

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Μετανάστριες μητέρες και υποκειμενική αντίληψη της υγείας

ΣΚΟΠΟΣ Σκοπός της μελέτης ήταν η καταγραφή της κατάστασης υγείας και η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την υποκειμενική αντίληψη της υγείας των μεταναστριών μητέρων που διαμένουν στο Δήμο Γαζίου, Κρήτης. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Δήμο Γαζίου του Ηρακλείου Κρήτης. Η μεθοδολογική προσέγγιση ήταν συγχρονική (cross-sectional). Για την ανεύρεση όλων των δειγματοληπτικών μονάδων κατά βάση χρησιμοποιήθηκαν τα άτυπα δίκτυα της περιοχής με τη διάδοση της πληροφορίας στόμα με στόμα, αφίσα σε σημεία-κλειδιά και επιτόπια κατ'οίκον επίσκεψη. Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας των μεταναστριών μητέρων διερευνήθηκε με δομημένη συνέντευξη, πρόσωπο με πρόσωπο. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Κατά τη μελέτη πεδίου, 47 από τις 104 μετανάστριες (45% των μεταναστριών) απάντησαν στη συνέντευξη μετά από προγραμματισμένες επισκέψεις στο σπίτι. Το ποσοστό των ερωτηθεισών που ανέφερε χρόνια νόσο (20%) διαπιστώνεται ότι είναι χαμηλό σε σύγκριση με το αντίστοιχο του γενικού πληθυσμού. Από το σύνολο του δείγματος, μικρό μέρος (8%) επισκέφθηκε το γιατρό τις δύο τελευταίες εβδομάδες. Η πλειοψηφία των γυναικών (72%) δεν έχει υποβληθεί σε εξέταση κολποτραχηλικού εκκρίματος κατά Παπανικολάου τα 3 τελευταία χρόνια. Η αναλογία των εκτρώσεων προς τις γεννήσεις ήταν 3:1. Η χρήση μέτρων αντισύλληψης έφθανε το 48%. Τα συνηθισμένα συμπτώματα που ανέφεραν οι ερωτώμενες τον τελευταίο χρόνο σχετίζονταν στατιστικώς σημαντικά με την υποκειμενική αντίληψη της υγείας και μάλιστα αρνητικά. Υπήρχε θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τη ζωή και άλλους παράγοντες ικανοποίησης που μετρήθηκαν, όπως η ικανοποίηση από το σύζυγο, τον εαυτό και την υγεία. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Τα αποτελέσματα της μελέτης αναδεικνύουν την ανάγκη ενημέρωσης και συνεργασίας των μεταναστριών με ομάδες και οργανώσεις της τοπικής κοινωνίας.

Οι λόγοι που αποφασίζει κάποιος να μελετήσει την υγεία των μεταναστών και να εντοπίσει τις όποιες συσχετίσεις είναι πάρα πολλοί. Η μεταναστευτική διαδικασία περιλαμβάνει πολλές αλλαγές στη ζωή των ατόμων που μεταναστεύουν, με πολλαπλές επιδράσεις στην υγεία και την ευημερία τους.¹ Από την ανασκόπηση μιας σειράς μελετών τεκμηριώθηκε ότι η υγεία των μεταναστών συνδέεται αρνητικά με το stress της μεταναστευτικής διαδικασίας.² Το νέο ξεκίνημα περιλαμβάνει την προσαρμογή σε μια νέα γλώσσα και κουλτούρα, που συνοδεύεται από αλλαγές σε κοινωνικό και σε οικονομικό επίπεδο.³ Οι παράγοντες που έχουν συσχετιστεί κυρίως με την κακή υγεία των μεταναστών είναι η επιβλαβής εργασία και οι συνθήκες διαβίωσης ως αποτέλεσμα της χαμηλής επαγγελματικής τους θέσης,⁴ η μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας,⁵ η έλλειψη ασφάλισης υγείας⁶ και η χαμηλή πιθανότητα αναζήτησης

ιατρικής και προληπτικής φροντίδας.⁷

Τα δεδομένα είναι ακόμη πιο περίπλοκα για τη μετανάστρια γυναίκα, μια οντότητα που δεν αναφέρεται απλά σε μια νόμιμη ή όχι κατάσταση αλλά περιλαμβάνει μια περίπλοκη πραγματικότητα και εμπειρία, με την κατηγορία «φύλο» να παρέχει το πλαίσιο μέσα στο οποίο κάποιος εξετάζεται και μέσα από το οποίο βλέπει τον εαυτό του και το ρόλο του.^{8,9} Μέσα στην κοινωνική δομή, η μετανάστρια είναι εκείνη με το διαφορετικό χρώμα, που δεν γνωρίζει καλά την ντόπια διάλεκτο και που κατέχει χαμηλή θέση εργασίας. Όλα αυτά δημιουργούν συνθήκες περιθωριοποίησης και αποξένωσης, προκαλώντας επιπολιτιστικό άγχος. Το επιπολιτιστικό άγχος αφορά στην ψυχολογική πίεση που ασκεί το περιβάλλον προκειμένου οι μετανάστες που εισέρχονται να αφομοιώσουν την κουλτούρα της χώρας υποδοχής. Έντονο stress προκαλείται όταν υπάρχουν

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2010, 27(1):78-87
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2010, 27(1):78-87

Κ. Κούτρα,^{1,2}
Η. Ευλαμπίδου,¹
Θ. Ρουμελιωτάκη,¹
Α. Κούτης,¹
Α. Φιλαλήθης¹

¹Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Δημόσια Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας», Ηράκλειο
²ΤΕΙ Κρήτης, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Ηράκλειο

The subjective perceptions of health of immigrant mothers

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Μετανάστριες μητέρες
Υγεία
Υποκειμενική αντίληψη της υγείας

Υποβλήθηκε 24.9.2008
Εγκρίθηκε 9.3.2009

σημαντικές διαφορές στην αντίληψη του κόσμου ανάμεσα στη χώρα προέλευσης και τη χώρα υποδοχής. Εδώ σημειώνεται ότι τα συμπτώματα άγχους, ανεξάρτητα από τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των μεταναστών, μειώνονται από την ύπαρξη των κοινωνικών δικτύων.¹⁰

Οι μετανάστριες, με την πάροδο των ετών στη χώρα υποδοχής, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο για κακή υγεία,^{11,12} χρόνιες παθήσεις και αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας.¹³ Σε μελέτη στις ΗΠΑ, μετανάστριες έγκυες γυναίκες παρουσίαζαν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη από εκείνες που γεννήθηκαν στη χώρα υποδοχής.¹⁴ Η εκπαιδευτική βαθμίδα των μεταναστριών αποτελεί σημαντικό παράγοντα, ο οποίος έχει συσχετιστεί με τη δυνατότητα πρόσβασης στην αγορά εργασίας, την καλύτερη υγεία, την ικανότητα των γυναικών για αποφάσεις αναπαραγωγής και φροντίδας των παιδιών τους, ακόμη και όταν η κοινωνικοοικονομική τους θέση είναι χαμηλή.¹⁵ Επιπρόσθετα, περισσότερα συμπτώματα stress¹⁶ εμφανίζουν εκείνες που στερούνται ισχυρού υποστηρικτικού δικτύου.

Υποκειμενική αντίληψη της υγείας

Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας (ΥΑΥ) μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση, σε γενικές γραμμές, του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Η αντίληψη του ατόμου για την υγεία, αν και διαφέρει από την πραγματική κατάσταση υγείας, μπορεί να λειτουργήσει ως προγνωστικός δείκτης της θνησιμότητας, της νοσηρότητας, της λειτουργικής ικανότητας και της χρήσης υπηρεσιών υγείας.^{17,18} Σύμφωνα με τους Krause και Jay, τα άτομα –όταν αυτοαξιολογούν την υγεία τους– αποτιμούν τα προβλήματα υγείας, τη φυσική δραστηριότητα, τη γενική λειτουργικότητα και τις συμπεριφορές υγείας.¹⁹ Η διαδικασία με την οποία οι ερωτώμενοι δομούν την κρίση τους επηρεάζεται από διάφορες διαστάσεις υγείας και εξαρτάται από διάφορα ατομικά χαρακτηριστικά.^{17,19} Τα ατομικά χαρακτηριστικά μπορεί να είναι η ηλικία (η ΥΑΥ μειώνεται με την ηλικία) και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες όπως το εισόδημα, το επάγγελμα και η εκπαίδευση, όπου χαμηλό status οδηγεί σε χαμηλή ΥΑΥ.²⁰

Παρόλα αυτά, η μελέτη της ΥΑΥ είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη, επειδή αντανακλά όχι μόνο την υγεία αλλά και τις προσδοκίες κάποιου γι' αυτήν. Παρά το γεγονός της αναγνώρισης της ΥΑΥ της υγείας ως χρήσιμης μεθόδου, υπάρχουν κάποιες διαφωνίες αναφορικά με την αξιοπιστία και την πραγματική σημασία της. Η ΥΑΥ επηρεάζεται αρκετά από την κουλτούρα του κάθε ατόμου, ώστε το νόημα που δίνει ο καθένας στην «υγεία» είναι πιθανόν να αντιπροσωπεύει ένα αρκετά διαφορετικό περιεχόμενο.²¹ Οι Krause και Jay, έπειτα από σε βάθος συνεντεύξεις σε τρεις εθνικές ομάδες (ηλικίας

38,3±21,6 ετών), συμπέραναν ότι η παρουσία ή η απουσία νόσου ήταν ο συχνότερος παράγοντας με τον οποίο τα άτομα αυτοαξιολογούσαν την υγεία τους.¹⁹ Η ΥΑΥ τεκμηριώθηκε από μια πληθώρα μελετών ότι μπορεί να λειτουργήσει ως δείκτης πρόγνωσης για τη μακροχρόνια χρήση υπηρεσιών υγείας, όπως οι επισκέψεις στο γενικό γιατρό, η βοήθεια στο σπίτι, η εισαγωγή στο νοσοκομείο και η αυξημένη χρήση φαρμάκων.²² Σε προοπτική μελέτη, επιβεβαιώθηκε ότι τα χαμηλά επίπεδα ΥΑΥ προηγούνται υψηλά επίπεδα stress και χαμηλά επίπεδα ψυχικής υγείας.²² Η εκπαίδευση και το εισόδημα επηρεάζουν τα κοινωνικά δίκτυα και την υποκειμενική αντίληψη της υγείας με παρόμοιο τρόπο. Άτομα με υψηλή εκπαίδευση και εισόδημα τείνουν να έχουν μεγαλύτερα και περισσότερα ποικιλόμορφα κοινωνικά δίκτυα και καλύτερη υποκειμενική αντίληψη της υγείας.²³ Αντίστροφα, εκείνοι με χαμηλό εισόδημα και εκπαίδευση αναφέρουν κακή υποκειμενική αντίληψη της υγείας.²³

Με βάση τα παραπάνω εμπειρικά δεδομένα διαμορφώθηκε ο σκοπός της παρούσας μελέτης, που είναι η περιγραφή της κατάστασης υγείας και η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την υποκειμενική αντίληψη της υγείας των μεταναστριών μητέρων που διαμένουν στο Δήμο Γαζίου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η μεθοδολογική προσέγγιση είναι συγχρονική (cross-sectional). Είναι μια μελέτη πεδίου (field survey). Το μέσο έρευνας που επιλέχθηκε ήταν η δομημένη συνέντευξη, πρόσωπο με πρόσωπο. Η δομημένη συνέντευξη της παρούσας μελέτης αποτελεί σύνθεση προϋπαρχόντων εργαλείων.^{24–26} Οι θεματικές ενότητες της δομημένης συνέντευξης περιελάμβαναν (α) ατομικές πληροφορίες, (β) γενικές ερωτήσεις για κατοικία, (γ) υποκειμενική αντίληψη για την υγεία, (ε) σημερινή κατάσταση υγείας, (στ) ικανοποίηση και χρήση υπηρεσιών υγείας, ικανοποίηση από τη ζωή και (ζ) στρατηγικές επιπολιτισμού (acculturation).

Στην παρούσα μελέτη, πληθυσμός-στόχος και δειγματοληπτικό πλαίσιο ταυτίζονταν. Αποτελούνταν από το σύνολο των μεταναστριών μητέρων που κατοικούσαν στα όρια της διοικητικής περιφέρειας του Δήμου Γαζίου και είχαν εγγραφεί για οποιαδήποτε γραφειοκρατική εργασία στα αρχεία του Κέντρου Εξυπηρέτησης Πολιτών (ΚΕΠ) ή του Δήμου Γαζίου. Τα στοιχεία ζητήθηκαν από το αρχείο μετά από σχετική άδεια από το Δήμο Γαζίου αλλά και από ειδική επιτροπή της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Από το αρχείο του ΚΕΠ υπολογίστηκαν περίπου 150 μητέρες, οι οποίες αποτέλεσαν τις δειγματοληπτικές μονάδες της μελέτης.

Τα κριτήρια εισαγωγής της μελέτης περιελάμβαναν: γυναίκες, μητέρες, μετανάστριες, ανεξάρτητα από τη χώρα προέλευσης, τα παιδιά τους να διαμένουν μαζί με τη μητέρα στην Ελλάδα, και να κατοικούν τα τελευταία 5 χρόνια στο Δήμο Γαζίου. Με βάση τα παραπάνω, ο υπό μελέτη πληθυσμός διαμορφώθηκε σε 104 μετανάστριες.

Οι ερευνητές, λαμβάνοντας υπ' όψιν τις ιδιαιτερότητες του πληθυσμού, έκαναν χρήση των παρακάτω τεχνικών για τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων. Για τον εντοπισμό των τελικών δειγματοληπτικών μονάδων χρησιμοποιήθηκαν κυρίως τα άτυπα δίκτυα των μεταναστών, άτομα-κλειδιά και αφίσες στις μητρικές τους γλώσσες που τοιχοκολλήθηκαν σε όλα τα δημοτικά διαμερίσματα. Το σύνολο αυτών των ενεργειών αποτέλεσαν τον προπομπό της μελλοντικής κατ' οίκον επικοινωνίας μαζί τους. Επίσης, έγινε χρήση της τεχνικής της «χιονοστιβάδας», καθώς όσες από τις μετανάστριες αποδέχθηκαν να συνεργαστούν σύστηναν τις ερευνήτριες σε κάποια συγγενή ή γνωστή τους.²⁷ Σε δεύτερη φάση και για τα άτομα που δεν εντοπίστηκαν με τον προαναφερθέντα τρόπο, χρησιμοποιήθηκαν τα στοιχεία του καταλόγου που δημιουργήθηκαν από το αρχείο του ΚΕΠ. Ακολούθησε τηλεφωνική επαφή, κατά προτυποποιημένο τρόπο, και συνεννόηση για προσωπική συνάντηση και συνέντευξη. Από αυτές, εντοπίστηκαν και δέχθηκαν να συμμετέχουν οι 47, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 45% του πληθυσμού.

Στις περιπτώσεις όπου υπήρχε μεγάλο πρόβλημα επικοινωνίας με κάποια από τα άτομα του πληθυσμού, παρόν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης ήταν άτομο από το οικογενειακό, το συγγενικό ή το γειτονικό δίκτυο, το οποίο εκτελούσε χρέη διερμηνέα. Η συμμετοχή των μεταναστριών στη μελέτη καθορίστηκε μετά από πλήρη ατομική ενημέρωση και υπογραφή συμφωνητικού αποδοχής και συμμετοχής στη μελέτη. Το συμφωνητικό αυτό ήταν μεταφρασμένο στη μητρική γλώσσα για την πλειονότητα των συμμετεχουσών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικά δεδομένα

Ο συνολικός αριθμός του δείγματος ήταν 47 μητέρες, αριθμός που αντιστοιχεί στο 45% του συνόλου των γυναικών που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής της μελέτης. Ο πίνακας 1 παρουσιάζει συγκεντρωτικά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των μεταναστριών που συμμετείχαν. Η πλειοψηφία αυτών διέμενε στις περιοχές Αμμουδάρα και Γάζι (38%, αντίστοιχα). Σχεδόν το σύνολο του δείγματος (94%) ήταν έγγαμες και είχαν 1–2 παιδιά (83%). Η σύνθεση των νοικοκυριών στο μεγαλύτερο τμήμα τους ήταν έως 3 άτομα (77%), ενώ τα άτυπα δίκτυα φροντίδας από συγγενείς που διέμεναν σε απόσταση 100 m αφορούσαν στο 57% του δείγματος.

Δύο στις τρεις οικογένειες μεταναστών είχαν εγγράψει τα παιδιά τους σε ελληνικό σχολείο και περισσότερες από τις μισές (55%) μιλούσαν και τις δύο γλώσσες στο σπίτι, τη μητρική και την ελληνική.

Αναφορικά με τις συνθήκες διαβίωσης, η συντριπτική πλειοψηφία των οικογενειών των μεταναστριών μίσθωναν κατοικία (94%), ενώ οι υπόλοιπες ζούσαν σε χώρους που

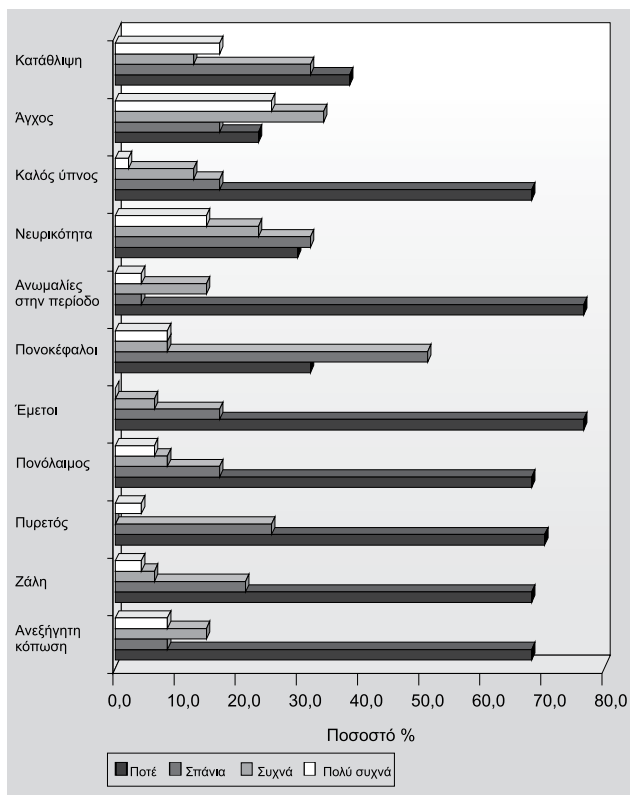
Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των μεταναστριών που συμμετείχαν στη μελέτη (n=47).

	N	Ποσοστό %
<i>Χώρα καταγωγής</i>		
Αλβανία	38	80,9
Βουλγαρία	5	10,6
Ρουμανία	2	4,3
Άλλο	2	4,3
<i>Ηλικία</i>		
21–30	20	8,5
31–40	23	48,9
41–50	4	42,6
<i>Θρήσκευμα</i>		
Μουσουλμάνα	17	36,2
Καθολική	12	25,5
Ορθόδοξη	16	34,0
Μάρτυρας Ιεχωβά	1	2,1
<i>Εκπαιδευτικό επίπεδο</i>		
Απόφοιτος δημοτικού	2	29,8
Απόφοιτος γυμνασίου	11	23,4
Απόφοιτος λυκείου	20	42,6
Απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ, ΤΕΙ)	14	4,3

παρέχονταν από τους εργοδότες. Το 49% του δείγματος διέμενε σε διαμέρισμα δύο δωματίων (από το ποσοστό αυτό, το 28% συνέθετε τετραμελή νοικοκυριά), ενώ το 2% διέμενε σε κατοικία 5 δωματίων. Επίσης, σχεδόν ένα στα τρία (28%) τριμελή έως και πενταμελή νοικοκυριά διέμεναν σε κατοικία ενός δωματίου. Ταυτόχρονα, η πλειοψηφία του δείγματος χαρακτήριζε τις συνθήκες διαβίωσης της οικογένειάς τους ως σχετικά καλές.

Ποσοστό 4% ανέφερε κακή υγεία, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών ανέφερε από μέτρια έως πολύ καλή υγεία. Μόλις 7 άτομα του δείγματος ταλαιπωρούνταν από κάποια ασθένεια, ώστε να ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή ή να χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης. Στην εικόνα 1 παρουσιάζεται η συχνότητα μιας σειράς συμπτωμάτων που ανέφεραν οι μετανάστριες τον τελευταίο χρόνο. Τέσσερις στις 5 μετανάστριες ήταν ασφαλισμένες στο ΙΚΑ, ενώ 8,5% δήλωσαν ανασφάλιστες.

Σε σχέση με την αναπαραγωγική υγεία των μεταναστριών, τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι 3 στις 4 (72%) δεν είχαν υποβληθεί σε εξέταση κολποτραχηλικού εκκρίματος κατά Παπανικολάου τα 3 τελευταία χρόνια, ενώ το μεγαλύτερο μέρος από αυτές δεν γνώριζαν ή δεν



Εικόνα 1. Συμπτώματα που ανέφεραν οι μετανάστριες τον τελευταίο χρόνο.

είχαν ακούσει ποτέ γι’ αυτή την εξέταση. Η διενέργεια μαστογραφίας –με δεδομένο ότι το δείγμα, στην πλειοψηφία του, δεν ήταν >40 ετών– έφθανε στο 15%.

Την περίοδο διεξαγωγής της μελέτης δύο γυναίκες ήταν σε κατάσταση εγκυμοσύνης. Το 45% του δείγματος ανέφερε μία ή δύο κυήσεις, ενώ κατά μέσον όρο το δείγμα είχε 2 παιδιά. Από τα αποτελέσματα των κυήσεων διαπιστώθηκε ότι στην πρώτη και δεύτερη εγκυμοσύνη γεννήθηκαν στην πλειοψηφία τους ζώντα βρέφη, ενώ από την τρίτη και μετά αυξάνονταν κατά πολύ οι εκτρώσεις. Ο μέσος όρος εκτρώσεων ανερχόταν στο 0,64, με μέγιστο αριθμό εννέα εκτρώσεις. Χρήση μεθόδων αντισύλληψης αναφέρθηκε από τις μετανάστριες σε ποσοστό 49%. Από τις μεθόδους αυτές, την πρώτη θέση καταλάμβανε η διακεκομμένη συνουσία (67%) και ακολουθούσε η χρήση προφυλακτικού (13%).

Οι γυναίκες της μελέτης απάντησαν σε μια σειρά από ερωτήσεις για τους παράγοντες ικανοποίησης, όπως ικανοποίηση από το εισόδημα, την προσωπική υγεία, τους συναδέλφους, τους συγγενείς, το σύζυγο, τον εαυτό και τα παιδιά τους, προκειμένου να διερευνηθεί η ικανοποίησή τους από τη ζωή και η σχέση τους με την υποκειμενική

αντίληψη υγείας. Οι ερωτώμενες δήλωσαν ικανοποιημένες για το σύνολο των παραγόντων. Εξαιρέση αποτέλεσε ο παράγοντας «εισόδημα», που ήταν ο μόνος στον οποίο η μη ικανοποίηση εμφανιζόταν συχνότερα (55,3%). Συνολικά, η πλειοψηφία των μεταναστριών υποστήριξε ότι είναι ευτυχισμένες και με ενδιαφέρον για τη ζωή, ενώ το 15% αυτών δήλωσαν σχεδόν δυστυχισμένες. Τέλος, μία στις 3 (30%) ανέφερε υψηλά επίπεδα άγχους τον τελευταίο μήνα.

Όσον αφορά στις συσχετίσεις με την ΥΑΥ, παρατηρείται ότι αν και μόλις 4 γυναίκες ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των 41–50, στο σύνολό τους οι μετανάστριες δήλωσαν μέτρια υγεία. Η εκπαίδευση δεν διαφοροποιούσε την ΥΑΥ, καθώς οι σχετικές τιμές κυμαίνονταν από μέτρια έως πολύ καλή, ανεξάρτητα από τη βαθμίδα εκπαίδευσης. Οι γυναίκες που εργάζονταν χωρίς ασφάλεια δήλωναν μέτρια ή κακή υγεία σε ποσοστό 15%. Τέλος, ο αριθμός των παιδιών βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την ΥΑΥ, καθώς μία στις δύο μητέρες που είχε δύο παιδιά δήλωσε από πολύ καλή έως καλή υγεία ($P < 0,05$).

Σημαντικός παράγοντας επηρεασμού της ΥΑΥ των μεταναστριών μητέρων ήταν η ύπαρξη μιας σειράς συμπτωμάτων, όπως κόπωσης, ζάλης, πυρετού, κεφαλαλγίας, αϋπνίας, νευρικήτητας κ.ά. Πιο συγκεκριμένα, από τις 47 γυναίκες οι 32 (68%) δήλωσαν ότι ποτέ δεν αισθάνθηκαν κόπωση χωρίς κάποια αιτία και από αυτές οι 28 (88%) ότι είχαν υψηλά επίπεδα υγείας. Αντίθετα, εκείνες που αισθάνονταν πολύ συχνά κόπωση δήλωσαν από μέτρια έως κακή υγεία ($P < 0,05$). Ανάλογη τάση ακολουθούσε και η αναφορά ζάλης, αφού το μεγαλύτερο ποσοστό δεν ανέφερε τέτοια συμπτωματολογία (68%), επηρεάζοντας

Πίνακας 2. Χαρακτηριστικά μετανάστευσης.

	N	Ποσοστό %
<i>Αιτία μετανάστευσης</i>		
Οικονομικός μετανάστης	39	83,0
Ακολούθησε το σύζυγο	7	14,9
Διακοπές	1	2,1
<i>Χρόνια διαμονής στην Ελλάδα</i>		
Λιγότερο από 2 έτη	4	8,5
2–5 έτη	14	61,7
6 έτη και πάνω	29	29,8
<i>Επίπεδο γνώσης ελληνικής γλώσσας</i>		
Καμιά	3	6,4
Μέτρια	7	14,9
Καλή	15	31,9
Πολύ καλή	22	46,8

θετικά την υποκειμενική αντίληψη της υγείας τους. Ποσοστό 57,6% δήλωσαν πολύ καλή ή καλή υγεία, ενώ οι γυναίκες που ανέφεραν ότι είχαν πολύ συχνά ζάλη (4%), δήλωναν επίσης στο σύνολό τους μέτρια υγεία ($P<0,05$). Οι ερωτώμενες που είχαν πολύ συχνά πυρετό τον τελευταίο χρόνο (4%) δήλωσαν στο σύνολό τους μέτρια υγεία, ενώ, αντίθετα, εκείνες που δεν ανέφεραν ποτέ πυρετό (70%) έτειναν προς υψηλά επίπεδα υγείας ($P<0,05$). Παρομοίως, την ίδια τάση παρουσίαζαν οι απαντήσεις των γυναικών για τον πονόλαιμο ($P<0,05$). Τέλος, οι αϋπνίες επηρέαζαν αρνητικά την ΥΑΥ. Οι γυναίκες που ανέφεραν ότι ποτέ δεν είχαν αϋπνίες (68%) ήταν εκείνες που έτειναν προς υψηλότερα επίπεδα υγείας ($P<0,05$).

Κατά τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ικανοποίησης από τη ζωή και της ΥΑΥ βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση ($P<0,05$). Οι μετανάστριες μητέρες που δήλωσαν σχεδόν δυστυχισμένες (18%) περιέγραφαν την υγεία τους από μέτρια έως κακή (πίν. 3). Συγκρίνοντας τη μεταβλητή με τους διαφορετικούς παράγοντες ικανοποίησης των γυναικών, η ικανοποίηση από το σύζυγο (96%) σχετιζόταν θετικά με την ΥΑΥ και 64% ανέφεραν πολύ καλή έως καλή υγεία ($P<0,05$). Η μη ικανοποίηση από το εισόδημα δεν βρέθηκε να διαφοροποιεί την ΥΑΥ.

Τέλος, όπως φαίνεται στον πίνακα 4, ικανοποίηση από την προσωπική υγεία δήλωσε το 72% των μεταναστριών, από τις οποίες 64% περιέγραφαν την υγεία τους από πολύ καλή έως καλή ($P<0,05$). Σημαντική ήταν και η επίδραση της ικανοποίησης από τον εαυτό τους, καθώς από το 64% των γυναικών που ήταν απόλυτα ικανοποιημένες από τον εαυτό τους το 49% περιέγραφε την υγεία τους από πολύ καλή έως καλή, ενώ από τις 12 γυναίκες που δήλωσαν μη ικανοποίηση, οι 8 περιέγραφαν την υγεία τους από κακή έως μέτρια ($P<0,05$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Περιορισμοί της έρευνας

Η παρούσα έρευνα παρέχει δεδομένα για την κατάστα-

Πίνακας 4. Ικανοποίηση από προσωπική υγεία και υποκειμενική αντίληψη υγείας.

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

Τιμή p: 0,000

ση διαβίωσης και υγείας των μεταναστριών μητέρων που αποτέλεσαν το δείγμα. Διερευνήθηκε μια σειρά παραγόντων που επηρεάζουν την υποκειμενική αντίληψη της υγείας τους. Τα αποτελέσματα δεν μπορούν να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικά του πληθυσμού. Η μη ύπαρξη λίστας (line listing) που να αποτυπώνει το μέγεθος και τα χαρακτηριστικά των μεταναστριών δημιουργεί μεθοδολογικά προβλήματα και καθιστά αδύνατη τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Το συγκεκριμένο πρόβλημα ξεπεράστηκε από τις ερευνήτριες, αφού και εκείνες δημιούργησαν τον κατάλογο από ένα μεγάλο αριθμό φακέλων που υπήρχε από τις διοικητικές διεκπεραιώσεις των μεταναστριών.

Το αρχείο είχε λάθη, ακόμη και στην καταγραφή των ονομάτων, με αποτέλεσμα το ίδιο άτομο να είναι εγγεγραμμένο τόσο με το δικό του όνομα όσο και με το όνομα του συζύγου του. Τα τηλέφωνα που ήταν δηλωμένα στο αρχείο δεν αντιστοιχούσαν σχεδόν ποτέ στα πραγματικά. Η αλλαγή κατοικίας απέκλειε άτομα από τη μελέτη, αφού ήταν εγγεγραμμένα στο Δήμο Γαζίου και διέμεναν εκτός αυτού. Κάποια νοικοκυριά, γεωγραφικά απομονωμένα, ήταν δύσκολο να λάβουν την πληροφορία, είτε από την αφίσα είτε από τα άτυπα δίκτυα. Επιπλέον, λόγω του γεγονότος ότι η μελέτη άρχισε τη θερινή περίοδο, οι εργασίες όπου απασχολούνταν οι γυναίκες δεν είχαν ολοκληρωθεί. Το

Πίνακας 3. Περιγραφή εαυτού και υποκειμενική αντίληψη υγείας.

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

Τιμή p: 0,041

ημερήσιο πρόγραμμα τους ήταν τόσο επιβαρυνόμενο που είχαν ελάχιστο ελεύθερο χρόνο.

Μειονέκτημα της μελέτης αποτέλεσε το γεγονός ότι το σύνολο του ερωτηματολογίου δεν είχε εφαρμοστεί σε αλλοδαπό πληθυσμό. Έτσι, λόγω και της δυσκολίας του συγκεκριμένου πληθυσμού στην ανάγνωση, το αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο αποκλείστηκε. Η μόνη λύση ήταν η δομημένη συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο. Βασικό μειονέκτημα αυτής της μεθόδου ήταν η προσπάθεια των ατόμων να δώσουν μια καλή εικόνα, που συχνά διαστρεβλώνει τα γεγονότα, ενώ επίσης λειτουργούσαν μηχανισμοί άμυνας, με αποτέλεσμα –σε μη συνειδητό επίπεδο– την απόκρυψη, την απώθηση ή την εκλογίκευση καταστάσεων. Τα προβλήματα επικοινωνίας/συνεννόησης εντάθηκαν με τα άτομα που δεν μιλούσαν καλά την ελληνική γλώσσα. Με την παρουσία ατόμου που γνώριζε και μιλούσε τη μητρική γλώσσα των συνεντευξιαζομένων, ξεπεράστηκαν στο μεγαλύτερο μέρος τους. Από την άλλη πλευρά, το άτομο το οποίο αναλάμβανε χρέη διερμηνέα ενδεχομένως επηρέαζε την ερωτώμενη, άλλοτε θετικά κι άλλοτε αρνητικά. Ένα τμήμα του πληθυσμού (15%) αρνήθηκε να συμμετέχει στη μελέτη.

Περιορισμοί τέθηκαν από τη γεωγραφική κατανομή του χώρου, όπου δύο άτομα όφειλαν να προσεγγίσουν έναν πληθυσμό με ιδιαιτερότητες, που ήταν διασκορπισμένους σε ένα δήμο με ορεινό όγκο, με τις οικείες των μεταναστών να μην είναι πάντα και στα πλέον προσβάσιμα σημεία, ενώ κάποιες δεν είχαν οδούς.

Παρόλα τα μεθοδολογικά προβλήματα, τα μειονεκτήματα και τις δυσκολίες στην προσέγγιση του δείγματος, αρκετά από τα ευρήματα παρουσιάζουν ενδιαφέρον και παρατίθενται.

Συζήτηση αποτελεσμάτων

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος κατάγεται από την Αλβανία (80,9%) και ακολουθούν άλλες βαλκανικές χώρες, όπως η Βουλγαρία (10,6%) και η Ρουμανία (4,31%). Αν και τα ποσοστά εμφανίζονται αρκετά πιο αυξημένα στην παρούσα μελέτη, εντούτοις οι εθνικότητες των μεταναστριών που καταλαμβάνουν τις πρώτες θέσεις στον πίνακα ακολουθούν την ίδια τάση με αυτήν της ΕΣΥΕ.²⁸ Αυξημένο ποσοστό των μεταναστριών δηλώνουν Χριστιανές Ορθόδοξες (34,8%), γεγονός που πιθανόν οφείλεται στο ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό γυναικών αλλάζουν θρήσκευμα και όνομα προκειμένου να γίνουν αποδεκτές από τη χώρα υποδοχής. Το 82,9% έχουν από 1–2 παιδιά, γεγονός που καταδεικνύει την προσαρμογή του πληθυσμού στο ρυθμό γεννήσεων της χώρας υποδοχής.²⁹ Η παρατήρηση αυτή έρχεται σε

αντίθεση με τα ποσοστά γεννήσεων της Αλβανίας, η οποία εμφανίζει το μεγαλύτερο δείκτη γεννήσεων στην Ευρώπη.³⁰ Η ύπαρξη συγγενικών δικτύων στα 100 m διαμονής από τις μετανάστριες του δείγματος συμφωνεί με άλλες μελέτες, οι οποίες έχουν τεκμηριώσει ότι οι μετανάστες συχνά επιλέγουν τον τόπο μελλοντικής κατοικίας τους με βάση το σημείο εγκατάστασης των συγγενών τους.³¹

Τέσσερις στις 5 γυναίκες αποφάσισαν να μεταναστεύσουν για οικονομικούς λόγους, επιβεβαιώνοντας τον τίτλο του οικονομικού μετανάστη και αντικρούοντας τα στοιχεία της εφημερίδας «Μεσόγειος» (9.1.2005), η οποία αναφέρει ότι οι γυναίκες αποφασίζουν να μεταναστεύσουν κυρίως λόγω οικογενειακής συνένωσης. Στο Δήμο Γαζίου, το 38% των γυναικών διαμένει >6 έτη. Στην περιφέρεια Κρήτης, >5 έτη διαμένει το 32,6% του εν λόγω πληθυσμού.²⁸ Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνει ότι ο συγκεκριμένος δήμος αποτελεί μια αρκετά σταθερή βάση, επειδή οι μετανάστες –από τη φύση τους– μετακινούνται συχνά, καθώς και ότι ο πληθυσμός έχει τη δυνατότητα να βρει εργασία χειμώνα-καλοκαίρι. Αποτέλεσμα της μακρόχρονης παραμονής στην Ελλάδα είναι ότι ποσοστό 79% του δείγματος γνωρίζει την ελληνική γλώσσα από καλά έως πολύ καλά. Η παρατήρηση αυτή συμφωνεί τόσο με τα χρόνια παραμονής των μεταναστριών στην Ελλάδα, όσο και με το γεγονός ότι 68% των παιδιών τους φοιτούν στο ελληνικό σχολείο. Αξιοσημείωτη ήταν η αντίδραση των γυναικών όταν συμπλήρωναν τη δήλωση συμμετοχής και διάβαζαν το ενημερωτικό έντυπο μεταφρασμένο στη μητρική τους γλώσσα. Αν και οι περισσότερες έδειχναν ευχαριστημένες από την προσπάθεια των ερευνητών να τις προσεγγίσουν, εντούτοις συχνά ανέφεραν ότι είχαν ξεχάσει να διαβάζουν τη μητρική τους γλώσσα, ενώ, παράλληλα, εξέφραζαν ανησυχία για το ότι τα παιδιά τους δεν ήθελαν να μάθουν να μιλούν και να γράφουν στη μητρική τους γλώσσα.

Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας των μεταναστριών δεν διαφέρει σημαντικά από την αντίστοιχη του ελληνικού πληθυσμού. Σε σχετική μελέτη, οι Έλληνες αξιολόγησαν σε ποσοστό 70,2% από πολύ καλή έως καλή¹⁸ την υγεία τους. Οι μετανάστριες της μελέτης ανέφεραν επίσης υψηλά επίπεδα καλής υγείας (63,8%), χωρίς αυτό να είναι προτυποποιημένο προς άλλους παράγοντες, όπως η ηλικία. Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να ερμηνευτεί με δύο τρόπους. Είτε ισχύει το «φαινόμενο του υγιούς μετανάστη» (healthy immigrant), σύμφωνα με το οποίο εκείνοι που αποφασίζουν να μεταναστεύσουν αποτελούν το πλέον υγιές τμήμα του πληθυσμού από τον οποίο προέρχονται,^{28,31} είτε γιατί με την πάροδο του χρόνου η υγεία των μεταναστών συγκλίνει όλο και περισσότερο με αυτή της φιλοξενούσας χώρας.²⁹ Ένα ακόμη στοιχείο που έρχεται να επιβεβαιώσει το γεγονός ότι πρόκειται για ένα υγιές δείγμα του πληθυσμού είναι η απουσία

μόνιμων ασθενειών ή αναπηριών (80%). Επιπρόσθετα, από μια σειρά συνηθισμένων συμπτωμάτων, η πλειοψηφία των απαντήσεων συγκεντρώθηκε στο ότι οι ερωτώμενες, τον τελευταίο χρόνο, «ποτέ» δεν είχαν ενόχληση από αυτά. Παρά τις παραπάνω υποθέσεις, θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθεί εδώ ότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα οι μετανάστριες να αντιλαμβάνονται και να αυτοαξιολογούν την υγεία με διαφορετικά κριτήρια από εκείνα του γενικού πληθυσμού της χώρας υποδοχής. Δυστυχώς, ελάχιστες είναι οι μελέτες που συσχετίζουν την ΥΑΥ με άλλους παράγοντες υγείας σε μεταναστευτικούς πληθυσμούς και ειδικά σε γυναίκες.³²

Σε σχέση με τη γυναικολογική υγεία των γυναικών, ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι το 72% του δείγματος δεν είχε υποβληθεί σε εξέταση κατά Παπανικολάου τα 3 τελευταία χρόνια, ενώ οι περισσότερες από αυτές δεν γνώριζαν ή δεν είχαν ακούσει ποτέ για τη συγκεκριμένη εξέταση. Αυτό θεωρείται αναμενόμενο, αφού οι μετανάστριες προέρχονται από συστήματα υγείας που δεν αποδίδουν την πρόβλεψη σημασία στον προληπτικό έλεγχο και τον οικογενειακό προγραμματισμό.³³

Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει ότι το ποσοστό των γεννήσεων/εκτρώσεων ήταν 3:1 για τις μετανάστριες του δείγματος, ποσοστό μάλιστα αυξημένο σε σχέση με μελέτη της UNICEF (2000) και του INTSAT (2000), όπου το αντίστοιχο ποσοστό στην Αλβανία υπολογίστηκε σε 2,2:1, ενώ είναι γνωστό από τη βιβλιογραφία ότι σε αυτές τις χώρες των Βαλκανίων η έκτρωση αποτελεί μέτρο αντισύλληψης.^{34,35} Επιβαρυντικό παράγοντα για τις εκτρώσεις αποτελεί το γεγονός ότι οι ερωτώμενες αφ' ενός δεν γνωρίζουν τα μέτρα αντισύλληψης και αφ' ετέρου δεν τα χρησιμοποιούν (52%). Εντούτοις, τα διαθέσιμα στοιχεία από κοινωνιολογικές μελέτες για τις γυναίκες που προχωρούν στην άμβλωση έχουν καταδείξει ότι οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως το εκπαιδευτικό επίπεδο, η γλώσσα, η απασχόληση, η οικογενειακή κατάσταση, το πολιτιστικό υπόβαθρο, η σεξουαλική εκπαίδευση και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και τον οικογενειακό προγραμματισμό, επηρεάζουν τον αριθμό των ανεπιθύμητων κυήσεων και αμβλώσεων σε μια κοινωνία.³⁶ Επιπλέον, οι γυναίκες μετανάστριες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο λόγω κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, όπως το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και η ανεργία, οι οποίοι είναι γνωστό ότι επηρεάζουν τον αριθμό ανεπιθύμητων κυήσεων και αμβλώσεων σε οποιαδήποτε κοινωνία.³⁷

Στη συγκεκριμένη μελέτη, η εκπαιδευτική βαθμίδα και η απασχόληση των μεταναστριών δεν διαφοροποίησε την υποκειμενική αντίληψη της υγείας τους, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα άλλων μελετών, στις οποίες η εκπαίδευση και η εργασία σχετίζονταν θετικά

με αυτή.^{18,23} Επίσης, στη μελέτη των Angel et al η μεγάλη ηλικία, το φύλο, η χαμηλή εκπαιδευτική βαθμίδα και το χαμηλό εισόδημα συσχετίζονταν αρνητικά με την κακή ΥΑΥ των μεταναστριών.³⁸

Η θετική συσχέτιση απουσίας ασθένειας ή αναπηρίας με την καλή υγεία έχει αναφερθεί σε σειρά μελετών.^{15,18,23} Επιπρόσθετα, ο Shadbolt παρατήρησε ότι οι γυναίκες με χρόνιες ασθένειες είναι πιο πιθανό να αποτιμούν την υγεία τους από κακή έως μέτρια.³⁹ Αν και στην παρούσα μελέτη δεν αποδεικνύεται η σχέση της απουσίας ασθένειας με την ΥΑΥ, εντούτοις μέσα από την ικανοποίηση που δηλώνουν οι μετανάστριες για την προσωπική τους υγεία και τον εαυτό τους φαίνεται να υπάρχει θετική συσχέτιση με το γεγονός ότι αποτιμούν την υγεία τους από πολύ καλή έως καλή.

Ο αριθμός των παιδιών σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με την ΥΑΥ. Περίπου μία στις δύο μητέρες με δύο παιδιά δήλωσαν από πολύ καλή έως καλή υγεία. Αντίθετα, σε μια μελέτη σε μετανάστριες στον Καναδά, οι γυναίκες που δεν είχαν παιδιά ήταν λιγότερο πιθανό να αναφέρουν κακή υγεία και χρόνια νοσήματα.⁴⁰ Επίσης, γυναίκες με ή χωρίς σύζυγο αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα άγχους, κακή υγεία και ευημερία αναλογικά με τον αριθμό των παιδιών τους.⁴¹ Παρόλα αυτά, απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση της ανωτέρω συσχέτισης, επειδή ενδεχομένως το εύρημα αυτό οφείλεται σε μια σειρά παραγόντων όπως η ηλικία των παιδιών, η οικογενειακή κατάσταση, η φοίτηση των παιδιών σε σχολείο, η απασχόληση της μητέρας, το υποστηρικτικό δίκτυο και η οικονομική κατάσταση της οικογένειας.¹⁷

Από μια σειρά παραγόντων ικανοποίησης που μετρήθηκαν σε σχέση με την ΥΑΥ, αν και αναμενόταν από τη βιβλιογραφία ότι το εισόδημα θα σχετιζόταν θετικά με την ΥΑΥ, η συσχέτιση αυτή δεν τεκμηριώθηκε.³ Αντίθετα, στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε για μια σειρά παραγόντων, όπως η ικανοποίηση από τη ζωή, το σύζυγο, τον εαυτό τους και την προσωπική υγεία των μεταναστριών. Η ικανοποίηση από τη ζωή ορίζεται ως η σφαιρική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ενός προσώπου βασισμένη σε συγκεκριμένα ατομικά κριτήρια.⁴² Ο ανωτέρω ορισμός προτείνει ότι η ικανοποίηση της ζωής κάποιου δεν είναι ένα καθολικά αποδεκτό κριτήριο, ιδιαίτερα όταν επικεντρώνεται σε ομάδες διαφορετικής εθνικής προέλευσης, που μπορεί να έχουν διαφορετικές αξίες και αντιλήψεις γι' αυτό που χαρακτηρίζει κάποιος «καλή ζωή».⁴² Μελέτη στην Αυστραλία αναφέρει ότι οι γυναίκες που ήταν ικανοποιημένες από τη ζωή τους και γνώριζαν καλά τη γλώσσα της χώρας υποδοχής ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν πολύ καλή υγεία.⁴² Επίσης, στην ίδια μελέτη τεκμηριώνεται ότι οι γυναίκες που ήταν ευχαριστημένες με το σύζυγο και τη συζυγική τους ζωή δήλωναν περισσότερο ικανοποιημένες με τη ζωή και την υγεία τους.⁴³ Η ικανοποίηση από το σύζυγο επίσης

αναφέρεται ως προστατευτικός παράγοντας για την καλή υγεία των γυναικών, επειδή παρέχει κοινωνική υποστήριξη και οικονομική ασφάλεια.⁴¹

Για τα συμπτώματα υγείας του τελευταίου έτους, όπως η κόπωση, η ζάλη, ο πυρετός, οι αϋπνίες, βρέθηκε ότι έχουν στατιστικά σημαντική σχέση και μάλιστα αρνητική με την ΥΑΥ.²³ Αντίθετα, για συμπτώματα όπως οι έμετοι, οι κεφαλαλγίες, η νευρική κατάσταση, το άγχος και η κατάθλιψη δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση. Για τα τελευταία συμπτώματα και κυρίως για το άγχος, τη νευρική κατάσταση και την κατάθλιψη, υπήρξε αμφιβολία σχετικά με το αν οι ερωτώμενες αντιλαμβάνονταν το νόημα των συμπτωμάτων και τους έδιναν το ίδιο περιεχόμενο με αυτό που αντιλαμβάνεται ο πληθυσμός της χώρας υποδοχής. Γενικά, θεωρούνται δύσκολες έννοιες και εύκολα μπορούν να λάβουν διαφορετική σημασία ή βαρύτητα.³ Ιδιαίτερα για το άγχος, μελέτες σε μεταναστευτικούς πληθυσμούς έδειξαν διάφορους τύπους stress που επηρεάζουν την υγεία, όπως ο τύπος ή η τοποθεσία της εργασίας, οι αυξημένες υποχρεώσεις λόγω εκτεταμένου κοινωνικού δικτύου, η έκθεση στο οινόπνευμα και οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες.⁸

Συνοψίζοντας, παρά τα αναφερόμενα αποτελέσματα των διαφόρων μελετών, οι οποιοσδήποτε συσχετίσεις δεν

θα πρέπει να γίνονται αβασάνιστα αποδεκτές για την ερμηνεία της ΥΑΥ των μεταναστριών ούτε και να γενικεύονται, αλλά οφείλουν να διερευνώνται σε σχέση με μια σειρά παραμέτρων, όπως η εθνικότητα, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, οι συνθήκες μετανάστευσης, η χώρα υποδοχής κ.λπ., προκειμένου να χαρακτηριστούν ως αντικειμενικές. Οι μετανάστριες μητέρες της παρούσας μελέτης αναφέρουν υψηλή υποκειμενική αντίληψη της υγείας τους, χωρίς συμπτώματα τον τελευταίο χρόνο και με ικανοποίηση από μια σειρά παραγόντων που μετρήθηκαν. Το κρίσιμο ερώτημα όμως είναι αν όλα αυτά θα εξακολουθούν να υφίστανται με την πάροδο του χρόνου και την παραμονή τους στη χώρα υποδοχής, λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι η υγεία τους πλήττεται από παράγοντες όπως το άγχος, η φτώχεια, η ανεργία, η «μαύρη» εργασία και ο κοινωνικός αποκλεισμός. Σημαντική παράμετρο των όποιων παρεμβάσεων, η οποία θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν, αποτελεί το γεγονός ότι οι μετανάστριες μητέρες συνθέτουν μια ιδιαίτερη κοινωνική ομάδα, η οποία έχει ανάγκη από στοχευμένη υποστήριξη και παρεμβάσεις προκειμένου να βελτιωθούν –σε συνδυασμό με όλα τα άλλα μέτρα– η προσβασιμότητά τους σε μονάδες οικογενειακού προγραμματισμού και οι επιλογές τους σε μεθόδους αντισύλληψης, ώστε να αποφευχθούν ανεπιθύμητες κυήσεις και αμβλώσεις.

ABSTRACT

The subjective perceptions of health of immigrant mothers

K. KOUTRA,^{1,2} H. EULAMPIDOU,¹ T. ROUMELIOTAKI,¹ A. KOUTIS,¹ A. FILALITHIS¹

¹Faculty of Medicine, University of Crete, Postgraduate Programme of Public Health & Health Care Management, Herakleion, ²Department of Social Work, Technological Educational Institute (TEI) of Crete, Herakleion, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2010, 27(1):78–87

OBJECTIVE To record the health conditions and investigate the factors that influence the subjective perceptions about health of immigrant mothers residing in the Municipality of Gazi in Crete. **METHOD** Immigrant women in the Municipality of Gazi were recruited via their informal networks and a poster campaign. Information on the subjective perceptions of health of the immigrant mothers was elicited using a face-to-face structured interview technique. **RESULTS** In the course of the research, home visits were made on 47 women who agreed to participate, at which time interviews were conducted. The percentage of the interviewees who reported a chronic illness (20%) was found to be lower than that in the general population. A small number of the sample (8%) had visited the doctor in the two weeks before the interview. The majority of the women (72%) had not undergone a Pap test for at least three years. The abortion to birth ratio was 3:1 and use of birth control was reported by 48% of the women. The common symptoms that the interviewees reported during the course of the previous year were negatively correlated with their subjective perceptions of health. A positive correlation was observed between their degree of satisfaction with their lives and other factors which were investigated, such as satisfaction with their husbands, themselves and their health. **CONCLUSIONS** The findings of the study indicate the need for improved cooperation of the immigrant mothers with organizations and services of the municipalities and the strengthening of inter-social and inter-cultural communication.

Key words: Health, Immigrant mothers, Subjective perception of health

Βιβλιογραφία

1. REMENNICK L. Immigration, gender, and psychosocial adjustment: A study of 150 immigrant couples in Israel. *Sex Roles* 2005, 53:847–864
2. CUNNINGHAM SA, RUBEN JD, VENKAT NARAYAN KM. Health of foreign-born people in the United States: A review. *Health Place* 2008, 14:623–635
3. MEADOWS LM, TRUSTON WE, MELTON CH. Immigrant women's health. *Soc Sci Med* 2001, 52:1451–1458
4. HOLMES SM. An ethnographic study of the social context of migrant health in the United States. *PLoS Med* 2006, 3:1776–1793
5. DEY AN, LUCAS JW. Physical and mental health characteristics of US- and foreign-born adults: United States, 1998–2003. *Adv Data* 2006, 369:1–19
6. MARSHALL KJ, URRUTIA-ROJAS X, MAS FS, COGGIN C. Health status and access to health care of documented and undocumented immigrant Latina women. *Health Care Women Int* 2005, 26:916–936
7. BROWN WM, CONSEDINE NS, MAGAI C. Time spent in the United States and breast cancer screening behaviours among ethnically diverse immigrant women: Evidence for acculturation? *J Immigr Minor Health* 2006, 8:347–358
8. WILSON D. Women's roles and women's health: The effect of immigration on Latina women. *Womens Health Issues* 1995, 5:8–14
9. ANDREWS T, YBARRA VD, MIRAMONTES T. Negotiating survival: Undocumented Mexican immigrant women in the Pacific Northwest. *Soc Sci J* 2002, 39:431–449
10. ANTONUCCI TC, FUHRER R, DARTIGUES JF. Social relations and depressive symptomatology in a sample of community-dwelling French older adults. *Psychol Aging* 1997, 12:189–195
11. LOPEZ-GONZALEZ L, ARAVENA VC, HUMMER RA. Immigrant acculturation, gender and health behaviour: A research note. *Soc Forces* 2005, 84:581–593
12. DOTEVALL A, ROSENGREN A, LAPPAS G, WILHELMSEN L. Does immigration contribute to decreasing CHD incidence? Coronary risk factors among immigrants in Goteborg, Sweden. *J Intern Med* 2000, 247:331–339
13. GROSS R, BRAMMLI-GREENBERG S, REMENNICK L. Self-rated health status and health care utilization among immigrant and non-immigrant Israeli Jewish women. *Women Health* 2001, 34:53–70
14. FORNA F, JAMIESON DJ, SANDERS D, LINDSAY MK. Pregnancy outcomes in foreign-born and US-born women. *Int J Gynaecol Obstet* 2003, 83:257–265
15. REIJNEVELD SA. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in the Netherlands: Do socioeconomic factors explain their adverse position? *J Epidemiol Community Health* 1998, 52:298–304
16. WALKER RL. Acculturation and acculturative stress as indicators for suicide risk among African Americans. *Am J Orthopsychiatry* 2007, 77:386–391
17. BENYAMINI Y, IDLER E, LEVENTHAL H, LEVENTHAL E. Positive affect and function as influences on self-assessments of health: Expanding our view beyond illness and disability. *J Gerontol Ser A: Psychol Sci* 2000, 55B:107–116
18. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΓΚΡΕΓΚΟΡΥ Σ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ. *Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό*. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2003
19. KRAUSE NM, JAY GM. What do global self-rated health items measure? *Med Care* 1994, 32:930–942
20. BORG V, KRISTENSEN TS. Social class and self-rated health: Can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Soc Sci Med* 2000, 51:1019–1030
21. THOMAS FC, KENNEDY S. The reliability of self-assessed health status. *J Health Econ* 2002, 21:643–658
22. BENYAMINI Y, IDLER EL. Community studies reporting association between self-rated health and mortality. *Res Aging* 1999, 21:393–340
23. VEENSTRA G. Social capital, SES and health: An individual-level analysis. *Soc Sci Med* 2000, 50:619–629
24. ΦΙΛΑΛΛΗΘΗΣ ΑΕ, ΒΛΑΧΟΝΙΚΟΛΗΣ Ι, ΚΟΥΚΟΥΛΗ-ΓΡΑΒΑΝΗ Σ. Η έρευνα ερωτηματολογίου υγείας στις Αρχάνες. Α' μέρος: Οι δείκτες υγείας. *Mat Med Gr* 1990, 18:330–338
25. ΦΙΛΑΛΛΗΘΗΣ ΑΕ, ΒΛΑΧΟΝΙΚΟΛΗΣ Ι, ΚΟΥΚΟΥΛΗ-ΓΡΑΒΑΝΗ Σ. Η έρευνα ερωτηματολογίου υγείας στις Αρχάνες. Β' μέρος: Οι δείκτες χρήσης υπηρεσιών υγείας. *Mat Med Gr* 1990, 18:439–448
26. ANONYMOUS. Health status, health needs and utilization of health services in 2000. Report on the analysis for adult population in Serbia: Differences between domicile population, refugees and internally displayed persons. Institute of Public Health of Serbia, WHO. Emergency and Humanitarian Assistance Office Belgrade, ECHO; Humanitarian Office of the European Union, 2000
27. BOWLING A. *Research methods in health. Investigating health and health services*. Open University Press, Buckingham, 2002
28. ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΕΛΛΑΔΟΣ. Απογραφή 2001
29. DUNN JR, DYCKI. Social determinants of health in Canada's immigrant population: Results from the National Population Health Survey. *Soc Sci Med* 2000, 51:1573–1593
30. ΔΟΓΛΕΡΑΣ ΑΠ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ. Η υγεία στα Βαλκάνια. Στο: Διασυνοριακό Πρόγραμμα INTERREG Π, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. *Η υγεία του πληθυσμού*. Εκδόσεις Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα, Ελλάδα, 2002:3
31. BONKA SB, FRIEZE IH. Toward a concept of a migrant personality. *J Soc Issues* 2001, 57:447–491
32. CUNNINGHAM SA, RUBEN JD, NARAYAN VKM. Health of foreign-born people in the United States: A review. *Health Place* 2008, 14:623–635
33. REGIONAL OFFICE FOR HEALTH FOR ALL DATABASES, EUROPEAN OBSERVATORY IN HEALTH CARE SYSTEMS. Health Care Systems in Transition, Albania, WHO, Copenhagen, 1999
34. ANONYMOUS. Assessment of social and economic conditions of districts in Albania. Ministry of Health of Albania, UNISEF, 2000
35. MESTHENEOS E, SEXTANT CO. Migrants in the Balkans. Some health related aspects from a Greek perspective. In: Ritsatakis A, Levett J, Kyriopoulos J (eds) *Neighbours in the Balkans. Initiating a dialogue for health*. WHO/EURO, National School of Public Health, Athens, 1999:61

36. BANKOLE A, SINGH S, HAAST. Characteristics of women who obtain induced abortion: A worldwide review. *Int Fam Plan Perspect* 1999, 25:68–77
37. HENSHAW S, KOST K. Abortion patients in 1995–1995: Characteristics and contraceptive use. *Fam Plann Perspect* 1996, 28:140–147
38. ANGEL JL, BUCKLEY CJ, FINCH BK. Nativity and self-assessed health among pre-retirement age Hispanics and non-Hispanic Whites. *IMR* 2001, 35:784–803
39. YANG K. Self-assessments of health by Korean immigrant women. *Health Care Women Int* 2007, 28:329–338
40. VISSANDJEE B, DESMEULES M, CAO Z, ABDOL S. Integrating socio-economic determinants of Canadian women's health. *BMC Women's Health* 2004, 4(Suppl 1):S34
41. McLEAN H, GLYNN K, ANSARA D. Multiple roles and women's mental health in Canada. *BMC Women's Health* 2004, 4(Suppl 1):S3
42. VIRTA E, SAM DL, WESTIN C. Adolescents with Turkish background in Norway and Sweden: A comparative study of their psychological adaptation. *Scand J Psychol* 2004, 45:15–25
43. KELAHER M, WILLIAMS G, MANDERSON L. Population characteristics, health and social issues among Filipinas in Queensland, Australia. *JEMS* 2001, 27:101–114

Corresponding author:

K. Koutra, Department of Social Work, TEI of Crete, Petrokefalo, Gorgolaini Municipality, Heraklion, Crete, Greece
e-mail: kkoutra@seyp.teiher.gr

.....