



UNIVERSITY OF
PATRAS
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας από
τους μετανάστες στην Ελλάδα και στη Γερμανία.»**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:

Μπούζι Πηνελόπη

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Δρ. Μπακάλης Νικόλαος

ΠΑΤΡΑ, 2019

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με θέμα “Πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες στην Ελλάδα και στην Γερμανία” εκπονήθηκε από την φοιτήτρια Μπούζι Πηνελόπη του τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πατρών. Η παρούσα εργασία ξεκίνησε και τελείωσε στο ακαδημαϊκό έτος 2019 υπό την επίβλεψη του καθηγητή τμήματος Δρ. Νικολάου Μπακάλη.

Θεωρώ υποχρέωση μου να ευχαριστήσω μέσα από αυτές τις σελίδες όσους με βοήθησαν και μου συμπαραστάθηκαν για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου, που αποδέχτηκαν όλες τις επιλογές μου και μου παρείχαν στήριξη όλο αυτό το διάστημα, ώστε να υλοποιηθεί η συγγραφή της παρούσας μελέτης καθώς και την οικονομική υποστήριξη που μου παρείχαν για την πραγματοποίηση των σπουδών μου στην Δανία και της πρακτικής μου άσκησης στην Γερμανία μέσω του προγράμματος Erasmus+ .

Θα ήθελα να ευχαριστήσω εκ' βαθέων τον υπεύθυνο καθηγητή κ. Μπακάλη Νικόλαο, ο οποίος συνέβαλε τα μέγιστα στην ολοκλήρωση της εργασίας αυτής με την πολύπλευρη επιστημονική του γνώση και την μεθοδική του καθοδήγηση. Οι σημαντικές υποδείξεις και συμβουλές του με κατεύθυναν σε ένα σωστό τρόπο σκέψης και μου προσέφεραν σημαντικά εφόδια για την μετέπειτα ζωή μου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τα μέλη των οργανισμών, που δέχτηκαν την πρόταση μου και αποτέλεσαν το ερευνητικό δείγμα της εργασίας μου.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι ανισότητες στην υγεία αποτελούν ένα διαχρονικό πρόβλημα, όπου συνδέονται άμεσα με τα εμπόδια και τις δυσκολίες πρόσβασης των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας και την ποιότητα των υπηρεσιών που τους παρέχονται. Η οικονομική κρίση έχει αναγκάσει τα τελευταία χρόνια χιλιάδες ανθρώπους, κυρίως επιστήμονες να εγκαταλείψουν τη χώρα καταγωγής τους αναζητώντας μια καλύτερη τύχη στο εξωτερικό. Τόσο η Ελλάδα όσο και η Γερμανία από χώρες εξαγωγής μεταναστών έχουν γίνει χώρες υποδοχής.

Η προσπάθεια ενίσχυσης και ενταξιακής διαδικασίας θα έχει πολλά οφέλη τόσο για την υγεία των μεταναστών όσο και για το κοινωνικό σύνολο.

Η παρούσα έρευνα έχει ως στόχο να διερευνήσει τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες στην Ελλάδα και στην Γερμανία και τα εμπόδια που αυτοί αναφέρουν στην πρόσβαση τους στα συστήματα υγείας. Τα βασικά ερωτήματα της έρευνας είναι : Εάν παρατηρούνται ανισότητες εις βάρος των μεταναστών σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και πόσο ικανοποιημένοι είναι από την χρήση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και στην Γερμανία.

Για την υλοποίηση της έρευνας σπουδαίο ρόλο έπαιξε η βοήθεια που προσέφερε ο υπεύθυνος καθηγητής κ. Νικόλαος Μπακάλης, δίνοντας συνεχώς σαφές και χρήσιμες οδηγίες.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η υγεία αποτελεί το πιο βασικό ανθρώπινο δικαίωμα , όπου ανήκει σε όλους και όχι με βάση τα προσωπικά τους επιτεύγματα. Οι μετανάστες αποτελούν μια πληθυσμιακή ομάδα , που περιβάλλονται από την έννοια της περιθωριοποίησης. Η πρόσβαση των μεταναστών στο σύστημα υγείας αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα για την ένταξη τους στην κοινωνία. Οι χώρες οφείλουν να εκφράζουν πρόθεση και να αποδέχονται τις αρχές και τις αξίες της ισοτιμίας στην υγεία των πληθυσμών.

Σκοπός: Να καταγραφούν και να αναλυθούν περιορισμοί στην πρόσβαση και στην χρήση των υπηρεσιών υγείας από τα άτομα με μεταναστευτικό υπόβαθρο στην Ελλάδα και στην Γερμανία.

Μεθοδολογία: Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα και στην Γερμανία. Για την συλλογή των πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε ειδικά καταρτισμένο ερωτηματολόγιο στην ελληνική και στην γερμανική γλώσσα με συνολικά 41 ερωτήσεις, από τις οποίες οι 30 είχαν ως στόχο να καταγράψουν την χρήση των μεταναστών και τα εμπόδια στις υπηρεσίες υγείας, ενώ οι υπόλοιπες 11 αφορούσαν στα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων. Το δείγμα αποτέλεσαν 202 μετανάστες μεγάλου φάσματος ηλικιών (18-62 ετών) και τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν ισάξια ανά χώρα: 101 στην Ελλάδα και 101 στην Γερμανία. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν μέσω του ερευνητικού στατιστικού προγράμματος Spss Statistics 22. Αν και το δείγμα ήταν μικρό, οι πληροφορίες έδωσαν ορθά αποτελέσματα για τα επίπεδα πρόσβασης και χρήσης των μεταναστών στις υγειονομικές μονάδες. Τέλος, η έρευνα έλαβε χώρα κατά το πρώτο εξάμηνο του 2019 με δειγματοληψία ευκολίας λόγω έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των μεταναστών και στις δύο χώρες ήταν τα 28 έτη , ενώ η μέση διάρκεια παραμονής στην Ελλάδα ήταν τα 1-10 έτη και στην Γερμανία 1-12 μήνες. Ανισότητες εις βάρος των μεταναστών παρατηρήθηκαν σε όλες τις υπηρεσίες. Η πλειοψηφία των μεταναστών και στις δύο χώρες επιλέγουν την επείγουσα παροχή φροντίδας και μετέπειτα την επίσκεψη σε κάποιο ιδιώτη γιατρό. Στην Ελλάδα το 61,7% και στην Γερμανία το ποσοστό 50,5% κάποια στιγμή δεν μπόρεσε να λάβει τα φάρμακα του με τον κύριο λόγο αδυναμίας την έλλειψη χρημάτων. Αναφορικά, με την γνώση των μεταναστών περί δικαιωμάτων και γνώση όλων των υπηρεσιών υγείας, οι περισσότεροι μετανάστες απάντησαν με βάση την κλίμακα "Καθόλου-Λίγο-Αρκετά-Πολύ" ελάχιστη γνώση. Τέλος, τα πιο σημαντικά εμπόδια που αναφέρουν οι μετανάστες κατά την πρόσβαση τους σε όλες τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι η ομιλία της γλώσσας, το υψηλό κόστος καθώς και οι πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες.

Συμπεράσματα: Η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε ελάχιστη ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Για αυτό τον λόγο, είναι απαραίτητη η διευκόλυνση της πρόσβασης των μεταναστών και στις δύο χώρες, ενώ τα προβλήματα επικοινωνίας αναφέρονται ως το πιο σημαντικό εμπόδιο για τους μετανάστες κατά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Παρόλο αυτά, δεν είναι γνωστό κατά πόσο το δείγμα απάντησε αντικειμενικά ή να μην έχει μέτρο σύγκρισης. Η πραγματοποίηση παρόμοιων μελετών στην Ελλάδα και στο εξωτερικό κρίνεται αναγκαία.

Λέξεις κλειδιά: μετανάστευση, παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, Ελλάδα, Γερμανία, χρήση των υπηρεσιών υγείας, μετανάστης, η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, δικαίωμα στην υγεία

Πηγές αναζήτησης : <http://www.openarchives.gr/>, <http://www.heal-link.gr>, <http://www.unioncatalog.gr/ucportal/>, <http://scholar.google.com/>, <http://books.google.com/>, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>, <https://www.nhs.uk/>

ABSTRACT

Introduction: Health is the most basic human right, where it belongs to everyone and not based on their personal achievements. Migrants are a population group, surrounded by the concept of marginalization. Immigrants' access to the health system is the most important factor for their integration into society. Countries must express their intention and accept the principles and values of equality in the health of the population.

Purpose: Record and analyze restrictions on access to and use of health services by people with a migrant background in Greece and Germany.

Methodology: This research was carried out in Greece and Germany. A special questionnaire was used to collect the information in Greek and German with a total of 41 questions, of which 30 aimed to analyze and document migrant use and barriers to health services, while the remaining 11 were related to demographics of the respondents. The sample consisted of 202 large-scale immigrants (18-62 years) and the questionnaires were distributed equally by country: 101 in Greece and 101 in Germany. The results were analyzed through the research statistical program Spss Statistics 22. Although the sample size was small, the information provided good results on the levels of access and use of immigrants in health facilities. Finally, the survey was conducted in the first half of 2019 with convenience sampling due to lack of time and financial resources.

Results: The average age of immigrants in both countries was 28 years, while the average length of stay in Greece was 1-10 years and in Germany 1-12 months. Inequalities to the detriment of immigrants were observed in all services. The majority of immigrants in both countries opt for urgent care and then visit a private doctor. In Greece 61.7% and in Germany 50.5% at some point could not get their medicines with the main reason being the lack of money. Regarding immigrants' knowledge of rights and knowledge of all health services, most immigrants responded on the basis of "Not at all-Little-Quite-Very" scale. Finally, the most significant barriers that immigrants mentioned in accessing all health services are language speaking, high costs and complex bureaucratic procedures.

Conclusions: The majority of the sample stated little satisfaction with the health services provided. For this reason, it is necessary to facilitate the access of immigrants to both countries, and communication problems are cited as the most important obstacle for immigrants to access health services. However, it is not known whether the sample responded objectively or lacked comparability. Such studies in Greece and abroad are considered necessary.

KeyWords: immigration, health services provided, Greece, Germany, use of health services, immigrant, Immigrants' access to health services, Right to health

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες.....	2
Πρόλογος.....	3
Περίληψη.....	4
Abstract.....	6
Κατάλογος Πινάκων.....	10
Κατάλογος Γραφημάτων.....	11
Κεφάλαιο 1: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....	13
1.1 Μετανάστευση.....	13
1.1.1 Ορισμός-έννοια μετανάστευσης.....	13
1.1.2 Ιστορική αναδρομή-Μεταναστευτικές εκροές.....	16
1.1.3 Είδη μετανάστευσης.....	22
1.1.4 Αιτία μετανάστευσης.....	24
1.1.5 Επιπτώσεις και λύσεις στο θέμα της μετανάστευσης.....	25
1.2 Δικαίωμα στην υγεία.....	27
1.3 Η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας.....	30
1.4 Δικαίωμα χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες.....	34
1.5 Μεταναστευτική Πολιτική.....	37
1.5.1 Νομοθετήματα Ελλάδας.....	37
1.5.2 Νομοθετήματα Γερμανίας.....	38
Κεφάλαιο 2: Μεθοδολογία της έρευνας	40
2.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα.....	40
2.2 Σχεδιασμός.....	41
2.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	43

2.4 Διαδικασία.....	49
2.5 Δείγμα.....	51
2.6 Στατιστική ανάλυση.....	52
Κεφάλαιο 3: Αποτελέσματα έρευνας.....	54
3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	54
3.2 Καταμέτρηση πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας.....	60
Κεφάλαιο 4 : Συζήτηση	78
4.1 Συζήτηση.....	78
4.2 Περιορισμοί της έρευνας.....	84
4.3 Συμπεράσματα-Προτάσεις.....	85
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	86
Ελληνική Βιβλιογραφία.....	92
Παραρτήματα.....	97
Παράρτημα I: Ερωτηματολόγιο στην ελληνική γλώσσα.....	97
Παράρτημα II: Ερωτηματολόγιο στην γερμανική γλώσσα.....	105

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 3.1: Οι χώρες καταγωγής των μεταναστών στην Ελλάδα.....	55
Πίνακας 3.2: Οι χώρες καταγωγής των μεταναστών στην Γερμανία.....	55
Πίνακας 3.3: Δημογραφικά στοιχεία με τα χρόνια παραμονής στις δύο χώρες.....	56
Πίνακας 3.4: Αντιμετώπιση της ασθένειας.....	60
Πίνακας 3.5: Αντιμετώπιση τραυματισμού.....	61
Πίνακας 3.6: Αναφορά δυσκολιών κατά την επίσκεψη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.....	63
Πίνακας 3.7: Αναφορά δυσκολιών σχετικά με την επίσκεψη στα ΤΕΙ.....	65
Πίνακας 3.8: Αναφορά δυσκολιών σχετικά με την νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο.....	67
Πίνακας 3.9: Αναφορά δυσκολιών σχετικά με την επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας.....	69
Πίνακας 3.10: Λόγοι επίσκεψης σε ιδιώτη γιατρό.....	71
Πίνακας 3.11: Λόγοι επίσκεψης σε ιδιωτικό νοσοκομείο/κλινική.....	72
Πίνακας 3.12: Λόγοι αδυναμίας λήψης φαρμάκων.....	73

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 3.1: Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με το φύλο.....	54
Γράφημα 3.2: Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με την ηλικία σε κάθε χώρα.....	55
Γράφημα 3.3: Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.....	56
Γράφημα 3.4: Δημογραφικά στοιχεία περί διαμονής των μεταναστών με την παρουσία άλλων ατόμων στην χώρα.....	57
Γράφημα 3.5: Δημογραφικά στοιχεία σχετικά με την παρουσία άλλων ατόμων στην οικογένεια στις δύο χώρες.....	57
Γράφημα 3.6: Λόγοι μετανάστευσης.....	58
Γράφημα 3.7: Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο σε κάθε χώρα.....	58
Γράφημα 3.8: Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με την εργασία σε κάθε χώρα.....	59
Γράφημα 3.9 : Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με το μηνιαίο εισόδημα.....	59
Γράφημα 3.10: Το επιδημιολογικό προφίλ των μεταναστών.....	60
Γράφημα 3.11: Ύπαρξη τραυματισμού.....	61
Γράφημα 3.12: Επίσκεψη στα ΤΕΠ δημόσιου νοσοκομείου.....	61
Γράφημα 3.13: Συχνότητα επίσκεψης στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.....	62
Γράφημα 3.14: Ύπαρξη δυσκολιών.....	63
Γράφημα 3.15: Επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου.....	64
Γράφημα 3.16: Συχνότητα επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία.....	64
Γράφημα 3.17: Ύπαρξη δυσκολιών.....	65
Γράφημα 3.18: Νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο.....	66
Γράφημα 3.19: Συχνότητα νοσηλείας σε δημόσιο νοσοκομείο.....	66
Γράφημα 3.20: Ύπαρξη δυσκολιών.....	67
Γράφημα 3.21: Επίσκεψη σε Κέντρο Υγείας.....	68
Γράφημα 3.22: Συχνότητα επίσκεψης στο Κέντρο Υγείας.....	68
Γράφημα 3.23: Ύπαρξη δυσκολιών.....	69
Γράφημα 3.24: Επίσκεψη σε ιδιώτη γιατρό.....	70
Γράφημα 3.25: Συχνότητα επίσκεψης σε ιδιώτη γιατρό.....	70
Γράφημα 3.26: Επίσκεψη σε ιδιωτικό νοσοκομείο/κλινική.....	71
Γράφημα 3.27: Συχνότητα επίσκεψης σε ιδιωτικό νοσοκομείο.....	72

Γράφημα 3.28: Αδυναμία λήψης φαρμάκων.....	73
Γράφημα 3.29: Στοιχεία περί χειρότερης πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σύγκριση με τον γηγενή πληθυσμό.....	74
Γράφημα 3.30 : “Πόσο καλά γνωρίζετε τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας;”.....	74
Γράφημα 3.31: “Πόσο καλά γνωρίζετε τα δικαιώματα σας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας;”.....	75
Γράφημα 3.32: “Πιστεύετε ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο;”.....	75
Γράφημα 3.33: “Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας ;”.....	76
Γράφημα 3.34: “Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας;”.76	
Γράφημα 3.35: “Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από το κόστος των υπηρεσιών υγείας;”.....	77

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση και η ανάλυση της πρόσβασης και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, όπως κλινικές, διαγνωστικά κέντρα και νοσοκομεία από τους μετανάστες στην Ελλάδα και στην Γερμανία και να εντοπιστούν τυχόν προβλήματα.

Εισαγωγή

Οι θεωρίες και οι ορισμοί της μετανάστευσης είναι ποικίλοι και περιλαμβάνουν προσωρινές και πιο μόνιμες μορφές ανθρώπινης κινητικότητας που μπορούν να εμφανιστούν για διαφορετικούς σκοπούς σε μεγάλες και μικρές αποστάσεις. Η παγκοσμιοποίηση φαίνεται να συνδέεται ανεπανόρθωτα με την κινητικότητα του πληθυσμού και τα άτομα έχουν αποδείξει ότι θα συνεχίσουν να μεταναστεύουν. Οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να βασίζονται σε αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και να προωθούν τη διαθέσιμη φροντίδα σε όλους τους μετανάστες. Πρέπει να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν πολιτικές που να ανταποκρίνονται στην ποικιλομορφία των ομάδων μεταναστών και στην άμεση πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας ώστε να καταστεί η μετανάστευση υγιής και ασφαλής για όλους.

1.1 ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ

1.1.1 Ορισμός-έννοια μετανάστευσης

Η μετανάστευση αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι χώρες της Ευρώπης αλλά και της διεθνούς κοινότητας την τελευταία δεκαετία. Η μετανάστευση είναι μια από τις διαδικασίες, η οποία έχει ως επακόλουθο τη μηχανική ή τεχνητή ανανέωση και φθορά του πολιτισμού μιας χώρας σε αντίθεση με τις άλλες δύο διαδικασίες γεννητικότητα και θνησιμότητα, που έχουν σχέση με τη φυσική ανανέωση και τη φθορά ενός πληθυσμού. Με τον όρο μετανάστευση εννοούμε τη μόνιμη ή προσωρινή αλλαγή του τόπου εγκατάστασης ενός ατόμου ή μιας κοινωνικής ομάδας και η μετακίνηση μπορεί να γίνει εντός μιας χώρας ή προς διάφορες χώρες και μπορεί να περιλαμβάνει μόνιμη, εποχική διαμονή ή κυκλική μετανάστευση (Τσαούση 1996, Θεοχαρίδης 2003).

Για τον διεθνή όρο «μετανάστη» δεν υπάρχει νομικός ορισμός και η πλειονότητα των ειδικών συμφωνεί ότι διεθνής μετανάστης είναι το άτομο, που αλλάζει τον τόπο κατοικίας του, ανεξαρτήτως του λόγου μετανάστευσης ή του νομικού καθεστώτος. Ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών θεωρεί τον «μετανάστη» ως το άτομο που διαμένει για τουλάχιστον 6 μήνες μακριά από τον συνήθη τόπο κατοικίας του. Πρόκειται δηλαδή για άτομα που εγκαταλείπουν την πατρίδα τους είτε με την θέληση τους είτε χωρίς αυτή, προς αναζήτηση νέων και ασφαλέστερων ευκαιριών καθώς και καλύτερων προοπτικών διαβίωσης για εργασία ή εκπαίδευση με σκοπό να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους ή με στόχο να αποφύγουν τη φτώχεια, τον πόλεμο και τη δίωξη. Επομένως, η μετακίνηση των ανθρώπων γίνεται σε χώρες που είναι σε καλύτερη οικονομική κατάσταση σε σύγκριση με την δικιά τους χώρα διαμονής. Σε αντίθεση με τον όρο "πρόσφυγα", όπου δίνεται στη Σύμβαση του 1951 του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, και όπως αναθεωρήθηκε από το Πρωτόκολλο Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ του 1967 (Ύπατη Αρμοστεία των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες 2009).

Η Ύπατη Αρμοστεία για την διαφοροποίηση αυτών των δύο ορισμών, των προσφύγων και των μεταναστών εξηγεί πως οι μετανάστες είναι συνήθως πρόσωπα που για λόγους διαφορετικούς από εκείνους που αναφέρονται στον ορισμό του πρόσφυγα εγκαταλείπουν οικειοθελώς τη χώρα τους με σκοπό να εγκατασταθούν αλλού. Αυτό όμως δεν σημαίνει, ότι μόνο οι ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες είναι ο προορισμός πολλών μεταναστών. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει έντονη μεταναστευτική κίνηση και μεταξύ των αναπτυσσόμενων χωρών. Χώρες όπως είναι η Κίνα, Ινδία, Ινδονησία και Τουρκία αναπτύσσονται με μέσο ετήσιο ρυθμό 3,5% έναντι του 1,6% που είναι ο ρυθμός κρατών, όπως Γαλλία, Γερμανία, Καναδάς. Η ανάπτυξη αυτών των αγορών έχει δημιουργήσει πολλές επιχειρηματικές ευκαιρίες, τη συμμετοχή στις παγκόσμιες αγορές και την αύξηση του πλούτου των σχετικά νεότερων πληθυσμών τους. Οι αναδυόμενες χώρες γίνονται ολοένα και περισσότερο ελκυστικοί προορισμοί για επιχειρηματική δραστηριότητα και διαβίωση και έχουν καταφέρει να προσελκύουν τις επενδύσεις και το ταλαντούχο δυναμικό. Από την άλλη πλευρά, οι τουρίστες, οι προσωρινά απασχολούμενοι και οι στρατιωτικοί στο εξωτερικό για λιγότερο από ένα έτος δεν θεωρούνται μετανάστες (Υπηρεσία Οικονομικών και Κοινωνικών Υποθέσεων του ΟΗΕ 2017).

Σύμφωνα με τον νόμο 4251/2014 κώδικας μετανάστευσης και κοινωνικής ένταξης και λοιπές διατάξεις, για την εφαρμογή των διατάξεων του κώδικα αυτού, ισχύει ότι τα άτομα που εντάσσονται στην κατηγορία των μεταναστών είναι:

- Αλλοδαπός : Το φυσικό πρόσωπο που δεν έχει την ελληνική ιθαγένεια ή που είναι ανιθαγενής.
- Πολίτης τρίτης χώρας : Το φυσικό πρόσωπο που δεν έχει την ελληνική ιθαγένεια ούτε την ιθαγένεια άλλου κράτους / μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά την έννοια του άρθρου 20 παράγραφος 1 της Συνθήκης για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Ανιθαγενής : Το φυσικό πρόσωπο που πληροί τις προϋποθέσεις της Σύμβασης της Νέας Υόρκης του 1954 περί του καθεστώτος των ανιθαγενών.
- Πολίτης της Ένωσης: Κάθε πρόσωπο το οποίο έχει την ιθαγένεια κράτους – μέλους της Ένωσης.
- Αντικειμενικά στερούμενος διαβατηρίου: Ο πολίτης τρίτης χώρας ο οποίος αποδεικνύει, αντικειμενική αδυναμία εφοδιασμού με διαβατήριο ή ταξιδιωτικό έγγραφο λόγω ιδιαίτερων συνθηκών ή καταστάσεων.
- Πρόσφυγας: Ο πολίτης τρίτης χώρας ή ανιθαγενής στο πρόσωπο του οποίου πληρούνται οι προϋποθέσεις εφαρμογής του άρθρου 1Α της Σύμβασης της Γενεύης.
- Δικαιούχος διεθνούς προστασίας: Ο αλλοδαπός ή ανιθαγενής στον οποίο έχει χορηγηθεί από την αρμόδια ελληνική αρχή καθεστώς πρόσφυγα ή δικαιούχου επικουρικής προστασίας.
- Δικαιούχος επικουρικής προστασίας: Ο αλλοδαπός ή ο ανιθαγενής που δεν πληροί τις προϋποθέσεις για να αναγνωριστεί ως πρόσφυγας αλλά στο πρόσωπό του συντρέχουν ουσιώδεις λόγοι από τους οποίους προκύπτει ότι αν επιστρέψει στη χώρα καταγωγής του ή στην περίπτωση ανιθαγενούς στη χώρα της προηγούμενης συνήθους διαμονής του κινδυνεύει να υποστεί σοβαρή βλάβη, κατά την έννοια του άρθρου 15 του ποινικού δικαίου 141/2013 και που δεν μπορεί ή λόγω του κινδύνου αυτού δεν επιθυμεί να θέσει εαυτόν υπό την προστασία της εν λόγω χώρας (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως 2014).

Ο νόμος περί μετανάστευσης στην Ελλάδα συγκεκριμένα αποτελείται από μια σειρά περίπλοκων νόμων και κανονισμών. Συγκεκριμένα, το 1997-1998 βάσει των προεδρικών διαταγμάτων ψηφίζεται στην χώρα ο νόμος περί «Μαζικής νομιμοποίησης παράνομων μεταναστών» η οποία χαρακτηρίστηκε από πολύπλοκες διαδικασίες και μεγάλες καθυστερήσεις. Το 2001 ψηφίζεται ο νόμος 2910/2001 περί «Εισόδου και παραμονής αλλοδαπών στην Ελληνική επικράτεια -Κτήση της ελληνικής ιθαγένειας με πολιτογράφηση». Παρόλο της καλής προετοιμασίας της δημόσιας διοίκησης , τα προβλήματα δεν αντιμετωπίστηκαν ως αποτέλεσμα να παραμείνει ένας μεγάλος αριθμός μεταναστών εκτός

νομιμοποίησης. Ο τελευταίος μεταναστευτικός νόμος 3386/05 περί «Είσοδος- διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική Επικράτεια» κάλυψε τα κενά της μεταναστευτικής πολιτικής και θεσμοθέτησε την κοινωνική ένταξη των μεταναστών στην ελληνική κοινωνία (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως 2014).

Η μετανάστευση αποτελεί θεμελιώδη μηχανισμό της ανθρώπινης και της οικονομικής ανάπτυξης και η μεταναστευτική πολιτική που εφαρμόζεται έως και σήμερα επηρεάζει βαθιά το μέλλον της κοινωνίας. Συγκεκριμένα, η απόκτηση της ελληνικής ιθαγένειας με τη διαδικασία της πολιτογράφησης απαιτεί συνολικά επτά χρόνια νόμιμης διαμονής στη χώρα και μια σειρά άλλες προϋποθέσεις που οι πρόσφατα εισερχόμενοι και μη νόμιμοι μετανάστες δεν πληρούν αυτές τις προϋποθέσεις αλλά ούτε και αποτελεί βασικό στόχο τους. Κατά την περίοδο εφαρμογής του συγκεκριμένου νόμου, οι πολιτογραφήσεις μειώθηκαν, με τη συντριπτική πλειοψηφία να αφορά ομογενείς. Οι αρχές του φιλελευθερισμού, της δημοκρατίας και της ανοικτής οικονομίας βρίσκονται σε διαρκή διαλεκτική σχέση με την κοινωνία και επηρεάζονται βαθιά από μεταβολές στις κοινωνικές δομές και αξίες. Εκείνο που θα καθορίσει αν οι πολίτες θα ζήσουν σε μια πιο ανοιχτή, πιο κοσμοπολίτικη παγκόσμια κοινωνία ή σε μια κοινωνία βουτηγμένη στις ανισότητες, τις διαιρέσεις και την ανέχεια είναι το πώς θα εφαρμόσουν τη μεταναστευτική τους πολιτική οι σημερινές κυβερνήσεις (Ψυχογιού 2015).

1.1.2 Ιστορική αναδρομή-Μεταναστευτικές εκροές

Η μετανάστευση υπήρχε σταθερά σε όλη την ανθρώπινη προϊστορία και τις δύο τελευταίες δεκαετίες του 21ου αιώνα η δημογραφική φυσιογνωμία του πλανήτη έχει αλλάξει ριζικά. Στα προϊστορικά χρόνια, οι διάφορες ανθρώπινες φυλές ήταν αναγκασμένες να μεταναστεύουν από τον έναν τόπο στον άλλο και ο κύριος λόγος που δικαιολογούν τη σταθερή μετανάστευση ήταν η προσπάθεια επιβίωσης. Οι ανθρώπινες κοινωνίες αντιδρούσαν αρνητικά στους νεοφερμένους αφού κυριαρχούσε ο φόβος για το απολίτιστο και το απειλητικό ξένο (Αγγελόπουλος 1972).

Η μετανάστευση των ανθρώπινων πληθυσμών ξεκινά με την εκκίνηση του Homo erectus από την Αφρική σε όλη την Ευρασία πριν από περίπου δύο εκατομμύρια χρόνια. Οι πρώτοι άνθρωποι μετανάστευσαν εξαιτίας πολλών παραγόντων, όπως η αλλαγή του κλίματος, του τοπίου και η ανεπαρκής προσφορά τροφίμων. Τρεις αιώνες πριν, σχεδόν οκτώ εκατομμύρια Αφρικανοί μεταφέρθηκαν στην Αμερική, οι περισσότεροι από αυτούς στη δουλειά. Κατά την

δεκαετία του 19ου καθώς και στις αρχές του 20ου βελτιώθηκε το σύστημα μεταφοράς και τα οικονομικά κίνητρα, τόσο θετικά όσο και αρνητικά , αφού περίπου πενήντα εκατομμύρια Ευρωπαίοι μετανάστες έφυγαν από την πατρίδα τους και εγκαταστάθηκαν στη Βόρεια και Νότια Αμερική κυρίως. Οι παγκόσμιοι πόλεμοι I και II οδήγησαν σε μεγαλύτερα μεταναστευτικά ρεύματα κυρίως προς την Ευρώπη. Περίπου 214 εκατομμύρια άνθρωποι μεταναστεύουν σε κάποια άλλη χώρα, οδηγώντας στο συμπέρασμα πως η κινητικότητα του πληθυσμού συγκαταλέγεται στα κορυφαία πολιτικά ζητήματα του 21ου αιώνα (Tilly 1976, Zimmerman 2011).

Μεταξύ του 1860 και 1914, σχεδόν 15 έως 16 εκατομμύρια άνθρωποι οδηγήθηκαν στην Γερμανία, ενώ το 1880, η αναζήτηση εργασίας στη Γερμανία αυξήθηκε σε έναν μεγάλο βαθμό και η απασχόληση αλλοδαπών εργαζομένων έγινε κυρίως με οικονομική και επομένως με κοινωνική πολιτική . Η περίοδος από τον Α Παγκόσμιο Πόλεμο έως και το 1950 σχετίζεται με τη μετανάστευση αφού περίπου 1,2 εκατομμύρια "αλλοδαποί μετανάστες" αναζήτησαν εργασία στη Γερμανία . Αν και η μετανάστευση ήταν ελεγχόμενη , η μόνιμη ένταξη των "αλλοδαπών" στην Γερμανία δεν ήταν επιθυμητή από το κράτος (Wenning 1994). Την περίοδο ωστόσο του μεσοπολέμου η οικονομική ανάπτυξη εμπόδισε την μετανάστευση και στη συνέχεια έγιναν κυρίως αναγκαστικές μεταναστεύσεις. Το 1945 με την λήξη του 2^{ου} Παγκοσμίου Πολέμου η Ευρώπη βρέθηκε μπροστά σε ένα τεράστιο πρόβλημα. Εννέα εκατομμύρια πρόσωπα, βρίσκονταν στην Κεντρική Ευρώπη και 7,5 εκατομμύρια στην Γερμανία που είχαν μετακινηθεί κατά την διάρκεια του πολέμου λόγω των πολεμικών γεγονότων, της καταλήψεως εδαφών, των αναγκαστικών μετακινήσεων προς εργασία και των στρατοπέδων συγκεντρώσεων. Συνολικά , κατά τη διάρκεια των δύο πολέμων η Γερμανία έγινε το κέντρο και ο κινητήρας της πανευρωπαϊκής αναγκαστικής μετανάστευσης (Oltmer 2005, Potter et al. 2014). Πάνω από 12 εκατομμύρια ξένοι αναγκαστικοί εργάτες απασχολούνταν στη γερμανική πολεμική οικονομία. Το 1950 , οι περισσότεροι εκτοπισμένοι είχαν επιστρέψει στις χώρες καταγωγής τους ή μετανάστευσαν σε κάποιο άλλο κράτος. Το τείχος της Γερμανίας χτίστηκε το 1961, που αναπτύχθηκαν νέες μορφές μετανάστευσης και αυξήθηκε η πρόσληψη ξένων εργαζομένων, ωστόσο σε πολύ μικρότερο βαθμό από ό,τι στην Ομοσπονδιακή Δημοκρατία. Εκτός όμως από τον εκπατρισμό διαπιστώθηκε ότι ένας σημαντικός αριθμός επαναπατρισθέντων δεν επιθυμούσαν λόγω των γενομένων καταστροφών, των πολιτικών διώξεων και της εγκαθίδρυσης ολοκληρωτικών καθεστώτων να επιστρέψουν στις χώρες καταγωγής τους. Οι ΗΠΑ και η Γερμανία βγήκαν οικονομικά ενισχυμένες, η οποία κατάφερε σε λίγο χρονικό διάστημα να γίνει μια από τις μεγαλύτερες

βιομηχανικές χώρες της Ευρώπης. Τεράστιος αριθμός Ελλήνων, κυρίως από τις βόρειες αγροτικές περιοχές της χώρας οδηγήθηκε προς την Γερμανία, την Αυστραλία και την Νότια Αφρική ,αναζητώντας μια θέση εργασίας στις αγορές. Συγκεκριμένα, η Γερμανία ήταν και εξακολουθεί να είναι ο πρώτος προορισμός πολλών μεταναστευτικών ρευμάτων λόγω των ευμενών νομικών συνθηκών, που κάνουν την αναζήτηση ασύλου ευκολότερη από τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες (Ματσά 2014) .

Στις αρχές του 19ου αιώνα Πολωνοί εργάτες μετανάστευσαν στο Ρουρ, στην περιοχή της Βόρειας Ρηνανίας- Βεστφαλίας όπου έως και σήμερα αποτελούν ένα ενταγμένο κομμάτι του γερμανικού κράτους. Μετά τον 2ο παγκόσμιο πόλεμο η Γερμανία είχε ανάγκη από εργατικά χέρια, αφού δεν είχε την δυνατότητα να καλύψει αυτήν την ανάγκη από τους γηγενείς της. Έτσι την δεκαετία του 1950 και 1960 η Γερμανία υπέγραψε συμβάσεις με διάφορα κράτη για την αποστολή εργατών. Οι εργάτες μετανάστες ή αλλιώς «Gastarbeiter» έρχονταν κυρίως από κράτη όπως την Ιταλία, Πορτογαλία, Ισπανία, Τουρκία, Γιουγκοσλαβία, Ελλάδα και οδηγούνταν στην Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας για να εργαστούν (Erlinghagen et al. 2009) .

Οι εργάτες ήταν μεταξύ των ηλικιών 18-45 και το όνομα «Gastarbeiter» δήλωνε την προσωρινή τους διαμονή και εργασία στη Γερμανία. Ο μεγαλύτερος αριθμός μεταναστών προέρχονταν από την Τουρκία και από την Γιουγκοσλαβία . Μέχρι και σήμερα αυτοί οι εργάτες αποτελούν την πρώτη γενιά μεταναστών και την πλειοψηφία αυτών των αλλοδαπών χωρίς ωστόσο γερμανική υπηκοότητα. Οι μετανάστες από τις μεσογειακές χώρες κατέφθαναν αρχικά στο Μόναχο και από εκεί προωθούνταν σε άλλες περιοχές της Γερμανίας, όπου υπήρξε η ανάγκη για εργατικό δυναμικό (Pauli 2013). Το 1966 έως και το 1989 η Λαοκρατική Δημοκρατία της Γερμανίας , γνωστή και ως Ανατολική Γερμανία στρατολόγησε περίπου 500.000 εργαζόμενους από το Βιετνάμ, την Πολωνία, τη Μοζαμβίκη και άλλα κράτη, όπου εργάζονταν υπό αυστηρές συνθήκες και ζούσαν χωρισμένοι από τον υπόλοιπο γηγενή πληθυσμό. Ταυτόχρονα, χορήγησε άσυλο σε αρκετούς χιλιάδες πρόσφυγες, κυρίως από τη Χιλή, την Ισπανία και την Ελλάδα, μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1970 (Butterwegge 2005).

Ωστόσο, τα έτη 1973-1979 έγινε η απότομη διακοπή της πρόσληψης και η εδραίωση της απασχόλησης μεταναστών στο εξωτερικό. Τα κρατίδια της Βαυαρίας, της Βάδης-Βυτεμβέργης της βόρειας Ρηνανίας Βεστφαλίας και του Βερολίνου απορρόφησαν το μεγαλύτερο ποσοστό των μεταναστών. Τα μεταναστευτικό ρεύμα διαφοροποιήθηκε τη δεκαετία του 1980 όπου χιλιάδες μετανάστες ζήτησαν πολιτικό άσυλο. Η Γερμανία λοιπόν θεωρείται μία από τις χώρες

με υψηλό ποσοστό μετανάστευσης. Το 1975, ο αριθμός των μεταναστών αυξήθηκε κατά 50% σε σύγκριση με άλλα κράτη ενώ το 1990, το 15% του πληθυσμού της Γερμανίας αποτελούνταν από μετανάστες. Οι οικονομικοί παράγοντες ήταν ο κύριος λόγος που είχε οδηγήσει τους ανθρώπους προς την Γερμανία (Παραδεισανός 2015) .

Από το έτος 1998 έως και σήμερα η Γερμανία αποτελεί πρώτος προορισμός για πολλούς μετανάστες έτσι το 2000 θεσπίζεται νόμος από την κυβέρνηση περί υπηκοότητας «Staatsangehörigkeit Gesetz», όπου η κυβέρνηση αντιμετώπισε δυσκολία στον έλεγχο των διαφόρων μεταναστευτικών κινήσεων και το 2005 ένας νεότερος νόμος «Zuwanderungsgesetz» που καθορίζει τη μετανάστευση στη Γερμανία. Μετά την αλλαγή της κυβέρνησης το 2005 ,η ομοσπονδιακή κυβέρνηση του CDU / CSU / SPD άρχισε να θεσπίζει νέους νόμους περί μετανάστευσης και πολιτικής ένταξης και επικεντρώθηκε στην προώθηση της ενσωμάτωσης των μεταναστών και στην ενίσχυση των ελέγχων της περαιτέρω μετανάστευσης. Έρευνες έχουν παρουσιάσει ότι οι μετανάστες είναι συνήθως άνεργοι και αντιμετωπίζουν προβλήματα περί αναγνώρισης των επαγγελματικών τους προσόντων (Manning & Trimmer 2013).

Παρόλο αυτά, η ενσωμάτωση των μεταναστών στην Γερμανία τα τελευταία χρόνια έχει σημειώσει μια σημαντική βελτίωση. Σχεδόν ένας στους τέσσερις ανθρώπους στη Γερμανία έχει μεταναστευτικό υπόβαθρο Συγκεκριμένα το έτος 2017 το 26,5 τοις εκατό του πληθυσμού της Γερμανίας είχε καταγωγή από κάποια άλλη χώρα. Αξίζει να σημειωθεί ότι, μεταξύ του 1800 και 1930 σχεδόν 7 εκατομμύρια Γερμανοί μετανάστευσαν κυρίως για οικονομικούς και πολιτικούς λόγους από την Γερμανία για άλλες χώρες (Papadopoulos et al. 2015). Ωστόσο, το 0,8% του πληθυσμού εγκαταλείπει κάθε χρόνο την Γερμανία, δηλαδή περίπου 650.000 άτομα και οδηγούνται προς άλλες χώρες μεταξύ αυτών η Ελβετία και η Αυστρία είτε αποφασίζουν να επιστρέψουν πίσω στις χώρες καταγωγής τους (Butterwegge 2007) .

Μετά την κατάρρευση της Σοβιετικής Ένωσης το 1991 η κατάσταση στην Ευρώπη αναφορικά με την ένταξη στην κοινωνία των μεταναστών επιδεινώθηκε. Η μετανάστευση ήταν μια από τις βασικές αιτίες της ανόδου του φασιστικού φαινομένου στο μεσοπόλεμο. Στη Γερμανία και στην Ιταλία η παρουσία των μεταναστών αντιμετωπίστηκε αρνητικά από τις πολιτικές δυνάμεις της εποχής του μεσοπολέμου (Pries 2001). Οι μετανάστες, προερχόμενοι κυρίως από τις χώρες της Νότιας Ευρώπης εντάχθηκαν κατά κάποιο τρόπο στη στρατηγική της ανασυγκρότησης των Ευρωπαϊκών κοινωνιών. Από το 1995 και μετά, στα κράτη υποδοχής μεταναστών όπως είναι η Γερμανία, η Μεγάλη Βρετανία και το Βέλγιο προστίθενται άλλες

χώρες που μέχρι την δεκαετία του 1980 ήταν χώρες προέλευσης μεταναστών όπως η Ελλάδα, η Ιταλία και η Πορτογαλία (Κομής 2014).

Η μετανάστευση για την Ελλάδα χαρακτηριστικό στοιχείο της μακραίωνης ιστορίας της. Στην αρχαία Ελλάδα ήταν αξιοσημείωτη η απουσία της προκατάληψης του χρώματος. Συγκεκριμένα, τον 4ο αιώνα, ο Ηρόδοτος, έγραψε ότι οι Αιθίοπες ήταν πιο μεγάλσωμοι και πιο όμορφοι άνθρωποι. Ενώ, ο Θουκυδίδης ανέφερε ότι ο αρχαίος κόσμος ζούσε όπως ο κόσμος των βαρβάρων, δείχνοντας με αυτόν τον τρόπο αυτό ότι δεν υπήρχε διαφορά καταγωγής, παρά μόνο πολιτισμική διαφορά ανάμεσα στον ελληνικό κόσμο και στον κόσμο των βαρβάρων. Η επανάσταση του 1821, εκτός της κοινωνικής, οικονομικής και της εθνικής προοπτικής που παρήγαγε οδήγησε στο φαινόμενο των πληθυσμιακών μετακινήσεων, οι οποίες δημιούργησαν νέα δεδομένα και προοπτικές οικονομικής, δημογραφικής και κοινωνικής φύσεως. Κατά περιόδους τα μεταναστευτικά ρεύματα από την Ελλάδα κατευθύνθηκαν σε όλες σχεδόν τις Ηπείρους όπως για παράδειγμα οι Έλληνες της Ρουμανίας, της Αιγύπτου, της Μικράς Ασίας ενώ τον 20^ο αιώνα οι μετακινήσεις έγιναν προς τις υπερπόντιες χώρες όπως Αμερική, Καναδάς, Αυστραλία και τις ευρωπαϊκές χώρες όπως είναι η πρώην Δυτική Γερμανία (Πετράκου 2001) .

Ο όγκος των μεταναστευτικών ρευμάτων από το 1821 μέχρι το 1977 ανέρχεται σε 1.800.000 άτομα που αναζήτησαν καλύτερη μοίρα σε άλλες χώρες. Τον 20^ο αιώνα ρεύματα εισροής μεταναστών αυτών των Ελλήνων που ζούσαν σε χώρες στις οποίες είχαν δημιουργηθεί σημαντικές εστίες ελληνισμού καθώς και ξένων ανόμοιας φυλετικής πολιτισμικής και θρησκευτικής ταυτότητας εντοπίζονται καθ'όλη την διάρκεια του αιώνα (Βαγενά-Παλαιολόγου, 2006). Ο Παπαστεργίου και η Τάκου (2005) ανέφεραν ότι η Ελλάδα στα τέλη του 19ου αιώνα ήρθε αντιμέτωπη με την εξωτερική μετανάστευση, όπου το 1890-1917 Έλληνες οδηγήθηκαν κυρίως προς την Αμερική αναζητώντας καλύτερο βιοτικό επίπεδο και συνθήκες εργασίας. Οι μαζικοί επαναπατρισμοί Ελλήνων ήταν στο μεγαλύτερο ποσοστό εξαναγκασμοί εξαιτίας πολιτικών γεγονότων και της καταπίεσης και του κατατρογμού που είχαν υποστεί στις χώρες που ήταν εγκατεστημένοι.

Το πρώτο μεγάλο ρεύμα εισροής Ελλήνων σημειώθηκε το 1922 με τη Μικρασιατική καταστροφή, όταν εκδιώχθηκε ο ελληνισμός από τις περιοχές της Δ. Μικράς Ασίας. Μετά τον πόλεμο, στη δεκαετία του 1950 και του 1960, η Ελλάδα γνώρισε σημαντικότερη μεταναστευτική ροή προς τα μεγάλα αστικά κέντρα, που την έφερε αντιμέτωπη, όπως και άλλες χώρες στον κόσμο, με το φαινόμενο της αστυφιλίας. Με το ξέσπασμα της οικονομικής

κρίσης από το 2010 και μετά εμφανίζεται ξανά μια τάση μεταναστευτικής εκροής, η οποία όμως είναι πολύ διαφορετική από εκείνη του παρελθόντος, καθώς εντοπίζεται κυρίως σε πτυχιούχους νέους που αδυνατούν να βρουν δουλειά στην Ελλάδα . Ανάλογες μετακινήσεις έγιναν μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο ,τη δεκαετία του 1950 και τέλος το τελευταίο τέταρτο του 20^{ου} αιώνα , ρεύματα μαζικής εισροής δέχτηκε η Ελλάδα από την πρώην Σοβιετική Ένωση και από τις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης . Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, η Ελλάδα μετατράπηκε αιφνιδιαστικά από χώρα αποστολής σε χώρα υποδοχής μεταναστών (Mediterranean migration observatory 2009).

Η δεκαετία του '90 ξεκίνησε με την πλήρη ένταξη της Ελλάδος στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα, γεγονός το οποίο διαμόρφωσε ένα νέο οικονομικό και κοινωνικό πλαίσιο. Από την μια πλευρά δεν ήταν προετοιμασμένη η ελληνική κοινωνία και η αγορά εργασίας να απορροφήσει τόσους πολλούς μετανάστες, από την άλλη όμως πλευρά , προερχόμενοι οι πρόσφυγες από περιβάλλοντα ανεπτυγμένα , συνέβαλαν στην ανάπτυξη της χώρας σε ένα σημαντικό βαθμό. Μετά τη δεκαετία του 1990, η Ελλάδα έγινε χώρα εισροής οικονομικών μεταναστών από τις πρώην σοσιαλιστικές χώρες κυρίως Αλβανία, τη Μέση Ανατολή αλλά και από την Ινδία, το Μπαγκλαντές, το Πακιστάν, τις Φιλιππίνες με αποτέλεσμα εκροή μεταναστευτικού συναλλάγματος από τη χώρα (Δαμάκης κ.ά. 2014) .

Οι Αλβανοί μετανάστες πέρασαν στην Ελλάδα κυρίως για οικονομικούς λόγους μιας και η Ελλάδα τους έδινε την δυνατότητα καλύτερων προοπτικών εργασίας και επιπέδου ζωής από ότι η "φτωχή" τους χώρα. Το 2010 τα μεταναστευτικά ρεύματα οδήγησαν την χώρα σε απόγνωση. Οι πρόσφυγες διέφεραν από τους μετανάστες της δεκαετίας του '90. Ο λόγος μετανάστευσης τους δεν είχε κανένα οικονομικό κίνητρο αλλά η Ελλάδα ήταν για αυτούς η η εξάλειψη του κινδύνου και η πύλη εισόδου στην υπόλοιπη Ευρώπη. Η αντιστροφή της μεταναστευτικής ροής δημιούργησε στην χώρα μια νέα κοινωνική πραγματικότητα που επέβαλε την ανάγκη διαμόρφωσης μιας θεσμικά διαρθρωμένης μεταναστευτικής πολιτικής (Γεωργούλας 2001, Ιωάννου 2003).

Σήμερα, η έλλειψη οικονομικών ευκαιριών στην νεολαία αναγνωρίζεται ως η σημαντική κινητήρια δύναμη προς την μετανάστευση. Το 2013 περίπου 232 εκατομμύρια μετανάστευσαν σε χώρες της Ευρώπης και της Ασίας αντίστοιχα. Συγκεκριμένα, 72 εκατομμύρια μετανάστες οδηγήθηκαν προς χώρες της Ευρώπης και 71 εκατομμύρια προς της Ασία. Στην Ευρώπη , σημειώθηκε αύξηση στον αριθμό των μεταναστών τα έτη 2010 έως και 2013 , όπου μετανάστες από την Ανατολική Ευρώπη μετακινήθηκαν προς την Βόρεια και Δυτική Ευρώπη (United

Nations-General Assembly 2014). Το 2015 και το 2016 ο Οργανισμός Ευρωπαϊκής Συνοριοφυλακής και Ακτοφυλακής (Frontex) κατέγραψε πάνω από 2.3 εκατομμύρια παράνομες εισόδους. Το 2017, 172.300 άνθρωποι έφτασαν στην Ευρώπη δια θαλάσσης, λιγότεροι από τους μισούς σε σχέση με το 2016 ενώ ο συνολικός αριθμός παράνομων συνοριακών διαβάσεων στην Ευρωπαϊκή Ένωση μειώθηκε στις 204.700, το χαμηλότερο επίπεδο σε τέσσερα χρόνια (UNHCR 2017, Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 2017) . Οι χώρες που φιλοξένησαν το μεγαλύτερο αριθμό μεταναστών ήταν η Γερμανία και το Βέλγιο. Ιστορικά προκύπτει ότι οι μεταναστευτικές μεταβολές επηρέασαν άμεσα το εργατικό δυναμικό , τον σχολικό πληθυσμό , την επενδυτική και επιχειρηματική δραστηριότητα ,την βιωσιμότητα των κοινωνικών- ασφαλιστικών θεσμών καθώς και τη γεωπολιτική ισορροπία (Bartelheimer et al. 2016). Η μετανάστευση αποτελεί μια πραγματικότητα και για αυτό η χάραξη πολιτικής για την υγεία στο πλαίσιο της μετανάστευσης αποτελεί απειλή για τη δημόσια υγεία είτε από μια προσέγγιση βασισμένη στα δικαιώματα που επικεντρώνεται στους κινδύνους για την υγεία που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες (Pew Research Center 2018).

1.1.3 Είδη μετανάστευσης

Σύμφωνα με τον Τσάουση (1996) υπάρχουν πολλές διαφορετικές πτυχές του μεταναστευτικού δικαίου, αλλά γενικά χωρίζονται σε 8 κατηγορίες :

- Ατομική ή ομαδική: Ανάλογα αν πρόκειται για μεμονωμένα άτομα ή ομάδες ατόμων που αλλάζουν τόπο διαμονής.
- Εσωτερική ή Εξωτερική : Όταν ο εγχώριος πληθυσμός κινείται προς το εξωτερικό, η μετανάστευση ονομάζεται εξωτερική. Όταν σημαντικό μέρος του πληθυσμού μετακινείται από την περιφέρεια στα αστικά κέντρα, η μετανάστευση καλείται εσωτερική ή αστυφιλία ή ουρμπανισμός.
- Ηπειρωτική ή Υπερπόντια: Ανάλογα με το αν στην μετακίνηση από χώρα σε χώρα, παρεμβάλλεται ή όχι θάλασσα και η χώρα της μετανάστευσης ανήκει σε άλλη ήπειρο.

Σήμερα γίνεται πιο επιλεκτική διάκριση ανάμεσα στις ηπειρωτικές και διηπειρωτικές μεταναστεύσεις και διατηρείται πιο έντονη η εικόνα της ενότητας ή της ασυνέχειας της γεωγραφικής περιοχής όπου κινείται συνήθως ο μετανάστης (Παραδεισάνος 2015).

- Εκούσια ή ακούσια: Με κριτήριο εάν είναι ηθελημένη η μετακίνηση ή επιβεβλημένη λόγω ακραίων και ιδιαίτερων γεγονότων. Η καταναγκαστική μετανάστευση έχει

προκαλέσει την εκρίζωση εκατομμυρίων ανθρώπων σε όλο τον κόσμο, συμπεριλαμβανομένων των προσφύγων, των εσωτερικά εκτοπισμένων και των μεταναστών. Το ποσοστό των ατόμων που οδηγούνται σε αναγκαστική μετανάστευση ανέρχεται πάνω από 65 εκατομμύρια.

- Προσωρινή ή Μόνιμη: Με κριτήριο την προβλεπόμενη διάρκεια της. Προσωρινή θεωρείται όταν η μετανάστευση γίνεται για ορισμένο χρονικό διάστημα, προκειμένου να διευθετηθούν συγκεκριμένες υποθέσεις ενώ είναι δεδομένη η επιστροφή. Όταν όμως η μετανάστευση δεν είναι συγκεκριμένης χρονικής διάρκειας και δεν είναι δεδομένη η πρόθεση της επιστροφής, τότε θεωρείται μόνιμη. Σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ, προσωρινή χαρακτηρίζεται η μετανάστευση σε μια χώρα του εξωτερικού για παραμονή μικρότερη από ένα έτος και μόνιμη η μετάβαση σε μια ξένη χώρα για εγκατάσταση που διαρκεί πάνω από ένα έτος (McConville 2018).
- Νόμιμη ή Παράνομη: Ανάλογα με το νομικό καθεστώς με το οποίο γίνεται, δηλαδή άμα ο μετανάστης μεταφέρεται με ή χωρίς τα απαιτούμενα ταξιδιωτικά έγγραφα. Αναφορικά, με την νόμιμη μετανάστευση η οδηγία 2009/50/EK, σχετικά με τις προϋποθέσεις εισόδου και διαμονής των υπηκόων τρίτων χωρών με σκοπό την απασχόληση υψηλής ειδίκευσης, δημιούργησε τη λεγόμενη «μπλε κάρτα της Ευρωπαϊκής ένωσης», μια ταχεία διαδικασία για την έκδοση ειδικής άδειας παραμονής και εργασίας, με πιο ελκυστικές συνθήκες, ώστε οι υπήκοοι τρίτων χωρών να μπορούν να αναλαμβάνουν θέσεις απασχόλησης υψηλής ειδίκευσης στα κράτη μέλη. Ενώ, για την παράνομη ή παράτυπη μετανάστευση ο νόμος θεσπίζει ποινικές κυρώσεις.
- Συντηρητική ή Καινοτόμος: Ανάλογα με τη μεταβολή ή όχι του τρόπου ζωής πριν την αναχώρηση. Συντηρητική αν διατηρούνται τα ήθη και έθιμα και παραδόσεις των μεταναστών στη χώρα υποδοχής και καινοτόμος αν γίνεται πλήρης αφομοίωση με τις συνήθειες και τον νέο τρόπο ζωής στη χώρα υποδοχής. Παράλληλα, η ευρωπαϊκή ένωση διαπραγματεύεται συμφωνίες επανεισδοχής με χώρες καταγωγής και διέλευσης με στόχο την επιστροφή των παράτυπων μεταναστών.
- Αρχαϊκή ή Σύγχρονη: Αρχαϊκή, αν τα αίτια που προκάλεσαν την μετανάστευση προκαλούνται από την προσωρινή ή μόνιμη εξάντληση των φυσικών πόρων και σύγχρονη αν τα αίτια είναι οικονομικά (Παπαγεωργίου 2013).

1.1.4 Αίτια μετανάστευσης

Η μετανάστευση, ως ένας μηχανισμός αναδιανομής του πληθυσμού από χώρες και περιοχές λιγότερο ανεπτυγμένες, με καθεστώτα καταπιεστικά ή μπλεγμένα στη δίνη εθνικιστικών ή άλλων ταραχών, προς χώρες με οικονομική και κοινωνική άνθηση, με δημοκρατική διακυβέρνηση και πολιτική σταθερότητα, είναι ένα φαινόμενο που η απαρχή του τοποθετείται στο βάθος της ιστορίας. Σε όλο τον πλανήτη αιτία όπως: πόλεμοι, φτώχεια, η παγκοσμιοποιημένη οικονομία και οι κλιματικές αλλαγές αναγκάζουν ανθρώπους να ξενιτευτούν σε αναζήτηση ασφάλειας και ενός καλύτερου μέλλοντος διαταράσσοντας την κοινωνία και την πολιτική σκηνή σε πολλές χώρες. Τα βαθύτερα αίτια το να εγκαταλείπει ένας άνθρωπος οικειοθελώς την πατρίδα του αναζητώντας ένα νέο τόπο διαβίωσης, που του προσφέρει κάτι διαφορετικό είναι τα εξής (Justice for immigrants) :

- Οικονομικοί παράγοντες : Το οικονομικό ζήτημα είναι ένας από τους σημαντικότερους λόγους που οδηγεί τους ανθρώπους στη μετανάστευση προκειμένου να εξασφαλίσουν για τον εαυτό τους και τις οικογένειές τους την απαραίτητη οικονομική ασφάλεια. Οι οικονομικοί παράγοντες οφείλονται κυρίως στην φτώχεια, στην ανεργία και στο χαμηλό εισόδημα. Αρκετοί πολίτες μεταναστεύουν από φτωχότερες αναπτυσσόμενες περιοχές σε πλουσιότερες περιοχές όταν οι οικονομικές συνθήκες απασχόλησης στην χώρα υποδοχής είναι πιο ευνοϊκές από τις συνθήκες στην χώρα αποστολής και τους παρέχονται μέσα που δημιουργούν στον μετανάστη συναίσθημα ασφάλειας, όπως είναι η ασφαλιστική κάλυψη, τα οικογενειακά επιδόματα, οι υψηλές αμοιβές, η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, η στέγη και άλλα. Το ίδιο ισχύει και για τους ανθρώπους από τις αγροτικές περιοχές όπου μετακινούνται σε πιο ανταγωνιστικές αστικές περιοχές προκειμένου να βρουν περισσότερες ευκαιρίες. Ο οικονομικός μετανάστης μπορεί, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, να αναγνωριστεί ως πρόσφυγας, αν η οικονομική του δυσπραγία έχει προκληθεί λόγω υποκρυπτόμενων φυλετικών, θρησκευτικών ή πολιτικών διακρίσεων, σε βάρος ορισμένης ομάδας του πληθυσμού στην οποία ανήκει (Τσαούση 1996).
- Πολιτικοί παράγοντες : Οι πολίτες που έρχονται αντιμέτωποι με ένα απολυταρχικό καθεστώς, που καταπατούνται τα ανθρώπινα δικαιώματα και περιορίζεται η δυνατότητα δημοκρατικής έκφρασης οδηγούνται στην αναζήτηση μιας νέας πατρίδας, στην οποία θα αισθάνονται ελεύθεροι και τα δικαιώματά τους θα γίνονται απολύτως σεβαστά.

- Θρησκευτικοί παράγοντες : Πολλοί πολίτες φεύγουν από τις χώρες τους γιατί διώκονται εξαιτίας της θρησκείας τους. Οι μεταναστευτικές ροές είναι έντονες και στις δύο μεγάλες θρησκείες του κόσμου αυτή του Χριστιανισμού και του Ισλάμ.
- Συγκρούσεις: Οι πόλεμοι μεταξύ δύο ή περισσότερων χωρών οδηγεί σε καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και στην αναστολή της προόδου σε κάθε τομέα της ανθρώπινης δραστηριότητας. Τα άτομα οδηγούνται σε αναζήτηση ενός καταυλισμού, όπου οι συνθήκες διαβίωσης θα είναι καλύτερες.
- Φυσικοί παράγοντες : Οι πλημμύρες, η ξηρασία και ο παγετός συχνά καταστρέφουν τις καλλιέργειες και αναγκάζουν τα άτομα να εγκαταλείψουν τη χώρα τους λόγω κλιματικής αλλαγής για εύρεση τροφής σε πιο γόνιμες περιοχές. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο σεισμός που έπληξε την Αϊτή τον Ιανουάριο του 2010 εκτοπίζοντας πάνω από 1.5 εκατομμύρια ανθρώπους. Παρά την ανθρωπιστική βοήθεια η έλλειψη καταφυγίων και βασικών προμηθειών ήταν μεγάλη και πολλοί υπέφεραν από ασθένειες .
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες: Η μετανάστευση που προκαλείται από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες είναι όλο και πιο ακούσια. Η αποτυχία της καλλιέργειας έχει ως αποτέλεσμα την έλλειψη τροφίμων και την πτώση των γεωργικών θέσεων εργασίας, οδηγώντας τους ανθρώπους να μετακομίσουν σε έναν τόπο με καλύτερες ευκαιρίες απασχόλησης. Τέλος ,η ρύπανση του νερού, του αέρα και του εδάφους τόσο σε αστικό όσο και σε αγροτικό περιβάλλον μπορεί επίσης να δημιουργήσει σοβαρό κίνδυνο για την υγεία στους ντόπιους, αναγκάζοντάς τους να αναζητήσουν μια καλύτερη ζωή για την οικογένεια τους.
- Ψυχολογικοί παράγοντες : Οφείλονται σε ψυχολογικούς λόγους και ωθούν τους ανθρώπους στην μετανάστευση. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί όλεθρος , οι απειλές και οι βιαιοπραγίες των Τούρκων σε βάρος του Ελληνικού στοιχείου στη Μικρά Ασία από το 1912 έως και το 1922 , που οδήγησαν πολλούς Έλληνες να μεταναστεύσουν κυρίως στην Ελλάδα (Τερζούδης κ.ά. 2017) .

1.1.5 Επιπτώσεις και λύσεις στο θέμα της μετανάστευσης

Η μετανάστευση προς τις χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης είναι κυρίως ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζει τα τελευταία χρόνια η Ευρώπη τα περισσότερα κράτη μέλη της να αδυνατούν να αντιμετωπίσουν επιτυχώς την έλευση τόνων εκατοντάδων χιλιάδων

ανθρώπων στα εδάφη της. Σύμφωνα με την επίκουρο καθηγήτρια Τραγάκη Αλεξάνδρα, το έτος 2015 το 3% του παγκόσμιου πληθυσμού κατοικούσε σε μια χώρα όπου δεν είχε γεννηθεί. Σημαντικός παράγοντας αποτελεί η παγκοσμιοποίηση της οικονομίας, που συνοδεύεται από αλλαγές στον όγκο και τη δομή του διεθνούς εμπορίου, τις ροές κεφαλαίων και την ανθρώπινη μετανάστευση. Οι επιπτώσεις της μετανάστευσης είναι ιδιαίτερα εμφανής τόσο στο μετανάστη ,όσο και στις χώρες αφετηρίας και υποδοχής. Μεταξύ των κυριότερων θετικών μακροοικονομικών επιδράσεων που μπορεί να επιφέρει η μετανάστευση εκτός από τον αντίκτυπο στους μισθούς και την απασχόληση, η μετανάστευση μπορεί να επηρεάσει τις αγορές εργασίας μιας και ένας αριθμός μεταναστών είναι εν δυνάμει επιχειρηματίες και μπορούν να συνεισφέρουν άμεσα στο Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν της χώρας υποδοχής. Έτσι παρατηρείται, η δημιουργία δικτύων που ενισχύουν το διεθνές εμπόριο και τις επενδύσεις μεταξύ των χωρών. Φαίνεται ότι η ολοένα αυξανόμενη μετανάστευση μπορεί να αποτελέσει μέρος μιας στρατηγικής προκειμένου να παραμείνουν φερέγγυα τα ευρωπαϊκά συστήματα κοινωνικής ασφάλισης .Από την άλλη πλευρά, η μετανάστευση μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για τη χώρα υποδοχής. Παρατηρούνται αλλαγές στο αξιακό σύστημα, στις κοινωνικές συμπεριφορές ,στις ανθρώπινες και εργασιακές σχέσεις και στις πολιτικές γενικά. Ειδικότερα, οι μετανάστες και οι πρόσφυγες έχουν δημιουργήσει το αίσθημα της ξеноφοβίας με το γηγενή πληθυσμό να θεωρεί ότι η μετανάστευση αποσπά θέσεις εργασίας από το ντόπιο εργατικό δυναμικό και οδηγούνται στην άμεση μείωση των μισθών λόγω του χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου τους. Οι μετανάστες ερχόμενοι σε μια συγκεκριμένη περιοχή μπορεί να αυξήσουν τη ζήτηση ορισμένων ανεπαρκών πόρων με αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους αυτών (Πραχαλιάς 2015) .

Η Ευρωπαϊκή Ένωση, λοιπόν, θα πρέπει να έχει μια κοινή προσέγγιση ως προς το θέμα της μετανάστευσης. Πρώτον, χρειάζεται μια σαφέστερη εξωτερική πολιτική, η οποία θα αποσκοπεί στη σταθεροποίηση της κατάστασης στις τριτοκοσμικές χώρες όπως είναι η Συρία και τη Λιβύη, στο να πιέσει την Τουρκία να διαδραματίσει εποικοδομητικό ρόλο και να ασκήσει σημαντικές πιέσεις στην Ερυθραία για χρηματοπιστωτικού τύπου μεταρρυθμίσεις. Δεύτερον, απαιτείται κοινός ορισμός για το ποιος δικαιούται το προσφυγικό καθεστώς και ποιος μπορεί να προωθηθεί σε ασφαλείς χώρες καταγωγής στα δυτικά Βαλκάνια. Επομένως οι χώρες υποδοχής κυρίως της Ευρωπαϊκής Ένωσης θα πρέπει να ενσωματώσουν λελογισμένα τους μετανάστες και να επεξεργαστούν τα αιτήματα των μεταναστών. Με αυτόν τον τρόπο οι

μετανάστες θα μπορέσουν να εργαστούν και να μάθουν τη γλώσσα της χώρας υποδοχής (Κιτσάρας & Μπάκας 2013) . Ωστόσο, οι χώρες υποδοχής χρειάζεται να διατηρήσουν την ευελιξία στην αγορά εργασίας τους και να αναβαθμίσουν τα εκπαιδευτικά τους συστήματα με έμφαση στη βασική εκπαίδευση, όπως είναι οι γλωσσικές δεξιότητες. Η αντιμετώπιση της μετανάστευσης καλείται να εξισορροπήσει δύο αντιφατικές τάσεις, τις οικονομικές ανάγκες των κρατών και τους φόβους της ευρωπαϊκής γνώμης που έχει συνδέσει τους ξένους με την ανασφάλεια (Schmieding 2015). Η νέα ευρωπαϊκή μεταναστευτική πολιτική θα πρέπει να αντιληφθεί ότι οι μετανάστες αποτελούν ένα σημαντικό μέρος του εργατικού δυναμικού και απασχολούνται σε τμήματα των τομέων οικονομικής δραστηριότητας, όπου φέρουν θετικές επιδράσεις στην οικονομία της χώρας.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η Γερμανία, όπου θεωρείται δημοφιλής προορισμός για τους νέους μετανάστες και θα πρέπει να αντιληφθεί σωστά την κατάσταση έτσι ώστε να λύσει το δημογραφικό της πρόβλημα της επόμενης δεκαετίας (Parkers 2015) . Τα κράτη υποδοχής των μεταναστών απέναντι σε αυτήν την εξελισσόμενη πραγματικότητα φαίνεται ότι στο μέλλον θα χρειαστούν νέο εργατικό δυναμικό και οι άδειες εισόδου και εξόδου θα πρέπει να είναι σε συνάρτηση των αναγκών της αγοράς. Η αναζήτηση μιας ευρωπαϊκής λύσης έχει αποδειχθεί ότι είναι μια επίπονη διαδικασία, καθώς παρατηρούνται έντονες κοινωνικές και πολιτικές διαφορές μεταξύ των κρατών μελών. Ωστόσο, η Ευρώπη πρέπει να ενισχύσει τον ορό "εσωτερική αλληλεγγύη" και να βοηθήσει στο έπακρο τις χώρες που επωμίζονται το βάρος των προσφύγων και των μεταναστών. Πρέπει να θεσπίσει κοινή ευρωπαϊκή νομοθεσία για το άσυλο με κανόνες και συγκρίσιμα επίπεδα παροχών για τη στήριξη των ανθρώπων που έχουν ανάγκη (Constant & Zimmermann 2013).

1.2 Δικαίωμα στην υγεία

Το 1946, η παγκόσμια οργάνωση υγείας (WHO) κατά την ίδρυση της όρισε την σημασία για την «υγεία για όλους», όπου και αποτελεί ένα από τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα του ανθρώπου. Το δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη χωρίς διακρίσεις αναφέρεται στο άρθρο 35 του καταστατικού χάρτη των Θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπου αναφέρει χαρακτηριστικά: "Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και την ιατρική περίθαλψη σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία και πρακτική". Η ισότιμη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη πρέπει να παρέχεται από την δημιουργία μιας

βάσης για την καλή υγεία όλων των πολιτών, η οποία αποτελεί προϋπόθεση για την συμμετοχή στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή (Waller 2008) . Το άρθρο 21 του καταστατικού χάρτη των θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης απαγορεύει την οποιαδήποτε διάκριση λόγω φυλετικής και κοινωνικής προέλευσης. Τα κράτη θα πρέπει να σεβαστούν και να προστατεύσουν τα ανθρώπινα δικαιώματα στην υγεία, στους νόμους, τις πολιτικές και τα προγράμματα υγείας τους χωρίς διακρίσεις και το άτομο θα μπορεί να απολαμβάνει το υψηλότερο εφικτό επίπεδο φυσικής και ψυχικής υγείας (RedezRaz 2017). Τα δικαιώματα για να εξασφαλιστεί η πρόσβαση σε μια ολοκληρωμένη υγειονομική περίθαλψη σε περίπτωση ασθένειας εξαρτώνται περισσότερο από τις πολιτικές επιλογές. Κύριοι παράγοντες είναι από το πόσο έντονα ένα κράτος και μια κοινωνία ασχολούνται με κοινωνικοπολιτικές δραστηριότητες και μπορούν να παρέχουν τους κατάλληλους πόρους, ώστε να μπορεί πραγματικά να επιτευχθεί καλή υγειονομική περίθαλψη για όλους τους ανθρώπους ανεξάρτητα από το ατομικό τους εισόδημα (Wulf 2016).

Η μέριμνα της Ελλάδας για τη λήψη μέτρων προστασίας της υγείας των πολιτών περιλήφθηκε ως κοινωνικό δικαίωμα στο άρθρο 21 παράγραφος 3. του συντάγματος και το δικαίωμα για την προστασία της υγείας αναφέρεται και στις διεθνείς συμβάσεις και διακηρύξεις. Συγκεκριμένα, το άρθρο 25 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων το 1948 επισημαίνει ότι: «Όλοι έχουν δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο, το οποίο να επαρκεί για την υγεία και ευημερία των ίδιων, όπως και των οικογενειών τους, συμπεριλαμβανομένων της διατροφής, της ένδυσης, της στέγασης, της ιατρικής περίθαλψης και των αναγκαίων κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς επίσης και το δικαίωμα ασφάλειας σε περίπτωση ανεργίας, ασθένειας, ανικανότητας, χηρείας, γήρατος, ή έλλειψης πόρων διαβίωσης εξαιτίας καταστάσεων πέρα από τις δυνατότητές τους» (United Nations Information Centre) .

Το ενδιαφέρον της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία των πολιτών της προβάλλεται από τη λεπτομερή αναφορά, στη δημόσια υγεία, της Συνθήκης του Άμστερνταμ. Η αναφορά στη Δημόσια Υγεία γίνεται σε διάφορα άρθρα της συνθήκης, κυρίως όμως στα άρθρα 3 και 152. Ιδιαίτερα, στο άρθρο 152 (πρώην 129) ορίζεται ότι: «Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Κοινότητας, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου. Η δράση της Κοινότητας, η οποία συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές, αποβλέπει στη βελτίωση της Δημόσιας Υγείας, καθώς και στην πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας σε όλες τις μορφές της και στην αποτροπή των πηγών κινδύνου για την

ανθρώπινη υγεία» (Επίσημη Εφημερίδα αριθμού. C 325 της 24/12/2002 σ. 0100 – 0101 2002 2002).

Στην Γερμανία, οι μετανάστες έχουν το ίδιο δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας όπως και ο γηγενής πληθυσμός. Όλοι οι νομικά ή ιδιωτικά ασφαλισμένοι στη Γερμανία έχουν το ίδιο δικαίωμα για βασική ιατρική περίθαλψη. Στην καθημερινή ζωή, ωστόσο, υπάρχουν σημαντικά ελλείμματα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν τα άτομα χωρίς ασφαλιστική κάλυψη υγείας. Από τα δέκα εκατομμύρια αλλοδαπών που κατοικούν στη Γερμανία στο τέλος του 2016 το ποσοστό των 800.000 ατόμων δεν είχαν και συνεχίζουν έως και σήμερα να έχουν ένα ασφαλές καθεστώς διαμονής, γεγονός που καθιστά ακόμη πιο δύσκολη την πρόσβασή τους στην ιατρική περίθαλψη (FES 2015) . Ορισμένες πόλεις στη Γερμανία μεταξύ αυτών η Φρανκφούρτη και το Ντίσελντορφ έχουν συνειδητοποιήσει πόσο σημαντικό είναι οι μετανάστες ως μέλη της κοινωνίας να έχουν άμεση πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη . Έτσι, δημιούργησαν σημεία επαφής και παρέχουν ειδικές υπηρεσίες προς όλους τους μετανάστες και πρόσφυγες, όπως εμβολιασμούς για τα παιδιά και φροντίδα των εγκύων γυναικών (Knipper & Bilgin 2009) .

Το 2004 η κυβέρνηση όρισε τον νόμο περί : “ Είσοδος και η διαμονή” όπου διέπονται από τις παραγράφους 3-38 . “Νόμος περί μετανάστευσης και ρύθμισης της κατοικίας και την ένταξη των πολιτών της ΕΕ και των αλλοδαπών” έχει ισχύ έως και σήμερα. Η είσοδος και η διαμονή είναι παράνομες εάν η είσοδος αυτή γίνει χωρίς την απαιτούμενη άδεια διαμονής και παραμονής στην χώρα. Το κράτος θεωρεί πως η το ζήτημα της «υγείας» διαδραματίζει πρωταρχικό ρόλο στο θέμα της μετανάστευσης. Συγκρίνοντας τη συχνότητα των ατυχημάτων, μεταξύ των μεταναστών και των ντόπιων φαίνεται ότι οι μετανάστες λόγω της σωματικής τους εργασίας και των ανεπαρκών οδηγιών ασφαλείας φέρουν αυξημένο κίνδυνο ατυχήματος. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια η Γερμανία έχει καταφέρει να ελαττώσει αυτά τα είδος ατυχήματα. Συνεπώς, η μετανάστευση θα πρέπει να ωφελήσει την κοινωνία, να μην την επιβαρύνει ή ακόμη και να μην την βλάψει (Razum & Spallek 2009).

Ο κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με σεβασμό και αξιοπρέπεια. Κανένας δεν πρέπει να υποβληθεί σε ιατρικό πειραματισμό, αναγκαστική ιατρική εξέταση, ή να του δοθεί θεραπεία χωρίς ενημερωμένη συγκατάθεση. Πρέπει όλες οι χώρες να εργαστούν για την καταπολέμηση των ανισοτήτων και των πρακτικών που εισάγουν διακρίσεις, έτσι ώστε όλοι οι άνθρωποι να μπορούν να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου, φυλής, θρησκείας, υγειονομικής κατάστασης,

αναπηρίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, ταυτότητας φύλου ή καθεστώτος μετανάστευσης. Οι σημερινές κυβερνήσεις θα πρέπει να θέσουν και να σχεδιάσουν ένα πλαίσιο αντιμετώπισης του μεταναστευτικού και προσφυγικού ζητήματος, δίνοντας έμφαση όχι στην καταστολή, αλλά στη δημιουργία καλύτερων κέντρων πρώτης υποδοχής μεταναστών και στην αποκέντρωση της κατανομής του αυξημένου προσφυγικού πληθυσμού. Η Ελλάδα και η Γερμανία, ως οι κυριότερες χώρες υποδοχής μεταναστών θα πρέπει να αποτελέσουν σημείο αναφοράς των προοδευτικών ανθρώπων και των αντιρατσιστικών κινημάτων σε όλη την Ευρώπη, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στον σεβασμό των διεθνών κανόνων προστασίας των προσφύγων, αλλά και βάση στα ανθρώπινα δικαιώματα (Λινάρδος-Ρυλμόν 2003).

1.3 Η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας

Λόγω της σημερινής κατάστασης που επικρατεί στις χώρες της Ευρωπαϊκής ένωσης, το θέμα της υγείας των μεταναστών και εθνοτικών μειονοτήτων έχει αυξήσει τη σημασία και τη βαρύτητα αυτού του προβλήματος. Η ισότιμη πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί βασική παράμετρο της ένταξης τους στην ελληνική κοινωνία, της διασφάλισης της δημόσιας υγείας και του σεβασμού του ανθρώπινου δικαιώματος για ισότιμη παροχή φροντίδας υγείας. Τόσο η προκατάληψη όσο και οι διακρίσεις που οδηγούν σε διαφορές μεταξύ κοινωνικών ομάδων ως προς την πρόσβαση σε πόρους και τις ίσες ευκαιρίες στην υγεία είναι άδικες. Η προσοχή της ευρωπαϊκής ένωσης επικεντρώνεται σε ζητήματα, όπως ο φόβος για κατάχρηση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, η επιβάρυνση τα συστήματος υγείας και η εξάπλωση μεταδοτικών ασθενειών από τους μετανάστες (Mata 2016). Παρόλο που, αυτές οι ομάδες ατόμων είναι περισσότερο ευάλωτες σε ασθένειες, κυρίως λόγω της οικονομικής τους κατάστασης, της έλλειψης γνώσεων γύρω από την πρόσβαση στις κατάλληλες υπηρεσίες, του κοινωνικού στίγματος και των διακρίσεων που υφίστανται φαίνεται σε πολλές χώρες ότι οι εθνικές μειονότητες τείνουν να μην χρησιμοποιούν όσο θα έπρεπε τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας (Αναστασόπουλος κ.ά. 2013).

Σύμφωνα με την Κοτσιώνη Ιωάννα έως και το 2009 τα ποσοστά των ανασφάλιστων μεταναστών στην Ελλάδα παρέμειναν ιδιαίτερα υψηλά ακόμα και για αυτούς που κατάφεραν να νομιμοποιήσουν το καθεστώς παραμονής τους. Μέχρι και σήμερα οι ανασφάλιστοι πρέπει να πληρώνουν οι ίδιοι ολόκληρο το ποσό της περίθαλψης, προκαταβάλλοντας το 50% των εξόδων σε περίπτωση νοσηλείας. Το κόστος αυτό όμως μπορεί να είναι πολύ υψηλό για

αρκετούς μετανάστες οι οποίοι ταυτόχρονα δεν δικαιούνται το βιβλιάριο οικονομικής απορίας και αδυνατούν οικονομικά να απευθυνθούν σε ιδιωτικά θεραπευτήρια. Οι αλλοδαποί αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό οικονομική ανασφάλεια από το γηγενή πληθυσμό καθώς τα εισοδήματά τους είναι γενικά χαμηλότερα και το ποσοστό ιδιοκατοίκησης πολύ μικρότερο (Derose et al. 2007).

Στην Γερμανία η πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας δυσκολεύει τους μετανάστες και αυτό λόγω της δυσκολίας που υπάρχει στην επικοινωνία μεταξύ των ανθρώπων και του νοσοκομειακού προσωπικού. Η ψυχική υγεία και η ευημερία των μεταναστών με το πέρασμα του χρόνου ολοένα και κινδυνεύει. Κυριότεροι παράγοντες είναι η οικονομική δυσμενής κατάσταση ζωής που βιώνουν, το εργασιακό άγχος καθώς και η ανεργία που πλήττει τις περισσότερες χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης. Αντιμέτωπη σε αυτό το ζήτημα είναι η επαγγελματική δραστηριότητα με τους ντόπιους μιας και συνδέεται θετικά με τη ψυχολογία των ατόμων. Βοηθούν τους μετανάστες να αποκτήσουν την αυτοπεποίθηση τους και να γίνονται πιο δημιουργικό στον χώρο της εργασίας τους (Kirkcaldy 2006).

Ο αυξημένος κίνδυνος να προσβληθούν από λοιμώδεις νόσους οι μετανάστες οφείλεται στις μεταβολές της οικονομικής τους κατάστασης, στη μειωμένη διαθεσιμότητα και πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας καθώς και στη δυσκολία του συστήματος περίθαλψης της φιλοξενούσας χώρας να αντιμετωπίσει τις ιδιαίτερες αντιλήψεις και πρακτικές υγείας καθεμιάς από τις εθνικές ομάδες μεταναστών (Παπαγεωργίου 2013). Οι άνθρωποι αυτοί έρχονται αντιμέτωποι με όρους όπως ξеноφοβία, εχθρότητα και διάθεση απομόνωσης από τους γηγενείς. Υπόκεινται, δηλαδή σε στιγματισμό και διακρίσεις. Ζουν μέσα σε νομικό κενό στερούμενοι την άδεια παραμονής και δυνατότητα εργασίας, υπό το μόνιμο φάσμα της απέλασης. Η Ελλάδα αντιμετωπίζει την μετανάστευση και δη την παράνομη ως ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας και οφείλει να εγγυάται την ευχερή πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που θα πρέπει απαραίτητως να περιλαμβάνουν μηχανισμούς πρόληψης και ελέγχου των λοιμώξεων. Απαραίτητη κρίνεται η διενέργεια μια σειράς βασικών ιατρικών εξετάσεων καθώς και η εφαρμογή συστηματικού προγράμματος εμβολιασμών, δεδομένου ότι ο εμβολιασμός αποτελεί το απλούστατο και υψηλότερης απόδοσης μέτρο για τον έλεγχο της διάδοσης νόσων (Χατζηγιάκη 2008).

Η αυξανόμενη μεταναστευτική ροή έφερε το σύστημα υγείας αντιμέτωπο με την πρόκληση της ανάπτυξης κατάλληλων υπηρεσιών υγείας για τους μετανάστες. Παρόλο αυτά, δεν έχει δοθεί η απαιτούμενη έμφαση στα εμπόδια και στις προκλήσεις τα οποία αντιμετωπίζουν οι

επαγγελματίες υγείας κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομείο. Για την άμεση περίθαλψη των μεταναστών κρίνεται απαραίτητη η εφαρμογή ορθών πρακτικών, με πόρους και άμεση κατάρτιση του προσωπικού (Τριγώνη κ.ά. 2017).

Η αδυναμία απόκτησης ασφάλισης υγείας αποτελεί ένα εμπόδιο για την προγεννητική βέλτιστη φροντίδα. Για την παροχή των υπηρεσιών υγείας ο ασθενής πρέπει πρώτα να έχει τα κατάλληλα έγγραφα με τις απαραίτητες πληροφορίες που χρειάζονται. Αυτές περιλαμβάνουν την βεβαίωση μόνιμης κατοικίας και το ετήσιο εισόδημα. Ακόμη και όταν οι ασθενείς εθνικών μειονοτήτων είναι επιλέξιμες για κράτος και κρατική χρηματοδότηση, εξακολουθεί να υπάρχει ο κίνδυνος ότι μπορεί να μην είναι πλήρως εξοικειωμένος με τους κανόνες και την έννοια της επιλεξιμότητας στο συγκεκριμένο πλαίσιο (Scheppers et al. 2006).

Οι μετανάστες σε διαφορετικές χώρες υποδοχής στο Δυτικό κόσμο κυρίως έρχονται αντιμέτωποι με μια σειρά παραγόντων που δυσχεραίνουν την πρόσβαση και υποβαθμίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών στις δομές υγείας. Οι παράγοντες αυτοί είναι τέσσερις: η γλωσσική επάρκεια, η ενημέρωση και η εξοικείωση με τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας, η ύπαρξη ασφάλισης υγείας και ο φόβος αντιμετώπισης συμπεριφορών διάκρισης από την πλευρά του προσωπικού των δομών υγείας (Vallin 2002).

- Πρώτος παράγοντας είναι ο βαθμός κατανόησης και χρήσης της γλώσσας της χώρας υποδοχής. Συχνά οι μετανάστες παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα κατανόησης και ομιλίας της κυρίαρχης γλώσσας, στη χώρα υποδοχής και χαμηλότερα ποσοστά πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας από ότι μετανάστες με καλή κατανόηση της επίσημης γλώσσας. Οι δυσκολίες στην χρήση της επικοινωνίας όσον αφορά τη γλώσσα, τους κώδικες δεοντολογίας επηρεάζουν άμεσα την υγεία των μεταναστών, αφού μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα σωματικών και συναισθηματικών ασθενειών. Το ίδιο ισχύει και με το τι βίωσαν τα άτομα αυτά, όπως την φτώχεια, την ανεργία και τον πόλεμο στην χώρα καταγωγής τους. Επιπλέον οι μετανάστες συχνά οδηγούνται σε αδυναμία περιγραφής των συμπτωμάτων και των ενοχλήσεων που βιώνουν, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η σωστή και ακριβής διάγνωση της ασθένειας. Ειδικότερα, η απουσία διερμηνέων στα δημόσια νοσοκομεία αλλά και στα κέντρα διοικητικής κράτησης και σε άλλες δομές που απευθύνονται σε μετανάστες περιορίζει ακόμα περισσότερο τη δυνατότητα του ιατρικού προσωπικού να διασφαλίσει την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχει σε αλλοδαπούς. Είναι απαραίτητο να καταβληθούν συστηματικές προσπάθειες για τη βελτίωση της γνώσης

των μεταναστών, γεγονός που θα τους δώσει τη δυνατότητα για αποτελεσματικότερη και συχνότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Μπουλούτζα 2015).

- Δεύτερος παράγοντας αποτελεί η έλλειψη πληροφόρησης των κρατικών υπηρεσιών σχετικά με το νομικό καθεστώς και τα δικαιώματα των αλλοδαπών και η πολυπλοκότητα των συστημάτων υγείας. Οι μετανάστες δεν γνωρίζουν τις διαδικασίες τις οποίες θα πρέπει να ακολουθήσουν σε περίπτωση νοσήματος, πέραν από της επίσκεψης τους στο τμήμα των επειγόντων του νοσοκομείου. Ως συνέπεια ,παρατηρείται ολοένα και αυξανόμενος πληθυσμός στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των δημόσιων νοσοκομείων με επιπτώσεις τόσο στην εξυπηρέτηση των μεταναστών όσο και στην ποιότητα των υπηρεσιών τις οποίες λαμβάνουν.
- Τρίτος παράγοντας είναι η ιατρική ασφάλεια και το κόστος των υπηρεσιών υγείας το οποίο καλούνται να πληρώσουν οι μετανάστες, όπου οδηγεί στην αποφυγή των μεταναστών της χρήσης των υπηρεσιών υγείας .Στην Ελλάδα, και στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες η χρήση των υπηρεσιών υγείας καλύπτεται εν μέρει από την ασφάλιση του ασθενούς. Σε περίπτωση μη ασφαλισμένων ασθενών τότε θα πρέπει οι ίδιοι να καλύψουν το συνολικό κόστος των υπηρεσιών που θα λάβουν .Το κόστος της μετανάστευσης δεν επιβαρύνει μόνο τους μετανάστες αλλά και την πατρίδα τους, γιατί η μετανάστευση φαίνεται ότι μεν ενισχύει προσωρινά το ισοζύγιο των πληρωμών και αμβλύνει κάπως το πρόβλημα της ανεργίας αλλά και στερεί τη χώρα από το ενεργό ανθρώπινο δυναμικό και αυτό επιδρά αρνητικά στην οικονομική κατάσταση της χώρας (Αθανασοπούλου κ.ά. 2013).
- Τελευταίος παράγοντας είναι ότι οι μετανάστες και οι δε πρόσφυγες λόγω των τραυματικών εμπειριών που διακατέχονται αισθάνονται σαν ξένοι και έρχονται αντιμέτωποι με την κοινωνική απαξίωση, τη φτώχεια, την ανασφάλεια και τον φόβο σχετικά με τη παραμονή τους στην χώρα προέλευσης αλλά συχνά και με ρατσιστικές συμπεριφορές από τους γηγενείς. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην επιθυμούν την παροχή φροντίδας από το προσωπικό ή να οδηγούνται σε υπηρεσίες υγείας όταν η κατάσταση τους κρίνεται ιδιαίτερα επικίνδυνη και το κόστος περίθαλψης είναι τελικά υψηλό (Padilla 2017).
- Γενικά, ένα μικρό ποσοστό μεταναστών φαίνεται να μην έχει κάποιο είδος ιατρικής περίθαλψης και να βρίσκεται χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής στην χώρα υποδοχής. Τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Γερμανία υπάρχουν αρκετά εμπόδια πρόσβασης στην πληροφόρηση αναφορικά με την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μιας και αρκετοί

μετανάστες δεν έχουν καμία γνώση περί δικαιώματος χρήσης των υπηρεσιών η απουσία εξειδικευμένου προσωπικού και δομών δεν διευκολύνει το διοικητικό και ιατρικό προσωπικό να ανταπεξέλθει στις ιδιαίτερες ανάγκες των αλλοδαπών ασθενών που προκύπτουν λόγω της γλώσσας, της διαφορετικής κουλτούρας αλλά και ψυχοκοινωνικών δεδομένων που τους χαρακτηρίζουν. Η νομιμότητα της παραμονής στη χώρα και η πρόσβαση σε θεμελιακά κοινωνικά δικαιώματα ανάμεσα στα οποία και το δικαίωμα στην υγεία ή στην κοινωνική ασφάλιση καθορίζονται από τη μεταναστευτική πολιτική κάθε χώρας. Δυστυχώς, η ελληνική μεταναστευτική πολιτική έχει σοβαρές επιπτώσεις στη μέχρι τώρα κοινωνικοπολιτική ένταξη των μεταναστών. Επιπτώσεις που επιδεινώνονται από τη δημοσιονομική κρίση, την σταδιακή κατάρρευση του κοινωνικού κράτους και την έξαρση των ρατσιστικών φαινομένων (Mata 2016).

1.4 Δικαίωμα χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες

Η χρήση των υπηρεσιών υγείας ορίζεται ως η διαδικασία αναζήτησης επαγγελματικής υγειονομικής περίθαλψης και η υποβολή της στην εφαρμογή τακτικών υπηρεσιών υγείας με σκοπό την πρόληψη ή την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας. Η απόφαση για την χρήση υπηρεσιών υγείας είναι ατομική επιλογή. Οι επιλογές αυτές συχνά διαμορφώνονται κυρίως στο κοινωνικό πλαίσιο μέσω πολιτιστικών, κοινωνικών και οικογενειακών δεσμών (Γκαζόν 2005). Πολλές εθνικές μειονότητες προσπαθούν πρώτα να λύσουν προβλήματα υγείας μόνοι τους ή με την βοήθεια της οικογένειας του ή των φίλων τους. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια παρατηρούνται παράνομες και παράτυπες διαδικασίες χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες και πρόσφυγες σε βάρος των γηγενών φορολογούμενων (Marquardt et al. 2016).

Επιπλέον, εντοπίστηκαν πλαστά βιβλιάρια οικονομικής αδυναμίας καθώς και βιβλιάρια ασφαλιστικών φορέων με τα οποία παρέχεται δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική περίθαλψη. Στα περισσότερα κράτη, παρέχεται δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη στους ομογενείς και στους υπηκόους των χωρών του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη, στους οποίους έχει χορηγηθεί βιβλιάριο οικονομικής αδυναμίας. Η δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη δεν δίνεται σε άλλες κατηγορίες αλλοδαπών όπου προσκομίζεται πλαστό ή ότι έχει εκδοθεί παράνομο έγγραφο. Ακόμη και στους αλλοδαπούς, οι οποίοι βρίσκονται προσωρινά στην χώρα υποδοχής, δεν παρέχεται η δωρεάν περίθαλψη ακόμη και στην περίπτωση ενός επείγοντος περιστατικού, εκτός αν το άτομο προέρχεται από

τις χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης. Για την εξάλειψη όλων αυτών των φαινομένων παράνομης παροχής δωρεάν ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης σε ασθενείς που δεν νομιμοποιούνται να την λαμβάνουν θα πρέπει να δοθούν οδηγίες για την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης σε κάθε κατηγορία αλλοδαπών (Scheppers et al. 2006).

Στην Ελλάδα οι μετανάστες όπου ζουν παράνομα στην χώρα ή τα άτομα όπου δεν έχουν τα απαραίτητα έγγραφα δεν έχουν κανένα δικαίωμα της χρήσης των δημοσίων υπηρεσιών υγείας. Το 2001 ο μεταναστευτικός νόμος Ν. 2910/2001 έδωσε ίσα δικαιώματα με αυτά των Ελλήνων στους αλλοδαπούς πολίτες που κατοικούν νόμιμα στη χώρα, όσον αφορά στην εθνική ασφάλιση και κοινωνική προστασία. Οι περισσότεροι μετανάστες καλύπτονται από τον ασφαλιστικό φορέα Ι.Κ.Α. και οι παροχές που δικαιούται ο ασφαλισμένος και τα εξαρτώμενα μέλη της οικογένειάς του είναι ίδιες με αυτές των Ελλήνων ασφαλισμένων. Για παράδειγμα, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, νοσοκομειακή περίθαλψη, επίδομα ασθενείας, ατυχήματος, μητρότητας και σύνταξη. Αναλυτικά, οι μετανάστες που διαμένουν στη χώρα με άδεια παραμονής και έχουν στη κατοχή τους τα απαραίτητα έγγραφα έχουν το δικαίωμα στην πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και έχουν βιβλιάριο υγείας, το οποίο εκδίδεται από τον ασφαλιστικό φορέα στο οποίο είναι εγγεγραμμένοι.

Από την άλλη πλευρά, οι μετανάστες και οι πρόσφυγες που ζουν παράνομα στην χώρα και δεν έχουν στην κατοχή τους κάποιο ταξιδιωτικό έγγραφο όπως ο διαβατήριο σύμφωνα με το άρθρο 84/Ν.3386/2005 δεν έχουν πρόσβαση σε καμία υπηρεσία υγείας. Αντίστοιχα, οι Έλληνες ομογενείς έχουν την δυνατότητα πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και μπορούν να πάρουν το επίδομα πρόνοιας και το άτομο που είναι ασφαλισμένο ή παίρνει επίδομα πρόνοιας μπορεί να καλύψει και τα υπόλοιπα εξαρτώμενα μέλη της οικογένειας (Γαλάνης κ.α 2012). Μια άλλη κατηγορία είναι οι παλιννοστούντες από τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης και οι ομογενείς από την Αλβανία που έχουν τα ίδια δικαιώματα με τους Έλληνες πολίτες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Τέλος, οι πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο μετά την έκδοση της προσφυγικής ταυτότητας και της κάρτας αίτησης ασύλου και για όσο χρονικό διάστημα βρίσκονται σε ισχύ, κατέχουν τα ίδια δικαιώματα με τους Έλληνες πολίτες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και στην φαρμακευτική περίθαλψη. Σε περίπτωση που είναι ανασφάλιστοι ή έχουν μικρό εισόδημα δικαιούνται δωρεάν πρόσβαση σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια περίθαλψη και φαρμακευτική κάλυψη (Norredam et al 2005).

Το ομοσπονδιακό υπουργείο υγείας της Γερμανίας υποστηρίζει την υγειονομική περίθαλψη των μεταναστών και των προσφύγων με πολυάριθμα μέτρα. Το δικαίωμα στην υγεία αποτελεί

θεμελιώδες κοινωνικό δικαίωμα στην Γερμανία και ο ορισμός του δικαιώματος "υγεία" αναγράφεται στο άρθρο 12 του διεθνούς συμφώνου για τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτικά Δικαιώματα των Ηνωμένων Εθνών, όπου επικυρώθηκε το 1996 από 27 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το 2008, στην 61η παγκόσμια συνέλευση υγείας στη Γενεύη, ψηφίστηκε ο νόμος WHA61.17 περί υγείας των μεταναστών που υιοθετήθηκε αργότερα το 2004 από τα 16 ομοσπονδιακά κράτη της Γερμανίας βελτιώνοντας έτσι τα κενά στην παροχή των ιατρικών υπηρεσιών (Bundesministerium für Gesundheit 2016) . Τον Ιούνιο του 2006, το Κοινοβούλιο της Γερμανίας αποφάσισε την ίση μεταχείριση και ισότιμη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη από όλους τους μετανάστες ενώ οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα πως είναι θεμελιώδους σημασία η ενασχόληση με την υγεία των μεταναστών, προκειμένου να παρέχουν το υψηλότερο επίπεδο υγείας και ευεξίας για καθέναν από αυτούς.

Στην Γερμανία όλοι οι μετανάστες που βρίσκονται σε μια κρίσιμη κατάσταση και χρήζουν επείγουσα περίθαλψη έχουν το κάθε νόμιμο δικαίωμα στην ιατρική περίθαλψη. Ωστόσο, για την χρήση των υπηρεσιών υγείας όπως για παράδειγμα η αγορά φαρμάκων και ένα ραντεβού με τον γιατρό σε δημόσιο νοσοκομείο είναι απαραίτητα έγγραφα όπως μια βεβαίωση μόνιμης διαμονής ή παρατεταμένης διαμονής πάνω από ένα ορισμένο χρονικό διάστημα. Για τους μετανάστες, όπου δεν έχουν τα απαραίτητα έγγραφα υποχρεούνται να καλύψουν οι ίδιοι την κάλυψη των εξόδων τους. Ωστόσο, υπάρχουν και εξαιρέσεις . Μεταξύ αυτών , οι πρόσφυγες που αιτούνται πολιτικό άσυλο, οι έγκυες γυναίκες , τα ανήλικα τεκνά, τα άτομα που πάσχουν από χρόνιες και ψυχικές διαταραχές.

Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με τα άρθρα 24 και άρθρο 12 παράγραφος 2 της σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών θα πρέπει να παρέχονται δωρεάν υπηρεσίες παροχής φροντίδας σε όλες τις έγκυες γυναίκες και ανήλικα τεκνά και να γίνεται η προσπάθεια να εξαλείφονται μορφές διακρίσεις εις βάρος των γυναικών και των παιδιών. Ωστόσο, οι νομικοί ισχυρισμοί των εγκύων και των μητέρων διαφέρουν ως προς την ιατρική φροντίδα στα διάφορα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι γυναίκες έχουν την ίδια πρόσβαση με τους υπηκόους στην υγειονομική περίθαλψη και οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν γενική και εξειδικευμένη προ- και μεταγεννητική περίθαλψη. Επίσης, έχουν πρόσβαση σε σημαντικές έρευνες στο πλαίσιο της προγεννητικής φροντίδας και της παροχής συμβουλών και υποστήριξης στον τομέα του οικογενειακού προγραμματισμού (Aichele 2009) . Μέχρι και σήμερα, Πιο αναλυτικά, το υπουργείο υγείας της Γερμανίας έχει καταφέρει και έχει προωθήσει μια δίκαιη πρόσβαση στην προαγωγή της υγείας, την πρόληψη και την πρόληψη ασθενειών μεταναστών, με την

επιφύλαξη των εθνικών νόμων και πρακτικών, χωρίς διακρίσεις λόγω φύλου, ηλικία, θρησκεία, εθνικότητα ή φυλή. Η σημασία τους δικαιώματος υγείας και της περίθαλψης για τις ομάδες μεταναστών είναι αμφιλεγόμενες. Αρκετοί, επισημαίνουν την ιδιαιτερότητα της ομάδας αυτής ως κριτήριο επιτυχίας, ενώ αντίστοιχα οι επικριτές υποστηρίζουν ότι ένα ευρύ φάσμα ειδικών υπηρεσιών υγείας δεν είναι οικονομικά προσιτό προς το κράτος (Frewer & Bielefeldt 2016) .

Οι παράγοντες που καθορίζουν την χρήση των υπηρεσιών υγείας χωρίζονται σε 3 μεγάλες κατηγορίες :δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά και δομικά δεδομένα . Ωστόσο, εξαιτίας της αυξανόμενης εισροής μεταναστών και προσφύγων των τελευταίων χρόνων που συντελείται κυρίως στις ευρωπαϊκές χώρες , αποτελεί άμεση ανάγκη η λήψη μέτρων για τη διασφάλιση της υγείας των ανθρώπων αυτών καθώς και της δημόσιας υγείας του γηγενή πληθυσμού (Τερζούδης κ.ά. 2017) .

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αναφέρονται στα ατομικά χαρακτηριστικά , όπως είναι η ηλικία και το φύλο του ατόμου. Τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά αναφέρονται στο εισόδημα και στη κοινωνική θέση που κατέχει το άτομο στην κοινωνία. Τέλος , τα δομικά συνδέονται άμεσα με την οργάνωση και την χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας και το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης . Η προσπάθεια συλλογής στοιχείων χρήσης των νοσηλευτικών υπηρεσιών από μετανάστες σε νοσοκομεία προσκρούει στην αρχή προστασίας προσωπικών δεδομένων, κατοχυρωμένη και για τα πρόσωπα αυτά από την νομοθεσία. Η υποδοχή των προσφύγων και των μεταναστών αποτελεί προτεραιότητα για όλα τα κράτη και η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην πρόσβαση και στην χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι μείζονος σημασίας και θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψιν (Σιάμπος 2003).

1.5 Μεταναστευτική πολιτική

1.5.1 Νομοθετήματα Ελλάδας

- Ο πρώτος νόμος στην Ελλάδα περί μετανάστευσης θεσπίστηκε το 1991 (ν.1975/1991), όπου η χώρα έπρεπε να αντιμετωπίσει τη μεγάλη εισροή μεταναστών από την Ανατολική Ευρώπη και η πολιτική της ήταν αμυντική και αποτρεπτική. Οι περισσότερες διατάξεις του ν.1975/1991 καταργήθηκαν από τον μεταγενέστερο νόμο ν.2910/2001, όπου προσπάθησε να ρυθμίσει ζητήματα κοινωνικής ένταξης των

μεταναστών με ενδιαφέρον σε συγκεκριμένους τομείς, όπως την υγεία, εργασία, οικογενειακή κατάσταση, παιδεία, χωρίς όμως να καταφέρει να παρουσιάσει μια ολοκληρωμένη μεταναστευτική πολιτική (Βασιλούνη 2008). Ωστόσο, οι διατάξεις που αφορούσαν τα θέματα εισόδου και παραμονής αλλοδαπών στην ελληνική επικράτεια, κτήση της ελληνικής ιθαγένειας με πολιτογράφηση ρυθμίστηκαν με νεότερες διατάξεις νεότερων νόμων και συγκεκριμένα με τον νόμο ν.3386/2005 και ν.4251/2014. Με το νόμο 3386/2005 προσπάθησε να ορίσει δικαιώματα και υποχρεώσεις των υπηκόων τρίτων χωρών, ωστόσο ο κοινωνικός έλεγχος διατηρήθηκε. Τέλος, θεσπίστηκε ο νόμος 4251/2014 περί διέλευσης συνόρων υπηκόων τρίτων χωρών (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας 1991,2001,2005,2014).

1.5.2 Νομοθετήματα Γερμανίας

- Το 1991 εκδόθηκε από την ομοσπονδιακή βουλή ο νέος νόμος για την μετανάστευση, όπου μπορεί να απλοποιεί τις διαδικασίες για την άδεια διαμονής και παραμονής στην χώρα αλλά οι απαιτήσεις από το γερμανικό κράτος παρέμειναν ιδιαίτερα υψηλές. Ουσιαστικά, ο νόμος πήρε τη βασική δομή της παλιάς νομικής κατάστασης απλά η μεταρρύθμιση του σε διάφορα σημεία οδήγησε σε σημαντικές αλλαγές και απλοποιήσεις .
- Από το 2002 λόγω των τρομοκρατικών επιθέσεων στην Ουάσιγκτον και τη Νέα Υόρκη η Γερμανία οδηγήθηκε στην έκδοση αυστηρότερων νόμων περί μόνιμης διαμονής στην χώρα με αποτέλεσμα να καταργηθούν όλοι οι παλιοί νόμοι περί μετανάστευσης. Το 2004 δημοσιεύθηκε στις 5 Αυγούστου στην Ομοσπονδιακή Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (BGBI 1950) ένας νόμος με αυστηρότερα κριτήρια εισόδου στην χώρα και την αναγκαστική εκμάθηση της γερμανικής γλώσσας σε όλους τους μετανάστες , ο οποίος και τέθηκε σε ισχύ την 1η Ιανουαρίου 2005. Ο νόμος αυτός εισήγαγε μια συνολική μεταρρύθμιση όλων των διατάξεων της πολιτικής μετανάστευσης και ένταξης, καθώς και του δικαιώματος διαμονής στην Γερμανία από άτομα με μεταναστευτικό υπόβαθρο.
- Πρόκειται για έναν νόμο περί άρθρων, ο οποίος άλλαξε αφενός αρκετούς ήδη υπάρχοντες κανονισμούς και αφετέρου δημιούργησε δύο εντελώς νέους νόμους. Τα δύο πρώτα άρθρα του νόμου που ήρθαν σε ισχύ στην χώρα το 2005 είχαν ως επίκεντρο αρχικά τη διαμονή, την αμειβόμενη απασχόληση και την ένταξη των αλλοδαπών στην

ομοσπονδιακή επικράτεια και περιέχει τις κρίσιμες αλλαγές της μετανάστευσης του 2001-2004. Το άρθρο 2 του νόμου αποτελούνταν από τον νόμο για την ελεύθερη κυκλοφορία των πολιτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης στους οποίους χορηγούνται ιδιαίτερα εκτεταμένα δικαιώματα διαμονής στο πλαίσιο της ελεύθερης κυκλοφορίας των προσώπων εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο νέος νόμος για τον έλεγχο και τον περιορισμό της μετανάστευσης και για τη ρύθμιση της κατοικίας και της ένταξης των πολιτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των αλλοδαπών οδήγησε σε αρκετές αλλαγές που αφορούσαν τον νόμο για την ιθαγένεια και τις διατάξεις για την παροχή ασύλου. Εν τω μεταξύ, ο νόμος αυτός τροποποιήθηκε σε μεμονωμένες διατάξεις από τον νόμο του 2007 όπου η Βουλή ενέκρινε τη μεταρρύθμιση του νόμου περί μετανάστευσης μεταξύ άλλων και του δικαίου του ασύλου με οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Bundesgesetzblatt 2004).

- Στις 27 Απριλίου 2012, η Ομοσπονδιακή βουλή ενέκρινε το νόμο για την χορήγηση της "μπλε" κάρτα που έδωσε το δικαίωμα σε όλους τους μετανάστες να παραμείνουν και να εργαστούν στην χώρα έχοντας τα ίδια δικαιώματα με τον γηγενή πληθυσμό. Την 1η Ιουλίου 2013 τέθηκε σε ισχύ ένα νέο διάταγμα για την απασχόληση των μεταναστών, αντικαθιστώντας όλα τα προηγούμενα διατάγματα για την απασχόληση των μεταναστών και των προσφύγων (Bundesgesetzblatt 2016). Στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της 18ης Οκτωβρίου 2018, τα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης έθεσαν ένα άλλο μείζον ζήτημα για μια ολοκληρωμένη και αυξημένη δράση κατά των δικτύων λαθρεμπορίου. Το 2018 στις 29 Νοεμβρίου η Ομοσπονδιακή βουλή της χώρας με το αίτημα που είχαν κάνει οι εξής κοινοβουλευτικές ομάδες CDU/CSU και SPD ψήφισε θετικά με 372 ψήφους περί ασφαλής και ρυθμιζόμενης καλύτερης μετανάστευσης (Sauer & Ette 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Μεθοδολογία της Έρευνας

2.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Σύμφωνα με την Δαρβίρη (2009) η μεθοδολογία της έρευνας αναφέρεται στην διαδικασία και ερευνητική προσπάθεια εύρεσης και επιλογής κατάλληλων μεθόδων και εργαλείων, προκειμένου να μελετηθεί το υπό εξέταση φαινόμενο ή πρόβλημα . Θεωρείται επιστημονική μόνο στην περίπτωση που εξασφαλίζονται και αξιοποιούνται τα κατάλληλα μέσα και υλικά με επιστημονική μεθοδολογία κατά τον σχεδιασμό και την διεξαγωγή της.

Πιο αναλυτικά, η μεθοδολογία της έρευνας αναφέρεται στις παραμέτρους της ερευνητικής προσπάθειας του ερευνητή, οι οποίες αφορούν στις γενικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις, στις τεχνικές, στα μέσα, στα υλικά και στις διαδικασίες που θα επιλέξει για τη διεξαγωγή της έρευνας του (Δημητρόπουλος 2004).

Σύμφωνα με την Παρασκευοπούλου (1993) μέθοδος είναι μια διαδικασία διανοητικών χειρισμών, η οποία περιλαμβάνει τρόπους οργάνωσης μιας έρευνας οι οποίοι είναι άλλοτε σχετικά ελεύθεροι και άλλοτε άκαμπτοι. Η μέθοδος έχει άλλοτε σαν σκοπό την εύρεση ενός επεξηγηματικού πλαισίου για ένα φαινόμενο. Είναι ένα ιδιαίτερο σύστημα σκέψης και λύσης προβλημάτων. Θεμελιώδη συστατικά στοιχεία της είναι ότι αποσκοπεί στη γενίκευση και διατυπώνει γενικές αρχές και απαιτείται η επαλήθευση της από τα εμπειρικά δεδομένα.

Η έννοια που χρήζει επίσης ορισμό είναι αυτή της έρευνας για την καλύτερη κατανόηση της διαδικασίας. Ως έρευνα νοείται η συστηματική διαδικασία κατά την οποία επιτυγχάνεται η απαιτούμενη συλλογή δεδομένων και η ακριβής ανάλυση πληροφοριών, με σκοπό να αυξηθεί ο βαθμός κατανόησης , επί ενός ή περισσότερων θεμάτων ή φαινομένων. Σκοπός της έρευνας είναι η επισκόπηση της γνώσης, η καινοτομία ,η περιγραφή ενός φαινομένου ή κάποιου θέματος και η ερμηνεία , η οποία βασίζεται στη δυνατότητα της γενίκευσης και στη διατύπωση επιστημονικών νόμων (Orna & Graham 1998).

Οι ανισότητες στην υγεία αποτελούν ένα σύνθετο κοινωνικό πρόβλημα , που παραμένει διαχρονικά επίκαιρο. Η παρούσα ποσοτική έρευνα πραγματοποιήθηκε τους μήνες Οκτώβριο του 2018 έως και τον Ιούλιο του 2019 και είχε ως στόχο τον προσδιορισμό, την καταγραφή και την ανάλυση περιορισμών στην πρόσβαση και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τον μεταναστευτικό πληθυσμό στην Ελλάδα και στην Γερμανία αλλά και τη σημασία των εννοιών αυτών. Η αναζήτηση της ελληνικής και της διεθνούς εγχώριας βιβλιογραφίας έδειξε ότι οι

έρευνες σχετιζόμενες με το θέμα παρουσίαζαν λόγω της υψηλής κινητικότητας πληθυσμών καθώς και τα υψηλά ποσοστά ανεργίας που καταγράφονται στην Ευρώπη τα τελευταία χρόνια να συνδέονται άμεσα με τα εμπόδια και τις δυσκολίες πρόσβασης των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας.

Τα βασικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας είναι:

- Αν οι μετανάστες κάνουν χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών υγείας και με ποιο τρόπο.
- Αν οι μετανάστες αντιμετωπίζουν εμπόδια όσον αφορά την πρόσβαση και την χρήση των υπηρεσιών υγείας και ποια είναι τα εμπόδια αυτά.
- Πως αξιολογούν το επίπεδο υγείας τους και πόσο ικανοποιημένοι είναι από την χρήση των υπηρεσιών υγείας τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Γερμανία.
- Ποιο είναι το επιδημιολογικό προφίλ και τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά των ατόμων με μεταναστευτικό υπόβαθρο.

2.2 Σχεδιασμός

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας ήταν ποσοτική. Ο όρος ποσοτική έρευνα συνίσταται στη συστηματική συλλογή αριθμητικών δεδομένων και πληροφοριών, τα οποία αναλύονται αξιοποιώντας συγκεκριμένες στατιστικές δοκιμασίες, προκειμένου να εξηγηθούν τα υπό μελέτη φαινόμενα. Επιπρόσθετα, αναφέρεται στη αντικειμενική, συστηματική διαδικασία η οποία περιγράφει, ελέγχει σχέσεις και εξετάζει την σχέση αιτίας και αποτελέσματος, μεταξύ διαφόρων μεταβλητών (Brannen 1992).

Το κύριο χαρακτηριστικό της ερευνητικής μεθόδου είναι ότι η λύση στο ερευνητικό πρόβλημα βασίζεται μόνο στα εμπειρικά δεδομένα. Ο καθορισμός της ερευνητικής στρατηγικής αποτελεί το κύριο μέλημα για τη συλλογή των απαιτούμενων εμπειρικών δεδομένων. Στο στάδιο του καθορισμού του "σχεδίου" της έρευνας υπάρχουν σημαντικά μεθοδολογικά θέματα, τα οποία θα κρίνουν κατά πόσον είναι εφικτή η πραγματοποίηση της έρευνας, την αξιοπιστία καθώς και την εγκυρότητα των δεδομένων.

Τα κύρια χαρακτηριστικά ποσοτικών μεθόδων έρευνας είναι:

- Αποτελεί μια σταθερή και δύσκαμπτη μορφή, όπου επιτρέπει τη σύνδεση δύο ή περισσότερων χαρακτηριστικών για μεγάλο αριθμό περιπτώσεων.
- Γενικά, αναδεικνύει τάσεις, επιτρέποντας την έρευνα να πραγματοποιηθεί σε ένα μεγάλο δείγμα και δομείται σε πλέγμα μεταβλητών, δηλαδή σε χαρακτηριστικά που διαφοροποιούνται στις περιπτώσεις που περιλαμβάνονται στο δείγμα.
- Τα χαρακτηριστικά σχετίζονται με σκοπό την εύρεση γενικών τάσεων και συνεπώς την επαλήθευση των θεωρητικών υποθέσεων/ ερωτημάτων.
- Επικεντρώνεται στη μέτρηση θεωρητικών εννοιών μέσω εργαλείων όπως το τυποποιημένο ερωτηματολόγιο.
- Τέλος, προσδιορίζονται εμπειρικά με κατάλληλους δείκτες και επικεντρώνονται συνήθως σε πολύ συγκεκριμένα ερωτήματα που μεταφράζονται στη σύνδεση συγκεκριμένων μεταβλητών (Kothari 2004).

Η επιτυχής πραγματοποίηση της έρευνας συχνά δεν είναι εφικτή. Για αυτό τον λόγο μπορεί να χρησιμοποιηθούν πληροφορίες αναφορικά με την ανάθεση από ένα δείγμα του υπό μελέτη πληθυσμού και όχι από το σύνολο του. Στα πλεονεκτήματα αυτού του τύπου μελέτης περιλαμβάνονται:

- η διάραση μέσα σε λιγότερα γνωστά προβλήματα
- η παροχή βασικών δεδομένων που επικουρούν το σχεδιασμό ευρύτερων μελετών
- η ερμηνεία κοινωνικών και ψυχολογικών διεργασιών
- η παροχή περιγραφικών ευρημάτων για επεξήγηση γενικευμένων στατιστικών ευρημάτων

Αντίστοιχα, στα κύρια μειονεκτήματα εντάσσεται το γεγονός ότι δεν επιτρέπουν την γενίκευση των αποτελεσμάτων, είναι χρονοβόρες και υπεισέρχεται ο υποκειμενικός παράγοντας (Δαρβίρη 2009).

Για την διεξαγωγή μιας ποσοτικής έρευνας απαιτούνται ορισμένα ερευνητικά στάδια όπως είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση, η δημιουργία και διατύπωση μιας υπόθεσης ή θεωρίας που πρόκειται να ελεγχθεί, ο σχεδιασμός έρευνας για τον έλεγχο της υπόθεσης ή της θεωρίας όπως είναι η δημιουργία ενός ερωτηματολογίου, η διεξαγωγή της έρευνας, η ανάλυση των αποτελεσμάτων, η εξέταση εναλλακτικών εξηγήσεων για τα ευρήματα, η αναφορά κατά πόσον η υπόθεση ή θεωρία υποστηρίζεται και τέλος η εξέταση της δυνατότητας γενίκευσης των ευρημάτων (Bell et al. 2019) .

Για την συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση για να ληφθούν δεδομένα για την σύνταξη και καταγραφή της ερευνητικής εργασίας. Η αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας ελληνικής, αγγλικής και γερμανικής βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων όπως Google Scholar, Heal-Link, Sciencedirect, Pubmed, Scopus, Cinahl, Cochrane Library το χρονικό διάστημα από τον Οκτώβριο του 2018 έως και τον Απρίλη του 2019. Ως λέξεις κλειδιά χρησιμοποιήθηκαν: health access, health care insurance, immigration status, προσβασιμότητα, μετανάστες, Gesundheitsdienste, Ausländer, Einstellung σε όλους τους δυνατούς συνδυασμούς.

Τα αποτελέσματα της αναζήτησης ήταν κυρίως ερευνητικά άρθρα που αφορούν την προσβασιμότητα και την χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες σε ολόκληρο τον κόσμο. Στην βιβλιογραφική ανασκόπηση τέθηκαν περιορισμοί όπως για παράδειγμα συγκεκριμένα χρονικά όρια για τα άρθρα καθώς και η πλειοψηφία αυτών να είναι δημοσιευμένα σε αξιόπιστες διαδικτυακές πλατφόρμες. Σε κάθε πηγή μελετήθηκαν οι βιβλιογραφικές παραπομπές για τον εντοπισμό επιμέρους δεδομένων. Συνολικά, τα αποτελέσματα των άρθρων που εντόπισα ήταν περίπου 450 άρθρα σε κάθε βάση δεδομένων. Από αυτά, μόνο τα 107 άρθρα κάλυπταν το θέμα της συγκεκριμένης εργασίας. Τα κριτήρια αποκλεισμού των άρθρων περιλάμβαναν: α) περιλήψεις που δεν καλύπτουν το θέμα της συγκεκριμένης εργασίας, β) χρονολογία μεγαλύτερης της δεκαετίας (1976) και γ) δεν παρείχαν αρκετές πληροφορίες για την συγγραφή τους, για παράδειγμα το όνομα συγγραφέα.

2.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με την χρήση της ποσοτικής μεθόδου, όπου το μέσο συλλογής δεδομένων ήταν το ερωτηματολόγιο. Η σύνταξη του ερωτηματολογίου αποτελεί ένα μέσο συλλογής των στατιστικών πληροφοριών μιας και αποτελεί υψίστης σημασίας γιατί από τα συγκεντρωμένα στοιχεία που περιέχονται στο ερωτηματολόγιο θα εξαρτηθεί άμεσα και το αποτέλεσμα της έρευνας.

Σύμφωνα με τους Vannette και Krosnick (2017) το ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα σύνολο γραπτών ερωτήσεων με τις οποίες ο ερευνητής απευθύνεται ομοιόμορφα στα υποκείμενα της έρευνας για τη συλλογή ερευνητικών πληροφοριών που σχετίζονται με την άποψη, τη γνώμη τους ή την αντίληψή τους για ένα πρόβλημα ή ένα θέμα.

Η συγκρότηση του ερωτηματολογίου είναι από τα πολύ βασικά κομμάτια της έρευνας. Τα βήματα κατασκευής ενός ερωτηματολογίου σύμφωνα με την Patten (2016) είναι:

- Προσδιορισμός της έρευνας. Ο ερευνητής θα πρέπει να ορίσει τα θέματα που θα διερευνηθούν και ποια είναι τα ερευνητικά ζητήματα.
- Σύνταξη του ερωτηματολογίου αλλά και καθορισμός των ερωτήσεων. Οι ερωτήσεις θα πρέπει να διέπονται από λογική σειρά και τάξη. Ο ερευνητής θα πρέπει να επιλέξει τον τύπο των ερωτήσεων (ανοιχτές, κλειστές, συνδυασμός) και το λεξιλόγιο που θα χρησιμοποιηθεί. Ο αριθμός και ο τύπος των ερωτήσεων εξαρτάται κυρίως από τον τρόπο συλλογής δεδομένων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, σε έρευνες που διεξάγονται μέσω ταχυδρομικών ερωτηματολογίων περιλαμβάνεται μία συνοδευτική επιστολή που αναφέρει τους στόχους της έρευνας και ενθαρρύνει τους ερωτώμενους να συμμετάσχουν.
- Δομή του ερωτηματολογίου, η οποία αποτελεί καθοριστική σημασία για την επιτυχία μιας στατιστικής έρευνας.
- Τελική μορφή του ερωτηματολογίου (τύπος ,δομή, περιεχόμενο, τρόπος συμπλήρωσης).
- Ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Το ερωτηματολόγιο ουσιαστικά αποτελεί ένα μέσο επικοινωνίας μεταξύ του ερευνητή και των ερωτώμενων. Είναι ένα έντυπο, που περιλαμβάνει μια σειρά δομημένων ερωτήσεων, στις οποίες ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει γραπτά και με μία συγκεκριμένη σειρά. Με τα ερωτηματολόγια συλλέγονται δεδομένα ζητώντας από ανθρώπους να απαντήσουν στο ίδιο ακριβώς σύνολο ερωτήσεων. Χρησιμοποιούνται συνήθως στα πλαίσια μιας ερευνητικής στρατηγικής, προκειμένου να συλλεχθούν περιγραφικά και επεξηγηματικά, δεδομένα για απόψεις, συμπεριφορές, χαρακτηριστικά και στάσεις. Τα κυριότερα πλεονεκτήματα ενός "καλού" ερωτηματολογίου είναι (Λαγουμιντζής κ.ά. 2015) :

- Να είναι όσο το δυνατόν πιο σύντομο. Τα μεγάλα ερωτηματολόγια δημιουργούν αίσθημα αποθάρρυνσης και κούρασης των ερωτώμενων. Αυξάνουν το κόστος της έρευνας και λόγω των αρνήσεων ελαττώνουν την ποιότητα (Κιοχός 1997).
- Να είναι εύκολο στην απάντηση και στην κατανόηση.
- Τα διάφορα ερωτήματα να έχουν μια λογική ακολουθία.
- Να είναι δυνατή η επεξεργασία των στοιχείων.

- Να έχει κατάλληλη δομή, σαφήνεια και συνοχή. Συγγενή ερωτήματα πρέπει να εμφανίζονται στο ερωτηματολόγιο ομαδοποιημένα και να ερωτώνται μαζί.
- Να περιλαμβάνει βασικές οδηγίες συμπλήρωσης και εννοιολογικές επεξηγήσεις.
- Να περιέχει ένα πρόλογο με εννοιολογικές επεξηγήσεις και ευχαριστίες, ώστε να ολοκληρώνει την αρτιότητα της εμφάνισης ενός ερωτηματολογίου.

Τα κυριότερα πλεονεκτήματα των ερωτηματολογίων είναι:

- Επιτυγχάνεται η συλλογή πολυπληθών παρατηρήσεων και πληροφοριών σε πολύ σύντομο χρόνο. Σε σχέση με άλλα όργανα συλλογής πληροφοριών, είναι ελάχιστα δαπανηρό σε χρόνο, χρήμα και κόπο.
- Μπορούν να αποσταλούν σε μεγάλο αριθμό ανθρώπων.
- Οι ερωτώμενοι μπορούν να εκφραστούν ελεύθερα (έλλειψη άμεσης επικοινωνίας).
- Ο ερευνητής δεν μπορεί να επηρεάσει τις απαντήσεις.
- Επιτρέπει την αποτελεσματική μελέτη προβλημάτων, τα οποία θα απαιτούσαν πολυάριθμες και μακροχρόνιες παρατηρήσεις (Rowley 2014).

Ωστόσο, τα κύρια μειονεκτήματα των ερωτηματολογίων είναι:

- Ο ερευνητής δεν είναι σε θέση να αποσαφηνίσει τις ερωτήσεις ανοιχτού τύπου,
- Υποχρεώνει τον ερωτηθέντα να απαντήσει με έναν συγκεκριμένο τρόπο (Rowley 2014).

Αναφορικά με το περιεχόμενο των ερωτημάτων, θα πρέπει να δοθεί μεγάλη προσοχή στα παρακάτω:

- Εάν ο πληθυσμός που θα αποτελέσει το δείγμα θα έχει τις γνώσεις, έτσι ώστε να είναι κατάλληλος να απαντήσει.
- Τη θέληση του ατόμου. Συνήθως αποφεύγονται ερωτήσεις που προκαλούν έντονη κοινωνική αντίδραση.

Υπάρχουν ορισμένες αρχές σχετικά με την διατύπωση των ερωτήσεων. Κάποιες από τις ερωτήσεις αυτές είναι (Κιόχος 1997):

- Απλότητα της γλώσσας. Ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού διαθέτει την βασική εκπαίδευση καθώς και ένα ποσοστό είναι αναλφάβητοι.

- Σαφήνεια: Τα ερωτήματα πρέπει να είναι απλά διατυπωμένα, να αποφεύγονται τυχόν ασάφειες.
- Αποφυγή ερωτήσεων που οδηγούν σε αποκρύψεις ή που προκαλούν ψυχολογικές αντιδράσεις καθώς και κατευθυνόμενων ερωτήσεων, όπου έχει ως στόχο να οδηγήσει τον ερωτώμενο σε επιθυμητή απάντηση.
- Για τα ερωτήματα, που χρειάζονται περιορισμένη απάντηση πρέπει να γίνεται "προκωδικοποίηση", για να διευκολύνεται η επεξεργασία του ερωτηματολογίου.
- Τέλος, κατά την διεξαγωγή του ερωτηματολογίου, πρέπει να δίνονται συνοπτικές οδηγίες, οι οποίες να διευκολύνουν τους ερευνώμενους να κατανοήσουν τι ακριβώς ζητείται.

Για την πραγματοποίηση της έρευνας δόθηκε ένα ερωτηματολόγιο στην ελληνική αλλά και στην γερμανική γλώσσα, το οποίο ήταν καταχωρημένο στο Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών και δημιουργημένο από διδακτορικό υποψήφιο, ο οποίος χρησιμοποίησε την διεθνή και την εγχώρια βιβλιογραφία. Ωστόσο, με την επιμέλεια του Δρ. Μπακάλη Νικόλαου, έγιναν ορισμένες διορθώσεις έτσι ώστε το ερωτηματολόγιο να γίνει πιο εύκολο κατανοητό από τους μετανάστες. Το ερωτηματολόγιο στη συγκεκριμένη έρευνα περιλαμβάνει δύο μέρη. Πιο αναλυτικά, στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου υπήρχε το ενημερωτικό φύλλο, δηλαδή πληροφορίες σχετικά με την κατασκευή του ερωτηματολογίου και οδηγίες για το πώς θα συμπληρωθεί από τους ερωτηθέντες όπως για παράδειγμα σε ορισμένες ερωτήσεις ήταν δυνατόν μόνο μια επιλογή. Στην παρούσα σελίδα διευκρινίστηκε στους μετανάστες πως για οποιαδήποτε πληροφορία ή απορία των ερωτήσεων ήμασταν στην διάθεση τους οποιαδήποτε στιγμή. Επίσης, το ενημερωτικό φύλλο περιείχε στοιχεία εμπιστευτικότητας, δηλαδή οι απαντήσεις των μεταναστών ήταν απόρρητες καθώς και η συμμετοχή τους εθελοντική.

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου έγιναν συνολικά 30 ερωτήσεις στους μετανάστες με σκοπό να διαπιστωθεί η υγεία τους, δηλαδή εάν έχουν ποτέ υποστεί κάποιο τραυματισμό ή εάν έχουν "υποφέρει" από κάποια ασθένεια και τι έκαναν σε αυτές τις περιπτώσεις. Επιπροσθέτως, έγιναν ερωτήσεις σχετικά με την πρόσβαση και την χρήση τους στις διάφορες υπηρεσίες υγείας και τι είδος προβλήματα αντιμετώπισαν εκεί. Έπειτα ρωτήθηκαν κατά πόσο γνωρίζουν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, όπως τα νοσοκομεία και εάν γνωρίζουν τα δικαιώματά τους. Τέλος, στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου υπήρχαν και 11 ερωτήσεις που αφορούσαν τα δημογραφικά στοιχεία όπως: ηλικία, φύλο, χώρα γεννήσεως, τόπο μόνιμης κατοικίας, λόγοι προς την μετανάστευση, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο και μηνιαίο

εισόδημα. Ο λόγος που έγιναν αυτές οι ερωτήσεις ήταν για να εξεταστεί αν οι παράγοντες αυτοί συνδέονται με την μετανάστευση προς κάποια άλλη χώρα.

Οι περισσότερες ερωτήσεις ήταν κλειστού τύπου, όπου οι ερωτώμενοι είχαν την δυνατότητα να επιλέξουν μόνο μία απάντηση. Αυτές, οι ερωτήσεις κλειστού τύπου εμφανίζουν τα εξής πλεονεκτήματα:

- Είναι γρήγορες καθώς απαιτούν λίγο χρόνο και τα συλλεγόμενα δεδομένα είναι εύκολα επεξεργάσιμα.
- Αποσπών συγκεκριμένες πληροφορίες επομένως και οι απαντήσεις κωδικοποιούνται ευκολότερα.

Ωστόσο, τα μειονεκτήματα αυτών των ερωτήσεων είναι:

- Υπάρχει η πιθανότητα οι απαντήσεις να είναι ατελείς, μπορεί να είναι παραπλανητικές και ίσως γενικότερα να εκνευρίσουν το χρήστη.
- Δεν δίνεται η δυνατότητα στον ερωτηθέντα να εκφράσει την προσωπική, μοναδική, απρόσμενη απάντησή του.

Στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο υπήρχαν και μερικές ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, όπου οι μετανάστες μπορούσαν να επιλέξουν περισσότερες από μία απαντήσεις. Στο ερωτηματολόγιο υπήρξε μια διάταξη ερωτήσεων, όπου αρχικά, τοποθετήθηκαν ερωτήσεις που ήταν συγκεντρωμένες σε ενότητες και στο τέλος οι ερωτήσεις στοιχείων, όπως ήταν η ηλικία, το φύλο κλπ. Όλες οι ερωτήσεις ήταν διατυπωμένες με σαφήνεια και με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να γίνουν κατανοητές από όλους τους ερωτώμενους. Καμία από τις ερωτήσεις δεν περιείχε λέξεις σπάνιες και δύσκολες.

Στο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκαν κυρίως κλίμακες απαντήσεων. Συνολικά, 14 ερωτήσεις είχαν κλίμακα απαντήσεων “ναι”, “όχι”, “δεν απαντώ” και 6 ερωτήσεις είχαν κλίμακα απαντήσεων “καμία”, “1-5 φορές”, “περισσότερες από 6 φορές”. Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου όλες οι ερωτήσεις ήταν κλειστού τύπου. Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στην αξιοπιστία και στην εγκυρότητα του ερωτηματολογίου. Ο κάθε ερευνητής όταν μελετά μια έρευνα οφείλει να δώσει ιδιαίτερη έμφαση στην αξιοπιστία και στην εγκυρότητα του οργάνου μέτρησης της μελέτης. Γενικά, η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των οργάνων μέτρησης είναι καθοριστική για την εξασφάλιση ορθών αποτελεσμάτων από τη διεξαγωγή μιας έρευνας.

Σύμφωνα με τους Νακάκης και Ουζούνη (2011) η αξιοπιστία αναφέρεται στη συνέπεια μέσω της επαναληπτικότητας και της αναπαραγωγιμότητας μιας σειράς μετρήσεων που οδηγούν στο ίδιο αποτέλεσμα, στη συνοχή και στην ομοιογένεια ενός εργαλείου μέτρησης αλλά και στο βαθμό που είναι απαλλαγμένο από το τυχαίο σφάλμα.

Όταν σε μια μέτρηση δεν υπάρχει τυχαίο σφάλμα, τότε η μέτρηση λέγεται ότι έχει αξιοπιστία, ακρίβεια και συνέπεια. Η παρουσία τυχαίου σφάλματος καθιστά τη μέτρηση μη αξιόπιστη, ανακριβή. Η επανάληψη της μέτρησης είναι απαραίτητη για τη διαπίστωση των τυχαίων σφαλμάτων. Η εκτίμηση της αξιοπιστίας γίνεται με τον έλεγχο, την αξιοπιστία εναλλακτικών τύπων, την αξιοπιστία των ημίκλαστων ή ημίσεων, την εσωτερική συνοχή, τις μετρήσεις του ίδιου παρατηρητή και τις μετρήσεις μεταξύ παρατηρητών. Η υψηλή αξιοπιστία ενός εργαλείου μέτρησης συνδέεται με την ελαχιστοποίηση του τυχαίου σφάλματος ενώ ένα εργαλείο μέτρησης θεωρείται αξιόπιστο όταν σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις σε ίδιο δείγμα και σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, εμφανίζει σταθερά τα ίδια αποτελέσματα, εκτός εάν έχει συμβεί μια σημαντική αλλαγή μεταξύ των μετρήσεων (Sapsford 2007).

Η δοκιμασία Cronbach alpha ,όπου το α είναι ο δείκτης αξιοπιστίας, είναι ο συχνά χρησιμοποιούμενος δείκτης αξιοπιστίας στις έρευνες κοινωνικών επιστημών. Ο δείκτης Cronbach's α (alpha) ή αλλιώς δείκτης εσωτερικής συνάφειας ανεβαίνει καθώς αυξάνεται η μέση συσχέτιση. Ο υπολογισμός του Cronbach's α γίνεται με χρήση υπολογιστή με ειδικό λογισμικό στατιστικής επεξεργασίας όπως το IBM SPSS (Houser et al. 2008) .

Οι ενδεικτικές τιμές αξιοπιστίας είναι:

- <0.6 η κλίμακα είναι μη αξιόπιστη
- 0.6 το ελάχιστο αποδεκτό όριο
- 0.7 επαρκές αλλά όχι καλό
- 0.8 καλύτερο
- 0.95 πολύ υψηλή αξιοπιστία

Αντίστοιχα, οι παράγοντες που μειώνουν την αξιοπιστία είναι : λάθη στη συμπλήρωση του τεστ, οδηγίες που δεν είναι ακριβείς και ξεκάθαρες, μεταβολές στις συνθήκες, σφάλμα που, οφείλεται στους συμμετέχοντες και χαμηλή εγκυρότητα όψης. Αντίστοιχα, στα πιθανά προβλήματα της δοκιμασίας Cronbach alpha είναι : το μικρό μέγεθος του δείγματος (<200) αλλά και η χρήση μη κατάλληλων δειγμάτων (Beavers et al. 2013).

Η συγκεκριμένη έρευνα έδειξε στοιχεία αξιοπιστίας με Cronbach alpha (α)=0,77

Από την άλλη πλευρά, η εγκυρότητα εξετάζει πόσο πραγματική είναι μια σχέση μεταξύ της έννοιας και των δεικτών. Στην ποσοτική έρευνα μερικά σημεία που αποφασίζουν τον βαθμό εγκυρότητας πρέπει να εξεταστούν με ιδιαίτερη προσοχή.

Σε ένα ερωτηματολόγιο η εγκυρότητα αφορά στο βαθμό στον οποίο το ερωτηματολόγιο μετρά την έννοια ή τη μεταβλητή την οποία διατείνεται ότι μετρά. Η εγκυρότητα συνδέεται άμεσα με την ύπαρξη του συστηματικού σφάλματος και η αύξηση της συνεπάγεται τη μείωση του συστηματικού σφάλματος. Το συστηματικό σφάλμα είναι η διαφορά μεταξύ της πραγματικής τιμής και της τιμής που μετράται εμπειρικά. Στην περίπτωση του συστηματικού σφάλματος απαιτείται είτε η γνώση της πραγματικής τιμής είτε η ύπαρξη μιας μεθόδου που θεωρείται ότι μετρά την πραγματική τιμή. Ανάλογα με τον τρόπο προσέγγισης που επιλέγεται να εκτιμηθεί η εγκυρότητα ενός εργαλείου μέτρησης χρησιμοποιούνται διαφορετικοί τύποι εγκυρότητας όπως: περιεχομένου, όψης, συντρέχουσα-προβλεπτική και εννοιολογικής κατασκευής (Γαλάνης 2013) .

Στην έρευνα χρειάζεται να αναφερθούν τα είδη αξιοπιστίας και οι τύποι εγκυρότητας που έχουν υποστηρίξει το εργαλείο μέτρησης σε περίπτωση ανακοίνωσης ή δημοσίευσης της συγκεκριμένης ερευνητικής μελέτης. Τα αποτελέσματα τέτοιων ερευνών αποτελούν σοβαρές ενδείξεις που θεωρούνται τεκμηριωμένες και μπορούν να αξιοποιηθούν κατάλληλα (Kimberlin & Winterstein 2008) . Όταν δεν αναφέρεται η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των οργάνων μέτρησης, τα αποτελέσματα μιας έρευνας είναι αποδεκτά με επιφύλαξη και η μελέτη παρουσιάζει πολλούς περιορισμούς ως προς την ορθότητα των αποτελεσμάτων της. Το ερωτηματολόγιο ήταν αρχικά στην ελληνική γλώσσα και μετέπειτα μεταφράστηκε στα γερμανικά από καθηγητή γερμανικής φιλολογίας για να ελεγχθεί καλύτερα ο βαθμός συμφωνίας με την πρωτότυπη έκδοση και έτσι προέκυψε η τελική μορφή του ερωτηματολογίου.

2.4 Διαδικασία

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου , το οποίο κατασκευάστηκε με βάση διεθνούς και εγχώριας βιβλιογραφίας και αποτελείται από 30 ερωτήσεις και 11 δημογραφικά στοιχεία. Δημιουργήθηκε ηλεκτρονική πλατφόρμα στο διαδίκτυο λόγω της άμεσης και της εύκολης επεξεργασίας της καταφέραμε και συλλέξαμε δείγματα , από άτομα που κατοικούν στην Ελλάδα και στην Γερμανία με μεταναστευτικό

υπόβαθρο. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε μέσω της πλατφόρμας Google Docs , όπου και έγινε η επιλογή των ερωτήσεων, η καταγραφή αυτών και η επιλογή του κατάλληλου τύπου απάντησης για κάθε ερώτηση. Όλες οι ερωτήσεις ήταν απαιτούμενες να απαντηθούν καθώς ο επισκέπτης έπρεπε οπωσδήποτε να απαντήσει όλες τις ερωτήσεις για να ολοκληρώσει το ερωτηματολόγιο και να καταχωρηθεί η απάντησή του. Μοιράστηκαν 202 ερωτηματολόγια από τα οποία τα 101 ήταν στην ελληνική γλώσσα σε ελληνόφωνους πολίτες και τα υπόλοιπα 101 στην γερμανική γλώσσα σε πολίτες της Γερμανίας. Στην Ελλάδα τα 28 ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από φίλους και ομοεθνείς που διαμένουν στην Ελλάδα με τα απαραίτητα έγγραφα ενώ στην Γερμανία τα 37 ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από φίλους και συναδέλφους που διαμένουν μόνιμα στην χώρα και ήταν χειρόγραφα. Η διάρκεια συμπλήρωσης των χειρόγραφων ερωτηματολογίων διαρκούσε κατά μέσο όρο 10 λεπτά. Κατά την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων σε μετανάστες στην Ελλάδα και αντίστοιχα στην Γερμανία στο ερώτημα που αναφέρεται εάν έχουν χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους γηγενείς υπήρξε μεγάλο ποσοστό θετικής απάντησης. Επίσης, στο ερώτημα “Υπήρξε η περίπτωση στην οποία χρειαστήκατε φάρμακα αλλά δεν μπορούσατε να τα λάβετε;” πολλοί ανέφεραν ότι τα φάρμακα που χρειαζόντουσαν δεν τα έλαβαν ποτέ. Αλλαγές στο ερωτηματολόγιο σχετικά με το περιεχόμενο και την δομή δεν έγιναν αλλά δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην πολιτιστική απόδοση στην γερμανική γλώσσα, προς αποφυγή παρερμηνειών.

Αρχικά, στείλαμε στην Ελλάδα στον σύλλογο "Αλβανική νεολαία στην Ελλάδα" καθώς και στο "Ελληνικό φόρουμ μεταναστών" προσκλήσεις για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και περιμέναμε μέσω της εθελοντικής προσφοράς των μελών των συλλόγων να συγκεντρωθεί ο απαραίτητος αριθμός συμμετεχόντων. Η Αλβανική κοινότητά στην Ελλάδα, είναι ένας από τους 25 συλλόγους στην Ελλάδα με περισσότερα από 2000 μέλη και έχει ως στόχο να παρέχει υπηρεσίες ενημέρωσης και ψυχαγωγίας για τις εξελίξεις στην Ελλάδα , στην Αλβανία και στο κόσμο. Είναι μια δυναμική ομάδα που απευθύνεται στην αλβανική κοινότητα στην Ελλάδα και ειδικά στην αλβανική νεολαία . Επίσης σκοπός της είναι η δημιουργία επικοινωνίας μεταξύ των ατόμων με αλβανική καταγωγή. Από την άλλη πλευρά το Ελληνικό Φόρουμ Μεταναστών είναι ένα δίκτυο μεταναστευτικών οργανώσεων και κοινοτήτων στην Ελλάδα, το οποίο ιδρύθηκε το Σεπτέμβριο του 2002 και τα μέλη του φτάνουν μέχρι και σήμερα περί τις 40 συλλογικότητες .Σκοπός του συλλόγου είναι η δημιουργία μιας κοινωνίας, στην οποία οι μετανάστες θα μπορούν να έχουν ίσα δικαιώματα, να απολαμβάνουν δίκαιη μεταχείριση, να συνδιαλέγονται και να συμπορεύονται με τους Έλληνες με

αλληλοσεβασμό, καθιστώντας την διαφορετικότητα πηγή ανάπτυξης και προόδου για όλους. Στην Γερμανία αντίστοιχα στάλθηκε πρόσκληση στο σύλλογο “Hilfe von Mensch zu Mensch” , ένα αναγνωρισμένο οργανισμό που δίνει βοήθεια στους μετανάστες που διαμένουν στην Άνω Βαυαρία. Συνολικά, στον σύλλογο είναι εγγεγραμμένοι περισσότερα από 2500 μέλη, ενώ υπάρχουν 70 εθελοντές και 40 διαφορετικές γλώσσες. Η ομάδα του μη κερδοσκοπικού αυτού σωματείου εργάζεται καθημερινά για να κάνει την κοινωνία πιο ανθρώπινη και ανοιχτή. Ο σύλλογος χρησιμοποιεί τη συλλογική δύναμη της διεθνούς ομάδας για να πετύχουν μια θετική συνύπαρξη μεταξύ των Γερμανών και των μεταναστών στην χώρα. Δραστηριοποιείται σε θέματα που αφορούν την ένταξη ,τις νομικές συμβουλές , την εκπαίδευση καθώς και τη συμμετοχή στον κοινωνικό τομέα. Το έργο της οργάνωσης βασίζεται σε μια ολιστική άποψη της ανθρωπότητας και των διεθνών ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Στο ερωτηματολόγιο επεξηγούσαμε πλήρως τον σκοπό της έρευνας δηλαδή πόσο σημαντική κρίνεται η πρόσβαση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες. Επιπλέον, πριν την έναρξη συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, οι ερωτώμενοι μπορούσαν να διαβάσουν το ενημερωτικό φύλλο, το οποίο βρισκόταν στη πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου, όπου εξηγούσαμε με πλήρως σαφήνεια το σκοπό της έρευνας και ότι η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική καθώς και οι απαντήσεις θα κρατηθούν αυστηρά απόρρητες.

Οι συμμετέχοντες είχαν μάλιστα την δυνατότητα να εκφράσουν τυχόν απορίες τους και να ζητήσουν περαιτέρω διασαφηνίσεις μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας καθώς και να υποβάλλουν οποιαδήποτε απορία τους ή σχόλια μέσω της πλατφόρμας. Οι απαντήσεις των ερωτηματολογίων παρέμεναν αποθηκευμένες στην ηλεκτρονική φόρμα και παρείχαν την δυνατότητα επεξεργασίας μέσω των ειδικών εφαρμογών. Ωστόσο, κατά την διάρκεια της συμπλήρωσης δεν έγιναν ερωτήσεις από τα άτομα που απάντησαν τα ερωτηματολόγια μέσω της ηλεκτρονικής πλατφόρμας στο διαδίκτυο.

2.5 Δείγμα

Δειγματοληψία είναι η απογραφή ορισμένων συγκεκριμένων χαρακτηριστικών ενός τμήματος του πληθυσμού. Το τμήμα του πληθυσμού που απογράφεται ονομάζεται δείγμα. Σκοπός των δειγματοληπτικών ερευνών είναι ο προσδιορισμός των ιδιοτήτων του πληθυσμού μελετώντας απογραφικά τα στοιχεία του δείγματος. Η συνέπεια της επέκτασης των συμπερασμάτων που προέρχονται από τη μελέτη των χαρακτηριστικών του δείγματος, σε ολόκληρο τον πληθυσμό,

εξαρτάται από τη μέθοδο δειγματοληψίας. Αξίζει να σημειωθεί, πως οι εκτιμήσεις των δειγματοληψιών δεν δίνουν ακριβείς τιμές αλλά προσεγγίσεις για το σύνολο του πληθυσμού (Martin & Flowerdew 2013).

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η δειγματοληψία ευκολίας ή αλλιώς περιστασιακή λόγω έλλειψης χρόνου καθώς και οικονομικών πόρων. Αποτελεί μια από τις πιο ευρέως ικανοποιητικές μεθόδους δειγματοληψίας. Η δειγματοληψία χρησιμοποιείται σε πολλά γενικά πλαίσια διαφορετικά από τη δειγματοληπτική έρευνα. Η δειγματοληψία ευκολίας ενέχει την επιλογή των πλησιέστερων και πιο εύκαιρων ατόμων ως διακρινόμενων. Στα πλεονεκτήματα της εντάσσονται το ιδιαίτερο χαμηλό κόστος διεξαγωγής και ο μειωμένος χρόνος απόκτησης των απαραίτητων στοιχείων. Είναι χρήσιμη ιδιαίτερα σε πιλοτικές έρευνες. Ένα βασικό μειονέκτημα αυτής της δειγματοληψίας είναι η περιορισμένη δυνατότητα ελέγχου μεροληπτικών απαντήσεων (Nardi 2018).

Το μέγεθος του δείγματος σε μια έρευνα τυπικά αναφέρεται στον αριθμό των μονάδων που επιλέχθηκαν από εκείνα που συλλέχθηκαν και ο καθορισμός του μεγέθους του δείγματος είναι ένα μόνο μέρος που καθορίζει τον σχεδιασμό της έρευνας. Όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα τόσο καλύτερα αντιπροσωπεύει τον πληθυσμό. Το μεγάλο μέγεθος ωστόσο, δεν είναι ικανό να εγγυηθεί την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Σημασία έχει η σύνθεση του δείγματος, δηλαδή να αντιπροσωπεύονται σε αυτό όλα τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού. Εάν υπάρχει ανομοιογένεια στον πληθυσμό, απαιτείται μεγαλύτερο δείγμα. Στην παρούσα έρευνα το συνολικό δείγμα ήταν ($n=202$) άνθρωποι, οι οποίοι ($n=101$) κατοικούν μόνιμα σε περιοχές στην Ελλάδα, όπως στους νόμους Μεσσηνίας, Αττικής, Θεσσαλονίκης, Χανίων και Δράμας ενώ στην Γερμανία ($n=101$) και συγκεκριμένα από άτομα που κατοικούν μόνο σε περιοχές της Άνω Βαυαρίας και έχουν αντίστοιχα μεταναστευτικό υπόβαθρο.

2.6 Στατιστική ανάλυση

Στη συγκεκριμένη έρευνα έγινε η καταμέτρηση των συλλεχθέντων ερωτηματολογίων, τα οποία συμπληρώθηκαν από μετανάστες που διαμένουν μόνιμα στην Ελλάδα και στην Γερμανία. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα SPSS, όπου τηρήθηκαν κάποια κύρια στάδια κατά την επεξεργασία αυτών των δεδομένων. Αρχικά, έγινε η επεξεργασία, η καταμέτρηση των συγκεντρωμένων στοιχείων από τα ερωτηματολόγια καθώς και ο έλεγχος τους για τυχόν μη συμπληρωμένες, απαντήσεις. Μετέπειτα, ακολούθησε η δημιουργία μιας

ηλεκτρονικής βάσης, όπου έγινε η αποθήκευση των δεδομένων και τέλος με την χρήση του πακέτου SPSS έγινε η επεξεργασία των δεδομένων.

Εφαρμόσαμε περιγραφική στατιστική , διότι επιτρέπει τη λεπτομερή μελέτη, οργάνωση και παρουσίαση των δεδομένων. Η περιγραφική στατιστική ασχολείται με τη συνοπτική και αποτελεσματική παρουσίαση των δεδομένων μιας στατιστικής έρευνας. Ουσιαστικά, περιγράφονται τα διάφορα στατιστικά στοιχεία μετά από συλλογή και ταξινόμηση κατά ομάδες των στατιστικών δεδομένων τα οποία ακολούθως παρουσιάζονται υπό μορφή ανάλυσης σε πίνακες, διαγράμματα με χαρακτηριστικές τιμές, ή ιδιότητες . Όμως, με την μέθοδο αυτή δεν επιτρέπονται γενικεύσεις, όμως μπορούν να διεξαχθούν περιγραφικά συμπεράσματα με την αξιοποίηση κατάλληλων μεθόδων, τα οποία αφορούν μόνο στο υπό μελέτη φαινόμενο ή πληθυσμό (Marshall & Fisher 2008)

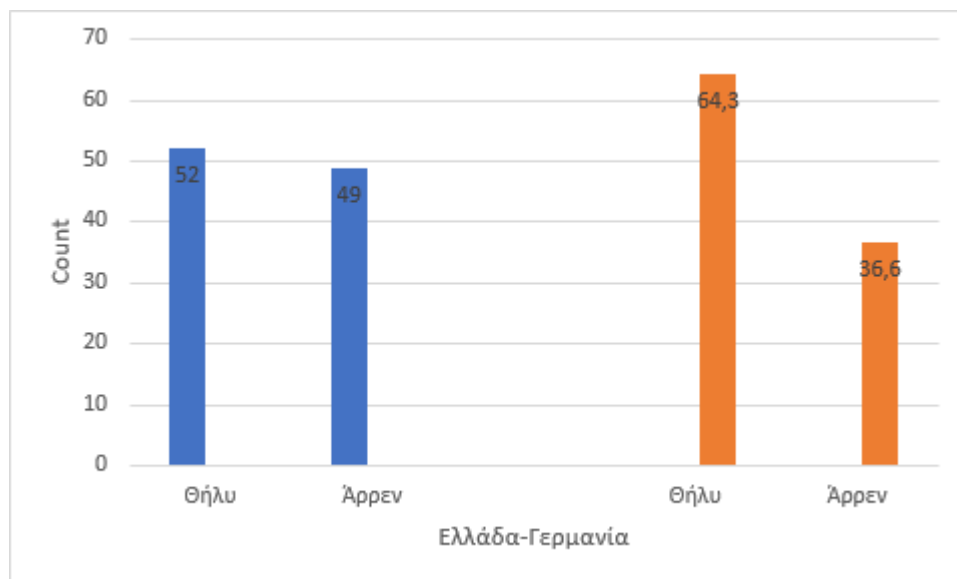
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Αποτελέσματα Έρευνας

Ανάλυση των αποτελεσμάτων

Για την διεξαγωγή της έρευνας κατασκευάστηκαν 202 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν ισόποσα και στις δύο χώρες (Ελλάδα και Γερμανία), τα οποία απαντήθηκαν και συγκεντρώθηκαν με δείκτη ανταπόκρισης 100%. Λόγω έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων το δείγμα που επιλέχθηκε ήταν μικρό αλλά ικανό για να δώσει μια πρώτη εικόνα για τα επίπεδα της πρόσβασης και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες στις δύο αυτές Ευρωπαϊκές χώρες.

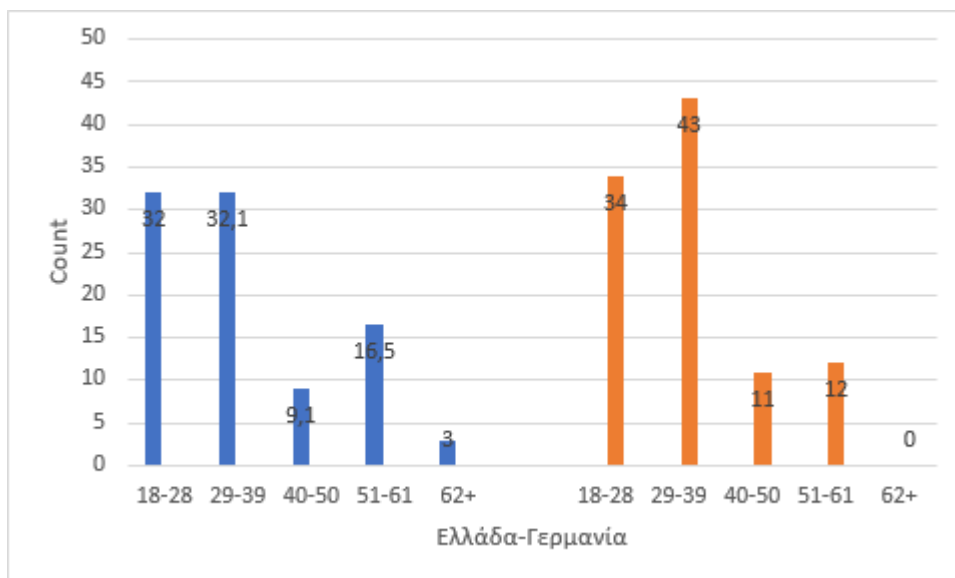
3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Γράφημα 3.1: Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με το φύλο



Το 52% των συμμετεχόντων στην Ελλάδα είναι γυναίκες και το 48% άντρες, ενώ στην Γερμανία το 63,4% είναι γυναίκες και το 36,6% άντρες.

Γράφημα 3.2: Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με την ηλικία σε κάθε χώρα



Η πλειοψηφία των πολιτών που συμμετείχαν στην έρευνα, κυμαίνεται σε ηλικία από 18-28 το 32% στην Ελλάδα και το 34% στην Γερμανία και από 29-39 το 32,1% και το 43% αντίστοιχα.

Πίνακας 3.1: Οι χώρες καταγωγής των μεταναστών στην Ελλάδα

Ελλάδα	
Χώρα Καταγωγής	Percent
Αλβανία	51,8 %
Γεωργία	10,4%
Ιράν	5,2%
Μαρόκο	7,3%
Ρουμανία	7,3%
Τουρκία	9,4%
Total	91,4%

Στην Ελλάδα, οι χώρες καταγωγής των περισσότερων μεταναστών ήταν η Αλβανία (51,8%) και η Γεωργία (10,4%).

Πίνακας 3.2: Οι χώρες καταγωγής των μεταναστών στην Γερμανία

Γερμανία	
Χώρα Καταγωγής	Percent
Αλβανία	4%
Βοσνία-Ερζεγοβίνη	12%
Ελλάδα	26%
Ισπανία	6%
Κροατία	10%
Μαρόκο	9%
Σερβία	8%
Τουρκία	14%

Φιλιππίνες	11%
Total	100%

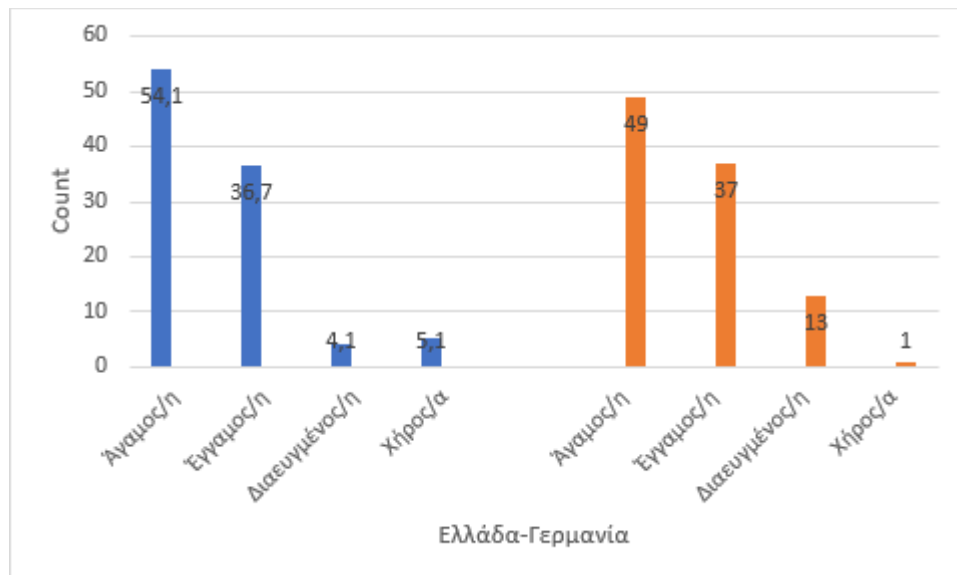
Στην Γερμανία οι περισσότεροι μετανάστες που διαμένουν μόνιμα στη χώρα προέρχονται από την Ελλάδα με ποσοστό 26% και από την Τουρκία με ποσοστό 14%.

Πίνακας 3.3: Δημογραφικά στοιχεία σχετικά με τα χρόνια παραμονής στις δύο χώρες

Χρονικό διάστημα	Χώρα	
	Ελλάδα	Γερμανία
Από την γέννηση	8%	17%
1-12 μήνες	20%	26%
1-10 έτη	27%	14%
11-20 έτη	20%	12%
21-30 έτη	25%	31%
Total	100%	100%

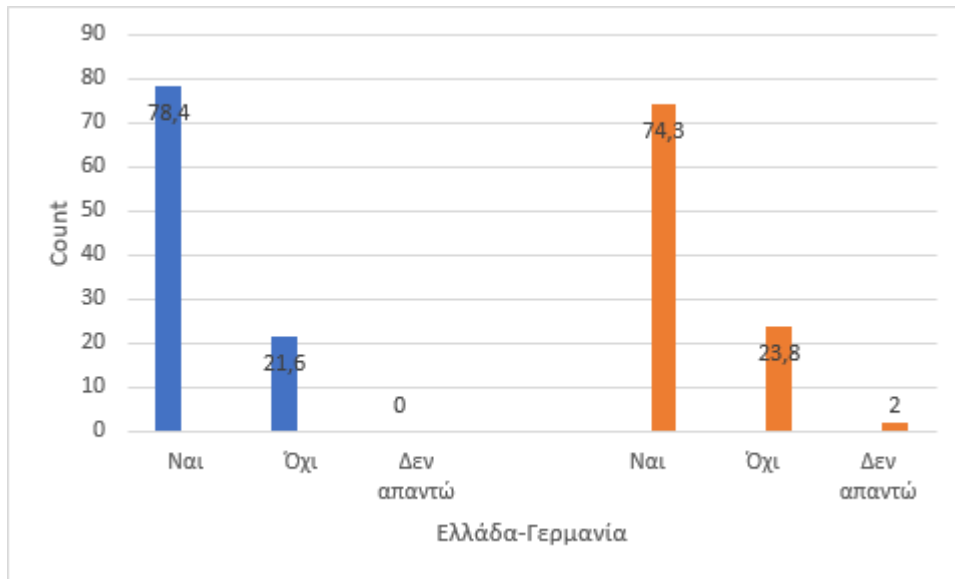
Στην Ελλάδα, η μέση διάρκεια παραμονής των μεταναστών είναι 1-10 έτη με 27%, ενώ στην Γερμανία οι περισσότεροι μετανάστες δήλωσαν 1-12 μήνες με ποσοστό 26%.

Γράφημα 3.3: Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση



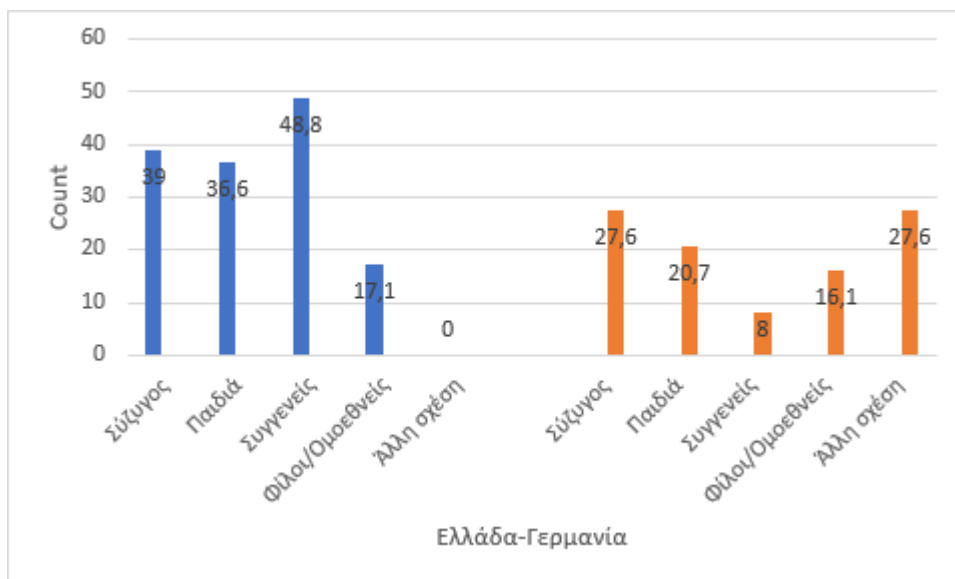
Στην Ελλάδα η πλειοψηφία του δείγματος (54,1%) δήλωσε άγαμος/η , ενώ στην Γερμανία το 49% .

Γράφημα 3.4: Δημογραφικά στοιχεία περί διαμονής των μεταναστών με την παρουσία άλλων ατόμων στην χώρα



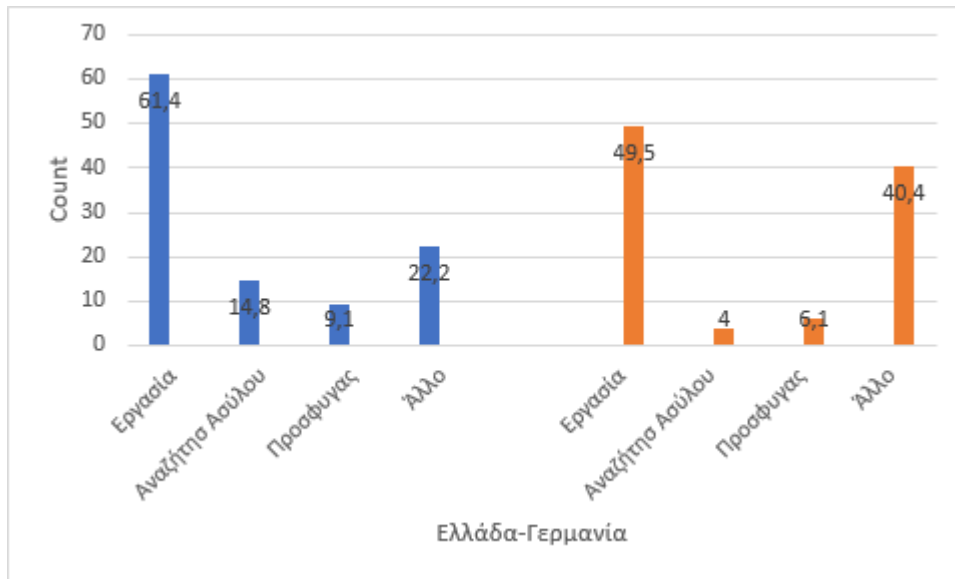
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (78,4%) στην Ελλάδα και (74,3%) στην Γερμανία απάντησε θετικά στο ερώτημα, ενώ το ποσοστό του 21,6% και 23,8% αντίστοιχα δήλωσε πως διαμένει στην χώρα χωρίς κάποιο οικογενειακό/φιλικό πρόσωπο.

Γράφημα 3.5: Δημογραφικά στοιχεία σχετικά με την παρουσία άλλων ατόμων στην οικογένεια στις δύο χώρες.



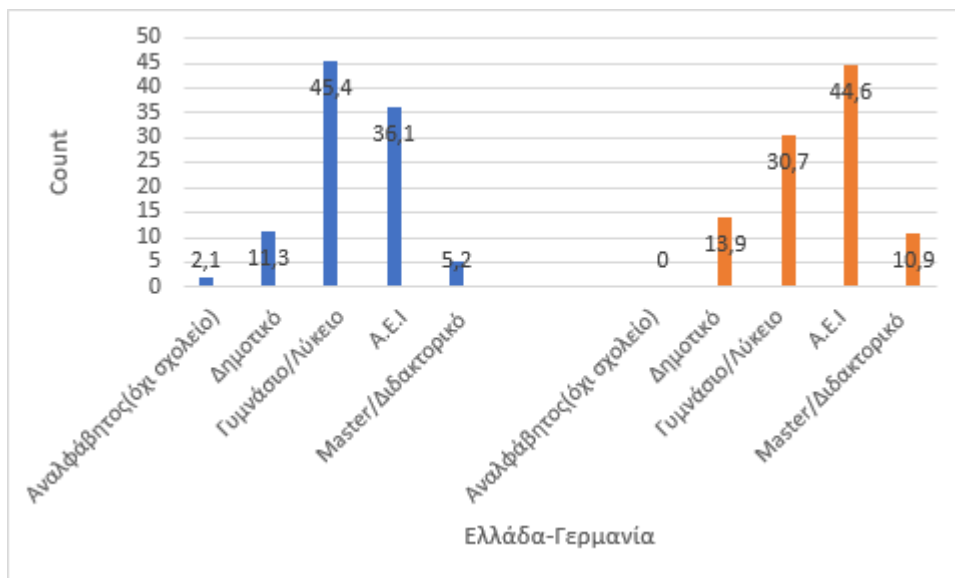
Στην Ελλάδα, το 48,8% ζει με συγγενείς α' και β' βαθμού, ενώ στην Γερμανία το 27,6% με τον σύντροφο του.

Γράφημα 3.6: Λόγοι μετανάστευσης



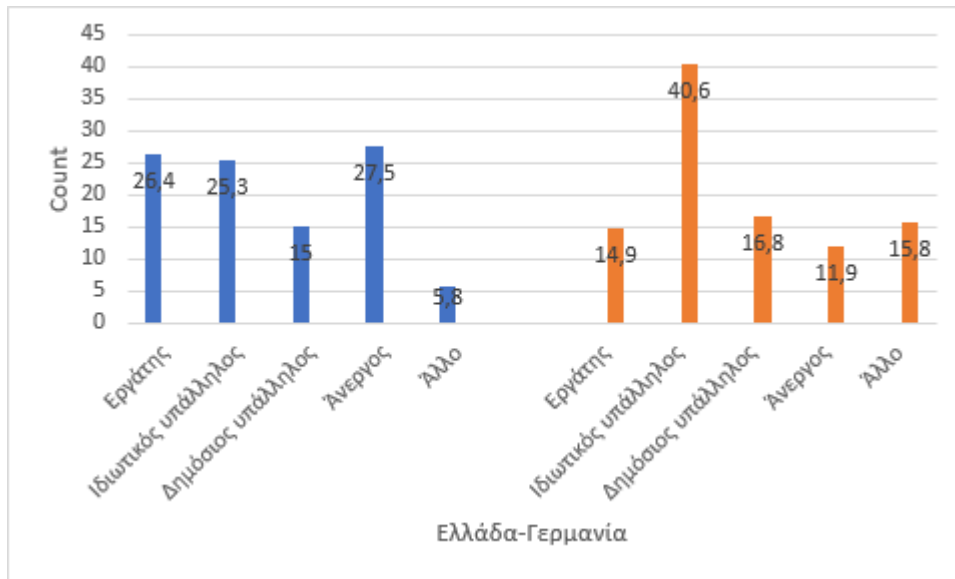
Το 61,4% στην Ελλάδα και το 49,5% στην Γερμανία δήλωσαν ως τον κύριο λόγο εγκατάστασης στην χώρα την εργασία.

Γράφημα 3.7: Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο σε κάθε χώρα



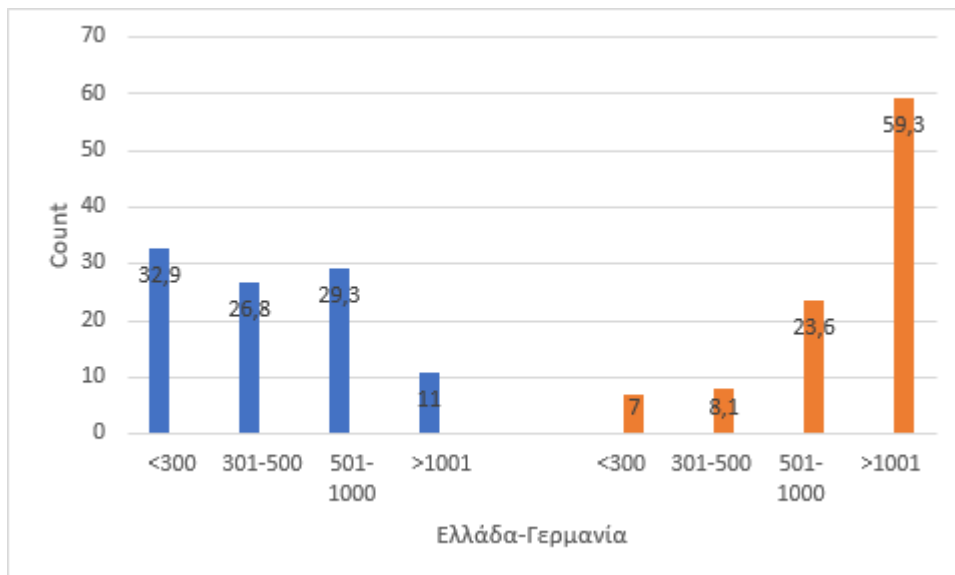
Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (81,5%) στην Ελλάδα και (75,3%) στην Γερμανία είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Γράφημα 3.8: Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με την εργασία σε κάθε χώρα



Το 40,6% εργάζονται στην Γερμανία ως ιδιωτικοί υπάλληλοι, ενώ στην Ελλάδα το ποσοστό ανέρχεται στο 25,3%. Ωστόσο, την Ελλάδα οι άνεργοι (27,5%) είναι σχεδόν διπλάσιοι από τους άνεργους στην Γερμανία (11,9%).

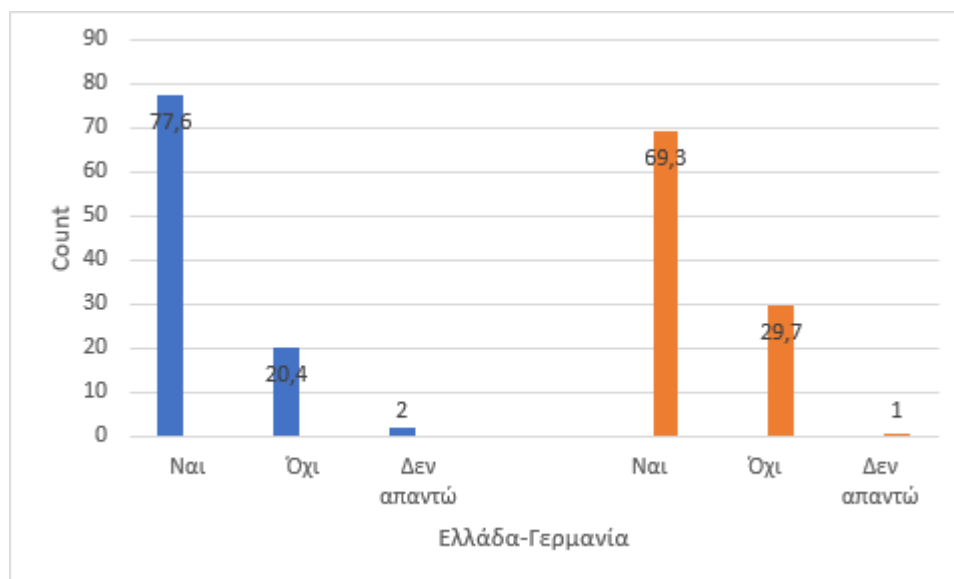
Γράφημα 3.9 : Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με το μηνιαίο εισόδημα



Στην Ελλάδα, οι περισσότεροι μετανάστες δήλωσαν εισόδημα λιγότερο από 300 ευρώ το μήνα σε αντίθεση με την Γερμανία, όπου η πλειοψηφία (59,3%) δήλωσε εισόδημα άνω των 1000 ευρώ μηνιαίως.

3.2 Καταμέτρηση πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας

Γράφημα 3.10: Το επιδημιολογικό προφίλ των μεταναστών



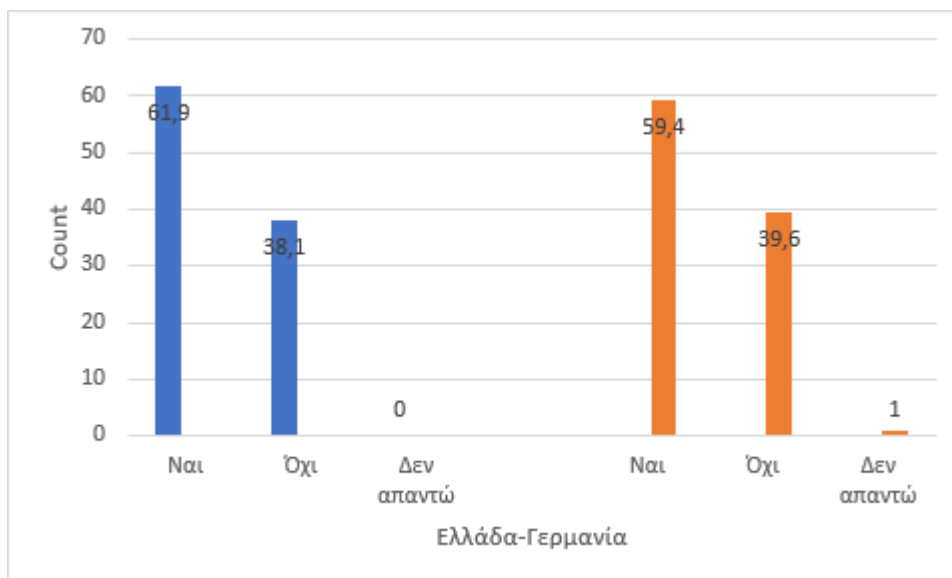
Η συντριπτική πλειοψηφία (77,6%) των ερωτηθέντων απάντησε θετικά στην ερώτηση, ενώ το 20,4% απάντησε πως δεν έχει νοσήσει ποτέ. Τα ποσοστά είναι σχεδόν ίδια και για την Γερμανία, αφού το 69,3% έχει νοσήσει έστω και μια φορά και το 29,7% απάντησε αρνητικά

Πίνακας 3.4: Αντιμετώπιση της ασθένειας

Τρόπος αντιμετώπισης	Χώρα	
	Ελλάδα	Γερμανία
Επίσκεψη σε ιδιώτη γιατρό	23,8%	18,1%
Επίσκεψη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου	38,1%	30,6%
Επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας	19%	23,6%
Δεν έκανα τίποτα	15,5%	13,9%
Άλλο	3,6%	13,9%
Total	100%	100%

Οι μετανάστες που κατοικούν στην Ελλάδα κάνουν επίσκεψη στα ΤΕΠ (38,1%) και σε ιδιώτη γιατρό (23,8%), ενώ στην Γερμανία οι μετανάστες επισκέπτονται τα ΤΕΠ (30,6%) και τα Κέντρα Υγείας (23,6%).

Γράφημα 3.11: Ύπαρξη τραυματισμού



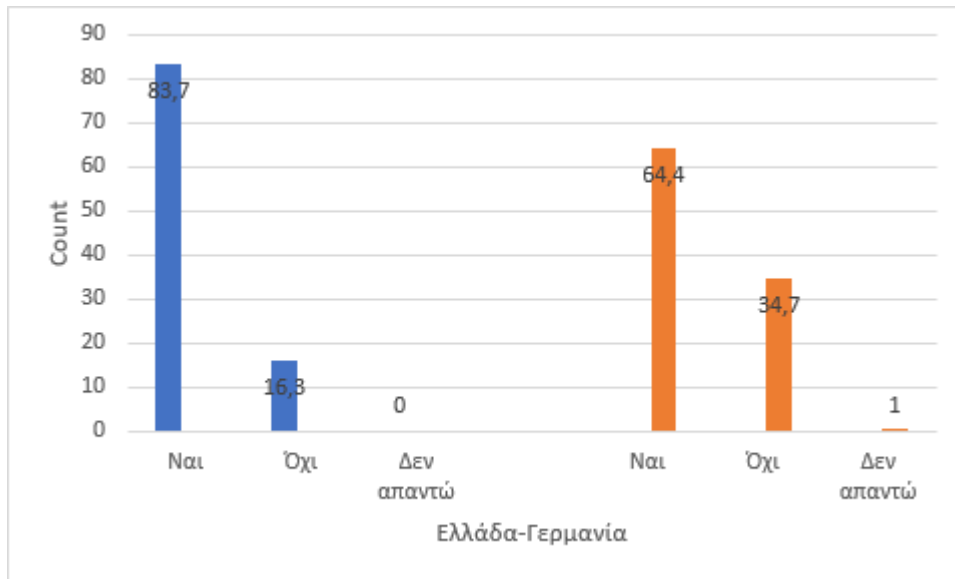
Το μεγαλύτερο ποσοστό 61,9% για την Ελλάδα και το 59,4% στην Γερμανία απάντησε θετικά στο ερώτημα.

Πίνακας 3.5: Αντιμετώπιση τραυματισμού

Τρόπος αντιμετώπισης	Χώρα	
	Ελλάδα	Γερμανία
Επίσκεψη σε ιδιώτη γιατρό	15,6%	24,2%
Επίσκεψη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου	60,9%	30,3%
Επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας	15,6%	21,2%
Δεν έκανα τίποτα	6,3%	12,1%
Άλλο	1,6%	12,1%
Total	100%	100%

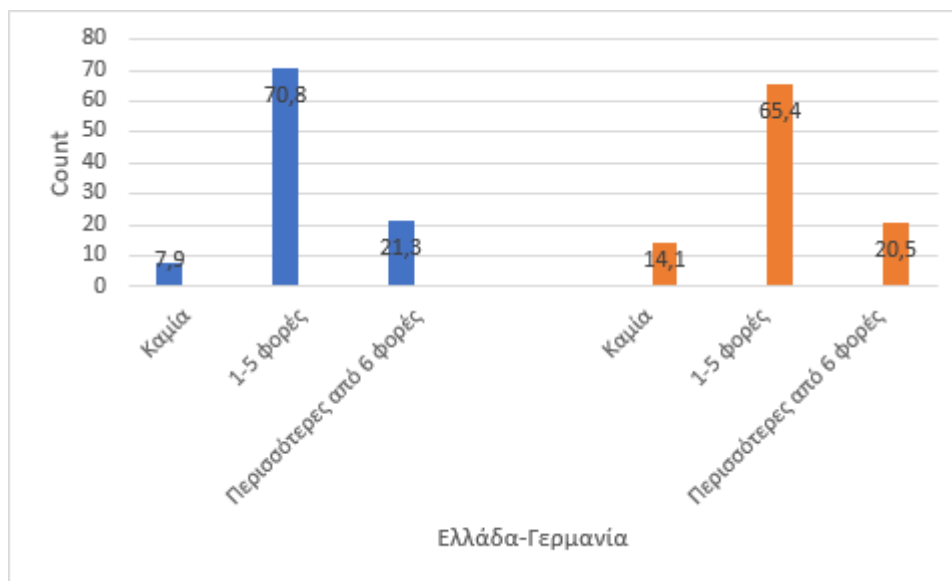
Οι απαντήσεις με τα μεγαλύτερα ποσοστά είναι και για τις δύο χώρες είναι η επίσκεψη στα ΤΕΠ με 60,9% για την Ελλάδα και 30,3% για την Γερμανία.

Γράφημα 3.12: Επίσκεψη στα ΤΕΠ δημόσιου νοσοκομείου



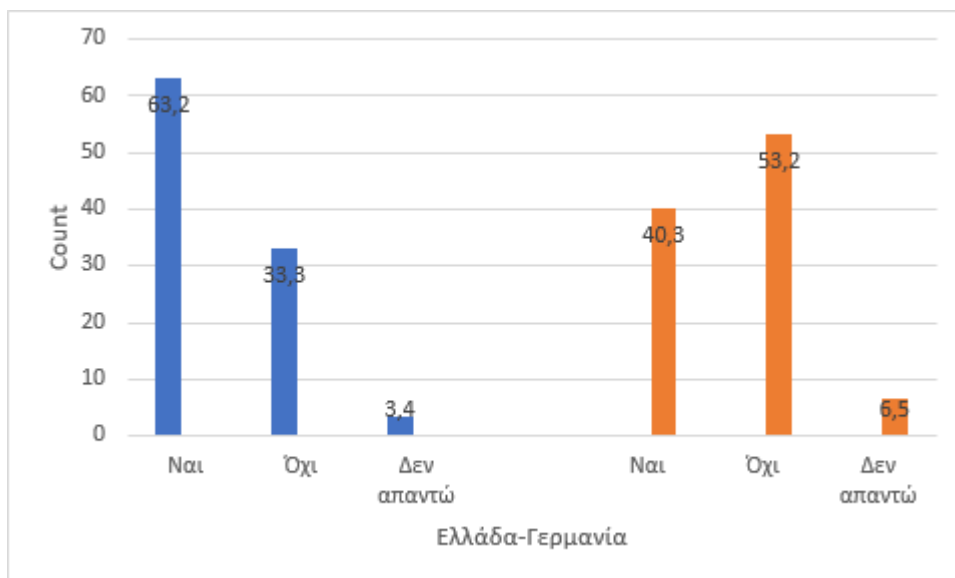
Η πλειοψηφία στην Ελλάδα, (83,7%) απάντησε θετικά στην ερώτηση και αντίστοιχα η πλειοψηφία στην Γερμανία (64,4%).

Γράφημα 3.13: Συχνότητα επίσκεψης στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών



Οι περισσότεροι (70,8%) στην Ελλάδα απάντησαν από 1 έως και 5 φορές και οι μετανάστες στην Γερμανία με ποσοστό 65,4% .

Γράφημα 3.14: Ύπαρξη δυσκολιών



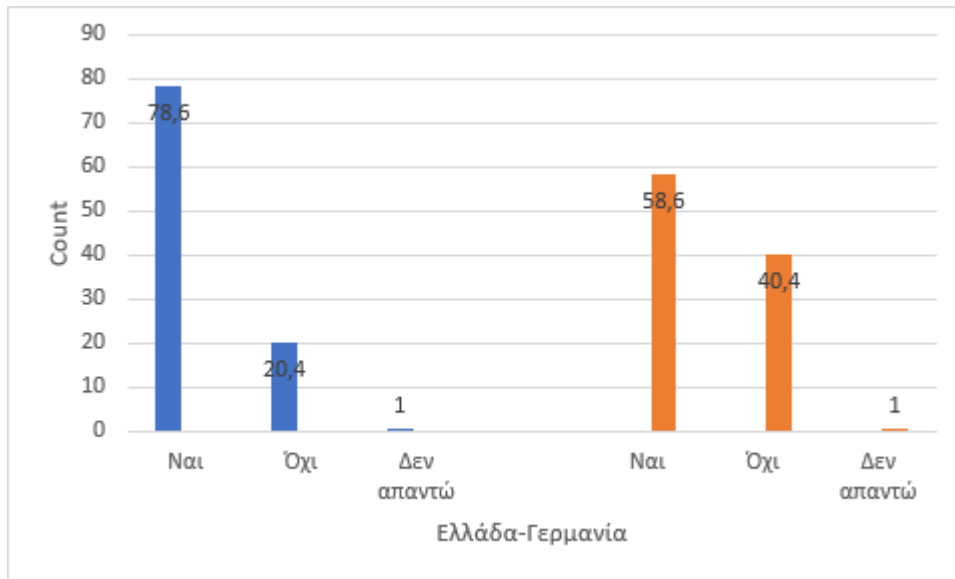
Στην Ελλάδα το 63,2% δήλωσε πως υπήρξαν προβλήματα κατά την επίσκεψη τους, ενώ το 53,2% των μεταναστών που κατοικούν στην Γερμανία απάντησε αρνητικά στο ερώτημα.

Πίνακας 3.6: Αναφορά δυσκολιών κατά την επίσκεψη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Αναφορά δυσκολιών	Χώρα	
	Ελλάδα	Γερμανία
Δυσκολίες στην επικοινωνία	35,5%	52,8%
Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες	35,5%	41,7%
Έλλειψη επικοινωνίας με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό	29%	41,7%
Ανύπαρκτη πληροφόρηση για το πρόβλημα υγείας	16,1%	27,8%
Μεγάλο κόστος	3,2%	13,9%
Πρόσβαση στην μονάδα περίθαλψης	17,7%	11,1%
Άλλο	9,6%	11,1%
Total	146,6%	200,1%

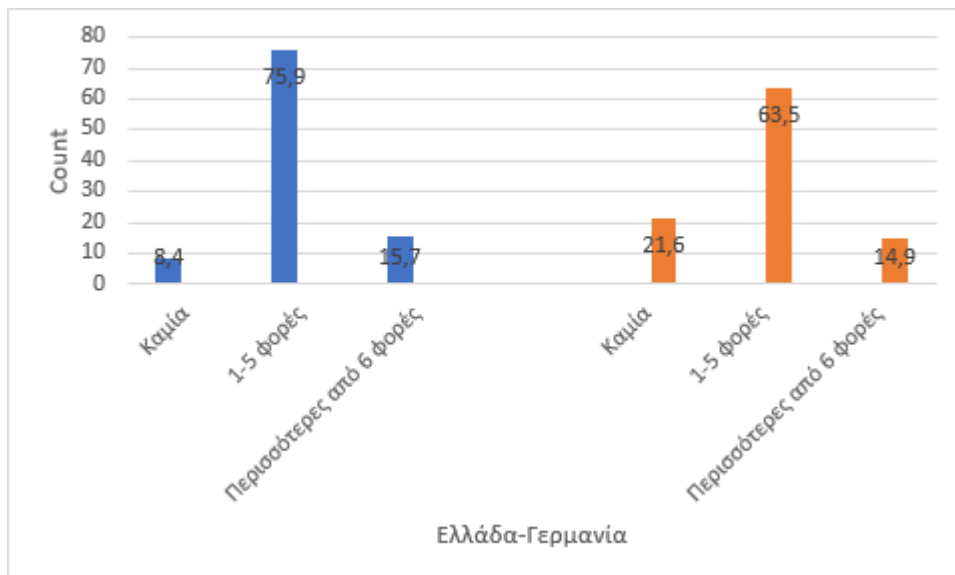
Οι απαντήσεις με τα μεγαλύτερα ποσοστά ήταν τα προβλήματα που αφορούν στην επικοινωνία με ποσοστά 35,5% και 27,8% στην Γερμανία αντίστοιχα.

Γράφημα 3.15: Επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου



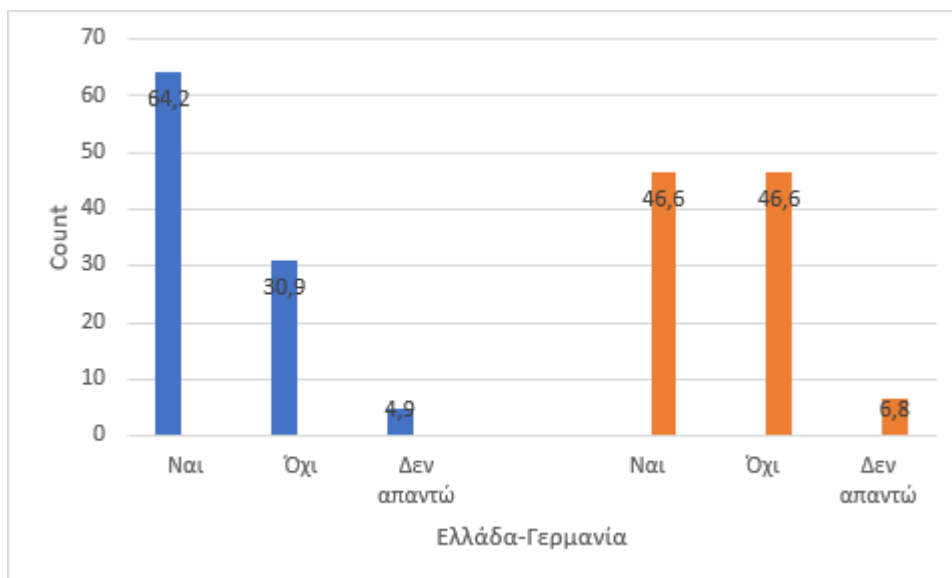
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων που κατοικούν στην Ελλάδα (78,5%) δήλωσε πως έχει επισκεφθεί κάποια στιγμή τα εξωτερικά ιατρεία, ενώ το 20,4% απάντησε αρνητικά. Στην Γερμανία το 58,6% απάντησε θετικά στο ερώτημα.

Γράφημα 3.16: Συχνότητα επίσκεψης στα εξωτερικά ιατρεία



Οι περισσότεροι μετανάστες στην Ελλάδα (75,9%) και στην Γερμανία (63,5%) απάντησαν από 1 έως 5 φορές.

Γράφημα 3.17: Ύπαρξη δυσκολιών



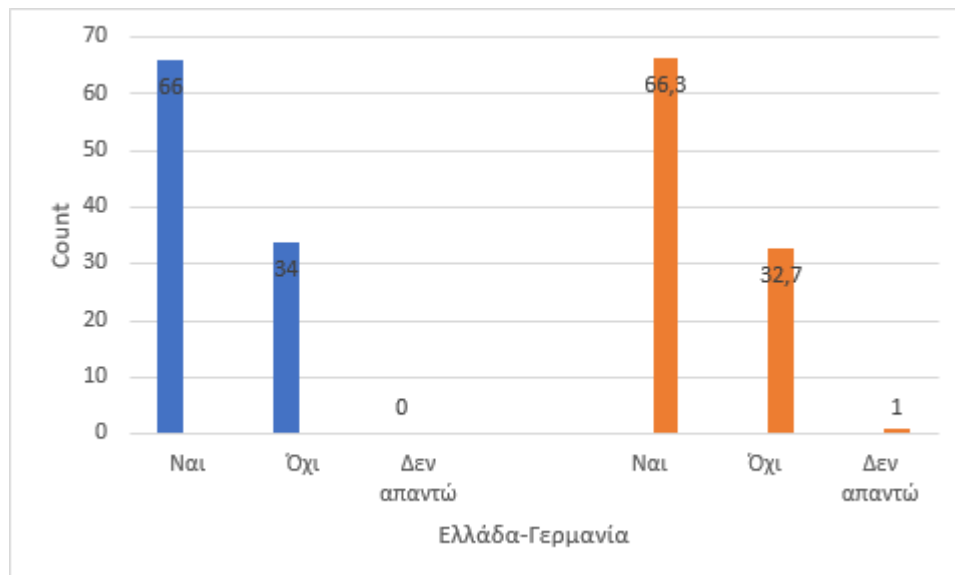
Στην Ελλάδα το 64,2% απάντησε θετικά, ενώ το 30,9% απάντησε αρνητικά στο ερώτημα. Στην Γερμανία, ωστόσο το 46,6% απάντησε θετικά και το 46,6% απάντησε πως δεν έχει αντιμετωπίσει καμία δυσκολία.

Πίνακας 3.7: Αναφορά δυσκολιών σχετικά με την επίσκεψη στα εξωτερικά τακτικά ιατρεία

Αναφορά δυσκολιών	Χώρα	
	Ελλάδα	Γερμανία
Δυσκολίες στην επικοινωνία	34,5%	23,7%
Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες	34,5%	42,1%
Έλλειψη επικοινωνίας με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό	27,6%	26,3%
Ανύπαρκτη πληροφόρηση για το πρόβλημα υγείας	13,8%	18,4%
Μεγάλο κόστος	15,5%	21,1%
Πρόσβαση στην μονάδα περίθαλψης	8,6%	15,8%
Άλλο	3,4%	23,7%
Total	137,9%	171,1%

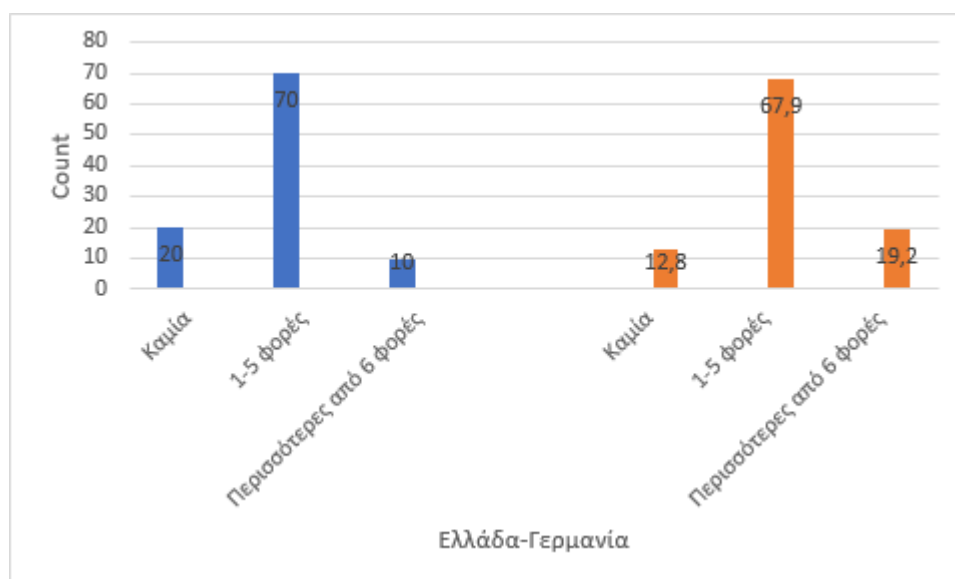
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην επικοινωνία με ποσοστό 34,5% σε σύγκριση με τους ερωτηθέντες που κατοικούν στην Γερμανία, όπου αντιμετωπίζουν προβλήματα αναφορικά με το υψηλό κόστος των υπηρεσιών υγείας, με ποσοστό 21,1%.

Γράφημα 3.18: Νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο



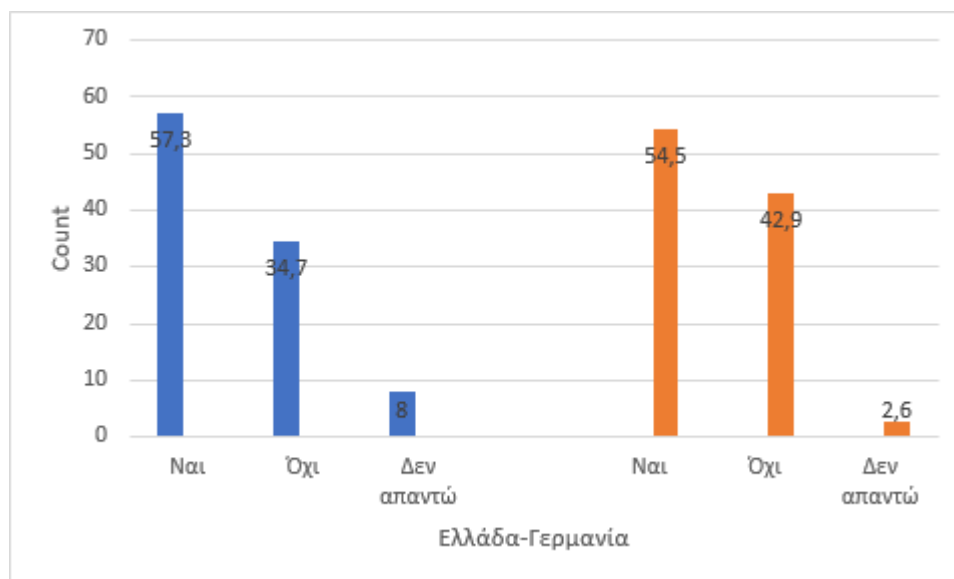
Η επικρατέστερη απάντηση και για τις δύο χώρες ήταν το “Ναι” με ποσοστά 66% στην Ελλάδα και 66,3% στην Γερμανία.

Γράφημα 3.19: Συχνότητα νοσηλείας σε δημόσιο νοσοκομείο



Οι μετανάστες τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Γερμανία έδωσαν την απάντηση “1-5 φορές” (70% και 67,9%) .

Γράφημα 3.20: Ύπαρξη δυσκολιών



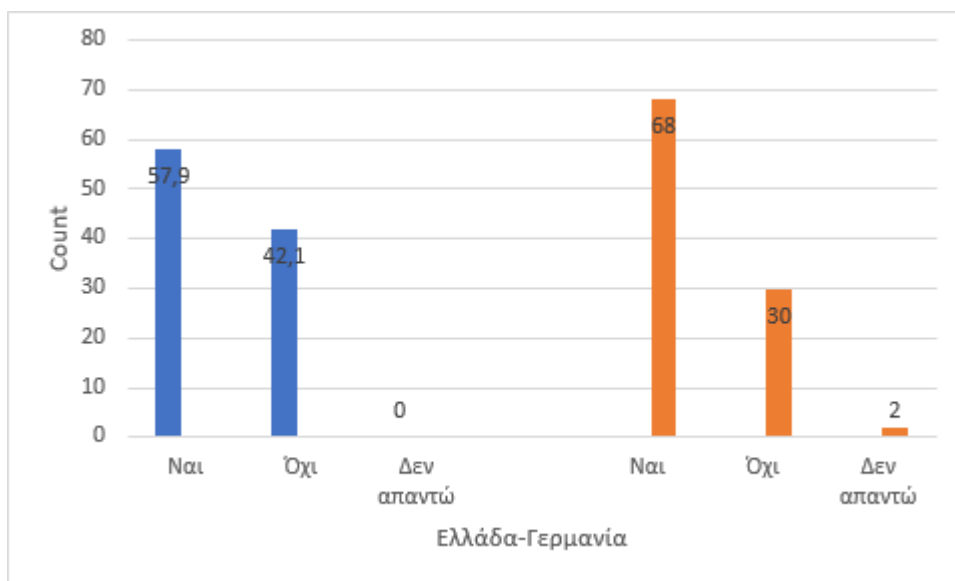
Στην Ελλάδα, το ποσοστό του 57,3% και στην Γερμανία το 54,5% απάντησαν θετικά στο ερώτημα.

Πίνακας 3.8: Αναφορά δυσκολιών σχετικά με την νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο

Αναφορά δυσκολιών	Χώρα	
	Ελλάδα	Γερμανία
Δυσκολίες στην επικοινωνία	42,2%	22,4%
Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες	31,1%	34,7%
Έλλειψη επικοινωνίας με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό	28,9%	30,6%
Ανύπαρκτη πληροφόρηση για το πρόβλημα υγείας	24,4%	30,6%
Μεγάλο κόστος	26,7%	30,6%
Πρόσβαση στην μονάδα περίθαλψης	15,6%	20,4%
Άλλο	2,2%	16,3%
Total	171,7%	167,6%

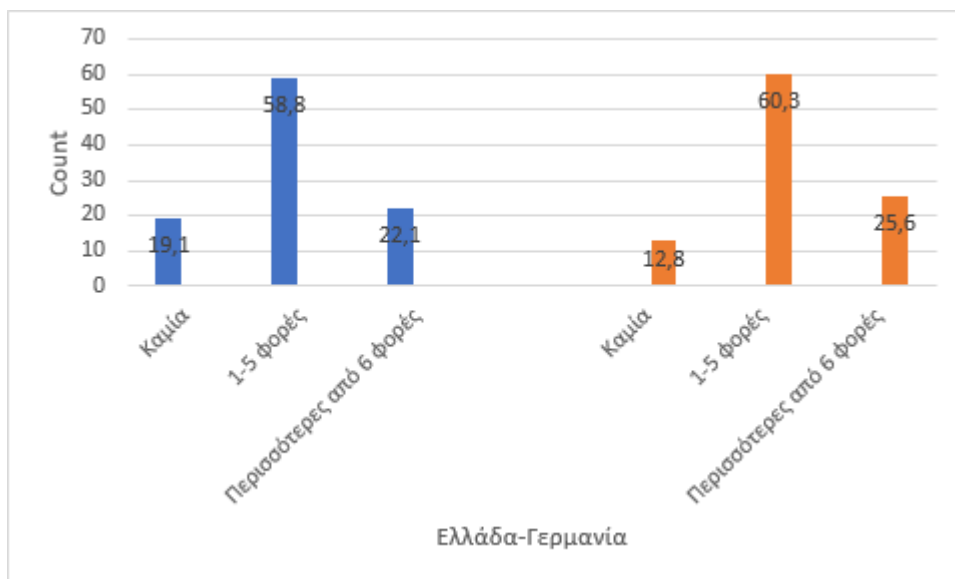
Δυσκολίες κατά την νοσηλεία τους σε δημόσιο νοσοκομείο παρουσιάζουν οι μετανάστες στην Ελλάδα αναφορικά με την γλώσσα με ποσοστό (42,2%) , ενώ οι μετανάστες στην Γερμανία παρουσιάζουν προβλήματα με τις πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες (34,7%).

Γράφημα 3.21: Επίσκεψη σε Κέντρο Υγείας



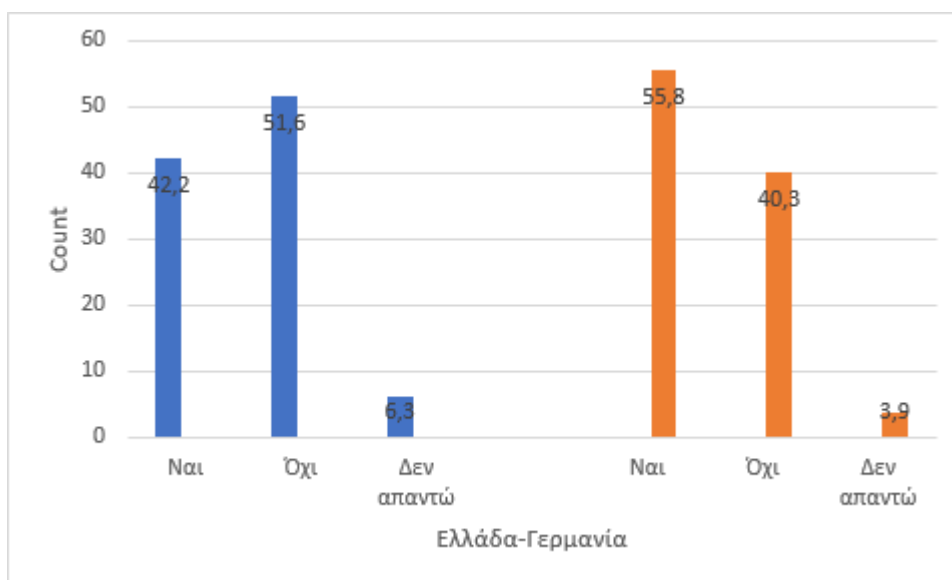
Οι ερωτηθέντες στην Ελλάδα απάντησαν “Ναι” (57,9%) και στην Γερμανία αντίστοιχα το 68%.

Γράφημα 3.22: Συχνότητα επίσκεψης στο Κέντρο Υγείας



Το 58,8% από τους συνολικούς ερωτηθέντες στην Ελλάδα επέλεξε την απάντηση για 1 έως και 5 φορές και στην Γερμανία, αντίστοιχα το 60,3%.

Γράφημα 3.23:Υπαρξη δυσκολιών



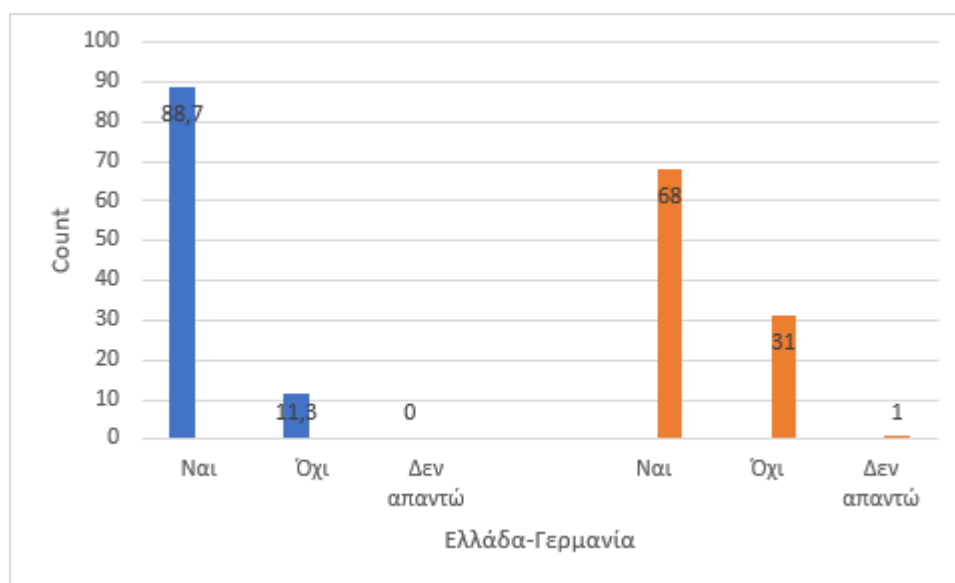
Στα Κέντρα Υγείας της Γερμανίας οι περισσότεροι μετανάστες αντιμετώπισαν δυσκολίες (55,8%), ενώ στην Ελλάδα το 51,6% ανέφερε πως δεν αντιμετώπισε κάποια δυσκολία.

Πίνακας 3.9: Αναφορά δυσκολιών σχετικά με την επίσκεψη στο Κέντρο Υγείας

Αναφορά δυσκολιών	Χώρα	
	Ελλάδα	Γερμανία
Δυσκολίες στην επικοινωνία	43,3%	15,2%
Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες	33,3%	34,8%
Έλλειψη επικοινωνίας με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό	26,7%	37%
Ανύπαρκτη πληροφόρηση για το πρόβλημα υγείας	26,7%	26,1%
Μεγάλο κόστος	10%	21,7%
Πρόσβαση στην μονάδα περίθαλψης	20%	19,6%
Άλλο	6,6%	21,7%
Total	166,6%	176,1%

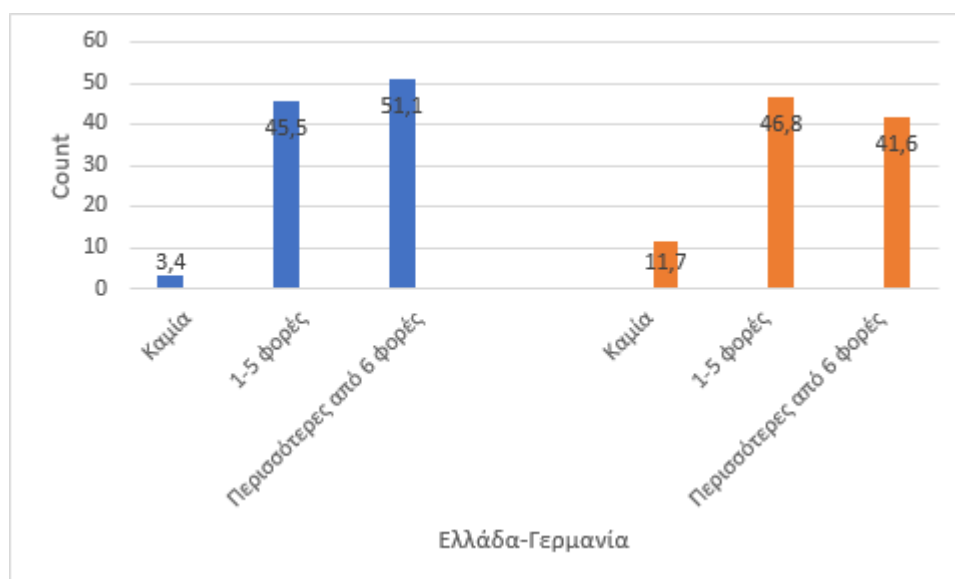
Οι μετανάστες στην Ελλάδα δήλωσαν δυσκολίες στην επικοινωνία (43,3%) σε σχέση με τους ερωτηθέντες στην Γερμανία, όπου αντιμετωπίζουν προβλήματα στην επικοινωνία με το προσωπικό του Κέντρου Υγείας (37%).

Γράφημα 3.24: Επίσκεψη σε ιδιώτη γιατρό



Η συντριπτική πλειοψηφία των μεταναστών στην Ελλάδα (88,7%) έχουν επισκεφτεί έναν ιδιώτη γιατρό, σε σύγκριση με την Γερμανία, όπου το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 68%.

Γράφημα 3.25: Συχνότητα επίσκεψης σε ιδιώτη γιατρό



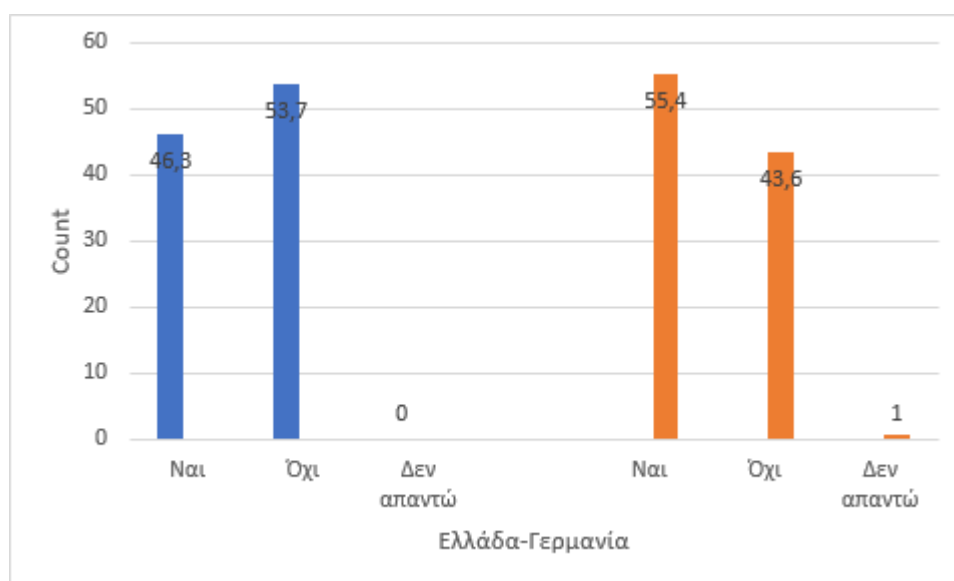
Το 51,1% και το ποσοστό του 41,6% και στις δύο χώρες δήλωσαν πως έχουν επισκεφθεί έναν ιδιώτη γιατρό παραπάνω από 6 φορές.

Πίνακας 3.10: Λόγοι επίσκεψης σε ιδιώτη γιατρό

Λόγοι επίσκεψης	Χώρα	
	Ελλάδα	Γερμανία
Δεν ισχύει το βιβλιάριο υγείας	19%	5,6%
Μεγαλύτερος χρόνος αναμονής στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας	50%	46,5%
Καλύτερη ποιότητα	53,6%	60,6%
Άλλο	7,2%	16,9%
Total	129,8%	129,3%

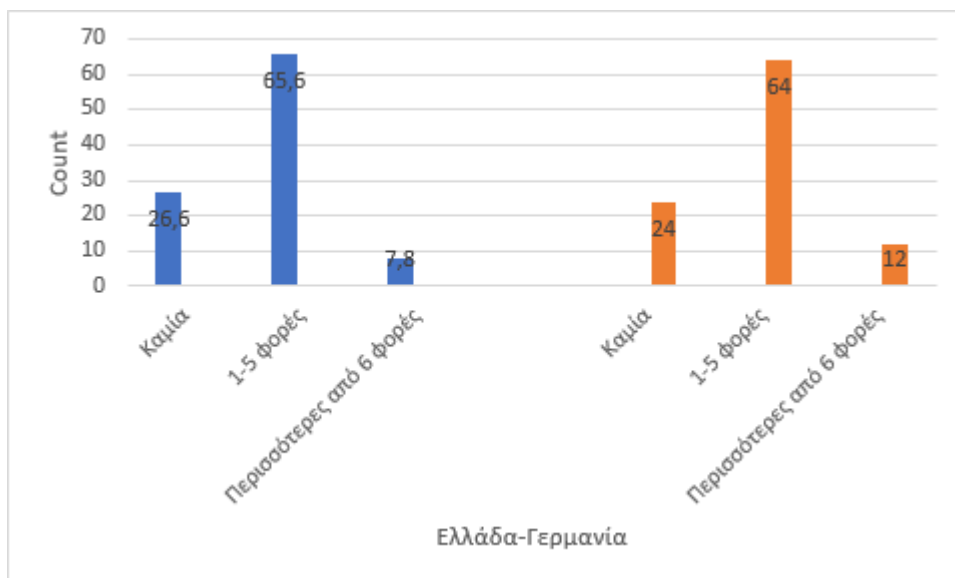
Ο μεγάλος χρόνος αναμονής επικρατεί και στις δύο χώρες με ποσοστά 50% και 46,5%.

Γράφημα 3.26: Επίσκεψη σε ιδιωτικό νοσοκομείο/κλινική



Το 53,7% στην Ελλάδα δήλωσε πως δεν έχει επισκεφθεί κάποιο ιδιωτικό νοσοκομείο, ενώ στην Γερμανία το 55,4% απάντησε θετικά.

Γράφημα 3.27: Συχνότητα επίσκεψης σε ιδιωτικό νοσοκομείο



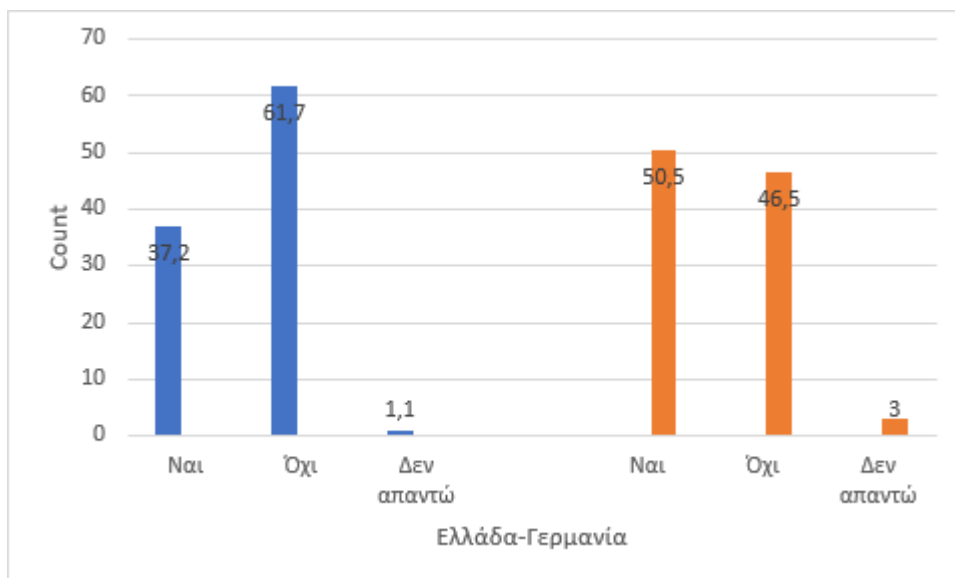
Τα ποσοστά 65,5% για τους μετανάστες στην Ελλάδα και το 64% στην Γερμανία ανέφεραν πως έχουν επισκεφθεί από 1-5 φορές.

Πίνακας 3.11: Λόγοι επίσκεψης σε ιδιωτικό νοσοκομείο/κλινική

Λόγοι επίσκεψης	Χώρα	
	Ελλάδα	Γερμανία
Δεν ισχύει το βιβλιάριο	12,8%	15,3%
Μεγάλος χρόνος αναμονής στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας	36,2%	33,9%
Καλύτερη ποιότητα στο ιδιωτικό νοσοκομείο/κλινική	48,9%	54,2%
Άλλο	12,7%	15,3%
Total	110,6%	118,7%

Από το σύνολο των πολιτών το 48,9% στην Ελλάδα και το 54,2% στην Γερμανία δήλωσαν την καλύτερη ποιότητα.

Γράφημα 3.28: Αδυναμία λήψης φαρμάκων



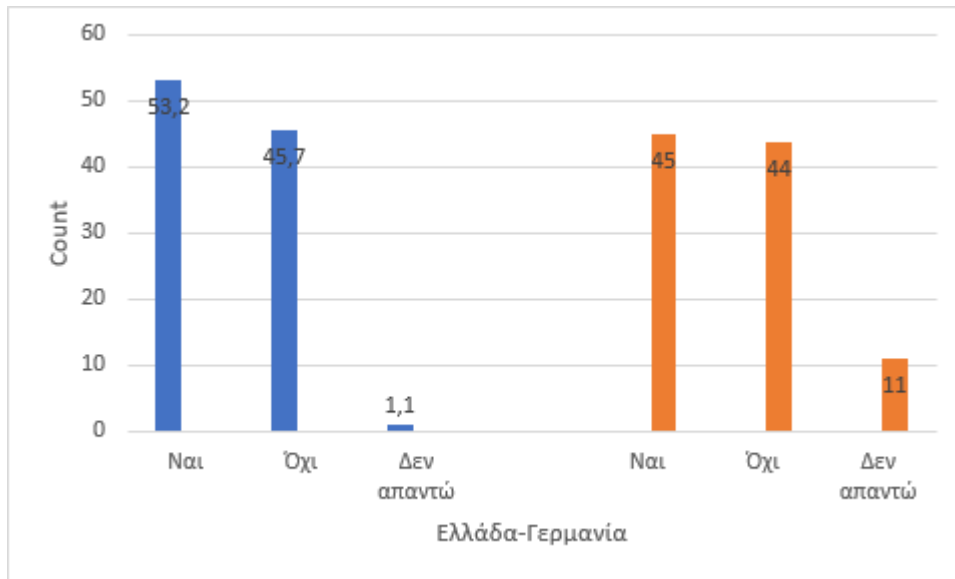
Οι μετανάστες στην Ελλάδα απάντησαν πως δεν υπήρξε κάποια αδυναμία στην λήψη φαρμάκων (61,7%), ενώ οι μετανάστες στην Γερμανία απάντησαν θετικά στο ερώτημα με ποσοστό 50,5%.

Πίνακας 3.12: Λόγοι αδυναμίας λήψης φαρμάκων

Λόγοι	Χώρα	
	Ελλάδα	Γερμανία
Τα φάρμακα δεν ήταν απαραίτητα	32,5%	25,9%
Έλλειψη χρόνου	12,5%	37%
Έλλειψη γνώσης περί εύρεσης φαρμάκων	12,5%	31,5%
Έλλειψη χρημάτων	65%	25,9%
Άλλο	12,5%	27,8%
Total	135%	148,1%

Η πλειοψηφία στην Ελλάδα (65%) απάντησε την έλλειψη χρημάτων, ενώ οι μετανάστες στην Γερμανία την έλλειψη χρόνου (37%).

Γράφημα 3.29: Στοιχεία περί χειρότερης πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σύγκριση με τον γηγενή πληθυσμό

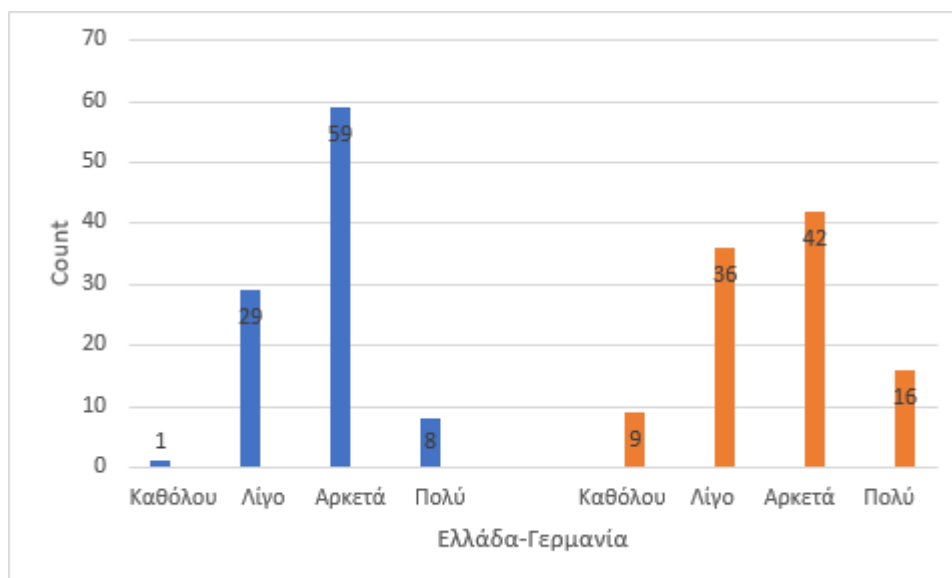


Οι ερωτηθέντες και στις δύο χώρες απάντησαν θετικά με ποσοστά 53,2% και 45%.

Γραφήματα : Απαντήσεις των ερωτήσεων που αφορούν τις υπηρεσίες υγείας.

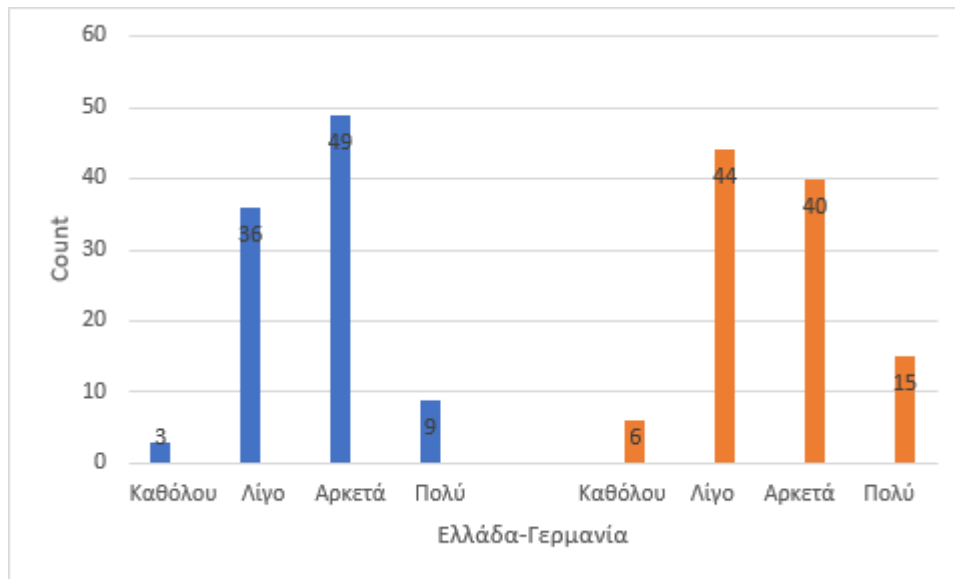
(Ερωτήσεις):

Γράφημα 3.30 : “Πόσο καλά γνωρίζετε τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας;”



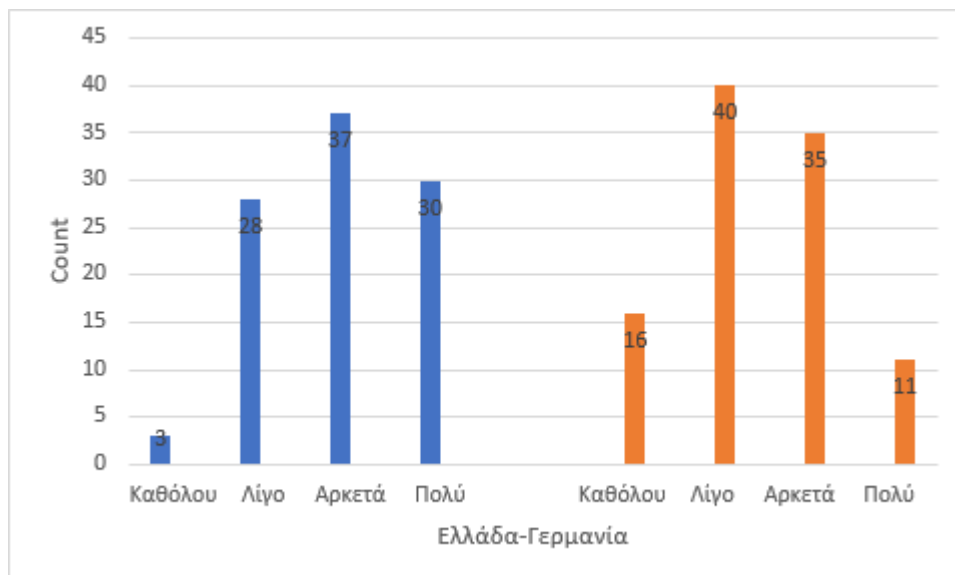
Τα άτομα που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο επέλεξαν την απάντηση Αρκετά (59% στην Ελλάδα και 42% στην Γερμανία).

Γράφημα 3.31: “Πόσο καλά γνωρίζετε τα δικαιώματά σας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας;”



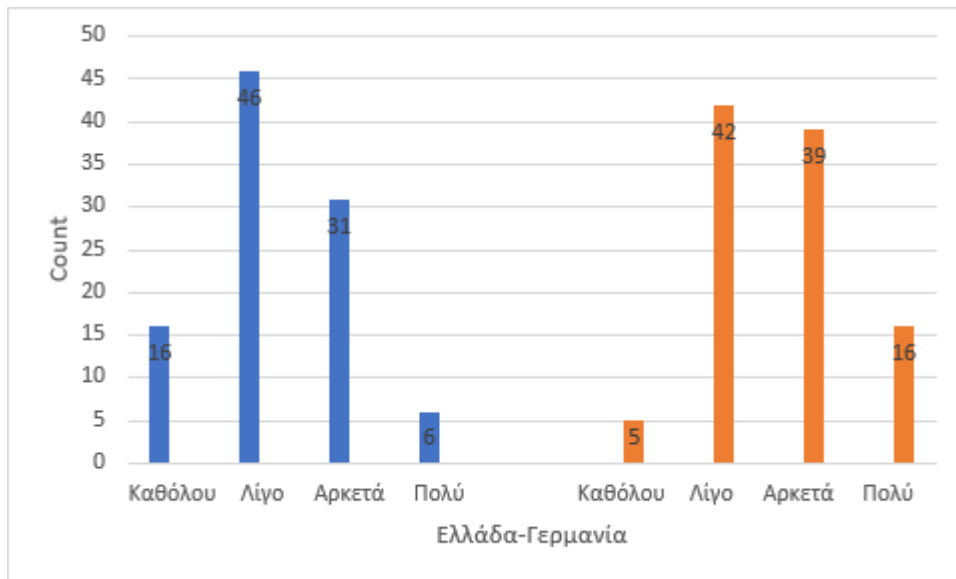
Το 49% των μεταναστών στην Ελλάδα απάντησαν πως γνωρίζουν αρκετά, ενώ οι μετανάστες στην Γερμανία απάντησαν λίγο με ποσοστό 44%.

Γράφημα 3.32: “Πιστεύετε ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο;”



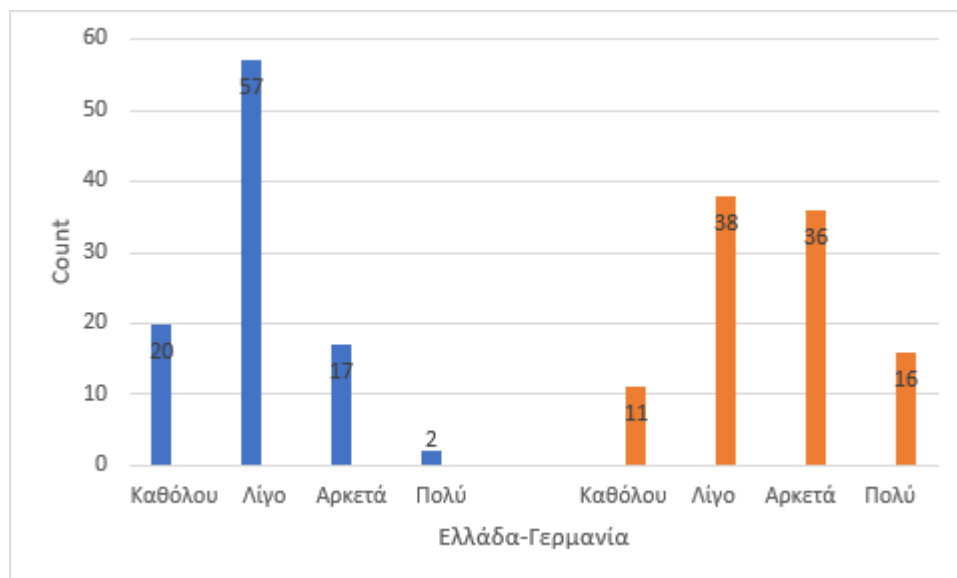
Οι μετανάστες στην Ελλάδα απάντησαν αρκετά με ποσοστό 37%, ενώ οι μετανάστες στην Γερμανία με ποσοστό 40%.

Γράφημα 3.33: “Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας;”



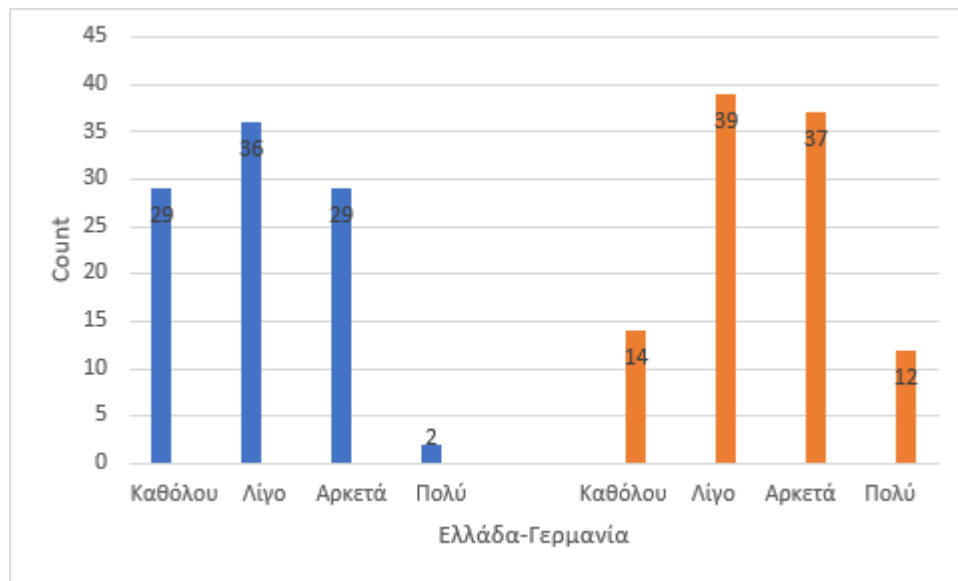
Οι ερωτηθέντες στην Ελλάδα και στην Γερμανία επέλεξαν την απάντηση λίγο με ποσοστά 46% και 42%.

Γράφημα 3.34: “Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας;”



Οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν πως είναι λίγο ικανοποιημένοι (57%) , ενώ στην Γερμανία το 38% απάντησε πως είναι λίγο ικανοποιημένο και το 36% αρκετά.

Γράφημα 3.35: “Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από το κόστος των υπηρεσιών υγείας;”



Από τα αποτελέσματα προκύπτουν ότι τόσο οι μετανάστες στην Ελλάδα όσο και στην Γερμανία είναι λίγο ικανοποιημένοι με ποσοστά 36% και 37%. Στην Ελλάδα, μόνο το 2% απάντησε πως είναι πολύ ικανοποιημένο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Συζήτηση

4.1 Συζήτηση

Η μετανάστευση είναι μια πολύπλοκη διαδικασία, όπου οι μορφές της ποικίλλουν και μεταβάλλονται σε σχέση με τις ευρύτερες πολιτικές, κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές. Πρόσφατες έρευνες (Hacker et al. 2015) έδειξαν πως τα ποσοστά μετανάστευσης με την πάροδο του χρόνου αυξάνονται ραγδαία και πλέον η μετανάστευση πραγματοποιείται από "επιστήμονες" που δεν επιθυμούν να εργαστούν στη χώρα τους και οδηγούνται στην αναζήτηση εργασίας σε κάποια άλλη χώρα μιας και η οικονομική ευημερία των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως η Γερμανία και η Σουηδία τις καθιστά έναν δυνατό πόλο έλξης χιλιάδων μεταναστών και προσφύγων. Η διαρκής αυτή τάση φυγής που πλήττει τις περισσότερες χώρες μεταξύ αυτών και η Ελλάδα δημιουργεί ένα κλίμα ανασφάλειας με τους περισσότερους να οδηγούνται στην μετανάστευση. Σύμφωνα με την Eurostat, συνολικά 4,3 εκατομμύρια άτομα μετανάστευσαν σε κάποια από τα κράτη μέλη της ΕΕ το 2016, ενώ καταγράφηκαν τουλάχιστον 3 εκατομμύρια εξερχόμενοι μετανάστες από τα κράτη μέλη της ΕΕ με την Γερμανία, να καταγραφεί τον μεγαλύτερο αριθμό εισερχόμενων μεταναστών. Στην Γερμανία, το 1/5 του συνολικού πληθυσμού έχει μεταναστευτικό υπόβαθρο.

Η μετανάστευση επιφέρει κοινωνικές αναταράξεις και προβλήματα στην οικονομία της χώρας. Για πολλούς, οι μετανάστες θεωρούνται ως μια απειλή, όπου εμποδίζουν την οικονομική ανάπτυξη και συμβάλλουν στην πτώση των μισθών. Ωστόσο, κυριαρχεί μια άλλη άποψη ότι οι μετανάστες έχουν καταφέρει να αυξήσουν το ΑΕΠ της χώρας δημιουργώντας κενές θέσεις εργασίας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η Ελλάδα, όπου η είσοδος των μεταναστών την δεκαετία του '90 δημιούργησε θέσεις εργασίας στον αγροτικό τομέα της χώρας συμβάλλοντας στις εισφορές της χώρας.

Το φαινόμενο της μετανάστευσης επηρεάζεται από έναν συνδυασμό παραγόντων μεταξύ αυτών οι πολεμικές συγκρούσεις, οι ασταθείς πολιτικές καταστάσεις, οικονομικοί, περιβαλλοντικοί και πολιτισμικοί παράγοντες είτε στη χώρα καταγωγής του μετανάστη είτε στη χώρα προορισμού. Οι μετανάστες οδηγούνται συνήθως σε χώρες με οικονομική ευημερία και πολιτικής σταθερότητας. Η μετανάστευση επηρεάζει και δημιουργεί συγκρουόμενα συναισθήματα στις ζωές των ανθρώπων, τόσο στα άτομα που οδηγούνται στην μετανάστευση όσο και στις οικογένειες τους. Τα άτομα καταβάλλονται από ένα έντονο άγχος, αίσθημα ανασφάλειας και αναξιοτήτας καθώς και ψυχική αναστάτωση, αφού αδυνατούν να βρουν κάποια εργασία στην χώρα καταγωγής τους και οδηγούνται στην αναζήτηση μιας νέας ευκαιρίας, σε χώρες όπου ελπίζουν να βρουν μια θέση εργασίας, σύμφωνα με τα προσόντα και τις προσδοκίες τους. Οι μετανάστες υφίστανται ψυχολογική αναστάτωση εντασσόμενοι σε μια νέα κοινωνία, σε μια νέα κουλτούρα και ένα νέο τρόπο ζωής. Ο διαφορετικός τρόπος ζωής, η εκμάθηση μιας ξένης γλώσσας έρχονται να προστεθούν με την νοσταλγία και το άγχος του ατόμου, που οφείλει να αντιμετωπίσει τις όποιες δυσκολίες (Woodward et al. 2014).

Η υγεία αποτελεί δείκτη για τη μέτρηση της ένταξης των μεταναστών και τη πρόσβαση σε κοινωνικές υπηρεσίες. Στα πλαίσια γενικότερης διερεύνησης των αιτιών και παραγόντων που οδηγούν στην μετανάστευση, η παρούσα έρευνα επιχείρησε να καταγράψει τα επίπεδα της πρόσβασης και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες σε δύο ευρωπαϊκές

χώρες, καθώς η Ελλάδα και η Γερμανία έχουν δεχθεί πολλούς μετανάστες σε μία μόνο δεκαετία. Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να διερευνήσει τα πρότυπα χρήσης και τα πιθανά εμπόδια στην πρόσβαση των μεταναστών στις υγειονομικές μονάδες στην Ελλάδα και στην Γερμανία. Επιπρόσθετα, μελετάται το υγειονομικό προφίλ των μεταναστών και εάν υποχρεούνται να καλύψουν το κόστος των υπηρεσιών υγείας.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση έδειξε ότι στην Ελλάδα έχουν πραγματοποιηθεί ελάχιστες έρευνες που να εξετάζουν αναλυτικά το θέμα ενώ σε χώρες του εξωτερικού μεταξύ αυτών η Γερμανία έχουν γίνει πολυάριθμες έρευνες σχετικά με την πρόσβαση και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες και οι πρόσφυγες στις υπηρεσίες υγείας (Cuadra 2012, Meyer 2009) . Για αυτό το λόγο η έρευνα μου στηρίχθηκε κυρίως στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία .Στη μεγάλη τους πλειοψηφία, οι μετανάστες στην Ελλάδα και στην Γερμανία ανέφεραν πολυάριθμες ανικανοποίητες ανάγκες υγείας. Βασικοί παράγοντες κινδύνου για τη ελάχιστη χρήση των υπηρεσιών υγείας και την αναφορά ανικανοποίητων ιατρικών αναγκών είναι το μέτριο επίπεδο γνώσης της ελληνικής και γερμανικής γλώσσας και η μικρή κοινωνική στήριξη.

Στην πρώτη θεματική ενότητα, λαμβάνοντας υπόψιν τα δημογραφικά στοιχεία της έρευνας που πραγματοποιήθηκε αξιοσημείωτη είναι η παρατήρηση του ηλικιακού φάσματος του δείγματος. Οι ηλικίες των ερωτηθέντων κυμαίνονται από 18 έως 60 χρόνων, ωστόσο το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος συγκεντρώνεται στις ηλικίες 23-35 ετών. Με βάση την Eurostat, οι μετανάστες προς τα κράτη μέλη της ΕΕ ήταν, κατά μέσο όρο, πολύ νεότεροι από τον πληθυσμό που διέμενε ήδη στη χώρα προορισμού τους με την μέση ηλικία των εισερχόμενων μεταναστών να ήταν 27,9 έτη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας έχουν επισκεφτεί κάποια υπηρεσία υγείας σε σύγκριση με τους μετανάστες μικρότερης ηλικίας, εξαιτίας των προβλημάτων τους. Τείνουν να υποφέρουν από αρρώστιες και συχνά απαιτείται επαφή με τον θεράποντα γιατρό.

Όσον αφορά το φύλο των ερωτηθέντων υπάρχει μια σχετική ισορροπία στην αναλογία των δύο φύλων και στις δύο χώρες. Πιο συγκεκριμένα, στην Ελλάδα το 52% ήταν γυναίκες και το 48% άνδρες , ενώ στην Γερμανία 63,4% γυναίκες και 36,6% άνδρες. Αναφορικά με την πρόσβαση τις μονάδες υπηρεσίες υγείας, τα ποσοστά των γυναικών και στις δύο χώρες είναι συντριπτικά μεγαλύτερα από αυτά των ανδρών. Σύμφωνα με πολλαπλές έρευνες που έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα αλλά και σε χώρες του εξωτερικού το φύλο αποτελεί έναν από τους παράγοντες που επηρεάζουν την συχνότητα επίσκεψης σε κάποια υπηρεσία υγειονομικής φροντίδας. Για παράδειγμα, οι γυναίκες επισκέπτονται συχνότερα τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τον ανδρικό πληθυσμό. Αυτό ίσως και να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες κάνουν περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις και είναι αυτές που εμφανίζουν προβλήματα αναπαραγωγικής υγείας.

Οι κύριες χώρες καταγωγής των μεταναστών στην Ελλάδα είναι από την Αλβανία, Γεωργία, Μαρόκο, Τουρκία, Ρουμανία, Ιράν και Τουρκία. Το 51,8% των ερωτηθέντων στην Ελλάδα κατάγεται από την Αλβανία, μιας και στις αρχές της δεκαετίας του 1990 , η κατάρρευση του Σοσιαλισμού τους ανάγκασε να οδηγηθούν σε μια ασφαλέστερη χώρα. Αντίστοιχα, οι χώρες καταγωγής των περισσότερων μεταναστών στην Γερμανία είναι η Ελλάδα με ποσοστό 26% και η Τουρκία με 14%. Αρκετοί μετανάστες από την Ελλάδα οδηγήθηκαν στην εύρεση εργασίας στην Γερμανία εξαιτίας της οικονομικής και πολιτικής κρίσης στην χώρα. Οι μετανάστες από τις χώρες της Ασίας και της Μέση Ανατολής έχουν οδηγηθεί στις δύο χώρες εξαιτίας των εμφυλίων πολέμων και της φτώχειας που κατακλύζουν τις χώρες τους.

Το 27% των ερωτηθέντων είχε μεταναστεύσει στην Ελλάδα πριν από 1 έως 10 έτη, ενώ οι μετανάστες με τα περισσότερα έτη στην Ελλάδα, είναι το 25%. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, οι ερωτηθέντες με καταγωγή από την Αλβανία, που μετανάστευσαν στην Ελλάδα την δεκαετία του '90 με βασικό λόγο εγκατάστασης την εύρεση εργασίας. Στην Γερμανία, οι περισσότεροι μετανάστες κατοικούν στην χώρα από 21 έως και 30 έτη με ποσοστό 31%. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι οι μετανάστες με τα λιγότερα χρόνια παραμονής στην χώρα έχουν προβεί σε ελάχιστες επισκέψεις σε υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τα άτομα που διαμένουν στην χώρα άνω τα 10 έτη.

Στο γενικό μεταναστευτικό πληθυσμό στην Ελλάδα το 54,1% και το 49% αντίστοιχα στην Γερμανία δηλώνουν άγαμοι, με την πλειοψηφία και στις δύο χώρες να δηλώνει πως διαμένει με κάποιο συγγενικό/φιλικό πρόσωπο. Παρατηρείται, επίσης στην Ελλάδα το 48,8% να ζει με συγγενείς στην χώρα, ενώ στην Γερμανία το 27,6% με τον σύζυγο του. Η οικογενειακή και η φιλική στήριξη αποτελεί ένα σημαντικό δείκτη σχετικά με την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Για πολλούς μετανάστες η οικογένεια και οι φίλοι λειτουργούν ως πηγές ψυχολογικής υποστήριξης και ως βοήθεια στις υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα για τους νεοαφιχθέντες μετανάστες.

Οι λόγοι μετανάστευσης είναι πολλαπλοί μεταξύ αυτών πολιτικοί λόγοι και φυγή από την πείνα και την φτώχεια. Οι περισσότεροι μετανάστες στην Ελλάδα και στην Γερμανία δήλωσαν με ποσοστά 61,4% και 49,5% πως οδηγήθηκαν στην μετανάστευση για την εύρεση εργασίας.

Σημαντικά αποτελούν τα αποτελέσματα για το εκπαιδευτικό επίπεδο των μεταναστών. Στη μελέτη μας, το 81,5% ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και στην Γερμανία το 75,3%. Αντίστοιχα, το ποσοστό των αναλφάβητων παραμένει ιδιαίτερα χαμηλό και στις δύο χώρες με ποσοστά 2,1% για την Ελλάδα και 0% για την Γερμανία. Τα αποτελέσματα έδειξαν, πως τα άτομα με ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης δεν αντιμετώπισαν κάποια δυσκολία κατά την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας σε αντίθεση με τα άτομα που είναι απόφοιτοι δημοτικού και γυμνασίου, οι οποίοι έχουν αντιμετωπίσει πολύ μεγάλες δυσκολίες κατά την νοσηλεία τους σε δημόσιο νοσοκομείο. Παρατηρείται ότι, οι μετανάστες που είναι απόφοιτοι δημοτικού και γυμνασίου έχουν επισκεφτεί περισσότερες φορές το τμήμα των επειγόντων και τα εξωτερικά ιατρεία σε σχέση με τα άτομα που έχουν πιο υψηλό επίπεδο μόρφωσης, οι οποίοι έχουν επισκεφθεί παραπάνω από 6 φορές τον ιδιώτη γιατρό.

Αναφορικά με την απασχόληση των μεταναστών στην Ελλάδα, το 26,4% δηλώνει εργάτης και το 27,5% άνεργος. Η κυριότερη εργασία των αλλοδαπών είναι τα οικοδομικά έργα, η γεωργία και η βιομηχανία. Ωστόσο, η οικονομική κρίση τα τελευταία χρόνια φαίνεται πως έχει επηρεάσει την απασχόληση των μεταναστών, με τους περισσότερους να αδυνατούν να εξασφαλίζουν ένα καλύτερο μέλλον στην οικογένεια τους. Στην Γερμανία, ωστόσο το 40,6% δηλώνει ιδιωτικός υπάλληλος και το 11,9% άνεργος. Σύμφωνα με την εφημερίδα Welt, το ποσοστό των ανέργων έχει αυξηθεί από το 2013.

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των μεταναστών σχετίζεται άμεσα με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, μιας και το οικονομικό κόστος είναι χαρακτηριστικό εμπόδιο στη χρήση των υγειονομικών μονάδων. Το εισόδημα συνδέεται άμεσα με τη χρήση των ιδιωτικών εξωτερικών ιατρείων καθώς και την αδυναμία λήψης φαρμάκων. Η χαμηλή οικονομική κατάσταση συσχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τις ανικανοποίητες ιατρικές ανάγκες των μεταναστών. Όσοι δήλωσαν εισόδημα κάτω των 300 ευρώ το μήνα ανέφεραν σε σχεδόν

διπλάσιο ποσοστό ότι δεν έχουν νοσηλευτεί ποτέ σε κάποια υπηρεσία υγείας, σε σύγκριση με όσους είχαν μηναίο εισόδημα άνω των 1001 ευρώ. Επιπλέον, όσοι είχαν εισόδημα <300 ευρώ ανέφεραν σε μεγάλο ποσοστό ότι δεν είχαν μπορέσει να αγοράσουν τα φάρμακα που τους είχε υποδείξει ο γιατρός τους. Ενώ, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, εκείνοι που ήρθαν αντιμέτωποι με οικονομικά προβλήματα κατά την διάρκεια της παραμονής τους στην χώρα υποδοχής δεν έλαβαν κάποια ιατρική βοήθεια ενώ την χρειαζόντουσαν. Από την άλλη πλευρά, οι μετανάστες που βρίσκονται σε καλύτερη οικονομική θέση έχουν συμβουλευτεί περισσότερες φορές έναν εξειδικευμένο ιδιώτη γιατρό, έχουν προβεί περισσότερες φορές σε προληπτικές εξετάσεις και δεν αντιμετώπισαν προβλήματα στην αγορά των φαρμάκων. Οι μετανάστες τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Γερμανία που βρίσκονται σε δύσκολη οικονομική κατάσταση αντιμετωπίζουν προβλήματα στην πρόσβαση σε διαφορές υπηρεσίες υγείας. Χαρακτηριστικό αποτελεί το ποσοστό 32,9% για εισόδημα λιγότερο από 300 ευρώ μηνιαίως για τους μετανάστες που διαμένουν στην Ελλάδα συγκριτικά με το 7% για τους μετανάστες που κατοικούν στην Γερμανία.

Στην δεύτερη θεματική ενότητα, σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα που παρουσιάστηκαν στο δεύτερο κεφάλαιο τα ποσοστά δυσκολίας πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας κυμαίνονται από μέτρια έως υψηλά και είναι μεγαλύτερα στην Ελλάδα σε σχέση με αυτά της Γερμανίας. Συγκεκριμένα, το ποσοστό του 53,2% των ερωτηθέντων στην Ελλάδα απάντησαν ότι έχουν χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους γηγενείς έναντι του 45% των ερωτηθέντων στην Γερμανία.

Σύμφωνα με έρευνες (Stanciols et al. 2009) που έχουν διεξαχθεί στο παρελθόν οι μετανάστες είναι περισσότερο υγιείς συγκριτικά με τον γηγενή πληθυσμό της χώρας και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η μετανάστευση απαιτεί μια καλή φυσική κατάσταση. Ωστόσο, τα ποσοστά της έρευνας μας δεν αντιπροσωπεύουν την άποψη αυτή. Οι συμμετέχοντες στο δείγμα μας δηλώνουν χαμηλό επίπεδο υγείας, αφού η πλειοψηφία των ερωτηθέντων και στις δύο χώρες (77,5% και 69,5%) δήλωσε πως έχει νοσήσει κάποια στιγμή, ενώ έχει υπάρξει και τραυματισμός με τα ποσοστά να φτάνουν στο 61,9% για την Ελλάδα και στο 59,4% για την Γερμανία. Και στις δύο περιπτώσεις οι μετανάστες επισκέφθηκαν το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου. Πολλές έρευνες (Norredam et al. 2003) επιβεβαιώνουν ότι οι μετανάστες επισκέπτονται με μεγαλύτερη συχνότητα τα τμήματα Επειγόντων Περιστατικών σε σύγκριση με την επίσκεψη σε ιδιώτες ιατρούς. Το χαμηλό επίπεδο υγείας σχετίζεται άμεσα με τη μεγαλύτερη ζήτηση και χρήση των υγειονομικών μονάδων.

Αναφορικά, με τη χρήση των ΤΕΠ η πλειοψηφία στις δύο χώρες έχει επισκεφτεί το συγκεκριμένο τμήμα, με ποσοστά 83,7% και 64,4% αντίστοιχα. Το 78,5% των αλλοδαπών στην Ελλάδα έχει επισκεφτεί εξωτερικά ιατρεία και το 58,6% των αλλοδαπών στην Γερμανία. Και στις δύο χώρες η νοσηλεία σε ένα δημόσιο νοσοκομείο έφτασε το 66%. Το 57,9% των ερωτηθέντων στην Ελλάδα και το 68% αντίστοιχα στην Γερμανία έχει επισκεφτεί ένα Κέντρο Υγείας.

Αναφορικά με τη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, το 88,7% των μεταναστών στην Ελλάδα επισκέφθηκε έναν ιδιώτη γιατρό και στην Γερμανία το 68%. Το 46,3% και το 55,4% στην Γερμανία δήλωσε πως επισκέφθηκε ιδιωτικό νοσοκομείο.

Η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί βασική παράμετρο της ένταξής τους στην κοινωνία, της διασφάλισης της δημόσιας υγείας και του σεβασμού του ανθρώπινου

δικαιώματος για ισότιμη παροχή φροντίδας υγείας .Η αδυναμία πρόσβασης εξαιτίας ορισμένων προβλημάτων αποτρέπει τους μετανάστες να συμμετέχουν στην κοινότητα. Αρκετοί παράγοντες περιορισμού της πρόσβασης είναι η έλλειψη στην ενημέρωση λόγω δυσκολιών με την γλώσσα, η γραφειοκρατία, η έλλειψη σχετικής ενημέρωσης με το προσωπικό της μονάδας, ο φόβος πιθανής απόλυσης από την εργασία και το υψηλό κόστος (Hacker et al. 2011).

Όσον αφορά την αδυναμία λήψης φαρμάκων, το 61,7% στην Ελλάδα και το 50,5% των ερωτηθέντων στην Γερμανία απάντησε θετικά στην ερώτηση. Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει σημαντικά την υγεία των μεταναστών , με το 65% και το 25,9% να δηλώνουν πως αδυνατούν να καλύψουν το κόστος των φαρμάκων. Οι περισσότεροι δε μετανάστες δεν διαθέτουν καμία ασφάλεια και δεν έχουν το δικαίωμα στην χρήση μιας υπηρεσίας υγείας με εξαίρεση αυτής της επείγουσας κατάστασης . Επιπλέον ,αδυνατούν να προβούν στην πληρωμή των παροχών υπηρεσιών υγείας και των φαρμάκων.

Στην συγκεκριμένη έρευνα αποτυπώνονται τα εμπόδια που έρχονται αντιμέτωποι οι μετανάστες κατά την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας, όπως τα τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και σε άλλες υπηρεσίες φροντίδας. Στην Ελλάδα το 63,2% αντιμετώπισε προβλήματα στα ΤΕΠ, το 64,2% στα εξωτερικά ιατρεία, το 57,3% σε δημόσιο νοσοκομείο και το 42,2% στα Κέντρα Υγείας. Στην Γερμανία το 40,3% αντιμετώπισε προβλήματα στα ΤΕΠ , το 46,6% στα εξωτερικά ιατρεία, το 54,5% σε δημόσιο νοσοκομείο και το 55,8% στα Κέντρα Υγείας. Και στις δύο χώρες οι μετανάστες αντιμετώπισαν πολλές δυσκολίες σε όλες τις μονάδες υγείας εξαιτίας των πολύπλοκων γραφειοκρατικών διαδικασιών και την δυσκολία στην επικοινωνία με ποσοστά άνω του 30%. Στα Κέντρα Υγείας της Γερμανίας, οι μετανάστες ανέφεραν με ποσοστό 37% την έλλειψη επικοινωνίας με το προσωπικό της μονάδας.

Σύμφωνα με τους Mylius και Frewer (2012) τα κυριότερα εμπόδια κατά την πρόσβαση των μεταναστών στις μονάδες είναι τα προβλήματα επικοινωνίας, οι πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες και τα χαμηλά ποσοστά ασφάλισης. Οι δημογραφικές και κοινωνικό-οικονομικές μεταβλητές έχουν μια ισχυρή επίδραση στην πρόσβαση και την χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες. Η απουσία καλής γνώσης της γλώσσας αποτελεί σημαντικό παράγοντα περιορισμού της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, αυξάνοντας το χρόνο αναμονής και δυσκολεύοντας την επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας. Η ενημέρωση από το κράτος σχετικά με τα δικαιώματα και τις αντίστοιχες διαδικασίες απόκτησης αυτών προς τους μετανάστες είναι ελλιπής .Έτσι, η απουσία γνώση της γλώσσας της χώρας υποδοχής αποτελεί έναν παράγοντα περιορισμού της ικανοποίησης που λαμβάνουν οι άνθρωποι από τις υπηρεσίες υγείας. Στην παρούσα έρευνα, η αδυναμία κατανόησης και ομιλίας της γλώσσας αποτελεί το σημαντικότερο πρόβλημα των μεταναστών στην Ελλάδα και στην Γερμανία αναφορικά με την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας. Η πλειοψηφία των μεταναστών και στις δύο χώρες αντιμετώπισε σε όλες τις υπηρεσίες υγείας εμπόδια αναφορικά με την γλώσσα. Η απουσία διερμηνέων στα νοσοκομεία και σε δομές ,που απευθύνονται σε αυτούς περιορίζουν την δυνατότητα ενημέρωσης και επικοινωνίας με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Από τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι η αυξημένη ικανότητα κατανόησης και ομιλίας της ελληνικής και γερμανικής γλώσσας αντίστοιχα σχετίζεται με την αυξημένη γνώση των υπηρεσιών υγείας, όπου δίνει τη δυνατότητα στους μετανάστες μια αποτελεσματικότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Επιπροσθέτως, η συχνά ελλιπής ενημέρωση με το προσωπικό της υπηρεσίας υγείας, η κοινωνική απαξίωση και οι ρατσιστικές συμπεριφορές που έρχονται αντιμέτωποι δεν διευκολύνουν την πρόσβαση τους.

Παράλληλα, οι οικονομικές μεταβλητές επηρεάζουν σε ένα μεγάλο βαθμό την πρόσβαση των μεταναστών στις υγειονομικές μονάδες υγείας. Οι μετανάστες που διαθέτουν συνήθως ένα χαμηλό οικογενειακό εισόδημα δεν οδηγούνται σε εξετάσεις συνήθως σε κάποια δημόσια υγειονομική υπηρεσία υγείας.

Όλα αυτά τα εμπόδια που αναφέρθηκαν παραπάνω δυσχεραίνουν σε ένα μεγάλο βαθμό την προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, ακόμα και όταν δικαιούνται την πρόσβαση, όπως και ο υπόλοιπος γηγενής πληθυσμός. Είναι σημαντικό να πραγματοποιηθούν δράσεις για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, την ενημέρωση των μεταναστών και την διευκόλυνση της επικοινωνίας, έτσι ώστε να βελτιωθεί η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας και στις δύο χώρες.

Η έννοια της ικανοποίησης του ασθενούς αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία, ως αξιόπιστος δείκτης για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των πολιτικών υγείας και σχετίζεται άμεσα με την επαρκή ικανοποίηση των γενικών αλλά και των ειδικών αναγκών υγείας (Παπαγιανοπούλου κ.ά. 2008).

Στην Ελλάδα και στην Γερμανία, ο βαθμός ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας είναι ελάχιστος. Από την ποιότητα που προσφέρεται, οι περισσότεροι ερωτηθέντες δηλώνουν πως είναι λίγο ικανοποιημένοι, με ποσοστά 57% και 38% αντίστοιχα στην Γερμανία. Σύμφωνα, με την Κοτσιώνη (2011), αρκετοί μετανάστες εξαιτίας των προβλημάτων και των εμποδίων ανέφεραν ένα μικρό βαθμό ικανοποίησης από τις υγειονομικές μονάδες. Το ποσοστό του 13% δήλωσε πως δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο από τα δημόσια νοσοκομεία, ενώ μόλις το 2% ανέφερε πως είναι πολύ ικανοποιημένο. Το 2009 η Ελληνική Στατιστική Αρχή, ανέφερε πως το 54% των μεταναστών που κατέχουν νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής στην χώρα δήλωσε μεγάλη ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, με την οικονομική κρίση και τις περικοπές στις υπηρεσίες υγείας το 2011 το ποσοστό αυτό έφτασε στο 42%. Η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνουν την ευκολία πρόσβασης του ασθενούς στις υπηρεσίες υγείας, τον χρόνο αναμονής, τις γραφειοκρατικές διαδικασίες, τις κτιριακές εγκαταστάσεις, τα θέματα ασφαλείας, τις χρηματικές απαιτήσεις, την υποστήριξη και την επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Επιπρόσθετα, οι προηγούμενες εμπειρίες των χρηστών αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες ικανοποίησης.

Το 59% των ερωτηθέντων στην Ελλάδα απάντησε πως γνωρίζει αρκετά τις υπηρεσίες υγείας, ενώ στην Γερμανία το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 42%. Η περιορισμένη γνώση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στη χρήση τους, όπως επιβεβαιώνεται και από τα αποτελέσματα άλλων μελετών.

Αναφορικά με τα δικαιώματά τους, στην κλίμακα αρκετά απάντησε το 49% του συνολικού πληθυσμού και το 40% στην Γερμανία. Η ενημέρωση των μεταναστών σε γλώσσα που καταλαβαίνουν μέσα από φυλλάδια, για τα δικαιώματά τους και τις υποχρεώσεις τους, φαίνεται ότι λαμβάνονται από την πρώτη στιγμή που εισέρχονται στην νέα χώρα και από την Ελλάδα και από την Γερμανία.

Τα ποσοστά 37% και 35% θεωρούν το σύστημα υγείας αρκετά πολύπλοκο. Η ελλιπούς γνώσης της γλώσσας και η ελλιπούς ενημέρωσης αναφορικά με τη λειτουργία του συστήματος υγείας, επηρεάζουν σημαντικά την προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας και την χρήση τους. Η συμμετοχή διερμηνέων και διαμεσολαβητών στα νοσοκομεία κρίνεται απαραίτητη, μιας και μπορεί να ενισχύσει τη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που θα παρέχεται σε άτομα με μεταναστευτικό υπόβαθρο.

Ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας δήλωσαν στην κλίμακα λίγο το 45% και το 42% στην Γερμανία, μιας και πολλοί ανέφεραν ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δεν δείχνει κανέναν ενδιαφέρον για το πρόβλημα υγείας που τους επηρεάζει την καθημερινότητα τους και θεωρούν ότι ο χρόνος που τους αφιερώνουν είναι ελάχιστος.

Τέλος, αναφορικά με το κόστος το 36% και το 39% είναι λίγο ικανοποιημένο. Οι μετανάστες που διαθέτουν βιβλιάριο υγείας σε ισχύ μπορούν και πραγματοποιούν οποιαδήποτε εξέταση χωρίς να επιβαρύνονται οικονομικά από κάποιο κόστος. Σε αυτή την περίπτωση, το κόστος νοσηλείας των μεταναστών καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία, ενώ οι ανασφάλιστοι είναι υποχρεωμένοι να καλύψουν μόνοι τους τις παροχές και τα φάρμακα.

Συμπερασματικά, βρέθηκε περιορισμένη γνώση των υπηρεσιών υγείας και για το λόγο αυτό είναι απαραίτητο να καταβληθούν συστηματικές προσπάθειες για τη βελτίωση της γνώσης των μεταναστών, όπου που θα τους δώσει τη δυνατότητα για μια αποτελεσματικότερη και συχνότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται από τις υγειονομικές μονάδες αφήνουν ελάχιστα ικανοποιημένους τους μετανάστες και χρήζουν άμεση βελτίωση και αναβάθμισης. Η σχέση ασθενούς-ιατρού, η επικοινωνία και η πληροφόρηση είναι ένας από τους παράγοντες που επηρεάζουν την τελική ικανοποίηση του ατόμου. Είναι ανάγκη να γίνει κατανοητό ότι οι μετανάστες αποτελούν ένα σημαντικό κομμάτι της κοινωνίας και ότι η προσαρμογή τους σε αυτή θα βοηθήσει τόσο τους ίδιους όσο και τους γηγενείς. Τέλος, τα κράτη θα πρέπει να σεβαστούν τις ανάγκες και τα προβλήματα των ατόμων αυτών.

4.2 Περιορισμοί της έρευνας

Πρώτος περιορισμός της παρούσας έρευνας αποτελεί ο μικρός αριθμός του δείγματος. Έγινε μια εκτενής προσπάθεια να πετύχουμε μια αντιπροσωπευτική συμμετοχή μεταναστών. Το δείγμα που καταφέραμε να συγκεντρώσουμε σε μεγάλο βαθμό ήταν αντιπροσωπευτικό σε ότι αφορά τα βασικά δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά του.

Παρόλο που, η έρευνα προσέφερε στοιχεία για τον βαθμό και την συχνότητα της πρόσβασης και της χρήσης των υγειονομικών μονάδων από τους μετανάστες στην Ελλάδα και στην Γερμανία, κρίνεται αναγκαίο στο μέλλον να διεξαχθούν μελέτες μεγαλύτερης κλίμακας, συμπεριλαμβανομένων των αγροτικών περιοχών στην Ελλάδα κυρίως για την εμβάθυνση της γνώσης για τις υπηρεσίες υγείας και αξιοποίησης της από τα άτομα με μεταναστευτικό υπόβαθρο και στις δύο χώρες.

Η έλλειψη χρόνου, η δυσκολία στο να βρεθούν άτομα πρόθυμα να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια αλλά και η έλλειψη οικονομικών πόρων ανέβασαν την δυσκολία της έρευνας. Σε μετανάστες μεγαλύτερης ηλικίας και στις δύο χώρες οι διευκρινίσεις για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν αναγκαίες κυρίως λόγω του μεγέθους του

ερωτηματολογίου καθώς και σε άτομα που δεν γνώριζαν άριστα την ελληνική και την γερμανική γλώσσα ζητήθηκαν περαιτέρω διευκρινίσεις.

Τέλος, οι μετανάστες προέρχονται από μικρές αστικές περιοχές τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Γερμανία Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να περιορίζεται η γενίκευση των συμπερασμάτων. Ακόμη, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του μελετώμενου πληθυσμού των μεταναστών ήταν περιορισμένα, όπως η ηλικία, η υπηκοότητα, με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατόν να διερευνηθούν περαιτέρω συσχετίσεις.

4.3 Συμπεράσματα-Προτάσεις

Το δείγμα μας είναι σε μεγάλο βαθμό αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού των μεταναστών σε ό,τι αφορά τα βασικά δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά του.

Σύμφωνα με τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από μεταναστευτικούς πληθυσμούς δεν παρατηρούμε συστηματικές ανισότητες εις βάρος των μεταναστών στο δείγμα μας, όσον αφορά τη πρόσβαση τους στο σύστημα υγείας. Οι μετανάστες στο δείγμα αντιμετωπίζουν συγκεκριμένα εμπόδια στην πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας. Η αδυναμία κατανόησης και ομιλίας της ελληνικής και της γερμανικής γλώσσας αποτελεί το μεγαλύτερο εμπόδιο των μεταναστών αναφορικά με την πρόσβαση τους στις υγειονομικές μονάδες. Επίσης, η μεγάλη διάρκεια παραμονής των μεταναστών παρουσιάζει μια θετική συσχέτιση με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, μιας και κάνουν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας, σε συνάρτηση με την αναπαραγωγική τους υγεία.

Η διευκόλυνση και η ενδυνάμωση της προσβασιμότητας των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα και στην Γερμανία κρίνεται απαραίτητη. Τα προβλήματα επικοινωνίας εμποδίζουν την πρόσβαση των μεταναστών στις υγειονομικές μονάδες ενώ η γνώση που κατέχουν για τα δικαιώματά τους και για τις υπηρεσίες υγείας είναι ελάχιστη. Τα συστήματα υγείας θα πρέπει να συμβάλλουν στην άμεση επίλυση όλων των προβλημάτων, τα οποία προκαλούνται σε ένα μεγάλο ποσοστό από την αύξηση της μεταναστευτικής ροής σε όλη την Ευρώπη. Θα πρέπει να πραγματοποιηθούν δράσεις για την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, την διευκόλυνση της επικοινωνίας με στόχο την βελτίωση της πρόσβασης των μεταναστών. Παρόλο αυτά, δεν είναι γνωστό κατά πόσο το δείγμα απάντησε αντικειμενικά ή μπορεί να μην έχει μέτρο σύγκρισης των ουσιαστικών υπηρεσιών υγείας που χρειάζεται. Για αυτό τον λόγο, η διερεύνηση αυτών στην Ελλάδα αλλά και στο εξωτερικό θα πρέπει να συνεχιστεί με διάφορες ποσοτικές και ποιοτικές μεθόδους.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

• Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

1. Aichele V. (2009). Anspruch auf Zugang zu medizinischer Versorgung: Das Recht auf Gesundheit nach dem UN-Sozialpakt. Deutschland: Nomos.
2. Anderson E. Stanciols, Manfred Huber, 2009, “Access to health care for Migrants, Minorities and Asylum Seekers in Europe”, The European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna, May 2009
3. Bartelheimer P. & Wolter M.I (2016). Die neue Migration nach Deutschland – sozioökonomisch betrachtet. Διαθέσιμο σε: http://www.soeb.de/fileadmin/redaktion/downloads/Literatur/Bartelheimer_Wolter_SOFI_Mitteilungen_24_2016.pdf
4. Beavers A., Lounsbury J., Richards J., Huck S., Skolits G. & Esquivel S. (2013). Practical Considerations for Using Exploratory Factor Analysis in Educational Research. Practical Assessment, Research & Evaluation 18 (6), pp. 1-13.
5. Bell E., Bryman A. & Harley B. (2019). Business Research Methods. United Kingdom: Oxford University Press.
6. Brannen J. (1992). Mixing Methods: Qualitative and quantitative research. Ashgate Publishing
7. Bundesgesetzblatt (2004). Verordnung zur Durchführung des Zuwanderungsgesetzes. 1: (62). Bonn, Deutschland
8. Bundesministerium für Gesundheit. (2016). Vielfalt stärken – Gesundheit fordern. Διαθέσιμο σε: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/internationale-gesundheitspolitik/migration-und-integration/migration-und-integration.html>
9. Bundesgesetzblatt. (2016). Integrationsgesetz. 1:(39). Bonn, Deutschland
10. Butterwegge C. (2005). Migration in Ost- und Westdeutschland von 1955 bis 2004. Διαθέσιμο σε: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration-ALT/56367/migration-1955-2004>
11. Butterwegge C. (2007). Neue Zuwanderungs- und Integrationspolitik seit 2005. Διαθέσιμο σε: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration-ALT/56340/neue-migrationspolitik>
12. Cuadra CB. Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. Eur J Public Health. 2012;22(2):267–271.

13. Constant A. & Zimmermann K. (2013). International handbook on the economics of migration. USA: Edward Elgar.
14. Department of Economic and Social Affairs (2017). International Migration Report International Migration: The human face of globalization. OECD Multilingual Summaries.
15. Derose K., Escarce J., Lurie N. (2007). Immigrants and Health Care: Sources of Vulnerability. Health Affairs. 26(5): 1258-1268.
16. Erlinghagen, M., Stegmann, T. & Wagner, G. (2009). Deutschland ein Auswanderungsland ? . Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin. 76(39):663-669.
17. Eurostat Statistics explained (2019). Στατιστικές για τη μετανάστευση και τον μεταναστευτικό πληθυσμό.
18. Frewer A. & Bielefeldt H. (2016). Das Menschenrecht auf Gesundheit-Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse. Deutschland: Transcript.
19. Friedrich Ebert Stiftung (FES). (2015). Auswirkungen des demografischen Wandels im Einwanderungsland Deutschland. Bonn
20. Hacker K., Chu J. & Leung C. (2011) The impact of Immigration and Customs Enforcement on immigrant health: perceptions of immigrants in Everett. Massachusetts. USA. Sci Med.73(4):586–594.
21. Hacker K., Anies M., Folb B. & Zallman L., (2015). Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. PMC:US National Library of Medicine National Institutes of Health. (8):175-183
22. Houser J. (2008). Precision, Reliability, and Validity: Essential Elements of Measurement in Nursing Research. Journal for Specialists in Pediatric Nursing. 13(4): 297-299
23. Justice for immigrants. Root Causes of Migration. Διαθέσιμο σε: <https://justiceforimmigrants.org/what-we-are-working-on/immigration/root-causes-of-migration/>
24. Kimberlin C. & Winterstein A. (2008). Validity and reliability of measurement instruments used in research. American Journal of Health-System Pharmacy. 65(23):2276-2284.
25. Kirkcaldy B., Wittig U., Furnham A. & Merbach M. (2006). Migration und Gesundheit. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz. 9:873-874.

26. Knipper M. & Bilgin Y. (2009). *Migration und Gesundheit*. Berlin: Konrad Adenauer Stiftung.
27. Kothari C.R (2004). *Research Methodology-Methods and Techniques*. New Delhi: New Age International (P) Limited.
28. Manning P. & Trimmer T. (2013) . *Migration in world history*. Routledge
29. Marquardt G., Delkic E. & Motzek T. (2016). Wenn Migranten alt werden – Das Altenpflegesystem zwischen Versorgungslücken und Entwicklungspotenzialen. *Aktuelle Forschungsergebnisse*. 1(6):26-30.
30. Marshall A. & Fisher M. (2008). Understanding descriptive statistics. *Australian Critical Care*. 22(2):93-97
31. Martin D. & Flowerdew R. (2013). *Methods in Human Geography*. New York: Routledge.
32. Mata I. (2016). Υγεία των μεταναστών και των εθνοτικών μειονοτήτων, συμπεριλαμβανομένων των Ρόμα, Ευρωπαϊκή επιτροπή.
33. McConville K. (2018). 5 Causes of forced migration. Διαθέσιμο σε: <https://www.concernusa.org/story/5-causes-forced-migration/>
34. Meyer Bernd. (2009). Deutschkenntnisse von Migrant/innen und ihre Konsequenzen für das Dolmetschen im Krankenhaus
35. Mediterranean migration observatory- Institute of International relations-Panteion University (2009) . *Greek Migration News*. 1(1): 2-7
36. Mylius M. & Frewer A. (2015). Access to healthcare for undocumented migrants with communicable diseases in Germany: a quantitative study. *Public Health*. 25(4):582–586.
37. Michael Q. Why people migrate: 11 surprising reasons. Διαθέσιμο σε: <https://www.globalcitizen.org/en/content/why-people-migrate-11-surprising-reasons/>
38. Nardi P. (2018) . *Doing Survey Research-A Guide to Quantitative Methods*. New York: Routledge
39. Norredam M., Mygind A. & Krasnik A. (2005). «Access to healthcare for asylum seekers in the European Union – a comparative study of country policies». *The European Journal of Public Health*. Advance Access
40. Norredam M., Nielsen S. & Krasnik A. (2009). Migrants utilization of somatic healthcare services in Europe-a systematic review. *European Journal of Public Health*. 20(5):555-562

41. Orna E. & Graham S. (1998) Οργάνωση των Πληροφοριών στην Έρευνα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
42. Oltmer J. (2005). Deutsche Migrationsgeschichte seit 1871. Διαθέσιμο σε: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/dossier-migration-ALT/56355/migration-1871-1950>
43. Padilla B., Portugal R., Ingleby D., Freitas C., Lebas J. & Miguel J.P. (2007). Good practices on health and migration in the EU. Health and Migration in the EU: Better health for all in an inclusive society
44. Padopoulos Y. & Parsanoglou D. (2015). Operationalizing the Regulation of Human Mobility in the 1940s. International migration management in the early cold war. The Intergovernmental committee for European migration
45. Patten M. (2016). Questionnaire Research-A Practical Guide. New York: Routledge.
46. Parkers R. (2015). European Union and the Geopolitics of Migration. Published by : The Swedish Institute of International Affairs.
47. Pauli J. (2013). Arbeitsbericht. Alter, Migration und Mehrsprachigkeit: Eine explorative Untersuchung Hamburger Senioreneinrichtungen. Teilprojekt „Alter, Sprache und Migration“. Februar 2012 – Januar 2013. Universität Hamburg. Institut für Ethnologie, Hamburg
48. Pew Research Center (2018). Origins and Destinations of the World’s Migrants 1990-2017
49. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: A review, Family Practice. 23(3) :325-348
50. Pott A., Mockett S., Hajji R. & Bouras-Ostmann K. (2014). Jenseits von Rif und Ruhr- 50 Jahre marokkanische Migration nach Deutschland. Deutschland: Springer VS.
51. Pries, L. (2001). Internationale Migration. Deutschland: Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek.
52. Razum O. & Spallek J. (April 2009). Wie gesund sind Migranten? Erkenntnisse und Zusammenhänge am Beispiel der Zuwanderer in Deutschland. focus MIGRATION. 12:2-6.
53. Reled-Raz, M. (2017). Human rights in patient care and public health-a common ground. Διαθέσιμο σε: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5810084/>
54. Rowley J. (2014). Designing and using research questionnaires. Emerald Insight. 37(3):308-320.
55. Sapsford R. (2007). Survey Research. 2D Edition. London: Sage

56. Sauer L. & Ette A. (2007). Auswanderung aus Deutschland Stand der Forschung und erste Ergebnisse zur internationalen Migration deutscher Staatsbürger. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung beim Statistischen Bundesamt.
57. Tilly C. (1976). Migration in Modern European History. Michigan: The Center for Research on Social Organization.
58. United Nations-General Assembly. (2014). International migration and development- Report of the Secretary-General
59. UNHCR- The UN Refugee Agency. (2016). Πρόσφυγας ή Μετανάστης; Η επιλογή των λέξεων έχει σημασία. Διαθέσιμο σε: https://www.unhcr.org/cy/wp-content/uploads/sites/41/2018/02/UNHCR_Refugee_or_Migrant_GR.pdf
60. UNHCR: The UN Refugee Agency. (2018). Global Trends: Forced Displacement 2017. Switzerland: UNHCR.
61. Vallin J. (2002) . Ο πληθυσμός της Γης. Εξελίξεις, Προβλήματα, Προοπτικές. Αθήνα: Guteberg
62. Vannette D. & Krosnick J. (2017). The Palgrave Handbook of Survey Research. Cham: Palgrave Macmillan.
63. Waller H. (2008). Gesundheitsprobleme und Gesundheitsversorgung von Menschen in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität: Deutschland und Italien im Vergleich. Das Gesundheitswesen. 70(1):4-8.
64. Wenning N. (1994). Migration in Deutschland. Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung. 14(2):106-114.
65. Welt (2019). Fast jeder zweite Arbeitslose hat einen Migrationshintergrund. Διαθέσιμο στον διαδικτυακό τόπο: [HYPERLINK "https://www.welt.de/politik/deutschland/article191082027/BA-Statistik-46-Prozent-der-Arbeitslosen-haben-Migrationshintergrund.html"](https://www.welt.de/politik/deutschland/article191082027/BA-Statistik-46-Prozent-der-Arbeitslosen-haben-Migrationshintergrund.html)[HYPERLINK "https://www.welt.de/politik/deutschland/article191082027/BA-Statistik-46-Prozent-der-Arbeitslosen-haben-Migrationshintergrund.html"](https://www.welt.de/politik/deutschland/article191082027/BA-Statistik-46-Prozent-der-Arbeitslosen-haben-Migrationshintergrund.html)
66. Woodward A, Howard N, Wolffers I. Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. Health Policy Plan. 2014;29(7):818–830.
67. Wulf A. (2016). Das Menschenrecht auf Gesundheit. Διαθέσιμο σε: <http://www.bpb.de/internationales/weltweit/menschenrechte/231964/gesundheits?p=all>

68. Zimmerman C., Kiss L. & Hossain M. (2011). Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. Διαθέσιμο σε:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3101201/>

• Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία

69. Αγγελόπουλος Α. (1972) . Ο τρίτος κόσμος και οι πλούσιες χώρες. Προοπτικές για το 2000. Ένα από τα γνωρίσματα των υποανάπτυκτων χωρών είναι πως ο πληθυσμός τους αυξάνει με ρυθμό πολύ πιο γρήγορο παρά στις ανεπτυγμένες χώρες. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
70. Αθανασοπούλου Μ., Μεχίλι -Ενκελεϊντ Α., Αθανασοπούλου Α. & Διομήδους Μ. (2013). Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των μεταναστών και ο αντίκτυπός τους στη Δημόσια Υγεία. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. 5(4):162-167.
71. Αναστόπουλος Γ., Οικονόμου Χ. & Ζήκος Δ. (2013) . Η προσβασιμότητα και η χρήση υπηρεσιών υγείας μεταναστών Αλβανικής καταγωγής στην Ελλάδα. Νοσηλεία και Έρευνα (37) : 230-238.
72. Βαγενά- Παλαιολόγου Ε. (2006). Ρατσισμός και Ξενοφοβία. Έρευνα στη δικαιοσύνη και στην αστυνομία. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη.
73. Βασιλούνη Σ. (2008). «Ο νόμος 3386/2005 για την είσοδο, διαμονή και ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην ελληνική επικράτεια». Πρακτικά Συνεδρίου από 28-29 Νοεμβρίου 2006. Αλλοδαποί στην Ελλάδα: ένταξη ή περιθωριοποίηση που διεξήχθη σε Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης. Φορέας διεξαγωγής: Νομική Σχολή. Αθήνα: Σακούλα.
74. Γαλάνης Π. (2013). Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 30(1):97-110
75. Γαλάνης Π. (2017). Μεθοδολογία σχεδιασμού των μελετών. Εφαρμοσμένη ιατρική έρευνα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 34(4) : 559-562. Αθήνα
76. Γαλάνης Π., Καϊτελίδου Δ., Σουρτζή Π., Μπελάλη Θ. & Σίσκου Ό. (2012). Γνώση και χρήση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα από μετανάστες. Νοσηλευτική. 51(4): 41-44
77. Γεωργούλας Σ. (2001) . Η νέα μεταναστευτική κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα και η νομιμοποίηση της. Μετανάστευση στην Ελλάδα. Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα
78. Γκαζόν Ε., Μαράτου-Αλιπράντη Λ .(2005) .Μετανάστευση και υγεία-πρόνοια. Αποτίμηση της υπάρχουσας κατάστασης - Προκλήσεις και προοπτικές βελτίωσης. Αθήνα : Εθνικό κέντρο κοινωνικών ερευνών.
79. Γραφείο του Υπατου αρμοστή των Ηνωμένων Εθνών για τους πρόσφυγες (2009). Εγχειρίδιο για τις διαδικασίες και τα κριτήρια καθορισμού του καθεστώτος των

προσφύγων σύμφωνα με τη σύμβαση του 1951 και το πρωτόκολλο του 1967 για το καθεστώς των Προσφύγων. Αθήνα .

80. Δαρβίρη Χ. (2009). Μεθοδολογία Έρευνας στο Χώρο της Υγείας. Αθήνα: Πασχαλίδης.
81. Δαμανάκης Μ., Κωνσταντινίδης Σ. & Τάμης Α. (2014). Νέα μετανάστευση από και προς την Ελλάδα. Ηράκλειο: Πανεπιστήμιο Κρήτης.
82. Δημητρόπουλος Ε., (2004). Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας: προς ένα συστηματικό δυναμικό μοντέλο μεθοδολογίας επιστημονικής έρευνας. Αθήνα: Έλλην.
83. Επίσημη Εφημερίδα αριθμού. C 325 της 24/12/2002 σ. 0100 - 0101, (2002). Συνθήκη περί ιδρύσεως της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Διαθέσιμο σε: https://eur-lex.europa.eu/eli/treaty/tec_2002/art_152/oj?eliuri=eli:treaty:tec_2002:art_152:o
84. Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (2017). Προσφυγική κρίση και ΕΕ: στοιχεία και αριθμοί. Διαθέσιμο σε: <http://www.europarl.europa.eu/news/el/headlines/priorities/krise-metanasteuses/20170629STO78630/prosfugiki-krisi-kai-ee-stoicheia-kai-arithmoi>
85. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (2014). Τεύχος 1^ο, Άρθρο 1, Αριθμού Φύλλου 1303
86. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. (1991). Είσοδος-έξοδος, παραμονή, εργασία, απέλαση αλλοδαπών, διαδικασία αναγνώρισης αλλοδαπών προσφύγων και άλλες διατάξεις. Νόμος 1975/1991-ΦΕΚ 184/Α/4-12-1991. (Τόμος 1, Αριθμού 184). Αθήνα: ΦΕΚ.
87. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. (2001). Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην Ελληνική Επικράτεια. Κτήση της ελληνικής ιθαγένειας με πολιτογράφηση και άλλες διατάξεις. Νόμος 2910/2001-ΦΕΚ 91/Α/2-5-2001. (Τόμος Α, Αριθμός 91). Αθήνα: ΦΕΚ.
88. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. (2005). Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην ελληνική επικράτεια .Νόμος 3386/2005-ΦΕΚ 212/Α/23-8-2005. (Τόμος Α, Αριθμός 212). Αθήνα: ΦΕΚ.
89. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. (2014). Διέλευση προσώπων από τα σύνορα και διαμονή πολιτών τρίτων χωρών στην ελληνική επικράτεια.. Νόμος 4251/2014-ΦΕΚ 80/Α/1-4-2014. (Τόμος Α, Αριθμός 80). Αθήνα: ΦΕΚ.

90. Ζάβος Α. (2011). Αν η "κακή" Ευρώπη παραβλέπει τα δικά μας προβλήματα τότε εμείς γιατί συνυπογράφουμε συμφωνίες οι οποίες στην καλύτερη περίπτωση δεν εξυπηρετούν σε τίποτε τα συμφέροντά μας; . ΙΜΕΠΟ
91. Θεοχαρίδης Ν. (2003). Πληθυσμός και Ανάπτυξη στην Ελλάδα. Μετανάστευση : Παράγοντες και συνέπειες. Ελληνική Εταιρεία Δημογραφικών Μελετών. Αθήνα: Κορφή
92. Ιωάννου Ν. (2003) . Ελληνική μεταναστευτική πολιτική στην ευρωπαϊκή ένωση και στο συμβούλιο της Ευρώπης . Πολιτικές μετανάστευσης και στρατηγικές ένταξης- Η περίπτωση των Αλβανών και Πολωνών μεταναστών. Αθήνα: Gutenberg.
93. Κιτσαράς Γ. & Μπάκα Α. (2013). Ο λόγος των μεταναστών για τους παράγοντες που δυσχεραίνουν την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Επιστημονική Επετηρίδα Τμήματος Ψυχολογίας ΑΠΘ. 10:474-498.
94. Κιοχός Π. (1997) . Μεθοδολογία Διεξαγωγής Ερευνών -Η θεωρία στην πράξη. Αθήνα : Σταμούλης.
95. Κομής Κ. (2014). Πολιτικοστρατιωτικές αναταραχές και πληθυσμιακές μετακινήσεις . Ο ελληνικός 19^{ος} αιώνας και το 1821. Αθήνα: Παπαζήση
96. Κορρές Κ. (2013) . Ποσοτικές ερευνητικές προσεγγίσεις. Αθήνα
97. Κοτσιώνη Ι. (2009). Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη- Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα. Ιατρική Σχολή – Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Στατιστικής Ιατρικής
98. Κοτσιώνη Ι. (2009). MIGHEALTHNET: Information network on good practice in health care for migrants and minorities. Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα.
99. Κωνσταντάρας Ν. (2016, 13 Μαρτίου). Η εποχή της μετανάστευσης. Καθημερινή
100. Λαγουμιντζής Γ., Βλαχόπουλος Γ. & Κουτσογιάννης Κ. (2015). Μεθοδολογία της έρευνας στις επιστήμες υγείας. Ελληνικά Ακαδημαϊκά ηλεκτρονικά συγγράμματα και βοηθήματα.
101. Λινάρδος- Ρυλμόν Π. (2003) .Μορφές διεθνοποίησης και ζητήματα μεταναστευτικής πολιτικής. Πολιτικές μετανάστευσης και στρατηγικές ένταξης- Η περίπτωση των Αλβανών και Πολωνών μεταναστών. Αθήνα : Gutenberg
102. Μάτσα Κ. (2016). Βιβλιοπαρουσίαση : Τα μεταναστευτικά ρεύματα στην ιστορία. Διαθέσιμο σε: <http://eek.gr/index.php/art/4164-vivlioparousiasi-ta-metanastefika-revmata-stin-istoria>
103. Μπουλούτζα Π. (24 Μαΐου 2015). Μετανάστες "ανύπαρκτοι" και στην υγεία. Η Καθημερινή

104. Ουζούνη Χ. & Νακάκης Κ. (2011). Η Αξιοπιστία και η Εγκυρότητα των Εργαλείων Μέτρησης σε Ποσοτικές Μελέτες. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ. 50(2):231-239.
105. Παρασκευόπουλου Ι. (1993) . Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας. Αθήνα
106. Παπαγιαννοπούλου Β.,Πιερράκος Γ.,Σαρρής Μ. & Υφαντόπουλος Γ. (2008). Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής . 25(1):73-82
107. Παπαστεργίου Β. & Τάκου Ε. (2015). Η μετανάστευση στην Ελλάδα- Έντεκα μύθοι και περισσότερες αλήθειες. Ίδρυμα Ρόζα Λουξεμπουργκ- Παράρτημά Ελλάδας
108. Πετράκου Η. (2001) . Η κατασκευή της μετανάστευσης στην ελληνική κοινωνία . Μετανάστευση στην Ελλάδα. Αθήνα : Ελληνικά γράμματα
109. Παπαγεωργίου Ν. & Τσιρώνης Χρ. Ν. (2013). Φύλο, Μετανάστευση και Οικονομική κρίση στην Ελλάδα: Η τρέχουσα συζήτηση. Culture and Research 2. Διαθέσιμο σε: <http://ejournals.lib.auth.gr/culres/article/view/3943/3995>
110. Παραδεισιάνου Α., (χ.χ.). Το φαινόμενο της μετανάστευσης. Διαθέσιμο σε: http://www.astynomia.gr/index.php?option=ozo_content&perform=view&id=1852EN
111. Πετρέλης Μ. & Δομάγερ Φ. (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Το βήμα του Ασκληπιείου. 15(4): 371-373
112. Πραχαλιάς, Χ. (2015). Οι Επιπτώσεις της Μετανάστευσης στις Αγορές Εργασίας: Εμπειρία από την ΕΕ-27. Διαθέσιμο σε: <http://www.migrants.gr/>
113. Σιάμπος Γ. (2003) . Πληθυσμός και Ανάπτυξη στην Ελλάδα. Ελληνική Εταιρεία Δημογραφικών Μελετών . Αθήνα: Κορφή
114. Τερζούδης Σ., Μπογιατζίδης Π., Κωσταγιόλας Π.(2017) .Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στους μετανάστες κατά την υποδοχή τους στην Ελλάδα. Σχεδιασμός αυτής σε πολυϊατρείο μη κυβερνητικής οργάνωσης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 34(1):113-117
115. Τριγώνη Μ., Περάκη Δ., Γενετάκη Ε., Δοξάκη Κ. (2017). Παρέχοντας υπηρεσίες υγείας σε μετανάστες : Απόψεις των επαγγελματιών υγείας για εμπόδια και προκλήσεις. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. 9 (4)
116. Τσαούση Γ. (1996) . «Η Κοινωνία του Ανθρώπου» . Αθήνα: Gutenberg
117. Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες – Γραφείο Ελλάδας. (2012). Συμβολή στο διάλογο για το μεταναστευτικό και το άσυλο. Διαθέσιμο σε:

https://www.unhcr.org/gr/wpcontent/uploads/sites/10/2017/10/2012_Migration___Asylum_GR.pdf

118. Χατζηγιάκη Σ. (2008) . Μετανάστευση και Δημόσια Υγεία. Καθημερινή

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Ι : Ερωτηματολόγιο στην ελληνική γλώσσα

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗ ΣΕΛΙΔΑ

Αγαπητοί πολίτες,

Είμαι προπτυχιακή φοιτήτρια του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας. Το ερωτηματολόγιο που κρατάτε στα χέρια σας αποτελεί μέρος της προπτυχιακής μου εργασίας, υπό την επίβλεψη του Καθηγητή Νικόλαου Μπακάλη. Σκοπός της έρευνας είναι η στάση των πολιτών σχετικά με την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 30 ερωτήσεις, καθώς και μερικών δημογραφικών στοιχείων.

Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις , επιλέγοντας μόνο μία επιλογή.

Οι πληροφορίες που θα συγκεντρωθούν θα κρατηθούν *αυστηρώς απόρρητες*.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική.

Θα πρέπει να γνωρίζετε ότι σε οποιαδήποτε στιγμή της διαδικασίας έχετε το δικαίωμα να αποσυρθείτε.

Για οποιαδήποτε απορία, μην διστάσετε να με ρωτήσετε.

Η φοιτήτρια: Πηνελόπη Μπούζι

A. Χαρακτηριστικά αναφορικά με την Πρόσβαση και Χρήση στις Υπηρεσίες Υγείας.

1. Έχετε νοσήσει ποτέ;

Ναι Όχι Δεν απαντώ (Εάν ναι, συνεχίστε στην ερώτηση 2)

(Εάν όχι/δεν απαντώ συνεχίστε στην ερώτηση 3)

2. Τι κάνατε για να αντιμετωπίσετε την ασθένεια αυτή;

Επισκέφθηκα ιδιώτη γιατρό

Επισκέφθηκα το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου

Επισκέφθηκα το Κέντρο Υγείας

Δεν έκανα τίποτα/περίμενα να περάσει μόνο του

Άλλο(προσδιορίστε)

3. Είχατε κάποιο τραυματισμό (πχ κάταγμα);

Ναι Όχι Δεν απαντώ (Εάν ναι, συνεχίστε στην ερώτηση 4)

(Εάν όχι/δεν απαντώ συνεχίστε στην ερώτηση 5)

4. Τι κάνατε για να αντιμετωπίσετε τον τραυματισμό αυτό;

Επισκέφθηκα ιδιώτη γιατρό

Επισκέφθηκα το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου

Επισκέφθηκα το Κέντρο Υγείας

Δεν έκανα τίποτα/περίμενα να περάσει μόνο του

Άλλο(προσδιορίστε)

5. Έχετε επισκεφτεί το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου;

Ναι Όχι Δεν απαντώ (Εάν ναι, συνεχίστε στην ερώτηση 6)

(Εάν όχι/δεν απαντώ συνεχίστε στην ερώτηση 9)

6. Πόσες φορές έχετε επισκεφτεί τα Τ.Ε.Π;

Καμία 1-5 φορές Περισσότερες από 6 φορές

7. Στην επίσκεψη σας , αυτή αντιμετωπίσατε δυσκολίες;

Ναι Όχι Δεν απαντώ

8. Εάν αντιμετωπίσατε δυσκολίες σε τι αφορούσαν;

(μπορείτε να επιλέξετε μία ή περισσότερες απαντήσεις)

Δυσκολίες στην επικοινωνία

Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες

Δεν μου έδωσε σημασία το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

Δεν με ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας μου

Μεγάλο κόστος

Πρόσβαση στην μονάδα περίθαλψης

Άλλο (προσδιορίστε)

9. Έχετε επισκεφτεί τα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου;

Ναι Όχι Δεν απαντώ (Εάν ναι, συνεχίστε στην ερώτηση 10)

(Εάν όχι/δεν απαντώ συνεχίστε στην ερώτηση 13)

10. Πόσες φορές έχετε επισκεφτεί τα εξωτερικά ιατρεία;

Καμία 1-5 φορές Περισσότερες από 6 φορές

11. Στην επίσκεψή σας, αυτή αντιμετώπισατε δυσκολίες;

Ναι Όχι Δεν απαντώ

12. Εάν αντιμετώπισατε δυσκολίες σε τι αφορούσαν;

(μπορείτε να επιλέξετε μία ή περισσότερες απαντήσεις)

Δυσκολίες στην επικοινωνία

Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες

Δεν μου έδωσε σημασία το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

Δεν με ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας μου

Μεγάλο κόστος

Πρόσβαση στην μονάδα περίθαλψης

Άλλο (προσδιορίστε)

13. Έχετε νοσηλευθεί ποτέ σε δημόσιο νοσοκομείο;

Ναι Όχι Δεν απαντώ (Εάν ναι, συνεχίστε στην ερώτηση 14)

(Εάν όχι/δεν απαντώ συνεχίστε στην ερώτηση 17)

14. Πόσες φορές έχετε νοσηλευθεί;

Καμία 1-5 φορές Περισσότερες από 6 φορές

15. Στη νοσηλεία σας αυτή, αντιμετώπισατε δυσκολίες;

Ναι Όχι Δεν απαντώ

16. Εάν αντιμετωπίσατε δυσκολίες σε τι αφορούσαν;

(μπορείτε να επιλέξετε μία ή περισσότερες απαντήσεις)

Δυσκολίες στην επικοινωνία

Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες

Δεν μου έδωσε σημασία το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

Δεν με ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας μου

Μεγάλο κόστος

Πρόσβαση στην μονάδα περίθαλψης

Άλλο (προσδιορίστε)

17. Έχετε επισκεφθεί ποτέ Κέντρα Υγείας;

Ναι Όχι Δεν απαντώ (Εάν ναι, συνεχίστε στην ερώτηση 18)

(Εάν όχι/δεν απαντώ συνεχίστε στην ερώτηση 21)

18. Πόσες φορές έχετε επισκεφθεί το Κέντρο Υγείας;

Καμία 1-5 φορές Περισσότερες από 6 φορές

19. Στην επίσκεψη σας , αυτή αντιμετωπίσατε δυσκολίες;

Ναι Όχι Δεν απαντώ

20. Εάν αντιμετωπίσατε δυσκολίες σε τι αφορούσαν;

(μπορείτε να επιλέξετε μία ή περισσότερες απαντήσεις)

Δυσκολίες στην επικοινωνία

Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες

Δεν μου έδωσε σημασία το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

Δεν με ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας μου

Μεγάλο κόστος

Πρόσβαση στην μονάδα περίθαλψης

Άλλο (προσδιορίστε)

21. Έχετε επισκεφθεί ποτέ ιδιώτη ιατρό;

Ναι Όχι Δεν απαντώ (Εάν ναι, συνεχίστε στην ερώτηση 22)

(Εάν όχι/δεν απαντώ συνεχίστε στην ερώτηση 24)

22. Πόσες φορές έχετε επισκεφθεί ιδιώτη ιατρό;

Καμία 1-5 φορές Περισσότερες από 6 φορές

23. Για ποιον από τους παρακάτω λόγους;

(μπορείτε να επιλέξετε μία ή περισσότερες απαντήσεις)

Δεν ισχύει το βιβλιάριο υγείας μου

Μεγάλος χρόνος αναμονής στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας

Καλύτερη ποιότητα

Άλλο(προσδιορίστε)

24. Έχετε επισκεφθεί ιδιωτικό νοσοκομείο/ κλινική;

Ναι Όχι Δεν απαντώ (Εάν ναι, συνεχίστε στην ερώτηση 25)

(Εάν όχι/δεν απαντώ συνεχίστε στην ερώτηση 27)

25. Πόσες φορές έχετε επισκεφθεί ιδιωτικό νοσοκομείο;

Καμία 1-5 φορές Περισσότερες από 6 φορές

26. Για ποιον από τους παρακάτω λόγους;

(μπορείτε να επιλέξετε μία ή περισσότερες απαντήσεις)

Δεν ισχύει το βιβλιάριο υγείας μου

Μεγάλος χρόνος αναμονής στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας

Καλύτερη ποιότητα στο ιδιωτικό νοσοκομείο/κλινική

Άλλο(προσδιορίστε)

27. Υπήρξε η περίπτωση στην οποία χρειαστήκατε φάρμακα, αλλά δεν μπορέσατε να τα λάβετε;

Ναι Όχι Δεν απαντώ (Εάν ναι, συνεχίστε στην ερώτηση 28)

(Εάν όχι/δεν απαντώ συνεχίστε στην ερώτηση 29)

28. Ποιοι ήταν οι σημαντικότεροι λόγοι για τους οποίους δεν μπορέσατε να λάβατε τα φάρμακα που χρειαζόσασταν;

(μπορείτε να επιλέξετε μέχρι τρεις απαντήσεις)

Θεώρησα πως τα φάρμακα δεν ήταν απαραίτητα

Έλλειψη χρόνου

Δεν γνώριζα που να βρω τα φάρμακα

Δεν είχα τα χρήματα

Άλλο (προσδιορίστε)

29. Πιστεύετε ότι έχετε χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους Έλληνες;

Ναι Όχι Δεν απαντώ

30. Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Στις παρακάτω ερωτήσεις σημειώστε με X την απάντηση που σας εκφράζει καλύτερα.

	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ
Πόσο καλά γνωρίζετε τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας;				
Πόσο καλά γνωρίζετε τα δικαιώματά σας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας;				
Πιστεύετε ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο;				
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας ;				
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την				

ποιότητα των υπηρεσιών υγείας;				
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από το κόστος των υπηρεσιών υγείας;				

B. Δημογραφικά και Κοινωνικά Χαρακτηριστικά.

Φύλο:

Άρρεν Θήλυ

Ηλικία.....

Ποια είναι η χώρα γεννήσεως σας;.....

Πόσο καιρό διαμένετε στην Ελλάδα;.....

Ποιος είναι ο λόγος της εγκατάστασής σας στην Ελλάδα;

(μπορείτε να επιλέξετε μία ή περισσότερες απαντήσεις)

Εργασία Αναζήτηση ασύλου Πρόσφυγας Άλλος λόγος

Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος/η Έγγαμος/η Διαζευγμένος/η Χήρος/α

Στην Ελλάδα ζείτε μόνοι σας ;

Ναι Όχι Δεν απαντώ

Προσδιορίστε παρακάτω με ποιόν/ούς ζείτε στο ίδιο σπίτι.

(μπορείτε να επιλέξετε μία ή περισσότερες απαντήσεις):

Σύζυγος Παιδιά Συγγενείς Φίλοι/Ομοεθνείς Άλλη διευθέτηση

Μορφωτικό επίπεδο:

Αναφάβητος Δημοτικό Γυμνάσιο/Λύκειο Α.Ε.Ι Master/Διδακτορικό

Ποιο είναι το επάγγελμά σας αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα ;

Εργάτης Ιδιωτικός Υπάλληλος Δημόσιος Υπάλληλος Άνεργος/η Άλλο

Μηνιαίο εισόδημα: <300€ 301-500€ 501-1000€ >1001€

Σας ευχαριστούμε για την συμβολή και τον χρόνο σας!

Παράρτημα II: Ερωτηματολόγιο στην γερμανική γλώσσα

INFORMATIONSSSEITE

Sehr geehrte Bürger,

Ich bin Studentin im Grundstudium am Fachbereich Gesundheits-und Krankenpflege der Fachhochschule West-Griechenland. Der Fragebogen, den Sie in der Hand halten, stellt einen Teil meiner Diplomarbeit dar, die ich unter der Aufsicht des Professors Nikolaos Bakalis schreibe. Zweck der Nachfrage ist die Feststellung der Einstellung der Bürger gegenüber der Benutzung der Gesundheitsdienste durch die Ausländer. Der Fragebogen besteht aus 30 Fragen sowie aus einigen bevölkerungsstatistischen Daten.

Bitte antworten Sie auf alle Fragen, indem Sie **nur eine** Antwort wählen.

Bezüglich der erhobenen Informationen wird die *Geheimhaltungspflicht strengstens* eingehalten.

Ihre Teilnahme ist freiwillig.

Sie sind berechtigt, zu jeglichem Zeitpunkt aus dem Verfahren auszusteigen.

Bei jedweden Rückfragen zögern Sie nicht, sich an mich zu wenden.

Die Studentin: Pinelopi Bouzi

A. Daten über den Zugang zu und die Benutzung von Gesundheitsdiensten.

1. Haben Sie jemals an einer Krankheit gelitten?

Ja Nein Ich antworte nicht (Falls ja, bitte mit Frage 2 weitermachen)

(Falls nein/ich antworte nicht, weiter zur Frage 3)

2. Was haben Sie zur Behandlung dieser Krankheit unternommen?

Ich habe einen Privatarzt aufgesucht

Ich habe mich in der Notaufnahme eines öffentlichen Krankenhauses vorgestellt

Ich habe ein Gesundheitszentrum aufgesucht

Ich habe nichts unternommen/habe gewartet bis die Krankheit von selbst wieder weg ging

Sonstiges(bitte benennen)

3. Haben Sie jemals eine Verletzung erlitten (z.B. Fraktur);

Ja Nein Ich antworte nicht (Falls ja, bitte mit Frage 4 weitermachen)

(Falls nein/ich antworte nicht, weiter zur Frage 5)

4. Was haben Sie zur Behandlung dieser Verletzung unternommen?

Ich habe einen Privatarzt aufgesucht

Ich habe mich in der Notaufnahme eines öffentlichen Krankenhauses vorgestellt

Ich habe ein Gesundheitszentrum aufgesucht

Ich habe nichts unternommen/habe gewartet bis die Krankheit von selbst wieder weg ging

Sonstiges(bitte benennen)

5. Haben Sie sich jemals in der Notaufnahme eines öffentlichen Krankenhauses vorgestellt?

Ja Nein Ich antworte nicht (Falls ja, bitte mit Frage 6 weitermachen)

(Falls nein/ich antworte nicht, weiter zur Frage 9)

6. Wie viel mal haben Sie sich in der Notaufnahme vorgestellt?

Nie 1-5 Mal Mehr als 6 Mal

7. Hatten Sie dabei Probleme?

Ja Nein Ich antworte nicht

8. Falls ja, was für Probleme hatten Sie?

(Sie können eine oder mehrere Antworten wählen)

Probleme bei der Kommunikation

Komplizierte bürokratische Verfahren

Das Arzt- und Pflegepersonal hat mich ignoriert

Man hat mich über mein Gesundheitsproblem nicht aufgeklärt

Hohe Kosten

Zugang zur Krankenpflegestelle

Sonstiges (bitte benennen)

9. Haben Sie sich jemals in der Ambulanz eines öffentlichen Krankenhauses vorgestellt?

Ja Nein Ich antworte nicht (Falls ja, bitte mit Frage 10 weitermachen)

(Falls nein/ich antworte nicht, weiter zur Frage 13)

10. Wie viel mal haben Sie sich in der Ambulanz vorgestellt?

Nie 1-5 Mal Mehr als 6 Mal

11. Hatten Sie dabei Probleme?

Ja Nein Ich antworte nicht

12. Falls ja, was für Probleme hatten Sie?

(Sie können eine oder mehrere Antworten wählen)

Probleme bei der Kommunikation

Komplizierte bürokratische Verfahren

Das Arzt- und Pflegepersonal hat mich ignoriert

Man hat mich über mein Gesundheitsproblem nicht aufgeklärt

Hohe Kosten

Zugang zur Krankenpflegestelle

Sonstiges (bitte benennen)

14. Wurden Sie jemals in ein öffentliches Krankenhaus stationär aufgenommen?

Ja Nein Ich antworte nicht (Falls ja, bitte mit Frage 14 weitermachen)

(Falls nein/ich antworte nicht, weiter zur Frage 17)

15. Wie viel mal wurden Sie stationär behandelt?

Nie 1-5 Mal Mehr als 6 Mal

16. Hatten Sie bei der stationären Behandlung Probleme?

Ja Nein Ich antworte nicht

17. Falls ja, was für Probleme hatten Sie?

(Sie können eine oder mehrere Antworten wählen)

Probleme bei der Kommunikation

Komplizierte bürokratische Verfahren

Das Arzt- und Pflegepersonal hat mich ignoriert

Man hat mich über mein Gesundheitsproblem nicht aufgeklärt

Hohe Kosten

Zugang zur Krankenpflegestelle

Sonstiges (bitte benennen)

18. Haben Sie jemals ein Gesundheitszentrum aufgesucht?

Ja Nein Ich antworte nicht (Falls ja, bitte mit Antwort 18 weitermachen)

(Falls nein/ich antworte nicht, weiter zur Frage 21)

19. Wie viel mal haben Sie ein Gesundheitszentrum aufgesucht?

Nie 1-5 Mal Mehr als 6 Mal

20. Hatten Sie dabei Probleme?

Ja Nein Ich antworte nicht

21. Falls ja, was für Probleme hatten Sie?

(Sie können eine oder mehrere Antworten wählen)

Probleme bei der Kommunikation

Komplizierte bürokratische Verfahren

Das Arzt- und Pflegepersonal hat mich ignoriert

Man hat mich über mein Gesundheitsproblem nicht aufgeklärt

Hohe Kosten

Zugang zur Krankenpflegestelle

Sonstiges (bitte benennen)

22. Haben Sie jemals einen Privatarzt aufgesucht?

Ja Nein Ich antworte nicht (Falls ja, bitte mit Frage 22 weitermachen)

(Falls nein/ich antworte nicht, weiter zur Frage 24)

23. Wie viel mal haben Sie einen Privatarzt aufgesucht?

Nie 1-5 Mal Mehr als 6 Mal

24. Aus welchen weiter unten angeführten Gründen?

(Sie können eine oder mehrere Antworten wählen)

Mein Gesundheitsbuch ist ungültig

Große Wartezeiten bei den öffentlichen Gesundheitsdienststellen

Bessere Qualität

Sonstiges (bitte benennen)

25. Haben Sie jemals ein Privathospital/ eine Privatklinik aufgesucht?

Ja Nein Ich antworte nicht (Falls ja, bitte mit Frage 25 weitermachen)

(Falls nein/ich antworte nicht, weiter zur Frage 27)

26. Wie viel mal haben Sie ein Privathospital aufgesucht?

Nie 1-5 Mal Mehr als 6 Mal

27. Aus welchen weiter unten angeführten Gründen?

(Sie können eine oder mehrere Antworten wählen)

Mein Gesundheitsbuch ist ungültig

Große Wartezeiten bei den öffentlichen Gesundheitsdienststellen

Bessere Qualität im Privathospital/ in der Privatklinik

Sonstiges (bitte benennen)

28. Haben Sie jemals Medikamente benötigt, die Sie jedoch nicht erhalten konnten?

Ja Nein Ich antworte nicht (Falls ja, bitte mit Frage 28 weitermachen)

(Falls nein/ich antworte nicht, weiter zur Frage 29)

29. Was waren die wichtigsten Gründe dafür, dass Sie nicht die nötigen Medikamente erhalten haben?

(Sie können bis zu drei Antworten wählen)

Ich dachte, die Medikamente seien nicht erforderlich

Hatte keine Zeit

Ich wusste nicht, wo ich die Medikamente finde

Hatte kein Geld

Sonstiges (bitte benennen)

30. Sind Sie der Meinung, dass Sie schlechteren Zugang zu den öffentlichen Gesundheitsdiensten im Vergleich zu den deutschen Bürgern haben?

Ja Nein Ich antworte nicht

31. Die folgenden Fragen beziehen sich auf die öffentlichen Gesundheitsdienste. Bei den folgenden Fragen kreuzen Sie mit X die Antwort an, die Ihrer Meinung besser entspricht.

	Gar nicht	Wenig	Gut	Sehr gut
Wie gut kennen Sie die verfügbaren Gesundheitsdienste?				
Wie gut kennen Sie Ihre Rechte bezüglich der Nutzung der				

Gesundheitsdienste?				
Sind Sie der Meinung, dass das Gesundheitssystem kompliziert ist?				
Inwiefern sind Sie mit dem Verhalten der Gesundheitsfachkräfte zufrieden?				
Inwiefern sind Sie mit der Qualität der Gesundheitsdienste zufrieden?				
Inwiefern sind Sie mit den Kosten der Gesundheitsdienste zufrieden?				

B. Bevölkerungsstatistische und soziale Angaben.

Geschlecht:

Männlich Weiblich

Alter.....

Was ist Ihr Geburtsland?.....

Wie lange wohnen Sie in Deutschland?.....

Warum haben Sie sich in Deutschland niedergelassen?

(Sie können eine oder mehrere Antworten wählen)

Arbeit Asyl Flüchtling Sonstiges

Familienstand:

Ledig Verheiratet Geschieden Verwitwet

Leben Sie in Deutschland allein?

Ja Nein Ich antworte nicht

Geben Sie bitte weiter unten an, mit welcher(en) Person(en) Sie im selben Haushalt wohnen.

(Sie können eine oder mehrere Antworten wählen):

Ehegatte/in Kinder Verwandte Freunde/Landsleute Sonstige
Regelung

Bildungsniveau:

Analphabet Grundschule Mittelschule/Lyzeum Hochschule Magistra/Doktor

Welchen Beruf üben Sie derzeitig in Deutschland aus?

Arbeiter/in Angestellter/e Beamter/in Arbeitslos Sonstiges

Monatslohn: <300€ 301-500€ 501-1000€ >1001€

Vielen Dank für Ihren Beitrag und Ihre Zeit!

