

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ:
«ΔΙΕΘΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗ-ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΡΑΒΟΦΩΝΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.
Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑΣ ΣΚΑΡΑΜΑΓΚΑ.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΚΟΥΤΣΩΝΗ ΣΥΡΑΓΩ

A.M. 20160134

ΑΘΗΝΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΗΣ 2018

MASTER OF SCIENCES:
«INTERNATIONAL MEDICINE – HEALTH CRISIS MANAGEMENT»

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS
SCHOOL OF MEDICINE

ACADEMIC DISSERTATION

SUBJECT: QUALITY OF LIFE OF ARABIC-SPEAKING REFUGEES
IN GREECE. THE CASE OF SKARAMAGAS CAMP.

POSTGRADUATE STUDENT: KOUTSONI SYRAGO

R.N.: 20160134

ATHENS, SEPTEMBER 2018

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ
ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας Κουτσώνη Συραγώ

Εξεταστική Επιτροπή

....., Επιβλέπων

....., Μέλος

....., Μέλος

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίσθηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση της^{ης} 20... για την αξιολόγηση και εξέταση της υποψήφιας κας. Κουτσώνη Συραγώ, συνεδρίασε σήμερα .../.../....

Η Επιτροπή διαπίστωσε ότι η Διπλωματική Εργασία του κας Κουτσώνη Συραγώ με τίτλο «ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΡΑΒΟΦΩΝΩΝ ΠΡΟΣΦΥΓΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑΣ ΣΚΑΡΑΜΑΓΚΑ» είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπειριστατωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους προτείνει την απονομή στον παραπάνω Μεταπτυχιακό Φοιτητή την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία ο υποψήφιος έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους, για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους, και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «(Άριστα/Λίαν Καλώς/Καλώς)& (Βαθμός).....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

....., Επιβλέπων (Υπογραφή)

....., Μέλος (Υπογραφή)

....., Μέλος (Υπογραφή)

Περίληψη

Εισαγωγή: Η παγκόσμια προσφυγική κρίση επηρέασε ιδιαίτερα τους Αραβόφωνους πληθυσμούς στη Μέση Ανατολή. Ως αποτέλεσμα αποκλείστηκαν δεκάδες χιλιάδες άνθρωποι στην Ελλάδα περιμένοντας για εγκρίσεις ασύλου, αποφάσεις μετεγκατάστασης ή επαναπατριsmού. Οι συνθήκες που επικρατούν στο ταξίδι και στους προσφυγικούς καταυλισμούς αποτελούν παράγοντες κινδύνου για τη σωματική και ψυχική υγεία. Πληθώρα ερευνών στον τομέα της δημόσιας υγείας χρησιμοποιεί αυτοαναφερόμενους δείκτες Ποιότητας Ζωής, για την εκτίμηση της επίδρασης των κοινωνικών προσδιοριστών στην υγεία. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής των αραβόφωνων προσφύγων που διαμένουν στην Ελλάδα.

Μέθοδοι: Η έρευνα αυτή επικεντρώνεται σε έναν απ' τους μεγαλύτερους προσφυγικούς καταυλισμούς της Αττικής, το κέντρο φιλοξενίας Σκαραμαγκά, στο οποίο διαμένουν περίπου 2500 πρόσφυγες. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με το ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής του WHO (WHOQOL-Bref) και συγκρίνονται με υπάρχουσες αναφορές των αποτελεσμάτων WHOQOL-Bref άλλων πληθυσμών προσφύγων, προκειμένου να δοθεί ένα πλαίσιο ερμηνείας και σχολιασμού στα ευρήματά μας.

Αποτελέσματα: Βρέθηκε ότι η μέση βαθμολογία στους τέσσερις τομείς WHOQOL – φυσική υγεία, ψυχολογική, κοινωνικό, περιβάλλον - είναι χαμηλή και μεταξύ των χαμηλότερων στον κόσμο. Συγκεκριμένα, οι πρόσφυγες από τον Σκαραμαγκά έχουν χαμηλότερα σκορ σε όλους τους τομείς σε σχέση με ένα δείγμα προσφύγων από το Κουρδιστάν και σε σχέση με ένα δείγμα γενικού πληθυσμού από 23 χώρες. Σε σύγκριση με τους πρόσφυγες από τη Δυτική Αφρική, σημειώνουν υψηλότερη βαθμολογία στον τομέα της φυσικής υγείας και στον κοινωνικό τομέα, αλλά χαμηλότερα στον ψυχολογικό τομέα. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον τομέα του περιβάλλοντος.

Συμπεράσματα: Αυτά τα ευρήματα μπορούν να βοηθήσουν στην περίπτωση χάραξης πολιτικής, αν και απαιτούνται περισσότερες έρευνες και σε άλλους προσφυγικούς καταυλισμούς στην Ελλάδα, προκειμένου να υπάρξει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα. Οι προσπάθειες βελτίωσης των διαφόρων τομέων που

καθορίζουν την ποιότητα ζωής πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά το σχεδιασμό πολιτικών ένταξης.

Λέξεις κλειδιά: Ποιότητα ζωής, Αραβόφωνοι πρόσφυγες, προσφυγική κρίση, WHOQOL-BREF ερωτηματολόγιο.

Abstract

Introduction: The global refugee crisis has affected disproportionately people in the Middle East. Eventually this situation has left stranded tens of thousands of people in Greece awaiting for asylum approvals, relocation or repatriation decisions. Conditions prevalent at the journey and at refugee camps are degenerating physical and mental health. A plethora of research in public health is using self-reported Quality of Life indicators to assess the impact of social determinants on health (SDOH). The aim of this study is to assess the quality of life of Arabic-speaking refugees residing in Greece

Methods: This project is focusing on one of the largest camps, namely Skaramagas camp, hosting approximately 2500 refugees. Data are collected with WHO's Quality of Life (WHOQOL-Bref) questionnaire and compared to existing reports of WHOQOL-Bref scores of other refugee populations, in order to provide context to our findings.

Results: We found that average score on the WHOQOL four domains –physical, psychological, social, environment- is low and among the lowest in the world. Specifically refugees from Skaramagas score lower on all domains than a refugee from Kurdistan and the general population norms from 23 countries. Compared with refugees from West Africa, they score higher on physical and social domains but lower on the psychological domain. No statistical differences were found on the environmental domain.

Conclusion: These findings can be helpful in case of policy making, although more research is required in other camp settings in Greece, in order to provide a more

comprehensive overview. Efforts of improvement of different facets-domains that determine Quality of Life, should be taken in consideration when drawing integration policies.

Keywords: Quality of Life, Arabic-speaking refugees, refugee crisis, WHOQOL-BREF questionnaire.

TABLE OF CONTENTS

1. INTRODUCTION AND BACKGROUND
 - 1.1. Why the Arabic-speaking population?
 - 1.2. Quality of Life and refugees
 - 1.3. Aim and objectives of study
 - 1.4. Description of Skaramagas setting

2. METHODS
 - 2.1 Sample
 - 2.2 Fieldwork
 - 2.3 Measures
 - 2.4 Statistical analysis

3. RESULTS
 - 3.1 Socio-demographic characteristic of respondents.
 - 3.2 Health status
 - 3.3 Domain scores
 - 3.4 Comparisons with bibliography

4. DISCUSSION
 - 4.1 Limitations

5. CONCLUSION

6. REFERENCES

7. APPENDIX 1: Extended Greek abstract.

Introduction

Intensifying conflicts in countries of Syria, Yemen, Afghanistan, Iraq and Libya have caused an unprecedented movement of people, resulting to one of the worst humanitarian crises of the 21st century. According to the United Nations Refugee Agency (UNHCR) figures, almost 5.5 million people have fled the Syrian conflict (1) seeking refuge in neighbouring countries. Along with the wave of people travelling for safety, there are also people travelling for complex reasons seeking a better life (2).

A significant number of them reached the Greek shores and mainland on their way to the European North. The vast majority arrived by boats crossing the Aegean from the Turkish coast. In March 2016, the European states sealed their borders and signed the EU-Turkey Statement (3), a so-called temporary measure to stop “irregular migration” to Europe. Choosing a policy of containment, a lot of countries intensified border controls, placed fences, made violent push-backs and amplified sea guarding forces (4,5). This border control agenda taken by some EU leaders, intending to fight illegal routes to Europe, has actually increased the demand for smugglers and led to alternative more dangerous routes as the only option for those seeking protection (2,6). Consequently, more than 16,000 people are dead or missing since 2014, trying to reach the Greek shores (7).

Currently there are 51,000 refugees and migrants registered in Greece, 39,500 of which are located in the mainland, and 11,500 stranded on the islands (8). Amongst them 3,400 separated and unaccompanied minors (9). The majority of refugees are staying in camps and almost 21,000 are accommodated in apartments and buildings in different cities under the UNHCR accommodation project (10). The mass influx of people compelled the formation of 54 temporary camps across Greece, that are now reduced to 37. According to the latest data from UNHCR since April 2018 (11), the numbers are distributed as follows: At Central Greece, currently there are 2 camps operating in Ritsona and Thermopiles hosting 1,240 people. In Thessalia the Koutsochero camp accommodates 682 people. North Greece has 4 camps hosting 814 people. In Central Macedonia there are 7 camps hosting 2,934 people and 3 more camps at Eastern Macedonia & Thrace, hosting 1,006 people. Western Greece in Andravida is hosting 216 people. The situation in the Greek islands is devastating as the numbers of people hosted are exceeding the available infrastructure. The Island of Lesbos is hosting 6,612 people accommodated in 2 camps Moria and Kara

Tepe. At Vial camp in Chios, 1.272 people are hosted. Samos island has 1.937 refugees at Vathy camp. In Leros there are 537 people at Lepida camp and PIKPA building. Kos camp is hosting 930 refugees and migrants. Countries of origin are mainly Syrian Arab Republic, Iraq and Afghanistan.

At present, there are five camps in the region of Attica (12). Eleonas is the most central camp located five minutes' walk from a metro station, hosting 1500 persons. Skaramagas camp is hosting the largest number of people (2500) in Attica region and is located in an industrial area 30 minutes from city centre. Schisto camp and Malakasa camp are accommodating 746 and 700 people respectively. There are estimates that almost 1000 unregistered refugees and migrants are scattered in squats in abandoned hotels and buildings of Athens.

These numbers are expected to rise dramatically by the end of 2018. Although arrivals are significantly lower compared to the mass flow of 2015, there were 7,343 new arrivals by sea and land during the first 4 months of 2018, a 67% increase compared to the same period of 2017 (13,14). At the same time, relocation procedures to the EU countries are advancing slowly (15). From the 66,400 places that have been allocated for relocation from Greece, only 22,000 have been granted so far (16). Eventually this situation has left tens of thousands people of stranded in Greece waiting for asylum approvals, relocation or repatriation decisions.

Against basic humanitarian rights and refugee laws, Greece has converted from a transit country a hosting one. Facing drastic austerity measures with important cuts of public employees, the bureaucratic and unprepared administration of Greece was overwhelmed. Our solidarity and philoxenia, enhanced by the international community and NGO's, has created many jobs in the sector providing humanitarian help for the refugees and reducing Greek unemployment at the same time. Nevertheless there are concerns whether this is enough to prepare an organized response to this humanitarian crisis.

Why the Arabic-speaking population?

The global refugee crisis has affected disproportionately people in the Middle East. For many decades the region has been a place of conflicts, tension and murky situations. Since the end of World War II, the establishment of Israel in 1948 and the US-Iraq War in 2003, the Middle East has produced the majority of world's refugees.

Recently, the Syrian civil war that started in 2011 after the Arab Spring, has had profound impact to the country itself, the Middle East and the international system.

The violence of the war has left thousand of casualties, a shattered health care system (17) and deterioration of immunisation programs. This context has allowed the re-emergence of communicable diseases in Syria and the hosting countries (18–20). Conditions prevalent during the journey and at the refugee camps are deteriorating physical and mental health. Concerns about health consequences of living in camps as a model of interception are raised, and their limitations as long-term solutions are evident (21,22). Chronic disease management is hindered: health system alienation and discrepancies occur, overcrowding and other detrimental factors lead to increased prevalence of health problems (19,23,24). Doocey et al, from neighbouring countries of Lebanon and Jordan, in studies among Syrian refugees, report a high prevalence of chronic diseases(25). Implications for each country's health system are immense and the burden on refugees for out of pockets expenses is troublesome (26,27).

In an emergency department in Switzerland the most common presentation of Syrian outpatients was surgical due to trauma, and medical due to acute infectious diseases (28). A research undergone in Brussels, amongst asylum seekers mainly from Iraq and Syria, showed that one out of seven patients suffered from injuries (29). Almost 9% of the study population were unaccompanied minors seeking asylum in Brussels. Another study in Turkey, amongst Arabic speaking parents studying their perceptions of their children's dental health, has found that dental pain was the largest concern of the parents and that albeit they were aware of the linchpin of oral hygiene, they declared to be unable to take proper care of their children(30).

Although research under the unstable environment of humanitarian emergencies might seem as a luxury, nevertheless there has been a significant amount of studies focusing on Middle East's refugees psychological status (22,31–34). A high prevalence of post-traumatic stress disorder, major depressive syndromes and generalized anxiety are evident. Accumulated exposure to severely traumatic events in place of origin, during the journey and on resettlement, can serve as explanations of these findings. Furthermore, the loss of a loved one was reported by 87,6% of Iraqi asylum seekers in Netherlands, and found to be an independent predictor of psychopathology (33). Long asylum procedures, bureaucracy and lack of

information, also have a significant effect in psychopathology (33,35). A recent report from MSF, documented the violence endured by refugees in their country of origin, during their journey, entering Turkey and tragically in Greece as well (35).

Quality of Life and refugees

The health of individuals and communities does not have a single dominant aspect but it is determined by a number of different factors combined together. A person's individual characteristics and behaviour, the physical environment and the social and economic environment are some of the main aforementioned factors. Also genetics, gender, education, income and social status, health services and so many others can be included in this list. Consequently it is more appropriate to say that people's health is a result of their context of life (36).

In a societal framework the conditions in which people are born, grow, work, live, and age, shape the Social Determinants of Health (SDOH) (37). These conditions affect a wide range of health, functioning, and Quality of Life outcomes and risks. It is well known that differences in health are more dramatic in communities with poor SDOH such as low income, substandard education, inappropriate housing, or unsafe neighbourhoods.

According to the WHO, Quality of Life (QOL) is defined as "the individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships and their relationship to salient features of the environment." (38)

As early as the 1970's impressively consistent findings showed that self-rating measures are the best predictors of health status and mortality, independently of other factors (39,40). Additionally, a plethora of research in public health is using self-reported QOL indicators to assess the impact of SDOH on health (41,42). Recently, QOL measures have proved useful in exploring societies and cultures in conflict-affected zones or in populations fleeing those situations such as refugees and migrants (42–44).

It is evident that migration can exacerbate the factors shaping the SDOH and eventually can be regarded itself as an additional layer of those factors (45). Various studies have shown how refugees are at increased risk of suffering from numerous

somatic and psychiatric disorders as compared to non-forced displaced immigrants. Pre-displacement stressors such as exposure to severe traumatic events can explain the high prevalence of mental disorders among refugee adults and children (32,46). Although some conflicts are short-lived, some others are endemic for decades, namely the examples of Palestine, Afghanistan, Kenya and Sierra Leone. In these cases the general societal conditions, exposing generations to higher cumulative environmental stressors may have a greater impact on self-rated health (47). However, studies measuring mental distress decades after the resettlement, point out that exposure to the new environment is also significant for the refugee's mental health(34).

Finally there have been some discussions to include the political domain in QOL frameworks. Research focusing specifically on Palestinians has tried to shed light on perceptions of "a holistic appreciation of life under occupation" (48). Findings show that political conditions that influence the senses of safety, stability and security, or questioning self-determination, involvement in decision-making and political freedom, are considered substantial determinants of people's QOL (43,44,49).

Aim and objectives of study

Currently there is no data, at least to our knowledge, on the quality of life of Arabic-speaking refugees residing in Greece. Arabic speakers are a rather homogeneous population in terms of culture and refugee experiences. They arrived in large numbers seeking refuge, experiencing sharp changes in their livelihoods. It is of utmost importance to collect and record data concerning the current status of this population in order to improve conditions and facilitate integration in the immediate future. This research addresses this gap and provides some valuable information on the health and well-being of refugees and migrants that are settled in Attica region. Consequently the aim of this study is to assess the quality of life of Arabic-speaking refugees residing in Greece and examine whether there are any differences in their QOL compared with refugees in other settings. The parent study is part of a bigger project that collected data from two camps of Attica and a squat hotel. This project is focusing on one of the largest camps, namely Skaramagas camp, hosting approximately 2500 refugees. Data were collected with WHO Quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire and compared to existing reports of WHOQOL-BREF scores of other refugee populations, in order to provide context to our findings.

Specific research questions are: a) What are the characteristics of the QOL of Arabic-speaking refugees residing in Skaramagas camp? b) Do refugees residing in Skaramagas camp report higher levels of QOL than refugees residing in other settings?

Null hypothesis H₀. There is no difference between the QOL of refugees residing in Skaramagas camp and refugees residing in other camps of the world.

Description of setting

Apart from the general context of the setting, it is more practical to describe the circumstances from a Social Determinants point of view. For the purpose of this research, it will be helpful to organize the SDOH around five key domains as developed by the Healthy People 2020 initiative:

- Economic Stability
- Education
- Health and Health Care
- Neighbourhood and Built Environment
- Social and Community Context (50)

Skaramagas camp is one of the biggest camps in Athens. It was created in the spring of 2016 in order to evacuate the refugees settled in haste at the port of Piraeus. It is located in a vast industrial area in the gulf of Elefsina next to the port. The camp is under the jurisdiction of the Ministry of Migration Policy, however the land is owned by the Navy which means they oversee operations and have staff present on the ground. This site is accommodating 2.500 persons, operating in full capacity. Half of the camp's population is children and young males account for 30% of the people. The vast majority of refugees are Syrian Arabs and Kurds, as well as Iraqis and Afghans (51).

Neighbourhood and Built Environment

Refugees are hosted in approximately 400 caravans, trailer-like homes. These caravans have one or two room spaces divided, usually shared with different families. There are 377 single person households and 525 two or more person households. These caravans are lined up in rows that lead to a common area with offices for non-governmental organizations (NGOs), a community centre, a

playground and football court. Although it's an open camp, which means refugees are free to move in and out, police officers are present in the entrance but with no active role on checking the passage of people.

While waiting for the relocation process, which sometimes takes up to years, refugees are seeking a semblance of normality. Although the caravans are equipped with luxuries like refrigerators, convection ovens, air-conditioning units and plumbing, they are still unfamiliar surroundings. In an effort to create more home-like neighbourhoods people outfit their caravans, putting flowers outside their windows or even expanding the entrances with patchwork prostheses resembling to "front yards".

Social and Community Context

Unfortunately, since April 2017 there is no management structure in Skaramagas camp. This implies a series of problems and a difficulty to determine who is in charge of what. There is no official list of the people residing at the camp, plus there are a lot of people who are not registered in this camp or any other, mainly due to lack of information and appropriate guidance. As a result they are not able to access the available services or even receive the financial benefits they are entitled to. It seems most of them have relatives in northern Europe that support them financially. Lack of administration allows for some kind of outlawed transactions, such as "renting" or "selling" containers among refugees. Prices can rise up to 800 Euros for one container. Although this may serve as a temporary solution for wandering or homeless people it is against all humanitarian principles.

Feelings of uncertainty about the future, along with lack of organization and information definitely add excess burden to the already bad psychological state of refugees. Often outbreaks of violence, fights and vandalisms threaten the safety of the camp space. When they are not discussing about the main issue of concern which is relocation, men play football and women cook or stay with the children or take the bus to go to the centre of Athens for a walk or shopping. Staying up late, drinking alcohol has become the routine for most young men suffering from prolonged periods of inactivity. Often during the collection of questionnaires a lot of people were eager to talk about their problems in a desperate and sometimes angry manner, expressing intense feelings of hopelessness.

Economic Stability

Economy has bloomed in the camp by the refugees themselves. Mini-marketplaces have sprung up, in order to cover supplementary necessities that are not provided from camp authorities and NGOs. Also running business helps them financially as well as provides some kind of self-determination they were familiar with. There are grocery shops, hairdresser and barber shops, a billiard table and cigarette booths. In a walk along the western seaside border of the camp one can find stands selling falafel or snacks, soft-drinks, and a lot of refugees fishing or socializing in groups. Prices are very cheap even for guests and staff of the camp and very often you probably won't get charged at all. The shops are made of scrap wood and metal and white United Nations-issued tarpaulin. Enterprising refugees get their appliances and products from a second-hand market in Athens' Eleonas neighbourhood, or Omonoia's cheap markets (52).

Health and Health Care

Health care services in the camp are provided at the moment entirely from Keelpno – Greece's Centre for Disease Control and Prevention. Hellenic Red Cross was contributing in primary health care also with valuable services but withdrew in February 2018. Health clinics are open from Monday to Friday from 9-3 and staff consists of a psychologist, internal medicine doctor, pediatrician, dentist and of course translators. One can imagine how busy these clinics can get in order to attend the population of 2500 refugees. Our estimate is that health literacy is relatively low in Skaramagas camp. During conversations with refugees asking us for medical help, we realized that a lot of them were not aware of the medical services offered at the campsite, or even the exact location of the clinics.

Education

As of February 2018, all minors from 6 to 15 years old have access to free education. In state schools outside of the camp typical schools, in the afternoon, after the end of the morning classes, there are special classes for the students of Skaramagas. They are transported there with buses of the International Organization of Migration. For the youngest there is a state kindergarten inside the camp. All the children enrolled in public schools are taught in Greek. Also, some NGOs offer supplementary teaching programs for children and adults during the morning hours.

METHODS

Sample

By design, this is a cross-sectional study. Study population comprised of Arabic-speaking men and women aged 18 years old and above, seeking international protection and having arrived in Greece since 2011, living in the same residence/camp for the last three months. Data was collected as part of a greater project that included two camps and a squat hotel in Athens. The present study is focusing on the camp of Skaramangas (n=301) in the Prefecture of Attica. Sample collection was conducted within the period from February to March 2018.

Fieldwork

To collect demographic data as well as information on perceived quality of life, we used the translated in Arabic and validated version of WHOQOL-BREF questionnaire (53,54). Magpi application on tablets and smart phones was used for filling-in the questionnaires. Apart from being a quick and convenient tool, the use of Magpi application helps in preventing errors during data collection and facilitates analysis.

Due to lack of official administration in Skaramagas site, there is no official information concerning population statistics from updated registration sources. This created some obstacles in the calculation of our sample. Estimates taking in account the latest official records as well as information from NGO's operating on site, converge that our study population was approximately 1000 people. We decided to use the door to door approach in order to collect our sample. We visited all the caravans of the camp, one by one, following the camp's maps with the purpose to locate all the persons that were inside at that time and met the study's eligibility criteria. Since it was unlikely that they would accept to come to a private room that would ensure privacy, the data collection was inevitably performed inside the caravans. Initially the scope of the research was clearly and comprehensively described to each one of the respondents. It was made clear to them that all the information collected via the questionnaires is anonymous and strictly confidential and any referral to the results will be general and by no means recognizable. Subsequently, they were requested to fill-in the questionnaire. The interpreter assisted those who were illiterate

Measures

Instrument

The definition of health as being not merely the absence of disease or infirmity raised the need of QOL measurements in clinical trials and epidemiological studies to assess the impact of miscellaneous procedures and other conditions on the subject's general feeling of well being. Psychometric measurements of QOL are particularly addressed to special groups of people like heavily ill or disabled patients, caregivers of the elderly, immigrants, homeless, refugees and generally individuals who live in highly stressful conditions.

In 1997 WHOQOL Group has developed WHOQOL-BREF questionnaire, as a psychometric quality of life assessment tool, to be used explicitly globally and cross-culturally. It was developed in 15 international field centres simultaneously, involving patients, community members and health professionals. WHOQOL-BREF came to address the needs of studies that need a reliable and accurate but also brief and convenient way to use questionnaire on quality of life assessment. It has been initially assessed in 23 countries (n=11,830). One of its beneficial characteristics is that it can be easily used in cross-cultural studies, as it was simultaneously developed in diverse cultures and the terms included in it is culture-neutral. It has been shown that WHOQOL-BREF is quite adequate to assess domains relevant to quality of life in miscellaneous cultures worldwide.

Later the tool was cross-validated in an international study on the natural history of depression (n=2,359). It was proved that WHOQOL-BREF is a valid and reliable psychometric instrument appropriate for use in multicultural settings (Amir et al. 2003) (Skevington 2004) A recent meta-analysis which examined the WHOQOL-BREF responsiveness, including 117 papers (n=2,084), regarding 11 different cultures showed that interventions, treatments and major changes in life significantly affect the instrument's domain scores (SVG) regardless of the age of the individuals and the time between the initial interview and the follow-up.

As the study-population comprised solely of Arabic speakers, we used the Arabic version of WHOQOL-BREF, which has been proven to be a valid cross-cultural instrument, with psychometric properties very similar to the WHO 23 country report. It was developed by Ohaeri and Awadalla in 2009 and was evaluated by them in Kuwait. Both the intra-class correlation for the test-retest statistic and the internal

consistency values for the full questionnaire, as well as the domains had a Cronbach's $\alpha \geq 0.7$. Seven years later, Heyam F. Dalky et al (55), in order to conduct a study on the burden of mental illness stigmatization in Jordan, they decided to proceed to a new evaluation of the psychometric properties of the Arabic version of WHOQOL-BREF in advance to their main study. They also found significant similarity of the psychometric properties, comparable to those reported by Ohaeri et al. The results of this validation provided additional evidence that WHOQOL-BREF is a cross-culturally valid tool.

WHOQOL-BREF is now being available in almost 50 different languages and it is currently the most commonly used psychometric instrument for QOL worldwide. It is reported to have been used on 60,000 individuals who live in 100 countries (SDG). It permits the conduction of multi-centre quality of life research, and the comparison of results obtained in different centres. WHOQOL is expected to be used in broad-ranging ways, such as clinical trials, evaluating the impact of interventions into quality of life and it is also anticipated to be useful in cases of disease impairment for which recommended treatment may be mostly palliative.

The questionnaire contains 26 questions, which measure the following broad domains: Physical health, psychological health, social relationships and environment. The above questions are on a scale of 1-5, with 5 being the strongest in the majority of them (very satisfied/very good), except from three questions, where 5 is the weakest (very dissatisfied/very poor). The WHOQOL-BREF can be scored in three ways; through raw scores and two transformation methods; the first that creates domain scores within the range of 4–20, and the second that creates domain scores within the range of 0–100.

Domain 1-Physical Health

Physical health is assessed with 7 items, evaluating among others the ability to perform activities of daily living, the degree of energy, fatigue or mobility. Examples of questions are “Do you have energy for everyday life?”, “How much do you need any medical treatment to function in your daily life?”

Domain 2-Psychological

Psychological status includes 6 items. Questions aim at evaluating negative-positive feelings and degree of self-esteem. Thinking, learning, memory and concentration

are also assessed. Other questions examine personal beliefs and matters of spirituality and religion. For example: “how often do you have negative feelings such as blue mood, despair, anxiety, depression?”

Domain 3-Social relationships

Facets explored in Social relationships are, social support, sexual activity, personal relationships. For example “How satisfied are you with your sex life?”. This specific question is often omitted in other studies that used the same instrument, due to fear of possible prejudice in different cultures.

Domain 4-Environment

Environmental domain has 8 items that assess satisfaction from home and physical environment (pollution / noise / traffic / climate), as well as satisfaction from transport and financial resources. Feelings of freedom, physical safety and security are also reported here. The respondent is rating his opportunities for acquiring new information and skills or participation in leisure activities. e.g “How satisfied are you with the conditions of your living space?”

Analysis

Data was analyzed with SPSS version 23. The psychometric characteristics of the Arabic translation of the instrument were evaluated by means of internal reliability. The alpha coefficient for the 26 items was .915, suggesting that the items have relatively high internal consistency. Mean score for each domain of the WHOQOL-BREF was calculated in raw scores and then transformed into 4-20 and 0-100 scale to make the comparisons with the results from other studies.

Standard linear regression test was chosen in order to check if any of the four domains (physical, psychological, social, environment) could be predicted by any of the socio-demographic variables. An independent samples t-test was conducted to compare mean scores of refugees residing in Skaramagas camp with mean scores from other studies.

Null hypothesis H₀: There is no difference between the QOL of refugees residing in Skaramagas camp and refugees residing in other camps of the world.

Results

Socio-demographic characteristics of respondents.

A 97% response rate was achieved consisting of 301 participants. Sex distribution was not significantly different, as 121 were female and 180 male. The vast majority of respondents (96%) originated from Syria and Iraq. Marital status was relatively equally distributed among married (52,8%) and single ones(43,5%). Most of the respondents (72,4%) was between 18-34 years old. Almost 19% of our sample had completed primary school, whereas 57% has finished high school. Eight per cent of the respondents received no education at all and 13,7% possessed a degree of tertiary education.

Health status

At the time of administration of questionnaires 108 (35,9%) persons reported having a health issue. Most common reports appeared to be psychological problems, followed by myoskeletal disorders and chronic diseases, such as unregulated blood pressure, diabetes mellitus, cardiac disorders. A list of the mentioned illnesses is included in the following table.

Table 1: Reported health problems of refugees residing in Skaramagas camp.

Current illness	N (108)
Psychological issues	23
Myoskeletal disorders	11
Chronic diseases (cardiac, diabetes,high pressure)	11
Breathing problems (asthma)	6
Neurological issues	4
Fragments from gunshots	2
AIDS	1
Other	15

Domain scores

Domain scores were calculated by using mean scores of items within each domain of the questionnaire and can be seen in Table 2.

Table 2: Mean (SD) score of refugees (0-100 scale) residing in Skaramagas camp.

Domains	Mean	Std. Deviation
PHYS	40.79	15.23
PSYCH	44.94	16.90
SOCIAL	51.83	27.12
ENVIR	32.73	17.58

A standard multiple regression was performed to assess the ability of the socio-demographic variables used in our study to predict any of the four domains (physical, psychological, social, environment). Preliminary analyses were performed to ensure there was no violation of the assumptions of normality, linearity and multicollinearity for each of the models tested. In each of the models a domain was set as a dependent variable and socio-demographics served as the independent variables. Gender, origin, age, education, marital status, income and current illness were the independent variables. The strongest unique contribution explaining all the dependent variables was current illness. Income also had a smaller contribution to the Social and Environmental domains. Findings are shown in following tables 3a and 3b.

Table 3a: Predictive influence of each the demographic values on QOL four domains

	Model 1 (physical)				Model 2 (psychological)			
	Unstandarized Coefficients		Standarized Coefficients		Unstadarized Coefficients		Standarized Coefficients	
	B	Std Error	β	t	B	Std Error	β	t
(Constant)	10,975	1,232		8,908*	8,404	1,243		6,761
Gender	,331	,368	,051	,899	,484	,371	,076	1,304
Origin	-,271	,351	-,041	-,771	-,230	,354	-,036	-,650
Age	-,231	,248	-,058	-,933	-,333	,250	-,086	-1,334
Education	-,099	,212	-,025	-,465	,105	,214	,027	,489
Marital	-,161	,413	-,025	-,389	,237	,417	,038	,569
Income	,244	,343	,038	,711	,377	,346	,061	1,088
Are you currently ill	2,873	,356	,430	8,073*	2,272	,359	,350	6,328*

Table 3b: Predictive influence of each the demographic values on QOL four domains

	Model 3 (social)				Model 4 (Environ.)			
	Unstadarized Coefficients		Standarized Coefficients		Unstadarized Coefficients		Standarized Coefficients	
	B	Std Error	β	t	B	Std Error	β	t
(Constant)	9,671	1,694		5,71	7,749	1,148		6,753
Gender	-0,979	0,506	-0,111	-1,936	0,222	0,343	0,039	0,647
Origin	0,581	0,482	0,065	1,204	0,028	0,327	5	0,086
Age	-0,231	0,341	-0,04	-0,641	0,028	0,231	0,017	0,25
Education	-0,205	0,292	-0,039	-0,701	-0,232	0,198	-0,067	-1,172
Marital	1,153	0,568	0,133	2,031*	0,083	0,385	0,015	0,216
Income	1,315	0,472	0,152	2,789*	0,658	0,32	0,117	2,059*
Are you currently ill	2,955	0,489	0,328	6,041*	1,633	0,331	0,28	4,928*

Comparisons with bibliography

In order to provide context to our findings we compared them with mean scores of other reports that used the WHOQOL-BREF. One report from refugees residing in camps in the Kurdistan region of Iraq (56) and another from a refugee population in West Africa (57). In addition, the data of the report from 23 countries collected with WHOQOL-BREF, were used for further comparisons (58).

Results of t-tests are being interpreted with the contribution of calculation of effect sizes, namely Cohen's D effect size. Effect sizes are increasingly reported in published studies to provide more useful understanding of the size of an effect, or practical significance of statistical important values. "*Practical significance is about whether a statistically important difference is large enough to be of value in a practical sense. In other words, is it an effect worth being concerned about – are these noticeable or worthwhile effects*" (59). In interpreting results "this means that if we see a *d* of 1, we know that the two groups' means differ by one standard deviation; a *d* of .5 tells us that the two groups' means differ by half a standard deviation; and so on" (59). A general "rule of thumbs" guideline should be used cautiously according to Cohen. A *d* of .2 suggests a small effect size, 0.5 a medium effect size and 0.8 a large effect size.

Table 4 shows the comparison of mean scores between refugees in Greece and Kurdistan. As results from this study were presented in scale of 4-20, we have transformed our scores in accordance with this. Moreover researchers in the Kurdistan study decided to omit one item ("How satisfied are you with your sex life?") from the social domain. Instructions in the WHOQOL-BREF manual allow for one missing item in each domain. Consequently we recomputed the mean/SD of the social domain of our sample omitting this question as well.

To test the hypothesis that Skaramagas refugees (n=301) and Kurdistan refugees (n=270) were associated with statistically significantly different mean scores for each domain, an independent samples t-test was performed. The assumption of equality of variances was tested and satisfied via Levene's F test. The independent sample t-test was associated with a statistically significant effect for the Physical domain (t=-5.83 p<0.001). Thus, Skaramagas refugees (M=12.19, SD=3.19) were associated with statistically significantly lower mean scores for the Physical domain than

Kurdistan refugees (M=13.26, SD=2.45). Further Cohen’s effect size value (d=0.38) suggested small practical significance.

Mean score of Skaramagas refugees for the Psychological domain was (M=10.46, SD=3.1) whereas for the Kurdistan refugees, there was a statistically significantly higher mean score (M= 12.62, SD=2.45), $t=-12.11$, $p <0.001$). The Cohen’s effect size value (d=0.77) was of a medium practical significance.

Concerning the Social relationships domain, Skaramagas refugees (M=12.19, SD=4.6) had statistically significant lower mean score from the Kurdistan refugees (M=15.23, SD=2.82). Further the Cohen’s effect size value (d=0.8) was of a large practical significance.

Finally the independent sample t-test was associated with a statistically significant effect for the Environmental domain ($t= -14.94$ $p<0,001$). Thus, Skaramagas refugees (M=9.23, SD=2.8) were associated with statistically significantly lower mean scores for the Environmental domain than Kurdistan refugees (M=11.66, SD=2.39). Further, Cohen’s effect size value (d=0.93) suggested large practical significance.

Table 4: Mean (SD) score comparisons for WHOQOL-BREF domain scores (range 4-20) between refugees residing in Greece and refugees residing in Kurdistan.

	Refugees in Skaramagas (n=301)		Refugees in Kurdistan (n=270)			
			Transformed scores (4-20)			
	Mean	SD	Mean	SD	t	d
Physical	12.19	3.19	13.26	2.45	-5.83*	0.38
Psychological	10.46	3.10	12.62	2.45	-12.11*	0.77
Social	12.19 ^a	4.6	15.23	2.82	-11.48*	0.8
Environment	9.23	2.8	11.66	2.39	-14.94*	0.93

Notes. * $p<0.001$, ^a recomputed mean score omitting one item

Table 5 shows comparisons with the second refugee population from West Africa. Mean scores for this study were presented in raw scores, so we have presented our data as well in raw scores, in order to allow for comparisons. Skaramagas refugees scored significantly higher for the physical and social domain than those from West Africa, with a small effect size. Concerning the psychological domain, refugees in Skaramagas scored significantly higher than refugees in West Africa, with this difference being of a small effect size. Finally, Skaramagas refugees didn't have any statistically significant differences in the environmental domain with the West Africa sample, to a trivial practical significance.

Table 5: Mean score (SD) comparisons for WHOQOL-BREF raw scores between refugees residing in Greece and refugees residing in West Africa.

	Refugees in Skaramagas (n=301)		Refugees in W.Africa. (n=444)		Raw scores	
	Mean	SD	Mean	SD	t	d
Physical	21.32	5.59	19.45	4.18	5.82*	0.38
Psychological	15.68	4.65	16.86	4.04	-4.38*	0.27
Social	9.11	3.28	8.66	2.59	2.41*	0.15
Environment	18.47	5.63	18.88	5.03	-1.25**	0.07

Notes *p<0.001, **p=0.2

Table 6 shows mean score comparisons of refugees residing in Skaramagas and general population data from 23 countries. Results are shown in a 4-20 range. Skaramagas refugees scored significantly lower in all domain scores, compared to the general population average. Effect sizes for physical, psychological and environmental domains were of a large practical significance. Differences in the social domain were of a medium practical significance.

Table 6: Mean score (SD) comparisons for WHOQOL-BREF (4-20 scale) scores between refugees residing in Greece and adults across 23 countries($n=11,830$).

	Refugees in Skaramagas (n=301)		Adults across 23 countries (n = 11,830).			
					Transformed scores (4-20)	
	Mean	SD	Mean	SD	t	d
Physical	12.19	3.19	16.2	2.9	-21.8*	1.31
Psychological	10.46	3.10	15	2.08	-25.43*	1.72
Social	12.29	4.34	14.3	3.2	-8.02*	0.53
Environment	9.23	2.8	13.5	2.06	-26.29*	1.74

Notes * $p<0.001$

Discussion

Ongoing geopolitical situation in the Middle East has given rise to conflicts and man-made disasters that forced a great number of people to flee mostly as refugees. As it is well documented and discussed earlier, refugees face a great deal of adverse situations pre-migration, during the journey and post-migration as well. These challenges can be complicating for the social determinants of health and the QOL of the refugee population. The QOL of refugees residing in camp settings in Greece has not been recorded yet. It is critical to imprint the characteristics of the QOL of Arabic-speaking refugees settled in our country, in order to improve current conditions and to facilitate future integration.

In this study we recorded the self-reported QOL of refugees residing in Skaramagas site, as measured with the WHOQOL-BREF questionnaire. We found that the average score on the WHOQOL four domains –physical, psychological, social, environment- is low and among the lowest in the world. Thus, our null hypothesis has been turned down as refugees residing in Skaramagas, report different levels of QOL than refugees residing in other settings.

Specifically refugees from Skaramagas score lower on all domains when compared with refugees from Kurdistan. Our sample is quite similar to the Kurdistan sample in

terms of origin, as 96% of our respondents come from Syria and Iraq. Kurdistan camps opened in 2013, whereas Skaramagas camp in 2016 which makes them both short term refugees. A strong observation regarding demographic characteristics is that 13.7% of our respondents had completed tertiary education, compared to a 31.5% of the Kurdistan sample. Refugees from the Kurdistan camps are mainly Kurdish nationalist from Rojava a de facto autonomous region in Syria. Rojava has been an exceptional democratic experiment scandalously receiving almost no media coverage by the international community. Inspired by PKK (Kurdistan's Workers Party), they have managed a bottom-up transformation of society with assemblies, councils, worker-managed co-operatives becoming a model of direct democracy.

Social domain explores facets of personal relationships, sexual activity and social support. Refugees from Greece reported less satisfaction with personal relationships and social activity compared to the Kurdistan sample (sexual activity question was omitted) to a large effect size. Kurdistan refugees were settled in a neighbouring country very close to their homeland, with common language and city dwellers moved there as groups in the same camps. This is more likely to strengthen relationships and bonds of people with common experiences. Strong political involvement of this particular group of refugees, can be considered substantial determinant of their QOL, as has already been suggested for the Palestinian refugees (49). On the other hand, refugees in Greece are in limbo, in a precarious situation between their country of origin and their desired destination most of them separated from family and friends.

Low scores on the psychological domain can be attributed to a number of reasons. On one hand they could be attributed to all these situations associated with trauma exposure, as it is already imprinted in the international bibliography. Unfortunately being characterised as "vulnerable" is increasingly used as a measure to determine the credibility of asylum seekers from immigration officers. Thus, expressing behaviour to fit the vulnerable profile could bias the low scores recorded in this domain. On the other hand there are concerns about a tendency from mental health specialists to interpret behaviors in terms of psychopathology (60). Another kind of trauma is experienced by these people when they are hosted in overcrowded reception centers in the Greek islands, when they are denied rights of relocation and

asylum protection, or have no information about their future. They are more likely to express behaviors and feelings due to do the current reality, rather due to specific mental illness.

When our sample is compared to the Kurdistan sample they also score lower on the psychological domain. A possible explanation could be that these refugees moved from Syria to a nearby country, and didn't expose themselves to the same dangerous journey that their homogenous counterparts took, travelling to Greece by boats. Furthermore it is obvious that our respondents found themselves in a great deal of ambiguity of whether to re-establish their livelihoods and start integrating in our country as they await asylum decisions. This uncertainty forcibly puts them in a passive situation, which affects mental health, as is already shown in a recent study in Netherlands (61).

Another key finding is that Skaramagas refugees score lower on the environmental domain to a large effect size. Although we don't have a lot of information concerning the environmental conditions in the Kurdistan camps we can try to explain these differences. Facets measured in environmental domain include assessment of housing conditions and physical environment, access to health and social care, financial resources, means of transport, feelings of safety, access to new information/skills and leisure activities. Low scores in this domain, compared to the Kurdistan camps, shows dissatisfaction with the above mentioned facets. A comparative analysis of refugees staying in and outside camps in the Kurdistan region of Iraq conducted in 2014, highlights the differences between the two groups (62). It concludes that camp refugees are better off than those in non-camp settings in terms of basic needs like food, water, transport, healthcare, education and employment. Therefore, camp refugees from Kurdistan may well have scored higher than Skaramagas refugees in this domain, due to consideration of the conditions prevalent outside camps.

Furthermore, as Skaramagas site is outside the city in an industrial area, this might create issues of accessibility and disapproval of the physical environment. Most importantly lack of administration in the camp, has left space for informal activities and occasionally violent incidents, causing feelings of insecurity. In the camp, medical services are offered currently by KEELPNO (Hellenic Centre for Disease Control and Prevention). In February of 2018, during the collection of questionnaires,

Red Cross withdrew its health staff and services from the camp, so KEELPNO had to rearrange the provision of health services. It could be that this transition is depicted in the low scores recorded. Even though not measured directly, it was a strong observation during the collection of questionnaires that many refugees were not aware of the services available from the camp's administration and NGO's. This observation could be useful for future investigation and improvement. Unfortunately a large number of Skaramagas refugees are not officially registered in this camp or any other, which means they do not receive any financial aid. As shown in the results of the linear regression analysis in table 3b, income as an independent variable was the second important contribution to the environmental domain.

Commenting on the physical health domain, we must first note that the profile of the "male healthy migrant" is no longer existent in nowadays refugees, as is shown in the socio-demographic results and the self-reported illnesses in table 1. A large number of people are fleeing with their families and children. Elderly people with chronic diseases are confirming the phenomenon of epidemiologic transition adding burden to the health systems of the hosting countries. These findings are consistent with other reports on the health status of similar refugee populations in similar settings (26,27).

The majority of our respondents reported psychological issues as the primary reason of their bad health status. A recent paper on a community-dwelling elderly sample, revealed that depression may affect the scores of every domain of the WHOQOL-BREF (63). Once again we must take under consideration that both groups of refugees have fled for their lives, but in the case of Kurdistan they found themselves between homogenous hosts that are politically sympathetic to them, whereas in the case of Skaramagas they were forced to settle in a country they never intended to, as a result of the closed borders policy. In addition, a lot of refugee families in Greece are separated for several years, as family reunifications are delayed on behalf of Germany. These circumstances definitely add burden to their bad psychological state, which in turn affects physical health as well.

There is a growing body of research studying how the environment affects a wide range of ill-health and functioning (64,65). Interestingly, in the last decade, researchers explored the influences of the environment -i.e. neighbourhood- on health, not only based on objective measures but also on individuals' perceptions of

their environment, suggesting it can act as significant predictors of health (66,67) and QOL (41,64). A study in an industrial area in Canada, has shown a positive association of neighbourhood perceptions with poor physical health(66). As the refugees in our sample also reside in an industrial area and report low levels of satisfaction on the environmental domain, it is likely that this perception also affects their health assessment. Certainly this inference should be supported with further research.

Comparisons with the second refugee population from West Africa, show that our respondents score higher on physical and social domains but lower on the psychological domain. No statistical differences were found in the environmental domain. Although there are great differences in culture and living conditions among these two groups, comparisons provided interesting findings. African refugees are long term refugees, as an aftermath of the Liberian civil war and are settled in a camp on the outskirts of a town. Most of them choose to remain there after the camp was officially closed in 2007. There are 72 houses of two bedroom unit as well as many mud houses constructed by the refugees over the years. No health or social welfare benefits are offered and refugees are working in trading or transportations inside and outside the camp. There is a primary school were some refugees teach. Most of our respondents (72,4%) was between 18-34 years old, whereas 58% of the African refugees were in the same age frame. Islam was the religion of 30% of the African population. Almost 85% of the African refugees were married, of which 32% had polygamous marriages. Approximately half of our Skaramagas sample (53%) was married. In terms of educational status, 24% of African refugees had completed tertiary education as opposed to a 13.7% of the Skaramagas refugees. Furthermore only 11% of the African refugees were unemployed and 21% were students. The rest of them were professionals (30%) and skilled (10%) or unskilled workers (28.6%). Although not measured directly it is a fact that refugees in Greece are in a transit situation and the vast majority of them doesn't work officially.

Interestingly, Skaramagas refugees scored lower than African refugees on the psychological domain. This finding could be attributed to the fact that African refugees are long term refugees, in a country of similar culture and they have adapted to the circumstances over the years and don't wish to return to their country

of origin. As most African refugees are employed, they can offer the basic needs to their families, giving them a sense of satisfaction and independence. Skaramagas refugees rely mostly on the help given by the camp authorities as the majority of them are unemployed. Unable to provide for one's family, suffering from inaction during their most productive years, certainly adds burden to their already fragile situation. The lower scores reflect a life in limbo in Skaramagas camp, although in a European country, where people are prevented from rebuilding their lives and start integrating and associating with the local society as uncertainty about their future is prolonged. In a qualitative research undergone recently in different camps in Greece, refugees directly correlate lack of information and uncertainty about the future with poor psychological well being (35).

Concerning the environmental domain there were no significant differences between the two groups. Probably one would assume that there should be important differences considering the known living conditions in Africa. Explanations of these findings can be attributed to the fact that African refugees had an average stay in the camp of 10 years and the majority of them choose to remain there even when the camp was officially closed in 2007. Overmore it is likely that African refugees had fewer expectations from the environmental conditions, compared to the standards in accommodation status that refugees from Middle East were settled. Refugees that came to Greece, were originally from medium income countries with greater life expectancies, like Syria and Iraq. Therefore low scores of our sample on this domain probably express their dissatisfaction for the current living conditions compared to the ones they were familiar with back home.

Compared to the general population study, refugees in Greece score lower on every domain. Eliminating disparities and promoting quality of life for all people is a global goal. In order to achieve these we need to identify and eliminate the disparities of the populations in need. As refugees are vulnerable to mental ill-health due to the trauma endured pre- and post- migration they need to be prioritized. Our findings are consisted with other studies that have shown that the refugee status had the most strong association with mental health, when compared with general population samples (57,68).

Limitations

Due to the cross-sectional nature of this study, findings reflect a situation in a specific period of time and therefore cannot be generalized. Subjective nature of these measures could be associated with personal experiences. Most importantly refugees stranded in Greece are between their desired destinations, therefore it is possible a tendency to express dissatisfaction in order to promote relocation procedures. Comparisons with other refugee population were given in order to provide a frame for comments. In the studies used, information concerning descriptions of the camp settings was not comprehensive. Therefore our comments in some cases were based on that basic information provided.

Conclusion

This is the first study, at least to our knowledge that investigated issues of QOL of refugees residing in Greece. Average scores in each one of the domains of WHOQOL-BREF questionnaire, for refugees settled in Skaramagas camp, are among the lowest in the world.

As anticipated, our study provides an additional confirmation to previous findings, that refugee status is associated with disparities in physical and mental well-being and in overall satisfaction with life.

Stranded in Greece due to closed borders policy, refugees were settled in Skaramagas camp and find themselves in a state of limbo. Forced to stay in an industrial area outside the city, they seem rather dissatisfied with their environmental conditions. Lack of administration at the camp site, allows for illegal transactions, violent incidents and feelings of insecurity. A great number of refugees are not officially registered there, depriving them from the provisions offered. Disapproval of the physical environment based on objective or subjective measures, has already been proven in other studies to be significant predictor of ill- health and QOL.

Refugees in Skaramagas-Greece, even though in a European country, score lower in the psychological domain when compared with refugees in Middle East and Africa. Although it was not within the scope of our research to investigate the reasons for this finding, we propose some possible explanations based on findings from other

reports on refugees' post- migration stressors. It seems that particular economic, political and social conditions in Greece have not been able so far to moderate the trauma experienced by refugees in their countries of origin. It is our strong belief that low scores depict their feelings of hopelessness and emotional suffering, caused by deprivation of their basic right to move freely and rebuild their lives where they desire, protracted periods of relocation and asylum procedures, lack of information and uncertainty about the future as well as separation from family members and friends. All these exacerbate the distress experienced by the refugee population and ultimately take a toll on their psychosocial well-being.

Overall satisfaction with life is an indicator of quality of life. Efforts of improvement of different facets-domains that determine QOL should be taken in consideration when drawing integration and migration policies. These findings can be helpful in case of policy making, although more research is required in other camp settings in Greece, in order to provide a more comprehensive overview.

Ethics

Ethical approval was sought from the University of Athens, as well as from the Hellenic Centre for Disease Control and Prevention (KEELPNO). KEELPNO also provided Arabic interpreters for the camp settings.

REFERENCES

1. Situation Syria Regional Refugee Response [Internet]. [cited 2018 May 26]. Available from: <https://data2.unhcr.org/en/situations/syria>
2. Crawley H, Duvell F, Jones K, Skleparis D. Understanding the dynamics of migration to Greece and the EU: drivers, decisions and destinations. 2016.
3. Legislative train schedule [Internet]. European Parliament. [cited 2017 Nov 9]. Available from: <http://www.europarl.europa.eu/legislative-train>
4. More must be done to place Syrian refugees; conflict sees worst violence in months – UN [Internet]. UN News. 2017 [cited 2018 May 29]. Available from: <https://news.un.org/en/story/2017/03/554412-more-must-be-done-place-syrian-refugees-conflict-sees-worst-violence-months-un>
5. HRW. World Report 2017: Rights Trends in Turkey [Internet]. Human Rights Watch. 2017 [cited 2018 May 29]. Available from: <https://www.hrw.org/world-report/2017/country-chapters/turkey>
6. UNHCR. Desperate Journeys. January 2017-March 2018 [Internet]. UNCHR; 2018. Available from: <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/63039>
7. Situation Mediterranean Situation [Internet]. [cited 2017 Oct 16]. Available from: <http://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean>
8. FACT SHEET > Greece / 1 - 31 March 2018 [Internet]. [cited 2018 May 13]. Available from: <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/63236>
9. E.K.K.A. Επικαιροποιημένη κατάσταση: Ασυνόδευτα ανήλικα(AA) στην Ελλάδα. Μάιος 2018 [Internet]. 2018. Available from: <http://www.ekka.org.gr/index.php/2018-05-08-09-50-30/15-2018-05-16-08-31-59>
10. FACT SHEET > Greece / 1-31 August 2017 [Internet]. [cited 2017 Oct 16]. Available from: <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/60119>
11. UNHCR. Site Profiles Greece- January 2017 [Internet]. 2018. Available from: <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/53941>
12. E.K.EP.Y. | REFUGEE CAMPS IN GREECE on 13/09/2017 [Internet]. [cited 2018 May 13]. Available from: <http://geochoros.survey.ntua.gr/ekepy/>
13. Mediterranean Migrant Arrivals Reach 21,981 in 2018; Deaths Reach 606 [Internet]. International Organization for Migration. 2018 [cited 2018 May 29]. Available from: <https://www.iom.int/news/mediterranean-migrant-arrivals-reach-21981-2018-deaths-reach-606>
14. UNHCR. GREECE Sea Arrivals Dashboard. April 2018 [Internet]. 2018. Available from: <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/63494>
15. MSF. Greece in 2016: Vulnerable People Get Left Behind [Internet]. 2016. Available from: https://www.msf.org/sites/msf.org/files/report_vulnerable_people_201016_eng.pdf
16. EU Relocation [Internet]. Eea.iom.int. 2018 [cited 31 August 2018]. Available from: <http://eea.iom.int/index.php/what-we-do/eu-relocation>

17. Stone-Brown K. Syria: a healthcare system on the brink of collapse. *BMJ*. 2013 Dec 10;347(dec10 6):f7375–f7375.
18. Cookson ST, Abaza H, Clarke KR, Burton A, Sabrah NA, Rumman KA, et al. Impact of and response to increased tuberculosis prevalence among Syrian refugees compared with Jordanian tuberculosis prevalence: case study of a tuberculosis public health strategy. *Confl Health*. 2015;9:18.
19. Lam E, McCarthy A, Brennan M. Vaccine-preventable diseases in humanitarian emergencies among refugee and internally-displaced populations. *Hum Vaccines Immunother*. 2015;11(11):2627–36.
20. Sharara SL, Kanj SS. War and Infectious Diseases: Challenges of the Syrian Civil War. *PLOS Pathog*. 2014;10(11):e1004438.
21. Michael Kagan, says its challenge to the state | PD. Why Do We Still Have Refugee Camps? [Internet]. *Urban Refugees*. [cited 2017 Nov 7]. Available from: <http://www.urban-refugees.org/debate/why-do-we-still-have-refugee-camps/>
22. Steel Z, Liddell BJ, Bateman-Steel CR, Zwi AB. Global Protection and the Health Impact of Migration Interception. *PLOS Med*. 2011;8(6):e1001038.
23. Chan EYY, Chiu CP, Chan GKW. Medical and health risks associated with communicable diseases of Rohingya refugees in Bangladesh 2017. *Int J Infect Dis*. 2018 Mar 1;68:39–43.
24. Cetorelli V, Burnham G, Shabila N. Prevalence of non-communicable diseases and access to health care and medications among Yazidis and other minority groups displaced by ISIS into the Kurdistan Region of Iraq. *Confl Health*. 2017 Apr 6;11:4.
25. Doocy S, Lyles E, Akhu-Zaheya L, Burton A, Burnham G. Health service access and utilization among Syrian refugees in Jordan. *Int J Equity Health* [Internet]. 2016 Jul 14 [cited 2017 Oct 17];15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4946096/>
26. Doocy S, Lyles E, Robertson T, Akhu-Zaheya L, Oweis A, Burnham G. Prevalence and care-seeking for chronic diseases among Syrian refugees in Jordan. *BMC Public Health* [Internet]. 2015 Oct 31 [cited 2017 Oct 16];15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4628338/>
27. Doocy S, Lyles E, Hanquart B, Woodman M. Prevalence, care-seeking, and health service utilization for non-communicable diseases among Syrian refugees and host communities in Lebanon. *Confl Health*. 2016 Oct 19;10:21.
28. Pfortmueller CA, Schwetlick M, Mueller T, Lehmann B, Exadaktylos AK. Adult Asylum Seekers from the Middle East Including Syria in Central Europe: What Are Their Health Care Problems? *PLOS ONE*. 2016;11(2):e0148196.
29. Van Berlaer G, Carbonell FB, Manantsoa S, de Béthune X, Buyl R, Debacker M, et al. A refugee camp in the centre of Europe: clinical characteristics of asylum seekers arriving in Brussels. *BMJ Open*. 2016;6(11):e013963.
30. Pani SC, Pani SC, Al-Sibai SA, Al-Sibai SA, Rao AS, Rao AS, et al. Parental perception of oral health-related quality of life of Syrian refugee children. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2017 Jul 1;7(4):191.

31. Buhmann C ecilie, Mortensen EL, Nordentoft M, Ryberg J, Ekstrøm M. Follow-up study of the treatment outcomes at a psychiatric trauma clinic for refugees. *Torture*. 2015;25(1):1–16.
32. Hassan G, Ventevogel P, Jefee-Bahloul H, Barkil-Oteo A, Kirmayer LJ. Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016 Apr;25(02):129–41.
33. Hengst SMC, Smid GE, Laban CJ. The Effects of Traumatic and Multiple Loss on Psychopathology, Disability, and Quality of Life in Iraqi Asylum Seekers in the Netherlands: *J Nerv Ment Dis*. 2017 Oct;1.
34. Lindencrona F, Ekblad S, Hauff E. Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden: the impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008 Feb;43(2):121–31.
35. Ben Farhat J, Blanchet K, Juul Bjertrup P, Veizis A, Perrin C, Coulborn RM, et al. Syrian refugees in Greece: experience with violence, mental health status, and access to information during the journey and while in Greece. *BMC Med*. 2018 Mar 13;16:40.
36. WHO | The determinants of health [Internet]. WHO. [cited 2017 Dec 29]. Available from: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>
37. Determinants of Health | Healthy People 2020 [Internet]. [cited 2018 May 29]. Available from: <https://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Determinants-of-Health>
38. Saxena S, Carlson D, Billington R, Orley J. The WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-Bref): the importance of its items for cross-cultural research. *Qual Life Res*. 2001;10(8):711–721.
39. Idler EL, Benyamini Y. Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *J Health Soc Behav*. 1997 Mar;38(1):21.
40. McEwen LN, Kim C, Haan MN, Ghosh D, Lantz PM, Thompson TJ, et al. Are health-related quality-of-life and self-rated health associated with mortality? Insights from Translating Research Into Action for Diabetes (TRIAD). *Prim Care Diabetes*. 2009 Feb;3(1):37–42.
41. Crea TM, Calvo R, Loughry M. Refugee Health and Wellbeing: Differences between Urban and Camp-Based Environments in Sub-Saharan Africa. *J Refug Stud*. 2015 Sep;28(3):319–30.
42. Hammoudeh W, Hogan D, Giacaman R. Quality of life, human insecurity, and distress among Palestinians in the Gaza Strip before and after the Winter 2008–2009 Israeli war. *Qual Life Res*. 2013 Nov;22(9):2371–9.
43. Abu-Rmeileh NME, Hammoudeh W, Mataria A, Hussein A, Khawaja M, Shannon HS, et al. Health-related Quality of life of Gaza Palestinians in the aftermath of the winter 2008-09 Israeli attack on the Strip. *Eur J Public Health*. 2012 Oct 1;22(5):732–7.
44. Giacaman R, Mataria A, Nguyen-Gillham V, Safieh RA, Stefanini A, Chatterji S. Quality of life in the Palestinian context: An inquiry in war-like conditions. *Health Policy*. 2007 Apr;81(1):68–84.

45. International Organization for Migration, European Commission. Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants. Brussels: International Organization for Migration; 2006.
46. Dimitry L. A systematic review on the mental health of children and adolescents in areas of armed conflict in the Middle East: The impact of war on children living in the Middle East. *Child Care Health Dev.* 2012 Mar;38(2):153–61.
47. Jamil H, Nassar-McMillan S, Lambert R, Wang Y, Ager J, Arnetz B. Pre- and post-displacement stressors and time of migration as related to self-rated health among Iraqi immigrants and refugees in Southeast Michigan. *Med Confl Surviv.* 2010 Jul;26(3):207–22.
48. Barber BK, Spellings C, McNeely C, Page PD, Giacaman R, Arafat C, et al. Politics drives human functioning, dignity, and quality of life. *Soc Sci Med.* 2014 Dec;122:90–102.
49. Mataria A, Giacaman R, Stefanini A, Naidoo N, Kowal P, Chatterji S. The quality of life of Palestinians living in chronic conflict: assessment and determinants. *Eur J Health Econ.* 2009 Feb 1;10(1):93–101.
50. Social Determinants of Health | Healthy People 2020 [Internet]. [cited 2018 Jan 18]. Available from: <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-health/interventions-resources>
51. E.K.EP.Y. | REFUGEE CAMPS IN GREECE on 13/09/2017 [Internet]. [cited 2018 May 13]. Available from: <http://geochoros.survey.ntua.gr/ekepy/>
52. Alesevich M. Building a Life in Greece’s Biggest Refugee Camp [Internet]. *Pacific Standard.* [cited 2018 Mar 20]. Available from: <https://psmag.com/economics/finding-home-in-greeces-biggest-refugee-camp>
53. Ohaeri JU, Awadalla AW. The reliability and validity of the short version of the WHO Quality of Life Instrument in an Arab general population. *Ann Saudi Med.* 2009;29(2):98–104.
54. Al Sayah F, Ishaque S, Lau D, Johnson JA. Health related quality of life measures in Arabic speaking populations: A systematic review on cross-cultural adaptation and measurement properties. *Qual Life Res.* 2013 Feb;22(1):213–29.
55. Dalky HF, Meininger JC, Al-Ali NM. The Reliability and Validity of the Arabic World Health Organization Quality of Life-BREF Instrument Among Family Caregivers of Relatives With Psychiatric Illnesses in Jordan. *J Nurs Res JNR.* 2017 Jun;25(3):224–30.
56. Aziz IA, Hutchinson CV, Maltby J. Quality of life of Syrian refugees living in camps in the Kurdistan Region of Iraq. *PeerJ.* 2014 Nov 11;2:e670.
57. Akinyemi OO, Owoaje ET, Ige OK, Popoola OA. Comparative study of mental health and quality of life in long term refugees and host populations in Oru-Ijebu, Southwest Nigeria. *BMC Res Notes.* 2012 Jul 31;5:394.
58. Skevington SM, Lotfy M, O’Connell KA. The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the

- international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res.* 2004;13(2):299–310.
59. Cohen, J. (2003). A power primer. In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues & strategies in clinical research* (pp. 427-436). Washington, DC, US: American Psychological Association. [Internet]. [cited 2018 Aug 27]. Available from: /buy/1992-37683-001
 60. Γκιωνάκης Ν, Στυλιανίδης Σ. Εχουν ψυχή οι πρόσφυγες; [Internet]. NEA ΣΕΛΙΔΑ. 2017 [cited 2018 Aug 31]. Available from: <https://neaselida.gr/ideogrammata/echoun-psychi-prosfyges/>
 61. Bakker L, Dagevos J, Engbersen G. The Importance of Resources and Security in the Socio-Economic Integration of Refugees. A Study on the Impact of Length of Stay in Asylum Accommodation and Residence Status on Socio-Economic Integration for the Four Largest Refugee Groups in the Netherlands. *J Int Migr Integr.* 2014 Aug;15(3):431–48.
 62. UNHCR. Comparative analysis of Syrian refugees staying in and outside camps [Internet]. 2014. Available from: <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/42024>
 63. Chang Y-C, Yao G, Hu SC, Wang J-D. Depression Affects the Scores of All Facets of the WHOQOL-BREF and May Mediate the Effects of Physical Disability among Community-Dwelling Older Adults. *PLoS One.* 2015;10(5):e0128356.
 64. Erin MH, Shepherd D, Welch D, Dirks KN, McBride D. PERCEPTIONS OF NEIGHBORHOOD PROBLEMS AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE: Perception of Neighborhood Problems and HRQOL. *J Community Psychol.* 2012 Sep;40(7):814–27.
 65. Diez Roux AV, Mair C. Neighborhoods and health. *Ann N Y Acad Sci.* 2010 Feb;1186:125–45.
 66. Wilson-Genderson M, Pruchno R. Effects of neighborhood violence and perceptions of neighborhood safety on depressive symptoms of older adults. *Soc Sci Med* 1982. 2013 May;85:43–9.
 67. Wen M, Hawkey LC, Cacioppo JT. Objective and perceived neighborhood environment, individual SES and psychosocial factors, and self-rated health: an analysis of older adults in Cook County, Illinois. *Soc Sci Med* 1982. 2006 Nov;63(10):2575–90.
 68. Heeren M, Wittmann L, Ehlert U, Schnyder U, Maier T, Müller J. Psychopathology and resident status - comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Compr Psychiatry.* 2014 May;55(4):818–25.

Appendix 1: Extended Greek Abstract

Εισαγωγή

Η ένταση των συγκρούσεων στις χώρες της Συρίας, της Υεμένης, του Αφγανιστάν, του Ιράκ και της Λιβύης προκάλεσε μια άνευ προηγουμένου μετακίνηση ανθρώπων, με αποτέλεσμα μια από τις χειρότερες ανθρωπιστικές κρίσεις του 21ου αιώνα. Σύμφωνα με τα στοιχεία των υπηρεσιών των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες (UNHCR), σχεδόν 5,5 εκατομμύρια άνθρωποι εγκατέλειψαν τη συριακή διαμάχη αναζητώντας καταφύγιο σε γειτονικές χώρες. Μαζί με το κύμα των ανθρώπων που αποφάσισαν να ταξιδέψουν για ασφάλεια, υπάρχουν και άνθρωποι που ταξιδεύουν για σύνθετους λόγους αναζητώντας μια καλύτερη ζωή.

Ένας σημαντικός αριθμός από αυτούς, έφτασε στις ελληνικές ακτές και την ενδοχώρα στο δρόμο προς τον ευρωπαϊκό βορρά. Η μεγάλη πλειοψηφία έφτασε με πλοία που διασχίζουν το Αιγαίο από την τουρκική ακτή. Τον Μάρτιο του 2016, τα ευρωπαϊκά κράτη έκλεισαν τα σύνορά τους και υπέγραψαν τη δήλωση ΕΕ-Τουρκίας, ένα λεγόμενο προσωρινό μέτρο για την παύση της "παράνομης μετανάστευσης" στην Ευρώπη. Επιλέγοντας μια πολιτική συγκράτησης, πολλές χώρες εντατικοποίησαν τους ελέγχους στα σύνορα, έβαλαν φράκτες, έκαναν βίαιες απωθήσεις και ενίσχυσαν τις δυνάμεις ασφαλείας στις θάλασσες. Αυτή η ατζέντα ελέγχου των συνόρων, που υιοθέτησαν οι ηγέτες της ΕΕ σκοπεύοντας να καταπολεμήσει τις παράνομες διαδρομές προς την Ευρώπη, αύξησε στην πραγματικότητα τη ζήτηση για λαθρεμπόρους και οδήγησε σε εναλλακτικές πιο επικίνδυνες διαδρομές ως τη μόνη επιλογή για εκείνους που ζητούν προστασία. Κατά συνέπεια, περισσότεροι από 16.000 άνθρωποι είναι νεκροί ή αγνοούνται από το 2014, προσπαθώντας να φτάσουν στις ελληνικές ακτές.

Σήμερα υπάρχουν 51.000 πρόσφυγες και μετανάστες εγγεγραμμένοι στην Ελλάδα, 39.500 από τους οποίους βρίσκονται στην ηπειρωτική χώρα και 11.500 στα νησιά. Μεταξύ αυτών βρίσκονται και 3.400 ασυνόδευτοι ανήλικοι. Η πλειοψηφία των προσφύγων διαμένουν σε κέντρα φιλοξενίας και σχεδόν 21.000 φιλοξενούνται σε διαμερίσματα και κτίρια σε διάφορες πόλεις στο πλαίσιο του σχεδίου στέγασης της UNHCR. Η μαζική εισροή ανθρώπων υποχρέωσε τον σχηματισμό 54 προσωρινών καταυλισμών σε όλη την Ελλάδα, οι οποίοι στη συνέχεια μειώθηκαν σε 37.

Επί του παρόντος υπάρχουν πέντε κέντρα φιλοξενίας στην περιοχή της Αττικής. Ο Ελαιώνας είναι το πιο κεντρικό στρατόπεδο που απέχει πέντε λεπτά με τα πόδια από

ένα σταθμό του μετρό και φιλοξενεί 1500 άτομα. Το καμπ του Σκαραμαγκά φιλοξενεί το μεγαλύτερο αριθμό ατόμων (2500) στην Αττική και βρίσκεται σε βιομηχανική περιοχή 30 λεπτά από το κέντρο της πόλης. Το καμπ στο Σχιστό και στη Μαλακάσα φιλοξενούν 746 και 700 άτομα αντίστοιχα. Υπάρχουν εκτιμήσεις ότι σχεδόν 1000 μη εγγεγραμμένοι πρόσφυγες και μετανάστες είναι διάσπαρτοι σε καταλήψεις σε εγκαταλελειμμένα ξενοδοχεία και κτίρια της Αθήνας.

Αυτοί οι αριθμοί αναμένεται να αυξηθούν δραματικά μέχρι τα τέλη του 2018. Παρόλο που οι αφίξεις είναι σημαντικά χαμηλότερες σε σχέση με τη μαζική ροή του 2015, οι θαλάσσιες και χερσαίες αφίξεις έφτασαν τις 7.343 κατά τους πρώτους 4 μήνες του 2018, αύξηση κατά 67% την ίδια περίοδο του 2017 (13). Ταυτόχρονα, οι διαδικασίες μετεγκατάστασης στις χώρες της ΕΕ προχωρούν με αργούς ρυθμούς (14). Από τα 66.400 θέσεις που έχουν διατεθεί για μετεγκατάσταση από την Ελλάδα, μόνο 22.000 έχουν χορηγηθεί μέχρι στιγμής (15). Τελικά η κατάσταση αυτή έχει αφήσει αποκλεισμένους δεκάδες χιλιάδες ανθρώπους στην Ελλάδα που περιμένουν για εγκρίσεις ασύλου, αποφάσεις μετεγκατάστασης ή επαναπατριsmού.

Γιατί ο αραβόφωνος πληθυσμός;

Η παγκόσμια προσφυγική κρίση επηρέασε δυσανάλογα τους ανθρώπους στη Μέση Ανατολή. Για πολλές δεκαετίες, η περιοχή υπήρξε τόπος συγκρούσεων, έντονων και θολερών καταστάσεων. Από το τέλος του Β Παγκοσμίου Πολέμου, την ίδρυση του Ισραήλ το 1948 και τον πόλεμο ΗΠΑ-Ιράκ το 2003, η Μέση Ανατολή παρήγαγε την πλειοψηφία των προσφύγων στον κόσμο. Πρόσφατα, ο εμφύλιος πόλεμος της Συρίας που ξεκίνησε το 2011 μετά την Αραβική Άνοιξη, είχε βαθιές επιπτώσεις στην ίδια τη χώρα, στη Μέση Ανατολή και στο διεθνές σύστημα.

Η βία του πολέμου έχει αφήσει χιλιάδες θύματα, ένα κατακερματισμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (16) και υποβάθμιση των προγραμμάτων ανοσίας. Το πλαίσιο αυτό επέτρεψε την εμφάνιση μεταδοτικών ασθενειών στη Συρία και στις χώρες υποδοχής (17-19). Οι συνθήκες που επικρατούν στο ταξίδι και στα στρατόπεδα προσφύγων εκφυλίζουν τη σωματική και ψυχική υγεία. Εκφράζονται ανησυχίες σχετικά με τις συνέπειες στην υγεία των κέντρων φιλοξενίας, καθώς είναι εμφανείς οι περιορισμοί τους ως μακροπρόθεσμες λύσεις (20,21). Η διαχείριση της χρόνιας νόσου παρεμποδίζεται: η αλλοίωση του συστήματος υγείας και οι ασυμφωνίες, ο υπερπληθυσμός και άλλοι επιβλαβείς παράγοντες οδηγούν σε αυξημένο επιπολασμό προβλημάτων υγείας (18,22,23). Οι Doocey et al, από τις

γειτονικές χώρες του Λιβάνου και της Ιορδανίας, σε μελέτες μεταξύ Σύριων προσφύγων, αναφέρουν μια μεγάλη επικράτηση χρόνιων ασθενειών (24). Οι συνέπειες για το σύστημα υγείας κάθε χώρας είναι τεράστιες και η επιβάρυνση των προσφύγων για τα έξοδα που αναγκάζονται να πληρώνουν οι ίδιοι είναι προβληματική (25,26).

Σε ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών στην Ελβετία η πιο κοινή αιτία προσέλευσης των εξωτερικών ασθενών από Σύριους, ήταν χειρουργική λόγω τραύματος και λόγω οξέων λοιμωδών νοσημάτων (27). Σε μια έρευνα που διεξήχθη στις Βρυξέλλες, μεταξύ αιτούντων άσυλο κυρίως από το Ιράκ και τη Συρία, έδειξε ότι ένας στους επτά ασθενείς υπέφερε από τραύματα (28). Σχεδόν το 9% του πληθυσμού της μελέτης ήταν ασυνόδευτοι ανήλικοι που ζητούν άσυλο στις Βρυξέλλες. Μια άλλη μελέτη στην Τουρκία, μεταξύ των αραβόφωνων γονέων και των αντιλήψεων για την υγεία των παιδιών τους, διαπίστωσε ότι ο οδοντικός πόνος ήταν το μεγαλύτερο μέλημα των γονέων και ότι αν και γνώριζαν τη σπουδαιότητα της στοματικής υγιεινής, δήλωσαν ότι δεν μπορούν να αναλάβουν τη φροντίδα των παιδιών τους σε αυτό τον τομέα

Παρόλο που η έρευνα στο ασταθές περιβάλλον ανθρωπιστικών καταστάσεων έκτακτης ανάγκης μπορεί να φανεί ως πολυτέλεια, ωστόσο, υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός μελετών που επικεντρώνονται στην ψυχολογική κατάσταση των προσφύγων στη Μέση Ανατολή (21,30-33). Ο υψηλός επιπολασμός διαταραχής μετατραυματικού στρες, μείζονα καταθλιπτικά σύνδρομα και γενικευμένο άγχος είναι εμφανείς. Η συσσώρευση έκθεσης σε σοβαρά τραυματικά συμβάντα στον τόπο προέλευσης, κατά τη διάρκεια του ταξιδιού και την επανεγκατάσταση, μπορεί να χρησιμεύσει ως επεξήγηση αυτών των ευρημάτων.

Ποιότητα Ζωής και πρόσφυγες

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η Ποιότητα Ζωής ορίζεται ως "η αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και των αξιακών συστημάτων στα οποία ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του. Πρόκειται για μια ευρεία έννοια που επηρεάζεται με πολύπλοκο τρόπο από τη σωματική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις και τη σχέση τους με τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος"(37).

Από τα εντυπωσιακά συνεπή ευρήματα ήδη από το 1970 προέκυψε ότι τα μέτρα αυτοαξιολόγησης είναι οι καλύτεροι παράγοντες πρόβλεψης της υγείας και της

θνησιμότητας, ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες (38,39). Επιπλέον, μια πληθώρα ερευνητικών μελετών στη δημόσια υγεία χρησιμοποιεί αυτοαναφερόμενους δείκτες QOL για να αξιολογήσει τις επιπτώσεις της SDOH στην υγεία (40,41). Πρόσφατα, τα μέτρα του QOL αποδείχθηκαν χρήσιμα στην εξερεύνηση των κοινωνιών και των πολιτισμών σε περιοχές που πλήττονται από συγκρούσεις ή σε πληθυσμούς που εγκαταλείπουν επικίνδυνες καταστάσεις όπως οι πρόσφυγες και οι μετανάστες (41-43).

Είναι προφανές ότι η μετανάστευση μπορεί να επιδεινώσει τους παράγοντες που διαμορφώνουν τους SDOH και τελικά μπορεί να θεωρηθεί ως πρόσθετο στρώμα αυτών των παραγόντων (44). Διάφορες μελέτες έχουν δείξει πώς οι πρόσφυγες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να υποφέρουν από πολλές σωματικές και ψυχιατρικές διαταραχές σε σύγκριση με τους μη εξαναγκασμένους εκτοπισμένους μετανάστες. Οι παράγοντες πίεσης πριν από τη φυγή, όπως η έκθεση σε σοβαρά τραυματικά συμβάντα, μπορούν να εξηγήσουν τον υψηλό επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών μεταξύ ενηλίκων και παιδιών προσφύγων (31,45). Αν και ορισμένες συγκρούσεις είναι βραχύβιες, μερικές άλλες είναι ενδημικές για δεκαετίες, δηλαδή παραδείγματα της Παλαιστίνης, του Αφγανιστάν, της Κένυας και της Σιέρρα Λεόνε. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι γενικές κοινωνικές συνθήκες, που εκθέτουν τις γενιές σε υψηλότερους σωρευτικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες πίεσης, μπορεί να έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο στην αυτοαξιολόγηση της υγείας (46). Ωστόσο, μελέτες που μετρούν την ψυχική δυσφορία δεκαετίες μετά την επανεγκατάσταση, επισημαίνουν ότι η έκθεση στο νέο περιβάλλον είναι επίσης σημαντική για την ψυχική υγεία των προσφύγων (33).

Σκοπός και στόχοι της μελέτης

Επί του παρόντος, δεν υπάρχουν στοιχεία, τουλάχιστον εξ όσων γνωρίζουμε, σχετικά με την ποιότητα ζωής των αραβόφωνων προσφύγων που διαμένουν στην Ελλάδα. Οι αραβόφωνοι είναι ένας μάλλον ομογενής πληθυσμός όσον αφορά την κουλτούρα και τις εμπειρίες των προσφύγων. Έφθασαν σε μεγάλους αριθμούς που αναζητούσαν καταφύγιο, βίωσαν αιχμηρές αλλαγές στον τρόπο διαβίωσής τους. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να συλλέγονται και να καταγράφονται δεδομένα σχετικά με την τρέχουσα κατάσταση αυτού του πληθυσμού, προκειμένου να βελτιωθούν οι συνθήκες και να διευκολυνθεί η ένταξη στο άμεσο μέλλον. Η έρευνα αυτή αντιμετωπίζει το κενό αυτό και παρέχει κάποιες πολύτιμες πληροφορίες για την υγεία

και την ευημερία των προσφύγων και των μεταναστών που εγκαθίστανται στην περιοχή της Αττικής. Συνεπώς, ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής των αραβόφωνων προσφύγων που κατοικούν στην Ελλάδα και να εξετάσει εάν υπάρχουν διαφορές στο QOL τους σε σύγκριση με τους πρόσφυγες σε άλλα περιβάλλοντα. Η συγκεκριμένη μελέτη αποτελεί μέρος ενός μεγαλύτερου έργου που συγκέντρωσε δεδομένα από δύο καμπ της Αττικής και ένα ξενοδοχείο κατάληψη. Το έργο επικεντρώνεται σε ένα από τα μεγαλύτερα καμπ, αυτό του Σκαραμαγκά, το οποίο φιλοξενεί περίπου 2500 πρόσφυγες. Τα δεδομένα συλλέγονται με το ερωτηματολόγιο WHO Quality of Life (WHOQOL-BREF) και συγκρίνονται με τις υπάρχουσες αναφορές των αποτελεσμάτων WHOQOL-BREF άλλων πληθυσμών προσφύγων, προκειμένου να παρασχεθεί ένα πλαίσιο στα ευρήματά μας. (χρωστάμε εδώ μικρή περιγραφή του εργαλείου)

Ειδικά ερευνητικά ερωτήματα είναι: α) Ποια είναι τα χαρακτηριστικά του QOL των αραβόφωνων προσφύγων που κατοικούν στο κέντρο φιλοξενίας του Σκαραμαγκά; β) Οι πρόσφυγες που κατοικούν στο κέντρο φιλοξενίας του Σκαραμαγκά αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα QOL από τους πρόσφυγες που διαμένουν σε άλλες τοποθεσίες;

Μεθοδολογία

Δείγμα

Αυτή είναι μια συγχρονική μελέτη. Ο πληθυσμός μελέτης αποτελείται από άνδρες και γυναίκες ηλικίας άνω των 18 ετών που αναζητούν διεθνή προστασία και έχουν φτάσει στην Ελλάδα από το 2011 και ζουν στην ίδια κατοικία / κατασκήνωση για τους τρεις τελευταίους μήνες. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν στο πλαίσιο ενός μεγαλύτερου σχεδίου που περιελάμβανε δύο κέντρα φιλοξενίας και ένα ξενοδοχείο-κατάληψη στην Αθήνα. Η παρούσα μελέτη επικεντρώνεται στο καμπ του Σκαραμαγκά στο νομό Αττικής. Η συλλογή δειγμάτων πραγματοποιήθηκε εντός του χρονικού διαστήματος από τον Φεβρουάριο έως τον Μάρτιο του 2018.

Έρευνα πεδίου

Για τη συλλογή των δημογραφικών στοιχείων καθώς και των πληροφοριών σχετικά με την ποιότητα ζωής, χρησιμοποιήσαμε την μεταφρασμένη στα αραβικά και επικυρωμένη έκδοση του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF (52,53). Η εφαρμογή Magpi σε tablet και έξυπνα τηλέφωνα χρησιμοποιήθηκε για τη συμπλήρωση των

ερωτηματολογίων. Εκτός από το ότι είναι ένα γρήγορο και βολικό εργαλείο, η χρήση της εφαρμογής Magri βοηθά στην αποφυγή σφαλμάτων κατά τη συλλογή δεδομένων και διευκολύνει την ανάλυση.

Λόγω της έλλειψης επίσημης διοίκησης στην περιοχή του Σκαραμαγκά, δεν υπάρχουν επίσημες πληροφορίες σχετικά με τα στατιστικά του πληθυσμού από ενημερωμένες πηγές καταχώρισης. Αυτό δημιούργησε ορισμένα εμπόδια στον υπολογισμό του δείγματος μας. Εκτιμήσεις λαμβάνοντας υπόψη τα τελευταία επίσημα αρχεία καθώς και πληροφορίες από ΜΚΟ που λειτουργούν στην περιοχή, συγκλίνουν ότι ο πληθυσμός της μελέτης μας ήταν περίπου 1000 άτομα. Αποφασίσαμε να χρησιμοποιήσουμε την προσέγγιση από πόρτα σε πόρτα για να συλλέξουμε το δείγμα μας. Επισκεφθήκαμε όλα τα τροχόσπιτα του καταυλισμού, ένα προς ένα, ακολουθώντας τους χάρτες του καταυλισμού, με σκοπό να εντοπίσουμε όλα τα άτομα που ήταν εκείνη τη στιγμή και να πληρούν τα κριτήρια επιλεξιμότητας της μελέτης.

Ανάλυση

Τα δεδομένα αναλύθηκαν με την έκδοση SPSS 23. Τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά της αραβικής μετάφρασης του οργάνου αξιολογήθηκαν με εσωτερική αξιοπιστία. Ο συντελεστής alpha για τα 26 στοιχεία ήταν .915, υποδηλώνοντας ότι τα στοιχεία έχουν σχετικά υψηλή εσωτερική συνοχή. Η μέση βαθμολογία για κάθε τομέα του WHOQOL-BREF υπολογίστηκε σε πρώτες βαθμολογίες και στη συνέχεια μετατράπηκε σε κλίμακα 4-20 και 0-100 για να γίνει σύγκριση με τα αποτελέσματα άλλων μελετών.

Χρησιμοποιήθηκε πρότυπη δοκιμή γραμμικής παλινδρόμησης προκειμένου να ελεγχθεί εάν οποιοσδήποτε από τους τέσσερις τομείς (φυσικό, ψυχολογικό, κοινωνικό, περιβάλλον) μπορεί να προβλεφθεί από οποιαδήποτε από τις κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές. Διενεργήθηκε one sample t-test για τη σύγκριση των μέσων βαθμών των προσφύγων που διαμένουν στο στρατόπεδο του Σκαραμαγκά με μέσες βαθμολογίες από άλλες μελέτες.

Αποτελέσματα

Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων.

Επιτεύχθηκε ποσοστό ανταπόκρισης 97%, αποτελούμενο από 301 συμμετέχοντες.

Η κατανομή του φύλου δεν ήταν σημαντικά διαφορετική, καθώς 121 ήταν γυναίκες

και 180 άντρες. Η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων (96%) προέρχεται από τη Συρία και το Ιράκ. Η οικογενειακή κατάσταση κατανέμεται σχετικά ισότιμη μεταξύ των παντρεμένων (52,8%) και των ελεύθερων (43,5%). Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες (72,4%) ήταν μεταξύ 18-34 ετών. Σχεδόν το 19% του δείγματος μας είχε ολοκληρώσει το δημοτικό σχολείο, ενώ το 57% ολοκλήρωσε το γυμνάσιο. Το 8% των ερωτηθέντων δεν έλαβαν καθόλου εκπαίδευση και το 13,7% είχε βαθμό τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Συγκρίσεις με τη βιβλιογραφία

Προκειμένου να παρασχεθεί ένα πλαίσιο στα ευρήματά μας, τα συγκρίναμε με τα μέσα αποτελέσματα άλλων αναφορών που χρησιμοποίησαν το WHOQOL-BREF. Μία μελέτη από πρόσφυγες που κατοικούν σε καμπ στην περιοχή του Κουρδιστάν του Ιράκ (55) και άλλη μία από πρόσφυγες στη Δυτική Αφρική (56). Επιπλέον, τα δεδομένα της έκθεσης από 23 χώρες που συλλέχθηκαν με το WHOQOL-BREF, χρησιμοποιήθηκαν για περαιτέρω συγκρίσεις (57).

Ο Πίνακας 3 δείχνει τη σύγκριση των μέσων βαθμολογιών μεταξύ προσφύγων στην Ελλάδα και στο Κουρδιστάν. Οι πρόσφυγες από τον Σκαραμαγκά εμφάνισαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα σκορ σε όλους τους τομείς σε σύγκριση με τους πρόσφυγες του Κουρδιστάν. Οι διαφορές στη σωματική υγεία είναι χαμηλής πρακτικής σημαντικότητας, οι διαφορές στην ψυχολογία είναι μέτριου μεγέθους, ενώ οι διαφορές στον κοινωνικό και περιβαλλοντικό τομέα έχουν μεγάλη πρακτική σημαντικότητα (D effect).

Ο Πίνακας 4 δείχνει τις συγκρίσεις με τον δεύτερο προσφυγικό πληθυσμό από τη Δυτική Αφρική. Οι πρόσφυγες του Σκαραμαγκά σημείωσαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα σκορ για τον φυσικό και τον κοινωνικό τομέα από εκείνους της Δυτικής Αφρικής. Όσον αφορά τον ψυχολογικό τομέα, οι πρόσφυγες του Σκαραμαγκά σημείωσαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ποσοστά από τους πρόσφυγες στη Δυτική Αφρική, με τη διαφορά αυτή να είναι μικρού πρακτικής σημαντικότητας. Τέλος, οι πρόσφυγες του Σκαραμαγκά δεν είχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον περιβαλλοντικό τομέα με το δείγμα της Δυτικής Αφρικής.

Ο Πίνακας 5 δείχνει τις συγκρίσεις των μέσων βαθμών των προσφύγων που διαμένουν στο Σκαραμαγκά και των δεδομένων γενικού πληθυσμού από 23 χώρες. Τα αποτελέσματα εμφανίζονται σε εύρος 4-20. Οι πρόσφυγες του Σκαραμαγκά εμφανίζουν στατιστικά σημαντική μείωση σε όλες τις βαθμολογίες του τομέα, σε

σύγκριση με το μέσο όρο του γενικού πληθυσμού. Τα μεγέθη των επιπτώσεων για φυσικούς, ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς τομείς είχαν μεγάλη πρακτική σημασία. Οι διαφορές στον κοινωνικό τομέα είχαν μεσαία πρακτική σημασία.

Συζήτηση

Η συνεχιζόμενη γεωπολιτική κατάσταση στη Μέση Ανατολή προκάλεσε συγκρούσεις και ανθρωπογενείς καταστροφές που ανάγκασαν μεγάλο αριθμό ανθρώπων να φύγουν κυρίως ως πρόσφυγες. Όπως είναι καλά τεκμηριωμένο και συζητήθηκε νωρίτερα, οι πρόσφυγες αντιμετωπίζουν πολλές δυσμενείς καταστάσεις πριν από τη μετανάστευση, κατά τη διάρκεια του ταξιδιού και μετά την μετανάστευση. Αυτές οι προκλήσεις μπορεί να περιπλέκουν τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας και την Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) του προσφυγικού πληθυσμού. Η Ποιότητα Ζωής των προσφύγων που διαμένουν σε χώρους κατασκήνωσης στην Ελλάδα δεν έχει καταγραφεί ακόμα. Έχει ζωτική σημασία να αποτυπωθούν τα χαρακτηριστικά της ΠΖ των αραβόφωνων προσφύγων που εγκαταστάθηκαν στη χώρα μας, προκειμένου να βελτιωθούν οι τρέχουσες συνθήκες και να διευκολυνθεί η μελλοντική ολοκλήρωση.

Σε αυτή τη μελέτη καταγράψαμε την αυτοαναφερόμενη ΠΖ των προσφύγων που κατοικούν στο κέντρο φιλοξενίας του Σκαραμαγκά, όπως μετράται με το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF. Διαπιστώσαμε ότι η μέση βαθμολογία για τους τέσσερις τομείς WHOQOL – φυσική υγεία, ψυχολογική, κοινωνική, περιβάλλον - είναι χαμηλή και μεταξύ των χαμηλότερων στον κόσμο. Έτσι, η μηδενική υπόθεση μας έχει απορριφθεί καθώς οι πρόσφυγες που κατοικούν στον Σκαραμαγκά, αναφέρουν διαφορετικά επίπεδα ΠΖ από τους πρόσφυγες που κατοικούν σε άλλα περιβάλλοντα.

Συγκεκριμένα, οι πρόσφυγες από τον Σκαραμαγκά σκοράρουν χαμηλότερα σε όλους τους τομείς σε σύγκριση με τους πρόσφυγες από το Κουρδιστάν. Το δείγμα μας είναι αρκετά παρόμοιο με το δείγμα του Κουρδιστάν όσον αφορά την προέλευση, καθώς το 96% των ερωτηθέντων προέρχεται από τη Συρία και το Ιράκ. Τα στρατόπεδα του Κουρδιστάν ξεκίνησαν το 2013, ενώ το στρατόπεδο Σκαραμάγκα το 2016 καθιστώντας και τις δύο ομάδες βραχυπρόθεσμα πρόσφυγες. Μια ισχυρή παρατήρηση σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά είναι ότι το 13,7% των ερωτηθέντων μας είχε ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση, σε σύγκριση με το δείγμα του Κουρδιστάν (31,5%). Οι πρόσφυγες από τους καταυλισμούς του Κουρδιστάν είναι κυρίως Κούρδοι εθνικιστές από τη Ροζάβα, μια de facto αυτόνομη

περιοχή στη Συρία. Η Ροζάβα αποτελεί ένα εξαιρετικό δημοκρατικό πείραμα που δεν έλαβε σχεδόν καθόλου κάλυψη από τα μέσα ενημέρωσης και από τη διεθνή κοινότητα. Εμπνευσμένοι από το PKK (Κόμμα Εργατών του Κουρδιστάν), κατάφεραν να κάνουν ένα μετασχηματισμό της κοινωνίας από τα κάτω με συναθροίσεις, συμβούλια, συνεταιρισμοί που διαχειρίζονται οι εργαζόμενοι και αποτελεί χαρακτηριστικό μοντέλο άμεσης δημοκρατίας.

Ο κοινωνικός τομέας διερευνά τις πτυχές των προσωπικών σχέσεων, της σεξουαλικής δραστηριότητας και της κοινωνικής υποστήριξης. Οι πρόσφυγες από την Ελλάδα ανέφεραν λιγότερη ικανοποίηση από τις προσωπικές σχέσεις και την κοινωνική δραστηριότητα σε σχέση με το δείγμα του Κουρδιστάν (το ζήτημα της σεξουαλικής δραστηριότητας παραλείφθηκε) με μεγάλο *d effect*. Οι πρόσφυγες του Κουρδιστάν εγκαταστάθηκαν σε μια γειτονική χώρα πολύ κοντά στην πατρίδα τους, με κοινή γλώσσα και οι κάτοικοι των πόλεων μετακινήθηκαν εκεί ως ομάδες στις ίδιες κατασκηνώσεις. Αυτό είναι πιθανότερο να ενισχύσει τις σχέσεις και τους δεσμούς ανθρώπων με κοινές εμπειρίες. Η ισχυρή πολιτική ενασχόληση αυτής της συγκεκριμένης ομάδας προσφύγων μπορεί να θεωρηθεί ουσιαστικός καθοριστικός παράγοντας για την ΠΖ τους, όπως έχει ήδη προταθεί για τους Παλαιστίνιους πρόσφυγες (48). Από την άλλη πλευρά, οι πρόσφυγες στην Ελλάδα βρίσκονται σε ασταθή κατάσταση, σε μια επισφαλή κατάσταση μεταξύ της χώρας καταγωγής τους και του επιθυμητού προορισμού τους, οι περισσότεροι από τους οποίους διαχωρίζονται από την οικογένεια και τους φίλους.

Οι χαμηλές βαθμολογίες στον ψυχολογικό τομέα μπορούν να αποδοθούν σε διάφορους λόγους. Από τη μία πλευρά, θα μπορούσαν να αποδοθούν σε όλες αυτές τις καταστάσεις που σχετίζονται με την έκθεση σε τραύματικά γεγονότα, όπως έχει ήδη αποτυπωθεί στη διεθνή βιβλιογραφία. Δυστυχώς ο χαρακτηρισμός ως "ευάλωτος" χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο ως μέτρο για τον προσδιορισμό της αξιοπιστίας των αιτούντων άσυλο από αξιωματικούς μετανάστευσης. Έτσι, η εκδήλωση συμπεριφοράς για να «ταιριάζει» στο ευάλωτο προφίλ μπορεί να προκαλέσει τις χαμηλές βαθμολογίες που καταγράφηκαν σε αυτόν τον τομέα. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με την τάση των ειδικών ψυχικής υγείας να ερμηνεύουν τις συμπεριφορές από την άποψη της ψυχοπαθολογίας. Ένα άλλο είδος τραύμα βιώνεται από αυτούς τους ανθρώπους, όταν φιλοξενοούνται σε

υπερπλήρη κέντρα υποδοχής στα ελληνικά νησιά, όταν στερούνται των δικαιωμάτων των μετεγκαταστάσεων και του ασύλου προστασίας, ή δεν έχουν πληροφορίες σχετικά με το μέλλον τους. Είναι πιο πιθανό να εκφράσουν συμπεριφορές και συναισθήματα λόγω της τρέχουσας πραγματικότητας, παρά λόγω συγκεκριμένης ψυχικής ασθένειας.

Όταν το δείγμα μας συγκρίνεται με το δείγμα του Κουρδιστάν, σκοράρουν χαμηλότερα στον ψυχολογικό τομέα. Μια πιθανή εξήγηση θα μπορούσε να είναι ότι αυτοί οι πρόσφυγες μετακόμισαν από τη Συρία σε μια κοντινή χώρα και δεν εκτέθηκαν στο ίδιο επικίνδυνο ταξίδι που πήραν οι ομοιογενείς ομολόγοι τους, ταξιδεύοντας στην Ελλάδα με βάρκες. Επιπλέον, είναι προφανές ότι οι ερωτηθέντες μας έχουν πολλές αμφιβολίες σχετικά με το εάν θα εγκατασταθούν και θα αρχίσουν να εντάσσονται στη χώρα μας καθώς περιμένουν τις αποφάσεις ασύλου. Αυτή η αβεβαιότητα τους βάζει με βίαιο τρόπο σε μια παθητική κατάσταση, η οποία επηρεάζει την ψυχική υγεία, όπως έχει ήδη αποδειχθεί σε πρόσφατη μελέτη στην Ολλανδία (58).

Ένα άλλο βασικό συμπέρασμα είναι ότι οι πρόσφυγες του Σκαραμάγκα βαθμολογούνται χαμηλότερα στον περιβαλλοντικό τομέα με μεγάλο *d effect*. Παρόλο που δεν διαθέτουμε πολλές πληροφορίες σχετικά με τις περιβαλλοντικές συνθήκες στα κέντρα φιλοξενίας του Κουρδιστάν, μπορούμε να προσπαθήσουμε να εξηγήσουμε αυτές τις διαφορές. Οι πτυχές που μετρούνται στον τομέα του περιβάλλοντος περιλαμβάνουν την αξιολόγηση των συνθηκών στέγασης και του φυσικού περιβάλλοντος, την πρόσβαση στην υγεία και την κοινωνική μέριμνα, τους οικονομικούς πόρους, τα μέσα μεταφοράς, τα αισθήματα ασφάλειας, την πρόσβαση σε νέες πληροφορίες / δεξιότητες και τις δραστηριότητες αναψυχής. Οι χαμηλές βαθμολογίες στον τομέα αυτό, σε σύγκριση με τα στρατόπεδα του Κουρδιστάν, δείχνουν δυσaráσκεια με τις προαναφερθείσες πτυχές. Μια συγκριτική ανάλυση των προσφύγων που διαμένουν εντός και εκτός των στρατοπέδων στην περιοχή του Κουρδιστάν του Ιράκ που διεξήχθη το 2014, υπογραμμίζει τις διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων. Καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι πρόσφυγες κατασκηνώσεων είναι καλύτερα από εκείνους που βρίσκονται εκτός του καταυλισμού όσον αφορά τις βασικές ανάγκες όπως τα τρόφιμα, το νερό, οι μεταφορές, η υγειονομική περίθαλψη, η εκπαίδευση και η απασχόληση. Ως εκ τούτου, οι πρόσφυγες από τα καμπ του Κουρδιστάν μπορεί να έχουν σημειώσει υψηλότερο επίπεδο από τους πρόσφυγες

του Σκαραμαγκά στον τομέα αυτό, λόγω της εξέτασης των συνθηκών που επικρατούν εκτός των στρατοπέδων.

Επιπλέον, καθώς το κέντρο φιλοξενίας του Σκαραμαγκά βρίσκεται έξω από την πόλη σε μια βιομηχανική περιοχή, αυτό μπορεί να δημιουργήσει ζητήματα πρόσβασης και απόρριψης του φυσικού περιβάλλοντος. Λόγω της έλλειψης διοίκησης στο στρατόπεδο, έχουν παρατηρηθεί κάποιες παράνομες δραστηριότητες και περιστασιακά βίαια επεισόδια, προκαλώντας αισθήματα ανασφάλειας. Στο στρατόπεδο προσφέρονται σήμερα ιατρικές υπηρεσίες από το ΚΕΕΛΠΝΟ (Ελληνικό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων). Τον Φεβρουάριο του 2018, κατά τη διάρκεια της συλλογής των ερωτηματολογίων, ο Ερυθρός Σταυρός απέσυρε το προσωπικό και τις υπηρεσίες υγείας του από το στρατόπεδο, οπότε το ΚΕΕΛΠΝΟ χρειάστηκε να αναδιοργανώσει την παροχή υπηρεσιών υγείας. Θα μπορούσε αυτή η μετάβαση να απεικονίζεται στις χαμηλές βαθμολογίες που έχουν καταγραφεί. Παρόλο που δεν μετρήθηκε άμεσα, ήταν έντονη παρατήρηση κατά τη συλλογή ερωτηματολογίων ότι πολλοί πρόσφυγες δεν γνώριζαν τις διαθέσιμες υπηρεσίες από τη διοίκηση του στρατοπέδου και τις ΜΚΟ. Αυτή η παρατήρηση θα μπορούσε να είναι χρήσιμη για μελλοντική έρευνα και βελτίωση. Δυστυχώς, ένας μεγάλος αριθμός προσφύγων του Σκαραμαγκά δεν είναι επίσημα εγγεγραμμένοι σε αυτόν τον καταυλισμό ή σε κάποιον άλλο, πράγμα που σημαίνει ότι δεν λαμβάνουν καμία οικονομική βοήθεια. Όπως φαίνεται στα αποτελέσματα της ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης στον πίνακα 3β, το εισόδημα ως ανεξάρτητη μεταβλητή ήταν η δεύτερη σημαντική συμβολή στον περιβαλλοντικό τομέα.

Σχολιάζοντας τον τομέα της σωματικής υγείας, πρέπει πρώτα να σημειώσουμε ότι το προφίλ του "άνδρα υγιούς μετανάστη" δεν υπάρχει πλέον στους σημερινούς πρόσφυγες, όπως φαίνεται στα κοινωνικοδημογραφικά αποτελέσματα και τις αυτοαναφερόμενες ασθένειες του πίνακα 1. Ένας μεγάλος αριθμός των ανθρώπων φεύγει με τις οικογένειες και τα παιδιά τους. Οι ηλικιωμένοι με χρόνιες ασθένειες επιβεβαιώνουν το φαινόμενο της επιδημιολογικής μετάβασης, επιβαρύνοντας τα συστήματα υγείας των χωρών υποδοχής. Αυτά τα ευρήματα είναι συνεπή με άλλες εκθέσεις σχετικά με την κατάσταση υγείας παρόμοιων πληθυσμών προσφύγων σε παρόμοια περιβάλλοντα (25,26).

Η πλειονότητα των ερωτηθέντων ανέφεραν ψυχολογικά ζητήματα ως τον κύριο λόγο της κακής κατάστασης υγείας τους. Μία πρόσφατη έρευνα σχετικά με ένα δείγμα

ηλικιωμένων που κατοικούν σε κοινότητα, αποκάλυψε ότι η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα κάθε τομέα του WHOQOL-BREF (59). Για άλλη μια φορά πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι και οι δύο ομάδες προσφύγων έχουν εγκαταλείψει τη χώρα τους, αλλά στην περίπτωση του Κουρδιστάν βρέθηκαν μεταξύ ομοιογενών οικοδεσποτών οι οποίοι είναι πολιτικά συμπαθούντες προς αυτούς, ενώ στην περίπτωση του Σκαραμαγκά αναγκάστηκαν να εγκατασταθούν σε ένα μέρος που δεν είχαν ποτέ την πρόθεση να το κάνουν, ως αποτέλεσμα της πολιτικής των κλειστών συνόρων. Επιπλέον, πολλές οικογένειες προσφύγων στην Ελλάδα παραμένουν χωρισμένοι εδώ και αρκετά χρόνια, καθώς οι οικογενειακές επανενώσεις καθυστερούν από τη μεριά της Γερμανίας. Αυτές οι συνθήκες σίγουρα προσθέτουν βάρος στην κακή ψυχολογική τους κατάσταση, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει και τη σωματική υγεία.

Υπάρχει ένα αυξανόμενο όγκος έρευνας που μελετά πώς το περιβάλλον επηρεάζει ένα ευρύ φάσμα ασθενειών και λειτουργιών (60,61). Είναι ενδιαφέρον ότι, την τελευταία δεκαετία, οι ερευνητές διερεύνησαν τις επιδράσεις του περιβάλλοντος - γειτονιά - στην υγεία, όχι μόνο με βάση αντικειμενικά μέτρα, αλλά και με τις αντιλήψεις των ατόμων για το περιβάλλον τους, υποδεικνύοντας ότι μπορεί να λειτουργήσει ως σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της υγείας (62,63) και QOL (40,60). Μια μελέτη σε μια βιομηχανική περιοχή στον Καναδά, έδειξε μια θετική συσχέτιση των αντιλήψεων γειτονιάς με κακή σωματική υγεία (62). Καθώς οι πρόσφυγες στο δείγμα μας διαμένουν επίσης σε μια βιομηχανική περιοχή και αναφέρουν χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης στον περιβαλλοντικό τομέα, είναι πιθανό αυτή η αντίληψη να επηρεάζει και την αξιολόγηση της υγείας τους. Βεβαίως, αυτό η πρόταση πρέπει να υποστηριχθεί με περαιτέρω έρευνα.

Συγκρίσεις με το δεύτερο προσφυγικό πληθυσμό από τη Δυτική Αφρική δείχνουν ότι οι ερωτηθέντες μας βαθμολογούνται υψηλότερα σε φυσικούς και κοινωνικούς τομείς αλλά χαμηλότεροι στον ψυχολογικό τομέα. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον περιβαλλοντικό τομέα. Αν και υπάρχουν μεγάλες διαφορές στον πολιτισμό και τις συνθήκες διαβίωσης μεταξύ αυτών των δύο ομάδων, οι συγκρίσεις παρείχαν ενδιαφέροντα ευρήματα. Οι Αφρικανοί πρόσφυγες είναι μακροπρόθεσμοι πρόσφυγες, ως επακόλουθο του εμφυλίου πολέμου της Λιβερίας και εγκαταστάθηκαν σε ένα στρατόπεδο στα περίχωρα μιας πόλης. Οι περισσότεροι από αυτούς επιλέγουν να παραμείνουν εκεί αφού το στρατόπεδο έκλεισε επισήμως

το 2007. Υπάρχουν 72 σπίτια με δύο κρεβατοκάμαρες καθώς και πολλά σπίτια που κατασκευάστηκαν από τους πρόσφυγες τα τελευταία χρόνια. Δεν προσφέρονται παροχές υγείας ή κοινωνικής πρόνοιας και οι πρόσφυγες εργάζονται σε εμπορικές συναλλαγές ή μεταφορές εντός και εκτός του καταυλισμού. Υπάρχει ένα δημοτικό σχολείο που μερικοί πρόσφυγες διδάσκουν. Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες (72,4%) ήταν μεταξύ 18-34 ετών, ενώ το 58% των Αφρικανών προσφύγων ήταν στο ίδιο ηλικιακό πλαίσιο. Το Ισλάμ ήταν η θρησκεία του 30% του αφρικανικού πληθυσμού. Σχεδόν το 85% των Αφρικανών προσφύγων ήταν παντρεμένοι, εκ των οποίων το 32% είχε πολυγαμους γάμους. Περίπου το ήμισυ του δείγματος του Σκαραμαγκά (53%) είναι παντρεμένοι. Όσον αφορά το εκπαιδευτικό στάτους, το 24% των Αφρικανών προσφύγων είχε ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση σε αντίθεση με το 13,7% των προσφύγων του Σκαραμαγκά. Επιπλέον, μόνο το 11% των Αφρικανών προσφύγων ήταν άνεργοι και το 21% ήταν μαθητές. Οι υπόλοιποι ήταν επαγγελματίες (30%) και ειδικευμένοι (10%) ή ανειδίκευτοι εργαζόμενοι (28,6%). Αν και δεν μετράται άμεσα, είναι γεγονός ότι οι πρόσφυγες στην Ελλάδα βρίσκονται σε κατάσταση διέλευσης και η συντριπτική τους πλειονότητα δεν λειτουργεί επίσημα.

Είναι αξιοσημείωτο ότι οι πρόσφυγες του Σκαραμαγκά σημείωσαν χαμηλότερα από τους πρόσφυγες της Αφρικής στον ψυχολογικό τομέα. Αυτό το εύρημα μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι οι Αφρικανοί πρόσφυγες είναι μακροπρόθεσμοι πρόσφυγες σε μια χώρα με παρόμοιο πολιτισμό και ότι έχουν προσαρμοσθεί στις περιστάσεις κατά τη διάρκεια των ετών και δεν επιθυμούν να επιστρέψουν στη χώρα καταγωγής τους. Καθώς οι περισσότεροι Αφρικανοί πρόσφυγες απασχολούνται, μπορούν να προσφέρουν τις βασικές ανάγκες στις οικογένειές τους, δίνοντάς τους μια αίσθηση ικανοποίησης και ανεξαρτησίας. Οι πρόσφυγες του Σκαραμαγκά βασίζονται κυρίως στην ανθρωπιστική βοήθεια, καθώς η πλειοψηφία τους είναι άνεργοι. Το να μην είναι σε θέση να εξασφαλίσουν τα προς το ζην για την οικογένειά τους, παραμένοντας αδράνεις κατά τη διάρκεια των πιο παραγωγικών ετών της ζωής τους, επιβαρύνει σίγουρα την ήδη εύθραυστη κατάσταση τους. Οι χαμηλότερες βαθμολογίες αντικατοπτρίζουν μια ζωή μετέωρη στο στρατόπεδο του Σκαραμαγκά, αν και σε μια ευρωπαϊκή χώρα, όπου οι άνθρωποι εμποδίζονται να ξαναφτιάξουν τη ζωή τους και να αρχίσουν να εντάσσονται και να συνδέονται με την τοπική κοινωνία, καθώς η αβεβαιότητα για το μέλλον τους παρατείνεται. Σε μια ποιοτική έρευνα που διεξήχθη πρόσφατα σε διάφορα στρατόπεδα στην Ελλάδα, οι πρόσφυγες

συσχετίζουν άμεσα την έλλειψη πληροφοριών και την αβεβαιότητα για το μέλλον με κακή ψυχολογική κατάσταση (34).

Όσον αφορά τον περιβαλλοντικό τομέα, δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων. Πιθανόν κάποιος θα υποθέσει ότι θα επρέπε να υπήρχαν σημαντικές διαφορές λαμβάνοντας υπόψη τις συνθήκες διαβίωσης στην Αφρική. Οι εξηγήσεις αυτών των ευρημάτων μπορούν να αποδοθούν στο γεγονός ότι οι Αφρικανοί πρόσφυγες είχαν μέση παραμονή στο στρατόπεδο των 10 ετών και η πλειοψηφία τους επέλεξε να παραμείνει εκεί ακόμη και όταν το στρατόπεδο έκλεισε επισήμως το 2007. Πέρα από αυτό είναι πιθανό οι Αφρικανοί πρόσφυγες να έχουν λιγότερες προσδοκίες από τις περιβαλλοντικές συνθήκες, σε σύγκριση με τα πρότυπα όσον αφορά τη στέγαση, των πρόσφυγων από τη Μέση Ανατολή.

Σε σύγκριση με τη μελέτη του γενικού πληθυσμού, οι πρόσφυγες στην Ελλάδα βαθμολογούνται χαμηλότερα σε κάθε τομέα. Η εξάλειψη των ανισοτήτων και η προώθηση της ποιότητας ζωής για όλους τους ανθρώπους είναι ένας παγκόσμιος στόχος. Προκειμένου να επιτευχθούν αυτά, πρέπει να προσδιορίσουμε και να εξαλείψουμε τις ανισότητες των πληθυσμών που έχουν ανάγκη. Δεδομένου ότι οι πρόσφυγες είναι ευάλωτοι σε ψυχικές ασθένειες λόγω του τραυματισμού που υφίσταται πριν και μετά τη μετανάστευση, πρέπει να δοθεί προτεραιότητα σε αυτούς. Τα συμπεράσματά μας συνάδουν με άλλες μελέτες που έδειξαν ότι το καθεστώς πρόσφυγα είχε την ισχυρότερη σχέση με την ψυχική υγεία, σε σύγκριση με τα δείγματα γενικού πληθυσμού (56,64).

Περιορισμοί

Λόγω του συγχρονικού χαρακτήρα αυτής της μελέτης, τα ευρήματα αντικατοπτρίζουν μια κατάσταση σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και συνεπώς δεν μπορούν να γενικευθούν. Ο υποκειμενικός χαρακτήρας αυτών των μέτρων μπορεί να συσχετιστεί με προσωπικές εμπειρίες. Πιθανόν να υπάρχει μια τάση έκφρασης δυσαρέσκειας με σκοπό να προωθηθούν διαδικασίες μετεγκατάστασης.

Συμπεράσματα

Αυτή είναι η πρώτη μελέτη, τουλάχιστον εξ όσων γνωρίζουμε που διερεύνησε θέματα ποιότητας ζωής των προσφύγων που κατοικούν στην Ελλάδα. Οι μέσες

βαθμολογίες σε κάθε έναν από τους τομείς του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF, για τους πρόσφυγες που εγκαταστάθηκαν στο κέντρο φιλοξενίας του Σκαραμαγκά, είναι από τις χαμηλότερες στον κόσμο. Αυτά τα ευρήματα μπορούν να βοηθήσουν στην περίπτωση χάραξης πολιτικής, αν και απαιτούνται περισσότερες έρευνες και σε άλλους προσφυγικούς καταυλισμούς στην Ελλάδα, προκειμένου να υπάρξει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα. Δεδομένου ότι οι παρατεταμένες περίοδοι μετεγκατάστασης και διαδικασίας χορήγησης ασύλου υποχρεώνουν τους πρόσφυγες να παραμείνουν στη χώρα μας, πρέπει να στρέψουμε την προσοχή μας σε θέματα ένταξης. Η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή είναι ένας δείκτης ποιότητας ζωής. Οι προσπάθειες βελτίωσης των διαφόρων τομέων που καθορίζουν την ποιότητα ζωής πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την κατάρτιση πολιτικών ένταξης.