



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ

«ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ**

**ΘΕΜΑ: «Πρωτοβάθμια φροντίδα και εκτίμηση αναγκών υγείας.**

**Η περίπτωση των προσφύγων από εμπόλεμες περιοχές στο  
Ηράκλειο Κρήτης»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΦΟΙΤΗΤΗΣ:**

**ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΒΑΣΙΛΑΚΗΣ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΖΑΪΜΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**

**ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ: ΤΖΑΝΑΚΗΣ ΜΑΝΟΛΗΣ**

**ΓΚΟΥΝΗΣ ΚΩΣΤΑΣ**

**Ρέθυμνο 2019**

*«Η μάχη κατά της αρρώστιας πρέπει να βασίζεται στην αρχή της δημιουργίας ενός γέρου σώματος, όχι μέσω της περίτεχνης εργασίας ενός γιατρού πάνω σ' έναν αδύναμο οργανισμό, αλλά δημιουργώντας ένα γερό σώμα μέσω της δουλειάς ολόκληρου του συνόλου, ιδιαίτερα ολόκληρου του κοινωνικού συνόλου.*

*Μια μέρα η ιατρική θα πρέπει να γίνει μια επιστήμη που θα προλαμβάνει τις ασθένειες, που θα προσανατολίζει το κοινό προς τις ιατρικές υποχρεώσεις του και η οποία θα χρειάζεται να παρεμβαίνει μόνο σε περιπτώσεις εξαιρετικά επείγουσες για να πραγματοποιήσει μια χειρουργική επέμβαση ή να αντιμετωπίσει κάτι εξαιρετικά ασυνήθιστο στη νέα κοινωνία που δημιουργούμε.»*

*«Che Guevara, Ομιλία σε Κουβανούς φοιτητές Ιατρικής, 20/8/1960»*

## Ευχαριστίες

Το ταξίδι στον κόσμο της Κοινωνιολογίας ήταν μια μοναδική εμπειρία ζωής. Αποκορύφωμά του, η διπλωματική εργασία η οποία δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς την άμεση και έμμεση συμβολή μιας σειράς ανθρώπων.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου που πέρα από την στήριξή τους στο να ολοκληρώσω τις εξάχρονες μου σπουδές στην ιατρική με εξόπλισαν με τις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και ευαισθησίας, που ήταν το εφιαλτήριο για την ενασχόληση μου με τις κοινωνικές επιστήμες.

Έπειτα, θέλω να ευχαριστήσω την τριμελή επιτροπή, τους καθηγητές κοινωνιολογίας, Μανόλη Τζανάκη, Κώστα Γκούνη και ιδιαίτερα τον επιβλέποντα της εργασίας μου, Γιάννη Ζαϊμάκη. Αυτός ήταν που με μύησε στον κόσμο της Κοινωνιολογίας και μου έδωσε την ιδέα να ακολουθήσω τις μεταπτυχιακές σπουδές, με αποτέλεσμα να έχω μια επιστημονικά τεκμηριωμένη νέα οπτική τόσο για την κοινωνία όσο και το επάγγελμά μου.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω το προσωπικό του δημοτικού/κοινωνικού ιατρείου, τον καθηγητή Γενικής και Οικογενειακής Ιατρικής κύριο Λιονή, την καθηγήτρια του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας κυρία Παπαδακάκη και την υπεύθυνο γιατρό της δομής Φωτεινή Αναστασίου για την συνεργασία μας στην φροντίδα των προσφύγων και την βοήθειά τους στην διεξαγωγή της έρευνας που πραγματοποιήθηκε.

Ευχαριστώ, επίσης όλους τους πρόσφυγες που βρέθηκαν στο ιατρείο μου και δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα καθώς και τους μεταφραστές για την προθυμία τους και την σημαντικότερη συμβολή τους στο να πραγματοποιηθούν οι συνεντεύξεις

Τέλος, ευχαριστώ, τον αδερφό μου, τους συναδέλφους και τους φίλους που με στήριξαν, με συμβούλευσαν, με βοήθησαν με τις τεχνικές και επιστημονικές τους γνώσεις, και με ακολούθησαν σε μια σειρά επιστημονικών παρουσιάσεων της εργασίας, που έγιναν από τα Ανώγεια της Κρήτης μέχρι την Βηρυτό του Λιβάνου.

# Περιεχόμενα

## Μέρος 1<sup>ο</sup>

### **1. Θεωρητικό μέρος**

- 1.1 Θεωρητικές προσεγγίσεις των αναγκών σελ.12-18
- 1.2 Ζητήματα αναγκών Υγείας σελ. 19-21
- 1.3 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και κοινοτική φροντίδα σελ. 21-24
- 1.4 Το βιοϊατρικό μοντέλο στην Δυτική Ιατρική σελ.24-26

### **2. Ιστορικό-κοινωνικό μέρος. Το προσφυγικό ζήτημα στον 21<sup>ο</sup> αιώνα**

- 2.1 Η Συριακή κρίση σελ 27-28
- 2.2 Η έννοια του πρόσφυγα και η σκιαγράφιση του προφίλ του στον 21<sup>ο</sup> αιώνα σελ 28-30

### **3. Οι επιπτώσεις του πολέμου, της βίαιης εκτόπισης και της μετανάστευσης στην υγεία σελ. 31-36**

- 3.2. Ψυχική υγεία, Πόλεμος και Μετανάστευση σελ. 36-38
- 3.2 Το προσφυγικό τραύμα σελ. 38-43

### **4. Κοινωνική ένταξη και ενσωμάτωση σελ. 44-47**

## Μέρος 2<sup>ο</sup>

Οψεις Κοινωνικής Ένταξης και της Υγείας των προσφύγων στο Ηράκλειο Κρήτης

### **5. Μεθοδολογία έρευνας**

- 5.1 Σκοπός της έρευνας σελ.48
- 5.2 Πεδίο της έρευνας σελ.49
- 5.3 Επιλογή της ερευνητικής μεθόδου σελ.50-5
- 5.4 Ημιδομημένες συνεντεύξεις και Focus Group σελ.51-52
- 5.5 Ερευνητικοί άξονες σελ.53-57
- 5.6 Δεοντολογικά ζητήματα, Ιδιαιτερότητες και εμπόδια της έρευνας σελ.57-58

### **6.Δευτερογενή δεδομένα σελ.59-63**

- 6.1 Οι διαδικασίες κοινωνικής ένταξης στο Ηράκλειο Κρήτης σελ.64-66

## **7. Ανάλυση συνεντεύξεων**

7.1 Αιτίες προσφυγοποίησης σελ. 68-72

7.2 Το τραύμα και οι επιπτώσεις του πολέμου στην υγεία των προσφύγων σελ. 72-77

7.3 Η επίδραση των διαδικασιών κοινωνικής ένταξης στην υγεία των προσφύγων  
σελ.78-80

## **8. Ανάλυση focus group σελ.81-88**

# **Μέρος 3<sup>ο</sup>**

## **9.Συμπεράσματα- Συζήτηση σελ.89-99**

**10.Προτάσεις για ένα κοινοτικό μοντέλο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για τους πρόσφυγες σελ.100-104**

**11. Βιβλιογραφία σελ.105-107**

**12. Παράρτημα σελ 108-111**

## Περίληψη

Η συριακή κρίση αποτέλεσε το εφαλτήριο της μεγαλύτερης βίαιης μετακίνησης πληθυσμών στον 21<sup>ο</sup> αιώνα. Η Ελλάδα λειτούργησε ως πύλη εισόδου για τις προσφυγικές ροές από την Μέση Ανατολή με αποτέλεσμα να δεχτεί στα σύνορά της εκατομμύρια πρόσφυγες. Το προσφυγικό ζήτημα τέθηκε έτσι με νέους όρους στην χώρα μας και οι ανάγκες μέσα σε ένα περιβάλλον οικονομικής κρίσης και λιτότητας πολλαπλασιάστηκαν. Το αγαθό της υγείας για τον πληθυσμό των προσφύγων αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την επιβίωση και την ποιότητα ζωής τους. Ο πόλεμος, η μετανάστευση και η μετεγκατάσταση σε ένα νέο πολιτισμικό περιβάλλον επηρεάζουν ποικιλοτρόπως την υγεία των προσφύγων δημιουργώντας ιδιαίτερες προκλήσεις για την φροντίδα υγείας των ανθρώπων αυτών. Καθοριστικό ρόλο καλείται να παίζει η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μέσω ενός προσβάσιμου, βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου παροχής υγείας σε επίπεδο κοινότητας και η ανίχνευση των αναγκών υγείας του ιδιαίτερου αυτού πληθυσμού. Η εκτίμηση των αναγκών υγείας των προσφύγων σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα βασιστεί στην κοινωνική προσέγγιση η οποία βάζει στο επίκεντρο τον άνθρωπο δίνοντας έμφαση στις κοινωνικές συνθήκες που ζει. Λαμβάνοντας υπόψη αυτήν την ανθρωποκεντρική θεώρηση χρησιμοποιήθηκε η ποιοτική έρευνα μέσω των focus group και των ημιδομημένων συνεντεύξεων που πραγματοποιήθηκαν στο Δημοτικό-Κοινωνικό Ιατρείο Ηρακλείου, την πρωτοβάθμια δομή υγείας που ήταν επιφορτισμένη με την φροντίδα όλων των προσφύγων που κατέφθασαν στην πόλη από εμπόλεμες ζώνες.

Στόχος της έρευνας είναι να μελετηθούν ζητήματα ασθένειας που συνδέονται με τον πόλεμο και την προσφυγιά σε όλα τα στάδια της μετανάστευσης και να ανιχνευθούν οι ανάγκες υγείας σε ένα νέο πολιτισμικά περιβάλλον, αυτό της μετεγκατάστασης των προσφύγων στο Ηράκλειο Κρήτης. Σε αυτήν την κατεύθυνση θα εξεταστούν μέσα από τους λόγους των ίδιων των υποκειμένων οι παράγοντες που έχουν θετικό ή αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία τους και θα αναδειχθεί η κοινωνική εμπειρία της εμπόλεμης κατάστασης και η επίπτωσή της στην υγεία και την ψυχοκοινωνική κατάσταση των προσφύγων. Απώτερος στόχος είναι να αναπτυχθεί

έναν προβληματισμό και να διαμορφωθούν προτάσεις για ένα κοινοτικό μοντέλο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για τους πρόσφυγες από εμπόλεμες ζώνες. Από τα ευρήματα της έρευνας διαφαίνεται πως οι πρόσφυγες φαίνεται να υποφέρουν κυρίως από προβλήματα που αφορούν την ψυχική υγεία και σε ορισμένες περιπτώσεις εκδηλώνονται ως σωματικές ασθένειες. Τα προβλήματα αυτά τα κληροδότησαν σε διάφορες φάσεις της μετανάστευσής τους ενώ η υγεία τους φαίνεται να βελτιώνεται όταν βρεθούν σε ένα κοινοτικό περιβάλλον στο οποίο καλύπτονται σε κάποιο βαθμό βασικές ανάγκες υγείας και οι πρόσφυγες αισθάνονται ότι είναι κοινωνικά αποδεκτοί. Σημαντικό ρόλο στην υγεία των προσφύγων παίζει η εκπλήρωση των βασικών αναγκών τους, η εύκολη δωρεάν πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ο σεβασμός στην πολιτιστική ιδιαιτερότητά τους και η προσπάθεια εξασφάλισης αυτονομίας και κοινωνικής συμμετοχής στην τοπική κοινωνία. Η εκμάθηση της ελληνικής γλώσσας, η συμμετοχή στις δραστηριότητες της κοινότητας, η δυνατότητα εξεύρεσης εργασίας, η αποφυγή της γκετοποίησης, του ρατσισμού και του κοινωνικού αποκλεισμού φαίνεται να έχουν θετική επίδραση στην υγεία τους όπως περιγράφουν οι ίδιοι.

Ο έμφυλες σχέσεις και διακρίσεις αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγιή διαβίωση του συγκεκριμένου πληθυσμού. Η κυριαρχία πατριαρχικών αντιλήψεων περιορίζει τους ρόλους των γυναικών στο οικιακό χώρο και εμποδίζει την γυναικεία αυτονομία και ανεξαρτησία. Η μετα-αποικιοκρατία, η παγκοσμιοποίηση και ο μη σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στις χώρες της Μέσης Ανατολής φαίνεται να αποτελούν τις αιτίες που γέννησαν τις προσφυγικές ροές, κάνοντας επιτακτική την εξεύρεση λύσης από την παγκόσμια κοινότητα. Η υγεία των προσφύγων, όπως και όλων των ανθρώπων οφείλει να περιγράφεται σε ένα σύνθετο βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο, μιας και οι κοινωνικές διεργασίες, όπως είναι ο πόλεμος η μετανάστευση, και οι διαδικασίες κοινωνικής ένταξης επιδρούν στην υπόσταση του ανθρώπου παίζοντας κρίσιμο ρόλο στην υγεία του.

## **Abstract**

The Syrian crisis was the starting point for the largest violent population movement in the 21st century. Greece was the gateway to refugee flows from the Middle East and became a host country of millions of refugees. In this way the refugee issue has been set on new terms in our country and the needs in an economic crisis and austerity environment have been multiplied. War, emigration and resettlement in a new cultural environment affect in various ways the refugee health creating specific challenges for the health care of these people. Primary Health Care is called out to play a determinant role through an accessible biopsychosocial model of health benefits on a community level and the health needs detection of this particular population. The health needs assessment of the refugees on a Primary Health Care level will be grounded on the social access which focuses on the human being, emphasizing on the social conditions he lives in. Taking into consideration this anthropocentric view?? a qualitative research was used by the focus group and the semi-structured interviews which took place in the Primary Health Care Unit which was assigned the care of all refugees who have arrived in the city from zones at war. The object of this research is to investigate disease issues connected to war through all the stages of emigration and to trace the health needs in a new cultural environment in Heraklion Crete. Not only the factors which have a positive or negative impact on their health will be explored through the individual speeches but the social experience of the state of war and its effects on the health and the refugee psychosocial condition will be highlighted as well. The ultimate goal of this research is to develop concerns and also to make suggestions on a community based Primary Health Care model for refugees from warring zones. The research findings reveal that refugees seem to suffer mostly from mental health issues which in some cases develop as physical diseases. These problems have been created during various stages of their emigration while their health seems to be improved when they find themselves in a community environment where their essential health needs are covered and refugees feel that they are socially acceptable. The fulfilment of refugees' essential needs, the easy free access to medical



care, the respect to their cultural individuality, the effort to reassure autonomy and their social participation in local society, is of great importance to their health. As they themselves describe learning the Greek language, participating in social activities, being able to find a job, keeping out of ghettoization, racism and social exclusion seem to have a positive impact on their health.

Gender issues and discrimination are important factors that affect healthy living conditions of this specific population. The domination of patriarchal perceptions restricts the woman's part in the home space and restrains female autonomy and independence. The post- colonialism, the globalization, the disrespect of the human rights in the Middle East countries seem to form the causes that have created the refugee flows, making the problem solution from the global community urgent. The health not only of refugees but of all human beings has to be described in a complex biopsychosocial frame as far as social processes such as the war, emigration and social incorporation procedure have an effect on human existence and play a crucial part in his health.

## Εισαγωγή

Με το ξέσπασμα της Συριακής κρίσης το 2011 εκτιμάται ότι 5 εκατομμύρια άνθρωποι, αναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν την χώρα τους δημιουργώντας την μαζικότερη προσφυγική κίνηση πληθυσμών προς την Ευρώπη μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο. Η χώρα μας αποτέλεσε την πύλη εισόδου των προσφυγικών αυτών ροών με αποτέλεσμα εκατοντάδες χιλιάδες άνθρωποι να περάσουν στα ελληνικά νησιά την διετία 2015-2016. Ο πόλεμος, η βίαιη εκτόπιση, η μετανάστευση και η μετεγκατάσταση σε ένα νέο πολιτισμικό περιβάλλον επηρεάζουν την υγεία και τραυματίζουν την φυσική και ψυχική υπόσταση του ανθρώπου. Οι διαδικασίες κοινωνικής ένταξης και η αποτελεσματική παροχή υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε έναν μεγάλο πληθυσμό εγκατεστημένων προσφύγων με αυξημένες ανάγκες, πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και πιθανότητες αποκλεισμού, αποτελεί πρόκληση για την χώρα μας η οποία βρίσκεται στην μέση μιας από τις μεγαλύτερες οικονομικές κρίσεις της ιστορίας της. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας καλείται να παίξει πρωταγωνιστικό ρόλο ως πυλώνας υγείας σε μια κατάσταση διπλής, οικονομικής και προσφυγικής κρίσης. Η εκτίμηση αναγκών υγείας στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελεί ένα εργαλείο ώστε οι περιορισμένοι πόροι να κατανεμηθούν με τον αποδοτικότερο τρόπο, αλλά και ταυτόχρονα να προωθηθεί η υγεία με το ολιστικό της πρότυπο, όπως την διατύπωσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization-WHO) λαμβάνοντας υπόψιν το κοινωνικό, ψυχολογικό και πολιτισμικό υπόβαθρο των ανθρώπων αυτών. Μια τέτοια εκτίμηση αναγκών οφείλει να είναι ανθρωποκεντρική και να δομείται με βάση τις επιθυμίες, τις αξίες, τις προσδοκίες και τις ανάγκες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Η πόλη του Ηρακλείου αποτέλεσε ένα δεύτερο σταθμό μετεγκατάστασης εκατοντάδων προσφύγων μετά τα hot spot των νησιών του Αιγαίου, όπου οι συνθήκες παραμονής αποκτούν έναν πιο μόνιμο χαρακτήρα και οι ανάγκες των ανθρώπων αυτών τροποποιούνται. Στόχος είναι να μελετηθούν οι επιπτώσεις του πολέμου και της μετανάστευσης στην υγεία των προσφύγων και κατά πόσο οι διαδικασίες κοινωνικής ένταξης στην τοπική κοινωνία δημιουργούν προϋποθέσεις για βελτίωση της υγείας

τους. Απώτερος σκοπός είναι η πρόταση ενός μοντέλου παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην τοπική κοινότητα που θα εξυπηρετεί τον προσφυγικό πληθυσμό.

Στο πρώτο μέρος της παρούσας εργασίας θα ασχοληθούμε με την θεωρητική ανάλυση των αναγκών της υγείας και της κοινωνικής ένταξης, προσπαθώντας να αποσαφηνίσουμε τους όρους και να τους συνδέσουμε μεταξύ τους με τρόπο που θα χρησιμέψει στην μελέτη. Στην συνέχεια θα γίνει μία εκτενής αναφορά στο προσφυγικό ζήτημα στον 21<sup>ο</sup> αιώνα με στόχο να σκιαγραφηθεί το προφίλ των προσφύγων. Με αφορμή την Συριακή κρίση, που έθεσε το προσφυγικό ζήτημα παγκοσμίως με νέους όρους, θα αποκαλυφθούν οι επιπτώσεις του πολέμου και της μετανάστευσης στην υγεία των ανθρώπων μέσα από ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας. Στο δεύτερο μέρος θα επικεντρωθούμε στην κοινωνική ένταξη, την υγεία και τις ανάγκες των προσφύγων στο Ηράκλειο Κρήτης που αποτελεί και το κύριο μέρος της μελέτης. Αφού αναλύσουμε την μεθοδολογία που επιλέχτηκε, θα γίνει εκτενής ανάλυση της έρευνας αντλώντας δεδομένα από δευτερογενείς πηγές, τις ημιδομημένες συνεντεύξεις και τα focus groups που πραγματοποιήθηκαν στο Δημοτικό-Κοινωνικό Ιατρείο Ηρακλείου Κρήτης. Τέλος θα εκτεθούν τα συμπεράσματα και θα γίνουν προτάσεις για ένα κοινοτικά προσανατολισμένο μοντέλο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για τους πρόσφυγες.

# ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

## 1. Θεωρητικό μέρος

### 1.1 Θεωρητικές προσεγγίσεις των αναγκών

Η εκπλήρωση των ανθρώπινων αναγκών αποτελεί μία διαδικασία απαραίτητη στις κοινωνίες προκειμένου ο άνθρωπος να επιβιώσει και στην συνέχεια να μπορέσει να γίνει δημιουργικός και να συμμετάσχει στην κοινωνική ζωή. Η εκπλήρωση των αναγκών είναι άρρηκτα συνδεδεμένη και με την υγεία των ανθρώπων. Σε καταστάσεις κρίσης, όπως είναι ο πόλεμος και η προσφυγιά όπου οι ανάγκες δεν ικανοποιούνται οι άνθρωποι γίνονται ευάλωτοι και θρυμματισμένοι ψυχικά και σωματικά. Η αποσαφήνιση και ιεράρχηση των αναγκών αποτελεί αναγκαία διαδικασία προκειμένου να τεθούν προτεραιότητες στην προσπάθεια να καλυφθούν αυτές, ιδιαίτερα σε ευαίσθητες ομάδες, όπως οι πρόσφυγες από εμπόλεμες ζώνες τους οποίους μελετά η παρούσα εργασία.

Ο όρος ανάγκη αποτελεί μια πολυσυζητημένη έννοια που έχει απασχολήσει πολλούς επιστημονικούς κλάδους και ρεύματα σκέψεων. Η εννοιολόγηση του όρου έχει προκαλέσει έντονες συζητήσεις στην επιστημονική κοινότητα αφού παρατηρείται ότι υπάρχουν έντονες διαφορές ιδεολογικού και επιστημολογικού χαρακτήρα στον τρόπο προσέγγισης των αναγκών. Σε γενικές γραμμές υπάρχουν τρεις διαφορετικές μέθοδοι προσέγγισης των αναγκών: η φιλοσοφική, η πραγματιστική και η οικονομική.

#### Φιλοσοφική προσέγγιση

Βασική αρχή της φιλοσοφικής προσέγγισης είναι ότι οι ανάγκες προσδιορίζονται ως αναγκαία μέσα για την επίτευξη θεμελιακών και οικουμενικών σκοπών του ανθρώπου όπως είναι η επιβίωση και η ευημερία ή ακόμα και η πραγμάτωση της βαθύτερης ανθρώπινης ουσίας. Μία κλασική φιλοσοφική

προσέγγιση είναι η μαρξιστική. Οι σκοπιές που εξετάζει ο K. Marx τις ανάγκες, σύμφωνα με την Heler, είναι η ιστορικοφιλοσοφική-ανθρωπολογική σκοπιά, η σκοπιά των αντικειμενοποιήσεων και η οικονομική σκοπιά.

Στην ιστορικοφιλοσοφική - ανθρωπολογική σκοπιά γίνεται διάκριση ανάμεσα στις φυσικά και τις κοινωνικά καθορισμένες ανάγκες. Οι φυσικές σχετίζονται με την βιολογική συντήρηση του ανθρώπου ενώ οι κοινωνικές καθορίζονται από ιστορικά κοινωνικά και πολιτιστικά πλαίσια. Η σκοπιά των αντικειμενοποιήσεων διακρίνει τις ανάγκες σε υλικές που στρέφονται σε υλικά προϊόντα (στέγη, ρούχα, τρόφιμα) και πνευματικές που αφορούν ανάγκες για κοινωνικές διεργασίες (πολιτική, συμμετοχή, κοινωνικοποίηση, συντροφικότητα). Τέλος, η οικονομική σκοπιά, την οποία επεξεργάζεται και περισσότερο ο Μαρξ, διακρίνει ξανά τις ανάγκες σε φυσικές και κοινωνικά και πολιτιστικά καθορισμένες. (Μανδαλάκης, 2013).

Ο καπιταλισμός που έχει ως απώτερο σκοπό την μεγιστοποίηση του κέρδους μέσα από τον καταναλωτισμό κατασκευάζει πλαστές ανάγκες οι οποίες δεν έχουν σχέση με την δημιουργική φύση του ανθρώπου. Οι ανθρώπινες ανάγκες εντάσσονται στο ευρύτερο θεωρητικό ενδιαφέρον του Μαρξ, το οποίο δεν περιορίζεται στην ανάλυση της κοινωνίας αλλά στην επαναστατική της αλλαγή. Ο επαναπροσδιορισμός των αναγκών προς όφελος της ανθρώπινης φύσης θα προκύψει σύμφωνα με τον Μαρξ μέσα από την διαμόρφωση της σοσιαλιστικής κοινωνίας και την αλλαγή των υπάρχουσών παραγωγικών σχέσεων (Heller, 2018).

### **Πραγματιστική προσέγγιση**

Αυτή η θεωρητική προσέγγιση χρησιμοποιώντας στοιχεία από επιστήμες όπως οι θετικές και η ψυχολογία προσπαθεί να ερμηνεύσει τις ανάγκες στο πλαίσιο το οποίο θεωρούνται ως βασικές προϋποθέσεις για την επιβίωση, την αναπαραγωγή και την λειτουργία του ανθρώπινου είδους. Τις σχετίζει κυρίως με αρνητικές εκφάνσεις της ανθρώπινης ζωής όπως η θνητότητα, η ασθένεια και η ανασφάλεια. Μια εκδοχή αυτής της προσέγγισης, στην οποία ανήκει η θεωρία ιεράρχησης των αναγκών του Maslow, εξισώνει τις ανάγκες με τις ορμές (drives). Η ανάγκη συνιστά μία κινητήρια δύναμη που πηγάζει από μία κατάσταση ανισορροπίας και έντασης σε ένα οργανισμό που οφείλεται στην έλλειψη ή στην απουσία της ικανοποίησης σημαντικών για την ανθρώπινη οντότητα επιθυμιών (Ζαϊμάκης, 2002)

Ο Maslow με την ιεράρχηση αναγκών προσπαθεί να υποδείξει ότι οι άνθρωποι κινητοποιούνται πρωτίστως για την ικανοποίηση των πλέον βασικών αναγκών προτού προχωρήσουν στην ικανοποίηση άλλων, πιο σύνθετων. Ιεραρχώντας τις ανάγκες ο Maslow, βάζει ως βασικές τις βιολογικές ανάγκες, που είναι απαραίτητες για την επιβίωση του ανθρώπινου είδους όπως το νερό, η τροφή και ο αέρας. Στη συνέχεια τοποθετεί τις ανάγκες ασφαλείας όπως η σταθερή απασχόληση, η υγεία, η ασφαλής γειτονιά και στέγη. Σε ανώτερο επίπεδο ο Maslow τοποθέτησε τις ανάγκες κοινωνικής αποδοχής, όπως τις φιλίες, τις οικογενειακές σχέσεις και τη συμμετοχή σε κοινωνικές ομάδες. Τέλος στο υψηλότερο επίπεδο της ιεράρχησης τοποθέτησε τις ανάγκες αυτοεκτίμησης, το αίσθημα δηλαδή της κοινωνικής αναγνώρισης και επιτυχίας και τις ανάγκες αυτοπραγμάτωσης, την υψηλή δηλαδή προτεραιότητα στην προσωπική ανάπτυξη και την εκπλήρωση των ικανοτήτων του ατόμου (Maslow, 2011).

Η θεωρία του Maslow έχει δεχθεί κριτική στο ότι δεν λαμβάνει στην ιεράρχηση των αναγκών ιδιαιτερότητες κοινωνιών και υποομάδων. Ομάδες με διαφορετικές πολιτισμικές καταβολές όπως των προσφύγων που μελετάμε μπορεί να έχουν διαφορετικές ιεραρχήσεις. Ακόμα δεν γίνεται διάκριση ανάμεσα στα κίνητρα και τις ανάγκες ως οικουμενικούς σκοπούς των οποίων η έλλειψη θα δημιουργήσει σημαντικές βλάβες στον άνθρωπο. Η προσέγγιση αυτή θα βοηθούσε στην σύνδεση των αναγκών με την φυσική και ψυχική υγεία του ανθρώπου (Ζαϊμάκης, 2002).

Η θεώρηση που προσεγγίζει τις ανάγκες ως στρατηγικές στα πλαίσια οικουμενικών σκοπών που αν δεν επιτευχθούν θα προκαλέσουν σημαντικές βλάβες στον άνθρωπο είναι αυτή των Doyal & Cough.

Οι θεωρητικοί αυτοί υποστηρίζουν πως δύο είναι οι ανάγκες που πρέπει να εκπληρωθούν ώστε να υπάρξει η κοινωνική ζωή στον άνθρωπο. Η ανάγκη για επιβίωση και φυσική υγεία, η οποία αποτελεί βασική προϋπόθεση για την σωματική, νοητική και συναισθηματική ανάπτυξη του ατόμου και η ανάγκη για αυτονομία (Doyal & Cough, 1991).

Η κοινωνία είναι υπεύθυνη για την δημιουργία προϋποθέσεων που θα συμβάλουν στην ικανοποίηση αυτών των αναγκών. Έτσι οι κοινωνίες θα πρέπει να μεριμνούν για την δημιουργία τροφής, ένδυσης, ασφαλούς κατοικίας, την παροχή βιολογικής αναπαραγωγής και κοινωνικοποίησης, την πολιτιστική μεταβίβαση

γνώσεων για την εκμετάλλευση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και την πολιτική αυτονομία, τη ρύθμιση δηλαδή της κοινωνικής ζωής με κανόνες συνδεδεμένους με της ανάγκες που θα ακολουθούνται από όλα τα μέλη της (Ζαϊμάκης, 2002).

Η αυτονομία αποτελεί την ικανότητα να διαμορφώνουν οι άνθρωποι σταθερές στρατηγικές που σχετίζονται με τα ενδιαφέροντά τους που προσπαθούν να εντάξουν σε δραστηριότητες που εμπλέκονται. Το επίπεδο της αυτονομίας σε δραστηριότητες που μπορεί να επιτύχει κάποιος άνθρωπος, εξαρτάται από τις γνωστικές δεξιότητες και την ποιότητα της παρεχόμενης εκπαίδευσης σε μια κοινωνία, από το επίπεδο της ψυχικής υγείας και επάρκειας του ατόμου και από τις αντικειμενικές ευκαιρίες που υπάρχουν στο περιβάλλον που αναπτύσσεται το άτομο και του επιτρέπουν διάφορες μορφές συμμετοχής στην κοινωνική ζωή (Ζαϊμάκης, 2002).

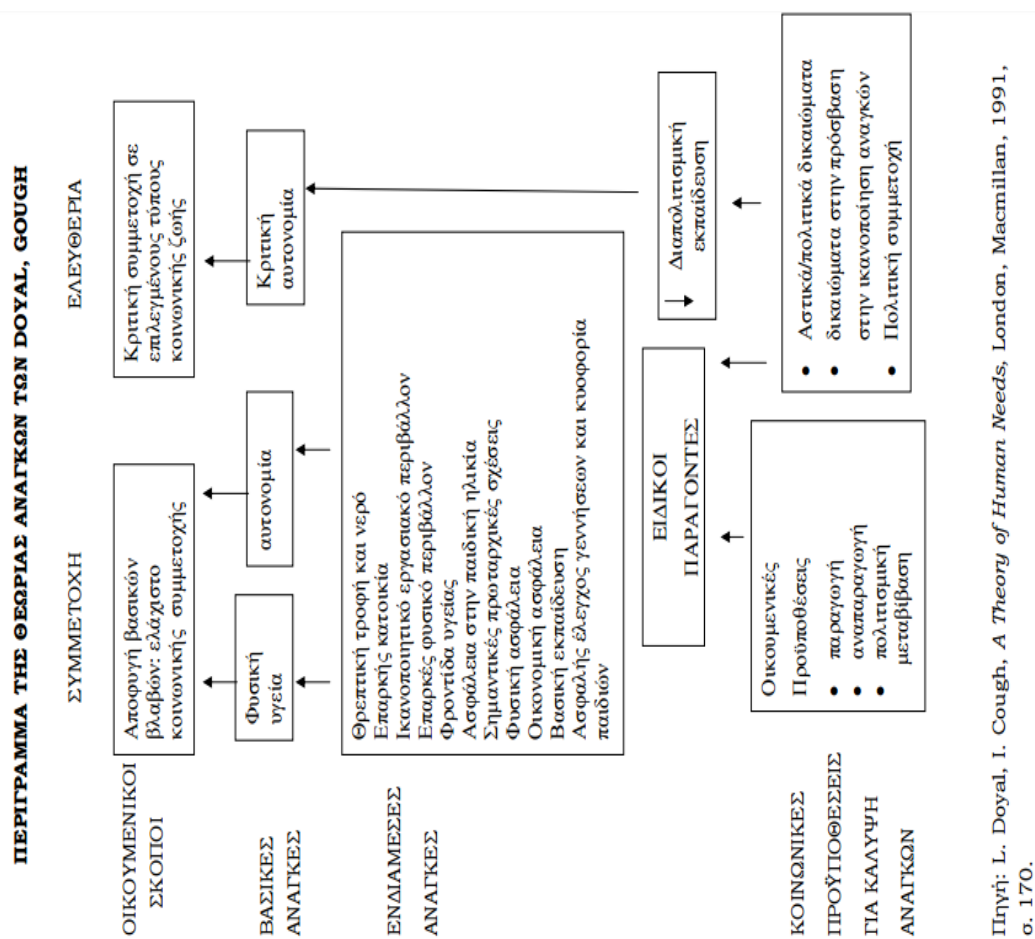
Σύμφωνα με την ίδια θεωρία για να εξασφαλιστούν οι ανάγκες της φυσικής υγείας και επιβίωσης και της αυτονομίας πρέπει να εξασφαλιστεί η κάλυψη έντεκα ενδιάμεσων αναγκών.

1. Η επαρκής τροφή και το καθαρό νερό.
2. Η επαρκής και προστατευτική κατοικία για την αποφυγή ασθενειών.
3. Ένα ικανοποιητικό και ακίνδυνο εργασιακό περιβάλλον χωρίς πολύωρη και επίπονη εργασία που εξουθενώνουν φυσικά και διανοητικά τον άνθρωπο.
4. Ένα ακίνδυνο, επαρκές φυσικό περιβάλλον χωρίς ανθυγιεινούς ατμοσφαιρικούς ρύπους.
5. Η φροντίδα υγείας. Η πρόσβαση σε αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας, η σωστή πρωτοβάθμια υγεία και ένα πλαίσιο προληπτικών μέτρων αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την κάλυψη των αναγκών υγείας.
6. Η ασφάλεια στην παιδική ηλικία με την εξασφάλιση φροντίδας, ασφαλούς περιβάλλοντος και σταθερής καθημερινής ζωής που θα εξασφαλίσουν την γνωστική συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού.
7. Οι σημαντικές πρωταρχικές σχέσεις ενός μαθησιακά και συναισθηματικά ασφαλούς περιβάλλοντος μέσα στο οποίο το παιδί διαμορφώνει οικογενειακούς και κοινωνικούς δεσμούς φτιάχνοντας υγιή πρότυπα.
8. Η οικονομική ασφάλεια ώστε να μη αποκλειστεί το άτομο από κοινωνικές δραστηριότητες.

9. Η ασφάλεια από την βία και την εγκληματικότητα

10. Η εκπαίδευση και η πρόσβαση του ατόμου στα εκπαιδευτικά συστήματα της κάθε κοινωνίας είναι βασικός παράγοντας ανάπτυξης μαθησιακών και γνωστικών δεξιοτήτων και κατ' επέκταση της αυτονομίας του.

11. Ο ασφαλής έλεγχος γεννήσεων και ανατροφή παιδιών. Οργανωμένες δομές οικογενειακού προγραμματισμού και ένα σύστημα προστασίας της υγείας του παιδιού στη διάρκεια της κυοφορίας, της γέννησης και της ανατροφής του συμβάλλουν τόσο στην φυσική υγεία όσο και στην ενίσχυση της αυτονομίας του (Ζαϊμάκης, 2002, σ. 9-10).



Πηγή: L. Doyal, I. Cough, *A Theory of Human Needs*, London, Macmillan, 1991, σ. 170.

Πηγή: Ζαϊμάκης (2002). Εκτίμηση αναγκών και Μέθοδοι ποιοτικής έρευνας. Doyal, I. Cough, *A Theory of Human Needs*, London, Macmillan, 1991, 170.

Οι ανάγκες όπως περιγράφηκαν αναλυτικά θα χρησιμοποιηθούν στην εκτίμηση των αναγκών των προσφύγων από εμπόλεμες ζώνες. Ιδιαίτερα οι ενδιάμεσες ανάγκες φαίνεται να μην μπορούν να εκπληρωθούν σε κράτη υπό διαμάχη και πληθυσμούς που μετακινούνται βίαια σε άλλον τόπο λόγω του πολέμου. Στόχος



της εργασίας είναι να φανεί αν οι ανάγκες αυτές υλοποιούνται στην φάση εγκατάστασης των προσφύγων σε έναν νέο τόπο και κατά πόσο η εκπλήρωση των ενδιάμεσων αναγκών καθώς και των αναγκών φυσικής υγείας και αυτονομίας αυτών έχει αντίκτυπο στην υγεία τους, όπως υποστήριξαν οι Doyal & Cough.

### **Φιλελεύθερη Προσέγγιση**

Η φιλελεύθερη σχολή υιοθέτησε την αντικατάσταση του όρου της ανάγκης με αυτόν της προτίμησης. Τα άτομα θα πρέπει να αφεθούν ελεύθερα να αποφασίσουν τι έχουν ανάγκη, με βάση τις εκάστοτε προτεραιότητες, επιθυμίες και επιλογές τους. Το κράτος δεν θα πρέπει να παρεμβαίνει με κεντρικούς σχεδιασμούς στην κάλυψη αναγκών καθώς αυτό μπορεί να εμπεριέχει το κίνδυνο διολίσθησης σε αυταρχικές επιλογές και σε αυθαιρεσίες στο επίπεδο της ατομικής και πολιτικής ελευθερίας. Η ανάπτυξη της αγοράς και η ενίσχυση της φιλανθρωπίας, και όχι το κράτος, μπορούν να βοηθήσουν στη συσσώρευση κοινωνικών αγαθών, στην κάλυψη των προτιμήσεων των ανθρώπων και τη διαχείριση των προβλημάτων των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Οι Doyal και Cough έκαναν κριτική στις σχολές που θέλουν να αντικαταστήσουν την ανάγκη με την προτίμηση ή την επιθυμία. Όπως αναφέρουν, αντίθετα από την επιθυμία η ανάγκη συνδέεται με καταστάσεις και οικουμενικούς σκοπούς που θεωρούνται σημαντικοί για την ανθρώπινη ύπαρξη και που η απουσία τους μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές βλάβες σε σωματικό ή ψυχολογικό επίπεδο. Επίσης η ανάγκη παραπέμπει σε κοινωνικά αποδεκτές απαιτήσεις των υποκειμένων των οποίων η κάλυψη συνιστά κοινωνικό δικαίωμα, κάτι που δεν ισχύει για την επιθυμία (Ζαϊμάκης, 2002).

Η φιλελεύθερη προσέγγιση αναλύθηκε προκειμένου να αποτυπώσει πτυχές της κάλυψης αναγκών που προσφέρονται στις μέρες μας σε ευάλωτες ομάδες, όπως οι πρόσφυγες. Η κύρια μέθοδος που το νεοφιλελεύθερο σύστημα παγκοσμίως προσεγγίζει την διαχείρισή της ευαλωτότητας των προσφύγων είναι αυτή της φιλανθρωπίας, με την δημιουργία Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων. Η διαδικασία αυτή μπορεί βραχυπρόθεσμα να έχει κάποια αποτελέσματα στην κάλυψη των αναγκών επιβίωσης σε ορισμένες ομάδες προσφύγων και μεταναστών, παρόλα αυτά, όμως, δημιουργεί ανθρώπους εξαρτώμενους όπου η ανάγκη της αυτονομίας, όπως και πιο σύνθετες κοινωνικές και οικουμενικές ανάγκες δεν υλοποιούνται.

Η πρώτη αυτή θεωρητική και βιβλιογραφική προσέγγιση των αναγκών έχει ως στόχο να αποσαφηνιστεί η σχετικά έννοια βάση των διάφορων προσεγγίσεων και να διερευνηθεί το μοντέλο το οποίο θα χρησιμοποιηθεί στην εκτίμηση αναγκών υγείας των προσφύγων. Στην παρούσα έρευνα προκειμένου να μπορέσουμε να δούμε με μία πιο ολιστική ματιά τις ανάγκες αυτών των ανθρώπων θα χρησιμοποιηθεί το μοντέλο των Doyal και Cough. Το μοντέλο αυτό μας δίνει το υπόβαθρο να ερευνήσουμε με λεπτομέρεια και ιεραρχημένα τις ανάγκες και ταυτόχρονα έχει μία καθολική ισχύ εύκολα εφαρμόσιμη και στην ιδιαίτερη κοινωνική ομάδα των προσφύγων. Η θεωρία αυτή δανείζεται στοιχεία από την μαρξιστική θεωρία και απορρίπτει την νεοφιλελεύθερη θεώρηση των αναγκών ως προτιμήσεων. Για αυτούς τους πληθυσμούς προέχει η εξασφάλιση της επιβίωσης και εν συνεχεία η κοινωνική ένταξη στην χώρα που θα λάβουν άσυλο η οποία θα προσπαθήσει να τους εξασφαλίσει μεγαλύτερου επιπέδου ανάγκες και να τους κάνει ισότιμους με την τοπική κοινωνία.

Η υγεία και η ανάγκη αποτελούν έννοιες αλληλεξαρτώμενες. Η υγεία αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση προκειμένου να εκπληρωθούν οι ανθρώπινες οικουμενικές ανάγκες και ταυτόχρονα η εκπλήρωση των αναγκών έχει θετικό αντίκτυπο στην υγεία του ανθρώπου. Μέσα από την έρευνα θα επιχειρηθεί να ανιχνευθούν οι ιδιαίτερες ανάγκες των προσφύγων από εμπόλεμες ζώνες και να καταγραφούν οι υπολειπόμενες ανάγκες κατά την διαδικασία κοινωνικής ένταξής τους στην τοπική κοινωνία. Στόχος είναι να γίνει η σύνδεση με την υγεία του πληθυσμού και να ανιχνευθεί κατά πόσο η απώλεια ή η εκπλήρωσή τους επιδρά στο υγειονομικό τους προφίλ.

## 1.2 Ζητήματα αναγκών υγείας

Η εκτίμηση αναγκών υγείας στην κοινότητα είναι μια διαδικασία, η οποία περιγράφει την κατάσταση υγείας του πληθυσμού της κοινότητας, επιτρέπει να αναγνωριστούν οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου που προκαλούν επιδείνωση της υγείας και βοηθάει στην διερεύνηση των δράσεων που χρειάζονται για να αντιμετωπιστούν αυτοί. Η εκτίμηση των αναγκών υγείας δεν είναι μια δραστηριότητα που γίνεται εφ' άπαξ αλλά μια αναπτυξιακή διαδικασία που διαφοροποιείται μέσα στο χρόνο. Είναι επικεντρωμένη στην φροντίδα της κοινότητας, στη συνεργασία όλων των φορέων και των χρηστών υπηρεσιών υγείας και αξιοποιεί πληροφορίες για το σχεδιασμό προγραμμάτων στο μέλλον. Στόχος της εκτίμησης αναγκών υγείας είναι η δίκαιη και ισότιμη παροχή υγειονομικής φροντίδας χρησιμοποιώντας τους πόρους με τον αποτελεσματικότερο τρόπο και μεγαλύτερο όφελος για την κοινότητα και τους ανθρώπους που έχουν τις μεγαλύτερες ανάγκες (WHO, 2001).

Σύμφωνα με τον Foreman υπάρχουν τρεις προσεγγίσεις της εκτίμησης αναγκών στο χώρο της υγείας. Η επιδημιολογική-ιατρική προσέγγιση στην οποία η υγεία ορίζεται ως η απουσία ασθενειών και οι ανάγκες προσδιορίζονται με βάση τους δείκτες νοσηρότητας/θνησιμότητας που υπάρχουν σε έναν πληθυσμό και τα προληπτικά ιατρικά μέτρα που πρέπει να ληφθούν. Το μοντέλο αυτό βασίζεται σε εκτιμήσεις ειδικών από τα επαγγέλματα υγείας και δίνει έμφαση αμιγώς σε ιατρικά θέματα, αποφεύγοντας να λάβει υπόψιν τόσο τα κριτήρια κόστους-οφέλους όσο και τους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν μια κοινότητα (Ζαϊμάκης, 2002, σ. 53-56).

Άλλη μία προσέγγιση είναι η οικονομική, η οποία βασίζεται σε μια λογική οικονομικής αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας. Γίνεται παραδοχή του σχετικού χαρακτήρα των αναγκών και ότι σε έλλειψη πόρων δεν μπορούν να ικανοποιηθούν όλες, οπότε χρειάζεται ένας ορθολογικός καταμερισμός τους. Έτσι κάποιες ανάγκες οφείλουν να έχουν προτεραιότητα σε σχέση με άλλες στη βάση οικονομικών κριτηρίων κόστους-οφέλους. Στόχος είναι να εξετάζεται πώς χρησιμοποιούνται οι πηγές και οι πόροι προς όφελος του πληθυσμού. Αποτέλεσμα είναι οι

αναποτελεσματικές υπηρεσίες να παύουν να λειτουργούν ενώ οι αποδοτικές επεκτείνονται μέχρι το σημείο όπου το κόστος δεν θα είναι υψηλότερο από το όφελος. Αυτή η προσέγγιση εκτίμησης αναγκών είναι πολύ διαδεδομένη στην εποχή μας, όπου διανύοντας μια οικονομική κρίση, οι κυβερνήσεις ψάχνουν τρόπους να μοιράσουν τους ελάχιστους πόρους με την καλύτερη αποτελεσματικότητα (Ζαϊμάκης, 2002, σ. 53-56).

Τελευταία κατηγορία αποτελεί η κοινωνική προσέγγιση που βασίζεται στον τελευταίο ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, σύμφωνα με τον οποίο η υγεία είναι μια κατάσταση φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. Η προσέγγιση αυτή βάζει στο επίκεντρο τον άνθρωπο, δίνει έμφαση στις περιβαλλοντικές και κοινωνικές συνθήκες στις οποίες ζει το άτομο και επισημαίνει την ανάγκη για κοινοτικές παρεμβάσεις που θα συνδέουν τις ανάγκες και τις φιλοδοξίες των χρηστών υπηρεσιών υγείας με την επιδίωξη της διαμόρφωσης ενός υγιούς ψυχοκοινωνικού και οικολογικού περιβάλλοντος σε επίπεδο κοινότητας. Ένα μοντέλο κοινωνικής προσέγγισης αποτελεί η κοινοτικά προσανατολισμένη εκτίμηση των αναγκών. Η διαδικασία αυτή εστιάζεται σε έναν συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο και δίνει την δυνατότητα για μια πιο συνεκτική και εις βάθος κατανόηση των αναγκών του πληθυσμού. Η προσέγγιση αυτή θέτει σε ανοιχτό διάλογο τα θέματα υγείας της κοινότητας, κάνει τους πολίτες συμμετόχους στην διαδικασία και στόχο έχει τις παρεμβάσεις στις κοινωνικοοικονομικές δομές μιας κοινότητας. Πρόκειται για ένα μοντέλο με ριζοσπαστικό και ενδυναμωτικό χαρακτήρα ενός από τα κάτω εγχειρήματος που κάνει την κοινότητα ενήμερη και δραστική απέναντι στα προβλήματα υγείας της (Ζαϊμάκης, 2002, σ. 53-56).

Στην παρούσα έρευνα κρίθηκε σκόπιμο να χρησιμοποιηθεί η κοινωνική προσέγγιση στην εκτίμηση των αναγκών υγείας των προσφύγων στην πόλη του Ηρακλείου. Το κοινωνικό μοντέλο εκτίμησης των αναγκών καταπιάνεται με ζητήματα ευρύτερου ενδιαφέροντος από τα ιατρικά ενσωματώνοντας τις εκτιμήσεις και τις προσδοκίες του πληθυσμού υπό διερεύνηση. Ταυτόχρονα ενεργοποιεί την κοινότητα των προσφύγων προς μια κατεύθυνση να κάνουν δική τους την υπόθεση της υγείας τους.

Οι πρόσφυγες αποτελούν μια πληθυσμιακή ομάδα, της οποίας η υγεία πλήττεται πρωτίστως εξαιτίας κοινωνικών παραγόντων. Ως εκ τούτου μία κοινωνική προσέγγιση βασισμένη στην ανάλυση των εμπειριών, των προσδοκιών και των επιθυμιών των ίδιων μέσα σε ένα σύνθετο κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο κρίνεται ως η καταλληλότερη μέθοδος για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας. Η παρούσα έρευνα θα προσπαθήσει να δώσει τον λόγο στους πρόσφυγες προκειμένου οι ίδιοι μέσα από τις εμπειρίες τους να αποκαλύψουν τις βαθύτερες αιτίες επιδείνωσης της υγείας τους, να περιγράψουν τις προσδοκίες τους για μία καλύτερη υγειονομική φροντίδα και να αποτυπώσουν γνώμες για το πώς μπορεί να υπάρξει βελτίωση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας τους.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πιο κατάλληλο πλαίσιο στην προσπάθεια προσέγγισης των προβλημάτων υγείας των προσφύγων μέσω της κοινωνικής προσέγγισης. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με την αμεσότητα που παρέχει στην πρόσβαση και τον ολιστικό τρόπο αντιμετώπισης της υγείας μέσω εξειδικευμένων επαγγελματιών πάνω σε αυτή την δεξιότητα φαίνεται να μπορεί να ανιχνεύσει και να αντιμετωπίσει καταλληλότερα τις ανάγκες υγείας που προκύπτουν σε ένα πληθυσμό ατόμων στον τοπική κοινότητα του Ηρακλείου.

### **1.3 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και κοινοτική φροντίδα**

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίζεται ως ένα σύνολο δραστηριοτήτων και υπηρεσιών που αφορούν στην προαγωγή υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας, την περίθαλψη, την παρακολούθηση καθώς και την αποκατάσταση και επανένταξη των αρρώστων ενός σαφώς οριζόμενου πληθυσμού. Στόχος είναι η κάλυψη των πραγματικών αναγκών φροντίδας υγείας και κοινωνικής πρόνοιας ολόκληρου του πληθυσμού ευθύνης της με τη διασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα ατόμων και οικογενειών. Θεμελιώδης αρχή της είναι η προσέγγιση της υγείας ως κοινωνικού δικαιώματος, αρχή η οποία καθορίζει ως βασική υποχρέωση την ενιαία κάλυψη όλων των πολιτών ασχέτως των κοινωνικών, οικονομικών, θρησκευτικών ή φυλετικών χαρακτηριστικών τους (Μπένος, 2000).

Η κοινότητα, αποτελεί ένα μοντέλο κοινωνικών σχέσεων οργανωμένων γύρω από αλληλοδράσεις, και δεσμούς με βάση ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, όπως η τοπική γειτνίαση, η εθνική καταγωγή, η πολιτισμική ταυτότητα και τα ενδιαφέροντα.

Η κοινότητα καλείται να παίξει ένα κρίσιμο ρόλο στην εποχή της παγκοσμιοποίησης, όπου η αγορά εξαπλώνεται σε διεθνές επίπεδο και αναδύονται μορφές κυριαρχίας που διαπερνούν τα εθνικά σύνορα. Η ταχεία διάδοση της πληροφορίας δημιουργεί την αίσθηση ενός παγκόσμιου χωριού την στιγμή που γίνονται μαζικές μετακινήσεις πληθυσμών, ανά την υφήλιο στο φόντο γεωπολιτικών ανακατατάξεων. Η ανάδειξη του αντιπαγκοσμιοποιητικού κινήματος που ξεκίνησε από το Σιάτλ το 1999, έφερε στην επιφάνεια μορφές αντίστασης στην παγκοσμιοποίηση με σημείο αναφοράς την τοπική κοινότητα που αφορούν μορφές συλλογικής δράσης, βιώσιμης ανάπτυξης και κοινωνικής οικονομίας. Ο ρόλος της κοινότητας στην προσπάθεια αντιστροφής των αρνητικών επιπτώσεων της παγκοσμιοποίησης μεταξύ των οποίων είναι και η δημιουργία μεγάλων προσφυγικών ροών έχει αναγνωριστεί διεθνώς. Η κοινοτική φροντίδα σε ευάλωτες ομάδες, αποτελεί μέσο για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού που υφίστανται. Απαιτεί προγράμματα κοινωνικής συμμετοχής, ενεργητικών πολιτικών κοινωνικής ένταξης που θα λειτουργούν ως διάυλος μεταξύ των ομάδων και της κοινωνίας με στόχο να αποτρέψουν την περιχαράκωση των πρώτων. (Ζαϊμάκης 2002).

Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δίνοντας έμφαση στην κοινοτική φροντίδα τοποθετεί την υγεία σε ένα σύνθετο βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο με επίκεντρο την κοινότητα, παίζοντας ένα κρίσιμο ρόλο στην αναστροφή των αρνητικών συνεπειών της που περιεγράφηκαν.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι προϊόν των κοινωνικοπολιτικών ρευμάτων και διεργασιών της δεκαετίας του 1970 κατά την οποία οι ανθρωποκεντρικές αντιλήψεις επανέρχονται στο προσκήνιο ως η εναλλακτική και βασική απάντηση στην κρίση της υπέρμετρης βιομηχανοποίησης των κοινωνικών σχηματισμών. Αποτέλεσε και ένα νέο επιστημολογικό παράδειγμα για το ξεπέραςμα της κρίσης προτείνοντας τόσο ανθρωποκεντρικές όσο και βιώσιμες λύσεις (Κούτης, 1992).

Τομή στην εννοιολόγηση και έναρξη δράσης για την καθιέρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτέλεσε η Διεθνής Διάσκεψη της Άλμα-Άτα τον Σεπτέμβρη του 1978. Η Διάσκεψη κατέληξε σε μία Διακήρυξη όπου αποτυπώνεται το νέο πνεύμα που διέπει την παγκόσμια υγεία με επίκεντρο την Πρωτοβάθμια Φροντίδα

Υγείας. Σύμφωνα με την Διακήρυξη, η υγεία αποτελεί αναπαλλοτρίωτο ανθρώπινο δικαίωμα και η επίτευξη του καλύτερου δυνατού επιπέδου διαβίωσης, απαιτεί την συμβολή οικονομικών και κοινωνικών τομέων πέραν της υγείας.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εστιάζει στα κύρια προβλήματα υγείας της κοινότητας και σε υπηρεσίες προαγωγής υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης. Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας φέρνοντας την υγειονομική φροντίδα όσο το δυνατόν πλησιέστερα στον χώρο όπου ζουν και εργάζονται οι άνθρωποι και αναπτύσσεται βάση των κοινωνικοπολιτιστικών και πολιτικών χαρακτηριστικών της εκάστοτε χώρας προσεγγίζοντας την υγεία με ολιστικό τρόπο. Η σωστή και επαρκής διατροφή, η ύδρευση, η αποχέτευση και παροχή ασφαλούς παιδικής φροντίδας υγείας και τεκνοποίησης καθώς και η πρόληψη των μεταδοτικών και μη μεταδοτικών νόσων αποτελούν βασικές αποστολές της πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως και η αντιμετώπιση συνήθων νοσημάτων, τραυμάτων και η προμήθεια βασικών φαρμάκων. Πέραν της υγείας εμπλέκει τομείς όπως η γεωργία, η κτηνοτροφία, η βιομηχανία, η εκπαίδευση και οι επικοινωνίες προς όφελος της παροχής του καλύτερου δυνατού επιπέδου υγείας και πρόληψης. Η Διακήρυξη, τέλος, τονίζοντας τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, θέτει την παγκόσμια κοινότητα υπεύθυνη ώστε η ανισότητα και ο πόλεμος να εξαλειφθούν δίνοντας χώρο στην κοινωνική ανάπτυξη και στην βελτίωση του βιοτικού επιπέδου του ανθρώπου παγκοσμίως (Declaration of Alma Ata, 1978).

Κυρίαρχο ρόλο στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παίζει ο Γενικός Οικογενειακός Ιατρός, ο οποίος είναι ο υπεύθυνος για τον συντονισμό μιας ομάδας που αποτελείται συνήθως από ψυχολόγους, νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς και είναι επιφορτισμένος για την παροχή υγείας στον πληθυσμό ευθύνης του. Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό ορισμό του Γενικού Ιατρού από την WONCA, οι Γενικοί/Οικογενειακοί Ιατροί είναι εξειδικευμένοι ιατροί, εκπαιδευμένοι σύμφωνα με τις αρχές του επιστημονικού κλάδου τους, υπεύθυνοι για την παροχή σφαιρικής και συνεχιζόμενης φροντίδας προς κάθε άτομο που αναζητά την ιατρική φροντίδα ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο και το είδος της ασθένειας. Φροντίζουν τα άτομα σε συνάρτηση με την οικογένεια, την κοινότητα και την κουλτούρα τους, πάντοτε σεβόμενοι την αυτονομία των ασθενών τους. Στη διαπραγμάτευση των σχεδίων διαχείρισης με τους ασθενείς τους ενσωματώνουν σωματικούς,

ψυχολογικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς και υπαρξιακούς παράγοντες, χρησιμοποιώντας τη γνώση και την εμπιστοσύνη που έχουν γεννηθεί μέσα από τις επανειλημμένες επαφές (Wopca, 2002).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας φαίνεται να υιοθετεί θεωρητικές κοινωνιολογικές προσεγγίσεις πάνω στην ολιστική προσέγγιση του ανθρώπου και της κοινωνικής του υπόστασης. Οι θεωρητικοί Durkheim και Mauss μίλησαν για το αντικείμενο της Κοινωνιολογίας ως ολικό κοινωνικό γεγονός. Ο Durkheim στο έργο του προσπάθησε να ορίσει τον homo Duplex, ως τον άνθρωπο με μία διπλή φύση, αυτή της ζωώδους οργανικής ύπαρξης από την μία και της συνείδησης από την άλλη η οποία μορφοποιείται κοινωνικά. Ο Mauss προσπαθώντας να συνεχίσει το έργο του Durkheim έκανε ένα εκ νέου προσδιορισμό του αντικειμένου της Κοινωνιολογίας ορίζοντας το ολικό κοινωνικό γεγονός σαν αποτέλεσμα μελέτης του από την σκοπιά της Βιολογίας, της Ψυχολογίας και της Κοινωνιολογίας με έναν ενιαίο τρόπο. Η υποκειμενικότητα σύμφωνα με τον Mauss συγκροτείται πάνω στην αλληλεπίδραση βιολογικού, ψυχολογικού και κοινωνικού παράγοντα. Σε αυτή την σχέση τον κυρίαρχο ρόλο παίζει το κοινωνικό μέσω της κοινωνικής ιεραρχίας και κοινωνικής εξουσίας το οποίο διαμορφώνει το σώμα μέσω της σωματοποίησης. Η ψυχολογία αποτελεί το τρίτο και λιγότερο σημαντικό στοιχείο στην διαδικασία αυτή λειτουργώντας ως γρανάζι (Τζανάκης, 2013).

Το μοντέλο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας όπως περιγράφηκε από την διακήρυξη της Άλμα Άτα, αποτελεί έναν πρότυπο άξονα πάνω στο οποίο ένας πληθυσμός όπως των προσφύγων μπορεί να απευθυνθεί για την κάλυψη των αναγκών υγείας του. Το ολιστικό μοντέλο διαχείρισης το οποίο δίνει έμφαση στο κοινωνικό, βιολογικό και ψυχολογικό υπόβαθρο των ανθρώπων αυτών αποτελεί ίσως την πιο ρεαλιστική και ολοκληρωμένη προσέγγιση ιδιαίτερα όταν έχει κανείς να κάνει με ανθρώπους οι οποίοι αντιμετωπίζουν δυσχερείς καταστάσεις υγείας οφειλόμενες σε κοινωνικά γεγονότα, όπως είναι ο πόλεμος, ο ξεριζωμός και η προσφυγιά.. Η έρευνα στα πλαίσια μιας τέτοιας δομής με άξονα το κοινωνικό μοντέλο εκτίμησης αναγκών κάνει τους πρόσφυγες συμμετόχους στην διαδικασία και είναι ικανή να φανερώσει πιο βαθιές κοινωνικοπολιτισμικές πτυχές των αναγκών δίνοντας λόγο στις ιδιαίτερες τραυματικές εμπειρίες και την καθημερινή ζωή του πληθυσμού αυτού.



#### 1.4 Το βιοϊατρικό μοντέλο στην Δυτική Ιατρική

Το ολιστικό μοντέλο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αποτελεί έναν πιο ολοκληρωμένο τρόπο προσέγγισης σε σχέση με το βιοϊατρικό μοντέλο που χρησιμοποιείται στην Δυτική Ιατρική. Το βιοϊατρικό μοντέλο στηρίζεται στην αντιμετώπιση του σώματος και του πνεύματος ως ξεχωριστές οντότητες εστιάζοντας στα βιολογικά αίτια, παρακάμπτοντας τους κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Κάνει την παραδοχή ότι για κάθε ασθένεια είναι υπεύθυνος ένας συγκεκριμένος, ανιχνεύσιμος παράγοντας (Nettleton, 2002).

Το βιοϊατρικό μοντέλο αντίληψης της υγείας και της ασθένειας έχει δεχθεί έντονη αμφισβήτηση και κριτική. Σύμφωνα με τον Illich, το βιοϊατρικό μοντέλο ωθεί τους ανθρώπους σε μια παθητική στάση απέναντι στην υγεία τους αφήνοντάς την εξ ολοκλήρου στους ειδικούς της επιστήμης. Έτσι η φροντίδα που ασκείται από την οικογένεια και το ίδιο το άτομο θεωρείται υποδεέστερη από αυτήν που ασκείται από τον γιατρό οδηγώντας σε μια παραίτηση από την μεριά του ασθενούς. Οι ασθενείς σύμφωνα με το μοντέλο αυτό αντιμετωπίζονται ως παθητικά υποκείμενα αντί για ενεργητικά και σκεπτόμενα άτομα. Η κριτικοί της βιοϊατρικής προσέγγισης υποστηρίζουν ότι είναι σημαντική η αναγνώριση εμπειριών και αξιολογήσεων των ασθενών πάνω στην υγεία και πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψιν. Ένα άλλο σημείο που δέχεται κριτική, είναι η αδυναμία της να τοποθετήσει το ανθρώπινο σώμα στο κοινωνικό/περιβαλλοντικό πλαίσιο. Σύμφωνα με κοινωνιολογικές αναλύσεις, οι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας ενός ατόμου σχετίζονται με κοινωνικούς παράγοντες, όπως το φύλο, η φυλή, η κοινωνική τάξη και η ηλικία. Το βιοϊατρικό μοντέλο επικεντρωμένο στο ανθρώπινο σώμα αδυνατεί να αντιληφθεί και να εξετάσει τον ρόλο αυτών των κοινωνικών ανισοτήτων. Τέλος, αμφισβητείται για την παραδοχή ότι η επιστημονική μέθοδος ανακαλύπτει την αλήθεια για την ασθένεια. Η κριτική που δέχεται έγκειται στην κοινωνιολογική άποψη, ότι η ασθένεια μορφοποιείται κοινωνικά και σύμφωνα με αυτήν οι ασθένειες δεν είναι ακριβείς περιγραφές

ανατομικών δυσλειτουργιών, αλλά κοινωνικά επινοήματα μιας κοινωνικά καθοριζόμενης λογικής (Nettleson, 2002).

Η έρευνα για την εκτίμηση αναγκών υγείας των προσφύγων θα επιχειρηθεί να γίνει κάτω από το πρίσμα μεγάλων κοινωνικών διεργασιών που συνέβησαν στους ανθρώπους αυτούς και αδιαμφισβήτητα επηρεάζουν σημαντικά την υγεία τους. Η βιοϊατρική προσέγγιση των προβλημάτων υγείας φαίνεται να αδυνατεί να φανερώσει τις αιτίες πολλών προβλημάτων υγείας για τις οποίες οι άνθρωποι αυτοί αναζητούν ιατρική βοήθεια. Οι διαταραχές υγείας των προσφύγων φαίνεται να είναι αποτέλεσμα μεγάλων κοινωνικών διεργασιών που υπέστησαν οι ίδιοι, όπως ο πόλεμος, η βίαιη εκτόπιση και η μετανάστευση σε ένα καινούριο περιβάλλον.

Η συσχέτιση αυτών των κοινωνικών διεργασιών με την υγεία θα επιχειρηθεί να τεκμηριωθεί σε ένα ιστορικοκοινωνικό πλαίσιο σχετικό με το προσφυγικό ζήτημα στον 21<sup>ο</sup> αιώνα. Η έναρξη της Συριακής κρίσης έθεσε το προσφυγικό ζήτημα με νέους όρους στην Ευρώπη και ειδικότερα στην Ελλάδα. Η μεγαλύτερη μετακίνηση πληθυσμών που γνώρισε η ανθρωπότητα στον αιώνα μας λόγω των συγκρούσεων στα Συριακά εδάφη έφεραν εκατοντάδες χιλιάδες ανθρώπους στην χώρα μας δημιουργώντας νέα κοινωνικοπολιτικά δεδομένα τόσο για τις συνθήκες υποδοχής όσο και για τους πρόσφυγες που εισέρχονται σε έναν διαφορετικό πολιτισμό. Τα νέα αυτά δεδομένα θα αναδιαμορφώσουν τις ανάγκες υγείας των προσφύγων και μεταναστών που διαμένουν στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης δημιουργώντας ένα πιο σύνθετο πλαίσιο που θα αναλυθεί στο παρακάτω κεφάλαιο.

## **2. Ιστορικό-κοινωνικό μέρος. Το προσφυγικό ζήτημα στο 21<sup>ο</sup> αιώνα**

### **2.1 Η Συριακή κρίση**

Έπειτα από μια σειρά εξεγέρσεων σε διάφορες χώρες της Βόρειας Αφρικής το 2011, η Αραβική Άνοιξη, όπως αποκαλούνταν, έφτασε στην Συρία προκαλώντας μεγάλες αναταράξεις και συγκρούσεις, οι οποίες ήταν η απαρχή ενός πολέμου με πολλές αντιμαχόμενες πλευρές. Ο πόλεμος αυτός, ο οποίος από πολλούς χαρακτηρίστηκε ως «πόλεμος δια αντιπροσώπων» -αφού μεγάλες παγκόσμιες δυνάμεις συγκρούστηκαν υποστηρίζοντας συριακές κυβερνητικές ή αντιπολιτευτικές δυνάμεις- ήταν υπεύθυνος για την μεγαλύτερη ανθρωπιστική κρίση και μετανάστευση πληθυσμών στην εποχή μας.

Στην Συρία, μία χώρα περίπου 22 εκατομμυρίων κατοίκων, ο μισός πληθυσμός εκτοπίστηκε βίαια από τον τόπο του με αποτέλεσμα περίπου 5,5 εκατομμύρια άνθρωποι να καταφύγουν στο εξωτερικό και άλλα 6 εκατομμύρια να μεταναστεύσουν σε άλλα σημεία της χώρας (Yassin, 2018). Πρώτος σταθμός όσων εγκατέλειπαν την χώρα ήταν τα γειτονικά κράτη, όπως η Τουρκία, ο Λίβανος, η Ιορδανία το Ιράκ και η Αίγυπτος με αργότερο, όμως, στόχο την μετανάστευση τους στην Κεντρική Ευρώπη. Ο κύριος δρόμος για να το επιτύχουν αυτό ήταν τα θαλάσσια σύνορα Τουρκίας-Ελλάδας. Ταυτόχρονα πόλεμοι που εμφανίστηκαν τα τελευταία χρόνια και αναζωπυρώθηκαν μετά την Συριακή κρίση, προσέθεσαν στην μαζική μετακίνηση πληθυσμών εκτός από τους Σύριους, πληθυσμιακές ομάδες από το Αφγανιστάν, το Ιράκ και το Κουρδιστάν (Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής, 2018). Υπολογίζεται ότι πάνω από 1 εκατομμύριο άνθρωποι προσπάθησαν να περάσουν στην Ευρώπη μέσω του Βορείου Αιγαίου τα έτη 2015-2016 (UNHCR, 2019). Αναμφίβολα αυτή είναι η μεγαλύτερη μετακίνηση πληθυσμών από τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο, που επηρέασε την χώρα μας, ως τον πρώτο Ευρωπαϊκό σταθμό υποδοχής, προσθέτοντας μία ανθρωπιστική και προσφυγική κρίση στην ήδη υπάρχουσα οικονομική. Οι άνθρωποι αυτοί κατέφθασαν στην χώρα μας έχοντας υποστεί έντονα τραυματικά γεγονότα που στιγμάτισαν την ζωή τους.

Πολλοί από αυτούς κατέγραψαν στην μνήμη τους ένα μωσαϊκό βίαιων ενεργειών και γεγονότων που δημιούργησαν ποικίλες αντικρουόμενες στρατιωτικές

δυνάμεις. Στην διαμάχη αυτή πήραν μέρος δυνάμεις όπως το Ισλαμικό κράτος, μια φονταμελιστική οργάνωση με μεσαιωνικές πρακτικές δράσης, μερικές από τις δυτικές μεγάλες δυνάμεις καθώς και μαχητές υποστηριζόμενοι από αραβικά κράτη. Οι αεροπορικές επιθέσεις με βομβαρδισμούς ολόκληρων πόλεων, η χρήση χημικών όπλων, οι βασανισμοί, οι απαγωγές και οι παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων καταγράφηκαν στην διαμάχη αυτή από διεθνείς παρατηρητές (Guardian, 2018). Η δυσκολία διαχείρισης μιας τέτοιας κατάστασης και η ανάγκη της επιβίωσης, οδήγησε τους ανθρώπους αυτούς σε άτακτη φυγή αναζητώντας έναν ασφαλή προορισμό μακριά από την χώρα τους, βάζοντας σε ρίσκο την ζωή τους κατά την διέλευση επικίνδυνων συνοριογραμμών, όπως τα θαλάσσια σύνορα Ελλάδας-Τουρκίας.

## **2.2 Η έννοια του πρόσφυγα και η σκιαγράφηση του προφίλ του στον 21<sup>ο</sup> αιώνα**

Οι πρόσφυγες από τις εμπόλεμες ζώνες που κατέφθασαν στην Κρήτη αποτελούν πληθυσμούς ανθρώπων με ένα διαφορετικό πολιτιστικό υπόβαθρο από αυτό των δυτικών ευρωπαϊκών χωρών. Η κατανόηση της κουλτούρας, της ιστορίας και του κοινωνικού υπόβαθρου των προσφύγων αποτελεί απαραίτητη βασική προϋπόθεση προκειμένου να σκιαγραφήσουμε τις ιδιαίτερες ανάγκες τους και να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα τα οποία θα βελτιώσουν την υγεία τους και θα επιταχύνουν την κοινωνική ένταξη και διάδραση με την τοπική κοινωνία.

Σύμφωνα με το άρθρο 1, παράγραφος Α2 της Συνθήκης της Γενεύης του 1951, πρόσφυγας είναι κάθε πρόσωπο το οποίο φοβούμενο διώξεις λόγω φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, πολιτικών πεποιθήσεων ή κοινωνικής τάξης βρίσκεται εκτός της χώρας που έχει υπηκοότητα ή διέμενε και δεν μπορεί, ή λόγω του φόβου αυτού δεν επιθυμεί, να απολαμβάνει την προστασία της χώρας αυτής. (Γραφείο του Υπατου Αρμοστή των Ηνωμένων Εθνών για τους πρόσφυγες, 2009)

Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Ψηφιακής Πολιτικής και Ενημέρωσης στην Ελλάδα έφθασαν από τα θαλάσσια σύνορα με την Τουρκία μέχρι το 2017 1.200.000 πρόσφυγες εκ των οποίων το 46% ήταν από την Συρία, το 24% από το Αφγανιστάν, το 15% από το Ιράκ και το 5% από το Πακιστάν. Αυτό το γεγονός σκιαγραφεί ότι ο κύριος όγκος ήταν από εστίες πολέμου στην Μέση Ανατολή, όπως η Συρία και το Ιράκ. Ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό προέρχεται από χώρες που υπήρξαν κατά το πρόσφατο παρελθόν διαμάχες και στις οποίες ο πόλεμος είτε δεν σταμάτησε

είτε η σταθερότητα δεν αποκαταστάθηκε ποτέ, με μεγάλο μερίδιο πληθυσμού να υφίστανται εθνοτικές, θρησκευτικές και πολιτικές διώξεις (Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής, Τμήμα Ασύλου 2019).

Εστιάζοντας στον Συριακό πληθυσμό που αποτελεί και την πλειοψηφία των προσφύγων, θα επιχειρηθεί να καταγραφούν πτυχές του πολιτισμικού και υγειονομικού προφίλ του, όπως δημοσιεύτηκε από το διεθνές Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών και Πρόληψης των Η.Π.Α (CDC).

Οι Σύριοι αποτελούν έναν πληθυσμό Αραβικής καταγωγής με τους Κούρδους να αποτελούν το 9% του πληθυσμού. Η κύρια γλώσσα τους είναι τα αραβικά. Η θρησκεία, στο 90% του πληθυσμού είναι το Ισλάμ με διαφοροποιήσεις, αφού το 74% είναι Σουνίτες και το 16% Αλεβίτες. Το 10% του πληθυσμού περίπου είναι χριστιανοί και ένα μικρό ποσοστό αποτελούν την κοινότητα των Yazidi. Η θρησκεία έπαιξε μεγάλο ρόλο στην διαμόρφωση των στρατοπέδων του πολέμου κατά την εμφύλια σύρραξη. Όσον αφορά την εκπαίδευση οι Σύριοι έτειναν να έχουν, ένα από τα πιο ισχυρά προγράμματα εκπαίδευσης με συμμετοχή άνω του 97% στο δημοτικό σχολείο. Μετά την έναρξη της σύρραξης εκτιμάται ότι γύρω στα 600.000 παιδιά δεν έχουν πρόσβαση στην εκπαίδευση (CDC, 2016).

Η οικογένεια αποτελεί έναν πολύ σημαντικό θεσμό για τους Σύριους. Όπως όλες οι Αραβικές οικογένειες έχει πατριαρχική δομή. Οι άντρες είναι υπεύθυνοι για την οικονομική συντήρηση της οικογένειας, ενώ οι γυναίκες είναι επιφορτισμένες με τις δουλειές του σπιτιού και την φροντίδα των παιδιών. Η βία κατά των γυναικών αποτελεί πρόβλημα στην Συρία, το οποίο δύσκολα αναδεικνύεται λόγω του εγκλεισμού των γυναικών στο σπίτι. Ο δρόμος της προσφυγιάς προς τις Ευρωπαϊκές χώρες και οι έρευνες που έγιναν ανέδειξαν ότι 30% των Σύριων γυναικών έχουν υποστεί βία κατά την διάρκεια του πολέμου. Ακόμη οι Σύριες γυναίκες, όπως και σε άλλες ισλαμικές χώρες, υφίστανται εξαναγκαστικό γάμο σε μικρή ηλικία, ακόμα και στην παιδική, σύμφωνα με στοιχεία που κατέγραψαν σε προσφυγικά camp διεθνείς οργανισμοί, όπως η Διεθνής Αμνηστία και ο ΟΗΕ. Οι εξαναγκαστικοί γάμοι έχουν σαν αποτέλεσμα, πέρα από τις ψυχολογικές επιπτώσεις και την βία που δέχονται οι γυναίκες αυτές, αυξημένες εγκυμοσύνες σε παιδική ηλικία με όλες τις επιπλοκές υγείας που αυτό συνεπάγεται, όπως αποβολές και μητρική θνησιμότητα (CDC, 2016).

Οι Σύριοι, όσον αφορά τις υγειονομικές πεποιθήσεις τους, φαίνεται να είναι συμφιλιωμένοι με το δυτικό βιοϊατρικό μοντέλο. Παρ' όλα αυτά φαίνεται να

υπάρχουν κάποιες πολιτισμικές ιδιαιτερότητες που συναντώνται στην κλινική πράξη. Αυτές αφορούν την αντιστοίχιση του φύλου με τον πάροχο υπηρεσιών υγείας, τις ιδιαίτερες διατροφικές συνήθειες λόγω του ισλαμικού διαιτολογίου και των απαγορεύσεων που περικλείει και την μη συμμόρφωση στην χρόνια αγωγή όταν τα συμπτώματα εκλείπουν. Ακόμη η σεξουαλική και η ψυχική υγεία αποτελούν ταμπού στην Συριακή κοινωνία. Οι Σύριοι εμφανίζονται απρόθυμοι να συζητήσουν θέματα που άπτονται της ψυχικής υγείας θεωρώντας τα σαν προσωπικά ελαττώματα που δεν χρήζουν ιατρικής ή ψυχολογικής παρέμβαση (CDC, 2016).

Η σκιαγράφηση του κοινωνικού προφίλ των προσφύγων που καταφθάνουν στην χώρα μας αποτελεί χρήσιμο εργαλείο στην κατανόηση των σύνθετων από πολιτισμική σκοπιά προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν. Ο πόλεμος και τα κοινωνικά γεγονότα που τον συνοδεύουν μορφοποιεί την υγεία των ανθρώπων αυτών προσθέτοντας μια νέα, ιδιαίτερη και μεγάλη κατηγορία διαταραχών υγείας που θα αναπτυχθεί παρακάτω προκειμένου να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα για την εκτίμηση αναγκών υγείας.

### **3. Οι επιπτώσεις του πολέμου και της μετανάστευσης στην Υγεία**

Οι πολεμικές συγκρούσεις αποτελούν έναν κοινωνικοπολιτικό γεγονός το οποίο ευθύνεται τόσο για την αύξηση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας όσο και για την επιδείνωση του επιπέδου υγείας των ανθρώπων όχι μόνο με άμεσο αλλά και με έμμεσο τρόπο, μέσω των αλλαγών που προκαλεί σε μια σειρά από τους λεγόμενους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, όπως τους περιέγραψε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (WHO, 2003).

Στις βάσεις δεδομένων υγείας για την χώρα της Συρίας το 2011, φαίνονται ορισμένα αδιαμφισβήτητα συμπεράσματα που αποδεικνύουν ότι ο πόλεμος αποτελεί από μόνος του τον κύριο παράγοντα πρόωρων θανάτων, ανικανότητας, και αύξησης της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας (Institute of Health Measures and Evaluation Syria data, 2019). Υπολογίζεται ότι μέχρι σήμερα πάνω από 500.000 άνθρωποι έχασαν την ζωή τους εξ αιτίας του πολέμου, ενώ μέχρι το 2016, 11.200 άτομα πέθαναν ενώ βρίσκονταν στις φυλακές (Guardian, 2018). Σύμφωνα με στοιχεία της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους πρόσφυγες, εκτιμάται ότι το 50% του πληθυσμού της Συρίας εκτοπίστηκε κατά τη διάρκεια του πολέμου και 5,3 εκατομμύρια παιδιά είναι σε καθεστώς ανάγκης ανθρωπιστικής βοήθειας. Ακόμη, υπολογίζεται ότι 30.000 άτομα τραυματίζονται κάθε μήνα εξαιτίας των συγκρούσεων (Yassin, 2018).

Η ραγδαία μείωση της ποιότητας υγείας διαφαίνεται και από τις συνθήκες ζωής των Σύριων, όπως είναι η πρόσβαση στην τροφή και την εκπαίδευση μετά την έναρξη των συγκρούσεων. Όσον αφορά την διατροφή, η τιμή του ψωμιού αυξήθηκε κατά 87%, πράγμα που αντανακλά την δυσκολία εύρεσης τροφής κάνοντας πάνω από 6,5 εκατομμύρια Σύριους να ζουν σε καθεστώς πείνας. Έρευνα από τους πρόσφυγες που βρίσκονται στο Λίβανο έδειξε ότι 1 στα 4 παιδιά είναι αναιμικό, λόγω διατροφικής ανεπάρκειας. Τέλος, το 35% των Σύριων δεν έχουν πρόσβαση σε καθαρό πόσιμο νερό κατά τη διάρκεια του πολέμου. Στον τομέα της εκπαίδευσης το 1/3 των σχολείων δεν λειτουργούν, είτε χρησιμοποιούνται για στρατιωτικούς σκοπούς (Yassin, 2018).

Ο τομέας Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας της Ανατολικής Μεσογείου, προσπάθησε να καταγράψει τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας σε συνθήκες πολεμικής σύγκρουσης (WHO, 2008).

Σαν βασικούς προσδιοριστές χαρακτήρισε την απώλεια των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, την παραβίαση του κανόνα της ιατρικής ουδετερότητας και την βαθμιαία εξέλιξη των καταστάσεων στρες. Άλλες καταστάσεις που αποτελούν προσδιοριστές της υγείας σε πολεμικές διαμάχες είναι ο βίαιος εκτοπισμός των ανθρώπων, ο ρόλος των γυναικών, τα πρώτα χρόνια της ζωής των παιδιών και η πρόσβαση στο σύστημα υγείας (WHO, 2008).

Η απώλεια των ανθρωπίνων δικαιωμάτων εκφράζεται μέσα από την απώλεια ανθρωπίνων αναγκών. Ο πόλεμος δημιουργεί μία αβεβαιότητα στην εξασφάλιση τροφής και νερού, έναν καθημερινό φόβο από πιθανούς βομβαρδισμούς, στρατιωτικές επιθέσεις, καθώς και ανικανότητα οι άνθρωποι να προστατέψουν τα σπίτια και τις οικογένειές τους. Η ασφάλεια, ως ανάγκη του ανθρώπου δεν εξασφαλίζεται σε πληθυσμούς που βρίσκονται υπό διαμάχη γεγονός που τους καθιστά ψυχικά ευάλωτους. Την ίδια στιγμή η εξασφάλιση στέγης, τροφής και πόσιμου νερού, στοιχεία απαραίτητα για την επιβίωση του ανθρώπου, υπονομεύεται, όπως είναι προφανές, εξαιτίας του πολέμου. Οι άνθρωποι λόγω αυτών των ελλείψεων έρχονται αντιμέτωποι με καταστάσεις όπως η υποθρεψία, οι μεταδοτικές ασθένειες και η έντονη ψυχολογική επιβάρυνση (WHO, 2008).

Η διάλυση της οικογενειακής δομής, των κοινωνικών δικτύων και των κοινωνικών ρόλων που καθοδηγούν την καθημερινότητα και τον τρόπο ζωής των ατόμων, δημιουργεί μία αίσθηση απόγνωσης με καθοριστικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία. Οι υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας σταματάνε να λειτουργούν με αποτέλεσμα να μην λαμβάνουν άμεση φροντίδα άτομα που την έχουν ανάγκη μένοντας έτσι αβοήθητα και εκτεθειμένα στις δυσμενείς επιπτώσεις του πολέμου. Τέλος, η δυσκολία επικοινωνίας σε τέτοιες περιόδους μπορεί να οδηγήσει στην απομόνωση και την εσωστρέφεια (WHO, 2008).

Η απώλεια αυτών των δικαιωμάτων οδηγεί σε εξάρτηση από άλλους η οποία προάγει μια αίσθηση ανημπόριας και απώλειας του νοήματος της ζωής. Αυτό κάνει το άτομο ψυχικά ευάλωτο δημιουργώντας του την ανάγκη να επαναπροσδιορίσει τον χαμένο του κοινωνικό ρόλο και εαυτό σε συνθήκες κρίσης.



Η ανυπαρξία ουδετερότητας και σεβασμού στο δικαίωμα της πρόσβασης στην υγεία σε καταστάσεις πολέμου είναι ο δεύτερος σημαντικός προσδιοριστής της υγείας. Οι επιθέσεις σε ιατρικά κέντρα με βομβαρδισμούς που πολλές φορές στοχεύουν και σε υγειονομικό προσωπικό, κομβίοι αλληλεγγύης και ασθενοφόρα, δημιουργούν εμπόδια στην παροχή φροντίδας στον πληθυσμό μιας εμπόλεμης ζώνης. Ακόμη, η κάλυψη όλων των ανθρώπων με υγειονομική περίθαλψη δεν είναι αυτονόητη και υπόκειται στις σκοπιμότητες του πολέμου το ποια κοινωνική ομάδα θα λάβει φροντίδα βάση της τοποθέτησης που έχει στην αντιμαχόμενη ζώνη (WHO, 2008).

Ο τρίτος προσδιοριστής της υγείας είναι η προοδευτική εξέλιξη των καταστάσεων στρες σε νόσους. Η απώλεια των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και η στέρηση θεμελιωδών ανθρωπίνων αναγκών, όπως υπογραμμίστηκε παραπάνω, δημιουργούν το υπόβαθρο για πτώση του επιπέδου ψυχική υγείας δημιουργώντας ασθένειες όπως η αγχώδης διαταραχή, οι κρίσεις πανικού, η κατάθλιψη και η μετατραυματική διαταραχή στρες (WHO, 2008).

Το φύλο είναι άλλος ένας προσδιοριστής της υγείας σε εμπόλεμους πληθυσμούς. Οι γυναίκες μαζί με τα παιδιά αποτελούν τα 2/3 των προσφύγων καθώς οι ενήλικοι άντρες είναι συνήθως αυτοί που μένουν στην χώρα και εμπλέκονται στις πολεμικές συγκρούσεις. Σε τέτοιες καταστάσεις οι γυναίκες αναλαμβάνουν νέους οικονομικούς και κοινωνικούς ρόλους τους οποίους δεν κατείχαν σε προηγούμενα στάδια της ζωής τους λόγω και της πατριαρχικής δομής της κοινωνίας των χωρών της Μέσης Ανατολής. Αυτό από μία άποψη μπορεί να ενισχύσει την ικανότητά τους να ανταπεξέρχονται σε δύσκολες καταστάσεις μαθαίνοντας να δρουν ανεξάρτητα. Από την άλλη είναι ευάλωτες στην άσκηση πολεμικής, ενδοοικογενειακής και σεξουαλικής βίας που δημιουργεί έντονα ψυχολογικά και σωματικά τραύματα. Συχνές είναι και οι αποβολές που συμβαίνουν στα πλαίσια της εγκυμοσύνης λόγω του σωματικού και ψυχικού στρες (WHO, 2018).

Τέλος, τα παιδιά αποτελούν μια κατηγορία του πληθυσμού ιδιαίτερα ευάλωτη σε περιοχές που υφίστανται διαμάχες. Η διακοπή παροχής προγραμμάτων υγείας, όπως ο εμβολιασμός, η δυσκολία εύρεσης καθαρού νερού, φαγητού και στέγης καθώς και ο συνωστισμός που υφίστανται ιδιαίτερα κατά το ταξίδι της προσφυγιάς δημιουργούν συνθήκες, όπου οι μολυσματικές μεταδοτικές ασθένειες επηρεάζουν

μεγάλο ποσοστό των παιδιών. Ακόμη, αυτή η πληθυσμιακή ομάδα φαίνεται να είναι η πιο ευάλωτη στην ένδεια φαγητού και τον υποσιτισμό λόγω των αυξημένων ενεργειακών αναγκών που έχουν (WHO, 2008).

Η εκτόπιση κάποιου πληθυσμού από τον τόπο του, και η διαδικασία της μετανάστευσης αποτελούν έναν μεγάλο προσδιοριστή τόσο της ατομικής, όσο και της δημόσιας υγείας σε παγκόσμια κλίμακα. Η βίαιη αλλαγή που συντελείται στις ζωές των ανθρώπων αποτυπώνεται και στο επίπεδο της υγείας τους με διαφορετικό τρόπο σε κάθε ένα από τα τρία στάδια της διαδικασίας αυτής. Οι άνθρωποι που βρίσκονται βίαια εκτοπισμένοι από τον τόπο τους σήμερα υπολογίζονται στα 68,5 εκατομμύρια (UNHCR Greece, 2019).

Οι μετακινήσεις αυτές των ανθρώπων έχουν άμεσο αντίκτυπο και στην παγκόσμια υγεία, που αλλάζει τον επιδημιολογικό χάρτη τόσο για τους προσφυγικούς πληθυσμούς, όσο και για τις χώρες που τους υποδέχονται.

Η υγεία των πληθυσμών που εκτοπίζονται και παίρνουν τον δρόμο της προσφυγιάς μπορεί να επηρεαστεί ποικιλοτρόπως ανάλογα την φάση της μετανάστευσης. Με βάση την επιρροή στην υγεία η κινητικότητα αυτή μπορεί να χωριστεί σε τρεις φάσεις. Την φάση του πολέμου πριν την αναχώρηση, την φάση του ταξιδιού προς έναν νέο προορισμό και την φάση εγκατάστασης στον καινούριο τόπο. Σε κάθε φάση της διαδικασίας αυτής, ο πρόσφυγας έρχεται αντιμέτωπος με απειλές σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές που είναι ικανές να αλλάξουν το επίπεδο υγείας του (Wickramage, 2018).

Στην πρώτη φάση οι άνθρωποι αυτοί έρχονται αντιμέτωποι με τον πόλεμο και την βίαιη εκτόπιση με τους αντίστοιχους κινδύνους που εγκυμονούν και αναφερθήκαν παραπάνω. Καλούνται να επιλέξουν ανάμεσα στον θάνατο και την σωματική ή ψυχική νοσηρότητα που προκαλεί ένας πόλεμος από τη μια και στο να αναζητήσουν ένα καλύτερο μέλλον σε έναν άλλο προορισμό από την άλλη.

Στην δεύτερη φάση, αυτή του ταξιδιού, οι πρόσφυγες βρίσκουν στον δρόμο τους πολλαπλούς περιβαλλοντικούς και ανθρωπιστικούς κινδύνους. Οι πρόσφυγες έρχονται αντιμέτωποι με καταστάσεις εκμετάλλευσης, πείνας και αφυδάτωσης (Gushulak: 2010). Διασχίζοντας εμπόλεμες ζώνες προκειμένου να αναζητήσουν ένα καλύτερο μέλλον στην Ευρώπη περνάνε από επικίνδυνες συντοροιογραμμές με αποκορύφωμα την θαλάσσια οδό Ελλάδας-Τουρκίας, όπου μέσω παράνομων

διακινητών ρισκάρουν την ζωή τους με το να στοιβάζονται σε αμφιβόλου ποιότητας βάρκες για να φτάσουν σε ευρωπαϊκό έδαφος. Ενδεικτικό είναι ότι μέχρι σήμερα πάνω από 1500 άτομα πέθαναν στην προσπάθεια τους να περάσουν τα θαλάσσια σύνορα Τουρκίας-Ελλάδας (UNHCR, 2019).

Η τελευταία φάση αφορά την μετεγκατάσταση των προσφύγων στον νέο προορισμό. Εκεί θα έρθουν αντιμέτωποι με ένα νέο πολιτισμικό περιβάλλον, θα αναζητήσουν έναν νέο κοινωνικό ρόλο σε συνθήκες ανεργίας και φτώχειας. Η υγεία τους θα επηρεαστεί από τις διαδικασίες κοινωνικής ενσωμάτωσης που θα ακολουθήσει η χώρα υποδοχής, καθώς και από τις συνθήκες ζωής, την εκπλήρωση των αναγκών και την παροχή υγείας που θα έχουν (Marceca, 2017). Η έκθεση των ανθρώπων αυτών στον δυτικό τρόπο ζωής, τις διαφορετικού τύπου διαιτητικές συνήθειες και την υπερκατανάλωση μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην σωματική τους υγεία επιβαρύνοντας τους με μη μεταδοτικές ασθένειες (WHO, 2018).

#### Μη μεταδοτικές ασθένειες

Στις μη μεταδοτικές νόσους οφείλεται το 60% των θανάτων ετησίως. Οι κύριες κατηγορίες αποτελούν τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος, ο διαβήτης και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Είναι αποτέλεσμα γενετικών, συμπεριφορικών και κοινωνικών παραγόντων. Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που συσχετίζουν την μετανάστευση με αυτές τις νόσους αποτελούν οι συνθήκες εργασίας, οι συνθήκες ζωής και το νομικό πλαίσιο που βρίσκονται οι πρόσφυγες. Οι συνθήκες του ταξιδιού, η μεγάλη διάρκεια του καθώς και η έλλειψη τακτικής παρακολούθησης και πρόσβασης σε ιατρικές υπηρεσίες μπορεί να προκαλέσει μεγάλη διακοπή στην φαρμακευτική αγωγή ενός χρόνιου νοσήματος, γεγονός το οποίο μπορεί να αναζωπυρώσει την έξαρση του με σημαντικές συνέπειες στην φυσική υγεία. Οι δύσκολες συνθήκες διαβίωσης σε συνδυασμό με το έντονο στρες φαίνεται να επηρεάζουν την πρόγνωση των νόσων αυτών, όπως επίσης, ο καθιστικός τρόπος ζωής και η φτωχή διατροφή ιδιαίτερα κατά τις μακρές περιόδους παραμονής σε προσφυγικά camps. Ο ασυνήθιστος για αυτούς δυτικός τρόπος ζωής και η απότομη αστικοποίηση των προσφύγων αποτελούν άλλον έναν επιβαρυντικό παράγοντα για τις μη μεταδοτικές νόσους (WHO, 2018).

## Μεταδοτικές ασθένειες

Η έξαρση των μεταδοτικών ασθενειών συσχετίζεται άμεσα με την κατάσταση που έχουν περιέλθει οι πρόσφυγες. Η διάλυση των υγειονομικών κέντρων και προγραμμάτων έχει σαν αποτέλεσμα χιλιάδες άνθρωποι να μένουν ανεμβολίαστοι. Σε αυτό προστίθενται καταστάσεις όπως η έλλειψη κατάλληλης διατροφής, ο συνωστισμός σε όλες τις φάσεις της μετανάστευσης και η φτωχή υγιεινή κάνοντας τους πρόσφυγες ευάλωτους σε μολυσματικές ασθένειες, όπως οι αναπνευστικές (23% των συμπτωματικών προσφύγων στην Ελλάδα) και γαστρεντερικές (38% των συμπτωματικών προσφύγων στην Γερμανία) λοιμώξεις. Πολύ συχνές είναι και οι δερματικές μεταδιδόμενες λοιμώξεις, όπως η φθειρίαση σε καταστάσεις συνωστισμού (Pavli, 2017).

Η μετάδοση άλλων ασθενειών, όπως η Ηπατίτιδα Β και C, η φυματίωση και η λοίμωξη από τον ιό του HIV φαίνεται να είναι περιορισμένες από μετανάστες που κατέφθασαν στην Ευρώπη. Το ίδιο συμβαίνει και με άλλες ασθένειες, όπως ο ιός του Έμπολα που φαίνεται να εμπλέκει περισσότερο τους ταξιδιώτες σε χώρες με υψηλή επίπτωση του ιού, παρά τους πρόσφυγες. Σημαντικό στοιχείο που επηρεάζει την θεραπεία λοιμωδών ασθενειών είναι η εξάπλωση της αντιμικροβιακής αντοχής, λόγω διασποράς ανθεκτικών βακτηρίων και την υπερσυνταγογράφηση αντιβιώσεων κυρίως σε προσφυγικά camp (WHO, 2008).

### 3.1 Ψυχική Υγεία, Πόλεμος και Μετανάστευση

Η μετανάστευση συνεπάγεται κάποιες κομβικές αλλαγές στην καθημερινότητα και στην ζωή των προσφύγων. Οι αλλαγές στους προσωπικούς δεσμούς των ανθρώπων και στα κοινωνικά τους δίκτυα, η απώλεια της κοινωνικής και εθνικής ταυτότητας, ο αποπροσανατολισμός που τους διακατέχει και η μετακίνηση σε ένα διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό, πολιτικό και πολιτιστικό σύστημα δημιουργούν νέα δεδομένα στην αντίληψη του εαυτού και της πραγματικότητας, έχοντας άμεσο αντίκτυπο στην ψυχική υγεία των ανθρώπων. Οι παράγοντες που τροποποιούν την ψυχική υγεία είναι διαφορετικοί σε κάθε μία από τις τρεις φάσεις της μετανάστευσης (Kirmayer, et al., 2011).

Στην προμεταναστευτική φάση ο πόλεμος φέρνει τον άνθρωπο αντιμέτωπο με την οικονομική, εκπαιδευτική και επαγγελματική αβεβαιότητα. Τα κοινωνικά δίκτυα, οι κοινωνικοί ρόλοι και η κοινωνική υποστήριξη εξαφανίζονται μπροστά στο χάος μιας πολεμικής διαμάχης. Το τραύμα από πολεμικές συγκρούσεις, απαγωγές, βομβαρδισμούς, φυλακίσεις, βασανισμούς και απώλεια κοντινών ανθρώπων μπορεί να αφήσει ανεξίτηλο σημάδι στην ψυχή των ανθρώπων αυτών. Έρευνα που έγινε στο Darfur σε πρόσφυγες έδειξε ότι οι ψυχικές διαταραχές δεν προέρχονται τόσο από την έκθεση στα βασανιστήρια, όσο από την απώλεια της κοινωνικής συνοχής, των κοινωνικών ρόλων και της υποστήριξης. Η πρωταρχική ίσως επίδραση του πολέμου, όπως αναφέρεται στην μελέτη του WHO είναι η διάλυση του κοινωνικού κόσμου των ανθρώπων αυτών, γεγονός που ενσαρκώνει την ιστορία, την ταυτότητα και τις αξίες ζωής των λαών που υφίστανται τον πόλεμο και εκτοπίζονται βίαια (Summerfield, 2000).

Κατά τη διάρκεια του ταξιδιού οι πρόσφυγες έχοντας πάρει ένα δύσκολο δρόμο και αναζητώντας ένα ασφαλή προορισμό έρχονται αντιμέτωποι με νέες καταστάσεις βίας, δύσκολες συνθήκες διαβίωσης, ιδιαίτερα στους προσφυγικούς καταυλισμούς/camps μέσα σε ένα περιβάλλον αβεβαιότητας για το αν θα τους επιτραπεί να περάσουν κάποιες συνοριακές γραμμές και να επιτύχουν τον σκοπό τους. Η διέλευση κάποιων συνόρων, ιδιαίτερα των θαλασσίων, γεγονός ασυνήθιστο για ανθρώπους που ζούσαν στην ενδοχώρα, βάζει την ζωή τους σε υψηλό κίνδυνο και μπορεί να αποτελέσει ένα έντονο τραυματικό γεγονός (Kirmayer, et al., 2011). Η εγκατάσταση σε ένα νέο πολιτισμικό περιβάλλον, τους φέρνει αντιμέτωπους με νέες προκλήσεις. Η ανεργία, η αβεβαιότητα για το μέλλον της προσφυγικής τους ιδιότητας, η απώλεια του κοινωνικού ρόλου που είχαν στην πατρίδα τους, οι δυσκολίες στην γλώσσα και στην ένταξη σε έναν νέο για αυτούς πολιτισμό καθώς και ο πιθανός ρατσισμός και στιγματισμός που υφίστανται στις χώρες προορισμού αποτελούν παράγοντες ψυχικής αποδιοργάνωσης. Η ανησυχία για τους δικούς τους ανθρώπους που έχουν μείνει πίσω ή που χάθηκαν κατά τη διάρκεια του πολέμου φαίνεται να αποτελεί μια από τις σημαντικότερες πηγές στρες και ανασφάλειας. για την ψυχική υγεία των προσφύγων (UNHCR, 2015). Οι διαδικασίες όμως της κοινωνικής ένταξης τους και η διευθέτηση των προοπτικών για το μέλλον τους, έχει φανεί ότι σταθεροποιεί την ψυχική τους υγεία και δημιουργεί αίσθημα ελπίδας και

αισιοδοξίας με θετικά αποτελέσματα στην συνολική τους υγεία (Kirmayer, et al., 2011)

Οι πιο συχνές διαταραχές που προκαλούνται στους Σύριους πρόσφυγες είναι η μετατραυματική διαταραχή στρες, η κατάθλιψη και η αγχώδης διαταραχή (Almoshmoh, 2015). Σε έρευνα που γίνανε σε προσφυγικά camps στην Τουρκία, την Συρία και τον Λίβανο με δείγμα 6.000 ενήλικων και παιδιών βρέθηκε ότι 54% είχαν ψυχικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη και αγχώδη διαταραχή. Ακόμη, από έρευνα που έγινε σε προσφυγικά camp στην Τουρκία σε παιδιά, φάνηκε να πάσχουν από μετατραυματική διαταραχή στρες το 45%, τιμή δεκαπλάσια του παγκόσμιου μέσου όρου, και το 44% από κατάθλιψη (CDC, 2016).

Πολλές φορές οι πρόσφυγες με ψυχικά προβλήματα υγείας προσέρχονται με σωματικά συμπτώματα, όπως άτυπος πόνος, γαστρεντερικά ενοχλήματα, κόπωση. Η διαφορετική γλώσσα και κουλτούρα δημιουργεί εμπόδια στους γιατρούς να διαγνώσουν τα ψυχικά προβλήματα που υποκρύπτονται μιας και είναι σύνηθες οι πρόσφυγες από την Μέση Ανατολή να υποτιμάνε τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες μην κρίνοντας αναγκαίο να τους αναφέρουν σε μία ιατρική συνέντευξη θεωρώντας τα ζητήματα καθημερινής ζωής (Kirmayer, et al., 2011).

Το τραύμα που υπόκεινται οι πρόσφυγες από εμπόλεμες ζώνες αποτελεί μια ιδιαιτερότητα των υπό εξέταση πληθυσμών που θρυμματίζει την υγεία τους. Παρακάτω θα επιχειρηθεί να γίνει μία βαθύτερη κατανόηση με έμφαση στο ιστορικοκοινωνικό πλαίσιο.

### **3.2 Το προσφυγικό τραύμα**

Το τραύμα που δημιουργείται έχει μακροχρόνια αποτελέσματα στην υγεία των ανθρώπων, θρυμματίζοντας την ψυχική τους συγκρότηση, γεγονός που με την σειρά του οδηγεί και σε επιδείνωση της φυσικής υγείας προκαλώντας σημαντικό βαθμό αναπηρίας. Έχει τις ρίζες του σε πολλαπλές κοινωνικές ιστορικές και πολιτικές διεργασίες και μόνο μέσα από ένα τέτοιο ολιστικό πλαίσιο μπορεί να κατανοηθεί και να βγουν χρήσιμα συμπεράσματα τα οποία θα κατευθύνουν τους επαγγελματίες στον χώρο της υγείας σε πιο βαθιά και ριζική αντιμετώπισή του.

Ο M.George ανέλυσε τρεις θεωρητικές προσεγγίσεις που μπορούν να συνδυαστούν προκειμένου να κατανοηθεί πολύπλευρα το τραύμα των προσφύγων: την προσφυγική θεωρία, την μετα-αποικιοκρατική και την θεωρία του τραύματος.

Η προσφυγική θεωρία μας βοηθάει να κατανοήσουμε τους λόγους για τους οποίους οι πρόσφυγες εγκατέλειψαν την πατρίδα τους, ανιχνεύοντας το ιστορικό πλαίσιο που συντελέστηκε αυτή η μετακίνηση. Ο Kunz προσπάθησε κατηγοριοποιήσει τους πρόσφυγες σε αυτούς που εγκατέλειψαν με σχεδιασμένο τρόπο την πατρίδα τους έχοντας προετοιμαστεί πλήρως για μια νέα ζωή και σε αυτούς που εκτοπίστηκαν βίαια. Στην συνέχεια χώρισε σε τρεις κατηγορίες τους πρόσφυγες. Στην πρώτη κατηγορία τοποθέτησε αυτούς που αποτελούν ένα πλειοψηφικό κομμάτι της χώρας που ήταν υπό πολεμική διαμάχη και αναζητούν άσυλο λόγω μεγάλων κοινωνικοπολιτικών γεγονότων. Στην δεύτερη αυτούς τους πρόσφυγες που εγκαταλείπουν την χώρα επειδή ανήκουν σε μία πληθυσμιακή ομάδα που διώκεται την συγκεκριμένη στιγμή και στην τρίτη τους αυτοεξόριστους λόγω προσωπικών προβλημάτων που αντιμετώπιζαν (George, 2010).

Η πρώτη κατηγορία είναι και αυτή που μπορεί να πάρει άσυλο από μία δυτική χώρα πιο εύκολα. Η Ύπατη Αρμοστέα του ΟΗΕ για τους πρόσφυγες δίνει μεγαλύτερη προτεραιότητα σε αυτούς τους ανθρώπους προσφέροντας τους ευκολότερα την προστατευόμενη ιδιότητα του πρόσφυγα. Οι άνθρωποι αυτοί συνήθως έχουν ισχυρό δέσιμο με την πατρίδα τους και ο επαναπατρισμός τους είναι εύκολος. Οι άλλες δύο κατηγορίες προσφύγων είναι αυτές που αντιμετωπίζουν και τις μεγαλύτερες δυσκολίες μην λαμβάνοντας την απαραίτητη προσοχή από τις χώρες υποδοχής. Ο επαναπατρισμός τους, εμπεριέχει μεγάλους κινδύνους για την ζωή τους μιας και αποτελούν μειοψηφικό πληθυσμό υπό διωγμό. Η διεκδίκηση ασύλου είναι δυσκολότερη, αφού συνήθως δεν φέρουν αποδεικτικά στοιχεία και βασίζονται σε γεγονότα λιγότερο γνωστά στην παγκόσμια κοινότητα (George, 2010).

Οι πρόσφυγες που ήρθαν στο Ηράκλειο από εμπόλεμες ζώνες ανήκουν στην κατηγορία των βίαια εκτοπισμένων από τις χώρες τους. Αυτοί είναι που έχουν και τις πιο έντονες τραυματικές εμπειρίες, καθώς χωρίς να είναι προετοιμασμένοι είδαν τις περιουσίες τους, την κοινωνική ζωή τους και πολλούς από τους δικούς τους ανθρώπους να χάνονται. Η υποστήριξη και κοινωνική ένταξη αυτών των ανθρώπων αποτελεί και την μεγαλύτερη πρόκληση. Όσον αφορά την δεύτερη κατηγοριοποίηση,

όπως την ανέλυσε ο Kunz, θα συναντήσουμε πρόσφυγες και από τις τρεις κατηγορίες γεγονός που δημιουργεί ιδιαίτερες ανάγκες για εύρεση δράσεων, προκειμένου το επίπεδο ψυχικής και σωματικής υγείας να ανταποκριθεί στις ξεχωριστές προσδοκίες της κάθε ομάδας.

Η μετα-αποικιοκρατική θεωρία αποτελεί μια σχολή σκέψης που μελετά τον τρόπο με τον οποίο τα ισχυρά κράτη εξουσιάζουν και συνεχίζουν να κυριαρχούν ακόμα και μετά την αποικιοκρατική περίοδο έναντι των πιο φτωχών χωρών και των ανθρώπων που προέρχονται από αυτές. Η θεωρία αυτή προσπαθεί να αναδείξει πως η αποικιοκρατία επηρέασε την εφαρμογή της παγκοσμιοποίησης και του νεοφιλελευθερισμού στον μετα-αποικιοκρατικό κόσμο, όπου μεγάλες δυνάμεις επιβάλλονται οικονομικά και πολιτισμικά στις αναπτυσσόμενες χώρες και όταν οι δεύτερες αντιστέκονται στις επιταγές τους χρησιμοποιούν ενάντια τους, πολιτικές οικονομικών κυρώσεων ή στρατιωτικής επιβολής. Αποτέλεσμα αυτής της επιβολής, είναι η δημιουργία προσφύγιων πληθυσμών οι οποίες σε πολλές περιπτώσεις ψάχνουν για ένα καινούριο μέλλον στις ίδιες τις χώρες που γέννησαν με τις πολιτικές τους την πολεμική τραγωδία (Παρδαλίδης, 2013). Την ίδια στιγμή οι ισχυρές χώρες με πρόσχημα την ανθρωπιστική και οικονομική βοήθεια που παρέχουν στα πλαίσια καταπολέμησης της οικονομικής ένδειας και των προσφυγικών ροών επηρεάζουν τις πολιτικές των κυβερνήσεων. Έτσι δημιουργείται μια νέα μορφή αποικιοκρατίας που συνεχίζει την προηγούμενη και τα φτωχά κράτη μπορεί κατ' ευφημισμό να αποκαλούνται ανεξάρτητα αλλά στην πραγματικότητα είναι πλήρως εξαρτημένα (George, 2010)

Η νέα αυτή μορφή της αποικιοκρατίας επηρεάζει ακόμα και δυτικά κράτη στην περιφέρεια της Ευρωπαϊκής Ένωσης που έχουν απωλέσει την ανεξαρτησία και την αυτάρκεια τους και είναι πλήρως εξαρτημένα από τις εκάστοτε οικονομικές δυνάμεις τροφοδοτώντας τις με μετανάστες κυρίως νεαρής ηλικίας. Το πρόβλημα γίνεται εντονότερο σε χώρες που βρίσκονται σε εμπόλεμη κατάσταση. Η Συρία, το Ιράκ, το Αφγανιστάν και η Παλαιστίνη, χώρες οι οποίες αποτελούν τον κύριο τόπο καταγωγής του μεγάλου προσφυγικού κύματος που μελετάμε, βρίσκονται υπό πολεμικό κλοιό τον οποίο ενισχύουν οι ισχυρές δυνάμεις της υφ' ύλης. Την ίδια στιγμή, η ανθρωπιστική βοήθεια που προσφέρουν οι δυνάμεις αυτές, προβάλλεται ως ιεραποστολικό καθήκον της δυτικής κοινωνίας για τον εκδημοκρατισμό των



αναπτυσσόμενων χωρών, και την ευαισθητοποιημένη κοινωνικά υποδοχή και ενσωμάτωση στις δυτικές χώρες προσφύγων από εμπόλεμες ζώνες.

Η Malkki προσπαθεί να κάνει κριτική στις δυτικές χώρες και τους διεθνείς οργανισμούς που ασχολούνται με τους πρόσφυγες. Αναφέρει ότι παρουσιάζονται σαν ένα υποκείμενο που εξετάζεται με επικέντρωση στην τραγωδία και στις ανθρωπιστικές του ανάγκες, αποκομμένο όμως από τις γενεσιουργές κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές αιτίες που το έφεραν στην δυσχερή αυτή θέση. Συμπληρώνει μάλιστα ότι οι πρόσφυγες έχοντας υποστεί την απώλεια της εθνικής ταυτότητας, της ιστορικής συνέχειας, ακόμα και της ίδιας της κουλτούρας τους, θέτουν σε αμφισβήτηση το σύγχρονο παγκόσμιο οικοδόμημα και τις αξίες του Διαφωτισμού. Καταφέρνουν στα πρόσωπά τους να καθρεφτίζεται ένας κόσμος όπου οι δυνατοί επιβάλλονται στους αδύναμους (Παρδαλίδης, 2013).

Η μετα-αποικιοκρατική θεωρία πέρα από ότι μας βοηθά να κατανοήσουμε ίσως την κυριότερη αιτία της δημιουργίας εκτοπισμένων από την πατρίδα τους προσφύγων, μας βοηθά και στην αναγνώριση των δυσκολιών που ανακύπτουν από τους ανθρώπους αυτούς στο να πάρουν άσυλο και να ενταχθούν στις βιομηχανοποιημένες δυτικές πόλεις.

Η απόφαση για το ποιος πρόσφυγας θα ενταχθεί σε ένα κράτος ως προστατευόμενος εξαρτάται από τις μεταναστευτικές πολιτικές της εκάστοτε χώρας ή ένωσης κρατών, όπως η Ευρωπαϊκή Ένωση. Χώρες οι οποίες έχουν πολύ σκληρή μεταναστευτική πολιτική υιοθετούν πολιτικές περιορισμού ή και αποκλεισμού των μεταναστευτικών ροών αυξάνοντας τους συνοριακούς ελέγχους. Οι πολιτικές αυτές οδηγούν τους πρόσφυγες να χρησιμοποιούν επικίνδυνους τρόπους για να εισέλθουν με αποτέλεσμα ολέθριες συνέπειες στην σωματική και ψυχική τους υγεία. Η επικίνδυνη διέλευση προσφυγικών πληθυσμών και ο εγκλεισμός τους σε προσφυγικά camps στην χώρα πρώτου προορισμού, που συνήθως είναι η Ελλάδα στην περίπτωση της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δημιουργούν ασφυκτικές συνθήκες διαβίωσης και μία έλλειψη προοπτικής για μια καλύτερη ζωή στους ανθρώπους αυτούς με αποτέλεσμα την επιδείνωση της ήδη θρυμματισμένης ψυχικής υγείας τους (George, 2010).

Η μετα-αποικιοκρατική θεωρία έτσι φωτίζει την συνεισφορά των πολιτικών και ιστορικών παραγόντων, στην δημιουργία τόσο του προμεταναστευτικού, όσο και

του μεταμεταναστευτικού τραύματος. Η ανίχνευση των γενεσιουργών αιτιών της προσφυγιάς, θα είναι η βάση ώστε η παγκόσμια κοινότητα καθώς και τα διάφορα κοινωνικά κινήματα να δράσουν ώστε να εξαλειφθούν οι αιτίες που δημιουργούν ανθρώπους που έχουν απωλέσει τον τόπο και την ταυτότητά τους με αποτέλεσμα να τραυματίζονται ψυχικά και σωματικά. Η επικέντρωση μόνο στην πρόσκαιρη αντιμετώπιση των αναγκών των προσφύγων δεν είναι ικανή από μόνη της να δημιουργήσει τις απαιτούμενες λύσεις του προβλήματος και για αυτό στην παρούσα έρευνα θα επιχειρηθεί να δοθεί βάση στην αποκάλυψη των βαθύτερων αιτιών δημιουργίας του προσφυγικού τραύματος.

Η θεωρία του τραύματος επικεντρώνεται στην βιολογική κυρίως συνιστώσα του. Η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία όρισε κάποια κριτήρια για την διάγνωση της μετατραυματικής διαταραχής στρες (PTSD) τα οποία αποτυπώνονται αναλυτικά στο διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο DSM V (Παράρτημα 1).

Το μοντέλο διάγνωσης του τραύματος βασισμένο στα κριτήρια DSM δέχτηκε κριτική ότι συνιστά ένα διαγνωστικό εργαλείο που, ενώ προσφέρει βοήθεια σε ανθρώπους που έχουν πρόβλημα, στην πραγματικότητα προωθεί την κυριαρχία του ηγεμονικού κόσμου στους πιο αδύναμους, όπως οι πρόσφυγες που έχουν ζήσει τραυματικές εμπειρίες. Με το να βάλουμε την ταμπέλα του πάσχοντος από PTSD σε αυτούς τους ανθρώπους ουσιαστικά νομιμοποιούμε λανθασμένα τον κόσμο ως έναν ασφαλή χώρο (George, 2010).

Ο Mollica έκανε κριτική στην υπερβολική έμφαση που δίνουν οι γιατροί στην εξάρτηση από την φαρμακευτική αγωγή στην θεραπεία του τραύματος, προτείνοντας την ερμηνεία των γεγονότων μέσα από την βιωματική αφήγηση ως μια μέθοδο θεραπείας. Οι αφηγήσεις αυτές είναι ικανές να διευρύνουν την γνώση πάνω στην προέλευση του τραύματος, ώστε να υπάρχει μία πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση. Ο ίδιος πρότεινε το χιούμορ, την φυσική άσκηση, την σωστή διατροφή και την χαλάρωση ως θεραπευτικά μέσα. Τέλος υποστήριξε την δυνατότητα τα ίδια τα τραυματικά γεγονότα να μετατραπούν σε πλούσια νοήματα και εμπειρίες που θα βοηθήσουν τους πάσχοντες να ανταπεξέλθουν στις δυσκολίες της ένταξης (George, 2010). Σύμφωνα με τον Kroll η επίπτωση του τραύματος στην υγεία των προσφύγων έχει να κάνει και με τις πολιτισμικές καταβολές και το κατά πόσο κάθε άτομο αντιδρά στην απώλεια, τον τραυματισμό και τον κίνδυνο (George, 2010).

Στην παρούσα έρευνα θα χρησιμοποιηθεί το εργαλείο DSM V για μία διάγνωση των προσφύγων που έχουν μετατραυματική διαταραχή στρες. Έχοντας υπόψιν την κριτική που ασκείται στα εργαλεία ψυχιατρικής διάγνωσης, στόχος είναι να αναδειχθεί η συσχέτιση των κοινωνικών γεγονότων, όπως είναι ο πόλεμος και η μετανάστευση με την δημιουργία διαταραχών της ψυχικής σφαίρας, προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα που θα ευαισθητοποιήσουν την τοπική κοινότητα και τις υγειονομικές υπηρεσίες για να διεξάγουν δράσεις που θα απαλύνουν το τραύμα.

Η θεωρία του τραύματος πάνω στους τρεις άξονες που περιγράφηκαν μας κάνει να κατανοήσουμε τις περίπλοκες πολιτισμικές, πολιτικές, κοινωνικές και ιστορικές καταβολές του. Κάθε στάδιο της προσφυγιάς είναι εν δυνάμει παράγοντας ψυχικής και σωματικής καταστροφής της ήδη επιβαρυσμένης κατάστασης των ατόμων τα οποία έρχονται αντιμέτωπα με την απώλεια της ταυτότητας, της οικογένειας και της πατρίδας τους. Η θεωρία της κατανόησης των αιτιών του τραύματος θα χρησιμοποιηθεί στην έρευνα των συνεντεύξεων προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα για τις αιτίες δημιουργίας του τραύματος και να προταθούν λύσεις στα πλαίσια ενός μοντέλου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

## 4. Κοινωνική ένταξη και ενσωμάτωση

Η κοινωνική ένταξη και ενσωμάτωση αποτελούν έννοιες και πολιτικές που έχουν απασχολήσει έντονα την ανθρωπότητα μετά την αποικιοκρατία και τις μαζικές μετακινήσεις πληθυσμών ανά τον κόσμο. Στις μέρες μας, εκατοντάδες χιλιάδες άνθρωποι εγκαταλείπουν την πατρίδα τους λόγω των πολέμων που επικρατούν στην Μέση Ανατολή και εισέρχονται σε ένα διαφορετικό κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον, όπως αυτό των Ευρωπαϊκών χωρών. Η κοινωνική ένταξη των ανθρώπων αυτών και η αποφυγή του αποκλεισμού τους αποτελεί αναγκαία πολιτική τόσο για την συνοχή της κοινωνίας που θα τους υποδεχτεί όσο και για την ευημερία των ανθρώπων που προσπαθούν να αρχίσουν μία νέα ζωή κουβαλώντας μαζί τις τραυματικές εμπειρίες της προσφυγιάς.

Την έννοια της κοινωνικής ενσωμάτωσης την συναντάμε πρώτα στον Durkheim, ο οποίος μελέτησε την ανάγκη των ανθρώπων να δημιουργούν κοινωνικούς δεσμούς. Στο έργο του «Η Αυτοκτονία», έκανε διάκριση μεταξύ μηχανικής και οργανικής αλληλεγγύης, θέλοντας με τον τρόπο αυτό να καταδείξει τους κοινωνικούς δεσμούς με βάση τους οποίους οι άνθρωποι ενσωματώνονταν στις παραδοσιακές και τις νεωτερικές κοινωνίες. Ο Durkheim θεωρεί ότι η κοινωνία ασκεί μεγάλη επιρροή στα άτομα. Οι κανόνες, τα πιστεύω και οι αξίες των ανθρώπων μίας κοινωνίας δημιουργούν μια συλλογική συνείδηση για το πώς δομείται και λειτουργεί ο κόσμος. Αυτή η συλλογική συνείδηση δένει τα άτομα μεταξύ τους δημιουργώντας με την σειρά της την κοινωνική ενσωμάτωση. (Παπαδοπούλου, 2011). Ο Durkheim στην «Αυτοκτονία» συσχέτισε τις αυτοκτονίες με την κοινωνική ενσωμάτωση των ανθρώπων. Σε περιόδους μεγάλης κοινωνικής ταραχής και γρήγορων αλλαγών, όπως είναι μία πολεμική διαμάχη, οι κοινωνικές αξίες και κανόνες που ρυθμίζουν την κοινωνική ενσωμάτωση καταρρέουν, το άτομο χάνει τα ιδανικά του και γίνεται ευάλωτο στην αυτοκτονία. (Berkman, 2000)

Μια δεύτερη σχολή κοινωνιολογικής σκέψης, αυτή της σχολής του Σικάγο, ασχολήθηκε με την έννοια της κοινωνικής ενσωμάτωσης περί το 1920 με το βιβλίο «Ο Πολωνός Χωρικός». Οι William Thomas και Florian Znaniecky θα επιχειρήσουν στο φόντο μιας μεγάλης μετακίνησης πληθυσμών από την Ευρώπη στην Αμερική να ασχοληθούν με την κοινωνική ενσωμάτωση και τους όρους «αφομοίωση» και

«επιπολιτισμός». Οι θεωρητικοί αυτοί υποστηρίζουν, ότι η ενσωμάτωση με όρους αφομοίωσης των ξένων από την χώρα υποδοχής, αποτελεί βασική πολιτική προκειμένου να αποφευχθούν φαινόμενα ρατσισμού από τους γηγενείς και φαινόμενα προβατικής συμπεριφορά από τους μετανάστες. Ακόμη, υποστήριξαν ότι οι μετανάστες είχαν μία εύθραυστη ψυχική κατάσταση η οποία δεν οφειλόταν σε βιολογικούς παράγοντες αλλά σε κοινωνικές αλλαγές που προήλθαν σαν συνέπεια της μετανάστευσης. Η αποδιοργάνωση, όπως την αναφέρουν, που προήλθε στην κοινωνική τους κατάσταση και η αλλαγή των συλλογικών κανόνων που συντελέστηκε με την μετανάστευση, τους οδήγησε σε αποκλίνουσα συμπεριφορά. Η Παπαδοπούλου ανέφερε ότι οι πολιτικές ένταξης και ενσωμάτωσης είναι αυτές που τείνουν να φέρουν πιο κοντά τον πληθυσμό των μεταναστών με αυτόν του ντόπιου πληθυσμού και αφορούν τομείς όπως η εκπαίδευση, η υγεία και η κοινωνική ασφάλιση. Πολιτικές ένταξης θεωρούνται αυτές που έγκεινται στο δημόσιο βίο του μετανάστη, όπως η στέγαση, η εκπαίδευση, η γλώσσα και η απασχόληση, ενώ οι πολιτικές ενσωμάτωσης αφορούν την ιδιωτική του σφαίρα, όπως η οικογένεια, τα θρησκευτικά ζητήματα και οι πολιτισμικές διαστάσεις. (Παπαδοπούλου, 2011)

Ο Ζαϊμάκης το 2002 προσπαθεί να διαχωρίσει τις πολιτικές πολιτισμικής αφομοίωσης, κοινωνικής ενσωμάτωσης και κοινωνικής ένταξης. Προβάλλει τις πολιτικές κοινωνικής ένταξης ως τις καταλληλότερες υπό τον όρο ότι δεν θέτουν το ζήτημα της προσαρμογής της κουλτούρας της μειονότητας σε αυτήν της πλειοψηφίας. Οι πολιτικές κοινωνικής ένταξης βρίσκονται στον αντίποδα του κοινωνικού αποκλεισμού και αφορούν πολιτικές, όπως η ισότιμη πρόσβαση στην παιδεία, την εργασία, την υγεία και την κατανάλωση χωρίς να χάνεται η διακριτή ταυτότητα, η κουλτούρα και οι αντιλήψεις της μειονοτικής ομάδας. Αντίθετα, οι πολιτικές κοινωνικής ενσωμάτωσης παρά το ότι επιτρέπουν την πολιτισμική ιδιαιτερότητα σε ορισμένα πλαίσια γίνονται με όρους που θέτει η κυρίαρχη ομάδα και λειτουργούν ως ένας μηχανισμός κοινωνικής προσαρμογής της μειονότητας στο πολιτιστικό πρότυπο της πλειονότητας. Οι πολιτικές αφομοίωσης, τέλος, στοχεύουν στην ενσωμάτωση της μειονότητας με ταυτόχρονη εγκατάλειψη από αυτήν των ιδιαίτερων πολιτισμικών της χαρακτηριστικών. Παραπέμποντας στον Taylor και στο έργο του «Πολυπολιτισμικότητα: Εξετάζοντας την πολιτική της αναγνώρισης», ο Ζαϊμάκης, τονίζει ότι η αποτυχία να αναγνωριστεί η ιδιαίτερη πολιτισμική ταυτότητα της μειονότητας, προκαλεί βλάβες στα μέλη των μειονοτικών πολιτισμικών ομάδων.

Έτσι, τα άτομα φοβούμενα την απειλή πολιτισμικής τους εξόντωσης αισθάνονται ξεριζωμένα, χωρίς υπόσταση και αδύναμα να καλλιεργήσουν ένα αίσθημα κοινότητας και αυτοεκτίμησης (Ζαϊμάκης, 2002).

Οι πρόσφυγες σε αντίθεση με τους οικονομικούς μετανάστες έχουν πιο ανεπτυγμένη την αίσθηση της κοινότητας και της ευθύνης του πολιτισμού που απειλείται. Η δέσμευση αυτή ίσως οφείλεται στις αρνητικές καταστάσεις, τα σπίτια και τους κοινωνικούς ρόλους που έχουν αφήσει πίσω τους. Πολλές φορές οι πρόσφυγες ή οι μετανάστες οργανώνονται σε έναν τόπο χρησιμοποιώντας την γειτονιά, τον χώρο λατρείας και τις οικογένειες τους ως συμβολικά σύνορα προκειμένου εντός αυτών να αναπαράγουν την κουλτούρα τους, υπό τον φόβο μην εξαφανιστούν. Αυτή η κλειστή αναπαραγωγή της μειονοτικής κουλτούρας αποτελεί τα γκέτο. Ο Paterson τα χαρακτήρισε ως προβληματικά, αφού οι πρόσφυγες, υπερτονίζοντας τα περιχαρακωμένα τους πολιτιστικά χαρακτηριστικά, ενισχύουν τις πολιτιστικές διακρίσεις και αποστάσεις και επιβραδύνουν την προοπτική κοινωνικής ένταξης. Μια πολυπολιτισμική πολιτική ένταξης, οφείλει να αποτρέπει αυτή την περιχαράκωση αναδεικνύοντας ελεύθερα στην δημόσια σφαίρα τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις της μειονότητας. (Ζαϊμάκης, 2002).

Σε αυτή τη λογική της κοινωνικής ένταξης των προσφύγων ο Fylvie (2003) τονίζει ότι οι τομείς της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η ποιότητα της στέγασης και η ταχύτητα πρόσβασης στην αγορά εργασίας είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες κοινωνικής ενσωμάτωσης. Το αγγλικό κοινοβούλιο για να ερευνήσει την κοινωνική ενσωμάτωση των προσφύγων και μεταναστών στην αγγλική κοινωνία χρησιμοποίησε μια προσέγγιση που έχει τις ρίζες της στις μελέτες των Ager και Strang το 2004. Σύμφωνα με αυτή τη μελέτη για να διερευνηθεί η κοινωνική ένταξη στους πρόσφυγες πρέπει να λάβουμε υπόψη τα βασικά μέσα συμμετοχής που τους εξασφαλίζουν την επιβίωση, όπως η εργασία, η στέγαση, η εκπαίδευση και η πρόσβαση στην υγεία. Εν συνεχεία πρέπει να διερευνηθούν οι παράγοντες διευκόλυνσης που θα οδηγήσουν στην καλύτερη ενσωμάτωση τους, όπως η γλωσσική επικοινωνία, η διαπολιτισμική επαφή, η ασφάλεια και η σταθερότητα. Η τελευταία κατηγορία αφορά στη θεμελίωση της κοινωνικής συμμετοχής και της αναγνώρισης πολιτικών και κοινωνικών δικαιωμάτων από την κοινωνία υποδοχής (Παρδαλίδης, 2013).

Ο κοινωνικός αποκλεισμός στον αντίποδα της κοινωνικής ένταξης αποτελεί σύμφωνα και με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας έναν από τους 10 βασικούς προσδιοριστές της Υγείας. Σύμφωνα με το εγχειρίδιο του ΠΟΥ Social Determinants of Health, οι άνθρωποι οι οποίοι υφίστανται κοινωνικό αποκλεισμό, μέρος των οποίων είναι και οι πρόσφυγες, δεν έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες και δραστηριότητες άλλων πολιτών, όπως για παράδειγμα η υγεία, η στέγαση, η μεταφορά, η εκπαίδευση και η άσκηση με αποτέλεσμα να καταστρέφονται κοινωνικά και ψυχολογικά με άμεσο αντίκτυπο στην συνολική τους υγεία. Ο κοινωνικός αποκλεισμός φαίνεται να σχετίζεται με ποικίλες ασθένειες, εξαρτήσεις, κοινωνική απομόνωση και δύσκολες συνθήκες στέγασης δημιουργώντας μεγαλύτερο κίνδυνο για ένα μεγάλο εύρος προβλημάτων υγείας κυρίως αυτών που σχετίζονται με το καρδιαγγειακό σύστημα και την ψυχική υγεία (WHO, 2003).

Η κοινωνική ένταξη σαν διαδικασία είναι σαφές ότι σχετίζεται θετικά με την υγεία. Σε πολλές έρευνες φαίνεται, ότι η συμμετοχή των ανθρώπων σε κοινωνικά δίκτυα τους προσδίδει κοινωνικό ρόλο, δημιουργικότητα, αίσθημα νοήματος ζωής και αξία με αποτέλεσμα την μείωση του άγχους και ενίσχυση της συνολικής τους ψυχικής και σωματικής υγείας (Wilkinson, 2003, Futhergill 2010, Kirmayer, et al. 2011 & Seeman, 1996).

Η διαδικασία της κοινωνικής ένταξης των προσφύγων είναι πολύ σημαντική για τις ζωές των ανθρώπων που αναζητούν ένα καινούριο μέλλον σε έναν νέο τόπο και κουβαλάνε μαζί τους διαφορετικά πολιτισμικά ήθη και πρακτικές. Πολιτικές που προστατεύουν τους πρόσφυγες από τον κοινωνικό αποκλεισμό, αναδεικνύουν τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και βοηθάνε στην εύκολη πρόσβασή τους στην υγεία, την κατοικία, την εργασία και τις κοινωνικές υπηρεσίες φαίνεται να έχουν αποτέλεσμα στην συνολική υγεία και ευεξία των ανθρώπων αυτών. Στη συνέχεια αξιοποιώντας τα δεδομένα εμπειρικής έρευνας στο Ηράκλειο της Κρήτης, θα προσπαθήσουμε να διερευνήσουμε τις επιπτώσεις του πολέμου, της απώλειας του τόπου και της μετανάστευσης στην υγεία των προσφύγων. Στη συνέχεια θα εξετάσουμε τις διαδικασίες εγκατάστασης και ένταξης των προσφύγων στην πόλη του Ηρακλείου και τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να αντιστραφούν οι αρνητικές επιπτώσεις του εκτοπισμού.

## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ:

# ΟΥΣΙΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΣΤΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

## 5. Μεθοδολογία έρευνας

### 5.1 Σκοπός της έρευνας

Η έρευνα έχει σαν στόχο να μελετήσει τις ανάγκες υγείας στο πληθυσμό της ευαίσθητης ομάδας των προσφύγων που κατέφθασαν στο Ηράκλειο από εμπόλεμες ζώνες της Μέσης Ανατολής και της Ασίας. Θα μελετηθεί πώς οι πρόσφυγες αναπλάθουν στο σήμερα τραυματικά γεγονότα στις αφηγήσεις τους και πώς αυτά σημαδεύουν την καθημερινότητά τους. Στόχος είναι να μελετηθεί, το πώς επηρεάζει η κατάσταση του πολέμου την υγεία των προσφύγων, σε ποιο βαθμό ικανοποιούνται οι ανάγκες και η κοινωνική ένταξη των προσφύγων, στο Ηράκλειο Κρήτης και πως η ικανοποίηση των αναγκών αυτών αυτή επηρεάζει την υγεία τους. Τέλος θα διερευνηθούν τα εμπόδια που συναντούν οι πρόσφυγες για την εκπλήρωση των αναγκών υγείας.

Μελέτες της υγείας προσφυγικών πληθυσμών έχουν δείξει ότι τόσο οι σωματικές όσο και οι ψυχικές ασθένειες δείχνουν να έχουν επηρεάσει τις ομάδες των προσφύγων σε διάφορους σταθμούς της ζωής τους μετά το ξέσπασμα του πολέμου. Μεγάλοι οργανισμοί, όπως η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας καθώς και διάφορα πανεπιστήμια έχουν επεξεργαστεί εργαλεία για τη διενέργεια επιδημιολογικών μελετών σε μαζικούς χώρους πρώτης υποδοχής προκειμένου να περιγράψουν τις επείγουσες ανάγκες υγείας που πρέπει να καλυφθούν σε άμεσο χρόνο (Γιατροί χωρίς Σύνορα, 2006; Regional Training Course on Rapid Health Assessment, 2007; UNHCR, 2018; Toole, 1994).

Κεντρική ιδέα της συγκεκριμένης μελέτης ήταν να αποτυπωθούν οι ανάγκες υγείας σε μια χρόνια βάση και με μεγαλύτερη λεπτομέρεια. Τα προβλήματα υγείας και οι ανάγκες των ανθρώπων αυτών ίσως μεταβάλλονται, όταν ξεπεράσουν την επείγουσα διάσταση της πρώτης υποδοχής και μπουν σε μία διαδικασία ένταξης σε



έναν νέο χώρο για μεγαλύτερο διάστημα. Για την εκτίμηση των αναγκών υγείας των προσφύγων είναι σημαντικό η έρευνα να διεισδύσει σε βάθος, αποτυπώνοντας πέρα από το σωματικό, είτε επείγον είτε χρόνιο, και το ευρύτερο κοινωνικό και ψυχολογικό υπόβαθρο της υγείας τους. Η ολιστική αυτή εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού έχει σαν στόχο να συμβάλει στην καλύτερη ένταξη των προσφύγων στην νέα κοινωνία και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής και υγείας τους.

## **5.2 Πεδίο έρευνας**

Το Ηράκλειο της Κρήτης, μία πόλη απομακρυσμένη από τα θαλάσσια σύνορα Ελλάδας–Τουρκίας, που αποτέλεσαν την δίοδο των προσφυγικών ροών μετά την Συριακή κρίση, αποτέλεσε τον δεύτερο σταθμό των προσφύγων μετά τα hotspot των νησιών του Βορείου Αιγαίου. Οι πρόσφυγες κατέφθασαν στην πόλη μέσω του Προγράμματος ESTIA, το οποίο χρηματοδοτείται από την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ. Το πρόγραμμα, εγγυόταν στέγαση με προοπτική διαμονής τουλάχιστον ενός έτους πράγμα που θα άλλαζε τον προσωρινό χαρακτήρα κράτησης τους εντός της χώρας. Η επιλογή αυτών των υποκειμένων και η ανάδειξη μέσα από το λόγο τους των αναγκών υγείας του προσφυγικού πληθυσμού που βρίσκεται υπό διαδικασία ένταξης σε έναν διαφορετικό πολιτισμικά τόπο κρίνεται σημαντική για να μελετηθούν σε βάθος κοινωνιοψυχολογικές διαστάσεις των προβλημάτων υγείας των προσφύγων.

### 5.3 Επιλογή μεθοδολογίας

Έχοντας επιλέξει τα ερευνητικά ερωτήματα με το οποίο θα ασχοληθώ στην παρούσα εργασία, καθοριστικό βήμα στην εξέλιξη της διπλωματικής εργασίας αποτέλεσε η επιλογή της μεθόδου συλλογής των δεδομένων.

Τα δύο είδη ερευνητικής μεθοδολογίας που δίνουν την δυνατότητα στον ερευνητή να προσεγγίσει και να επικεντρωθεί στο πεδίο είναι η ποσοτική και η ποιοτική.

Υπάρχουν κάποιες βασικές διαφορές στα δύο είδη μελετών στις οποίες θα αναφερθώ συνοπτικά, προκειμένου να δικαιολογηθεί η χρήση της ποιοτικής μεθοδολογίας στην συγκεκριμένη έρευνα. Ενώ οι ποσοτικές μέθοδοι προσεγγίζουν και χαρτογραφούν τάσεις και δείκτες που συνδέονται με ένα κοινωνικό φαινόμενο, οι ποιοτικές καταφέρνουν να αναδείξουν υποκειμενικές αλλά και συλλογικές αντιλήψεις, ιδέες, τρόπους σκέψης και νοήματα και να μελετήσουν ένα κοινωνικό και ιατρικό φαινόμενο μέσα από το λόγο και τη βιωματική εμπειρία του ίδιου του υποκειμένου.

Η ποιοτική έρευνα καταφέρνει να μελετά τα κοινωνικά φαινόμενα από την οπτική των δρώντων εξετάζοντας την κοινωνική τους ζωή ως μια δυναμική και όχι στατική κατάσταση. Επίσης η ποιοτική έρευνα σε αντιδιαστολή με την ποσοτική, η οποία είναι πιο απρόσωπη, μελετά τα κοινωνικά φαινόμενα με ολιστικό τρόπο λαμβάνοντας υπόψιν τα ιστορικά, κοινωνικά και πολιτισμικά πλαίσια στα οποία υπάρχουν (Τσιώλης, 2014).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω στον χώρο της υγείας χρησιμοποιούνται κυρίως οι ποσοτικές μέθοδοι και η επιδημιολογική ερευνητική διαδικασία κυριαρχεί (Pope, 2000). Ενώ υπάρχει πλούσια εμπειρία από εκτίμηση αναγκών υγείας μέσω της ποσοτικής μεθοδολογίας, οι έρευνες που εστιάζουν στις βιωματικές εμπειρίες των προσφύγων για να εξαγάγουν συμπεράσματα, είναι λίγες. Η ποιοτική έρευνα δίνει την δυνατότητα να μελετηθούν σε βάθος οι εμπειρίες, οι απόψεις, η κουλτούρα και τα συναισθήματα των ανθρώπων, δίνοντας βάση στον ζωντανό λόγο και αποκαλύπτοντας πολλαπλά στοιχεία των ερωτώμενων τα οποία δεν φαίνονται μέσω των απλών και απρόσωπων ερωτήσεων της ποσοτικής έρευνας (Τσιώλης, 2014).

Οι πρόσφυγες είναι ένας πληθυσμός ανθρώπων με έντονα βιώματα και κοινωνικές εμπειρίες, όπως ο πόλεμος, η εκτόπιση από την πατρίδα τους και η μετανάστευση σε έναν άλλο τόπο με διαφορετικό πολιτισμικό περιβάλλον, γεγονότα που δύνανται να επηρεάσουν με έντονο τρόπο την κατάσταση ζωής και σκέψη, να επαναπροσδιορίσουν την εικόνα του εαυτού και κατ' επέκταση να επηρεάσουν την υγεία και να μετασχηματίσουν τις ανάγκες τους. Η ποσοτική έρευνα και η γλώσσα των μαθηματικών που χρησιμοποιείται σε αυτήν, είναι πιθανό να άφηγε στο σκοτάδι πτυχές της έρευνας που αφορούν τις βιογραφικές διαδρομές και την συσχέτισή αυτών με την υγεία των υποκειμένων.

Υπό το πρίσμα της ποιοτικής έρευνας φαίνεται να είναι εφικτό να περιγραφούν με τον πιο βαθύ και εμπλουτισμένο τρόπο οι ανάγκες υγείας των προσφύγων από εμπόλεμες ζώνες τοποθετώντας τους ως πρωταγωνιστές και συμμετόχους στην όλη ερευνητική διεργασία.

#### **5.4 Ημιδομημένες συνεντεύξεις και focus group**

Τα βασικά μεθοδολογικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην συγκεκριμένη έρευνα είναι η ημιδομημένη συνέντευξη και το focus group.

Η ημιδομημένη συνέντευξη αποτελεί πηγή άντλησης στοιχείων σχετικά με το πως αντιλαμβάνεται ο ερωτώμενος τον πόλεμο, την μετανάστευση, το περιβάλλον στο οποίο ζει εκφράζοντας γνώμες, αντιλήψεις και συναισθήματα που αφορούν την ζωή και την υγεία του. Η συλλογή στοιχείων γίνεται μέσα από ζωντανή επαφή και προσωπική επικοινωνία και είναι ευκολότερο να αποσαφηνιστεί ο σκοπός της έρευνας. Οι ερωτήσεις μέσα από αυτή την έρευνα οργανώνονται σε γενικές ενότητες και μέσα από ερωτήσεις καθορίζεται το πλαίσιο της συζήτησης δίνοντας ελευθερία και ευελιξία στον ερωτώμενο στο να ξεδιπλώσει με δικό του τρόπο απόψεις και εμπειρίες που αφορούν την θεματολογία. Στόχος είναι να ληφθεί ένα λεπτομερές και σε βάθος υλικό μέσα από μια ανοιχτή συνέντευξη (Pope, 2000). Αξίζει να επισημανθεί ότι δεν ήταν λίγες οι φορές που μέσα από την διαδικασία της συνέντευξης οι άνθρωποι αυτοί ανακάλυπταν συσχέτιση ασθενειών με προσωπικά τους βιώματα και αυτό οδηγούσε τόσο το ιατρικό προσωπικό, όσο και τους ίδιους σε

μια πιο καθαρή εικόνα των λόγων για τους οποίους επισκέφτηκαν τον ιατρό και κατ' επέκταση στην αναζήτηση των κατάλληλων θεραπευτικών μεθόδων.

Το focus group αποτελεί μία ομαδική συνέντευξη, όπου οι συμμετέχοντες καλούνται όχι μόνο να απαντήσουν σε ερωτήσεις αλλά και να συζητήσουν μεταξύ τους πάνω σε ένα συγκεκριμένο θέμα. Η μορφή αλληλεπίδρασης είναι επί μέρους κάθετη μέσω του ερευνητή που θέτει τις ερωτήσεις αλλά κυρίως οριζόντια με την διάδραση μεταξύ των μελών της ομάδας κάνοντας την συνέντευξη περισσότερο συμμετοχική και δημοκρατική, μειώνοντας την επιρροή του ερευνητή και ενισχύοντας την βαρύτητα της γνώμης των συμμετεχόντων. (Wilkinson,1998). Ο ερευνητής προσπαθεί να δημιουργήσει ένα οικείο κλίμα προσδοκώντας την ελεύθερη και ειλικρινή τοποθέτηση των συμμετεχόντων στην συζήτηση. Πλεονέκτημα αποτελεί η ταυτόχρονη άντληση πληροφοριών από πολλά άτομα την ίδια στιγμή. Η μεθοδολογία του focus group χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα με συμμετέχοντες τους πρόσφυγες από εμπόλεμες ζώνες, με σκοπό να βοηθήσει στην ενδυνάμωση και την ενθάρρυνση συμμετεχόντων να πουν την γνώμη τους σε ένα μη οικείο πολιτιστικά περιβάλλον, που ίσως τους δυσκόλευε στο να εκφραστούν με ατομικό τρόπο, όπως στις συνεντεύξεις. Επίσης το focus group είναι δυνατό να επιτρέψει τη παραγωγή σε μικρό χρόνο μεγάλου όγκου δεδομένων τα οποία, μέσα από μία «από τα κάτω» συζήτηση σε ευχάριστο κλίμα, θα έδιναν μια ενδεδειγμένη εικόνα των αναγκών υγείας της συγκεκριμένης ομάδας. Για τον καλύτερο συντονισμό της ομάδας είναι πολύ κρίσιμος ο ρόλος του διαμεσολαβητή, προκειμένου να δημιουργηθεί τόσο το κατάλληλο κλίμα, όσο και να αντληθούν χρήσιμες πληροφορίες οριοθετώντας το αντικείμενο της συζήτησης και λαμβάνοντας υπόψιν το διαφορετικό πολιτισμικό προφίλ των συμμετεχόντων (Kruger, 2002).

## Ερευνητικοί άξονες

Η έρευνα διεξήχθη σε δύο σκέλη: το πρώτο ήταν αυτό της διενέργειας του focus group και το δεύτερο αφορούσε τις συνεντεύξεις. Ως χώρος διεξαγωγής της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το Δημοτικό-Κοινωνικό Ιατρείο Ηρακλείου. Στην πρωτοβάθμια αυτή δομή υγείας εξυπηρετείται το μεγαλύτερο μέρος των προσφύγων από εμπόλεμες ζώνες που αναζητούν φροντίδα υγείας και μένουν στο Ηράκλειο της Κρήτης.

Ο χρόνος διεξαγωγής της έρευνας, ήταν το διάστημα μεταξύ Ιανουαρίου του 2018 και Σεπτεμβρίου του 2018. Για τους πρόσφυγες, οι περισσότεροι εκ των οποίων μετρούσαν ήδη κάποιους μήνες διαμονής στην πόλη, η περίοδος αυτή ήταν περίοδος προσαρμογής και κοινωνικής ένταξης στο νέο περιβάλλον του Ηρακλείου.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα επιλέχθηκαν με κριτήριο να είναι πρόσφυγες από εμπόλεμες ζώνες, να έχουν καταφθάσει στην Ελλάδα μετά την πρόσφατη Συριακή κρίση και να έχουν την ιδιότητα του πρόσφυγα έπειτα από την διαδικασία αίτησης ασύλου. Στην επιλογή βοήθησε ότι το ιατρείο στο οποίο πραγματοποιήθηκε η έρευνα ήταν επιφορτισμένο με την υγειονομική περίθαλψη των προσφύγων με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.

Το πρώτο σκέλος της έρευνας αφορούσε το focus group το οποίο έγινε κάτω από την αιγίδα του τομέα Κοινωνικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης που είναι υπεύθυνο μαζί με το Δήμο για την λειτουργία του Δημοτικού-Κοινωνικού Ιατρείου και την υγειονομική κάλυψη των προσφύγων. Στόχος ήταν να δημιουργηθεί μία λειτουργική ομάδα που θα αποτελούνταν τόσο από πρόσφυγες, όσο και από άλλα σημαντικά πρόσωπα που εμπλέκονται στην εκπλήρωση των αναγκών υγείας και ένταξής τους. Συνολικά συμμετείχαν 31 άτομα μεταξύ των οποίων και τέσσερις φοιτητές ιατρικής. Πιο συγκεκριμένα στην ερευνητική αυτή διαδικασία συμμετείχαν τέσσερις ωφελούμενοι του προγράμματος, άντρες στο φύλο, από Ιράκ, Κουρδιστάν και Συρία, καθώς και δύο διερμηνείς με καταγωγή από Κουρδιστάν και Παλαιστίνη. Από την μεριά των παρόχων υπηρεσιών υγείας συμμετείχαν πέντε ιατροί και τέσσερις νοσηλεύτες του Δημοτικού-Κοινωνικού Ιατρείου Ηρακλείου, ένας εκπρόσωπος του ΚΕΕΛΠΝΟ με εμπειρία από την ιατρική κάλυψη των προσφύγων στα νησιά του Αιγαίου και τέσσερις φοιτητές ιατρικής εκπαιδευόμενοι στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Όσον αφορά τους φορείς που ασχολούνται με θέματα μετανάστευσης υπήρξε ευρεία συμμετοχή με δύο εκπροσώπους του κέντρου ένταξης μεταναστών, δύο εκπρόσωπους της Ύπατης Αρμοστείας (UNHCR), έναν εκπρόσωπο του Δήμου Ηρακλείου και έναν της Περιφέρειας Κρήτης, η υπεύθυνος του Προγράμματος στέγασης και ένταξης ESTIA για την περιοχή του Ηρακλείου και ο καθηγητής της Γενικής και Οικογενειακής Ιατρικής και διευθυντής της αντίστοιχης κλινικής. Τον κρίσιμο ρόλο του διαμεσολαβητή της συζήτησης κατείχε η κ. Παπαδακάκη καθηγήτρια στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης με πολυετή εμπειρία στην διενέργεια focus group. Ο σχεδιασμός αυτής της ερευνητικής πρακτικής έγινε με στόχο να εξασφαλιστεί ότι η τετράωρη διαδικασία της έρευνας θα γίνει με τον πιο δημοκρατικό τρόπο επιτρέποντας σε άτομα με διαφορετικό πολιτισμικό και μορφωτικό επίπεδο και επίπεδο δεξιοτήτων να συμμετέχουν ισότιμα στην διαδικασία. Με ευθύνη των συντονιστών οι συμμετέχοντες αρχικά συστήθηκαν μεταξύ τους, προκειμένου να γνωριστούν και να δημιουργηθεί ένα ευχάριστο κλίμα που θα επέτρεπε την, στο μέτρο του δυνατού, ελεύθερη έκφραση απόψεων και συναισθημάτων. Οι συμμετέχοντες εξέθεσαν σε ένα πρώτο κύκλο τοποθετήσεων με την σειρά τους γενικούς προβληματισμούς και τις απόψεις πάνω στην παροχή και χρήση των υπηρεσιών υγείας. Έπειτα έγινε ένας δεύτερος κύκλος με συγκεκριμένη εστίαση πάνω στις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας των ανθρώπων αυτών και δόθηκε χρόνος να συζητήσουν οι συμμετέχοντες μεταξύ τους με την βοήθεια του συντονιστή.

Ακολούθως οι συμμετέχοντες δούλεψαν σε τρεις ομάδες κάθε μία από τις οποίες αποτελούνταν τουλάχιστον, από ένα εκπρόσωπο των προσφύγων, έναν μεταφραστή, έναν γιατρό και έναν κοινωνικό λειτουργό υπεύθυνο για την παροχή φροντίδας σε αυτές τις ομάδες. Στις ομάδες πραγματοποιήθηκε πιο εστιασμένη συζήτηση και με την βοήθεια σελιδοδεικτών αποτυπώθηκαν γραπτά οι απόψεις των συμμετεχόντων σε έναν πίνακα που περιέγραφε τις κοινωνικές, τις ψυχολογικές και τις σωματικές ανάγκες που προκύπτουν από την πλευρά του συστήματος υγείας, των χρηστών και των επαγγελματιών υγείας. Στην συνέχεια τα αποτελέσματα συνοψίστηκαν και καταγράφηκαν σε ένα πίνακα και εκτέθηκαν σε κοινή συζήτηση. Με αυτόν τον τρόπο έγινε εφικτό να αποτυπωθούν και να ιεραρχηθούν οι ανάγκες υγείας και να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα που αφορούσαν κυρίως τα εμπόδια στην εκπλήρωσή τους. Η όλη διαδικασία κρατήθηκε σε σημειώσεις και πίνακες οι

οποίοι αναλύθηκαν σε δεύτερο χρόνο, τα αποτελέσματα των οποίων θα εκτεθούν παρακάτω.

Στα εμπόδια και στις δυσκολίες της μεθόδους συγκαταλέγεται, η απουσία του γυναικείου φύλου από το focus group. Οι γυναίκες των λαών αυτών αν και με διαβαθμίσεις αναλόγως την θρησκεία, φαίνεται να βιώνουν ποικίλες μορφές αποκλεισμού και διακρίσεων και η θέση τους στο δημόσιο χώρο είναι περιορισμένη. Η απουσία τους από την συζήτηση ίσως απέκρυψε πτυχές που αφορούν την υγεία και την συσχέτιση τους με έμφυλα ζητήματα. Η υγεία των προσφύγων γυναικών, μάλιστα, φαίνεται να είναι από τις πιο συχνές αιτίες επισκέψεων στον ιατρό λόγω της αναπαραγωγικής ηλικίας των περισσότερων εξ αυτών.

Ακόμη, η συμμετοχή μεγάλου αριθμού εκπροσώπων φορέων και υγειονομικού προσωπικού, μπορεί από την μία πλευρά να εμπλούτισε την κουβέντα και να συνέβαλε στην αποκάλυψη προβλημάτων που αφορούν την εκπλήρωση των αναγκών υγείας των προσφυγικών πληθυσμών, αλλά ταυτόχρονα οδήγησε στη μείωση του χρόνου που είχαν οι πρόσφυγες, τους οποίους αφορά άμεσα η έρευνα, για να εκθέσουν και να συζητήσουν τα προβλήματα και τις ανάγκες τους.

Το δεύτερο σκέλος της έρευνας πραγματοποιήθηκε και αυτό στο Δημοτικό-Κοινωνικό Ιατρείο και αφορούσε συνεντεύξεις διάρκειας 20-50 λεπτών από πρόσφυγες που κατέφθαναν στο ιατρείο, συνοδεία μεταφραστή και κοινωνικού λειτουργού στα πλαίσια ιατρικής επίσκεψης για θέματα της υγείας τους. Οι πρόσφυγες που συμμετείχαν ήταν 23 στον αριθμό και οι ηλικίες τους ήταν μεταξύ 18-56 ετών.

Μετά από τις συστάσεις γνωριμίας, την ανάλυση του σκοπού και της μεθοδολογίας της έρευνας έγινε προσπάθεια να δημιουργηθεί ένα ευχάριστο και ασφαλές περιβάλλον που βοηθούσε τους ερωτώμενους να εκφράζουν με μεγαλύτερη ελευθερία τις εμπειρίες και τις απόψεις τους. Οι συμμετέχοντες στην συνέχεια ερωτώντουσαν αν θα ήθελαν να πάρουν μέρος στην έρευνα που διεξάγεται στα πλαίσια της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Αφού απαντούσαν συγκαταβατικά άρχισε η συνέντευξη με την βοήθεια μεταφραστή.

Οι ερωτήσεις ήταν ανοιχτού τύπου και προσχεδιασμένες στα πλαίσια ημιδομημένης συνέντευξης. Μετά από κάποια δημογραφικά ερωτήματα που αφορούσαν την ηλικία, την χώρα προέλευσης, το επάγγελμα και την οικογενειακή

κατάσταση τους δόθηκε χρόνος να περιγράψουν βιογραφικά τις διαδρομές τους, τους λόγους εκτόπισης τους καθώς και τα προβλήματα υγείας που προέκυψαν, τόσο στην διαδρομή τους μέχρι την Ελλάδα, όσο και κατά την παραμονή τους στην χώρα. Τέλος οι ερωτήσεις τους έδωσαν ερεθίσματα για να εκφράσουν απόψεις για την ένταξη και την κατάσταση υγείας τους, προτείνοντας παράλληλα τρόπους βελτίωσης της υπάρχουσας κατάστασης. Με την βοήθεια του ιατρικού αρχείου και του ιατρικού ιστορικού έγινε προσπάθεια να συσχετιστεί η κατάσταση της υγείας τους τόσο με τις κοινωνικές εμπειρίες που ήταν αποτέλεσμα του πολέμου, όσο και με τις συνθήκες διαβίωσης στους σταθμούς της προσφυγικής τους ζωής. Αναλυτικά το προσχέδιο ερωτήσεων παρατίθεται στο παράρτημα. Οι απαντήσεις καταγράφονταν σε σημειώσεις στην μεγάλη πλειοψηφία των ερωτώμενων λόγω άρνησης των συμμετεχόντων στην έρευνα να ηχογραφηθούν.

Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκαν και κάποια στατιστικά στοιχεία τα οποία έλαβα από την υπεύθυνη της Αναπτυξιακής Κρήτης. Τα στοιχεία αυτά αφορούν τον αριθμό των προσφύγων που κατέφθασαν στην Κρήτη, το φύλο, τις ηλικίες, τους χώρους που στεγάζονται γεωγραφικά οι άνθρωποι αυτοί, καθώς και τον αριθμό των ατόμων που έχουν πρόσβαση στην εκπαίδευση και την αγορά εργασίας. Με την υπεύθυνη του προγράμματος έγινε και μία συνάντηση, όπου συζητήθηκαν αναλυτικά οι συνθήκες στέγασης, τα δικαιώματα και τα οφέλη που έχουν οι πρόσφυγες μέσω του Προγράμματος ESTIA και οι ποικίλες δράσεις ένταξης που πραγματοποιούν οι φορείς του προγράμματος στην Κρήτη και συγκεκριμένα στο Ηράκλειο.

Τέλος, αξιοποιήθηκε για την έρευνα η εμπειρία μου ως ιατρός σε όλες τις μονάδες που χρησιμοποιούν οι πρόσφυγες για την υγειονομική περίθαλψή τους. Οι δομές αυτές είχαν αρκετά διαφορετικά χαρακτηριστικά με αποτέλεσμα να υπάρχει η δυνατότητα της εμπειρικής παρατήρησης σε πολλά στάδια της χρήσης υπηρεσιών υγείας.

Το Δημοτικό-Κοινωνικό Ιατρείο Ηρακλείου, όπου δούλενα στα πλαίσια της ειδικότητας μου, ήταν μία δομή του Δήμου Ηρακλείου και του Πανεπιστημίου Κρήτης, η οποία είχε επιφορτιστεί με τον κύριο όγκο των προσφύγων που αναζητούσαν πρωτοβάθμια περίθαλψη. Η συμμετοχή μου ως ιατρός σε δευτεροβάθμιο ίδρυμα σε πολλές από τις ειδικότητες με έκανε να παρατηρήσω την προσέλευση σε επείγουσα βάση περιστατικών στο νοσοκομείο καθώς και την τακτική



επίσκεψη των προσφύγων σε ειδικά ιατρεία. Τέλος συμμετείχα και ως εθελοντής στο αυτοοργανωμένο Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που παρείχε υγειονομική φροντίδα στους πρόσφυγες, κυρίως κατά τα πρώτα στάδια της άφιξης των ανθρώπων αυτών.

Αυτή η συχνή επαφή μου με πρόσφυγες στα πλαίσια της καθημερινής επιτέλεσης του λειτουργήματός μου μου έχει δώσει την δυνατότητα να σχηματίσω μια συνολικότερη εικόνα που υπερβαίνει τις εμπειρίες που συνέλεξα από τις δύο ερευνητικές μεθόδους που χρησιμοποίησα.

### **Δεοντολογικά ζητήματα, ο διπλός ρόλος του ερευνητή-ιατρού, ιδιαιτερότητες και εμπόδια της έρευνας**

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η έρευνα, έλαβα έγκριση από την επιτροπή βιοηθικής και έρευνας της 7<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης, η οποία είναι υπεύθυνη για την υγειονομική κάλυψη των προσφύγων καθώς και για την λειτουργία των μονάδων, όπου διεξήχθη η έρευνα. Κατά την διενέργεια τόσο των ημιδομημένων συνεντεύξεων όσο και του focus group οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν για τον σκοπό, την μέθοδο και την διαδικασία της έρευνας και μόνο εφόσον υπήρχε συγκαταβατική απάντηση προχωρούσαμε. Σε αυτήν την κατεύθυνση τηρήθηκε η αρχή της ανωνυμίας των ανθρώπων που συμμετέχουν στην έρευνα.

Η διπλή ιδιότητα μου ως ιατρού και ως ερευνητή αποτελεί ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της ερευνητικής διαδικασίας, το οποίο από τη μία πλευρά έχει σημαντικά πλεονεκτήματα κι από την άλλη παρουσιάζει και κάποια αξιοσημείωτα μειονεκτήματα. Πράγματι, η διενέργεια της συνέντευξης στο χώρο του ιατρείου, μου έδινε την δυνατότητα της άμεσης πρόσβασης σε μία μη συνήθη γλώσσα, όπως τα αραβικά για την οποία οι μεταφραστές στην χώρα μας σπανίζουν. Ακόμη, μου δίνονταν η δυνατότητα της άμεσης συσχέτισης της κατάστασης υγείας των προσφύγων με συγκεκριμένες ιατρικές διαγνώσεις οι οποίες ήταν βασισμένες σε κατευθυντήριες οδηγίες και όχι απλά σε προφορικές μαρτυρίες των ανθρώπων αυτών.

Παράλληλα, η ιδιότητά μου αυτή, καθιστούσε ευκολότερη την επικοινωνία μαζί τους και τους παρακινούσε το ενδιαφέρον να μιλήσουν για θέματα υγείας. Η

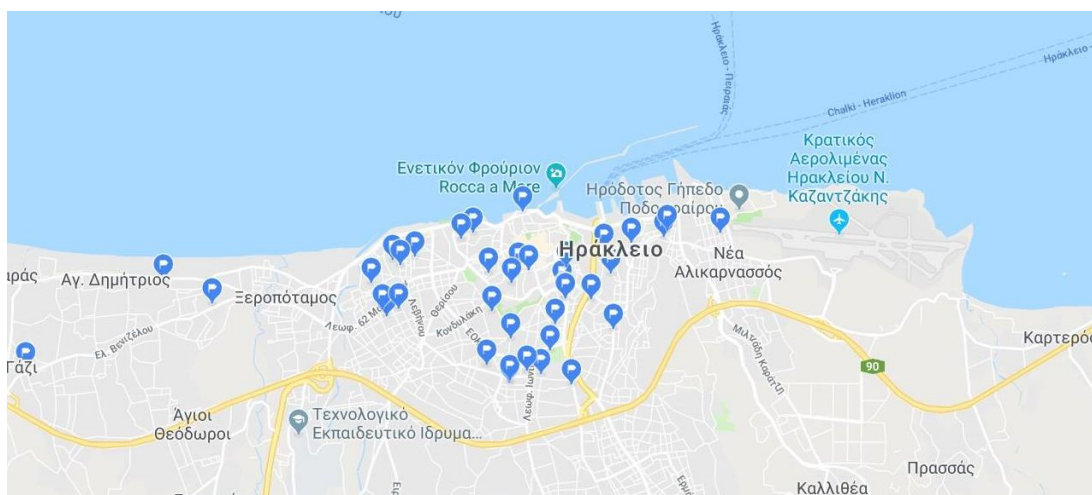
θέση που κατείχα, ως λειτουργός του κράτους, ίσως τους απέτρεπε από το να μιλήσουν με μεγαλύτερη ειλικρίνεια για εμπειρίες του πολέμου και της μετανάστευσης, με μεγαλύτερη λεπτομέρεια, φοβούμενοι μήπως αυτό επηρεάσει την προσφυγική τους ιδιότητα. Την ίδια ώρα η θέση μου ως υπάλληλος του κράτους μπορεί να έδινε στις συνεντεύξεις και το focus group ένα διεκδικητικό χαρακτήρα από την μεριά των προσφύγων αναφορικά με τα προβλήματα και τις συνθήκες διαβίωσής τους. Προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι δυσκολίες αυτές, προσπάθησα να διαβεβαιώσω τους ερωτώμενους για τον σκοπό της έρευνας, την ιδιότητα μου ως ερευνητή και την αυστηρή τήρηση της ανωνυμίας. Παρά τις διαβεβαιώσεις υπήρχε απροθυμία από την πλειοψηφία των συμμετεχόντων να ηχογραφηθεί η συνέντευξη. Αυτό πιθανώς οφείλεται και στην ανασφάλεια που προκύπτει σε πρόσφυγες που ταξίδεψαν από εμπόλεμες ζώνες και έχουν βιώσει φρικτές ανθρώπινες πρακτικές, πράγμα που δημιουργεί μία διάχυτη δυσπιστία.

Στις ιδιαιτερότητες της μεθόδου συγκαταλέγεται και η έμμεση επαφή, μέσω του μεταφραστή με τους ερωτώμενους κατά την συνέντευξη. Αυτή η διαμεσολαβημένη επικοινωνία δεν διευκόλυνε την ελεύθερη έκφραση και αφήγηση των προσφύγων. Ο μεταφραστής σε κάποιες περιπτώσεις δεν φαίνεται να μετέφραζε κατά λέξη τα λεγόμενα του ερωτώμενου μεταφέροντας το λόγο του περιληπτικά, διαδικασία που οδηγούσε στην αδυναμία απόδοσης νοημάτων και συναισθημάτων που κρύβονται πολλές φορές στις λεπτομέρειες του λόγου ενός αφηγητή. Ακόμη, υπήρχαν φορές που ο μεταφραστής εμπλούτιζε την περιγραφή των προσφύγων με δικές του εμπειρίες και απόψεις ιδιαίτερα αυτές που αφορούσαν τον λόγο μετανάστευσης, όπως παραδείγματος χάρη τον πόλεμο, και τις συνθήκες διαβίωσης των προσφύγων. Έτσι φαίνεται ότι οι διερμηνείς επιδρούν στην διαδικασία της συνέντευξης. Τα θετικά στοιχεία της παρέμβασης τους είναι ότι έδιναν με πιο κατανοητό τρόπο όψεις που αφορούν την κουλτούρα, τον πολιτισμό και τη ιστορία των λαών αυτών καθώς και τον πόλεμο που διεξάγεται στην Μέση Ανατολή.

## 6. Δευτερογενή δεδομένα

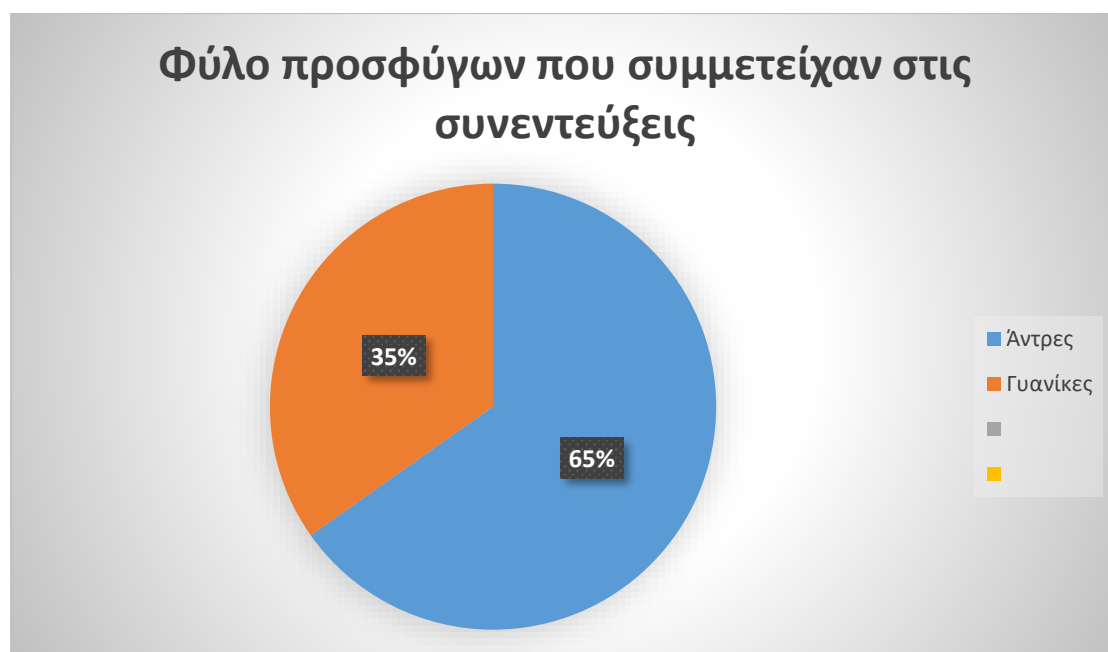
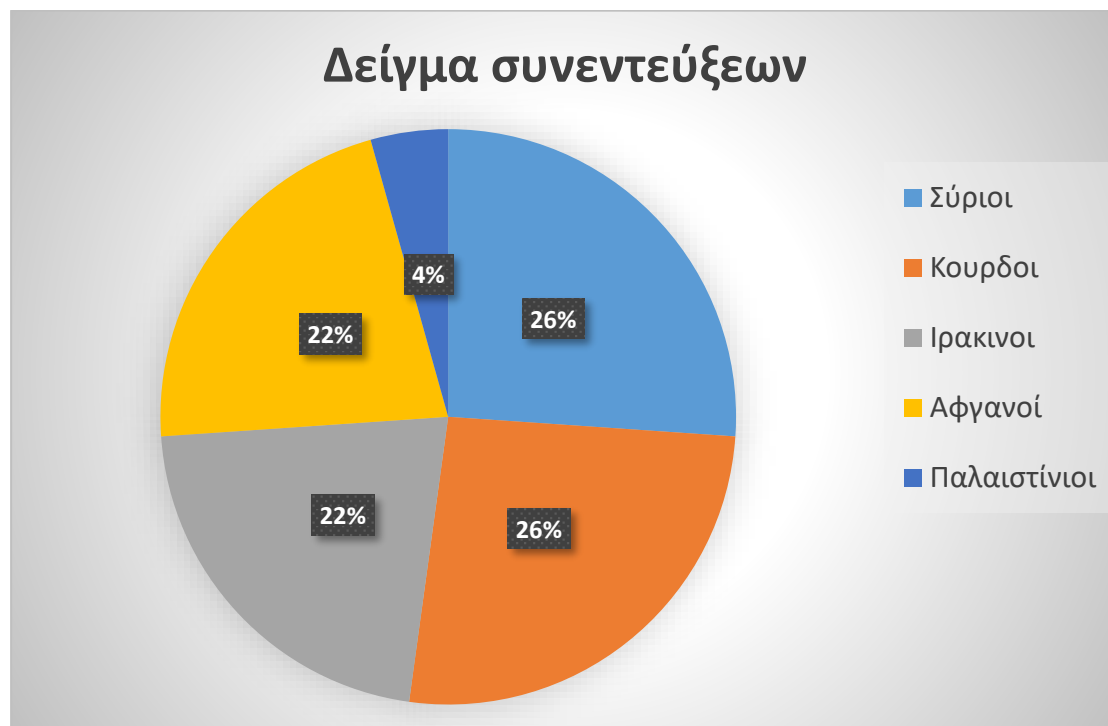
Στη Κρήτη στις περιοχές του Ηρακλείου, της Σητείας και των Χανίων έχουν καταφθάσει από τον Ιούνιο του 2017, 1071 πρόσφυγες από του οποίους οι 255 κατέβαλαν αίτηση και κατάφεραν να μετακινηθούν σε άλλον προορισμό στην Κεντρική Ευρώπη. Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία της Αναπτυξιακής Κρήτης, τα οποία μου παρέδωσε η υπεύθυνη του προγράμματος κυρία Καμπέλη, από τον Σεπτέμβριο του 2018 στο Ηράκλειο διαμένουν 551 άτομα τα οποία είναι ωφελούμενα του προγράμματος στέγασης ESTIA και διαμένουν σε κατοικίες χωρητικότητας 2 έως 6 ατόμων. Από τα 551 άτομα 130 είναι άντρες, 129 γυναίκες και 292 παιδιά.

Ο τόπος διαμονής στην πόλη του Ηρακλείου αποτέλεσε ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό. Τα σπίτια των προσφύγων βρίσκονται διάσπαρτα σε περιοχές του Ηρακλείου με αποτέλεσμα να αποφεύγεται η γκετοποίηση των προσφύγων. Αυτό σύμφωνα με την θέση του Paterson που εκτέθηκε προηγούμενα, ίσως συνέβαλε στην αποφυγή της πολιτιστικής τους περιχαράκωσης και την αναπαραγωγή της δικής τους μόνο κουλτούρας. Η κατανομή των κατοικιών δημιουργεί ευκαιρίες πολιτισμικής συνδιαλλαγής με την τοπική κοινωνία στον αντίποδα της κοινωνικής απομόνωσης και αναπαραγωγής της δικής τους πολιτισμικής κουλτούρας. Η κοινωνική ένταξη φαίνεται να ευνοείται με την χωρική κατανομή ασφαλών ιδιόκτητων κατοικιών, την ίδια ώρα που προκύπτουν άλλα προβλήματα, όπως αυτό της μεταφοράς, αφού πολλές φορές τα χρήματα των προσφύγων δεν αρκούν για την χρησιμοποίηση μέσω μαζικής μεταφοράς.



*Χάρτης κατοικιών στο Ηράκλειο Κρήτης*

Στην παρούσα έρευνα που επικεντρώνεται στο Ηράκλειο της Κρήτης έγιναν ημιδομημένες συνεντεύξεις σε 23 άτομα. Τα άτομα αυτά ήταν 12 από την περιοχή της Συρίας (έξι Κούρδοι και έξι Σύριοι), πέντε από το Ιράκ και το Αφγανιστάν και ένας Παλαιστίνιος. Οι ηλικίες τους ήταν από 17 έως 56 ετών.



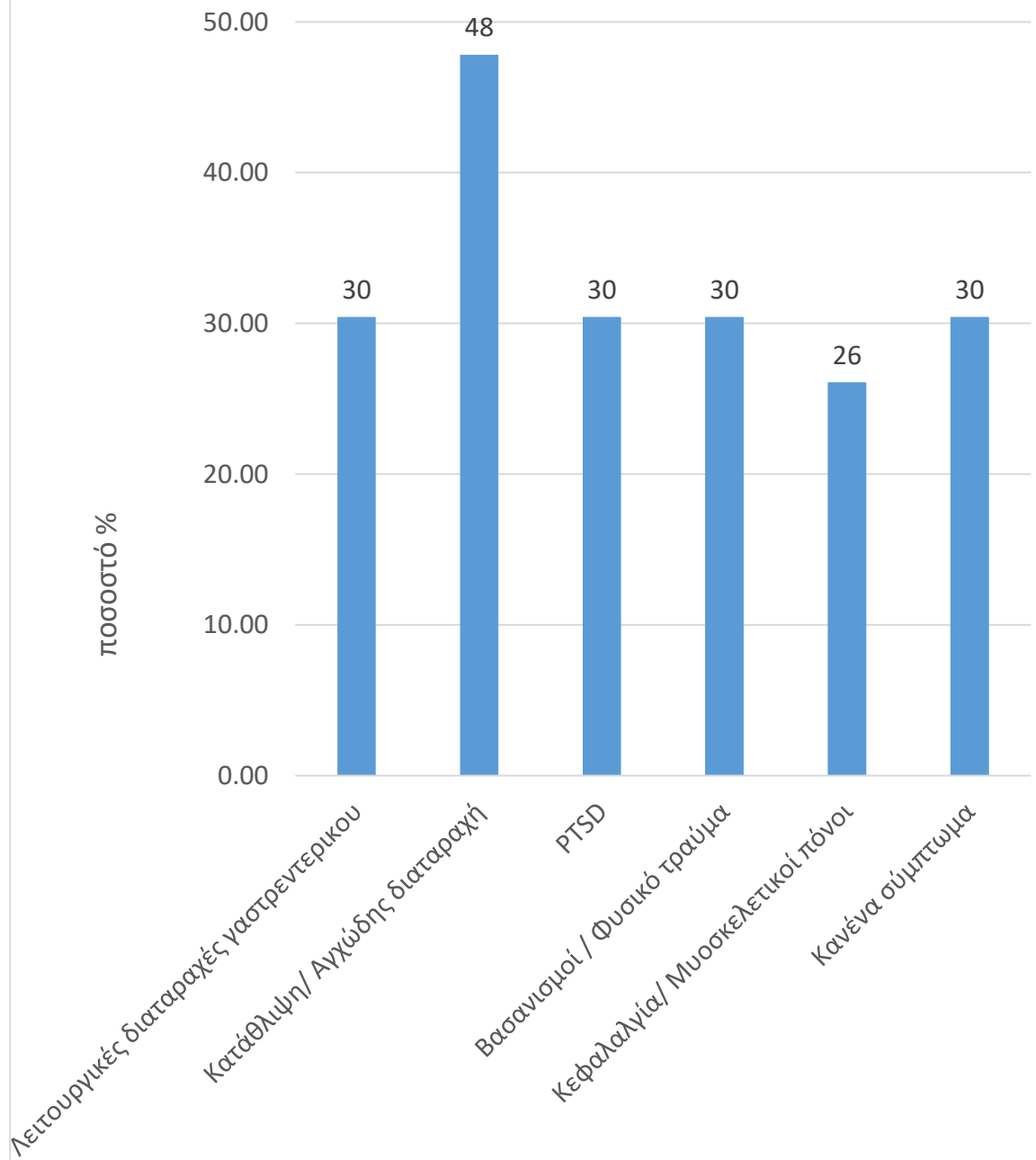
Τόσο στις ημιδομημένες συνεντεύξεις όσο και στο focus group φαίνεται μειωμένη εκπροσώπηση των γυναικών. Στις συνεντεύξεις οι γυναίκες ήταν 8/23 ενώ οι άνδρες 15/23. Στην έρευνα του focus group συμμετείχαν, όπως ειπώθηκε πριν, μόνο άντρες. Αυτό ίσως αποτυπώνει την μειωμένη κοινωνική συμμετοχή των γυναικών στις προσφυγικές κοινότητες. Παρά την προσπάθεια να υπάρχει αναλογία εκπροσώπησης στην έρευνα, πολλές ήταν οι γυναίκες που αρνήθηκαν να μπουν στην διαδικασία να συμμετάσχουν θεωρώντας το γεγονός εκτός των αρμοδιοτήτων τους, ενώ άλλες δεν δέχονταν να επισκεφτούν γιατρό αντρικού φύλου. Ο υποβαθμισμένος κοινωνικός ρόλος των γυναικών από μουσουλμανικές χώρες φαίνεται να παίζει ρόλο στην υγεία τους δημιουργώντας δυσκολία στην έκφραση προβλημάτων υγείας και την συμμετοχή σε διαδικασίες κοινωνικής ένταξης.

Οι συνεντεύξεις έγιναν σε συνδυασμό με την επίσκεψη των προσφύγων στο ιατρείο, πράγμα το οποίο βοήθησε στο να εξαχθούν χρήσιμα στατιστικά συμπεράσματα για τους λόγους υγείας για τους οποίους προσήλθαν σε συσχέτιση με τον πόλεμο και την μετανάστευση.

Αναλυτικά από τα αποτελέσματα βλέπουμε ότι 7/23 άτομα πάσχουν από λειτουργικές διαταραχές του πεπτικού, όπως το ευερέθιστο έντερο και η λειτουργική δυσπεψία, 11/23 πάσχουν από κατάθλιψη, 10/23 από μετατραυματική διαταραχή στρες, 7/23 από φυσικά τραύματα βασανισμών που υπέστησαν στις χώρες τους και 6/23 από χρόνια κεφαλαλγία ή οσφυαλγία. Πολλά άτομα είχαν περισσότερα από ένα νοσήματα. Ιδιαίτερα η μετατραυματική διαταραχή στρες, η κατάθλιψη, οι λειτουργικές διαταραχές του εντέρου και τα φυσικά τραύματα από βασανισμούς συνυπήρχαν σε κάποιους πρόσφυγες. Κάποια άτομα ανέφεραν κάποιες διαταραχές που δεν συσχετίζονται με τον πόλεμο και την μετανάστευση, όπως γοναλγία, δρεπανοκυτταρική αναιμία και καρκίνο ουροδόχου κύστης. Από τα 23 άτομα μόνο τα 7 δεν ανέφεραν κάποιου είδους σύμπτωμα που να σχετίζεται με το αίτιο του πολέμου και της μετανάστευσης.

## Προβλήματα υγείας που σχετίζονται με τον πόλεμο και την μετανάστευση, προσφύγων

60.00 που επισκέφτηκαν το ιατρείο



Όσον αφορά την αιτία προσφυγοποίησης, κάνοντας μία σύνοψη βλέπουμε ότι 11/23 άτομα έφυγαν λόγω της πρόσφατης εστίας πολέμου που συνέβη στην Συρία, 7/23 άτομα λόγω θρησκευτικών πολιτικών και οικονομικών διώξεων που υφίστανται στο πλαίσιο παλαιότερων εστιών πολέμου και 5/23 λόγω προσωπικών θεμάτων που αντιμετώπιζαν στις χώρες.



## 6.1 Οι διαδικασίες κοινωνικής ένταξης στο Ηράκλειο Κρήτης

Η κοινωνική ένταξη, όπως αναφέραμε και στο θεωρητικό σκέλος της εργασίας, στον αντίποδα του κοινωνικού αποκλεισμού αποτελεί μια διαδικασία η οποία, σεβόμενη τις πολιτιστικές ιδιαιτερότητες μιας μειονότητας, έχει σαν στόχο την ισότιμη συμμετοχή των προσφύγων στην κοινωνική ζωή του τόπου εγκατάστασης. Αυτή η διαδικασία έχει θετική αντανάκλαση στην ψυχική και κατ' επέκταση φυσική υγεία των ανθρώπων αυτών.

Στο Ηράκλειο την διαδικασία αυτή έχει αναλάβει το πρόγραμμα στέγασης ESTIA, το οποίο αποτελεί σύμπραξη των φορέων της Αναπτυξιακής Ηρακλείου και της μη κερδοσκοπικής οργάνωσης «Πλοηγός», χρηματοδοτούμενο από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους πρόσφυγες (UNHCR). Η σύμβαση έγινε στις 25/4/2017. Το πρόγραμμα παρέχει στέγαση για τους ωφελούμενους πρόσφυγες και διασύνδεση με τις δημόσιες υπηρεσίες, το Εθνικό Σύστημα Υγείας, την εκπαίδευση, την αγορά εργασίας καθώς και δράσεις κοινωνικής ένταξης σε συνεργασία με την τοπική κοινωνία. Ακόμη χορηγείται ένα επίδομα της τάξεως των 150 ευρώ ανά άτομο για λειτουργικά έξοδα, όπως την διατροφή, τα φάρμακα και τα μεταφορικά.

Σύμφωνα με την συντονίστρια του προγράμματος κα Καμπέλλη με την οποία έγινε συνάντηση στα πλαίσια της έρευνας, το πρόγραμμα πέρα από την στέγαση που προσφέρει, κάνει τις εξής δραστηριότητες προκειμένου να ευοδώσει την κοινωνική ένταξη των προσφύγων.

- Πρόσβαση των προσφύγων στην αγορά εργασίας

Οι πρόσφυγες προκειμένου να βρουν δουλειά και να καταφέρουν να είναι αυτόνομοι από την επιχορήγηση του προγράμματος πρέπει να έχουν πρόσβαση στην αγορά εργασίας. Σύμφωνα με στοιχεία του προγράμματος 69 άτομα έχουν καταφέρει να βρουν εργασία εκ των οποίων μόνο τα πέντε με πιο μόνιμα χαρακτηριστικά και 64 μία ευκαιριακή δουλειά.

- Πρόσβαση των προσφύγων στο εκπαιδευτικό σύστημα και εκμάθηση ελληνικών.

Οι πρόσφυγες μέσω του προγράμματος έχουν πρόσβαση στο δημόσιο εκπαιδευτικό σύστημα της Ελλάδας. Μέχρι στιγμής 126 παιδιά, ένα πάρα πολύ



μεγάλο ποσοστό δηλαδή όσων βρίσκονται στο Ηράκλειο, έχουν πρόσβαση σε όλες τις βαθμίδες του σχολείου -νηπιαγωγείο, δημοτικό, γυμνάσιο, λύκειο. Κάποια παιδιά μάλιστα μπόρεσαν να έχουν τέτοια πρόοδο ώστε να μου παραχωρήσουν την συνέντευξη στα ελληνικά.

- Πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη

Η πρόσβαση στην υγεία αποτελεί το κυριότερο έργο του προγράμματος, με τους εργαζομένους σε αυτό να δαπανούν το 70% του χρόνου εργασίας τους σε υπηρεσίες που αφορούν τον τομέα της υγείας. Οι πρόσφυγες ανησυχούν για την υγεία τους και την έχουν υψηλά στις προτεραιότητες τους. Σύμφωνα με την υπεύθυνη του προγράμματος 8/10 άτομα που έχουν καταφθάσει στο Ηράκλειο, έχουν δεχτεί υγειονομική φροντίδα. Η επιλογή των προσφύγων που θα συμμετέχουν στο πρόγραμμα έγινε κυρίως με κριτήρια ευαλωτότητας, γεγονός που σημαίνει ότι είναι οι πιο ευπαθείς από όσους κατέφθασαν στην χώρα και κατ' επέκταση χρήζουν περισσότερης υγειονομικής προσοχής και φροντίδας.

Τα ιατρεία που είναι υπεύθυνα για την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη και φροντίδα είναι το Δημοτικό-Κοινωνικό Ιατρείο (νυν 4<sup>η</sup> TOMY), το ΠΕΔΥ και το Κοινωνικό Ιατρείο Αλληλεγγύης. Στις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες δομές ανήκουν τα δύο νοσοκομεία της πόλης, το Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου και το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου. Άλλες δράσεις που λαμβάνουν χώρα είναι οι εμβολιασμοί ενηλίκων και παιδιών και δράσεις προαγωγής υγείας, όπως workshops μεταξύ γυναικών και μαιών για την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία.

- Πρόσβαση στον αθλητισμό

Ιδιαίτερη προσπάθεια γίνεται για την πρόσβαση των προσφύγων στην άθληση. Μέσω του προγράμματος «FIT FOR ALL» οι πρόσφυγες έχουν την δυνατότητα να έρθουν σε επαφή με όλα τα ολυμπιακά αθλήματα. Οι πρόσφυγες συμμετέχουν κυρίως στο άθλημα της κολύμβησης στο γυμναστήριο και στο άθλημα του ποδοσφαίρου στις υποδομές του Δήμου, χωρίς χρηματικό αντίτιμο.

- Διασύνδεση με την τοπική κοινωνία

Στα πλαίσια διασύνδεσης με την τοπική κοινωνία έχουν οργανωθεί διάφορες δράσεις, όπως ταξίδια γνωριμίας με την τοπική κοινωνία και την

ύπαιθρο (εκδρομή στα Ανώγεια), γαστρονομικές συναντήσεις προσφύγων και ντόπιων γυναικών, εκδρομές σε μουσεία (Μουσείο Φυσικής Ιστορίας), συμμετοχή σε τοπικά festival (Chania Film Festival), φυσιολατρικές κοινωνικές δράσεις (δενδροφυτεύσεις).

### **Δράσεις τοπικής κοινωνίας**

Η τοπική κοινωνία σε γενικές γραμμές αποδέχτηκε και έδειξε αλληλεγγύη στους πρόσφυγες από την πρώτη στιγμή που κατέφθασαν στο Ηράκλειο. Συλλογές τροφίμων και ρουχισμού, οργανώθηκαν από δήμους, πολιτιστικούς συλλόγους και αυτοοργανωμένες ομάδες ανθρώπων σε όλο τον νομό. Αθλητικά σωματεία δέχτηκαν πρόσφυγες στις εγκαταστάσεις τους. Φεστιβάλ και συναυλίες αλληλεγγύης πραγματοποιήθηκαν στην πόλη θέλοντας να εκφράσουν την αλληλεγγύη στους ξεριζωμένους ανθρώπους. Όλη αυτή η κινητοποίηση είχε θετικό πρόσημο στην υγεία των προσφύγων, όπως θα φανεί αργότερα και από τις συνεντεύξεις.

## 7. Ανάλυση συνεντεύξεων

Η ανάλυση των συνεντεύξεων κρίθηκε σκόπιμο να περιγραφεί σε τρία μέρη. Στο πρώτο μέρος θα προσπαθήσουμε να αποκρυπτογραφήσουμε τους λόγους που οι πρόσφυγες διάλεξαν τον δρόμο της προσφυγιάς. Στο δεύτερο θα προσπαθήσουμε να αποτυπώσουμε τα τραυματικά γεγονότα που επέδρασαν στην ζωή τους σε όλες τις φάσεις της μετανάστευσης και πως αυτά συσχετίστηκαν με τυχόν προβλήματα υγείας. Στο τρίτο θα αναλύσουμε τις συνθήκες κοινωνικής ένταξής τους στην κοινωνία του Ηρακλείου, τον βαθμό ικανοποίησής τους από τις προσφερόμενες υπηρεσίες ένταξης και τον αντίκτυπο που είχαν αυτές στην υγεία τους.

### 7.1 Αιτίες προσφυγοποίησης

Αναμφίβολα η ύπαρξη πολεμικών συγκρούσεων σε μία χώρα προκαλεί προσφυγικά κύματα ανθρώπων οι οποίοι βλέπουν τους ίδιους και την οικογένειά τους σε κατάσταση κινδύνου. Μέσα από τις συνεντεύξεις των προσφύγων από εμπόλεμες ζώνες θα επιχειρηθεί να σκιαγραφηθούν πιο λεπτομερώς, όψεις του πολέμου και της κατάστασης που τους ώθησε στον δρόμο της μετανάστευσης.

Για λόγους τήρησης της ανωνυμίας οι πρόσφυγες θα αναφέρονται με την εθνικότητα και τον προσδιορισμό Α, Β, Γ κτλ.

Οι πρόσφυγες οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα ανήκαν σε τρεις κατηγορίες όσον αφορά την αιτία που έφυγαν από τον τόπο τους επαληθεύοντας την θεωρία του Kunz (George, 2010).

- Αυτοί που αποτελούν την πλειοψηφία μιας χώρας υπό διαμάχη και έφυγαν λόγω ενός μεγάλου πρόσφατου πολέμου. Στο παράδειγμα μας οι πρόσφυγες αυτοί είναι στην πλειοψηφία τους συριακής και κουρδικής καταγωγής.
- Αυτοί που έφυγαν λόγω του ότι ανήκαν σε μία ομάδα που υφίσταται διωγμούς. Πρόκειται, κυρίως, για πρόσφυγες αφγανικής και ιρακινής καταγωγής
- Αυτοί που φύγαν για προσωπικούς λόγους

Ο Κούρδος πρόσφυγας Α αποδίδει την επιλογή του προσφυγικού δρόμου στον πόλεμο και στις πολλαπλές αντιμαχόμενες πλευρές που είχε η συγκεκριμένη σύγκρουση. Όπως αναφέρει,

*«Έπρεπε να φύγω γιατί αλλιώς έπρεπε να πάω στον στρατό της Συρίας και εκεί δεν ξέρεις ποιος πολεμάει ποιον. Μου είναι δύσκολο να καταταχθώ και ίσως να χρειαστεί να σηκώσω όπλο σε δικούς μου ανθρώπους».* Συνέντευξη 10-7-2018

Ο πόλεμος της Συρίας δεν αποτέλεσε ένα κλασικό πεδίο σύγκρουσης δύο δυνάμεων αλλά σε αυτόν συμμετείχαν αντίπαλες συριακές ένοπλες ομάδες, μεγάλες δυνάμεις της υφηλίου που προσδοκούσαν γεωπολιτικό όφελος καθώς και κάποια αραβικά κράτη. Αυτό το μωσαϊκό δυνάμεων δημιούργησε σύγχυση στους πρόσφυγες, οι οποίοι μέσα σε ένα πολεμικό χάος δεν είχαν την ευχέρεια της καθαρής επιλογής μιας δύναμης που θα εξυπηρετούσε τα συμφέροντα και τις ιδέες τους ώστε να ταχθούν στο πλευρό της και να υπερασπιστούν τον τόπο τους.

Μια από τις δυνάμεις που πολεμούσαν ήταν και το Ισλαμικό Κράτος το οποίο χρησιμοποιούσε πρακτικές ιδιαίτερα σκληρές στους αντίπαλους του, προκείμενου να επιβληθεί με κύριο μέσο την εικόνα του τρόμου. Μερικοί από τους πρόσφυγες στο Ηράκλειο, βίωσαν αυτές τις πρακτικές αναδεικνύοντάς τις σαν τις αιτίες που φύγαν από την χώρα τους.

*«Όταν ο ISIS πλησίασε τα σπίτια μας δεν είχαμε άλλη επιλογή, ξέραμε ότι ή θα μας σκοτώσαν ή θα μας είχαν αιχμάλωτους σε άγριες συνθήκες».* Κούρδος Β, συνέντευξη 22-6-2018

*«Πριν 3 χρόνια σε ηλικία 16 ετών με απήγαγε το Ισλαμικό Κράτος, μου έβαλαν φωτιά στο χέρι και έστειλαν απειλητικό σημείωμα στην οικογένεια μου ότι θα με σκοτώσουν ζητώντας λίτρα. Η οικογένεια μου πλήρωσε τα λίτρα και με άφησαν ελεύθερο. Τότε πήραμε την απόφαση να φύγουμε σε ένα μέρος που έχει ειρήνη».* Κούρδος Γ, συνέντευξη 30-3-2018

Οι συνθήκες του πολέμου αναπλάθονται με δραματικό τρόπο στις αφηγήσεις των συνεντευξιαζόμενων στις οποίες η συναισθηματική φόρτιση είναι εμφανής όχι μόνο στο λόγο τους αλλά και στις εκφράσεις τους.

*«Ήταν αεροπλάνα και βομβάρδιζαν τα σπίτια μας. Φοβόμασταν κάθε λεπτό ότι θα πεθάνουμε».* Σύρια Α, συνέντευξη 13-3-2018

*«Τα αεροπλάνα βομβάρδισαν το σπίτι μου... [βάζει τα κλάματα] Πέθανε ο άντρας και το παιδί μου. Ήμουν έγκυος και έπρεπε να φύγω».* Σύρια Β, συνέντευξη 9-3-2018

Από ό,τι φαίνεται η φρίκη του πολέμου απειλούσε την ανθρώπινη ακεραιότητα και υπόσταση με αποτέλεσμα για αυτούς τους ανθρώπους η βίαιη προσφυγιά να ήταν μια υπόθεση επιβίωσης. Δεν ήταν λίγοι οι πρόσφυγες που εγκατέλειψαν την χώρα επειδή ανήκαν σε κοινωνικές, πολιτικές ή θρησκευτικές ομάδες που διώκονταν. Η πλειοψηφία αυτών των ανθρώπων είναι από παλιές εστίες πολέμου, όπως το Αφγανιστάν και το Ιράκ, όπου πόλεμοι προηγούμενων δεκαετιών άφησαν πίσω τους καταστάσεις χάους και ανασφάλειας. Χαρακτηριστικά είναι τα παρακάτω αποσπάσματα αφηγήσεων:

*«Στην Συρία μας κυνηγούσαν επειδή είμασταν Σουνίτες. Με κατηγορήσαν ότι συμμετέχω σε ένοπλη ομάδα με φυλάκισαν και με βασάνισαν.. Όταν βγήκα από την φυλακή δεν είχα άλλη επιλογή για μένα και την οικογένειά μου.»* Σύριος Α, συνέντευξη 20-4-2018

*«Υπήρχε πρόβλημα με τους Ταλιμπάν. Ο φίλος μου ήταν χριστιανός τον κυνηγούσαν, τον χτυπούσαν και εγώ τον έκρυβα σπίτι. Κατάφερε να διαφύγει στο Πακιστάν και μετά κυνηγούσαν εμάς επειδή τον κρύβαμε. Με έβαλαν φυλακή, μου κάναν βασανιστήρια. Δεν υπήρχε άλλος δρόμος για να επιβιώσω. Εγώ είμαι μουσουλμάνος αλλά πιστεύω ότι μπορείς να είσαι φίλος με τους χριστιανούς, τον θεωρούσα μέλος της οικογένειάς μου και αυτό μας στιγματίσει».* Αφγανός Α, συνέντευξη 20-4-2018

*«Μας κυνηγούσαν επειδή ανήκαμε σε διαφορετική ομάδα στο Αφγανιστάν. Σκότωσαν δύο αδέρφια μου και φοβήθηκα ότι οι επόμενοι θα ήμασταν εμείς. Οι Ταλιμπάν στο Αφγανιστάν μας κυνηγούσαν επειδή δεν τους άρεσε η ομάδα μας, η οικογένειά μας, η θρησκεία μας, δεν μπορούσαμε να επιβιώσουμε σε αυτόν τον τόπο».* Αφγανός Β, συνέντευξη 27-4-2018

*«Στο Ιράκ η οικογένειά μου είναι μεγάλη και δεν την θέλουν. Με κυνηγούσαν και με έχουν χτυπήσει δύο φορές».* Ιρακινός Α, συνέντευξη 27-4-2018

Στην τρίτη κατηγορία ανήκουν πολλοί πρόσφυγες που ακολούθησαν το προσφυγικό ρεύμα εγκαταλείποντας τον τόπο τους για προσωπικούς λόγους που κυρίως ανήκουν στην σφαίρα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, τα οποία παραβιάζονταν στις χώρες αυτές.

Από τις μαρτυρίες αυτών των ανθρώπων βλέπουμε ότι το ζήτημα του φύλου και της χαμηλής κοινωνικής θέσης της γυναίκας στις χώρες αυτές αποτελεί ένα μείζων θέμα για το οποίο κάποιοι πρόσφυγες αναζητούν ένα καλύτερο μέλλον. Οι αραβικές κοινωνίες στην πλειοψηφία τους χαρακτηρίζονται από την πατριαρχική τους δομή. Οι γυναίκες φαίνεται να έχουν μία κατώτερη κοινωνικά θέση, δεν μπορούν να επιλέγουν τον σύντροφό τους και η μοίρα τους δεν καθορίζεται από αυτές.

*«Εφτά χρόνια έμενα στην Συρία και από εκεί προσπάθησα να έρθω στην Ευρώπη. Από την Συρία έφυγα λόγω πολέμου αλλά από το Ιρακ επειδή, ξέρετε εκεί που έμενα, δεν είναι Βαγδάτη, είναι πιο μικρή πόλη, πιο κλειστή, η γυναίκα πρέπει να βάλει μαντήλι, είναι πιο αυστηροί και εγώ δεν θέλω να είμαι καλόγρια... Ο πατέρας μου μετά που πήρα διαζύγιο μου έλεγε μην μιλάς στο τηλέφωνο, μην βγαίνεις έξω, μην μας κάνεις ρεζίλι στον κόσμο.»* Ιρακινή Α, συνέντευξη 18-5-2018

*«Έφυγα γιατί χώρισα με τον άντρα μου και αυτό κάνει δύσκολη την ζωή μου εκεί, δεν μπορώ να πω παραπάνω πράγματα.»* Αφγανή Α, συνέντευξη 8-6-2018

*«Στην χώρα μου κινδυνεύαμε να μας σκοτώσουν. Το πρόβλημα όμως το μεγάλο είναι τα κορίτσια μου. Έχω 5 κορίτσια και έπρεπε να τα παντρέψω και αυτό είναι επικίνδυνο. Εκεί για τις γυναίκες απαγορεύονται όλα και αν δουν μία κοπέλα να μιλάει στο τηλέφωνο κινούνται κακές υποψίες. Εκεί παντρεύεσαι σε οποιαδήποτε ηλικία και η παντρεία είναι σαν θάνατος.»* Ιρακινός Δ, συνέντευξη 22-6-2018

Οι πρόσφυγες αυτοί περιγράφουν με γλαφυρό τρόπο την καταπίεση που υφίσταται η γυναίκα στην ισλαμική κοινωνία των χωρών τους. Από τις εκφράσεις τους διαφαίνεται ένα αίσθημα λύπης για τις αναμνήσεις που περιέγραφαν αλλά ταυτόχρονα και μία ανακούφιση που κατάφεραν να φτάσουν σε ευρωπαϊκό έδαφος και να μπορέσουν να ξαναχτίσουν την ζωή τους χωρίς τους περιορισμούς που είχαν.

Από την εμπειρία μου και την συναναστροφή μου με πρόσφυγες ως ιατρός σε δομές Δημόσιας Υγείας στην πόλη του Ηρακλείου είδα ότι πολλές από τις γυναίκες δεν δέχονταν να κάνουν χειραψία με άντρα ιατρό και δεν δέχονταν να εξεταστούν από εμένα λόγω του φύλου μου. Δύο από τις προσφυγικές οικογένειες που ήρθαν στο Ηράκλειο από την Συρία ήταν με δίγαμο άντρα. Ο άντρας ζούσε μαζί με τις δύο γυναίκες και τα παιδιά τους, πράγμα το οποίο αποδέχονταν σαν φυσιολογικό μέρος της καθημερινής ζωής της μουσουλμανικής κοινότητας οι γυναίκες. Χαρακτηριστικό είναι ότι όταν χρειάστηκε νοσηλεία το παιδί της μια συζύγου, η δεύτερη σύζυγος ήρθε στο νοσοκομείο να της προσφέρει βοήθεια και να την βοηθήσει να ξεκουραστεί. Δυστυχώς, δεν κατέστη δυνατό να πάρω συνέντευξη από τις γυναίκες αυτές, πράγμα που θα μας έδινε παραπάνω στοιχεία για το πώς αυτές βιώνουν την κοινωνική θέση στον ισλαμικό κόσμο και τι επιπτώσεις έχει αυτό στην υγεία τους.

Οι προσωπικοί λόγοι και η πολιτιστική ηγεμονία της Δύσης, ιδιαίτερα στον τομέα της επιστήμης φαίνεται να είναι το σημαντικότερο κίνητρο για να φύγουν από την χώρα τους δύο Ιρακινοί, οι οποίοι αναζητούν την εκπλήρωση πιο σύνθετων αναγκών τους σε μια ευρωπαϊκή χώρα.

*«Έφυγα από το Ιράκ γιατί θέλω να προοδεύσω στην επιστήμη και στις σπουδές μου ως Φυσικός. Βλέπεις Αμερικάνους και Γερμανούς και αλλάζουν, προοδεύουν. Στο Ιράκ μένουν στάσιμα τα πράγματα, δεν αλλάζουν. Ελέγχουν εύκολα τους ανθρώπους. Κάποιες ομάδες που είναι φανατικές και πιστεύω ότι είναι της κυβέρνησης με απείλησαν με μαχαίρι επειδή σκέφτομαι διαφορετικά και ανοιχτά. Δεν είχα άλλη επιλογή, ήθελα να έρθω στην Ευρώπη και να ζήσω την ζωή μου.»* Ιρακινός Β, συνέντευξη 23-3-2018

*«Ήρθα από το Ιράκ γιατί είμαι άρρωστος και στην χώρα μου γίνεται πόλεμος για το πετρέλαιο. Κάθε μέρα βλέπεις πόλεμο, βόμβες από παγιδευμένα αυτοκίνητα. Έφυγα γιατί έχω καρκίνο στην κύστη πρέπει να έχω συνέχεια καθετήρα και η κατάσταση αυτή δεν με βοηθάει αρκετά. Θέλω να φτάσω στην Γερμανία που είναι και η κόρη μου γιατρός για να με βοηθήσει.»* Ιρακινός Γ, συνέντευξη 22-6-2018

Η κυριαρχία του δυτικού πολιτισμού αποτελεί και ένα ακόμα στοιχείο της μεταποικιοκρατίας, κατά την οποία οι δυτικοί πολιτισμοί προσπαθούν με όπλο την δυτική κουλτούρα και την παγκοσμιοποίηση να ομογενοποιήσουν και να

αφομοιώσουν τους διαφορετικούς πολιτισμούς στα πρότυπα της Δύσης και στην συνέχεια να επικυριαρχήσουν πάνω τους. Μέρος της δυτικής κουλτούρας αποτελούν και τα επιστημονικά επιτεύγματα που κάνουν τους πρόσφυγες να μπου στην περιπέτεια να μεταναστεύσουν για να εκπληρώσουν τα όνειρά τους. Αν και ο Ιρακινός Γ δεν φαίνεται να φεύγει για τους ίδιους λόγους με τον Ιρακινό Β, η μετανάστευση της κόρης του για λόγους επιστημονικής καριέρας φανερώνει μια τάση των νέων επιστημόνων στις χώρες αυτές να ακολουθήσουν τον δυτικό τρόπο σκέψης και ζωής.

## 7.2 Τραυματικά γεγονότα και επιπτώσεις στην υγεία των προσφύγων

Ο πόλεμος, ο εκτοπισμός, ο δρόμος της μετανάστευσης μέχρι και η άφιξη στην χώρα υποδοχής είναι μία διαδρομή γεμάτη πρωτόγνωρα γεγονότα για την ζωή των προσφύγων. Ανάλογα την φάση της μετανάστευσης ήρθαν αντιμέτωποι και με διαφορετικούς κινδύνους που έμελλε να είναι καθοριστικοί για την υγεία τους.

### Προμεταναστευτική περίοδος

Ο πόλεμος και τα γεγονότα των συγκρούσεων είναι ένας από τους πρώτους σταθμούς περιπέτειας των προσφύγων. Τα γεγονότα αυτά τους δημιούργησαν τραυματικές αναμνήσεις που επηρέασαν και την φυσική τους υγεία.

Τις τραυματικές του εμπειρίες και τις επιπτώσεις που είχαν στην υγεία του περιγράφει με έντονο τρόπο ο Κούρδος Γ ο οποίος υπήρξε θύμα βασανισμού:

*«Έχω μνήμες από την εποχή που ήμουν αιχμάλωτος που γυρνάνε συνέχεια στο μυαλό μου. Άνθρωποι σκοτώνονταν, βασανίζονταν, όπως και εγώ ο ίδιος. Τώρα δεν μπορώ πολλές φορές να κοιμηθώ αν και είμαι πολύ καλύτερα από την στιγμή που ήρθα στην Κρήτη. Έχω χάσει 8 κιλά τα τελευταία δύο χρόνια... Ο λόγος που επισκέφτηκα το ιατρείο είναι ο πόνος στο στομάχι... Ο πόνος ξεκίνησε όταν αιχμαλωτίστηκα και δεν έχει περάσει ακόμα.»* Κούρδος Γ, συνέντευξη 30-3-18

Το τραύμα της αιχμαλωσίας κατά τη διάρκεια του πολέμου δημιούργησε στον πρόσφυγα ανεξίτηλα σημάδια. Ο ίδιος αφού έκανε τις ενδεδειγμένες εξετάσεις (γαστροσκόπηση, εργαστηριακό έλεγχο, urea breath test για την ανίχνευση του



ελικοβακτηριδίου του πυλωρού) δεν βρέθηκε κάποια παθολογία και σύμφωνα με τα ανανεωμένα κριτήρια της Ρώμης (Rome IV), βρέθηκε ότι πάσχει από λειτουργική δυσπεψία. Η λειτουργική δυσπεψία αποτελεί μια διαταραχή του γαστρεντερικού συστήματος που σε πολλές περιπτώσεις έχει ένα ψυχολογικής φύσεως υπόβαθρο. Οι διαταραχές ύπνου και η απώλεια βάρους σε συνδυασμό με άλλα συμπτώματα, όπως αίσθημα θλίψης και ανηδονίας για πάνω από δύο εβδομάδες θέτουν, βάση του DSM V, την διάγνωση της καταθλιπτικής διαταραχής. Βάση του εγχειριδίου DSM V, ο πρόσφυγας αυτός πάσχει και από διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) έπειτα από το τραυματικό γεγονός της αιχμαλωσίας που υπέστη στον πόλεμο της Συρίας.

*«Οι ISIS μπήκαν στην πόλη μας, πολλά κακά συνέβησαν με τον πόλεμο...[κλάματα] Δεν μπορώ να σας πω άλλα... Από τότε που έγιναν αυτά, πριν από ενάμιση χρόνο συνεχώς σκέφτομαι πράγματα, θέλω να βγω έξω να πάρω αέρα και νιώθω την καρδιά μου να φτερουγίζει στην σκέψη των γεγονότων... Πολλές φορές έχω βαρεθεί την ζωή και δεν έχω κουράγιο να ζήσω αλλά είναι η οικογένεια που με κρατάει...»* Κούρδισα Α, συνέντευξη 22-6-2018

Η Κούρδισα Α παντρεμένη με 8 παιδιά πάσχει επίσης από διαταραχή ύπνου, έχει απώλεια βάρους, έντονο αίσθημα θλίψης και έντονη κόπωση. Σύμφωνα με το DSM V πάσχει από καταθλιπτική διαταραχή και διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Στο ρεπερτόριο των αφηγήσεων που αναπλάθουν βιώματα στέρησης και κακοποίησης συναντάμε και την περίπτωση ενός 35χρονου από το Αφγανιστάν που υπέστη διώξεις λόγω θρησκευτικών πεποιθήσεων:

*«Υπήρχε πρόβλημα με τους Ταλιμπαν. Ήμουν στην φυλακή για 2 χρόνια και υπέστην βασανισμό. Από τότε έχω έντονο άλγος στην οσφυϊκή χώρα και το κεφάλι. Πολλές φορές σκέφτομαι τα γεγονότα και με πιάνει πανικός. Έχω μεγάλη στεναχώρια από τους πόνους που δεν μπορώ να τους βελτιώσω και υποφέρω. Μου λείπουν οι άνθρωποι μου που έμειναν πίσω. Δεν μπορώ να επικοινωνήσω μαζί τους, δεν έχω κανέναν εδώ και αισθάνομαι μεγάλη στενοχώρια, δεν μπορώ να κοιμηθώ, έχω χάσει βάρος.»* Αφγανός Α, συνέντευξη 20-4-18.

Ο πόλεμος και οι διωγμοί που υπέστη του άφησαν ανεξίτηλα σωματικά και ψυχικά τραύματα. Η χρόνια κεφαλαλγία, η χρόνια οσφυαλγία και η διαταραχή μετατραυματικού στρες επηρεάζουν έντονα την ποιότητα ζωής του. Το αίσθημα

στεναχώριας, η απώλεια βάρους, οι διαταραχές ύπνου και η ανηδονία, συμπτώματα που σχετίζονται τόσο με την τραυματική εμπειρία του, όσο και με την απώλεια κοινωνικού δικτύου και σημαντικών ανθρώπων της ζωής του, θέτουν την διάγνωση της καταθλιπτικής διαταραχής σύμφωνα με το DSM V.

Παρομοίως, ο Σύριος Α, θύμα βασανιστηρίων κατά τον πόλεμο, μας αναπλάθει τη δική του ιστορία:

*«Στην Συρία έκανα φυλακή και με βασάνισαν. Μου έκαναν ηλεκτροσόκ στον μηρό και τα γεννητικά όργανα, με χτύπησαν στην μέση. Από τότε πονάω σε αυτά τα σημεία. Έχω συνεχώς σκέψεις και εφιάλτες για τα γεγονότα αυτά... Νιώθω επίσης συχνά πόνο στην κοιλιά από τότε για αυτό ήρθα στον γιατρό.»*  
Σύριος Α, συνέντευξη 20-4-18.

Με την βοήθεια του διαγνωστικών εργαλείων DSM V και Rome 4, ο πρόσφυγας αυτός φαίνεται ότι πάσχει από διαταραχή μετατραυματικού στρες και ευερέθιστο έντερο.

Στα αποσπάσματα των συνεντεύξεων μπορούμε να δούμε πως περιγράφουν οι πρόσφυγες την φρίκη του πολέμου και να καταλάβουμε τα τραύματα που κουβαλάνε μαζί τους από την προμεταναστευτική περίοδο. Η περιγραφή τους και μόνο, μας μεταφέρει την εικόνα της επίδρασης του πολέμου στην ψυχική και φυσική υγεία του ανθρώπου.

### **Μεταναστευτική περίοδος**

Η μεταναστευτική περίοδος για τους πρόσφυγες είναι μία περίοδος κατά την οποία έρχονται αντιμέτωποι με πολλαπλούς περιβαλλοντικούς και πολεμικούς κινδύνους. Η διαδρομή μεταξύ επικίνδυνων εθνικών συνοριογραμμών τους βρίσκει εκτεθειμένους σε βία και σε ανεπάρκεια αγαθών που θα τους κάλυπταν τις βασικές ανθρώπινες ανάγκες τους. Ιδιαίτερα τα θαλάσσια σύνορα Ελλάδας–Τουρκίας που αποτέλεσαν και την «παράνομη» πύλη εισόδου προς την δυτική Ευρώπη ήταν και η πιο οδυνηρή εμπειρία.

Η θάλασσα αναπλάθεται ως συμβολική εστία κινδύνου στις περιγραφές των προσφύγων, που αποδίδουν την εμπειρία τους δραματοποιημένη με αρκετές ποιητικά στοιχεία.

*«Σε όλη την διαδρομή δεν είχα κάποιο πρόβλημα υγείας... Μόνο όταν μπήκα στην βάρκα... Τρύπησε και ήμουν μέσα με όλη την οικογένεια μου... Έντεκα άτομα... Κοντέψαμε να πνιγούμε... Ήμασταν όλοι κάμποσα λεπτά στην θάλασσα, πολλοί λιποθύμησαν από τα νερά... Όποτε τα συζητάω αυτά αμέσως φορτίζομαι και είναι δύσκολο... Πολλές φορές τα σκέφτομαι και δεν μπορώ να κοιμηθώ.»* Ιρακινός Δ, συνέντευξη 22-6-18

*«Σε όλη την διαδρομή υπέφερα... Τρέχαμε στα βουνά και γεμίζαν αγκάθια τα πόδια μας... Το γόνατο μου δεν έχει σταματήσει να πονάει... Και η θάλασσα... Φοβόμουν πολύ στην θάλασσα... Δεν αντέχω να θυμάμαι αυτές τις στιγμές...»* Σύρια Α, συνέντευξη 13-3-18

Η θάλασσα αποτελεί πηγή φόβου για τους ανθρώπους αυτούς και οι αναμνήσεις τους δείχνουν κατάσταση έντονου στρες. Τα θαλάσσια ύδατα και οι κίνδυνοι που εγκυμονούσαν ήταν κάτι ξένο για τους ανθρώπους που ζούσαν στην συριακή και ιρακινή ενδοχώρα. Το σοκ της περιπέτειας ήταν τόσο έντονο που δημιουργείται αίσθημα πανικού στην σκέψη του και μόνο και τους κάνει να υποφέρουν από μετατραυματική διαταραχή στρες.

Η Αφγανή Α με συναισθηματική φόρτιση προσπαθεί να περιγράψει την διαδρομή της, χωρίς να μπορέσει να ολοκληρώσει την αφήγηση, λόγω των έντονων τραυματικών αναμνήσεων που είχε:

*«11 μήνες προσπαθούσα να περάσω στην Ελλάδα. Κατά την διαδρομή συνέβησαν φριχτά πράγματα, τα οποία δεν είμαι σε θέση να σας τα περιγράψω... [βάζει τα κλάματα] Όποτε τα θυμάμαι νιώθω μεγάλη στεναχώρια. Δεν μπορώ να κοιμηθώ τις νύχτες και το στομάχι μου πονάει...»* Αφγανή Α, συνέντευξη 8-6-18

Λόγω της συναισθηματικής της κατάστασης δεν συνεχίστηκε η συνέντευξη. Από το ιατρικό ιστορικό και με βάση τα διαγνωστικά εργαλεία DSM V και ROME 4, βρέθηκε ότι πάσχει από λειτουργική δυσπεψία και μετατραυματική διαταραχή στρες. Πολλές γυναίκες λόγω της ευαλωτότητάς τους πέφτουν θύματα βίας κυρίως σεξουαλικής. Για την συριακή κοινωνία, λόγω της πατριαρχικής της δομής, η συζήτηση τέτοιων θεμάτων αποτελεί ταμπού και ίσως αυτό να εμποδίζει όσους έχουν βιώσει τέτοιες τραυματικές εμπειρίες να εκφραστούν και άρα να λάβουν την απαιτούμενη φροντίδα.

## Μεταμεταναστευτική περίοδος

Η περίοδος κατά την οποία οι πρόσφυγες εγκαθίστανται στην χώρα υποδοχής αποτελεί μια ακόμη δύσκολη περίοδο με νέες προκλήσεις για την υγεία τους. Παρά την εξασφάλιση τις περισσότερες φορές των ανθρώπινων αναγκών τους λόγω του χαρακτηρισμού τους με την προσφυγική ιδιότητα και της παρέμβασης ανθρωπιστικών, κρατικών και μη, οργανισμών, οι πρόσφυγες στο νέο περιβάλλον έχουν να αντιμετωπίσουν την απώλεια των κοινωνικών δικτύων, του κοινωνικού τους ρόλου, την απώλεια κοντινών ανθρώπων και την δύσκολη διαδικασία της κοινωνικής ένταξης σε ένα νέο πολιτισμικά περιβάλλον.

Παρά την επικέντρωση της συνέντευξης στις συνθήκες διαμονής στην πόλη του Ηρακλείου, όλοι τους μας περιέγραφαν με άσχημο τρόπο τις συνθήκες διαβίωσης που είχαν στα hotspot των νησιών του Αιγαίου, όπου η στέγαση, η διατροφή και η ιατρική κάλυψη ήταν ανεπαρκείς.

Χαρακτηριστικά, ο Αφγανός Γ μας περιγράφει:

*«Εδώ είναι πολύ καλύτερα από την Μυτιλήνη. Εκεί δεν μας πρόσεχαν, ήμασταν στοιβαγμένοι σε κακά σπίτια. Όποτε θέλαμε γιατρό βλέπαμε, αλλά είχε πολύ κόσμο και δεν μας κοιτούσαν καλά, δεν μας έδιναν τα φάρμακα που χρειαζόμασταν... Η ψυχολογία μου δεν ήταν καλή τότε...»* Αφγανός Γ, συνέντευξη 8-6-18

Η γκετοποίηση κάτω από δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης των προσφύγων σε χώρους όπως τα hotspot των νησιών του Αιγαίου, φάνηκε να επιβαρύνει την ήδη παρακμάζουσα ψυχική και σωματική υγεία των προσφύγων. Έπειτα από την βίωση του πολέμου και της μετανάστευσης, οι άνθρωποι αυτοί που ήλπιζαν σε ένα καλύτερο αύριο όταν περνούσαν τα σύνορα της Ευρώπης, έρχονται αντιμέτωποι με μία ζοφερή κατάσταση. Οι ανύπαρκτες διαδικασίες κοινωνικής ένταξης, η απώλεια της ελπίδας για έναν μέλλον που θα τους καλύπτει τις ανθρώπινες ανάγκες αποτελούν συνθήκες που δεν δύνανται να συνεισφέρουν θετικά στην υγεία των προσφύγων

Με την εγκατάσταση σε ένα καινούριο περιβάλλον μία από τις σημαντικότερες αιτίες ψυχολογικής επιβάρυνσης των προσφύγων αποτελεί η ανησυχία για τους δικούς τους ανθρώπους που έμειναν πίσω ή χάθηκαν στον πόλεμο.

*«Δεν έμεινε καθόλου ζωή εκεί... Οι Τούρκοι μπήκαν στο Αφριν και από τότε δεν έχω ακούσει τίποτα για τον πατέρα μου που έμεινε και πολεμούσε. Τον έχω χάσει... Δεν ξέρω αν ζει ή αν έχει πεθάνει... Ζω με την ελπίδα να ακούσω κάτι για αυτόν... Αυτό είναι που με στεναχωρεί και περισσότερο σήμερα.»* Κούρδος Α, συνέντευξη 10-7-18

Ο Κούρδος Α αναφέρεται γεμάτος θλίψη, στο ότι έχει χάσει τα ίχνη του πατέρα του. Γι' αυτόν αποτελεί ένα τραυματικό γεγονός που δεν τον βοηθάει να προχωρήσει και του δημιουργεί ψυχολογική επιβάρυνση. Έπειτα από κλινική εξέταση και χρησιμοποίηση του διαγνωστικού εγχειριδίου DSM V, φαίνεται να πάσχει από καταθλιπτική διαταραχή.

Η απώλεια των κοινωνικών ρόλων που είχαν στην πατρίδα τους λειτουργεί ως άλλος ένας κύριος παράγοντας ψυχικής επιβάρυνσης που εντείνει τα προβλήματα των προσφύγων.

*«Εγώ παλιότερα είχα λεφτά, έφτιαχνα σπίτια και είχα ανθρώπους να δουλεύουν για μένα. Μπορούσα να ζήσω με αξιοπρέπεια την οικογένεια μου. Τώρα τα έχασα όλα. Δεν μπορώ να αποδεχτώ ότι θα ζητάω οικονομική βοήθεια για να ζήσω εμένα, τη γυναίκα μου και τα παιδιά μου. Το επίδομα που παίρνουμε δεν μας φτάνει για να βγάλουμε τον μήνα. Θέλω να ψάξω να βρω μια δουλειά όπως είχα και στην χώρα μου, αλλά δεν ξέρω τον τρόπο για να το κάνω.»* Αφγανός Γ, συνέντευξη 8-6-18

Ο Αφγανός πρόσφυγας φαίνεται να μην αντέχει την απώλεια της κοινωνικής ζωής που άφησε πίσω του και την επανέναρξη που πρέπει να κάνει στην ζωή του υπό δυσχερέστερους όρους. Θεωρεί τον εαυτό του ανεπαρκή σύζυγο και πατέρα, αφού δεν μπορεί να συντηρήσει την οικογένειά του, όπως γίνονταν στην χώρα του και προσδοκά να αποκτήσει την δυνατότητα να μπορέσει να ελέγξει ξανά ο ίδιος την ζωή του. Σύμφωνα με τα εργαλεία διάγνωσης φαίνεται να πάσχει από καταθλιπτική διαταραχή, επαγόμενη από την απώλεια του κοινωνικού του ρόλου και της αυτονομίας του ως απόρροια της μετανάστευσής του.

### 7.3 Η επίδραση των διαδικασιών κοινωνικής ένταξης στην υγεία των προσφύγων

Η κοινωνική ένταξη των προσφύγων φαίνεται να βελτιώνει την υγεία τους. Η εξασφάλιση βασικών και ενδιάμεσων αναγκών, όπως τις ανέπτυξαν οι Doyal & Cough και η δημιουργία προϋποθέσεων να εξασφαλιστούν και οι οικουμενικές ανάγκες της κοινωνικής συμμετοχής και ελευθερίας αποτελούν διαδικασίες που αποτυπώνονται και στην υγεία τους, όπως φαίνεται στα αποσπάσματα των συνεντεύξεων.

*«Είμαι πολύ καλύτερα, με έχει βοηθήσει η διαμονή μου εδώ και είμαι χαρούμενος με τις συνθήκες... Η ψυχολογία μου έχει βελτιωθεί και τα συμπτώματα από την κοιλιά είναι καλύτερα από τότε που είμαι στην Κρήτη ασφαλής.»* Κούρδος Α, συνέντευξη 10-7-18

*«Τώρα είμαστε καλά στο σπίτι, σε ασφαλές μέρος... Το σπίτι είναι μεγάλο και οι άνθρωποι εδώ μας βοηθάνε και νιώθω ότι είμαι σε καλύτερη κατάσταση.»* Σύρια Α, συνέντευξη 13-3-18

*«Όταν ήρθα η ψυχολογική μου κατάσταση ήταν χάλια, τώρα είμαι καλύτερα... Η διαμονή και η διατροφή είναι πολύ καλή. Στο σπίτι είμαστε καθαρά και μας βοηθάει που υπάρχουν μαθήματα ελληνικών και ο αθλητισμός και μπορούμε να μπαίνουμε σιγά σιγά στην κοινωνία. Μόνο τα χρήματα δεν φτάνουν γιατί είναι ακριβά στην Ελλάδα.»* Σύρια Γ, συνέντευξη 20-4-18

*«Είμαστε πολύ καλύτερα ψυχολογικά στην Κρήτη. Θέλουμε να μείνουμε για πάντα στην Ελλάδα, την οποία αγαπάμε, όπως και εσάς τους Έλληνες. Είστε καλοί άνθρωποι και μας βοηθήσατε.»* Κούρδισα Β, συνέντευξη 8-6-18

*«Έχω να πω τα καλύτερα, είμαι πολύ καλά εδώ και έχω ηρεμήσει. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες είναι πολύ εύκολη. Το μόνο δύσκολο είναι τα φάρμακα και η αγορά τους που δεν έχουμε πολλά χρήματα για τις ανάγκες μας. Αλλά καλύτερα είναι η υγεία μας εδώ χωρίς φάρμακα παρά στο Ιράκ με φάρμακα.»* Κούρδος Γ, συνέντευξη 30-3-18

*«Είμαι ευχαριστημένος από τις συνθήκες εδώ. Αν δεν ήμουν άρρωστος θα ήθελα να μείνω για πάντα εδώ, μου αρέσει η ζέστη που έχετε και οι άνθρωποί σας.»* Ιρακινός Γ, συνέντευξη 22-6-18

*«Νιώθω καλά από τότε που εγκαταστάθηκα εδώ. Μου λείπουν οι δικοί μου πολύ, αλλά η ζωή μου είναι καλύτερη. Μαθαίνω ελληνικά και παίζω ποδόσφαιρο και αυτό με γεμίζει χαρά.»* Αφγανός Γ, συνέντευξη 8-6-18

Μόλις η συνέντευξη φτάνει στο σημείο να περιγράψουν την κατάστασή τους στην Ελλάδα, οι πρόσφυγες αλλάζουν πρόσωπο και διάθεση. Εκδηλώνονται στην πλειοψηφία τους με θετικά συναισθήματα απέναντι στην αντιμετώπιση που είχαν κατά την μετεγκατάστασή τους στο Ηράκλειο και αναφέρουν ότι τα ιατρικά συμπτώματα τους παρουσίασαν ύφεση την περίοδο αυτή. Ιδιαίτερη αναφορά κάνουν στις διαδικασίες ένταξης που αφορούν την εκμάθηση ελληνικών, τις συνθήκες στέγασης, τις αθλητικές δραστηριότητες, τον τόπο του Ηρακλείου και την αντιμετώπιση που είχαν από την τοπική κοινότητα.

Άλλος ένας παράγοντας που επιδρά στην ψυχική υγεία των προσφύγων στην φάση αυτή, είναι η αβεβαιότητα για το μέλλον που έχουν αυτοί οι άνθρωποι. Η σωματική επιβάρυνση της υγείας τους, οι πολιτικές ασύλου οι οποίες δεν προσδίδουν έναν μόνιμο χαρακτήρα στην διαμονή τους στην χώρα και ο πόλεμος στην πατρίδα τους δημιουργούν ένα περιβάλλον αβεβαιότητας το οποίο επηρεάζει την ψυχική τους υγεία. Ταυτόχρονα είναι αποτρεπτικός παράγοντας σε μία νέα αρχή κοινωνικοποίησης στον τόπο μετεγκατάστασης.

*«Νιώθω πρόβλημα με την σταθερότητα τα χαρτιά μου, το μέλλον μου... Αν θα μείνω εδώ, αν θα κάνω επέμβαση, αν θα μπορέσω να δουλέψω ξανά...»*  
Παλαιστίνιος Α, συνέντευξη 23-3-18

Πολλοί από τους συνεντευξιζόμενους, προσπαθούν να αναδείξουν κάποιες από τις ανάγκες που δεν εκπληρώνονται με την μετεγκατάστασή τους στο Ηράκλειο. Κύριο πρόβλημα φαίνεται να είναι το πενιχρό επίδομα το οποίο δεν τους εξασφαλίζει τα αναγκαία για την κάλυψη βασικών αναγκών, και η αβεβαιότητα για το μέλλον τους. Η διαδικασία σε αυτή τη φάση, ίσως παίρνει και έναν διεκδικητικό χαρακτήρα, έχοντας απέναντι τους εμένα ως κρατικό λειτουργό.

*«Τα χρήματα είναι λίγα και δεν φτάνουν για τις πάνες και τα γάλατα των παιδιών. Χρειαζόμαστε παραπάνω βοήθεια για να σταθούμε.»* Ιρακινός Α, συνέντευξη 27-4-18

*«Με το επίδομα που παίρνουμε δεν μπορώ να βγάλω τον μήνα. Δεν ξέρω πώς να ψάξω και να βρω δουλειά.»* Αφγανός Γ, συνέντευξη 8-6-18

*«Έχω άσθμα και τα 150 ευρώ που παίρνουμε δεν φτάνουν για τα φάρμακα του μήνα... Θα ήθελα πολύ να βρω έναν τρόπο να πηγαίνω σε ένα εργαστήριο για να κάνω έρευνα στην Φυσική που είναι το επάγγελμά μου.»* Ιρακινός Β, συνέντευξη 23-3-18

Από τις συνεντεύξεις συμπεραίνουμε μία βελτίωση της ψυχολογικής και φυσικής υγείας των περισσότερων προσφύγων που έπασχαν από λειτουργικές διαταραχές του εντέρου, μετατραυματική διαταραχή στρες και κατάθλιψη. Οι κύριες αιτίες επιβαρυσμένης ψυχικής υγείας, έχουν να κάνουν με την απώλεια κοντινών ανθρώπων, την στέρηση του κοινωνικού ρόλου που είχαν στην πατρίδα τους, την αβεβαιότητα για το μέλλον και το τραύμα που υπέστησαν. Παρά τις καλές συνθήκες διαβίωσης που τους εξασφαλίστηκαν όπως μας ανέφεραν, οι πρόσφυγες δεν νιώθουν χρήσιμοι και ενεργά μέλη της κοινωνίας είτε λόγω δυσκολίας εύρεσης εργασίας, είτε λόγω σοβαρών τραυματισμών κατά τη διάρκεια του πολέμου που είχαν σαν αποτέλεσμα την απώλεια της λειτουργικότητά τους. Εμπόδια στην κοινωνική ένταξη και στην περαιτέρω αναβάθμιση του ρόλου και της υγείας των προσφύγων φαίνεται κυρίως να είναι το χαμηλό επίδομα, η δυσκολία εύρεσης εργασίας, η αδυναμία εκπαίδευσης και εκμάθησης ελληνικών για τους ενήλικες καθώς και η αβεβαιότητα για το μέλλον τους.



## 8. Ανάλυση Focus Group

Η μέθοδος του focus group επιλέχθηκε προκειμένου να γίνει μία πιο εστιασμένη και από τα κάτω συζήτηση πάνω στις ανάγκες υγείας των προσφύγων που διαμένουν στην πόλη του Ηρακλείου. Στην συζήτηση συμμετείχαν εκπρόσωποι προσφύγων από διαφορετικές εθνικότητες (Ιρακινός, Σύριος, Κούρδος Α, Κούρδος Β) που διαμένουν στο Ηράκλειο, διερμηνείς των προσφύγων καθώς και εκπρόσωποι των φορέων (ΚΕΕΛΠΝΟ, Συμβούλιο Ένταξης Μεταναστών, Ύπατη Αρμοστέα του ΟΗΕ για τους πρόσφυγες, Δήμος Ηρακλείου, Δημοτικό-Κοινωνικό Ιατρείο, πρόγραμμα στέγασης ESTIA, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Κοινωνικό Ιατρείο Αλληλεγγύης) στην φροντίδα υγείας των ανθρώπων αυτών.

Στην πρώτη φάση της διαδικασίας έγινε μια σύντομη συζήτηση, όπου οι παρευρισκόμενοι προσπάθησαν συνοπτικά να αποσαφηνίσουν τις βασικές προσδοκίες, τις επιθυμίες, τις αξίες και τις ανάγκες που έχουν οι παρευρισκόμενοι πάνω στο ζήτημα της φροντίδας υγείας των προσφύγων.

Οι πρόσφυγες και οι διερμηνείς σαν βασική ανάγκη στο πρώτο σκέλος της συζήτησης αναφέρθηκαν στο ζήτημα της κοινωνικής ένταξης. Οι συνθήκες διαμονής, η ισότιμη πρόσβαση στην υγεία, η οικειοποίηση με τον ελληνική κουλτούρα και την τοπική κοινωνία αποτέλεσαν τις κύριες προσδοκίες των ανθρώπων αυτών.

*«Η επιθυμία μου όπως το βλέπω εγώ είναι ότι για να έχω καλύτερη ζωή και υγεία, πρέπει να γίνουν καλύτερες οι συνθήκες ζωής και η διαμονή.»*  
Παλαιστίνιος διερμηνέας

*«Δύσκολες συνθήκες, διαμάχες, πόλεμοι, διωγμοί και κακές συνθήκες ζωής με έδιωξαν από την πατρίδα μου. Αυτό που προσδοκώ από εδώ, είναι να μπορέσω να γνωρίσω από την αρχή και να ενταχθώ στον νέο κόσμο και τις νέες συνθήκες ζωής. Θέλω να αντιμετωπιζόμαστε σαν άνθρωποι. Μας έλειψε αυτή η αντιμετώπιση σε όλη την πορεία μας.»* Ιρακινός Α

*«Αυτό που προσδοκώ είναι μία καθοδήγηση εδώ από την τοπική κοινωνία. Κάθε τι είναι νέο εδώ και τα μικρά παιδιά πρέπει να γνωρίσουν από την αρχή τον νέο κόσμο είναι κάτι τελείως διαφορετικό για εμάς ο πολιτισμός, η θρησκεία, η κοινωνία.»* Σύριος Α

*«Ευχαριστούμε για την φιλοξενία. Η επιθυμία που θέλω να εκφράσω είναι να ενσωματωθούμε εδώ γρήγορα και εύκολα. Θέλω εμείς να νιώσουμε ένα με τους Έλληνες.» Κούρδος Α*

*«Με όσα είπαν οι υπόλοιποι πρόσφυγες συμφωνώ απόλυτα. Αυτό που προσδοκώ είναι να γίνουν πράξη όσα είπαν. Για την υγεία αυτό που θέλω να πω, είναι να μην απομονωθούν και αποκλειστούν οι άνθρωποι που έχουν χρόνια προβλήματα υγείας και χρήζουν ειδικής φροντίδας.» Κούρδος διερμηνέας*

Άλλη μια διάσταση που μπήκε ήταν η σημασία του σεβασμού της πολιτισμικής και θρησκευτικής διαφοράς καθώς και το διαφορετικό πλαίσιο έμφυλων σχέσεων που υπάρχει στις χώρες που κατάγονται οι πρόσφυγες.

*«Οι ανάγκες όταν αλλάζεις χώρα μεγαλώνουν, άλλος πολιτισμός, άλλη θρησκεία χρειάζεται να προσαρμοστείς αλλιώς. Αυτό που προσδοκώ είναι σαν πρόσφυγες να έχουμε μία πρώτη βοήθεια ώστε να μπορέσουμε να σταθούμε στα πόδια μας και στην συνέχεια να μπορέσουμε να προσφέρουμε και εμείς στον τόπο. Διατηρούμε μία άλλη νοοτροπία όπως ο άντρας να εξετάζεται από άντρα και η γυναίκα από γυναίκα... Ευχαριστούμε που αυτό το σέβεστε και επιθυμία μου είναι αυτός ο σεβασμός στην διαφορετική κουλτούρα και η βοήθεια που δεχόμαστε να συνεχιστεί.» Κούρδος Β*

Ο εκπρόσωπος από το ΚΕΕΛΠΙΝΟ, έχοντας ζήσει την κατάσταση του πρώτου σημείου εισόδου των προσφύγων στην χώρα μας στην Λέσβο, αναφέρθηκε στην προσεκτική οργάνωση για την παροχή υγείας στους πρόσφυγες:

*«Στην Μυτιλήνη ένωσα μια πρόχειρη και γρήγορη αντιμετώπιση των προσφύγων και των θεμάτων υγείας τους. Εδώ στο Ηράκλειο προσδοκώ κάτι καλύτερο, μια πιο σωστή οργάνωση και καλύτερη αξιοποίηση των μέσων περίθαλψης και φροντίδας που έχουμε»*

Η εκπρόσωπος του Κέντρου Ένταξης Μεταναστών έδωσε βάση στις διαδικασίες κοινωνική ένταξης που αφορούν την πρόσβαση στην υγεία, την εργασία και την εκπαίδευση, για να διευκολυνθεί η ολιστική κάλυψη των αναγκών υγείας των προσφύγων:

*«Το τρίπτυχο των αναγκών που πρέπει να καλυφθούν για τους πρόσφυγες πρέπει να είναι η εκπαίδευση, η υγεία και η εργασία. Ελπίζω να εξοικειωθούμε με τις ανάγκες και την κουλτούρα των μεταναστών. Η πληροφορία που θα πάρουμε από την εκτίμηση των αναγκών υγείας των προσφύγων σήμερα, να καταλήξει σε ένα σχέδιο δράσης.»*

Η εκπρόσωπος του Κοινωνικού Ιατρείου Αλληλεγγύης αναφέρθηκε στην αποφυγή του κοινωνικού αποκλεισμού με την ισότιμη πρόσβαση των προσφύγων στην φροντίδα υγείας:

*«Προσφέρουμε εδώ και πολύ καιρό φροντίδα στις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες η προσδοκία μας είναι η πρόσβαση όλων με ισότιμο τρόπο στην υγεία.»*

Ο καθηγητής Γενικής Ιατρικής κος Λιονής εκπροσωπώντας το Πανεπιστήμιο Κρήτης έδωσε βάση στις δεξιότητες που πρέπει να αποκτήσει το υγειονομικό προσωπικό στην παροχή διαπολιτισμικής φροντίδας:

*«Οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και η εξοικείωση του υγειονομικού προσωπικού με αυτές αποτελεί απαραίτητο όρο για την σωστή άσκηση της Ιατρικής.»*

Η εκπρόσωπος του προγράμματος στέγασης ESTIA μίλησε για τα οφέλη του προγράμματος και ζήτησε την δωρεάν πρόσβαση στην φαρμακευτική περίθαλψη των προσφύγων:

*«Μέσω του προγράμματος προσπαθούμε να παρέχουμε στέγαση στους ανθρώπους αυτούς και βοηθούνται με ένα μηνιαίο επίδομα των 150 ευρώ. Θα προσδοκούσαμε να υπάρξει δωρεάν συμμετοχή των ανθρώπων στην αγορά φαρμάκων ώστε να μπορούν να ακολουθούν το θεραπευτικό πλάνο.»*

Ενδιαφέρον φαίνεται να έχει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες τοποθέτησαν τις ανάγκες υγείας σε ένα ευρύτερο πλαίσιο, όπου το ζητούμενο είναι κυρίως οι διαδικασίες κοινωνικής ένταξης, η εκπλήρωση των ευρύτερων από την υγεία ανθρωπίνων αναγκών και η εξασφάλιση της αυτονομίας τους. Σύμφωνα με τις προσδοκίες τους η πρόσβαση στην εκπαίδευση, την εργασία και την υγεία, ο σεβασμός των πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων και η συμμετοχή στα κοινωνικά δίκτυα της τοπικής κοινωνίας θα φέρει θετικά αποτελέσματα και στην συνολική υγεία τους.

Στην δεύτερη φάση της συζήτησης οι παρευρισκόμενοι χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες, οι οποίες πιο εστιασμένα και με την βοήθεια σελιδοδεικτών προσπάθησαν να αποτυπώσουν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας στην πόλη του Ηρακλείου. Οι ανάγκες χωρίστηκαν σε τρεις κατηγορίες (κοινωνικές, ψυχικές και σωματικές) και εξετάστηκαν από την σκοπιά του συστήματος υπηρεσιών υγείας, των χρηστών υπηρεσιών υγείας και του υγειονομικού προσωπικού. Τέλος οι ανάγκες αυτές εκτέθηκαν σε έναν κοινό για όλες τις ομάδες πίνακα οπου έγινε ο συγκερασμός και η ιεράρχησή τους. Αναλυτικά οι ανάγκες που αναδείχθηκαν με την μορφή σελιδοδεικτών από τους συμμετέχοντες είναι οι εξής

### Κοινωνικές ανάγκες

Οι κοινωνικές ανάγκες αφορούσαν διαδικασίες κοινωνικής ένταξης, όπως η πρόσβαση στην υγεία μέσω της έκδοσης ΑΜΚΑ για την παροχή δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, την πρόσβαση στην εργασία και την εκπαίδευση. Κοινή διαπίστωση είναι ότι το εισόδημα των 150 ευρώ μηνιαίως βάζει, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, φραγμό στην κάλυψη πολλών κοινωνικών αναγκών. Ιδιαίτερα σημαντική κοινωνική ανάγκη αποτελούσε αυτή της επικοινωνίας με τους ανθρώπους τους στην χώρα καταγωγής τους, η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου και η πρόσβαση στον αθλητισμό καθώς και η δωρεάν πρόσβαση στις μεταφορές και η αναγνώριση διπλώματος οδήγησης. Στους σελιδοδείκτες αναφέρθηκαν η ανάγκη σεβασμού των θρησκευτικών ιδιαιτεροτήτων, όπως η διενέργεια περιτομής και η ύπαρξη χώρων λατρείας και ταφής. Τέλος οι παρευρισκόμενοι προσπάθησαν να αναδείξουν την ανάγκη συμμετοχής σε δραστηριότητες της τοπικής κοινωνίας και το δύσκολο εγχείρημα της κοινωνικής ένταξης των γυναικών σε ένα διαφορετικό πολιτισμικά περιβάλλον.

### Ψυχικές ανάγκες

Στις ψυχικές ανάγκες οι παρευρισκόμενοι αναφέρθηκαν στο στίγμα που υπάρχει σε θέματα ψυχικής υγείας στους πρόσφυγες με αποτέλεσμα την ελλιπή αναζήτηση περίθαλψης και την ανάγκη ευαισθητοποίησης των προσφύγων αλλά και των επαγγελματιών στην αναγνώριση της ψυχιατρικής σημειολογίας. Τονίστηκε επίσης η ανάγκη για περισσότερους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και για εκπαίδευση του προσωπικού στην παροχή διαπολιτισμικής θεραπευτικής φροντίδας μιας και αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν.

Ως κυριότερα προβλήματα σημειώθηκαν οι τραυματικές εμπειρίες που κουβαλάνε μαζί οι πρόσφυγες και η αβεβαιότητα για την παραμονή τους. Τέλος, επισημάνθηκε η ανάγκη συμμετοχής των προσφύγων σε περισσότερες ψυχαγωγικές εκδηλώσεις.

### Ανάγκες φυσικής υγείας

Στις ανάγκες φυσικής υγείας τονίστηκαν η ανάγκη της εύκολης πρόσβασης χωρίς αναμονή στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, η πρόσβαση στην οδοντιατρική φροντίδα και ο δωρεάν προγεννητικός έλεγχος. Η αδυναμία συμμόρφωσης στην θεραπεία ήταν άλλο ένα θέμα που τέθηκε κυρίως από τους επαγγελματίες υγείας. Οι ελάχιστοι πόροι για αγορά φαρμάκων και ποιοτικής τροφής, καθώς και οι ιδιαίτερες βάση της θρησκείας των προσφύγων, διατροφικές συνήθειες δυσχεραίνουν το θεραπευτικό πλάνο και την αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπιση μερικών ασθενειών.

Οι ανάγκες αυτές κατηγοριοποιήθηκαν σε ενότητες προκειμένου να εξαχθούν τα τελικά συμπεράσματα με την μορφή εμποδίων στην χρήση και παροχή υπηρεσιών υγείας. Από την αρχική συζήτηση όλης της ομάδας φάνηκε καθαρά η αναγκαιότητα για την εύρεση λύσεων πάνω σε πρακτικά θέματα της καθημερινότητας καθώς και η ανάγκη ανθρωποκεντρικής προσέγγισης των αιτούντων ιατρική φροντίδα. Από την ανάλυση του focus group, αναδείχθηκαν συγκεκριμένα εμπόδια (barriers) στην χρήση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας που συμπυκνώνονται σε πέντε διαφορετικές κατηγορίες.

Η πρώτη κατηγορία αφορά την περίπλοκη οργάνωση στις διαδικασίες του συστήματος. Οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής αυτών των ατόμων όσον αφορά την εξυπηρέτησή τους, τόσο σε τακτικά εξειδικευμένα ιατρεία, όσο και στα επείγοντα περιστατικά καθώς και η μη αποτελεσματική διασύνδεση ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών, δημιουργεί δυσκολία στην ολιστική προσέγγιση της υγείας αυτών των ατόμων.

Η δεύτερη κατηγορία που έχει επίσης να κάνει με την δομή του συστήματος υγείας αφορά τις παροχές του προς αυτές τις ομάδες. Κύριο πρόβλημα αποτελεί η μη δωρεάν φαρμακευτική περίθαλψη. Το ποσό των 150 ευρώ που χορηγείται από το πρόγραμμα ανά άτομο κάνει υπερβολικά δύσκολη την αγορά φαρμάκων από άτομα που έχουν χρόνια προβλήματα υγείας, γεγονός που επηρεάζει δυσμενώς την ανταπόκριση τους στις θεραπευτικές παροτρύνσεις των ιατρών. Η πλημμελής

οικονομική βοήθεια δημιουργεί επίσης πρόβλημα, εκτός από την θεραπεία, στην πρόληψη ασθενειών καθώς υπάρχει δυσκολία στην αγορά ρουχισμού, στην χρησιμοποίηση θέρμανσης και επιδρά αρνητικά στην διατροφική επάρκεια, ανάγκες οι οποίες αποτελούν θεμέλιο λίθο στην ισορροπημένη διαβίωση του ανθρώπου και την πρόληψη δυσμενών υγειονομικών συνθηκών. Αναφέρθηκαν επίσης ως εμπόδια στην παροχή υγείας η απουσία οδοντιατρικού και προγεννητικού ελέγχου καθώς και η έλλειψη επαγγελματιών και υπηρεσιών ψυχολογικής υποστήριξης, καθώς η ψυχική υγεία αποτελεί θεμελιακό προσδιοριστή της υγείας ανθρώπων που εκδιώχθηκαν βίαια σε συνθήκες πολέμου και μετανάστευσαν σε διαφορετικό πολιτισμικό περιβάλλον.

Η περιορισμένη δυνατότητα ανταπόκρισης του συστήματος στην διαπολιτισμική φροντίδα αποτελεί την τρίτη κατηγορία εμποδίων όπως προέκυψε από τη συζήτηση. Οι καταβολές των προσφύγων από χώρες του αραβικού κόσμου όπου η θρησκεία παίζει κεντρικό ρόλο στην καθημερινότητα, τις αντιλήψεις, τις προσδοκίες και τις ανάγκες των ανθρώπων με τρόπο πολύ διαφορετικό από το δυτικοευρωπαϊκό πρότυπο που έχουμε υιοθετήσει τις τελευταίες δεκαετίες στη χώρα μας αποτελεί βασικό σημείο προβληματισμού. Παραδείγματα όπως η μη παροχή δυνατότητας περιτομής αποτελούν δείγματα ενός χάσματος που υπάρχει ανάμεσα στους δύο πολιτισμούς το οποίο οφείλουμε να παρακάμψουμε προκειμένου να υπάρξει ολοκληρωμένη παροχή υγειονομικής φροντίδας. Οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται πρώτη φορά αντιμέτωποι με χρήστες υπηρεσιών από διαφορετικούς πολιτισμούς έχουν δυσκολία στο να επικοινωνήσουν, να προσεγγίσουν και να κατανοήσουν προβλήματα πιο ιδιαίτερης φύσης. Ένα παράδειγμα σχετικό με τα παραπάνω, που αναφέρθηκε στην συζήτηση, είναι η αντιστοίχιση του φύλου του γιατρού, του νοσηλευτή και του διερμηνέα (άντρας με άντρα, γυναίκα με γυναίκα) κυρίως κατά την κλινική εξέταση, γεγονός που υπαγορεύεται από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις των χρηστών. Τέλος η μη ύπαρξη χώρων λατρείας και ταφής, όπως αναφέρθηκε από τους πρόσφυγες στην συζήτηση αποτελεί ένα παράγοντα που εμποδίζει τις θρησκευτικές πρακτικές και κατ' επέκταση επηρεάζει την ψυχική υγεία των ανθρώπων αυτών. Από την μεριά του χρήστη προβληματική φαίνεται να είναι στην ολιστική αντιμετώπιση των ασθενών η δυσκολία αναγνώρισης των προβλημάτων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία, καθώς ο πολιτισμός τους φαίνεται να μην τους δίνει την πρέπουσα σημασία και οι χρήστες να δυσκολεύονται

να απευθυνθούν στους επαγγελματίες υγείας για ζητήματα που έχουν να κάνουν με την ψυχική σφαίρα.

Η τέταρτη κατηγορία που προέκυψε από την ομαδοποίηση των αποτελεσμάτων αφορά τον επαγγελματία υγείας και την ματαίωση των προσδοκιών του, όσον αφορά την επιβολή ενός θεραπευτικού σχεδίου για τις ομάδες αυτές. Το απαιτητικό ωράριο του επαγγελματία σε μια περίοδο οικονομικής κρίσης, όπου οι ανάγκες του ντόπιου πληθυσμού που απευθύνεται στο δημόσιο σύστημα υγείας αυξάνονται, δημιουργεί συνθήκες εξάντλησης (burn out) στο προσωπικό των επαγγελμάτων υγείας και η προσέλευσή των προσφύγων, μια ομάδα ατόμων με ιδιαίτερες και πιο απαιτητικές ανάγκες δημιουργεί επιπλέον δυσκολίες, οι οποίες δεν μπορούν να διευθετηθούν με τον χρόνο, την λεπτομέρεια και την ποιότητα που απαιτείται. Οι επαγγελματίες υγείας τόνισαν επίσης τους οικονομικούς και πολιτισμικούς φραγμούς στο να μπορέσει να υλοποιηθεί το θεραπευτικό τους πλάνο από τον ασθενή. Συμβουλευτικές και θεραπευτικές ενέργειες από μεριά τους σκοντάφτουν στην οικονομική αδυναμία των προσφύγων να προμηθευτούν φαρμακευτικό υλικό ή την δυσκολία να ακολουθήσουν παραδείγματος χάριν ένα διατροφικό πλάνο που απαιτείται για την πρόληψη ή την θεραπεία ασθενειών τόσο λόγω της οικονομικής δυσχέρειας όσο και λόγω των πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων στις διατροφικές συνήθειες.

Τέλος, η πέμπτη κατηγορία που προέκυψε σχετίζεται με την αδυναμία κάλυψης των κοινωνικών αναγκών των χρηστών. Οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας αποτελούν θεμέλιο λίθο της ολιστικής προσέγγισης της Υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας είναι το στρες, η διατροφή, τα πρώτα χρόνια της ζωής, η εργασία, η ανεργία, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η κοινωνική υποστήριξη, ο εθισμός, το φαγητό και η μεταφορά (WHO, 2003). Οι πρόσφυγες ερχόμενοι στο Ηράκλειο αντιμετωπίζουν προβλήματα κοινωνικής ένταξης. Όπως ανέφεραν στην διαδικασία, η κύρια δυσκολία είναι η γλωσσική ανεπάρκεια και η έλλειψη δομών που φροντίζουν για αυτό. Αυτό δημιουργεί δυσκολία στην επικοινωνία και τις συναναστροφές με τους ντόπιους, πράγμα που τους φέρνει σε κοινωνική απομόνωση. Η αποχή από την εκπαίδευση και η αδυναμία επαγγελματικής απασχόλησης, πρόσβασης στην αγορά εργασίας και δημιουργικής αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου (π.χ. άθληση, ψυχαγωγία) αποτελούν επιπλέον ζητήματα που τους απασχολούν έντονα και μπορεί να έχουν

μεγάλη επίπτωση στην ψυχική υγεία και την κοινωνική τους ένταξη. Τέλος γίνεται αναφορά στην δυσκολία επικοινωνίας μέσω της χρήσης τηλεφώνου/ίντερνετ με την πατρίδα τους και στην μετακίνηση με μέσα μεταφοράς κυρίως σε χώρους υπηρεσιών υγείας.

Η ομάδα συμφώνησε ότι αν εξαιρέσουμε τα επιμέρους ζητήματα που προκύπτουν σε πρακτικό επίπεδο λόγω διαφορετικών θρησκευτικών και πολιτισμικών καταβολών (όπως η εξέταση από επαγγελματία υγείας του ιδίου φύλου) τα βασικά αιτήματα και οι προβληματισμοί σχετικά με το Ελληνικό Σύστημα Υγείας είναι θεμελιώδεις και κοινοί για όλους τους ωφελούμενους του είτε είναι γηγενείς είτε μετανάστες και αφορούν θεμελιώδης αρχές όπως η ανθρωπιά, η αξιοπρέπεια, ο σεβασμός στην προσωπικότητα του ατόμου, ανάγκες αυτές διατυπώθηκαν από όλους τους παρευρισκόμενους.



## ΜΕΡΟΣ 3ο

### 9.Συζήτηση - Συμπεράσματα

Στην παρούσα διπλωματική εργασία επιχειρήθηκε να γίνει μία εκτενής ανάλυση της θεωρίας των αναγκών και των διάφορων προσεγγίσεων πάνω στην υγεία και την εκτίμηση αναγκών υγείας. Στην συνέχεια αναλύθηκε η έννοια του πρόσφυγα και οι επιπτώσεις των κοινωνικών γεγονότων του πολέμου, του ξεριζωμού και της προσφυγιάς καθώς και των διαδικασιών της κοινωνικής ένταξης σε ένα νέο κοινωνικό περιβάλλον στην υγεία των ανθρώπου. Έπειτα από παρέμβαση σε πρόσφυγες που ήρθαν από εμπόλεμες ζώνες στην περιοχή του Ηρακλείου μέσω των ερευνητικών διαδικασιών της συνέντευξης και του focus group προσπάθησα να διερευνήσω ζητήματα που αφορούν τις ανάγκες υγείας που έχουν οι πρόσφυγες από εμπόλεμες ζώνες. Συγκεκριμένα στο πλαίσιο της έρευνας επιχειρήθηκε να γίνει συσχέτιση των διαταραχών υγείας με τις κοινωνικές διεργασίες που αφορούν τον πόλεμο, να διερευνηθούν τα εμπόδια στην πλήρη κάλυψη των αναγκών υγείας στο Ηράκλειο, να φανεί ο βαθμός ικανοποίησης των προσφύγων από τις προσφερόμενες υπηρεσίες ένταξης και να διερευνηθεί κατά πόσο οι διαδικασίες κοινωνικής ένταξης, έχουν θετικό αντίκτυπο στην υγεία των προσφύγων. Τέλος στόχος ήταν να προταθούν τρόποι μέσα από τις οποίους οι όποιες αρνητικές αποτυπώσεις του πολέμου και της μετανάστευσης στην υγεία τους θα μπορέσουν να περιοριστούν.

Μέσω της διαδικασίας των συνεντεύξεων επιχειρήθηκε να αποσαφηνιστούν, οι αιτίες προσφυγοποίησης των ανθρώπων αυτών, να γίνει εμβάθυνση στο σωματικό και ψυχικό τραύμα που τους κάνει να αναζητούν ιατρική βοήθεια καθώς και να αποκαλυφθούν κοινωνικές παρεμβάσεις που μπορούν να επιτύχουν υποκειμενική βελτίωση της υγείας των ανθρώπων αυτών και να απαλύνουν το τραύμα. Τα συμπεράσματα τα οποία εξάγονται από τις προσωπικές αφηγήσεις των προσφύγων είναι ικανά να μας δώσουν μια ενδελεχή εικόνα για το πώς αποτυπώνεται ο πόλεμος και η προσφυγιά στην υγεία των ανθρώπων αυτών, ώστε οι λειτουργοί της υγείας να μπορούν να έχουν μία πιο ευρεία εικόνα στην προσπάθεια αντιμετώπισης του ιδιαίτερου αυτού πληθυσμού. Το focus group συμπληρώνοντας την μέθοδο των

συνεντεύξεων προσπαθεί με ένα πιο κανονιστικό πρότυπο να ιεραρχήσει τις υπολειπόμενες ανάγκες και να αποκαλύψει τα εμπόδια στα να επιτύχουν οι άνθρωποι αυτοί μια πλήρη σωματική ψυχική και κοινωνική ευεξία στα πρότυπα της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης της υγείας.

## **Ο πόλεμος, η βία και η εκτόπιση και η μετανάστευση έχουν μεγάλο αρνητικό αντίκτυπο στην φυσική και ψυχική υγεία του ανθρώπου.**

Ο πόλεμος μέσα από τις διαδικασίες που περιγράφηκαν τραυματίζει ανεπανόρθωτα το σώμα, την κοινωνική υπόσταση και την ψυχή του ανθρώπου. Ο πόλεμος από μόνος του σαν γεγονός είναι ικανός να προκαλέσει τεράστιο αριθμό θανάτων, αναπηρία και επιδείνωση της υγείας μέσω σωματικών τραυματισμών και μέσω μεταδοτικών, μη μεταδοτικών και κυρίως ψυχικών ασθενειών.

Όπως επισημαίνουν στην θεωρία των αναγκών οι Doyal και Cough (1991) οι ανάγκες συνδέονται με οικουμενικούς σκοπούς και αν δεν εκπληρωθούν θα ακολουθήσουν σοβαρές βλάβες σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο. Τόσο στον πόλεμο, όσο και σε όλες τις φάσεις της μετανάστευσης οι ενδιάμεσες ανάγκες που χρειάζονται προκειμένου να επιτευχθεί η φυσική υγεία και η αυτονομία δεν καταφέρνουν να επιτευχθούν. Η εργασία, η κατοικία, η θρέψη, η ασφάλεια, η εκπαίδευση, η φροντίδα υγείας και οι ασφαλείς γεννήσεις αποτελούν ανεκπλήρωτες κοινωνικές ανάγκες ενός πληθυσμού υπό βία και εκτόπιση.

Όπως είδαμε στην ανάλυση των συνεντεύξεων το τραύμα σαν συνέπεια του πολέμου αποτελεί μαζί με τις υπόλοιπες ψυχικές διαταραχές το μεγαλύτερο πρόβλημα των ανθρώπων που επιβιώνουν του κοινωνικού αυτού γεγονότος. Οι πρόσφυγες ήρθαν αντιμέτωποι με βασανιστήρια και τον κίνδυνο της εξόντωσης, είδαν δικούς τους ανθρώπους να χάνονται και τον τόπο τους μαζί με την ζωή που είχαν στήσει εκεί να καταστρέφονται. Εκτοπισμένοι βία σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης πήραν τον δρόμο της προσφυγιάς αφήνοντας πίσω τους περιουσίες, κοινωνικούς ρόλους και κοινωνικά δίκτυα που είχαν προσπαθώντας να ξεκινήσουν μια νέα ζωή από την αρχή. Η κοινωνικοποίηση τους στο νέο στάδιο ζωής σε έναν άλλο πολιτισμό μοιάζει να είναι βρεφικού σταδίου. Όλη αυτή η διαδικασία θα

δημιουργήσει έναν τεράστιο ψυχολογικό σκόπελο τον οποίον πρέπει να περάσουν ώστε να ζήσουν ανθρώπινα ξανά.

Η έρευνα μας επικεντρώνεται στο τρίτο στάδιο της προσφυγοποίησης, αυτό της μετεγκατάστασης των προσφύγων σε έναν νέο κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον. Παρά την εξασφάλιση αναγκών που είχαν απολεσθεί, όπως είναι η τροφή, η στέγη και η ασφάλεια, οι άνθρωποι αυτοί κουβαλάνε ακόμα τις συνέπειες του πολέμου στην υγεία τους. Όπως αποκάλυψαν οι συνεντεύξεις, μόνο έξι άτομα από τα 23 δεν ανέφεραν κάποιο πρόβλημα υγείας. Αντίθετα οι υπόλοιποι πρόσφυγες, επισκέφτηκαν το ιατρείο για συμπτώματα τα οποία τα κληρονόμησαν από την πολεμική σύγκρουση, τις διώξεις και την αδυναμία κάλυψης αναγκών στους τόπους τους. Όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή, σε καταστάσεις πολέμου, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ένας αρνητικός προσδιοριστής της υγείας είναι η βαθμιαία εξέλιξη των καταστάσεων στρες σε νόσους (WHO, 2008). Έτσι και οι πρόσφυγες στο Ηράκλειο Κρήτης ταλαιπωρούνται από νοσήματα ψυχικής υγείας που μετέπειτα έχουν αρνητικό αντίκτυπο και στην φυσική τους υγεία. Από τα 23 άτομα, έντεκα διαγνώστηκαν με κατάθλιψη, δέκα με διαταραχή μετατραυματικού στρες (στις επτά περιπτώσεις συνυπήρχαν με κατάθλιψη), πέντε με άτυπες σωματόμορφες ψυχολογικές διαταραχές, οχτώ είχαν λειτουργικές διαταραχές του πεπτικού (σε όλες συνυπήρχε κατάθλιψη ή διαταραχή μετατραυματικού στρες), ενώ άλλα οχτώ άτομα είχαν μη επουλωθέντα τραύματα από βασανισμούς κατά τις περιόδους των διωγμών και του πολέμου που τους προκαλούσαν σημαντική αναπηρία.

Συμπερασματικά οι αιτίες ψυχικής εξουθένωσης των προσφύγων οφείλονται στα τραύματα από τον πόλεμο και την μετανάστευση, καθώς και από προβλήματα που αντιμετωπίζουν στο νέο πολιτιστικό περιβάλλον της πόλης του Ηρακλείου που αφορούν την απώλεια του κοινωνικού ρόλου που είχαν, την αβεβαιότητα για το μέλλον και την απώλεια κοντινών τους ανθρώπων. Διαδικασίες κοινωνικής ένταξης, συμμετοχής και επιτάχυνσης της εγκατάστασης τους στο νέο περιβάλλον με πιο μόνιμα χαρακτηριστικά είναι δυνατόν να έχουν θετικά αποτελέσματα στην συνολικότερη υγεία των προσφύγων.

## Οι γενεσιουργές αιτίες της προσφυγιάς

Η ανάδειξη των βαθύτερων αιτίων της προσφυγιάς είναι σημαντική τόσο για την αποτελεσματικότερη προσπάθεια αποτροπής της όσο και για την καλύτερη κατανόηση των κινήτρων και των αναγκών των ανθρώπων που φτάνουν κυνηγημένοι στην χώρα μας. Η διαδικασία των συνεντεύξεων κατάφερε να φωτίσει τις αιτίες αυτές.

Η συριακή κρίση λόγω του μακροχρόνιου αιματηρού πολέμου έχει οδηγήσει τον μισό περίπου πληθυσμό της χώρας, περίπου 11 εκατομμύρια ανθρώπους δηλαδή, στον δρόμο της προσφυγιάς (Yassin, 2018). Όπως αναφέραμε στην εμφύλια αυτή σύρραξη με τις πολλές αντιμαχόμενες πλευρές πήραν μέρος με οικονομικά και στρατιωτικά μέσα ισχυρές χώρες του πλανήτη όπως οι ΗΠΑ, η Ρωσία, η Γαλλία και τελευταία και η Τουρκία θέλοντας να ελέγξουν μια γεωπολιτικά και οικονομικά κρίσιμη περιοχή του πλανήτη. Η μετα-αποικιοκρατική θεωρία, όπως την περιγράψαμε παραπάνω, αναδεικνύει τον ρόλο των δυνάμεων αυτών στην πυροδότηση μιας κατάστασης και στην επιβολή των κανόνων τους. Οι 12 από τους 23 πρόσφυγες προέρχονταν από την Συρία και εγκατέλειψαν τον τόπο τους μετά από τον πόλεμο. Μόνο ένας ανέφερε ότι έφυγε λόγω θρησκευτικών διώξεων.

Παλαιότερες εστίες πολέμου, οι οποίες είχαν πυροδοτηθεί με την παρέμβαση μεγάλων δυνάμεων της Δύσης, ήταν οι χώρες προέλευσης των υπόλοιπων προσφύγων, από το Αφγανιστάν και το Ιράκ. Στις χώρες αυτές το χάος δεν σταμάτησε ποτέ μετά την στρατιωτική παρέμβαση των Η.Π.Α και οι θρησκευτικοί και πολιτικοί διωγμοί που προέρχονται από μία ασταθή και ανασφαλή κατάσταση είχαν ως αποτέλεσμα να ενισχυθούν οι προσφυγικές ροές. Πέντε πρόσφυγες από το Ιράκ και πέντε από το Αφγανιστάν ήταν οι άνθρωποι στους οποίους απευθύνθηκα στα πλαίσια της παρούσας έρευνας εκ των οποίων οι έξι έφυγαν λόγω των διωγμών που υφίσταται η ομάδα τους, ενώ τέσσερις επέλεξαν τον δρόμο της προσφυγιάς για προσωπικά κίνητρα. Το εθνικό μωσαϊκό των προσφύγων ολοκληρώνεται με έναν Παλαιστίνιο ο οποίος, ξεκληρισμένος από την πατρίδα του, δεν κατάφερε να εγκατασταθεί σε έναν τόπο, η οικογένειά του διώχθηκε και έτσι πήρε την απόφαση να αναζητήσει ένα καλύτερο μέλλον στην Ευρώπη.

Η έλλειψη δικαιωμάτων στις εμπόλεμες χώρες των προσφύγων, κυρίως στο Ιράκ και το Αφγανιστάν, φαίνεται να είναι ο κρισιμότερος παράγοντας για τον οποίον

εγκαταλείπουν την χώρα τους με προσωπικά κίνητρα κάποιοι πρόσφυγες. Η υποβαθμισμένη θέση της γυναίκας στις χώρες αυτές και η ανάγκη για ελεύθερη έκφραση και προσωπική πρόοδο ήταν οι αιτίες, όπως αναδείχτηκε από το σώμα των συνεντεύξεων, για την αναζήτηση ενός καλύτερου μέλλοντος στην Δύση. Η κυριαρχία των δομών πατριαρχίας στις χώρες αυτές, ο σκοταδισμός θρησκευτικών ομάδων που παίζουν κρίσιμο πολιτικό ρόλο σε αυτούς τους τόπους, δημιουργεί την ανάγκη σε κομμάτια των πληθυσμών αυτών να μεταναστεύσουν. Η κυριαρχία και η εξάπλωση του δυτικού πολιτισμού μέσω της μετα-αποικιοκρατίας και της παγκοσμιοποίησης κάνει αυτούς τους ανθρώπους να ονειρεύονται ένα ταξίδι σε έναν κόσμο με ατομικά δικαιώματα, όπου τα όνειρα τους μπορούν να γίνουν πραγματικότητα.

Οι γενεσιουργές αυτές αιτίες που αποδεικνύονται τόσο από την θεωρητική ανασκόπηση όσο κι από την παρούσα έρευνα αποτελούν ζήτημα που πρέπει να επιλύσει η παγκόσμια κοινότητα. Τα αντιπολεμικά κινήματα που έχουν διαμορφωθεί τις τελευταίες δεκαετίες σε κρίσιμες εμπόλεμες καταστάσεις είναι μία από τα κάτω απάντηση που θέλει να βάλει τις ανάγκες του ανθρώπου πάνω από τις οικονομικές και γεωπολιτικές επιδιώξεις των ισχυρών του πλανήτη. Αυτά τα κινήματα που ιστορικά έβγαλαν εκατομμύρια ανθρώπους στους δρόμους μεγάλων δυτικών χωρών, όπως ενάντια στις επεμβάσεις στο Βιετνάμ (Barringer 1999), είναι ίσως αναγκαία προκειμένου να πιεστεί η παγκόσμια κοινότητα ώστε να αποτραπούν στο μέλλον επεμβάσεις που θα αιματοκυλήσουν και θα δυσχεράνουν τις ζωές και την υγεία εκατομμυρίων συνανθρώπων μας.

Ταυτόχρονα η παγκόσμια κοινότητα και οι διεθνείς οργανισμοί οφείλουν να παλέψουν για την τήρηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, την προάσπιση της θέσης της γυναίκας στην παγκόσμια κοινότητα και την εξασφάλιση ίσων ευκαιριών για πρόσβαση στην εκπαίδευση, την υγεία και την ασφαλή εργασία προς τους πολίτες όλων των κρατών του πλανήτη. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι τις τελευταίες δεκαετίες δεν είναι λίγες οι δυτικές επεμβάσεις που ξεκίνησαν με πρόσχημα την τήρηση των ατομικών δικαιωμάτων σε χώρες της Μέσης Ανατολής. Η τακτική αυτή ίσως είναι και η αιτία όπου μουσουλμάνοι στρέφονται στην υποστήριξη εξτρεμιστικών οργανώσεων και πρακτικών, βλέποντας τον τόπο και τους δικούς τους ανθρώπους να χάνονται στο όνομα του εκπολιτισμού τους από την Δύση.

## **Η εκπλήρωση αναγκών κατά την κοινωνική ένταξη των προσφύγων**

Όπως ανέφεραν οι Doyal και Cough, η μη εκπλήρωση των αναγκών οδηγεί σε σωματική και ψυχική βλάβη (Ζαϊμάκης, 2002). Η διαδικασία της κοινωνικής ένταξης στόχο έχει να εκπληρώσει τις ανάγκες για φυσική υγεία και αυτονομία. Με την έλευση τους στο Ηράκλειο και την ένταξη τους στο Πρόγραμμα ESTIA οι πρόσφυγες είδαν μετά από πολύ καιρό κάποιες από τις ανθρώπινες ανάγκες τους να εκπληρώνονται. Παρακάτω θα επιχειρηθεί να αναλυθεί κατά πόσο οι ανάγκες, όπως τις περιέγραψαν οι Doyal και Cough, εκπληρώνονται κατά την διαμονή των προσφύγων στο Ηράκλειο, καθώς και ποιες αφήνονται ακάλυπτες.

Βασικό στοιχείο του προγράμματος, από το οποίο παίρνει και την ονομασία του, αποτελεί η στέγαση των προσφύγων. Οι πρόσφυγες διαμένουν σε κατοικίες δύο έως έξι ατόμων ελεγμένες από ομάδα πολιτικών μηχανικών όσον αφορά την ασφάλεια και την ικανότητα αξιοπρεπούς διαβίωσης. Οι πρόσφυγες στην συντριπτική τους πλειοψηφία, δηλώνουν ευχαριστημένοι από την κατοικία την διατροφή και την ύδρευση. Σημαντική παράμετρος είναι η ασφάλεια η οποία αποτελεί ανάγκη και είχε απολεσθεί σε μεγαλύτερο βαθμό με την προσφυγοποίησή τους. Στο Ηράκλειο οι άνθρωποι αυτοί βρίσκονται μακριά από εστίες πολέμου και ρατσιστικής βίας και η διαβίωση τους κρίνεται από τους ίδιους ασφαλής. Τα παιδιά κυοφορούνται, γεννιούνται και μεγαλώνουν σε ένα ασφαλές περιβάλλον. Η παροχή μαιευτικής, γυναικολογικής και παιδιατρικής φροντίδας γίνεται δωρεάν με εξαίρεση την φαρμακευτική αγωγή, όπου χρειάζεται.

Η πρόσβαση στην φροντίδα υγείας χαρακτηρίζεται ικανοποιητική σε μεγάλο βαθμό. Οι άνθρωποι έχουν άμεσα πρόσβαση στις πρωτοβάθμιες δομές της πόλης όπου σύμφωνα με τους ίδιους τυχαίνουν άψογης εξυπηρέτησης. Σύμφωνα με τα λεγόμενά τους η δυσκολία βρίσκεται στην πρόσβαση στις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες δομές αφού η διασύνδεση με την πρωτοβάθμια δημιουργεί μεγάλη αναμονή στο να εξυπηρετηθούν. Το μεγαλύτερο αγκάθι στην ικανοποίηση των αναγκών υγείας, φαίνεται να είναι η ψυχική υγεία. Αυτό φαίνεται να οφείλεται τόσο στα πολιτιστικά ταμπού που υπάρχουν στο ζήτημα της ψυχικής φύσεως όσο και στη δυσκολία ανάπτυξης θεραπευτικής σχέσης γιατρού ή ψυχολόγου με τον ασθενή λόγω της έμμεσης επικοινωνίας μέσω του μεταφραστή.

Οι ενδιάμεσες ανάγκες που φαίνεται να μην εκπληρώνονται αφορούν την οικονομική ασφάλεια, την βασική εκπαίδευση και την εργασία. Πολλοί από τους πρόσφυγες προβληματίζονταν για την οικονομική επάρκεια των 150 ευρώ και την αδυναμία τους να ανταπεξέλθουν στις συνθήκες ζωής της Ελλάδος, ιδιαίτερα αυτοί οι οποίοι αναγκάζονταν να αγοράζουν τα φάρμακά τους και αυτοί που έχουν πολλά παιδιά με αποτέλεσμα οι ανάγκες να πολλαπλασιάζονται. Όσον αφορά την εκπαίδευση, τα παιδιά σε ένα μεγάλο ποσοστό έχουν πρόσβαση στο σχολείο σε όλες τις βαθμίδες. Αντίθετα για τους ενήλικες δεν έχει βρεθεί τρόπος να ενταχθούν στην εκπαιδευτική διαδικασία και η εκμάθηση ελληνικών βασίζεται στην ατομική προσπάθεια των ίδιων. Τέλος η δυσκολία στην εκμάθηση γλώσσας σε συνδυασμό με τις πολιτικές λιτότητας που εφαρμόζονται εδώ και μία δεκαετία στην Ελλάδα απομακρύνουν τους πρόσφυγες από την αγορά εργασίας, κάνοντας τους απόλυτα εξαρτημένους από την οικονομική βοήθεια των ανθρωπιστικών προγραμμάτων.

Ενώ λοιπόν οι ανάγκες της επιβίωσης και της φυσικής υγείας εκπληρώνονται σε μεγάλο βαθμό πράγμα που δεν γινόταν σε προηγούμενους σταθμούς της προσφυγικής τους ζωής, ζητούμενο αποτελεί η ανάγκη για αυτονομία. Οι πρόσφυγες, ιδιαίτερα οι ενήλικες, μην έχοντας πρόσβαση στην εκπαίδευση, την εργασία και την εκμάθηση ελληνικών δεν έχουν την ευκαιρία να συμμετάσχουν με ισότιμο τρόπο στην κοινωνική ζωή του τόπου. Η ευάλωτη ψυχική υγεία, όπως φάνηκε κι από την έρευνα, αυξάνει την απόσταση από την επίτευξη της αυτονομίας τους ενώ οι αντικειμενικές ευκαιρίες που έχουν για ισότιμη συμμετοχή είναι λιγότερες.

Οι προσπάθειες του προγράμματος ESTIA για δράσεις συμμετοχής και διασύνδεσης με την τοπική κοινωνία φαίνεται να είναι βοηθητικές, αλλά οι ουσιαστικές διαδικασίες ένταξης απαιτούν την εξασφάλιση της ανάγκης της αυτονομίας.

Η εκπλήρωση των αναγκών φυσικής υγείας και επιβίωσης φαίνεται να έχει αποτέλεσμα στους πρόσφυγες που διαμένουν στο Ηράκλειο. Οι περισσότεροι από όσους είχαν συμπτώματα οφειλόμενα στον πόλεμο και στις διώξεις που υπέστησαν στην πατρίδα τους, ανέφεραν ότι τόσο η γενική κατάσταση της υγείας τους, όσο και το πρόβλημα υγείας για το οποίο επισκέφτηκαν το ιατρείο ήταν σε βελτιούμενη κατάσταση.

Οι ανάγκες αυτονομίας φαίνεται να μην εκπληρώνονται προς το παρόν. Οι πρόσφυγες δυσκολεύονται στο να ενταχθούν στην κοινωνική ζωή του τόπου και αυτό δημιουργεί εμπόδια στο να καταφέρουν άλματα στην κοινωνική ένταξη και κατ' επέκταση και στην υγεία τους. Η κίνδυνος της γκετοποίησης υπάρχει όσο οι άνθρωποι αυτοί είναι απομακρυσμένοι από την αυτόνομη δράση και την ένταξη στις κοινωνικές διεργασίες και τα κοινωνικά δίκτυα της πόλης. Η ελπιδοφόρα όμως εικόνα εφήβων οι οποίοι έχουν μάθει την ελληνική γλώσσα σε ικανοποιητικό βαθμό, η συμμετοχή των προσφύγων στις αθλητικές δραστηριότητες και το αγκάλιασμα της τοπικής κοινωνίας στους ανθρώπους αυτούς, όπως το επισημαίνουν και οι ίδιοι, φαίνεται να είναι αποτρεπτικοί παράγοντες μίας κοινωνικής απομόνωσης που θα επηρέαζε ακόμα περισσότερο την ποιότητα της υγείας τους.

### **Η εκπλήρωση των θεμελιωδών και οικουμενικών ανθρώπινων αναγκών μέσω των πολιτικών κοινωνικής ένταξης αποτελεί σημαντικό παράγοντα βελτίωσης της υγείας των προσφύγων**

Η εκπλήρωση των κοινωνικών αναγκών των προσφύγων φαίνεται να έχει θετικό αντίκτυπο στην υγεία τους. Οι περισσότεροι είδαν την φυσική και σωματική τους υγεία βελτιωμένη μετά την εγκατάσταση σε έναν ασφαλή προορισμό και την εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικής ένταξης από το πρόγραμμα ESTIA. Η πλήρης εκπλήρωση των αναγκών των προσφύγων προϋποθέτει την αυτονομία και την κοινωνική συμμετοχή. Οι άνθρωποι αυτοί, όπως ανέφεραν τόσο στις συνεντεύξεις όσο και στο focus group που πραγματοποιήθηκε, θα ήθελαν να ζουν βασισμένοι στις δικές τους δυνάμεις, προσφέροντας στο κοινωνικό σύνολο με την εργασία και την κοινωνική δράση τους. Είναι, λοιπόν, απαραίτητη η εκμάθηση της ελληνικής γλώσσας ώστε να μπορέσει να υπάρχει διάδραση με τον ντόπιο πληθυσμό και να συμμετέχουν ευκολότερα σε δραστηριότητες της κοινότητας. Η εξάρτηση από τα προγράμματα στήριξης και η ανεπαρκής μέχρι τώρα κοινωνική συμμετοχή ίσως είναι εμπόδιο για την επίτευξη μιας πλήρους υγιούς διαβίωσης και όχι απλά την απουσία ασθένειας και συμπτωμάτων. Για να γίνει πραγματικότητα αυτό θα χρειαστεί περαιτέρω επικέντρωση από μεριάς της κοινωνίας και του κράτους στις διαδικασίες κοινωνικής ένταξης, όπως η εκπαίδευση, η εκμάθηση γλώσσας, η εξεύρεση εργασίας και η εκπλήρωση των αναγκών αυτονομίας και κοινωνικοπολιτικής συμμετοχής.



Σημαντικό ρόλο στην υγεία παίζει και η τοπική κοινωνία. Οι δράσεις αλληλεγγύης και εναγκαλισμού των προσφύγων στις δραστηριότητες της κοινότητας φαίνεται να βοηθούν στην κοινωνική ένταξη των προσφύγων δίνοντας τους ένα αίσθημα αποδοχής και κοινωνικής συμμετοχής, το οποίο επηρεάζει θετικά την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των ανθρώπων αυτών.

**Η ανάλυση της υγείας από την σκοπιά των προσφύγων μας δείχνει ότι η κοινωνική συνιστώσα της υγείας αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στον οποίο η επιστήμη της Ιατρικής οφείλει να δώσει βαρύνουσα σημασία.**

Η Ιατρική οφείλει να εστιάζει στο κοινωνικό και να μην αμελεί το ψυχικό υπόβαθρο της υγείας προκειμένου να επιτευχθεί η ολιστική προσέγγιση του ασθενούς. Ο πόλεμος και η μετανάστευση σαν κοινωνικές αιτίες ήταν υπεύθυνες για ένα μεγάλο αριθμό διαταραχών υγείας, όπως περιγράψαμε αναλυτικά στην παρούσα εργασία. Την ίδια στιγμή, όπως φάνηκε από τις συνεντεύξεις, κοινωνικές παρεμβάσεις είναι υπεύθυνες για την βελτίωση πολλών φυσικών και ψυχικών διαταραχών. Πολλοί από τους πρόσφυγες στους οποίους εστιάστηκε η έρευνα έδειξαν σημάδια βελτίωσης των συμπτωμάτων έπειτα από κοινωνική παρέμβαση και εκπλήρωση κάποιων αναγκών υγείας και όχι μετά από την χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων. Ταυτόχρονα στο focus group οι ανάγκες που διατυπώθηκαν αφορούσαν την βελτίωση των κοινωνικών συνθηκών προκειμένου να βελτιωθεί η συνολική υγεία των προσφύγων.

Εάν υπήρχε η αναγκαία κοινωνική παρέμβαση για την αποτροπή πολεμικών επεμβάσεων, εκατοντάδες χιλιάδες άνθρωποι ίσως να ήταν ζωντανοί και εκατομμύρια άλλοι δεν θα υπέφεραν από το τραύμα και ασθένειες, όπως η κατάθλιψη, η μετατραυματική διαταραχή στρες και οι λειτουργικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος.

Αυτό και μόνο το γεγονός μας επισημαίνει ότι προσεγγίσεις που βλέπουν τη ιατρική από μία καθαρά βιοϊατρική σκοπιά είναι ελλιπείς και μερικές φορές ανίκανες να βελτιώσουν βλάβες της υγείας που υφίστανται μεγάλο ποσοστό της ανθρωπότητας.

Το παράδειγμα της ολιστικής προσέγγισης της υγείας των προσφύγων θα πρέπει να μας κινητοποιεί προς μία ολιστική προσέγγιση με βάση το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο και στην υγεία όλων των συνανθρώπων μας. Τα κράτη, οι τοπικές κοινωνίες και ο κάθε άνθρωπος ξεχωριστά θα πρέπει να μεριμνούν για την πρόληψη και την ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών που θα μειώσουν την πιθανότητα έκθεσης σε κάποιο νόσημα. Η εξασφάλιση των αναγκών της επιβίωσης, της φυσικής υγείας και της αυτονομίας, η εξάλειψη του κοινωνικού αποκλεισμού και η ζωή του ανθρώπου σε ένα ασφαλές περιβάλλον ειρήνης και πολιτικής αυτονομίας αποτελούν ζητούμενα στην παγκόσμια κοινότητα τα οποία θα βελτιώσουν σε μεγάλο βαθμό την φυσική και ψυχική υγεία των ανθρώπων. Όπως ανέφερε ο γιατρός και ιστορικός επαναστάτης του προηγούμενου αιώνα Che Guevara μιλώντας στους Κουβανούς φοιτητές Ιατρικής τον Ιούνιο του 1960:

*«Η μάχη κατά της αρρώστιας πρέπει να βασίζεται στην αρχή της δημιουργίας ενός γέρου σώματος, όχι μέσω της περίτεχνης εργασίας ενός γιατρού πάνω σ' έναν αδύναμο οργανισμό, αλλά δημιουργώντας ένα γερό σώμα μέσω της δουλειάς ολόκληρου του συνόλου, ιδιαίτερα ολόκληρου του κοινωνικού συνόλου. Μια μέρα η Ιατρική θα πρέπει να γίνει μια επιστήμη που θα προλαμβάνει τις ασθένειες, που θα προσανατολίζει το κοινό προς τις ιατρικές υποχρεώσεις του και η οποία θα χρειάζεται να παρεμβαίνει μόνο σε περιπτώσεις εξαιρετικά επείγουσες για να πραγματοποιήσει μια χειρουργική επέμβαση ή να αντιμετωπίσει κάτι εξαιρετικά ασυνήθιστο στη νέα κοινωνία που δημιουργούμε.»* (Ημερολόγια Μοτοσικλέτας, Latinoamericana, Εκδόσεις Α.Α. Λιβάνη, 2004).

Η ιατρική κοινότητα οφείλει να εστιάσει περισσότερο πάνω στις κοινωνικές αιτίες της υγείας και της ασθένειας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, όπως διατυπώθηκε και από την διακήρυξη της Άλμα Άτα, οφείλει να παίζει καθοριστικό ρόλο σε αυτό μέσω της ομάδας υγείας. Η οικογένεια και η κοινότητα είναι αυτές που μέσω της κουλτούρας, των συλλογικών πρακτικών, της αλληλεγγύης και της ύπαρξης κοινωνικής ζωής και κοινωνικών δικτύων μπορούν να έχουν προληπτικό και θεραπευτικό αντίκτυπο στην υγεία των μελών τους. Οι επαγγελματίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και κυρίως οι Γενικοί Οικογενειακοί Γιατροί πρέπει να εκπαιδεύονται ώστε αφενός να βελτιώνονται οι έρευνες τους και αφετέρου οι θεραπευτικές στρατηγικές να λαμβάνουν υπόψη το κοινωνικό υπόβαθρο της υγείας

και των ασθενών. Σημαντικό όφελος στην υγεία θα μπορούσε να έχει η καθοδήγηση της κοινότητας και της οικογένειας προς την υιοθέτηση θετικών για την υγεία τρόπων ζωής καθώς και πρακτικών εκπλήρωσης των ανθρωπίνων αναγκών που συνδέονται με σκοπούς που είναι σημαντικοί για την ανθρώπινη ύπαρξη, σε αντιπαράθεση με την προτεραιότητα εκπλήρωσης επίπλαστων αναγκών που συνδέονται με την επιθυμία και την προτίμηση. Οι τελευταίες είναι ανάγκες οι οποίες προέκυψαν στην σύγχρονη κοινωνία του καταναλωτισμού μεταβιβάζοντας την αξία από την ακεραιότητα της ανθρώπινης ύπαρξης στα ιδανικά της κατανάλωσης και των αγορών.

## **10.Προτάσεις για ένα κοινοτικό μοντέλο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας προσαρμοσμένο στις ανάγκες των προσφύγων**

Ένα μοντέλο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας προσαρμοσμένο στις ανάγκες των προσφύγων μπορεί να προκύψει από τα αποτελέσματα της έρευνας της εκτίμησης αναγκών υγείας που σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας πρέπει να είναι, η περιγραφή της κατάστασης υγείας των προσφύγων, η επισήμανση των παραγόντων κινδύνου που προκαλούν επιδείνωση της υγείας τους και η ταυτοποίηση δράσεων που χρειάζονται για να αντιμετωπιστούν οι κίνδυνοι.

Το πρώτο μέρος της έρευνας, αυτό των συνεντεύξεων, βοήθησε στο να σκιαγραφήσουμε το υγειονομικό προφίλ και τις ιδιαίτερες ανάγκες των προσφύγων. Το δεύτερο μέρος της έρευνας, αυτό του focus group, έδωσε την δυνατότητα να εξαχθούν συμπεράσματα που αφορούν τους παράγοντες που δημιουργούν εμπόδια στην εξασφάλιση μια πλήρους κοινωνικής, ψυχικής και φυσικής υγείας για τον συγκεκριμένο πληθυσμό. Στη συνέχεια αφού παρουσιάσω την κατάσταση υγείας των προσφύγων βάσει των συμπερασμάτων στην έρευνα θα προτείνω κάποιες δράσεις για ένα κοινοτικό μοντέλο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας προσαρμοσμένο στην ικανοποίηση των αναγκών υγείας του προσφυγικού πληθυσμού στο Ηράκλειο της Κρήτης.

### **Η κατάσταση υγείας των προσφύγων στο Ηράκλειο της Κρήτης**

Οι πρόσφυγες στο Ηράκλειο βρίσκονται σε ένα στάδιο στο οποίο, έπειτα από διαδοχικούς πολέμους, βίαιες διώξεις και την εμπειρία της μετανάστευσης, μπορούν να ζουν με ασφάλεια μακριά από εστίες πολέμου αλλά ταυτόχρονα μακριά και από τον τόπο και τον πολιτισμό στον οποίο κοινωνικοποιήθηκαν. Όπως περιγράφηκε αυτό έχει σαν συνέπεια από την μία η εξασφάλιση βασικών αναγκών να βελτιώνει την υγεία τους άλλα από την άλλη η αδυναμία κοινωνικής τους ένταξης λόγω των δυσκολιών εκμάθησης της ελληνικής γλώσσας, εύρεσης εργασίας και οικονομικής αυτάρκειας να τους στερεί την δυνατότητα περαιτέρω βελτίωσης. Ο άνθρωποι αυτοί, όπως φάνηκε από τις συνεντεύξεις και το ιατρικό ιστορικό τους, αντιμετωπίζουν κυρίως ψυχικής υγείας διαταραχές όπως κατάθλιψη, αγχώδη διαταραχή και διαταραχή μετατραυματικού στρες τα οποία αποτελούν και τις πιο δυσεπίλυτες καταστάσεις.

## **Δράσεις που χρειάζονται προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι κίνδυνοι**

Οι πρόσφυγες όπως αναφέραμε πολλαπλώς προηγουμένως, αποτελούν ανθρώπους με ένα ιδιαίτερο υγειονομικό, κοινωνικό και πολιτισμικό προφίλ. Η εκπλήρωση των ιδιαίτερων αναγκών που έχουν και η προσπάθεια από μεριάς πολιτείας και τοπικής κοινωνίας για την πλήρη κοινωνική ένταξη των ανθρώπων αυτών φαίνεται να είναι οι πιο αποτελεσματικοί παράγοντες για να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό επίπεδο υγείας, καλύτερο δυνατό επίπεδο υγείας.

- 1. Πρόσβαση στην υγεία χωρίς κανέναν περιορισμό.** Η πρόσβαση στην υγεία αποτελεί βασικό παράγοντα θετικής υγείας του πληθυσμού αυτού. Κρίσιμο ρόλο παίζει η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας η οποία θα πρέπει να ανιχνεύει και να δίνει λύση στα προβλήματα υγείας αξιοποιώντας την κοινότητα, την οικογένεια και τις κρατικές υπηρεσίες που παρέχονται. Όπως αποκαλύφθηκε από τις συνεντεύξεις και το focus group, η πρόσβαση στις υπηρεσίες, όπως και στην φαρμακευτική αγωγή, θα πρέπει να είναι δωρεάν προκειμένου να επιτευχθεί η ισότιμη, χωρίς περιορισμούς πρόσβαση στο αγαθό της υγείας. Οι υπηρεσίες υγείας εκτός από δωρεάν πρόσβαση οφείλουν να μεριμνούν και για τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των ανθρώπων αυτών, ώστε η πρόσβαση, η θεραπεία και οι δράσεις του υγειονομικού προσωπικού να λαμβάνουν υπόψιν το πολιτισμικό προφίλ των προσφύγων.
- 2. Εξασφάλιση των φυσικών αναγκών του ανθρώπου.** Η ανάγκη της ασφαλούς κατοικίας, της διατροφής, του καθαρού νερού και της αποχέτευσης αποτελούν θεμελιώδεις ανάγκες που πρέπει να προσφέρονται από την χώρα υποδοχής στους ανθρώπους αυτούς προκειμένου να επιβιώσουν και να αναζητήσουν την περαιτέρω αυτονομία τους.
- 3. Η εξασφάλιση εργασίας, εκπαίδευσης και εκμάθησης της ελληνικής γλώσσας** αποτελούν βασικούς όρους κοινωνικής ένταξης, που η τοπική κοινωνία οφείλει να προσφέρει σε αυτούς τους ανθρώπους. Μόνο έτσι θα μπορέσουν να ζήσουν με αξιοπρέπεια, να αλληλοεπιδράσουν και να γίνουν μέρος της κοινωνίας προσφέροντας σε αυτή. Αυτό αναμένεται να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχική τους υγεία προσδοκώντας στην επίτευξη της αυτονομίας και την εύρεση ενός νέου, χρήσιμου και στους άλλους, κοινωνικού ρόλου. Σημαντικό ρόλο, όπως σημείωσαν και οι ίδιοι και στις δύο ερευνητικές διαδικασίες, θα παίζει στην ψυχική τους υγεία και η

άρση της αβεβαιότητας που υπάρχει για το μέλλον τους, πράγμα που καθορίζεται από τις μεταναστευτικές πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η δυνατότητα εύκολης επικοινωνίας με ανθρώπους που άφησαν πίσω μπορεί να συμπληρώσει τις δράσεις κοινωνικής ένταξης που έχουν θετικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία των προσφύγων. Ακόμη η αποφυγή της γκετοποίησης και η διαβίωση σε διάφορες γειτονιές της πόλης του Ηρακλείου φαίνεται να επιδρά θετικά στην κοινωνική ένταξη και υγεία των προσφύγων σύμφωνα με τα λεγόμενα τους στις συνεντεύξεις. Η τοπική κοινωνία μπορεί να προσπαθήσει να αναπτύξει εναλλακτικές απαντήσεις στο πρόβλημα της ανεργίας των προσφύγων οργανώνοντας παραγωγικές δραστηριότητες βασισμένες στο οικονομικό της σύστημα και την τοπική κουλτούρα. Αυτό θα είχε αμοιβαία οφέλη δίνοντας ώθηση τόσο στην τοπική παραγωγή όσο και στην οικονομική αυτονομία των προσφύγων.

#### **4. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θα πρέπει να παρέχει πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση στους ανθρώπους αυτούς.**

**Πρόληψη** μέσω της εξασφάλισης των αναγκών που προαναφέρθηκαν, της σωστής διατροφής και άσκησης, της αποχής από το κάπνισμα, της μείωσης του αλκοόλ και της ενεργητικής ανοσοποίησης. Ενημερωτικές καμπάνιες προαγωγής υγείας για τους πληθυσμούς αυτούς θα έδιναν την αυτονομία και την δύναμη στους πρόσφυγες να κάνουν την υγεία δική τους υπόθεση και όχι μόνο ζήτημα των ειδικών. Ιδιαίτερα για τους πληθυσμούς αυτούς θα πρέπει να εφαρμοστούν προγράμματα ανίχνευσης μεταδοτικών νόσων οι οποίες μπορεί να μην υπάρχουν στην τοπική κοινωνία.

**Θεραπεία** σε κάθε νόσημα σε επείγουσα και τακτική βάση με χορήγηση της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής και εύκολη παραπομπή σε δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο επίπεδο όπου κρίνεται απαραίτητο για εξειδικευμένη θεραπεία. Οι μη μεταδοτικές ασθένειες που πολλοί από τους πρόσφυγες έχουν θα πρέπει να ρυθμιστούν εκ νέου λόγω της πιθανής απώλειας φαρμακευτικής ρύθμισης κατά την αγωγή.

**Αποκατάσταση** των φυσικών και ψυχικών πληγών που υπέστησαν οι άνθρωποι αυτοί σε κάθε στάδιο της προσφυγικής τους διαδρομής. Δεν είναι λίγοι αυτοί όπου τα σωματικά τραύματα έπειτα από βασανιστήρια απαιτούν ένα μεθοδευμένο πρόγραμμα φυσικής αποκατάστασης. Το ίδιο απαιτείται και με τις ψυχικές νόσους.

5. **Η ύπαρξη επαγγελματιών υγείας οι οποίοι θα είναι εκπαιδευμένοι στην ανίχνευση και αντιμετώπιση των ψυχικών ασθενειών.** Οι ψυχικές ασθένειες αποτελούν το μεγαλύτερο πρόβλημα στην προσφυγική κοινότητα. Η ύπαρξη γενικών ιατρών και ψυχολόγων εκπαιδευμένων στην διαφορετική πολιτιστική κουλτούρα καθώς και μεταφραστών αποτελεί βασικό παράγοντα προκειμένου να αντιμετωπιστούν φραγμοί στην σχέση γιατρού-ασθενούς που εμποδίζουν την παροχή ψυχολογικής βοήθειας. Η επούλωση των ψυχικών τραυμάτων μπορεί να χρειαστεί μία χρόνια θεραπευτική διαδικασία όπου γιατροί της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ψυχολόγοι, ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί και κρατικοί φορείς μαζί με την τοπική κοινότητα οφείλουν να συνεργαστούν για το αποδοτικότερο αποτέλεσμα. Οι διαδικασίες που θα δημιουργήσουν δυνατότητες κοινωνικής συμμετοχής στους πρόσφυγες ίσως έχουν θεραπευτικό αποτέλεσμα σε προβλήματα ψυχικής υγείας που έχουν να κάνουν με την απώλεια του κοινωνικού τους ρόλου. Η επιτάχυνση των διαδικασιών χορήγησης ασύλου και μόνιμης εγκατάστασης των προσφύγων σε ένα σταθερό περιβάλλον είναι ικανή να απαλύνει τον ψυχικό στρες που οφείλεται στην αβεβαιότητα για το μέλλον τους.

6. **Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στην υγεία των γυναικών λόγω του προφίλ που έχουν αυτές στις χώρες της Μέσης Ανατολής.** Μεγαλωμένες σε μία πατριαρχική κοινωνική δομή έχουν ιδιαιτερότητες για τις οποίες οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να μεριμνήσουν. Πολλές από τις γυναίκες αυτές έχουν έναν υποβαθμισμένο κοινωνικά ρόλο, δεν εκφράζουν εύκολα τα προβλήματα υγείας τους, ιδιαίτερα αυτά της ψυχικής υγείας, και κάποιες αρνούνται να έρθουν σε επαφή με υγειονομικό προσωπικό του αντίθετου φύλου. Όπως αποκάλυψαν οι συνεντεύξεις δεν είναι λίγες οι γυναίκες εκείνες που μετανάστευσαν με αφορμή τις διακρίσεις που υπέστησαν λόγω του φύλου τους. Απαραίτητα για αυτό είναι η διαπολιτισμική φροντίδα των επαγγελματιών υγείας με γνώση στα ζητήματα φύλου και η προσπάθεια ενδυνάμωσης του ρόλου τους προς μια κατεύθυνση χειραφέτησης και αυτονομίας σε οικογενειακό και κοινοτικό επίπεδο. Η συγκρότηση γυναικείων ομάδων προσφύγων μπορεί να έχει έναν ρόλο προς μία κατεύθυνση πολιτισμικής αυτενέργειας και εντοπισμού των προβλημάτων τους.

7. **Ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας.** Ο ρόλος της τοπικής κοινωνίας αποτελεί κλειδί για την κοινωνική ένταξη και την ολιστική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας σε επίπεδο κοινότητας. Ο Γενικός Ιατρός θα πρέπει σαν επικεφαλής της ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να λειτουργεί σαν γέφυρα μεταξύ των προσφύγων και της τοπικής κοινότητας ευοδώνοντας την εκπλήρωση των αναγκών υγείας και την κοινωνική ένταξή τους. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αναγνωρίζουν την ικανότητα του κάθε ανθρώπου να αλλάζει τον κόσμο γύρω του και να βελτιώνει τις συνθήκες της ζωής του όταν βρεθεί στο κατάλληλο περιβάλλον. Ακόμη πρέπει να δώσουν έμφαση στις αξίες της συμμετοχής, της αλληλεγγύης και της αποδοχής της πολυπολιτισμικότητας αναγνωρίζοντας την επίδραση που έχουν στην υγεία των προσφύγων. Η ισότιμη συμμετοχή των ανθρώπων αυτών στις δραστηριότητες και τα δίκτυα που έχει η κοινότητα, αποτελούν στοιχείο που μπορεί να παράξει αμοιβαία οφέλη για τους πρόσφυγες και την τοπική κοινωνία. Η προβολή ενημερωτικών ντοκιμαντέρ για το πως οι άνθρωποι αυτοί έφτασαν σε έναν άλλον τόπο, οι δράσεις αλληλεπίδρασης διαφορετικών πολιτισμών, όπως οι αθλητικές δραστηριότητες και οι πράξεις αλληλεγγύης μπορούν να δώσουν την απαραίτητη δύναμη ώστε οι πρόσφυγες να σταθούν ξανά στα πόδια τους. Από την άλλη η τοπική κοινωνία μπορεί να ωφεληθεί με την αλληλεπίδραση με μια άλλη κουλτούρα μέσω της εκμάθησης ενός τρόπου ζωής μακριά από τα καταναλωτικά πρότυπα, να διδαχθεί για τις συνθήκες ζωής σε έναν άλλον πολιτισμό και να ωφεληθεί από την εργασία που οι ίδιοι θα προσφέρουν. Οι πρόσφυγες στην συνέντευξη και στο focus group αναφέρθηκαν με θερμά λόγια στην φιλοξενία που έλαβαν στην πόλη του Ηρακλείου και στον αντίκτυπο που είχαν κάποιες διαδικασίες κοινωνικής συμμετοχής στην υγεία τους.

8. **Η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου με δημιουργικές δραστηριότητες και η εύκολη πρόσβαση σε αυτές.** Δραστηριότητες όπως η ζωγραφική, η μουσική, ο χορός, ο αθλητισμός και κοινωνικές εκδηλώσεις που φέρνουν κοντά τους ανθρώπους οφείλουν να συμπεριληφθούν σε ένα πρόγραμμα που θα δώσει νέες δυνατότητες για καλύτερη ψυχική και σωματική υγεία. Ιδιαίτερα ο αθλητισμός όπως φάνηκε και από την έρευνα έδωσε νόημα ζωής σε κάποιους νέους πρόσφυγες καθώς και δυνατότητα να μπορέσουν να βρουν κοινές συνιστάμενες με την τοπική κοινωνία βοηθώντας την κοινωνική τους ένταξη, την φυσική και την ψυχική υγεία.



## 11.Βιβλιογραφία

- Almshosh N. (2015). Highlighting the mental health needs of Syrian refugees. *Intervention, 13* (2), 178-181.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barringer, M. (1999). *The Anti-War Movement in the United States. The Oxford Companion to American Military History*. Oxford.
- Bergmann, L. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine, 51* (6), 843-857.
- Centre of Disease and Control. (2016). *Syrian Refugee Health profile*. U.S Department of Health and Human Services.
- Γιατροί χωρίς Σύνορα, (2006). Rapid health Need Assessment of Refugee Displaced Population. Columbia University.
- Durkheim, E. (1980). *Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Αναγνωστίδη.
- Doyal, I. & Cough, A. (1991). *Theory of Human Needs*. London: Macmillan.
- Ζαϊμάκης, Γ. (2002). *Εκτίμηση αναγκών και μέθοδοι ποιοτικής έρευνας*. Ξάνθη: Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.
- Ζαϊμάκης, Γ. (2002). *Κοινωνική Εργασία και Τοπικές Κοινωνίες Ανάπτυξη Συλλογική δράση, πολυπολιτισμικότητα* (γ' έκδοση). Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
- Foreman, A. (1991) «Health needs assessment», Secretary of State Health, The Health of the Nation: A strategy for Health in England, London, HMSO
- Futhergill, K. (2010). Effects of Social Integration on Health: A Prospective Study of Community Engagement among African American Women, *Social Science Medicine, 72* (2), 291-298
- George, A. (2010). Theoretical Understanding of Refugee Trauma. *Clinical Social Work Journal, 38* (4), 379-387..
- Guevara, E. (2004). *Ημερολόγια Μοτοσικλέτας, Latinoamericana*, Εκδόσεις Λιβάνη.
- Gushulak, B., Weekers, J. & MacPherson, D. (2010). Migrants and emerging public health issues in a globalized world, risks and challenges, an evidence –based framework, *Emerging Health Threats Journal, 2* e10
- Heller, A. (2018). *Η θεωρία των αναγκών στον Μαρξ*. Αθήνα: Εκδόσεις Πλέθρον.
- International Conference of Primary Health Care. (1978). *Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR*.
- Κούτης, Α. (1992). *Αλλαγή παραδείγματος στην Ιατρική: Η εισαγωγή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 4, 193-198.
- Kirmayer, L.J. et al. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Canadian Medical Association or its licensors, 183* (12), 957-969
- Krueger, R. (2002). *Designing and Conducting Focus Group Interviews*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Malkii, L. (1995). *Purity and Exile, Violence Memory and national cosmology among Hutu Refugees in Tanzania*, University of Chicago Press Books.
- Μανδαλάκης, Σ. (2013). *Η έννοια των αναγκών στον Μαρξ*. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη.

- Marceca, M. (2017). *Migration and Health from a Public Health Prospective, People's Movements in the 21st Century - Risks, Challenges and Benefits*, Ingrid Muenstermann, IntechOpen, Available from: <https://www.intechopen.com/books/people-s-movements-in-the-21st-century-risks-challenges-and-benefits/migration-and-health-from-a-public-health-perspective>.
- Maslow, A. (2011). *Κίνητρα και προσωπικότητα*. Αθήνα: Εκδόσεις Αιώρα.
- Μπένος, Α. (2000). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας το 2000: Ένα όνειρο για την αναζωογόνηση μιας ταλαιπωρημένης και παρεξηγημένης έννοιας. *Ιατρικά Θέματα*, 16, 12-15
- Nettleton, S. (2002). *Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*, Αθήνα: Εκδόσεις Τυποθήτω.
- Παπαγεωργίου, Γ. (1998). *Μέθοδοι στην Κοινωνιολογική Έρευνα*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυποθήτω.
- Παπαδοπούλου, Δ. (2011). *Η κοινωνική ενσωμάτωση των μεταναστών στην Ελλάδα* Εργασία Εκπαίδευση Ταυτότητες. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- Παρασκευόπουλος, Ι. (1993). *Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας*, τόμος Β, Αθήνα.
- Παρδαλίδης, Γ. (2013). *Στρατηγικές επιβίωσης και κοινωνικής προσαρμογής των αιτούντων άσυλο και των αναγνωρισμένων προσφύγων στην Ελλάδα, μια εθνογραφική προσέγγιση* Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη.
- Pavli, A. & Maltezou, H. (2017). Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *Journal of Travel Medicine*, 4 (4), 1-8.
- Pope, C., Ziebland, S. & Mays, N. (2000). Analysing qualitative data. *Qualitative research in health care*, 320 (7227), 114–116.
- Powels, J. (2004). Life history and personal narrative theoretical and methodological issues relevant to research and evaluation in refugees context. *New issues in Refugee Research*, 106. UNHCR, Evaluation and Policy Analysis Unit.
- Regional Training Course on Rapid Health Assessment. (2007). *Rapid Health Assessment Guidelines*. Hanoi School of Public Health.
- Seeman, T. (1996). Social Ties and Health: The Benefits of Social Integration. *Annals of Epidemiology*, 6 (5), 442-451.
- Summerfield, D. (2000). War and mental health: a brief overview. *British Medical Journal*, 321 (7255), 232-235.
- Τζανάκης, Μ. (2013). *Η σχέση ψυχολογίας, κοινωνίας και σώματος στον Marcel Mauss*. Στο Μ.Α. Πουρκός (Επιμ.). *Η Απόσα Παρουσία Του Σώματος στις κοινωνικές επιστήμες, την τέχνη, την εκπαίδευση και στις επιστήμες υγείας: μεθοδολογικά ζητήματα και νέες προοπτικές* (υπό δημοσίευση).
- Toole, M. J. (1994). The Rapid Assessment of Health Problems in Refugee and Displaced Populations. *Medicine & Global Survival*, 1 (4), 200-207.
- Τσιώλης, Γ. (2014). *Μέθοδοι και τεχνικές ανάλυσης στην ποιοτική Κοινωνική έρευνα*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική .
- UNHCR (2018). *Health Needs Assessment, Emergency Handbook*.
- UNHCR. (2015). *Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians A Review for Mental Health and Psychosocial Support Staff Working with Syrians Affected by Armed Conflict*, Geneva.
- WHO. (2008). *Social determinants of health in countries in conflict - A perspective from the Eastern Mediterranean Region*. Cairo.

- WHO. (2001). *Community health needs assessment. An introductory guide for the family health nurse in Europe*. Copenhagen.
- Wilkinson, J. (1998). Focus Group Methodology: A review. *International Journal of Social Research Methodology*, 1 (3), 181-203.
- Wickramage, K., Vearey, J., Zwi, A. B., Robinson, W. C., & Knipper, M. (2018). Migration and health: A global public health research priority. *Bloomberg School of Public Health*, 18 (1), 18:987.
- WHO, (2003). *Social Determinants of Health - The Solid Facts*, 2<sup>nd</sup> edition. In R. Wilkinson & M. Marmot (Eds), Copenhagen.
- WONCA, (2011). *The European Definition of General Practice/ Family Medicine* Wonca Europe Barcelona.
- Yassin, N. (2018). *101 Facts & Figures on the Syrian Refugee Crisis*. Beirut: American University of Beirut.

## Πηγές

- Boffley, D. (2018). From kidnap to torture, the database rigorously logging every Syrian atrocity. Guardian: Τελευταία επίσκεψη στις 19-2-2019. <https://www.theguardian.com/world/2018/jul/23/why-database-of-syrian-atrocities-may-hold-key-to-future-justice>.
- Institute of Health Measures and Evaluation Syria data: Τελευταία επίσκεψη στις 5-2-2019. <http://www.healthdata.org/syria>.
- UNHCR Greece τελευταία επίσκεψη στις: 17-1-2019 <https://www.unhcr.org/gr/%CF%83%CF%84%CE%B1%CF%84%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AC>.
- UNHCR, Operation Portal Refugee Mediterranean Situation, Institute of Health Measures and Evaluation Syria data: τελευταία επίσκεψη στις 5-2-2019 <https://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean/location/5179>.
- UNHCR, Operation Portal Refugee Mediterranean Situation, Greece, Institute of Health Measures and Evaluation Syria data: τελευταία επίσκεψη στις 5-3-2019 [https://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean/location/5179#\\_ga=2.205795029.756126618.1551288526-2097782564.1516735294](https://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean/location/5179#_ga=2.205795029.756126618.1551288526-2097782564.1516735294).
- Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής, Τμήμα Ασύλου: τελευταία επίσκεψη στις 17-1-2019 [http://asylo.gov.gr/en/wpcontent/uploads/2018/11/Greek\\_Asylum\\_Service\\_Statistical\\_Data\\_EN.pdf](http://asylo.gov.gr/en/wpcontent/uploads/2018/11/Greek_Asylum_Service_Statistical_Data_EN.pdf).
- Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής, Τμήμα Ασύλου: τελευταία επίσκεψη στις 17-1-2019 [http://asylo.gov.gr/?page\\_id=143](http://asylo.gov.gr/?page_id=143).
- Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής, Τμήμα Ασύλου: τελευταία επίσκεψη στις 17-1-2019 [http://asylo.gov.gr/en/wpcontent/uploads/2018/11/Greek\\_Asylum\\_Service\\_Statistical\\_Data\\_EN.pdf](http://asylo.gov.gr/en/wpcontent/uploads/2018/11/Greek_Asylum_Service_Statistical_Data_EN.pdf).
- Υπουργείο Μεταναστευτικής Πολιτικής, Τμήμα Ασύλου: τελευταία επίσκεψη στις 17-1-2019 [http://asylo.gov.gr/?page\\_id=143](http://asylo.gov.gr/?page_id=143).

## 12. Παράρτημα

### Ερωτηματολόγιο ημιδομημένης συνέντευξης

Η συνέντευξη αρχίζει με την συγκατάθεση του ερωτώμενου και με κάποια βιογραφικά στοιχεία (ηλικία, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση, χώρα καταγωγής)

1. Θα θέλατε να μου πείτε τους λόγους που σας ώθησαν να εγκαταλείψετε την πατρίδα σας;
2. Θα θέλατε να μας αναφέρετε γεγονότα σε όλη την πορεία μετανάστευσης από τον τόπο σας μέχρι και σήμερα που επηρέασαν εσάς και την υγεία σας;
3. Θα θέλατε να μου μιλήσετε για την κατάσταση της υγείας σας σήμερα;
4. Πως κρίνετε την διαμονή σας και την παροχή υπηρεσιών στο Ηράκλειο;
5. Έχετε δει κάποια αλλαγή στην υγεία σας από τότε που εγκατασταθήκατε στο Ηράκλειο
6. Τι θα επιθυμούσατε να αλλάξει για να βελτιωθεί η υγεία των προσφύγων στο Ηράκλειο Κρήτης;

### Διαγνωστικό εργαλείο για την Μετατραυματική Διαταραχή Στρες DSM V

A. Έκθεση σε πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, βαρύ τραυματισμό, ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας με έναν (ή περισσότερους) από τους ακόλουθους τρόπους:

1. Το άτομο βίωσε άμεσα το τραυματικό γεγονός.
2. Ήταν μάρτυρας, προσωπικά, στο γεγονός ενώ συνέβαινε σε άλλους.
3. Έμαθε ότι το τραυματικό γεγονός συνέβη σε ένα μέλος του στενού οικογενειακού κύκλου ή σε έναν στενό φίλο. Το γεγονός θα πρέπει να ήταν βίαιο ή τυχαίο-αιφνίδιο.
4. Βίωσε επαναλαμβανόμενη ή υπερβολική έκθεση σε απεχθείς λεπτομέρειες του τραυματικού γεγονότος (πχ άνθρωποι που προσέτρεξαν σε δυστύχημα και συμμετείχαν στη συλλογή ανθρώπινων υπολειμμάτων, αστυνομικοί που εκτίθενται κατ' επανάληψη σε λεπτομέρειες παιδικής κακοποίησης κλπ).

Β. Παρουσία ενός ή περισσότερων από τα ακόλουθα συμπτώματα τα οποία σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός και τα οποία εμφανίζονται αφού έχει συμβεί το γεγονός:

1. Επανειλημμένες, ακούσιες και ενοχλητικές μνήμες του τραυματικού γεγονότος.
2. Επανειλημμένα ενοχλητικά όνειρα στα οποία το περιεχόμενο και το συναίσθημα του ονείρου σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός.
3. Επαναβιώσεις/ flashbacks στις οποίες το άτομο νιώθει ή δρα σαν να έχει ξανασυμβεί το τραυματικό γεγονός.
4. Έντονη ή παρατεταμένη ψυχολογική ενόχληση κατά την έκθεση σε υπαινιγμούς που μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος.

Γ. Επίμονη αποφυγή ερεθισμάτων (το άτομο αποφεύγει ενοχλητικές μνήμες, σκέψεις ή συναισθήματα που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός ή αποφεύγει ανθρώπους, τόπους, δραστηριότητες, αντικείμενα, καταστάσεις που ανακαλούν μνήμες του γεγονότος).

Δ. Αρνητικές μεταβολές σε γνωστικές λειτουργίες και στη διάθεση :

1. Αδυναμία του ατόμου να ανακαλέσει μία σημαντική πλευρά του τραυματικού γεγονότος (αποσυνδετική αμνησία).
2. Επίμονες και υπερβολικές αρνητικές πεποιθήσεις για τον εαυτό, τους άλλους ή τον κόσμο.
3. Επίμονες, διαστρεβλωμένες γνωστικές λειτουργίες για το αίτιο ή τις συνέπειες του γεγονότος που οδηγούν το άτομο να κατηγορεί τον εαυτό του ή τους άλλους.
4. Επίμονα αρνητική συγκινησιακή κατάσταση (φόβος, τρόμος, θυμός, ενοχή)
5. Εμφανώς μειωμένο ενδιαφέρον ή συμμετοχή σε σημαντικές δραστηριότητες.
6. Αισθήματα απομάκρυνσης ή αποξένωσης από τους άλλους.
7. Επίμονη αδυναμία να βιώσει θετικά συναισθήματα.

Ε. Εμφανείς αλλαγές στην αντιδραστικότητα, δηλ:

1. Ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού που εκφράζεται συνήθως ως λεκτική ή σωματική επιθετικότητα προς ανθρώπους ή αντικείμενα.
2. Ριψοκίνδυνη ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
3. Υπερεπαγρύπνηση.
4. Υπερβολική απάντηση στο ξάφνιασμα.
5. Δυσκολία συγκέντρωσης.
6. Διαταραχή του ύπνου (δυσκολία επέλευσης ή διατήρησης του ύπνου ή ανήσυχος ύπνος).

ΣΤ. Η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι μεγαλύτερη από 1 μήνα και η έκφρασή τους μπορεί να είναι άμεσα σε σχέση με το τραυματικό γεγονός ή και μέχρι 6 μήνες μετά το γεγονός (με καθυστερημένη έκφραση).

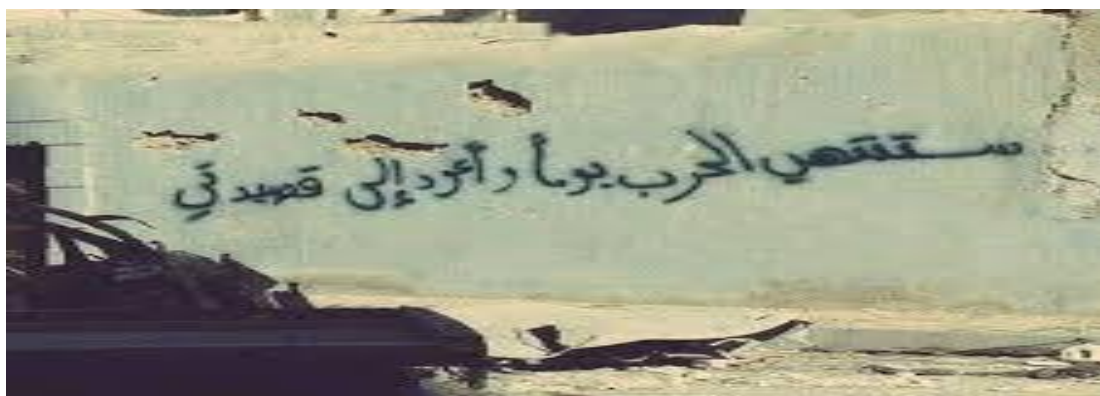
(American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.)

### **Διαγνωστικό εργαλείο κατάθλιψης DSM V**

Σύμφωνα με το εγχειρίδιο διάγνωσης DSM V για να τεθεί η διάγνωση της κατάθλιψης θα πρέπει να τηρούνται πέντε τουλάχιστον κριτήρια για τουλάχιστον δύο βδομάδες και να υπάρχει τουλάχιστον ένα από τα δύο πρώτα κριτήρια. (καταθλιπτική διάθεση, ελάττωση ενδιαφέροντος)

1. Καταθλιπτική διάθεση
2. Έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης
3. Σημαντική απώλεια ή αύξηση του βάρους ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης
4. Αϋπνία ή υπερυπνία
5. Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση
6. Κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας
7. Αισθήματα αναξιότητας ή υπέρμετρης ή απρόσφορης ενοχής
8. Ελαττωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα
9. Επανερχόμενες σκέψεις θανάτου

Επιπλέον, τα συμπτώματα, θα πρέπει να προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλων περιοχών της λειτουργικότητας, να μην οφείλονται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μίας ουσίας και να μην εξηγούνται καλύτερα με Πένθος. (American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*(5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing)



*Όταν τελειώσει ο πόλεμος θα σου γράφω πάλι ποιήματα...*

*"Graffiti στην Συρία"*