



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.
ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΤΩΝ ΡΟΜΑ.**

ΜΑΛΑΒΑΖΟΣ ΘΕΟΔΟΣΙΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΜΕΛΟΣ ΣΕΠ: ΚΑΡΑΣΑΒΒΟΓΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

ΑΘΗΝΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2021

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή Μαλαβάζου Θεοδόσιου 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 δεν 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.



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

**ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.
ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΕΝΑΝΤΙ ΤΩΝ ΡΟΜΑ.**

ΜΑΛΑΒΑΖΟΣ ΘΕΟΔΟΣΙΟΣ

Επιτροπή Επίβλεψης Πτυχιακής / Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:

Καρασαββόγλου Αναστάσιος

Καραγιάννη Ρωξάνη

ΑΘΗΝΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2021

Η συγκεκριμένη εργασία δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς την πολύτιμη στήριξη του Μιλτιάδη Φιορέντζη και του Αντώνη Πουλάκη, τους ευχαριστώ πολύ!

Εφαλτήριο αυτής της εργασίας είναι οι γονείς μου Κωνσταντίνος και Μαρία.
Οι απόψεις τους, η στάση τους και η αγάπη τους με οδήγησαν στον προβληματισμό και την αναζήτηση απαντήσεων.

Περίληψη

Οι Ρομά στο πέρασμα των αιώνων έχουν υποστεί αλλεπάλληλους διωγμούς και κακουχίες, είναι η μεγαλύτερη, φτωχότερη και ταχύτατα αναπτυσσόμενη εθνοτική μειονότητα. Περνώντας στην Ευρωπαϊκή ήπειρο δέχτηκαν εχθρικές συμπεριφορές και κατηγορήθηκαν για πολλά αδικήματα επωμιζόμενοι το προσωνύμιο «Μαύροι της Ανατολικής Ευρώπης». Η συνεχόμενη αλλαγή τοποθεσίας δεν τούς επέτρεψε την εκμετάλλευση ευκαιριών για οικονομική αυτάρκεια.

Η ομάδα των Ρομά βιώνει κοινωνικές διακρίσεις σε σχέση με το σύνολο του πληθυσμού. Έχουν περιορισμένες δυνατότητες κοινωνικής κινητικότητας με αποτέλεσμα να περιθωριοποιούνται στην εξωτερική κοινωνική στιβάδα ως μια μεμονωμένη ομάδα. Η έννοια της κοινωνικής αναπαράστασης που αφορά την ομάδα των Ρομά έχει διττό χαρακτήρα. Αρχικά η κοινωνική αναπαράσταση διερευνά τη θέση που κατέχει στην κοινωνία η συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα και ο τρόπος που συμπεριφέρονται οι άλλες κοινωνικές ομάδες προς αυτούς. Από την άλλη η θεωρία της κοινωνικής ταυτότητας καθορίζει την ανάγκη του ατόμου να ανήκει σε μια ομάδα και πώς λειτουργεί για να υπερισχύσει η ομάδα στην οποία έχει επιλέξει να ανήκει, υποβαθμίζοντας μία άλλη ομάδα.

Οι αρνητικές στερεοτυπικές εικόνες για την κοινότητα των Ρομά παρουσιάζονται καθημερινά στις κοινωνικές συναναστροφές, στον τύπο και στα μέσα μαζικής δικτύωσης. Οι αρνητικές συμπεριφορές μεμονωμένων ατόμων χαρακτηρίζουν το σύνολο της συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας. Οι Ρομά, ως ευπαθής ομάδα, βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό. Οι συνθήκες που ζουν, εργάζονται και μεγαλώνουν δημιουργούν ανισότητες.

Οι Ρομά αντιμετωπίζουν ανισότητες σε όλα τα επίπεδα της εμπειρίας τους στην υγειονομική περίθαλψη. Η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση των Ρομά, ο ρατσισμός και οι διακρίσεις ενισχύουν τις ανισότητες στον τομέα της υγείας. Τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις των επαγγελματιών υγείας οδηγούν σε υπηρεσίες χαμηλής ποιότητας για τους Ρομά ασθενείς. Επιπρόσθετα, παράγοντες όπως το χαμηλό εκπαιδευτικό υπόβαθρο, ο φόρτος εργασίας και η ηλικία των νοσηλευτών, δυσχεραίνουν τη στάση τους έναντι των Ρομά ασθενών. Από την άλλη, ο αναλφαβητισμός των Ρομά και η κουλτούρα τους οδηγούν σε πολιτισμικά και γλωσσικά εμπόδια.

Λέξεις κλειδιά:

Κοινωνική αναπαράσταση, κοινωνική ταυτότητα, στερεότυπα, προκαταλήψεις, κοινωνικές ανισότητες, κοινωνικός αποκλεισμός, κοινωνικός αποκλεισμός στην υγεία, Αντι-Τζιππισμός, πολιτικό και νομοθετικό πλαίσιο για τους Ρομά, σύστημα κοινωνικής ασφάλισης.

INEQUALITIES AND SOCIAL EXCLUSION IN HEALTH.
ATTITUDES AND PERCEPTIONS OF NURSES TOWARDS ROMA

MALAVAZOS THEODOSIOS

Abstract

The Roma have suffered persecution and hardship over the centuries, they are the largest, poorest and fastest growing ethnic minority. Crossing the European continent, they faced hostile behavior and were accused of many crimes, bearing the nickname "Blacks of the East Europe". The constant change of their location did not allow them to take advantage of opportunities for financial self-sufficiency.

The Roma group experiences social discrimination in relation to the general population. They have limited opportunities for social mobility, resulting to their marginalization in the outer layer of the society as an isolated group. The concept of social representation concerning the Roma group has a dual purpose. Primarily, social representation explores the position of a particular social group in society and the way other social groups behave towards them. On the other hand, the theory of social identity determines the need of the individual to belong to one group and how this individual acts in order his group to be the dominant by degrading the others.

Negative stereotypes about the Roma community are represented daily in people's social interaction as well as by print and social media. Negative behaviors of specific individuals tend to characterize the whole community. The Roma, as a vulnerable group, are experiencing social exclusion. The conditions in which they live, work and grow create inequalities.

Roma face inequality at all levels of their healthcare experience. The low socio-economic situation of the Roma, racism and discrimination reinforce health inequalities. Stereotypes and prejudice of health professionals lead to low quality services for Roma patients. In addition, factors such as low educational background, workload and age of nurses make it difficult for them to treat Roma patients. On the other hand, Roma illiteracy and their culture lead to cultural and linguistic barriers.

Keywords:

Social representation, social identity, stereotypes, prejudice, social inequality, social exclusion, social exclusion in health, Anty-Gypsyism, political and legislative framework for the Roma, social insurance system.

Πίνακας περιεχομένων

Εισαγωγή	12
ΜΕΡΟΣ Α΄	15
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΡΟΜΑ	15
<i>Ιστορία των Ρομά μέχρι τον 20^ο αιώνα</i>	15
ΜΕΡΟΣ Β΄	18
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	18
Κοινωνική αναπαράσταση (social representation)	18
Κοινωνική ταυτότητα (Social Identity)	20
<i>Σχέση κοινωνικής αναπαράστασης και κοινωνικής ταυτότητας</i>	23
Στερεότυπα και προκαταλήψεις για τους Ρομά	25
ΜΕΡΟΣ Γ΄	28
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΙΣΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ	28
<i>Κοινωνικές ανισότητες και κοινωνικός αποκλεισμός των Ρομά στο χώρο της υγείας</i>	30
<i>Η υγεία των Ρομά</i>	33
<i>Ο Covid-19 και οι επιπτώσεις στις κοινότητες των Ρομά</i>	36
<i>Η επικοινωνία ανάμεσα στους Ρομά και τους επαγγελματίες υγείας</i>	39
ΜΕΡΟΣ Δ΄	43
ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΡΟΜΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	43
<i>Νομοθετικό πλαίσιο στην Ευρώπη</i>	43
<i>Νομοθετικό πλαίσιο στην Ελλάδα</i>	47
ΜΕΡΟΣ Ε΄	54
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	54
<i>Στόχοι της εργασίας</i>	54
<i>Μεθοδολογική προσέγγιση</i>	55
<i>Διαδικασία της έρευνας και συλλογή δεδομένων</i>	57
<i>Ανάλυση της δομής του ερωτηματολογίου</i>	58
<i>Αδειοδότηση της έρευνας και δεοντολογικά ζητήματα</i>	60
<i>Μεθοδολογία ανάλυσης δεδομένων</i>	61
<i>Ανάλυση αξιοπιστίας</i>	61
<i>One-way ANOVA- έλεγχος ανάλυσης διασποράς</i>	62
ΜΕΡΟΣ ΣΤ΄	63
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ	63
<i>Το δείγμα της έρευνας</i>	63

<i>Αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας</i>	<i>69</i>
<i>Περιγραφικά χαρακτηριστικά μεταβλητών</i>	<i>69</i>
<i>Αποτελέσματα βαθμού κανονικότητας.....</i>	<i>70</i>
<i>One-way ANOVA</i>	<i>71</i>
<i>Συντελεστής γραμμικής συσχέτισης.....</i>	<i>72</i>
<i>Συσχέτιση ανοιχτών και κλειστών τμημάτων.....</i>	<i>75</i>
<i>Μέσος όρος δημογραφικών στοιχείων.....</i>	<i>76</i>
<i>Παράθεση απαντήσεων ανοιχτού τύπου ερώτησης.....</i>	<i>79</i>
<i>Σύνοψη αποτελεσμάτων.....</i>	<i>82</i>
ΜΕΡΟΣ Ζ΄	85
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	85
<i>Συμπεράσματα.....</i>	<i>85</i>
<i>Συζήτηση.....</i>	<i>87</i>
<i>Περιορισμοί στην ερευνητική διαδικασία</i>	<i>90</i>
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	92
<i>Ξενόγλωσσες αναφορές</i>	<i>92</i>
<i>Ελληνικές αναφορές</i>	<i>105</i>
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄	107
<i>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ</i>	<i>107</i>
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄	114
<i>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ.....</i>	<i>114</i>
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	
<i>Πίνακας 1: Καταγραφή εξώσεων κοινοτήτων Ρομά σε ευρωπαϊκές πόλεις</i>	<i>46</i>
<i>Πίνακας 2: Πορεία του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης από το 1983 έως σήμερα.....</i>	<i>48</i>
<i>Πίνακας 3: Ελληνική νομοθεσία για τους Ρομά.....</i>	<i>51</i>
<i>Πίνακας 4: Αποτελέσματα ανάλυσης αξιοπιστίας ερευνητικού εργαλείου.....</i>	<i>69</i>
<i>Πίνακας 5: Περιγραφικά χαρακτηριστικά μεταβλητών.....</i>	<i>70</i>
<i>Πίνακας 6: Αποτελέσματα βαθμού κανονικότητας.....</i>	<i>71</i>
<i>Πίνακας 7: Αποτελέσματα ανάλυσης One-way ANOVA.....</i>	<i>72</i>
<i>Πίνακας 8: Αποτελέσματα ανάλυσης συντελεστή γραμμικής συσχέτισης</i>	<i>73</i>
<i>Πίνακας 9: Αποτελέσματα συσχέτισης ανοιχτών και κλειστών τμημάτων.....</i>	<i>75</i>
<i>Πίνακας 10: Αποτελέσματα ανάλυσης ανά τμήμα.</i>	<i>76</i>
<i>Πίνακας 11: Αποτελέσματα ανάλυσης φύλου βάση του μέσου όρου.</i>	<i>77</i>
<i>Πίνακας 12: Αποτελέσματα ανάλυσης ηλικίας βάση του μέσου όρου.</i>	<i>77</i>
<i>Πίνακας 13: Αποτελέσματα ανάλυσης οικογενειακής κατάστασης βάση του μέσου όρου.....</i>	<i>77</i>
<i>Πίνακας 14: Αποτελέσματα ανάλυσης τέκνων βάση του μέσου όρου.</i>	<i>78</i>
<i>Πίνακας 15: Αποτελέσματα ανάλυσης εκπαιδευτικού υπόβαθρου βάση του μέσου όρου.</i>	<i>78</i>

Πίνακας 16: Αποτελέσματα ανάλυσης επαγγελματικής εμπειρίας βάση του μέσου όρου.....	79
Πίνακας 17: Ανάλυση όλων των δημογραφικών στοιχείων.....	115
Πίνακας 18: Πλήρη αποτελέσματα ανάλυσης συντελεστή γραμμικής συσχέτισης.....	116
Πίνακας 19: Αποτελέσματα ανάλυσης One-way ANOVA σχετικά με το φύλο.....	119
Πίνακας 20: Αποτελέσματα ανάλυσης One-way ANOVA σχετικά με την ηλικία.....	119
Πίνακας 21: Αποτελέσματα ανάλυσης One-way ANOVA σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση.....	119
Πίνακας 22: Αποτελέσματα ανάλυσης One-way ANOVA σχετικά με τα παιδιά.....	119
Πίνακας 23: Αποτελέσματα ανάλυσης One-way ANOVA σχετικά με την επαγγελματική εμπειρία....	119
Πίνακας 24: Αποτελέσματα ανάλυσης One-way ANOVA σχετικά με παρακολούθηση σεμιναρίου...	120
Πίνακας 25: Αποτελέσματα ανάλυσης One-way ANOVA σχετικά με πόσους Ρομά συναναστρέφεστε.....	120
Πίνακας 26: Αποτελέσματα ανάλυσης One-way ANOVA σχετικά με το σύνολο των ασθενών.....	120
Πίνακας 27: Αποτελέσματα ανάλυσης One-way ANOVA σχετικά με την εκπαίδευση.....	120

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1: Η θεωρία της στερεοτυπικής απειλής σε κλινικές αλληλεπιδράσεις.....	41
Σχήμα 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.....	63
Σχήμα 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία.....	64
Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εκπαιδευτικό υπόβαθρο.....	65
Σχήμα 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση.....	66
Σχήμα 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την επαγγελματική εμπειρία.....	67
Σχήμα 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον τομέα δραστηριοποίησης.....	68
Σχήμα 8: Το ποσοστό των Ρομά ασθενών στο τμήμα.....	69
Σχήμα 9: Παρουσίαση συχνότητας της μεταβλητής: «Στάσεις έναντι των Ρομά ασθενών».....	117
Σχήμα 10: Παρουσίαση συχνότητας της μεταβλητής: «Στάσεις έναντι των Ρομά ασθενών».....	117
Σχήμα 11: Διάγραμμα κανονικότητας της μεταβλητής «Στάσεις έναντι των Ρομά».....	118
Σχήμα 12: Διάγραμμα απόκλισης της κανονικότητας της μεταβλητής «Στάσεις έναντι των Ρομά».....	118

Εισαγωγή

Οι Ρομά είναι ένας περιπλανώμενος λαός διανύοντας πολλαπλούς κοινωνικούς και γεωγραφικούς σταθμούς για να εδραιωθεί. Η διαφορετική κουλτούρα, η διαφορετική θρησκεία και η διαφορετική γλώσσα των γηγενών δεν τους εμπόδισε να κρατήσουν ανέπαφα τα ήθη, τα έθιμα και τον τρόπο αντίληψης που έχουν για την ζωή.

Οι Ρομά είναι η μεγαλύτερη εθνοτική μειονότητα της Ευρώπης (COM, 2020), ζουν κυρίως στην Κεντρική, Ανατολική και Νότια Ευρώπη. Υπάρχουν περίπου 12 εκατομμύρια Ρομά που ζουν στην Ευρώπη εκ των οποίων 6 εκατομμύρια είναι πολίτες της ΕΕ. Ο ακριβής αριθμός του πληθυσμού των Ρομά είναι αβέβαιος επειδή πολλοί δεν είναι πρόθυμοι να αναγνωριστούν φοβούμενοι μην στιγματιστούν (Masseria et al., 2010; Parekh et al., 2011), ή εκδιωχτούν (Ringold et al., 2005; Orton et al., 2019). Στην Ελλάδα οι Ρομά καλύπτουν το 7% του συνολικού πληθυσμού. Ο όρος Ρομά περιλαμβάνει διάφορες ομάδες (Abdal, Ashkali, Boyash-Rudari, Dom, Egyptians, Kale, Lom, Rom, Roma, Romanichels, Sinti, Yenish,) καθώς και πληθυσμούς ταξιδιωτών (Camminanti, Gens du voyage, Gypsies). Οι ονομασίες ποικίλουν ανάλογα με την προέλευση της κάθε ομάδας (COM, 2020).

Οι Ρομά ως εθνοτική μειονότητα αντιμετωπίζουν τρία βασικά προβλήματα. Το πρώτο αφορά τον αποκλεισμό τους από ιστορικά γεγονότα, το δεύτερο είναι η ένταξη τους σε ένα γενικό όρο ονομαζόμενο «μειονότητες» και το τρίτο είναι ότι καθορίζονται από μια συγκεκριμένη και οριοθετημένη κοινωνική ταυτότητα.

Οι Ρομά αντιμετωπίζονται ως άνθρωποι χωρίς ιστορία, δημιουργώντας την ψευδαίσθηση ότι στο πέρασμα τους δεν έχουν αφήσει τίποτα. Η γενοκτονία των Ρομά που πραγματοποιήθηκε την περίοδο του Δεύτερου παγκοσμίου πολέμου δεν αναφέρεται ποτέ παρ' όλα τα πολυάριθμα θύματα του. Επαρκή στοιχεία σχετικά με τον αριθμό των Ρομά που υπέστησαν διώξεις από τους Ναζί και τους συμμάχους τους δεν υπάρχουν. Στην Ανατολική Ευρώπη εκτιμάται ότι υπήρχαν περίπου 250.000-500.000 θύματα από το ολοκαύτωμα (Factsheets on Roma History, 2018). Σε νέα έρευνα σχετικά με τον χαμό των Ρομά ο Ian Hancock (2013) αναφέρει ότι την συγκεκριμένη περίοδο υπήρχαν 1,5 εκατομμύρια θύματα. Οι συγκεκριμένοι άνθρωποι στο ολοκαύτωμα έχασαν την οικογένεια τους, τους συγγενείς τους και τις περιουσίες τους πολύ περισσότερο όμως, λόγω των κακουχιών που είχαν περάσει, έχασαν την ψυχική και σωματική τους υγεία (Hammarberg, 2012).

Οι Ρομά έχουν υποστεί ακραίες φυλετικές παραβιάσεις των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων μέσω βίαιων πρακτικών (ERRC, 2006). Τον 18^ο αιώνα στην Αυστρία και την Ουγγαρία παιδιά από κοινότητες Ρομά άνω των πέντε ετών απομακρύνθηκαν από τις οικογένειες τους και μεγάλωσαν σε ανάδοχες οικογένειες εκτός Ρομά κοινοτήτων. Στην Τσεχοσλοβακία κατά την διάρκεια του κουμμουνιστικού καθεστώτος εφαρμόζονταν πρακτικές στείρωσης των γυναικών Ρομά που συνεχίστηκαν ως και τον 21^ο αιώνα (Hajioff, 2000).

Προσεγγίζοντας τους Ρομά από κοινωνιολογική σκοπιά οι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι είναι βολικό αλλά παραπλανητικό να τοποθετούνται ομάδες ανθρώπων με διαφορετικά χαρακτηριστικά και διαφορετικές κοινωνικές θέσεις κάτω από μια ενιαία στέγη. Η κοινή ομαδοποίηση δημιουργεί μια ψευδώς ομοιογενή και επιβλαβή εικόνα των Ρομά, πυροδοτώντας αρνητικά στερεότυπα και προκαταλήψεις (Zachar Podolinska et al, 2018).

Αν κάποιος είναι γεννημένος στην κοινωνική ομάδα των Ρομά για ολόκληρη την ζωή του θα παραμένει στιγματισμένος με το προσωνύμιο «Τσιγγάνος» ή «Ρομά» όπως και οι πρόγονοι τους στην Ινδία. Δεν υπάρχει διακριτικότητα στην ταυτότητα τους, αντιθέτως το παρόν τους είναι καθορισμένο από το παρελθόν τους χωρίς να έχουν περιθώρια ευελιξίας (Stewart., 1997; Marushiakova et al., 2016). Σε ολόκληρη την ιστορία της Ευρώπης υπάρχει η επικρατούσα φήμη ότι οι Ρομά είναι αναξιόπιστοι, επικίνδυνοι και απειλή για την δημόσια τάξη. Τα χαρακτηριστικά αυτά ακολουθούν ολόκληρη την ζωή τους μαζί με το στιγματισμένο προσωνύμιο (Milcher., 2006; European Commission Directorate., 2004).

Η υγεία των Ρομά συχνά χαρακτηρίζεται με απλούς όρους όπως «ανθυγιεινός τρόπος ζωής» ή «επικίνδυνη συμπεριφορά υγείας» ή τείνει να χαρακτηριστεί με ατομικά χαρακτηριστικά ενώ στην ουσία ο προσδιορισμός της υγείας τους είναι περίπλοκος. Η κακή υγεία της συγκεκριμένης ομάδας είναι συνέπεια του αποκλεισμού, των άσχημων συνθηκών διαβίωσης, της φτώχειας και της χαμηλής κοινωνικής, οικονομικής, πολιτιστικής και εκπαιδευτικής κατάστασης του πληθυσμού των Ρομά (European Commission., 2014; Kajanova., 2009).

Πολλές υπάρχουσες και αναδυόμενες ασθένειες έχουν προέλευση την φύση του κοινωνικού και οικονομικού περιβάλλοντος των Ρομά. Τα μειονεκτούντα άτομα υποφέρουν από φτωχότερη υγεία λόγω κακών συνθηκών διαβίωσης και εκπαίδευσης (Parekh et al, 2011). Το να είναι φτωχός, άνεργος και κοινωνικά αποκλεισμένος κάποιος δεν επιφέρει μόνο διακρίσεις αλλά έχει αντίκτυπο στην σωματική και ψυχική

του υγεία (Kamberi et al., 2015; McGarry et al., 2019). Σύμφωνα με τα δεδομένα του European Public Health Alliance το 80% των Ρομά ζει κάτω από τα όρια της φτώχειας (Zaharieva, 2020). Οι Ρομά σε όλη την ευρωπαϊκή πορεία τους βίωναν τον αποκλεισμό εντασσόμενοι στην κατώτερη κοινωνική βαθμίδα (Wilkinson, 2003). Τα άτομα χαμηλότερων κοινωνικών τάξεων έχουν μικρότερο προσδόκιμο ζωής και υποφέρουν περισσότερο από χρόνιες και μη ασθένειες (Parekh, 2011).

Οι Ρομά παραμένουν η πιο μειονεκτική και κοινωνικά αποκλεισμένη εθνοτική μειονότητα σε όλη την Ευρώπη. Ακόμα και σήμερα εξακολουθούν να παρατηρούνται σοβαρές ανισότητες στην υγεία και στην οικονομία. Η θνησιμότητα και οι πρόωροι θάνατοι παραμένουν σε υψηλά επίπεδα μεταξύ των Ρομά. Το δεκαπενταετές χάσμα στο προσδόκιμο ζωής μεταξύ Ρομά και μη Ρομά είναι άμεση συνέπεια των ανισοτήτων, της δύσκολης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, της ανεπαρκούς πρόληψης, της αναξιοπρεπούς στέγασης, της ελλιπούς εκπαίδευσης και των δύσκολων συνθηκών εργασίας. Συστηματικές διακρίσεις στην πρόσβαση των οικονομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων διογκώνουν το χάσμα των Ρομά με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Commissioner for Human Rights, 2012).

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθούν στοιχεία της συμπεριφοράς των νοσηλευτών, ως άνθρωποι αλλά και ως επαγγελματίες υγείας, έναντι των Ρομά. Θα διερευνηθούν τα δομικά στοιχεία συμπεριφοράς του κοινωνικού συνόλου και ο τρόπος που αυτά μεταλαμπαδεύονται στις νέες γενιές. Στο πρώτο μέρος θα γίνει μια ιστορική αναδρομή των Ρομά ξεκινώντας από τις Ινδίες μέχρι την παρουσία τους στα Ευρωπαϊκά εδάφη. Στο δεύτερο μέρος θα γίνει παρουσίαση δυο βασικών όρων, της «κοινωνικής αναπαράστασης» και της «κοινωνικής ταυτότητας». Στη συνέχεια θα αναφερθούν τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις που διακατέχουν την κοινωνία των Ρομά. Στο τρίτο μέρος θα γίνει αναφορά στον κοινωνικό αποκλεισμό και τις κοινωνικές ανισότητες. Θα παρουσιαστούν τα προβλήματα που δημιουργούν οι ανισότητες και ο αποκλεισμός στην κοινωνία των Ρομά στον τομέα της υγείας. Στο τέταρτο μέρος θα παρουσιαστεί το νομοθετικό πλαίσιο στήριξης των Ρομά. Στο τελευταίο μέρος θα διερευνηθούν οι στάσεις και οι αντιλήψεις των νοσηλευτών έναντι των Ρομά ασθενών.

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΡΟΜΑ

Ιστορία των Ρομά μέχρι τον 20^ο αιώνα

Για να μπορέσει μια εθνοτική ομάδα να κατανοηθεί πρέπει πρώτα να διερευνηθεί η ιστορία της (Smith et al, 2005). Τον 3^ο μ.Χ. αιώνα όταν οι Πέρσες εισέβαλαν στην Ινδία, άρχισαν οι πρώτες μεταναστεύσεις. Ένα μέρος του πληθυσμού της Ινδίας μεταφερόταν στην Περσία αποσκοπώντας σε μια καλύτερη και εύπορη ζωή. Η μετακίνηση τους στα περσικά εδάφη αποσκοπούσε στην εύρεση εργασίας. Στην Περσία ξεκίνησε η εκμετάλλευση των ανθρώπων αυτών καθώς εργάζονταν με μικρότερες αμοιβές από τους ντόπιους. Καθ' όλη την πορεία τους μέχρι να φτάσουν στην Ευρώπη απασχολήθηκαν ως βοσκοί, μουσικοί, χορευτές, έμποροι, φρουροί, μισθοφόροι και λογιστές (Colocci, 2017).

Οι άνθρωποι που εγκαταστάθηκαν στην Περσία αποκαλούσαν τον εαυτό τους «Dom». Αργότερα το D μετατράπηκε σε R και καθιερώθηκε η ονομασία «Rom». Στην Ινδία του σήμερα οι άνθρωποι που αποκαλούνται Rom ανήκουν στην κατώτερη τάξη των καστών και κάνουν τις πιο δύσκολες εργασίες. Οι Rom λόγω της περιθωριοποίησης τους δεν προσηλυτίστηκαν από τους γηγενείς σε άλλες θρησκείες, παρέμειναν πιστοί στον ινδουισμό. Όταν οι Rom έφτασαν στην Ελλάδα του Βυζαντίου άρχισαν να ασπάζονται τον χριστιανισμό, μετέφεραν όμως τα έθιμα και τις παραδόσεις τους (Kenrick, 1994).

Αργότερα, όταν οι Άραβες έκαναν εισβολές στην Ινδία μετέφεραν Ινδούς στη Μέση Ανατολή και τους ονόμαζαν Zott. Αραβικές φυλές της Μεσοποταμίας είχαν στο πλευρό τους Ινδούς μισθοφόρους. Μεταγενέστερα οι Άραβες δια μέσου της Ερυθράς Θάλασσας είχαν συναλλαγές με έμπορους Ινδούς οι οποίοι ενσωματώθηκαν με τους αυτόχθονες με γάμους. Τους ανθρώπους αυτούς για αρκετά χρόνια τους μετακινούσαν σε διάφορες πόλεις και χρησιμοποιήθηκαν ως στρατιώτες για να συμμαχήσουν με τους Άραβες κατά των Ελλήνων. Το 855μ.χ οι Έλληνες κατέλαβαν την πόλη Αϊζαρβώ και η φυλή των Zott εξορίστηκε στην ηπειρωτική Ελλάδα. Άλλοι Zott μετακινήθηκαν βόρεια προς την Αρμενία και έπειτα στην Ευρώπη δουλεύοντας σε χωράφια των Βαλκανίων (Kenrick, 1994). Οι Άραβες έστειλαν Zott και στην Αντιόχεια. Όταν οι

Έλληνες έκαναν κατάληψη της Αντιόχειας οι Zott βρέθηκαν υπό την βυζαντινή κυριαρχία. Το 1323 οι άνθρωποι αυτοί πέρασαν την Μεσόγειο και βρέθηκαν στην Κρήτη, το 1340 μεταφέρθηκαν στην Κέρκυρα υπό το καθεστώς δουλείας και το 1384 κατευθύνθηκαν στην «Μικρή Αίγυπτο» που ονομαζόταν η Μεθώνη Μεσσηνίας.

Οι Ρομήδες κατά την πρώτη άφιξη τους στην Κωνσταντινούπολη, που χρονολογείται το 1050 περίπου, ονομάστηκαν Αθίγγανοι. Ο όρος Αθίγγανος σημαίνει οπαδός ενός αιρετικού δόγματος. Υπάρχουν αναφορές που δείχνουν ότι άλλοι Ρομήδες έφτασαν στην Ευρώπη από τον Βόσπορο. Ο λόγος που οι Ρομήδες κατευθύνθηκαν προς την Ευρώπη δεν οφείλεται στην στερεοτυπική αντίληψη του νομαδισμού αλλά στα γεγονότα που επικρατούσαν στην Ανατολή. Το 1347 ξέσπασε ο «Μαύρος Θάνατος» στην Κωνσταντινούπολη οδηγώντας μέρος του πληθυσμού σε αφανισμό λόγω της εξάπλωσης του λοιμού, το 1390 ακολούθησε η ήττα των Ελλήνων στην Ασία και το 1400 ξέσπασε η μάχη στο Χαλέπι της Συρίας. Τα προαναφερθέντα γεγονότα οδήγησαν μεγάλο μέρος του πληθυσμού των Ρομήδων στην αναζήτηση καλύτερης ζωής κατευθυνόμενοι προς την Ευρώπη (Colocci, 2017).

Μέσα από την Εθνογραφική πορεία τους οι Ρομά δέχτηκαν διωγμούς και κακουχίες. Το 1566 δέχτηκαν διώξεις από το παπικό κράτος που ήταν τμήμα της ιταλικής χερσονήσου. Τον 16^ο αιώνα η Γαλλία και η Αγγλία απαγόρευσε στους Ρομά την είσοδο στα χερσαία εδάφη τους και την ίδια χρονική περίοδο η Σουηδία, η Δανία και η Πορτογαλία τους απέλασαν. Την περίοδο 1551-1774 η ηγεμονία της Γερμανίας είχε περάσει 130 νόμους που εναντιώνονταν στα δικαιώματα των Ρομά (Dawsey, 2020). Το 1922 στην ανταλλαγή πληθυσμών της Μικρασιατικής καταστροφής ένας μεγάλος αριθμός Ρομά εγκαταστάθηκε στην Ελλάδα εκδιωκόμενοι από τους Τούρκους. Το 1942 η κυριαρχία του εθνικοσοσιαλισμού οδήγησε μισό εκατομμύριο Ρομά στα στρατόπεδα συγκέντρωσης του Άουσβιτς και του Μπίρκεναου με απώτερο σκοπό την εξόντωση τους. Το 1956 στην ΕΣΣΔ η νομαδική ζωή ήταν καταδικαστέα και για παραδειγματισμό οι νομάδες οδηγούνταν για πέντε έτη στα «στρατόπεδα καταναγκαστικής εργασίας» της Γκουλάγκ, όπου λόγω των άσχημων συνθηκών πολλοί Ρομά πέθαναν (Colocci, 2017).

Οι Ρομά είναι η μεγαλύτερη, φτωχότερη και η ταχύτερα αναπτυσσόμενη εθνοτική ομάδα στην Ευρώπη. Από τότε που πέρασαν στην Ευρώπη οι Ρομά αντιμετώπιστηκαν με εχθρότητα και κατηγορήθηκαν για πολλά αδικήματα όπως κλοπές, απαγωγές παιδιών, και κανιβαλισμό (Fraser, 1992). Επικράτησε μάλιστα ο όρος «Μαύροι της ανατολικής Ευρώπης», όρος που αντανάκλα τις δύσκολες συνθήκες

ζωής τους (Puxon, 1979). Ο νομικισμός ήταν χαρακτηριστικό γνώρισμα των Ρομά. Η ευελιξία τους στην αλλαγή τοποθεσίας απέτρεπε την εκμετάλλευση ευκαιριών για οικονομική αυτάρκεια. Το μεγαλύτερο μέρος της απασχόλησης τους αποτελείται από εργασίες που κανείς άλλος δεν ήθελε να ασχοληθεί (Lauwagie, 1979). Με την άφιξη του διαφωτισμού στα τέλη του 17^{ου} αιώνα και αργότερα με το τρίπτυχο της γαλλικής επανάστασης «Ελευθερία-Ισότητα-Αδελφότητα» δεν υπήρχαν αλλαγές στην συμπεριφορά των συντεχνιών. Η επιθυμία των Ρομά να αποκτήσουν καλλιεργήσιμη γη αποσκοπώντας στην βιωσιμότητα της οικογένειας προκαλούσε στις τοπικές συντεχνίες εχθρικές συμπεριφορές λόγω ανταγωνισμού. Την περίοδο εκείνη δεν ήταν εφικτή η βιωσιμότητα στα εκτός κοινωνικής τάξης άτομα (Dawsey, 2020).

Συμπερασματικά, έχει επικρατήσει η στερεοτυπική αντίληψη της περιόδου του ρομαντισμού ότι η κοινωνία των Ρομά επιθυμεί τον νομαδικό τρόπο ζωής (ETCP, 2012). Στην πραγματικότητα η συνεχής μετακίνηση σε διαφορετικές τοποθεσίες δεν οφείλεται στην εθιμοτυπική αντίληψη των Ρομά για τη ζωή αλλά στον τρόπο αντιμετώπισης που έχουν από το κοινωνικό σύνολο, προσπαθώντας να εγκατασταθούν σε μια περιοχή. Μεγάλο ρόλο έπαιξαν και τα κοινωνικοπολιτικά γεγονότα που αντιμετώπιζαν και αντιμετωπίζουν και που τους εξοστρακίζουν στο περιθώριο. Οι αλλαγές που επέφερε η βιομηχανική επανάσταση δημιουργώντας ένα νέο εργασιακό πλαίσιο, όπως η μηχανοκίνητη εργασία και η πειθαρχία που επέβαλε στο χρόνο, δεν ευδοκίμησε στις κοινότητες των Ρομά. Η συγκεκριμένη ομάδα ήταν αποκομμένη από τα εργαλεία-εφόδια που χρειαζόταν για να ενταχθεί στις ραγδαίες αλλαγές του συγκεκριμένου κοινωνικού πλαισίου (Dawsey, 2020).

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Κοινωνική αναπαράσταση (social representation)

Ο άνθρωπος από την στιγμή που αποκτά αντίληψη προσπαθεί να οριοθετήσει τον κοινωνικό του κόσμο και την κοινωνική του ταυτότητα. Να προσδιορίζει και να οργανώνει ό,τι υπάρχει γύρω του για να μπορεί να κατανοήσει τα πολυάριθμα στοιχεία που περιβάλλουν τον πραγματικό του κόσμο. Την δυνατότητα αυτή μας την δίνει η θεωρία της κοινωνικής αναπαράστασης (Λαμπρίδης, 2004).

Η ομάδα των Ρομά βιώνει έντονα την κοινωνική διάκριση από το σύνολο του πληθυσμού. Οι Ρομά έχουν περιορισμένες δυνατότητες κοινωνικής κινητικότητας γι' αυτό περιθωριοποιούνται στην εξωτερική κοινωνική στοιβάδα ως μία μεμονωμένη ομάδα. Οι Ρομά έχουν μια συγκεκριμένη αντίληψη για τον κόσμο που τους περιβάλλει, είναι άνθρωποι με τις δικές τους κοινωνικές και πολιτισμικές καταβολές (Λαμπρίδης, 2004).

Οι Ρομά είναι μια εθνοτική ομάδα περιθωριοποιημένη προσπαθώντας να συμβιώσει με τις υπόλοιπες ομάδες της κοινωνίας. Η πολιτισμική διαφορετικότητα τους καθορίζεται από το κοινωνικό σύνολο και από την εθνοτική και γλωσσική ταυτότητα τους. Ο Moscovici S. (1961) αναφέρει ότι η κοινωνική αναπαράσταση καθορίζεται από τις απόψεις, τις γνώμες και τις πεποιθήσεις του ατόμου που έχει για τα αντικείμενα που περιβάλλουν τον κόσμο του. Όταν το άτομο νοηματοδοτήσει και αντιληφθεί τα αντικείμενα που περιβάλλουν τον κόσμο του τότε μπορεί χωρίς φόβο να επιβληθεί σε αυτόν.

Η έννοια της κοινωνικής αναπαράστασης στην ομάδα των Ρομά έχει διττό χαρακτήρα. Αρχικά διερευνά την ομάδα των Ρομά και την θέση που κατέχουν στην κοινωνία. Δεύτερον ερευνά την υπάρχουσα θεωρητική και ερευνητική γνώση μελετώντας τον τρόπο που τα μέλη των άλλων κοινωνικών ομάδων συμπεριφέρονται, αισθάνονται και αντιμετωπίζουν τα μέλη της κοινωνικής ομάδας των Ρομά (Παπαστάμου, 1996).

Η κοινωνική αναπαράσταση έχει δύο βασικές λειτουργίες και στην δομή της. Οι λειτουργίες αυτές είναι η αντικειμενοποίηση και η επικέντρωση-αγκυροβόληση. Η

αντικειμενοποίηση είναι η διαδικασία που το άτομο κατανοεί τον τρόπο που λειτουργεί ο κοινωνικός του κόσμος και τα πράγματα που τον περιβάλλουν. Αφού τα κατανοήσει τους δίνει υπόσταση για να τα φέρει στην πραγματικότητα του και να τα συμπεριλάβει στον κόσμο που έχει δομήσει ο ίδιος. Για να πραγματοποιηθεί αυτή η διαδικασία πρέπει πρώτα να απλουστεύσει τις πληροφορίες που έχει συγκεντρώσει (Wagner, 1999).

Η επικέντρωση είναι η διαδικασία όπου αναπτύσσεται ένα γενικότερο σύστημα εμπειριών και θεωριών του κόσμου και των κοινωνικών φαινομένων, βοηθώντας στην κατανόηση συμπεριφορών (Wagner, 1999). Κατά την επικέντρωση αρχικά χαρτογραφούνται οι αναπαραστάσεις που χαρακτηρίζουν έναν πληθυσμό, στη συνέχεια γίνεται σύνδεση των αναπαραστάσεων με τις στάσεις, αξίες και αντιλήψεις του πληθυσμού σε ατομικό επίπεδο, έπειτα διερευνώνται οι αναπαραστάσεις της ομάδας σε σχέση με την κοινωνική τους διαστρωμάτωση και τέλος καθορίζεται η κοινωνική ταυτότητα του ατόμου με τις σχέσεις που αναπτύσσει (Doise, 1993).

Πρωτεύοντα ρόλο στον σχηματισμό των κοινωνικών αναπαραστάσεων παίζει η επικοινωνία. Η επικοινωνία συντελείται σε τρεις διαστάσεις: την στάση, την πληροφορία και το πεδίο της αναπαράστασης. Η στάση αφορά τον προσανατολισμό της αναπαράστασης, η πληροφορία αφορά την ποσότητα και την ποιότητα της γνώσης σε σχέση με ένα αντικείμενο, και το πεδίο της αναπαράστασης αφορά το σύνολο των απόψεων (Moscovici, 1961).

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις προσδιορίζονται από τις κοινωνικές συμβάσεις του ατόμου, τις παραδόσεις και τις αξίες. Το άτομο δεν έχει κατανοήσει τις προκαταλήψεις που έχουν διαμορφώσει την σκέψη του καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του. Οι κοινές απόψεις με την ομάδα που ανήκει, θεωρεί ότι βρίσκονται στο πλαίσιο της λογικής. Κατά κύριο λόγο η αναπαράσταση κωδικοποιεί την κοινωνική πραγματικότητα του ατόμου και την δομή των συμπεριφορών του. Εξετάζοντας την δομή των απόψεων στα μέλη μιας ομάδας μπορεί να κατανοηθεί από πού προέρχεται μια συμπεριφορά που έχει καθιερωθεί ως λογική (Abric, 1995).

Ένα άτομο για να μπορέσει να ενσωματωθεί σε μια ομάδα και για να μην του φαίνονται ξένα τα πράγματα που τον περιβάλλουν, προσπαθεί να τα νοηματοδοτήσει με θετικό ή αρνητικό πρόσημο. Το άτομο προσπαθεί το άγνωστο να το κάνει οικείο για να μην το βιώνει ως τρομακτικό ή απειλητικό για την ζωή του (Augoustinos, 1995). Όταν έρχεται στο προσκήνιο κάτι καινούριο και διαφορετικό το αντιμετωπίζει με ενεργητική ή παθητική στάση. Ενεργητικές είναι οι αναπαραστάσεις που μπορούν να βοηθήσουν να διαμορφωθεί ο κόσμος του κάθε ατόμου από αξίες, έννοιες και νόρμες.

Παθητική είναι η διατήρηση στην μνήμη του ατόμου μιας συγκεκριμένης απεικόνισης την κοινωνικής πραγματικότητας του (Walker, 1995).

Συμπερασματικά, στην προσπάθεια του ο Moscovici (2000) να απαντήσει τι είναι ατομικό και τι κοινωνικό, κατέληξε στην υπόθεση ότι δεν μπορεί η ανθρώπινη ύπαρξη να αντιληφθεί το κοινωνικό και το ατομικό ως δύο ξεχωριστές οντότητες, αντιθέτως ο εαυτός και οι άλλοι αλληλεπιδρούν και αλληλεξαρτώνται.

Κοινωνική ταυτότητα (Social Identity)

Οι Tajfel και Turner (1986) αναφέρθηκαν στην θεωρία της κοινωνικής ταυτότητας θεωρώντας ότι ελέγχοντας και οργανώνοντας κάθε άνθρωπος τον κοινωνικό του κόσμο τότε μπορεί να σχηματίσει και να διατηρήσει μια θετική εικόνα του εαυτού του στην κοινωνία. Η θεωρία της κοινωνικής ταυτότητας αντιτάχθηκε στις ρεαλιστικές θεωρίες. Η κοινωνική ταυτότητα του ατόμου καθορίζεται από την ομάδα στην οποία ανήκει και βασίζεται στην ανάγκη που έχει ένα άτομο να αποκτήσει την δική του ταυτότητα.

Όταν τα χαρακτηριστικά μιας ομάδας αντιμετωπίζονται θετικά από μια έξω-ομάδα τότε επικρατεί μια θετική εικόνα εαυτού, στην αντίθετη περίπτωση τότε θα επικρατήσει αρνητική εικόνα. Διερευνώντας πώς αντιμετωπίζονται τα χαρακτηριστικά μιας ομάδας, συνειδητοποιείται ο τρόπος που το άτομο λειτουργεί στην έσω-ομάδα του και στην έξω-ομάδα που βρίσκεται στον κοινωνικό του περίγυρο. Ουσιαστικά η κοινωνική ταυτότητα δομείται από την εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του, την εικόνα που έχουν οι άλλοι γι' αυτόν αλλά και από την πραγματικότητα «πραγματική αλήθεια» (Tajfel et al, 1986).

Οι αποφάσεις που παίρνουν οι άνθρωποι στην καθημερινότητα τους πιστεύουν ότι είναι προσωπικές, στην πραγματικότητα όμως οι αποφάσεις τους επηρεάζονται. Έσω-ομάδα είναι η ομάδα στην οποία ανήκει κάθε άτομο και έξω-ομάδα είναι η ομάδα που δεν του επιτρέπεται η πρόσβαση και η ένταξη. Στην καθημερινή του ζωή το άτομο ορίζει τα στοιχεία που καθορίζουν την ταυτότητα του από την ομάδα στην οποία ανήκει και μέσα από αυτή την ένταξη διαμορφώνει τον τρόπο που θα δράσει, θα σκεφτεί και θα λειτουργήσει μακροπρόθεσμα. (Δραγωνά και συν, 2001).

Αργότερα η θεωρία της κοινωνικής ταυτότητας εξελίχθηκε θέτοντας την θεωρία της κοινωνικής κατηγοριοποίησης. Όταν κάποιο άτομο είναι ενταγμένο σε μια

ομάδα λόγω συγκεκριμένων γεγονότων θα προσπαθήσει να συμπεριφέρεται σύμφωνα με τα πρότυπα της ομάδας του. Το άτομο γίνεται υποστηρικτικό και ευνοεί τα μέλη της ομάδας του σε βάρος μιας άλλης ομάδας. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει καμία διαπροσωπική ομοιότητα του ατόμου με την ομάδα που έχει ενταχθεί, ακόμα και τότε θα προσπαθήσει να ευνοήσει την ομάδα του ανεξάρτητα από τα στοιχεία που τον συνδέουν (Smith et al, 2005).

Οι Hinkle et al (1990) αναφέρουν ότι από την στιγμή που ένα άτομο ανήκει σε μια ομάδα (έσω-ομάδα) τότε αρχίζουν οι συγκρίσεις και οι διακρίσεις σε βάρος μιας άλλης ομάδας που δεν αισθάνεται ότι ανήκει (έξω-ομάδα). Το άτομο όσο ενσωματώνεται στην ομάδα του θα αρχίσει να αποκτά κοινά χαρακτηριστικά και να ταυτίζεται με αυτή έχοντας ως αποτέλεσμα να υπάρχει θετική προκατάληψη για την έσω-ομάδα του (Roccas et al, 1993). Παρ' όλα αυτά η ένταξη του ατόμου σε μια συγκεκριμένη ομάδα μπορεί να είναι προσωρινή ή μακροπρόθεσμη (Abrams et al, 1990).

Ο Tajfel (1981) αναφέρει ότι στις περιπτώσεις που ένα άτομο δεν βρίσκει θετικά στοιχεία στην ομάδα που ανήκει συγκρίνοντας την με μία άλλη ομάδα, τότε το άτομο λειτουργεί βάση των ακόλουθων επιλογών:

- Θα αναζητηθούν θετικά στοιχεία της ομάδας του ώστε να δημιουργηθεί μια θετική εικόνα γι' αυτή. Η συγκεκριμένη επιλογή ονομάζεται **κοινωνική δημιουργικότητα**.
- Θα αποχωρίσει από την ομάδα στην οποία ανήκει για να βρει θετικά στοιχεία σε μια άλλη ομάδα. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται **κοινωνική κινητικότητα**.
- Γίνεται προσπάθεια να αλλάξουν οι αρνητικοί χαρακτηρισμοί της ομάδας στην οποία ανήκει ώστε σε μελλοντικές αξιολογήσεις να βρει θετικά στοιχεία που θα συνδεθεί με την ομάδα του. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται **κοινωνική αλλαγή**.

Πιο συγκεκριμένα το άτομο από την αρχή της ζωής του ταυτίζεται με διάφορες κοινωνικές ομάδες ξεκινώντας από την οικογένεια. Όταν το άτομο αναγνωρίζει τα χαρακτηριστικά που τον περιβάλλουν και αντιλαμβάνεται τις ιδιαιτερότητες του, τότε εντάσσεται στην κοινωνική ομάδα που αισθάνεται λιγότερο αποξενωμένος και αναγνωρίζει τον εαυτό του ως μέλος της συγκεκριμένης ομάδας (Tajfel, 2004).

Η θεωρία της κοινωνικής ταυτότητας υποστηρίζει ότι η ομάδα περνάει από τρία στάδια για να μπορέσει να σχηματιστεί (Turner et al, 1979):

1. *Κοινωνική κατηγοριοποίηση (social categorization)*. Το άτομο βλέπει τον εαυτό του ως μέρος μιας ομάδας (πώς θεωρεί τον εαυτό του;). Ο καθένας έχει μια κοινωνική ταυτότητα (σε ποια ομάδα κατατάσσει τον εαυτό του;). Η κοινωνική ταυτότητα μπορεί να περιλαμβάνει την συμμετοχή σε ομάδες με βάση το φύλο, την κοινωνική τάξη, τη θρησκεία, το σχολείο, τους φίλους.
2. *Κοινωνική ταυτοποίηση (social identification)*. Όταν το άτομο αποκτήσει την κοινωνική του ταυτότητα αντιλαμβάνεται αυτόματα όλους τους άλλους που βρίσκονται στην ομάδα του, αυτούς που μοιράζονται την ίδια κοινωνική ταυτότητα μαζί του. Το άτομο δίνει ιδιαίτερη προσοχή στα μέλη της ομάδας του και υιοθετεί τις αξίες, τις στάσεις, τις συμπεριφορές και στοιχεία της εμφάνισης του.
3. *Κοινωνική σύγκριση (social comparison)*. Το άτομο βλέπει την κοινωνική του ταυτότητα ως ανώτερη από των άλλων. Η αντίληψη αυτή προέρχεται από τα χαρακτηριστικά της ομάδας του (τις στάσεις, τις πράξεις, την ομιλία της ομάδας του) ως καλύτερα από τα χαρακτηριστικά μιας έξω-ομάδας. Αυτό θα οδηγήσει στις προκαταλήψεις και αν το άτομο έχει ηγετικά στοιχεία μπορεί να επηρεάσει την ομάδα του οδηγώντας και σε διακρίσεις.

Για να προβεί κάποιος στην διαδικασία της σύγκρισης πρέπει να επιλέξει την έξω-ομάδα που θέλει να συγκριθεί. Συνήθως η ομάδα που επιλέγεται μειονεκτεί από την έσω-ομάδα του για να μπορέσει να αναδειχτεί από την εν λόγω σύγκριση. Με την διαδικασία της σύγκρισης αναβαθμίζεται ως άτομο. Αποκτά θετική αξία στην έσω-ομάδα που ανήκει και μέσω της ταύτισης με την ομάδα που έχει αναβαθμιστεί προάγει την προσωπική του ταυτότητα. Ένα άτομο για να προάγει την προσωπική του αξία χρειάζεται να υποβάλλεται σε συνεχή κοινωνική σύγκριση (Δραγώνα και συν, 2001).

Συμπερασματικά η κοινωνική ταυτότητα δομείται από την προσωπική άποψη του ατόμου που έχει για τον ίδιο του τον εαυτό και από την άποψη που έχουν οι άλλοι γι' αυτόν. Η διαδικασία της κοινωνικής κινητικότητας είναι περισσότερο εφαρμόσιμη σε ατομικιστικούς πολιτισμούς στοχεύοντας στο προσωπικό συμφέρον παρά σε ομάδες συλλογικότητας καθυποτάσσοντας τους προσωπικούς στόχους προς όφελος της ομάδας. Η διαδικασία της κοινωνικής αλλαγής είναι μια μακροχρόνια διαδικασία. Για να μπορέσουν να επέλθουν αλλαγές στο πέρασμα του χρόνου θα απειληθεί η θέση των

άλλων κοινωνικών ομάδων δημιουργώντας αντιδράσεις και συγκρούσεις (Mullen et al, 1992).

Σχέση κοινωνικής αναπαράστασης και κοινωνικής ταυτότητας

Οι δυο θεωρίες στην αρχική τους μορφή αντιπροσωπεύονταν από διαφορετικά παραδείγματα. Με το πέρασμα του χρόνου έγινε αντιληπτό ότι ο συνδυασμός των δυο θεωριών μπορεί να βοηθήσει στην κατανόηση των συμπεριφορών και της ανάγκης ενός ατόμου να ανήκει σε μία ομάδα, καθώς και το κίνητρο που έχει για να συγκρίνεται σε βάρος μιας άλλης (Tajfel et al, 1974). Στην περίπτωση των Ρομά οι άνθρωποι έχουν την ανάγκη της σύγκρισης χαρακτηρίζοντας τους με αρνητικά στοιχεία για να μπορέσουν να αναδειχτούν σε βάρος των Ρομά ή να προσδώσουν ευθύνες ότι τα προβλήματα τους οφείλονται στους Ρομά.

Η θεωρία της κοινωνικής ταυτότητας ενώ επιχειρεί να εξηγήσει τις σχέσεις μεταξύ ομάδων, είναι ένα μοντέλο που εστιάζει στις ατομικές ανάγκες και τα κίνητρα (την ανάγκη του ατόμου για θετική κοινωνική ταυτότητα) ως μέσο εξήγησης της ατομικής και δυο-ομαδικής δυναμικής. Αντίθετα η θεωρία της κοινωνικής αναπαράστασης περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι ερμηνεύουν και νοηματοδοτούν τον κόσμο. Είναι ένα μοντέλο που αντιλαμβάνεται την διαπροσωπική επικοινωνία ως έναν καθοριστικό παράγοντα της δομής και του περιεχομένου των συστημάτων πεποιθήσεων που ονομάζονται κοινωνικές αναπαραστάσεις (Tajfel et al, 1986).

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η θεωρία της κοινωνικής αναπαράστασης είναι ότι δεν μπορεί να δώσει εξήγηση πώς μια κοινωνική αναπαράσταση παίρνει μια συγκεκριμένη μορφή. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις είναι γνωστικές δομές που λειτουργούν για να διευκολύνουν την επικοινωνία μεταξύ των μελών μιας ομάδας λόγω της κοινής ή συναινετικής τους μορφής. Το άτομο μιας ομάδας θέλει να σηματοδοτήσει τις νέες εμπειρίες, τα αντικείμενα και τα γεγονότα, να τα θέσει σε νέο πλαίσιο και να τα κάνει οικεία ή να προκαλέσει συνοχή και ελιγμούς σε σχέση με άλλες ομάδες (Moscovici, 1988).

Όταν μια ομάδα είναι δομημένη τότε μπορεί να παράγει τις κοινωνικές αναπαραστάσεις. Όταν διερευνάται μια ομάδα πρέπει να εξεταστούν (Tajfel et al, 1986):

- Οι σχέσεις ισχύος και η ιεραρχία ισχύος μέσα σε μία ομάδα.
- Η ιστορική ανάλυση της σχέσης των ομάδων αλλά και των μεταβολών που υπόκεινται οι αναπαραστάσεις τους με την πάροδο του χρόνου (Smith et al, 2005).
- Ο τρόπος που έχει διοχετευτεί μια αναπαράσταση μέσα στην ομάδα. Η επιβολή μιας αναπαράστασης από τους ισχυρούς στα ασθενέστερα μέλη της ομάδας και ο βαθμός αποδοχής μεταξύ τους.

Σε ομοιογενείς ομάδες δεν θα αναπαράγουν όλα τα μέλη την ίδια αναπαράσταση ενός στόχου ή μιας αντίληψης, αυτό θα εξαρτηθεί από την κοινή κατάσταση τους, από την ηλικία των μελών της ομάδας και από χαρακτηριστικά που ομογενοποιούν τα μέλη της ομάδας σε υποσύνολα καθώς υπάρχει ποικιλομορφία και ατομικές διαφορές. Η κοινή χρήση μιας ομάδας μπορεί να απαρτίζεται από συναίνεση ή διαφορετικότητα (Smith et al, 2005).

Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις είναι προϊόν δυναμικής μιας ομάδας που αναπτύχθηκε για την εξυπηρέτηση ομαδικών συμφερόντων. Η διαδικασία της ταυτότητας θα βοηθήσει στον προσδιορισμό των κοινωνικών αναπαραστάσεων που υιοθετεί ένα άτομο, δεδομένου ότι τα μέλη της ομάδας καθορίζουν τη δομή της ταυτότητας (Bandura, 1989).

Οι Turner et al (1979) υποστηρίζουν ότι η αυτοεκτίμηση βρίσκεται στον πυρήνα της κοινωνικής ταυτότητας. Όταν ένα άτομο θα νιώθει καλά για τον εαυτό του τότε θα νιώθει καλά και για την ομάδα στην οποία ανήκει. Ο κάθε άνθρωπος δεν ταυτίζεται στον ίδιο βαθμό με τα μέλη της ομάδας του και για να μπει στην διαδικασία σύγκρισης με μία άλλη ομάδα πρέπει να έχει προκύψει κάποιος λόγος ή κάποιος αυτοσκοπός.

Συμπερασματικά, η κοινωνική αναπαράσταση συμβάλει στην διαμόρφωση της ομαδικής ταυτότητας. Τα μέλη της ομάδας αισθάνονται μια κοινή ταυτότητα αφού έχουν μια κοινή κοσμοθεωρία. Οι κοινωνικές ταυτότητες μέσω της επιρροής της έκθεσης, της αποδοχής και της χρήσης των κοινωνικών αναπαραστάσεων, διαμορφώνονται και αναπτύσσονται. Η κοινωνική σύγκριση δεν συμβαίνει με ομάδες που δεν γνωρίζονται μεταξύ τους ή που δεν εμπλέκονται στη ζωή κάποιου. Η αντιμετώπιση των διακρίσεων και των προκαταλήψεων λειτουργεί με την ώθηση των ανθρώπων να επεκτείνουν την αίσθηση της κοινωνικής τους ταυτότητας. Εάν οι

άνθρωποι βλέπουν τον εαυτό τους και τους γείτονες τους ως μέλη μιας μεγάλης ομάδας τότε η κοινωνική σύγκριση θα σταματήσει (Turner et al, 1979).

Σtereότυπα και προκαταλήψεις για τους Ρομά

Η κοινωνική αναπαράσταση και η κοινωνική ταυτότητα συγκροτούν τις απόψεις, την γνώμη και τις αντιλήψεις που έχουν οι μεγάλες ομάδες για τους Ρομά. Έχει επικρατήσει στις μεγάλες κοινωνίες οι απόψεις για τους Ρομά να είναι αρνητικά στερεότυπες αποτελούμενες από προϊόντα προκαταλήψεων. Η αρνητική στερεότυπη εικόνα για την συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα παρουσιάζεται καθημερινά στις κοινωνικές συναναστροφές, στον τύπο και στα μέσα μαζικής δικτύωσης. Οι Ρομά παρουσιάζονται ως κοινωνικά παράσιτα, άτομα που βαδίζουν στην παρανομία και ζουν στο περιθώριο, ο χαρακτήρας τους δεν διαθέτει αξίες, αρχές και ηθικούς φραγμούς. Οι επαγγελματικές τους δραστηριότητες προσανατολίζονται στο εμπόριο ναρκωτικών και στο εμπόριο βρεφών (Λαμπρίδης, 2004). Λανθασμένες αντιλήψεις επικρατούν ως προς την κινητικότητα των Ρομά. Λιγότερο από το 20% των Ρομά ζει με έναν πλανόδιο τρόπο ζωής, συμπεριλαμβανομένης και της εποχικής κινητικότητας πέρα από τα περιφερικά και εθνικά σύνορα (Matras, 2015).

Οι πεποιθήσεις που έχουν τα μέλη μιας ομάδας ονομάζονται στερεότυπα και οι αρνητικές στάσεις που έχουν τα μέλη μιας ομάδας προς μια άλλη ομάδα ονομάζονται προκαταλήψεις. Χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το οικονομικό υπόβαθρο, η εθνικότητα και το φύλο αποτελούν τον πυρήνα των στερεοτύπων. Τα μέλη μιας ομάδας αποδίδουν μη αντιπροσωπευτικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα σε μέλη μιας άλλης ομάδας, τα συγκεκριμένα σχόλια είναι προκαθορισμένες υποκειμενικές υποθέσεις που έχουν γεννηθεί μέσα στην ομάδα που ανήκει το άτομο. Έχει επικρατήσει η αντίληψη ότι οι Ρομά είναι ζητιάνοι και βρώμικοι, από την στιγμή που εκφράζεται αυτή η άποψη αυτόματα ο παραλήπτης των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών μπαίνει στο περιθώριο. Τα σχόλια που επικρατούν για τους Ρομά αποδίδουν αρνητικό πρόσημο στις αξίες, τις απόψεις, τις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές τους (Schwartzwald et al, 1977).

Όταν δυο διαφορετικές ομάδες (Berry et al, 1977) έχουν αναπτυγμένους δεσμούς μεταξύ τους τότε τα στερεότυπα έχουν θετικό πρόσημο στη σχέση αλληλεπίδρασης τους. Αν η ασφάλεια που αισθάνονται τα μέλη μιας ομάδας, μιας κοινότητας ή ενός πολιτισμού είναι μεγάλη, μέσα στην ίδια τους την ομάδα, τότε τα στερεότυπα θα είναι θετικά για τα, εκτός ομάδας, κοινωνικά μέλη (Lambert et al, 1986).

Τα στερεότυπα είναι προκαθορισμένες απόψεις που χαρακτηρίζουν μια άλλη ομάδα δίνοντας την δυνατότητα στα άτομα που τις εκφράζουν να περιορίζουν το χρόνο που απαιτείται για να επεξεργαστούν πληροφορίες που αφορούν ένα άλλο άτομο, μειώνοντας και την διαδικασία της προσωπικής επαφής που θα χρειάζονταν για να ανακαλύψουν την προσωπικότητα τους. Τα στερεότυπα εξυπηρετούν αυτούς που τα υιοθετούν για να μειώσουν την αβεβαιότητα και τον προβληματισμό στο τι μπορεί να κάνουν, να θέλουν, να πιστεύουν τα μέλη μιας άλλης ομάδας (Hamilton et al, 1986).

Σύμφωνα με τον Tajfel (1981) τα μέλη των κοινωνιών για να διαφοροποιήσουν την ομάδα τους από μια άλλη ομάδα την κατηγοριοποιούν και την συγκρίνουν. Μέσα από την διαδικασία της κατηγοριοποίησης και της σύγκρισης το άτομο που ανήκει σε μια ομάδα αποκτά το αίσθημα της αυτοεκτίμησης δημιουργώντας ευνοϊκότερες συνθήκες για την ομάδα του. Το 1982 (Giles et al, 1982) είχαν αναφέρει ότι σημαντικότεροι παράγοντες των στερεοτύπων που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητα οι άνθρωποι, είναι η εντιμότητα και η ικανότητα, σε συνδυασμό με τα βασικά τους χαρακτηριστικά. Τα βασικά χαρακτηριστικά της εντιμότητας είναι η τιμιότητα, η αφοσίωση και η ευγένεια και της ικανότητας είναι η εκπαίδευση, η ευφυΐα, ο πλούτος, η επιτυχία. Το 1990 ο Digman αναφέρθηκε στους πέντε παράγοντες της προσωπικότητας που είναι: 1) ο ατομισμός και η συναισθηματική αντιδραστικότητα 2) η ευσυνειδησία 3) η πνευματική καλλιέργεια 4) η προσήνεια 5) η Εξωστρέφεια-εσωστρέφεια. Η ευσυνειδησία και η προσήνεια έχουν επικρατήσει ως βασικές διαστάσεις των πολιτισμικών στερεοτύπων.

Από το 1933 οι Katz et al είχαν ανακαλύψει στην ερευνητική τους διαδικασία ότι οι κοινωνικές ομάδες μπορεί να έχουν αρνητικές στερεοτυπικές απόψεις για άλλες ομάδες χωρίς να έχουν έρθει σε επαφή. Οι προκαταλήψεις είναι το θεωρητικό και το ιδεολογικό πλαίσιο στο οποίο δομούνται τα στερεότυπα. Τα μέλη μιας ομάδας έχουν εχθρική, υποτιμητική συμπεριφορά προς τα μέλη μιας άλλης ομάδας απλά και μόνο γιατί τυχαία ανήκουν στην συγκεκριμένη ομάδα (Sinclair et al, 1999). Όσο πιο έντονα γίνονται τα συναισθήματα τόσο πιο ακραίες συμπεριφορές θα εκδηλώνονται. Τα

αδύναμα συναισθήματα όπως η εχθρότητα και η υποτίμηση μπορούν να προκαλέσουν περιφρόνηση ή θυμό ενώ πιο έντονα συναισθήματα μπορούν να φτάσουν σε ρατσιστικές ή εγκληματικές συμπεριφορές (Brewer, 1999).

Σύμφωνα με τον Brewer (2001) οι προκαταλήψεις χαρακτηρίζονται από δύο ιδιότητες, τις φανερές και τις κρυφές. Η φανερή προκατάληψη εκδηλώνεται από τον αποκλεισμό ενός ατόμου από μια ομάδα και την απειλή που προσλαμβάνει το συγκεκριμένο άτομο. Σε ακραίες περιπτώσεις οι προκαταλήψεις χαρακτηρίζονται βάση γενετικού κώδικα (*οι Ρομά έχουν στο αίμα τους την κλεψιά*). Επιπλέον προκαταλήψεις συναντώνται για να αποφευχθούν οι διαπροσωπικές σχέσεις με μέλη που δεν ανήκουν στην ομάδα τους. Στην περίπτωση της απεμπλοκής διαπροσωπικών σχέσεων αποφεύγεται η συναισθηματική επαφή και γίνεται εντονότερος ο διαχωρισμός εξουσίας.

Η κρυφή προκατάληψη έχει εκλεπτυσμένη και υποκριτική στάση. Τα μέλη της ομάδας δεν έχουν πρόβλημα να βελτιωθούν οι κοινωνικές, οικονομικές, και πολιτιστικές συνθήκες των μελών άλλων ομάδων. Σημαντικός παράγοντας για να είναι δεκτικοί στην βελτίωση των συνθηκών της άλλης ομάδας είναι να μην θίγονται ή να μην απειλούνται τα δικά τους συμφέροντα και να μην χρειάζεται η συμμετοχή τους προς αυτή την κατεύθυνση. Και στις δύο περιπτώσεις επιθυμούν να κρατούν αποστάσεις από τα μέλη της άλλης ομάδας (Brewer, 2001).

Συμπερασματικά τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις μπορεί να έχουν αρνητικό ή θετικό πρόσημο, και τα δύο δικαιολογούν συμπεριφορές έναντι άλλων ομάδων. Μπορεί η αρνητική συμπεριφορά ενός ατόμου να χρησιμοποιηθεί για να χαρακτηρίσει όλα τα μέλη της ομάδας. Αυτό συναντάται πολύ συχνά όταν χαρακτηρίζονται οι Ρομά (Johnson et al, 1994). Τα μέλη μιας ομάδας (Park et al, 1991) αναδεικνύουν τα χαρακτηριστικά της ομάδας τους που τους κάνουν ξεχωριστούς, αναδεικνύοντας παράλληλα την αρνητική πλευρά της άλλης ομάδας προσφεύγοντας σε γενικεύσεις (*οι Ρομά είναι βρώμικοι, περιπλανώμενοι, επικίνδυνοι*), ή προσφεύγουν σε γενικεύσεις για να αναδειχτεί η ομάδα τους (*οι Έλληνες είναι φιλόξενος λαός, οι Έλληνες είναι η πηγή όλων των καλών*).

ΜΕΡΟΣ Γ΄

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΝΙΣΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ

Οι άνθρωποι καθώς συνυπάρχουν μεταξύ τους δημιουργούν κοινωνικές σχέσεις αναλαμβάνοντας ο καθένας διαφορετικούς ρόλους και διαφορετικές κοινωνικές θέσεις. Με την πολυπλοκότητα των σχέσεων δημιουργούνται διαφορετικοί δεσμοί ανάλογα με την διεύρυνση του πλαισίου αναφοράς π.χ. πλούσιος – φτωχός. Ανάλογα με την κοινωνική θέση που βρίσκονται τα άτομα που διαπλέκονται μεταξύ τους παρουσιάζουν ομοιότητες και κοινά χαρακτηριστικά. Σε αυτές τις διομαδικές σχέσεις τα άτομα συνδέονται μεταξύ τους. Η διασύνδεση γίνεται σε κοινωνικό, οικονομικό, πολιτικό, πολιτισμικό επίπεδο, ενώ σημαντικές είναι και οι κοινές συνθήκες ζωής και οι ευκαιρίες που δημιουργούν την κοινωνική διαστρωμάτωση. Τα άτομα λόγω της διαφορετικής κοινωνικής θέσης που κατέχουν δεν έχουν ίσες ευκαιρίες, ο διαχωρισμός αυτός δημιουργεί ανισότητες (Goldthorpe, 1987).

Η κοινωνική ταυτότητα του ατόμου μπορεί να έχει αποκλίνουσα συμπεριφορά όταν δομείται πάνω σε περιθωριακές αξίες και όταν υπάρχουν ελλειπείς ευκαιρίες να ασκηθούν τα κοινωνικά του δικαιώματα. Οι ευπαθείς ομάδες είναι πληθυσμιακές κατηγορίες που κινδυνεύουν να βιώσουν τον κοινωνικό αποκλεισμό. Όταν το άτομο χάνει την αυτονομία του και την ικανότητα του να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της καθημερινότητας του τότε πρέπει να παρέμβει το κράτος και οι κοινωνικές υπηρεσίες. Αν δεν γίνει παρέμβαση από τον κρατικό μηχανισμό τότε το άτομο από την ευπάθεια περνάει στον αποκλεισμό γιατί δεν μπορεί να ενσωματωθεί στο κοινωνικό σύνολο λόγω των προβλημάτων που αντιμετωπίζει. Επομένως η ενσωμάτωση και ο αποκλεισμός συσχετίζονται και προσδιορίζουν το ένα το άλλο (Durkheim, 1998).

Κοινωνική ανισότητα είναι η άνιση προσβασιμότητα ατόμων σε πόρους, υπηρεσίες και κοινωνικές θέσεις. Η κοινωνική ανισότητα συναντάται στην μειωμένη πρόσβαση αγαθών επιβίωσης, στη δύσκολη προσπέλαση στις υπηρεσίες υγείας, στη διαφοροποιημένη πολιτιστική ταυτότητα και στις άνισες εκπαιδευτικές ευκαιρίες έχοντας σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή των ανθρώπων. Η κοινωνική ανισότητα επηρεάζεται από την άνιση κατανομή του πλούτου και από κοινωνικούς παράγοντες όπως ο ρατσισμός, οι κοινωνικές διακρίσεις, τα στερεότυπα και η προκατάληψη. Η

έννοια της ανισότητας συνδέεται στενά με την ανεργία και την φτώχεια. Απόρροια της κοινωνικής ανισότητας είναι ο κοινωνικός αποκλεισμός (Smith et al, 1994).

Ο όρος αποκλεισμός χαρακτηρίστηκε αρχικά από τον όρο της φτώχειας. Ο αποκλεισμός περιπλέκεται μέσα σε τρεις δομικές καταστάσεις: την αναπαραγωγή των κοινωνικών ανισοτήτων, την απώλεια ανθρώπινων δικαιωμάτων και την διαταραχή των κοινωνικών δεσμών (Paugam, 1996). Οι θεσμοί που μπορεί να οδηγήσουν σε κοινωνικό αποκλεισμό είναι η οικογένεια, η εκπαίδευση, η εργασία, οι φίλοι και οι κοινωνικές σχέσεις, οι δομές δηλαδή της κοινωνικοποίησης του ανθρώπου. Ο κοινωνικός αποκλεισμός ενισχύεται από την φτώχεια, την ανεργία, τις κοινωνικές ανισότητες, την περιθωριοποίηση και το κοινωνικό στίγμα. Επιπρόσθετα όταν οι άνθρωποι εμπλέκονται σε πολλές ευπαθείς ομάδες οδηγούνται ευκολότερα στον κοινωνικό αποκλεισμό (Xiberras, 1994).

Η κοινωνία αντιμετωπίζει δυο πραγματικότητες, την αντικειμενική και την υποκειμενική. Η αντικειμενική πραγματικότητα χαρακτηρίζεται από τους νόμους και τους θεσμούς. Η υποκειμενική πραγματικότητα χαρακτηρίζεται από τον τρόπο που το κάθε άτομο δομεί την δική του πραγματικότητα δημιουργώντας την κοινωνική του ταυτότητα. Ο κοινωνικός αποκλεισμός έδωσε μια διαφορετική οπτική του όρου *ευπαθής ομάδα*. Απευθυνόταν στις κοινωνικές ομάδες των Ρομά και των μεταναστών που είχαν ιδιαιτερότητες γλωσσικές, κοινωνικές, κουλτούρας, στέγασης. Όταν την συγκεκριμένη ομάδα την χαρακτηρίζουμε ως κοινωνικά αποκλεισμένη τότε δημιουργείται αποστασιοποίηση από τις κοινωνικές αναπαραστάσεις του συνόλου και ενισχύονται οι κοινωνικές προκαταλήψεις για την συγκεκριμένη ομάδα (Berger et al, 2003).

Συμπερασματικά οι άνθρωποι κοινωνικοί δεσμοί με την εξέλιξη της κοινωνίας και της παγκοσμιοποίησης έχουν μεταβληθεί. Η κοινωνία έχει γίνει ετερογενής, μεταβαλλόμενη από την πολυπολιτισμικότητα και την κοινωνική ανισοκατανομή. Έχουν αλλάξει οι ανθρώπινες σχέσεις ειςχωρώντας σε αυτές έννοιες όπως το διαφορετικό και το ανεπιθύμητο. Οι έννοιες αυτές βρίσκονται στον πυρήνα του κοινωνικού αποκλεισμού. Όταν δεν υπάρχει αποδοχή του «άλλου» τότε το άτομο ή η ομάδα κινδυνεύει να αποκλειστεί κοινωνικά. Οι συνθήκες στις οποίες οι άνθρωποι ζουν, εργάζονται, μεγαλώνουν και γερνούν δημιουργούν κοινωνικό χάσμα. Η πρόσβαση σε βασικά αγαθά και υπηρεσίες (νερό, αποχετευτικό, τρόφιμα, στέγαση, πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας) και οι συνθήκες εργασίας (ανεργία, βαρέα και ανθυγιεινά επαγγέλματα) δημιουργούν ανισότητες (Bambra et al, 2020).

Κοινωνικές ανισότητες και κοινωνικός αποκλεισμός των Ρομά στο χώρο της υγείας

Οι μοναδικές πρακτικές που μπορεί να απουσιάσουν από τον όρο της ανισότητας στον χώρο της υγείας είναι αυτές που εμπεριέχουν στον πυρήνα τους την έννοια της δικαιοσύνης. Άτομα με διαφορετικό υπόβαθρο, κοινωνικές ομάδες και χώρες απολαμβάνουν διαφορετικά επίπεδα υγείας. Ο όρος *ανισότητες στον χώρο της υγείας* αναφέρεται στον διαφορετικό τρόπο μεταχείρισης, αντιμετώπισης και πρόσβασης που λαμβάνουν άτομα ή ομάδες. Κάθε πτυχή της υγείας που δεν προσφέρεται ισότιμα στα άτομα ή τις κοινωνικές ομάδες χαρακτηρίζεται *ανισότητα στον χώρο της υγείας* (Kawachi, 2002).

Η ανισότητα στην υγεία έχει δύο διαφορετικές διαστάσεις, υπάρχει η ποσοτική και η ηθική διάσταση. Η πρώτη αφορά τις παροχές που προσφέρονται στα άτομα που τις έχουν ανάγκη και η δεύτερη αφορά την κρίση αν η παροχή υπηρεσιών προσφέρθηκε χωρίς διάκριση. Και στις δύο περιπτώσεις δεν πρέπει να γίνεται διαχωρισμός ατόμων απέναντι σε ένα κοινωνικό αγαθό που πρέπει να προσφέρεται ισότιμα σε όλους τους ανθρώπους (Ludwig, 2011; Kawachi, 2002).

Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας αναφέρει ότι ο τόπος διαμονής, η φυλή, η εθνικότητα, το επάγγελμα, το φύλο, η θρησκεία, η εκπαίδευση και οι πόροι είναι παράγοντες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως δείκτες για τον καθορισμό κοινωνικών ομάδων. Επομένως ένα σημαντικό βήμα για να διερευνηθούν οι ανισότητες στην υγεία σε επίπεδο ομάδων είναι ο καθορισμός των σχέσεων των κοινωνικών ομάδων και οι μεταξύ τους διαφορές (WHO, 2013). Όταν υπάρχει σύγκριση ομάδων οι πληροφορίες πρέπει να εξετάζονται σε σχέση με τον τρόπο κατασκευής των κοινωνικών ομάδων και τα δεδομένα για την ανισότητα στην υγεία μπορούν να ερμηνευτούν μόνο σε σχέση με την σύνθεση της ομάδας (Arcaya et al, 2015).

Στον ευρωπαϊκό χώρο ξεκίνησαν να προσεγγίζουν τους Ρομά με την δημιουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης εστιάζοντας στις χώρες του ανατολικού μπλοκ, εκεί δηλαδή που διαμένουν αρκετοί πληθυσμοί Ρομά (Orton et al, 2019). Την τελευταία δεκαετία οι Ρομά είναι στο επίκεντρο αρκετών ευρωπαϊκών και διεθνών οργανισμών, συμπεριλαμβανομένων και μη κυβερνητικών φορέων. Σκοπό έχουν να αντιμετωπίσουν τις ανισότητες που έρχονται αντιμέτωποι οι Ρομά σε τέσσερις βασικούς κοινωνικούς

τομείς, την στέγαση, την υγεία, την εκπαίδευση και την απασχόληση (Slepickova et al, 2020).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2009 «Υγεία και κοινότητα Ρομά: ανάλυση της κατάστασης στην Ευρώπη» από τον μη κερδοσκοπικό οργανισμό Fundación Secretariado Gitano διαπιστώθηκε ότι: το 17.2% του ερευνητικού δείγματος της Ελλάδας χρειάστηκε ιατρική βοήθεια αλλά δεν την έλαβε. Το 60% του συγκεκριμένου δείγματος θεωρεί ότι οι λόγοι ήταν οικονομικοί. Το 2018 ο FRA (EU-MIDIS II) αναφέρει ότι το 80% των Ελλήνων Ρομά ζει κάτω από τα όρια της φτώχειας, γεγονός που επηρεάζει και την υγεία της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας και την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες της. Σε έρευνα το 2019 από τον οργανισμό Roma Civil Monitor παρατηρήθηκε ότι η ευρωστία των Ελλήνων Ρομά επηρεάζεται από τις οικονομικές συνθήκες. Οι Έλληνες Ρομά κατηγοριοποιούνται στις ασθενέστερες τάξεις της ελληνικής κοινωνίας με αποτέλεσμα η παρεχόμενη φροντίδα υγείας να είναι υποδεέστερη του μέσου όρου του γενικού πληθυσμού στην Ευρώπη (Roma Civil Monitor, 2019).

Τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν (Reijneveld, 2010) ότι πράγματι ένα σημαντικό μέρος της φτωχότερης κατάστασης της υγείας των εθνοτικών μειονοτήτων οφείλεται σε χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Οι μετακινούμενοι πληθυσμοί όπως οι Ρομά αντιμετωπίζουν φτωχότερη υγεία και για επιπρόσθετους λόγους. Σημαντικό ρόλο στην υγεία ενός ατόμου παίζει και η αυτοεκτίμηση. Η μειωμένη αυτοεκτίμηση οφείλεται στις προκαταλήψεις των γηγενών. Οι Masseria et al (2010) αναφέρουν ότι οι ανισότητες στον τομέα της υγείας οφείλονται στις προκαταλήψεις που προϋπάρχουν για τους Ρομά δυσχεραίνοντας την πρόσβαση τους στα νοσοκομειακά ιδρύματα. Όταν σε ένα άτομο αποδίδονται αρνητικά χαρακτηριστικά τότε αυτό αδυνατεί να προσεγγίσει υπηρεσίες στις οποίες γνωρίζει ότι δεν είναι αποδεκτός. Στην περίπτωση του τομέα της υγείας, οι Ρομά δεν επισκέπτονται τα νοσοκομεία για να μην βρεθούν αντιμέτωποι με άσχημες συμπεριφορές. Η αποστασιοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας αυξάνει τα προβλήματα υγείας, γεγονός που οδηγεί στην αύξηση του δείκτη θνησιμότητας.

Ο Ρομά αντρικός πληθυσμός που κατέχει μηδενικό εισόδημα έχει αυξημένους προγνωστικούς παράγοντες της θνησιμότητας σύμφωνα με την έρευνα των Rosicova et al (2016). Η αυξημένη ανδρική θνησιμότητα οφείλεται στην μειωμένη αυτοεκτίμηση των ανδρών Ρομά όταν αδυνατούν να προσφέρουν αγαθά στις οικογένειες τους. Η αυξημένη θνησιμότητα είναι αποτέλεσμα προκαταλήψεων οφειλόμενη στην εικόνα

που παρουσιάζει το άτομο στην κοινότητα του αλλά και στην εικόνα που διαφαίνεται στον εκτός κοινότητας πληθυσμό. Τα προαναφερθέντα επιβεβαιώνονται και από την έρευνα των Vecchi et al (2019) καθώς αναφέρουν ότι όταν αποδίδονται αρνητικά χαρακτηριστικά σε μια ομάδα σε συγκεκριμένους τομείς, φαίνεται να επηρεάζεται και η αυτοπεποίθηση των μελών της ομάδας. Συνεπώς όταν μια έξω-ομάδα εστιάζει αρνητικά στην οικονομική κατάσταση ή στις συνθήκες διαβίωσης των Ρομά αυτό επηρεάζει τα μέλη της έσω-ομάδας. Οι συνθήκες αυτές επηρεάζουν την σημαντικότητα που αποδίδουν οι Ρομά στην υγεία τους. Η αναφορά αυτή δεν αποκλείει φυσικά την σημασία των ελλειπών οικονομικών πόρων και των ανθυγιεινών συνθηκών διαβίωσης καθώς συμβάλουν σε μεγαλύτερα ποσοστά στην αύξηση της θνησιμότητας της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας.

Συμπερασματικά οι Ρομά αντιμετωπίζουν σοβαρά εμπόδια στην πρόσβαση της υγειονομικής περίθαλψης. Τα προβλήματα που δυσχεραίνουν την πρόσβαση των Ρομά κοινοτήτων στις υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν την έλλειψη υγειονομικής ασφάλισης και άλλων επίσημων εγγράφων που οδηγούν στον αποκλεισμό τους. Η γεωγραφική απομόνωση είναι ένας επιπλέον παράγοντας που περιθωριοποιεί τους Ρομά από την ποιοτική φροντίδα. Σημαντικό ρόλο στην υγεία των Ρομά παίζουν και οι προκαταλήψεις των αυτόχthonων. Στο χώρο των νοσοκομείων παρατηρείται υποδεέστερη μεταχείριση των Ρομά παραβιάζοντας τα ανθρώπινα δικαιώματα στην παροχή περίθαλψης όπως έχουν καθοριστεί από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Δικαιωμάτων των Ρομά (Földes et al, 2012). Τέλος, σύμφωνα με τους Fonseca et al, (2020) τα επιπρόσθετα χρόνια εκπαίδευσης οδηγούν σε καλύτερη υγεία. Οι Baker et al, (2011) αναφέρουν ότι *«η εκπαίδευση έχει μια διαρκή, συνεπή και αυξανόμενη επίδραση στην υγεία»*.

Η υγεία των Ρομά

Οι Ρομά συνδέονται με μια σειρά από αρνητικές συνθήκες ζωής όπως ο κοινωνικός αποκλεισμός, η περιθωριοποίηση, η ευπάθεια, η φτώχεια και η εξάρτηση από τις κοινωνικές παροχές (Zachar Podolinska et al., 2018; Sigona et al., 2012). Είναι τεκμηριωμένο ότι πολλοί Ρομά ζουν σε κοινωνικά αποκλεισμένες ή περιθωριοποιημένες κοινότητες αντιμετωπίζοντας στην καθημερινότητα τους διακρίσεις, φτώχεια, στέρηση και ανισότητες σε όλες τις πτυχές της καθημερινής ζωής (European Union, 2019). Ο MacLachlan (2006) αναφέρει ότι οι λόγοι που δημιουργούν ανισότητες στην υγεία είναι ο ρατσισμός και οι διακρίσεις.

Οι Ρομά είναι από τις πιο ευάλωτες και περιθωριοποιημένες ομάδες στην Ευρώπη. Οι Ρομά παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας, κυρίως βρεφική θνησιμότητα, καθώς και αυξημένο επιπολασμό μεταδοτικών και χρόνιων ασθενειών. Τα αυξημένα ποσοστά είναι συγκρινόμενα με τις ομάδες πληθυσμού της πλειοψηφίας, και υπάρχουν μεγάλες διαφοροποιήσεις παρ' όλο που μπορεί να ζουν στην ίδια περιοχή και να έχουν την ίδια κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Cook et al, 2013). Επιπλέον παρατηρούνται μεγάλες διαφορές σε σχέση με το φύλο. Όταν γίνεται σύγκριση ενός προβλήματος ανάλογα με την εθνικότητα τότε τα προβλήματα του φύλου επικαλύπτονται (European Union Agency For Fundamental Rights, 2012).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζει ότι οι Ρομά στην Ευρώπη είναι «ευάλωτοι στην κακή υγεία» (WHO, 2012). Ενώ το προσδόκιμο επιβίωσης στον γενικό πληθυσμό της Ευρώπης έχει αυξηθεί από το 1990 ως σήμερα κατά 6 έτη, για τους Ρομά είναι ακόμα σε χαμηλά επίπεδα (OECD, 2016). Οι Ρομά έχουν προσδόκιμο ζωής 15-20 χρόνια λιγότερα από τον εθνικό μέσο όρο (Holt., 2005; Ringold., 2005; Simko., 2010). Τα στοιχεία του ΟΗΕ δείχνουν ότι το 1/3 του πληθυσμού των Ρομά ηλικίας μεταξύ 35 ως 54 ετών αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας που περιορίζουν τις καθημερινές δραστηριότητες τους (McGarry et al, 2019).

Οι Ρομά αντιμετωπίζουν διακρίσεις στην πρόσβαση του υγειονομικού συστήματος. Ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές και αδυνατούν να μεταφερθούν στις υγειονομικές εγκαταστάσεις. Ακόμα και αυτοί που μεταφέρονται στα νοσοκομειακά ιδρύματα δεν έχουν εύκολη προσπέλαση γιατί υπάρχουν φραγμοί (Rechel, 2009). Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Kuhlbrandt et al (2014) και αφορούσε την ανατολική και κεντρική Ευρώπη, απέδειξαν ότι το ποσοστό των Ρομά που διαθέτει ασφαλιστική κάλυψη είναι πολύ μικρό. Η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης είναι ένα

βασικό πρόβλημα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας εξαιτίας των κοινωνικών και οικονομικών διαφορών μεταξύ Ρομά και μη Ρομά (McGarry et al, 2019).

Οι μη μεταδοτικές ασθένειες παρατηρούνται όλο και περισσότερο να επηρεάζουν τον πληθυσμό των Ρομά. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Enache et al. (2016) στην Ρουμανία αναφέρουν ότι μη μεταδοτικές ασθένειες όπως η παχυσαρκία, ο διαβήτης, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και καρδιαγγειακές παθήσεις έχουν υψηλό επιπολασμό στους Ρομά συνδέοντας τον με τον τρόπο ζωής, και το χαμηλό εκπαιδευτικό και κοινωνικό τους επίπεδο. Η φυματίωση, η ηπατίτιδα και οι δερματολογικές παθήσεις είναι διαδεδομένες στους Ρομά λόγω των φτωχών συνθηκών διαβίωσης και της κακής υγιεινής (Schaaf., 2007; Simko et al., 2010).

Πολλές έρευνες επιβεβαιώνουν ότι οι δείκτες υγείας είναι χειρότεροι για τους Ρομά σε σχέση με άλλες ομάδες (La Parra et al, 2016), με τις γυναίκες Ρομά να αντιμετωπίζουν υψηλότερα ποσοστά από το σύνολο του πληθυσμού των Ρομά (Orton et al, 2019). Οι γυναίκες Ρομά αντιμετωπίζουν διαφορετική μεταχείριση στο σύστημα υγείας και εκτίθενται σε παράγοντες κινδύνου της υγείας τους που δεν αφορούν μόνο τις συνθήκες διαβίωσης. Οι Sedlecky et al. (2015) αναφέρουν ότι οι γυναίκες Ρομά αντιμετωπίζουν προβλήματα στο σεξουαλικό και αναπαραγωγικό σύστημα αγνοώντας την αντισύλληψη από την μειωμένη ενημέρωση που παρέχεται στις κοινότητες τους. Επίσης υπάρχει ελλιπής ενημέρωση για τον καρκίνο του τραχήλου γι' αυτό παρουσιάζονται πολλά κρούσματα στις γυναίκες Ρομά (Andreassen et al, 2018).

Οι Ρομά είναι ένας πληθυσμός που στην κουλτούρα του έχει την υπεργεννητικότητα. Μία στις πέντε μητέρες Ρομά θα βιώσουν την απώλεια ενός βρέφους όταν στον γενικό πληθυσμό ο αριθμός αυτός κυμαίνεται σε ποσοστό 1/100 (Ormiston Children and Families Trust et al, 2018). Η κάλυψη ανοσοποίησης των παιδιών βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα γι' αυτό τα κρούσματα ιλαράς κυμαίνονται σε υψηλά επίπεδα (Orlikova et al, 2010). Τα ποσοστά εμφάνισης της ιλαράς είναι 100 φορές υψηλότερα από τον γενικό πληθυσμό (Maduma-Butshe et al, 2012). Το πρόβλημα του ελλιπούς εμβολιασμού δεν έγκειται στην αντίσταση των Ρομά να εμβολιαστούν αλλά στα εμπόδια που υπάρχουν στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας και στην ελλιπή ενημέρωση (Jackson et al, 2017). Στη Σερβία έξι φορές περισσότερα παιδιά Ρομά είναι λιποβαρή από τον εθνικό μέσο όρο και στην Βόρεια Μακεδονία τρεις φορές περισσότερα παιδιά (Parekh et al, 2011). Οι δημογραφικές πυραμίδες του πληθυσμού των Ρομά στην Ευρώπη είναι συγκρίσιμες με αυτές των μη αναπτυσσόμενων χωρών, υπάρχει δηλαδή ένα υψηλό ποσοστό αναπαραγωγής και

πρόωρης θνησιμότητας οδηγώντας σε έναν παιδικό πληθυσμό υψηλής πυκνότητας και σε έναν πληθυσμό ηλικιωμένων χαμηλής πυκνότητας (Simko et al., 2010; Schaaf, 2007).

Η εκπαίδευση επηρεάζει θετικά την υγεία, ακόμα και τα οριακά επιπλέον έτη σχολείου αντιστοιχούν σε καλύτερη υγεία (Berkman et al., 2000; Slepickova et al., 2020). Η κοινωνική θέση παίζει κι αυτή σημαντικό ρόλο και πρέπει να εξετάζεται συγκριτικά με τα δεδομένα εισοδήματος των Ρομά με τον γενικό πληθυσμό (Citro et al, 1995). Το γεωγραφικό περιβάλλον επηρεάζει και αυτό την υγεία των Ρομά. Η διαφοροποίηση του τόπου και του χώρου βοηθάει στην κατανόηση του τρόπου που το περιβάλλον επηρεάζει την υγεία. Παρατηρείται πολύ συχνά οι Ρομά να διαμένουν σε χώρους υγειονομικής ταφής, και σε προσεκβολές ποταμών (Arcaya et al, 2012) ή να ζουν κοντά σε αυτοκινητόδρομους και σε εγκαταλελειμμένες βιομηχανικές περιοχές (Fondazione, 2011). Οι συνθήκες διαμονής και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες επηρεάζουν την υγεία τους, μένοντας σε καταυλισμούς, σε καλύβες, τροχόσπιτα, σκηνές, εκτεθειμένοι στις καιρικές συνθήκες (Sirona, 2006). Η έλλειψη βασικών αγαθών όπως το νερό, η ηλεκτρική ενέργεια και η θέρμανση δημιουργούν προβλήματα στην υγεία των Ρομά (Strati, 2011). Σε όλα τα προαναφερθέντα πρέπει να προστεθεί και η απουσία μέσων μαζικής μεταφοράς που δεν συνδέει τις κοινότητες των Ρομά με τον πολιτισμό, αποκόπτοντας τους από την κοινωνική συνοχή (Fondazione, 2011).

Συμπερασματικά οι συνθήκες διαβίωσης από το προγεννητικό στάδιο ως την εφηβεία είναι ζωτικής σημασίας για έναν άνθρωπο για να φτάσει στην ενήλικη ζωή του χωρίς προβλήματα υγείας. Οι Ρομά, λόγω των ελάχιστων οικονομικών πόρων που παρέχουν καθημερινά στα νοικοκυριά τους, έχουν κακή υγεία μειώνοντας το προσδόκιμο ζωής τους και αυξάνοντας τον επιπολασμό των ασθενειών. Η μείωση του οικονομικού χάσματος στις κοινότητες Ρομά θα ωφελήσει την ποιότητα ζωής τους (Council of the European Union, 2010). Η οικονομική ευημερία της κοινότητας των Ρομά θα μειώσει τα αυξημένα επίπεδα βίας και την δυσπιστία που γεννάται ανάμεσα στους δυο συγκρουόμενους κοινωνικούς πόλους (Wilkinson, 2003). Οι σχέσεις του γενικού πληθυσμού και των κοινοτήτων Ρομά θα ομαλοποιηθούν (Wilkinson, 2006).

Ο Covid-19 και οι επιπτώσεις στις κοινότητες των Ρομά

Ιστορικά, ξεκινώντας από την πανδημία γρίπης της Ισπανίας το 1918, συνεχίζοντας στην πανδημία Η1Ν1 το 2009, έχει αποδειχτεί ότι οι μειονεκτούντες κοινότητες έχουν υψηλά ποσοστά θνησιμότητας (Okland et al, 2019). Σε κοινότητες που βρίσκονται στο σταυροδρόμι του ρατσισμού και της φτώχειας, όπως πολλοί Ευρωπαίοι Ρομά, η πανδημία του Covid-19 ενεργεί ως ενισχυτικός παράγοντας των υφιστάμενων ανισοτήτων και διακρίσεων. Το ξέσπασμα της πανδημίας έφερε στο προσκήνιο τις ευπάθειες των σύγχρονων δημοκρατιών. Οι τρέχουσες κοινωνικές και πολιτικές δομές αποδεικνύονται ανεπαρκείς να προσφέρουν βοήθεια σε όσους ζουν «στο περιθώριο» των πόλεων και των κοινοτήτων, των εκπαιδευτικών συστημάτων, της εργασίας και της υγείας (D'Agostino, 2020).

Οι Ρομά ζουν σε συνθήκες κακής και υπερπληθυσμιακής στέγασης αντιμετωπίζοντας αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης COVID-19. Όπως δείχνουν τα δελτία του FRA (2020) τα ποσοστά κινδύνου επηρεάζονται επίσης δυσανάλογα από τα μέτρα που λαμβάνονται για τον περιορισμό του ιού. Τα μέτρα έκτακτης ανάγκης που έθεσαν σε ισχύ όλα τα κράτη της Ευρωπαϊκής ένωσης είναι αδύνατο να εφαρμοστούν στις κοινότητες των Ρομά. Το πλύσιμο των χεριών αποδεικνύεται ακατόρθωτο για το 30% των Ρομά γιατί ζουν σε νοικοκυριά χωρίς νερό βρύσης. Οι κανόνες υγιεινής είναι επίσης αμφισβητήσιμοι καθώς το 40% των Ρομά δεν έχουν εγκαταστάσεις υγιεινής στις κατοικίες τους. Σε όλα τα κράτη οι Ρομά ζουν σε υπερπλήρεις γειτονιές γεγονός που καθιστά το μέτρο της φυσικής απόστασης αδύνατο να εφαρμοστεί, καθώς είναι το βασικότερο μέτρο πρόληψης για την δημόσια υγεία (European Commission, 2020)

Η εθνοτική μειονότητα των Ρομά ζει σε περιοχές με υψηλότερη κοινωνικοοικονομική στέρηση και με αυξημένα ποσοστά φτώχειας, καθιστώντας τους ευάλωτους στις χρόνιες και μη ασθένειες. Οι Ρομά έχουν υψηλά ποσοστά όλων των γνωστών υποκείμενων νοσημάτων που τους καθιστά ευάλωτους στην πανδημία κινδυνεύοντας να αυξηθούν τα ποσοστά θνησιμότητας κατά την περίοδο του Covid-19. Οι Ρομά έχουν αυξημένα ποσοστά υπέρτασης, διαβήτη, άσθματος, ΧΑΠ, καρδιακές παθήσεις, ηπατικές και νεφρικές νόσους, παχυσαρκία και κάπνισμα που είναι σοβαροί παράγοντες κινδύνου για τον Covid-19 (Bambra et al, 2020).

Η πανδημία έχει οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις για τους Ρομά. Ο προϋπάρχων κοινωνικός αποκλεισμός και ο διαχωρισμός προκαλεί επιπλέον άνιση πρόσβαση στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη συμπεριλαμβανομένου και του

υψηλού ποσοστού μακροχρόνιων και μη ασθενειών. Η πανδημία επιδεινώνει τις διακρίσεις και το Αντι-Τζιπσισμό (Anty-Gypsyism). Στην Σλοβακία παρατηρήθηκαν ρατσιστικές συμπεριφορές από μέλη του κοινοβουλίου γνωστοποιώντας ότι οι Ρομά κοινότητες ευθύνονται για την διασπορά της πανδημίας (Adamova et al, 2020). Οι Ρομά χαρακτηρίζονται ως συλλογική απειλή για την υγεία και την ασφάλεια του γενικού πληθυσμού την περίοδο της πανδημίας. Η κυβέρνηση της Βουλγαρίας επέβαλε συγκεκριμένα μέτρα στις κοινότητες των Ρομά ορίζοντας αστυνομικά μπλοκ παρά το γεγονός ότι δεν υπήρχαν θετικά κρούσματα του πληθυσμού από Covid-19. Αντίστοιχα μέτρα παρατηρήθηκαν και στην Ρουμανία (Matache et al, 2020). Ο Αντι-Τζιπσισμός δημιουργεί ανισότητες στην υγεία λόγω ρατσιστικών συμπεριφορών από τους επαγγελματίες υγείας και του πληθυσμού των κοινοτήτων, θεωρώντας τους Ρομά υπαίτιους του εγκλεισμού τους και της διασποράς.

Η έλλειψη προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας την περίοδο της πανδημίας (γιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικό προσωπικό) έχει αυξήσει τις εντάσεις και τον ρατσισμό στα νοσοκομειακά ιδρύματα. Οι Phelan et al (2015) αναφέρουν ότι οι κοινωνικές και οι οικονομικές καταστάσεις ενός πληθυσμού δημιουργούν ανισότητες στην υγεία και το χάσμα (κοινωνικό-οικονομικό) οδηγεί στον φυλετικό ρατσισμό. Οι Bailey et al (2017) αναφέρουν ότι για τις φυλετικές ανισότητες στην υγεία ευθύνεται ο διαρθρωτικός ρατσισμός (Structural racism). Διαρθρωτικός ρατσισμός είναι ο τρόπος που οι κοινωνίες προάγουν τις φυλετικές διακρίσεις μέσω της αμοιβαίας διανομής των πόρων, αγνοώντας τις ανάγκες κάθε υποομάδας. Ο συγκεκριμένος τρόπος διανομής των πόρων δημιουργεί το χάσμα μεταξύ των ομάδων.

Ο FRA (2020) αναφέρει ότι με την πανδημία, το 80% του πληθυσμού των Ρομά ζουν σε κατάσταση φτώχειας σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι 17%. Η πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες όπως μονάδες υγείας και φαρμακεία μπορεί να αποδειχτεί δύσκολη γιατί δεν υπάρχουν στις γειτονιές των Ρομά, και σε περιόδους lockdown η επίσκεψη σε άλλες περιοχές αποθαρρύνεται. Τα μέτρα απομόνωσης και φυσικής απόστασης ωθούν πολλούς Ρομά στην φτώχεια. Πολλοί Ρομά εργάζονταν πριν την πανδημία σε χαμηλά αμειβόμενες θέσεις εργασίας χωρίς κοινωνική ασφάλιση ενώ εξαρτώνταν από την επαφή με άλλα άτομα ή έπρεπε πολλές φορές να ταξιδεύουν. Τώρα με την πανδημία αυτό καθίσταται δύσκολο ή ακατόρθωτο.

Συμπερασματικά, η οικονομική κρίση που έχει επιφέρει η πανδημία προκαλεί την μεγιστοποίηση των κοινωνικών ανισοτήτων και των αδικιών σε παγκόσμια κλίμακα (Lawreniuk, 2020). Η πανδημία του Covid-19 φανερώνει τις ανισότητες που

ταλανίζουν τις κοινότητες των Ρομά. Οι Ρομά είναι άτομα χωρίς ασφάλιση υγειονομικής περίθαλψης και χωρίς πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Άτομα των Ρομά με χρόνια προβλήματα κινδυνεύουν να μην λάβουν την θεραπεία τους λόγω προτεραιοτήτων των περιστατικών με Covid-19. Η ελλιπής στέγαση και το κρύο δημιουργεί αναπνευστικά και άλλα προβλήματα καθιστώντας τους ευάλωτους στα υποκείμενα νοσήματα. Ο υπερπληθυσμός των Ρομά σε περιορισμένους χώρους αυξάνει τα ποσοστά μόλυνσης (Bambra et al, 2020). Οι κοινότητες των Ρομά χρειάζονται υποστήριξη για να μπορέσουν να προστατευτούν αποτελεσματικά από την πανδημία και να αντιμετωπίσουν τις οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες (FRA, 2020). Οι Ρομά θα πρέπει να ενισχυθούν με χρηματοδότηση για την πρόληψη και προστασία της υγείας τους στους τέσσερις τομείς που καθόρισε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2020). Οι τομείς αυτοί είναι: η διατήρηση μέτρων υγιεινής, βελτίωση της πρόσβασης στο νερό βρύσης, βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, ενίσχυση των παρόχων υπηρεσιών υγείας μέσω της εκπαίδευσης.

Η επικοινωνία ανάμεσα στους Ρομά και τους επαγγελματίες υγείας.

Για την παροχή υψηλής ποιότητας υγειονομικής φροντίδας απαραίτητο συστατικό είναι η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ γιατρού, νοσηλευτή και ασθενή. Οι δεξιότητες ενός επαγγελματία υγείας περιλαμβάνουν την ικανότητα συλλογής πληροφοριών προκειμένου να υπάρχει αποτελεσματική διάγνωση, να δοθούν θεραπευτικές οδηγίες και κατάλληλη θεραπευτική αγωγή, να συμβουλευτεί κατάλληλα ο ασθενής και να δημιουργηθεί πλάνο φροντίδας (Duffy et al., 2004; Bredart et al., 2005). Ο απώτερος στόχος των δεξιοτήτων και της επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενή είναι να δημιουργηθεί καλή διαπροσωπική σχέση με σκοπό τη βελτίωση της υγείας του ασθενή και την καλύτερη δυνατή περίθαλψη. Δυσaráσκεια και αρνητικές αντιδράσεις από τον ασθενή παρατηρούνται όταν η επικοινωνία του με τον επαγγελματία υγείας είναι προβληματική (Brinkman et al, 2007). Υπάρχει δυσaráσκεια του ασθενούς ακόμη και όταν πολλοί γιατροί θεώρησαν ότι η επικοινωνία μεταξύ τους ήταν επαρκής και αποτελεσματική, υπερεκτιμώντας οι γιατροί τις δεξιότητες επικοινωνίας τους (Stewart, 1995).

Οι Ρομά αντιμετωπίζουν τις ανισότητες σε όλα τα επίπεδα της εμπειρίας τους στην υγειονομική περίθαλψη. Οι ανισότητες ξεκινούν από την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, τον τρόπο διάγνωσης και θεραπείας, τις συνθήκες φροντίδας και συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας (Ngo-Metzger et al, 2004). Οι Ρομά αντιμετωπίζουν κακή επικοινωνία από τους γιατρούς περισσότερο από τον γενικό πληθυσμό (Street et al, 2008).

Ένας Ρομά ασθενής δεν πρέπει να λαμβάνει χαμηλότερη ποιότητα περίθαλψης και φροντίδας εξαιτίας της φυλής του ή κάποιου άλλου χαρακτηριστικού (FitzGerald, 2017). Η επαφή ασθενή-ιατρού ενεργοποιεί διάφορους αρνητικούς μηχανισμούς (Coate et al, 1993):

- Ο ασθενής αντιμετωπίζει την προκατάληψη του γιατρού με την μορφή απροθυμίας να αλληλοεπιδράσει με μέλη μειονοτικών ομάδων.
- Την κλινική αβεβαιότητα που σχετίζεται με την διαφορετική ερμηνεία των συμπτωμάτων από την εμπειρία του γιατρού από άλλους ασθενείς μειονοτήτων. Ο γιατρός βγάζει συμπεράσματα από χαρακτηριστικά φυλής θεωρώντας ένα σύμπτωμα ασήμαντο, κάτι που δεν θα έκανε σε ασθενή της κοινωνικής ομάδας που ανήκει.

- Από τα κοινωνικά στερεότυπα που έχουν περάσει στους γιατρούς για την ομάδα των Ρομά. Ο γιατρός πιστεύει ότι οι Ρομά δεν θα συμμορφωθούν με τις συστάσεις της θεραπείας άρα δεν πρέπει να ασχοληθεί περαιτέρω.

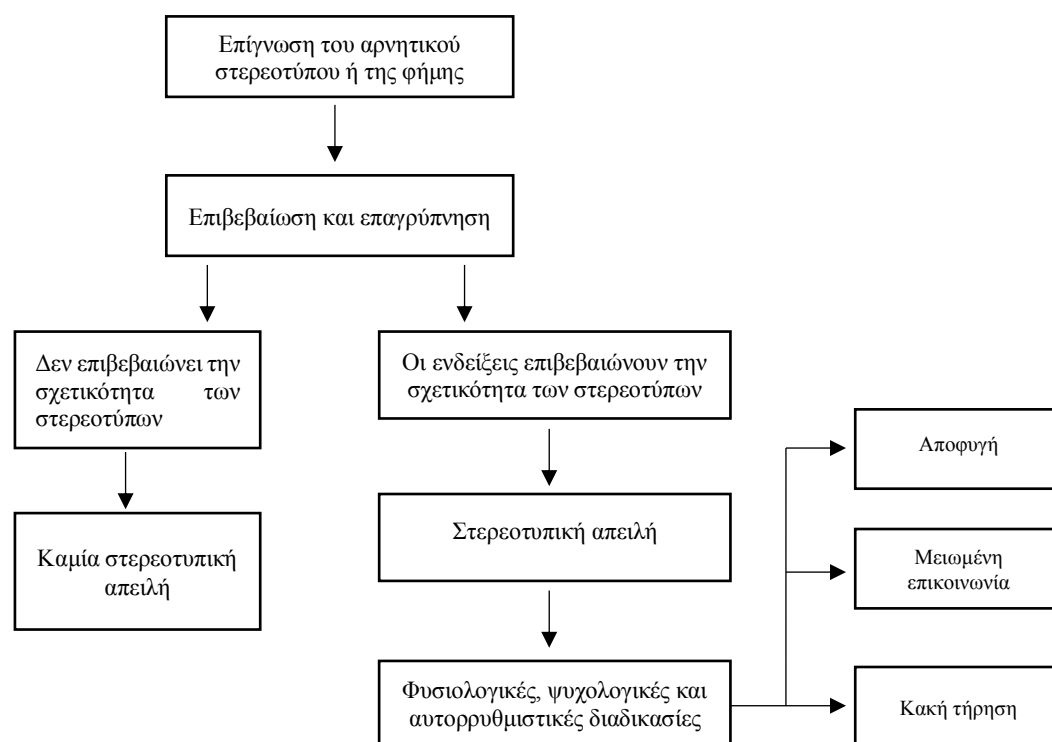
Και οι τρεις μηχανισμοί είναι κατηγοριοποίηση ομάδων, ενεργοποιούνται δηλαδή προς ένα άτομο που είναι ενταγμένο σε μια κοινωνική ομάδα διαφορετική από αυτή που ανήκει ο επαγγελματίας υγείας (Balsa et al, 2001). Όταν στη σχέση ιατρού και ασθενή υπάρχουν αρνητικές συμπεριφορές και κρίσεις που δεν έχουν κάποιο αντιληπτό αίτιο τότε είναι αποτέλεσμα προκαταλήψεων. Οι συμπεριφορές χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, τις άμεσες και τις έμμεσες στις οποίες ενσωματώνονται τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις του επαγγελματία υγείας για μια ομάδα ανθρώπων. Στις άμεσες αρνητικές συμπεριφορές ο ασθενής λαμβάνει το αρνητικό συναίσθημα του ιατρού χωρίς μεσολαβητές ενώ στις έμμεσες ο αρνητισμός ενεργοποιείται από την στάση του γιατρού, την ένταση της φωνής, τις εκφράσεις ή την αδιαφορία και από τις λάθος αποφάσεις λόγω κακής επικοινωνίας (FitzGerald, 2017).

Οι έμμεσες προκαταλήψεις λειτουργούν σε βάρος ομάδων που είναι ήδη ευάλωτες. Ευάλωτα στην υγειονομική περίθαλψη είναι συνήθως μέλη ομάδων που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση σε πολλά επίπεδα (Martin et al, 2014). Η πολιτική φιλοσοφία χρησιμοποιεί τον όρο «cognitive disadvantage» αιτιολογώντας όταν ένα μειονέκτημα μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω μειονεκτήματα. Στην περίπτωση των Ρομά, που είναι μια ομάδα που αντιμετωπίζει ποικίλα προβλήματα παλεύοντας καθημερινά να καλύψει τις βασικές της ανάγκες, (που από μόνο του είναι μειονέκτημα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό), μπορεί να είναι διαβρωτικό όταν οδηγήσει σε περαιτέρω μειονεκτήματα (De-Shalit et al, 2007).

Οι έμμεσες προκαταλήψεις των γιατρών επηρεάζουν τις θεραπευτικές αποφάσεις και τα κλινικά χρονοδιαγράμματα της πορείας του ασθενή. Η αρνητική επίδραση της έμμεσης προκατάληψης που αντιμετωπίζουν οι Ρομά είναι εμφανής στους δείκτες επικοινωνίας (Sabin et al, 2009). Κατά την επίσκεψη ενός ασθενή Ρομά στον κλινικό ιατρό, ο γιατρός μιλάει περισσότερο από τον ασθενή, ο ασθενής δεν μπορεί να κάνει πολλές ερωτήσεις και έχει παθητική στάση σε σχέση με τους ασθενείς του γενικού πληθυσμού που ο γιατρός έχει ανοιχτούς διαύλους επικοινωνίας (Cooper et al, 2012). Όταν ο γιατρός έχει προκαταλήψεις και στερεότυπα για τους Ρομά υπάρχει λιγότερος χρόνος ομιλίας, λιγότερο χαμόγελο και ομιλία και περισσότερα λάθη και κοινωνικά σχόλια (Burgess et al, 2010). Έρευνες έχουν αποδείξει ότι ένας

επαγγελματίας υγείας μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά από την προφορά της ομιλίας ενός ασθενή ή και από το επώνυμο του (Cooper et al, 2003).

Οι Steele et al (1995) αναφέρθηκαν στην στερεοτυπική απειλή που μπορεί να βιώνει ένα άτομο. Στερεοτυπική απειλή ορίζεται «μια διαταραγμένη ψυχολογική κατάσταση που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι όταν αισθάνονται ότι κινδυνεύουν. Αυτό επιβεβαιώνεται αναδεικνύοντας ένα αρνητικό στερεότυπο που σχετίζεται με την κοινωνική του ταυτότητα, την φυλή, την κοινωνική τάξη και την εθνικότητα». Το πρώτο σχήμα δείχνει την διαδικασία με την οποία η στερεοτυπική απειλή διογκώνει τα προβλήματα υγείας των ασθενών με μειονοτικές διαφοροποιήσεις. Αρχικά ο ασθενής συνειδητοποιεί ότι ανήκει σε μια ομάδα που υπάρχουν αρνητικά στερεότυπα. Η συνειδητοποίηση αυτή από μέρους του ασθενή ενεργοποιεί αφυπνιστικά την συσχέτιση των συμπεριφορών και των πράξεων του επαγγελματία υγείας. Αυτά τα στοιχεία συνήθως είναι ασαφή και ο ασθενής δεν μπορεί να επιβεβαιώσει ότι βρίσκεται σε μια στερεοτυπική απειλή. Εάν τα στοιχεία επιβεβαιωθούν τότε ξεκινούν να γίνονται τα στερεότυπα απειλές ενεργοποιώντας φραγμούς στην επικοινωνία τους και η συνεργασία τους δυσχεραίνεται (Aronson et al, 2013).



Σχήμα 1: Η θεωρία της στερεοτυπικής απειλής σε κλινικές αλληλεπιδράσεις.

Πηγή: Aronson et al, 2013.

Όταν ο ασθενής βιώνει απειλές από τον επαγγελματία υγείας έχει αρνητικά αποτελέσματα σε φυσιολογικές, ψυχολογικές και αυτορρυθμιστικές διαδικασίες που συμβάλουν στην κακή υγεία του ασθενή. Ο ασθενής μπορεί να αυξήσει την αρτηριακή του πίεση από το άγχος που του έχει προκληθεί, ενώ μπορεί να αυξήσει και την επιθετική του συμπεριφορά. Εάν στην εμπειρία του Ρομά δημιουργηθεί ένα δυσάρεστο κλίμα με τον επαγγελματία υγείας, την επόμενη φορά ο ασθενής θα αποφύγει την συνάντηση του με τους πάροχους υγείας (Shelton et al, 2010). Εάν οι Ρομά αποφύγουν την συνάντηση τους με τον επαγγελματία υγείας αυτό θα έχει συνέπεια να μην διαγνωστεί κάποια απειλητική κατάσταση για την υγεία του ασθενή στα αρχικά της στάδια. Η φροντίδα του ασθενή μπορεί να εμποδιστεί ακόμα κι αν δεν αποφύγει την εισαγωγή του σε κάποιο νοσοκομείο, αυτό μπορεί να γίνει με την αναποτελεσματική επικοινωνία. Το άγχος που δημιουργείται αποτρέπει την λήψη πληροφοριών και αυτό οδηγεί σε ανακριβή συμπεράσματα (Word, 1974).

Συμπερασματικά τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις συμβάλουν στην κακή επικοινωνία του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή. Μπορεί ο επαγγελματίας υγείας να θεωρεί ότι απορρίπτει τις αρνητικές εικόνες και ιδέες που σχετίζονται με τους Ρομά, δεν παύει ωστόσο να ανήκει σε ένα κοινωνικό περιβάλλον όπου αυτή η κοινωνική ομάδα απεικονίζεται συνεχώς με στερεοτυπικούς και περιφρονητικούς χαρακτηρισμούς.

ΜΕΡΟΣ Δ΄

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΡΟΜΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Νομοθετικό πλαίσιο στην Ευρώπη

Οι διακρίσεις των μειονοτήτων στην πρόσβαση της υγειονομικής περίθαλψης και οι ανισότητες είναι συχνό φαινόμενο επηρεάζοντας μέλη ευάλωτων ομάδων. Οι μετανάστες, οι θρησκευτικές μειονότητες και άτομα με πολύπλοκες ιατρικές ανάγκες είναι ευάλωτοι στην ίση μεταχείριση του υγειονομικού συστήματος (Orzechowski et al, 2020). Οι διακρίσεις στην υγειονομική περίθαλψη μπορούν να βασιστούν και σε χαρακτηριστικά των ατόμων όπως είναι το φύλο, η φυλή και η εθνικότητα. Όλα τα παραπάνω οδηγούν στην δημιουργία ενός νομικού πλαισίου στήριξης των ευάλωτων ομάδων (Rivenbark et al, 2020). Η ευρωπαϊκή νομοθεσία έχει σκοπό να υποστηρίζει τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες αποσκοπώντας στην ισότιμη κατανομή και προσβασιμότητα των ατόμων στην υγεία.

Το 1946 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) διακήρυξε στο καταστατικό του ότι « Η υγεία είναι το σημαντικότερο αγαθό και είναι θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου χωρίς διακρίσεις» (Grad, 2002). Ο ΠΟΥ αποσκοπούσε σε νομοθετικό πλαίσιο που ο παγκόσμιος γεωγραφικός χάρτης θα ακολουθούσε για την πρόσβαση και την διατήρηση της υγείας χωρίς διακρίσεις. Το οριστικό σύνταγμα του ΠΟΥ για την υγεία εκδόθηκε με την σύμφωνη γνώμη όλων των κρατών μελών το 1948.

Η διεθνής επιτροπή για τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα των Ηνωμένων Εθνών στην 16 Δεκεμβρίου του 1966 έκδωσε το διεθνές σύμφωνο της. Στο άρθρο 27/2,5 κάνει αναφορά στην τήρηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ελευθερίας. Αναφέρει χαρακτηριστικά ότι είναι υποχρέωση κάθε κράτους στην προσπάθεια εξάλειψης των διακρίσεων, ανεξαρτήτου φυλής, χρώματος, φύλου, γλώσσας, θρησκείας, πολιτικής και άλλης γνώμης, εθνικής ή κοινωνικής προελεύσεως καθώς και την αναγνώριση των ιδιαιτεροτήτων κάθε χώρας, φυλής και ατόμου. Πρέπει να υπάρχει αναγνώριση ότι κάθε άνθρωπος είναι μοναδικός και θα πρέπει να υπάρχει σεβασμός στα δικαιώματα του (ICESCR, 1966).

Στης 11 Αυγούστου του 2000 εγκρίθηκε από την Επιτροπή οικονομικών, κοινωνικών, και πολιτιστικών δικαιωμάτων των Ηνωμένων Εθνών το *Γενικό σχόλιο Νο 14/Άρθρο 12 του συμφώνου που αναγνωρίζει το Άρθρο 5/1966* για την εξάλειψη κάθε μορφής φυλετικών διακρίσεων. Τα *Άρθρα 8,11,12,18* αναφέρουν χαρακτηριστικά:

- *Άρθρο 8.* Ισότητα ευκαιριών στους ανθρώπους για να απολαμβάνουν το δικαίωμα στην υγεία, στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο.
- *Άρθρο 11.* Δικαιώματα και στους βασικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας: πόσιμο νερό, αποχέτευση, στέγαση, υγιεινή, εκπαίδευση κ.α.
- *Άρθρο 12.* Διαθεσιμότητα που πρέπει να έχουν όλοι σε εγκαταστάσεις, αγαθά, υπηρεσίες και προσβασιμότητα.
- *Άρθρο 18.* Εξάλειψη των διακρίσεων που σχετίζεται με την φυλή, χρώμα, φύλο, γλώσσα, θρησκεία κ.α.

Η υγεία σύμφωνα με το Γενικό σχόλιο των Ηνωμένων Εθνών πρέπει να είναι προσεγγίσιμη από όλα τα τμήματα του πληθυσμού, οι υπηρεσίες να έχουν προσιτή τιμή για να μπορούν να ανταποκρίνονται όλοι. Θα πρέπει να υπάρχει σεβασμός στην κουλτούρα του ατόμου και να προσφέρεται ποιότητα υγείας ακόμα και στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (CESCR, 2000).

Ο Ευρωπαϊκός κοινωνικός χάρτης που εκδόθηκε αναθεωρημένος το 1996 ενσωματώνοντας όλα τα δικαιώματα που κατοχυρώνονται από τον χάρτη του 1961, που αναπτύχθηκε από το Τροποποιητικό πρωτόκολλο του 1991 και το πρόσθετο πρωτόκολλο του 1995. Ο νέος χάρτης εξασφαλίζει τα κοινωνικά δικαιώματα και την βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης και κοινωνικής ευημερίας (ESC, 1996). Από την προσαρμογή του χάρτη το Άρθρο 1/11,13,30 αναφέρουν:

- *Άρθρο 11.* Ο καθένας έχει δικαίωμα να απολαμβάνει το υψηλότερο εφικτό επίπεδο υγείας.
- *Άρθρο 13.* Όποιος δεν διαθέτει επαρκείς πόρους, έχει το δικαίωμα κοινωνικής και ιατρικής βοήθειας.
- *Άρθρο 30.* Όλοι έχουν δικαίωμα προστασίας από την φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό.

Ένα μεγάλο τμήμα του ευρωπαϊκού πληθυσμού πιστεύει ότι οι η κουλτούρα των Ρομά χαρακτηρίζεται από την στέγαση σε καταυλισμούς. Το 2003 το Ευρωπαϊκό

Κέντρο Δικαιωμάτων των Ρομά (ERRC) καταγγέλλει την Ελλάδα ως συμβαλλόμενο μέλος του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη (ESC) για την παραβίαση των δικαιωμάτων στέγασης εναντίων των Ρομά. Ο ERRC είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός συμβουλευτικού χαρακτήρα παρεμβαίνοντας στο συμβούλιο της Ευρώπης όταν καταπατούνται τα δικαιώματα των Ρομά, προσφεύγοντας σε καταγγελίες (ERRC, 2003). Ο ERRC, επικαλούμενος τη ρήτρα περί μη διακρίσεων στο προοίμιο του ESC του 1961 και δεσμευόμενη η Ελλάδα σύμφωνα με το άρθρο 16 του ESC/ πρωτόκολλο του 1998, ζητάει την παρέμβαση και την απόδοση κυρώσεων. Το άρθρο 16/ 1998 αναφέρει:

- *Άρθρο 16.* Προκειμένου να διασφαλιστούν οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την πλήρη ανάπτυξη της οικογένειας, η οποία αποτελεί θεμελιώδη μονάδα της κοινωνίας, τα συμβαλλόμενα μέρη δεσμεύονται να προωθήσουν την οικονομική, νομική και κοινωνική προστασία της οικογενειακής ζωής με μέσα όπως κοινωνικά και οικογενειακά επιδόματα, φορολογικές διευθετήσεις, παροχή στέγης στην οικογένεια, παροχές για τους νεόνυμφους και άλλα κατάλληλα μέσα (ESC, 1996).

Εκδιώχνοντας τους Ρομά από τον τόπο διαμονής τους και μεταφέροντας τους σε εκτός πόλεως περιοχές δημιουργούνται προβλήματα: δύσκολες συνθήκες διαβίωσης και υγιεινής, δυσκολία προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας, στην εκπαίδευση και σε άλλες κοινωνικές υπηρεσίες. Η έλλειψη κατάλληλης στέγασης μόνο ενισχύει την περιθωριοποίηση των Ρομά (Hammarberg, 2012). Η μετακίνηση των Ρομά οδηγεί στην κακή υγεία. Η έκταση του προβλήματος διαφαίνεται στον πρώτο πίνακα παρουσιάζοντας τις ευρωπαϊκές πόλεις που έχουν υποστεί κυρώσεις καταπατώντας το άρθρο 16 του ευρωπαϊκού χάρτη.

Το 2007 ο Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (FRA, 2007) όρισε με το Άρθρο 22 τον σεβασμό στην πολιτισμική, θρησκευτική και γλωσσική πολυμορφία. Το 2011 η Ευρωπαϊκή επιτροπή ξεκίνησε την εφαρμογή του «Ευρωπαϊκού Πλαισίου Εθνικών Στρατηγικών» για την ένταξη των Ρομά παρέχοντας τον όρο «Ρομά» και χρησιμοποιώντας τον για διάφορες ευρωπαϊκές ομάδες και ταξιδιωτικούς πληθυσμούς, χωρίς να παίζουν ρόλο οι ιδιαιτερότητες κάθε ομάδας (European Commission, 2011). Το 2020 ο Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων (FRA, 2020) ορίζει δεκαετές εθνικό στρατηγικό σχέδιο για την ισότητα των Ρομά με

το κοινωνικό σύνολο. Το σχέδιο δίνει έμφαση σε επτά βασικούς τομείς, μεταξύ των οποίων και την υγεία, και ο στόχος του είναι η μείωση του χάσματος που αφορά το προσδόκιμο ζωής των Ρομά σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό τουλάχιστον κατά το ήμισυ.

Πίνακας 1: Καταγραφή εξώσεων κοινοτήτων Ρομά σε ευρωπαϊκές πόλεις.

ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ	ΠΟΛΗ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΚΔΙΩΚΟΜΕΝΩΝ ΡΟΜΑ
2012	Έξωση 900 ατόμων που παρέμειναν άστεγοι από την πόλη Μίσκολτς της Ουγγαρίας. Καταγραφή 1500 ατόμων στο σύνολο της χώρας.
2014	Έξωση 100 ατόμων από τα σπίτια τους στο Βουκουρέστι της Ρουμανίας.
2016	Έξωση 200 ατόμων στο Μιλάνο και 400 ατόμων στην Ρώμη της Ιταλίας.
2015	Έξωση 400 ατόμων που παρέμειναν άστεγοι στην Βάρνα της Βουλγαρίας.
2015	Έξωση 200 ατόμων από το Μάλμο της Σουηδίας (περιοχή Sorgenfri)
2015	Καταγραφή έξωσης 100 ατόμων που παρέμειναν άστεγοι σε πόλεις της Γαλλίας.

Πηγή: open Democracy, 2016.

Νομοθετικό πλαίσιο στην Ελλάδα

Το 1942 δημοσιεύθηκε μια έκθεση από τον οικονομολόγο William Beveridge που περιείχε μεταρρυθμίσεις για το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας. Με αφορμή την έκθεση Beveridge το 1948 τα Ηνωμένα Έθνη διακηρύσσουν στην έκθεση τους με το άρθρο 22 ότι κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα για κοινωνική ασφάλιση. Στην Ελλάδα το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης διαμορφωνόταν με αργούς ρυθμούς ξεκινώντας από αλληλοβοηθούμενα ταμεία. Σε σχέση με τις μειονότητες το ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης δεν διαμόρφωνε καινούρια κοινωνικά πρότυπα για τις μειονότητες. Η ένταξη των μειονοτήτων στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης πραγματοποιούνταν με την ενσωμάτωση τους στο αναδιαμορφωμένο κάθε φορά σύστημα που απευθυνόταν στο σύνολο της ελληνικής επικράτειας (Μωραΐτης, 2003) .

Το ασφαλιστικό σύστημα που εντάσσει και τους Ρομά, καθώς δεν διαχωρίζονται στο νομοθετικό πλαίσιο, θα μπορούσε να δομηθεί σε τέσσερις χρονικές περιόδους. Η πρώτη αφορά το 1917 με την ένταξη τους στο σύστημα πρόνοιας και αντιλήψεων του νεοϊδρυθέντος «Υπουργείου Περιθάλψεων» διαμορφωμένο μέσα από εμφύλιες διαμάχες για την συμμετοχή της Ελλάδας στον Α παγκόσμιο πόλεμο (Δαρδαβέσης, 2008).

Η δεύτερη ξεκινά με την εισροή προσφύγων το 1922 εξαιτίας της μικρασιατικής καταστροφής καθώς ένα μεγάλο κύμα Ρομά έφτασε στην ελληνική επικράτεια. Το υπουργείο μετονομάστηκε την περίοδο εκείνη σε «Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντιλήψεων». Η τρίτη ξεκινά το 1940 με την έναρξη του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου με το «Υπουργείο Εθνικής Πρόνοιας» αντιμετωπίζοντας τους Ρομά με φυλετική κατωτερότητα. Η τέταρτη περίοδος ξεκινά το 1982 με το «Υπουργείο Κοινωνικής Ασφάλισης» και το «Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας» που επικρατεί ως σήμερα (Δαρδαβέσης, 2008).

Η νέα πραγματικότητα της ελληνικής κοινωνίας εντάσσει τους Ρομά στο σύστημα πρόνοιας εκδίδοντας βιβλιάρια απορίας σε όλους τους οικονομικά αδύνατους πολίτες. Το 2016 θεσπίζεται το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης στις δομές υγείας στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και τους ανασφάλιστους. Οι Ρομά εντάσσονται στον νόμο 4368/2016 και την υπουργική απόφαση Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016 που παραμένει ως σήμερα σε ισχύ.

Σημαντική καμπή στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης της Ελλάδας ήταν το 1982 με τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) παρέχοντας πλήρη

υγειονομική κάλυψη όλου του πληθυσμού. Στον δεύτερο πίνακα φαίνεται η διαμόρφωση του συστήματος υγείας της Ελλάδας από την δημιουργία του ΕΣΥ ως σήμερα.

Πίνακας 2: Πορεία του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης από το 1983 έως σήμερα

ΕΤΟΣ	ΝΟΜΟΣ	ΓΕΓΟΝΟΤΑ- ΑΛΛΑΓΕΣ
1983	N. 1397/1983	Δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ).
1987	N. 1745/1987	Ίδρυση ενός ειδικού κλάδου πρόσθετης υποχρεωτικής ασφάλισης στους ασφαλισμένους του ΟΓΑ. Ασφαλίστηκε όλος ο πληθυσμός της υπαίθρου, δόθηκε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε όλους και η κατώτατη σύνταξη διπλασιάστηκε.
1990	N. 1902/1990	Μείωση δαπανών, διαφορετικός τρόπος υπολογισμού των συντάξεων με αύξηση εισφορών εργαζομένων και εργοδοτών.
1992	N. 2084/1992	Προσπάθεια αύξησης των πόρων και μείωσης των ασφαλιστικών παροχών για να καλυφθούν τα χρηματοδοτικά ελλείμματα. Υπάρχουν δυο κατηγορίες ασφαλισμένων: αυτοί που υπάγονται ως της 31.12.1992 και θα παραμείνουν στις ισχύουσες διατάξεις και αυτοί που ασφαλίζονται για πρώτη φορά μετά την 01.01.1993 που προβλέπονται αυστηρότερες προϋποθέσεις παροχών. Οριοθέτηση του ορίου ηλικίας στους άνδρες και τις γυναίκες.
1994	N. 2227/1994	Κατάργηση της πολυασφάλισης και θέσπιση υποχρεωτικής ασφάλισης σε ένα μόνο φορέα κύριας σύνταξης, ένα φορέα επικουρικής σύνταξης και ένα φορέα ασθενοείας και εφάπαξ παροχών. Η διάταξη αυτή καταργήθηκε και αναβίωσε και πάλι το σύστημα της πολυασφάλισης.
1997	1997	Έκθεση του ΟΟΣΑ με θέμα «Το ασφαλιστικό σύστημα στην Ελλάδα» υποστηρίζοντας στις άμεσες μεταρρυθμίσεις στο ασφαλιστικό για την μη κατάρρευση του.
2002	N. 3029/2002	Βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος. Μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης οριοθετώντας ενιαίους κανόνες, όρους και κριτήρια συνταξιοδότησης. Αύξηση εισφορών και αύξηση κατώτερων συντάξεων στο ΙΚΑ.
2008	N. 3655/2008	Ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων σε 13 φορείς κύριας και επικουρικής ασφάλισης.
2010	N. 3863/2010	Επαναπροσδιορισμός στα όρια ηλικίας. Εκσυγχρονισμός και βελτίωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.
2011	N. 3918/2011	Συστάθηκε ο ΕΟΠΥΥ, ξεκίνησε τη λειτουργία του 01.01.2012
2012	N. 4093/2012	Τροποποίηση του ασφαλιστικού, μισθολογικές περικοπές και περιορισμός των συντάξιμων αποδοχών. Αύξηση ηλικιακού ορίου στο 67 ^ο έτος και συνολικά στα 40 χρόνια εργασίας. Μειωμένη σύνταξη στο 62 ^ο έτος.
2016	N. 4368/2016	Δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες

Πηγή: Θεοδωρουλάκης και συν, 2012. Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης ΙΝΕ-ΓΣΕΕ.

Μαλαβάζος και συν, 2019. Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα και η Κοινωνική Δικαιοσύνη στο χώρο της υγείας.

Σε παγκόσμιο πλαίσιο όταν χρησιμοποιείται ο όρος φυλετική καταγωγή αυτόματα δημιουργεί διαχωρισμό της ανθρώπινης ύπαρξης χρησιμοποιώντας βιολογικές ταξινομήσεις (Βερέμης και συν, 2013). Το ευρωπαϊκό δικαστήριο ανθρωπίνων δικαιωμάτων αναφέρει ότι οι άνθρωποι έχουν την τάση να διαχωρίζονται σε υποομάδες βάση φυσικών, ανατομικών και γενετικών χαρακτηριστικών (ECHR, 1950).

Ο όρος φυλή εμπεριέχει στον πυρήνα του ρατσιστικά χαρακτηριστικά γιατί γίνεται διαχωρισμός με βάση το χρώμα και τα φυσικά χαρακτηριστικά της αξιολογήσιμης ομάδας. Για να μπορέσουν στην Ελλάδα να εξαλειφθούν τα προαναφερθέντα φαινόμενα ορίστηκε στην επικράτεια «Ο συνήγορος του πολίτη» ως φορέας ίσης μεταχείρισης κάθε ανθρώπινης παρουσίας ανεξάρτητα φυλετικών, εθνοτικών και θρησκευτικών πεποιθήσεων με τον νόμο 3304 που εκδόθηκε το 2005. Επιπρόσθετα ο συγκεκριμένος νόμος περιορίζει και τις ανισότητες στις παροχές υπηρεσιών και αγαθών.

Στην Ελλάδα έντονο διαχωρισμό και ρατσιστικές συμπεριφορές με βάση την φυλετική τους καταγωγή αντιμετωπίζουν οι Ρομά. Η συγκεκριμένη ομάδα είναι αποκλεισμένη σε καταυλισμούς εκτός πόλεως αντιμετωπίζοντας δύσκολες συνθήκες διαβίωσης. Με το νόμο 3304/2005 οι Ρομά έχουν διευρυμένα δικαιώματα και υποχρεώσεις ανάλογα με την ομάδα στην οποία ανήκουν (Βερέμης και συν, 2013):

- **Έλληνες Τσιγγάνοι**, τον συγκεκριμένο τίτλο μπορούν να αποκτήσουν τέκνα Έλληνα υπηκόου μετά την έκδοση ληξιαρχικής πράξης ή οι κάτοχοι ελληνικής υπηκοότητας μετά την εγγραφή τους στο δημοτολόγιο.
- **Ρομά υπήκοοι κρατών ΕΕ**, η συγκεκριμένη κατηγορία μπορεί να εισαχθεί και να διαμείνει στην Ελλάδα επί αορίστου χρόνου, εφόσον προσκομίσει την βεβαίωση εγγραφής ευρωπαίου υπηκόου όπως προβλέπεται σε κάθε πολίτη της ΕΕ.
- **Ρομά υπήκοοι τρίτων χωρών**, έχουν κοινά δικαιώματα με τους μετανάστες. Κατηγοριοποιούνται διαφορετικά οι Ρομά που έχουν κάνει αίτηση ασύλου ή οι Ρομά που βρίσκονται υπό την προστασία ασύλου.

Η προσφώνηση ταπεινωτικών ή υβριστικών εκφράσεων όπως η χρήση της λέξης «γύφτος» αποτελεί ρατσιστικό σχόλιο και εμπίπτει στην προσβολή προσωπικότητας επισύροντας ποινικές κυρώσεις σύμφωνα με τον νόμο 3304/2005 (Progress, 2007-2013).

Το μεγαλύτερο πρόβλημα των Ρομά στην ελληνική κοινωνία είναι η αναγνωρισιμότητα τους ως Έλληνες πολίτες που πραγματοποιήθηκε με το νομοθετικό διάταγμα 3370/55 με τον κώδικα ελληνικής ιθαγένειας, εφτακόσια χρόνια μετά την προσπέλαση τους στην Μεσόγειο Θάλασσα. Αρκετοί Ρομά βρίσκονται σε δημοτολογική αφάνεια αμελώντας την δήλωση των ιδίων και των τέκνων τους στην

αρμόδια αρχή. Όταν υπάρχει έλλειψη ληξιαρχικής πράξης γέννησης, εγγράφων ιθαγένειας και γάμου η δημοτική αρχή αδυνατεί να δηλώσει τα συγκεκριμένα άτομα, οδηγώντας τα στην αφάνεια. Στην περίπτωση που δεν δηλώσουν οι Ρομά τα τέκνα τους στον δήμο έχουν υποχρέωση τα μαιευτήρια να προσκομίσουν τα απαραίτητα έγγραφα για να δηλωθεί το τέκνο κάθε Ρομά βάση του άρθρου 21, παράγραφος 1-2 του νόμου 344/1976.

Όταν ένας Ρομά διαμένει σε έναν δήμο για τουλάχιστον δύο συναπτά έτη τότε δικαιούται βεβαίωση μόνιμου κατοικίας, αυτό έχει σκοπό να διασφαλιστούν οι Ρομά που μετακινούνται έχοντας εποχιακές εργασίες. Η διαμονή δυο ετών θα πρέπει να πιστοποιηθεί με την χορήγηση κάποιου πιστοποιητικού (Δ.Ο.Υ. ή ΔΕΚΟ) ή με την έλευση των τέκνων σε εκπαιδευτικό ίδρυμα. Ακόμα και αν η κατοικία δεν εμπίπτει στα προβλεπόμενα πρότυπα των μόνιμων κατοίκων, ο δήμος υποχρεούται να εκδώσει την συγκεκριμένη βεβαίωση (Progress, 2007-2013).

Αν ο εκάστοτε Ρομά διαμένει σε παραπήγματα ή σκηνές, το κράτος υποχρεούται να το αναγνωρίσει και να το διαχειριστεί ως κατοικία ακόμα και αν ορίζεται εισαγγελική παρέμβαση. Εάν στις οριζόμενες ως κατοικίες δεν παρέχονται οι διεθνείς κανόνες βασικών ζωτικών αγαθών και υγιεινής, ο δήμος υποχρεούται να παρέχει στην εκάστοτε οικογένεια νερό, ηλεκτρικό και αποχετευτικό δίκτυο. Αν στον συγκεκριμένο καταυλισμό δεν είναι εφικτό ο δήμος να παράσχει τα προαναφερθέντα, τότε υποχρεούται να μεταφέρει την ομάδα Ρομά σε άλλη περιοχή που θα μπορούν να τους τα παρέχουν. Η ασφαλής στέγαση και οι κανόνες υγιεινής είναι υποχρέωση της πολιτείας να παρέχονται σε όλους τους πολίτες ανεξαρτήτου διακρίσεων (Progress, 2007-2013).

Πρέπει να αποθαρρύνεται η περιθωριοποίηση των συγκεκριμένων ομάδων και να ενθαρρύνεται η εγκατάστασή τους σε συγκεκριμένες περιοχές ώστε τα παιδιά των Ρομά να έχουν δικαίωμα στην εκπαίδευση. Το νομοθετικό πλαίσιο του συνηγόρου του πολίτη θεωρεί υποχρέωση την εγγραφή, φοίτηση και την ισότιμη ένταξη των παιδιών Ρομά στο εκπαιδευτικό σύστημα. Κάθε σχολική μονάδα θα πρέπει να παρέχει προγράμματα ενισχυτικής διδασκαλίας καθώς και την προσβασιμότητα και την μεταφορά των παιδιών στις σχολικές μονάδες και την στήριξη των οικογενειών διασφαλίζοντας την εννεαετή υποχρεωτική φοίτησή τους (Progress, 2007-2013).

Πίνακας 3: Ελληνική νομοθεσία για τους Ρομά

ΕΤΟΣ	ΝΟΜΟΣ - ΦΕΚ	ΝΟΜΟΘΕΤΗΜΑ
1955	3370/1955	Ελληνική ιθαγένεια στους Ρομά
1968	481	Δικαίωμα σε όλους τους Ρομά να αποκτήσουν ελληνική ιθαγένεια
1978	69468/212/20.10.1978	Τακτοποίηση των διαβιούντων Αθίγγανων
1979	16701/51/12.03.1979	Εγγραφή αδήλων Αθίγγανων
1995		Στήριξη των Ρομά από την τοπική αυτοδιοίκηση δημιουργώντας το «Πανελλαδικό Διαδημοτικό Δίκτυο» για την υποστήριξη των Ελλήνων τσιγγάνων (POM)
1995		Ίδρυση Πανελληνίας Ομοσπονδίας Σωματείων Ελλήνων Ρομά (ΠΟΣΕΡ)
1996/ 2008		Συγκρότηση εθνικής πολιτικής για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των Ελλήνων Ρομά. Αρμόδια αρχή το Υπουργείο Εσωτερικών.
2002	1295/Β'/04-10-2002	Προάσπιση, προαγωγή υγείας και κοινωνικής ενσωμάτωσης των Ελλήνων Τσιγγάνων.
2003	973/Β'/15-07-2003	Τροποποίηση της Α5/696/25-04-1983 υγειονομικής διάταξης για την οργανωμένη εγκατάσταση πλανόδιων.
2003	396/Β'/13576/31.03.2003	Χορήγηση στεγαστικού δανείου με ευνοϊκούς όρους σε Έλληνες Τσιγγάνους. Εφαρμόστηκε μόνο σε αυτούς που ήταν εγγεγραμμένοι σε δημοτολόγιο.
2005	3304/2005, 16/Α'/27.01.2005	Ίση μεταχείριση ανεξαρτήτως φυλετικής ή εθνικής καταγωγής, θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού.
2013	28.08.2013	Ίδρυση ΕΚΚΑ, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Στρατηγική για την κοινωνική ένταξη των Ρομά.
2016	4368/2016, 21/Α'/21.02.2016	Ίδρυση Κέντρων Κοινότητας. Στόχος η διασύνδεση όλων των πολιτών με όλα τα κοινωνικά προγράμματα και υπηρεσίες για την καταπολέμηση της φτώχειας, του κοινωνικού αποκλεισμού, & κάθε μορφής διακρίσεων. Δημιουργούν κέντρα Ρομά.
2016	4366/2016, 18/Α'/15.02.2016	Ίδρυση Κέντρων Κοινότητας & παραρτημάτων Ρομά.
2016	4430/2016, 205/Α'/31.10.2016	Ίδρυση ειδικής γραμματείας κοινωνικής ένταξης των Ρομά.
2017	4483/2017, 107/Α'/31.07.2017	Προσωρινή μετεγκατάσταση ειδικών κοινωνικών ομάδων για την εξασφάλιση αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης.

Πηγή: NRCP, 2018

Για τους Ρομά η κοινωνική προστασία λειτουργούσε με αργούς ρυθμούς. Οι πρώτες παρεμβάσεις ξεκίνησαν το 1973 από νομοθετήματα του υπουργείου υγείας με σκοπό την προστασία των οικονομικά αδύνατων.

Το προεδρικό διάταγμα 57/73 αναφέρεται «Περί λήψεως μέτρων Κοινωνικής Προστασίας των οικονομικώς αδυνάτων». Για να παρέχεται σε κάποιο άτομο κοινωνική προστασία θα πρέπει να έχει στην κατοχή του έγγραφα απορίας και να είναι ενταγμένο στην πρόνοια. Στους άπορους θα παρέχεται δωρεάν ιατρική, νοσηλευτική και φαρμακευτική περίθαλψη. Το 1994 εκδόθηκε η υπ' αριθμών . Π3/οικ. 603/23.2.94 Υπουργική Απόφαση «Τροποποίηση και συμπλήρωση Προγραμματικών Αποφάσεων περί παροχής Κοινωνικής Προστασίας».

Ένα σημαντικό νομοθέτημα για την κοινωνία των Ρομά είναι ο νόμος υπ' αριθμό 2646 ΦΕΚ Α' 236/20.10.1998 περί ανάπτυξης του Εθνικού Συστήματος

Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις. Στο άρθρο 2, §2 αναφέρεται ότι τα Εθνικά Προγράμματα καταρτίζονται με γνώμη του Εθνικού Συμβουλίου Κοινωνικής Φροντίδας ορίζοντας συγκεκριμένους τομείς. Στην §δ γίνεται αναφορά στις Ευπαθείς Πληθυσμιακές Ομάδες και ομάδες που τελούν σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Στο άρθρο 18 γίνεται αναφορά του πλαισίου του Εθνικού Προγράμματος για τις ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες, καθορίζοντας Ειδικά Προγράμματα με στόχο την κοινωνική ένταξη των Τσιγγάνων και το συντονισμό φορέων και υπηρεσιών. Μέσα στις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας είναι ενταγμένη και η υγεία.

Το 2007 συντάσσεται από την ευρωπαϊκή επιτροπή το πρόγραμμα «Roma Alert». Το συγκεκριμένο πρόγραμμα έχει στόχο να βοηθήσει τους Ρομά στη Βουλγαρία και στην Ελλάδα να χρησιμοποιούν τα δημόσια συστήματα υγείας καθώς και την κατάρτιση σε θέματα υγείας, υγιεινής και της αξιοποίησης των διαδικασιών που αφορούν το σύστημα υγείας για να μπορέσουν να το χρησιμοποιούν. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα είχε στόχο να συμβάλει αρχικά στη βελτίωση της υγείας των Ρομά. Ένας δεύτερος στόχος είναι να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής τους και να μειώσει την παιδική θνησιμότητα. Τέλος πολύ σημαντικός στόχος είναι η αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Η επένδυση για το έργο «Roma Alert» πραγματοποιήθηκε με τη συμβολή του Ευρωπαϊκού Ταμείου Περιφερειακής Ανάπτυξης της ΕΕ και η προγραμματική περίοδος ήταν για τα έτη 2007 έως 2013.

Με τον νόμο 4368/2016 και την ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016 θεσπίζεται για πρώτη φορά το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες εντάσσεται και ο πληθυσμός των Ρομά. Η πλέον θεμελιώδης αλλαγή που εισάγει το ανωτέρω θεσμικό πλαίσιο είναι η εξίσωση του δικαιώματος ασφαλισμένων, ανασφάλιστων και πρώην κατόχων Ατομικού Βιβλιαρίου Οικονομικά Αδυνάμου ή Ανασφάλιστου ως προς την πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας. Η υγειονομική κάλυψη που εγγυάται το νέο πλαίσιο είναι πλήρης και περιλαμβάνει τη νοσηλευτική, διαγνωστική και φαρμακευτική κάλυψή τους σε κάθε φορέα της ελληνικής επικράτειας που προσφέρει υπηρεσίες υγείας.

Συμπερασματικά η παράθεση των νομοθετημάτων στην συγκεκριμένη ενότητα ήθελε να δείξει την αργοπορία των κρατικών θεσμών να εντάξουν τους Ρομά στον κοινωνικό ιστό. Καθ' όλη την πορεία του συστήματος υγείας στην Ελληνική επικράτεια οι Ρομά εντάσσονται στους απόρους και στους ανασφάλιστους πολίτες

δίνοντας τους με αυτό τον τρόπο το κλειδί για την πρόσβαση στον τομέα της υγείας. Ακόμα και στην παροχή φροντίδας υγείας που καθορίζεται ως ένα αγαθό που πρέπει να προσφέρεται ισότιμα σε όλους του πολίτες χωρίς διακρίσεις, διαπιστώνεται ένας διαχωρισμός ως προς τα οικονομικά χαρακτηριστικά του κάθε πολίτη. Σήμερα τα προϋπάρχοντα προβλήματα και η δυσκολία πρόσβασης των Ρομά στο σύστημα υγείας εξακολουθούν να υπάρχουν.

ΜΕΡΟΣ Ε΄

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στόχοι της εργασίας

Εδώ και μια δεκαετία οι ομάδες μειονοτήτων καταλαμβάνουν κεντρική θέση στη δημόσια συζήτηση. Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας (2020) έχει καταβάλει προσπάθειες για την διασφάλιση του δικαιώματος πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας χωρίς διακρίσεις.

Οι Ρομά αποτελούν ομάδες μειονοτήτων στην ελληνική επικράτεια. Η ισότιμη πρόσβαση των Ρομά χωρίς φραγμούς στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα για την ενσωμάτωση τους με τους γηγενείς. Η διαφορετικότητα της συγκεκριμένης ομάδας αποτελεί εμπόδιο στην προσπάθειά τους να ενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο. Παράλληλα εμπόδια και προκλήσεις αντιμετωπίζουν καθημερινά και οι επαγγελματίες υγείας λόγω της διαφορετικής κουλτούρας, αντιλήψεων και γλωσσικής επικοινωνίας που έχει η συγκεκριμένη ομάδα.

Οι στάσεις και οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας έναντι των Ρομά επηρεάζουν την παρεχόμενη ποιότητα της φροντίδας, τις ιατρικές αποφάσεις, την πορεία της νόσου, τα αποτελέσματα της υγείας και το προσδόκιμο ζωής. Ενώ ο αριθμός των Ρομά στα δημόσια νοσοκομεία είναι μεγάλος, ιδιαίτερα σε περιφερειακά νοσοκομεία, δεν υπάρχει επαρκές ερευνητικό υπόβαθρο.

Ο βασικός στόχος της συγκεκριμένης μελέτης είναι να διερευνήσει τις στάσεις και τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για τους Ρομά σε ένα συγκεκριμένο νοσοκομείο αναφοράς. Επιμέρους στόχος της εργασίας είναι να εκτιμηθεί ο βαθμός στον οποίο μπορούν να επηρεάζουν τα δημογραφικά και τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών, τις στάσεις τους και τις αντιλήψεις τους έναντι στους Ρομά ασθενείς. Τέλος θα διερευνηθούν τα αίτια που αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές ότι δημιουργούν φραγμούς στην επικοινωνία και την συναναστροφή τους με τους Ρομά.

Μεθοδολογική προσέγγιση

Ο Παρασκευόπουλος (1993) αναφέρει ότι ο τύπος μιας έρευνας διαχωρίζεται ανάλογα με το κριτήριο διάκρισης. Ως προς το είδος των εμπειρικών δεδομένων, οι έρευνες χωρίζονται σε ποιοτικές και ποσοτικές. Στην ποιοτική έρευνα γίνεται προσπάθεια να δοθούν απαντήσεις σε ένα κοινωνικό φαινόμενο με σκοπό η θεματική της έρευνας να κατανοηθεί ολιστικά. Σε μία ποιοτική έρευνα τα δεδομένα συλλογής είναι περιγραφικά και το δείγμα των συμμετεχόντων δεν μπορεί να είναι μεγάλο. Τα αποτελέσματα στηρίζονται σε γενικευμένα πορίσματα στηριζόμενα στις απόψεις των συμμετεχόντων. Κύριο εργαλείο της ποιοτικής έρευνας είναι η συνέντευξη.

Η ποσοτική έρευνα διερευνά κοινωνικά φαινόμενα με αριθμητικά δεδομένα. Τίθεται μια θεματική και ο ερευνητής προσπαθεί να ανακαλύψει τα αίτια και τις αλλαγές που έχει επιφέρει το συγκεκριμένο φαινόμενο στην εξεταζόμενη κοινωνική ομάδα. Αρχικά ο ερευνητής μελετά το ερευνητικό υπόβαθρο που προϋπάρχει για την θεματική του. Στη συνέχεια ο ερευνητής μελετά ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα τις κοινωνίας που σχετίζεται με το υπό διερεύνηση θέμα. Το εργαλείο που χρησιμοποιεί η ποσοτική έρευνα είναι το ερωτηματολόγιο. Για να είναι επαρκές το ερωτηματολόγιο πρέπει να είναι δομημένο υποδεικνύοντας μια σειρά από πιθανές απαντήσεις. Τα αποτελέσματα της ποσοτικής έρευνας προκύπτουν μέσα από την στατιστική ανάλυση. Με τα στατιστικά ευρήματα θα δοθούν απαντήσεις στα αρχικά ερωτήματα καθορίζοντας τις ως μεταβλητές. Στο τέλος ο ερευνητής θα πρέπει να αποφασίσει αν τα ευρήματα του μπορούν να γενικευτούν σε όλο το πληθυσμιακό φάσμα (Παρασκευόπουλος, 1993).

Μεταξύ της θεωρίας και της έρευνας υπάρχει αμοιβαία σχέση, αυτό γίνεται αντιληπτό όταν μια ερευνητική διαδικασία προσεγγίζεται με την επαγωγική και αφαιρετική μέθοδο. Οι επαγωγικές και οι αφαιρετικές προσεγγίσεις στην έρευνα είναι διαφορετικές αλλά μπορούν να συμπληρώσουν η μία την άλλη (DeCarlo, 2018).

Κατά την επαγωγική προσέγγιση της έρευνας ο ερευνητής ξεκινά συλλέγοντας δεδομένα σχετιζόμενα με την θεματική του ενδιαφέροντος του. Αφού συγκεντρωθούν τα δεδομένα ο ερευνητής τα επεξεργάζεται για να αντιληφθεί την θεματική τους και να αποκτήσει σφαιρική άποψη. Όταν ακολουθείται η επαγωγική μέθοδος οι ερευνητές ξεκινούν από ένα σύνολο παρατηρήσεων. Στη συνέχεια ο ερευνητής έχοντας ως γνώμονα τις συγκεκριμένες εμπειρίες που έχει συγκεντρώσει εκφράζει γενικές προτάσεις που σχετίζονται με αυτές τις εμπειρίες. Ουσιαστικά, ο ερευνητής

μετακινείται από δεδομένα σε θεωρίες και από το συγκεκριμένο στο γενικό (DeCarlo, 2018).

Κατά την αφαιρετική προσέγγιση υπάρχει αντιστροφή της προαναφερθείσας μεθόδου. Ο ερευνητής μετακινείται από ένα γενικό ερευνητικό επίπεδο σε ένα συγκεκριμένο. Ο ερευνητής επιλέγει μια θεωρία της αρεσκείας του και στην συνέχεια εξετάζει τις επιπτώσεις που έχει η συγκεκριμένη θεωρία με δεδομένα. Ποιο συγκεκριμένα ο ερευνητής μελετά τις προσεγγίσεις των άλλων επιστημόνων, διαβάζει τις υπάρχουσες θεωρίες για το φαινόμενο που μελετά και στη συνέχεια επεξεργάζεται υποθέσεις αντλούμενες από αυτές τις θεωρίες (DeCarlo, 2018).

Η επαγωγική και η αφαιρετική προσέγγιση κατά την ερευνητική διαδικασία φαίνονται διαφορετικές. Ένας ερευνητής ξεκινώντας μια μελέτη μπορεί να ορίσει μια από τις δύο προσεγγίσεις χρήσιμη για την υλοποίηση της έρευνας του. Στην πορεία της διαδικασίας ο ερευνητής μπορεί να ανακαλέσει την αρχική του άποψη, να χρησιμοποιήσει μόνο το ένα εργαλείο και να έρθει στο προσκήνιο και η δεύτερη προσέγγιση για να φωτίσει τα ευρήματα του. Μια δεύτερη διαδικασία είναι ο ερευνητής να προσδιορίσει στο αρχικό του πλάνο και τις δύο προσεγγίσεις γιατί έχει επιλέξει διαφορετικά δεδομένα για την έρευνα του (Blackstone, 2012).

Οι κοινωνικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις διαχωρίζονται σε: διερευνητικές (Exploratory Research), στόχος των οποίων είναι να διατυπώσουν προβλήματα, να αποσαφηνίσουν έννοιες και να διαμορφώσουν υποθέσεις. Η διερεύνηση μπορεί να ξεκινήσει με μια αναζήτηση βιβλιογραφίας, μια συζήτηση ομάδας εστίασης ή μελέτες περιπτώσεων. Οι περιγραφικές έρευνες (Descriptive research) περιγράφουν ανθρώπους και καταστάσεις. Οι περιγραφικές μελέτες θέτουν ερευνητικά ερωτήματα αλλά γενικά δεν καθοδηγούνται από δομημένες ερευνητικές υποθέσεις. Αυτός ο τύπος έρευνας στοχεύει συχνά στην περιγραφή χαρακτηριστικών πληθυσμών με βάση δεδομένα που συλλέγονται από δείγματα, συχνά απαιτεί τη χρήση τεχνικής δειγματοληψίας πιθανότητας, όπως απλή τυχαία δειγματοληψία. Τα δεδομένα από την περιγραφική έρευνα μπορεί να είναι ποιοτικά ή ποσοτικά. Τέλος οι επεξηγηματικές έρευνες (Explanatory research) χαρακτηρίζονται από ερευνητικές υποθέσεις που καθορίζουν τη φύση και την κατεύθυνση των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών που μελετώνται. Η δειγματοληψία πιθανοτήτων είναι συνήθως απαραίτητη στην επεξηγηματική έρευνα, επειδή ο στόχος είναι να γενικεύσει τα αποτελέσματα στον πληθυσμό από τον οποίο επιλέγεται το δείγμα. Τα δεδομένα είναι ποσοτικά και

απαιτούν τη χρήση στατιστικής δοκιμής για να διαπιστωθεί η εγκυρότητα των σχέσεων (Sage publishing, 2021).

Η παρούσα εργασία έχει στόχο να μελετήσει τις στάσεις και τις αντιλήψεις των νοσηλευτών έναντι των Ρομά, σε ένα νοσοκομείο της ευρύτερης περιοχής της Αττικής. Το συγκεκριμένο νοσοκομείο το επισκέπτονται καθημερινά αρκετοί Ρομά. Η βιβλιογραφία με το αντίστοιχο θέμα είναι ελλιπής, δεν υπάρχει επαρκές ερευνητικό υλικό ως προς την συσχέτιση των αντιλήψεων των νοσηλευτών για τους Ρομά ασθενείς σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Στην συγκεκριμένη εργασία η ερευνητική διαδικασία βασίστηκε στην ποσοτική έρευνα με εργαλείο ένα δομημένο ερωτηματολόγιο. Θεωρήθηκε σκόπιμο να χρησιμοποιηθεί η επαγωγική και η αφαιρετική μέθοδος για να κατανοηθεί με επάρκεια το θέμα που διερευνάται.

Διαδικασία της έρευνας και συλλογή δεδομένων

Η συγκεκριμένη μελέτη πραγματοποιήθηκε τον Μάρτιο του 2021 σε ένα Νοσοκομείο της ευρύτερης περιοχής της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Δυτικής Αττικής. Το συγκεκριμένο Νοσοκομείο παρέχει Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας στον πληθυσμό ευθύνης της Διοίκησης 2ης Υ.ΠΕ Πειραιώς & Αιγαίου. Η επιλογή του συγκεκριμένου νοσοκομειακού ιδρύματος έγινε λόγω της εξυπηρέτησης μεγάλου ποσοστού ασθενών Ρομά. Η μελέτη απευθυνόταν στους 322 Νοσηλευτές που διαθέτει το συγκεκριμένο νοσοκομείο εκ των οποίων 36 νοσηλευτές είναι Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης, 188 νοσηλευτές Τεχνολογικής Εκπαίδευσης και 98 νοσηλευτές Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Από το σύνολο των νοσηλευτών 273 άτομα συμπλήρωσαν το δομημένο ερωτηματολόγιο που τους διανεμήθηκε.

Η διαδικασία του ερωτηματολογίου περιλάμβανε τρία στάδια. Αρχικά το ερωτηματολόγιο δοκιμάστηκε πιλοτικά για την εγκυρότητα του από μία ομάδα δέκα νοσηλευτών του συγκεκριμένου νοσοκομείου, οι οποίοι στη συνέχεια αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Στο δεύτερο στάδιο ακολούθησε συνέντευξη στους δέκα νοσηλευτές. Η συγκεκριμένη διαδικασία επέτρεψε να διασφαλιστεί η αναγνωρισιμότητα και η σαφήνεια των ερωτήσεων και να καθοριστεί το εργαλείο για την τελική χρήση.

Το τρίτο στάδιο αφορούσε την διαδικασία της συλλογής των δεδομένων. Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε στους νοσηλευτές με φυσική παρουσία για να διασφαλιστεί η εγκυρότητα του καθώς συμπληρώνονταν χειρόγραφα. Η διαδικασία

διήρκησε δύο εβδομάδες από της 15.03.21 έως 28.03.21. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε τρεις θεματικές: στην πρώτη υπήρχαν ερωτήσεις κλειστού τύπου σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και την επαγγελματική εμπειρία των νοσηλευτών. Στην δεύτερη υπήρχαν ερωτήσεις σχετικά με τις γνώσεις και τις ικανότητες εργασίας των νοσηλευτών με τους Ρομά ασθενείς και τη στάση τους απέναντι στη συγκεκριμένη ομάδα. Στην τρίτη ενότητα του ερωτηματολογίου ο νοσηλευτής μπορούσε να εκφράσει την άποψη του για τα αίτια που δυσχεραίνουν την επικοινωνία του με τους Ρομά.

Ανάλυση της δομής του ερωτηματολογίου

Ο κύριος κορμός του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα απορρέει από την μελέτη των Dias et al (2012). Στη συνέχεια έγινε μετάφραση του ερωτηματολογίου ακολουθώντας την διαδικασία των έξι βημάτων που προτείνει ο Γαλάνης Π. (2019). Στην διαδικασία αξιολόγησης του ερωτηματολογίου κρίθηκε απαραίτητο να προστεθούν τέσσερις ερωτήσεις. Προστέθηκαν δύο ερωτήσεις με θετικό πρόσημο, επιπλέον μία ερώτηση για να αξιολογηθεί αν οι νοσηλευτές θεωρούν ότι υπάρχει πρόβλημα επικοινωνίας με τους Ρομά ασθενείς και μια ακόμη ερώτηση, ανοικτού τύπου, όπου ο νοσηλευτής θα μπορούσε να εκφράσει την άποψη του για τους λόγους που δυσχεραίνουν την επικοινωνία του με τους Ρομά ασθενείς. Η τελική μορφή του ερωτηματολογίου αποστάλθηκε στους κατόχους των πνευματικών δικαιωμάτων του πρωτότυπου ξενόγλωσσου ερωτηματολογίου.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων περιλάμβαναν το φύλο, την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση. Σε ότι αφορά την ηλικία οι συμμετέχοντες του ερωτηματολογίου συμπλήρωναν την ηλικία τους αριθμητικά. Σε δεύτερο χρόνο τα δεδομένα επεξεργάστηκαν και ταξινομήθηκαν σε κατηγορίες. Οι κατηγορίες τις ηλικίας είναι 18 έως 29, 30 έως 39, 40 έως 49, 50 έως 59, και τέλος 60 έως 69.

Η επαγγελματική βαθμίδα βασιζόταν σε μία ερώτηση που απευθυνόταν στις τρεις κατηγορίες εκπαίδευσης ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ. Σε δεύτερη ερώτηση ο νοσηλευτής ανέφερε αν έχει στην κατοχή του μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών, διδακτορικό τίτλο ή και τα δύο. Οι δύο αυτές ερωτήσεις στην διαδικασία της επεξεργασίας μέσω του SPSS έγιναν μία. Η επαγγελματική εμπειρία βασίστηκε στην αναγραφή των ετών εργασίας με

συγκεκριμένο δεκαδικό αριθμό, στην συνέχεια έγινε αξιολόγηση των δεδομένων και κατηγοριοποιήθηκαν σε εννέα κατηγορίες διαστήματος πέντε ετών.

Η συχνότητα επαφής των νοσηλευτών με Ρομά ασθενείς αξιολογήθηκε με την καθημερινή τους συναναστροφή με τρεις επιλογές απόκρισης που ήταν: «λιγότερους από τρεις ημερησίως», «τέσσερις ως επτά», «οχτώ ή περισσότερους». Στην συγκεκριμένη ερώτηση δεν μπήκε η επιλογή «μηδέν ασθενείς» γιατί στον χώρο του νοσοκομείου υπάρχουν τμήματα που απαρτίζονται από νοσηλευτές που δεν έρχονται σε επαφή με ασθενείς. Θεωρώντας ότι η επιλογή «μηδέν ασθενείς» θα επηρεάσει την γνώμη των νοσηλευτών που δουλεύουν σε τμήματα που δεν συναναστρέφονται με ασθενείς, αποκλείστηκε από το ερωτηματολόγιο. Για να γίνει ξεκάθαρη η μη συμπεριλαμβανόμενη επιλογή, οι νοσηλευτές δήλωναν το τμήμα στο οποίο εργάζονταν, σε πίνακα που ακολουθούσε. Στο πίνακα αναφέρονταν όλα τα τμήματα του νοσοκομείου και ο νοσηλευτής επέλεγε το τμήμα προσφοράς των υπηρεσιών του. Επιπλέον ακολουθούσε ερώτηση του επί της % ποσοστού Ρομά που υπήρχαν καθημερινά στο τμήμα κάθε νοσηλευτή, διαχωρίζοντας το σε έξι κατηγορίες. Οι νοσηλευτές ανέφεραν επίσης αν είχαν συμμετάσχει σε κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα με θέμα τις μειονότητες.

Για την αξιολόγηση της στάσης των Νοσηλευτών στον τομέα της υγείας έναντι των Ρομά, οι συμμετέχοντες ανέφεραν σε ποιο βαθμό συμφωνούσαν σε εννέα δηλώσεις. Η απάντηση για κάθε στοιχείο είχε τις επιλογές «συμφωνώ», «ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ», «διαφωνώ». Οι εννέα δηλώσεις που έπρεπε να απαντηθούν είναι οι ακόλουθες:

1. Οι Ρομά είναι επιθετικοί και επικίνδυνοι.
2. Οι Ρομά ασθενείς εκμεταλλεύονται τα κοινωνικά οφέλη που τους προσφέρει το κράτος.
3. Οι Ρομά ασθενείς είναι περισσότερο απαιτητικοί σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.
4. Οι Ρομά ασθενείς δραματοποιούν συχνά και υπερβάλλουν στα προβλήματα υγείας τους.
5. Συχνά οι Ρομά ασθενείς δεν τηρούν τους κανόνες των υπηρεσιών υγείας.
6. Όταν οι Ρομά ασθενείς έρχονται στο νοσοκομείο συμπεριφέρονται σαν θύματα.
7. Νιώθω ασφαλής όταν εργάζομαι με Ρομά ασθενείς.
8. Οι Ρομά είναι άξιοι σεβασμού.

9. Υπάρχει δυσκολία επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ Ρομά ασθενών και νοσηλευτών.

Η τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου ήταν ανοιχτού τύπου που αποσκοπούσε στην διερεύνηση των αιτιών που αντιλαμβάνονται οι νοσηλευτές ότι δημιουργούν φραγμούς στην επικοινωνία και την συναναστροφή τους με τους Ρομά.

Η παρούσα μελέτη αποσκοπούσε στην εξής μεταβλητή: «στάση απέναντί σε Ρομά ασθενείς». Η συγκεκριμένη μεταβλητή προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων κάθε συμμετέχοντα στα εννέα στοιχεία που σχετίζονται με τις στάσεις και κυμαίνεται στις τιμές 0 έως 18. Τα στοιχεία κωδικοποιήθηκαν έτσι ώστε οι υψηλότερες βαθμολογίες να αντανακλούν τις πιο θετικές στάσεις και η χαμηλότερες βαθμολογίες να δηλώνουν τις αρνητικότερες στάσεις των νοσηλευτών του νοσοκομείου αναφοράς.

Αδειοδότηση της έρευνας και δεοντολογικά ζητήματα

Η έγκριση της έρευνας έχει γίνει με κάθε νόμιμη διαδικασία. Η αρχική πρόταση υποβλήθηκε στις 28.06.20 και εγκρίθηκε από τον διευθυντή του προγράμματος σπουδών του ΕΑΠ (Έντυπο Α'). Στη συνέχεια ορίστηκε επιβλέπων καθηγητής Α' και Β' αντίστοιχα, από τον διευθυντή του προγράμματος. Στις 04.11.20 έγινε υποβολή της οριστικής δήλωσης του θέματος της διπλωματικής εργασίας (Έντυπο Β') και 05.11.20 η τελική πρόταση εγκρίθηκε από τον επιβλέποντα Α'. Στη συνέχεια οι ερευνητικοί στόχοι εγκρίθηκαν από την διεύθυνση νοσηλευτικής υπηρεσίας του νοσοκομείου έπειτα από συνολική αδειοδότηση των διευθυντών των τμημάτων του νοσοκομείου. Η οριστική έγκριση πραγματοποιήθηκε έπειτα από γενική συνέλευση του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου. Στην τελική της φάση η μελέτη εγκρίθηκε από την Διοίκηση 2ης Υ.ΠΕ. Πειραιώς & Αιγαίου.

Τα ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι σε μια ερευνητική διαδικασία από τη στιγμή της σύλληψης έως τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων της. Τα κυριότερα ζητήματα είναι η κατανόηση της ερευνητικής διαδικασίας από τους συμμετέχοντες, η συνειδητή συγκατάθεση όσων εμπλέκονται στην έρευνα και η διασφάλιση των προσωπικών δεδομένων (Cohen et al, 2008). Η συμμετοχή των νοσηλευτών στην συγκεκριμένη έρευνα ήταν εθελοντική, ανώνυμη και εμπιστευτική. Οι νοσηλευτές ενημερώθηκαν από τον συγγραφέα της έρευνας για τον

σκοπό διεξαγωγή της και τον σημαντικό ρόλο που κατείχαν για την υλοποίηση της. Οι συμμετέχοντες είχαν τη δυνατότητα επικοινωνίας στην περίπτωση που δεν είχε κατανοηθεί κάποιο τμήμα του ερωτηματολογίου.

Μεθοδολογία ανάλυσης δεδομένων

Τα δεδομένα μετά την συλλογή του επεξεργάστηκαν από το πρόγραμμα SPSS 27. Δημιουργήθηκαν μεταβλητές από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και από τις κύριες μεταβλητές της έρευνας. Στα δημογραφικά χαρακτηριστικά όλες οι μεταβλητές που αρχικά ήταν σε φυσικούς αριθμούς μετατράπηκαν σε κατηγορικές μεταβλητές. Συγκεκριμένα η ηλικία και τα χρόνια εμπειρίας μετατράπηκαν σε ομάδες μεταβλητών που αποτελούνταν από ένα εύρος τιμών.

Από το πρόγραμμα ανάλυσης δεδομένων SPSS πραγματοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος στα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Δείκτης Cronbach's Alpha
- Μέσος όρος, διάμεσος
- Τυπική απόκλιση.
- Τεστ Kolmogorov-Smirnov.
- Έλεγχος Shapiro-Wilk.
- Ανάλυση One-way ANOVA.
- Συντελεστής γραμμικής συσχέτισης Pearson.

Ανάλυση αξιοπιστίας

Η ανάλυση αξιοπιστίας ενός ερωτηματολογίου ορίζει την εσωτερική συνάφεια και συνέπεια του εργαλείου που χρησιμοποιείται. Ο όρος συνέπεια αναφέρεται: *όταν υπάρχουν διαφορετικές χρονικές περιόδους., όταν υπάρχουν διαφορετικά τμήματα στο ερωτηματολόγιο ή όταν πρέπει να καθοριστεί η εσωτερική συνάφεια των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.* Ουσιαστικά η μέτρηση αξιοπιστίας καθορίζει αν μπορεί να παράγει αποτελέσματα με όσο τον δυνατόν λιγότερα σφάλματα μέτρησης. Στην παρούσα εργασία έγινε ανάλυση αξιοπιστίας για τον καθορισμό της εσωτερικής ασάφειας των ερωτήσεων. Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε είναι ο δείκτης Cronbach's Alpha. Το εύρος τιμών του συγκεκριμένου δείκτη κυμαίνεται από το 0 έως το 1, όταν οι

ευρεθείσες τιμές ξεπερνούν το 0.7 τότε θεωρούνται αποδεκτές. Αν η τιμή δεν ξεπερνά το 0.7 τότε πρέπει να χρησιμοποιηθούν στατιστικά πακέτα για να καθοριστεί το στοιχείο που δημιουργεί πρόβλημα στην αξιοπιστία των ερωτήσεων και να αφαιρεθεί (Ζαφειρόπουλος, 2015).

One-way ANOVA- έλεγχος ανάλυσης διασποράς

Η One-way ανάλυση διακύμανσης ANOVA χρησιμοποιείται για να προσδιοριστεί εάν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των μέσων τριών ή περισσότερων ανεξάρτητων (μη σχετικών) ομάδων. Η One-way ANOVA συγκρίνει τα μέσα μεταξύ των εμπλεκόμενων ομάδων και καθορίζει εάν οποιοδήποτε από αυτά τα μέσα είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικό μεταξύ τους. Για να προσδιοριστούν ποιες συγκεκριμένες ομάδες διέφεραν η μία από την άλλη, πρέπει να χρησιμοποιηθεί μια δοκιμή post hoc (Laerd Statistics, 2018).

Οι δοκιμές post hoc αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του ANOVA. Όταν χρησιμοποιείται το ANOVA για να ελεγχθεί η ισότητα τουλάχιστον τριών μέσων ομάδας, στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα δείχνουν ότι δεν είναι όλα τα μέσα της ομάδας ίδια. Ωστόσο, τα αποτελέσματα ANOVA δεν προσδιορίζουν ποιες συγκεκριμένες διαφορές μεταξύ ζευγών μέσων είναι σημαντικές. Χρησιμοποιούνται δοκιμές post hoc για να διερευνηθούν οι διαφορές μεταξύ πολλών μέσων ομάδας, ενώ ταυτόχρονα ελέγχεται το ποσοστό σφάλματος βάσει πειράματος (Laerd statistics, 2018).

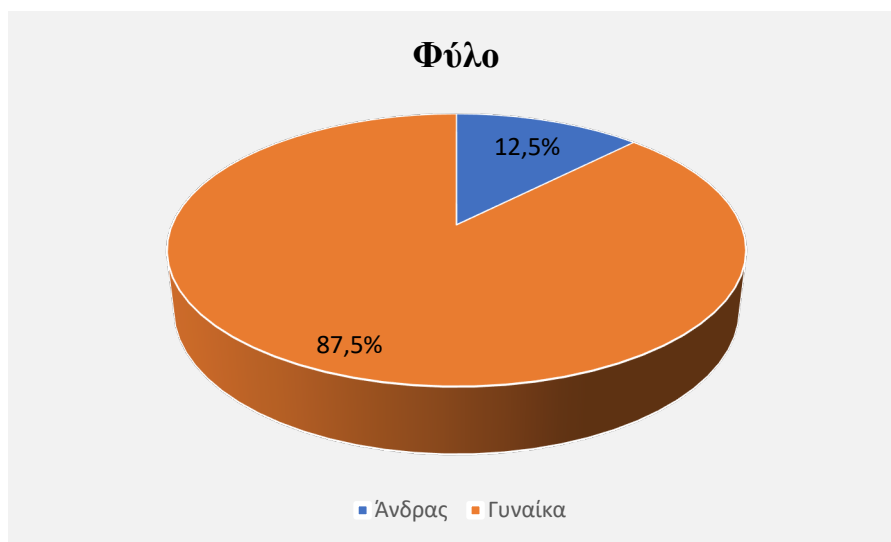
Η ανάλυση One-way ANOVA στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί αν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των κύριων μεταβλητών. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά προκύπτουν ως ομάδες από τις απαντήσεις που προκύπτουν από κάθε ερώτηση.

ΜΕΡΟΣ ΣΤ΄

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

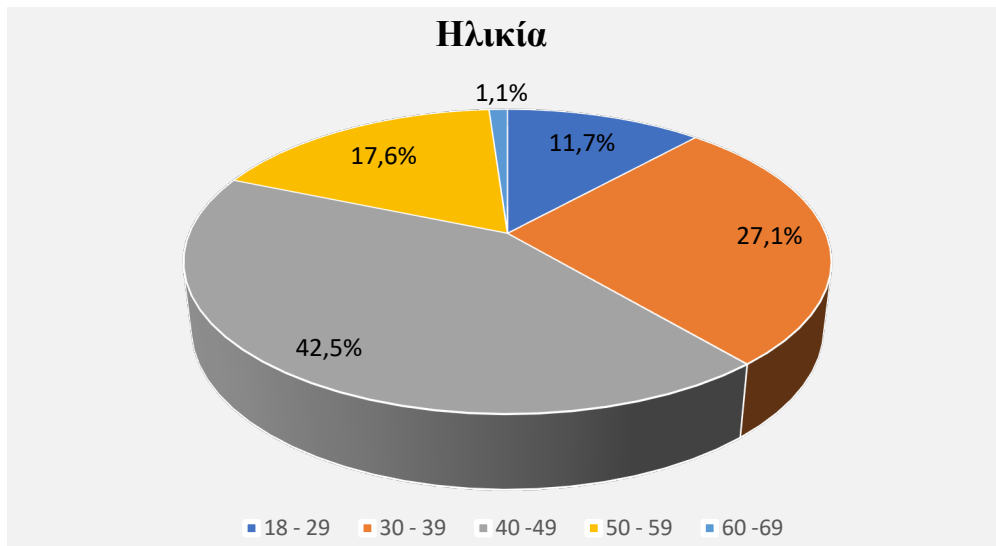
Το δείγμα της έρευνας

Από τους 322 νοσηλευτές που βρίσκονται στο συγκεκριμένο νοσοκομείο της Δυτικής Αττικής, οι 273 αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας. Από τους συμμετέχοντες, το μεγαλύτερο μέρος απαρτίζεται από γυναίκες με ποσοστό 87.5% και οι άντρες αντιπροσωπεύουν το 12.5% του δείγματος. Το σχήμα 2 παρουσιάζει την κατανομή των ερωτηθέντων ως προς το φύλο.



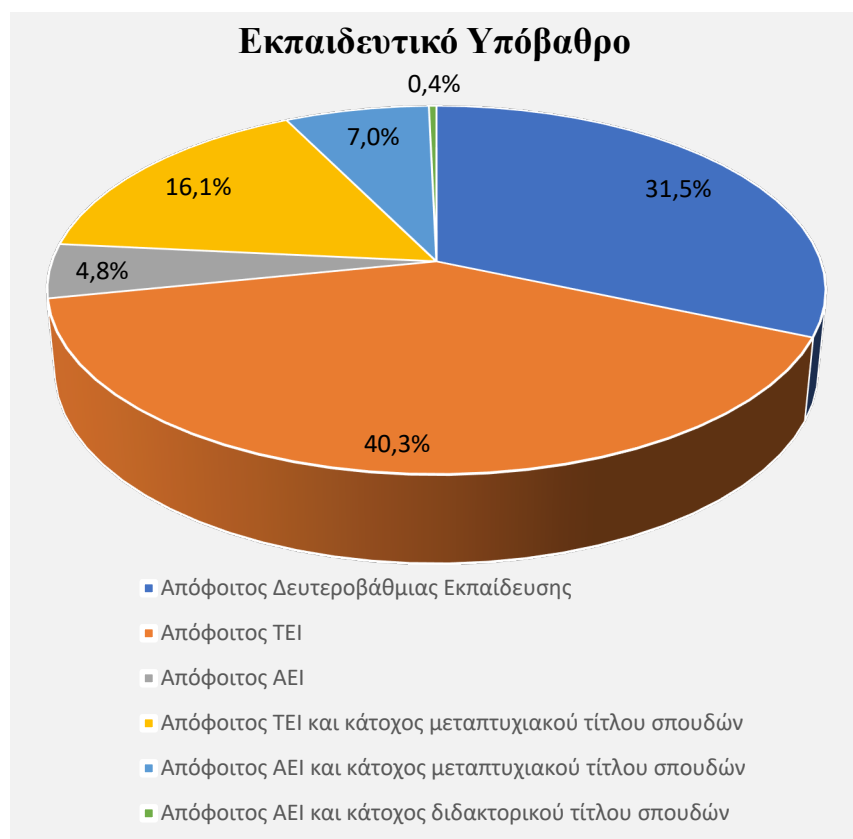
Σχήμα 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.

Σχετικά με την ηλικία το 42.5% του συνόλου των συμμετεχόντων αποτέλεσαν οι ηλικίες μεταξύ 40 έως 49 ετών, το 27.1% αποτέλεσαν οι ηλικίες 30 έως 39 ετών, το 17.6% αποτέλεσαν οι ηλικίες 50 έως 59 ετών. Σε μικρότερα ποσοστά κυμάνθηκαν οι ηλικίες 18 έως 29 ετών με ποσοστό 11.7% και σε ποσοστό 1.1% οι ηλικίες άνω των 60 ετών. Το σχήμα 3 παρουσιάζει την κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την ηλικία.



Σχήμα 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την ηλικία.

Σχετικά με το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των συμμετεχόντων Νοσηλευτών στην παρούσα έρευνα το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος συγκέντρωσαν οι απόφοιτοι Τεχνολογικής Εκπαίδευσης με ποσοστό 40.3%, ακολούθως με ποσοστό 31.5% βρίσκεται η εκπαιδευτική βαθμίδα της Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Ο αριθμός των συμμετεχόντων που δήλωσαν ότι είναι απόφοιτοι Τεχνολογικής Εκπαίδευσης με μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών κυμαίνεται σε ποσοστό 16.1%. Οι απόφοιτοι ανώτατου πανεπιστημιακού εκπαιδευτικού ιδρύματος στο χώρο του συγκεκριμένου νοσοκομείου αποτελούν μικρότερα ποσοστά. Συγκεκριμένα, το 7.0% αποτελείται από απόφοιτους Πανεπιστημιακού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος με κατοχή μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών και σε ποσοστό 4.8% αποτελούν οι απόφοιτοι Ανώτατου εκπαιδευτικού ιδρύματος χωρίς μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. Τέλος οι κάτοχοι διδακτορικού τίτλου σπουδών αποτελούν το 0.4%. Η κατανομή του εκπαιδευτικού υπόβαθρου παρουσιάζεται στο σχήμα 4.



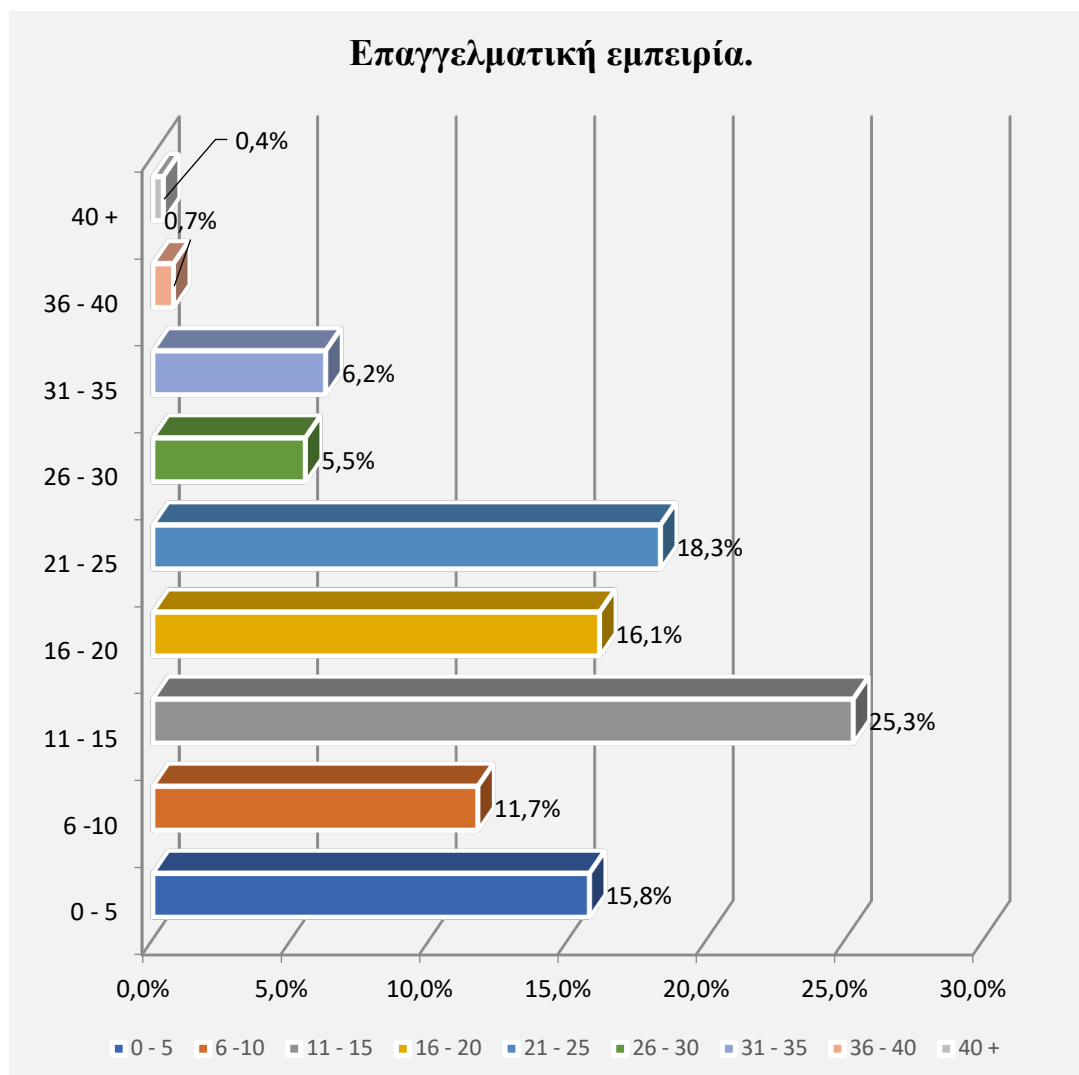
Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εκπαιδευτικό υπόβαθρο.

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση το μεγαλύτερο ποσοστό συγκέντρωσαν οι έγγαμοι νοσηλευτές με ποσοστό 61.2%. Στη συνέχεια ακολούθησαν οι άγαμοι νοσηλευτές με ποσοστό 27.5% και το 10.3% συγκέντρωσαν οι διαζευγμένοι νοσηλευτές. Τέλος το 0.7% αποτελείται από χήρους νοσηλευτές. Στη συνέχεια ακολουθεί η κατανομή των ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση όπως αποδίδεται παραστατικά στο 5^ο σχήμα.



Σχήμα 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

Εξετάστηκε και η επαγγελματική εμπειρία των ερωτηθέντων. Πιο συγκεκριμένα, εξετάστηκε η κατανομή του δείγματος σε σχέση με τα έτη εμπειρίας. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τη μεγαλύτερη τιμή με ποσοστό 25.3% κατέχουν οι νοσηλευτές με επαγγελματική εμπειρία 11 έως 15 χρόνια. Στη συνέχεια ακολουθούν με ποσοστό 18.3% οι νοσηλευτές με 21 έως 25 χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας. Οι ερωτηθέντες με επαγγελματική εμπειρία 16 έως 20 έτη κατέχουν το ποσοστό 16.1%, ακολουθούν με ποσοστό 15.8% οι νοσηλευτές με επαγγελματική εμπειρία έως 5 έτη και με ποσοστό 11.7% οι κάτοχοι επαγγελματικής εμπειρίας από 6 έως 10 έτη. Με μικρότερα ποσοστά κυμαίνονται οι νοσηλευτές με 31 έως 35 έτη και το ποσοστό τους είναι 6.2% ακολουθούν οι νοσηλευτές με επαγγελματική εμπειρία 26 έως 30 έτη με ποσοστό 5.5% και με ποσοστό 0.7% οι νοσηλευτές των 36 έως 40 ετών προϋπηρεσίας. Τέλος οι νοσηλευτές πάνω από 40 έτη προϋπηρεσίας κατέχουν το ποσοστό 0.4% του συνόλου του δείγματος. Τα έτη της επαγγελματικής εμπειρίας απεικονίζονται στο 6^ο σχήμα.



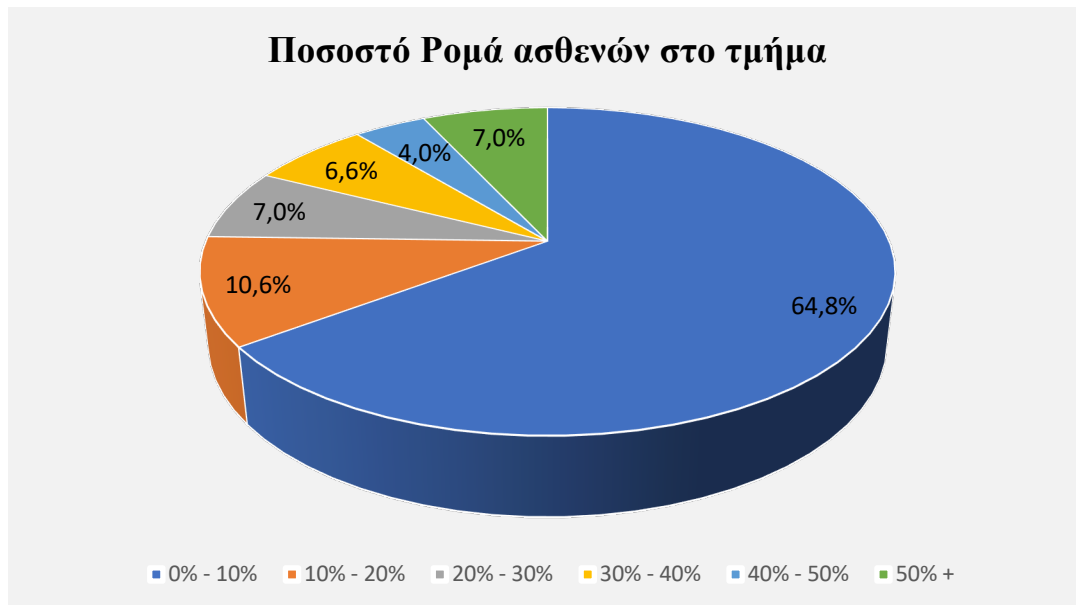
Σχήμα 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την επαγγελματική εμπειρία.

Το 7^ο σχήμα που ακολουθεί παρουσιάζει τον τομέα που δραστηριοποιείται το κάθε άτομο που συμμετείχε στην παρούσα έρευνα. Τα υψηλότερα ποσοστά συμμετοχής είχε η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας 1 με ποσοστό συμμετοχής 10.3%, ακολουθεί το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με ποσοστό 8.1% και η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας 2Θ με ποσοστό 6.6%. Η Πνευμονολογική και η Παθολογική κλινική του συγκεκριμένου νοσοκομείου είχαν ποσοστά 6.2% και 5.9% αντίστοιχα. Η Γενική χειρουργική, η Ορθοπαιδική, η Παθολογική Β΄ και το Χειρουργείο κυμάνθηκαν στην τιμή 5.1% έκαστος. Το ποσοστό συμμετοχής της Νευρολογικής κλινικής είναι 4.8% και της Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας 4.0%. το Αναισθησιολογικό, η Μονάδα εμφραγμάτων και τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία είχαν

ποσοστό συμμετοχής 3.7%. Σε ποσοστό συμμετοχής 3.3% κυμάνθηκαν η Αιμοδοσία, η Καρδιολογική, η ουρολογική και η ψυχιατρική του νοσοκομείου. Η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού είχε συμμετοχή 2.9% και ακολουθούν η Αποστείρωση και η Παιδιατρική με ποσοστό 2.2%. Η Διοίκηση νοσηλευτικής υπηρεσίας είχε ποσοστό 1.1%, το αιμοδυναμικό 0.7% και τέλος το Αιματολογικό με ποσοστό 0.4%.

Σχήμα 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον τομέα δραστηριοποίησης.

Από το σύνολο των ασθενών σε κάθε τμήμα το ποσοστό συναναστροφής με Ρομά ασθενείς κυμάνθηκε ως εξής: το 64.8% των νοσηλευτών απάντησε ότι καθημερινά στο τμήμα τους υπάρχουν σε ποσοστό ως 10% ασθενείς Ρομά. Σε ποσοστό 10.6% των νοσηλευτών απάντησαν ότι 10-20% των ασθενών είναι Ρομά ασθενείς στο τμήμα τους καθημερινά. Το ποσοστό 7% υπάρχει σε δυο κατηγορίες νοσηλευτών, που αντιστοιχεί στο 20 έως 30% και πάνω από 50%. Με ποσοστό 30 έως 40% απάντησαν το 6.6% και τέλος 40 έως 50% απάντησαν το 4.0%. Το 8^ο σχήμα καταγράφει το σύνολο των Ρομά ασθενών που βρίσκονται καθημερινά σένα τμήμα σύμφωνα με την άποψη των νοσηλευτών.



Σχήμα 8: Το ποσοστό των Ρομά ασθενών στο τμήμα.

Αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας

Στην παρούσα εργασία διερευνήθηκε και ο συντελεστής αξιοπιστίας των ερωτήσεων του εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε. Ο βαθμός του δείκτη Cronbach's Alpha είχε τιμές υψηλότερες του 0.7, άρα η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου για την ομάδα των ερωτήσεων είναι υψηλή.

Αναλυτικότερα ο δείκτης Cronbach's Alpha για το σύνολο των ερωτήσεων που αφορούν τους Ρομά είχε τιμή $0.815 > 0.7$ όπως φαίνεται στον 4^ο πίνακα.

Πίνακας 4: Αποτελέσματα ανάλυσης αξιοπιστίας ερευνητικού εργαλείου.

Ανάλυση αξιοπιστίας		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.815	.823	9

Περιγραφικά χαρακτηριστικά μεταβλητών

Μέσος όρος είναι ο αριθμητικός μέσος όρος που προσφέρει μια γενική εικόνα της ομάδας των δεδομένων. Διάμεσος είναι η τιμή που διαιρεί την κατανομή των τιμών

της μεταβλητής σε δύο ίσα μέρη, όταν οι τιμές που παίρνει η μεταβλητή τοποθετηθούν σε αύξουσα σειρά. Η τυπικής απόκλισης μετράει την διασπορά των τιμών της μεταβλητής γύρω από τη μέση τιμή. Με την τυπική απόκλιση μπορούμε να διακρίνουμε αν οι τιμές της μεταβλητής απέχουν σημαντικά από τον μέσο όρο. Όσο μικρότερη είναι η τιμή της τυπικής απόκλισης, τόσο ο μέσος όρος αποτελεί αντιπροσωπευτικό στατιστικό μέτρο για την κατανομή της μεταβλητής.

Στην παρούσα έρευνα η τυπική απόκλιση είναι μικρότερη (3.46925) από τον μέσο όρο (4.2857) γεγονός που υποδηλώνει ότι ο μέσος όρος είναι αντιπροσωπευτικός στην κατανομή της μεταβλητής. Δεδομένου ότι ο διάμεσος έχει τιμή 4.0000 φανερώνει ότι η τυπική απόκλιση απέχει κατά πολύ από τον μέσο όρο. Τα συγκεκριμένα δεδομένα παρουσιάζονται στον 5^ο πίνακα.

Πίνακας 5: Περιγραφικά χαρακτηριστικά μεταβλητών.

Περιγραφικά χαρακτηριστικά μεταβλητών		
Στάση απέναντι σε Ρομά ασθενείς		
N	Valid	273
	Missing	0
Mean		4.2857
Std. Error of Mean		.20997
Median		4.0000
Std. Deviation		3.46925
Variance		12.036

Αποτελέσματα βαθμού κανονικότητας

Το τεστ Kolmogorov-Smirnov εξετάζει εάν οι βαθμολογίες είναι πιθανό να ακολουθήσουν κάποια κατανομή σε κάποιο πληθυσμό. Ο έλεγχος Shapiro-Wilk εξετάζει εάν μια μεταβλητή κατανέμεται κανονικά σε έναν πληθυσμό. Έτσι, το Shapiro-Wilk εξυπηρετεί τον ίδιο ακριβώς σκοπό με το τεστ Kolmogorov-Smirnov. Η μηδενική υπόθεση για τη δοκιμή Kolmogorov-Smirnov και την Shapiro-Wilk υποδηλώνει ότι μια μεταβλητή κατανέμεται κανονικά σε κάποιο πληθυσμό.

Στην παρούσα έρευνα το τεστ Kolmogorov-Smirnov και την Shapiro-Wilk έχουν Sig.0 υποδηλώνοντας ότι η μεταβλητή κατανέμεται κανονικά στον πληθυσμό που ερευνάται. Ο έκτος πίνακας παρουσιάζει τα αποτελέσματα του βαθμού κανονικότητας.

Πίνακας 6: Αποτελέσματα βαθμού κανονικότητας.

Αποτελέσματα βαθμού κανονικότητας						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Στάση απέναντι σε Ρομά ασθενείς	.148	273	.000	.901	273	.000

One-way ANOVA

Από την ανάλυση One-way ANOVA, που παρουσιάζονται στον 7^ο πίνακα, έχουν προκύψει σημαντικά συμπεράσματα. Στην συγκεκριμένη ανάλυση γίνεται συσχετισμός των δημογραφικών, επαγγελματικών, εκπαιδευτικών, μορφωτικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών που συμμετέχουν στην έρευνα. Η επεξεργασία έγινε για να κατανοηθεί κατά πόσο τα χαρακτηριστικά αυτά σχετίζονται με την στάση τους απέναντι στους Ρομά ασθενείς.

Συγκεκριμένα στο φύλο προέκυψε τιμή μεγαλύτερη του 0.05 ($0.763 > 0.05$) άρα δεν σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με την υπό εξέταση μεταβλητή. Συνεπώς το φύλο δεν επηρεάζει την στάση των νοσηλευτών απέναντι στους Ρομά ασθενείς. Η ηλικία στην ανάλυση One-way ANOVA έχει τιμή μικρότερη του 0.05 ($0.015 < 0.05$) συνεπώς αυτό το χαρακτηριστικό επηρεάζει την στάση των νοσηλευτών απέναντι στους Ρομά ασθενείς. Η οικογενειακή κατάσταση έχει τιμή 0.074 ($0.074 > 0.05$) άρα δεν επηρεάζει την στάση των νοσηλευτών απέναντι στους Ρομά ασθενείς. Στο χαρακτηριστικό εάν υπάρχουν παιδιά στην οικογένεια των νοσηλευτών η τιμή είναι 0.190 ($0.190 > 0.05$) συνεπώς δεν επηρεάζει την στάση των νοσηλευτών απέναντι στους Ρομά ασθενείς. Τα χρόνια εμπειρίας δεν σχετίζονται με την στάση των νοσηλευτών απέναντι στους Ρομά ασθενείς γιατί η τιμή είναι μεγαλύτερη του 0.05 ($0.785 > 0.05$). Η ερώτηση αν έχουν παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο είχε τιμή 0.115 ($0.115 > 0.05$), άρα κι εδώ δεν επηρεάζει την στάση των νοσηλευτών απέναντι στους Ρομά ασθενείς. Στο χαρακτηριστικό **με πόσους Ρομά συναναστρέφεστε καθημερινά στο τμήμα σας**, η τιμή είναι μικρότερη του 0.05 ($0.042 < 0.05$) εδώ προκύπτει το συμπέρασμα ότι η στάση των νοσηλευτών απέναντι στους Ρομά ασθενείς επηρεάζεται από το ποσοστό των Ρομά που βρίσκονται καθημερινά στο τμήμα των νοσηλευτών.

Στο χαρακτηριστικό **από το σύνολο των ασθενών στο τμήμα σας πόσοι από αυτούς είναι Ρομά**, η τιμή κι εδώ ήταν μικρότερη από 0.05 (**0.029<0.05**) άρα όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των Ρομά ασθενών σε σχέση με τον συνολικό αριθμό των ασθενών, τόσο αυτό επηρεάζει την στάση τους απέναντι στους Ρομά ασθενείς. Η **εκπαίδευση** των νοσηλευτών είχε την σημαντικότερη τιμή στα αποτελέσματα της έρευνας. Η τιμή στην εκπαίδευση ήταν μηδενική (**0.00<0.05**) συνεπώς το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των νοσηλευτών επηρεάζει την στάση τους απέναντι στους Ρομά ασθενείς.

Πίνακας 7: Αποτελέσματα ανάλυσης One-way ANOVA.

ANOVA		
Στάση απέναντι στους Ρομά ασθενείς		
	F	Sig.
Για φύλο	.091	.763
Για ηλικία	3.144	.015
Για οικογενειακή κατάσταση	2.156	.074
Για παιδιά	1.729	.190
Για εμπειρία	.591	.785
Για σεμινάριο	2.505	.115
Για "με πόσους Ρομά συναναστρέφεται"	3.204	.042
Για "από το σύνολο των ασθενών"	2.535	.029
Για εκπαίδευση	9.494	.000

Συντελεστής γραμμικής συσχέτισης

Ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης Pearson είναι ένα εργαλείο που συσχετίζει δύο ποσοτικές μεταβλητές. Οι τιμές που παίρνει είναι από το -1 έως το 1, στο -1 έχουμε αρνητική συσχέτιση ενώ στο 1 έχουμε απόλυτη θετική συσχέτιση. Όταν η τιμή του συντελεστή συσχέτισης είναι 0 τότε δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση των δύο μεταβλητών .

Εκτός από τον συντελεστή συσχέτισης έχουμε και τις στάθμες σημαντικότητας. Όταν η σημαντικότητα είναι μικρότερη από 0.05 (Sig.<0.05) τότε ο συντελεστής συσχέτισης είναι στατιστικά σημαντικός και τοποθετούμε στη συσχέτιση Pearson ένα αστερίσκο (*) συμβολίζοντας ότι είναι σημαντικό, όταν ο συντελεστής συσχέτισης έχει τιμή κάτω του 0.01 τότε στη συσχέτιση Pearson τοποθετούμε δύο αστερίσκους (**)

συμβολίζοντας ότι είναι πολύ σημαντικό (Ζαφειρόπουλος, 2015). Επομένως στον πίνακα 8 που ακολουθεί παρουσιάζεται ο συντελεστής συσχέτισης Pearson συμπληρώνοντας αστερίσκους ανάλογα με την σημαντικότητα της κάθε συσχέτισης που απορρέουν μέσα από τις στάθμες σημαντικότητας. Αναλυτικά όλος ο πίνακας παρατίθεται στα παραρτήματα.

Πίνακας 8: Αποτελέσματα ανάλυσης συντελεστή γραμμικής συσχέτισης .

	Στάση απέναντι σε Ρομά ασθενείς	Φύλο	Ηλικία	Οικογενειακή Κατάσταση	Έχετε παιδιά;	Επαγγελματική εμπειρία.	Παρακολούθηση Σεμιναρίου	Καθημερινή Συναναστροφή με Ρομά.	Ποσοστό Ρομά Ασθενών.	Εκπαιδευτικό Υπόβαθρο
Στάση απέναντι σε Ρομά ασθενείς	1,000	0,018	-0,075	-0,043	-0,080	-0,016	0,096	0,080	-0,173**	0,324**
Φύλο	0,018	1,000	-0,172**	0,017	-0,066	-0,124*	0,024	0,042	0,066	0,014
Ηλικία	-0,075	-0,172**	1,000	0,357**	0,428**	0,777**	0,147**	0,003	0,073	0,002
Οικογενειακή Κατάσταση	-0,043	0,017	0,357**	1,000	0,596**	0,310**	-0,027	0,023	0,130*	0,067
Έχετε παιδιά;	-0,080	-0,066	0,428**	0,596**	1,000	0,383**	-0,112*	0,055	0,007	0,005
Επαγγελματική εμπειρία.	-0,016	-0,124*	0,777**	0,310**	0,383**	1,000	0,066	0,002	0,100	0,057
Παρακολούθηση Σεμιναρίου	0,096	0,024	0,147**	-0,027	-0,112*	0,066	1,000	0,163**	0,050	0,324**
Καθημερινή Συναναστροφή με Ρομά ;	0,080	0,042	0,003	0,023	0,055	0,002	0,163**	1,000	-0,225**	0,026
Ποσοστό Ρομά Ασθενών.	-0,173**	0,066	0,073	0,130*	0,007	0,100	0,050	-0,225**	1,000	0,043
Εκπαιδευτικό Υπόβαθρο	0,324**	0,014	0,002	0,067	0,005	0,057	0,324	0,026	0,043	1,000

Στις συσχετίσεις τα αποτελέσματα είναι τα εξής:

- Η παράμετρος στάση απέναντι στους Ρομά ασθενείς, συσχετίζεται πολύ σημαντικά αλλά αρνητικά με το ποσοστό Ρομά ασθενών και πολύ σημαντικά αλλά θετικά με το εκπαιδευτικό υπόβαθρο.
- Η παράμετρος φύλο, συσχετίζεται πολύ σημαντικά και αρνητικά με την ηλικία και σημαντικά αλλά αρνητικά με την επαγγελματική εμπειρία.
- Η παράμετρος ηλικία, συσχετίζεται πολύ σημαντικά και αρνητικά με το φύλο, πολύ σημαντικά αλλά θετικά με την οικογενειακή κατάσταση, πολύ σημαντικά και θετικά όταν υπάρχουν παιδιά, πολύ σημαντικά και θετικά με την

επαγγελματική εμπειρία και τέλος πολύ σημαντικά και θετικά με την παρακολούθηση σεμιναρίου.

- Η παράμετρος οικογενειακή κατάσταση, συσχετίζεται πολύ σημαντικά και θετικά με την ηλικία πολύ σημαντικά και θετικά όταν υπάρχουν παιδιά, πολύ σημαντικά και θετικά με την επαγγελματική εμπειρία και τέλος σημαντικά και θετικά με το ποσοστό Ρομά ασθενών.
- Η παράμετρος έχετε παιδιά, συσχετίζεται πολύ σημαντικά και θετικά με την ηλικία, πολύ σημαντικά και θετικά με την οικογενειακή κατάσταση, πολύ σημαντικά και θετικά με την επαγγελματική εμπειρία, σημαντικά και αρνητικά με την παρακολούθηση σεμιναρίου.
- Η παράμετρος επαγγελματική εμπειρία, συσχετίζεται σημαντικά και αρνητικά με το φύλο, πολύ σημαντικά και θετικά με την ηλικία, πολύ σημαντικά και θετικά με την οικογενειακή κατάσταση, πολύ σημαντικά και θετικά με το έχετε παιδιά.
- Η παράμετρος παρακολούθηση σεμιναρίου, συσχετίζεται πολύ σημαντικά και θετικά με την ηλικία, πολύ σημαντικά και θετικά με την καθημερινή συναναστροφή με Ρομά ασθενείς, πολύ σημαντικά και θετικά με το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, σημαντικά και αρνητικά όταν υπάρχουν παιδιά.
- Η παράμετρος καθημερινή συναναστροφή με Ρομά ασθενείς, συσχετίζεται πολύ σημαντικά και θετικά με την παρακολούθηση σεμιναρίου, πολύ σημαντικά και αρνητικά με το ποσοστό Ρομά ασθενών.
- Η παράμετρος ποσοστό Ρομά ασθενών, συσχετίζεται πολύ σημαντικά και αρνητικά με την στάση απέναντι στους Ρομά ασθενείς, σημαντικά και θετικά με την οικογενειακή κατάσταση, πολύ σημαντικά και αρνητικά με την καθημερινή συναναστροφή με Ρομά ασθενείς.
- Η παράμετρος εκπαιδευτικό υπόβαθρο, συσχετίζεται πολύ σημαντικά και θετικά με την στάση απέναντι στους Ρομά ασθενείς.

Συσχέτιση ανοιχτών και κλειστών τμημάτων

Τα τμήματα των νοσοκομείων χωρίζονται σε ανοιχτά και κλειστά. Το 1992 με την υπουργική απόφαση 2071, Αρ. φύλλου 123, Άρθρο 105 και έπειτα ακολουθώντας η τροποποιητική 190696/Ζ1 Αρ. Φύλλου 5489, Άρθρο 2/10 που οριστικοποιήθηκε με την εγκύκλιο Γ2α/οικ.19064/2019 γίνεται καθορισμός των συγκεκριμένων τμημάτων. Με βάση τα προαναφερθέντα τα τμήματα του νοσοκομείου της έρευνας διαχωρίστηκαν στις δύο κατηγορίες και παραθέτοντας τα αποτελέσματα με βάση τον μέσο όρο τους. Συγκεκριμένα όπως φαίνεται στον 9^ο πίνακα τα Ανοιχτά τμήματα του συγκεκριμένου νοσοκομείου έχουν Μ.Ο: 4,32 και τα κλειστά τμήματα έχουν Μ.Ο: 4,26. Επειδή η διαφορά δεν είναι η αναμενόμενη, καθώς την μικρότερη τιμή την έχουν τα κλειστά τμήματα που δεν έρχονται άμεσα με τους Ρομά ασθενείς, χρειάζεται να γίνει ανάλυση μεμονωμένα ανά τμήμα.

Πίνακας 9: Αποτελέσματα συσχέτισης ανοιχτών και κλειστών τμημάτων.

		Στάση απέναντι σε Ρομά ασθενείς
		Mean
Είδος Τμήματος	Ανοιχτό	4,32
	Κλειστό	4,26

Στην αξιολόγηση των τμημάτων ανά μονάδα παρουσιάζονται σημαντικές διαφορές που πρέπει να αναφερθούν. Τα κλειστά τμήματα έχουν μεγάλο ποσοστό αρνητικής στάσης παρόλο που η επαφή με τους Ρομά ασθενείς είναι περιορισμένη σε σχέση με τα ανοιχτά τμήματα. Την αρνητικότερη στάση απέναντι στους Ρομά ασθενείς παρουσιάζεται στο Αιμοδυναμικό τμήμα με Μ.Ο: 0,50 ακολουθούν τα χειρουργεία με Μ.Ο: 1.57, το τμήμα Αιματολογικό με Μ.Ο: 2.00 και στη συνέχεια τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία με Μ.Ο: 2.30

Την θετικότερη στάση έναντι στους Ρομά ασθενείς έχει η διοίκηση νοσηλευτικής υπηρεσίας με Μ.Ο: 8.67 ακολουθεί το αναισθησιολογικό με Μ.Ο: 7.00 και η Παθολογική Β' με Μ.Ο: 6.43. Τα υπόλοιπα τμήματα παρουσιάζονται στον 10^ο πίνακα.

Πίνακας 10: Αποτελέσματα ανάλυσης ανά τμήμα.

	Στάση απέναντι σε Ρομά ασθενείς
Κωδικός τμήματος	Mean
Αιματολογικό	2,00
Αιμοδοσία	3,67
Αιμοδυναμικό	0,50
Αναισθησιολογικό	7,00
Αποστείρωση	4,83
Γενική χειρουργική	4,50
Διοίκηση νοσηλευτικής υπηρεσίας	8,67
Καρδιολογική	3,44
ΜΑΦ	5,36
ΜΕΘ 2Θ	5,22
ΜΕΘ 1	5,79
ΜΕΚ Μονάδα εμφραγμάτων	3,00
Μονάδα τεχνητού νεφρού	4,50
Νευρολογική-Νευροχειρουργική	4,46
Ορθοπεδική	3,21
Ουρολογική - ΩΡΛ	4,33
Παθολογική Α΄	4,81
Παθολογική Β΄	6,43
Παιδιατρική	4,17
Πνευμονολογική	3,71
ΤΕΙ Τακτικά εξωτερικά ιατρεία	2,30
ΤΕΠ Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	2,91
Χειρουργείο	1,57
Ψυχιατρική	3,11

Μέσος όρος δημογραφικών στοιχείων

Από το σύνολο των ερωτήσεων απορρέει μέσος όρος για κάθε δημογραφικό στοιχείο. Σχετικά με το φύλο ο μέσος όρος για τους άνδρες είναι 4.12 και για τις γυναίκες 4.31. Παρουσιάζεται αύξηση αρνητικής στάσης για τους Ρομά ασθενείς στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες όπως φαίνεται στον 11^ο πίνακα. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η συμμετοχή των γυναικών είναι μεγαλύτερη σε σχέση με τους άνδρες νοσηλευτές στην παρούσα έρευνα.

Πίνακας 11: Αποτελέσματα ανάλυσης φύλου βάση του μέσου όρου.

	Φύλο	
	Άνδρας	Γυναίκα
Στάση απέναντι σε Ρομά ασθενείς	4,12	4,31

Στα δημογραφικά στοιχεία της ηλικίας τα άτομα 18-29 παρουσιάζουν μέσο όρο 5.38, τα άτομα ηλικίας 30-39 έχουν Μ.Ο: 4.27, τα άτομα ηλικίας 40-49 έχουν Μ.Ο: 4.11, τα άτομα ηλικίας 50-59 έχουν Μ.Ο: 3.67 και τέλος τα άτομα ηλικίας 60-69 έχουν Μ.Ο: 9,67. Συνεπώς οι ηλικίες 50-59 έχουν την αρνητικότερη στάση απέναντι στους Ρομά ασθενείς όπως καταγράφεται στον 12^ο πίνακα.

Πίνακας 12: Αποτελέσματα ανάλυσης ηλικίας βάση του μέσου όρου.

	Ηλικία				
	18 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69
Στάση απέναντι σε Ρομά ασθενείς	5,38	4,27	4,11	3,67	9,67

Από τα δημογραφικά στοιχεία της οικογενειακής κατάστασης προκύπτουν ότι οι άγαμοι έχουν Μ.Ο: 4.87, οι έγγαμοι έχουν μέσο όρο 3.87, οι διαζευγμένοι έχουν Μ.Ο: 5.32, και οι χήροι έχουν Μ.Ο: 4.50. Από τα αποτελέσματα των τεσσάρων κατηγοριών προκύπτει ότι οι διαζευγμένοι νοσηλευτές έχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά θετικής στάσης απέναντι στους Ρομά ασθενείς όπως φαίνεται στον 13^ο πίνακα.

Πίνακας 13: Αποτελέσματα ανάλυσης οικογενειακής κατάστασης βάση του μέσου όρου.

	Οικογενειακή Κατάσταση				
	Άγαμος/η	Έγγαμος/η (συμπεριλαμβανομένου και του συμφώνου συμβίωσης)	Διαζευγμένος/η	Χήρος/α	Δεν απαντώ
Στάση απέναντι σε Ρομά ασθενείς	4,87	3,87	5,32	4,50	0,00

Οι νοσηλευτές που δεν έχουν παιδιά παρουσιάζουν Μ.Ο: 4.66 και οι νοσηλευτές που έχουν παιδιά παρουσιάζουν Μ.Ο: 4.08. Συνεπώς οι νοσηλευτές που έχουν παιδιά παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αρνητικής στάσης απέναντι στους

Ρομά ασθενείς σε σχέση με τους νοσηλευτές που δεν έχουν παιδιά όπως παρουσιάζεται στον 14^ο πίνακα.

Πίνακας 14: Αποτελέσματα ανάλυσης τέκνων βάση του μέσου όρου.

	Έχετε παιδιά;	
	Όχι	Ναι
Στάση απέναντι σε Ρομά ασθενείς	4,66	4,08

Από το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των νοσηλευτών απορρέουν αποτελέσματα με σημαντικές διαφορές. Στους νοσηλευτές Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης ο Μ.Ο: είναι 3.41, στους νοσηλευτές τεχνολογικής Εκπαίδευσης ο Μ.Ο: είναι 3.83 και τέλος στους νοσηλευτές Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης ο Μ.Ο: είναι 6.54. Οι νοσηλευτές Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης παρουσιάζουν την μεγαλύτερη τιμή θετικής στάσης απέναντι στους Ρομά ασθενείς σε σχέση με τις άλλες δύο κατηγορίες.

Στους νοσηλευτές τεχνολογικής εκπαίδευσης που έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών ο Μ.Ο: είναι 4.86. Οι νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης που έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών ο Μ.Ο: είναι 7.42, η μεταξύ τους διαφορά κυμαίνεται σε μεγάλα επίπεδα. Επομένως οι νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης που έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών έχουν την μεγαλύτερη θετικότερη στάση απέναντι στους Ρομά ασθενείς. Τέλος οι νοσηλευτές που κατέχουν διδακτορικό τίτλο έχουν Μ.Ο: 16.00, το συγκεκριμένο αριθμητικό δεδομένο δεν μπορεί να αξιολογηθεί καθώς ο αριθμός του δείγματος είναι μικρός. Τα προαναφερθέντα παρουσιάζονται στον 15^ο πίνακα.

Πίνακας 15: Αποτελέσματα ανάλυσης εκπαιδευτικού υποβάθρου βάση του μέσου όρου.

	Εκπαιδευτικό Υπόβαθρο					
	Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	Απόφοιτος ΤΕΙ	Απόφοιτος ΑΕΙ	Απόφοιτος ΤΕΙ και κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών	Απόφοιτος ΑΕΙ και κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών	Απόφοιτος ΑΕΙ και κάτοχος διδακτορικού τίτλου σπουδών
Στάση απέναντι σε Ρομά ασθενείς	3,41	3,83	6,54	4,86	7,42	16,00

Σχετικά με την επαγγελματική εμπειρία υπάρχει ποικιλία αθροισμάτων με σημαντικές διαφορές. Από τον 16^ο πίνακα προκύπτει ότι οι νοσηλευτές με επαγγελματική εμπειρία 0-5 έτη έχουν Μ.Ο: 4.37, οι νοσηλευτές με επαγγελματική εμπειρία 6-10 έτη παρουσιάζουν Μ.Ο: 4.47, οι νοσηλευτές με 11-15 έτη έχουν Μ.Ο: 4.54, οι νοσηλευτές με 16-20 έτη έχουν Μ.Ο: 4.11, οι νοσηλευτές με επαγγελματική εμπειρία 21-25 έτη ο Μ.Ο: κυμαίνεται στο 3.72 όπου είναι και η μικρότερη τιμή έχοντας την υψηλότερη αρνητική στάση απέναντι στους Ρομά ασθενείς. Οι νοσηλευτές με 26-30 έτη έχουν Μ.Ο: 4.20 και οι νοσηλευτές με 31-35 έτη παρουσιάζουν Μ.Ο: 4.29. Τέλος οι νοσηλευτές 36-40 έτη παρουσιάζουν Μ.Ο: 7.50 και οι νοσηλευτές που έχουν επαγγελματική εμπειρία πάνω από 40 έτη έχουν Μ.Ο: 8.00. Οι νοσηλευτές με επαγγελματική εμπειρία 21-25 έτη παρουσιάζουν την αρνητικότερη στάση απέναντι στους Ρομά ασθενείς.

Πίνακας 16: Αποτελέσματα ανάλυσης επαγγελματικής εμπειρίας βάση του μέσου όρου.

	Επαγγελματική εμπειρία. Πόσα χρόνια εργάζεστε;								
	0 - 5	6 -10	11 - 15	16 - 20	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	40 +
Στάση απέναντι σε Ρομά ασθενείς	4,37	4,47	4,54	4,11	3,72	4,20	4,29	7,50	8,00

Παράθεση απαντήσεων ανοιχτού τύπου ερώτησης

Στην ερώτηση «ποια κατά την γνώμη σας είναι τα αίτια που δυσχεραίνουν την επικοινωνία και την συνεργασία σας με τους Ρομά ασθενείς» απάντησαν 223 νοσηλευτές από του 273 που ήταν στο σύνολο. Συνεπώς στην συγκεκριμένη ερώτηση απάντησαν το 81.68% του συνόλου των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα. Στα αίτια που δυσχεραίνουν την επικοινωνία οι απαντήσεις των νοσηλευτών είναι οι ακόλουθες:

- Το μειωμένο μορφωτικό επίπεδο
- Η διαφορετική κουλτούρα
- Η γλώσσα (διάλεκτος) που χρησιμοποιούν
- Απειθαρχία στους κανόνες του συστήματος υγείας
- Είναι επιθυμία των Ρομά να ζουν στο περιθώριο

- Αισθάνονται ότι βρίσκονται στο περιθώριο
- Φοβούνται ότι δεν θα έχουν ίση μεταχείριση από το νοσηλευτικό προσωπικό
- Η κοινωνία τους διαχειρίζεται ως διαφορετικούς
- Οι προκαταλήψεις που υπάρχουν για την φυλή τους
- Άρνηση να ακολουθήσουν τις ιατρικές και νοσηλευτικές οδηγίες
- Άρνηση συμμόρφωσης στους κανόνες του νοσοκομείου
- Η έλλειψη μόνιμης εργασίας, παρουσιάζονται ως θύματα και περιθωριοποιημένοι
- Η προσκόλληση τους στο εθιμοτυπικό τους
- Η αδιαφορία τους για τους κοινωνικούς κανόνες
- Απολαμβάνουν τα προνόμια της πρόνοιας και δεν προσφέρουν στην οικονομία της Ελλάδας
- Είναι καταχραστές του ΕΣΥ
- Είναι καταχραστές των κοινωνικών επιδομάτων
- Αντιμετωπίζουν την αδιαφορία του κοινωνικού συνόλου
- Τα στερεότυπα που έχει η κοινωνία για τους Ρομά
- Είναι κλέφτες
- Είναι τεμπέληδες και ζουν εις βάρος του κοινωνικού συνόλου
- Θεωρούν τον υπόλοιπο κόσμο ρατσιστές ενώ είναι οι ίδιοι
- Χρειάζονται εκλεγμένη εκπροσώπηση στη Βουλή
- Δεν έχουν όρια και είναι παρορμητικοί
- Τα θέλουν όλα δικά τους
- Δεν σέβονται τους επαγγελματίες υγείας
- Παρουσιάζονται ως θύματα
- Δεν έχουν πειθαρχία
- Είναι βρώμικοι

Από τους συμμετέχοντες που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο σε ποσοστό 100% θεωρούν ότι το μειωμένο μορφωτικό επίπεδο δυσχεραίνει την επικοινωνία τους με τους Ρομά ασθενείς. Σε ποσοστό 97.3% θεωρούν ότι στην επικοινωνία δημιουργεί προβλήματα η διαφορετική κουλτούρα που έχουν οι Ρομά και σε ποσοστό 75.7% θεωρούν ότι η διαφορετικότητα στην γλώσσα τους (διαφορετική διάλεκτος) δημιουργεί προβλήματα. Σε ποσοστό 49.3% απάντησαν ότι η έλλειψη επικοινωνίας

οφείλεται στην απειθαρχία που έχουν οι Ρομά στους κανόνες του συστήματος υγείας. Με ποσοστό 46.1% απάντησαν ότι οφείλεται στα στερεότυπα που έχει η κοινωνία για τους Ρομά και σε ποσοστό 39.5% ότι οφείλεται στις προκαταλήψεις της κοινωνίας. Οι υπόλοιπες απαντήσεις κυμαίνονται σε μικρότερα ποσοστά ή μεμονωμένες απαντήσεις.

Αυτό που πρέπει να επισημανθεί είναι ότι πολλοί από τους νοσηλευτές έδωσαν απάντηση που δεν σχετιζόταν με την ερώτηση. Η απάντησή τους αποσκοπούσε σε χαρακτηρισμούς των Ρομά και όχι σε διαλεύκανση των προβλημάτων που δυσχεραίνουν την επικοινωνία τους. *«Δεν έχουν πειθαρχία»*, *«είναι κλέφτες»*, *«τα θέλουν όλα δικά τους»*, *«είναι καταχραστές του ΕΣΥ»*, *«είναι βρώμικοι»* είναι μερικοί από τους χαρακτηρισμούς που καταγράφηκαν στο ερωτηματολόγιο.

Οι απαντήσεις που έχουν δοθεί συνδέονται με το θεωρητικό κομμάτι της παρούσας εργασίας οι οποίες θα επισημανθούν στα συμπεράσματα. Για να εγκυροποιηθούν τα συμπεράσματα των απαντήσεων θα πρέπει να ακολουθήσει μία ποιοτική έρευνα που θα αφορά τις απόψεις των νοσηλευτών για τους Ρομά ασθενείς.

Σύνοψη αποτελεσμάτων

Από την ανάλυση one-way ANOVA προκύπτει ότι η ηλικία επηρεάζει την στάση των νοσηλευτών απέναντι στους Ρομά ασθενείς. Οι ηλικίες 50-59 των νοσηλευτών έχουν αρκετά μειωμένο τον δείκτη θετικότητας με ποσοστό 3.67, αντίστοιχα και οι νοσηλευτές ηλικίας 40-49 κυμαίνονται σε ποσοστό 4.11 (μέγιστη τιμή θετικότητας 18) συνεπώς τείνουν σε αρνητική στάση απέναντι στους Ρομά ασθενείς. Αντίθετα οι νοσηλευτές ηλικίας 18-29 ετών έχουν την θετικότερη στάση απέναντι στους Ρομά ασθενείς με ποσοστό 5.38 του Μ.Ο και οι νοσηλευτές 60-69 ετών με ποσοστό 6.67 του Μ.Ο.

Η στάση των νοσηλευτών απέναντι στους Ρομά ασθενείς επηρεάζεται από το ποσοστό των Ρομά που βρίσκονται καθημερινά στο τμήμα των νοσηλευτών. Όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των Ρομά ασθενών σε σχέση με τον συνολικό αριθμό των ασθενών τόσο περισσότερο αυτό επηρεάζει αρνητικά την στάση των νοσηλευτών απέναντι στους Ρομά ασθενείς.

Το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των νοσηλευτών επηρεάζει την στάση τους απέναντι στους Ρομά ασθενείς. Υπάρχει μεγάλη αριθμητική διαφορά ανάμεσα στις εκπαιδευτικές βαθμίδες. Όσο μεγαλώνει η εκπαιδευτική βαθμίδα των νοσηλευτών αυξάνεται και ο δείκτης θετικότητας, γεγονός που οδηγεί σε ευνοϊκή στάση για τους Ρομά ασθενείς. Συγκεκριμένα παρατηρείται σημαντική διαφορά ανάμεσα στους νοσηλευτές Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης με ποσοστό αρνητικότητας 3.41 του Μ.Ο, για τους Τεχνολογικής Εκπαίδευσης 3.83 του Μ.Ο και για τους Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης 6.54 του Μ.Ο. Επομένως οι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης νοσηλευτές έχουν μεγάλη διαφορά με τις άλλες δυο κατηγορίες στην αντιμετώπιση τους προς τους Ρομά ασθενείς. Με τους κατόχους μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών το ποσοστό που προκύπτει είναι 4.86 για τους κατόχους τεχνολογικής εκπαίδευσης με μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και 7.42 για τους κατόχους πανεπιστημιακής εκπαίδευσης με μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών.

Από τον συντελεστή γραμμικής συσχέτισης προκύπτει ότι η στάση των νοσηλευτών επηρεάζεται αρνητικά από το ποσοστό των Ρομά που βρίσκονται στο τμήμα τους και από την συχνή επαφή τους. Όσο αυξάνεται ο αριθμός των Ρομά ασθενών σε ένα τμήμα τόσο αρνητικότερη είναι η στάση των νοσηλευτών απέναντι

στους Ρομά. Παίζει σημαντικό ρόλο το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των νοσηλευτών στην θετική τους στάση.

Στο φύλο παρατηρείται ότι οι άντρες νοσηλευτές έχουν αρνητικότερη στάση στους Ρομά ασθενείς σε σχέση με τις γυναίκες νοσηλεύτριες. Βάση του συντελεστή γραμμικής παλινδρόμησης φαίνεται ότι η αρνητική στάση επηρεάζεται από την ηλικία των νοσηλευτών και από τα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας.

Η εκπαίδευση βάση του συντελεστή γραμμικής παλινδρόμησης παίζει πολύ σημαντικό και θετικό ρόλο στην στάση των νοσηλευτών έναντι στους Ρομά ασθενείς.

Από την συσχέτιση ανοιχτών και κλειστών τμημάτων προκύπτει μικρή διαφορά βάση του μέσου όρου. Παρατηρείται ότι τα κλειστά τμήματα έχουν αυξανόμενη τάση αρνητικής στάσης και βρίσκονται στην ίδια αριθμητική βαθμίδα με τους νοσηλευτές των ανοιχτών τμημάτων παρόλο που η επαφή τους με ασθενείς είναι περιορισμένη. Οι νοσηλευτές ανοιχτών τμημάτων έχουν Μ.Ο: 4.32 και οι νοσηλευτές κλειστών τμημάτων έχουν Μ.Ο: 4.26, στα αριθμητικά δεδομένα είναι εμφανές ότι οι νοσηλευτές κλειστών τμημάτων έχουν αρνητικότερη στάση έναντι των Ρομά ασθενών ενώ δεν έρχονται σε συχνή επαφή.

Στη συσχέτιση του μέσου όρου προκύπτει ότι οι έγγαμοι νοσηλευτές έχουν την αρνητικότερη στάση απέναντι στους Ρομά ασθενείς με Μ.Ο: 3.87 και με μεγάλη διαφορά οι διαζευγμένοι έχουν την θετικότερη στάση απέναντι στους Ρομά ασθενείς με Μ.Ο: 5.32. Επιπρόσθετα οι νοσηλευτές που δεν έχουν παιδιά παρουσιάζουν θετικότερη στάση απέναντι στους Ρομά ασθενείς σε σχέση με τους νοσηλευτές που έχουν παιδιά.

Στην επαγγελματική εμπειρία παρατηρείται μια καθοδική πορεία στις μεσαίες βαθμίδες χρόνων εμπειρίας. Συγκεκριμένα τα 21 έως 25 έτη επαγγελματικής εμπειρίας παρουσιάζεται η αρνητικότερη στάση των νοσηλευτών έναντι των Ρομά ασθενών. Από το φάσμα των 16 ετών επαγγελματικής εμπειρίας έως τα 35 έτη η αρνητική στάση των νοσηλευτών είναι εμφανής. Η θετικότερη στάση των νοσηλευτών έναντι στους Ρομά ασθενείς διαφαίνεται από τα 36 χρόνια κι έπειτα. Από την συγκεκριμένη επαγγελματική εμπειρία ετών ο δείκτης θετικότητας αυξάνεται σε μεγάλα ποσοστά. Επιπρόσθετα παρατηρείται αυξημένη θετική στάση και στα πρώτα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας των νοσηλευτών. Συμπερασματικά για την επαγγελματική εμπειρία είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί ότι οι νοσηλευτές που αρχίζουν την επαγγελματική τους

σταδιοδρομία και οι νοσηλευτές που βρίσκονται κοντά στο τέλος της επαγγελματικής τους καριέρας έχουν θετικότερη στάση απέναντι στους Ρομά ασθενείς.

Από την ανοιχτού τύπου ερώτηση προκύπτει ότι οι λόγοι που επηρεάζουν την κακή επικοινωνία ανάμεσα στους νοσηλευτές και τους Ρομά ασθενείς είναι:

- Το μειωμένο μορφωτικό επίπεδο με ποσοστό 100% από τους νοσηλευτές που απάντησαν στην συγκεκριμένη ερώτηση
- Η διαφορετική κουλτούρα των Ρομά σε σχέση με την υπόλοιπη κοινωνία με ποσοστό 97.3%.
- Η γλώσσα (διάλεκτος) που χρησιμοποιούν οι Ρομά ασθενείς σε ποσοστό 75.7%.
- Η απειθαρχία που έχουν οι Ρομά απέναντι στους νόμους του συστήματος υγείας με ποσοστό 49.3%.
- Οι στερεοτυπικές αντιλήψεις της κοινωνίας για τους Ρομά με ποσοστό 46.1%.
- Οι προκαταλήψεις της κοινωνίας για τους Ρομά ασθενείς με ποσοστό 39.5%.

ΜΕΡΟΣ Ζ΄

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Συμπεράσματα

Στόχος της συγκεκριμένη μελέτης είναι να διερευνήσει τις στάσεις και τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για τους Ρομά ασθενείς σε ένα συγκεκριμένο νοσοκομείο αναφοράς. Η διερεύνηση του εξεταζόμενου ερωτήματος έγινε στις τρεις εκπαιδευτικές βαθμίδες νοσηλευτών (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ). Τα καίρια αποτελέσματα τις έρευνας είναι τα εξής:

Η ηλικία των νοσηλευτών επηρεάζει την στάση και τις αντιλήψεις τους όταν έρχονται σε επαφή με Ρομά ασθενείς. Οι νοσηλευτές ηλικίας 18-29 και οι νοσηλευτές 60-69 έχουν την θετικότερη στάση απέναντι στους Ρομά ασθενείς. Αντίθετα οι νοσηλευτές ηλικίας 40-59 αντιμετωπίζουν την αρνητικότερη στάση απέναντι στους Ρομά ασθενείς. Τα δεδομένα των ηλικιακών βαθμίδων επιβεβαιώνονται και όταν σχετίζονται με την επαγγελματική εμπειρία. Οι νοσηλευτές που ξεκινούν την επαγγελματική τους σταδιοδρομία και οι νοσηλευτές που βρίσκονται στο τέλος της επαγγελματικής τους καριέρας έχουν αυξημένη θετική στάση απέναντι στους Ρομά ασθενείς. Αντίθετα οι νοσηλευτές μεσαίας επαγγελματικής σταδιοδρομίας έχουν αυξημένο τον δείκτη αρνητικότητας απέναντι στους Ρομά ασθενείς.

Σημαντικό ρόλο στην στάση των νοσηλευτών απέναντι στους Ρομά ασθενείς παίζει και το ποσοστό των Ρομά που νοσηλεύονται σε ένα τμήμα. Συγκεκριμένα όσο λιγότεροι είναι οι Ρομά ασθενείς σε ένα τμήμα τόσο περισσότερο περιορίζεται και η αρνητική στάση των νοσηλευτών. Επιπλέον η θετική τους στάση επηρεάζεται και από τον αριθμό των Ρομά που βρίσκονται στο τμήμα σε σχέση με τον αριθμό του συνόλου των ασθενών του τμήματος.

Το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των νοσηλευτών είναι το σπουδαιότερο εύρημα της παρούσας εργασίας. Η εκπαίδευση των νοσηλευτών επηρεάζει την στάση τους απέναντι στους Ρομά ασθενείς. Ειδικότερα, όσο αυξάνεται το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των νοσηλευτών τόσο μειώνεται η αρνητική στάση απέναντι στους Ρομά ασθενείς. Οι νοσηλευτές Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης κατέχουν την θετικότερη στάση απέναντι

στους Ρομά ασθενείς με μεγάλη διαφορά σε σχέση με τις άλλες δύο κατηγορίες. Ακόμα πιο εμφανής είναι η διαφορά όταν υπάρχει και μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών όπου ο δείκτης θετικότητας για τους νοσηλευτές Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης είναι ακόμα μεγαλύτερος σε σχέση με τις άλλες δύο κατηγορίες. Οι νοσηλευτές Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης με τους νοσηλευτές Τεχνολογικής Εκπαίδευσης δεν παρουσιάζουν σημαντική διαφορά καθώς και στις δύο κατηγορίες ο δείκτης θετικότητας είναι αρκετά μειωμένος. Κατά συνέπεια οι νοσηλευτές Δευτεροβάθμιας και Τεχνολογικής εκπαίδευσης έχουν αυξημένα επίπεδα αρνητικής στάσης σε σχέση με τους νοσηλευτές Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα και σεμινάρια δείχνουν να βοηθούν στην αύξηση της θετικής στάσης των νοσηλευτών έναντι των Ρομά ασθενών.

Οι άντρες νοσηλευτές παρατηρείται να έχουν αρνητικότερη στάση απέναντι στους Ρομά ασθενείς σε σχέση με τις γυναίκες νοσηλεύτριες. Η ηλικία και τα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας δείχνουν να δημιουργούν την αρνητική στάση των νοσηλευτών έναντι των Ρομά ασθενών. Στους έγγαμους νοσηλευτές η θετική στάση έναντι των Ρομά ασθενών παρουσιάζεται με πολύ μικρά ποσοστά, ενώ αντίθετα οι διαζευγμένοι νοσηλευτές έχουν την θετικότερη στάση έναντι των Ρομά ασθενών.

Οι νοσηλευτές των κλειστών τμημάτων έχουν μειωμένη επαφή με τους Ρομά ασθενείς. Στα αποτελέσματα της έρευνας παρατηρείται ότι το προσωπικό των τμημάτων όπως η αποστείρωση, τα χειρουργεία, το αιμοδυναμικό και η μονάδα εμφραγμάτων που οι νοσηλευτές δεν έρχονται σε άμεση επαφή με τους Ρομά ασθενείς ή τον περισσότερο χρόνο νοσηλείας τους είναι σε καταστολή, έχουν αυξημένη την αρνητική τους στάση έναντι των Ρομά ασθενών. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι από την συσχέτιση ανοιχτών και κλειστών τμημάτων, τα κλειστά τμήματα είχαν αρνητικότερη στάση έναντι των Ρομά ασθενών παρ' όλο που η καθημερινή τους επαφή είναι μειωμένη.

Οι βασικές αιτίες που δυσχεραίνουν την επικοινωνία ανάμεσα στους νοσηλευτές και τους Ρομά ασθενείς σύμφωνα με τις γνώμη του νοσηλευτικού προσωπικού του συγκεκριμένου νοσοκομειακού ιδρύματος είναι 1) το μειωμένο μορφωτικό επίπεδο των Ρομά 2) η διαφορετική κουλτούρα των Ρομά 3) η γλώσσα (διάλεκτος) που χρησιμοποιούν οι Ρομά ασθενείς 4) η απειθαρχία που έχουν οι Ρομά στους νόμους που καθορίζουν την εύρυθμη λειτουργία του συστήματος υγείας 5) οι στερεοτυπικές αντιλήψεις του κοινωνικού συνόλου 6) οι προκαταλήψεις που έχουν οι

νοσηλευτές για τους Ρομά ασθενείς. Πολλοί νοσηλευτές που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα βρήκαν το έναυσμα να χαρακτηρίσουν τους Ρομά ασθενείς και όχι να αξιολογήσουν το ερευνητικό ζητούμενο. Αρκετοί από τους νοσηλευτές αγνόησαν την ανοιχτού τύπου ερώτηση του ερωτηματολογίου και απαντούσαν σε επικριτικούς χαρακτηρισμούς για τους Ρομά σε κοινωνικό επίπεδο. Τα αποτελέσματα της ανοιχτού τύπου ερώτησης δίνουν το έναυσμα να αξιολογηθούν οι νοσηλευτές του συγκεκριμένου νοσοκομείου εκτενέστερα σε μια ποιοτική έρευνα για να διαλευκανθούν οι αντιλήψεις τους.

Συζήτηση

Το θεωρητικό πλαίσιο της παρούσας εργασίας αναφέρει ότι ένας από τους βασικούς παράγοντες που μπορεί να οδηγήσει στον κοινωνικό αποκλεισμό είναι το εκπαιδευτικό υπόβαθρο (Xiberras, 1994). Η εκπαίδευση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να καθορίσει και τις ανισότητες στην υγεία σε επίπεδο ομάδων (WHO, 2013). Επιπλέον αναφέρθηκε ότι όσο αυξημένο είναι το εκπαιδευτικό υπόβαθρο τόσο καλύτερη είναι η υγεία ενός ατόμου (Fonseca et al, 2020). Η υγεία και η εκπαίδευση έχουν αλληλεπίδραση στην αύξηση των επιπέδων υγείας (Baker et al, 2011). Στα αποτελέσματα της έρευνας αποδόθηκε μια νέα διάσταση της εκπαίδευσης. Το μορφωτικό επίπεδο των επαγγελματιών υγείας επηρεάζει την συμπεριφορά τους όταν παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας στις μειονότητες. Όσο αυξημένο είναι το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των νοσηλευτών τόσο αυξάνεται και η θετική τους συμπεριφορά έναντι των Ρομά ασθενών. Οι νοσηλευτές Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης είχαν την μεγαλύτερη θετική στάση απέναντι στους Ρομά ασθενείς σε σχέση με τις άλλες δύο εκπαιδευτικές βαθμίδες (Δευτεροβάθμιας και Τεχνολογικής κατεύθυνσης). Υπάρχουν προηγούμενες μελέτες που επιβεβαιώνουν τον σημαντικό ρόλο της εκπαίδευσης στην συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας (Arlinghaus et al, 2018).

Οι Cross et al (1989) είχαν αναφέρει ότι η πολιτισμική ικανότητα είναι ένα σύνολο συναφών συμπεριφορών και πολιτικών που συνθέτουν ένα σύστημα ή επάγγελμα να λειτουργήσει με αποτελεσματικό τρόπο σε διαπολιτισμικές καταστάσεις. Το γραφείο υγείας των μειονοτήτων (Office of Minority Health) του Υπουργείου

Υγείας των ΗΠΑ (2001) αναφέρει ότι η πολιτισμική ικανότητα από έναν επαγγελματία υγείας είναι η ικανότητα να λειτουργεί αποτελεσματικά στο επίπεδο των πολιτισμικών πεποιθήσεων, συμπεριφορών και αναγκών που παρουσιάζουν οι λήπτες υπηρεσιών υγείας μιας μειονεκτούσας κοινότητας (Shaya et al, 2006). Η έλλειψη γνώσεων των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις πολιτισμικές πεποιθήσεις και πρακτικές υγείας επηρεάζουν αρνητικά την φροντίδα των ασθενών. Η εισαγωγή της πολυπολιτισμικότητας στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας είναι απαραίτητη, ιδιαίτερα σε ομάδες επαγγελματιών υγείας που προσφέρουν υπηρεσίες σε ασθενείς εθνοτικών και φυλετικών μειονοτήτων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η επιπρόσθετη εκπαίδευση των νοσηλευτών παίζει σημαντικό ρόλο στην αύξηση του βαθμού θετικής στάσης τους έναντι των Ρομά. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα και σεμινάρια βοηθούν τους επαγγελματίες υγείας να αποκτήσουν θετική στάση συμπεριφοράς (Hatfield et al, 2020; Heaslip et al, 2019). Η επιπρόσθετη εκπαίδευση και η εκμάθηση δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας είναι αποδοτικότερη όταν πραγματοποιείται στο κλινικό περιβάλλον όπου οι επαγγελματίες και οι ασθενείς αλληλεπιδρούν σε συνεχή βάση (Chevannes, 2002). Διευρύνοντας τις δεξιότητες επικοινωνίας των νοσηλευτών από ένα δομημένο εκπαιδευτικό περιβάλλον καθ' όλη την διάρκεια της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας θα βοηθήσει στην απόκτηση αυξημένων επιπέδων λογικής κρίσης, κατανόησης, αυτοκριτικής και προσαρμογής σε μη επιθυμητές καταστάσεις (McKinn, 2017). Η εκμάθηση δεξιοτήτων θα πρέπει να προσαρμόζεται στις ανάγκες κάθε επαγγελματία υγείας (Pearson et al, 2020). Οι επαγγελματίες υγείας έχουν αποδοτικότερα αποτελέσματα στην επικοινωνία όταν γνωρίζουν τον πολιτισμό, την κουλτούρα, τις πεποιθήσεις και τις εμπειρίες των μειονοτήτων που συνεργάζονται.

Στο θεωρητικό πλαίσιο αποδόθηκε ότι οι στάσεις και οι προκαταλήψεις των επαγγελματιών υγείας δημιουργούν φραγμούς στην πρόσβαση των Ρομά στις υπηρεσίες υγείας. Σημαντικός φραγμός στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας παίζει και η οργάνωση του συστήματος (FitzGerald, 2017; Ngo-Metzger et al, 2004; Coate et al, 1993). Στο ερευνητικό πλαίσιο αποδόθηκε ότι πέρα από τις διακρίσεις και τις στάσεις των επαγγελματιών υγείας υπάρχουν πολιτισμικά και γλωσσικά εμπόδια. Ο αναλφαβητισμός και η κουλτούρα των Ρομά θεωρείται εμπόδιο στην επικοινωνία τους και η βιβλιογραφία επιβεβαιώνει το συγκεκριμένο συμπέρασμα (Scheppers et al, 2006; McFadden et al, 2018).

Σημαντικό στοιχείο της ερευνητικής εργασίας είναι η πρόθεση των νοσηλευτών να χρησιμοποιήσουν το ερευνητικό εργαλείο ως μέσο έκφρασης των αρνητικών απόψεων που έχουν για την κοινότητα των Ρομά. Επιπρόσθετα παρατηρήθηκε μείωση του δείκτη θετικότητας σε κλειστά νοσηλευτικά τμήματα. Στα κλειστά τμήματα η επαφή με τους Ρομά ασθενείς είναι περιορισμένη ή και ανύπαρκτη. Ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με Ρομά ασθενείς και σε αυτούς που δεν έρχονται σε επαφή, παρουσιάστηκε ομοειδές χαμηλό ποσοστό του δείκτη θετικότητας έναντι των Ρομά ασθενών. Τα προαναφερθέντα επιβεβαιώνουν το θεωρητικό υπόβαθρο της παρούσας εργασίας. Οι νοσηλευτές ως μέλη του κοινωνικού συνόλου κατέχουν τις αρνητικές στερεοτυπικές απόψεις για τους Ρομά ακόμα και αν η επαφή τους είναι για πρώτη φορά (Katz et al, 1933; Sinclair et al, 1999). Επιπρόσθετα (Masseria et al, 2010; Földes et al, 2012) επισημαίνεται ότι οι προκαταλήψεις των επαγγελματιών υγείας δημιουργούν φραγμούς στην πρόσβαση της υγείας. Τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση των μελών των μειονεκτούντων ομάδων με αποτέλεσμα την αποφυγή των υπηρεσιών υγείας όταν είναι αντιληπτή η αρνητική συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας (Vecci et al, 2019).

Οι καταστάσεις που απειλούν τα θεμελιώδη ανθρώπινα κίνητρα της ένταξης και του σεβασμού μπορούν να υπονομεύσουν την υγεία (Aronson et al, 2013). Σύμφωνα με την Εθνική Ακαδημία Ιατρικής (Institute of Medicine, 2004) τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις λαμβάνουν σημαντικό ρόλο στην διατήρηση των ανισοτήτων στην υγειονομική περίθαλψη. Οι ανισότητες στην υγεία προκύπτουν από συνονθύλευμα παραγόντων: γενετικές, βιολογικές, κοινωνικοοικονομικές και ψυχολογικές διεργασίες επηρεάζοντας την αλληλεπίδραση, την συμπεριφορά και την λήψη αποφάσεων (Marcelin et al, 2019). Τα σιωπηρά και μη συνειδητά στερεότυπα στην υγειονομική περίθαλψη επηρεάζουν την διάγνωση και την θεραπεία που καλούνται να προσφέρουν οι επαγγελματίες υγείας. Τα στερεότυπα αναπτύσσονται στο χώρο του νοσοκομείου γιατί με τον τρόπο αυτό οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να ανταποκριθούν και να επεξεργαστούν ποσοτικά περισσότερες πληροφορίες μειώνοντας τον χρόνο εργασίας τους. Οι ασυνείδητες στερεοτυπικές δομές μπορούν να οδηγήσουν σε ανακριβή και ελλιπή διάγνωση και θεραπεία (Moskowitz et al 2012; Puddifoot, 2019). Η πολιτισμική ταπεινοφροσύνη επιτυγχάνεται από την δια βίου μάθηση και αποτελεί βασική πτυχή μιας επιτυχημένης και αποτελεσματικής σχέσης πάροχου-ασθενούς. Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να παρέχουν στους επαγγελματίες υγείας μαθησιακές ευκαιρίες για να ενισχύσουν την

αλληλεπίδραση τους με άτομα που διαφέρουν από τον κοινωνικό τους περίγυρο (Marcelin et al, 2019).

Παρατηρήθηκε ότι η στάση των νοσηλευτών έναντι των Ρομά δυσχεραίνει καθώς αυξάνεται το όριο ηλικίας. Από την πλειονότητα προηγούμενων ερευνών έχει παρατηρηθεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση και το μειωμένο προσωπικό συμβάλλει στην αλλαγή συμπεριφοράς των νοσηλευτών καθώς αυξάνεται το όριο ηλικίας. Όταν το προσωπικό είναι μειωμένο, οι νοσηλευτές με μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία επωμίζονται τον φόρτο εργασίας (Hatch et al, 2018; Mefoh et al, 2018; Miller, 2019). Επιπρόσθετα υπάρχει διαφορά που σχετίζεται με το φύλο: οι άντρες νοσηλευτές παρατηρήθηκε ότι έχουν αρνητικότερη στάση έναντι των Ρομά ασθενών σε σχέση με τις γυναίκες νοσηλεύτριες. Τα δεδομένα που αφορούν το φύλο των νοσηλευτών δεν επιβεβαιώθηκαν από την διεθνή βιβλιογραφία. Η εκμάθηση δεξιοτήτων μέσω της διδασκαλίας και της καθοδήγησης μπορούν να βελτιώσουν την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας όσο αυξάνεται η ηλικία τους. Η διδασκαλία και η εκμάθηση θα αλλάξουν τον τρόπο συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας και θα παραμείνουν αποδοτικότεροι στον χώρο εργασίας τους καθ' όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής τους καριέρας (Hurtado et al, 2018; Aryankhesal et al, 2019).

Περιορισμοί στην ερευνητική διαδικασία

Η αρχική δυσκολία έγκειται στον ίδιο τον συγγραφέα της έρευνας. Θα έπρεπε να διακατέχεται όλη η ερευνητική διαδικασία από αποστασιοποιημένη και ουδέτερη ματιά, παραγκωνίζοντας τις κοινωνικές προκαταλήψεις που διακατέχουν και τον ίδιο αφού είναι μέλος της κοινωνικής ομάδας που διεξάγεται η έρευνα.

Ξεκινώντας από το θεωρητικό υπόβαθρο της ερευνητικής διαδικασίας ο βασικός περιορισμός έγκειται στη διαφορετική ονομασία βασικών εννοιών κατά την μεταφορά τους στην ελληνική βιβλιογραφία. Όροι, όπως ο όρος “cognitive disadvantage” συναντάται στην βιβλιογραφία με διαφορετικές έννοιες, ως *αντικειμενοποίηση ή αγκυροβόληση κ.α.*

Αντιμετώπιστηκαν δυσκολίες στην θετική απάντηση του επιστημονικού συμβουλίου του συγκεκριμένου νοσοκομείου. Αρχικά υπήρχε αρνητική απάντηση από το επιστημονικό συμβούλιο φοβούμενοι ότι το νοσοκομείο θα στιγματιστεί ως

ρατσιστικό. Οι δυσκολίες και οι φόβοι αντιμετωπίστηκαν δίνοντας την συγκατάθεση τους να εκπληρωθεί η συγκεκριμένη μελέτη.

Η αρχική ιδέα της συλλογής δεδομένων ήταν να πραγματοποιηθεί στην ηλεκτρονική πλατφόρμα Google Forms. Αφού υλοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο στον συγκεκριμένο ιστότοπο η ανταπόκριση των νοσηλευτών ήταν κατώτερη των προσδοκιών. Έγινε αναπροσαρμογή της συγκεκριμένης επιλογής χρησιμοποιώντας τον παραδοσιακό τρόπο συλλογής δεδομένων, μοιράζοντας ερωτηματολόγια στους νοσηλευτές. Ένα επιπλέον μειονέκτημα της πλατφόρμας Google Forms ήταν ότι δεν μπορούσε να διασταυρωθεί/ελεγχθεί ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν αποκλειστικά και μόνο από νοσηλευτές.

Η νοσηλευτική είναι ένα επάγγελμα με πολλές απαιτήσεις, αυξημένο φόρτο εργασίας και κυλιόμενα ωράρια οδηγώντας τους επαγγελματίες του είδους εξουθενωμένους. Ένας βασικός επιπρόσθετος παράγοντας στην συγκεκριμένη περίοδο διεξαγωγής της έρευνας είναι η πανδημία του Covid-19 που οι νοσηλευτές εργάζονται το τρέχον έτος με αναστολή αδειών και περιορισμού των εβδομαδιαίων τους ρεπό. Οι περιορισμοί αυτοί έχουν επηρεάσει την στάση τους στην αντιμετώπιση του ερωτηματολογίου. Επιπρόσθετα, στο συγκεκριμένο νοσοκομείο λόγω των αυξημένων αναγκών σε κάποια τμήματα γίνονταν καθημερινές εσωτερικές μετακινήσεις νοσηλευτών καθιστώντας δύσκολη την συλλογή των ερωτηματολογίων. Η γυναικολογική του συγκεκριμένου νοσοκομείου αποκλείστηκε από την έρευνα γιατί στο συγκεκριμένο τμήμα εργάζονται μόνο μαίες.

Ο βασικότερος περιορισμός της συγκεκριμένης έρευνας έγκειται στην επιλογή του δείγματος. Το δείγμα αποτελείται αποκλειστικά από ένα νοσοκομείο επομένως τα αποτελέσματα της έρευνας είναι αντιπροσωπευτικά μόνο για το συγκεκριμένο νοσοκομείο. Για να μπορούν να γενικευτούν τα συμπεράσματα της έρευνας στο ευρύ κοινό του χώρου των νοσοκομείων προτείνεται η πραγματοποίηση περαιτέρω έρευνας που θα συμπεριλαμβάνει νοσηλευτές και από άλλα νοσοκομειακά ιδρύματα. Επιπλέον η ερευνητική σκοπιά θα μπορούσε να διευρυνθεί εντάσσοντας και το ιατρικό και το παραϊατρικό προσωπικό των νοσοκομείων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ξενόγλωσσες αναφορές

Abrams, D., et al. (1990). Knowing what to think by knowing who you are: Self-categorization and the nature of norm formation, conformity and group polarization. *British Journal of Social Psychology*, 29(1):97-119.

Abrie, J. (1995). *Δυναμική των κοινωνικών αναπαραστάσεων. Κοινωνικές πρακτικές, κοινωνικές αναπαραστάσεις*. Αθήνα: Οδυσσέας, 101-125.

Adamova, M., Belak, A. (2020). More Roma Healthcare professional are needed to improve healthcare for Roma. *Advocacy Brief*, 1-11.

Alexiadou, E. (2018). Ethnic Diversity and Access to Healthcare from a Human Rights Perspective: The Case of the Roma in Europe. *European Journal of Health Law*, 25(3):261-283.

Andreassen, T., Melnic, A., Figueiredo, R., Moen, K., Şuteu, O., Nicula, F., Ursin, G., Weiderpass, E. (2018). Attendance to cervical cancer screening among Roma and non-Roma women living in North-Western region of Romania. *International Journal of Public Health*, 63(5):609–619.

Arcaya, M., Brewster, M., Zigler, C. M., Subramanian, S. V. (2012). Area variations in health: a spatial multilevel modeling approach. *Health & Place*, 18(4):824-831.

Arcaya, M., Arcaya, A., Subramanian, S. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*, 24(8):27106.

Arlinghaus, K.R., Johnston, C.A. (2018). Advocating for Behavior Change With Education. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 12(2):113-116.

Aronson et al. (2013). Unhealthy Interactions: The Role of Stereotype Threat in Health Disparities. *American Journal of Public Health*, 103:50–56.

Aryankhesal, A., Mohammadibakhsh, R. et al. (2019). Interventions on reducing burnout in physicians and nurses: A systematic review. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran*, 33:77.

Augoustinos, M., Walker, I., Donaghue, N. (1995). *Social cognition. Social representations*. London: Blackwell's, 134-161.

Bailey, Z., Krieger, N., Agenor, M., Graves, J. (2017). Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *The Lancet*, 389(10077):1453-1463.

- Baker, D., Leon, J., Grenaway, G.S., Collins, J., Movit, M.(2011). The Education Effect on Population Health: A Reassessment. *Population and Development Review*, 37(2):307-332.
- Balsa, A., McGuire, T. (2001). Statistical discrimination in health care. *Journal of Health Economics*, 20(6):882–907.
- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., Matthews, F. (2020). The Covid-19 and health inequalities. *Epidemiol Community Health*, 0:1-5.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44(9):1175–1184.
- Berger, P., Luckmann, T. (2003). *Η κοινωνική κατασκευή της πραγματικότητας*. Αθήνα: Νήσος.
- Berkman, L. F., Kawachi, I., Glymour, M. (2000). *Social epidemiology*. USA: Oxford University Press.
- Berry, J., Kalin, R., Taylor, D. (1977). *Multiculturalism and ethnic attitudes in Canada*. Ottawa: Ministry of supplies and services.
- Blackstone, A. (2012). *Principles of Sociological Inquiry-Qualitative and Quantitative Methods*. Open Education Network: Saylor Foundation.
- Brédart A., Bouleuc, C., Dolbeault, S. (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Current Opinion in Oncology*, 17(14):351–354.
- Brewer, M. (1999). The psychology of prejudice: Ingroup love or outgroup hate? *Journal of Social Issues*, 55(1):429-444.
- Brewer, M. (2001). *Ingroup identification and intergroup conflict. When does ingroup love become outgroup hate?* N.Y.: Oxford University Press, 108-142.
- Brinkman, W., Geraghty, R., Lanphear, P., et al. (2007). Effect of multisource feedback on resident communication skills and professionalism: a randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161(1):44–49.
- Burgess, D., Warren, J., Phelan, S., Dovidio, J., VanRyn, M. (2010). Stereotype threat and health disparities: what medical educators and future physicians need to know. *Journal of General Internal Medicine*, 25(2):169-177.
- Cath, J., Bedford, H., Cheater, F., Condon, L., Emslie, C., Ireland, L., Kemsley, P., et al. (2017). Needles, Jabs and Jags: A qualitative exploration of barriers and facilitators to child and adult immunization uptake among Gypsies, Travellers and Roma. *BMC Public Health*, 17:254.
- CESCR., (2000). General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12). Adopted at the Twenty-second Session of the Committee

on Economic, Social and Cultural Rights, on 11 August 2000 (Contained in Document E/C.12/2000/4). *Office of the high commissioner for human rights*, 1-21.

Chevannes, M. (2002). Issues in educating health professionals to meet the diverse needs of patients and other service users from ethnic minority groups. *Journal of Advanced Nursing*, 39(3):290-298.

Citro, C. F., Michael, R. T. (1995). *Measuring poverty: a new approach*. Washington: National Academies Press.

Coate, S., Loury, G. (1993). Will affirmative-action policies eliminate negative stereotypes? *American Economic Review*, 83(5):1220–1240.

Cohen, L., Manion, L., Morrison, K. (2008). *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*. Αθήνα: Μεταίχμιο, 75-113.

Colocci, A. (2017). *Οι τσιγγάνοι, η ιστορία ενός περιπλανώμενου λαού*. Αθήνα: Μάτι, 9-45.

COM. (2020). Roma equality, inclusion and participation in the EU. The new strategic framework for the equality, inclusion and participation of Roma in EU countries and preparation of the post-2020 initiative. Timeframe: 2020-2030. Brussels: *European Commission*, 1-22.

Commissioner for Human Rights. (2012). Human rights of Roma and Travellers in Europe. *Council of Europe Publications* 167-174, [online], available at: <https://rm.coe.int/the-human-rights-of-roma-and-travellers-in-europe/168079b434> [Accessed 16 November 2020].

Communication from the Commission to the European Parliament, The Council, The European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. (2011). *An EU Framework for National Roma Integration Strategies up to 2020*. Brussels: European Commission, COM(2011) 173 final.

Cook, B., Wayne, G. F., Valentine, A., Lessios, A., Yeh, E. (2013). Revisiting the evidence on health and health care disparities among the Roma: a systematic review 2003-2012”. *International Journal of Public Health*, 58(6):885-911.

Cooper, L., Roter, D., Johnson, R., Ford, D., Steinwach, D., Powe, N. (2003). Patient-centered communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race. *Annals of Internal Medicine*, 139(11):907-915.

Cooper, L., et al. (2012). The Associations of Clinicians’ Implicit Attitudes About Race With Medical Visit Communication and Patient Ratings of Interpersonal Care. *American Journal of Public Health*, 102:979–987.

Council of the European Union, (2010). *Council conclusions on Equity and Health in All Policies: Solidarity in Health*, 3019th EMPLOYMENT, SOCIAL POLICY, HEALTH and CONSUMER AFFAIRS Council meeting. Brussels: EN, 1-7.

Cross, T.L., Barzon, B.J., Dennis, K.W., et al. (1989). *Towards a culturally competent system of care: A monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed*. Washington: CASSP Technical Assistance Center, Georgetown University Child Development Center, 3-90.

D'Agostino, S., (2020). Anti-Gypsyism under Covid-19 pandemic. *Institute For European Studies*, 1-5.

Dawsey, J. (2020). Fascination and Hatred: The Roma in European Culture. There is insufficient attention paid to the long history of the Roma within European culture. New Orleans: The national WWII Museum.

Dawsey, J. (2021). The Bavarian Precedent: The Roma in European Culture. Prior to 1933. Bavarian authorities devised an entire system for policing and persecuting Roma. New Orleans: The national WWII Museum.

DeCarlo, M. (2018). *Scientific Inquiry in Social Work*. Open social work education, Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. [online], available at: <https://scientificinquiryinsocialwork.pressbooks.com/chapter/6-3-inductive-and-deductive-reasoning/> [Accessed 8 May 2021].

De-Shalit, A., Wolff, J. (2007). *Disadvantage*. Oxford: Oxford University Press, 3(8):129-140.

Dias, S., Gama, A., Cargaleiro, H., O Martins, M. (2012). Health workers' attitudes toward immigrant patients: a cross-sectional survey in primary health care services. *Human Resources for Health*, 10(1):14.

Digman, J. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41(1):417-440.

Doise, W. (1993). *Debating social representations. Empirical approaches to social representations*. London: Academic, 134-174.

Duffy, F., Gordon, G., Whelan, G., et al. (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Academic Medicine*, 79(6):495-507.

Durkheim, E. (1980). Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας. Αθήνα: Αναγνωστίδη.

ECHR, (1950). *European Convention on Human Rights as amended by Protocols Nos. 11 and 14, supplemented by Protocols Nos. 1, 4, 6, 7, 12, 13 and 16*. Council of Europe: European Court of Human Rights, 5-62.

Enache, G., Rusu, E., Ilinca, A., Rusu, F., Costache, A., Radulian, G. (2016). Prevalence of obesity and newly diagnosed diabetes in the Roma population from a county in the south part of Romania (Călărași County) -preliminary results. *Romanian Journal of Diabetes Nutrition and Metabolic Diseases*, 23(1), 27-36.

ERRC. (2003). European Committee of Social Rights, Comité Européen des Droits Sociaux. COMPLAINT No. 15/2003, European Roma Rights Center v. Greece, registered at the Secretariat on 4 April 2003. France: *Council of Europe Portal*, 5-22.

ERRC. (2006). *European Roma Rights Centre. Ambulance not on the way. The Disgrace of health care for Roma in Europe*. Budapest: Open Society Institute 9-83.

European Commission Directorate. (2004). *The situation of Roma in an enlarged European Union*. Luxembourg: Office for official publications of the European Communities, 1-52.

European Commission. (2014). Roma Health Report—Health Status of the Roma Population. Data Collection in the Member States of the European Union. *Health and Consumers: Matrix* [online], Available: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/2014_roma_health_report_en.pdf [Accessed 29 November 2020].

European Commission. (2020). Overview of the impact of coronavirus measures on the marginalised Roma communities in the EU. *European Commission*, 1-21, [online], available at: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/overview_of_covid19_and_roma_-_impact_-_measures_-_priorities_for_funding_-_23_04_2020.docx.pdf [Accessed 20 November 2020].

European Commission., (2020). *EU Roma strategic framework, for equality, inclusion and participation for 2020-2030*. Communication from the Commission to the European parliament and the council. Brussels: Justice and Consumers, 1-17.

European Social Charter (ESC). (1996). Council of Europe, European Treaty Series-No 163. Strasbourg: ESC, 3.V 1-18. [online], available at: <https://rm.coe.int/168007cf93> [Accessed 10 November 2020].

ETCP/European Territorial Cooperation Programme, (2012). *Greece- Bulgaria 2007-2013, Investing in our Future. Actions Promoting Health Access and Protection of Roma Population*. Μελέτη: ανάλυση υφιστάμενης κατάστασης, πακέτο εργασίας 3., δράση 3.1, παραδοτέο 3.1.1. Roma Alert: Θεσσαλονίκη, 8-121.

FRA, European Agency for Fundamental Rights. (2019). *Fundamental Rights Report 2019*;. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Union Agency for Fundamental Rights. (2012). *Inequalities and multiple discrimination in healthcare*. Austria: Vienna, 1-2, [online], available at: <http://fra.europa.eu/en/publication/2012/inequalities-and-multiple-discrimination-healthcare> [Accessed 20 November 2020].

FitzGerald, C., Hurst, S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Medical Ethics*, 18:19.

Földes, M.E., Covaci, A. (2012). Research on Roma health and access to healthcare: state of the art and future challenges. *International Journal of Public Health*, 57(1):37-39.

Fondazione, B. (2011), Identità di genere e prospettive di vita delle donne appartenenti alle comunità rom, finalised in 2009 and updated in 2011.

Fonseca, R., Michaud, P.C., Zheng, Y. (2020). The effect of education on health: evidence from national compulsory schooling reforms. *SERIEs*, 11:83-103.

FRA. (2007). European Union Agency For Fundamental Rights. *EU Charter of Fundamental Rights*. Article 22- Cultural, religious and linguistic diversity. Official Journal of the European Union C 303/17-14.12.2007. Austria: Vienna.

FRA. (2018). European Union Agency For Fundamental Rights EU-MIDIS II. Second European Union Minorities and Discrimination Survey. Roma-Selected findings. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 5-48.

FRA. (2020). *European Union Agency For Fundamental Rights*. Coronavirus pandemic in the EU – impact on Roma and travelers, Bulletin #5. Austria: Vienna.

FRA. (2020). European Union Agency for Fundamental Rights. *Persistent Roma inequality increases Covid-19 risk*. Human rights heads say. [online], available at: <https://fra.europa.eu/en/news/2020/persistent-roma-inequality-increases-covid-19-risk-human-rights-heads-say> [Accessed 20 November 2020].

Fraser Angus, M. (1992). *The Gypsies*. Oxford: Blackwell.

Fundación Secretariado Gitano. (2009). *HEALTH AND THE ROMA COMMUNITY: ANALYSIS OF THE SITUATION IN EUROPE, Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia, Spain*. Spain: Madrid 119-130.

Kenrick, D. (1994). *Τσιγγάνοι: από τις Ινδίες στη Μεσόγειο*. Centre de recherches tsiganes. Αθήνα: Καστανιώτη, 7-52.

Giles, H., Byrne, J. (1982). An intergroup approach to second language acquisition. *Journal of Multilingual and Multicultural Development*, 3(1):17-40.

Goldthorpe, J. H. (1987). *Social Mobility and Class Structure in Modern Britain*. Oxford: Clarendon Press.

Grad, F. P. (2002). The preamble of the Constitution of the World Health Organization: public health classics / Frank P. Grad. Bulletin of the World Health Organization. *International Journal of Public Health*, 80(12):981-984.

Hajioff, S., McKee, M. (2000). The health of the Roma people: a review of the publisher literature. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(11):864-869.

Hammarberg, T., (2012). Human rights of Roma and Travellers in Europe. *Council of Europe Publications*, 7-196.

Hamilton, D., Trolie, T. (1986). *Stereotypes and stereotyping: An overview of the cognitive approach*. Orlando: Academic press.

Hancock, I. (2013). *O porrajmos: The Romani holocaust*. Republika Hrvatska: Zagreb 1-16.

Hatch, D., Freude, G., Martus, P. et al. (2018). Age, burnout and physical and psychological work ability among nurses. *Occupational Medicine*, 68(4):246-254.

Hatfield, T.G., Withers, T.M., Greaves, C.J. (2020). Systematic review of the effect of training interventions on the skills of health professionals in promoting health behaviour, with meta-analysis of subsequent effects on patient health behaviours. *BMC Health Services Research*, 20(1):593.

Heaslip, V.H., Vanceulebroeck, V., Kalkan, I., Kömürçü, N., Solanas, I.A. (2019). Student nurse perceptions of Gypsy Roma Travellers; A European qualitative study. *ELSEVIER*, 82:1-7.

Hinkle, S., Brown, R. J. (1990). *Intergroup comparisons and social identity*. In Abrams, D., Hogg, M. A. (Eds.), *Social identity theory: Constructive and critical advances* (pp. 48-70). New York: Springer Verlag.

Holt, E. (2005). Roma women reveal that forced sterilization remains. *Lancet*, 365(9463):927-928.

Hurtado, M.D., Topa, G. (2018). Health Behavior and Health and Psychosocial Planning for Retirement among Spanish Health Professionals. *Journal of Clinical Medicine*, 7(12):495.

ICESCR., (1966). *International covenant on economic, social and cultural rights. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966 entry into force 3 January 1976, in accordance with article 27*. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: Vienna.

Institute of Medicine (US) Committee on Institutional and Policy-Level Strategies for Increasing the Diversity of the U.S. Healthcare Workforce. *In the nation's compelling interest: ensuring diversity in the health-care workforce*. Smedley BD, Stith Butler A, Bristow LR, eds. Washington, DC: National Academies Press (US), 2004.

Johnson, C., Mullen, B. (1994). Evidence for accessibility of paired distinctiveness in distinctiveness-based illusory correlations in stereotyping. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(1):65-80.

Kajanová, A. (2009). *Sociální Determinanty Zdraví Vybraných Romských Komunit. Social Determinants of the Health of Selected Roma Communities*. University of South Bohemia in České Budějovice.

- Katz, D., Braly, K. (1933). Racial stereotypes of one hundred college students. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 28(1):280-290.
- Kawachi, I., Subramanian, S. V., Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(9):647–52.
- La Parra-Casado, D., Gil González, D., Torre, E. M. (2016). The social class gradient in health in Spain and the health status of the Spanish Roma. *Ethnicity & Health*, 21(5):468-479.
- Laerd statistics. (2018). One-way ANOVA. [online], available at: <https://statistics.laerd.com/statistical-guides/one-way-anova-statistical-guide.php> [Accessed 20 November 2020].
- Lambert, W., Mermigis, L., Taylor, D. (1986). Greek Canadians, attitudes toward own group and other Canadian ethnic groups: A test of the multiculturalism hypothesis. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 18(1):35-51.
- Lauwagie, B. (1979). Ethnic Boundaries in Modern States: Romano Lavo-Lil revisited. *American Journal of Sociology*, 85(2):310–337.
- Lawreniuk, S. (2020). Necrocapitalist Networks: COVID-19 and the ‘Dark Side’ of Economic Geography. *Dialogues in Human Geography*, 10(2):199–202.
- Ludwig, J., Sanbonmatsu, L., Gennetian, L. (2011). Neighborhoods, obesity, and diabetes– A randomized social experiment. *The New England Journal of Medicine*, 365:1509–1519.
- MacLachlan, M. (2006). *Culture and health: A critical perspective towards global health*. 2nd Edition. UK: Health & Behavioral Clinical Psychology.
- Maduma-Butshe, A., McCarthy, N. (2012). The burden and impact of measles among the Gypsy-Traveller communities, Thames Valley, 2006-09. *Journal of Public Health*, 35(1):27-31.
- Marcelin, J., Siraj, D., Victor, R., Kotadia, S., Maldonado, Y. (2019). The Impact of Unconscious Bias in Healthcare: How to Recognize and Mitigate It. *Jasmine R Marcelin*, 220(220 Suppl 2):S62-S73.
- Martin, A. K., Tavaglione, N., Hurst, S. (2014). Resolving the conflict: Clarifying ‘Vulnerability’ in health care ethics. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 24(1):51–72.
- Marushiakova, E., Popov, V., (2016). *Roma Culture: Myths and Realities*. Munich: Lincom Academic Publisher, 5-18.
- Masseria, C., Mladovsky, P., Hernández-Quevedo, C. (2010). The socioeconomic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania. *European Journal of Public Health*, 20(5):549-554.

Matache, M., Bhabha, J., (2020). Anti-Roma Racism is Spiraling during Covid-19 pandemic. *Health Hum Rights*, 22(1):379-382.

Matras, Y. (2015). *The Romani Gypsies*. Harvard University Press: Home.

McKinn, S., Thuy Linh, D., Foster, K., McCaffery, K. (2017). Communication Between Health Workers and Ethnic Minorities in Vietnam. *Health Literacy Research and Practice*, 1(4):e163-e172.

McFadden, A., Siebelt, L., Gavine, A., et al. (2018). Gypsy, Roma and Traveller access to and engagement with health services: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 28(1):74-81.

McGarry, O., MacFarlane, A., O'Regan, A., Hannigan, A. (2019). *Social Inclusion Services South East Community Healthcare: Healthcare Needs and Healthcare Access of Syrian Refugees, Roma and People Seeking International Protection in South East Community Healthcare*. Graduate Entry Medical School: University of Limerick, 1-39.

Mefoh, P.C., Ude, E.N., Chukwuorji, J.C. (2018). Age and burnout syndrome in nursing professionals: moderating role of emotion-focused coping. *Psychology, Health & Medicine*, 24(1):101-107.

Milcher S. (2006). Poverty and the determinants of welfare for Roma and other vulnerable groups in Southeastern Europe. *Comparative Economic Studies*, 48(1):20-35.

Miller, E. (2019). Safe staffing: critical for patients and nurses. DPE, department for Professional Employees, 1-9.

Moscovici, S. (1961). *La Psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France, 1-383.

Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of Social Representations. *European Journal of Social Psychology*, 18:211-250.

Moscovici, S., Marková, I. (2000). Ideas and their development: a dialogue between Serge. *Social Representations*, 224-286.

Moskowitz, G., Stone, J., Childs, A. (2012). Implicit Stereotyping and Medical Decisions: Unconscious Stereotype Activation in Practitioners' Thoughts About African Americans. *American Journal of Public Health*, 102(5):996-1001.

Mullen, B., Brown, R., Smith, C. (1992). Ingroup bias as a function of salience, relevance and status: An integration. *European Journal of Social Psychology*, 22(1):103-122.

Ngo-Metzger, Q., Legedza, A. T., Phillips, R. S. (2004). Asian Americans reports of their health care experiences. Results of a national survey. *Journal of General Internal Medicine*, 19(2):111-119.

NRCP., (2018). Development of the National Roma Platform for consultation and dialogue exchange of the Greek- *Κοινωνική ένταξη των Ρομά*. Ελληνική Δημοκρατία, Υπουργείο Εργασίας & κοινωνικών Υποθέσεων. *Γενική Γραμματεία Κοινωνικής Αλληλεγγύης & καταπολέμησης της Φτώχειας*, [online], available at: <https://egroma.gov.gr/ellhnikh-nomothesia/> [Accessed 20 November 2020].

OECD. (2016). Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle. European Union, [online], available at: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264265592-en.pdf?expires=1617208700&id=id&accname=guest&checksum=EFE8E19600EEAC95359A72768D09E020> [Accessed 22 November 2020].

Okland, H., Mamelund, S. (2019). Race and 1918 Influenza Pandemic in the United States: A Review of the Literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14):2487.

Open Democracy., (2016). *Roma evictions: Europe's silent scandal* Michael Georg Nils Muižnieks. Open Democracy: free thinking for the world, [online], available at: <https://www.opendemocracy.net/en/can-europe-make-it/roma-evictions-europes-silent-scandal/> [Accessed 22 November 2020].

Orlikova, H., Rogalska, J., Kazanowska-Zielinska, E., Jankowski, T., Slodzinski, J., Kess, B., Stefanoff, P. (2010). Spotlight on measles 2010: A measles outbreak in a Roma population in Pulawy, eastern Poland, June to August 2009. *Euro Surveill*, 15(17):19550.

Ormiston Children and Families Trust and Cambridgeshire Community Services, (2008) *An Insight into the Health of Gypsies and Travellers: A Booklet for Health Professionals in Cambridgeshire*. Cambridgeshire, 6-26.

Orton, L., Anderson de Cuevas, R., Stojanovski, K., et al. (2019). Roma populations and health inequalities: a new perspective. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 12(5):319-327.

Orzechowski, M., et al. (2020). Social diversity and access to healthcare in Europe: how does European Union's legislation prevent from discrimination in healthcare?. *BMC Public Health*, 20(1):1399.

Parekh, N., Rose, T. (2011). Health inequalities of the Roma in Europe: A literature review. *Central European Journal of Public Health*, 19(3):139–142.

Park, B., Judd, C., Ryan, C. (1991). Social categorization and the representation of variability information. *European Review of Social Psychology*, 2(1):211-245.

Paugam, S., (1996). *L' Exclusion. L' etat des savoirs, sous la direction de serge paugam*. Paris: La decouverte.

Pearson, E., Byrne-Davis, L., Bull, E., Hart, J. (2020). Behavior change techniques in health professional training: developing a coding tool. *Translational Behavioral Medicine*, 10(1):96-102.

- Phelan, J.C., Link, B. G. (2015). Is racism a fundamental cause of inequalities in health?. *Annual Review of Sociology* 41:311-330.
- Puddifoot, S. (2019). Stereotyping Patients. *Journal of Social Philosophy*, 50(1):69-90.
- Puxon, G. (1976). Gypsies: Blacks of East Europe. *The Nation*, 222(15):460–464.
- Rechel, B., Blackburn, C. M., Spencer, N. J., Rechel, B. (2009). Access to health care for Roma children in Central and Eastern Europe: findings from a qualitative study in Bulgaria. *International Journal for Equity in Health*, 30;8:24.
- Reijneveld, S.A. (2010). Ethnic differences in health and use of health care: the questions to be answered. *International Journal for Equity in Health*, 55(5):353-355.
- Ringold, D., Orenstein, M. A., Wilkens, E. (2005). *Roma in an expanding Europe: breaking the poverty cycle*. Washington: The World Bank.
- Rivenbark, J., Ichou, M. (2020). Discrimination in healthcare as a barrier to care: experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey. *BMC Public Health*, 20:31.
- Roccas, S., Schwartz, S. (1993). Effects of intergroup similarity on intergroup relations. *European journal of social psychology*, 23(1):581-595.
- Roma Civil Monitor. (1019). *Έκθεση Φορέων της Κοινωνίας των Πολιτών για την υλοποίηση των Εθνικών Στρατηγικών για την Ένταξη των Ρομά στην Ελλάδα. Αξιολογώντας την πρόοδο στα τέσσερα βασικά πεδία πολιτικής της Εθνικής Στρατηγικής*. Central European University : CEU-CPS, 1-62.
- Rosicova, K., Bosakova, L., Madarasova Geckova, A., et al. (2016). Regional mortality by socioeconomic factors in Slovakia: a comparison of 15 years of changes. *International Journal for Equity in Health*, 15(1):115.
- Sabin, J., Nosek, B. A., Greenwald, A., Rivara, F. P. (2009). Physicians' implicit and explicit attitudes about race by MD race, ethnicity, and gender. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 20(3):896-913.
- Sage publishing, (2021). The research process, introduction. [online], available at: http://www.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/44129_1.pdf [Accessed 25 November 2020].
- Schaaf, M. (2007). *Confronting a hidden disease: TB in Roma communities*. New York: Open Society Institute & World Lung Foundation.
- Scheppers, E., Van Donger, E., Dekker, J., Geertzen, J., Dekker, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Oxford University Press*, 23(3):325-348.

- Schwartzwald, J., Yinon, Y. (1977). Symmetrical and asymmetrical interethnic perception in Israel. *International Journal of Intercultural Relations*, 1(1):40-47.
- Sedlecky, K., Rašević, M. (2015). Challenges in sexual and reproductive health of Roma people who live in settlements in Serbia. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 20(2):101-109.
- Shaya, F., Gbarayor, C. (2006). The care for cultural competence in health professions education. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 70(6):124.
- Shelton, R. C., Winkel, G., Davis, S. N., et al. (2010). Validation of the group-based medical mistrust scale among urban Black men. *Journal of General Internal Medicine*, 25(6):549-555.
- Sigona, N. (2006). *Political participation and media representation of Roma and Sinti in Italy*. Italy: OsservAzione, 3-44.
- Sigona, N., Vermeersch, P. (2012). The Roma in the new EU: policies, frames and everyday experiences. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 38(8):1189-1193.
- Simko, V., Ginter, E. (2010). Short life expectancy and metabolic syndrome in Romanies (Gypsies) in Slovakia. *Central European Journal of Public Health*, 18(1):16-18.
- Sinclair, L., Kunda, Z. (1999). Reactions to a Black professional: Motivated inhibition and activation of conflicting stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5):885-904.
- Slepickova, L., Bobakova, D. (2020). Conceptualization of Roma in Policy Documents Related to Social Inclusion and Health in the Czech Republic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21):7739.
- Smith, D. G., Blane, D., Bartley, M. (1994). Explanations for socio-economic differentials in mortality: Evidence from Britain and elsewhere. *European Journal of Public Health*, 4(2):131-144.
- Smith, P., Harris, M., (2005). *Διαπολιτισμική κοινωνική ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 289-326.
- Steele, C. M., Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5):797-811.
- Strati, F. (2011). *Promoting Social Inclusion of Roma. A Study of National Policies*. European Commission: National Centre for Social Research – EKKE, 3-46.
- Street, R. J., O'Malley, K. J., Cooper, L., Haidet, P. (2008). Understanding concordance in patient--physician relationships: personal and ethnic dimensions of shared identity. *Annals of Family Medicine*, 6(3):198-205.

- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 152(9):1423–1433.
- Tajfel, H. (1974). Social identity and intergroup behavior. *Social Science Information*, 13(2):65-93.
- Tajfel, H., Billig, M. (1974). Familiarity and social categorization in intergroup behavior. *Journal of experimental social psychology*, 10(2):159-170.
- Tajfel, H. (1981). Human groups and social categories: Studies in social psychology. *European Journal of Social Psychology*, 12(2):213-215.
- Tajfel, H., Turner, J. (1986) *The Social Identity Theory of Intergroup Behavior*. In: Worchel, S. and Austin, W., Eds., *Psychology of Intergroup Relation*, Hall Publishers, Chicago, 7-24.
- Tajfel, H. Turner, J. (2004) *Organizational identity. An integrative theory of intergroup conflict*. UK: Oxford University Press 56-63.
- Turner, J., Brown, R., Tajfel, H. (1979). Social comparison and group interest in ingroup favouritism. *European Journal of Social Psychology*, 9(2):187-204.
- Turner, J. (1986). The significance of the social identity concept for social psychology with reference to individualism, interactionism and social influence. *The british psychological society*, 25(3):237-252.
- University of Graz and Council of Europe, Factsheets on Roma History. [online], available at: <http://romafacts.uni-graz.at/> [Accessed 20 November 2020].
- Vecci, J., Zelinsky, T. (2019). Behavioural challenges of minorities: Social identity and role models. *PLoS One*, 14(7):e0220010.
- Wagner, W., Farr, R., Jovchelovitch, S., Lorenzi-Cioldi, F. (1999). Theory and method of social representations. *Asian Journal of Social Psychology*, 2(1):95-125.
- Wilkinson, R., Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. 2nd edition. Geneva: World Health Organization.
- Word, C. O., Zanna, M. P., Cooper, J. (1974). The nonverbal mediation of self-fulfilling prophecies in interracial interaction. *Journal of Experimental Social Psychology*, 10(2):109-120.
- WHO. (2012). *Regional Office for Europe, Improving the health of Roma in the WHO European region: A new initiative of the WHO Regional Office for Europe*. Copenhagen: WHO.
- WHO. (2013). *Handbook on health inequality monitoring with a special focus on low- and middle-income countries*. Geneva: World Health Organization.

Wilkinson, R., Marmot, M., (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. 2nd edition. Geneva: World Health Organization, 5-30.

Wilkinson, R. G., Pickett, K. E. (2006). Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*, 62(7):1768- 1784.

Xiberras, M. (1994). *Les theories de l' exclusion. Pour une construction de l' imaginaire de la deviance*. Paris: Meridiens Klincksieck.

Zachar Podolinská, T., Škobla, D. (2018). Why Labelling Matters. On Social Construction of Roma/Gypsies in Europe. *Slovenský Národopis*, 66(4), 378–384.

Zaharieva, R. (2020). Health inequalities: a persistent obstacle for Roma equality and inclusion. *European Public Health Alliance* (EPHA), [online], available at: <https://epha.org/health-inequalities-a-persistent-obstacle-for-roma-equality-and-inclusion/> [Accessed 20 November 2020].

Ελληνικές αναφορές

Βερέμης, Δ., Καραγιώργου, Μ., Ματανά, Α., Μπαλτσιώτης, Λ., Μπαρτζελιώτης, Κ., Παπαδοπούλου, Α., Τσαπόγας, Μ., Χατζή, Χ., Χορμοβίτης, Δ. (2013). Ποιόν έχω απέναντι μου. Οδηγός διαφορετικότητας για δημόσιους υπαλλήλους με σκοπό την καταπολέμηση των διακρίσεων. *Συνήγορος του πολίτη*, 6:1-6.

Γαλάνης, Π. (2019). Μεθοδολογία μετάφρασης και διαπολιτισμικής προσαρμογής των ξενόγλωσσων ερωτηματολογίων. *Εφαρμοσμένη ιατρική έρευνα*, 36(1):124-135.

Δαρδαβέσης, Θ. (2008). Η ιστορική πορεία του Υπουργείου Υγείας στην Ελλάδα (1833-1981). *Ιατρικό Βήμα: Πολιτική της υγείας*, 50-61. [online], available at: https://www.iatrikionline.gr/IB_115/7.pdf [Accessed 8 May 2021].

Δραγώνα, Θ., Φραγκουδάκη, Α., Σκούρτου, Ε. (2001). *Κοινωνικές ταυτότητες/ετερότητες- Κοινωνικές Ανισότητες, Διγλωσσία και Σχολείο*. Τόμος Α. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο 25-43.

Εφημερίς της κυβερνήσεως της ελληνικής δημοκρατίας. (1955). Νόμος υπ' αριθ. 3370/1955- ΦΕΚ 258/Α/23-09-1955.

Εφημερίς της κυβερνήσεως της ελληνικής δημοκρατίας. (1976). Νόμος υπ' αριθ. 344/1976- ΦΕΚ 143/Α/11-06-1976.

Εφημερίς της κυβερνήσεως της ελληνικής δημοκρατίας. (2005). Νόμος υπ' αριθ. 3304/2005- ΦΕΚ 16/Α/27-01-2005.

Ζαφειρόπουλος, Κ. (2015). *Πως γίνεται μια επιστημονική εργασία; Επιστημονική έρευνα και συγγραφή εργασίας*. Αθήνα: Κριτική, 129-150.

Θεοδορουλάκης, Μ., Κουμαριανός, Β. (2012). *Συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, Ασφαλιστικό σύστημα και σύστημα κοινωνικής περίθαλψης*. Αθήνα: ΙΝΕ-ΓΣΕΕ 1(1)1-201.

Λαμπρίδης, Ε. (2004). *Σtereότυπο προκατάληψη κοινωνική ταυτότητα. Μελετώντας τις δυναμικές της κοινωνικής αναπαράστασης για τους τσιγγάνους*. Αθήνα: Gutenberg, 11-105.

Μαλαβάζος, Θ., και συν. (2019). Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα και η Κοινωνική Δικαιοσύνη στο χώρο της υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα*, 11(1):29-42.

Μωραΐτης, Ε. (2003). Το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας στην Ελλάδα σήμερα, ως μέρος του ευρύτερου συστήματος Κοινωνικής Προστασίας: Προκλήσεις και Προοπτικές. ΕΣΔΔ: Τμήμα κοινωνικής διοίκησης, 1-143.

Παπαστάμου, Σ. (1996). *Σύγχρονες έρευνες στην κοινωνική ψυχολογία. Κοινωνικές αναπαραστάσεις*. Αθήνα: Οδυσσέας 80-145.

Παρασκευόπουλος, Ι. (1993). *Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας. Έννοια, χαρακτηριστικά, είδη και στάσεις της επιστημονικής έρευνας*. Αθήνα: ιδιωτική έκδοση, 8-190.

PROGRESS. (2007-2013). Ποιόν έχω απέναντι μου. Οδηγός διαφορετικότητας για δημόσιους υπαλλήλους με σκοπό την καταπολέμηση των διακρίσεων. *Συνήγορος του πολίτη*, 6:1-6.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο είναι μια μελέτη στο πλαίσιο διπλωματικής εργασίας και διενεργείται υπό την έγκριση του τμήματος «Διοίκησης Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.

Η παρούσα έρευνα έχει σκοπό να διερευνήσει τις απόψεις και τις στάσεις των Νοσηλευτών του συγκεκριμένου νοσοκομείου, έναντι στις ιδιαιτερότητες της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας των Ρομά. Περιλαμβάνονται ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν τη γνώση και τη συμπεριφορά σας στην καθημερινή φροντίδα που παρέχετε.

Παρακαλούμε, διαβάστε με προσοχή το ερωτηματολόγιο και απαντήστε με ειλικρίνεια. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Αυτό που ζητάμε από εσάς είναι η προσωπική σας άποψη. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και αφορά μόνο εργαζόμενους νοσηλευτές όλων των βαθμίδων εκπαίδευσης. Οι απαντήσεις θα διασφαλιστούν με σεβασμό στα προσωπικά δεδομένα σας.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη βοήθειά σας και τη συμμετοχή σας. Για οποιαδήποτε διευκρίνιση επικοινωνήστε στο ακόλουθο ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: theomalava@windowslive.com, ή τηλέφωνο: 6945168393 (Μαλαβάζος Θεοδόσιος).

**ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ
ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Παρακαλώ σημειώστε με Χ εάν συναινείτε στα παρακάτω:

1. Βεβαιώνω ότι έχω κατανοήσει τις πληροφορίες σχετικά με την παρούσα έρευνα. _____
2. Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου στην παρούσα έρευνα είναι εθελοντική και ότι είμαι ελεύθερος/η να αποχωρήσω οποιαδήποτε στιγμή, δίχως να λογοδοτήσω και δίχως να έχω καμία συνέπεια στα δικαιώματά μου. _____
3. Κατανοώ ότι μπορώ οποιαδήποτε στιγμή να ζητήσω να έχω πρόσβαση σε όποιες πληροφορίες παράσχω και μπορώ να απαιτήσω την καταστροφή τους. _____
4. Στο ερωτηματολόγιο το οποίο συμπληρώνω δεν γράφω το όνομά μου και η συμμετοχή μου θα είναι ανώνυμη. _____
5. Συμφωνώ να καταγραφούν οι απαντήσεις μου και να χρησιμοποιηθούν στην παραπάνω έρευνα. Τα στοιχεία που θα συμπληρώσω θα χρησιμοποιηθούν μόνο για στατιστική ανάλυση της παρούσας έρευνας. _____

Βάλτε (X) όπου εκφράζεται η άποψη σας

Φύλο:

Άρρεν___ Θήλυ___ Μη προσδιορισμένο___

Ηλικία:

Η απάντηση σας ___ (αναγράψτε την ηλικία σας)

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος/η ___

Έγγαμος/η ___ (συμπεριλαμβανομένου και του συμφώνου συμβίωσης)

Χήρος/α ___

Διαζευγμένος/η ___

Δεν απαντώ___

Έχετε τέκνα/παιδιά:

Ναι ___

Όχι___

Υπηκοότητα:

Ελληνική ___

Άλλο: _____

Επαγγελματική βαθμίδα:

ΠΕ νοσηλεύτης/τρια ___

ΤΕ νοσηλεύτης/τρια ___

ΔΕ νοσηλεύτης/τρια ___

Επαγγελματική εμπειρία. Πόσα χρόνια εργάζεστε;

Η απάντησή σας ____ (αναγράψτε πόσα χρόνια εργάζεστε)

Έχετε στην κατοχή σας κάποιον από τους παρακάτω τίτλους σπουδών;

Μεταπτυχιακό ____

Διδακτορικό ____

Μεταπτυχιακό και Διδακτορικό ____

Τομέας δραστηριοποίησης. Σε ποιο τμήμα εργάζεστε;

Αιματολογικό ____

Αιμοδοσία ____

Αιμοδυναμικό ____

Αναισθησιολογικό ____

Αποστείρωση ____

Γενική χειρουργική ____

Διοίκηση νοσηλευτικής υπηρεσίας ____

Καρδιολογική ____

Μαιευτική- γυναικολογική ____

ΜΑΦ ____

ΜΕΘ 2Θ ____

ΜΕΘ 1 ____

ΜΕΚ Μονάδα εμφραγμάτων ____

Μονάδα τεχνητού νεφρού ____

Νευρολογική-Νευροχειρουργική ____

Ορθοπαιδική ____

Ουρολογική ΩΡΛ ____

Παθολογική Α' ____

Παθολογική Β' ____

Παιδιατρική ____

Πνευμονολογική ____

ΤΕΙ Τακτικά εξωτερικά ιατρεία ____

ΤΕΠ ____

Χειρουργείο ____

Ψυχιατρική ____

Νοσηλεύτης ειδικότητας ____

Έχετε παρακολουθήσει κάποιο μάθημα, σεμινάριο ή ημερίδα με θέμα τις «μειονότητες»;

Ναι ____

Όχι ____

Με πόσους Ρομά συναναστρέφεστε καθημερινά;

Λιγότερους από 3 ημερησίως ___

4 έως 7 ___

8 ή περισσότερους ___

Από το σύνολο των ασθενών του τμήματός σας, πόσοι από αυτούς είναι Ρομά;

0% - 10% ___

10% - 20% ___

20% - 30% ___

30% - 40% ___

40% - 50% ___

50% + ___

Οι Ρομά ασθενείς είναι επιθετικοί και επικίνδυνοι.

Συμφωνώ ___

Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ ___

Διαφωνώ ___

Οι Ρομά ασθενείς εκμεταλλεύονται τα κοινωνικά οφέλη που τους προσφέρει το κράτος.

Συμφωνώ ___

Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ ___

Διαφωνώ ___

Οι Ρομά ασθενείς είναι περισσότερο απαιτητικοί σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.

Συμφωνώ ___

Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ ___

Διαφωνώ ___

Οι Ρομά ασθενείς δραματοποιούν συχνά και υπερβάλλουν στα προβλήματα υγείας τους.

Συμφωνώ ___

Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ ___

Διαφωνώ ___

Συχνά οι Ρομά ασθενείς δεν τηρούν τους κανόνες των υπηρεσιών υγείας.

Συμφωνώ ___ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ ___ Διαφωνώ ___

Όταν οι Ρομά ασθενείς έρχονται στο νοσοκομείο συμπεριφέρονται σαν θύματα.

Συμφωνώ ___ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ ___ Διαφωνώ ___

Νιώθω ασφαλής όταν εργάζομαι με Ρομά ασθενείς.

Συμφωνώ ___ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ ___ Διαφωνώ ___

Οι Ρομά είναι άξιοι σεβασμού.

Συμφωνώ ___ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ ___ Διαφωνώ ___

Υπάρχει δυσκολία επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ Ρομά ασθενών και νοσηλευτών;

Συμφωνώ ___ Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ ___ Διαφωνώ ___

Αν η απάντησή σας είναι «Συμφωνώ», ποια κατά τη γνώμη σας είναι τα αίτια που δυσχεραίνουν την επικοινωνία και τη συνεργασία σας με τους Ρομά;

Η διαφορετική κουλτούρα ___

Το μειωμένο μορφωτικό επίπεδο τους ___

Η γλώσσα (διάλεκτος) που χρησιμοποιούν ___

Όλα τα παραπάνω ___

Άλλο _____

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

Πίνακας 17: Ανάλυση όλων των δημογραφικώς στοιχείων.

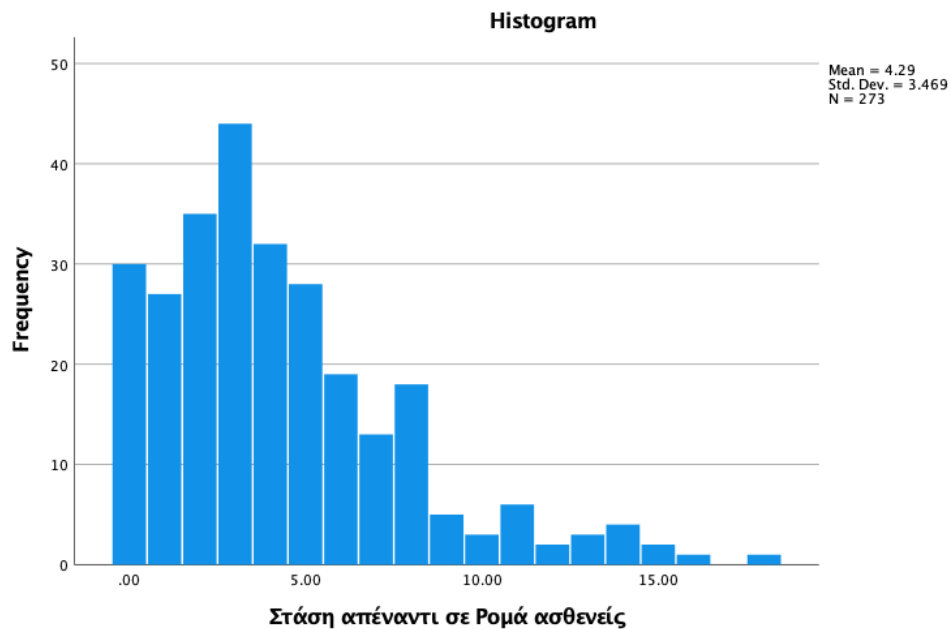
		Count	Column N %
Φύλο	Ανδρας	34	12.5%
	Γυναίκα	239	87.5%
Ηλικία	18 - 29	32	11.7%
	30 - 39	74	27.1%
	40 -49	116	42.5%
	50 - 59	48	17.6%
	60 -69	3	1.1%
	70 +	1	0.4%
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος/η	75	27.5%
	Έγγαμος/η (συμπεριλαμβανομένου και του συμφώνου συμβίωσης)	167	61.2%
	Διαζευγμένος/η	28	10.3%
	Χήρος/α	2	0.7%
	Δεν απαντώ	1	0.4%
Έχετε παιδιά;	Όχι	95	34.8%
	Ναι	178	65.2%
Υπηκοότητα	Ελληνική	272	99.6%
	Αλβανική	1	0.4%
Εκπαιδευτικό Υπόβαθρο	Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης	86	31.5%
	Απόφοιτος ΤΕΙ	110	40.3%
	Απόφοιτος ΑΕΙ	13	4.8%
	Απόφοιτος ΤΕΙ και κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών	44	16.1%
	Απόφοιτος ΑΕΙ και κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών	19	7.0%
	Απόφοιτος ΑΕΙ και κάτοχος διδακτορικού τίτλου σπουδών	1	0.4%
Επαγγελματική εμπειρία. Πόσα χρόνια εργάζεστε;	0 - 5	43	15.8%
	6 -10	32	11.7%
	11 - 15	69	25.3%
	16 - 20	44	16.1%
	21 - 25	50	18.3%
	26 - 30	15	5.5%
	31 - 35	17	6.2%
	36 - 40	2	0.7%
	40 +	1	0.4%
Έχετε παρακολουθήσει κάποιο μάθημα, σεμινάριο ή ημερίδα με θέμα τις «μειονότητες»;	Όχι	218	79.9%
	Ναι	55	20.1%
Με πόσους Ρομά συναναστρέφεστε καθημερινά;	Λιγότερους από 3 ημερησίως	34	12.5%
	4 έως 7	197	72.2%
	8 ή περισσότερους	42	15.4%
Από το σύνολο των ασθενών του τμήματος σας, πόσοι από αυτούς είναι Ρομά;	0% - 10%	177	64.8%
	10% - 20%	29	10.6%
	20% - 30%	19	7.0%
	30% - 40%	18	6.6%
	40% - 50%	11	4.0%
	50% +	19	7.0%
Τομέας δραστηριοποίησης. Σε ποιο τμήμα εργάζεστε;	Αιματολογικό	1	0.4%
	Αιμοδοσία	9	3.3%
	Αιμοδυναμικό	2	0.7%
	Αναισθησιολογικό	10	3.7%
	Αποστείρωση	6	2.2%
	Γενική χειρουργική	14	5.1%
	Διοίκηση νοσηλευτικής υπηρεσίας	3	1.1%
	Καρδιολογική	9	3.3%
	ΜΑΦ	11	4.0%
	ΜΕΘ 2Θ	18	6.6%
	ΜΕΘ 1	28	10.3%
	ΜΕΚ Μονάδα εμφραγμάτων	10	3.7%
	Μονάδα τεχνητού νεφρού	8	2.9%
	Νευρολογική-Νευροχειρουργική	13	4.8%
	Ορθοπεδική	14	5.1%
	Ουρολογική - ΩΡΛ	9	3.3%
	Παθολογική Α΄	16	5.9%
	Παθολογική Β΄	14	5.1%

Παιδιατρική	6	2.2%
Πνευμονολογική	17	6.2%
ΤΕΙ Τακτικά εξωτερικά ιατρεία	10	3.7%
ΤΕΠ Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	22	8.1%
Χειρουργείο	14	5.1%
Ψυχιατρική	9	3.3%

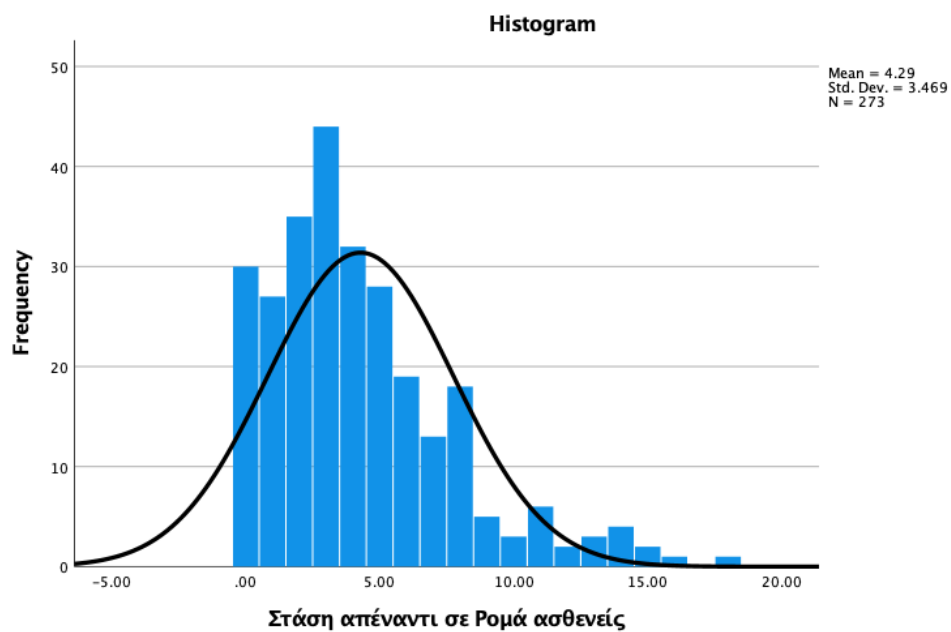
Πίνακας 18: Πλήρη αποτελέσματα ανάλυσης συντελεστή γραμμικής συσχέτισης.

		Στάση απέναντι σε Ρομά ασθενείς	Φύλο	Ηλικία	Οικογενειακή Κατάσταση	Έχετε παιδιά;	Επαγγελματική εμπειρία.	Παρακολούθηση Σεμιναρίου	Καθημερινή Συναναστροφή με Ρομά.	Ποσοστό Ρομά Ασθενών.	Εκπαιδευτικό Υπόβαθρο
Pearson Correlation	Στάση απέναντι σε Ρομά ασθενείς	1,000	0,018	-0,075	-0,043	-0,080	-0,016	0,096	0,080	-0,173**	0,324**
	Φύλο	0,018	1,000	-0,172**	0,017	-0,066	-0,124*	0,024	0,042	0,066	0,014
	Ηλικία	-0,075	-0,172**	1,000	0,357**	0,428**	0,777**	0,147**	0,003	0,073	0,002
	Οικογενειακή Κατάσταση	-0,043	0,017	0,357**	1,000	0,596**	0,310**	-0,027	0,023	0,130*	0,067
	Έχετε παιδιά;	-0,080	-0,066	0,428**	0,596**	1,000	0,383**	-0,112*	0,055	0,007	0,005
	Επαγγελματική εμπειρία.	-0,016	-0,124*	0,777**	0,310**	0,383**	1,000	0,066	0,002	0,100	0,057
	Παρακολούθηση Σεμιναρίου	0,096	0,024	0,147**	-0,027	-0,112*	0,066	1,000	0,163**	0,050	0,324**
	Καθημερινή Συναναστροφή με Ρομά ;	0,080	0,042	0,003	0,023	0,055	0,002	0,163**	1,000	-0,225**	0,026
	Ποσοστό Ρομά Ασθενών.	-0,173**	0,066	0,073	0,130*	0,007	0,100	0,050	-0,225**	1,000	0,043
	Εκπαιδευτικό Υπόβαθρο	0,324**	0,014	0,002	0,067	0,005	0,057	0,324	0,026	0,043	1,000
Sig. (1-tailed)	Στάση απέναντι σε Ρομά ασθενείς		0,382	0,108	0,237	0,095	0,398	0,057	0,094	0,002	0,000
	Φύλο	0,382		0,002	0,387	0,139	0,021	0,350	0,245	0,137	0,411
	Ηλικία	0,108	0,002		0,000	0,000	0,000	0,008	0,477	0,115	0,486
	Οικογενειακή Κατάσταση	0,237	0,387	0,000		0,000	0,000	0,326	0,350	0,016	0,133
	Έχετε παιδιά;	0,095	0,139	0,000	0,000		0,000	0,032	0,182	0,453	0,469
	Επαγγελματική εμπειρία.	0,398	0,021	0,000	0,000	0,000		0,139	0,488	0,050	0,174
	Παρακολούθηση Σεμιναρίου	0,057	0,350	0,008	0,326	0,032	0,139		0,004	0,204	0,000
	Καθημερινή Συναναστροφή με Ρομά ;	0,094	0,245	0,477	0,350	0,182	0,488	0,004		0,000	0,336
	Ποσοστό Ρομά Ασθενών.	0,002	0,137	0,115	0,016	0,453	0,050	0,204	0,000		0,239
	Εκπαιδευτικό Υπόβαθρο	0,000	0,411	0,486	0,133	0,469	0,174	0,000	0,336	0,239	

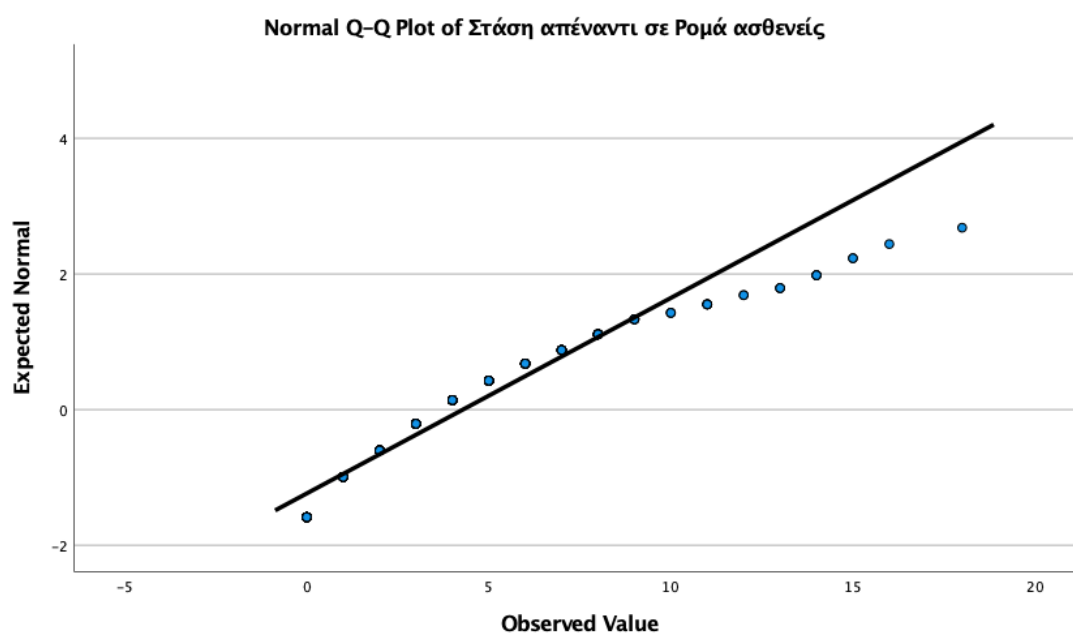
Σχήμα 1: Παρουσίαση συχνότητας της μεταβλητής: «Στάσεις έναντι των Ρομά ασθενών».



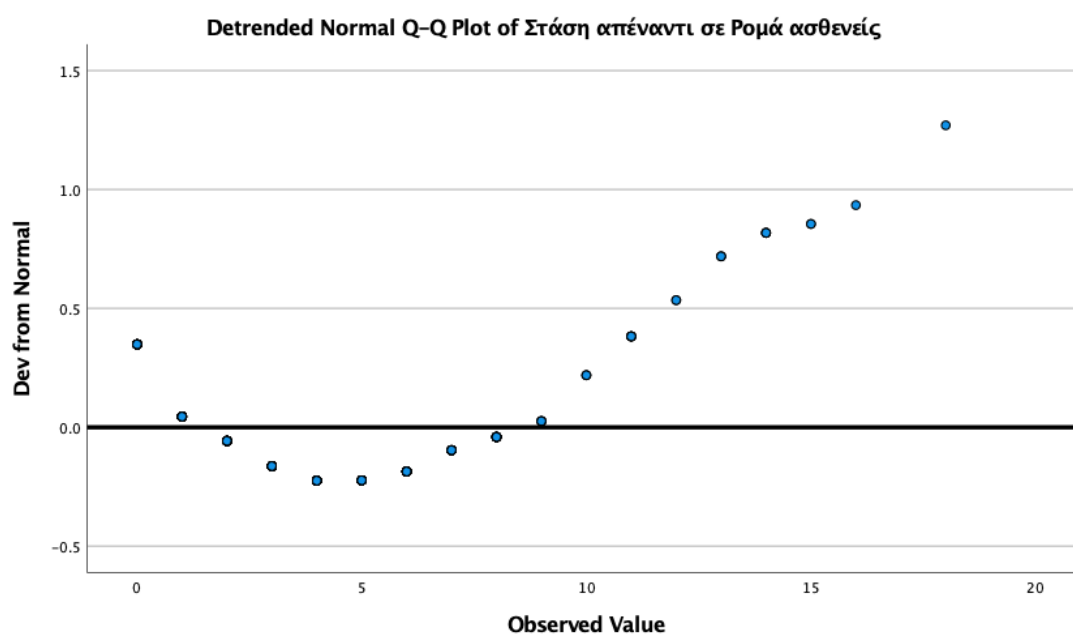
Σχήμα 2: Παρουσίαση συχνότητας της μεταβλητής: «Στάσεις έναντι των Ρομά ασθενών».



Σχήμα 3: Διάγραμμα κανονικότητας της μεταβλητής «Στάσεις έναντι των Ρομά».



Σχήμα 4: Διάγραμμα απόκλισης της κανονικότητας της μεταβλητής «Στάσεις έναντι των Ρομά».



Πίνακας 19: Αποτελέσματα ανάλυσης One-way ANOVA σχετικά με το φύλο.

ANOVA					
Στάση απέναντι σε Ρομά ασθενείς					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1.097	1	1.097	.091	.763
Within Groups	3272.617	271	12.076		
Total	3273.714	272			

Πίνακας 20: Αποτελέσματα ανάλυσης One-way ANOVA σχετικά με την ηλικία.

ANOVA					
Στάση απέναντι σε Ρομά ασθενείς					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	146.743	4	36.686	3.144	.015
Within Groups	3126.971	268	11.668		
Total	3273.714	272			

Πίνακας 21: Αποτελέσματα ανάλυσης One-way ANOVA σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση.

ANOVA					
Στάση απέναντι σε Ρομά ασθενείς					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	102.081	4	25.520	2.156	.074
Within Groups	3171.633	268	11.834		
Total	3273.714	272			

Πίνακας 22: Αποτελέσματα ανάλυσης One-way ANOVA σχετικά με τα παιδιά.

ANOVA					
Στάση απέναντι σε Ρομά ασθενείς					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	20.757	1	20.757	1.729	.190
Within Groups	3252.957	271	12.004		
Total	3273.714	272			

Πίνακας 23: Αποτελέσματα ανάλυσης One-way ANOVA σχετικά με την επαγγελματική εμπειρία.

ANOVA					
Στάση απέναντι σε Ρομά ασθενείς					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	57.598	8	7.200	.591	.785
Within Groups	3216.116	264	12.182		
Total	3273.714	272			

Πίνακας 24: Αποτελέσματα ανάλυσης One-way ANOVA σχετικά με παρακολούθηση σεμιναρίου.

ANOVA					
Στάση απέναντι σε Ρομά ασθενείς					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	29.979	1	29.979	2.505	.115
Within Groups	3243.735	271	11.970		
Total	3273.714	272			

Πίνακας 25: Αποτελέσματα ανάλυσης One-way ANOVA σχετικά με πόσους Ρομά συναναστρέφεστε.

ANOVA					
Στάση απέναντι σε Ρομά ασθενείς					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	75.897	2	37.949	3.204	.042
Within Groups	3197.817	270	11.844		
Total	3273.714	272			

Πίνακας 26: Αποτελέσματα ανάλυσης One-way ANOVA σχετικά με το σύνολο των ασθενών.

ANOVA					
Στάση απέναντι σε Ρομά ασθενείς					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	148.353	5	29.671	2.535	.029
Within Groups	3125.361	267	11.705		
Total	3273.714	272			

Πίνακας 27: Αποτελέσματα ανάλυσης One-way ANOVA σχετικά με την εκπαίδευση.

ANOVA					
Στάση απέναντι σε Ρομά ασθενείς					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	494.196	5	98.839	9.494	.000
Within Groups	2779.518	267	10.410		
Total	3273.714	272			

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.