



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

## **ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Η Υποκειμενική αντίληψη της υγείας και η ικανοποίηση  
από τις υπηρεσίες υγείας από μετανάστριες μητέρες σε  
ένα Δήμο της Κρήτης**

**Κούτρα Κλειώ  
Κοινωνική Λειτουργός**

- Επιβλέποντες:**
- 1. Α. Φιλαλήθης**, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης
  - 2. Α. Κούτης**, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Κρήτης

© 2005

Κλειούς Κούτρα

ALL RIGHTS RESERVED

Στον σύζυγο μου για την αγάπη,  
την αφοσίωση και την υποστήριξη του  
σε ότι και αν κάνω.

## Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος Εργασίας: Η Υποκειμενική αντίληψη της υγείας και η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας από μετανάστριες μητέρες σε ένα Δήμο της Κρήτης  
του/της: Κούτρας Κλειούς

Υπό την επίβλεψη του/των: 1.Α. Φιλαλήθη  
2.Α. Κούτη

Ημερομηνία: 7-02-2005

Συνεχώς αυξανόμενο είναι το ενδιαφέρον για το πώς επηρεάζεται η υγεία των ατόμων που αποφασίζουν να μεταναστεύσουν σε μια νέα χώρα. Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας χρησιμοποιείται για να εκτιμηθεί σε γενικές γραμμές το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η καταγραφή της κατάστασης υγείας και η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την υποκειμενική αντίληψη της υγείας και την ικανοποίηση από τις Υπηρεσίες Υγείας από τις μετανάστριες μητέρες που διαμένουν στο Δήμο Γαζίου, Κρήτης.

Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας των μεταναστριών μητέρων στο Δήμο διερευνήθηκε με την δομημένη συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο. Κατά την μελέτη πεδίου 47 γυναίκες απάντησαν στην συνέντευξη μετά από επισκέψεις από σπίτι σε σπίτι. Το ποσοστό των ερωτηθέντων που αναφέρει χρόνια ασθένεια (20%) διαπιστώνεται ότι είναι χαμηλό σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Από το σύνολο του δείγματος μικρό μέρος (8%) επισκέφθηκε τον γιατρό τις δύο τελευταίες εβδομάδες. Ανησυχητικό ήταν ότι η πλειοψηφία των γυναικών (72%) δεν είχαν κάνει Τεστ Παπανικολάου, τα τρία τελευταία χρόνια. Η αναλογία των εκτρώσεων προς τις γεννήσεις ήταν 3:1. Η χρήση μέτρων αντισύλληψης ήταν σε χαμηλά επίπεδα (48%). Τα συνηθισμένα συμπτώματα που ένοιωσαν οι ερωτώμενες τον τελευταίο χρόνο σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την υποκειμενική αντίληψη της υγείας και μάλιστα αρνητικά. Υπάρχει θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από την ζωή και άλλους παράγοντες ικανοποίησης που μετρήθηκαν, όπως η ικανοποίηση από το σύζυγο, τον εαυτό τους και την υγεία τους.

Παρατηρείται, ότι η ικανοποίηση για τις υπηρεσίες υγείας έχει σχέση με την απουσία μόνιμης ασθένειας ή αναπηρίας. Η ερμηνεία αυτού ενδεχομένως να έχει σχέση με ότι τα άτομα που δεν είχαν προσωπική εμπειρία και εξάρτηση από τις υπηρεσίες υγείας λόγω απουσίας νόσου είναι πιο ελαστικά στην κρίση τους.

Τα αποτελέσματα της μελέτης αναδεικνύουν την ανάγκη συνεργασίας των μεταναστών με ομάδες και οργανώσεις του δήμου και ενίσχυσης της διακοινοτικής και διαπολιτισμικής επικοινωνίας.

Λέξεις κλειδιά: μετανάστριες, υποκειμενική αντίληψη της υγείας, ικανοποίηση χρηστών

## Abstract

Title: The subjective perception regarding health and the degree of satisfaction of the services provided by healthcare agencies by immigrant mothers in a municipality of Crete.

by: Kleio Koutra

Supervisor: 1. A. Philalithis  
2. A Koutis

Date: 7-02-2005

There is increasing interest in the effects of migration on the health of persons immigrating to a new country. The subjective perception regarding health is used to evaluate, in general terms, the level of the populations' health.

The aim of this research was to record the health conditions, to investigate the factors that influence the subjective perception concerning health as well as the degree of satisfaction regarding Healthcare services, of immigrant mothers residing within the Municipality of Gazi in Crete. The subjective perception of health of the immigrant mothers in the municipality was conducted using a face-to-face structured interview technique. In the course of the research, 47 women participated in these interviews conducted during house visits. The percentage of the interviewees that reported a chronic illness (20%) was found to be lower in comparison to the general population. A small part of the sample (8%) had visited the doctor in the past two weeks. It was disturbing that the majority of the women (72%) had not undergone a Pap test for at least three years. The abortion to birth ratio was 3:1. The use of birth control was found to be at rather low level (48%). The usual symptoms that the interviewees felt during the course of the previous year are related statistically significant, with the subjective perception of health and specifically a negative relation. There is a positive correlation with the degree of satisfaction of their lives and other factors which were investigated such as satisfaction from their respective husbands, themselves and their health.

It is observed that satisfaction from healthcare services is related to the absence of permanent or chronic illnesses or disabilities. This could be attributed to the fact that people without personal experience of, or dependence on healthcare services due to the absence of illnesses, tend to be less critical in their judgment.

The result of the research raises the need for cooperation of the immigrants with organizations and services of the municipalities and the strengthening of inter-social and inter-cultural communications.

Keywords: immigrant women, subjective perception of health, users' satisfaction

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Σελίδα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ  
ABSTRACT  
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### ***Α΄ ΜΕΡΟΣ- ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ***

#### **Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> Γενικά για την Μετανάστευση**

1. Εισαγωγή	1
1.1 Οι μετανάστες	2
1.2 Η μεταναστευτική διαδικασία	3
1.3 Αίτια μετανάστευσης	3
1.4 Η εμπειρία των μεταναστών στη χώρα υποδοχής	4
1.5 Η εμπειρία της χώρας υποδοχής από το φαινόμενο μετανάστευση - Το παράδειγμα των χωρών της Νότιας Ευρώπης	5

#### **Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> Η μετανάστευση προς την Ελλάδα**

2. Εισαγωγή	7
2.1. Ιστορική αναδρομή της διαδικασίας μονιμοποίησης και πολιτικής της μετανάστευσης στην Ελλάδα	7
2.2. Απογραφή του μεταναστευτικού πληθυσμού του 2001	9
2.3. Η ελληνική κοινωνία και οι μετανάστες	10

#### **Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> Διαστάσεις της υγείας**

3. Προσδιορίζοντας την Υγεία	12
3.1 Οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας	13

3.1.1. Η κοινωνική κλιμάκωση	13
3.1.2. Το άγχος	14
3.1.3. Τα πρώτα χρόνια	14
3.1.4. Ο κοινωνικός αποκλεισμός	14
3.1.5. Η εργασία	15
3.1.6. Η ανεργία	15
3.1.7. Η κοινωνική υποστήριξη	15
3.1.8. Ο εθισμός	16
3.1.9. Η διατροφή	16
3.1.10. Μεταφορά	16
3.2 Υγεία και Μετανάστευση	17
3.3 Υγεία , μετανάστευση και γυναίκα	18
3.4 Υποκειμενική αντίληψη της υγείας	19
3.5 Στρατηγικές επιπολιτισμού και υγεία	22

#### **Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> Συστήματα υγείας**

4. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα	24
4.1. Το σύστημα υγείας της Αλβανίας	27
4.1.1. Κοινωνικοοικονομικοί δείκτες	27
4.1.2. Οι δημογραφικές εξελίξεις	27
4.1.3. Οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών	28
4.1.4. Υγειονομικό προσωπικό	29
4.2. Πολιτική υγείας της Ελλάδας για τους μετανάστες	29
4.3. Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας	32

## ***B' ΜΕΡΟΣ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ***

### **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> Σκοπός της έρευνας**

5. Σκοπός και στόχοι της έρευνας	35
5.1 Ερευνητική υπόθεση και ερευνητικά ερωτήματα	35

### **Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup> Μεθοδολογία έρευνας**

6. Ερευνητική στρατηγική	37
6.1. Στατιστική ανάλυση	37
6.2. Ο πληθυσμός και το πλαίσιο της μελέτης	37
6.2.1. Περιγραφή του πληθυσμού	37
6.2.2. Ο πληθυσμός της μελέτης	38
6.2.3. Κριτήρια εισαγωγής	38
6.3. Η επιλογή του δείγματος	39
6.4. Το ερευνητικό εργαλείο	39
6.4.1. Μέσο έρευνας	39
6.4.2. Θεματικές ενότητες εργαλείου	40
6.4.3. Δομή εργαλείου	40
6.5. Τεχνικές συλλογής ερευνητικών δεδομένων	41
6.6. Στάδια οργάνωσης της μελέτης.	42
6.7. Χρονοδιάγραμμα ενεργειών	43

### **Κεφάλαιο 7<sup>ο</sup> Παρουσίαση αποτελεσμάτων**

7.1.Δημογραφικά στοιχεία	44
7.2. Μετανάστευση	45
7.3.Συνθήκες κατοικίας	45
7.4.Υποκειμενική αντίληψη της υγείας	46
7.5.Κατάσταση υγείας γυναικών και μέτρα προφύλαξης	46
7.6.Χρήση υπηρεσιών υγείας	47



7.7. Ικανοποίηση από υπηρεσίες υγείας	47
7.8. Ικανοποίηση από τη ζωή	48
7.9. Στρατηγικές επιπολιτισμού	49
7.10. Συσχετίσεις εξαρτημένων μεταβλητών	49
7.10.1. Συσχετίσεις με την υποκειμενική αντίληψη της υγείας	49
7.10.2. Συσχετίσεις με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας	51

## **Κεφάλαιο 8<sup>ο</sup> Συζήτηση αποτελεσμάτων**

8.1 Συζήτηση	52
8.2 Συμπέρασμα	61

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**

### **Παραρτήματα Γενικού Μέρους**

I. Πίνακες

II. Σχήματα

III. Γραφήματα

### **Παραρτήματα Ειδικού Μέρους**

I. Πίνακες αποτελεσμάτων έρευνας

II. Γραφήματα έρευνας

III. Άδεια για πρόσβαση από ειδική επιτροπή της Τοπικής Αυτ/σης

IV. Δομημένη συνέντευξη

V. Αφίσα

VI. Ενημερωτικό έντυπο και δήλωση συμμετοχής

VII. Οργάνωση ομιλίας (Οικογενειακός Προγραμματισμός)

VIII. Χρονοδιάγραμμα μελέτης

IX. Έντυπο παρέμβασης κατά την διάρκεια της συνέντευξης

## Εισαγωγή

Διεθνώς λίγη προσοχή έχει δοθεί στο πως παράγοντες που σχετίζονται με την μετανάστευση επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα την υγεία των γυναικών και ιδιαίτερα των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας. Αυτή η μελέτη θα κάνει μια προσπάθεια να μειώσει λίγο το χάσμα των μελετών που ασχολούνται με την γυναίκα μετανάστρια, μητέρα στην Ελλάδα και ιδιαίτερα στην Κρήτη, όπου οι μελέτες που επικεντρώνονται στην μετανάστευση είναι περιορισμένες.

Η απόφαση της επιλογής του συγκεκριμένου αντικειμένου μελέτης ήταν συνισταμένη πολλών παραγόντων. Επιστημονικό, επαγγελματικό, εκπαιδευτικό, προσωπικό ενδιαφέρον αποτέλεσαν τα εφαιτήρια κίνητρα. Καταρχάς ο συγκεκριμένος πληθυσμός μελέτης ήταν προσωπική πρόκληση για την ερευνήτρια. Η επιλογή του ήταν συνειδητή και αποσκοπούσε εκτός των άλλων προσπάθεια να αντιμετωπίσει τις προκαταλήψεις και τους φόβους της. Ως μέλος της ελληνικής κοινωνίας ήταν δέκτης του τρόπου που κατασκευάζει εικόνες και οικοδομήματα για διάφορες ομάδες. Έτσι έχοντας πάντα τις επιφυλάξεις για όσα ακούγονται ή γράφονται από ΜΜΕ, δεν είχε μέχρι σήμερα την ευκαιρία να δουλέψει συστηματικά με ομάδα μεταναστών. Αυτό πραγματοποιήθηκε με τη μελέτη και πραγματικά αξιολογώντας τη ήταν μια εκπληκτική εμπειρία εκπαίδευσης και προσωπικής ανάπτυξης.

Αναφορικά με το επιστημονικό ενδιαφέρον είναι γνωστό ότι η μετανάστευση αποτελεί ένα από τα πιο επίκαιρα θέματα ενασχόλησης των κοινωνικών και όχι μόνο επιστημών. Στο πλαίσιο μιας κοινωνίας που συνθέτετε από διαφορετικές πολιτισμικές ομάδες, το ζητούμενο είναι η δημιουργία μιας δομής που να ενισχύει την αλληλοεπίδραση, την αλληλοαναγνώριση και την αλληλοαποδοχή, την κοινωνική ενσωμάτωση με σεβασμό στην διαφορετικότητα.

Η επιλογή του συγκεκριμένου δήμου ήταν αποτέλεσμα της συνεργασίας της ερευνήτριας με το εργαστήριο του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης. Γνωρίζοντας την δουλειά και την προεργασία που είχε πραγματοποιηθεί θεωρήθηκε ότι οι σπουδαστές που έκαναν την εργαστηριακή τους άσκηση στην περιοχή θα μπορούσαν να αποτελέσουν τον συνδετικό κρίκο με το πληθυσμό. Επιπλέον, τα όποια αποτελέσματα της μελέτης θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν από το εργαστήριο προς όφελος για τον ίδιο το πληθυσμό κάνοντας την έρευνα πολύτιμη σε επίπεδο πια

παρέμβασης. Στόχος λοιπόν της μελέτης αποτέλεσε η διερεύνηση, ανάδειξη προβλημάτων των μητέρων μεταναστριών που συνεργαστήκαν αλλά και η αναζήτηση υπηρεσιών, συνεργασιών με ομάδες και φορείς που δραστηριοποιούνταν στο χώρο ώστε οι ερευνήτριες να αποτελέσουν τον συνδετικό κρίκο μεταξύ αυτών.

## ***A' ΜΕΡΟΣ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ***

### **Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup> Γενικά για την Μετανάστευση**

#### **1 Εισαγωγή**

Οι μετακινήσεις πληθυσμών συνιστούν φαινόμενο της παγκόσμιας Ιστορίας, ένα φαινόμενο που στον 21<sup>ο</sup> αιώνα εξακολουθεί να λαμβάνει πολύ μεγάλες διαστάσεις. Περίπου, 175 εκατομμύρια άνθρωποι, (2,9% του πληθυσμού της γης) διαμένουν σε διαφορετική χώρα από την χώρα καταγωγής τους. Το παραπάνω ποσοστό, αφορά μόνο τα άτομα που μετακινήθηκαν με νόμιμα έγγραφα, ενώ, ο συνολικός αριθμός αναμένεται πολύ μεγαλύτερος (“Migration, Human rights, and Health” 2003).

Οι προσπάθειες επεξήγησης του φαινομένου, αυτού με επιχειρήματα, όπως απελευθέρωση αγορών, παγκοσμιοποίηση, φτώχεια, μισθολογικές διαφορές κ.λ.π. είναι αποσπασματικές και μπορούν μόνο μερικώς να συμβάλλουν στη παρουσίαση και ανάλυση του θέματος (Καρασαββόγλου 2001). Η μετανάστευση, ως φαινόμενο, αποτελεί διεπιστημονικό αντικείμενο μελέτης, κοινωνικών και πολιτικών επιστημών. Αποτελεί μια πολυσύνθετη διαδικασία, η οποία, συνδέεται με σημαντικές κοινωνικές παραμέτρους που επηρεάζουν :

- Τα ίδια τα άτομα, τους προσανατολισμούς τους , τον τρόπο συμπεριφοράς και το κοινωνικό τους περίγυρο.
- Τις ομάδες, στις οποίες ανήκουν ή ανήκαν ή αισθάνονται ότι ανήκουν οι μετακινούμενοι και τις ομάδες που συναντούν στη χώρα υποδοχής.
- Τις κοινωνικές και οικονομικές δομές της κοινωνίας προέλευσης και της κοινωνίας υποδοχής (Κοιλιάρη 1997).

Δεχόμενοι ότι η μετανάστευση, δεν είναι απλά μια μετακίνηση εισόδου ή εγκατάστασης και στη προσπάθεια να αναδείξουμε τα κοινωνικά, ιστορικά στοιχεία του φαινομένου θα ορίσουμε τη μετανάστευση ως μορφή κοινωνικών σχέσεων και ως διαδικασία. «Το κάθε εθνικό κράτος είναι το κοινωνικό πλαίσιο το οποίο επεξεργάζεται και ενσωματώνει τη μετανάστευση, διαμορφώνοντας το ιδιαίτερο και διαφορετικό περιεχόμενο» (Πετράκου 2001). Με βάση το παραπάνω, κατανοούμε ότι οι δυσκολίες και τα προβλήματα ένταξης, όλων των μεταναστών, μπορεί να διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα (εθνικό επίπεδο), από κοινωνία σε κοινωνία (τοπικό επίπεδο), επειδή από τη μια οι

μεταναστευτικές ομάδες παρουσιάζουν διαφορετικά εθνικά, γλωσσικά, πολιτισμικά, θρησκευτικά, κοινωνικά χαρακτηριστικά και από τη άλλη ο χώρος υποδοχής, διαμορφώνει και διαμορφώνεται από αυτές τις ομάδες. Με το παραπάνω ορισμό καταδεικνύεται η πολυπλοκότητα, η πολυδιασπαστικότητα και η δυναμική του φαινομένου, που ξεπερνά το φυσικό και μονοδιάστατο των κριτηρίων του τόπου, χρόνου και απόφασης, αφήνοντας μας τη δυνατότητα να το εξετάσουμε από διαφορετικές οπτικές γωνίες (Πετράκου 2001). Ο Treibel (Κοιλιάρη 1997) αναφέρει συγκεκριμένα τυπολογικά κριτήρια, όπως, ο τόπος, ο χρόνος, η απόφαση, η πληθυσμικότητα προκειμένου να ορίσει τις διαστάσεις του φαινομένου μετανάστευση.

### **1.1 Οι μετανάστες**

Η μεταναστευτική πολιτική, διαμορφώνει άμεσα ή έμμεσα, κατηγοριοποιήσεις της μετανάστευσης και νομιμοποιεί τη διαφορετική τους μεταχείριση, στη εκάστοτε χώρα υποδοχής. Έτσι, οι μετανάστες έχουν πολλά ονόματα, τα οποία, τους προσδίδουν τα αντίστοιχα χαρακτηριστικά. «Οι μετανάστες από τις πλούσιες χώρες, οι κοινοτικοί, αλλά και αυτοί με ελληνική καταγωγή αποτελούν προνομιακές ομάδες, ενώ οι κατηγορίες των «λαθρομεταναστών»-οι χωρίς χαρτιά και οι αιτούντες άσυλο είναι ανεπιθύμητες, εκδιώκονται ή αφήνονται να επιβιώσουν, χωρίς καμία προστασία και ασφάλεια» (Πετράκου 2001). Εθελοντές, εθελούσιοι μετανάστες, συγκρίνονται συχνά με εκείνους που αναγκάστηκαν παρά τη θέληση τους να μεταναστεύσουν (πρόσφυγες). Επόμενη κατηγορία, δημιουργείται ανάμεσα στους νόμιμους (με χαρτιά) και τους παράνομους. Οι δεύτεροι απειλούν το κράτος, τη νομιμότητα, και τη δημόσια ασφάλεια. Η παραπάνω κατηγορία παρόλο που ορίζεται σαφώς από το κράτος και για αυτό είναι πολύ ξεκάθαρη, για τους ίδιους τους μετανάστες αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία που μάλιστα μερικές φορές αγνοούν. Οι μόνιμοι, διαφέρουν από τους εποχιακούς μετανάστες. Πλούσιες χώρες, κυρίως ενδιαφέρονται για νέο, υγιές εργατικό δυναμικό, επιτρέποντας τους, μικρά διαστήματα παραμονής στη χώρα, με σκοπό να αναλάβουν εργασίες τρίτης κατηγορίας (Migration, Human rights and Health 2003). Οι μετανάστες, προορίζονται για εργασίες που δεν είναι δημοφιλής, ασφαλής για τους γηγενείς και που οι ίδιοι, αποδέχονται ανεξάρτητα, από το αν είναι κατώτερες της εκπαίδευσής τους.

Με σύγχρονους όρους, το είδος της μετανάστευσης, που κυριαρχεί σήμερα, είναι αυτό της «οικονομικής μετανάστευσης», δηλώνοντας ότι αυτή υποκινείται σε γενικές γραμμές από το διαρκώς διευρυνόμενο χάσμα ως προς την ανάπτυξη και την οικονομική ευημερία ανάμεσα στις διαφορετικές περιφέρειες σε παγκόσμιο επίπεδο.

## 1.2 Η μεταναστευτική διαδικασία

Οι μετανάστες, δεν είναι πάντα καλοδεχούμενοι. Ακόμη, και όταν σε κάποιες περιπτώσεις, όπως στη Ε.Ε., είναι θεσμοθετημένα τα όρια και οι όροι εγκατάστασης, διαβίωσης και εργασίας. Τις περισσότερες φορές, άτομα ή ομάδες, που δεν εντάσσονται σε διακρατικές εργασιακές συμφωνίες, όπου, ορίζονται τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις των συμβαλλόμενων χωρών, αποφασίζουν να μεταναστεύσουν. Τέτοια συμφωνία για παράδειγμα ήταν του 1960 μεταξύ Ελλάδας και Γερμανίας. Αντιμετωπίζει τα άμεσα προβλήματα διαβίωσης, εργασίας, υγειονομική κάλυψη, εκπαίδευσης, συνταξιοδότησης.

Στη αντίθετη περίπτωση, τα άτομα στη προσπάθεια τους να οργανώσουν τη προσωρινή μεταναστευτική τους κίνηση, πληρώνουν μεσάζοντες για τη εύρεση εργασίας. Βρίσκουν, εντελώς απροετοίμαστη τη χώρα υποδοχής προκαλώντας ποικίλα προβλήματα. Όταν, έχουν πια εγκατασταθεί στο νέο περιβάλλον, διαπιστώνουν ότι, ίσως οι μισθοί είναι κατώτεροι από αυτούς που τους υποσχέθηκαν ή από αυτούς που περίμεναν. Αποτελέσματα αυτών, είναι ότι μεγάλο μέρος του πληθυσμού νοιώθει αποξενωμένο λόγω ανασφάλειας, φόβου, προσαρμογής, στιγματισμού ή απόρριψης.

## 1.3 Αίτια μετανάστευσης

Ένα ικανοποιητικό, θεωρητικό και μεθοδολογικό πλαίσιο για τη μετανάστευση δεν μπορεί να μην συμπεριλάβει τα κίνητρα, τους στόχους, τις αξίες, και τη έμπνευση των ατόμων που αποφασίζουν, να εγκαταλείψουν τη χώρα τους και να εγκατασταθούν σε μια νέα. Έρευνα σε διεθνές επίπεδο έχει αποδείξει ότι οικονομικοί παράγοντες, παίζουν σημαντικό ρόλο στη μεταναστευτική διαδικασία. Άνθρωποι τείνουν να μεταναστεύουν σε πιο προηγμένες οικονομικά χώρες (Boneva et al. 2001).

Οι ερευνητές για τη μετανάστευση, συμφώνησαν (consensus) ότι, «η μετανάστευση πραγματοποιείται ανάμεσα σε παράγοντες προσέλκυσης, μεταναστών σε βιομηχανικές χώρες, ικανοποίησης αναγκών της χώρας καταγωγής, και των συγγενικών και οικογενειακών δικτύων, που ήδη έχουν εγκατασταθεί σε βιομηχανικές κοινωνίες και λειτουργούν, σαν βάση για τους νεοεισερχόμενους» (Boneva et al. 2001).

Παρόλα αυτά, όλοι οι οικονομικά αδύναμοι πληθυσμοί, δεν αποφασίζουν να μεταναστεύσουν. Η έρευνα των Boneva et al (2001), αναδεικνύει ότι τα άτομα που αποφασίζουν να μεταναστεύσουν εμφανίζονται να είναι περισσότερο εργατικοί από τους άλλους με αυξημένη ικανότητα και κίνητρα να επιτυγχάνουν. Ταυτόχρονα, εμφανίζονται

να έχουν χαλαρούς δεσμούς και οικογενειακή συγκέντρωση, από εκείνους, που δεν εγκαταλείπουν τη χώρα καταγωγής. Η προσωπικότητα, μαζί με άλλους ψυχολογικούς παράγοντες, αλληλεπιδρούν με περιβαντολλογικούς παράγοντες και ανάλογα με τις ευκαιρίες, που προσφέρει, στο άτομο η χώρα υποδοχής και συνάμα η χώρα καταγωγής για να τη εγκαταλείψει, δημιουργούν τη μεταναστευτική συμπεριφορά (Σχήμα 1). Αυτό το μοντέλο, προτείνει, ότι τα άτομα που ουσιαστικά αποφασίζουν να μετακινηθούν, σε άλλη χώρα μπορεί να κινητοποιούνται για διαφορετικούς λόγους.

Στη μελέτη που έκαναν οι ερευνητές, επέλεξαν χώρες με υψηλή μετανάστευση, όπως, η Αλβανία. Πραγματικά βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα κίνητρα επιτυχίας και αποτελεσματικότητας, σε εκείνους, που επιθυμούσαν να ζήσουν σε μια νέα χώρα, από εκείνους, που ήθελαν να παραμείνουν στη χώρα καταγωγής. Στη ίδια μελέτη στο παράδειγμα της Αλβανίας, εξετάστηκαν οι δεσμοί με τη οικογένεια, μεταξύ αυτών που επέλεξαν να μεταναστεύσουν και σε εκείνους, που όχι. Η επεξεργασία, έδειξε ότι η πρόβλεψη επιβεβαιώθηκε μόνο για τους άνδρες και όχι για τις γυναίκες.

Σε δεύτερη μελέτη, οι ερευνητές εντόπισαν ότι τα κίνητρα από μόνα τους δεν είναι ικανά να προβλέψουν τη επιθυμία μετανάστευσης. Ο συνδυασμός των παραπάνω και με συσχέτιση, το ότι τα άτομα δίνουν μεγάλη αξία στη εργασία, ορίστηκε ως ο προσωπικός δείκτης επιθυμίας, για μετανάστευση (Boneva et al. 2001).

#### **1.4 Η εμπειρία των μεταναστών στη χώρα υποδοχής**

Τα άτομα που εξωθήθηκαν στην μετανάστευση λόγω οικονομικών, κοινωνικών, πολιτικών παραγόντων και οι συνθήκες εγκατάστασης στις χώρες υποδοχής, συνθέτουν μια ιδιαίτερα ευπαθή ομάδα, που πλήττεται πολλαπλά από τον κοινωνικό αποκλεισμό. Σύμφωνα με μελέτη Επιχειρησιακού Προγράμματος «Για τους μετανάστες στην Ελλάδα». Ι.Α.Π.Α.Δ., 2002 οι παράγοντες που συνθέτουν τον κοινωνικό αποκλεισμό είναι οι παρακάτω :

- Η συνδικαλιστική έκφραση και διεκδίκηση είναι αδύνατη λόγω γεωγραφικού κατακερματισμού και θρησκευτικών, πολιτισμικών, εθνικών, γλωσσικών διαφορών που προσδιορίζουν την κάθε ομάδα.



- Απαιτείται χρόνος προσαρμογής των ίδιων προκειμένου να ενταχθούν στο θεσμικό, νομικό, λειτουργικό σύστημα της χώρας υποδοχής που διαφέρει με αυτό μέσα στο οποίο κοινωνικοποιήθηκαν.
- Αντιμετωπίζουν δυσκολίες επικοινωνίας και πρόσβασης στις υπηρεσίες, λόγω διαφορετικής γλώσσας.
- Είναι αντιμέτωποι, με τα κενά της μεταναστευτικής πολιτικής, που κυρίως προσδιορίζεται από οικονομική και πολύ λιγότερο από κοινωνική πολιτική.

### **1.5 Η εμπειρία της χώρας υποδοχής από το φαινόμενο μετανάστευση – Το παράδειγμα των χωρών της Νότιας Ευρώπης.**

Τις τελευταίες δεκαετίες, οι χώρες της Νότιας Ευρώπης, Ισπανία, Ιταλία, Πορτογαλία και Ελλάδα, μετεξελίχθηκαν από χώρες «αποστολής» σε χώρες υποδοχής μεταναστών. Είχαν την κοινή εμπειρία, απροετοίμαστες, να κατακλυστούν από κύμα μετανάστευσης και να αντιμετωπίσουν πολλές δυσκολίες, σε πολιτικό και θεσμικό επίπεδο (Cavounidis 2002).

Το μεταναστευτικό φαινόμενο, στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, παρουσιάζει κοινά χαρακτηριστικά, τόσο ως προς τις αιτιατές αφετηρίες και το μέγεθος του, όσο και ως προς τη φύση και το χαρακτήρα των δημοσιών πολιτικών μετανάστευσης. Με εξαίρεση, τη Γαλλία, οι υπόλοιπες χώρες, αφού μεταπολεμικά υπήρξαν χώρες αποστολής, αλλά και ενδιάμεσου σταθμού, προς χώρες της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης, καθώς και τον Καναδά και την Αμερική, έγιναν από τα μέσα της δεκαετίας του '80, σταδιακά χώρες υποδοχής .

Αυτή η αλλαγή, σχετίζεται με μια σειρά από οικονομικές, κοινωνικές, πολιτικές και δημογραφικές εξελίξεις, κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, τόσο σε παγκόσμιο, όσο και σε τοπικό, περιφερειακό επίπεδο. Χαρακτηριστικά, παρακάτω αναφέρονται κάποιοι, από αυτούς.

Σημαντικό ρόλο, έπαιξε η ιδιαίτερη, γεωγραφική τους θέση. Οι μεγάλες ακτογραμμές, τα νησιά και το μεγάλο μήκος των ορεινών συνόρων, ιδιαίτερα στην Ιταλία και την Ελλάδα, δυσχεραίνουν τον έλεγχο και τις καθιστούν εύκολα προσπελάσιμες (Κονιόρδος και συν. 2003). Η άνοδος του βιοτικού και εκπαιδευτικού επιπέδου, του γηγενούς πληθυσμού, οδηγεί στην άρνηση ανάληψης ορισμένων εργασιών και στην

αναζήτηση πιο «αξιοπρεπών» θέσεων απασχόλησης. Η δημογραφική γήρανση και η υπογεννητικότητα, που παρατηρείται στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, σε συνδυασμό με τη δημογραφική έκρηξη που σημειώνεται στις περιφερειακές περιοχές της Ευρώπης (Βόρεια Αφρική, Ανατολική Μεσόγειος, Βαλκάνια) και κυρίως στις φτωχότερες ασιατικές και αφρικανικές χώρες. Ο ρόλος των ιστορικών δεσμών, ανάμεσα στις χώρες προέλευσης και τις χώρες υποδοχής. Πρόκειται, κατά βάση, για πολιτισμικούς δεσμούς, που σχετίζονται, είτε με την αποικιοκρατία, είτε με εθνικούς και θρησκευτικούς δεσμούς – όπως, στην περίπτωση της μετανάστευσης των Ποντίων, από περιοχές, της πρώην Σοβιετικής Ένωσης προς την Ελλάδα (Κονιόρδος και συν., 2003).

Διαφορετική, εμφανίζεται και η δομή της απασχόλησης στη Νότια Ευρώπη :

- Στα κράτη της Νότιας Ευρώπης, πραγματοποιήθηκε η ανάπτυξη του τριτογενούς τομέα,(τουρισμός και υπηρεσίες)με ρυθμούς ταχύτερους, από αυτούς της βιομηχανίας.
- Η υψηλή εποχικότητα, που χαρακτηρίζει βασικούς οικονομικούς κλάδους των χωρών αυτών (γεωργία, αλιεία, τουρισμός, κατασκευές) οδήγησε, σε αυξημένη ζήτηση, ευέλικτου εργατικού δυναμικού.
- Η βιομηχανία, σημειώνει απώλεια θέσεων εργασίας ενώ, η εικόνα στις κατασκευές παραμένει σταθερή (Λαμπρινίδης και συν.2001).

Γενικά, οι μεταναστευτικές πολιτικές των χωρών αυτών, φαίνεται να προσπαθούν να ισορροπήσουν ανάμεσα στις εγχώριες, οικονομικές και δημογραφικές ανάγκες – καθώς και στην υποχρέωση σεβασμού των διεθνών συνθηκών και ανθρωπιστικών αρχών– και στην ανάγκη διατήρησης της κοινωνικής συνοχής των κοινωνιών τους, που χαρακτηρίζονται, από έντονο εθνικό στοιχείο στη συγκρότησή τους, πάντα μέσα στο πλαίσιο της κοινής ευρωπαϊκής πορείας (Κονιόρδος 2003).

## **Κεφαλαίο 2<sup>ο</sup> Η μετανάστευση προς την Ελλάδα**

### **2 Εισαγωγή**

Ο πόλεμος στην Γιουγκοσλαβία, η πολιτική αστάθεια στην Αλβανία και γενικότερα στα Βαλκάνια, οδήγησαν μεγαλύτερο αριθμό ατόμων να μεταναστεύσουν στην Ελλάδα, για την αναζήτηση ενός καλύτερου μέλλοντος. Μάλιστα, η Ελλάδα, επιλέχθηκε ως χώρα προορισμού, σε μια περίοδο όπου η ίδια ήταν από τις λιγότερο οικονομικά αναπτυγμένες στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Cavounidis 2002).

Καμία επίσημη στατιστική μελέτη, δεν υπήρχε, μέχρι το 1998. Το κύμα των μεταναστών που εισέρχονται στη Ελλάδα, παράνομα και η ποικιλία κατηγοριών και εκτιμήσεων, καθιστά εξαιρετικά νεφελώδη τη εικόνα, της μετανάστευσης στην Ελλάδα. Η απογραφή του 2001, είναι πραγματικά, η μόνη πηγή που καταγράφει το φαινόμενο μετανάστευση στην χώρα. Οι πηγές, όπου, ανανεώνονται οι πράσινες κάρτες μας δίνουν κάποιους δείκτες, ενώ οι υπολογισμοί για τη παράνομη μετανάστευση είναι σχεδόν ανύπαρκτοι (Baldwin-Edwards 2004).

#### **2.1 Ιστορική αναδρομή της διαδικασίας μονιμοποίησης και πολιτικής της μετανάστευσης στην Ελλάδα**

Τη δεκαετία του '80, η Ελλάδα φιλοξενούσε ένα μικρό αριθμό μεταναστών, της τάξης των 24-34.000 όπου, αποτελείτο από πολίτες Ε.Ε. και παλλινοστούντες και ακόμα 40-50.000 εργάτες από άλλες χώρες. Πριν το 1989, μπορούμε να πούμε ότι η μεταναστευτική πολιτική στην Ελλάδα, απουσίαζε. Μόλις, το 1991 με τη κατάρρευση του σοσιαλιστικού κράτους της Αλβανίας, η χώρα βίωσε το κύμα της παράνομης μετανάστευσης. Αυτό, προκάλεσε μια υστερική αντίδραση από Ελληνικό κράτος, τα Μ.Μ.Ε., και γενικότερα, τη κοινωνία. Το νόμο του 4310/1929 αντικατέστησε νέος νόμος του 1975/1991, που όμως δεν απευθύνονταν στη μετανάστευση, αλλά, στους ξένους στην Ελλάδα.«Ξαφνικά, η Ελλάδα κατακλύστηκε από ξένους, που μπήκαν, παρέμειναν, εργάζονταν παράνομα, δημιουργούσαν τεράστια κοινωνικά προβλήματα για το κράτος και στη προσπάθεια να επιλύσουν οι μετανάστες μόνοι, τα προβλήματα τους συνδέονται με ναρκωτικά, ληστείες κ.λ.π.» (Κονιόρδος και συν. 2003).Ακολούθησε μια περίοδος όπου, η αστυνομία, αναλαμβάνει ως κύριος εκφραστής του κρατικού μηχανισμού, τη επικοινωνία με τους μετανάστες. Ο μηχανισμός των μαζικών απελάσεων, «επιχειρήσεις –σκούπα» συστηματικών εξωτερικών και εσωτερικών ελέγχων και λοιπόν δρακόντειων μέτρων από

την αστυνομία, ακολουθήθηκε μέσα στη δεκαετία του '90. Τα μέτρα που προωθούνται, στοχεύουν στον περιορισμό της παράνομης εισόδου των μεταναστών, χωρίς ωστόσο να το επιτυγχάνουν, ενώ ταυτόχρονα υπάρχει απουσία μέτρων για την κοινωνική ενσωμάτωσή τους, στις εθνικές και τοπικές κοινωνίες. Ποινή φυλάκισης, από ένα έως τρία χρόνια, προβλέπεται για παράνομη είσοδο ή έξοδο στην χώρα. Χρηματικές ποινές και ποινή φυλάκισης, επιβάλλονται, τόσο στον αλλοδαπό, όσο και στον εργοδότη, με διαφορετικά βέβαια ύψη. Μέσα από τις διατάξεις του νόμου αυτού, πολλές κρίνονται αντισυνταγματικές και δημιουργούν επιπρόσθετα προβλήματα. Πάνω σε αυτή τη αυταρχική βάση δόμησης δημιουργήθηκαν μηχανισμοί και δίκτυα εμπορίας μεταναστών εκτός, του θεσμικού πλαισίου κάνοντας τα πράγματα, πολύ χειρότερα.

Το 1996, η Ελλάδα ανακοίνωσε ότι η διαδικασία μονιμοποίησης των μεταναστών περιλαμβάνει δύο στάδια : το στάδιο της Λευκής ( ΠΔ 358/97) και της Πράσινης κάρτας (ΠΔ 359/97).Οι κάτοχοι της λευκής κάρτας, αποκτούν το δικαίωμα παραμονής στη χώρα για μικρό χρονικό διάστημα και είναι υποχρεωμένοι να υποβάλλουν εκ νέου αίτηση για τη απόκτηση της πράσινης. Οι απαιτήσεις για ιατρικές εξετάσεις, πιστοποιητικά ποινικών μητρώων, ήταν υπερβολικές και δημιούργησαν μεγάλες καθυστερήσεις. Παράλληλα, ζητείται από τους μετανάστες, η προσκόμιση ενσήμων. Όσοι από αυτούς εργαζόταν χωρίς ασφάλεια, αναγκάστηκαν να αγοράσουν, ακόμη και μόνοι τους τα ένσημα για να μπορέσουν να υποβάλουν τα χαρτιά τους για τη πράσινη κάρτα.. Τελικά, 373.000 άτομα απέκτησαν τη λευκή κάρτα και 225.000, τη πράσινη (Χλέτσος 2001).

Η μέχρι τώρα εμπειρία, ανέδειξε τη απροθυμία του κρατικού μηχανισμού να συνδράμει στη διαδικασία μονιμοποίησης. Ο αριθμός των πράσινων καρτών που έχουν εκδοθεί είναι περιορισμένες, ενώ, η ενημέρωση στους αλλοδαπούς είναι περιορισμένη και συγκεκριμένη. Τελικά, διαφαίνεται ότι η Ελλάδα δεν έχει αποφασίσει τι θέλει να κάνει τους μετανάστες, δεν έχει μια συγκεκριμένη πολιτική στήριξης των μεταναστών. Οφείλει ο μετανάστης να πληρώνει ασφαλιστικές εισφορές για σύνταξη, από τη στιγμή που δεν είναι ξεκάθαρο, αν θα πάρει ή αν συνταξιοδοτηθεί στη Ελλάδα ή αν θα δικαιούται να μεταβιβάσει το δικαίωμα, στη χώρα του. Το αποτέλεσμα όλων αυτών, είναι να αισθάνονται απομονωμένοι, ευάλωτοι στη φτώχεια, τον κοινωνικό αποκλεισμό, τη εργασιακή εκμετάλλευση και την ανεργία (Χλέτσος 2001).

Ο Ν.2910/2001, ήρθε να αποδεσμεύσει τον μετανάστη από το δεσμό του ενός συγκεκριμένου εργοδότη. Δημιουργούνται προϋποθέσεις για ευκολότερη απόκτηση της

ελληνικής ιθαγένειας. Κατοχύρωσε δικαιώματα και ένταξη στη ελληνική κοινωνία, καθώς τους διασφάλισε πρόσβαση στην εκπαίδευση για τα παιδιά τους, στη δικαιοσύνη, την κοινωνική ασφάλιση (Κονιόρδος και συν.2003). Παρόλα αυτά, το τελικό σχέδιο του νόμου, δεν είχε ένα πραγματικό μηχανισμό στρατολόγησης της αγοράς, έκανε μεταφορά του μηχανισμού, ενός χρόνου διαμονής, δικαιοδοσία των τοπικών αρχών. Αυτό, δημιούργησε επιπλέον χάος από τις προηγούμενες διαδικασίες, βρήκε εντελώς απροετοίμαστες τις τοπικές αρχές, που το μόνο έγγραφο για να βασιστούν ήταν μια ανακοίνωση του Υπουργείου, που ενημέρωνε ότι 351.000 μετανάστες έκαναν αίτηση για άδεια παραμονής και εργασίας. Τον Νοέμβριο, του 2003, η Βουλή ενέκρινε έξι τροποποιήσεις στο μεταναστευτικό νόμο και οι πιο σημαντικές ήταν οι παρακάτω :

- Οι μετανάστες, που ανανεώνουν την ετήσια άδεια παραμονής για πάνω από μια φορά δικαιούνται άδεια για επιπλέον δυο έτη.
- Η κατάσταση εργασίας τους μπορεί να αλλάξει.
- Η άδεια χορήγησης άδειας παραμονής δίδεται από τον Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας.
- Αιτήσεις που δεν καταθέτονται λόγω υπαιτιότητας του κράτους γίνονται αποδεκτές μετά τη λήξη της προθεσμίας (Baldwin-Edwards 2004).

Αναμφισβήτητα, ούτε αυτό ο νόμος κατάφερε να δει σφαιρικά το θέμα και χρήζει περαιτέρω βελτίωσης. Αποτελεί όμως, την πιο ολοκληρωμένη θεσμική παρέμβαση, προς την αντιμετώπιση των μεταναστών με πιο ανθρωπιστική αντίληψη και μπορεί να θεωρηθεί αφετηρία για την δημιουργία αργότερα προϋποθέσεων, που θα βελτιώσουν τους όρους διαβίωσης των μεταναστών στη χώρα (Κονιόρδος και συν., 2003).

## **2.2 Απογραφή του μεταναστευτικού πληθυσμού του 2001**

Η σημαντική αύξηση του μεταναστευτικού πληθυσμού, εύκολα καταδεικνύεται από την συγκριτική παρατήρηση των απογράφων της τελευταίας 20ετίας, όπου από 176.119 αλλοδαποί το 1981 έφθασαν σε 762.191 το 2001 (Γράφημα1).

Α ) Φύλο : υπάρχει μια αρκετά ισόρροπη κατανομή μεταξύ των δύο φύλων. Το 54%, καταλαμβάνουν οι άνδρες και το 46%, οι γυναίκες. Από τις εθνικές ομάδες , την πιο ισόρροπη κατανομή παρουσιάζουν, η Αλβανικής και Ρουμανικής καταγωγής. Σε αντίθεση

με τις πρώην χώρες της ΕΣΣΔ και την Βουλγαρία όπου, οι γυναίκες αποτελούν τα 2/3 του πληθυσμού και τις Φιλιππίνες, τα 4/5 (Kassimis Ch., et all 2004).

Β)Χώρα καταγωγής: η πλειοψηφία των αλλοδαπών κατάγονται από την Αλβανία (57,47%) και από την Βουλγαρία (4,61%) ( Πίνακας 1).

Γ)Η πλειοψηφία των μεταναστριών γυναικών (63%) είναι έγγαμες, ενώ, ακολουθούν οι άνδρες (51%) ( Πίνακας 2 ).

Δ)Ηλικιακή κατανομή: Η συντριπτική πλειοψηφία των μεταναστών, (72%) ανήκουν στην παραγωγική ηλικία, από 20-65 ετών .Ο χρόνος παραμονής, από 1 έως 5 έτη καταλαμβάνει το μεγαλύτερο ποσοστό (46,8 %).Η Αλβανικής καταγωγής κατέχουν το 40% των άνω των 5 ετών στην Ελλάδα (Baldwin-Edwards 2004). Στην Περιφέρεια Κρήτης διαμένει το 51,8% του πληθυσμού, από 1-5 έτη και πάνω από 5 έτη ,το 32,6% (Kassimis Ch., et all 2004) (Γράφημα 2).

Ε)Εκπαιδευτικό επίπεδο: το μορφωτικό επίπεδο, των μεταναστών που διαμένουν στην Ελλάδα είναι κατά 31,1% αναβάλφητοι και απόφοιτοι Α΄βάθμιας εκπαίδευσης, το 18,1% απόφοιτοι Γυμνασίου, το 28% απόφοιτοι Β΄βαθμιας, το 2,3% απόφοιτοι Γ΄βάθμιας και το 0,6% Μεταπτυχιακής εκπαίδευσης. Οι γυναίκες, έχουν προβάδισμα στην Β΄βαθμια και Γ΄βαθμια εκπαίδευση. Ποιοτική ανάλυση των επιπέδων εκπαίδευσης αποκαλύπτει ότι οι Αλβανοί πολίτες, έχουν τα χειρότερα επίπεδα, ενώ, οι πολίτες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης τα υψηλότερα ( Kassimis Ch., et all 2004) (Γράφημα 3).

ΣΤ)Εργασιακή κατάσταση: το 35,4% ασχολείται στον τομέα των κατασκευών, το 13,8% στον τομέα της μεταποίησης, το 20% στον αγροτικό τομέα, το 6,6% στην παροχή υπηρεσιών και τέλος το 13,9% με τον τουρισμό. Αντίθετα, οι γυναίκες μετανάστριες εργάζονται, σε ποσοστό 51,9% ως βοηθητικό προσωπικό σε ιδιωτικά νοικοκυριά, το 19,9% στον τουρισμό, το 7,9% στην μεταποίηση και το 7,9% στον αγροτικό τομέα (Γράφημα 4 ).

### **2.3 Η ελληνική κοινωνία και οι μετανάστες**

Κάποιος, θα περίμενε ότι μια χώρα με τόση μεγάλη παράδοση, στη αποστολή μεταναστών, θα μπορούσε να ήταν πιο ανεκτική και φιλική απέναντι στις πολιτικές που διασφαλίζουν, ένα καλύτερο επίπεδο ζωής για μετανάστες. Οι Έλληνες, είναι γνωστοί σε όλο τον κόσμο, για την φιλοξενία τους απέναντι στους ξένους, από αρχαιοτάτους χρόνους

(Siadinia 2001).Όμως ,αν και αρχικά έδειξαν προθυμία να βοηθήσουν, στην πορεία ανέπτυξαν ξενοφοβικά αισθήματα και συμπεριφορές. Τα Μ.Μ.Ε. έπαιξαν σημαντικό ρόλο, δίνοντας ιδιαίτερη εθνική χροιά σε περιστατικά όπως, η απαγωγή ενός λεοφωρείου, ενός ποδοσφαιρικού αγώνα. κ.λ.π.

Σε έρευνα γνώμης του Ευρωβαρόμετρου Νο. 47,1 “Racism and Xenophobia in Europe” 1997-2000 αναδεικνύονται, οι συμπεριφορές απέναντι στις μειονοτικές ομάδες στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με αυτή την έρευνα το ποσοστό των ατόμων που εκφράζονται αρνητικά για τις μειονότητες, είναι πολύ πιο πάνω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Οι Έλληνες ερωτώμενοι, δεν είναι πρόθυμοι να αποδεχτούν τους μετανάστες και τους θεωρούν υπεύθυνους, για την αύξηση της ανεργίας και του αισθήματος ανασφάλειας, που διακατέχει τον ελληνικό πληθυσμό (Γετίμης και συν., 2003).

Η εχθρικήτητα, αυξάνεται για τους μη Χριστιανούς Ορθόδοξους και γενικότερα για μη Χριστιανούς. Για αυτό οι Ρώσοι, οι Ουκρανοί, οι Γεωργιανοί είναι περισσότερο αποδεκτοί, από τους Αλβανούς, τους Πακιστανούς , τους Ινδούς (Migration News 2000). Η εκκλησία, πολλές φορές πυροδότησε αυτό το κλίμα, με χαρακτηριστικό, το παράδειγμα των εθνικών εορτών με την ελληνική σημαία (Western Policy Regional Report ,1999).

Το εκπαιδευτικό μας σύστημα, διαπνέεται από εθνικιστικό λόγο, χωρίς να ευνοεί την νηφάλια αντιμετώπιση προβλημάτων των ετεροτήτων, ιδιαίτερα της μουσουλμανικής κοινότητας. Η απουσία, μιας συστηματικής εκπαίδευσης, σε ζητήματα σχετικά με την πολυπολιτισμικότητα και η έκφραση εθνοκεντρικών δοξασιών, εμφανίζεται πολλές φορές στην πράξη με την παρερμηνεία της κοινωνικής ένταξης, ως μιας μορφής πολιτισμικής αφομοίωσης (Ζαϊμάκης Γ 2002).

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup> Διαστάσεις της υγείας

### 3. Προσδιορίζοντας την Υγεία

Ο προσδιορισμός της κατάστασης υγείας, μιας ομάδας ή ενός πληθυσμού, αποτελεί δύσκολο επιστημονικό εγχείρημα. Απαιτεί διεπιστημονική ευρύτητα, ώστε να αποδώσει επιτυχώς, το πολύπτυχο χαρακτήρα της. Κατά καιρούς, έχουν διατυπωθεί χιλιάδες ορισμοί, προσπαθώντας να ερμηνεύσουν τη υγεία, χωρίς κανένας να έχει θεωρηθεί απόλυτα ικανοποιητικός.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ( Π.Ο.Υ.) το 1946, όρισε την υγεία ως τη «πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι απλά την απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας»(Θεοδώρου και συν.2001). Σε σχέση, με τις αναζητήσεις του παρελθόντος, ο ορισμός αυτός, παρουσιάζει πολλά πλεονεκτήματα, αλλά και πλεονεκτήματα. Απαγκιστρώνει την υγεία, από την έννοια της αρρώστιας, αλλά στην προσπάθεια να είναι γενικός για να συμπεριλάβει πολλές πτυχές του φαινομένου, γίνεται ουτοπικός.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1970, ο Cochrane και οι συνεργάτες του, έδωσαν το κίνητρο να διερευνηθεί και να οροθετηθεί ξανά, ο ορισμός της υγείας. Με τις μελέτες τους, απέδειξαν ότι σε 16 ευρωπαϊκές χώρες, οι δείκτες θνησιμότητας σχετίζονταν αρνητικά με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Παράλληλα, παρατήρησαν ότι σε χώρες με αναπτυγμένα υγειονομικά συστήματα υπήρχαν υψηλοί δείκτες θνησιμότητα (Υφαντόπουλος 2003).

Το 1977, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, (Π.Ο.Υ.) καθόρισε ως κοινωνικό στόχο «την επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας από όλους του πολίτες του κόσμου, μέχρι το 2000, ώστε να έχουν κοινωνική και οικονομικά παραγωγική ζωή» (Υφαντόπουλος 2003). Ένα χρόνο αργότερα, στη Διακήρυξη της Alma Ata, εισάγεται και προσαρμόζεται η Π.Φ.Υ., ως μέρος ενός εκτεταμένου εθνικού υγειονομικού συστήματος (Μωραΐτης 2002).

Η συνάντηση του Περιφερειακού Συμβουλίου του ΠΟΥ για την Ευρώπη, στην Fez του Μαρόκου, το 1980, υιοθέτησε την στρατηγική «Υγεία για όλους το 2000». Ενέκρινε 38 στόχους, περιγράφοντας την ελάχιστη πρόοδο που οι χώρες-μέλη θα πρέπει να κάνουν προς αυτήν την κατεύθυνση έως το 1984 (Health for all by the year, 2000).

Με την εμπειρία των δεκαετιών, που πέρασαν και με βάση τις νέες εξελίξεις, έγινε προσπάθεια, βελτίωσης των στόχων. Το 1998 τέθηκαν, 21 νέοι στόχοι, για τον 21<sup>ο</sup> αιώνα.



Η προαγωγή και η προστασία της υγείας καθ' όλη την διάρκεια της ζωής και η μείωση της συχνότητας ασθενειών, τραυματισμών και πόνου αποτελέσαν τους βασικούς σκοπούς για την πολιτική ΥΓΕΙΑ 21 (Πίνακας 3). Η υγεία, συσχετίζεται θετικά με το περιβάλλον (κοινωνικό, φυσικό, πολιτιστικό) ενώ επηρεάζεται από την βιολογική βάση του ατόμου (κληρονομικότητα) (Θεοδώρου και άλλοι 2001). Έτσι, η έννοια της υγείας, μπορεί να αποδοθεί, ως το άθροισμα ή το προϊόν όλων αυτών των παραμέτρων ή συστημάτων έχοντας πάντα κατά νου, τη δυσκολία αυτού του εγχειρήματος. Οι παράμετροι ταξινομούνται σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες, που επιδρούν και διαμορφώνουν τις βασικές διαστάσεις της υγείας. Οι ευρύτεροι περιβαντολογικοί (20-30%), οι κοινωνικο-οικονομικοί και υπηρεσίες υγείας (10-20%), οι βιολογικοί παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η κληρονομικότητα (20%), και (40-50%) από την ανθρώπινη συμπεριφορά. Η κατανόηση της δράσης αυτών των παραγόντων καθώς και του τρόπου αλληλεπίδρασης τους, διευκολύνουν την διαμόρφωση μιας σύγχρονης ολιστικής αντίληψης για την υγεία (Τούντας 2001).

### **3.1 Οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας**

Οι κύριοι προσδιοριστές της υγείας και οι βασικές επεξηγήσεις για τις ανισότητες στην υγεία, οδήγησαν σε τρεις κύριες θεωρητικές προσεγγίσεις που δίνουν απαντήσεις στην κοινωνική αιτιολογία της υγείας και της ασθένειας (Σχήμα 2). Σημαντικό στοιχείο στην μελέτη τους, είναι με ποιο τρόπο η παρουσία τους μπορεί να ελαχιστοποιηθεί ή και να εξαλειφθεί, ώστε να οδηγήσει στην αποφυγή ασθενειών. Η παρουσίαση των κοινωνικών παραγόντων της υγείας, που ακολουθεί παρακάτω είναι μετάφραση των : ΕΣΔΔ (τομέας οικονομικών), Ελληνικής Εταιρίας Γενικής Ιατρικής από την συνεργασία που προέκυψε από τους ΠΟΥ , Υγιείς Πόλεις Υγεία για Όλους το 2000 & Διεθνές Κέντρο για την Υγεία και την κοινωνία, (χ.χ.), Τα Αδιάσειστα Γεγονότα.

#### **3.1.1 Η κοινωνική κλιμάκωση**

Οι περισσότερες ασθένειες και αιτίες θανάτου είναι πιο διαδεδομένες στα κατώτερα στρώματα κοινωνικής ιεραρχίας. Τα άτομα που βρίσκονται χαμηλά στην κοινωνική κλίμακα, διατρέχουν τουλάχιστον δύο φορές μεγαλύτερο κίνδυνο σοβαρών ασθενειών και πρόωρου θανάτου, σε σχέση με αυτούς που βρίσκονται στην κορυφή. Ο βαθμός της άνισης κατανομής πλούτου, εισοδήματος και ευκαιριών, εμφανίζει δυνατή συσχέτιση με την υγεία των πληθυσμών σε πολλές κοινωνίες που συνήθως

επικεντρώνονται ανάμεσα στους ίδιους ανθρώπους και οι επιπτώσεις τους στην υγεία είναι αθροιστικές (Wilkinson1992; Marmot et al.; Honda 1993;Evans et al.1994; Daedalus1994; Amick et al.1995 , Κούτης Av. 2004).

### **3.1.2 Το άγχος**

Η συνεχόμενη ανησυχία, η ανασφάλεια, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η κοινωνική απομόνωση και η έλλειψη ελέγχου στη δουλειά και την οικογενειακή ζωή, έχουν αρνητικές επιδράσεις στην υγεία. Τέτοιοι ψυχολογικοί κίνδυνοι, συσσωρεύονται κατά τη διάρκεια της ζωής και ιδιαίτερα σε μεταβατικά στάδια αυτής και αυξάνουν τις πιθανότητες, ανεπαρκούς ψυχικής υγείας και πρόωρου θανάτου (Τούντας 2002). Σε πιεστικές καταστάσεις, η αντίδραση του άγχους, ενεργοποιεί μια σειρά από ορμόνες, που επηρεάζουν, το καρδιαγγειακό και ανοσοποιητικό σύστημα προκαλώντας κατάθλιψη, αυξημένη ευαισθησία στη μόλυνση, διαβήτη, υψηλή πίεση και επακόλουθους κινδύνους του καρδιακού και εγκεφαλικού επεισοδίου.

### **3.1.3 Τα πρώτα χρόνια**

Οι επιδράσεις των πρώτων χρόνων ζωής, διαρκούν μια ζωή. Παρά την σημαντική πρόοδο που έχει επιτευχθεί στο πεδίο της προαγωγής της υγείας, σε νεαρές ηλικίες σε πολλές χώρες, της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης, το επίπεδο υγείας των παιδιών είναι ανησυχητικό. Οι πιθανότητες, που έχει ένα παιδί να περάσει τα πρώτα 5 έτη ζωής, εμφανίζουν τεράστιες διαφορές, ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε.

Μια καλή αρχή στη ζωή, σημαίνει στήριξη των μητέρων και των μικρών παιδιών. Η φτώχεια των γονιών, προκαλεί μια αλυσίδα κοινωνικών κινδύνων. Αυτή αρχίζει στην παιδική ηλικία με τη μειωμένη ετοιμότητα και την αποδοχή για το σχολείο, συνεχίζει με την ανεπαρκή συμπεριφορά και προσοχή την ώρα του μαθήματος και οδηγεί σε έναν αυξημένο.

### **3.1.4 Ο κοινωνικός αποκλεισμός**

Ο κοινωνικός αποκλεισμός, δημιουργεί ανέχεια και κοστίζει ζωές. Οι διαδικασίες κοινωνικού αποκλεισμού και ο βαθμός σχετικής στέρησης σε μια κοινωνία έχουν σημαντικό αντίκτυπο, στην υγεία και τον πρόωρο θάνατο. Η βλάβη στην υγεία, προέρχεται, όχι μόνο, από την υλική στέρηση, αλλά και από τα κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα διαβίωσης υπό συνθήκες φτώχειας. Η φτώχεια, αποτελεί βασική αιτία κακής υγείας. Το ένα τρίτο (1/3) του πληθυσμού, στο ανατολικό τμήμα της ευρωπαϊκής

περιφέρειας, δηλ. 120 εκατ. ζουν σε συνθήκες ακραίας φτώχειας. Ειδικοί κίνδυνοι, συνδέουν την φτώχεια με την ανεργία, την έλλειψη εκπαίδευσης και τα αναποτελεσματικά σχήματα συντάξεων (Sanco of the European Commission, 2003).

### **3.1.5 Η εργασία**

Η εργασία, επηρεάζει την υγεία άμεσα ή έμμεσα (εισόδημα, ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και ωρίμανση). Τα στοιχεία δείχνουν, ότι το άγχος στην εργασία παίζει έναν σημαντικό ρόλο συμβάλλοντας σε μεγάλες διαφοροποιήσεις στην υγεία, την απουσία ασθενειών και πρόωρου θανάτου, που έχουν σχέση με την κοινωνική θέση. Η άσκηση μικρού ελέγχου στη δουλειά, είναι έντονα συνδεδεμένη με έναν αυξημένο κίνδυνο πόνου, χαμηλά στην πλάτη, με την απουσία ασθένειας και καρδιαγγειακών νοσημάτων. Οι δουλειές με υψηλές απαιτήσεις και χαμηλό έλεγχο, ενέχουν ειδικό κίνδυνο. Σήμερα εκτιμάται, ότι, ένα ποσοστό μεταξύ 40-50%, του παγκόσμιου πληθυσμού εκτίθεται σε επαγγελματικούς κινδύνους, φυσικού, χημικού, βιολογικού, ψυχοκοινωνικού ή εργονομικού χαρακτήρα (Τούντας 2002).

### **3.1.6 Η ανεργία**

Οι επιπτώσεις της ανεργίας, στην υγεία, συνδέονται τόσο με τις ψυχολογικές της συνέπειες, όσο και με οικονομικά προβλήματα, ιδίως τα χρέη. Οι επιδράσεις, ξεκινούν όταν οι άνθρωποι αρχίσουν να αισθάνονται, ότι οι δουλειές τους απειλούνται, ακόμη και πριν πραγματικά μείνουν άνεργοι. Αυτό δείχνει ότι η ανησυχία για την ανασφάλεια είναι επίσης, καταστρεπτικές για την υγεία. Έχει αποδειχθεί, ότι, η εργασιακή ανασφάλεια αυξάνει τις επιπτώσεις στην ψυχική υγεία, (κυρίως την ανησυχία και την κατάθλιψη), τα συμπτώματα κακής υγείας, τις καρδιακές ασθένειες. Όσο η ανεργία συνεχίζεται, ενεργεί σαν χρόνιο ερέθισμα άγχους, του οποίου, οι επιπτώσεις αυξάνουν ανάλογα με την έκταση της έκθεσης. Στις ΗΠΑ έχει υπολογιστεί ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% θα επιφέρει σε περίοδο 6 ετών 37.000 θανάτους

### **3.1.7 Η κοινωνική υποστήριξη**

Η κοινωνική υποστήριξη και οι καλές κοινωνικές σχέσεις, συμβάλλουν καθοριστικά, στην υγεία Η φιλία, οι καλές κοινωνικές σχέσεις και οι ισχυροί δεσμοί υποστήριξης, βελτιώνουν την υγεία στο σπίτι, την εργασία και την κοινότητα. Το να ανήκουν σε ένα κοινωνικό περιβάλλον επικοινωνίας και αμοιβαίων υποχρεώσεων, κάνει

τους ανθρώπους να αισθάνονται, ότι υπάρχει για αυτούς ενδιαφέρον, αγάπη, εκτίμηση και αναγνώριση. Αυτό δημιουργεί μια ισχυρή, προστατευτική ασπίδα στην υγεία.

### **3.1.8 Ο εθισμός**

Τα άτομα, που στρέφονται στο ποτό, τα ναρκωτικά και τον καπνό, υποφέρουν από τη χρήση τους αλλά και η χρήση τους επηρεάζεται από τον ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο. Η χρήση ουσιών, συνεπάγεται την αντίδραση στην κοινωνική αποσύνθεση και έναν σημαντικό παράγοντα επιδείνωσης των επακόλουθων ανισοτήτων στην υγεία.

Η εξάρτηση από ποτό, η απαγορευμένη χρήση ναρκωτικών ουσιών και το κάπνισμα τσιγάρων, συνδέονται με έντονα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα. Η αιτία που προκαλεί την κατάσταση αυτή λειτουργεί αμφίδρομα. Οι άνθρωποι στρέφονται στα παραισθησιογόνα για να μετριάσουν την δυσχέρεια των σκληρών οικονομικών και συνθηκών και η εξάρτηση από αυτά, προκαλεί στους χρήστες μια ψευδαίσθηση απόδρασης από την εχθρότητα και το άγχος, που στην πραγματικότητα μόνο χειροτερεύει τα προβλήματα τους.

### **3.1.9 Η διατροφή**

Η διατροφή είναι από τους πιο σημαντικούς εξωγενείς παράγοντες, που επηρεάζουν την υγεία. Οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες, έχουν αποτέλεσμα τις κοινωνικές αποκλίσεις, που αφορούν την ποιότητα διατροφής και συμβάλλουν στις ανισότητες στο χώρο στην υγεία. Η διατροφική ανεπάρκεια, συνυπάρχει με την διατροφική αφθονία. Σημαντικό ζήτημα, δημόσιας υγείας είναι η διάθεση, η ασφάλεια και το κόστος υγιεινών και θρεπτικών τροφών (Στρατηγικές των Agenda21 & Health 21). Βασική διαιτητική διαφορά ανάμεσα στις κοινωνικές τάξεις είναι η πηγή των θρεπτικών συστατικών . Οι φτωχοί, υποκαθιστούν τη φρέσκια τροφή, με φθηνότερα επεξεργασμένα τρόφιμα.

### **3.1.10 Μεταφορά**

Η χρήση δικύκλων, το βάδισμα και η χρήση μέσων συγκοινωνίας, προάγουν την υγεία με τέσσερις τρόπους. Εξασφαλίζουν τη φυσική άσκηση, μειώνουν τα θανατηφόρα ατυχήματα, αυξάνουν το κοινωνικό συμβόλαιο και μειώνουν την ατμοσφαιρική ρύπανση. Ως προς τις ψυχικές διαταραχές, έχει υπολογιστεί ότι ο σχετικός κίνδυνος για όσους γυμνάζονται είναι 0,9 σε σύγκριση με όσους, δεν γυμνάζονται ενώ, ταυτόχρονα η άσκηση περιορίζει τις ψυχικές διαταραχές κατά 7 %.

### 3.2 Υγεία και Μετανάστευση

Οι λόγοι που αποφασίζει κάποιος να μελετήσει, την υγεία των μεταναστών σε ένα ξεχωριστό κεφάλαιο και να βρει τις όποιες συσχετίσεις είναι πάρα πολλοί. Η μετανάστευση στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, οδήγησε σήμερα, ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού, σχεδόν 20 εκατομμύρια του πληθυσμού της Ευρώπης είναι μετανάστες και ζουν 10 ή και παραπάνω έτη, εκτός της χώρας καταγωγής τους.

Ο μετανάστης, έχει να αντιμετωπίσει πολλές προκλήσεις. Η απόφαση κάποιου να αφήσει την χώρα καταγωγής και να εγκατασταθεί σε μια νέα, με διαφορετική κουλτούρα και γλώσσα είναι τεράστια πρόκληση (Meadows, et al.2001). Σε αδημοσίευτη μελέτη, ο Geiger (1998) περιγράφει την κατάσταση υγείας των μεταναστών από διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες. Σύμφωνα με αυτή, την μελέτη, οι μετανάστες υποφέρουν από αντιδραστικές ψυχιατρικές νόσους και εργατικά ατυχήματα .

Οι μετανάστες, προέρχονται από χώρες με χαμηλή υγειονομική επιτήρηση. Συνήθως το «φαινόμενο του υγιούς εργάτη» (healthy immigrant) ισχύει στον έλεγχο, κατά την είσοδο στην χώρα υποδοχής (Markovic et al.2002; Dunn et al. 2000). Αυτό όμως, δεν συνεπάγεται ότι θα εξακολουθεί να υφίσταται διότι, πολλοί παράγοντες από το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου προσδιορίζουν και διαμορφώνουν την εικόνα της υγείας του. Οι μετανάστες και ειδικά εκείνοι που έχουν πρόσφατα μεταναστεύσει είναι λιγότερο πιθανό να έχουν χρόνια νοσήματα ή αναπηρίες, σε σχέση με τον γηγενή πληθυσμό. Με την πάροδο του χρόνου, η υγεία των μεταναστών συγκλίνει όλο και περισσότερο με αυτή της φιλοξενούμενης χώρας (Dunn et al. 2000).Ο Berry, αναφέρει ότι η πολιτισμική εξωτερική προσαρμογή του ατόμου (sociocultural adaptation) που αναφέρεται στην διαχείριση καθημερινών προβλημάτων με την οικογένεια, την εργασία και τις υπηρεσίες έχει θετική γραμμική συσχέτιση με τον χρόνο παραμονής (Παπαστυλιανού 1992, Berry 1997).

Οι Beiser and Hyman (1994) σε ανασκόπηση τους για τα στοιχεία που επιδρούν στην υγεία κατά την διαδικασία της μετανάστευσης εντόπισαν «απότομες αλλαγές στις διαιτητικές συνήθειες, καταστροφικό άγχος που οδηγεί στην κατάθλιψη, θυμό, αγχώδη και ψυχοσωματικά συμπτώματα, μετατραυματικό στρες, φτώχεια, σύγχυση ανάμεσα στη εθνική ομάδα καταγωγής και ανάμεσα στις γενεές , δυσκολίες επικοινωνίας, εκθέσεις στις τοπικές παθογένειες»

### 3.3 Υγεία , μετανάστευση και γυναίκα

Η μεταναστευτική διαδικασία, περικλείει πολλές αλλαγές στην ζωή αυτών που μεταναστεύουν. Το νέο ξεκίνημα περιλαμβάνει την προσαρμογή σε μια νέα γλώσσα και κουλτούρα, που συνοδεύεται από αλλαγές σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Η ετικέτα «μετανάστρια γυναίκα» δεν αναφέρεται απλά σε μια νόμιμη ή όχι κατάσταση, αλλά περικλείει μια περιπλοκή πραγματικότητα και εμπειρία. Είναι γνωστό από την βιβλιογραφία ότι οι ρόλοι που αναλαμβάνει μια γυναίκα και ο τρόπος που τους φέρνει ή όχι σε πέρας συσχετίζονται με την υγεία ,τόσο την δική της , όσο και με της οικογένειας της.

Μέσα στην κοινωνική δομή, η μετανάστρια, είναι εκείνη με το διαφορετικό χρώμα, που δεν γνωρίζει καλά την ντόπια διάλεκτο, και που κατέχει χαμηλή θέση εργασίας.«Η κοινωνική δομή, αλλά και η πολιτική, η οικονομική και η βιολογική καθορίζουν την υγεία των γυναικών, που αποτελείται από πτυχές συναισθηματικής, κοινωνικής, πολιτισμικής, πνευματικής, φυσικής υγείας» (Des Meules 2004).Αυτός ο ευρύς ορισμός, αναγνωρίζει την αξιοπιστία των εμπειριών ζωής και τα πιστεύω της γυναίκας για την ζωή και την υγεία της. Η κατηγορία «φύλο» παρέχει το πλαίσιο μέσα στο οποίο κάποιος εξετάζεται και μέσα από το οποίο βλέπει, τον εαυτό του και το ρόλο του. Ο Orprong περιέγραψε επτά ρόλους των γυναικών και την επίδραση που δέχονται αυτοί, οι ρόλοι, από την μετανάστευση (Wilson 1995).

Πολλές μελέτες, αναδεικνύουν ότι οι μετανάστριες, έχουν αυξημένο κίνδυνο για κακή υγεία, χρόνιες αρρώστιες και αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας. Παράγοντες που συντελούν είναι η σκληρή εργασία, οι πολλαπλές ευθύνες , οι λίγες ευκαιρίες για προαγωγή, ο κοινωνικός αποκλεισμός που υφίστανται λόγω φύλου, αλλά και εθνικότητας, η ανεργία, η μη γνώση της γλώσσας και κουλτούρας. Όλα αυτά, δημιουργούν τις συνθήκες για περιθωριοποίηση και αποξένωση δημιουργώντας επιπολιτιστικό άγχος. Αν και πολλές μελέτες έχουν ασχοληθεί με την μετανάστρια, τα στοιχεία για μετανάστριες μητέρες, ακόμα στη Σουηδία που η μετανάστευση αποτελεί θέμα του ενδιαφέροντος της, δεν υπάρχουν (Iglesias et al.2003). Οι γυναίκες, παίρνουν στην πλάτη τους την φροντίδα των παιδιών, του νοικοκυριού ανεξάρτητα αν έχουν πλήρες ωράριο εργασίας. Αισθάνονται, ότι έχουν την ευθύνη για τα πάντα και ότι όλοι εξαρτώνται από αυτές με αποτέλεσμα να αισθάνονται κακή υγεία. Χωρίς προσωπικό χρόνο για ξεκούραση και με την ευθύνη για όλα, αισθάνονται εξαντλημένες (Wilson 1995).

Η αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας, συσχετίζεται θετικά με γνώσεις για τη μητρότητα και άλλα υγειονομικά θέματα. Όταν πληροφορούνται για τα οφέλη της πρόληψης, κατανοούν την σπουδαιότητα της και τη βάζουν σε προτεραιότητα (El-Mohandes, et al. 2003). Εμπόδιο, στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, για μεγάλο τμήμα του πληθυσμού αποτελεί, η μη ασφαλιστική κάλυψη και νομιμότητα.

Η εκπαιδευτική βαθμίδα συσχετίζεται με την πρόσβαση στη αγορά εργασίας, την καλύτερη υγεία, την ικανότητα των γυναικών για αποφάσεις αναπαραγωγής και φροντίδας των παιδιών τους, ακόμα και όταν η κοινωνικοοικονομική τους θέση είναι χαμηλή.

Η αύξηση της ηλικίας των μεταναστριών έχει θετική συσχέτιση με την φτωχή υγεία και εξηγεί κατά μεγάλο ποσοστό, την υψηλή χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η υψηλή χρήση νοσοκομειακής φροντίδας, ίσως, οφείλεται στον εντοπισμό σοβαρών νοσημάτων με υψηλή θνησιμότητα σε νεαρές ηλικίες (Reijneveld 1998).

Μελέτες, δείχνουν ότι ο βαθμός προσαρμογής δεν αποτελεί δείκτη πρόγνωσης της χρήσης των υπηρεσιών υγείας (Ivanov et al., 2002). Η κοινωνική υποστήριξη και τα δίκτυα, ειδικά, τα εθνικά υποστηρικτικά δίκτυα βελτιώνουν τα φαινόμενα άγχους και ψυχολογικής πίεσης. Μελέτες, συσχετίζουν ότι η κοινωνική υποστήριξη εξαρτάται από το πώς βλέπουν, οι μετανάστες την κοινωνία ενσωμάτωσης ενώ, η περιορισμένη εκπαίδευση και το χαμηλό εισόδημα επιδρούν αρνητικά, δημιουργώντας απόσταση.

### **3.4 Υποκειμενική αντίληψη της υγείας**

Ένας από τους πιο συχνούς τρόπους στην επιδημιολογική έρευνα μέτρησης της υποκειμενικής αντίληψης της υγείας του ατόμου είναι η ερώτηση: «*Τους τελευταίους δώδεκα μήνες θα λέγατε ότι η υγεία σας ήταν γενικά?*». Υπάρχει, μια ευρεία συμφωνία ότι, αυτή η απλή ερώτηση, χρονικά προσδιορισμένη, με όποια μορφή και αν έχει δίνει μια χρήσιμη σύνοψη του, πως το άτομο αντιλαμβάνεται την συνολική του υγεία. Αυτό τεκμηριώθηκε από μια πληθώρα μελετών σε μια μεγάλο φάσμα νοσημάτων. Οι απαντήσεις, απέδειξαν ότι κατάφεραν να προγνώσουν το μελλοντικό υγειονομικό αποτέλεσμα.

Αρκετές θεωρίες έχουν προταθεί να ορίσουν την υποκειμενική αντίληψη της υγείας. Η Υποκειμενική αντίληψη της υγείας ( Y.A.Y.) αντανακλά, την ασθένεια που ακόμα δεν έχει ιατρικά διαπιστωθεί ή δεν συμπεριλήφθηκε στην ιατρική εξέταση (Eriksson et al. 2001). Άλλη θεωρία υποστηρίζει, ότι αντανακλά τον τρόπο ζωής ή τις

ψυχοκοινωνικές και κοινωνικοδημογραφικές συνθήκες που είναι γνωστό ότι επηρεάζουν αρνητικά την υγεία. Υποστηρίζεται, ότι η αντίληψη του ατόμου για την υγεία αν και διαφέρει από την πραγματική κατάσταση υγείας μπορεί να λειτουργήσει, ως μελλοντικός δείκτης νοσηρότητας και θνησιμότητας του (Κυριόπουλος και συν. 2003). Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εκτιμηθεί σε γενικές γραμμές, το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Το ποσοστό του πληθυσμού, που θεωρεί την κατάσταση της υγείας του καλή ή πολύ καλή διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα, με τα χαμηλότερα ποσοστά, να παρατηρούνται σε χώρες της ανατολικής και κεντρικής Ευρώπης (Τούντας 2001).

Παρά, το γεγονός της αναγνώρισης της υποκειμενικής αντίληψης της υγείας, ως χρήσιμης μεθόδου, υπάρχουν κάποιες διαφωνίες, ως προς την αξιοπιστία και την πραγματική σημασία της. Το νόημα που ο καθένας δίνει στην «υγεία» είναι πιθανό να αντιπροσωπεύει, ένα αρκετά διαφορετικό περιεχόμενο (Crossley et al.2002). Ευαίσθητα θέματα είναι προτιμότερο, να απαντώνται με αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια, προκειμένου ο ερωτώμενος να μην απαντά με βάση αυτό που ο ερευνητής θέλει να ακούσει (Crossley et al.2002). Συχνά, σε μελέτες αυτοαξιολόγησης γεννάται το ερώτημα, τι ακριβώς μετράτε από την διαδικασία και ποιους παράγοντες λαμβάνει το άτομο υπόψη του για να απαντήσει. Τα ηλικιωμένα άτομα είναι πιθανότερο, να είναι λιγότερο ακριβή στις απαντήσεις και έχουν μεγαλύτερη δυσκολία να αυτοαξιολογήσουν την υγεία τους, από τα πιο νεαρά. Διαφορές, επίσης, παρατηρούνται με βάση την εκπαιδευτική βαθμίδα, την φυσική κατάσταση, στην παρουσία νοσημάτων στο άτομο ή στο συγγενικό περιβάλλον, την θρησκεία, την κουλτούρα, τα πολιτισμικά στοιχεία που καθορίζουν το πλαίσιο της ασθένειας ή υγείας, και τον γενικότερο τρόπο ζωής (Κυριόπουλος και συν., 2003). Η Verbrugge (1985), κατάφερε να εξηγήσει περιληπτικά, τις διαφορές ανάμεσα στα φύλα και την υγεία σε πέντε κατηγορίες (Bingefors et al.,2004):

- Βιολογικές διαφορές : η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει φυλετικές διαφορές λόγω γενετικού υλικού, ψυχολογίας, ορμονών, γεγονότα αναπαραγωγής, και παθολογία προσδιορισμένη από το φύλο.
- Επίκτητες : διαφορές λόγω διαφορές στην εργασία, τον ελεύθερο χρόνο, τον τρόπο ζωής, τις συνήθειες, το ψυχολογικό στρες και το κοινωνικό περιβάλλον.



- Ψυχοκοινωνική άποψη των συμπτωμάτων και της φροντίδας : είναι οι διαφορετικές αντιλήψεις και αξιολόγηση των συμπτωμάτων, καθώς και η δράση που αναλαμβάνει για αυτά.
- Συμπεριφορές υγείας : οι γυναίκες αναφέρουν πιο πρόθυμα τα συμπτώματα, θυμούνται σε μεγαλύτερη έκταση και χρησιμοποιούν διαφορετική γλώσσα όταν περιγράφουν τα συμπτώματα από τους άνδρες.
- Προηγούμενη υγειονομική φροντίδα ως αιτία : εξηγεί ότι οι γυναίκες είναι πιο ενεργητικές στην φροντίδα, παίρνουν γρηγορότερη διάγνωση λόγω πιο συχνών επισκέψεων, έχουν διαφορετικές υγειονομικές αντιλήψεις, γνώσεις, συμπεριφορές λόγω της μεγάλης εμπειρίας με το ρόλο του ασθενή.

Ο Bailis et al.(2003) συνθέτουν μια παρουσίαση με τους τρόπους που συγκεκριμένες μορφές του υποστηρικτικού περιβάλλοντος ,των πρακτικών υγείας του ατόμου, και σκοπιμότητες υγείας είναι θεωρητικά συνδεδεμένα, τόσο με την κατάσταση υγείας, όσο και με την εικόνα της υγείας (Σχήμα 3).Η αυθόρμητη αξιολόγηση, (A.A.) χαρακτηρίζει την αυτοαξιολόγηση, ως την προσωρινή συνολική αποτίμηση της κατάστασης υγείας. Η βασική αρχή υιοθέτησης, της παραπάνω άποψης, είναι ότι, οι άνθρωποι, συχνά αυτοαξιολογούν την υγεία τους σε συμφωνία με την ιατρική, θεραπευτική άποψη και με το υγειονομικό αποτέλεσμα σε βάθος χρόνου.

Οι περισσότερες μελέτες, στην κοινωνιολογία της υγείας, υιοθετούν την αυθόρμητη αξιολόγηση, ως πρότυπο για τη συσχέτιση της αυτοαξιολόγησης με την φυσική, ψυχική, κοινωνική, και λειτουργική διάσταση της υγείας. Σύμφωνα με το παραπάνω αλλαγές, σε οποιαδήποτε από τις διαστάσεις υγείας, θα πρέπει να αντανakλάτε σε κάποιο βαθμό στην αυτοαξιολόγηση. Το σημείο κλειδί της A.A. είναι ότι αλλαγές στην αυτοαξιολόγηση της υγείας, αντανakλούν αλλαγές στις προσωπικές πρακτικές, ή το υποστηρικτικό περιβάλλον( Bailis et al, 2003).Η διαρκή εικόνα που έχουμε για τον εαυτό μας, (ΔΕΕ) χαρακτηρίζει την αυτό-αξιολόγηση της υγείας, ως ένδειξη, για τα καθιερωμένα πιστεύω του ατόμου για τη κατάσταση της υγεία του. Σύμφωνα με αυτό η αυτοαξιολόγηση πρέπει να αντανakλά αλλαγές σε εντοπισμένη συμπεριφορά υγείας σε μεγαλύτερη έκταση και από άλλους δείκτες σε μικρότερη έκταση (Bailis et al, 2003).

### 3.5 Στρατηγικές επιπολιτισμού και υγεία

Το Social Science Research Council (1954) ορίζει τον επιπολιτισμό «ως πολιτισμική αλλαγή που εμφανίζεται με τη συνάντηση δύο ή περισσότερων αυτόνομων πολιτισμικά συστημάτων. Η δυναμική του μπορεί να εκληφθεί, ως η επιλεκτική προσαρμογή σε ένα σύστημα αξιών, ως πορείες προσαρμογής και διαφοροποίησης, ως δημιουργία εξελικτικών ακολουθιών και ως καθοριστική των ρόλων και των παραγόντων της προσωπικότητας» (Παπαστυλιανού 2000, Berry 1997).

Η μελέτη του επιπολιτισμού, ξεκίνησε από την ανθρωπολογία. Σήμερα, πολλές επιστήμες όπως, η κοινωνιολογία, η επιδημιολογία, και η ψυχολογία ασχολούνται από διαφορετικές κατευθύνσεις και εφαρμογές με το πώς ο επιπολιτισμός επηρεάζει την υγεία (Salant et al.2003). Συνολικά, το άτομο διέρχεται ορισμένα κρίσιμα στάδια κατά την ψυχοκοινωνική προσαρμογή του, που απειλούν ως ένα βαθμό την ψυχική του υγεία. Όσο, πιο μεγάλες είναι οι διαφορές (θρησκευτικές, γλωσσικές κτλ.) μεταξύ των δύο πολιτισμών που έρχονται σε επαφή (μέσω του ατόμου), τόσο πιο μεγάλη είναι η σύγκρουση που βιώνει. Κοινά αποδεκτό σήμερα είναι, ότι ,η συστηματική επαφή με έναν άλλο πολιτισμό προκαλεί στρες,(Davis,1954) ενώ οι ενδοψυχικές συγκρούσεις από την επαφή, προκαλούν αυτό που ονομάστηκε πολιτιστικός κλονισμός(culture shock) (Παπαστυλιανού 2000).

Μετά την άφιξη του μετανάστη, οι Tyhurst (1951) και Richardson (1967) διέκριναν, ένα σύντομο ψυχολογικό στάδιο κατά το οποίο, κυριαρχεί εφορία (περίπου 2 μήνες), που προοδευτικά υποχωρεί, όσο οι δυσκολίες επικοινωνίας με τους γηγενείς αυξάνουν. Τότε αρχίζει μια τάση για αναπόληση του παρελθόντος όποτε εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα (περίπου 6 μήνες μετά την άφιξη) όπως παρανοειδείς τάσεις, καχυποψία, άγχος, κατάθλιψη, αίσθημα αδυναμίας, πόνοι στις αρθρώσεις, αϋπνία, ναυτία, ανορεξία. Μετά την δεκαετία του '70, αρχίζει να εξετάζεται πιο προσεκτικά, η κατάσταση της ψυχικής υγείας του μετανάστη. Κατά τον Morrison (1973), οφείλουν να προστεθούν επιπλέον στοιχεία για την προ μετανάστευση κατάσταση σε σχέση με την προσωπικότητα του μετανάστη, τις εμπειρίες της ζωής, το πολιτιστικό υπόβαθρο, τα αίτια εγκατάλειψης της χώρας του και τα αίτια εγκατάστασης στο συγκεκριμένο προορισμό. Κατά την μετακίνηση να εξετάζεται το στρες και έπειτα από αυτήν, να εξετάζονται οι στάσεις του καινούργιου περιβάλλοντος προς τον μετανάστη (κρατική πολιτική υποδοχής, οικονομικές

πηγές, πιέσεις), η ομοιογένεια του άμεσου περιβάλλοντος, η πραγματοποίηση των στόχων και προσδοκιών και η προσωπικότητα του μετανάστη (Παπαστυλιανού 2000). Με βάση όλα τα παραπάνω, τα άτομα αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες με μεγαλύτερη ή όχι επιτυχία. Ο Berry, αναπτύσσει ένα πλήρες θεωρητικό σύστημα για την ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ατόμου. Διακρίνει δύο επίπεδα, το ατομικό όπου εξετάζει τις ψυχολογικές αλλαγές που υφίσταται το άτομο κατά την διάρκεια του επιπολιτισμού και το ομαδικό όπου, εξετάζονται τα πολιτισμικά στοιχεία της ομάδας του ατόμου και η διάθεση για εμπλοκή σε άλλες ομάδες (Σχήμα 4). Από τα παραπάνω προκύπτουν οι τακτικές προσαρμογής και οι οποίες προβλέπουν ορισμένες συμπεριφορές από πλευράς του ατόμου όπως το βαθμό του στρες . Οι τακτικές είναι:

α)Εναρμόνιση : το άτομο καταφέρνει να συνδυάσει τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά της χώρας του με την χώρα υποδοχής, σε διάσταση ισορροπίας και ανάπτυξης. Θεωρείται, η θετικότερη τακτική επιπολιτισμού με χαμηλό επίπεδο στρες.

β)Αφομοίωση : το άτομο, αποδέχεται πλήρως τον πολιτισμό της χώρας υποδοχής, εγκαταλείποντας την χώρα προέλευσης.

γ) Διαχωρισμός : το άτομο, επιλέγει την απόσυρση από την ευρύτερη κοινότητα προκειμένου να διατηρήσει τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά της χώρας καταγωγής του.

δ) Περιθωριοποίηση : το άτομο, απομακρύνεται τόσο από την πολιτισμική ταυτότητα της χώρας υποδοχής, όσο και από την χώρα καταγωγής (Παπαστυλιανού 2000).

Αποτέλεσμα της παραπάνω διαδικασίας του επιπολιτισμού, ως αντίδραση στα γεγονότα της ζωής, εμφανίζονται συνήθως συμπτώματα στρες τα οποία ο Berry ονομάζει, επιπολιτιστικό στρες. Αυτό παρουσιάζεται με τρεις μορφές :

α) έκφραση ματαιώσης, όπου το άτομο, δε γίνεται αποδεκτό από την κυρίαρχη πολιτισμική ομάδα με αποτέλεσμα το άτομο να γίνεται αρχικά επιθετικό και ακολούθως καταθλιπτικό.

β) απώλεια ταυτότητας,

γ) ψυχοσωματικά συμπτώματα, όταν το άτομο δεν καταφέρνει να τα αντιμετωπίσει τις δυσκολίες παρουσιάζεται ψυχοπαθολογία ή ψυχική ασθένεια.

Το διμεταβλητό μοντέλο, παρουσιάζεται στο παράρτημα (Γενικού Μέρους-σχ.4). Αυτό στην πορεία εξελίχθηκε και πήρε διαφορετικές μορφές με μια, δύο, ή τέσσερις ερωτήσεις (Van de Vijver,et al. 2004). Το μοντέλο των τεσσάρων ερωτήσεων, απαιτεί

συμφωνία με τέσσερις προτάσεις που η καθεμία αντιπροσωπεύει μια στρατηγική παραπάνω. Οι τρεις στρατηγικές και η κατάσταση περιθωριοποίησης δεν συναντώνται κατ' ανάγκη διαζευκτικά(ή-ή), καθ' όσον το άτομο μπορεί να υιοθετεί διαφορετική στρατηγική για διαφορετική πτυχή της καθημερινής ζωής του.(προσωπική επικοινωνία με Berry J.W. & Παπαστυλιανού Α.)

## Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> Συστήματα Υγείας

### 4 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Αντικειμενικός σκοπός της μεταρρύθμισης του 1983 ήταν η αύξηση της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Αυτό θα επιτυγχάνονταν με την καθιέρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) θα εξασφάλιζε καθολική κάλυψη και πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Η εγκαθίδρυση αστικών και αγροτικών κέντρων υγείας, θα αποτελούσαν το βασικό οικοδόμημα πάνω στο οποίο θα χτίζονταν, η Π.Φ.Υ. Μέχρι την ίδρυση του ΕΣΥ (1983) , το σύστημα κυριαρχείτο από το μοντέλο Bismarck (κοινωνικής ασφάλισης). Με την εφαρμογή το Ν.1397, ιδιαίτερα, ο νοσοκομειακός τομέας κυριαρχείται από το μοντέλο Beveridge (χρηματοδότηση από κράτος- γενική φορολογία). Παράλληλα ,πρέπει να ληφθεί υπόψη, ο μεγάλος τομέας ιδιωτικής χρηματοδότησης, αλλά, και παροχής υπηρεσιών.

Σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση του ΟΟΣΑ , το Ελληνικό Σύστημα Υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί, κυρίως ολοκληρωμένο δημόσιο μοντέλο, όσον αφορά τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., τα Κέντρα Υγείας και τις υπηρεσίες του ΙΚΑ. Δημόσιο μοντέλο με συμβάσεις, όσον αφορά τα ασφαλιστικά ταμεία. Μοντέλο εθελοντικών συμπληρωματικών αμοιβών από τους ασθενείς, για τον πληθυσμό με ιδιωτική ασφάλιση και μοντέλο καταβολής ιδιωτικών πληρωμών(Πολύζος Ν., 2000 ).

Σήμερα, το 9% Α.Ε.Π.(συμπεριλαμβανομένης και της παραοικονομίας) αφιερώνεται σε δαπάνες υγείας, η αναλογία των οποίων είναι περίπου 60% δημόσιες και 40% ιδιωτικές. Με την ιδιωτική δαπάνη να αυξάνεται διαχρονικά και συνάμα να είναι η υψηλότερη μεταξύ των κρατών μελών της Ε.Ε.

Το Ε.Σ.Υ., με την σημερινή του μορφή οδηγεί σε ένα γραφειοκρατικό, άκαμπτο σύστημα με αυξημένη δυσλειτουργία, αναπτύσσει μορφές μαύρης αγοράς, φακελάκια, αυξάνοντας τις λίστες αναμονής, τις ουρές στα εξωτερικά ιατρεία, και τη δυσαρέσκεια του κοινού. Σε έρευνες στην Ελλάδα, η παραοικονομία ξεπερνά τα 50 δισ.εκ./δρχ. Αντιμετωπίζει προβλήματα αποδοτικότητας, ανεπάρκειας, και ανισότητας στην παροχή και διανομή των Υπηρεσιών Υγείας. Την τελευταία δεκαετία, μεγάλα ελλείμματα στα δημόσια νοσοκομεία ήταν αναπόφευκτα, λόγω διαφορών πραγματικού και κλειστού νοσηλίου, την εκτέλεση ιατρικών πράξεων, υγειονομικού υλικού, φαρμάκων χωρίς διπλογραφικό σύστημα και κοστολόγηση, την ετεροχρονισμένη είσπραξη των νοσηλίων και την δημογραφική γήρανση (Πολύζος 2002). Ο υψηλός πληθωρισμός, στον υγειονομικό

τομέα είναι πληθωρισμός κόστους, ο οποίος προέρχεται από την χωρίς κανόνες λειτουργία της προσφοράς (Κυριόπουλος και συν.2002). Απαιτούνται ρυθμιστικές παρεμβάσεις που να διασφαλίζουν ίσους όρους ανταγωνισμού και ταυτόχρονα έλεγχο της ποιότητας και στον ιδιωτικό τομέα. Η σημερινή κατάσταση, οδηγεί όλο και περισσότερους πόρους των ασφαλιστικών οργανισμών και του κρατικού προϋπολογισμού στον ιδιωτικό τομέα (Κυριόπουλος και συν.2000).

Είναι γεγονός, ότι με την διοικητική αποκέντρωση και αποδέσμευση των πόρων σε τοπικό επίπεδο, με την εφαρμογή κλειστών προϋπολογισμών, καθώς επίσης και με την ταυτόχρονη οργανωτική αναβάθμιση και ενοποίηση της Π.Φ.Υ., θα ανατραπούν οι σοβαρές χρηματοδοτικές διαστρεβλώσεις και οργανωτικές ανισορροπίες (Κυριόπουλος και συν.2000).

Συνοπτικά, η περίπτωση της Ελλάδας είναι ιδιαίτερη. Τα τελευταία χρόνια, βρίσκεται σε μια συνεχή διαδικασία δομικών και οργανωτικών αλλαγών. Όλα τα συστήματα υγείας, έχουν λίγο ή πολύ προβλήματα να αντιμετωπίσουν. Το ελληνικό σύστημα υγείας δεν είχε καν ταυτότητα, είναι εθνικό αλλά και ιδιωτικών πληρωμών. Έχει στοιχεία Beveridge, Bismarck αλλά με τον ιδιωτικό τομέα να είναι ο υψηλότερος στην Ε.Ε. Οι νόμοι, οι Υπουργοί Υγείας και Πρόνοιας, διαδέχονται ο ένας τον άλλο χωρίς ουσιαστικά να εφαρμόζονται. Ο Ν.1397 /1983, αποτέλεσε ίσως το σημαντικότερο θεσμικό κείμενο της μεταπολεμικής Ελλάδας, στον τομέα της Υγείας. Όμως, η μόνη υπόσχεση για αποκέντρωση που βρίσκεται το 2004, σε στάδιο εφαρμογής από τον παραπάνω νόμο είναι η δημιουργία των 17 ΠΕΣΥΠ, η οποία και αποτελεί πρόκληση, για τη διοικητική και ουσιαστική μεταρρύθμιση του συστήματος (Υφαντόπουλος, 2003). Το 1983 διακηρύχθηκε ότι « η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό», σήμερα 40% των δαπανών της υγείας είναι ιδιωτικές. Το 1983 διακηρύχθηκε ότι θα δοθεί έμφαση στην Π.Φ.Υ. και στον γενικό γιατρό. Το 1983 το νομοσχέδιο επιβεβαίωνε την αποδοτικότητα του συστήματος, το 2004 τα νοσοκομεία έχουν μεγάλα ελλείμματα λόγω κακής διαχείρισης του κόστους, η παραοικονομία σε έρευνες φθάνει τα 50 δισεκατομμύρια δρχ. και η ικανοποίηση των χρηστών από το σύστημα είναι από τα χαμηλότερα στην Ε.Ε. Οι απαιτήσεις για ποιότητα στις υπηρεσίες συνεχώς θα αυξάνουν. Η διασφάλιση της ποιότητας, της ισότητας και της αποδοτικότητας, σίγουρα θα απαιτήσει την μετατόπιση του κέντρου βάρους στην Π.Φ.Υ. και τον οικογενειακό γιατρό.

## **4.1 Το σύστημα υγείας της Αλβανίας**

### **4.1.1 Κοινωνικοοικονομικοί δείκτες**

Η Αλβανία σταδιακά εξέρχεται από μια κρίσιμη οικονομική κατάσταση, η οποία είχε επιβαρύνει εξαιρετικά, τους κοινωνικοοικονομικούς δείκτες της χώρας. Οι μολυσματικές ασθένειες, αποτελούν μόνιμη απειλή και είναι αποτέλεσμα του χαμηλού βιοτικού επιπέδου, μεγάλο ποσοστό των κατοίκων ζει κάτω από τα όρια της φτώχειας και της εσωτερικής μετακίνησης (Κοκο 2002).

Η φτώχεια, εκφράζεται πολλαπλά και αποτελεί παράγοντα που βλάπτει σοβαρά την υγεία. Παρουσιάζει ιδιαίτερη γεωγραφική κατανομή, πλήττοντας τις βόρειες, ορεινές και αγροτικές περιοχές. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, αποτελούν Περιφέρειες που λαμβάνουν κοινωνικό βοήθημα, σε ποσοστό που ξεπερνά το 20% και σε κάποιες περιπτώσεις το 45% του συνολικού πληθυσμού (UNICEF 2000).

Επιβαρυντική είναι η ανάστροφη σχέση κατανομής ιατρικού προσωπικού και φτώχειας των Περιφερειών (UNICEF 2000). Οι νομοί της Βορειοανατολικής Αλβανίας, παρουσιάζουν τον μεγαλύτερο επίπεδο κοινωνικού αποκλεισμού, φτώχειας και τα χαμηλότερα επίπεδα σε παροχή υγειονομικών υπηρεσιών (UNICEF 2000). Διοικητικά, η Αλβανία διαιρείται σε 12 Διοικητικές Περιφέρειες και 37 νομούς. Κάθε Περιφέρεια, αποτελείται από 3 νομούς (INTSAT 2000). Η κατανομή του ιατρικού δυναμικού κυμαίνεται από 0,1 μέχρι το 3,9 ανά 1.000 κατοίκους. Οι Περιφέρειες στην βορειοανατολική Αλβανία και ιδιαίτερα οι αγροτικές και ορεινές περιοχές (0,9 ιατροί /1.0000 κατοίκους) εμφανίζουν σημαντικά χαμηλότερες αναλογίες, σε σχέση με τις νότιες, παραθαλάσσιες και αστικές Περιφέρειες (1 έως 1,2 ιατροί/1.000 κατοίκους) (Θεοδωράκης Π., και συν. 2000, UNICEF 2000).

### **4.1.2 Οι δημογραφικές εξελίξεις**

Ο δείκτης γεννήσεων στην Αλβανία, παρόλα τα προβλήματα, εξακολουθεί να είναι από τους υψηλότερους σε ολόκληρη την Ευρώπη μετατοπίζοντας μεγάλο μέρος της φροντίδας υγείας και υπηρεσιών προς τον νεανικό πληθυσμό. (Δόγλερας και συν. 2002).

Το προσδόκιμο επιβίωσης βρίσκεται στην τελευταία θέση την Αλβανία και την Ρουμανία (Cjonca et al. 2000, Δόγλερας και συν. 2002). Η μεγάλη βρεφική θνησιμότητα στην Αλβανία επηρεάζει σημαντικά το προσδόκιμο επιβίωσης. Ο αδρός δείκτης θνησιμότητας ήταν 6,2 θάνατοι ανά 1000 κατοίκους. Η παιδική θνησιμότητα ήταν 32

θάνατοι για 1000 γεννήσεις. Η θνησιμότητα για παιδιά κάτω των 5 ετών, το 1999, ήταν 100 θάνατοι ανά 1.000 γεννήσεις ζωντανών βρεφών, κατατάσσοντας τη χώρα στις πρώτες θέσεις (Δόγλερας και συν.,2002). Η μητρική θνησιμότητα στην Αλβανία, παραμένει υψηλότερη από την Βουλγαρία και την πρώην Γιουγκοσλαβία, αλλά χαμηλότερη από την Ρουμανία και την Τουρκία. Η φτωχή περιγεννητική φροντίδα, ίσως οφείλεται και στο υψηλό ποσοστό εκτρώσεων.

Οι εκτρώσεις, πριν το 1992, ήταν παράνομες. Οι εκτρώσεις παραμένουν μια από τις μεθόδους του οικογενειακού προγραμματισμού στα Βαλκάνια. Στην Αλβανία υπολογίζεται 2,2 γεννήσεις ανά έκτρωση. Στην Γιουγκοσλαβία, το 1993, το συνολικό ποσοστό ήταν 84,8 εκτρώσεις στις 100 ζώντες γεννήσεις. Στην Ρουμανία, το 1991 ήταν 3.1 εκτρώσεις ανά γέννηση και στην Βουλγαρία ήταν το 1993, 1,6 για κάθε γέννηση. Στην Αλβανία από το 1992-1997 αυξήθηκαν δραματικά με ποσοστό πάνω από 40 εκτρώσεις ανά 100 ζώντες γεννήσεις (UNICEF 2000, INTSAT 2000). Τα τελευταία χρόνια οι εκτρώσεις μειώθηκαν και αυτό οφείλεται σε δύο λόγους: (i) οι υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού έγιναν προσβάσιμες για περισσότερες γυναίκες και/ή (ii) αυξήθηκαν οι ιδιωτικές κλινικές όπου, δεν καταγράφονται οι εκτρώσεις. Παρόλο το χαμηλό δείκτη, τα τελευταία χρόνια οι υπηρεσίες υγείας δεν παρέχουν σε όλες τις γυναίκες οικογενειακό προγραμματισμό, συμπεριλαμβανομένου και των προληπτικών μέτρων αντισύλληψης. Δικαιολογημένα, η Παγκόσμια Έκθεση για την υγεία του 2000, του Π.Ο.Υ., κατατάσσει την Αλβανία στην τελευταία θέση της παγκόσμιας κατάταξης (World Health Report 2000, Δόγλερας και συν. 2002).

#### **4.1.3 Οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών**

Η παροχή υπηρεσιών υγείας στην Αλβανία διακρίνεται σε τρία επίπεδα (α΄βάθμια, β΄βάθμια, γ΄βάθμια). Το σύνολο των δομών, της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ανέρχεται σε 2.200. Λειτουργούν 637 κέντρα υγείας και διακρίνονται σε αστικά και αγροτικά. Αυτά, στελεχώνονται από 1-3 ιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό. Τα αγροτικά κέντρα υγείας είναι συνδεδεμένα με 1.563 υγειονομικούς σταθμούς που αποτελούν τις πιο αποκεντρωμένες μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και είναι στελεχωμένα, είτε με νοσηλευτικό, είτε με μαιευτικό προσωπικό (Θεοδωράκης Π. και συν. 2001).

Η δευτεροβάθμια φροντίδα, παρέχεται από 51 νοσοκομεία με 1063 κλίνες νοσηλείας. Όλα τα νοσοκομεία είναι κρατικά και διακρίνονται σε Νομαρχιακά,



Περιφερειακά και Νοσοκομειακά. Οι βασικές ιατρικές ειδικότητες είναι η παθολογία, η παιδιατρική, η μαιευτική και η χειρουργική. Η αναλογία των νοσοκομειακών κλινών ανά 1000 κατοίκους ήταν 3,2% κλίνες /1000 κατοίκους, το 1999. Σε σύγκριση με τις υπόλοιπες Βαλκανικές χώρες, η Αλβανία παρουσιάζει την χαμηλότερη αναλογία, με την Ελλάδα να φθάνει το 6,4% (Θεοδωράκης και συν.2001).

Η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, είναι πολύ περιορισμένη. Παρέχεται από τέσσερα νοσοκομεία που εδρεύουν στην πρωτεύουσα. Ασθενείς που χρήζουν οποιαδήποτε εξειδικευμένη φροντίδα π.χ. αιμοκάθαρση, χρόνια νοσήματα οφείλουν να μετακινούνται στο κέντρο (Θεοδωράκης και συν.2001).

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας, άρχισε να λειτουργεί το 1993, με τις οδοντιατρικές υπηρεσίες, επεκτάθηκε στους γενικούς γιατρούς και ακολούθησαν οι φαρμακευτικές υπηρεσίες. Το 1998, η κατανομή των ειδικοτήτων στο ιδιωτικό τομέα ήταν 414 γιατροί, 1206 οδοντίατροι και 1335 φαρμακοποιοί (Κοκο, 2002).

#### **4.1.4 Υγειονομικό προσωπικό**

Το σύνολο του εργατικού δυναμικού, το 1999 που ασχολείται στον ευρύτερο υγειονομικό τομέα, ανέρχονταν σε 28.624. Το σύνολο των ιατρών στην Αλβανία κατά το 2000 ήταν 4.494. Οι οικογενειακοί ιατροί αποτελούν το 40% των ειδικευμένων ιατρών. Στην πραγματικότητα τον τίτλο του οικογενειακού ιατρού πήραν όλοι όσοι δεν είχαν ειδικότητα (Rumbullaku et al. 2001).

Η αναλογία σε ιατρούς είναι 1,3 ανά 1.000 κατοίκους, αναλογία που καταλαμβάνει την τελευταία θέση των υπόλοιπων Βαλκανικών χωρών. Το σύνολο των νοσηλευτών και μαιών κατά το έτος 1999, ήταν 13.130 με αναλογία 3,9/1.000 κατοίκους. Αναλογία χαμηλή συγκριτικά με τις άλλες Βαλκανικές χώρες, μεγαλύτερη όμως από αυτής της Ελλάδας (Θεοδωράκης και συν 1999, INTSAT 2000).

## **4.2 Πολιτική υγείας της Ελλάδας για τους μετανάστες**

Με το άνοιγμα των συνόρων, την τελευταία δεκαετία, η κατάσταση υγείας άλλαξε δραματικά για την χώρα. Μια νέα υγειονομική πρόκληση, αναδύεται. Είναι αποδεδειγμένο ότι με τις ισχύουσες και μελλοντικές αλλαγές, ο υγειονομικός τομέας της Ελλάδας θα είναι στενά συνδεδεμένος με αυτούς των γειτονικών Βαλκανικών χωρών. Η υγεία και αντίστοιχα, οι κίνδυνοι που την απειλούν δεν γνωρίζουν σύνορα, πολύ δε περισσότερο

σήμερα, που η παγκοσμιοποίηση του εμπορίου, των επικοινωνιών, της τεχνολογίας, και της μετακίνησης του πληθυσμού, έχουν αυξήσει την αλληλεξάρτηση των χωρών και των πληθυσμών. Στην περίπτωση, των γειτονικών χωρών που η μετακίνηση από τη μία χώρα στην άλλη γίνεται με ευκολία και πολλές φορές χωρίς την άδεια των εθνικών αρχών αυξάνονται οι κίνδυνοι, πράγμα που αποτελεί την μεγαλύτερη πρόκληση για την περιοχή (Λαναράς 2002).

Οι ανάγκες υγείας των μεταναστών απαιτούν ειδικές υπηρεσίες και προσεγγίσεις. Ο μεγάλος αριθμός των παράνομων μεταναστών αποκλείει τον ακριβή υπολογισμό τους και επομένως, το σχεδιασμό υπηρεσιών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες υγείας και κοινωνικής προστασίας, αυτής της ευπαθούς ομάδας. Η Ελλάδα, ήδη βιώνει τρομακτική αύξηση στις απαιτήσεις υγείας αυτού του πληθυσμού. Η προτεραιότητα έγκειται στην καθιέρωση αξιοπιστίας, προσβασιμότητας και προσαρμοσμένης υγειονομικής πληροφορίας που να ανταποκρίνεται στην κατάσταση υγείας των μεταναστών. Επιπλέον, η Δημόσια Υγειονομική, επιτήρηση εξαρτάται από την πρόληψη και τον έλεγχο των μεταδιδόμενων νοσημάτων (Petsetaki et al.1999).

Η Ελλάδα, αναγνωρίζει ότι η υγεία και η κοινωνική προστασία των μεταναστών είναι εθνική προτεραιότητα για την περιοχή των Βαλκανίων και ότι το κλειδί αντιμετώπισης των μελλοντικών προκλήσεων για την υγεία, είναι η συνεργασία των γειτονικών χωρών. Μάλιστα, η μακροπρόθεσμη συνεργασία είναι επένδυση για το μέλλον (Petsetaki et al.1999). Η συζήτηση για θέματα υγείας που συνδέονται με την μετανάστευση και τις επιπλοκές που μπορούν να προκαλέσουν σε πολιτικές επιλογές για την υγεία στις Βαλκανικές χώρες αναδύουν μια σειρά από προβλήματα όπως:

- Έλλειψη στοιχείων για την κατάσταση της υγείας των μεταναστών προ μετανάστευσης.
- Έλλειψη στοιχείων για την κατάσταση της υγείας των μεταναστών στην Ελλάδα.
- Έλλειψη δεδομένων για τα αποτελέσματα της μετανάστευσης στην υγεία των μεταναστών.
- Έλλειψη υπηρεσιών υγείας που να ειδικεύονται στην καταγραφή και αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των μεταναστών (Mestheneos, a1999).

Η έλλειψη στοιχείων, για την κατάσταση της υγείας των μεταναστών, προ μετανάστευσης δυσκολεύει την εξαγωγή συμπερασμάτων και την σύγκριση με τον γενικό

πληθυσμό. Παγκοσμίως, μελέτες αναδεικνύουν, ότι τα άτομα που αποφασίσουν να μεταναστεύσουν έχουν μεγαλύτερα αποθέματα ψυχικής και σωματικής υγείας. Αμφισβητήσιμο, είναι ότι η κατάσταση της υγείας τους προ μετανάστευσης ήταν σε καλύτερο επίπεδο από τον γενικό πληθυσμό της χώρας καταγωγής τους.

Η έλλειψη στοιχείων, για την κατάσταση της υγείας των μεταναστών στην Ελλάδα, αντιπροσωπεύει ότι αρκετά μεγάλο μέρος τους, ήταν παράνομοι μέχρι τώρα. Η παράνομη διαμονή έχει δυσμενή αποτελέσματα για την υγεία. Το είδος της εργασίας, η στέρηση ασφάλισης, το άγχος που προέρχεται από την ανασφάλεια για εργασία και διαβίωση και οι ψυχολογικές επιπτώσεις από την απομόνωση και τον φόβο συνθέτουν μια όχι και τόσο ευοίωνη κατάσταση υγείας. Οι τελευταίες διαδικασίες νομιμοποίησης, έδωσαν την δυνατότητα να δημιουργηθεί ένα στοιχειώδες προφίλ για τον νόμιμο πληθυσμό, με την δυνατότητα να ενταχθεί στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Η έλλειψη δεδομένων, για τα αποτελέσματα της μετανάστευσης στην υγεία των μεταναστών, οφείλεται στο ότι λίγες είναι οι υπηρεσίες που συγκεντρώνουν έως σήμερα στοιχεία, για μετανάστες και πρόσφυγες, παρόλο που αρκετές από αυτές παρέχουν άμεση βοήθεια σε αυτές τις ομάδες.

Η έλλειψη υπηρεσιών υγείας, που να ειδικεύονται στην καταγραφή και αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των μεταναστών είναι τεράστιας πολιτικής σημασίας. Η πλειοψηφία των μεταναστών, ειδικά αυτών που είναι παράνομοι κάνουν χρήση ιδιωτικών ιατρείων. Τα μόνα στοιχεία που υπάρχουν είναι από δύο μη κυβερνητικές οργανώσεις των Γιατρών του Κόσμου και των Γιατρών Χωρίς Σύνορα μετά από ένα χρόνο λειτουργίας των πολυιατρείων σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη (Mestheneos, a 1999).

Τα ευρήματα έρευνας για την ανίχνευση προβλημάτων που αντιμετωπίζουν στελέχη του δημόσιου τομέα στην εξυπηρέτηση των μεταναστών, εντοπίζουν ως κυρίαρχο στοιχείο, τον σχεδιασμό πολιτικών και την παροχή των υπηρεσιών προς την ομάδα. Προτεραιότητα, θα πρέπει να είναι η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στους τομείς πληροφόρησης, αγοράς εργασίας, πολιτισμού, εκπαίδευσης, υγείας, και των νομιμοποιητικών διαδικασιών με στόχο την αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των Δημοσίων Υπηρεσιών. Η απλούστευση των διαδικασιών, ο καλύτερος συντονισμός των υπηρεσιών, η καταπολέμηση της γραφειοκρατίας και η επίλυση κομβικών προβλημάτων στην εξυπηρέτηση των

μεταναστών (γλώσσα, κουλτούρα, θρησκεία) θα οδηγούσε στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και στην διευκόλυνση του έργου των στελεχών (Γετίμης και συν. 2003).

### 4.3 Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας

Ένας συνηθισμένος τρόπος, διερεύνησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών συνίσταται στην μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών/ασθενών (patient satisfaction). Η αποτίμηση των υπηρεσιών υγείας, από τους ασθενείς κέρδισε έδαφος τα τελευταία 25 χρόνια. Στην Βρετανία, οι χρήστες των υπηρεσιών αποτελούν πρόσωπα κλειδιά για την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας και αποδοχής των υπηρεσιών υγείας. Ο Donabedian (1966), είπε ότι η τελική αποτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών ορίζεται από την αποτελεσματικότητα του να επιτυγχάνεις ή να παράγεις υγεία και ικανοποίηση. Σύμφωνα με τον ίδιο, η ικανοποίηση είναι ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας, πράγμα που αντιβαίνει το απόλυτα, τεχνικό και κοινωνικό ορισμό. Ο Guzman και συν. 1988, όρισε την ικανοποίηση των χρηστών ως το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης τους με την φροντίδα υγείας, η οποία εν μέρει, ορίζει την μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας καθώς και την ελαστικότητα τους με την θεραπευτική διαδικασία (Merkouris et al. 1999).

Ενδιαφέρον για την γνώμη των ασθενών αναπτύχθηκε από κοινωνιολογικό ενδιαφέρον για τις διαπροσωπικές σχέσεις, δίνοντας έμφαση στην σχέση ιατρού – ασθενούς θέλοντας να περιγράψει την κατανόηση από την πλευρά του ασθενή (Sitzia et al. 1987). Ο ασθενής, τις περισσότερες φορές βρίσκει τις προβληματικές περιοχές τις οποίες, η διοίκηση δεν έχει αγγίξει, συμβάλλοντας έτσι σε αυξανόμενη ποιότητα φροντίδας. Στην χώρα μας, οι έρευνες αυτής της παραμέτρου των υπηρεσιών υγείας δεν έχει απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό τους μελετητές του χώρου, παρά την γενική δυσαρέσκεια του πληθυσμού από αυτές. Σε σχετική μελέτη της Eurostat το 1977, η χώρα μας βρίσκεται στην τελευταία θέση της Ευρωπαϊκής Ένωσης με ποσοστό 15,5% σε σχέση με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας (Σουλιώτης και συν. 2003).

Η μέτρηση, της ικανοποίησης του ασθενή είναι σημαντικός δείκτης ποιότητας. Μπορούμε να τη δούμε, σαν ένα μέτρο, στο οποίο αυτοί που παρέχουν τη φροντίδα της υγείας, έχουν πετύχει στο να ανταποκριθούν στις ανάγκες και τις προσδοκίες του ασθενή. Έχει προσδιοριστεί, ως μια μεταβλητή που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας υγείας, (Κυριόπουλος και συν 1990) καθώς επίσης και τη συνεργασία αυτών

που παρέχουν την φροντίδα υγείας (Παπανικολάου 2003). Ο ορισμός της ικανοποίησης του ασθενή, περιλαμβάνει τέσσερις ιδέες. Οι πρώτες τρεις- τα κίνητρα, η χρησιμότητα της κριτικής, και οι αντιδράσεις και η τέταρτη- οι ατομικές διαφορές (Παπανικολάου 1995). Το πρώτος μέρος, εστιάζει τη προσοχή του στα ερεθίσματα που δίνονται μέσα στα πλαίσια του περιβάλλοντος της φροντίδας υγείας για τα οποία κάνουν προσωπικές εκτιμήσεις που τους οδηγούν στο να αντιδράσουν. Ενώ το δεύτερο, εστιάζει στο πως η ψυχοσύνθεση, η προσωπικότητα, οι ανάγκες, οι αξίες, τα πιστεύω, η προσωπική ζωή καθώς και η προηγούμενες εμπειρίες σχετικά με τον τομέα υγείας, μπορούν να τροποποιήσουν και να διαμορφώσουν τις ανταποκρίσεις στα ερεθίσματα (Παπανικολάου 2003). Σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν, η ικανοποίηση των ασθενών είναι μια δυναμική λειτουργία που εννοιολογικά, ορίζεται ως οι προσωπικές εκτιμήσεις και οι ακόλουθες αντιδράσεις (θα επηρεαστούν από το χαρακτήρα του χρήστη) στα ερεθίσματα που δέχονται μέσα στο περιβάλλον του τομέα υγείας μόλις πριν, στη διάρκεια και μετά την πορεία παραμονής τους στο νοσοκομείο ή μιας ιατρικής επίσκεψης.

Οι προσδιοριστές της ικανοποίησης, σύμφωνα με το Sitzia είναι: οι προσδοκίες, τα χαρακτηριστικά του χρήστη και ψυχοκοινωνικοί προσδιοριστές. Οι προσδοκίες κάνουν πιο περίπλοκο το περιεχόμενο της ικανοποίησης, ως εργαλείο αποτίμησης. Διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης, ίσως εντοπίζουν διαφορετικές απόψεις, αντιλήψεις για την φροντίδα υγείας, παρά διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης (Sitzia et al.1987). Είναι ευρέως διαδεδομένο, ότι η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από διάφορες παράγοντες όπως, η κοινωνική τάξη, η οικογενειακή κατάσταση, η εκπαίδευση, το φύλο, η εθνικότητα και ιδιαίτερα η ηλικία. Μετανάλυση δημοσιεύσεων πριν το 1989, των Hall & Dornan, κατέληξαν ότι τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά είναι τα καλύτερα δευτερεύοντα προγνωστικά στοιχεία για την ικανοποίηση. Η εθνικότητα είναι ίσως, ένα από τα πιο πολύπλοκα χαρακτηριστικά. Οι δυσκολίες στη γλώσσα από έρευνες τις δεκαετίες '70-80 ορίστηκε ως πρόβλημα κλειδί με το υγειονομικό προσωπικό. Οι προσδοκίες και οι αντιλήψεις ορισμένων μεταναστευτικών ομάδων π.χ. η εξέταση μουσουλμάνων γυναικών από άντρες ιατρούς επηρέαζε ιδιαίτερα αρνητικά την αξιολόγηση των συγκεκριμένων χρηστών (Sitzia 1997). Οι ψυχοκοινωνικοί προσδιοριστές είναι υπεύθυνοι για μια σειρά από λάθη (bias) που κάνουν την ικανοποίηση, ως εργαλείο ακόμη πιο περίπλοκη. Συχνά, απαντούν στο ερευνητή αυτόν που νομίζουν ότι θα είναι πιο αποδεκτό από εκείνον να ακούσει (social desirability response bias), θέλουν να γίνουν ευχάριστοι στον ερευνητή ιδιαίτερα, αν προσβλέπουν με

κάποιο τρόπο ότι θα μπορούσαν να ωφεληθούν από υπηρεσίες υγείας (ingratiating response bias, self-interest bias) (Sitzia 1997). Παρά τις δυσκολίες, που παραπάνω παρουσιάστηκαν, η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών αποτελεί χρήσιμο εργαλείο στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αποτιμήσει :α) την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, β) την συμβουλευτική παρέμβαση για την υγιή ή μη συμπεριφορά, γ) την αποτελεσματικότητα των αλλαγών σε οργανωτικό επίπεδο, δ) την λήψη αποφάσεων πολιτικής, στ) την διοίκηση προσωπικού, ζ) πώληση αγαθού στους χρήστες, η) ανάπτυξη επαγγελματικής ηθικής ( Merkouris et al. 1999).

## **Κεφαλαίο 5<sup>ο</sup> Ο σκοπός της έρευνας**

### **5 Σκοπός και στόχοι της έρευνας**

Ο σκοπός της έρευνας διαμορφώθηκε έπειτα από βιβλιογραφική αναζήτηση. Σκοπός της παρούσας ήταν η καταγραφή της κατάστασης διαβίωσης και υγείας και η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την υποκειμενική αντίληψη της υγείας και την ικανοποίηση από τις Υπηρεσίες Υγείας από τις μετανάστριες μητέρες που διαμένουν στο Δήμο Γαζίου.

Οι στόχοι της έρευνας ήταν :

- Η διερεύνηση της κατάστασης υγείας των μεταναστριών μητέρων.
- Η συσχέτιση της υποκειμενικής αντίληψης της υγείας των μεταναστριών και της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας, με παράγοντες όπως: τα δημογραφικά στοιχεία, το κοινωνικοοικονομικό προφίλ, τον χρόνο παραμονής στην Ελλάδα, την ικανοποίηση από την ζωή και τις στρατηγικές προσαρμογής στο νέο πολιτισμικό περιβάλλον.
- Η αναζήτηση υπηρεσιών και συνεργασιών με σχετικές ομάδες και φορείς της περιοχής.
- Η παραπομπή των μητέρων σε φορείς υγείας και πρόνοιας που δραστηριοποιούνται μέσα ή έξω από τα διοικητικά όρια του Δήμου Γαζίου.
- Η διατύπωση προτάσεων και στρατηγικών τόσο για την επίλυση των προβλημάτων, όσο, και για την ενίσχυση των υπάρχοντων στρατηγικών, δομών, φορέων, ώστε να δημιουργηθούν δυνατότητες βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης, υγείας και ποιότητας ζωής των μεταναστριών μητέρων.

#### **5.1 Ερευνητική υπόθεση και ερευνητικά ερωτήματα**

Η ερευνητική υπόθεση της παρούσας μελέτης διαμορφώνεται ως εξής : «Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας από μετανάστριες μητέρες που διαμένουν στο Δήμο Γαζίου συσχετίζεται αρνητικά με συνηθισμένα συμπτώματα όπως, η κόπωση, το άγχος, η αϋπνία, η νευρικότητα και η κατάθλιψη».

Τα ερευνητικά ερωτήματα, που προέκυψαν από τον σκοπό, ήταν τα παρακάτω:

1. Πώς η ηλικία σχετίζεται με την υποκειμενική αντίληψη;
2. Πόσο επιδρά ο χρόνος παραμονής, στη χώρα υποδοχής, στην υποκειμενική αντίληψη της υγείας των μεταναστριών;
3. Συσχετίζεται η εργασία με την υποκειμενική αντίληψη της υγείας;
4. Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας εξαρτάται από την μόνιμη ασθένεια;
5. Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας εξαρτάται από την κόπωση χωρίς αιτία;
6. Η ικανοποίηση από τη ζωή επηρεάζει την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας ;
7. Η ηλικία της μητέρας επηρεάζει την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας;
8. Η εκπαίδευση συσχετίζεται θετικά με την υποκειμενική αντίληψη της υγείας και την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας;
9. Ποια είναι τα συχνότερα ενοχλήματα που αναφέρουν οι γυναίκες μετανάστριες;
10. Η καλή χρήση της ελληνικής γλώσσας επηρεάζει ικανοποίηση από τις υπηρεσίες;



## **Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup> Μεθοδολογία έρευνας**

### **6 Ερευνητική στρατηγική**

Η μεθοδολογική προσέγγιση ήταν συγχρονική (cross-sectional). Ήταν μια μελέτη πεδίου (field survey). Η έμφαση δόθηκε στην παρατήρηση, περιγραφή και καταγραφή των γεγονότων, όπως αυτά συμβαίνουν στο φυσικό τους περιβάλλον, και στην αναζήτηση πιθανών γενικών τάσεων και σχέσεων μεταξύ των παραγόντων, που διαμορφώνουν το υπό μελέτη φαινόμενο. Η παρούσα αποτελεί πιλοτική μελέτη.

#### **6.1 Στατιστική ανάλυση**

Σε πρώτο στάδιο, έγινε χρήση των μεθόδων της περιγραφικής στατιστικής. Τα δεδομένα εξετάστηκαν ως προς την τάση, τις αναλογίες και τα ποσοστά. Όσες μεταβλητές, είχαν σημαντική διασπορά, διασταυρώθηκαν με διμεταβλητή στατιστική και αναλύθηκαν με εφαρμογή του κριτηρίου  $\chi^2$  και γραμμικής συσχέτισης Spearman Correlation ( $r_s$ ). Επίσης έγινε χρήση του t-test.

Στο παράρτημα I, περιλαμβάνεται η επεξεργασία που ακολουθήθηκε για το σύνολο των μεταβλητών, ανεξάρτητα αποτελέσματος. Η εισαγωγή των δεδομένων και η ανάλυση των στοιχείων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 12.0.

#### **6.2 Ο πληθυσμός και το πλαίσιο της μελέτης**

##### **6.2.1 Περιγραφή του πληθυσμού**

Ο Δήμος Γαζίου συστήθηκε από το 1999, ανήκει στην επαρχία Μαλεβιζίου του Ηρακλείου Κρήτης και η έδρα του είναι το Γάζι (7χλμ. από το Ηράκλειο). Ο συνολικός πληθυσμός της περιοχής του Δήμου, βάση της τελευταίας απογραφής (2001), ανέρχεται σε 12.686 κατοίκους, εκ των οποίων οι 885 είναι αλλοδαποί (7%). Η πλειοψηφία των αλλοδαπών είναι αλβανικής καταγωγής (περίπου 80%). Η αντιστοιχία γυναικών - αντρών, στους Έλληνες αλλά και στους αλλοδαπούς είναι 1:1

Η οικονομία του Δήμου στηρίζεται κυρίως στη γεωργία και τον τουρισμό. Τα στοιχεία της Περιφέρειας Κρήτης, το 1998 ανέφεραν ότι ο οικονομικά ενεργός πληθυσμός του Δήμου ανέρχεται στα 2.829 άτομα, και το μεγαλύτερο ποσοστό απασχολείται στον τριτογενή τομέα. Οι περισσότεροι από τους άνδρες οικονομικούς μετανάστες ασχολούνται με αγροτικές και οικοδομικές εργασίες ή δουλεύουν, ως ανειδίκευτοι εργάτες. Οι γυναίκες,

που εργάζονται, απασχολούνται, κυρίως, σε αγροτικές και τουριστικές εργασίες, επιχειρήσεις/εστιατόρια ή σε ιδιωτικά νοικοκυριά. Υπάρχει, ένα τμήμα του γυναικείου μεταναστευτικού πληθυσμού που δεν δύναται να εργαστεί, λόγω ύπαρξης μικρών παιδιών στην οικογένεια.

Στον Δήμο, το τελευταίο έτος, συστήθηκε μια 9μελής άτυπη επιτροπή μεταναστών, που ασχολείται με θέματα που απασχολούν το σύνολο του αλλοδαπού πληθυσμού (κυρίως νομικής φύσεως), ενώ υπάρχει, και μια επιτροπή γυναικών μεταναστριών, λιγότερο οργανωμένη, με μικρότερη συμμετοχή, που ασχολείται με θέματα των γυναικών.

### **6.2.2 Ο πληθυσμός της μελέτης**

Στην παρούσα μελέτη, πληθυσμός στόχος και δειγματοληπτικό πλαίσιο, ταυτίζονταν. Αποτελούνται από το σύνολο των μεταναστριών μητέρων που κατοικούν στα όρια της διοικητικής περιφέρειας του Δήμου Γαζίου και έχουν εγγραφεί για οποιαδήποτε γραφειοκρατική εργασία, έχουν κάνει αίτηση για άδεια παραμονής στη χώρα, ανανέωση της άδειας ή οικογενειακή συνένωση στα αρχεία του Κέντρου Εξυπηρέτησης Πολιτών (Κ.Ε.Π) ή του Δήμου Γαζίου, κατά τα έτη 2001-2004. Από το αρχείο του Κ.Ε.Π. υπολογίστηκαν περίπου 150 μητέρες, οι οποίες αποτελούν τις δειγματοληπτικές μονάδες της μελέτης. Τα στοιχεία που ζητήθηκαν από το αρχείο κατόπιν σχετικής άδειας από το Δήμο Γαζίου αλλά και από ειδική επιτροπή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ). Να σημειωθεί εδώ πως λόγω της ιδιαιτερότητας του μελετώμενου πληθυσμού, το τελικό δειγματοληπτικό πλαίσιο (ΤΔΠ) θα οριστικοποιηθεί με το πέρας της έρευνας πεδίου και της συλλογής των δεδομένων.

Για την ανεύρεση όλων των δειγματοληπτικών μονάδων χρησιμοποιήθηκαν κατά βάση τα άτυπα δίκτυα της περιοχής (διάδοση της πληροφορίας στόμα-με-στόμα, αφίσα σε σημεία κλειδιά, επιτόπια κατοίκων επίσκεψη για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου). Η χρήση αυτών των δικτύων οδήγησε στην ανεύρεση ατόμων που πληρούν τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη, αλλά ήταν εκτός της αρχικής λίστας. Τα άτομα αυτά συμμετείχαν στην μελέτη και συνδιαμόρφωσαν το τελικό δειγματοληπτικό πλαίσιο.

### 6.2.3 Κριτήρια εισαγωγής

Ως κριτήρια εισαγωγής στον πληθυσμό αναφοράς της μελέτης ορίστηκαν τα παρακάτω :

A. Φύλο: γυναίκα

B. Μητρότητα: να έχει αποκτήσει παιδιά, που να διαμένουν μαζί με την μητέρα στην Ελλάδα.

Γ. Μετανάστευση: να ανήκει στην ομάδα των οικονομικών μεταναστριών, ανεξάρτητα από την χώρα προέλευσής της.

Δ. Μόνιμη κατοικία: Περιοχές του Δήμου Γάζιου (Γάζι, Καλέσα, Αμμουδάρα, Ρογδιά, Τσαλικάκι).

### 6.3 Η επιλογή του δείγματος

Ο πληθυσμός υπό μελέτη διαμορφώθηκε με βάση τα κριτήρια εισαγωγής της μελέτης ήταν 104 μετανάστριες. Από αυτές, το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν εγγεγραμμένες στο Γάζι (58,6%), ακολουθεί η Αμμουδάρα (27,8%), το Τσαλικάκι (5,7%) και τα υπόλοιπα δημοτικά διαμερίσματα.

Στην προσπάθεια επικοινωνίας με τον πληθυσμό ήρθαμε είτε τηλεφωνικά, είτε προσωπικά σε επικοινωνία με 73 γυναίκες, που αντιστοιχεί με το 70% του συνόλου των 104 γυναικών. Από τον αρχικό πληθυσμό των 104 γυναικών αποδέχθηκαν να συμμετέχουν οι 47 (45%). Από αυτές μόνο 8 άτομα ήταν εκτός λίστας ΚΕΠ, ήταν οι γυναίκες που προέκυψαν από τα άτυπα δίκτυα και για διάφορους λόγους δεν ήταν εγγεγραμμένες στο αρχείο του ΚΕΠ. Το 25% του πληθυσμού αρνήθηκε να συμμετάσχει στη μελέτη. Ο σημαντικότερος λόγος άρνησης ήταν ότι μετακόμισαν (31%), ακολουθεί το ότι δεν βρέθηκαν (19%) και τέλος εκείνες που αρνήθηκαν μετά από τρεις δικές μας προσπάθειες (15%).

## 6.4 Το ερευνητικό εργαλείο

### 6.4.1 Μέσο έρευνας

Το μέσο έρευνας που επιλέχτηκε ήταν η δομημένη συνέντευξη, πρόσωπο με πρόσωπο (Παράρτημα IV). Η δομημένη συνέντευξη της παρούσας μελέτης αποτελεί σύνθεση των παρακάτω εργαλείων: 1) Α.Ε. Φιλαλήθης, Ι. Βλαχονικολής, Σ. Κουκούλη-Γραβάνη, 1990, «Η έρευνα ερωτηματολογίου υγείας στις Αρχάνες. Α΄ Μέρος: Οι δείκτες υγείας», MMG, 18(4) 330-340. 2) Α.Ε. Φιλαλήθης, Ι. Βλαχονικολής, Σ. Κουκούλη-Γραβάνη, 1990, «Η έρευνα ερωτηματολογίου υγείας στις Αρχάνες. Β΄ Μέρος: Οι δείκτες χρήσης υπηρεσιών υγείας», MMG, 18(5) 439-448. 3) Παπαστυλιανού Α, 2002, «Οι στρατηγικές του επιπολιτισμού», *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα. 3) Η ικανοποίηση από την ζωή μετρήθηκε από την έκθεση του Π.Ο.Υ. που αφορά τον ενήλικο πληθυσμό της Σερβίας (Institute of Public Health of Serbia, et al., 2000).

### 6.4.2 Θεματικές ενότητες εργαλείου

Οι θεματικές ενότητες του ερωτηματολογίου ήταν οι παρακάτω οχτώ :

- 1) Ατομικές πληροφορίες
- 2) Γενικές ερωτήσεις για κατοικία
- 3) Υποκειμενική αντίληψη για την υγεία
- 4) Σημερινή κατάσταση υγείας
- 5) Υγεία της γυναίκας σε αναπαραγωγική ηλικία
- 6) Ικανοποίηση και χρήση υπηρεσιών υγείας
- 7) Ικανοποίηση από τη ζωή
- 8) Στρατηγικές επιπολιτισμού.

Οι έξι πρώτες ενότητες αναζητούν πληροφορίες από τις μετανάστριες μητέρες για τον εαυτό τους, το πώς αντιλαμβάνονται την υγεία και για την εμπειρία τους στη συνδιαλλαγή με τις υπηρεσίες υγείας. Η ενότητα επτά διερευνά την ικανοποίηση από τη ζωή. Η ενότητα οχτώ διερευνά την προσαρμογή του ατόμου σε νέο πολιτισμικό περιβάλλον. Αποτελείται από τέσσερις προτάσεις που αντιστοιχούν στις τρεις στρατηγικές

προσαρμογής,(αφομοίωση, εναρμόνιση, διαχωρισμό) και στην κατάσταση περιθωριοποίησης.

#### **6.4.3 Δομή εργαλείου**

Οι ερωτήσεις καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα πεδίων και αναφέρονται σε περιγραφικά δεδομένα (κοινωνικοδημογραφικά),στάσεις, γνώσεις και συμπεριφορές (Bowling 2002).Χρησιμοποιήθηκαν κλειστές ερωτήσεις (Pre-coded-closed-questions), ακολουθούσαν μια λίστα πιθανών ερωτήσεων με ένα κωδικό αριθμό και οι απαντήσεις των ερωτωμένων καταγράφονται με ένα τετράγωνο. Ήταν σημαντικό στο σχεδιασμό του ερωτηματολογίου να διασφαλιστεί ότι κάθε αντικείμενο μεταφέρεται σε ένα κωδικοποιημένο κουτί και αντιπροσωπεύει σταθερά το ίδιο πράγμα (1-Yes , 2- No) (Bowling, 2002).

#### **6.5 Τεχνικές συλλογής ερευνητικών δεδομένων**

Ο ερευνητής λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες του πληθυσμού έκανε χρήση των παρακάτω τεχνικών στην συλλογή των ερευνητικών:

1. Κίνητρο για συμμετοχή στην μελέτη αποτέλεσε ο έλεγχος και η κάλυψη των ελλείψεων εμβολιασμών των παιδιών των μεταναστριών, ηλικίας έως 18 ετών.
2. Για τον εντοπισμό των τελικών δειγματοληπτικών μονάδων χρησιμοποιήθηκαν, κυρίως τα άτυπα δίκτυα των μεταναστών, που είχαν αναπτυχθεί στην περιοχή και άτομα-κλειδιά που διανείμαν την πληροφορία και μας οδήγησαν στα άτομα του τελικού δειγματοληπτικού πλαισίου (τεχνική Snowballing). Αφίσες τοιχοκολλήθηκαν σε όλα τα δημοτικά διαμερίσματα ώστε να αποτελέσουν το προπομπό της μελλοντικής επικοινωνίας μας μαζί τους (Βλ. Παράρτημα IV).
- 3.Σε δεύτερη φάση, και για τα άτομα που δεν εντοπίστηκαν με τον προαναφερθέντα τρόπο, χρησιμοποιήθηκαν τα στοιχεία του καταλόγου που δημιουργηθήκαν από το αρχείο του Κ.Ε.Π., ακολούθησε τηλεφωνική επαφή, κατά προτυποποιημένο τρόπο, και συνεννόηση για προσωπική συνάντηση και συνέντευξη.
4. Στις περιπτώσεις που υπήρχε μεγάλο πρόβλημα επικοινωνίας με κάποια από τα άτομα του πληθυσμού, παρόν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης βρίσκονταν άτομο από το οικογενειακό, συγγενικό ή γειτονικό δίκτυο που εκτελούσε χρέη διερμηνέα.

5. Η συμμετοχή των προαναφερόμενων ατόμων στη μελέτη καθορίστηκε μετά από πλήρη ατομική ενημέρωση και υπογραφή συμφωνητικού αποδοχής και συμμετοχής στη μελέτη. Αυτό ήταν μεταφρασμένο στη μητρική γλώσσα για την πλειονότητα των συμμετεχόντων (Βλ. Παράρτημα VI).

6. Συνεντεύκτριες ήταν η ίδια η ερευνήτρια Κοινωνική Λειτουργός και η συνεργάτιδά της, γενική ιατρός. Οι δύο τους αποτελέσαν την ομάδα των ερευνητών και φοιτούν στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών της Δημόσιας Υγείας.

## **6.6 Στάδια οργάνωσης της μελέτης**

### Α΄ Φάση – Προετοιμασία μελέτης

Κατά τη πρώτη φάση της μελέτης ακολουθήθηκαν τα παρακάτω βήματα:

1. Συναντήσεις για διασφάλιση συνεργασίας με τοπικούς και υπερτοπικούς φορείς που εδρεύουν ή δραστηριοποιούνται μέσα στα διοικητικά όρια του Δήμου Γαζίου και έχουν προηγούμενη εμπειρία με τον υπό μελέτη πληθυσμό (ΤΕΙ Κρήτης, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΚΑΠΗ, Κ.Ε.Π.).

2. Ενημέρωση των φορέων που συνεργαστήκαν για την μελέτη, αποστολή έγγραφων (Δήμος, ΚΕΠ) για τη διεξαγωγή της μελέτης και αίτηση για έγκριση πρόσβασης στα αρχεία τους που διαμόρφωσαν το Αρχικό Δειγματοληπτικό Πλαίσιο (Α.Δ.Π.).

3. Επαφή-γνωριμία με τις επιτροπές μεταναστών και με άτομα-κλειδιά στην κοινωνία των αλλοδαπών, ώστε γνωστοποιηθήκαν η πρόθεση και οι στόχοι της μελέτης και να αναπτυχθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και του πληθυσμού.

4. Συντάχθηκαν ενημερωτικά έντυπα και αφίσες (ανακοινώσεις) και μεταφράστηκαν στην μητρική γλώσσα των μεταναστριών (Αλβανικά, Ρωσικά, Σέρβικα, Βουλγάρικα).

5. Αναρτήθηκαν οι αφίσες - ανακοινώσεις σε σημεία-κλειδιά του κάθε δημοτικού διαμερίσματος. Παράλληλα, έγιναν εκ νέου συναντήσεις με τις επιτροπές των μεταναστών όπου τους δόθηκαν ενημερωτικά έντυπα να μοιράσουν στους οικείους τους. Ζητήθηκε σε κάποιους να μας συνοδέψουν στα πρώτα σπίτια των μεταναστών ώστε να αισθανθούν ασφάλεια εκείνοι που ακόμα δεν μας γνώριζαν.

6. Συνάντηση με τους γιατρούς των Περιφερειακών Ιατρείων του Δήμου όπου τους δόθηκαν έντυπα και δηλώσεις συμμετοχής, ενημερώθηκαν από εμάς και τους ζητήθηκε η

συνεργασία τους. Το ίδιο έγινε και με τους υπόλοιπους φορείς που οι μετανάστες έρχονται σε επαφή όπως τα σχολεία, το ΚΕΠ, ο Δήμος κ.λ.π.

7. Πιλοτική εφαρμογή σε ένα μικρό δείγμα μητέρων μεταναστριών, που δεν ανήκουν στο κυρίως δείγμα της μελέτης, έγιναν βελτιώσεις που καταστήσαν το εργαλείο κατανοητό και εύκολο στη χρήση.

#### Β΄ Φάση – Εφαρμογής του ερευνητικού εργαλείου

1. Τηλεφωνική επικοινωνία για ραντεβού.
2. Συλλογή των ερευνητικών δεδομένων από τις συνεντεύκτριες.
3. Παραπομπή σε υπηρεσίες. Είχε προετοιμαστεί ένα επιπλέον έντυπο που δόθηκε σε όλες τις μητέρες μετανάστριες στο τέλος της συνέντευξης όπου περιλάμβανε χρήσιμα τηλέφωνα και υπηρεσίες που θα μπορούσαν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους (Παράρτημα ΙΧ).
4. Κατά την διάρκεια της συνέντευξης και μέσα από τη συζήτηση προέκυπταν διάφορα ζητήματα και ανάγκες. Αυτό που προέκυψε γρήγορα ήταν η ανάγκη για πληροφόρηση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και αντισύλληψης. Έτσι με το τέλος της δεύτερης φάσης, της συλλογής των πληροφοριών οργανώθηκε ενημερωτική ομιλία (Παράρτημα VII).

#### **6.7 Χρονοδιάγραμμα ενεργειών**

Η διεξαγωγή της προμελέτης ολοκληρώθηκε σε διάστημα 2 μηνών (Ιούλιος-Αύγουστος 2004). Στη συνέχεια κατά τους μήνες Σεπτέμβριο-Οκτώβριο 2004, πραγματοποιήθηκαν η συλλογή των δεδομένων από την ερευνήτρια, σε συνεργασία με τη συνεργάτιδα της γενική ιατρό. Τους μήνες Νοέμβριο, Δεκέμβριο, Ιανουάριο, ακολούθησε η ανάλυση των δεδομένων, η διεξαγωγή συμπερασμάτων και η συγγραφή της έκθεσης. Παράλληλα, οργανώθηκε προς όφελος των μεταναστριών ομιλία από τον Οικογενειακό Προγραμματισμό του Βενιζελείου. Ως συνολικός χρόνος διεξαγωγής της μελέτης ορίστηκε το διάστημα των 6 μηνών (Παράρτημα VIII).

## **Κεφαλαίο 7<sup>ο</sup> Παρουσίαση αποτελεσμάτων**

### **7.1 Δημογραφικά στοιχεία**

#### **Περιοχή κατοικίας**

Ο συνολικός αριθμός του δείγματος ήταν 47 μητέρες, αριθμός που αντιστοιχεί στο 64,3% του συνόλου των γυναικών που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής της μελέτης. Το μεγαλύτερο ποσοστό διέμενε στην Αμμουδάρα(38,3%),και στο Γάζι (38,2%).Οι υπόλοιπες στο Τσαλικάκι με (12,7%), τη Ρογδιά (8,5%) και, τέλος, στα Καλέσα (4,2%).

#### **Χώρα καταγωγής**

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος κατάγεται από την Αλβανία (80,9%). Η Βουλγαρία κατέχει, με 10,6%, την δεύτερη θέση και η Ρουμανία με 4,3 % (πιν.1).

#### **Ηλικία ερωτώμενων**

Γενικότερα το δείγμα χαρακτηρίζεται «νεαρό», καθώς μόλις το 8,5% των γυναικών είναι άνω των 40 ετών, ενώ 42,6% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 21-30 (πιν.2). Αντίστοιχα η ηλικία των συζύγων τους στο μεγαλύτερο ποσοστό 63% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 31-40 (πιν.2) (γραφ.1).

#### **Θρήσκευμα**

Οι μουσουλμάνες αποτελούν το 36,2% του δείγματος, ακολουθούν οι Ορθόδοξες με 34,8% και οι Καθολικές με 25,5%.Μικρή μειοψηφία είναι οι Μάρτυρες του Ιεχωβά με 2,1% (πιν.3) (γραφ.2).

#### **Οικογενειακή κατάσταση**

Σχεδόν το σύνολο του δείγματος ήταν έγγαμο (93,6%).Η μειοψηφία αυτών ήταν άγαμες (4,3%) και διαζευγμένες (2,1%) (πιν.4).Το 82,9% είχαν από ένα έως δύο παιδιά (πιν.5).Η σύνθεση του νοικοκυριού κατά 76,6% ήταν έως τρία άτομα (πιν.6).Η δομή της οικογένειας ήταν κατά κύριο λόγο πυρηνική αφού μονάχα το 4,2% φιλοξενούν έναν από τους δύο γονείς (πιν.7).Τα συγγενικά δίκτυα ισχύουν για το 57,4% του δείγματος.

#### **Επίπεδο εκπαίδευσης**

Τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες η Ανώτερη/Ανώτατη εκπαίδευση αποτελεί τη μειοψηφία του δείγματος (4,2%). Στο Λύκειο υπερτερούν οι γυναίκες (42,6%) έναντι των ανδρών (34,0%),ενώ στις κατώτερες βαθμίδες είχαν ελαφρύ προβάδισμα οι άνδρες (πιν.8) (γραφ.3).



## **Κοινωνική ασφάλιση**

Τέσσερις στις πέντε μετανάστριες ήταν ασφαλισμένες στο ΙΚΑ. Ο ΟΓΑ κατέχει ένα μικρό ποσοστό με 10,6% ενώ το 8,5% ήταν ανασφάλιστες (πιν.9).

## **Επαγγελματική κατάσταση**

Σχεδόν οι μισές από τις γυναίκες δεν εργάζονταν στην χώρα καταγωγής τους (44,7%) (πιν.10). Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών δηλώσαν ότι ασχολούνται με τα οικιακά (46,8%). Οι ανασφάλιστες (27,7%) και, οι ασφαλισμένες εργαζόμενες (23,4%) ακολουθούσαν. Οι άνεργες ήταν η μειοψηφία (2,1%) (πιν.11). Τα επαγγέλματα που επιλέγουν ή επιλέγονται οι μετανάστριες για εργασία (πιν.11α) ήταν κατά κύριο λόγο ανειδίκευτων εργατριών, ενώ υπήρχε ένα ποσοστό (21,3%) που απασχολούνται στο ιδιωτικό τομέα και κυρίως στα ξενοδοχεία. Η πλειοψηφία απασχολείται ως καθαρίστριες, εργάτριες ή αγρότισσες. Αντίστοιχα και οι σύζυγοί τους ασχολούνται με τις οικοδομές (29,8%), οι περισσότεροι ως εργάτες (14,9%) αλλά και ως εργολάβοι (2,1%), τεχνίτες (12,8%), μηχανικοί κλπ. (πιν.11β).

## **7.2 Μετανάστευση**

### **Αίτια μετανάστευσης**

Σχεδόν τέσσερις στις πέντε αποφάσισαν να μεταναστεύσουν για οικονομικούς λόγους. Αρκετά συχνά οι ερωτώμενες αποφάσισαν να μεταναστεύσουν προκειμένου να συνενώσουν την οικογένεια τους (14,9%) (πιν.12).

### **Χρόνια διαμονής**

Ο χρόνος διαμονής των γυναικών στην Ελλάδα ήταν από 6 έτη και πάνω υπερβαίνοντας το μέσο όρο, ενώ για τους άνδρες έφθανε το απόλυτο με 91,5% (γραφ.4). Οι άνδρες ήταν εκείνοι που πρώτα αποφασίζουν να μεταναστεύσουν, προετοιμάζουν το έδαφος για να ακολουθήσει η υπόλοιπη οικογένεια (πιν.13). Στο Δ. Γαζίου το 38% των γυναικών διαμένουν πάνω από 6 έτη (πιν.14). Το επίπεδο της ελληνικής γλώσσας του δείγματος ήταν από καλά έως πολύ καλά (78,7%) (πιν.15). Το 68,1% των παιδιών των μεταναστριών μητέρων πηγαίνουν στο ελληνικό σχολείο (πιν.16) και το 55,3% του δείγματος μιλάει και την μητρική και τη ελληνική γλώσσα στο σπίτι (πιν.17).

## **7.3 Συνθήκες κατοικίας**

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος μίσθωνε κατοικία (93,6%) ενώ ο υπόλοιπος πληθυσμός (6,4%) ζούσε σε χώρους που παρέχονταν από τους εργοδότες

(πιν.18). Ανεξάρτητα, από τα μέλη του νοικοκυριού το 48,9% του δείγματος διέμενε σε διαμέρισμα δύο δωματίων, από αυτούς το 28% συνθέτουν τετραμελή νοικοκυριά και μόνο το 2% είχε την δυνατότητα για τριμελή νοικοκυριά να διαμένουν σε κατοικία 5 δωματίων. Αξιοσημείωτο, ήταν ότι το 28% του συνόλου αποτελείται από τριμελή και πενταμελή νοικοκυριά που διέμεναν σε κατοικία ενός δωματίου (πιν.19). Οι συνθήκες διαβίωσης στην πλειοψηφία ήταν αρκετά καλές. Το σύνολο των κατοικιών είχε σύνδεση με την Δ.Ε.Η. (πιν.20) και κάποια μορφή θέρμανσης στο σπίτι. Η πηγή θέρμανσης στην οποία στηρίζεται το 62% του δείγματος ήταν η ηλεκτρική ενέργεια, ενώ το 26% είχαν κεντρική θέρμανση (πιν.21). Το 47% είχε αυτοκίνητο που να εξυπηρετεί τις ανάγκες της οικογένειας. Σταθερό τηλέφωνο είχαν 1 στα 7 νοικοκυριά, ενώ κινητή τηλεφωνία το σύνολο αυτών.

#### **7.4 Υποκειμενική αντίληψη της υγείας**

Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας μετρήθηκε με την ερώτηση 26 της δομημένης συνέντευξης. Σύμφωνα με όσα απάντησαν οι ερωτώμενες το 4,3 % αναφέρει κακή υγεία ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών κλείνουν από μέτρια έως πολύ καλή (πιν.22).

#### **7.5 Κατάσταση υγείας γυναικών και μέτρα προφύλαξης**

Μόλις επτά άτομα του δείγματος ταλαιπωρούνταν από κάποια ασθένεια ώστε να χρειάζονταν φάρμακα ή ιατρική παρακολούθηση. Από αυτές η ζωή μιας γυναίκας απειλείται σοβαρά από λευχαιμία (πιν.23). Το υπόλοιπο 85,1% δεν ταλαιπωρούνταν από μόνιμη ασθένεια ή αναπηρία.

Από μια σειρά αρκετά συνηθισμένων ενοχλημάτων ζητήθηκε από το δείγμα να αναφέρει την συχνότητα αυτών κατά τον τελευταίο χρόνο (πιν.24). Στο μεγαλύτερο μέρος των συμπτωμάτων, οι γυναίκες απάντησαν ότι ποτέ δεν είχαν ενοχλήματα. Από την άλλη την μεγαλύτερη συχνότητα στο «πολύ συχνά» κατείχε το άγχος (25,5%), η κατάθλιψη (17,0%) και η νευρικότητα (14,9%) (γραφ.5).

Σε σχέση με την αναπαραγωγική τους υγεία το σύνολο των γυναικών μιας και πρόκειται για νεαρό ηλικιακά δείγμα είχαν περίοδο (πιν.58). Ανησυχητικό ήταν ότι το 72,3% του δείγματος δεν είχε κάνει τεστ Παπανικολάου τα τρία τελευταία χρόνια και το μεγαλύτερο μέρος από αυτές δεν ήξεραν ή δεν είχαν ακούσει ποτέ για αυτήν τη εξέταση (πιν.59). Η μαστογραφία με δεδομένο ότι το δείγμα δεν ήταν στην πλειοψηφία του άνω των 40 λαμβάνει ένα αρκετά ικανοποιητικό ποσοστό (15%) (πιν.60). Την περίοδο διεξαγωγής της μελέτης μόνο το 4% ήταν σε κατάσταση εγκυμοσύνης. Κατά μέσο όρο το

δείγμα είχε 1,91 παιδιά. Το 44,7% του δείγματος είχε έως δύο κύσεις ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα της κύησης (πιν.62). Από τα αποτελέσματα των κύσεων (πιν.63) βλέπουμε ότι στην πρώτη και δεύτερη εγκυμοσύνη γεννήθηκαν στην πλειοψηφία τους ζώντα βρέφη ενώ από την τρίτη και μετά αυξάνονται δραματικά οι εκτρώσεις. Ο μέσος όρος εκτρώσεων ήταν 0.64.(Min=0, Max=9) Από τις 47 γυναίκες ελάχιστες ήταν εκείνες που δεν είχαν κάνει έκτρωση ενώ στο σύνολο του δείγματος οι εκτρώσεις ήταν 30 (πιν.66). Το ποσοστό των γεννήσεων/εκτρώσεων ήταν 3: 1.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το 61,7% αυτών των γυναικών διέμεναν ήδη στην Ελλάδα κατά την τελευταία τους εγκυμοσύνη (πιν.64).Βλέπουμε ότι αυτό επηρέασε θετικά την συχνότητα των επισκέψεων που έκαναν οι γυναίκες στο γιατρό σε σχέση με την χώρα διαμονής τους (πιν.65). Τα ποσοστά ήταν αυξημένα στο σύνολο τους με 61,7% προς 38,3% για την Ελλάδα ενώ στις μηδενικές επισκέψεις έχουμε 0% για την χώρα υποδοχής και 2,1% για την Ελλάδα.

Μέτρα προφύλαξης δηλώσαν ότι κάνουν χρήση οι μετανάστριες σε ποσοστό 48,9% (πιν.67).Από αυτά την πρώτη θέση καταλάμβανε η διακεκομμένη συνουσία (66,7%) και ακολουθούσε η χρήση προφυλακτικού (12,5%) (πιν.68). Με εξαίρεση την διακεκομμένη συνουσία φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών δεν κάνει χρήση των μέτρων προφύλαξης.

## **7.6 Χρήση υπηρεσιών υγείας**

Οι μετανάστριες επισκέπτονται για τον εαυτό τους με μεγαλύτερη συχνότητα το ΙΚΑ με ποσοστό 53,2% από τις υπόλοιπες μονάδες υγείας (πιν.69). Καμία από τις ερωτώμενες δεν δέχθηκε γιατρό ή νοσοκόμα στο σπίτι. Η πιο συχνή αιτία επίσκεψης στο γιατρό αφορούσε τα παιδιά των μεταναστριών. Το 14,9% επισκέφθηκε γιατρό συχνά λόγω ασθένειας, ενώ ακολουθούσε η συνταγογραφεία φαρμάκων με 12,7% (πιν.70).Τις δύο τελευταίες εβδομάδες μόνο το 8% επισκέφθηκαν γιατρό για τις ίδιες (πιν.71).Οι περιπτώσεις των γυναικών που επισκέφθηκαν νοσοκομείο επέλεξαν το ΠΑ.ΓΝΗ (60%) (πιν.72).

## **7.7 Ικανοποίηση από υπηρεσίες υγείας**

Οι ερωτώμενες απάντησαν στο κατά πόσο ήταν ικανοποιημένες από τις υπηρεσίες που προσφέρονται από τις μονάδες υγείας (πιν.72).Το Κέντρο Υγείας είχε στο σύνολο μηδενικές απαντήσεις. Το Βενιζέλιο νοσοκομείο εμφανίζεται να τείνει (35,7%) προς το αρκετά ικανοποιημένες, ενώ για το ΠΑ.ΓΝΗ (84,8%) οι ερωτώμενες τείνουν από πολύ

έως αρκετά ικανοποιημένες (γραφ.6,7). Αντίθετα στο ΙΚΑ το 50,0% συγκεντρώνεται στο λίγο ικανοποιημένες (γραφ.8). Το τελευταίο είναι σημαντικό και υπενθυμίζουμε ότι οι ερωτώμενες παρόλο που τείνουν να μην είναι ικανοποιημένες από το ΙΚΑ κάνουν χρήση των υπηρεσιών του σε ποσοστό 53,2%.

Στα γραφήματα (6,7,8) απεικονίζεται ο τρόπος συγκέντρωσης των συχνοτήτων στις απαντήσεις των γυναικών. Χρησιμοποιώντας την κλίμακα 0-3 καθόλου έως πολύ ικανοποιημένες υπολογίστηκε το μέσο της κλίμακας (1,5) και αναμένονταν οι απαντήσεις πάνω από το μέσο να τείνουν προς ικανοποίηση και κάτω από το μέσο προς μη ικανοποίηση. Παρατηρείτε ότι ο μέσος όρος ικανοποίησης για το Βενιζέλειο ήταν 1,86, για το ΠΑ.ΓΝΗ ήταν 2,12 και το ΙΚΑ 1,43. Άρα διαφαίνεται ότι το Βενιζέλειο ήταν λίγο πάνω, το ΠΑ.ΓΝΗ αρκετά πιο πάνω, ενώ το ΙΚΑ λίγο πιο κάτω από το μέσο όρο. Από το t-test (πιν.73,74) διερευνήθηκε αν ο μέσος όρος διέφερε στατιστικά σημαντικά από το μέσο της κλίμακας. Από το έλεγχο αποδείχθηκε ότι η ικανοποίηση από το ΠΑ.ΓΝΗ ήταν στατιστικά σημαντική ( $p < .000$ ).

Τα προβλήματα που εντόπισαν οι ερωτώμενες στο Βενιζέλειο ήταν ο χρόνος αναμονής στα ιατρεία (47,5%). Ο χώρος αναμονής και εξέτασης αποτέλεσε σημαντικό πρόβλημα για τις μετανάστριες (22,5%) και ακολούθησαν η συμπεριφορά και η έλλειψη γνώσεων των γιατρών (12,5%) (πιν.75).

Τα σημαντικότερα προβλήματα του ΠΑ.ΓΝΗ αναφέρονταν στο χρόνο αναμονής (60,0%), η έλλειψη γνώσεων (40%) και η συμπεριφορά των γιατρών (30%) (πιν.76). Αξίζει να σημειωθεί ότι ο αριθμός των ατόμων που απάντησαν είναι αρκετά μικρό, γεγονός που επηρέασε τα ποσοστά.

Στο ΙΚΑ αναφέρεται επίσης ο χρόνος αναμονής (40%), ο χώρος αναμονής και εξέτασης (40%), η συμπεριφορά των νοσοκόμων (26,7%) και των γιατρών (23,3%) (πιν.77).

## **7.8 Ικανοποίηση από τη ζωή**

Μια σειρά από παράγοντες ικανοποίησης χρειάστηκε να απαντήσουν οι μετανάστριες προκειμένου να διερευνηθεί η ικανοποίηση τους από την ζωή αλλά και να διερευνηθεί η σχέση τους με την υποκειμενική αντίληψη υγείας. Το 14,9% από τις γυναίκες δηλώσαν σχεδόν δυστυχισμένες (πιν.46). Η πλειοψηφία αυτών υποστήριξαν ότι είναι ευτυχισμένες και με ενδιαφέρον για την ζωή (49%). Ένα 29,7% ανέφερε άγχος τον τελευταίο μήνα σε υψηλά επίπεδα (πιν.47).

Από το σύνολο των παραγόντων που απάντησαν οι ερωτώμενες δηλώσαν ικανοποιημένες και μάλιστα με μεγάλη διαφορά (πιν.48). Το εισόδημα ήταν το μόνο που υπερτερεί με μικρή διαφορά η μη ικανοποίηση.

### **7.9 Στρατηγικές επιπολιτισμού**

Η εναρμόνιση έχει την μεγαλύτερη διασπορά, ενώ η αφομοίωση, ο διαχωρισμός και η περιθωριοποίηση στο μεγαλύτερο τους ποσοστό διακατέχονται από την απάντηση «διαφωνώ τελείως» (πιν.102) (γράφ.9). Έπειτα από σειρά συσχετίσεων με μεταβλητές χωρίς αποτέλεσμα αποφασίστηκε η ομαδοποίηση των απαντήσεων. Δημιουργήθηκαν δύο κατηγορίες, η μια κατηγορία περιλάμβανε τις απαντήσεις των γυναικών που δήλωσαν ότι συμφωνούν απόλυτα με την εναρμόνιση. Η δεύτερη κατηγορία περιλάμβανε τις υπόλοιπες απαντήσεις που δεν δήλωναν ξεκάθαρα μια από τις στρατηγικές.(πιν.103) Η συγκεκριμένη μεταβλητή χρήζει ιδιαίτερης επεξεργασίας και στατιστικής ανάλυσης και αποφασίστηκε να μην χρησιμοποιηθεί στην παρούσα ανάλυση.

### **7.10 Συσχετίσεις εξαρτημένων μεταβλητών**

#### **7.10.1 Συσχετίσεις με την υποκειμενική αντίληψη της υγείας**

Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας συγκρίθηκε με μια σειρά από ανεξάρτητες μεταβλητές. Η ηλικία, το θρήσκευμα, το επάγγελμα, η εκπαίδευση, ο χρόνος διαμονής στην Ελλάδα, το επίπεδο της ελληνικής γλώσσας, η ύπαρξη συγγενών, η απουσία μόνιμης ασθένειας, τα ενοχλήματα τον τελευταίο χρόνο ήταν κάποιες από αυτές (πιν.25-45 &49-57). Παρακάτω παρουσιάζονται τα σημαντικότερα.

Δημογραφικά στοιχεία: Σύμφωνα με την ηλικία των γυναικών παρατηρείτε ότι αν και η μειοψηφία των γυναικών (μόλις 4) ανήκουν στην ομάδα των 41-50, στο σύνολο τους δηλώσαν μέτρια υγεία (πιν.25). Η εκπαίδευση δεν διαφοροποιεί την αντίληψη της υγείας. Στο σύνολο τους οι τιμές συγκεντρώνονται από μέτρια έως πολύ καλή, ανεξάρτητα από την βαθμίδα εκπαίδευσης (πιν.26). Από την επαγγελματική κατάσταση των γυναικών, τα οικιακά συγκέντρωσαν το μεγαλύτερο ποσοστό (34%) αυτών που δηλώσαν από πολύ καλή έως καλή υγεία. Από τις γυναίκες που εργάζονταν χωρίς ασφάλεια (27,3%) περιγράφουν από μέτρια έως κακή υγεία (14,9%) (πιν.27). Ο αριθμός των παιδιών σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την υποκειμενική αντίληψη. Περίπου μια από τις δύο μητέρες που είχαν δύο παιδιά δηλώσαν από πολύ καλή έως καλή υγεία(42,6%) (  $p<.047$ ) (πιν.30).

Συμπτώματα: Από τις 47 γυναίκες οι 32 δηλώσαν ότι πότε δεν αισθάνθηκαν κόπωση χωρίς αιτία (πιν.35) και από αυτές οι 28 είχαν υψηλά επίπεδα υγείας. Αντίθετα εκείνες που αισθάνθηκαν κόπωση πολύ συχνά (8,5%) τείνουν από μέτρια έως κακή υγεία (7,5%) ( $p < .020$ ) ( $r_s < .001$ ).

Ανάλογη τάση ακολουθεί και το αν ένοιωσαν ζαλάδες (πιν.36). Το μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώθηκε στην απάντηση ότι ποτέ δεν είχαν ζαλάδες (68,1%). Αυτό επηρέασε την υγεία θετικά, αφού οι απαντήσεις συγκεντρώθηκαν στο πολύ καλή και καλή υγεία (57,6%). Οι γυναίκες που ανέφεραν ζαλάδες πολύ συχνά (4,3%) ανέφεραν στο σύνολο τους μέτρια υγεία ( $p < .009$ ) ( $r_s < .000$ ).

Οι ερωτώμενες που είχαν πολύ συχνά πυρετό τον τελευταίο χρόνο (4,3%) δηλώσαν στο σύνολο τους μέτρια υγεία (πιν.37). Αντίθετα εκείνες που δεν είχαν ποτέ πυρετό (70,2%) τείνουν προς υψηλά επίπεδα υγείας (53,2%) ( $p < .006$ ) ( $r_s < .001$ ). Την ίδια τάση ακολούθησαν και οι απαντήσεις των γυναικών για τον πονόλαιμο (πιν.38) ( $p < .019$ ).

Οι αϋπνίες επηρεάζουν αρνητικά την υποκειμενική αντίληψη της υγείας (πιν.43). Εκείνες που ανέφεραν ότι ποτέ δεν είχαν αϋπνίες (68,1%) είναι εκείνες που τείνουν προς ανώτερα επίπεδα υγείας (49,0%) ( $p < .010$ ).

Αντίθετα, τα συμπτώματα που αναφέρονται στους εμετούς, στους πονοκεφάλους, στις ανωμαλίες της περιόδου, την νευρικότητα, το άγχος και την κατάθλιψη δεν σχετίζονται στατιστικά με την υποκειμενική αντίληψη της υγείας. Παρόλα αυτά χαμηλά επίπεδα άγχους απάντησαν πολύ καλή υγεία, ενώ υψηλά επίπεδα απάντησαν μέτρια έως κακή υγεία (πιν.44). Την ίδια κατανομή στις απαντήσεις ακολουθεί και η κατάθλιψη (πιν.45).

Ικανοποίηση από την ζωή: Από το σύνολο των γυναικών που δήλωσαν ευτυχισμένες και με ενδιαφέρον για τη ζωή (48,9%), περιγράφει την υγεία του από πολύ καλή έως καλή (42,6%) (πιν.32). Αντίθετα, οι γυναίκες που δήλωσαν σχεδόν δυστυχισμένες (19,7%) περιγράφουν την υγεία του από μέτρια έως κακή (12,7%). Το test Spearman επιβεβαιώνει τη γραμμική συσχέτιση ( $p < .047$ ) ( $r_s < .001$ ).

Συγκρίνοντας την μεταβλητή με τους παράγοντες ικανοποίησης των γυναικών, εκείνες που ήταν ικανοποιημένες από το σύζυγο (95,7%) σχετίζονται θετικά με την υποκειμενική αντίληψη της υγείας και αναφέρουν (63,8%) από πολύ καλή έως καλή υγεία (πιν.49) ( $p < .008$ ). Μη ικανοποίηση από το εισόδημα δήλωσαν οι 26 από τις 47 γυναίκες

χωρίς αυτό να διαφοροποιεί την υγεία τους (πιν.54). Ικανοποίηση από την προσωπική υγεία δήλωσε το 72,3% του δείγματος. Από αυτές το 63,8% περιγράφει την υγεία του από πολύ καλή έως καλή (πιν.55)( $p<.000$ ). Από τις 12 γυναίκες που δήλωσαν μη ικανοποίηση από τον εαυτό τους, οι 8 περιγράφουν την υγεία τους από κακή έως μέτρια (πιν.56)( $p<.015$ ). Από το 63,8% των γυναικών που ήταν απόλυτα ικανοποιημένες από τον εαυτό τους το 48,9% περιγράφουν την υγεία τους από πολύ έως καλή (πιν.57). Ενώ αντίθετα από τις 17 γυναίκες, οι 10 που δήλωσαν ότι δεν ήταν απόλυτα ικανοποιημένες, περιγράφουν την υγεία τους μέτρια έως κακή ( $p<.011$ ).

#### **7.10.2 Συσχετίσεις με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας**

Έγιναν μια σειρά από συσχετίσεις με βάση την βιβλιογραφία. Από το σύνολο των συσχετίσεων που πραγματοποιήθηκαν στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα για τις μονάδες της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας (Βενιζέλειο, ΠΑ.ΓΝΗ) είχε η απουσία μόνιμης ασθένειας ή αναπηρίας.

Βενιζέλειο: Το σύνολο των γυναικών που είχαν μόνιμη ασθένεια ή αναπηρία (21,4%) δηλώσαν από καθόλου έως λίγο ικανοποιημένες. Αντίθετα εκείνες στις οποίες απουσίαζε η μόνιμη ασθένεια (78,6%) δήλωσαν από αρκετά έως πολύ ικανοποιημένες (64,3%). Η συσχέτιση τους είναι αρνητική ( $p<.045$ )(πιν.80).

ΠΑ.ΓΝΗ: Από τις 27 γυναίκες, οι 24 δεν είχαν μόνιμη ασθένεια ή αναπηρία (81,8%). Αρκετά έως πολύ ικανοποιημένες δήλωσαν σχεδόν στο σύνολο τους (72,7%) (πιν.88) ( $p<.016$ ).

## Κεφαλαίο 8<sup>ο</sup> Συζήτηση

### 8.1 Συζήτηση

#### *Περιορισμοί της έρευνας*

Η παρούσα έρευνα, παρέχει δεδομένα για την κατάσταση διαβίωσης και υγείας των μεταναστριών μητέρων, που αποτέλεσαν το δείγμα. Διερευνήθηκαν, μια σειρά παραγόντων που επηρεάζουν την αντίληψη για την υγεία τους και την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας. Τα αποτελέσματα, δεν μπορούν να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικά του πληθυσμού. Η μη ύπαρξη λίστας, (line listing) που να αποτυπώνει το μέγεθος και τα χαρακτηριστικά των μεταναστών/στριων δημιουργεί μεθοδολογικά προβλήματα και κάνει αδύνατη, την γενίκευση των αποτελεσμάτων. Ο μετανάστης/στρια σε κάθε επαφή με το Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών λάμβανε, ένα αριθμό πρωτοκόλλου. Αποτέλεσμα αυτού, ήταν σε κάθε ανανέωση άδειας παραμονής ή εργασίας να του δίδεται ένας νέος αριθμός, οπότε, το ίδιο άτομο να συναντάτε με τρία ή τέσσερα διαφορετικά πρωτόκολλα. Το συγκεκριμένο πρόβλημα ξεπεράστηκε από τις ερευνήτριες, μιας και εκείνες κατασκεύασαν την λίστα από ένα μεγάλο αριθμό φακέλων, που υπήρχε από τις διοικητικές διεκπεραιώσεις των μεταναστών/στριών. Αυτό, ήταν το αρχικό δειγματοληπτικό πλαίσιο. Το τελικό δειγματοληπτικό πλαίσιο, θα διαμορφωνόταν με το τέλος της έρευνας πεδίου από τα άτομα που για οποιαδήποτε λόγο δεν ήταν εγγεγραμμένα στο αρχικό.

Μειονέκτημα της μελέτης, ήταν ότι το σύνολο του ερωτηματολογίου δεν είχε εφαρμοσθεί σε αλλοδαπό πληθυσμό. Τα όργανα μέτρησης, γενικά αντανακλούν πολιτισμικά στοιχεία, μορφές της κοινωνίας, από την οποία προέρχονται. Είναι δύσκολο, να μεταφερθεί, ο προφορικός λόγος σε γραπτό και να αποδώσει το νόημα της επικοινωνίας. Τα μηνύματα δεν είναι μονοσήμαντα, ακόμα πράγματα που δεν λέγονται μιλούν πολύ περισσότερο από τον εκφερόμενο λόγο. Έτσι και λόγω της δυσκολίας του πληθυσμού στην ανάγνωση, το αυτοσυμπλήρουμενο ερωτηματολόγιο, αποκλείστηκε. Η μόνη λύση, ήταν η δομημένη συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο. Η συγκεκριμένη μέθοδος επιλέχθηκε διότι παρουσιάζει τα εξής πλεονεκτήματα :1) Οι ερωτήσεις της ήταν σαφείς και λεπτομερείς. 2) Έδινε την δυνατότητα για άντληση περισσότερων πληροφοριών και σε μεγάλο βάθος. 3) Αποφεύγονταν ανακολουθίες και παρερμηνείες. 4) Οι ερωτήσεις ήταν δομημένες και ακολουθούσαν συγκεκριμένη σειρά. 5) Η συνεντεύκτρια οφείλει να δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης, ώστε να αυξάνει το ποσοστό συνεργασίας του πληθυσμού. Τα μειονεκτήματα που λήφθηκαν υπόψη ήταν είναι: 1) Κατεύθυνση των



ερωτήσεων από την συνεντεύκτρια, 2) Υποβάθμιση από τον ερωτώμενο ευαίσθητων δεδομένων για την υγεία του,(Crossley et al.2002) που θα ήταν ευκολότερο να εκφράσει σε μια ταχυδρομική προσέγγιση (postal). Η προσπάθεια των ατόμων να δώσουν μια καλή εικόνα, συχνά, διαστρεβλώνει τα γεγονότα, λειτουργούν μηχανισμοί άμυνας, με αποτέλεσμα-σε μη συνειδητό επίπεδο-να αποκρύπτουν, να απωθούν ή να εκλογικεύουν καταστάσεις, ή ακόμα να αποκρύπτουν, ότι νομίζουν ότι δεν τιμά την παρουσία τους για να κερδίσουν τις πρώτες εντυπώσεις.

Τα προβλήματα επικοινωνίας/συνεννόησης, αυξήθηκαν με τα άτομα που δεν μιλούσαν καλά, την ελληνική γλώσσα. Με την παρουσία ατόμου που γνώριζε και μιλούσε τη μητρική γλώσσα των συνεντευξιζόμενων, ξεπεράστηκαν, στο μεγαλύτερο μέρος τους. Το άτομο, που αναλάμβανε χρέη διερμηνέα, προέρχονταν από το δίκτυο της γειτονίας ή των συγγενών. Η παρουσία ενός οικείου τρίτου προσώπου επηρέαζε την ερωτώμενη, άλλοτε θετικά και άλλοτε αρνητικά. Η συνοδεία του ερευνητή από οικείο πρόσωπο, μείωνε την καχυποψία και το φόβο του ερωτώμενου, αλλά από την άλλη, ευαίσθητα θέματα πιθανά αποκρύπτονταν και δεν εκφράζονταν λόγω της παρουσίας του συνοδού.

Πρόκληση, για την μελέτη ήταν η διαδικασία ενημέρωσης και κινητοποίησης του πληθυσμού. Πλεονέκτημα ήταν η ύπαρξη της επιτροπής μεταναστριών, οι οποίες ήταν οι πρώτες που ήρθαμε σε επαφή, ενημερώσαμε και συνεργαστήκαμε για την μελέτη. Εκείνες ανέλαβαν, αρχικά την μετάδοση της πληροφορίας, ενεργοποιώντας η κάθε μια, το άτυπο δίκτυο της. Η χρήση της αφίσας, σε σημεία κλειδιά, λειτούργησε θετικά, ως προπομπός, της τηλεφωνικής μας επικοινωνίας. Οι περισσότεροι γνώριζαν για την μελέτη από την αφίσα. Κίνητρο για να συμμετοχή αποτέλεσε, η εμβολιαστική διερεύνηση και κάλυψη των παιδιών των μεταναστών/στριων, ηλικίας 0-18.

Η φύση του πληθυσμού υπαγορεύει την μετακίνηση και την πολύωρη εργασία. Τα τηλέφωνα που ήταν δηλωμένα στο αρχείο, δεν αντιστοιχούσαν πάντα, με τα πραγματικά. Το αρχείο είχε λάθη, ακόμα και στην καταγραφή των ονομάτων με αποτέλεσμα, το ίδιο άτομο ήταν εγγεγραμμένο τόσο με το όνομα το δικό του, όσο και με του συζύγου. Η αλλαγή κατοικίας απέκλειε άτομα από την μελέτη, μιας και ήταν εγγεγραμμένα στο Δ. Γαζίου και διέμεναν εκτός ορίων του. Κάποια νοικοκυριά, γεωγραφικά απομονωμένα, ήταν δύσκολο να λάβουν την πληροφορία, είτε από την αφίσα, είτε από τα άτυπα δίκτυα. Επιπλέον, λόγω του ότι η μελέτη ξεκίνησε την θερινή περίοδο, οι εργασίες που απασχολούνται οι γυναίκες δεν είχαν τελειώσει. Το ημερήσιο πρόγραμμα τους, ήταν τόσο επιβαρυνόμενο και είχαν ελάχιστο ελεύθερο χρόνο.

Ένα μέρος του πληθυσμού (15%) ήταν εκείνες, που οι ερευνήτριες δεν κατάφεραν να δημιουργήσουν κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας ώστε να πεισθούν να συμμετάσχουν. Διερευνούσαν συνεχώς τα κίνητρα τους, ήταν καχύποπτες και δύσπιστες. Επιπλέον, πρόβλημα αποτέλεσε η παρουσία ενός πλασιέ βιβλίων στην περιοχή που αποσπούσε χρήματα από τα νοικοκυριά των μεταναστριών. Αυτό ήταν ανασταλτικός παράγοντας για συμμετοχή, μιας και οι περισσότερες οικογένειες το ανέφεραν, ως δικαιολογία που αρχικά ήταν δύσπιστες και επιφυλακτικές.

Περιορισμοί τέθηκαν από την γεωγραφική κατανομή του χώρου όπου δύο άτομα, όφειλαν να προσεγγίσουν ένα πληθυσμό με ιδιαιτερότητες που ήταν διασκορπισμένος. Ο χρόνος για τις μετακινήσεις ήταν εξαιρετικά μεγάλος, μιας και είχαν να καλύψουν μεγάλη χιλιομετρική απόσταση. Επίσης, λόγω του ότι τα ραντεβού κλείνονταν πάντα σύμφωνα με το πρόγραμμα των μεταναστριών και συνήθως στο σπίτι των ιδίων, χρειάζονταν περίπου 1 ώρα και 30 λεπτά για την γνωριμία και την συνέντευξη και 30 λεπτά κατά μέσο όρο, για την μετακίνηση. Τα πράγματα δυσκόλευαν λόγω του ότι η περιοχή, αρχικά ήταν άγνωστη, οι οικείες των μεταναστών δεν ήταν πάντα και στα πιο προσβάσιμα σημεία, ενώ ελάχιστα δεν είχαν οδούς.

Λόγω μακρινής χιλιομετρικής απόστασης, έλλειψης πόρων και μικρού αριθμού συνεντευκτών αποκλείστηκαν κάποιες από τις περιοχές του Δ. Γαζίου. Η κατανομή που παρουσιάζει η μελέτη σε σχέση με τις περιοχές, ήταν αναμενόμενη αλλά όχι επιδιωκόμενη. Η επιλογή του δείγματος δεν ήταν τυχαία, βασίστηκε στη δήλωση συμμετοχής, στα άτυπα δίκτυα και στο δίκτυο που δημιούργησαν οι ίδιες οι ερευνήτριες κατά την διάρκεια της μελέτης. Παρόλα, τα μεθοδολογικά προβλήματα, τα μειονεκτήματα και τις δυσκολίες στην προσέγγιση του δείγματος αρκετά από τα ευρήματα παρουσιάζουν ενδιαφέρον και παρουσιάζονται.

### ***Συζήτηση αποτελεσμάτων***

Δημογραφικά: Η πλειοψηφία του δείγματος κατάγεται από την Αλβανία (80,9%) και από την Βουλγαρία (4,61%). Αν και τα ποσοστά εμφανίζονται αρκετά πιο αυξημένα, εντούτοις οι εθνικότητες των αλλοδαπών που κρατούν τις πρώτες θέσεις στον πίνακα, ήταν ίδιες (Ε.Σ.Υ.Ε 2002). Αυξημένο ποσοστό κατέχουν οι Ορθόδοξες (34,8%), γεγονός που πιθανά οφείλεται στο ότι μια μερίδα γυναικών άλλαξε θρήσκευμα. Εκείνες που συχνά αποφασίζουν να αλλαξοπιστήσουν ήταν οι Μουσουλμάνες, στην προσπάθειά τους να γίνουν πιο αρεστές από την ελληνική κοινωνία (Migration News 2000). Η πλειοψηφία των

γυναικών του δείγματος, λόγω των κριτηρίων εισαγωγής ήταν έγγαμες. Το 82,9% είχαν από 1 έως 2 παιδιά γεγονός που καταδεικνύει την προσαρμογή του πληθυσμού στον ρυθμό γεννήσεων της χώρας υποδοχής (Dunn et al.2002) και είναι αντίθετο στο ότι η Αλβανία έχει το μεγαλύτερο δείκτη γεννήσεων στην Ευρώπη (Δόγλερας και συν.2002).Τα συγγενικά δίκτυα ισχύουν για το 57,4% του δείγματος. Μελέτες έχουν αποδείξει, ότι οι μετανάστες επιλέγουν συχνά τον τόπο μελλοντικής κατοικίας τους με βάση το που έχουν οι συγγένειες τους εγκατασταθεί (Boneva et al.2001). Η συντριπτική πλειοψηφία των μεταναστών ανήκουν στην παραγωγική ηλικία, γεγονός που ήταν αυτονόητο. Πρόκειται για «νεαρό» δείγμα, με το σύνολο του να αγγίζει την ηλικία των 50 ετών. Το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος ήταν στο σύνολο των βαθμίδων αρκετά πιο αυξημένο, από το εθνικό επίπεδο των μεταναστών, με την μεγαλύτερη διαφορά να εμφανίζεται στους απόφοιτους Λυκείου (Ε.Σ.Υ.Ε. 2001). Η εργασιακή κατάσταση των γυναικών δεν διαφοροποιείται για εκείνες που δεν εργάζονταν στην χώρα καταγωγής τους, μιας και εξακολουθούν να μην εργάζονται και στην χώρα υποδοχής. Ίσως αυτό να οφείλεται στην ύπαρξη μικρών παιδιών που χρήζουν φροντίδας και στην έλλειψη δομών παιδικής προστασίας που θα διευκόλυναν την μητέρα να εργασθεί. Τα επαγγέλματα που επιλέγουν για εργασία ή οι εργασίες που επιλέγονται οι μετανάστριες ήταν σύμφωνα με την τάση των μεταναστριών της χώρας. Μικρή αύξηση παρουσιάζει ο τουρισμός, λόγω ότι ο συγκεκριμένος δήμος προσφέρει εργασία σε αυτόν τον κλάδο.

Μετανάστευση: Οι άνδρες αποφασίζουν ευκολότερα να μεταναστεύσουν. Έρχονται πρώτοι, προετοιμάζουν το έδαφος και έπειτα ακολουθούν η μητέρα με την υπόλοιπη οικογένεια. Τέσσερις στις πέντε γυναίκες αποφάσισαν να μεταναστεύσουν για οικονομικούς λόγους επιβεβαιώνοντας τον τίτλο των οικονομικών μεταναστριών. Με στοιχεία που δημοσιεύθηκαν στη εφημερίδα Μεσόγειος (9-01-05) το ποσοστό των γυναικών που αποφάσισαν να μεταναστεύσουν για οικογενειακή συνένωση σε επίπεδο Κρήτης ήταν 13,2% ενώ στο Δ. Γαζίου 14,9%. Στο Δ. Γαζίου το 38% των γυναικών διαμένουν πάνω από 6 έτη. Στην Περιφέρεια Κρήτης πάνω από 5 έτη διαμένει το 32,6% (Kassimis et al 2004). Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνει ότι ο συγκεκριμένος δήμος αποτελεί μια αρκετά σταθερή βάση, μιας οι μετανάστες από την φύση τους μετακινούνται, συχνά και ότι ο πληθυσμός καταφέρνει χειμώνα-καλοκαίρι να βρει εργασία. Αποτέλεσμα της μακρόχρονης παραμονής στην Ελλάδα ήταν ότι το 79% του δείγματος γνώριζε την ελληνική γλώσσα από καλά έως πολύ καλά. Το ποσοστό των γυναικών εκτός από τα χρόνια παραμονής στην Ελλάδα, επηρεάζεται από το ότι το 68% των παιδιών πηγαίνουν

στο ελληνικό σχολείο και το 56% του δείγματος μιλάει και την μητρική και τη ελληνική γλώσσα στο σπίτι. Αξιοσημείωτη ήταν η αντίδραση των γυναικών, όταν συμπλήρωναν την δήλωση συμμετοχής και διάβαζαν το ενημερωτικό έντυπο μεταφρασμένα στην γλώσσα τους. Αν και οι περισσότερες έδειχναν ευχαριστημένες από την προσπάθεια των ερευνητριών να τις προσεγγίσουν, από την άλλη συχνά ανέφεραν ότι είχαν ξεχάσει να διαβάζουν στην μητρική τους γλώσσα. Παράλληλα, εξέφραζαν ανησυχία για το ότι τα παιδιά τους δεν ήθελαν να μάθουν να μιλούν και να γράφουν την μητρική τους γλώσσα με αποτέλεσμα να παρασύρουν και τις ίδιες. Σύμφωνα με έρευνα αυτό, προκαλεί στρες με αντίκτυπο στην γενικότερη υγεία των μητέρων (Meadows, 2001). Αυτές οι αλλαγές έχουν αντίκτυπο στην υγεία και συχνά εκφράζονται με κλάμα, θλίψη, κατάθλιψη και πονοκεφάλους.

Οι στρατηγικές του επιπολιτισμού που επέλεξαν οι μετανάστριες κατά την διαδικασία προσαρμογής τους δεν ήταν ξεκάθαρες. Λόγω του ότι οι περιοχές του επιπολιτισμού είναι πολλές υπήρξε διασπορά στις απαντήσεις. Οι όποιες συσχετίσεις έγιναν δεν έφεραν σημαντικά στατιστικά αποτελέσματα.

Υποκειμενική αντίληψη υγείας: Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας των μεταναστριών δεν διαφέρει σημαντικά από εκείνη του ελληνικού πληθυσμού. Σε μελέτη, οι Έλληνες αξιολόγησαν υψηλά το επίπεδο υγείας τους (70,2%) από πολύ καλή έως καλή. Οι μετανάστριες έφθασαν σε επίσης υψηλά επίπεδα (63,8%), χωρίς αυτό να είναι προτυποποιημένο προς άλλους παράγοντες, όπως η ηλικία (Κυριοπούλος 2003). Αυτό θα μπορούσε να ερμηνευθεί με δύο τρόπους. Είτε ισχύει το «φαινόμενο του υγιούς μετανάστη» (healthy immigrant) λόγω του ότι αυτοί που αποφασίζουν να μεταναστεύσουν αποτελούν το πιο υγιές τμήμα του πληθυσμού από τον οποίο προέρχονται, χωρίς αυτό να συνεπάγεται ότι θα ισχύει για πάντα (Markovic et al. 2002; Dunn et al. 2000). Είτε γιατί με την πάροδο του χρόνου η υγεία των μεταναστών συγκλίνει όλο και περισσότερο με αυτή της φιλοξενούμενης χώρας. (Dunn et al. 2000) Γενικά, οι Έλληνες αξιολογούν το επίπεδο υγείας τους υψηλά, καθώς το 70,2% αναφέρεται από πολύ καλή έως καλή υγεία (Κυριοπούλος 2003).

Κατάσταση υγείας: Ένα ακόμα στοιχείο που έρχεται να επιβεβαιώσει το παραπάνω (healthy immigrant) και ότι πρόκειται για ένα υγιές δείγμα του πληθυσμού ήταν η απουσία μόνιμων ασθενειών ή αναπηριών (80%). Ακόμα, τις δύο τελευταίες εβδομάδες μόνο το 8%

επισκέφθηκαν γιατρό για τις ίδιες. Επιπρόσθετα από μια σειρά συνηθισμένων συμπτωμάτων, η πλειοψηφία των απαντήσεων συγκεντρώθηκε στο ότι οι ερωτώμενες «ποτέ» τον τελευταίο χρόνο δεν είχαν ενόχληση από αυτά. Από την άλλη, το μεγαλύτερο ποσοστό για το «πολύ συχνά» ήταν για τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης. Σύμφωνα με έρευνα, όσο οι δυσκολίες επικοινωνίας με τους γηγενείς αυξάνουν, αρχίζει μια τάση για αναπόληση του παρελθόντος, όποτε εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα (περίπου 6 μήνες μετά την άφιξη) όπως παρανοειδείς τάσεις, καχυποψία, άγχος, κατάθλιψη, αίσθημα αδυναμίας, πόνοι στις αρθρώσεις, αϋπνία, ναυτία, ανορεξία (Παπαστυλιανού 2000).

Σε σχέση με την υγεία των γυναικών, ανησυχητικό ήταν ότι το 72% του δείγματος δεν είχε κάνει τεστ Παπανικολάου, τα τρία τελευταία χρόνια και το μεγαλύτερο μέρος από αυτές δεν ήξεραν ή δεν είχαν ακούσει ποτέ για αυτήν τη εξέταση. Βέβαια, αυτό ήταν αναμενόμενο μιας και οι γυναίκες προέρχονται από συστήματα υγείας που δεν δίδουν την πρέπουσα σημασία στον προληπτικό έλεγχο και τον οικογενειακό προγραμματισμό (World Health Report 2000, Δόγλερας και συν. 2002). Είναι γνωστό από την βιβλιογραφία ότι σε αυτές τις χώρες των Βαλκανίων, η έκτρωση αποτελεί μέτρο αντισύλληψης. Υπολογίζεται ότι το ποσοστό των γεννήσεων /εκτρώσεων ήταν 3:1 για τις γυναίκες του δείγματος. Το ίδιο ποσοστό στην Αλβανία υπολογίζεται 2,2:1 (UNICEF 2000, INTSAT 2000). Επιβαρυντικός παράγοντας στην υγεία των γυναικών ήταν ότι οι ερωτώμενες δεν γνώριζαν για τα μέτρα αντισύλληψης. Το ποσοστό αυτών, που δεν τα χρησιμοποιούν ήταν πολύ υψηλό (52%).

Η παραμονή των γυναικών στην Ελλάδα επηρέασε θετικά τις επισκέψεις στο γιατρό στην διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τα ποσοστά ήταν αυξημένα στο σύνολο τους, σχεδόν διπλάσια (61,7% προς 38,3%) (El-Mohandes, et al. 2003). Στις μηδενικές επισκέψεις στο γιατρό κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης το ποσοστό για την χώρα υποδοχής ήταν 0%, ενώ για την Ελλάδα 2,1%. Αυτό θα πρέπει να αποτελέσει θέμα πολιτικής βούλησης του κράτους ώστε να μην υπάρχουν γυναίκες που δεν μπορούν να επισκεφθούν γιατρό κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους (Μαργαριτίδου 2004). Ίσως εμπόδιο, στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, για μέρος του πληθυσμού να αποτελεί, η μη ασφαλιστική κάλυψη και νομιμότητα (Μαργαριτίδου 2004).

Χρήση υπηρεσιών υγείας: Η πιο συχνή αιτία επίσκεψης στο γιατρό αφορούσε τα παιδιά των μεταναστριών. Γνωστό είναι από την βιβλιογραφία, ότι η μητέρα είναι εκείνη που

φροντίζει για την υγεία όλης της οικογένειας (Wilson 1995, Verbrugge 1985). Αυτό συνεπάγεται, είτε ότι οι γυναίκες ήταν υγιείς και δεν έκαναν χρήση των υπηρεσιών υγείας, είτε δεν αφιερώνουν χρήματα και χρόνο να επισκεφθούν γιατρό για τον εαυτό τους.

Αναφορικά με την χρήση των υπηρεσιών το Κέντρο Υγείας είχε μηδενικές απαντήσεις μιας και ούτε το γνώριζαν, ούτε είχαν κάνει ποτέ χρήση των υπηρεσιών του. Παρατηρήθηκε ότι στις αγροτικές, απομακρυσμένες περιοχές, οι ερωτώμενες γνώριζαν για το Περιφερειακό Ιατρείο και τις λειτουργίες τους. Αντίθετα, στα αστικά κέντρα και ιδιαίτερα στο Γάζι, όπου το Περιφερειακό Ιατρείο ήταν πολύ κοντά από τις γειτονιές των μεταναστών, δεν γνώριζαν για τις λειτουργίες του, δεν το είχαν επισκεφθεί και μάλιστα προτιμούσαν να πληρώνουν στο ιδιωτικό παιδιατρικό ιατρείο, που βρίσκονταν ακριβώς δίπλα στην πόρτα του Περιφερειακού. Από την επαφή με το πληθυσμό, κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων, διαπιστώθηκε ότι η συμπεριφορά αυτή οφείλονταν σε άγνοια των υπηρεσιών και στο ότι οι μετανάστες φαίνεται να επιλέγουν υπηρεσίες υγείας με βάση το τι επιλέγει το συγγενικό και λοιπό δίκτυο τους.

Το Ι.Κ.Α. εμφανίζει να έχει την μεγαλύτερη χρήση από τις ερωτώμενες. Το ποσοστό αυτό φθάνει στο 53,2%. Η έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης (80,9%) σχετίζεται θετικά με την χρησιμοποίηση των υπηρεσιών (Κυριοπούλος 2003). Αρνητικό ήταν ότι δεν γνώριζαν ότι μπορούσαν με την ασφάλεια τους να επισκέπτονται το Περιφερειακό Ιατρείο που ήταν πολύ κοντά τους. Τα προβλήματα που αναφέρουν για το Ι.Κ.Α., από τις ερωτώμενες ήταν χρόνος αναμονής (40%), ο χώρος αναμονής και εξέτασης (40%), η συμπεριφορά των νοσοκόμων (26,7%) και των γιατρών (23,3%).

Οι περιπτώσεις των γυναικών που επισκέφθηκαν νοσοκομείο για τις ίδιες επέλεξαν το ΠΑ.ΓΝΗ (60%). Αυτό δικαιολογείται από την κοντινή χιλιομετρική απόσταση που απέχει το νοσοκομείο από το Δ. Γαζίου. Επίσης, μη γνωρίζοντας το σύστημα υγείας για οποιοδήποτε πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπίσουν άμεσα απευθύνονται στο δευτεροβάθμιο νοσοκομείο. Από τις συνεντεύξεις, οι ερωτώμενες ανέφεραν ότι ένας επιπλέον λόγος που απευθύνονται στο νοσοκομείο ήταν η ύπαρξη μιας γυναίκας γιατρού από την Αλβανία. Έτσι αισθάνονται μεγαλύτερη ασφάλεια να επισκεφθούν ένα «δικό τους γιατρό», που γνωρίζει την γλώσσα, τις απόψεις και τις στάσεις τους. Θέματα που συχνά αναφέρονται από μελέτες ως εμπόδια για την χρήση των υπηρεσιών. (Sitzia et al.1997)

Ικανοποίηση από υπηρεσίες υγείας: Η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες των μονάδων υγείας, διαφοροποιείται. Η ικανοποίηση από το Βενιζέλειο τείνει προς το αρκετά

ικανοποιημένες (35,7%). Σε μελέτη (Σουλιώτη και συν. 2003) με τηλεφωνικές συνεντεύξεις στην Αθήνα, βρέθηκε ότι η ικανοποίηση από υπηρεσίες των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. αντιστοιχούσε ακριβώς στο ίδιο ποσοστό με αυτό του δείγματος. Το ποσοστό ικανοποίησης που συγκεντρώνει το ΠΑ.ΓΝΗ ήταν πολύ μεγαλύτερο (84,8%). Αυτό επιβεβαιώνεται και από το t-test που εφαρμόστηκε, ελέγχοντας τους μέσους όρους ικανοποίησης των μονάδων ( $p < .000$ ). Αντίθετα το Ι.Κ.Α συγκεντρώνει το μεγαλύτερο ποσοστό στο λίγο ικανοποιημένες (50%).

Σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση παίζει η εύκολη και γρήγορη πρόσβαση, γεγονός που ισχύει στην περίπτωση του ΠΑ.ΓΝΗ, λόγω κοντινής απόστασης από τον τόπο κατοικίας του δείγματος ( Σουλιώτης και συν.2003). Οι υπηρεσίες των νοσοκομείων αφήνουν περισσότερο ικανοποιημένους τους ασθενείς των χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων (Σουλιώτης και συν. 2003). Στην ίδια μελέτη, η ικανοποίηση από τα πολυιατρεία του Ι.Κ.Α. χαρακτηρίζεται μέτρια στο μεγαλύτερο ποσοστό (30,3%).

### **Συσχετίσεις με εξαρτημένες μεταβλητές**

Υποκειμενική αντίληψη της υγείας : Σύμφωνα με την ηλικία των γυναικών παρατηρούμε ότι αν και η μειοψηφία των γυναικών (μόλις 4) ανήκουν στην ομάδα των 41-50, στο σύνολο τους δηλώσαν μέτρια υγεία, ακολουθώντας την τάση της βιβλιογραφίας του όσο η ηλικία αυξάνεται, η υποκειμενική αντίληψη της υγείας μειώνεται, χωρίς αυτό στην παρούσα μελέτη να είναι στατιστικά σημαντικό (Κυριόπουλος 2003). Η εκπαίδευση δεν διαφοροποιεί την αντίληψη της υγείας πράγμα που επίσης αντιβαίνει με την διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία όπου η εκπαίδευση και η αντίληψη της υγείας αυξάνουν θετικά (Κυριόπουλος 2003, Iglesias et al. 2003). Οι γυναίκες που ασχολούνται με τα οικιακά (43%) δηλώσαν από πολύ καλή έως μέτρια υγεία. Η ανεργία, η ανασφάλιστη εργασία, δεν διαφοροποιούν την εικόνα υγείας των ερωτώμενων στη μελέτη, γεγονός που αντιβαίνει με ευρήματα άλλων μελετών (Iglesias et al.2003). Επίσης, η σκληρή εργασία, και η έλλειψη ελεύθερου χρόνου επιδρά αρνητικά στην υγεία, χωρίς η μελέτη να το αποδεικνύει στατιστικά σημαντικά (Iglesias et al. 2003). Η συσχέτιση απουσία ασθένειας ή αναπηρίας με την καλή υγεία δεν αποδείχθηκε από την μελέτη (Bailis et al.2003, Iglesias et al. 2003, Κυριόπουλος 2003). Ο αριθμός των παιδιών σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την υποκειμενική αντίληψη. Περίπου μια από τις δύο μητέρες που έχουν δύο παιδιά δηλώσαν

από πολύ καλή έως καλή υγεία ( $p < .047$ ). Η διερεύνηση αυτής της συσχέτισης χρειάζεται περαιτέρω ανάλυση διότι αυτό είναι πιθανό να οφείλεται σε μια σειρά παραγόντων όπως: η ηλικία των παιδιών, η οικογενειακή κατάσταση, από το αν πηγαίνουν σχολείο, από την απασχόληση της μητέρας, από το υποστηρικτικό δίκτυο, από την οικονομική κατάσταση της οικογένειας (Bingefors, 2004).

Η ερευνητική υπόθεση της μελέτης επιβεβαιώθηκε για τα συμπτώματα όπως η κόπωση, οι ζαλάδες, ο πυρετός, οι αϋπνίες, τα οποία βρέθηκε ότι έχουν στατιστικά σημαντική σχέση και μάλιστα αρνητική με την υποκειμενική αντίληψη (Iglesias et al. 2003). Αντίθετα, για τα συμπτώματα όπως οι εμετοί, οι πονοκέφαλοι, η νευρικότητα, το άγχος και η κατάθλιψη δεν επιβεβαιώθηκε. Για τα τελευταία συμπτώματα και κυρίως για το άγχος, την νευρικότητα και την κατάθλιψη υπήρξε αμφιβολία, αν οι ερωτώμενες αντιλαμβάνονταν το νόημα των συμπτωμάτων και τους έδιναν το ίδιο περιεχόμενο ή τουλάχιστον αυτό που δίδεται στην χώρα μας. Γενικά θεωρούνται δύσκολες έννοιες και εύκολα μπορούν να πάρουν διαφορετική σημασία ή βαρύτητα (Meadows et al. 2001). Πολλές μελέτες στην Σουηδία, αναφέρουν ότι οι μετανάστες, έχουν αυξημένο κίνδυνο για κακή υγεία, μακροχρόνιες ασθένειες, αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας, αυτοκτονίες, ψυχολογική πίεση και παράπονα για ψυχοσωματικά συμπτώματα σε σχέση με τους γηγενείς (Iglesias et al. 2003).

Η ικανοποίηση από το εισόδημα αναμενόταν από την βιβλιογραφία να σχετίζεται θετικά με την υγεία, εντούτοις αυτό δεν αποδείχθηκε (Eriksson et al. 2001). Την εσωτερική συνέπεια των ερωτήσεων ήρθε να επιβεβαιώσει η γραμμική συσχέτιση της ικανοποίησης από την ζωή και των διαφόρων παραγόντων (σύζυγος, εαυτό, προσωπική υγεία) με την υποκειμενική αντίληψη ( $p < .000$ ).

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας: Οι περισσότερες μελέτες συνδέουν την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας με παράγοντες όπως ηλικία: η ηλικία, το φύλο, η απουσία ασθένειας, η εκπαίδευση, ο αριθμός των παιδιών. Μιλώντας για μεταναστευτικό πληθυσμό δεν πρέπει να ξεχνάμε τον ρόλο που διαδραματίζουν τα εμπόδια και που επηρεάζουν την ικανοποίηση του ατόμου όπως: η χρήση της ελληνικής γλώσσας, τα χρόνια διαμονής στην χώρα υποδοχής, το θρήσκευμα (Sitzia et al. 1997).

Στην παρούσα μελέτη, η μόνη συσχέτιση που ήταν στατιστικά σημαντική ήταν η απουσία ασθένειας ή μόνιμης αναπηρίας. Η συσχέτιση αυτή, γίνεται ακόμη πιο ισχυρή μιας και επιβεβαιώθηκε και για τα δύο νοσοκομεία (Βενιζέλειο, ΠΑ.ΓΝΗ). Σύμφωνα με



τον Guzman και συν. (1988), η ικανοποίηση των χρηστών είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης τους με την φροντίδα υγείας, η οποία εν μέρει, ορίζει την μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας καθώς και την ελαστικότητα τους με την θεραπευτική διαδικασία (Merkouris et al.1999). Τα άτομα που δεν έχουν προσωπική εμπειρία λόγω του ότι δεν είχαν σοβαρή ασθένεια που να τους δημιουργεί εξάρτηση από τις υπηρεσίες υγείας, ήταν ελαστικά στην κρίση τους (Παπανικολάου 2003).

## 8.2 Συμπέρασμα

Με βάση τον σκοπό της έρευνας, τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να διαπιστωθούν γενικότερα συμπεράσματα για την κατάσταση της υγείας και την χρήση των υπηρεσιών του υπό μελέτη πληθυσμού.

Από την βιβλιογραφία γνωρίσαμε ότι ως άτομα, έχουν ανάγκη να αισθανθούν αποδοχή από τους γηγενείς. Παράλληλα, στην προσπάθεια τους να διατηρήσουν την γλώσσα, τα ήθη, έθιμα και την θρησκεία τους αισθάνονται αγωνία. Κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων διαπιστώθηκε η άγνοια των μεταναστριών για τις υπηρεσίες υγείας, εντός και εκτός των ορίων του δήμου. Μεγάλο μέρος του πληθυσμού αγνοούσε την δυνατότητα να προσέλθει στο Περιφερειακό Ιατρείο με το βιβλιάριο υγείας, δωρεάν. Για οποιοδήποτε πρόβλημα, απευθύνονταν στο ιδιωτικό ιατρείο ή στο νοσοκομείο. Περιορισμένη, ήταν και η ενημέρωση τους για τις λοιπές υπηρεσίες του δήμου. Απορίες εξέφραζαν για τα δικαιώματά τους, για τις εγγραφές των παιδιών τους στο παιδικό σταθμό, στο ΚΔΑΠ, με ποια κριτήρια κ.λ.π. Επίσης, υπήρχαν μητέρες που σιωπηλά εξέφραζαν ανάγκη για συμβουλευτική και υποστήριξη. Προβλήματα ενδοοικογενειακά, με το σύζυγο, τα παιδιά, με τις ίδιες, με την πίεση που νοιώθουν από την καθημερινότητα ή το πένθος από την απώλεια αγαπημένων προσώπων.

Από τα αποτελέσματα, αποδεικνύεται ότι η φροντίδα της υγείας τους ήταν περιορισμένη, δεν γνώριζαν για προληπτικά μέτρα (test Pap) και δεν έπαιρναν μέτρα προφύλαξης. Οι γυναίκες της μελέτης είχαν πολύ καλή υγεία, χωρίς αυτό να είναι απόλυτο, ότι θα υφίσταται με το πέρασμα του χρόνου. Η υγεία τους, πλήττετε από μια σειρά παραγόντων όπως το άγχος, η φτώχεια, η ανεργία, η μαύρη εργασία, ο κοινωνικός αποκλεισμός.

Η ανυπαρξία αρχείου σε τοπικό επίπεδο που να περιγράφει τα βασικά χαρακτηριστικά του μεταναστευτικού πληθυσμού αποτελεί θέμα προτεραιότητας, αν κάποιος θέλει να δουλέψει με τον πληθυσμό. Καμία παρέμβαση δεν μπορεί να λάβει χώρα αν δεν υπάρχει, έστω και μια στοιχειώδης εικόνα για τον αυτόν τον πληθυσμό. Αυτό απαιτεί πολιτική βούληση, αντιμετώπιση του πληθυσμού ως ένα σύνολο Υποκειμένων και όχι ως απρόσωπα όντα που εκπληρώνουν γραφειοκρατικές εργασίες και εξαφανίζονται.

Ο δήμος, οφείλει να στρέψει την κοινωνική πολιτική προς αυτή την κατεύθυνση. Η ανάπτυξη προγραμμάτων διαπολιτισμικής εκπαίδευσης, όπου, παιδιά διαφόρων εθνικοτήτων θα αντάλλαζαν τις εμπειρίες τους θα μπορούσε να ήταν η αρχή. Η εκμάθηση της μητρικής γλώσσας θα μπορούσε να γίνει για το σύνολο των παιδιών του δήμου. Η εκμάθηση ελληνικής γλώσσας, για ενήλικες θα έδινε νέες προοπτικές και δυνατότητες. Σημαντική παρέμβαση θα ήταν η προσέγγιση των γονέων, η δημιουργία ομάδας, η πληροφόρηση για τα δικαιώματά τους.

Η ανάγκη για ενημέρωση για τις υπηρεσίες υγείας θα μπορούσε να επιλυθεί με μια ενημερωτική συνάντηση ή ομιλία από τους γιατρούς των ιατρείων. Βοηθητικά θα ήταν τα ενημερωτικά σημειώματα, όπου σε γραπτό λόγο θα αποτυπώνονταν οι λειτουργίες και στην μητρική γλώσσα.

Τέλος, σοβαρό θέμα δημόσιας υγείας είναι η προστασία της μητρότητας και η υγεία των γυναικών. Αναγκαία είναι η ενημέρωση του πληθυσμού. Η ομιλία του Οικογενειακού Προγραμματισμού είχε αποτέλεσμα. Αρκετές από τις γυναίκες προσήλθαν στο νοσοκομείο για γυναικολογικές εξετάσεις. Προκειμένου αυτό να είναι αποτελεσματικό οφείλει να γίνεται σε μια συνεχιζόμενη βάση. Πρέπει να δοθεί έμφαση στο να διατηρήσουν ικανοποιητικό επίπεδο υγείας. Η όποια παρέμβαση για να είναι αποτελεσματική πρέπει να λαμβάνει υπόψη της τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας και να είναι πολυεπίπεδη.

Όλα αυτά κάνουν απαραίτητη, την δημιουργία μιας υπηρεσίας που θα είναι ευέλικτη και θα κινείται πάνω στις ανάγκες των μεταναστριών και των οικογενειών τους, που ενδεχομένως θα στελεχώνεται και από τις μετανάστριες, ώστε να προσελκύει πιο εύκολα τον πληθυσμό. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία του όλου εγχειρήματος είναι η ενθάρρυνση συνεργασίας της κοινότητας των μεταναστών με τις ομάδες και τις οργανώσεις του δήμου. Η ενίσχυση της διακοινοτικής και διαπολιτισμικής επικοινωνίας, όπου όλοι θα λαμβάνουν ενημέρωση και στήριξη.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική Βιβλιογραφία

Health for all by the year 2000, (χ.χ.) Copyright © για την ελληνική έκδοση, Υγειονομική Σχολή Αθηνών-Τομέας Ιατρικής Οικονομίας, εκδ. Ε.Ο.Φ.

Γετίμης Π., Πετρινώτη Ξ., 2003 «Έρευνα για την ανίχνευση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν στελέχη του Δημόσιου στην εξυπηρέτηση των μεταναστών-παλλινοστούντων-προσφύγων», Κ.Π. Equal, Άξονας 1: Απασχολησιμότητα και Μέτρο 1.2 : Καταπολέμηση του ρατσισμού και της ξενοφοβίας σε σχέση με την αγορά εργασίας και συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και το Ελληνικό Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα.

Δόγλερας Απ., Οικονόμου Χ. 2002, « Η υγεία στα Βαλκάνια» στο : *Η υγεία του πληθυσμού*, τόμος 3, (έκδοση) Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Ελλάδα, Διασυνοριακό Πρόγραμμα INTERREG II, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας , Αθήνα.

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος, Απογραφή 2001.

Ζαϊμάκης Γ. 2002, «Κοινοτική εργασία και τοπικές κοινωνίες- Ανάπτυξη, συλλογική δράση, πολυπολιτισμικότητα», εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Θεοδωράκης Π., Μαντζαβίνης Γ., Rumbullaku L. 2000, «Υπηρεσίες υγείας, υγειονομικό προσωπικό και κοινωνικοοικονομικές δείκτες στην Αλβανία», στο: *Δημόσια Υγεία και Μετανάστευση*, τόμος 6, ( έκδοση) Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας Ελλάδας, Διασυνοριακό Πρόγραμμα INTERREG II, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας , Αθήνα.

Θεοδώρου Μ., Σούλης Σ., Σαρρής Μ. 2001, *Συστήματα Υγείας*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

Καρασαββόγλου Α. Γ. 2001, « Ο ρόλος της μετανάστευσης στην Ευρωπαϊκή αγορά εργασίας και ειδικότερα στις εργασιακές σχέσεις και η περίπτωση της Ελλάδας» στο : *Μετανάστες και Μετανάστευση* , εκδ. Πατάκη.

Κοιλιάρη Α. 1997, *Ξένος στη Ελλάδα :Μετανάστες, γλώσσα και κοινωνική ένταξη*, Παρατηρητής, Αθήνα.

Κονιόρδος Μ. και συν. 2003, «Οι μεταναστευτικές πιέσεις προς τις Μεσογειακές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και η μεταναστευτική πολιτική των χωρών αυτών», ΙΔ΄ Εκπαιδευτική Σειρά, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής, Αθήνα.

Κούτης Αν. 2004, *Σημειώσεις του μαθήματος Δημόσια Υγεία*, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στη Δημόσια Υγεία, Πανεπιστήμιο Κρήτης. Για περισσότερα βλ. A.R.Tarlov, 1996 Social determinants of health, the sociobiological translation, In: Health and Social Organization, D Blane, E. Brunner, R Wilkinson (eds), London.

Κυριόπουλος Γ., Γκρέγκορ Σ., Οικονόμου Χ. (2003). *Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον Ελληνικό πληθυσμό*, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα.

Κυριόπουλος, Οικονόμου, Πολύζος, Σισσούρας 2000, *Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης του συστήματος υπηρεσιών υγείας*, εκδ. Θεμέλιο.

Λαμπρινίδης Λ., Λυμπεράκη Α. 2001, Το πλαίσιο ένταξης των μεταναστών στις οικονομίες της Νότιας Ευρώπης στο : *Αλβανοί μετανάστες στην Θεσσαλονίκη*, εκδ. Παρατηρητής.

Λαναράς Αν., 2002, « Η συνεργασία της Ελλάδας με τις βαλκανικές χώρες στο τομέα της υγείας» στο : Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Ελλάδα, Διασυνοριακό Πρόγραμμα INTERREG II, (έκδοση) *Η υγεία του πληθυσμού*, τόμος 2, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

Μαργαριτίδου Β. 2004, «Προσέγγιση της υγείας των πολιτισμικά διαφοροποιημένων γυναικών» , 5<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

Μωραΐτης Ευάγγελος, 2002, «Η ΠΦΥ στα πλαίσια της πολιτικής ,Υγεία για όλους το 2000» στο: *Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα*, εκδ. Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 1998 : *ΥΓΕΙΑ 21, Μια εισαγωγή στο πλαίσιο της πολιτικής Υγεία για Όλους για την Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ* ( Υγεία για Όλους Series No 5).

Παπανικολάου Β., «Ποιότητα υπηρεσιών και ικανοποίηση χρηστών» στο: *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, εκδ. Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία.

Παπαστυλιανού Α, 2002, *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Παπαστυλιανού Α., 1992, «Η ψυχολογική προσαρμογή των μαθητών-παιδιών Παλιννοστούντων Έρευνα στους μαθητές του Γυμνασίου και Λυκείου Παλιννοστούντων Βαρυμπόμπης», Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Φιλοσοφική , τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας.

- Παπαστυλιανού Αν. 2000, «Ψυχοκοινωνική προσαρμογή και στρες σε Αγγλόφωνους, Πόντιους και Βορειοηπειρώτες εφήβους μαθητές στην Ελλάδα», *Ελληνική Εταιρεία Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας Παιδιού και Εφήβου*, τόμος 2, τεύχος 1,σελ.112-127, εκδ. Καστανιώτη.
- Πετράκου Ηλ. Β. 2001, «Η κατασκευή της μετανάστευσης στην ελληνική κοινωνία» στο: *Μετανάστες στην Ελλάδα*, εκδ. Πατάκη.
- Σαρρής, Μάρκος, 2001, *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*, Παπαζήση, Αθήνα, 2001.
- Σουλιώτης Κ., Δόγλερας Α., Κυριόπουλος Γ. 2003, «Η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας: Ερευνητικά αποτελέσματα από την περιοχή της Αθήνας» στο: *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, εκδ. Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία.
- Τούντας Γ. 2001, *Κοινωνία και Υγεία*, εκδ. Οδυσσέας /Νέα Υγεία, Αθήνα.
- Υφαντόπουλος Γ.2003, *Τα οικονομικά της υγείας- Θεωρία και Πολιτική*, εκδ. τυπηθήτω, Αθήνα.
- Υφαντόπουλος Γ.2004, *Οικονομικά της Υγείας*, εκδ. Τυπωθήτω, Αθήνα.
- Φιλαλήθης Α, Ι. Βλαχονικολής, Σ. Κουκούλη-Γραβάνη,1990, «Η έρευνα ερωτηματολογίου υγείας στις Αρχάνες.Β΄ Μέρος: Οι δείκτες χρήσης υπηρεσιών υγείας», *MMG*,18(5) 439-448.
- Φιλαλήθης Α., Ι. Βλαχονικολής, Σ. Κουκούλη-Γραβάνη,1990, «Η έρευνα ερωτηματολογίου υγείας στις Αρχάνες. Α΄ Μέρος: Οι δείκτες υγείας», *MMG*,18(4) 330-340.
- Χλέτσος Μ.2001, «Η πολιτική οικονομία της μετανάστευσης» στο: *Μετανάστες και Μετανάστευση*, εκδ. Πατάκη.
- Vjollca K., (2002), «Το σύστημα υγείας στην Αλβανία» στο: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Ελλάδα, Διασυνοριακό Πρόγραμμα INTERREG II, (έκδοση) «Η υγεία του πληθυσμού» τόμος 3, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

## Ξένη Βιβλιογραφία

Boneva Bonka S, Irena Hanson Frieze 2001, “Toward a Concept of a Migrant personality”, *Social issues*, vol. 57, No 3 pp.447-491.

“Migration, Human rights, and Health” 2003, *The Lancet*, vol.362, pp. 2019.

Bailis Daniel S., Alexander Segall, Judith G. Chipperfield 2003, “Two views of self-rated general health status” *Social Science & Medicine*, vol. 56 pp.203–217.

Baldwin-Edwards Martin 2004, “Immigration into Greece, 1990-2003: A Southern European Paradigm?” *UNECE, European Population Forum Geneva*, Switzerland,

Berry J. W., 1997. Lead Article, “Immigration, Acculturation and Adaptation” *Applied Psychology: An international review*, vol.46, No 1, pp. 5-68.

Bingefors Kerstin and Dag Isacson 2004, “Epidemiology, co-morbidity, and impact on health-related quality of life of self-reported headache and musculoskeletal pain – a gender perspective”, *European Journal of Pain*, vol.8, pp. 435–450.

Bowling Ann 2002, *Research Methods in Health. Investigating Health and Health Services*, Open University Press.

Cavounidis Jennifer 2002 «Migration in Southern Europe and the Case of Greece», *International Migration, Quarterly Review*, vol.40, No 1, pp.46.

Crossley Thomas F., Steven Kennedy 2002 “The reliability of self-assessed health status”, *Journal of Health Economics*, vol.21 pp. 643–658.

DesMeules Marie, Arminée Kazanjian, Heather Maclean, Jennifer Payne,

Dunn James R, Isabel Dyck 2000, “Social determinants of health in Canada’s immigrant population: results from the National Population Health Survey”, *Social Science & Medicine*, vol.51, pp.1573-1593.

El-Mohandes Ayman A. E.; MPH; Kathy S. Katz; M. Nabil El-Khorazaty; Doris McNeely-Johnson; Phyllis W. Sharps; Marian H. Jarrett; Allison Rose; Davene M. White; Michal Young; Larry Grylack; Kennan D. B. Murray; Pragathi S. Katta; Melissa Burroughs; Ghassan Atiyeh; Barbara K. Wingrove; And Allen A. Herman 2003, “The Effect of a Parenting Education Program on the Use of Preventive Paediatric Health Care Services

among Low-Income, Minority Mothers: A Randomized Controlled Study”, *PEDIATRICS*, vol. 111, No. 6.

Health and Human Rights, *THE LANCET*, vol.362.

Iglesias Edgar, Eva Robertson, Sven-Erik Johansson, Peter Engfeldt, Jan Sundquist 2003, “Women, international migration and self-reported health .A population-based study of women of reproductive age”, *Social Science & Medicine*, vol.56, pp. 111–124.

Institute of Public Health of Serbia, WHO Emergency and Humanitarian Assistance Office Belgrade, ECHO, Humanitarian Office of the European Union, 2000, “Health status, health needs and utilization of health services – in 2000, Report on the analysis for adult population in Serbia: Differences between domicile population, refugees and internally displaced persons”.

INTSAT, 2000, Albania in figures Tirana.

Ivanov L. Louise; and K. Buck 2002, “Health Care Utilization Patterns of Russian-Speaking Immigrant Women Across Age Groups”, *Journal of Immigrant Health*, vol. 4, No. 1.

Meadows Lynn M., Wilfreda E. Truston, Christina Melton 2001, “Immigrant women’s health” *Social science & Medicine*, vol.52, pp.1451-1458.

Merkouris A., J.Yfantopoulos, V. Lanara, C. Lemonidou 1999, “Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services”, *Journal of Nursing Management*, vol. 7, pp.19-28.

Mestheneos Elisabeth, a 1999, “Migrants in the Balkans-some health related aspects from a Greek perspective”, chapter 6 pp.117 in: *Neighbours in the Balkans, Initiating the Dialogue for Health*, (ed.) WHO Regional Office for Europe, National School of Public Health, Athens.

Mestheneos Elisabeth, b 1999, “Family and health in the Balkans”, chapter 4 pp.64 in: *Neighbours in the Balkans, Initiating the Dialogue for Health*, (ed.) WHO Regional Office for Europe, National School of Public Health, Athens.

Mestheneos Elizabeth 1999, “Migrants in the Balkans- some health related aspects from a Greek perspective” in: *Neighbours in the Balkans. Initiating the dialogue for health*, Anna

Ritsatakis WHO., Jeffrey Levett and J.Kyriopoulos National School of Public Health, chapter 6, pp.118-122.

*Migration News* “Southern Europe Smuggling” Vol. 7, No. 12, (December 2000)- Electronic Edition.

*Migration Policy Institute* 2004, “Migration Information Source- Greece: A History of Migration” by Kassimis Ch. Kassimi Chr. [Online]

Petsetaki Elisabeth, Mary Geitona, 1999, “Greece” in: *Neighbours in the Balkans, Initiating the Dialogue for Health* chapter 7, pp. 129, (ed.) WHO Regional Office for Europe, National School of Public Health, Athens.

pp. 7.

Reijneveld Sijmen A 1998, “Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position?” *J. Epidemiol Community Health*, vol.52, pp.298–304.

Ritsatakis Anna, 1999, “Equity in health: the concepts and experience in Europe”, chapter 6 pp.96, in: *Neighbours in the Balkans, Initiating the Dialogue for Health*, (ed.) WHO Regional Office for Europe, National School of Public Health, Athens.

Salant T., D.S. Lauderdale, “Measuring culture: a critical review of acculturation and health in Asian immigrant population” *Social science & Medicine*, vol.57, pp. 71-90.

Sanco of the European Commission 2003, “Health Report on Socio-Economic Differences in Health- Indicators in Europe Health inequalities in Europe and the situation of disadvantaged groups”, *Institute of Public Health*, Bielefeld.

Siadinia Maria 2001, «Immigration in Greece during the 1990’s: An overview» (Dissertation Paper), *King’s College London*, pp.18.

Sitzia John, Neil Wood 1997, “Patient satisfaction: a review of issues and concepts” *Soc Sci.Med.*, vol.45, no 12, pp.1829-1843.

Stewart Donna E and Bilkis Vissandjée 2004, “Women's Health Surveillance Report: Introduction”, *BMC Women's Health* 2004, vol.4 [online] Available from: <http://www.biomedcentral.com/>

UNISEF 2000,“Assessment of social and economic conditions of districts in Albania”, Ministry of Health of Albania.



Van de Vijver, Phalet K. 2004 "Assessment in Multicultural Groups: The Role of Acculturation" *Applied Psychology: An International Review*, vol.53, no 2, pp.215-236.

*Western Policy Regional Report*, August 1999 - Volume 4, Issue 5 (September 1999).

WHO, Regional Office for health for all databases European Observatory in Health Care Systems, 1999, "Health Care Systems Transition, Albania", Copenhagen.

Wilson Debora, 1995 "Women's roles and women's health: The effect of immigration on Latina Women", *WHI*, vol.5, No 1, pp.8-14.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

### **Παραρτήματα Γενικού Μέρους**

I. Πίνακες

II. Σχήματα

III. Γραφήματα

### **Παραρτήματα Ειδικού Μέρους**

I. Πίνακες αποτελεσμάτων έρευνας

II. Γραφήματα έρευνας

III. Άδεια για πρόσβαση από ειδική επιτροπή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης

IV. Δομημένη συνέντευξη

V. Αφίσα

VI. Ενημερωτικό έντυπο και δήλωση συμμετοχής

VII. Οργάνωση ομιλίας (Οικογενειακός Προγραμματισμός)

VIII. Χρονοδιάγραμμα μελέτης

IX. Έντυπο παρέμβασης κατά την διάρκεια της συνέντευξης

## Παραρτήματα Γενικού Μέρους

### Ι. Πίνακες

Πίνακας 1 Χώρα καταγωγής των μεταναστών από την απογραφή του 2001

ΧΩΡΑ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ
1. Αλβανία	438.036	57,47%
2. Βουλγαρία	35.104	4,61%
3. Γεωργία	22.875	3,00%
4. Ρουμανία	21.994	2,89%
5. Ηνωμένες Πολιτείες	18.140	2,38%
6. Ρωσική Ομοσπ.	17.535	2,30%
7. Κύπρος	17.426	2,29%
8. Ουκρανία	13.616	1,79%
9. Ηνωμένο Βασίλειο	13.196	1,73%
10. Πολωνία	12.831	1,68%
11. Γερμανία	11.806	1,55%
12. Πακιστάν	11.130	1,46%
13. Αυστραλία	8.767	1,15%
14. Τουρκία	7.881	1,03%
15. Αρμενία	7.742	1,02%
16. Αίγυπτος	7.448	0,98%
17. Ινδία	7.216	0,95%
18. Ιράκ	6.936	0,91%
19. Φιλιππίνες	6.478	0,85%
20. Καναδάς	6.049	0,79%
21. Ιταλία	5.825	0,76%
22. Μολδαβία	5.716	0,75%
23. Συρία	5.552	0,73%
24. Γαλλία	5.267	0,69%
25. Μπανγκλαντές	4.854	0,64%
26. Γιουγκοσλαβία	3.832	0,50%
27. Ολλανδία	2.519	0,33%
28. Καζακστάν	2.256	0,30%
29. Σουηδία	2.203	0,29%
30. Νιγηρία	2.015	0,26%

Πηγή: Γετίμης Π., Πετρινώτη Ξ., 2003

Πίνακας 2 Οικογενειακή κατάσταση των μεταναστών από την απογραφή του 2001

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Σύνολο	Άγαμοι	Έγγαμοι	Χήροι	Διαζευμένοι	Σε διάσταση
ΣΥΝΟΛΟ	413.241	144.841	231.052	14.580	18.140	6.828
ΑΝΤΡΕΣ	244.643	107.368	125.394	3.970	5.039	2.872
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	168.598	37.473	105.658	10.610	11.101	3.756

Πηγή: Γετίμης Π., Πετρινώτη Ξ., 2003

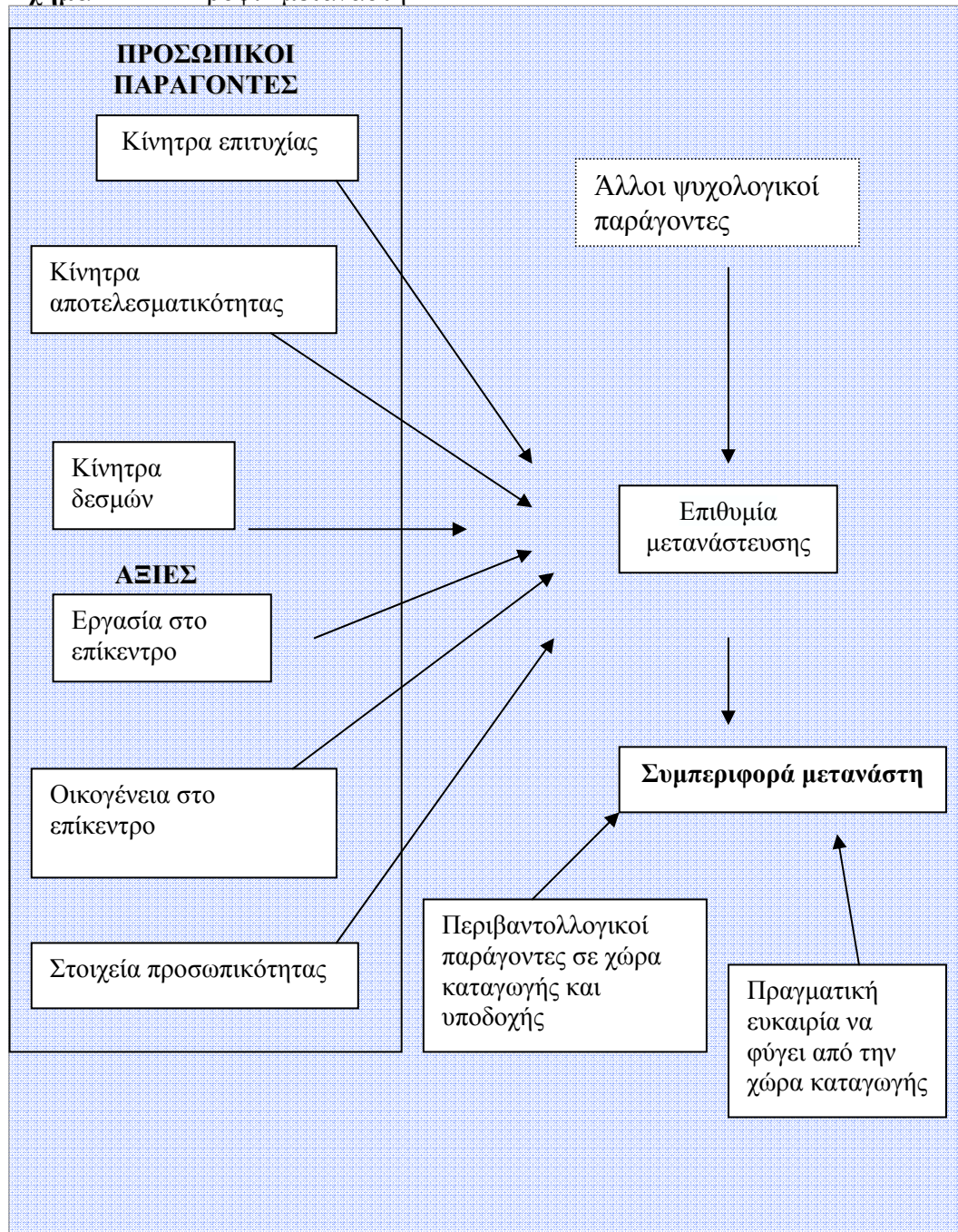
**Πίνακας 3** Στόχοι του ΠΟΥ για την πολιτική ΥΓΕΙΑ21

Στόχος 1	Αλληλεγγύη για την υγεία στην Ευρώπη
Στόχος 2	Ισότητα στην υγεία
Στόχος 3	Υγιεινό ξεκίνημα στη ζωή
Στόχος 4	Η υγεία των νέων ( μέχρι 18 και άνω)
Στόχος 5	Καλά γεράματα
Στόχος 6	Βελτίωση της ψυχικής υγείας
Στόχος 7	Μείωση των μεταδοτικών νοσημάτων
Στόχος 8	Μείωση των μη μεταδοτικών νοσημάτων
Στόχος 9	Μείωση των κακώσεων από βία και ατυχήματα
Στόχος 10	Υγιεινό και ασφαλές φυσικό περιβάλλον
Στόχος 11	Υγιεινότερος τρόπος ζωής
Στόχος 12	Μείωση των επιπτώσεων από αλκοόλ , ναρκωτικά και καπνό
Στόχος 13	Υγιεινοί χώροι
Στόχος 14	Πολυτομεακή ευθύνη για την υγεία
Στόχος 15	Ένας ολοκληρωμένος υγειονομικός τομέας
Στόχος 16	Διαχείριση για ποιότητα στην φροντίδα
Στόχος 17	Χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και κατανομή των πόρων
Στόχος 18	Ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων στον τομέα υγείας
Στόχος 19	Έρευνα και γνώσεις για την υγεία
Στόχος 20	Κινητοποίηση των εταίρων για καλύτερη υγεία
Στόχος 21	Πολιτική και στρατηγική για την «Υγεία για όλους»

**Πηγή:** Π.Ο.Υ. 1998

## II. Σχήματα

Σχήμα 1 Προφίλ μετανάστη



Πηγή: Bonka S. Boneva et al. 2001

**Σχήμα 2** Κοινωνική αιτιολογία της υγείας και της ασθένειας

**ΤΡΕΙΣ ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ**

**A. Κοινωνική αναπαραγωγή**

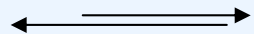
Στιγματισμός π.χ. παρεκκλίνουσα συμπεριφορά όπως η ψυχική ασθένεια

**B. Κοινωνική κληρονομιά**

Διαδικασία μεταξύ γενεών π.χ. χαμηλό εισόδημα και χαμηλό ύψος

**Γ. Έκθεση και αντανάκλαση**

Υλικά αγαθά



Ψυχοκοινωνικά αγαθά

Φτωχό νοικοκυριό

Ατμοσφαιρική ρύπανση

Κυκλοφοριακό

Κίνδυνος ατυχημάτων

Κακή διατροφή

Ανθυγιεινό εργασιακό περιβάλλον κ.λ.π.

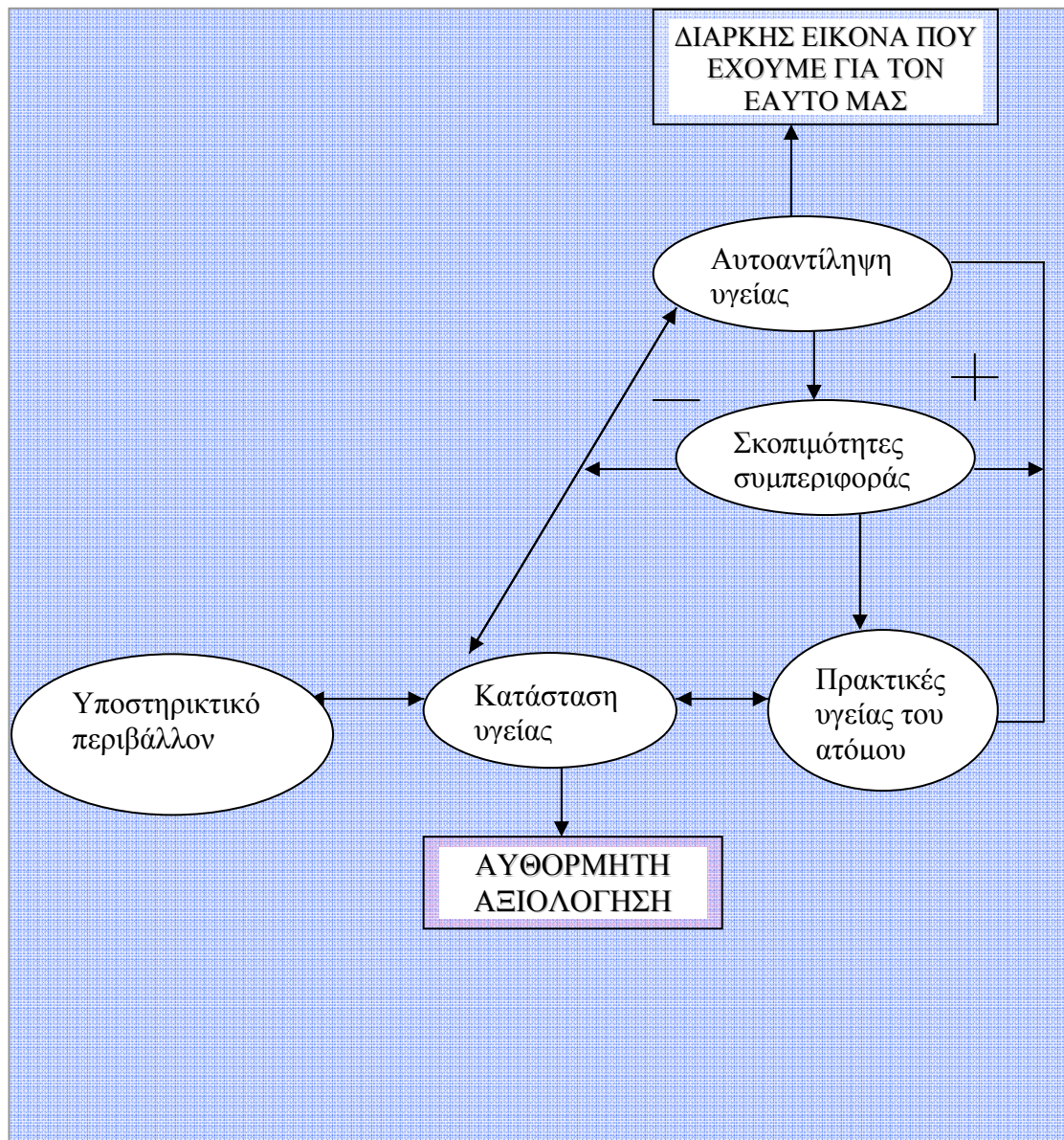
Έκθεση σε διάφορες

κοινωνικές καταστάσεις που προκαλούν :

απειλή, φόβο, άγχος, θυμό, απελπισία

**Πηγή :** Sanco of the European Commission, 2003

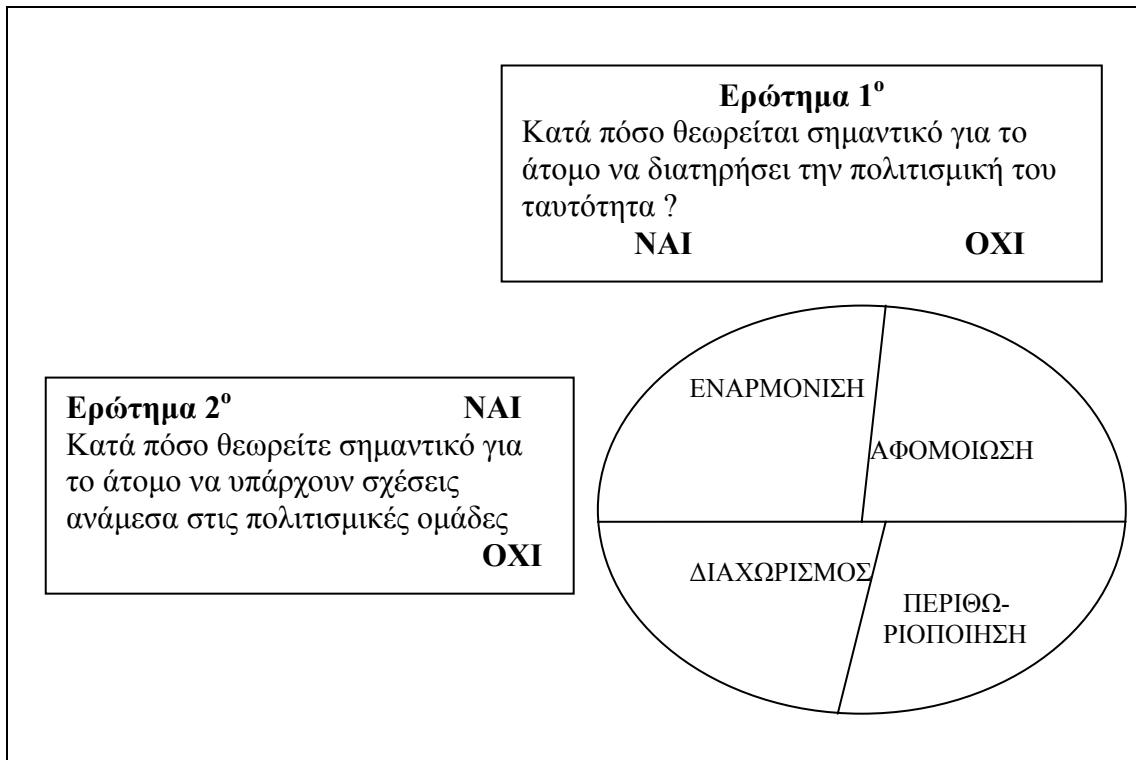
Σχήμα 3 Δυο εναλλακτικές θέσεις για την αυτοαξιολόγηση της υγείας



Πηγή : Bailis D.S. et al, 2003

**Σχήμα 4**

Διμεταβλητό μοντέλο στρατηγικών του επιπολιτισμού

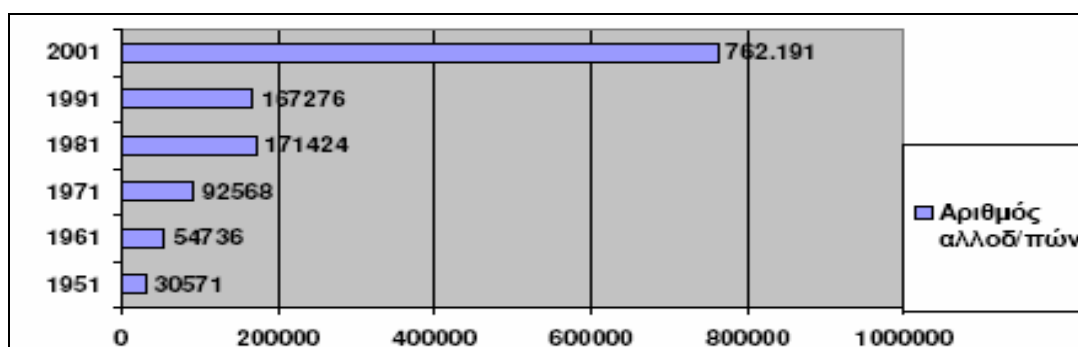


**Πηγή:** Berry J.W. 1984α,1997,2001



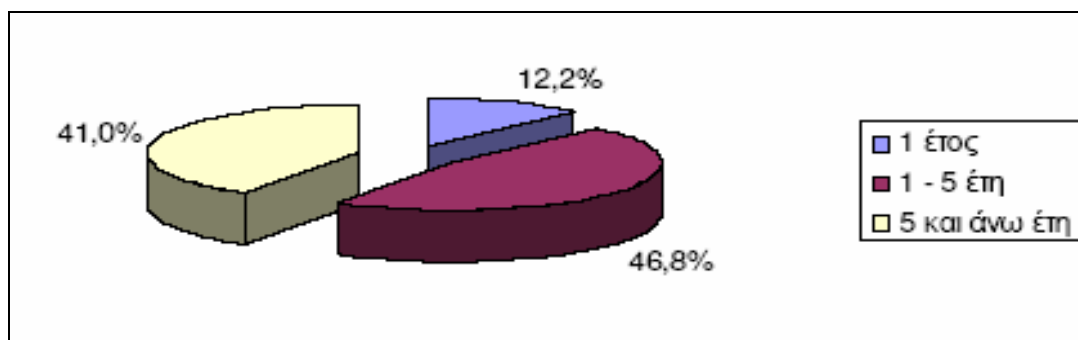
### III. Γραφήματα

**Γράφημα 1** Ο αριθμός των μεταναστών στην Ελλάδα από 1951-2001



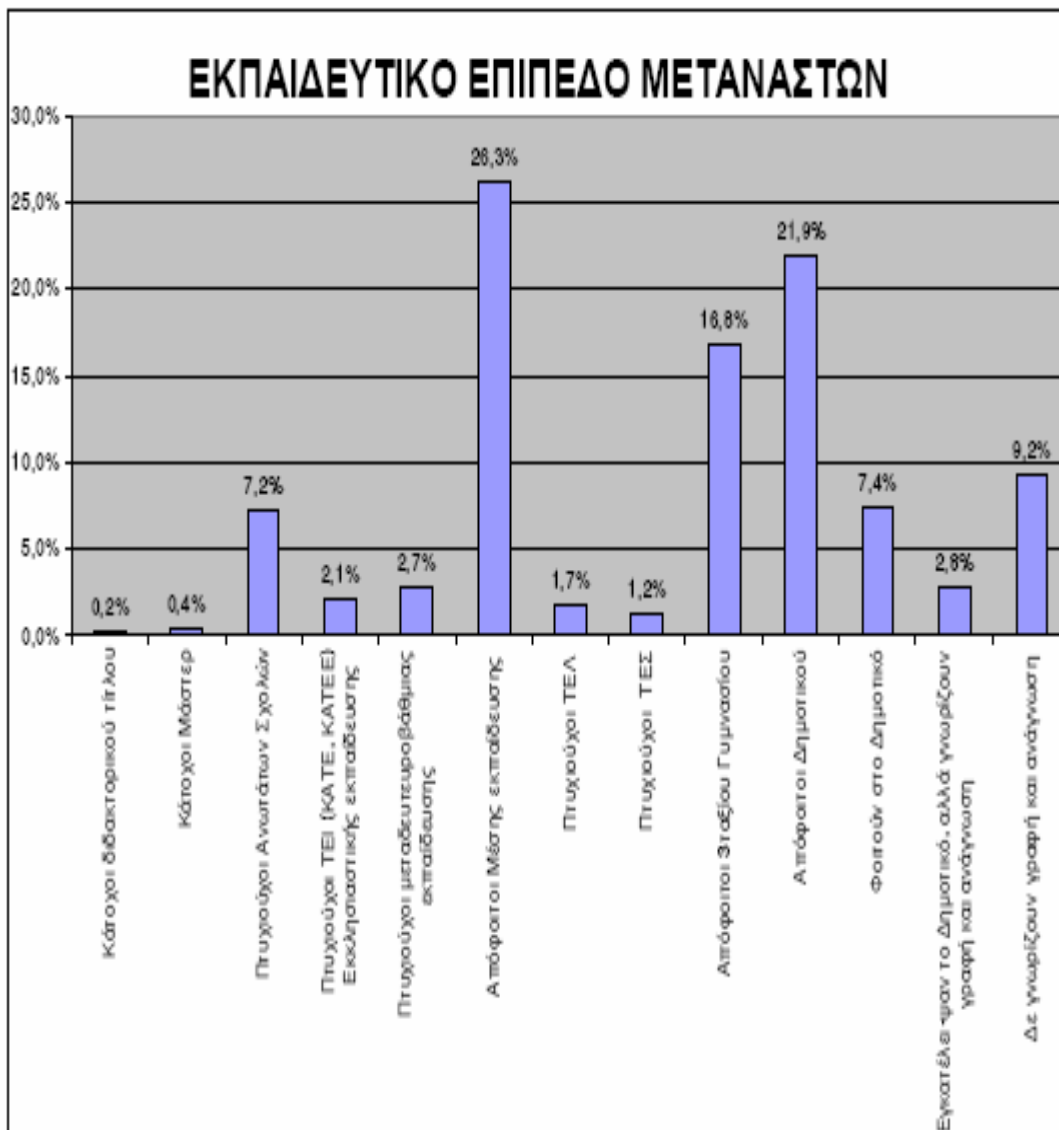
**Πηγή:** Γετίμης Π., Πετρινώτη Ξ., 2003

**Γράφημα 2** Έτη παραμονής στην Ελλάδα



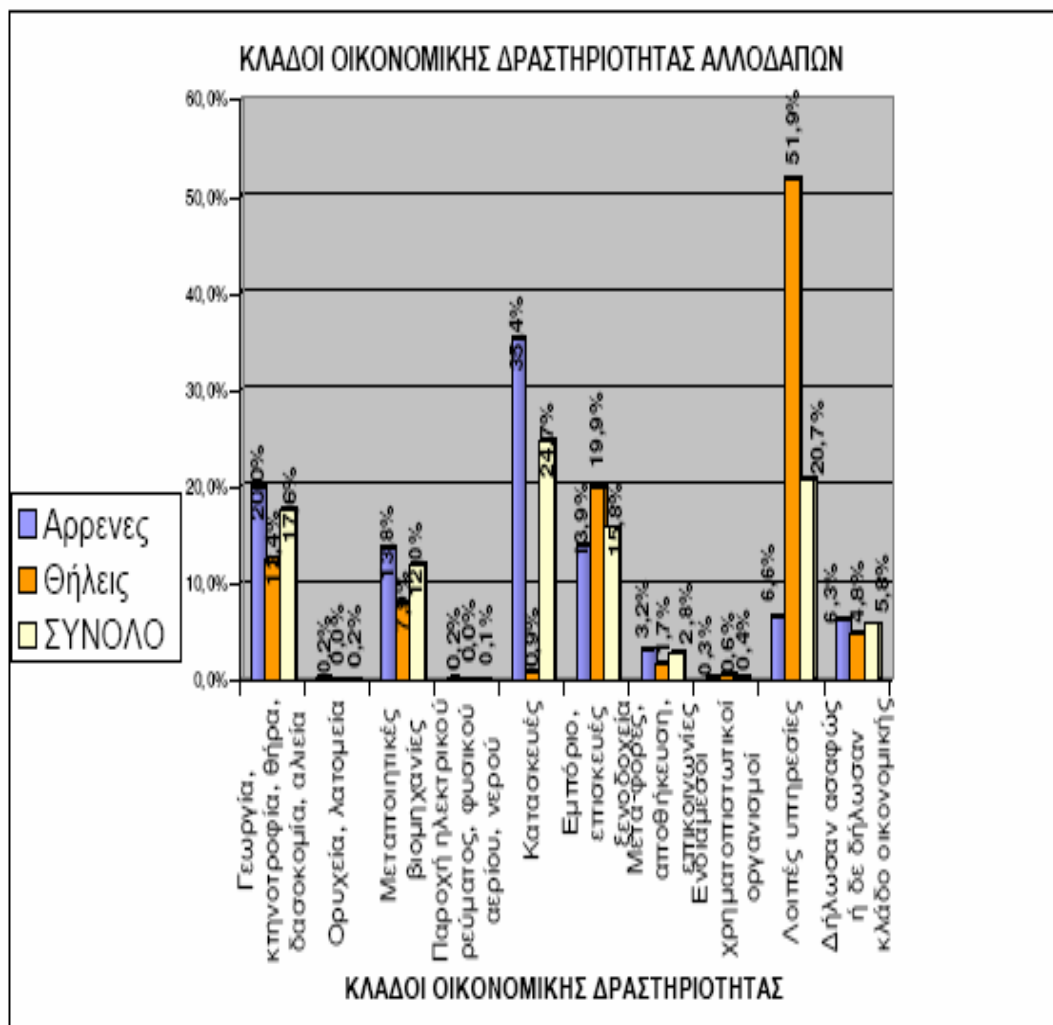
**Πηγή:** Γετίμης Π., Πετρινώτη Ξ., 2003

**Γράφημα 3** Εκπαιδευτικό Επίπεδο μεταναστών στην Ελλάδα



**Πηγή:** Γετίμης Π., Πετριιώτη Ξ., 2003

**Γράφημα 4** Κλάδοι οικονομικής δραστηριότητας μεταναστών από την απογραφή του 2001



Πηγή: Γετίμης Π., Πετρινώτη Ξ., 2003

## Παραρτήματα Ειδικού Μέρους

### I. Πίνακες αποτελεσμάτων έρευνας

Πίνακας 1 Χώρα καταγωγής

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Valid Ποσοστό%	Αθροιστικό Ποσοστό%
Αλβανία	38	80,9%	80,9%	80,9%
Βουλγαρία	5	10,6%	10,6%	91,5%
Ρουμανία	2	4,3%	4,3%	95,7%
Άλλο	2	4,3%	4,3%	100,0%
Σύνολο	47	100,0%	100,0%	

Πίνακας 2 Ηλικιακές Ομάδες

		Μητέρα	Πατέρας
21-30	Αριθμός	20	3
	%	42,6%	6,5%
31-40	Αριθμός	23	29
	%	48,9%	63,0%
41-50	Αριθμός	4	14
	%	8,5%	30,4%
Σύνολο	Αριθμός	47	46
	%	100,0%	100,0%

Πίνακας 3 Θρήσκευμα

		Συχνότητα	Ποσοστό%	Valid Ποσοστό%	Αθροιστικό Ποσοστό%
	Μουσουλμάνοι	17	36,2%	37,0%	37,0%
	Καθολική	12	25,5%	26,1%	63,0%
	Ορθόδοξη	16	34,0%	34,8%	97,8%
	Μάρτυρας Ιεχωβά	1	2,1%	2,2%	100,0%
	Σύνολο	46	97,9%	100,0%	
Missing	System	1	2,1%		
Σύνολο		47	100,0%		

**Πίνακας 4** Οικογενειακή κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Valid Ποσοστό%	Αθροιστικό Ποσοστό%
Άγαμη	2	4,3%	4,3%	4,3%
Έγγαμη	44	93,6%	93,6%	97,9%
Διαζευγμένη	1	2,1%	2,1%	100,0%
Σύνολο	47	100,0%	100,0%	

**Πίνακας 5** Αριθμός παιδιών

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Valid Ποσοστό%	Αθροιστικό Ποσοστό%
1	12	25,5%	25,5%	25,5%
2	27	57,4%	57,4%	83,0%
3	8	17,0%	17,0%	100,0%
Σύνολο	47	100,0%	100,0%	

**Πίνακας 6** Μέλη νοικοκυριού

	Συχνότητα	Ποσοστό%
2,00	10	21,3%
3,00	26	55,3%
4,00	8	17,0%
5,00	3	6,4%
Σύνολο	47	100,0%

**Πίνακας 7** Συγγενείς

	Ναι	
	Αριθμός	%
Υπάρχουν συγγενείς που να διαμένουν στα 100μ από εσάς	27	57,4%
Γονείς μητέρας	1	2,1%
Γονείς πατέρα	1	2,1%
Αδέλφια μητέρας	3	6,4%
Αδέλφια πατέρα	15	31,9%
Άλλοι συγγενείς	7	14,9%

**Πίνακας 8** Επίπεδο Εκπαίδευσης

		Εκπαιδευτική βαθμίδα μητέρας	Εκπαιδευτική βαθμίδα πατέρα
Δημοτικό	Αριθμός	14	15
	%	29,8%	31,9%
Γυμνάσιο	Αριθμός	11	12
	%	23,4%	25,5%
Λύκειο	Αριθμός	20	16
	%	42,6%	34,0%
ΑΕΙ-ΤΕΙ	Αριθμός	2	2
	%	4,3%	4,3%
Δεν απάντησε	Αριθμός	0	2
	%	,0%	4,3%

**Πίνακας 9** Κοινωνική ασφάλιση

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Καμία	4	8,5%
ΟΓΑ	5	10,6%
ΙΚΑ	38	80,9%
Σύνολο	47	100,0%

**Πίνακας 10** Εργαζόσασταν στην χώρα καταγωγής?

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Valid Ποσοστό%	Αθροιστικό Ποσοστό%
Όχι	21	44,7%	44,7%	44,7%
Ναι	26	55,3%	55,3%	100,0%
Σύνολο	47	100,0%	100,0%	

**Πίνακας 11** Επαγγελματική κατάσταση μητέρας

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Εργαζόμενη	11	23,4%
Οικιακά	22	46,8%
Ανασφάλιστη εργασία	13	27,7%
Ανεργία	1	2,1%
Σύνολο	47	100,0%

**Πίνακας 11α** Επάγγελμα μητέρας

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Valid Ποσοστό%	Αθροιστικό Ποσοστό%
Δεν απάντησε	1	2,1%	2,1%	2,1%
Αγρότισσα	2	4,3%	4,3%	6,4%
Άνεργη	2	4,3%	4,3%	10,6%
Μεταποίηση	2	4,3%	4,3%	14,9%
Τουρισμός	10	21,3%	21,3%	36,2%
Καθαρίστρια	8	17,0%	17,0%	53,2%
Οικιακά	22	46,8%	46,8%	100,0%
Σύνολο	47	100,0%	100,0%	

**Πίνακας 11β** Επάγγελμα πατέρα

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Valid Ποσοστό%	Αθροιστικό Ποσοστό%
Δεν απάντησε	1	2,1%	2,1%	2,1%
Αγρότης	2	4,3%	4,3%	6,4%
Άνεργος	2	4,3%	4,3%	10,6%
Ελαιοχρωματιστής	1	2,1%	2,1%	12,8%
Εργάτης	7	14,9%	14,9%	27,7%
Εργολάβος	1	2,1%	2,1%	29,8%
Γλύπτης	1	2,1%	2,1%	31,9%
Τουρισμός	10	21,3%	21,3%	53,2%
Μηχανικός	1	2,1%	2,1%	55,3%
Οικοδόμος	14	29,8%	29,8%	85,1%
Τεχνικός ΟΤΕ	1	2,1%	2,1%	87,2%
Τεχνίτης	6	12,8%	12,8%	100,0%
Σύνολο	47	100,0%	100,0%	

**Μετανάστευση****Πίνακας 12** Αιτία μετανάστευσης

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Οικονομικός	39	83,0%
Ακολούθησε το σύζυγο	7	14,9%
Διακοπές	1	2,1%
Σύνολο	47	100,0%

**Πίνακας 13** Χρόνια διαμονής στην Ελλάδα

		Μητέρα	Πατέρας
Λιγότερο από 2 έτη	Αριθμός	4	1
	%	8,5%	2,1%
Από 2 έως 5 έτη	Αριθμός	14	3
	%	29,8%	6,4%
Από 6 έτη και πάνω	Αριθμός	29	43
	%	61,7%	91,5%
Σύνολο	Αριθμός	47	47
	%	100,0%	100,0%



**Πίνακας 14** Χρόνια διαμονής της μητέρας στο Δ. Γαζίου (κατηγοριοποίηση)

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Valid Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Λιγότερο από 2 έτη	10	21,3%	21,3%	21,3%
Από 2 έως 5 έτη	19	40,4%	40,4%	61,7%
Από 6 έτη και πάνω	18	38,3%	38,3%	100,0%
Σύνολο	47	100,0%	100,0%	

**Πίνακας 15** Επίπεδο Ελληνικής γλώσσας

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Καμία	3	6,4%
Μέτρια	7	14,9%
Καλή	15	31,9%
Πολύ καλή	22	46,8%
Σύνολο	47	100,0%

**Πίνακας 16** Έχετε παιδιά σε οποιαδήποτε βαθμίδα εκπαίδευσης?

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Όχι	15	31,95
Ναι	32	68,1%
Σύνολο	47	100,0%

**Πίνακας 17** Μιλάτε τη μητρική γλώσσα στο σπίτι ?

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Valid Ποσοστό%	Αθροιστικό Ποσοστό%
Ναι	21	44,7%	44,75	44,7%
Και τις δύο	26	55,3%	55,3%	100,0%
Σύνολο	47	100,0%	100,0%	

**Συνθήκες Κατοικίας****Πίνακας 18** Ιδιοκτησιακό Καθεστώς Κατοικίας

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Μίσθωση	44	93,6%
Παροχή εργοδότη	3	6,4%
Σύνολο	47	100,0%

**Πίνακας 19** Μέγεθος κατοικίας

Αριθμός ατόμων νοικοκυριού ( εκτός μητέρα)	Αριθμός δωματίων					Σύνολο
	1	2	3	4	5	
2	10,6%	8,5%	2,1%	,0%	,0%	21,3%
3	14,9%	27,7%	8,5%	2,1%	2,1%	55,3%
4	2,1%	8,5%	2,1%	4,3%	,0%	17,0%
5	,0%	4,3%	2,1%	,0%	,0%	6,4%
Σύνολο	27,7%	48,9%	14,9%	6,4%	2,1%	100,0%

**Πίνακας 20** Συνθήκες Διαβίωσης

	Όχι	Ναι
	Αριθμός	Αριθμός
Σύνδεση με ΔΕΗ	0	47
Ιδιοκτησία αυτοκινήτου	25	22
Σταθερό τηλέφωνο στο σπίτι	41	6
Κινητό στο σπίτι	0	47

**Πίνακας 21** Θέρμανση στο σπίτι

	Συχνότητα	Ποσοστό %
	Πετρέλαιο	12
Ηλεκτρικό ρεύμα	29	61,7%
Ξύλα	6	12,8%
Σύνολο	47	100,0%

**Υποκειμενική Αντίληψη της Υγείας****Πίνακας 22** Υποκειμενική αντίληψη υγείας

	Συχνότητα	Ποσοστό%
Πολύ Καλή	15	31,9%
Καλή	15	31,9%
Μέτρια	15	31,9%
Κακή	2	4,3%
Σύνολο	47	100,0%

**Πίνακας 23** Μόνιμη ασθένεια ή αναπηρία

	Συχνότητα	Ποσοστό%	Valid Ποσοστό%	Αθροιστικό Ποσοστό%
Όχι	40	85,1%	85,1%	85,1%
Ναι	7	14,9%	14,9%	100,0%
Σύνολο	47	100,0%	100,0%	

**Πίνακας 24** Εμφάνιση ενοχλημάτων τον τελευταίο χρόνο

		Ποτέ	Σπάνια	Συχνά	Πολύ Συχνά
Αισθάνεσαι κόπωση χωρίς αιτία τον τελευταίο χρόνο	Αριθμός	32	4	7	4
	Ποσοστό %	68,1%	8,5%	14,9%	8,5%
Αισθάνεσαι ζαλάδα τον τελευταίο χρόνο	Αριθμός	32	10	3	2
	Ποσοστό %	68,1%	21,3%	6,4%	4,3%
Είχες πυρετό τον τελευταίο χρόνο	Αριθμός	33	12	0	2
	Ποσοστό %	70,2%	25,5%	,0%	4,3%
Είχες πονόλαιμο τον τελευταίο χρόνο	Αριθμός	32	8	4	3
	Ποσοστό %	68,1%	17,0%	8,5%	6,4%
Εμετοί τον τελευταίο χρόνο	Αριθμός	36	8	3	0
	Ποσοστό %	76,6%	17,0%	6,4%	,0%
Πονοκέφαλοί τον τελευταίο χρόνο	Αριθμός	15	24	4	4
	Ποσοστό %	31,9%	51,1%	8,5%	8,5%
Ανωμαλίες στην περίοδο το τελευταίο χρόνο	Αριθμός	36	2	7	2
	Ποσοστό %	76,6%	4,3%	14,9%	4,3%
Νευρικήτητα το τελευταίο χρόνο	Αριθμός	14	15	11	7
	Ποσοστό %	29,8%	31,9%	23,4%	14,9%
Ο ύπνος σας ήταν καλός το τελευταίο χρόνο	Αριθμός	32	8	6	1
	Ποσοστό %	68,1%	17,0%	12,8%	2,1%
Άγχος το τελευταίο χρόνο	Αριθμός	11	8	16	12
	Ποσοστό %	23,4%	17,0%	34,0%	25,5%

Κατάθλιψη το τελευταίο χρόνο	Αριθμός	18	15	6	8
	Ποσοστό %	38,3%	31,9%	12,8%	17,0%

### Συσχετίσεις μεταβλητών με Υποκειμενική Αντίληψη Υγείας

**Πίνακας 25** Ηλικία μητέρων και υποκειμενική αντίληψη υγείας

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο		Ηλικιακή ομάδα μητέρων			Σύνολο
		21-30	31-40	41-50	
Πολύ καλή	Αριθμός	8	7	0	15
	% Συνόλου	17,0%	14,9%	,0%	31,9%
Καλή	Αριθμός	5	10	0	15
	% Συνόλου	10,6%	21,3%	,0%	31,9%
Μέτρια	Αριθμός	6	5	4	15
	% Συνόλου	12,8%	10,6%	8,5%	31,9%
Κακή	Αριθμός	1	1	0	2
	% Συνόλου	2,1%	2,1%	,0%	4,3%
Σύνολο	Αριθμός	20	23	4	47
	% Συνόλου	42,6%	48,9%	8,5%	100,0%

**Πίνακας 26** Εκπαίδευση και υποκειμενική αντίληψη υγείας

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο		Εκπαιδευτική βαθμίδα μητέρας				Σύνολο
		Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΑΕΙ-ΤΕΙ	
Πολύ καλή	Αριθμός	4	5	5	1	15
	% Συνόλου	8,5%	10,6%	10,6%	2,1%	31,9%
Καλή	Αριθμός	5	2	8	0	15
	% Συνόλου	10,6%	4,3%	17,0%	,0%	31,9%
Μέτρια	Αριθμός	4	4	7	0	15
	% Συνόλου	8,5%	8,5%	14,9%	,0%	31,9%
Κακή	Αριθμός	1	0	0	1	2
	% Συνόλου	2,1%	,0%	,0%	2,1%	4,3%
Σύνολο	Αριθμός	14	11	20	2	47
	% Συνόλου	29,8%	23,4%	42,6%	4,3%	100,0%

**Πίνακας 27** Επαγγελματική κατάσταση και υποκειμενική αντίληψη υγείας

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο		Επαγγελματική κατάσταση μητέρας				Σύνολο
		ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΗ	ΟΙΚΙΑΚΑ	ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	ΑΝΕΡΓΙΑ	
Πολύ καλή	Αριθμός	4	8	2	1	15
	% of Σύνολο	8,5%	17,0%	4,3%	2,1%	31,9%
Καλή	Αριθμός	3	8	4	0	15
	% of Σύνολο	6,4%	17,0%	8,5%	,0%	31,9%
Μέτρια	Αριθμός	4	5	6	0	15
	% of Σύνολο	8,5%	10,6%	12,8%	,0%	31,9%
Κακή	Αριθμός	0	1	1	0	2
	% of Σύνολο	,0%	2,1%	2,1%	,0%	4,3%
Σύνολο	Αριθμός	11	22	13	1	47
	% of Σύνολο	23,4%	46,8%	27,7%	2,1%	100,0%

**Πίνακας 28** Χρόνια διαμονής και υποκειμενική αντίληψη υγείας

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο		Χρόνια διαμονής της μητέρας στην Ελλάδα (κατηγοριοποίηση)			Σύνολο
		Λιγότερο από 2 έτη	Από 2 έως 5 έτη	Από 6 έτη και πάνω	
Πολύ Καλή		2	4	9	15
Καλή		1	5	9	15
Μέτρια		1	4	10	15
Κακή		0	1	1	2
Σύνολο		4	14	29	47

**Πίνακας 29** Ελληνική γλώσσα και υποκειμενική αντίληψη υγείας

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο		Επίπεδο Ελληνικής γλώσσας				Σύνολο
		Καμία	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	
Πολύ Καλή		2	2	3	8	15
Καλή		1	0	8	6	15
Μέτρια		0	5	4	6	15
Κακή		0	0	0	2	2
Σύνολο		3	7	15	22	47

**Πίνακας 30** Αριθμός παιδιών και υποκειμενική αντίληψη υγείας \*

		Αριθμός παιδιών			Σύνολο
		1	2	3	
Πολύ καλή	Αριθμός	5	6	4	15
	% επί του Συνόλου	10,6%	12,8%	8,5%	31,9%
Καλή	Αριθμός	1	14	0	15
	% επί του Συνόλου	2,1%	29,8%	,0%	31,9%
Μέτρια	Αριθμός	5	6	4	15
	% επί του Συνόλου	10,6%	12,8%	8,5%	31,9%
Κακή	Αριθμός	1	1	0	2
	% επί του Συνόλου	2,1%	2,1%	,0%	4,3%
Σύνολο	Αριθμός	12	27	8	47
	% επί του Συνόλου	25,5%	57,4%	17,0%	100,0%

\* p value 0.047

**Πίνακας 31** Μόνιμη ασθένεια και υποκειμενική αντίληψη υγείας

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο	Μόνιμη ασθένεια ή αναπηρία		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Πολύ Καλή	14	1	15
Καλή	14	1	15
Μέτρια	10	5	15
Κακή	2	0	2
Σύνολο	40	7	47

**Πίνακας 32** Περιγραφή εαυτού και υποκειμενική αντίληψη υγείας\*

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο		Περιγράφοντας το εαυτό σου θα έλεγες ότι είσαι				Σύνολο
		Τόσο δυστυχισμένη που η ζωή δεν αξίζει	Σχεδόν δυστυχισμένη	Σχεδόν ευτυχισμένη	Ευτυχισμένη και με ενδιαφέρον για τη ζωή	
Πολύ καλή	Αριθμός	0	0	5	10	15
	% επί του Συνόλου	0%	0%	10,6%	21,3%	31,9%
Καλή	Αριθμός	0	1	4	10	15
	% επί του Συνόλου	0%	2,1%	8,5%	21,3%	31,9%
Μέτρια	Αριθμός	1	5	7	2	15
	% επί του Συνόλου	2,1%	10,6%	14,9%	4,3%	31,9%
Κακή	Αριθμός	0	1	0	1	2
	% επί του Συνόλου	0%	2,1%	,0%	2,1%	4,3%
Σύνολο	Αριθμός	1	7	16	23	47
	% επί του Συνόλου	2,1%	14,9%	34,0%	48,9%	100,0%

\* p value 0.041

**Πίνακας 33** Άγχος τον τελευταίο μήνα και υποκειμενική αντίληψη υγείας

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο		Τον τελευταίο μήνα θα έλεγες ότι έχεις άγχος				Σύνολο
		Ναι που η ζωή μου είναι ανυπόφορη	Ναι περισσότερο από άλλους	Ναι αλλά όχι περισσότερο από άλλους	Όχι	
Πολύ Καλή	Αριθμός	0	2	5	8	15
	% επί του Συνόλου	0%	4,3%	10,6%	17,0%	31,9%
Καλή	Αριθμός	2	2	5	6	15
	% επί του Συνόλου	4,3%	4,3%	10,6%	12,8%	31,9%
Μέτρια	Αριθμός	2	4	5	4	15
	% επί του Συνόλου	4,3%	8,5%	10,6%	8,5%	31,9%
Κακή	Αριθμός	1	1	0	0	2
	% επί του Συνόλου	2,1%	2,1%	0%	0%	4,3%
Σύνολο	Αριθμός	5	9	15	18	47
	% επί του Συνόλου	10,6%	19,1%	31,9%	38,3%	100,0%

**Πίνακας 34** Συγγενείς και υποκειμενική αντίληψη υγείας

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο	Υπάρχουν συγγενείς που να διαμένουν στα 100μ από εσάς		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Πολύ Καλή	7	8	15
Καλή	4	11	15
Μέτρια	8	7	15
Κακή	1	1	2
Σύνολο	20	27	47

**Πίνακας 35** Κόπωση και υποκειμενική αντίληψη υγείας\*

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο		Αισθάνεσαι κόπωση χωρίς αιτία τον τελευταίο χρόνο				Σύνολο
		Ποτέ	Σπάνια	Συχνά	Πολύ Συχνά	
Πολύ Καλή	Αριθμός	12	1	2	0	15
	% επί του Συνόλου	25,5%	2,1%	4,3%	,0%	31,9%
Καλή	Αριθμός	14	1	0	0	15
	% επί του Συνόλου	29,8%	2,1%	,0%	,0%	31,9%
Μέτρια	Αριθμός	6	2	4	3	15
	% επί του Συνόλου	12,8%	4,3%	8,5%	6,4%	31,9%
Κακή	Αριθμός	0	0	1	1	2
	% επί του Συνόλου	,0%	,0%	2,1%	2,1%	4,3%
Σύνολο	Αριθμός	32	4	7	4	47
	% επί του Συνόλου	68,1%	8,5%	14,9%	8,5%	100,0%

\* p value 0.020



**Πίνακας 36** Ζαλάδα και υποκειμενική αντίληψη υγείας\*

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο		Αισθάνεσαι ζαλάδα τον τελευταίο χρόνο				Σύνολο
		Ποτέ	Σπάνια	Συχνά	Πολύ Συχνά	
Πολύ Καλή	Αριθμός	14	1	0	0	15
	% επί του Συνόλου	29,8%	2,1%	0%	0%	31,9%
Καλή	Αριθμός	13	2	0	0	15
	% επί του Συνόλου	27,7%	4,3%	,0%	,0%	31,9%
Μέτρια	Αριθμός	4	6	3	2	15
	% επί του Συνόλου	8,5%	12,8%	6,4%	4,3%	31,9%
Κακή	Αριθμός	1	1	0	0	2
	% επί του Συνόλου	2,1%	2,1%	0%	0%	4,3%
Σύνολο	Αριθμός	32	10	3	2	47
	% επί του Συνόλου	68,1%	21,3%	6,4%	4,3%	100,0%

\* p value 0.009  $r_s$  0.000

**Πίνακας 37** Πυρετός και υποκειμενική αντίληψη υγείας\*

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο		Είχες πυρετό τον τελευταίο χρόνο			Σύνολο
		Ποτέ	Σπάνια	Πολύ Συχνά	
Πολύ Καλή	Αριθμός	14	1	0	15
	% επί του Συνόλου	29,8%	2,1%	,0%	31,9%
Καλή	Αριθμός	11	4	0	15
	% επί του Συνόλου	23,4%	8,5%	,0%	31,9%
Μέτρια	Αριθμός	8	6	1	15
	% επί του Συνόλου	17,0%	12,8%	2,1%	31,9%
Κακή	Αριθμός	0	1	1	2
	% επί του Συνόλου	,0%	2,1%	2,1%	4,3%

Σύνολο	Αριθμός	33	12	2	47
	% επί του Συνόλου	70,2%	25,5%	4,3%	100,0%

\* p value 0.006 r<sub>s</sub> 0.001

**Πίνακας 38** Πονόλαιμος και υποκειμενική αντίληψη υγείας\*

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο		Είχατε πονόλαιμο τον τελευταίο χρόνο				Σύνολο
		Ποτέ	Σπάνια	Συχνά	Πολύ Συχνά	
Πολύ Καλή	Αριθμός	12	3	0	0	15
	% επί του Συνόλου	25,5%	6,4%	,0%	,0%	31,9%
Καλή	Αριθμός	10	3	0	2	15
	% επί του Συνόλου	21,3%	6,4%	,0%	4,3%	31,9%
Μέτρια	Αριθμός	10	2	3	0	15
	% επί του Συνόλου	21,3%	4,3%	6,4%	,0%	31,9%
Κακή	Αριθμός	0	0	1	1	2
	% επί του Συνόλου	,0%	,0%	2,1%	2,1%	4,3%
Σύνολο	Αριθμός	32	8	4	3	47
	% επί του Συνόλου	68,1%	17,0%	8,5%	6,4%	100,0%

\* p value 0.017

**Πίνακας 39** Εμετοί και υποκειμενική αντίληψη υγείας

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο		Εμετοί τον τελευταίο χρόνο			Σύνολο
		Ποτέ	Σπάνια	Συχνά	
Πολύ Καλή		14	0	1	15
Καλή		9	5	1	15
Μέτρια		11	3	1	15
Κακή		2	0	0	2
Σύνολο		36	8	3	47

**Πίνακας 40** Πονοκέφαλοι και υποκειμενική αντίληψη υγείας

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο	Πονοκέφαλοι τον τελευταίο χρόνο				Σύνολο
	Ποτέ	Σπάνια	Συχνά	Πολύ Συχνά	
Πολύ Καλή	5	8	1	1	15
Καλή	6	9	0	0	15
Μέτρια	3	6	3	3	15
Κακή	1	1	0	0	2
Σύνολο	15	24	4	4	47

**Πίνακας 41** Ανωμαλίες περιόδου και υποκειμενική αντίληψη υγείας

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο	Ανωμαλίες στην περίοδο το τελευταίο χρόνο				Σύνολο
	Ποτέ	Σπάνια	Συχνά	Πολύ Συχνά	
Πολύ Καλή	13	2	0	0	15
Καλή	13	0	2	0	15
Μέτρια	8	0	5	2	15
Κακή	2	0	0	0	2
Σύνολο	36	2	7	2	47

**Πίνακας 42** Νευρική και υποκειμενική αντίληψη υγείας

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο	Νευρική το τελευταίο χρόνο				Σύνολο
	Ποτέ	Σπάνια	Συχνά	Πολύ Συχνά	
Πολύ Καλή	5	6	2	2	15
Καλή	4	6	3	2	15
Μέτρια	5	3	4	3	15
Κακή	0	0	2	0	2
Σύνολο	14	15	11	7	47

**Πίνακας 43** Αϋπνίες και υποκειμενική αντίληψη υγείας\*

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο		Είχατε αϋπνίες τον τελευταίο χρόνο				Σύνολο
		Ποτέ	Σπάνια	Συχνά	Πολύ Συχνά	
Πολύ Καλή	Αριθμός	13	0	1	1	15
	% επί του Συνόλου	27,7%	,0%	2,1%	2,1%	31,9%
Καλή Μέτρια	Αριθμός	10	4	1	0	15
	% επί του Συνόλου	21,3%	8,5%	2,1%	,0%	31,9%
Μέτρια	Αριθμός	9	4	2	0	15
	% επί του Συνόλου	19,1%	8,5%	4,3%	,0%	31,9%
Κακή	Αριθμός	0	0	2	0	2
	% επί του Συνόλου	,0%	,0%	4,3%	,0%	4,3%
Σύνολο	Αριθμός	32	8	6	1	47
	% επί του Συνόλου	68,1%	17,0%	12,8%	2,1%	100,0%

\* p value 0.010

**Πίνακας 44** Άγχος και υποκειμενική αντίληψη υγείας

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο		Άγχος το τελευταίο χρόνο				Σύνολο
		Ποτέ	Σπάνια	Συχνά	Πολύ Συχνά	
Πολύ Καλή	Αριθμός	4	5	5	1	15
	% επί του Συνόλου	9,1%	10,6%	10,6%	2,1%	32,6%
Καλή	Αριθμός	4	2	6	3	15
	% επί του Συνόλου	9,1%	4,3%	12,8%	6,4%	32,6%
Μέτρια	Αριθμός	3	1	5	6	15
	% επί του Συνόλου	6,4%	2,1%	10,6%	12,8%	32,6%
Κακή	Αριθμός	0	0	0	2	2
	% επί του Συνόλου	,0%	,0%	,0%	4,3%	4,3%
Σύνολο	Αριθμός	11	8	16	12	47
	% επί του Συνόλου	23,4%	17,0%	34,0%	25,6%	100,0%

**Πίνακας 45** Κατάθλιψη και υποκειμενική αντίληψη υγείας

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο	Κατάθλιψη το τελευταίο χρόνο				Σύνολο
	Ποτέ	Σπάνια	Συχνά	Πολύ Συχνά	
Πολύ Καλή	9	3	1	2	15
Καλή	7	5	2	1	15
Μέτρια	2	7	2	4	15
Κακή	0	0	1	1	2
Σύνολο	18	15	6	8	47

**Ικανοποίηση από τη ζωή****Πίνακας 46** Περιγράφοντας το εαυτό σου θα έλεγες ότι είσαι

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Valid Ποσοστό%	Αθροιστικό Ποσοστό%
Τόσο δυστυχισμένη που η ζωή δεν αξίζει	1	2,1%	2,1%	2,1%
Σχεδόν δυστυχισμένη	7	14,9%	14,9%	17,0%
Σχεδόν ευτυχισμένη	16	34,0%	34,0%	51,1%
Ευτυχισμένη και με ενδιαφέρον για τη ζωή	23	48,9%	48,9%	100,0%
Σύνολο	47	100,0%	100,0%	

**Πίνακας 47** Τον τελευταίο μήνα θα έλεγες ότι έχεις άγχος

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Valid Ποσοστό %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Ναι που η ζωή είναι ανυπόφορη	5	10,6%	10,6%	10,6%
Ναι περισσότερο από άλλους	9	19,15%	19,1%	29,8%
Ναι αλλά όχι περισσότερο από άλλους	15	31,9%	31,9%	61,7%
Όχι	18	38,3%	38,3%	100,0%
Σύνολο	47	100,0%	100,0%	

**Πίνακας 48** Παράγοντες Ικανοποίησης (συγκεντρωτικός πίνακας)

		Όχι	Ναι	Δ/Α
Ικανοποίηση από σύζυγο	Αριθμός	2	45	0
	Ποσοστό %	4,3%	95,7%	0%
Ικανοποίηση από παιδιά	Αριθμός	1	46	0
	Ποσοστό %	2,1%	97,9%	0%
Ικανοποίηση από γονείς	Αριθμός	3	43	1
	Ποσοστό %	6,4%	91,5%	2,1%
Ικανοποίηση από συγγενείς	Αριθμός	6	40	1
	Ποσοστό %	12,8%	85,1%	2,1%
Ικανοποίηση από συναδέλφους	Αριθμός	5	31	11
	Ποσοστό %	10,6%	66,0%	23,4%
Ικανοποίηση από το εισόδημα	Αριθμός	26	21	0
	Ποσοστό %	55,3%	44,7%	,0%
Ικανοποίηση από προσωπική υγεία	Αριθμός	13	34	0
	Ποσοστό %	27,7%	72,3%	,0%
Ικανοποίηση από εαυτό σου	Αριθμός	12	35	0
	Ποσοστό %	25,5%	74,5%	,0%
Ικανοποίηση από άλλο	Αριθμός	45	2	0
	Ποσοστό %	95,7%	4,3%	,0%
Απόλυτα ικανοποιημένη	Αριθμός	17	30	0
	Ποσοστό %	36,2%	63,8%	,0%

**Πίνακας 49** Ικανοποίηση από σύζυγο και υποκειμενική αντίληψη υγείας\*

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο		Ικανοποίηση από σύζυγο		Σύνολο
		Όχι	Ναι	
Πολύ Καλή	Αριθμός	0	15	15
	% επί του Συνόλου	0%	31,9%	31,9%
Καλή	Αριθμός	0	15	15
	% επί του Συνόλου	0%	31,9%	31,9%
Μέτρια	Αριθμός	1	14	15
	% επί του Συνόλου	2,1%	29,8%	31,9%
Κακή	Αριθμός	1	1	2

	% επί του Συνόλου	2,1%	2,1%	4,3%
Σύνολο	Αριθμός	2	45	47
	% επί του Συνόλου	4,3%	95,7%	100,0%

\* p value 0.008

**Πίνακας 50** Ικανοποίηση από παιδιά και υποκειμενική αντίληψη υγείας

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο	Ικανοποίηση από παιδιά		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Πολύ Καλή	0	15	15
Καλή	1	14	15
Μέτρια	0	15	15
Κακή	0	2	2
Σύνολο	1	46	47

**Πίνακας 51** Ικανοποίηση από γονείς και υποκειμενική αντίληψη υγείας

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο	Ικανοποίηση από γονείς			Σύνολο
	Όχι	Ναι	Δεν με αφορά	
Πολύ Καλή	0	15	0	15
Καλή	1	14	0	15
Μέτρια	2	12	1	15
Κακή	0	2	0	2
Σύνολο	3	43	1	47

**Πίνακας 52** Ικανοποίηση από συγγενείς και υποκειμενική αντίληψη υγείας

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο	Ικανοποίηση από συγγενείς			Σύνολο
	Όχι	Ναι	Δεν με αφορά	
Πολύ Καλή	2	13	0	15
Καλή	0	15	0	15
Μέτρια	4	10	1	15
Κακή	0	2	0	2
Σύνολο	6	40	1	47

**Πίνακας 53** Ικανοποίηση από συναδέλφους και υποκειμενική αντίληψη υγείας

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο	Ικανοποίηση από συναδέλφους			Σύνολο
	Όχι	Ναι	Δεν με αφορά	
Πολύ Καλή	2	10	3	15
Καλή	1	11	3	15
Μέτρια	2	10	3	15
Κακή	0	0	2	2
Σύνολο	5	31	11	47

**Πίνακας 54** Ικανοποίηση από εισόδημα και υποκειμενική αντίληψη υγείας

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο	Ικανοποίηση από το εισόδημα		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Πολύ Καλή	7	8	15
Καλή	7	8	15
Μέτρια	11	4	15
Κακή	1	1	2
Σύνολο	26	21	47

**Πίνακας 55** Ικανοποίηση από προσωπική υγεία και υποκειμενική αντίληψη υγείας\*

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο		Ικανοποίηση από προσωπική υγεία		Σύνολο
		Όχι	Ναι	
Πολύ καλή	Αριθμός	1	14	15
	% επί του Συνόλου	2,1%	29,8%	31,9%
Καλή	Αριθμός	1	14	15
	% επί του Συνόλου	2,1%	29,8%	31,9%
Μέτρια	Αριθμός	9	6	15
	% επί του Συνόλου	19,1%	12,8%	31,9%
Κακή	Αριθμός	2	0	2
	% επί του Συνόλου	4,3%	,0%	4,3%
Σύνολο	Αριθμός	13	34	47
	% επί του Συνόλου	27,7%	72,3%	100,0%

\* p value 0.000



**Πίνακας 56** Ικανοποίηση από εαυτό και υποκειμενική αντίληψη υγείας\*

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο		Ικανοποίηση από εαυτό σου		Σύνολο
		Όχι	Ναι	
Πολύ καλή	Αριθμός	3	12	15
	% επί του Συνόλου	6,4%	25,5%	31,9%
Καλή	Αριθμός	1	14	15
	% επί του Συνόλου	2,1%	29,8%	31,9%
Μέτρια	Αριθμός	6	9	15
	% επί του Συνόλου	12,8%	19,1%	31,9%
Κακή	Αριθμός	2	0	2
	% επί του Συνόλου	4,3%	,0%	4,3%
Σύνολο	Αριθμός	12	35	47
	% επί του Συνόλου	25,5%	74,5%	100,0%

\* p value 0.015

**Πίνακας 57** Απόλυτα ικανοποιημένη και υποκειμενική αντίληψη υγείας\*

Περιγράψτε την υγεία σας τον τελευταίο χρόνο		Απόλυτα ικανοποιημένη		Σύνολο
		Όχι	Ναι	
Πολύ καλή	Αριθμός	1	14	15
	% επί του Συνόλου	2,1%	29,8%	31,9%
Καλή	Αριθμός	6	9	15
	% επί του Συνόλου	12,8%	19,1%	31,9%
Μέτρια	Αριθμός	8	7	15
	% επί του Συνόλου	17,0%	14,9%	31,9%
Κακή	Αριθμός	2	0	2
	% επί του Συνόλου	4,3%	0%	4,3%
Σύνολο	Αριθμός	17	30	47
	% επί του Συνόλου	36,2%	63,8%	100,0%

\* p value 0.011

## Εγκυμοσύνες

**Πίνακας 58** Έχετε περίοδο τώρα ?

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Valid Ποσοστό%	Αθροιστικό Ποσοστό%
Ναι	47	100,0%	100,0%	100,0%

**Πίνακας 59** Έχετε κάνει τεστ Παπανικολάου τα τρία τελευταία χρόνια

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Valid Ποσοστό%	Αθροιστικό Ποσοστό%
Όχι	34	72,3%	72,3%	72,3%
Ναι	13	27,7%	27,7%	100,0%
Σύνολο	47	100,0%	100,0%	

**Πίνακας 60** Έχετε κάνει μαστογραφία τα τρία τελευταία χρόνια

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Valid Ποσοστό%	Αθροιστικό Ποσοστό%
Όχι	40	85,1%	85,1%	85,1%
Ναι	7	14,9%	14,9%	100,0%
Σύνολο	47	100,0%	100,0%	

**Πίνακας 61** Είστε έγκυος

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Valid Ποσοστό%	Αθροιστικό Ποσοστό%
Όχι	45	95,7%	95,7%	95,7%
Ναι	2	4,3%	4,3%	100,0%
Σύνολο	47	100,0%	100,0%	

**Πίνακας 62** Πόσες φορές έχετε μείνει έγκυος (ανεξάρτητα από το αποτέλεσμα)

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Valid Ποσοστό%	Αθροιστικό Ποσοστό%
1	7	14,9%	14,9%	14,9%
2	21	44,7%	44,7%	59,6%
3	11	23,4%	23,4%	83,0%
4	1	2,1%	2,1%	85,1%
5	3	6,4%	6,4%	91,5%

6	2	4,3%	4,3%	95,7%
8	1	2,1%	2,1%	97,9%
11	1	2,1%	2,1%	100,0%
Σύνολο	47	100,0%	100,0%	

**Πίνακας 63** Αποτέλεσμα εγκυμοσύνης

	Ζώντα βρέφη	Νεκρό 1 μήνα	Νεκρογέννηση	Έκτρωση	Αποβολή
Τι συνέβη στη πρώτη εγκυμοσύνη	39	1		2	5
Τι συνέβη στη δεύτερη εγκυμοσύνη	32		1	5	2
Τι συνέβη στη τρίτη εγκυμοσύνη	11			7	1
Τι συνέβη στη τέταρτη εγκυμοσύνη	3			4	1
Τι συνέβη στη πέμπτη εγκυμοσύνη	3		1	3	
Τι συνέβη στη έκτη εγκυμοσύνη	1			3	
Τι συνέβη στη έβδομη εγκυμοσύνη				2	
Τι συνέβη στη όγδοη εγκυμοσύνη				2	
Τι συνέβη στη ενάτη εγκυμοσύνη				1	
Τι συνέβη στη δέκατη εγκυμοσύνη	1				
Τι συνέβη στη ενδέκατη εγκυμοσύνη				1	

**Πίνακας 64** Τόπος διαμονής κατά την τελευταία εγκυμοσύνη

	Συχνότητα	Ποσοστό %
Χώρα καταγωγής	18	38,3%
Ελλάδα	29	61,7%
Σύνολο	47	100,0%

**Πίνακας 65** Σύγκριση επισκέψεων στο γιατρό κατά την εγκυμοσύνη

Φορές επίσκεψης στο γιατρό την τελευταία εγκυμοσύνη	Τόπος διαμονής κατά την τελευταία εγκυμοσύνη		Σύνολο
	Χώρα καταγωγής	Ελλάδα	
Καμία	0%	2,1%	2,1%
1-2 Φορές	4,3%	6,4%	10,6%
3-5 Φορές	4,3%	2,1%	6,4%
Πάνω από 6 Φορές	29,8%	51,1%	80,9%
Σύνολο	38,3%	61,7%	100,0%

**Πίνακας 66** Περιγραφικά εκτρώσεων και γεννήσεων

	Αριθμός εκτρώσεων	Αριθμός παιδιών
N	47	47
Minimum	0	1
Maximum	9	3
Sum	30	90
Mean	,64	1,91
Std. Deviation	1,634	,654

**Προφύλαξη****Πίνακας 67** Παίρνετε μέτρα αποφυγής εγκυμοσύνης

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Valid Ποσοστό%	Αθροιστικό Ποσοστό%
Όχι	24	51,1%	51,1%	51,1%
Ναι	23	48,9%	48,9%	100,0%
Σύνολο	47	100,0%	100,0%	

**Πίνακας 68** Μέτρα προφύλαξης

		Όχι	Ναι
Διακεκομμένη συνουσία	Αριθμός	8	16
	%	33,3%	66,7%
Χρήση προφυλακτικού	Αριθμός	21	3
	%	87,5%	12,5%
Κολπικές πλύσεις	Αριθμός	23	1
	%	95,8%	4,2%
Αντισυλληπτικό χάπι	Αριθμός	23	1
	%	95,8%	4,2%
Σπιράλ	Αριθμός	22	2
	%	91,7%	8,3%
Διάφραγμα	Αριθμός	24	
	%	100,0%	

**Χρήση και Ικανοποίηση από Υπηρεσίες Υγείας****Πίνακας 69** Χρήση υπηρεσιών υγείας

		Όχι	Ναι
Επίσκεψη στο ΙΚΑ το τελευταίο χρόνο για την ίδια	Αριθμός	22	25
	%	46,8%	53,2%
Επίσκεψη στο νοσοκομείο το τελευταίο χρόνο για την ίδια	Αριθμός	32	15
	%	68,1%	31,9%
Επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας το τελευταίο χρόνο για την ίδια	Αριθμός	38	9
	%	80,9%	19,1%
Επίσκεψη σε ιδιώτη γιατρό το τελευταίο χρόνο για την ίδια	Αριθμός	36	11
	%	76,6%	23,4%
Επίσκεψη γιατρού στο σπίτι το τελευταίο χρόνο για την ίδια	Αριθμός	47	
	%	100,0%	
Επίσκεψη σε νοσοκόμα του Κ.Υ. το τελευταίο	Αριθμός	47	

χρόνο για την ίδια			
	%	100,0%	
Επίσκεψη νοσοκόμας Κ.Υ. στο σπίτι το τελευταίο χρόνο για την ίδια	Αριθμός	47	
	%	100,0%	

**Πίνακας 70** Αιτία χρήσης υπηρεσιών υγείας

		Ποτέ	Σπάνια	Συχνά	Πολύ Συχνά
Επίσκεψη γιατρού για checkup το τελευταίο χρόνο για την ίδια	Αριθμός	35	11	1	
	%	74,5%	23,4%	2,1%	
Επίσκεψη γιατρού λόγω ασθένειας το τελευταίο χρόνο για την ίδια	Αριθμός	25	15	5	2
	%	53,2%	31,9%	10,6%	4,3%
Επίσκεψη γιατρού για συνταγογραφεία το τελευταίο χρόνο για την ίδια	Αριθμός	27	14	5	1
	%	57,4%	29,8%	10,6%	2,1%
Επίσκεψη γιατρού για πιστοποιητικό υγείας το τελευταίο χρόνο για την ίδια	Αριθμός	32	15		
	%	68,1%	31,9%		
Επίσκεψη γιατρού για τα παιδιά το τελευταίο χρόνο	Αριθμός	17	19	8	3
	%	36,2%	40,4%	17,0%	6,4%
Επίσκεψη γιατρού για το σύζυγο το τελευταίο χρόνο	Αριθμός	37	7	3	
	%	78,7%	14,9%	6,4%	
Επίσκεψη γιατρού για τους γονείς το τελευταίο χρόνο	Αριθμός	44	1	1	1
	%	93,6%	2,1%	2,1%	2,1%
Επίσκεψη γιατρού για άλλο λόγο το τελευταίο χρόνο	Αριθμός	42	3	2	
	%	89,4%	6,4%	4,3%	

**Πίνακας 71** Επίσκεψη τις 2 τελευταίες εβδομάδες σε γιατρό για την ίδια

	Συχνότητα	Ποσοστό%
Όχι	43	91,5%
Ναι	4	8,5%
Σύνολο	47	100,0%

**Πίνακας 72** Ποιο νοσοκομείο επισκεφθήκατε

	Συχνότητα %	Ποσοστό %	Valid Ποσοστό%	Αθροιστικό Ποσοστό%
Βενιζέλειο	5%	10,6%	12,5%	12,5%
ΠΑ.ΓΝΗ	24%	51,1%	60,0%	72,5%
Άλλο	2%	4,3%	5,0%	77,5%
Βενιζέλειο και ΠΑ.ΓΝΗ	9%	19,1%	22,5%	100,0%
Σύνολο	40%	85,1%	100,0%	
Missing System	7%	14,9%		
Σύνολο	47%	100,0%		

**Πίνακας 72** Ικανοποίηση από τις Υπηρεσίες των Μονάδων Υγείας

		Κέντρο Υγείας	Βενιζέλειο Νοσοκομείο	ΠΑ.ΓΝΗ	ΙΚΑ
Καθόλου Ικανοποιημένη	Αριθμός	0	1	2	3
	%	,0%	7,1%	6,1%	10,0%
Λίγο Ικανοποιημένη	Αριθμός	0	4	3	15
	%	,0%	28,6%	9,1%	50,0%
Αρκετά Ικανοποιημένη	Αριθμός	0	5	17	8
	%	,0%	35,7%	51,5%	26,7%
Πολύ Ικανοποιημένη	Αριθμός	0	4	11	4
	%	,0%	28,6%	33,3%	13,3%
Σύνολο	Αριθμός	0	14	33	30
	%	,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Πίνακας 73** One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του Βενιζελείου	14	1,86	,949	,254
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του ΠΑ.ΓΝΗ	33	2,12	,820	,143
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του ΙΚΑ	30	1,43	,858	,157

**Πίνακας 74** One-Sample Test

	Test Value = 1.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του Βενιζελείου	1,408	13	,183	,357	,00	,91
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του ΠΑ.ΓΝΗ	4,352	32	,000	,621	,33	,91
Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του ΙΚΑ	-,425	29	,674	-,067	-,39	,25

**Πίνακας 75** Προβλήματα στο Βενιζέλειο

	Όχι		Ναι	
	Αριθμός	%	Αριθμός	%
Είναι πρόβλημα η συμπεριφορά του γιατρού στο Βενιζέλειο	35	87,5%	5	12,5%
Είναι πρόβλημα η συμπεριφορά της νοσοκόμας στο Βενιζέλειο	36	90,0%	4	10,0%
Είναι πρόβλημα ο χρόνος αναμονής στο Βενιζέλειο	21	52,5%	19	47,5%
Είναι πρόβλημα η ελλείψει γνώσεων του γιατρού στο Βενιζέλειο	35	87,5%	5	12,5%
Είναι πρόβλημα ο χώρος αναμονής και εξέτασης στο Βενιζέλειο	31	77,5%	9	22,5%
Είναι πρόβλημα ο εξοπλισμός στο Βενιζέλειο	39	97,5%	1	2,5%



**Πίνακας 76** Προβλήματα στο ΠΑ.ΓΝΗ

	Όχι		Ναι	
	Αριθμός	Ποσοστό %	Αριθμός	Ποσοστό %
Είναι πρόβλημα η συμπεριφορά του γιατρού στο ΠΑ.ΓΝΗ	7	70,0%	3	30,0%
Είναι πρόβλημα η συμπεριφορά της νοσοκόμας στο ΠΑ.ΓΝΗ	9	90,0%	1	10,0%
Είναι πρόβλημα ο χρόνος αναμονής στο ΠΑ.ΓΝΗ	4	40,0%	6	60,0%
Είναι πρόβλημα η έλλειψη γνώσεων του γιατρού στο ΠΑ.ΓΝΗ	6	60,0%	4	40,0%
Είναι πρόβλημα ο χώρος αναμονής και εξέτασης στο ΠΑ.ΓΝΗ	8	80,0%	2	20,0%
Είναι πρόβλημα ο εξοπλισμός στο ΠΑ.ΓΝΗ	10	100,0%	0	,0%

**Πίνακας 77** Προβλήματα στο ΙΚΑ

	Όχι		Ναι	
	Αριθμός	Ποσοστό %	Αριθμ ός	Ποσοστό %
Είναι πρόβλημα η συμπεριφορά του γιατρού στο ΙΚΑ	23	76,7%	7	23,3%
Είναι πρόβλημα η συμπεριφορά της νοσοκόμας στο ΙΚΑ	22	73,3%	8	26,7%
Είναι πρόβλημα ο χρόνος αναμονής στο ΙΚΑ	18	60,0%	12	40,0%
Είναι πρόβλημα η έλλειψη γνώσεων του γιατρού στο ΙΚΑ	29	96,7%	1	3,3%
Είναι πρόβλημα ο χώρος αναμονής και εξέτασης στο ΙΚΑ	18	60,0%	12	40,0%
Είναι πρόβλημα ο εξοπλισμός στο ΙΚΑ	25	83,3%	5	16,7%

**Πίνακας 78** Ικανοποίηση από Βενιζέλειο και ηλικία μητέρων

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του Βενιζελείου	Ηλικιακή ομάδα μητέρων			Σύνολο
	21-30	31-40	41-50	
Καθόλου Ικανοποιημένη	1	0	0	1
Λίγο Ικανοποιημένη	1	3	0	4
Αρκετά Ικανοποιημένη	2	2	1	5
Πολύ Ικανοποιημένη	3	1	0	4
Σύνολο	7	6	1	14

**Πίνακας 79** Ικανοποίηση από Βενιζέλειο και Ελληνική γλώσσα

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του Βενιζελείου	Επίπεδο Ελληνικής γλώσσας			Σύνολο
	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	
Καθόλου Ικανοποιημένη	1	0	0	1
Λίγο Ικανοποιημένη	0	1	3	4
Αρκετά Ικανοποιημένη	2	1	2	5
Πολύ Ικανοποιημένη	1	1	2	4
Σύνολο	4	3	7	14

**Πίνακας 80** Ικανοποίηση από Βενιζέλειο και Μόνιμη ασθένεια\*

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του Βενιζελείου	Μόνιμη ασθένεια ή αναπηρία	Σύνολο		
		Όχι	Ναι	
Καθόλου Ικανοποιημένη	Αριθμός	0	1	1
	% Σύνολο	0%	7,1%	7,1%
Λίγο Ικανοποιημένη	Αριθμός	2	2	4
	% Σύνολο	14,3%	14,3%	28,6%
Αρκετά Ικανοποιημένη	Αριθμός	5	0	5
	% Σύνολο	35,7%	0%	35,7%

Πολύ Ικανοποιημένη	Αριθμός	4	0	4
	% Σύνολο	28,6%	,0%	28,6%
Σύνολο	Αριθμός	11	3	14
	% Σύνολο	78,6%	21,4%	100,0%

p value 0.045

**Πίνακας 81** Ικανοποίηση από Βενιζέλειο και αριθμός παιδιών

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του Βενιζελείου	Αριθμός παιδιών			Σύνολο
	1	2	3	
Καθόλου Ικανοποιημένη	0	1	0	1
Λίγο Ικανοποιημένη	1	3	0	4
Αρκετά Ικανοποιημένη	1	2	2	5
Πολύ Ικανοποιημένη	1	2	1	4
Σύνολο	3	8	3	14

**Πίνακας 82** Ικανοποίηση από Βενιζέλειο και εκπαίδευση

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του Βενιζελείου	Εκπαιδευτική βαθμίδα μητέρας			Σύνολο
	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	
Καθόλου Ικανοποιημένη	0	0	1	1
Λίγο Ικανοποιημένη	1	0	3	4
Αρκετά Ικανοποιημένη	3	1	1	5
Πολύ Ικανοποιημένη	1	1	2	4
Σύνολο	5	2	7	14

**Πίνακας 83** Ικανοποίηση από Βενιζέλειο και επάγγελμα μητέρας

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του Βενιζελείου	Επάγγελμα μητέρας				Σύνολο
	Άνεργη	Ιδιωτικός Υπάλληλος	Καθαρίστρια	Οικιακά	
Καθόλου Ικανοποιημένη	0	0	0	1	1
Λίγο Ικανοποιημένη	0	1	0	3	4
Αρκετά Ικανοποιημένη	0	0	1	4	5
Πολύ Ικανοποιημένη	1	1	0	2	4
Σύνολο	1	2	1	10	14

**Πίνακας 84** Ικανοποίηση από Βενιζέλειο και Θρήσκευμα

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του Βενιζελείου	Θρήσκευμα			Σύνολο
	Μουσουλμάνοι	Καθολικά	Ορθόδοξη	
Καθόλου Ικανοποιημένη	1	0	0	1
Λίγο Ικανοποιημένη	2	1	1	4
Αρκετά Ικανοποιημένη	1	1	3	5
Πολύ Ικανοποιημένη	0	1	3	4
Σύνολο	4	3	7	14

**Πίνακας 85** Ικανοποίηση από Βενιζέλειο και χρόνια διαμονής στην Ελλάδα

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του Βενιζελείου	Χρόνια διαμονής της μητέρας στην Ελλάδα (κατηγοριοποίηση)		Σύνολο
	Από 2 έως 5 έτη	Από 6 έτη και πάνω	
Καθόλου Ικανοποιημένη	0	1	1
Λίγο Ικανοποιημένη	2	2	4
Αρκετά Ικανοποιημένη	2	3	5
Πολύ Ικανοποιημένη	2	2	4
Σύνολο	6	8	14

**Πίνακας 86** Ικανοποίηση από ΠΑΓΝΗ και ηλικία

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του ΠΑ.ΓΝΗ	Ηλικιακή ομάδα μητέρων			Σύνολο
	21-30	31-40	41-50	
Καθόλου Ικανοποιημένη	1	1	0	2
Λίγο Ικανοποιημένη	0	2	1	3
Αρκετά Ικανοποιημένη	6	10	1	17
Πολύ Ικανοποιημένη	6	5	0	11
Σύνολο	13	18	2	33

**Πίνακας 87** Ικανοποίηση από ΠΑΓΝΗ και ελληνική γλώσσα

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του ΠΑ.ΓΝΗ	Επίπεδο Ελληνικής γλώσσας			Σύνολο
	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	
Καθόλου Ικανοποιημένη	1	0	1	2
Λίγο Ικανοποιημένη	0	1	2	3
Αρκετά Ικανοποιημένη	2	5	10	17
Πολύ Ικανοποιημένη	2	4	5	11
Σύνολο	5	10	18	33

**Πίνακας 88** Ικανοποίηση από ΠΑΓΝΗ και μόνιμη ασθένεια\*

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του ΠΑ.ΓΝΗ		Μόνιμη ασθένεια ή αναπηρία		Σύνολο
		Όχι	Ναι	
Καθόλου Ικανοποιημένη	Αριθμός	0	2	2
	% Σύνολο	0%	6,1%	6,1%
Λίγο Ικανοποιημένη	Αριθμός	3	0	3
	% Σύνολο	9,1%	0%	9,1%
Αρκετά Ικανοποιημένη	Αριθμός	14	3	17
	% Σύνολο	42,4%	9,1%	51,5%
Πολύ Ικανοποιημένη	Αριθμός	10	1	11
	% Σύνολο	30,3%	3,0%	33,3%
Σύνολο	Αριθμός	27	6	33
	% Σύνολο	81,8%	18,2%	100,0%

\*p value 0.016

**Πίνακας 89** Ικανοποίηση από ΠΑΓΝΗ και αριθμός παιδιών

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του ΠΑ.ΓΝΗ	Αριθμός παιδιών			Σύνολο
	1	2	3	
Καθόλου Ικανοποιημένη	1	1	0	2
Λίγο Ικανοποιημένη	0	3	0	3
Αρκετά Ικανοποιημένη	5	10	2	17
Πολύ Ικανοποιημένη	2	7	2	11
Σύνολο	8	21	4	33

**Πίνακας 90** Ικανοποίηση από ΠΑΓΝΗ και εκπαίδευση

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του ΠΑ.ΓΝΗ	Εκπαιδευτική βαθμίδα μητέρας				Σύνολο
	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΑΕΙ-ΤΕΙ	
Καθόλου Ικανοποιημένη	0	0	2	0	2
Λίγο Ικανοποιημένη	0	0	3	0	3
Αρκετά Ικανοποιημένη	6	2	7	2	17
Πολύ Ικανοποιημένη	3	5	3	0	11
Σύνολο	9	7	15	2	33

**Πίνακας 91** Ικανοποίηση από ΠΑΓΝΗ και επάγγελμα

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του ΠΑ.ΓΝΗ	Επάγγελμα μητέρας						Σύνολο
	Δεν απάντησε	Άνεργη	Εργάτρια	Ιδιωτικός Υπάλληλος	Καθαρίστρια	Οικιακά	
Καθόλου Ικανοποιημένη	0	0	0	1	0	1	2
Λίγο Ικανοποιημένη	0	0	1	0	1	1	3
Αρκετά Ικανοποιημένη	1	1	0	2	3	10	17
Πολύ Ικανοποιημένη	0	0	1	4	2	4	11
Σύνολο	1	1	2	7	6	16	33

**Πίνακας 92** Ικανοποίηση από ΠΑΓΝΗ και θρήσκευμα

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του ΠΑ.ΓΝΗ	Θρήσκευμα			Σύνολο
	ΜΟΥΣΟΥΛΜΑΝΑ	ΚΑΘΟΛΙΚΗ	ΟΡΘΟΔΟΞΗ	
Καθόλου Ικανοποιημένη	2	0	0	2
Λίγο Ικανοποιημένη	1	1	0	2
Αρκετά Ικανοποιημένη	4	4	9	17
Πολύ Ικανοποιημένη	5	4	2	11
Σύνολο	12	9	11	32

**Πίνακας 93** Ικανοποίηση από ΠΑΓΝΗ και χρόνια διαμονής στην Ελλάδα

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του ΠΑ.ΓΝΗ	Χρόνια διαμονής της μητέρας στην Ελλάδα (κατηγοριοποίηση)			Σύνολο
	Λιγότερο από 2 έτη	Από 2 έως 5 έτη	Από 6 έτη και πάνω	
Καθόλου Ικανοποιημένη	0	1	1	2
Λίγο Ικανοποιημένη	0	1	2	3
Αρκετά Ικανοποιημένη	0	6	11	17
Πολύ Ικανοποιημένη	1	2	8	11
Σύνολο	1	10	22	33

**Πίνακας 94** Ικανοποίηση από ΙΚΑ και ηλικία

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του ΙΚΑ	Ηλικιακή ομάδα μητέρων			Σύνολο
	21-30	31-40	41-50	
Καθόλου Ικανοποιημένη	0	2	1	3
Λίγο Ικανοποιημένη	6	9	0	15
Αρκετά Ικανοποιημένη	4	4	0	8
Πολύ Ικανοποιημένη	1	2	1	4
Σύνολο	11	17	2	30

**Πίνακας 95** Ικανοποίηση από ΙΚΑ και ελληνική γλώσσα

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του ΙΚΑ	Επίπεδο Ελληνικής γλώσσας				Σύνολο
	Καμία	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	
Καθόλου Ικανοποιημένη	0	1	0	2	3
Λίγο Ικανοποιημένη	1	2	3	9	15
Αρκετά Ικανοποιημένη	0	0	3	5	8
Πολύ Ικανοποιημένη	0	0	1	3	4
Σύνολο	1	3	7	19	30

**Πίνακας 96** Ικανοποίηση από ΙΚΑ και μόνιμη ασθένεια

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του ΙΚΑ	Μόνιμη ασθένεια ή αναπηρία		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Καθόλου Ικανοποιημένη	3	0	3
Λίγο Ικανοποιημένη	12	3	15
Αρκετά Ικανοποιημένη	6	2	8
Πολύ Ικανοποιημένη	4	0	4
Σύνολο	25	5	30

**Πίνακας 97** Ικανοποίηση από ΙΚΑ και αριθμός παιδιών

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του ΙΚΑ	Αριθμός παιδιών			Σύνολο
	1	2	3	
Καθόλου Ικανοποιημένη	1	1	1	3
Λίγο Ικανοποιημένη	5	8	2	15
Αρκετά Ικανοποιημένη	2	6	0	8
Πολύ Ικανοποιημένη	0	3	1	4
Σύνολο	8	18	4	30



**Πίνακας 98** Ικανοποίηση από ΙΚΑ και εκπαίδευση

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του ΙΚΑ	Εκπαιδευτική βαθμίδα μητέρας				Σύνολο
	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΑΕΙ-ΤΕΙ	
Καθόλου Ικανοποιημένη	1	0	2	0	3
Λίγο Ικανοποιημένη	2	5	6	2	15
Αρκετά Ικανοποιημένη	3	1	4	0	8
Πολύ Ικανοποιημένη	1	0	3	0	4
Σύνολο	7	6	15	2	30

**Πίνακας 99** Ικανοποίηση από ΙΚΑ και εκπαίδευση

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του ΙΚΑ	Επάγγελμα μητέρας						Σύνολο
	Δεν απάντησε	Άνεργη	Εργάτρια	Ιδιωτικός Υπάλληλος	Καθαρίστρια	Οικιακά	
Καθόλου Ικανοποιημένη	0	0	0	2	0	1	3
Λίγο Ικανοποιημένη	1	1	0	2	3	8	15
Αρκετά Ικανοποιημένη	0	0	0	2	0	6	8
Πολύ Ικανοποιημένη	0	0	2	0	0	2	4
Σύνολο	1	1	2	6	3	17	30

**Πίνακας 100** Ικανοποίηση από ΙΚΑ και θρήσκευμα

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του ΙΚΑ	Θρήσκευμα			Σύνολο
	Μουσουλμάνοι	Καθολικά	Ορθόδοξη	
Καθόλου Ικανοποιημένη	2	0	1	3
Λίγο Ικανοποιημένη	4	5	6	15
Αρκετά Ικανοποιημένη	3	1	4	8
Πολύ Ικανοποιημένη	2	1	0	3
Σύνολο	11	7	11	29

**Πίνακας 101** Ικανοποίηση από ΙΚΑ και χρόνια διαμονής στην Ελλάδα

Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του ΙΚΑ	Χρόνια διαμονής της μητέρας στην Ελλάδα (κατηγοριοποίηση)			Σύνολο
	Λιγότερο από 2 έτη	Από 2 έως 5 έτη	Από 6 έτη και πάνω	
Καθόλου Ικανοποιημένη	0	1	2	3
Λίγο Ικανοποιημένη	1	4	10	15
Αρκετά Ικανοποιημένη	0	2	6	8
Πολύ Ικανοποιημένη	0	1	3	4
Σύνολο	1	8	21	30

**Τακτικές Επιπολιτισμού****Πίνακας 102** Στρατηγικές επιπολιτισμού

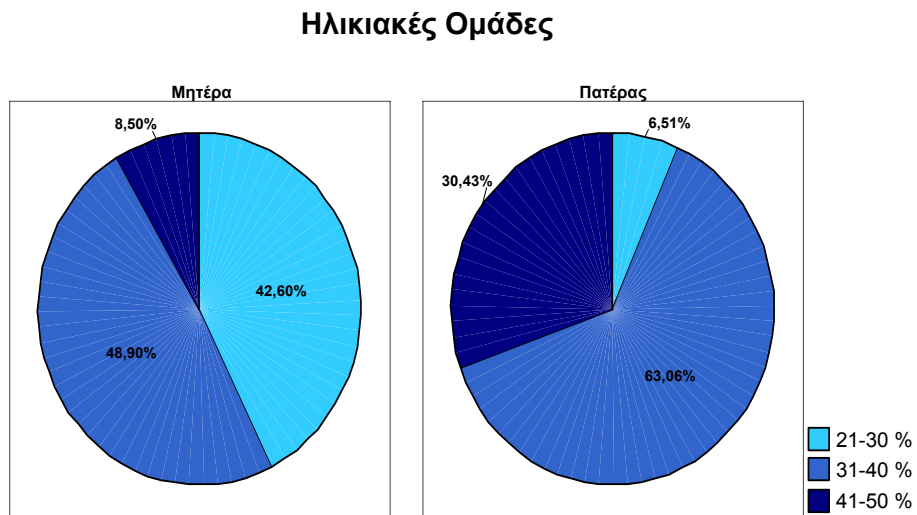
		Εναρμόνιση	Αφομοίωση	Διαχωρισμός	Περιθωριοποίηση
Διαφωνώ τελείως	Αριθμός	9	37	34	37
	%	19,1%	78,7%	72,3%	78,7%
Διαφωνώ κάπως	Αριθμός	4	3	8	4
	%	8,5%	6,4%	17,0%	8,5%
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Αριθμός	7	3	0	0
	%	14,9%	6,4%	,0%	,0%
Συμφωνώ κάπως	Αριθμός	13	0	1	1
	%	27,7%	,0%	2,1%	2,1%
Συμφωνώ απόλυτα	Αριθμός	14	4	4	5
	%	29,8%	8,5%	8,5%	10,6%

**Πίνακας 103** Διαχωρισμός εναρμονισμένων γυναικών

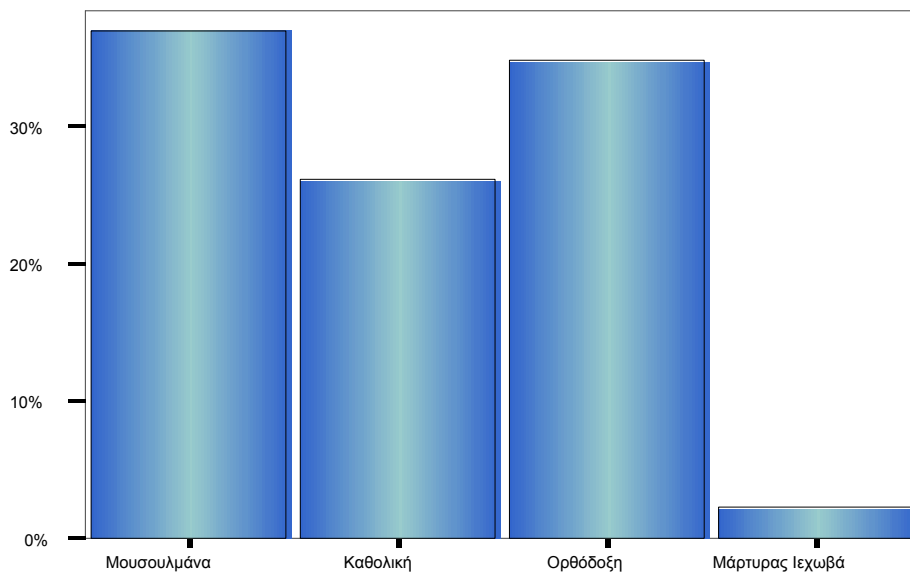
	Συχνότητα	Ποσοστό	Valid Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Εναρμόνιση	23	48,9	48,9	48,9
Λοιπές στρατηγικές	24	51,1	51,1	100,0
Σύνολο	47	100,0	100,0	

## II. Γραφήματα έρευνας

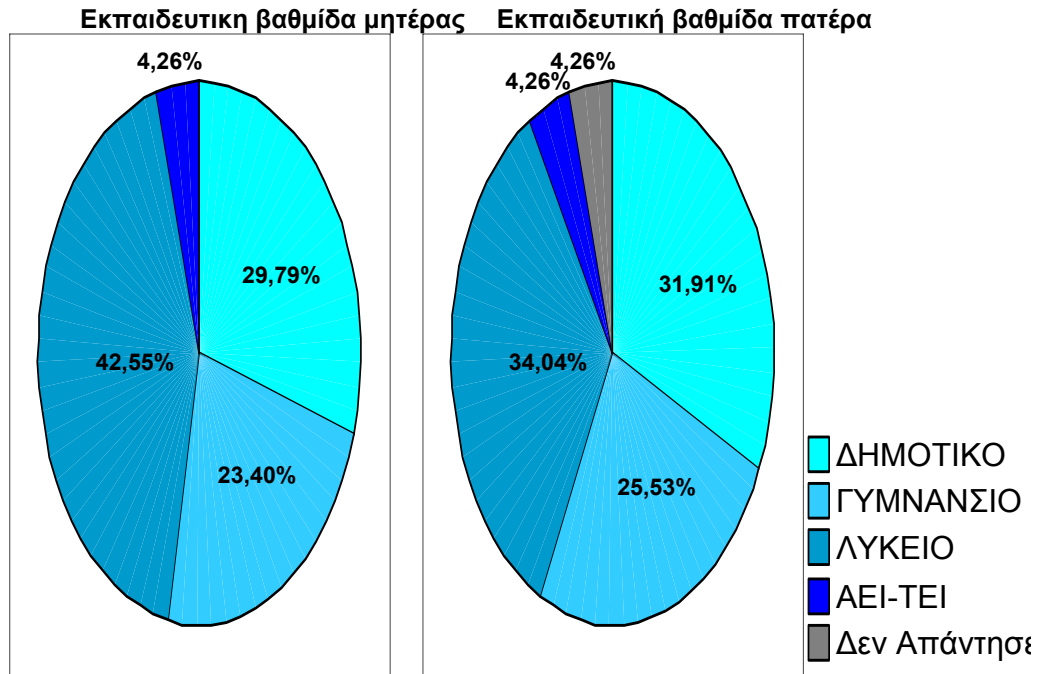
Γράφημα 1 Ηλικιακές ομάδες δείγματος



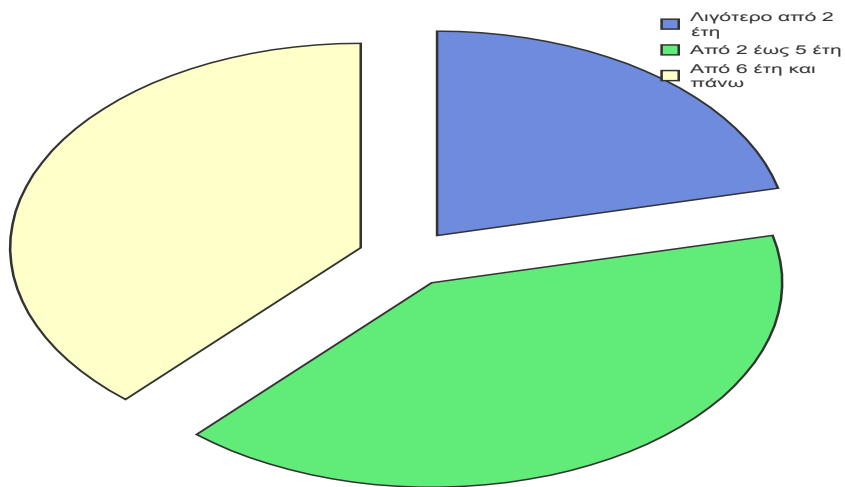
Γράφημα 2 Θρήσκευμα μεταναστριών



**Γράφημα 3** Εκπαιδευτική βαθμίδα δείγματος

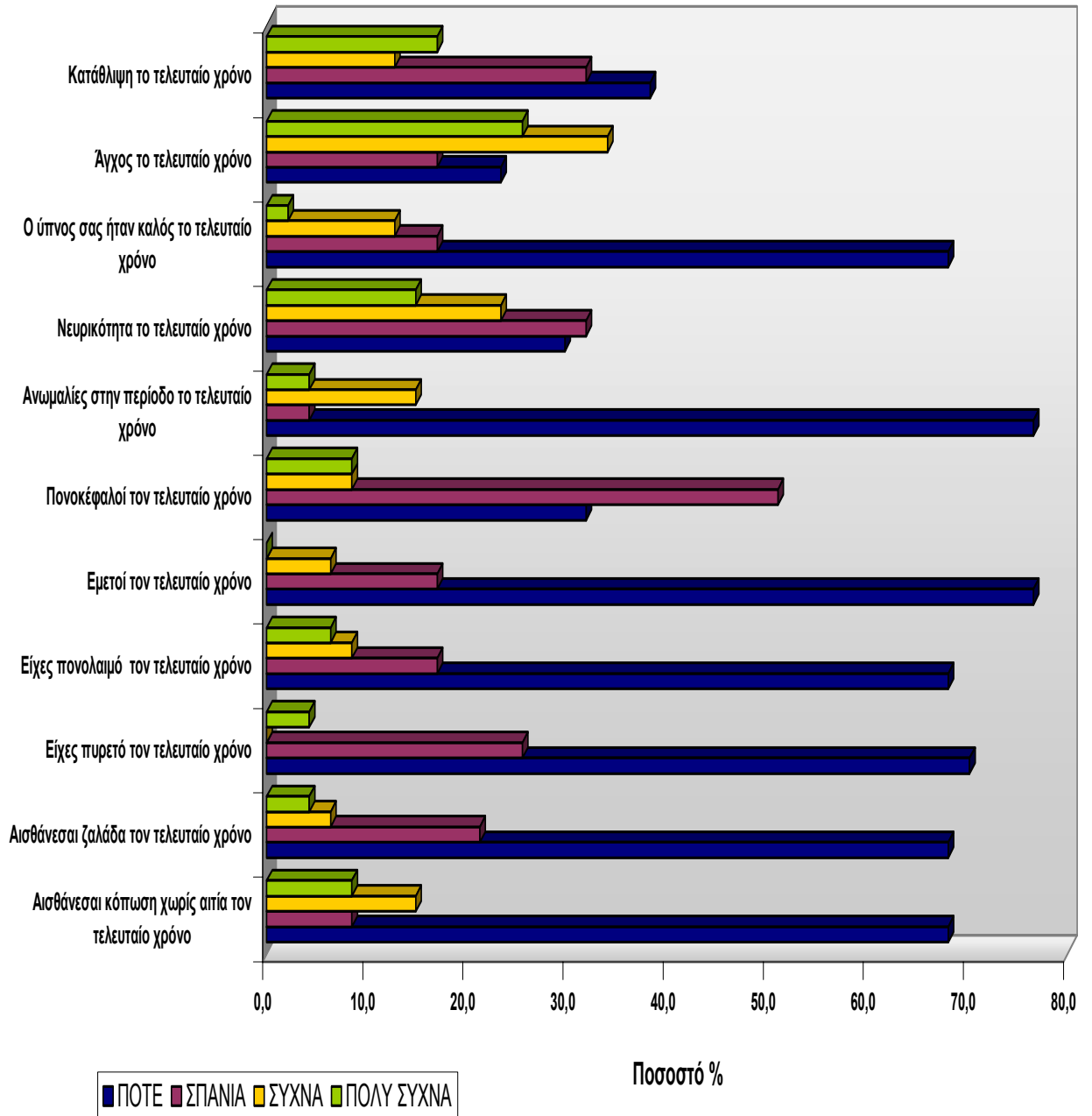


**Γράφημα 4** Χρόνια διαμονής των μεταναστριών στο Δ. Γαζίου

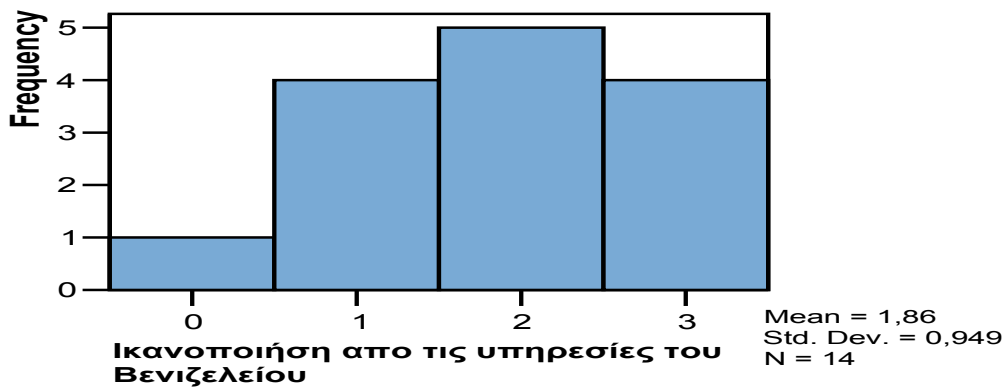


Γράφημα 5 Συμπτώματα τον τελευταίο χρόνο

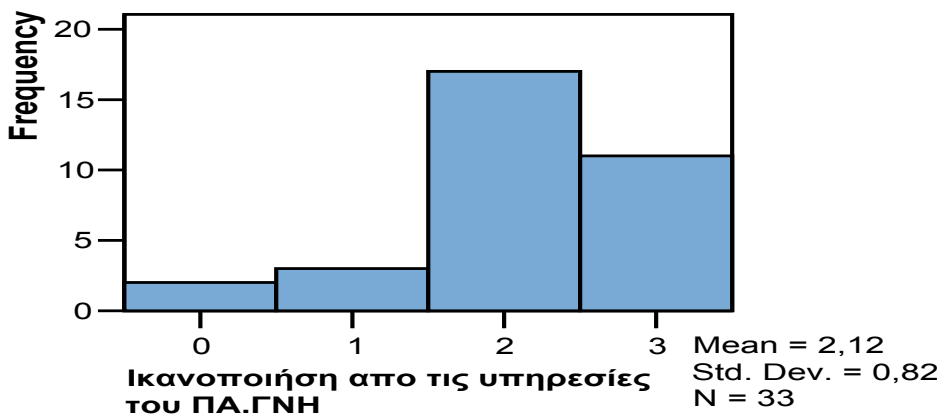
### Συμπτώματα τον τελευταίο χρόνο



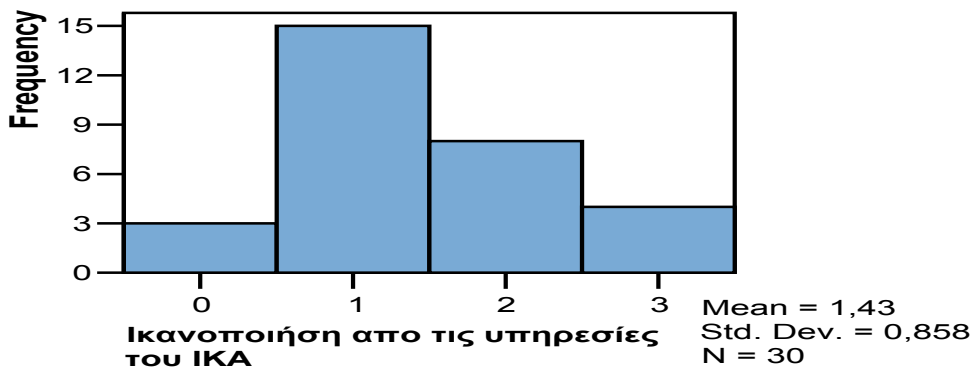
**Γράφημα 6** Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του Βενιζελείου



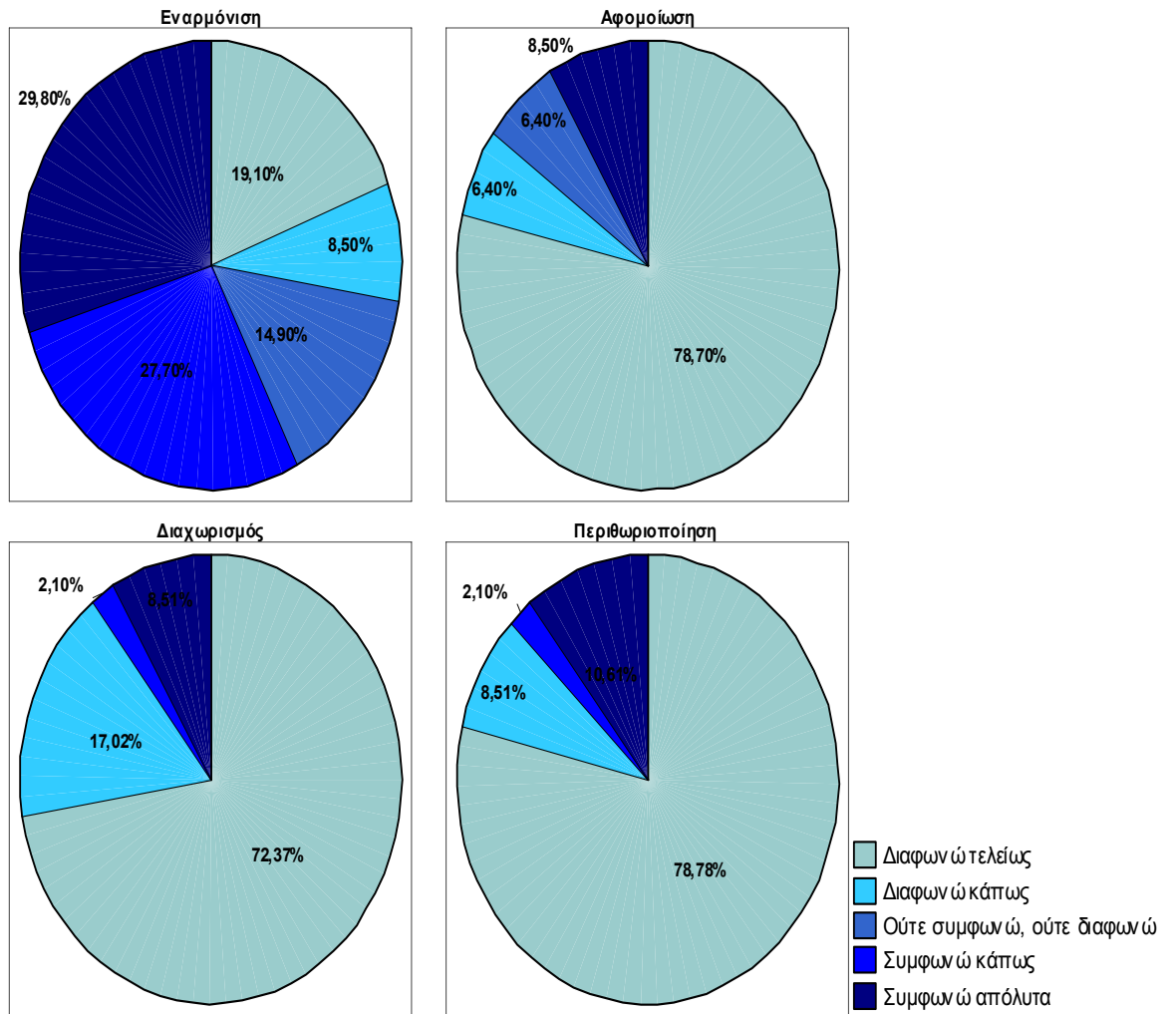
**Γράφημα 7** Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του ΠΑ.ΓΝΗ



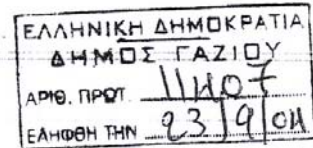
**Γράφημα 8** Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του Ι.Κ.Α



Γράφημα 9 Στρατηγικές επιπολιτισμού



**III. Άδεια για πρόσβαση από ειδική επιτροπή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης**



Λ.Π.

Ηράκλειο 10-9-2004  
Αρ. Πρωτ.: 18519

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΝΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ  
Δ/ΝΣΗ ΑΥΤΟΔ/ΣΗΣ & ΑΠΟΚ/ΣΗΣ  
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ  
ΤΜΗΜΑ ΤΟΠ.ΑΥΤΟΔ/ΣΗΣ Α'Β.

Ταχ.Δ/ση: Αλμυρού 14  
Τ.Κ. 71202 Ηράκλειο  
Πληροφορίες : Μαθιουδάκης Κ.  
Τηλέφωνο : 2810-278461  
FAX : 2810 278-456

✓ Προς :  
Τον κ. Δήμαρχο Γαζίου

**ΘΕΜΑ: «Πρόσβαση στα αρχεία του ΚΕΠ Δήμου Γαζίου»**

Σας διαβιβάζουμε το αρ. 267/12-7-04 έγγραφο του Πανεπιστημίου Κρήτης-Τμήμα Ιατρικής, με το οποίο ζητείται να παρασχεθεί η δυνατότητα σε μεταπτυχιακές φοιτήτριες, πρόσβαση στα αρχεία του ΚΕΠ του δήμου σας για την άντληση πληροφοριών περί της κατάστασης υγείας των παιδιών σχολικής και εφηβικής ηλικίας μεταναστών στο δήμο και παρακαλούμε για τις νόμιμες ενέργειες σας έχοντας υπόψη ότι τα στοιχεία που θα συλλεγούν εφόσον παράσχετε σχετική έγκριση δεν πρέπει να περιέχουν ονοματεπωνυμικό προσδιορισμό.



ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ  
ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

Κων/νος Παντατούακης

Με εντολή Γενικού Γραμματέα  
Η Διευθύντρια

Αγγ. Χριστοπούλου Βελεγράκη



#### IV. Δομημένη συνέντευξη

<b>ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ</b>		<b>ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ</b>			
<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ</b>		<b>ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b>			
<b>ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΠΕΥΘΥΝΕΤΑΙ ΣΕ ΜΗΤΕΡΕΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΡΙΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΜΕΝΟΥΝ ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΓΑΖΙΟΥ</b>					
<b>Να συμπληρωθούν οι κωδικοί πριν αρχίσουν οι ερωτήσεις αυτού του μέρους</b>	1	Κωδικός κοινότητας		<input type="checkbox"/>	
		Γάζι	1		
		Αμμουδάρα	2		
		Καλέσα	3		
		Ρογδιά	4		
		Φόδελε	5		
		Τσαλικάκι	6		
	2	Κωδικός ερωτώμενης		<input type="checkbox"/>	
	3	Ημερομηνία συνέντευξης		<input type="checkbox"/>	
	4	Ενημερώθηκαν από .....		<input type="checkbox"/>	
	Αφίσα	1			
	Ιατρείο	2			
	Τηλεφώνημα από εμάς	3			
	Τηλεφώνημα από ίδιους	4			
	Δίκτυο γειτονιάς	5			
	Πόρτα-πόρτα	6			
<b>ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΜΟΝΟ ΑΝ Ο ΕΡΩΤΩΜΕΝΟΣ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΜΟΝΟΣ ΤΟΥ</b>	5.	Απαντά άλλος γιατί	OXI	0	<input type="checkbox"/>
		δεν μπορεί ο ίδιος;	NAI	1	<input type="checkbox"/>

: « Αυτή η συνέντευξη πραγματοποιείται για να διερευνήσει την χρήση των υπηρεσιών υγείας από μητέρες μετανάστριες και την επίδραση διαφόρων παραγόντων όπως το φύλο, ηλικία, ο χρόνος παραμονής, η χώρα καταγωγής κ.λ.π. Συγκεντρώνουμε στοιχεία μέσω συνεντεύξεων από όλα τα Δημοτικά διαμερίσματα του Δ. Γαζίου. Όλες οι πληροφορίες είναι αυστηρά απόρρητες. Ο αριθμός του τηλεφώνου σας ζητήθηκε κατόπιν σχετικής άδειας από το αρχείο του Κ.Ε.Π. Κανένα στοιχείο θα δεν αποκαλύπτει την ταυτότητα των ατόμων που θα συμμετέχουν. Όλα τα στοιχεία θα διαπραγματευτούν σε ομαδικό επίπεδο.

**ΜΕΡΟΣ Α**  
**ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

1. Έτος γέννησης: 1 9 \_\_ \_\_ **Συμπληρώστε το έτος γέννησης**

1	9		
---	---	--	--

2. Τόπος γέννησης
- |               |   |                          |
|---------------|---|--------------------------|
| Αλβανία       | 1 |                          |
| Βουλγαρία     | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Ρουμανία      | 3 |                          |
| Ρωσία         | 4 |                          |
| Γιουγκοσλαβία | 5 |                          |
| Συρία         | 6 |                          |
| Άλλο          | 7 |                          |

- 3 Θα χαρακτηρίζατε τον τόπο καταγωγής σας.....
- |              |   |                          |
|--------------|---|--------------------------|
| Ορεινό       | 1 |                          |
| Αγροτικό     | 2 |                          |
| Αστικό       | 3 |                          |
| Παραθαλάσσιο | 4 | <input type="checkbox"/> |

4. Σε ποιο σημείο γεωγραφικά της χώρας βρίσκεται ;
- |          |   |                          |
|----------|---|--------------------------|
| Βόρεια   | 1 |                          |
| Νότια    | 2 |                          |
| Κεντρικά | 3 | <input type="checkbox"/> |

5. Οικογενειακή κατάσταση
- |                 |   |                          |
|-----------------|---|--------------------------|
| Ανύπαντρος/ η   | 1 |                          |
| Παντρεμένος/ η  | 2 |                          |
| Χήρος/ α        | 3 |                          |
| Διαζευγμένος/ η | 4 |                          |
| Σε διάσταση     | 5 | <input type="checkbox"/> |

- 5.1 Το θρήσκευμα σας είναι .....
- |              |   |                          |
|--------------|---|--------------------------|
|              |   |                          |
| Μουσουλμάνοι | 1 |                          |
| Καθολική     | 2 |                          |
| Ορθόδοξη     | 3 |                          |
| Ιεχωβά       | 4 |                          |
| Άλλο         | 5 | <input type="checkbox"/> |

6. Τι είδους Κοινωνική ασφάλιση υγείας έχετε;
- |                  |   |  |
|------------------|---|--|
| Καμία            | 0 |  |
| ΟΓΑ              | 1 |  |
| ΙΚΑ              | 2 |  |
| ΤΕΒΕ             | 3 |  |
| Άλλη             | 4 |  |
| Εάν "άλλη"-> Τι; |   |  |

7. Έχετε ιδιωτική ασφάλιση υγείας;
- |  |     |   |                          |
|--|-----|---|--------------------------|
|  | OXI | 0 |                          |
|  | NAI | 1 | <input type="checkbox"/> |

**8. Τι είδους εκπαίδευση έχετε;**  
**ΣΗΜΕΙΩΝΕΤΑΙ Η ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΒΑΘΜΙΔΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

- |  |   |                          |
|--|---|--------------------------|
| Δεν πήγατε καθόλου στο σχολείο                                   | 0 |                          |
| Πήγατε μόνο σε μερικές τάξεις του Δημοτικού                      | 1 |                          |
| Τελειώσατε το Δημοτικό   | 2 |                          |
| το γυμνάσιο (ή την 3η τάξη εξαταξίου σχολείου Μέσης Εκπαίδευσης) | 3 |                          |
| το λύκειο (ή την 6η τάξη εξαταξίου σχολείου Μέσης Εκπαίδευσης)   | 4 |                          |
| κάποια Μέση Τεχνική/ Επαγγελματική Σχολή                         | 5 |                          |
| Ανωτέρα Σχολή (ΚΑΤΕΕ/ ΤΕΙ/ ΣΕΛΕΤΕ/ Παιδαγωγική Ακαδημία, κλπ.):  | 6 |                          |
| κάποια Ανώτατη Σχολή:  | 7 | <input type="checkbox"/> |

9. Με τι ασχολείστε κυρίως σήμερα ;

Εργάζεστε.

Είστε νοικοκυρά

Είστε ημι - εργαζόμενη (μαύρη εργασία )

Είστε άνεργη

1  
2  
3  
4

**ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Η επόμενη ερώτηση τίθεται χωριστά για κάθε κατηγορία απασχόλησης**

**10.α Εάν εργάζεσαι** Τι δουλειά κάνετε

**Εάν 10<sup>α</sup> ερώτηση 11**

**10.β Εάν είναι νοικοκυρά** Ποιο είναι/ ήταν το επάγγελμα του συζύγου σας ;

**10.γ Εάν είναι ημι-εργαζόμενη** Ποιο είναι/ ήταν το επάγγελμα ;

**10.δ Εάν είναι άνεργη** Τι δουλειά κάνατε την τελευταία φορά που εργαζόσασταν;

**11. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ**

11 . Στην κύρια δουλειά σας:

Είστε εργοδότης

Εργάζεστε μόνος σας, έχετε δική σας δουλειά

Βοηθάτε στη δουλειά τον αρχηγό του νοικοκυριού χωρίς αμοιβή

Είστε μισθωτή

Είστε εργάτρια

1  
2  
3  
4  
5

12. Εργαζόσασταν στην χώρα καταγωγής σας ;

OXI  
NAI

0  
1

**Εάν ΝΑΙ->** Τι δουλειά κάνατε την τελευταία φορά ;

**13. ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ**

13. Ποια ήταν η αιτία μετανάστευσης σας;

14. Πόσα χρόνια μένετε στην Ελλάδα ; 19..... ή 200..

15. Πόσα χρόνια μένετε στον Δήμο Γαζίου ; 19..... ή 200..

16. Πόσο καλά θα λέγατε ότι είναι τα Ελληνικά σας ;

Δεν καταλαβαίνετε ούτε μιλάτε

Μόνο καταλαβαίνετε αλλά δεν μιλάτε

Καταλαβαίνετε και μιλάτε λίγο

Καταλαβαίνετε πολύ καλά αλλά μιλάτε λίγο

Καταλαβαίνετε και μιλάτε πολύ καλά

0  
1  
2  
3  
4

17. Στο σπίτι μιλάτε την μητρική σας γλώσσα ;

OXI 0 NAI 1 ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΥΟ = 3

**ΜΕΡΟΣ Β**

**ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΟΙΚΙΑ**

Με τις παρακάτω ερωτήσεις θα συζητήσουμε για την κατοικία σας.

15. Πόσα άτομα συνολικά μένουν στο σπίτι εκτός από εσάς ;

Αριθμός ατόμων

17. Το σπίτι στο οποίο μένετε είναι

	Δικό σας	1		<input type="checkbox"/>
	Μένετε με ενοίκιο:	2		
	Άλλο	3		
	<u>Τι;</u>			
18.	Πόσα δωμάτια έχει το σπίτι; Όταν λέμε δωμάτια εννοούμε όλους τους χώρους του σπιτιού εκτός από τουαλέτα, κουζίνα, διαδρόμους, και χώρους εργασίας.			<input type="checkbox"/>
	<u>Αριθμός δωματίων</u>			<input type="checkbox"/>
20.	Το σπίτι σας έχει σύνδεση με τη ΔΕΗ;			<input type="checkbox"/>
		OXI 0		
		NAI 1		
22.	Τι είδους θέρμανση έχετε; (Να αναφερθούν μια ή δύο κυριότερες πηγές θέρμανσης)			<input type="checkbox"/>
	Κεντρική θέρμανση (καλοριφέρ)	1		<input type="checkbox"/>
	Ηλεκτρικά σώματα	2		
	Αερόθερμα	3		
	Σόμπα πετρελαίου	4		
	Σόμπα με ξύλα	5		
	Τζάκι	6		
	Μαγκάλι	7		
	Άλλο	8		
	<u>Τι;</u>			
23.	Υπάρχει αυτοκίνητο που να εξυπηρετεί όλα τα μέλη του νοικοκυριού:			<input type="checkbox"/>
		OXI 0		
		NAI 1		
24.	Υπάρχει σταθερό τηλέφωνο στο σπίτι ;			<input type="checkbox"/>
		OXI 0		
		NAI 1		
25.	Υπάρχει κινητό τηλέφωνο στο σπίτι ;			<input type="checkbox"/>
		OXI 0	NAI 1	

### ΜΕΡΟΣ Γ

#### ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

26.	Τους τελευταίους 12 μήνες θα λέγατε ότι η υγεία σας ήταν γενικά:			<input type="checkbox"/>
	Άριστη/ πολύ καλή	1		
	Καλή	2		
	Μέτρια	3		
	Κακή/ πολύ κακή	4		
27.	Ταλαιπωρείστε από κάποια χρόνια αρρώστια ή αναπηρία; Όταν λέμε "χρόνια αρρώστια" εννοούμε εάν υποφέρετε από κάτι για το οποίο χρειάζεστε τακτική θεραπεία με φάρμακα ή και τακτική παρακολούθηση από γιατρό.			<input type="checkbox"/>
		OXI 0		
		NAI 1		
	<b>Εάν OXI -&gt; Ερώτηση 29</b>			
	<b>Εάν NAI</b>			
28.	Τι ακριβώς έχετε;			

α) \_\_\_\_\_

β) \_\_\_\_\_

γ) \_\_\_\_\_

29. Θα σας διαβάσω ένα κατάλογο αρκετά συνηθισμένων ενοχλημάτων που μπορεί να νιώσατε αυτόν τον τελευταίο μήνα. Απαντήστε ξεχωριστά για κάθε ενοχλήμα με ΝΑΙ ή ΟΧΙ και αν ΝΑΙ, πόσο συχνά νιώσατε το ίδιο ενοχλήμα τον τελευταίο χρόνο.

Ενόχλημα / σύμπτωμα	ΠΟΤΕ	ΣΠΑΝΙ ΣΥΧΝΑ		ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ
		Α		
1) Νιώσατε πολύ κουρασμένη; χωρίς ιδιαίτερη αιτία;	0	1	2	3
2) Είχατε ζαλάδες, ιλίγγους;	0	1	2	3
3) Είχατε πυρετό, κρυολογήσατε;	0	1	2	3
4) Είχατε ερεθισμένο λαιμό, βραχνάδα;	0	1	2	3
5) Είχατε ναυτία, εμετούς;	0	1	2	3
6) Νιώσατε πονοκεφάλους;	0	1	2	3
7) Είχατε ανωμαλίες περιόδου;	0	1	2	3
8) Νιώσατε νευρικός/ η, οξύθυμος/ η, δηλαδή θυμώνετε με το παραμικρό;	0	1	2	3
9) Μείνατε άπνους/ η ή είχατε ανήσυχο ύπνο;	0	1	2	3
10) Αισθανθήκατε έντονη ψυχική πίεση / άγχος;	0	1	2	3
11) Αισθανθήκατε έντονη μελαγχολία;	0	1	2	3

### ΜΕΡΟΣ Δ

#### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Με τις παρακάτω ερωτήσεις θέλουμε να μάθουμε ορισμένα θέματα που είναι σημαντικά για την υγεία των γυναικών της αναπαραγωγικής ηλικίας (16-54 χρόνων).

30. Έχετε περίοδο; OXI 0  
NAI 1

**Εάν ΝΑΙ -> Ερ. 32**  
**Εάν ΟΧΙ**

31. Πώς σταμάτησε η περιόδός σας; 1  
2  
3  
4

Φυσιολογικά  
Μετά από αφαίρεση μήτρας (υστερεκτομή)  
Μετά από αφαίρεση μήτρας-ωοθηκών  
Δεν είχατε ποτέ

32. Κάνατε τα τελευταία 3 χρόνια τις παρακάτω προληπτικές εξετάσεις: OXI 0  
NAI 1

α) Τεστ Παπανικολάου (Κυτταρολογική εξέταση)

β) Εξέταση μαστού από γιατρό ή μαστογραφία OXI 0

33. Είστε έγκυος; NAI 1 |  
OXI 0 |  
NAI 1 |
34. Έχετε μείνει έγκυος στο παρελθόν; OXI 0  
NAI 1
35. Πόσες φορές συνολικά μέχρι σήμερα; Παρακαλώ να αναφέρετε όλες τις εγκυμοσύνες (εκτός από πιθανή σημερινή) άσχετα με το πώς κατέληξε η κάθε μία.
- Αριθμός |
36. Τι ακριβώς συνέβη στην κάθε εγκυμοσύνη; |



Εγκυμοσύνη	Γέννηση υγιούς παιδιού <b>A</b>	Γέννηση παιδιού που πέθανε τον πρώτο μήνα <b>B</b>	Γέννηση νεκρού παιδιού <b>Γ</b>	Διακοπή εγκυμοσύνης (έκτρωση) <b>Δ</b>	Αποβολή (αυτόματη διακοπή) <b>E</b>	
1η	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
2η	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
3η	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
4η	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
5η	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
6η	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
7η	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
8η	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
9η	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

37. Πόσο συχνά επισκεπτόσασταν το γυναικόλογο σας στο διάστημα της τελευταίας σας εγκυμοσύνης για να ελέγχει αν πήγαιναν όλα καλά; Δώστε την απάντηση που ταιριάζει περισσότερο στη περίπτωση σας
- |                    |   |                          |
|--------------------|---|--------------------------|
| Καμία φορά         | 0 | <input type="checkbox"/> |
| 1-2 φορές συνολικά | 1 |                          |
| 3-5 φορές συνολικά | 2 |                          |
| 6 φορές και πάνω   | 3 |                          |

38. Πότε ήταν η τελευταία σας εγκυμοσύνη ; |
39. Παίρνετε κάποια μέτρα για να αποφύγετε την εγκυμοσύνη OXI 0  
NAI 1  
Δεν απαντά 2

**Εάν OXI -> Ερώτηση 41**

- Εάν NAI**
40. Ποια μέθοδο αντισύλληψης από τις παρακάτω χρησιμοποιείτε πιο συχνά; Απαντήστε σε όλους τους πιθανούς τρόπους με NAI ή OXI:
- |                                     |             |                          |
|-------------------------------------|-------------|--------------------------|
| α) διακεκομμένη συνουσία / τράβηγμα | OXI 0 NAI 1 | <input type="checkbox"/> |
| β) προφυλακτικό                     | OXI 0 NAI 1 | <input type="checkbox"/> |
| γ) κολπικές πλύσεις                 | OXI 0 NAI 1 | <input type="checkbox"/> |

δ) αντισυλληπτικό χάπι	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>
ε) σπιράλ /ενδομήτριο σπείραμα	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>
στ) διάφραγμα	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>
ζ) άλλο	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>

Τι:

41. Μπορείτε να μου πείτε εάν είχατε ποτέ κάποια από τις παρακάτω αρρώστιες;		
α) Μαστοπάθεια	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>
β) Καρκίνο μαστού / στο στήθος	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>
γ) Καρκίνος μήτρας ή ωοθηκών	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>

### ΜΕΡΟΣ Ε

#### ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

42. Ποιες από τις παρακάτω υπηρεσίες υγείας χρησιμοποιήσατε τον τελευταίο χρόνο για τον εαυτό σας, δηλαδή τους τελευταίους 12 μήνες. Απαντήστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ στην κάθε ερώτηση ξεχωριστά.

1) Επίσκεψη σε Ιατρεία του ΙΚΑ ή άλλου ταμείου	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>
2) Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>
3) Επίσκεψη σε γιατρό αγροτικού ιατρείου ή Κέντρου Υγείας	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>
4) Επίσκεψη σε ιδιωτικό γιατρό	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>
5) Επίσκεψη γιατρού στο σπίτι	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>
6) Επίσκεψη σε νοσοκόμα αγροτικού ιατρείου ή Κέντρου Υγείας	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>
7) Επίσκεψη νοσοκόμας, μαίας ή νοσηλεύτριας στο σπίτι	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>

43. Θα σας διαβάσω μια σειρά με αιτίες επίσκεψης σας σε ιατρό αυτόν τον τελευταίο χρόνο. Απαντήστε ξεχωριστά για κάθε αιτία με ΝΑΙ ή ΟΧΙ και αν ΝΑΙ, πόσο συχνά .

	ΠΟΤΕ ΣΠΑΝΙ ΣΥΧΝΑ ΠΟΛΥ				
	0	1	2	3	
1) Γενικό check up	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
2) Αρρωστήσατε ;	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
3) Χρειάστηκε να γράψετε φάρμακα ;	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
4) Να πάρετε πιστοποιητικό υγείας για οποιοδήποτε λόγο ;	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
5) Για θέματα που αφορούν τα παιδιά ;	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
6) Για θέματα που αφορούν τον σύζυγο ;	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

7) Για θέματα που αφορούν τους γονείς ;	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
8) Άλλο ;	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>

### ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ

44. Τις τελευταίες 2 εβδομάδες, ζητήσατε τη συμβουλή κάποιου γιατρού για σας τον/ την ίδιο/α; Δεν εννοούμε τις εισαγωγές ή νοσηλείες σε νοσοκομείο ή κλινική;

OXI 0  
NAI 1

Εάν OXI -> Ερώτηση 46

Εάν NAI :

45. Πόσες επισκέψεις έγιναν συνολικά;;

Αριθμός επισκέψεων

### Ο ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΧΩΡΙΣΤΑ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΕΠΙΣΚΕΨΗ

Ποια επίσκεψη; 1η 2η 3η 1 2 3

α) Ποια ήταν η αιτία ;

- 1) Γενικό check up
- 2) Αρρωστήσατε ;
- 3) Χρειάστηκε να γράψετε φάρμακα ;
- 4) Να πάρετε πιστοποιητικό υγείας για οποιοδήποτε λόγο
- 5) Για θέματα που αφορούν τα παιδιά
- 6) Για θέματα που αφορούν τον σύζυγο
- 7) Για θέματα που αφορούν τους γονείς
- 8) Άλλο

β) Η ειδικότητα του γιατρού.

γ) Πού ακριβώς έγινε η συνάντηση με το γιατρό;

- Στο ιδιωτικό ιατρείο 1
- Στο σπίτι σας. 2
- Στο αγροτικό ιατρείο 3
- Σε εξωτερικά ιατρεία νοσ/μειου 4
- Στα ιατρεία ασφαλιστικού ταμείου.5

δ) Σας έδωσε κάποια συνταγή;

OXI 0 NAI 1

Ποια επίσκεψη;

ε) Σας έστειλε σε άλλο γιατρό ή ιατρική υπηρεσία;

OXI 0 NAI 1

στ) Πώς τον πληρώσατε;

- Με ιδιωτική αμοιβή 1
- Από το πορτοφόλι σας 2
- Και από τα δύο 3
- Μέσω ασφαλιστικού ταμείου 4

### ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ

46. Επισκεφθήκατε τον τελευταίο χρόνο το Κέντρο Υγείας για κάποιο πρόβλημα υγείας προσωπικό σας ή συγγενούς σας ή φίλου σας ;

OXI 0  
NAI 1

Εάν OXI -> Ερ. 49

Εάν NAI



47. Από τις υπηρεσίες που προσφέρονται στο Κέντρο Υγείας μείνατε			
Καθόλου ικανοποιημένη.	0		<input type="checkbox"/>
Όχι τόσο ικανοποιημένη	1		
Αρκετά ικανοποιημένη	2		
Πολύ ικανοποιημένη	3		
48. Ποια είναι τα σημαντικότερα προβλήματα που κατά τη γνώμη σας αντιμετωπίζει το Κέντρο Υγείας; Απαντήστε με ΝΑΙ ή ΟΧΙ για κάθε πρόβλημα.			
α) Η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού	OXI 0 NAI 1		<input type="checkbox"/>
β) Η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού	OXI 0 NAI 1		<input type="checkbox"/>
γ) Ο χρόνος αναμονής	OXI 0 NAI 1		<input type="checkbox"/>
δ) Η ελλιπής ενημέρωση για το πρόβλημά σας από τους γιατρούς	OXI 0 NAI 1		<input type="checkbox"/>
ε) Ο χώρος αναμονής και εξέτασης	OXI 0 NAI 1		<input type="checkbox"/>
στ) Ο εξοπλισμός του ιατρείου	OXI 0 NAI 1		<input type="checkbox"/>
ζ) Άλλο πρόβλημα	OXI 0 NAI 1		<input type="checkbox"/>
Τι;			
<b>ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ</b>			
49. Επισκεφθήκατε τα τελευταία 3 χρόνια κάποια δημόσια Νοσοκομεία, είτε σαν ασθενής, είτε σαν συνοδός είτε σαν απλός επισκέπτης;	OXI 0 NAI 1		<input type="checkbox"/>
<b>Εάν ΟΧΙ -&gt; Ερώτηση 54</b>			
<b>Εάν ΝΑΙ</b>			
50. Θέλουμε να μας πείτε τη γνώμη σας για ένα ή δύο από τα δημόσια νοσοκομεία που επισκεφθήκατε. Για ποια νοσοκομεία θέλετε να μας μιλήσετε;			
α) _____			<input type="checkbox"/>
β) _____			<input type="checkbox"/>
51. Από τις υπηρεσίες που προσφέρονται στο κάθε Νοσοκομείο μείνατε		α	β
Καθόλου ικανοποιημένος/ η.	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Όχι τόσο ικανοποιημένος/ η	1		
Αρκετά ικανοποιημένος/ η	2		
Πολύ ικανοποιημένος/ η	3		
52. Ποια από τα παρακάτω είναι τα σημαντικότερα προβλήματα που κατά τη γνώμη σας αντιμετωπίζει το κάθε Νοσοκομείο ;		α	β
α) Η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β) Η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ) Ο χρόνος αναμονής	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ) Η ελλιπής ενημέρωση για το πρόβλημά σας από τους γιατρούς			

	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ε) Ο χώρος αναμονής και εξέτασης	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
στ) Ο εξοπλισμός του ιατρείου	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ζ) Άλλο πρόβλημα Τι;	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ΓΝΩΜΗ ΓΙΑ ΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ**

53. Επισκεφθήκατε τον τελευταίο χρόνο τον ασφαλιστικό σας φορέα , είτε σαν ασθενής, είτε σαν συνοδός είτε σαν απλός επισκέπτης;

OXI 0	<input type="checkbox"/>
NAI 1	

**Εάν OXI -> Ερώτηση 56**  
**Εάν NAI**

54. Από τις υπηρεσίες που προσφέρονται στο ασφαλιστικό ταμείο μείνατε

Καθόλου ικανοποιημένη.	0	<input type="checkbox"/>
Όχι τόσο ικανοποιημένη	1	
Αρκετά ικανοποιημένη	2	
Πολύ ικανοποιημένη	3	

55. Ποια από τα παρακάτω είναι τα σημαντικότερα προβλήματα που κατά τη γνώμη σας αντιμετωπίζει το ασφαλιστικό ταμείο ;

α) Η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>
β) Η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>
γ) Ο χρόνος αναμονής	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>
δ) Η ελλιπής ενημέρωση για το πρόβλημά σας από τους γιατρούς	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>
ε) Ο χώρος αναμονής και εξέτασης	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>
στ) Ο εξοπλισμός του ιατρείου	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>
ζ) Άλλο πρόβλημα Τι;	OXI 0 NAI 1	<input type="checkbox"/>

56. Επισκεφθήκατε τον τελευταίο χρόνο για κάποιο πρόβλημα υγείας προσωπικό σας ή συγγενούς σας ή φίλου σας ;

OXI 0	<input type="checkbox"/>
NAI 1	

**Εάν OXI ->. Ερώτηση 58**  
**Εάν NAI**

57. Πόσες επισκέψεις έγιναν συνολικά;;

Αριθμός επισκέψεων

**Ο ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΧΩΡΙΣΤΑ ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΕΠΙΣΚΕΨΗ**

Ποια επίσκεψη;	1η	2η	3η	1	2	3
α) Ποια ήταν η αιτία ;						
1) Καλύτερες υπηρεσίες						
2) Άμεση εξυπηρέτηση, χωρίς αναμονή						

3) Πιο ευγενικός										
4) Οι εξετάσεις σας δεν ήταν δυνατόν να γίνουν σε δημόσιο										
5) Δεν έχετε ασφαλιστική κάλυψη										
<b>β) Η ειδικότητα του γιατρού.</b>										

<b>γ) Πού ακριβώς έγινε η συνάντηση με το γιατρό;</b>										
1. Στο ιδιωτικό ιατρείο										
2. Στο σπίτι σας.										
<b>δ) Σας έδωσε κάποια συνταγή;</b>										
OXI 0 NAI 1										
<b>ε) Σας έστειλε σε άλλο γιατρό ή ιατρική υπηρεσία;</b>										
OXI 0 NAI 1										

**ΜΕΡΟΣ ΣΤ  
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΖΩΗ**

58. Περιγράφοντας τον εαυτό σας θα λέγατε ότι συνήθως είστε										
Τόσο δυστυχισμένη που η ζωή δεν αξίζει	0									
Σχεδόν δυστυχισμένη	1									
Σχεδόν ευτυχισμένη	2									
Ευτυχισμένη και με ενδιαφέρον για την ζωή	3									
59. Κατά τον τελευταίο μήνα νοιώσατε άγχος ;										
Ναι, η ζωή μου είναι ανυπόφορη	0									
Ναι , περισσότερο από άλλους	1									
Ναι αλλά όχι περισσότερο από άλλους	2									
Όχι	3									
60. Θα ήθελα να μου απαντήσετε με ένα ΝΑΙ ή ένα Όχι με ποιους από τους παρακάτω παράγοντες είστε ικανοποιημένη ;										
α) Με τον σύζυγο	OXI 0 NAI 1									
β) Με τα παιδιά	OXI 0 NAI 1									
γ) Με τους γονείς σας	OXI 0 NAI 1									
δ) Με τους συγγενείς σας	OXI 0 NAI 1									
ε) Με τους συναδέλφους σας	OXI 0 NAI 1									
στ) Με το εισόδημα σας	OXI 0 NAI 1									
ζ) Με την προσωπική σας υγεία	OXI 0 NAI 1									
η) Με τον εαυτό σας	OXI 0 NAI 1									
θ) Άλλο	OXI 0 NAI 1									
ζ) Είστε απόλυτα ικανοποιημένη	OXI 0 NAI 1									

**ΜΕΡΟΣ Ζ  
ΕΠΙΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ**

Θα σας διαβάσω παρακάτω τέσσερις προτάσεις και θα ήθελα να μου πείτε την γνώμη σας										
<b>61. Εδώ στην Ελλάδα θέλετε να εναρμονίσετε τα χαρακτηριστικά σας με αυτά των ανθρώπων σε αυτήν τη χώρα γιατί είναι εξίσου σημαντικά</b>										
α) Συμφωνώ απόλυτα	4									
β) Συμφωνώ κάπως	3									
γ) Ούτε συμφωνώ , ούτε διαφωνώ	2									
δ) Διαφωνώ κάπως	1									
ε) Διαφωνώ τελείως	0									
<b>62. Εδώ στην Ελλάδα θέλετε να ξεχάσετε ότι έχει σχέση με την χώρα σας και να γίνετε ένα με τους Έλληνες.</b>										
α) Συμφωνώ απόλυτα	4									
β) Συμφωνώ κάπως	3									
γ) Ούτε συμφωνώ , ούτε διαφωνώ	2									
δ) Διαφωνώ κάπως	1									
ε) Διαφωνώ τελείως	0									

63. Εδώ στην Ελλάδα δεν σας ενδιαφέρουν οι σχέσεις με τους ανθρώπους σε αυτήν τη χώρας. Οι σχέσεις με τους συμπατριώτες σας , σας αρκούν.

- α) Συμφωνώ απόλυτα
- β) Συμφωνώ κάπως
- γ) Ούτε συμφωνώ , ούτε διαφωνώ
- δ) Διαφωνώ κάπως
- ε) Διαφωνώ τελείως

4  
3  
2  
1  
0

64. Εδώ στην Ελλάδα δεν σας ενδιαφέρουν οι σχέσεις με τους ανθρώπους αυτής της χώρας , ούτε με τους συμπατριώτες σας. Θα τα καταφέρετε μόνη σας.

- α) Συμφωνώ απόλυτα
- β) Συμφωνώ κάπως
- γ) Ούτε συμφωνώ , ούτε διαφωνώ
- δ) Διαφωνώ κάπως
- ε) Διαφωνώ τελείως

4  
3  
2  
1  
0

## V. Αφίσα

UNIVERSITETI I KRETES  
FACULTETI I MJEKESISE  
Kuti Postale: 1393, Iraklio Kretë Greqi

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
Τ.Θ. 1393, Ηράκλειο, Κρήτη

SEKTORI I MJEKESISE SHOQERORE  
PROGRAMI PER STUDIME PASUNVERSITARE  
“ Shëndeti Publik & Drejtoria e Shërbimit Shëndetësor”

# NJOFTIM PËR TË GJITA ËMIGRANTËT ËKONOMIKË

Të doushura nëna, me të vërtmin kriter të mëmërisë & vëndin e banimit tuaj në Bashkinë e Garit, ju lutemi të shikojmë bashkë mungesat e vaksinare të fëmijëve tuaj, të moshës oleri në 18 vjëç.

Kështu do të dini me përgjëgjësi, cilat vaksina duhet të plotësojë fëmija tuaj, që të mbrohet nga sëmundje serioze, që është shumë e lehtë të evitohen me vaksinën.

Gjithashtu do bisedojmë për problemet që ndeshni në takimet tuaja me shërbimet shëndetësore.

Për këtë arsëye, ju lutemi të plotësoni kërkesën për pjesëmarje, e cila gjëndet në Qendrën e Shërbimit të Qytëtarëve (Q.Sh.Q= K.E.II), në K.A.II.H. dhe në Klinikat Qarkore, në çodo lagje të Bashkisë të Gazit.

Mbasi të plotësoni kërkesën, do ta dorëzoni në të njëjtin rënd. Ne do tju marim në telefon që nga: 03-09-2004, për të lënë **takinun** tonë.

**Pjesëmarja e të gjithë juve** është ë rëndësishmë dhe nuk ka rëndësi në qoftë se nuk ju gjëndet libri i shëndetit të fëmijës.

### **Ju faleminderit**

Për çfarëdolloj njoftimi mund të mireni vesh në këto telefona:

Orët paradite nga: 9,00-14,00: Ksirojani Pegji (Funksionarë Shokërore), tël2810

Kutra Klio (Funksionare Shokërore) tel:6974-423893

Orët në mbasdite nga: 18,00-20,30: Evlambidhu Iro (Doktore) tel:6977988661



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «Δημόσια Υγεία & Διοίκηση Υπηρεσιών»

**ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΠΡΟΣ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΡΙΕΣ**

**Αγαπητές μητέρες**, με μοναδικό κριτήριο την μητρότητα & τον τόπο κατοικίας σας στον Δήμο Γαζίου σας προσκαλούμε να δούμε μαζί τις ελλείψεις στα εμβόλια των παιδιών σας ηλικίας μέχρι 18 ετών. Έτσι, θα γνωρίζετε υπεύθυνα ποια εμβόλια πρέπει να συμπληρώσει το παιδί σας ώστε να προστατεύεται από σοβαρές αρρώστιες, που είναι πολύ εύκολο να προληφθούν με τον εμβολιασμό.

Παράλληλα θα συζητήσουμε για τα προβλήματα που αντιμετωπίζετε στις επαφές σας με τις υπηρεσίες υγείας.

Για το λόγο αυτό, σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε τις αιτήσεις συμμετοχής που βρίσκονται στο Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών, στο ΚΑΠΗ και στα Περιφερειακά Ιατρεία σε κάθε Δημοτικό Διαμέρισμα του Δήμου Γαζίου. Αφού συμπληρώσετε την αίτηση, θα την αφήσετε στον ίδιο χώρο. Εμείς θα επικοινωνήσουμε μαζί σας τηλεφωνικά από 03-09-2004, όπου θα κλείνουμε ραντεβού για τη συνάντησή μας.

**Η συμμετοχή όλων σας** είναι σημαντική και δεν έχει σημασία αν διαθέτετε βιβλιάριο υγείας παιδιού.

**Σας Ευχαριστούμε!**



Για οποιαδήποτε πληροφορία μπορείτε να επικοινωνείτε στα τηλέφωνα Πρωινές ώρες από 9.00 -14.00: Ξηρογιάννη Πέγκυ ( Κοιν. Λειτουργός) τηλ. 2810- 823547 & Κούτρα Κλειώ ( Κοιν. Λειτουργός) στο 6974423893. Απογευματινές ώρες από 18.00 – 20.30: Ευλαμπίδου Ηρώ (Ιατρός) στο 6977988661

## **VI. Ενημερωτικό έντυπο και δήλωση συμμετοχής**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ  
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

### **ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ**

Ο τομέας Κοινωνικής Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης κάνει μια μελέτη για να δει αν υπάρχουν ελλείψεις στον εμβολιασμό των παιδιών όλων των οικονομικών μεταναστών / αλλοδαπών που μένουν στο Δήμο Γαζίου.

Σκοπός της μελέτης είναι να μάθουν οι γονείς αν τα παιδιά τους πρέπει να κάνουν κάποια εμβόλια ή κάποιες δόσεις, ακόμη, και που και πως θα κάνουν τα εμβόλια αυτά.

**Στη μελέτη αυτή θα ζητηθεί από τις μητέρες να απαντήσουν σε μερικές ερωτήσεις σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας που χρησιμοποιούν, και σχετικά με την προσαρμογή τους στο περιβάλλον της Ελλάδας, με σκοπό να βοηθηθούν σε κάποια προβλήματα που συναντούν**

Παρακαλούνται όλες οι μητέρες παιδιών ηλικίας 0-18 ετών, που είναι οικονομικές μετανάστριες στην Ελλάδα, και μένουν στο Δήμο Γαζίου να πάρουν μέρος και να βοηθήσουν στη μελέτη αυτή.

**Η μελέτη θα γίνει τον Σεπτέμβριο και τον Οκτώβριο του 2004**

**Υπεύθυνες: Κλειώ Κούτρα, κοινωνική λειτουργός, Ηρώ Ευλαμπίδου, γιατρός**

UNIVERSITETI I KRETES  
FACULTETI I MJEKESISE

Kuti Postale: 1393, Iraklio Kretë Greqi

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Τ.Θ. 1393, Ηράκλειο, Κρήτη

SEKTORI I MJEKESISE SHOQERORE  
PROGRAMI PER STUDIME PASUNVERSITARE  
“ Shëndeti Publik & Drejtoria e Shërbimit Shëndetësor”

## NJOFTIM

### PËR TË GJITA ËMIGRANTËT ËKONOMIKË

Të doushura nëna, me të vërtmin kriter të mëmërisë & vëndin e banimit tuaj në Bashkinë e Garit, ju lutemi të shikojmë bashkë mungesat e vaksinare të fëmijëve tuaj, të moshës oleri në 18 vjëç.

Kështu do të dini me përgjëgjësi, cilat vaksina duhet të plotësojë fëmija tuaj, që të mbrohet nga sëmundje serioze, që është shumë e lehtë të evitohen me vaksinën.

Gjithashtu do bisedojmë për problemet që ndeshni në takimet tuaja me shërbimet shëndetësore.

Për këtë arsëye, ju lutemi të plotësoni kërkesën për pjesëmarje, e cila gjëndet në Qendrën e Shërbimit të Qytëtarëve (Q.Sh.Q= K.E.II), në K.A.II.H. dhe në Klinikat Qarkore, në çodo lagje të Bashkisë të Gazit.

Mbasi të plotësoni kërkesën, do ta dorëzoni në të njëjtin rënd. Ne do tju marim në telefon që nga: 03-09-2004, për të lënë **takinun** tonë.

**Pjesëmarja e të gjithë juve** është ë rëndësishmë dhe nuk ka rëndësi në qoftë se nuk ju gjëndet libri i shëndetit të fëmijës.

#### Ju faleminderit

Për çfarëdolloj njoftimi mund të mireni vesh në këto telefona:

Orët paradite nga: 9,00-14,00: Ksirojani Pegji (Funksionarë Shokërore), tël2810

Kutra Klio (Funksionare Shokërore) tel:6974-423893

Orët në mbasdite nga: 18,00-20,30: Evlambidhu Iro (Doktore) tel:6977988661





**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«Δημόσια Υγεία & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας»**

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

*Επιθυμώ να συνεργαστώ με τους ειδικούς επιστήμονες και να ενημερωθώ υπεύθυνα από αυτούς για τις ελλείψεις των εμβολίων των παιδιών μου.*

Τα στοιχεία μου είναι:

ΕΠΩΝΥΜΟ: \_\_\_\_\_

ΟΝΟΜΑ: \_\_\_\_\_

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: \_\_\_\_\_

ΠΕΡΙΟΧΗ: \_\_\_\_\_

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ: \_\_\_\_\_

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: \_\_\_\_\_

**Η ΔΗΛΟΥΣΑ**

**UNIVERSITETI I KRETES**

**FACULTETI I MJEKESISE**

Kuti Postale: 1393, Iraklio Kretë Greqi

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

T.Θ. 1393, Ηράκλειο, Κρήτη

**SEKTORI I MJEKESISE SHOQERORE**

**PROGRAMI PER STUDIME PASUNVERSITARE**

**“ Shëndeti Publik & Drejtoria e Shërbimit Shëndetësor”**

## **KERKESE PER PJESEMARJE**

Dëshiroj të bashkëpunoj me shkencëtarët e specializuar dhe të njoftohem me përgjegjësi nga ata, për mungesat e vaksinave të fëmijëve të mi.

Të dhënat e mia janë:

**MBIEMRI:** \_\_\_\_\_

**EMRI:** \_\_\_\_\_

**TELEFONI:** \_\_\_\_\_

**LAGJIA:** \_\_\_\_\_

**NUMRI I FEMIJEVE:** \_\_\_\_\_

**DATA:** \_\_\_\_\_

**KERKUESJA**

## **VII. Οργάνωση ομιλίας (Οικογενειακός Προγραμματισμός)**

### **ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ**

#### **ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ :**

- A) ΔΗΜΟΣ ΓΑΖΙΟΥ - Κ.Α.Π.Η. , Γραφείο Συνοδευτικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών (Γ.Σ.Υ.Υ.)
- B ) ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ - ( Εργαστήριο Ε΄, ΣΤ΄ & Πρακτική άσκηση )
- Γ) Βενιζέλιο - ( Οικογενειακός Προγραμματισμός)
- Δ) Επιτροπή μεταναστριών
- Ε) Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών - ( Επιβλέποντες, Ευλαμπίδου , Κούτρα )

#### **ΦΑΣΕΙΣ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ**

##### **Α΄ ΦΑΣΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ**

###### Συνεργασίες - Ενημερώσεις

1. Διασφάλιση συνεργασίας ΤΕΙ – Γ.Σ.Υ.Υ για ενημέρωση Δήμου , διασφάλιση υλικοτεχνικής υποδομής και εξεύρεση χώρου για την διεξαγωγή συνάντησης. Ανάγκη για 2 αίθουσες όπου η μια θα φιλοξενήσει τα παιδιά με δραστηριότητες και η άλλη τις μητέρες.
2. Συνάντηση με επιτροπή μεταναστριών ( ΤΕΙ)
3. Ενημέρωση του πληθυσμού γυναικών της μελέτης μας πότρα-πόρτα( ΤΕΙ + Μ.Π.Σ.)
4. Ενημέρωση του οικογενειακού προγραμματισμού (Μ.Π.Σ.- Ηρώ)
5. Ενημέρωση Μ.Π.Σ. ( Κλειώ- Ηρώ)

###### Κοινοποίηση ( ΤΕΙ )

1. Αφίσα Ελληνικά, Αλβανικά
2. Προσκλήσεις γυναίκες –ατομικά
3. Προσκλήσεις σε συνεργαζόμενους φορείς και επιλεκτικά.....

###### Επιλογή θεματολογίας συνάντησης ( Μ.Π.Σ. & BENIZEΛΕΙΟ)

Προληπτικά μέτρα αντισύλληψης

Τεστ Παπανικολάου

Μαστογραφία

Ραντεβού για εξετάσεις- ατομικά

###### Στατιστικά από αρχεία ( Μ.Π.Σ.)

Αρχεία – αριθμός παιδιών 0-15 ( ΗΡΩ)

Που μένουν (ΚΛΕΙΩ)

Αν μιλάνε καλά Ελληνικά (ΚΛΕΙΩ)

Αν εργάζονται ( ΚΛΕΙΩ)

###### Ομάδες παιδιών ( ΤΕΙ )

###### Οπτικοαουστικό υλικό ( Βενιζέλιο )

###### Σύνταξη πρόσκλησης για επόμενη συνάντηση με θέμα το εμβολιασμό ( ΤΕΙ)

Χορηγός ( αναψυκτικά, μπουφέ, ..... ( ΚΑΠΗ)

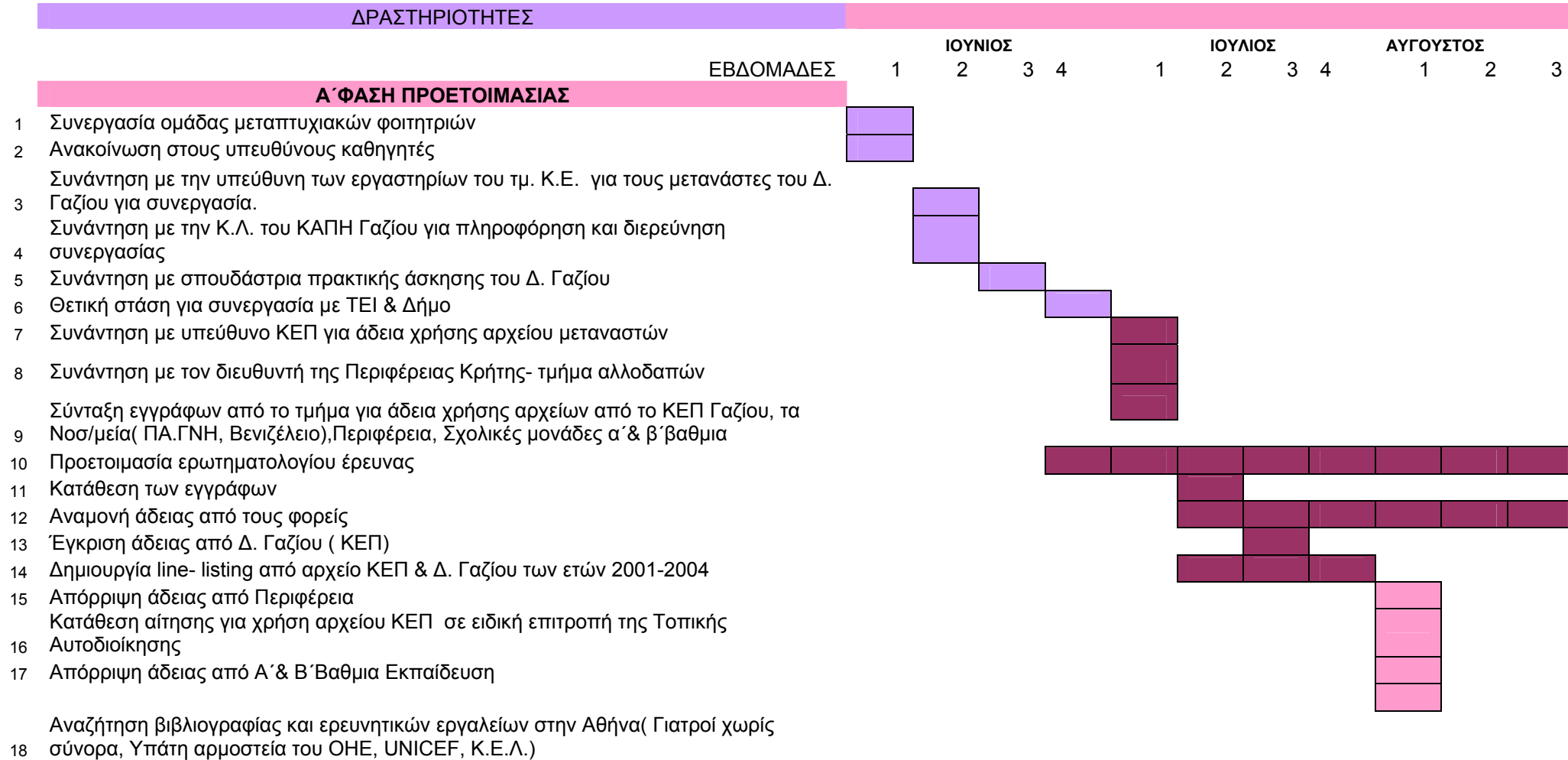
ΧΡΟΝΟΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ( ΤΕΙ & ΜΠΣ)

Β΄ ΦΑΣΗ – ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Ομιλία γυναίκες  
Κλείσιμο ατομικά ραντεβού  
Ιατρική εξέταση

Γ΄ ΦΑΣΗ – ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

## VIII. Χρονοδιάγραμμα μελέτης



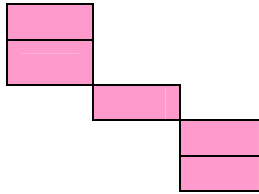
- 19 Αναζήτηση βιβλιογραφίας και ερευνητικών εργαλείων στο διαδίκτυο
- 20 Α΄ συνάντηση με ομάδα μεταναστριών
- 21 Συνάντηση με δασκάλα Αλβανικής γλώσσας
- 22 Δημιουργία εντύπων ( αφίσα, ενημερωτικό έντυπο, δήλωση συμμετοχής)
- 23 Συνάντηση με δασκάλα Αλβανικών για μετάφραση των εντύπων
- 24 Σχεδιάγραμμα για εντοπισμό των σημείων επαφής για την ανάρτηση των αφισών
- 25 Συνάντηση με τους ιατρούς των Π.Ι. του Δ. Γαζίου
- 26 Ανάρτηση αφισών και τοποθέτηση εντύπων σε σημεία κλειδιά
- 27 Β΄ Συνάντηση με ομάδα μεταναστριών
- 28 Συνάντηση με επιτροπή μεταναστών του Δ. Γαζίου
- 29 Συνάντηση με Δήμαρχο Γαζίου
- 30 Πιλοτική μελέτη

#### **Β΄ ΦΑΣΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ**

- 31 Τηλεφωνικά ραντεβού με τον πληθυσμό υπό μελέτη
- 32 Συλλογή ερευνητικών δεδομένων
- 33 Εισαγωγή δεδομένων σε στατιστικό πακέτο
- 34 Επεξεργασία ερευνητικών δεδομένων

#### **Γ΄ ΦΑΣΗ**

- 35 Συγγραφή μεταπτυχιακής εργασίας
- 36 Υποβολή εργασίας σε επιβλέποντες
- 37 Διορθώσεις
- 38 Παρουσίαση της εργασίας στην τριμελή επιτροπή



**ΙΧ. Έντυπο παρέμβασης κατά την διάρκεια της συνέντευξης**

<b>ΦΟΡΕΑΣ</b>	<b>ΑΤΟΜΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ</b>	<b>ΤΗΛΕΦΩΝΟ</b>
ΓΡΑΦΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΣΤΟ ΚΑΠΗ ΓΑΖΙΟΥ	ΚΑΤΣΑΠΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ, ΧΑΡΑΜΗ ΤΖΕΝΗ, ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ	2810823547
ΑΓΡΟΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΑΖΙΟΥ	ΤΣΑΧΑΚΗ ΓΕΩΡΓΙΑ & ΑΣΒΕΣΤΟΠΟΥΛΟΥ( ΙΑΤΡΟΙ)	ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΤΗΛ. ΕΙΝΑΙ ΠΙΣΩ ΑΠΟ ΤΟ ΔΗΜΑΡΧΕΙΟ
ΚΕΝΤΡΟ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΠΟΛΙΤΩΝ ΓΑΖΙΟΥ		2810823394
ΓΡΑΦΕΙΟ ΥΠΟΔΟΧΗΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ( ΔΗΜΟ ΓΑΖΙΟΥ)		2810823547
ΙΑΤΡΕΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ( ΠΑΓΝΗ)	ΙΑΤΡΟΙ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΜΕ ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΑΝΑΜΟΝΗΣ 2 ΗΜΕΡΩΝ	2810-392111
ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	ΡΑΝΤΕΒΟΥ	2810- 342050
ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΑΛΒΑΝΙΚΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ	ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΠΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ ΣΤΟ ΚΑΠΗ	2810823547
ΟΑΕΔ	ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΑ	2810-330614

ΝΕΛΕ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ  
ΚΑΙ ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΑ & ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ  
ΓΛΩΣΣΑΣ

2810- 280813

ΚΕΘΙ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

ΓΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΝΟΜΙΚΑ.....

2810- 341387

ΠΡΟΝΟΙΑ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

ΕΠΙΔΟΜΑΤΑ.....

2810- 224099

ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΓΛΩΣΣΑ Κ.Λ.Π.

ΠΑ.ΓΝΗ

Ραντεβού Παιδοψυχιατρική  
392111

ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΓΙΑ ΘΕΜΑΤΑ ΠΟΥ  
ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΝ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΠΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ ΣΤΟ ΚΑΠΗ

2810823547