

EKONOMSKI IMIGRANTI V SLOVENIJI IN NJIHOVA STALIŠČA O BOLEZNIH - KVALITATIVNA RAZISKAVA

ECONOMIC IMMIGRANTS IN SLOVENIA AND THEIR ATTITUDES TOWARDS ILL HEALTH - A QUALITATIVE STUDY

Majda Brovč¹, Janja Ahčin¹, Marinka Šlajpah¹, Danica Rotar- Pavlič¹

Prispelo: 27. 8. 2008 - Sprejeto: 23. 11. 2008

Izvirni znanstveni članek
UDK 314.15:616

Izvleček

Izhodišče: V ambulantni družinski medicine pogosto opažam, da je izid zdravljenja delavcev z začasnim delovnim dovoljenjem s področij bivše Jugoslavije slabši od pričakovanega. Za boljši izid zdravljenja je bistveno poznavanje njihovih stališč o boleznih.

Namen raziskave: Spoznati stališče teh delavcev do vzrokov zdravstvenih težav, motive za obisk pri zdravniku, ugotoviti, kako skrbijo za lastno zdravje, in spoznati vplive na proces zdravljenja. Namen raziskave ni posploševanje rezultatov na celotno populacijo delavcev z začasnim delovnim dovoljenjem s področij bivše Jugoslavije, ker se rezultati nanašajo izključno na preiskovano skupino.

Metode: Uporabljena je bila kvalitativna metodologija z analizo intervjujev po vprašalniku ETHNIC. Podatke so analizirali trije neodvisni raziskovalci z vsebinsko analizo besedila po deduktivno- induktivni metodi.

Rezultati in zaključki: Delavci vidijo vzroke za zdravstvene težave v napornem delu, slabih delovnih pogojih in prehrani ter slabih stanovanjskih razmerah, a tudi v močnih negativnih čustvih. K zdravniku pridejo z bojznijo pred invalidnostjo in skrbjo glede finančnega vzdrževanja družine v izvornem okolju. Družina in sodelavci lahko igrajo dejavno vlogo v procesu soočanja o zdravljenju. Mediji na stališča o zdravju in bolezni vplivajo negativno. Skrb za zdravje povezujejo predvsem z načinom prehranjevanja, kajenjem in pitjem alkohola. Samozdravljenje je prisotno ob poškodbah, kožnih vnetjih in bolečinah. Do zdravljenja pridejo na različne načine. Večina zavrača iskanje pomoči pri zdravilcih, nekateri pa imajo o tem pozitivno mnenje. Delavci zdravnika spoštujejo, v odnosu z njim pa lahko zavzamejo pasivno vlogo. Ovire med procesom zdravljenja nastajajo zaradi finančnih in bivanjskih težav, naporega dela in neustreznega medkulturnega sporazumevanja. Med zdravljenjem jim pomagajo sodelavci. Odnos z delodajalcem je v procesu zdravljenja moteči dejavnik.

Ključne besede: odnos zdravnik-bolnik, ovire pri zdravljenju, medkulturno sporazumevanje

Original scientific article
UDC 314.15:616

Abstract

Backgrounds: Visa workers from former Yugoslavia employed in Slovenia are provided lower quality of medical care, and have suboptimal health outcomes. Understanding these patients may lead to better treatment, and this study was undertaken to analyse their beliefs, attitudes, motives, and their concerns about health and disease, and to identify factors that affect physician-patient interaction. The results apply to the group studied and have not been generalized to the whole population of visa workers.

Methods: Independent researchers analysed interviews using qualitative methodology. Interview questions were derived from the ETHNIC questionnaire.

Results and conclusions: The participating workers feel that their health problems are mostly due to hard work,

¹Zdravstveni dom Ljubljana Moste – Polje, Cesta 30. Avgusta 2, 1000 Ljubljana
Kontaktne naslov: e-pošta: majda.brovca@siol.net

bad working and dwelling conditions, inadequate nutrition, and their strong negative feelings. They seek medical attention because they are afraid of disability or worried about their family in the native country who depend on their financial support. Families and co-workers can take part in making decisions on medical treatment. The media have negative influence on workers' attitude towards health and disease. Caring for health is directly connected with nutrition, smoking and drinking alcohol. Injuries, skin inflammation and pain are mostly self-treated. Workers get medicines in different ways. They mostly reject going to the healers, yet some have a high opinion of them. They respect their doctor and are willing to follow his/her advice. Medical treatment can be obstructed by financial and residential problems, hard work and inadequate crosscultural communication. In the process of medical treatment workers are helped by their co-workers. The relationship with the employer has a negative impact on medical treatment.

Key words: barriers to health care, physician-patient relationship, cross-cultural communication

Uvod

Konec septembra 2005 je bilo v Sloveniji prijavljenih 45.583 tujcev z delovnim dovoljenjem, od tega 40.439 delavcev s področij bivše Jugoslavije, večinoma zaposlenih v gradbeništvu. Delovno dovoljenje se praviloma izdaja na vlogo delodajalca, temeljni pogoj za izdajo pa so trenutne razmere na trgu dela in pomanjkanje domačih kandidatov. Na osnovi tega dovoljenja se pridobi dovoljenje za bivanje in pravica do obveznega zdravstvenega zavarovanja (1).

Po definiciji gre za gospodarske priseljence (ekonomske imigrante), ki so v Sloveniji zaposleni za določeno obdobje. To je skupina, katere pripadniki so med seboj močno povezani, kljub temu da niso formalno družbeno-kulturno organizirani. Izhajajo iz istega kulturno-etničnega prostora, govorijo soroden jezik in so pogosto sorodstveno povezani. Živijo v bivanjskih skupinah, ki jih organizira delodajalec, delajo skupaj in se med seboj družijo tudi v prostem času. Nekateri imajo v Sloveniji sorodnike, sicer pa imajo malo družabnih stikov z večinskimi prebivalstvom Slovenije (2).

Večinoma izhajajo iz revnejših kmetijskih predelov, kjer živijo pretežno na tradicionalen način življenja; družino sestavlja več generacij, člani ožje družine in širšega sorodstva so med seboj močno povezani in posameznikova vloga se podreja vlogi družine. Javno izkazovanje čustev (npr. jok, dotik) je običajno, bolna oseba deli svoje težave z ostalo skupnostjo, ki ji nudi moralno in psihično podporo (3). Delovni priseljenci v Sloveniji so finančni skrbniki družine v izvornem okolju in so z njo močno povezani. Pri mnogih pa so vezi z družino zaradi dolgoletne odsotnosti zrahljane, psihično oporo jim v večji meri nudijo sodelavci. Ti delavci velikokrat nimajo dokončane osnovne šole in so priučeni za dela v gradbeništvu. V Sloveniji so kot manjšina pogosto tarča družbenih in medčloveških ovir, kot so stereotipi, predsodki, diskriminacija in ksenofobija.

Nacionalno poročilo o razlikah v zdravstveni oskrbi v Ameriki leta 2004 ugotavlja, da imajo manjšine slabši ekonomski status, izobrazbo, tip zdravstvenega zavarovanja in s tem slabši dostop do zdravstvenih storitev in slabšo kakovost obravnave tako na primarnem in sekundarnem področju kot na področju preventivne medicine. Ti ljudje so včasih ali nikoli naročeni na pregled, težko dobijo posvet po telefonu in napotitev, z osebjem so manj zadovoljni, običajno čakajo dlje časa v čakalnici. Pri zdravniku imajo občutek, da jih ne poslušajo dovolj, se premalo posveti pregledu, ne pokaže spoštovanja do tistega, kar so mu povedali, in ne razloži stvari na način, da bi lahko razumeli. Zaradi teh dejavnikov tudi pogosto iščejo nujno zdravniško pomoč zaradi nenujnih zdravstvenih težav (4).

David in Rhee sta leta 1998 dokazala, da je prisotnost jezikovnih ovir povezana z višjim številom diagnostičnih preiskav, ker skušajo zdravniki s tem premostiti oviro v komunikaciji. Jezikovne ovire zmanjšajo bolnikovo zadovoljstvo z zdravnikom in zavzetost za zdravljenje (5).

Amsterdamska deklaracija leta 2004 ugotavlja, da je zdravstveno stanje migrantskih in etničnih manjšin v Evropski skupnosti slabše kot pri ostali populaciji. Te skupine so bolj ranljive zaradi njihovega ekonomsko-socialnega stanja, stresnih posledic migracije in pomanjkanja podpornih socialnih ukrepov. Pri njih obstaja višja verjetnost, da bodo deležni slabše zdravstvene oskrbe kot večinska populacija (6).

V Belgiji je bila med imigranti s sredozemskega območja ugotovljena slabša zavzetost za zdravljenje kroničnih bolezni kot pri večinski populaciji, kar so pripisovali predvsem etnično- kulturno pogojenim stališčem do bolezni (7).

Raziskava v Baslu je pokazala, da se večina imigrantov iz Bosne, pri katerih je zdravnik primarne ravni ugotovil akutno stresno reakcijo, pritoževalo zaradi somatskih

težav, za katere se je ob usmerjenem medkulturnem pogovoru izkazalo, da so posledica travmatične migrantske izkušnje (8).

LoBuono v reviji *Patient care* leta 2002 ugotavlja, da na slabšo precepljenost predstavnikov manjšinskih skupin vpliva majhen dohodek na družinskega člana, logistične ovire, nizka stopnja kulturne asimilacije, zlasti pa zmotna, s kulturo vezana prepričanja o nevarnostih cepljenja (9).

Betancourt, Green, Carillo in Firempong leta 2003 navajajo, da k neenakosti v obravnavi pripadnikov družbenih manjšin pomembno prispevajo neenakosti v prepričanjih, vrednotah in prioritetah, kar odseva v različnem zaznavanju simptomov, različnih slogih iskanja medicinske pomoči, različnih sposobnostih za sporazumevanje z zdravnikom in razumevanje navodil, različnih pričakovanj od terapevtske obravnave in različni stopnji zavzetosti za zdravljenje (10).

Proces migracije pomeni povečano tveganje za razvoj psihosocialnih motenj, saj gre psihološko za dolgotrajen proces žalovanja nad izgubo družine in prijateljev, kulture, domovine, izgubo že pridobljenega socialnega statusa in izpostavljenostjo telesnim stresorjem novega okolja. Vpliv evropskih migracij v 90. letih prejšnjega stoletja na psihično zdravje migrantskih skupin (anksiozno- depresivne motnje, samomorilnost, boleznin odvisnosti,...) je premalo raziskan, potrebne bodo še obsežne psihosocialne študije (11).

O vplivu neenakosti, povezanih z raso, narodnostjo, jezikom in socioekonomskim statusom, na zdravstveno oskrbo je bilo narejenih veliko raziskav in poročil, večina v Ameriki. Območje vzhodne Evrope s tega vidika še ni pomembno raziskano. Potrebno bi bilo ugotoviti, kakšna stališča do zdravja in bolezni imajo migranti v vzhodnoevropskem okolju. Prav tako bi bilo potrebno poznati, ali so v Sloveniji glede nudenja zdravstvene oskrbe enakovredni z ostalimi prebivalci države.

Metode dela

IZBOR PREISKOVANCEV

Od 15. maja do 15. avgusta 2005 je bilo v ambulanti Zdravstvenega doma Ljubljana Moste–Polje opravljenih 27 zaporednih intervjujev z vsemi delavci z delovnim dovoljenjem s področij bivše Jugoslavije, ki so v tem času prišli na pregled. Edini pogoj za vključitev je bilo delovno dovoljenje v Sloveniji in državljanstvo ene od držav, ki so nastale na območju bivše Jugoslavije. Sodelovanje v raziskavi je bilo

prostovoljno. Preiskovanci so bili stari od 23 do 51 let, med njimi je bilo 13 zidarjev, 7 delavcev na gradbišču, 4 tesarji, 1 livar, 1 železokrivec in 1 direktor firme z zidarskimi deli. Diagnoze za potek raziskave niso bile pomembne.

ZBIRANJE, PRIPRAVA IN ANALIZA PODATKOV

Podatke je zbirala ena raziskovalka z metodo strukturiranega intervjuja po vprašalniku ETHNIC (10,12,13), ki vsebuje naslednja vprašanja:

1. Kaj je po vašem mnenju razlog za vaše zdravstvene težave?
2. Kaj vaši prijatelji, družina in drugi menijo o teh zdravstvenih težavah?
3. Ali poznate koga drugega, ki ima / je imel take zdravstvene težave?
4. Ali ste slišali / brali / videli na TV / slišali na radiu o takih zdravstvenih težavah?
5. Če na gornja vprašanja ne ponudi razlage vprašaj, kaj ga najbolj skrbi glede njegovih zdravstvenih težav.
6. Katera zdravila, domače pripravke ali kakšne druge metode zdravljenja ste že poskusili?
7. Ali kaj posebnega jeste, pijete, se čemu izogibate tudi sicer, da bi ostali zdravi?
8. Kakšne ukrepe pričakujete od mene?
9. Ali ste se za nasvet obrnili na ljudskega zdravilca / alternativno medicino / kakšno drugo osebo zunaj zdravstva?
10. Kateri izmed predlaganih ukrepov se vam zdi težje izvedljiv ali neizvedljiv? Zakaj?
11. Ali imate sorodnike / prijatelje / druge osebe, ki vam bodo pomagali med zdravljenjem?
12. Kako bo zdravljenje vplivalo na vaše finančno stanje?
13. Kako bo zdravljenje vplivalo na vašo zaposlitev?

Pred vsakim intervjujem je bil preiskovancem obrazložen namen in metoda raziskave. Jezik sporazumevanja je bil prilagojen prišleku in je bil glede na to slovenski, hrvaški in srbski. Ob začetku in med samim intervjujem so bili preiskovanci pozvani, da potek intervjuja ob kakršni koli nejasnosti prekinejo. Obojestransko razumevanje se je preverjalo s sprotnim povzemanjem odgovorov. Zapisani odgovori so bili preiskovancem ob koncu intervjuja še enkrat prebrani, verodostojnost napisanega pa so potrdili s podpisom. Ročno zapisani intervjuji so bili prepisani v računalnik in prevedeni v slovenščino.

Osnova za kvalitativno analizo so bili odgovori sedemindvajsetih posameznikov na trinajst zastavljenih vprašanj po vprašalniku ETHNIC. Podatke so analizirali

trije neodvisni in nepovezani raziskovalci z vsebinsko analizo besedila preko označevanja pomembnih citatov, kodiranja in združevanja kodov v teme in štiri kategorije (vzroki za zdravstvene težave, motivi za obisk zdravnika, skrb za lastno zdravje, vplivi na potek zdravljenja). Kode predstavljajo posebne značilnosti podatkov. Z njimi ugotavljamo odnose med različnimi sporočili, ki jih povedo udeleženci. Analize vseh treh neodvisnih raziskovalcev so se poenotile v osebni razpravi. Postopek analize besedila se je večkrat ponovil. Ponavljali in nadgrajevali smo ga, dokler nismo našli novih modelov povezav, vpogledov, doživljanja in vedenjskih vzorcev v okviru raziskovanega področja. Uporabili smo induktivno-deduktivno metodo, pri kateri poteka poglobljena analiza podatkov (14,15). Nadzor nad kakovostjo podatkov je bil zagotovljen z analizo treh neodvisnih raziskovalcev.

KVALITATIVNA METODOLOGIJA

Kvalitativna metodologija je osnova za pridobivanje podatkov o prikritih stališčih posameznikov, ki bi ob rutinski uporabi vprašalnikov ostali neznani. Uporabljamo jo kot izhodišče za ugotavljanje značilnosti majhnih skupin (etničnih, kulturnih..) oziroma kot del večjih projektov. Na podlagi rezultatov kvalitativnega raziskovanja se oblikujejo izhodišča obsežnejših kvantitativnih raziskav, pri katerih lahko uporabljamo tudi kontrolne skupine.

Rezultati

Rezultati so pokazali, da pripisujejo ekonomski migranti svoje zdravstvene težave velikim obremenitvam, ki so jim izpostavljeni pri delu in slabim stanovanjskim razmeram. Njihovim obiskom pri zdravniku pogosto botruje strah pred onesposobljenostjo in zavedanje, da bi bila v tem primeru družina v izvornem okolju opeharjena za osnovno preskrbo. Pri postopkih samozdravljenja se pogosto poslužujejo tradicionalnih metod, ki so jih spoznali v izvornem kulturnem okolju. Na proces zdravljenja negativno vplivajo finančne in nastanitvene razmere, slab odnos z delodajalcem in pomanjkljivo medkulturno sporazumevanje.

VZROKI ZA ZDRAVSTVENE TEŽAVE

Delavci menijo, da je vzrok za njihove zdravstvene težave delo.

D 18 (D pomeni delavec, 18 zaporedno številko preiskovanca – op.avtorja): »To je od znoja, ker delam 15 ur dnevno.«

Na gradbišču so slabi delovni pogoji.

D11: »Zmanjšali so število delavcev na betoniranju, je preveč naporno. Ne hodim, ampak tečem. Prej jih je bilo 10, zdaj 3 do 4. Delam 8 do 10,12 ur dnevno. Če dežuje, je delo enako.«

D 23: »Imam zaščito pri delu, a je ne uporabljam vedno, ker sem prepočasen in me pri delu priganjajo.«

Problematične so predvsem bivalne razmere.

D 17: »Nimam hladilnika, tako da grem vsak dan v trgovino po hrano. Ni kuhinje, več kot 40 ljudi ima po en štedilnik, dve stranišči in dva tuša.«

Kot vzrok za svoje težave so navedli močna negativna čustva.

D5: »Očesni pritisk pride od skrbi in strahu.«

D 21: »To pride od jeznosti, ki pride v želodec.«

MOTIVI ZA OBISK ZDRAVNIKA

K zdravniku jih je pripeljala bojazen pred invalidnostjo.

D9: »Vsi se bojijo, da ne bi ostal invalid brez noge, kdo bo potem vzdrževal štirideset članov družine?«

Družina iz izvornega okolja pogosto vpliva na odločitev za obisk zdravnika.

D4: »Družina je rekla, da se moram zdraviti ne glede na stroške.«

D6: »Družina ne ve, starši bi se ustrašili.«

K zdravniku jih napotijo sodelavci.

D25: »Tovariši so me poslali k zdravniku, enako poslovođa.«

Delavci so povedali, da preko medijev niso dobili informacij o takih zdravstvenih težavah.

D7 »«Sledil sem na TV BiH, doktor je opozarjal ljudi, da je treba med 45. in 55.letom paziti na pritisk, ker to so potem kapi. Sodelavci so rekli, da če pritisk niha, potem te napade neki virus.«

SKRB ZA LASTNO ZDRAVJE

Delavci so govorili o ovirah pri skrbi za lastno zdravje.

D11: »Sadje je predrago, jabolka ne pojem po šest mesecev. Kuhinje ni, piškoti so predragi. Malic in kosil ni več v podjetju. Jem konzerve in kruh.«

Nekateri so spontano spregovorili o kajenju in pitju alkohola.

D19: »Pred letom dni sem pustil tobak, ker sem imel težave z dihanjem, zdaj je v redu.«

D11: »Šest let ne pijem alkohola, ker sem preveč pil med vojno.«

Delavci so povedali, da so prišli pred obiskom pri zdravniku do zdravil na različne načine.

D19: »V Nemčiji sem kupoval zdravila na črno, ker nisem imel zavarovanja, delal sem na črno.«

D21: »Kolegi me vprašajo, če imajo prave tablete zame - če gredo k zdravniku in dobijo Ultop, dajo tudi meni, če kaj ostane.«

Rane in kožna vnetja si sami zdravijo na različne načine.

D1: »Na manjše rane dam Nivea kremo in zavijem, da je mehko.«

D20: »Nekateri se za alergijo mažejo z medom pred sončnim vzhodom.«

Zdravljenje bolečin v sklepih in mišicah je učinkovito.

D9: »Šefova stara mama mi je dala obloge: z voskom, ki je gost kot mast, se zmasira in da hladno mokro gazo gor in pomaga. Žena ima zeleno mast, ki peče, ko zmasira.«

Delavci poznajo tradicionalno zdravljenje s čaji.

D25: »Žolč, čir, astma - to se zdravi s čaji.«

Delavci odklanjajo iskanje pomoči pri zdravljenju in v celoti zaupajo zdravnikom.

D5: »Ne verjamem, verjamem v zdravnika in Boga. Zdravnik je pred vračem.«

Nekateri še niso bili pri zdravljenju, bi pa šli, če bi bilo potrebno.

D2: »Nisem šel. Če pa je kaj manjšega narobe, ti ni treba k zdravniku, nekatere ženske to delajo, da malo pomaga.«

Navedene so bile izkušnje o zdravljenju pri zdravljenju.

D20: »V Bosni greš nekajkrat k zdravniku, a ne pomaga. Dosti je nadarjenih ljudi - plača se jim kot darilo, ker so revni. Iz cele Bosne so prihajali k njej. Svinec se pogreje, bolnik se pokrije z ruto in ona vliva svinec v vodo in tako zdravi. Rekla je, da moram biti vztrajen in da bo njeno zdravljenje pomagalo in bo bolje.«

VPLIVI NA POTEK ZDRAVLJENJA

Nekateri delavci zavzamejo izrazito pasivno vlogo in od zdravnika pričakujejo popolno kontrolo nad zdravjem in boleznijo ter čimprejšnjo ozdravitev.

D16: »Da me čimprej ozdraviš.«

Delavci zdravnika spoštujejo in zaupajo v njegovo delo ter pričakujejo spoštljiv odnos tudi do sebe.

D 23: »Da mi verjame, se normalno obnaša in da zdravilo.«

Delavci so navajali, da se bodo brez težav držali dogovorjenega načina zdravljenja.

D3: »Vse je sprejemljivo, tudi vaje bom delal.«

Zanimiv je bil opis izboljšanja življenjskega sloga po akutnem miokardnem infarktu.

D16: »Ne kadim več, to bom zdržal. Kavoj imam rad - ena skodelica dnevno z mlekom. Odstranjujem kožo s kokoši, jem manj masten jogurt (vprašam v trgovini).

Žena mi bo kuhala manj mastno. Jajc si ne kuham več.«

Delavce je skrbelo, kako bo z vzdrževanjem higiene med zdravljenjem.

D17: »Ne vem, kako bo s tušem in čevlji.«

Navedene so bile hude ovire med zdravljenjem in rehabilitaciji po poškodbi.

D24: »V samskem domu nimam hladilnika in nimam ledu. V lekarni kupujem led v vrečkah in se masiram trikrat dnevno.«

D 26: »Na fizioterapijo ne bi šel. V eno smer moram zamenjati dva avtobusa in nima pomena za to zapravljati denar. Razgibaval bom doma sam.«

Delavec je povedal, zakaj se bo težko držal diete in je želel pisna navodila.

D 21: »Potrebno je zapisati, kaj naj jem. Težko se bo odpovedati salami za malico, meso daje moč.«

Navedene so bile pomanjkljive informacije glede cepljenja proti tetanusu s strani zdravstvenih delavcev.

D1: »Za tetanus prej nisem slišal. Rekli so mi, da je injekcija dobra zame in da je proti zastrupitvi.«

Delavci težko prihajajo na kontrolne preglede.

B2: »Nimam dodatnega zavarovanja in moram plačati vsak pregled.«

B14: »Zdaj sem v Podčetrtku na delu in tam stanujem, ne morem sem hoditi na kontrolo.«

Med zdravljenjem jim pomagajo sodelavci.

D3: »Družina je v Makedoniji, imam sodelavce, na katere se zanesem.«

Med zdravljenjem jim pomagajo člani družine.

D20: »Tukaj imam tri brate, skrbimo drug za drugega. Družina je v Bosni.«

Nekateri si med zdravljenjem pomagajo sami.

D14: »Sam sem tu. Kar si pomagam sam, si pomagam.«

Nihče ni povedal, da med zdravljenjem pričakuje pomoč s strani delodajalca.

Opisan je bil slab odnos delodajalcev in predpostavljenih do delavcev z zdravstvenimi težavami.

D18: »Šef mi je dal prosto pol ure pred operacijo. V tem času sem se stuširal in vse opravil, tako sem zamudil 15 minut na operacijo. Takšni so vsi privatniki. Šef je malo nasprotoval, ampak zdaj sprejema bolniške liste.«

Nekateri delavci so povedali, da med zdravljenjem in staležem nimajo težav s strani delodajalca.

B3: »Prejšnja firma ni upoštevala staleža, ta pa ga.«

Delavci so govorili o krivicah s strani delodajalca:

D4: »Zgodi se, da te čaka knjižica, ko prideš z bolniškega staleža.«

Razprava in zaključki

VZROKI ZA ZDRAVSTVENE TEŽAVE

Delavci povezujejo zdravstvene težave z negativnimi učinki napornega dela, ne glede na to, ali gre za jasno vzročno povezavo (npr. poškodba pri delu) ali za plod lastnih prepričanj (npr. dvig težkega bremena povzroči akutni miokardni infarkt, znojenje in prah povzročita pilonidalni sinus). V slednje so popolnoma prepričani in ne iščejo strokovne razlage.

Delovni pogoji so slabi, vendar jih zdravi delavci prenašajo, uradnih pritožb se zaradi strahu pred izgubo zaposlitve izogibajo. Gre predvsem za zmanjšanje števila delavcev na posameznem delovišču, naglico zaradi kratkih rokov dokončanja objekta in posledične pritiske nadrejenih. Zaščita pri delu je neustrezna in jih ovira, zato je pogosto ne uporabljajo. Zahtevnost terenskega dela ni prilagojena vremenskim razmeram. Prehrana med delovnim časom je večkrat neorganizirana, delavci imajo hladne, prehransko neuravnotežene malice.

Slabe delovne razmere se nadgrajujejo s slabimi stanovanjskimi, saj bivališča pogosto ne dosegajo minimalnih bivanjskih in higienskih zahtev glede osebne nege ter priprave in shranjevanja živil.

Predstavniki manjšin so čustveno bolj ranljivi in novo okolje doživljajo psihično zelo intenzivno (3, 11). Delavci so kot razlog za svoje zdravstvene težave navedli močna čustva (skrb, strah, jeza).

MOTIVI ZA OBISK ZDRAVNIKA

Delavci o svojih strahovih niso spontano spregovorili, ob usmerjenem pogovoru pa se je izkazalo, da se najbolj bojijo invalidnosti v smislu telesne pohabljenosti. To bi pomenilo izgubo finančnega vira in degradacijo v njihovem družinskem sistemu iz vloge skrbnika družine v vlogo družinskega oskrbovanca.

Mreža družinskih povezav v prvotnem in sedanjem bivalnem okolju lahko močno vpliva na način iskanja zdravniške pomoči, saj se družina aktivno vključuje v odločanje o zdravljenju, pri čemer se interesi posameznika lahko podrejajo interesom družine (15). Nekateri delavci pa svoje zdravstvene težave družini v izvornem okolju prikrivajo, ker jim želijo prihraniti skrb in se bolj zaupajo sodelavcem.

Mediji javnega obveščanja so močan vir informacij o zdravju, vendar se jih delavci zaradi nezanimanja, pomanjkanja časa in nezadostnega znanja jezika večinoma ne poslužujejo. Informacije o zdravju, dobljene preko medijev so napačne, nepopolne in zavajajoče.

SKRB ZA LASTNO ZDRAVJE

Delavci so skrb za lastno zdravje povezovali predvsem s prehranjevanjem. Pojem zdrave prehrane jim pomenijo redni, kuhani obroki po lastni izbiri, s sadjem, zelenjavo in slaščicami. Zaradi finančnih, organizacijskih in časovnih omejitev so le redki delavci zadovoljni z načinom prehrane.

Zavedanje o škodljivosti rabe tobaka in alkohola je nizko. Kajenje cigaret in uživanje alkohola je v izvornem okolju družbeno sprejemljivo (3). Opuščanje kajenja in alkohola med delavci ni povezano s preventivnimi ukrepi za izboljšanje zdravja, ampak z osebno izkušnjo (slabo počutje, težave z dihanjem).

Samozdravljenje z zdravili je običajen način lajšanja zdravstvenih težav. Kupijo jih v lekarni in na »črnem trgu«, predpisana so jim na urgenci, dobijo jih ali si jih delijo z družinskimi člani in sodelavci. Zdravniško pomoč poiščejo lahko šele tedaj, ko pride do hujših zapletov zaradi škodljivega samozdravljenja.

Delavci se poslužujejo tradicionalnega zdravilstva kot alternative uradni medicini (17) pred obiskom zdravnika ali hkrati z zdravljenjem, ki ga je predpisal zdravnik. Kot razlog navajajo zaupanje zdravilcem, da znajo pozdraviti manjše zdravstvene težave in cenovno ugodnejše zdravljenje v izvornem okolju. Nekateri so bili proti iskanju pomoči pri zdravilcih, drugi pa bi poiskali pomoč pri zdravilcu ob manjših zdravstvenih težavah.

VPLIVI NA POTEK ZDRAVLJENJA

Zahodni biomedicinski model medicine postavlja bolnika v aktivno vlogo partnerja zdravniku v procesu soodločanja o terapevtskih in preventivnih ukrepih (18). Ta način je pripadnikom drugih kultur lahko tuj in se v njem ne znajdejo. Bolezensko stanje lahko dojemajo kot vpliv usode in višjih sil, usmerjeni so bolj v trenutno zdravstveno težavo (npr. vročina pri virusnih okužbah zgornjih dihal) in manj na celostno reševanje le-te (npr. simptomatski ukrepi ob virusnih okužbah zgornjih dihal). Od zdravnika pričakujejo paternalističen način odločanja, pripisujejo mu skoraj absolutno moč in nadzor nad zdravjem in boleznijo, sebe pa postavljajo v izrazito pasivno vlogo.

Predstavniki manjšin so pogosto žrtve nacionalnih nestrpnosti in predsodkov v družbi, ambulanta družinske medicine pa mora biti kraj, kjer se ti ljudje počutijo sprejete in cenjene. Delavci zdravnike spoštujejo in jim zaupajo. Izrednega pomena je, da se z ustreznim medkulturnim sporazumevanjem takšen odnos vzdržuje in nadgrajuje.

Ovire, s katerimi se soočajo delavci med procesom zdravljenja, izvirajo iz več področij :

- Bivanjske težave: pomanjkanje tušev in neustrezna higiena v skupnih kopalnicah otežujeta zdravljenje ran in kožnih bolezni. V samskem domu ni hladilnika, led za kriomasažo po poškodbi kupujejo v lekarni.
- Finančne težave: delavci s pomanjkljivim zdravstvenim zavarovanjem morajo doplačati vsak pregled. To za njih predstavlja znatno finančno breme, problem pogosto rešijo tako, da prenehajo hoditi na kontrolne preglede. Rehabilitacija po poškodbi je za njih velik strošek: zaradi staleža, ki ga delodajalec pogosto ne upošteva, so ob vir dohodka, obenem pa je prevoz na fizioterapijo drag. Tako se staležu in fizikalni terapiji po poškodbi velikokrat izognejo, na delovnem mestu pa se jim zdravstveno stanje pogosto poslabša.
- Težave zaradi napornega dela: utrujenost po dolgotrajnem in napornem delavniku preprečuje izvajanje preventivnih ukrepov za zdravje (npr. izvajanje razteznih vaj ob kronični bolečini v križu). Neustrezni delovni čevlji povečujejo bolečine v nogah in poslabšujejo kožna vnetja. Zaradi neustrezne prehrane na delovnem mestu se je težko držati diete. Zaradi krajevne oddaljenosti trenutnega delovnega mesta delavci ne morejo priti na dogovorjeni kontrolni pregled. Delavci so označili kot koristno pisna navodila za vaje in dvigovanje bremen ob bolečini v križu in pisna navodila za dieto.
- Ovire zaradi neustreznega sporazumevanja: pomanjkljiva informacija o cepljenju proti tetanusu, pri čemer ni bilo razloženo niti, zakaj so ga cepili, niti pomembnost nadaljnjih cepljenj.

Podporo in pomoč med zdravljenjem pričakujejo delavci s strani sodelavcev, družinskih članov, med zdravljenjem pa si pomagajo sami. Pomoči s strani delodajalca ne pričakuje nihče. Tudi sicer so nekateri delavci opisovali hude nepravilnosti in krivice s strani delodajalcev : neplačana bolniška odsotnost z dela, zniževanje plače po vrnitvi s staleža ali celo prekinitve delovnega razmerja.

Literatura

1. Zavod RS za zaposlovanje, služba za zaposlovanje tujcev. Pridobljeno 17. 9. 2005 s spletne strani: <http://www.ess.gov.si/>.
2. Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU: Slovar slovenskega knjižnega jezika. Pridobljeno 17. 9. 2005 s spletne strani: <http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html>.
3. Management Science for Health, U.S.Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Bureau of Primary Health Care: The Provider's Guide to Quality and Culture. Pridobljeno 17. 9. 2005 s spletne strani:<http://erc.msh.org/quality&culture>.
4. U.S.Department of Health and Human Services. 2004 Healthcare Disparities Report.AHRQ Publications No. 05-0014 December 2004.
5. Rand AD, Michelle R. The Impact of Language as a Barrier to Effective Health Care in an Underserved Urban Hispanic Community. Mt Sinai J Med 1998; 65(5-6): 393-7.
6. Final conference of the European project Migrant-Friendly hospitals: The Amsterdam declaration.Amsterdam, The Netherlands, December 9- 11, 2004. Pridobljeno 17.9. 2005 s spletne strani: <http://www.mfh-eu.net>.
7. Van der Stuyft P, Woodward M, Armstrong J. Uptake of preventive health care among Mediterranean migrants in Belgium. J Epidemiol Community Health 1993; 47(1): 10-3.
8. Gilgen D, Maeusezahl D, Salis Gross C, Battegay E, Flubacher P, Tanner M et al. Impact of migration on illness experience and help- seeking strategies of patients from Turkey and Bosnia in primary health care in Basel.Health Place. 2005; 11(3): 261-73.
9. Butterfoss F, LoBuono C. Steps to improve immunization rates. Caring for diverse populations. Patient care 2000; 34(9): 93-111.
10. Betancourt JR, Green AR, Carillo JE, Annaeh-Firempong O. Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/ Ethnic Disparities in Health and Healthcare. Public Health Rep 2003; 118(4): 293-302.
11. Carta MG, Bernal M, Hardoy MC, Haro Abad JM. Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1).Clin Pract Epidemiol Ment Health 2005; 1:13.
12. Carillo JE, Green AR, Betancourt JR. Cross- Cultural Primary Care: A Patient-Based Approach. Ann Inter Med 1999; 130: 829-34.
13. Kobylarz FA; Health JM; Like RC: The ETHNIC(S) mnemonic: a clinical tool for ethnogeriatric education. J Am Geriatr Soc 2002; 50(9): 1582-9.
14. Pope C, Ziebland S, Mays N. Analysing qualitative data. BMJ 2000, 320: 114-6.
15. Ahčin J. Zavzetost bolnikov z arterijsko hipertenzijo za zdravljenje. Zdrav Vest 2004, 73(2): 69-72.
16. Physician Toolkit and Curriculum. Resources to Implement Cross-Cultural Clinical Practice Guidelines For Medicaid Practitioners. University of Massachusetts Medical School, Office of Community Programs for the U.S.Department of Health and Human Services Office of Minority Health March 2004. Pridobljeno 17. 9. 2005 s spletne strani: <http://www.omhrc.gov/cultural/ccpubs.htm>.
17. Tušek-Bunc K. Zdravilstvo in medicina. In: Kersnik J. Družinska medicina na stičišču kultur. 21. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Združenje zdravnikov družinske medicine SZD. Ljubljana. 2004; 139-49.
18. Batts F. Promoting Cultural Competence in Clinical Practice: The Patient-Provider interaction. Health Resources and Service Administration. Bridging Cultures and Enhancing Care: Approaches to Cultural and Linguistic Competency in Managed Care. Conference Summary; May 2002, Chicago, Illinois.