

ZDRAVSTVENI PRISTOPI IN PREPOZNAVANJE DOBRIH PRAKS PRI ZAGOTAVLJANJU ZDRAVSTVENE OSKRBE MIGRANTKAM: PRIMER SLOVENIJE

Mirko Prosen, Karmen Medica, Sabina Ličen, Doroteja Rebec, Igor Karnjuš, Urška Bogataj
Univerza na Primorskem - Fakulteta za vede o zdravju

1. Uvod

Prepričanja in prakse povezane z zdravjem se oblikujejo v kontekstu vsakdanjika, tj. znotraj kulturnih in družbenih svetov. Zdravje pogosto ljudje iz različnih kulturnih okolij oblikujejo kot odsotnost bolezni pri čemer slednje temelji na osebni percepciji dobrega počutja in osebnega zdravja, družinskih in kulturnih prepričanj ter praks povezanih z zdravjem; socio-kulturnih sistemov prepričanj in verovanj v dinamični interakciji z okoljem v katerem živijo; in prepričanj o zgradbi in funkcioniranju telesa kot tudi mej, ki jih ima telo v neki družbi (Anderson et al., 2010). Zdravstveni delavci se dandanes soočajo s kulturno zelo raznolikimi pacienti, kar je posledica globalnih migracijskih procesov. Tovrstna kulturna raznolikost predstavlja izziv vsakemu zdravstvenemu sistemu. Raziskave so pokazale, da so bile izkušnje za zdravstvene delavce z negovanjem oz. zdravljenjem kulturno raznolikih pacientov pogosto opredeljene kot zahtevne in zanje frustrirajoče. V tem pogledu sta znanje o drugi kulturi in razumevanje kulture pacienta s strani zdravstvenih delavcev ključni dejavnik v zagotavljanju kulturno dovzetne zdravstvene oskrbe (Amiri et al., 2016). Da bi uspešno zagotavljali zdravstveno oskrbo edinstveni in kulturno raznoliki populaciji pacientov, je pomembno, da vsi zdravstveni delavci razumejo pomen kulturne raznolikosti ter skozi spoštovanje, vključevanje in proučevanje lastnih z zdravjem povezanih vrednot in prepričanj in tistih, ki jih v ospredje postavlja njihova ustanova, podpirajo načelo spoštovanja vsakega posameznika in ideal medkulturne skrbi (Bjarnason et al., 2009).

Pomanjkanje znanja zaradi ignorance, etnocentrizma, stereotipov ali rasnih predsodkov v državah gostiteljicah lahko prikrajša ljudi za njihove osnovne človekove pravice in jih odtuji od primerne pomoči in podpore. Ko migranti, begunci ali pripadniki manjšinskih etničnih skupin ne dostopajo do obstoječih sistemov, je veliko lažje predpostavljati, da so se odločili, da jih ne bodo uporabljali kot pa preučiti primernost ponujenega v teh sistemih (Tilki, 2006). Vsi ljudje imajo pravico do enakopravne in ne-obsojajoče zdravstvene oskrbe. Čeprav večina zdravstvenih delavcev poskuša zagotoviti enako kakovost zdravstvene oskrbe vsem pacientom, je potrebno poudariti, da primerna in enakovredna oskrba pomeni ugotoviti in zagotoviti pacientove potrebe (Dreachslin et al., 2012). Slednje vključuje tudi naslavljanje pacientov kulturnih in socialnih potreb, saj je pravno zavezujoča in moralna dolžnost vseh zdravstvenih delavcev, da so kulturno kompetentni z namenom zagotavljanja kulturno dovzetne zdravstvene nege (Repo et al., 2017). Repo et al (2017) so identificirali nekaj faktorjev povezanih z razvojem medkulturnih kompetenc zlasti med medicinskimi sestrami: višja stopnja izobrazbe, delovna doba, dodatno izobraževanje iz medkulturne zdravstvene nege; etnocentrizem; komunikacijske sposobnosti in sposobnosti za interakcijo ter lingvistične sposobnosti.

Medkulturne kompetence lahko preprosto opredelimo kot sposobnost medicinske sestre ali babice, da ob lastnem zavedanju pomembnosti in razumevanju kulture v nujenju zdravstvene ali babiške nege s pridobljenim znanjem in veščinami pacientu/-ki, družini ali skupnosti zagotavlja kulturno

⁴³ Zahvaljujemo se Jani Čelhar, pomočnici direktorja za zdravstveno nego (Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna), za pomoč pri organizaciji fokusne skupine kot tudi vsem sodelujočim zdravstvenim delavcem, da so nam zaupali njihove izkušnje in poglede na medkulturno zdravstveno oskrbo migrantk.

dovzetno zdravstveno ali babiško nego, tj. takšno obliko zdravstvene ali babiške nege, ki ne zanika vrednot, prepričanj, običajev in navad pacienta/-ke, ampak jih vključuje v načrtovanje njegove / njene oskrbe. Zdravstveni delavci morajo sprejeti in spoštovati kulturno raznolikost, zavedanje o kateri je mogoče pridobiti skozi znanje in razvoj profesionalnih veščin (Prosen, 2018). Kulturnost je v pomoč zdravstvenim delavcem v zagotavljanju storitev, ki ustrezajo kulturnim in komunikacijskim potrebam pacientov. Kulturna oz. medkulturna kompetentnost je ključna sestavina visoko kakovostne in v pacienta usmerjene skrbi (Papadopoulos et al., 2016). Razvoj medkulturnih kompetenc je dinamičen, kontinuiran in vseživljenjski proces (Prosen, 2018) na katerega zelo vpliva družba v kateri se te medkulturne kompetence razvijajo (Repo et al., 2017). Z namenom nudenja kulturno dovzetne zdravstvene oskrbe s strani zdravstvenih delavcev, je nujno vključevanje vsebin o medkulturnosti v formalno in neformalno izobraževanje (Prosen, 2015; Prosen, 2018; Prosen et al., 2017) ter zdravstvene delavce opremiti z ustreznimi kliničnimi smernicami. Slednje do neke mere zagotavljajo ustrezno znanje o kulturi, veščine in pristope, ki zdravstvenim delavcem omogočajo odzivanje na pacientove potrebe s spoštovanjem, sočutjem in razumevanjem (Papadopoulos et al., 2016).

Eden izmed glavnih ciljev projekta INTEGRA je bil raziskati pristope zdravstvenih delavcev do migrantk s katerimi se srečujejo v kliničnem okolju ter njihovih izkušnjah pri nudenju zdravstvene oskrbe. Pri tem je postavljen poudarek na izzivih in ovirah pri zdravstveni oskrbi kot tudi zagotavljanju kulturno dovzetne zdravstvene oskrbe in ugotavljanju osnovanih dobrih praks v kliničnem okolju

2. Metode

Poročilo predstavlja preliminarne rezultate kvalitativne analize, katere cilj je bil dobiti vpogled v izkušnje in percepcijo zdravstvenih delavcev v zagotavljanju zdravstvene oskrbe migrantkam v kliničnih okoljih.

Raziskovalni dizajn je bil zasnovan na kvalitativnem pristopu, v okviru katerega je bila izbrana fokusna skupina kot metoda pridobivanja podatkov. Na ta način skozi interakcijo prihaja do pojavljanja takšne vrste podatkov do katerih sicer ne bi prišli z drugimi metodami zbiranja podatkov, kot je na primer individualni intervju (Bluff, 2006). Fokusno skupino je sestavljalo 8 sodelujočih, tj. Zdravstvenih delavcev, ki so bili zaposleni na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti. Fokusna skupina je bila izvedena v Avgustu 2018.

Podatki so bili zbrani z delno strukturiranim intervjujem, zvočno snemani in dobesedno prepisani. Vprašanja za intervju so temeljila na ciljih projekta INTEGRA in vključevala 11 osrednjih vprašanj (na primer "Nam lahko zaupate vaš pogled do migrantov v kliničnem okolju?"; "Nam lahko zaupate vase najpogostejše ovire s katerimi se srečujete pri zdravstveni oskrbi migrantk?"; "Nam lahko zaupate vase izkušnje s prevajalci/tolmači?"; "Nam lahko zaupate vase pozitivne izkušnje z migrant v kliničnem okolju?"; "Nam lahko zaupate vase negativne izkušnje z migrant v kliničnem okolju?"; "Nam lahko zaupate ali ste bili kdaj naprošeni, da opustite določene rutinske postopke zaradi določenih kulturnih vprašanj?"; »Kaj po vašem mnenju potrebujejo zdravstveni delavci kot ste vi za zagotavljanje kulturno dovzetne(občutljive) zdravstvene nege?«. V nekaterih primerih so bila postavljena določena podvprašanja in podane dodatne razlage z namenom pojasnitve izrečenega ali pridobitve dodatnih informacij.

Vsi udeleženci v raziskavi so bili obveščeni o namenu, ciljih in metodah raziskovanja. Poudarjena sta bila zagotavljanje anonimnosti in prostovoljna udeležba v raziskavi. Sodelujoči, ki so se odločili za sodelovanje so morali dati pisno soglasje. Raziskava je potekala v skladu s Helsinško-Tokijsko deklaracijo (World Medical Association, 2013), Kodeksom etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2014) in priporočili za etiko v kvalitativnem raziskovanju (British Sociological Association, 2002). Izvedba raziskave je bila odobrena s strani Komisije za medicinsko etiko Republike Slovenije (26. 10. 2017; 0120-544/2017/7).

Kvalitativna analiza je bila narejena s pomočjo računalniškega programa NVivo verzija 12 (QRS International, Victoria, Australia). Prepis intervjuja je bil analiziran z metodo vsebinske analize, podrobneje tematsko analizo (Flick, 2002; Gibson and Brown, 2009; Matthews and Ross, 2010; Riessman, 2008; Sandelowski, 2000; Smythe, 2012). V tej fazi analize redukcija podatkov ni bila aplicirana, saj je bil namen prikazati vse preliminarne rezultate z namenom vpogleda v vse vidike, ki bi jih bilo smiselno upoštevati v prihodnji pripravi kliničnih smernic.

3. Rezultati

3.1 Kvalitativna analiza

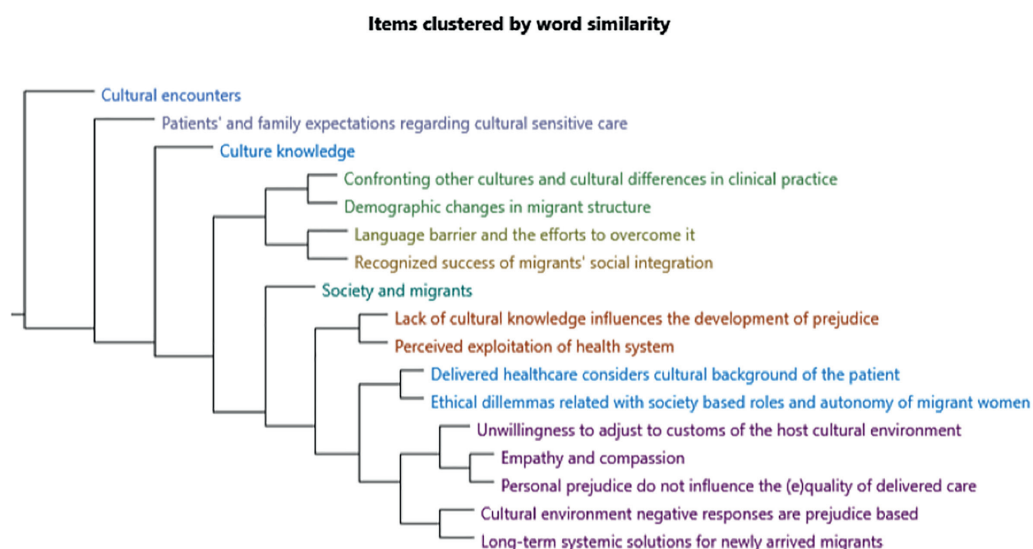
Fokusno skupino je sestavljalo osem zdravstvenih delavcev, ki so se prostovoljno odločili za sodelovanje v raziskavi. Vse udeleženke so bile ženske in so zaposlene v Bolnišnici za ženske bolezni in porodništvo. Med njimi jih je pet končalo podiplomski študijski program zdravstvene nege, tri pa so bil tehniki zdravstvene nege (poklicna šola). Povprečno so bile udeleženke zaposlene v trajanju 18,25 let ($s=12,80$), kjer je bil najkrajši delovni staž v trajanja 3 leta in najdaljši 35 let. Vse udeleženke so neposredno vključene v zagotavljanje zdravstvene nege ženskam na sekundarnem nivoju zdravstvene dejavnosti.

Pred tematsko analizo je preliminarna analiza vključevala frekvenco besed (Slika 1) in analizo grozdov, npr. primerjava besedne podobnosti in podobnosti kodiranja glede posameznih primerov (udeleženk). Elementi, združeni z besedno podobnostjo (Slika 2), so pokazali močno povezavo med primeri in potrdili združevanje v tematski analizi. Elementi, združeni s kodiranjem podobnosti, so pokazali tudi močna razmerja med šiframi, ki jih je izmeril Jaccard Index ($J=1$).

Slika 1 - Najbolj pogosto izrečene besede v kodiranem besedilu (minimalna dolžina 6 črk/ 1000 besed)

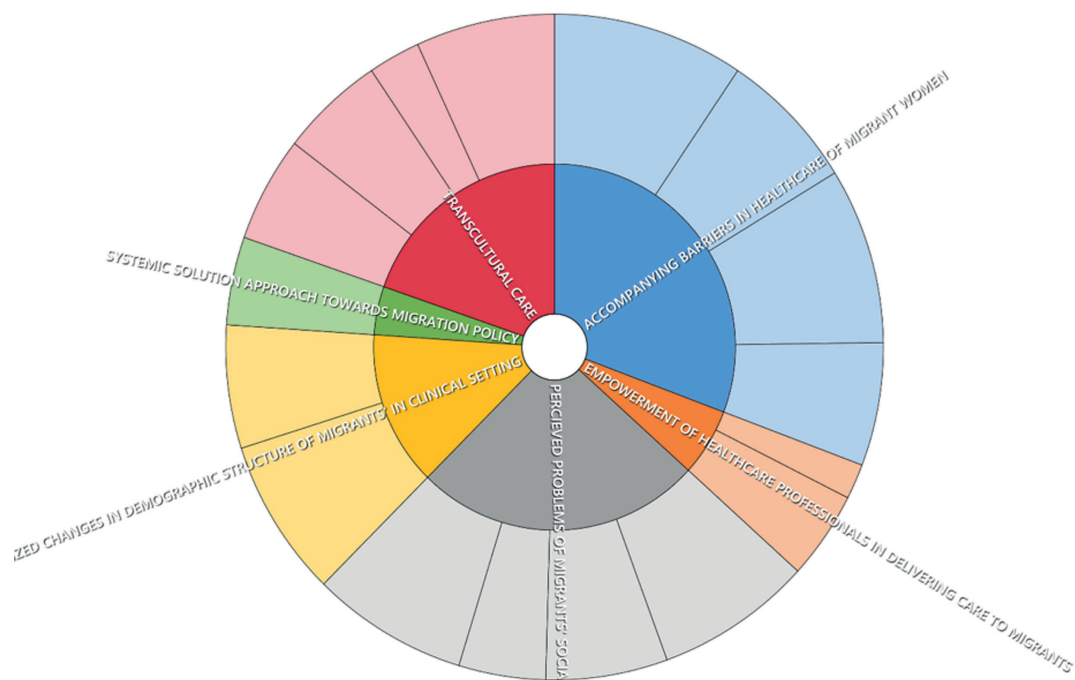


Slika 2 - Primerjava podobnosti



Slika 3 predstavlja strukture kod oz. referenc povezanih z vsako identificirano temo.

Slika 3 - Primerjava osrednjih tem glede na število kodiranih referenc



Tematska analiza je opredelila šest glavnih tem, ki pojasnjujejo izkušnje in percepcijo zdravstvenih delavcev o zagotavljanju zdravstvene oskrbe migrantk v kliničnih okoljih. Preliminarne teme so skupaj s podtemi prikazane v Tabeli 1. V tej fazi analize redukcija podatkov ni bila uporabljena.

Tabela 1 - Identificirane teme in podteme tematske analize

Teme	Podteme
PREPOZNANE SPREMEMBE V DEMOGRAFSKI STRUKTURI MIGRANTK V KLINIČNEM OKOLJU	Spremembe v demografski strukturi migrantk v kliničnih okoljih
	Soočanje z drugimi kulturami in kulturnimi razlikami v klinični praksi
MEDKULTURNA ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA	Empatija in sočutje
	Zdravstveno obravnavo se prilagodi kulturi pacientke
	Lastni predsodki ne vplivajo na nudenje optimalne zdravstvene oskrbe
SPREMLJAJOČE OVIRE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE MIGRANTK	Prisotna pričakovanja pacientk in družine do upoštevanja kulturnega ozadja v zdravstveni obravnavi
	Jezikovna bariera in njeno premagovanje
	Etične dileme povezane s kulturno pogojenim položajem in avtonomijo žensk
	Prepoznano izkoriščanje zdravstvenega sistema
OPOLNOMOČENJE ZDRAVSTVENIH DELAVCEV ZA DELO Z MIGRANTI	Neznanje o kulturi vpliva na razvoj predsodkov
	Znanje o drugih kulturah
PREPOZNANI PROBLEMI SOCIALNE INTEGRACIJE MIGRANTOV	Srečevanje z drugimi kulturami
	Negativni odzivi okolja utemeljeni na predsodkih
	Neprilagajanje navadam gostujočega kulturnega okolja
	Prepoznani uspehi socialne integracije migrantov
SISTEMSKO REŠEVANJE MIGRANTSKE PROBLEMATIKE	Družba in migranti
	Dolgoročne sistemske rešitve novoprispelih migrantov

4.1.1 Prepoznane spremembe v demografski strukturi migrantk v kliničnih okoljih

Demografska struktura migrantk v kliničnih okoljih ni taka kot bi glede na sedanje migracijske trende lahko pričakovali. Migrantke iz držav, kot je Sirija oz. migrantke iz Centra za tujce ali drugih podobnih centrov so v porodnišnici redkost. Udeleženci opažajo veliko migracij iz nekdanjih jugoslovanskih republik, iz zdravstvenih razlogov (npr. nosečnosti). To velja še posebej za migrantke s Kosova. V kliničnem okolju se zaposleni neredko srečajo z osebami, muslimanske vere, vendar se pojavljajo vedno več, za sodelujoče v raziskavi t. i. novih kulturnih praks. Primer ki so ga izpostavili udeleženci so primeri pacientk, ki nosijo *burko* ali *nikab*, kar v preteklosti v kliničnih okoljih ni bilo vidno ali zares redko. Te kulturne in religiozne prakse pa pogosto narekujejo tudi način zdravstvene oskrbe v kliničnem okolju. Drugi izpostavljen primer pa se nanaša na spol zdravstvenega delavca npr. zdravstvena delavka ženskega spola je s strani pacientk migrantk bolj zaželeno. Novo za udeležence je bilo tudi omejevanje samostojnega odločanja žensk migrantk. V nekaterih primerih je bil mož edina oseba, s katero je bilo zdravstvenemu osebju dovoljeno govoriti o vsebinah, ki so se dotikale zdravstvenega stanja ženske - soproge.

Izpostavljeno je bilo tudi dejstvo, da se zaposleni vse bolj srečujejo tudi z ženskami iz Rusije in Ukrajine ter tako posledično s prepričanji in običaji glede zdravja (ali bolezni) povezanimi z Rusko pravoslavno cerkvijo. Tu pa ne izražajo kakšnih posebnih razlik (v primerjavi z njihovo lastno kul-

turo). Kot so pripovedovali sodelujoči so odnos nekaterih migrantk ocenili kot "nespoštljiv" glede kulturnih navad države gostiteljice in obstoječih kliničnih praks; vendar je to podrobneje opisano v nadaljevanju.

4.1.2 Medkulturna zdravstvena obravnava

Zdravstveni delavci so pokazali veliko sočutja in empatije do migrantov in njihovega položaja. Ta dva elementa sta bolj ali manj vseskozi del v "k pacientu usmerjeno" zdravstveno oskrbo. Empatijska in sočutja se ne nanašata samo na žensko življenjsko zgodbo, lahko se nanašata tudi na nezmožnost zagotavljanja ustreznega prevajalca. Zaposleni skušajo optimalno skrbeti za vse pacientke. Pojasnijo pa, da ima organiziranost ustanove pomembno vlogo pri zagotavljanju transkulturne oz. medkulturne zdravstvene oskrbe, saj je po njihovem mnenju imperativ, da skrbno upoštevajo želje in potrebe pacientk. V pogovoru so navedli tudi več primerov tovrstne obravnave (v smeri upoštevanja potreb pacientk) kot npr. vključenost osebja ženskega spola v zdravstveno oskrbo pacientk, prisotnost moža pri vaginalnem pregledu, zagotavljanje posebne prehrane itn.

V dveh primerih, pa je bilo moč zaznati negativna osebna mnenja, temelječa na kulturnih razlikah in izkušnjah z migranti, kar lahko označimo kot predsodek/negativna predstava. Vendar pa je bilo poudarjeno, da bi morali biti vsi pacienti obravnavani enako. Kot smo že omenili, je bilo predstavljenih nekaj primerov (npr. ženske med hospitalizacijo skrivajo dejstvo, da razumejo angleški jezik), ki pa so bili za nekatere delavce ključni pri oblikovanju predsodkov ali stereotipov. V večini primerov te razlike izhajajo iz pomanjkanja kulturnih znanj. Izpostavljeno je, da je pri nekaterih migrantkah in njihovih družinah (sploh, če živijo v Sloveniji leto ali dve) posebej izraženo pričakovanje po upoštevanju njihove kulture in navad ob vstopu v zdravstveni sistem.

4.1.3 Spremljajoče ovire zdravstvene obravnave migrantk

Udeleženci so prepoznali jezikovno oviro kot eno glavnih ovir pri zagotavljanju zdravstvenega varstva. Omenjali pa so tudi metode, ki jih uporabljajo pri premagovanju te ovire. V premagovanju jezikovne ovire ne vidijo prepotrebne sistemske rešitve. Kot so navajali so »prepuščeni sami sebi« in tako so primorani iskati, včasih tudi »zelo inovativne« rešitve. Albanski jezik je za zdravstvene delavce najbolj zahteven. V nekaterih primerih prevaja mož pacientke. Taka rešitev je za zdravstvene delavce manj zaželeno. V nekaterih primerih pa si pomagajo z albanskimi priseljenimi ženskami, ki živijo v bližini; včasih pa tudi pacientke namensko pripeljejo s seboj osebo, ki prevaja. Poročajo tudi, da so si v preteklosti pomagali tudi z osebo, ki je razumela albanski jezik, saj je bila zaposlena v bolnišnici. Včasih si pomagajo tudi z jezikovnim slovarjem, ki je lahko v tiskani obliki, ali pa uporabijo funkcijo »GOOGLE prevajalnik« preko mobilnega telefona.

Kot problem izpostavljajo pomanjkanje tolmačenja oz. prevajalskih storitev, ki bi bile dostopne 24 ur na dan. Še posebej je to izraženo v nočnem času, ko so dejansko prepuščeni »sami sebi«. Za nekatere druge kulture, s katerimi se srečujejo v klinični praksi, jezikovno oviro ocenjujejo kot manjši problem (na primer mnogi pacienti razumejo ali govorijo angleško; migrantke, ki govorijo jezik, ki pripada skupini slovanskih jezikov itd.). Nezmožnost razlage pacientkam pa se jim zdi sama po sebi problematična in frustrirajoča.

Druga ovira, ki jo zdravstveni delavci zaznavajo in ki v prihodnosti potrebuje posebno pozornost, so kulturno opredeljene vloge žensk in njihova avtonomija. Slednja je pogosto v kliničnem okolju postavljena pred preizkušnjo, saj je velikokrat lahko omenjena zaradi vloge soproga ali družine. Izpostavljeno je bilo, da so dosedaj zdravstveni delavci vedno komunicirali neposredno z žensko - pacientko, vendar pa so vse pogostejši primeri, ko je bil med ginekološkim pregledom prisoten soproga, ki je zahteval informacije vezane na zdravstveni status ženske. Zdravstveni delavci dojemajo takšne primere kot »ekstremne« in poudarjajo, da se pogosto soočajo z etično dilemo, saj se zavedajo, da etični kodeks veleva drugače.

V tem kontekstu se zdravstveni delavci dobro zavedajo, da če na primer ne bi dovolili prisotnosti moža med vaginalno preiskavo, ženska ne bi več obiskala ginekologa ali se udeležila presejanja (npr. PAP). Pri razpravi o jezikovnih ovirah in družbenem položaju žensk so udeleženci komentirali nekaj podobnih primerov iz kliničnih okolij, kjer pacientka (muslimanka), ki jo je spremljal mož, ni razumela slovensko v kontaktu z zdravstvenimi delavci (babica ali medicinska sestra). Izkazalo se je, da ko je mož zapustil bolnišnico (ali pa je zapustil sobo), da je ženska razumela slovensko in se je celo trudila odgovarjati v slovenskem jeziku.

V več primerih je po mnenju zdravstvenih delavcev bilo zaznano »izkoriščanje« zdravstvenega sistema s strani migrantk ali njihovih družin. Slednje se zdi zdravstvenim delavcem neupravičeno v odnosu do drugih pacientk. Udeleženci so tako opisali nekaj primerov »izkoriščanja« na primer dogodke povezane z neupoštevanjem bolnišničnih pravil (npr. omejeno število obiskovalcev, nena-ročen obisk zdravnika ne glede na dan in čas ter neprimerno vedenje). V tem kontekstu so udeleženci opozorili, da se skušajo izogniti konfliktu (kulturni konflikt), kar pa je lahko zelo zahtevno. Videnje »izkoriščanja« in splošni vtisi, na katere očitno vpliva prevladujoče javno mnenje, so tudi posledica pomanjkanja znanja o drugih kulturah in prisotnih stereotipov o nekaterih kulturah ali migrantih na splošno.

4.1.4 Polnomočenje zdravstvenih delavcev za delo z migranti

V fokusni skupini so udeleženci predstavili dva elementa, ki po njihovem mnenju močno prispevata k njihovi usposobljenosti pri obravnavi migrantk v kliničnih okoljih: kulturno znanje in srečevanje z drugimi kulturami. Zdravstveni delavci priznavajo, da nimajo znanj o kulturah in ustreznih kulturnih spretnosti, da bi zagotovili optimalno in celostno zdravstveno varstvo, čeprav si prizadevajo zagotoviti najboljšo skrb za vse. Pomembno je, da se zavedajo, da so kulturni stiki pomemben del razvoja kulturnih (ali medkulturnih) kompetenc. Prav tako se zavedajo, da kulturni stiki zmanjšujejo obstoječe predsodke in izboljšujejo medkulturne spretnosti.

4.1.5 Prepoznani problemi socialne integracije pacientov

Udeleženci so odprli vprašanje socialne integracije. Iz pripovedi je videti, da se priseljenci še vedno soočajo z negativnimi odzivi v okolju, čeprav se to počasi spreminja. Ena od medicinskih sester namreč opisuje njene izkušnje z nastanitvijo migrantov v skupnosti v kateri živi. Ljudje v njenem okolju, sedaj po dveh letih vidijo prisotnost migrantov kot pozitivno. V začetku »ko so migranti ravno prišli v našo skupnost«, in nadaljuje, so bili »starši otrok v vrtcu, kamor so bili otroci migrantov vključeni, največji nasprotniki«. Nekateri udeleženci so izrazili, da migranti nimajo želje po integraciji (bodisi zavračajo učenje slovenščine, se v skupnosti izolirajo - »geto«) ali pa je integracija »prepovedana«. V tem kontekstu je ena od medicinskih sester opisala primer, kjer je bilo ženski s strani moža prepovedano se z njo »povezati/sodelovati«. Ta medicinska sestra je rekla: »včasih moraš paziti, da ženske ne ogrožaš (s strani njenega moža)«. V zvezi z zdravstvenimi praksami je veliko medicinskih sester poudarilo, da so številne migrantke ohranile naravni pristop do poroda in bi se lahko mnoge zahodne ženske učile od njih. V tem kontekstu so omenjale prakse dojenja, prehranjevanje na splošno, skrb za novorojenčka itd. Nekdo izmed udeležencev je dejal: "... to vse deluje v njihovi kulturi. Vsi ostali smo pozabili na to". Nekaj udeležencev je nadalje poudarilo, da so migranti »nepogrešljivi v vsaki družbi« in »če smo iskreni, migrante potrebujemo.... to je sedaj jasno. Ni namreč mogoče, da bi naše gospodarstvo delovalo brez njihovega doprinosa/ udeležbe«.

4.1.6 Sistemsko reševanje migrantske problematike

Udeleženci so poudarili, da bo potrebno razviti nekatere nove sistemske rešitve, saj je trenutna socialna in zdravstvena politika do migrantov zastarela in ne odraža trenutnih potreb. Zdravstveni delavci so omenjali možnost zgodnjega učenja jezikov (ne po dveh letih) kot merilo za boljšo integracijo v državo gostiteljico. Tečaj slovenskega jezika je bila s strani udeležencev izpostavljen kot obvezni del. Nekateri menijo, da je to pogoj življenja v državi gostiteljici že od začetka (pogoj za izdajo vizuma, azil). Udeleženci so tudi omenili, da bi bilo potrebno sprejeti vrsto ukrepov za boljšo integracijo (na primer zagotavljanje neke vrste zaposlovanja).

5. Zaključek

Med glavnimi izzivi, s katerimi se v današnjih časih srečujejo zdravstveni delavci, je zagotavljanje kulturno dovzetne zdravstvene oskrbe v vse bolj raznoliki družbi. Posamezniki ali skupine iščejo zdravstveno oskrbo, ki zagotavlja edinstvenost kulturnih potreb, prepričanj in vedenj. Zagotavljanje zdravstvene nege, ki je osredotočena na pacienta in družino, zahteva od zdravstvenih delavcev priznavanje kulture posameznika ali družine, poznavanje lastne kulture in kako oboje medsebojno vpliva na celotno zdravstveno oskrbo (Hart and Mareno, 2016). V tem kontekstu imajo migranti posebne zdravstvene potrebe. Njihovi vzorci bolezni se lahko zelo razlikujejo od tistih, ki se pojavljajo pri avtohtonem prebivalstvu, prav tako so velikokrat marginalizirani in posledično izpostavljeni večjemu tveganju za bolezni povezane z revščino. Pogosto imajo zmanjšan dostop do zdravstvenih storitev zaradi komunikacijskih problemov, pomanjkanja znanja o razpoložljivih storitvah in so pod vplivom številnih drugih dejavnikov, povezanih z njihovimi izkušnjami pred, med in po prihodu v državo gostiteljico (Taylor, 2006), kar vpliva na njihovo zdravje.

Ugotovitve kažejo, da se zdravstveni delavci soočajo z demografskimi spremembami v strukturi migrantov, vendar te spremembe niso toliko demografske narave kolikor so kulturne. Ti kulturni premiki vplivajo na to kako klinična praksa gradi svoj pristop do določenih kulturnih skupin. Ta prizadevanja, da se zagotovi kulturno dovzetna oz. senzibilna zdravstvena nega, spremljata empatija in sočutje. Videti je, da so prisotni nekateri osebni predsodki, vendar pa obstaja tudi prepričanje, da si vsak človek zasluži enakopravno obravnavo. Zdravstveni delavci menijo, da so »kulturna pričakovanja« prisotna zlasti pri migrantkah in njihovih družinah, ki prebivajo v Sloveniji leto ali dve. Novo prispeli migranti redkokdaj zahtevajo takšen pristop, pri čemer so razlogi zato precej očitni. Glavna ovira pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe migrantkam, kot je bilo ugotovljeno že v številnih raziskavah (Hart and Mareno, 2016; Taylor, 2006), ostaja jezikovna bariera. Slednja vpliva tako na paciente kot zdravstvene delavce. Ugotovljeno je bilo, da se zdravstveni delavci pogosto počutijo nemočni pri zagotavljanju ustrezne oskrbe ravno zaradi jezikovnih ovir in nemožnosti, da jih uspešno premagajo. Zdravstveni delavci se soočajo z novimi etičnimi dilemami, saj je avtonomija ženske (pacientke) v tem primeru mnogokrat v nasprotju z njenimi kulturnimi tradicijami. Vloge med spoloma in patriarhat so v nekaterih kulturah migrantov odločilne pri zagotavljanju zdravja žensk, npr. brez ženske podrejenosti bi bilo njeno zdravje velikokrat v nevarnosti. Zdravstveni delavci prav tako izpostavljajo, da migranti, zlasti tisti, ki prebivajo v Sloveniji že nekaj let, iščejo načine za »izkoriščanje« zdravstvenega sistema. To zaznavanje je bilo prisotno pri nekaterih zdravstvenih delavcih, medtem ko so opisovali lastne izkušnje pri nekaterih primerih. Prav tako so zdravstveni delavci sami izpostavili, da jim primanjkuje znanj o različnih kulturah, to pa zavira zagotavljanje kulturno dovzetne zdravstvene oskrbe in je to pogosto tudi razlog za ustvarjanje stereotipov in predsodkov. Zdravstveni delavci se zavedajo, da je poznavanje različnih kultur, s tem pa tudi pridobivanje nekaterih kulturnih veščin zanje nujno potrebno. Prav tako so izpostavili, da se morajo naučiti "slišati drugo stran" (migrantkino) in razumeti njene izkušnje, ter imeti več kulturnih interakcij z drugimi kulturami. Menijo, da bi se na ta način boljše opolnomočili za delo z migrantkami v kliničnem okolju. Znanje o drugih kulturah, kulturna senzibilnost in kulturne kom-

petence so ključni elementi zdravstvene oskrbe, vendar pa morajo biti ti elementi del strategij za oceno pacientkinih potreb kot tudi strategij za razvoj storitev (Tilki, 2006).

5.1 Implikacije za klinično prakso

Delovni sklop 3.1.2 je izpostavil nekaj zelo pomembnih vprašanj glede nudenja zdravstvene oskrbe migrantkam v kliničnih okoljih. Rezultati vnovič potrjujejo, da je za zdravstvene delavce projekt INTEGRA zelo dobrodošel, saj v kliničnih okoljih primanjkujejo smernice za zagotavljanje kulturno dovzetne zdravstvene oskrbe. Ugotovitve potrjujejo zaključke, ki so že bili identificirani znotraj delovnega sklopa 3.1.1: zdravstvene ustanove bi morale pozorneje obravnavati vprašanja glede jezikovnih barier; dodatno razvijati vlogo patronažne medicinske sestre v skupnosti; izobraževati zdravstvene delavce skozi formalno (zagotavljanje formalnih vsebin znotraj učnih načrtov) in neformalno (vseživljenjsko učenje) obliko, vključno z izobraževanjem podpornega osebja. Prednostna naloga, je po mnenju intervjuvanih, sprejetje ukrepov za premagovanje jezikovne ovire. Slednji tudi menijo, da bi morala zakonodajna oblast temu vprašanju nameniti več pozornosti. Dodatna priporočila za klinično prakso bi lahko vključevala tudi promocijo socialne kohezije / vključenosti med zdravstvenimi delavci, zaposlovanje raso in etnično bolj raznolike zdravstvene delovne sile (Hart and Mareno, 2016), timski pristop dela in nudenje kontinuirane zdravstvene oskrbe migrantkam v kliničnih okoljih.

LITERATURA⁴⁴

- Amiri R, Heydari A, Dehghan-Nayeri N, et al. (2016) Challenges of Transcultural Caring Among Health Workers in Mashhad-Iran: A Qualitative Study. *Global Journal of Health Science* 8: 203-211.
- Anderson NLR, Andrews M, Bent KN, et al. (2010) Chapter 5: Culturally Based Health and Illness Beliefs and Practices Across the Life Span. *Journal of Transcultural Nursing* 21: 152S-235S.
- Bjarnason D, Mick J, Thompson JA, et al. (2009) Perspectives on transcultural care. *Nurs Clin North Am* 44: 495-503.
- Bluff R. (2006) Interviewing in qualitative research. In: Cluet ER and Bluff R (eds) *Principles and practice of research in midwifery*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, 221-242.
- British Sociological Association. (2002) Statement of Ethical Practice for the British Sociological Association. British Sociological Association,.
- Dreachslin JL, Gilbert MJ and Malone B. (2012) *Diversity and Cultural Competence in Health Care : A Systems Approach*, Somerset, UNITED STATES: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Flick U. (2002) *An introduction to qualitative research*, London: Sage.
- Gibson WJ and Brown A. (2009) *Working with Qualitative Data*, London: Sage.
- Hart PL and Mareno N. (2016) Nurses' Perceptions of Their Cultural Competence in Caring for Diverse Patient Populations. *Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare* 6: 121-137.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije. (2014) Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije,.
- Matthews B and Ross L. (2010) *Research methods: A practical guide for the social sciences*, Essex: Pearsons Education Limited.
- Papadopoulos I, Shea S, Taylor G, et al. (2016) Developing tools to promote culturally competent compassion, courage, and intercultural communication in healthcare. *Journal of Compassionate Health Care* 3: 2.
- Prosen M. (2015) Introducing Transcultural Nursing Education: Implementation of Transcultural Nursing in the Postgraduate Nursing Curriculum. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 174: 149-155.
- Prosen M. (2018) Developing cross-cultural competences: opportunity for ensuring health and healthcare equality and equity. *Slovenian Nursing Review* 52: 76-80.
- Prosen M, Karnjuš I and Ličen S. (2017) Razvijanje medkulturnih kompetenc med študenti zdravstvene nege. In: Rutar S, Čotar Konrad S, Štemberger T, et al. (eds) *Vidiki internacionalizacije in kakovosti v visokem šolstvu*. Koper: University of Primorska Press, 139-153.
- Repo H, Vahlberg T, Salminen L, et al. (2017) The Cultural Competence of Graduating Nursing Students. *J Transcult Nurs* 28: 98-107.

⁴⁴ Pregled literature je bil pripravljen s programom EndNote X8, nakup katerega je sofinanciran iz projekta INTEGRA.

- Riessman CK. (2008) *Narrative methods for the human sciences*, Los Angeles: Sage.
- Sandelowski M. (2000) Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health* 23: 334-340.
- Smythe E. (2012) Discerning which qualitative approach fits best. *New Zealand College of Midwives Journal* 46: 5-12.
- Taylor G. (2006) Migrants and refugees. In: Papadopoulos I (ed) *Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 45-64.
- Tilki M. (2006) Human rights and health inequalities: UK and EU policies and initiatives relating to the promotion of culturally competent care. In: Papadopoulos I (ed) *Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 25-44.
- World Medical Association. (2013) World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association* 310: 2191-2194.