

**SMERNICE
ZA PRUŽANJE
KULTURNO
KOMPETENTNIH
ZDRAVSTVENIH
USLUGA**





AUTORKA

Prof. dr Jelena Radosavljev Kirćanski

LEKTURA

Branislava Erak

IZDAVAČ

Centar za istraživanje i razvoj društva IDEAS

DIZAJN I PRELOM:

Fireworks New

Beograd, 2021.

Sadržaj

UVOD	4
Osnovne informacije o izbegličkim i migrantskim zajednicama i njihovoj kulturi	8
Zemlje Bliskog istoka i Azije	8
Avganistan	8
Irak	12
Iran	13
Sirija	14
Pakistan	15
Afričke zemlje	18
Zemlje Magreba	18
Alžir	18
Maroko	19
Libija	20
Tunis	21
Ostale afričke zemlje	22
Somalija	22
Republika Gvineja	23
Niger	24
Nigerija	26
Kamerun	28
Demokratska Republika Kongo	29
Burundi	31
Negativne kulturne prakse u zemljama Bliskog istoka	32
Negativne kulturne prakse u zemljama Afrike	33
Izbeglice i migranti u Srbiji	34
Socijalni stavovi	34
Predrasude	35
Stereotipi	36
Razlika između predrasuda i stereotipa	36
Predrasude prema izbeglicama i migrantima	37
Kulturno kompetentna praksa	39
Kultura	39
Kulturna kompetentnost	39
Kulturno kompetentna praksa u zdravstvenoj zaštiti	40
Veštine kulturno kompetentnog zdravstvenog radnika/saradnika	41
Kulturna senzitivnost	42
Razlike u pristupu zdravstvu između zemalja Bliskog istoka i Afrike i Srbije	44
Zdravstvene usluge za izbeglice i migrante u Srbiji	45
Najčešći problemi zdravstvenih radnika u radu sa migrantima	46
Smernice o kulturno osetljivim praksama u zdravstvenoj zaštiti sa fokusom na ranjive grupe	58
Specifičnosti rada sa mladim izbeglicama i migrantima	58
Način rada sa decom i mladima	61
Principi rada zdravstvenih službi prilagođenih mladima	61
Specifičnosti rada sa trudnicama, porođiljama i majkama sa malom decom	64
Rad sa žrtvama rodno zasnovanog i porodičnog nasilja	65
Rad sa osobama sa psihijatrijskim problemima i korisnicima psihoaktivnih supstanci	68

UVOD

Izbeglice i migranti koji dolaze u Evropu iz udaljenih zemalja, poput Sirije, Avganistana, Irana, Iraka, Somalije i drugih, od zemlje porekla do Srbije prelaze dug i naporan put, koji karakterišu brojni rizici. Suočavaju se sa nasiljem, koje nad njima čine kriminalne grupe, krijumčari i policija, eksploatacijom, pljačkama, prolaze neprohodnim predelima, borave u ne higijenskim uslovima i suočavaju se sa drugim rizicima, koji mogu da izazovu privremene ili trajne fizičke ili psihičke traume. Najčešće putuju sa krijumčarima, koji su orijentisani na profit i ne vode računa o njihovom zdravlju i bezbednosti, neretko ih izlažući opasnostima. Takođe, na decu izbeglice i migrante porodice često vrše pritisak da u što kraćem roku stignu u zemlju destinacije, što ih izlaže dodatnim opasnostima. Sve to dovodi do povećane ranjivosti a samim tim i do potrebe za adekvatnom zdravstvenom zaštitom i negom.

Univezalna deklaracija o ljudskim pravima¹ navodi da svaka osoba ima pravo na zdravlje i blagostanje, što uključuje i lekarsku negu, kao i pravo na osiguranje u slučaju bolesti. Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima² ističe da države treba da priznaju pravo svakog lica da uživa najviši mogući standard fizičkog i mentalnog zdravlja. Druga ključna međunarodna dokumenta, među kojima su Konvencija o eliminaciji svih oblika diskriminacije nad ženama,³ Konvencija o pravima deteta⁴ i Konvencija o ukidanju svih oblika rasne diskriminacije,⁵ određuju pravo odraslih i dece na zdravlje. Pravo na zdravlje znači da je zdravstvena zaštita dostupna, prihvatljiva i kvalitetna za sve ljude. To znači da zdravstvene usluge treba da budu dostupne svima, posebno najugroženijim ili marginalizovanim grupama građana, bez diskriminacije po bilo kojem osnovu. Razumevanje prava na zdravlje potvrdio je i Komitet za ekonomska, socijalna i kulturna prava.

Svetska zdravstvena organizacija zdravlje izbeglica i migranata vidi kao kritičan element univerzalne zdravstvene zaštite koji predstavlja izazov za sve zemlje. Stoga je aprila 2019. godine razmatrala i usvojila Globalni akcioni plan za unapređenje zaštite zdravlja izbeglica i migranata.⁶ Cilj plana je poboljšanje globalnog zdravlja i dobrobiti izbeglica i migranata u okviru napora da se odgovori na zdravstvene potrebe celokupnog stanovništva, što bi obezbedilo inkluzivan i holistički pristup zdravstvenim potrebama izbeglica i migranata. Ovi globalni napori trebalo bi da obezbede najviši zdravstveni standard u skladu sa nacionalnim zakonodavstvom i međunarodnim instrumentima o jednakom pristupu uslugama javnog zdravlja.

Zakonodavstvo u Srbiji reguliše da svi stranci koji borave u Srbiji ili kroz nju prolaze imaju pravo na zdravstvenu zaštitu, ali se obim i uslovi za ostvarivanje zdravstvene zaštite razlikuju u odnosu na status i uzrast stranca. U odnosu na obim prava i uslove, mogu se razlikovati tri grupe stranaca.

1 UN General Assembly, Universal Declaration of Human Rights, 10 December 1948, 217 A (III).

2 UN General Assembly, International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 16 December 1966, United Nations, Treaty Series, vol. 993, p. 3.

3 UN General Assembly, Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women, 18 December 1979, United Nations, Treaty Series, vol. 1249, p. 13.

4 UN General Assembly, Convention on the Rights of the Child, 20 November 1989, United Nations, Treaty Series, vol. 1577, p. 3.

5 UN General Assembly, International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, 21 December 1965, United Nations, Treaty Series, vol. 660, p. 195.

6 World Health Assembly, 72. (2019); Promoting the Health of Refugees and Migrants: Draft Global Action Plan, 2019-2023, Report by the Director-General, World Health Organization; dostupno na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328690>.

Prvu grupu čine stranci koji ostvaruju pravo na zdravstvenu zaštitu i novčane naknade pod istim uslovima kao i državljani Srbije. To su pre svih stranci u radnom odnosu i članovi njihovih sekundarnih porodica, koji spadaju u zdravstvene osiguranike.⁷ Osim njih, sva deca i mladi do navršениh 26 godina koji se nalaze na redovnom školovanju⁸ smatraju se osiguranicima, što znači da su im na jednak način dostupne zdravstvena zaštita i novčane naknade kao i državljanima Srbije.

Drugu grupu čine stranci koji o trošku Republike Srbije mogu ostvariti pravo na sve zdravstvene usluge obuhvaćene obaveznim zdravstvenim osiguranjem, ali nemaju pravo na novčane naknade.⁹ To su:

- punoletni tražioci azila;
- osobe uključene u program podrške dobrovoljnog povratka;
- žrtve trgovine ljudima;¹⁰
- osobe kojima je odobreno pravo na azil, ukoliko su materijalno neobezbeđene.

Stranci kojima je odobren privremeni boravak iz humanitarnih razloga i stranci koji nezakonito borave u Srbiji, a nisu uključeni u program podrške dobrovoljnog povratka, čine treću grupu i oni bi trebalo da sami snose troškove zdravstvene zaštite. Pravnim okvirom je predviđeno da oni imaju pravo na hitnu medicinsku pomoć,¹¹ ali ne o trošku Republike Srbije.^{12,13} Ipak, stranac u iregularnom statusu može biti oslobođen plaćanja troškova hitne medicinske pomoći ustanovi ukoliko nema potrebna novčana sredstva. U tom slučaju ustanova će nadoknadu dobiti od države tako što će podneti zahtev Ministarstvu zdravlja, a država će na sebe preuzeti naplatu od stranca.¹⁴ Još jedan način da se stranac u iregularnom statusu oslobodi troškova pruženih zdravstvenih usluga, jeste da se registruje i pred policijskim službenikom policijske uprave za strance izrazi nameru da traži azil. Međutim, ovo može biti opcija samo ukoliko prethodno nije bio registrovan u Republici Srbiji.

Ministarstvo zdravlja je u sklopu projektnih aktivnosti koje finansira Evropska unija, obezbedilo da izbeglice i migranti mogu besplatno da dobiju neophodne medicinske usluge, nezavisno od njihovog statusa.

U centrima za azil i prihvatnim centrima besplatan pristup zdravstvenoj zaštiti regulisan je otvaranjem ambulanti pri nadležnim domovima zdravlja, koje se nalaze u okviru ovih centara, a u okviru ambulante postoji i apoteka sa neophodnim lekovima i mogućnošću nabavke dodatnih lekova. Ukoliko pacijent boravi u ustanovi socijalne zaštite, za brigu o zdravstvenom stanju pacijenta nadležan je dom zdravlja, a ustanova je dužna da korisniku obezbedi pratnju do zdravstvene ustanove radi pregleda, kao i neophodnu pomoć.

7 Zakon o zdravstvenom osiguranju, „Sl. glasnik RS”, br. 25/2019, čl. 11.

8 Ibid, čl. 16.

9 Zakon o zdravstvenoj zaštiti, „Sl. glasnik RS”, br. 25/2019, čl. 239.

10 Zakon o zdravstvenoj zaštiti ne pravi razliku između pretpostavljenih i identifikovanih žrtava trgovine ljudima, zbog čega obe kategorije ostvaruju pravo na zdravstvene usluge o trošku Republike Srbije.

11 Zakon o zdravstvenoj zaštiti, „Sl. glasnik RS”, br. 25/2019, čl. 236.

12 Ibid, čl. 238.

13 Iako je Zakonom o strancima predviđeno da stranci u toku roka za dobrovoljni povratak imaju pravo na hitnu medicinsku pomoć, u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti su jasno utvrđene grupe koje imaju pravo na besplatne zdravstvene usluge, među kojima se ne nalazi ta grupa stranaca, što znači da su oni u obavezi da snose troškove lečenja.

14 Ibid, čl. 240.

Obaveze zdravstvenih ustanova i radnika

Pravnim okvirom je propisano da je svaka zdravstvena ustanova i privatna praksa dužna da strancu pruži hitnu medicinsku pomoć,¹⁵ kao i da se zdravstvene usluge strancima pružaju na isti način kao i građanima Republike Srbije,¹⁶ što znači da se ne sme praviti razlika u pristupu između državljana Srbije i izbeglica i migranata. Zdravstvene ustanove i privatne prakse mogu pružiti strancu i druge zdravstvene usluge o njegovom trošku.¹⁷ Svaki zdravstveni radnik je dužan da izbeglici ili migrantu pruži hitnu medicinsku pomoć. Izričito je zabranjeno neopravdano odbijanje pružanja zdravstvenih usluga na osnovu ličnog svojstva pacijenta¹⁸ i za takav prekršaj je propisana novčana kazna od 5.000 do 50.000 dinara za zdravstvenog radnika, odnosno 10.000 do 100.000 dinara za pravno lice.¹⁹ Osim prava na pregled, pacijent, bez obzira na migracioni status, ima pravo i da od nadležnog zdravstvenog radnika blagovremeno i bez traženja dobije informacije potrebne za donošenje odluke o pristanku ili odbijanju predložene mere.

Iako je propisano da se ne sme praviti razlika u pristupu između državljana Srbije i izbeglica i migranata, to je nekada teško primeniti u praksi zbog razlika u kulturi. Kako bi se izbeglicama i migrantima pružila adekvatna zdravstvena zaštita i nega, pored osnovnog poznavanja kulturnih razlika, neophodno je razviti veštine i usvojiti znanja koja se odnose na pružanje kulturno kompetentne prakse.

Ovaj priručnik je usmeren na jačanje kompetencija zdravstvenih radnika putem upoznavanja sa osnovnim kulturnim razlikama u odnosu na zemlje porekla, ali i usvajanjem znanja i veština kako bi se na adekvatan način i u skladu sa navedenim sociokulturnim razlikama pružila zdravstvena zaštita.

Cilj priručnika je da profesionalcima angažovanim u procesu zdravstvene zaštite izbeglica/ migranata olakša razumevanje različitosti u vezi sa kulturnim kontekstom iz kojeg izbeglice/ migranti dolaze. Pored bazičnih principa dobre prakse koji se odnose na rad sa svim ljudima, postoje neke specifičnosti u radu sa ovom populacijom, koje su posledica različitog socioekonomskog, kulturnog, religijskog i običajnog okruženja. Osim toga, iskustva koja su izbeglice/migranti proživeli do trenutka ulaska u Srbiju, kao i iskustva koja imaju ovde, u prihvatnim centrima i sa lokalnim stanovništvom, takođe uslovljavaju prirodu pristupa i način intervenisanja u radu sa njima. Da bi usluge bile pružene na adekvatan i efikasan način, potrebno je osnažiti profesionalce u zdravstvenom sektoru da upoznaju, poštuju i uvažavaju navedene razlike, tj. da svoj posao obavljaju na kulturno kompetentan način.

Priručnik se sastoji iz tri celine. U prvom delu su date osnovne informacije o izbegličkoj i migrantskoj zajednici i njihovoj kulturi. Takođe su definisani pojmovi *stavovi*, *predrasude* i *stereotipi* jer oni utiču na način gledanja na svet i ljude oko nas, kao i na profesionalni rad. U drugom delu priručnika date su definicije kulturno kompetentnih praksa i navedene karakteristike koje treba da ima kulturno kompetentan profesionalac, organizacija iz koje dolazi i društvena zajednica. Na osnovu razgovora sa ljudima koji rade u prihvatnim centrima (lekarima, medicinskim sestrama, psiholozima), obrađene su različite situacije koje mogu predstavljati potencijalni problem – jezička barijera, razlike u poimanju zdravlja, bolesti i lečenja u različitim kulturama, nepoznavanje procedura, nedostatak medicinske dokumentacije, mobilnost pacijenata, njihova traumatska iskustva. Za svaki od

15 Zakon o zdravstvenoj zaštiti, „Sl. glasnik RS”, br. 25/2019, čl. 238.

16 Ibid. čl. 237.

17 Ibid. čl. 238.

18 Zakon o zabrani diskriminacije, „Sl. glasnik RS”, br. 22/2009 i 52/2021, čl. 27.

19 Ibid. čl. 60.

mogućih teškoća ponuđena su različita rešenja i načini njihovog prevladavanja. U trećem delu Priručnika date susmernice o kulturno osetljivim praksama u zdravstvenoj zaštiti, sa fokusom na ranjive grupe izbeglica/migranata - decu i mlade, trudnice i porodilje, žrtve rodno zasnovanog nasilja, osobe sa problemima mentalnog zdravlja i korisnike psihoaktivnih supstanci.



OSNOVNE INFORMACIJE O IZBEGLIČKIM I MIGRANTSKIM ZAJEDNICAMA I NJIHOVOJ KULTURI

Srbija se nalazi na ruti mešovitih migracija, kojom se najčešće kreću izbeglice i migranti iz bliskoistočnih zemalja – Avganistana, Iraka, Irana, Sirije i Pakistana – i u mnogo manjem broju izbeglice i migranti iz afričkih zemalja – Alžira, Maroka, Somalije i drugih. Osnovne razlike u kulturi između tih zemalja i Srbije mogu predstavljati značajnu poteškoću u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu, uglavnom usled različitosti zdravstvenih praksa u tim zemljama. Kako bismo na adekvatan način pružili svu pomoć i negu izbeglicama i migrantima, najpre moramo imati osnovne informacije o njihovim zemljama porekla, kulturi i praksama koje se primenjuju u zdravstvenoj zaštiti.

ZEMLJE BLISKOG ISTOKA I AZIJE



AVGANISTAN

Islamska Republika Avganistan se nalazi u jugozapadnom delu Azije. Prema popisu iz 2015.godine, Avganistan ima 36.643.815 stanovnika. U taj broj uključeno je oko 2,7 miliona avganistanskih izbeglica u Pakistanu i Iranu. Od ukupnog broja stanovnika 42% su Paštuni, 27% Tadžici, 9% Uzbeci, 9% Hazari i još bar pet manjih etničkih grupa. Ovo je važno jer i među tim etničkim grupama ima kulturnih razlika; recimo, Paštuni su u većini slučajeva konzervativniji u odnosu na ostale etničke grupe. Najzastupljenija religija je islam; većina vernika su suniti, dok šiita ima oko 15%.

Život u Avganistanu

Avganistan je nerazvijena zemlja i jedna od najsiromašnijih na svetu zbog decenija ratovanja i nedostatka stranih investicija. Prema informacijama iz 2016. godine, stopa nezaposlenosti iznosi 23,9% i 54,5% stanovnika živi ispod linije siromaštva.²⁰

Od 2021. godine stopa pismenosti stanovništva starosti 15 i više godina iznosi 37,3% (muškarci 52,1% i žene 22,6%).²¹ Danas se oko 60% dece školuje, dok je samo 28% odrasle populacije pismeno. Avganistan je i zemlja sa najvećim brojem terorističkih napada na škole. Procenjuje se da 3,7 miliona dece ne pohađa školu u Avganistanu – 60% njih su devojčice.²² Glavni razlozi za nizak upis devojčica su nesigurnost i tradicionalne norme i prakse koje se odnose na ulogu devojčica i žena u društvu. Još jedan razlog je nedostatak učiteljica, posebno u seoskim školama. Samo 16% škola u Avganistanu je samo za devojčice, a u mnogima od njih nema odgovarajućih sanitarnih prostorija, što dodatno otežava pohađanje. Nasilni napadi na školsku decu, posebno na devojčice, ometaju pristup obrazovanju, posebno u oblastima pod kontrolom talibana. Talibani i drugi ekstremisti su pretili, napadali školske zvaničnike, nastavnike i učenike, posebno devojčice, i palili škole i za dečake i za devojčice.

20 <https://sr.wikipedia.org/sr-el/%D0%90%D0%B2%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD#%D0%A1%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D0%B8%D1%88%D1%82%D0%B2%D0%BE>.

21 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/afghanistan/#people-and-society>.

22 <https://www.unicef.org/afghanistan/education>.

Postoje izveštaji o seksualnom zlostavljanju koje su počinili nastavnici i školski službenici, posebno nad dečacima. Vlada tvrdi da su porodice retko podnosile tužbe zbog stida i sumnje da će pravosudni sistem reagovati. Bilo je izveštaja da su i pobunjeničke grupe i vladine snage koristile školske zgrade u vojne svrhe.

Religija već dugo igra glavnu ulogu u svakodnevnom životu i društvenim običajima Avganistana, ali talibani su nametnuli daleko strože prakse sprovođenjem svog islamskog koda u oblastima koje kontrolišu. Te mere uključuju zabranu posedovanja televizora, kao i zabranu većine drugih oblika zabave. Muškarci koji nisu uspeli da puste bradu i ostave je nepodršihu kažnjavani su novčano i zatvorom (ekstremisti potpunu bradu doživljavaju kao obeležje muslimana), a prema osuđenim prestupnicima je pokazivano malo milosti.

Svakodnevni život avganistanskih žena se radikalno promenio. Šezdesetih godina prošlog veka nošenje vela je postalo dobrovoljno, žene su nalazile zaposlenje u kancelarijama i prodavnicama, neke žene su dobile i fakultetsko obrazovanje. Situacija se, međutim, promenila posle talibanskog zauzimanja Kabula 1996. Vlasti su zatvorile škole za devojčice i primorale žene da odustanu od zaposlenja u skoro svim zanimanjima. Oštre kazne su primenjivane protiv žena koje nisu bile potpuno pokrivena na ulici ili koje su zatečene u društvu muškaraca s kojima nisu u rodu.

Zakon u Avganistanu prepoznaje 22 dela nasilja nad ženama, uključujući fizičko zlostavljanje ili batinanje, prinudni brak, poniženje, zastrašivanje i lišavanje nasledstva i silovanje (kako žena, tako i muškaraca). Ako delo rezultira smrću žrtve, zakon predviđa smrtnu kaznu za počinioaca. Tužioc i sudije u ruralnim oblastima često nisu upoznati sa ovim zakonom ili su pod pritiskom da oslobode optužene zbog porodične lojalnosti, nekad im se preti, nekad nudi mito, a neki verski lideri su proglasili zakon neislamskim. Žene žrtve su se suočile sa strogom ili nasilnom društvenom odmazdom, u rasponu od zatvora do vansudskog ubistva.

U Avganistanu je prisutna i praksa prisilnih ginekoloških testova, koji se koriste kao „testovi nevinosti“. Iako su zakonom definisani kao krivično delo, 2020. godine je više od 90% takvih pregleda obavljeno bez sudskog naloga ili pristanka pojedinca, a sprovedeni su u vezi sa optužbama uključujući: preljubu, ubistvo, krađu i bekstvo od kuće, ali i u slučajevima kada su žene prijavile silovanje.²³ U oblastima u kojima talibani vladaju, žene su kažnjavane zatvorskom kaznom zbog toga što su bile žrtve prinudnih brakova, nasilja u porodici i silovanja; 95% devojaka i 50% žena zatvorenih u Avganistanu optuženo je za „moralne zločine“: bežanje od kuće ili *zine* (seks van braka).

Zbog normalizacije kulture i gledanja na nasilje u porodici kao na „porodičnu stvar“, nasilje u porodici često ostaje neprijavljeno. Skoro sve žene u Avganistanu (90% njih) veruju da je nasilje muškaraca nad ženama opravdano.²⁴ Neke žene ne traže pravnu pomoć za porodično ili seksualno zlostavljanje jer ne znaju svoja prava ili zato što se plaše krivičnog gonjenja ili vraćanja porodici ili počinioocu. Kulturna stigmatizacija žena koje provedu čak i samo jednu noć van kuće, takođe sprečava žene da traže usluge koje mogu „osramotiti“ njih ili porodicu.

Ponekad su žene kojima je bila potrebna zaštita završavale u zatvoru, bilo zato što je njihovoj zajednici nedostajao zaštitni centar, bilo zato što se bežanje tumačilo kao moralni zločin. Preljuba, blud i kidnapovanje su krivična dela. Bekstvo nije krivično delo po zakonu, ali su neke lokalne vlasti nastavile da pritvaraju žene i devojčice zbog bekstva od kuće ili „pokušaja *zine*“. Ministarstvo za ženska pitanja i nevladini subjekti ponekad su dogovarali brakove za žene koje nisu mogle da se vrate svojim porodicama. Zakon kriminalizuje

23 <https://www.state.gov/reports/2020-country-reports-on-human-rights-practices/afghanistan/>.

24 Ibid.

prisilne, maloletničke i *baad* brakove²⁵ i mešanje u pravo žene da izabere svog supružnika. Praksa razmene nevesta između porodica nije kriminalizovana i široko je rasprostranjena.

Imati dete van braka je krivično delo i kažnjivo je kaznom zatvora do tri godine i za muškarce i za žene, čak i kada je trudnoća posledica silovanja. Isto tako, namerno prekidanje trudnoće je krivično delo i kažnjivo je zatvorom.

Društveni zahtev da žene imaju muškog staratelja, uticao je na pristup i učešće žena u pravosudnom sistemu. Žene nemaju jednaka zakonska prava kao muškarci – ne mogu da naslede imovinu kao preživeli supružnik, a ćerke nemaju jednaka prava kao sinovi – ne mogu da naslede imovinu od svojih roditelja.

Po zakonu, žene se ne smeju jednostrano razvesti od svojih muževa, ali to mogu učiniti uz pristanak muža na razvod, dok se muškarci mogu jednostrano razvesti od svojih žena.

Uprkos zakonu koji propisuje minimalan zakonski uzrast za brak od 16 godina za devojčice (15 godina uz saglasnost roditelja, staratelja ili suda) i 18 godina za dečake, širom zemlje su i dalje široko rasprostranjeni rani i prisilni brakovi. Jedna trećina avganistanskih devojaka uda se pre svog 18. rođendana, a 17% pre svog 15. rođendana.²⁶ Nakon udaje devojke su često izložene obavljanju kućnih poslova, ranim trudnoćama i porodičnom zlostavljanju. Po zakonu, bračni ugovor zahteva proveru da li mlada ima 16 godina (ili 15 godina uz dozvolu roditelja ili suda), ali samo mali deo stanovništva ima izvod iz matične knjige rođenih; osim toga, u izvodu (*taskira*) ne stoji datum rođenja, već procenjene godine osobe u trenutku vađenja dokumenta.

Avganistanske devojke se suočavaju sa ranim brakovima, ubistvima iz časti, porodičnim zlostavljanjem i seksualnim nasiljem. I avganistanski dečaci trpe mnoge od tih rizika, zajedno sa regrutovanjem za oružani sukob i seksualnom eksploatacijom.

Avganistan je na 14. mestu u svetu po stopi fertiliteta, koji iznosi 4,72 deteta po ženi (prema podacima iz 2021. godine).²⁷ Ima jednu od najviših stopa smrtnosti majki u svetu, koja je 2017. godine procenjena na 638 smrtnih slučajeva na 100.000 porođaja, i najvišu stopu smrtnosti odojčadi u svetu (smrt beba mlađih od godinu dana), koja je 2021. godine procenjena na 106,75 smrti na 1.000 porođaja.²⁸

Polovina avganistanskog stanovništava je mlađa od 18 godina. Mladi su izloženi situacijama ekstremnog nasilja i zlostavljanja zbog tekućih borbi, raseljavanja, loše ekonomije i štetnih društvenih normi i praksi. Povećan broj i učestalost incidenata koji su posledica sukoba izazvali su alarmantan porast broja dečjih žrtava.

Krivični zakon osuđuje i zlostavljanje i zanemarivanje dece. Iako je proglašeno za krivično delo, nasilje nad decom je ipak široko rasprostranjeno. Primer za to su navodi da je policija tukla i seksualno zlostavljala decu. Tri četvrtine avganistanske dece uzrasta od dve do četrnaest godina prijavljuje nasilnu disciplinu kod kuće. Potreba za zaštitom od nasilja je jasna. Deca koja su zatražila pomoć policije zbog zlostavljanja takođe su izjavila da su ih dodatno uznemiravali i zlostavljali službenici za sprovođenje zakona, posebno u slučajevima bača bazi (*bacha bazi*),²⁹ što je odvrćalo žrtve da prijave događaje.

25 Praksa rešavanja sporova u kojima porodica krivca daje žensko dete porodici žrtve.

26 <https://www.unicef.org/afghanistan/child-protection>.

27 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/afghanistan/#people-and-society>.

28 Ibid.

29 Ili „dečačka igra“ je avganistanski običaj da se dečaci primoravaju da se oblače kao žene i da zavodljivo plešu za publiku starijih muškaraca. Dečaci su u vlasništvu moćnika i redovno su žrtve seksualnog zlostavljanja.

Branitelji ljudskih prava su 2019. godine razotkrili seksualno zlostavljanje najmanje 165 učenika u tri srednje škole u pokrajini Logar, navodeći da su u zlostavljanju učestvovali nastavnici, direktori, zamenici direktora, drugi učenici i najmanje jedan lokalni službenik za sprovođenje zakona. Objavljivanje video-snimaka silovanja i razotkrivanje skandala dovelo je do ubistva iz časti najmanje pet žrtava nasilja. Dvojicu branitelja ljudskih prava koji su razotkrili događaje državna bezbednost je stavila u pritvor, bili primorani da se izvine zbog prijavljivanja i nastavili su da se suočavaju sa pretnjama nakon puštanja na slobodu, što ih je navelo da pobegnu iz zemlje. Istraga tužilaštva o skandalu dovela je do identifikacije dvadeset počinitelja, od kojih je deset uhapšeno do kraja godine. Osnovni sud u Logaru je devet počinitelja osudio za seksualni napad na decu.

Vlada je preduzela korake da obeshrabri zlostavljanje dečaka i da krivično goni i kazni počinioce. Krivični zakon kriminalizuje bača bazi kao posebno krivično delo i nadovezuje se na zakon o trgovini ljudima iz 2017.

Prava dece su ugrožena i u pogledu radne eksploatacije: više od trećine dečaka i više od četvrtine devojčica od pet do sedamnaest godina bavi se opasnim dečjim radom.³⁰

Porodica je važan aspekt kulture. Muškarci zarađuju, dok žene ostaju kod kuće i bave se porodicom. Roditelji podržavaju decu da i u najmlađem uzrastu razviju što veći stepen samostalnosti. To i ima smisla u višečlanim porodicama i stoga se često dešava da starija braća i sestre vode računa o mlađoj deci (čak i ako stariji brat ili sestra ima samo šest-sedam godina) ili da vode računa o domaćinstvu. U razvijenijim delovima Avganistana, na primer u glavnom gradu Kabulu, žene rade i zarađuju. Razvodi su retki. Poligamija je dozvoljena, ali retka. Gostoprimstvo je važna odlika kulture i tradicije. Rukovanje je najčešći način pozdravljanja, ali je veoma često i da se stavljanjem ruke na srce ili glavu iskaže poštovanje.

Loša ishrana, veliki nedostatak čiste vode za piće i adekvatnih sanitarnih uslova dovode do visoke stope smrtnosti, posebno među malom decom. Izvan velikih gradova struja je rezervisana za malobrojne privilegovane.

Rat u Avganistanu

Rat u Avganistanu traje od 1979. godine i počeo je napadom i okupacijom koju je nad avganistanskim stanovništvom izvršio Sovjetski Savez. Sovjeti se 1989. godine povlače, ali se u Avganistanu nastavlja građanski rat protiv demokratskog režima. Talibani su osvojili Kabul 1996. godine i uspostavili Islamski Emirat Avganistan. Talibanski režim nameće građanima islamski poredak. Islamski zakoni, tzv. šerijat, najteže pogađaju žene, koje su prisiljene da oblače burke i kojima je zabranjeno da pohađaju školu. Za nepoštovanje tih mera moguća je i smrtna kazna. Građanski rat traje i u toku talibanskog režima, ali manjim intenzitetom.

Međunarodni rat u Avganistanu je počeo 2001. kao odgovor na terorističke napade 11. septembra 2001. na Njujork i Vašington i trajao je do aprila 2021. godine, kada su se trupe SAD i NATO-a povukle, što je omogućilo talibanima da septembra 2021. godine osvoje celu teritoriju Avganistana i na taj način ponovo dođu na vlast.



Republika Irak je država u jugozapadnoj Aziji. Prema proceni iz 2020. godine, Irak ima 38.872.655 stanovnika.³¹ Dom je različitih etničkih grupa: Arapa, Kurda, Turkmenistanaca, Jazida, Jeremena i šest drugih manjih etničkih grupa. Irak je u starom veku na zapadu bio poznat po grčkom toponimu Mesopotamija i na ovom prostoru su se smenjivale civilizacije još od 6. milenijuma pre n. e. Irački Kurdistan je jedini autonomni region u Iraku sa sopstvenom vladom i vojskom. Islam je najzastupljenija religija i pripada mu više od 95% stanovništva. Tri dominantne zajednice su Arapi šiiti (oko 60% stanovništva), Arapi suniti (oko 20%) i Kurdi (oko 15%).³²

Život u Iraku

Kao rezultat borbi i razaranja tokom građanskog rata u Iraku, milioni civila su raseljeni iz svojih domova, ostali su bez posla i oduzeta im je imovina ključna za finansijsku sigurnost. Odras ove situacije je nesrazmerna stopa nezaposlenosti u oblastima pod kontrolom ISIS-a (21,6%) u poređenju sa ostatkom zemlje (11,2%). UNICEF je ove godine objavio izveštaj u kojem je zaključeno da je u Iraku u stanju humanitarnih potreba 4,1 milion ljudi, uključujući 1,8 miliona dece.³³

Poslednjih godina padavine su sve ređe širom Iraka. Nedostatak padavina i izgradnja brana uzvodno u Turskoj i Iranu značajno su smanjili nivoe vode u rekama Tigar i Eufrat, što ima negativne posledice po poljoprivredu i hidroelektrane. Osim toga, sve sušnije sezone izazvale su zaslanjivanje vode, što je zemlju učinilo neupotrebljivom za poljoprivredu i pogoršalo uslove života u Iraku. Svetski program za hranu navodi da je oko 2,4 miliona ljudi u akutnoj potrebi,³⁴ a da je više od polovine stanovnika Iraka podložno neuhranjenosti zbog nedostatka hrane.³⁵

Irak ima besplatno, obavezno osnovno šestogodišnje obrazovanje. Za razliku od drugih zemalja u regionu, Irak je bio posvećen obrazovanju i dečaka i devojčica. Kao rezultat ovog egalitarnog pristupa javnom obrazovanju, Irak ima ukupnu stopu pismenosti od 80%. Ipak, oko 355.000 dece ne ide u školu.³⁶ U 2021. godini 1,3 miliona interno raseljene dece dece povratnika suočava se sa preprekama u pristupu obrazovanju, dok oko 1,7 miliona dece ima potrebu za zaštitom od rodno zasnovanog nasilja.³⁷

U poređenju sa objektivnim slobodama žena na globalnom nivou, žene u Iraku prolaze kroz određene prakse koje se u mnogim zemljama smatraju supresivnim i nejednakim. Ipak, ženama u Iraku je dozvoljeno da se obrazuju i rade, a slobode su im uskraćene po pitanju učestvovanja u donošenju porodičnih odluka i iznošenju svog mišljenja. Muškarac je glava porodice, koja se za sve pita. Ipak, ženama je dozvoljeno da budu u parlamentu, da glasaju, mogu samostalno da se kreću. U obavezi su da nose hidžab. U Iraku je zakonom propisano da se žene udaju tek posle 18. godine, ali se dešava da se u ruralnim predelima Iraka ovaj zakon ne primenjuje.

31 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/iraq/>.

32 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/iraq/>.

33 UNICEF, Iraq Country Office Humanitarian Situation Report No. 2, Reporting Period: 1 April to 30 June 2021.

34 <https://api.godocs.wfp.org/api/documents/5543cf873385483187ccafd8377ecabf/download/?ga=2.118125833.183738851.1638393658-671220936.1638393658>.

35 <https://www.wfp.org/news/more-half-iraqs-population-risk-food-insecurity-government-wfp-analysis>.

36 <https://www.unicef.org/iraq/what-we-do/education>.

37 Iraq Country Office Humanitarian Situation Report No. 2, Reporting Period: 1 April to 30 June 2021.

Rat u Iraku

Rat u Iraku (ili Treći zalivski rat) počeo je u martu 2003. i trajao do decembra 2011. Deli se na dve faze:

1. Invazija na Irak, koja je trajala od marta do maja 2003.godine. To je bio sukob između anglo-američke invazione vojske i vojske režima Sadama Huseina;
2. Okupacija Iraka, to jest razdoblje tzv. iračke insurekcije (nakon završetka invazije), u kojem se američke i okupacione snage drugih zemalja zajedno sa novom iračkom vojskom bore protiv raznih frakcija iračkih pobunjenika i stranih terorista, članova Al Kaide.

Nakon toga počinje građanski rat u Iraku, koji traje od 2011. do 2013. godine, a onda, invazijom koju predvodi Amerika, ponovo počinje rat, koji traje do 2017. godine. Pobuna Islamske države u Iraku je tekuća pobuna niskog intenziteta, koja je počela u decembru 2017. i trajala do 2019. godine, nakon što je Islamska država izgubila teritorijalnu kontrolu u ratu u Iraku od 2013. do 2017. godine.

Politička, ekonomska i socijalna nestabilnost u Iraku predstavlja izazov za humanitarni odgovor. U 2021. godini bezbednost ostaje glavna zabrinutost, s obzirom na kontinuirane napade i nasilje. Napadi ISIS-a na Bagdad i sporna područja su takođe eskalirali, kao što se pojačao i sukob između Kurdistanske radničke partije i turskih snaga na iračkoj teritoriji.



Islamska Republika Iran država je u jugozapadnoj Aziji. Prema proceni iz 2021. godine, Iran ima 85.888.910 stanovnika.³⁸ Iran je multikulturna zemlja, koja se sastoji od mnogih etničkih i jezičkih grupa, od kojih su najbrojniji Persijanci (61%), Azeri (16%), Kurdi (10%) i Luri (6%). Najzastupljenija religija je šiitski islam.

Život u Iranu

Porodični život je od izuzetne važnosti za Irance i porodica često uključuje decu, roditelje, bake i deke i ostarelu rodbinu. Za njih je neobično da deca žive sama; ona pre braka odlaze od kuće samo kako bi pohađala univerzitet u drugom gradu ili zbog posla. Ukoliko muškarci žive sami, sažaljevaju ih, a na žene koje žive same, gledaju krajnje sumnjičavo.

Žene su i dalje suočene sa ukorenjenom diskriminacijom u zakonu, uključujući brak, razvod, zapošljavanje, nasleđivanje i političku funkciju. Iako im je dozvoljeno da studiraju, ipak im je onemogućen pristup određenim delatnostima. Uprkos tome, one ostvaruju jednaku zaradu kao muškarci. Za razliku od susednih država, ženama je dozvoljeno da se kreću bez pratnje, ali su u obavezi da nose hidžab. „Moralna“ policija i osvetnici svakodnevno izlažu milione žena i devojaka uznemiravanju i nasilnim napadima u vezi sa obavezom nošenja hidžaba. Nekoliko braniteljki prava žena je u zatvoru zbog kampanje protiv prisilnog pokrivanja. Pored toga, ženama je određeno da se voze u posebnom delu autobusa; mogu da voze automobil i čak da rade kao taksisti, ali nije dozvoljeno da voze nepoznatog muškarca. Takođe je zabranjeno rukovanje sa suprotnim polom na javnim mestima.

38 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/iran/>.

Zakonska starosna granica za brak u Iranu je 13 godina za devojčice i 15 godina za dečake, mada je prihvatljivo da se deca i mlađa venčavaju uz očevu dozvolu. Prema Statističkom centru Irana, 2020. godine 31.379 devojčica od 10 do 14 godina se udalo.³⁹ Statistički podaci o dečjim brakovima su samo oni koji su zvanično registrovani, ali se veruje da je stvarni broj veći jer su mnogi takvi brakovi neregistrovani.

Nasilje u porodici, silovanje u braku, rani i prisilni brakovi i drugo rodno zasnovano nasilje nad ženama i devojčicama i dalje su rasprostranjeni i nisu kriminalizovani. Dugi niz godina se čeka na donošenje zakona o zaštiti žena, ali se ono kontinuirano odlaže. Muškarci koji ubiju svoje žene ili ćerke najčešće prolaze nekažnjeno. U junu 2020. odobren je novi zakon o zaštiti dece, koji ne sadrži zaštitu od ubistava iz časti, dečjih brakova i bračnog silovanja.⁴⁰ Kazna koju žena snosi zbog prevare, jeste javno kamenovanje. Zabranjena je veza između muslimana i pripadnika drugih veroispovesti. Za homoseksualnost je predviđena smrtna kazna.

Pripadnici verskih manjina suočavaju se sa diskriminacijom, uključujući oblasti obrazovanja i zapošljavanja, kao i sa proizvoljnim hapšenjem i zatvaranjem, mučenjem i drugim vrstama maltretiranja zbog praktikovanja svoje vere. Moralna i verska policija vrši napade na kućne crkve, a u javnosti nije dozvoljeno praktikovanje druge vere osim islama.

U Iranu je takođe prisutna i cenzura medija i ometanje stranih satelitskih televizijskih kanala. Fejsbuk, Telegram, Tviter i Jutjub su blokirani.⁴¹



SIRIJA

Sirijska Arapska Republika se nalazi u zapadnoj Aziji. U Siriji živi oko 18 miliona stanovnika. U etničkom pogledu oko 90% čine Arapi, 7% Kurdi, 2% Jermeni. Islam je religija 88% stanovništva (oko 70% su suniti, 15% alaviti, 2% ismailiti), oko 9% su hrišćani (pravoslavci, sirijski katolici, nestorijanci, maroniti).⁴² Glavni i najveći grad Damask („Grad jasmina“) predstavlja najstariji naseljeni grad na svetu, a Sirija je središte jedne od najstarijih civilizacija na svetu.

Život u Siriji

Aktuelna situacija u Siriji je nepovoljna. Oko 50% Sirijaca je bez posla.⁴³ Skoro isto toliko ih živi u ekstremnom siromaštvu i ne može da priušti zadovoljenje bazičnih životnih potreba. Oko 13,5 miliona Sirijaca raseljeno je iz svojih domova zbog trenutne krize. Pet miliona je pobjeglo u susedne zemlje. Sirija je prva zemlja na svetu po broju izbeglica sa čak 34,34 izbeglice na 1.000 ljudi.⁴⁴ Oko četiri petine sirijskog stanovništva je pismeno.⁴⁵

Porodica je srce sirijskog društvenog života. Iako su formalno ugovoreni brakovi sve ređi, roditelji obično imaju odlučujući autoritet u odobravanju ili odbijanju braka. Muslimani se mogu oženiti nemuslimankama, ali je obrnuto zabranjeno; međudenominacioni brakovi među hrišćanima su legalni, ali zahtevaju dozvolu obe denominacije. Sirijski porodični

39 <https://www.rferl.org/a/iran-child-marriages/31420642.html>.

40 <https://www.amnesty.org/en/location/middle-east-and-north-africa/iran/report-iran/>.

41 <https://www.amnesty.org/en/location/middle-east-and-north-africa/iran/report-iran/>.

42 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/syria/>.

43 Ibid.

44 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/syria/>.

45 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/syria/>.

zakon kao minimalni zakonski uzrast za sklapanje braka propisuje 18 godina za muškarce i 17 godina za žene. Međutim, verski sudija ima pravo da odobri brak za muškarce od 15 godina, a izuzeci su bili dozvoljeni i ako su devojke od 12 godina bile sposobne da dokažu da su „fizički i psihički“ spremne za bračni život.

Novi zakon, usvojen 2019. godine, zabranjuje da se žena uda odlukom člana porodice bez njenog usmenog pristanka. Pored toga, ženama je sada dozvoljeno da u bračnom ugovoru navedu da zabranjuju svom mužu da uzme drugu, treću ili četvrtu ženu - kako to dozvoljava šerijat. Ako se muž ponovo oženi bez pristanka svoje žene, on podleže zakonskoj kazni i njegova žena je ovlašćena da podnese zahtev za razvod. Izmenjeni građanski zakon takođe dozvoljava ženama da naslede od svojih dedova ako roditelj umre dok su baba i deda još živi.

Zbog građanskog sukoba i stagnirajuće ekonomije, procenjuje se da je u 2021. godini oko 12,4 miliona ljudi (60% ukupne populacije) nesigurno po pitanju osnovnih sredstava za život, posebno hrane. Procenjuje se da u Siriji 5,3 miliona dece ima potrebu za humanitarnom pomoći i zaštitom. Identifikovani problemi zaštite dece odnose se na dokumentaciju, dečji rad, rani brak i psihosocijalni stres. Broj dece sa smetnjama u razvoju takođe se povećao, dok je pristup uslugama koje su im potrebne, ograničen.⁴⁶

Rat u Siriji

Rat u Siriji je komplikovan jer različite grupacije podržane stranim uplitanjima žele da preuzmu kontrolu. Režim predsednika Asada podržavaju Rusija i Iran, Slobodna sirijska armija podržavaju zapadne zemlje i uz to u sukobima učestvuju i ISIS i kurdske snage. Posle skoro deset godina rata između pobunjenika i Asadovog režima, u kojem su aktivni i međunarodni akteri, dobar deo zemlje je ostao razoren.

Trenutno je Sirija podeljena na četiri zone uticaja, u kojima su oružani sukobi sučesti. Severoistok kontroliše kurdska milicija. Istovremeno su na terenu prisutne (simbolički) i snage Asadove vlade i Rusije. Severozapad kontrolišu proturske milicije. Region Idlib je poslednje veće područje u rukama pobunjenika. Tamo je stacionirano više od deset hiljada turskih vojnika, kao svojevrsna tampon-zona između pobunjeničkih snaga i vladinih trupa. Većina Sirijaca u ovom trenutku živi na područjima koja kontroliše Asadova vlada. Ipak, rat u Siriji se nastavlja, odnoseći u proseku oko 100 civilnih života mesečno.⁴⁷



PAKISTAN

Islamska Republika Pakistan se nalazi u južnoj Aziji i izlazi na širi Bliski istok i srednju Aziju. Sa više od 230 miliona stanovnika ona je peta najmnogoljudnija zemlja i (posle Indonezije) druga najveća muslimanska zemlja u svetu.⁴⁸ Islam praktikuje 96,5% stanovništva, dok druge religije, poput hrišćanstva i hinduizma, praktikuje 3,5%. Na većem delu današnjeg Pakistana prostirala se civilizacija Inda, jedna od najstarijih na svetu, stara najmanje 5.000 godina.

Život u Pakistanu

Širom Pakistana porodična organizacija je izrazito patrijarhalna. Većina ljudi živi u velikim proširenim porodicama, često u istoj kući ili na porodičnom imanju. Najstariji muškarac

46 <https://www.unicef.org/syria/child-protection>.

47 <https://www.statista.com/statistics/742468/civilian-deaths-in-syria-monthly/>.

48 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/pakistan/#people-and-society>.

(bilo da je otac, deda ili stric) glava je porodice i donosi sve značajne odluke u vezi sa porodicom i njenim članovima. Mesto žene u društvu je sekundarno u odnosu na muškarce. Ona je ograničena na obavljanje kućnih poslova i ispunjavanje uloge žene i majke. Ali u nekim delovima zemlje neke fizičke poslove obavljaju isključivo žene (na primer, branje pamuka u Pendžabu) i tako zarađen novac mogu zadržati za svoje potrebe.

U bogatim seoskim i zemljoposedičkim domaćinstvima i u urbanim porodicama srednje klase još uvek je uobičajena praksa držanja žena u osami (*pardah/purda*). Kuće onih koji praktikuju purdu, sprema imaju muški deo, tako da posetoci ne ometaju žene. Najbogatiji Pakistanci, koji su prihvatili zapadno obrazovanje i način života, odbacili su purdu, ali i njihove stavove prema ženama u društvu i porodici zapadne kulture često vide kao zastarele. Sve veći broj žena iz srednje klase prestaje da poštuje purdu, a obrazovanje žena se podstiče. Neke žene su stekle priznanje u svojim profesijama: neki od vodećih pakistanskih političara, novinara i nastavnika su bile žene, a žena je bila premijerka i predsednica parlamenta.

U tradicionalnim delovima Pakistana društvena organizacija se okreće oko srodstva. *Baradari* („bratstvo“) najvažnija je društvena institucija. Starešine loze čine veće, koje rešava sporove unutar loze i deluje u ime loze sa spoljnim svetom; na primer, u određivanju političke odanosti.

Pakistan ima dvojni sistem – građansko i šerijatsko pravo. Ustav Pakistana priznaje jednakost između muškaraca i žena, ali takođe priznaje kao važeći šerijatski zakon. Nasilje nad ženama i devojčicama – uključujući silovanje, ubistvo, napad kiselinom, nasilje u porodici i prisilni brak – ostaje ozbiljan problem širom Pakistana. Praksa ubistava iz časti, kad muški rođak može ubiti ženu ako smatra da je nanela sramotu porodici ili klanu, još je prisutna. Branitelji ljudskih prava procenjuju da svake godine oko 1.000 žena budu žrtve ubistava iz časti.⁴⁹ Dečji brakovi i dalje predstavljaju ozbiljan problem u Pakistanu: 21% devojaka se udaje pre 18. godine, a 3% pre 15. godine. Žene iz manjinskih verskih zajednica su i dalje posebno ranjive na prisilni brak.⁵⁰ U mnogim pakistanskim zajednicama brak sa sestrom od strica se smatra poželjnim.

Stopa pismenosti u Pakistanu je znatno niža od one u mnogim zemljama u razvoju – otprilike polovina odraslog stanovništva je pismena, pri čemu je stopa pismenosti znatno veća za muškarce nego za žene. Međutim, značajan deo pismenih nema nikakvo formalno obrazovanje. Obrazovanje u Pakistanu nije obavezno.

Pakistan je 18. zemlja usvetu po smrtnosti novorođenčadi (do godinu dana starosti) – taj broj iznosi 55,26 na 1.000 rođenih beba, a takođe ima visok stepen neuhranjene dece uzrasta nižeg od pet godina (23,1%).⁵¹ Samo u prvoj polovini 2021. godine 86.525 dece lečeno je od teške akutne neuhranjenosti.⁵²

Rat u Pakistanu

Rat u Pakistanu se trenutno odvija u dve provincije. U severozapadnom Pakistanu od 2004. godine traje stalni vojni sukob između pakistanske vojske i snaga islamskih militantata, koje čine lokalne plemenske vođe, talibani i ostali strani ekstremisti. Uzrokovale su ga napetosti prilikom potrage za članovima Al Kaide u planinskom području Vaziristana, koji se nalazi u sklopu teritorijalne jedinice nazvane Plemenska područja pod federalnom upravom.

49 <https://www.hrw.org/world-report/2021/country-chapters/pakistan>.

50 Ibid.

51 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/pakistan/#people-and-society>.

52 <https://www.unicef.org/media/104051/file/Pakistan-Humanitarian-SitRep-30-June-2021.pdf>.

Napetosti su prerasle u vojni sukob usled otpora mesnih vođa. Sukob se pretvorio u pravi rat pakistanske vojske protiv Al Kaide i drugih militantata, kojima su se pridružili mesni pobunjenici i protalibanske snage. Pakistanske akcije su deo rata protiv terorizma, te su povezane sa ratom i talibanskom pobunom u Avganistanu.

Iako je pakistanska vojska do danas pobedila u skoro svakoj bici protiv militantata, pobunjenici su i dalje snažni u severozapadnoj pograničnoj pokrajini. Pakistanci su izgubili tri puta više vojnika nego Amerikanci u ratu u Avganistanu. Pakistansku vojsku i Pogranični korpus potpomažu američka i britanska vlada. Dosad su rat i teroristički napadi u Pakistanu koštali državu 35 milijardi dolara.

Pobuna u Beludžistanu je pobuna niskog intenziteta protiv vlada Pakistana i Irana. Beludžistan pokriva provinciju Beludžistan u jugozapadnom Pakistanu, Sistan i pokrajinu Beludžistan na jugoistoku Irana i region Beludžistan u južnom Avganistanu.



AFRIČKE ZEMLJE

Izbeglice i migranti iz Afrike na putu do svog utočišta najčešće koriste rutu preko Sredozemnog mora, kojom ulaze direktno u zemlje Evropske unije - Italiju, Španiju i Portugal. Iako se to ne dašava često, izbeglice i migranti iz Afrike privremeno ili trajno utočište mogu da potraže i u Srbiji.

Za potrebe ovog priručnika govorićemo samo o zemljama iz kojih u Srbiju dolazi najveći broj izbeglica i migranata i to su zemlje Magreba, Somalija, Burundi, Niger, Nigerija, Kamerun i Demokratska Republika Kongo.

ZEMLJE MAGREBA

Magreb je regija afričkog kontinenta koja se nalazi severno od Sahare i zapadno od Nila i obuhvata Maroko, Alžir, Tunis, Libiju i manji deo Mauritanije. Narodi Magreba govore različitim dijalektima berberskog i arapskog jezika i skoro isključivo slede islam.



ALŽIR

Narodna Demokratska Republika Alžir država je u severnoj Africi. Po površini je najveća zemlja u Africi i najveća arapska zemlja. Sa populacijom od 44 miliona deveta je zemlja po broju stanovnika u Africi. Zvanična religija je islam i velika većina Alžiraca su suniti (99%).⁵³

*Život u Alžiru*⁵⁴

Život u Alžiru, i u urbanim i u ruralnim sredinama, prožimaju tradicionalne vrednosti islama uz veći uticaj zapadne kulture i modernizacije. Tradicionalne vrednosti se ogledaju u posmatranju porodice kao osnovne jedinice društva na čijem je čelu muškarac, a od žena se očekuje da budu poslušne i da pružaju podršku svojim muževima. Brakovi se uglavnom smatraju porodičnim poslom, pa je tako još uvek rasprostranjena praksa da se brakovi sklapaju na osnovu dogovora roditelja. Svakodnevne aktivnosti i društvene interakcije se obično odvijaju samo između pripadnika istog pola. Nošenje hidžaba nije zakonom propisano, ali se još može primetiti, posebno u većim sredinama.

Iako ustav Alžira garantuje slobodu veroispovesti, on takođe proglašava islam državnom religijom i zabranjuje aktivnosti koje nisu u skladu sa islamskim moralom i u stvarnosti je verska sloboda za pripadnike drugih veroispovesti ograničena brojnim zakonima i praksama.

Iako alžirski zakon deklariše jednakost polova, postoje određeni diskriminatorski elementi, poput zabrane udavanja muslimanki za nemuslimane, iako je ženama dozvoljeno da biraju muževe. Žene imaju mogućnost da se razvedu i da dobiju starateljstvo nad decom, ali

53 <https://en.wikipedia.org/wiki/Algeria>.

54 <https://www.britannica.com/place/Algeria/Cultural-life>.

određene odluke o životima dece ostaju u rukama oca. Muškarci mogu da imaju do četiri žene ukoliko prva žena to odobri i ako muškarac to može da priušti. Novi ustav iz novembra 2019. uključuje zaštitu žena od „svih oblika nasilja na svim mestima i u svim okolnostima“ i predviđa „skloništa, centre za brigu, odgovarajuća sredstava za obeštećenje i besplatnu pravnu pomoć“.⁵⁵ Ipak, „klauzula o oprostaju“ krivičnog zakona dozvoljava silovateljima da izbegnu kaznu ako dobiju oprostaj od svoje žrtve i ne priznaje izričito silovanje u braku kao krivično delo.⁵⁶ Centar za informisanje o pravima žena i dece prijavio je 39 slučajeva ubistava i namernog napada i zlostavljanja koji su rezultirali smrću žena tokom perioda izolacije zbog pandemije kovid-19.⁵⁷

Krivični zakon je nastavio da kriminalizuje sporazumne istopolne odnose, za koje je zaprećena zatvorska kazna od dva meseca do dve godine i novčana kazna.



MAROKO

Kraljevina Maroko⁵⁸ je najseverozapadnija država u regionu Magreba i ima oko 36 miliona stanovnika. Islam je zvanična državna religija, a velika većina Marokanaca su suniti. Područje koje je sada Maroko dugo je bilo raskrsnica između Evrope, supsaharske Afrike i Bliskog istoka, a različite kulturne i etničke grupe su migrirale kroz region i ostavile svoj trag na njemu.

Život u Maroku

Iako je marokansko društvo veoma konzervativno i religiozno, Maroko je jedna od umerenijih i miroljubivijih zemalja u regionu. Usled mešavine različitih kultura predstavlja jednu od najliberalnijih islamskih država.

Određene diskriminatorne prakse su još prisutne u zakonu. Porodični zakonik diskriminiše žene u pogledu nasleđivanja i postupka za razvod braka. Zakon postavlja 18 godina kao minimalan uzrast za sklapanje braka, ali dozvoljava sudijama da daju izuzeća za brak sa devojkama starijim od 15 godina na zahtev njihove porodice. Godine 2018. odobreno je 40.000 takvih izuzeća, što je skoro 20% sklopljenih brakova tokom godine.⁵⁹ Dok marokanski zakon o nasilju nad ženama iz 2018. kriminalizuje neke oblike nasilja u porodici, uspostavlja mere prevencije i pruža nove zaštite za preživjele, on zahteva od preživelih da podnesu zahtev za krivično gonjenje kako bi dobili zaštitu, što malo ko može. Zakon takođe ne prepoznaje silovanje u braku, a neudate žene koje prijave silovanje mogu da budu krivično gonjene zbog upuštanja u seksualne odnose van braka ako im vlasti ne veruju. Za seksualni odnos između punoletnih osoba koje nisu u braku, predviđena je kazna do jedne godine zatvora. Marokanski zakon „seksualne devijantnosti“ prepoznaje kao seksualne odnose između pripadnika istog pola i za njih je predviđena kazna do tri godine zatvora.

Iako je prema marokanskom porodičnom zakonu i ustavu zabranjeno imati maloletne radnike u kući, hiljade dece, pretežno devojčica, rade na crno u privatnim kućama kao posluga, gde se često susreću sa fizičkim i verbalnim nasiljem, izolacijom i radom sedam dana u nedelji,

55 <https://www.amnesty.org/en/documents/mde28/2601/2020/en/>.

56 <https://www.amnesty.org/en/location/middle-east-and-north-africa/algeria/report-algeria/>.

57 Ibid.

58 <https://www.britannica.com/place/Morocco/Education#ref247625>.

59 <https://www.hrw.org/world-report/2021/country-chapters/morocco/western-sahara>.

koji počinje u zoru i nastavlja se do kasno u noć.⁶⁰ Ljudi koji rade kao posluga, uključujući decu, isključeni su iz zakona o radu i kao rezultat toga ne uživaju prava koja su data drugim radnicima, uključujući minimalnu platu ili ograničenje radnog vremena.⁶¹



LIBIJA

Država Libija⁶² je država u severnoj Africi. Ima 7.017.224 stanovnika; oko 97% stanovništva su muslimani, od kojih većina pripada sunitskoj grani.⁶³

Život u Libiji

Brak u Libiji je regulisan pravilima šerijata. Po libijskom zakonu niko ne može stupiti u brak protiv svoje volje, a minimalna starost za stupanje u brak i za muškarce i za žene je 20 godina. Poligamija je dozvoljena, ali nije uobičajena. Da bi uzeo drugu ženu, muž mora dokazati svoju finansijsku i fizičku sposobnost kroz pravosudni sistem. On takođe mora da predstavi i pismenu saglasnost prve žene. Iako zakon daje ćerkama ista vlasnička prava kao i sinovima u pogledu zemljišta i imovine, u praksi se poštuje običaj da žene nasleđuju polovinu onoga na šta muškarci imaju pravo. Takođe je uobičajeno da žena preda svoj deo nasledstva bratu kako bi obezbedila finansijsku podršku ako se ne uda ili ostane bez supruge.⁶⁴

Ne postoji domaći zakon koji se direktno bavi nasiljem nad ženama, niti postoje skloništa za žene žrtve nasilja. Zakon iz 1984. godine zabranjuje nanošenje fizičkih ili psihičkih povreda, ali ne postoji jasno definisana kazna. Krivični zakonik prepoznaje kažnjivost ubistava iz časti. Rodno zasnovano nasilje se doživljava kao sramota, a često je žena žrtva ta koja se smatra odgovornom za radnje učinioca. Da bi se procesuiralo silovanje, potrebno je da žrtva podnese dokaze o napadu, u protivnom same žrtve silovanja rizikuju krivično gonjenje zbog vanbračne afere. Često se očekuje da će se silovatelj oženiti žrtvom da „spase svoju čast“, kao „socijalni lek“.⁶⁵ Za takav brak je potreban pristanak žene, ali s obzirom na društveni pritisak, ona zapravo nema drugog izbora osim da se uda za izvršioca. Žene imaju pravo da poseduju i koriste stan, ali tradicija diktira da je dom žene uglavnom na ime muža, ako je udata. Očekuje se da neudate žene žive sa roditeljima ili rođacima jer društvo smatra sramotnim za mladu ženu da živi sama.

Žene imaju jednako pravo na obrazovanje i zapošljavanje, ali im je pristup nekim profesijama ograničen. Usled društvenih pritisaka žene su i dalje nejednako zastupljene u radnom angažovanju jer se smatra da je ženama mesto u kući.

Zakonski je ženama dozvoljeno da se samostalno kreću, ali društvene i kulturne norme postavljaju znatna ograničenja, pa je tako moguće da se ženama odbiju usluge ukoliko se kreću bez muškog pratioca (kupovina, korišćenje prevoza, usluge hotela).⁶⁶

Od početka revolucije 2011. godine žene se aktivno bore za svoja prava. Ipak, povećan

60 https://en.wikipedia.org/wiki/Human_rights_in_Morocco.

61 Ibid.

62 <https://www.britannica.com/place/Libya>.

63 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/libya/>.

64 <https://www.genderindex.org/wp-content/uploads/files/datasheets/2019/LY.pdf>.

65 <https://www.genderindex.org/wp-content/uploads/files/datasheets/2019/LY.pdf>.

66 Ibid.

broj slučajeva seksualnog i rodno zasnovanog nasilja tokom sukoba nisu fenomen jedinstven za Libiju. Ratno silovanje, trgovina ljudima, prisilna prostitucija i nasilje nad ženama često se koriste kao ratna strategija; ne samo da se terorišu žene već se doprinosi i muškom poniženju kada muškarci ne uspeju da zaštite „svoje žene“. Kontinuirani sukob u Libiji predstavlja posebnu pretnju po bezbednost žena i devojčica.⁶⁷

Rat u Libiji⁶⁸

Godine 2020. policija, naoružane grupe i treće države koje podržavaju zaraćene strane nekažnjeno su počinile kršenja međunarodnog humanitarnog prava, uključujući moguće ratne zločine. Borbe između snaga lojalnih Vladi nacionalnog jedinstva (GNA) i Libijskih arapskih oružanih snaga (LAAF) u glavnom gradu Tripoliju i oko njega, kao iu drugim gradovima u zapadnoj Libiji, dovele su do ubijanja i ranjavanja civila, masovnog raseljavanja i uništavanja civilne infrastrukture, uključujući bolnice. Prema podacima Misije UN za podršku u Libiji, između januara i juna 2020. godine najmanje 170 civila je ubijeno i 319 ranjeno. Većina civilnih žrtava rezultat je neselektivnih napada nepreciznim oružjem u gusto naseljenim područjima, eksplozivnih ostataka rata i vazdušnih udara. Borbe su takođe dovele do oštećenja kuća, bolnica i druge civilne infrastrukture. Preko 316.000 ljudi ostalo je interno raseljeno zbog sukoba i nesigurnosti.



TUNIS

Tuniska Republika je država u severnoj Africi i čini je oko 11 miliona stanovnika.⁶⁹ Zvanična religija je islam, koji praktikuje 97% stanovništva. Nacionalni karakter Tunisa čini mešavina domaćih i stranih uticaja. Ova zemlja je duboko prožeta francuskom kulturom posle 75 godina protektorata, koji je okončan sredinom dvadesetog veka.

Život u Tunisu

Tunis se može smatrati najliberalnijom i najmodernijom zemljom Magreba. Većina žena se oblači moderno i prati zapadne trendove, a u kafićima je dozvoljena konzumacija alkohola. Ipak, u ruralnim delovima Tunisa još preovlađuju konzervativna shvatanja. Tunis je 2017. godine postao prva arapska zemlja koja je zabranila nasilje u porodici nad ženama, koje ranije nije bilo krivično delo. Takođe je promenjen zakon koji kaže da silovatelj koji se oženi svojom žrtvom neće biti kažnjen.⁷⁰ Ukinut je i zakon koji je zabranjivao brakove između muslimanki i pripadnika drugih veroispovesti.

Homoseksualnost je kriminalizovana i kažnjava se zatvorom do tri godine.

67 <https://www.atlanticcouncil.org/blogs/menasource/how-the-exclusion-of-women-has-cost-libya/>.

68 <https://www.amnesty.org/en/location/middle-east-and-north-africa/libya/report-libya/>.

69 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/tunisia/>.

70 <https://www.independent.co.uk/news/world/tunisia-law-women-protect-rape-domestic-violence-north-africa-landmark-rights-abuse-sexual-a7864846.html>.

OSTALE AFRIČKE ZEMLJE



SOMALIJA

Savezna Republika Somalija ima oko 12 miliona stanovnika.⁷¹ Zvanična religija je islam.

Život u Somaliji

Somalija ima veoma niske ocene po većini humanitarnih pokazatelja, pati od korupcije, dugotrajnog unutrašnjeg sukoba, nerazvijenosti, ekonomskog sloma, siromaštva, socijalne i rodne nejednakosti i degradacije životne sredine. Uprkos građanskom ratu i gladi, koji povećavaju stopu mortaliteta, visoka stopa fertiliteta u Somaliji i veliki broj ljudi reproduktivnog uzrasta održavaju brz rast stanovništva. Više od 60% stanovništva Somalije je mlađe od 25 godina a stopa fertiliteta je među najvišima na svetu i iznosi skoro šestoro dece po ženi, odnosno 38,25 rođenja na 1.000 stanovnika.⁷² Somalija takođe ima visoku stopu smrtnosti majki – 829 na 100.000 i druga je zemlja na svetu po stopi smrtnosti novorođenčadi – 88,03 umrlih na 1.000 rođenih. Razlozi za to su neravnomerna raspoređenost zdravstvenih ustanova širom zemlje, ograničeno angažovanje kvalifikovanih zdravstvenih radnika, nizak kvalitet intervencija i nejednaka dostupnost nege. Neuhranjenost dece ispod pet godina je 23%.

Zakon predviđa pravo na besplatno obrazovanje do srednjeg nivoa, ali obrazovanje nije besplatno, obavezno niti univerzalno. U mnogim oblastima deca nemaju pristup školama. Skoro polovina populacije školskog uzrasta je van škole zbog prepreka kao što su siromaštvo u ruralnim područjima, nedostatak sigurnosti, previsoke školarine, konkurentne potrebe domaćinstava i potrebe za radnom snagom. Nedostatak mogućnosti za obrazovanje i posao glavni je izvor nesigurnosti za veliku grupu mladih u Somaliji, što ih čini ranjivim na regrutovanje od strane ekstremističkih grupa. Somalija ima jednu od najnižih stopa upisa u osnovnu školu na svetu – nešto više od 40% dece ide u školu – i jednu od najvećih svetskih stopa nezaposlenosti mladih.⁷³

Porodično i seksualno nasilje nad ženama i dalje je ozbiljan problem uprkos zakonima koji zabranjuju bilo koji oblik nasilja nad ženama. Žrtve se suočavaju sa velikim izazovima u pristupu neophodnim uslugama, uključujući zdravstvenu zaštitu, psihosocijalnu podršku, pravdu i pravnu pomoć, a takođe se suočavaju sa oštećenjem ugleda i isključenjem iz svojih zajednica. Ukoliko je učinilac muškarac, dešava se da vlasti prete ženi kako ga ne bi prijavila.

Prema Populacionom fondu UN (UNFPA) i međunarodnim i lokalnim nevladinim organizacijama usredsređenim na borbu protiv seksualnog i rodno zasnovanog nasilja, od početka pandemije kovid-19 Somalijci, posebno žene i devojčice, suočavaju se sa većim rizikom od seksualnog i rodno zasnovanog nasilja.

U 2020. godini je prijavljeno da su vladine snage, pripadnici milicije i pojedinci koji su nosili nešto što je izgledalo kao vladine ili druge uniforme, silovali žene i devojke.⁷⁴ Iako je vojska uhapsila neke pripadnike vojnih snaga, učinioci su uglavnom prolazili nekažnjeno. Rodno zasnovano nasilje, uključujući silovanje, uglavnom pogađa žene i devojke kada su u pokretu, to jest kada idu po vodu, na pijacu ili kad obrađuju polja. Dominantni obrasci

71 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/somalia/#people-and-society>.

72 Ibid.

73 Ibid.

74 <https://www.state.gov/reports/2020-country-reports-on-human-rights-practices/somalia/>.

uključuju otmice žena i devojaka radi prisilnog braka i silovanja od strane nedržavnih oružanih grupa, ali i incidente silovanja i grupnog silovanja koje su počinili državni agenti, policija i neidentifikovani naoružani muškarci. U septembru 2020. godine UNHCR i NVO partneri u Zaštitnom klasteru UN-a zabeležili su 323 incidenta seksualnog i rodno zasnovanog nasilja, uključujući slučajeve silovanja ili pokušaja silovanja, što je broj za koji se smatra da umnogome potcenjuje stvarni ukupan broj.⁷⁵ Policija nije bila voljna da istražuje i ponekad je tražila od preživelih da sami obave istražni rad za svoje slučajeve. Neke osobe koje su preživele silovanje primorane su da se udaju za počinioc, a preživele žrtve pate od naknadne diskriminacije jer se smatraju „nečistima“.

Al-Šabab, teroristička džihadistička fundamentalistička grupa, prisiljavala je na brak devojke i žene između 14 i 20 godina u selima pod svojom kontrolom.⁷⁶ Porodice devojaka i mladih žena uglavnom nisu imale drugog izbora osim da pristanu ili da se suoče sa nasiljem. Preljuba u oblastima pod kontrolom Al-Šababa je kažnjiva smrću.

Iako zakon zahteva da oba bračna partnera dostignu zrelost i definiše dete kao osobu mlađu od 18 godina, on ne zabranjuje dečji brak. UNICEF je 2006. godine procenio da se 45% žena udalo pre 18. godine i 9% pre 15. godine.⁷⁷

Zakon takođe ne zabranjuje korišćenje, pribavljanje i nuđenje deteta za prostituciju, pornografiju ili pornografske performanse. Pored toga, deca eksploatisana u komercijalnom seksu nisu zaštićena po zakonu. Ne postoji zakonski određena minimalna starosna granica za pristanak na seks. Zakon o seksualnoj eksploataciji se retko sprovodi i takva eksploatacija je česta.⁷⁸

Sakaćenje/sećenje ženskih genitalnih organa, iako ga privremeni savezni ustav opisuje kao okrutno i ponižavajuće, izjednačava ga sa mučenjem i zabranjuje obrezivanje devojčica, skoro univerzalno se praktikuje širom zemlje. Prema vladinom zdravstvenom i demografskom istraživanju iz 2020. godine, 99% žena i devojaka između 15 i 49 godina starosti su podvrgnute toj proceduri.⁷⁹

U Somaliji postoji i praksa zvana *asivalid*, gde roditelji smeštaju decu u internate i druge ustanove, a ponekad i u zatvor, zbog disciplinskih razloga i bez ikakve zakonske procedure.



REPUBLIKA GVINEJA

Republika Gvineja je ranije bila poznata kao Francuska Gvineja. Procenjuje se da ima 12,4 miliona stanovnika. Stanovništvo Gvineje je pretežno islamske veroispovesti (oko 85%), ali ima i hrišćana (oko 8%).

Život u Gvineji

Procenjuje se da je Gvineja jedna od najsiromašnijih zemalja; prema podacima iz 2017. godine, 43,7% stanovništva živi ispod granice siromaštva.⁸⁰ Stopa smrtnosti majki je veoma visoka – 567 na 100.000 2017. godine, što Gvineju čini 14. zemljom na svetu po

75 Ibid.

76 <https://www.state.gov/reports/2020-country-reports-on-human-rights-practices/somalia/>.

77 Ibid

78 <https://www.state.gov/reports/2020-country-reports-on-human-rights-practices/somalia/>.

79 Ibid.

80 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/guinea/#people-and-society>.

stopi smrtnosti porodilja. Stopa smrtnosti novorođenčadi je 50,99 na 1.000 porođaja, što je čini 20. zemljom na svetu.⁸¹

Stopa pismenosti u Gvineji jedna je od najnižih na svetu; procenjeno je da je samo 39,6% starijih od 15 godina pismeno (54,4% muškaraca i 27,7% žena).⁸² Prema ustavu iz 2020. godine,⁸³ obrazovanje je besplatno i obavezno do 16. godine. Ali i pored toga većina dece ne završi osnovnu školu, a mnoga deca uopšte i ne idu u školu. Deca, posebno devojčice, drže se van škole kako bi pomagala roditeljima u kućnim poslovima ili poljoprivredi, a devojčice često bivaju udate - Gvineja ima jednu od najviših stopa dečjeg braka u svetu. U 2019. godini oko 300 zajednica je organizovalo ceremonije javnog izjašnjavanja o napuštanju prakse dečjih brakova i sakaćenja ženskih genitalija.⁸⁴

Od 2020. godine Gvineja je pokrenula Međunarodni dan nulte tolerancije na aktivnosti genitalne mutilacije. Prema istraživanju UNICEF-a iz 2018. godine, 94,5% žena i devojaka starosti od 15 do 49 godina prošlo je proceduru, koja se praktikovala širom zemlje i među svim verskim i etničkim grupama.⁸⁵ Zakon za ovu praksu predviđa zatvorsku i novčanu kaznu.

Zakon osuđuje silovanje i nasilje u porodici, ali se oba dešavaju često, a vlasti retko gone počinioce. Zakon se ne bavi bračnim silovanjem ili polom žrtava.

Zakon zabranjuje sporazumno istopolno seksualno ponašanje između odraslih osoba, za koje je zaprećena kazna od tri godine zatvora; međutim, nije bilo poznatih krivičnih gonjenja. Kancelarija za zaštitu žena, dece i morala (OPROGEM), u sastavu ministarstva bezbednosti, ima jedinicu za istraživanje moralnih prestupa, uključujući i istopolno seksualno ponašanje.

Stambeni i ulični zločini su veoma česti.⁸⁶ Neke zločine čine pojedinci u vojnim uniformama. Zločin - i nenasilan i nasilan - predstavlja problem. Većina nenasilnih zločina uključuje radnje džeparenja i otimanja novčanika, dok su oružane pljačke, pljačke, napadi i otmice automobila najčešći nasilni zločini.



NIGER

Republika Niger podsaharska je zemlja u zapadnoj Africi, koja je ime dobila po reci Niger. Čini je oko 26 miliona stanovnika.⁸⁷ Preko 80% kopnene površine države leži u Saharskoj pustinji. Islam je dominantna religija, koju praktikuje 99,3% stanovništva.⁸⁸

Život u Nigeru

Niger ima najveću stopu ukupnog fertiliteta od bilo koje zemlje na svetu - po statistici iz 2021. godine, u proseku sedmoro dece po ženi.⁸⁹ Stopa rađanja iznosi 47,28 rođenja na

81 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/guinea/#people-and-society>.

82 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/guinea/#people-and-society>.

83 <https://www.britannica.com/place/Guinea/Government-and-society#ref55221>.

84 <https://www.state.gov/reports/2020-country-reports-on-human-rights-practices/guinea/>.

85 <https://www.state.gov/reports/2020-country-reports-on-human-rights-practices/guinea/>.

86 <https://www.countryreports.org/country/Guinea.htm>.

87 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/niger/>.

88 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/niger/>.

89 Ibid.

1.000 stanovnika. Iako ima najviši fertilitet, ipak je on niži od željene stope, s obzirom na to da ljudi u Nigeru žele velike porodice. Visok fertilitet podržava brz rast stanovništva i veliku populaciju mladih – skoro 70% stanovništva je mlađe od 25 godina.⁹⁰ Rodna nejednakost, nedostatak obrazovnih mogućnosti za žene i rani brak i rađanje takođe doprinose visokom rastu stanovništva. Niger spada u četvrtu zemlju na svetu po broju smrti novorođenčadi (68,12 smrti na 1.000 rođenih beba) i petu zemlju na svetu po stepenu nehranjenosti dece mlađe od pet godina (31,3%).⁹¹

Stopa pismenosti u Nigeru je među najnižima u svetu. Pismeno je 35,1% populacije starije od 15 godina (43,6% muškaraca i 26,7% žena). Iako je osnovno obrazovanje u Nigeru obavezno i traje šest godina, stope upisa i pohađanja osnovne škole su niske, posebno za devojčice. Deca su često primorana da rade umesto da idu u školu, posebno tokom perioda sadnje ili žetve. Nomadska deca na severu zemlje često nemaju pristup školama.

Deca u Nigeru su podvrgnuta najgorim oblicima dečjeg rada, uključujući nasledno ropstvo i rudarstvo, što je ponekad i posledica trgovine ljudima.⁹² Deca takođe obavljaju opasan pastirski posao. Minimalan uzrast za rad ne ispunjava međunarodne standarde jer se ne odnosi na decu koja rade neplaćeno ili bez ugovora. Pored toga, posebna vrsta ropstva, poznata kao *vahai*, iako nezakonita od 2019. godine, i dalje postoji. *Vahai* („peta žena“) naziv je za devojke i žene koje osobe na visokim položajima (uglavnom verske vođe) kupuju i eksploatišu kao vlasništvo.⁹³ Ove nezvanične supruge (islam dozvoljava najviše četiri žene) ćerke su naslednih robova, često prodavane u uzrastu od sedam do dvanaest godina. Koriste se za obavljanje fizičkog rada u domaćinstvu i pružanje seksualnih usluga. Ova praksa je koncentrisana u jednom regionu u centru zemlje. Statistički podaci o ovoj praksi nisu dostupni.

Minimalni uzrast za saglasni seksualni odnos je 13 godina i za dečake i za devojčice. Iako zakon zabranjuje „neprirodne“ radnje prema osobama mlađim od 18 godina, ostavljen je prostor sudijama da utvrde šta se smatra nedoličnim činom. Seksualno uznemiravanje je takođe često usled kulturnih stavova koji ograničavaju percepciju žena o tome šta je uznemiravanje i koji podstiču prihvatanje. Siromaštvo je učinilo žene posebno ranjivim na uznemiravanje na radnom mestu.⁹⁴

Zakon dozvoljava da se devojka za koju se smatra da je „dovoljno zrela“, uda sa 15 godina. Neke porodice su sklapale bračne ugovore po kojima su seoske devojke od 12 godina ili čak mlađe slale u porodice „muževa“ da budu pod „nadzorom“ svekrva. UNICEF procenjuje da se tri od četiri devojke udaju pre 18. godine, a jedna od četiri pre 15. godine.⁹⁵

Zakon ne zabranjuje izričito nasilje u porodici, a nasilje nad ženama je široko rasprostranjeno. U Nigeru nisu retka čedomorstva, koja se često čine da bi se sakrila vanbračna trudnoća.

Niger je treća zemlja na svetu po stopi nezaposlenosti i 40,8% populacije živi ispod granice siromaštva. U Indeksu humanog razvoja UN, Niger je na dnu.⁹⁶

90 Ibid.

91 Ibid.

92 <https://www.dol.gov/agencies/ilab/resources/reports/child-labor/niger>.

93 <https://www.antislavery.org/wp-content/uploads/2018/10/Wahaya-report.pdf>.

94 <https://www.state.gov/reports/2020-country-reports-on-human-rights-practices/niger/>.

95 <https://www.unicef.org/niger/reports/ending-child-marriage-niger>.

96 <http://hdr.undp.org/sites/default/files/Country-Profiles/NER.pdf>.



NIGERIJA

Savezna Republika Nigerija ima oko 220 miliona stanovnika i šesta je zemlja po broju stanovnika na svetu.⁹⁷ U Nigeriji živi više od 250 etničkih grupa, koje imaju različite jezike i običaje i stvaraju zemlju velike etničke raznolikosti. U Nigeriji se govori 521 jezik. Službeni jezik Nigerije je engleski, koji je izabran da bi se omogućilo kulturno i jezičko jedinstvo zemlje. Nigerija je multireligijsko društvo, sa islamom i hrišćanstvom kao religijama koje se najviše ispovedaju (islam 53,5%, katolicizam 10,6%, drugi oblici hrišćanstva 35,3%, tradicionalne afričke religije 6%).⁹⁸

Život u Nigeriji

Nigerija pruža besplatno obrazovanje koje podržava vlada, ali pohađanje nije obavezno ni na jednom nivou, a određene grupe, kao što su nomadi i hendikepirani, nemaju dovoljno usluga. Pismeno je 68% nigerijske populacije; stopa za muškarce (75,7%) veća je od one za žene (60,6%).

Boko Haram (doslovno znači „zapadno obrazovanje je grešno“) jeste džihadistička militantna organizacija bazirana u severoistočnoj Nigeriji.⁹⁹ To je islamistički pokret koji se oštro protivi ljudskim zakonima i modernoj nauci. Pobuna koju je 2011. započela grupa Boko Haram, i dalje traje. Brojni napadi na vladine i civilne mete rezultiraju hiljadama mrtvih i ranjenih civila, široko rasprostranjenim razaranjima, unutrašnjim raseljavanjem više od dva miliona ljudi i spoljnim raseljavanjem nešto više od 300.000 nigerijskih izbeglica u susedne zemlje, i to samo u 2020.¹⁰⁰ Boko Haram i Islamska država u zapadnoj Africi prisilno regrutuju decu vojnike, organizuju napade improvizovanim eksplozivnim napravama koje prenose osobe – od kojih su mnoge prisiljene mlade žene i devojke – i druge napade na naseljene centre na severoistoku i u Kamerunu, Čadu i Nigeru. Boko Haram i Islamska država vrše otmice u zapadnoj Africi. Obe grupe su mnoge žene i devojke podvrgle seksualnom i rodno zasnovanom nasilju, uključujući prisilne brakove, seksualno ropstvo i silovanje.¹⁰¹

Zakon navodi zlostavljanje supružnika, prisilno izbacivanje iz kuće, prisilnu finansijsku zavisnost ili ekonomsko zlostavljanje, štetne prakse udovištva, sakaćenje ženskih genitalija i druge štetne tradicionalne prakse, napade supstancama (kao što su napadi kiselinom), političko nasilje i nasilje od strane državnih aktera (posebno vladinih snaga bezbednosti) kao krivična dela. Po zakonu, žrtve nasilja imaju pravo na sveobuhvatnu medicinsku, psihološku, socijalnu i pravnu pomoć akreditovanih pružalaca usluga i vladinih agencija, sa zaštićenim identitetom. Ipak, u 2020. samo 13 od 36 država u zemlji su usvojile zakon, što znači da većina Nigerijaca još nije zaštićena.¹⁰²

Zakon osuđuje silovanje, ali ono je ostalo široko rasprostranjeno. Otprilike 31% žena između 15 i 49 godina doživelo je neki oblik fizičkog nasilja, a 9% je iskusilo seksualno nasilje.¹⁰³

Nasilje u porodici je ostalo široko rasprostranjeno i mnogi ga smatraju društveno

97 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/nigeria/>.

98 Ibid.

99 https://sr.wikipedia.org/sr-el/%D0%91%D0%BE%D0%BA%D0%BE_%D1%85%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BC.

100 <https://www.state.gov/reports/2020-country-reports-on-human-rights-practices/nigeria/>.

101 Ibid.

102 Ibid.

103 <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR359/FR359.pdf>.

prihvatljivim. Istraživanje o nasilju u porodici iz 2019. pokazalo je da je 47% Nigerijaca bilo žrtva nasilja u porodici ili poznaje nekoga ko je bio žrtva.¹⁰⁴ Oko 82% Nigerijaca veruje da je nasilje u porodici preovlađujuće.¹⁰⁵

Policija često odbija da interveniše u domaćim sporovima ili okrivljuje žrtvu da je izazvala zlostavljanje. U ruralnim oblastima sudovi i policija nisu voljni da intervenišu kako bi zaštitili žene koje su zvanično optužile svoje muževe za zlostavljanje, ako nivo navodnog zlostavljanja ne prelazi uobičajene lokalne norme.¹⁰⁶

Savezni zakon inkriminiše obrezivanje žena ili sakaćenje genitalija, a savezna vlada je pokrenula revidiranu nacionalnu politiku o eliminaciji obrezivanja žena za period 2020–2024.¹⁰⁷ Oko 20% žena starosti od 15 do 49 godina bilo je podvrgnuto ovoj praksi.¹⁰⁸

Uprkos saveznom zakonu, purda, kulturna praksa odvajanja žena, udovica i pubertetskih devojaka od muškaraca sa kojima nisu u srodstvu, i dalje postoji u severnim delovima zemlje. Kao deo kulturno propisanog perioda žalosti, zatvorene udovice bivaju podvrgnute društvenim ograničenjima čak godinu dana posle smrti supruga i obično briju glave i oblače se u crno. U drugim oblastima na udovicu gledaju kao na deo muževljeve imovine, koji će „naslediti“ njegova porodica. U nekim tradicionalnim južnim zajednicama udovice se sumnjiče za muževljevu smrt. Da bi dokazale svoju nevinost, primorane su da piju vodu kojom su oprale tela svojih pokojnih muževa.¹⁰⁹

Praksa zahtevanja seksualnih usluga u zamenu za zaposlenje ili fakultetske ocene ostala je uobičajena. Žene u nekim regionima trpe uznemiravanje iz društvenih i verskih razloga. Jedna od deset žena starosti od 15 do 49 godina doživela je seksualno nasilje.¹¹⁰

Zlostavljanje dece je i dalje uobičajeno u celoj zemlji, ali vlada nije preduzela značajne mere za borbu protiv te pojave. Nalazi iz nigerijske ankete o nasilju nad decom objavljeni 2015. godine otkrili su da je otprilike šestoro od svakih desetero dece mlađe od 18 godina doživelo neki oblik fizičkog, emocionalnog ili seksualnog nasilja tokom detinjstva. Svako drugo dete doživelo je fizičko nasilje, svaka četvrta devojčica i jedan od deset dečaka su doživeli seksualno nasilje, a svaka šesta devojčica i svaki peti dečak doživeli su emocionalno nasilje.¹¹¹ U nekim državama su deca optužena za veštičarenje i ubijana ili su trpela zlostavljanje, kao što su kidnapovanje i mučenje.

U Nigeriji postoje i tzv. fabrike beba, često prerusene u sirotišta, verske ili rehabilitacione centre, bolnice ili porodilišta.¹¹² Pod okriljem tih organizacija prodaju se novorođenčad neudatih devojčica, koje su ponekad tu držane protiv svoje volje i silovane. Osobe koje upravljaju fabrikama prodaju decu u različite svrhe, uključujući usvajanje, dečji rad, trgovinu decom ili za rituale žrtvovanja, pri čemu dečaci postižu više cene. Izveštaji medija ukazuju na to da neke zajednice ubijaju bebe blizance ili bebe sa urođenim manama ili albinizmom.¹¹³

104 Ibid.

105 Ibid.

106 <https://www.state.gov/reports/2020-country-reports-on-human-rights-practices/nigeria/>.

107 Ibid.

108 <https://noi-polls.com/wp-content/uploads/2019/11/Domestic-Violence-Press-Release-2019.pdf>.

109 <https://www.state.gov/reports/2020-country-reports-on-human-rights-practices/nigeria/>.

110 <https://noi-polls.com/wp-content/uploads/2019/11/Domestic-Violence-Press-Release-2019.pdf>.

111 <https://www.state.gov/reports/2020-country-reports-on-human-rights-practices/nigeria/>.

112 Ibid.

113 Ibid.

Zakon predviđa minimalnu starost od 18 godina za brak i za dečake i za devojčice. Prema UNICEF-u, 43% žena između 20 i 24 godine bilo je udato pre 18. godine, dok je 16% bilo udato pre 15. godine. Učestalost dečjih, ranih i prisilnih brakova u velikoj meri varira među regionima, sa brojkama u rasponu od 76% na severozapadu do 10% na jugoistoku. U nekim državama deca od 11 godina mogu biti legalno venčana prema običajnom ili verskom pravu.¹¹⁴

Prema šerijatskom krivičnom zakonu, koji se primenjuje na muslimane u dvanaest severnih država, krivična dela kao što su konzumiranje alkohola, homoseksualnost, neverstvo i krađa nose oštre kazne, uključujući amputaciju, bičevanje, kamenovanje i duge zatvorske kazne.¹¹⁵

Ali danas, kada je obrazovanje dostupnije, žene u Nigeriji preduzimaju korake za dobijanje aktivnije uloge u javnosti i uz pomoć različitih inicijativa pokreću više poslova.



Republika Kamerun ima oko 28 miliona stanovnika,¹¹⁶ koji govore preko 250 jezika. Francuski i engleski su službeni jezici. Najveći deo stanovništva su hrišćani (38,3% katolika, 25,5% protestanata, 6,9% drugih oblika hrišćanstva), dok je 24,4% stanovnika islamske veroispovesti, 2,2% animisti i čak 2,2% stanovnika se izjašnjavaju da ne pripadaju nijednoj religiji.

Život u Kamerunu

Kamerun ima veliku populaciju mladih: više od 60% stanovništva je mlađe od 25 godina.¹¹⁷ Fertilitet opada, ali ostaje na visokom nivou, posebno u selima i među siromašnim i neobrazovanim ženama, delom zbog neadekvatnog pristupa kontracepciji.

U Kamerunu su prisutna nezakonita ili proizvoljna ubistva, uključujući vansudska ubistva koja čine snage bezbednosti, naoružani anglofoni separatisti, Boko Haram i ISIS.¹¹⁸ Boko Haram otima decu da bi ih koristio kao decu vojnike ili kao bombaše samoubice.

Zakon kriminalizuje silovanje i predviđa kazne, ali u većini slučajeva silovanja ostaju neprijavljena. Zakon se ne bavi silovanjem supružnika, niti izričito zabranjuje nasilje u porodici. Zakon štiti telesni integritet osoba i zabranjuje sakaćenje genitalija; ipak, to i dalje ostaje problem iako je njegova učestalost niska. U 2020. godini deca su, prema navodima, bila podvrgnuta sakaćenju genitalija u izolovanim oblastima krajnjeg severa, istoka i jugozapada i među etničkim grupama Šoa i Edžagam.¹¹⁹

U Kamerunu su još uvek prisutne štetne tradicionalne prakse. Jedna od tih praksi je i prisilna udaja udovice za rođaka preminulog muža da bi žena obezbedila nastavak korišćenja imovine koju je muž ostavio. Praksa udovičkih obreda, kojima se udovice odriču određenih aktivnosti, kao što su kupanje ili sloboda kretanja, takođe je rasprostranjena u nekim delovima zemlje.¹²⁰

114 Ibid.

115 https://en.wikipedia.org/wiki/Nigeria#Human_Rights.

116 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/cameroon/>.

117 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/cameroon/>.

118 <https://www.state.gov/reports/2020-country-reports-on-human-rights-practices/cameroon/>.

119 Ibid.

120 Ibid.

Još jedna tradicionalna praksa zastupljena u Kamerunu jeste peglanje grudi maloletnim devojkicama. Peglanje grudi, koje se ponekad naziva i izravnavanje grudi, štetna je praksa koja generalno uključuje ponavljano udaranje, pritiskanje, peglanje, trljanje ili masiranje dojki tvrdim ili zagrejanim predmetima, kako bi se zaustavio ili odložio njihov rast i razvoj.¹²¹ Peglanje grudi obično obavljaju srodnici (na primer, majka, sestra, tetka, baka, dadilja ili drugi ženski staratelj). Ova praksa se smatra oblikom „zaštite“ i služi da se odvrti muška pažnja i da se devojkice zaštite od seksualnih radnji ili dečjeg braka.

Zakon zabranjuje različite oblike zlostavljanja dece, uključujući ali se ne ograničavajući na napad, nepristojnost, otmicu, prisilni rad, silovanje, seksualno uznemiravanje i situacije u kojima jedan roditelj odbija da otkrije detetu identitet drugog roditelja. Deca ipak i dalje trpe telesno kažnjavanje, kako u porodici, tako i u školi.

Kamerun ima jednu od najviših stopa pohađanja škole u Africi. Devojkice pohađaju školu ređe od dečaka zbog kulturnih stavova, obaveza u kući, ranog braka, trudnoće i seksualnog uznemiravanja.

Minimalni zakonski uzrast za sklapanje braka je 18 godina. Uprkos zakonu, prema UNICEF-ovim podacima o dečjim brakovima iz 2018. godine, 31% žena između 20 i 24 godine bilo je udato pre nego što su napunile 18 godina, a 10% njih je bilo u braku pre nego što su napunile 15 godina.

Stopa rasprostranjenosti HIV-a/AIDS-a u 2020. procenjena je na 3% za odrasle. Procenjeno je da oko pola miliona ljudi živi sa HIV-om, što Kamerun čini 16. zemljom na svetu po učestalosti HIV-a/AIDS-a. Po procenama iz 2020. godine, 35.000 dece mlađe od 14 godina živi sa HIV-om.¹²² Iste godine bilo je 14.000 smrtnih slučajeva usled AIDS-a i odraslih i dece.

Istopolni seksualni odnosi zabranjeni su krivičnim zakonom i propisana je zatvorska kazna od šest meseci do pet godina.



DEMOKRATSKA REPUBLIKA KONGO

Demokratska Republika Kongo ranije se nazivala Zair. Kongo ima preko 105 miliona stanovnika i petnaesta je zemlja na svetu po broju stanovnika. Stanovništvo čini preko 200 etničkih grupa, od kojih su većina pripadnici Bantu plemena.¹²³ Službeni jezik je francuski. Najveći deo stanovništva čine hrišćani (93,1%).¹²⁴

Život u Kongu

Kongo, posebno na istoku, i dalje doživljava nasilje koje sprovodi više od sto oružanih grupa aktivnih u regionu, uključujući Savezničke demokratske snage (ADF), Demokratske snage za oslobođenje Ruande (FDLR) i razne milicije (Mai-Mai). Misija UN-a za stabilizaciju u DRK (MONUSCO) deluje u regionu od 1999. godine i najveća je i najskuplja mirovna misija UN-a na svetu.

121 Amahazion F. (2021), Breast ironing: A brief overview of an underreported harmful practice. *Journal of Global Health*, 11, 03055, dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8005301/>.

122 <https://data.worldbank.org/indicator/SH.HIV.0014?locations=CM>.

123 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/congo-democratic-republic-of-the/>.

124 Ibid.

Zakon o seksualnom nasilju osuđuje silovanje, ali niti žrtve uvek prijavljuju delo niti se zakon uvek sprovodi. Silovanje je uobičajeno. Pravna definicija silovanja ne uključuje silovanje supružnika ili silovanje intimnog partnera. UNJHRO je izvestio da su od januara do juna 2020. najmanje 436 žena i 183 devojčice bile žrtve seksualnog i rodno zasnovanog nasilja u područjima pogođenim sukobima.¹²⁵ Ilegalne oružane grupe često koriste silovanje kao ratno oružje. Državni agenti su silovali i seksualno zlostavljali žene i devojke tokom hapšenja i pritvora, kao i tokom vojnih akcija.¹²⁶ MONUSCO je prijavio 148 slučajeva seksualnog nasilja pripisanih pripadnicima kongoanske nacionalne vojske i policije od početka godine do 30. juna 2020.¹²⁷ UNJHRO je naveo da su skoro trećinu slučajeva seksualnog nasilja nad devojčicama počinili pripadnici snaga državne bezbednosti.¹²⁸ Iako je nasilje problem u celoj zemlji, većina slučajeva se događa u područjima pogođenim unutrašnjim sukobima. U nekim delovima zemlje dešavaju su se silovanja devojčica motivisana verovanjem da se ratnici seksom sa devicama mogu zaštititi od smrti u sukobu.

Vlada je omogućila pristup uslugama seksualnog i reproduktivnog zdravlja žrtvama seksualnog i rodno zasnovanog nasilja. Usluge su besplatne i obezbeđuju komplete za profilaksu nakon izlaganja u roku od 72 sata kako bi se izbegla neželjena trudnoća i polno prenosive bolesti. Vlada je uspostavila mobilne klinike za preživjele u udaljenim oblastima.

Iako zakon zabranjuje sve oblike zlostavljanja dece, ono je ipak u velikoj meri prisutno. Ustav zabranjuje da roditelji napuste dete usled sumnje da se dete bavi veštičarenjem. Bez obzira na zakon, to se i dalje dešava. Zakon predviđa zatvorsku kaznu za roditelje i druga punoletna lica osuđena za optuživanje dece za veštičarenje, ali se taj zakon ne sprovodi u dovoljnoj meri. Mnoge crkve i dalje sprovode egzorizme dece optužene za veštičarenje, koji najčešće uključuju izolaciju, premlaćivanje i bičevanje, gladovanje i prisilno gutanje purgativa. Prema izveštajima UNICEF-a, neke zajednice su decu sa smetnjama u razvoju ili govornim manama označile kao veštice.

Dok zakon zabranjuje brak dečaka i devojčica mlađih od 18 godina, brakovi maloletne dece se i dalje često sklapaju. Tradicija uplaćivanja novca, to jest miraza koji mladoženja ili njegova porodica daju rođacima neveste da bi potvrdili brak, u velikoj meri doprinosi održanju dečjih brakova. Roditelji prisilno venčavaju ćerke da bi prikupili novac, iako ustav zabranjuje prisilni brak. Za prisiljavanje deteta na brak sud može osuditi roditelje na kaznu teškog rada do 12 godina i na novčanu kaznu.¹²⁹ Kazna se udvostručuje kada je dete mlađe od 15 godina.

Minimalan uzrast za saglasan seksualni odnos je 18 godina i za muškarce i za žene. Takođe, zakon zabranjuje prostituciju osoba mlađih od 18 godina. Krivični zakon zabranjuje dečju pornografiju i kriminalizuje trgovinu decom u vezi sa seksualnom eksploatacijom. Od januara do juna 2020. UNICEF je pomogao 2.018 dece (1.999 devojčica i 19 dečaka) koja su bila žrtve seksualne eksploatacije.¹³⁰ Takođe je bilo izveštaja da su deca vojnici, posebno devojčice, bila suočena sa seksualnom eksploatacijom.

Sudovi mogu osuditi žene proglašene krivim za preljubu na kaznu zatvora do jedne godine, dok je preljuba muškaraca kažnjiva samo ako se proceni da je „štetna“.

125 <https://www.state.gov/reports/2020-country-reports-on-human-rights-practices/democratic-republic-of-the-congo/>.

126 Ibid.

127 Ibid.

128 Ibid.

129 Ibid.

130 Ibid.



BURUNDI

Republika Burundi ima oko 12 miliona stanovnika.¹³¹ Hrišćani čine oko 86% stanovništva, muslimani 2,5%, ostale religije 3,6%, dok je neodređenih 7,9%.¹³²

Život u Burundiju

Burundi ima jednu od najvećih stopa gladi i neuhranjenosti od svih zemalja rangiranih u Globalnom indeksu gladi.¹³³ Čak 64,6% stanovništva živi ispod granice siromaštva.¹³⁴ Oko 27% dece uzrasta do pet godina je neuhranjeno, što Burundi čini devetom zemljom na svetu po stepenu neuhranjenosti male dece.¹³⁵ Stopa smrtnosti majki je 2017. iznosila 548 smrti na 100.000. Glavni faktori koji utiču na smrtnost majki su neadekvatna medicinska nega i slabo korišćenje usluga planiranja porodice.

U 2020. godini stopa pismenosti starijih od 15 godina u Burundiju je procenjena na 68,4% (76,3% muškaraca i 61,2% žena).

Zakon zabranjuje silovanje muškaraca i žena, uključujući silovanje u braku, kao i porodično zlostavljanje supružnika. Ipak su takve prakse i dalje rasprostranjene. Vlada je 2016. usvojila zakon koji predviđa stvaranje posebnog suda za zločine na osnovu pola i tim zakonom je zločine rodno zasnovanog nasilja učinila neoprostivim i predvidela je strože kazne za policajce i sudije koji prikrivaju nasilne zločine nad ženama i devojkicama. Međutim, taj specijalni sud još nije formiran. Septembarski izveštaj COI navodi da seksualno i rodno zasnovano nasilje pogađa uglavnom žene i devojke, ali i muškarce. Konkretno, pripadnici Imbonerakure i policije počinili su nasilje da bi zastrašili, kontrolisali, potisnuli i kaznili žene i muškarce zbog njihovih navodnih ili stvarnih političkih mišljenja, odbijanja da se pridruže vladajućoj stranci ili navodnih veza sa oružanim pokretom.¹³⁶ Vlada je omogućila pristup uslugama seksualnog i reproduktivnog zdravlja za žrtve seksualnog nasilja.

Usled velike stope siromaštva trgovina ljudima je rasprostranjena u Burundiju, decu regrutuju naoružane grupe i prisiljena su da učestvuju u antivladinim aktivnostima, rođaci, komšije i prijatelji trguju decom i mladima, deca i mladi su podvrgnuti prinudnom radu u poljoprivredi, rudarstvu, neformalnoj trgovini, proizvodnji drvenog uglja i ribarstvu, devojke i mlade žene su primorane na kućno ropstvo i seksualnu trgovinu u restoranima i barovima oko jezera Tanganjika, a žene i devojke koje odlaze na Bliski istok radi poslova u domaćinstvu prijavljuju fizičko i seksualno zlostavljanje.¹³⁷

131 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/burundi/>.

132 Ibid.

133 <https://www.welthungerhilfe.org/news/publications/detail/global-hunger-index-2021/>.

134 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/burundi/#economy>.

135 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/burundi/#people-and-society>.

136 <https://www.state.gov/reports/2020-country-reports-on-human-rights-practices/burundi/>.

137 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/burundi/#transnational-issues>.

Negativne kulturne prakse u zemljama Bliskog istoka

Bača bazi (*bacha bazi*). Izraz se koristi u nekim delovima Avganistana i Pakistana i odnosi se na seksualnu eksploataciju dečaka od strane starijih muškaraca. Ovaj običaj je povezan sa seksualnim ropstvom i dečjom prostitucijom. U mnogim delovima Avganistana ženama je zabranjeno da rade kao plesačice ili zabavljačice, a umesto njih koriste se dečaci. Ovi dečaci uglavnom imaju između deset i osamnaest godina i potiču iz siromašnih sredina. Roditelji se nagovaraju da predaju sinove za novčanu nadoknadu, uz obećanje da će deca dobiti posao i obrazovanje. Mladići se zatim angažuju na privatnim zabavama, gde obučeni u žensku odeću i našminkani plešu ispred starijih muškaraca. Mnogi su primorani na seksualne veze sa svojim gospodarom ili drugim osobama koje imaju uticaj u lokalnoj zajednici. Dečaci koji to odbiju često bivaju silovani, a nekad i ubijeni. Uskraćeni za obrazovanje, kada odrastu, ovi dečaci bivaju prepušteni samima sebi i zajednici koja ih osuđuje. Bez budućnosti i odbačeni od svojih roditelja, rođaka i prijatelja, ukoliko ostanu u Avganistanu, najčešće se odluče da sebi oduzmu život. Nije redak slučaj da među maloletnicima bez pratnje bude dečak koji je bio „dečak plesač“ u ranom uzrastu.

Bača poš (*bacha posh*). Neke porodice u Avganistanu koje nemaju mušku decu odgajaju kćerke kao dečake. One idu u školu, na posao, rade ili prate sestre u javnosti. Devojčica koja živi kao dečak oblači mušku odeću i ima kratku frizuru. Oslovljavaju je muškim imenom. Ove devojčice se slobodno kreću u javnosti i mogu pratiti svoje sestre na mestima gde je obavezna muška pratnja. Za razliku od devojčica, njima je dozvoljeno da idu u školu i da se bave sportom. Međutim, devojčica više ne može biti bača poš kada uđe u pubertet. Žene odgajane kao bača poš često imaju poteškoće u prelasku iz dečačkog života i prilagođavanju tradicionalnim ograničenjima nametnutim ženama. Ovaj običaj sličan je fenomenu „virdžine“ u severnoj Crnoj Gori.

Rana udaja i trudnoća. U avganistanskoj kulturi je normalno da se kćerke udaju sa 12 godina. Devojčice tog uzrasta se smatraju zrelim za brak. Najčešće se ovo odnosi na unapred ugovoreni brak ili prodaju devojčice dosta starijem muškarcu radi braka. Unapred ugovoreni brakovi su obično između bliskih rođaka, na primer, dece od ujaka i stričeva. Ukoliko ženi umre muž, ona se ponovo udaje za njegovog brata ili oca. Već sa dvadesetak godina mlade devojke imaju po troje do petoro dece. Muž vodi glavnu reč, sve što on kaže mora se uvažavati. Žene ne mogu da rade, njihovo je da brinu o deci i kući, nemaju pravo glasa, potčinjene su, ne smeju da pričaju sa drugim muškarcima, nose hidžabe i odeću koja prekriva celo telo, u kampovima ne izlaze iz sobe. Takođe je normalno i da muž ima po više žena i da svi žive na istom mestu. Najstarije muško dete u porodici od oca dobija zadatak da brine o sestrama i dozvolu da se ponaša kao otac, da naređuje, kažnjava.

Džin. U islamu je džin nevidljivo biće stvoreno iz vatre. Džinovi (džini) mogu biti dobri ili loši, mada je ovih drugih znatno više, i po karakteristikama koje im se pridaju, slični su našim predstavama demona. Mnoge izbeglice iz Avganistana i Irana veruju u džinove, razgovaraju sa njima, vide ih, kažu da ih oni navode na suicid ili na nelegalne radnje. Često se smatra da je osoba koja ima epilepsiju ili psihotični poremećaj zapravo opsednuta džinima i da je od njih treba lečiti.

Ubistva iz časti. Nasilje zasnovano na časti je zločin koji obično čini muški član porodice prema ženi kao vid zaštite ili odbrane časti porodice i/ili zajednice. Ovo može uključivati različite stepene nasilnih praksi, uključujući napad, zatvaranje, ubistvo, unakažavanje, prisilno samoubistvo, kidnapovanje, prisilnu udaju, prodaju itd. Obično se dešava u situacijama kada žena počini nešto čime je „obrukala porodicu“, kao što je, na primer,

čin prevare, ali i u situacijama kada žena napusti muža koji je maltretira, kada je devojka silovana, odbije udaju, bude u vanbračnoj vezi ili ima vanbračne seksualne odnose, koristi alkohol, pa čak i kada koristi šminku itd.

Negativne kulturne prakse u zemljama Afrike

Kao i u zemljama Bliskog istoka, u afričkim zemljama je prisutna praksa rane udaje i prinudnog braka, kao i rane trudnoće i ubistava iz časti. Pored toga, neke kulturne prakse su tipične za afričke zemlje.

Sakaćenje ženskih genitalnih organa (ponekad se naziva i obrezivanje žena) je termin za postupke koji uključuju delimično ili potpuno uklanjanje spoljašnjih ženskih genitalnih organa ili povredu ženskih genitalnih organa iz kulturnih, verskih, društvenih ili drugih nemedicinskih razloga u porodicama i zajednicama. Praksa je izrazito bolna i može dovesti i do trenutnih i/ili dugoročnih negativnih zdravstvenih posledica, uključujući bol i infekciju, probleme mentalnog zdravlja, poteškoće pri porođaju i/ili smrt. Zahvat se može sprovesti na novorođenčadi, tokom detinjstva ili adolescencije, neposredno pre braka ili tokom prve trudnoće. Prema klasifikaciji Svetske zdravstvene organizacije, postoje četiri tipa vaginalne mutilacije:

Tip 1 - Klitoridektomija: delimično ili potpuno uklanjanje klitorisa (u veoma retkim slučajevima samo prepucijuma);

Tip 2 - Ekscizija: delimično ili potpuno uklanjanje klitorisa i malih usana, sa ili bez ekscizije velikih usana;

Tip 3 - Infibulacija: odstranjivanje dela ili čitavih spoljnih genitalija i ušivanje ili sužavanje vaginalnog otvora sečenjem i repozicioniranjem unutrašnjih ili spoljašnjih usana, sa ili bez uklanjanja klitorisa; i

Tip 4 - Ostalo: sve druge štetne procedure za ženske genitalije u nemedicinske svrhe, na primer, probadanje, pirsing, urezivanje, struganje i spaljivanje genitalnog područja.

Peglanje grudi. Izravnavanje grudi je štetna praksa koja uključuje ponavljano udaranje, pritiskanje, peglanje, trljanje ili masiranje dojki devojčice tvrdim ili zagrejanim predmetima kako bi se zaustavio ili odložio njihov rast i razvoj.¹³⁸ Praksa može uključivati upotrebu raznih predmeta, kao što su zagrejano kamenje za mlevenje, posude od livenog gvožđa, kutlače, čekići, drveni tučci ili lopatice, kašike, metle ili električne pegle, koštice voća, ljuske kokosa, kore banane i neki listovi ili biljke (za koje se veruje da poseduju lekovita svojstva). Peglanje grudi takođe može uključivati čvrsto omotavanje ili vezivanje zavoja, elastičnih obloga, krpa ili kaiševa oko grudi devojaka. Peglanje grudi obično obavljaju ženski srodnici (majka, sestra, tetka, baka, dadilja ili drugi ženski staratelj). Generalno, praksa se održava kao tajna između devojčica i njihovih majki ili drugih staratelja. Ponekad ovu praksu obavljaju tradicionalne babice, iscelitelji i šamani, što im može obezbediti redovan prihod (ili druge naknade) i viši društveni status. Važan faktor u osnovi ove prakse je da se ona smatra oblikom „zaštite“ - veruje se da će pomoći da se odvrti muška pažnja i da se devojčice zaštite od seksualnog uznemiravanja, napada, eksploatacije i silovanja ili polno prenosivih bolesti. Još jedan faktor koji doprinosi ovoj praksi je dečji brak. Rast grudi kod devojaka često društveno signalizira da su spremne za brak. U nekim zajednicama peglanje grudi se smatra načinom da se spreči dečji brak.

138 Amahazion F. (2021). Breast ironing: A brief overview of an underreported harmful practice. *Journal of Global Health*, 11, 03055, dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8005301/>.

Izbeglice i migranti u Srbiji

Prema podacima UNHCR-a, tokom 2020. godine registrovano je 24.250 ulazaka u Srbiju.¹³⁹ U oktobru 2021. godine oko 4.880 izbeglica/migranata je bilo smešteno u prihvatnim centrima i centrima za azil, a među njima je bilo 7,5% dece bez pratnje i 3,5% žena.¹⁴⁰ Izbeglice/migranti dolaze sa Bliskog istoka (većina iz Avganistana, zatim iz Pakistana i Sirije), ali ima i onih koji dolaze iz Afrike, donoseći sa sobom svoju kulturu, verovanja, običaje i religiju.

Razlozi migracija (u najširem smislu posmatranih kao kretanja iz jedne zemlje u drugu) različiti su, ali napuštanje svoje zemlje uvek sa sobom nosi težinu ostavljanja porodice i prijatelja, napuštanja poznatog i suočavanja sa neizvesnom budućnosti. Put je dug, nepoznat, često obeležen neprijatnim i traumatskim iskustvima. Većina izbeglica/migranata prelazi dug put, pešačeći kroz opasne predele i često ostajući bez hrane i vode. Prema podacima Međunarodne organizacije za migracije, više od 70% migranata koji putuju kopnom preko severne Afrike u Evropu, tokom puta su postali žrtve trgovine ljudima, trgovine organima i eksploatacije.¹⁴¹

Sve to čini „paket“ sa kojim izbeglice/migranti dolaze u našu zemlju. Kako će biti prihvaćeni i koliko ćemo im olakšati migrantsko iskustvo, zavisi od nas, naših stavova, razmišljanja, osećanja i ponašanja.

Socijalni stavovi

U određivanju načina na koji ćemo se odnositi prema ljudima u svom okruženju, jednu od najvažnijih komponenti čine naši stavovi. Socijalni stavovi su „trajni sistem pozitivnih ili negativnih vrednovanja, emocionalnih osećanja i akcionih tendencija za ili protiv, a koji se odnosi na neki socijalni objekat“.¹⁴² Stav sadrži tri komponente: saznavnu ili kognitivnu, emocionalnu ili afektivnu i akcionu (tj.voljnu) ili konativnu komponentu. *Kognitivna komponenta* se odnosi na znanja i uverenja o nekom objektu, ali i na vrednosne sudove (dobro/loše, vredno/bezvredno). *Afektivna komponenta* predstavlja osećanja prema objektu – da li ga volimo ili ne, da li nam se dopada ili ne. *Konativna komponenta* predstavlja tendenciju da se učini nešto u odnosu na objekat prema kome imamo stav, da se preduzme neka akcija.

Stavovi utiču na način na koji ćemo opažati svet/objekte/ljude, na to šta ćemo zapamtiti u vezi sa njima, na to kakav ćemo odnos imati prema nečemu, na motivaciju da nešto uradimo ili ne uradimo u vezi sa objektom stava i, najzad, na samu akciju koju preduzimamo. Naš stav je do te mere značajan da psihozi smatraju da su izvori sukoba među ljudima upravo razlike u stavovima.

139 <https://reliefweb.int/report/serbia/unhcr-serbia-monthly-update-december-2020>.

140 <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/UNHCR%20Serbia%20Snapshot%20-%20October%202021.pdf>.

141 <https://www.theguardian.com/global-development/2016/oct/18/70-of-migrants-to-europe-from-north-africa-trafficked-or-exploited-un-united-nations-survey>.

142 Magdalenić, I. (1972). Dejvid Kreč, Ričard S. Kračfild, Igerton L. Balaki, Pojedinač u društvu (Udžbenik socijalne psihologije). Revija za sociologiju, 2(2-3), 151-152.

Stav se formira na osnovu iskustva, bilo ličnog iskustva koje imamo sa objektom stava, bilo naučenim ponašanjem ili na osnovu posmatranja ponašanja osoba u našem okruženju prema objektu stava. Stavove prema drugim ljudima često usvajamo nesvesno. Deca rano mogu početi da odbacuju i omalovažavaju osobe koje se od njih razlikuju po polu, po određenim sposobnostima, izgledu, običajima, garderobi. I odrasli i deca često donose zaključke o drugim ljudima na osnovu nepotpunih i vrlo često netačnih podataka a da prethodno nisu upoznali osobu.

Stav može biti individualan, kad je reč o odnosu prema nekim ličnim temama (roditeljima, prijateljima i sl.), i socijalni, koji se odnosi na šira društvena pitanja i pojave. To su, na primer, stavovi prema različitim nacijama, etničkim grupama, religiji, politici itd.

Ponašanje osobe prema drugim ljudima zavisi od toga kako te druge ljude opaža, šta o njima misli i kakva osećanja prema njima ima. Tako i stavovi prema migantskoj i izbegličkoj populaciji utiču na to kako će se osoba prema njima ophoditi. Od posebnog značaja su stavovi koje prema njima imaju stručni radnici koji su sa njima u direktnom kontaktu, u domenu zdravstva, socijalne zaštite ili obrazovanja.

Predrasude

Predrasude čine posebnu vrstu stava. One su logički neosnovani stavovi koji se uporno održavaju i praćeni su intenzivnim emocijama. Predrasude su krute i otporne na podatke kad su ti podaci u suprotnosti sa generalizacijama koje one sadrže. Iako mogu uključivati i pozitivan i negativan odnos prema nekom objektu/pojavi/osobi, obično se pod predrasudama podrazumevaju negativni stavovi prema grupi ljudi, pripadnicima neke rase ili etničke grupe. Dve suštinske komponente predrasuda su: pozitivan ili negativan stav i generalizacija (stoga su i pogrešne).

Pod *etničkim i rasnim predrasudama* se podrazumeva negativan stav zasnovan na pogrešnim uverenjima o pojedinim društvenim, etničkim ili rasnim grupama i njihovim pripadnicima, praćen snažnim negativnim emocijama i negativnim postupcima. Pripadnici grupe se izbegavaju, potcenjuju i izlažu raznim neprijateljskim, agresivnim i diskriminatornim postupcima. S obzirom na to da predrasude predstavljaju vrstu stavova, one sadrže iste karakteristike kao i stavovi, dakle, imaju kognitivnu, emocionalnu i konativnu komponentu.

S obzirom na njihove karakteristike, predrasude možemo podeliti na:

- Predrasude koje su posledica prilagođavanja sredini u kojoj pojedinac živi. Manifestuju se kao podražavanje i usvajanje neopravdanog i proširenog shvatanja te sredine. Ove predrasude ne moraju biti praćene negativnim emocijama i najlakše ih je suzbiti;
- Predrasude koje su povezane sa tradicionalnim načinom života i shvatanja. Teško se menjaju, jer su duboko ukorenjene u ličnost i predstavljaju sastavni deo ponašanja i reagovanja;
- Predrasude koje su sastavni deo strukture ličnosti pojedinca i predstavljaju odraz njegove vlastite nesigurnosti i potisnute agresivnosti. Ove predrasude su snažno emotivno obojene i najteže se menjaju.

Predrasude mogu da budu posledica globalnog nezadovoljstva, izazvanog društvenim teškoćama ili krizama, kada se neprijateljstvo usmerava prema određenim društvenim grupama i na njih se prebacuje odgovornost za probleme. Ali, kao što je navedeno, neke ličnosti su podložnije formiranju predrasuda. Adorno je takve osobe nazvao „autoritarnim ličnostima”.¹⁴³ One svoje frustracije i nagomilanu agresivnost ne mogu da usmere na stvarni izvor, već ih pomeraju na grupe ili manjine, prema kojima nije opasno ispoljiti agresiju. Bitan činilac koji uslovljava razvoj predrasuda jeste sklonost pojedinca ka pojednostavljivanju i uopštavanju, pa se tako, na primer, svi pripadnici jednog naroda procenjuju kao jednaki, a određenom narodu se pripisuju neke karakteristike kao opšte.

Stereotipi

Stereotipi su veoma pojednostavljena i teško promenljiva uverenja o osobinama pojedinih društvenih grupa (etničkih, rasnih, verskih), koja se pripisuju svakom pripadniku tih grupa. Oni su „skup uverenja o ličnim karakteristikama (atributima) neke grupe ljudi”.¹⁴⁴

U osnovi stereotipa se nalazi pogrešna i neopravdana široka generalizacija zasnovana na minimalnom poznavanju grupe na koju se odnosi. Pretpostavlja se da svi pripadnici grupe imaju neke osobine koje su samo njima svojstvene i po kojima se razlikuju od drugih, a te osobine su obično negativno konotirane. Stereotipi negiraju individualnost osobe i baziraju se na našoj sklonosti da osobine jednog pripadnika neke nacije generalizujemo na sve ostale kako bismo uprostili i lakše predvideli pojave i dešavanja.

Razlika između predrasuda i stereotipa

Prema nekim shvatanjima ne postoji razlika između predrasuda i stereotipa, oni su pojmovno izjednačeni. Drugo shvatanje kaže da su stereotipi izvedeni zaključci o pojedinim narodima na bazi iskustva. Čak i kada su bazirani na iskustvu, kao i sve generalizacije, i oni mogu biti pogrešni jer počivaju na nepotpunoj indukciji, pa uz delimično tačne sadržaje i netačne i neopravdane generalizacije. Negativni efekti stereotipa su opravdavanje predrasuda i smanjenje želje da se pripadnici neke grupe bolje upoznaju i da se omogući eventualno korigovanje stava.

Predrasude i stereotipi se u društvu održavaju pomoću socijalnog učenja i konformizma. Oni se uče od rođenja, od roditelja, porodice, prijatelja, u školi, putem medija. U želji da se identifikuje sa grupom, osoba prihvata dominantno mišljenje i sistem vrednosti ne dovodeći ga u pitanje, nema ideju o tome da su oni pogrešni jer je ubeđenja da postoji samo jedno ispravno mišljenje – ono koje ona sama zauzima. Tek kada postane svesna da je neki njen stav pogrešan, osoba može da donese odluku da ga promeni.

143 Duckitt, J. (2005). Personality and prejudice. On the nature of prejudice: Fifty years after Allport, 395-412.

144 Newman, L. S. (2009). Was Walter Lippmann interested in stereotyping?: Public opinion and cognitive social psychology. *History of Psychology*, 12(1), 7.

Predrasude prema izbeglicama i migrantima

Nepoznavanje razloga zbog kojih se neka osoba iz druge zemlje nalazi na teritoriji naše zemlje, dovodi do formiranja predrasuda prema toj osobi. U svakodnevnom govoru termini izbeglica i migrant se ponekad koriste kao sinonimni iako između njih postoji formalna i pravna razlika.

Izbeglice su osobe koje su prisiljene da napuste svoje prebivalište. Konvencija UN o statusu izbeglica¹⁴⁵ iz 1951. godine izbeglicu definiše kao osobu koja se „nalazi izvan zemlje svog državljanstva i koja usled osnovanog straha od progona zbog rase, vere, nacionalnosti, pripadnosti određenoj društvenoj grupi ili političkog uverenja ne želi ili se ne može staviti pod zaštitu te države“. Jedan od osnovnih principa Konvencije o statusu izbeglica je da izbeglice ne mogu biti vraćene u zemlju porekla ukoliko su im tamo ugroženi život i sloboda. Konvencijom je definisano i pravo i procedure traženja azila.

Za razliku od njih, migranti su osobe kojima u zemljama porekla nisu ugroženi životi, niti im u tim zemljama pretila opasnost od progona. U svakom trenutku mogu da se vrate u svoju zemlju. Oni odlučuju da odu u stranu zemlju iz različitih motiva, najčešće zbog posla ili školovanja. Ali migratni mogu bežati i od siromaštva, elementarnih nepogoda prouzrokovanih klimatskim promenama, ratova, progona, zato što su im u zemljama porekla narušena ljudska prava. Migranti podležu isključivo zakonima zemalja u kojima se nalaze, dok je zaštita izbeglica definisana i nacionalnim i međunarodnim propisima.

Predrasude prema izbeglicama i migrantima u osnovi imaju nekoliko različitih strahova. To je najpre strah od susreta sa nepoznatim, od kulture koja osobi nije bliska, od navika koje pripadnici te kulture imaju, strah da bi oni mogli da utiču na promenu vrednosnog sistema, kulturnog ili verskog identiteta sredine domaćina.¹⁴⁶

Subjektivni osećaj bezbednosti u okviru mesta stanovanja može biti jedan od činilaca koji utiču na formiranje stavova o migrantskoj populaciji. U istraživanju koje je sproveo UNHCR 2020. godine, na osnovu anketiranja 203 stanovnika Srbije iz mesta u kojima se nalaze tranzitno-prihvatni centri i centri za azil, kao i stanovnika drugih mesta u Srbiji, gotovo 50% anketiranih je izjavilo da se oseća nebezbedno u prisustvu grupe migranata/ izbeglica, oko 18% smatra da oni da treba da se vrate u zemlju porekla, dok samo 3,45% misli da su većina teroristi.¹⁴⁷

Istraživanja pokazuju da se migranti percipiraju kao potencijalna pretnja u ekonomskom smislu, kao direktna konkurencija na tržištu rada. Prisutan je i strah da bi migranti mogli da počine neko krivično delo. Ovaj strah je mahom zasnovan na senzacionalističkim infomacijama iz medija, kada se pojedinačni slučajevi predstavljaju kao pravilo.¹⁴⁸ Takođe je prisutan i strah od bolesti koje, navodno, mogu da donesu iz Azije i Afrike.

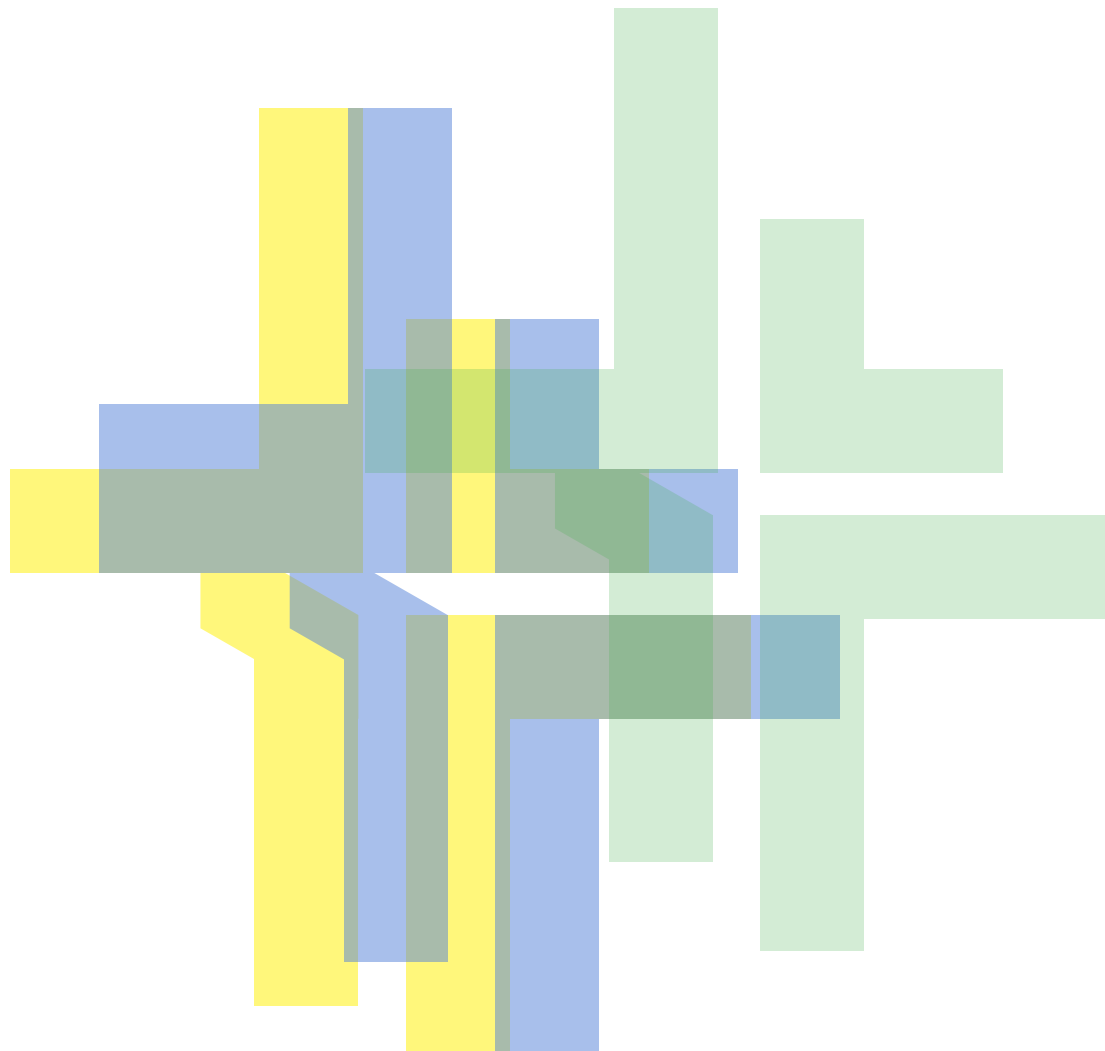
145 UN General Assembly, Convention Relating to the Status of Refugees, 28 July 1951, United Nations, Treaty Series, vol. 189, p. 137.

146 Stephan, W. G., Boniecki, K. A., Ybarra, O., Bettencourt, A., Ervin, K. S., Jackson, L. A., ... & Renfro, C. L. (2002). The role of threats in the racial attitudes of blacks and whites. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(9), 1242-1254.

147 Vanja Buha, Maja Lainović(2020). Uticaj medija u Republici Srbiji na povećanje ksenofobije prema izbeglicama i migrantima; Humanitarni centar za integraciju i toleranciju, Novi Sad.

148 Mayda, A. M., & Facchini, G. (2006). Individual attitudes towards immigrants: Welfare-state determinants across countries.

I u odnosu na zemlju porekla migranata i izbeglica postoje određene klase predrasuda. U istraživanju koje je sproveo UNDP 2016. godine,¹⁴⁹ ispitivane su razlike u tome kako lokalno stanovništvo percipira izbeglice iz Avganistana i Sirije. Izbeglice iz Sirije se doživljavaju kao obrazovani, ljubazni i liberalni ljudi, a njihova kultura kao napredna (čak i naprednija u odnosu na kulturu domaćeg stanovništva). Ovakav stav je delimično zasnovan i na činjenici da su studenti iz Sirije i pre izbegličke krize studirali na Beogradskom univerzitetu, pa je lokalno stanovništvo i ranije imalo prilike da se susretne sa njima. Sa druge strane, izbeglice iz Avganistana se češće percipiraju kao neobrazovane, nepismene i manje napredne u odnosu na lokalno stanovništvo. Razlog ovakvoj percepciji možemo tražiti u tome što se izbeglice iz Avganistana mahom drže zajedno, čineći manje otvorenu grupu. Sa druge strane, među njima ima mnogo dece i mladih muškaraca, koji već dugo putuju iz svoje zemlje ka drugim zemljama, te im je i obrazovanje često diskontinuirano, pa se opažaju kao manje obrazovani i „nazadniji“. Još jedna bitna razlika ogleda se u tome da Sirijci i Iračani obično putuju sa svojim porodicama, dok Avganistanci putuju sami. Ove razlike uočene između sirijskih i avganistanskih izbeglica značajno utiču na opšte percepcije ljudi i ometaju moguću integraciju migranata. Sirijci, percipirani kao „porodični ljudi“, poželjnije su grupe za moguću integraciju, dok su Avganistanci opažani kao manje poželjni, posebno ako su mladi i bez porodice.



149 Vuletic, V. (2016). Impact of the migration crisis on local governments and communities in Serbia and possibilities for integration: An assessment from focus groups. United Nations Development Programme (UNDP).

DEO II

KULTURNO KOMPETENTNA PRAKSA

Kultura

Reč kultura dolazi od latinskog *colere*, što znači nastanjivati, uzgajati, težiti zemlji i rasti, kultivisati i negovati. Američki sociolozi Kroeber i Kluckhohn sakupili su čak 257 definicija kulture.¹⁵⁰ Često navođena je definicija engleskog antropologa E. B. Tylora: „kultura je složena celina koje obuhvata saznanje, verovanje, umetnost, moral, pravo, običaj i druge pogodnosti i načine koje je čovek stekao kao član društva”.¹⁵¹ Prema Birstedu, kultura se „sastoji iz svega što mislimo, činimo i imamo kao članovi društva”.¹⁵² U široj definiciji kultura se određuje kao zajednički obrazac ponašanja i interakcija, kognitivne konstrukcije i razumevanja koji se uče socijalizacijom. Dakle, kultura se može posmatrati kao grupni identitet podstaknut društvenim obrascima koji su jedinstveni za grupu. Čine je standardi i pravila koji usmeravaju ponašanje pojedinaca u zajednici.

Kultura je bitna karakteristika čoveka i društva uopšte, s obzirom na to da nijedna druga vrsta ne poseduje kulturu. Funkcija kulture je stvaranje i proizvodnja materijalnih i duhovnih kulturnih dobara, njihovo prenošenje putem komunikacije i prihvatanje kulturnih vrednosti kroz proces selekcije, odnosno odbijanja. Ona omogućava da se kulturna dobra i vrednosti prenose na pojedince i grupe, sa generacije na generaciju. Ljudi se zatim međusobno identifikuju kao pripadnici jedne kulture – ili ih drugi prepoznaju kao takve. Pripadnike jedne kulture odlikuje zajedničko poreklo, jezik, tradicija, etnicitet i vera. Za ljude je važno da se identifikuju kao pripadnici određene kulture i zajednice jer to zadovoljava bazičnu ljudsku potrebu za pripadanjem i prihvatanjem.

Svest da pripadamo određenoj kulturi, čini nas različitim od drugih, koji pripadaju drugim kulturama. Kulturna svesnost je pojam koji označava svest o sopstvenim kulturnim vrednostima, verovanjima i percepcijama na kojima počiva naše ponašanje i razumevanje razlika i sličnosti između sopstvene kulture i drugih kultura.

Kulturna kompetentnost

Kulturna kompetentnost obuhvata skup znanja, stavova, veština, ponašanja i, u skladu sa njima, sposobnosti da se ostvari interakcija sa ljudima koji dolaze iz različitih kultura. Ona podrazumeva razumevanje i prihvatanje razlika u mišljenju, vrednosnim stavovima i ponašanju pripadnika drugih kultura i uvažavanje njihovih osobenosti bez vrednosnog procenjivanja.

150 Kroeber, A. L. and Kluckhohn, C., 1952. Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions. Cambridge, MA: Peabody Museum.

151 Tylor, E. B. (1974)[1871]. Primitive culture: researches into the development of mythology, philosophy, religion, art, and custom. New York: Gordon Press.

152 Bierstedt, R. (1938). The Meanings of Culture. Philosophy of Science, 5(2), 204-216.

Koncept kulturne kompetencije odnosi se na poštovanje ljudi bez obzira na njihovo kulturno poreklo, kao i na mogućnost da im usluge određenog sektora budu dostupne na adekvatan način, uz poštovanje postojećih različitosti.

Po nešto široj definiciji, „kulturna kompetencija je skup kongruentnih ponašanja, stavova i politike koji se implementiraju u sistem, službe ili među profesionalce, omogućavajući sistemu, službama ili profesionalcima da efikasno rade u međukulturnim situacijama/ okolnostima”.¹⁵³ Ovako široko postavljena definicija nudi okvir za procenu i poboljšanje više aspekata organizacije u kojoj se sprovodi, od menadžmenta i strukture upravljanja, do konkretnih smernica za pružanje usluga i razvoj kompetentnog osoblja.

Kulturno kompetentna praksa u zdravstvenoj zaštiti

Kulturna kompetentnost na nivou usluga i programa podrazumeva da se oni pružaju na način koji odgovara verovanjima, stavovima, jeziku i ponašanju korisnika tih usluga, na način koji im obezbeđuje da u najvećoj mogućoj meri participiraju u nekom programu.¹⁵⁴ Ona se odnosi ne samo na poznavanje drugih kultura nego i na poznavanje manjina i manjinskih životnih stilova unutar jedne kulture.

„Kulturno kompetentna praksa predstavlja sposobnost sistema, službi i profesionalaca da na efikasan i uvažavajući način pruže usluge ljudima različitih kultura, klasa, rasa, etničkog porekla, religijskog ili seksualnog opredeljenja na način koji poštuje različitosti, prepoznaje, podstiče i uvažava vrednost pojedinaca, porodice i zajednice, te štiti i čuva njihovo dostojanstvo.”¹⁵⁵

Moguće je govoriti o tri nivoa kulturno kompetentne prakse.

- Prvi je nivo praktičara i na tom nivou zdravstveni radnik/saradnik mora poznavati vrednosti, kulturno nasleđe i razlike u vrednosnim sistemima klijenata iz drugih kultura. Praktično, ovaj nivo se odnosi na način na koji će praktičar ostvariti interakciju sa svojim klijentom, na razumevanje razlika u govoru, pokretima, opažanjima, razmišljanjima, odlukama koje klijenti iz drugih kultura imaju;
- Drugi nivo je nivo organizacija zdravstvenog sistema, gde u strukturi i načinu sprovođenja zdravstvene zaštite treba promovisati multikulturalnost. Odnosi se na sve aspekte, od načina na koji je organizacija fizički uređena (rastojanje između pacijenta i lekara, postojanje paravana, uređenje toaleta) preko načina zakazivanja i primanja pacijenata do samog pregleda i daljeg upućivanja;
- Na poslednjem, najvišem nivou, sredina tj. zajednica je ta koja se bavi promovisanjem različitosti i potrebe za multikulturnom interakcijom. U nastojanju da se organizuje kulturno kompetentna praksa, moramo uzeti u obzir i sredinu u kojoj se organizacija nalazi, gde je locirana, kakav stav prema njoj i njenim klijentima ima lokalno stanovništvo, koliko su i na koji način izbeglice i migranti integrisani u lokalnu sredinu.

153 Cross, T. L., Bazron, B. J., Dennis, K. W., Isaacs, M. R. (1989) Towards a Culturally Competent System of Care Vol. 1. Georgetown University Child Development Centre, Washington DC.

154 Sawrikar, P. (2009). Culturally appropriate service provision for culturally and linguistically diverse (CALD) children and families in the New South Wales (NSW) child protection system (CPS). Interim Report.

155 Republika Srbija, Pokrajinski zavod za socijalnu zaštitu. Vodič za kulturno kompetentnu praksu u socijalnoj zaštiti, 2016.

U kreiranju kulturno kompetentne prakse potrebno je planirati programe koji će se odnositi na sve segmente i nivoe:¹⁵⁶

- Organizacione vrednosti – da li neka organizacija/služba prepoznaje i vrednuje kulturnu kompetentnost;
- Upravljanje – na koji način je kulturna kompetentnost ugrađena u savetodavna tela, politike, standarde i ciljeve službe;
- Planiranje, praćenje i evaluacija – kako organizacija osigurava da se programski i operativni planovi bave pitanjima kulturne kompetencije i kako prati i procenjuje napredak u tom segmentu;
- Razvoj kadrova – kako su osoblje i pružaoci usluga opremljeni stavovima, znanjem i veštinama potrebnim za pružanje usluga kulturno kompetentne prakse;
- Organizaciona infrastruktura – kako su raspoređeni resursi potrebni za planiranje i sprovođenje kulturno kompetentnih usluga;
- Komunikacija – kako se osnažuje efikasna i kulturno odgovarajuća komunikacija između službe i klijenata, kao i između članova osoblja;
- Usluge i intervencije – da li su i na koji način zdravstvene usluge pružene na kulturno kompetentan način.

U kontekstu zdravstvene zaštite to znači da je kulturna kompetencija sposobnost sistema da pruži zdravstvenu negu klijentima iz različitih kultura, koji imaju različite sisteme vrednosti, verovanja i ponašanja, kao i prilagođavanje zdravstvene zaštite tako da se zadovolje društvene, kulturne i jezičke potrebe pacijenta. Kulturno kompetentan sistem zdravstvene zaštite je onaj koji u razumevanju koncepta zdravlja i bolesti, u prevenciji i kurativi priznaje važnost kulture, uključuje procenu međukulturnih odnosa, prepoznaje potencijalni uticaj kulturnih razlika, proširuje kulturno znanje i prilagođava usluge tako da zadovolje kulturno jedinstvene potrebe.

Veštine kulturno kompetentnog zdravstvenog radnika/saradnika

Na nivou profesionalca, kulturna kompetentnost predstavlja skup ponašanja, stavova, politika i znanja koje pružaocima usluga omogućavaju da efektivno rade sa osobama iz različitih kultura.¹⁵⁷ Prema najranijim razumevanjima kulturne kompetentnosti, ona obuhvata tri velike oblasti: znanje, veštine i svesnost.¹⁵⁸ Izuzetno važni aspekti kulturne kompetentnosti jesu svesnost profesionalca o sopstvenim stavovima, vrednostima i predrasudama, razumevanje pogleda na svet osoba iz drugih kultura i razvoj odgovarajućih kompetencija i usluga u radu sa njima. Generalno, suština kulturne kompetentnosti na nivou pojedinca može se sumirati kao sposobnost za samosvesnost o stavovima i vrednostima, to jest o pogledu na svet koji je rezultat socijalizacije u određenoj kulturi, i osetljivost na

156 The Lewin Group, Inc. (2002) Indicators of Cultural Competence in Health Care Delivery Organisations: An Organisational Cultural Competence Assessment Profile Prepared under Contract with the USA Department of Health and Human Services.

157 Wing, Sue D. (2006), Multicultural Social Work Practice, John Wiley & Sons, inc., 2006; dostupno na: <https://ahmadrofai.files.wordpress.com/2017/08/multikulturderald-wing-sue-multicultural-social-work-practice.pdf>.

158 Kaur, J. (2014), Culturally Sensitive Practice in Out-of-Home Care, JK Diversity Consultants; dostupno na: <https://www.fcav.org.au/images/carer-resources/information-sheets/Culturally-Sensitive-Practice-in-Out-of-Home-Care-Guide.pdf>.

različnost, sliku sveta i stavove pripadnika drugih kultura.¹⁵⁹ Kulturna svesnost predstavlja polaznu tačku, koja se primarno razvija preko istraživanja sopstvenog etničkog identiteta, kulturne pozadine i kontakta sa klijentima različitih etničkih pripadnosti.

Kulturna kompetencija u praksi zahteva od pojedinca da ima otvoren stav, samosvest, svest o drugima, kulturno znanje i kulturne veštine.

- *Otvoren stav* uključuje radoznalost i spremnost da otvorenog uma, bez predubedenja, učimo izlažući se različitim idejama i alternativnim gledištima. Ključni elementi otvorenog stava su: otvorenost za različite ideje i pristupe, traženje različitih mišljenja i suprotnih argumenata i razmatranje prednosti i nedostataka u vezi sa nekim pitanjima. U zdravstvenom sistemu to podrazumeva spremnost da se razume i prihvati postojanje razlika u konceptualizaciji zdravlja i bolesti, kao i načina na koji se posmatra etiologija bolesti i proces lečenja kod pripadnika različitih kultura.
- *Samosvest* podrazumeva svesnost o sopstvenim pogledima na svet. Omogućava nam razumevanje sopstvene kulture, naših stavova i pretpostavki, ali i predrasuda ili isključivosti i poznavanje sopstvenih ograničenja. Uključuje i svest o tome kako drugi mogu da razumeju nas i našu ulogu, kao i kapacitet za samorefleksiju i intervenciju.
- Upravo nam samosvest omogućava da razvijemo *svest o drugima* i da prihvatimo da drugi ljudi imaju svoj pogled na svet, svoj sistem stavova i vrednosti, koji se možda neće poklapati sa našim, ali će biti podjednako validan i vredan. Stanovište o podjednakoj vrednosti različitih kultura naziva se kulturni pluralizam.¹⁶⁰ Prihvatanje svoje i tuđe kulture pomaže nam da shvatimo da je naša perspektiva samo to - naša perspektiva, i da svako ima pravo na svoju vlastitu.¹⁶¹
- *Kulturno znanje* uključuje poznavanje kulturnog okruženja i kulturnih razlika, znanja o određenim kulturnim grupama ili pojedinačnoj grupi, o prirodi kulturnih različitosti, o tome da li unutar njih postoje raslojavanja ili diskriminacija. Ovaj segment se odnosi na poznavanje različitih oblasti života pripadnika jedne kulture, njihovih vrednosti i normi, načina života, običaja i duhovnosti.
- *Kulturne veštine* podrazumevaju sposobnost prilagođavanja našeg stila komunikacije različitim pojedincima, grupama i kulturama, korišćenje veština aktivnog slušanja i uspostavljanje odnosa zasnovanih na međusobnom poverenju.

Kulturna senzitivnost

Kulturna senzitivnost (osetljivost) se odnosi na veštine profesionalaca da, ne odustajući od svoje kulture, prihvate klijente koji pripadaju drugoj kulturi. Ona podrazumeva obostranu toleranciju i spremnost da se prihvati postojanje kulturnih različitosti. To ne znači da će profesionalci usluge prilagođavati pojedinačno svakoj kulturi, već da će biti fleksibilni prema potrebama različitih klijenata.

159 Dragičević Šešić, M. i Dragojević, S. (2004), Interkulturalna medijacija; dostupno na: <http://www.culturalmanagement.ac.rs/rs/tutorial/e-learning/dragicevic-sesic-milena-and-dragojevic-sanjin-interkulturalna-medijacija>.

160 Jočić, A. i sar. (2012). Priručnik za interkulturalna učenja kroz dramu. Beograd, Bazaart.

161 Ibid.

Kulturno senzitivni profesionalac je u stanju da u radu sa klijentima:

- sagleda sopstveno kulturno poreklo i koristi ga za povećanje razumevanja drugih kultura;
- poštuje različitosti;
- pokazuje interesovanje za različite kulture;
- razmišlja o uticaju i značaju nečijeg kulturnog porekla na sebe i lične stavove;
- razmišlja o klijentima kao pojedincima, a ne predstavnicima određenih kultura;
- bude otvoren i strpljiv;
- pita klijente o njihovim navikama, vrednostima i kulturi, umesto da pretpostavlja i generalizuje;
- radi uz pomoć prevodilaca kad god je to potrebno.

Strategije za jačanje kulturno kompetentne prakse

Svaki profesionalac koji želi da unapredi svoje kulturne kompetencije treba sebi da postavlja sledeća samoreflektivna pitanja:

- Na koje načine sam privilegovani činjenicom da sam pripadnik svoje kulture?
- Po čemu se moje gledište razlikuje od gledišta mog klijenta?
- Da li sam identifikovao posebne potrebe svog klijenta?
- Da li ja pretpostavljam nešto o svom klijentu?
- Kako mogu da upoznam svog klijenta?
- Kako način na koji neverbalno komuniciram, može uticati na mog klijenta?
- Kako da znam da je moj klijent razumeo šta sam rekao?
- Šta mogu da naučim od svake osobe koju sretnem?
- Gde imam prostora da rastem u kulturnom razumevanju svojih klijenata?
- Kako da bolje razumem klijente koji imaju drugačiji identitet od mene?

Zdravstveni radnik/saradnik može koristiti različite strategije za izgradnju poverenja kod klijenata kako bi pomogao klijentu da se oseća prihvaćenijim. Neki od načina na koji možete da na efikasniji način izgradite poverenje sa klijentom, jesu sledeći:

- Odvojite vreme da naučite pravilan izgovor imena svake osobe. Ako niste sigurni kako da izgovorite ime, zamolite klijenta da ga izgovori umesto vas;
- Zatražite dozvolu pre nego što dodirnete ili zagrlite osobu, bez obzira na njene godine, pol ili sposobnosti. Ovo je naročito važno kada radite sa klijentima iz drugih kultura koje imaju različit odnos prema telesnom dodiru u odnosu na preovlađujući odnos u našoj kulturi. Pitajući za dozvolu, ostavljate klijentu pravo na lični prostor;
- Informišite se o običajima o kontaktu očima, fizičkom kontaktu i pokretima ruku koji se odnose na bilo koju zajednicu ili grupu sa kojom blisko saradujete;
- Podstaknite klijente ili pacijente da na pregled povedu člana porodice kao pratnju. Na taj način se mogu osećati sigurnije i manje izloženo;
- Ponudite da prevedete informacije ili da ih ponovo napišete na jednostavniji način za one koji imaju poteškoća u čitanju (na primer, otkucajte izveštaj, umesto da ga napišete rukom) ili razumevanju složenih medicinskih informacija;
- Pronađite i na dostupno mesto postavite imena nevladinih i vladinih organizacija i servisa koji mogu biti klijentu korisni u smislu dodatne pomoći i podrške.

Zamke koje treba izbeći u radu sa klijentima:

- Ne tražite i ne očekujte od klijenata da vas oni upoznaju i obrazuju o svojoj kulturi ili običajima. Potrudite se da sami istražite i naučite nešto o njihovoj kulturi, zajednici i potrebama;
- Nemojte se braniti kada vas ispravljaju u vezi sa kulturnim terminima, običajima ili očekivanjima;
- Ne osećajte se uvređenim ako klijenti pokažu otpor prema nekoj proceduri ili savetu koji im dajete. Oni mogu zauzeti defanzivni stav ne zato što ste vi bili neprijatni ili ste u nečemu pogrešili, već kao vid odbrane u susretu sa nepoznatim.

Razlike u pristupu zdravstvu između zemalja Bliskog istoka i Afrike i Srbije

Izbeglice i migranti dolaze iz zemalja u kojima je zdravstvena zaštita ponekad organizovana na drugačiji način nego u zemljama kroz koje prolaze. Njihova znanja, uverenja i očekivanja, kao i ponašanje prilikom pružanja zdravstvenih usluga zavise od ranijeg iskustva. Zato je potrebno poznavati njihove sisteme kako bismo smanjili mogućnosti nerazumevanja sa obe strane - i od strane izbeglica i migranata, i od strane zaposlenih u zdravstvenom sistemu naše zemlje.

Od svih zemalja Bliskog istoka iz kojih dolaze izbeglice i migranti, jedino je u Iraku pristup zdravstvenoj zaštiti besplatan. Međutim, zbog dugogodišnjih oružanih konflikata u skoro svim tim zemljama je zdravstvena zaštita na niskom nivou. Na primer, u Pakistanu oko 78% stanovništva plaća lečenje, dok je besplatno lečenje dostupno samo manjem broju stanovništva. Oko tri četvrtine usluga medicinske zaštite pokriva privatni sektor.¹⁶²

Sirijski zdravstveni sistem opustošen je dugogodišnjim sukobima. Od izbijanja pobune koja se pretvorila u građanski rat, oko 70% zdravstvenih radnika, posebno najkvalifikovanijih, napustilo je zemlju.¹⁶³ Sirijski režim i rusko vazduhoplovstvo uništili su većinu javnih bolnica u zemlji. Čak i pre rata javne bolnice su pružale nizak standard nege, što se dosad pogoršalo u svim područjima zemlje. Medicinske zalihe su oskudne, pa pacijenti umiru i od rana i bolesti koje nisu teške, a medicinsko osoblje je prezaposleno i često nedovoljno kvalifikovano. Broj kola hitne pomoći je ograničen, što onemogućava pristup nezi, posebno u gradovima i selima udaljenim od glavnih urbanih centara.

Avganistan ima jedan od najnerazvijenijih zdravstvenih sistema na svetu. Zbog decenija stalnog sukoba očekivani životni vek je samo 42 godine, a zemlja zaostaje za većinom sveta po skoro svim zdravstvenim pokazateljima. Avganistan ima jednu od najnižih stopa lekara po glavi stanovnika (30 na 100.000 ljudi) i medicinskih sestara (20 na 100.000 ljudi), a isto važi i za bolničke krevete (40 na 100.000 ljudi). Ovo je daleko ispod proseka drugih zemalja južne Azije, koje se još nalaze među najnerazvijenijim u svetu.¹⁶⁴

162 <https://dailytimes.com.pk/187286/healthcare-us-pakistan/>.

163 <https://www.mei.edu/publications/ravaged-war-syrias-health-care-system-utterly-unprepared-pandemic>.

164 <https://qz.com/2052654/what-is-the-state-of-afghanistans-healthcare-system/>.

Zdravstveni sistem u zemljama Afrike koje smo naveli, takođe je na niskom nivou. Odlikuje ga nedostatak lekara, nepristupačnost usluga i nizak kvalitet zdravstvene zaštite, što za posledicu ima visoku stopu smrtnosti, pogotovu novorođenčadi, i kratak očekivani životni vek. Najveću stopu lekara ima Burundi sa 10 lekara na 100 000 ljudi.¹⁶⁵ Ove zemlje imaju visoku rasprostranjenost zaraznih infektivnih bolesti, kao što su HIV/AIDS, malarija i denga groznica.

Zbog nedovoljno razvijenog zdravstvenog sistema izbeglice i migranti nisu bili u mogućnosti da razviju zdravstvenu kulturu niti su u većoj meri upoznati sa zdravstvenim sistemom, uslugama i procesima lečenja. Verovanja koja nose iz svojih zemalja porekla, utiču na njihovo ophođenje prema sopstvenom zdravlju, kao i prema načinima lečenja.

Zdravstvene usluge za izbeglice i migrante u Srbiji

Kada je reč o zdravstvenim uslugama za migrante i izbeglice koji borave u Srbiji, one se pružaju u okviru podrške Evropske unije upravljanju migracijama u Srbiji. Podrška Evropske unije gradovima i opštinama u kojima borave izbeglice i migranti, ima za cilj da doprinese prihvatanju i razumevanju pitanja sa kojima se izbeglice/migranti suočavaju u lokalnim sredinama, ali i da unapredi kvalitet, efikasnost i dostupnost zdravstvenog sistema i usluga u tim opštinama.

Za većinu zdravstvenih radnika i saradnika iskustvo rada u prihvatnim centrima je novo. U nekim sredinama postoji dobra povezanost zaposlenih u centrima i zdravstvenih službi u lokalnoj zajednici. Negde su zaposleni u prihvatnim centrima fizički ili organizaciono udaljeni od domova zdravlja i ustanova sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite i često su prinuđeni da se sami snalaze. Iskustva medicinskih timova u centrima su različita - od dobre umreženosti i opremljenosti do nedostatka osnovne medicinske opreme.

Zbog svoje složenosti po pitanju jezičke i kulturne barijere i nedostatka informacija, rad sa migrantima zahteva više vremena. Često je za pregled potrebno odvojiti dvostruko više vremena nego za sličan pregled drugog pacijenta sa našeg govornog područja. Ova vrsta problema obično se prevazilazi angažovanjem dodatnih ljudskih resursa u vidu volontera ili administrativnih radnika, koji prikupljaju osnovne informacije pre nego što pacijent uđe u ordinaciju, ostavljajući tako lekaru više vremena da se pozabavi medicinskim aspektom zbrinjavanja.

Medicinske sestre su često prva i poslednja tačka kontakta sa pacijentom. One su u bližem odnosu sa pacijentom u poređenju sa drugim članovima zdravstvenog tima. Zato bi one trebalo da kontinuirano rade na razvoju svojih kulturnih kompetencija kroz razvoj svesti o sopstvenim uverenjima, da budu otvorene za nove informacije o drugim kulturama kroz samoedukaciju, ali i da postavljaju pitanja i traže informacije od samih korisnika.

Medicinska sestra na prijemnom punktu bi trebalo da poznaje procedure, na primer, da prepozna identifikacioni dokument izbeglica, tražilaca azila i migranata. Na osnovu razgovora sa izbeglicama i migrantima ustanovljeno je da im to što zaposleni u zdravstvenim ustanovama često ne poznaju procedure i njihova prava, predstavlja najveću prepreku u traženju i korišćenju zdravstvenih usluga u Srbiji. Dešava da medicinske sestre i tehničari odbijaju da prime izbeglicu/migranta koji kao identifikacioni dokument ponudi ličnu kartu tražioca azila ili osobe kojoj je odobren azil u Republici Srbiji. Ovo se naročito često

165 <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/burundi/>.

dešavalo prilikom prijavljivanja za vakcinaciju protiv kovida-19, kada su im kao dokaz o identitetu tražene lične karte ili pasoši iz zemalja porekla, koje oni nemaju. Tek kada su na pregled dolazili u pratnji osobe iz ustanove za smeštaj, ili kada su osobe iz državnog ili civilnog sektora pružile dodatna pojašnjenja ili „urgirali“ za određenu osobu, mogli su da uđu u proceduru pregleda. Pored toga, migrantima i izbeglicama je omogućen pristup zdravstvenim uslugama i bez identifikacionog dokumenta koji izdaje Republika Srbija, to jest mogu da koriste usluge ukoliko imaju izdatu potvrdu o izraženoj nameri da se traži azil, identifikacionu karticu koju izdaje Komesarijat za izbeglice i migracije prilikom smeštaja u centre za azil i prihvatne centre ili identifikacionu karticu ustanove socijalne zaštite.

Kako bi se predupredili ovakvi problemi, potrebno je da medicinske sestre i tehničari koji su na prijemnom punktu informišu o pravima koja izbeglice/migranti imaju, kao i da ih upute na adekvatne nivoe zdravstvene zaštite.

Ukoliko izbeglica/migrant dolazi u pratnji stručne osobe iz centra za azil, prihvatnog centra ili ustanove socijalne zaštite, pokušajte da omogućite da ne čekaju dugo na pregled. U tim centrima osoblje je malobrojno, a različitih dužnosti je mnogo (praćenje klijenata u zdravstvene ustanove je samo jedna od njih), pa omogućite pratiocu da se što pre vrati u centar, gde ga čekaju i drugi korisnici sa svojim potrebama.

Najčešći izazovi zdravstvenih radnika u radu sa izbeglicama i migrantima

Kulturno kompetentnu praksu čini ne samo stav profesionalaca prema osobama iz različitih kultura već i način na koji je služba organizovana i mogućnosti da se pozitivni stavovi implementiraju u svakodnevnu praksu. Tu je reč o drugom nivou organizacije kulturno kompetente prakse – nivou organizacije zdravstvenog sistema.

Najčešći izazovi u radu sa izbeglicama i migrantima prepoznati od samih izbeglica/migranata, ali i od zaposlenih u zdravstvenoj zaštiti, mogu se grupisati u nekoliko segmenata:

1. Problemi u vezi sa komunikacijom;
2. Kulturne razlike i razlike u shvatanju bolesti i lečenja;
3. Izazovi koji su posledica neinformisanosti obe strane o pravima i procedurama;
4. Nedostatak medicinske dokumentacije;
5. Mobilnost pacijenata i teškoće uspostavljanja kontinuirane nege;
6. Socijalna deprivacija i traumatsko iskustvo izbeglica/migranata.

1. Problemi u komunikaciji

Jezička barijera

Najčešći problem sa kojim se sreću i zdravstveni radnici i izbeglice/migranti je jezička barijera, koja izaziva komunikacione probleme. Problem u komunikaciji usporava celokupni kontakt lekara i pacijenta – od sporijeg administrativnog dela preko gubljenja vremena (i dela informacija) u prevodu do nepotrebne primene opsežnih fizičkih pregleda i dijagnostičkih testova kako bi se nadoknadila nemogućnost verbalne komunikacije. Izbeglice/migranti su zabrinuti da svoje zdravstvene probleme neće uspeti dovoljno

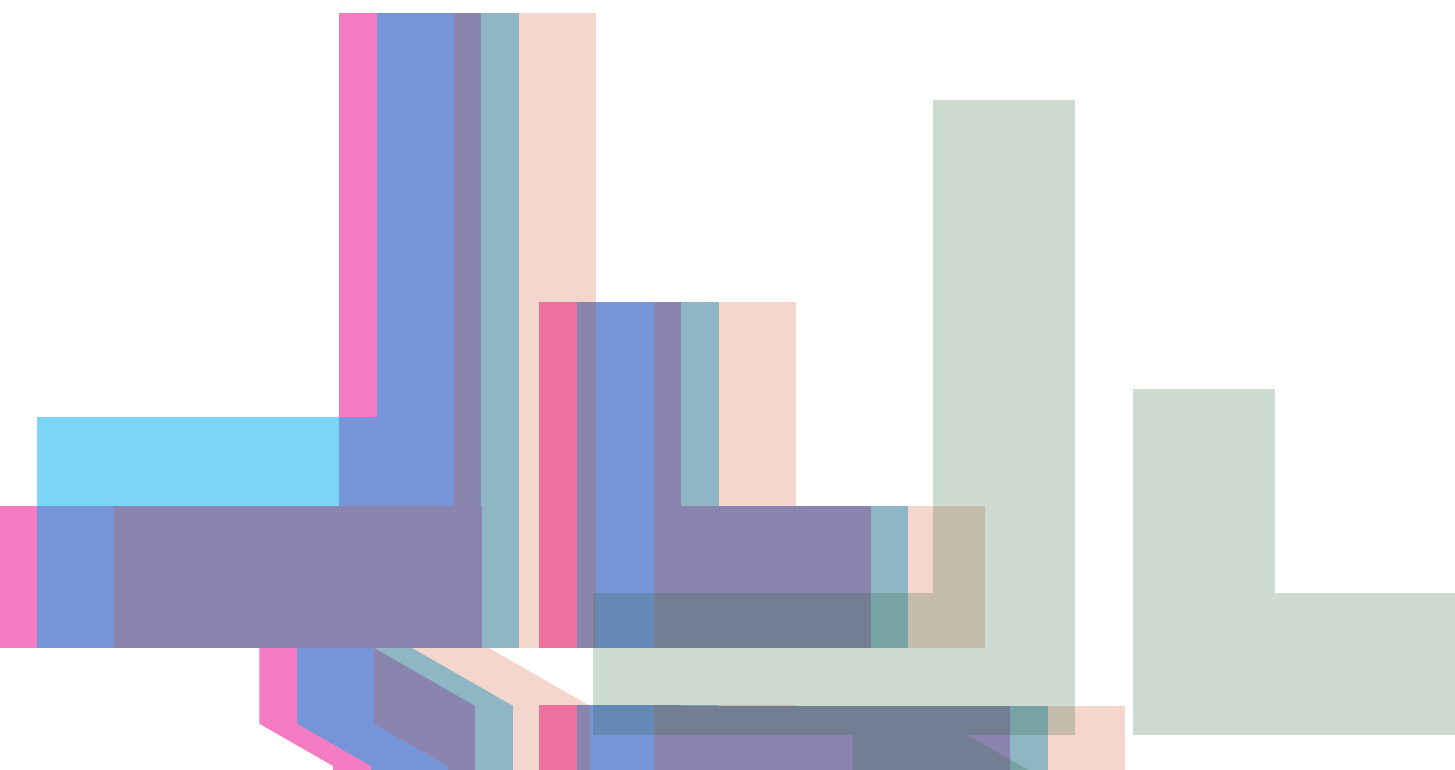
detaljno i jasno da izlože, da će neki značajni aspekti ostati neprepoznati. Lekare brine da njihova pitanja, neophodna za razumevanje problema i ispravno postavljanje dijagnoze, neće biti adekvatno shvaćena, kao i da smernice za terapiju neće biti dobro objašnjene, zbog čega može izostati korist od lečenja, a nekada može nastati i šteta zbog pogrešnog razumevanja.

Prevodioci

Mlađe osobe smeštene u ustanovama za smeštaj na pregled idu u pratnji zaposlenog u centru za azil i prihvatnom centru ili ustanovi socijalne zaštite, a često i sa prevodiocem, što smanjuje jezički jaz koji postoji između lekara i pacijenta. Odrasle osobe ili izbeglice/migranti koji se nalaze na ulici na preglede obično idu sami. Međutim, problem nastaje usled nedovoljnog broja prevodilaca i toga što nisu uvek dostupni.

Ali čak i kada je prevodilac prisutan, možemo se susresti sa različitim problemima. Ponekad se dijalekt izbeglice/migranta razlikuje od dijalekta koji prevodilac razume ili osoba koristi reči koje su usko specifične za njeno geografsko, kulturno ili obrazovno poreklo. Tada prevod biva uprošćen i izrazi koji su možda ideosinkratički ali slikoviti i značajni za razumevanje problema bivaju izostavljeni. Problem može predstavljati i distanca između osobe koja traži pomoć i profesionalnog prevodioca. Ukoliko je prevodilac muškarac a pacijent devojka/žena izbeglica/migranatinja, može postojiti kulturno neprihvatljiva barijera da se određeni problemi iznesu pred muškarcem. Čak i ako su pacijent i prevodilac istog pola, činjenica da problem treba da se iznese pred trećom stranom (prevodiocem) može ograničiti količinu i vrstu informacija koje pacijent daje.

Usled nedovoljnog broja prevodilaca, dešava se da prevodilac bude dete osobe koja traži pomoć. Uzrast deteta ume da bude otežavajući faktor jer čak i kada dete dobro poznaje jezik na kojem će komunicirati sa lekarom, njegov vokabular vezan za zdravstvene probleme ne mora da bude dovoljno razvijen. Ova situacija takođe može biti veoma delikatna ako su u pitanju problemi iz oblasti reproduktivnog zdravlja ili drugih osetljivih zdravstvenih pitanja. Takođe, pomoć u prevođenju pacijent može potražiti i od druge osobe iz istog podneblja, koja možda takođe neće adekvatno objasniti zdravstveni problem usled nedovoljnog poznavanja jezika ili kulturne barijere.



Kako prevazići prepreke:

- Obezbediti usluge profesionalnih prevodilaca kad god je to moguće; ukoliko je moguće, bilo bi dobro da to uvek bude ista osoba kako bi i lekar i pacijent imali u nju više poverenja;
- Ukoliko je prevodilac prisutan, trebalo bi da stoji tako da ga i lekar i pacijent dobro vide, ali ne između njih. Idealna pozicija je da bude sa strane;
- Ukoliko je u pitanju pregled koji uključuje izlaganje intimnih delova tela (pregled ginekologa/urologa, dermatologa) ili je pacijent veoma osetljiv na izlaganje pred drugim osobama, prevodilac se može nalaziti iza paravana, tako da ne gleda pregled;
- Zdravstveni radnik/saradnik može naučiti nekoliko osnovnih reči na jeziku izbeglica/migranata koji su njegovi najčešći pacijenti. Čak i kada su to elementarne reči, poput pozdrava, one pomažu u stvaranju osećanja prihvatanja i poverenja;
- Kada je to neophodno, i lekar i pacijent mogu koristiti Google Translate kako bi preveli reči koje su neophodne za razumevanje. U ordinacijama postoje računari koji su priključeni na internet, a većina lekara/ sestara i izbeglica/migranata poseduje mobilne telefone, preko kojih mogu da koriste Google Translate;
- Koristite neverbalnu komunikaciju, uz svest da postoje razlike u gestovima i pokretima između različitih kultura. Na primer, žene iz zemalja u kojima je islam dominantna religija, izbegavaju kontakt očima sa muškarcima jer su naučene da je nepristojno gledati ih u oči. Ukoliko pacijentkinja u ordinaciji ne gleda lekara u oči, on se može osećati povređeno, misleći da je pacijentkinja nepristojna ili nezainteresovana za ono što joj govori.

2. Kulturne razlike i razlike u shvatanju bolesti i lečenja

Kulturne razlike

Među pripadnicima lokalnog stanovništva i izbeglica/migranata mogu postojati razlike u kulturnim normama, običajima i verskim obredima koje mogu potencijalno komplikovati interakciju među njima i u kontekstu zdravstvene zaštite otežati proces dijagnostike i lečenja. Ono što izbeglice/migrante može brinuti tokom pregleda, jeste da li će biti ispoštovani njihovi običaji u vezi sa fizičkim kontaktom i verska ograničenja koja se tiču primene terapije i kulturnih tabua.

Izazovi u radu sa izbegličkom populacijom ogledaju se u razlikama između običaja koji se tiču ishrane, ograničenja unosa alkohola, privatnosti i ograničenja dodira. Ovo je posebno izraženo kada izbeglice/migranti dolaze iz zemalja u kojima je islam dominantna religija. S obzirom na to da muslimanska veroispovest i kulturne norme u tim zemljama obuhvataju nekoliko etničkih grupa sa različitim pogledima na bolest i zdravstvenu zaštitu, briga o njima donosi izazove za mnoge zdravstvene radnike. Islamska vera i kulturne norme zemalja porekla mogu uticati na donošenje odluka, porodičnu dinamiku, zdravstvenu praksu i rizike u korišćenju zdravstvene zaštite.

Kada zdravstveni radnici komuniciraju sa izbeglicama i migrantima u čijim zemljama porekla dominiraju kulturne norme koje ograničavaju fizički kontakt i neverbalnu komunikaciju, trebalo bi da poštuju određene smernice kad god je to moguće. To uključuje minimiziranje kontakta očima i fizičkog kontakta između zdravstvenog radnika i pacijenta suprotnog pola, kada je to moguće.

Lekari se često susreću sa rodnom preferencijom prilikom izbora lekara. Ukoliko je lekar muškog pola, možda će sa pacijentkinjom morati da komunicira preko njenog muža ili drugog muškog srodnika. Na primer, ako muški zdravstveni radnik postavlja pitanja pacijentkinji dok je njen muž u sobi a pacijentkinja ne odgovara, zdravstveni radnik je može pitati da li bi joj bilo lakše da porazgovara sa mužem, koji će onda lekaru reći na šta se pacijentkinja žali. Ovo može izazvati greške prilikom prevođenja ili se na taj način mogu izostaviti značajne informacije koje je pacijentkinji bilo neprijatno da saopšti mužu/srodniku, kao što i njemu može biti nelagodno da o tome priča sa lekarom. Ipak, i taj vidi komunikacije je bolji od odsustva komunikacije. I kada je u pitanju muškarac muslimanske veroispovesti, postoje neki kulturni obrasci koje treba poznavati. Na primer, brada je religijski simbol u nekim zemljama i većina muškaraca će izbegavati da je obje, osim ako to nije neophodno.

Važne razlike uključuju pitanja vezana za konzumiranje alkohola. Ona mogu biti naročito provokativna u situacijama kada je jasno da pacijent konzumira alkohol, a on to poriče, pozivajući se na svoja verska načela.

Važno je istaći i da je kod pojedinih izbeglica i migranata održavanje lične higijene na veoma niskom nivou, što dovodi do razvoja infekcija i zaraznih bolesti, kao što su šuga ili inficiranje rana. Jedan od razloga jeste verovanje da tuširanje dovodi do slabljenja imuniteta, dok sa druge strane veliki broj njih dolazi iz siromašnih sredina, u kojima najčešće nema adekvatnih higijenskih uslova (nedostatak kupatila, sanitarija ili čak vode), pa se sa korišćenjem kupatila ili toaleta susreću prvi put tek u zemljama u kojima su u tranzitu.

Različita shvatanja bolesti i lečenja

U različitim kulturama postoje različita shvatanja bolesti. Stavovi, verovanja i običajne prakse u vezi sa zdravljem utiču na ponašanje i stav prema zdravlju članova zajednice, na traženje pomoći i izbor onoga ko će tu pomoć pružiti – da li će se koristiti autohtone i tradicionalne zdravstvene prakse unutar sopstvene grupe ili medicinski pristup u lečenju koji važi u zemlji u kojoj su. Ljudi koji pripadaju jednoj etničkoj grupi ili sredini obično imaju zajedničko znanje i određena uverenja o bolesti. Ta uverenja su vidljiva u narodnim ili starim načinima lečenja, na primer, u ponašanju majki i domaćica kada rešavaju probleme sa zdravljem članova svojih porodica. Njihovo ponašanje je rezultat akumuliranog iskustva iz prošlosti ili dobro uspostavljenog tradicionalnog medicinskog koncepta, koji ima duboke korene u zajednici iz koje potiču. Na osnovu prirode objašnjenja ti koncepti se mogu razmatrati iz nekoliko perspektiva:

- a) natprirodna objašnjenja;
- b) upad objekta;
- c) gubitak duše;
- d) upad duha;
- e) kršenje tabua;
- f) vraćanje;
- g) prirodna objašnjenja;
- h) tradicionalna medicina.

Natprirodna objašnjenja

Ovaj koncept je zasnovan na natprirodnim verovanjima. Prema ovom verovanju, uzroci bolesti se pripisuju natprirodnim silama koje su izvan ljudskog razumevanja i kontrole. Ovakva objašnjenja se često koriste kada je pojava bolesti izvan uobičajenog iskustva i razumevanja određene zajednice i pojedinica.

Upad objekta

Bolest se tumači kao rezultat neočekivanog prisustva (upada) određenih bića ili nepoželjnih predmeta, kao što su sitne kosti, komadići kože, zgrušana krv, insekti ili dlake. Sva ta bića ili predmeti smatraju se zlim i dokazanim uzrocima bolesti. Ovaj koncept je zasnovan na magijskom mišljenju i predstavlja jedan od najprimitivnijih načina tumačenja uzroka bolesti.

Gubitak duše

U mnogim zajednicama u kojima su pismenost i obrazovanje još nedovoljno prisutni, često je verovanje da je duša nezavisna od ljudskog tela. Ona je natprirodno biće pojedinca i samo boravi u ljudskom telu; najčešće se veruje da duša boravi u glavi. Iz nekih razloga, kao što je, recimo, iznenadni strah, kijanje, udarac u glavu, težak san i slično, duša napušta telo i ne može da se vrati. Kada se duša izgubi, čovek se razboli.

Upad duha

Bolest je posledica prisustva zlih duhova u ljudskom telu. Ne izazivaju svi duhovi ili natprirodna bića koja borave u ljudskom telu bolest, već samo zli duhovi.

Kršenje tabua

Bolest je rezultat kazne bogova zbog kršenja verskih zabrana ili društvenih tabua. Ovo se dešava jer su verske zabrane i društvene tabue odredili bogovi i oni zabranjuju njihovo kršenje. Iako se kršenje zabrana ili tabua može desiti nenamerno ili potpuno nesvesno, i dalje je kazna bogova uzrok bolesti počinioca. Ako se kazna poništi na način koji su bogovi odredili (na primer, ispovest), čovek može ozdraviti.

Vračanje

Bolest je posledica manipulacije osoba koje imaju magijska znanja ili natprirodne moći. Te osobe su zlonamerne i namerno izazivaju bolest druge osobe. Da bi čovek ozdravio, potrebno je da se radi na popravljanju problematičnih međuljudskih odnosa. Ako se suprotstavlja vraćanju, ne postoji garancija da se čovek neće razboleti ili da će ozdraviti.

Prirodna objašnjenja

Prema ovom konceptu, postoje osnovni principi svemira koji upravljaju celom prirodom, uključujući i zdravlje i bolest. Kada se čovek razboli, smatra se da je došlo do poremećaja prirodnih principa svemira na nekoliko načina:

- Disharmonija prirodnih elemenata. Pretpostavlja se da u svetu prirode postoje određeni homeostatski uslovi i sredstva za harmonično balansiranje različitih elemenata. Ako među tim prirodnim elementima postoji nesklad, doći će do bolesti kao nepoželjnog stanja. Na primer, ovo verovanje je ukorenjeno u humoralnom pogledu u grčkoj medicini (četiri telesne tečnosti imaju svoje karakteristike - toplo,

hladno, vlažno i suvo - a od njihove kombinacije zavisi oboljevanje) i u teoriji pet elemenata kineske tradicionalne medicine;

- Nekompatibilnost sa prirodnim principima. Bolest je uzrokovana nekompatibilnošću sa prirodnim principima. Astrolozi mogu tumačiti bolest kao rezultat neobičnog kretanja određene planete. Geometristi (ili feng šui majstori) mogu objasniti da patite od hronične bolesti jer je vaš predak bio sahranjen na mestu koje se ne uklapa u geometrijske ili feng šui principe. Gatara može protumačiti da neko ima prekomernu vatru ili vodu u sistemu tela ili da mu jin i jang nisu pravilno izbalansirani.

Neka od ovih shvatanja su zastupljena u različitim prihvaćenim pristupima alternativne medicine:

- Štetni faktori u životnoj sredini. Kada je bilo koji prirodni element, poput vetra ili vode, prekomeran ili neprirodan, postaje štetan i izaziva bolest. Na primer, smatra se da je hladan vazduh uzrok prehlade. U savremenoj medicini postoje različita stanovišta u pogledu opravdanosti ovakvog stava;
- Somato-medicinska objašnjenja. Bolest je rezultat nepoželjnih stanja koja postoje unutar našeg tela jer su za pravilno funkcionisanje ljudskog organizma neophodni određeni uslovi. Svi faktori koji nepovoljno utiču na te uslove dovode do bolesti;
- Uznemirenost ili disfunkcija određenih unutrašnjih organa. Ovo objašnjenje počiva na uverenju da su određeni unutrašnji organi blisko povezani sa određenim fizičkim i mentalnim funkcijama. Zbog jakog straha, stresa i nepovoljnih okolnosti može doći do disfunkcije pojedinih organa, a to dovodi do somatskih i emocionalnih smetnji;
- Fiziološka neravnoteža ili iscrpljenost. Ovaj pristup se zasniva na verovanju da neuravnotežena ishrana, iscrpljenost ili neprikladne aktivnosti, posebno seksualne, izazivaju fiziološke smetnje koje rezultiraju medicinskim poremećajem. Na primer, i u istočnom i u zapadnom svetu smatra se da prekomerna seksualna aktivnost dovodi do gubitka energije;
- Nedovoljna vitalnost. Ljudskom telu je neophodna određena sila, vitalnost, energija da bi funkcionisalo, a ako dođe do njenog nedostatka ili prevelikog gubitka, dolazi i do bolesti.

Između različitih kultura postoje razlike u shvatanju etiologije, razumevanju simptoma i stepenu tolerancije bola. Ponekad su razlike i na nivou razumevanja ljudskog tela, što može da dovede do toga da pacijenti iz drugih kultura odbiju da se leče na određen način. Sledeći primer ilustruje koliko različita uverenja mogu predstavljati izazov u radu sa pripadnicima drugih kultura.

„Imao sam ženu iz Somalije, koja je rekla da je bole leđa. Rekla je da je bol nastao jer je imala malo vazduha koji se kretao s jedne strane leđa na drugu [...] htela je da joj izbušim rame da bi vazduh mogao da izađe. Bilo je veoma teško objasniti zašto sam joj dao tablete jer je njena percepcija tela potpuno drugačija. [...] Čak je i sa prevodiocem bilo veoma teško objasniti, pa smo morali da pronađemo moje knjige o anatomiji i video-snimak [...]. Nekako

je razumela, iako nije izgledala potpuno ubeđena, ali je uzela pilule i to je pomoglo.”¹⁶⁶

Postoje i razlike u shvatanju metoda lečenja. Ponekad pacijenti muslimanske veroispovesti odbijaju da za vreme posta uzimaju propisanu farmakoterapiju.

Neke kulutre preferiraju injekcionu terapiju ili infuzije u odnosu na oralnu terapiju (na primer, sirijska kultura). Druge očekuju da lek odmah počne da deluje, pa prekidaju upotrebu antibiotika ukoliko za dan-dva ne dođe do povlačenja simptoma (na primer, migranti iz Avganistana). Izbeglice/migranti koji dolaze sa severa Afrike, iz zemalja Magreba, često koriste anksiolitike za lečenje bilo kojeg problema, pa dolazi do njihove zloupotrebe.

Kako prevazići prepreke:

- Kad god je to moguće, a ako je kulturno bitno, obezbediti da lekar i pacijent budu istog pola (na primer, da žene pregleda ženski ginekolog);
- Poželjno je da zdravstvena ekipa bude mešovita po polu (na primer, lekar i medicinska sestra ili lekarka i medicinski tehničar);
- Ukoliko to nije moguće, prevodilac ili treća osoba prisutna u prostoriji bi trebalo da bude istog pola kao i pacijent;
- Ako osoba suprotnog pola mora da obavi fizički pregled, pacijenta treba obavesti da se određeni deo garderobe mora skinuti zbog pregleda, ali da će odmah biti vraćen;
- Ukoliko pacijent preporučene tehnike lečenja doživljava kao neprikladne za svoju veroispovest, može se predložiti da na pregled dođe u pratnji svog verskog vođe. Generalno je dobra ideja uključiti lokalne lidere (verske, kulturne ili na drugi način eksponirane i pozitivno vrednovane vođe ili članove zajednice) i ostvariti sa njima saradnički odnos kako bi pomogli u premošćavanju kulturnog jaza, koji ponekad postoji između pacijenta i lekara.

3. Problemi u vezi sa neinformisanošću obe strane o pravima i procedurama

Većina izbeglica/migranata informacije o zdravstvenoj zaštiti dobija pri ulasku u zemlju od Komesarijata za izbeglice i migracije Republike Srbije ili od drugih organizacija vladinog i civilnog sektora. Osobe koje su smeštene u centrima za azil ili prihvatnim centrima osnovnu zdravstvenu zaštitu i pomoć mogu dobiti u okviru ambulantnih jedinica domova zdravlja koje se nalaze u ovim centarima. O postojanju takve pomoći mogu da se informišu i od drugih izbeglica/migranata ili osoba koje se već nalaze u kampu.

Problem predstavljaju izbeglice/migranti koji se nalaze na ulicama, a koji su u prolazu. Oni često nemaju od koga da dobiju relevantne informacije o tome gde i kako mogu da potraže zdravstvenu pomoć. Ne poznaju zdravstveni sistem zemlje u kojoj su, kako je organizovan, koje nivoe zdravstvene zaštite mogu da dobiju, da li je ona besplatna ili nije.

Sa druge strane, ni osoblje zaposleno u zdravstvenim ustanovama često nije upoznato sa pravima koja izbeglice/migranti imaju niti da li i na koji način mogu da im pruže negu. Ukoliko je neophodno pružiti hitnu zdravstvenu pomoć ugroženom izbeglici/migrantu, lekari će tu intervenciju obaviti i ako za nju ne postoji administrativno procesuiranje.

¹⁶⁶ Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Riera, R. P., Sarvary, A., Soares, J. J., Stankunas, M., Strassmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M., & Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11, 187. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-187>.

Zaposleni u zdravstvenoj zaštiti često ne znaju koje procedure u regularnom lečenju izbeglice/migranta su pokrivena zdravstvenim osiguranjem. Takođe, nemaju informacije koje sve ustanove tercijarne zdravstvene zaštite su dostupne za rad sa izbegličkom ili migrantskom populacijom. Zbog nepoznavanja procedura dešava se da pacijente ne šalju na sledeće nivoe zdravstvene zaštite. Situacija se naročito komplikuje od početka pandemije kovid-19 jer su mnoge regularne usluge manje dostupne, duže se na njih čeka ili su potpuno izmeštene iz ustanova gde su se ranije pružale.

Iako su usluge zdravstvene zaštite dostupne svim izbeglicama/migrantima, dešava se da oni ne mogu sami da dođu do zdravstvene ustanove, pogotovo ukoliko žive u centrima za azil i prihvatnim centrima, a prva ustanova se nalazi u naselju koje je udaljeno. Tada je neophodno da ih neko iz centra preveze do zdravstvene ustanove. U pojedinim slučajevima se dešava da se čeka da se sakupi nekoliko osoba koje će se transportovati u isto vreme, što dovodi do nedovoljno brzog i nedovoljno adekvatnog pružanja usluga. Trudnice i deca, kao posebno vulnerabile grupe, bivaju odmah sprovedeni do odgovarajuće ustanove, ali drugi ili osobe sa manje izraženim problemima ponekad moraju da čekaju neadekvatno dugo.

Kako prevazići prepreke:

- U svakoj ustanovi zdravstvene zaštite, a naročito u mestima ka kojima gravitira veći broj izbeglica/migranata, potrebno je obezbediti izvore informacija o pravima izbeglica/migranata na zdravstvenu zaštitu, kao i algoritme postupanja. Ove informacije mogu biti dostupne u vidu pisanog materijala - lifleta, postera algoritama ili kratkih vodiča. Poželjno je napraviti ih i u formi stripa, za osobe koje su nepismene;
- Informacije treba da imaju i osobe zaposlene u zdravstvu, ali i sami migranti, na više jezika;
- Napraviti internet portal ili profil na društvenim mrežama na jeziku ili jezicima sa najčešćih govornih područja iz kojih dolaze izbeglice i migranti u Srbiju, koji bi sadržao osnovne informacije. Vrsta informacija koje se na njemu nalaze može biti različita - od informacija o mestu, radnom vremenu, vrsti specijaliste do osnovnih smernica postupanja pacijenata u pojedinim situacijama, što zavisi od vrste službe. Sve izbeglice/migranti koji imaju telefon i internet mogu to da prate;
- Informisati izbeglice/migrante o načinu dobijanja zdravstvene zaštite, kao i o mogućnostima da sami potraže pomoć ili da na pregledu u dom zdravlja dođu u pratnji osobe koja može pomoći u prevodu.

4. Nedostatak medicinske dokumentacije

Iako će se lekar prilikom pregleda pacijenta fokusirati na zdravstvene teškoće koje osoba trenutno ima, važno je da poznaje medicinsku istoriju pacijenta - njegovo prethodno zdravstveno stanje, da li pacijent ima neke hronične bolesti, alergije, kako je ranije lečen, da li je vakcinisan itd. Velika većina izbeglica/migranata dolazi bez prateće medicinske dokumentacije, a i ako je poseduju, ona je na stranom jeziku. Ovo otežava postavljanje dijagnoze u slučajevima kada postoji diferencijalno dijagnostička dilema ili gde je u pitanju komorbidni poremećaj, te je lekaru važno da zna koju terapiju može da propiše.

Odsustvo evidencije otežava nastavak ili zamenu terapije koje su pacijenti primali pre dolaska u Srbiju. Nekada oni sa sobom ponesu lekove prepisane u drugoj zemlji koji u

Srbiji ne postoje. Tada se samo na osnovu generičkog imena leka i pretrage na internetu može ustanoviti koji je lek u pitanju.

Neke izbeglice/migranti, posebno oni koji dolaze iz zemalja sa niskim prihodima, nisu imali adekvatnu negu u zemlji porekla. Nekada su se zdravstveni problemi javljali tokom puta i nisu bili odgovarajuće tretirani (na primer, pojava dijabetesa). Dešava se da izbeglice/migranti dolaze sa inficiranim povredama koje su nastale tokom puta i/ili prelaska granice (posekotine od žice, ujedi psa, povrede koje im je nanela policija) jer tokom putovanja nisu imali mogućnosti ni za održavanje elementarne higijene, a kamoli za zbrinjavanje rana. U letnjim mesecima ujedi insekata, vaške i šuga predstavljaju probleme koji se češće javljaju i nekad imaju prioritet u daljem zdravstvenom zbrinjavanju.

Lekar mora da bude upoznat sa tim da li je pacijent samoinicijativno koristio neku terapiju ili se lečio na alternativan način, sredstvima koja su uobičajena u kulturi iz koje dolazi.

Kako prevazići prepreke:

- Ukoliko se izbeglice/migranti nalaze u centrima za smeštaj, zdravstveni radnici bi trebalo da se postaraju da naprave bazu podataka o njihovom zdravstvenom statusu;
- Pri upućivanju izbeglice/migranta u zdravstvenu ustanovu skrenuti mu pažnju da ponese prethodnu medicinsku dokumentaciju. U tom slučaju obezbediti prevodioca;
- Svaka zdravstvena ustanova ima obavezu da vodi, na jasno definisan i propisan način, medicinsku dokumentaciju. Moguće je oformiti poseban odeljak (registrator, folder) u kojem će se nalaziti podaci o migrantima koji se u toj zdravstvenoj ustanovi leče;
- Zdravstveni radnici u centrima za smeštaj svakako treba da vode dokumentaciju o svakoj osobi koja im se javi sa nekim problemom, kao i da ubeleže povratne informacije ukoliko se osoba šalje na pregled van kampa. Detaljniji medicinski skrining nije uvek izvodljivo obaviti prilikom prijema na smeštaj. Naročito su osetljive teme u vezi sa zloupotrebom alkohola i psihoaktivnih supstanci - ne samo da se ova pitanja ne mogu postaviti već je mala verovatnoća da će osoba na njih iskreno odgovoriti. Ali nakon izvesnog vremena moguće je uraditi skrining medicinskog stanja, koji se može periodično ponavljati;
- U sredinama gde izbeglice/migranti borave, pre svega u centrima za azil i prihvatnim centrima, ali i u drugim službama, moguće je napraviti bazu informacija o zdravstvenom stanju na pojedinačnom nivou, bilo kroz prikupljanje podataka putem skrininga, bilo detaljnijim uzimanjem medicinske istorije kod, na primer, pacijenata sa hroničnim bolestima, čime se ubrzava procedura dobijanja adekvatne zdravstvene nege onda kada je ona potrebna;
- U razgovoru sa pacijentom ne osporavati mišljenja prethodnih lekara i ne kritikovati dotadašnji način lečenja. Posebno treba biti oprezan ukoliko su u pitanju tradicionalni lekovi. Potrebno je predočiti benefite koje osoba može da ima ukoliko počne da koristi lekove koje je prepisao lekar.

5. Mobilnost pacijenata i teškoće uspostavljanja kontinuirane nege

Veliki problem predstavlja mobilnost izbeglica/migranata, bilo zbog toga što se iz organizacionih razloga sele iz jednog centra za smeštaj u drugi, bilo zato što je Srbija

samo jedna od zemalja na njihovoj ruti ka konačnoj destinaciji. Iz tog razloga zdravstvenim radnicima je nekada teško da završe započeti dijagnostički proces (naročito kada se ima u vidu da se na usluge specijalista čeka i da se ta vrste pregleda zakazuje). I u situacijama kada je potrebno da pacijent započne proces lečenja, nije uvek jednostavno obezbediti da propisanu terapiju prima redovno i na propisan način.

Čak i kada su u pitanju maloletne izbeglice/migrantibez pratnje, osoblje kampa ne može uvek da osigura redovno davanje terapije (u slučajevima da odbiju da je uzimaju ili da se u vreme davanja terapije ne pojave na dogovorenom mestu). Ukoliko je u pitanju odrasla osoba ili osoba koja nije smeštena u centre za smeštaj, ovo predstavlja značajnu teškoću. Ukoliko pacijent i pristane na propisanu terapiju a u Srbiji se zadržava kraće vreme, lekar nema prilike da ga ponovo vidi i proveri efekte terapije.

Kako prevazići prepreke:

- Ukoliko je u pitanju maloletna osoba u pratnji roditelja, ostvariti odnos poverenja i saradnje sa roditeljem i motivisati ga da bude saradnik u procesu lečenja deteta;
- Ukoliko je u pitanju maloletna osoba koja na pregled dolazi u pratnji stručnog radnika iz ustanove za smeštaj ili staratelja, potrebno je sa stručnim radnikom napraviti dogovor o uzimanju terapije;
- Ukoliko je u pitanju punoletna osoba, bilo da se nalazi u organizovanom smeštaju ili van njega, napraviti odnos poverenja, koji omogućava komplijantan odgovor pacijenta. Ako je pacijent došao u pratnji druge odrasle osobe (supružnik, prijatelj, predstavnik zajednice), tu osobu treba pridobiti da bude saradnik u procesu lečenja;
- Ukoliko postoji podatak da će izbeglica/migrant uskoro napustiti zemlju, obezbediti mu dovoljnu količinu leka dok traje proces prelaska.

6. Socijalna deprivacija i traumatična iskustva

Ljudi koji dolaze kao izbeglice/migranti na područje zapadnog Balkana često su pogođeni fizičkim i psihičkim bolestima, bilo da su one prisutne pre migracije iz matičnih zemalja, bilo da su izazvane uslovima migracionog putovanja ili nastale u zemlji domaćinu.¹⁶⁷ Posledice se mogu videti ne samo u domenu mentalnog zdravlja već i u oštećenju fizičkog zdravlja. Zbog nedostatka resursa (i ljudi i vremena) u njihovom zdravstvenom zbrinjavanju fokus je na kurativi, a ne na preventivi. Za mnoge od njih se pitanje egzistencije i rešavanje pravnih i socioekonomskih problema postavljaju ispred preventivne zdravstvene nege.

Mentalni poremećaji i psihosocijalni problemi su mnogo češći kod izbeglica nego kod onih pojedinaca koji su izloženi humanitarnoj krizi.¹⁶⁸ U tom smislu potvrđeno je da izbeglice imaju stopu mentalnih poremećaja koja je dvostruko veća od one koja je identifikovana kod osoba koje su u potrazi za poslom migrirali iz svojih domovina.¹⁶⁹ Traumatski događaji koji su se desili pre raseljavanja i tokom njega dovode do niza problema sa mentalnim zdravljem, kao što su teškoće adaptacije, tugovanje, depresija, postraumatski stresni poremećaj, pa čak i disocijativni poremećaji.

167 Vallejo-Martín, M., Sánchez Sancha, A., & Canto, J. M. (2021). Refugee Women with a History of Trauma: Gender Vulnerability in Relation to Post-Traumatic Stress Disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4806.

168 Horwitz, A. V. (2007). Distinguishing distress from disorder as psychological outcomes of stressful social arrangements. *Health*, 11(3), 273-289.

169 Koch, T., Liedl, A., & Ehring, T. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in Afghan refugees. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(3), 235.

Službama koje se bave mentalnim zdravljem najveći problem predstavlja nedostatak informacija o nepovoljnim i/ili traumatskim iskustvima tokom tranzicije. Izbeglice/migranti retko posećuju službe koje se bave mentalnim zdravljem a još ređe su uključeni u psihoterapijske tretmane, što zbog teškoća u vezi sa prevođenjem, što zbog kratkog vremena zadržavanja u zemljama tranzicije.

Još veći izazov u radu predstavljaju različita razumevanja mentalnih problema i njihove etiologije. Prepreke proizilaze iz stigme o mentalnim bolestima unutar same zajednice, kao i iz zdravstvenog sistema koji je uglavnom nespreman da pruži lingvistički i kulturno odgovarajuću negu ljudima iz izbegličke populacije.

Kulturne razlike u tumačenju mentalnih bolesti

Većina izbeglica/migranata dolazi iz zemalja gde se psihički problemi često tumače kao prokletstvo ili božja kazna ilise smatraju dokazom duhovne slabosti. To je posebno izraženo u zemljama u kojima je islam dominantna religija. Islam stavlja veliki naglasak na očuvanje intelekta i pravi jasnu razliku između onih koji su intelektualno očuvani i onih koji imaju neki problem. Oni koji se smatraju „mentalno nesposobnim“, isključeni su iz verskih dužnosti, kao što su svakodnevna molitva i verske službe. Ako i traže pomoć za svoje simptome, verovatnije je da će se obratiti verskom vođi nego stručnjaku za mentalno zdravlje. Oni koji su otvoreni da traže usluge mentalnog zdravlja mogu se plašiti da zdravstveni radnici nemuslimani neće razumeti ili uzeti u obzir njihovu veru i poreklo.^{170,171}

Za stručnjake koji se bave mentalnim zdravljem važno je da poznaju osnovne koncepte o mentalnom zdravlju i bolesti u kulturi izbeglica/migranata kako bi razumeli pacijente koji im dolaze sa tih prostora. U islamu se mentalno zdravlje shvata kao unutrašnja moć koja se može iskoristiti za miran um, zdravu svest i pozitivne misli. Pridaje se veliki značaj strpljenju. Ali osim toga, postoje i magijska verovanja. Smatra se da su neke osobe zbog svoje „urokljivosti“, tj. „zlog oka“, u stanju da nanesu zlo samo gledajući ljude, životinje ili predmete. Takođe se veruje u duhovnu opsednutost, tj. džine koji imaju moć da zaposednu pojedinca i nanesu štetu i njemu i onima oko njega.

U nekim kulturama mentalna bolest se dovodi u vezu sa „nereligioznošću“ ili „nedovoljnom religioznošću“, zbog čega se osobe koje imaju probleme sa mentalnim zdravljem osuđuju, što rezultira stidom i strahom osoba koje imaju mentalne bolesti.

Čak i kada se prebrodi kulturna barijera i između lekara i pacijenta se uspostavi dobra saradnja, javljaju se problemi u daljem lečenju. Ukoliko je potrebno da osoba bude hospitalizovana, postavlja se pitanje kako će u bolnici komunicirati sa osobljem. Izbeglice/migranti najčešće ni sami ne žele da se hospitalizuju kako ne bi bili odvojeni od svoje grupe, rodbine i prijatelja ili iz straha da ne ostanu u zemlji ako ostatak grupe krene dalje.

170 American Psychiatric Association. 2019. „Treating Muslims.“ Stress & Trauma Toolkit for Treating Historically Marginalized Populations in a Changing Political and Social Environment.

171 American Psychiatric Association. 2019. Mental Health Disparities for Muslim Americans.

Kako prevazići prepreke:

- Edukovati zdravstveno osoblje o kulturnim razlikama u shvatanju mentalnog zdravlja kod izbeglica/migranata kako bi im se pružila pružila kulturno primerena nega;
- Angažovanje lokalne zajednice i verske institucije u širenju informacija o mentalnim zdravstvenim stanjima i uslugama;
- Rad sa liderima zajednice i verskim zajednicama kako bi se smanjila stigma, povećalo razumevanje i razvile usluge koje su pristupačnije izbeglicama i migrantima. Primer za to bi bio da se osigura da u ustanovama za smeštaj ili u bolničkim ustanovama postoje prostori za molitvu. Ovo se odnosi na sve veroispovesti;
- Rešavanje potencijalnih jezičkih barijera pružanjem formulara i medicinskih informacija na arapskom, urdu i farsiju i korišćenjem zvaničnih prevodilaca kada je to potrebno.

DEO III

SMERNICE O KULTURNO OSETLJIVIM PRAKSAMA U ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI SA FOKUSOM NA RANJIVE GRUPE

Iskustvo izbeglištva i migracija samo po sebi predstavlja veliki rizik za pojavu i fizičkih i mentalnih zdravstvenih problema. Grupe ljudi koje su zbog nekih svojih karakteristika (uzrast, pol, traumatsko iskustvo, zdravstveno stanje itd.) i inače pod posebnim rizikom za pojavu teškoća, u situacijama povećanog stresa postaju dodatno vulnerabilne. U radu sa njima treba biti posebno osetljiv i prilagodljiv.

Među izbeglicama/migrantima kao posebno vulnerabilne grupe izdvajaju se:

- deca i mladi;
- trudnice;
- majke sa malom decom;
- samohrane majke;
- žrtve rodno zasnovanog i porodičnog nasilja;
- osobe sa psihijatrijskim problemima;
- korisnici psihoaktivnih supstanci;
- hronični bolesnici;
- ratni invalidi;
- stari.

Specifičnosti rada sa mladim izbeglicama i migrantima

Sve češće se sreće termin „zdravstvene službe prilagođene mladima“ (*Youth Friendly Health Services*). Ovaj koncept je baziran na teorijskim znanjima o pravilnoj dijagnostici i lečenju najčešćih zdravstvenih problema mlade populacije.

Pristup zdravstvenih službi prilagođenih mladima podrazumeva pristup u kojem se oni prihvataju sa poštovanjem i u kojem se njihovi problemi razumeju i pokušavaju da se reše. Pri tome se sledi nekoliko principa: zdravstvene službe prilagođene mladima moraju biti dostupne, pristupačne, poverljive, sveobuhvatne, efektivne i jeftine. Jasno je da je teško postići sve ove komponente, ali se prilikom pravljenja strategija vodi računa o tome da se što više njih uvaži. Ne očekuje se da će u svim sredinama biti moguće uspostaviti zdravstvene službe koje će se baviti samo mladima, već da se i u okviru postojećih opštih zdravstvenih službi mogu inkorporirati ovi principi. Oni su univerzalni, što znači da važe za sve mlade, uključujući i mlade izbeglice i migrante.

Koncept zdravstvenih službi namenjenih mladima prepoznat je i u dokumentu „Strategija za razvoj i zdravlje mladih“, koji je izradila Ekspertska grupa za razvoj i zdravlje mladih Ministarstva zdravlja Republike Srbije a usvojila Vlada Republike Srbije 2006. godine. Ključna opredeljenja Strategije su promocija zdravlja mladih i primarna prevencija, kao i unapređivanje i ujedinjavanje kvaliteta zaštite zdravlja mladih, sa posebnim osvrtom na prilagođavanje službi razvojnim potrebama mladih.

Pod promocijom zdravlja podrazumevaju se različite aktivnosti u oblasti zdravlja mladih, ali i neke specifične oblasti (mentalno zdravlje, reproduktivno zdravlje i sl.). Mladi ne predstavljaju homogenu grupu. O tome treba vodi računa i kada se priča o mladim izbeglicama i migrantima jer su razlike među njima takođe velike - zavise od uzrasta, pola, zemlje porekla, razloga i načina migracije, iskustava koja su na tom putu imali, da li putuju sa porodicama ili sami, da li će u Srbiji ostati i tražiti azil ili ona za njih predstavlja zemlju tranzicije. Sve te karakteristike će uticati na to kakvu vrstu pomoći će tražiti, koliko će se zadržati kao korisnici neke službe i koliko će poverenja u nju imati.

Preporuka je da se u radu sa mladima, bez obzira na to odakle dolaze, službe i radnici pridržavaju sledećih osnovnih principa:

1. Dete ili mlada osoba nije odrasla osoba. Način na koji dete/mlada osoba razmišlja, kvalitativno se razlikuje od mišljenja odrasle osobe - razlikuje se način na koji se poimaju pojedini koncepti, čemu se daje prioritet, vokabular koji se koristi;
2. Usluge moraju biti usmerene na dete;
3. Najvažnija je dobrobit pojedinačnog deteta ili mlade osobe;
4. Stavovi mlade osobe su od centralnog značaja i uvek ih treba tražiti i razmatrati. Ovo ne znači da će odrasle osobe odustati od svog načina razmišljanja i svojih stavova, već da će se truditi da razumeju način razmišljanja mladih, odakle dolaze njihova uverenja i da će, uz pridruživanje, a ne osuđivanje, delovati na promenu onih stavova koji su neosnovani ili pogrešni;
5. U radu sa mladom osobom službe moraju uvažavati roditelje i njihovu odgovornost. Važno je ne takmičiti se sa roditeljima, već sa njima ostvariti saradnički odnos jer su oni osobe sa kojima dete/mlada osoba provodi najviše vremena. Naravno, to je moguće ostvariti samo ukoliko je mlada izbeglica/migrant u pratnji roditelja. Ali važno je biti svestan toga da roditelji utiču na decu čak i kada su ostali u zemlji porekla i da ponekad odande vrše pritisak da dete/mlada osoba što pre stigne do željene krajnje destinacije, ne poštujući uvek najbolji interes deteta;
6. Holistički pristup je od vitalnog značaja na svim nivoima jer problemi mladih ljudi ne poštuju profesionalne granice;
7. Potrebno je pružiti sveobuhvatan spektar usluga;
8. Službe bi trebalo da saraduju sa lokalnim organima;
9. Službe moraju biti kompetentne za rad sa mladima; bitno je da poznaju zakonitosti razvoja, probleme koji se u određenom periodu javljaju, kao i načine lečenja mladih (na primer, specifičnosti farmakoterapije);
10. Usluge treba da imaju za cilj da u svakom slučaju funkcionišu u skladu sa principima dobre prakse.

Kulturno senzitivni profesionalci koji rade sa decom i mladim izbeglicama i migrantima trebalo bi da u svom radu teži razumevanju njihovih stavova i vrednosti, iskustava tokom migracije, kao i njihovog trenutnog stanja, uvek vodeći računa o razlikama između svoje kulture i kulture deteta/adolescenta. Posebno treba imati u vidu da su deca bez pratnje i razdvojena deca jedna od najosetljivijih grupa migranata i izbeglica, s obzirom na to da se nalaze u velikom riziku od povređivanja i kršenja dečjih prava. Na njihovo fizičko i mentalno zdravlje utiču premigrantska iskustva, iskustva tokom putovanja i iskustva prihvaćenosti i podrške u Srbiji. Podložnost deteta zlostavljanju i zanemarivanju, eksploataciji i gubitku

svog kulturnog, verskog i polnog identiteta tokom migracija je izuzetno povećana. Deca izbeglice/migranti uglavnom su se susrela sa ratom, progonom i teškim izazovima u zemlji porekla. Mnoga deca su neposredno doživela niz nevolja u tranzitnim zemljama, kao što su, na primer, nedostojanstvena i produžena zadržavanja porodica na granicama. Na vulnerabilnost deteta utiče detetova razvojna zrelost u smislu biološke određenosti razvoja. Dete je osoba u razvoju, kod koje se određene mentalne funkcije i fizička snaga razvijaju postepeno, sa uzrastom. Stoga i govorimo o nezrelosti deteta kao normalnoj razvojnoj karakteristici. Sa druge strane, u različitim kulturama i društvima različito je viđenje samostalnosti deteta ili njegove zrelosti za obavljanje određenih poslova i donošenje odluka. U aktuelnim migracijama, zemlje koje nastoje da obezbede podršku imaju u nekim aspektima različit način gledanja na sposobnost deteta i njegovu samostalnost u odnosu na zemlje iz kojih izbeglice/migranti dolaze. Lične karakteristike deteta, kao što su fizička snaga, rezilijentnost, sposobnost prilagođavanja, mentalne sposobnosti i druge, značajan su činilac koji može umanjiti ili pojačati delovanje faktora rizika. Ostvarivanje prava deteta, posebno prava na učešće deteta u procesima koji ga se tiču i uvažavanje mišljenja deteta, smanjuje se ili potpuno gubi, što dodatno umanjuje mogućnosti zaštite deteta.

Zbog svega navedenog treba uzeti u obzir:

- Stavove i vrednosti koji se tiču dece, načina podizanja i vaspitavanja dece, prakse kažnjavanja itd. kulture iz koje potiču deca i mladi;
- Načine na koje kultura utiče na formiranje ličnosti, stavova, životnih izbora;
- Kakvo iskustvo su deca i mladi imali tokom putovanja (sa posebnim fokusom na traumatska iskustva u zemlji porekla i tokom puta);
- Kako to iskustvo, ali i stereotipi i potencijalna diskriminacija u zemlji boravka utiču na mentalno zdravlje deteta;
- Okolnosti u kojima se dete trenutno nalazi i kako to utiče na njegovo ponašanje;
- Specifičnosti situacije u kojoj se deca i porodice nalaze i kako se to odražava na njihovo ponašanje;
- Kako očuvati kulturni identitet deteta/mlade osobe tokom tranzicije;
- Kako omogućiti detetu/mladoj osobi osećanje kontinuiteta i povezanost sa porodicom/prijateljima u zemlji porekla.

Osim profesionalnih znanja u vezi sa razvojnim karakteristikama dece i mladih (poznavanje zakonitosti fizičkog i mentalnog razvoja, pravnih normativa koji se odnose na mlade itd.), osoba koja se bavi njima trebalo bi da ima i određene lične karakteristike koje doprinose razvoju kulturne kompetentnosti. To su:

- empatija;
- zainteresovanost;
- otvorenost za nova znanja i iskustva;
- fleksibilnost i spremnost da se prihvate stavovi i vrednosti mladih;
- uvažavanje prava i mogućnosti dece i mladih da razmišljaju i odlučuju o sebi, bez potcenjivanja njihovih godina;
- sposobnost da se kritički promišlja.

Način rada sa decom i mladima

Sa decom i mladima, bilo da su u pratnji roditelja ili sami, mogu se organizovati različite aktivnosti u cilju promocije i zaštite fizičkog i mentalnog zdravlja.

Zdravstveno vaspitni grupni rad sa mladima. O temama koje su razvojno uslovljene i karakteristične za određeni uzrast, mladi najradije raspravljaju u grupi vršnjaka. Iz tog razloga grupni rad je najbolji način prenošenja i usvajanja znanja na određene teme. Grupni zdravstveno vaspitni rad se može obavljati u samom kampu gde su smešteni mladi ili u savetovalištima za mlade, ako ona postoje pri domu zdravlja. O temama koje su opšte i tiču se generalno adolescencije, pri savetovalištima za mlade je moguće napraviti i heterogene grupe, u kojima će pored mladih migranata učestvovati i lokalni adolescenti. Te grupne aktivnosti mogu sprovoditi sve strukture zaposlenih zdravstvenih radnika i saradnika, koje bi trebalo da budu posebno senzibilisane za rad sa mladima i obučene za sadržaj koji se prorađuje. Grupe takođe mogu voditi i vršnjački edukatori, pod supervizijom zaposlenih.

Individualno savetovanje. Ovoje usluga koja se odnosi na razgovor pojedinca sa zdravstvenim radnikom/saradnikom i u okviru koje se pomaže mladoj osobi da donese odluku ili reši problem. Ponekad je korisno uraditi i savetovanje sa porodicom adolescenta sa ciljem poboljšanja komunikacije u porodici, razumevanja problema mladih i mogućnostima za pružanju podrške mladoj osobi da istraje u rešavanju svojih problema. Ovu uslugu mogu pružati sve strukture zdravstvenih radnika koje pružaju individualne usluge.

Principi rada zdravstvenih službi prilagođenih mladima

Zdravstvene službe koje se bave mladima bi trebalo da ispunjavaju sledeće uslove:

A) Jednakost

Ovaj princip podrazumeva otvorenost za sve mlade ljude, bez obzira na pol, nacionalnu, versku ili seksualnu pripadnost i orijentaciju. Bazira se na osnovnom pravilu suzbijanja stigmatizacije i diskriminacije pojedinih grupa mladih. Predstavlja jedan od ključnih principa u radu sa mladim izbeglicama i migrantima jer se poziva na univerzalno pravo sve dece i mladih da odrastaju zdravo i bezbedno, bez obzira na to gde se nalaze.

B) Adekvatnost i sveobuhvatnost

Zdravstvene službe bi trebalo da budu kreirane tako da se što više problema rešava na jednom mestu. Zdravstveni radnici bi trebalo da budu dobro upoznati sa tim kako izgleda pravilan fizički i psihički razvoj adolescenta kako bi mogli da prepoznaju eventualno odstupanje. U radu sa mladim migrantima treba uzeti u obzir način na koji njihova kultura razume određeni problem i svoj pristup prilagoditi kako bi mlada osoba adekvatno prihvatila ponuđenu intervenciju. Podrazumeva se da zdravstveni radnik/saradnik bude kompetentan za posao koji obavlja, ali je bitno i da bude senzibilisan za rad sa mladima. Pozitivan stav prema populaciji mladih je nužan preduslov za rad sa njima.

C) Dostupnost i prihvatljivost

Da bi mladi ljudi koristili zdravstvene usluge koje su im prilagođene, potrebno je da znaju gde se te ustanove nalaze, kao i da im one budu dostupne. Radno vreme je potrebno prilagoditi mladima, smenama koje imaju u školi, a kad postoji mogućnost za to, omogućiti i rad ustanove tokom vikenda. Ukoliko se zdravstvene usluge migrantima pružaju u okviru ustanove gde su smešteni, mladi moraju znati gde se nalaze ambulante, kada su im lekari ili drugo zdravstveno osoblje dostupni, kao i kome da se jave u slučaju da imaju potrebe za nekom zdravstvenom uslugom van radnog vremena.

Prihvatljivost se odnosi na način na koji je ustanova koja radi sa mladima uređena. Kad god za to postoji mogućnost, službe koje rade sa decom i mladima bi trebalo fizički odvojiti od službi koje rade sa odraslima kako bi se mladima omogućila veća privatnost i manja stigmatizacija. Mora postojati apsolutno zagarantovano pravo na privatnost – tokom pregleda u ordinaciji ne bi trebalo da se nalaze druge osobe osim lekara, pacijenta i prevodioca, kada je on potreban. Pitanje poverljivosti je, kao što je već rečeno, veoma kompleksno kada drugi odrasli koji su u pratnji deteta/mlade osobe (roditelji, članovi šire porodice, radnici centra gde su migranti smešteni) žele da prisustvuju pregledu. Uz uvažavanje kulturnih razlika po pitanju odgovornosti koje mladi imaju u određenim kulturama, uvek je neophodno voditi se principom najboljeg interesa deteta i njegovog prava na privatnost.

Poželjno je da sami mladi doprinesu uređenju ovih prostora – kroz pravljenje postera ili plakata na kojima se obrađuju zdravstvene teme koje su njima značajne. Mladi mogu obogatiti prostor predmetima ili slikama koje obeležavaju njihovu kulturu i koji će im to mesto činiti sličnijim zdravstvenim službama sa kojima su imali kontakt u svojoj zemlji porekla.

D) Efektivnost

Efektivnost se meri po tome koliko određena intervencija, postupak ili usluga koji su primenjeni u praksi postižu svrhu kojoj su namenjeni.

E) Efikasnost

Ukazuje na to kakav je odnos između troškova koje neka intervencija iziskuje i rezultata koje daje. Odnosi se na svodenje na minimum korišćenja resursa uz postizanje najboljih rezultata. Da bi se to postiglo, neophodno je sledeće:

- da zdravstveni radnici imaju znanja i veštine za pružanje preventivnih, dijagnostičkih i kurativnih usluga;
- da zdravstvene ustanove imaju opremu neophodnu za rad;
- da se primenjuju standardi kvaliteta;
- da postoji odgovarajući informacioni sistem za praćenje rada;
- da postoji kontinuirana evaluacija rada od strane korisnika.

Stručne medicinske veštine i saosećajan profesionalan pristup su takođe potrebni i trebalo bi ih uklopiti i povezati sa pristupom koji ne osuđuje ponašanje mlade osobe. To ne znači da zdravstveni radnici treba da odbace sopstveni sistem uverenja, nego da treba da pokušaju da razumeju situaciju onako kako je doživljava adolescent i da ne dozvole da njihovi lični stavovi dominiraju u toku interakcije. Interakcija između zdravstvenog radnika i adolescenta odnosi se na interpersonalnu komunikaciju (verbalnu ili neverbalnu) između zdravstvenog osoblja i onih koji traže usluge zdravstvenih službi. Prvi utisak korisnika o zdravstvenoj instituciji obično se formira na osnovu interakcije sa osobljem na prijemu. Osećaj poverenja i uverenost da je pronađena prava zdravstvena institucija, mogu biti pojačani ili potpuno uništeni upravo u susretu sa osobljem na prijemu. Zato je prvi kontakt u zdravstvenoj ustanovi, sa medicinskom sestrom na prijemu, tako značajan. Ako je ona neljubazna, ispituje o simptomima u prisustvu drugih pacijenata ili daje rezultate testova tako da ih i drugi mogu čuti, moguće je da mnogi adolescenti nikada više neće želeti da dođu u tu ustanovu. Posebno je važno da se ostvari dobra interakcija sa klijentima koji su skeptični ili nemaju poverenja.

Ciljevi pozitivne interakcije između zdravstvenog radnika i klijenta u službama za mlade su:

- da se doprinese zadovoljstvu korisnika i da se obezbedi kontinuitet i sprovođenje potpunog tretmana;
- da se pomogne mladima i zdravstvenim radnicima da razviju uzajamno poštovanje, saradnju i poverenje;
- da se olakša odgovarajuća razmena informacija između klijenata i zdravstvenih radnika i da se pomogne zdravstvenim radnicima u proceni potreba i interesa mladih.

Ključni principi u interakciji između zdravstvenog radnika i mladih su sledeći:

- Prema svakom klijentu se odnosite korektno;
- Prilagodite interakciju individualnim potrebama, interesima i okolnostima;
- Udite u interakciju sa klijentom, podstaknite njegovu aktivnu participaciju;
- Izbegnite pretrpavanje informacijama;
- Posvetite se njihovim primarnim interesima.

Pristup primeren adolescentima zahteva obučavanje čitavog zdravstvenog tima, od doktora do pomoćnog osoblja. Adolescenti često nemaju unapred dovoljno poverenja i dolaze u zdravstvenu ustanovu navodeći samo jedan simptom da bi pre nego što otkriju svoje prave strahove i brige, testirali da li je „okruženje bezbedno“. Zdravstveni radnik na prijemu, doktor ili medicinska sestra, moraju da budu u stanju da prepoznaju uplašenu ili zbunjenu mladu osobu. Usredsređujući se prvo na osobu, pre nego na simptom, oni mogu početi da se bave i njihovim brigama.

Zato je potrebno reagovati na ono što osoba govori i odgovarati na njena pitanja, istraživati njen životni stil, period života u kojem se nalazi, životne ciljeve i interesovanja, pomagati joj da razume kako njeni izbori mogu da utiču na njeno zdravlje, reagovati na ono zbog čega

je zabrinuta, pogotovu na predrasude, ali konstruktivno i sa poštovanjem. Istraživanja su pokazala da su korisnici zadovoljniji i da češće koriste zdravstvene usluge kada se prema njima zdravstveni radnici odnose sa poštovanjem. Da bi se istinski ostvarila zaštita usmerena ka pacijentu, zdravstveni radnici bi trebalo da rade na izgradnji odnosa koji podrazumevaju priznavanje pacijentovih sopstvenih kapaciteta za očuvanje zdravlja i lečenje.

Ustanove koje dostižu visok kvalitet rada su one koje aktivno uključuju i adolescente u kreiranje, planiranje i izvođenje onih sadržaja za koje su mladi osposobljeni. Jedino preko uključivanja mladih ljudi i njihovog aktivnog učešća zdravstveni radnici mogu biti sigurni da svoj posao obavljaju na pravom mestu, u pravo vreme i na pravi način. Uključivanje adolescenata u planiranje i sprovođenje povećaće poverenje drugih mladih ljudi u takve ustanove.

Da mladim ljudima ne bi bilo neprijatno da ih drugi vide kako u njih dolaze, veoma je važna podrška lokalne zajednice za takve službe. Zajednica treba da razume zašto su te službe važne adolescentima.

Specifičnosti rada sa trudnicama, porodiljama i majkama sa malom decom

Većina žena izbeglica/migrantkinja će imati zdravu trudnoću, koju će pozitivno doživeti. U radu sa trudnicama mora se uzeti u obzir da one sa sobom nose različita znanja, iskustva i uverenja koja se tiču prenatalne nege i sebe i deteta. Žene izbeglice i migrantkinje su heterogene po svom iskustvu prenatalne nege.¹⁷² Različito kulturno poreklo, migracioni status, nivo obrazovanja i prethodno iskustvo sa trudnoćom i porođajem utiču na način na koji će se ponašati. Međutim, postoje neka uobičajena pitanja koja se moraju razmotriti.

- **Faktori migracije.** Ova grupa rizika se odnosi na nedostatak znanja ili informacija o zapadnom zdravstvenom sistemu (uključujući informacije o testovima za utvrđivanje trudnoće, učestalost i vrstu pregleda, mesto i način porođanja), ali i na iskustva gubitka, traume i tuge koja se javljaju kao posledica migracija;
- **Kulturni faktori.** U radu sa trudnicama zdravstveni radnici/saradnici moraju biti svesni da žene iz različitih kultura imaju različite kulturne i verske običaje. U nekim kulturama trudnoća se doživljava kao stanje koje ne zahteva učešće zdravstvenih radnika, pa prenatalna nega predstavlja veće opterećenje nego benefit. Žene mogu imati strah od državnih službi i porođaja u bolnicama, koji podrazumevaju odvajanje od porodice i dece, strah da će zbog porođaja morati da ostanu u zemlji tranzicije čak i ako njihova porodica nastavi dalje. Potrebna je osetljivost i za pitanja uloge muških članova porodice (supružnika/srodnika) prilikom pregleda i porođaja;
- **Društvena mreža.** Ženama koje se porođaju van svoje zemlje porekla može nedostajati uobičajeni ženski sistem podrške (majke, rođaka, prijateljica) tokom porođaja, ali i kasnije, prilikom brige o deci;
- **Pristupačnost.** Trudnicama koje su u prihvatnim centrima ili centrima za azil obezbeđena je zdravstvena zaštita, ali se dešava da ona nije uvek uvremenjena (transport do zdravstvene ustanove se organizuje tek kada se skupi dovoljan broj pacijenata). Zbog jezičke barijere žene se ne osećaju slobodno u komunikaciji sa zdravstvenim osobljem, posebno ukoliko se uzme u obzir nedostatak ženskih

172 Žene izbeglice češće nego druge žene imaju složene medicinske i psihosocijalne probleme i mogu se suočiti sa dodatnim preprekama u pristupu prenatalnoj nezi (Correa-Velez & Ryan, 2012).

prevodilaca. Situacija se dodatno komplikuje za one trudnice koje su u putu, tj. nisu nigde smeštene. One ne poznaju zdravstveni sistem Srbije, ne znaju kome mogu da se obrate za pomoć, koje ginekološke ustanove su kada dežurne.

Preporuke:

- Svaka trudnoća je posebna. Koristite individualizovan pristup;
- Odvojte vreme da uspostavite odnos i poverenje sa svakom ženom. Poštujte njenu privatnost;
- Budite svesni kulture, uverenja i praksi koje postoje u zemlji porekla trudnice;
- Objasnite ženi kakve su mogućnosti u vašoj zemlji. Objasnite joj termine koji joj mogu biti nejasni, koristeći se vizuelnim resursima (strip, liflet, crtanje);
- Uzmite u obzir njen sistem podrške i uključite ga u brigu o trudnici.

Ista grupa pitanja se otvara i za majke sa malom decom. Kakva je praksa podizanja dece u njihovim zemljama porekla? Kakve su higijenske i nutritivne navike? Ko je uključen u brigu o detetu? O svim ovim pitanjima kulturno kompetentan zdravstveni radnik/saradnik bi trebalo da bude spreman i otvoren da razgovara sa ženom i da joj, uz uvažavanje njenih stavova, ponudi opcije koje u zemlji tranzicije postoje.

Rad sa žrtvama rodno zasnovanog i porodičnog nasilja

I muškarci i žene izloženi su različitim vrstama zloupotrebe tokom procesa iseljenja iz svoje zemlje do trenutka integracije u željenu krajnju destinaciju. Neka traumatska iskustva su im zajednička, a neka su specifičnija za pol kojem pripadaju.

Prema istraživanju IOM-a sprovedenom među migrantima i izbeglicama koji u Evropu stižu čamcem, skoro tri četvrtine je prijavilo da su u nekom trenutku tokom puta bili žrtve trgovine ljudima i najčešće navode eksploataciju zarad profita. Polovina je rekla da su bili držani na određenoj lokaciji protiv svoje volje, često zbog otkupa, i isto toliko njih da su radili bez nadoknade kako bi se oslobodili zarobljeništva ili osigurali mesto na brodu za Evropu. Nekada se izbeglice/migranti koriste u trgovini krvlju ili organima, čime takođe plaćaju svoju kartu za slobodu.

Žene izbeglice/migranti su u povećanom riziku od seksualne zloupotrebe ili prisilne prostitucije.

Rodno zasnovano nasilje je krovni termin za svaki čin nasilja nad nekom osobom počinjen zbog njenog roda, pola ili seksualne orijentacije. U patrijarhalnim društvima (a društva iz kojih potiču žene izbeglice/migrantkinje, često su izrazito patrijarhalna, kao i društva većine zemalja kroz koje prolaze tokom migracija), uloge muškaraca i žena su različite i jasno definisane, obično u korist muškaraca. Rodno zasnovano nasilje najčešće čini ili ga je činio neko poznat osobi koja je preživela nasilje. Učinioci nasilja mogu biti i žene, ali su to najčešće muškarci koji koriste nasilje kako bi zadržali ili potvrdili svoje privilegije, moć i kontrolu nad drugima, bilo da su u pitanju žene ili deca.

Najčešći vidovi rodno zasnovanog nasilja nad devojčicama/ženama izbeglicama i migrantkinjama su:

1. Rodne predrasude i diskriminacija

Zasnovane su na stereotipima i različitim ulogama namenjenim muškarcima i ženama. Od žena se očekuje da budu submisivne, da ne učestvuju u donošenju važnih odluka, već da samo prate svoje muške članove. U kontekstu zdravstvene zaštite ženama je često ograničeno pravo na privatnost, zbog čega bi pregled trebalo da obavi lekar istog pola, a ukoliko je u pitanju lekar muškarac, trebalo bi obezbediti pratnju muškog člana porodice. Ali ono sa čim se u praksi susreću zdravstveni radnici/saradnici, jeste da i oni sami imaju rodne predrasude kada je u pitanju rad sa ženama izbeglicama/migrantkinjama. Situacija na terenu pokazuje da su i žene i muškarci fleksibilniji od onoga što zaposleni u zdravstvu očekuju i da pristaju da se prilagode okolnostima u kojima se nađu. Ukoliko im se objasni neophodnost da ih pregleda jedini dostupan lekar, oni neće praviti problem, čak i ako je osoba koja ih pregleda drugog pola.

2. Nasilje u partnerskim odnosima

Ponekad su žene izbeglice/migrantkinje prinuđene da napuste zemlju porekla zbog nasilja kojem su bile izložene u svojim porodicama. Ono se manifestuje na razne načine - od ugovaranja prisilnih brakova, ograničavanja slobode žene da sama donese odluku u vezi sa izborom partnera (ili svoje seksualno opredeljenje), preko fizičkog, emocionalnog i seksualnog zlostavljanja kojem su izložene u partnerskim odnosima. Rodno zasnovano nasilje je specifično jer se dešava u odnosu bliskosti i poverenja, koje se zloupotrebljava kako bi se osigurala kontrola i moć nad partnerom. Ženi se ograničava sloboda da odluči kako će se obući, gde će izaći, sa kim će se videti. Ova vrsta nasilja može se odvijati privatno, u okviru kuće, ali i javno, što je često slučaj sa ženama koje žive u Avganistanu, gde su pod pritiskom talibana lišene osnovnih ljudskih prava na slobodu.

Kao i sve žene, izbeglice i migrantkinje su u visokom riziku od nasilja u porodici, a rizik se povećava zbog njihovog imigracionog statusa, jezičkih barijera, društvene izolacije i nedostatka finansijskih sredstava. Prilikom smeštaja zemlja domaćin se rukovodi mišljenjem da su žene zaštićene ukoliko se nalaze u istim smeštajima sa svojim muškim sunarodnicima, zanemarujući mogućnost da se upravo tada za neke od njih nastavlja situacija izloženosti muškom nasilju različitih vrsta.

Izazovi sa kojima se žene suočavaju tokom izbeglištva/migracije su najčešće sledeći:

- Prekid porodičnih kontakata, gubitak veze sa svojom zajednicom, prijateljima, članovima porodice. One možda imaju muške članove porodice koji su nestali u borbi ili prilikom bekstva ili ne mogu sa njima da kontaktiraju iz praktičnih ili finansijskih razloga;
- Nemogućnost povezivanja sa muškim članovima porodice, kojima se često ne odobrava pravo na spajanje sa porodicom. Ovo se odnosi ne samo na muževe, već i na mušku decu;
- Promene u porodičnim odnosima nastale zbog iseljenja. Ako je kompletna porodica migrirala, dešava se da se i uloga muškarca (dotada viđenog kao glava porodice) promenila - prinuđen je da živi od socijalne pomoći, ne može da radi.

Ta neravnoteža može usloviti da se kod muških članova porodice razvije depresija, alkoholizam ili da se pojavi porodično nasilje;

- Menja se i uloga majke, tj. odnosi između roditelja i dece. Često su upravo deca ta koja prva nauče jezik zemlje domaćina ili poznaju drugi jezik na kojem se lakše sporazumevaju, pa onda moraju da preuzmu uloge odraslih, kao što je sporazumevanje i pregovaranje sa grupama za humanitarnu pomoć, sa službenim licima koja određuju azil i sl. I muškarci i žene osećaju gubitak kontrole i sopstvenu neadekvatnost kada do toga dođe, što s vremenom vodi ka depresiji;
- Neprijateljstvo i diskriminacija u zemlji domaćinu ili u novom kraju. Žene mogu trpeti seksualno uznemiravanje i ucenjivanje, što može ograničiti mogućnost žena da se kreću izvan svojih privremenih domova, da idu u nabavku, da nalaze posao i sl.;
- Nemogućnost da se nađe prihvatljiv posao. Neke zemlje onemogućavaju izbeglicama da se zaposle. Druge obeshrabruju zaposlenje ili omogućavaju da unosnije poslove obavljaju muškarci, dok su žene prinuđene da se bave loše plaćenim poslovima;
- Nedostatak osnovnih potreština za svakodnevni život. Paketi humanitarnih organizacija su opremljeni elementarnim stvarima, ali često ne sadrže stvari neohodne ženama, na primer, uloške/tampone, ženske čarape, a gotovo nikad žensku kozmetiku. Iako se kozmetika percipira kao luksuz, zapravo pomaže ženama da zadrže svoje pravo na to da se osećaju kao žene;
- Nedostatak privatnosti. Izbeglice su često prisiljene da žive u prenatrpanim uslovima. Žene u kolektivnim smeštajima možda moraju da dele sobu sa ljudima koje ne poznaju ili sa muškim srođnicima sa kojima obično nisu imale takvu bliskost. U nekim situacijama položaj kupatila ili zajedničkih WC-a može biti veoma nepovoljan ili žene mogu biti prinuđene da ih koriste sa muškarcima. Žene u privatnom smeštaju takođe često koriste mali prostor sa mnogim članovima porodice i nemaju fizičkog prostora za sebe.

Najčešći simptomi koji govore da je osoba preživela rodno zasnovano nasilje:

- drhtanje, umor, glavobolja, gubitak apetita, bolovi u celom telu;
- plakanje, tuga, depresija, neraspoloženje;
- anksioznost, strah;
- „podignut gard“ i trzanje na kontakt;
- briga da će se desiti nešto vrlo loše;
- nesanica, košmari;
- razdražljivost i gnev;
- krivica, sramota;
- zbunjenost, emotivna otupelost;
- povučенost ili preterano mirovanje (osoba se ne pomera);
- osoba ne odgovara drugima, uopšte ne govori, deluje dezorijentisano (na primer, ne zna kako se zove, odakle dolazi i gde se nalazi);
- osoba nije u stanju da se brine o sebi ili o svojoj deci (na primer, ne jede i ne pije, nije ustanju da donosi ni jednostavne odluke).

Treba biti oprezan u tumačenju ovih simptoma i uvek tražiti više pokazatelja koji mogu ukazivati na rodno zasnovano nasilje, s obzirom na to da navedeni simptomi mogu ukazivati i na izloženost drugim traumatičnim događajima tokom rute ili pre polaska na put.

Preporuke:

- Zaposliti veći broj žena na mestima službenika zaduženih za izbeglice, to jest omogućiti da u svakoj smeni u ambulanti bude bar jedna lekarka ili medicinska sestra;
- Poboljšati organizaciju izbegličkih kampova kako bi se obezbedila veća privatnost i sigurnost ženama - na primer, poseban smeštaj za same žene ili majke sa malom decom, odvojeni toaleti, bolje osvetljenje;
- Izgraditi odnos poverenja sa ženama na smeštaju i omogućiti privatnost ženama koje dolaze na pregled kako bi mogle da se povere medicinskom timu;
- Obratiti pažnju na eventualne promene u fizičkom i mentalnom funkcionisanju (da li postoje vidne povrede, način na koji se pacijentkinja ponaša) i pažljivo ispitati uzroke tih promena;
- Negovati princip neosuđivanja i omogućiti im izbor u donošenju odluka u vezi sa daljim lečenjem;
- Informisati se o organizacijama i uslugama koje su namenjene žrtvama rodno zasnovanog nasilja i obavestiti pacijentkinju o njima;
- Omogućiti devojčicama, devojka i ženama migrantkinjama i izbeglicama specijalizovane medicinske i psihosocijalne usluge podrške, usluge seksualnog i reproduktivnog zdravlja i druge;
- Omogućiti polno senzitivno i u kulturnom smislu odgovarajuće savetovanje ženama žrtvama. To savetovanje treba da vode obučene, iskusne savetnice, koje su, ukoliko je to moguće, pripadnice iste kulture ili zajednice kao i izbeglice;
- Organizovati rad SOS telefona i sigurnih kuća za žene izbeglice, u kojima je najbolje da rade žene izbeglice i/ili savetnice koje potiču iz iste kulture ili zajednice kao i izbeglice.

Rad sa osobama sa psihijatrijskim problemima i korisnicima psihoaktivnih supstanci

Zbog iskustava koje su imali pre nego što su napustili svoju zemlju (rat, nasilje, prisilno napuštanje zemlje, iskustva tokom puta), izbeglice i migranti su u znatno većem riziku od opšte populacije za niz specifičnih psihijatrijskih poremećaja i imaju deset puta veću stopu posttraumatskog stresnog poremećaja, kao i povišenu stopu depresije, hroničnog bola i drugih somatskih tegoba.¹⁷³

Kod dece se, zbog iskustva odvojenosti od primarne porodice, češće javljaju separacioni problemi i strahovi. Iskustvo života u različitim kampovima povećava verovatnoću za pojavu emocionalnih problema, problema u vršnjačkim relacijama, a povećava se i verovatnoća iskustva zlostavljanja.

173 Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., ... & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Cmaj*, 183(12), E959-E967.

Neke mlade osobe su bile prinuđene da migriraju iz svoje zemlje zbog svog seksualnog identiteta i/ili opredeljenja. U muslimanskim zemljama postoji jasna zabrana homoseksualnosti, koja se negde kažnjava i smrću. Na primer, u Somaliji postoje ustanove namenjene „reformisanju“ dece i mladih za koje se procenilo da su prekršili društvene vrednosti koje se odnose na seksualno ponašanje. Dečake i mladiće u njih upućuju roditelji, sa idejom prevaspitanja. Tamo su dečaci prisilno zatvoreni kako bi se u okrutnim uslovima iz njih „proterao ženski džin, koji ih je zaposeo“ i učinio feminiziranim, a kao lek im se daje biljna droga harmala, koja uzrokuje halucinacije i povraćanje, navodno, u cilju duhovnog prosvetljenja i pročišćenja. Svedočenja te dece ukazuju na to da količine koje se daju u centrima za rehabilitaciju, često premašuju bezbedne doze, zbog čega postaju smrtonosne.

Putovanje do željene destinacije često je praćeno nizom traumatskih iskustava, od fizičkog povređivanja, izgladnelosti, loše higijene do gubitka nacionalnog, porodičnog i ličnog identiteta, što može rezultovati nizom problema sa mentalnim zdravljem – poremećajima prilagođavanja, depresijom, PTSP-om.

Za odrasle izlazak iz zemlje u kojoj im pretil opasnost, isprva može biti praćen nadom i optimizmom u pogledu budućnosti. Ali njih smenjuju razočaranost, demoralisanost i depresija kao rezultat gubitaka povezanih sa migracijom ili kasnije, kada se početne nade i očekivanja ne ostvare i kada se migranti i njihove porodice suočavaju sa trajnim preprekama napredovanju ka svom novom domu, nejednakostima, rasizmom i diskriminacijom. Događaji koji podsećaju na elemente stare traume i gubitka iz prošlosti mogu da doprinesu ponovnom pojavljivanju anksioznosti, depresije ili posttraumatskog stresnog poremećaja.

U radu sa izbeglicama/migrantima važno je napraviti dobru procenu rizika za probleme mentalnog zdravlja, koja uključuje njihovo funkcionisanje pre migriranja, stres i eventualne traumatske događaje tokom migracije, kao i sadašnja iskustva u Srbiji, koja utiču na adaptaciju i zdravstvene ishode.

Poseban izazov predstavlja razumevanje njihovog poimanja mentalnog zdravlja, normalnosti i poremećaja, kao i etiologije psihičkih smetnji. Ovo uključuje i različito razumevanje uloge zdravstvenih radnika i uopšte potrebe za njihovom uključenosti (u odnosu na uključenost verskih lidera), kao i razlike u načinima tretmana. Upotreba metafora i specifičnih izraza kojima se opisuje određeno mentalno stanje može značajno otežati komunikaciju, čak iako postoje dobro obučeni profesionalni prevodioci.

Možda najveću teškoću u radu sa izbeglicama/migrantima koji imaju probleme mentalnog zdravlja, predstavlja situacija u kojoj je neophodna hospitalizacija. Toj vrsti lečenja se nerado pribegava jer su mesta u psihijatrijskim bolnicama ograničena, postoje liste čekanja, dok ključni problem predstavlja teškoća sporazumevanja između osoblja i izbeglice/migranta, kao i teškoće sporazumevanja sa drugim pacijentima sa kojima treba da dele prostor. S obzirom na to da se tretman u ustanovama koje se bave mentalnim zdravljem, većinski zasniva na komunikaciji, ovo predstavlja značajan problem.

U odnosu na upotrebu psihoaktivnih supstanci neophodno je poznavati kulturne i verske normative zemlje iz koje je izbeglica/migrant. Običajna i pravna regulativa se često razlikuju međusobno, a i u odnosu na regulativu u našoj zemlji. Na primer, kod muslimana je strogo zabranjena upotreba alkohola, dok je u našoj kulturi socijalno prihvatljivo pijenje manjih količina alkoholnog pića, čak i na ranijem uzrastu. S druge

strane, upotreba psihoaktivnih supstanci (marihuana, hašiš, opijum) u nekim sredinama je mnogo češća nego kod nas.

Kako je skrining na psihoaktivne supstance nemoguć prilikom ulaska u centar za smeštaj izbeglica i migranata (ta vrsta provere se smatra diskriminišućom, s obzirom na obavezu jednakog tretmana svih osoba), postavlja se pitanje kako napraviti procenu potencijalnih zavisnika.

Preporuke:

- Budite svesni kulturnih razlika u razumevanju mentalnih bolesti i njihovog lečenja;
- Pronađite saradnika među osobama sa kojima je pacijent blizak, koje bi pomogle u procesu lečenja (na primer, prilikom davanja farmakoterapije) i pokušajte da jačate podršku porodice;
- Zbog mobilnosti migranata lečenje će se verovatno većinski svesti na davanja farmakoterapije; psihoterapijske intervencije mogu biti ograničene na kratkotrajne i na intervencije fokusirane na problem;
- Po pitanju zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, iako razumete kulturne razlike, rukovodite se zakonskom praksom svoje zemlje; upoznajte izbeglice/migrante sa pravima i obavezama (uz pomoć prevodioca, koristeći postere i stripove koji će se nalaziti na vidnom mestu);
- Umesto strukturisanih skrininga za detekciju psihoaktivnih supstanci koristite opservaciju ponašanja;
- Primenjujte motivacioni intervju kako bi ste osobu sa kojom radite pridobili da razume problem i eventualno započne lečenje;
- Informišite se o službama na koje možete da uputite izbeglicu/migranta sa problemima mentalnog zdravlja ili zbog zloupotrebe psihoaktivnih supstanci.

Literatura

1. Amahazion F. (2021), Breast ironing: A brief overview of an underreported harmful practice. *Journal of Global Health*, 11, 03055, dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8005301/>.
2. American Psychiatric Association. 2019. „Treating Muslims.“ Stress & Trauma Toolkit for Treating Historically Marginalized Populations in a Changing Political and Social Environment.
3. American Psychiatric Association. 2019. Mental Health Disparities for Muslim Americans.
4. Bierstedt, R. (1938). The Meanings of Culture. *Philosophy of Science*, 5(2), 204–216.
5. Buha, V. i Lainović, M. (2020). Uticaj medija u Republici Srbiji na povećanje ksenofobije prema izbeglicama i migrantima; Humanitarni centar za integraciju i toleranciju, Novi Sad.
6. Cross, T. L., Bazron, B. J., Dennis, K. W., Isaacs, M. R. (1989) *Towards a Culturally Competent System of Care Vol. 1*. Georgetown University Child Development Centre, Washington DC.
7. Dragičević Šešić, M. i Dragojević, S. (2004), Interkulturalna medijacija; dostupno na: <http://www.culturalmanagement.ac.rs/rs/tutorial/e-learning/dragicevic-sesic-milena-and-dragojevic-sanjin-interkulturalna-medijacija>.
8. Duckitt, J. (2005). Personality and prejudice. On the nature of prejudice: Fifty years after Allport, 395–412.
9. Horwitz, A. V. (2007). Distinguishing distress from disorder as psychological outcomes of stressful social arrangements. *Health*, 11(3), 273–289.
10. Jočić, A. i sar. (2012). Priručnik za interkulturalna učenja kroz dramu. Beograd, Bazaart.
11. Kaur, J. (2014), *Culturally Sensitive Practice in Out-of-Home Care*, JK Diversity Consultants; dostupno na: <https://www.fcav.org.au/images/carer-resources/information-sheets/Culturally-Sensitive-Practice-in-Out-of-Home-Care-Guide.pdf>.
12. Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., ... & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *Cmaj*, 183(12), E959–E967.
13. Koch, T., Liedl, A., & Ehring, T. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in Afghan refugees. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(3), 235.
14. Kroeber, A. L. and Kluckhohn, C., 1952. *Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions*. Cambridge, MA: Peabody Museum.
15. Magdalenić, I. (1972). Dejvid Kreč, Ričard S. Kračfild, Igerton L. Balaki, Pojedinaac u društvu (Udžbenik socijalne psihologije). *Revija za sociologiju*, 2(2–3), 151–152.
16. Mayda, A. M., & Facchini, G. (2006). Individual attitudes towards immigrants: Welfare-state determinants across countries.
17. Newman, L. S. (2009). Was Walter Lippmann interested in stereotyping?: Public opinion and cognitive social psychology. *History of Psychology*, 12(1), 7.

18. Priebe, S., Sandhu, S., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Ioannidis, E., Kluge, U., Krasnik, A., Lamkaddem, M., Lorant, V., Riera, R. P., Sarvary, A., Soares, J. J., Stankunas, M., Strassmayr, C., Wahlbeck, K., Welbel, M., & Bogic, M. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11, 187. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-187>.
19. Republika Srbija, Pokrajinski zavod za socijalnu zaštitu. Vodič za kulturno kompetentnu praksu u socijalnoj zaštiti, 2016.
20. Stephan, W. G., Boniecki, K. A., Ybarra, O., Bettencourt, A., Ervin, K. S., Jackson, L. A., ... & Renfro, C. L. (2002). The role of threats in the racial attitudes of blacks and whites. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(9), 1242-1254.
21. Sawrikar, P. (2009). Culturally appropriate service provision for culturally and linguistically diverse (CALD) children and families in the New South Wales (NSW) child protection system (CPS). Interim Report.
22. The Lewin Group, Inc. (2002) Indicators of Cultural Competence in Health Care Delivery Organisations: An Organisational Cultural Competence Assessment Profile Prepared under Contract with the USA Department of Health and Human Services.
23. Tylor, E. B. (1974) [1871]. *Primitive culture: researches into the development of mythology, philosophy, religion, art, and custom*. New York: Gordon Press.
24. UN General Assembly, Universal Declaration of Human Rights, 10 December 1948, 217 A (III).
25. UN General Assembly, International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 16 December 1966, United Nations, Treaty Series, vol. 993, p. 3.
26. UN General Assembly, Convention Relating to the Status of Refugees, 28 July 1951, United Nations, Treaty Series, vol. 189, p. 137.
27. UN General Assembly, Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women, 18 December 1979, United Nations, Treaty Series, vol. 1249, p. 13.
28. UN General Assembly, International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, 21 December 1965, United Nations, Treaty Series, vol. 660, p. 195.
29. UNICEF, Iraq Country Office Humanitarian Situation Report No. 2, Reporting Period: 1 April to 30 June 2021.
30. Vuletic, V. (2016). Impact of the migration crisis on local governments and communities in Serbia and possibilities for integration: An assessment from focus groups. United Nations Development Programme (UNDP).
31. Vallejo-Martín, M., Sánchez Sancha, A., & Canto, J. M. (2021). Refugee Women with a History of Trauma: Gender Vulnerability in Relation to Post-Traumatic Stress Disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4806.
32. Wing, Sue D. (2006), *Multicultural Social Work Practice*, John Wiley & Sons, inc., 2006; dostupno na: <https://ahmadrofai.files.wordpress.com/2017/08/multikulturderald-wing-sue-multicultural-social-work-practice.pdf>.
33. World Health Assembly, 72. (2019), Promoting the Health of Refugees and Migrants: Draft Global Action Plan, 2019-2023, Report by the Director-General, World Health Organization; dostupno na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328690>.

34. Zakon o zabrani diskriminacije, „Sl. glasnik RS“, br. 22/2009 i 52/2021.
35. Zakon o zdravstvenom osiguranju, „Sl. glasnik RS“, br. 25/2019.
36. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, „Sl. glasnik RS“, br. 25/2019.
37. <https://www.antislavery.org/wp-content/uploads/2018/10/Wahaya-report.pdf>.
38. <https://www.amnesty.org/en/location/middle-east-and-north-africa/iran/report-iran/>.
39. <https://www.amnesty.org/en/documents/mde28/2601/2020/en/>.
40. <https://www.amnesty.org/en/location/middle-east-and-north-africa/algeria/report-algeria/>.
41. <https://www.amnesty.org/en/location/middle-east-and-north-africa/libya/report-libya/>.
42. https://api.godocs.wfp.org/api/documents/5543cf873385483187ccafd8377ecabf/download/?_ga=2.118125833.183738851.1638393658-671220936.1638393658.
43. <https://www.atlanticcouncil.org/blogs/menasource/how-the-exclusion-of-women-has-cost-libya/>.
44. <https://www.britannica.com/place/Algeria>.
45. <https://www.britannica.com/place/Morocco>.
46. <https://www.britannica.com/place/Libya>.
47. <https://www.britannica.com/place/Guinea>.
48. <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/afghanistan>.
49. <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/burundi/>.
50. <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/cameroon/>.
51. <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/congo-democratic-republic-of-the/>.
52. <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/guinea>.
53. <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/iraq/>.
54. <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/iran/>.
55. <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/libya/>.
56. <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/niger/>.
57. <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/nigeria/>.
58. <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/pakistan>.
59. <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/somalia>.
60. <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/syria/>.
61. <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/tunisia/>.
62. <https://www.countryreports.org/country/Guinea.htm>.
63. <https://dailymtimes.com.pk/187286/healthcare-us-pakistan/>.
64. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.HIV.0014?locations=CM>.
65. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR359/FR359.pdf>.
66. <https://www.dol.gov/agencies/ilab/resources/reports/child-labor/niger>.
67. <https://en.wikipedia.org/wiki/Algeria>.
68. https://en.wikipedia.org/wiki/Human_rights_in_Morocco.
69. https://en.wikipedia.org/wiki/Nigeria#Human_Rights.
70. <https://www.genderindex.org/wp-content/uploads/files/datasheets/2019/LY.pdf>.
71. <http://hdr.undp.org/sites/default/files/Country-Profiles/NER.pdf>.
72. <https://www.hrw.org/world-report/2021/country-chapters/pakistan>.
73. <https://www.hrw.org/world-report/2021/country-chapters/morocco/western-sahara>.

74. <https://www.independent.co.uk/news/world/tunisia-law-women-protect-rape-domestic-violence-north-africa-landmark-rights-abuse-sexual-a7864846.html>.
75. <https://www.mei.edu/publications/ravaged-war-syrias-health-care-system-utterly-unprepared-pandemic>.
76. <https://noi-polls.com/wp-content/uploads/2019/11/Domestic-Violence-Press-Release-2019.pdf>.
77. <https://qz.com/2052654/what-is-the-state-of-afghanistans-healthcare-system/>.
78. <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/UNHCR%20Serbia%20Snapshot%20-%20October%202021.pdf>.
79. <https://reliefweb.int/report/serbia/unhcr-serbia-monthly-update-december-2020>.
80. <https://www.rferl.org/a/iran-child-marriages/31420642.html>.
81. <https://sr.wikipedia.org/sr-el/%D0%90%D0%B2%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD#%D0%A1%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D0%B8%D1%88%D1%82%D0%B2%D0%BE>.
82. https://sr.wikipedia.org/sr-el/%D0%91%D0%BE%D0%BA%D0%BE_%D1%85%D0%B0%D1%80%D0%B0%D0%BC.
83. <https://www.statista.com/statistics/742468/civilian-deaths-in-syria-monthly/>.
84. <https://www.state.gov/reports/2020-country-reports-on-human-rights-practices/afghanistan/>.
85. <https://www.state.gov/reports/2020-country-reports-on-human-rights-practices/burundi/>.
86. <https://www.state.gov/reports/2020-country-reports-on-human-rights-practices/cameroon/>.
87. <https://www.state.gov/reports/2020-country-reports-on-human-rights-practices/democratic-republic-of-the-congo/>.
88. <https://www.state.gov/reports/2020-country-reports-on-human-rights-practices/guinea/>.
89. <https://www.state.gov/reports/2020-country-reports-on-human-rights-practices/niger/>.
90. <https://www.state.gov/reports/2020-country-reports-on-human-rights-practices/nigeria/>.
91. <https://www.state.gov/reports/2020-country-reports-on-human-rights-practices/somalia/>.
92. <https://www.theguardian.com/global-development/2016/oct/18/70-of-migrants-to-europe-from-north-africa-trafficked-or-exploited-un-united-nations-survey>.
93. <https://www.unicef.org/afghanistan/child-protection>.
94. <https://www.unicef.org/afghanistan/education>.
95. <https://www.unicef.org/iraq/what-we-do/education>.
96. <https://www.unicef.org/media/104051/file/Pakistan-Humanitarian-SitRep-30-June-2021.pdf>.
97. <https://www.unicef.org/niger/reports/ending-child-marriage-niger>.
98. <https://www.wfp.org/news/more-half-iraqs-population-risk-food-insecurity-government-wfp-analysis>.
99. <https://www.welthungerhilfe.org/news/publications/detail/global-hunger-index-2021/>.

