

## InterHealth

Διαπολιτισμικές Δεξιότητες για τους Επαγγελματίες Υγείας

Αριθμός σύμβασης: 2016-1-EL01- KA202-023538

Πρόγραμμα Erasmus+, Στρατηγικές Εταιρικές Σχέσεις για την  
Επαγγελματική Εκπαίδευση και Κατάρτιση



### Προϊόν 1:

*Έκθεση υφισταμένης καταστασης:*

*Ανάλυση συνθηκών, ανάγκες και προτάσεις*

## ΕΛΛΑΔΑ



## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

• ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	3
• ΕΡΕΥΝΑ ΓΡΑΦΕΙΟΥ .....	4
• ΕΡΕΥΝΑ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ .....	17
• ΗΜΙΔΟΜΗΜΕΝΕΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ .....	49
• ΚΥΡΙΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΕΘΝΙΚΕΣ ΕΚΘΕΣΕΙΣ .....	52
• ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΔΕΣΜΟΙ .....	53



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σκοπός του Interhealth είναι να ενισχύσει τις διαπολιτισμικές ικανότητες των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με πολιτισμικά διαφορετικούς πληθυσμούς, όπως μετανάστες, πρόσφυγες και άλλες εθνικές μειονότητες. Συγκεκριμένα, το InterHealth στοχεύει στην αύξηση των ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά την επικοινωνία με ασθενείς που έχουν διαφορετικές αντιλήψεις για την υγεία και τις ασθένειες / αρρώστιες.

Το έργο "INTERHEALTH" θα αναπτύξει την **Έκθεση σχετικά με την κατάσταση: ανάλυση περιβάλλοντος, ανάγκες και συστάσεις** (Προϊόν 1) ως έναν από τους Ανοικτούς Εκπαιδευτικούς Πόρους του Έργου. Η έκθεση σχετικά με την κατάσταση θα παράσχει μια σαφή κατανόηση σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο σχετικά με:

- 1) Τη σημερινή κατάσταση στην υγειονομική περίθαλψη όσον αφορά τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης των πολιτισμικά διαφορετικών ομάδων ανθρώπων (ομάδες μεταναστών και εθνοτικές μειονότητες) και την πολιτισμική ικανότητα των επαγγελματιών και των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε κάθε χώρα, ώστε να ικανοποιηθούν αυτές οι ανάγκες, καθώς και σχετικές πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης, δίκτυα και οργανισμούς.
- 2) Προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες στην καθημερινή πρακτική κατά τη φροντίδα ατόμων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο και εκπαιδευτικές ανάγκες των επαγγελματιών υγείας που φροντίζουν πολιτισμικά διαφορετικές ομάδες ανθρώπων (ομάδες μεταναστών και εθνικές μειονότητες).
- 3) Την πραγματικότητα της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης όσον αφορά την τυπική και μη τυπική εκπαίδευση (κενά στην εκπαίδευση και την κατάρτιση, εκπαιδευτικές μέθοδοι για την κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας σε διαπολιτισμικές δεξιότητες και χρήση κινητής τεχνολογίας για την κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας).
- 4) Καλές πρακτικές και ανάγκες σχετικά με την ανάπτυξη των διαπολιτισμικών ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας, καθώς και εμπόδια για τη συμμετοχή των επαγγελματιών σε προγράμματα διαπολιτισμικής εκπαίδευσης.

Αυτή η **Εθνική Έκθεση σχετικά με την Κατάσταση** επεξεργάζεται τις πληροφορίες που συλλέγονται μέσω των διαφόρων ερευνητικών δραστηριοτήτων που αναπτύσσονται από την κοινοπραξία του έργου:

1. **Έθνικη έρευνα γραφείου:** Διεξήχθη στην Ελλάδα.

2. **Έρευνα:** 50 ερωτηματολόγια, απευθυνόμενα σε δείγμα παρόχων υγειονομικής περίθαλψης που φροντίζουν ή έχουν φροντίσει εθνοτικές μειονότητες κατά τα τελευταία δύο χρόνια.



**3. Συνεντεύξεις:** 10 ημιδομημένες συνεντεύξεις, , που απευθύνονται σε επαγγελματίες υγείας και σε ασθενείς με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο από αυτό που επικρατεί σε κάθε χώρα εταίρο.

Στόχος της συνοπτικής ανάλυσης της Εθνικής Έκθεσης είναι η παροχή σαφών και χρήσιμων πληροφοριών με σκοπό: α) την παροχή πληροφοριών για την τελική έκθεση σχετικά με την κατάσταση β) την καθοδήγηση της ανάπτυξης των προϊόντων του έργου και γ) την παροχή καθοδήγησης για τις αναγκαίες προσαρμογές και προσαρμογές στις αντίστοιχες εθνικές πραγματικότητες.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

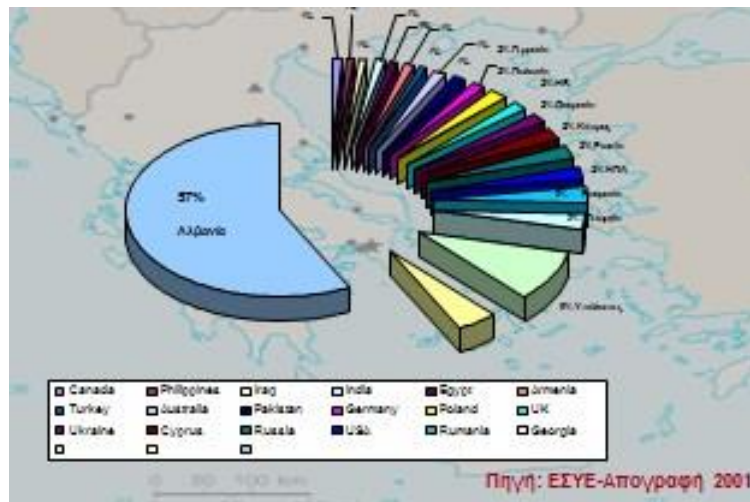
Το μεταναστευτικό φαινόμενο αποτελεί μια πραγματικότητα για την Ελλάδα της τελευταίας εικοσαετίας. Μια πραγματικότητα ζωντανή και συνεχώς μεταλλασσόμενη, η οποία έχει επηρεάσει τις δομές της ελληνικής κοινωνίας. Το έντονο μεταναστευτικό ρεύμα των τελευταίων χρόνων προς τη χώρα μας σηματοδοτεί μείζονες αλλαγές στην ελληνική κοινωνία, οι οποίες επηρεάζουν την σύνθεση του πληθυσμού, την αγορά εργασίας, τις κοινωνικές αντιλήψεις και το πολιτισμικό της μωσαϊκό καθώς και τις ανάγκες των ασθενών αλλά και των συγγενών τους σε σχέση με τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Αυτές οι αλλαγές δημιούργησαν μια μεγάλη ανάγκη για παροχή φροντίδας υγείας σε άτομα με πολλές διαφορές σε σχέση με την πλειοψηφία των ελλήνων πολιτών όπως διαφορές στην κουλτούρα, στις αξίες στις αντιλήψεις και στις συνήθειες οι οποίες προστέθηκαν στις ήδη υπάρχουσες διαφορές που παρουσιάζονται στους πληθυσμούς των Ρομά σε ολόκληρη την χώρα καθώς και στις μουσουλμανικές κοινότητες και στους Πομάκους στην Θράκη (Καδιγιαννόπουλος, 2015).

Δυστυχώς, δεν υπάρχει διεξοδική καταγραφή για το σύνολο των προσφύγων και μεταναστών που διαμένουν στη χώρα μας δεν έχει γίνει. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Μεταναστευτικής Πολιτικής ο αριθμός των αλλοδαπών στην Ελλάδα αντιστοιχεί περίπου στο 10% του συνόλου των κατοίκων της χώρας (προς αυτή την κατεύθυνση συνέκλιναν και τα στοιχεία της απογραφής της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας που έγινε το 2011).

Σύμφωνα με την απογραφή, το μεγαλύτερο ποσοστό (52,7%) των αλλοδαπών που διαμένουν στην Ελλάδα έχουν αλβανική υπηκοότητα, το 8,3% βουλγαρική, το 5,1% ρουμανική, το 3,7% πακιστανική και το 3% γεωργιανή (ΕΣΥΕ, 2011).





Πίνακας 1. Μετανάστες στην Ελλάδα σύμφωνα με την εθνικότητα (Καλοκαιρινού, 2017)

Επιπλέον, αρκετούς μήνες μετά την υπογραφή της συμφωνίας ΕΕ-Τουρκίας, και παρά τις τεράστιες χρηματοδοτήσεις που ανακοινώθηκαν από την Ευρωπαϊκή Ένωση, περισσότεροι από 50.000 πρόσφυγες πολέμου από την Ασία, ζουν ακόμα κάτω από ακατάλληλες συνθήκες διαβίωσης χωρίς κατάλληλη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Οι πιο ευάλωτοι πληθυσμοί είναι τα θύματα κακοποίησης, άνθρωποι που υποφέρουν από χρόνια νοσήματα και ψυχικές διαταραχές, ασυνόδευτα παιδιά, έγκυες γυναίκες, βρέφη και νεογέννητα των οποίων οι ανάγκες υγείας δεν καλύπτονται και η υγεία τους είναι σε κίνδυνο (MSF of Greece, 2016).

Η πρόσβαση των πολιτών τρίτων χωρών, στο δημόσιο σύστημα υγείας, αποτελεί μέρος της διαδικασίας στην ένταξη τους στην ελληνική κοινωνία, ενώ παράλληλα διασφαλίζει τη δημόσια υγεία και προάγει τον σεβασμό του ανθρώπινου δικαιώματος στην αξιοπρέπεια και τη ζωή.

Από το 2001, έχουν χορηγηθεί ίσα δικαιώματα, με αυτά των Ελλήνων πολιτών, στους υπηκόους τρίτων χωρών που διαμένουν νόμιμα στη χώρα όσον αφορά στην κοινωνική ασφάλιση και προστασία. Οι παροχές που δικαιούνται είναι: ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, επίδομα ατυχήματος, μητρότητας, σύνταξη και άλλες κοινωνικές παροχές.

Ωστόσο ακόμα και ανασφάλιστοι μπορούν να επωφεληθούν των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Καθορίστηκαν οι προϋποθέσεις, τα κριτήρια και οι διαδικασίες πρόσβασης στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφαλίστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών. Στους δικαιούχους των ανωτέρω κοινωνικών παροχών ανήκουν διάφορες κατηγορίες όπως Έλληνες πολίτες και υπήκοοι κρατών μελών ΕΕ με χαμηλό εισόδημα, ομογενείς, αλλοδαποί με άδεια παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους και πρόσφυγες (Καλαμπούκα, 2014)

Παρά το γεγονός ότι έχουν τα ίδια δικαιώματα πρόσβασης στην υγεία με τους Έλληνες πολίτες, συχνά πέφτουν θύματα ρατσιστικών αντιλήψεων και αντιδράσεων από τους δημόσιους φορείς, με αποτέλεσμα η ποιότητα υπηρεσιών την οποία λαμβάνουν να είναι πολύ χαμηλότερη της αναμενόμενης. Το φαινόμενο αυτό δυστυχώς παρατηρείται και στο χώρο της υγείας, καθώς έχουν καταγραφεί περιπτώσεις επαγγελματιών του χώρου



που συμπεριφέρονται απαξιωτικά προς αυτούς τους πολίτες που προσέρχονται στα δημόσια νοσοκομεία, για να λάβουν νοσοκομειακή περίθαλψη. Σημαντικό ρόλο στην ανάδειξη αυτού του προβλήματος αποτελεί και η άγνοια της σχετικής νομοθεσίας, καθώς και των διαφορετικών κατηγοριών πολιτών που διαμένουν στη χώρα μας, ώστε να μπορεί να γίνει κατανοητή η ανάγκη διαφορετικής αξιολόγησης κάθε περίπτωσης.

Ένα βασικό πρόβλημα έγκειται στη δυσκολία επικοινωνίας των εργαζομένων με τους εξυπηρετούμενους. Η απουσία διερμηνέων- διαπολιτισμικών διαμεσολαβητών στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας καθώς και στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας δημιουργεί δυσκολίες τόσο στην πρόσβαση στις μονάδες υγείας όσο και στη συμμόρφωση στην θεραπευτική αγωγή. Η υλοποίηση προγραμμάτων κοινωνικής διαμεσολάβησης σε νοσοκομεία της χώρας που έγιναν στο παρελθόν μέσα από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Ένταξης Υπηκόων Τρίτων Χωρών (ΕΤΕ), ήταν ιδιαίτερα βοηθητική αλλά είχε περιορισμένη χρονική διάρκεια. Στην παρούσα φάση Μη Κερδοσκοπικοί Οργανισμοί παρέχουν διαμεσολαβητές οι οποίοι είναι διαθέσιμοι σε σχετικούς καταλόγους.

Αν προστεθεί σε αυτό η έλλειψη ικανοτήτων διαπολιτισμικής επικοινωνίας από την πλειοψηφία των εργαζομένων στους φορείς υγείας, καθώς και το γεγονός ότι η κοινωνική και πολιτισμική κατασκευή των αντιλήψεων περί υγείας ενδεχομένως να δημιουργεί συγχύσεις, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι τα προβλήματα που εμφανίζονται στην καθημερινότητα δεν είναι εύκολο να επιληφθούν.

Σε μία πρόσφατη ερευνητική μελέτη των Malliarou et al (2017) βρέθηκε ότι οι στρατιωτικοί νοσηλευτές/τριες που είχαν λάβει κάποια εκπαίδευση την διαπολιτισμική φροντίδα μετά την αποφοίτησή τους είχαν σημαντικά περισσότερες γνώσεις για τους πολιτισμικούς παράγοντες σε σύγκριση με συμμετέχοντες που δεν έλαβαν τέτοια εκπαίδευση. Επίσης το γνωστικό σκορ ήταν σημαντικά υψηλότερο στους νοσηλευτές που έρχονται σε επαφή με ασθενείς διαφορετικού πολιτισμικού υπόβαθρου από πολλές φορές το χρόνο μέχρι και κάθε μέρα, σε νοσηλευτές που δεν είχαν προβλήματα με την διαχείριση αυτών των ασθενών και σε νοσηλευτές που θεωρούσαν μέτρια μέχρι πολύ σημαντικό να λύνουν προβλήματα που προκύπτουν όταν φροντίζουν ασθενείς με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο.

Οι οργανισμοί που παίζουν σημαντικό ρόλο στο μεταναστευτικό ζήτημα της Ελλάδας από πλευράς παροχής φροντίδας υγείας είναι: «Οι γιατροί χωρίς σύνορα (MSF Greece)», «Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός», «Η Action Aid Ελλάς», «Οι Γιατροί του Κόσμου (MdM Greece)» και άλλοι Μη Κερδοσκοπικοί Οργανισμοί.

## ΑΝΑΓΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΑ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΟΜΑΔΩΝ

Οι πολιτισμικά διαφορετικές ομάδες που ζουν στην Ελλάδα, έχουν πολλές ανεκπλήρωτες ανάγκες. Οι ανάγκες υγείας αποτελούν τις πιο σύνθετες ανάγκες δεδομένου ότι σχετίζονται με πολλά εμπόδια, όπως αδυναμία κατανόησης της γλώσσας, δυσκολία πλήρους αντίληψης της θεραπευτικής αγωγής, αποτυχία συμμόρφωσης προς τις ιατρικές οδηγίες, ύπαρξη ελλειμμάτων όσον αφορά την πληροφόρηση και πολλές

άλλες. Ως εκ τούτου, είναι αναγκαίο να δημιουργηθούν πρότυπα υγειονομικής περίθαλψης ειδικά προσαρμοσμένα στις ανάγκες τους.

Η παροχή υπηρεσιών υγείας σε πολιτισμικά διαφορετικές ομάδες παραμένει ακόμα ένα ανεξερεύνητο διττό θέμα που χρειάζεται περαιτέρω αξιολόγηση. Από τη μία πλευρά, οι πολιτισμικά διαφορετικές ομάδες βιώνουν ανάγκες που ποικίλλουν ανάλογα με τις πεποιθήσεις, τις αξίες και τα πρότυπα τους όπως αυτά απορρέουν από την εθνικότητά τους. Από την άλλη πλευρά, το σύστημα υγείας εγείρει σοβαρές ανησυχίες για την ικανότητά του να παρέχει αποτελεσματική θεραπεία σε πολιτισμικά διαφορετικούς πληθυσμούς λόγω πολλών εμποδίων όπως ελλείψεις στην πληροφόρηση, προκαταλήψεις, διακρίσεις, κ.ά. (Pottie et al., 2017). Για παράδειγμα, οι υπηρεσίες διερμηνείας θεωρούνται αναγκαίες σε όλους τους τομείς της υγείας στην Ελλάδα. Παρότι, στα νοσοκομεία υπάρχει μεταφραστική από το πρωί μέχρι νωρίς το απόγευμα, σπανίως υπάρχει κατά τη νυχτερινή βάρδια. Επιπλέον, κατά την αναζήτηση υγειονομικής περίθαλψης, η εξάλειψη των προκαταλήψεων και των πρακτικών που αφορούν διακρίσεις είναι μείζων θέμα.

Μια άλλη σημαντική ανάγκη αφορά την παροχή ακριβούς και λεπτομερούς πληροφόρησης τόσο στο γραπτό λόγο όσο και στο προφορικό λόγο. Πράγματι, αυτοί οι πληθυσμοί αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην κατανόηση πληροφοριών σχετιζόμενων με την υγεία οι οποίες ωστόσο μπορεί να επιδεινωθούν από εμπόδια που αφορούν το μορφωτικό επίπεδο. Επιπροσθέτως, η αποτελεσματική επικοινωνία είναι μια ακόμα ανάγκη που επιδέχεται συχνά περιορισμούς λόγω των εμποδίων ως προς τη γλώσσα. Είναι σημαντική, η παροχή εκπαίδευσης ανάλογης με τις πολιτιστικές αξίες του ασθενή, την ηλικία του και την προσωπική του ικανότητα για μάθηση. Η εκπαίδευση παρέχει ουσιαστική βοήθεια προκειμένου ο ευαίσθητος αυτός πληθυσμός να ζει την κάθε μέρα στο μέγιστο των δυνατοτήτων του (Chang et al, 2007).

Αξίζει να σημειωθεί ότι, η ασθένεια οδηγεί σε απώλεια ελέγχου επί διαφόρων πτυχών της ζωής των πολιτισμικά διαφορετικών ομάδων ενώ παράλληλα η απόκριση προς την ασθένεια όπως ο πόνος, το άγχος είναι έως ένα βαθμό πολιτισμικά προκαθορισμένα.

Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις όπου οι πολιτισμικά διαφορετικές ομάδες στην Ελλάδα καλούνται να αντιμετωπίσουν όχι μόνο τη χαμηλή διαθεσιμότητα νοσηλευτικού ή ιατρικού προσωπικό αλλά επίσης και την ύπαρξη προσωπικού που δεν διαθέτει διαπολιτισμικές δεξιότητες ή δεν είναι επαρκώς εκπαιδευμένο. Ως συνέπεια, μπορεί να παρατηρούνται παρεξηγήσεις ή ασάφειες σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία.

Το σημαντικότερο είναι ότι, οι ανάγκες αυτών των ομάδων δεν είναι πλήρως κατανοητές ή υποτιμώνται από τους επαγγελματίες υγείας, το οποίο εν συνεχεία επιφέρει δυσμενείς επιπτώσεις που αφορούν τη στάση τους προς τη νόσο. Πράγματι, η όλη ιστορία φαίνεται να είναι ένα μονοπάτι για δύο όπου η εκπλήρωση των αναγκών των πολιτισμικά διαφορετικών ομάδων βαδίζει παράλληλα με την ετοιμότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Λαμβάνοντας υπόψη την ανομοιογένεια αυτών των ομάδων στην Ελλάδα, δεν αποτελεί έκπληξη, το γεγονός ότι οι αξίες και οι πεποιθήσεις τους διαφέρουν σε σημαντικό βαθμό. Ειδικότερα, οι ανάγκες τους μπορεί να διαφέρουν ως προς το φύλο, την ηλικία,

τη θρησκεία, τις σεξουαλικές προτιμήσεις, τις σωματικές και πνευματικές ικανότητες και τις διάφορες πρακτικές ανάλογα με την κουλτούρα. Για παράδειγμα, σε σχέση με το φύλο, μία γυναίκα μπορεί να αρνηθεί να είναι μόνη της σε ένα γραφείο με έναν άνδρα. Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας να κατανοούν τόσο αυτές τις ανάγκες όσο και άλλες βαθύτερες, όπως η σημασία της επαφής με το σώμα ή τα μάτια, η φανερή ή κρυφή συναισθηματική έκφραση (θλίψη και απώλεια), η εμφάνιση (κατάλληλη ενδυμασία), η αξία των προσωπικών αντικειμένων και των τρόπων επικοινωνίας (μορφές χαιρετισμού σε μεγαλύτερα ή μικρότερα άτομα).

Οι πολιτισμικά διαφορετικές ομάδες αντιλαμβάνονται όλες τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας κατά την προσπάθειά τους να καλύψουν τις ανάγκες τους. Κατά συνέπεια, οι ίδιοι θεωρούν τον εαυτό τους ως βάρος στην κοινωνία ή βιώνουν απογοήτευση, υψηλά επίπεδα άγχους και κοινωνικής απομόνωσης.

Η κοινωνική ένταξη της πολιτισμικής και εθνοτικής ετερότητας είναι μια από τις πιο σημαντικές τρέχουσες προκλήσεις στην Ελλάδα. Η κοινωνική ενσωμάτωση περιλαμβάνει τις εξής διαστάσεις: την οικονομική και κοινωνική κατάσταση, τον εκπολιτισμό, και την ταυτότητα εαυτού (Yang, 2010). Το πιο σημαντικό βήμα είναι η ενίσχυση της κοινωνικής ενσωμάτωσης που ευνοεί τη δημιουργία μιας δίκαιης κοινωνίας, αποφεύγοντας έτσι την περιθωριοποίηση.

Επιλέον, το πρόσφατο κύμα μετανάστευσης των προσφύγων του πολέμου, των αιτούντων άσυλο και άλλων μεταναστών προς τη χώρα, είχε ως αποτέλεσμα τη διαμονή πολλών ατόμων σε κέντρα προσφύγων που αποκαλούνται ως «hot spots». Ο αρχικός σκοπός αυτών των κέντρων ήταν ο έλεγχος των ατόμων εάν είναι πρόσφυγες, μετανάστες, ασυνόδευτη μειονότητα ή λαθρομετανάστες διαμέσου εξέτασης εγγράφων εφόσον διέθεταν. Στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων, δεν υπάρχουν επίσημα έγγραφα και η ταυτοποίηση βασίζεται στη γλώσσα που μιλούν ή σε κάποιες βασικές γνώσεις για τη χώρα που ισχυρίζονται ότι προέρχονται (Dutch Council for Refugees).

Ωστόσο, στην καθημερινή πράξη τα περισσότερα hotspots εξελίχθηκαν σε κέντρα φιλοξενίας. Στην Ελλάδα, υπάρχουν πέντε hotspots (στα νησιά του Αιγαίου Λέσβο, Χίος, Σάμο, Λέρο και Κω), τα οποία ξεκίνησαν τη λειτουργία τους τον Ιανουάριο του 2016, ύστερα από την κατασκευή τους από τον ελληνικό στρατό. Για παράδειγμα, στο νησί της Χίου, οι μετανάστες ήταν περίπου 2.500 άτομα τον Ιούνιο του 2016 (Αντωνακάκη και συν, 2016).

Στην Ελλάδα, οι τοπικές υπηρεσίες υγείας δεν ήταν προετοιμασμένες να διαχειριστούν αυτή την τεράστια εισβολή μεταναστών και συνεπώς παρατηρήθηκε αδυναμία κάλυψης των αναγκών τους. Σε αυτά τα πολυπληθή κέντρα, οι βασικές ανάγκες αφορούν την πρόσβαση σε τροφή, νερό, καταφύγιο και τη βασική υγειονομική περίθαλψη και προστασία. Στις αρχές, οι ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης ήταν στην πρώτη γραμμή των αναγκών. Στο καταφύγιο «Καρά Τεπέ» στη Λέσβο, όπου ζουν οι πιο ευάλωτοι πρόσφυγες, όπως γυναίκες με παιδιά, ηλικιωμένοι και άτομα με αναπηρίες, παρατηρούνται αυξημένες ανάγκες σε νερό και ηλεκτρικό ρεύμα. Εξίσου σημαντική είναι η ανάγκη για θεραπεία των ασθενειών που μπορεί να αυξήσουν τη νοσηρότητα





όπως διαρροϊκές ασθένειες, αναπνευστικές ή δερματολογικές ασθένειες, αφυδάτωση και ορισμένες χρόνιες ασθένειες (Tsiamis et al, 2016, Psaros et al, 2016). Οι υπηρεσίες περιβαλλοντικής υγείας εξελίχθηκαν σε μια ανάγκη μείζονος ενδιαφέροντος. Πιο αναλυτικά, κατά το βαρύ χειμώνα, αυτές οι ευάλωτες ομάδες, ιδιαίτερα τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη τόσο από ζεστό εξοπλισμό όσο και από διατήρηση της επικοινωνίας με άλλους πρόσφυγες, προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί το αίσθημα της κοινωνικής απομόνωσης.

Επιπροσθέτως, οι έγκυες γυναίκες ή οι μητέρες με νεογέννητα βρέφη πρέπει να λαμβάνουν την απαραίτητη ιατρική περίθαλψη, προκειμένου να καλύψουν συγκεκριμένες ανάγκες, όπως η γαλουχία. Η προστασία των παιδιών, είναι μια άλλη σημαντική ανάγκη που αφορά την πρόληψη της βίας και της εκμετάλλευσης, τη σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, τον πνιγμό, τη χρήση κοινόχρηστων δωματίων με άτομα που είναι εντελώς άγνωστα μεταξύ τους.

Η διατήρηση μητρώου καταγραφής δεδομένων μπορεί να βοηθήσει την επανασύνδεση με την οικογένεια, καθώς δεν σπάνιο οι γυναίκες και τα ασυνόδευτα παιδιά να φεύγουν από τη χώρα τους πολύ νωρίτερα από τους άνδρες.

Η χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη αποτελεί ένα ακόμη πρόβλημα για αυτές τις ομάδες. Ιδιαίτερα, η περιοχή προέλευσης είναι ένας σημαντικός καθοριστικός δείκτης της υγείας των μεταναστών καθώς σε πολλές χώρες παρατηρείται μειωμένη εμβολιαστική κάλυψη για ασθένειες που προλαμβάνονται με εμβολιασμό. Τα χαμηλά ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης παραμένουν και μετά την είσοδο στην Ελλάδα και αποδίδονται πρώτον στη συνεχή ροή και διαρκή μετακίνηση των μεταναστών μεταξύ των χωρών ή των τόπων σε μια χώρα σε συνδυασμό με τις πολλαπλές και απαιτούμενες δόσεις εμβολιασμών και δεύτερον στη σοβαρή οικονομική κρίση στην Ελλάδα, η οποία ενδεχομένως να επιδεινώνει μια ήδη χαμηλή εμβολιαστική κάλυψη (Miratrini et al, 2017). Τρίτον, η έλλειψη ενημέρωσης για την πραγματική κατάσταση της ανοσοποίησης των μεταναστών μπορεί να εξηγήσει μερικώς τα χαμηλά ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης.

Η έλλειψη στοιχείων αποδίδεται στο γεγονός ότι, οι μετανάστες εισέρχονται στη χώρα χωρίς επίσημο καθεστώς μετανάστευσης και συνεπώς δείχνουν απροθυμία για τις διαδικασίες συλλογής στοιχείων ή φοβούνται να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Miramontes et al, 2015). Στην Ελλάδα, η παράνομη μετανάστευση σχετίζεται με έλλειψη ασφάλισης ή περαιτέρω εμπόδια στην πρόσβαση υγειονομικής περίθαλψης.

Όλοι οι ανωτέρω παράγοντες συνεπικουρούν στην εκδήλωση προβλημάτων από τη ψυχική σφαίρα και επηρεάζουν το διαφορετικό επίπεδο ενέργειας που διαθέτει κάθε άτομο. Οι πρόσφυγες βιώνουν άγχος για το μέλλον και θλίψη για το παρελθόν. Τα άτομα αντιμετωπίζουν ένα διπλό πρόβλημα: τη ζωή που άφησαν (απώλεια, χωρισμός) και τους τρέχοντες στρεσογόνους παράγοντες στη ζωή τους (άσυλο, φτώχεια, εμπόδια για την κοινωνική ένταξη).

Επιπλέον, οι γονείς μπορεί να εκδηλώσουν σοβαρές ανησυχίες σχετικά με την ανατροφή των παιδιών τους και ασάφεια για το μέλλον τους. Πολλά παιδιά παραμένοντας μακριά από το σχολείο τα τελευταία χρόνια, βιώνουν απώλεια της ομαλότητας και της αλληλεπίδρασης με άλλους συνομηλίκους όπως επίσης δυσκολίες στην ανάπτυξη. Αντιθέτως τα παιδιά στο σχολείο αρκετά συχνά βιώνουν ρατσιστικές συμπεριφορές από τους άλλους μαθητές ή τους γονείς τους.

Οι πολιτισμικά διαφορετικές ομάδες χρειάζονται χώρο για να μιλήσουν για τα όνειρα τους, να συμμετέχουν σε συζητήσεις που αφορούν το μέλλον και να λάβουν ψυχολογική στήριξη και συμβουλευτική.

## ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗ ΧΩΡΑ

Για την αναφορά στη Διαπολιτισμική εκπαίδευση στην Ελλάδα, διεξήχθη διερεύνηση α) σε δραστηριότητες τυπικής μάθησης δηλαδή όλων των προγραμμάτων σπουδών (προπτυχιακών και μεταπτυχιακών) των επαγγελματιών υγείας και αναζήτηση σε αυτά των μαθημάτων που μπορεί σχετίζονται με την ανάπτυξη διαπολιτισμικής επάρκειας και β) σε δραστηριότητες μη τυπικής μάθησης οι οποίες διεξάγονται εκτός του τυπικού εκπαιδευτικού συστήματος (Πανεπιστήμια, ΚΕΚ, Κέντρο Δια Βίου Μάθησης, κ.α.) (Παγγέ, 2017). Οι Σχολές Ανθρωπολογίας δεν συμπεριλήφθηκαν στην αναζήτηση διότι δεν θεωρούνται επαγγελματίες υγείας.

Τα περισσότερα **Τμήματα Νοσηλευτικής** των ΑΕΙ διαθέτουν ξεχωριστό μάθημα Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής εστιασμένο κυρίως στην ειδικότητα, με θεωρία ή/και με εργαστήριο. Οι μαθησιακοί στόχοι εστιάζουν στην κατανόηση της επίδρασης του πολιτισμού στην καθημερινή ζωή των ατόμων, την ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών στην προσέγγιση και αποδοχή ατόμων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο, στην καλλιέργεια επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Αναφορά και εκπαίδευση στην διαπολιτισμικότητα γίνεται και σε άλλα βασικά μαθήματα ειδικότητας των τμημάτων. Σχολή που έχει και εργαστήριο (Τμήμα Πελοποννήσου) αναφέρει ότι διενεργεί εκπαιδευτική επίσκεψη των φοιτητών σε δομές ΠΦΥ μεταναστών και προσφύγων του Νομού.

Από τα τέσσερα τμήματα **Ψυχολογίας** τα δύο μόνο έχουν στο τρέχων πρόγραμμα τους (ΕΚΠΑ & Παντείο) μάθημα Διαπολιτισμική Ψυχολογία, Ψυχολογία της Μετανάστευσης και Ψυχολογία των πολυπολιτισμικών κοινωνιών και της μετανάστευσης και τα άλλα δύο (ΑΠΘ & Κρήτης) δεν έχουν κανένα μάθημα. Οι μαθησιακοί στόχοι εστιάζουν στην ψυχολογική προσέγγιση της μετανάστευσης, αφενός, στις θεωρίες και τα πορίσματα της ψυχολογικής έρευνας με οικουμενική ισχύ και, αφετέρου, στο εύρος της διακύμανσης που παρατηρείται μεταξύ κοινωνιών και στη συνακόλουθη ψυχολογική διαφοροποίηση μέσω των μηχανισμών της κοινωνικοποίησης και του επιπολιτισμού. Το τμήμα του ΕΚΠΑ διαθέτει Εργαστήριο- Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχολογίας ενώ η αναφορά στη διαπολιτισμικότητα γίνεται σε πολλά σημεία του οδηγού σπουδών με σκοπό τη μελέτη θεμάτων σχετικών με την οικουμενικότητα θεωριών και ευρημάτων, καθώς και η μελέτη πολιτισμικών διαφορών, σε όλα σχεδόν τα γνωστικά αντικείμενα

της ψυχολογίας και η εφαρμογή των ευρημάτων αυτών σε ομάδες και άτομα, στη χώρα μας και σε άλλες κοινωνίες.

Τα **Τμήματα Κοινωνικής Εργασίας** (ΤΕΙ Κρήτης και Αθήνας), διαθέτουν το μάθημα Διαπολιτισμική Κοινωνική Εργασία καθώς και Μετανάστευση και Κοινωνική Ένταξη (Κρήτη) με σκοπό την εξοικείωση με τις έννοιες, τα αισθήματα των μετακινούμενων πληθυσμών, το προφίλ και τις δυσκολίες προσαρμογής και τη διαδικασία της κοινωνικής ενσωμάτωσης. Οι μαθησιακοί στόχοι εστιάζουν στην απόκτηση θεωρητικών γνώσεων, την ανάπτυξη δεξιοτήτων σχετικά με την πολιτισμική επιδεξιότητα του Κοινωνικού λειτουργού και τη διαχείριση της διαφορετικότητας, και την διαμόρφωση στάσεων, συναισθημάτων και αξιών. Το μάθημα Μετανάστευση και Κοινωνική Ένταξη (Κρήτη) εστιάζει στην θεωρητική παρουσίαση και κατανόηση του φαινομένου και ζητήματα της κοινωνικής ένταξης των μεταναστών στη χώρα υποδοχής. Εκπαιδευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι οι Διαλέξεις, Συγγραφή και παρουσίαση ομαδικής εργασίας.

Μόνο το τμήμα **Ιατρικής του ΑΠΘ** έχει το μάθημα ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ. Δεν δίνονται στοιχεία για το σκοπό του μαθήματος

Κάποια τμήματα των Σχολών Επιστημών Υγείας δεν έχουν κανένα μάθημα πάνω στο αντικείμενο όπως Τμήμα Μαιευτικής, Επισκεπτών υγείας, Ιατρικής, Φαρμακευτικής, Νοσηλευτικής ΙΕΚ.

Σε **μεταπτυχιακό επίπεδο** το Τμήμα Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ διαθέτει αυτόνομο ΜΤΧ στην Διαπολιτισμική Νοσηλευτική το οποίο μπορούν να παρακολουθήσουν πτυχιούχοι των επιστημών υγείας, κοινωνιολογίας και κοινωνικής ανθρωπολογίας και ψυχολογίας. Μάθημα που αφορά στην διαπολιτισμική διαθέτει το ΜΤΧ πρόγραμμα Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του Τμήματος Ιατρικής Σχολής Επιστημών Υγείας Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας με μάθημα το Διαπολιτισμική Φροντίδα Υγείας.

Από την αναζήτηση της οργάνωσης και διεξαγωγής προγραμμάτων μη -τυπικής μάθησης διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα:

Κατηγορία Α: προγράμματα τα οποία απευθύνονται αποκλειστικά στην προετοιμασία διαπολιτισμικών μεσολαβητών (ΔΜ). Τα προγράμματα αυτά διοργανώθηκαν από επίσημους φορείς (π.χ. ΚΕΚ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας), κάποια είναι συγχρηματοδοτούμενα από την ΕΕ και διεξάγονται σε πολλές ώρες διδασκαλίας (π.χ. 900ώρες). Ενδιαφέρον προκαλεί ο τρόπος εκπαίδευσης ο οποίος περιλαμβάνει αφενός θεωρητική διδασκαλία αλλά και επιπλέον πρακτική άσκηση και το ένα πρόγραμμα ανέφερε ότι διέθετε και coaching (χωρίς λεπτομέρειες για τον τρόπο επίτευξης του). Σε κάποια προγράμματα υπήρχαν και μαθήματα e - learning. Οι ΔΜ δεν είναι απαραίτητα επαγγελματίες στο χώρο της υγείας και ο ρόλος τους αφορά στην διευκόλυνση των επαγγελματιών υγείας κατά την επαφή τους με άτομα με διαφορετική κουλτούρα (π.χ. επικοινωνία, πολιτισμικές ιδιαιτερότητες) αλλά και στην διευκόλυνση των ίδιων των αλλοδαπών (π.χ πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας).

Κατηγορία Β: προγράμματα τα οποία απευθύνονται σε επαγγελματίες που εργάζονται με πολυπολιτισμικές ομάδες προκειμένου να τους προετοιμάσει για την καλύτερη αποτελεσματικότητά τους στα καθήκοντα αυτά (π.χ. EQUI-HEALTH Πρόγραμμα, Οικονομικό Τμήμα του Πανεπιστημίου Πειραιά). Είναι ολιγόωρα προγράμματα και απευθύνονται σε διαφορετικούς επαγγελματίες (υγείας, ένστολους, διοικητικό προσωπικό, εθελοντές) συχνά με κόστος συμμετοχής. Ένα περισσότερο εξειδικευμένο σεμινάριο με τίτλο «Εξάρτηση και Διαπολιτισμικότητα», απευθύνεται σε επαγγελματίες που απασχολούνται σε δομές προσφύγων και μεταναστών και σκοπό έχει την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών σε θέματα που αφορούν στη διάσταση της διαπολιτισμικότητας στην πρόληψη και τη θεραπεία της εξάρτησης (ΚΕΘΕΑ). Ιδιωτικό ΚΕΚ (Λυδία) διοργανώνει πρόγραμμα με τίτλο «Νομοθεσία, Πολιτικές (Εθνικές & Ευρωπαϊκές) και αποτελεσματικές Πρακτικές για την Υποδοχή, Νόμιμη Παραμονή, Εκπαίδευση και Ενσωμάτωση, Μεταναστών, Προσφύγων, Ασυνόδευτων Ανηλίκων και Πολιτών Τρίτων Χωρών (ΠΤΧ)» το οποίο εστιάζει περισσότερο στην ενημέρωσή των επαγγελματιών στο νομοθετικό πλαίσιο που αφορά την διακίνηση των πληθυσμών.

Κατηγορία Γ: προγράμματα τα οποία απευθύνονται στο ευρύ κοινό, σε κάθε ενδιαφερόμενο. Πρόκειται για ημερίδες οι οποίες είτε στοχεύουν στην ευαισθητοποίηση των επιμορφουμένων για τη φροντίδα ατόμων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο είτε σε ημερίδες απολογισμού έργων που αφορούσαν ΔΜ το περιεχόμενο των οποίων εστιάζει περισσότερο σε δεδομένα προβολής των έργων και όχι στην ανάπτυξη δεξιοτήτων πολιτισμικής επάρκειας.

### Συζήτηση:

Από τη μελέτη των παραπάνω τυπικών και μη τυπικών μεθόδων μάθησης των επαγγελματιών υγείας σε θέματα πολιτισμικής επάρκειας διαπιστώνονται τα ακόλουθα:

1. Οι μέθοδοι διδασκαλίας που χρησιμοποιούνται στην τυπική εκπαίδευση είναι, εκτός λίγων εξαιρέσεων, η διάλεξη και η συζήτηση. Στα περισσότερα προγράμματα δεν γίνεται αναφορά σε άλλους τρόπους διδασκαλίας ή επίσκεψης σε δομές φιλοξενίας ή παροχής φροντίδας σε πολυπολιτισμικές ομάδες. Αντίθετα σε προγράμματα άτυπης μάθησης χρησιμοποιούνται περισσότερο ενεργητικές εκπαιδευτικές τεχνικές όπως και e-learning.
2. Σε πολλά προγράμματα τυπικής και μη τυπικής μάθησης η διενέργεια από το φοιτητή εργασίας είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την βαθμολογία τους. Η προσωπική διερεύνηση θεμάτων διαπολιτισμικής (στο πλαίσιο εργασίας ή φροντιστηριακής άσκησης) ενισχύει τη χρήση μεθόδων άτυπης μάθησης (προσωπική αναζήτηση πληροφοριών) για την ολοκληρωμένη προσέγγιση του θέματος. Τα προγράμματα μη τυπικής εκπαίδευσης που απευθύνονται στο ευρύ κοινό (κατηγορία Γ) και έχουν χαρακτήρα ευαισθητοποίησης δεν αναθέτουν προσωπική εργασία.
3. Η πολιτισμική επάρκεια ως όρος αλλά και στόχος της εκπαιδευτικής διαδικασίας (όπως προκύπτει από τη μελέτη των στόχων και των μαθησιακών αποτελεσμάτων των προγραμμάτων σπουδών) αναφέρεται αποκλειστικά στην





Νοσηλευτική επιστήμη. Η έννοια της πολιτισμικής επάρκειας περιλαμβάνει εκτός από ένα κατάλληλο θεωρητικό υπόβαθρο και την ανάπτυξη και καλλιέργεια στάσεων και δεξιοτήτων που χρειάζεται ο επαγγελματίας υγείας στην καθημερινή του πρακτική και επαφή με πολυπολιτισμικές ομάδες. Τα τμήματα Κοινωνικής εργασίας κάνουν λόγο για ανάπτυξη δεξιοτήτων σχετικά με την πολιτισμική επιδεξιότητα του Κοινωνικού λειτουργού και τη διαχείριση της διαφορετικότητας, και την διαμόρφωση στάσεων, συναισθημάτων και αξιών. Ενώ άλλα προγράμματα (ιατρικής, ψυχολογίας, ανθρωπολογίας, κοινωνιολογίας) εστιάζουν περισσότερο στο θεωρητικό υπόβαθρο του μεταναστευτικού φαινομένου. Στα προγράμματα μη τυπικής μάθησης δεν γίνεται καμία αναφορά στον όρο και την ανάπτυξη δεξιοτήτων. Εκπαιδευτικοί στόχοι είναι η ευαισθητοποίηση, η κατανόηση, η γνώση, η αντίληψη, αλλά δεν γίνεται αναφορά σε διαχείριση και επικοινωνία.

4. Η καλλιέργεια επικοινωνιακών δεξιοτήτων για την επαφή με άτομα διαφορετικής κουλτούρας αναφέρεται ότι αποτελεί μαθησιακό στόχο μόνο σε προγράμματα των Τμημάτων Νοσηλευτικής. Δεξιότητες οι οποίες αναμφίβολα είναι απαραίτητες σε κάθε επαγγελματία υγείας που συμμετέχει στη φροντίδα πολυπολιτισμικών ομάδων. Η απουσία καλλιέργειάς τους ενδεχομένως έχει ως αποτέλεσμα την περιορισμένη ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας και άρα τη μη αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ατόμων-ομάδων.

5. Εμπόδια συμμετοχής σε προγράμματα μη τυπικής μάθησης:
- οικονομικό κόστος,
  - απαιτούν διάθεση προσωπικού χρόνου εκτός ωραρίου εργασίας,
  - δεν απευθύνονται όλα σε όλους τους επαγγελματίες υγείας (ομάδες στόχους)
  - δεν φαίνεται να υπάρχει διευκόλυνση από εργοδότες για τη συμμετοχή σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης και επιμόρφωσης
6. Διακρίνεται η τάση της συσχέτισης της ανάπτυξης πολιτισμικής επάρκειας με την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

## ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Καλή πρακτική θεωρείται αυτή η πρακτική που έχει αποδειχτεί ότι έχει καλά αποτελέσματα και οδηγεί σε καλές εκβάσεις και κατά συνέπεια συστήνεται ως πρότυπο. Το εθνικό γραφείο του Ευρωπαϊκού Ταμείου για την ένταξη των εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης μεταναστών, στο Υπουργείο εσωτερικών και μετανάστευσης στην Ελλάδα, έχει χρηματοδοτήσει διάφορες πρωτοβουλίες και προγράμματα καλής πρακτικής κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών.

Πιο συγκεκριμένα το 2011 και το 2012, η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, το ΚΕΚ Diastasi και η ΜΚΟ Asante, εκτέλεσαν ένα πρόγραμμα για τη διαπολιτισμική





μεσολάβηση στην υγειονομική περίθαλψη στοχεύοντας να διευκολύνουν την αποτελεσματική επικοινωνία κατά την επαφή μεταξύ των μεταναστών και των γιατρών, του νοσηλευτικού προσωπικού και του διοικητικού προσωπικού των νοσοκομείων. Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε σε δύο φάσεις (η πρώτη φάση περιέλαβε νοσοκομεία στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης και η δεύτερη φάση νοσοκομεία στη υπόλοιπη Ελλάδα). Οι διαμεσολαβητές που επιλέχθηκαν να συμμετέχουν στο πρόγραμμα παρακολούθησαν ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα 40 ωρών με διαλέξεις και ηλεκτρονική εκμάθηση πάνω σε θέματα όπως: Αντίληψη για την υγεία και την ασθένεια, υγειονομική περίθαλψη (μέσα στις δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας), διαπολιτισμική μεσολάβηση, δικτύωση και καθήκοντα του διαμεσολαβητή και θέματα ηθικής. Στην πρώτη φάση του προγράμματος το 2011, 119 άνθρωποι εργάστηκαν ως διαπολιτισμικοί μεσολαβητές, επόπτες, συντονιστές, μεσολαβητές και υπεύθυνοι τηλεφωνικών κέντρων σε 16 νοσοκομεία στην Αθήνα και 5 στη Θεσσαλονίκη και παρείχαν υπηρεσίες σε 5.104 ασθενείς μετανάστες. Κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης του προγράμματος το 2012, συνολικά 105 άνθρωποι εργάστηκαν ως διαπολιτισμικοί μεσολαβητές σε 25 νοσοκομεία στην Ελλάδα, 9 νοσοκομεία στην Αθήνα, 3 στη Θεσσαλονίκη και 13 νοσοκομεία σε άλλες πόλεις. Μεταξύ των μεσολαβητών υπήρξαν 20 διαφορετικές υπηκοότητες που μιλούσαν 28 διαφορετικές γλώσσες/διαλέκτους και παρασχέθηκαν υπηρεσίες σε 11.279 ασθενείς σε 25 νοσοκομεία σε όλη την Ελλάδα - 1.560 τον Απρίλιο, 5.047 το Μάιο και 4.672 τον Ιούνιο του 2012.

Το 2009-2010 η Ολυμπιακή Εκπαιδευτική και Συμβουλευτική, ανέπτυξε ένα πρόγραμμα που περιελάμβανε δύο κύκλους μαθημάτων κατάρτισης 80 ωρών για 50 διαπολιτισμικούς μεσολαβητές στοχεύοντας πρώτιστα να αναπτύξει τις ειδικές δεξιότητες και τη γνώση. Οι συμμετέχοντες ήταν ηλικίας μεταξύ 22-35 χρονών. Έμφαση δόθηκε στη συμμετοχή άνεργων νέων μεταναστών δεύτερης γενιάς.

Το 2012-2014 το Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο εκτέλεσε το ευρωπαϊκό πρόγραμμα: Η κατάρτιση των πολιτιστικών μεσολαβητών με το κοινωνικό λογισμικό δικτύωσης (SONETOR). Το πρόγραμμα SONETOR βοήθησε τους διαπολιτισμικούς μεσολαβητές που εργάζονται με τους μετανάστες με την παροχή μιας διαδικτυακής πλατφόρμας κατάρτισης. Αυτή η πλατφόρμα στόχευε να διευκολύνει την ανάπτυξη δεξιοτήτων και την επανεκπαίδευση στις δεξιότητες των διαπολιτισμικών μεσολαβητών χρησιμοποιώντας: α) ένα μεγάλο αριθμό κοινωνικών εφαρμογών δικτύωσης β) μεθοδολογιών εκπαίδευσης μεταξύ συναδέλφων και γ) ειδικά ανεπτυγμένο περιεχόμενο και υπηρεσίες. Περισσότεροι από 50 διαπολιτισμικοί μεσολαβητές πιστοποιήθηκαν μέσω αυτού του προγράμματος, ενώ ένα από τα σημαντικότερα αποτελέσματα του προγράμματος ήταν η ανάπτυξη μιας ευρωπαϊκής κοινότητας μάθησης για διαπολιτισμικούς μεσολαβητές που θα χρησιμοποιεί την πλατφόρμα SONETOR για να ανταλλάξει την εμπειρία, τις συμβουλές και τις καλές πρακτικές. Μέχρι το τέλος του προγράμματος, 491 χρήστες είχαν καταχωρηθεί επιτυχώς στην πλατφόρμα, υποβάλλοντας συνολικά 1466 κομμάτια μαθησιακού περιεχομένου (325 περιστατικά εμπειρίας διαπολιτισμικής μεσολάβησης, 703 αναρτήσεων στο διαδίκτυο, 148 αναρτήσεων στο χώρο συζητήσεων και 290 γεγονότων σχετικών με την διαπολιτισμική μεσολάβηση).



Το 2009-2011 ένα άλλο πρόγραμμα για τη διαπολιτισμική κατάρτιση των δημόσιων υπαλλήλων που εξυπηρετούν υπηκόους τρίτων χωρών αναπτύχθηκε από την Ελληνική Εταιρία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.Α. Α.Ε.). Το πρόγραμμα απευθύνονταν σε δημόσιους υπαλλήλους σε όλα τα επίπεδα της κυβέρνησης προκειμένου να τους βοηθήσει να σχεδιάσουν και να εφαρμόσουν καλές πολιτικές ενσωμάτωσης των μεταναστών. Το πρόγραμμα περιελάμβανε σεμινάρια με τις ακόλουθες εκπαιδευτικές ενότητες: Α) συνοπτική παρουσίαση των βασικών θεμελιωδών αρχών σχετικών με την έννοια του διαπολιτισμικού: πολιτισμική ταυτότητα, πολιτισμική διαφορά, διαπολιτισμικές δεξιότητες, διαπολιτισμική επικοινωνία κ.λπ., Β) συνοπτική παρουσίαση των διεθνών και εθνικών οργάνων και των μηχανισμών για την προστασία των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων και Γ) ανάπτυξη των σύγχρονων τεχνικών για να βελτιωθεί η λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία: εργαλεία και πρακτικές συμβουλές που θα επιτρέψουν στους συμμετέχοντες να εφαρμόσουν στην πράξη τις βασικές αρχές της διαπολιτισμικής επικοινωνίας. Οι στόχοι του προγράμματος περιέλαβαν τη παροχή ικανοποιητικής θεωρητικής και πρακτικής εκπαίδευσης στον τομέα της διαπολιτισμικής επικοινωνίας, την σύγκλιση της θεωρίας και της πρακτικής, την απόκτηση της εξειδικευμένης γνώσης και την εκμάθηση των νέων μεθόδων με σκοπό την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών στους μετανάστες και το σεβασμό των θεμελιωδών δικαιωμάτων τους. Ο σκοπός του προγράμματος ήταν να βελτιωθούν οι υπάρχουσες ικανότητες των εκπαιδευόμενων και οι απαραίτητες επικοινωνιακές δεξιότητες και η επαγγελματική γνώση για την κατάλληλη παροχή υπηρεσιών.

Το 2013 το Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο δημιούργησε ένα μητρώο εκπαιδευμένων διαπολιτισμικών μεσολαβητών και δικτυωμένων διαπολιτισμικών μεσολαβητών μέσω μιας ηλεκτρονικής πλατφόρμας. Η πλατφόρμα αυτή διαπολιτισμικών μεσολαβητών επέτρεψε στους υπηκόους τρίτων χωρών να εντοπίσουν έναν διαπολιτισμικό μεσολαβητή στην περιοχή, τη γλώσσα ή για την υπηρεσία που ενδιαφέρονταν. Η πλατφόρμα αυτή ήταν το πρώτο μητρώο στην Ελλάδα που καταχωρεί τους διαπολιτισμικούς μεσολαβητές που λειτουργούν στη χώρα και καθιστά τις υπηρεσίες τους δημόσια προσιτές. Στην πλατφόρμα αυτή ο καθένας μπορεί να βρει έγκυρες πληροφορίες για τη διαπολιτισμική μεσολάβηση και τις υπηρεσίες τους διευκολύνοντας την πρόσβαση των υπηκόων των τρίτων χωρών στις δημόσιες υπηρεσίες και τα δημόσια αγαθά. Κατά τη διάρκεια του 2013, 123 άνθρωποι εγγράφησαν στον κατάλογο των πολιτισμικών μεσολαβητών και 4351 άνθρωποι επισκέφτηκαν την πλατφόρμα.

Το 2015 ένα άλλο πρόγραμμα που εστίασε στη διαπολιτισμική εκπαίδευση των δημόσιων υπαλλήλων που εργάζονται στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας που νοσηλεύουν μετανάστες υλοποιήθηκε από το ΚΕΚ Αropsis, το ΚΕΚ ΔΗΜΗΤΡΑ, και τη ΜΚΟ Praksis. Στόχος ήταν να ενημερωθεί το διοικητικό προσωπικό στα νοσοκομεία για τον ελληνικό και ευρωπαϊκό νόμο σχετικά με τα ζητήματα μετανάστευσης με έμφαση στα ζητήματα υγειονομικής περίθαλψης και διαπολιτισμικής εκπαίδευση του διοικητικού προσωπικού των νοσοκομείων. Ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα 70 ωρών παρακολουθήθηκε από 359 άτομα σε νοσοκομεία, κέντρα υγείας και υπηρεσίες κοινωνικής ασφάλισης σε 10 πόλεις σε όλη την Ελλάδα. Το πρόγραμμα παρήγαγε επίσης έναν οδηγό για την διαπολιτισμικότητα για τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας ο οποίος και τυπώθηκε σε 1.500 αντίγραφα.



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η διαπολιτισμική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα παρά τις κάποιες θετικές πρωτοβουλίες, έχει υπάρξει ημιτελής, ετερογενής, με μικρή διάρκεια και επικεντρωμένη μόνο σε κάποια θέματα όπως η εκπαίδευση στην διαπολιτισμική διαμεσολάβηση σε κάποια νοσοκομεία για παράδειγμα και κυρίως επικεντρωμένη σε διοικητικό νοσοκομειακό προσωπικό κι όχι σε επαγγελματίες υγείας. Επιπλέον, το σύστημα υγείας δείχνει σημαντική ανησυχία για την ικανότητά του να παρέχει αποτελεσματική περίθαλψη σε πληθυσμούς με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο εξαιτίας πολλαπλών εμποδίων όπως οι προκαταλήψεις ή οι ανεπαρκείς πόροι.

Αναγκαία κρίνεται η ανάπτυξη πολιτισμικής επάρκειας από όλους τους επαγγελματίες υγείας καθώς η πολυπολιτισμικότητα στη σύγχρονη κοινωνία και χώρο εργασίας εκτός από τη σχέση ασθενούς-επαγγελματία επηρεάζει και τη σχέση επαγγελματία υγείας με τους συναδέλφους του. Αυτές οι δύο σχέσεις επηρεάζουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Περιττό να πούμε ότι δεν είναι ρελιστικό για τους επαγγελματίες υγείας να είναι εξοικιωμένοι με τις πρακτικές για την υγεία κάθε εθνικής ή πολιτισμικής ομάδας εκτός αν εφαρμοστούν στρατηγικές χαρτογράφησης των συνήθων πρακτικών και διεξαχθεί έρευνα που να διερευνήσει τις ανάγκες των διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων με απώτερο σκοπό την κατασκευή κατευθυντήριων οδηγιών.

Τα προγράμματα τυπικής μάθησης κρίνεται σκόπιμο να εστιάζουν στην ανάπτυξη δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας χρησιμοποιώντας ενεργητικές τεχνικές μάθησης και σύγχρονη τεχνολογία (e-learning), σε όλες τις σχολές επαγγελματιών υγείας σε προπτυχιακό επίπεδο.

Κοινές μέθοδοι για την ανάπτυξη της πολιτισμικής επάρκειας των φοιτητών όπως αναφέρουν οι Repo Salminen and Ieino-Kilpi (2016), περιλαμβάνουν την εκπαίδευση στο εξωτερικό σε πρόγραμμα ανταλλαγής φοιτητών (Baernholdt, Drake, Maron, & Neymark, 2013; Bohman & Borglin, 2014), την ολοκλήρωση της κλινικής άσκησης στο εξωτερικό (Reid-Searlet al, 2011), ή την συμμετοχή σε διαπολιτισμικά προγράμματα (Allen et al, 2013; Carpenter & Garcia, 2012). Πολλαπλές μέθοδοι με την χρήση τεχνολογίας μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην διαπολιτισμική εκπαίδευση (Repo et al, 2016). Τέτοιοι μέθοδοι θα μπορούσαν να είναι παίξιμο ρόλων (Graham & Richardson, 2008), εικονικές κοινότητες (Giddens et al, 2012), προσομοιώσεις υψηλής πιστότητας (Rutledge et al., 2008), ή συνδιασκέψεις μέσω βίντεο (Kemppainen et al, 2012).

Τα προγράμματα μη-τυπικής μάθησης κρίνεται σκόπιμο να αυξηθούν, να μειώσουν το κόστος, να είναι διαθέσιμα σε διαφορετικούς επαγγελματίες, στο πλαίσιο της διεπιστημονικής εκπαίδευσης, και να χρησιμοποιούν τη νέα τεχνολογία προς διευκόλυνση των επιμορφούμενων.

Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση για τους επαγγελματίες υγείας στον κλινικό χώρο είναι απαραίτητη επίσης για να υποστηρίξει την ανάπτυξη της πολιτισμικής επάρκειας έτσι ώστε να παρέχουν φροντίδα προσαρμοσμένη στις ανάγκες των ευάλωτων ομάδων



όπως μεταναστών και προσφύγων immigrants (Delgado et al., 2013; Esposito, 2013; Mareno & Hart, 2014; McClimens et al, 2014).

Στην Ελλάδα υπάρχει κενό γνώσεων που σχετίζεται με την διαπολιτισμική επάρκεια φοιτητών και επαγγελματιών υγείας και των σχετιζόμενων παραγόντων. Αυτό είναι σημαντικό να καλυφθεί ώστε να αναπτύξουμε διαπολιτισμικά ευαίσθητους επαγγελματίες που να φροντίζουν τον πολιτισμικά ποικίλο πληθυσμό και να βελτιώσουμε περαιτέρω το περιεχόμενο και την ποιότητα της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας.

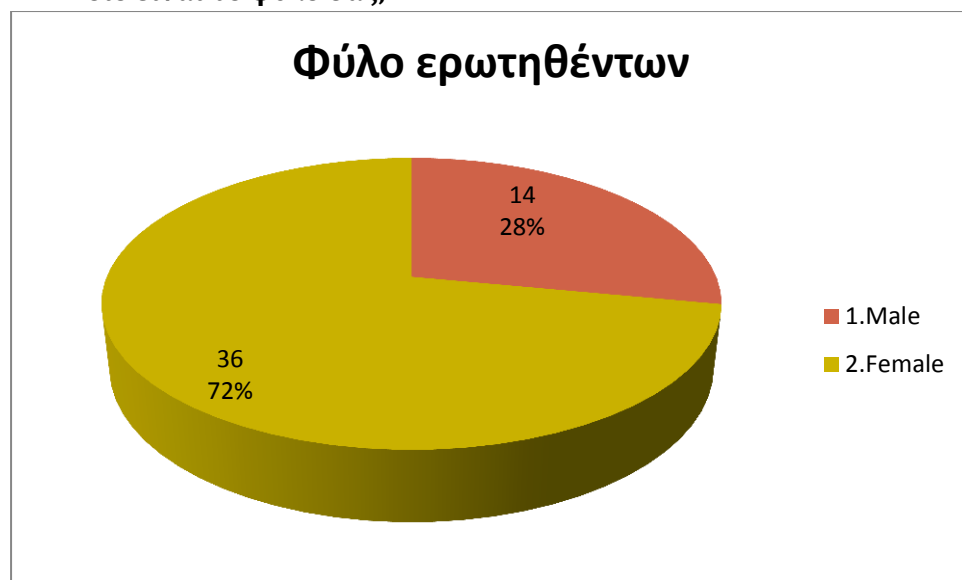
## ΕΡΕΥΝΑ- ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε μεταξύ Φεβρουαρίου και Μαρτίου 2017 σε ελληνικά Γενικά Νοσοκομεία, Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, κέντρα υγείας, hotspots και κέντρα φιλοξενίας προσφύγων.

Το δείγμα περιελάμβανε 50 Έλληνες επαγγελματίες υγείας διαφορετικών ειδικοτήτων. 9 από αυτούς ήταν γιατροί, 19 ήταν νοσηλεύτες, 5 ήταν βοηθοί νοσηλεύτες, 3 ήταν ψυχολόγοι, 7 ήταν κοινωνικοί λειτουργοί, 1 ήταν οδοντίατρος και 6 ήταν επισκέπτες υγείας, ενώ 6 από αυτούς εργάζονταν σε ψυχιατρικό νοσοκομείο ως επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

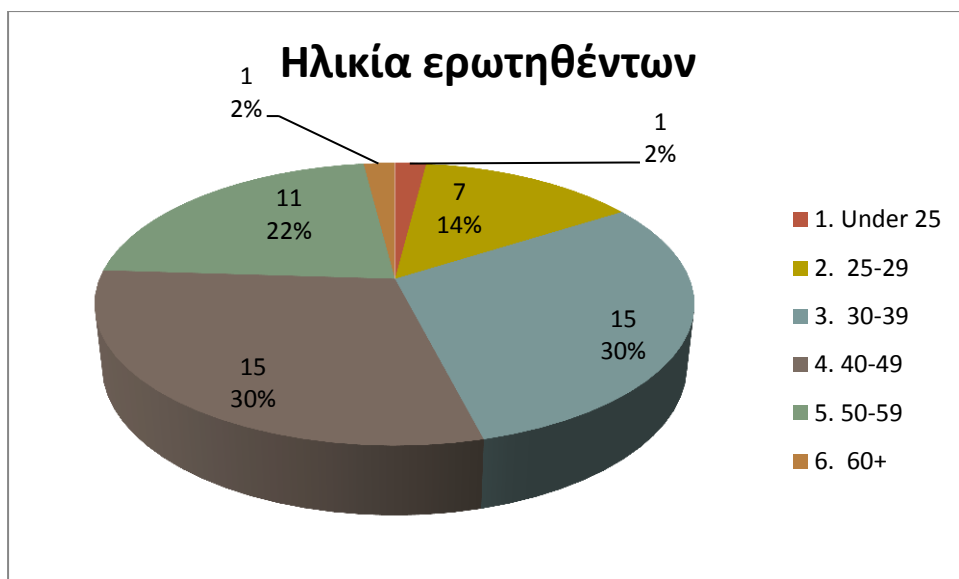
Τα αποτελέσματα της περιγραφικής ανάλυσης παρουσιάζονται ως εξής:

### 1.2. Ποιο είναι το φύλο σας;



Το 28% των επαγγελματιών υγείας ήταν άνδρες και το 72% γυναίκες, οπότε το δείγμα ήταν κυρίως γυναίκες.

### 1.3 Πόσων ετών είστε;



Μόνο το 2% των ερωτηθέντων ήταν κάτω των 25 ετών, το 14% ήταν μεταξύ 25-29 ετών, το 30% ήταν μεταξύ 30-39 ετών, το 30% 40-49, το 22% ήταν 50-59 και το 2% ήταν άνω των 60 ετών.

#### 1.4. Εργάζεστε σε:

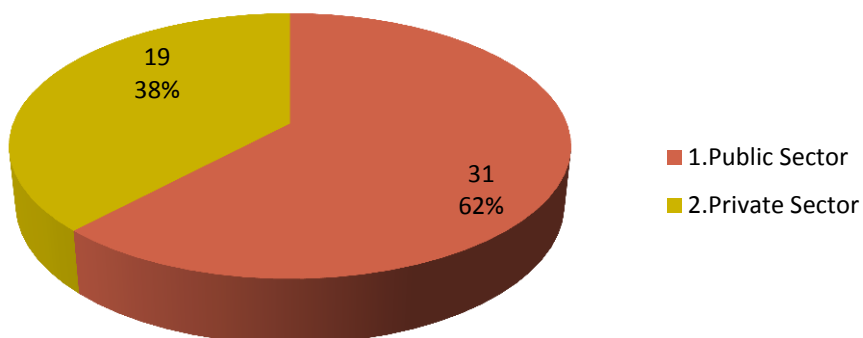


Το 42% των επαγγελματιών υγείας εργάζονταν σε νοσοκομείο, το 32% εργάζονταν σε κέντρο υγείας και το 26% εργάζονταν σε ΜΚΟ, οπότε το υψηλότερο ποσοστό ήταν προσωπικού νοσοκομείου.

#### 1.5 Εργάζεστε σε:

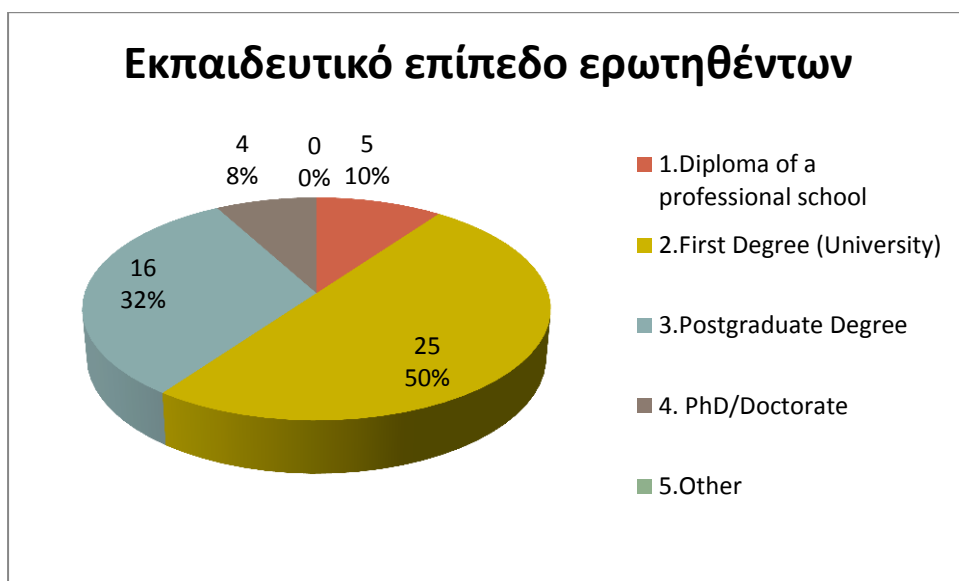


## Τομέας εργασίας



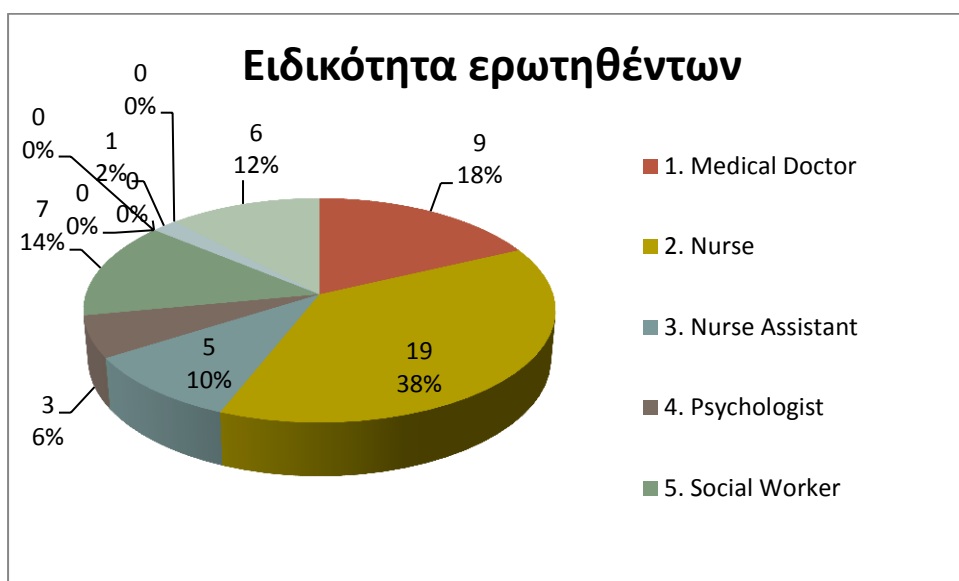
Το 62% του δείγματος εργαζόταν στον δημόσιο τομέα, ενώ το 38% στον ιδιωτικό τομέα.

### 1.6 Ποιος είναι ο τίτλος σπουδών σας;



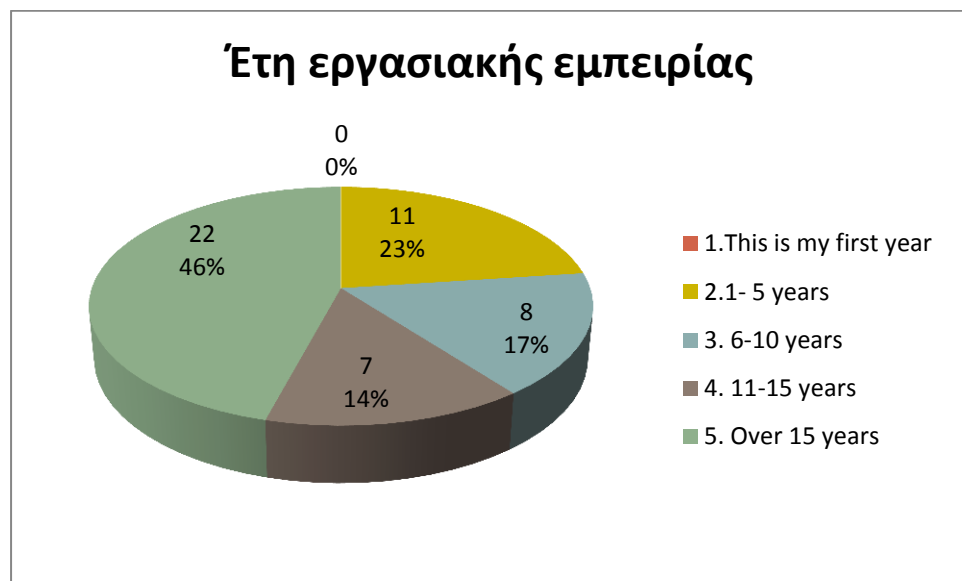
Το 10% του δείγματος είχε δίπλωμα από επαγγελματική σχολή, το 50% είχε πτυχίο πανεπιστημίου ή ΤΕΙ, το 32% είχε μεταπτυχιακό, το 8% είχε διδακτορικό, και το 10% άλλη εκπαίδευση.

### 1.7 Ποια είναι η ειδικότητά σας;



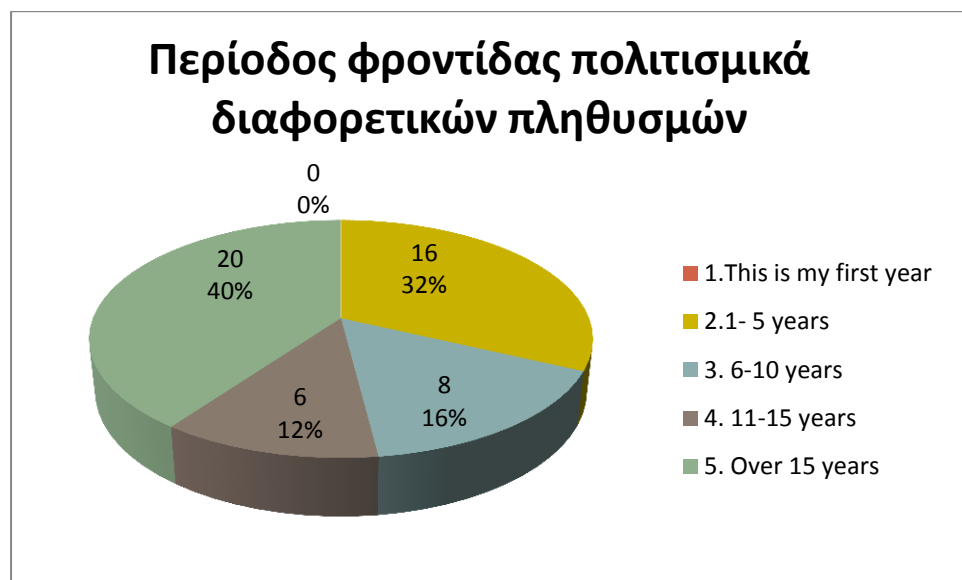
Το 18% των ερωτηθέντων ήταν γιατροί, το 38% ήταν νοσηλεύτες, το 10% ήταν βοηθοί νοσηλευτές, το 6% ήταν ψυχολόγοι, το 14% ήταν κοινωνικοί λειτουργοί, το 2% ήταν ένας οδοντίατρος, και το 12% ήταν επισκέπτες υγείας.

**1.8 Πόσον καιρό εργάζεστε ως επαγγελματίες υγείας; Όπου είναι δυνατόν, εξαιρέστε μακρές περιόδους απουσίας (π.χ. άδεια μητρότητας).**



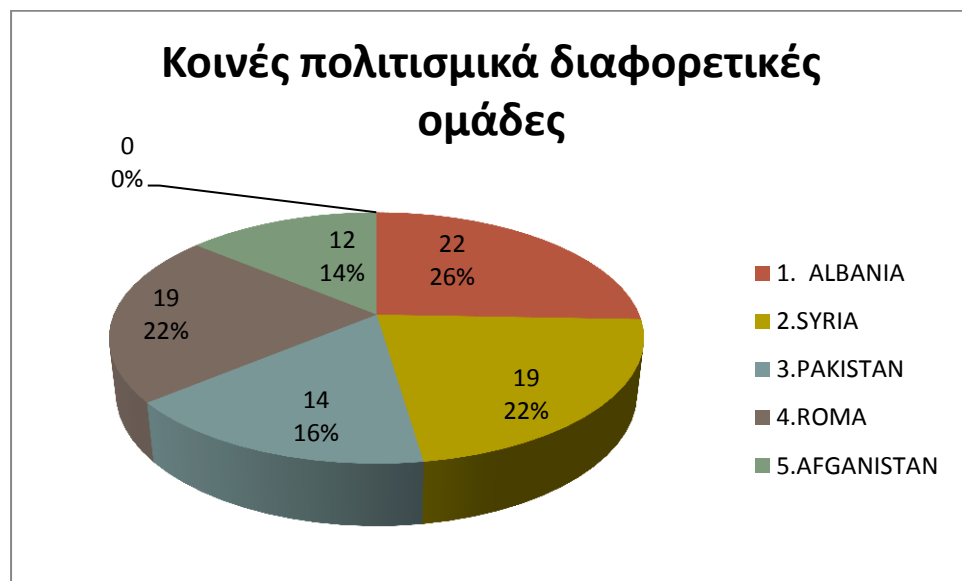
Το 23% των ερωτηθέντων εργάζονταν 1-5 έτη, το 17% 6-10 έτη, το 14% 11-15 έτη, και το 46% περισσότερα από 15 έτη.

**1.9 Πόσον καιρό φροντίζετε πολιτισμικά διαφορετικές ομάδες ανθρώπων;**



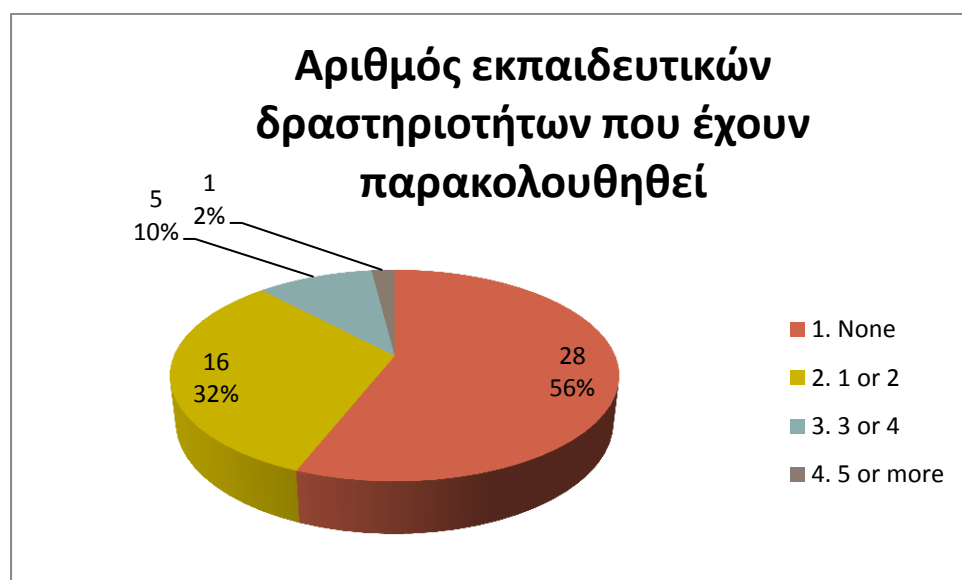
Το 32% των ερωτηθέντων απάντησε ότι φρόντιζαν πολιτισμικά διαφορετικές ομάδες για 1-5 έτη, το 16% για 6-10 έτη, το 12% για 11-15 έτη, και το 40% για πάνω από 15 έτη.

**1.10 Ποια είναι τα πιο κοινά πολιτισμικά διαφορετικά άτομα (ή χώρες προέλευσης σε περίπτωση που είναι διαφορετικά) τα οποία φροντίζετε;**



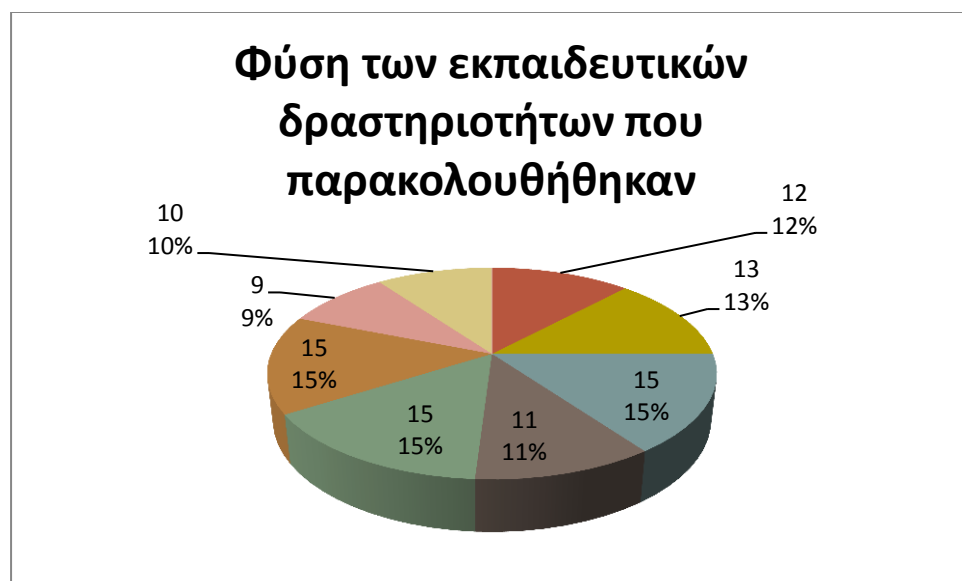
Το 26% των ερωτηθέντων απάντησε ότι άνθρωποι από την Αλβανία ήταν μεταξύ των πιο κοινών πολιτισμικά διαφορετικών ομάδων ανθρώπων (ή χωρών καταγωγής σε περίπτωση που διαφέρουν) τους οποίους φροντίζουν, το 22% ανέφερε άτομα από τη Συρία, το 16% Πακιστάν, το 22% Ρομά και το 14% Αφγανιστάν.

**2.1 Σε πόσες δραστηριότητες ανάπτυξης διαπολιτισμικών ικανοτήτων έχετε συμμετάσχει κατά τη διάρκεια της επαγγελματικής σας σταδιοδρομίας;**



Το 56% των ερωτηθέντων απάντησε ότι δεν έχει παρακολουθήσει καμία εκπαιδευτική δραστηριότητα διαπολιτισμικής ανάπτυξης, το 32% ανέφερε ότι έχουν παρακολουθήσει 1-2, και το 10% 5 ή παραπάνω.

**2.2 Εάν κατά τη διάρκεια της σταδιοδρομίας σας έχετε συμμετάσχει σε κάποια από τις ακόλουθες δραστηριότητες διαπολιτισμικής εκπαίδευσης, παρακαλώ σημειώστε το αντίστοιχο κουτάκι (Μέρος Α)**



Το 12% των ερωτηθέντων είχαν παρακολουθήσει εργαστήρια, το 13% είχαν παρακολουθήσει πιστοποιημένα εκπαιδευτικά προγράμματα, το 15% είχαν παρακολουθήσει σεμινάρια και συνέδρια, το 11% είχε επισκεφθεί άλλες υπηρεσίες υγείας, το 15% είχε συμμετάσχει σε προγράμματα που διοργανώνονται από επιστημονικές εταιρείες ή άλλες μη κυβερνητικές υπηρεσίες, το 15% είχε χρησιμοποιήσει μεθόδους αυτόνομης μάθησης, το 9% συμμετείχε σε μαθήματα/σεμινάρια κατάρτισης που διοργανώθηκαν από το ίδρυμά σας ή το Υπουργείο Υγείας, ενώ το 10% είχε παρακολουθήσει μαθήματα ηλεκτρονικής μάθησης.

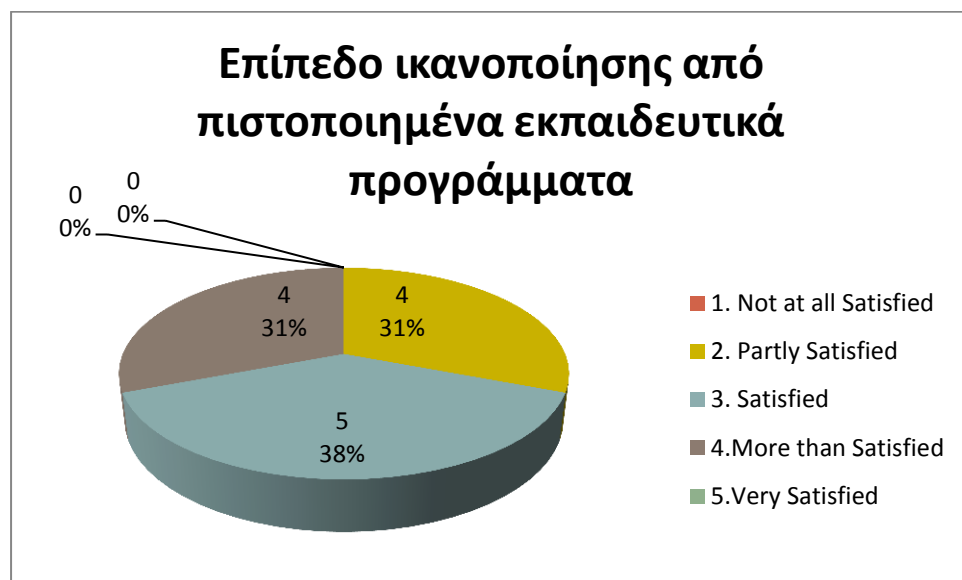
**2.2 1) Εργαστήρια/μαθήματα προπτυχιακού επιπέδου (σε θέματα διαπολιτισμικής φροντίδας) ΜΕΡΟΣ (Β)**





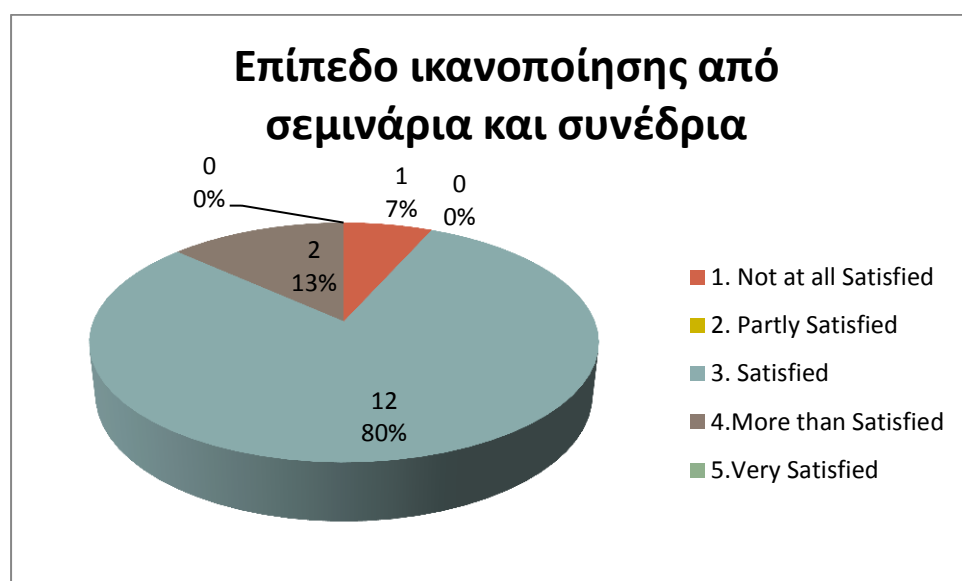
Το 8% των ερωτηθέντων δεν ικανοποιήθηκαν καθόλου από τα προπτυχιακά μαθήματα, το 33% ικανοποιήθηκε εν μέρει, το 42% ικανοποιήθηκε, το 17% ήταν περισσότερο από ικανοποιημένο. Δεν υπήρχε κανένας που να απαντά ότι ήταν πολύ ικανοποιημένος.

## 2.2 2) Πιστοποιημένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα (π.χ. μεταπτυχιακό πρόγραμμα ή άλλο πρόγραμμα κατάρτισης)



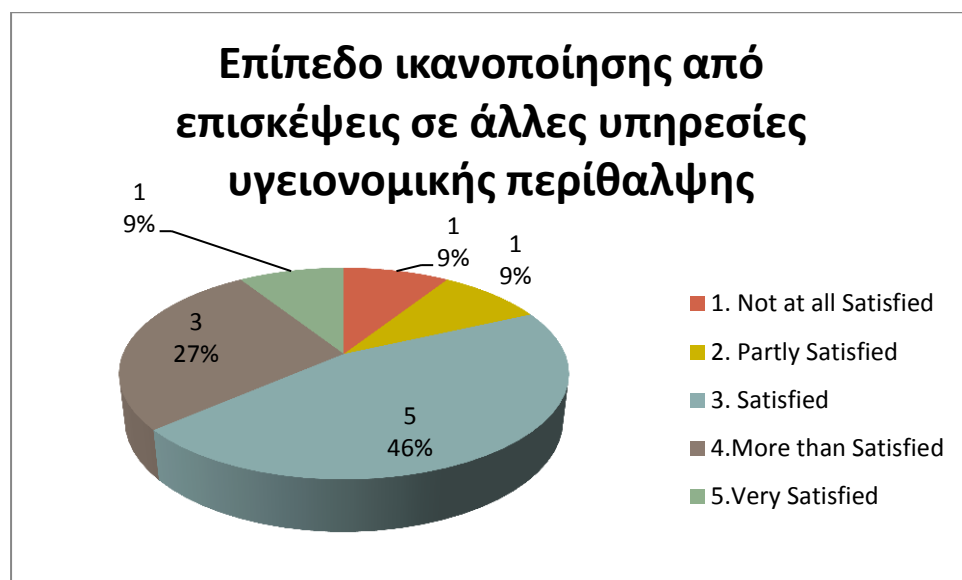
Το 31% των ερωτηθέντων ήταν εν μέρει ικανοποιημένοι από τα πιστοποιημένα εκπαιδευτικά προγράμματα, το 38% ήταν ικανοποιημένοι και το 31% ήταν περισσότερο από ικανοποιημένοι. Κανείς δεν ήταν πολύ ικανοποιημένος.

## 2.2 3) Σεμινάρια, συνέδρια (όπου οι επαγγελματίες παρουσιάζουν ερευνητικά αποτελέσματα και συζητούν θέματα σχετικά με τη διαπολιτισμική φροντίδα)



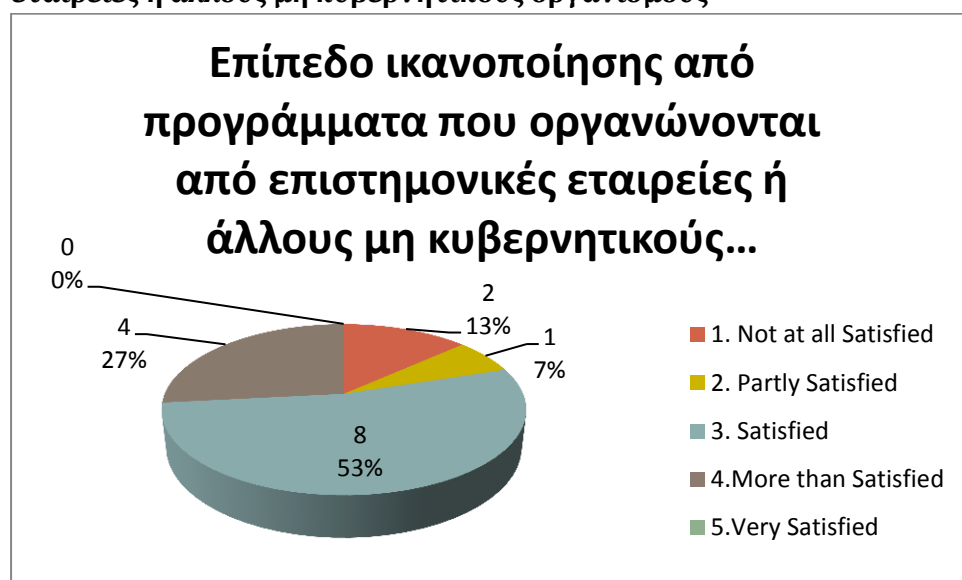
Το 80% των ερωτηθέντων ήταν ικανοποιημένοι από τα σεμινάρια και τα συνέδρια, το 13% ήταν περισσότερο από ικανοποιημένοι και το 7% ήταν πολύ ικανοποιημένοι.

## 2.2 4) Επισκέψεις σε άλλες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και παρατήρηση



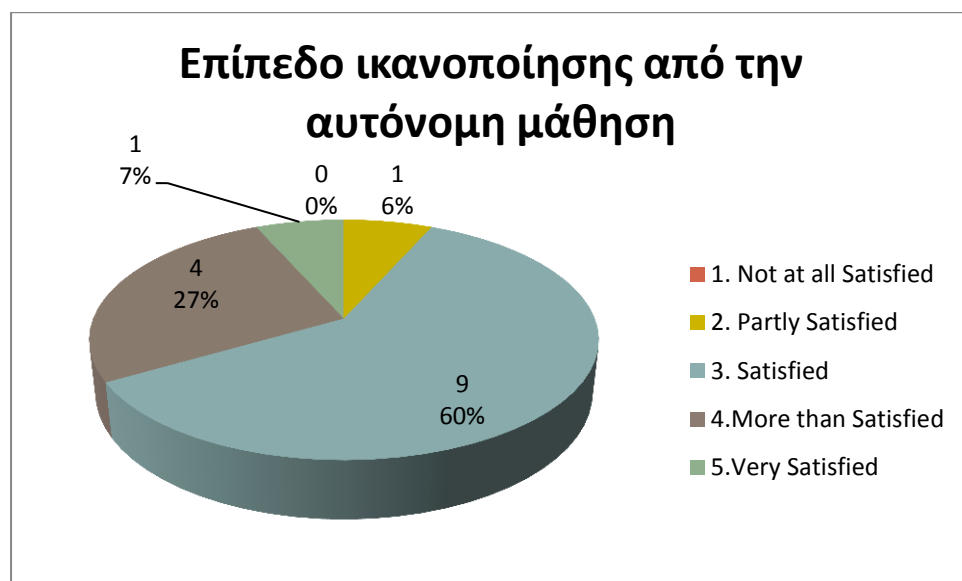
9% των ερωτηθέντων δεν ήταν ικανοποιημένοι, το 9% ικανοποιήθηκε εν μέρει, το 46% ικανοποιήθηκε, το 27% ήταν περισσότερο από ικανοποιημένο και το 9% ήταν πολύ ικανοποιημένο.

## 2.2 5) Συμμετοχή σε προγράμματα που οργανώνονται από επιστημονικές εταιρείες ή άλλους μη κυβερνητικούς οργανισμούς



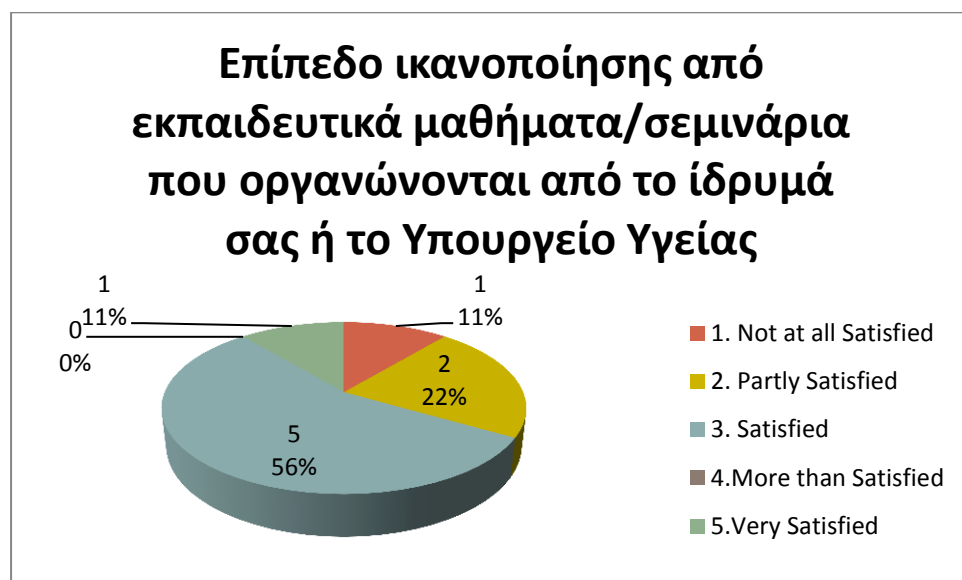
Το 13% των ερωτηθέντων δεν ικανοποιήθηκαν καθόλου από τα προγράμματα που διοργάνωσαν επιστημονικές εταιρείες ή άλλες μη κυβερνητικές υπηρεσίες, το 7% ικανοποιήθηκε εν μέρει, το 53% ικανοποιήθηκε και το 27% ήταν περισσότερο από ικανοποιημένο. Κανείς δεν ήταν πολύ ικανοποιημένος.

## 2.2 6) Μέθοδοι αυτόνομης μάθησης (προσωπική μελέτη, εργασίες, βιβλία κ.λπ.)



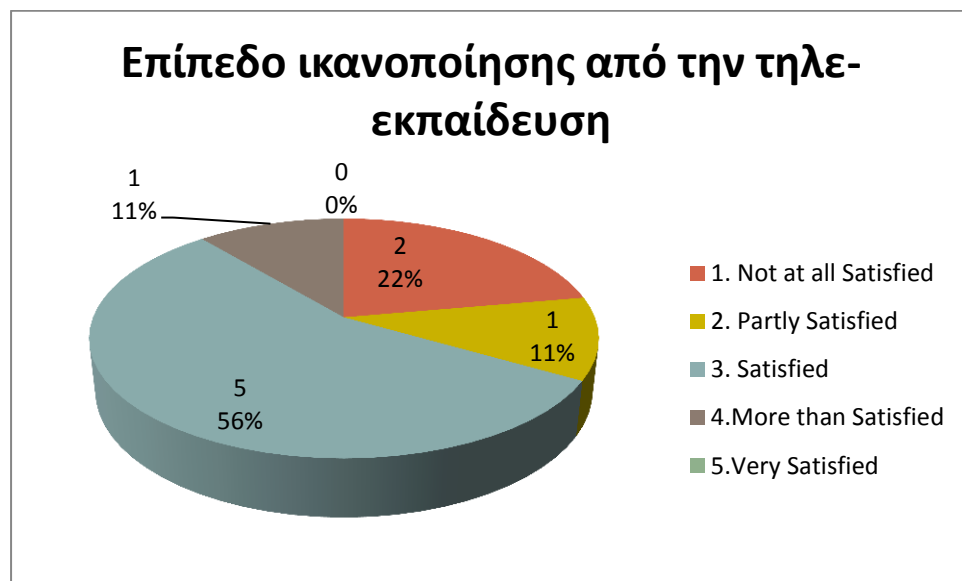
Το 6% των ερωτηθέντων ικανοποιήθηκε εν μέρει από τις αυτόνομες μεθόδους μάθησης, το 60% ικανοποιήθηκε, το 27% ήταν περισσότερο από ικανοποιημένο και το 7% ήταν πολύ ικανοποιημένο.

## 2.2 7) Εκπαιδευτικά μαθήματα/σεμινάρια που οργανώνονται και παρέχονται από το ίδρυμά σας ή το Υπουργείο Υγείας



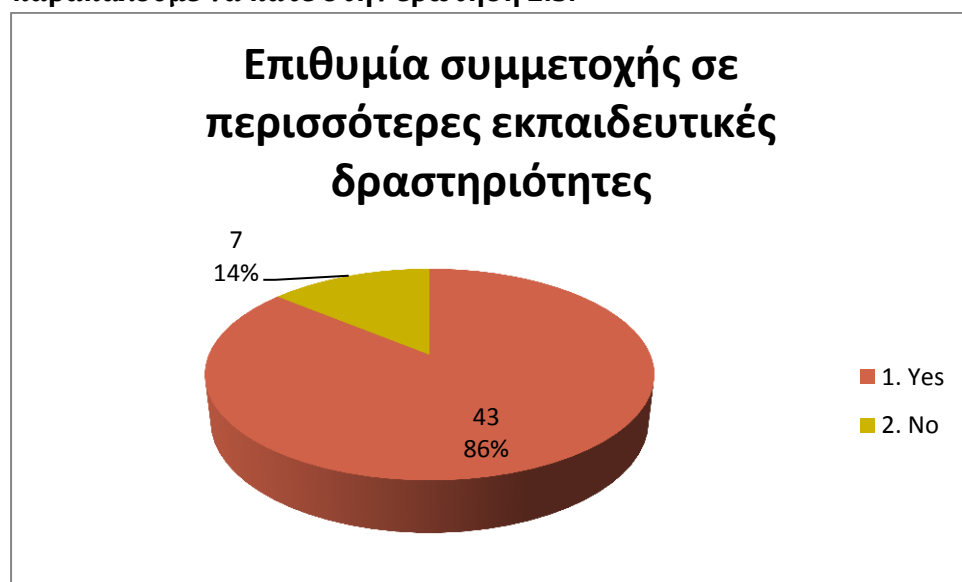
Το 11% των συμμετεχόντων δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένο, το 22% ικανοποιήθηκε εν μέρει, το 56% ικανοποιήθηκε και το 11% ήταν πολύ ικανοποιημένο.

## 2.2 8) Τηλε-εκπαίδευση μέσω της χρήσης του διαδικτύου (μαθήματα ηλεκτρονικής μάθησης)



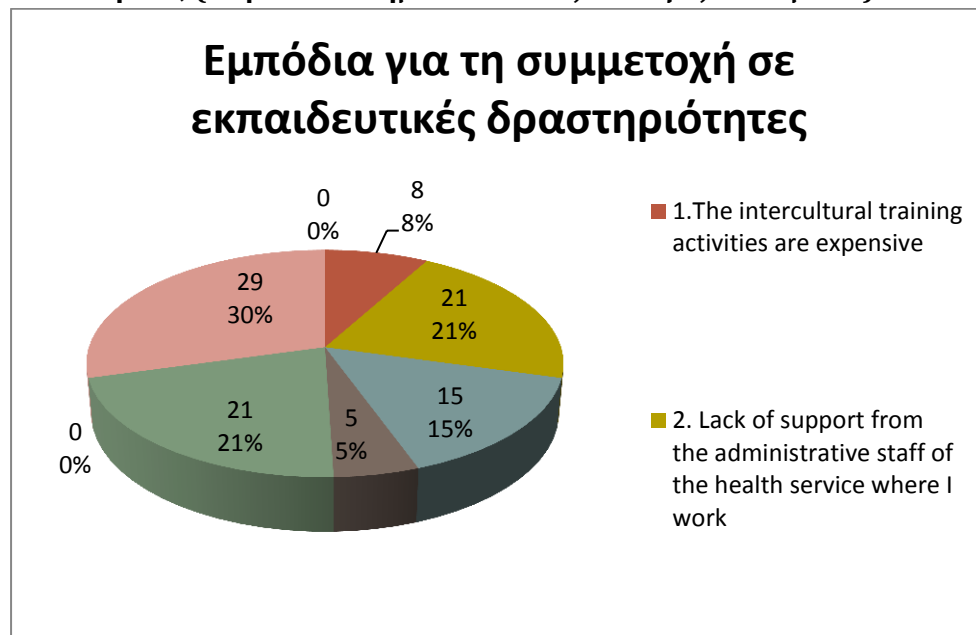
Το 22% των συμμετεχόντων δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένοι, το 11% ικανοποιήθηκε εν μέρει, το 56% ικανοποιήθηκε, το 11% ήταν περισσότερο από ικανοποιημένο και το 22% πολύ ικανοποιημένο.

## 2.3. Θα επιθυμούσατε να συμμετάσχετε σε περισσότερες δραστηριότητες διαπολιτισμικής εκπαίδευσης από ό, τι συνήθως λαμβάνετε μέρος; Εάν όχι, παρακαλούμε να πάτε στην ερώτηση 2.5.



Το 86% των συμμετεχόντων απάντησε ότι θα επιθυμούσε να συμμετάσχει σε περισσότερες διαπολιτισμικές δραστηριότητες, ενώ το 14% απάντησε όχι. Έτσι, είναι προφανές (86% των ερωτηθέντων απάντησαν θετικά) ότι υπάρχει μεγάλη ανάγκη για εκπαιδευτικές δραστηριότητες στη διαπολιτισμική εκπαίδευση στην Ελλάδα.

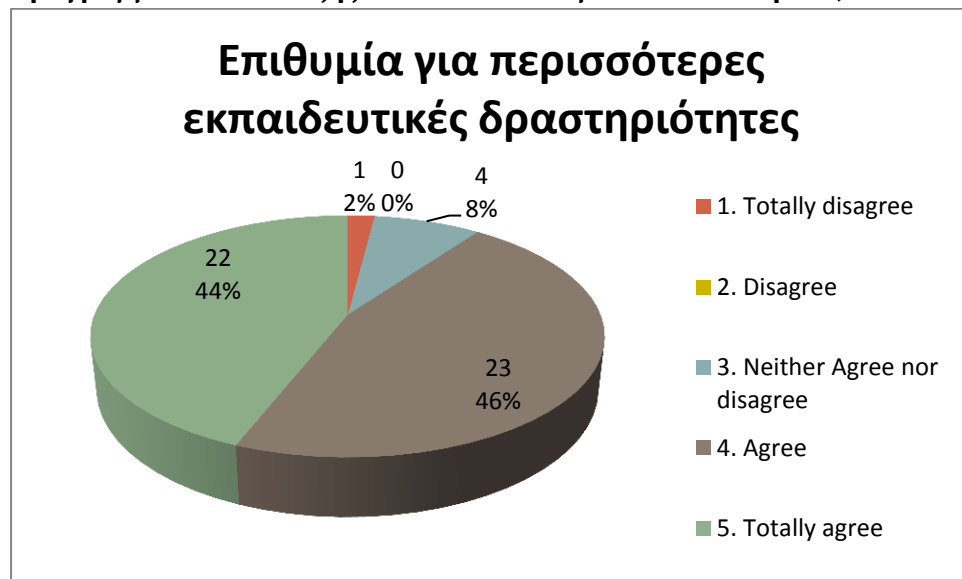
**2.4 Εάν η προηγούμενη απάντησή σας ήταν ναι, τότε ποια θεωρείτε πως είναι τα εμπόδια για τη συμμετοχή σας σε δραστηριότητες ανάπτυξης διαπολιτισμικών ικανοτήτων; (Παρακαλώ σημειώστε όσες επιλογές επιθυμείτε)**



Το 8% των συμμετεχόντων απάντησε ότι οι δραστηριότητες διαπολιτισμικής κατάρτισης είναι δαπανηρές, το 21% απάντησε ότι υπάρχει έλλειψη υποστήριξης από το διοικητικό προσωπικό της υπηρεσίας υγείας όπου εργάζονται, το 15% απάντησε ότι τα προγράμματα ανάπτυξης των διαπολιτισμικών ικανοτήτων συμπίπτουν χρονικά με το πρόγραμμα δουλειάς τους, το 5% απάντησε ότι το περιεχόμενο δραστηριοτήτων ή εκπαιδευτικών προγραμμάτων για ανάπτυξη διαπολιτισμικών ικανοτήτων δεν ήταν σαφές ή ενδιαφέρον για αυτούς, το 21% απάντησε ότι υπάρχει έλλειψη χρόνου λόγω προσωπικών ή οικογενειακών υποχρεώσεων, το 30% απάντησε ότι δεν υπάρχουν επαρκείς πληροφορίες σχετικά με τη διαθεσιμότητα προγραμμάτων ανάπτυξης των διαπολιτισμικών ικανοτήτων.

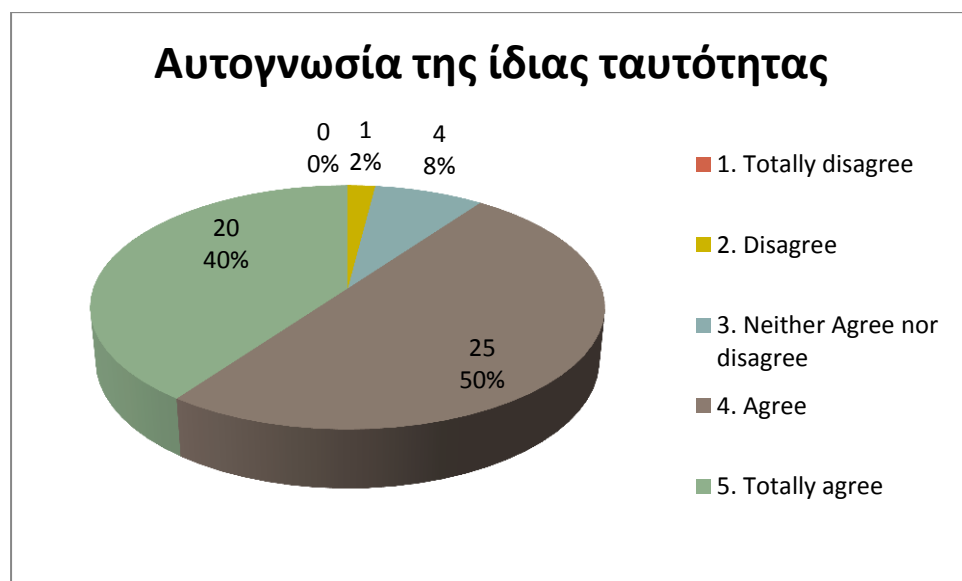


**2.5. Πιστεύετε ότι το εκπαιδευτικό σύστημα στη χώρα σας θα πρέπει να προσφέρει στους επαγγελματίες υγείας περισσότερες ευκαιρίες για προγράμματα ανάπτυξης των διαπολιτισμικών ικανοτήτων;**



Το 25% των συμμετεχόντων διαφωνεί απόλυτα με την πρόταση ότι το εκπαιδευτικό σύστημα στην Ελλάδα πρέπει να προσφέρει στους επαγγελματίες υγείας περισσότερες ευκαιρίες για προγράμματα ανάπτυξης των διαπολιτισμικών ικανοτήτων, το 8% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 46% συμφωνεί και το 2% διαφωνεί εντελώς.

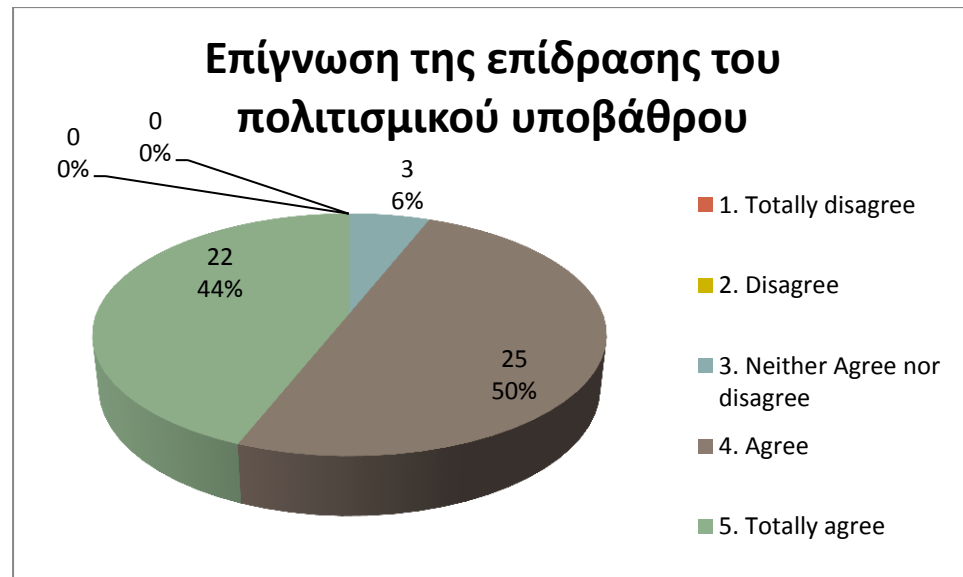
**2.6 Σύμφωνα με τη γνώμη σας, όταν μιλάμε για διαπολιτισμικές ικανότητες των επαγγελματιών υγείας, εννοούμε ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει: α) να γνωρίζουν την ίδια τους την πολιτισμική ταυτότητα και την επίδρασή της στην παρεχόμενη περίθαλψη**



Το 2% διαφωνεί με την πρόταση ότι ένας διαπολιτισμικός αρμόδιος επαγγελματίας στον τομέα της υγείας θα πρέπει να έχει επίγνωση της δικής του πολιτισμικής

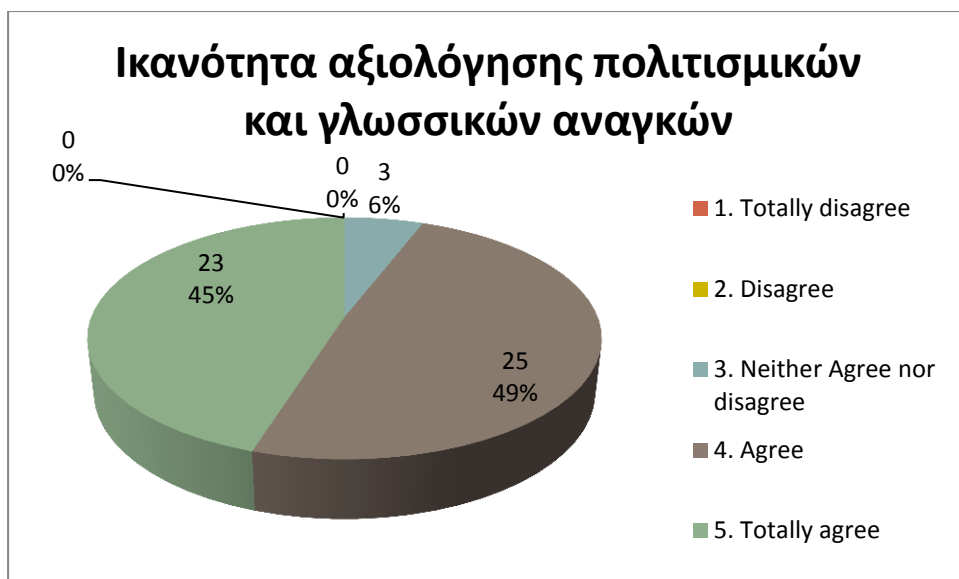
ταυτότητας και της επίδρασής της στην παρεχόμενη περίθαλψη, το 8% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 50% συμφωνεί και το 40% συμφωνεί εντελώς.

**2.6 b) Να γνωρίζουν τον αντίκτυπο του κοινωνικού και πολιτισμικού υποβάθρου του ατόμου που φροντίζουν, στην υγεία και τις αποφάσεις σχετικά με την υγεία**



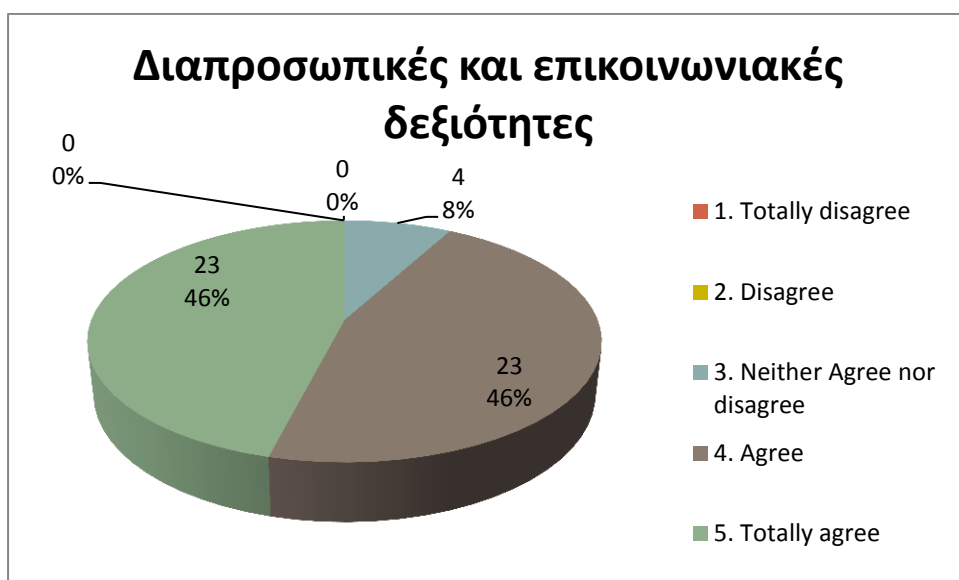
Το 6% των συμμετεχόντων δεν συμφωνούν ούτε διαφωνούν με το γεγονός ότι ένας επαγγελματίας στον τομέα της υγείας πρέπει να γνωρίζει τον αντίκτυπο του κοινωνικού και πολιτισμικού υποβάθρου του ατόμου που φροντίζει, στην υγεία και τις αποφάσεις σχετικά με την υγεία, το 50% συμφωνεί και το 44% συμφωνεί πλήρως. Το υψηλό ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που συμφωνούν (94%) δείχνει ότι θεωρούν ότι η συνειδητοποίηση του αντίκτυπου του πολιτισμικού υποβάθρου του ατόμου που φροντίζουν, στην υγεία και τις αποφάσεις που αφορούν την υγεία αποτελεί πολύ σημαντική δεξιότητα για κάθε επαγγελματία υγείας.

**2.6 c) Να μπορούν να παρακολουθούν και να αξιολογούν τις κοινωνικές, πολιτισμικές και γλωσσικές ανάγκες και τις δυσκολίες των ατόμων και να προσαρμόζουν ανάλογα την περίθαλψη τους**



Το 6% των συμμετεχόντων δεν συμφωνούν ούτε διαφωνούν με το γεγονός ότι ένας επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να μπορεί να παρακολουθεί και να αξιολογεί τις κοινωνικές, πολιτισμικές και γλωσσικές ανάγκες και τις δυσκολίες των ατόμων και να προσαρμόζει ανάλογα την περίθαλψη, το 49% συμφωνεί και το 45% συμφωνεί πλήρως. Ο μεγάλος αριθμός επαγγελματιών υγείας που συμφωνούν (94%) δείχνει ότι θεωρούν την ικανότητα να παρατηρούν και να αξιολογούν τις κοινωνικές, πολιτισμικές και γλωσσικές ανάγκες και τις δυσκολίες των ατόμων και να προσαρμόζουν ανάλογα την περίθαλψη τους ως πολύ σημαντική δεξιότητα για κάθε επαγγελματία υγείας.

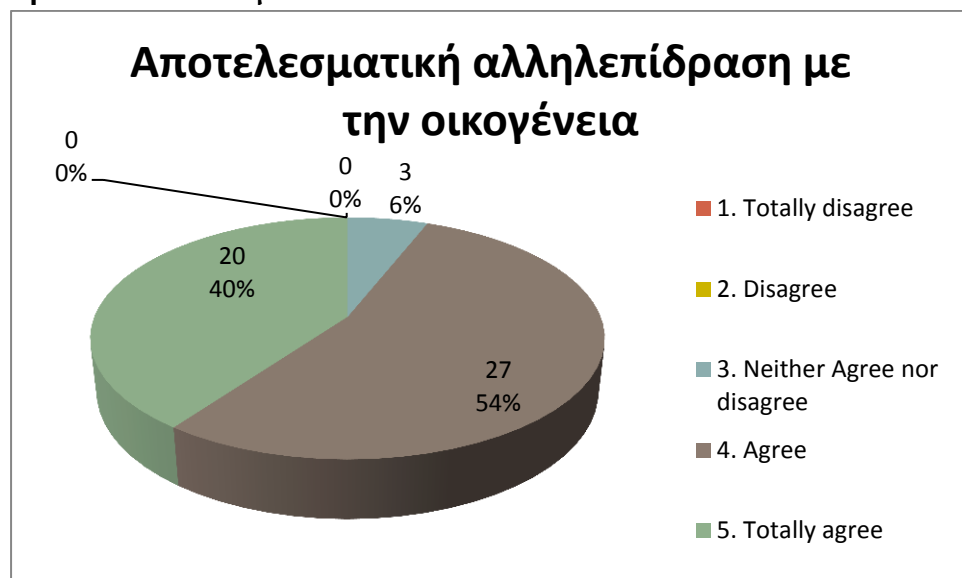
#### 2.6 d) Να έχουν διαπροσωπικές και επικοινωνιακές δεξιότητες ώστε να ξεπερνούν πιθανά εμπόδια στην επικοινωνία



Το 8% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί με την πρόταση ότι ένας επαγγελματίας υγείας πρέπει να έχει διαπροσωπικές και επικοινωνιακές δεξιότητες ώστε να ξεπερνά πιθανά εμπόδια στην επικοινωνία, το 46% συμφωνεί και το 46% συμφωνεί απόλυτα. Κατανοούμε ότι το υψηλό ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που συμφωνούν (92%)

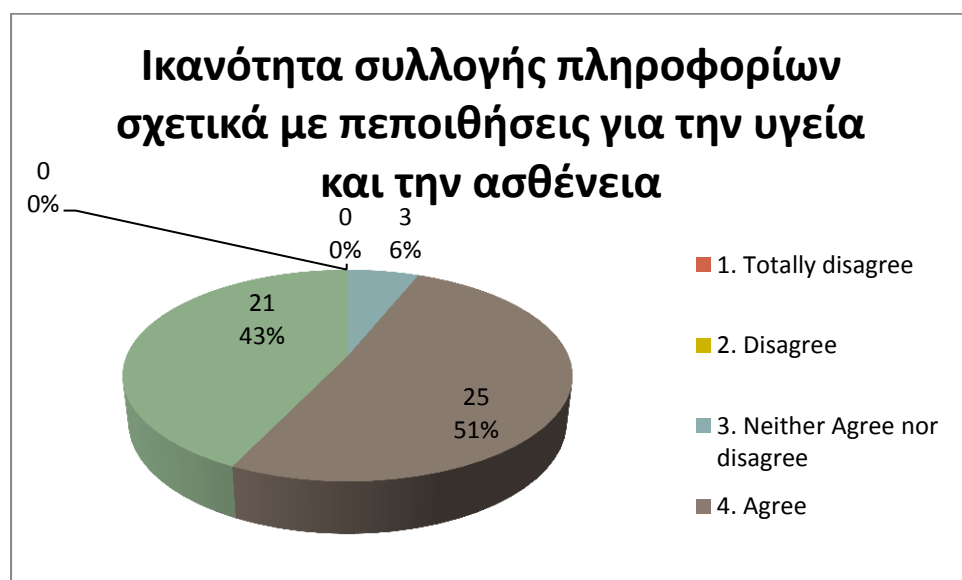
δείχνει ότι θεωρούν τις διαπροσωπικές και επικοινωνιακές δεξιότητες πολύ σημαντικές για κάθε επαγγελματία υγείας ώστε να ξεπερνώνται πιθανά εμπόδια στην επικοινωνία.

## 2.6 ε) Να αλληλεπιδρούν αποτελεσματικά με την οικογένεια και τα αγαπημένα πρόσωπα του ατόμου



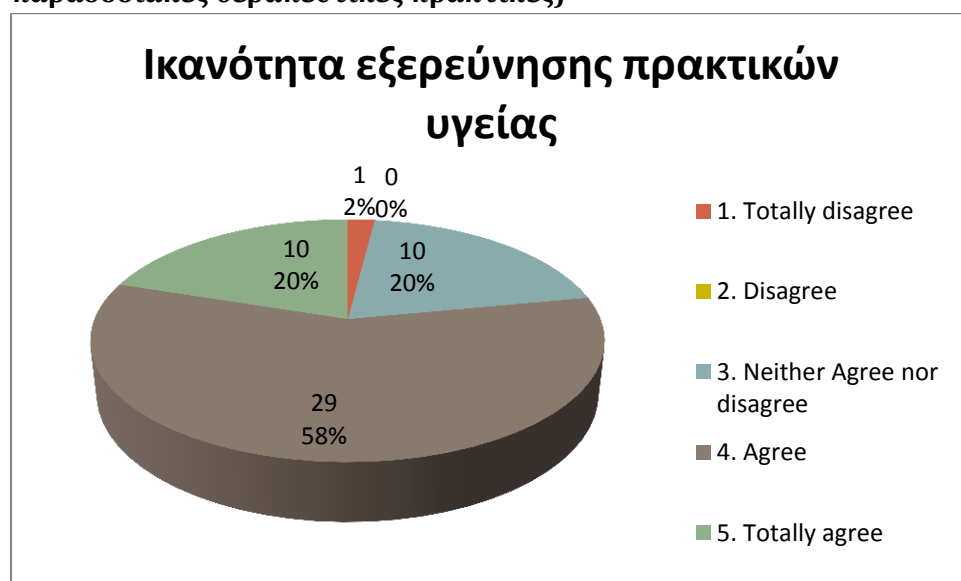
Το 6% των συμμετεχόντων απάντησαν ότι ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν με την πρόταση ότι ένας επαγγελματίας υγείας πρέπει να είναι σε θέση να αλληλεπιδρά αποτελεσματικά με την οικογένεια και με άλλα σημαντικά άτομα, το 54% συμφωνεί και το 40% συμφωνεί απόλυτα. Κατανοούμε ότι το υψηλό ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που συμφωνούν (94%) δείχνει ότι θεωρούν την ικανότητα να αλληλεπιδρούν αποτελεσματικά με την οικογένεια και τα αγαπημένα πρόσωπα του ατόμου, ως μια πολύ σημαντική δεξιότητα για κάθε επαγγελματία υγείας.

## 2.6 f) Να συλλέγουν πληροφορίες σχετικά με τις πεποιθήσεις του ατόμου για την υγεία και την ασθένεια, τον τρόπο ζωής του και τις πρακτικές υγείας



Το 6% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί με την πρόταση ότι ένας επαγγελματίας υγείας πρέπει να μπορεί να αντλεί πληροφορίες σχετικά με τις πεποιθήσεις του ατόμου για την υγεία και την ασθένεια, τον τρόπο ζωής και τις πρακτικές υγείας, το 51% συμφωνεί και το 43% συμφωνεί απόλυτα. Κατανοούμε ότι το υψηλό ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που συμφωνούν (94%) δείχνει ότι θεωρούν την ικανότητα να αντλούν πληροφορίες σχετικά με τις πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με την υγεία και την ασθένεια, τον τρόπο ζωής και τις πρακτικές υγείας, ως πολύ σημαντική για κάθε επαγγελματία υγείας.

**2.6 g) Να εξερευνούν τον τρόπο ζωής και τις πρακτικές υγείας (δηλαδή τις παραδοσιακές θεραπευτικές πρακτικές)**

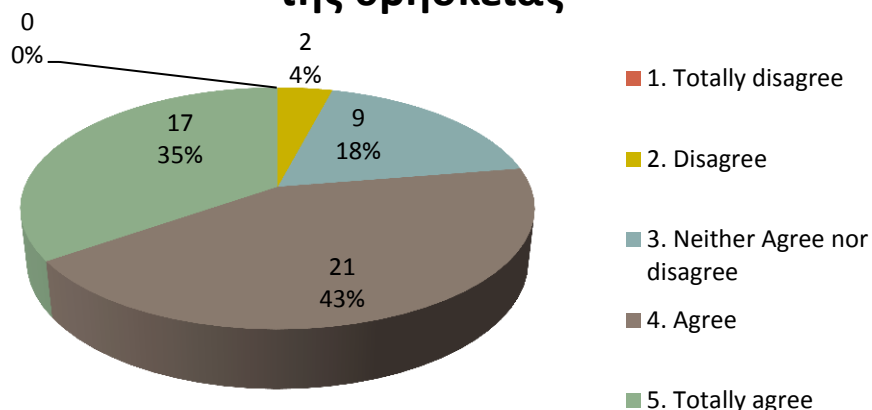


Το 2% των συμμετεχόντων διαφωνούν απόλυτα με την πρόταση ότι ένας επαγγελματίας υγείας πρέπει να είναι σε θέση να διερευνήσει τον τρόπο ζωής και τις πρακτικές υγείας (δηλαδή τις παραδοσιακές θεραπευτικές πρακτικές), το 20% δεν συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 58% συμφωνεί και το 20% συμφωνεί πλήρως.

**2.6 h) Να ανιχνεύσουν τη σημασία της θρησκείας και των θρησκευτικών τελετουργιών για το άτομο**



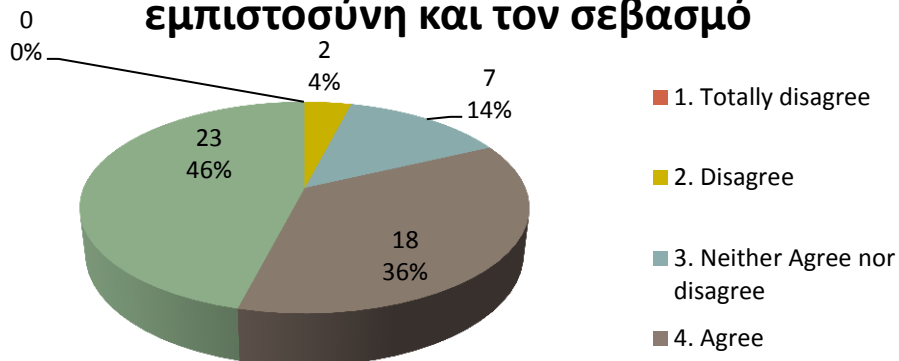
### Ικανότητα ανίχνευσης της σημασίας της θρησκείας



Το 4% των συμμετεχόντων διαφωνεί με την πρόταση ότι ένας επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να ανιχνεύσει τη σημασία της θρησκείας και των θρησκευτικών τελετουργικών για το άτομο, 185 ούτε συμφωνούν ούτε διαφωνούν, το 43% συμφωνούν και 355 συμφωνούν απόλυτα.

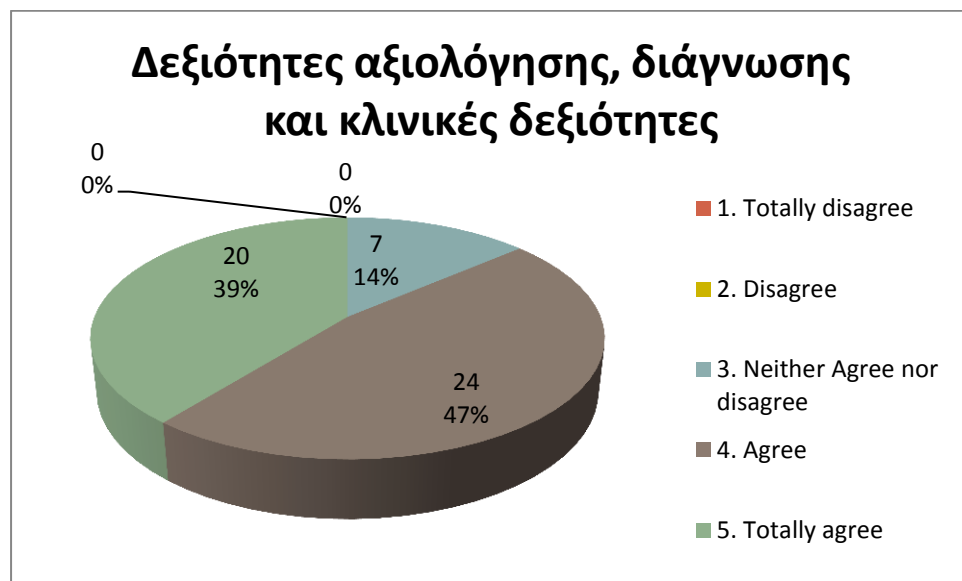
#### 2.6 i) Να αναπτύξουν διαπροσωπικές σχέσεις που βασίζονται στην αποδοχή, την εμπιστοσύνη και τον σεβασμό

### Ικανότητα ανάπτυξης σχέσεων που βασίζονται στην αποδοχή, την εμπιστοσύνη και τον σεβασμό



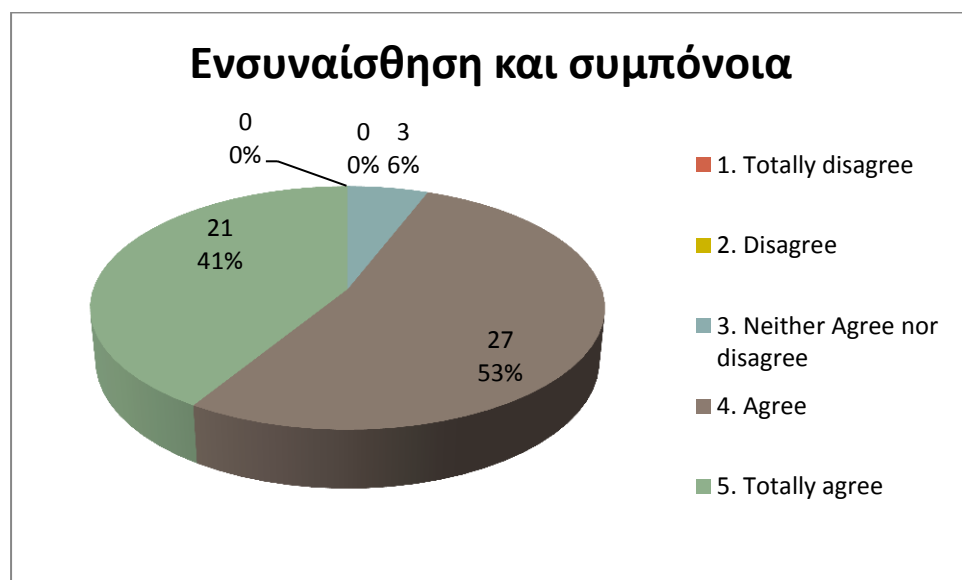
Το 4% των συμμετεχόντων διαφωνούν με την πρόταση ότι ένας επαγγελματίας υγείας πρέπει να αναπτύξει διαπροσωπικές σχέσεις που βασίζονται στην αποδοχή, την εμπιστοσύνη και τον σεβασμό, το 14% δεν συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 36% συμφωνεί και το 46% συμφωνεί πλήρως.

## 2.6 j) Να έχουν δεξιότητες αξιολόγησης και διάγνωσης, καθώς και κλινικές δεξιότητες σχετικά με τη φροντίδα πολιτισμικά διαφορετικών ομάδων



Το 14% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί με την πρόταση ότι ένας επαγγελματίας υγείας πρέπει να διαθέτει δεξιότητες αξιολόγησης και διάγνωσης, καθώς και κλινικές δεξιότητες σχετικά με τη φροντίδα πολιτισμικά διαφορετικών ομάδων, το 47% συμφωνεί και το 39% συμφωνεί πλήρως

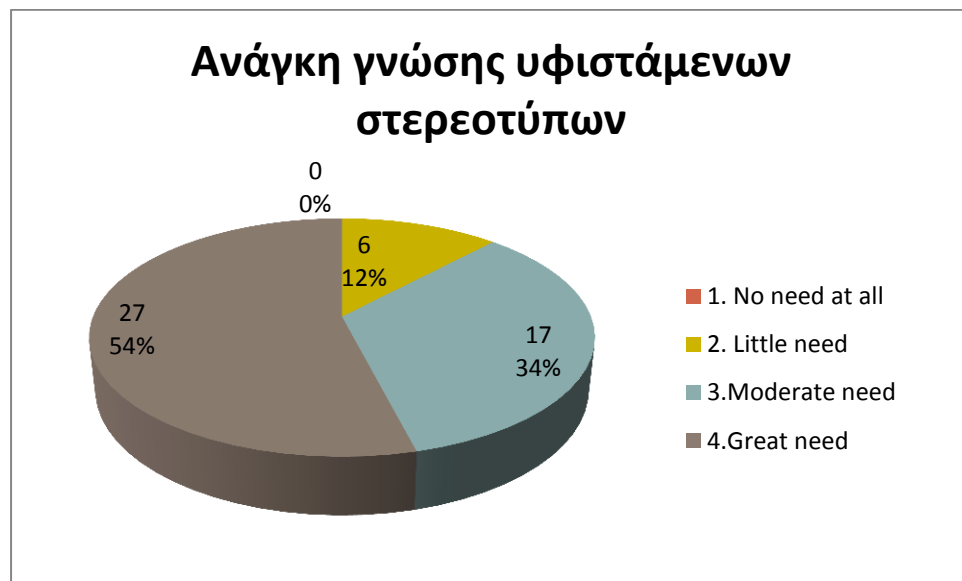
## 2.6 k) Να έχουν ενσυναίσθηση/συμπόνια



Το 6% των συμμετεχόντων δεν συμφωνούν ούτε διαφωνούν με την πρόταση ότι ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να έχει ενσυναίσθηση/συμπόνια, το 53% συμφωνεί και το 41% συμφωνεί απόλυτα. Το υψηλό ποσοστό των επαγγελματιών που συμφωνούν (94%) αποδεικνύει ότι θεωρούν τη δυνατότητα να αντλούν πληροφορίες σχετικά με τις πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με την υγεία και την ασθένεια, τον τρόπο ζωής και τις

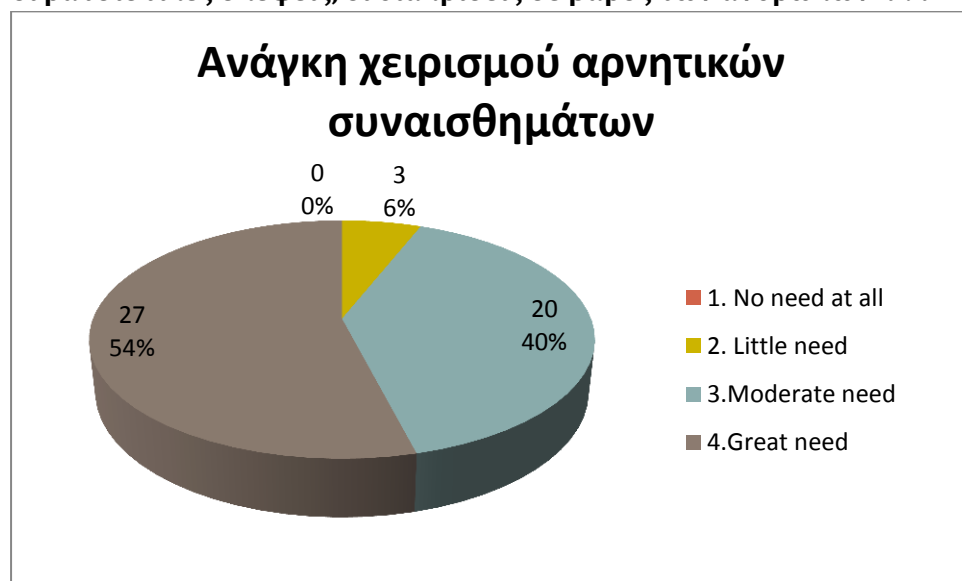
πρακτικές υγείας, ως σημαντική δεξιότητα για κάθε επαγγελματία υγείας που φροντίζει πολιτισμικά διαφορετικές ομάδες ανθρώπων.

**2.7 Λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες σας για ανάπτυξη διαπολιτισμικών ικανοτήτων, παρακαλούμε να σημειώσετε ποιες περιοχές από την παρακάτω λίστα είναι σχετικές με εσάς ή σας ενδιαφέρουν: α) Γνώση των υφιστάμενων στερεοτύπων και προκαταλήψεων σχετικά με άλλους πολιτισμούς**



Το 12% των συμμετεχόντων απάντησαν ότι δεν χρειάζεται να γνωρίζουν τα υφιστάμενα στερεότυπα και τις προκαταλήψεις σχετικά με άλλους πολιτισμούς, το 34% απάντησε ότι είχαν μέτρια ανάγκη και το 54% απάντησε ότι είχαν μεγάλη ανάγκη.

**2.7 b) Γνώση των τρόπων χειρισμού των αρνητικών συναισθημάτων μου, όπως οι ρατσιστικές σκέψεις, οι διακρίσεις σε βάρος των ανθρώπων κλπ.**



Το 6% των συμμετεχόντων απάντησαν ότι είχαν λίγη ανάγκη για γνώση των τρόπων χειρισμού των δικών τους αρνητικών συναισθημάτων όπως οι ρατσιστικές σκέψεις, η διάκριση σε βάρος των ατόμων κλπ. Το 40% είχε μέτρια ανάγκη και το 54% είχε μεγάλη ανάγκη. Αυτό το υψηλό ποσοστό συμμετεχόντων που απάντησαν ότι έχουν μέτρια έως μεγάλη ανάγκη (94%) δείχνει ότι οι επαγγελματίες πρέπει να χειρίζονται τα συναισθήματά τους και να εκπαιδεύονται για το πώς να το κάνουν.

### 2.7 c) Γνώση ομοιοτήτων και διαφορών σχετικά με τον πολιτισμό, τα έθιμα και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις μεταξύ διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων



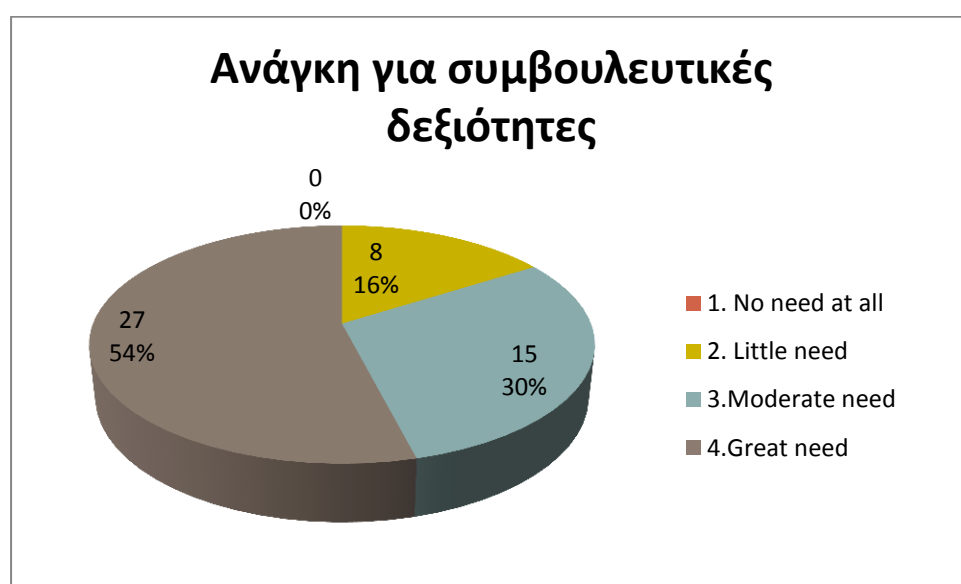
Το 8% των συμμετεχόντων απάντησε ότι δεν είχαν ανάγκη να γνωρίσουν ομοιότητες και διαφορές όσον αφορά τον πολιτισμό, τα έθιμα και τις θρησκευτικές πεποιθήσεις μεταξύ διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων, το 39% ότι είχαν μέτρια ανάγκη και το 53% απάντησε ότι είχαν μεγάλη ανάγκη.

## 2.7 d) Γνώση των υποστηρικτικών και κοινωνικών δομών που προάγουν την πολιτισμικά ευαίσθητη φροντίδα



Το 2% των συμμετεχόντων απάντησαν ότι δεν είχαν καθόλου ανάγκη για γνώση υποστηρικτικών και κοινωνικών δομών που προωθούν την πολιτισμικά ευαίσθητη φροντίδα, το 2% λίγη ανάγκη, το 50% μέτρια ανάγκη και το 46% μεγάλη ανάγκη. Το υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων που απάντησαν ότι έχουν μέτρια έως μεγάλη ανάγκη για γνώση των υποστηρικτικών και κοινωνικών δομών που προάγουν την πολιτισμικά ευαίσθητη περίθαλψη (96%) δείχνει ότι η γνώση για υποστηρικτικές δομές είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για όλους τους επαγγελματίες, έτσι ώστε να κατευθύνουν τους ασθενείς τους προς τις υπηρεσίες αυτές.

## 2.7 e) Συμβουλευτική σε άτομα και πολιτισμικά διαφορετικές ομάδες ανθρώπων





Το 16% των συμμετεχόντων απάντησαν ότι δεν χρειάζονταν να εκπαιδευτούν για την παροχή συμβουλών σε άτομα και πολιτισμικά διαφορετικές ομάδες ατόμων, το 30% ότι είχαν μέτρια ανάγκη και το 54% ότι είχαν μεγάλη ανάγκη.

## 2.7 f) Κατάρτιση για τη φροντίδα και τη διδασκαλία ατόμων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο κατά την

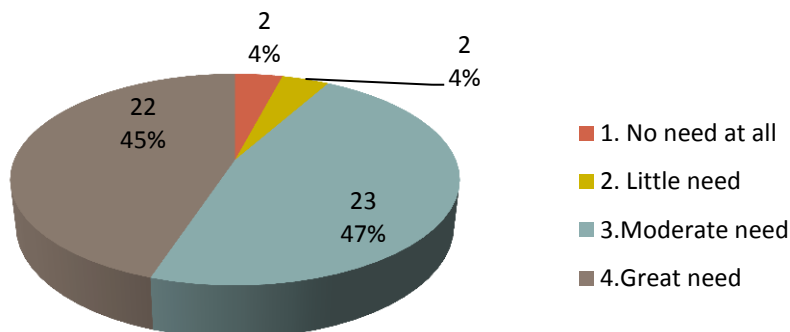
### 1.Εγκυμοσύνη



Το 2% των συμμετεχόντων απάντησαν ότι δεν το χρειάζονταν, το 6% απάντησαν ότι είχαν λίγη ανάγκη για εκπαίδευση για φροντίδα και διδασκαλία ατόμων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το 39% ότι είχαν μέτρια ανάγκη και το 53% ότι είχαν μεγάλη ανάγκη.

**2.7 f) Κατάρτιση για τη φροντίδα και τη διδασκαλία ατόμων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο κατά τη 2. Βρεφική ηλικία**

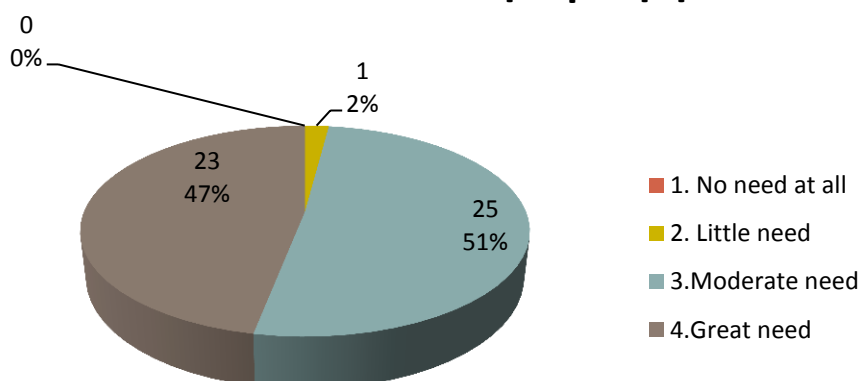
**Ανάγκη κατάρτισης για φροντίδα και διδασκαλία κατά τη βρεφική ηλικία**



Το 4% των συμμετεχόντων απάντησαν ότι δεν χρειάζονταν καθόλου την εκπαίδευση για τη φροντίδα και τη διδασκαλία ατόμων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο κατά τη βρεφική ηλικία, το 4% ότι είχαν λίγη ανάγκη, το 47% ότι είχαν μέτρια ανάγκη και το 45% ότι είχαν μεγάλη ανάγκη.

**2.7 f) Κατάρτιση για τη φροντίδα και τη διδασκαλία ατόμων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο κατά την 3. Τρίτη ηλικία**

**Ανάγκη κατάρτισης για φροντίδα και διδασκαλία κατά την τρίτη ηλικία**



Το 2% των συμμετεχόντων απάντησαν ότι είχαν μικρή ανάγκη για κατάρτιση για τη φροντίδα και τη διδασκαλία ατόμων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο κατά τη γήρανση, το 51% ότι είχαν μέτρια ανάγκη και το 47% ότι είχαν μεγάλη ανάγκη. Το υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων που απάντησαν ότι είχαν μέτρια έως μεγάλη ανάγκη για κατάρτιση σχετικά με τη φροντίδα ηλικιωμένων (98%) σημαίνει ότι οι

επαγγελματίες υγείας πρέπει να εκπαιδευτούν για τη φροντίδα ηλικιωμένων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο.

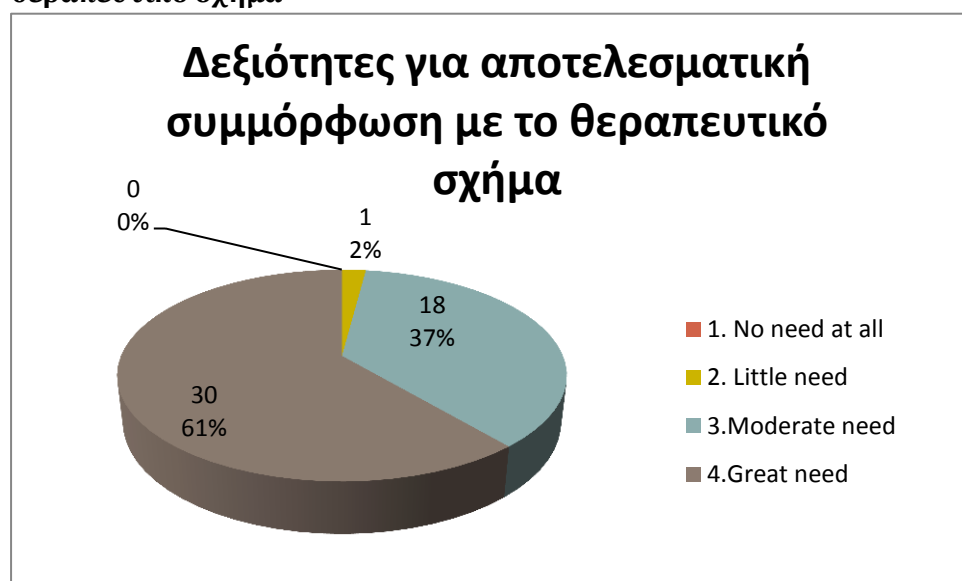
## 2.7 f) Κατάρτιση για τη φροντίδα και τη διδασκαλία ατόμων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο κατά

### 4. Τον θάνατο και το πένθος



Το 10% των συμμετεχόντων απάντησαν ότι είχαν μικρή ανάγκη για κατάρτιση για τη φροντίδα και τη διδασκαλία ανθρώπων με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο κατά τη διάρκεια του θανάτου και του πένθους, το 37% ότι είχαν μέτρια ανάγκη και το 53% ότι είχαν μεγάλη ανάγκη.

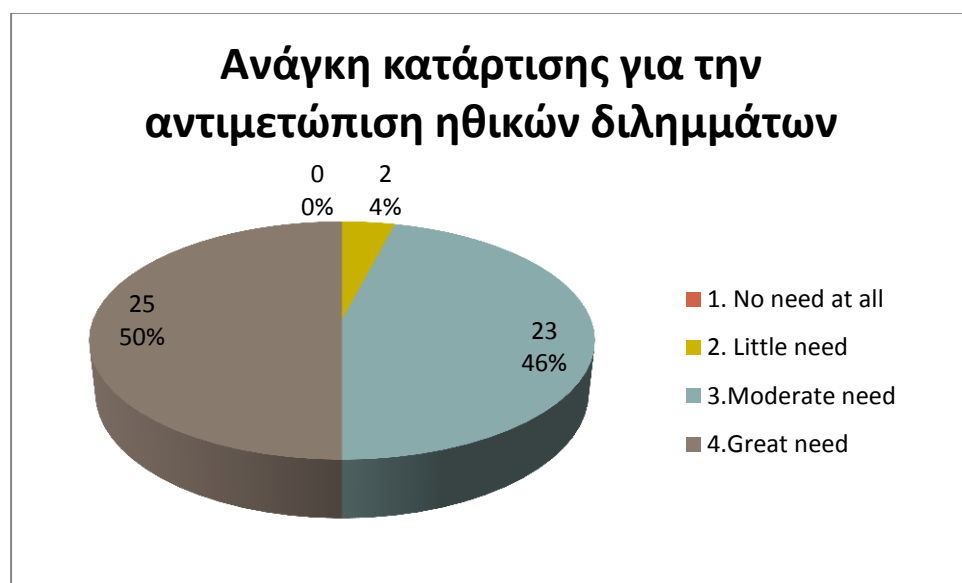
## 2.7 g) Δεξιότητες για την αποτελεσματική συμμόρφωση του ατόμου με το θεραπευτικό σχήμα



Το 2% των συμμετεχόντων απάντησαν ότι δεν είχαν ανάγκη να αποκτήσουν δεξιότητες για την αποτελεσματική συμμόρφωση του ατόμου με το θεραπευτικό σχήμα, το 37%

ότι είχαν μέτρια ανάγκη και το 61% ότι είχαν μεγάλη ανάγκη. Το υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων που απάντησαν ότι πρέπει να εκπαιδεύονται σε μέτριο έως μεγάλο βαθμό (98%) καθώς και το ότι η μεγάλη ανάγκη απαντήθηκε από το 61% του δείγματος, δείχνει ότι η συμμόρφωση με ένα καθεστώς είναι μια μεγάλη δυσκολία στην καθημερινή πρακτική και οι επαγγελματίες πρέπει να εκπαιδεύονται σε αυτόν τον τομέα.

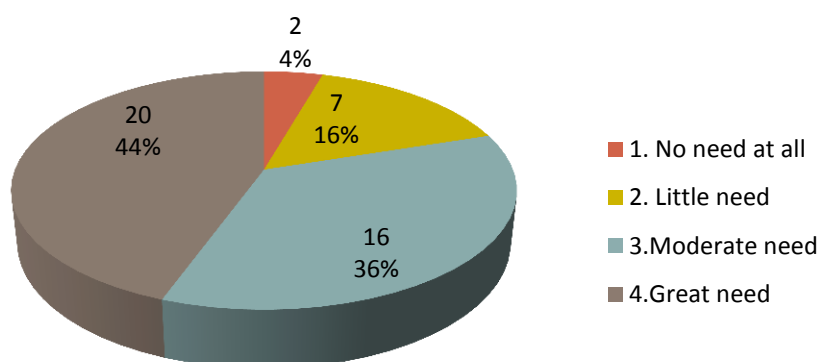
**2.7 h) Αντιμετώπιση των ηθικών διλημάτων και των προβλημάτων που προκαλούνται από συγκεκριμένες παρεμβάσεις όπως η μετάγγιση αίματος, η αναλγησία, η δίαιτα, η νηστεία κ.λπ.**



Το 4% των συμμετεχόντων απάντησαν ότι έχουν μικρή ανάγκη για εκπαίδευση σχετικά με τα ηθικά διλήμματα και τα προβλήματα που προκαλούνται από συγκεκριμένες παρεμβάσεις όπως η μετάγγιση αίματος, η αναλγησία, η δίαιτα, η νηστεία κ.λπ., το 46% απάντησαν ότι έχουν μέτρια ανάγκη και το 50% ότι έχουν μεγάλη ανάγκη. Τα ευρήματα (96% απάντησαν ότι έχουν μέτρια έως μεγάλη ανάγκη για εκπαίδευση) δείχνουν ότι οι επαγγελματίες ασχολούνται με πολλά ηθικά διλήμματα και πρέπει να εκπαιδεύονται ανάλογα.

**2.7 i) Δεξιότητες πληροφορικής που στοχεύουν στην προσωπική κατάρτιση, τη συγκέντρωση πληροφοριών για άλλους πολιτισμούς και τη χρήση πηγών ηλεκτρονικής μάθησης**

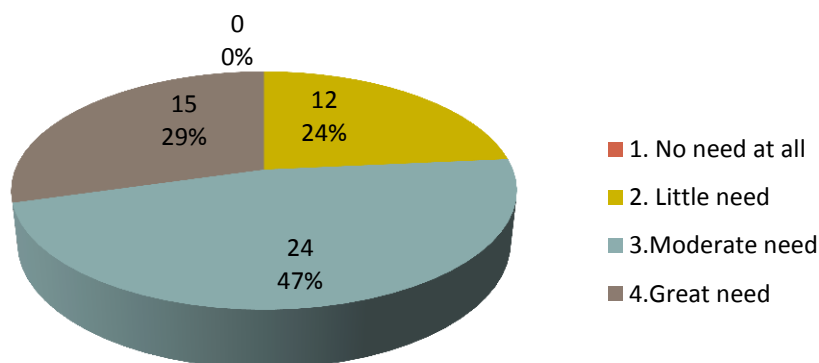
### Ανάγκη κατάρτισης σε δεξιότητες πληροφορικής



Το 4% των συμμετεχόντων απάντησαν ότι δεν χρειάζονται καθόλου κατάρτιση σε δεξιότητες πληροφορικής που στοχεύουν στην προσωπική εκπαίδευση, την πληροφόρηση σχετικά με άλλους πολιτισμούς και τη χρήση των πηγών ηλεκτρονικής μάθησης, το 16% απάντησαν ότι έχουν λίγη ανάγκη, το 36 % μέτρια ανάγκη και το 44% μεγάλη ανάγκη.

#### 2.7 j) Γνώση τεχνικών μη τυπικής εκπαίδευσης

### Ανάγκη κατάρτισης σε τεχνικές μη τυπικής εκπαίδευσης



Το 24% των συμμετεχόντων απάντησαν ότι έχουν μικρή ανάγκη για κατάρτιση σε μη τυπικές εκπαιδευτικές τεχνικές, το 47% ότι έχουν μέτρια ανάγκη και το 29% μεγάλη ανάγκη. Έτσι, το υψηλότερο ποσοστό επαγγελματιών (47%) πιστεύει ότι έχει μέτρια ανάγκη για κατάρτιση σε μη τυπικές εκπαιδευτικές τεχνικές.

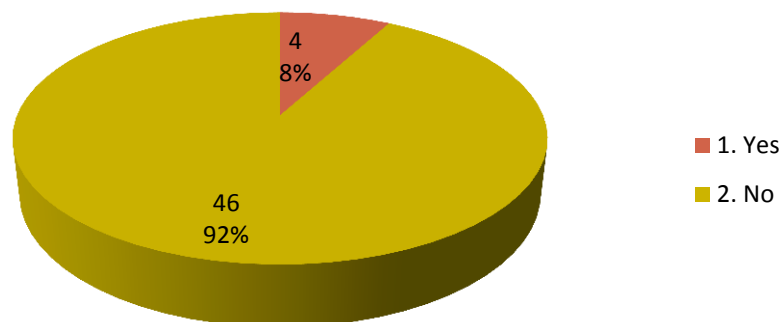
#### 2.8 Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής σας χρησιμοποιήθηκαν άλλες μέθοδοι διδασκαλίας (πέραν εκείνων του επίσημου κύκλου σπουδών) (δηλαδή





εκπαιδευτικές τεχνικές όπως παιχνίδια ρόλων, θεάτρου ή μουσικής κλπ. που συχνά χαρακτηρίζονται ως μη τυπικές εκπαιδευτικές μέθοδοι);

### Μη τυπικές εκπαιδευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν



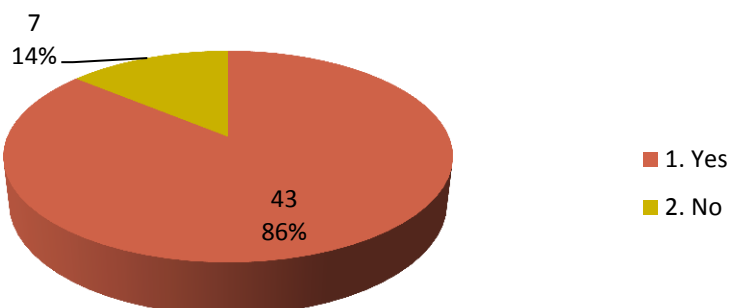
Το 8% των συμμετεχόντων απάντησε ότι η μη τυπική εκπαίδευση χρησιμοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους, ενώ ένα πολύ υψηλό ποσοστό 92% απάντησε ότι δεν χρησιμοποιήθηκαν τέτοιες τεχνικές στη δική τους εκπαίδευση. Είναι ένα εντυπωσιακό αποτέλεσμα ότι οι μη τυπικές εκπαιδευτικές τεχνικές χρησιμοποιούνται πολύ σπάνια στην ελληνική εκπαίδευση.

#### 2.8 a) Αν ναι, προσδιορίστε ποιες μέθοδοι χρησιμοποιήθηκαν:

Κανείς δεν διευκρίνισε συγκεκριμένες μεθόδους μη τυπικής εκπαίδευσης

#### 2.8 b) Αν όχι, θα θέλατε να χρησιμοποιούνται τέτοιες μέθοδοι στην μελλοντική σας κατάρτιση;

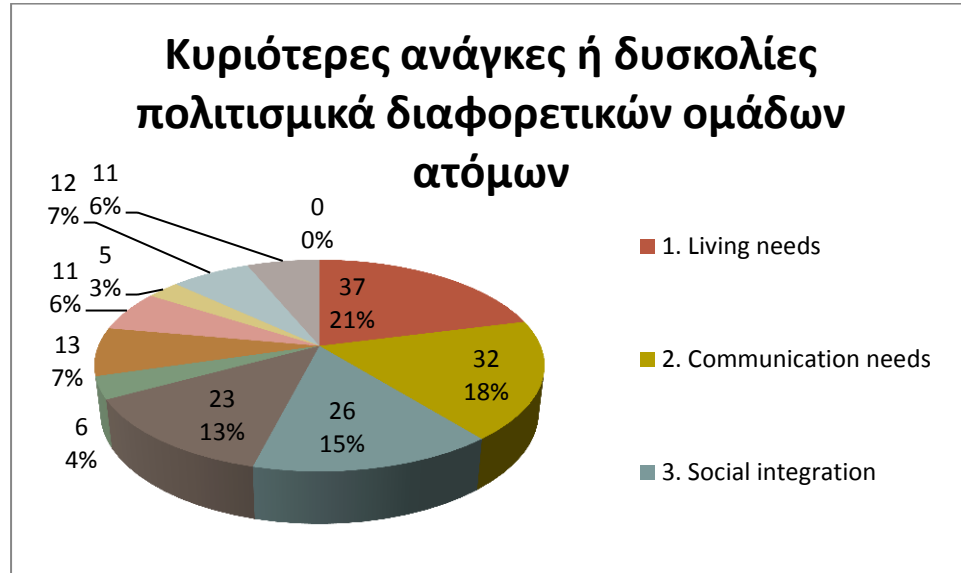
### Επιθυμία για τεχνικές μη τυπικής εκπαίδευσης σε μελλοντική κατάρτιση



Το 14% των συμμετεχόντων απάντησαν ότι δεν θα ήθελαν να χρησιμοποιηθούν αυτές οι μέθοδοι στη μελλοντική εκπαίδευσή τους ενώ ένα εντυπωσιακό ποσοστό 86% απάντησαν ότι θέλουν να χρησιμοποιηθούν τέτοιες μέθοδοι στο μέλλον. Έτσι, φαίνεται

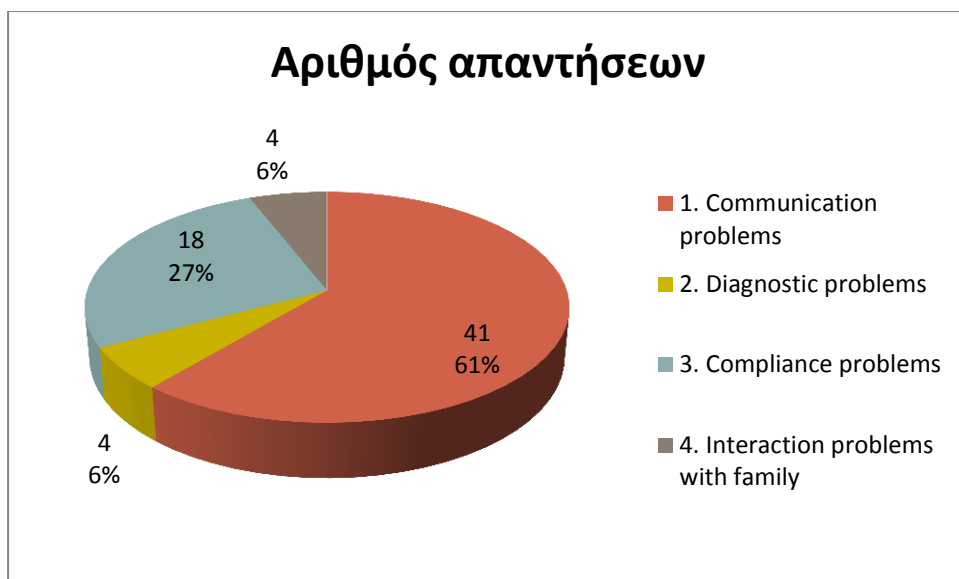
ότι υπάρχει μεγάλη ανάγκη να μετατραπεί η εκπαίδευση ενηλίκων σε μια πιο βιωματική κατεύθυνση.

**3.1. Κατά τη γνώμη σας, ποιες είναι οι κυριότερες ανάγκες ή οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι πολιτισμικά διαφορετικές ομάδες (επιλέξτε τις τρεις πιο σημαντικές).**



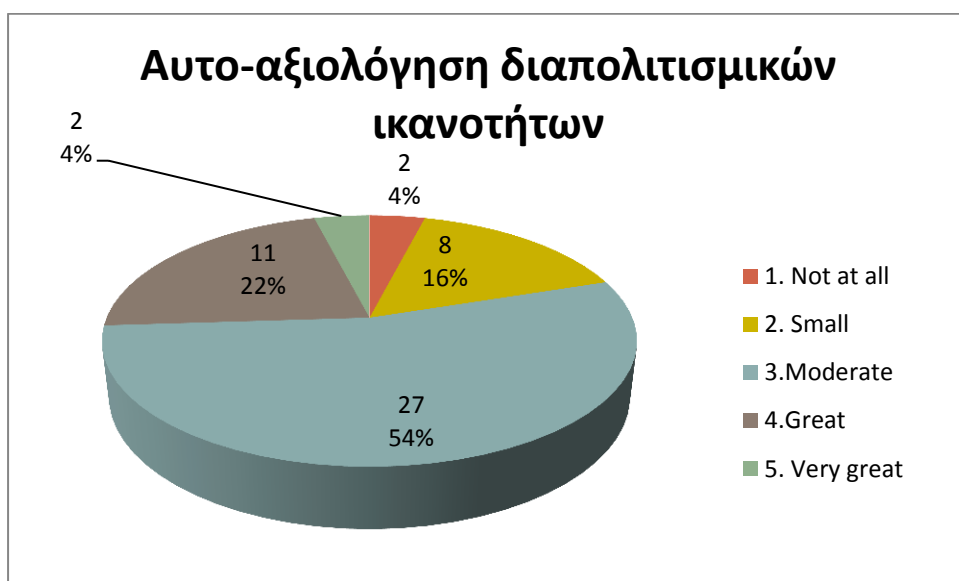
Τα σημαντικότερα αποτελέσματα είναι: το 21% των ερωτηθέντων απάντησε ότι οι ανάγκες διαβίωσης αποτελούν μεγάλη δυσκολία, το 18% απάντησε το ίδιο για τις επικοινωνιακές ανάγκες, το 15% δήλωσε ότι η κοινωνική ένταξη αποτελεί μεγάλη ανάγκη και το 13% δήλωσε ότι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι επίσης ένα σημαντικό πρόβλημα. Έτσι, σύμφωνα με αυτά τα αποτελέσματα, η υψηλότερη βαθμολογία των αναγκών διαβίωσης δείχνει ότι αυτό είναι που θεωρούν οι επαγγελματίες ως το σημαντικότερο ζήτημα των πολιτισμικά διαφορετικών ομάδων τις οποίες φροντίζουν, το δεύτερο είναι οι ανάγκες επικοινωνίας, το τρίτο είναι η κοινωνική ένταξη και το τέταρτο είναι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

**3.2. Ποιες δυσκολίες αντιμετωπίζετε στην καθημερινή κλινική πρακτική όταν φροντίζετε ανθρώπους με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο; (Επιλέξτε την πιο σημαντική)**



Ένα πολύ υψηλό ποσοστό 61% των ερωτηθέντων απάντησε ότι τα προβλήματα επικοινωνίας είναι τα πιο σημαντικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν στην καθημερινή κλινική πρακτική.

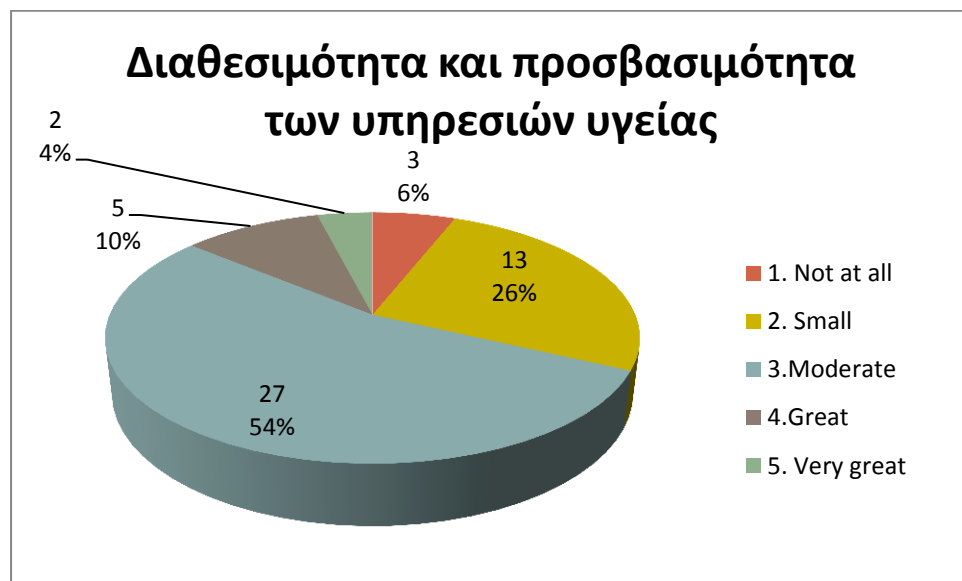
**3.3. Σε ποιον βαθμό αισθάνεστε πολιτισμικά ικανοί ώστε να καλύψετε τις ανάγκες αυτών των ανθρώπων;**



Το 4% των συμμετεχόντων απάντησε ότι δεν αισθάνονται καθόλου ικανοί, το 16% απάντησε ότι αισθάνονται ικανοί σε μικρό βαθμό, το 54% απάντησε ότι αισθάνονται ικανοί σε μέτριο βαθμό, το 22% σε μεγάλο βαθμό και το 4% σε πολύ μεγάλο βαθμό. Το υψηλότερο ποσοστό επαγγελματιών (54%) θεωρεί ότι έχει μέτρια διαπολιτισμική ικανότητα.

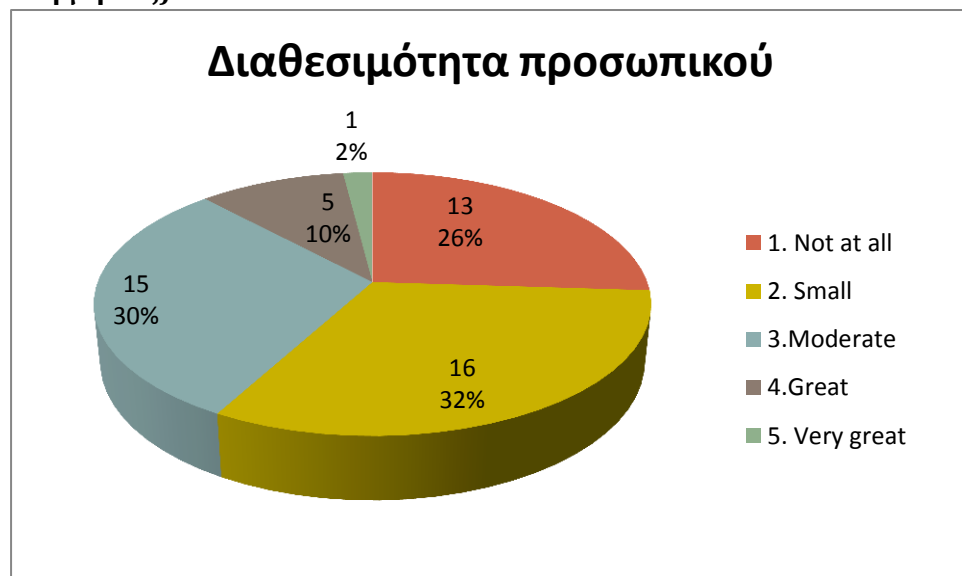
**3.4. Σύμφωνα με τη γνώμη σας, σε ποιο βαθμό οι υπηρεσίες υγείας είναι διαπολιτισμικά ικανές για την φροντίδα πολιτισμικά διαφορετικών ομάδων**

ανθρώπων στη χώρα σας όσον αφορά: α) Διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα των οργανωτικών δομών των υπηρεσιών υγείας



Το 6% των συμμετεχόντων απάντησαν ότι οι υπηρεσίες υγείας δεν είναι καθόλου διαπολιτισμικά ικανές όσον αφορά: α) τη διαθεσιμότητα και την προσβασιμότητα των οργανωτικών δομών των υπηρεσιών υγείας, το 26% απάντησαν ότι είναι σε μικρό βαθμό ικανές, το 54% σε μέτριο βαθμό, το 10% σε μεγάλο βαθμό και 4% σε πολύ μεγάλο βαθμό. Είναι σαφές ότι το υψηλότερο ποσοστό των επαγγελματιών (54%) πιστεύει ότι οι δομές των υπηρεσιών υγείας είναι μετρίως διαπολιτισμικά ικανές.

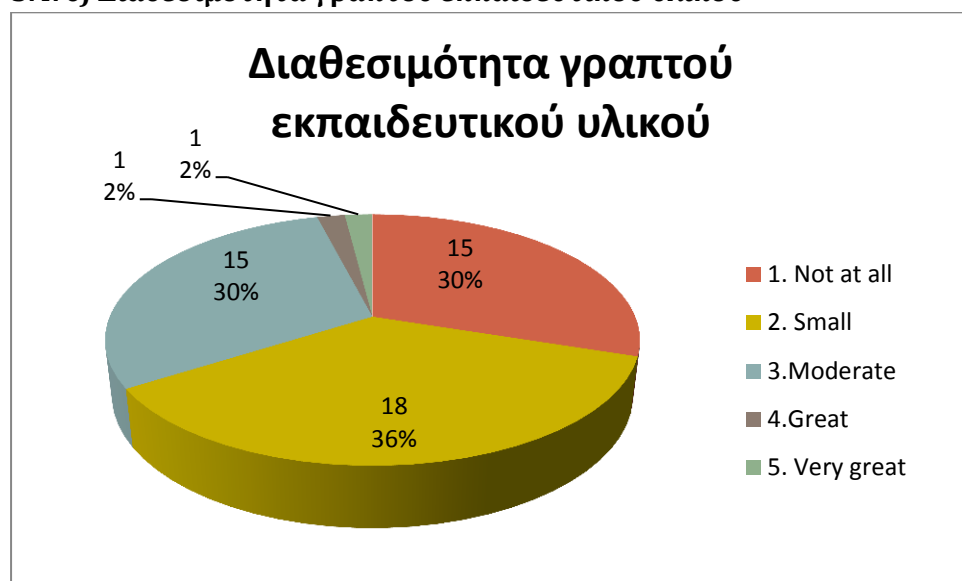
### 3.4. b) Διαθεσιμότητα προσωπικού (πχ. διαπολιτισμικός μεσολαβητής, διερμηνείς)



Το 26% των συμμετεχόντων απάντησαν ότι δεν υπάρχει καθόλου διαθέσιμο προσωπικό (διαπολιτισμικός διαμεσολαβητής, διερμηνείς), το 32% πιστεύει ότι υπάρχει μικρή διαθεσιμότητα, το 30% ότι υπάρχει μέτρια διαθεσιμότητα, το 10% μεγάλη διαθεσιμότητα και το 2% πολύ μεγάλη διαθεσιμότητα. Φαίνεται ότι το

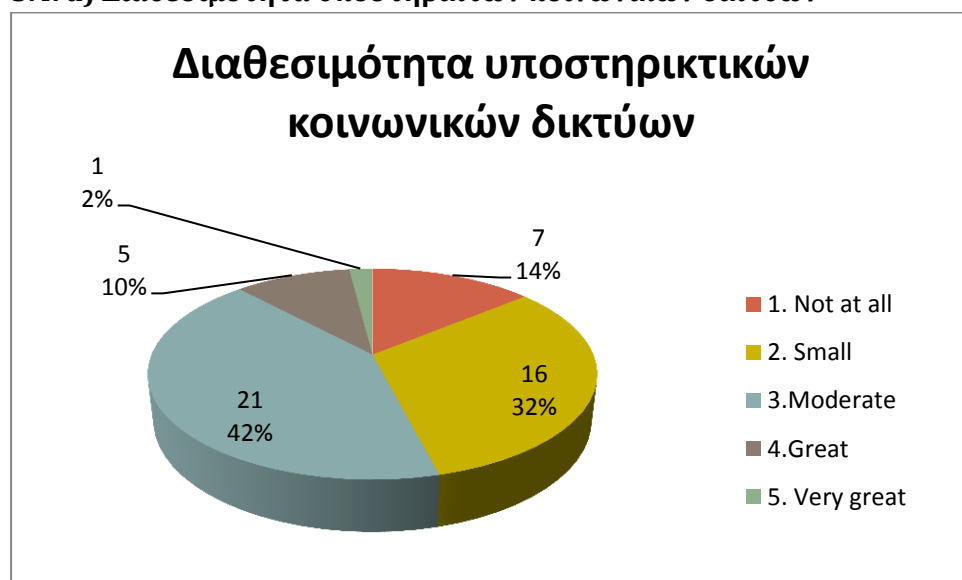
υψηλότερο ποσοστό των επαγγελματιών θεωρεί ότι υπάρχει μικρή διαθεσιμότητα προσωπικού.

### 3.4. c) Διαθεσιμότητα γραπτού εκπαιδευτικού υλικού



Το 25% των συμμετεχόντων πιστεύει ότι δεν υπάρχει διαθεσιμότητα γραπτού εκπαιδευτικού υλικού, το 36% πιστεύει ότι υπάρχει μικρή διαθεσιμότητα, το 30% μέτρια διαθεσιμότητα, το 2% μεγάλη διαθεσιμότητα και το 2% πολύ μεγάλη διαθεσιμότητα. Το υψηλότερο ποσοστό επαγγελματιών (36%) θεωρεί ότι υπάρχει μικρή μόνο διαθεσιμότητα γραπτού υλικού.

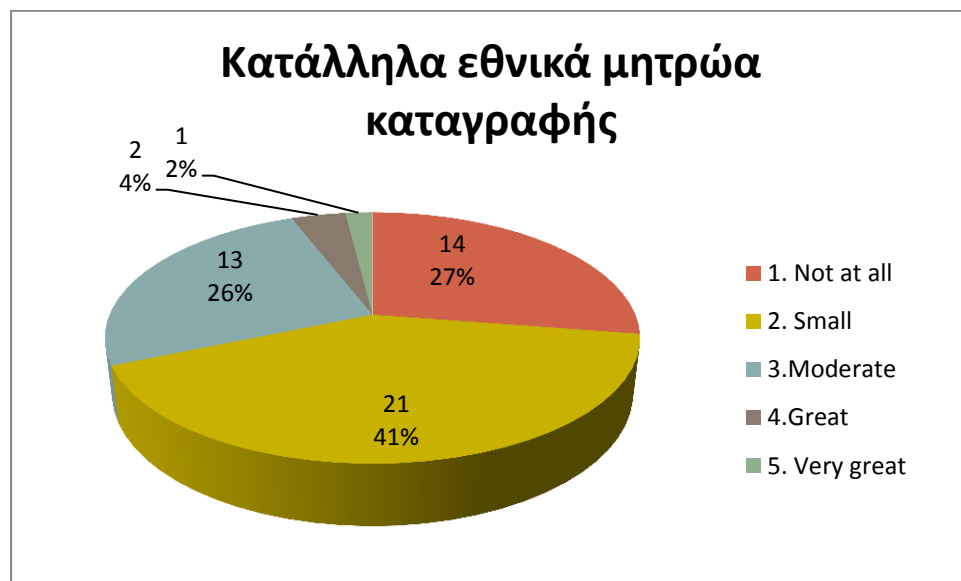
### 3.4. d) Διαθεσιμότητα υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων



Το 7% των συμμετεχόντων πιστεύει ότι δεν υπάρχει καμία διαθεσιμότητα σε υποστηρικτικά κοινωνικά δίκτυα, το 32% πιστεύει ότι υπάρχει μικρή διαθεσιμότητα, το 42% μέτρια διαθεσιμότητα, το 10% μεγάλη διαθεσιμότητα και το 2% πολύ μεγάλη διαθεσιμότητα. Το υψηλότερο ποσοστό επαγγελματιών (42%) πιστεύει ότι υπάρχει μέτρια διαθεσιμότητα υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων.



### 3.4. ε) Κατάλληλα εθνικά μητρώα καταγραφής πολιτισμικά διαφορετικών ομάδων



Το 27% των συμμετεχόντων πιστεύει ότι δεν υπάρχουν επαρκή εθνικά μητρώα για την καταγραφή πολιτισμικά διαφορετικών ομάδων, το 41% πιστεύει ότι υπάρχει μικρή επάρκεια, το 26% μέτρια επάρκεια, το 4% μεγάλη επάρκεια και το 2% πολύ καλή επάρκεια. Το υψηλότερο ποσοστό επαγγελματιών (41%) πιστεύει ότι υπάρχει μικρή επάρκεια στα εθνικά μητρώα καταγραφής πολιτισμικά διαφορετικών ομάδων

## ΗΜΙΔΟΜΗΜΕΝΕΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ

### Ημιδομημένες συνεντεύξεις για επαγγελματίες

#### **A. Εκπαιδευτικές ανάγκες των επαγγελματιών υγείας**

Κύρια συμπεράσματα
<p>Η πλειονότητα των επαγγελματιών υγείας ανέφερε ότι η γλώσσα συνιστά το κύριο εμπόδιο όταν εργάζονται με ασθενείς που προέρχονται από διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Συνήθως δεν υπάρχει διαμεσολαβητής και διερμηνέας και οι επαγγελματίες προσπαθούν να επικοινωνούν με ασθενείς χρησιμοποιώντας μη λεκτική γλώσσα, την υπηρεσία μετάφρασης της Google, αναμιγνύοντας μερικές λέξεις των γλωσσών που ήδη γνωρίζουν ή μαθαίνοντας μερικές βασικές λέξεις στη γλώσσα των ασθενών και μερικές φορές είναι ακόμη πιο δημιουργικοί και χρησιμοποιούν άλλες προσεγγίσεις όπως το σχέδιο. Μια νοσοκόμα λέει «Η γλώσσα είναι η πιο κοινή πρόκληση που αντιμετωπίζω...Χρησιμοποιώ ακόμη και το Google translate μερικές φορές για να επικοινωνήσω μαζί τους».</p> <p>Η θρησκεία θεωρείται η επόμενη πιο κοινή δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες. Οι πεποιθήσεις θρησκείας φαίνεται να παρεμβαίνουν στην κατάλληλη φροντίδα όπως η μετάγγιση αίματος ή ο εμβολιασμός. Η διαφορετική αντίληψη για την ασθένεια και τη θεραπεία καθιστά την παροχή υπηρεσιών πιο δύσκολη. Μια νοσοκόμα ανέφερε «δεν ήμουν προετοιμασμένη... Ήμουν συγκλονισμένη... Μου προκάλεσε</p>

έκπληξη...Δεν ήθελαν μετάγγιση αίματος για το παιδί τους.....Τώρα μετά από πολλά χρόνια εμπειρίας, μπορώ να πω ότι είμαι πιο έτοιμη να καταλάβω...» Ένας επισκέπτης υγείας μας είπε «θέλουν γρήγορες λύσεις ... δεν λαμβάνουν μέτρα για την πρόληψη, αλλά έρχονται μάλλον να ζητήσουν βοήθεια όταν είναι ήδη ώρα για θεραπεία»

Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν δυσκολίες όταν ζητούν από τους ασθενείς να συμμορφώνονται με τους κανόνες του νοσοκομείου, δεδομένου ότι οι συνθήκες εδώ (νέα χώρα διαμονής που βασίζεται στη δυτική ιατρική) είναι διαφορετικές από ό, τι στη χώρα τους. Τα θέματα που σχετίζονται με το φύλο είναι επίσης κορυφαία στον κατάλογο με τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες. Περιγράφηκαν καταστάσεις όπου οι σύζυγοι δεν άφηναν μόνες τις συζύγους τους με τους γιατρούς ή μιλούσαν για λογαριασμό τους, εμποδίζοντας τες να έλθουν απευθείας σε επαφή με το προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης. Ένας γιατρός μας είπε: «Συνήθως ο σύζυγος απαντά σε ερωτήσεις που αφορούν την ασθενή γυναίκα...υπάρχουν φορές που οι άνδρες δεν επιτρέπουν άμεση επαφή των γιατρών με τις συζύγους τους».

Τέλος, οι επαγγελματίες εξέφρασαν επίσης την ανάγκη να προσδώσουν την έννοια ορισμένων ιατρικών όρων με τρόπο που να είναι ανεκτός από τους ασθενείς. Για παράδειγμα, υπήρξαν κάποιες καταστάσεις όπου οι αλλεργίες συγχέονταν με την παρουσία μιας απλής φαγούρας.

Είναι επίσης σύνηθες για τους ασθενείς να χρειάζονται όχι μόνο την ιατρική βοήθεια αλλά και την ψυχολογική υποστήριξη ή κατανόηση εκ μέρους των επαγγελματιών.

Όλες οι προαναφερθείσες προκλήσεις κάνουν τους επαγγελματίες να αισθάνονται περιορισμένοι στην παροχή φροντίδας και συχνά αισθάνονται αισθήματα ανεπάρκειας και απόρριψης.

Η πλειοψηφία αναφέρει ότι δεν ήταν έτοιμοι να αντιμετωπίσουν τέτοιες δυσκολίες, ιδίως λαμβάνοντας υπόψη τα τελευταία κύματα προσφύγων.

## **Β. Ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης ομάδων μεταναστών και εθνικών μειονοτήτων**

### *Κύρια συμπεράσματα*

Όσον αφορά τις ανάγκες των ομάδων μεταναστών και των εθνοτικών μειονοτήτων, αυτές αφορούν κυρίως πρακτικά ζητήματα όπως η δυσκολία μεταφοράς προς μονάδες υγειονομικής περίθαλψης, οικονομικοί λόγοι που συνήθως παρεμβαίνουν στην επιτυχή συνέχιση και συνέπεια της θεραπείας, γραφειοκρατία καθώς και άγνοια σχετικά με τους τρόπους με τους οποίους δουλεύουν τα επίσημα συστήματα υγείας. Οι διερμηνείς δεν είναι διαθέσιμοι σε μονάδες δημόσιας υγείας και αυτό καθιστά ακόμα πιο δύσκολη την αναζήτηση θεραπείας. Όσον αφορά τα μη πρακτικά ζητήματα, αυτά αφορούν τον φόβο των μεταναστών για το άγνωστο και την ψυχολογία του ασθενούς που συνήθως τους θέτουν σε μειονεκτική θέση. Επιπλέον, οι ασθενείς αντιμετωπίζουν θέματα εμπιστοσύνης και άγχους. Τα ζητήματα που αφορούν το φύλο συνήθως τους προκαλούν σοκ ή αποπροσανατολισμό. Λαμβάνοντας υπόψη το γλωσσικό εμπόδιο καθώς και την διαφορετική αντίληψη της θεραπείας, οι ασθενείς διστάζουν να ακολουθήσουν τους νέους «κανόνες» και να συμμορφωθούν.

**Γ. Εκπαιδευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την κατάρτιση του επαγγελματία υγείας σε διαπολιτισμικές ικανότητες, η χρήση κινητής τεχνολογίας για την κατάρτιση και ορθές πρακτικές στον τομέα της διαπολιτισμικής εκπαίδευσης γενικά.**

<i>Κύρια συμπεράσματα</i>
<p>Η πλειοψηφία των επαγγελματιών φαίνεται να περιγράφει τις «διαπολιτισμικές ικανότητες» με όρους που αφορούν τη γνώση του πολιτισμού, των πεποιθήσεων των ανθρώπων από άλλους πολιτισμούς, τη θρησκεία, τον τρόπο ζωής και τις παραδόσεις. Δυστυχώς, οι περισσότεροι από αυτούς δεν γνώριζαν προγράμματα επαγγελματικής ανάπτυξης που σχετίζονται με την ανάπτυξη διαπολιτισμικών ικανοτήτων και σε περιπτώσεις όπου κάποια μειονότητα έχει παρακολουθήσει ή συμμετάσχει σε τέτοια προγράμματα, ήταν περιστασιακά ένα είδος εκπαίδευσης, στερούμενο τακτικότητας. Κάποιοι ανέφεραν ότι υπάρχουν προγράμματα προκειμένου οι ασθενείς να εκπαιδεύονται στις δικές μας συνθήκες, αλλά όχι προγράμματα για επαγγελματίες. Όσον αφορά την τεχνολογία κινητής τηλεφωνίας ή τη χρήση εργαλείων πληροφορικής, οι επαγγελματίες αναφέρουν μεγάλη έλλειψη πληροφοριών σχετικά με την κατάρτιση ή την εκπαίδευση μέσω αυτών των μέσων.</p>

**Ε. Μεθοδολογία μη τυπικής εκπαίδευσης**

<i>Κύρια συμπεράσματα</i>
<p>Η πλειοψηφία υποστηρίζει ότι απέκτησε τις περισσότερες γνώσεις από την εμπειρία και όχι από τις επίσημες σπουδές. Επιπλέον, η πλειοψηφία γνωρίζει από την εμπειρία της μη τυπικής εκπαίδευσης, αλλά έχει περιορισμένες ευκαιρίες να μάθει μέσω αυτής της μεθόδου. Παρόλα αυτά, πιστεύουν ότι θα ήταν μια πραγματικά χρήσιμη προσέγγιση και φαίνονται να ενδιαφέρονται πραγματικά να συμμετάσχουν σε προγράμματα μη τυπικής εκπαίδευσης. Τέλος, ο ιδανικός επαγγελματίας για την πλειονότητα των συνεντευξέων μας, πρέπει να είναι σεβαστός προς τους ασθενείς, ικανός να διατηρεί τα όρια μεταξύ αυτού και του ασθενούς, να ενημερώνεται, να είναι υπομονετικός, προστατευτικός, επιμελής, ευαίσθητος και ευέλικτος.</p>

**Ημιδομημένη συνέντευξη για ασθενείς**

**Ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης ομάδων μεταναστών και εθνικών μειονοτήτων**

<i>Κύρια συμπεράσματα</i>
<p>Η πλειοψηφία των συνεντευξέων μας ανέφερε ότι αντιμετώπισαν προκλητικές εμπειρίες όταν ασχολήθηκαν με το εθνικό σύστημα υγείας. Λόγω του φραγμού της γλώσσας δυσκολεύονται να μοιραστούν με επιτυχία την κατάσταση και τις ανησυχίες τους. Επιπλέον, προέρχονταν από διαφορετικές θρησκείες ή ακόμα και πολιτικό υπόβαθρο, οι άνδρες ανέφεραν τη δυσκολία να επιτρέψουν στις γυναίκες τους να</p>

δουν/επισκέπτονται γιατρούς διαφορετικού φύλου.

Ένας μετανάστης ανέφερε «έρχομαι από μια χώρα με κομμουνιστικό καθεστώς...οι γυναίκες αντιμετώπιζαν πρόβλημα με την επίσκεψη σε έναν άνδρα γιατρό...ήταν παράξενο και άβολο για αυτές να επισκεφτούν ακόμη και έναν άνδρα οδοντίατρο»

Μερικοί από αυτούς ανέφεραν ότι παρατήρησαν τη διαφορά όταν ζούσαν στην επαρχία και στην πρωτεύουσα. Συγκεκριμένα, περιέγραψαν ότι στη μικρή κοινότητα έλαβαν πιο προσεκτική υποστήριξη και θεραπεία από τους επαγγελματίες παρά στην πόλη, αν και είχαν γίνει δεκτοί με περισσότερο δισταγμό από τους ντόπιους. Η πλειοψηφία μίλησε για τα στερεότυπα που συνήθως λειτουργούν ως εμπόδιο στην εξασφάλιση των δικαιωμάτων τους στην υγειονομική περίθαλψη ή στην αντιμετώπιση καθυστερήσεων ή σύγχυσης πληροφοριών.

Τέλος, οι ερωτηθέντες ζητούν από τους επαγγελματίες να είναι σε θέση να εμπνέουν εμπιστοσύνη και αισθήματα ασφάλειας, να μην επιβάλλουν φόβο για οποιαδήποτε κατάσταση, να είναι ευέλικτοι, ανθρωπinoι και ικανοί να επικοινωνούν τις γνώσεις τους και να συνδέονται με τους ασθενείς, χρησιμοποιώντας μια απλή και κατανοητή γλώσσα. «Θα ήθελα οι επαγγελματίες υγείας να χρησιμοποιούν μια απλούστερη γλώσσα...για να μπορέσω να καταλάβω τι μου λένε»

## ΚΥΡΙΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω ερευνητικά αποτελέσματα, έχουν εξαχθεί κοινά συμπεράσματα. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι Έλληνες επαγγελματίες υγείας ανέφεραν ότι δεν διαθέτουν τις απαραίτητες διαπολιτισμικές επικοινωνιακές δεξιότητες. Συγκεκριμένα, οι διαφορετικές αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια συχνά δημιουργούν σύγχυση στην καθημερινή πρακτική που είναι δύσκολο να επιλυθεί. Η πλειοψηφία συμφωνεί ότι οι τοπικές υγειονομικές υπηρεσίες δεν ήταν προετοιμασμένες να διαχειριστούν αυτή την τεράστια άφιξη ανθρώπων που προέρχονταν από διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο και ως εκ τούτου παρατηρήθηκε μια αποτυχία ανταπόκρισης στις ανάγκες των ξένων ασθενών.

Τόσο από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση όσο και από τις ημι-συνεντεύξεις, έχει επισημανθεί ότι τα προγράμματα διαπολιτισμικής διαμεσολάβησης στα ελληνικά νοσοκομεία που πραγματοποιήθηκαν στο πλαίσιο της ευρωπαϊκής χρηματοδότησης ήταν πολύ χρήσιμα αλλά είχαν πολύ περιορισμένη διάρκεια.

Επιπλέον, με βάση την έρευνα με τα ερωτηματολόγια καθώς και τις συνεντεύξεις, ένα μεγάλο ποσοστό επαγγελματιών φαίνεται να μην παρακολούθησε καμία εκπαιδευτική δραστηριότητα σχετικά με τη διαπολιτισμική ανάπτυξη. Συνεπώς, με βάση τις απαντήσεις των επαγγελματιών, υπάρχει μεγάλη ανάγκη για εκπαιδευτικές δραστηριότητες στη διαπολιτισμική εκπαίδευση στην Ελλάδα. Η χρήση της μεθοδολογίας της μη τυπικής εκπαίδευσης στα προγράμματα επαγγελματικής ανάπτυξης και εκπαίδευσης φαίνεται άγνωστη στην Ελλάδα, αν και η πλειοψηφία του δείγματός μας, προέρχονταν τόσο από ποσοτικές όσο και από ποιοτικές ερευνητικές δραστηριότητες, εξέφρασε την επιθυμία της να μάθει μέσω τέτοιων μεθόδων.

Η αδυναμία των επαγγελματιών να κατανοήσουν τη γλώσσα των ασθενών και να αντιμετωπίσουν επιτυχώς τα ηθικά διλήμματα που προέρχονται από την ασυμφωνία

μεταξύ των δικών τους συστημάτων πεποιθήσεων και του πολιτισμικού και θρησκευτικού υποβάθρου των ασθενών τους και μια διαφορετική αντίληψη για την ιατρική, βαθμολογήθηκε στην κορυφή της λίστας με τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες στο χώρο εργασίας.

Τέλος, υπάρχει μεγάλη ανάγκη των επαγγελματιών να μάθουν τρόπους για να χειριστούν τα συναισθήματά τους και να εκπαιδευτούν σε τρόπους για να το κάνουν αυτό, καθώς ανέφεραν συχνά ότι αισθάνθηκαν συγκλονισμένοι από όλους τους διαφορετικούς ρόλους που καλούνται να υιοθετήσουν όταν αντιμετωπίζουν πολιτισμικά διαφορετικούς ασθενείς.

Η συνεχής εκπαίδευση και η επαγγελματική εξέλιξη όσον αφορά τις πολιτισμικές ικανότητες φαίνεται να αποτελούν κορυφαία προτεραιότητα των επαγγελματιών, αν και οι ευκαιρίες για να το κάνουν είναι πολύ περιορισμένες.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΔΕΣΜΟΙ

Allen, C. B., Smart, D. A., Odom-Maryon, T., & Swain, D. (2013). The value of community-focused interprofessional care in Peru for developing cultural competency in health professions students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 10, 153-162. doi:10.1515/ijnes-2012-0014

Antonakaki M., Asparek B., Maniatis G. (2016) (final version) *Counting heads and channelling bodies. The hotspot centre Vial in Chios, Greece*

Baernholdt, M., Drake, E., Maron, F., & Neymark, K. (2013). Fostering internationalization: An American-Danish semester-long undergraduate nursing student exchange program. *International Nursing Review*, 60, 221-227. doi:10.1111/inr.12005

Bolzman, Cl., Boucher, M. (2006) Η πολιτική της μετανάστευσης. *Le monde diplomatique* – Ελληνική έκδοση, Κυριακάτικη ελευθεροτυπία, φ. 438, 30-32

Chang M., Kelly, AE. (2007) Patient education: addressing cultural diversity and health literacy issues. *Urol Nurs*, 27(5):411-7; quiz 418.

Bohman, D. M., & Borglin, G. (2014). Student exchange for nursing students: Does it raise cultural awareness? A descriptive, qualitative study. *Nurse Education in Practice*, 14, 259-264. doi:10.1016/j.nepr.2013.11.006

Carpenter, L. J., & Garcia, A. A. (2012). Assessing outcomes of a study abroad course for nursing students. *Nursing Education Perspectives*, 33, 85-89. doi:10.5480/1536-5026-33.2.85

Delgado, D. A., Ness, S., Ferguson, K., Engstrom, P. L., Gannon, T. M., & Gillett, C. (2013). Cultural competence training for clinical staff: Measuring the effect of a one-hour class on cultural competence. *Journal of Transcultural Nursing*, 24, 204-213. doi:10.1177/1043659612472059





Dutch Council for Refugees *The implementation of the hotspots in Italy and Greece*. Amsterdam. Available on: <http://www.ecre.org/wp-content/uploads/2016/12/HOTSPOTS-Report-5.12.2016.pdf>

Esposito, C. L. (2013). Provision of culturally competent health care: An interim status review and report. *Journal of the New York State Nurses Association*, 43(2), 4-10.

ΕΣΥΕ (2014) Απογραφή πληθυσμού κατοικιών 2011 [https://www.statistics.gr/documents/20181/1210503/A1602\\_SAM03\\_DT\\_DC\\_00\\_2011\\_01\\_F\\_GR.pdf/ff20c3ba-54eb-4613-9044-0ddd9c9aa94a](https://www.statistics.gr/documents/20181/1210503/A1602_SAM03_DT_DC_00_2011_01_F_GR.pdf/ff20c3ba-54eb-4613-9044-0ddd9c9aa94a)

EUROPEAN WEB SITE ON INTEGRATION, Migrant Integration Information and good practices. <https://ec.europa.eu/migrant-integration/intpract/creating-a-registry-of-trained-intercultural-mediators-and-networking-intercultural-mediators-through-an-electronic-platform>. Accessed 8/3/17

Εθνική επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (2007), Δικαίωμα στην Υγεία των Μεταναστών χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής, Απόφαση ΕΕΔΑ 1/2007, Αθήνα.

Ευρωπαϊκό Ταμείο Ένταξης, [http://ete.ypes.gr/?page\\_id=28](http://ete.ypes.gr/?page_id=28)

Ευρωπαϊκό Ταμείο Ένταξης, <http://ete.ypes.gr/>

Graham, I., & Richardson, E. (2008). Experiential gaming to facilitate cultural awareness: Its implications for developing emotional caring in nursing. *Learning in Health and Social Care*, 7(1), 37-45. doi:10.1111/j.1473-6861.2008.00168.x

Giddens, J. F., North, S., Carlson-Sabelli, L., Rogers, E., & Fogg, L. (2012). Using a virtual community to enhance cultural awareness. *Journal of Transcultural Nursing*, 23, 198-204. doi:10.1177/1043659611434061

Καλαμπούκα-Γιαννοπούλου Π. (2014) «Το υπάρχον νομικό πλαίσιο των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων σε σχέση με το ελληνικό κράτος και την υγεία». ΕΜΕΔ 23/2014, 130 επ.

Καλοκαιρινού Α. Επιδράσεις της κουλτούρας στη Νοσηλευτική φροντίδα <http://slideplayer.gr/slide/11197705/> (τελευταία πρόσβαση 1/3/17)

Καδιγιαννόπουλος Γ. (2015) Μεταναστευτικό ρεύμα και διαπολιτισμική Νοσηλευτική <http://www.pemptousia.gr/2015/09/metanasteftiko-revma-ke-diapolitismiki-nosileftiki/>

Kemppainen, J. K., Kim-Godwin, Y. S., Mechling, B., Kanematsu, Y., & Kikuchi, K. (2012). Promoting cultural awareness in nursing education through international videoconferences. *International Journal of Nursing Practice*, 18(2), 56-61. doi:10.1111/j.1440-172X.2012.02029.x

Kitching G.T, J. Haavik H, Tandstad B.J, Zaman M, & Darj E. (2016). Exploring the Role of Ad Hoc Grassroots Organizations Providing Humanitarian Aid on Lesbos, Greece. *PLoS*





*Currents*, 8, ecurrents.dis.bd282cd90ade7d4eb63b6bbdb1904d10. <http://doi.org/10.1371/currents.dis.bd282cd90ade7d4eb63b6bbdb1904d10>

Mareno, N., & Hart, P. L. (2014). Cultural competency among nurses with undergraduate and graduate degrees: Implications for nursing education. *Nursing Education Perspectives*, 35, 83-88. doi:10.5480/12-834.1

McClimens, A., Brewster, J., & Lewis, R. (2014). Recognising and respecting patients' cultural diversity. *Nursing Standard*, 28(28), 45-52. doi:10.7748/ns2014.03.28.28.45.e8148

McDonald JT, Kennedy S. (2004) Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med*, 59(8):1613-27.

Marks, R. (2009) Ethics and patient education: health literacy and cultural dilemmas. *Health Promot Pract*, 10(3):328-32.

Malliarou, M., Oikonomou, A., Nika, S., and Sarafis, P. (2017) Greek Military Nurses Readiness to Provide Transcultural Care to Immigrants, *British Journal of Medicine & Medical Research*, 19(6): 1-11, 2017; Article no. BJMMR.30615

Mipatrini D., Stefanelli P., Severoni S., Rezza G. (2017) Vaccinations in migrants and refugees: a challenge for European health systems. A systematic review of current scientific evidence. *Pathog Glob Health*, 1-10. doi: 10.1080/20477724.2017.1281374

Miramontes L., Pottie K., Jandu MB., Welch V., Miller K., James M., Roberts JH. (2015) Including migrant populations in health impact assessments. *Bull World Health Organ*, 93(12):888-9.

Norredam M., Mygind A., Krasnik A. (2016) Access to health care for asylum seekers in the European Union--a comparative study of country policies. *Eur J Public Health*, 16(3):286-90.

Οδηγός Διαπολιτισμικής Συμβουλευτικής, Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες. Εκδόσεις Παπαζήσης. Αθήνα 2008.

Παγγέ Τ. Τυπική, Μη-τυπική και Άτυπη εκπαίδευση στην Ελλάδα. [https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwigzrPuj5LSAhUHOBQKHwQ0CNwQFgggMAM&url=http%3A%2F%2Fequipe.up.pt%2FRESOURCES%2FCasestudies%2Foriginal\\_languages%2Floannina\\_GR.doc&usq=AFQjCNHFVvaowlsXEIpVmdl10867IYr6qQ&sig2=JlCFZcZXVfweVxP7\\_u056g](https://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwigzrPuj5LSAhUHOBQKHwQ0CNwQFgggMAM&url=http%3A%2F%2Fequipe.up.pt%2FRESOURCES%2FCasestudies%2Foriginal_languages%2Floannina_GR.doc&usq=AFQjCNHFVvaowlsXEIpVmdl10867IYr6qQ&sig2=JlCFZcZXVfweVxP7_u056g)

Πρόγραμμα Διαπολιτισμικής Επιμόρφωσης, <http://www.ygeia4all.gr/>

Pottie K., C., Rahman P., Ingleby D., Akl EA, Russell G., Ling L, Wickramage K., Mosca D., Brindis CD. (2017) Building Responsive Health Systems to Help Communities Affected by Migration: An International Delphi Consensus. *Int J Environ Res Public Health*, 14(2).

Psarros C., Malliori M., Theleritis C., Martinaki S., Bergiannaki JD. (2016) Psychological support for caregivers of refugees in Greece. *Lancet*, 388(10040):130.



Reid-Searl, K., Dwyer, T., Moxham, L., Happell, B., & Sander, T. (2011). Rediscovering the essence of nursing: Exploring the impact of in clinical experience in Thailand for undergraduate nursing students from Australia. *Nurse Education Today*, 31,892-897. doi:10.1016/j.nedt.2010.12.024

Repo H., Salminen L., Papadopoulos, I., Helena Leino-Kilpi The Cultural Competence of Graduating Nursing Students, (2016), *Journal of Transcultural Nursing*, 1–10

Rutledge, C. M., Barham, P., Wiles, L., Benjamin, R. S., Eaton, P., & Palmer, K. (2008). Integrative simulation: A novel approach to educating culturally competent nurses. *Contemporary Nurse*, 28, 119-128. doi:10.5172/conu.673.28.1-2.119

Tsiamis C., Terzidis A., Kakalou E., Riza E., Rosenberg T. (2016) Is it time for a Refugees' Health Unit in Greece? *Lancet*, 388(10048):958.

Voices of refugees information and communication needs of refugees in Greece and Germany. Website: <http://downloads.bbc.co.uk/mediaaction/pdf/research/voices-of-refugees-research-report.pdf>.

World Health Organization Migration, Health and Human Rights, Office of the High Commissioner for Human Rights and the International Organization for Migration. 2013 [http://ohchr.org/documents/issues/migration/WHO\\_IOM\\_UNOHCHRPublication.pdf](http://ohchr.org/documents/issues/migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication.pdf)

Yang J. (2010) Index of Assimilation for Rural-to-urban Migrants: A further analysis of the conceptual framework of assimilation theory. *Population & Economics*, (2):64–70.

