

# Kazalniki zdravja in integracije migrantov za razvoj novih socialnih politik *Giovanni Delli Zotti, Ornella Urpis\**

\* Publikacija je plod sodelovanja med avtorji, vendar se iz zakonskih razlogov poudarja, da je odstavke 2, 3 in 4 napisal Giovanni Delli Zotti, odstavke 1, 5 in 6 pa Ornella Urpis. Avtorji se zahvaljujejo Igorju Karnjušu, Sabini Ličen in Mirku Prosenu za pomoč pri pripravi popisnega lista in navodil za uporabo orodja v Sloveniji.

---

Giuseppe Ricci, Federica Scrimin

SMERNICE IN INDIKATORJI SPOLNEGA IN REPRODUKTIVNEGA ZDRAVJA MIGRANTK

ISBN 978-88-5511-057-0 (print); 978-88-5511-058-7 (online). EUT, 2019, str. 53-70

## 1. Novi kazalniki za integracijske politike

Migracije zahtevajo stalno preoblikovanje družbene strukture in vpeljujejo nove modele političnega delovanja. Ko govorimo o integraciji migrantov, imamo vselej v mislih delovno vključevanje, bivanjske razmere, sposobnost priseljencev za dostopanje do storitev, odnose z okoljem ipd. (Boccagni in Pollini 2012), vendar pa si ne prizadevamo z enako vnemo za ugotavljanje sprememb pri vzorcih istovetenja in sposobnosti preoblikovanja spoznavnih in vrednotnih okvirjev tujcev v novem kulturnem sistemu, katerega del so postali (Sayad 2002). Brez dvoma je zelo težko ugotoviti sposobnosti prilagajanja in spremembe v zvezi s statusom migranta, ki so nastopile v novem družbenem okviru. Temeljni kazalnik, ki je bil do sedaj povsem prezrt, obravnava vzorce vedenja med spoloma in ohranjanje vedenj, ki odražajo patriarhalno miselnost (v kulturah, kjer je ta razširjena), ki omejujejo življenje žensk in negativno vplivajo na njihovo spolno in reproduktivno zdravje. Dolgoročneje politike težijo k interakciji s skupnostmi, da bi spoznale njihove potrebe in predlagale rešitve, vendar pa včasih na žalost občutijo posledice »konservativnega« značaja skupnosti v smislu kulture, kjer je vloga ženske postranska in na odnose med spoloma močno vpliva delitev moči (Lanzillo 2006).

V migracijskih procesih ostane privrženost tradicionalnemu vzorcu patriarhalne družine nespremenjena. Različni odnosi in neravnovesje moči med spoloma se v državi gostiteljici ohranijo in včasih celo še jasneje izrazijo, kar pogosto povzroča težave tudi otrokom priseljencev, ki se znajdejo na razpotju med zvestobo družini in popolnoma drugačnim družbenim življenjem (Lannutti 2016). Migracijske dinamike se prepletajo s poročnimi strategijami družin ali skupnosti in ohranjanje določenih tradicionalnih običajev postane ključno za ohranjanje identitetnih meja (Urpis 2012).

Tudi takrat, kadar se pri naprednejših pristopih (Boccagni in Pollini 2012; Cesareo in Blangiardo 2009) uporabljajo integracijski kazalniki, ki se nanašajo na različne dimenzije institucionalnega, relacijskega, kulturnega, družbeno-časovnega in družbeno-prostorskega obstoja, odnosi med spoloma in posledična spolna dobrobit žensk vanje ni nikoli zajeta, saj spolno zdravje ne spada v tako imenovani »nabor integracijskih procesov«, kakor je opredeljen v študijah družbenih ved (Sciorino 2015). V migracijskih procesih lahko družba gostiteljica, v kolikor pozna kulturne značilnosti skupnosti, v katerih so ženske posebej izpostavljene diskriminaciji, uporabi potrebna orodja za spodbujanje politik, ki pospešujejo družbeno vključevanje (Ambrosini in Berti 2009).

Pri ženskah se je pravica do samoodločanja že od nekdaj izražala prek njihovega telesa, njihovo spolno in reproduktivno zdravje pa sta pomemben predpogoj za razvoj avtonomnih odnosov z novim družbenim okoljem. Prav zato je temeljni integracijski dejavnik položaj žensk priseljenk, to so ekonomska in socialna samostojnost, poznavanje jezika države gostiteljice, enakost v odnosu do moža oziroma moškega, opuščanje škodljivih tradicionalnih navad ter aktivno udeleževanje v družbenem in političnem življenju družbe, ki pozitivno vpliva na njihovo spolno in reproduktivno dobrobit.

S tega vidika postane spolno in reproduktivno zdravje dejavnik integracije kulturnih skupnosti, izmerjen na podlagi medicinskih kazalnikov, ki so podrobneje obravnavani v smernicah, in zdravstveno-socialnih kazalnikov, ki jih obravnavamo v tej objavi. Pri slednjih bomo ugotavljali vrsto osebnih spoznanj in družbenih dejavnosti žensk, ki potrebujejo zdravstveno oskrbo, da bi lahko ocenili njihovo sposobnost opolnomočenja in stopnje družbene integracije ali odtujenosti, ki jim v tem primeru onemogoča uveljavljanje pravic in škoduje njihovem in zdravju njihovih otrok.

## 2. Lastnosti »dobrega kazalnika«

V okviru projekta INTEGRA bodo razviti kazalniki, s pomočjo katerih bo mogoče ugotoviti situacije, ki zahtevajo »ciljno usmerjene« ukrepe z namenom spoštovanja človekovih pravic žensk, ki na podlagi Pekinške deklaracije in Akcijske platforme, ki so jo leta 1995 vzpostavili Združeni narodi, zajemajo: »pravico do samostojnega nadziranja in svobodnega odločanja o vsem, kar zadeva njihovo spolnost in telo, vključno s spolnim in reproduktivnim zdravjem, brez prisile, diskriminacije in nasilja« (1995, str. 36).

Vendar pa je bilo načelo svobode kot odgovornosti in osvobojenosti patriarhalnega nasilja že opredeljeno kot osrednje načelo v Konvenciji o odpravi vseh oblik diskriminacije žensk (CEDAW, 1979), ki je dejansko najpomembnejše mednarodno orodje na področju pravic žensk, ki je še vedno pravno zavezujoče. Konvencija namreč opredeljuje diskriminacijo žensk kot »vsakršno razlikovanje, izključevanje ali omejevanje na podlagi spola, katerega posledica ali namen je ogroziti ali onemogočiti ženskam priznavanje, uresničevanje ali uveljavljanje človekovih pravic in temeljnih svoboščin ne glede na njihov zakonski stan, na podlagi enakosti moških in žensk na političnem, ekonomskem, socialnem, kulturnem in državljanskem ali kateremkoli drugem področju«.

Konvencija navaja številne ukrepe za odpravo diskriminacije: od pravice do dela do pravic pri delu (11. člen); od pravic v zvezi z zdravjem in načrtovanjem družine (12. člen) do enakosti pred zakonom (15. člen), v družini in zakonski zvezi (16. člen), v vzgoji in izobraževanju (5. in 10. člen), v udeleževanju v političnem življenju (7. in 8. člen), v športu, pri najemu posojila (13. člen), do pridobitve ali ohranitve državljanstva (9. člen)<sup>1</sup>.

Italija je CEDAW ratificirala leta 1985, k opsijskemu protokolu pa je pristopila leta 2002. Vse države, ki so ratificirale CEDAW in druge regionalne listine za zaščito pravic žensk, so se zavezale k prizadevanju, da bodo ženske kot državljanke lahko dejansko koristile svoje osnovne pravice. Zato si mora država prizadevati za odpravo diskriminatornih situacij ne le s spremembo zakonodaje, temveč zlasti s spodbujanjem kulturne spremembe, ki bi priznavala, da so svobodna izbira žensk ter njihova telesna in duševna integriteta absolutne vrednote, ki jih je treba priznati brez kakršnih koli moralnih ali verskih kompromisov.

Zato je bistveno najti orodja, ki bodo v pomoč pri izvajanju zakonov in pri oblikovanju demokratične družbe. Pri tem so tuje državljanke prednostni predmet preučevanja zaradi kulturnih območij, od koder izvirajo, kjer je lahko pojem osebnih pravic, svobodne izbire ter enakosti med moškimi in ženskami močno okrnjen.

»Izmera« pojma je zelo visokopotezen cilj, ki ga je mogoče doseči s procesom, ki je lahko zapleten, zlasti če je pojem zelo splošen. Tudi če nam uspe lastnost opredeliti z določeno stopnjo natančnosti, ostane še vedno relativno abstraktna, dokler je konkretno ne opišemo. Z metodološkega vidika je treba najprej določiti ustrezne »kazalnike« in jih nato operativno opredeliti, to pomeni, da moramo navesti, na kakšen način jih bomo izmerili. Na ta način postanejo kazalniki spremenljivke, z ustrežno kombinacijo katerih bomo nato dobili zeleni indeks<sup>2</sup>.

Uporabljena je bila beseda »ustrezno«, ker kazalniki/spremenljivke bolj ali manj sovpadajo s semantičnim razponom pojma/lastnosti; zato jim je mogoče legitimno pripisati ustrezne obtežitve, ki omogočajo ponovitev njihove veljavnosti. Veljavnost je namreč pomembna zahteva, saj mora biti očitno (face validity<sup>3</sup>), da kazalniki dejansko »označujejo« lastnost, ki se jo želi izmeriti. Ve-

1 Popolno besedilo Konvencije je na voljo na spletni strani: <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>.

2 Oglejte si, na primer, *Gli indicatori sociali* (Parra Saiani 2009).

3 Oglejte si, na primer, *Validity and Reliability in Social Science Research* (Drost 2011).

rodostojnost ("ali lahko zaupamo rezultatu meritve") je najpomembnejša lastnost, za katero si je treba prizadevati pri določanju, kako posamezne kazalnike pretvoriti v spremenljivke.

Upoštevati je treba tudi druge kriterije, kot so tisti, ki so naštetih na spletni strani Measure Evaluation ([www.measureevaluation.org](http://www.measureevaluation.org)), ki je namenjena oblikovanju kazalnikov za načrtovanje družine/reproduktivnega zdravja (PF/SR), med temi pa ustreznost (jasna povezava med kazalnikom in načrtovanjem družine/reproduktivnim zdravjem), natančnost (kazalnik meri to, čemur je namenjen) in pomembnost (z meritvijo je zajeto nekaj, »kar naredi razliko«), ki dejansko poudarjajo nekatere vidike veljavnosti. Med kriteriji se navaja tudi veljavnost, ker pa se sklicujemo na dejstvo, da mora biti kazalnik preizkušen na terenu oziroma uporabljen v praksi, je morda bolje govoriti o verodostojnosti. Prav tako je težko ločiti verodostojnost od kredibilnosti, ki lahko izvirajo iz dejstva, da so kazalnik priporočili (in uporabljali) strokovnjaki in organizacije, kot so SZO, UNAIDS, USAID, UNFPA, katerim je mogoče zaupati, ker veljajo za verodostojne. Kot rečeno, sta v bistvu temeljna kriterija veljavnost in verodostojnost.

Kar je resnično novo, je zahteva izvedljivosti: prizadevanja za zbiranje podatkov morajo biti smiselna in ekonomična, saj je nesmotrno kupiti napredna orodja, če njihova uporaba ni trajnostna. Nepomemben ni niti vidik uporabnosti: kazalniki morajo služiti za navedbo področij, ki jih je treba izboljšati ter za pripravo strategij, prednostnih nalog in programov. Nenazadnje, kazalniki ne smejo meriti vidike, ki so bili že izmerjeni z drugimi kazalniki (razločevalnost), če gre za komplet kazalnikov, pa mora biti ta skladen in uravnotežen.

Avtorji izpostavljajo tudi, da morajo biti kazalniki usklajeni z obstoječimi, kar je v projektu INTEGRA izrecno poudarjeno. Prednost je treba torej dati kazalnikom, ki jih svetujejo ključne pobude, kot so Millennium Development Goals Združenih narodov (<https://un.org/millenniumgoals/>) in USAID's Global Health Initiative (<https://www.usaid.gov/what-we-do/global-health>).

Priročnik za spremljanje in ocenjevanje programov na področju zdravja in okolja prebivalstva *Guide for Monitoring and Evaluating Population-Health-Environment Programs* (Moreland in Curran 2018) poudarja do sedaj izpostavljene vidike in dodaja, da bi morali biti kazalniki pravočasni in programsko pomembni, tako da bi zagotavljali meritve v ustreznih časovnih intervalih in bi dosegali učinek na javno zdravje. Tudi ti vidiki so pomembni za projekt INTEGRA, katerega cilji so predvsem uporabni, in sicer razvoj kazalnika zdravja, ki mora zajemati tako zdravstveni kot socialni vidik migrantk (celostna oskrba) in ga bo mogoče uporabljati v različnih vrstah zdravstvenih ustanov.

SZO (1997) k že omenjenim značilnostim dodaja nekaj novega, s tem ko zatrjuje, da mora biti »dober kazalnik« tudi:

- etičen: spoštovati mora pravico do zaupnosti in svobodne izbire do navedbe ali nenavedbe podatkov ter mora omogočati zavestno privolitev na podlagi prejetih pojasnil o značaju in posledicah zahtevanih podatkov;
- reprezentativen: zajemati mora vse teme in skupine prebivalstva, ki jih namerava obravnavati;
- razumljiv: preprost za opredelitev in enostaven za razlago;
- dostopen: ker uporablja podatke, ki so že na voljo ali jih je razmeroma lahko pridobiti.

Če se upošteva zadnje od naštetih zahtev in se uporabijo že obstoječi podatki ter se pri tem ugotovijo pomanjkljivosti, je treba poiskati alternativne vire in/ali svetovati večjo natančnost pri zbiranju podatkov. Če pa se želi pridobiti izvirne podatke, je treba ravnati tako, da so izpolnjene zgoraj navedene značilnosti, to pa je naloga, ki si jo zastavljamo na tem mestu<sup>4</sup>.

4 Za izčrpno ponazoritev kazalnikov, pridobljenih na podlagi administrativnih podatkov ali podatkov iz posebnih raziskav, si oglejte Sciortino (2015), kjer so analizirani kazalniki integracije migrantov na mednarodni, evropski in nacionalni ravni (v povezavi z Italijo).

### 3. Kazalniki na mikro in makro ravni

Raven merjenja je še en vidik, ki ga je treba upoštevati. Odločiti se je namreč treba, ali se bo merilo in/ali uporabilo kazalnike na individualni (mikro) ali zbirni (makro) ravni.<sup>5</sup>

Naslednji seznam Priporočenih kazalnikov spolnega in reproduktivnega zdravja in pravic za cilje trajnostnega razvoja po letu 2015 Recommended Sexual and Reproductive Health and Rights Indicators for Post-2015 Sustainable Development Goals (Guttmacher Institute 2015, 3) vsebuje primere kazalnikov spolnega in reproduktivnega zdravja (SRZ) na makro ravni in določa, ali so na voljo ali so samo »zaželeni«.

Med kazalniki, ki so že na voljo, so naštetih naslednji:

- delež povpraševanja po načrtovanju družine, zadoščen s sodobno kontracepcijo,
- delež zdravstvenih ustanov, ki zagotavljajo osnovne storitve SRZ (le v zelo redkih državah),
- delež moških in žensk v starostnem obdobju 15-24 let z osnovnim znanjem o SRZ,,
- delež najstniških mater (med ženskami v starostnih obdobjih 10-14, 15-17 in 18-19 let) (le v zelo redkih državah za starostno obdobje 10-14 let),
- delež nenačrtovanih rojstev pri ženskah, mlajših od 20 let,
- delež žensk, ki uporabljajo kontracepcijo in so obveščene o morebitnih neželenih učinkih izbrane metode, o njihovem premagovanju in o drugih načinih načrtovanja družine ter so lahko soodločale glede uporabe kontracepcije,
- delež strani, ki ponujajo storitve načrtovanja družine, kjer je na voljo najmanj pet sodobnih metod (le v zelo redkih državah za starostno obdobje 10-14 let),
- splošni dostop do kontracepcijskih sredstev in drugih informacij ter storitev SRZ je zajet v nacionalnih politikah,
- delež žensk, ki so prejele priporočeno število odmerkov cepiva HIV pred 15. letom starosti,
- v državi je cepljene proti virusu HIV del cepilnega programa,
- razlogi, zaradi katerih je umetna prekinitev nosečnosti zakonita,
- spoštovanje spolne avtonomije žensk v zakonski zvezi,
- splošni dostop do kontracepcijskih sredstev in informacij ter storitev SRZ je zajet v nacionalnih politikah.

Nato je naštetih nekaj kazalnikov, ki še niso na voljo, vendar so zaželeni. Seznam je za projekt INTEGRRA posebej koristen, saj razkriva področja, na katera se je priporočljivo osredotočiti, in sicer:

- delež zdravstvenih ustanov, ki zagotavljajo storitve po porodu, po splavu in/ali v primeru ugotovitve HIV, informacije o kontracepciji in zdravljenju,
- kazalnik, ki bo odražal spoštovanje človekovih pravic pri zagotavljanju informacij in storitev SRZ,
- delež zdravstvenih ustanov, ki nudijo pomoč pri zapletih v povezavi z nevarnim splavom oziroma omogočajo varno umetno prekinitev nosečnosti, kjer to ni protizakonito,

<sup>5</sup> Glede predhodnega pristopa si lahko ogledate *Level of analysis* ([https://en.wikipedia.org/wiki/Level\\_of\\_analysis](https://en.wikipedia.org/wiki/Level_of_analysis)).

- število nevarnih splavov na 1.000 žensk v starostnem obdobju 15-44 let (ali 15-49),
- delež šol za šolarje oziroma dijake v starostnem obdobju 12-17 let, ko je mogoča popolna spolna vzgoja.

Kakor je razvidno že iz izrazov, kot so »delež«, »odstotek« ali »stopnja«, so številni kazalniki izdelani na podlagi informacij na individualni ravni, ki so zatem združene za opredelitev zdravstvenega stanja kategorij ali skupin ljudi, razvrščenih po spolu, družbenem statusu, državi ali kulturnem izvoru ipd. V drugih primerih kazalniki niso sad združevanja individualnih podatkov (na primer, zakonodaja, politike ali kulturne tradicije obravnavanih držav).

Kot prvi približek bi lahko uporabili »makro« kazalnike zdravja, na podlagi katerih bi ženskam iz specifičnih držav pripisali domnevno stopnjo zdravja oziroma tveganja, vendar pa so lahko v tem primeru pogreški precej visoki. Kazalniki za spremljanje spolnega in reproduktivnega zdravja v matičnih državah namreč niso nujno koristni za oceno stanja žensk, ki bivajo v državi priselitve, včasih tudi že zelo dolgo časa. Na primer, ožji seznam kazalnikov za globalno spremljanje reproduktivnega zdravja Shortlist of indicators for global monitoring of reproductive health (WHO 2006) med drugim navaja pokritost predporodne oskrbe, rojstva ob prisotnosti usposobljenega zdravstvenega osebja in razpoložljivost osnovne oskrbe porodnic. V matičnih državah so te storitve lahko pomanjkljive, po priselitvi žensk v Italijo in Slovenijo pa so vsaj nekatere od teh storitev na voljo tudi njim. Preveriti je treba, ali jih ženske koristijo, zlasti storitve predporodne oskrbe.

Makro kazalniki postrežejo zgolj s približki tudi zato, ker so za vsako žensko, kljub enaki družbeni in etnični ali nacionalni pripadnosti, lahko značilne individualne lastnosti, ki izboljšajo ali povsem izničijo »napovedano« stanje. Zato so za opredelitev spolnega in reproduktivnega zdravja posameznic nepogrešljive (tudi) informacije, ki se zbirajo na individualni ravni.

Mikro in makro raven sta zelo tesno povezani. Informacije, pridobljene na individualni ravni, razvrščene po skupinah žensk in analizirane v časovni perspektivi, je namreč mogoče kasneje uporabiti na makro ravni za preverjanje učinkovitosti ukrepov za izboljšanje zdravja migrantk ali zaznavanje sprememb v situaciji pravkar priseljenih žensk. Kakor navajajo smernice projekta INTEGRA, so kazalniki zdravja namreč »orodja, ki lahko usmerjajo vedenje zdravstvenih sistemov in delavcev. Zato bi morala vsaka država primerjati svoje zdravstvene ukrepe z mednarodnimi kazalniki in epidemiološkimi podatki ter na podlagi teh izdelati posebne kazalnike zdravja».

## 4. Kazalniki, predlagani v okviru projekt INTEGRA - cilji in splošne lastnosti

V Smernicah, ki tvorijo prvi del te objave, so naštetih kazalniki, ki so bili predlagani na Mednarodni konferenci o prebivalstvu in razvoju International Conference on Population and Development (SZO 2013) in od katerih so nekateri »koristni za oceno učinkovitosti ukrepov znotraj institucije pri ženskah iz držav v razvoju». Cilj kazalnikov, izoblikovanih v okviru projekta INTEGRA, je možnost uporabe v različnih vrstah zdravstvenih ustanov, pa tudi za spodbujanje integracijskih politik.

V smernicah se opominja, da Letni načrt vključevanja (2015) navaja 5 ciljev, katerih doseganje je mogoče spremljati z vrsto kazalnikov, ki se navezujejo na same cilje:

- preprečevanje neželenih nosečnosti,

- povečanje možnosti za dostop do splava in oskrbe po njem,
- spremljanje žensk med nosečnostjo, med porodom in v poporodni dobi,
- preprečevanje in zdravljenje spolno prenosljivih bolezni, vključno s HIV/AIDS,
- ustvarjanje okolja, ki podpira pravice do SRZ.

Posledično se svetuje oblikovanje kazalnikov za tri kategorije: kazalniki splošnega spolnega in reproduktivnega zdravja, kazalniki učinkovitosti zdravstvene oskrbe glede na matične države in kazalniki zdravja, vezani na družbeni status.

To so splošni kriteriji za pripravo popisnega lista na podlagi vprašalnika, ki je bil uporabljen v okviru projekta INTEGRA, za ugotavljanje značilnosti, vedenja in mnenj vzorca žensk, hospitaliziranih ali obravnavanih v dveh bolnišnicah, ki kot partnerja sodelujeta pri projektu (in sicer IRCSS Burlo Garofalo in Bolnišnica Postojna). Na podlagi vprašalnika bo dosežen drugačen rezultat: izdelan bo "kazalnik spolnega in reproduktivnega zdravja, ki bo vključen med kazalnike integracijskih politik".

Smernice bodo vsebovale »klinični protokol, odvisen od kazalnika tveganja, ki bo uporabljen v klinični praksi glede na matično državo žensk«. Sledijo primeri nekaj izključno zdravstvenih kazalnikov, skupaj z drugimi, pri katerih je potrebno ad hoc preverjanje, saj je treba zdravstveno-sanitarne kazalnike izdelati na podlagi podatkov, ki običajno niso zajeti v anamnezo.

Kakor razkriva projekt, bodo smernice »temeljile (...) na kazalniku spolnega in reproduktivnega zdravja, ki bo izdelan na podlagi rezultatov raziskave/aktivnosti«, saj »je v Italiji iz podatkov o umetnih prekinitvah nosečnosti in tistih, ki so pridobljeni z obrazcem s temeljnimi podatki o rojstvu CEDAP (CErtificato Di Assistenza al Parto) za vse nosečnice v Furlaniji - Julijski krajini, razvidno, da je koristno spremljati nekatere zdravstvene težave (kazalnike) s pomočjo posebnih popisnih listov«. Vendar pa smernice ne vsebujejo teh popisnih listov, priloge "Diagnostično-terapevtski posegi in postopki zdravstvene nege" (DTP - PZN), ki služi za "opredelitev smernic običajnega vedenja pri obravnavi tujih pacientk", pa ni mogoče neposredno uporabiti. Cilj smernic namreč ni spoznaven, saj so le »sklop priporočil, sistematično izdelanih na podlagi veljavnega, stalno posodabljanega se znanja, katerih cilj je doseči ustrezno in željeno ravnanje, z visoko ravno kakovosti« (Wikipedija). Popisni list je torej predfaza smernic in služi za zbiranje informacij, ki bodo omogočale ustrezno uporabo smernic v vsakem posameznem primeru (mikro raven).

Po drugi strani, glede na to, da je novi kazalnik zdravja namenjen tudi oceni integracijskih politik, je treba popisne liste, po tem, ko se jih uporabi za zdravstveno-sanitarno prijavo priseljenc, analizirati v epidemiološke namene (makro raven). V ta namen, kot je razvidno iz dopolnitev k projektu, ki jih je zahteval organ upravljanja:

»Nameravajo partnerji projekta INTEGRA še naprej sodelovati in se preizkusiti v vlogi »referentov« za institucije v zvezi s projektnimi temami, jim ponuditi usposabljanje za izvajalce ter nadaljevati s spremljanjem pojava in z izvajanjem smernic. Potrebno je namreč horizontalno spremljanje kazalnika RS za redno oceno, na podlagi katere bo mogoče uvesti morebitne spremembe po prenosu kazalnika in smernic v zdravstvene ustanove, kjer oskrbujejo različne kulturne skupine«.

Če povzamemo: popisni list bo služil za izdelavo profila zdravstvenega in socialnega tveganja pacientke, na podlagi katerega bo mogoče oblikovati smernice glede na dejanske potrebe posameznih pacientk. Sledila bo epidemiološka analiza podatkov, pri kateri bo zagotovljena popolna zaupnost, ki bo omogočala horizontalno spremljanje s strani deželnih, nacionalnih in mednarodnih organov.

## 5. Načini izpolnjevanja in analize popisnega lista

Predlagani »popisni list s podatki o zdravju migrantk za socialne politike« bo tako imel dva cilja: ugotoviti stopnjo integracije žensk na podlagi podatkov o zdravju in družbenem življenju priseljencek v Italiji (Dežela Furlanija - Julijska krajina) in v Sloveniji, na podlagi zbirnih podatkov pa spremljati vrsto in značilnosti integracije kulturnih skupnosti na deželnem ozemlju prek ohranjanja patriarhalnih družbenih vedenj, ki neposredno vplivajo na izbiro in samoodločanje žensk glede spolnih in reproduktivnih pravic.

V Italiji je v ta namen predvidena aktivnost, ki bo pritegnila različne organizacije, kot so ANOLF, bolnišnice, posvetovalnice, uradi za priseljence v deželi in univerza.

Pod okriljem Medresorskega centra na področju migracij in mednarodnega sodelovanja Univerze v Trstu (CIMCS) mora društvo ANOLF (Associazione Nazionale Oltre Le Frontiere) pripraviti načrt razdeljevanja popisnega lista v dogovoru z bolnišnicami in središči, ki so udeleženi v projektu; prevesti popisni list v različne jezike, da ga bo mogoče samostojno izpolnjevanje; izbrati mediatorje, ki bodo na terenu razdeljevali popisne liste in zbirali podatke; usposobiti mediatorje; usposobiti zdravstvene in socialne delavce o značilnostih deželnega projekta; pomagati tujim državljanke ali italijanskim državljanke, ki so se rodile v tujini, pri izpolnjevanju popisnega lista, kadar bi bilo potrebno, in predstaviti prve obdelane podatke.

Vprašalnik INTEGRA, uporabljen v Italiji in Sloveniji, se je izkazal za učinkovito orodje za zbiranje pomembnih informacij. V skrajšani in bolj strukturirani različici bi ga bilo mogoče uporabiti za obsežno zbiranje podatkov o ženskah, ki potrebujejo zdravstvene storitve, in na podlagi tega izdelati kazalnik integracije pripadajočih skupnosti ter začeti izvajati ustrezne ciljno usmerjene politike.

Bolnišnica je namreč posebej primeren kraj za spremljanje nasilja v povezavi z reproduktivno fazo, saj je pri številnih tujih državljanke prvi stik z zdravstvenim sistemom ravno urgencia. Zdravstveni delavci v bolnišnicah se tako lahko prvi srečajo s primeri (telesnega in/ali kulturnega) nasilja, četudi literatura navaja, da zdravstveni delavci nasilje pogosto podcenjujejo.

Orodje, ki ga tukaj predlagamo, bi lahko bilo dobro izhodišče za razvoj in prilagoditev za namene uporabe v slovenskem okolju, kjer bi ga bilo po preveritvi mogoče vpeljati v zdravstvene sisteme primarne, sekundarne in terciarne ravni. Kot je razvidno iz poročil, ki so bila pripravljena v DS 3.1, je slovensko okolje precej drugačno tako z vidika priseljevanja kot tudi z vidika zdravstvenega sistema, kjer trenutno ni predviden profil kulturnega mediatorja in območnih zdravstvenih ustanov, kot so posvetovalnice.

V zvezi z institucionalno uporabo kazalnika zdravja velja spomniti zadnji dodatek k projektu, ki je bil izveden na zahtevo organa upravljanja: "Osrednje središče teh aktivnosti razširjanja in diseminacije bo novo ustanovljeni Medresorski center »Migracije in mednarodno sodelovanje pri trajnostnem razvoju - CIMICS« Univerze v Trstu, ki bo zadolžen tako za prihodnje mreženje med partnerji in z drugimi ustanovami kot tudi za potrebno povezavo med oblikovalci politik in deležniki zdravstveno-socialnega procesa sprejemanja, integracije in upravljanja migracijskih tokov".



## 6. Predlagani popisni list

Kar zadeva vsebino, bo popisni list izdelan tako, da bo omogočal pridobitev vrste informacij o socialnoekonomskem položaju žensk, njihovem splošnem zdravstvenem stanju, življenju v rojstni državi in tistem po selitvi, njihovi družini in prijateljih, pa tudi o družinskih odnosih in odnosih z institucijami.

Za natančnejšo opredelitev vidikov, ki se jih želi zajeti, je morda koristno spomniti na nekatere točke, ki so jih smernice in DTP - PZN navajale kot kritične oziroma pomembne:

- jezikovna pregrada, ki omejuje potek zdravljenja vse od zavestne privolitve na podlagi prejetih pojasnil dalje,
- verska prepričanja, ki vplivajo na odločitve pacientk,
- različno pojmovanje posameznika in družinskih odnosov,
- neprimerna ali nepredvidena pričakovanja v zvezi z vlogo zdravnika ali z medicino,
- poznavanje zakonodaje države gostiteljice,
- kategorija, v katero spada pacientka kot migrantka z urejenim ali neurejenim statusom,
- poznavanje storitev,
- težave z razumevanjem delovanja zdravstvenega sistema,
- žrtve spolnega nasilja in/ali trgovine z ljudmi (splavi, ponavljajoče se umetne prekinitve nosečnosti, ponavljajoči se obiski urgence zaradi različnih težav),
- pohabljenost spolnih organov.

## Vprašalnik za ugotavljanje indikatorja

1. V kateri državi ste rojeni? \_\_\_\_\_

2. Katerega leta ste rojeni? |\_|\_|\_|\_|

3. V kateri občini, ali tuji državi trenutno prebivate? \_\_\_\_\_

Koper	1
Nova Gorica	2
Il. Bistrica	3
Postojna	4
Druga slovenska občina	5
Tuja država	6

4. Koliko let že živite v Sloveniji?

Leta: |\_|\_|

5. Koliko ste bili stari, ko ste prišli v Slovenijo?

Dopolnjena leta: |\_|\_|

6. Ali imate slovensko državljanstvo?

NE  0      DA  1

7. Če NE, kakšno obliko dovoljenja za bivanje imate?

Delovno dovoljenje	1
V čakanju na zaposlitev	2
Dovoljenje za namen študija in doizobraževanja	3
Dovoljenje zaradi družine	4
Dolgotrajno bivanje	5
Mednarodna zaščita/azil/status begunca	6
Subsidiarna zaščita	7
EU "modra karta"	8
Začasno prebivališče	9
Dovoljenje za namen medicinskega zdravljenja	10
Drugo _____	11

8. Narodnost ali kultura kateri pripadate? \_\_\_\_\_

9. Kakšna je vaša veroizpoved?

Katoliška	1
Protestantska	2
Pravoslavna	3
Muslimanska	4
Judovska	5
Hindujska	6
Nisem pripadnica nobene veroizpovedi	7
Drugo _____	8

**10. Kateri skupnosti se čutite najbolj pripadni oz. skupina v kateri se počutite najbolj prijetno?**

	NE	DA
Z osebami moje iste etnične skupine, ki živijo tu	0	1
Z vsemi tujci, ki živijo tukaj	0	1
Z osebami moje veroizpovedi	0	1
Z osebami, ki živijo v mestu/ kraju, kjer živim	0	1
Z osebami, ki s katerimi se srečujem v različnih združenjih/športnem klubu	0	1
S Slovenci	0	1
Drugo: _____	0	1

**11. Kakšen je vaš zakonski stan?**

Samska	1
Poročena	2
Ločena	3
Razvezana	4
Vdova	5

**12. Pri kateri starosti ste se poročili?**

|\_|\_|

**13. Ali je vaša poroka bila dogovorjena?**

NE  0

DA  1

**14. Ali je vaš mož daljni sorodnik?**

NE  0

DA  1

**15. Ali imate otroke?**

NE  0

DA 1 - koliko? |\_|\_|

**16. (V kolikor že imate otroke)**

**Pri kateri starosti ste imeli svojega prvega otroka? Leta: |\_|\_|**

**17. Ali ste že kdaj imeli prekinitev nosečnosti?**

Nikoli	0
Enkrat	1
Dvakrat	2
Trikrat ali več	3

**18. Ali je imel vaš oče več žena?**

NE  0

DA 1 - koliko? |\_|\_|

**19. V kraju, kjer ste rojeni, so poroke:**

Organizirane s strain družine	1
Vsak si lahko svobodno izbere partnerja	2
Včasih organizirane, včasih ne	3

## 20. Kakšna je vaša izobrazba?

Brez izobrazbe	1
Osnovnošolska	2
Srednješolska	3
Visokošolska ali več	4

## 21. Ali govorite slovenski jezik?

Sploh ne	1
Malo	2
Precej	3
Zelo	4

## 22. Ali imate potrdilo o znanju slovenskega jezika kot dodatnega jezika?

Brez potrdila	1
A1 - A2	2
B1 - B2	3
C1 - C2	4

## 23. (V kolikor slovenski jezik ne poznate dovolj dobro) Kdo vam prevaja, ko greste k zdravniku ali v bolnišnico?

Prevajalec potom mobilnega telefon	1
Moj mož	2
Moj otrok	3
Prijatelj	4
Družinski član	5
Kulturni mediator	6
Drugo _____	7

## 24. Ali ste se kdaj udeležili kakšnega usposabljanja v Sloveniji?

	NE	DA
Tečaj slovenskega jezika	0	1
Strokovni tečaj usposabljanja	0	1
Izobraževanje v okviru Univerze	0	1
Drugo _____	0	1

## 25. Kakšno delo opravljate?

Poslovna podjetnica / obrtnikca	
trgovka / strokovnjakinja (različne stroke)	1
Uslužbenka	2
Učiteljica	3
Raziskovalka / univerza	4
Delavka	5
Čistilni servis	6
Pomoč starejšim osebam	7
Kulturna mediatorica	8
Gospodinja	9
Brezposelna	10
V iskanju zaposlitve	11
Drugo _____	12

26. Ali imate tekoči račun na vaše ime?

NE  0

DA  1

27. Ali običajno uporabljate računalnik oz. mobilni telefon za brskanje po spletu?

NE  0

DA  1

28. Ste se že kdaj naročili na zdravniški pregled potom spleta?

NE  0

DA  1

29. Katera zdravila običajno uporabljate?

Zdravila, ki se jih uporablja na zahodu	1
Tradicionalna zdravila	2
Oboje	3
Ne uporabljam nobenih zdravil	4
Drugo: _____	5

30. Ali ste šli kdaj na preventivne preglede?

NE  0

DA  1

31. Katere oblike kontracepcije porabljate (možnost več odgovorov):

Kontracepcijske tablete	1
Kondom	2
Diafragma	3
Maternični vložek (spirala)	4
Podkožni implantat	5
Obliži	6
Hormonske injekcije	7
Naravne metode (merjenje bazalne temperature, opazovanje sluznice)	8
Druge snovi	9
Vzdržnost / Abstinenca	10
Ne uporabljam nobene oblike kontracepcije	11

32. Ali se vaš mož / partner strinja z uporabo kontracepcije? NE  0 DA  1

33. Kaj je razlog, da ste zapustili državo in se odselili? (možnost več odgovorov)

	NE	DA
Iskanje zaposlitve	0	1
Sledila sem možu oz. družini	0	1
Zaradi poroke z moškim iz moje kulture, ki je živel tukaj	0	1
Ker sem politično bila preganjana	0	1
Ker sem bežala pred vojno	0	1
Zaradi študija	0	1
Bežala sem pred lakoto in bedo	0	1
Zaradi zlostavljanja v družini / skupnosti	0	1
Pripeljali so me sem z lažno obljubo o zagotovljeni službi	0	1
Da bi se izognila pohabljanju ženskih spolnih organov	0	1
Pobeg od spolnega nasilja	0	1
Zaradi zdravljenja moje bolezni in boljšega zdravstvenega sistema	0	1

34. Kdo vam je v največji meri nudil podporo pri vključevanju v vsakdanje življenje v Sloveniji?

	NE	DA
Sorodniki, ki tu živijo	0	1
Druge osebe moje narodnosti	0	1
Moj mož	0	1
Drugi tujci	0	1
Prijatelji Slovenci	0	1
Osebe, ki delujejo v različnih institucijah (bolnišnice ali druge zdravstvene ustanove, druge ustanove, ki nudijo informacije, sindikati, zaposlitvene agencije itd.)	0	1
Cerkev / združenja	0	1
Moja verska skupnost	0	1
Drugo _____	0	1

35. Ko ste bili bolani oz. je bil bolan nekdo v vaši družini, na koga ste se najprej obrnili v takem primeru?

	NE	DA
Bolnišnica, urgentni oddelek	0	1
Družinski zdravnik	0	1
Prijatelj / sorodnik	0	1
Posvetovalnica	0	1
Internet (splet)	0	1
Integrativna medicina	0	1
Pro-bono ambulanta	0	1
Drugo: _____	0	1

**36. Med zdravstveno obravnavo ste naleteli na kakšno težavo med spodaj naštetimi?**

	NE	DA
Plačilo storitve	0	1
Jezikovne težave	0	1
Birokratske težave	0	1
Težave v odnosih z zdravnikom	0	1
Pomanjkanje storitev na tistem območju	0	1

**37. Ste v zdravstveni ustanovi kdaj doživeli kakršno koli obliko diskriminacije zaradi katerega od spodaj navedenih razlogov?**

	NE	DA
Državljanstvo, narodnost	0	1
Spol	0	1
Starost	0	1
Zdravstveno stanje, invalidnost	0	1
Veroizpoved	0	1
Spolna usmerjenost	0	1
Socialni status	0	1
Stopnja izobrazbe	0	1
Jezik	0	1
Drugo: _____	0	1

**38. Ali ste kdaj morali obiskati bolnišnico?**

NE	0
Da, zaradi osebnih težav	1
Da, kot spremstvo drugim	2

**39. S kom običajno greste k zdravniku ali v bolnišnico?**

Grem sama	1
V spremstvu mojega moža	2
S prijateljicami	3
Z družinskimi člani	4
Z mediatorjem	5
V spremstvu sina / hčere	6
Drugo _____	7

**40. Kako dobro poznate slovensko Ustavo?**

Sploh ne	1
Malo	2
Precej	3
Zelo dobro	4

41. Ali ste kdaj pred določenim posegom oz. operacijo podpisali informirano soglasje?

NE  0

DA  1

42. (V kolikor ste ga podpisali)  
označite, situacijo v kateri ste se znašli takrat:

Prebral sem in sem razumel vsebino	1
Besedilo mi je prevedel moj mož oz. družinski član	2
Besedilo mi je prevedel kulturni mediator	3
Vsebine nisem razumela in sem zaupala možu / družini	4
Vsebine nisem razumela in sem zaupala sem zdravnikom	5

43. Ali ste kdaj v življenju utrpeli nasilje s strani moškega?

Ne, nikoli	0
Da, samo enkrat	1
Da, več kot enkrat	2

44. Ali prihajate iz kulture, kjer je obrezovanje ženskih spolovil razširjeno?

NE  0

DA  1

45. (V kolikor je odgovor DA)  
Ali so vam zdravniki dali informacije o tem?

NE  0

DA  1

46. Ali ste bili obrezani?

NE  0

DA  1

v kateri starosti? |\_|\_|



## Bibliografija

- Ambrosini, M. e Berti, F. (2009), *Persone e migrazioni: integrazione locale e sentieri di co-sviluppo*, Milano, FrancoAngeli.
- Boccagni, P. e Pollini, G. (2012), *L'integrazione nello studio delle migrazioni. Teorie, indicatori, ricerche*, Milano, FrancoAngeli.
- Camera dei Deputati (2017), *Relazione sulla tutela della salute dei migranti e della popolazione residente (8 novembre 2017)*, Roma, Camera dei Deputati.
- Cammarosano, P. e Urpis, O. (2012), *Patrie, migrazioni e culture*, Udine, Casamassima.
- Canadian International Development Agency (1996), *Guide to Gender-Sensitive Indicators*, Ottawa, CIDA.
- Cesareo, V. e Blangiardo, G. (cur.) (2009), *Indici di integrazione: un'indagine empirica sulla realtà migratoria italiana*. Milano, FrancoAngeli.
- Drost, E.A. (2011), *Validity and Reliability in Social Science Research*. In "International Perspectives on Higher Education Research", 38 (1), 105-124 ([https://www3.nd.edu/~ggoertz/sgameth/Drost\\_2011.pdf](https://www3.nd.edu/~ggoertz/sgameth/Drost_2011.pdf)).
- Guttmacher Institute (2015), *Sexual and Reproductive Health and Rights Indicators for the SDGs Post-2015 Recommendations*, New York, NY, Guttmacher Institute.
- Lannutti, V. (2016), *La formazione identitaria delle seconde generazioni*, in "La critica sociologica", 50 (198), pp. 145-150.
- Lanzillo, M.L. (2006), *Noi o gli altri? Multiculturalismo, democrazia, riconoscimento*, in Galli G. (cur.), *Multiculturalismo. Ideologie e sfide*, Bologna, Il Mulino, pp. 81-108.
- Ministero della Salute (2008), *Classificazione delle malattie, dei traumatismi, degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche. Versione italiana della ICD-9-CM. International Classification of Diseases - 9th revision - Clinical Modification - 2007*, Roma, Ministero della Salute ([https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2251\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2251_allegato.pdf)).
- Ministero della Salute (2017), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Dati SDO 2016)*, Roma, Ministero della Salute ([https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2651\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2651_allegato.pdf)).
- Ministero della Salute (2018), *Specifiche Funzionali. SDO Scheda di Dimissione Ospedaliera - Versione 1.6.7*, Roma, Ministero della Salute ([https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pagineAree\\_1232\\_listaFile\\_itemName\\_0\\_file.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_1232_listaFile_itemName_0_file.pdf)).
- Moreland, S. and Curran, J. (2018), *A Guide for Monitoring and Evaluating Population-Health-Environment Programs, Second Ed.*, Chapel Hill, NC, MEASURE Evaluation, University of North Carolina.
- Parra Saiani, P. (2009), *Gli indicatori sociali*, Milano, FrancoAngeli.
- Sayad, A. (2002), *La doppia assenza: dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Milano, Cortina.

- Sciortino, G. (2015), *È possibile misurare l'integrazione degli immigrati? Lo stato dell'arte*, Quaderno n. 63, Trento, Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale.
- United Nations (1995), *Report of Fourth World Conference on Women. Beijing, 4-15 September 1995*. New York: United Nations (<https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20E.pdf>).
- Vattovani, R. (2009), *La mobilità sanitaria ospedaliera italo-slovena dopo l'adesione della Slovenia all'Unione Europea*, tesi di dottorato, Trieste, Università di Trieste.
- Wikipedia (2018), *Level of analysis* ([en.wikipedia.org/wiki/Level\\_of\\_analysis](https://en.wikipedia.org/wiki/Level_of_analysis)).
- World Health Organization (1997), *Selecting Reproductive Health Indicators: A Guide for District Managers, Field Testing Version*, Geneva, WHO.
- World Health Organization (2006), *Reproductive health indicators: guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring*, Geneva, WHO.
- World Health Organization (2016), *Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region*", Geneva, WHO.