

Σχολή Κοινωνικών Επιστημών

Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Διπλωματική Εργασία

Διερεύνηση βαθμού ικανοποίησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στους πρόσφυγες και μετανάστες της δομής φιλοξενίας στη Νέα Καβάλα που προσέρχονται στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία ή ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς.

Νίκος Τερζής

Επιβλέπων Καθηγητής: Καρασαββόγλου Αναστάσιος

Πάτρα, Μάϊος 2023

Διερεύνηση βαθμού ικανοποίησης των παρεχόμενων υπηρεσιών
υγείας στους πρόσφυγες και μετανάστες της δομής φιλοξενίας στη
Νέα Καβάλα που προσέρχονται στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία ή
ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς

Νίκος Τερζής

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Α΄ Επιβλέπων Καθηγητής:
Καρασαββόγλου Αναστάσιος
Μέλος Σ.Ε.Π. Ε.Α.Π.

Β΄ Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:
Φλόκου Αγγελική
Μέλος Σ.Ε.Π. Ε.Α.Π.

Copyright @ Νίκος Τερζής, ΕΑΠ, 2023

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δε σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι μετανάστες-πρόσφυγες αποτελούν, στις μέρες μας, μείζον ζήτημα δημόσιας υγείας, παγκοσμίως, καθώς η ενσωμάτωσή τους στη χώρα υποδοχής αποτελεί ιδιαίτερη πρόκληση για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της υγειονομικής περίθαλψης τόσο για τον πληθυσμό των προσφύγων-μεταναστών, όσο και για το γηγενή πληθυσμό. Πράγματι, το θέμα έχει επηρεάσει την κοινή γνώμη και έχει υποκινήσει τη συζήτηση σχετικά με την ανάγκη άρσης των εμποδίων στην πρόσβαση αυτών των ομάδων στις εθνικές υπηρεσίες υγείας, υπό την προϋπόθεση ότι οι υπηρεσίες αυτές κρίνονται υψηλής ποιότητας.

Υπό αυτό το πρίσμα, η ικανοποίηση των ασθενών μετασκευάζεται σε μετρήσιμη παράμετρο της αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Μάλιστα, προκύπτει ότι η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας δεν είναι απλώς ένα μέτρο της ποιότητας της ζωής των ανθρώπων, αλλά ο ίδιος ο σκοπός ύπαρξης της υγειονομικής περίθαλψης.

Σκοπός: Βάσει των προαναφερθέντων, στόχο της παρούσης εργασίας αποτελεί η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στους πρόσφυγες και μετανάστες από δομές δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Επιμέρους στόχο της ερευνητικής μελέτης αποτελεί η εξέταση της διαμόρφωσης του επιπέδου ικανοποίησης των προσφύγων-μεταναστών ως προς τα ατομικά χαρακτηριστικά τους. Σημειώνεται ότι η παρούσα πρωτογενής ποσοτική, συγχρονική έρευνα εστιάζει στην περίπτωση της δομής φιλοξενίας στη Νέα Καβάλα.

Μεθοδολογία: Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 315 πρόσφυγες-μετανάστες που διαμένουν στη δομή φιλοξενίας στη Νέα Καβάλα και οι οποίοι προσήλθαν στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία ή ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς. Ως ερευνητικό εργαλείο στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα ικανοποίησης ασθενών (The Patient Satisfaction Questionnaire Short-Form- PSQ-18), όπως διατίθεται μεταφρασμένη στην ελληνική γλώσσα.

Η χρήση των μη παραμετρικών στατιστικών δοκιμών Mann-Whitney U και KruskalWallis για τις περισσότερες ποιοτικές μεταβλητές κρίθηκε επιβεβλημένη, καθώς τα μεγέθη των επιμέρους ομάδων ήταν εξαιρετικά άνισα, πλην του φύλου το οποίο εξετάστηκε μέσω της παραμετρικής δοκιμής independent samples t-test. Στον αντίποδα, η διαφοροποίηση των απόψεων των προσφύγων-μεταναστών ανάλογα με τα ποσοτικά τους χαρακτηριστικά (ηλικία και έτη παραμονής στην Ελλάδα), διερευνήθηκε με τη χρήση του δείκτη Pearson *r*. Σημειώνεται πως

δεν πραγματοποιήθηκαν μοντέλα παλινδρόμησης, εξαιτίας της μη επαρκούς διαφοροποίησης αρκετών μεταβλητών και της φύσης της έρευνας ως προς την αναζήτηση πιθανών συσχετισμών.

Αποτελέσματα: Όσον αφορά το συνολικό βαθμός ικανοποίησης των συμμετεχόντων, αυτός κρίθηκε άνω του μετρίου ($M.O= 3,37$, $T.A.= ,70$). Ακόμη, η υψηλότερη μέση βαθμολογία αποδόθηκε από τους συμμετέχοντες στην επικοινωνία τους με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ($M.O= 3,87$, $T.A.= ,80$) ενώ, αντίθετα, αξιοσημείωτο θεωρείται το γεγονός ότι η χαμηλότερη μέση βαθμολογία διαπιστώνεται στη διάσταση της συμπεριφοράς των ιατρών και νοσηλευτών ($M.O= 2,95$, $T.A.= ,46$).

Ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των μετεχόντων προσφύγων-μεταναστών, ενδεικτικά, αναφέρεται ότι ως προς το «φύλο» (Άνδρες vs. Γυναίκες), στατιστικώς σημαντική διαφορά αναδείχθηκε μόνο στην περίπτωση των διαπροσωπικών σχέσεων ($t(313) = -4,368$, $p < ,001$). Υψηλότερη μέση βαθμολογία εμφανίζουν οι γυναίκες ($M.O= 3,06$), παρουσιάζοντας αυξημένα επίπεδα ικανοποίησης από τη συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά, διαπιστώνεται ότι ο συνδυασμός πολιτισμικής ταυτότητας και εμπειριών από το σύστημα ιατρικής περίθαλψης στις χώρες των προσφύγων-μεταναστών συνδέεται με την ικανοποίηση που προκύπτει από την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στη χώρα φιλοξενίας. Ωστόσο, το αποδυναμωμένο ελληνικό σύστημα υγείας, που λειτουργεί με περιορισμένους πόρους, αδυνατεί να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες απαιτήσεις της συγκεκριμένης ομάδας ανθρώπων, καθώς η έλλειψη διαπολιτισμικής κατάρτισης και δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας στη διαχείριση των γλωσσικών φραγμών που προκύπτουν με τους πρόσφυγες-μετανάστες φαίνεται να απέχει πολύ από το ιδανικό, παρά τις αφοσιωμένες προσωπικές τους προσπάθειες.

Λέξεις κλειδιά: Πρόσφυγες-μετανάστες, ικανοποίηση, ποιότητα, επαγγελματίες υγείας

Abstract

Background: Refugees and immigrants pose a significant public health issue worldwide, and their adaptation to the host country remains a major challenge. The provision of quality healthcare services is critical for the wellbeing of both the refugees and the native population, making it a pressing issue that affects public opinion and fuels the debate about the necessity of improving access to national health systems. Patient satisfaction is not only a measure of quality but also a key objective of healthcare.

Aim: Based on the above, this study aims to investigate the degree of satisfaction with the healthcare services provided to refugees and immigrants by secondary healthcare structures. The research aims to examine the level of satisfaction of refugees-immigrants in relation to their individual characteristics, with a focus on the refugees' camp in Nea Kavala.

Method: The study included 315 refugees-immigrants from the accommodation structure in Nea Kavala who visited the Outpatient Clinics or Accident and Emergency Department (ER) of the Kilkis General Hospital. The Patient Satisfaction Questionnaire Short-Form (PSQ-18), translated into Greek, was used as a research tool. Non-parametric statistical tests, such as the Mann-Whitney U and Kruskal Wallis tests, were used to analyze most qualitative variables, while the Pearson r index was used to investigate the opinions of refugees-immigrants based on their quantitative characteristics.

Results: The overall degree of satisfaction of the participants was above average ($M= 3.37$, $S.D.= .70$). The highest average score was attributed to communication with medical and nursing staff ($M = 3.87$, $S.D.= .80$), while the lowest score was found in the dimension of behavior of doctors and nurses ($M = 2.95$, $S.D.= .46$). Women showed a higher average score in interpersonal relationships ($M = 3.06$) and were more satisfied with the behavior of the medical and nursing staff.

Conclusion: The cultural identity and previous experiences with healthcare systems in the refugees' home countries were found to be related to their satisfaction levels with the healthcare services provided in the host country. However, the limited resources of the Greek healthcare system and the lack of training and cultural skills of healthcare professionals regarding language barriers with refugees-immigrants are major obstacles that need to be addressed. Despite the



*Νίκος Τερζής,
Διερεύνηση βαθμού ικανοποίησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
στους πρόσφυγες και μετανάστες της δομής φιλοξενίας στην Νέα Καβάλα
που προσέρχονται στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία ή ΤΕΠ του Γενικού
Νοσοκομείου Κιλκίς*

efforts of healthcare professionals, there is still a long way to go to provide ideal healthcare services to refugees-immigrants.

Keywords: Refugees-immigrants, satisfaction, quality, healthcare professionals

Περιεχόμενα

| | |
|--|--|
| Περίληψη..... | Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης. |
| Abstract | 6 |
| Περιεχόμενα | Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης. |
| Κατάλογος Πινάκων..... | 10 |
| Συντομογραφίες & Ακρωνύμια | 11 |
| Εισαγωγή..... | 12 |
| 1. Χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους πρόσφυγες και τους μετανάστες | 14 |
| 1.1. Παράγοντες επίδρασης | 15 |
| 1.2. Τα προβλήματα υγείας των προσφύγων και των μεταναστών | 18 |
| 1.2.1. Σωματική υγεία και ανοσοποίηση..... | 19 |
| 1.2.2. Η ψυχική υγεία μεταναστών και προσφύγων..... | 21 |
| 2. Πρόσβαση των μεταναστών και προσφύγων στις υπηρεσίες υγείας..... | 25 |
| 2.1. Εμπόδια πρόσβασης από πλευράς προσφύγων-μεταναστών | 26 |
| 2.2. Εμπόδια που σχετίζονται με το σύστημα υγείας | 29 |
| 3. Ικανοποίηση των προσφύγων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας..... | 34 |
| 3.1. Προκλήσεις ως προς την ικανοποίηση από τη φροντίδα υγείας προσφύγων-μεταναστών..... | 36 |
| 3.2. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας | 38 |
| 4. Ερευνητική Μεθοδολογία..... | 41 |
| 4.1. Σκοπός και αναγκαιότητα της έρευνας..... | 41 |
| 4.2. Ερευνητικές υποθέσεις (ερευνητικά ερωτήματα)..... | 42 |
| 4.3. Ο «υπό μελέτη» πληθυσμός-μεθοδολογία δειγματοληψίας | 42 |
| 4.4. Εργαλείο συλλογής δεδομένων | 43 |
| 4.5. Ζητήματα δεοντολογίας..... | 44 |
| 4.6. Στατιστική επεξεργασία..... | 44 |
| 5. Παρουσίαση αποτελεσμάτων..... | 46 |
| 5.1. Τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων | 46 |
| 5.2. Περιγραφική ανάλυση | 47 |

| | |
|--|----|
| 5.3. Διαφοροποίηση των απόψεων των συμμετεχόντων βάσει των ατομικών τους χαρακτηριστικών | 55 |
| 6. Συζήτηση- Συμπεράσματα | 62 |
| 7. Ερευνητικοί περιορισμοί..... | 69 |
| 8. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα | 70 |
| Βιβλιογραφικές αναφορές | 72 |
| Παράρτημα Α- Ερωτηματολόγιο | 88 |

Κατάλογος Πινάκων

| | |
|--|----|
| Πίνακας 1- Δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α | 44 |
| Πίνακας 2- Τα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων | 47 |
| Πίνακας 3-Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου..... | 48 |
| Πίνακας 4-Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των δηλώσεων που περιλαμβάνονται στον παράγοντα επικοινωνία | 49 |
| Πίνακας 5- Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των δηλώσεων που περιλαμβάνονται στον παράγοντα γενική ικανοποίηση..... | 49 |
| Πίνακας 6- Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των δηλώσεων που περιλαμβάνονται στον παράγοντα οικονομικές παράμετροι | 50 |
| Πίνακας 7- Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των δηλώσεων που περιλαμβάνονται στον παράγοντα τεχνική ποιότητα..... | 51 |
| Πίνακας 8- Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των δηλώσεων που περιλαμβάνονται στον παράγοντα προσβασιμότητα-άνεση | 52 |
| Πίνακας 9- Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των δηλώσεων που περιλαμβάνονται στον παράγοντα χρόνος | 53 |
| Πίνακας 10- Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των δηλώσεων που περιλαμβάνονται στον παράγοντα διαπροσωπικές σχέσεις | 54 |
| Πίνακας 11- Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των δηλώσεων που αφορούν ειδικότερα τους πρόσφυγες-μετανάστες..... | 55 |
| Πίνακας 12- Στατιστικό δοκιμή Kruskal-Wallis H για την εθνικότητα | 56 |
| Πίνακας 13- Στατιστικό δοκιμή Kruskal-Wallis H για το θρήσκευμα..... | 57 |
| Πίνακας 14- Στατιστικό δοκιμή Kruskal-Wallis H για τη μητρική γλώσσα | 58 |
| Πίνακας 15- Στατιστικό δοκιμή Kruskal-Wallis H για το μορφωτικό επίπεδο..... | 58 |
| Πίνακας 16- Στατιστικό δοκιμή Kruskal-Wallis H για το νοσοκομειακό τμήμα | 59 |
| Πίνακας 17- Στατιστικό κριτήριο Mann-Whitney U για το επίπεδο ελληνομάθειας | 59 |
| Πίνακας 18- Στατιστικό κριτήριο για το φύλο | 60 |
| Πίνακας 19-Δείκτης Pearson για τις συσχετίσεις των διαστάσεων του ερωτηματολογίου με την ηλικία και τα έτη παραμονής στην Ελλάδα | 61 |

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

| | |
|------|---|
| PSQ | The Patient Satisfaction Questionnaire |
| ΕΕ | Ευρωπαϊκή Ένωση |
| ΕΚΑΒ | Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας |
| ΕΣΥ | Εθνικό Σύστημα Υγείας |
| HBV | Hepatitis B virus |
| ΚΟΘ | Κεντρικό Οριακό Θεώρημα |
| ΚΥΠΑ | Κάρτα Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού |
| ΚΥΤ | Κέντρα Υποδοχής και Ταυτοποίησης |
| ΜΚΟ | Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις |
| ΠΟΥ | Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας |
| ΠΦΥ | Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας |
| ΤΕΠ | Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών |

Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα, ως σημαντικό σημείο εισόδου προσφύγων-μεταναστών στην Ευρώπη, έχει πληγεί βαθιά από τις συνέργειες διαφόρων κρίσεων, συμπεριλαμβανομένης της προσφυγικής και μεταναστευτικής¹ κρίσης, η οποία οφείλεται κυρίως στις πολιτικές αλλαγές σε ολοκληρωτικά καθεστάτα και στην αυξημένη προσφορά θέσεων εργασίας που προσφέρουν ευκαιρίες για οικονομική σταθερότητα (Μπάγκαβος & Παπαδοπούλου, 2006· Tsimbos, 2006· Kotsiou et al., 2018· Θεοφανίδης και συν., 2021· Αρβανίτη, 2022). Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι η ακριβής, επίσημη καταμέτρηση των προσφύγων-μεταναστών παρουσιάζει πολλές δυσκολίες, καθώς η παράτυπη μετανάστευση των συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων προς τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) φαίνεται να έχει καταστεί σταθερή και μόνιμη (Αρβανίτης, 2022). Επομένως, είναι δύσκολο να αναπτυχθούν κατάλληλες στρατηγικές για την αντιμετώπιση του προσφυγικού-μεταναστευτικού φαινομένου, ιδιαίτερα στη δική μας χώρα, η οποία διαθέτει εκτεταμένα γεωγραφικά και πορώδη εθνικά σύνορα και δεν είναι προετοιμασμένη διοικητικά για να απορροφήσει αυξημένο αριθμό προσφύγων-μεταναστών (Θεοφανίδης και συν., 2021).

Μετατοπίζοντας το ερευνητικό ενδιαφέρον, ειδικότερα, στον κλάδο της υγείας, στις μέρες μας, η μαζική εισροή και η επιτυχής ένταξη των προσφύγων-μεταναστών στις χώρες υποδοχής, αποτελεί μεγάλη πρόκληση, με σοβαρές συνέπειες στη δημόσια υγεία αυτών των χωρών (Γαλάνης και συν., 2020). Πράγματι, το θέμα έχει επηρεάσει την κοινή γνώμη και έχει υποκινήσει τη συζήτηση για το πώς θα διασφαλιστεί η αδιάκριτη παροχή δημόσιων υπηρεσιών, και κατ' επέκταση υπηρεσιών υγείας, από τους κρατικούς φορείς (Rechel et al., 2013). Για αυτόν τον λόγο, η έρευνα σχετικά με το πώς οι πρόσφυγες και οι μετανάστες χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια (Sarría-Santamera et al., 2016).

Συγκεκριμένα, ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα που ανακύπτουν σε σχέση με το θέμα της προστασίας της υγείας των προσφύγων-μεταναστών, είναι η αποσύνδεση της πρόσβασης από την υγειονομική περίθαλψη λόγω των νομικών εμποδίων που σχετίζονται με τον τρόπο ταυτοποίησής τους και το καθεστώς διαμονής τους στη χώρα. Συμπληρωματικά, οι

¹Αν και οι έννοιες πρόσφυγες και μετανάστες δεν είναι απόλυτα ισοδύναμες, η παρούσα εργασία αναφέρεται σε αυτές ως ομάδα για λόγους πρακτικότητας και ευκολίας στην επεξεργασία των δεδομένων, χωρίς να αποσκοπεί στην αγνόηση των διαφορών ανάμεσα τους.

ποικίλες πολιτισμικές διαφορές, οι διαφορετικές γνώσεις των προσφύγων-μεταναστών σε θέματα υγείας και οι κακές συνθήκες διαβίωσης αποτελούν περαιτέρω αντικίνητρα στην αποτελεσματική, έγκαιρη και αποδοτική πρόσβαση των ομάδων αυτών στις υπηρεσίες υγείας (Kanellopoulos & Gregou, 2006· Pitkin Derose et al., 2009· Kentikelenis & Shriwise, 2016· Ward et al., 2019· Γαλάνης και συν., 2020). Επομένως, προκύπτει η ανάγκη άρσης των εμποδίων της πρόσβασης των προσφύγων-μεταναστών στις υπηρεσίες του εθνικού συστήματος υγείας, όχι μόνο για την προστασία της υγείας τους, αλλά και για την αντιμετώπιση της πρόκλησης της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας από τη σκοπιά της χώρας υποδοχής (Θεοφανίδης και συν., 2021). Πράγματι, διαπιστώνεται ότι ο παράγοντας της αντιλαμβανόμενης ποιότητας έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ικανοποίηση των προσφύγων-μεταναστών από τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν, καθώς αντανακλά τις ανάγκες και τις προσδοκίες τους από τις υπηρεσίες υγείας της χώρας υποδοχής (Walther et al., 2020· Γάτσιου, 2021). Έτσι, όχι μόνο στον τομέα της υγείας, αλλά και στο πλαίσιο της κοινωνικής τους ένταξης στη χώρα φιλοξενίας, γενικότερα, οι ανισότητες και οι πολλαπλές διακρίσεις που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες και οι πρόσφυγες αποτελούν σύνθετα ζητήματα που παραμένουν διαχρονικά επίκαιρα και μάλιστα έχουν σημαντικές κοινωνικές συνέπειες (Αναστόπουλος και συν., 2013· Immigration act 2014, 2014· Kotsiou et al., 2018).

Βάσει των προαναφερθέντων, σκοπό της παρούσης εργασίας αποτελεί η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στους πρόσφυγες και μετανάστες από δομές δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Επιμέρους στόχο της ερευνητικής μελέτης αποτελεί η εξέταση της διαμόρφωσης του επιπέδου ικανοποίησης των προσφύγων-μεταναστών λόγω των ατομικών χαρακτηριστικών τους. Σημειώνεται ότι η παρούσα πρωτογενής ποσοτική έρευνα εστιάζει στην περίπτωση της δομής φιλοξενίας στη Νέα Καβάλα.

Ο βασικός δομικός διαχωρισμός της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας διακρίνεται περαιτέρω σε δύο κύριες ενότητες τη θεωρητική και την ερευνητική. Πιο συγκεκριμένα, η πρώτη ενότητα προσεγγίζει βιβλιογραφικά την έννοια της ικανοποίησης των προσφύγων-μεταναστών από τις παρεχόμενες δημόσιες υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας, ενώ η δεύτερη, ερευνητική, ενότητα περιλαμβάνει, την ερευνητική προσέγγιση, τα αποτελέσματα, τα συμπεράσματα και τις προτάσεις της εργασίας.

1. Χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους πρόσφυγες και τους μετανάστες

Οι μεταρρυθμίσεις και οι γενικότερες αλλαγές που πραγματοποιούνται στην Κοινωνική Φροντίδα ενός κράτους συνδέονται αμοιβαία με το Σύστημα Υγείας του κράτους αυτού (Σταθόπουλος, 1999· Πεχλιβανίδου, 2017). Ο όρος Κοινωνική Φροντίδα, με βασική αρχή τη φιλανθρωπία, χρησιμοποιείται όταν το ενδιαφέρον εστιάζεται αφενός στο κράτος πρόνοιας και στο κράτος δικαίου, δηλαδή στην κοινωνική πολιτική και την προστατευτική στάση του κράτους απέναντι στους πολίτες του και αφετέρου στην εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικής φροντίδας, προαγωγής και προστασίας συγκεκριμένων ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού (Sandhu et al., 2016· Arfa et al., 2020).

Ειδικότερα, στον τομέα της υγείας, οι σωματικές, συναισθηματικές, πνευματικές και ψυχολογικές ανάγκες των ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων σχετίζονται με την ιατρική φροντίδα που παρέχεται από φορείς κοινωνικής πρόνοιας, οι οποίοι έχουν ως στόχο την υποστήριξή τους (Δαμανάκης και συν., 2014· Truong et al., 2022). Σε πολλές περιπτώσεις οι ανάγκες αυτές σχετίζονται με την πορεία της ασθένειάς των μεταναστών-προσφύγων που ανήκουν σε αυτές τις ομάδες, την ανταπόκρισή τους στη θεραπεία και τη μεταφορά τους στους υγειονομικούς σχηματισμούς. Ταυτόχρονα, εξαρτώνται και από την επιρροή την οποία ασκούν διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως το άγχος, το αίσθημα της έλλειψης κοινωνικών επαφών, η κατάθλιψη κ.ά. (Carter et al., 2017· Burton-Jeangros et al., 2020· Iqbal et al., 2021). Ωστόσο, οι διαδικασίες που αφορούν στη λειτουργία της υπηρεσίας Κοινωνικής Φροντίδας στη χώρα μας μολονότι ακολουθούν τα πρότυπα των προηγμένων χωρών, υπόκεινται στις αξίες, τις αρχές, τη νοοτροπία και τον ελληνικό πολιτισμό (Σταθόπουλος, 1999· Αμίτσης, 2014).

Η συνεχής εισροή προσφύγων-μεταναστών στη χώρα, αλλά και οι συνέπειες της πρόσφατης οικονομικής κρίσης, έχουν συμβάλει στην αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας και στην επιδείνωση των γενικών προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν οι πολυπολιτισμικές κοινωνίες, όπως η Ελλάδα. Στο πλαίσιο αυτό, οι εν λόγω πληθυσμιακές ομάδες αντιμετωπίζουν στη χώρα υποδοχής μια σειρά από δυσκολίες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας τους (United Nations, 2020). Αυτό σημαίνει ότι η χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους πρόσφυγες-μετανάστες ως μέσο για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της

υγείας τους δεν πρέπει να περιορίζεται μόνο στην παροχή ιατρικής φροντίδας. Αντίθετα, απαιτείται μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για τη βελτίωσή της, που περιλαμβάνει εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση σε σχετικά θέματα, πέρα από αυτή καθαυτή την υγειονομική περίθαλψη (Marquardt et al., 2015· Alduraidi et al., 2021).

Στη χώρας μας, ωστόσο, δεν υπάρχουν συγκεκριμένα παραδείγματα υπηρεσιών υγείας τα οποία να απευθύνονται αποκλειστικά σε πρόσφυγες-μετανάστες. Ταυτόχρονα, το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) δεν εφαρμόζει πρακτικές διαπολιτισμικής προσέγγισης προκειμένου να αντιμετωπίσει τη γλωσσική ετερογένεια αυτών των πληθυσμιακών ομάδων, καθώς δε λαμβάνει ούτε διαθέτει πληροφορίες σε άλλες γλώσσες πλην της Ελληνικής. Ως εκ τούτου, Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ) συμβάλλουν στην κάλυψη αυτού του κενού, παρέχοντας περίθαλψη, ψυχοκοινωνική υποστήριξη και διαμεσολάβηση για την εξυπηρέτηση των αναγκών των προσφύγων-μεταναστών, ειδικότερα αυτών που δεν έχουν αποκτήσει άδεια διαμονής (Παπαδημητρίου, 2008).

1.1. Παράγοντες επίδρασης

Οι παράγοντες που καθορίζουν τη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης κατατάσσονται γενικά σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: τα δημογραφικά και η κοινωνικοοικονομική τάξη στην οποία ανήκουν οι ασθενείς και τα δομικά χαρακτηριστικά του εκάστοτε συστήματος υγείας (Τερζούδης και συν., 2017). Εκτός από τα ατομικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως επί παραδείγματι το φύλο, τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά αποτυπώνουν την κοινωνική και οικονομική διαφοροποίηση του ατόμου σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους. Τα διαρθρωτικά σχετίζονται, επίσης, άμεσα με την οργάνωση και τη χρηματοδότηση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης. Ωστόσο, οι απόπειρες συλλογής δεδομένων σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας από τους πρόσφυγες-μετανάστες παραβιάζουν τη διασφάλιση των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα αυτών των ατόμων, η οποία είναι επίσης νομοθετικά κατοχυρωμένη για τους πληθυσμούς αυτούς (Aletras et al, 2006). Βάσει των προαναφερόμενων, προκύπτει ότι η αντιμετώπιση της ανεπαρκούς πρόσβασης σε ουσιώδεις υπηρεσίες υγείας αλλά και στη χρήση τους οφείλει να αποτελεί προτεραιότητα για όλα τα

κράτη, καθώς αυτές οι ανισότητες είναι μια άμεση συνέπεια της παράτυπης μετανάστευσης (Σιάμπος, 2003, Μπούζι, 2019).

Όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία των προσφύγων-μεταναστών, είναι αδιαμφισβήτητο ότι η ηλικία και το φύλο αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Li et al., 2014· Mkanta et al., 2017). Ωστόσο, σε έρευνες που έχουν ασχοληθεί με το ζήτημα, υποδεικνύεται ότι τα προβλήματα υγείας των προσφύγων-μεταναστών οφείλονται κυρίως στον αποκλεισμό τους από την κοινωνία υποδοχής και όχι στα ατομικά χαρακτηριστικά τους (White et al., 2020). Ταυτόχρονα, η μετανάστευση αν και αποσκοπεί στη βελτίωση των υγειονομικών παραμέτρων διαβίωσης των προσφύγων-μεταναστών, δυνητικά αποτελεί μια δυσάρεστη κατάσταση που μπορεί να επηρεάσει την ψυχική υγεία τους, δεδομένου ότι η διαδρομή προς την Ευρωπαϊκή Ένωση είναι επικίνδυνη και διαθέτει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των προσφύγων-μεταναστών (Alwan et al., 2020). Αναλογιζόμενοι ότι οι πρόσφυγες-μετανάστες ανήκουν σε μια κοινότητα η οποία συγκροτείται μέσω των κοινωνικών δικτύων και της κοινωνικής εμπιστοσύνης, γίνεται εμφανές ότι η εμπιστοσύνη συνδέεται με τη ροή της πληροφόρησης και σχετίζεται με τη δημιουργία παραγόντων που βοηθούν στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και στη χρήση των αντίστοιχων υπηρεσιών (Huschke, 2014· Campos-Matos et al., 2015).

Όσον αφορά τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, αξίζει να σημειωθεί ότι, μεταξύ των παραπάνω, η υγεία και η υγειονομική περίθαλψη των προσφύγων-μεταναστών επηρεάζεται έμμεσα από το μορφωτικό τους επίπεδο, την επαγγελματική τους κατάσταση και το οικογενειακό τους εισόδημα, τα οποία τείνουν να είναι γενικά χαμηλότερα για τις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού σε σύγκριση με το γηγενή πληθυσμό της χώρας (Pinillos-Franco & Kawachi, 2018). Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι οι πρόσφυγες-μετανάστες αποκλίνουν από υγιείς συμπεριφορές, όπως ο προγεννητικός έλεγχος (Meyer-Weitz et al., 2015). Μάλιστα, σύμφωνα με έρευνα, η έλλειψη μόρφωσης και ευρύτερης καλλιέργειας των προσφύγων-μεταναστών φαίνεται να αποτελούν σημαντικό δεδομένο που επιδρά σε όλα τα προαναφερθέντα (WHO, 2015).

Επιπλέον, οι πρόσφυγες-μετανάστες, οι οποίοι αποτελούν ιδιαίτερα ευπαθείς ή ευάλωτες ομάδες πληθυσμού, αντιμετωπίζουν διατροφικά προβλήματα λόγω της μεταβαλλόμενης συχνότητας και ποιότητας των παρεχόμενων γευμάτων κατά τη διάρκεια της πορείας τους (Andahur et al., 2019). Προσέτι, η κακή ποιότητα του πόσιμου νερού στη χώρα προέλευσης

των προσφύγων-μεταναστών επιδεινώνει την κακή διατροφή τους. Αυτό ωθεί αυτά τα άτομα σε μια πολιτισμική διατροφική μετάβαση, καθώς αναγκάζονται να ακολουθήσουν διαφορετικά διατροφικά πρότυπα λόγω της διαθεσιμότητας χαμηλής ποιότητας τροφίμων στην αγορά και του περιορισμένου εισοδήματος που διαθέτουν (Rieder & Choonara, 2011· Mellou et al., 2017· Njeru et al., 2015). Η διατροφή αυτών των ατόμων περιέχει, συνήθως, κορεσμένα λίπη υψηλής θερμιδικής αξίας, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε υποσιτισμό και διατροφικές ανεπάρκειες (Wang et al., 2014). Ειδικά όσον αφορά τα παιδιά των προσφύγων-μεταναστών, η έλλειψη της απαραίτητης ενέργειας και των γευμάτων πλήρων σε θρεπτικά συστατικά μπορεί να καθυστερήσει τη σωματική αλλά και τη γνωστική τους ανάπτυξη, θέτοντάς τα σε ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο (Browne et al., 2018). Μάλιστα, σε μια πρόσφατη μελέτη, τα κύρια συστατικά στα οποία οι πρόσφυγες διαπιστώνεται ότι παρουσιάζουν ελλείψεις λόγω της κακής διατροφής τους και προκαλούν τις σοβαρότερες επιπτώσεις στην υγεία τους είναι ο ψευδάργυρος, η βιταμίνη D κ.ά. (Dawson et al., 2020).

Εκτός από τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των προσφύγων και των μεταναστών, διαρθρωτικοί παράγοντες στο σύστημα υγείας της χώρας υποδοχής επηρεάζουν επίσης τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους πληθυσμούς αυτούς. Καταρχάς, λόγω της έλλειψης εξειδικευμένου προσωπικού, υπηρεσιών (π.χ. διαθεσιμότητα υπηρεσιών διερμηνείας) και τεχνογνωσίας, διαπιστώνεται έλλειψη ενημέρωσης των προσφύγων-μεταναστών σχετικά με τη διαφορά μεταξύ των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεών τους όσον αφορά τη φροντίδα και το σύστημα υγείας στη χώρα υποδοχής (Mangrio & Sjögren Forss 2017). Μάλιστα, σε μελέτη τεκμηριώνεται ότι λιγότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες διαθέτουν καλή γνώση του συστήματος υγείας της χώρας υποδοχής (Panagiotopoulos et al., 2019). Επιπλέον, η υποστελέχωση των υπηρεσιών υγείας και οι ελλείψεις σε εξοπλισμό και υποδομές δε διευκολύνουν το ανθρώπινο δυναμικό αυτών των υπηρεσιών να ανταπεξέλθει στις προσωπικές ανάγκες αυτών των ασθενών που απορρέουν από τους γλωσσικούς φραγμούς, τις διαφορετικές κουλτούρες και τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους (Αρβανίτης, 2022).

Οι δομές φιλοξενίας στις περισσότερες περιπτώσεις είναι υπερπλήρεις και οι συνθήκες υγιεινής σε αυτές χαρακτηρίζονται ως ανεπαρκείς. Παράλληλα, η έλλειψη μιας σαφούς μεταναστευτικής πολιτικής δημιουργεί κοινωνικούς φραγμούς, κακές εργασιακές συνθήκες και χαμηλό βιοτικό επίπεδο για τους πρόσφυγες-μετανάστες, οι οποίοι εκτίθενται σε επιδημιολογικούς κινδύνους και σε σοβαρές μολυσματικές ασθένειες (Χατζημπύρος, 2014·

Hermans et al., 2017). Το πρόβλημα επιδεινώνεται και από τις διαφορές στην κοινωνικοοικονομική και πολιτιστική δομή της κοινωνίας στις χώρες προέλευσης και υποδοχής που αντιμετωπίζουν οι πρόσφυγες-μετανάστες, καθώς και από τους κοινωνικούς και πολιτιστικούς φραγμούς και τα στερεότυπα που απορρέουν από αυτές, τις συνθήκες διαβίωσης για τους πρόσφυγες-μετανάστες που παραμένουν υποβαθμισμένες, την εργασιακή διαφθορά και την άσκηση βίας και παρενόχλησης λόγω φύλου, ιδίως για τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Αυτοί οι παράγοντες συμβάλλουν στην αλλαγή της επιδημιολογικής τους εικόνας και στην αύξηση του κινδύνου για μολύνσεις από διάφορες μεταδοτικές ασθένειες [π.χ HIV, διαφορετικές μορφές ηπατίτιδας κ.ά.] (Keygnaert et al., 2012· Δριτσάκου και συν., 2018).

Συνοψίζοντας, τόσο οι πρόσφυγες όσο και οι μετανάστες αναζητούν ιατρική περίθαλψη στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας υποδοχής και παρουσιάζουν πολλαπλά κοινά στοιχεία στο επιδημιολογικό τους προφίλ (Δριτσάκου και συν., 2018). Η μετανάστευση ως διαδικασία εισόδου και υποδοχής σε μια χώρα, δε, αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την υγεία των προσφύγων-μεταναστών. Ωστόσο, ο τρόπος που πραγματοποιείται αυτή η διαδικασία μπορεί να αποτελέσει αρχική πηγή ευπάθειας σε προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας, λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών που λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια της μεταναστευτικής διαδρομής, οι οποίες μπορεί να συνεχιστούν σε όλη τη διάρκεια της παραμονής των προσφύγων-μεταναστών στη χώρα υποδοχής (Henderson et al., 2013· Wilmsen, 2013).

1.2. Τα προβλήματα υγείας των προσφύγων και των μεταναστών

Κατά την είσοδο τους στη χώρα φιλοξενίας, κυρίως, οι πρόσφυγες οδηγούνται σε κέντρα φιλοξενίας, όπου καταγράφεται αρχικά η κατάσταση της υγείας τους και ταξινομούνται τα προβλήματα υγείας τους (Δριτσάκου και συν., 2018· Γαλάνης και συν., 2020, 2022). Η προαναφερθείσα ταξινόμηση καθορίζεται βάσει του προσδιορισμού των χρόνιων προβλημάτων υγείας τους, αλλά και αυτών που απέκτησαν κατά τη διάρκεια της μεταναστευτικής πορείας τους, συμπεριλαμβανομένων των φυσικών βλαβών και των ψυχολογικών διαταραχών λόγω αφυδάτωσης, υποθερμίας, διάρροιας, γυναικολογικών και μαιευτικών επιπλοκών, λοιμώξεων που επηρεάζουν το αναπνευστικό και το καρδιαγγειακό σύστημα κ.λπ. (Economopoulou et al., 2017). Τα αίτια αυτών των ασθενειών που πλήττουν τους πρόσφυγες-μετανάστες εστιάζονται τόσο στις ειδικές συνθήκες που επικρατούν στις

μεταναστευτικές πορείες όσο και στην ανεπαρκή υγειονομική περίθαλψη των προσφύγων-μεταναστών στη χώρα καταγωγής τους, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών δημόσιας υγείας (π.χ. στέγαση) και εμβολιασμού (Mellou et al., 2017· Filler et al., 2020).

1.2.1. Σωματική υγεία και ανοσοποίηση

Σύμφωνα με έρευνες που διεξήχθησαν, πάνω από το 1/3 των προσφύγων-μεταναστών νοσούν από μεταδοτικά νοσήματα κατά τη διάρκεια της πορείας τους. Επιπλέον, η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, συνδυασμένη με διατροφικά προβλήματα και έκθεση σε βία, μπορεί να επιδεινώσει την ευπάθεια των προσφύγων-μεταναστών σε μεταδοτικές ασθένειες (Christodoulou & Abou-Saleh, 2016· Ben Farhat et al., 2018). Υπάρχουν επίσης ζητήματα που αφορούν την εγκυμοσύνη, όπως το θέμα του θηλασμού, ο οποίος αποτελεί σημαντική πρόκληση για τις νέες μητέρες ιδιαίτερα κατά τη φάση της μεταναστευτικής τους πορείας (Kousoulis et al., 2016· Pavlopoulou et al., 2017).

Ακόμη, οι πρόσφυγες-μετανάστες αντιμετωπίζουν πολύ δυσμενείς συνθήκες κατά τη διάρκεια της πορείας τους, συμπεριλαμβανομένων των προβλημάτων ανεπάρκειας προμηθειών και της έλλειψης κατάλληλης στέγης, γεγονότα που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης σημαντικού αριθμού μολυσματικών ασθενειών (Moris et al., 2017· De Paoli, 2018). Ως αποτέλεσμα των συνθηκών που αντιμετωπίζουν, οι ομάδες αυτές υποφέρουν από αφυδάτωση, τραυματισμούς, πυρετό, ρίγη, πονόλαιμο, διάρροια και φυματίωση. Επιπλέον, εκδηλώνουν συχνά ψώρα, μια από τις πιο συνηθισμένες μολυσματικές ασθένειες. Ακόμη, πολλοί πρόσφυγες υποφέρουν από λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος, όπως άσθμα, βρογχίτιδα κ.ά. (Kousoulis et al., 2016). Μια άλλη μελέτη έδειξε ότι οι ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος και τα λοιμώδη νοσήματα αποτελούν τα συχνότερα προβλήματα υγείας στις ιατρικές εξετάσεις των προσφύγων-μεταναστών από την Τουρκία, ενώ η αρθρίτιδα, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, η υπέρταση και οι χρόνιες αναπνευστικές νόσοι αποτελούν τις πιο συχνές χρόνιες ασθένειες (Hermans et al., 2017· Moris et al., 2017).

Στο πλαίσιο αυτό, πολλοί πρόσφυγες-μετανάστες από τις χώρες της ανατολής αναφέρουν αυξημένα ποσοστά κρουσμάτων του ιού της ηπατίτιδας Β (Hepatitis B virus-HBV). Επιπλέον, σε πρόσφατη μελέτη η οποία διενεργήθηκε εντός ελλαδικού χώρου, αναδείχθηκε σημαντική αύξηση των κρουσμάτων ηπατίτιδας Α μεταξύ νεαρών προσφύγων-μεταναστών που

προέρχονται από χώρες του κόλπου, όπως το Ιράκ, εστιάζοντας κυρίως στον ενδημικό χαρακτήρα της νόσου στις χώρες καταγωγής τους (De Vito et al., 2015· Mellou et al., 2017).

Επιπλέον, ο συνωστισμός στις δομές φιλοξενίας κρούει τον κώδωνα του κινδύνου για τις άσχημες συνθήκες διαβίωσης και την περιορισμένη πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο μετάδοσης ασθενειών όπως η ανεμοβλογιά, η ιλαρά και οι μηνιγγιτιδοκοκκικές λοιμώξεις, καθιστώντας τα παιδιά και τους ηλικιωμένους αναμφισβήτητα πιο ευάλωτους (Hermans et al., 2017). Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τα παιδιά, υπάρχουν ενδείξεις για παθολογικές εργαστηριακές τιμές που απαιτούν άμεση παρέμβαση, οι οποίες ποικίλλουν ανάλογα με το ηλικιακό τους στάδιο και τη χώρα προέλευσης. Προβλήματα υγείας όπως η αναιμία και τα χαμηλά επίπεδα φερριτίνης είναι οι πιο συχνές παθήσεις στις διαγνωστικές εξετάσεις, ενώ τα οδοντιατρικά προβλήματα αποτελούν τα πιο συχνά αναφερόμενα πρόβλημα υγείας. Επιπλέον, έχουν επίσης αναφερθεί δερματικά, αναπνευστικά και χειρουργικά προβλήματα (Pavloroulou et al., 2017).

Ανάλογη του ερευνητικού θέματος που αφορά την παράτυπη μετανάστευση είναι και η έρευνα η οποία κατατάσσει τους πρόσφυγες-μετανάστες ως ομάδα υψηλού κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα. Μάλιστα, έχει διαπιστωθεί ότι οι πρόσφυγες-μετανάστες χωρίς άδεια παραμονής παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά καρδιαγγειακών νοσημάτων από το γενικό πληθυσμό της χώρας υποδοχής (Thayaragan & Mahdi, 2013). Οι συχνές αλλαγές στη διατροφή αυτών των ατόμων και οι περιορισμοί στη σωματική δραστηριότητά τους εκθέτουν την υγεία τους σε σοβαρούς κινδύνους όπως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II και το δυσμενές προφίλ καρδιαγγειακού κινδύνου (Huang et al., 2019· Shi et al., 2021). Ειδικά, όσον αφορά τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, όπου πολλοί ασθενείς δεν έχουν διαγνωστεί, οδηγώντας σε μη αναστρέψιμες καταστάσεις (Papachristou Nadal et al., 2013).

Αξίζει να τονιστεί ότι, σε πληθυσμούς προσφύγων-μεταναστών, εάν έστω και ένας μικρός αριθμός ατόμων δε συμμορφώνεται ή δεν υπακούει στους κανόνες υγιεινής, μπορεί να προκληθεί αύξηση στις ασθένειες και τη διασπορά των νοσημάτων (WHO, 2015). Παρόλα αυτά, αυτός ο κίνδυνος δεν αποτελεί, συνήθως, απειλή για το γηγενή πληθυσμό στις περισσότερες περιπτώσεις (ECDC, 2016).

Αναφορικά με την ανοσοποίηση αυτών των πληθυσμιακών ομάδων, υποστηρίζεται ότι τα ποσοστά εμβολιασμού μεταξύ των προσφύγων-μεταναστών είναι χαμηλότερα από ό, τι στο

γηγενή πληθυσμό. Μάλιστα, υποδηλώνεται ότι οι δομές φιλοξενίας ευθύνονται για ένα εκρηκτικό ποσοστό ασθενειών που μπορούν να προληφθούν με εμβολιασμό (Williams et al., 2015· Meinel et al., 2016· Giambi et al., 2019). Ωστόσο, ο εμβολιασμός των προσφύγων-μεταναστών, ιδίως των παιδιών, αποτελεί βασικό μέτρο για την πρόληψη κρουσμάτων που είναι πιθανό να εμφανιστούν καθώς οι ομάδες αυτές μετακινούνται από χώρες με διαφορετικό επιδημιολογικό φορτίο. Επί του παρόντος, το Υπουργείο Υγείας εφαρμόζει ένα πρόγραμμα εμβολιασμού προτεραιότητας στις δομές φιλοξενίας. Οι εμβολιασμοί που πραγματοποιούνται είναι επιπρόσθετοι με εκείνους που πραγματοποιούνται στη χώρα προέλευσης, οι οποίοι σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) εκτιμάται ότι βρίσκονται σε άνω του μετρίου επίπεδο. Πράγματι, η εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμού στα κέντρα φιλοξενίας προσφύγων, αποτελεί αναγκαιότητα της συμμετοχής αυτών των παιδιών στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα. Ωστόσο, ορισμένοι γονείς πρόσφυγες-μετανάστες καθίστανται επιφυλακτικοί ή αρνητικοί απέναντι στον εμβολιασμό των παιδιών τους, ενώ άλλοι παραλείπουν να συμμετάσχουν σε προγράμματα εμβολιασμού λόγω έλλειψης κατάλληλης εκπαίδευσης και ενημέρωσης ενώ οι λανθασμένες αντιλήψεις περί ανοσίας της αγέλης και φυσικής ανοσίας είναι επίσης διαδεδομένες (Αρβανίτη, 2022· UNHCR, 2022).

1.2.2. Η ψυχική υγεία μεταναστών και προσφύγων

Είναι γεγονός ότι οι πρόσφυγες-μετανάστες, αποτελούν ευάλωτες ψυχοκοινωνικά ομάδες πληθυσμού, καθώς υπόκεινται σε σοβαρές ψυχικές φθορές σε όλη τη διάρκεια της προσφυγικής-μεταναστευτικής πορείας τους και την ένταξή τους στη χώρα φιλοξενίας. Αυτό μπορεί να οδηγήσει στην κοινωνική απομόνωση και στο ρατσισμό, αρχικά, ενώ, ταυτόχρονα, έχουν επίσης να αντιμετωπίσουν την ανέχεια, την έλλειψη ασφάλειας και το φόβο όσον αφορά την κατάσταση παραμονής τους στη χώρα υποδοχής (Raptopoulou et al., 2009· Yelland et al., 2016· Dubus, 2017· Alwan et al., 2020).

Συνακόλουθα, οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν εξίσου σημαντικό πρόβλημα υγείας για τους πρόσφυγες-μετανάστες με τις σωματικές ασθένειες (Geiling et al., 2021). Μάλιστα, διαπιστώνεται ότι ιδίως οι αιτούντες άσυλο είναι πιο επιρρεπείς σε ψυχικές διαταραχές και δυσφορία σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες προσφύγων-μεταναστών, με αυτές να επικεντρώνονται στις αγχώδεις μετατραυματικές διαταραχές και την κατάθλιψη (Taylor, 2009· Bronstein & Montgomery, 2011· Pieper et al., 2011). Παράγοντες επικινδυνότητας που

σχετίζονται με την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών αποτελούν τα ατομικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το βίωμα μιας ακραία τρομακτικής ή οδυνηρής εμπειρίας, ο αποχωρισμός από την οικογένεια, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης κ.ά. (Joshi et al., 2013· Christodoulou & Abou-Saleh, 2016).

Ακόμη, η νομική ανασφάλεια και ο κίνδυνος της απέλασης ή της άρνησης εισόδου, καθώς και οι δυσκολίες που βιώνουν στον τομέα της απασχόλησης οι πρόσφυγες-μετανάστες επηρεάζουν αρνητικά την ήδη επιβαρυνόμενη ψυχική υγεία τους και συμβάλλουν στην κοινωνική και οικονομική απομόνωσή τους (Priebe et al., 2016· Vostanis, 2016· Ben Farhat et al., 2018). Ως εκ τούτου, οι πρόσφυγες-μετανάστες διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο ψυχοπαθολογίας, ψύχωσης, σχιζοφρένειας και αυτοκτονικότητας (Hodes et al., 2018). Περαιτέρω επιβαρυντικοί παράγοντες όσον αφορά τις συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες των προσφύγων-μεταναστών είναι τα κοινωνικοοικονομικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά της χώρας υποδοχής στην οποία καλούνται να προσαρμοστούν και η λειτουργία του οικογενειακού πυρήνα (Kosidou et al., 2012).

Μάλιστα, έρευνες που έχουν διεξαχθεί για την αναλυτική εξέταση και την καταγραφή των προβλημάτων και των ασθενειών ψυχικής υγείας των παράτυπων προσφύγων-μεταναστών οι οποίοι εγκαταστάθηκαν στην Ελλάδα δείχνουν ότι η πλειονότητά τους εμφανίζει αγχώδεις και μετατραυματικές διαταραχές και κατάθλιψη. Επίσης, οι πρόσφυγες-μετανάστες συχνά εκτίθενται σε ενδοοικογενειακή βία ενώ κάποιο ποσοστό από αυτούς είναι χρήστες ψυχοτρόπων ουσιών, οι οποίες, κατόπιν, προκαλούν επιθετική ή/και παραβατική συμπεριφορά (Anagnostopoulos et al., 2017· Teunissen et al., 2017· Ben Farhat et al., 2018).

Επιπρόσθετα, οι νέοι σε ηλικία πρόσφυγες-μετανάστες, ιδίως οι γυναίκες, διαπιστώνεται ότι είναι τα κυρίως επιβαρυνόμενα θύματα ψυχικής υγείας, αφού η οικονομική ανασφάλεια αποτελεί σημαντικό παράγοντα επικινδυνότητας για την ψυχολογία τους (Yfantopoulos & Yfantopoulos, 2015). Μάλιστα, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε, εκτός των ορίων του ελλαδικού χώρου, η οποία εστιάζει στους πρόσφυγες-μετανάστες που δε διαθέτουν άδεια παραμονής στη χώρα φιλοξενίας, διαπιστώνεται ότι οι γυναίκες και τα παιδιά πρόσφυγες-μετανάστες συχνά είναι θύματα βίαιων εμπειριών, όπως σεξουαλική βία και εκμετάλλευση, και έχουν την τάση να απομονώνονται κοινωνικά και να υφίστανται στιγματισμό (Keygnaert et al., 2012· Yelland et al., 2016). Ειδικότερα, όσον αφορά τα παιδιά των προσφύγων-μεταναστών, αυτά καθίστανται ιδιαίτερα ευάλωτα σε ψυχικές διαταραχές (Hodes et al., 2018). Στο πλαίσιο

αυτό, αναγνωρίζεται ότι, παρόλο που η παιδική εργασία θεωρείται παράνομη στη χώρα μας, τα παιδιά αυτά εκτίθενται σε επικίνδυνες συνθήκες εργασίας, με βάση το φύλο, συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής, σωματικής και ψυχολογικής βίας (Rejovic-Milovancevic et al., 2017).

Ως εκ τούτου, η καλή ψυχική υγεία αποτελεί ουσιώδη παράγοντα για την ενσωμάτωση και την ένταξη αυτών των ομάδων στην ευρύτερη κοινωνία της χώρας. Παρ' όλα αυτά, εντός ελληνικού πλαισίου, όπως και σε άλλες χώρες της ευρωπαϊκής ηπείρου, δεν αποδίδεται η δέουσα προσοχή στην ψυχική υγεία των προσφύγων-μεταναστών (Mellou et al., 2017· Pavli & Maltezos, 2017). Τα αίτια σχετίζονται, αφενός, με την έλλειψη χρηματοδότησης του τομέα της υγείας ως συνέπεια των ρυθμίσεων που πρέπει να εφαρμόσουν οι χώρες αυτές για τη μείωση των κρατικών δαπανών και, αφετέρου, με την αποτυχία στον καθορισμό των προτεραιοτήτων εκ μέρους των θεραπόντων ιατρών (De Vito et al, 2015). Η αποτυχία αυτή πηγάζει από την έλλειψη ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, με αποτέλεσμα το υπάρχον ιατρικό και νοσηλευτικό ανθρώπινο δυναμικό να επικεντρώνεται στη διάγνωση και θεραπεία των σωματικών παθήσεων παρά στη διάγνωση και θεραπεία των ψυχικών προβλημάτων (Christodoulou & Abou-Saleh, 2016· Καμέκης & Σπυριδάκης, 2020). Οι πρόσφυγες-μετανάστες με επιβαρυνόμενο ψυχικό ιστορικό παραπέμπονται στις εξειδικευμένες υπηρεσίες της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, όπου λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή από εξειδικευμένο γιατρό (Κιτσαράς & Μπάκα, 2013). Στην κατηγορία αυτήν περιλαμβάνονται όσοι βρίσκονται σε υποτροπή ή κρίση, όσοι παρουσιάζουν ψυχωτικά συμπτώματα, όσοι παρουσιάζουν τάση για βλάβη ή αυτοτραυματισμό και όσοι κάνουν χρήση ουσιών (Christodoulou et al., 2016· Pavli & Maltezos, 2017). Στις περιπτώσεις που δεν είναι δυνατή η αναφορά σε ειδικούς για θεραπεία αλλά απαιτείται άμεση βοήθεια, μπορεί να ληφθεί υπόψη η συνταγογράφηση φαρμάκων που περιλαμβάνονται στον κατάλογο του ΠΟΥ και είναι διαθέσιμα σε άλλες χώρες (WHO, 2015).

Συνοψίζοντας το παρόν κεφάλαιο, οι πρόσφυγες-μετανάστες αντιμετωπίζουν διάφορους κινδύνους για τη σωματική και ψυχική τους ακεραιότητα, τόσο κατά την προσφυγική-μεταναστευτική διαδρομή τους όσο και κατά τη διάρκεια της διαμονής τους στη χώρα υποδοχής, οι οποίοι μπορεί να επηρεάσουν τη γενικότερη κατάσταση της υγείας τους (Abubakar et al., 2018). Λόγω της έλλειψης επαρκών δεδομένων για την κατανόηση της αναλυτικής μελέτης η οποία αποτυπώνει και ερευνά τις συνθήκες ζωής (προφίλ υγείας) των

προσφύγων-μεταναστών, είναι συχνά απαραίτητη η διεξαγωγή επιδημιολογικών και ψυχοκοινωνικών ερευνών, καθότι, συχνά, οι γενικεύσεις στο σύνολο των προσφύγων-μεταναστών, μπορεί να προκαλέσουν επιφύλαξη και προβληματισμό προς αυτόν τον πληθυσμό, αλλά και τη διαμόρφωση στερεοτύπων όπως αυτό του πρόσφυγα-μετανάστη φορέα μεταδοτικών, μολυσματικών νοσημάτων (Ζαραφονίτου και συν., 2014). Όπως, χαρακτηριστικά, αναφέρεται, αν και στην αρχή της μετεγκατάστασής τους η υγεία των προσφύγων-μεταναστών αντανακλά το επίπεδο φυσικής και ψυχικής υγείας των κατοίκων της χώρας καταγωγής, ακολούθως υποδηλώνει το επίπεδο υγείας των πολιτών της χώρας υποδοχής, εμφανίζοντας χαρακτηριστικά της ενδημικότητάς της (Αθανασοπούλου και συν., 2013).

Συμπερασματικά, η υγεία των προσφύγων-μεταναστών περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων υγείας, συμπεριλαμβανομένης της παρακολούθησης και της διαχείρισης μη μεταδοτικών ασθενειών όπως η υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II (Khader et al., 2012· McKell et al., 2017· Alduraidi et al., 2021). Εντούτοις, ιδιαίτερα, στις περιπτώσεις όπου η γενική κατάσταση της υγείας των προσφύγων-μεταναστών επιδεινώνεται μετά την κοινωνική αφομοίωσή τους στη χώρα υποδοχής, η αιτιολογία τους σχετίζεται με ψυχοσωματικά συμπτώματα εξαιτίας του υπέρμετρου στρες προσαρμογής και των συχνών αλλαγών στις συνήθειες ύπνου και διατροφής (Carta et al., 2005· Χατζημπύρος, 2014).

Επομένως, ένα συνεκτικό κράτος πρόνοιας είναι απαραίτητο για την επίτευξη της κοινωνικής ένταξης των υπό μελέτη πληθυσμιακών ομάδων. Εντούτοις, σε περιόδους οικονομικής κρίσης, όπως αυτή που βίωσε κατά το παρελθόν η χώρα μας, εφαρμόζονται μέτρα για τον περιορισμό των δημόσιων δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη. Υπό αυτό το πρίσμα, η σταδιακή απόσυρση των μέτρων στήριξης έναντι των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων πιθανόν να οδηγήσει στη δημιουργία υψηλών εμποδίων στην ενσωμάτωση των προσφύγων-μεταναστών στη χώρα υποδοχής, αυξάνοντας έτσι τις ανισότητες στον τομέα των υπηρεσιών υγείας (Καμέκης & Σπυριδάκης, 2020).

2. Πρόσβαση των μεταναστών και προσφύγων στις υπηρεσίες υγείας

Οι υγειονομικές ανισότητες αφορούν τις ανισότητες στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, καθώς και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και τη χρήση τους. Οι ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και στη χρήση τους σχετίζονται με την προάσπιση των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων όπως η αλληλεγγύη, η ελευθερία και η ισότητα και συνδέονται, επίσης, άμεσα με ζητήματα δημόσιας υγείας και κοινωνικής ένταξης, κοινωνικού αποκλεισμού και στιγματισμού (Bock et al., 2014· Loganathan et al., 2019· Wang et al., 2019). Επομένως, για να αντιμετωπιστούν αυτά τα θέματα, οφείλει να ληφθεί υπόψη ότι στις αιτίες τους συμπεριλαμβάνονται και δομικοί παράγοντες που οφείλονται στο κοινωνικό-οικονομικό περιβάλλον, εκτός από τα ατομικά χαρακτηριστικά των ανθρώπων (Γαλάνης και συν., 2022).

Μια από τις ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες που αντιμετωπίζουν ανισότητες όσον αφορά την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας είναι οι άνθρωποι που έχουν εγκαταλείψει τη χώρα τους και ζουν ως πρόσφυγες ή μετανάστες (van Bergen et al., 2019). Μάλιστα, οι πρόσφυγες-μετανάστες έχουν νομικά κατοχυρωμένο δικαίωμα στην πρόσβασή τους στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), τα νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας (WHO, 2015). Ωστόσο, η διαδικασία παροχής και πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας για τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες διαφέρει σημαντικά ανάμεσα στις χώρες της ΕΕ, καθώς το κανονιστικό και νομοθετικό πλαίσιο που διέπει τα Εθνικά Συστήματα Υγείας και καθορίζει την πρόσβαση σε αυτά, είναι διαφορετικό. Αυτό μπορεί να επηρεάσει την πρόσβαση των ευπαθών κοινωνικών ομάδων σε αυτές τις υπηρεσίες (Bozorgmehr & Razum, 2015· O'Donnell et al., 2016). Αξίζει να επισημανθεί ότι οι πρόσφυγες-μετανάστες που δεν έχουν αποκτήσει άδεια διαμονής και οι οποίοι χρήζουν υγειονομικής περίθαλψης έχουν το δικαίωμα δωρεάν πρόσβασης σε όλους του δημόσιους υγειονομικούς σχηματισμούς, υπό τον όρο να κατέχουν Κάρτα Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (ΚΥΠΑ). Ομοίως, οι πρόσφυγες-μετανάστες που φιλοξενούνται στα Κέντρα Υποδοχής και Ταυτοποίησης (ΚΥΤ) δικαιούνται ιατροφαρμακευτική και υγειονομική περίθαλψη από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, αλλά όχι από τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, αφού μόνο κατόπιν παραπομπής από τον ιατρό που παρέχει φροντίδα στα ΚΥΤ μπορεί να τους παραχωρηθεί πρόσβαση σε αυτές (Economou, 2015· Economou et al., 2017· Οικονόμου & Παντελή, 2018).

Ωστόσο, δεδομένης της αύξησης των προσφύγων-μεταναστών, οι οποίοι εργάζονται στην άτυπη αγορά εργασίας, καθίσταται σαφές ότι η απουσία κοινωνικής ασφάλισης περιορίζει το θεμελιώδες δικαίωμά τους στην ελεύθερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Συνακόλουθα, αυτές οι ομάδες προσφύγων-μεταναστών διαθέτουν δυνατότητα πρόσβασης μόνο στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, για την αντιμετώπιση επειγουσών και απειλητικών καταστάσεων για τη ζωή τους και μέχρι τη σταθεροποίηση της κατάστασης της υγείας τους. Εξαιρέσεις είναι οι ασυνόδευτοι μη ενήλικες πρόσφυγες-μετανάστες και οι νοσούντες από AIDS ή άλλες μεταδοτικές ασθένειες, για τους οποίους η κατάλληλη ιατρική θεραπεία δεν είναι εφικτή. Σε μελέτη, δε, διαπιστώνεται ότι οι δυσχέρειες που αντιμετωπίζουν οι πρόσφυγες-μετανάστες εστιάζονται στους μεγάλους χρόνους αναμονής στους νοσοκομειακούς σχηματισμούς, στην αναποτελεσματική επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, στα υπέρογκα ποσά, τη δυσκολία κατανόησης και τη λανθασμένη γνώση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και των υπηρεσιών του, δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο μεγαλύτερο αριθμό ανικανοποίητων υγειονομικών αναγκών (Γαλάνης και συν., 2012· Αναστόπουλος και συν., 2013· Economou, 2015· Tsiamis, 2017· De Paoli, 2018).

Συνολικά, η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη αποτελείται από διάφορες διαστάσεις, όπως η προσβασιμότητα, η διαθεσιμότητα, η αποδοχή, η προσιτή τιμή, η ευαισθητοποίηση και η διαμονή, σύμφωνα με μελέτες (Kang et al., 2019). Η διαθεσιμότητα αφορά τη διατήρηση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας (WHO, 2015). Η αποδοχή αφορά την ποιότητα των εγκαταστάσεων υγείας και της παρεχόμενης φροντίδας, λαμβάνοντας υπόψη τα ανθρώπινα δικαιώματα και την ιατρική δεοντολογία. Η προσβασιμότητα αφορά τη σχέση μεταξύ ασθενούς και του τόπου όπου παρέχονται οι υπηρεσίες, λαμβάνοντας υπόψη τη διαθεσιμότητα μεταφοράς του ασθενούς, την απόσταση και το κόστος (Gulliford, 2002· Hodes et al., 2018).

2.1.Εμπόδια πρόσβασης από πλευράς προσφύγων-μεταναστών

Η έλλειψη καθολικής υγειονομικής κάλυψης και απρόσκοπτης πρόσβασης σε ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας για τους πρόσφυγες-μετανάστες αποτελεί ουσιώδη δυσχέρεια, καθώς αντικατοπτρίζει την ένταξή τους στην ελληνική κοινωνία, επιτείνοντας την ίδια στιγμή την

αμφίδρομη σχέση μεταξύ κοινωνικού αποκλεισμού, οικονομικής ανέχειας και υγείας (Οικονόμου & Παντελή, 2018).

Γενικά, το επίπεδο της κατάστασης της υγείας των προσφύγων-μεταναστών και η δυνατότητα πρόσβασής τους στις ανάλογες εγκαταστάσεις και υπηρεσίες, παρακινείται από κοινωνικοδημογραφικά αίτια, την κουλτούρα αυτών των ανθρώπων, τον τύπο της ασφαλιστικής κάλυψης και την αποδοχή των νοσούντων από τις υπηρεσίες (Nabieva & Souares, 2019). Ειδικότερα όσον αφορά τις συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες επιπλέον παράγοντες που παρεμποδίζουν την πρόσβαση και μειώνουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελούν το επίπεδο ελληνομάθειας, ο βαθμός εξοικείωσης και εμπειρίας που διαθέτουν οι πρόσφυγες-μετανάστες με το ΕΣΥ τη λειτουργία του και τις οργανωσιακές του προεκτάσεις, η ύπαρξη ή μη ασφάλισης σε έναν ασφαλιστικό φορέα και το δυσάρεστο συναίσθημα του στιγματισμού και της περιθωριοποίησης που προκαλούν οι διακρίσεις που υφίστανται αυτά τα άτομα (Κιτσαράς & Μπάκα, 2013· Οικονόμου & Παντελή, 2018).

Αναφορικά με τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες, το χαμηλό επίπεδο εισοδήματος θεωρείται η κύρια αιτία για την κακή υγεία των προσφύγων-μεταναστών, αφού σχετίζεται με ανεπαρκείς συνθήκες στέγασης και διατροφής, αυξημένη σωματική και πνευματική δραστηριότητα και μειωμένες απολαύσεις (Miyamoto, 2017· Premji, 2019). Εντούτοις, όσοι πρόσφυγες-μετανάστες ανήκουν σε διευρυμένες οικογένειες που κατοικούν μαζί, παρά το γεγονός ότι διαθέτουν χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, εμφανίζουν βελτιωμένη υγεία (Lakhani, 2020).

Επιπρόσθετα, η παρουσία γλωσσικών φραγμών κατά την επικοινωνία μεταξύ του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και των προσφύγων-μεταναστών καθίσταται ουσιώδης (Mangriö & Sjögren Forss 2017). Μάλιστα, χαμηλό επίπεδο επάρκειας της γλώσσας που ομιλείται στη χώρα που τους υποδέχεται, διαφαίνεται ότι μειώνει τη λήψη των σχετικών υπηρεσιών όσο και το αποτέλεσμά τους, ιδιαίτερα αυτών της ψυχικής, αλλά και της συνολικής ικανοποίησης των προσφύγων-μεταναστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Chu et al., 2019). Ακόμη, τα εμπόδια στη γλωσσική επικοινωνία, και ο γενικότερα προβληματικός τρόπος επικοινωνίας, μπορούν να οδηγήσουν στη χορήγηση μη ενδεδειγμένης φαρμακευτικής αγωγής ή θεραπείας, ως απόρροια της περιορισμένης πρόσβασης των προσφύγων-μεταναστών σε ποιοτική φροντίδα. Μάλιστα, σε πολλές περιπτώσεις, οι πρόσφυγες-μετανάστες χρησιμοποιούν άτομα του οικείου τους περιβάλλοντος ως ad hoc διερμηνείς. Σε κάθε

περίπτωση, τονίζεται ότι οι εκπαιδευμένοι ιατρικοί διερμηνείς είναι αδύνατον να αντικατασταθούν από τα μέλη του οικογενειακού και κοινωνικού περιγύρου των προσφύγων-μεταναστών, όπως τα παιδιά και οι φίλοι (Dhungana, 2020· Guterres, 2020). Επιπλέον, η παντελής απουσία μεταφραστών, διερμηνέων και διαμεσολαβητών στους δημόσιους υγειονομικούς σχηματισμούς αλλά και σε δομές που προορίζονται για τη φιλοξενία αυτών των πληθυσμιακών ομάδων, περιορίζει τη δυνατότητα διασφάλισης και παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας προς αυτά τα άτομα (Αρβανίτη, 2022).

Για παράδειγμα, όπως διαπιστώνεται σε μελέτη αναφορικά με την έξαρση της σιγκέλλωσης σε ελληνικές κρατικές δομές προσφύγων-μεταναστών, ο εντοπισμός και το μέγεθος των εστιών της νόσου παρέμειναν αδιάγνωστα λόγω των γλωσσικών φραγμών στην επικοινωνία, της υπο-διάγνωσης των συμπτωμάτων στις ήπιες μορφές αλλά και της επιτυχημένης απόκρυψης των συμπτωμάτων από πρόσφυγες-μετανάστες, οι οποίοι δεν ήθελαν να καθυστερήσει η αναχώρησή τους από τη χώρα. Μάλιστα, η ίδια έρευνα έδειξε ότι ένας πλήρης κύκλος μέτρησης ζωτικών σημείων πραγματοποιήθηκε σε μόλις 5% των ασθενών (Ziomias et al., 2017). Η ερμηνεία αυτού του πορίσματος, αποδίδεται στον κατακερματισμό των υπηρεσιών υγείας για τις μολυσματικές νόσους που παρέχονται στους πρόσφυγες-μετανάστες (Bozorgmehr et al., 2018).

Όπως προαναφέρθηκε, κάποιοι πρόσφυγες-μετανάστες αρνούνται τις συμβουλές υπηρεσιών και φροντίδας των ιατρών επειδή θέλουν να αναχωρήσουν από τη χώρα το συντομότερο δυνατό. Η πλειονότητα, δε, αυτών αναφέρει ότι αισθάνονται ότι δεν έχουν λάβει επαρκείς πληροφορίες σχετικά με το νομοθετικό πλαίσιο και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας της χώρας υποδοχής στις δομές φιλοξενίας. Επιπλέον ζήτημα που αφορά στην άρνηση της χρήσης ιατρικών υπηρεσιών σχετίζεται με το υψηλό κόστος τους ενώ πολιτισμικά ζητήματα αναφέρονται λιγότερο συχνά (van Loenen et al., 2018).

Συνοψίζοντας, οι εμπειρίες των προσφύγων-μεταναστών, ως χρήστες του συστήματος υγείας της χώρας καταγωγής τους, μπορούν να επηρεάσουν τις αντιλήψεις τους για την έννοια της φροντίδας αλλά και τις προσδοκίες τους για την εκληφθείσα ποιότητά της. Επομένως, η διαμόρφωση των προσδοκιών και των αντιλήψεων των προσφύγων-μεταναστών πιθανόν να συγκρούεται με τις ισχύουσες ιατρικές πρακτικές στη χώρα υποδοχής, κυρίως λόγω άγνοιας σχετικά με τον τρόπο που καταναλώνονται εγχώρια οι εν λόγω υπηρεσίες (Garcia et al., 2020). Μάλιστα, ερευνητικά, παρατηρείται ότι τα μέλη των μειονοτικών ομάδων, τα οποία

χαρακτηρίζονται από κοινωνικοπολιτισμική ετερότητα διατρέχουν συνήθως υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων υγείας από ότι ο αυτόχθων πληθυσμός (Papadopoulos et al., 2004· Cadoret & Garcia, 2014).

Στην περίπτωση, δε, που οι πολιτισμικές αξίες και διαφορές λαμβάνονται ιδιαίτερα σοβαρά υπόψη από τα συστήματα υγείας, ενδέχεται να προκύψουν αρνητικές επιπτώσεις για τη σωματική και ψυχική υγεία των προσφύγων-μεταναστών, όπως εσφαλμένες διαγνώσεις, ιατρικά, κυρίως, αλλά και νοσηλευτικά λάθη και χαμηλό επίπεδο συμμόρφωσης και ικανοποίησης των ασθενών (Antón-Solanas et al., 2021). Ως εκ τούτου, απαιτείται συντονισμένη προσπάθεια, οργάνωση και προετοιμασία του συνόλου των υπηρεσιών και των επαγγελματιών υγείας σε συνεργασία με τα εκπαιδευτικά ιδρύματα ώστε οι πρόσφυγες-μετανάστες, να αντιμετωπίσουν αυτά τα εμπόδια και οι χώρες υποδοχής αυτών των ομάδων να μπορέσουν να στραφούν προς ένα σύγχρονο και διαπολιτισμικό σύστημα φροντίδας υγείας με σκοπό τη συνεχή και ολοκληρωμένη φροντίδα των διαφοροποιημένων πληθυσμιακών ομάδων (Papadakaki et al., 2017). Επομένως, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής οφείλουν να αναλάβουν αποφασιστική δράση όσον αφορά στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των εγχώριων υπηρεσιών υγείας και την αδιάκριτη και ελεύθερη πρόσβαση των ατόμων στις δημόσιες δομές και υπηρεσίες υγείας, ανεξαρτήτως των πολιτισμικών χαρακτηριστικών τους (Chu et al., 2019).

2.2.Εμπόδια που σχετίζονται με το σύστημα υγείας

Επιπλέον, η πρόσφατη οικονομική κρίση είχε άμεσο αρνητικό αντίκτυπο στην αποδοτικότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα μας. Η ελληνική πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη πάσχουν από μεγάλες ανεπάρκειες σε εξοπλισμό και εξειδικευμένο προσωπικό, με άμεσο απότοκο τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας, τον κακό κεντρικό συντονισμό και την αναποτελεσματικότητα (Priebe et al., 2016· Kotsiou et al., 2018). Επιπλέον, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας παρεμποδίζεται και από τα υφιστάμενα κενά του ελληνικού υγειονομικού συστήματος όπως η γραφειοκρατία, οι ατελείωτες λίστες αναμονής για εξετάσεις, χειρουργεία και ραντεβού, και τα σημαντικά προβλήματα υποδομών που επιφέρουν πλήγμα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πρόσφυγες-μετανάστες (Kotsiou et al., 2018). Επί παραδείγματι, οι ήδη επιβαρυνόμενοι υγειονομικοί σχηματισμοί, λόγω της οικονομικής κρίσης, στα ελληνικά νησιά, δεν ήταν προετοιμασμένοι έτσι ώστε να μπορούν

να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τη μαζική εισροή Ελλήνων και προσφύγων-μεταναστών ασθενών, καθώς δεν υπήρχε σχετική πρόβλεψη (Καμέκης & Σπυριδάκης, 2020). Συνεπώς, γίνεται κατανοητό, ότι το προσφυγικό-μεταναστευτικό ζήτημα θέτει πρόσθετες απειλές στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Kousoulis et al., 2016· Kotsiou et al., 2018).

Παράλληλα, η ελλιπής ενημέρωση σχετικά με τα δικαιώματα και το νομικό καθεστώς των διαφόρων κατηγοριών προσφύγων-μεταναστών (π.χ. των αιτούντων άσυλο) των κρατικών υγειονομικών υπηρεσιών, αποτελεί, ως επί το πλείστον, το σημαντικότερο εμπόδιο στην προσβασιμότητά τους σε υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και υγείας για μεγάλα χρονικά διαστήματα (Hermans et al., 2017· Morgan, 2017· Kotsiou et al., 2018). Ειδικότερα, ο μη επαρκής αριθμός πολιτιστικών διαμεσολαβητών συνιστά ουσιώδη λόγο για την παρεμπόδιση της πρόσβασης σε ασφαλή και ποιοτική υγειονομική περίθαλψη (Griffiths et al., 2003· Moris et al., 2017). Για την κάλυψη του προαναφερθέντος κενού, Έλληνες επαγγελματίες και εθελοντές κοινωνικοί λειτουργοί εντάσσονται πλέον στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ωστόσο, ζητούνται και επαγγελματίες διερμηνείς για τη διευκόλυνση της πρόσβασης των προσφύγων-μεταναστών στη δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη και στις υπηρεσίες του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ)[(Ziomas et al., 2017)]. Στις αρμοδιότητές τους περιλαμβάνονται η επικοινωνία με την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου, η ενίσχυση της ιδιωτικότητας και της εμπιστευτικότητας των ασθενών και η προώθηση της ευημερίας τους (Tsitsakis et al., 2017· Bozorgmehr et al., 2018).

Στο πλαίσιο των εμποδίων που συσχετίζονται με το εθνικό σύστημα υγείας, συγκαταλέγονται και τα προβλήματα μεταφοράς των προσφύγων-μεταναστών στους υγειονομικούς σχηματισμούς. Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία, η διακομιδή των προσφύγων-μεταναστών στις νοσοκομειακές δομές δε μπορεί να πραγματοποιηθεί με ιδιωτικό όχημα έως ότου τους χορηγηθούν ΚΥΠΑ. Ως εκ τούτου, κανείς δε μπορεί να αναλάβει την ευθύνη μεταφοράς τους στο νοσοκομείο. Παρόλα αυτά, για επείγοντα περιστατικά, καλείται το ΕΚΑΒ από τον ιατρό ή το/τη διοικητή/διοικήτρια της δομής φιλοξενίας με άμεσο απότοκο την καθυστέρηση στην παροχή της υπηρεσίας (Razum et al., 2016· Bozorgmehr et al., 2018).

Μάλιστα, δεδομένου ότι η μεταναστευτική εισροή δε δύναται να καλυφθεί επαρκώς στο σύνολό της από το εγχώριο σύστημα υγείας, δημιουργήθηκε οργανωμένο εθελοντικό κίνημα, στο οποίο περιλαμβάνονται ΜΚΟ, κοινωνικές ομάδες εθελοντών αλλά και ιδιώτες, για να βοηθήσει ενεργά αυτούς τους πληθυσμούς (Kakalou et al., 2018· Θεοφανίδης και συν., 2021).

Στην πλειονότητα των δομών που φιλοξενούν πρόσφυγες-μετανάστες, συνήθως, η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη παρέχεται από ιατρούς του στρατού και από Μη Κυβερνητικούς Οργανισμούς, είτε αυτοί δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα είτε είναι διεθνείς, οι οποίοι διαδραματίζουν καίριο ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η νοσηλευτική φροντίδα, η οποία παρέχεται από αυτούς τους οργανισμούς, αφορά στην παροχή βασικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας και προγραμμάτων προαγωγής υγείας. Πρόσφατα, δε, στο ανθρώπινο δυναμικό των κέντρων φιλοξενίας συμπεριλήφθηκαν και διάφορες ειδικότητες ιατρών όπως ψυχολόγοι, γυναικολόγοι (κατά προτίμηση γυναίκες) κ.ά. (De Paoli, 2018). Οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις έχουν βασικό ρόλο και κατά την αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών επιδιώκοντας την ουσιώδη και αποδοτική υπεράσπιση των δικαιωμάτων των προσφύγων-μεταναστών (Hermans et al., 2017).

Ακόμη, οι πρόσφυγες-μετανάστες ισχυρίζονται ότι διαθέτουν δυσχέρειες πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη στις δομές φιλοξενίας, ενώ οι τοπικές και διοικητικές αντιξοότητες του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης παρεμποδίζουν την προσβασιμότητά τους στους υγειονομικούς σχηματισμούς. Επιπλέον, οι οικονομικές δυσκολίες στην πληρωμή των υπηρεσιών υγείας και των εισφορών στις υπηρεσίες κοινωνικών ασφαλίσεων, η έλλειψη χρόνου και η παύση στη συνέχεια της φροντίδας αναφέρθηκαν ως βασικά προβλήματα από αυτές τις πληθυσμιακές ομάδες (van Loenen et al., 2018).

Από πλευράς επαγγελματιών υγείας, οι δυσκολίες που συσχετίζονται με το εγχώριο υγειονομικό σύστημα και τους πρόσφυγες-μετανάστες διακρίνονται σε πέντε βασικές διαστάσεις, της κατάρτισης και της καθοδήγησης, της επαγγελματικής υποστήριξης, της σύνδεσης με άλλες υπηρεσίες, της οργάνωσης των πόρων και της ανάπτυξης διαπολιτισμικών δεξιοτήτων (Drennan & Joseph, 2005).

Πιο συγκεκριμένα, υποστηρίζεται ότι η στοχευμένη εκπαίδευση και η καθοδήγηση των επαγγελματιών υγείας θα κάνει πιο εύκολη την πρακτική εφαρμογή τους, βελτιώνοντας το αίσθημα της αυτοαποτελεσματικότητάς τους (Drennan & Joseph, 2005). Ωστόσο, η υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την περίθαλψη προσφύγων-μεταναστών κρίνεται ανεπαρκής στα περισσότερα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως. Μάλιστα, αναφέρονται ανησυχίες σχετικά με την ανεπαρκή ψυχολογική υποστήριξη τους κατά τη διάρκεια περίθαλψης κρίσιμων περιστατικών που περιλαμβάνουν πρόσφυγες-μετανάστες (Tobin & Murphy-Lawless, 2014).

Η συνεργασία με άλλες υπηρεσίες κοινωνικής μέριμνας και υγείας αποτελεί επιπρόσθετη δυσκολία για τους εργαζομένους στον κλάδο της υγείας. Αποτελεσματική στρατηγική υπέρβασης του εν λόγω εμποδίου αποτελεί η ανάπτυξη αποτελεσματικών οδών παραπομπής στις διάφορες υπηρεσίες του συστήματος φροντίδας υγείας που θα μπορούσαν να κατευθύνουν τους πρόσφυγες-μετανάστες στην κατάλληλη περίθαλψη. Συνεπώς, η καλή επικοινωνία και η αποτελεσματική διυπηρεσιακή συνεργασία θεωρούνται κρίσιμες πτυχές της παροχής ολιστικής υγειονομικής περίθαλψης (Bennett & Scammell, 2014). Ωστόσο, συγκεκριμένες υπηρεσίες δεν έχουν συσταθεί για την ικανοποίηση των αναγκών των προσφύγων-μεταναστών παρά την αντικειμενική αποτελεσματικότητά τους (π.χ. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας- ΠΦΥ), ενώ άλλες υπηρεσίες απλά δεν είναι παρούσες (π.χ. Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας) [(Μπίκου, 2018)].

Περαιτέρω προκλήσεις, όσον αφορά την πρόσβαση των προσφύγων-μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, ανάγονται στο νομικό καθεστώς των προσφύγων και τη μεταναστευτική πολιτική για τους πρόσφυγες-μετανάστες, δεδομένων των διαφορετικών κανονισμών, παγκοσμίως, περί δικαιώματος χρήσης των υπηρεσιών υγείας και επίσημης πρόσβασης σε αυτές (Shortall et al., 2017· Ben Farhat et al., 2018). Σε κάποιες των περιπτώσεων, μάλιστα, οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας παρεμποδίζονται κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας των προσφύγων-μεταναστών λόγω των πολιτικών περιορισμών. Παράλληλα, διαπιστώνονται δυσκολίες στην αντίληψη των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των προσφύγων-μεταναστών και στην κατανόηση των απρόβλεπτων και μεταβαλλόμενων μεταναστευτικών πολιτικών (Kurth et al., 2010). Ακόμη, σύμφωνα με μελέτες, ποσοστό σχετικά μικρό των προσφύγων-μεταναστών διαθέτουν κάλυψη υγείας από ασφαλιστικό φορέα εν συγκρίσει με τα άτομα που διαθέτουν ελληνική ιθαγένεια (Γαλάνης και συν., 2012· Kaitelidou et al., 2013).

Συμπερασματικά, οι προαναφερθέντες παράγοντες συμβάλλουν στην ενίσχυση των ανισοτήτων και των ανικανοποίητων υγειονομικών αναγκών των προσφύγων-μεταναστών για την κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψής τους (Pappa et al., 2015). Αναμφισβήτητα, η δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και οι ανεκπλήρωτες ανάγκες όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας διαθέτουν αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία των ευπαθών κοινωνικών ομάδων. Η χρονίζουσα αδυναμία επίλυσης του εν λόγω ζητήματος επενεργεί αφενός στην κατάσταση της υγείας των εν λόγω πληθυσμιακών ομάδων και αφετέρου στη

μακροπρόθεσμη αύξηση των υγειονομικών δαπανών, γεγονός που εγείρει σοβαρές ανησυχίες για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας του ΕΣΥ, ιδίως κατά την τρέχουσα μεταπανδημική περίοδο, όταν οι συνέπειες της προηγηθείσας οικονομικής κρίσης είναι ιδιαίτερα δριμείς (Stepanikova & Oates, 2017).

Υπό αυτό το πρίσμα, η ικανοποίηση αποτελεί την πιο καθοριστική μεταβλητή της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, και ως εκ τούτου της έκβασής τους, καθώς αποτελεί μια συνολική συγκινησιακή αντίδραση ποικίλης έντασης των ληπτών των υπηρεσιών υγείας προς το εκάστοτε σύστημα υγείας (Κωσταγιόλας και συν., 2006). Για την ακρίβεια, η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας συνεπάγεται την παροχή τους, σύμφωνα με ένα αναγνωρισμένο και αποδεκτό από αυτούς πρότυπο και όχι σύμφωνα με κάποιο εξιδανικευμένο πρότυπο φροντίδας. Συνεπώς, η ικανοποίηση αποτελεί μετρήσιμη έννοια των προσδοκιών, των αντιλήψεων, των αναγκών και των επιθυμιών των ασθενών (Γάτσιου, 2021).

3. Ικανοποίηση των προσφύγων-μεταναστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας

Ως όρος, η ποιότητα της φροντίδας υγείας περιγράφει το επίπεδο της φροντίδας στο οποίο οι αντίστοιχες υπηρεσίες μεγιστοποιούν το όφελος των ασθενών και βελτιώνουν την έκβαση της κατάστασης της υγείας τους. Οι υποδομές και το περιβάλλον στα οποία λαμβάνει χώρα η φροντίδα υγείας, τα χαρακτηριστικά εφαρμογής της ιατρικής επιστήμης για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών στους πολίτες και η διαπροσωπική ποιότητα των επαγγελματιών υγείας αποτελούν τις σημαίνουσες ποιοτικές παραμέτρους της παρεχόμενης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας για το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο (Vozikis & Siganou, 2015· Xesfingi & Vozikis, 2016). Υπό αυτό το πρίσμα, καθίσταται κατανοητό πως οι έννοιες της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αλληλοκαλύπτονται, καθώς, από την πλευρά του ασθενούς, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας επιφέρουν τα προσδοκώμενα αποτελέσματα ως προς τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010· Walther et al., 2020).

Βάσει των προαναφερόμενων, ο δείκτης ικανοποίησης των ασθενών είναι ο σημαντικότερος στόχος της περίθαλψης, για την αποτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών του υγειονομικού συστήματος της χώρας υποδοχής (Cronin & Taylor, 1992). Αλλωστε, μέσω των ασθενών μπορούν να προκύψουν σημαντικά δεδομένα, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν και να συμβάλλουν στην ενίσχυση και στον ανασχηματισμό της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Επομένως, διαφαίνεται ότι η εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας καθώς και η αποτίμηση των αντιλήψεών τους δεν αποτελεί μόνο μέτρο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αλλά και αυτοσκοπό τους (Μερκούρης, 1996).

Αναφορικά με την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από την προσφορά των υπηρεσιών υγείας, μια ακόμη απόπειρα εννοιολόγησής της λαμβάνει υπόψη της τον πολυδιάστατό της χαρακτήρα, γεγονός που την καθιστά δυσχερέστερη και πιο πολυδιάστατη εν συγκρίσει με την αποτίμηση άλλων υπηρεσιών. Αυτό οφείλεται στο ότι, όταν η χρήση των υπηρεσιών υγείας εντάσσεται σε ένα γενικότερο πλαίσιο, περιγράφεται ως μια αβέβαιη κατάσταση, η οποία προκαλεί ανησυχία και άγχος στους λήπτες της και δε μπορεί να προγραμματιστεί εκ των προτέρων (Vozikis & Siganou, 2015· Ljunge, 2016). Επιπλέον, οι ίδιοι οι αποδέκτες των υπηρεσιών δε διαθέτουν τη δυνατότητα αξιολόγησης των θεραπευτικών

πρωτοκόλλων, γεγονός που συνεπάγεται την αδυναμία αποτίμησης των παρόχων των υπηρεσιών (Γάτσιου, 2021).

Ωστόσο, η ύπαρξη διαφορετικών πολιτισμικών ταυτοτήτων μπορεί να οδηγήσει σε διαφορετικές ερμηνείες των ιατρικών παρεμβάσεων και να επηρεάσει το επίπεδο ικανοποίησης των ατόμων που λαμβάνουν τις υπηρεσίες. Μετατοπίζοντας το ερευνητικό ενδιαφέρον, ειδικότερα στους πρόσφυγες-μετανάστες, σε μελέτη που διεξήχθη με δείγμα πρόσφυγες-μετανάστες με δικαίωμα άδειας διαμονής, διαφάνηκε ότι τα προσωπικά γνωρίσματα των συμμετεχόντων και ειδικότερα το φύλο, το επίπεδο γνώσης της γλώσσας της χώρας υποδοχής και το μορφωτικό επίπεδο σχετίζονταν σημαντικά με το βαθμό ικανοποίησής τους από το σύστημα υγείας (Vozikis & Siganou 2015). Πιο συγκεκριμένα, ο συνδυασμός του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και συγκεκριμένων πολιτισμικών και θρησκευτικών πεποιθήσεων αποτελεί σημαντικό φραγμό κατά την παροχή ποιοτικής προληπτικής φροντίδα υγείας για τους πρόσφυγες-μετανάστες (Sarria-Santamera et al., 2016· Griswold et al., 2018).

Συνεπώς, ένα σχέδιο φροντίδας οφείλει να πορεύεται με κύριο γνώμονα το όφελος των προσφύγων-μεταναστών και τις ιδιαιτερότητες του βίου τους. Η συμμετοχή των εν λόγω ατόμων στην από κοινού λήψη αποφάσεων και η ικανότητα κατανόησης γραπτών πληροφοριών και οδηγιών αποτελούν μερικές μόνο από τις παραμέτρους για να λαμβάνουν οι πρόσφυγες-μετανάστες μια αξιοπρεπή φροντίδα υγείας (Γρηγοροπούλου και συν., 2020). Ως εκ τούτου, οι γλωσσικοί φραγμοί λειτουργούν ως εμπόδιο, υπονομεύοντας την πρόσβαση στη φροντίδα υγείας και τη συνακόλουθη από αυτήν ικανοποίηση, τόσο άμεσα όσο και μακροπρόθεσμα (Altin & Stock, 2016· Kang et al., 2019). Η ικανοποίηση των προσφύγων-μεταναστών από τις υπηρεσίες υγείας σχετίζεται επίσης με τη διαθεσιμότητα των επαγγελματιών υγείας, της επάρκειας αποθεμάτων φαρμάκων και του ιατρικού εξοπλισμού, τον αυξημένο χρόνο αναμονής στα νοσοκομεία και την ποιότητα φροντίδας που προσφέρεται (Γαλάνης και συν., 2012· Mohsin, 2017· Τζαβάρα & Παπαγεωργίου, 2019). Η βιβλιογραφία μάλιστα, υποστηρίζει την ικανοποίηση των προσφύγων-μεταναστών από τη φροντίδα υγείας, καθώς σε διαφορετική περίπτωση πραγματοποιούνται διαγνωστικά σφάλματα και προβλήματα στην παρακολούθηση ασθενών με χρόνια νοσήματα, μη επαρκείς διεξαγωγές διαγνωστικών εξετάσεων ή πολυάριθμες εισαγωγές στο νοσοκομείο (Porthé et al., 2018).

3.1. Προκλήσεις ως προς την ικανοποίηση από τη φροντίδα υγείας προσφύγων-μεταναστών

Πολλές μελέτες συνδέουν τα χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης προσφύγων-μεταναστών με την παύση στη συνέχεια της φροντίδας και τα εμπόδια στην πρόσβασή της (van Loenen et al., 2018· Kang et al., 2019· Γρηγοροπούλου και συν., 2020). Υπό αυτό το πρίσμα, καθίσταται κατανοητό, ότι πολλές φορές τόσο οι ενισχυτικοί όσο και επιβαρυντικοί παράγοντες που συνδέονται με τις δύο έννοιες αλληλεπικαλύπτονται (Wallimann & Balthasar, 2019).

Ειδικότερα, ως προς την ικανοποίηση των προσφύγων-μεταναστών από τις υπηρεσίες υγείας που διεξάγονται στη χώρα υποδοχής, η εφαρμογή επικοινωνίας με επίκεντρο τους ασθενείς, η χρονική πίεση, η από κοινού συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων και η δυνατότητα να κατανοούν τη γλώσσα της χώρας υποδοχής συνδέονται με το επίπεδο ικανοποίησής τους από την φροντίδα που λαμβάνουν (Altin & Stock, 2016).

Επιπλέον, η διαφορετική πολιτιστική ταυτότητα και κουλτούρα ενδέχεται να επηρεάσει τους ιατρονοσηλευτικούς τρόπους διεξαγωγής και το βαθμό ικανοποίησης των προσφύγων-μεταναστών, δεδομένων των διαφορετικών αντιλήψεων για την ασθένεια, την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη. Για παράδειγμα, οι γυναίκες που ανήκουν στις συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες δείχνουν την προτίμησή τους προς τις γυναίκες γυναικολόγους. Στον αντίποδα, οι εργαζόμενοι στον κλάδο της υγείας, ως επί το πλείστον, δεν έχουν τις κατάλληλες γνώσεις και δεξιότητες, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει έντονα αρνητικά συναισθήματα ή αντιδράσεις από πλευράς των συγκεκριμένων ασθενών (Vissandjee et al., 2017). Η διαφορετική πολιτισμική ταυτότητα διαπιστώνεται ότι σχετίζεται, επίσης, με το επίπεδο ικανοποίησης που απορρέει από τον περιορισμένο υγειονομικό αλφαριθμητισμό και την έλλειψη πρόσβασης στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στον τόπο υποδοχής καθώς και με την έλλειψη ικανότητας αποτελεσματικής αυτοδιαχείρισης της υγείας των προσφύγων-μεταναστών (Naus, 2018). Μάλιστα, έννοιες όπως η προληπτική φροντίδα (π.χ. διαλογή), η ψυχική φροντίδα και η αυτοδιαχείριση αποτελούν μερικές φορές άγνωστες λέξεις και έννοιες για τους πρόσφυγες-μετανάστες (Johnson et al., 2009· Kokanovic et al., 2010· Suurmond et al., 2013).

Οι διαφορές στη φροντίδα υγείας σε πολυπολιτισμικό περιβάλλον, δημιουργούν δυσχέρειες και ως προς την κατανόηση των σημείων και των συμπτωμάτων μιας νόσου από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Ως εκ τούτου, απαιτείται επιπλέον χρόνος και προσπάθεια για

την παροχή εξηγήσεων αναφορικά με την κατάσταση της υγείας τους (Griffiths et al., 2003). Σε έρευνα, επίσης, αναφέρεται, ότι κάποιοι πρόσφυγες-μετανάστες θέτουν πολύ υψηλές, μη ρεαλιστικές προσδοκίες για το ελληνικό σύστημα υγείας και τους λειτουργούς του (Jensen et al., 2013· Suurmond et al., 2010, 2013· Burchill & Pevalin, 2014). Σε αυτό το πλαίσιο, το χρονικό περιθώριο που οι επαγγελματίες υγείας αφιερώνουν στους ασθενείς αναφέρθηκε επίσης ως πρόκληση (Suurmond et al., 2013). Αποτελεσματική στρατηγική ως προς την αντιμετώπιση των παραπάνω γλωσσικών προβλημάτων αποτελεί η ύπαρξη πολιτισμικών διαμεσολαβητών που ως στόχο έχουν τη μέγιστη ικανοποίηση των προσφύγων-μεταναστών από το σύστημα υγείας καθώς εξασφαλίζουν την αποτελεσματική και ουσιαστική επικοινωνία με τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας, ενώ άλλες ενδιαφέρουσες έρευνες επικεντρώνονται στην ποιότητα της σχέσης μεταξύ επαγγελματιών υγείας και μεταναστών (Clough et al., 2013· Mohsin, 2017· Woodgate et al., 2017).

Ανακεφαλαιώνοντας, η ικανοποίηση των προσφύγων-μεταναστών από τα συστήματα υγείας και η ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες τους αποτελούν συναφή θέματα που συχνά αλληλεπικαλύπτονται παρά τις εννοιολογικές διαφορές τους (Wallimann & Balthasar, 2019). Παράλληλα, οι εργαζόμενοι στις υγειονομικές δομές συχνά στερούνται διαπολιτισμικών γνώσεων, γεγονός που μπορεί να συμβάλλει στην έντονη δυσαρέσκεια αυτών των πληθυσμιακών ομάδων (Mohsin, 2017). Σε αυτό το πλαίσιο, τα ευρωπαϊκά κράτη έχουν απέναντί τους μια αυξανόμενη ανάγκη ουσιαστικής εκπαίδευσης του ιατρονοσηλευτικού κλάδου για να μπορούν να ανταπεξέλθουν καταλλήλως στις διάφορες ανάγκες των προσφύγων-μεταναστών (Chiarenza et al., 2019).

Επομένως, εκ των όσων έχουν αναφερθεί, καθίσταται κατανοητός ο ζωτικής σημασίας ρόλος των πολιτισμικών δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας σε μια ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας πολιτισμικά ευαίσθητη για τους πρόσφυγες-μετανάστες (Kusuma & Babu, 2018). Ωστόσο, οι επαγγελματίες του ιατρονοσηλευτικού κλάδου χρήζουν υποστήριξης για να ανταπεξέλθουν στην πληθώρα των προβλημάτων που σχετίζονται με αυτές τις ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες έναντι του γηγενούς πληθυσμού μίας χώρας (Harris, 2018).

3.2.Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας

Για την ελαχιστοποίηση των δυσχερειών κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς με διαφορετικό γλωσσικό και πολιτισμικό υπόβαθρο, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να αναπτύξουν πολιτισμική επίγνωση και ευαισθησία ως μέσο αντιμετώπισης των ανισοτήτων στην υγεία. Μάλιστα, σε έρευνα προτείνεται ότι ο συνδυασμός εμπιστοσύνης και επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των προσφύγων-μεταναστών ασθενών θα πρέπει να αποτελεί μέρος της κατάρτισης των επαγγελματιών στον τομέα, καθώς διαθέτει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης και στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Fatahi & Krupic, 2016).

Ο αλφαριθμητισμός στην υγεία αναφέρεται στη γνώση, την κατανόηση των βασικών εννοιών και όρων της υγείας, τη χρήση των πληροφοριών, τα κίνητρα και τη λήψη αποφάσεων σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη, τη διατήρηση της ποιότητας ζωής, την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη ασθενειών κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (Ward et al., 2019). Σημαντική κρίνεται επίσης και η πολιτιστική επάρκεια, δηλαδή το σύνολο των ικανοτήτων και δεξιοτήτων αντιμετώπισης της πολιτισμικής ποικιλομορφίας εντός του συστήματος υγείας (Cai, 2016).

Τα μοντέλα για την ανάπτυξη της πολιτισμικής επάρκειας εστιάζουν στην ανάπτυξη συγκεκριμένων γνώσεων, στάσεων και δεξιοτήτων, όπως η ενσυναίσθηση και η ευγένεια των επαγγελματιών υγείας (Dauvin & Lorant, 2015· Filler et al., 2020). Συνεπώς, οι στρατηγικές για την αποτελεσματική βελτίωση της πρόσβασης και της ικανοποίησης του αυξανόμενου αριθμού ατόμων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο περιλαμβάνουν την ενημέρωση και κατάρτιση των εργαζομένων στον κλάδο της υγείας, την προώθηση της οργανωτικής ευελιξίας για το βέλτιστο συντονισμό των υπηρεσιών και τη συστηματική συλλογή δεδομένων σχετικά με τη χρήση και την αξιολόγησή τους (Kentikelenis & Shriwise, 2016· Priebe et al., 2016). Άμεσο απότοκο των προαναφερόμενων αποτελούν η μείωση των φυλετικών διακρίσεων και η ακόλουθη αύξηση του επιπέδου ικανοποίησης των προσφύγων-μεταναστών από την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης (Filler et al., 2020).

Εντούτοις, η παρουσία των προσφύγων-μεταναστών στις υγειονομικές δομές συνδέεται και με περιστατικά ξеноφοβίας και ρατσισμού. Σύμφωνα με έρευνες, οι πρόσφυγες και οι μετανάστες βιώνουν φυλετικές ή εθνοτικές προσβολές και κακοποίηση, καθώς και

ανεπιθύμητα σχόλια από τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας (Teagle, 2014). Παράλληλα, διαπιστώνεται ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης εμφανίζονται απρόθυμοι να επικοινωνήσουν στα αγγλικά με ασθενείς ξένης εθνικότητας και πολλές φορές υποχρεώνουν τους ασθενείς να στραφούν στην αναζήτηση διαπολιτισμικών μεσολαβητών (Zihindula et al., 2015). Αντιθέτως, μέρος των προσφύγων-μεταναστών εκφράζει την ικανοποίησή του για τη γεφύρωση των επικοινωνιακών χάσμάτων με διερμηνείς καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας, ενώ άλλοι εστιάζουν στο απρόσωπο της επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας (Farley et al., 2014· Yelland et al., 2016· Μπίκου, 2018).

Παρόμοια ευρήματα, ως αρνητικά χαρακτηριστικά της επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και προσφύγων-μεταναστών που επιδρούν στο επίπεδο ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες υγείας παρουσιάζονται και αναφορικά με την απουσία προσήλωσης στο ιατρικό καθήκον και το σεβασμό προς τις ανησυχίες των ασθενών αλλά και τον υπερτονισμό της ιατρικής ισχύος. Κατά συνέπεια προβλήματα εντοπίζονται ως προς τη συμμόρφωση με την ιατρική θεραπεία και τα επακόλουθα της υγειονομικής περίθαλψης (Clough et al., 2013· Mirza et al., 2017). Σε κάθε περίπτωση, η έντονη απουσία προθυμίας των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους πρόσφυγες-μετανάστες, εγείρει ερωτήματα σχετικά με την προθυμία των αντίστοιχων αρχών να ασχοληθούν με το θέμα (Crush & Tawodzera, 2013).

Συγκρούσεις όμως προκύπτουν και μεταξύ επαγγελματιών υγείας και προσφύγων-μεταναστών ιδιαίτερα σε επίπεδο ΠΦΥ με αρνητικές συνέπειες ειδικότερα για τα μικρά παιδιά. Η κακή διατροφική κατάσταση των παιδιών προσφύγων και η περιορισμένη προγεννητική και μεταγεννητική περίθαλψη για τις μητέρες είναι μόνο λίγες από τις αιτίες του αυξημένου ποσοστού θνησιμότητας των συγκεκριμένων παιδιών (Aralata et al., 2007). Υπό το πρίσμα αυτό, η γενικότερη δυσαρέσκεια, λόγω των συναισθηματικών αντιδράσεων που προκύπτουν, που εκφράζεται για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης της χώρας υποδοχής καθίσταται κατανοητή (Zihindula et al., 2015).

Επιπρόσθετα, ουσιώδης παράγοντας που επιδρά αρνητικά στο επίπεδο ικανοποίησης των προσφύγων-μεταναστών είναι ο διαθέσιμος χρόνος, ο οποίος παρέχεται στους ασθενείς από τους γιατρούς (Wathen & Harris, 2007). Επί παραδείγματι, σε έρευνα που διεξήχθη στον Καναδά, οι γυναίκες πρόσφυγες-μετανάστες δήλωσαν απρόθυμες να αντικρούσουν τους γιατρούς από φόβο μη θεωρηθεί ότι συμπεριφέρονται «εκτός ρόλου» ή χαρακτηριστούν

ενοχλητικές (Andersen, 2008). Η έλλειψη χρόνου από τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας περιορίζει, επίσης, τις ευκαιρίες των ασθενών για υποβολή ερωτήσεων συμβάλλοντας στην αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών τους (Wathen & Harris, 2007).

Επομένως, η σωστή εκπαίδευση όσον αφορά τις ιδιαιτερότητες των πολιτισμών των προσφύγων-μεταναστών θεωρείται απαραίτητη στη διάρκεια νοσηλείας τους. Αυτή περιλαμβάνει τον ηθικό γνώμονα, τους τρόπους συμπεριφοράς και τη διαδικασία διεξαγωγής των ιατρονοσηλευτικών ενεργειών (Drennan & Joseph 2005· Suurmond et al., 2010). Ο σεβασμός της πολιτισμικής διαφοράς επιτρέπει στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να προσαρμόσει αναλόγως τις ενέργειές του όσον αφορά την ιατροφαρμακευτική φροντίδα. Ολοκληρώνοντας, προσωπικές αρετές του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που θεωρούνται καίριες για την ενδυνάμωση των διαπολιτισμικών επαφών είναι η ευαισθησία, η συμπόνια και πολιτισμική ταπεινοφροσύνη (Jensen et al., 2013· Suurmond et al., 2010, 2013· Burchill & Pevalin 2014· Tobin & Murphy-Lawless, 2014).

4. Ερευνητική Μεθοδολογία

4.1. Σκοπός και αναγκαιότητα της έρευνας

Η Ευρώπη χαρακτηρίζεται τις τελευταίες δεκαετίες από έντονες και αναγκαστικές μετακινήσεις πληθυσμών και οικονομική ύφεση η οποία οδήγησε στην ταχύτατη αύξηση της ανεργίας, επιβαρύνοντας ακόμη περισσότερο τις πλέον ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες όπως οι πρόσφυγες και οι μετανάστες. Ως εκ τούτου, αναδείχθηκαν ιδιαίτερες πτυχές των ανισοτήτων και των ανικανοποίητων υγειονομικών αναγκών στον τομέα της υγείας που συσχετίζονται με τα εμπόδια και τις δυσκολίες με τα οποία τίθενται πρόσωπο με πρόσωπο οι πρόσφυγες-μετανάστες κατά την πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες, με άμεσο αντίκτυπο στο επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και στη συνακόλουθη ικανοποίησή τους (Γαλάνης και συν., 2022).

Σε κάθε περίπτωση, καθώς οι πρόσφυγες-μετανάστες αποτελούν σήμερα μια πολύ σημαντική πληθυσμιακή ομάδα στη χώρα μας, είναι επιθυμητή η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσής τους, η αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων τους, καθώς τα ζητήματά τους θα αποτελέσουν βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα προβλήματα του ελληνικού λαού, με απώτερο σκοπό την προαγωγή και τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Γαλάνης και συν., 2020· Walther et al., 2020). Αντίστοιχα, στην περίπτωση του ελληνικού κράτους, η αποτίμηση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί άκρως θεμελιώδη διαδικασία για τη διατήρηση της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στον ελληνικό πληθυσμό από το εθνικό σύστημα υγείας και τις υπηρεσίες του (Φρεγγίδου και συν., 2017· Γαλάνης και συν., 2020, 2022· Γρηγοροπούλου και συν., 2020).

Ωστόσο, στην περίπτωση της χώρας μας, οι προσπάθειες για την αποτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τις αντίστοιχες εθνικές δομές, συνδυαστικά με το γεγονός ότι η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα υστερεί εν συγκρίσει με άλλες χώρες της ΕΕ, δεν είναι επαρκείς, δεδομένο που προσέλυσε το ερευνητικό και μελετητικό ενδιαφέρον μας (Γαλάνης και συν., 2022). Παράλληλα, αξίζει να αναφερθεί το γεγονός της διαπίστωσης του αν η ελληνική περίθαλψη είναι σε θέση να ανταπεξέλθει, υπό το νέο πρίσμα που διαμόρφωσε η πανδημία, όσον αφορά τόσο τις ανάγκες των προσφύγων-μεταναστών όσο και των αυτοχθόνων (Truong et al., 2022).

Βάσει των προαναφερθέντων, σκοπό της παρούσης εργασίας αποτελεί η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στους πρόσφυγες και μετανάστες από δομές δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Επιμέρους στόχο της ερευνητικής μελέτης αποτελεί η εξέταση της διαμόρφωσης του επιπέδου ικανοποίησης των προσφύγων-μεταναστών λόγω των ατομικών χαρακτηριστικών τους. Σημειώνεται ότι η παρούσα πρωτογενής ποσοτική έρευνα εστιάζει στην περίπτωση της δομής φιλοξενίας στη Νέα Καβάλα.

4.2. Ερευνητικά ερωτήματα

Ακολούθως, παρατίθενται τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσης εργασίας:

1. Ποιο είναι το επίπεδο ικανοποίησης των προσφύγων-μεταναστών της δομής φιλοξενίας στη Νέα Καβάλα από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία ή ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς;
2. Πως διαφοροποιούν τις απόψεις των προσφύγων-μεταναστών τα ατομικά τους χαρακτηριστικά;

4.3. Ο «υπό μελέτη» πληθυσμός-μεθοδολογία δειγματοληψίας

Ο πληθυσμός της παρούσας έρευνας περιλαμβάνει τους πρόσφυγες-μετανάστες της δομής φιλοξενίας στη Νέα Καβάλα που προσέρχονται στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία ή ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς. Μόνο όσοι το επιθυμούσαν, με βάση την προθυμία τους συμμετείχαν στην έρευνα. Ως εκ τούτου, το δείγμα της παρούσης έρευνας ανέρχεται στους 315 συμμετέχοντες.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω γραπτού ερωτηματολογίου, στην αγγλική γλώσσα, προς διευκόλυνση των συμμετεχόντων με την αρωγή επαγγελματιών διερμηνέων. Η εξοικείωση των διερμηνέων με τους μετέχοντες πρόσφυγες-μετανάστες αποδείχθηκε χρήσιμη για την εξασφάλιση της αποτελεσματικής συμμετοχής των ασθενών και την αποτελεσματική ανταλλαγή πληροφοριών (Mkanta et al., 2017).

4.4.Ερευνητικό εργαλείο

Ως ερευνητικό εργαλείο στην παρούσα μελέτη θα χρησιμοποιηθεί η κλίμακα ικανοποίησης ασθενών (The Patient Satisfaction Questionnaire Short-Form- PSQ-18), όπως διατίθεται μεταφρασμένη στην ελληνική γλώσσα (Τσίρος και συν., 2017· Κύρκου, 2021). Το ερωτηματολόγιο αυτό, είναι μέρος των ερωτηματολογίων αυτό-αναφοράς και αποτελείται από 18 θέματα-προτάσεις, μετρώντας επτά διαστάσεις. Οι προτάσεις του ερωτηματολογίου αξιολογούν το βαθμό συμφωνίας των μετεχόντων στην έρευνα μέσω 5-βάθμιας κλίμακας Likert (Διαφωνώ απόλυτα=1 έως Συμφωνώ απόλυτα=5). Κάποια από τα ερωτήματα αυτά αποσκοπούν στη μέτρηση της δυσαρέσκειας (δηλώσεις 1-3, 5-6, 8, 11, 15 και 18), οπότε και έλαβαν αντίστροφη βαθμολόγηση ενώ οι υπόλοιπες δηλώσεις αποσκοπούν στη μέτρηση της ικανοποίησης των συμμετεχόντων. Η τιμή 3 ορίστηκε ως ουδέτερη, ενώ οι βαθμολογίες υψηλότερες του 3 δεικνύουν θετικότητα ως προς την ικανοποίηση των συμμετεχόντων.

Οι επτά υποκλίμακες που αξιολογούνται περιλαμβάνουν τη γενική ικανοποίηση (δηλώσεις 3 και 17), την τεχνική ποιότητα (δηλώσεις 2,4,6 και 14), την επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας (δηλώσεις 10 και 11), την επαφή με το προσωπικό του τμήματος (δηλώσεις 1 και 13), τις απαιτούμενες οικονομικές ανάγκες (δηλώσεις 5 και 7), το χρόνο μεταξύ του προσωπικού με τους χρήστες (δηλώσεις 12 και 15) και την προσβασιμότητα και ευκολία (δηλώσεις 8-9,16 και 18). Η συνολική βαθμολογία κάθε κλίμακας προκύπτει από τον μέσο όρο των επιμέρους δηλώσεων ερωτήσεων (Marshall & Hays, 1994).

Σημειώνεται, ότι το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν έχει ως γνώμονα τον ελληνικό πληθυσμό, αν και έχει χρησιμοποιηθεί μεταφρασμένο σε πολλές μεταπτυχιακές εργασίες (π.χ. Ζαχαριάδου, 2018· Μόσχου, 2020· Κύρκου, 2021). Αξίζει να αναφερθεί ότι η εργασία στοχεύει στην καταγραφή των αντιλήψεων των μετεχόντων προσφύγων-μεταναστών και όχι να επιτύχει στάθμιση ερευνητικού εργαλείου (Ξυμητούδη, 2022).

Ως προς την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου, η εσωτερική συνέπεια στους παράγοντες του ερωτηματολογίου μετρήθηκε με το δείκτη Cronbach's α (Πίνακας 1). Ο δείκτης αυτός αφορά στην κλίμακα Likert και στις ερωτήσεις που απαντώνται μέσω αυτής. Απαραίτητη προϋπόθεση της χρήση του είναι ο ελάχιστος αριθμός των ερωτημάτων της εκάστοτε κλίμακας να είναι ανώτερος του αριθμού τρία. Ως εκ τούτου, δεδομένου ότι το συγκεκριμένο ερευνητικό εργαλείο περιλαμβάνει και διαστάσεις μόνο με δύο δηλώσεις-προτάσεις ο δείκτης

υπολογίστηκε μόνο για το σύνολό του. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι ότι ο δείκτης ήταν άνω του 0,7, με αποτέλεσμα το αποδεκτό της μέτρησης (Field, 2016).

Πίνακας 1- Δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α

| Παράγοντες | Cronbach's α | Αρ. ερωτήσεων |
|----------------|---------------------|---------------|
| Ερωτηματολόγιο | ,831 | 18 |

Επιπλέον, στο ερωτηματολόγιο της παρούσης συμπεριλήφθηκαν πέντε πρόσθετες ερωτήσεις για τη συλλογή πληροφοριών που αφορούν ειδικά την εμπειρία των ασθενών προσφύγων-μεταναστών στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία ή ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς και τη συνακόλουθη ικανοποίησή τους από αυτή.

4.5. Ζητήματα δεοντολογίας

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη μετά και την χορήγηση της σχετικής άδειας από τη δομή φιλοξενίας, ώστε να διαμοιραστεί το ερωτηματολόγιο. Εξηγήθηκε ο σκοπός της έρευνας στους συμμετέχοντες, ενώ η αξιολόγηση των αντιλήψεών τους, πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου, το οποίο συμπληρώθηκε ανώνυμα. Εξασφαλίστηκε επίσης το ανεξάρτητο του ερευνητικού έργου από τη θεραπεία και τη νοσηλευτική πρόοδο των ασθενών.

4.6. Στατιστική επεξεργασία

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάστηκαν μέσω απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων (%). Ακολούθως, η χρήση του μέσου όρου και της τυπικής απόκλισης, αποτέλεσε τον τρόπο παρουσίασης των ποσοτικών δεδομένων. Ο έλεγχος της κανονικότητας, δε, στηρίχθηκε στο στατιστικό έλεγχο Shapiro-Wilk, δεδομένου ότι το τελικό δείγμα διέθετε μικρότερο αριθμό συμμετεχόντων από τους 5000, ενώ τελικά η κανονικότητα αποδείχθηκε στατιστικά μη σημαντική. Στο σημείο αυτό αξίζει η αναφορά του Κεντρικού Οριακού Θεωρήματος (ΚΟΘ), που ενίσχυσε τον ισχυρισμό περί κανονικότητας και σχετίζεται με το μέγεθος του δείγματος (Razali et al., 2011· Field, 2016). Ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι τα μεγέθη των ομάδων που αφορούσαν τα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ήταν εξαιρετικά άνισα (Field, 2016).

Ως εκ τούτου, η χρήση των μη παραμετρικών στατιστικών δοκιμών, αναφορικά με την εξέταση της μέσης τιμής των διαστάσεων του ερωτηματολογίου, Mann-Whitney U και Kruskal Wallis για τις περισσότερες ποιοτικές μεταβλητές, πλην του φύλου το οποίο εξετάστηκε μέσω της παραμετρικής δοκιμής independent samples t-test, κρίθηκε επιβεβλημένη. Στον αντίποδα, η διαφοροποίηση των απόψεων των προσφύγων-μεταναστών ανάλογα με τα ποσοτικά τους χαρακτηριστικά (ηλικία και έτη παραμονής στην Ελλάδα), διερευνήθηκε με τη χρήση του δείκτη Pearson r . Θα πρέπει να σημειωθεί ότι λόγω του περιορισμένου εύρους μεταβλητότητας ορισμένων παραγόντων και της φύσης των ερευνητικών ερωτημάτων για τη ανίχνευση πιθανών διαφορών ως προς τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων, δεν υλοποιήθηκαν μοντέλα παλινδρόμησης (Γαλάνης και συν., 2020).

Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$.

5. Παρουσίαση αποτελεσμάτων

5.1. Τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Ως προς τους συμμετέχοντες στην έρευνα, η κατανομή τους με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά παρουσιάζεται στον πίνακα 2. Αναφορικά με το δημογραφικό χαρακτηριστικό του φύλου, οι 160 (ποσοστό 50,8%) συμμετέχοντες ήταν άνδρες και οι λοιποί 155 συμμετέχοντες ήταν γυναίκες (ποσοστό 49,2%).

Αντίστοιχα, ως προς την εθνικότητά τους το 68,3% (215 άτομα) είναι Αφγανοί. Επιπλέον, 60 συμμετέχοντες (ποσοστό 19,0%) κατάγονται από χώρες της Ασίας (π.χ. Ιράν, Συρία κ.ά.), ενώ ως προς την εθνικότητα που έχουν δηλώσει μόλις 40 πρόσφυγες-μετανάστες (ποσοστό 12,7%), που φιλοξενούνται στη δομή της Νέας Καβάλας, προέρχονται από χώρες της Αφρικής (π.χ. Σομαλία, Αλγερία κ.ά.). Συνακολούθως, αναμενόμενο θεωρείται το γεγονός ότι οι θρησκευτικές πεποιθήσεις της πλειονότητας των συμμετεχόντων σχετίζονται με το μωαμεθανισμό (ποσοστό 85,7%, 270 άτομα) καθώς και ότι η μητρική τους γλώσσα προέρχεται από χώρες της Ασίας (ποσοστό 93,7%, 295 άτομα).

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα, διαπιστώνεται ότι οι περισσότεροι πρόσφυγες-μετανάστες διαθέτουν στοιχειώδεις γνώσεις όσον αφορά την ελληνική γλώσσα (ποσοστό 76,2%, 270 άτομα) ενώ ως προς το μορφωτικό τους επίπεδο η πλειονότητά τους αποτελείται από πρόσφυγες-μετανάστες που διαθέτουν κάποια εμπειρία εκπαίδευσης (ποσοστό 39,7%, 125 άτομα).

Αναφορικά με την κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων κατά την άφιξή τους στη χώρα, οι περισσότεροι πρόσφυγες-μετανάστες δήλωσαν ότι δε διέθεταν προβλήματα υγείας (ποσοστό 95,2%, 300 άτομα). Ηλικιακά, οι συμμετέχοντες, κατά μέσο όρο, είναι περίπου $30,24 \pm 9,0$, ενώ τα χρόνια παραμονής τους στην Ελλάδα ανέρχονται περίπου στα $3,64 \pm 1,41$ έτη.

Πίνακας 2- Τα ατομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

| | | Συχνότητα | Ποσοστό | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση |
|--|--------------------------------------|------------|-------------|-----------|-----------------|
| Δημογραφικά Χαρακτηριστικά | | | | | |
| Φύλο | Άνδρας | 160 | 50,8 | | |
| | Γυναίκα | 155 | 49,2 | | |
| Εθνικότητα | Αφγανοί | 215 | 68,3 | | |
| | Ασιάτες | 60 | 19,0 | | |
| | Αφρικανοί | 40 | 12,7 | | |
| Θρήσκευμα | Μωαμεθανός-ή | 270 | 85,7 | | |
| | Χριστιανός-ή | 20 | 6,3 | | |
| | Προτεστάντης-τισσα | 5 | 1,6 | | |
| | Βουδιστής-στρια | 20 | 6,3 | | |
| Μητρική γλώσσα | Γλώσσες της Ασίας | 295 | 93,7 | | |
| | Γλώσσες της Αφρικής | 5 | 1,6 | | |
| | Γλώσσες της Ευρώπης | 15 | 4,8 | | |
| Επίπεδο ελληνομάθειας | Στοιχειώδης Γνώση | 240 | 76,2 | | |
| | Βασική Γνώση | 60 | 19,0 | | |
| | Μέτρια Γνώση | 5 | 1,6 | | |
| | Καλή Γνώση | 10 | 3,2 | | |
| Μορφωτικό επίπεδο | Χωρίς εμπειρία εκπαίδευσης | 125 | 39,7 | | |
| | Απόφοιτος Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης | 50 | 15,9 | | |
| | Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης | 120 | 38,1 | | |
| | Απόφοιτος Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης | 20 | 6,3 | | |
| Κατάσταση υγείας κατά την άφιξη στη χώρα | Χωρίς προβλήματα υγείας | 300 | 95,2 | | |
| | Με προβλήματα υγείας | 15 | 4,8 | | |
| Νοσοκομειακό Τμήμα | ΤΕΠ | 120 | 38,1 | | |
| | Τακτικά εξωτερικά ιατρεία | 165 | 52,4 | | |
| | Νοσοκομειακή περίθαλψη | 30 | 9,5 | | |
| Ηλικία | | | | 30,24 | 9,08 |
| Ετη παραμονής στην Ελλάδα | | | | 3,46 | 1,41 |

5.2. Περιγραφική ανάλυση

Σε αυτό το σημείο της εργασίας παρατίθενται τα αποτελέσματα της κλίμακας ικανοποίησης των ασθενών, τα οποία αφορούν στο πρώτο ερευνητικό ερώτημα το οποίο διερευνούσε το επίπεδο ικανοποίησης των προσφύγων-μεταναστών από τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία ή ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς.

Πιο συγκεκριμένα, ο πίνακας 3, παρουσιάζει τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής. Η υψηλότερη μέση βαθμολογία αποδόθηκε από τους συμμετέχοντες στην επικοινωνία τους με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ($M.O= 3,87$, $T.A.= ,80$) ενώ αντίθετα, αξιοσημείωτο θεωρείται το γεγονός ότι η χαμηλότερη μέση βαθμολογία διαπιστώνεται στη διάσταση της συμπεριφοράς των ιατρών και νοσηλευτών ($M.O= 2,95$, $T.A.= ,46$). Η δε συνολική ικανοποίηση των προσφύγων-μεταναστών του δείγματος κρίνεται άνω του μετρίου ($M.O= 3,37$, $T.A.= ,76$).

Πίνακας 3-Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου

| | N | Ελάχιστη τιμή | Μέγιστη τιμή | Μέση τιμή | Τυπική απόκλιση |
|------------------------|-----|---------------|--------------|-----------|-----------------|
| Επικοινωνία | 315 | 1,50 | 5,00 | 3,87 | ,80 |
| Συνολική Ικανοποίηση | 315 | 1,50 | 5,00 | 3,37 | ,70 |
| Οικονομικές Παράμετροι | 315 | 1,50 | 4,50 | 3,24 | ,56 |
| Τεχνική Ποιότητα | 315 | 1,50 | 4,00 | 3,23 | ,51 |
| Προσβασιμότητα-Άνεση | 315 | 2,25 | 4,00 | 3,16 | ,34 |
| Χρόνος | 315 | 1,50 | 5,00 | 3,03 | ,67 |
| Διαπροσωπική Σχέση | 315 | 1,50 | 4,00 | 2,95 | ,46 |
| Valid N (listwise) | 315 | | | | |

Ως προς την επικοινωνία τους με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία ή ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς (Πίνακας 4), μόλις το 4,8% των συμμετεχόντων δήλωσε πως μερικές φορές αγνοούν αυτά που τους λένε, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των προσφύγων-μεταναστών διαφωνεί κατά 44,4% με την εν λόγω δήλωση ($M.O= 3,92$, $T.A.= 1,01$). Ακόμη, κατά 68,1% οι μετέχοντες στην έρευνα αποκρίνονται ότι οι ιατροί-νοσηλευτές τους παρέχουν επαρκείς πληροφορίες αναφορικά με τις ιατρικές τους εξετάσεις ($M.O= 3,81$, $T.A.= ,89$). Μάλιστα εξ αυτών μόλις το 9,5 % απάντησε «Διαφωνώ» σε αυτήν τη δήλωση.

Πίνακας 4-Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των δηλώσεων που περιλαμβάνονται στον παράγοντα επικοινωνία

| | Διαφωνώ απόλυτα | Διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ απόλυτα | Μέση Τιμή | Τυπική Απόκλιση |
|---|-----------------------|-----------------------|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------|--------------------|
| | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | | |
| Οι ιατροί/νοσηλευτές μερικές φορές αγνοούν αυτά που τους λέω | 95 (30,2%) | 140 (44,4%) | 55 (17,5%) | 10 (3,2%) | 15 (4,8%) | 3,92 | 1,01 |
| Οι ιατροί/νοσηλευτές παρέχουν ικανοποιητική εξήγηση του λόγου των ιατρικών εξετάσεων. | - | 30 (9,5%) | 70 (22,2%) | 145 (46,0%) | 70 (22,2%) | 3,81 | ,89 |

Ενθαρρυντικό κρίνεται το γεγονός, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 5, πως κατά 66,6% οι συμμετέχοντες πρόσφυγες-μετανάστες συμφωνούν, σε οποιοδήποτε βαθμό, ότι η ιατρική περίθαλψη που λαμβάνουν είναι σχεδόν άψογη ($M.O= 3,62$, $T.A.= ,88$). Παρόμοια εικόνα παρουσιάζεται και αναφορικά με το επίπεδο συνολικής ικανοποίησής τους από την ιατρική περίθαλψη που λαμβάνουν ($M.O= 3,13$, $T.A.= ,99$).

Πίνακας 5- Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των δηλώσεων που περιλαμβάνονται στον παράγοντα γενική ικανοποίηση

| | Διαφωνώ απόλυτα | Διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ απόλυτα | Μέση Τιμή | Τυπική Απόκλιση |
|---|-----------------------|-----------------------|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------|--------------------|
| | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | | |
| Η ιατρική περίθαλψη που λαμβάνω είναι σχεδόν άψογη | 10 (3,2%) | 25 (7,9%) | 70 (22,2%) | 180 (57,1%) | 30 (9,5%) | 3,62 | ,88 |
| Δεν είμαι ικανοποιημένος(η) από κάποια στοιχεία της ιατρικής περίθαλψης που λαμβάνω | 15 (4,8%) | 110 (34,9%) | 110 (34,9%) | 60 (19,0%) | 20 (6,3%) | 3,13 | ,99 |

Αναφορικά με τις οικονομικές παραμέτρους της ιατρικής περίθαλψής τους, οι απαντήσεις των προσφύγων-μεταναστών παρουσιάζονται στον πίνακα 6. Ειδικότερα, διαπιστώνεται πως οι πρόσφυγες-μετανάστες κατά πλειονότητα (ποσοστό 30,8%- 160 άτομα) θεωρούν ότι το ποσό για την ιατρονοσηλευτική τους φροντίδα είναι υπέρογκο, γεγονός αρκετά αξιοσημείωτο, δεδομένου ότι η έρευνα εστιάζει σε δημόσιες υγειονομικές δομές ($M.O= 3,92$, $T.A.= ,98$). Εντούτοις, ταυτόχρονα, κατά ποσοστό 73,1%, ισχυρίζονται ότι είναι δυνατόν να έχουν ιατροφαρμακευτική κάλυψη, χωρίς μεγάλη οικονομική επιβάρυνση ($M.O= 2,56$, $T.A.= ,81$).

Πίνακας 6- Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των δηλώσεων που περιλαμβάνονται στον παράγοντα οικονομικές παράμετροι

| | Διαφωνώ απόλυτα | Διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ απόλυτα | Μέση Τιμή | Τυπική Απόκλιση |
|---|-----------------------|-----------------------|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------|--------------------|
| | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | | |
| Νιώθω σίγουρος(η) ότι μπορώ να λάβω την υγειονομική περίθαλψη που χρειάζομαι, χωρίς μεγάλο οικονομικό κόστος. | 10 (3,2%) | 15 (4,8%) | 60 (19,0%) | 135 (42,9%) | 95 (30,2%) | 3,92 | ,98 |
| Καλούμαι να πληρώσω περισσότερα για την υγειονομική περίθαλψή μου, από όσα έχω τη δυνατότητα | - | 50 (15,9%) | 90 (28,6%) | 160 (30,8%) | 15 (4,8%) | 2,56 | ,81 |

Σύμφωνα με τις απαντήσεις της πλειονότητας (Πίνακας 7), το 66,6% των προσφύγων-μεταναστών, οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα, συμφωνεί ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία ή ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς είναι πολύ προσεκτικό κατά την εξέτασή τους ($M.O= 3,65$, $T.A.= ,84$). Ακόμη, σε αρκετά μεγάλο ποσοστό, της τάξης του 58,7% οι ερωτώμενοι δήλωσαν πως ο εξοπλισμός των ιατρείων στον υπό μελέτη υγειονομικό σχηματισμό είναι επαρκής ($M.O= 3,59$, $T.A.= ,90$). Στον αντίποδα, σε ποσοστό 69,8%, διατηρούν αμφιβολίες σχετικά με τις ικανότητες των ιατρών/νοσηλευτών να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την περίπτωσή τους ($M.O= 2,29$,

$T.A. = ,85$). Αξίζει να επισημανθεί, ταυτόχρονα, ότι κατά 57,2 % δεν αμφισβητούν την ορθότητα της διάγνωσής τους ($M.O = 3,40$, $T.A. = ,94$).

Πίνακας 7- Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των δηλώσεων που περιλαμβάνονται στον παράγοντα τεχνική ποιότητα

| | Διαφωνώ απόλυτα | Διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ απόλυτα | Μέση Τιμή | Τυπική Απόκλιση |
|--|-----------------------|-----------------------|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------|--------------------|
| | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | | |
| Όταν ζητώ υγειονομική φροντίδα, οι ιατροί/νοσηλευτές ελέγχουν προσεκτικά τα πάντα, κατά την αντιμετώπιση και εξέτασή μου | 10 (3,2%) | 15 (4,8%) | 80 (25,4%) | 180 (57,1%) | 30 (9,5%) | 3,65 | ,84 |
| Τα ιατρεία διαθέτουν ό,τι χρειάζεται για την παροχή πλήρους ιατρικής περίθαλψης | 10 (3,2%) | 20 (6,3%) | 100 (31,7%) | 145 (46,0%) | 40 (12,7%) | 3,59 | ,90 |
| Μερικές φορές, οι ιατροί/νοσηλευτές με κάνουν να αναρωτιέμαι, εάν η διάγνωσή τους είναι ορθή. | 15 (4,8%) | 165 (52,4%) | 80 (25,4%) | 40 (12,7%) | 15 (4,8%) | 3,40 | ,94 |
| Έχω κάποιες αμφιβολίες σχετικά με την ικανότητα των ιατρών/νοσηλευτών, οι οποίοι αντιμετωπίζουν την περίπτωσή μου. | 5 (1,6%) | 25 (7,9%) | 65 (20,6%) | 180 (57,1%) | 40 (12,7%) | 2,29 | ,85 |

Στον πίνακα 8 αναλύεται η βαθμολογία για τη διάσταση της «προσβασιμότητας-άνεσης». Το επίπεδο ικανοποίησης των προσφύγων-μεταναστών του δείγματος σύμφωνα με τα ευρήματα αυτής της εργασίας, βρίσκονται σε υψηλότερα επίπεδα ως προς τη μέση βαθμολογία αναφορικά με την ταχύτητα περίθαλψης ($M.O = 3,63$, $T.A. = ,93$) και σε χαμηλότερα επίπεδα ως προς την άμεση αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών ($M.O = 2,37$, $T.A. = ,93$).

Πίνακας 8- Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των δηλώσεων που περιλαμβάνονται στον παράγοντα
προσβασιμότητα-άνεση

| | Διαφωνώ απόλυτα | Διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ απόλυτα | Μέση Τιμή | Τυπική Απόκλιση |
|--|-----------------------|-----------------------|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------|--------------------|
| | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | | |
| Είμαι σε θέση να λαμβάνω υγειονομική περίθαλψη, όποτε τη χρειαστώ | 15 (4,8%) | 15 (4,8%) | 80 (25,4%) | 165 (52,4%) | 40 (12,7%) | 3,63 | ,93 |
| Έχω εύκολη πρόσβαση στους ειδικευμένους ιατρούς/νοσηλευτές που χρειάζομαι | 20 (6,3%) | 30 (9,5%) | 105 (33,3%) | 130 (41,3%) | 30 (9,5%) | 3,38 | 1,00 |
| Δυσκολεύομαι να κλείσω αμέσως ραντεβού για υγειονομική περίθαλψη | 55 (17,5%) | 75 (23,8%) | 95 (30,2%) | 80 (25,4%) | 10 (3,2%) | 3,27 | 1,12 |
| Οι ασθενείς πρέπει να περιμένουν πολύ για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών | 15 (4,8%) | 15 (4,8%) | 80 (25,4%) | 165 (52,4%) | 40 (12,7%) | 2,37 | ,93 |

Στην έκτη διάσταση της ικανοποίησης των προσφύγων-μεταναστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία ή ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς (Πίνακας 9), δηλαδή το χρόνο, τον υψηλότερο μέσο όρο συγκέντρωσε η δήλωση «Οι ιατροί/νοσηλευτές συνήθως αφιερώνουν άφθονο χρόνο σε εμένα» ($M.O= 3,44$, $T.A.= ,81$) με την πρόταση για το φόρτο εργασίας της εν λόγω νοσοκομειακής δομής να ακολουθεί ($M.O= 3,63$, $T.A.= ,93$). Πιο συγκεκριμένα, σε αρκετά μεγάλο ποσοστό, της τάξης του 35,6% οι μετέχοντες πρόσφυγες-μετανάστες συμφωνούν ως προς τη διάθεση επαρκούς χρόνου από πλευράς του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού σε αυτούς. Εντούτοις, αξιοσημείωτος κρίνεται ο υψηλός βαθμός συμφωνίας τους (ποσοστό 41,3%, 130 άτομα) αναφορικά με την ανυπομονησία που επιδεικνύουν οι ιατροί κατά τη διεκπεραίωση των περιστατικών.

Πίνακας 9- Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των δηλώσεων που περιλαμβάνονται στον παράγοντα χρόνος

| | Διαφωνώ απόλυτα | Διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ απόλυτα | Μέση Τιμή | Τυπική Απόκλιση |
|---|-----------------------|-----------------------|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------|--------------------|
| | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | | |
| Οι ιατροί/νοσηλευτές συνήθως αφιερώνουν άφθονο χρόνο σε εμένα | - | 50 (15,9%) | 90 (28,6%) | 160 (30,8%) | 15 (4,8%) | 3,44 | ,81 |
| Οι ιατροί/νοσηλευτές μερικές φορές βιάζονται υπερβολικά, κατά την αντιμετώπιση της περίπτωσης μου | 20 (6,3%) | 30 (9,5%) | 105 (33,3%) | 130 (41,3%) | 30 (9,5%) | 2,62 | 1,00 |

Τα πορίσματα της τελευταίας έβδομης διάστασης του ερωτηματολογίου, ήτοι των διαπροσωπικών σχέσεων, αποτυπώνονται στον πίνακα 10. Σε αυτό το πλαίσιο, το επίπεδο ικανοποίησης των προσφύγων-μεταναστών από τον τρόπο με τον οποίο τους αντιμετωπίζει το ανθρώπινο δυναμικό του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς, ως προς τα αποτελέσματα αυτής της εργασίας, βρίσκονται σε υψηλότερα επίπεδα ως προς τη μέση βαθμολογία αναφορικά με τη φιλικότητά του ($M.O= 3,71$, $T.A.= ,85$) και χαμηλότερα όσον αφορά την εγκάρδιότητα που επιδεικνύουν ως προς το άτομό τους ($M.O= 2,19$, $T.A.= ,89$). Ειδικότερα, το μεγαλύτερο ποσοστό (57,1%) απάντησε «Συμφωνώ» στη δήλωση «Οι ιατροί/νοσηλευτές με αντιμετωπίζουν με πολύ φιλικό και ευγενικό τρόπο». Ακολούθως, ως προς την υπερβολικά επαγγελματική και απρόσωπη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, μόλις το 9,5% του δείγματος δήλωσε ότι διαφωνεί, με τους περισσότερους να συμφωνούν σε ένα τέτοιο ενδεχόμενο, κατά ποσοστό 46,0%.

Πίνακας 10- Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των δηλώσεων που περιλαμβάνονται στον παράγοντα
διαπροσωπικές σχέσεις

| | Διαφωνώ απόλυτα | Διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ απόλυτα | Μέση Τιμή | Τυπική Απόκλιση |
|---|-----------------------|-----------------------|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------|--------------------|
| | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | | |
| Οι ιατροί/νοσηλευτές με αντιμετωπίζουν με πολύ φιλικό και ευγενικό τρόπο | 5 (1,6%) | 25 (7,9%) | 65 (20,6%) | 180 (57,1%) | 40 (12,7%) | 3,71 | ,85 |
| Οι ιατροί/νοσηλευτές έχουν υπερβολικά επαγγελματική και απρόσωπη συμπεριφορά απέναντί μου. | - | 30 (9,5%) | 70 (22,2%) | 145 (46,0%) | 70 (22,2%) | 2,19 | ,89 |

Ολοκληρώνοντας την περιγραφική παρουσίαση του ερευνητικού εργαλείου της παρούσης, παρουσιάζονται οι αποκρίσεις των μετεχόντων στην έρευνα προσφύγων-μεταναστών, όσον αφορά τα ζητήματα που προκύπτουν κατά τη λήψη των υπηρεσιών υγείας, τα οποία σχετίζονται ειδικότερα με τον πληθυσμό τους και επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησής τους (Πίνακας 11). Σύμφωνα με το 73% των συμμετεχόντων, τα γλωσσικά εμπόδια στην επικοινωνία λειτουργούν ανασταλτικά ως προς την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του Γ.Ν. Κιλκίς, συμβάλλοντας στην αύξηση της κοινωνικής απομόνωσής τους ($M.O= 4,11$, $T.A.= ,84$). Ωστόσο, το 49,2% των συμμετεχόντων, εκφράζει την ικανοποίησή του για τις υπηρεσίες διερμηνείας της υπό μελέτης δομής φιλοξενίας ($M.O= 3,33$, $T.A.= ,96$) παρά το γεγονός, σύμφωνα με τις απαντήσεις του 28,6% των συμμετεχόντων, ότι η επαφή μαζί τους δεν αποτελεί εύκολη υπόθεση ($M.O= 2,73$, $T.A.= 1,12$). Σε κάθε περίπτωση, ενθαρρυντικό κρίνεται το γεγονός ότι το 47,6% και το 74,6% των μετεχόντων προσφύγων-μεταναστών στην έρευνα δε νιώθουν ότι βιώνουν φυλετικές ($M.O= 2,70$, $T.A.= 1,14$) και θρησκευτικές ($M.O= 1,91$, $T.A.= 1,05$), αντίστοιχα, ανισότητες και διακρίσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Πίνακας 11- Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των δηλώσεων που αφορούν ειδικότερα τους πρόσφυγες-μετανάστες

| | Διαφωνώ απόλυτα | Διαφωνώ | Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ | Συμφωνώ | Συμφωνώ απόλυτα | Μέση Τιμή | Τυπική Απόκλιση |
|--|-----------------------|-----------------------|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------|--------------------|
| | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | Συχνότητα- Ποσοστό | | |
| Θα ήμουν πιο ικανοποιημένος από την ιατρική φροντίδα που λαμβάνω αν γνώριζα Ελληνικά-Αγγλικά | - | 5 (1,6%) | 80 (25,4%) | 105 (33,3%) | 125 (39,7%) | 4,11 | ,84 |
| Είμαι ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες διερμηνείας της δομής όπου φιλοξενούμαι | 10 (3,2%) | 55 (17,5%) | 95 (30,2%) | 130 (41,3%) | 25 (7,9%) | 3,33 | ,96 |
| Λαμβάνω με εύκολο τρόπο υπηρεσίες διερμηνείας | 55 (17,5%) | 75 (23,8%) | 95 (30,2%) | 80 (25,4%) | 10 (3,2%) | 2,73 | 1,12 |
| Η ιατρική φροντίδα που λαμβάνουν οι πρόσφυγες-μετανάστες είναι λιγότερο ικανοποιητική από αυτήν που λαμβάνουν οι Έλληνες | 45 (14,3%) | 105 (33,3%) | 90 (28,6%) | 50 (15,9%) | 25 (7,9%) | 2,70 | 1,14 |
| Νιώθω ότι οι θρησκευτικές μου πεποιθήσεις επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας που λαμβάνω | 145 (46,0%) | 90 (28,6%) | 55 (17,5%) | 15 (4,8%) | 10 (3,2%) | 1,91 | 1,05 |

5.3. Διαφοροποίηση των απόψεων των συμμετεχόντων βάσει των ατομικών τους χαρακτηριστικών

Ως προς την επίδραση των προσωπικών χαρακτηριστικών των προσφύγων-μεταναστών, ως προς τη μελέτη του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος, με τη χρήση της στατιστικής δοκιμής Kruskal-Wallis, η μεταβλητή «εθνικότητα» ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές σε όλες τις επιμέρους διαστάσεις της κλίμακας ικανοποίησης των ασθενών, πλην αυτής του χρόνου ($H(2) = ,322, p = ,851$)[(Πίνακας 12)]. Ειδικότερα, στην περίπτωση της επικοινωνίας,

σύμφωνα με την ανάλυση πολλαπλών συγκρίσεων Mann-Whitney U με διόρθωση Bonferroni, στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίζεται ανάμεσα στους πρόσφυγες-μετανάστες Αφγανικής εθνικότητας τόσο με τους συμμετέχοντες με εθνικότητες από την Ασία ($U = -51,502, p < ,001$), όσο και με τους συμμετέχοντες με εθνικότητες από την Αφρική ($U = -55,981, p = ,001$). Σε όλες τις περιπτώσεις οι πρόσφυγες-μετανάστες που προέρχονται από το Αφγανιστάν ($\Delta\mu = 4,00$) παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία ή ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες ($\Delta\mu_{As} = 4,02, \Delta\mu_{Af} = 4,50$).

Πίνακας 12- Στατιστική δοκιμή Kruskal-Wallis H για την εθνικότητα

| | Kruskal-Wallis H | df | p |
|------------------------|------------------|----|-------------|
| Επικοινωνία | 25,002 | 2 | ,000 |
| Συνολική Ικανοποίηση | 6,279 | 2 | ,430 |
| Οικονομικές Παράμετροι | 8,155 | 2 | ,017 |
| Τεχνική Ποιότητα | 27,730 | 2 | ,000 |
| Προσβασιμότητα-Άνεση | 16,312 | 2 | ,001 |
| Χρόνος | ,322 | 2 | ,851 |
| Διαπροσωπική Σχέση | 14,556 | 2 | ,001 |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: εθνικότητα

Ακολούθως, η ίδια στατιστική δοκιμή χρησιμοποιήθηκε για τον εντοπισμό διαφορών στις αντιλήψεις των μετεχόντων στην έρευνα με βάση το θρήσκευμά τους (Πίνακας 13). Όπως διαφαίνεται, στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου εκτός των διαπροσωπικών σχέσεων ($H(3) = 6,103, p = ,107$).

Συνακόλουθα, σύμφωνα με την ανάλυση πολλαπλών συγκρίσεων, κατά μέσο όρο οι Προτεστάντες πρόσφυγες-μετανάστες παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα συνολικής ικανοποίησης ($\Delta\mu = 3,00$) σε αντίθεση με τους μωαμεθανούς ($\Delta\mu = 2,00, H(3) = 8,245, p = ,025$), τους χριστιανούς ($\Delta\mu = 2,50, H(3) = 9,375, p = ,013$) και τους βουδιστές ($\Delta\mu = 2,50, H(3) = 9,375, p = ,013$). Σε παρόμοιο κλίμα κυμαίνονται και οι απαντήσεις που αφορούν τη διάσταση του χρόνου. Ωστόσο, σε αυτή την περίπτωση, η μόνη στατιστικά σημαντική σύγκριση εντοπίζεται μόνο μεταξύ των προτεσταντών και των μωαμεθανών ($H(3) = 16,453, p < ,001$).

Ως προς την υποκλίμακα της τεχνικής ποιότητας οι πρόσφυγες-μετανάστες βουδιστές εμφανίζουν υψηλότερη μέση βαθμολογία ($\Delta\mu = 3,50$) μόνο σε σύγκριση με αυτούς που ασπάζονται το Χριστιανισμό ($\Delta\mu = 3,25$, $H(3) = 13,333$, $p = ,002$).

Αντίστοιχα στη διάσταση της επικοινωνίας στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίζεται μόνο στη σύγκριση μεταξύ μωαμεθανών ($\Delta\mu = 4,00$) και χριστιανών ($\Delta\mu = 4,50$ $H(3) = 15,609$, $p < ,001$). Εντούτοις, η εικόνα αντιστρέφεται στην υποκλίμακα της προσβασιμότητας-άνεσης με τους πιστούς του Ισλάμ ($\Delta\mu = 3,25$) να σημειώνουν υψηλότερη μέση βαθμολογία σε σχέση με τους χριστιανούς ($\Delta\mu = 3,00$ $H(3) = 20,049$, $p < ,001$).

Προσέτι, στη διάσταση του οικονομικού κόστους οι χριστιανοί ($\Delta\mu = 3,25$) εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε αντίθεση με τις υπόλοιπες θρησκείες.

Πίνακας 13- Στατιστική δοκιμή Kruskal-Wallis H για το θρήσκευμα

| | Kruskal-Wallis H | df | p |
|------------------------|------------------|----|-------------|
| Επικοινωνία | 20,226 | 3 | ,000 |
| Συνολική Ικανοποίηση | 10,909 | 3 | ,012 |
| Οικονομικές Παράμετροι | 21,750 | 3 | ,000 |
| Τεχνική Ποιότητα | 12,648 | 3 | ,005 |
| Προσβασιμότητα-Άνεση | 28,566 | 3 | ,000 |
| Χρόνος | 16,406 | 3 | ,001 |
| Διαπροσωπική Σχέση | 6,103 | 3 | ,107 |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: θρήσκευμα

Ως προς τα γλωσσικά εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι πρόσφυγες-μετανάστες του δείγματος λόγω της μητρικής τους γλώσσας, οι στατιστικά σημαντικές διαφορές που αναδείχθηκαν εμφανίζονται στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 14). Σε όλες τις περιπτώσεις, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης πολλαπλών συγκρίσεων Mann-Whitney U με διόρθωση Bonferroni, διαπιστώνεται ότι μεγαλύτερους γλωσσικούς φραγμούς αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες με προέλευση από χώρες της Ασίας. Υπό αυτό το πρίσμα, αναμενόμενο θεωρείται το γεγονός ότι παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης εν συγκρίσει με αυτούς που ομιλούν γλώσσες της Αφρικανικής ή Ευρωπαϊκής ηπείρου.

Πίνακας 14- Στατιστική δοκιμή Kruskal-Wallis H για τη μητρική γλώσσα

| | <i>Kruskal-Wallis H</i> | <i>df</i> | <i>p</i> |
|------------------------|-------------------------|-----------|-------------|
| Επικοινωνία | 17,505 | 2 | ,000 |
| Συνολική Ικανοποίηση | 15,502 | 2 | ,000 |
| Οικονομικές Παράμετροι | 1,749 | 2 | ,417 |
| Τεχνική Ποιότητα | 6,279 | 2 | ,430 |
| Προσβασιμότητα-Άνεση | 3,357 | 2 | ,187 |
| Χρόνος | 8,509 | 2 | ,014 |
| Διαπροσωπική Σχέση | 3,559 | 2 | ,169 |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: μητρική γλώσσα

Εν συνεχεία, το ίδιο στατιστικό κριτήριο χρησιμοποιήθηκε για τον εντοπισμό διαφορών στις απόψεις των μετεχόντων προσφύγων-μεταναστών με βάση τη μεταβλητή «μορφωτικό επίπεδο» (Πίνακας 15). Ωστόσο, δε σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Πίνακας 15- Στατιστική δοκιμή Kruskal-Wallis H για το μορφωτικό επίπεδο

| | <i>Kruskal-Wallis H</i> | <i>df</i> | <i>p</i> |
|------------------------|-------------------------|-----------|----------|
| Επικοινωνία | ,354 | 3 | ,950 |
| Συνολική Ικανοποίηση | 1,328 | 3 | ,515 |
| Οικονομικές Παράμετροι | 6,279 | 3 | ,430 |
| Τεχνική Ποιότητα | ,322 | 3 | ,851 |
| Προσβασιμότητα-Άνεση | 4,014 | 3 | ,134 |
| Χρόνος | 6,103 | 3 | ,107 |
| Διαπροσωπική Σχέση | 3,059 | 3 | ,217 |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: θρήσκευμα

Επιπλέον, με τη χρήση του στατιστικού κριτηρίου Kruskal-Wallis, η μεταβλητή «νοσοκομειακό τμήμα» ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μόνο σε δύο από τις επτά διαστάσεις του ερωτηματολογίου της παρούσης (Πίνακας 16). Σε όλες τις περιπτώσεις, τα άτομα, στα οποία η κατάσταση της υγείας τους επέβαλε την παροχή εξειδικευμένης νοσοκομειακής περίθαλψης και φροντίδας παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με τους πρόσφυγες και μετανάστες που χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες υγείας στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία ή ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς.

Πίνακας 16- Στατιστική δοκιμή Kruskal-Wallis H για το νοσοκομειακό τμήμα

| | Kruskal-Wallis H | df | p |
|------------------------|------------------|----|-------------|
| Επικοινωνία | 2,162 | 2 | ,339 |
| Συνολική Ικανοποίηση | 11,994 | 2 | ,002 |
| Οικονομικές Παράμετροι | 1,500 | 2 | ,472 |
| Τεχνική Ποιότητα | 8,258 | 2 | ,016 |
| Προσβασιμότητα-Άνεση | 2,438 | 2 | ,296 |
| Χρόνος | 3,603 | 2 | ,165 |
| Διαπροσωπική Σχέση | 1,156 | 2 | ,561 |

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: θρήσκευμα

Ολοκληρώνοντας τη χρήση των μη παραμετρικών δοκιμών, σημειώνεται ότι ως προς το επίπεδο ελληνομάθειας των συμμετεχόντων (Πίνακας 17), η χρήση του στατιστικού κριτηρίου Mann-Whitney U δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές παρά μόνο στην περίπτωση της διάστασης της «προσβασιμότητας-άνεσης» ($U= 10912,00$, $p= ,004$), γεγονός αρκετά αξιοσημείωτο. Όπως ήταν αναμενόμενο, οι πρόσφυγες-μετανάστες που διαθέτουν στοιχειώδεις γνώσεις της ελληνικής γλώσσας ($\Delta\mu = 3,25$), παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης.

Πίνακας 17- Στατιστικό κριτήριο Mann-Whitney U για το επίπεδο ελληνομάθειας

| | | Mann-Whitney U | Asymp. Sig. (2-tailed) |
|------------------------|--------------------------|----------------|------------------------|
| Επικοινωνία | Στοιχειώδης γνώση | 8337,500 | ,320 |
| | Ανώτερη της στοιχειώδους | | |
| Συνολική Ικανοποίηση | Στοιχειώδης γνώση | 9387,500 | ,558 |
| | Ανώτερη της στοιχειώδους | | |
| Οικονομικές Παράμετροι | Στοιχειώδης γνώση | 8662,500 | ,598 |
| | Ανώτερη της στοιχειώδους | | |
| Τεχνική Ποιότητα | Στοιχειώδης γνώση | 9512,500 | ,445 |
| | Ανώτερη της στοιχειώδους | | |
| Προσβασιμότητα-Άνεση | Στοιχειώδης γνώση | 10912,500 | ,004 |
| | Ανώτερη της στοιχειώδους | | |
| Χρόνος | Στοιχειώδης γνώση | 7925,000 | ,085 |
| | Ανώτερη της στοιχειώδους | | |
| Διαπροσωπική Σχέση | Στοιχειώδης γνώση | 8400,000 | ,321 |
| | Ανώτερη της στοιχειώδους | | |

Ως προς το «φύλο» (Άνδρες vs. Γυναίκες), όπως προαναφέρθηκε, χρησιμοποιήθηκε το παραμετρικό κριτήριο «Independent samples t-test». Στατιστικώς σημαντική διαφορά για την εν λόγω ανεξάρτητη μεταβλητή αναδείχθηκε μόνο στην περίπτωση των διαπροσωπικών

σχέσεων ($t(313) = -4,368, p < ,001$), όπως φαίνεται και στον πίνακα 17. Υψηλότερη μέση βαθμολογία εμφανίζουν οι γυναίκες ($M.O = 3,06$), παρουσιάζοντας αυξημένα επίπεδα ικανοποίησης από τη συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Πίνακας 18- Στατιστικό κριτήριο για το φύλο

| | | Levene's Test για την ισότητα των διασπορών | | t | df | Sig. (2-tailed) |
|------------------------|---------------------------|---|-------------|---------------|------------|-----------------|
| | | F | Sig. | | | |
| Συνολική Ικανοποίηση | Υπόθεση ίσων διασπορών | ,275 | ,601 | -,757 | 313 | ,450 |
| | Υπόθεση μη ίσων διασπορών | | | -,757 | 312,295 | ,450 |
| Τεχνική Ποιότητα | Υπόθεση ίσων διασπορών | 3,554 | ,060 | -1,230 | 313 | ,220 |
| | Υπόθεση μη ίσων διασπορών | | | -1,234 | 306,732 | ,218 |
| Διαπροσωπική Σχέση | Υπόθεση ίσων διασπορών | ,231 | ,631 | -4,368 | 313 | ,000 |
| | Υπόθεση μη ίσων διασπορών | | | -4,361 | 307,068 | ,000 |
| Επικοινωνία | Υπόθεση ίσων διασπορών | ,892 | ,346 | ,572 | 313 | ,568 |
| | Υπόθεση μη ίσων διασπορών | | | ,571 | 308,753 | ,568 |
| Οικονομικές Παράμετροι | Υπόθεση ίσων διασπορών | 9,232 | ,003 | 1,914 | 313 | ,057 |
| | Υπόθεση μη ίσων διασπορών | | | 1,902 | 265,050 | ,058 |
| Χρόνος | Υπόθεση ίσων διασπορών | ,602 | ,438 | -,013 | 313 | ,989 |
| | Υπόθεση μη ίσων διασπορών | | | -,013 | 312,715 | ,989 |
| Προσβασιμότητα-Άνεση | Υπόθεση ίσων διασπορών | 1,110 | ,293 | 1,328 | 313 | ,185 |
| | Υπόθεση μη ίσων διασπορών | | | 1,325 | 307,588 | ,186 |

Εν κατακλείδι, ο δείκτης συσχέτισης Pearson (r) χρησιμοποιήθηκε για την εξέταση των σχέσεων ανάμεσα στα ποσοτικά ατομικά χαρακτηριστικά (ηλικία και έτη παραμονής στην Ελλάδα) των προσφύγων-μεταναστών και των διαστάσεων του ερωτηματολογίου (Πίνακα 19). Από τα ερευνητικά πορίσματα, διαφαίνονται συσχετίσεις μικρής έντασης. Η ισχυρότερη αρνητική σχέση, εμφανίζεται αναφορικά με την ηλικία και την τεχνική αποδοτικότητα ($r = -,398, p < .001$). Συνεπώς, όσο μεγαλύτερη η ηλικία των συμμετεχόντων τόσο χαμηλότερο το επίπεδο ικανοποίησης που σχετίζεται με ζητήματα που άπτονται της τεχνικής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (π.χ. ορθότητα διάγνωσης). Αντιθέτως, η ισχυρότερη θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ των ετών παραμονής στη χώρα και της προσβασιμότητας ($r = ,226, p < .001$). Επομένως, όσο πιο μεγάλο το διάστημα παραμονής στην Ελλάδα, τόσο υψηλότερη η ικανοποίηση των συμμετεχόντων, η οποία απορρέει από την ευκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 19-Δείκτης Pearson για τις συσχετίσεις των διαστάσεων του ερωτηματολογίου με την ηλικία και τα έτη παραμονής στην Ελλάδα

| | | Συνολική Ικανοποίηση | Τεχνική Ποιότητα | Διαπροσωπική Σχέση | Επικοινωνία | Οικονομικές Παράμετροι | Χρόνος | Προσβασιμότητα- Άνεση |
|--------------------|--------------------|-------------------------|---------------------|-----------------------|-------------|---------------------------|--------|--------------------------|
| Χρόνια στην Ελλάδα | PearsonCorrelation | -,013 | -,026 | -,174** | ,069 | ,042 | ,077 | ,226** |
| | Sig. (2-tailed) | ,815 | ,647 | ,002 | ,223 | ,453 | ,175 | ,000 |
| | N | 315 | 315 | 315 | 315 | 315 | 315 | 315 |
| Ηλικία | PearsonCorrelation | -,275** | -,398** | ,012 | ,060 | ,053 | ,025 | ,195** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,000 | ,829 | ,288 | ,345 | ,661 | ,000 |
| | N | 315 | 315 | 315 | 315 | 315 | 315 | 315 |

6. Συζήτηση- Συμπεράσματα

Σκοπό της παρούσης εργασίας αποτέλεσε η εξέταση του βαθμού ικανοποίησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στους πρόσφυγες και μετανάστες από δομές δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Επιμέρους στόχο της ερευνητικής μελέτης αποτέλεσε η εξέταση της διαμόρφωσης του επιπέδου ικανοποίησης των προσφύγων-μεταναστών λόγω των ατομικών χαρακτηριστικών τους. Υπό αυτό το πρίσμα, τα ερευνητικά πορίσματα της παρούσης παρέχουν καίριες πληροφορίες ως προς το επίπεδο ικανοποίησης των προσφύγων-μεταναστών από τις υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας όπως και ως προς τα προβλήματα που έρχονται αντιμέτωποι κατά την τριβή τους με αυτές.

Βάσει των προαναφερθέντων, η παρούσα έρευνα οδηγήθηκε σε ενδιαφέροντα ευρήματα, τα οποία συγκρίνει με προγενέστερα της παρούσης ερευνητικά δεδομένα. Πιο συγκεκριμένα, στην παρούσα έρευνα, ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης των προσφύγων-μεταναστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του υπό μελέτη νοσοκομειακού σχηματισμού διαπιστώθηκε ότι είναι άνω του μετρίου. Ειδικότερα, ο υψηλότερος μέσος όρος αποδόθηκε από τους συμμετέχοντες στην επικοινωνία τους με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ενώ, αντίθετα, αξίζει να επισημανθεί ότι η χαμηλότερη μέση βαθμολογία βρέθηκε στη διάσταση της συμπεριφοράς των ιατρών και νοσηλευτών. Παλαιότερες έρευνες δεικνύουν πως οι συχνότερες δυσκολίες, οι οποίες δημιουργούν στους πρόσφυγες-μετανάστες άσχημη ψυχική κατάσταση και περιορίζουν τη δυνατότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας των ΤΕΠ και των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, είναι η αδιαφορία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και η επικοινωνία. Μάλιστα, η σωστή επικοινωνία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της αυξημένης ικανοποίησης που παίρνουν οι πρόσφυγες-μετανάστες από τις υπηρεσίες υγείας (Kohlenberger et al., 2019· Γαλάνης και συν., 2020· Racasag-Niemi & Yli-Panula, 2020).

Όσον αφορά στη σφαιρικότερη ικανοποίηση των προσφύγων-μεταναστών από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας η προκειμένη έρευνα διαπίστωσε διαφορετικά στοιχεία από μια αλληλουχία διεθνών και ελληνικών μελετών, που συμπεραίνουν μια γενικευμένη τάση προς υποβαθμισμένα επίπεδα ικανοποίησης (Lien et al., 2008· Κοτσιώνη, 2011· Mkanta et al., 2017· Μπούζι, 2019).

Πιθανή ερμηνεία αποτελεί το γεγονός ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες προέρχονται από ηπειρούς με χαμηλό βιοτικό επίπεδο όπως η Αφρική και η Ασία αλλά και η απουσία

ασφαλιστικής κάλυψης (Dias et al., 2011). Συνακόλουθα, είναι επόμενο να συμπεράνουμε ότι οι πρόσφυγες-μετανάστες που κατάγονται από χώρες που δεν υπάρχει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μπορεί να εκλάβουν τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας της χώρας μας ως αποτελεσματικότερες, γεγονός που δικαιολογεί το άνω του μετρίου βαθμού ικανοποίησης που διαπιστώθηκε, δεδομένων των προηγούμενων εμπειριών από τις υπηρεσίες υγείας στη χώρα τους (Dias et al., 2011· Worabo et al., 2016).

Επιπλέον, σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα της εργασίας, τα γλωσσικά εμπόδια στην επικοινωνία λειτουργούν ανασταλτικά ως προς την ικανοποίηση των προσφύγων-μεταναστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του Γ.Ν. Κιλκίς, συμβάλλοντας στην αύξηση της κοινωνικής απομόνωσης των συμμετεχόντων. Το πόρισμα αυτό συμφωνεί και με παλαιότερες έρευνες, όπου διαπιστώνεται ότι βασικό φραγμό στην επικοινωνία, αποτελούν τα γλωσσικά εμπόδια (Papadakaki et al., 2017· Luque et al., 2018· Γαλάνης και συν., 2012, 2020, 2022· Pocosck et al., 2020). Μάλιστα, το γλωσσικό χάσμα επηρεάζει τόσο την εύρεση υπηρεσιών φροντίδας υγείας με περιπτώσεις σοβαρών επιπτώσεων για την υγεία των προσφύγων-μεταναστών όσο και το επίπεδο της ικανοποίησής τους. Η ερμηνεία αυτού του πορίσματος, ίσως συνδέεται με την εξασθένηση του ελληνικού συστήματος υγείας, το οποίο δε διαθέτει επαρκείς πόρους για να συντηρήσει τη λειτουργία του και δεν είναι σε θέση να ανταποκριθεί στο αυξημένο επίπεδο απαιτήσεων και αναγκών της συγκεκριμένης ομάδας ατόμων αλλά και έλλειψη κατάρτισης και πολιτισμικών δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τη διαχείριση των γλωσσικών προβλημάτων που προκύπτουν με τους πρόσφυγες-μετανάστες (Papadakaki et al., 2017).

Ως εκ τούτου, γίνεται κατανοητό, ότι για την παροχή ποιοτικής φροντίδας σε άτομα με διαφορετικό γλωσσικό και πολιτισμικό υπόβαθρο, κρίνεται απαραίτητη η διάγνωση της κατάστασης της υγείας τους αλλά και της δυσκολίας που αντιμετωπίζουν ως προς την έκφραση των αναγκών τους. Υπό αυτό το πρίσμα, η ανάδειξη των διαπολιτισμικών δεξιοτήτων που μπορεί να διαθέτουν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καθίσταται αναγκαία (Krupic et al., 2016).

Παράλληλα, η παρούσα έρευνα έδειξε ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων, εκφράζει την αυξημένη ικανοποίησή της, για τις υπηρεσίες διερμηνείας της υπό μελέτης δομής. Ωστόσο, η επικοινωνία μαζί τους δεν αποτελεί εύκολη υπόθεση.

Το πόρισμα αυτό συμφωνεί και με παλαιότερες έρευνες, όπου διαπιστώνεται ότι στις περισσότερες χώρες της ευρωπαϊκής ηπείρου, η προσβασιμότητα των προσφύγων-μεταναστών είναι περιορισμένη στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, λόγω ουσιαστικών δυσκολιών όπως αυτής της διαθεσιμότητας και επάρκειας διερμηνέων. Μάλιστα, υποστηρίζεται ότι η έλλειψη διερμηνέων επιδρά, πράγματι, ουσιαστικά στην ικανοποίηση των προσφύγων-μεταναστών (Kohlenberger et al., 2019). Ομοίως, σε έρευνα αναφέρεται ότι οι γλωσσικοί φραγμοί και η ανεπάρκεια επαγγελματιών διερμηνέων επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας της υγείας (Krupic et al., 2016). Στρατηγική υπέρβασης του συγκεκριμένου εμποδίου αποτελούν οι πολιτισμικοί διαμεσολαβητές, οι οποίοι είναι ιδιαίτερα χρήσιμοι ως προς την άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση των κοινωνικών και πολιτισμικών εμποδίων στην επικοινωνία των προσφύγων-μεταναστών με τους επαγγελματίες υγείας (Mohsin, 2017· Τζαβάρα & Παπαγεωργίου, 2019· Γρηγοροπούλου, 2020).

Έτερο πόρισμα της παρούσας έρευνας, σχετίζεται με τις φυλετικές και θρησκευτικές ανισότητες και διακρίσεις που αντιμετωπίζουν οι πρόσφυγες-μετανάστες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Εντούτοις, όπως διαπιστώνεται οι συμμετέχοντες δε βιώνουν αντίστοιχα περιστατικά. Σε αντίθεση με το προαναφερθέν εύρημα, υπήρξε άλλη μελέτη με αντιθετικά πορίσματα, στην οποία οι συμμετέχοντες βίωσαν συναισθήματα αποτροπιασμού και απομόνωσης όταν παρατήρησαν ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό κατά την παροχή φροντίδας υγείας διατήρησε διαφορετική συμπεριφορά απέναντί τους (Mangrio & Sjogren Forss 2017).

Συμπερασματικά, η φροντίδα της υγείας οφείλει να είναι αμερόληπτη σε διακρίσεις ηλικίας, φυλής, θρησκευματος, πολιτισμικού υπόβαθρου, ασθένειας ή αναπηρίας, πολιτικής ιδεολογίας ή κοινωνικής κατάστασης. Το ιατρικό και νοσηλευτικό ανθρώπινο δυναμικό των υγειονομικών σχηματισμών οφείλει να μην κρίνει με βάση την κοινωνική υπόσταση και να καταλαβαίνει τις δυσχέρειες, με τις οποίες έρχονται σε καθημερινή βάση αντιμέτωπες οι ευάλωτες αυτές κοινωνικές ομάδες, προκειμένου να εκμηδενιστούν οι υγειονομικές ανισότητες και διακρίσεις στον κλάδο της ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης (Γρηγοροπούλου, 2020). Συνακόλουθα, αναγνωρίζεται η αναγκαιότητα βελτίωσης των κοινωνικών και πολιτιστικών συνθηκών στη χώρα μας καθώς όταν ένα σύστημα υγείας αγνοεί τις διαφορετικές πολιτιστικές αξίες των αποδεκτών των υπηρεσιών του, πιθανόν να προκύψουν αρνητικές συνέπειες για την υγεία τους, όπως λανθασμένες διαγνώσεις, αναποτελεσματικές ή επισφαλείς θεραπείες κ.ά..

Βάσει των προαναφερόμενων, για την επίτευξη της μέγιστης ποιότητας φροντίδας, είναι σημαντικό να αποφεύγονται οι προκαταλήψεις για τις μειονότητες.

Επιπλέον, όσον αφορά την εθνικότητα, στην εν λόγω μελέτη λιγότερο ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Κιλκίς δηλώνουν οι πρόσφυγες-μετανάστες Αφγανοί. Αντίστοιχα, στις έρευνες των Polychronidou και συνεργατών (2012) και των Boutziona και συνεργατών (2020) το μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποιημένων προσφύγων-μεταναστών προέρχονταν από την Αλβανία. Αυτό το αποτέλεσμα φαίνεται να είναι απόρροια της σύνθεσης του δείγματος της εκάστοτε έρευνας αλλά και των περισσότερων ετών παραμονής των συμμετεχόντων στην Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες εθνικότητες (Polychronidou et al., 2012· Boutziona et al., 2020).

Ακόμη, στην έρευνα αυτή, τα πορίσματα κατέδειξαν ότι το θρήσκευμα διαφοροποιεί τις αντιλήψεις των μετεχόντων στην έρευνα. Όπως διαφαίνεται, στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου εκτός των διαπροσωπικών σχέσεων.

Σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της παρούσης, έτερη έρευνα διαπίστωσε ότι οι πρόσφυγες-μετανάστες που ασπάζονται το Μωαμεθανισμό, εμφανίζουν χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, οι οποίες σχετίζονται με την αναπαραγωγή της θρησκευτικής τους ταυτότητας, όπως για παράδειγμα οι θεραπείες που απαιτούν τη χρήση αίματος ή οι εμβολιασμοί (Battaglia et al., 2018). Ωστόσο, εντοπίστηκε και έρευνα που αναφέρει αντίθετα αποτελέσματα. Ειδικότερα, στη συγκεκριμένη έρευνα δε διαπιστώνονται στατιστικά σημαντικές διαφορές στις αντιλήψεις των προσφύγων-μεταναστών σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας με βάσει τις θρησκευτικές πεποιθήσεις τους (Rashidian et al., 2019). Εντούτοις, οι εν λόγω έρευνες, εστίασαν, κυρίως, στην προσβασιμότητα των προσφύγων-μεταναστών στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και όχι στις πιθανές διαφορές στις αντιλήψεις τους λόγω των θρησκευτικών πεποιθήσεών τους (Priebe et al., 2016· Souliotis et al., 2018· Rashidian et al., 2019). Συνακόλουθα, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, με τη μορφή των πολιτιστικών στερεοτύπων σε συνδυασμό με τα γλωσσικά εμπόδια στην επικοινωνία και τις υποβαθμισμένες συνθήκες διαβίωσης, που επηρεάζουν τις ευάλωτες πληθυσμιακά κοινωνικές ομάδες λειτουργούν ανασταλτικά ως προς την αύξηση της ικανοποίησης των

προσφύγων-μεταναστών από τις υπηρεσίες του ελληνικού συστήματος υγείας (Keygnaert et al., 2012· Δριτσάκου και συν., 2018· Arfa et al., 2020).

Ως προς τα γλωσσικά εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι πρόσφυγες-μετανάστες του δείγματος λόγω της μητρικής τους γλώσσας, οι στατιστικά σημαντικές διαφορές που αναδείχθηκαν, εστίασαν στους γλωσσικούς φραγμούς, τους οποίους αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες με προέλευση από χώρες της Ασίας. Υπό αυτό το πρίσμα, αναμενόμενο θεωρείται το γεγονός ότι παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης εν συγκρίσει με αυτούς που ομιλούν γλώσσες της Αφρικανικής ηπείρου και της Ευρώπης.

Ακολούθως, έτερο πόρισμα της παρούσης, αφορά το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων σχετίζεται με την απουσία διαφορών ως προς τις αντιλήψεις τους. Ως προς αυτό το συμπέρασμα, παλαιότερες έρευνες διαπιστώνουν ότι όταν οι πρόσφυγες-μετανάστες διαθέτουν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, τότε η ικανοποίησή τους από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας βελτιώνεται ανάλογα. Επιπρόσθετα, το ανώτερο μορφωτικό επίπεδο σχετίζεται με την απαίτηση των ασθενών να ενημερώνονται για τις δημόσιες υπηρεσίες φροντίδας υγείας και τα δικαιώματά τους αναφορικά με την φροντίδα της υγείας τους αλλά και την εμπιστοσύνη προς τους επαγγελματίες υγείας. Αντίθετα, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συσχετίζεται αρνητικά με το αντιλαμβανόμενο κόστος και την πολυπλοκότητα των υπηρεσιών υγείας (Γρηγοροπούλου, 2020).

Επιπλέον, σε αρκετές μελέτες διαπιστώνεται ότι η σχέση του μορφωτικού επίπεδο με την απόκτηση παιδείας στον τομέα της υγείας διαθέτει θετικό πρόσημο, η οποία επηρεάζει την ικανοποίηση των προσφύγων-μεταναστών από τη λήψη των υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Vozikis & Siganou, 2015). Παράλληλα, σε μελέτη η οποία διερεύνησε την παιδεία των προσφύγων μεταναστών στον τομέα της υγείας, αναδείχθηκε ότι τα άτομα με ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης εμφάνισαν υψηλότερα συνολικά επίπεδα ικανοποίησης σε σύγκριση με τα άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο τα οποία, συνήθως, υποχρησιμοποιούν τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας και υπερβαίνουν δυσκολότερα τα εμπόδια του συστήματος φροντίδας υγείας (Gele et al., 2016· Ghahari et al., 2020).

Εντούτοις, αξίζει να σημειωθεί, ότι η μεθοδολογία αυτών των ερευνών διαφοροποιείται της παρούσης, καθώς μόνο μια από αυτές χρησιμοποίησε ως ερευνητικό εργαλείο το PSQ-18. Αντίθετα, οι περισσότερες από τις προαναφερθείσες μελέτες επέλεξαν μόνο τη διάσταση του

χρόνου στην έρευνά τους, ειδικότερα, όσες διερεύνησαν το επίπεδο ικανοποίησης των προσφύγων-μεταναστών από το ανθρώπινο δυναμικό των υγειονομικών δομών (Αλετράς και συν., 2007· Γρηγοροπούλου, 2020). Συμπερασματικά, υποδηλώνεται ότι απαιτείται μεγαλύτερη δέσμευση πόρων για την προώθηση της υγειονομικής παιδείας μεταξύ των ομάδων των προσφύγων-μεταναστών με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης, με απώτερο στόχο την εξάλειψη των διακρίσεων και τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας της παροχής φροντίδας υγείας με προτεραιότητα τον ασθενή (Bianco et al., 2016).

Επιπλέον, σημειώνεται ότι ως προς το επίπεδο ελληνομάθειας των συμμετεχόντων οι πρόσφυγες-μετανάστες που διαθέτουν στοιχειώδεις γνώσεις της ελληνικής γλώσσας, παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Κατ' αντιστοιχία με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, σε άλλη μελέτη παρατηρείται ότι το περιορισμένο επίπεδο επάρκειας της γλώσσας η οποία ομιλείται στη χώρα φιλοξενίας, διαφαίνεται ότι μειώνει τη λήψη των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα αυτών της ψυχικής υγείας, αλλά και τη συνολική ικανοποίηση των προσφύγων-μεταναστών από αυτές (Chu et al., 2019).

Ως προς το «φύλο» (Ανδρες vs. Γυναίκες), παρατηρείται ότι οι γυναίκες, παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα ικανοποίησης από τη συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Παλαιότερη μελέτη σχετικά με το φύλο, το συσχετίζει μόνο με τη διάσταση της προσβασιμότητας. Ειδικότερα, στη συγκεκριμένη μελέτη, σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της παρούσης, οι γυναίκες έδειξαν σημαντικά χαμηλότερη ικανοποίηση όσον αφορά την «ευκολία πρόσβασης σε εγκαταστάσεις υγείας». Πιθανή εξήγηση για αυτό αποτελεί η στερεοτυπική δυαδική αντίληψη για το φύλο και το σεξουαλικό προσανατολισμό, μεταξύ των προσφύγων-μεταναστών που προέρχονται από συντηρητικές κοινωνίες σύμφωνα με την οποία η κυρίαρχη πολιτιστική λογική είναι αυτή της ανδρικής ανωτερότητας (Vissandjee et al., 2017· Baptist & Coburn, 2019· Boyer, 2022). Συμπερασματικά, η πολιτισμική ταυτότητα σε συνδυασμό με τις εμπειρίες από το υγειονομικό σύστημα της χώρας καταγωγής των προσφύγων-μεταναστών διαπιστώνεται ότι σχετίζεται, με το επίπεδο ικανοποίησης που απορρέει από την πρόσβαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στον τόπο φιλοξενίας καθώς και με την έλλειψη ικανότητας αποτελεσματικής αυτοδιαχείρισης της υγείας των προσφύγων-μεταναστών (Naus, 2018).

Έτερο ενδιαφέρον συμπέρασμα στο οποίο οδηγήθηκε η παρούσα έρευνα, αφορούσε την ηλικία και τα έτη παραμονής στην Ελλάδα των προσφύγων-μεταναστών. Όπως διαπιστώθηκε,

όσο μεγαλύτερη η ηλικία των συμμετεχόντων τόσο χαμηλότερο το επίπεδο ικανοποίησης που σχετίζεται με ζητήματα που άπτονται της τεχνικής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (π.χ. ορθότητα διάγνωσης).

Ως προς το ανωτέρω συμπέρασμα, παλαιότερη έρευνα, ανέδειξε αντίστοιχη επίδραση στο επίπεδο ικανοποίησης των προσφύγων-μεταναστών. Πιο αναλυτικά, καθώς αυξάνεται η ηλικία των προσφύγων-μεταναστών τόσο μειώνονται η ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και συνακόλουθα η ποιότητα ζωής τους ως απόρροια της μειωμένης κινητικότητας και της έλλειψης δραστηριότητας (Prapas & Mavreas, 2019· Sourtzi et al., 2020).

Ολοκληρώνοντας, το ζήτημα των προσφύγων και των μεταναστών διαδραματίζει ιστορικά ουσιώδη ρόλο στη σύσταση των σύγχρονων κοινωνιών, μεταβάλλοντας την κατανομή των πληθυσμών και το επιδημιολογικό προφίλ των πολιτών στις χώρες υποδοχής (Γρηγοροπούλου, 2020). Αυτό από μόνο του αποτελεί μια ιδιαίτερα δύσκολη κατάσταση στη διαχείρισή της, ιδίως για τους επαγγελματίες υγείας στη χώρα υποδοχής, οι οποίοι καλούνται να ασχοληθούν με τις εγκαταστάσεις υγείας, τις υποδομές και τις άγνωστες ανάγκες υγείας (Δριτσάκου και συν., 2018).

Οι συναισθηματικές και πρακτικές αντιδράσεις των ανθρώπων στα συμπτώματά τους και η ανταπόκριση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης στις ανάγκες τους έχουν σημασία, τόσο για την ευημερία των μεμονωμένων χρηστών υγειονομικής περίθαλψης όσο και για την αύξηση της ποιότητας της φροντίδας (Coulter et al. 2014). Η έρευνα σχετικά με τη δυσαρέσκεια με την υγειονομική περίθαλψη τείνει να δειγματίζει συγκεκριμένους κλινικούς πληθυσμούς, εξαιρουμένων εκείνων που περιθωριοποιούνται λόγω περιορισμένης γλώσσας, αβέβαιης μεταναστευτικής κατάστασης, ψυχικής ασθένειας και φτώχειας (Hill, 2010). Ενώ η ενσωμάτωση της εμπειρίας των χρηστών υγειονομικής περίθαλψης, είναι καταρχήν αποδεκτή, η συστηματική και δομημένη ενσωμάτωση των απόψεων των ασθενών παραμένει άπιαστη ακόμη και σε εκείνες τις ευρωπαϊκές χώρες με ενεργά κινήματα χρηστών (Barry & Edgman-Levitan, 2012· Rozenblum et al., 2013). Η εισαγωγή προτύπων που ενημερώνονται από τις αρνητικές εμπειρίες των χρηστών είναι ένας καθιερωμένος μηχανισμός για τη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά παρ' όλα αυτά αποτελεί κανονιστική στρατηγική για την ενίσχυση της πρόσβασης και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας η οποία ενδέχεται ποτέ να μην ανταποκρίνεται πλήρως στις ανάγκες κοινωνιών που δεν είναι μόνο ποικίλες, αλλά και

διαφοροποιημένες (Phillimore et al. 2019). Τα ανωτέρω συμπεράσματα, συνδέονται με την καλύτερη υγεία των προσφύγων-μεταναστών τόσο στις αναπτυσσόμενες όσο και στις ανεπτυγμένες χώρες (Clough et al., 2013· Bradby et al., 2020). Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι κοινωνικές συνθήκες και οι συνθήκες διαβίωσης αλλά και η ποιότητα ζωής των προσφύγων-μεταναστών που σχετίζεται με την υγεία φαίνεται να απέχουν πολύ από το ιδανικό (Alduraidi et al., 2021).

Εν κατακλείδι, η χρήση υπηρεσιών υγείας από πρόσφυγες-μετανάστες συντελεί ένα μείζον θέμα παγκόσμιας κλίμακας και η εξάλειψη των διακρίσεων κρίνεται πιο καιρία από ποτέ. Ζωτικής σημασίας προϋπόθεση για την προσάρτηση των προσφύγων-μεταναστών στην κοινωνία της χώρας υποδοχής καθιστά η πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας. Παρόλο που διαπιστώνεται πως οι πρόσφυγες-μετανάστες συνιστούν μια ειδική ομάδα του πληθυσμού με ιδιαίτερες ανάγκες ως προς τους πολίτες της χώρας υποδοχής, αρκετές χώρες, μία εκ των οποίων και η Ελλάδα, δε μπόρεσαν να δημιουργήσουν ευνοϊκές στρατηγικές για την καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών περίθαλψης των προσφύγων-μεταναστών. Αυτή είναι η αιτία που κρίνεται σημαντική η διαμόρφωση και εφαρμογή ευνοϊκών πρωτοκόλλων υγείας, και ειδικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, που θα διευκολύνουν σε πρώτο στάδιο την πρόσβαση των προσφύγων-μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας και εν συνεχεία την κατανόηση και ορθή χρήση των υπηρεσιών αυτών, πετυχαίνοντας με αυτόν τον τρόπο καλύτερα αποτελέσματα και βελτίωση της υγείας τους (Γαλάνης και συν., 2020).

7. Ερευνητικοί περιορισμοί

Η παρούσα συγχρονική έρευνα διαθέτει και περιορισμούς. Ειδικότερα, αποτελεί έρευνα η οποία αποτυπώνει, στην παρούσα χρονική στιγμή, την κατάσταση των προσφύγων-μεταναστών. Εντούτοις, θα πρέπει να επισημανθεί ότι δε διερευνάται η πορεία στη χώρα σε βάθος χρόνου, δεδομένο που δε επιτρέπει τη γενίκευση των συμπερασμάτων της. Επιπρόσθετα, η συλλογή των ερευνητικών δεδομένων μέσω ερωτηματολογίου αυτό-αναφοράς περιλαμβάνει πάντα ένα συστηματικό σφάλμα πληροφορίας, ειδικότερα όσον αφορά τους πρόσφυγες μετανάστες που πιθανόν να αντιμετωπίζουν δυσκολίες ως προς την κατανόησή του, μολονότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε με την αρωγή διερμηνέων όποτε υπήρξε η σχετική ανάγκη. Ακόμη, το ερευνητικό εργαλείο της παρούσης περιλάμβανε αρκετές

ερωτήσεις, ωστόσο, κάποιες παράμετροι όπως η χρήση των υπηρεσιών υγείας παραμένουν αδιευκρίνιστες.

Πέρα από τα προαναφερθέντα, η παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε στη δομή φιλοξενίας της Νέας Καβάλας. Τούτου δεχθέντος, τα ερευνητικά πορίσματα της παρούσης δε μπορούν να γενικευθούν στο σύνολο των δομών φιλοξενίας των προσφύγων- μεταναστών σε όλη την Ελλάδα (Γιαννοπούλου, 2020).

Καταλήγοντας, βασικό περιορισμό της παρούσης, αποτέλεσαν οι επικοινωνιακές δυσκολίες με τους πρόσφυγες-μετανάστες με χαμηλό επίπεδο γνώσης της ελληνικής ή της αγγλικής γλώσσας. Προσέτι, δεδομένου ότι η μελέτη άγγιξε ευαίσθητα θέματα, οι συμμετέχοντες, σε ορισμένες περιπτώσεις, φάνηκαν απρόθυμοι ως προς την παροχή συγκεκριμένων πληροφοριών, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε πιθανή μεροληψία. Έτσι, η μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε σαφέστατα κρίνεται κατώτερη της τυχαίας δειγματοληψίας, η εφαρμογή της οποίας κρίθηκε ανέφικτη για οικονομικούς και πρακτικούς λόγους και συνεπώς εφαρμόστηκε μεθοδολογία ευκολίας, γεγονός που καθιστά δύσκολη τη γενίκευση των πορισμάτων της παρούσης.

8. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Βάσει των προαναφερθέντων, θα μπορούσε να υποστηριχθεί, ότι το σύγχρονο ελληνικό μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας δε διαθέτει διαπολιτισμικό προσανατολισμό (π.χ. δημιουργία στοχευμένων υπηρεσιών υγείας για τους μετανάστες). Επομένως, βασικό βήμα στην κατεύθυνση της βελτίωσης της ικανοποίησης των προσφύγων-μεταναστών αποτελεί η υλοποίηση παρεμβάσεων οι οποίες θα εστιάσουν στην εκπαίδευση και την ενημέρωση των εργαζομένων στον κλάδο της υγείας σε θέματα διαπολιτισμικής υγείας, με απώτερο σκοπό τη διασφάλιση της αποτελεσματικής επικοινωνίας με τις συγκεκριμένες ομάδες ατόμων. Παράλληλα, η υλοποίηση προγραμμάτων προαγωγής υγείας οφείλει να στοχεύει στην πληροφόρηση των προσφυγικών-μεταναστευτικών πληθυσμών αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και τη βελτίωσή της πρόσβασης η οποία, δυνητικά, θα βελτιώνει το επίπεδο ικανοποίησής τους (Γαλάνης και συν., 2020).

Ακόμα, βάσει των ερευνητικών περιορισμών της παρούσης, μια μελλοντική έρευνα μπορεί να προσανατολιστεί στη διεξαγωγή εμπειρικής τυχαιοποιημένης μελέτης στην οποία το δείγμα θα αποτελείται από τους πρόσφυγες-μετανάστες οι οποίοι φιλοξενούνται στις δομές της ελληνικής επικράτειας ώστε να αυξηθεί η εγκυρότητά της (Γιαννοπούλου, 2020). Τέλος, ενδιαφέρον διαθέτει και μια έρευνα που θα προσανατολιστεί στους υπαλλήλους υγείας και πρόνοιας που εργάζονται στο χώρο της υποστήριξης προσφύγων αλλά και σε ιδιωτικές υγειονομικές δομές για συγκριτική ανάλυση των αντιλήψεων απέναντι στην αντιμετώπιση των προσφύγων-μεταναστών και στη διαχείριση των λαθών ως προς την περίθαλψή τους (Κωνσταντινίδης, 2021).

Βιβλιογραφικές αναφορές

Ξενόγλωσση

- Abubakar, I., Aldridge, R. W., Devakumar, D., Orcutt, M., Burns, R., Barreto, M. L., Dhavan, P., Fouad, F. M., Groce, N., Guo, Y., Hargreaves, S., Knipper, M., Miranda, J. J., Madise, N., Kumar, B., Mosca, D., McGovern, T., Rubenstein, L., Sammonds, P., & Sawyer, S. M. (2018). The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *The Lancet*, 392(10164), 2606–2654. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)32114-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32114-7)
- Alduraidi, H., Abdulla Aqel, A., Saleh, Z., Almansour, I., & Darawad, M. (2021). UNRWA's role in promoting health outcomes of Palestinian refugees in Jordan: A systematic literature review. *Public Health Nursing*, 2021(1), 1–9. <https://doi.org/10.1111/phn.12889>
- Aletras, V. H., Papadopoulos, E. A., & Niakas, D. A. (2006). Development and preliminary validation of a Greek-language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi-trait analyses. *BMC Health Services Research*, 6(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-66>
- Altin, S. V., & Stock, S. (2016). The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1693-y>
- Alwan, R. M., Schumacher, D. J., Cicek-Okay, S., Jernigan, S., Beydoun, A., Salem, T., & Vaughn, L. M. (2020). Beliefs, perceptions, and behaviors impacting healthcare utilization of Syrian refugee children. *PLOS ONE*, 15(8), e0237081. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237081>
- Anagnostopoulos, D. C., Giannakopoulos, G., & Christodoulou, N. G. (2017). The synergy of the refugee crisis and the financial crisis in Greece: Impact on mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(4), 352–358. <https://doi.org/10.1177/0020764017700444>
- Andahur, E., Mercado, A., Sánchez, C., Andahur, E., Mercado, A., & Sánchez, C. (2019). Cambia el color y el riesgo... Nuevo escenario para el cáncer de próstata en Chile. *Revista Médica de Chile*, 147(9), 1159–1166. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872019000901159>
- Andersen, R. M. (2008). National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. *Medical Care*, 46(7), 647–653. <https://doi.org/10.1097/mlr.0b013e31817a835d>
- Antón-Solanas, I., Huércanos-Esparza, I., Hamam-Alcober, N., Vanceulebroeck, V., Dehaes, S., Kalkan, I., Kömürcü, N., Coelho, M., Coelho, T., Casa-Nova, A., Cordeiro, R., Ramón-Arбуés, E., Moreno-González, S., & Tambo-Lizalde, E. (2021). Nursing Lecturers' Perception and Experience of Teaching Cultural Competence: A European Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 1357. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031357>
- Apalata, T., Kibiribiri, E. T., Knight, S., & Lutge, E. (2007). *Refugees' perceptions of their health status & quality of health care services in Durban, South Africa: A community-based survey*. Health Systems Trust.
- Arfa, S., Solvang, P. K., Berg, B., & Jahnsen, R. (2020). Disabled and immigrant, a double

- minority challenge: a qualitative study about the experiences of immigrant parents of children with disabilities navigating health and rehabilitation services in Norway. *BMC Health Services Research*, 20(1), 134–140. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5004-2>
- Baptist, J., & Coburn, K. (2019). Harassment in Public Spaces: The Intrusion on Personal Space. *Journal of Feminist Family Therapy*, 31(2-3), 114–128. <https://doi.org/10.1080/08952833.2019.1634178>
- Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared Decision Making — The Pinnacle of Patient-Centered Care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780–781. <https://doi.org/10.1056/nejmp1109283>
- Battaglia, C., di Blasio, G., & Dimaggio, G. (2018). Metacognitive Interpersonal Therapy for Personality Disorders: A Case Study Series. *Frontiers in psychology*, 9, 2175. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02175
- Ben Farhat, J., Blanchet, K., Juul Bjertrup, P., Veizis, A., Perrin, C., Coulborn, R. M., Mayaud, P., & Cohuet, S. (2018). Syrian refugees in Greece: experience with violence, mental health status, and access to information during the journey and while in Greece. *BMC Medicine*, 16(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1028-4>
- Bennett, S., & Scammell, J. (2014). Midwives caring for asylum-seeking women: research findings. *The Practising Midwife*, 17(1), 9-12.
- Bianco, A., Larosa, E., Pileggi, C., Nobile, C. G. A., & Pavia, M. (2016). Utilization of health-care services among immigrants recruited through non-profit organizations in southern Italy. *International Journal of Public Health*, 61(6), 673–682. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0820-1>
- Bock, J.-O., Matschinger, H., Brenner, H., Wild, B., Haefeli, W. E., Quinzler, R., Saum, K.-U., Heider, D., & König, H.-H. (2014). Inequalities in out-of-pocket payments for health care services among elderly Germans – results of a population-based cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-3>
- Boutziona, I., Papanikolaou, D., Sokolakis, I., Mytilekas, K. V., & Apostolidis, A. (2020). Healthcare Access, Quality, and Satisfaction Among Albanian Immigrants Using the Emergency Department in Northern Greece. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 22(3), 512–525. <https://doi.org/10.1007/s10903-020-00983-x>
- Boyer, K. (2022). Sexual harassment and the right to everyday life. *Progress in Human Geography*, 46(2), 398–415. <https://doi.org/10.1177/03091325211024340>
- Bozorgmehr, K., & Razum, O. (2015). Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. *PLOS ONE*, 10(7), e0131483. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131483>
- Bozorgmehr, K., Samuilova, M., Petrova-Benedict, R., Girardi, E., Piselli, P., & Kentikelenis, A. (2019). Infectious disease health services for refugees and asylum seekers during a time of crisis: A scoping study of six European Union countries. *Health Policy*, 123(9), 882–887. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.04.003>
- Bradby, H., Lindenmeyer, A., Phillimore, J., Padilla, B., & Brand, T. (2020). “If there were doctors who could understand our problems, I would already be better”: dissatisfactory health care and marginalisation in superdiverse neighbourhoods.. *Sociology of Health & Illness*, 42(4), 739–757. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13061>
- Bronstein, I., & Montgomery, P. (2011). Psychological Distress in Refugee Children: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 44–56.

<https://doi.org/10.1007/s10567-010-0081-0>

- Browne, A. J., Varcoe, C., Ford-Gilboe, M., Nadine Wathen, C., Smye, V., Jackson, B. E., Wallace, B., Pauly, B., Herbert, C. P., Lavoie, J. G., Wong, S. T., & Blanchet Garneau, A. (2018). Disruption as opportunity: Impacts of an organizational health equity intervention in primary care clinics. *International Journal for Equity in Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0820-2>
- Burchill, J., & Pevalin, D. J. (2014). Demonstrating cultural competence within health-visiting practice: working with refugee and asylum-seeking families. *Diversity & Equality in Health and Care*, 11(2), 151–159. <https://doi.org/10.21767/2049-5471.100010>
- Burton-Jeangros, C., Duvoisin, A., Lachat, S., Consoli, L., Fakhoury, J., & Jackson, Y. (2020). The Impact of the Covid-19 Pandemic and the Lockdown on the Health and Living Conditions of Undocumented Migrants and Migrants Undergoing Legal Status Regularization. *Frontiers in Public Health*, 8, 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.596887>
- Cadore, C. A., & Garcia, R. I. (2014). Health Disparities and the Multicultural Imperative. *Journal of Evidence Based Dental Practice*, 14, 160-170.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jebdp.2014.02.003>
- Cai, D.-Y. (2016). A concept analysis of cultural competence. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(3), 268–273. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.08.002>
- Campos-Matos, I., Subramanian, S. V., & Kawachi, I. (2015). The “dark side” of social capital: trust and self-rated health in European countries. *The European Journal of Public Health*, 26(1), 90–95. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv089>
- Carta, M., Bernal, M., Hardoy, M., & Haro-Abad, J. (2005). Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1(1), 13. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-13>
- Carter, K. L., Gabrellas, A. D., Shah, S., & Garland, J. M. (2017). Improved latent tuberculosis therapy completion rates in refugee patients through use of a clinical pharmacist. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 21(4), 432–437. <https://doi.org/10.5588/ijtld.16.0575>
- Chiarenza, A., Horvat, L., Lanting, K., Ciannameo, A., & Suurmond, J. (2018). Addressing healthcare for migrants and ethnic minorities in Europe: A review of training programmes. *Health Education Journal*, 78(1), 9–23. <https://doi.org/10.1177/0017896918793164>
- Christodoulou, G. N., & Abou-Saleh, M. T. (2016). Greece and the refugee crisis: mental health context. *BJPsych. International*, 13(4), 89–91. <https://doi.org/10.1192/s2056474000001410>
- Chu, F.-Y., Chang, H.-T., Shih, C.-L., Jeng, C.-J., Chen, T.-J., & Lee, W.-C. (2019). Factors Associated with Access of Marital Migrants and Migrant Workers to Healthcare in Taiwan: A Questionnaire Survey with Quantitative Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16), 2830. <https://doi.org/10.3390/ijerph16162830>
- Clough, J., Lee, S., & Chae, D. H. (2013). Barriers to Health Care among Asian Immigrants in the United States: A Traditional Review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 24(1), 384–403. <https://doi.org/10.1353/hpu.2013.0019>
- Coulter, A., Locock, L., Ziebland, S., & Calabrese, J. (2014). Collecting data on patient experience is not enough: they must be used to improve care. *BMJ*, 348(mar26 1),

- g2225–g2225. <https://doi.org/10.1136/bmj.g2225>
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55–68. <https://doi.org/10.1177/002224299205600304>
- Crush, J., & Tawodzera, G. (2013). Medical Xenophobia and Zimbabwean Migrant Access to Public Health Services in South Africa. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 40(4), 655–670. <https://doi.org/10.1080/1369183x.2013.830504>
- Dauvrin, M., & Lorant, V. (2015). Leadership and Cultural Competence of Healthcare Professionals. *Nursing Research*, 64(3), 200–210. <https://doi.org/10.1097/nnr.0000000000000092>
- Dawson, A. Z., Walker, R. J., Campbell, J. A., Davidson, T. M., & Egede, L. E. (2020). Telehealth and indigenous populations around the world: a systematic review on current modalities for physical and mental health. *MHealth*, 6(0), 1–17. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2019.12.03>
- De Paoli, L. (2018). Access to health services for the refugee community in Greece: lessons learned. *Public Health*, 157, 104–106.
- De Vito, E., De Waure, C., Specchia, M. L., & Ricciardi, W. (2015). *Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326342>
- Dhungana, N. (2020). Human dignity and cross-border migrants in the era of the COVID-19 pandemic. *World Development*, 136, 105174. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105174>
- Dias, S., Gama, A., Cortes, M., & de Sousa, B. (2011). Healthcare-seeking patterns among immigrants in Portugal. *Health & Social Care in the Community*, 19(5), 514–521. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.00996.x>
- Drennan, V. M., & Joseph, J. (2005). Health visiting and refugee families: issues in professional practice. *Journal of Advanced Nursing*, 49(2), 155–163. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03282.x>
- Dubus, N. (2017). Integration or Building Resilience: What Should the Goal Be in Refugee Resettlement? *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 16(4), 413–429. <https://doi.org/10.1080/15562948.2017.1358409>
- Economopoulou, A., Pavli, A., Stasinopoulou, P., Giannopoulos, L. A., & Tsiodras, S. (2017). Migrant screening: Lessons learned from the migrant holding level at the Greek–Turkish borders. *Journal of Infection and Public Health*, 10(2), 177–184. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2016.04.012>
- Economou, C. (2015). *Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece*. Wwww.who.int. <https://www.who.int/publications/m/item/barriers-and-facilitating-factors-in-access-to-health-services-in-greece>
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., & Maresso, A., (2017). Greece: Health System Review. *Health Syst Transit*, 19(5), 1–166. PMID: 29972131.
- European Centre for Disease Prevention and Control-ECDC, (2016). Handbook on implementing syndromic surveillance in migrant reception/detention centres and other refugee settings. <https://bit.ly/3UI44G0>
- Farley, R., Askew, D., & Kay, M. (2014). Caring for refugees in general practice: perspectives from the coalface. *Australian Journal of Primary Health*, 20(1), 85–91. <https://doi.org/10.1071/py12068>

- Fatahi, N., & Krupic, F. (2016). Factors beyond the language barrier in providing health care to immigrant patients. *medical archives*, 70(1), 61-65. doi: 10.5455/medarh.2016.70.61-65
- Field A. (2016). *Ρύθμιση, διαμεσολάβηση και περισσότερη παλινδρόμηση. Στο: Η διερεύνηση της στατιστικής με τη χρήση του SPSS της IBM*. Προπομπός
- Filler, T., Jameel, B., & Gagliardi, A. R. (2020). Barriers and facilitators of patient centered care for immigrant and refugee women: a scoping review. *BMC Public Health*, 20(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09159-6>
- Garcia, A., Theofanidis, D., & Fountouki, A. (2020). Impact of Migration in Europe: A new Challenges for health care in Spain and Greece. *Perioperative Nursing-Quarterly scientific, online official journal of GORNA*, 9(1 January-March 2020), 33-42. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3766679>
- Geiling, A., Knaevelsrud, C., Böttche, M., & Stammel, N. (2021). Mental Health and Work Experiences of Interpreters in the Mental Health Care of Refugees: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1–18. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.710789>
- Gele, A. A., Pettersen, K. S., Torheim, L. E., & Kumar, B. (2016). Health literacy: the missing link in improving the health of Somali immigrant women in Oslo. *BMC Public Health*, 16(1), 1134–1139. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3790-6>
- Ghahari, S., Burnett, S., & Alexander, L. (2020). Development and pilot testing of a health education program to improve immigrants' access to Canadian health services. *BMC Health Services Research*, 20(1), 321. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05180-y>
- Giambi, C., Del Manso, M., Dalla Zuanna, T., Riccardo, F., Bella, A., Caporali, M. G., Baka, A., Caks-Jager, N., Melillo, T., Mexia, R., Petrović, G., & Declich, S. (2019). National immunization strategies targeting migrants in six European countries. *Vaccine*, 37(32), 4610–4617. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.01.060>
- Griffiths, R., Emrys, E., Finney Lamb, C., Eagar, S., & Smith, M. (2003). Operation Safe Haven: the needs of nurses caring for refugees. *International journal of nursing practice*, 9(3), 183-190. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.2003.00422.x>
- Griswold, K. S., Pottie, K., Kim, I., Kim, W., & Lin, L. (2018). Strengthening effective preventive services for refugee populations: toward communities of solution. *Public Health Reviews*, 39, 3–9. <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0082-y>
- Guterres, A. (2020). *The Covid-19 crisis is an opportunity to reimagine human mobility*. United Nations. <https://www.un.org/en/coronavirus/covid-19-crisis-opportunity-reimagine-human-mobility>
- Harris, M. (2018). Integration of refugees into routine primary care in NSW, Australia. *Public Health Research & Practice*, 28(1), 1–3. <https://doi.org/10.17061/phrp2811802>
- Henderson, J., Gao, H., & Redshaw, M. (2013). Experiencing maternity care: the care received and perceptions of women from different ethnic groups. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-196>
- Hermans, M. P. J., Kooistra, J., Cannegieter, S. C., Rosendaal, F. R., Mook-Kanamori, D. O., & Nemeth, B. (2017). Healthcare and disease burden among refugees in long-stay refugee camps at Lesbos, Greece. *European Journal of Epidemiology*, 32(9), 851–854. <https://doi.org/10.1007/s10654-017-0269-4>
- Hill, T. E. (2010). How clinicians make (or avoid) moral judgments of patients: implications of the evidence for relationships and research. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 5(1), 11. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-5-11>
- Hodes, M., Anagnostopoulos, D., & Skokauskas, N. (2018). Challenges and opportunities in refugee mental health: clinical, service, and research considerations. *European Child &*

- Adolescent Psychiatry*, 27(4), 385–388. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1115-2>
- Huang, J., Zhang, T., Wang, L., Guo, D., Liu, S., Lu, W., Liang, H., Zhang, Y., & Liu, C. (2019). The effect of family doctor–contracted services on noncommunicable disease self-management in Shanghai, China. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(3), 935–946. <https://doi.org/10.1002/hpm.2865>
- Huschke, S. (2014). Fragile Fabric: Illegality Knowledge, Social Capital and Health-seeking of Undocumented Latin American Migrants in Berlin. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 40(12), 2010–2029. <https://doi.org/10.1080/1369183x.2014.907740>
- Immigration Act 2014*. (2014). Legislation.gov.uk. <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/22/contents/enacted>
- Iqbal, M. P., Walpola, R., Harris-Roxas, B., Li, J., Mears, S., Hall, J., & Harrison, R. (2021). Improving primary health care quality for refugees and asylum seekers: A systematic review of interventional approaches. *Health Expectations*, 25(1), 2065–2094. <https://doi.org/10.1111/hex.13365>
- Jensen, N. K., Norredam, M., Priebe, S., & Krasnik, A. (2013). How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A qualitative study from Denmark. *BMC Family Practice*, 14(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-17>
- Johnson, H., Thompson, A., & Downs, M. (2009). Non-Western interpreters' experiences of trauma: the protective role of culture following exposure to oppression. *Ethnicity & Health*, 14(4), 407–418. <https://doi.org/10.1080/13557850802621449>
- Joshi, C., Russell, G., Cheng, I-Hao., Kay, M., Pottie, K., Alston, M., Smith, M., Chan, B., Vasi, S., Lo, W., Wahidi, S., & Harris, M. F. (2013). A narrative synthesis of the impact of primary health care delivery models for refugees in resettlement countries on access, quality and coordination. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 88. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-88>
- Kaitelidou, D., Galanis, P., Zikos, D., Lemonidou, C., Chrysopoulou, E., Bellali, T., ... & Velonakis, E. (2013). Unmet health needs of immigrants living in Greece during the economic crisis: the long-term impact for the health care system. *Value in Health*, 16(7), A462. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2013.08.801>
- Kakalou, E., Riza, E., Chalikias, M., Voudouri, N., Vetsika, A., Tsiamis, C., Choursoglou, S., Terzidis, A., Karamagioli, E., Antypas, T., & Pikoulis, E. (2018). Demographic and clinical characteristics of refugees seeking primary healthcare services in Greece in the period 2015–2016: a descriptive study. *International Health*, 10(6), 421–429. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihy042>
- Kanellopoulos, K., & Gregou, M. (2006). Policy report on migration, asylum and return in Greece. *Centre of Planning and Economic Research (KEPE)*.
- Kang, C., Tomkow, L., & Farrington, R. (2019). Access to primary health care for asylum seekers and refugees: a qualitative study of service user experiences in the UK. *British Journal of General Practice*, 69(685), e537–e545. <https://doi.org/10.3399/bjgp19x701309>
- Kentikelenis, A. E., & Shriwise, A. (2016). International organizations and migrant health in Europe. *Public Health Reviews*, 37(1), 1–19. <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0033-4>
- Keygnaert, I., Vettenburg, N., & Temmerman, M. (2012). Hidden violence is silent rape: sexual and gender-based violence in refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. *Culture, Health & Sexuality*, 14(5), 505–520.

- <https://doi.org/10.1080/13691058.2012.671961>
- Khader, A., Farajallah, L., Shahin, Y., Hababeh, M., Abu-Zayed, I., Kochi, A., Harries, A. D., Zachariah, R., Kapur, A., Venter, W., & Seita, A. (2012). Cohort monitoring of persons with hypertension: an illustrated example from a primary healthcare clinic for Palestine refugees in Jordan. *Tropical Medicine & International Health*, 17(9), 1163–1170. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2012.03048.x>
- Kibiribiri, E. T., Moodley, D., Groves, A. K., & Sebitloane, M. H. (2015). Exploring disparities in prenatal care between refugees and local South African women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 132(2), 151–155. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.07.007>
- Kohlenberger, J., Buber-Ennsner, I., Rengs, B., Leitner, S., & Landesmann, M. (2019). Barriers to health care access and service utilization of refugees in Austria: Evidence from a cross-sectional survey. *Health Policy*, 123(9), 833–839. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.01.014>
- Kokanovic, R., May, C., Dowrick, C., Furler, J., Newton, D., & Gunn, J. (2010). Negotiations of distress between East Timorese and Vietnamese refugees and their family doctors in Melbourne. *Sociology of Health & Illness*, 32(4), 511–527. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01228.x>
- Kosidou, K., Hellner-Gumpert, C., Fredlund, P., Dalman, C., Hallqvist, J., Isacson, G., & Magnusson, C. (2012). Immigration, Transition into Adult Life and Social Adversity in Relation to Psychological Distress and Suicide Attempts among Young Adults. *PLoS ONE*, 7(10), e46284. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0046284>
- Kotsiou, O., Kotsios, P., Srivastava, D., Kotsios, V., Gourgoulisanis, K., & Exadaktylos, A. (2018). Impact of the Refugee Crisis on the Greek Healthcare System: A Long Road to Ithaca. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8), 1790. <https://doi.org/10.3390/ijerph15081790>
- Kousoulis, A. A., Ioakeim-Ioannidou, M., & Economopoulos, K. P. (2016). Access to health for refugees in Greece: lessons in inequalities. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 1–3. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0409-6>
- Krupic, F., Sadic, S., & Fatahi, N. (2016). Contact with health-care service expectation and reality of situation experienced by immigrants seeking Swedish health-care. *Materia socio-medica*, 28(2), 141–145. doi: 10.5455/msm.2016.28.141-145
- Kurth, E., Jaeger, F. N., Zemp, E., Tschudin, S., & Bischoff, A. (2010). Reproductive health care for asylum-seeking women—a challenge for health professionals. *BMC public health*, 10(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-659>
- Kusuma, Y. S., & Babu, B. V. (2018). Migration and health: A systematic review on health and health care of internal migrants in India. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(4), 775–793. <https://doi.org/10.1002/hpm.2570>
- Lakhani, A. (2020). Which Melbourne Metropolitan Areas Are Vulnerable to COVID-19 Based on Age, Disability, and Access to Health Services? Using Spatial Analysis to Identify Service Gaps and Inform Delivery. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), e41–e44. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.041>
- Li, H., Chung, R. Y.-N., Wei, X., Mou, J., Wong, S. Y.-S., Wong, M. C.-S., Zhang, D., Zhang, Y., & Griffiths, S. (2014). Comparison of perceived quality amongst migrant and local patients using primary health care delivered by community health centres in Shenzhen, China. *BMC Family Practice*, 15(1), 102. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-76>
- Lien, E., Nafstad, P., & Rosvold, E. O. (2008). Non-western immigrants' satisfaction with the

- general practitioners' services in Oslo, Norway. *International Journal for Equity in Health*, 7(1), 7–15. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-7-7>
- Ljunge, M. (2016). Migrants, health, and happiness: Evidence that health assessments travel with migrants and predict well-being. *Economics & Human Biology*, 22, 35–46. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2016.03.004>
- Loganathan, T., Rui, D., Ng, C.-W., & Pocock, N. S. (2019). Breaking down the barriers: Understanding migrant workers' access to healthcare in Malaysia. *PLOS ONE*, 14(7), e0218669. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218669>
- Mangrio, E., & Sjögren Forss, K. (2017). Refugees' experiences of healthcare in the host country: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2731-0>
- Marquardt, L., Krämer, A., Fischer, F., & Prüfer-Krämer, L. (2015). Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. *Tropical Medicine & International Health*, 21(2), 210–218. <https://doi.org/10.1111/tmi.12649>
- Marshall, G. N., & Hays, R. D. (1994). *The patient satisfaction questionnaire short-form (PSQ-18)* (Vol. 7865). Santa Monica, CA: Rand.
- McKell, C., Hankir, A., Abu-Zayed, I., Al-Issa, R., & Awad, A. (2017). Barriers to accessing and consuming mental health services for Palestinians with psychological problems residing in refugees camps in Jordan. *PSYCHIATRIC PROBLEMS RESIDING IN REFUGEE CAMPS IN JORDAN*. *Psychiatria Danubina*, 29(suppl. 3), 157–163. <https://hrcak.srce.hr/263792>
- Meinel, D. M., Kuehl, R., Zbinden, R., Boskova, V., Garzoni, C., Fadini, D., Dolina, M., Blümel, B., Weibel, T., Tschudin-Sutter, S., Widmer, A. F., Bielicki, J. A., Dierig, A., Heininger, U., Konrad, R., Berger, A., Hinic, V., Goldenberger, D., Blaich, A., & Stadler, T. (2016). Outbreak investigation for toxigenic *Corynebacterium diphtheriae* wound infections in refugees from Northeast Africa and Syria in Switzerland and Germany by whole genome sequencing. *Clinical Microbiology and Infection*, 22(12), 1003.e1–1003.e8. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2016.08.010>
- Mellou, K., Chrisostomou, A., Sideroglou, T., Georgakopoulou, T., Kyritsi, M., Hadjichristodoulou, C., & Tsiodras, S. (2017). Hepatitis A among refugees, asylum seekers and migrants living in hosting facilities, Greece, April to December 2016. *Eurosurveillance*, 22(4), 1–5. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2017.22.4.30448>
- Meyer-Weitz, A., Oppong Asante, K., & Lukobeka, B. J. (2018). Healthcare service delivery to refugee children from the Democratic Republic of Congo living in Durban, South Africa: a caregivers' perspective. *BMC Medicine*, 16(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1153-0>
- Mirza, M., Harrison, E. A., Chang, H.-C., Salo, C. D., & Birman, D. (2017). Making sense of three-way conversations: A qualitative study of cross-cultural counseling with refugee men. *International Journal of Intercultural Relations*, 56, 52–64. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2016.12.002>
- Miyamoto, Y. (2017). Culture and social class. *Current Opinion in Psychology*, 18, 67–72. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2017.07.042>
- Mkanta, W. N., Ibekwe, O., Mejia de Grubb, M. C., & Korupolu, C. (2017). Patient satisfaction and its potential impact on refugee integration into the healthcare system. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 26(4), 217–223. <https://doi.org/10.1177/2010105817704207>

- Mohsin, F. (2017). *A study to observe the health care satisfaction among Pakistani immigrants in Norway* (Master's thesis). Oslo and Akershus University College of Applied Sciences.
- Morgan, J. (2017). Disability—a neglected issue in Greece’s refugee camps. *The Lancet*, 389(10072), 896. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30645-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30645-1)
- Moris, D., Karamagioli, E., Kontos, M., Athanasiou, A., & Pikoulis, E. (2017). Refugee crisis in Greece: the forthcoming higher education challenge. *Annals of Translational Medicine*, 5(15), 317–317. <https://doi.org/10.21037/atm.2017.05.05>
- Nabieva, J., & Souares, A. (2019). Factors influencing decision to seek health care: a qualitative study among labour-migrants’ wives in northern Tajikistan. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 7–18. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2166-6>
- Naus, T. (2018). Health Literacy Among Migrants in the EU: A Collection of Best Available Interventions and Indirect Measures. *Science Journal of Public Health*, 6(1), 1–5. <https://doi.org/10.11648/j.sjph.20180601.11>
- Njeru, J. W., Patten, C. A., Hanza, M. M. K., Brockman, T. A., Ridgeway, J. L., Weis, J. A., Clark, M. M., Goodson, M., Osman, A., Porraz-Capetillo, G., Hared, A., Myers, A., Sia, I. G., & Wieland, M. L. (2015). Stories for change: development of a diabetes digital storytelling intervention for refugees and immigrants to minnesota using qualitative methods. *BMC Public Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2628-y>
- O’Donnel, C. A., Burns, N., Mair, F. S., Dowrick, C., n Clissmann, C., van den Muijsenbergh, M., van Weel-Baumgarten, E., Lionis, C., Papadakaki, M., Saridaki, A., de Brun, T., & MacFarlane, A. (2016). Reducing the health care burden for marginalised migrants: The potential role for primary care in Europe. *Health Policy*, 120(5), 495–508. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.012>
- Panagiotiopoulos, C., Apostolou, M., & Zachariades, A. (2019). Assessing migrants’ satisfaction from health care services in Cyprus: a nationwide study. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 16(1), 108–118. <https://doi.org/10.1108/ijmhsc-10-2016-0037>
- Papachristou Nadal, I., Clifton, C., Chamley, M., Winkley, K., Gaughran, F., & Ismail, K. (2019). Exploring healthcare professionals’ perspectives of barriers and facilitators to supporting people with severe mental illness and Type 2 diabetes mellitus. *Health & Social Care in the Community*, 28(2), 690–697. <https://doi.org/10.1111/hsc.12903>
- 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. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1307336>
- Papadopoulou, I., Lees, S., Lay, M., & Gebrehiwot, A. (2004). Ethiopian refugees in the UK: migration, adaptation and settlement experiences and their relevance to health. *Ethnicity & Health*, 9(1), 55–73. <https://doi.org/10.1080/1355785042000202745>
- Pappa, E., Chatzikonstantinidou, S., Chalkiopoulos, G., Papadopoulou, A., & Niakas, D. (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(6), 6669–6681. <https://doi.org/10.3390/ijerph120606669>
- Pavli, A., & Maltezou, H. (2017). Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *Journal of Travel Medicine*, 24(4), 1–8. <https://doi.org/10.1093/jtm/tax016>
- Pavlopoulou, I. D., Tanaka, M., Dikalioti, S., Samoli, E., Nisianakis, P., Boleti, O. D., & Tsoumakas, K. (2017). Clinical and laboratory evaluation of new immigrant and refugee children arriving in Greece. *BMC Pediatrics*, 17(1), 1–10.

- <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0888-7>
- Pejovic-Milovancevic, M., Klasen, H., & Anagnostopoulos, D. (2017). ESCAP for mental health of child and adolescent refugees: facing the challenge together, reducing risk, and promoting healthy development. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(2), 253–257. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1064-1>
- Phillimore, J. A., Bradby, H., & Brand, T. (2019). Superdiversity, population health and health care: opportunities and challenges in a changing world. *Public Health*, 172, 93–98. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.01.007>
- Pieper, H.-O., Clerkin, P., & MacFarlane, A. (2011). The impact of direct provision accommodation for asylum seekers on organisation and delivery of local primary care and social care services: A case study. *BMC Family Practice*, 12(1), 32. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-32>
- Pinillos-Franco, S., & Kawachi, I. (2018). The relationship between social capital and self-rated health: A gendered analysis of 17 European countries. *Social Science & Medicine*, 219, 30–35. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.010>
- Pitkin Derose, K., Bahney, B. W., Lurie, N., & Escarce, J. J. (2009). Review: Immigrants and Health Care Access, Quality, and Cost. *Medical Care Research and Review*, 66(4), 355–408. <https://doi.org/10.1177/1077558708330425>
- Pocock, N. S., Chan, Z., Loganathan, T., Suphanchaimat, R., Kosiyaporn, H., Allotey, P., Chan, W.-K., & Tan, D. (2020). Moving towards culturally competent health systems for migrants? Applying systems thinking in a qualitative study in Malaysia and Thailand. *PLOS ONE*, 15(4), e0231154. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231154>
- Polychronidou, P., Chatzifotiou, S., Petasakis, I., Milonadaki, L., & Karasavvoglou, A. (2012). Immigrants' Perception Regarding Health Services in Greece: An Empirical Investigation. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 62, 135–143. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.09.023>
- Porthé, V., Vargas, I., Ronda, E., Malmusi, D., Bosch, L., & Vázquez, M. L. (2018). Has the quality of health care for the immigrant population changed during the economic crisis in Catalonia (Spain)? Opinions of health professionals and immigrant users. *Gaceta Sanitaria*, 32(5), 425–432. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.03.010>
- Prapas, C., & Mavreas, V. (2018). The Relationship Between Quality of Life, Psychological Wellbeing, Satisfaction with Life and Acculturation of Immigrants in Greece. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 43(1), 77–92. <https://doi.org/10.1007/s11013-018-9598-3>
- Premji, S. (2019). Discourse on culture in research on immigrant and migrant workers' health. *American Journal of Industrial Medicine*, 62(6), 460–470. <https://doi.org/10.1002/ajim.22987>
- Priebe, S., Giacco, D., & El-Nagib, R. (2016). *Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326308>
- Racasag-Niemi, J., & Yli-Panula, E. (2020). *Health literacy Among Adult Immigrants in Ostrobothnia*. www.theseus.fi. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2020062219236>
- Raptopoulou, M., Papatheodoridis, G., Antoniou, A., Ketikoglou, J., Tzourmakliotis, D., Vasiliadis, T., Manolaki, N., Nikolopoulou, G., Manesis, E., & Pierroutsakos, I. (2009). Epidemiology, course and disease burden of chronic hepatitis B virus infection. HEPNET study for chronic hepatitis B: a multicentre Greek study. *Journal of Viral Hepatitis*, 16(3), 195–202. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2893.2008.01057.x>

- Rashidian, A., Kavosi, Z., Majdzadeh, R., Pourreza, A., Pourmalek, F., & Mohammad, K. (2019). Why and how did Iranians become dissatisfied with the health care system? A qualitative study of open-ended responses from a national survey. *BMC health services research*, 19(1), 676. doi:10.1186/s12913-019-4486-7
- Razali, N.M. & Wah, B. (2011). Power comparisons of shapiro-wilk, kolmogorov-smirnov, lilliefors and anderson-darling tests. *Journal of statistical modeling and analytics*, 2(1), 21-33.
- Razum, O., Kaasch, A., & Bozorgmehr, K. (2016). Commentary: From the primacy of safe passage for refugees to a global social policy. *International Journal of Public Health*, 61(5), 523–524. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0817-9>
- Rechel, B., Mladovsky, P., Ingleby, D., Mackenbach, J. P., & McKee, M. (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The Lancet*, 381(9873), 1235–1245. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)62086-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)62086-8)
- Rieder, M., & Choonara, I. (2011). Armed conflict and child health. *Archives of Disease in Childhood*, 97(1), 59–62. <https://doi.org/10.1136/adc.2009.178186>
- Rozenblum, R., Lisby, M., Hockey, P. M., Levzion-Korach, O., Salzberg, C. A., Efrati, N., Lipsitz, S., & Bates, D. W. (2012). The patient satisfaction chasm: the gap between hospital management and frontline clinicians. *BMJ Quality & Safety*, 22(3), 242–250. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001045>
- Sandhu, P., Ibrahim, J., & Chinn, D. (2016). “I Wanted to Come Here Because of My Child”: Stories of Migration Told by Turkish-Speaking Families Who Have a Son or Daughter with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(2), 371–382. <https://doi.org/10.1111/jar.12248>
- Sarría-Santamera, A., Hijas-Gómez, A. I., Carmona, R., & Gimeno-Feliú, L. A. (2016). A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public Health Reviews*, 37(1), 1–29. <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0042-3>
- Shi, L., Patil, V. P., Leung, W., & Zheng, Q. (2021). Willingness to use and satisfaction of primary care services among locals and migrants in Shenzhen, China. *Health & Social Care in the Community*, 1–13. <https://doi.org/10.1111/hsc.13418>
- Shortall, C. K., Glazik, R., Sornum, A., & Pritchard, C. (2017). On the ferries: the unmet health care needs of transiting refugees in Greece. *International Health*, 9(5), 272–280. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihx032>
- Souliotis, K., Agapidaki, E., & Tountas, Y. (2018). Perceived barriers to accessing health services among refugees in Greece: a cross-sectional study. *BMJ open*, 8(11), e022850. doi:10.1136/bmjopen-2018-022850
- Sourtzi, P., Galanis, P., Konstantakopoulou, O., Siskou, O., & Kaitelidou, D. (2020). Factors that influence the health status of immigrants living in Greece. *AIMS Public Health*, 7(2), 287–300. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2020024>
- Stepanikova, I., & Oates, G. R. (2017). Perceived discrimination and privilege in health care: The role of socioeconomic status and race. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(1), S86–S94. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.09.024>
- Suurmond, J., Rupp, I., Seeleman, C., Goosen, S., & Stronks, K. (2013). The first contacts between healthcare providers and newly-arrived asylum seekers: a qualitative study about which issues need to be addressed. *Public Health*, 127(7), 668–673. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.04.004>
- Suurmond, J., Seeleman, C., Rupp, I., Goosen, S., & Stronks, K. (2010). Cultural competence among nurse practitioners working with asylum seekers. *Nurse Education Today*, 30(8),

- 821–826. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.03.006>
- Taylor, K. (2009). Asylum seekers, refugees, and the politics of access to health care: a UK perspective. *British Journal of General Practice*, 59(567), 765–772. <https://doi.org/10.3399/bjgp09x472539>
- Teagle, A. (2014). *Refugees: Out of the frying pan into the fire of South Africa's healthcare system*. <https://bit.ly/3MPF0Lk>
- Teunissen, E., Gravenhorst, K., Dowrick, C., Van Weel-Baumgarten, E., Van den Driessen Mareeuw, F., de Brún, T., Burns, N., Lionis, C., Mair, F. S., O'Donnell, C., O'Reilly-de Brún, M., Papadakaki, M., Saridakis, A., Spiegel, W., Van Weel, C., Van den Muijsenbergh, M., & MacFarlane, A. (2017). Implementing guidelines and training initiatives to improve cross-cultural communication in primary care consultations: a qualitative participatory European study. *International Journal for Equity in Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0525-y>
- Thayaparan, A. J., & Mahdi, E. (2013). The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18) as an adaptable, reliable, and validated tool for use in various settings. *Medical Education Online*, 18(1), 21747. <https://doi.org/10.3402/meo.v18i0.21747>
- Tobin, C.L., & Murphy-Lawless, J., (2014). Irish midwives' experiences of providing maternity care to non-Irish women seeking asylum. *International Journal of Women's Health*, 6, 159-169. doi: 10.2147/ijwh.s45579.
- Truong, M., Yeganeh, L., Cook, O., Crawford, K., Wong, P., & Allen, J. (2022). Using telehealth consultations for healthcare provision to patients from non-Indigenous racial/ethnic minorities: a systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 29(5), 970–982. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocac015>
- Tsimbos, C. (2006). The Impact of Migration on Growth and Ageing of the Population in a New Receiving Country: The Case of Greece. *International Migration*, 44(4), 231–254. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2435.2006.00385.x>
- Tsitsakis, C. A., Karasavoglou, A., Tsaridis, E., Ramantani, G., Florou, G., Polychronidou, P., & Stamatakis, S. (2017). Features of public healthcare services provided to migrant patients in the Eastern Macedonia and Thrace Region (Greece). *Health Policy*, 121(3), 329–337. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.12.006>
- UNHCR. (2022). *UNHCR - Refugee Statistics*. UNHCR. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>
- van Bergen, A. P. L., Wolf, J. R. L. M., Badou, M., de Wilde-Schutten, K., IJzelenberg, W., Schreurs, H., Carlier, B., Hoff, S. J. M., & van Hemert, A. M. (2018). The association between social exclusion or inclusion and health in EU and OECD countries: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 29(3), 575–582. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky143>
- van Loenen, T., van den Muijsenbergh, M., Hofmeester, M., Dowrick, C., van Ginneken, N., Mechili, E. A., Angelaki, A., Ajdukovic, D., Bakic, H., Pavlic, D. R., Zelko, E., Hoffmann, K., Jirovsky, E., Mayrhuber, E. S., Dücker, M., Mooren, T., Gouweloos-Trines, J., Kolozsvári, L., Rurik, I., & Lionis, C. (2018). Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: a qualitative study on health needs, barriers and wishes. *European Journal of Public Health*, 28(1), 82–87. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx210>
- Vissandjée, B., Short, W. E., & Bates, K. (2017). Health and legal literacy for migrants: twinned strands woven in the cloth of social justice and the human right to health care. *BMC International Health and Human Rights*, 17(1), 10–20. <https://doi.org/10.1186/s12914->

017-0117-3

- Vostanis, P. (2016). New approaches to interventions for refugee children. *World Psychiatry*, 15(1), 75–77. <https://doi.org/10.1002/wps.20280>
- Vozikis, A., & Siganou, M. (2015). Immigrants' Satisfaction from the National Health System in Greece: In the Quest of the Contributing Factors. *Health*, 07(11), 1430–1440. <https://doi.org/10.4236/health.2015.711157>
- Wallimann, C., & Balthasar, A. (2019). Primary Care Networks and Eritrean Immigrants' Experiences with Health Care Professionals in Switzerland: A Qualitative Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14), 2614–2626. <https://doi.org/10.3390/ijerph16142614>
- Walther, L., Fuchs, L. M., Schupp, J., & von Scheve, C. (2020). Living Conditions and the Mental Health and Well-being of Refugees: Evidence from a Large-Scale German Survey. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 22(5), 903–913. <https://doi.org/10.1007/s10903-019-00968-5>
- Wang, H., Liddell, C. A., Coates, M. M., Mooney, M. D., Levitz, C. E., Schumacher, A. E., ... & Moore, A. R. (2014). Global, regional, and national levels of neonatal, infant, and under-5 mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 384(9947), 957–979. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60497-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60497-9)
- Wang, L., Guruge, S., & Montana, G. (2019). Older Immigrants' Access to Primary Health Care in Canada: A Scoping Review. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillessement*, 38(02), 193–209. <https://doi.org/10.1017/s0714980818000648>
- Ward, M., Kristiansen, M., & Sørensen, K. (2018). Migrant health literacy in the European Union: A systematic literature review. *Health Education Journal*, 78(1), 81–95. <https://doi.org/10.1177/0017896918792700>
- Wathen, C. N., & Harris, R. M. (2007). “I Try to Take Care of It Myself.” How Rural Women Search for Health Information. *Qualitative Health Research*, 17(5), 639–651. <https://doi.org/10.1177/1049732307301236>
- White, J. A., Levin, J., & Rispel, L. C. (2020). Migrants' perceptions of health system responsiveness and satisfaction with health workers in a South African Province. *Global Health Action*, 13(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1850058>
- Williams, G. A., Bacci, S., Shadwick, R., Tillmann, T., Rechel, B., Noori, T., Suk, J. E., Odone, A., Ingleby, J. D., Mladovsky, P., & Mckee, M. (2015). Measles among migrants in the European Union and the European Economic Area. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(1), 6–13. <https://doi.org/10.1177/1403494815610182>
- Wilmsen, B. (2013). Family separation and the impacts on refugee settlement in Australia. *Australian Journal of Social Issues*, 48(2), 241–262. <https://doi.org/10.1002/j.1839-4655.2013.tb00280.x>
- Woodgate, R. L., Busolo, D. S., Crockett, M., Dean, R. A., Amaladas, M. R., & Plourde, P. J. (2017). A qualitative study on African immigrant and refugee families' experiences of accessing primary health care services in Manitoba, Canada: it's not easy! *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 5–15. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0510-x>
- Worabo, H. J., Hsueh, K.-H., Yakimo, R., Worabo, E., Burgess, P. A., & Farberman, S. M. (2016). Understanding Refugees' Perceptions of Health Care in the United States. *The Journal for Nurse Practitioners*, 12(7), 487–494. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2016.04.014>

- World Health Organization-WHO (2015). *WHO-UNHCR-UNICEF Joint technical guidance: general principles of vaccination of Refugees*. Asylum-Seekers and Migrants in the WHO European Region, WHO Regional Office for Europe.
- Xesfingi, S., & Vozikis, A. (2016). Patient satisfaction with the healthcare system: Assessing the impact of socio-economic and healthcare provision factors. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1327-4>
- Yelland, J., Riggs, E., Szwarc, J., Casey, S., Duell-Piening, P., Chesters, D., Wahidi, S., Fouladi, F., & Brown, S. (2016). Compromised communication: a qualitative study exploring Afghan families and health professionals' experience of interpreting support in Australian maternity care. *BMJ Quality & Safety*, 25(4), e1–e10. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003837>
- Yfantopoulos, P., & Yfantopoulos, J. (2015). The Greek tragedy in the health sector: social and health implications. *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung*, 84(3), 165-182.
- Zihindula, G., Meyer-Weitz, A., & Akintola, O. (2015). Lived Experiences of Democratic Republic of Congo Refugees facing Medical Xenophobia in Durban, South Africa. *Journal of Asian and African Studies*, 52(4), 458–470. <https://doi.org/10.1177/0021909615595990>
- Ziomas, D., Capella, A., & Konstantinidou, D. (2017). *Integrating refugee and migrant children into the educational system in Greece (Report No. 67)*. European Commission.

Ελληνόγλωσση

- Αθανασοπούλου, Μ., Μεχίλι-Ενκελεϊντ, Α., Αθανασοπούλου, Α., & Διομήδους, Μ. (2013). Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των μεταναστών και ο αντίκτυπός τους στη Δημόσια Υγεία. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 5(4), 162-167.
- Αλετράς, Β., Ζαχαράκη, Φ., & Νιάκας, Δ. (2007). Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1), 89-96.
- Αμίτσης, Γ. Ν. (2014). *Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας*. Παπαζήσης
- Αναστόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ., & Ζήκος, Δ. (2013). Η προσβασιμότητα και η χρήση υπηρεσιών υγείας μεταναστών Αλβανικής καταγωγής στην Ελλάδα. *Nursing Care & Research/Nosileia kai Ereuna*, 7(37), 230-240.
- Αρβανίτη, Χ. (2022). *Πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας ευάλωτων οικογενειών* (Διπλωματική εργασία). Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
- Γαλάνης, Π., Καϊτελίδου, Δ., Σουρτζή, Π., Μπελλάλη, Θ., Σίσκου, Ο., Τσαβαλιάς, Κ., Καραμήτρη, Ι. & Βελονάκης, Ε. (2012). Γνώση και χρήση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα από μετανάστες. *Νοσηλευτική*, 51(4), 421-429.
- Γαλάνης, Π., Καϊτελίδου, Δ., Σουρτζή, Π., Σίσκου, Ο., Κωνσταντακοπούλου, Ο., & Οικονόμου, Χ. (2020). Προσβασιμότητα και χρήση των υπηρεσιών υγείας από μετανάστες στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 37(1), 42-53.
- Γαλάνης, Π., Σίσκου, Ο., Κωνσταντακοπούλου, Ο., Αγγελόπουλος, Γ., Φανού, Α., & Καϊτελίδου, Δ. (2022). Πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 39(3), 419-425.
- Γάτσιου, Α. (2021). *Ικανοποίηση ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας: η περίπτωση της 1ης Τοπικής Μονάδας Υγείας (TOMY) Ναυπλίου* (Διδακτορική διατριβή). Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

- Γιαννοπούλου, Π. (2020). *Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης και η ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας που εργάζονται στο χώρο της υποστήριξης προσφύγων και αιτούντων άσυλο στα νησιά του βορείου αιγαίου. Πρόληψη και αντιμετώπιση του συνδρόμου* (Διπλωματική εργασία). Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
- Γρηγοροπούλου, Μ. (2020). Διερεύνηση της πρόσβασης και της ικανοποίησης των μεταναστών και προσφύγων σε δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Διπλωματική εργασία). Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
- 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), 35-41
- Δαμανάκης, Μ., Κωνσταντινίδης, Σ., & Τάμης, Α. (2014). *Νέα μετανάστευση από και προς την Ελλάδα*. Πανεπιστήμιο Κρήτης.
- Δριτσάκου, Κ., Κάμπρα, Α., Γιαλελής, Ι., Κανακάκης, Σ., Γλυνού, Ε., Βάρλα-Λευθεριώτη, Μ., ... & Βεζυράκης, Δ. (2018). Η εμπειρία ενός δημόσιου μαιευτηρίου της Αθήνας σχετικά με την παροχή μαιευτικών-γυναικολογικών υπηρεσιών σε πρόσφυγες και μετανάστες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(1), 74-80.
- Ζαραφώνιτου, Χ., Παπαμιχαήλ, Σ. & Χαϊνάς, Ε.Ι., (2014). Η κοινωνική ένταξη των μεταναστριών στην ελληνική κοινωνία. Η συμβολή της βιβλιογραφικής επισκόπησης. Στο Ι. Τσίγκανου & Λ. Μαράτου-Αλιπράντη, (επιμ.), *Γυναικεία μετανάστευση στην Ελλάδα: Οδικός χάρτης πολιτικών κοινωνικής ένταξης*, (σσ. 251-255). ΕΚΚΕ
- Ζαχαριάδου, Κ. (2018). *Μελέτη της ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας του μικροβιολογικού τμήματος του γενικού νοσοκομείου Καβάλας* (Διπλωματική εργασία). Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
- Θεοφανίδης, Δ., Κοσμίδης, Δ., & Φουντούκη, Α. (2021). Ανάγκες Υγείας και Φροντίδας των Μεταναστών και Ελληνικό Σύστημα Υγείας. *Νοσηλευτική*, 60(2), 142-150.
- Καμέκης, Α., & Σπυριδάκης, Μ. (2020). Μετανάστες και σχεδιασμός πολιτικών υγείας στην Ελλάδα της κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 37(1), 17-27.
- Κιτσαράς, Γ., & Μπάκα, Α. (2013). Ο λόγος των μεταναστών για τους παράγοντες που δυσχεραίνουν την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. *Επιστημονική Επετηρίδα Τμήματος Ψυχολογίας ΑΠΘ*, 10, 474-498.
- Κοτσαγιώργη, Ι., & Γκέκα, Κ. (2010). Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 9(4), 398-408.
- Κοτσιώνη, Ι. (2011). *Πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες* (Διδακτορική διατριβή). Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Κύρκου, Δ. (2021). *Η Ικανοποίηση των Ασθενών από την Ελληνική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Μελέτη Περίπτωσης Ασθενών του Κέντρου Υγείας Φιλιπιάδας* (Διπλωματική εργασία). Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
- Κωνσταντινίδης, Κ. (2021). *Διερεύνηση της σχέσης της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών με την κλινική ασφάλεια των ασθενών σε νοσοκομείο υποδοχής περιστατικών Covid-19* (Διπλωματική εργασία). Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
- Κωσταγιόλας, Π. Α., Πλατής, Χ. Γ., & Ζήμερας, Σ. Τ. (2006). Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(6), 603-614.
- Μερκούρης, Α. (1996). *Η ικανοποίηση του αρρώστου, κριτήρια ποιότητας Νοσηλευτικών υπηρεσιών* (Διδακτορική διατριβή). Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

- Μόσχου, Μ. (2020). *Η Επίδραση του Ατομικού Κοινωνικού Κεφαλαίου στην Ικανοποίηση των Χρηστών από τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες των Τ.Ομ.Υ. της Περιοχής της Δυτικής Μακεδονίας* (Διπλωματική εργασία). Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
- Μπάγκαβος, Χ., & Παπαδοπούλου, Δ. (Επιμ.). (2006). *Μετανάστευση και ένταξη των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία*. Gutenberg.
- Μπίκου, Χ. (2018). Διερεύνηση των απόψεων και των στάσεων του υγειονομικού προσωπικού απέναντι στις ιδιαιτερότητες της παροχής φροντίδας σε πρόσφυγες και ρομά/τσιγγάνους (Διπλωματική εργασία). Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.
- Μπούζι, Π. (2019). *Πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες στην Ελλάδα και στη Γερμανία* (Διπλωματική εργασία). Πανεπιστήμιο Πατρών
- Ξυμητούδη, Μ.Χ. (2022). *Ευελιξία και αντίσταση των εκπαιδευτικών απέναντι στις οργανωσιακές αλλαγές και καινοτομίες* (Διπλωματική εργασία). Διεθνές Πανεπιστήμιο Ελλάδος
- Οικονόμου, Χ., & Παντελή, Δ., (2018). Παρακολούθηση και τεκμηρίωση των συστημικών και υγειονομικών επιπτώσεων των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα. <https://bit.ly/3A7wvE8>
- Παπαδημητρίου Π. (2008). Οι πρακτικές δυσκολίες στην παραμονή και ένταξη αιτούντων άσυλο και προσφύγων στην Ελλάδα. Πρακτικά συνεδρίου: *Αλλοδαποί στην Ελλάδα: ένταξη ή περιθωριοποίηση*, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Νομική Σχολή, 28-29 Νοεμβρίου. Σάκκουλα.
- Πεχλιβανίδου, Π. (2017). Δημόσια υγεία, εθνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα: προβλήματα και προοπτικές (Διπλωματική εργασία). Πανεπιστήμιο Μακεδονίας
- Τερζούδης, Σ., Μπογιατζίδης, Π., & Κωσταγιόλας, Π. (2017). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στους μετανάστες κατά την υποδοχή τους στην Ελλάδα: Σχεδιασμός αυτής σε πολυϊατρείο μη κυβερνητικής οργάνωσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34, 113-122.
- Τζαβάρα, Γ., & Παπαγεωργίου, Δ. (2019). Διαπολιτισμική Διαμεσολάβηση στο Χώρο της Υγείας. *Μία Νέα Έννοια. Νοσηλευτική*, 58(3), 201-204.
- Τσίρος, Γ., Δομάγερ, Φ., Βοΐλα, Π., Τσίρου, Α., Λέντζας, Ι., Χαροκόπος, Ν., Γελαστοπούλου, Ε. (2017), *Κατάθλιψη και Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Νομού Ηλείας. Αχαϊκή Ιατρική*, 36(1), 23-36.
- Φρεγγίδου, Ε., Γαλάνης, Π., Ζαφειροπούλου, Μ., Διακουμής, Γ., Παπαδόπουλος, Ρ., Παπαγιάννη, Α., & Θεοδώρου, Μ. (2017). Ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) Κιλκίς. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(2), 236-243.
- Χατζημπύρος, Β. Ε. (2014). *Παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες* (Διδακτορική διατριβή). Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

2. I am dissatisfied with some things about the medical care I received

1.Strongly agree 2.Agree 3.Uncertain 4. Disagree 5.Strongly disagree

Please be more specific.....

3. I think my doctor's office has everything needed to provide complete care

1.Strongly agree 2.Agree 3.Uncertain 4. Disagree 5.Strongly disagree

4. Sometimes doctors make me wonder if their diagnosis is correct

1.Strongly agree 2.Agree 3.Uncertain 4. Disagree 5.Strongly disagree

5. When I go for medical care, they are careful to check everything when treating and examining me

1.Strongly agree 2.Agree 3.Uncertain 4. Disagree 5.Strongly disagree

6. I have some doubts about the ability of the doctors who treat me

1.Strongly agree 2.Agree 3.Uncertain 4. Disagree 5.Strongly disagree

7. Doctors act too businesslike and impersonal toward me

1.Strongly agree 2.Agree 3.Uncertain 4. Disagree 5.Strongly disagree

8. My doctors treat me in a very friendly and courteous manner

1.Strongly agree 2.Agree 3.Uncertain 4. Disagree 5.Strongly disagree

9. Doctors are good about explaining the reason for medical tests

1.Strongly agree 2.Agree 3.Uncertain 4. Disagree 5.Strongly disagree

10. Doctors sometimes ignore what I tell them

1.Strongly agree 2.Agree 3.Uncertain 4. Disagree 5.Strongly disagree

11. I feel confident that I can get the medical care I need without being set back financially

1.Strongly agree 2.Agree 3.Uncertain 4. Disagree 5.Strongly disagree

12. I have to pay for more of my medical care that I can afford

1.Strongly agree 2.Agree 3.Uncertain 4. Disagree 5.Strongly disagree

13.Those who provide my medical care sometimes hurry too much when they treat me

1.Strongly agree 2.Agree 3.Uncertain 4. Disagree 5.Strongly disagree

14. Doctors usually spend plenty of time with me

1.Strongly agree 2.Agree 3.Uncertain 4. Disagree 5.Strongly disagree

15. I have easy access to the medical specialists I need

1.Strongly agree 2.Agree 3.Uncertain 4. Disagree 5.Strongly disagree

16. Where I get medical care, people have to wait too long for emergency treatment

1.Strongly agree 2.Agree 3.Uncertain 4. Disagree 5.Strongly disagree

17. I find it hard to get an appointment for medical care right away

1.Strongly agree 2.Agree 3.Uncertain 4. Disagree 5.Strongly disagree

18. I am able to get medical care whenever I need it

1.Strongly agree 2.Agree 3.Uncertain 4. Disagree 5.Strongly disagree

Additional satisfaction items relevant to refugee population

1. Easy to get interpreter services

1.Strongly agree 2.Agree 3.Uncertain 4. Disagree 5.Strongly disagree

2. I am satisfied with onsite interpreters

1.Strongly agree 2.Agree 3.Uncertain 4. Disagree 5.Strongly disagree

3. Medical care would have been better if I knew English/Greek language

1.Strongly agree 2.Agree 3.Uncertain 4. Disagree 5.Strongly disagree

4. I believe there is a difference in type of care received by refugees compared to other community members

*Νίκος Τερζής,
Διερεύνηση βαθμού ικανοποίησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
στους πρόσφυγες και μετανάστες της δομής φιλοξενίας στην Νέα Καβάλα
που προσέρχονται στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία ή ΤΕΠ του Γενικού
Νοσοκομείου Κιλκίς*

1.Strongly agree 2.Agree 3.Uncertain 4. Disagree 5.Strongly disagree

5. I believe that my religious beliefs affect the quality of medical care I receive

1.Strongly agree 2.Agree 3.Uncertain 4. Disagree 5.Strongly disagree