4(4), S435–S444.

Mavridis S., Mouratidou S. (2018). The Phenomenon of Homelessness during the Greek Economic Crisis 2009-2018. *Humanities and Social Science Research*. 1,23.

McFadden A. et al (2028), Gypsy, Roma and Traveller access to and engagement with health services: a systematic review, *European Journal of Public Health*, 28 (1), 74-81.

McKibbin C.L. et al (2014), Barriers and Facilitators of a Healthy Lifestyle Among Persons with Serious and Persistent Mental Illness: Perspectives of Community Mental Health Providers, *Community Mental Health J*, 50, 566–576

McNeil R., Small W., Wood E. et al. (2014). Hospitals as a 'risk environment': an ethno-epidemiological study of voluntary and involuntary discharge from hospital against medical advice among people who inject drugs. *Social science & medicine* (1982), 105, 59–66.

Mechili, EA., Angelaki, A., Petelos, E. et al. (2018) Compassionate care provision: an immense need during the refugee crisis: lessons learned from a European capacity-building project. *J of Compassionate Health Care* 5, 2

Mechling B.M. & Arms T. (2019), Losing to Gain: The Effects of a Healthy Lifestyle Intervention on the Physical and Psychosocial Well-being of Clients in a Community-based Mental Health Setting, *Community Mental Health Journal*, 55, 608–614

Mehta A. J. (2016). Alcoholism and critical illness: A review. *World journal of critical care medicine*, 5(1), 27–35.

Mitoula R., Michalakelis C. (2019). Homeless in the urban environment. As case study of the urban region of Attica in Greece. *Sustainable Development, Culture, Traditions Journal*. 1. 60-81.

Miyamoto Y. (2017), Culture and social class, *Current Opinion in Psychology*, 18, 67-72

Moon A. M., Lowy E., Maier M. M et al. (2018). Hepatitis A Virus Prevention and Vaccination Within and Outside the Veterans Health Administration in Light of Recent Outbreaks. *Federal practitioner: for the health care professionals of the VA, DoD, and PHS*, 35(2), 32–S37.

Morley L., Cashell A.(2017). Collaboration in Health Care. *J Med Imaging Radiat Sci*. 48(2), 207-216.

Moudatsou, Maria, AretiStavropoulou, AnastasPhilalithis, and Sofia Koukouli (2020) "The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals" *Healthcare* 8, no. 1: 26

Moxham L. et al (2010), Recognising our role: improved confidence of general nurses providing care to young people with a mental illness in a rural paediatric unit, *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1434–1442

Moyo N. et al (2020), The Association between the Mental Health Nurse-to-Registered Nurse Ratio and Patient Outcomes in Psychiatric Inpatient Wards: A Systematic Review, *International Journal Environmental Research Public Health* 2020, 17, 6890

Murphy M. (2012). *Multiculturalism: A critical introduction*. London and New York: Routledge.

Nagy-Borsy E., Vági Z., Skerlecz P. et al (2021). Health status and health behaviour of the Hungarian homeless people. *Archives of public health = Archives belges de santepublique*, 79(1), 15.

Narendorf S.C., Bowen E., Santa Maria D. et al.(2018). Risk and resilience among young adults experiencing homelessness: a typology for service planning. *Children and Youth Services Review*, 86, 157–165.

Naylor M.D., Coburn K.D., Kurtman E.T et al. (2010). Inter-professional team-based primary care for chronically ill adults: State of the science. Unpublished white paper presented at the ABIM Foundation meeting to Advance Team-Based Care for the Chronically ill Ambulatory Settings. Philadelphia, PA

NiesA. &McEwenM. (2013) διαπολιτισμική Νοσηλευτική. Κοινωνική Νοσηλευτική/Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας. Τόμος 5. Ιατρικές εκδόσεις. Αθήνα (1993-2011)

NijmanH.L.I. etal. (1999), A Tentative Model of Aggression on Inpatient Psychiatric Wards, *Psychiatric Services*, 50(6), 832- 834

Nkowane AM., Saxena S. (2004). Opportunities for an improved role for nurses in psychoactive substance use: review of the literature. *Int J NursPract*. 10(3),102-10.

Nusselder W. J., Sloekers M. T., Krol L. et al. (2013). Mortality and life expectancy in homeless men and women in Rotterdam: 2001-2010. *PloS one*, 8(10), e73979.

O'Carroll A., Wainwright D. (2019). Making sense of street chaos: an ethnographic exploration of homeless people's health service utilization. *International journal for equity in health*, 18(1), 113.

Oexle N. et al (2017), Mental illness stigma, secrecy and suicidal ideation, Cambridge University Press, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26, 53-60

- O'Hagan K. (2001) *Cultural competence in the caring professions*. London, Jessica Kingsley.
- Owiti J. A. & Bowers L. (2011), A narrative review of studies of refusal of psychotropic medication in acute inpatient psychiatric care, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 637–647
- Pantazopoulos S. (2020). Social strictures to tackle poverty in Greece: A quantitative interpretation. *Social Cohesion and Development*. 15(1),11-29.
- Papachristou Nadal I. et al (2019), Exploring healthcare professionals' perspectives of barriers and facilitators to supporting people with severe mental illness and Type 2 diabetes mellitus, *Health Soc Care Community*, 28, 690–697
- Papadakaki, M., Lionis, C., Saridaki, A., Dowrick, C., de Brún, T., O'Reilly-de Brún, M., O'Donnell, C. A., Burns, N., van Weel-Baumgarten, E., van den Muijsenbergh, M., Spiegel, W., & MacFarlane, A. (2017). Exploring barriers to primary care for migrants in Greece in times of austerity: Perspectives of service providers. *The European journal of general practice*, 23(1), 128–134
- Papadopoulos I., Καλοκαιρινού Α., Κούτα Χ. (2011), Διαπολιτισμική νοσηλευτική και πολιτισμική επάρκεια για τους επαγγελματίες υγείας, Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα
- Papadopoulos I., Tilki M. & Lees S. (2004) Promoting cultural competence in healthcare through a research-based intervention in the UK. *Journal of Diversity in Health and Social Care* 1(2):107-115
- Pappa E. et al (2015), Health-Related Quality of Life of the Roma in Greece: The Role of Socio-Economic Characteristics and Housing Conditions, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 6669-6681
- Parekh N., Rose T. (2011), Health inequalities of the Roma in Europe: A Literature Review, *Cent Europe Journal Public Health*, 19 (3), 139-142.
- Patterson C. et al (2020), Australian and Indian nursing students' skills and attitudes surrounding mental illness: Preparing for a transnational nursing education collaboration, *Nurse Education in Practice* 50, 102909
- Peak C.M., Stous S.S., Healy J.M. et al. (2020). Homelessness and Hepatitis A-San Diego County, 2016-2018. *Clin Infect Dis*.71(1), 14-21.

Premji S. (2019), Discourse on culture in research on immigrant and migrant workers' health, *American Journal of Industrial Medicine*, 62, 460-470

Purkey E., MacKenzie M. (2019). Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed a qualitative study: opportunities for equity-oriented health care. *International journal for equity in health*, 18(1), 101.

Quality Assurance Agency for Higher Education (QAA) (2001) Benchmark Statement: Health care programmes- Nursing. Gloucester, QAA.

Rasmor M. et al (2014), United States nurse practitioner student's attitudes, perceptions and beliefs working with the uninsured, *Nurse Education in Practice*, 14, 591-597

Rasool G. H. (2010). *Addiction for nurses*. John Wiley & Sons, West Sussex, UK

Reardon T. et al (2017), What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies, *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 26, 623–647

Rechel B. et al (2009), Access to health care for Roma children in Central and Eastern Europe: findings from a qualitative study in Bulgaria, *International Journal for Equity in Health*, 24(8), 1-10.

Rector C. (2018), Κοινωνική Νοσηλευτική- Εισαγωγή στη φροντίδα υγείας στην κοινότητα, Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, BrokenhillpublishersLTD, Λευκωσία

Redford Mavundla T. (2000), Professional nurses' perception of nursing mentally ill people in a general hospital setting, *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1569-1578

Ricard N., Page C., Laflamme F. (2021), La pratique infirmière avancée : un choix qui s'impose pour la qualité des soins et services en santé mentale *Advanced nursing practice: a must for the quality of care and mental health services, Santé mentale au Québec*, 39(1), 137-157

Rocco A., Compare D., Angrisani D., et al. (2014). Alcoholic disease: liver and beyond. *World journal of gastroenterology*, 20(40), 14652–14659.

Romaszko J., Cymes I., Dragańska E., Kuchta R., Glińska-Lewczuk K. (2017). Mortality among the homeless: Causes and meteorological relationships. *PloS one*, 12(12), 0189938.

- Roussel L., Swansburg C.R. (2010) Νοσηλευτική διοίκηση και Ηγεσία. Broken Hills Publishers, Κύπρος
- Sadarangani, T., Missaelides, L., Eilertsen, E., Jaganathan, H., & Wu, B. (2019). A Mixed-Methods Evaluation of a Nurse-Led Community-Based Health Home for Ethnically Diverse Older Adults With Multimorbidity in the Adult Day Health Setting. *Policy, politics & nursing practice*, 20(3), 131–144
- Salas E., Frush K., (2013). Improving Patient safety Through Teamwork and Team Training. Oxford University Press, Oxford.
- Sárváry A. et al (2019), Socioeconomic status, Health Related Behaviour, and Self-Rated Health of Children Living in Roma Settlements in Hungary, *Cent Europe Journal Public Health*, 27 (1), 24-31.
- Schneider F. et al (2019), Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill, *Deutsches Ärzteblatt International*, 116, 405-11
- Seastres R. J., Hutton J., Zordan, R. et al. (2020). Long-term effects of homelessness on mortality: A 15-year Australian cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 44(6), 476– 481.
- Serrant-Green L. (2001) Transcultural Nursing Education: a view from within. *Nurse Education Today*. 21(8): 670-8
- Song S., (2020) "Multiculturalism", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Fall 2020 Edition), <https://plato.stanford.edu/archives/fall2020/entries/multiculturalism/>. [Τελευταία προσπέλαση 29 Μαΐου 2021]
- Souliotis, K., Saridi, M., Banou, K., Golna, C., Paraskevis, D., Hatzakis, A., & Smith, A. (2019). Health and health needs of migrants in detention in Greece: shedding light to an unknown reality. *Globalization and health*, 15(1)
- Stanhope M., Lancaster J. (2016). Κοινωνική Νοσηλευτική, Broken Hill Publishers, Cyprus
- Stein D.J. et al (2010), What is a Mental/Psychiatric Disorder? From DSM-IV to DSM-V, NIH Public Access, *Psychol Med. Author manuscript*, 40(11): 1759–1765

Stepans, M.B., Thompson, C. & Buchanan, M. (2002). The role of the nurse on the transdisciplinary early intervention assessment team. *Public Health Nursing*, 19(4), pp. 238-245.

Stiglitz J. (2002) *Globalization and its discontents*. London, Penguin

Stojanovski K. et al. (2012), Risk factors for low vaccination coverage among Roma children in disadvantaged settlements in Belgrade, Serbia, Elsevier Ltd, *Vaccine* 30(37), 5459-5463

Strike C., Robinson S., Guta A. et al. (2020). Illicit drug use while admitted to hospital: Patient and health care provider perspectives. *PloS one*, 15(3), 0229713.

Šupínová M., Sonkolyová G., Klement C. (2020), Reproductive Health of Roma Women in Slovakia, *Cent Europe Journal Public Health*, 28 (2), 143-148.

Terzian A. S., Irvine M. K., Hollod L. M. et al. (2015). Effect of HIV Housing Services on Engagement in Care and Treatment, New York City, 2011. *AIDS and behavior*, 19(11), 2087–2096.

Theodorikakou O., Alamanou A., Katsadoros K. (2013). “Neo-homelessness ”and the Greek Crisis. *European Journal of Homelessness*. 7, 203-210

Theofanidis, D., &Fountouki, A. (2019). Refugees and Migrants in Greece: An Ethnographic Reflective Case Study. *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society*, 30(1), 26–31.

Thibaut B. et al (2019), Patient safety in inpatient mental health settings: a systematic review, *BMJ Open*, 9, 1-19

Tilden VP. (2011). The tides of change: Are we ready for interprofessional collaboration? . *Nurs Outlook*.59(3), 107-8.

Toro P., Lesperance T.M., Braciszewski J.M (2011). The heterogeneity of homeless youth in America: examining typologies. National Alliance to End Homelessness. Washington, DC

Tombat K., van Dijk J.P. (2020), Roma Health: An Overview of Communicable Diseases in Eastern and Central Europe, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 7632, 1-12.

Trummer U., Novak-Zezula S., Chrzanowska M. et al. (2020). How Structural Compensation Facilitates Health Care for the Homeless. A Comparative View on Four European Union Member States. *International journal of environmental research and public health*, 17(23), 9114.

Unhcr.org (2020) Τα δικαιώματα υγείας προσφύγων, μεταναστών και ανιθαγενών πρέπει να προστατεύονται στα πλαίσια ανταπόκρισης στον covid-19. Κοινό δελτίο τύπου OHCHR, IOM, UNHCR, WHO

VanBoekeE.P.M., Brouwers J., VanWeeghelH.F.L. et al. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 131, 23-35

van Loon, A. (2008). The changing professional role of the community nurse. In D. Kralik and van Loon, A. (eds), *Community Nursing in Australia*. Oxford: Blackwell Publishing, pp. 315-330

Vanderbilt AA., Dail MD., Jaber P. (2015). Reducing health disparities in underserved communities via interprofessional collaboration across health care professions. *J MultidiscipHealthc.* 8,205-8.

VanderWielen L.M., Vanderbilt A.A., Dumke E.K. et al. (2014). Improving public health through student-led interprofessional extracurricular education and collaboration: a conceptual framework. *J Multidisc Healthcare.* 7,105– 10.

van Dongen S. I., van Straaten B., Wolf J. et al. (2019). Self-reported health, healthcare service use and health-related needs: A comparison of older and younger homeless people. *Health & social care in the community*, 27(4), 379–388.

Van Zandt S.E., Sloan E., Wilkins A. (2008), *Caring for Vulnerable Populations: aring for Vulnerable Populations: Role of Academic Nurse – Managed Health Centers in Educating Nurse Practitioners*, *The Journal for Nurse Practitioners – JNP*

Vorgias D., Bernstein B. (2020). *Fetal Alcohol Syndrome*. StatPearls, Treasure Island.

Vorvolakos T. et al (2012), Sociodemographic and clinical characteristics of Roma and non-Roma psychiatric outpatients in Greece, *Ethnicity & Health*, 17(1-2), 161-169

Vuillermoz C., Aouba A., Grout L., et al.(2016).Mortality among homeless people in France, 2008–10, *European Journal of Public Health*, 26,(6), 1028–1033

Weare R. et al (2019), ICU nurses feel unprepared to care for patients with mental illness: A survey of nurses' attitudes, knowledge, and skills, *Intensive & Critical Care Nursing*, 53, 37-42

West B. S., Abramovitz D. A., Gonzalez-Zuniga P. et al. (2020). Drugs, discipline and death: Causes and predictors of mortality among people who inject drugs in Tijuana, 2011-2018. *The International journal on drug policy*, 75, 102601.

WHO/ICN (World Health Organization/ International Council of Nurses). (1991). Roles of the Nurse to Relation to Substance Misuse. ICN, Geneva.

WHO (World Health Organization), <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>, Τελευταία προσπέλαση Νοέμβριος 28, 2019

Woodward, A., Howard, N., & Wolffers, I. (2014) Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. *Health policy and planning*, 29(7), 818–830.

Wright, J. & Potter, K. (2013). Public health Nursing: a vision for community nurses. In D. Sines, S. Aldridge Bent, A. Fanning, P. Farrelly, K. Potter, & J. Wright, *Community and Public health nursing* (5th edition.). UK: John Wiley & Sons

Yvonne K. Parry, Pauline Hill, Susan Horsfall (2018) Assessing levels of student nurse learning in community based health placement with vulnerable families: Knowledge development for future clinical practice. *Nurse Education in Practice* 32 (14-20)

Zamanzadeh V. et al (2015), Effective Factors in Providing Holistic Care: A Qualitative Study, *Indian J Palliat Care*, 21(2), 214-224.

Zou Z., Wang H., d'Oleire Uquillas F., et al. (2017). Definition of Substance and Non-substance Addiction. *Advances in Experimental Medicine and Biology*. 1010, 21-41.

Ελληνική

Αγγελόπουλος Γ., (2013). Πολυπολιτισμικότητα "αλά γκρέκα": από το 1980 στο 2009. *Επιστήμη και Κοινωνία: Επιθεώρηση Πολιτικής και Ηθικής Θεωρίας*, 30, 75-103.

Αδαμακίδου Θ. (2018) Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ομάδα υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Κεφάλαιο 7. Σελ. 83-100

Αργυριάδης Αλέξανδρος (2016). Διαπολιτισμικότητα και Υγεία. Ένα καιρίο δίπτυχο στην σύγχρονη Ελλάδα.

Γρηγοροπούλου μ., Φασόη Γ., Δρακοπούλου μ., Αποστολάρα Π., (2020) Ικανοποίηση και πρόσβαση των μεταναστών και προσφύγων στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. 12(3)

ENNE (2015) Μεταναστευτική πολιτική και Δημόσια υγεία. www.enne.gr

ΕΚΤΕΠΝ.(χ.η). Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά.<https://www.ektepn.gr/activities/interventions> [Τελευταία προσπέλαση 29 Μαΐου 2021]

ΕΚΤΕΠΝ, (2020). Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά.<https://www.ektepn.gr/publications/2020/etisia-ekthesi-ektepn/etisia-ekthesi-2019-i-katastasi-toy-problimatos-ton>[Τελευταία προσπέλαση 29 Μαΐου 2021]

Καδιγιαννόπουλος Γ. (2015) Μεταναστευτικό Ρεύμα και Διαπολιτισμική Νοσηλευτική. Πολιτισμός/Πολιτεία και εκπαίδευση. Πεμπτουσία 18 Σεπτεμβρίου

Καλοκαιρινού Α., Αδαμακίδου Θ., Βελονάκη, Β.(2015). Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, Αθήνα.

Καλοκαιρινού και συν. Κουλτούρα, δομές, υγεία και ασθένεια.(2011) σελ. 41-53 Στο: Papadopoulos I., Καλοκαιρινού Α., Κούτα Χ.(επιμέλεια). Διαπολιτισμική νοσηλευτική και πολιτισμική Επάρκεια για τους Επαγγελματίες υγείας. Αθήνα. Π.Χ Πασχαλίδης

Κοτρώτσιου Σ., Σκεντέρης Ν. (2014), Οι πεποιθήσεις των Ρομά για την υγεία και η επίπτωση αυτών στη φροντίδα υγείας, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 6 (1), 18-23

Λυδάκη Α. (1998), Οι τσιγγάνοι στην πόλη-Μεγαλώνοντας στην Αγία Βαρβάρα, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα

Μαραγκάκη Α., Κωνσταντινίδης Θ., Σαράφης Π.(2019).Οι συνέπειες των πολιτικών λιτότητας στην υγεία των Ελλήνων στα χρόνια της ελληνικής κρίσης. Αρχείο Ελληνικής Ιατρικής. 36(5) 687-694

Μάρκου Γ. (2008), Η προσπάθεια ανάπτυξης μιας εθνικής πολιτικής για την οικονομική και κοινωνική ένταξη των Τσιγγάνων, Τρουμπέτα Σεβαστή, Οι Ρομά στο Σύγχρονο Ελληνικό Κράτος, συμβιώσεις, αναιρέσεις, απουσίες, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα, 153-188

Μισουρίδου Ε. (2015) . Νοσηλευτική εξαρτημένων ατόμων. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, Αθήνα.

Ν. 4254/2014. Μέτρα στήριξης και ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας στο πλαίσιο εφαρμογής του Ν.4046/2012 και άλλες διατάξεις. Εφημερίς της κυβέρνησης της ελληνικής δημοκρατίας.(ΦΕΚ 85/Α/7-4-2014)

Ν. 4052/2012. Ρυθμισή θεμάτων εθνικού συστήματος υγείας και εποπτευόμενων φορέων. Εφημερίς της κυβέρνησης της ελληνικής δημοκρατίας. (ΦΕΚ 41/Α/1-3-2012)

Νταντούμη, Πετρόγλου Ν. (2008) Η εξέλιξη της Νοσηλευτική Έρευνας. Το βήμα του Ασκληπιού. Τόμος 7. Τεύχος 14-11

Παπαγεωργίου Δ., Κελέση Μ. & Φάσση Β. (2013) Βασική Νοσηλευτική. Εκδόσεις Κωνσταντάρας. Αθήνα

Παπαδάτος-Αναγνωστόπουλος Δ., Σερέτης Σ., Πουλημάς Μ. και συν.(2017). Διαχείριση της κρίσης και Μέτρηση της Στεγαστικής Επισφάλειας και της Επισφάλειας Υγείας στην Ελλάδα. Κοινωνική Πολιτική, 8, 21-49.

Τερζούδης Σ., Μπογιατζίδης Π., Κωσταγιόλας Π. (2017) Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στους μετανάστες κατά την υποδοχή τους στην Ελλάδα: Σχεδιασμός αυτής σε πολυιατρείο μη κυβερνητικής οργάνωσης. Αρχεία ελληνικής ιατρικής 34(1):113-122

Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.(2018). <https://government.gov.gr/wp-content/uploads/2018/07/APXIKA-AΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-Μάης-2018-2-1.pdf>. [Τελευταία προσπέλαση 29 Μαΐου 2021]

Υπουργείο Υγείας.(2018). Ελληνική κυβέρνηση. <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/antimetwpish-eksarthsewn/eksarthsiogones-oysies/plhrofories-gia-prolhpshtsh-ndash-antimetwpish-ths-eksarthshs-apo-eksarthsiogones-oysies/5271-egkekrimenoi-foreis-gia-ta-narkwtika>[Τελευταία προσπέλαση 29 Μαΐου 2021]

Υπουργείο Υγείας. Ελληνική Δημοκρατία. <https://www.moh.gov.gr/articles/health/anaptyksh-monadwn-ygeias/3999-prosbash-twn-anafalistwn-sto-dhmosio-systhma-ygeias>. Τελευταία προσπέλαση Ιούνιος 24, 2016

Φουντούκη Α. & Θεοφάνης Δ. (2012) Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Το βήμα του Ασκληπιού. Τόμος 1. Τεύχος 11. 503-522

Φραγκουλά Ε., Ευστράτιος Π., Ρουμελιώτη Μ. & Ευστατίου Ε. (2017) Η ηγεσία στη κλινική νοσηλευτική πράξη. *Perioperativenursing*. Τόμος 6. Τεύχος 1. 45-54