

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Υπόβαθρο

Η ανάγκη της σύνταξης ενός εγχειριδίου σχετικά με την κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας σε Κύπρο και Ελλάδα πρόσφατα άρχισε να γίνεται αισθητή. Παρόλο που η ιατρική κοινωνιολογία έχει θεμελιωθεί ως ακαδημαϊκός κλάδος και δραστηριοποιείται περισσότερο από 30 χρόνια τώρα, δεν αποτελούσε πάντοτε αντικείμενο της κοινωνιολογίας, ενώ και στο εξωτερικό, όπου γνώρισε διάδοση τόσο στην έρευνα όσο και στη διδασκαλία, αυτό έγινε κυρίως στο πλαίσιο της ιατρικής επιστήμης. Εδώ και πολλά χρόνια, κοινωνιολόγοι με ενδιαφέρον για την υγεία και την ασθένεια εργάζονται σε πανεπιστημιακές σχολές δημόσιας υγείας, γενικής ιατρικής και ψυχιατρικής. Στα πανεπιστημιακά τμήματα κοινωνιολογίας, όμως, η στάση απέναντι στην υγεία και στην ασθένεια ως κύρια θέματα ήταν συχνά χλιαρή. Η υγεία, η ασθένεια και η φροντίδα της υγείας δεν θεωρούνταν κύριος τομέας έρευνας, σε σύγκριση με άλλες θεματικές ενότητες, όπως η αγορά εργασίας, οι κοινωνικοί διαχωρισμοί, ακόμη και η θρησκεία.

Όλα αυτά έχουν αλλάξει δραματικά τα τελευταία χρόνια. Τα προπτυχιακά προγράμματα σπουδών στις κοινωνικές επιστήμες και ιδιαίτερα στην κοινωνιολογία, τα οποία δεν περιλαμβάνουν πτυχίο για την υγεία και την ασθένεια αποτελούν σήμερα μειοψηφία. Στα εγχειρίδια εισαγωγής στην κοινωνιολογία, γίνονται αναφορές σε αυτό το θέμα. Η υγεία και η ασθένεια δίκαια πλέον τοποθετούνται στο κέντρο της μελέτης των «ιδιωτικών προβλημάτων και δημόσιων θεμάτων» και δεν θεωρούνται περιφερειακός τομέας της κοινωνικής ζωής. Πολλά, επίσης, από τα

κοινωνικά φαινόμενα που προκαλούν ενθουσιασμό στη σύγχρονη κοινωνιολογία εμφανίζουν κοινές τομές με τον τομέα της υγείας και της ασθένειας. Αυτό ισχύει τόσο για τη θεωρία όσο και για την εμπειρική έρευνα, που παρουσιάζονται αμφότερες στο παρόν βιβλίο. Από την άλλη, ένα εγχειρίδιο το οποίο εξετάζει τα θέματα της υγείας και της ασθένειας από την οπτική της κοινωνιολογίας συμπληρώνει σήμερα κείμενα άλλων επιστημών που ασχολούνται με τα θέματα αυτά.

Με το βιβλίο αυτό σκοπό έχουμε να προσφέρουμε έναν οδηγό μελέτης για κάποιες από τις πιο σημαντικές εξελίξεις στην κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας κατά τα τελευταία χρόνια. Επικεντρωθήκαμε στην επιλογή άρθρων τα οποία πιστεύουμε ότι ασχολούνται με ένα εύρος θεμάτων που θα συνεχίσουν να απασχολούν τον τομέα της υγείας στα επόμενα χρόνια. Επιλέξαμε να μη συμπεριλάβουμε τομείς όπου εύκολα θα μπορούσαμε να επεκταθούμε, όπως π.χ. τη σχέση ηλικίας και υγείας, συμπεριλαμβανομένης της έρευνας για τα παιδιά, ενός τομέα που τα τελευταία χρόνια έχει αποκτήσει κάποια δυναμική (Mayall, 1996). Έπρεπε επίσης να αφήσουμε εκτός του βιβλίου αυτού και κάποια άλλα θέματα, όπως τη σχέση μεταξύ χώρου και υγείας, έναν τομέα όπου η έρευνα σήμερα επιχειρεί να στρέψει την προσοχή από τα άτομα ως μονάδες προς ευρύτερες κοινωνικές δομές και διαδικασίες (Macintyre κ.ά., 2000). Παρ' όλα αυτά, πολλά από τα κείμενα αυτού του βιβλίου αγγίζουν θέματα σχετικά με αυτά και μπορούν να αναπτυχθούν αλλού. Οι αναφορές στο τέλος αυτής της εισαγωγής παρέχουν ένα σημείο εκκίνησης για τέτοιες μελέτες και μπορούν να λειτουργήσουν ως οδηγός για περαιτέρω μελέτη.

Γνώση και πεπιοθήσεις στην κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας

Ένα σημαντικό σημείο εκκίνησης αφορά τις πεπιοθήσεις και τη γνώση για την υγεία και την ασθένεια, που προκύπτουν τόσο από κλινικές μελέτες όσο και από την καθημερινή εμπειρία. Μέχρι τη δεκαετία του 1980, οι κοινωνιολογικές μελέτες επικεντρώνονταν στην τεράστια επίδραση του ιατρικού μοντέλου της ασθένειας στη σύγχρονη κοινωνία και στην εφαρμογή της κοινωνιολογίας σε ιατρικά περιβάλλοντα (Freidson,

1970). Αυτό προκλήθηκε εν μέρει από την ταχεία ανάπτυξη της βιοϊατρικής έρευνας, η οποία βεβαίως συνεχίζεται αδιάλειπτα. Η κοινωνιολογική ενασχόληση με την «ιατροποίηση» και την «ιατρική κυριαρχία» βοήθησε στη θεμελίωση μιας ανεξάρτητης και κριτικής προσέγγισης τόσο στην ιατρική θεωρία όσο και στην ιατρική πρακτική. Η τάση για αντιμετώπιση ολοένα και περισσότερων προβλημάτων (κοινωνικών καθώς και αυστηρώς σχετικών με ασθένειες) ως ιατρικών οδήγησε επίσης τους κοινωνιολόγους να εξετάσουν την κοινωνική απόκλιση υπό ένα νέο πρίσμα: αυτό της επίδρασης της ιατρικής γνώσης στη μεταμόρφωση της «κακίας» σε «ασθένεια» (Conrad και Schneider, 1980). Αυτή η κριτική προσέγγιση οδήγησε επίσης στη μελέτη του ιατρικού επαγγέλματος όχι απλώς ως επαγγέλματος το οποίο παρέχει «ουδέτερες» τεχνικές υπηρεσίες αλλά ως φορέα μιας κουλτούρας όπου η επιστημονική εμπειρία και η επιβολή επαγγελματικού ελέγχου μπορούσαν να επισκιασουν τις απλοϊκές αντιλήψεις και πράξεις. Ηθικά και πολιτικά θέματα μεταμορφώθηκαν, στο πλαίσιο αυτών των κριτικών, σε ιατρικά θέματα.

Οι τρόποι με τους οποίους η έλλειψη εξειδίκευσης στην ασθένεια αποκλείστηκε από την ιατρική πρακτική και οι μηχανισμοί που μετέτρεψαν τους ανθρώπους σε ασθενείς (Robinson, 1973· Zola, 1973) ήταν σχετικά δημοφιλή ερευνητικά θέματα. Ο ασθενής, μόλις εισερχόταν στην κλινική, έχανε την υπόστασή του υπό το βάρος της ιατρικής εξουσίας και της τεχνολογίας, που προσπαθούσαν να εκλογικεύσουν τα πάντα, ακόμη και τα ανθρώπινα αισθήματα, και φυσικά υπό το βάρος μιας καταπιεστικής γραφειοκρατίας (Strong, 1979). Στον ασθενή δινόταν ο ρόλος του παθητικού θεατή που λάμβανε μέρος στις διαδικασίες χωρίς το δικαίωμα να κάνει ερωτήσεις, μόνο με την υποχρέωση να ακολουθεί τις αποφάσεις των γιατρών. Η κυριαρχία ενός μοντέλου ασθενή θεωρήθηκε ότι εξυπηρετεί μάλλον τη διατήρηση των ιατρικών συμφερόντων παρά τις ανάγκες του απλού πολίτη σε μια σύγχρονη δημοκρατική κοινωνία.

Στη δεκαετία του 1980 εντούτοις, η μελέτη της ιατρικής ισχύος άρχισε να εξισορροπείται από έρευνες οι οποίες ξέφευγαν από τα στενά όρια/πλαίσιο των νοσηλευτηρίων και εστίαζαν στην κοινωνία, όπου μπορούσαν να μελετηθούν οι πεποιθήσεις των ανθρώπων εκτός της ιατρικής αρένας (Calnan, 1987). Στο μέτρο που η επαγγελματική εμπειρία αποτελούσε το επίκεντρο της προσοχής, στο φως της δημο-

σιότητας βρέθηκαν πλέον οι δραστηριότητες όσων ασχολούνταν με την προαγωγή της υγείας παρά αυτές όσων παρείχαν κλινικές υπηρεσίες. Η προσοχή που δόθηκε σε αυτές τις δραστηριότητες σχετιζόταν με την υιοθέτηση ή την απόρριψη της συμβουλής των προαγωγών της υγείας σε καθημερινές δραστηριότητες (Pill και Stott, 1982, 1985). Δεν είναι δύσκολο να δούμε γιατί, από αυτήν την οπτική γωνία, η ιδέα της έρευνας των απόψεων ανειδίκευτων ατόμων εκτός της κλινικής άρχισε να ελκύει τους κοινωνιολόγους, όπως και σήμερα.

Σαφώς, η μελέτη της υγείας και της ασθένειας δεν θα μπορούσε να σταματήσει στον προθάλαμο της κλινικής ή να περιοριστεί στην εξέταση του ιατρικού επαγγέλματος. Αρκετές μελέτες στον ανεπτυγμένο κόσμο άρχισαν να εξετάζουν αφενός τους παράγοντες οι οποίοι ενδέχεται να οδηγήσουν στη μοτιβοποίηση των συμπεριφορών και των απλοϊκών πεποιθήσεων για την υγεία και την ασθένεια και αφετέρου τους παράγοντες που καθορίζουν αυτές τις συμπεριφορές και πεποιθήσεις (Calnan, 1987· Blaxter, 1990). Οι μελέτες αυτές έχουν χαράξει μια πολύ πιο σαφή εικόνα των καθημερινών αντιλήψεων και πράξεων και έχουν φωτίσει τις δραστηριότητες προαγωγής της υγείας καθώς και ευρύτερες διαδικασίες. Η έρευνα η οποία δεν λαμβάνει υπόψη τις εξατομικευμένες εμπειρίες της υγείας και της ασθένειας πάσχει από άγνοια για τις νέες εξελίξεις και εμμονή στην παρωχημένη πεποίθηση ότι ο ειδικός γνωρίζει καλύτερα. Τέτοια πορίσματα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη από τους κοινωνιολόγους. Εντούτοις, είναι επίσης σαφές ότι οι απλοί άνθρωποι μπορούν να έχουν, και όντως αποκτούν, γνώση για θέματα υγείας και παρέχουν υλικό για την ανάπτυξη εξειδικευμένων μοντέλων τα οποία συμφιλιώνουν ή προκαλούν όσα προσφέρουν η ιατρική επιστήμη και η προαγωγή της υγείας. Επιπλέον, αυτό δεν είναι απλώς θέμα ατομικής θεώρησης, αλλά μπορεί να πάρει μεγάλες διαστάσεις, καθώς οι άνθρωποι διεξάγουν εκστρατείες για θέματα υγείας στις τοπικές τους κοινωνίες ή ακόμη σε εθνικά και σε διεθνή πλαίσια (Williams και Poray, 1994· Brown, 1995). Υπό αυτές τις συνθήκες, η γραμμή μεταξύ πεποίθησης και γνώσης είναι θολή. Σε πολλές εκστρατείες σήμερα, ειδικοί συνεργάζονται στενά με μη ειδικούς. Σε άλλες, ειδικοί και μη ειδικοί είναι δυνατόν να συγκρουστούν όταν τα πορίσματα της επιστήμης δεν παρέχουν σαφείς απαντήσεις. Η «σύγκρουση οπτικών γωνιών» του Freidson μπορεί τώρα

να πάρει συλλογικότερες διαστάσεις εκτός της κλινικής (Freidson, 1970). Μελετώντας τις πεποιθήσεις σχετικά με την υγεία, είμαστε σε θέση να δούμε το ευρύτερο πλαίσιο των σύγχρονων κοινωνιών και όχι μόνο εκείνο της ιατρικής. Το πλαίσιο αυτό περιγράφεται στα κείμενα που έχουν επιλεγεί εδώ και παρουσιάζουν τις πεποιθήσεις για την υγεία και τη γνώση.

Επίλογος

Σκοπός και φιλοδοξία του βιβλίου αυτού είναι να εμπλουτίσει τη γνώση της κοινωνιολογίας της υγείας μέσα από έρευνες της καθημερινότητας των ανθρώπων οι οποίοι καλούνται ξαφνικά να ζήσουν και να αντιμετωπίσουν σύγχρονες, ευρέως διαδεδομένες ασθένειες ή εθισμούς, όπως κάπνισμα, διαβήτης, καρκίνος, νεφροπάθειες ή AIDS. Μέσα από τις προσωπικές μαρτυρίες των ασθενών αλλά και των οικογενειών τους, μπορεί ο ερευνητής να αντιληφθεί καλύτερα πώς αντιμετωπίζουν οι απλοί άνθρωποι την κάθε μέρα, την κάθε στιγμή ξεχωριστά, ποια είναι η δύναμη και ποιες οι αδυναμίες τους, πώς προσαρμόζονται στο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν ιδωμένο από την ανθρώπινη πλευρά του, μακριά από εργαστήρια και τυπικές ιατρικές διαδικασίες, οι οποίες καμιά φορά κοιτάζουν το δέντρο και αγνοούν το δάσος.

Στο βιβλίο αυτό προσπαθήσαμε, πέρα από τις καθαρά επιστημονικές γνώσεις, να προσφέρουμε στους αναγνώστες αφενός την ευκαιρία για επέκταση των πανεπιστημιακών τους γνώσεων –ίσως και το έναυσμα για εκπόνηση νέων μελετών και ερευνών σε ζητήματα που αναδύονται μέσα από αυτό το βιβλίο– και αφετέρου να παρουσιάσουμε την κοινή ανθρώπινη θεώρηση και αντιμετώπιση των σύγχρονων ασθενειών, ευελπιστώντας ότι θα προσθέσουμε ακόμη ένα λιθαράκι στις γνώσεις για αυτό που τα τελευταία χρόνια αποκαλούμε κοινωνιολογική αντιμετώπιση της υγείας.

Κωνσταντίνος Ν. Φελλάς
Κοσμήτορας
Σχολή Ανθρωπιστικών Σπουδών,
Κοινωνικών Επιστημών και Νομικής
Πανεπιστήμιο Λευκωσίας
Λευκωσία, Κύπρος

Βιβλιογραφία

- Blaxter, M. (1990), *Health and Lifestyles*, London: Routledge.
- Brown, P. (1995), «Popular Epidemiology, Toxic Waste and Social Movements», στο: J. Gabe (επιμ.), *Medicine, Health and Risk*, Oxford: Blackwell, σσ. 91-112.
- Bury, M. και Gibe, J. (επιμ.), (2004), *The Sociology of Health and Illness*, London: Routledge.
- Calnan, M. (1987), *Health and Illness: The Lay Perspective*, London: Tavistock.
- Conrad, P. και Schneider, J.W. (1980/1992), *Deviance and Medicalisation: From Badness to Stickness*, Philadelphia: Temple University Press.
- Freidson, E. (1970/1988), *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Chicago: University of Chicago Press.
- Macintyre, S., Ellaway, A. και S. Cummins (2002), «Place Effects on Health; How Can we Conceptualise, Operationalise and Measure Them?», *Social Science and Medicine* 55: 125-139.
- Mayall, B. (1996), *Children, Health and the Social Order*, Buckingham: Open University Press.
- Pill, R. και Stott, M. (1985), «Preventive Procedures and Practices among Working Class Women: New Data and Fresh Insights», *Social Science and Medicine* 21: 975-993.
- Robinson, D. (1973), *Patients, Practitioners and Medical Care*, London: Heinemann.
- Strong, P.M. (1979), *The Ceremonial Order of the Clinic: Parents, Doctors and Medical Bureaucracies*, London: Routledge.
- Williams, G. και Popay, J. (1994), «Lay Knowledge and the Privilege of Experience», στο: J. Gabe, D. Kelleher και G. Williams (επιμ.), *Challenging Medicine*, London: Routledge, σσ. 118-139.
- Zola, I. (1973), «Pathways to the Doctor, from Person to Patient», *Social Science and Medicine* 7: 677-689.

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ

Το βιβλίο *Κοινωνία και υγεία* φιλοξενεί κεφάλαια που παρουσιάζουν κοινωνιολογικές, ψυχολογικές και ανθρωπολογικές προσεγγίσεις θεμάτων υγείας από την Κύπρο και την Ελλάδα. Είναι οργανωμένο σε δεκατρία κεφάλαια και ασχολείται με ποικίλα ζητήματα, όπως σεξουαλικότητα και κοινωνικό φύλο, μετανάστευση και χρόνιες παθήσεις.

Στο Κεφάλαιο 1 συζητούνται θέματα πρόσβασης των μεταναστών στις υγειονομικές υπηρεσίες και πιο συγκεκριμένα σε υπηρεσίες που σχετίζονται με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία.

Στο Κεφάλαιο 2 εξετάζεται το θέμα της σεξουαλικής εξάρτησης και υποστηρίζεται ότι οι άνδρες που δεν καταφέρνουν να εκπληρώσουν τις προσδοκίες της πατριαρχικής αρρενωπότητας ενδέχεται να οδηγηθούν είτε σε τακτικό σεξ εκτός σχέσης ή σε χρήση της πορνογραφίας.

Στο Κεφάλαιο 3 εξετάζονται οι περιπτώσεις βιασμού σε σχέσεις/ραντεβού νεαρών γυναικών. Στόχος του κεφαλαίου είναι να ενημερώσει γενικά για το θέμα και να εξετάσει τρόπους πρόληψης και στήριξης.

Στο Κεφάλαιο 4 συζητούνται οι επιπτώσεις που έχουν οι ριψοκίνδυνες συμπεριφορές, όπως η σεξουαλική παρενόχληση, οι αισχρολογίες, η συμμετοχή σε επικίνδυνα αθλήματα κ.λπ. στην ψυχολογική, στη συναισθηματική και στη φυσική υπόσταση του ατόμου.

Στο Κεφάλαιο 5 εξετάζονται, μέσω ποσοτικών και ποιοτικών ερευνητικών δεδομένων, η σεξουαλική ζωή των γυναικών και οι πληροφορίες που οι μητέρες μεταβιβάζουν στις κόρες τους σχετικά με θέματα σεξουαλικότητας.

Στο Κεφάλαιο 6 γίνεται λόγος για τους ασθενείς με HIV/AIDS στην

Κύπρο και εξετάζονται ποσοτικά και ποιοτικά ερευνητικά δεδομένα που αφορούν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ενδεικτικά, τα άτομα με HIV/AIDS βιώνουν σιγματισμό και δυσμενή μεταχείριση και αναζητούν στήριξη είτε στις σχετικές ιατρικές υπηρεσίες ή στην οικογένεια.

Στο Κεφάλαιο 7 αναλύονται οι τρόποι με τους οποίους το AIDS παρουσιάζεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και το πώς μεταβαίνουμε από το «ατομικό» στο «συλλογικό» και από το «ιδιωτικό» στο «δημόσιο».

Στο Κεφάλαιο 8 επιχειρείται μια εθνογραφική έρευνα ατόμων που υποβάλλονται σε συστηματική αιμοκάθαρση στην Κύπρο και δείχνει ότι η αιμοκάθαρση δεν αποτελεί αντικειμενική εμπειρία την οποία βιώνουν όλοι οι ασθενείς με τον ίδιο τρόπο, αλλά επηρεάζεται από το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ζουν τα άτομα, τις ατομικές εμπειρίες με την ασθένεια της νεφρικής ανεπάρκειας και την κοινωνική τους θέση.

Στο Κεφάλαιο 9 εξετάζονται οι συνθήκες κάτω από τις οποίες χιλιάδες Ελληνοκύπριοι και Τουρκοκύπριοι εγγράφηκαν ως εθελοντές δότες μυελού των οστών και πώς η πολιτική κατάσταση στο νησί κατήυθνε τη διαδικασία αυτή. Επίσης, εξετάζονται οι σχέσεις που προκύπτουν μετά τη δωρεά οργάνων και το πλαίσιο εντός του οποίου οι σχέσεις μεταξύ δοτών και ληπτών οργάνων ενδυναμώνονται ή γίνονται πιο εύθραυστες.

Στο Κεφάλαιο 10 γίνεται λόγος για την υγεία και την ευημερία των ελληνοκύπριων προσφύγων σε σύγκριση με τους μη πρόσφυγες και αναλύονται δεδομένα από δύο χωριά – ένα που βρίσκεται στις περιοχές που ελέγχονται από τις αρχές της Κυπριακής Δημοκρατίας και ένα που βρίσκεται στις περιοχές που ελέγχονται από τον τουρκικό στρατό. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι ελληνοκύπριοι πρόσφυγες υποφέρουν πιο συχνά από τους μη πρόσφυγες από προβλήματα υγείας, όπως καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνο, αλλά όχι στο βαθμό που παρατηρείται σε χώρες της Ανατολικής Ευρώπης.

Στο Κεφάλαιο 11 εξετάζεται το κάπνισμα ως μάστιγα, όπως αυτό διαφαίνεται από τη σχετική βιβλιογραφία. Εξετάζονται επίσης τα αποτελέσματα έρευνας για την ψυχοκοινωνική διάσταση του καπνίσματος και γίνονται προτάσεις για μείωσή του.

Στο Κεφάλαιο 12 παρουσιάζονται ευρήματα ποσοτικής και ποιοτι-

κής έρευνας για τον σακχαρώδη διαβήτη Τύπου 1 και 2 στην Κύπρο. Η έρευνα έδειξε ότι ο διαβήτης δεν είναι μόνο μια βιολογική δυσλειτουργία, αλλά μπορεί να επιφέρει ψυχοκοινωνική αναστάτωση στον ασθενή.

Στο Κεφάλαιο 13 παρουσιάζεται το θέμα της προσκόλλησης των ασθενών σε οδηγίες των παροχών φροντίδας υγείας και ο βαθμός μη προσκόλλησης καθώς και οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι ασθενείς για την αυτορρύθμιση της θεραπείας τους.

Η ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ/ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η διεθνής μετανάστευση είναι φαινόμενο που έχει παρατηρηθεί σε όλες τις περιόδους και σε όλες τις περιοχές του κόσμου. Σύμφωνα με τον Διεθνή Οργανισμό Μετανάστευσης (International Association of Migration), περίπου το 3% του παγκόσμιου πληθυσμού, δηλαδή περίπου 191 εκατομμύρια άνθρωποι ήταν μετανάστες το 2005 (IOM, 2008). Οι εθνικές οικονομίες σε όλο τον κόσμο εξαρτώνται σε μεγάλη έκταση από την εργασία στην οποία συμβάλλουν οι μετανάστες, και η κοινωνική και πολιτισμική ζωή πολλών χωρών επηρεάζεται έντονα από αυτή τη μετακίνηση των πληθυσμών.

Οι μεταναστευτικές τάσεις αλλάζουν συνεχώς από την άποψη των πληθυσμών, των γεωγραφικών περιοχών και των κινήτρων για μετανάστευση. Οι χώρες από τις οποίες αποδημούσαν οι πληθυσμοί, όπως οι χώρες της Νότιας Ευρώπης, π.χ. η Ελλάδα, η Κύπρος και η Ιταλία, έγιναν χώρες υποδοχής μεταναστών. Έχει αλλάξει επίσης και το είδος της μετανάστευσης, με σημαντική διαφορά τον ολοένα αυξανόμενο αριθμό γυναικών που μεταναστεύουν. Ενώ παλαιότερα το τυπικό μοντέλο μετανάστη ήταν ο νεαρός άνδρας, σήμερα σχεδόν οι μισοί από τους μετανάστες είναι γυναίκες (Martin, 2005). Η νέα αυτή εξέλιξη έχει καταγραφεί στη βιβλιογραφία με τον όρο «θηλυκοποίηση της μετανάστευσης» και υποδηλώνει την αυξητική τάση της συμμετοχής των γυναικών στα μεταναστευτικά ρεύματα ως αυτόνομων μετα-

ναστών και όχι ως εξαρτημένων ατόμων που συνοδεύουν άνδρες μετανάστες (ΚΕΘΙ, 2007).

Όπως και στην υπόλοιπη Νότια Ευρώπη, η εμπειρία της μετανάστευσης προς την Ελλάδα είναι σχετικά πρόσφατο φαινόμενο. Η μετανάστευση εντείνεται στις αρχές της δεκαετίας του 1990, με εκτεταμένες παράνομες αφίξεις, κυρίως από τη γειτονική Αλβανία. Η πλειονότητα των μεταναστών στην Ελλάδα παρέμεναν χωρίς χαρτιά έως την πρώτη διαδικασία νομιμοποίησης στα 1997-1998 και αυτές που ακολούθησαν από το 2000 και έπειτα. Η απογραφή του 2001 κατέγραψε περίπου 800.000 ξένους υπηκόους στην Ελλάδα, που ανέρχονται σε ποσοστό 7,3% του συνολικού πληθυσμού. Από αυτούς περισσότεροι από τους μισούς προέρχονται από την Αλβανία, ενώ επιπλέον ένα 16,2% από την Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη και την πρώην Σοβιετική Ένωση. Εκτιμήσεις ανεβάζουν το σύνολο σε ένα εκατομμύριο, καταμετρώντας πρόσφατες αφίξεις και μετανάστες ελληνικής καταγωγής (ομογενείς) που υπόκεινται σε διαφορετικό νομικό καθεστώς. Μέχρι τα μέσα του 2003, περίπου 580.000 μετανάστες είχαν νομιμοποιηθεί (Fakiolas, 2003).

Τα δικαιώματα των μεταναστών και των προσφύγων σε θέματα υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ)

Σύμφωνα με τη Συνθήκη των Ηνωμένων Εθνών του 1951, τα άτομα που είναι αναγνωρισμένα ως πρόσφυγες αλλά και όσοι έχουν την κάρτα του αιτητή ασύλου έχουν πλήρη δικαιώματα στην πρόσβαση των υγειονομικών υπηρεσιών. Οι οδηγίες της ΕΕ, που είναι νομικά δεσμευτικές, υποχρεώνουν τα κράτη-μέλη της να παρέχουν ιατρική φροντίδα στους αιτητές ασύλου και στους πρόσφυγες. Αυτή η δέσμευση, εντούτοις, περιορίζεται στην περίθαλψη έκτακτης ανάγκης και δεν εγγυάται την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες που σχετίζονται με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία (Janssens κ.ά., 2005). Το δικαίωμα στην υγεία για τους πρόσφυγες και τους αιτητές ασύλου ποικίλλει ανάλογα με τις εθνικές νομοθεσίες και μόνο ένας μικρός αριθμός από τα κράτη-μέλη της ΕΕ παρέχει στα άτομα αυτά πρόσβαση στο εθνικό σύστημα υγείας (Janssens κ.ά., 2006).

Οι Norredam κ.ά. (2006), που μελέτησαν και σύγκριναν το καθεστώς που ισχύει ως προς την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους αιτητές ασύλου στις 27 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι πολιτικές υγείας διαφέρουν σημαντικά από χώρα σε χώρα. Αποτέλεσμα αυτών των διαφορών είναι να μην ικανοποιούνται επαρκώς οι ανάγκες υγείας αυτής της ομάδας. Ιατρικός έλεγχος παρέχεται σε αιτητές ασύλου κατά την άφιξή τους στις χώρες υποδοχής της ΕΕ, εκτός από την Ελλάδα. Το περιεχόμενο των ιατρικών εξετάσεων, εντούτοις, ποικίλλει καθώς επίσης και το αν ορισμένες εξετάσεις είναι εθελοντικές ή όχι. Οι ερευνητές εντόπισαν νομικούς περιορισμούς στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη σε 10 χώρες, όπου οι αιτητές ασύλου είχαν το δικαίωμα μόνο στην παροχή βοήθειας έκτακτης ανάγκης. Επίσης, η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη αλλάζει κατά τη διάρκεια της διαδικασίας παροχής του ασύλου σε μερικές χώρες.

Στην περίπτωση παράνομων μεταναστών, η κατάσταση είναι ακόμα πιο δύσκολη, καθώς στερούνται κάθε δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Το PICUM (2007a) (The Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants) συνέταξε έναν οδηγό που παρέχει μια επισκόπηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που ισχύουν για παράνομους μετανάστες στο διεθνές ανθρωπιστικό δίκαιο. Αλλά ακόμη και στις χώρες της Ευρώπης, που προσυπογράφουν τα περισσότερα από τα ανθρώπινα δικαιώματα, παράνομοι μετανάστες αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Το PICUM (2007b) δημοσίευσε μια έκθεση που προέκυψε από ένα ευρωπαϊκό πρόγραμμα δύο ετών σε 19 κράτη-μέλη της ΕΕ. Η έκθεση παρουσιάζει στοιχεία για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στην Ευρώπη για παράνομους μετανάστες, την υπάρχουσα νομοθεσία αλλά και τις πρακτικές που εφαρμόζονται. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, φαίνεται ότι υπάρχει μια αυξανόμενη τάση στην Ευρώπη να περιοριστεί η πρόσβαση των παράνομων μεταναστών στην υγειονομική περίθαλψη και να ενισχυθεί η σύνδεση μεταξύ της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και του πολιτικού ελέγχου της μετανάστευσης. Τέτοιες πολιτικές όχι μόνο υπονομεύουν τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα, αλλά επιβαρύνουν και τις κοινότητες των

μεταναστών, που είναι ήδη περιθωριοποιημένοι και επιβιώνουν κάτω από επικίνδυνες συνθήκες. Το PICUM πιέζει για τη βελτίωση της πρόσβασης των παράνομων μεταναστών στην υγειονομική περίθαλψη και για την κάλυψη των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης των ιδιαίτερα ευάλωτων ομάδων των παράνομων μεταναστών, όπως οι έγκυες γυναίκες, τα παιδιά και τα άτομα που έχουν μολυνθεί από τον HIV/AIDS.

Στην Ελλάδα το ζήτημα της υγείας των μεταναστών εισήλθε στην πολιτική ατζέντα μετά το 2000. Ο προηγούμενος μεταναστευτικός νόμος (ν. 2910/2001) χορήγησε επισήμως ίσα δικαιώματα όσον αφορά την εθνική ασφάλιση και την κοινωνική προστασία των ξένων πολιτών που διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα, και ισχύει και γι' αυτούς ό,τι και για τους Έλληνες πολίτες. Ωστόσο, μόλις το 2002 η κυβέρνηση εισήγαγε για πρώτη φορά ένα πακέτο μέτρων με σκοπό συγκεκριμένα την ένταξη των μεταναστών, το «Σχέδιο δράσης για την κοινωνική ένταξη των μεταναστών, 2002-2005», το οποίο περιλαμβάνει ρυθμίσεις που αφορούν την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των μεταναστών. Η τυπική πρόσβαση στις δωρεάν υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) υπήρξε συνάρτηση της επίσημης απασχόλησης και του νόμιμου καθεστώτος, κανένα από τα οποία δεν ίσχυε για την πλειονότητα των μεταναστών στην Ελλάδα στη διάρκεια της δεκαετίας του 1990. Τον Ιούλιο του 2000, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας δημοσίευσε μια εγκύκλιο σχετικά με την «ιατρική περίθαλψη και νοσηλεία» για υπηκόους χωρών εκτός της ΕΕ. Σύμφωνα με αυτήν, και ο νόμιμος μετανάστης μπορεί να έχει πρόσβαση στο ΕΣΥ εφόσον κατέχει βιβλιάριο υγείας εκδεδωμένο από το ασφαλιστικό ταμείο στο οποίο είναι εγγεγραμμένος. Οι μετανάστες ελληνικής καταγωγής (ομογενείς) μπορούν επίσης να επωφεληθούν από τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας εάν είναι ικανοί να προσκομίσουν τα απαραίτητα έγγραφα, συμπεριλαμβανομένου, για τους ανασφάλιστους που παίρνουν το επίδομα πρόνοιας, του σχετικού βιβλιαρίου υγείας. Σε κάθε περίπτωση, το μέλος του νοικοκυριού που είναι ασφαλισμένο ή παίρνει επίδομα πρόνοιας καλύπτει και τα υπόλοιπα (εξαρτημένα) μέλη της οικογένειας.

Οι παράνομοι μετανάστες μπορούν να έχουν πρόσβαση μόνο στα Επείγοντα Περιστατικά των νοσοκομείων για την αντιμετώπιση κατα-

στάσεων που απειλούν τη ζωή τους. Σύμφωνα με το νόμο 2955/2001, στους αλλοδαπούς που έχουν μολυνθεί από τον ιό HIV ή άλλες μεταδοτικές ασθένειες παρέχεται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και νοσηλεία, εφόσον όμως η κατάλληλη θεραπεία δεν εφαρμόζεται στη χώρα προέλευσής τους. Το καθεστώς αυτό συνεχίζει να ισχύει μέχρι σήμερα, παρότι ο νέος νόμος (3386/2006), σε δύο άρθρα του που αναφέρονται στους παράνομους μετανάστες, καθιστά σαφές ότι δεν δικαιούνται περίθαλψη και νοσηλεία εκτός από περιπτώσεις έκτακτων περιστατικών (Ioannidi, 2006)

Οι πρόσφυγες και οι αιτητές ασύλου, σύμφωνα με το προεδρικό διάταγμα 668/18.5.2005, έχουν δικαίωμα για δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και νοσηλεία έστω και εάν δεν είναι ασφαλισμένοι ή δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να καλύψουν οι ίδιοι τα έξοδα. Ωστόσο, μέχρι να αναγνωριστεί το καθεστώς τους ως αιτητών ασύλου, έχουν δικαίωμα μονάχα στις υπηρεσίες Επείγοντων Περιστατικών, κάτι που ισχύει και για τους παράνομους μετανάστες.

Η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία των μεταναστών/προσφύγων

Η έννοια της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας

Ως σεξουαλική υγεία ορίζεται «η κατάσταση της φυσικής, συναισθηματικής, διανοητικής και κοινωνικής υγείας που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα και όχι μόνο η απουσία ασθένειας, δυσλειτουργίας ή αδυναμίας. Η σεξουαλική υγεία απαιτεί μια θετική και πλήρη σεβασμού προσέγγιση στη σεξουαλικότητα και στις σεξουαλικές σχέσεις, καθώς επίσης και τη δυνατότητα για μια ευχάριστη και ασφαλή σεξουαλική εμπειρία, χωρίς εξαναγκασμό, διάκριση και βία. Για τη σεξουαλική υγεία που επιτυγχάνεται και διατηρείται, τα σεξουαλικά δικαιώματα όλων των προσώπων πρέπει να είναι σεβαστά, προστατευμένα και να ικανοποιούνται» (<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pub>). Από τον ορισμό αυτό συνεπάγεται η θετική προσέγγιση της ανθρώπινης σεξουαλικότητας, σκοπός δε της σεξουαλικής υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να είναι η βελτίωση της ζωής και των προσω-

πικών σχέσεων και όχι απλώς η παροχή υποστήριξης και περίθαλψης όσον αφορά την αναπαραγωγή ή τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες.

Τα σεξουαλικά δικαιώματα περιλαμβάνουν τα ανθρώπινα δικαιώματα που αναγνωρίζονται ήδη στις εθνικές νομοθεσίες και τα έγγραφα συναίνεσης των Ηνωμένων Εθνών. Αυτά περιλαμβάνουν το δικαίωμα του ατόμου, χωρίς εξαναγκασμό, διάκριση και βία:

- στα υψηλότερα εφικτά πρότυπα υγείας σε σχέση με τη σεξουαλικότητα, συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης στις σεξουαλικές και αναπαραγωγικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης,
- να αναζητά, να λαμβάνει και να μεταδίδει τις πληροφορίες για τη σεξουαλικότητα,
- στη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση,
- στο σεβασμό της σωματικής ακεραιότητας,
- στην επιλογή του συντρόφου,
- να αποφασίζει να είναι σεξουαλικά ενεργό ή όχι,
- σε συναινετικές σεξουαλικές σχέσεις,
- σε συναινετικό γάμο,
- να αποφασίζει εάν ή όχι και πότε θα αποκτήσει παιδιά, και
- να ακολουθεί μια ικανοποιητική, ασφαλή και ευχάριστη σεξουαλική ζωή.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η αναπαραγωγική υγεία αφορά τις αναπαραγωγικές διαδικασίες και λειτουργίες και το αναπαραγωγικό σύστημα σε όλα τα στάδια της ζωής. Συνεπάγεται ότι οι άνθρωποι είναι σε θέση να διάγουν μια υπεύθυνη, ικανοποιητική και ασφαλή σεξουαλική ζωή, ότι έχουν την ικανότητα να αναπαράγονται και ότι αποφασίζουν ελεύθερα κατά πόσο, πότε και πόσο συχνά θα αναπαράγονται. Στον ορισμό αυτό περιλαμβάνεται το δικαίωμα των ανδρών και των γυναικών να ενημερώνονται και να έχουν πρόσβαση σε ασφαλείς, αποτελεσματικές, οικονομικές και αποδεκτές μεθόδους ρύθμισης της γονιμότητας της επιλογής τους καθώς και το δικαίωμα πρόσβασης σε κατάλληλες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που επιτρέπουν στις γυναίκες να διέλθουν με ασφάλεια από τα στάδια της εγκυμοσύνης και του τοκετού και παρέχουν στα ζευγάρια τις περισσότερες πιθανότητες να αποκτήσουν ένα υγιές βρέφος.

Σύμφωνα με τον ορισμό της αναπαραγωγικής υγείας, η αναπαραγωγική υγειονομική περιθαλψη ορίζεται ως η συνύπαρξη των μεθόδων, των τεχνικών και των υπηρεσιών που συμβάλλουν στην αναπαραγωγική υγεία και στην ευημερία, με την παρεμπόδιση και με την επίλυση των αναπαραγωγικών προβλημάτων υγείας. Περιλαμβάνει επίσης τη σεξουαλική υγεία, ο σκοπός της οποίας είναι η βελτίωση της ζωής και των προσωπικών σχέσεων και δεν στοχεύει μόνο στη συμβουλευτική και στη φροντίδα που σχετίζονται με την αναπαραγωγή και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Ιωαννίδη και Αγραφιώτης, 2008).

Το δικαίωμα στη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία των μεταναστών και των προσφύγων

Για πρώτη φορά στη διεθνή διάσκεψη σχετικά με τον πληθυσμό και την ανάπτυξη (Population and Development) το 1994 στο Κάιρο, η αναπαραγωγική υγεία αναγνωρίστηκε ως βασικό ανθρώπινο δικαίωμα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής όλων των ανδρών και των γυναικών, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών και των εφήβων. Κατά τη διάρκεια αυτής της διάσκεψης, οι κυβερνήσεις συμφώνησαν σε κοινούς στόχους και σκοπό στον τομέα των δικαιωμάτων της αναπαραγωγικής υγείας. Μία από τις δεσμεύσεις που ανέλαβαν ήταν να επιτευχθεί για όλους το δικαίωμα στην αναπαραγωγική υγεία έως το 2015. Όμως ακόμη και σήμερα πολλά άτομα στερούνται το δικαίωμα στη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία.

Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο είναι πολύ ενεργό στην τοποθέτηση του θέματος της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας στην ημερήσια διάταξη για την ευρωπαϊκή πολιτική, ιδιαίτερα σε σχέση με τις δράσεις που σχετίζονται με τις πολιτικές ενίσχυσης των αναπτυσσόμενων χωρών. Παρ' όλα αυτά, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι δεν έχει αναλάβει την εφαρμογή μιας συντονισμένης πολιτικής για αυτά τα θέματα στις χώρες της Ευρώπης (Van Lancker, 2003). Έτσι, δεν υπάρχει κανένας δεσμευτικός κανονισμός της ΕΕ για την ενσωμάτωση αυτών των δικαιωμάτων στις πολιτικές που εφαρμόζονται για την υγεία των μεταναστών και των προσφύγων, ώστε να εξασφαλίζεται η παροχή αυτών των υπηρεσιών. Κάθε χώρα της ΕΕ έχει τη δική της πολιτική ως προς τα δικαιώματα υγείας, τις παρεχόμενες υπηρεσίες

καθώς και τις οικονομικές υποχρεώσεις της ομάδας-στόχου. Αυτή η κατάσταση όμως είναι σε πλήρη αντίθεση με τη δέσμευση της ΕΕ για την προώθηση και την προστασία των δικαιωμάτων για τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία παγκοσμίως. Η έννοια της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας και των δικαιωμάτων της υγείας είναι συχνά παρανοημένη, τα όρια είναι ασαφή και επομένως πολλά σημαντικά ζητήματα αποκλείονται.

Μέχρι τώρα η ΕΕ δεν έχει αναγνωρίσει ρητά τα δικαιώματα για τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία ως μέρος των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ενώ τα αρμόδια όργανα του Συμβουλίου της Ευρώπης και της ΕΕ δεν κάνουν καμία ρητή αναφορά στη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία σε οποιοδήποτε κείμενο. Εκτός από μερικές θετικές ενέργειες, όπως ο νόμος για τις διακρίσεις σε σχέση με τον ιό HIV και η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη που αφορά τους νέους μετανάστες κάτω των δεκαοκτώ ετών στην Ισπανία, τα βασικά δικαιώματα και οι κανονισμοί για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας δεν έχουν ακόμη θεσμοθετηθεί στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης (Bröring κ.ά., 2003).

Το περιφερειακό γραφείο του ΠΟΥ για την Ευρώπη δημιούργησε ένα πλαίσιο που χρησιμοποιείται στην ανάπτυξη της πολιτικής και των στρατηγικών στον τομέα της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας (WHO, 2001). Η βελτίωση της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας απαιτεί ένα ευρύ πλαίσιο δραστηριοτήτων σε ποικίλα επίπεδα, με τη συμμετοχή των διαφορετικών τμημάτων της κοινωνίας. Μία από τις συνιστώμενες στρατηγικές είναι η ενίσχυση της έρευνας. Ο ΠΟΥ θεωρεί ότι η παραγωγή γνώσης είναι στοιχείο απαραίτητο προκειμένου να βελτιωθεί η προαγωγή και η φροντίδα της υγείας.

Η μελέτη της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας των μεταναστών/προσφύγων

Το ζήτημα της υγείας των μεταναστών και των προσφύγων είναι σύνθετο. Σχετίζεται με διαφορετικούς καθοριστικούς παράγοντες όπως: ο τρόπος ζωής/συμπεριφορά, βιολογικοί/γενετικοί παράγοντες, περιβαλλοντικοί παράγοντες (φυσικοί, οικονομικοί, κοινωνικοί, πολιτισμι-

κοί) αλλά και η διαθεσιμότητα, η δυνατότητα πρόσβασης και η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Έχει τεκμηριωθεί ότι τα πρότυπα ασθενειών των μεταναστών επηρεάζονται από τα περιβάλλοντα των χωρών προέλευσης αλλά και υποδοχής, καθώς και από τη διαδικασία της μετανάστευσης. Οι πληθυσμοί των μεταναστών και των προσφύγων αποτελούν ευάλωτη ομάδα διότι εκτίθενται σε παράγοντες κινδύνου σύμφωνα με το UNAIDS/2001, «το να είναι κάποιος μετανάστης δεν είναι από μόνο του παράγοντας κινδύνου. Είναι οι δραστηριότητες κατά τη διάρκεια της μετανάστευσης που εκθέτουν σε κίνδυνο το άτομο» (Ioannidi-Karolou, 2007a).

Από την άλλη πλευρά, οι μετανάστες και οι πρόσφυγες αποτελούν την ομάδα που αντιμετωπίζει τις σημαντικότερες κοινωνικές ανισότητες. Τρεις διαστάσεις συνθέτουν τη βάση των κοινωνικών ανισοτήτων σε όλα τα ζητήματα, όπως και στα θέματα υγείας και ασθένειας – το κοινωνικό φύλο (gender), η εθνικότητα και η κοινωνική τάξη. Οι μετανάστες, ιδιαίτερα οι γυναίκες, επηρεάζονται και από τους τρεις παράγοντες (Ioannidi-Karolou, 2007a).

Η κατάσταση της υγείας των μεταναστών έχει αποδειχθεί ότι παίζει σημαντικό ρόλο στη διαδικασία ενσωμάτωσής τους. Οι μετανάστες με προβλήματα υγείας ή τα άτομα με ειδικές ανάγκες αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες ως προς την ενσωμάτωσή τους στη χώρα υποδοχής. Η ασθένεια επιδεινώνει την περιθωριοποίηση και η περιθωριοποίηση επιδεινώνει την ασθένεια. Συγχρόνως, η ενσωμάτωση είναι προϋπόθεση για την αποτελεσματική χρήση της υγειονομικής περίθαλψης, η οποία εμποδίζεται συχνά από την ανεπαρκή πρόσβαση. Η πρόσβαση στην αποτελεσματική υγειονομική περίθαλψη πρέπει να θεωρείται εξίσου σημαντική για την ευημερία και τελικά την ενσωμάτωση των μεταναστών με τις ανάγκες για στέγη και εκπαίδευση (Ingleby κ.ά., 2005).

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την υγεία των προσφύγων και των αιτητών ασύλου στην Ευρώπη κάνει εμφανή την ιδιαίτερη έμφαση που δίνεται πρωτίστως στη διανοητική υγεία και στη φροντίδα των προσφύγων σχετικά με τις μετατραυματικές διαταραχές που προκαλεί η εμπειρία του ξεριζωμού. Αν και αυτό είναι ένα σημαντικό ζήτημα που απαιτεί ιδιαίτερη αντιμετώπιση, αυτή η επικέντρωση της προσοχής έχει επισκιάσει άλλες ανάγκες υγείας, κυρίως στο στά-

διο μετά την άφιξη στη χώρα υποδοχής. Η διεθνής έρευνα για την κατάσταση της υγείας των προσφύγων μπορεί, κατά προσέγγιση, να διαιρεθεί σε τρεις κατευθύνσεις: 1) δημοσιεύσεις που περιγράφουν τα αποτελέσματα του ελέγχου που γίνεται για τις μολυσματικές ασθένειες, συνήθως κατά την άφιξη στη χώρα υποδοχής, 2) διεθνείς δημοσιεύσεις που αναφέρονται σε ποσοτικές έρευνες για την πρόληψη των ψυχιατρικών ασθενειών στους πρόσφυγες και, πρόσφατα, 3) επικέντρωση της προσοχής σε αυτό το είδος έρευνας, η οποία έχει μετατοπιστεί από την επικράτηση της ψυχικής νόσου στους καθοριστικούς παράγοντες της διανοητικής ασθένειας. Η ποιοτική έρευνα για την υγεία των προσφύγων είναι πολύ περιορισμένη (EN-HERA!, 2008).

Θέματα τα οποία δεν έχουν μελετηθεί σε σχέση με τους μετανάστες είναι:

- Τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (εκτός από τον ιό HIV).
- Πρόληψη: πρόληψη της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης και των επισφαλών αμβλώσεων, πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, πρόληψη της βίας κατά των γυναικών.
- Σεξουαλική αγωγή για την προώθηση της υγιούς σεξουαλικής συμπεριφοράς.
- Χάραξη πολιτικής σε συγκεκριμένα θέματα σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας με εστίαση στη χάραξη πολιτικής.
- Χάραξη πολιτικής για την προαγωγή υγείας.
- Ποιότητα και βελτίωση των υπηρεσιών σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας, π.χ. οι στάσεις του προσωπικού υγείας.
- Καλύτερη κατανόηση των καθοριστικών παραγόντων υγείας και η αλληλεπίδρασή τους με:
 - ◊ Κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες
 - ◊ Κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες
 - ◊ Προσωπικούς παράγοντες, όπως το φύλο και η εκπαίδευση
 - ◊ Πολιτικούς/νομικούς παράγοντες.

Αρκετοί παράγοντες δημιουργούν δυσκολίες στην πρόσβαση των μεταναστών/προσφύγων στις υπηρεσίες υγείας. Για παράδειγμα, οι εθνικοί κανονισμοί, οι νόμοι και οι πολιτικές που ρυθμίζουν τα δικαιώματα των υγειονομικών υπηρεσιών για τους πρόσφυγες, τους αιτού-

ντες άσυλο στα κράτη-μέλη της ΕΕ καταλήγουν σε μια πληθώρα διαφορετικών δικαιωμάτων στις υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας καθώς επίσης και στην ποιότητα αυτών των υπηρεσιών. Επιπλέον, οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι, χωρίς καμία αμφιβολία, επηρεάζουν αρνητικά την πρόσβασή τους στην παροχή υπηρεσιών σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας (EN-HERA!, 2008).

Άλλα συχνά εμπόδια στην υγειονομική περίθαλψη τα οποία έχουν παρατηρηθεί περιλαμβάνουν τις δυσκολίες στη γλώσσα, που οδηγούν σε προβληματική επικοινωνία μεταξύ των μεταναστών και των επαγγελματιών υγείας. Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι η ανεπαρκής επικοινωνία μεταξύ των μεταναστών και των επαγγελματιών υγείας, παράλληλα με την περιορισμένη χρήση των εκπαιδευμένων διερμηνέων και την έλλειψη γνώσεων των επαγγελματιών υγείας για τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, οδηγούν συχνά σε αμοιβαίες παρανοήσεις. Στις σκανδιναβικές χώρες αυτοί οι παράγοντες έχουν περιγραφεί ως βασικές αιτίες της ανεπαρκούς και καθυστερημένης γυναικολογικής και μαιευτικής φροντίδας των μεταναστριών (Jeppesen, 1993).

Οι μετανάστες και οι πρόσφυγες συχνά αναθέτουν σε ένα μέλος της οικογένειας ή σε έναν φίλο να εκτελέσει χρέη διερμηνέα. Αν και αυτό μπορεί να βοηθήσει στη λήψη των βασικών πληροφοριών, από την άλλη μπορεί να οδηγήσει σε ανακριβή ερμηνεία των προβλημάτων υγείας και να καταστήσει επίσης δύσκολο να συζητηθούν ευαίσθητα ζητήματα, όπως η σεξουαλική υγεία, τα γυναικολογικά προβλήματα, η παραβίαση της σεξουαλικής ελευθερίας, η βία στο σπίτι ή τα βασανιστήρια. Μερικές φορές η χρησιμοποίηση των παιδιών ως διερμηνέων μπορεί να τα φέρει αντιμέτωπα με ακατάλληλες για την ηλικία τους καταστάσεις (Burnett και Peel, 2001).

Πολλοί συγγραφείς αναφέρουν τη μειονεκτική κοινωνικοοικονομική θέση ως σημαντικό εμπόδιο στην υγειονομική περίθαλψη, π.χ. ανεργία, δυσκολίες στη μετακίνηση, ανεπαρκείς συνθήκες διαβίωσης. Η υγεία, ιδιαίτερα των προσφύγων και των αιτητών ασύλου, περιορίζεται από την ανάγκη να εκπληρώσουν πρώτα τις πρακτικές και κοινωνικές ανάγκες, και αδιαφορούν για την υγεία τους, συμπεριλαμβανομένης και της σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας (Kennedy και Murphy-Lawless, 2003). Επίσης, η κοινωνική απομόνωση και ο ρατσισμός έχουν επιπτώσεις στη χρήση των υπηρεσιών υγειονομι-