

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Judita Kulovec

Zdravje imigrantk v Sloveniji

Diplomsko delo

Ljubljana, 2012

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Judita Kulovec

Mentorica: doc. dr. Tanja Kamin

Zdravje imigrantk v Sloveniji

Diplomsko delo

Ljubljana, 2012

Zahvala

Mojega diplomskega dela ne bi bilo brez podpore in pomoči neskončnega spiska zlata vrednih: moje mentorice, doc. dr. Tanje Kamin, moje družine in prijateljev, Branke Bukovec iz Društva za razvijanje prostovoljnega dela Novo mesto in Danice Čučić iz Razvojno izobraževalnega centra Novo mesto, kolegov prostovoljcev, vseh imigrantk, ki so si z dobro voljo vzele čas za mojo raziskavo, ter najboljše stare mame – mama, tale diploma je zate!

Zdravje imigrantk v Sloveniji

Evropska unija v zadnjem času beleži vse večje število imigrantov, ki so dobrodošli zaradi potreb po deficitarnih poklicih in cenejši delovni sili ter trenda nizke rodnosti v starajočih se zahodnih družbah, kjer se delež aktivnega prebivalstva zmanjšuje. Vendar so zaradi njihovega pravnega in družbenega položaja imigranti pogosto bolj izpostavljeni revščini in družbeni izključenosti. Med primarnimi nalogami držav članic Unije je zato tudi zagotovitev enakovredno dostopne in kakovostne zdravstvene oskrbe ter promocije pozitivnega splošnega in duševnega zdravja med migranti, ki so ranljiva skupina prebivalstva v EU. V Sloveniji je dostop do storitev javnega zdravstvenega sistema odvisen od socialnega zavarovanja in ni neposredno povezan z državljanstvom, raziskave na področju zdravja imigrantov pa odkrivajo, da prihaja do razlik med zdravstveno obravnavo državljanov in imigrantov. Ker so kot ranljiva skupina prebivalstva opredeljene tudi ženske, sem z raziskavo poskušala zbrati vpogled v splošno in duševno zdravje imigrantk ter njihovo poznavanje in izkušnje s slovenskim zdravstvenim sistemom. Rezultati podajajo nekatere demografske značilnosti skupin imigrantk s slabšim zdravjem in prikazujejo, kakšne so povezave med zdravjem anketirank ter njihovim poznavanjem pravic in izkušnjo znotraj zdravstvenega sistema. Na osnovi analize podatkov podajam predloge za nadaljnje delo na tem področju.

Ključne besede: imigrantke, zdravje imigrantk, duševno zdravje imigrantk, imigrantke v zdravstvenem sistemu.

Health of Female Immigrants in Slovenia

The European Union welcomes recently recorded increasing number of immigrants because of needs for deficient employments and cheaper labor force and because of the trend of low fertility in aging Western societies with decreasing share of working population. However, immigrants are often more exposed to poverty and social exclusion because of their legal and social status. Therefore, it is one of the primary tasks of the member states of the Union to ensure equal access and quality health care and the promotion of positive general and mental health among immigrants who are known to be vulnerable group of population in the EU. Access to public health system in Slovenia depends on social security and is not directly related to citizenship yet immigrants' health researches reveal that differences in medical treatment of citizens and immigrants exist. As women are also considered one of the vulnerable groups of population I tried to gather insights into the general and mental health of female immigrants and their knowledge and experience with Slovene health care system. The results provide some demographic characteristics of immigrant groups with the worst health and reveal connections between the health of respondents and knowledge of their rights and experience within the health care system. Following the analysis of the collected data I present suggestions for further work in this field.

Key words: female immigrants, health of female immigrants, mental health of female immigrants, female immigrants in health care.

KAZALO

1 UVOD	7
2 KDO SI PA TI?	8
2. 1 Kdo so migranti.....	8
2. 2 Imigranti v Republiki Sloveniji	9
3 KAKŠEN JE TVOJ STATUS?	11
3. 1 Migracijska politika EU	11
3. 2 Pravni okvir migracij v RS.....	12
3. 3 Pravica do zdravja.....	14
4 KAKO SI?	17
4.1 Opredelitev zdravja	17
4.2 Zbiranje podatkov o zdravju imigrantov	19
4.3 Statistike zdravja imigrantov	20
4.4 Imigranti v slovenskem zdravstvenem sistemu.....	21
5 RAZISKAVA.....	24
5. 1 Vzorec	24
5. 2 Rezultati.....	25
5. 2. 1 Opis vzorca.....	25
5. 2. 2 Ocena fizičnega zdravja in kronične bolezni.....	27
5. 2. 3 Ocena duševnega zdravja	28
5. 2. 4 Ocena seznanjenosti in izkušenj z zdravstvenim sistemom	31
6 RAZPRAVA	34
7 SKLEP	36
8 LITERATURA.....	37
PRILOGA A: ANKETNI VPRAŠALNIK.....	41

KAZALO TABEL

Tabela 5.1: Starost in izobrazba	25
Tabela 5.2: Narodnost in državljanstvo.....	26
Tabela 5.3: Poznavanje zdravstvenih storitev	32
Tabela 5.4: Izkušnje z zdravstvenimi storitvami.....	34

KAZALO SLIK

Slika 5.1: Stopnja izobrazbe glede na višino indeksa duševnega zdravja	29
--	----

1 UVOD

Že Darwinova teorija evolucije z naravnim izborom izpostavlja živalski instinkt v boju za preživetje, ki ga premoremo tudi ljudje. Kadarkoli je okolje neugodno za preživetje, se živa bitja bodisi prilagodijo, kot so se Darwinovi ščinkavci, bodisi preselijo oz. migrirajo, kakor to vsako leto počnejo štorkele.

Selitve so torej naravni človeški odziv, pri katerem posameznik v iskanju boljšega pogosto naleti na okolje, ki ga ogroža v drugih vidikih, kot ga je prvotno. Najsi beži zaradi ogroženega življenja v domačem okolju ali se seli v iskanju boljših ekonomskih možnosti, se pogosto spopada z zakonodajo, s kulturo in z jezikom tuje države. Stran od oči javnosti pa se nemalokrat bori tudi za svoje zdravje.

Na medijsko agendo so že prišle težke zgodbe imigrantskih delavcev v Sloveniji, osrednji namen moje diplomske naloge pa je poiskati zgodbe žensk imigrantk, ki zaenkrat ostajajo v ozadju. Cilj raziskave je ugotoviti, kako se počutijo, kakšno je njihovo zdravstveno stanje, tako fizično kot psihično in socialno, in kako se znajdejo v slovenskem zdravstvenem sistemu. Na podlagi rezultatov bom predstavila nekaj možnih ukrepov, ki bi imigrantkam v Sloveniji lahko olajšale pot do boljšega zdravja.

2 KDO SI PA TI?

Če so se ljudje včasih selili v iskanju ugodnejšega podnebja ali v begu pred zvermi, danes večina migrira iz versko-političnih razlogov ali zaradi slabih ekonomskih pogojev. Migracije so nujne in se dogajajo tako na mednarodnem kot na lokalnem nivoju, recimo dnevne in tedenske migracije zaradi dela v drugem kraju, s katerimi se na neki točki sreča skorajda vsak. Zaradi večanja razlik med razvitimi in manj razvitimi državami se število migracij povečuje. »Demografski trendi v razvitih državah (ZDA, EU) /.../ dokazujejo, da se bo z veliko verjetnostjo nadaljevalo: upadanje števila prebivalstva, zmanjšanje delovno aktivnega prebivalstva (zlasti na območju sedanje EU) in povečanje potreb po dodatni delovni sili, ki jo zahtevajo gospodarske razmere« (Kovač 2003, 61–62). Kljub splošnemu trendu migracij v razvitejšem delu sveta v Sloveniji od množičnega pojava beguncev ob razpadu Jugoslavije naprej izraz migrant pogosto nosi negativen prizvok.

2.1 Kdo so migranti

Migracija oz. selitev je po definiciji v Slovarju slovenskega knjižnega jezika spreminjanje stalnega ali začasnega bivališča, zlasti iz gospodarskih vzrokov, prav tako kot tudi vsakodnevno potovanje zaposlenih ljudi v kraj zaposlitve in nazaj; migrant je torej vsak, ki iz različnih vzrokov spreminja bivališče, tudi znotraj države, katere državljan je (SSKJ 2000). Druga opredelitev postavlja v ospredje čezmejno selitev. Po njej je migrant »oseba, ki prebiva v državi, ki ni država njenega prvega prebivališča, ne glede na to, katero državljanstvo ima« (Bešter 2009, 161). Migracije so tako glede na državne meje ali pa večnacionalno skupnost, kot je Evropska unija, lahko zunanje ali notranje. Mednarodne migrante opredeljujejo trije kriteriji: »prehajajo meje nacionalne države, spreminjajo sedež svojega stalnega prebivališča in imajo tuje državljanstvo, ko stopijo v državo gostiteljico« (Kovač 2003, 55). Isto osebo odvisno od gledišča opisujeta dva pojma: migrant je s strani države prvotnega prebivališča emigrant, izseljenec v tujino, z vidika nove države pa imigrant, priseljenec. Množični premiki preseljevanja z nekimi skupnimi značilnostmi, kot so selitve iz manj v bolj razvite države, so migracijski tokovi in jih tvorijo raznolike skupine političnih, ekonomskih ter strokovnih migrantov, ljudje, ki iščejo delo, družinski člani migranta, študentje, begunci pred revščino ali različnimi konflikti (Verlič Christensen 2002, 18).

Vzrokov in motivov za migracije je veliko: ekonomski, demografski, politični, vojaški, osebni in družinski, migracije so lahko trajne ali začasne, (ne)organizirane, prostovoljne ali prisilne itd., prihaja pa tudi do reemigracije oz. vrnitve v prvotno domovino (Klinar 1976b, 23–48). Sodobni avtorji migracijskih študij v Sloveniji navajajo različne delitve migracij, ki opredeljujejo podobne kategorije (Lipovec Čebren 2010; Medvešek in Bešter 2010; Mežnarič 2003). Kot prvo razlikujejo dokumentirane od nedokumentiranih (prej »nelegalnih«) migracij, glede na vzroke oz. motive pa jih lahko v grobem združimo v dva sklopa:

- *prisilne/neprostovoljne migracije*: kadar je življenje posameznika ogroženo zaradi verskih ali političnih prepričanj ali narodnosti, recimo (okoljski) begunci in prisilci za azil v primerih etničnega čiščenja in
- *prostovoljne*: večinoma zaradi slabih ekonomskih razmer v domači državi, iskanja boljših možnosti in zaposlitve, kamor sodita beg možganov in poceni delovna sila.

2. 2 Imigranti v Republiki Sloveniji

Ključnega pomena za Slovence je bila migracija slovanskih narodov v 6. stoletju, ki predstavlja začetek zgodovine slovenskega naroda (Štih in Balkovec 2010). Zaradi geografskega in političnega položaja v središču evropske celine je bilo tu že od vedno križišče glavnih evropskih povezav. Pomembno vlogo za sodobno strukturo prebivalstva Republike Slovenije (v nad.: RS) pa so imele predvsem migracije v času obeh svetovnih vojn in po njih, po odcepih Slovenije in v sledečem razpadu Jugoslavije.

Po drugi svetovni vojni je bilo sprva več emigracij iz Slovenije v druge jugoslovanske republike, kmalu pa je kot gospodarsko najbolj razvita federalna enota postala Slovenija izrazito imigracijsko območje znotraj Jugoslavije (Štih in Balkovec 2010, 517–520). Močne so bile tudi povezave z nekaterimi afriškimi državami, od koder so prihajali študentje, ki so po zaključku študija pogosto ostali v Sloveniji. Po razpadu Jugoslavije so k nam pribežali begunci z vojnih območij političnega kaosa, ki predstavlja najhujšo evropsko krizo po drugi svetovni vojni, ko so spopadi lokalnih nasprotujočih si strani in svetovnih vojaških velesil povzročili preseljevanja milijonov civilistov, ki so bežali pred etničnim čiščenjem (Mežnarič 2003, 141). Po l. 2001 pa je nastopila še t. i. prebežniška kriza večjega števila prebežnikov iz neevropskih okolij in izbruhov ksenofobije (Zavratnik Zimic 2003, 34).

Odkar je Slovenija v Evropski uniji in na robu schengenskega območja, ključni migracijski tok na njenem ozemlju še vedno poteka z (jugo)vzhoda proti zahodu, torej z Bližnjega vzhoda

in drugih delov Azije ter balkanskih držav. Vendar te migracije načeloma potekajo čez Slovenijo, saj so cilj največkrat države zahodne Evrope (Verlič Christensen 2002, 21). Del migrantov zaradi različnih razlogov ostane v Sloveniji, bodisi ker zaradi neustrezne dokumentacije ne morejo nadaljevati poti ali ker tu najdejo zaposlitev. Migranti prihajajo tudi z območij severne Afrike, Amerike in Avstralije (predvsem povratniki druge generacije slovenskih priseljencev).

Od druge svetovne vojne naprej je dolgo »prevladovalo prepričanje, da se imigranti iz Evrope lahko asimilirajo, Neevropejci pa ogrožajo nacionalno identiteto in družbeno kohezijo« (Drolc 2003, 149). Še danes je opaziti negativen odnos, ki temelji na prepričanju, da je slovenski prostor »kulturno homogen« in ozemeljsko nespremenljiv, Evropo pa je potrebno zavarovati pred »vdorom« drugačnih praks in nezaželenimi, pogosto je slišati, da naj bi bili imigranti tisti, ki »odžirajo« slovenski denar (navedki izvirnika, Drolc 2003, 161–162). Posledično se v Sloveniji imigranti na vseh področjih srečujejo z nestrpnostjo in diskriminacijo: »Pri tem je treba iz »skupine imigrantov« izvzeti imigrante iz zahodne Evrope in Severne Amerike, turiste, predstavnike multinacionalk in mednarodnih organizacij, diplomate ipd. Za razliko od tistih, ki prihajajo v Slovenijo na napačen način in z nepravlega konca sveta, so ti imigranti pri Slovencih dobro zapisani in jih le kdaj pa kdaj poimenujejo »imigranti« (Drolc 2003, 148).

Večina tujcev k nam še vedno prihaja iz držav nekdanje Jugoslavije, saj ima za njih takšna selitev določene prednosti, kot so geografska in kulturna bližina, podobnost jezika, že obstoječa socialna omrežja ter interes delodajalcev za zaposlovanje delovne sile s tega območja (Medvešek 2010, 52). Profil povprečnega delovnega imigranta je tako: »moški, star okoli 30 let, državljan ene izmed držav bivše Jugoslavije (večinoma iz Bosne in Hercegovine), nizko kvalificiran (I. oz. II. stopnja izobrazbe), dela na območju osrednje Slovenije v dejavnosti gradbeništva na podlagi osebne delovnega dovoljenja ali dovoljenja za zaposlitev« (Medica 2010, 42).

Dejavniki potiska v selitev so največkrat povezani s slabimi ekonomskimi razmerami in zapletenim političnim položajem v omenjenih državah, dejavniki potega pa nesorazmerje med povpraševanjem in ponudbo dela določenih vrst v Sloveniji. Tujci večinoma opravljajo najslabše plačana, težka in umazana dela v slabih delovnih razmerah, ker imajo slovenski delavci »prevelika pričakovanja, pogosto pa tudi že previsoko izobrazbo, da bi bili pripravljeni sprejeti takšna dela« (Malačič 2010, 86). Imigranti so torej potrebni in zaželeni kot delovna sila, a so kljub temu med prebivalstvom pogosto manj zaželeni kot tisti, ki se nameravajo naseliti za daljši čas oziroma ostati tu, pojavlja se tudi neupravičen strah, da bodo

Slovenijo preplavili tujci, čeprav se delež tujcev stalno spreminja, saj se jih glede na statistične podatke vsako leto velik del izseli iz Slovenije (Medvešek 2010, 50).

3 KAKŠEN JE TVOJ STATUS?

Zaradi svojega pravnega in družbenega položaja so imigranti pogosto diskriminirani, na njihov račun se prihrani stroške in povečuje lasten profit, soočajo se z nizkim stanovanjskim in družbenim standardom, »le redkokdaj iščejo zdravstvenih storitev, katerih raven je zanje pogosto nižja od tiste, ki so je deležni domačini« (Klinar 1976a, 1239). Delajo v socialno nezaželenih poklicih, v razmerah, škodljivih za zdravje in socialno-psihično počutje, delodajalci jim omejujejo pravice in zanje ne plačujejo prispevkov (Klinar 1976a, 1240). Predvsem pa si ne upajo pritoževati in se, če kdaj resno zbolijo, »preprosto« vrnejo domov.

Tudi več kot trideset let po Klinarjevih zgoraj navedenih ugotovitvah zgodbe v medijih in sodobne raziskave kažejo presenetljivo podobno sliko: »Prejemajo nizke plače. Delajo v slabih delovnih pogojih. Živijo v prenatrpanih, neopremljenih in nevzdržnih sobah, za katere plačujejo previsoke cene. Obtožujejo jih t. i. nekulturnosti. To so delavci imigranti v Sloveniji. Delavci, ki so zapustili svoje družine v želji, da bolje poskrbijo zanje« (Medica in Lukič 2010, 7). Ker migracije pogosto nisočasne, čeprav se vsako leto veliko migrantov vrne domov, je potrebna ustrezna migracijska politika s strani sprejemajoče države, da se jim zagotovi boljše, človeka dostojno življenje. Konteksti, ki se nanašajo na odnos med državo naselitve in migrantom, vključujejo teme, kot so pogoji zakonitega priseljevanja, integracija, naturalizacija in državljanstvo, participacija imigrantov v civilni družbi idr. (Medvešek in Bešter 2010, 9).

3.1 Migracijska politika EU

V zadnjih letih EU beleži vse večje tokove priseljevanja, značilnosti mednarodnih migracij pa se spreminjajo predvsem v vzrokih za selitve in etnični sestavi migrantov. V trenutnih razmerah so migracije dobrodošle zaradi potreb po deficitarnih poklicih in cenejši delovni sili ter na drugi strani trenda nizke rodnosti in staranja prebivalstva, zaradi česar se v starajočih se družbah delež aktivnega in zaposljivega prebivalstva zmanjšuje (Verlič Christensen 2002; Medica 2010). Nove oblike oziroma transnacionalne oblike mobilnosti delovne sile v

meddržavnem okolju EU ali po svetu so nov način življenja nekaterih mladih ali profesionalnih socialnih skupin (Verlič Christensen 2002, 22). Vprašanje nadziranja priseljevanja zato postaja eno izmed poglavitnih agend Unije.

EU spodbuja načelo svobodnega pretoka ljudi, predvsem delovne sile, in obenem stremi k izenačevanju zakonskih pravic in socialnega statusa državljanov in stalnih prebivalcev držav članic (Verlič Christensen 2002, 32). Navzven temelji na strogi in restriktivni imigracijski politiki z omejevanjem priseljevanja na njeno ozemlje preko nadzora zunanjih meja ter birokratske ovire vizumov in elektronske baze podatkov (Zavratnik Zimic 2003, 20–21). Za migrante znotraj Unije pa naj bi veljalo, da imajo skoraj enake pravice (razen volilne) kot državljani, a je v praksi vidna družbena in politična izključenost ustaljenih imigrantov, ki izhaja iz tega, da se zavračanje imigrantov gradi na ideji zunanjega sovražnika in kulturni drugačnosti (Pajnik in Zavratnik Zimic 2003, 6–8).

Evropska unija se zaveda pomena migracij za svojo prihodnost, a kljub temu manjka pravih skupnih migracijskih rešitev. Unija zgolj usmerja države članice pri oblikovanju lastnih imigrantskih politik, s katerimi pravno urejajo odnose med večinsko družbo in imigranti, postavljajo okvire za vključevanje imigrantov ter usmerjajo prilagajanje večinske družbe. Evropska komisija je leta 2005 sprejela skupno Agendo za integracijo pri vključevanju državljanov tretjih držav, ki vključuje ustvarjanje informacijskih paketov in jezikovnih tečajev ter tečajev o državljanski orientaciji za nove imigrante (Medved 2010, 32). Vedno pomembnejši cilj tako postaja integracija imigrantov, za katero obstoji več različic definicije, nanaša pa se na proces prilagajanja priseljencev in večinske družbe, z namenom vključitve priseljencev v vse sfere družbenega, ekonomskega in političnega življenja sprejemne družbe, da postanejo njen funkcionalni člen, sodelujejo pri njenem razvoju in imajo hkrati možnost za ohranjanje, razvijanje in izražanje svoje etnične, kulturne, verske ali druge identitete (Bešter 2003, 83–84; Bešter 2009, 161). Države sledijo različnim modelom integracije, ki se razlikujejo glede na stopnjo obsega pravic imigrantov, zagotovljenih s pravno in protidiskriminacijsko zakonodajo (Bešter 2007, 135).

3. 2 Pravni okvir migracij v RS

Državni zbor RS je l. 1999 sprejel Resolucijo o imigracijski politiki RS, ki je temelj slovenske integracijske politike in »se nanaša na ukrepe države in družbe, ki zagotavljajo ugodne pogoje za kakovost življenja priseljenih, spodbujajo integracijo in omogočajo, da priseljenci

postanejo odgovorni udeleženci družbenega razvoja Slovenije» (Bešter 2003, 107–108). Ob vstopu Slovenije v EU so bili njeni glavni izzivi migracije in družbena kohezija, celostna migracijska politika ter izbira ukrepov dvosmerne medkulturne komunikacije za vključevanje imigrantov v družbo (Zavratnik Zimic 2003: 26). Izhodišča migracijske politike Slovenije so bila zato: določiti, koliko legalnih priseljencev lahko prenese država; slediti potrebam trga z razlikovanjem med tujci, ki ustrezajo interesom gospodarstva; oblikovati sistem ekonomske, socialne in kulturne integracije tujcev v slovensko družbo na temelju spoštovanja človekovih pravic posameznikov in njihove identitete ter nadzor nelegalnih migracij (Kovač 2003, 76).

Multikulturni model slovenske integracijske politike potrjuje tudi nova Resolucija o migracijski politiki RS iz leta 2002, ki poudarja večkulturnost slovenske družbe in temelji na načelih enakopravnosti, svobode ter vzajemnega sodelovanja. Migrantom zagotavlja pravice do svobodnega izražanja etnične pripadnosti, kulture in uporabe maternega jezika. Prepoved diskriminacije in neenakosti pred zakonom je bila zapisana že v ustavi, vendar konkretnjših programov za preprečevanje diskriminacije priseljencev še vedno ni (Medica 2010, 46–47).

Področja imigrantske politike obsegajo prebivanje za daljši čas, združitev družine, dostop do trga dela, politično participacijo, dostop do izobraževanja, dostop do zdravstva in socialnega varstva, stanovanjsko področje, področje nediskriminacije in pridobitev državljanstva (Bešter 2009, 161). Na področju imigracij so dejavne predvsem državne institucije v okviru Ministrstva za notranje zadeve (Direktorat za migracije in integracijo) ter Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve (v nad.: MDDSZ). Temeljni akti na tem področju so še: Zakon o tujcih, Uredba o integraciji tujcev, Zakon o zaposlovanju in delu tujcev in Večletni program Slovenije za integracijo tujcev za obdobje 2007–2013. Slovenska zakonodaja in Statistični urad RS uporabljata termin »tujec«, s katerim opredeljujeta vse nedržavljanke, ki imajo stalno prebivališče v Sloveniji, njihov obseg pravic pa je odvisen od številnih dejavnikov: državljanstva, razloga priselitve, oblike delovnega dovoljenja, dolžine prebivanja v Sloveniji, narodna pripadnost itd. (Bešter 2009, 188). Tujci so glede na državljanstvo razdeljeni na:

- državljanke držav članic EU, Evropskega gospodarskega prostora in Švicarske konfederacije ter njihove ožje družinske člane, ki imajo prost dostop do trga dela in ne potrebujejo delovnega dovoljenja, ter
- državljanke tretjih držav, ki niso članice EU, ki lahko delajo le na podlagi predhodno pridobljenega delovnega in dovoljenja za prebivanje, z nekaterimi izjemami, kot so družinski člani slovenskega državljanke, tujci slovenskega rodu ... (MDDSZ, 13. december).

Bešter slovenski pravni okvir integracije imigrantov ponazarja s piramido: »najširši del predstavlja količino pravic državljanov RS, nekoliko ožji del količino pravic imigrantov, ki so državljani EU, še ožji del količino pravic imigrantov, ki so »slovenskega rodu«, sledijo jim državljani tretjih držav, ki imajo v Sloveniji dovoljenje za stalno prebivanje, najožji del piramide pa predstavljajo imigranti, državljani tretjih držav, ki imajo dovoljenje le za začasno prebivanje« (Bešter 2009, 185).

Na količino pravic vplivata tudi dovoljenji za delo in prebivanje. Dovoljenje za prebivanje izda upravna enota, kjer tujec prebiva ali namerava prebivati, za stalno dovoljenje pa lahko zaprosi po petih letih neprekinjenega bivanja v RS z začasnim dovoljenjem (Policija, 13. december). Delovna dovoljenja izdaja Zavod RS za zaposlovanje, ki upošteva da skupno število tujcev po Zakonu o zaposlovanju in delu tujcev letno (v nad.: ZZDT) ne sme presežati 5 % aktivnega prebivalstva (ZZDT 2000). Vlogo za prvo delovno dovoljenje poda delodajalec, s čimer se tujcu omogoči le zaposlitev pri tem delodajalcu. V določenih primerih lahko za dovoljenje zaprosi tujec sam in pridobi osebno delovno dovoljenje, ki mu omogoča prosto izbiro zaposlitve ter delodajalca (MDDSZ, 13. december). Vrsta delovnega dovoljenja ima veliko vlogo v življenju migranta, saj je dovoljenje pogosto vezano na zaposlitvene potrebe delodajalcev. Tu nastopi eden ključnih problemov imigrantov, kadar delodajalci ne plačujejo prispevkov za zdravstveno in pokojninsko zavarovanje, izplačujejo prenizke plače, če sploh jih, ne skrbijo za varnost pri delu (Gornik 2010, 179) ... Tuji delavci vse to prenašajo, ker bi se ob morebitni izgubi službe morali vrniti domov in ker pogosto ne poznajo svojih pravic (Bešter 2009, 170).

3.3 Pravica do zdravja

Zdravje sodi na področje socialnih, ekonomskih in kulturnih pravic, opredeljenih v listinah Združenih narodov in Sveta Evrope, ki jih je podpisala tudi Slovenija. Te pravice naj bi bile enakopravne državljanskim in političnim, s predpostavko, da brez dostopa do vode, hrane, prenočišča, izobrazbe in zdravstvenega varstva, pravice, kot so svoboda govora, postanejo brez pomena (Gornik 2010, 174). Redke podpisnice konvencij, ki določajo zgolj smernice in ne zakonodaje, so sprejele ukrepe, ki dajejo človekovim pravicam pravno moč, vendar se je oblikovalo razlikovanje med pravicami državljanov ter pravicami tujcev in tako se tudi v praksi pogosto izkaže, da neodtujljive človekove pravice še zdaleč niso brezpogojne (Gornik 2010, 182). Zdravje je zato posebej izpostavljeno področje v Evropski socialni listini, ki zahteva dosegljivo in učinkovito zdravstveno varstvo za vse prebivalstvo, preventivo bolezni

in zagotavljanje zdravega in varnega okolja ter zmanjševanje poklicnih tveganj z zakonodajo in prakso (Evropska socialna listina, 8. januar).

V Ustavi RS je zapisano, da so šolski, pokojninski in zdravstveni sistem odgovornost države, vendar »pravice do zdravja ne zagotavlja izrecno, predvideva pa pravico do zdravstvenega zavarovanja, zdravstvenega varstva in zdravega življenjskega okolja. Ustava nalaga državi, da državljanom v okviru pravice do socialne varnosti zagotovi tudi obvezno zdravstveno zavarovanje« (Rajgelj 2012, 44). Vse pravice, vezane na zdravje, so torej opredeljene z zakonom:

- vsakdo ima pravico do zdravstvenega varstva, zakon določa tudi pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev,
- poleg tega ustava določa, da ima vsakdo skladno z zakonom pravico do zdravega življenjskega okolja (Rajgelj 2012, 44).

Imigrantska politika na področju zdravstva in socialnega varstva v ospredje postavlja zagotavljanje možnosti dostopanja imigrantov do zdravstvenih in socialnih storitev, manj pozornosti pa posveča odpravljanju kulturnih in drugih ovir, ki jim pogosto onemogočajo enakopravno obravnavo, četudi imajo zagotovljene enake pravice kot večinsko prebivalstvo (Bešter 2009, 176). V RS je sicer dostop do storitev javnega zdravstvenega sistema odvisen od socialnega zavarovanja, ki ni urejeno na osnovi davčnega sistema in ni neposredno povezano z državljanstvom.

Pravice posameznika so natančno opredeljene v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, zavarovanci obveznega zavarovanja pa so praviloma zavarovani kot zaposleni ali njihovi družinski člani, otroci, partnerji ipd. Za ureditev zdravstvenega zavarovanja ni pomembna oblika pogodbene zaposlitve niti delovni čas. Otrok je zavarovan kot družinski član do dopolnjenega 15. oziroma 18. leta, potem pa do konca šolanja, največ do dopolnjenega 26. leta. Prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje si lahko osebe s stalnim prebivališčem v Sloveniji plačujejo tudi same (Rajgelj 2012).

Čeprav država najbolj varuje položaj slovenskih državljanov, zgoraj naštetu velja tudi za osebe z urejenim statusom tujca. Njihov položaj je odvisen od njihovega pravnega statusa in vzroka prebivanja v Sloveniji, recimo:

- osebe s priznano mednarodno zaščito (begunci in osebe s subsidiarno zaščito) imajo pravico do obveznega zavarovanja, če niso drugače obvezno zdravstveno zavarovane.

Prosilci za mednarodno zaščito (azilanti) imajo pravico le do nujnega zdravljenja (Rajgelj 2012, 50),

- tujcem, zaposlenim v Sloveniji in z dovoljenjem za začasno prebivanje, so zagotovljene osnovne socialne pravice, tujci z dovoljenjem za stalno prebivanje ter državljani članic EU pa so glede socialnih pravic, sem sodi tudi obvezno zdravstveno zavarovanje, skoraj izenačeni z državljani (Bešter 2009, 176).

Zaposleni tujci so vključeni v obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje, prav tako tudi v obvezno zdravstveno zavarovanje kot zavarovanci, če so zaposleni ali upokojeni, oz. kot družinski člani, če imajo stalno prebivališče v Sloveniji (razen če ni za družinske člane z mednarodno pogodbo določeno drugače). Zavarovani so tudi študenti, dijaki in brezposelne osebe. Če imajo urejeno osnovno zdravstveno zavarovanje, so njihove pravice glede dostopa do zdravstvenega sistema izenačene s slovenskimi državljani, tisti, ki ga nimajo, pa so upravičeni do brezplačnega nujnega zdravljenja (Bofulin in Bešter 2010, 277).

Nujno zdravljenje je opredeljeno v Zakonu o mednarodni zaščiti in obsega nujno medicinsko in zobozdravstveno pomoč, nujno zdravljenje (neodložljive zdravstvene storitve oživljanja, ohranitve življenja in preprečitve poslabšanja zdravstvenega stanja obolelega ali poškodovanega) ter pravico do zdravstvenega varstva žensk, nujnost zdravljenja pa presoja osebni zdravnik oziroma pristojna zdravniška komisija. Zakon o tujcih opredeljuje tudi nekatere statuse tujcev, ki imajo pravico le do nujnega zdravstvenega varstva, recimo žrtve trgovine z ljudmi in nezakonitega zaposlovanja, tujce, ki jim je dovoljeno začasno zadrževanje, tujce, za katere odstranitev v državo vrnitve ni dovoljena ali mogoča, tujce z dovoljenjem za začasno prebivanje zaradi drugih utemeljenih razlogov in brez sredstev za preživljanje, osebe, ki so nameščene v Centru za tujce (Rajgelj 2012, 50).

Tujci, ki si po Zakonu ne morejo urediti obveznega zdravstvenega zavarovanja, lahko sklenejo zdravstveno zavarovanje za tujce, katerega obseg pravic je v primerjavi z obveznim nekoliko manjši, zato lahko poleg tega sklenejo še prostovoljno zavarovanje. Tujcem brez zdravstvenega zavarovanja so na voljo samoplačniške zdravstvene usluge v zasebnih zdravstvenih zavodih (Bofulin in Bešter 2010, 278). Za pomoč osebam brez stalnega prebivališča in osnovnega zavarovanja ter tistim, ki imajo obvezno, nimajo pa kot tujci, begunci oziroma azilanti pravice do dodatnega zavarovanja, sta v Ljubljani in Mariboru na voljo brezplačni Ambulanti s posvetovalnico za osebe brez zdravstvenega zavarovanja, v kateri zaposleni delajo prostovoljno (Bešter 2009, 177).

4 KAKO SI?

Imigranti so ranljiva skupina prebivalstva v EU, je bilo poudarjeno na lizbonski konferenci o zdravju in migracijah v l. 2007 (Bofulin in Bešter 2010, 270). Izpostavljen je bil tudi problem pomanjkanja podatkov glede zdravstvenega stanja imigrantov povsod po Evropi (Bofulin in Bešter 2010, 299). Evropska komisija iz poročil držav članic ugotavlja, da so imigranti bolj izpostavljeni revščini in družbeni izključenosti, vendar primanjkuje raziskav, ki bi pokazale, zakaj je tako, obenem poudarja, da države namenjajo premalo pozornosti zagotavljanju pravic in dobrin imigrantom (Lipovec Čebren 2010, 58). Vedno bolj prihajajo v ospredje problemi dostopanja imigrantov do ustreznih zdravstvenih storitev, večina literature pa s pomanjkljivo statistiko razlaga, da naj bi bili imigranti bolj zdravi od domačega prebivalstva (Kovač 2003, 66). Že to nasprotje kaže na očitno razliko med statistiko in realnostjo, priseljenci namreč po navadi manj hodijo k zdravniku in je zato manj podatkov o njihovem zdravju (Bešter 2003, 104).

Kljub naštetemu Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 še vedno ne omenja imigrantov, v Nacionalnem akcijskem načrtu o socialnem vključevanju niso posebej omenjeni kot ranljiva skupina, Nacionalno poročilo o strategijah socialne zaščite in socialnega vključevanja 2006–2008 pa jih uvršča med »ranljive skupine prebivalstva, ki se potencialno srečujejo z večjo stopnjo tveganja socialne izključenosti in revščine« (Bofulin in Bešter 2010, 279). Poleg tega na Ministrstvu za zdravje obstaja Sektor za zdravstveno varstvo ogroženih skupin prebivalstva, ki imigrantov še ne vključuje (Bofulin in Bešter 2010, 280).

4.1 Opredelitev zdravja

Sodobno definicijo zdravja je leta 1948 v svoji ustanovni listini zapisala WHO, Svetovna zdravstvena organizacija, po kateri je »zdravje stanje popolnega fizičnega, psihičnega in socialnega blagostanja in ne le odsotnost bolezni ali oslabelosti« (Toth 2003, 14). S tem je oblikovala izredno širok koncept zdravja, ki ga obravnava kot splet vrste dejavnikov v posamezniku ali njegovem okolju. Celosten pogled na zdravje upošteva tri podmene:

- fizično blagostanje je stanje brez bolečin ali funkcionalnih motenj, ko je človek sposoben opravljati fizične dejavnosti svojega poklica ali dela ter si zagotoviti obstoj, varnost, samostojnost, vključevanje v družbo, poklicni razvoj in napredek,

- psihično blagostanje dosega duševno zdrava osebnost, ki je sposobna ustvarjati harmonične odnose z drugimi ter konstruktivno sodelovati pri spreminjanju svojega socialnega in fizičnega okolja,
- socialno blagostanje pa je stanje miru in varnosti, v katerem ima vsak posameznik pravico do šolanja in do dela, kar mu omogoča harmonično življenje v zdravem okolju in mu zagotavlja varnost v primeru bolezni, onemoglosti in starosti. Dejavniki družbenega okolja so izobrazba, zaposlitev, stanovanjske razmere, kultura, vera, red in raven varnosti v družbi, recimo stopnja nestrpnosti med ljudmi (Toth 2003, 9–18).

Odgovornost za zdravje torej nosi posameznik tako kot tudi njegova družina in delodajalec, nato pa zdravstvena služba s sodelovanjem lokalne skupnosti in države ter nevladne in mednarodne organizacije (Toth 2003, 67–73).

Ker je lažje določiti nasprotje zdravja, je večina kazalnikov zdravstvenega stanja negativnih in so del statistike smrtnosti v statistiki prebivalstva, pridobljeni s popisom. Najbolj uporabljani kazalniki so splošna in specifična smrtnost (znotraj določene populacijske skupine), umrljivost dojenčkov, povprečna pričakovana življenjska doba ter stopnja smrtnosti zaradi določene bolezni. S temi podatki se izračunajo najbolj znani kazalniki zdravstvenega stanja: splošna in specifična obolevnost, stopnja hospitalizacije in stopnja zdravega absentizma oz. izračun trajanja nesposobnosti delavcev za delo (Toth 2003, 35–37).

Tudi podatki o duševnem zdravju se po navadi zbirajo iz statistik umrljivosti in obolevnosti, ki pa ne zajamejo celotne slike stanja duševnega zdravja v državi, upoštevajo namreč le posameznike, ki so zaradi duševnih težav poiskali zdravniško pomoč. Sodobne raziskave vključujejo širši splet indikatorjev in razkrivajo tudi pozitivno dimenzijo duševnega zdravja, kar omogoča kontinuirano, sistematično spremljanje duševnega zdravja (Kamin in drugi 2009, 14). Take raziskave, »povezane s promocijo pozitivnega duševnega zdravja, ki vključuje vse in ne samo tistih, pri katerih so duševni problemi že prepoznani in diagnosticirani, so postale v razvitem svetu prioriteta naloga politik« (Kamin in drugi 2009, 12). V Sloveniji je bil l. 2008 sprejet prvi nacionalni dokument na tem področju, Zakon o duševnem zdravju, kar nakazuje, da je država začela razvijati nacionalni program za varovanje in krepitev duševnega zdravja državljanov (Kamin in drugi 2009, 12).

4.2 Zbiranje podatkov o zdravju imigrantov

»O zdravju 35- do 40-milijonske množice v Evropi, ki je opredeljena z izrazom migranti, je malo znano« (Lipovec Čebren 2010, 58). Bistvena ovira pri spremljanju zdravstvenega stanja imigrantov je zbiranje podatkov, saj so razlike med posameznimi skupinami zelo velike, raziskave niso izvedene longitudinalno, primanjkuje tudi podatkov o tem, koliko imigrantov se vrne domov in kakšno je njihovo stanje tam. Hkrati imajo imigrantske skupine pogosto slabši dostop do ustreznih zdravstvenih uslug, razlog je lahko njihov status, zaposlitev v sivi ekonomiji, pomanjkanje finančnih sredstev, neznanje jezika, nezaupanje drugačnim zdravstvenim doktrinom in načinom zdravljenja ali pa diskriminatoren odnos zdravstvenega osebja (Bofulin in Bešter 2010, 273). »Odsotnost ustreznih metodoloških pristopov in pomanjkanje verodostojnih podatkov vpliva na splošno podcenjevanje zdravstvenih težav te populacije, obenem pa prispeva k netransparentnosti fenomenov smrti in rojstev med priseljenci« (Lipovec Čebren 2010, 59). Evidence smrti so pomanjkljive, saj veliko imigrantov svojega odhoda iz države ne sporoči pristojnim avtoritetam, podobno velja z rojstvi, predvsem nedokumentiranih nosečih imigrantk (Lipovec Čebren 2010). Rezultat tega je, da zdravstveno stanje imigranta ni registrirano oz. je zaradi poznega spoznanja o nekem stanju težava drugačna ali še težja (Bofulin in Bešter 2010, 274).

Osebni podatki, ki se v Sloveniji zbirajo na podlagi Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva, ne vključujejo podatka o državljanstvu posameznika oziroma državi izvora, na Inštitutu za varovanje zdravja pa zbirajo le podatke o številu tujcev, ki obiščejo zdravstvene ustanove ter podatke o hospitalizacijah tujcev, vključno s turisti. Ker imigrantske populacije niso homogene, je potrebno upoštevati tudi način življenja oziroma življenjske razmere, obstoj ali neobstoj socialnih mrež ter izpostavljenost boleznim. Podrobnejše podatke zbira Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, vendar je čakalna doba na podatke zelo dolga, kljub temu pa tudi te evidence ne zbirajo informacij o kvaliteti zdravstvene obravnave, zadovoljstvu imigrantov z zdravstveno oskrbo in ovirah, s katerimi se srečujejo pri dostopanju do zdravstvene oskrbe (Bofulin in Bešter 2010, 274–301).

Pomembnejše raziskave na tem področju pri nas so bile izvedene: l. 1984 v Velenju med rudarji, l. 1996 je bila izdana publikacija Varovanje zdravja posebnih družbenih skupin v Sloveniji, ki obravnava tudi zdravje migrantov in beguncev, l. 2005 je bila izvedena raziskava med ekonomskimi imigranti iz nekdanje Jugoslavije, v zadnjih nekaj letih pa imajo veliko vlogo predvsem strokovni prispevki (Lipovec Čebren in drugi).

4.3 Statistike zdravja imigrantov

Zdravstveno stanje imigrantov največkrat postane relevantno šele, ker naj bi ogrožalo zdravje sprejemne družbe, kar razkriva ksenofobne in rasistične konotacije prepričanj, da so imigranti potencialni nosilci kužnih bolezni. Pri tem je pogosto izpostavljen le del migrantov, to so nedokumentirani imigranti, prosilci za azil, begunci in delavci migranti, ki opravljajo nizko kvalificirana in slabo plačana dela (Lipovec Čebren 2010, 59). »Očitno je, da predstave o kužnem migrantu ne gre brati le znotraj zdravstvene dimenzije, saj se nanaša na vse dimenzije posamezne družbe ter izhaja iz poglobljanja razmejitev našega nasproti tujega, čistega nasproti nečistega« (Lipovec Čebren 2010, 60). Tovrstni rasizem in prisotnost predsodkov pa sta med pomembnejšimi dejavniki slabega duševnega zdravja imigrantov (Bofulin in Bešter 2010, 275).

Nasproten razumevanju imigrantov kot prenašalcev epidemij je pojem/učinek zdravega imigranta v raziskavah, ki »kažejo, da je zdravje priseljencev običajno podobno ali celo boljše od zdravja ostalega prebivalstva« (Lipovec Čebren 2010, 60). »Hispaniki« (ZDA) oz. »imigrantski paradoks« (v Evropi) je pojav, ki prikazuje, da je zdravje pripadnikov imigrantskih skupin v povprečju boljše od pričakovanega. Na boljše zdravstveno stanje imigrantov kažejo raziskave stopenj smrtnosti in obolevnosti, hkrati naj bi imigranti tudi redkeje izkoristili bolniški dopust in obiskali zdravnike. Po nekaj letih bivanja v novi državi splošna raven zdravja imigrantov pade in se približa ravni večinskega prebivalstva (Bofulin in Bešter 2010, 272). Tak koncept raziskav pa ne razkriva vzorcev iskanja zdravstvene oskrbe in ne odkriva, zakaj imigranti redkeje poiščejo zdravstveno pomoč ter da pogosto ne morejo vzeti bolniškega dopusta, ker jim delodajalci kratijo pravico do njega (Lipovec Čebren 2010; Bofulin in Bešter 2010). Ne preseneča torej, da naj bi imigrante bolj prizadele srčne bolezni, povečana telesna teža, visok pritisk, psihično zdravje pa tudi nalezljive bolezni, poškodbe in različne odvisnosti (Bofulin in Bešter 2010, 273). Na zdravstveno stanje delavcev migrantov vplivajo tudi številni drugi vidiki, kot so problematične bivanjske razmere, socialna izključenost in težke finančne razmere ter psihični pritiski delodajalca, diskriminacije večinske populacije, ter bližnjih sorodnikov, ki pogosto živijo v odvisnosti od njihovih prihodkov (Lipovec Čebren 2010, 77).

Delodajalec jim lahko poleg kratenja pravic tudi prikriva dejstvo, da jim ne plačuje prispevkov za zdravstveno zavarovanje, zaradi česar imajo težave pri dostopu do zdravstvenih informacij. Poleg tega so priseljenci pogosto pomanjkljivo informirani o zdravstvenih storitvah in zdravstvenih pravicah v državi prihoda in se zato izogibajo obisku zdravnika ali

koriščenju dopusta. Kulturni dejavniki pa pokrivajo tako pogoste jezikovne nesporazume kot tudi kulturne razlike v bolnikovem in zdravnikovem dojemanju vzrokov in kategorij bolezni ter njihovega zdravljenja. Posledica je pogosto diskriminatoren odnos zdravstvenih delavcev do bolnika imigranta, njegovo nezadovoljstvo in redko obiskovanje zdravnika. Ne nazadnje se lahko za nižjim številom obiska zdravnika in bolniških skriva tudi vprašanje legalnega statusa (nedokumentiranih) imigrantov (Lipovec Čebren 2010, 61).

4.4 Imigranti v slovenskem zdravstvenem sistemu

V Sloveniji, tako kot v kar nekaj državah EU, je iz omejevanja dostopa do zdravstva za nedokumentirane imigrante razvidno, kako potreba po delavcih migrantih soobstaja vzporedno z restriktivnimi imigracijskimi politikami. Velja tudi prepričanje, da bi »s širjenjem socialnih (tudi zdravstvenih) pravic prispevali k povečevanju števila nedokumentiranih migrantov« (Lipovec Čebren 2010, 63). Enakopravni dostop do koriščenja zdravstvenih zaslug je sicer zakonodajno omogočen, neenakosti v dostopu pa ostajajo zaradi socialno-ekonomskega položaja, jezikovnih ovir, slabšega poznavanja zdravstvenega sistema in diskriminacije (Bofulin in Bešter 2010, 272).

Ključni problem je vprašanje urejenega zdravstvenega zavarovanja, ki imigrantom formalno zagotavlja enakopravno obravnavo. Če zavarovanja nimajo, imajo težave pri iskanju zdravniške pomoči, tudi v primerih težjih poškodb ali bolezni, ki ogrožajo njihovo življenje. Razlog za to je nejasnost koncepta nujne medicinske pomoči, ki naj bi je bile deležne osebe brez zdravstvenega zavarovanja, ter njegovo razlaganje s strani zdravstvenih delavcev. Delavci migranti pogosto sploh ne vedo, da imajo pravico do nujne medicinske pomoči ali če imajo plačano obvezno zdravstveno zavarovanje, težave z dostopom do zdravnika pa se pojavljajo tudi, kadar imajo sklenjeno zavarovanje (Lipovec Čebren 2010, 76).

Dostop in kvalitetno zdravstveno oskrbo preprečujejo ovire, ki izhajajo iz njihovega ranljivejšega položaja v družbi: pomanjkljiva informiranost imigrantov, strah imigrantov pred iskanjem dodatnih informacij zaradi bojazni, da bi s tem privedli do neželjenih posledic glede pravnega statusa, družine, dela ... Problematične so tudi jezikovne ovire in neuspešnost komunikacije, ki vplivajo na zadovoljstvo z oskrbo, bolnikovo razumevanje lastnega zdravstvenega stanja, spopadanje z boleznijo in upoštevanje zdravnikovih navodil (Bofulin in Bešter 2010, 282). Včasih zdravnik tujca zavrne, čeprav je prosta izbira zdravnika in izvajalca storitev v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe zagotovljena z Zakonom o pravnem

postopku. Zdravnik ali zdravstveno osebje lahko pacientovo izbiro zavrne le v posebej utemeljenih primerih in kadar ne gre za nujno zdravstveno pomoč, hkrati pa mora predlagati drugega zdravnika in razloge za zavrnitev pojasniti v pisni obliki (Bofulin in Bešter 2010, 298).

Problemi z urejanjem zavarovanja pogosto izhajajo iz odnosov med zaposlenim in nadrejenimi, ki temeljijo na strahospoštovanju do delodajalca, zaradi česar se od nadrejenega bojijo zahtevati spoštovanje določene pravice, tudi če so o njej informirani. Visoka so tudi tveganja, povezana z varstvom pri delu, po podatkih inšpektorata za delo Slovenija po številu poškodb na delovnem mestu presega povprečje EU, kot glavne razloge pa navaja neupoštevanje varnostnih standardov, slabo organizacijo dela in visoke obremenitve pri delu. Do nesreč pri delu pride zaradi pomanjkanja ali odsotnosti delovne opreme, neplačanega dopusta, fizične izčrpanosti, ki je poleg naporenega in dolgotrajnega dela tudi posledica pomanjkljive prehrane – tako malice na delu kot varčevanja pri nakupu prehranskih izdelkov – in pogosto težkih klimatskih pogojev dela (Lipovec Čebren 2010, 72–75).

Ena od ključnih ovir pri dostopu do zdravstva je tudi jezik. Zakon o pacientovih pravicah določa, da mora biti pacient obveščen o svojem zdravstvenem stanju in možnostih zdravljenja na njemu razumljiv način, ne zagotavlja pa pravice do kakršnekoli oblike prevajanja oziroma tolmačenja, zato je zdravstveni delavec prisiljen v dvojezičnost, ne da bi bil o tem načinu posredovanja v proces zdravljenja primerno poučen. Imigranti zato pogosto s sabo pripeljejo sorodnika ali znanca, ki je naključni tolmač, torej nima izobrazbe na področju tolmačenja niti medicinskih ved, profesionalni tolmači pa so na voljo le beguncem, ki jim ta pravica pripada po Zakonu o mednarodni zaščiti (Bofulin in Bešter 2010, 286–290). Poseben problem so obrazci, letaki in druga besedila, ki so v Sloveniji skoraj izključno v slovenskem jeziku. Izbiro drugega jezika ali drugačnega načina komunikacije (npr. za gluhe osebe) kot posebno zahtevo predvideva obrazec »Privolitev v zdravstveno oskrbo po pojasnilu«, ki ga določa Zakon o pacientovih pravicah (Bofulin in Bešter 2010, 292). Včasih zdravstveno osebje osebe, ki ne govori jezika in nima tolmača, celo ne želi sprejeti v obravnavo, imigranti pa zaradi ponosa pomanjkljivo znanje jezika interpretirajo kot svojo krivdo in raje ne postavljajo vprašanj, ki bi razkrila (ne)znanje jezika (Bofulin in Bešter 2010, 285–298).

Posebna vrsta ovir so medkulturne razlike. Zdravstveno osebje poudarja, da se do bolnikov z imigrantskim ozadjem vedejo enako kot do večinskega prebivalstva, razen kadar imajo kakšne posebne zahteve, ki jim jih poskušajo omogočiti. Med te sodijo recimo prehranske zahteve bolnika in v bolnišničnih kuhinjah večinoma že imajo različno ponudbo. Imigranti pa

lahko uporabljajo tudi radikalno drugačno terminologijo in sistem prepričanj o bolezni in zdravju, poleg predpisanih pa uživajo tudi svoja (domača) zdravila (Bofulin in Bešter 2010, 293–297).

Avtorji navedenih raziskav ugotavljajo, da imigranti slabo poznajo zdravstveni sistem in svoje pravice, zato so precej nezahtevni v zdravstveni obravnavi. Večinoma prihajajo iz držav z nižjo kvaliteto zdravstvene oskrbe in so s slovensko zadovoljni, največje pa so jezikovne ovire, tudi angleščina je namreč praviloma drugi jezik, kar je problematično za uporabo v zdravstveni obravnavi (Bofulin in Bešter 2010, 302). Ne vemo, koliko je napačnih diagnoz in jemanja zdravil, opazno je pomanjkanje seznanjenosti osebja z veščinami medkulturne kompetence, včasih celo diskriminatoren odnos osebja. Vse naštetu vodi do tega, da so imigranti drugače obravnavani pod krinko »enakega zdravstva za vse« (Bofulin in Bešter 2010, 303). Predvsem pa poudarjajo, da je treba začeti zbirati podatke o imigrantih v zdravstvenem sistemu ter jih primerjati z obravnavo neimigrantske populacije (Bofulin in Bešter 2010, 304).

5 RAZISKAVA

Na osnovi pregledane literature in glede na zastavljena raziskovalna vprašanja sem za raziskavo izbrala kvantitativno metodo raziskovanja, in sicer sem izvedla anketo s standardiziranim vprašalnikom na priložnostnem vzorcu polnoletnih migrantk¹. Do anketirank sem dostopala s pomočjo Društva za razvijanje prostovoljnega dela Novo mesto in socialne mreže prostovoljcev ter Razvojno izobraževalnega centra Novo mesto. Ankete sem zbirala med 22. junijem in 31. julijem 2012, pri zbiranju pa sem se s ciljem pridobiti čim širši nabor vzorca prilagajala možnostim anketirank. Tako jih je 34, s katerimi sem se lahko osebno dobila, vprašalnik izpolnilo pisno, 24 jih je imelo dostop do računalnika in so ga izpolnile preko elektronske pošte, preostale sem izprašala preko telefona. Skoraj vsi nepopolno rešeni vprašalniki so bili izpolnjeni osebno, največ med pripadnicami albanske narodnosti, od katerih sta bila 2 vprašalnika rešena neustrezno za analizo. Da bi anketiranke lažje razumele vprašanja in jih posledično natančneje reševale, sem anketo s pomočjo profesorjev in maternih govorcev prevedla v angleški, srbski in albanski jezik.

Vsebinski sklopi ankete so pokrivali dve področji: splošno fizično in duševno zdravje ter seznanjenost in izkušnje s slovenskim zdravstvenim sistemom. Del raziskave sestavljajo indikatorji duševnega zdravja po priporočilih projekta MINFUL, ki so bili uporabljeni v raziskavi o duševnem zdravju prebivalcev Slovenije (Kamin in drugi 2009): indeksa duševnega zdravja ter energije in vitalnosti, skrajšana lestvica samospoštovanja RSES ter lestvici občutka obvladovanja svojega življenja in socialne opore.

5.1 Vzorec

Vzorec sem opredelila glede na izbrane lastnosti, ki vplivajo na njihovo izkušnjo bivanja v Sloveniji. Anketirala sem ženske, ki so se priselile iz držav izven območja EU, torej državljanke tretjih držav, ker za njih na splošno velja drugačna zakonodaja in obravnava v slovenskih pravnih postopkih. Nadalje sem vzorec po vzoru podobnih raziskav v tujini

¹ Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije je bilo l. 2011 v Sloveniji 24.049 prebivalk s tujim državljanstvom, največ (več kot 8.000) jih ima državljanstvo Bosne in Hercegovine, nad 3.000 Makedonije, več kot 2.000 pa Hrvaške, Kosova in Srbije. Drugih državljanek je manj kot tisoč na posamezno državo (Statistični urad RS, 29. avgust).

omejila še glede na dolžino bivanja v Sloveniji na največ 15 let, kar vpliva na njihovo raven vključenosti v novo družbo.

Zbrane rezultate neverjetnostnega vzorca, ki sem jih analizirala s programom SPSS, tvori skupno 65 naključnih enot; dva vprašalnika sta bila neustrezno rešena in ju v analizi nisem upoštevala.

5. 2 Rezultati

5. 2. 1 Opis vzorca

Povprečna starost sodelujočih je 34 let, pri čemer ima najmlajša imigrantka 20 in najstarejša 50 let. Pri analizi posameznih vprašanj sem upoštevala le odstotke tistih, ki so na vprašanje odgovorile. Največ jih ima doseženo štiriletno srednjo strokovno ali splošno izobrazbo, sledijo imigrantke z univerzitetno izobrazbo. 81,5 % jih je poročenih, prav tako so večinoma (72,3 %, N=62) verne, verske obrede jih 35,4 % (N=64) obiskuje nekajkrat letno, 30,8 % vseh anketirank pa nikoli, pri čemer so nekatere anketiranke izpostavile, da jih ne morejo obiskovati, ker v državi ni ustreznih prostorov (mošeje). Nezaposlenih je 46,2 % (N=64) anketiranih, 20 % jih je polno zaposlenih, sledijo gospodinje s 16,9 %. Več kot polovica, 56,9 %, jih živi v večjih mestih, predvsem v Kranju, Ljubljani, Novi Gorici in Novem mestu, 36,9 % v manjših mestih in ostale na podeželju. Anketiranke živijo večinoma na območju dolenjske regije (70,8 %), 21,5 % v osrednji regiji, preostale pa so iz gorenjske, spodnjeposavske in kraške regije.

Tabela 5.1: Starost in izobrazba

Starost			Najvišja stopnja izobrazbe		
	N	Odstotek		N	Odstotek
20–29	19	29,2	brez šolske izobrazbe	1	1,5
30–39	31	47,7	nepopolna osnovnošolska izobrazba	10	15,4
40–49	14	21,5	osnovnošolska izobrazba	9	13,8
50	1	1,5	nižja ali srednja poklicna izobrazba (2- in 3-letna)	4	6,2
Skupaj	65	100	srednja strokovna ali splošna izobrazba (4. letna)	17	26,2
			višješolska ali visokošolska strokovna izobrazba	7	10,8
			univerzitetna izobrazba	14	21,5
			magisterij	2	3,1
			doktorat	1	1,5
			Skupaj	65	100

Skoraj tretjina anketirank je albanske narodnosti in ima državljanstvo Kosova. Po narodnosti sledijo Srbkinje, nato pa enaki deleži Hrvatice, Bošnjakinje in različnih drugih nacionalnosti. Glede na državljanstvo sledi največ državljanek Bosne in Hercegovine, nato Hrvaške in Srbije. Preostale anketiranke prihajajo iz Makedonije in Ukrajine ter nekaterih azijskih in južnoameriških držav. Nekatere so v času bivanja v Sloveniji zaradi poroke ali drugih vzrokov že pridobile slovensko državljanstvo, a sem jih vseeno vključila v raziskavo, saj imajo v novem okolju še vedno družbeni položaj imigrantk, ter jih v analizi štela k skupini prvotnega državljanstva. Poleg tega ima ena Makedonka še bolgarsko, ena državljanica BIH pa še srbsko državljanstvo.

Tabela 5.2: Narodnost in državljanstvo

Narodnost			Državljanstvo		
	N	Odstotek		N	Odstotek
Alбанка	18	27,7	Armenija	1	1,5
Armenka	1	1,5	Bosna in Hercegovina	15	23,1
Bošnjakinja, muslimanka	9	13,8	Dominikanska republika	1	1,5
Dominikanka	1	1,5	Hrvaška	9	13,8
Hrvatica	9	13,8	Južna Koreja	1	1,5
Južnokorejka	1	1,5	Kirgizija	1	1,5
Kirgizijka	1	1,5	Kitajska	1	1,5
Kitajka	1	1,5	Kosovo	18	27,7
Makedonka	6	9,2	Makedonija	6	9,2
Nemka	1	1,5	Srbija	8	10,8
Srbkinja	14	21,5	Tajska	1	1,5
Tajka	1	1,5	Ukrajina	3	3,1
Ukrajinka	2	3,1	Skupaj	65	100
Skupaj	65	100			

41,3 % anketirank živi v Sloveniji manj kot 3 leta, 29,2 % med 4 in 6 leti, preostale pa dlje. 64,6 % (N=64) se jih je za selitev odločilo zaradi združitve družine. Večinoma (64,5 %, N=64) imajo stalno dovoljenje za prebivanje ter bodisi nimajo dovoljenja za delo (40 %) bodisi imajo stalno delovno dovoljenje (33,8 %). Devet imigrantk, ki že imajo slovensko državljanstvo, dovoljenja za delo ne potrebuje.

Med anketirankami jih 80 % poroča, da imajo urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje (N=63). Urejeno zavarovanje imajo skoraj vse z izobrazbo, višjo od srednje šole, na drugi strani le 50 % tistih z nedokončano osnovno šolo, poleg tega pa jih 30 % ne ve, ali imajo urejeno zavarovanje. Brez obveznega zavarovanja je 66,7 % gospodinje in 80 % nezaposlenih. Dodatno zdravstveno zavarovanje ima 52,3 % (N=63): le 11,1 % gospodinje, 10 % tistih z nedokončano osnovno šolo in le 6,2 % Albank. Opaziti je tudi, da ima dodatno zavarovanje

večji delež tistih, ki so dlje časa v Sloveniji. Večina zaposlenih ima urejeno tako obvezno kot dodatno zavarovanje.

5. 2. 2 Ocena fizičnega zdravja in kronične bolezni

Pogosto uporabljena mera za oceno splošnega zdravstvenega stanja je posameznikova ocena lastnega fizičnega in duševnega počutja ter poročanje o prisotnosti kroničnih bolezni, saj študije kažejo, da je samoocena zdravja ljudi dober napovedovalec obolevnosti in umrljivosti (Kamin in drugi 2009, 29). Anketiranke sem zato vprašala o oceni njihovega trenutnega splošnega zdravja in o oceni zdravja, odkar živijo v Sloveniji, v primerjavi z zdravjem, ki so ga imele pred priselitvijo v Slovenijo. Poleg tega me je zanimalo tudi, ali imajo kakšno kronično bolezen, saj slednje prizadenejo tako fizično kot duševno in socialno zdravje (Kamin in drugi 2009, 29), ter ali imajo koga za pogovor o intimnih in osebnih stvareh. V ta sklop sem vključila še vprašanja o njihovem življenjskem slogu, kjer so na petstopenjski ocenjevalni lestvici (1 – sploh ne velja zame; 5 – v celoti velja zame) ocenile, ali se zdravo prehranjujejo, redno telovadijo oz. rekreirajo, kadijo in ali pijejo alkohol.

Anketiranke svoje zdravje ocenjujejo dokaj visoko, povprečna vrednost na petstopenjski ocenjevalni lestvici (1 – zelo dobro; 5 – zelo slabo) znaša 1,73, saj jih je kar 87,7 % svoje zdravje ocenilo z dobro ali zelo dobro, preostale pa z zadovoljivo (N=64). Obstaja rahla, logična povezava med višjo oceno zdravja in nižjo starostjo, močnejših povezav glede na druge demografske lastnosti ni. Odkar živijo v Sloveniji, jih 58,5 % meni, da je njihovo zdravje približno enako kot prej, 29,2 % jih ocenjuje, da je boljše, 12,3 % pa, da je slabše oz. veliko slabše kot prej. Srednje močna povezava nakazuje, da svoje zdravje boljše ocenjujejo nižje izobražene gospodinje, kar 81,8 % izmed enajstih anketirank z nedokončano osnovno šolo in prav tolikšen delež gospodinj. Anketiranke, ki svoje zdravje zdaj ocenjujejo kot slabše, imajo verjetneje urejeno tudi dodatno zdravstveno zavarovanje.

Težave zaradi kroničnih bolezni jih ima 15,4 % vprašanih (N=63), navajajo težave zaradi bolezni dihal, povišan ali nizek krvni tlak, alergije, revmatoidni artritis, vnetje sinusov in gastritis. Težave s kroničnimi boleznimi rahlo naraščajo s starostjo. Največji delež je med Srbkinjami (35,7 %) in Bošnjakinjami (22,2 %) oz. 33,3 % državljanek BIH in 25 % državljanek Srbije.

Pri sklopu o življenjskem stilu imigrantke v največjem številu skrbijo za zdravo prehrano, povprečna vrednost znaša 3,8, deset (15,4 %, N=64) pa se jih delno ali sploh ne prehranjuje

zdravo. Pomembnejše medsebojne povezave pokažejo, da se bolj zdravo prehranjujejo tiste, ki nimajo kroničnih bolezni, starejše od 40 let in albanske narodnosti. Največji delež tistih, ki se prehranjujejo manj zdravo je med mlajšimi od 30 let ter Srbkinjami. Naslednja povprečna vrednost tega sklopa znaša 3,61, kar pomeni, da ženske večinoma ne kadijo, vendar se jih 27,7 % (N=62) s tem ne strinja. Med kadilkami jih je največ z državljanstvi Kosova, Makedonije, Srbije in BiH. Nekadilke redkeje oz. ne telovadijo ($r=-357$, $p<0.01$, N=62) in za njih je verjetneje, da ne pijejo alkohola ($r=548$, $p<0.01$, N=61).

Enak delež jih odgovarja, da za njih ne velja, da ne pijejo alkohola, vendar pa je povprečna vrednost pri tem vprašanju nižja in znaša 3,46, saj jih je več izbralo vmesni odgovor (16,9 %, N=61). Migrantke, ki ne pijejo alkohola, imajo verjetneje urejeno dodatno zdravstveno zavarovanje, večji delež tistih, ki pijejo pa živi v večjih mestih. Za svoje zdravje anketiranke manj skrbijo z rekreacijo, saj je tu povprečna vrednost najnižja – 3,14, tretjina (32,3 %, N=64) jih redko ali sploh ne telovadi, 21,5 % pa jih je obkrožilo nevtralni odgovor. Največji delež tistih, ki redno telovadijo, je med Albankami in starejšimi od 40 let, najnižji pa med Srbkinjami in mlajšimi od 30 let.

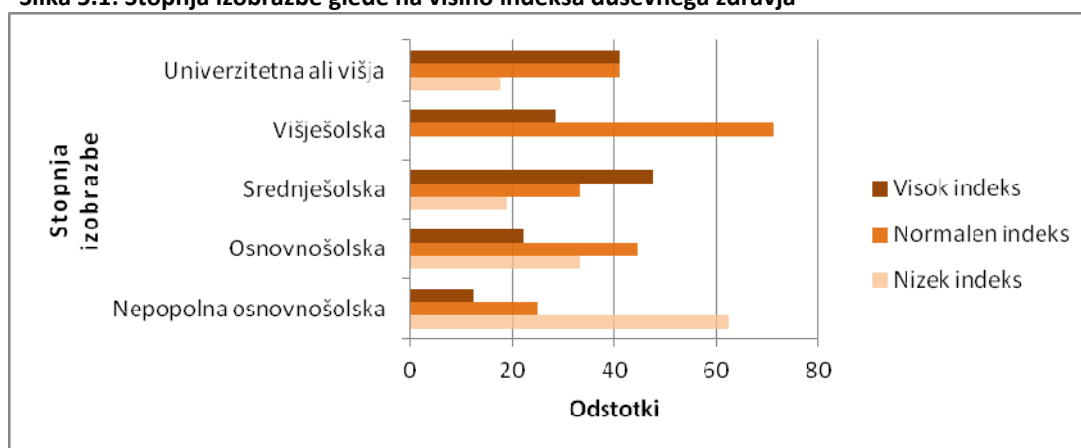
5. 2. 3 Ocena duševnega zdravja

Uporabljeni kazalniki duševnega stanja so bili uporabljeni tudi v raziskavi o duševnem zdravju prebivalstva Slovenije. Pri računanju vrednosti nisem upoštevala rezultatov, pri katerih anketiranke niso odgovorile na vsa vprašanja v posameznih sklopih. Anketiranke sem povprašala tudi, ali so v zadnjem letu jemale zdravila zaradi psihičnih težav (ena anketiranka je jemala kapsule šentjanževke) in ali imajo koga za pogovor o intimnih in osebnih stvareh, na kar je šest anketirank (9,2 %, N=63) odgovorilo, da nimajo nikogar, največji delež znotraj skupine s končano osnovno ali nižjo izobrazbo. Zanimiva je povezava, ki prikazuje, da te osebe svoje zdravje v Sloveniji večinoma ocenjujejo boljše.

Indeksa duševnega zdravja (MHI-5) ter energije in vitalnosti (EVI) sta del vprašalnika o splošnem zdravju SF-36 oz. RAND-36, preverjene in mednarodno uveljavljene lestvice. Anketirankam sem postavila štiri oz. pet vprašanj glede njihovega duševnega počutja v zadnjem mesecu, pri čemer so odgovorile z ocenami od 1 – nikoli se nisem tako počutila – do 5 – tako sem se počutila vsak dan. Odgovore sem vrednotila po navodilih vprašalnika, možen razpon vrednosti pa je od 0 do 100.

Povprečna vrednost **indeksa duševnega zdravja** imigrantk v raziskavi je 69,60 (SD=15,79), torej rahlo višja od povprečne vrednosti iz raziskave o duševnem zdravju prebivalstva Slovenije, kjer znaša 67,23 (SD=19,50) in kjer navajajo, da je povprečje žensk še nižje od celotne populacije (Kamin in drugi 2009, 35). Za osebe, ki imajo duševne težave, se upošteva vrednosti nižje od 56, kamor sodi 23,1 % anketirank (N=62), brez težav 38,5 % (vrednosti 56–76), dobro duševno zdravje (vrednosti nad 76) pa ima 33,9 % anketirank. Odgovori kažejo, da višja izobrazba vpliva na višji indeks duševnega zdravja.

Slika 5.1: Stopnja izobrazbe glede na višino indeksa duševnega zdravja



Povprečna vrednost **indeksa energije in vitalnosti** je 66,67 % (SD=15,64), tudi ta je višji od slovenskega povprečja 54,13 (SD=21,54), v katerem je povprečje žensk prav tako nižje od celotne populacije (Kamin in drugi 2009, 37). Nizko stopnjo vitalne energije imajo posameznice z vrednostmi, nižjimi od 62, to je 21,5 % (N=63) anketirank, 33,9 % jih je na meji, tistih z visoko stopnjo vitalnosti, ki dosegajo vrednosti višje od 70, pa je 41,5 %.

Med tistimi z nižjima indeksoma je največji delež:

- nezaposlenih in gospodinj z (nedokončano) osnovno šolo, ki hkrati nimajo oz. ne vedo, ali imajo dovoljenje za delo,
- so se v Slovenijo priselile zaradi združitve družine manj kot 6 let nazaj, imajo začasno dovoljenje za prebivanje in živijo v manjšem ali večjem mestu,
- Bošnjakinj in Albank,
- pri nizki stopnji vitalnosti pa je tudi več Makedonk, tistih, ki v Sloveniji živijo več kot 10 let, ki so stare med 30 in 40 let in imajo srednješolsko izobrazbo.

V raziskavi sem uporabila polovično **lestvico samospoštovanja RSES**, sestavljeno iz petih trditev, za katere so anketiranke na štiristopenjski ocenjevalni lestvici (1 – sploh se ne strinjam, 4 – popolnoma se strinjam) označevale, v kolikšni meri se z njimi strinjajo. Seštevek odgovorov se giblje med 5 in 20, za pozitivno samospoštovanje pa sem štela rezultate, višje od 12,5, kar je določena teoretična aritmetična sredina. Anketiranke so v povprečju dosegle 15,89 (SD=2,31), kar pa statistično ni neposredno primerljivo s slovenskim povprečjem 33,4 (SD=4,4), ker sem izbrala naključno polovico trditev iz vprašalnika lestvice, za katere nimam podatka, kako so odgovarjali v raziskavi duševnega zdravja prebivalstva. Pozitivno se samoocenjuje 87,7 % (N=62) vprašanih, negativno pa 7,7 %, medtem ko jih je pod slovenskim povprečjem 2,7 %. Tudi pri nizkem samospoštovanju je zastopana podobna demografija, med njimi je opazen delež Hrvatice, Bošnjakinje in ena Ukrajinka, tistih, ki živijo v Sloveniji 7–9 let in so se priselile zaradi študija, živijo v osrednji regiji in imajo bodisi nedokončano osnovno šolo bodisi višjo oz. visoko ali višjo izobrazbo.

Občutek obvladovanja svojega življenja (Sense of Mastery) se meri z lestvico sedmih trditev o posameznikovem občutku nadzora nad življenjskimi dogodki. Anketiranke so na petstopenjski lestvici (1 – sploh se ne strinjam, 5 – popolnoma se strinjam) ocenile, v kolikšni meri se z navedenimi trditvami strinjajo. Po navodilih sem odgovore vrednotila kot celoto, razpon skupnih vrednosti pa znaša od 7 do 35. Povprečna vrednost občutka med anketirankami je precej visoka 26,17 (SD=5,63), višja od povprečja slovenske populacije, ki znaša 22,88 (SD=3,88). Za občutek slabega obvladovanja življenja veljajo vrednosti, nižje od 20,54, oz. povprečna vrednost, znižana za eno vrednost standardnega odklona, sem sodi 10,8 % anketirank (N=58), torej jih ima 78,5 % vprašanih občutek dobrega obvladovanja svojega življenja. Vera in nižja izobrazba se odražata v slabšem občutku obvladovanja življenja, med tistimi z nizko vrednostjo pa je večji del Srbkinj, Bošnjakinj in Albanc, največ med nezaposlenimi, v večjih mestih na Dolenjskem živijo do 3 leta, z začasnim dovoljenjem za prebivanje in brez delovnega dovoljenja in nimajo dokončane osnovne šole.

Lestvica socialne opore (Oslo Social Support Scale) je sestavljena iz treh vprašanj o velikosti mreže čustvene opore, količini zanimanja, ki ga drugi kažejo za posameznika, in prisotnosti sosedske opore. Seštevek dobljenih odgovorov se giblje med 3 in 14, od tega se štejejo za manj oporno okolje rezultati, nižji od 8, kot zelo oporno pa rezultati nad 12. Zaznana povprečna vrednost med imigrantkami znaša 10,35 (SD=1,89), kar je nižje kot povprečje prebivalk Slovenije 10,52 (SD=2,09) (Kamin in drugi 2009, 83). Posameznic z manj opornim socialnim okoljem je 18,5 % (N=60), oporno okolje jih ima 44,6 %, 29,2 % pa zelo oporno

socialno okolje. V primerjavi z rezultati slovenske populacije ima zelo oporno omrežje manjši delež anketiranih imigrantk na račun višjega deleža manj opornega, ki je pri celotni slovenski populaciji 13,9 %. Tudi v skupini z manj opornim socialnim okoljem je večji delež starejših od 40 let in nižje izobraženih, kar polovica Bošnjakinj, petina Albank in dve od treh Ukrajink (medtem ko imajo najbolj oporno okolje Hrvatice in Srbkinje), nezaposlene, ki v Sloveniji živijo manj kot 6 let, 2 od 4 na podeželju, sicer pa v večjih mestih.

Znotraj lestvice socialne opore primerjalna raziskava opazuje tudi velikost mreže čustvene opore. Povprečna vrednost je 4,9 osebe v mreži čustvene opore ($SD=4,78$), večji delež anketirank ima omrežje 2, 7 ali 8 oseb, sicer pa so deleži nižji kot pri slovenski populaciji oz. enaki pri omrežju 4 oseb (13,8 %, s tem da 7,7 % imigrantk ni odgovorilo na vprašanje).

5. 2. 4 Ocena seznanjenosti in izkušenj z zdravstvenim sistemom

V naslednjem sklopu vprašalnika sem poskušala ugotoviti, v kolikšni meri so imigrantke seznanjene s slovenskim zdravstvenim sistemom in storitvami v Sloveniji. V vprašalniku so bile našteje trditve, pri katerih so anketiranke na petstopenjski ocenjevalni lestvici (1 – sploh se ne strinjam; 5 – popolnoma se strinjam) ocenjevale, v kolikšni meri se z njimi strinjajo. Zanimalo me je tudi, kje so izvedele za svoje pravice do zdravstvenih storitev v Sloveniji. 46,2 % ($N=63$) jih je odgovorilo, da so jih z njimi seznanili prijatelji in sorodniki; sledi odgovor, da so informacije poiskale same na internetu (32,3 %). 18,5 % jih je izbralo odgovor, da svojih pravic ne poznajo. V manjših deležih so jih o njihovih pravicah obvestili še sodelavci, zdravniki, mediji, med drugim dve anketiranki (3,1 %) trdita tudi, da ju o tem ni obvestil nihče.

Najvišja povprečja so dosegle naslednje trditve o odnosu do zdravstvenega sistema ter poznavanja zdravstvenih storitev v Sloveniji:

- anketiranke se v največji meri strinjajo s trditvijo, da je od njih samih odvisno, kakšno je njihovo zdravje – povprečna vrednost znaša 4,14 ($SD=0,9$),
- v malo manjši meri zaupajo diagnozam zdravnikov – 3,84 ($SD=1,21$),
- prav tako se večinoma strinjajo, da so zdravstvene storitve v Sloveniji boljše kot v državi, iz katere prihajajo – 3,75 ($SD=1,22$) ter
- da vedo, kje lahko dobijo dodatne informacije o zdravstvenih storitvah v Sloveniji – 3,68 ($SD=1,28$).

Druga povprečja so bližje vmesni vrednosti. Najnižje povprečje je 2,31 (SD=1,17) in pomeni, da se ne strinjajo s tem, da bi imeli težave pri obisku zdravnika zaradi nepoznavanja storitev. Skoraj četrtina (24,6 %) jih meni, da v Sloveniji nismo vsi enaki pred zdravnikom, in polovica (49,3 %), da je primerna zdravstvena oskrba odvisna od zvez in poznanstev pacienta. 27,7 % (N=64) jih meni, da zdravstvenih storitev v Sloveniji ne poznajo dobro, 18,4 % pa jih ne ve, kje lahko dobijo dodatne informacije o storitvah. 16,9 % jih meni, da imajo zaradi nepoznavanja storitev težave pri obisku zdravnika.

Med navedenimi spremenljivkami je tudi nekaj močnejših medsebojnih povezav: za tiste, ki menijo, da smo pred zdravnikom vsi enaki, bolj velja, da zaupajo diagnozam, menijo, da je zdravje odvisno od njih samih, dobro poznajo storitve in vedo, kje lahko dobijo dodatne informacije, ter menijo da so slednje v Sloveniji boljše kot v državi, iz katere prihajajo. Da je zdravje odvisno predvsem od njih samih, je močno povezano tudi s prepričanjem, da je primerna zdravstvena oskrba odvisna od zvez in poznanstev. Pri tem je potrebno opozoriti, da te korelacije pomenijo tudi obratno, torej da četrtina anketirank, ki ne verjamejo, da smo pred zdravnikom vsi enaki, pogosteje ne zaupa zdravniku, meni, da njihovo zdravje ni v njihovih rokah, ne pozna dobro storitev in ne ve, kje poiskati dodatne informacije – demografske značilnosti slednjih povzema spodnja tabela.

Tabela 5.3: Poznavanje zdravstvenih storitev

	Demografske značilnosti
V Sloveniji velja, da smo pred zdravnikom vsi enaki.	Manj se strinjajo mlajše in višje izobražene, tretjina Hrvatice in Srbkinj ter Bošnjakinj in Ukrajink.
Predvsem od mojih zvez in poznanstev je odvisno, kakšno je moje zdravje.	Manj se strinjajo mlajše in višje izobražene ter polovica zaposlenih.
Popolnoma zaupam diagnozam, ki mi jih postavi zdravnik.	Manj se strinjajo višje izobražene, vse gospodinje, le ena Albanka, sicer pa Bošnjakinje in Hrvatice ter dve od treh z Gorenjske.
Predvsem od mene je odvisno, kakšno je moje zdravje.	Višje izobražene se manj strinjajo, prav tako polovica zaposlenih in dve od treh z Gorenjske, strinjajo pa se vse gospodinje.
Dobro poznam zdravstvene storitve v Sloveniji.	Ne strinja se polovica Bošnjakinj in skoraj polovica Hrvatice.
Vem, kje lahko dobim dodatne informacije o zdravstvenih storitvah.	Mlajše se manj strinjajo, tretjina Bošnjakinj se sploh ne strinja, manj se strinjajo tudi Hrvatice in Makedonke.
Zdravstvene storitve v Sloveniji so boljše kot v državi, iz katere prihajam.	Manj se strinjajo višje izobražene, polovica zaposlenih in dve od treh z Gorenjske, bolj se strinjajo imigrantke, ki živijo v večjih krajih.
Zaradi nepoznavanja zdravstvenih storitev imam težave pri obisku zdravnika.	Manj se strinjajo višje izobražene, tiste, ki dlje živijo v Sloveniji, strinja pa se tretjina gospodinj in nezaposlenih ter največji delež Albanc

Nadalje sem anketiranke povprašala še o osebnih izkušnjah z obiskom zdravstvenih strokovnjakov v Sloveniji. 63,1 % jih je že vsaj enkrat obiskalo zdravnika ali zobozdravnika, za katerega storitve niso plačale, od tega se jih 41,5 % teh storitev poslužuje občasno. Za zdravstvene storitve jih je plačalo 36,9 % (N=63) vprašanih, v enakomernih deležih so take obiske plačale enkrat, občasno ali pogosto. Psihoterapevta ali psihologa je enkrat ali občasno obiskalo 4,6 % (N=62) vprašanih, 21,5 % (N=63) je enkrat ali občasno obiskalo tudi druge strokovnjake, od tega navajajo ginekologa, fizioterapevta in okulista. 9 oz. 13,8 % (N=61) jih ni obiskalo nobenega zdravstvenega strokovnjaka.

Najvišji povprečni vrednosti med naštetimi trditvami o izkušnjah z obiskom zdravnika dosegata zadovoljstvo z osebnimi, 4,17 (SD=1,23), in specialističnimi zdravniki, 4,15 (SD=0,95). Sledi, da v Sloveniji brez težav dostopajo do zdravnika s povprečno vrednostjo 3,96 (SD=1,02), 6 anketirank (10,7 % tistih, ki so že kdaj obiskale zdravnika) se s tem ne strinja. Ostale povprečne vrednosti so nižje od 3, torej se v povprečju ne strinjajo s tem, da bi zaradi svojega statusa tujke imele težave pri obisku zdravnika. In sicer imajo najmanj težav zaradi kulturnih razlik, povprečna vrednost je 1,93 (SD=1,2), najvišja pa je potreba po pomoči prevajalca, povprečna vrednost 2,19 (SD=1,47). Stres zaradi obiska zdravnika pri nas v primerjavi z državo, iz katere prihajajo, dosega najbolj nevtralno povprečno vrednost.

Za tretjino (30,4 %) je obisk zdravnika v Sloveniji bolj stresen kot doma, 12,5 % ni zadovoljnih s svojim osebnim zdravnikom, kar je dvakrat več kot nezadovoljstvo z obravnavo pri specialistih (5,6 %). 14,3 % vprašanih ima občutek, da jih obravnavajo slabše, ker so tujke, enak delež ima zaradi kulturnih razlik težave z osebjem. Podobno velika sta tudi deleža tistih, ki imajo zaradi jezikovnih ovir težave pri komunikaciji z osebjem (19,6 %), ter tistih, ki bi pri obisku zdravnika potrebovale pomoč prevajalca (21,4 %).

Opazno je, da so tiste, ki do zdravnika dostopajo brez težav, bolj zadovoljne tako s svojim osebnim zdravnikom kot z obravnavo pri specialistih (korelacija je opazna tudi med zadnjima trditvama). Obisk zdravnika v Sloveniji je bolj stresen za tiste anketiranke, ki imajo občutek, da jih zdravstveno osebje obravnava slabše, ker so tujke, imajo zaradi kulturnih in jezikovnih ovir težave z osebjem ter bi pri obisku zdravnika potrebovale pomoč prevajalca (močne tudi medsebojne povezave tudi med zadnjimi tremi). Zanimiva je tudi povezava med zadovoljstvom z obravnavo specialistov in tistimi, ki imajo težave zaradi kulturnih razlik ter jezikovnih ovir, ki mogoče pomeni, da se jim specialisti bolj posvetijo. V spodnji tabeli so povzete najpomembnejše povezave z demografskimi značilnostmi anketirank.

Tabela 5.4: Izkušnje z zdravstvenimi storitvami

	Demografske značilnosti
Obisk zdravnika v Sloveniji je zame bolj stresen kot doma.	Manj stresen je za višje izobražene in tiste, ki v Sloveniji živijo dlje, bolj pa za gospodinje in nezaposlene, Bošnjakinje in Albanke.
S svojim osebnim zdravnikom v Sloveniji sem zadovoljna.	Starejše anketiranke so bolj zadovoljne.
Občutek imam, da me zdravstveno osebje obravnava slabše, ker sem tujka.	Slabše obravnavane se počutijo Bošnjakinje in Albanke.
Zaradi kulturnih razlik imam v Sloveniji težave z zdravstvenim osebjem.	Več težav imajo nižje izobražene, nezaposlene in gospodinje, Albanke z začasnim dovoljenjem za prebivanje in brez dovoljenja za delo.
Z zdravstvenim osebjem v Sloveniji zaradi jezikovnih ovir težko komuniciram.	Nižje izobražene imajo več težav.
Pri obisku zdravnika v Sloveniji bi potrebovala pomoč prevajalca.	Nižje izobražene imajo več težav, verne, ki ne morejo hoditi k obredom, Albanke, ki nimajo nikogar za pogovor in živijo na Dolenjskem.

6 RAZPRAVA

Izsledki pričujoče raziskave potrjujejo precej ugotovitev, ki sem jih s pomočjo pregleda teorije o problematiki zdravja imigrantov predstavila uvodoma. Rezultati kažejo, da splošno in duševno zdravje imigrantk v Sloveniji, tudi v primerjavi s primerjalno raziskavo med prebivalstvom države, ni posebej zaskrbljujoče in da njihove izkušnje s slovenskim zdravstvenim sistemom niso izredno negativne. Vendar pa je potrebno pri tem upoštevati, da imigrantke v vzorcu te raziskave sodelujejo z različnimi neprofitnimi organizacijami, preko katerih sem z njimi vzpostavila kontakt. To pomeni, da imajo v svojem lokalnem okolju do neke mere že razvito socialno mrežo in lažji dostop do informacij ter pomoči, kadar jo potrebujejo. Tako zbrani podatki ne prikazujejo realne situacije celotne populacije imigrantk, glede na način anketiranja pa je verjetneje, da so rezultati celo boljši, kot bi bili, če bi v raziskavi sodelovale naključno izbrane priseljenke.

Med večino uporabljenih kazalnikov je opazna povezanost, zaradi katere opredelimo nekatere demografske značilnosti ranljivejših skupin imigrantk, ki zahtevajo posebno pozornost:

- nižje izobražene gospodinje in nezaposlene, albanske, bošnjaške ali srbske narodnosti, ki v Sloveniji živijo manj kot 6 let in imajo dovoljenje za začasno prebivanje, nimajo pa dovoljenja za delo, pripadnice nekaterih narodnosti imajo bolj nezdrav življenjski slog, druge pa več težav v zdravstvu zaradi kulturnih in jezikovnih razlik,

- skupina mlajših od 30 let se prehranjuje manj zdravo in redkeje telovadi ter
- tiste, ki živijo v večjih mestih, ker je njihovo zaznano duševno počutje slabše.

Močna povezanost je tudi med nivojem stresa pri obisku zdravnika in težavami zaradi kulturno-jezikovnih razlik ter občutka neenakovredne obravnave, kar vpliva na nižji indeks duševnega zdravja, samospoštovanje in občutek nadzora na življenjem. Medtem ko imajo tiste z bolj opornim socialnim okoljem manj težav z dostopom in so zadovoljne z obravnavo pri osebnemu zdravniku, tiste z manj opornim okoljem navajajo več težav zaradi kulturnih razlik in bi pogosteje potrebovale prevajalca. Svoje zdravje boljše ocenjujejo tiste z višjim indeksom vitalnosti, boljšim občutkom obvladovanja življenja in bolj opornim družbenim okoljem. Podobne povezave so tudi pri stopnji informiranosti in zaupanju slovenskemu zdravstvenemu sistemu, ki sta odvisna od razvitosti socialne mreže in pridobljenimi izkušnjami v času bivanja pri nas.

Glede na to, da je država tista, ki spodbuja in potrebuje migrante delavce, bi morala zanje in za njihovo dobrobit prevzeti večji del odgovornosti ter spodbujati promocijo zdravja in zdravega načina življenja tudi med njimi. Obenem je potrebno nagovoriti tudi množico državljanek tretjih držav, ki se v državo priselijo zaradi združitve družine, študija ali zaposlitve, in upoštevati njihove specifične potrebe v zdravstvu. Imigrantkam bi bilo potrebno omogočiti lažji dostop do informacij o slovenskem zdravstvenem sistemu, njihovih možnostih in pravicah do zdravstvenih storitev. Na tem področju bi bil ustrezen pregled obstoječe literature in spletnih strani, namenjenih ozaveščanju imigrantov o njihovih pravicah in možnostih. Kljub temu da obstajajo programi neprofitnih in nevladnih organizacij, v okviru katerih se imigrantke lahko naučijo slovenskega jezika, bi jim bilo potrebno nuditi tudi brezplačno možnost tolmača pri obisku zdravnika vsaj v prvih mesecih učenja jezika. To je enako pomembno za moške, med katerimi je delež zaposlenih sicer večji in imajo zato večjo možnost pomoči tudi s strani delodajalca, ženske pa se večinoma zanašajo le na pomoč moža in drugih sorodnikov ali prijateljev, ki jim ne morejo vedno nuditi ustrezne pomoči, recimo ob nosečniških pregledih ali med porodom. Priložnosti za izboljšave na področju dostopa in kakovostne oskrbe imigrantk se ponujajo tudi zdravstvenim ustanovam, ki bi pacientkam lahko priskrbele prevode osnovnih obrazcev, zaposlenim v ustanovah pa izobraževanja in usposabljanja na temo medkulturne kompetence.

7 SKLEP

Imigranti in ženske so ranljiva družbena skupina, še toliko bolj, kadar sta obe kategoriji združeni v eni osebi, ki ima državljanstvo tretjih držav. Njihov položaj v slovenski družbi večinoma negativno vpliva na njihovo zdravje in izkušnjo z zdravstveni sistemom, zato bi bila posebna skrb temu področju ne le ustrezna, temveč nujno potrebna.

Omenjeno skupino sestavljajo matere, žene, študentke in tudi zdravnice, ki so spakirale svojo lastnino, pustile svojo družino in prijatelje v rojstnem kraju, na katerega jih vežejo vsi otroški spomini, z željo, da bi v nekem tujem kraju našle ugodnejše razmere za boljše življenje. V Slovenijo prihajajo, ker se njihove može potrebuje kot cenejšo delovno silo ali pa so zaželeni koristi od njihovega znanja in posebnih sposobnosti. So del družbenega problema, ki si zasluži posebno pozornost države, gospodarstva, nevladnega sektorja in tudi marketinške stroke, da jim ponudi ustrezno okolje za zdrav razvoj in življenje. Še toliko bolj, ker se v trenutni situaciji tudi vedno več mladih Slovenk odloča za migracije in se bomo lahko v bližnji prihodnosti nekje znašle v vlogi imigrantk.

8 LITERATURA

1. Bešter, Romana. 2003. Politike vključevanja priseljencev v večinsko družbo. V *Migracije, globalizacija, Evropska unija*, ur. Mojca Pajnik in Simona Zavratnik Zimic, 83–123. Ljubljana: Mirovni inštitut.
2. --- 2007. Model integracijske politike v odnosu do drugih modelov imigrantskih politik. *Razprave in gradivo* (53–54): 116–138.
3. --- 2009. Pravni okvir, relevanten za integracijo imigrantov v Sloveniji. *Razprave in gradivo* (58): 160–195.
4. Bofulin, Martina in Romana Bešter. 2010. Enako zdravstvo za vse? Imigranti v slovenskem zdravstvenem sistemu. V *Državljeni tretjih držav ali tretjerazredni državljani?: integracija državljanov tretjih držav v Sloveniji*, ur. Mojca Medvešek in Romana Bešter, 270–311. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja.
5. Statistični urad Republike Slovenije. 2012. *Demografsko socialno področje*. Dostopno prek: http://www.stat.si/tema_demografsko.asp (12. avgust 2012).
6. Drolc, Aleš. 2003. Imigranti med evropsko migracijsko politiko in posebnostmi prostora. V *Migracije, globalizacija, Evropska unija*, ur. Mojca Pajnik in Simona Zavratnik Zimic, 147–167. Ljubljana: Mirovni inštitut.
7. *Evropska socialna listina*. 1999. Dostopno prek: <http://www.varuh-rs.si/pravni-okvir-in-pristojnosti/mednarodni-pravni-akti-s-podrocja-clovekovih-pravic/svet-evrope/evropska-socialna-listina> (8. januar 2012).
8. Gornik, Barbara. 2010. Človekove pravice – utopija sodobnega sveta. V *Migranti v Sloveniji - med integracijo in alienacijo*, ur. Karmen Medica, Goran Lukič in Milan Bufon, 171–190. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Univerzitetna založba Annales.
9. Kamin, Tanja in Helena Jeriček Klanšček, ur. 2009. *Duševno zdravje prebivalcev Slovenije*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.
10. Klinar, Peter. 1976a. Imigrantski staž in reemigracije. *Teorija in praksa* 13 (12): 1238–1248.

11. --- 1976b. *Mednarodne migracije: sociološki vidiki mednarodnih migracij v luči odnosov med imigrantsko družbo in imigrantskimi skupnostmi*. Maribor: Založba Obzorja.
12. --- 1993. Sodobni trendi mednarodnih migracij. *Teorija in praksa* 30 (5–6): 395–406.
13. Kovač, Bogomir. 2003. Globalizacija, migracijski tokovi in ekonomski razvoj na obzorju slovenskih migracijskih dilem. V *Migracije, globalizacija, Evropska unija*, ur. Mojca Pajnik in Simona Zavratnik Zimic, 43–81. Ljubljana: Mirovni inštitut.
14. Lipovec Čebren, Uršula. 2010. Slepa pega evropskega zdravstva: analiza nekaterih vidikov zdravja migrantov. V *Migranti v Sloveniji - med integracijo in alienacijo*, ur. Karmen Medica, Goran Lukič in Milan Bufon, 57–81. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Univerzitetna založba Annales.
15. Malačič, Janez. 2010. Zaposlovanje tujcev in imigracije v Sloveniji. V *Migranti v Sloveniji - med integracijo in alienacijo*, ur. Karmen Medica, Goran Lukič in Milan Bufon, 83–96. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Univerzitetna založba Annales.
16. Medica, Karmen in Goran Lukič. 2010. Predgovor. V *Migranti v Sloveniji - med integracijo in alienacijo*, ur. Karmen Medica, Goran Lukič in Milan Bufon, 7–9. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Univerzitetna založba Annales.
17. Medica, Karmen. 2010. Sodobni integracijski procesi in kontroverznosti krožnih migracij. V *Migranti v Sloveniji - med integracijo in alienacijo*, ur. Karmen Medica, Goran Lukič in Milan Bufon, 37–56. Koper: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, Univerzitetna založba Annales.
18. Medved, Felicita. 2010. Slovenska politika integracije – »od prvih do tretjih državljanov«. V *Državljeni tretjih držav ali tretjerazredni državljani?: integracija državljanov tretjih držav v Sloveniji*, ur. Mojca Medvešek in Romana Bešter, 20–46. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja.
19. Medvešek, Mojca in Romana Bešter. 2010. Uvod: Integracija državljanov tretjih držav v Sloveniji. V *Državljeni tretjih držav ali tretjerazredni državljani?: integracija državljanov tretjih držav v Sloveniji*, ur. Mojca Medvešek in Romana Bešter, 7–19. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja.

20. Medvešek, Mojca. 2010. Demografske in socioekonomske značilnosti državljanov tretjih držav v Sloveniji. V *Državljanji tretjih držav ali tretjerazredni državljani?: integracija državljanov tretjih držav v Sloveniji*, ur. Mojca Medvešek in Romana Bešter, 47–91. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja.
21. Mežnarič, Silva. 2003. Prisilne migracije v letu 2002: zapuščina devetdesetih. V *Migracije, globalizacija, Evropska unija*, ur. Mojca Pajnik in Simona Zavratnik Zimic, 125–146. Ljubljana: Mirovni inštitut.
22. *Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve*. Dostopno prek: <http://www.mddsz.gov.si> (8. januar 2012).
23. *Ministrstvo za notranje zadeve*. Dostopno prek: <http://www.mnz.gov.si> (8. januar 2012).
24. Pajnik, Mojca in Simona Zavratnik Zimic. 2003. Predgovor: Med lokalnim in globalnim v sodobnih migracijah. V *Migracije, globalizacija, Evropska unija*, ur. Mojca Pajnik in Simona Zavratnik Zimic, 5–14. Ljubljana: Mirovni inštitut.
25. Policija. 2012. *Pogoji za vstop in bivanje tujcev*. Dostopno prek: <http://www.policija.si/index.php/generalna-policijska-uprava/1032> (13. december 2012).
26. Rajgelj, Barbara. 2012. Vpliv delovnopravnega, državljanskega in družinskopravnega statusa na neenako obravnavo v zdravstvenem zavarovanju. *Zdravstveno varstvo* 51 (1): 43–52.
27. *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. Dostopno prek: <http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html> (5. januar 2012).
28. Štih, Peter in Bojan Balkovec, ur. 2010. *Migracije in slovenski prostor od antike do danes*. Ljubljana: Zveza zgodovinskih društev Slovenije.
29. Toth, Martin. 2003. *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
30. Verlič Christensen, Barbara. 2002. *Evropa v precepu med svobodo in omejitvami migracij*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
31. *Zakon o zaposlovanju in delu tujcev (ZZDT-1)*. Ur. l. 66/2000. Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200066&stevilka=3058> (5. januar 2012).

32. Zavratnik Zimic, Simona. 2003. Trdnjava Evropa ali odprta Evropa? Izzivi za države »schengenske periferije«. V *Migracije, globalizacija, Evropska unija*, ur. Mojca Pajnik in Simona Zavratnik Zimic, 15–41. Ljubljana: Mirovni inštitut.

PRILOGA A: ANKETNI VPRAŠALNIK

Pozdravljeni!

Sem absolventka na Fakulteti za družbene vede. V okviru svojega diplomskega dela raziskujem počutje in zdravje imigrantk v Sloveniji.

Prosim vas za sodelovanje v anketi. Reševanje vam bo vzelo približno 15 minut. Anketa je anonimna, zbrani rezultati pa bodo obravnavani zaupno, izključno v študijske namene.

Za vaše iskrene odgovore in čas se vam zahvaljujem.

1. Kako bi na splošno ocenili vaše zdravje? Ali bi rekli, da je ...

zelo dobro	dobro	zadovoljivo	slabo	zelo slabo	ne vem
1	2	3	4	5	6

2. Kako ocenjujete svoje zdravje, odkar živite v Sloveniji?

veliko bolje kot prej	bolje kot prej	približno enako kot prej	slabše kot prej	veliko slabše kot prej	ne vem
1	2	3	4	5	6

3. Označite, če imate težave zaradi katere od naštetih kroničnih bolezni.

- 1) boleznih dihal
- 2) povišan krvni tlak
- 3) rak
- 4) diabetes
- 5) drugo: _____ (dopišite)
- 6) nimam nobene kronične bolezni

4. Ali imate koga, s katerim se lahko pogovorite o intimnih in osebnih stvareh?

- 1) da
- 2) ne
- 3) ne vem

5. Zastavila vam bom nekaj vprašanj, ki se nanašajo na vaše počutje. Kolikokrat v zadnjem mesecu ste imeli navedene občutke?

Za vsako vprašanje ocenite na lestvici od 1 do 5, pri čemer 1 pomeni, da se niste tako počutili nikoli, 5 pa pomeni, da ste se tako počutili vsak dan.

	nikoli	redko	občasno	pogosto	vsak dan
Precej nervozno?	1	2	3	4	5
Tako na tleh, da vas nič ni moglo razveseliti?	1	2	3	4	5
Umirjeno?	1	2	3	4	5
Žalostno in nesrečno?	1	2	3	4	5
Ste bili srečni?	1	2	3	4	5

6. Zastavila vam bom nekaj vprašanj, ki se nanašajo na vaše počutje. Kolikokrat v zadnjem mesecu ste imeli navedene občutke?

Pri tem 1 pomeni, da se niste tako počutili nikoli, 5 pa pomeni, da ste se tako počutili vsak dan.

	nikoli	redko	občasno	pogosto	vsak dan
Polni življenja?	1	2	3	4	5
Polni energije?	1	2	3	4	5

Zdelano, izžeto?	1	2	3	4	5
Utrujeno?	1	2	3	4	5

7. Ali ste v preteklih 12. mesecih jemali kakšna zdravila zaradi psihičnih težav?

- 1) da
- 2) ne (*Preskočite 8. vprašanje.*)
- 3) ne vem (*Preskočite 8. vprašanje.*)

8. Katera zdravila ste jemali?

Napišite: _____

9. Za vsako od naštetih vedenj označite, v kolikšni meri veljajo za vas.

Pri tem 1 pomeni, da navedena trditev sploh ne velja za vas, 5 pa da za vas velja v celoti.

	sploh ne velja zame	delno velja zame	to zame niti ne velja niti velja	v veliki meri velja zame	v celoti velja zame
Zdravo se prehranjujem.	1	2	3	4	5
Redno telovadim oz. se rekreiram.	1	2	3	4	5
Ne kadim.	1	2	3	4	5
Ne pijem alkohola.	1	2	3	4	5

10. Za vsako od naštetih trditev označite, kako močno se z njo strinjate.

Pri tem 1 pomeni, da se s trditvijo sploh ne strinjate, 4 pa da se s trditvijo popolnoma strinjate.

	sploh se ne strinjam	se ne strinjam	se strinjam	popolnoma se strinjam
Imam številne dobre lastnosti.	1	2	3	4
Stvari lahko opravljam tako dobro kot večina drugih ljudi.	1	2	3	4
Do sebe imam pozitiven odnos.	1	2	3	4
S seboj sem zadovoljna.	1	2	3	4
Želim si, da bi imela več samospoštovanja.	1	2	3	4

11. Za vsako od naštetih trditev povejte, kako močno se z njo strinjate.

Pri tem 1 pomeni, da se s trditvijo sploh ne strinjate, 5 pa da se s trditvijo popolnoma strinjate.

	sploh se ne strinjam	ne strinjam se	niti se ne strinjam, niti se strinjam	se strinjam	popolnoma se strinjam
Na stvari, ki se mi dogajajo, imam le malo vpliva.	1	2	3	4	5
Nekaterih svojih problemov nikakor ne morem rešiti.	1	2	3	4	5
Nimam možnosti, da bi spremenila pomembne stvari v svojem življenju.	1	2	3	4	5
Ob reševanju življenjskih problemov se počutim nemočno.	1	2	3	4	5
Počutim se, kot da drugi upravljajo z mojim življenjem.	1	2	3	4	5
Od mene je odvisno, kaj se bo v prihodnosti dogajalo z mano.	1	2	3	4	5

Dosežem lahko vse, za kar se odločim.	1	2	3	4	5
---------------------------------------	---	---	---	---	---

12. Koliko ljudi vam je tako blizu, da lahko računate na njih, če imate resne osebne probleme?
Napišite število: _____

13. Kako lahko dobite praktično pomoč od svojih sosedov, če jo potrebujete?

zelo lahko	lahko	niti lahko, niti težko	težko	zelo težko
1	2	3	4	5

14. Koliko zanimanja ljudje pokažejo za stvari, ki jih počnete?

veliko	nekaj	niti veliko, niti malo	malo	nič
1	2	3	4	5

15. Ali imate urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje?

- 1) da
- 2) ne
- 3) ne vem

16. Ali imate urejeno dodatno/dopolnilno zdravstveno zavarovanje?

- 1) da
- 2) ne
- 3) ne vem

17. Kdo vas je seznanil s tem, kakšne pravice do zdravstvenih storitev imate v Sloveniji? Možnih je več odgovorov.

- 1) prijatelji/sorodniki
- 2) sodelavci
- 3) nadrejeni
- 4) zaposlitvena agencija
- 5) zdravnik
- 6) sama sem poiskala informacije na internetu
- 7) informacije sem dobila iz drugih medijev (TV, radio, tiskani mediji)
- 8) drugi: _____ (dopišite)
- 9) nihče
- 10) ne poznam svojih pravic

18. Za vsako od naštetih trditev povejte, kako močno se z njo strinjate.

Pri tem 1 pomeni, da se s trditvijo sploh ne strinjate, 5 pa da se s trditvijo popolnoma strinjate.

	sploh se ne strinjam	ne strinjam se	niti se ne strinjam, niti se strinjam	se strinjam	popolnoma se strinjam
V Sloveniji velja, da smo pred zdravnikom vsi enaki.	1	2	3	4	5
Predvsem od mojih zvez in poznanstev je odvisno, ali dobim primerno zdravstveno oskrbo, ko jo potrebujem.	1	2	3	4	5
Popolnoma zaupam diagnozam, ki mi jih postavi zdravnik.	1	2	3	4	5
Predvsem od mene je odvisno, kakšno je moje zdravje.	1	2	3	4	5

19. Za vsako od naštetih trditev o zdravstvenih storitvah v Sloveniji povejte, kako močno se z njo strinjate.

Pri tem 1 pomeni, da se s trditvijo sploh ne strinjate, 5 pa da se s trditvijo popolnoma strinjate.

	sploh se ne strinjam	ne strinjam se	ni se ne strinjam, ni se strinjam	se strinjam	popolnoma se strinjam
Dobro poznam zdravstvene storitve v Sloveniji.	1	2	3	4	5
Vem, kje lahko dobim dodatne informacije o zdravstvenih storitvah v Sloveniji.	1	2	3	4	5
Zdravstvene storitve v Sloveniji so boljše kot v državi, iz katere prihajam.	1	2	3	4	5
Zaradi nepoznavanja zdravstvenih storitev imam težave pri obisku zdravnika.	1	2	3	4	5

20. Ljudje različno skrbimo zase, pogosto se zaradi slabega počutja, ali pa zaradi preventive, obrnemo k strokovnjakom za nasvet, terapijo ali druge strokovne storitve.

Kolikokrat ste, odkar ste v Sloveniji, obiskali spodaj naštete strokovnjake?

Izberite med nikoli, enkrat, občasno ali redno.

	nikoli	enkrat	občasno	redno
zdravnika/zobozdravnika, za katerega storitve ob obisku niste nič plačali	1	2	3	4
zdravnika/zobozdravnika, za katerega storitve ste ob vsakokratnem obisku plačali	1	2	3	4
psihoterapevta/psihologa	1	2	3	4
drugo, kaj?	1	2	3	4

Če v Sloveniji niste nikoli obiskali nobenega izmed zgoraj naštetih strokovnjakov, preskočite 21. vprašanje.

21. Za vsako od naštetih trditev o vaših osebnih izkušnjah z obiskom zdravnika v Sloveniji označite, kako močno se z njo strinjate.

Pri tem 1 pomeni, da se s trditvijo sploh ne strinjate, 5 pa da se s trditvijo popolnoma strinjate.

	sploh se ne strinjam	ne strinjam se	ni se ne strinjam, ni se strinjam	se strinjam	popolnoma se strinjam
Do zdravnika v Sloveniji dostopam brez težav.	1	2	3	4	5
Obisk zdravnika v Sloveniji je zame bolj stresen kot doma.	1	2	3	4	5
S svojim osebnim zdravnikom v Sloveniji sem zadovoljna.	1	2	3	4	5
Zadovoljna sem z obravnavo pri specialističnih zdravnikih v Sloveniji.	1	2	3	4	5
Občutek imam, da me zdravstveno osebje v Sloveniji obravnava slabše, zato ker sem tujka.	1	2	3	4	5
Zaradi kulturnih razlik imam težave z zdravstvenim osebjem v Sloveniji.	1	2	3	4	5
Z zdravstvenim osebjem v Sloveniji	1	2	3	4	5

zaradi jezikovnih ovir težko komuniciram.					
Pri obisku zdravnika v Sloveniji bi potrebovala pomoč prevajalca.	1	2	3	4	5

Osebni podatki

22. Kdaj ste bili rojeni? Prosim, zapišite samo letnico rojstva.
Leto: 19____
23. Katera je najvišja stopnja izobrazbe, ki ste jo uspešno zaključili?
- 1) brez šolske izobrazbe
 - 2) nepopolna osnovnošolska izobrazba
 - 3) osnovnošolska izobrazba
 - 4) nižja ali srednja poklicna izobrazba (2. in 3. letna)
 - 5) srednja strokovna ali splošna izobrazba (4. letna)
 - 6) višješolska ali visokošolska strokovna izobrazba
 - 7) univerzitetna izobrazba
 - 8) magisterij
 - 9) doktorat
24. Kakšen je vaš trenutni zakonski stan?
- 1) samska, nikoli nisem bila poročena
 - 2) sem v stalni zvezi
 - 3) poročena
 - 4) razvezana
 - 5) vdova
 - 6) ne vem
25. Kakšna je vaša sedanja delovna aktivnost, ste zaposleni ali kaj drugega?
- 1) dijakinja/šudentka
 - 2) upokojenka
 - 3) gospodinja
 - 4) kmetica
 - 5) nezaposlena
 - 6) delovno nezmožna
 - 7) samozaposlena
 - 8) polno zaposlena
 - 9) zaposlena za skrajšan delovni čas
 - 10) drugo: _____
26. Ali ste verni (religiozni) ali ne?
- 1) sem verna
 - 2) ne morem reči, ali sem verna ali ne
 - 3) nisem verna
 - 4) ne vem, ne morem odgovoriti
27. Ali kdaj obiskujete verske obrede? Če da, kako pogosto?
- 1) večkrat tedensko
 - 2) enkrat tedensko (vsako nedeljo)
 - 3) 2 do 3-krat mesečno
 - 4) vsaj enkrat mesečno
 - 5) nekajkrat letno, ob velikih praznikih in ob posebnih priložnostih
 - 6) enkrat na leto
 - 7) še manj pogosto
 - 8) nikoli
 - 9) ne morem odgovoriti, ne vem

28. Katere narodnosti ste?
- 1) Hrvatica
 - 2) Srbkinja
 - 3) Črnogorka
 - 4) Bošnjakinja, Muslimanka
 - 5) Makedonka
 - 6) Albanka
 - 7) Romkinja
 - 8) druge narodnosti: _____ (dopišite)
29. katero državljanstvo imate?
- _____ (dopišite)
30. Kako dolgo živite v Sloveniji?
- 1) do 3 let
 - 2) 4–6 let
 - 3) 7–9 let
 - 4) 10 let ali več
31. Kakšen je bil vaš glavni razlog za priselitev v Slovenijo?
- 1) zaposlitev
 - 2) združitev družine
 - 3) študij
 - 4) politični razlogi
 - 5) verski razlogi
 - 6) drugo: _____
32. Kakšno dovoljenje za prebivanje v Sloveniji imate?
- 1) začasno
 - 2) stalno
 - 3) ne vem
33. Kakšno dovoljenje za delo v Sloveniji imate?
- 1) začasno dovoljenje za zaposlitev (veljavnost enega leta)
 - 2) stalno osebno delovno dovoljenje (se lahko pridobi po 20ih mesecih, veljavnost tri leta)
 - 3) osebno delovno dovoljenje (samozaposlitev, veljavnost enega leta)
 - 4) dovoljenje za delo za posebne kategorije (sezonsko delo, usposabljanje, izpopolnjevanje ...)
 - 5) nimam nobenega dovoljenja za delo
 - 6) ne vem
34. V kakšnem kraju živite?
- 1) podeželje
 - 2) manjše mesto
 - 3) večje mesto: _____
35. V kateri regiji živite?
- 1) Pomurska
 - 2) Podravska
 - 3) Koroška
 - 4) Savinjska
 - 5) Gorenjska
 - 6) Zasavska
 - 7) Osrednja
 - 8) Spodnje posavska
 - 9) Dolenjska
 - 10) Obalno-kraška
 - 11) Kraška

Hvala za sodelovanje!