



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**  
*Angela Boškin Faculty of Health Care*

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**ZDRAVSTVENI IZZIVI MLADOLETNIH  
BEGUNCEV**

**THE HEALTH CHALLENGES OF  
UNDERAGE REFUGEES**

Mentorica: doc. dr. Simona Hvalič Touzery

Kandidatka: Anja Avšič

Jesenice, april, 2018

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Simoni Hvalič Touzery za vloženi čas, trud, strokovno pomoč in vodenje pri pisanju diplomskega dela. Za strokovno oceno diplomskega dela se zahvaljujem recenzentki izr. prof. dr. Maji Sočan. Zahvaljujem se lektorici mag. Špeli Antloga za skrbni jezikovni pregled.

Posebna zahvala gre staršem in bratu, ki so verjeli vame in me med študijem vedno podpirali na načrtani poti. Hvala prijateljem, ki so me z moralno podporo in nasveti bodrili, ko ni šlo vse po načrtih.

Hvala tudi sošolcem za veliko nepozabnih trenutkov na praktičnem izobraževanju ter sošolkama in predvsem prijateljicama Jerci in Špeli za veliko lepih spominov na študijska leta.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Mladoletni begunci se srečujejo z dejavniki, ki povzročajo neenakosti v zdravju. Namen raziskave je ugotoviti pogloblitve zdravstvene izzive mladoletnih beguncev in izzive zdravstvenih delavcev pri zdravstveni obravnavi mladoletnih beguncev.

**Metoda:** Za raziskovalni dizajn smo uporabili pregled slovenske in angleške literature v podatkovnih bazah PubMed, Google učenjak, ScienceDirect in COBIB.SI. Pregledali smo spletne strani strokovnih organizacij zdravstvene nege, elektronske in druge tiskane vire. Uporabili smo naslednje ključne besede: »health inequality and young refugees«, »health disparities and young refugees«, »health risk and young refugees«, »nurse role and young refugees«, »health condition and young refugee«, »health and post-resettlement and young refugees«, »neenakost v zdravju in mladoletni begunci«, »razlike v zdravju in mladoletni begunci«, »tveganje za zdravje in mladoletni begunci«, »zdravje po preselitvi in mladoletni begunci«. Uporabili smo Boolov tabulator »and« oziroma »in« ter rezultate omejili s ključnimi besedami in določitev časovnega obdobja 2006-2016. Od 58 zadetkov smo jih v vsebinsko analizo vključili 18.

**Rezultati:** Glede na kriterije smo 18 zadetkov vključili v obdelavo spoznanj. V oceni kakovosti dokazov je najvišje 7 kvantitativnih raziskav, sledi epidemiološka raziskava, tri kvalitativne raziskave, dva sistematična pregleda literature, dva pregleda literature in tri poročila ekspertov. Identificirali smo 64 kod in jih združili v 7 vsebinskih kategorij: najpogostejše socialne determinante tveganja neenakosti v zdravju, socialno-ekonomski vidik oskrbe beguncev, sociološki vidik oskrbe beguncev, fizično zdravstveno stanje beguncev, mentalno zdravje beguncev, diskriminacija in izzivi zdravstvenih delavcev.

**Razprava:** Raziskave kažejo, da se mladoletni begunci soočajo z zdravstvenimi izzivi, ki se razlikujejo od ostale populacije. Izpostavljeni so tveganju za neenakosti v fizičnem in mentalnem zdravju, imajo neenakovreden dostop do zdravstvenih storitev, v zdravljenju prihaja do zakasnitev, srečujejo se s kulturnimi, jezikovnimi, socialno-ekonomskimi omejitvami. Potrebni so ukrepi za zmanjševanje neenakosti v zdravju med mladoletnimi begunci ter usposabljanje zdravstvenega osebja na področju multikulturalizma in dela z begunci.

**Ključne besede:** mladoletni begunci, neenakosti v zdravju, vloga zdravstvenih delavcev

## SUMMARY

**Background:** Underage refugees face various factors that result in health inequalities. The purpose of this research was to identify the main health challenges of underage refugees and the challenges facing health care workers tasked with their treatment.

**Methods:** We designed the research using a review of Slovene and English literature in PubMed, Google Scholars, ScienceDirect, and COBIB.SI databases. The review included websites of professional nursing organizations, electronic sources, and printed sources. We used the following keywords: "health inequality and young refugees", "health disparities and young refugees", "health risk and young refugees", "nurse role and young refugees", "health condition and young refugee", "health and post-resettlement and young refugees", "neenakost v zdravju in mladoletni begunci" (health inequality and young refugees), "razlike v zdravju in mladoletni begunci" (health disparities and young refugees), "tveganje za zdravje in mladoletni begunci" (health risks and young refugees), "zdravje po preselitvi in mladoletni begunci" (health and post-resettlement and young refugees). We combined them with the Boolean operator "and" and limited the results with keywords and the period between 2006 and 2016. Of the 58 total results, 18 were included in the substantive analysis.

**Results:** Based on the criteria, 18 results were processed. An evaluation of evidence quality revealed that 7 quantitative surveys scored the highest, followed by an epidemiological survey, three qualitative surveys, two systematic literature reviews, two literature reviews, and three expert reports. We identified 64 codes and grouped them into 7 categories of content: the most common social determinants of the risks of health inequalities, the socio-economic aspect of refugee care, the sociological aspect of refugee care, the physical health of refugees, the mental health of refugees, discrimination, and the challenges of health care professionals.

**Discussion:** The research shows that underage refugees face different health challenges than the rest of the population. They are exposed to the risk of inequalities in physical and mental health, have unequal access to health care services, experience delay in treatment, and face cultural, language, and socio-economic constraints. Measures are needed to reduce health inequalities among underage refugees and to train health care professionals working in multicultural environments and with refugees.

**Key words:** underage refugees, inequalities in health, role of health care workers

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>6</b>
2.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	6
2.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	6
2.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	6
2.3.1	Metode pregleda literature .....	6
2.3.2	Strategija pregledov zadetkov .....	7
2.3.3	Opis obdelave podatkov pregleda literature.....	8
2.3.4	Ocena kakovosti pregleda literature .....	8
2.4	REZULTATI.....	10
2.4.1	Diagram PRISMA .....	10
2.4.2	Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah.....	11
2.5	RAZPRAVA .....	20
<b>3</b>	<b>ZAKLJUČEK</b> .....	<b>35</b>
<b>4</b>	<b>LITERATURA</b> .....	<b>37</b>

## **KAZALO SLIK**

Slika 1: Ocena kakovosti dokazov .....	9
Slika 2: Diagram PRISMA .....	10

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Rezultati pregleda literature.....	7
Tabela 2: Tabelarični prikaz rezultatov .....	11
Tabela 3: Razporeditev kod po kategorijah.....	19

## **SEZNAM OKRAJŠAV**

SZO	Svetovna zdravstvena organizacija
OZN	Organizacija združenih narodov
WHO	World Health Organization



## 1 UVOD

7. aprila 1948 je bila znotraj Organizacije združenih narodov (OZN) ustanovljena Svetovna zdravstvena organizacija (SZO), ki skrbi za zdravje ljudi po vsem svetu. Danes šteje 194 članic, Slovenija pa je njena članica od leta 1992. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2006, p. 1) definira zdravje kot »stanje popolnega fizičnega, duševnega in socialnega blagostanja, in ne le odsotnost bolezni ali invalidnosti. Doseganje najboljšega možnega zdravja je temeljna pravica vsakega človeka ne glede na raso, versko ali politično prepričanje ter socialni ali ekonomski položaj.« Vpeta je v sistem javnega zdravja, kjer med drugim tudi zbira podatke, dokaze in znanstvena dognanja s področja zdravja, kot na primer vpliv socialnih dejavnikov na neenakost v zdravju (Artnik, 2011). Ta je v času evropske begunske in humanitarne krize vedno bolj prisotna v zdravstvenem sistemu.

Za preprečevanje neenakosti moramo najprej razumeti, kaj jo povzroča. SZO opredeljuje neenakost v zdravju kot »razlike v zdravju in dostopu do zdravstvenega varstva med različnimi socialnimi razredi in etničnimi skupinami ter med prebivalci različnih geografskih področij« (Evroterm, 2016). Na neenakost v zdravju vplivajo determinante zdravja. To so »individualni dejavniki ali kombinacija le-teh, ki negativno ali pozitivno vplivajo na zdravje ter vključujejo posameznikove značilnosti, vedenjski slog, socialno, fizično in ekonomsko okolje« (Koprivnikar, et al., 2012. p. 160). Dahlgren in Whitehead (2006) opisujeta model determinant zdravja, ki zajema pet večjih skupin dejavnikov, ki vplivajo na zdravje. To so:

- starost, spol in dedni dejavniki,
- dejavniki življenjskega sloga posameznika,
- socialni vplivi in vplivi skupnosti,
- življenjski in delovni pogoji,
- splošni socioekonomski, kulturni in okoljski pogoji.

Center modela determinant zdravja je posameznik, ki ga določajo osebni dejavniki, kot so spol, starost in druge telesne lastnosti. Osebni dejavniki so večinoma določeni v genskem zapisu in jih ni moč spremeniti. Osebne dejavnike obdajajo dejavniki, na

katere lahko vplivamo z različnimi aktivnostmi. Tak dejavnik je na primer življenjski slog. Ljudje skozi življenje oblikujemo svoje vzorce navad in vedenja, to pa bistveno prispeva k duševnemu, duhovnemu in predvsem telesnemu zdravju posameznika. Determinanto zdravja lahko torej razumemo kot lastno izbiro vsakega posameznika. Na zdravje posameznika prav tako vplivajo njegova ožja socialna mreža, bivanjski in delovni pogoji ter dostopnost do osnovnih življenjskih potrebščin in storitev. Ker je posameznikov način življenja v veliki meri vezan na norme, ki jih postavlja družba, na socialno mrežo, ki si jo individuum zgradi, ter na bivanjske in delovne pogoje, ne smemo zanemariti okoljskega, kulturnega in ekonomskega vpliva na zdravje posameznika oziroma populacije (Dahlgren & Whitehead, 2006). Znano je, da ljudje iz nižjega socialno-ekonomskega razreda dosegajo slabše zdravje predvsem zaradi socialne izključenosti, siromaštva, diskriminacije, stereotipizacije, nezdravih življenjskih pogojev, preseljevanja in mobilnosti, ilegalnega pravnega statusa idr. (Koprivnikar, et al., 2012). Številni dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno stanje begunca pred, med in po migraciji, so prepleteni in v interakciji z različnimi determinantami zdravja. Ti dejavniki so celostna izkušnja priseljevanja, slab socialno-ekonomski status, izguba družbeno-socialnega omrežja, nizka izobrazba in pismenost, brezposelnost, nezaposljivost, slabi bivanjski pogoji, nezdrav življenjski slog (predvsem uporaba opojnih substanc), neurejen dostop do zdravstvenih storitev zaradi kulturnih in jezikovnih ovir (Bowen, et al., 2010).

Razlikovanje posameznikov znotraj določene populacije samo po sebi sicer ni sporno, saj si vsakdo mnogokrat želi, da bi bil viden. O diskriminaciji govorimo, kadar diferenciacija posameznikov izvira iz njihovih osebnih okoliščin, kot so spol, starost, rasa, etnična pripadnost, invalidnost, spolna usmerjenost, socialno-ekonomski status, izobrazba, družbeni položaj, jezik in podobno. Hkrati pa je posameznik na podlagi diskriminacije prikrajšan do pravice do enake obravnave pri zaposlovanju, zdravstvu, izobrazbi in drugo (Kogovšek, 2009). Diskriminacija je zakonsko prepovedana z nacionalno in evropsko zakonodajo ter številnimi mednarodnimi dokumenti. V Sloveniji je diskriminacija prepovedana z Ustavo Republike Slovenije (1991) in Zakonom o uresničevanju načela enakega obravnavanja (2007) ter po 141. členu Kazenskega zakonika velja za kaznivo dejanje. Temelji na neznanju in strahu večine

populacije, ki vsakodnevno vsrkava stereotipe in predsodke o manjšini (Kuhar, 2007). Slovar slovenskega knjižnega jezika (SSKJ, 2000) definira predsodek kot »negativen, odklonilen odnos do koga ali česa, neodvisen od izkustva«, medtem ko Kogovšek (2009, p. 39) navaja, da so stereotipi »miselne sodbe, ki jih dobimo na osnovi delnih informacij«.

Številne mednarodne pogodbe temeljijo na pravicah. Med njimi so tudi konvencije o otrokovih pravicah, o pravicah invalidov, o pravicah beguncev in delavcev migrantov. Kljub temu so manjšine po vsem svetu, ki se soočajo z diskriminacijo in rasizmom, resno ogrožene. Izključenost se kaže predvsem v ekonomskem, političnem, socialnem in kulturnem življenju družbe, v kateri begunci pričnejo živeti na novo. Rasna in etična diskriminacija ostajata še vedno eni od najbolj nevarnih oblik diskriminacije (Jerman, 2009).

Z odprtjem zahodne balkanske poti v času evropske humanitarne krize smo se v Sloveniji med oktobrom 2015 in aprilom 2016 srečali s povečanim številom beguncev in migrantov. Urad Visokega komisariata Združenih narodov za begunce (UNHCR), ki je bil ustanovljen leta 1950 na generalni skupščini Združenih narodov, definira begunce kot osebe, ki se »zaradi utemeljenega strahu pred preganjanjem, osnovanem na rasi, veri, narodni pripadnosti, pripadnosti določeni družbeni skupini ali določenem političnem prepričanju, nahaja izven države, katere državljan je, in ne more ali zaradi takšnega strahu noče uživati varstva te države« (Konvencija o statusu begunca, 1951, p. 2). Begunci so zato zaščiteni z mednarodnim pravom in glavnim načelom, da se jih ne sme vrniti v razmere, kjer bi bilo njihovo življenje ogroženo, medtem ko so migranti osebe, ki se selijo, da bi izboljšale svoj položaj (običajno ekonomski), pri čemer nista ogrožena niti njihova varnost niti življenje, lahko se vrnejo v domovino in prejmejo zaščito svoje vlade (International Organization for Migration, 2006). Begunce in migrante tako najdemo po vsem svetu. Leta 2015 je število beguncev in migrantov v svetu preseгло število 60 milijonov. Samo v letu 2015 je na območje Evrope iz azijskih in afriških držav pribežalo ali se preselilo več kot 1.015.000 ljudi, pri čemer jih 43 % prihaja iz Sirije, 23 % iz Afganistana in 14 % iz Iraka (UNCHR, 2016). V Slovenijo je po podatkih Ministrstva za notranje zadeve (MNZ, 2016) preko zahodne balkanske poti

od oktobra 2015 do sredine marca 2016 nelegalno vstopilo več kot 474.000 oseb, od tega jih je bilo aprila 2016 okoli 400 nastanjenih v azilnih domovih po Sloveniji.

Sicer se v Sloveniji nismo prvič srečali z begunskim valom, a kljub temu velja, da je slovenska družba prepojena s stereotipi in predsodki o beguncih in migrantih. Poglavitni predsodki in stereotipi na tem področju so (Lipovec Čebren, 2016):

- migranti ali begunci so enovita, homogena skupina,
- migracije so izjema, ne pravilo,
- predstava o kužnem migrantu ali beguncu,
- v državah Evropske unije migranti ali begunci živijo bolj zdravo, kot so živeli v domovini.

Raziskave v Evropi, ZDA in Kanadi (Morris, et al., 2009; Derose, et al., 2009; Straiton, et al., 2016) so pokazale, da se z leti zdravstveno stanje beguncev v povprečju z ostalim prebivalstvom slabša. Glavni razlogi so pomanjkljiv dostop do zdravstvenih storitev, higiene, prehrane in ostalih osnovnih potreb v azilnih centrih in azilnih domovih ter dolgi postopki za pridobitev azila, tudi leto dni in več. Begunci se pogosto srečujejo z neenakostjo in diskriminacijo, običajno imajo nižji ekonomski status in nimajo enakih možnosti dostopa do virov kot ostali. V zdravstvu se poglavitne neenakosti kažejo v jezikovnih in kulturnih ovirah ter nedostopnosti do osnovnih zdravstvenih storitev. V Sloveniji priseljenci in begunci nimajo z zakonom urejenega dostopa do zdravstvenega zavarovanja in zdravstvenih storitev, kot jih imajo na primer v Italiji in Španiji, zato se pogosto s težavami srečujejo že pri dostopu do osnovnih zdravstvenih storitev ali celo pri nujni medicinski pomoči (Lipovec Čebren, 2016).

V zadnjih letih v Evropo vstopa na tisoče mladoletnih beguncev. Renton, et al. (2016) navaja, da so med migracijo mladoletni begunci izpostavljeni mnogim tveganjem, kar jih uvršča med najbolj ranljive skupine za razvoj psihiatričnih motenj (depresija, psihoze, posttravmatska stresna motnja - PTSM itd.) in drugih bolezni (npr. spolno prenosljive bolezni - SPB, angine, bronhitis, sinusitis, vnetje srednjega ušesa, norice, dermatološke težave, dehidracija, prebavne motnje, kongenitalna malformacija itd.). Zdravje mladoletnih beguncev je odvisno od premigracijskega statusa (izpostavljenost revščini in vojni), dosežene izobrazbe, socialnega statusa, povezanosti družine in

sociokulturnih vrednot, ki jih je begunec pridobil v državi izvora. Med postopkom migracije mladoletni begunci običajno doživijo travmo, ki kasneje vpliva na njihovo mentalno zdravje. Predvsem so izpostavljeni ločitvi od drugih družinskih članov, spolnim zlorabam, trgovini z ljudmi, prisilnemu delu in spolnemu izkoriščanju. V državah gostiteljicah se mladoletni begunci pogosto srečujejo s problematičnim načinom življenja brez možnosti šolanja, kjer jih čakajo leta negotovosti glede neurejenega statusa begunca, stalne selitve. Njihovi starši so pogosto bolni in brezposelni, sami pa pogosto postanejo socialno izključeni zaradi težav s prilagajanjem na novo kulturo v državi gostiteljici (Hebebrand, et al., 2105). Ob tem je naloga zdravstvenih delavcev, da presežejo jezikovne in kulturne ovire in prepoznajo stisko teh beguncev. Delo z mladoletnimi begunci zahteva individualen pristop z veliko potrpežljivosti in gradnjo medsebojnega zaupanja. Ključnega pomena za načrtovanje ustrezne zdravstvene oskrbe je razumevanje tako posameznikove izkušnje z migracijo kot morebitnih travmatičnih izkušenj, ki so jih doživeli v državi izvora. Pogoji dela pa mnogokrat ne dopuščajo kakovostne zdravstvene oskrbe, saj v zdravstvenih ustanovah tolmači pogosto niso prisotni, zdravstveni delavci pa med študijem ne pridobijo zadosti znanja na področju multikulturnih kompetenc (Renton, et al., 2016).

Na podlagi pregledanih dokumentov in literature ugotavljamo, da je preučevana tema aktualna tako v slovenskem kot v mednarodnem prostoru in da je potreben temeljit pregled literature in dokumentov, ki bo ponudil boljši vpogled v problematiko in zdravstvene izzive, s katerimi se srečujejo mladi begunci.

## **2 EMPIRIČNI DEL**

### **2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA**

Namen diplomskega dela je prikazati ozadje neenakosti v zdravju mladoletnih beguncev in zdravstvene izzive, s katerimi se srečujejo mladoletni begunci.

Cilji diplomskega dela so:

- Ugotoviti determinante zdravja, ki pri beguncih privedejo do diskriminatorne zdravstvene obravnave.
- Prepoznati zdravstvene izzive mladoletnih beguncev.
- Prepoznati izzive, s katerimi se soočajo zdravstveni delavci pri zdravstveni obravnavi mladoletnih beguncev.

### **2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

Zastavili smo si dve raziskovalni vprašanji:

**1:** Kateri so poglobitni zdravstveni izzivi, s katerimi se mladoletni begunci srečujejo v državah gostiteljicah?

**2:** S kakšnimi izzivi se soočajo zdravstveni delavci pri obravnavi mladoletnih beguncev?

### **2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA**

#### **2.3.1 Metode pregleda literature**

Za raziskovalni dizajn smo uporabili pregled slovenske in tuje znanstvene ter strokovne literature, objavljene v obdobju od 2006 do 2016. Uporabili smo podatkovne baze PubMed, Google učenjak, ScienceDirect, vzajemno bibliografsko-kataložno bazo podatkov COBIB.SI, relevantne spletne strani strokovnih organizacij zdravstvene nege (npr. Obzornik zdravstvene nege) ter elektronske in druge tiskane vire. Za iskanje literature smo uporabili ključne besede v angleškem in slovenskem jeziku: »health

inequality AND young refugees«, »health disparities AND young refugees«, »health risk AND young refugees«, »nurse role AND young refugees«, »health condition AND young refugee«, »health AND post-resettlement AND young refugees«, »neenakost v zdravju IN mladoletni begunci«, »razlike v zdravju IN mladoletni begunci«, »tveganje za zdravje IN mladoletni begunci«, »zdravje po preselitvi IN mladoletni begunci«. Med dvema ali več ključnimi besedami smo uporabili napredno iskanje z Boolovim tabulatorjem »and« oziroma »in«. Z namenom oženja zadetkov smo uporabili omejitvene kriterije recenzirani članki, celotno prosto dostopno besedilo, leto objave ter angleški oziroma slovenski jezik.

### 2.3.2 Strategija pregledov zadetkov

Zadetke, ki smo jih dobili z iskanjem po ključnih besedah, smo pregledali in tiste, ki so ustrezali iskalnim kriterijem, vnesli v diagram PRISMA, ki se nahaja v poglavju Rezultati. V okviru kriterijev za vključitev ali izključitev zadetka smo glede ustreznosti upoštevali vsebinsko ustreznost in aktualnost, vključili smo članke z dostopnim celotnim besedilom in recenzirane članke. S strategijo iskanja smo našli skupno  $n=533$  zadetkov, v analizo smo jih vključili 147. Po pregledu izvlečkov smo iz analize izključili 89 zadetkov. Kriterije za vključitev v raziskavo je izpolnjevalo 58 zadetkov. Končnim vključitvenim kriterijem je ustrezalo 18 zadetkov. Rezultati pregleda so prikazani v Tabeli 1, ki prikazuje ključne besede pri iskanju, število zadetkov in število izbranih zadetkov za pregled v polnem besedilu.

**Tabela 1: Rezultati pregleda literature**

	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
PubMed	health inequality AND young refugees	57	2
	health disparities AND young refugees	60	1
	nurse role AND refugees	7	1
	health condition AND young refugee	77	3
	health AND post-resettlement AND young refugees	2	0
Google scholar	health inequality AND young refugees	6	0
	health disparities AND young refugees	64	2
	nurse role AND young refugees	3	0

	<b>Ključne besede</b>	<b>Število zadetkov</b>	<b>Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu</b>
	health condition AND young refugee	19	2
	health AND post-resettlement AND young refugees	67	2
ScienceDirect	health inequality AND young refugees	27	1
	health disparities AND young refugees	18	0
	nurse role AND young refugees	33	2
	health condition AND young refugee	85	1
	health AND post-resettlement AND young refugees	8	1
COBIB.SI	neenakost v zdravju IN mladoletni begunci	0	0
	razlike v zdravju IN begunci	0	0
	tveganje za zdravje IN mladoletni begunci	0	0
	zdravje po preselitvi IN mladoletni begunci	0	0

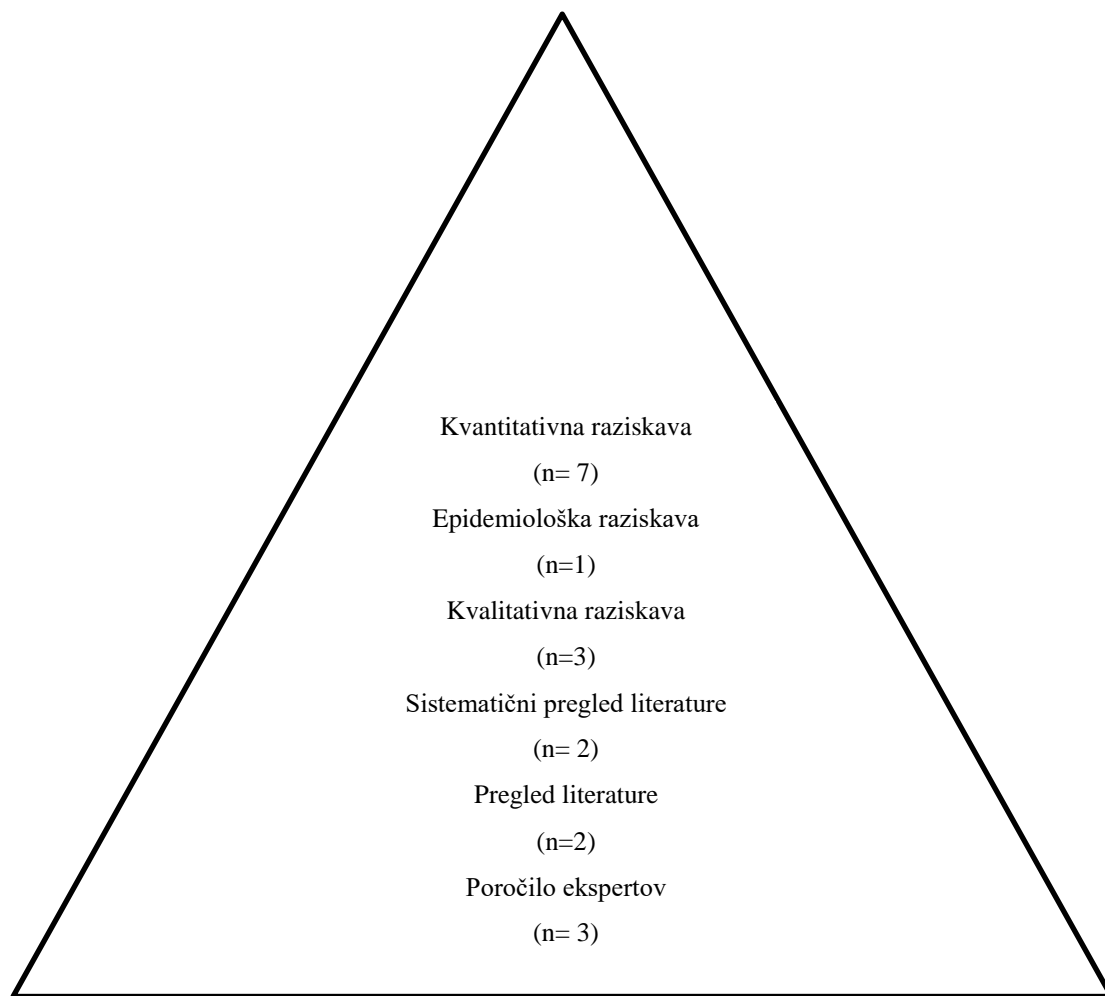
### 2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Spoznanja raziskav, vključenih v pregled, smo vsebinsko analizirali. Pridobljene podatke smo obdelali s pomočjo tehnike kodiranja, oblikovali vsebinske kategorije ter z diagramom PRISMA prikazali potek obdelave podatkov.

### 2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Literaturo, ki smo jo vključili v končni pregled, smo izbrali glede na kriterije dostopnosti, aktualnosti in relevantnost vsebine. Slika 1 prikazuje hierarhijo dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu, ki smo jo uporabili za oceno kakovosti pridobljenih virov, vključenih v obdelavo.



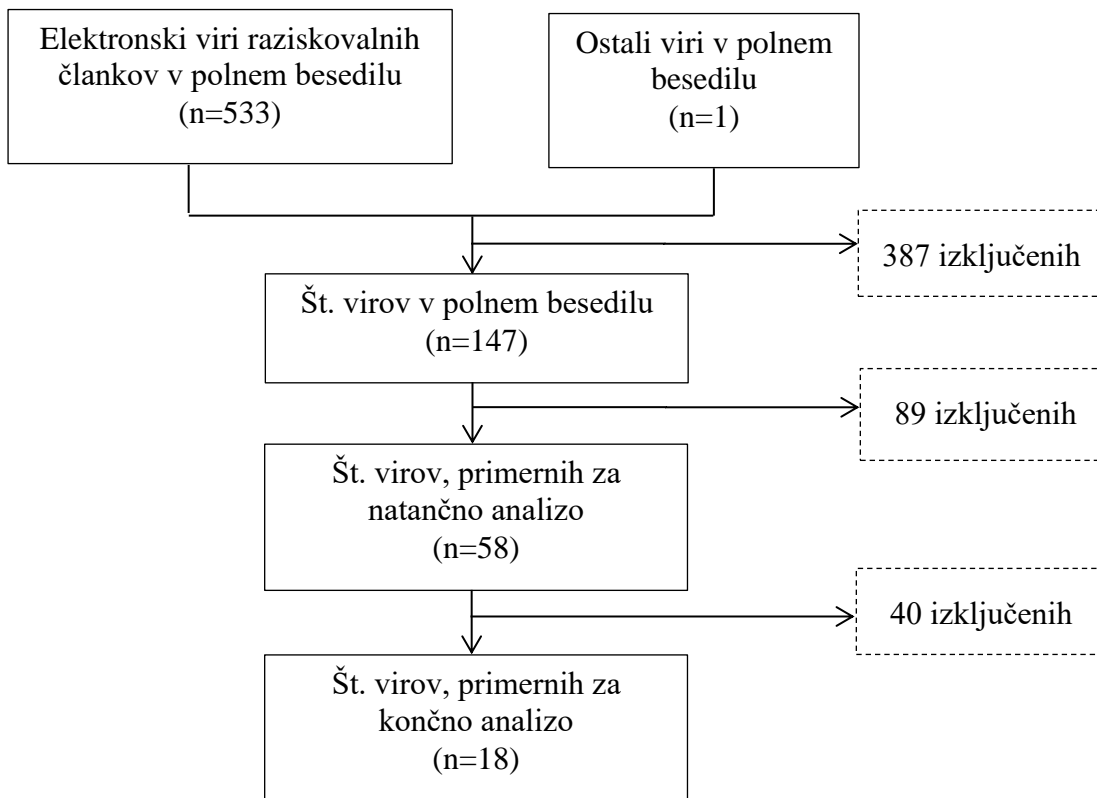


**Slika 1: Ocena kakovosti dokazov**

Pregledali in analizirali smo 18 člankov. Kot prikazuje slika 1, smo na najvišje mesto hierarhije dokazov postavili sedem kvantitativnih raziskav, ki jih je največ, sledi jim epidemiološka raziskava. Tri raziskave smo opredelili kot kvalitativne, sledita jim dva sistematična pregleda literature, stopnjo nižje dva pregleda literature in najnižje tri poročila ekspertov.

## 2.4 REZULTATI

### 2.4.1 Diagram PRISMA



**Slika 2: Diagram PRISMA**

Na sliki 2 je prikazan potek pridobivanja končnega števila virov, primernih za končno analizo. S pomočjo ključnih besed smo pridobili 533 elektronskih virov raziskovalnih člankov v polnem besedilu ter en ostali vir v polnem besedilu. Na podlagi izločitvenih kriterijev smo v prvem koraku izločili 387 virov, za nadaljnjo analizo je tako ostalo 147 virov v polnem besedilu. V naslednjem koraku smo pregledali izvlečke in iz analize izključili 89 virov. Tako je pogoje za natančno analizo izpolnjevalo 58 virov, od tega pa smo jih zaradi vsebinske neustreznosti izključili še 40. V končno analizo smo vključili preostalih 18 virov, ki so predstavljeni v Tabeli 2.

## 2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

Tabela 2: Tabelarni prikaz rezultatov

AVTOR	LETO OBJAVE	RAZISKOVALNI DIZAJN	VZOREC (VELIKOST IN DRŽAVA)	KLJUČNA SPOZNANJA
Al-Ammouri & Ayoub	2016	kvantitativna raziskava (analiza podatkov iz znanstvene/medicinske dokumentacije)	119 otrok, povprečna starost dve leti, Jordanija, zdravljenje bolezni srca	V raziskavo so bili vključeni sirski begunci, ki so se zdravili zaradi bolezni srca. Raziskava je pokazala, da pri 37 % otrok ni bilo zaznani napredovanja, 13 % otrok je imelo hude komplikacije in 32 % cianotičnih bolnikov je imelo hudo hipoksijo. Stopnja umrljivosti je bila 14 %. Od 73 priporočenih kirurških posegov je bilo financiranih samo 28. Raziskava je potrdila problem zdravljenja bolezni sirskih beguncev v Jordaniji.
Attanayake, et al.	2009	sistematični pregled literature	17 prispevkov, ki je zajelo 17 raziskav, vključenih 7920 otrok	Pregledali so pojavnost posttraumatske stresne motnje (PTSM), anksioznosti, depresije in psihoze med otroki, ki so bili izpostavljeni oboroženim spopadam. Sistematični pregled kaže višjo stopnjo razširjenosti duševnih motenj pri otrocih, ki so izpostavljeni vojnemu konfliktu v primerjavi s splošno populacijo.
Basak	2012	kvalitativna raziskava – intervju	30 staršev begunskih otrok, palestinski begunski kamp Dheisheh,	Vprašanja v intervjujih so se nanašala na telesne, duševne in socialne blaginje, dostop do zdravstvenih ustanov ter vseh ostalih dejavnikov, ki se nanašajo na izboljšanje zdravja njihovih otrok. Raziskava je pokazala, da je bilo zdravje begunskih otrok odvisno predvsem od razmer v begunskem taborišču, s

AVTOR	LETO OBJAVE	RAZISKOVALNI DIZAJN	VZOREC (VELIKOST IN DRŽAVA)	KLJUČNA SPOZNANJA
				poudarkom na gospodarskih razmerah v preteklem in sedanjem času. Več kot 70 % intervjuvancev je mnenja, da njihovi otroci niso v dobrem zdravstvenem stanju. Raziskovalci so ugotovili, da se dojemanje fizičnega zdravja zelo prepleta s psihičnim stanjem staršev otrok.
Bhatia & Wallance	2007	kvalitativna raziskava	odrasli prosilci za azil in begunci, ki so vstopili v Veliko Britanijo v zadnjih 10 letih	Rezultati so pokazali, da je dostop do zdravnikov omejen, begunci pa so mnenja, da jim veliko bolj pomeni kontakt z zdravnikom kot izdaja receptov. Stanje se lahko izboljša z organiziranjem izobraževanj in nudenjem podpore zdravnikom.
Caulford & Vali	2006	poročilo strokovnjakov		Poročilo kaže na problem neurejenega zdravstvenega zavarovanja med begunci. Ob tem se pojavi vrsta drugih zdravstvenih težav, ki se rešujejo (pre)pozno. Slaba prenatalna zdravstvena oskrba in dejstvo, da begunke, ki so noseče, ne dobijo ali ne poiščejo primerne zdravstvene oskrbe, povzročata visoko stopnjo zdravstvenih težav novorojenčkov ali celo njihovo smrt.
Denov & Bryan	2012	kvalitativna raziskava – intervju	begunski otroci, Kanada	Raziskava obravnava begunce na splošno, vključeni so bili naključni otroci beguncev. Izpostavlja problematiko prisilne migracije in predvsem nemočnost beguncev.

AVTOR	LETO OBJAVE	RAZISKOVALNI DIZAJN	VZOREC (VELIKOST IN DRŽAVA)	KLJUČNA SPOZNANJA
Garakasha	2015	poročilo strokovnjakov	begunski otroci med 12 in 24 letom starosti, Avstralija	Mladoletni begunci so posebna skupina ljudi z drugačnimi potrebami, kot jih imajo odrasli begunci. Za zdravstvene delavce je pomembno, da prepoznajo potrebe in težave, s katerimi se soočajo mladoletni begunci. Za kakovostno zdravstveno oskrbo mladoletnih beguncev je ključnega pomena izobraževanje zdravstvenih delavcev na tem področju.
Geltman, et al.	2008	kvantitativna deskriptivna metoda raziskovanja	304 sudanskih mladoletnih beguncev, sprejetih v rejništvo, ZDA	Raziskava je pokazala, da je 20 % begunskih otrok iz Sudana razvilo posttraumatsko stresno motnjo (PTSM). Večina od njih je bila ob napadu na njihovo vas ločena od staršev. Avtorji raziskave ugotavljajo, da se otroci, ki so po prihodu v ZDA živeli sami pri ameriški družini, težje vključijo v družbo, njihovo zdravljenje PTSM pa poteka počasneje v primerjavi z otroki, ki so bili nastanjeni v večji skupini. Slednji so namreč svoje izkušnje lažje delili med sebi enakimi, kar je bistveno vplivalo na potek zdravljenja.
Koirala, et al.	2015	kvantitativna deskriptivna metoda raziskovanja	otroci z in brez begunskega ozadja, starosti 0–18 let, s pozitivnim antigenom hepatitisa B, določenim v obdobju od leta 2006 do leta 2013	Raziskava ugotavlja, da gre v 90 % primerov, pri katerih je bil ugotovljen antigen HBV, za otroke z begunskim ozadjem. Begunski otroci izhajajo iz območij, kjer je prisotna endemija HBV in je tveganje za nastanek okužbe z virusom večje. Večina otrok, nosilcev HBV, v času raziskave ni potrebovala posebne

AVTOR	LETO OBJAVE	RAZISKOVALNI DIZAJN	VZOREC (VELIKOST IN DRŽAVA)	KLJUČNA SPOZNANJA
				zdravstvene oskrbe.
Lee, et al.	2012	kvantitativna raziskava	102 mladostnikov beguncev in 766 splošnih mladostnikov, Severna Koreja	Raziskava je bila izvedena z namenom ocene duševnega zdravja begunskih severnokorejskih mladostnikov, ki prebivajo v Južni Koreji. Vrednotenje duševne stiske mladostnikov beguncev je bilo določeno na podlagi naslednjih parametrov: družabnost, študijska uspešnost, skupna socialna funkcija, socialni simptomi, somatski simptomi, socialni umik, depresija/zaskrbljenost, problemi ter izražanje težav. Rezultati so pokazali, da imajo begunski mladostniki hude duševne probleme v primerjavi z običajnimi mladostniki.
Measham, et al.	2014	pregled literature	begunski otroci in njihove družine	Prispevek vključuje pregled fizičnega in psihičnega stanja begunskih otrok s ciljem podpore njihovim družinam. Stanje je kritično, zato zahteva veliko pozornosti, predvsem v smeri pravnega pristopa pediatrov k obravnavi otrok z begunskim ozadjem, saj ta zmanjšuje tveganja za pojav duševnih motenj begunskih otrok in njihovih staršev.
Montgomery	2008	kvantitativna raziskava	131 mladih beguncev (76 deklic in 55 dečkov, povprečna starost 15,3 let) iz 67 družin	Raziskava opozarja na nejasnosti v »pred in po« dejavnih psiholoških težav med mladimi begunci. Namen raziskave je bil oceniti vpliv travmatične izkušnje na duševno zdravje mladih beguncev pred migracijo in tudi

AVTOR	LETO OBJAVE	RAZISKOVALNI DIZAJN	VZOREC (VELIKOST IN DRŽAVA)	KLJUČNA SPOZNANJA
				<p>socialno življenje po priseljevanju. Raziskava ugotavlja, da vidiki socialnega življenja beguncev na Danskem napovedujejo psihične težave 8 do 9 let po prihodu v državo. V vidike, obravnavane v raziskavi, spadajo izobraževanje in kazalniki prilagajanja matere, stres, ki ga prinaša življenje v izgnanstvu, in diskriminatorni odnos do beguncev v državi. Izkušnje, s katerimi se mladoletni begunci soočajo po prihodu, imajo na njihovo duševno zdravje večji (negativen) vpliv kot travmatične izkušnje pred prihodom. Preprečevanje psihopatologije pri mladih beguncih je v veliki meri odvisno od politične volje. Ta ima potencial sprožiti potrebne pozitivne spremembe in sprejeti določbe, s katerimi bi sprejem in obravnava beguncev omejila njihove negativne izkušnje pri vstopu in bivanju v državi ter tako pripomogla k stabilnosti psihičnega zdravja</p>
Montgomery	2011	kvantitativna raziskava	mladoletni begunci z Bližnjega vzhoda, Danska	<p>Raziskava vključuje pregled duševnega stanja begunskih otrok z Bližnjega vzhoda. Pregledane so bile štiri empirične raziskave, in sicer: kvalitativna raziskava enajstih otrok, raziskava kohorte otrok, starih od 3 do 15 let, ki iščejo azil, ter kvalitativna raziskava štirinajstih članov preživelih družin, ki so</p>

AVTOR	LETO OBJAVE	RAZISKOVALNI DIZAJN	VZOREC (VELIKOST IN DRŽAVA)	KLJUČNA SPOZNANJA
				bili izpostavljeni mučenju. Rezultati so pokazali, da je bila zanje tipična posttravmatska stresna motnja (PTSM) in da kar 77 % otrok trpi zaradi tesnobe, motenj spanja in depresivnega razpoloženja. Ob spremljanju so 25,9 % otrok določili pomembne psihološke simptome. Psihološke težave so pri begunskih otrocih pogoste.
Reed, et al.	2011	sistematični pregled literature		<p>Avtorji v raziskavah ugotavljajo, da mladoletni begunci pogosto trpijo za posttravmatskim stresnim sindromom (PTSM) in drugimi duševnimi motnjami. Dejavnike tveganja za nastanek motenj razvrščajo v štiri večje skupine:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>individualni</i> (izpostavljenost nasilju, fizične, psihične ali razvojne motnje, čas, ki je minil od selitve, starost ter spol);</li> <li>- <i>družina</i> (izguba in žalovanje za bližnjimi, zdravje staršev in funkcionalnost družine, socialno-ekonomski položaj);</li> <li>- <i>skupnost</i> (vključevanje v skupnost, socialna podpora);</li> <li>- <i>družbeni dejavniki</i> (socialni, ekonomski in kulturni kontekst, ideologija in verovanje, premigracijsko izhodišče, izbira države gostiteljice).</li> </ul>
Rossi & Lee	2016	poročilo strokovnjakov	Evropa, Sirija	Članek je napisan na podlagi pregleda literature in statistike revmatičnih srčnih obolenj pri begunskih otrocih. Avtor članka



AVTOR	LETO OBJAVE	RAZISKOVALNI DIZAJN	VZOREC (VELIKOST IN DRŽAVA)	KLJUČNA SPOZNANJA
				navaja, da so izrednega pomena primarna in sekundarna oskrba ter finančna stabilnost. Avtor navaja tudi smernice za preprečevanje in zmanjševanje revmatičnih srčnih obolenj. Po podatkih WHO naj bi se do leta 2025 zmanjšale za 25 %.
Sheikh, et al.	2009	epidemiološka raziskava	begunski otroci v specialistični bolnišnici v Avstraliji, 75 % raziskovanih bolnikov je bilo iz Afrike, približno polovica deklic in dečkov: 36 % starih od 0 do 7 let; 45 % od 8 do 12 let; 19 % od 13 do 17 let	V Avstraliji (Sydney) so izvajali raziskavo pojava in pogostosti bolezni pri begunskih otrocih. Poleg tega so se posvetili tudi potrebam in pomanjkljivostim zdravstvene oskrbe. Raziskava je potekala na podlagi presejalnih testov, analize krvi, Mantoux, ravni vitamina D, pojava hepatitisa B (serologija), pojava sifilisa (serologija) in antigena za malarijo. Med testiranimi bolniki jih je imelo 16 % shistosomiozo, 5 % malarijo, v 4 % so bili nosilci hepatitisa B. Pomanjkanje vitamina D je bilo diagnosticirano v 61 % , anemija pa v 15 % primerov.
Smith & Isaacs	2016	pregled literature	Evropa	Namen raziskave je bil preučiti dokaze o stroškovni učinkovitosti testiranja otrok beguncev na nalezljive bolezni, kot so latentna tuberkuloza, gliste, malarija, kronični hepatitis B in virus HIV. Nedavne ugotovitve so pokazale močne epidemiološke dokaze, da bi bilo stroškovno učinkoviteje, če bi otroke beguncev iz endemičnih območij testirali na tuberkulozo, hepatitis B

AVTOR	LETO OBJAVE	RAZISKOVALNI DIZAJN	VZOREC (VELIKOST IN DRŽAVA)	KLJUČNA SPOZNANJA
				virus HIV in shistosomozo. Univerzalno testiranje asimptomatskih in razširjenih bolezni, ki predstavljajo visoko tveganje otrok beguncev iz endemičnih območij, se je pokazalo kot stroškovno učinkovito. Raziskovalci predlagajo testiranje vseh beguncev na latentno tuberkulozo, hepatitis B in pri tistih iz endemičnih območij tudi na shistosomozo.
Tappis, et al.	2012	retrospektivna raziskava	otroci, mlajši od 5 let, begunski taborišči v Keniji in Tanzaniji	Cilj preglednega članka je bil oceniti pokritost in učinkovitost UNHCR dopolnilnih in terapevtskih programov prehranjevanja podhranjenih otrok, mlajših od 5 let, v begunskih taboriščih v Keniji in Tanzaniji. Spremljali in analizirali so podatke o rasti populacije in programu prehranjevanja v begunskih taboriščih v Keniji in Tanzaniji s pomočjo zdravstveno-informacijskega sistema UNHCR. Begunska taborišča v Keniji in Tanzaniji, podprta s strani UNHCR, so v obdobju med januarjem 2006 in majem 2009 sprejela okoli 45.000 podhranjenih otrok beguncev. Povprečni rezultati okrevanja so bili 77,1-odstotni za terapevtski program in 84-odstotni za dopolnilni program prehranjevanja. Stopnja umrljivosti (manj kot 1 %) in stopnja ponovnega sprejema (manj kot 5 %) kažeta, da je imel program pozitivne učinke na vpisane otroke.

Identificirali smo 64 kod, ki smo jih glede na njihove lastnosti in medsebojne povezave združili v sedem vsebinskih kategorij, in sicer: najpogostejše socialne determinante tveganja za neenakosti v zdravju, socialno-ekonomski vidik oskrbe beguncev, sociološki vidik oskrbe beguncev, fizično zdravstveno stanje beguncev, mentalno zdravje beguncev, diskriminacija ter izzivi zdravstvenih delavcev. Kategorije, kode in podatke o avtorjih prikazuje tabela 3.

**Tabela 3: Razporeditev kod po kategorijah**

Kategorija	Kode	Avtorji
Kategorija 1: Najpogostejše socialne determinante tveganja za neenakosti v zdravju	Socialno-ekonomski status – revščina – stanovanjske razmere – življenjske okoliščine – zdravstvena oskrba v izvorni državi – zdravstvena oskrba v državi gostiteljici – izpostavljenost nasilju/vojnim konfliktom – migracija	Attanayake, et al., 2009; Basak, 2012; Caulford & Vali, 2006; Geltman, et al., 2008; Lee, et al., 2012; Reed, et al., 2011; Rossi & Lee, 2016; Tappis, et al., 2012.
Kategorija 2: Socialno-ekonomski vidik oskrbe beguncev	Odgovornost države – politika – zakonodaja – pravna ureditev – prošnja za azil – delovanje javnih inštitucij – oskrba v bolnišnicah/ zdravstvenih domovih – finančna podpora	Bhatia & Wallance, 2007; Caulford & Vali, 2006; Measham, et al., 2014; Montgomery, 2008; Rossi & Lee, 2016.
Kategorija 3: Sociološki vidik oskrbe beguncev	Diskriminacija – človekove pravice – vključenost v okolje – družba – integracija – sprejemanje drugačnosti – raznolikost	Bhatia & Wallance, 2007; Caulford & Vali, 2006; Measham, et al., 2014; Montgomery, 2011.
Kategorija 4: Fizično zdravstveno stanje beguncev	Bolezni – nalezljive bolezni – najpogostejše bolezni – prehrana – higienski pogoji – hepatitis B – HIV – tuberkuloza – kolera – revmatska srčna obolenja – smrtnost – ogroženost	Al-Ammouri & Ayaub, 2016; Garakasha, 2015; Koirala, et al., 2015; Measham, et al., 2014; Sheikh, et al., 2009; Smith & Isaacs, 2016; Tappis, et al., 2012.
Kategorija 5: Mentalno zdravje beguncev	Duševno stanje – duševne motnje – svetovanje – strokovnost – samopoškodbe – socialni umik – čustvene spremembe – agresivnost – stresne motnje – posttravmatska stresna motnja – anksioznost – depresije – pojav duševnih motenj po/pred migracijami	Attanayake, et al., 2009; Basak, 2010; Denov & Bryan, 2012; Geltman, et al., 2008; Lee, et al., 2012; Measham, et al., 2014; Montgomery, 2008; Montgomery, 2011; Reed, et al., 2011; Tappis, et al., 2012.
Kategorija 6: Diskriminacija	Slabša dostopnost do javnega zdravstva – omejen dostop do zdravnikov – prepozno reševanje zdravstvenih težav – kulturne	Al-Ammouri & Ayaub, 2016; Bhatia & Wallce, 2007; Caulford & Vali, 2006;

Kategorija	Kode	Avtorji
Kategorija 6: Diskriminacija	razlike – jezikovne ovire – slabše zdravje od vrstnikov	Garakasha, 2015.
Kategorija 7: Izzivi zdravstvenih delavcev	Jezikovne ovire – kulturne razlike – pomanjkanje znanja – pomanjkanje sredstev – nezadostno izobraževanje – prepoznavna problema – zagotavljanje kvalitetne oskrbe – sekundarna travma – izgorelost	Attanayake, et al., 2009; Garakasha, 2015; Measham, et al., 2014; Reed, et al., 2011.

## 2.5 RAZPRAVA

Med pregledom literature smo si za cilj postavili (1) ugotoviti determinante zdravja, ki pri mladoletnih beguncih privedejo do diskriminatorne zdravstvene obravnave, ter (2) odgovoriti na raziskovalni vprašanje, kakšni so zdravstveni izzivi mladoletnih beguncev v državah gostiteljicah in s katerimi izzivi se pri zdravstveni obravnavi mladoletnih beguncev soočajo zdravstveni delavci. Ugotovili smo, da se mladoletni begunci soočajo s specifičnimi zdravstvenimi izzivi tako pri fizičnem in mentalnem zdravstvenem stanju kot pri enakovredni in kakovostni zdravstveni oskrbi (Al-Ammouri & Ayaub, 2016; Attanayake, et al., 2009; Basak, 2010; Bhatia & Wallace, 2007; Caulford & Vali, 2006; Denov & Bryan, 2012; Garakasha, 2015; Measham, et al., 2014; Montgomery, 2011; Reed, et al., 2011; Sheikh, et al., 2009; Smith & Isaacs, 2016; Tappis, et al., 2012).

Raziskali smo ekonomske, socialne in sociološke vzroke, ki povečujejo tveganje in vodijo do neenakosti v zdravju mladoletnih beguncev ter v dostopu do zdravstvene oskrbe. Definirali smo izzive zdravstvenih delavcev pri obravnavi mladoletnih beguncev, ki tudi sami potrebujejo podporne sisteme in sisteme usposabljanja za delo z begunci. Ugotovili pa smo, da je literatura, ki raziskuje izzive zdravstvenih delavcev, pomanjkljiva, saj se pogosteje osredotoča na delo zdravnikov z begunci (Garakasha, 2015).

Ugotovili smo, da so socialne determinante zdravja poleg bioloških dejavnikov kontekst, v katerem se mladoletnim beguncem slabša, izboljšuje ali ohranja zdravje. Gre za splet družbenih okoliščin, ki vplivajo na neenakosti v zdravju. Vprašanje primerne oskrbe v izvorni domovini, v državi gostiteljici, izpostavljenost nasilju, proces migracije, socialno-ekonomski status, revščina in stanovanjske razmere so determinante, ki lahko odločilno vplivajo na zdravje (Attanayake, et al., 2009; Basak,

2012; Caulford & Vali 2006; Geltman, et al., 2008; Lee, et al., 2012; Reed, et al., 2011; Rossi & Lee, 2016; Tappis, et al., 2012).

Pomembna socialna determinanta tveganja neenakosti v zdravju mladoletnih beguncev je prvotna zdravstvena oskrba v izvorni domovini. Rossi in Lee (2016) ugotavljata, da akutna revmatska vročica in revmatska srčna obolenja od druge polovice 20. stoletja v industrializiranih državah skorajda ne obstajata več, v državah v razvoju in tistih, ki jih je prizadela vojna, pa še vedno predstavljata velik zdravstveni problem. Navajata podatek, da je v letu 2015 v Evropo prišlo več kot milijon beguncev in s tem prisilcev za azil, polovica od njih je bila otrok – od tega se pričakovane številke diagnosticiranih revmatskih bolezni srca pri otrocih beguncih gibljejo okrog 10.000.

Na neenakost v zdravju vplivajo tudi življenjske okoliščine, revščina in stanovanjske razmere. Rossi in Lee (2016) ugotavljata, da sirski otroci, ki so že več kot pet let begunci, živijo v nemogočih razmerah. Kombinacija menjavanj letnih časov in s tem obdobja zime, življenja v prenatrpanih prostorih in revščini ter omejenem dostopu do zdravstvenih storitev predstavlja tveganje za razvoj srčnih infekcij in bolezni, Basak (2012) pa potrjuje, da je zdravje odvisno predvsem od razmer v begunskih taboriščih.

Reed in sodelavci (2011) so kot determinante tveganja prepoznali individualne in družbene dejavnike ter družino in skupnost. Tako je zdravstveno stanje med drugim rezultat izpostavljenosti nasilju in vojnim konfliktom. Mladoletni begunci so še posebej ranljiva skupina, saj so v obdobju, ko se njihova osebnost še razvija. Nasilje, premeščanje in negotovost ogrožajo normalni fizični, čustveni in socialni razvoj ter predstavljajo tveganje mentalnemu zdravju. Podobno ugotavljajo Lee in ostali (2012). Izkušnja migracije v razvojnem obdobju, ko se prilagajajo okolju in gradijo svojo identiteto, je napovednik fizičnih in psihičnih težav. Izpostavljenost nasilju in vojnim konfliktom sta dejavnika, ki najbolj povečujeta tveganje za čustvene in vedenjske težave, ki pa so jim še bolj izpostavljeni otroci, ki so brez spremstva staršev ali bioloških članov družine (Geltman, et al., 2005; Attanayake, 2009).

Tudi ekonomsko in socialno stanje v državi gostiteljici je pomemben kazalnik neenakosti v zdravju, saj je dostopna zdravstvena oskrba odvisna od razvitosti države.

Biti begunec v revnih državah in državah v razvoju povečuje tveganje za zdravje, saj so razmere v begunskih taboriščih slabše, s slabšo infrastrukturo, zdravstvenim sistemom in pomanjkanjem osnovnih dobrin. Le manjši del otrok beguncev išče azil v razvitih državah (Reed, et al., 2011). V taboriščih držav tretjega sveta imajo otroci slabšo prehrano, pogosta je podhranjenost, ki pa se rešuje z vključevanjem v dopolnilne in terapevtske programe prehranjevanja otrok (Tappis, et al., 2012).

Na zdravje vpliva tudi socialno-ekonomski status mladoletnih beguncev in njihovih družin v novem okolju (Lee, et al., 2012). Večkrat se soočajo z ekonomskimi, kulturnimi in jezikovnimi omejitvami pa tudi političnimi, ki jim preprečujejo, da bi poskrbeli za svoje družine. Tako Tanzanija in Kenija beguncem prepovedujeta, da bi si našli formalno zaposlitev ali obdelovali zemljo (Tappis, et al., 2012), v nekaterih zahodnih državah pa zaradi pomanjkanja finančnih sredstev begunci nimajo dostopa do celotnega zdravstvenega zavarovanja (Caulford & Vali, 2006). Basak (2012) je v raziskavi, ki jo je opravila v begunskem taborišču Dhaishes, ugotovila, da starši za slabo zdravje otrok krivijo ravno zelo slabo finančno stanje in dolgoročno brezposelnost, ki onemogoča dostop do zdravstvenih storitev in zagotovitev prave prehrane.

Tako je bilo za razpravo pomembno opredeliti tudi socialno-ekonomski vidik zdravstvene oskrbe mladoletnih beguncev. Ta vidik je splet dejavnikov, ki se dotikajo odgovornosti, ki jo nosi država gostiteljica, politik, pravne ureditve na področju begunstva, postopkov pridobivanja statusa azilanta, delovanja javnih institucij in finančne podpore na področju zdravstvene oskrbe. Socialni in ekonomski vidiki kakovostne oskrbe so spremenljivke, ki sestavljajo celostno sliko na področju zdravstva glede na okolje, državo ali skupnost, ki je begunce sprejela. V Evropi obstajajo številne organizacije, ki skrbijo za zdravstveno in socialno varstvo mladoletnih beguncev in njihovih družin, saj je glede na razmere v zadnjem času to nujno potrebno. Organizacije se po večini srečujejo z zelo podobno problematiko in stremijo k istim ciljem pri doseganju izboljšanja razmer na omenjenem področju (Measham, et al., 2014).

Rossi & Lee (2016), ki sta v svoji raziskavi izpostavila problematiko bolezni srca in ožilja pri begunskih otrocih, med ukrepe za izboljšanje zdravstvenega stanja beguncev

navajata tudi vključitev zakonodajnih smernic, predvsem zagotavljanje preventivnega zdravstvenega varstva, vključujoč primarno in sekundarno preprečevanje bolezni srca in ožilja. Z ukrepi bi na področju zdravstvenega varstva ne samo prihranili, temveč tudi zmanjšali delež pojava možganske kapi in srčnega infarkta.

Neurejen in neenakovreden dostop do zdravstvenih storitev pa je tudi posledica socialnega in ekonomskega statusa beguncev (Bhatia & Wallace, 2007; Caulford & Vali, 2012; Measham, et al., 2014; Rossi & Lee, 2016; Montgomery, 2008). Na dostop vpliva npr. njihov pravni status, saj prosilci za azil brez urejenega pravnega statusa tudi nimajo dostopa do zdravstvenih storitev. Tako sta Bhatia in Wallace (2007) mnenja, da vlada v Veliki Britaniji večkrat ovira izboljšanje razmer na področju zdravstvene oskrbe. Tistim, ki jim je bila prošnja za azil zavrnjena, je bila hkrati tudi odvzeta pravica do brezplačnih sekundarnih zdravstvenih storitev. Ugotavljata, da je dostop beguncev do zdravnikov omejen, Caulford in Vali (2012) pa sta kritična do držav gostiteljic, ki beguncem ne nudijo zdravstvenega zavarovanja, in navajata podatek, da je Kanada med letoma 1997 in 2004 status begunca odobrila le 40 % prosilcem – predvsem zaradi finančnih stroškov in zakasnitev –, ostali pa so v procesu razrešitev prošenj postali neupravičeni do celotnega javnega zavarovanja. Čeprav obstajajo brezplačne klinike za pomoč beguncem in migrantom, pa pacienti poročajo, da jih javne zdravstvene klinike neredko zavrnejo, ker nimajo dokumentov ali dokazov o bivanju na tem območju. Pravni postopki neredko povzročijo zakasnitve v zdravljenju. Takšno negotovo stanje mladoletnim beguncem povzroča stres. Measham, et al. (2014) navajajo, da mladoletnim beguncem, ki vstopajo v ZDA in Kanado, negotovosti, povezane s čakanjem na sprejetje prošenj za azil pa tudi prisilne vrnitve v domovino, povzročajo stisko, družbeno izolacijo, slabše osvajanje jezika države gostiteljice in splošne težave s preselitvijo. Mladoletne begunce med obravnavanjem prošnje za azil neredko zadržujejo v zaporu podobnih bivanjskih razmerah, kar povzroča slabše mentalno zdravje in prilagajanje novim okoliščinam. Zaradi negotovega statusa imajo okrnjen dostop do zdravstvenih storitev, težavo pa finančni rezi še poglobljajo. Tudi Montgomery (2008) v raziskavi povzročiteljev motenj v duševnem razvoju pri mladoletnih beguncih ugotavlja, da so spremembe v veliki meri odvisne od politične volje, ki mora segati od izboljšanja samega procesa sprejema beguncev do zdravljenja.

Pravica dostopa do zdravstvenega varstva oziroma pravica do zdravja je zapisana v številnih mednarodnih dokumentih o človekovih pravicah, vendar pa je rezultat kritja zgolj osnovnega zdravstvenega zavarovanja, do katerega imajo begunci v nekaterih državah pravico, neenakovreden dostop do zdravstvenih storitev (Caulford & Vali, 2006). Tudi slovenska zakonodaja razlikuje med pravicami do zdravstvene oskrbe glede na pravni status migrantov – med tistimi, ki so v postopku razrešitve prošelj za azil in tistimi, ki jim je bil status begunca odobren. Migranti v procesu razreševanja prošelj za mednarodno zaščito oziroma vlog za pridobitev statusa begunca nimajo pravice do osnovnega zavarovanja in so upravičeni zgolj do nujne medicinske in zobozdravstvene oskrbe, nujnega zdravljenja in prevoza (NIJZ, 2016), vendar pa je ta pravica v praksi odvisna od interpretacije zdravstvenih delavcev. Raziskave kažejo, da ti v nekaterih primerih nujna zdravljenja zavrnejo, ali pa migrante obravnavajo kot samoplačnike in jim zaračunajo stroške zdravljenja (Lipovec Čebren, 2016).

Migranti s statusom begunca imajo v Sloveniji po zakonodaji urejeno osnovno zdravstveno zavarovanje, ki vključuje splošne in nujne zdravstvene storitve, izključuje pa preglede pri specialistih, zdravljenje v bolnišnici itd. (NIJZ, 2016). V Sloveniji pa migranti zaradi krčenja pravic vse težje pridobijo in ohranijo status, po katerem jim pripada pravica do osnovnega zdravstvenega varstva (Lipovec Čebren, 2016).

Otrokom in mladostnikom do 18. oziroma do 26. leta starosti, v kolikor so vključeni v izobraževalni sistem, pripada pravica do polnih zdravstvenih storitev (NIJZ, 2016). Vendar pa formalno-pravna podlaga ni zadosten ukrep, ki bi v praksi preprečil neenakovreden dostop do zdravstvenih storitev. Pri tem pomembno vlogo igrajo zdravstveni delavci, ki tudi sami zaradi nepoznavanja pravic beguncev, pa tudi predsodkov in medkulturnih razlik pogosto, otežujejo zdravstveno oskrbo. Zagotavljanje kakovosti oskrbe mladoletnih beguncev je neločljivo od kulturnih kompetenc, ki jih imajo delavci v zdravstvu, saj lahko odločilno usmerja zdravstveno obravnavo in zdravstvene izide mladoletnih beguncev. Zato se mora zdravstveno osebje pri obravnavi mladoletnih beguncev individualno posvetiti vsakemu primeru posebej in ne zgolj rigidno izpolnjevati pravila (Lipovec Čebren, 2016).



Ugotovili smo, da je sprejemanje raznolikosti in oblikovanje družbe, ki je vključujoča ne glede na socialno-ekonomski status, odvisno tako od politik, zakonodaje in ureditev kot tudi pristopa zdravstvenih delavcev k primerom v praksi. Sociološki vidik oskrbe beguncev dotika vprašanj človekovih pravic, njihove vključenosti in sprejemanja drugačnosti in raznolikosti v družbi države gostiteljice. Ugotovili smo, da so begunci v novem okolju neredko diskriminirani, težje se integrirajo v družbo, ki kulturne drugačnosti morda ne sprejema (Bhatia & Wallace, 2007; Measham, et al., 2014; Montgomery, 2011). Na neenakovreden dostop do zdravstvenih storitev pa vpliva tudi dejstvo, da si zaradi jezikovnih in kulturnih razlik težje poiščejo zdravstveno oskrbo.

Bhatia in Wallace (2007) sta v raziskavi med drugim ugotovila, da imajo begunci zaradi socialne izključenosti, revščine, brezposelnosti, slabih bivanjskih pogojev in pomanjkljivih jezikovnih veščin pogosto občutek, da so stigmatizirani, poleg tega se v tuji državi težje orientirajo, zato je ozaveščanje beguncev o možnostih zdravljenja in splošnega usmerjanja nujna. Kot največje težave so opredelili lociranje zdravstvene ustanove, jezikovne ovire in pa dejstvo, da so jih zaradi odločitev organov, ki obravnavajo begunce, večkrat selili od enega do drugega zdravnika in tako z njim niso mogli zgraditi odnosa. Več intervjuvancev je zmotil tudi odnos osebja, ki sicer ni bil odkrito sovražen, vendar so se kljub temu počutili kot nezaželeni in kot breme na ramenih davkoplačevalcev.

Tu pa se odpre tudi vprašanje integracije v kulturo države gostiteljice. Montgomery (2011) v raziskavi, v kateri obravnava mentalno zdravje mladoletnih beguncev na Danskem, ugotavlja, da se z integracijo v kulturo – obiskovanjem šole, druženjem z danskimi prijatelji, obvladovanjem jezika in izobrazbo matere – bistveno zmanjša verjetnost dolgoročnih mentalnih težav. Measham, et al. (2014) ugotavljajo podobno, pri tem pa dodajajo, da ni treba, da mladoletni begunci povsem izgubijo stik z lastno kulturo.

V pregledu literature o kategoriji fizičnega zdravja mladoletnih beguncev smo ugotovili, da so ti zaradi zgoraj omenjenih pogojev bolj izpostavljeni nalezljivim boleznim, boleznim zaradi slabe higiene in pomanjkljive prehrane, prihaja tudi do zakasnitev v

diagnosticiranju bolezni in zdravljenju (Sheikh, et al., 2009; Smith & Isaacs, 2016; Koirala, et al., 2015; Tappis, et al., 2012; Al-Ammouri & Ayoub, 2015; Measham, et al., 2014, Garakasha, 2015).

Sheikh, et al. (2009) so ugotavljali zdravstvene potrebe begunskih otrok, ki so bili nameščeni v Sydney, in njihove prevladujoče bolezni glede na državo izvora. 16 % jih je imelo shistosomiozo, 5 % malarijo, 4 % pa je prenašalo hepatitis B. Pomanjkanje vitamina D je bilo zaznati pri 61 % begunskih otrok v analizi, 24 % je bilo pozitivnih na Mantouxov test, anemičnih je bilo 15 %. Čeprav zaradi majhnega vzorca izsledkov ni mogoče posplošiti, pa so ugotovili, da je razširjenost bolezni višja pri otrocih, ki izhajajo iz Afrike, kot pri tistih, ki prihajajo iz Azije ali Bližnjega vzhoda.

Tudi Smith in Isaacs (2016) ugotavljata, da se slabokrvnost pri mladoletnih beguncih pojavlja zelo pogosto. Najpogostejše je bilo pomanjkanje vitamina D, poleg tega pa tudi okužba z zajedavci, virusom hepatitisa B in nalezljivimi boleznimi, kot so ošpice in rdečke. V svoji raziskavi (prav tam) se posvečata najpogostejšim nalezljivim boleznim pri begunskih otrocih. Vključujeta naslednje nalezljive bolezni, ki povzročajo največjo obolevnost in umrljivost: tuberkulozo (povzročitelj *Mycobacterium tuberculosis*), hepatitis B, okužbe z zajedavci (*Strongyloides stercoralis*, *Schistosoma species*), virus imunske pomanjkljivosti (HIV) in malarijo (*Plasmodium species*). Menita, da je pregled bolezenskega stanja pri beguncih pomemben, saj tako preprečimo prenos bolezni, obenem pa zmanjšamo njihov pojav, obolevnost in umrljivost, pomembno vlogo pri zaščiti pred prenosljivimi boleznimi pa igra tudi cepljenje.

Tuberkuloza se pri beguncih pojavlja dvakrat pogosteje kot pri ostalih skupinah migrantov, največkrat v latentni obliki, aktivna zelo poredko. Najpogostejša je pri otrocih beguncih, mlajših od pet let. Tako pridobljena latentna tuberkuloza v otroštvu predstavlja višje tveganje za aktivno obliko tuberkuloze v primerjavi z odraslimi obolelimi osebami. Spremljanje begunskih otrok, obolelih zaradi okužbe z zajedavci, je zelo slabo. Učinkovitost spremljanja je neznana, okužbe niso pogoste, njeno testiranje pa je omejeno na otroke z oslabljenim imunskim sistemom in tiste, ki potrebujejo imunosupresivno terapijo (Smith & Isaacs, 2016). Raziskava Koirala in sodelavcev

(2015) navaja, da je tretjina svetovnega prebivalstva okužena z virusom hepatitisa B. Begunski otroci izvirajo iz držav z visoko ogroženostjo že v perinatalnem obdobju, ko je tveganje za napredovanje v kronično obliko hepatitisa B večje.

Pri beguncih je značilno, da se okužba z virusom HIV najpogosteje prenaša s heteroseksualnimi spolnimi odnosi ter iz matere na otroka. Za begunske otroke je torej značilno, da je pri materi, okuženi z virusom HIV, posledično okužen tudi otrok (Sheikh, et al., 2009).

Diareja je drugi najpogostejši vzrok smrti pri otrocih po svetu. Približno 1,5 milijona otrok letno umre za posledicami diareje. Na splošno so otroci bolj ogroženi kot odrasli, saj je dehidracija zanje lahko usodna. Tveganje se še bolj poveča v izrednih razmerah, v katerih se znajdejo begunci. Najbolj so ogroženi podhranjeni otroci, zlasti tisti, ki trpijo zaradi pomanjkanja vnosa makrohranil, saj so njihova telesa manj sposobna za boj proti boleznim. Slaba prehrana ter pomanjkanje hranil v telesu sta značilna prav za begunske otroke, ki so odvisni od nekakovostnih obrokov prehrane in nimajo možnosti po izboljšanju kvalitete prehranjevanja. Eden izmed ključnih dejavnikov pri razvoju otrok je tudi diareja. Oboleli otroci so običajno v slabem zdravstvenem stanju in posledično tudi podhranjeni. Podhranjenost lahko vodi tudi do smrti (Smith & Isaacs, 2016). Tapiss, et al. (2012) opozarja na povezavo med prisotnostjo črevesnih parazitov, povezanih z diarejo, ter prenatrpanostjo taborišča, viri pitne vode in s slabim kanalizacijskim omrežjem. Tako slabe razmere predstavljajo resno nevarnost za zdravje otrok. Al-Ammouri & Ayoub (2015) pravita, da v jordanskem begunskem taborišču srčne bolezni pri sirskih begunskih otrocih predstavljajo velik problem, saj je zaradi slabih razmer smrtnost visoka.

Invalidnost je lahko telesna ali duševna. Najpogostejši vzroki za invalidnost v begunskih razmerah so podhranjenost, pomanjkanje vitaminov, otroška paraliza, cerebralna paraliza, gobavost, epilepsija, opekline in druge nesreče, poškodbe, povezane z oboroženim spopadom, mučenje in druge hude travme, duševna zaostalost in hude okužbe srednjega ušesa in oči (Measham, et al., 2014). Med zelo pogoste zdravstvene težave mladoletnih beguncev spadajo tudi zobozdravstvene težave. To lahko pripišemo

slabemu zdravstvenemu sistemu, pomanjkanju sredstev, pomanjkanju čiste vode in hranljivih živil. Velikokrat se zgodi, da so mladi ozaveščeni glede higiene zob, vendar si zaradi socialnih razmer in visokih stroškov obiska zobozdravnika ne morejo privoščiti (Garakasha, 2015).

V kategoriji mentalnega zdravja mladoletnih beguncev smo ugotovili, da lahko ima migracija zaradi vojnih konfliktov, izpostavljenosti nasilju, spremljajočega stresa pred, med in po migraciji dolgoročen vpliv na duševno stanje. Neredko se pojavljajo duševne in stresne motnje, za njihovo zdravljenje pa je potreben celostni pristop in svetovanje (Basak, 2012; Denov & Bryan, 2012; Measham, et al., 2014; Reed, et al., 2012; Attanayake, et al., 2009; Geltman, et al., 2008; Lee, et al., 2012; Montgomery, 2011, Tappis, et al., 2012).

Otroci so namreč še prav posebej podvrženi stresu zaradi odtegnitve od doma in ločitve od bližnjih. Stres jih spremlja tako pred migracijo, med migracijo kot tudi po njej. Številne raziskave poročajo, da so mladoletni begunski otroci med migracijo izpostavljeni tudi nasilju in zelo slabim življenjskim pogojem (Basak, 2012; Denov & Bryan, 2012; Reed, et al., 2012). Tudi preselitev in vključevanje v novo gostujoče okolje sta zanje stresna, predvsem pri prilagoditvi na novo okolje, socialni izključenosti, težavah pri vključitvi v šolski sistem, jezikovnih omejitvah ter diskriminaciji (Measham, et al., 2014).

Nemška longitudinalna raziskava, v kateri je bilo obravnavano mentalno stanje mladoletnih beguncev pred in po migraciji, poroča, da je le-to v času migracije in bivanja v azilu veliko boljše. Measham, et al. (2014) ugotavljajo, da so njihove travmatične izkušnje pred prihodom v Nemčijo večje. Številne raziskave potrjujejo, da so mladoletni begunci rizična skupina za razvoj posttravmatske stresne motnje (ang. posttraumatic stress disorder, PTSD), kar se kaže v velikih čustvenih in vedenjskih izzivih, motnjah spanja, nočnih morah, znakih žalovanja, nepazljivosti, socialnem umiku in zdravstveno nepojasnjenih simptomih (Attanayake, et al., 2009; Geltman, et al., 2008; Lee, et al., 2012; Montgomery, 2011; Reed, et al., 2011).

V času bivanja v azilih je mladoletnim beguncem treba zagotavljati fizično varnost, saj se srečujejo s številnimi nevšečnostmi. Mednje štejemo podhranjenost, nezanesljivo preskrbo s hrano, zlorabe in spolno nasilje, kar lahko ima dolgotrajne posledice v življenju (Tappis, et al., 2012).

Raziskava Reeda, et al. (2012) opozarja, da je preseljevanje izjemno kompleksen pojav in lahko zmoti psihološki in čustveni razvoj. Pomembno pa je, da se posledice motenj otrok čim uspešneje preprečuje, saj lahko dolgoročno povzroči veliko škode pri razvoju. Ko je posameznikom, v tem primeru staršem, odvzeto normalno družabno, gospodarsko in kulturno okolje, človeški odnosi pogosto trpijo, posledično pa privede do starševske stiske. Starševska stiska in tesnoba lahko resno ogrozita normalen čustven razvoj otroka. Otroci v begunskih centrih lahko zelo hitro izgubijo svoje vzornike. V normalnih okoliščinah starši svojim otrokom predstavljajo model primarne vloge, ki usmerjajo razvoj njihovih vrednot. Ločitev od enega od staršev – največkrat je to oče – lahko za otroke predstavlja izgubo zgleda in vrednot. Tudi ob prisotnosti staršev je popolnoma normalen razvoj onemogočen, saj otroci živijo v izrednih okoliščinah, velikokrat zelo slabih. Mnogokrat se zgodi, da otrok prevzame odgovornosti manjkajočega od staršev, in tako so otroci, ki prevzamejo skrb za mlajše otroke, s čimer jim je naloženo prekomerno delo, prikrajšani za igro ali obiskovanje šole. Na razvoj begunskih otrok prav tako vpliva stik z različnimi kulturami – drugačen jezik, vera in običaji lokalnega prebivalstva v državi gostiteljici, kjer se tudi uradniki in humanitarni delavci, s katerimi imajo stik, večkrat razlikujejo od beguncev v skupnosti. V takih medkulturnih situacijah, zlasti v okviru ponovne naselitve, otroci pogosto svojo kulturo »izgubijo« hitreje kot odrasli. Za otroke pa je značilna naravna težnja prilagajanja na novo okolje, zato najpogosteje izgubijo stik z materinim jezikom, s tem pa pomemben del identitete (Reed, et al., 2012).

Measham, et al. (2014) ugotavljajo, da imajo otroci sposobnost pozitivnega posttravmatičnega razvoja in premagovanja psiholoških težav. Zato je pri zdravljenju pomemben celosten pristop, ki oceni biološke, psihološke in socialne potrebe in temu primerno zastavi zdravstveno oskrbo.

V kategoriji diskriminacije smo obravnavali njene realne posledice, ki se kažejo v slabši dostopnosti do javnega zdravstva, omejenem dostopu do zdravnikov in prepoznom reševanju zdravstvenih težav, kar povzroča neenakosti v zdravju, ki so neredko posledica kulturnih in jezikovnih razlik in ovir (Al-Ammouri & Ayoub, 2016; Garakasha, 2015; Bhatia & Wallace, 2007; Caulford & Vali, 2006).

Ugotovili smo, da so mladoletni begunci še posebej ranljiva skupina. Travme zaradi vojn, izgube normalnega družinskega življenja in stresa skupaj s procesi odraščanja povzročajo slabše zdravstveno stanje, kot ga imajo njihovi vrstniki. Poleg tega so odraščali v drugačni kulturi, govorijo drug jezik, kar njihovo ranljivost še povečuje, zato pristop k celostnemu zdravstvenemu stanju zahteva prakse in pristope, ki so občutljivi za medkulturne razlike. Nediskriminatorne politike in prakse gostujočih držav imajo velik vpliv na rezultate zdravstvene obravnave mladih beguncev med postopkom preselitve (Garakasha, 2015; Bhatia & Wallace, 2007).

Ena od oblik diskriminacije je tudi prepozno reševanje zdravstvenih težav mladoletnih beguncev. Zgodnje diagnosticiranje bi lahko preprečilo marsikateri zaplet, obenem pa omogočilo ohranjanje zdravja oziroma zdravljenje že diagnosticiranih bolezenskih stanj. Begunski otroci se soočajo s težavami že pri osnovni diagnostiki in zdravljenju pogostih bolezni, vključno z okužbami, kot je vnetje srednjega ušesa, ki je značilno za zgodnja leta. Med kronična bolezenska stanja prištevamo tudi astmo in vnetne črevesne bolezni, diagnosticiranje teh bolezni pa bi moralo imeti večji pomen. Begunski otroci bi morali biti upravičeni do rutinskega ali preventivnega zdravstvenega pregleda, saj je ta ključen pri morebitnih nadaljnjih težavah. Diagnosticiranje razvojnih težav je prav tako izjemno pomembno pri usmerjanju nadaljnje razvoja otroka. Treba je zagotoviti tudi kritje prenatalne in porodniške oskrbe, ki preprečuje obporodna ali poporodna obolenja. Ta vključujejo povečano število nedonošenčkov, nizko porodno težo, nekontroliran gestacijski diabetes, poškodbe možganov iz hipoksično ishemične encefalopatije in celo smrti novorojencev. Raziskave kažejo, da v Belgiji kar 46 % begunk brez zdravstvenega zavarovanja ni prejelo predporodne nege. Tako so zabeležili kar šestkrat večjo stopnjo smrtnosti novorojenčkov (Caulford & Vali, 2006).

V Sloveniji naj bi imele nosečnice s statusom begunk urejeno osnovno zdravstveno zavarovanje in s tem pravico do predporodne nege, preventivnih pregledov in ultrazvoka ter do zdravstvene oskrbe pri porodu. Po rojstvu naj bi se pri novorojenčku opravili preventivni pregledi, ki vključujejo diagnosticiranje prirojenih bolezenskih stanj in nepravilnosti v razvoju. Dojenčki, predšolski, šolski otroci in mladostniki pa imajo pravico do preventivnih pregledov v enakih starostnih obdobjih kot državljani Republike Slovenije (NIJZ, 2016), vendar pa je dostop do zdravstvenih storitev zaradi jezikovnih in kulturnih ovir, nepoznavanja pravic in postopkov, tako zdravstvenih delavcev kot beguncev, večkrat otežen (Lipovec Čebren, 2016).

Al-Ammouri in Ayoub (2016) sta raziskovala bolezni srca sirskih beguncev, stopnjo umrljivosti in zaplete ter vključila poročilo o virih financiranja zdravljenja. Ugotovila sta, da so bolezni srca pri sirskih otrocih beguncih velik problem, pacienti se soočajo s številnimi zapletenimi odgovori na vprašanja, zapletenimi diagnozami in napotitvami na zdravljenje. Zaradi pomanjkanja sredstev je bilo od 73 predlaganih kirurških posegov financiranih le 28, ostali so bili uvrščeni na čakalno listo s povprečno čakalno dobo 223 dni, kar skupaj s pomanjkanjem specializiranih centrov in osebja povzroča tveganje za zaplete. Čeprav imajo begunski otroci le del osnovnega zdravstvenega varstva, poročilo dokazuje, da so izpostavljeni številnim življenjsko nevarnim razmeram, kar še poveča delež obolevnosti in smrtnosti. Poudarjata (prav tam), da sta organiziranost in prizadevanje osebja za določitev pravočasne in prave diagnoze izjemnega pomena.

Zanimalo nas je tudi, s katerimi izzivi se pri obravnavi mladoletnih beguncev srečujejo zdravstveni delavci. Pri raziskovanju te kategorije pa smo ugotovili, da je literatura zelo pomanjkljiva in maloštevilna (gl. tudi Garakasha, 2015; Measham, et al., 2014).

Ugotavljamo, da so mladoletni begunci posebna skupina ljudi z drugačnimi potrebami, kot jih imajo odrasli begunci ali njihovi vrstniki, zato je za zdravstvene delavce pomembno, da prepoznajo potrebe in probleme, s katerimi se mladoletni begunci soočajo. Delo z mladoletnimi begunci zahteva potrpežljivost in grajenje odnosa, saj se tako mladoletni begunci počutijo varne in dobrodošle. Pomembno jih je obravnavati kot individuume, hkrati pa za boljši zdravstveni izid v obravnavo vključiti tudi njihove

starše oziroma skrbnike. Medicinske sestre so pogosto glavni vir zdravstvene obravnave mladoletnih beguncev, zato je za učinkovito zdravstveno oskrbo ključno, da se jih izobrazijo in izučijo za delo s to občutljivo skupino ljudi (Garakasha, 2015).

Kulturno ozaveščanje zdravstvenih delavcev je nujno zaradi jezikovnih omejitev in napačnih razumevanj situacij, ki prav tako lahko privedejo do napačnih diagnoz in zdravljenj (Bhatia & Wallace, 2007). Meashman, et al. (2014) prav tako menijo, da mora biti zaradi jezikovnih razlik v zdravstveno oskrbo vključen interpret, zdravstveno osebje, ki je v stiku z mladoletnimi begunci in njihovimi družinami, pa mora biti usposobljeno razumeti etnično in kulturno ozadje. Celostna in učinkovita oskrba naj bi vključevala kulturno podporo, sodelovanje z zdravstvenimi in socialnimi oskrbovalci, šolami ter podporo družini. Tako se zmanjša zdravstvena škoda zaradi medkulturnih razlik.

Zdravstveno osebje pa se mora zavedati, da begunci niso homogena skupina, ampak gre za ljudi, ki sami prihajajo iz različnih kulturnih in jezikovnih ozadij. Vsi mladi begunci potrebujejo usposobljeno in izurjeno osebje, ki ima profesionalni in kulturni pristop do njih in njihovih družin, jim lahko pomaga odpraviti težave in jih zna pravilno usmeriti (Garakasha, 2015).

Pri obravnavi beguncev s psihološkimi problemi, ki izvirajo iz vojn, je treba poudariti vlogo lokalnega zdravstvenega osebja, učiteljev in staršev, predvsem pa pomen medsektorskega povezovanja v skupnost, ki kot celota nudi pomoč mladoletnim beguncem (Attanayake, et al., 2009; Measham, et al., 2014). Reed, et al. (2011) navajajo, da so mladi begunci mnenja, da dobijo manj socialne pomoči kot njihovi vrstniki. Učinkovita podpora mreža pa je povezana z višjo stopnjo izboljšanja mentalnega zdravja, zato je povezovanje socialnih, ekonomskih in zdravstvenih sektorjev nujno.

Strokovna in znanstvena literatura, ki bi nudila smernice in podporo tudi medicinskim sestram, je zelo okrnjena, večinoma se pri obravnavi mladoletnih beguncev osredotoča zgolj na delo zdravnikov. Pomanjkanje strokovne podpore medicinskim sestram lahko



po drugi strani privede do izgorelosti na delovnem mestu in posledično do sekundarne travme (Garakasha, 2015).

V evropskem prostoru je treba spremljati in izvajati priporočila Evropske unije, vlade, inštitucij, organizacij in odgovornih za zdravstveno usposabljanje strokovnjakov. Inštitucije EU skrbijo za spodbujanje in vključevanje beguncev pri usposabljanju vseh javnih zdravstvenih delavcev. Usposabljanje naj bi potekalo v okviru rednih dodatnih usposabljanj za zdravstveno osebje. Zelo pomembna je izmenjava znanja in izkušenj med akterji in institucijami, pri čemer je potrebno spremljanje uspešnosti usposabljanja in učinkovitosti programov ter povečanje raziskav (Measham, et al., 2014).

### 2.5.1 Omejitve raziskave

Zdravstveni izzivi mladoletnih beguncev in izzivi zdravstvenega osebja pri delu z njimi sicer so predmet znanstvenega raziskovanja, v naši raziskavi pa smo se soočili z omejitvami predvsem zaradi maloštevilnosti takšnih raziskav. Literature, ki bi vključevala obe spremenljivki, mladoletne in begunce, ni veliko. Več literature se osredotoča na celotno skupino migrantov, priseljence, ki smo jih iz raziskave izključili. Nekateri raziskave so starejše in tako z znanstvenega vidika ni mogoče slediti napredku na področju urejanja zdravstvenega stanja in dostopa do storitev. Izsledkov pregleda literature ni mogoče posplošiti na celotno populacijo mladoletnih beguncev, saj so njihovi zdravstveni izzivi rezultat konkretnih okoliščin. Pomanjkanje literature pa je bila največja težava pri raziskovanju izzivov zdravstvenih delavcev. Literatura se večinoma osredotoča na delo zdravnikov, manj pa poudarja pomembnost podpore, ki jo pri delu z mladoletnimi begunci potrebujejo sami in pa konkretnjših usmeritev za delo z njimi. Pomanjkljivosti pa hkrati odpirajo priložnosti za nova raziskovanja tega področja.

### 2.5.2 Doprinos za prakso in priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Ob pregledu literature smo prepoznali in izpostavili najpogostejše zdravstvene izzive mladoletnih beguncev in njihova ozadja. Ugotovili smo, da je problematika aktualna, ni pa še dobro raziskana. Zdravstveni izzivi mladoletnih beguncev predstavljajo izzive tudi zdravstvenemu osebju, pomanjkanje raziskav na tem področju pa hkrati pomeni tudi

pomanjkanje znanj in podpore zdravstvenim delavcem. Ker raziskave kažejo, da so zdravstveni delavci pri zdravstveni obravnavi beguncev mnogokrat preobremenjeni, je nadaljnje raziskovalno delo na področju izzivov zdravstvenih delavcev pri zdravstveni obravnavi mladoletnih beguncev nujno potrebno.

Ugotovili smo, da so zdravstveni izzivi mladoletnih beguncev odvisni od več dejavnikov, med drugim tudi od ureditev in politik v državah gostiteljicah. Ker se v evropskem prostoru soočamo z velikim številom beguncev, bi bile potrebne tudi raziskave, ki se konkretno osredotočajo na evropski kulturni in politični prostor. Tako bi lahko začrtali smernice zdravstvene obravnave, ki bi bile občutljive za medkulturne razlike, hkrati pa učinkovito zmanjševale neenakosti v zdravju mladoletnih beguncev in zdravstvenim delavcem nudile podporo pri delu.

### 3 ZAKLJUČEK

V pregledu literature smo ugotovili, da so mladoletni begunci posebna skupina, katere življenjske okoliščine predstavljajo tveganje za zdravje. So veliko bolj izpostavljeni tveganju za razvoj bolezni od svojih vrstnikov. Zdravstveni izzivi mladoletnih beguncev so tako fizični in psihološki kot tudi kulturni, jezikovni in socialni. Izziv je tudi dostop do enakopravne zdravstvene oskrbe. Zaradi drugačnosti se mnogokrat soočajo z diskriminacijo, še posebej, če v okolju države gostiteljice drugačnosti ne sprejemajo. Mladoletni begunci so ranljiva skupina, zato je med in po migraciji treba spremljati njihovo zdravstveno stanje. Zaradi razmer so bolj izpostavljeni nalezljivim boleznim, šibkemu zdravju zaradi slabe prehrane, travmam in stresu, ki jih povzroča preseljevanje. V zdravljenju prihaja do zakasnitev tako v diagnosticiranju kot zdravljenju, tudi v primerih bolezni, ki so v zahodnem svetu ozdravljive.

V okviru socialnih determinant tveganja neenakosti v zdravju smo izpostavili tiste, ki so jim mladoletni begunci zaradi okoliščin najbolj izpostavljeni in posledično vplivajo na njihovo zdravje. Kakovost prvotne zdravstvene oskrbe v izvorni domovini, življenjske okoliščine, revščina in stanovanjske razmere, izpostavljenost nasilju in vojnim konfliktom, zdravstvena oskrba v državi gostiteljici in socialno ekonomski status vplivajo na njihovo zdravstveno stanje.

V obravnavi socialno-ekonomskega vidika oskrbe mladoletnih beguncev smo ugotovili, da so neurejeni statusi beguncev in njihovih družin večkrat vzrok neenakovrednemu dostopu do zdravstvenih storitev. Pomanjkanje finančne podpore in vprašanje (pomanjkljivega) zdravstvenega zavarovanja sta veliki težavi mladoletnih beguncev, kar pa hkrati pomeni, da imajo države in skupnosti moč sprožiti spremembe na tem področju in tako učinkoviteje zmanjšati neenakosti v zdravstveni oskrbi in posledično zdravju. Pomembno je, da so zdravstvene storitve dostopne vsem, ne glede na socialno-ekonomski in pravni status, hkrati pa se mora zdravstvena obravnava mladoletnih beguncev dopolnjevati s prakso, ki je občutljiva za različna kulturna in družbena ozadja.

Izzivi mladoletnih beguncev pa so povezani tudi z izzivi zdravstvenih delavcev. Ti segajo od kulturnih in jezikovnih ovir do vprašanja pravilnega pristopa k mladoletnim

beguncem, ki imajo zaradi izkušenj pogosto psihološke in socialne težave. Za delo potrebujejo usposabljanja, nujno pa je povezovanje z družinami, ostalimi institucijami in organizacijami, ki delujejo na področju zagotavljanja oskrbe beguncem. Ugotovili smo še, da je lahko delo z mladoletnimi begunci stresno tudi za zdravstvene delavce, zaradi česar tudi sami potrebujejo podporo in usmerjanje. Ker gre za pomembno in aktualno področje brez zadostne oziroma zadovoljive znanstvene obravnave, bi bilo v prihodnosti smiselno temeljito raziskati izzive, s katerimi se zdravstveni delavci soočajo ob delu z mladoletnimi begunci.

## 4 LITERATURA

Al-Ammouri, I. & Ayoub, F., 2016. Heart Disease in Syrian Refugee Children: Experience at Jordan University Hospital. *Annals of global health*, 82(2), pp. 300-306.

Artnik, B., 2011. Socio-ekonomske determinante. V: *Zdravje in okolje. Izbrana poglavja*. Univerza v Ljubljani, Katedra za javno zdravje.

Attanayake, V., McKay, R., Joffres, M., Singgh, S., Burtle, F.Jr. & Mills, E., 2009. Prevalance of mental disorders among children exposed to war: a systematic review of 7,920 children. *Medicine, Conflict and Survival*, 25(1), pp. 4-19.

Basak, P., 2012. The impact of occupation on child health in a Palestinian refugee camp. *Journal of Tropical Pediatrics*, 52(6), pp. 13-27.

Bhatia, R. & Wallace, P., 2007. Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 8(48), pp 1-7.

Bowen, S., Zhang, L., Lutfiyya, N., Kreindler, S., Metge, C., Stephens, S., Cui, Y., Campos, C. & Charette, C., 2010. *Part Two: Developing an Evidence-Informed Response Understanding the Health and Health Issues of Immigrant and Refugee Populations in Winnipeg, Manitoba and Canada*. WRHA Research & Evaluation Unit, pp. 60-66.

Caulford, P. & Vali, Y., 2006. Providing health care to medically uninsured immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 141(9), pp. 1253-1254.

Dahlgren, G. & Whitehead, M., 2006. *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe. pp. 20-24.

Denov, M. & Bryan, C., 2012. Tactical maneuvering and calculated risks: independent child migrants and the complex terrain of flight. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2012(136), pp. 13-27.

Derose, K.P., Bahney, B.W., Lurie, N. & Escarce, J. J., 2009. Immigrants and Health Care Access, Quality and Cost. *Medical Care Research and Review*, 66(4), pp. 355-408.

Evroterm, 2016. *Evroterm – večjezična terminološka zbirka*. [online] Available at: <http://www.evroterm.gov.si/> [Accessed 5 December 2016].

Garakasha, N., 2015. Working with refugee young people: a nurse's perspective. *Australian journal of advanced nursing*, 32(2), pp. 24-31.

Geltman, P.L., Grant-Knight, W., Ellis, H. & Landgraf, J.M., 2008. The »lost boys« of Sudan: use of health services and functional health outcomes of unaccompanied refugee minors resettled in the U.S. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 10(5), pp. 4-19.

Hebebrand, J., Anagnostopoulos, D., Eliez, S., Linse, H., Pejovic Milovancevic, M. & Klasen, H., 2015. A first assessment of the needs of young refugees arriving in Europe: what mental health professionals need to know. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 25(1), pp. 1-6.

International Organization for Migration, 2006. *Glosar migracij – Mednarodno migracijsko pravo No. 8*. [pdf] International Organization for Migration. Available at: [http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml\\_8\\_slo.pdf](http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_8_slo.pdf) [Accessed 20 June 2016].

Jerman B., 2009. *Begunci in migranti so pogosto žrtve diskriminacije, pri čemer razvite države niso izjeme*. [online] Available at: <http://www.unaslovenia.org/node/833> [Accessed 5 December 2016].

Koirala, A., Cherion, S. & Snelling, T., 2015. Most chronically hepatitis B infected children are refugees: A descriptive study in a tertiary children's hospital. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 51(52), pp. 1-16.

Kogovšek, N., 2009. *Na križiščih diskriminacije. Večplastna in intersekcijska diskriminacija*. Ljubljana: Mirovni inštitut.

Koprivnikar, H., Gabrijelčič Blenkuš M. & Drev, A., 2012. *Vsevladni pristop za zdravje in blaginjo prebivalcev in zmanjšanje neenakosti v zdravju*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja.

Kuhar, R., ed. 2007. *O diskriminaciji*. Ljubljana: Mirovni inštitut.

Lee, Y.M., Shin, O.J. & Lim, M.H., 2012. The psychological problems of North Korean adolescent refugees living in South Korea. *Psychiatry Investigation*, 9(3), pp. 217-222.

Lipovec Čebren, U., 2016. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba. Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Measham, T., Guzder, J., Rousseau, C., Pacione, L., Blais-McOheron, M. & Nadenau, L., 2014. Refugee children and their families: supporting psychological well-being and positive adaptation following migration. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 44(7), pp. 208-215.

MNZ, 2016. *Migracije v številkah*. [pdf] MNZ. Available at: [http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/projekti/2015/begunci/160202\\_migranti.pdf](http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/projekti/2015/begunci/160202_migranti.pdf) [Accessed 25 Junij 2016].

Montgomery, E., 2008. Long term effects of organized violence on young Middle Eastern refugees mental health. *Social Science and Medicine*, 61(10), pp. 1596-1603.

Montgomery, E., 2011. Trauma, exile and mental health in young refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 440(1), pp. 1-46.

Morris, M.D., Popper, S.T., Rodwell, T.C., Brodine, S.K. & Brouwer, K.C., 2009. Healthcare Barriers of Refugees Post-resettlement. *Journal of Community Health*, 34(6), pp. 529-538.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016. *Vodnik po slovenskem zdravstvenem sistemu za migrante*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/health\\_literacy\\_booklet\\_-\\_slovenia\\_-\\_slovene\\_za\\_splet.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/health_literacy_booklet_-_slovenia_-_slovene_za_splet.pdf) [Accessed 26 Januar 2018].

Reed, R.V., Fazel, M., Jones, L., Panter-Brick, C. & Stein, A., 2012. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The lancet*, 379(9812), pp. 266-282.

Renton, Z., Hamblin, E. & Clements, K., 2016. *Delivering the Healthy Child Programme for young refugee and migrant children*. National Children's Bureau, London, pp. 8-11.

Rossi, G. & Lee, V.S., 2016. Assessing the burden of rheumatic heart disease among refugee children: a call to action. *Journal of Global Health*, 6(2).

Sheikh, M., Pal, A., Wang, S., MacIntyre, C.R., Wood, N.J. & Isaacs, D., 2009. The epidemiology of health conditions of newly arrived refugee children: a review of patients attending a specialist health clinic in Sydney. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 45(9), pp. 509-513.

Smith, B. & Isaacs, D., 2016. Infectious Diseases in Refugee Children: To Screen or Not to Screen. *Current Pediatrics Report*, 4(3), pp. 84-89.



SSKJ, 2010. *Slovar slovenskega knjižnega jezika*. [online] Available at: [http://bos.zrc-sazu.si/cgi/a03.exe?name=sskj\\_testa&expression=predsodek&hs=1](http://bos.zrc-sazu.si/cgi/a03.exe?name=sskj_testa&expression=predsodek&hs=1) [Accessed 5 December 2016].

Straiton, M.L., Reneflot, A. & Diaz E., 2016. Mental Health of Refugees and Non-refugees from War-Conflict Countries: Data from Primary Healthcare Services and the Norwegian Prescription Database. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 18(1), pp. 1-8.

Tappis, H., Doocy, S., Haskew, C., Wilkinson, C., Oman, A. & Spiegel, P., 2012. United Nations High Commissioner for Refugees feeding program performance in Kenya and Tanzania: a retrospective analysis of routine Health Information System data. *Food and Nutrition Bulletin*, 33(2), pp. 150-160.

The UN Refugee Agency Slovenija, 1951. *Konvencija o statusu begunca*. [pdf] The UN Refugee Agency Slovenija. Available at: [http://www.unhcr-centraleurope.org/\\_assets/files/content/resources/pdf\\_si/refugee\\_convention/1951\\_Convention\\_status\\_refugees-svn.pdf](http://www.unhcr-centraleurope.org/_assets/files/content/resources/pdf_si/refugee_convention/1951_Convention_status_refugees-svn.pdf) [Accessed 1 December 2016].

UNCHR, 2016. *Global Trends, Force Displacement in 2015*. [online] Available at: <http://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/576408cd7/unhcr-global-trends-2015.html> [Accessed 23 June 2016].

WHO, 2006. *Constitution of The World Health Organization*, 45th ed. [online] Available at: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) [Accessed 22 June 2016].