

Interreg



UNIONE EUROPEA
EVROPSKA UNIJA

ITALIA-SLOVENIJA



INTEGRA

Progetto standard co-finanziato dal Fondo europeo di sviluppo regionale
Standardni projekt sofinancira Evropski sklad za regionalni razvoj

STANJE NA PODROČJU SPOLNEGA IN REPRODUKTIVNEGA ZDRAVJA MIGRANTK TEŽAVE IN PRIMERI DOBRIH PRAKS

Projekt INTEGRA:
Poročila za DS 3.1.1 in 3.1.2

ur.
Giovanni Delli Zotti

EUT



Interreg



UNIONE EUROPEA
EVROPSKA UNIJA

ITALIA-SLOVENIJA



INTEGRA

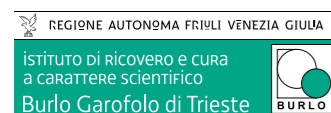
Progetto standard co-finanziato dal Fondo europeo di sviluppo regionale
Standardni projekt sofinancira Evropski sklad za regionalni razvoj

Rete transfrontaliera per le donne migranti: integrazione sociale, salute sessuale e riproduttiva
Čezmejna mreža za priseljene ženske: socialna integracija, spolno in reproduktivno zdravje

Lead partner / Vodilni partner



Partner di progetto / Projektni partnerji



ISTITUTO DI RICOVERO e CURA
a carattere scientifico
Burlo Garofolo di Trieste



Partner associato / Pridruženi partner



STANJE NA PODROČJU SPOLNEGA IN REPRODUKTIVNEGA ZDRAVJA MIGRANTK TEŽAVE IN PRIMERI DOBRIH PRAKS

Projekt INTEGRA:
Poročila za DS 3.1.1 in 3.1.2

ur.
Giovanni Delli Zotti

EUT EDIZIONI UNIVERSITÀ DI TRIESTE



ur.
Giovanni Delli Zotti
Dipartimento di Scienze politiche e sociali
Università di Trieste,
Piazza Europa, 1 - 34127 Trieste (Italia)

STATO DI SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA DELLE DONNE MIGRANTI:
DIFFICOLTÀ E BUONE PRATICHE
PROGETTO INTEGRA: Rapporti WP 3.1.1 e WP 3.1.2
EUT, 2018.
ISBN 978-88-5511-028-0 (online)
ISBN 978-88-5511-030-3 (print)

EUT Edizioni Università di Trieste
via Weiss, 21 - 34128 Trieste
<http://eut.units.it>
<https://www.facebook.com/EUTEdizioniUniversitaTrieste>



La versione elettronica ad accesso aperto di questa pubblicazione è disponibile al link: <https://www.openstarts.units.it>



Il contenuto della presente pubblicazione è di esclusiva responsabilità dei Partner progettuali e non rispecchia necessariamente le posizioni ufficiali dell'Unione europea.

Za vsebino pričujoče publikacije je odgovoren izključno Project partnerjev. Vsebina publikacije ne odraža nujno stališča Evropske unije.

The content of the present publication is under the sole responsibility of the project Partners and does not necessarily reflect the opinion or position of the European Union.

KAZALO

UVOD <i>Giovanni Delli Zotti</i>	5
POROČILO 3.1.1 ANALIZA MIGRACIJSKIH PROCESOV, TIPOLOGIJE HOSPITALIZACIJ TER SPOLNEGA IN REPRODUKTIVNEGA ZDRAVJA MIGRANTK	
Pravice do reproduktivnega zdravja migrantov in migrantk v mednarodnih in evropskih <i>Blaž Lenarčič, Mateja Sedmak in Zorana Medarič</i> 1. Terminološke opredelitve 2. Konvencije, direktive in dokumenti Viri	9
Demografska slika tujk v Sloveniji in Furlaniji - Julijski krajini <i>Mateja Sedmak, Zorana Medarič, Blaž Lenarčič in Moreno Zago</i> 1. Izhodišča 2. Delež tujcev in tujk 3. Matična območja (države) priseljenk 4. Sklep	15
Bolnišnične in ambulantne obravnave v bolnišnici Burlo Garofolo <i>Giovanni Delli Zotti, Ornella Urpis, Alice Cernogoraz in Giuseppe Ricci</i> 1. Analiza podatkov o hospitalizacijah 2. Analiza hospitalizacij na oddelkih za babištvo in ginekologijo 3. Analiza ciljne populacije in hospitalizacij glede na vse hospitalizacije v bolnišnici 4. Od hospitalizacije do pacienta 5. Ambulantna obravnava tujih pacientov	36
Epidemiološka analiza ambulantno in bolnišnično obravnavanih tujih državljanek v Bolnišnici Postojna <i>Marko Mugoša, Marjeta Stegel Bizjak in Igor Karnjuš</i> 1. Analiza ambulantno obravnavanih tujih državljanek med letoma 2012 in 2017 2. Analiza bolnišnično obravnavanih tujih državljanek med letoma 2012 in 2017	55
Spolno zdravje in patriarhalna kultura: pričevanja žensk <i>Ornella Urpis</i> 1. Metodološki okvir in raziskava na terenu 2. Značilnosti vzorca 3. Analiza rezultatov Bibliografija	60

<p>Spolno in reprodukativno zdravje in družbena integracija: primer Slovenije <i>Mirko Prosen, Doroteja Rebec, Urška Bogataj, Karmen Medica, Sabina Ličen, Jana Čelhar, Jana Prosen in Martina Podobnik</i></p> <p>1. Uvod 2. Metodologija 3. Rezultati 4. Sklep Bibliografija</p>	76	<p>Spolno in reprodukativno zdravje migrantk: pregled literature, dobre prakse in študije primerov v Sloveniji <i>Blaž Lenarčič Mateja Sedmak in Zorana Medarić</i></p> <p>1. Pregled nacionalne literature 2. Dobre prakse 3. Sklep 4. Študija primera treh obalnih občin – povzetek kvalitativne raziskave Bibliografija</p>	116
<p>POROČILO 3.1.2 PRIMERJALNA ANALIZA ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE IN PRIMERI DOBRE PRAKSE</p>			
<p>Slovenska zakonodaja in zdravstvene pravice migrantov <i>Blaž Lenarčič, Mateja Sedmak in Zorana Medarić</i></p> <p>1. Migrantki, vključeni v sistem zdravstvenega zavarovanja 2. Migrantki, ki niso vključeni v sistem zdravstvenega zavarovanja 3. Zakonske določbe o reprodukativnem zdravju 4. Spolno nasilje</p>	89	<p>Zdravstveni pristopi in prepoznavanje dobrih praks pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe migrantkam: primer Slovenije <i>Mirko Prosen, Karmen Medica, Sabina Ličen, Doroteja Rebec in Igor Karnjuš, Urška Bogataj</i></p> <p>1. Uvod 2. Metoda 3. Rezultati 4. Sklep Bibliografija</p>	126
<p>Italijanska zakonodaja in zdravstvene storitve za migrantke v Trstu <i>Roberta Altin in Veronica Saba</i></p> <p>1. Pravice državljanov drugih držav EU in tujih državljanov na področju zdravja – zakonska podlaga v Republiki Italiji 2. Storitve na področju reprodukativnega zdravja migrantk in žensk, rojenih na Tržaškem</p>	92	<p>Pričevanja zdravstvenih in socialnih delavcev, pripadnikov migrantskih skupnosti in kulturnih posrednikov <i>Ornella Urpis</i></p> <p>1. Pričevanja zdravstvenih in socialnih delavcev 2. Fokusna skupina in aktivno opazovanje 3. Izkustvena delavnica s kulturnimi posredniki Bibliografija</p>	136
<p>Primerjalna ocena pristopov in dobrih praks na področju zdravstva <i>Chiara Semenzato, Micaela Crisma, Alice Sorz in Federica Scrimin</i></p> <p>1. Uvod in pregled literature 2. Migrantke v Italiji 3. Anketiranje migrantk v Otroški bolnišnici in porodnišnici Burlo Garofolo 4. Pohabljanje ženskih spolnih organov 5. Nekateri klinično relevantni primeri 6. Opazovanje babiških pregledov Bibliografija</p>	96		
<p>Antropološki pogled na zdravje migrantk v čezmejnem prostoru <i>Roberta Altin in Veronica Saba</i></p> <p>1. Izhodišča 2. Odgovori na anketo INTEGRA: razmislek o dostopanju migrantk do zdravstvenih storitev Bibliografija</p>	110		

UVOD

Giovanni Delli Zotti

Oddelek za družbene in politične vede, Univerza v Trstu

1. Projekt INTEGRA

Projekt INTEGRA se loteva doslej manj raziskane teme: varovanja spolnega in reproduktivnega zdravja migrantk, ki prihajajo iz kultur z močnimi patriarhalnimi vzorci, kar predstavlja nove izzive na področju vključevanja na vseh institucionalnih ravneh.

Projekt se bo izvajal na južnem delu čezmejnega območja ob italijansko-slovenski meji, torej od Trsta in Kopra do Postojne, kjer se je pretok migrantov povečal tudi zaradi bližine t. i. balkanske poti.

Projekt predvideva sodelovanje na čezmejnem območju iz dveh razlogov, iz katerih izhaja potreba po izmenjavi dobrih praks in izdelavi skupnih smernic:

- prepustnost meja spodbuja prehajanje migrantov iz sosednjih držav;
- italijanske zdravstvene ustanove imajo več izkušenj z oskrbo priseljenk iz azijskih in afriških držav, medtem ko so se slovenske zdravstvene službe doslej soočale predvsem s težavami v zvezi s spolnim in reproduktivnim zdravjem žensk iz držav nekdanje Jugoslavije (Bosna, Kosovo).

Projekt temelji na interdisciplinarnem pristopu: v prvi fazi je predvidena ocena pojava in ustaljenih dobrih praks, nato pa bodo v sklopu projekta oblikovane skupne smernice za zdravstvene in socialne delavce ter nov kazalnik spolnega in reproduktivnega zdravja. Poleg tega je predvideno tudi specifično usposabljanje zdravstvenih in socialnih delavcev: osrednja tema bo premagovanje težav na področju medkulturne komunikacije in (za zdravstvene delavce) strokovno usposabljanje na področju zdravljenja migrantk tudi v hujših primerih pohabljanja spolnih organov.

Vodilni partner projekta je Oddelek za družbene in politične vede (Dipartimento di Scienze politiche e sociali - DiSPeS) Univerze v Trstu v sodelovanju z Oddelkom za medicino, kirurgijo in zdravstvo (Dipartimento Clinico di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute - DSM). Oddelek za družbene in politične vede združuje strokovnjake (sociologe, politologe, pravnike idr.), ki so ključni za ta projekt; poleg tega je v preteklosti že opravil več raziskovalnih projektov na področju družbene integracije, večkulturnosti itd. DiSPes je med drugim raziskoval tudi področja, ki jih pokriva projekt, in sicer v sodelovanju z Oddelkom za medicino, kirurgijo in zdravstvo. Ta oddelek je namreč tesno povezan z bolnišnico Burlo Garofolo, kar projektu prinaša dodano vrednost.

Projektni partner Otroška bolnišnica in porodnišnica (I.R.C.C.S. materno infantile Burlo Garofolo) je eden od pobudnikov projekta in je na programskem območju najpomembnejša strokovna institucija s področja spolnega in reproduktivnega zdravja migrantk iz kultur z močnimi patriarhalnimi vzorci, saj obravnava zajetno število takih primerov. Bolnišnico zanima oblikovanje kliničnih protokolov s kazalniki tveganja glede na matično državo žensk, ki jih bo lahko uporabila v svoji klinični praksi.

Fakulteta za vede o zdravju Univerze na Primorskem (UP FVZ) prispeva k doseganju ciljev projekta s svojimi izkušnjami, predvsem na področju izobraževanja zdravstvenega osebja, kliničnega raziskovanja in razvijanja protokolov, ki zadevajo zdravstvene in družbene vidike migrantske populacije. UP FVZ je bila med prvimi fakultetami v Sloveniji, ki so sprejele pojem medkulturne kompetence in ga vključile v svoj kurikulum. Poleg tega ima UP FVZ bogate izkušnje na področju usposabljanja zdravstvenega osebja ter ustreza kadrovskim in drugim zahtevam na tem področju. Bolnišnica Postojna je v celoti specializirana za ženske bolezni in porodništvo in je - na delu programskega območja v RS - institucija z največ primeri zdravljenja migrantk, saj se nahaja v bližini

azilnega doma. Bolnišnica je dala na razpolago podatke o obravnavanih primerih in je zainteresirana za spoznavanje dobrih praks, ki bodo izšle iz projekta, saj bo na ta način lahko izboljšala raven obravnave migrantk.

Glede na opravljene dejavnosti je bilo le navidez lahko izbrati dele poročil, ki so jih pripravili posamezni partnerji in sodelavci v sklopu DS3 in ki jih je bilo treba vključiti v poročila za podsklopa 3.1.1 in 3.1.2. Projekt namreč predvideva DS 3.1.1, namenjen analizi migracijskih procesov, značilnosti bolnišnične obravnave in stanja žensk na področju spolnega in reproduktivnega zdravja; podrobnejši opis aktivnosti določa, da morajo biti v ta sklop (poleg omenjene analize pojavov in dostopanja do zdravljenja) vključena tudi pričevanja migrantk. Predviden je še drugi del dejavnosti (DS 3.1.2), ki je namenjen primerjalni oceni pristopov v zdravstveni obravnavi in evidentiranju dobrih praks.

Ob upoštevanju teh splošnih navodil je v poročilo vključena analiza migracijskih tokov in prisotnosti migrantk na območju izvajanja projekta (dežela Furlanija - Julijska krajina in Republika Slovenija), ki sta jo opravila prof. Moreno Zago z Oddelka za družbene in politične vede (DiSPeS) Univerze v Trstu ter Blaž Lenarčič, Mateja Sedmak in Zorana Medarić z Znanstvenoraziskovalnega središča (ZRS) v Kopru. Pred tem poglavjem je še pregled mednarodnega in evropskega normativnega okvira, ki so ga prav tako izdelali sodelavci ZRS.

V drugem delu poročila za DS 3.1.1 so zbrani podatki o dostopanju do bolnišnične obravnave (hospitalizacij in ambulantnega zdravljenja); Giovanni Delli Zotti in Ornella Urpis (DiSPeS) ter Alice Cernogoraz in Giuseppe Ricci (DSM) so analizirali podatkovno bazo pacientk bolnišnice Burlo Garofolo in longitudinalno ugotavljali prisotnost in izvor tujih pacientk po oddelkih in storitvah. Epidemiološko analizo so izvedli Marko Mugoša in Marjeta Stegel Bizjak z Bolnišnice Postojna ter Igor Karnjuš z Univerze na Primorskem, ki so analizirali podatke o hospitalizacijah in ambulantnih pregledih v Bolnišnici Postojna.

Tretji del Poročila 3.1.1 zadeva kulturne tradicije in empirične raziskave; ta del temelji na informacijah, ki so jih v bolnišnici Burlo Garofolo zbrali z anketiranjem tujih žensk na podlagi delno strukturiranega vprašalnika, ki ga je nato analizirala Ornella Urpis. Zbiranje pričevanj migrantk se zaključuje s poglavjem, ki so ga pripravili Mirko Prosen, Doroteja Rebec, Urška Bogataj, Karmen Medica in Sabina Ličen z Univerze na Primorskem ter Jana Čelhar, Jana Prosen in Martina Podobnik z Bolnišnice Postojna; na programskem območju v Republiki Sloveniji so izvedli delno strukturirane in globinske intervjuje.

Izkušnje žensk, družbena pogojenost, teža tradicije in matične kulture so dejstva, s katerimi se mora INTEGRA soočiti - prav tako kot se mora soočiti z zakonskim okvirom, migracijskimi tokovi in problemi tujk; vse te teme so obravnavane v poročilu za DS 3.1.2. Seveda so nekatera dejstva izpostavljena tudi v poročilu za DS 3.1.2, a predvsem kot prakse, na katere lahko vplivamo (z ustreznimi smernicami), če iz analize izhaja, da lahko to pripomore k izboljšanju stanja. Predmet poročila za DS 3.1.2 je torej predvsem delo strokovnih sodelavcev (zdravstvenega osebja, osebja, zadolženega za nego na domu, kulturnih posrednikov, voditeljev skupnosti itd.), ki se soočajo s strukturnimi in osebnimi problemi, ki so opisani v poročilu za DS 3.1.1.

Razlika med obema DS pa ni tako jasna, kar dokazuje tudi dejstvo, da so slovenski raziskovalci v poročilu za DS 3.1.1 svoje strokovne izkušnje primerjali z izsledki anketiranja žensk ter od tod prešli na analizo t. i. dobrih praks, ki se obravnavajo v poročilu k DS 3.1.2. Tesno povezavo med obema deloma potrjujejo tudi navedki v drugem delu, ki se večkrat sklicujejo na izsledke prvega dela. Poleg tega je v drugem delu posebna pozornost namenjena migrantkam, ki jih raziskovalci opazujejo in obravnavajo z različnimi orodji, na primer kot fokusne skupine ali med srečanji v skupnostih.

Poročilo k DS 3.1.2 se začinja z opisom normativnih virov na področju pravic migrantov v slovenskem zdravstvenem sistemu, ki so ga opravili raziskovalci ZRS v Kopru, nadaljuje pa se z zrcalnim opisom stanja na italijanski strani ter z analizo socialnih in zdravstvenih storitev na Tržaškem (avtorici sta Roberta Altin in Veronika Saba z Oddelka za humanistične študije Univerze v Trstu).

Oba prispevka opisujeta normativne in sistemske vidike, ki neposredno vplivajo na dejavnost zdravstvenih in socialnih delavcev in ki torej predstavljajo pomemben uvod v poročilo o dobrih praksah.

Poročilo se nadaljuje s prispevkom Chiare Semenzato, Micaele Crisma, Alice Sorz in Federice Scrimin iz bolnišnice Burlo Garofolo v Trstu; to poglavje prinaša nekatere izsledke intervjujev z vprašalniki, ki jih avtorice obravnavajo na podlagi lastnih strokovnih izkušenj. V tem razdelku so nadalje prikazane nekatere študije primerov in je opisano opazovanje, ki je potekalo v bolnišnici. Na podlagi zbranega gradiva - predvsem pa terenskega opazovanja - so raziskovalke izluščile nekaj kritičnih točk in primerov dobrih praks, ki so ustrezni za nadaljnje oblikovanje smernic in kazalcev spolnega in reproduktivnega zdravja.

Tudi Roberta Altin in Veronika Saba komentirata nekatere odgovore žensk, ki so bile vključene v anketiranje, predvsem z vidika antropološke obravnave, in intervjuje nekaterih zdravstvenih delavcev, ki ne delujejo znotraj bolnišnice.

Avtorji naslednjega razdelka so raziskovalci ZRS v Kopru, ki za nadaljnje oblikovanje smernic analizirajo izsledke raziskav v Sloveniji; tudi v tem primeru gre za pridobivanje iztočnic na podlagi opazovanja fokusnih skupin in intervjujev z medicinskim osebjem, ki deluje na območju Kopra. Avtorji Mirko Prosen, Karmen Medica, Sabina Ličen, Doroteja Rebec, Igor Karnjuš in Urška Bogataj predstavljajo nato rezultate dela s fokusno skupino, pri kateri so ugotavljali, katere so izkušnje in percepcije zdravstvenih delavcev v Bolnišnici Postojna na področju oskrbe migrantk.

Ornella Urpis predstavlja nazadnje še serijo prispevkov, ki prikazujejo pomen obravnave kompleksnih tem z raznolikimi pristopi: globinskimi intervjuji v primeru osebja bolnišnice Burlo Garofolo, fokusnimi skupinami in aktivnim opazovanjem (npr. življenjem v migrantskih skupnostih) in izkustvenimi delavnicami s skupino kulturnih posrednikov.

INTEGRA - POROČILO 3.1.1

ANALIZA MIGRACIJSKIH PROCESOV, TIPOLOGIJE HOSPITALIZACIJ TER SPOLNEGA IN REPRODUKTIVNEGA ZDRAVJA MIGRANTK

PRAVICE DO REPRODUKTIVNEGA ZDRAVJA MIGRANTOV IN MIGRANTK V MEDNARODNIH EVROPSKIH DOKUMENTIH

Blaž Lenarčič, Mateja Sedmak, Zorana Medarić
Znanstveno-raziskovalno središče Koper

1. Definicije ključnih pojmov

Smernice Združenih narodov reproductivno zdravje opredeljujejo kot »stanje popolnega telesnega, duševnega ter socialnega blagostanja in ne zgolj odsotnost bolezni. Reproductivno zdravje obravnava reproductivne procese, funkcije in sistem v vseh fazah posameznikovega življenja«. Iz tega izhaja, da je reproductivno zdravje pravica, ki velja za otroke in odrasle, ne glede na spolno izražanje ali usmerjenost. Predstavljena definicija se pogosto uporablja tudi v mednarodni literaturi. Na tem mestu je potrebno izpostaviti na razlikovanje med reproductivnim in spolnim zdravjem. In sicer Svetovna zdravstvena organizacija (WHO, 2002) spolno zdravje obravnava kot stanje fizičnega, čustvenega, duševnega in družbenega blagostanja v odnosu do spolnosti medtem, ko se reproductivno zdravje nanaša na sposobnost razmnoževanja ter dostop do različnih (reproductivnih) storitev, pripomočkov ter zdravstvenih informacij, ki omogočajo sprejemanje svobodnih in odgovornih odločitev glede tovrstnega zdravja. V tem kontekstu je pomembno tudi nasilje na podlagi spola, ki je

v Deklaraciji Združenih narodov o odpravi nasilja nad ženskami (Declaration on the Elimination of Violence against Women) iz leta 1993 opredeljeno kot »vsako dejanje nasilja, ki temelji na spolu in ima za posledico ali je verjetno, da bo imelo za posledico, fizično, spolno ali psihično škodo oziroma trpljenje žensk. V to so vključene tudi grožnje s prisilo ali samovoljna omejitev prostosti, ne glede na to, ali gre za javni ali zasebni prostor« (čl. 1).

2. Konvencije, direktive in dokumenti

Pravice, ki se nanašajo na reproductivno zdravje in nasilje na podlagi spola obravnavajo različne mednarodne konvencije, direktive in dokumenti. Najpomembnejše izmed njih so bile pripravljene v okviru Organizacije združenih narodov in Svetovne zdravstvene organizacije, so pa v kontekstu te publikacije pomembni tudi dokumenti Evropske unije.

2.1. Mednarodni dokumenti

Konvencija o odpravi vseh oblik diskriminacije žensk (*Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women*), ki jo je leta 1979 sprejela OZN poudarja enak dostop do zdravstvenih storitev, vključno s spolnim in reproductivnim zdravjem. Splošno priporočilo št. 19 o nasilju nad ženskami (*General Recommendation No. 19 on violence against women*), ki ga je leta 1992 sprejela OZN, dopolnjeno s Splošnim priporočilom št. 35 o nasilju nad ženskami na podlagi spola (*General Recommendation No. 35 on gender-based violence against women*), ki ga je OZN sprejela 2017, razširja pojem nasilja s tem, da vanj vključuje tudi kršitev pravic spolnega in reproductivnega zdravja.

Splošno priporočilo št. 24 o ženskah in zdravju (*General Recommendation No. 24 on women and health*), ki ga je OZN sprejela leta 1999 obravnava nasilje na podlagi spola v zdravstvenem sektorju, pri čemer poudarja, da je posebno pozornost potrebno nameniti zdravstvenim potrebam in pravicam žensk, ki pripadajo ranljivim skupinam, kot so migrantke in begunci.

Splošni komentar o pravici do spolnega in reproduktivnega zdravja (*General comment on the right to sexual and reproductive health*), ki ga je OZN sprejela leta 2016 spodbuja države članice k temu, da vsakemu posamezniku zagotovijo uživanje pravice do spolnega in reproduktivnega zdravja. Dokument določa obveznost do razveljavitve zakonodaje, politik in praks, ki kriminalizirajo, ovirajo ali ogrožajo posameznikov dostop do zdravstvenih storitev in informacij (člen 49).

Akcijski načrt za spolno in reproduktivno zdravje in pravice 2017-2021 (*Action Plan for sexual and reproductive health and rights 2017-2021*), ki ga je sprejela Svetovna zdravstvena organizacija/Evropske, ima tri cilje:

1. vsem ljudem omogočiti sprejemanje odločitev glede lastnega spolnega in reproduktivnega zdravja na podlagi dostopnih informacij;
2. vsem ljudem zagotoviti uživanje najvišje dosegljive ravni spolnega in reproduktivnega zdravja;
3. zagotoviti univerzalen dostop do spolnega in reproduktivnega zdravja, ter odstranitev neenakosti.

Globalna strategija OZN za zdravje žensk in otrok (*Global Strategy for Women's and Children's Health*) iz leta 2010, ki je bila leta 2015 dopolnjena z Globalno strategijo o zdravju žensk, otrok in mladostnikov za obdobje 2016-2030 (*Global strategy on women's, children's and adolescents' health 2016-2030*) prizadeva doseči pravico do najvišjega dosegljivega standarda zdravja za vse ženske, otroke in mladostnike.

Rezolucija Svetovne zdravstvene skupščine o Spodbujanju zdravja beguncev in migrantov (*Promoting the health of refugees and migrants*) iz leta 2017 poziva države članice, naj okrepijo mednarodno sodelovanje na področju zdravja beguncev in migrantov ter zagotovijo zdravstveno varstvo državam, v katerih se nahajavečje število beguncev in migrantov.

Drugi pomembni dokumenti povezani z nasiljem na podlagi spola in reproduktivnim zdravjem, so:

- Konvencija o otrokovih pravicah (1989);
- Dunajska deklaracija in akcijski program o nasilju na podlagi spola (1993);
- Sklepi Mednarodne konference o programu za prebivalstvo in razvoj (*International Conference on Population and Development Programme*) iz leta 1994 poudarjajo, da mora biti spolno in reproduktivno zdravje dostopno, sprejemljivo in primerno za vse uporabnike v celotnem življenjskem ciklusu;
- Pekinška deklaracija (*Beijing Declaration and Platform for Action*) iz leta 1995 poudarja doseganje opolnomočenja žensk, s posebnim poudarkom na načrtovanju družine, varnem in zakonitem splavu ter zdravju mater;
- Spremenimo svet: agenda za trajnostni razvoj do leta 2030 (*Transforming our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development*) iz leta 2015 omenja priseljence in razseljene ljudi, ki imajo omejen dostop do reproduktivnega zdravstvenega varstva in so izpostavljeni resnim zdravstvenim tveganjem in kršenjem reproduktivnih pravic.

2.2. Dokumenti Evropske unije

Vse države članice EU so podpisnice ključnih mednarodnih aktov o človekovih pravicah, s čimer se obvezujejo k borbi proti nasilju na podlagi spola, ter k zagotavljanju pravic do reproduktivnega zdravja, kot (dela) univerzalne pravice do zdravja. Vendar so pri upoštevanju teh dokumentov v določeni meri neodvisne, saj jih zavezuje nacionalni politični in zakonodajni okvir.

Smernice EU o nasilju nad ženskami in dekleti ter za boj proti vsem oblikam diskriminacije proti njim (*EU guidelines on violence against women and girls and combating all forms of discrimination against them*) iz leta 2008 spodbujajo dostop do informacij in zdravstvenih storitev (odstavek 3.2.7.1. c) podpirajo programe, ki spodbujajo ženske k svobodnemu uresničevanju pravice do odločanja o svojem spolnem življenju (odstavek 3.2.7.1.d) ter spodbujajo ukrepe za preprečevanje nasilja nad ženskami in dekleti (odstavek 3.2.7.2.).

Rezolucija Evropskega parlamenta o odpravi nasilja nad ženskami (*European Parliament resolution of 26 November 2009 on the elimination of violence against women*) iz leta 2009 poziva države članice, naj:

- izboljšajo nacionalne zakone in politike za boj proti vsem oblikam nasilja nad ženskami, zlasti z oblikovanjem celovitih nacionalnih akcijskih načrtov (člen 1);
- zagotovijo programe pomoči in financiranja organizacijam, ki nudijo zatočišče in psihološko podporo ženskam, žrtvam nasilja (člen 2);
- ustrezno upoštevajo kategorije žensk, ki so potencialne žrtve nasilja, kot na primer pripadnice manjšin, priseljencev, beguncev itd. (člen 16);
- okrepijo ukrepe za preprečevanje nasilja na podlagi spola med mladimi z usmerjenimi izobraževalnimi kampanjami in sodelovanjem med deležniki (člen 17);
- - priznajo spolno nasilje in posilstvo nad ženskami, kot kaznivo dejanje tudi v intimnih zakonskih zvezah in intimnih odnosih in/ali s strani moških sorodnikov, ko žrtev ni dala soglasja za spolni odnos. Pri takšnih kaznivih dejanjih se kot olajševalne okoliščine ne sme upoštevati sklicevanja na tradicionalne ali verske prakse, vključno s tako imenovanimi »zločini iz časti« (člen 24);
- sprejmejo ustrezne ukrepe za zaustavitev pohabljanja žensk; poudarjati je potrebno, da se morajo priseljenci zavedati, da pohabljanje ženskih spolnih organov pomeni resen napad na zdravje žensk in kršitev človekovih pravic (člen 26).

Leta 2009 je Svet Evrope sprejel Stockholmski program 2010-2014 - odprta in varna Evropa za državljane (*Stockholm Programme – An open and secure Europe serving and protecting citizens*), v katerem je obravnavano tudi nasilje nad ženskami, ki pripadajo ranljivim skupinam (odstavek 2.3.3). Leta 2010 je Komisija sprejela Okrepitev zavezanosti k enakosti med ženskami in moškimi (*A Strengthened Commitment to Equality between Women and Men. A Women's Charter*), katere namen je odprava neenakosti v dostopu do zdravstvene oskrbe in izkoreninjene vseh oblik nasilja na podlagi spola.

Na podlagi Načrta za enakost med ženskami in moškimi za obdobje 2006-2010 (*Roadmap for equality between women and men 2006-2010*) in Evropskega pakta za enakost med spoloma (*European Pact for Gender Equality*) je Evropska komisija sprejela Strategijo za enakost med ženskami in moškimi 2010-2015 (*Strategy for Equality between Women and Men 2010-2015*), ki med drugim vključuje odpravo pohabljanja žensk, ter podpira evropsko kampanjo za ozaveščanje o nasilju nad ženskami (poglavje 4).

Konvencija o preprečevanju in boju proti nasilju nad ženskami in nasilju v družini (*Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence*) iz leta 2011, poznana tudi kot Istambulska konvencija, opozarja, da kultura, običaji, religija, tradicija ali tako imenovana „čast“ ne morejo biti opravičilo za izvajanje nasilja nad ženskami. To pomeni, da se države podpisnice zavezujejo h kriminaliziranju kaznivih dejanj nad ženskami, vključno s psihološkim nasiljem (člen 33); zalezovanjem (člen 34); fizičnim nasiljem (35. člen); spolnim nasiljem, posilstvom, ter neprostoVOLjnimi spolnimi odnosi (36. člen), prisilno poroko (37. člen); pohabljanjem ženskih spolnih organov (člen 38), splavom in prisilno sterilizacijo (člen 39), ter kaznivimi dejanji storjenimi v imenu »časti« (člen 42).

Direktiva 2012/29 / EU Evropskega parlamenta in Sveta Evrope, v čl. 17 določa, da „nasilje, usmerjeno proti osebi zaradi njenega spola, spolne identitete ali spolnega izražanja razumemo kot nasilje na podlagi spola“.

Leta 2012 je EU sprejela program Zdravje 2020: evropski politični okvir za podporo vladnih in socialnih ukrepov za zdravje in dobro počutje (*Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*), v katerem poudarja, da bi morale politike držav članic obravnavati neenakosti na področju zdravja migrantov, Romov in drugih ranljivih skupin, ki se soočajo z ovirami v dostopnosti in kakovosti zdravstvenih in socialnih storitev.

Letno poročilo o človekovih pravicah in demokraciji v svetu v letu 2014 (*Report on the 'Annual Report on human rights and democracy in the world 2014 and the European Union's policy on the matter'*) poudarja, da spoštovanje zdravja ter spolne in reproduktivne pravice, kot tudi posameznikovega dostopa do zdravstvenih storitev prispeva k zmanjšanju smrtnosti otrok in mater (odstavek 1.1.1); obsoja prakso nadomestnega materinstva, saj spodkopava človeško dostojanstvo ženske, ker se njeno telo in reproduktivne funkcije uporabljajo kot blago; poudarja, da so načrtovanje družine, zdravje mater, lažji dostop do kontracepcije in varen splav pomembni elementi za reševanje življenj (odstavek 114).

Odbor za pravice žensk in enakost spolov v Mnenju o letnem poročilu o človekovih pravicah in demokraciji v svetu 2016 in o politiki Evropske unije na tem področju (*Opinion on the Annual Report on Human Rights and Democracy in the World 2016 and the European Union's policy on the matter*) med drugim izraža zaskrbljenost zaradi ranljivosti migrantov, beguncev in prosilcev za azil, zlasti žensk in otrok in članov marginaliziranih skupin, ter poziva k nujni vzpostavitvi ustreznih, varnih in zakonitih migracijskih poti, pri čemer je treba sprejeti vse potrebne ukrepe za njihovo zaščito. Med te ukrepe sodijo: dostop do pravnega svetovanja, psihološka podpora, varni prostori za ženske in otroke ter dostop do spolnega in reproduktivnega zdravja in pravic, vključno z varnimi abortusi, ter druge zdravstvene storitve. V poročilu poudarjajo, da je treba v postopkih za združitev družine ženskam in dekletom, ki se želijo pridružiti svoji družini v EU, priznati individualne pravice, da jim pri dostopu do zdravstvenih storitev, izobraževanja ali zaposlitve ne bojo primorane v odvisnost od moškega družinskega člana, ki jih morda zlorablja.

Akcijski načrt o spolnem in reproduktivnem zdravju: k izvajanju načrta za trajnostni razvoj 2030 v Evropi (*Action plan for sexual and reproductive health: towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe - leaving no one behind*) določa tri med seboj tesno povezane cilje:

- omogočiti vsem ljudem, da sprejemajo odločitve o svojem spolnem in reproduktivnem zdravju na podlagi pridobljenih informacij ter zagotovijo spoštovanje, varovanje in izpolnjevanje človekovih pravic,
- zagotoviti, da lahko vsi ljudje uživajo najvišjo možno raven spolnega in reproduktivnega zdravja,
- zagotoviti splošen dostop do spolnega in reproduktivnega zdravja ter odpraviti neenakosti na tem področju.

Evropsko soglasje o razvoju „Naš svet, naše dostojanstvo, naša prihodnost“ (*European consensus on development 'Our world, our dignity, our future'*) iz leta 2017 opredeljuje načela, ki bodo usmerjala sodelovanje z državami v razvoju, pa tudi strategijo za doseganje ciljev, ki vključujejo odpravo nasilja na podlagi spola (točka 33) ter zavezo do spolnega in reproduktivnega zdravja ter pravicam, ki izhajajo iz tega (odstavek 34).

Zdravstvena strategija in Akcijski načrt za begunce in migrante v evropski regiji SZO (*Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region*) iz 2016 izpostavlja naslednja prednostna področja:

- podpiranje pravice do zdravja beguncev, prosilcev za azil in priseljencev;
- obravnavanje socialnih determinant zdravja;
- okrepitev zdravstvenih sistemov;
- zagotavljanje etičnih in učinkovitih zdravstvenih pregledov in presoj;
- izboljšanje obveščanja in komunikacije na področju zdravja.

Viri

Dokumenti Republike Slovenije:

- (2016): International Protection Act: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO7103>
- (2015): Resolution on the national program for equal opportunities for women and men 2015-2020: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO108>
- (2013): Resolution on the national assistance program for the period 2013-2020: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=NACP68>
- (2009): Resolution on the national program of family violence 2009-2014: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO60>
- (2008): Family violence prevention act: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO5084>
- (2008): Patients' rights act: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>
- (1999): Law on medical service: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO1395>
- (1998): Rules on carrying out preventive health care at the primary level: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=NAVO59>
- (1992): Health service act: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO214>
- (1992): Health care and health insurance act: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO213>
- (1991): Constitution of republic of Slovenia: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=USTA1>
- (1977): Act on health measures in exercising freedom of choice in childbearing: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO408>

Dokumenti Organizacije združenih narodov:

- (2017): General recommendation No. 35 on gender-based violence against women: <http://tbinternet.ohchr.org/layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/GC/35&Lang=en>
- (2015): Transforming our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E
- (2015): Global strategy on women's, children's and adolescents' health 2016-2030: http://www.who.int/pmnch/media/events/2015/g_s_2016_30.pdf
- (2010): Gender based violence: A Global Toolkit for Action: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/cap-6.pdf>
- (2010): Global Strategy for Women's and Children's Health: http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/20100914_gswch_en.pdf
- (2010): Guidelines on Reproductive Health: <http://www.un.org/popin/unfpa/taskforce/guide/iatfreph.gdl.html>
- (2004): International Conference on Population and Development Programme: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf
- (1999): UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women General Recommendation No. 24: Art. 12 of the Convention (Women and Health): <http://www.refworld.org/docid/453882a73.html>
- (1995) Beijing Declaration and Platform for Action: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20E.pdf>
- (1993): Declaration on the Elimination of Violence against Women: <http://www.refworld.org/docid/3b00f25d2c.html>
- (1993) Vienna Declaration and programme of Action: <https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/vienna.pdf>
- (1992): UN Committee on the Elimination of Discrimination Against Women General Recommendation No. 19: Violence against women: <http://www.refworld.org/docid/52d920c54.html>
- (1989): Convention on the Rights of the Child: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx>
- (1979): Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women: <http://www.refworld.org/docid/3b00f2244.html>

Dokumenti Svetovne zdravstvene organizacije:

- (2017): Promoting the health of refugees and migrants: http://www.who.int/migrants/about/framework_refugees-migrants.pdf
- (2016): Action plan for sexual and reproductive health: towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe - leaving no one behind: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571392/IPOL_STU\(2016\)571392_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571392/IPOL_STU(2016)571392_EN.pdf)
- (2016): Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/314725/66wd08e_MigrantHealthStrategyActionPlan_160424.pdf
- (2016): Regional consultation on the development of the European action plan for sexual and reproductive health and rights (SRHR) 2017-2021: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/300122/Regional-consultation-development-EAP-SRHR-20172021-report.pdf?ua=1
- (2015): The Minsk declaration, the life-course approach in the context of health 2020: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/289962/The-Minsk-Declaration-EN-rev1.pdf?ua=1
- (2012): Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf?ua=1
- (2002): Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28-31 January 2002, Geneva. Sexual health document series: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

Dokumenti Evropske unije:

- (2017): Opinion of the committee on women's rights and gender equality on the Annual Report on Human Rights and Democracy in the World 2016 and the European Union's policy on the matter: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A8-2017-0365+0+DOC+PDF+V0//EN>
- (2017): European consensus on development. 'Our world, our dignity, our future': https://ec.europa.eu/europeaid/sites/devco/files/european-consensus-on-development-final-20170626_en.pdf
- (2015): The European Parliament's Report on the 'Annual Report on human rights and democracy in the world 2014 and the European Union's policy on the matter': <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A8-2015-0344+0+DOC+XML+V0//EN>
- (2012): Directive 2012/29/EU of the European Parliament and of the Council of 25 October 2012 establishing minimum standards on the rights, support and protection of victims of crime: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32012L0029&from=EN>
- (2011): European Pact for Gender Equality: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011XG0525\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011XG0525(01)&from=EN)
- (2011): Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (Istanbul Convention): <https://rm.coe.int/168008482e>
- (2010): Strategy for Equality between Women and Men 2010-2015: <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0491:FIN:en:PDF>
- (2010): A Strengthened Commitment to Equality between Women and Men. A Women's Charter: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=LEGISSUM:em0033>
- (2009): European Parliament resolution of 26 November 2009 on the elimination of violence against women: https://ec.europa.eu/anti-trafficking/sites/antitrafficking/files/european_parliament_resolution_of_26_november_2009_on_the_elimination_of_violence_against_women_1.pdf
- (2009): Stockholm Programme - An open and secure Europe serving and protecting citizens: <http://www.eurojust.europa.eu/doclibrary/EU-framework/EUframeworkgeneral/The%20Stockholm%20Programme%202010/Stockholm-Programme-2010-EN.pdf>
- (2008): EU guidelines on violence against women and girls and combating all forms of discrimination against them: https://ec.europa.eu/anti-trafficking/sites/antitrafficking/files/eu_guidelines_on_violence_against_women_and_girls_1.pdf
- (2006): Roadmap for equality between women and men 2006-2010: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:c10404&from=EN>

DEMOGRAFSKA SLIKA TUJK V SLOVENIJI IN FURLANIJI - JULIJSKI KRAJINI

Mateja Sedmak, Zorana Medarić, Blaž Lenarčič

Znanstvenoraziskovalno središče Koper

Moreno Zago

Oddelek za družbene in politične vede, Univerza v Trstu¹

1. Izhodišča

Pri obravnavi spolnega in reproduktivnega zdravja migrantk moramo najprej izpostaviti številčne podatke o absolutni in relativni prisotnosti tujk na območju izvajanja projekta INTEGRA, torej v Republiki Sloveniji in deželi Furlaniji - Julijski krajini.

Populacijo migrantov v obmejnem pasu zaznamuje predvsem srednje in dolgoročno prisotnost - to je prisotnost tistih migrantov, ki so se že ustalili na tem območju - poleg tega pa so prisotni tudi novi migracijski tokovi, povezani s t. i. balkansko potjo. Meja med Italijo, Slovenijo in Avstrijo je od vedno vstopna točka v Evropo, in to tako za tiste, ki želijo svojo pot nadaljevati do drugih držav, kjer jih čakajo družine ali delo, kot tudi za tiste, ki se želijo ustaliti. Kljub številnim pregradam, ki so bile postavljene v Turčiji, Srbiji, na Madžarskem, v Avstriji itd., se prihod migrantov ni zaustavil; trenutno prihajajo predvsem prek Albanije, Črne gore, Bosne in Hercegovine, Hrvaške in Slovenije. V zadnjem času, v obdobju t. i. »migracijske krize« (2015-16) so v Furlaniji - Julijski krajini skupine mladih migrantov (šlo je skoraj izključno za moške iz Pakistana, Afganistana itd.) iskale prehod do drugih držav EU. V zadnjem letu je bilo v deželi Furlaniji - Julijski krajini vloženih 3.995 prošenj za azil - med prosilci je bilo 96 žensk; v Sloveniji je bilo prošenj 1.435, vložili pa so jih afganistanski, alžirski in pakistanski državljani.

V nadaljevanju bomo prikazali statistične podatke o ustaljenih ženskih migracijah, ki je na omenjenih območjih zelo raznolika. Po eni strani je bila namreč Furlanija - Julijska krajina, zaradi svoje obmejne lege in lahkega pretoka (predvsem v času, ko Slovenija še ni bila članica EU), pa tudi zaradi delovnih možnosti, ki jih ponuja, atraktivna za migrantke, ki so prihajale v 90-ih letih prejšnjega stoletja predvsem iz ekonomsko manj razvitih držav, z namenom združitve z družino ali v iskanju boljšega življenja. Danes je v deželi veliko žensk iz drugih evropskih držav: narašča prisotnost Romunk, Albank, Ukrajink in Srbkinj. Med ženskami iz neevropskih držav je vedno več Kitajk, Bengalk, Indijk in Pakistank. V Trstu je v porastu število žensk iz republik nekdanje Jugoslavije, v Trziču je opazna prisotnost Bengalk, na Pordenonskem pa naraščajoče število Gank.

Drugačna je slika v Republiki Sloveniji. Iz več razlogov Slovenija ni končni cilj migrantov, ki raje nadaljujejo pot v druge evropske države. Je majhna država, ekonomsko manj razvita, z manjšim mednarodnim vplivom itd. Posledično število migrantov v državi ni tako visoko. To velja tako za moške kot ženske. V Sloveniji je opazna prisotnost migrantov iz drugih držav nekdanje Jugoslavije, ki so v veliki večini primerov prišli v Slovenijo iz ekonomskih razlogov že v 60. in 70. letih. Slovenija se je natov 90. letih soočila s povečanimi migracijskimi tokovi predvsem iz območij Bosne in Hercegovine, zaradi vojn na Balkanu.

¹ M. Sedmak, Z. Medarić in B. Lenarčič so avtorji statistične analize migracijskih tokov v Sloveniji, M. Zago pa je avtor razdelka za Furlanijo - Julijsko krajino. Analize so bile opravljene na podatkih nacionalnih statističnih agencij v Sloveniji (<http://pxweb.stat.si>) in Italiji (<http://dati.istat.it>). Analize se osredotočajo na konsolidirane migracije in dejansko izključujejo gibanja začasnih migrantov (iz zdravstvenih, študijskih, turističnih, delovnih ali drugih razlogov), prehodnih migrantov, imetnikov dovoljenja za bivanje ali tistih, ki čakajo na dovoljenje za bivanje, in nezakonitih migrantov.

2. Delež tujcev in tujk

2.1. Republika Slovenija

Kar zadeva Republiko Slovenijo, so v preglednici 2.1.a prikazani naslednji podatki:

- porast deleža tujcev glede na celotno prebivalstvo je bil v osmih letih (2011-18) 1,8-odstoten (od 4,1% na 5,9%); absolutne vrednosti znašajo 84.854 oz. 121.875 enot. V zadnjem letu je bil porast tujcev 1,8-odstoten.
- V istem razdobju se je znatno povečalo število tujk: od 25.728 na 43.019. Delež tujk je bil leta 2011 2,4-odstoten, leta 2018 pa 4,1-odstoten.
- Absolutne in odstotne vrednosti so v primeru žensk dvakrat nižje kot v primeru moških.
- V obdobju 1996-2017 se je število žensk podvojilo: od 2.669 na 4.861.

Preglednica 2.1.a. Prebivalstvo Republike Slovenije glede na spol (z bivališčem v državi na dan 1. januarja)

Prebivalstvo	Spol	2011	2013	2015	2017	2018
Skupaj (št.)	M	1.016.456	1.020.455	1.023.392	1.026.100	1.027.041
	Ž	1.038.285	1.040.208	1.041.240	1.039.790	1.039.839
	Sk.	2.054.741	2.060.663	2.064.632	2.065.890	2.066.880
Tuji državljani (št.)	M	59.126	64.249	69.798	77.448	78.856
	Ž	25.728	30.999	36.688	42.185	43.019
	Sk.	84.854	95.248	106.486	119.633	121.875
Tuji državljani (%)	M	5,8	6,2	6,7	7,4	7,7
	Ž	2,4	2,9	3,4	4,0	4,1
	Sk.	4,1	4,6	5,2	5,8	5,9

Preglednica 2.1.b. Migrantke (priseljene in odseljene ženske; brez slovenskih državljanek)

Kazalnik	1996	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Priseljene	2.669	1.279	3.009	4.075	3.992	4.482	4.211	4.252	4.764	4.703	4.861
Odseljene	745	384	785	2.101	1.550	1.560	1.590	1.824	1.830	1.956	2.037
Neto migr.	1.924	895	2.224	1.974	2.442	2.922	2.621	2.428	2.934	2.747	2.824

Če populacijo porazdelimo po dvanajstih statističnih regijah Republike Slovenije (graf 2.1.C), vidimo, da je tujcev največ v Osrednjeslovenski regiji (40.716), tej pa sledita Podravska (16.408) in Savinjska (14.974) regija. Tudi če se omejimo samo na tujke, so vrednosti v zgoraj omenjenih regijah najvišje, saj v njih živi 14.534, 5.089 in 4.828 tujk. V odstotnih deležih pa je največ tujcev v Obalno-kraški regiji (10,5%; 11.910), nato v Osrednjeslovenski (7,5%; 40.716) in Primorsko-notranjski regiji (6,4%; 3.369). Ta distribucija se odraža tudi v deležu tujk glede na celotno populacijo žensk na posameznih območjih, saj je teh regijah 8,2% (4.727), 5,3% (14.534) in 4,7% (1.216) tujk.

Preglednica 2.1.c. Prebivalstvo statističnih regij Republike Slovenije po spolu (število prebivalcev 1. januarja 2018, razvrščeno glede na število tujk)

Statistična regija	Skupno št. prebiv.	Št. žensk	Tuji državljani (sk.)		Tuje državljanke			
			št.	% sk. preb.	št.	% sk. preb.	% tuj. držav.	% ž. preb.
Osrednjeslovenska	542.306	276.369	40.716	7,5	14.534	2,7	35,7	5,3
Podravska	322.058	161.607	16.408	5,1	5.089	1,6	31,0	3,1
Savinjska	254.760	126.834	14.974	5,9	4.828	1,9	32,2	3,8
Obalno-kraška	113.961	57.536	11.910	10,5	4.727	4,1	39,7	8,2
Gorenjska	203.636	102.618	10.691	5,3	4.104	2,0	38,4	4,0
Goriška	117.260	58.552	6.426	5,5	2.422	2,1	37,7	4,1
Jugovzhodna Slov.	142.819	70.752	6.426	4,5	2.084	1,5	32,4	2,9
Posavska	75.359	37.431	4.085	5,4	1.380	1,8	33,8	3,7
Primorsko-notranjska	52.334	25.864	3.369	6,4	1.216	2,3	36,1	4,7
Zasavska	57.061	28.878	2.406	4,2	941	1,6	39,1	3,3
Koroška	70.550	35.131	2.539	3,6	890	1,3	35,1	2,5
Pomurska	114.776	58.267	1.925	1,7	804	0,7	41,8	1,4
Skupaj RS	2.066.880	1.039.839	121.875	5,9	43.019	2,1	35,3	4,1

Če primerjamo absolutne vrednosti po posameznih upravnih enotah, opazimo, da je največ tujk v Ljubljani (10.502; 24% vseh tujk na ozemlju RS), Mariboru (3.256), Kopru (2.128), Kranju (1.692), Celju (1.634) in Velenju (1.062). Delež tujk glede na celotno prebivalstvo pa je najvišji v obalnih občinah Izola-Isola (4,9%), Sežana (4,8%), Piran-Pirano (4,3%), Koper-Capodistria (4,1%) (preglednica 2.1.d).

Preglednica 2.1.d. Prebivalstvo upravnih enot v Republiki Sloveniji z visokim številom tujk (>200) (število prebivalcev 1. januarja 2018, razvrščeno glede na število tujk)

Statistična regija	Skupno št. prebiv.	Št. žensk	Tuji državljani (sk.)		Tuje državljanke			
			št.	% sk. preb.	št.	% sk. preb.	% tuj. držav.	% ž. preb.
Ljubljana	289.518	149.741	28.990	10,0	10.502	3,6	36,2	7,0
Maribor	110.871	56.554	9.804	8,8	3.256	2,9	33,2	5,8
Koper-Capodistria	51.794	26.234	5.450	10,5	2.128	4,1	39,0	8,1
Kranj	55.950	28.212	4.510	8,1	1.692	3,0	37,5	6,0
Celje	49.377	24.625	5.283	10,7	1.634	3,3	30,9	6,6
Velenje	32.802	16.188	3.218	9,8	1.062	3,2	33,0	6,6
Nova Gorica	31.638	15.990	2.483	7,8	964	3,0	38,8	6,0
Novo mesto	36.533	18.430	2.513	6,9	853	2,3	33,9	4,6
Izola-Isola	16.015	8.153	1.922	12,0	778	4,9	40,5	9,5
Piran-Pirano	17.643	9.028	1.702	9,6	762	4,3	44,8	8,4
Jesenice	20.759	10.327	1.893	9,1	735	3,5	38,8	7,1
Domžale	35.675	18.132	1.892	5,3	707	2,0	37,4	3,9
Sežana	13.276	6.601	1.694	12,8	633	4,8	37,4	9,6
Krško	25.833	12.633	1.964	7,6	615	2,4	31,3	4,9
Kamnik	29.487	14.933	1.596	5,4	599	2,0	37,5	4,0
Postojna	16.207	8.052	1.593	9,8	579	3,6	36,3	7,2

Brežice	24.086	12.207	1.170	4,9	489	2,0	41,8	4,0
Grosvlajna	20.672	10.082	1.536	7,4	420	2,0	27,3	4,2
Škofja Loka	22.919	11.673	1.035	4,5	418	1,8	40,4	3,6
Žalec	21.243	10.664	1.136	5,3	393	1,9	34,6	3,7
Slovenska Bistrica	25.524	12.928	1.032	4,0	388	1,5	37,6	3,0
Ajdovščina	19.130	9.431	1.101	5,8	379	2,0	34,4	4,0
Trbovlje	16.052	8.219	826	5,1	364	2,3	44,1	4,4
Vrhnika	16.978	8.543	1.081	6,4	355	2,1	32,8	4,2
Ptuj	23.162	11.673	1.239	5,3	349	1,5	28,2	3,0
Rogaška Slatina	11.002	5.438	848	7,7	313	2,8	36,9	5,8
Medvode	16.362	8.290	868	5,3	310	1,9	35,7	3,7
Slovenske Konjice	14.848	7.253	975	6,6	269	1,8	27,6	3,7
Idrija	11.757	5.874	659	5,6	252	2,1	38,2	4,3
Litija	15.317	7.653	706	4,6	244	1,6	34,6	3,2
Logatec	13.976	6.912	715	5,1	242	1,7	33,8	3,5
Radovljica	18.872	9.702	664	3,5	242	1,3	36,4	2,5
Tržič	14.766	7.487	588	4,0	234	1,6	39,8	3,1
Ravne na Koroškem	11.253	5.553	640	5,7	227	2,0	35,5	4,1
Kočevje	15.771	7.947	621	3,9	218	1,4	35,1	2,7
Sevnica	17.446	8.564	828	4,7	214	1,2	25,8	2,5
Črnomelj	14.313	7.048	628	4,4	213	1,5	33,9	3,0
Škofljica	11.098	5.571	660	5,9	212	1,9	32,1	3,8
Lendava-Lendva	10.406	5.328	531	5,1	207	2,0	39,0	3,9
Ilirska Bistrica	13.329	6.649	542	4,1	206	1,5	38,0	3,1
Ivančna Gorica	16.544	8.103	662	4,0	204	1,2	30,8	2,5

2.2. Avtonomna dežela Furlanija - Julijska krajina

Leta 2018 znaša delež tujcev v Furlaniji - Julijski krajini glede na nacionalno raven (skupaj 5.144.440 enot) 2 odstotka, glede na severovzhodno statistično območje (skupaj 1.225.466 enot) pa 8,7 odstotka; odstotek tujk je povsem primerljiv: 2% glede na nacionalno raven (2.672.718 enot) in 8,6% glede na SV-območje (648.921 enot). V preglednici 2.2.A lahko opazimo naslednje trende:

- v obdobju 2011-18 se je število tujcev povečalo za pribl. 10 tisoč enot (od 96.879 na 106.652); delež tujcev glede na število prebivalcev je za en odstotek višji (7,8% vs. 8,8%); v zadnjem letu je bil porast prebivalstva 2,2-odstoten;
- število tujk je naraslo za 5 tisoč enot, in sicer od 50.753 na 55.828; leta 2018 so tujke predstavljale 8,9 odstotka vseh žensk v deželi;
- število žensk je bilo vedno višje od števila moških: povprečno gre za razliko 5 tisoč enot, ženske pa predstavljajo 52 odstotkov vseh tujcev.

Preglednica 2.2.a. Prebivalstvo Furlanije - Julijske krajine po spolu
(z bivališčem v državi na dan 1. januarja)

Prebivalstvo	Spol	2011	2013	2015	2017	2018
Skupaj (št.)	M	598.742	589.803	594.007	589.751	589.785
	Ž	638.373	632.057	633.115	628.121	625.753
	Sk.	1.237.115	1.221.860	1.227.122	1.217.872	1.215.538
Tuji državljani (št.)	M	46.126	48.704	50.945	48.919	50.824
	Ž	50.753	53.864	56.614	55.357	55.828
	Sk.	96.879	102.568	107.559	104.276	106.652
Tuji državljani (%)	M	7,7	8,3	8,6	8,3	8,6
	Ž	8,0	8,5	8,9	8,8	8,9
	Sk.	7,8	8,4	8,8	8,6	8,8

Če pregledamo podatke po pokrajinah (preglednica 2.2.B) in po občinah (preglednica 2.2.C), lahko opazimo naslednje trende:

- v Goriški pokrajini predstavljajo tujke 9,1- odstotni delež vseh žensk (6.471 vs. 71.106); največ tujk je v občinah Tržič / Monfalcone (2.701), Gorica / Gorizia (1.659) in Ronke / Ronki dei Legionari (403);
- v Pordenonski pokrajini predstavljajo tujke 10,4- odstotni delež vseh žensk (16.623 vs. 159.103); prisotne so predvsem v občinah Pordenon / Pordenone (3.723), Sacile (1.154), Azzano Decimo (779), Spilimbergo (769), Prata (761) in San Vito al Tagliamento (748);
- v Tržaški pokrajini predstavljajo tujke 8,8- odstotni delež vseh žensk (10.749 vs. 122.297); skoraj vse živijo v tržaški občini (10.256), nekaj jih je še v občini Milje / Muggia (226) in Devin - Nabrežina / Duino Aurisina (181);
- v Videmski pokrajini predstavljajo tujke 8- odstotni delež vseh žensk (21.985 vs. 273.247); največ jih je v občinah Videm / Udine (7.519), Cervignano (822), Latisana (756), Codroipo (596) in Lignano (524);
- po absolutnih vrednostih ima največ tujk bivališče v občini Trst (10.256); sledijo občine Videm / Udine (7.519), Pordenon / Pordenone (3.723) in Tržič / Monfalcone (2.701); v tej občini pa beležimo najvišji odstotni delež: 9,6% prebivalstva in 19,4% vseh žensk z bivališčem v občini; po odstotnih vrednostih sledijo občine Prata di Pordenone (9%), Pravidomini (8,5%) in Pasiano di Pordenone (8,4%);
- opozoriti moramo, da je delež žensk posebej visok v manjših občinah, ki se pogosto nahajajo v goratih predelih, kjer te ženske nudijo nego in oskrbo starejšim osebam.

Preglednica 2.2.b. Prebivalstvo v pokrajinah Furlanije - Julijske krajine po spolu
(z bivališčem na dan 1. januarja 2018)

Bivša pokrajina	Skupno št. prebiv.	Št. žensk	Tuji državlj. Sk.		Tuje državljanke			
			št.	% sk. preb.	št.	% sk. preb.	% tuj. držav.	% ž. preb.
Gorica	139.439	71.106	13.423	9,6	6.471	4,6	48,2	9,1
Pordenone	312.080	159.103	31.661	10,1	16.623	5,3	52,5	10,4
Trst	234.638	122.297	21.747	9,3	10.749	4,6	49,4	8,8
Videm	529.381	273.247	39.821	7,5	21.985	4,2	55,2	8,0
FJK skupaj	1.215.538	625.753	106.652	8,8	55.828	4,6	52,3	8,9

Preglednica 2.2.c. Prebivalstvo v pokrajinah Furlanije - Julijske krajine z visokim številom tujk (>200) po prisotnosti tujk z bivališčem na dan 1. januarja 2018

Občina	Skupno št. prebiv.	Št. žensk	Tuji državlj. Sk.		Tuje državljanke			
			št.	% sk. preb.	št.	% sk. preb.	% tujih držav.	% ž. preb.
Trst	204.338	106.653	20.889	10,2	10.256	5,0	49,1	9,6
Videm	99.518	53.273	13.979	14,0	7.519	7,6	53,8	14,1
Pordenon	51.127	26.725	7.075	13,8	3.723	7,3	52,6	13,9
Tržič	28.107	13.932	6.181	22,0	2.701	9,6	43,7	19,4
Gorica	34.411	17.838	3.244	9,4	1.659	4,8	51,1	9,3
Sacile	19.905	10.262	2.121	10,7	1.154	5,8	54,4	11,2
Cervignano	13.881	7.010	1.662	12,0	822	5,9	49,5	11,7
Azzano Decimo	15.744	7.968	1.497	9,5	779	4,9	52,0	9,8
Spilimbergo	12.151	6.235	1.518	12,5	769	6,3	50,7	12,3
Prata di PN	8.426	4.201	1.498	17,8	761	9,0	50,8	18,1
Latisana	13.478	7.003	1.268	9,4	756	5,6	59,6	10,8
San Vito al Tagl.	15.063	7.770	1.383	9,2	748	5,0	54,1	9,6
Pasiano di PN	7.736	3.876	1.283	16,6	646	8,4	50,4	16,7
Porcia	15.280	7.869	1.180	7,7	636	4,2	53,9	8,1
Cordenons	18.210	9.337	1.060	5,8	609	3,3	57,5	6,5
Codroipo	16.165	8.204	1.111	6,9	596	3,7	53,6	7,3
Maniago	11.746	5.987	1.147	9,8	587	5,0	51,2	9,8
Fontanafredda	12.521	6.332	1.065	8,5	584	4,7	54,8	9,2
Aviano	9.080	4.574	1.039	11,4	530	5,8	51,0	11,6
Lignano	6.948	3.556	924	13,3	524	7,5	56,7	14,7
Brugnera	9.290	4.642	1.012	10,9	519	5,6	51,3	11,2
Čedad	11.176	5.888	888	7,9	487	4,4	54,8	8,3
Tavagnacco	14.981	7.866	863	5,8	487	3,3	56,4	6,2
Casarsa	8.404	4.184	902	10,7	460	5,5	51,0	11,0
Fiume Veneto	11.729	5.985	799	6,8	422	3,6	52,8	7,1
Ronke	11.971	6.142	793	6,6	403	3,4	50,8	6,6
Pasian di Prato	9.363	4.876	694	7,4	392	4,2	56,5	8,0
Manzano	6.431	3.307	742	11,5	382	5,9	51,5	11,6
S. Giovanni al N.	6.137	3.032	738	12,0	366	6,0	49,6	12,1
Zoppola	8.483	4.214	666	7,9	345	4,1	51,8	8,2
Čenta	8.964	4.683	595	6,6	342	3,8	57,5	7,3
San Daniele	7.987	4.206	610	7,6	339	4,2	55,6	8,1
Gradež	8.173	4.214	578	7,1	319	3,9	55,2	7,6
Pozzuolo	6.927	3.564	569	8,2	305	4,4	53,6	8,6
Tricesimo	7.687	4.041	559	7,3	300	3,9	53,7	7,4
S. Giorgio d. Rich.	4.633	2.218	722	15,6	298	6,4	41,3	13,4
Pravisdomini	3.500	1.723	626	17,9	297	8,5	47,4	17,2
Campoformido	7.891	4.060	491	6,2	286	3,6	58,2	7,0
Gumin	10.869	5.621	476	4,4	276	2,5	58,0	4,9
Chions	5.180	2.643	470	9,1	266	5,1	56,6	10,1
Palmanova	5.419	2.799	455	8,4	265	4,9	58,2	9,5
Rivignano Teor	6.265	3.147	470	7,5	253	4,0	53,8	8,0

S. Giorgio di Nog.	7.467	3.796	513	6,9	247	3,3	48,1	6,5
Fagagna	6.296	3.234	414	6,6	231	3,7	55,8	7,1
Milje	13.111	6.793	365	2,8	226	1,7	61,9	3,3
Majano	5.932	3.062	368	6,2	220	3,7	59,8	7,2
Valvasone Arzene	3.921	1.998	410	10,5	216	5,5	52,7	10,8
Krmin	7.347	3.866	422	5,7	215	2,9	50,9	5,6
Roveredo in Piano	5.939	3.033	421	7,1	213	3,6	50,6	7,0
Tolmeč	10.191	5.315	320	3,1	211	2,1	65,9	4,0
Sesto al Reghena	6.367	3.198	355	5,6	208	3,3	58,6	6,5
Štarančan	7.297	3.662	434	5,9	207	2,8	47,7	5,7
Buja	6.484	3.350	372	5,7	206	3,2	55,4	6,1
Caneva	6.339	3.259	318	5,0	205	3,2	64,5	6,3

Razdelek se zaključuje z analizo demografskega stanja v deželi glede na priseljevanje in odseljevanje tujk v zadnjih letih. Iz preglednice 2.2.D izhaja, da je razmerje med priseljenimi in izseljenimi tujkami skoraj vedno pozitivno. Ker gre za mlajšo populacijo, beležimo več rojstev kot smrti. Tudi število žensk, ki se selijo v tujino ali v druge občine, je nižje od števila priseljenk, kar pomeni, da je dežela Furlanija - Julijska krajina zanje še vedno vabljiva. Vključevanje in izključevanje žensk iz evidenc prebivalstva zaradi drugih razlogov, zadeva - kot potrjuje nacionalni statistični urad ISTAT - predvsem popravke matičnih podatkov po pridobitvah dovoljenj ali po inšpekcijah; k temu gre dodati še primere, ko ženske ne izpolnjujejo pogojev za vpis v evidenco, ne obnovijo izjave o bivališču, jim poteče dovoljenje za bivanje ali niso dosegljive. Saldo teh vrednosti je vedno negativen. Zadnji podatek, ki smo ga upoštevali, je podatek o državljanstvu. Število novih državljanek je naraslo, in sicer od 149 enot leta 2011 na 1.851 enot leta 2017; največ oseb (2.756) je prejele državljanstvo Republike Italije leta 2015. Prejele so ga predvsem Albanke (22%), Romunke (9%), Maročanke (6%) in Bengalke (4%). Ta kazalnik je pomemben, saj moramo upoštevati dejstvo, da se ob pridobitvi italijanskega državljanstva oseba črta iz evidence tujcev z bivališčem na ozemlju R. Italije in se vključi v seznam državljanov s stalnim bivališčem na območju države. Ženske pridobijo državljanstvo Republike Italije predvsem na podlagi večletnega bivanja na ozemlju države (46%), na podlagi prenosa ali sprejetja v državljanstvo (36%) in le v manjši meri po poroki z italijanskim državljanom (18%). Nenazadnje velja izpostaviti, da je rodnost med tujkami (2,03 otroka) primerjalno z italijanskimi državljanjkami (1,21 otroka) višja, povprečna starost ob porodu pa nižja (28,9 let vs. 32,8 let).

Preglednica 2.2.d. Demografska bilanca tujk v Furlaniji - Julijski krajini in v posameznih pokrajinah

Kazalnik	Furlanija - Julijska krajina				GO	PN	TS	UD
	2011	2013	2015	2017				
Tuje državljanke (1. januarja)	50.753	53.864	56.614	55.357	6.214	16.769	10.369	22.005
Živorrojene	195	777	709	712	122	238	114	238
Umrle	7	85	84	104	14	32	22	36
Naravni prirast	188	692	625	608	108	206	92	202
Priseljene iz drugih občin	826	3.353	3.213	3.299	386	1.175	286	1.452
Odseljene v druge občine	755	3.096	2.812	2.844	304	1.031	193	1.316
Notranji selitveni prirast	71	257	401	455	82	144	93	136
Priseljene iz tujine	840	2.998	2.307	2.752	449	748	645	910
Odseljene v tujino	149	697	815	832	116	262	98	356
Selitveni prirast (tujina)	691	2.301	1.492	1.920	333	486	547	554
Skupni selitveni prirast	762	2.558	1.893	2.375	415	630	640	690
Vpisane iz drugih razlogov	105	2.440	325	386	49	127	56	154
Izpisane iz drugih razlogov	608	1.551	1.120	1.047	149	393	120	385
Saldo - drugi razlogi	-503	889	-795	-661	-100	-266	-64	-231
Saldo - sel. prir./ dr. razlogi	259	3.447	1.098	1.714	315	364	576	459
Pridob. ital. državljanstva	149	1.471	2.756	1.851	166	716	288	681
Vpisane skupaj	1.966	9.568	6.554	7.149	1.006	2.288	1.101	2.754
Izpisane skupaj	1.668	6.900	7.587	6.678	749	2.434	721	2.774
Skupni saldo	298	2.668	-1.033	471	257	-146	380	-20
Tuje državlj. (31. decembra)	51.051	56.532	55.581	55.828	6.471	16.623	10.749	21.985

3. Matična območja (države) priseljenk

3.1. Republika Slovenija

Preglednica 3.1.A kaže, da največji delež v Slovenijo priseljenih žensk (s 126 različnimi državljanstvi) v razdobju 2011-18 predstavljajo priseljenke iz nekdanje Jugoslavije (71,3% leta 2018), nato priseljenke iz držav Evropske unije (16,7%) in iz drugih držav (12%). Približno 90% vseh priseljenk prihaja torej iz evropskih držav

Preglednica 3.1.a. Tujke v Sloveniji po območju (državljanstvu) (z bivališčem v državi na dan 1. januarja)

Območje		2011	2013	2015	2017	2018
Bivša Jugoslavija	št.	18.953	23.064	24.115	28.551	30.673
	%	78,8	78,8	70,5	71,2	71,3
Evropska Unija	št.	2.260	2.906	6.239	6.838	7.192
	%	9,4	9,9	18,3	17,0	16,7
Drugo	št.	2.836	3.294	3.826	4.735	5.154
	%	11,8	11,3	11,2	11,8	12,0
Skupaj	št.	24.049	29.264	34.180	40.124	43.019
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Iz preglednice 3.1.B izhaja, da je delež tujk, ki so v Sloveniji živele v razdobju 2011-17, najvišji v starostni stopnji 30-34 in 35-39 let, in sicer znaša 12,8 % in 11,3 %. Povprečna starost tujk je 33,7 let. V distribuciji prihaja vsekakor do razlik glede na celino, iz katere prihajajo migrantke. V primeru ekonomsko manj razvitih držav (afriških, azijskih, karibskih, srednje- in južnoameriških) opažamo več migrantk iz starostne skupine 15-54 let. V primeru ekonomsko razvitejših držav (srednjeameriških in oceanskih) prihaja več migrantk iz starejših starostnih skupin. Te razlike izhajajo neposredno iz vzrokov migracije. Medtem ko ženske iz manj razvitih držav prihajajo v Slovenijo predvsem iz ekonomskih razlogov (in iskanju dela) oz. zaradi poroke, se ženske razvitejših držav selijo iz drugih razlogov, npr. zaradi želje po boljši kakovosti življenja, prijaznejšega podnebja, ekonomsko ugodnejšega življenja itd.

Preglednica 3.1.b. Tujke v Sloveniji po območju (državljanstvu) in starostni stopnji (z bivališčem na dan 1. januarja 2017)

Območje		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Evropa	št.	2.850	2.260	1.738	1.845	2.647	4.106	4.779	4.221	3.744	2.965
	%	7,4	5,9	4,5	4,8	6,9	10,7	12,5	11,0	9,8	7,7
Afrika	št.	1	3	3	5	4	13	32	14	11	2
	%	1,0	3,1	3,1	5,2	4,2	13,5	33,3	14,6	11,5	2,1
Azija	št.	53	70	45	41	58	135	201	208	152	96
	%	4,4	5,8	3,8	3,4	4,8	11,3	16,8	17,4	12,7	8,0
Severna Amerika	št.	10	18	12	6	8	18	18	20	17	15
	%	5,2	9,4	6,3	3,1	4,2	9,4	9,4	10,5	8,9	7,9
Karibi, Sr.-Juž. Amerika	št.	3	6	12	12	16	48	86	74	45	20
	%	0,9	1,7	3,5	3,5	4,7	14,0	25,0	21,5	13,1	5,8
Oceanija	št.	-	1	2	-	-	-	-	3	4	-
	%	-	3,8	7,7	-	-	-	-	11,5	15,4	-
Skupaj RS	št.	2.917	2.358	1.812	1.909	2.733	4.320	5.116	4.540	3.973	3.098
	%	7,3	5,9	4,5	4,8	6,8	10,8	12,8	11,3	9,9	7,7

Območje		50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	≥90	Skupaj
Evropa	št.	2.258	1.582	1.122	797	460	402	268	147	79	38.270
	%	5,9	4,1	2,9	2,1	1,2	1,1	0,7	0,4	0,2	100,0
Afrika	št.	5	2	-	-	1	-	-	-	-	96
	%	5,2	2,1	-	-	1,0	-	-	-	-	100,0
Azija	št.	78	28	14	11	4	2	1	0	0	1.197
	%	6,5	2,3	1,2	0,9	0,3	0,2	0,1	-	-	100,0
Severna Amerika	št.	10	8	8	12	3	1	5	1	1	191
	%	5,2	4,2	4,2	6,3	1,6	0,5	2,6	0,5	0,5	100,0
Karibi, Sr.-Juž. Amerika	št.	9	4	3	3	2	1	-	-	-	344
	%	2,6	1,2	0,9	0,9	0,6	0,3	-	-	-	100,0
Oceanija	št.	1	2	1	3	6	2	-	1	-	26
	%	3,8	7,7	3,8	11,5	23,1	7,7	-	3,8	-	100,0
Skupaj RS	št.	2.361	1.626	1.148	826	476	408	274	149	80	40.124
	%	5,9	4,1	2,9	2,1	1,2	1,0	0,7	0,4	0,2	100,0

Kategorija »Evropa« zaobjema zelo različne države: po eni strani so to države članice Evropske unije, po drugi strani pa države (kot na primer večina držav bivše Jugoslavije), ki niso članice Evropske unije in so ekonomsko revnejše oz. politično manj stabilne od prvih. V preglednici 3.1.C so prikazani izbrani podatki za ekonomsko manj razvite države, ki predstavljajo glavne vire prise-

ljevanja v Slovenijo. V razdobju 2011-17 je največ žensk prišlo v Slovenijo iz Bosne in Hercegovine (14.341); sledijo Kosovo (5.945), Makedonija (4.853), Hrvaška (3.187) in Srbija (3.060). Ženske, ki prihajajo iz Makedonije, so po navadi albanske narodnosti. Na splošno predvidevamo, da so ženske, ki prihajajo iz zgoraj navedenih držav, predvsem ekonomske migrantke in/ali žene, ki se pridružujejo možem, ki že delajo v Sloveniji (npr. Albanke).

Preglednica 3.1.c. Najpomembnejše evropske države, iz katerih prihajajo ženske v Slovenijo (z bivališčem na dan 1. januarja 2018, razvrščeno glede na število tujk)

Država	2011	2013	2015	2017		
				Ž	Ž+M	% Ž/M
BiH	8.194	10.043	11.986	14.341	50.378	28,5
Kosovo	2.457	3.683	4.653	5.945	14.397	41,3
Makedonija	3.222	3.885	4.329	4.853	10.835	44,8
Hrvaška	2.609	2.779	2.971	3.187	9.230	34,5
Srbija	2.205	2.351	2.791	3.060	10.632	28,8
Rusija	423	559	884	1.310	2.341	56,0
Ukrajina	897	989	1.043	1.218	1.898	64,2
Slovaška	224	266	303	291	455	64,0
Romunija	144	158	189	196	392	50,0

V preglednici 3.1.D so podani podatki za ženske s stalnim bivališčem v Sloveniji, ki prihajajo iz azijskih držav. V razdobju 2011-17 je največ žensk prišlo iz Kitajske (490), Tajske (213), Filipinov (94) in Kazahstana (57).

Preglednica 3.1.d. Najpomembnejše azijske države, iz katerih prihajajo ženske v Slovenijo (z bivališčem na dan 1. januarja 2018, razvrščeno glede na število tujk)

Država	2011	2013	2015	2017		
				Ž	Ž+M	% Ž/M
Kitajska	388	433	453	490	1.082	45,3
Tajska	159	184	191	213	238	89,5
Filipini	45	63	79	94	113	83,2
Kazahstan	16	19	33	57	114	50,0
Japonska	26	31	36	41	79	51,9
Indija	17	22	28	38	136	27,9
Turčija	20	17	26	37	145	25,5
Iran	10	11	17	31	90	34,4
Indonezija	10	19	23	29	37	78,4
Sirija	4	4	16	24	84	28,6
Vietnam	4	10	12	18	19	94,7
Južna Koreja	11	11	15	15	21	71,4

Po podatkih iz preglednice 3.1.E je število žensk, ki prihajajo v Slovenijo s Karibov in Južne oz. Srednje Amerike, nižje od števil žensk iz Azije, a višje od števila žensk, ki prihajajo iz Afrike ali Oceanije. Največ jih prihaja iz Dominikanske republike (141), Brazilije (66), Kube (30) in Kolumbije (26).

Preglednica 3.1.e. Najpomembnejše države na območju Karibov ter Srednje in Južne Amerike, iz katerih prihajajo ženske v Slovenijo (z bivališčem na dan 1. januarja 2018, razvrščeno glede na število tujk)

Država	2011	2013	2015	2017		
				Ž	Ž+M	% Ž/M
Dominikanska rep.	142	141	135	141	163	86,5
Brazilija	43	50	55	66	100	66,0
Kuba	23	22	25	30	58	51,7
Kolumbija	15	19	20	26	33	78,8
Peru	9	11	12	19	34	55,9
Mehika	9	12	15	16	41	39,0
Venezuela	10	13	13	16	27	59,3
Argentina	11	12	11	10	23	43,5
Bolivija	1	1	1	4	5	80,0
Čile	3	1	2	3	10	30,0
Ekvador	2	3	3	3	5	60,0
Nikaragva	3	3	2	3	3	100,0

Iz afriških držav (preglednica 3.1.F) prihaja zanemarljivo število žensk; samo število Nigerijk in Maročank dosega ali presega deset enot.

Preglednica 3.1.f. Najpomembnejše afriške države, iz katerih prihajajo ženske v Slovenijo (z bivališčem na dan 1. januarja 2018, razvrščeno glede na število tujk)

Država	2011	2013	2015	2017		
				Ž	Ž+M	% Ž/M
Nigerija	7	9	11	12	60	20,0
Maroko	3	6	8	10	16	62,5
Kenija	5	6	8	9	13	69,2
Somalija	2	4	13	9	28	32,1
Južna Afrika	5	6	7	7	18	38,9
Tunizija	1	1	2	7	59	11,9
Egipt	7	2	5	6	74	8,1
Madagaskar	1	2	2	5	6	83,3
Alžirija	3	1	1	4	14	28,6
Gana	2	2	2	4	17	23,5
Zambija	0	0	1	3	4	75,0

Primerjalni podatki za leti 2011 in 2015 o državi, v kateri je oseba imela prvo stalno bivališče (preglednica 3.1.G), kažejo, da je bilo skupno število žensk, ki prihajajo iz držav nekdanje Jugoslavije in ki živijo v Sloveniji, veliko višje leta 2011 (+23.601 enot), medtem ko je bilo število vseh registriranih tujk višje leta 2015 (+4.701 enot). Podatki o ženskah, ki prihajajo iz držav članic Evropske unije, kažejo nasprotno sliko: večina teh žensk ima slovensko državljanstvo (29.022 leta 2015; 8.591 leta 2011). Ženske, ki prihajajo iz drugih evropskih ali azijskih držav, so predvsem tuje državljanke. Če podrobneje analiziramo podatke o državah nekdanje Jugoslavije, opazimo, da število tujih državljanov narašča, predvsem tistih iz Bosne in Hercegovine (11.247 leta 2015; 7.941 leta 2011) in iz Kosova (3.635 vs. 1.906. Leta 2015 so bile ženske, ki so prišle iz Kosova, v 82,7% primerov tuje državljanke. Prav tako je visok odstotek žensk s tujim državljanstvom, ki prihajajo iz Makedonije (65,7%); nadalje domnevamo, da je večina teh žensk albanske narodnosti. V vseh drugih primerih je stanje nasprotno.

Preglednica 3.1.g. Tujke glede na državljanstvo in območje/državo prvega stalnega bivališča

Območje/država prvega prebivališča	2011		2015	
	Slovenske državljanke	Tuje državljanke	Slovenske državljanke	Tuje državljanke
Bivša Jugoslavija	64.045	17.546	40.444	22.247
	78,5	21,5	64,5	35,5
BiH	28.688	7.941	28.247	11.249
	78,3	21,7	71,5	28,5
Črna gora	1.023	238	1.004	306
	81,1	18,9	76,6	23,4
Kosovo	738	1.906	759	3.635
	27,9	72,1	17,3	82,7
Makedonija	2.076	3.018	2.147	4.120
	40,8	59,2	34,3	65,7
Srbija	8.644	2.320	8.287	2.937
	78,8	21,2	73,8	26,2
Evropska unija	8.591	2.158	29.022	5.352
	79,9	20,1	84,4	15,6
Druge evropske države	1.154	1.555	1.206	2.207
	42,6	57,4	35,3	64,7
Afrika	141	53	143	88
	72,7	27,3	61,9	38,1
Azija	168	680	198	938
	19,8	80,2	17,4	82,6
Srednja in severna Amerika	458	288	425	314
	61,4	38,6	57,5	42,5
Južna Amerika	260	101	270	126
	72,0	28,0	68,2	31,8
Avstralija, Oceanija	191	26	149	27
	88,0	12,0	84,7	15,3

3.2. Avtonomna dežela Furlanija - Julijska krajina

Kar zadeva Furlanijo - Julijsko krajino, sta na dan 1. januarja 2018 dve tretjini oseb s tujim državljanstvom (67,5%) izvirali iz držav članic Evropske unije (36.648) oz. iz drugih držav (35.250). Manjši deleži (< 10%) predstavljajo tujci, ki prihajajo iz Srednje in Vzhodne Azije (9.837), Zahodne in Severne Afrike (6.798 vs. 6.157) in Vzhodne Azije (4.962) - prim. preglednica 3.2.a. Tujke so predvsem (72,1%) državljanke držav članic Evropske unije (20.722 enot) ali drugih evropskih držav (19.564). Manjši (ok. 5%) so deleži žensk iz drugih pomembnejših območij priseljevanja, npr. iz Srednje in Južne Azije (3.041), Severne in Zahodne Afrike (2.876 vs. 2.823) in Zahodne Azije (2.661).

Preglednica 3.2.a. Tujci z bivališčem v Furlaniji - Julijski krajini glede na območje državljanstva (z bivališčem na dan 1. januarja 2018)

Območje	M		Ž		Skupaj	
	št.	%	št.	%	št.	%
Evropska unija	15.926	31,3	20.722	37,1	36.648	34,4
Druge evropske države	15.686	30,9	19.564	35,0	35.250	33,1
Severna Afrika	3.281	6,5	2.876	5,2	6.157	5,8
Zahodna Afrika	3.975	7,8	2.823	5,1	6.798	6,4
Vzhodna Afrika	216	0,4	295	0,5	511	0,5
Osrednje južna Afrika	398	0,8	411	0,7	809	0,8
Zahodna Azija	685	1,3	732	1,3	1.417	1,3
Vzhodna Azija	2.301	4,5	2.661	4,8	4.962	4,7
Osrednje južna Azija	6.796	13,4	3.041	5,4	9.837	9,2
Severna Amerika	260	0,5	214	0,4	474	0,4
Srednja in južna Amerika	1.247	2,5	2.431	4,4	3.678	3,4
Oceanija	22	0,0	26	0,0	48	0,0
Brez državljanstva	31	0,1	32	0,1	63	0,1
Skupaj	50.824	100,0	55.828	100,0	106.652	100,0

Iz preglednice 3.2.b so razvidni podatki o distribuciji tujk na ozemlju štirih pokrajin. Upoštevati moramo dejstvo, da so absolutne vrednosti tujih državljanek najvišje na Videmskem in Pordenonskem. Ob tem pa lahko dodatno opozorimo na naslednje specifikke:

- število žensk iz Srednje in Južne Azije (1.098; 17%) na Goriškem;
- prisotnost migrantk iz Zahodne Afrike (1.407; 8,5%), iz Srednje Afrike (923; 5,6%) ter iz Srednje in Južne Azije (1.303; 7,8%) na Pordenonskem;
- prisotnost žensk iz Vzhodne Azije (699; 6,5%) in iz Srednje oz. Južne Amerike (449; 4,2%) na Tržaškem;
- prisotnost žensk iz Severne Afrike (1.382; 6,3%) na Videmskem.

Preglednica 3.2.b. Tujke v posameznih pokrajinah Furlanije - Julijske krajine glede na območje državljanstva (z bivališčem na dan 1. januarja 2018)

Območje	Gorica		Pordenon		Trst		Videm	
	št.	%	št.	%	št.	%	št.	%
Evropska unija	2.271	35,1	6.600	39,7	3.799	35,3	8.052	36,6
Druge evropske države	1.995	30,8	4.845	29,1	4.772	44,4	7.952	36,2
Severna Afrika	336	5,2	923	5,6	235	2,2	1.382	6,3
Zahodna Afrika	145	2,2	1.407	8,5	159	1,5	1.112	5,1
Vzhodna Afrika	20	0,3	63	0,4	51	0,5	161	0,7
Osrednje južna Afrika	10	0,2	145	0,9	136	1,3	120	0,5
Zahodna Azija	51	0,8	88	0,5	178	1,7	415	1,9
Vzhodna Azija	315	4,9	497	3,0	699	6,5	1.150	5,2
Osrednje južna Azija	1.098	17,0	1.303	7,8	199	1,9	441	2,0
Severna Amerika	12	0,2	95	0,6	64	0,6	43	0,2
Srednja in južna Amerika	213	3,3	630	3,8	449	4,2	1.139	5,2
Oceanija	4	0,1	2	0,0	8	0,1	12	0,1
Brez državljanstva	1	0,0	25	0,2	0	0,0	6	0,0
Skupaj	6.471	100,0	16.623	100,0	10.749	100,0	21.985	100,0

Če podrobneje pregledamo podatke o matični državi (preglednica 3.2.C), opazimo, da je tujcev iz Romunije približno četrtnina (24.606; 23,1%); sledijo tujci iz Albanije (9.670; 9,1%), Srbije (6.936; 6,5%) in Ukrajine (5.368; 5,0%). Tuje ženske (154 različnih državljanstev) iz omenjenih držav predstavljajo 25-odstotni (13.964), 8,8-odstotni (4.906), 6,3-odstotni (3.499) in 7,7-odstotni delež (4.272). Na splošno lahko rečemo, da tujke živijo predvsem v glavnih mestih, k temu pa moramo še dodati, da je prisotnost Romunk posebej relevantna v občinah Tržič, Prata di Pordenone, San Vito al Tagliamento, Pasiano di Pordenone, Cordenons in Azzano Decimo; Albanke so prisotne predvsem v občini Sacile, Bengalke pa v Tržiču.

Preglednica 3.2.c. Tujci z bivališčem v Furlaniji - Julijski krajini glede na območje državljanstva in pokrajino (število prebivalcev 1. januarja 2018, razvrščeno glede na število tujk ≥ 500 enot)

Država	Moški+ženske		Ženske					
	št.	%	št.	%	Gorica	Pordenon	Trst	Videm
Romunija	24.606	23,1	13.964	25,0	1.200	5.476	1.794	5.494
Albanija	9.670	9,1	4.906	8,8	237	2.146	322	2.201
Ukrajina	5.368	5,0	4.272	7,7	336	1.089	553	2.294
Srbija	6.936	6,5	3.499	6,3	162	145	2.338	854
Maroko	4.045	3,8	2.016	3,6	218	745	120	933
Kitajska	3.763	3,5	1.907	3,4	252	391	544	720
Hrvaška	3.916	3,7	1.638	2,9	223	197	658	560
Kosovo	3.468	3,3	1.599	2,9	347	190	536	526
Bangladeš	3.867	3,6	1.596	2,9	1.070	316	79	131
Moldavija	2.195	2,1	1.484	2,7	117	536	269	562
BiH	3.130	2,9	1.397	2,5	392	172	242	591
Makedonija	2.811	2,6	1.330	2,4	288	370	167	505
Gana	2.565	2,4	1.174	2,1	10	727	-	437
Poljska	1.536	1,4	1.072	1,9	143	242	161	526
Indija	2.260	2,1	1.014	1,8	10	790	30	184
Rusija	815	0,8	646	1,2	78	151	141	276
Nigerija	1.342	1,3	644	1,2	29	136	57	422
Slovenija	1.232	1,2	620	1,1	265	17	228	110
Kolumbija	982	0,9	617	1,1	29	172	123	293

Nadaljnje preglednice ponujajo podatke o državljanstvu tujk na območju dežele glede na celino izvora (podatki se nanašajo na 1. januar 2018).

Med evropskimi državami je na vrhu lestvice Romunija (14 tisoč migrantk), sledijo pa Albanija (4.906), Ukrajina (4.272) in Srbija (3.499). Znatna je tudi prisotnost migrantk iz drugih držav bivše Jugoslavije, in sicer s Hrvaške, iz Kosova, Bosne in Hercegovine in Slovenije (620-1.638 žensk).

Preglednica 3.2.d. Najpomembnejše evropske države, iz katerih prihajajo ženske v Furlanijo - Julijsko krajino (z bivališčem na dan 1. januarja 2018, razvrščeno glede na število tujk)

Država	2011	2013	2015	2017	2018		
					Ž	Ž+M	% Ž/M
Romunija	10.604	11.509	13.141	13.530	13.964	24.606	56,8
Albanija	6.351	6.213	5.903	5.065	4.906	9.670	50,7
Ukrajina	3.800	3.716	4.135	4.285	4.272	5.368	79,6
Srbija	4.248	3.694	3.973	3.496	3.499	6.936	50,4

Hrvaška	1.910	1.652	1.716	1.633	1.638	3.916	41,8
Kosovo	785	1.416	1.527	1.640	1.599	3.468	46,1
Moldavija	1.538	1.645	1.616	1.511	1.484	2.195	67,6
BiH	1.637	1.718	1.636	1.437	1.397	3.130	44,6
Makedonija	1.510	1.415	1.437	1.355	1.330	2.811	47,3
Poljska	1.103	1.071	1.086	1.067	1.072	1.536	69,8
Rusija	536	554	596	623	646	815	79,3
Slovenija	561	529	581	599	620	1.232	50,3
Bolgarija	354	373	444	447	481	721	66,7
Gruzija	71	129	241	366	451	496	90,9
Nemčija	459	419	408	412	409	670	61,0

Med afriškimi državami sta na vrhu lestvice matičnih držav migrantk Maroko (2.016 enot) in Gana (1.174 enot), sledijo Nigerija (644), Tunizija (429), Burkina Faso (320) itd.

Preglednica 3.2.e. Najpomembnejše afriške države, iz katerih prihajajo ženske v Furlanijo - Julijsko krajino (z bivališčem na dan 1. januarja 2018, razvrščeno glede na število tujk)

Država	2011	2013	2015	2017	2018		
					Ž	Ž+M	% Ž/M
Maroko	1.929	2.075	2.093	2.025	2.016	4.045	49,8
Gana	2.164	2.012	1.681	1.318	1.174	2.565	45,8
Nigerija	540	564	572	604	644	1.342	48,0
Tunizija	410	419	421	437	429	1.097	39,1
Burkina Faso	292	320	328	324	320	790	40,5
Alžirija	462	446	424	343	313	634	49,4
Senegal	251	276	297	295	310	1.066	29,1
Kamerun	187	180	204	204	218	424	51,4
Slonok. obala	182	186	168	137	146	325	44,9
Etiopija	156	149	143	128	133	199	66,8
Kongo, Dem. rep.	155	97	112	101	97	186	52,2
Egipt	80	80	78	91	95	305	31,1
Togo	72	84	86	78	88	240	36,7
Mali	26	25	26	36	41	161	25,5
Benin	41	41	42	43	39	80	48,8

Ko je govoru Aziji, je potrebna ločitev med matičnimi državami in območji migracijskih tokov. Iz Vzhodne Azije prihaja največ Kitajk (1.907) in Filipink (466). Iz Srednje in Južne Azije prihaja največ Bengalk (1.596) in Indijk (1.014). Iz Zahodne Azije prihajajo Iranke (67) in Armenke (54), v primeru slednjih gre za dokaj zanemarljive vrednosti (Preglednica 3.2.f).

Preglednica 3.2.f. Najpomembnejše azijske države, iz katerih prihajajo ženske v Furlanijo - Julijsko krajino
(Z bivališčem na dan 1. januarja 2018, razvrščeno glede na število tujk)

Država	2011	2013	2015	2017	2018		
					Ž	Ž+M	% Ž/M
Kitajska	1.409	1.526	1.747	1.880	1.907	3.763	50,7
Bangladeš	1.095	1.230	1.429	1.462	1.596	3.867	41,3
Indija	913	967	991	1.013	1.014	2.260	44,9
Filipini	431	438	450	457	466	839	55,5
Pakistan	114	149	183	204	242	2.286	10,6
Tajska	138	142	133	150	154	162	95,1
Iran	59	60	60	68	67	167	40,1
Armenija	38	42	49	52	54	92	58,7
Afganistan	13	24	22	34	53	1.159	4,6
Šrilanka	47	41	42	49	50	128	39,1
Libanon	49	47	47	46	49	246	19,9
Japonska	39	39	42	39	43	58	74,1
Irak	15	15	13	9	37	239	15,5
Kazahstan	28	35	32	35	34	39	87,2
Uzbekistan	34	37	33	34	33	52	63,5
Indonezija	16	21	22	30	32	36	88,9

Matične države, iz katerih prihajajo migrantke iz Amerike, so predvsem Kolumbija (617), Dominikanska republika (454), Brazilija (447) in Kuba (305).

Preglednica 3.2.g. Najpomembnejše ameriške države, iz katerih prihajajo ženske v Furlanijo - Julijsko krajino
(z bivališčem na dan 1. januarja 2018, razvrščeno glede na število tujk)

Država	2011	2013	2015	2017	2018		
					Ž	Ž+M	% Ž/M
Kolumbija	776	721	685	621	617	982	62,8
Dominikanska R.	424	444	481	456	454	727	62,4
Brazilija	443	404	406	428	447	590	75,8
Kuba	239	254	283	304	305	411	74,2
ZDA	207	191	190	208	189	440	43,0
Peru	152	153	141	118	119	190	62,6
Venezuela	83	81	84	93	116	181	64,1
Argentina	177	144	138	112	109	196	55,6
Ekvador	93	80	73	77	76	124	61,3
Mehika	72	76	66	71	69	90	76,7
Kanada	31	33	27	23	25	34	73,5
Salvador	17	16	21	21	21	31	67,7
Bolivija	18	21	20	19	20	32	62,5
Čile	23	25	24	22	20	40	50,0
Honduras	12	12	12	17	19	23	82,6

Zadnji podatek, ki ga velja izpostaviti, je distribucija tujk po starostnih skupinah (Preglednica 3.2.h). Na dan 1. januarja 2018 so bili deleži na deželni ravni naslednji: 16,1% (do 14 leta starosti: 8.959), 28,2% (15-34 let, 15.746), 29,8% (35-49 let, 16.647), 19,4% (50-64 let, 10.825), 6,5% (nad 64 let, 3.651). Iz preglednice izhajajo, da so najštevilčnejše starostne skupine: 30-34 let (10,8%), 35-39 let (10,8%) in 40-44 let (10%). Povprečna starost tujk je 32,8 let in je rahlo nižja od deželnega povprečja (36,6).

Preglednica 3.2.h. Tujke v Furlaniji - Julijski krajini po pokrajini in starostni stopnji
(z bivališčem na dan 1. januarja 2018)

Pokr.		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Gorica	št.	1.211	1.205	933	745	1.134	1.820	2.292	2.434	2.218	2.039
	%	5,5	5,5	4,2	3,4	5,2	8,3	10,4	11,1	10,1	9,3
Pordenon	št.	535	441	310	206	387	605	743	699	610	563
	%	8,3	6,8	4,8	3,2	6,0	9,3	11,5	10,8	9,4	8,7
Trst	št.	568	563	406	343	561	882	1.151	1.123	1.102	953
	%	5,3	5,2	3,8	3,2	5,2	8,2	10,7	10,4	10,3	8,9
Videm	št.	1.097	985	705	617	945	1.498	1.817	1.748	1.665	1.493
	%	6,6	5,9	4,2	3,7	5,7	9,0	10,9	10,5	10,0	9,0
FJK skupaj	št.	3.411	3.194	2.354	1.911	3.027	4.805	6.003	6.004	5.595	5.048
	%	6,1	5,7	4,2	3,4	5,4	8,6	10,8	10,8	10,0	9,0

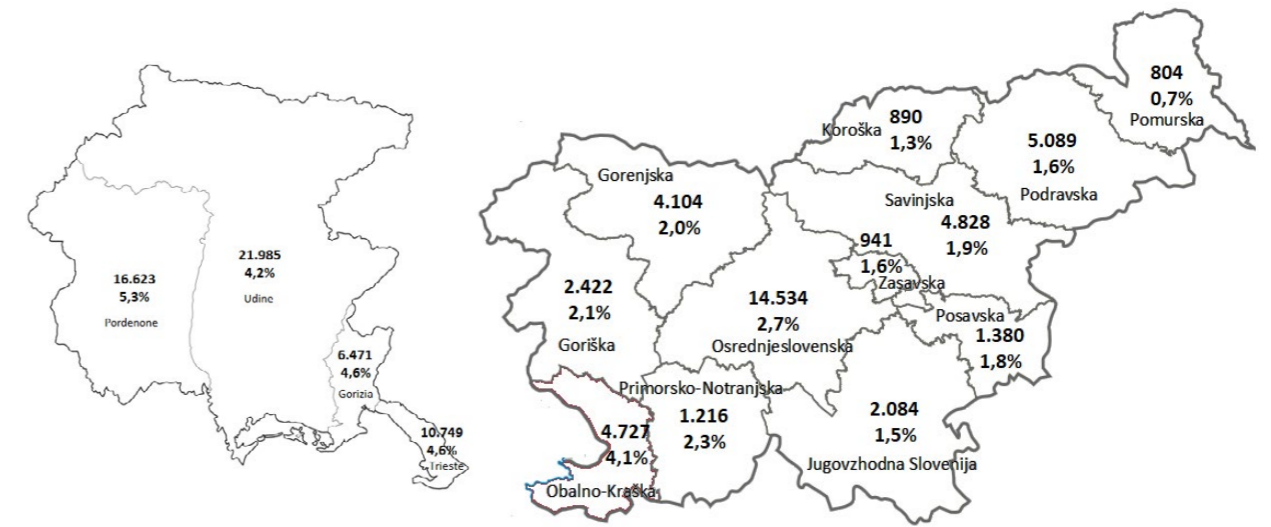
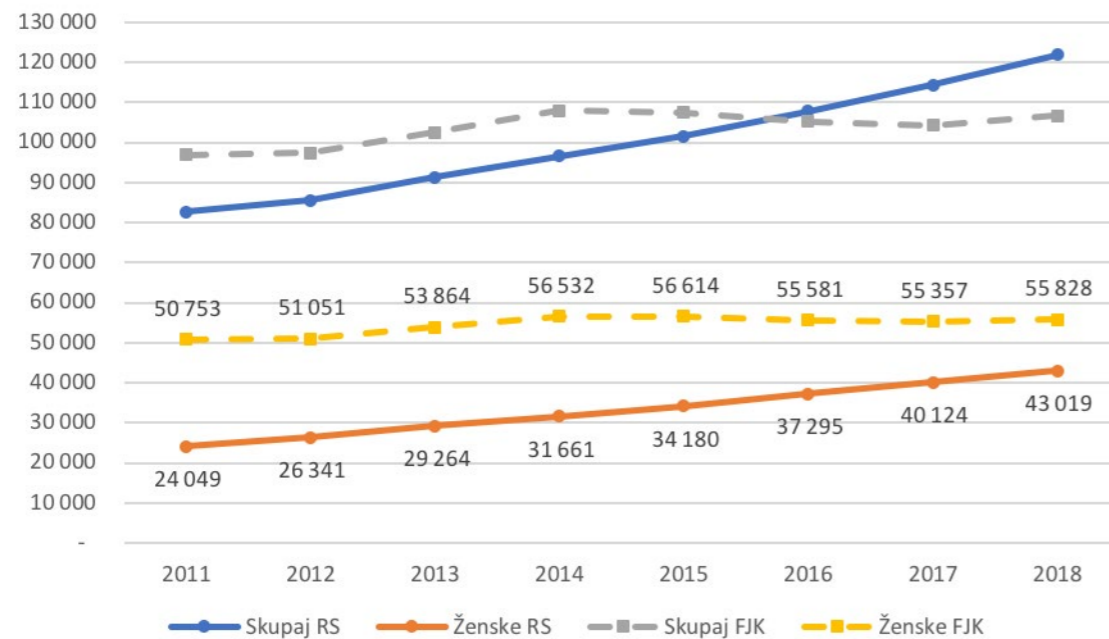
Pokr.		50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	≥90	Skupaj
Gorica	št.	1.704	1.598	1.207	760	318	189	98	53	27	21.985
	%	7,8	7,3	5,5	3,5	1,4	0,9	0,4	0,2	0,1	100,0
Pordenon	št.	452	338	220	192	74	48	26	12	10	6.471
	%	7,0	5,2	3,4	3,0	1,1	0,7	0,4	0,2	0,2	100,0
Trst	št.	829	766	650	424	187	119	76	27	19	10.749
	%	7,7	7,1	6,0	3,9	1,7	1,1	0,7	0,3	0,2	100,0
Videm	št.	1.234	1.049	778	469	249	153	76	27	18	16.623
	%	7,4	6,3	4,7	2,8	1,5	0,9	0,5	0,2	0,1	100,0
FJK skupaj	št.	4.219	3.751	2.855	1.845	828	509	276	119	74	55.828
	%	7,6	6,7	5,1	3,3	1,5	0,9	0,5	0,2	0,1	100,0

4. Sklep

Če povzamemo podatke, ki izhajajo iz analize, lahko ugotovimo, da:

- je število tujk v Sloveniji in v Furlaniji - Julijski krajini v porastu; predvidevamo lahko, da bo v prihodnosti še višje; do leta 2018 tujke predstavljale 4,1-odstotni delež (43.019 enot) v Sloveniji in 8,9-odstotni delež (55.828 enot) v Italiji; število migrantk v Sloveniji se je v razdobju 1996-2017 podvojilo.

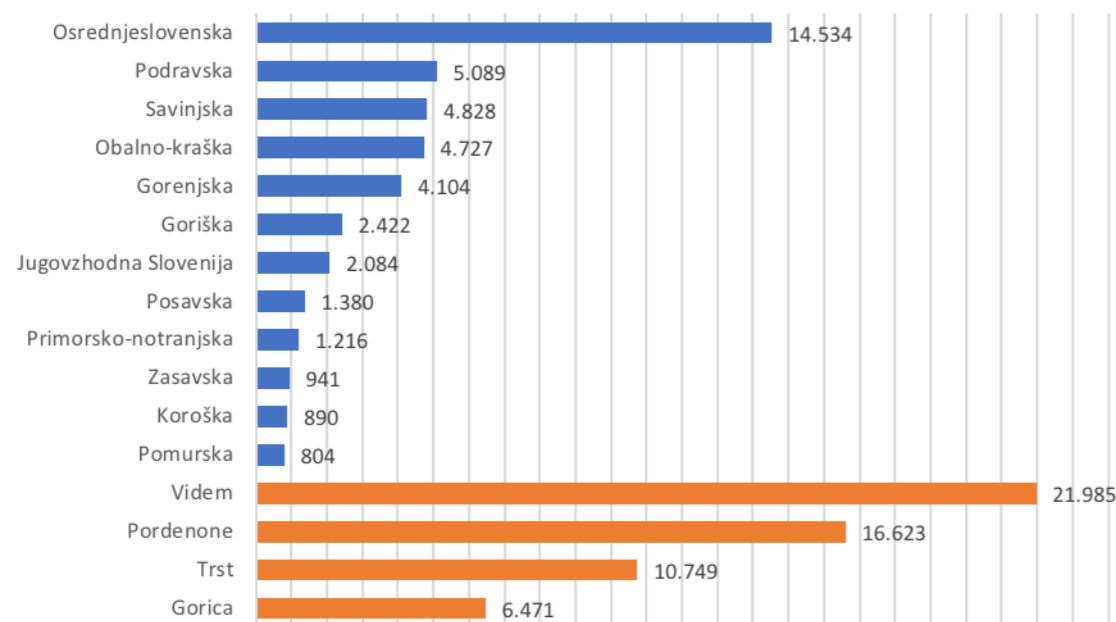
Graf. 4.1.a. Tujci v Sloveniji in Furlaniji - Julijski krajini (št.)
(z bivališčem v državi na dan 1. januarja)



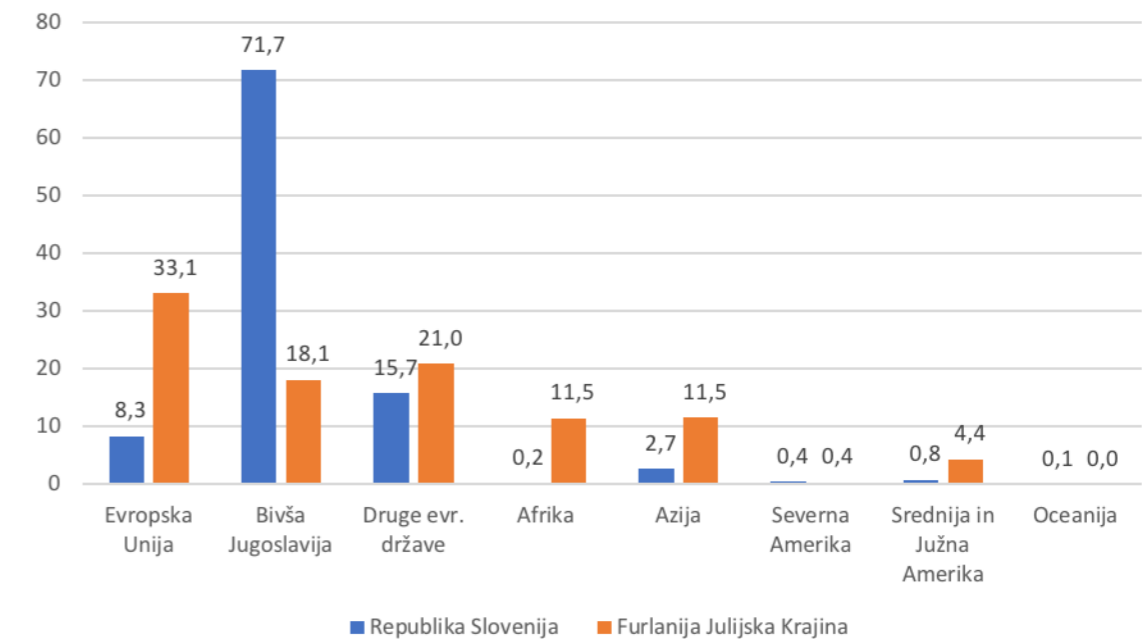
- Najvišje število tujk prihaja v Slovenijo iz držav nekdanje Jugoslavije (72%), predvsem iz Bosne in Hercegovine, Kosova, Makedonije in Hrvaške. Te ženske so predvsem ekonomske in delovne migrantke. V Furlanijo - Julijsko krajino prihaja največ tujk iz evropskih držav (72%), predvsem iz Romunije, Albanije, Ukrajine in Srbije.
- Druge migrantke prihajajo v Slovenijo iz Kitajske, Tajske, Dominikanske republike, Filipinov, Brazilije in Kazahstana, v Furlanijo - Julijsko krajino pa iz Maroka, Kitajske, Bangladeša, Gane, Indije, Nigerije in Kolumbije.
- Vzroki za migracije žensk iz ekonomsko manj razvitih držav so predvsem ekonomski (iskanje dela) ali družinski (spremljanje mož). Ženske iz razvitejših držav se selijo zaradi iskanja višje kakovosti življenja, nižjih življenjskih stroškov, milejšega podnebja itd.

- Nekaj manj kot polovica vseh migrantk ima bivališče na območju Ljubljane, Maribora, Kopra-Capodistria, Kranja, Celja in Velenja (20.274; 47%) oz. v občinah Trst / Trieste, Videm / Udine, Pordenon / Pordenone in Tržič / Monfalcone (25.858; 46%).

Graf. 4.1.b. Tujke v Sloveniji po statističnih regijah
in v pokrajinah Furlanije - Julijske krajine (št. enot in % glede na celotno preb.)
(z bivališčem na dan 1. januarja 2018)

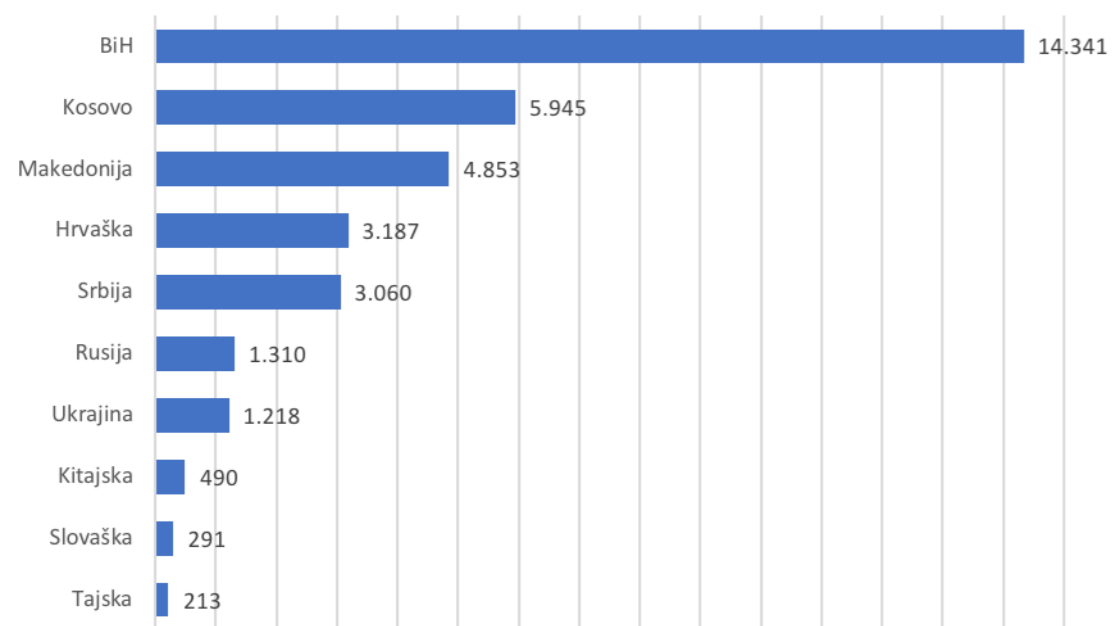


Graf. 4.1.c. Število tujk v Sloveniji in Furlaniji - Julijski krajina po geografskem območju (%)
(z bivališčem na dan 1. januarja 2018)²

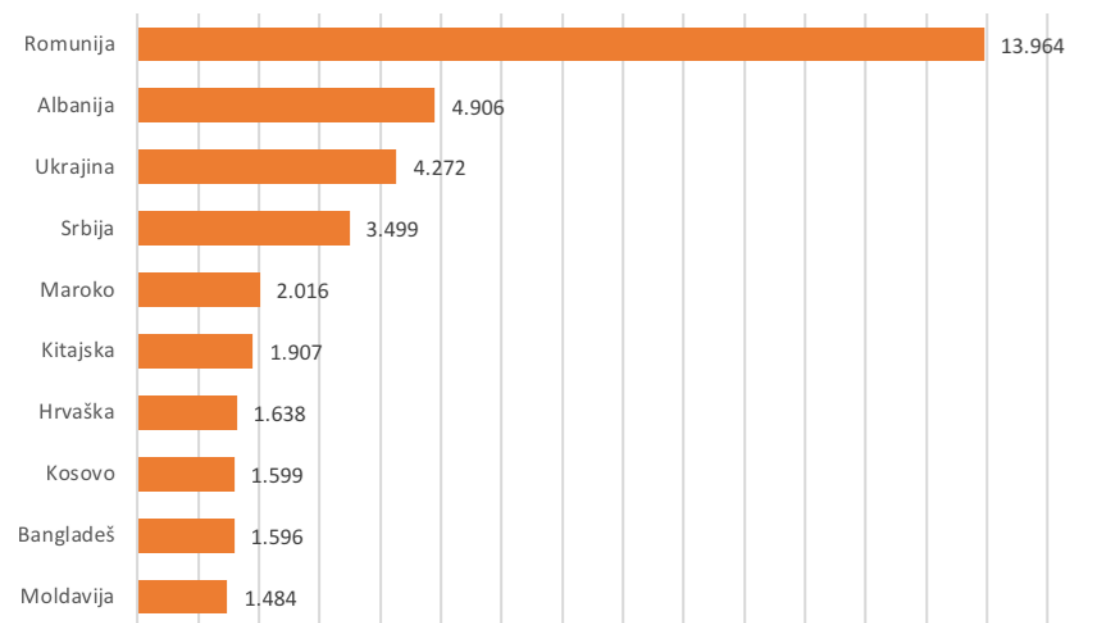


² Postavka *Nekdanja Jugoslavija* pri podatkih za Republiko Slovenijo vključuje Bosno in Hercegovino, Hrvaško, Kosovo, Makedonijo, Črno goro in Srbijo; pri podatkih za Furlanijo - Julijsko krajino pa ta postavka vključuje še Slovenijo. Postavka *Evropska unija* pri podatkih za Slovenijo ne vključuje Hrvaške, za Furlanijo - Julijsko krajino pa ne vključuje ne Slovenije ne Hrvaške.

Graf. 4.1.d. Najpomembnejše države, iz katerih prihajajo ženske v Slovenijo (n.)
(z bivališčem na dan 1. januarja 2018)



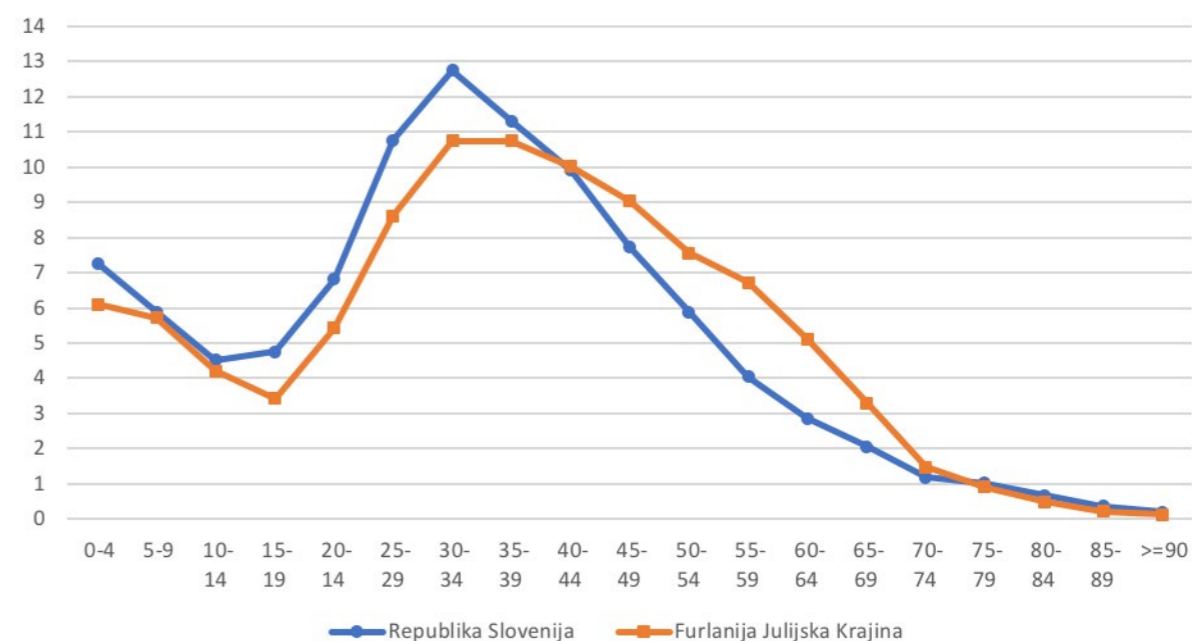
Graf. 4.1.e. Najpomembnejše države, iz katerih prihajajo ženske v Furlanijo - Julijsko krajino (op.)
(z bivališčem na dan 1. januarja 2018)



znotraj svoje (širše) družine kot gospodinje in matere ter imajo malo stikov z zunanjim svetom. Zaradi jezikovnih pregrad in drugih tradicionalnih kulturnih norm (npr. patriarhalnih vrednot) poteka njihova komunikacija z zunanjim svetom prek moža ali drugega sorodnika moškega spola (npr. tasta). Po drugi strani pa so npr. ženske iz Bosne in Hercegovine med najbolj vključenimi v slovensko družbo, kar izhaja tudi iz podatkov o statusu državljanov: leta 2015 je bilo med temi ženskami 28 tisoč slovenskih državljanek in 11 tisoč tujih. Na področju državljanstva moramo izpostaviti, da je v Furlaniji - Julijski krajini prišlo do porasta sprejemov (1.851 leta 2017) - med novimi državljanekami so predvsem Albanke, Romunke, Maročanke in Bengalke.

- V obeh državah je največ žensk v starostnih skupinah 30-34 in 35-39 let (22-24%). Povprečna starost je 34 let (tujke v Sloveniji) oz. 33 let (tujke v Furlaniji - Julijski krajini).

Graf. 4.1.f. Distribucija tujk v Sloveniji in Furlaniji - Julijski krajini po starostni skupini (%)
(bivališče v RS na dan 1. januarja 2017 oz. bivališče v FJK na dan 1. januarja 2018)



- V zvezi z državo prvega bivališča moramo poudariti, da se ženske, ki prihajajo iz nekdanje Jugoslavije, v primeru Kosova (83%) in Makedonije (66%) obravnavajo kot tuje državljanke. Te migrantke imajo najnižjo stopnjo izobrazbe in v večji meri niso delovno aktivne (brezposelne; niso aktivne iskalke zaposlitve). V veliki večini ne govorijo slovensko in to je verjetno razlog, da ne zaprosijo za sprejem v slovensko državljanstvo (test iz znanja jezika je namreč eden od pogojev za sprejem). Pri vključevanju v slovensko družbo in pri privajanju nanjo imajo pogosto težave. Z družbenega vidika živijo precej odmaknjeno življenje

BOLNIŠNIČNA IN AMBULANTNA OBRAVNAVA V BOLNIŠNICI BURLO GAROFOLO

Giovanni Delli Zotti in Ornella Urpis

Oddelek za družbene in politične vede, Univerza v Trstu

Alice Cernogoraz in Giuseppe Ricci³

Klinični oddelek za medicino, kirurgijo in zdravstvo, Univerza v Trstu

1. Analiza podatkov o hospitalizacijah

V tabelah so zbrani podatki o odpustitvah po hospitalizaciji v bolnišnici Burlo Garofolo v Trstu med letoma 2006 in 2017⁴. V obravnavanem obdobju (2006-2017) je bilo po oskrbi odpuščenih 142.402 pacientk. Podatke o populaciji smo ločili v dve kategoriji (Italijanke in tujke) glede na državljanstvo ali državo rojstva. Projekta INTEGRA se ukvarja z analizo podatkov o bolnišnični oskrbi migrantk in skuša na podlagi teh razumeti, kateri so problemi na področju spolnega in reproduktivnega zdravja te populacije. V tem poglavju predstavljamo zato podatke o oddelkih za porodništvo in ginekologijo, ki smo jih pridobili z analizo kartotek o odpustitvah (SDO). V nadaljevanju bomo predstavili raziskavo o starosti pacientk, njihovem izvoru in državljanstvu ter o specifični oskrbi (vrsta obravnave, trajanje itd.), ki smo jo opravili na podlagi vseh hospitalizacij v bolnišnici Burlo Garofolo. Osnovna enota podatkov, prikazanih v nadaljevanju, je hospitalizacija (kar pomeni, da se oseba, ki je bila hospitalizirana večkrat, obravnava po številu hospitalizacij in ne kot ena enota); na odstopanja opozarjamo sproti.

2. Analiza hospitalizacij na oddelkih za porodništvo in ginekologijo

Za potrebe te raziskave smo se sprva odločili, da bomo iz baze podatkov Otroške bolnišnice in porodnišnice Burlo Garofolo izbrali vse osebe ženskega spola, ki so dostopale do ginekološke in porodniške oskrbe ter storitev na področju oploditve z biomedicinsko pomočjo (PMA) v zadnjih 12 letih (v razdobju 2006-2017); nato smo te podatke razdelili v dve skupini (»Italijanke« in »tujke«) in obravnavali diagnozo oz. obravnavo med hospitalizacijo.

V skupino »porodništvo« smo vključili vse podatke o hospitalizacijah na oddelkih kliničnega porodništva in porodniške patologije v skupino »ginekologija« pa podatke o hospitalizacijah na oddelku za klinično ginekologijo. Oploditve z biomedicinsko pomočjo smo obravnavali posebej, to pa zaradi specifične patologije oz. stanja, ki se na tem oddelku obravnava, pa tudi zaradi drugega časovnega razdobja, ki je predmet analize. Podrobnosti obravnavamo v namenskem razdelku.

Razločevanje pacientk v dve skupini (»Italijanke« in »tujke«) smo opravili na podlagi državljanstva, ki je sicer edini pravno sprejemljivi dejavnik, in na podlagi kraja rojstva, ki je z medicinskega vidika zanimivejši podatek, saj prinaša informacije o izvoru, parafizioloških patologijah oz. stanju in življenjskem slogu. Poleg tega je razločevanje glede na matično državo skladnejše s cilji projekta, saj se ženske, ki so se rodile v tuji državi in se zdravijo v bolnišnici Burlo Garofolo, lahko obravnavajo kot »migrantke«. Če bi v tej analizi medicinskih dejavnikov upoštevali državljanstvo v trenutku odpustitve iz oskrbe (kot izhaja iz kartotek SDO), bi se kot »Italijanke« obravnavale tudi ženske, ki so bile v državljanstvo sprejete po 10 letih bivanja v Italiji in/ali po poroki z italijanskim državljanom, kar bi lahko privedlo do napak pri interpretaciji podatkov.

³ Prispevek je sad skupnega dela avtorjev; v skladu z zakonskimi zahtevami izpostavljamo, da sta avtorja 2. razdelka Alice Cernogoraz in Giuseppe Ricci, avtorja 3., 4. in 5. razdelka pa Giovanni Delli Zotti in Ornella Urpis.

⁴ Zahvaljujemo se gospodu Sandru Marigondi z Urada za spremljanje zdravstvene oskrbe in Enotnega centra za naročanje (CUP) bolnišnice Burlo Garofolo za prijazno in strokovno sodelovanje.

Kot lahko vidimo v Preglednici 1, predstavlja delež hospitalizacij tujih pacientk, ki so rojene v Italiji, med 0,03% in 0,16% celotnega vzorca. Pomembnejši pa je delež hospitalizacij pacientk z italijanskim državljanstvom, ki so bile rojene v tujini (5,1%-9,9%). V tej skupini so verjetno tudi Italijanke, ki so se rodile italijanskim staršem in ki so odraščale v Italiji, a v večini primerov gre vendarle za pacientke, ki so pridobile italijansko državljanstvo, potem ko so v Italiji živele več kot 10 let ali po poroki z italijanskim državljanom (po 5. členu Zakona 91 z dne 5. 2. 1992).

Zaradi popolnosti obravnave bomo v to poročilo vsekakor vključili podatke za obe razvrstitvi pacientk.

Preglednica 1. Skupaj hospitalizacij po oddelku, državljanstvu in rojstni državi

Oddelek	Državljanstvo/Rojstna država	Število	Skupaj	%
Porodnišnica	Italijanske državljanke, rojene v Italiji	18.969	25.773	73,6
	Italijanske državljanke, rojene v tujini	1.314		5,1
	Tuje državljanke, rojene v Italiji	21		0,1
	Tuje državljanke, rojene v tujini	5.469		21,2
Ginekologija	Italijanske državljanke, rojene v Italiji	15.550	21.379	72,7
	Italijanske državljanke, rojene v tujini	2.108		9,9
	Tuje državljanke, rojene v Italiji	34		0,2
	Tuje državljanke, rojene v tujini	3.687		17,3
Oploditev z biomedicinsko pomočjo	Italijanske državljanke, rojene v Italiji	2.618	3.335	78,5
	Italijanske državljanke, rojene v tujini	234		7,0
	Tuje državljanke, rojene v Italiji	1		0,0
	Tuje državljanke, rojene v tujini	482		14,5

Preglednica 2a: Hospitalizacije po oddelkih in državljanstvu, razvrščene po državljanstvu (2006-2017)

Oddelek	Italijanske državljanke		Tuje državljanke		Skupaj
	št.	%	št.	%	
Porodnišnica	20.283	78,7	5.490	21,3	25.773
Ginekologija	17.658	82,6	3.721	17,4	21.378
Skupaj	37.941	80,5	9.211	19,5	47.152

Preglednica 2b: Hospitalizacije po oddelkih in rojstni državi, razvrščene po rojstni državi (2006-2017)

Oddelek	Italija		Tujina		Skupaj
	št.	%	št.	%	
Porodnišnica	18.990	73,7	6.783	26,3	25.773
Ginekologija	15.584	72,9	5.795	27,1	21.379
Skupaj	34.574	73,3	12.578	26,7	47.152

Kot lahko vidimo v preglednicah 2A in 2b, različno razvrščanje (po državljanstvu ali rojstni državi) znatno vpliva na deleže in na značilnosti hospitalizacij v naši bolnišnici. V obeh oddelkih (ginekološkem in porodniškem) opazamo namreč od 5 do 9,7 odstotnih točk odklona, predvsem pa bistvene razlike v deležu vseh hospitalizacij pacientk, rojenih v tujini, v primerjavi z deležem hospitalizacij tujih državljanek.

Preglednica 3a: Hospitalizacije po oddelkih in državljanstvu, razvrščene po oddelku (2006-2017)

Oddelek	Porodnišnica		Ginekologija		Skupaj št.
	št.	%	št.	%	
Ital. državljanke	20.283	53,4	17.658	46,6	37.941
Tuje državljanke	5.490	59,6	3.721	40,4	9.211
Skupaj	25.773	54,6	21.378	45,4	47.152

Preglednica 3b: Hospitalizacije po oddelkih in rojstni državi, razvrščene po oddelku (2006-2017)

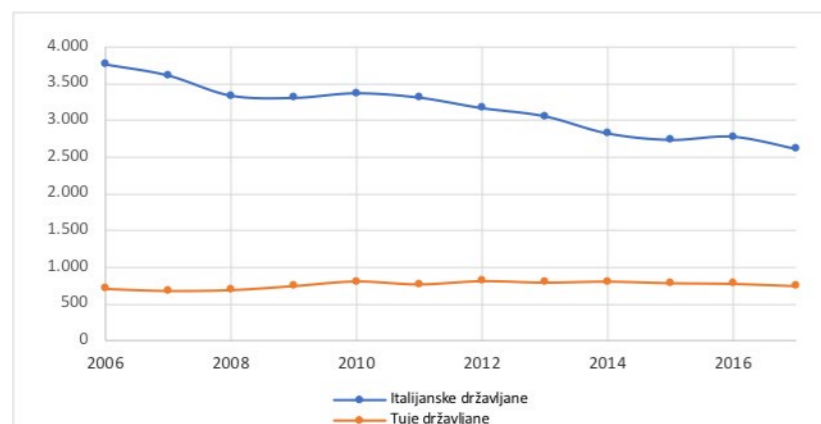
Oddelek	Porodnišnica		Ginekologija		Skupaj št.
	št.	%	št.	%	
Italija	18.990	54,9	15.584	45,1	34.574
Tujina	6.783	53,9	5.795	46,1	12.578
Skupaj	25.773	54,7	21.379	45,3	47.152

Iz preglednic 3A in 3b lahko razberemo distribucijo pacientk po oddelkih (ginekologija vs. porodništvo). Različna kategorizacija pacientk po državljanstvu in rojstni državi kaže, da se število pacientk, rojenih v tuji državi, večja, število pacientk, rojenih v Italiji, pa upada. Porast je nesimetričen, rahlo višji na oddelku za ginekologijo, zaradi česar je delež te populacije opaznejši med »tujkami« po državljanstvu. Ta razlika je mogoče posledica dejstva, da so pacientke na tem oddelku v povprečju starejše (ginekološke patologije so pogostejše pri starejših pacientkah, z izjemo okužb sečil in spolovil, spolno prenosljivih bolezni in endometrioze; opozarjamo predvsem na stanja, kakršna so menopavza, prolapsa spolnih organov in pojavi benignih ali malignih neoplazij), kar bi lahko pomenilo, da se »tuje« pacientke, ki živijo v Italiji več kot 10 let in so torej pridobile italijansko državljanstvo, ne obravnavajo v tej kategoriji. Kot izhaja iz analize starosti pacientk, ki prihajajo v bolnišnico, so tujke, ki se zdravijo v naši bolnišnici, na splošno mlajše.

Preglednica 4a: Hospitalizacije po oddelku in državljanstvu, razvrščene glede na leto obravnave

Oddelek	Državljlj.	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Porodn.	Ital. državljlj.	2.196	2.124	1.982	1.847	1.896	1.839	1.796	1.660	1.306	779	1.583	1.274
	Tuje državljlj.	459	435	465	472	536	482	532	489	389	281	514	437
Ginek.	Ital. državljlj.	1.574	1.495	1.362	1.464	1.479	1.477	1.377	1.402	1.522	1.959	1.199	1.341
	Tuje državljlj.	256	253	234	281	280	295	288	312	425	512	269	316
Skupaj	Ital. Državljlj.	3.770	3.619	3.344	3.311	3.375	3.316	3.173	3.062	2.828	2.738	2.782	2.615
	Tuje državljlj.	715	688	699	753	816	777	820	801	814	793	783	753

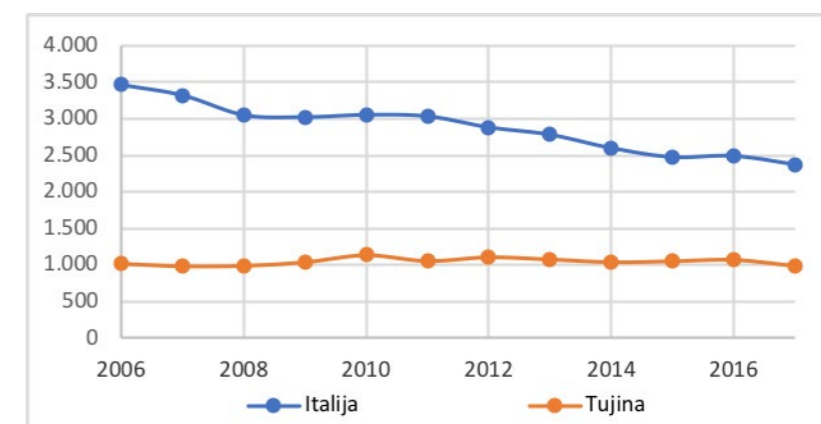
Graf 1A Hospitalizacije na ginekološkem in porodniškem oddelku po letu oskrbe in državljanstvu



Preglednica 4b: Hospitalizacije po oddelku in rojstni državi, razvrščene po letu oskrbe

Oddelek	Rojstna država	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Porodn.	Italija	2.094	2.000	1.877	1.727	1.760	1.725	1.658	1.557	1.229	716	1.460	1.187
	Tujina	561	559	570	592	672	596	670	592	466	344	637	524
Ginek.	Italija	1.372	1.322	1.176	1.298	1.296	1.311	1.227	1.227	1.372	1.761	1.032	1.190
	Tujina	458	426	421	449	465	461	439	487	576	710	436	467
Skupaj	Italija	3.466	3.322	3.053	3.025	3.056	3.036	2.885	2.784	2.601	2.477	2.492	2.377
	Tujina	1.019	985	991	1.041	1.137	1.057	1.109	1.079	1.042	1.054	1.073	991

Graf 1b. Hospitalizacije italijanskih in tujih pacientk (po rojstni državi) na ginekološkem in porodniškem oddelku (skupaj)



Tudi v tem primeru opažamo porast hospitalizacij pacientk, ki se kot tujke obravnavajo glede na matično državo, v primerjavi s tujkami po državljanstvu. Nadalje lahko vidimo, da je krivulja ravna. Zanimivo pa je, da kaže krivulja hospitalizacij pacientk, rojenih v Italiji, na upad v obeh kategorijah, kar pomeni, da je vedno manj bolnišničnih obravnav italijanskih pacientk.

Preglednica 5a: Hospitalizacije za oploditev z biomedicinsko pomočjo po državljanstvu (2006-2014)

	Italijanske drž.		Tuje drž.		Skupaj št.
	št.	%	št.	%	
OBMP	2.852	85,5	483	14,5	3.335

Preglednica 5b: Hospitalizacije za oploditev z biomedicinsko pomočjo po rojstni državi (2006-2014)

	Italija		Tujina		Skupaj št.
	št.	%	št.	%	
OBMP	2.619	78,5	716	21,5	3.335

V preglednicah 5A in 5b spremljamo število hospitalizacij na oddelku za oplojevanje z biomedicinsko pomočjo. Kot smo že izpostavili, je med letoma 2014 in 2015 v bolnišnici Burlo Garofolo prišlo do splošne reorganizacije storitev, ki je zadevala tudi oddelk OBMP. Znotraj tega oddelka se namreč izvaja samo ambulantna oskrba brez hospitalizacije, zaradi česar navajamo tu samo podatke, ki se nanašajo na delovanje tega oddelka v razdobju 2006-2014.

Kot lahko vidimo iz preglednic, je tudi na tem področju prišlo do porasta hospitalizacij pacientk, rojenih v tujini, v primerjavi s pacientkami, ki so tuje državljanke. Ta porast znaša kar 7 odstotnih točk, kar pomeni, da so mnoge pacientke, rojene v tujini, v resnici italijanske državljanke.

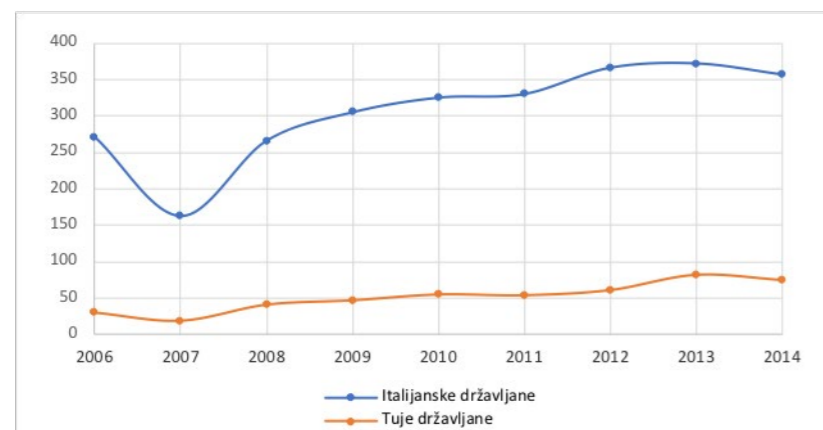
Med predhodnimi opazovanji, anketiranjem in v naslednjih fazah, npr. med soočanjem z babcami oddelka za oploditve z biomedicinsko pomočjo, smo opazili, da so ženske, ki dostopajo do teh storitev, pogosto poročene z Italijani.

Na splošno bi torej lahko rekli, da je odstotek hospitalizacij tujih pacientk (rojenih v tujini) 21,5%, skupaj pa je bilo v devetih letih obravnavanih 3.335 primerov; porast je torej znaten ($p < 0,0005$) in konstanten (prim. preglednici 6A in 6b, grafa 4A in 4b); krivulja ima v obeh primerih podoben naklon.

Preglednica 6a: Hospitalizacije na oddelku za oploditev z biomedicinsko pomočjo po letu obravnave

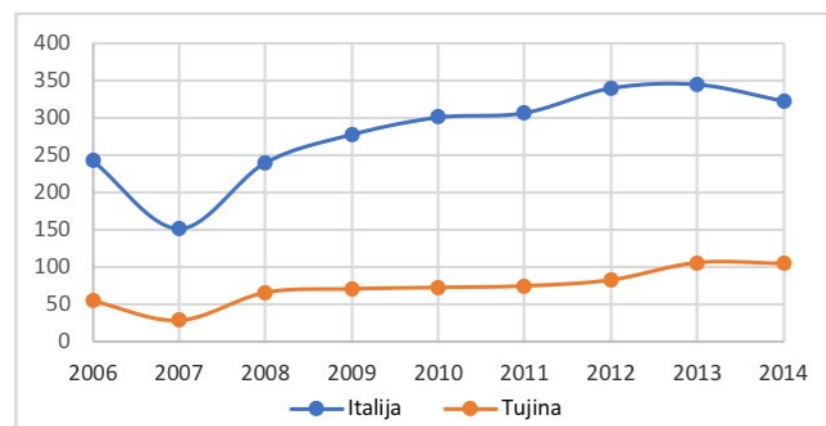
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ital. državljanke	271	163	266	305	325	330	366	372	357
Tuje državljanke	30	19	41	47	55	54	61	82	75
Skupaj	301	182	307	352	380	384	427	454	432

Graf 4a: Hospitalizacije italijanskih in tujih pacientk na oddelku za oploditev z biomedicinsko pomočjo Razvrstitev po državljanstvu



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Italija	243	152	240	278	301	307	340	345	323
Tujina	55	29	66	71	73	75	83	106	105
Skupaj	298	181	306	349	374	382	423	451	428

Graf 4b. Hospitalizacije italijanskih in tujih pacientk na oddelku OBMP po izvorni državi



3. Analiza ciljne populacije in hospitalizacij glede na vse hospitalizacije v bolnišnici

V Preglednici 7 lahko spremljamo razvrstitev hospitalizacij polnoletnih pacientk po starostnih skupinah. Preglednica po našem mnenju dokazuje, da postajajo migracije »stalnica«, saj je v porastu delež tujk starostnih skupin 30-39 let in 40 ali več let.

Preglednica 7 - Starostne skupine in povprečna starost ob odpustitvi iz bolnišnice, po letu oskrbe

Star. obd.	Državlj.	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
18-29 let	Italijan-sko	990	917	830	800	775	769	807	820	774	708	728	659
	Tuje	377	374	359	395	452	399	404	436	398	370	360	329
	% tuj. dr.	27,6	29,0	30,2	33,1	36,8	34,2	33,4	34,7	34,0	34,3	33,1	33,3
30-39 let	Italijan-sko	2.891	2.706	2.572	2.576	2.659	2.484	2.316	2.231	2.124	1.831	1.752	1.566
	Tuje	377	344	387	397	419	409	449	440	472	414	408	398
	% tuj. dr.	11,5	11,3	13,1	13,4	13,6	14,1	16,2	16,5	18,2	18,4	18,9	20,3
40 let/več	Italijan-sko	594	548	552	545	537	568	601	577	463	509	411	495
	Tuje	18	16	19	30	25	29	28	30	29	45	28	34
	% tuj. dr.	2,9	2,8	3,3	5,2	4,4	4,9	4,5	4,9	5,9	8,1	6,4	6,4

Analiza matične ali rojstne države glede na splošni podatek o hospitalizacijah v bolnišnici Burlo Garofolo (Preglednica 8), kaže, da je nekaj manj kot 50% pacientk rojenih v Trstu; med njimi je bilo leta 2006 1,6% tujk, danes pa jih je 9%. Delež hospitalizacij tujk je nekoliko višji med pacientkami, rojenimi v Posočju, in nižji v preostalih predelih dežele FJK. Med rojenimi v drugih deželah je delež hospitalizacij tujih pacientk sicer v porastu, čeprav je leta 2017 znašal le 4%.

Če upoštevamo dejstvo, da tu navajamo podatke o hospitalizacijah in ne o osebah, je zanimivo še izpostaviti podatek, da je 50% vseh hospitalizacij pacientov, rojenih v državah Zahodne Evrope, zadeva Italijane; isto velja za 80% rojenih v Sloveniji, delež rojenih na Hrvaškem pa se je povzpел s 50% do pribl. dve tretjini. Glede na matično državo gre za otroke iz mešanih zakonov, za tujce, ki so pridobili državljanstvo, ali za Italijane, ki so se rodili, medtem ko je družina živela v tujini. Zadnja interpretacija velja tudi za paciente, ki prihajajo iz Amerike, Avstralije in nekaterih azijskih držav (Italijani presega delež 60% v prvih dveh kategorijah, sicer pa skoraj dosega delež 50%). Pacienti z drugih območij so v obravnavanem časovnem razdobju le maloštevilni; izjemo predstavljajo le tisti iz Latinske Amerike, kot je razvidno iz Grafa 2. Med pacienti, rojenimi v Srbiji, Albaniji, bivši Sovjetski zvezi, v muslimanskih državah Afrike in v drugih afriških državah, je Italijanov pribl. 20%; gibanja so posledica dejstva, da so italijansko državljanstvo migrantom dodeljevali neenakomerno. Za druga območja ali države je delež italijanskih državljanov še nižji in v zadnjih letih samo občasno dosega vrednost 10% (Balkan, Turčija, Kitajska).

Preglednica 8 - Hospitalizacije po rojstni državi in letu hospitalizacije; deleži se nanašajo na hospitalizacije tujcev, rojenih v Italiji, in Italijanov, rojenih v tujini.

Država/Obm.	Državlj.	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Trst	Skupaj	6.133	5.936	5.867	5.735	5.910	5.745	5.651	5.350	5.079	4.895	4.670	4.605
	% tuj.d.	1,6	1,2	1,7	2,6	2,3	2,7	2,7	5,1	6,6	8,5	9,4	9,0
Pokr. Gorica	Skupaj	644	626	688	737	744	703	710	663	697	680	495	590
	% tuj.d.	3,3	3,0	4,2	4,5	5,6	6,1	6,9	9,0	8,8	9,9	10,3	11,4

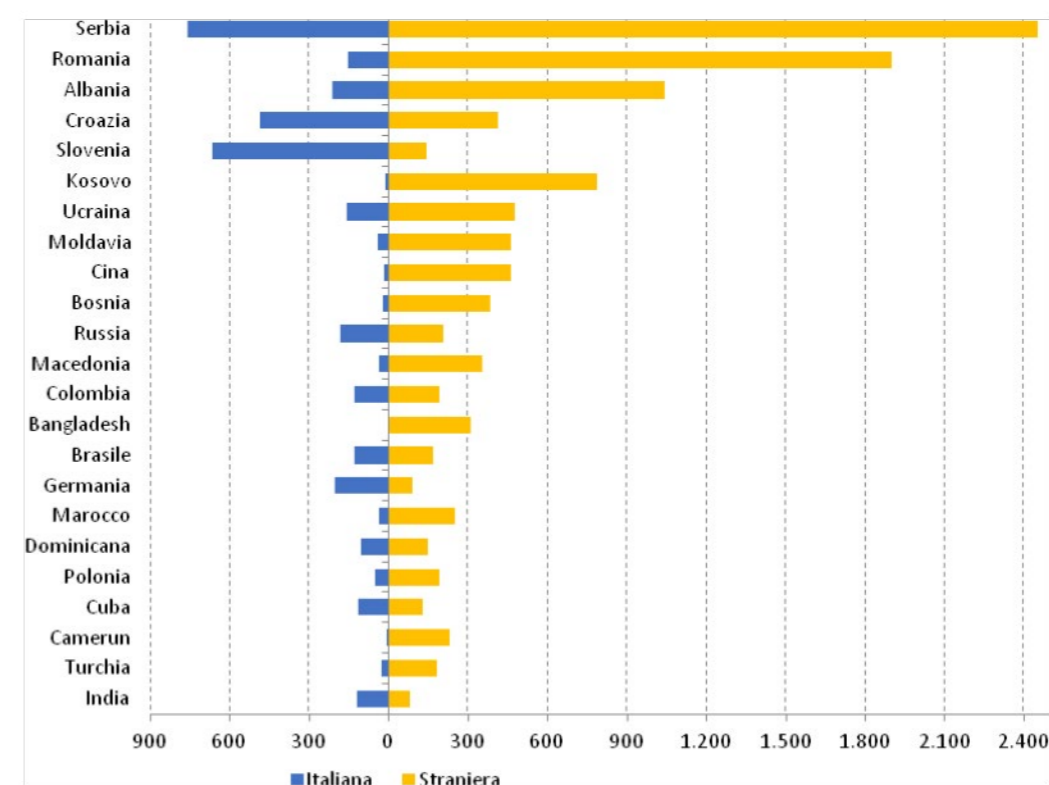
Ostalo FJK	Skupaj	1.921	1.895	1.964	1.903	2.018	2.028	2.155	2.136	2.140	2.086	1.747	1.838
% tuj.d.		4,1	5,0	4,9	6,1	6,5	5,6	6,4	6,5	6	7,20	7,4	7,7
Ostalo Italija	Skupaj	2.189	2.034	2.111	2.150	2.194	2.237	2.221	2.198	2.339	2.268	2.005	1.992
	% tuj.d.	,5	,9	0,8	1,3	1,5	0,8	1,3	2,3	2,3	2,1	3,2	4,1
Zahodna Evr.	Skupaj	148	161	186	186	174	146	172	150	155	129	130	134
	% tuj.d.	62,2	58,4	50,5	51,1	58,0	47,9	44,8	47,3	43,9	39,5	44,6	45,5
Slovenija	Skupaj	78	90	108	71	97	75	63	61	43	51	33	37
	% tuj.d.	89,7	84,4	77,8	90,1	81,4	72,0	74,6	88,5	81,4	88,2	84,8	78,4
Hrvaška	Skupaj	94	76	86	84	88	67	74	83	65	67	74	43
	% tuj.d.	59,6	48,7	52,3	52,4	48,9	47,8	54,1	61,4	41,5	53,7	66,2	62,8
Romunija	Skupaj	121	129	135	173	194	177	209	215	192	190	178	141
	% tuj.d.	7,4	12,4	11,1	4,6	8,2	10,7	7,7	5,1	4,2	5,3	8,4	7,8
Srbija	Skupaj	321	317	306	297	279	269	272	258	229	226	224	213
	% tuj.d.	19,6	20,8	19,6	21,5	22,9	23,0	25,4	26,0	21,8	31,0	32,1	24,4
Albanija	Skupaj	123	90	91	105	102	78	76	111	128	155	103	89
	% tuj.d.	13,0	24,4	17,6	12,4	6,9	16,7	18,4	16,2	21,1	14,2	23,3	21,3
Ost. Balk. Drž.	Skupaj	67	81	79	114	159	136	165	179	160	146	170	139
	% tuj.d.	4,5	4,9	2,5	4,4	7,5	11,8	4,2	2,8	2,5	0,0	1,2	10,1
Bivša ZSSR	Skupaj	120	115	109	132	105	145	149	169	168	155	128	145
	% tuj.d.	24,2	27,8	24,8	25,0	26,7	32,4	28,9	24,3	23,8	32,9	28,1	17,2
Lat. Amerika	Skupaj	136	119	144	162	165	136	154	141	165	157	148	147
	% tuj.d.	40,4	45,4	43,7	45,7	38,8	46,3	55,2	48,9	42,4	53,5	56,8	46,3
ZDA, Avstralija	Skupaj	27	22	31	29	33	28	31	13	18	22	23	21
	% tuj.d.	88,9	72,7	67,7	75,9	54,5	67,9	67,7	46,2	72,2	27,3	43,5	61,9
Maroko	Skupaj	13	16	27	22	29	26	31	34	36	17	21	18
	% tuj.d.	7,7	,0	3,7	13,6	13,8	23,1	16,1	11,8	16,7	17,6	19,0	5,6
Islamska Afrika	Skupaj	28	43	40	45	63	55	56	52	48	47	50	45
	% tuj.d.	3,6	9,3	7,5	20,0	15,9	7,3	1,8	7,7	8,3	14,9	8,0	17,8
Ostalo Afrika	Skupaj	62	76	69	83	75	61	91	90	78	83	58	63
	% tuj.d.	22,6	23,7	21,7	19,3	30,7	26,2	15,4	36,7	23,1	27,7	17,2	19,0
Turčija	Skupaj	7	11	10	12	21	32	16	23	16	17	24	18
	% tuj.d.	14,3	,0	10,0	8,3	14,3	25,0	,0	17,4	6,2	11,8	8,3	11,1
Mulsim. Azija	Skupaj	24	19	16	16	25	19	18	28	26	27	95	96
	% tuj.d.	16,7	10,5	18,7	25,0	8,0	21,1	5,6	32,1	23,1	,0	3,2	6,2
Kitajska	Skupaj	62	50	38	33	40	37	42	34	47	38	24	32
	% tuj.d.	1,6	,0	5,3	,0	,0	,0	2,4	0	8,5	7,9	4,2	9,4
Bangladeš	Skupaj	8	7	6	18	30	27	33	29	36	38	36	45
	% tuj.d.	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	6,9	,0	,0	2,8	4,4
Ostalo Azija	Skupaj	42	27	37	50	58	48	46	33	44	43	29	43
	% tuj.d.	40,5	40,7	40,5	36,0	41,4	43,7	37,0	36,4	43,2	41,9	51,7	44,2

Delež hospitalizacij tujcev, rojenih v Italiji, stalno narašča, razmerje med Italijani in tujci, rojenimi v tujini, pa je dejansko stabilno; zaradi tega je mogoče smiselno, da za analizo stanja upoštevamo širši vzorec, kot kažeta Preglednica 9 in Graf 5; tu so prikazani samo podatki držav, za katere beležimo v razdobju 2006-2017 več kot 200 obravnava. Na podlagi absolutnih vrednosti težko spremljamo odklone, očitno pa je, da so primeri Italijanov, rojenih v nekaterih državah (Kosovo, Kitajska, Bosna, Bangladeš, Kamerun), redki, v primeru drugih držav (Hrvaška, Slovenija, Nemčija in Indija) pa prevalentni.

Preglednica 9 - Rojstna država ali območje po državljanstvu (italijansko/tuje) Podatki o hospitalizacijah

Država/Obm.	Ital. državlj.	Tuje državlj.	Skupaj št.	Ital. državlj. % stolp.	Tuje državlj. % stolp.	Skupaj % stolp.	Ital. državlj. % vrst.	Tuje državlj. % vrst.	Skupaj % vrst.
	št.	št.	št.	% stolp.	% stolp.	% stolp.	% vrst.	% vrst.	% vrst.
Trst	62.840	2.736	65.576	50,9	14,5	46,0	95,8	4,2	100,0
Pokr. Gorica	7.435	542	7.977	6,0	2,9	5,6	93,2	6,8	100,0
Ostalo FJK	22.374	1.457	23.831	18,1	7,7	16,7	93,9	6,1	100,0
Ostalo Italija	25.487	451	25.938	20,6	2,4	18,2	98,3	1,7	100,0
Zahodna Evr.	932	939	1.871	,8	5,0	1,3	49,8	50,2	100,0
Slovenija	665	142	807	,5	,8	,6	82,4	17,6	100,0
Hrvaška	487	414	901	,4	2,2	,6	54,1	45,9	100,0
Romunija	154	1.900	2.054	,1	10,1	1,4	7,5	92,5	100,0
Srbija	759	2.452	3.211	,6	13,0	2,3	23,6	76,4	100,0
Albanija	211	1.040	1.251	,2	5,5	,9	16,9	83,1	100,0
Bivša ZSSR	74	1.521	1.595	,1	8,0	1,1	4,6	95,4	100,0
Lat. Amerika	432	1.208	1.640	,3	6,4	1,2	26,3	73,7	100,0
ZDA, Avstral.	833	941	1.774	,7	5,0	1,2	47,0	53,0	100,0
MAROKO	189	109	298	,2	,6	,2	63,4	36,6	100,0
Islamska Afrika	38	252	290	,0	1,3	,2	13,1	86,9	100,0
Ostalo Afrika	59	513	572	,0	2,7	,4	10,3	89,7	100,0
Turčija	212	677	889	,2	3,6	,6	23,8	76,2	100,0
Azija	25	182	207	,0	1,0	,1	12,1	87,9	100,0
Kitajska	44	365	409	,0	1,9	,3	10,8	89,2	100,0
Bangladeš	15	462	477	,0	2,4	,3	3,1	96,9	100,0
Ostalo Azija	5	308	313	,0	1,6	,2	1,6	98,4	100,0
Skupaj	206	294	500	,2	1,6	,4	41,2	58,8	100,0
	21		21	,0		,0	100,0	,0	100,0
Skupaj	123.497	18.905	142.402	100,0	100,0	100,0	86,7	13,3	100,0

Graf 5 - Hospitalizacije pacientov, rojenih v tujini 2006-2017 po državljanstvu (italijansko/tuje)



Če se povrnemo k analizi po letu obravnave (prim. Preglednica 10), lahko opazujemo razvrstitev hospitalizacij tujih državljanov po državi ali območju rojstva (z nekaterimi agregiranimi podatki v primerjavi s Preglednico 5). Podatki dokazujejo, da je bil ta delež sprva nižji od 20%, v zadnjih letih pa je že skoraj dosegel prag 40 odstotkov.

Preglednica 10 - Delež hospitalizacij tujih pacientov po državi/območju rojstva in letu

Država/Območje	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Trst	7,8	6,2	7,6	10,0	8,5	10,9	9,4	15,5	18,2	22,4	24,3	22,9
Ostalo Italija	8,9	11,0	10,9	11,9	13,0	12,2	13,4	14,2	13,3	14,3	13,5	16,2
Zahodna Evropa	8,3	10,0	12,2	9,3	8,6	9,2	9,0	6,7	7,3	6,2	5,6	5,4
Romunija	9,1	9,4	9,3	11,1	11,3	11,0	12,0	11,6	10,0	9,7	9,0	7,2
Srbija	21,0	20,9	19,1	15,7	13,6	14,4	12,6	10,8	9,8	8,4	8,4	8,9
Albanija	8,7	5,7	5,8	6,2	6,0	4,5	3,9	5,3	5,5	7,2	4,4	3,9
Ost. Balkan	5,2	6,4	6,0	7,3	9,3	8,3	9,8	9,9	8,5	7,9	9,3	6,9
Bivša ZSSR	7,4	6,9	6,4	6,7	4,9	6,8	6,6	7,3	7,0	5,6	5,1	6,7
Amerika in Avstralija	6,8	5,9	7,1	6,4	7,3	5,7	4,9	4,5	5,5	4,8	4,2	4,8
Islamska Afrika	3,2	4,6	4,9	3,7	4,9	4,9	5,0	4,4	4,0	2,9	3,5	3,0
Ostalo Afrika	3,9	4,8	4,2	4,5	3,3	3,1	4,8	3,2	3,3	3,2	2,6	2,8
Islamska Azija	2,1	2,3	1,7	1,5	2,6	2,7	2,1	2,2	1,9	2,3	6,3	5,9
Ostalo Azija	7,6	6,1	5,0	5,6	6,6	6,3	6,4	4,6	5,7	5,3	4,0	5,3
Skupaj	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	1.231	1.203	1.290	1.485	1.579	1.441	1.606	1.765	1.832	1.858	1.814	1.801

Državljanstvo ne nujno sovпада z rojstno državo: italijanski državljani se rojevajo tudi v tujini in tuji državljani (ki se rodijo v tujini ali v Italiji) lahko pridobijo italijansko državljanstvo. V zvezi s hospitalizacijami tujcev nam preglednica 11 dokazuje, da je delež državljanov EU stabilen - narašča le število Romunov (od 10% na 15%). Zaznati pa je upad (več kot 10 odstotnih točk) Srbov (od 24% na 13%) in porast Kosovcev (od neznatnih deležev do skoraj 10%). Med hospitalizacijami izstopa porast deleža Bengalcev (od 1% do 5%), podoben pa je tudi trend državljanov muslimanskih držav Srednjega Vzhoda (tudi delež teh se trenutno giblje ok. 5%).

Preglednica 11 - Delež hospitalizacij tujih pacientov po državi/območju državljanstva in letu

Država/Območje	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Zahodna Evropa	5,0	5,9	6,7	6,8	4,9	5,3	5,9	4,9	5,6	5,7	4,5	5,1
Slovenija	,8	1,1	1,9	,6	1,3	2,0	1,0	,7	,5	,6	,3	,6
Hrvaška	5,3	4,6	4,9	4,6	4,0	3,8	3,0	3,5	2,8	3,2	2,3	1,8
Romunija	10,2	11,1	10,9	12,3	14,5	14,4	15,8	16,8	15,7	15,7	15,3	15,0
Srbija	23,9	24,8	25,7	22,2	18,5	18,5	15,6	14,9	13,9	12,1	13,0	13,4
Albanija	11,9	9,4	9,7	9,0	8,7	8,5	6,8	8,8	10,4	10,8	8,3	7,0
Kosovo	1,1	,4	,2	1,3	4,9	7,6	8,2	9,3	9,9	8,3	11,5	7,8
BiH	3,4	3,0	2,2	2,6	3,2	1,7	2,9	2,4	1,8	2,2	1,7	2,4
Makedonija	1,9	4,5	3,6	2,9	3,3	3,1	3,4	3,6	2,0	3,7	2,8	2,3
Bivša ZSSR	7,5	7,0	6,2	6,6	5,1	6,4	6,0	7,4	6,5	6,4	5,8	7,4
Latinska Amerika	6,3	5,5	6,4	6,1	6,0	5,0	4,4	4,4	5,6	4,6	4,4	5,0
ZDA Avstralija	,6	,7	1,2	,7	1,4	,6	1,1	,5	,3	1,3	,9	,7

Maroko	2,6	2,2	2,4	2,3	2,6	1,9	2,9	2,5	2,8	2,2	2,5	2,3
Islamska Afrika	4,7	5,3	5,4	6,3	6,7	6,0	5,4	5,4	5,7	5,8	5,8	6,6
Ostalo Afrika	3,2	4,0	4,0	6,0	3,3	3,2	5,7	3,4	3,6	3,0	2,9	3,9
Turčija	,6	1,0	,7	,8	1,3	2,7	1,6	1,9	1,3	1,8	1,8	1,4
Islamska Azija	1,9	2,4	1,4	1,1	1,6	1,1	1,6	1,8	1,6	2,0	6,4	5,8
Kitajska	6,3	4,2	3,3	3,0	3,6	3,2	3,5	2,8	3,9	4,4	3,4	3,8
Bangladeš	1,0	1,6	1,2	2,0	2,7	2,9	3,4	2,7	4,3	4,3	4,9	5,4
Ostalo Azija	1,7	1,3	1,9	2,9	2,3	2,2	1,9	2,1	1,9	1,8	1,4	2,3
Skupaj	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	1.231	1.203	1.290	1.485	1.579	1.441	1.606	1.765	1.832	1.858	1.814	1.801

Podatki po lokalnem zdravstvenem podjetju (enoti), pristojnem za pacienta (Pregl. 12) kažejo, da večji del hospitalizacij (82,9%) zadeva paciente z bivališčem v deželi FJK (57,1% v Trstu in 25,8% v ostalih predelih dežele). Tem moramo prišteti 14,4% pacientov iz drugih dežel Italije (nekaj manj kot 10% je npr. pacientov iz Veneta). Manjši del pacientov (2,6%) ima bivališče v tujini. Preglednica nato kaže, da je delež hospitalizacij tujcev skoraj 13-odstoten med pacienti z bivališčem v FJK in samo 3,3-odstoten med pacienti iz drugih dežel; to dokazuje, da se tuji pacienti redkeje zdravijo v deželi, kjer sicer nimajo bivališča. Po pričakovanjih je med hospitalizacijami pacientov z bivališčem v tujini največ tujcev; analitični podatki (ki sicer niso prikazani v tabeli) pa kažejo, da ima več kot četrtina pacientov z bivališčem v Zahodni Evropi italijansko državljanstvo.

Preglednica 12 - Pristojna zdravstvena enota (podjetje) glede na državljanstvo (italijansko/tuje)

Državljanstvo	Italijansko	Tuje	Skupaj	Italijansko	Tuje	Skupaj	Italijansko	Tuje	Skupaj
Zdravstv. podj.	št.	št.	št.	% stolp.	% stolp.	% stolp.	% vrst.	% vrst.	% vrst.
Trst	70.500	10.859	81.359	57,1	57,4	57,1	86,7	13,3	100,0
Ostalo FJK	32.680	4.067	36.747	26,5	21,5	25,8	88,9	11,1	100,0
Veneto	13.041	554	13.595	10,6	2,9	9,5	95,9	4,1	100,0
Ostalo Italija	6.870	129	6.999	5,6	,7	4,9	98,2	1,8	100,0
Tujina	406	3.296	3.702	,3	17,4	2,6	11,0	89,0	100,0
Skupaj	123.497	18.905	142.402	100,0	100,0	100,0	86,7	13,3	100,0

Kot v primeru drugih spremenljivk, ki smo jih že izpostavili, Preglednica 12 kaže, da skupni podatki (brez upoštevanja časovne dimenzije) lahko zadevajo hitro spreminjajoče se trende. V Preglednici 13 na primer vidimo, da je delež hospitalizacij tujcev v porastu.

Preglednica 13 - Pristojno zdravstveno podjetje (enota) glede na bivališče

Zdr. podjetje		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Trst	Ital.	6.782	6.498	6.433	6.166	6.411	6.176	6.139	5.698	5.322	5.166	4.857	4.852
	Tuje	624	595	718	823	888	858	925	1.019	1.092	1.091	1.108	1.118
	% tuj	8,4	8,4	10,0	11,8	12,2	12,2	13,1	15,2	17,0	17,4	18,6	18,7
Ostalo FJK	Ital.	2.704	2.654	2.760	2.796	2.863	2.803	2.986	2.872	2.861	2.758	2.249	2.374
	Tuje	208	234	285	316	335	333	392	432	400	391	356	385
	% tuj	7,1	8,1	9,4	10,2	10,5	10,6	11,6	13,1	12,3	12,4	13,7	14,0
Veneto	Ital.	1.005	955	1.124	1.119	1.155	1.215	1.132	1.093	1.235	1.143	953	912
	Tuje	26	35	40	36	45	40	38	50	66	74	48	56
	% tuj	2,5	3,5	3,4	3,1	3,8	3,2	3,2	4,4	5,1	6,1	4,8	5,8

Ostalo Italija	Ital.	642	593	496	547	560	601	545	593	636	582	553	522
	Tuje	9	5	8	14	10	8	7	11	12	15	14	16
	% tuj	1,4	,8	1,6	2,5	1,8	1,3	1,3	1,8	1,9	2,5	2,5	3,0
Ni podatkov	Ital.	19	43	45	44	35	39	27	29	23	30	39	33
	Tuje	364	334	239	296	301	202	244	253	262	287	288	226
	% tuj	95,0	88,6	84,2	87,1	89,6	83,8	90,0	89,7	91,9	90,5	88,1	87,3

Preglednica 14 nazadnje kaže, da je delež hospitalizacij tujih državljanov z bivališčem v Furlaniji - Julijski krajini v porastu (od 2/3 do več kot 80%); večja se tudi delež hospitalizacij tujih pacientov, ki prihajajo iz drugih dežel v Italiji.

Preglednica 14 - Pristojno zdravstveno podjetje (enota) glede na bivališče - samo tuji državljani

Zdr. podjetje	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Trst	50,7	49,5	55,7	55,4	56,2	59,5	57,6	57,7	59,6	58,7	61,1	62,1
Ostalo FJK	16,9	19,5	22,1	21,3	21,2	23,1	24,4	24,5	21,8	21,0	19,6	21,4
Veneto	2,1	2,9	3,1	2,4	2,8	2,8	2,4	2,8	3,6	4,0	2,6	3,1
Ostalo Italija	,7	,4	,6	,9	,6	,6	,4	,6	,7	,8	,8	,9
Ni podatkov	29,6	27,8	18,5	19,9	19,1	14,0	15,2	14,3	14,3	15,4	15,9	12,5
Skupaj	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	1.231	1.203	1.290	1.485	1.579	1.441	1.606	1.765	1.832	1.858	1.814	1.801

Spremenljivka pristojnega zdravstvenega podjetja nam omogoča, da izpostavimo vlogo nacionalnega zavoda in posameznih lokalnih zdravstvenih podjetij (ki seveda niso navedena v primeru pacientov z bivališčem v tuji državi). V Preglednici 15 lahko vidimo, da zadeva 58% vseh hospitalizacij paciente iz Trsta, 9% tiste, za katere je pristojno posoško zdravstveno podjetje (Isontina), 16,8% pa paciente, za katere so pristojna druga podjetja dežele FJK (skupaj 84%). 9,2% hospitalizacij zadeva paciente iz Veneta in 5% paciente iz drugih dežel; to pomeni, da je delež ostalih (iz drugih držav, samoplačnikov, nerazvrščenih) 2-odstoten. Kot smo že izpostavili ob analizi podatkov območja bivališča, najvišji delež hospitalizacij zadeva tujce z bivališčem na Tržaškem (14,5%), najnižji pa tiste v drugih italijanskih deželah (2%), kar pomeni, da so tuji državljani manj dovzetni za zdravljenje zunaj »matičnega območja«.

Preglednica 15 - Pristojni zdravstveni zavod po državljanstvu (italijansko/tuje)

Državljanstvo	Italijansko	Tuje	Skupaj	Italijansko	Tuje	Skupaj	Italijansko	Tuje	Skupaj
Plačnik	št.	št.	št.	% stolp.	% stolp.	% stolp.	% vrst.	% vrst.	% vrst.
Trst	70.726	11.990	82.716	57,3	63,4	58,1	85,5	14,5	100,0
Pokr. Gorica	11.176	1.743	12.919	9,0	9,2	9,1	86,5	13,5	100,0
Ostalo FVG	21.426	2.476	23.902	17,3	13,1	16,8	89,6	10,4	100,0
Veneto	12.501	530	13.031	10,1	2,8	9,2	95,9	4,1	100,0
Ostalo Italija	6.930	148	7.078	5,6	,8	5,0	97,9	2,1	100,0
Tujina	189	905	1.094	,2	4,8	,8	17,3	82,7	100,0
Samopl.	61	726	787	,0	3,8	,6	7,8	92,2	100,0
Ni podatkov	488	387	875	,4	2,0	,6	55,8	44,2	100,0
Skupaj	123.497	18.905	142.402	100,0	100,0	100,0	86,7	13,3	100,0

Če analiziramo podatke o časovnem sosledju hospitalizacij tujcev (Preglednica 16), opazimo, da je število pacientov, ki imajo stalno bivališče na Tržaškem, vseskozi stabilno; večja se število pacientov iz Posočja (5,4% na 13%), upada pa število pacientov z drugih območij dežele. Število pacientov

iz drugih dežel se ni bistveno spremenilo. Poleg tega beležimo upad pacientov, katerih zdravljenje plačuje tuji zavod - a glede na splošne absolutne vrednosti gre za zanemarljiv vzorec.

Preglednica 16 - Zavod, ki je plačnik storitev (samo hospitalizacije tujcev)

Plačnik	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Trst	66,5	62,4	63,9	62,1	63,1	64,9	63,0	59,9	63,2	63,9	64,0	64,9
Pokr. Gorica	5,4	7,1	8,1	6,1	7,9	8,4	9,8	10,8	8,9	10,5	11,9	12,8
Ostalo FVG	12,8	14,3	15,3	15,9	14,9	15,5	15,6	14,8	12,4	10,5	8,3	9,2
Veneto	2,0	2,6	3,1	2,1	2,8	2,8	2,2	2,8	3,6	3,8	2,5	2,8
Ostalo Italija	,9	,6	,8	1,3	,8	,6	,5	,6	,7	,8	,8	1,0
Tujina	6,0	6,6	6,1	8,4	7,7	6,2	8,3	4,2	,3	2,9	2,8	1,2
Samopl.								6,3	10,0	7,1	9,0	7,6
Ni podatkov	6,3	6,4	2,8	4,1	2,8	1,5	,7	,6	,9	,4	,7	,6
Skupaj	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	1.231	1.203	1.290	1.485	1.579	1.441	1.606	1.765	1.832	1.858	1.814	1.801

Za konec lahko analiziramo še sintezo podatkov o številu dni bolnišnične obravnave in, kot uvod v naslednji razdelek, povprečno število postavljenih diagnoz in zdravljenj posameznega pacienta med hospitalizacijo (Preglednica 17).

Na področju števila dni bolnišnične obravnave opazimo stalno razliko v trajanju hospitalizacij: obravnave tujih pacientov trajajo namreč v povprečju pol dneva več, v nekaterih letih tudi dan več kot obravnave ostalih. To je seveda lahko posledica diagnoz in posegov med bolnišnično obravnavo pacienta in gre, s tega vidika, za zelo jasne podatke, čeprav se razlike s časom manjšajo. Povprečno število diagnoz (pri čemer opozarjamo, da se lahko v kartoteke SDO vpiše največ 6 diagnoz) je bilo pri Italijanih sprva nekoliko nižje od 2, nato se je v zadnjih letih povečalo; pri tujcih pa je število skoraj vedno višje od 2, v nekaterih letih pa doseže tudi povprečno vrednost 2,5 diagnoz na pacienta. Ta razlika med domačimi in tujimi pacienti je stalna.

Preglednica 17 - Število dni bolnišnične obravnave, število diagnoz in posegov (povprečne vrednosti)

	Državljanj.	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Št. dni	Ital.	3,13	3,10	3,14	3,14	3,14	3,15	2,94	3,04	3,11	3,12	3,26	3,14
	Tuje	3,71	3,72	3,87	3,66	3,58	3,82	3,67	3,77	3,65	4,19	3,80	4,19
	Razl.	,58	,62	,73	,52	,44	,68	,73	,73	,54	1,07	,54	1,04
Št. diagnoz	Ital.	1,95	1,98	1,95	1,98	1,92	1,94	1,90	1,87	1,96	2,04	2,07	2,16
	Tuje	2,22	2,23	2,17	2,18	2,18	2,17	2,10	1,96	1,93	2,14	2,23	2,30
	Razl.	0,27	0,26	0,22	0,20	0,27	0,23	0,20	0,09		0,10	0,16	0,14
Št. posegov	Ital.	2,97	2,75	2,66	2,64	2,63	2,73	2,62	2,70	2,88	2,92	2,84	2,80
	Tuje	3,60	3,41	3,27	3,11	3,22	3,17	3,07	2,93	3,00	3,06	3,09	3,08
	Razl.	0,63	0,65	0,60	0,46	0,58	0,44	0,45	0,23	0,13	0,14	0,25	0,27

Povprečno število posegov je za italijanske paciente vedno višje od 2,5 in se za nekatera leta približuje povprečnemu številu 3; v primeru tujih pacientov je povprečno število skoraj vedno višje od 3 in odklon je predvsem v prvih letih višji od 0,5 posegov. Vrednosti za obe populaciji pacientov se s časom sicer približujeta, saj se razlike manjšajo in v zadnjih letih je število posegov na tujih pacientih samo za 0,2/0,3 višje od splošnega povprečja na hospitalizacijo.

V nadaljevanju predstavljamo podatke za hospitalizacije po DRG (*Diagnosis Related Group*) za področji medicine in kirurgije (v 4% primerov DRG ni evidentiran, gre pa predvsem za podatke

prvih dveh let). V preglednici 18 lahko vidimo odklone z deležih DRG-jev s področij medicine in kirurgije med domačimi in tujimi pacienti (61,6% vs. 65,5% za DRG s področja medicine); na tuje paciente se nanaša 13 % DRG-jev s področja kirurgije in 14% DGR-jev s področja medicine. Tudi v teh primerih torej ne beležimo večjih odstopanj. V Preglednici 19 izpostavljamo časovni trend, ki kaže na porast deleža DRG za področji medicine in kirurgije pri tujih pacientih.

Preglednica 18 - DRG glede na državljanstvo (italijansko/tuje)

Državlj.	Italijansko	Tuje	Skupaj	Italijansko	Tuje	Skupaj	Italijansko	Tuje	Skupaj
DRG	št.	št.	št.	% stolp.	% stolp.	% stolp.	% vrst.	% vrst.	% vrst.
Kirurški	42.072	6.467	48.539	34,1	34,2	34,1	86,7	13,3	100,0
Medicinski	76.076	12.375	88.451	61,6	65,5	62,1	86,0	14,0	100,0
Neopred.	5.349	63	5.412	4,3	,3	3,8	98,8	1,2	100,0
Skupaj	123.497	18.905	142.402	100,0	100,0	100,0	86,7	13,3	100,0

Preglednica 19 - DRG po letu obravnave

DRG		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Kirurški	Ital.	3.947	3.579	3.784	3.887	4.074	3.686	3.697	3.311	3.053	3.071	2.881	3.102
	Tuje	436	451	506	640	555	580	592	606	542	528	503	528
	% tuj	9,9	11,2	11,8	14,1	12,0	13,6	13,8	15,5	15,1	14,7	14,9	14,5
Medicinski	Ital.	5.501	5.354	5.305	6.769	6.937	7.134	7.114	6.974	7.024	6.608	5.770	5.586
	Tuje	777	738	772	840	1.022	856	1.012	1.159	1.290	1.330	1.311	1.268
	% tuj	12,4	12,1	12,7	11,0	12,8	10,7	12,5	14,3	15,5	16,8	18,5	18,5
Neopred.	Ital.	1.704	1.810	1.769	16	13	14	18					5
	Tuje	18	14	12	5	2	5	2					5
	% tuj	1,0	,8	,7	23,8	13,3	26,3	10,0					50,0

V Preglednici 20 predstavljamo podatke o številu dni bolnišnične oskrbe glede na vrsto DRG-ja. Predvsem v primeru kirurške obravnave izkazujejo tuji pacienti daljšo hospitalizacijo.

Preglednica 20 - Število dni bolnišnične oskrbe po vrsti obravnave

	DRG	Kirurški		Medicinski		Neopredeljeni		Skupaj	
		Povpr.	št.	Povpr.	št.	Povpr.	št.	Povpr.	št.
Št. dni hospitalizacije	Ital.	2,77	42.072	3,17	76.076	5,03	5.349	3,11	123.497
	Tuje	3,90	6.467	3,74	12.375	9,79	63	3,81	18.905
	Skupaj	2,92	48.539	3,25	88.451	5,08	5.412	3,21	142.402

4. Od hospitalizacije do pacienta

Za oceno deleža in tipologije pacientov v bolnišnici Burlo moramo preiti od podatkov o hospitalizacijah k drugačnim bazam, kjer je enota pacient. Postopek predvideva najprej dodelitev kode, s katero lahko identificiramo posameznega pacienta; ta nato postane enota v bazi podatkov, program pa analizira število pojavitev, torej število hospitalizacij vsakega pacienta. Zato da za vsako leto dobimo podatek o eni hospitalizaciji za vsakega pacienta (vemo namreč, da je lahko vsak hospitaliziran večkrat), se moramo odločiti, katere podatke bomo upoštevali. V primeru večkratnih hospitalizacij smo se odločili, da bomo upoštevali zadnjo bolnišnično oskrbo v letu. Letno periodizacijo podpira tudi Ministrstvo za zdravje, ki jo uporablja za svoje letno poročilo (*Rapporto*

annuale sull'attività di ricovero ospedaliero, (<http://www.salute.gov.it/portale/temi/>)). Po drugi strani je za same bolnišnice leto časovna enota, po kateri razvrščajo vire in druge postavke v računovodskih izkazih in poročilih.

Na ta način smo pridobili podatke, ki jih predstavljamo v preglednici 21; v tej tabeli lahko vidimo, da se v letni členitvi več kot 142.000 hospitalizacij nanaša na 117.690 (ne enkratnih) pacientov. Podatki o pacientih se v tem razdelku nanašajo vedno na državljanstvo in ne na rojstno državo.

Preglednica 21 - Oddelek, iz katerega je bil pacient odpuščen po zadnji hospitalizaciji v letu

Državlj.	Italijansko	Tuje	Skupaj	Italijansko	Tuje	Skupaj	Italijansko	Tuje	Skupaj
Oddelek	št.	št.	št.	% stolp.	% stolp.	% stolp.	% vrst.	% vrst.	% vrst.
Porodnišnica	16.026	4.218	20.244	15,5	29,2	17,2	79,2	20,8	100,0
Ginekologija	17.493	3.482	20.975	16,9	24,1	17,8	83,4	16,6	100,0

Ker je za predlagano usmeritev izbira manj pomembna, navajamo v nadaljevanju podatke o trendu tujih pacientov na podlagi Preglednice 22 (oddelek, iz katerega je bil pacient odpuščen po zadnji hospitalizaciji) za ginekološki in porodniški oddelek. Na ginekološkem oddelku se je delež tujih pacientk povzpел od 13,1% na 18,7% kljub zgolj 10-odstotnemu porastu (od 239 na 260), to pa zaradi znatnejšega upada števila pacientov v bolnišnični obravnavi (9.084 let 2006; 7.340 leta 2017). Porast deleža tujih pacientk na porodniškem oddelku je neznamen (3%).

Preglednica 22 - Oddelek, iz katerega je bil pacient odpuščen po zadnji hospitalizaciji v letu

Oddelek	Državlj.	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ginekoogija	Ital.	1.568	1.477	1.444	1.525	1.591	1.561	1.488	1.442	1.538	1.722	992	1.131
	Tuje	236	248	252	283	284	294	289	314	406	408	212	260
	% tuj	13,1	14,4	14,9	15,7	15,1	15,8	16,3	17,9	20,9	19,2	17,6	18,7
Porodnišnica	Ital.	1.593	1.592	1.536	1.474	1.541	1.472	1.497	1.359	1.057	632	1.236	1.035
	Tuje	334	322	356	355	379	382	410	397	299	232	398	343
	% tuj	17,3	16,8	18,8	19,4	19,7	20,6	21,5	22,6	22,1	26,9	24,4	24,9

Povprečno število hospitalizacij (manj kot dve v roku 12 let) je seveda nižje, če podatke obravnavamo na letni ravni, ostaja pa razlika med italijanskimi (1,20) in tujimi pacientkami (1,31). Preglednica 23 (zadnji stolpec) potrjuje, da je povprečno število diagnoz višje za tuje paciente (2,15) v primerjavi z domačimi (1,93) in je hkrati višje tudi povprečno število obravnav tujih pacientov (3,11) v primerjavi z domačimi (2,65). Posledično je v primeru tujih pacientov tudi višje povprečno število dni bolnišnične oskrbe (5,04 vs. 3,72). Nazadnje je pri tujih pacientih višja povprečna starost (19 let vs. 16,5).

Tako kot za druge spremenljivke nam longitudinalna dimenzija tudi tu omogoča izpostavljanje nekaterih jasnih trendov in vidikov, ki kažejo na določeno stabilnost. Povprečno število hospitalizacij v letu upada v primeru domačih in tujih pacientov (rahal razkorak med obema skupinama je na splošno stalen). Povprečno število diagnoz narašča za obe skupini, a je porast v primeru tujcev manjši. Po drugi strani pa beležimo upad obravnav - tudi v tem primeru se zdi, da gre za strukturno nihanje, saj ga opazimo pri obeh skupinah. Povprečno število dni hospitalizacije ostaja stabilno, čeprav z manjšimi odkloni.

Preglednica 23 - Povprečno število hospitalizacij, diagnoz in obravnjav ter dni bolnišnične oskrbe; povprečna starost po letu (domači/tuji pacienti)

	Dr- žavlj.	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Sk.
Št. hospit.	Ita	1,23	1,22	1,21	1,19	1,17	1,18	1,18	1,21	1,20	1,19	1,20	1,18	1,20
	Tuje	1,38	1,34	1,29	1,33	1,34	1,27	1,31	1,31	1,29	1,28	1,28	1,25	1,31
Št. diagn.	Ita	1,90	1,93	1,91	1,96	1,88	1,89	1,86	1,84	1,92	2,01	2,03	2,13	1,93
	Tuje	2,24	2,23	2,20	2,20	2,16	2,17	2,12	1,98	1,96	2,14	2,21	2,32	2,15
Št. poseg.	Ita	2,82	2,62	2,55	2,53	2,53	2,64	2,55	2,62	2,81	2,82	2,71	2,69	2,65
	Tuje	3,59	3,40	3,27	3,08	3,18	3,18	3,13	2,96	2,98	2,97	2,97	2,97	3,11
Št. dni	Ita	3,84	3,78	3,79	3,74	3,68	3,73	3,49	3,66	3,73	3,71	3,91	3,72	3,72
	Tuje	5,13	4,97	5,02	4,89	4,78	4,82	4,72	4,97	4,72	5,37	4,86	5,24	5,04
Starost	Ita	17,3	17,0	16,7	16,6	16,5	16,5	16,5	16,7	16,0	15,9	15,6	15,9	16,47
	Tuje	21,9	22,0	22,0	20,4	20,0	20,9	20,4	19,1	18,3	16,9	16,2	16,2	19,09

Dejstvo, da pri tujih pacientih beležimo nekoliko višje povprečno število hospitalizacij v primerjavi z domačimi pacienti, je razlog, zaradi katerega je delež, ki ga dobimo pri razvrstitvi po pacientu (12,3%), nekoliko nižji od deleža pri razvrstitvi po hospitalizacij (13,3%).

5. Ambulantna obravnava tujih pacientov

Tudi v primeru ambulantne obravnave smo v začetku kot enoto upoštevali posamezno obravnavo in ne pacienta, saj je lahko posamezni pacient v danem letu obravnavan večkrat. Z odstotnimi deleži lahko vsekakor dobimo dovolj natančno oceno stanja, a moramo biti kljub temu pozorni, saj so lahko pacienti s specifičnimi težavami ambulantno obravnavani pogosteje. Ambulantne obravnave so na splošno pogostejše od bolnišničnih, zato smo se odločili, da analiziramo omejeno časovno razdobje (zadnja 4 leta) in samo obravnave tujih pacientov. Poleg tega smo v analizo vključili samo podatke o polnoletnih ženskah.

Preglednica 24 kaže, da je bilo takih obravnjav v letu 2017 manj kot 17 tisoč, medtem ko so v prejšnjih treh letih presegle prag 20 tisoč, čeprav je njihovo število stalno upadalo. Ob tem moramo še opozoriti, da so bile nekatere obravnave prej razvrščene kot hospitalizacije, danes pa so to posegi v dnevni obravnavi. Razvrstitev po starostnih skupinah kaže na porast obravnjav žensk, starih več kot 40 let (v zadnjem letu od 10% do 16,6%); to bi lahko bila posledica zunanjega izvajanja nekaterih storitev, ki so namenjene določenim skupinam porabnikov. Ker govorimo o obravnavah in ne o pacientih, bi to lahko tudi pomenilo, da gre za porast povprečnega števila obravnjav pri starejših pacientkah - a v nadaljevanju bomo videli, da ta domneva ne drži.

Preglednica 24 - Starost ob obravnavi

Sta- rost	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
	Absolutna vrednost				Odstotek			
18-40	21.252	20.663	19.278	14.048	89,8	89,8	90,1	83,4
> 40	2.427	2.339	2.119	2.793	10,2	10,2	9,9	16,6
Povpr.					31,6	31,6	31,4	33,3
Skupaj	23.679	23.002	21.397	16.841	100,0	100,0	100,0	100,0

Iz Preglednice 25 je razvidno, da je največ obravnjav v letu 2017 zadevalo romunske državljanke (17% vseh obravnjav). Na drugem mestu najdemo obravnave srbskih državljanek (skoraj 15%), nato

pa (približno 9%) obravnave državljanek držav bivše SZ - ta vrednost narašča. 7% obravnjav zadeva državljanke latinskoameriških držav. Čeprav je delež nižji, narašča število obravnjav državljanek afriških muslimanskih držav (leta 2017 jih je bilo pribl. 6%) in Bangladeša (nekaj manj kot 5%). Komaj nekaj več kot 5% je državljanek Kosova (v tem primeru vrednost upada), še manjši pa so deleži Albanc (vrednost upada), Kitajk (tu beležimo znaten upad) in žensk iz azijskih muslimanskih držav.

Preglednica 25 - Država ali območje državljanstva

Državljanstvo	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
	Absolutna vrednost				Odstotek			
Evropa	1.989	2.303	1.888	1.267	8,4	10,0	8,8	7,5
Slovenija	653	628	475	295	2,8	2,7	2,2	1,8
Hrvaška	1.051	943	791	372	4,4	4,1	3,7	2,2
Romunija	3.967	4.213	3.512	2.871	16,8	18,3	16,4	17,0
Srbija	3.238	3.137	3.157	2.474	13,7	13,6	14,8	14,7
Albanija	1.251	1.122	1.215	579	5,3	4,9	5,7	3,4
Kosovo	1.716	1.501	1.666	928	7,2	6,5	7,8	5,5
BiH	553	534	170	241	2,3	2,3	,8	1,4
Makedonija	447	666	403	306	1,9	2,9	1,9	1,8
Bivša ZSSR	1.358	1.402	1.114	1.488	5,7	6,1	5,2	8,8
Latinska Ame- rika	1.336	1.294	1.284	1.210	5,6	5,6	6,0	7,2
ZDA Avstralija	92	22	43	77	,4	,1	,2	,5
Maroko	470	425	440	387	2,0	1,8	2,1	2,3
Islamska Afrika	1.183	917	1.090	1.081	5,0	4,0	5,1	6,4
Ostalo Afrika	989	681	857	690	4,2	3,0	4,0	4,1
Turčija	420	390	486	330	1,8	1,7	2,3	2,0
Islamska Azija	660	743	827	589	2,8	3,2	3,9	3,5
Kitajska	1.169	901	833	492	4,9	3,9	3,9	2,9
Bangladeš	726	803	782	797	3,1	3,5	3,7	4,7
Ostalo Azija	411	377	364	367	1,7	1,6	1,7	2,2
Skupaj	23.679	23.002	21.397	16.841	100,0	100,0	100,0	100,0

Obravnave, ki jih tu analiziramo, se nanašajo na tuje pacientke, ki so leta 2017 v 95% imele bivališče v Italiji, preostalih 5% pa je imelo bivališče v tujini (v prejšnjih letih je bil delež pacientk z bivališčem v tujini višji). V preglednici 26 so prikazane države, kjer ima bivališče največ tujih pacientk (druge grupiramo po družbeno-geografskih območjih). V zadnji koloni na desni predstavljamo delež, ki je rezultanta razmerja med številom državljanek vsake države in številom pacientk, ki imajo v tisti državi bivališče (v veliki večini primerov gre za isto državo, a ni vedno nujno tako, saj ima lahko pacientka bivališče npr. v Sloveniji, državljanstvo pa hrvaško). Ob pregledu podatkov lahko vsekakor izpustimo te posebne primere in torej trdimo, da ima približno 80% Slovenk (oz. nekaj manj kot 70% v zadnjem letu), ki so ambulantno obravnavane v bolnišnici Burlo, stalno bivališče v Sloveniji (nekateri imajo npr. stalno bivališče v Italiji oz. so dnevne migrantke). Stalno bivališče v tujini ima tudi nek delež (ki pa je glede na številčno šibek vzorec nezanesljiv) pacientk iz kategorije »ZDA in Avstralija«; razlag tega pojava je lahko več (po vseh verjetnosti gre za tujke, ki se selijo drugam in živijo v Italiji le za krajše obdobje). Ta razlaga ima lahko splošnejšo vrednost in za nekatere skupine je ohranjanje stalnega bivališča v tujini kazalnik želje po povratku; ta dejavnik je bil leta 2017 med pacientkami z bivališčem v Albaniji, na Hrvaškem, v muslimanskih in drugih državah Afrike, v muslimanskih državah Azije ter v drugih evropskih državah prisoten v

deležu, ki se giblje med 4% in 9%. Lahko pa gre seveda, vsaj v nekaterih primerih, za »namenske« migrantke, ki so se preselile prav zaradi zdravljenja. Za podatke, ki se nanašajo na nam bližnje obdobje, je najverjetnejša razlaga dejstvo, da pacientke niso imele časa za spremembo bivališča, mogoče tudi zato, ker še niso prejele dovoljenja za bivanje v Italiji.

Preglednica 26 - Država/območje državljanstva in delež obravnav tujk z bivališčem v tujini

Stalno bival.	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
	Absolutna vrednost				Odstotek				% st. biv. v tujini			
Italija	22.254	21.314	19.900	15.996	94,0	92,7	93,0	95,0	94,0	92,7	93,0	95,0
Evropa	468	356	321	93	2,0	1,5	1,5	,6	23,5	15,5	17,0	7,3
Slovenija	540	550	365	203	2,3	2,4	1,7	1,2	82,7	87,6	76,8	68,8
Hrvaška	97	31	137	30	,4	,1	,6	,2	9,2	3,3	17,3	8,1
Romunija	98	119	108	50	,4	,5	,5	,3	2,5	2,8	3,1	1,7
Srbija	29	185	81	82	,1	,8	,4	,5	0,9	5,9	2,6	3,3
Albanija	18	57	49	52	,1	,2	,2	,3	1,4	5,1	4,0	9,0
Kosovo	5	8	111	23	,0	,0	,5	,1	0,3	0,5	6,7	2,5
BiH	17	32	-	4	,1	,1	-	,0	3,1	6,0	-	1,7
Makedonija	2	28	15	5	,0	,1	,1	,0	0,4	4,2	3,7	1,6
Bivša ZSSR	26	74	55	59	,1	,3	,3	,4	1,9	5,3	4,9	4,0
Latinska Amerika	2	72	40	26	,0	,3	,2	,2	0,1	5,6	3,1	2,1
	3	4	24	16	,0	,0	,1	,1	3,3	18,2	55,8	20,8
Maroko	-	-	3	5	-	-	,0	,0	-	-	0,7	1,3
Islamska Afrika	-	37	51	51	-	,2	,2	,3	-	4,0	4,7	4,7
Ostalo Afrika	13	5	33	61	,1	,0	,2	,4	1,3	0,7	3,9	8,8
Turčija	6	-	-	1	,0	-	-	,0	1,4	-	-	0,3
Islamska Azija	81	46	59	39	,3	,2	,3	,2	12,3	6,2	7,1	6,6
Kitajska	-	38	-	12	-	,2	-	,1	-	4,2	-	2,4
Bangladeš	3	2	2	5	,0	,0	,0	,0	0,4	0,2	0,3	0,6
Ostalo Azija	14	43	43	10	,1	,2	,2	,1	3,4	11,4	11,8	2,7
Brez državlj.	3	1	-	18	,0	,0	-	,1	0,0	0,0	-	0,1
Skupaj	23.679	23.002	21.397	16.841	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-	-	-

Večina ambulantnih obravnav tujih pacientk v bolnišnici Burlo se nanaša osebe z bivališčem v Italiji. Zaustaviti se moramo torej pri pojavu t. i. »notranje zdravstvene mobilnosti« - pri tistih tujih pacientkah, ki prihajajo iz drugih italijanskih dežel (iz dežele FJK prihaja pribl. 90% vseh tujih pacientk - prim. Pregl. 27). Omembe vredne deleže opažamo le v primeru pacientk z bivališčem v deželi Veneto (pribl. 400 obravnav, tj. 2-odstotni delež). Deleži ambulantnih obravnav tujih pacientk z bivališčem v drugih italijanskih deželah so neznatni; po vsej verjetnosti gre za preglede ali klinične preiskave pred načrtovano hospitalizacijo.

Preglednica 27 - Dežela stalnega bivališča

Stalno bivališče	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
	Absolutna vrednost				Odstotek			
FJK	21.523	20.577	19.352	15.338	90,9	89,5	90,4	91,1
Veneto	472	398	302	419	2,0	1,7	1,4	2,5
Ostalo Italija	258	339	246	214	1,1	1,5	1,1	1,3

Tujina	1.426	1.688	1.497	870	6,0	7,3	7,0	5,2
Skupaj	23.679	23.002	21.397	16.841	100,0	100,0	100,0	100,0

Čeprav je skupno število ambulantnih obravnav tujih polnoletnih pacientk v zadnjih letih upadlo, so zavodi, ki so vključeni v raziskave v sklopu projekta INTEGRA, zabeležili porast absolutnih vrednosti, povezanih s temi storitvami. Deleži so zato še toliko bolj pomenljivi, saj jih moramo umestiti v širši okvir, ki kaže na zmanjšanje splošnega obsega tovrstne dejavnosti. Na oddelku za klinično porodništvo in ginekologijo so v zadnjih štirih zabeležili 1.000 obravnav več (od 14% do približno četrtine vseh obravnav teh pacientk v letu 2017). Kot smo že izpostavili, je višje tudi število obravnav na oddelku za oploditev z biomedicinsko pomočjo, ki se že nekaj let izvajajo ambulantno. Višje je število obravnav na področju prenatalne in ginekološke diagnostike - delež teh je v razmerji do ambulantnih obravnav narasel z nekaj manj kot 2% na 7%.

Preglednica 28 - Oddelki

Oddelek	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
	Absolutna vrednost				Odstotek			
U.C.O. Ginek. in porodn. klinika	3.238	3.536	3.852	4.295	13,7	15,4	18,0	25,5
Oddelek DPT Prenat. in gin. ultrazv. diagn.	1.807	1.996	2.043	2.318	7,6	8,7	9,5	13,8
Oddelek DPT Opl. z biomedicinsko pomočjo	433	484	616	1.172	1,8	2,1	2,9	7,0
Oddelek Porodniška patologija	183	173	4	236	,8	,8	,0	1,4
Drugi oddelki	18.018	16.813	14.882	8.820	76,1	73,1	69,6	52,4
Skupaj	23.679	23.002	21.397	16.841	100,0	100,0	100,0	100,0

Tako kot v primeru hospitalizacij moramo tudi tu opozoriti, da števila ambulantnih obravnav ne smemo neposredno pretvoriti v število pacientk, saj je bila vsaka od teh lahko obravnavana večkrat. Poleg tega pacientk ne moremo razvrstiti v družbeno relevantne kategorije, saj se razen spola, kraja in datuma rojstva ostale lahko spreminjajo občasno (npr. državljanstvo, bivališče, stan ...) ali pa konstantno (starost). Kot smo že izpostavili, je rezultat agregacije podatkov odvisen tudi od obdobja, ki ga upoštevamo (v našem primeru smo se odločili, da podatke grupiramo po letu). Vsaka pacientka je torej v statistiki prisotna za vsa leta, ko je bila deležna obravnave: to vpliva na končno oceno števila pacientk, hkrati pa omogoča primerjavo rezultatov na letni ravni. Podatki o številu pacientk (Preglednica 29) dokazujejo, da je število polnoletnih tujih pacientk za vsa štiri leta v glavnem stabilno in vsekakor ne presega števila 2.000 enot v letu 2017, to pa tudi zaradi že omenjene prerazvrstitve nekaterih tipologij obravnave. Zadnji del tabele prikazuje povprečno število obravnav, ki je znatno upadlo (8 ambulantnih obravnav na pacientko v zadnjem letu vs. 12 obravnav v prvih letih). Preglednica nazadnje kaže, da približno četrtina obravnav zadeva pacientke, starejše od 40 let; delež teh beleži rahel, a stalen porast.

Preglednica 29 - Pacientke (št. in %) in povprečno število obravnav po starostni stopnji

Starost	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
	Absolutna vrednost				Odstotek				Povpr. št. zdr. storitev			
18-40	1.413	1.474	1.354	1.483	75,1	76,2	75,3	72,3	15,10	13,98	14,32	9,52
> 40	469	461	444	569	24,9	23,8	24,7	27,7	4,97	5,04	4,51	4,76
Skupaj	1.882	1.935	1.798	2.052	100,0	100,0	100,0	100,0	12,57	11,85	11,90	8,20

Razporeditev po državljanstvu (Preglednica 30) se ne bistveno razlikuje od prejšnjih po področju obravnave in potrjuje, da so leta 2017 do storitev dostopale predvsem Romunke in Srbkinje (skupaj predstavljajo 30% celotne populacije), nato Kosovke (nekaj manj kot 6%) in Albanke (manj kot 5%). V splošnem trendu upadanja povprečnega števila obravnav nam preglednica omogoča, da opazujemo določeno nihanje na ravni matične države. Če primerjamo samo podatke za leto 2017, vidimo, da je povprečno število obravnav Slovenk, Hrvat, Albanc, Bosank in Makedonk nižje, višje pa je število pacientk iz Turčije, Bangladeša, Latinske Amerike in Afrike.

Preglednica 30 - Država ali območje državljanstva

Država/Obm.	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
	Absolutna vrednost				Odstotek				Povpr. št. zdr. storitev			
Evropska Unija	155	152	144	168	8,2	7,9	8,0	8,2	12,83	15,15	13,11	7,54
Slovenija	132	160	78	61	7,0	8,3	4,3	3,0	4,95	3,93	6,09	4,84
Hrvaška	81	77	71	59	4,3	4,0	3,9	2,9	12,98	12,25	11,14	6,31
Romunija	317	330	282	322	16,8	17,1	15,7	15,7	12,51	12,63	12,45	8,91
Srbija	288	271	272	315	15,3	14,0	15,1	15,4	11,24	11,58	11,59	7,85
Albanija	87	79	87	92	4,6	4,1	4,8	4,5	14,38	14,20	13,97	6,29
Kosovo	100	99	103	110	5,3	5,1	5,7	5,4	17,16	15,16	16,17	8,39
BiH	38	37	30	37	2,0	1,9	1,7	1,8	14,55	14,43	5,67	6,51
Makedonija	33	41	35	44	1,8	2,1	1,9	2,1	13,55	16,22	11,51	6,95
Bivša ZSSR	126	152	128	173	6,7	7,9	7,1	8,4	10,78	9,22	8,70	8,60
Latinska Amerika	115	111	115	126	6,1	5,7	6,4	6,1	11,59	11,49	11,17	9,60
ZDA Avstralija	9	8	8	14	,5	,4	,4	,7	10,22	2,75	5,38	5,50
Maroko	34	42	44	56	1,8	2,2	2,4	2,7	13,82	10,07	10,00	6,91
Musl. Afrika	70	73	81	120	3,7	3,8	4,5	5,8	16,90	12,56	13,46	9,01
Ostalo Afrika	69	59	68	72	3,7	3,0	3,8	3,5	14,33	11,54	12,60	9,58
Turčija	27	25	27	31	1,4	1,3	1,5	1,5	15,56	15,60	18,00	10,65
Islamska Azija	31	37	52	69	1,6	1,9	2,9	3,4	21,29	20,08	15,90	8,54
Kitajska	74	87	75	69	3,9	4,5	4,2	3,4	15,66	10,36	11,11	7,07
Bangladeš	61	60	60	65	3,2	3,1	3,3	3,2	11,90	13,38	13,03	12,26
Ostalo Azija	35	35	38	49	1,9	1,8	2,1	2,4	11,74	10,77	9,58	7,49
Skupaj	1.882	1.935	1.798	2.052	100,0	100,0	100,0	100,0	12,57	11,85	11,90	8,20

EPIDEMIOLOŠKA ANALIZA AMBULANTNO IN BOLNIŠNICO OBRAVNAVANIH TUJIH DRŽAVLJANK V BOLNIŠNICI POSTOJNA

Marko Mugoša, Marjeta Stegel Bizjak

Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna

Igor Karnjuš

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju

Podatki za retrospektivno epidemiološko analizo, ki jih je zagotovilo raziskovalno osebje Bolnišnice za ženske bolezni in porodništvo Postojna, so bili zbrani iz informacijskega sistema pacientov Hipokrat. Osnova za analizo so bili podatki zbrani v obdobju od leta 2012 do vključno 2017. Podatki so predstavljeni ločeno za področje ambulantne in področje bolnišnične obravnave

1. Analiza ambulantno obravnavanih tujih državljanek med letom 2012 in 2017

Med letom 2012 in 2017 je bilo v ambulantni dejavnosti obravnavanih 1586 tujk. Število obravnav po posameznem letu je razvidna iz Tabele 1; razvidno je, da je število obravnav v zadnjih letih v porastu, saj se je v primerjavi z letom 2012 v letu 2017 število obravnav povečalo za 15,2 %.

Tab. 1 Število tujih državljanek, ki so bile obravnavane ambulantno med letom 2012 in 2017

Leto obravnave	Število (n)	Delež (%)
2012	171	10.8
2013	182	11.5
2014	192	12.1
2015	240	15.1
2016	388	24.5
2017	413	26.0
Skupaj	1.586	100.0

Povprečna starost tujk, ki so bile ambulantno obravnavane v Bolnišnici Postojna je znašala 30,24 (s=6,91). Najmlajša obravnavana tujka je bila stara 15 let, najstarejša 66 let. Bolj natančna porazdelitev vzorca po starosti je razvidna v Tabeli 2.

Tab. 2 Starostna struktura tujih državljanek, ki so bile vključene v ambulantno obravnavo med letom 2012-2017

Starostna skupina (leta)	Število (n)	Delež (%)
15-19	27	1.7
20-29	796	50.2
30-39	582	36.7
40-49	159	10.0
50-59	20	1.3
60-66	2	0.1
Skupaj	1.586	100.0

Glede na organizacijski nivo nudjenja ambulantnih storitev (primarni ali sekundarni nivo zdravstvenega varstva⁵), je od 1586 tujih državljanek njih 836 (52,7 %) bila obravnavana na primarnem nivoju in njih 737 (46,5 %) na sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva; le manjše število žensk je bilo, zaradi različnih razlogov, usmerjena v ambulanto za moško subfertilnost (n=13; 0,8 %).

Ambulantne storitve na primarnem nivoju zdravstvenega varstva so bile dodatno razdeljene na preventivne in kurativne preglede, ter preglede v nosečnosti; ambulantne storitve na sekundarnem nivoju zdravstvenega varstva pa na specialistično napotitev, nadzor nad nosečnostjo in amniocentezo. Na primarnem nivoju ambulantnih storitev so bile tuje državljanke največkrat obravnavane kot »pregled v nosečnosti« in najmanj kot »kurativni pregled«; na sekundarnem nivoju ambulantnih storitev pa so prav tako obravnave bile največkrat usmerjene v »nadzor nad nosečnostjo« (Tabela 3).

Tab. 3 Klasifikacija storitev glede na nivo organizacije zdravstvenega varstva in vrsto storitve med letom 2012–2017

Nivo ambulantne obravnave	Vrsta storitve	Število (n)	Delež (%)
Primarni nivo zdravstvenega varstva ('Dispanzer za žene')	Preventivni pregled	223	14,1
	Kurativni pregled	121	7,6
	Pregledi v nosečnosti	488	30,8
Sekundarni nivo zdravstvenega varstva ('Specialistična ginekološka ambulanta')	Specialistična napotitev	304	19,2
	Nadzor nad nosečnostjo	420	26,5
	Amniocenteza	17	1,1
Ambulanta za moško subfertilnost	Ambulanta za moško subfertilnost	13	0,8
	Skupaj	1586	100,0

Velika večina ambulantnih obravnav oz. storitev je bila krita s strani sistema zdravstvenega zavarovanja Republike Slovenije (91,2 %) (Tabela 4).

Tab. 4 Plačnik ambulantne storitve za obdobje 2012–2017

Plačnik	Število (n)	Delež (%)
Zavarovanje	1447	91,2
Samoplačnik	65	4,1
Konvencija	69	4,4
Ambulanta	1	0,1
Tuji samoplačnik	4	0,3
Skupaj	1586	100,0

Tabela 5 prikazuje porazdelitev posameznih ambulantnih obravnav (storitev) skozi 6-letno obdobje; največji porast v številu ambulantnih obravnav je ravno na področju »pregledov v nosečnosti« in storitev usmerjenih v »nadzor nad nosečnostjo«. Povprečna starost tujih državljanek, ki so bile obravnavane ambulantno se skozi 6-letno obdobje ni dosti spreminjala (gibala se je med 29,85 in 30,64 let)

Tab. 5: Porazdelitev ambulantnih storitev za obdobje 2012–2017

⁵ Slovenski sistem zdravstvenega varstva je javna služba, organizirana na treh ravneh, ki jo večinoma financira Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Bolnišnično zdravljenje je organizirano na sekundarni in terciarni ravni v splošnih in specializiranih bolnišnicah po vsej Sloveniji. Sekundarna raven poleg bolnišničnega zdravljenja zagotavlja specializirano ambulantno oskrbo, ki se razlikuje od ambulantne oskrbe na primarni ravni z zdravljenjem bolj zapletenih bolezni, z bolj napredno diagnostiko in metodami zdravljenja.

Klasifikacija ambulantnih storitev (N=1586)	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Preventivni pregled	24	19	25	43	51	61
Kurativni pregled	11	13	14	24	26	33
Pregledi v nosečnosti	39	45	71	63	130	140
Specialistična napotitev	43	40	22	53	75	71
Nadzor nad nosečnostjo	48	62	57	54	98	101
Amniocenteza	2	3	1	1	6	4
Ambulanta za moško subfertilnost	4	0	2	2	2	3
SKUPAJ	171	182	192	240	388	413

2. Analiza bolnišnično obravnavanih tujih državljanek med letom 2012 in 2017

Med letom 2012 in 2017 je v bolnišnici Postojna bilo obravnavanih 605 tujk. Število bolnišničnih obravnav po posameznem letu je razvidna v Tabeli 6; nekoliko večje število obravnav se je pokazalo v zadnjih dveh letih v primerjavi s prejšnjimi. V povprečju so bile tujke v bolnišnični obravnavi 3,79 (s=2,48) dni; največkrat so v omenjenem obdobju bile hospitalizirane zgolj za 1 dan (175 primerov obravnave). Takih primerov se vodijo kot t. i. dnevna bolnišnica; minimalno število dni obravnave je bilo 1, maksimalno pa 23 (le en primer).

Tab. 6: Bolnišnične obravnave tujih državljanek po posameznem letu za obdobje 2012–2017

Leto	Število (n)	Delež (%)
2012	87	14,4
2013	87	14,4
2014	88	14,5
2015	97	16,0
2016	125	20,7
2017	121	20,0
Skupaj	605	100,0

Povprečna starost tujk, ki so bile hospitalizirane v Bolnišnici Postojna je znašala 30,56 (s=7,015) let. Najmlajša oseba iz tujine, ki je bila hospitalizirana je bila stara 15 let, najstarejša 74 let (Tabela 7).

Tab. 7: Starostna struktura tujih državljanek, ki so bile vključene v bolnišnično obravnavo med letom 2012–2017

Starostna skupina (leta)	Število (n)	Delež (%)
15–19	10	1,65
20–29	270	44,63
30–39	264	43,64
40–49	54	8,9
50–59	5	0,83
60–69	1	0,16
70–74	1	0,16
Skupaj	605	100,0

Glede stopnje izobrazbe (Tabela 8) je največ tujk imelo dokončano srednjo strokovno izobrazbo (n=154; 25,5 %), sledila ji je dokončana osnovnošolska izobrazba (n=108; 17,9 %), in nižja in sre-

dnja poklicna izobrazba (n=96; 15,9 %). Pri treh osebah stopnja izobrazbe ni bila zavedena.

Tab. 8: Stopnja izobrazbe tujih državljanek, ki so bile hospitalizirane med letom 2012–2017

Stopnja izobrazbe	Število (n)	Delež (%)
Brez šolske izobrazbe	6	1,0
Nepopolna osnovnošolska izobrazba	21	3,5
Osnovnošolska izobrazba	108	17,9
Nižja in srednja poklicna izobrazba	96	15,9
Srednja strokovna izobrazba	154	25,5
Srednja splošna izobrazba	45	7,4
Višja strokovna / višješolska izobrazba	27	4,5
Visokošolska strokovna izobrazba	54	8,9
Visokošolska univerzitetna izobrazba	75	12,4
Specializacija	2	0,3
Magister znanosti	13	2,1
Doktor znanosti	1	0,2
Ni podatka	3	0,5
Skupaj	605	100,0

Med letom 2012 in 2017 so bile v Bolnišnici Postojna obravnavane ženske iz 40 različnih držav; največje število tujih državljanek je bilo rojenih v republikah nekdanje Jugoslavije: BIH (n=142; 23,5 %), Makedonija (n=62; 10,2 %), Kosovo (n=61; 10,1 %), Srbija (n=54; 8,9 %), Hrvaška (n=45; 7,4 %). Izven področja bivše Jugoslavije pa so po številu najbolj izstopale Rusinje (n=28; 4,6 %). Pri 79 osebah (13,1 %) država rojstva ni bila zavedena. Zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije (83,1%) je krilo večino storitev med bolnišnično obravnavo (Tabela 9).

Tab. 9: Plačnik storitev, ki so se pojavile med bolnišnično obravnavo za obdobje 2012–2017

Plačnik	Število (n)	Delež (%)
Zavarovanje	503	83,1
Samoplačnik	82	13,6
Konvencija	18	3,0
Ambulanta	1	0,2
Tuji samoplačnik	1	0,2
Skupaj	605	100,0

Od 605 tujih državljanek, njih 233 (38,5 %) je bilo hospitaliziranih na ginekološkem oddelku, 372 (61,5 %) pa jih je bilo hospitaliziranih na porodniškem oddelku.

Na ginekološkem oddelku smo vzroke hospitalizacije razvrstili v 6 podskupin: In vitro fertilizacija (IVF), splav, operativni poseg, mali poseg, diagnostični poseg, aplikacija terapije (i.m.⁶, i.v.⁷). Na porodniškem oddelku smo vzroke hospitalizacije razvrstili v 4 podskupine: spontani porod, predčasni porod, carski rez, vakuumška ekstrakcija. Omenjena porazdelitev je natančno prikazana v tabeli 10.

Tab. 10: Vzroki bolnišnične obravnave med letom 2012–2017

Oddelek	Vzrok hospitalizacije	Število (n)	Delež (%)
Ginekološki oddelek	IVF	87	14,4
	Splav	50	8,3
	Operativni poseg	30	5,0
	Diagnostični poseg	25	4,1
	Mali poseg	36	6,0
	Aplikacija terapije	5	0,8
Porodniški oddelek department	Spontani porod	195	32,2
	Predčasni porod	8	1,3
	Carski rez	93	15,4
	Vakuumška ekstrakcija	18	3,0
Ni podatka	Ni podatka	58	9,6
	Skupaj	605	100,0

Tabela 11 prikazuje porazdelitev bolnišničnih obravnav po posameznem letu skozi 6-letno obdobje; opaziti je nekoliko manjše število splavov glede na skupno število obravnav in nekoliko večje število IVF obravnav ter rahlo povečanje števila carskih rezov.

Tab. 11: Porazdelitev bolnišničnih obravnav skozi 5-letno obdobje od leta 2012 do vključno 2017

Klasifikacija bolnišničnih storitev (N=605)	2012	2013	2014	2015	2016	2017
In vitro fertilizacija	9	9	15	12	21	21
Splav	12	6	13	8	5	6
Operativni poseg	3	2	4	7	6	8
Diagnostični poseg	7	4	3	5	2	4
Mali poseg	7	10	3	3	6	7
Aplikacija terapije	0	2	0	2	1	0
Spontani porod	29	30	27	33	47	29
Predčasni porod	1	2	3	0	0	2
Carski rez	16	7	11	17	20	22
Vakuumška ekstrakcija	3	5	1	1	4	4
Ni podatka	0	10	8	9	13	18
Skupaj	87	87	88	97	125	121

⁶ Intramuskularna injekcija

⁷ Intravenska injekcija

SPOLNO ZDRAVJE IN PATRIARHALNA KULTURA: PRIČEVANJA ŽENSK

Ornella Urpis

Oddelek za družbene in politične vede, Univerza v Trstu

1. Metodološki okvir in raziskava na terenu

V mnogih družbah prihaja do stroge ločitve spolov pri različnih družbenih praksah in do znatnih odstopanj pri družbeni moči moških oz. žensk⁸; v migracijskih procesih pa je zvestoba patriarhalnemu družinskemu modelu tudi identitetni dejavnik.

Težki odnosi z novo družbo, kulturna distanca in pomanjkljiva vključitev v novo okolje pogosto povzročajo zapiranje migrantov v lastne kulturne skupine. Sprememba življenja in navad ter posledični identitetni premiki, ki pogosto spremljajo migracije, niso namreč rezultat samoumevnih procesov. Nasprotno: skladnost s tradicionalnimi vrednotami in vedenjskimi vzorci postane v državi gostiteljici pogoj za pripadnost skupini, katere člani izhajajo iz istega kulturnega okolja (Sayad, 2002).

Dogaja se torej, da postanejo nekatere tuje skupnosti skoraj nepropustne za družbeni svet, ki jih obdaja, patriarhalni modeli moči in oblasti moških nad ženskami pa se celo okrepijo in neposredno vplivajo na spolno in reproduktivno zdravje žensk. Dokazano je, da se diskriminatorne prakse, kot na primer prisilne poroke (PP) in pohabljanje spolnih organov (PSO), izvajajo tudi znotraj nove referenčne kulturne skupine.

Zadnje raziskave celo kažejo, da sta ta dva pojava v Evropi zelo pogosta. Po raziskavi iz leta 2014 (*Il matrimonio forzato in Italia: conoscere, riflettere, proporre*, Serugheti et al.) se je predvsem glede primerov prisilne poroke Oddelek za enake možnosti pri Predsedstvu vlade Republike Italije odločil, da podpre spoznavanje in raziskovanje tega pojava, ki še ni dovolj prisoten v javnem in političnem diskurzu. Na področju pohabljanja spolnih organov je že poročilo EIGE Evropskega parlamenta (2012) evidentiralo porast te prakse in zdi se, da trend žal še vedno ne upada (Van Baelen et al., 2016).

Ocenjujemo, da je v Italiji približno 60 do 80 tisoč odraslih žensk (starih več kot 15 let) doživelo PSP in da se visok delež žensk ne nagiba k opustitvi te prakse (Farina in Ortensi, 2014). Pojav, ki ni povezan z verskimi dejavniki, je zelo zakoreninjen, saj se navezuje na družbeno identiteto in funkcijo telesa kot simbola skupnosti (Morrone in Vulpiani, 2004). Poleg tega prihaja z novimi migracijskimi tokovi v Evropo vse več ljudi iz držav (npr. iz Nigerije), kjer je praksa še zelo razširjena. Opazovanje spolnega in reproduktivnega zdravja postaja torej pomemben kazalnik stanja na področju družbene integracije migrantskih skupnosti in njihovih odnosov z novi okoljem; hkrati pa nam ponuja presek različnih družbenih in kulturnih interpretacij zdravja (Lombardi, 2018).

V Furlaniji - Julijski krajini je bila prva empirična raziskava o ohranjanju vedenjskih vzorcev, ki ogrožajo zdravje in pravice žensk, opravljena v okviru raziskovalno-akcijskega programa, ki ga je vodil Oddelek za enake možnosti pri Predsedstvu vlade, izvajala pa ga je nevladna organizacija Associazione Italiana Donne per lo Sviluppo (2007-2009) v sodelovanju z Otroško bolnišnico in porodnišnico Burlo Garofolo, Avtonomno deželo FJK, Deželo Veneto in območno zdravstveno enoto ULSS 16 iz Padove. Empirično delo je potekalo s kvalitativnimi orodji (globinskimi intervjuji in aktivnim opazovanjem) in je privedlo do novih spoznanj glede pojava PSO oz. vedenjskih vzorcev migrantk; rezultati so bili objavljeni v delu *Mutilazioni dei genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti* (Degani, De Stefani in Urpis, 2009).

⁸ Razvoj patriarhalnih družb, ki jih zaznamuje premoč moških in ki so v različnih oblikah prisotne povsod po svetu, je predvsem posledica bioloških razlik med spoloma, porajanja in nege otrok (Huber, 2007).

V sklopu projekta INTEGRA so želeli raziskovalci uporabiti - poleg kvalitativnih orodij⁹ (globinskih intervjujev, fokusnih skupin, aktivnega opazovanja ...) - tudi strukturirani vprašalnik (z nekaterimi odprtimi vprašanji). Vprašalnik, ki sta ga pripravili Federica Scrimin in Ornella Urpis, so razdelili v oddelkih bolnišnice Burlo Garofolo, uporabili pa so ga tudi slovenski partnerji.

Bolnišnica je namreč privilegirano opazovališče pojavov nasilja, povezanega z reproduktivno funkcijo žensk. Mnoge ženske so v bolnišnično obravnavo sprejete po pregledu na urgenci: zdravstveni delavci lahko torej prvi opazijo primere fizičnega ali kulturnega nasilja, čeprav nam strokovna literatura sugerira, da te znake pogosto spregledajo.¹⁰

Vprašalnik sestavljajo štiri sklopi. V prvem se obravnava življenje anketirane migrantke v rojstni državi, predvsem z vidika tradicije, kulture in družbe. V drugem delu opazujemo migracijski proces, sposobnost prilagajanja in posledične spremembe v vrednotenju in opazovanju realnosti s strani migrantke ter njene družinske odnose. V tretjem delu obravnavamo odnos med pacientko in socialnimi oz. zdravstvenimi službami. Četrty del (ki smo ga izročili samo ženskam iz regij, ki veljajo za rizične) obravnava pohabljanje spolnih organov, vpliv te prakse na zdravje ženske in vlogo okolja, v katerem se ta praksa izvaja.

Ob strokovni pomoči Federice Scrimin je osebje bolnišnice (Chiara Semenzato in Alice Cernogoraz v sodelovanju z Micaelo Crisma) porazdelilo vprašalnike in vneslo odgovore v podatkovno bazo. Pri anketi je sodelovalo 77 tujk, ki so bile hospitalizirane na ginekološkem in porodniškem oddelku ter na oddelku za oploditev z biomedicinsko pomočjo bolnišnice Burlo Garofolo. Strokovne sodelavke so pacientkam povedale, da vprašalnik ni povezan z zdravstvenim kartonom in da se z njim samo zbirajo podatki za evropski program o spolnem in reproduktivnem zdravju migrantk, cilj tega programa pa je izboljšanje stanja in storitev. Sodelavke so ustvarile dialog z anketiranimi ženskami in vprašalnik izpolnile tudi med več srečanji in razgovori. Ker so bile prisotne v bolnišnici, so lahko večkrat opazovale težave in odnose med pacientkami in osebjem ter med pacientkami in drugimi člani njihovih družin.

2. Značilnosti vzorca

Vzorec je zelo raznolik: intervjuvanke prihajajo iz 28 držav sveta. Največ je Romunk (8), tem pa sledijo Kosovke (7), Maročanke, Nigerijke in Srbkinje (6). Prisotnost Pakistank (v vzorec je zajetih 5 anketirank, prav toliko pa je tudi Kamerunk) je za naše območje novost in je povezana predvsem z migracijami, ki so posledica združitve družinskih članov, ki so že dobili status begunca ali dovoljenje za bivanje iz humanitarnih razlogov.

Kljub tem razlikam pa se znotraj vzorca pojavljajo predvsem tri glavne religije: muslimanska / islamska (39%), pravoslavna (26%) in katoliška (18%); kristjank je skupaj več kot 50%. Štiri ženske so izjavile, da ne pripadajo nobeni religiji (po ena iz Vietnama, Kitajske, Češke in Dominikanske republike).

Vse ženske so v rodni dobi in samo osem jih je starih več kot 40 let. Najmlajše (stare manj kot 25 let) imajo nizko stopnjo izobrazbe (skoraj polovica teh je obiskovala samo osnovno šolo) in večina, razen štirih, je prišla v Italijo šele pred manj kot enim letom. Skoraj dve tretjini vzorca imata visoko izobrazbo - univerzitetno (28%) ali srednješolsko (37%). Sedem žensk je izjavilo, da imajo končano samo nižjo stopnjo osnovne šole: po ena anketiranka iz Dominikanske republike, Bosne, Kitajske, Nigerije, Bangladeša, Romunije in Srbije.

Na vprašanje o statusu, na podlagi katerega živijo v Italiji, ni odgovorilo 19 žensk (za 12 žensk je bilo vprašanje neustrezno, drugih 7 žensk pa ni želelo odgovoriti). Če pogledamo deleže 58 žensk, ki so na to vprašanje odgovorile, vidimo, da ima kar visok delež vprašanih (41%) dovoljenje za dolgoročno bivanje, 28% žensk pa je v Italijo prišlo iz družinskih razlogov. Druge so prišle zaradi dela (5 primerov), iz humanitarnih razlogov (5 primerov) ali kot politične migrantke (skupaj 3 ženske, dve Nigerijki in ena Kamerunka).

⁹ Rezultati teh raziskovalnih dejavnosti so prikazani v drugem razdelku poročila.

¹⁰ Prim. *Manuale formativo sulla violenza di genere per gli operatori sanitari*, ki jo je izdalo združenje Implement Health System Response to Gender Based Violence (2015), da bi prispevalo k prepoznavanju primerov nasilja, ki jih zdravstveni delavci pogosto ne prepoznajo.

Preglednica 1 - Status, ki omogoča bivanje v državi

	Št.	%
Dolgoročno dovoljenje za bivanje	24	41,4
Družinski razlogi	16	27,6
Delovni razlogi	5	8,6
Humanitarni razlogi	4	6,9
Mednarodna zaščita / begunka	3	5,2
Študij	2	3,4
Zdravljenje	2	3,4
Drugo	2	3,4
Skupaj	58	100,0

Približno četrtnina žensk, zajetih v tem vzorcu, je v Italijo prišla pred kratkim (pred letom dni ali še manj); približno polovica žensk živi v Italiji dlje (od enega do deset let), nekaj več kot četrtnina pa dlje kot deset let. Vse ženske so v Italijo prišle v rodni dobi: približno 15% jih je bilo še mladoletnih; polovica je bila stara manj kot 25 let, preostale (teh je več kot tretjina) 26 ali več let (dve ženski nista odgovorili).

Velik del vprašanih živi na Tržaškem (64), nekaj (8) na Goriškem; ena ženska prihaja iz druge italijanske dežele, ena ženska pa iz tujine. Štiriinosemdeset odstotkov vprašanih nima italijanskega državljanstva - vzorec je torej reprezentativen za sodobne migracijske tokove.

3. Analiza rezultatov

3.1 Izvorna država, družina, kultura in tradicije

Tradicionalna družina je običajno razširjenega tipa. Več kot polovica žensk, zajetih v našo raziskavo, pa je v svoji matični državi živela znotraj družine, ki ni štela več kot 5 članov. Samo 7 žensk (med temi so tri iz Kosova) je živelo v družini, ki jo je sestavljalo več kot 10 članov. Več kot polovica žensk je vsaj nekaj časa živela v urbanem okolju. Ženske, ki prihajajo iz manjših vasi ali zaselkov, so v glavnem Bengalke ali Kosovke.

Vloga matere je pri socializaciji žensk vedno izjemno močna. V našem primeru izhaja, da je v 57% primerov mati delala zdoma. Podatek je zanimiv, če ga primerjamo z delovno kariero hčera - med temi je namreč delež zaposlenih oz. delavk nižji. Polovica anketirank ni nikoli delala - delež žensk brez delovnih izkušenj je torej višji kot v prejšnji generaciji. Ženske, ki niso nikoli delale, prihajajo v glavnem iz Romunije, Kosova, Bangladeša, Kameruna in Maroka.

Kljub temu da je večina intervjuvank islamske veroizpovedi (pribl. 40%), jih 90% prihaja iz monogamne družine, 4 ženske pa trdijo, da je njihov oče imel dve ženi.

Vprašanje o svobodni izbiri poroke smo postavili zelo direktno. Dejstvo, da je skoraj četrtnina vzorca odgovorila, da so odločitev o poroki staršev sprejeli sorodniki ali skupnost, je izjemno pomembno: kaže namreč na to, da so prisilne ali dogovorjene poroke dejansko prisotne v različnih kulturah. Ta družbeni pojav je torej izjemno zanimiv. Da so njihovo poroko »določili« sorodniki oz. (v enem primeru) skupnost, je izjavilo skupaj 17 žensk (4 Bengalke, 3 Kosovke, 2 Nigerijki, 3 Pakistanke ter po ena ženska iz Pakistana, Kambodže, Maroka, Toga in Senegala). Obenem moramo opozoriti, da se ženske očitno nerade pogovarjajo o tej temi: 5 žensk ni odgovorilo na vprašanje. Iz odgovorov na vprašanje o čutu pripadnosti (*Kateri narodni, etnični ali plemenski skupini pripadate?*) izhaja, da so anketiranke to vprašanje razumele v najožjem smislu. Identificirajo se s pripadnostjo plemenu ali kasti, ne ukvarjajo pa se z narodnostjo (z izjemo ženske iz Dominikanske republike). Samo dve ženski sta izjavili, da pripadata skupnosti bamileke in edu, po ena ženska pa

je izjavila, da pripada skupnosti ibo, beti, baminka, kisi in bramanski kasti.

Kljub temu da je bil vprašalnik dolg, je bogastvo odgovorov na odprto vprašanje o značilnostih lokalne tradicionalne kulture res impresivno. Odgovorilo je kar 64 anketirank, a tudi odgovori na druga odprta vprašanja so bili na splošno številni. Rezultat gre vsaj delno pripisati potrpežljivosti in profesionalnosti spraševalk (ki so se k intervjuvankam vračale tudi po večkrat, saj so anketiranje prekinjali pregledi in druge oblike oskrbe). Po drugi strani pa je tudi okolje v bolnišnici spodbujalo sprostitev, odvrčalo bolnice od vsakodnevnih skrbi in ustvarjalo zaupno okolje, kjer so stiki občutek zaupnosti med pacientkami in zdravstvenim osebjem.

Kako pa intervjuvanke na splošno definirajo pojem kulture? V večini primerov ga povezujejo s pojmom religije in z neke vrste domnevno »naravno« vezjo med tema dvema pojmom. Kot se pogosto dogaja, se v percepciji oseb tradicija pogosto preliva v religijo in religija v tradicijo. V tem kontekstu je zanimiva trditev ženske iz Bangladeša: »Religije so štiri in kultura je odvisna od tega, kateri religiji pripadaš.«

Med najpomembnejše kulturne elemente intervjuvanke prištevajo verske praznike in obrede, predvsem poroko: »Obredi so značilni, na primer muslimanski poročni obred je tradicionalen« (ženska iz Bangladeša); »Obleke so različne, poroke trajajo dva dni« (ženska iz Kosova). Med pomembnimi elementi moramo omeniti še hrano in pojmovanje družine, ki predstavlja eno od ločnic med italijansko in drugimi družbami sveta: »Živi se z družino, vse se dela z družino, tu v Italiji pa ne« (ženska iz Libanona).

Kultura je povezana tudi s parametrom razlike med spoloma. V mnogih izjavah ženske jasno in nedvoumno opredeljujejo značilnosti svoje kulture na podlagi patriarhalnih praks: »Različni narodi se oblačijo, kuhajo na različen način. Ženske so manj svobodne in bolj prepuščene samovolji moža« (ženska iz Kameruna); »V Maroku ima ženska manj pravic kot v Italiji« (ženska iz Maroka); »Moški odloča, ženska pa ne more odločati prav veliko« (ženska iz Srbije); »Ženske se veliko ukvarjajo z družino, moški pa bolj malo; po službi se dobijo s prijatelji in konec« (ženska iz Vietnamera); »Ženske so podrejene moškim« (ženska iz Dominikanske republike). Prisotna je tudi zavest o pomanjkanju socialnih pravic: »Vse je drugače; v Pakistanu zdravstvena oskrba ni dobra in vse je zasebno«; »zdravstvena oskrba je plačljiva, če nimaš zavarovanja« (ženska iz Bosne).

Nekatere ženske pa svojo kulturo vsekakor opisujejo pozitivno, predvsem če jo primerjajo z zahodno, saj poudarjajo občutek pripadnosti, solidarnost in gostoljubnost: »Veliko revščine, a ljudje so bolj odprti, bolj srečni, bolj družabni, bolj solidarni« (ženska iz Kolumbije); »V Nigeriji je več spoštovanja, na primer do nosečnic; na avtobusu ali v lokalih jim ljudje odstopijo sedež; tudi otroci se kmalu naučijo spoštovanja« (ženska iz Nigerije).

Zato da lahko natančneje opazujemo značilnosti tega občutka pripadnosti in njegovo spreminjanje z migracijskim procesom, smo anketiranke vprašali, katere značilnosti svoje države pogrešajo in kaj so tu dobile, česar prej niso imele. Iz preglednice 2 izhaja, da je 90% vseh 69 intervjuvanih žensk povedalo, da je »družina« najpomembnejši dejavnik in tisto, kar trenutno najbolj pogrešajo; temu sledijo »občutek solidarnosti in podpora skupnosti« (23%) in »splošni občutek religioznosti« (22%). Nizek delež vprašanih pa omenja socialne pravice in osebno svobodo. Štiri ženske so izbrale opcijo »drugo« in povedale, da pogrešajo »hrano« svoje države, druge tri pa »pokrajino in naravo«. Domnevamo lahko, da bi bilo takih odgovorov še več, če bi te vidike eksplicitno navedli med opcijami v vprašalniku.

Na vprašanja, s katerimi smo ženske na podlagi istih dejavnikov spraševali, kaj so »novega« našle v Italiji, 12 žensk ni odgovorilo. Odgovori preostalih pa so kljub temu zelo zanimivi, saj kažejo na elemente, ki so temelj zahodnih družb: mnoge izpostavljajo socialne pravice in, predvsem, vrednote svobode, posameznika in osebne avtonomije.

Pojem »družina« se z 90% spusti na 14%, saj se družinske vezi, poleg občutka varnosti, ki jo nudita družina in skupnosti, v Italiji najbolj razvodenijo, nadomesti pa jih sociala: zdravstveni sistem »ki je vreden zaupanja« (78,5%), »dobra služba (35%), »dober šolski sistem« (34%) in, seveda, »občutek osebne varnosti« (34%). Tudi dejavnik »smisel kolektivne religioznosti« beleži znaten upad (od

22% na 5%), izpostavljeni pa so pojmi »svoboda izbire in odločanja« (20%) in »finančna in osebna avtonomija« (23%); 60% anketiranih žensk izjavlja, da so brezposelne ali gospodinje (kar bomo podrobneje obravnavali v nadaljevanju).

Preglednica 2 - Kaj ste imeli in zdaj pogrešate; kaj ste tu našli, česar prej niste imeli

	Kaj ste imeli		Kaj ste tu našli		Odklon
	Št.	%	Št.	%	
Družina	62	89,8	9	13,8	-76,0
Solidarnost in podpora skupnosti	16	23,2	9	13,8	-9,4
Občutek kolektivne religioznosti	15	21,7	3	4,6	-17,1
Občutek osebne varnosti	9	11,7	22	33,8	22,1
Dobra služba	7	13,0	23	35,4	22,4
Dober šolski sistem	6	8,7	22	33,8	25,1
Svoboda mišljenja in govora	5	7,2	19	29,2	22,0
Svoboda izbire in odločanja	5	7,2	13	20,0	12,8
Zdravstveni sistem, ki mu lahko zaupam	3	4,3	51	78,5	74,2
Osebna in ekonomska samostojnost	2	2,6	15	23,1	20,5
Drugo	11	15,9	3	4,6	-11,3

Kar zadeva značilnosti porok v matični državi, na vprašanje o svobodi izbire 5 žensk ni odgovorilo, 45 (nekaj več kot 60%) pa jih je mnenja, da je »vsakdo svoboden«. Vprašanje vsekakor potrjuje, da je svobodna izbira v nekaterih državah problematična: ali je ni (9 anketirank) ali je le delno prisotna (tu npr. opazamo razliko med urbanimi in ruralnimi predeli oz. med različnimi vrstami družine; 16 anketirank). Nekaterne intervjuvanke sicer trdijo, da se položaj spreminja, približno 35% vprašanih pa je živelo na območjih, kjer so dogovorjene poroke prisotne. Večina teh žensk prihaja iz Bangladeša, Pakistana, Maroka in Kameruna. Vse ženske iz Bangladeša in Pakistana, ki smo jih zajeli v raziskavo, pravijo, da je dogovorjena poroka običajna praksa.

Na vprašanje »Si bila zaročena po dogovoru? Če ja, kdo je sklenil dogovor in koliko si bila stara«, je velika večina žensk (88%) odgovorila, da ni bila zaročena po dogovoru; 9 intervjuvank je izjavilo, da so se za njihovo poroko dogovorili družinski člani. Med temi najdemo Pakistanke, Bengalke, Kosovke in dve ženski iz Afrike. Od devetih žensk, ki so izjavile, da so bile zaročene po dogovoru, samo dve navajata akterje dogovora (družino in starše); ena ženska (iz Kameruna) je bila zaročena, ko je bila stara 3 leta.

Samo tri poročene ženske (12 je neporočenih) se je poročilo pred 18. letom starosti (ena Romunka, ena Bengalka in ena Bosanka). Ženske z univerzitetno izobrazbo so se poročile pozneje; tiste, ki so se poročile pred 21. letom, imajo nižjo stopnjo dosežene izobrazbe.

V skoraj vseh primerih so družine intervjuvank nuklearnega tipa: dve ženski sta izjavili, da živita sami, približno tretjina jih živi v družinah, ki jih sestavljata dve osebi; v tretjini primerov sestavljajo družino tri osebe in v 17% primerov štiri. Samo v desetih primerih lahko govorimo o številčnih družinah (s petimi, šestimi in v enem primeru sedmimi člani).

Kljub prisotnosti tradicionalnih vedenjskih vzorcev intervjuvanke potrjujejo, da ob poroki ni prišlo do posebnih finančnih transakcij. Dota oz. cena neveste (*brideprice*), ki sta prisotni v nekaterih kulturah, se v odgovorih ne omenjata. Cena neveste je transakcija, ki je obratna doti (slednja predpostavlja namreč prehod dobrin neveste ali njene družine ženinu oz. njegovemu družini). Če nevestina cena ni plačana v celoti, se lahko otroci obravnavajo kot člani matrine in ne očetove družine. Po drugi strani pa tudi ne more priti do ločitve, dokler nevestina družina ne poplača vsote in na ta način ponovno pridobi pravico odločanja o reproduktivni vrednosti ženske. Izplačilo nevestine cene ima namreč središčno vlogo pri vzpostavljanju vezi in zaveznih med različnimi družinami in je po navadi mišljeno kot kompenzacija za prenos reproduktivne vrednosti ženske od

njene matične družine na družino njenega moža.

Po mnenju Carle Pasquinelli (2007), ki se ukvarja s pohabljanjem ženskih spolnih organov, cena neveste ni cena katerakoli mlade ženske, ampak samo cena ženske, ki je bila pohabljena; vrednost ženske torej ni subjektivna, ampak je odvisna od družbeno sprejemljivih vrednot, kakršne so devišstvo, čistoča, plodnost, ki jih v afriških družbah, na primer v Somaliji ali na območju Afriškega roga, zagotavljajo samo prakse infibulacije in obrezovanja.

Dve tretjini anketiranih žensk (če izvzamemo neporočene ženske in tistih 5, ki niso odgovorile na to vprašanje) trdita, da niso ob poroki niso prejele ničesar, druge omenjajo darila, zelo redke pa denarne vsote. Najbolj tipična darila so dragulji, zlato ali obleke. Ena ženska je izjavila, da je od moževe družine prejela »prisrčnost« in zanimivo je pričevanje ženske, ki pravi, da ni prejela ničesar, ker »sva se poročila s civilnim obredom, ta reč pa velja samo za tiste, ki se poročijo z verskim obredom.« To dokazuje, da čim bolj je poroka povezana z nekim religioznim verovanjem, tem bolj se z njo povezujejo tudi tradicionalne prakse prenosa dobrin.

3.2 Migracijski proces in stanje v Italiji

Dejstvo, da je samo 8 žensk na 77 živelo tudi »v drugih državah sveta«, kaže, da je bila izbira Italije in Evrope načrtna in da doveznost za spremembe pri tem vzorcu ni zelo visoka. Zanimivo je, da so bile kar 4 ženske (iz Nigerije, Kameruna in Maroka) pred prihodom v Italijo v Libiji; to nam daje slutiti, da so v Italijo prišle kot rešenke na morju. Odgovori na vprašanje »ste živeli tudi v drugih evropskih državah« potrjujejo, da je ta vzorec izrazito statičen: samo 11 intervjuvank na 77 je živelo tudi v drugih državah Zahodne Evrope.

Odgovori na vprašanje »kateri je glavni razlog, zaradi katerega ste zapustili svojo državo in se preselili v Evropo« so zelo zanimivi. Skoraj dve tretjini vzorca sta se preselili predvsem zato, da bi sledili svojemu možu ali drugim družinskim članom. Enajst odstotkov vprašanih med vzroki navaja »iskanje dela« in 9% »študij«; razlogi, kot so beg pred vojno, lakoto in revščino, fizičnim nasiljem in pohabljanjem spolnih organov, so le obrobno omenjeni. Nobena ne omenja, da bi bila politično preganjana ali da bi z njo slabo ravnali družinski člani; 10% vzorca pa pravi, da ima dovoljenje za bivanje iz humanitarnih razlogov ali na podlagi mednarodne zaščite.

Čeprav je manjši delež omenil iskanje dela, je zanimivo, da nobena ni izbrala odgovora »da bi zaslužila in se osamosvojila«, ena ženska pa je sama med drugimi opcijami navedla razlog »da bi imela boljše prihodnost«. Poleg tega ni nobena ženska navedla, da je v Italijo prišla zaradi poroke s sodržavljanom, ki živi v Italiji, ali zaradi lažne obljube zaposlitve - te opcije smo v vprašalniku eksplisitno navedli.

Preglednica 3 - Glavni vzrok za migracijo

Vzrok	Št.	%
Združitev z možem ali starši	47	61,8
Iskanje dela oz. službe	8	10,5
Študij	7	9,2
Boljša prihodnost za otroke	4	5,3
Zdravljenje bolezní	3	3,9
Beg pred lakoto in revščino	2	2,6
Beg pred vojno	1	1,3
Zaradi stalnega fizičnega nasilja	1	1,3
Beg pred pohabljanjem spolnih organov	1	1,3
Poroka z moškim iz matične države	-	-
Zaradi političnega preganjanja	-	-
Zaradi zaslúška in posledíčne emancipacije	-	-
Ker so v družini/skupnosti z mano ravnali slabo	-	-
Zaradi lažne oblube, da bom dobila službo	-	-
Drugo	5	6,5

Vemo, da so odnosi pomemben kazalnik integracijskih procesov; zaradi tega smo v anketo vključili tudi vprašanje »koliko italijanskih prijateljev imate?« Več kot tretjina vzorca trdi, da nima nobene ali da ima enega samega italijanskega prijatelja; ta skupina ni narodnostno opredeljena. Zdi se torej, da so prijateljski odnosi odvisni bolj od osebnih kot od družbenih ali kulturnih dejavnikov. Ženske, ki so izjavile, da imajo veliko prijateljev (21%), prihajajo iz različnih držav, a nobena iz Kosova, Pakistana ali Bangladeša. Imajo tudi različno stopnjo izobrazbe, druží pa jih dejstvo, da so pravoslavne vere (polovica vprašanih).

Ker zadeva podporo pri integraciji v novo okolje, 48% vprašanih meni, da so bile podpore deležne samo (»veliko«) s strani moža, 34% pa s strani sorodnikov, ki že živijo v Italiji. Deset odstotkov anketirank izjavlja, da so jim ključno pomagale tudi »osebe, ki delajo v institucijah«. Verske ustanove niso soudeležene v procesu socialnega vključevanja - to velja za ustanove matične skupnosti (»povsem odsotne« po mnenju 99% vprašanih) in za katoliške institucije (»povsem odsotne« v 97% primerov); samo ena ženska je pri opciji »drugo« navedla podporo Caritas. Negativno je ocenjena tudi pomoč s strani drugih tujcev in italijanskih prijateljev (97%) oz. medkulturnih posrednikov (92%). Jasno torej izhaja, da so za ta vzorec žensk mož in drugi sorodniki, ki živijo v Italiji, skoraj edini vir pomoči.

Preglednica 4 - Kdo vam je nudil pomoč in podporo

Kdo vam je nudil pomoč in podporo	Sploh ne		Malo		Precej		Veliko		Skupaj	
	Št.	%	Št.	%	Št.	%	Št.	%	Št.	%
Mož	38	49,4	0	0	2	2,6	37	48,1	77	100
Sorodniki, ki živijo v Italiji	49	63,6	0	0	2	2,6	26	33,8	77	100
Druge osebe iz moje države	65	84,4	2	2,6	1	1,3	9	11,7	77	100
Osebe, ki so za to institucionalno pristojne	69	89,6	0	0	0	0	8	10,4	77	100
Medkulturni posredniki	71	92,2	1	1,3	0	0	5	6,5	77	100
Italijanski prijatelji	75	97,4	0	0	0	0	2	2,6	77	100
Cerkev/katoliška združenja	75	97,4	0	0	0	0	2	2,6	77	100
Drugi tujci	75	97,4	1	1,3	0	0	1	1,3	77	100
Moja verska skupnost	76	98,7	0	0	0	0	1	1,3	77	100
Drugo	64	83,1	1	1,3	0	0	12	15,6	77	100

Glede na spremembe v življenju in miselnosti zahtevajo migracijski procesi vedno tudi neko preoblikovanje kognitivnih okvirov in vrednot, torej spremembe v odnosu do vsakdana in socialnih razmerij. Zato smo anketiranke vprašali: »Odkar ste se preselili, kako se je spremenilo vaše življenje v odnosu do ...?« Poleg »vsakdanjega življenja« se je najbolj (»zelo« v 38% primerov) spremenila »prehrana«, šele na drugem mestu so »poznavanje sveta«, »družbeni odnosi« in »odnosi z možem/moškim« (vsi ti vidiki so se »zelo« spremenili v 20% primerov).

Nekaj manj kot polovica vprašanih izjavlja, da se niso spremenili (»sploh ne«) spolni odnosi, kontracepcija in poznavanje lastnega telesa.

Preglednica 5 - Kako se je spremenilo vaše življenje

Kako se je spremenilo življenje	Sploh ne		Malo		Precej		Zelo		Ni odgovora		Skupaj	
	Št.	%	Št.	%	Št.	%	Št.	%	Št.	%	Št.	%
Odnos z možem/moškim	26	33,8	4	5,2	3	3,9	15	19,5	29	37,7	77	100
Vsakdanje življenje	11	14,3	3	3,9	5	6,5	30	39,0	28	36,4	77	100
Spolni odnosi	31	40,3	6	7,8	1	1,3	11	14,3	28	36,4	77	100
Kontracepcija	35	45,5	3	3,9	1	1,3	10	13,0	28	36,4	77	100
Poznavanje lastnega telesa	36	46,8	4	5,2	2	2,6	7	9,1	28	36,4	77	100
Poznavanje sveta	30	39,0	2	2,6	1	1,3	15	19,5	29	37,7	77	100
Družbeni stiki	24	31,2	6	7,8	4	5,2	15	19,5	28	36,4	77	100
Prehrana	15	19,5	2	2,6	2	2,6	29	37,7	29	37,7	77	100

Najbolj se je spremenila percepcija »vloge ženske« (»zelo« v 13% primerov - ta vrednost je najvišja; »sploh ne« v 35% primerov, najnižja vrednost). S tem je povezano razmišljanje o »spolni zadovoljivosti žensk« (»zelo« v 10% primerov) in »vrednosti tradicije« (»zelo« v 10% primerov). Obe dimenziji sta verjetno obratno sorazmerni: čim bolj se tradicija oddaljuje od identitetnih jeder posameznika, tem bolj se spreminja percepcija spolne zadovoljitve žensk. Samo 4% vzorca trdi, da se je »zelo« spremenila percepcija o »svobodi pri izbiri moža«. Od treh žensk, ki so izjavile, da so zelo spremenile svoje mnenje o teh vidikih, nobena ne pripada bengalski ali pakistanski skupnosti, kjer so dogovorjene poroke najbolj pogoste.

Preglednica 6 - Kako se je spremenilo vaše mnenje

Kako se je spremenilo mnenje	Sploh ne		Malo		Precej		Zelo		Ni odgovora		Skupaj	
	Št.	%	Št.	%	Št.	%	Št.	%	Št.	%	Št.	%
Pomen tradicije	34	44,2	4	5,2	2	2,6	8	10,4	29	37,7	77	100
Pomen družine	36	46,8	3	3,9	1	1,3	7	9,1	30	39,0	77	100
Število otrok	32	41,6	4	5,2	3	3,9	7	9,1	31	40,3	77	100
Nadzor rojstev	36	46,8	1	1,3	3	3,9	6	7,8	31	40,3	77	100
Vloga ženske	27	35,1	1	1,3	7	9,1	10	13	32	41,6	77	100
Spolna zadovoljitev ženske	34	44,2	1	1,3	2	2,6	8	10,4	32	41,6	77	100
Svobodna izbira moža	41	53,2	2	2,6	1	1,3	3	3,9	30	39,0	77	100

Usvajanje jezika je pokazatelj integracije in dobrih odnosov s socialnim okoljem; žensk, ki znajo italijansko »malo« ali »nič« je veliko (40%) - gre za ženske in različnih držav in ne nujno z nizko stopnjo izobrazbe. Tri četrtine žensk, ki ne znajo italijansko ali znajo le malo, bi rade obiskovale tečaj, da bi se boljše naučile italijanščine (samo manjši del vzorca pravi, da ni zainteresiran za tečaj).

V največ primerih se kot razlog, da se niso naučile italijanščine, navaja nega otrok: »Všeč bi mi bilo, a s 4 otroki nimam časa za učenje« (ženska s Kosova); »imela sem 7 nosečnosti; učila se bom,

ko bodo otroci večji« (ženska in Bangladeša); »všeč bi mi bilo, a zjutraj delam, popoldne pa sem z otroki« (ženska iz Srbije).

Vprašali smo jih torej, če bi bile zainteresirane za tečaj italijanskega jezika in kje bi ga lahko obiskovale. Večina je predlagala javno ustanovo, univerzo ali poklicni zavod; nekatere so predlagale domove prijateljev.

Znanje jezikov je vsekakor prisotno; oglejmo si torej preglednico, ki nam jasno kaže, da tri četrtine anketiranih tujk govorijo (bolj ali manj dobro) italijansko. Poleg tega pa 44% vprašanih trdi, da govori angleško na ravni drugega jezika, 20% govori francosko, nižji pa je odstotek tistih, ki govorijo druge jezike. Seštevek deležev nam daje vsoto, ki je višja od 100%, saj so anketiranke lahko navedle več jezikov (poleg maternega). Ženske so torej v povprečju navedle, da govorijo nekaj manj kot dva druga jezika (186%), kar niti ni presenetljiv podatek za migrantke, ki v veliki večini trdijo, da poznajo - poleg maternega - tudi italijanski jezik. Nekatere ženske pa poznajo samo svoj materni jezik - to velja predvsem za migrantke iz Moldavije, Romunije, Bangladeša, Albanije, Pakistana, Bosne in Kosova.

Preglednica 7- Materni jezik in drugi jeziki

Materni jezik	Št.	%	Drugi jezik	Št.	%
Italijanščina	0	0	Italijanščina	58	75,3
Romunščina	8	10,4	Angleščina	34	44,2
Angleščina	6	7,8	Francoščina	14	18,2
Arabščina	6	7,8	Lokalno narečje	7	9,1
Srbščina	6	7,8	Ruščina	6	7,8
Španščina	5	6,5	Španščina	6	7,8
Urdu	5	6,5	Nemščina	4	5,2
Francoščina	4	5,2	Hrvaščina	3	3,9
Bengalščina	4	5,2	Turščina	2	2,6
Albanščina	4	5,2	Arabščina	2	2,6
Moldavščina	3	3,9	Kitajščina	2	2,6
Kosovski jezik	3	3,9	Drug jezik	5	6,4
Ruščina	2	2,6	Skupaj	143	185,7
Turščina	2	2,6			
Kitajščina	2	2,6			
Bosanščina	2	2,6			
Edu	2	2,6			
Drug jezik	13	16,9			
Skupaj	77	100,0			

V zvezi z vprašanjem o rabi jezika v različnih življenjskih okoljih moramo predvsem podčrtati, da nekatere ženske niso poročene in nimajo otrok, zaradi česar nimajo stikov z učitelji. Italijanščino uporabljajo predvsem ob vsakodnevni opravkih, npr. ob nakupih (»okoljih moramo«, 68%) in med obiski »pri zdravniku« (65%). Z otroki uporabljajo predvsem materni jezik (47%), a tudi italijanščino (9%) ali mešanico obojega (22%). Več kot polovica žensk se z možem pogovarja samo v maternem jeziku (57%), podobno pa poteka tudi sporazumevanje s prijatelji. S sorodniki se pogovarjajo skoraj izključno v maternem jeziku (84%); ženske, ki imajo šoloobvezne otroke, se z učitelji pogovarjajo predvsem v italijanščini.

Preglednica 8 - Jeziki, ki jih uporabljajo v različnih življenjskih okoliščinah

Jeziki, ki jih uporabljajo...	Z otroki		S sorodniki		Z možem		Z učitelji		S prijatelji		Ob nakupih		Pri zdravniku	
	Št.	%	Št.	%	Št.	%	Št.	%	Št.	%	Št.	%	Št.	%
Italijanščina	5	9,1	1	1,3	12	16,2	23	57,5	10	13,0	51	68,0	49	64,5
Materni jezik	26	47,3	65	84,4	42	56,8	6	15,0	30	39,0	8	10,7	6	7,9
Drug jezik	1	1,8	1	1,3	2	2,7	2	5,0	3	3,9	5	6,7	4	5,3
Italijanščina in materni jezik	12	21,8	6	7,8	10	13,5	1	2,5	21	27,3	3	4,0	1	1,3
Italijanščina in drug jezik	-	-	-	-	2	2,7	-	-	-	-	-	-	-	-
Materni jezik in drug jezik	1	1,8	4	5,2	4	5,4	-	-	2	2,6	-	-	-	-
Italijanščina, materni j. in drug j.	1	1,8	-	-	1	1,4	-	-	7	9,1	1	1,3	-	-
Jezikovno posredovanje	1	1,8	-	-	-	-	1	2,5	-	-	-	-	11	14,5
S pomočjo sorodnika/prijatelja	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3,9
Ni odgovora	4	7,3	-	-	1	1,4	7	17,5	4	5,2	7	9,3	2	2,6
Skupaj	55	100	77	100	74	100	40	100	77	100	75	100	76	100

Velika težava tujk in vir njihove družbene izolacije pa je pomanjkanje delovnih razmerij. Sedemnajst odstotkov vprašanih žensk se opredeljuje za »gospodinjo« in s tem mogoče kaže, da sprejema to dejstvo; 44% odstotkov dejanskih gospodinj pa se opredeljuje kot »nezaposlena« in želi mogoče poudariti vez s trgov delom. Razen skromne manjšine, ki ima dobro zaposlitev, je večina delavk zaposlena na področju »osebne oskrbe in nege« (torej čiščenja in pomoči ostarelim). Pomanjkanje dela prinaša s sabo tudi pomanjkanje ekonomske neodvisnosti: 41% odstotkov žensk nima svojega tekočega računa in je torej popolnoma odvisna od moža.

Gospodinje, ki so izjavile, da so brezposelne in da bi se torej rade vključile v svet dela, dejansko niso nikoli obiskovale kakega poklicnega tečaja (83%) in samo 40% teh je obiskovalo tečaj italijanščine. Deset odstotkov vprašanih je obiskovalo univerzo in 9% druge izobraževalne programe.

Tudi na področju zakonodaje je mož nesporni vir informacij za dobro četrtino žensk. Sindikati skorajda niso omenjeni, prav tako ne humanitarne organizacije; policija in policijsko poveljstvo sta imela neko vlogo pri 4 ženskah, prav tako šola. Vsem drugim pomagajo sorodniki in prijatelji. Samo 7 žensk je izjavilo, da so do informacij prišle samostojno.

Petinšestdeset odstotkov žensk ne pozna italijanske ustave; če k temu dodamo še 19% odstotkov žensk, ki ustavo komaj poznajo (»malo«), lahko sklepamo, da 84% tujk z bivališčem v Italiji ne pozna temeljnega državnega zakona in torej svojih pravic in dolžnosti.

Kar 66 žensk je odgovorilo na vprašanje »Italijansko pravo predvideva enakost pravic in dolžnosti med moškimi in ženskami. V čem to opaziš?« Iz odgovorov izhaja, da imajo te ženske predstavo, ki izhaja iz izrazite družbene neenakopravnosti; patriarhalna tradicija očitno podpira vedenje moških, ne glede na zakon. Primerjava z italijansko stvarnostjo je torej ženskam zelo jasno pokazala na diskriminatorne prakse v matični državi.

V nadaljevanju navajamo nekaj pričevanj: »V Bangladešu obstaja zakon, a razlike so velike; lepo je, da je tu v Italiji drugače« (ženska iz Bangladeša); »Tudi pri nas zakon pravi to, a se pravil nihče ne drži; moški je močnejši in lahko dela, kar hoče; v Italiji pa se zakon spoštuje« (ženska iz Maroka); »V Kamerunu imamo malo takih zakonov. Pri nas na primer ženske ne morejo dedovati. To je nepravilno« (ženska iz Kameruna); »Tudi pri nas, a teh pravil se nihče ne drži; moški odloča, vsi spoštujejo moške« (ženska iz Bangladeša); »V Kamerunu ženska ve, katera je njena vloga, in se ne sme upreti; v Italiji pa ni tako, ženska lahko odgovori moškemu neprijazno« (ženska iz Kameruna); »V Italiji ima ženska več svobode; v Rusiji se ženske bojijo ločitve« (ženska iz Rusije); »Ženska ima v Italiji več svobode, ima iste pravice kot moški; v Maroku ženske nihče ne brani, če z njo kdo

slabo ravna« (ženska iz Maroka); »Tu se ženske spoštujejo, npr. moški nosijo vrečke iz trgovine« (ženska iz Toga); »Za politiko so ženske enake in zelo pripravljene, v Senegalu ženske za delo niti ne pridejo v poštev« (ženska iz Senegala); »Tu sem šele malo časa in ne morem vedeti, vsekakor: v Pakistanu so moški prioriteta« (ženska iz Pakistana).

Na vprašanje »kaj meni tvoj mož o enakih pravicah in dolžnostih za moške in ženske in o vlogi žensk v italijanski družbi« so odgovori žensk na splošno zelo pozitivni. Slika, ki izhaja iz njihovih pričevanj, kaže, da se moški do njih vedejo spoštljivo in enakopravno: »Njemu je všeč, da se tu v Italiji spoštuje zakon«; »všeč mu je, da sta moški in ženska enaka, pravi, da bi tako moralo biti tudi v Kosovu«; »on se strinja, je drugačen od drugih Srbov«; »všeč mu je, želi, da sem svobodna«; »mož meni, da je tu lepo, niti njemu niso všeč razlike v Bangladešu«; »moj mož je odraščal tu, čeprav je iz Maroka; glede teh stvari je zelo pravičen, sicer ga ne bi poročila«; »tu živi že 34 let in je glede določenih reči feminist«; »je moderen, je za svobodo žensk in za njihovo samostojnost.« Samo nekatere podčrtujejo, da se patriarhalni model ohranja: »Bolj mu je bilo všeč v Maroku; ker je moški, se mu tako splača.«

Ker je moški glavna oporna točka, se tudi večina odločitev v zvezi z otroki ali družino sprejema skupaj (»vedno« v 74% primerov; »pogosto« v 17% primerov). Osem odstotkov žensk pravi, da so popolnoma avtonomne. Družinski člani, ki so ostali v matični državi, nimajo vpliva.

Preglednica 9 - Kdo po navadi odloča o družinskem življenju

Kdo odloča	Nikoli		Včasih		Pogosto		Vedno		Ni odgovora		Skupaj	
	Št.	%	Št.	%	Št.	%	Št.	%	Št.	%	Št.	%
Sama	67	87	1	1,3	2	2,6	6	7,8	1	1,3	77	100
Mož	65	84,4	1	1,3	6	7,8	4	5,2	1	1,3	77	100
Skupaj z možem	5	6,5	2	2,6	12	15,6	57	74	1	1,3	77	100
Družinski člani v Italiji	69	89,6	1	1,3	3	3,9	3	3,9	1	1,3	77	100
Družinski člani v izvorni državi	70	90,9	4	5,2	2	2,6	0	,0	1	1,3	77	100
Moževi sorodniki v izvorni državi	73	94,8	2	2,6	1	1,3	0	,0	1	1,3	77	100
Skupnost v Italiji	76	98,7	0	,0	0	,0	0	,0	1	1,3	77	100

Pomirjujoč je podatek, ki ga navaja 65% anketirank, namreč, da kot tujke v Italiji niso nikoli imele težav: »Nikoli, nasprotno: sprejem me je pozitivno presenetil«; »ne, nikoli, vedno so mi pomagali; če kaj narobe povem, me nihče ne zasmehuje.« Težave se seveda pojavljajo, prav tako pa tudi odnosi, ki kažejo na nezaupanje in diskriminacijo, npr. zaradi nošenja muslimanske naglavne rute: »Ja, jaz nosim ruto in me gledajo postrani«; »Ne, ker ne nosim rute; moje prijateljice, ki jo nosijo, imajo težave«. Več težav imajo temnopolte ženske: »Pogosto me kličejo črnuhinja.« Delo je tisto področje, na katerem se pojavljajo vedenjski vzorci, ki so za ženske neugodni: »Kolegi na delu me ne upoštevajo, v nekaterih javnih službah imam občutek, da me obravnavajo drugače«; »diskriminirali so me predvsem na delu«.

V neprijetnem položaju so se kdaj pa kdaj znašle skoraj vse ženske: »Občutim nek hlad, govoriče; primerjajo me z ilegalnimi priseljenci.« Tavrstni odnosi so ena glavnih skrbi tistih žensk, ki tu živijo že dlje časa: »Na univerzi in na visoki šoli Sissa nikoli, tam smo vsi 'vzgojeni' in izobraženi, v drugih kontekstih pa z nami ravnajo, kot če bi bili ilegalci.« Ilegalnost je največje breme in stereotip, ki zaznamuje vso tujo populacijo.

Iz odgovorov na vprašanje »kakšne se vam zdijo ženske z Zahoda?« v mnogih primerih izhajajo pozitivna mnenja. Na dan pride tudi zavest o razlikah in možnostih, ki jih ta tip družbe ženskam omogoča, pa tudi o sposobnostih, ki jih mora ženska imeti, in o odrekanju, ki se od žensk zahteva; samostojnost včasih terja visoko ceno.

V drugih primerih pa nezaupanje le še pospešuje razlike in ženske privede do tega, da se zaprejo v svoj svet: »/Italijanke/ so lepe in aktivne, simpatične« (ženska iz Bangladeša); »všeč so mi, všeč

mi je dejstvo, da delajo, a ni mi všeč, kako so oblečene« (ženska iz Bangladeša); »so boljše kot v Pakistanu, delajo trdo, v Pakistanu pa so odvisne od moža, lene« (ženska iz Pakistana); »italijanske ženske so bolj odprte, lahko delajo, pijejo, kadijo ... kar pač želijo« (ženska s Kitajske); »italijanske ženske imajo močno osebnost, v Maroku sledijo moškemu« (ženska iz Maroka); »mogoče bolj samostojne; v moji državi so bolj za dom, tu pa se znajo postaviti zase« (ženska iz Dominikanske republike); »podpira se samostojnost ženske; temu nekateri pravijo feminizem, a je pravično in pozitivno. Tu je pogost umor žensk s strani partnerjev; mene bi bilo strah hoditi z Italijanom; tam, od koder prihajam jaz, moški ne ubijajo žensk« (ženska iz Kameruna).

Negativne oznake zadevajo značilnosti, a tudi strah pred svetom, ki je drugačen: »razvajene« (ženska iz Romunije); »imajo veliko površinskih odnosov« (ženska iz Pakistana); »v egoistični družbi vsaka misli nase; ni vzajemne pomoči skupnosti (ženska iz Senegala); »sprejemam zahodni način življenja, a raje ohranjam svoje običaje« (ženska iz Bangladeša). Kar nekaj je takih, ki med različnimi ženskami z različnih območij ne vidijo razlik, ker »... smo vsi ljudje« (ženska iz Afganistana). Pomemben podatek izhaja iz odgovora na vprašanje o skupnosti, za katero ženska čuti, da ji pripada: 40% vprašanih nima nobenega občutka pripadnosti neki določeni skupnosti; tem gre dodati še 8% takih, ki ne odgovarjajo, mogoče zato, ker se ne identificirajo s predlaganimi pojmi, a tega nočejo priznati. Približno 25% anketirank čuti, da pripada Italiji, 20% vprašanih pa čuti pripadnost skupnosti sonarodnjakov, ki tu živijo. Verske skupnosti (katoliška in islamska) pa ne ustvarjata čuta pripadnosti in občutka solidarnosti, saj jih v tem smislu omenja le malo anketirank (4).

3.3 - Zdravstveno stanje in odnosi z zdravstvenimi ustanovami

Zdi se, da podnebne, prehranske in življenjske spremembe ne vplivajo na zdravje žensk. Pomemben delež (79%) vprašanih izjavlja, da »ni nobene razlike«; med tistimi, ki opažajo razlike, je največ takih, ki omenjajo nastanek novih obolenj (15%): alergij, težav s pljuči, »stalno srbečico, odkar živim v azilnem domu« (ženska iz Bosne). »Sprememba podnebja je name vplivala negativno, doma mi je mama dajala naravna zdravila, da sem bila odporna pred sezonskimi obolenji« (ženska iz Kameruna). Druge ženske izjavljajo, da se počutijo bolje, »ker je kakovost življenja v Italiji boljša«; »prišla sem, da bi si zdravila limfom, in zdaj se počutim dobro« (ženska iz Moldavije).

Skoraj vse ženske so vključene v sistem Nacionalnega zdravstvenega zavarovanja (91%) in se zato v primeru bolezni obrnejo na lečečega zdravnika (74%); v nekaterih primerih se oglašijo na urgenci (40%) ali pa se obrnejo na druge službe (npr. na družinske svetovalnice z dispanzerji za ženske); prijateljske vezi nimajo nobene vloge. Največ jih boleha za »okužbami« (66%) in »ginekološkimi težavami« (21%); druga obolenja so prisotna v neznatnem deležu, nobena ženska pa ne navaja depresije.

Preglednica 10 - Razlogi za obisk zdravnika ali druge zdravstvene službe

Razlog	Zdravnik		Bolnišnica	
	Št.	%	Št.	%
Vročina/okužbe	51	66,2	9	11,7
Ginekološke težave	16	20,8	73	94,8
Prebavne težave	4	5,2	5	6,5
Obolenja dihal (tuberkuloza)	3	3,9	2	2,6
Obolenja ledvic	3	3,9	7	9,1
Kožne bolezni	1	1,3	1	1,3
Travmatološke obravnave	1	1,3	2	2,6
Srčne bolezni	1	1,3	3	3,9
Obolenja jeter	1	1,3	2	2,6
Depresija	-	-	1	1,3
Drugo	4	5,2	6	7,8

Kar 68% vprašanih jemlje »zdravila«; približno 10% se zdravi z »zelišči«. Nobena ne jemlje homeopatskih zdravil. Skoraj polovica vprašanih (45,5%) gre vedno sama v bolnišnico ali k zdravniku (10% »pogosto«). Ženske, ki so odgovorile, da gredo vedno same k zdravniku, prihajajo predvsem iz Vzhodne Evrope (predvsem iz Srbije); 33% vprašanih gre k zdravniku vedno v spremstvu moža, 17% pa v spremstvu medkulturnega posrednika.

Preglednica 11 - S kom greste k zdravniku ali v bolnišnico

S kom k zdravniku ali v bolnišnico	Nikoli		Včasih		Pogosto		Vedno		Skupaj	
	Št.	%	Št.	%	Št.	%	Št.	%	Št.	%
Sama	32	41,6	2	2,6	8	10,4	35	45,5	77	100
Z možem	22	28,6	17	22,1	13	16,9	25	32,5	77	100
S posrednikom	61	79,2	1	1,3	2	2,6	13	16,9	77	100
S sorodnikom	67	87	4	5,2	2	2,6	4	5,2	77	100
S sinom/hčerjo	73	94,8	2	2,6	0	0	2	2,6	77	100
S prijateljicami	73	94,8	1	1,3	3	3,9	0	0	77	100
Z drugim spremljevalcem	76	98,7	0	0	0	0	1	1,3	77	100

Skoraj polovica (47%) vprašanih žensk ni nikoli bila v družinski svetovalnici z dispanzerjem za ženske; če pomislimo, da so te svetovalnice namenjene nosečnicam in na splošno ženskam, je podatek, da jih 29% vprašanih sploh ne pozna, žalosten. »Poskusila sem iti na tečaj pred porodom, a nihče ni govoril angleško, tako je babica organizirala individualne pogovore z mano in mojim možem.« Nobena ženska ni dobila informacij o kontracepciji oz. se ni obrnila na svetovalnico, da bi jih tam dobila.

Nekaj manj kot 30% vprašanih še nima otrok; večina ima enega ali dva otroka. Samo 8 žensk ima tri otroke ali več. Več kot polovica (57%) vprašanih je bolnišnično obravnavana zaradi nosečnosti; željo po materinstvu je izrazila skoraj polovica anketirank (samo dve sta odgovorili »ne vem« oz. nista odgovorili).

Več kot polovica vprašanih (53%) v matični državi ni uporabljala kontracepcije - 29% vprašanih je uporabljalo »kondom«, 8% »tabletko«, 5% pa se je »vzdržalo spolnih odnosov«; 38% vprašanih izjavlja, do so se v Italiji seznanile z novimi kontracepcijskimi sredstvi, ki jih prej niso poznale. Kljub temu da so spoznale nova kontracepcijska sredstva, pa 46% vprašanih izjavlja, da »ne uporabljajo ničesar« (samo 7% vprašanih je začelo po prihodu v Italijo uporabljati neko kontracepcijsko sredstvo). Rahel porast beležimo pri uporabi »vložka« (od 1 do 5 žensk) in »tabletko«. »Kondom« ostaja najbolj priljubljeno kontracepcijsko sredstvo (25%).

Tako kot na področju življenjskih izbir, ki zadevajo družino, je mož vedno vključen v življenje anketiranih žensk tudi na področju intimne (med poročenimi ženskami, ki so na to vprašanje odgovorile, se delež giblje okoli 98%; nekaj več kot 10% anketirank na to vprašanje ni odgovorilo).

Če izvzamemo neporočene ženske in 20% žensk, ki na vprašanje, ali se mož strinja z izbiro kontracepcije, ni odgovorilo, samo 9% ostalih izjavlja, da se mož »ne strinja« (delno ali v celoti) z izbiro kontracepcije; 77% moških se z izbiro »zelo strinja«, 11% pa »delno«. Obstaja seveda možnost, da ženske nočejo izpostaviti nestrinjanja partnerjev, zato lahko sklepamo, da je pomanjkanje soglasja pogostejše, kot izhaja iz vprašalnika.

Po mnenju anketirank sta med drugimi tujkami, s katerimi prihajajo v stik, najbolj popularni »tabletko« (42%) in »vložka« (18%). Kondom uporablja približno 30% žensk. Iz odgovorov izhaja, da so ženske, vključene v ta vzorec, manj naklonjene kontracepcijskim sredstvom v primerjavi z drugimi ženskami, s katerimi prihajajo v stik in ki so del iste skupnosti.

Poudariti moramo, da je delež žensk, ki na vprašanja o odločitvi glede rabe kontracepcije niso odgovorile, precej visok (35%). Kar 78% tistih, ki so odgovorile, trdi, da o kontracepciji odloča ženska; 16% meni, da gre za odločitev, ki jo morata soglasno sprejeti »mož in žena«. Število ume-

tnih prekinitev nosečnosti med ženskami, s katerimi prihajajo v stik anketiranke, ni zelo visoko; 14% vprašanih je osebno doživelo po eno prekinitev nosečnosti, samo 4% pa dve prekinitvi. Poseg so v veliki večini primerov opravili v bolnišnici Burlo Garofolo.

Na področju odnosov z zdravstvenim sistemom je delež tistih, ki trdijo, da niso bile nikoli žrtve diskriminacij, 88%. Dvanajst odstotkov vprašanih meni, da so doživele kako obliko diskriminacije, vse pa zatrjujejo, da v zdravstvenih ustanovah niso bile deležne nobene oblike nasilja. Skoraj vse vprašane trdijo, da se počutijo »varne« (94%); samo ena ženska meni, da so z njo ravnali »grdo«, dve pravita, da sta opazili »nezanimanje«, drugi dve pa ne odgovarjata.¹¹

Skoraj vse anketiranke menijo, da je največja težava pri komunikaciji s strokovnim osebjem »jezik«. Nekatere opažajo, da zdravstveno osebje izkazuje veliko mero potrpežljivosti tudi do tistih, ki ne znajo italijansko. »... S tistimi, ki ne govorijo dobro jezika, so zdravstveni delavci Burla zelo potrpežljivi in si vzamejo čas, da razložijo stvari.« Včasih pa »ko govorijo zdravniki, uporabljajo pretežke besede in ne razumeš, kaj ti je; ne razložijo in nimajo časa.« Ženska iz Srbije meni, da »bi se morale tujke potruditi, da se naučijo italijanščine.«

Kulturni vidiki, ki so seveda prisotni, se ne zdijo tako zelo relevantni; samo ena ženska pravi: »Različna kultura; na Kitajskem morajo biti ženske, ki rodijo, doma, tu pa tega ne razumejo.«

Oseminpetdeset odstotkov vprašanih meni, da je v odnosu med zdravnikom in pacientom pomembna prisotnost kulturnega posrednika; 33% anketiranih pa se ni nikoli želelo posluževati te opcije. Samo ena ženska nasprotuje njihovi prisotnosti in 6 žensk ni želelo odgovoriti. Iz enega odgovora izhajajo težave v odnosu, ki se lahko vzpostavi med posrednikom, ki živi znotraj skupnosti, in uporabnicami: »Zdaj je posrednica fantastična, a tista, ki smo jo imeli prej, je bila hudobna in mi je grozila. Hranim sporočilo, v katerem mi pravi, da če ne bom hodila z njo na preglede, me bo izključila iz sistema in ne bom upravičena do pomoči med pregledi; poleg tega je govorila slabo angleško.«

Za ženske, ki so odgovorile na vprašanje o oceni trenutne bolnišnične oskrbe, je ta »dobra«; »delate že ogromno«; »ničesar več si ne želim, z mano ravnajo še predobro«. Mnenj je veliko in so izrazito pozitivna, predvsem v primerjavi z mnenji o zdravstvenem sistemu v matični državi; hvalenost izhaja tudi iz brezplačne oskrbe: »Ne vem, vse je že v redu, in odnos zdravnikov je boljši v Moldaviji«; »v redu je tako, sploh sem pričakovala veliko slabše razmere, zaradi izkušenj v Srbiji«; »ne vem, ne vidim težav; v Burlu sem imela dobre izkušnje«; »nič; celo predobro se obnašate. V moji državi nimamo priložnosti, da bi vse dobili brezplačno in da bi s tabo ravnali lepo. V Santu Domingu umre toliko ljudi, ker nimajo denarja, da bi šli v bolnišnico.«

Zavest o brezplačni zdravstveni oskrbi, ki je enaka za vse, pa ni vedno prisotna. V nekaterih izjavah zasledimo kritiko na račun zdravstvenega osebja in organizacije: »Nekateri zdravniki niso profesionalni in s tabo ravnajo slabo; če si žalostna, jim nikakor ne uspe, da bi te potolažili«; »obravnavati tuje pacientke lepo kot ostale, brez razlik zaradi barve kože«; »storitve bi morale biti hitrejše, na pregled se čaka dolgo«; »birokratski del bi moral biti hitrejši, informacije jasnejše«.

Druge izjave zadevajo jezikovne težave: »pomagati tistim, ki ne znajo italijansko, s posredniki in tečaji jezika. Če oseba ne zna italijansko, jo zapustijo in nihče ne gre z njo v bolnišnico, ko jo morajo hospitalizirati, ker posrednice ne morejo biti vedno tam«; »imeti tolmača pomeni zelo veliko«; »morali bi se potruditi in govoriti druge jezike, poleg italijanščine (francosko, angleško ...).« Kritike pa veljajo tudi na račun tujk, ki nimajo prave želje, da bi se vključile v italijansko družbo: »Morali bi zahtevati, da se pacientke naučijo italijansko, vsaj osnovne stvari«; »ženske bi se morale bolj vključiti« ali »pacientke se morajo naučiti jezik okolja.«

¹¹ V tem primeru (in tudi sicer) bi bilo zanimivo primerjati odgovore, ki bi jih ženske posredovale z anonimnim vprašalnikom (prevedenim v različne jezike) ali v drugačnih okoljih. Tako bi lahko opazovali, kako na odgovore anketirank vpliva okolje (bolnišnica: vse so bile ob izvajanju ankete hospitalizirane) ali prisotnost izpraševalca.

3.4 - Pohabljanje spolnih organov¹²

Zaradi nizkega števila žensk z območij in okolij, kjer so te prakse razširjene, bomo podali le splošno mnenje in ne analitične obravnave njihovih odgovorov.

V vzorec je bilo vključenih 16 žensk, ki prihajajo z rizičnih območij; samo 7 jih je izjavilo, da pripadajo plemenom, kjer je praksa pohabljanja razširjena. Ta praksa je namreč izrazito plemenska in meje območja, kjer se izvaja, predstavljajo meje naseljenega teritorija skupnosti, ne pa tudi meje države ali regije - izjema so nekatere države, na primer Egipt (Colombo in Scoppa, 2006). Plemena, ki izvajajo te prakse, so: Edu, Ibo (Nigerija); Bamunka, Bamileke, Beti (Kamerun), Kisii (Kenija).

Od sedmih žensk, ki poznajo te prakse, so štiri izjavile, da so bile obrezane: tri Nigerijske in ena Kenijka, vse katoličanke (religija pri tej praksi namreč nima ključne vloge). Vse so bile obrezane že otroštvu in tri celo pred dopolnitvijo 6. meseca starosti.

Kamerunka je zbežala iz svoje države, da bi se izognila tej praksi, in je zato pridobila status begunke z mednarodno zaščito; je tudi edina, ki je na vprašanje »So ti osebe iz Italije, s katerimi si prišla v stik, postavljale vprašanja glede te prakse?« odgovorila; navedla je »evropsko komisijo.« Skoraj nobena ni mnenja, da je pohabljanje lahko ovira pri polnopravni vključitvi v evropsko družbo; večina pa na to vprašanje ne zna odgovoriti.

Ženske menijo, da lahko ta praksa povzroča zdravstvene težave predvsem pri spolnih odnosih in na ravni urogenitalnega aparata ter ima negativne posledice na psihološki oz. emotivni ravni. Samo v enem primeru se navajajo težave pri nosečnosti in porodu. To verjetno zato, ker na območjih, od koder prihajajo anketiranke, ni prisotna infibulacija, ampak samo manj invazivne prakse, ki imajo manjši vpliv na zdravje žensk.

Ženska iz Kameruna, ki živi v Italiji že 13 let, pravi, da je v Kamerunu praksa sicer zakonsko prepovedana, prepovedano je tudi peljati deklice v tujino; kljub temu pa je pohabljanje dejansko zelo pogosto. Pričevanje je relevantno: zdravstvene in socialne službe bi ga morale razumeti kot pomembno opozorilo. Dokazuje tudi potrebo po dodatnih raziskavah, ki nam lahko pomagajo razumeti domet tega pojava. Pričevalka se strinja, da je treba osebe, ki kršijo zakon, prijaviti; druge ženske pa so izjavile, da se o tem raje pogovarjajo z družinskim zdravnikom, z družino ali, splošneje, »z drugimi«; menijo namreč, da gre za »plemenske navade«, pri katerih »vera nima nobene vloge«.

Štiri ženske so bile pohabljenе v matični državi, od teh dve v bolnišnici, kjer je poseg opravil zdravnik. Mednarodne institucije sicer ne podpirajo medikalizacije obrezovanja – tej globalni usmeritvi sledijo najpomembnejši soudeleženi akterji, med drugimi Združeni narodi, poklicne in strokovne zdravstvene organizacije, nacionalne vlade in nevladne organizacije (WHO, 2010) - a je praksa kljub temu še vedno prisotna.

Edina ženska, ki se nekako spominja postopka, je Kenijka, ki je bila pohabljenа v otroštvu, a dodaja: »Nobene pomena, nisem razumela.« Občutki, ki jih je doživljala, so vsekakor podobni občutku »strahu, groze«, ki sta ga po operaciji spremljali še »jeza« in »vdanost v usodo«. V odnosu do družinskih članov, ki so obrezovanje dovolili, prevladuje danes »razumevanje«. Samo ena ženska iz Kameruna je omenjala »agresivnost in konflikt«.

Nobena intervjuvanka ne poroča o fizičnih ali psiholoških težavah po operaciji (prim. Morrone in Sannella, 2010).

Odkritje pohabljenja je med tistimi, ki so bile obrezane v otroštvu, vedno šokantno; podoživljanje občutkov zaznamujeta tudi kraj in čas. Ena Nigerijka je izjavila, da je pohabljenje odkrila, ko je »prišla v Evropo«; druga pravi, da je za to izvedela »iz pripovedovanja matere«, tretja pa »v šoli, med pogovorom z drugimi deklicami.« Moški se za te teme »ne zanimajo« in menijo, da gre za ženske probleme.

Pri odgovorih na vprašanje o razlogih, zaradi katerih se praksa izvaja, pride vedno na dan pojem

¹² V vprašalniku smo se odločili za uporabo besed obrezovanje / infibulacija namesto termina pohabljanje spolnih organov, da ne bi žensk, ki so to doživele, dodatno obremenili.

tradicije, ki je v percepciji ljudi tako ponotranjen, da je docela nezaveden in celo nerazumljiv. »Vedno se je delalo tako« (ženska iz Kameruna); »ne vem, je neka neumna reč, ki je ne razumem« (Nigerijka); »ena moja prijateljica iz Nigerije to ima, a ne vem, zakaj se dela« (ženska iz Kameruna). Prisotna je tudi vez s porajanjem in plodnostjo: »Običajno opravijo manjšo zarezo pri klitorisu, da se pojavi kri, s katero blagoslovijo zemljo, kjer so pokopani sorodniki« (ženska iz Kenije) (Morrone e Vulpiani, 2004).

Med pobudami, ki bi jih bilo treba udejanjiti za zajezitev tega pojava, ženske navajajo organizacijo »shodov«, delo »z združenji«, a samo v matičnih državah (ženska iz Kameruna).

Literatura in viri

- Colombo D., Scoppa C. (2006), *Moolaadé. La forza delle donne*, Milano, Feltrinelli.
- Degani P., De Stefani P., Urpis O. (ur.) (2009), *Mutilazioni genitali femminili e diritti umani nelle comunità migranti*, Roma, AIDOS.
- De Rose C. (2017), *L'indagine campionaria e il sondaggio d'opinione. Metodi quantitativi della ricerca sociale*, Roma, Carocci.
- Di Cesare D. (2017), *Stranieri residenti*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Farina P., Ortensi L. E. (2014), "The mother to daughter transmission of Female Genital Cutting in emigration as evidenced by Italian survey data", *Genus*, 70 (2): 111-137.
- Huber J. (2007), *On the Origins of Gender Inequality*, Boulder, Paradigm Publishers.
- Implement Health System Response to Gender Based Violence (2015), *Manuale formativo sulla violenza di genere per gli operatori sanitari*, Vienna, Austrian Women's Shelter Network.
- Lombardi L. (2018), *Riproduzione e salute nella società globale*, Rimini, Maggioli.
- Morrone A., Sannella A. (2010), *Sessualità e culture. Mutilazioni genitali femminili: risultati di una ricerca in contesti socio-sanitari*, Milano, Franco Angeli.
- Morrone A., Vulpiani P. (2004), *Corpi e simboli. Immigrazione, sessualità e mutilazioni dei genitali femminili in Europa*, Roma, Armando.
- Pasquinelli C. (2007), *Infibulazione. Mutilazioni sessuali e diritti umani*, Milano, Meltemi.
- Sayad A. (2002), *La doppia assenza*, Milano, Raffaello Cortina.
- Serughetti G. et.al. (2014), *Rapporto di ricerca. Il matrimonio forzato in Italia: conoscere, riflettere, proporre. Come costruire una stima del numero delle donne e bambine vittime in Italia di matrimoni forzati*, Palermo, Le Onde Onlus.
- WHO (2010), *Global strategy to stop healthcare providers from performing female genital mutilation*, 10.9.
- Van Baelen L., Ortensi L.E., Leye E. (2016), "Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland", *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21 (6): 474-482.

SPOLNO IN REPRODUKTIVNO ZDRAVJE IN DRUŽBENE INTEGRACIJE: PRIMER SLOVENIJE

Mirko Prosen, Doroteja Rebec, Urška Bogataj, Karmen Medica, Sabina Ličen

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju

Jana Čelhar, Jana Prosen, Martina Podobnik

Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna

1. Uvod

V zadnjih desetletjih so se vzorci migracij dramatično spremenili, še posebej, če upoštevamo spremenjene vzroke migracij ('push and pull' faktorji) (Prosen et al., 2017; Adanu and Johnson, 2009). Poleg otrok in mladostnikov brez spremstva (Prosen, 2015b) so ženske ena izmed najbolj ranljivih populacijskih skupin migrantov. Jayaweera (2018) poroča, da ženske danes predstavljajo nekaj manj kot polovico svetovnih migrantov, vendar z upoštevanjem velikih regionalnih razlik. V Evropi migrantke po številu prekašajo migrante. Glede na podatke o migracijskem toku, migrantke v nasprotju z migranti v največji meri migrirajo zaradi pridružitve družinskemu članu in najmanjkrat zaradi iskanja azila. Ženske predstavljajo tudi velik del nedokumentiranih migrantov (Smith et al., 2016; Jayaweera, 2018). Migracije so dandanes nedvomno dejavnik, ki ga moramo upoštevati v ozadju proučevanja zdravja žensk (Adanu and Johnson, 2009).

Adanu in Johnson (2009: 180) sta poudarila, da so učinki migracij na zdravje žensk zelo različni. Migracija lahko vpliva na poslabšanje ali izboljšanje zdravja žensk. Posledice migracije na zdravje so opredeljene skozi vzroke zaradi katerih je do migracije prišlo ("push and pull" faktorji), stopnje integracije in družbenega položaja ženske v državi gostiteljici ter prevladujočih pogojev povezanih z zdravjem v državi gostiteljici.

Zdravstvena tveganja, ki izhajajo iz migracije in migracijskega procesa prizadenejo ženske veliko bolj kot moške. Vzroki za takšne neenakosti v zdravju so večdimenzionalni in se jih pogosto težko razjasni (Schmidt et al., 2018). Jayaweera (2018) posebej poudarja, da obstaja veliko dokazov o tem, da ženske doživljajo migracijo drugače kot moški. Jezikovne ovire, izguba socialnih podpornih mehanizmov, daljša ločenost od družine, spolna zloraba in travmatične izkušnje predstavljajo le peščico dejavnikov tveganja, ki prizadenejo že tako krhko zdravje migrant. Poleg tega, socialna izolacija, diskriminacija in breme socialno-ekonomskih okoliščin le še poslabšajo in poglobijo marginalizacijo (Ruppenthal et al., 2005; The Lancet Public, 2018; Schmidt et al., 2018). V tem kontekstu leži sposobnost zdravstvenega sistema, da se odzove na specifične potrebe žensk migrantk na način, da identificira in prioritizira te potrebe ter s tem povezana tveganja (Ruppenthal et al., 2005). Vendar pa, da se zdravstveni delavci odzovejo na te potrebe potrebujejo vsaj določeno mero kulturnega zavedanja in željo za razvijanje medkulturnih kompetenc (Prosen, 2018).

Vse članice EU so zakonsko priznale pravico do najvišjega možnega standarda zdravja za vse ljudi v populaciji. Kljub temu pa migracija, zaradi številnih vzrokov, s seboj prinaša slab dostop oz. ovire povezane z dostopanjem do zdravstvenih storitev in nenazadnje vprašanje, ki ostaja - ali so zdravstvene storitve izpeljane na način, da v obravnavi upoštevano kulturno ozadje pacientke oz. pacienta. V nasprotnem primeru so neenakosti v zdravju neizogibne. Stremeti k zagotavljanju enakosti v zdravju pomeni stremeti k čim višjim možnim standardom zdravja za vsakega posameznika ter pozornost namenjati zdravstvenim potrebam najbolj ranljivih. To vključuje tudi zagotavljanje kulturno dovzetno zdravstveno nego (Prosen, 2015b; Prosen, 2015a; Prosen, 2018).

V trenutnem političnem in družbenem kontekstu, ki pogosto spregleda potrebe in ranljivost migrantov, še posebej žensk, imajo akademiki in zagovorniki javnega zdravja pomembno vlogo. Prav zaradi javnozdravstvenega vprašanja akademsko raziskovanje pomembno prispeva k informirane-

mu razpravljanju, oblikovanju politik in programov (The Lancet Public, 2018). Zatorej je prispevek projekta INTEGRA ključen v zagotavljanju enakosti, tj. premagovanju zdravstvenih in socialnih neenakosti.

Eden izmed glavnih ciljev projekta INTEGRA je prepoznati in identificirati problem v zdravstvenem statusu migrantk iz perspektive spolnega in reproduktivnega zdravja, vključno s kulturnimi praksami / navadami ter raziskati družbeno integracijo, ki ne le vpliva na njihovo zdravje temveč tudi zaznana kakovost življenja v državi gostiteljici. Pridobljene informacije predstavljajo temelje za oblikovanje in strukturiranje smernic / politik za zdravstvene delavce v kliničnih okoljih, da bodo posedovali znanje in razvili veščine za zagotavljanje kulturno dovzetne zdravstvene oskrbe.

2. Metode

Poročilo predstavlja preliminarne ugotovitve epidemiološke študije in ugotovitve kvantitativne in kvalitativne analize podatkov. Slednja temelji na vprašalniku, ki ga je razvil vodilni partner. Retrospektivna epidemiološka študija vključuje podatke migrantk, ki so bile obravnavane v Bolnišnici za ženske bolezni in porodništvo Postojna v obdobju 2012–2017, in so v omenjeni ustanovi prejele zdravniško oskrbo bodisi v okviru ambulantne oz. bolnišnične oskrbe. Podatki so bili zbrani iz informacijskega sistema pacientov Hipokrat, ki jih je zagotovilo raziskovalno osebje Bolnišnice za ženske bolezni in porodništvo Postojna.

V kvantitativnem delu raziskave je bil uporabljen priložnostni vzorec migrantk, ki so bile pripravljene sodelovati v raziskavi, medtem ko je v kvalitativnem delu raziskave bil uporabljen namenski vzorec. Vključitev v slednjega je bil določen s sledečimi kriteriji: prostovoljna pripravljenost za sodelovanje v raziskavi, zmožnost premagovanja jezikovne barrier in nasičenost podatkov. Intervjuji s hospitaliziranimi migrantkami so potekali v obdobju od 24. 1. do 30. 4. 2018, medtem ko je zbiranje podatkov z vprašalnikom potekalo od 24. 1. 2018 do 30. 5. 2018.

V kvantitativnem delu raziskave je kot instrument raziskave bil uporabljen delno strukturiran vprašalnik, ki ga je razvil vodilni partner in je bil predložen januarja 2018 (16. 1. 2018; 12:11). Italijanska različica vprašalnika je bila prevedena v Slovenski jezik, in prilagojena slovenskemu kulturnemu kontekstu in sistemu zdravstvenega varstva, ki velja v Republiki Sloveniji. Podatki kvalitativnega dela raziskave so bili zbrani s pomočjo delno strukturiranega intervjuja, ki je bil zvočno posnet. Iz zvočnega zapisa so bili narejeni prepisi oz. transkripti. Intervju je temeljil na vprašalniku, ki ga je predložil vodilni partner (22. 12. 2017). Vprašanja so bila prevedena iz Italijanskega v Slovenski jezik in ustrezno prilagojena.

Vsi udeleženci v raziskavi so bili obveščeni o namenu, ciljnih in metodah, ki bodo uporabljene v raziskavi. Poudarjena sta bila zagotavljanje anonimnosti in prostovoljna udeležba v raziskavi. Ženske, ki so se odločile za sodelovanje v kvalitativnem delu raziskave, so morale dati pisno soglasje. Njihovo ime je bilo zamenjano s šifro, ki je bila med drugim sestavljena iz okrajšanega akronima projekta, starosti, števila porodov in prvih dveh oz. treh črk njihove matične države.

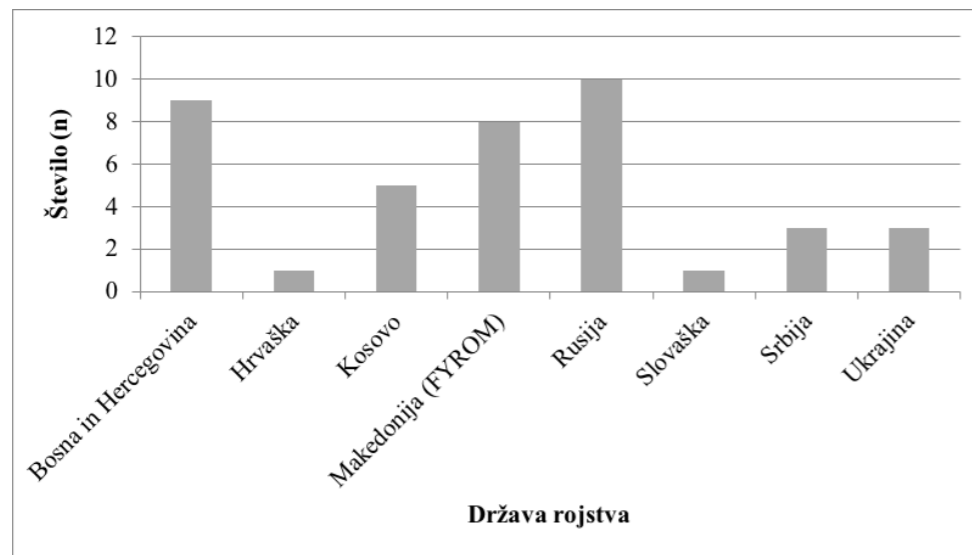
Raziskava je potekala v skladu s Helsinško-Tokijsko deklaracijo (World Medical Association, 2013), Kodeksom etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2014) in priporočili za etiko v kvalitativnem raziskovanju (British Sociological Association, 2002). Izvedba raziskave je bila odobrena s strani Komisije za medicinsko etiko Republike Slovenije (26. 10. 2017; 0120-544/2017/7).

3. Rezultati

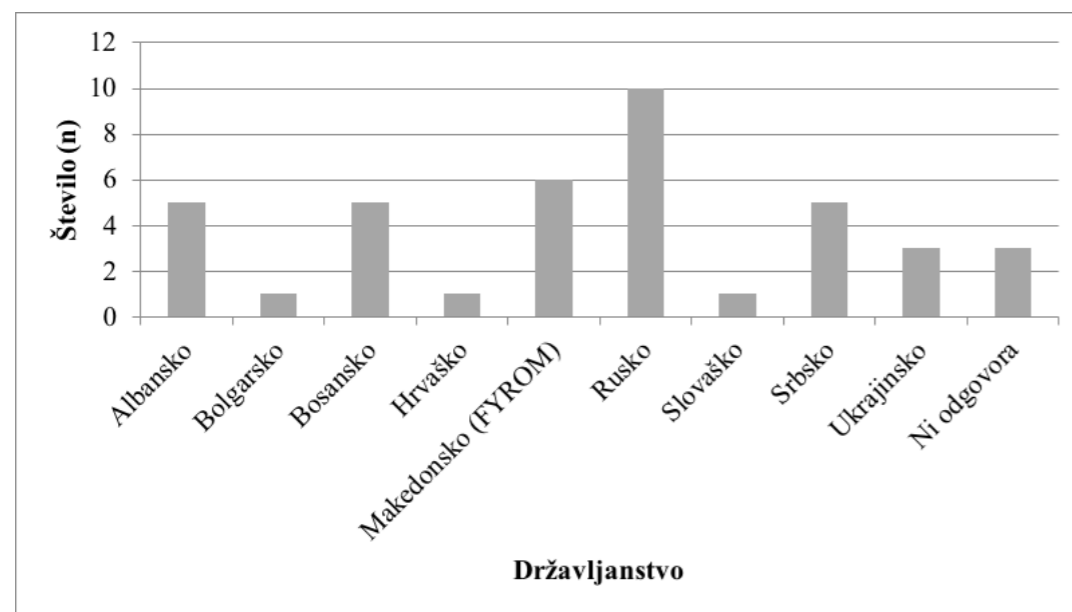
3.1 Analiza vprašalnika

Priložnostni vzorec je vključeval 40 žensk. Povprečna starost udeleženk v raziskavi je bila 32.78 let ($s=8.30$). Najmlajša je imela 20 let in najstarejša udeleženka 56 let. Slika 1 prikazuje podatke udeleženk, ki se nanašajo na državo rojstva, medtem ko slika 2 prikazuje podatke o državljanstvu udeleženk.

Slika 1: Država rojstva sodelujočih



Slika 2: Državljanstvo sodelujočih



Podatki o izobraževanju kažejo, da je 40.0% ($n=16$) udeleženk zaključilo srednjo šolo in 37.5% ($n=15$) visoko šolo. Polovica udeleženk zase trdi, da so članice Pravoslavne vere (47.6%; $n=20$), sledijo članice Islamske vere (33.3%; $n=14$), 3 (7.1%) pa se opredeljujejo kot ateistke. Večina udeleženk je migriralo v letu 2014 ($s=3.80$). Za več kot polovico prej omenjenih udeleženk

v raziskavi je razlog migracije bil povezan s ponovno združitvijo z družinskim članom (52.5%; $n=21$), 10 udeleženk (25.0%) je migriralo zaradi možnosti dela in 2 udeleženci (5.0%) sta migrirala zaradi želje po izobraževanju v Sloveniji. Sedem (17.5%) žensk je v Slovenijo migriralo zaradi poroke. Pred migracijo so udeleženke živele v Belorusiji, Črni Gori, Latviji, Nemčiji, Španiji in Veliki Britaniji. Večina teh žensk, ki danes živi v Sloveniji prihaja iz urbanega okolja (70.0%; $n=28$), medtem ko druge živijo v ruralnih predelih Slovenije. Povprečna starost žensk na dan, ko so prišle v Slovenijo je bila 27.79 ($s=7.56$) let; najmlajša je bila stara 17 in najstarejša 53 let. 35 (87.5 %) žensk nima slovenskega državljanstva, ostale pa na to vprašanje niso odgovorile ali niso dobile državljanstva zaradi drugih razlogov.

Povprečna starost žensk na dan poroke je bila 24.28 ($s=5.59$) let; najmlajša je bila stara 17 in najstarejša 42 let (4 ženske na to vprašanje niso odgovorile). Razen ene ženske, ostalih 37 ni potrdilo prisilnih/dogovorjenih porok (dve ženski na to vprašanje nista odgovorili). Ženska, ki je na to vprašanje pozitivno odgovorila je navedla, da so se njeni starši dogovorili o poroki, ko je bila stara 26 let. Dve ženski sta tudi potrdili, da ima njihov oče več kot eno ženo. Število družinskih članov udeleženk v raziskavi je bilo v razponu od 2 do 10 družinskih članov ($Mo=3$). Matere udeleženk so bile v večini zaposlene (67.5%; $n=27$). Tudi 19 (47.5%) udeleženk je potrdilo, da so zaposlene, medtem ko jih je 17 (42.5%) nezaposlenih. Štiri ženske trdijo, da so občasno zaposlene. Večji delež žensk skrbi za gospodinjstvo in tako ostajajo doma ($n=17$), spet druge ($n=10$) so slabo plačane delavke. Število članov v gospodinjstvu v Sloveniji se je po migraciji gibalo od 2 do 6 članov.

Pri opisovanju kulturnih karakteristik pri odprtem vprašanju, so ženske izpostavile praznike povezane z njihovo vero in druženje z družinskimi člani ob teh dogodkih. Nekatero so tudi omenile razlike v vlogi med moškimi in ženskami in socialni status ženske z vidika enakosti spolov. V tem kontekstu so priznale patriarhijo in podrejenost žensk vendar pa omenjajo tudi spremembe v tem smislu v njihovi rodni državi. Na vprašanje kaj imajo ženske v svoji državi, je samo 23 žensk izbralo svobodo izbire in avtonomijo, 27 svobodo govora in 15 osebno emancipacijo. Njihove odgovore so, sicer v manjšem številu, potrdila tudi kontrolna vprašanja vendar pa moramo upoštevati dejstvo, da morda vse ženske niso dobro razumele možnosti izbire več odgovorov pri tem vprašanju.

V Sloveniji so ženskam podporo v večini nudili njihovi družinski člani ($n=20$), ki so živeli v Sloveniji; drugi migranti ($n=15$) in Slovenci ($n=10$). Samo tri ženske so trdile, da bi potrebovale pomoč kulturnega mediatorja, če je to mogoče. Pomoč s strani nevladnih organizacij je bila zelo redko omenjena. Manj kot polovica udeleženk je trdila, da ima nekaj slovenskih prijateljev medtem, ko je 15 udeleženk trdilo, da ima veliko slovenskih prijateljev. Za 19 (47.5%) žensk predstavlja Slovenski jezik še vedno veliko neznanko, medtem ko 20 žensk govori slovensko relativno dobro. Večina teh žensk, ki zelo slabo govori slovensko, bi obiskovale tečaj slovenskega jezika, če bi imele to možnost. V povprečju ženske govorijo vsaj 2 jezika ($Mo=2$; $x_{\sigma}=2.51$; $Min=1$; $Max=4$). Ženske se redko udeležujejo tečajev in programov formalnega ali neformalnega izobraževanja v Sloveniji. Migracija je imela zelo velik vpliv na življenje žensk. V tej smeri je 15 žensk trdilo, da so se odnosi med njo in možem spremenili, 7 jih navaja spremembe v spolnosti, 6 je spremenilo pogled na kontracepcijo, 16 jih je spremenilo pogled na svet in 14 na sistem socialne podpore. 10 žensk je izjavilo, da imajo odkar živijo v Sloveniji težave zaradi tega, ker so predstavnice različnih etničnih skupin. Razlogi so povezani z določenimi situacijami (možnost iskanja zaposlitve, težave pri komunikaciji in nizka pomoč zaposlenih v službah javne uprave) in ovire (jezikovne ovire).

Udeleženke ($n=31$) so trdile, da so bile deležne dobre zdravstvene oskrbe v Sloveniji in da tovrstne oskrbe zagotovo ne bi bile deležne v njihovi rojstni državi. Najpogostejša obolenja v družinah udeleženk so bila kardiovaskularna obolenja in diabetes. 32 (80.0%) žensk ni poročalo o kakršnih koli spremembah v zdravstvenem stanju ali dobrem počutju po migraciji, pri 8 ženskah se je zdravje celo izboljšalo. Kontracepcija je za ženske pomembna in večina izmed njih se mora o tem predhodno pogovoriti z njihovim možem. V sedmih primerih se mož ni strinjal z uporabo kontracepcije. Tiste ženske, ki pa kontracepcijo uporabljajo, največkrat navajajo uporabo kontracepcijskih tablet ($n=5$) in/ali kondomov ($n=12$). Ostale metode kontracepcije (kontracepcijski obliži in pod-

Tabela 1: Preliminarne identificirane teme in podteme

Teme	Podteme
PRIMERJAVA MED ZDRAVSTVENIMI SISTEMI MED IZVORNO DRŽVO IN DRŽAVO GOSTITELJICO - IZKUŠNJE, PRIČAKOVANJA IN OVIRE	Upoštevanje kulturnega ozadja pacientke v zdravstveni obravnavi v državi gostiteljici Prepoznana kakovost zdravstvenega sistema v državi gostiteljici v primerjavi z domovino
KULTURNE VREDNOTE, PREPRIČANJA, PRAKSE IN OBIČAJI	Družinsko življenje ohranja tradicionalno obliko Življenjski dogodki pomemben del kulturne dediščine Vpliv religije na vsakdanje življenje Prakse povezane z zdravjem
ODNOSI IN VLOGE MED SPOLOMA	Družbeni položaj žensk Odnosi med spoloma Avtonomija žensk in svoboda odločanja o rojstvu otrok
DRUŽBENA INTEGRACIJA V DRŽAVI GOSTITELJICI	Ohranjanje in vzdrževanje občutka pripadnosti do lastne kulture ob spoštovanju običajev in navad države gostiteljice Podporne socialne mreže Ovire pri integraciji v državi gostiteljici Socialne razmere v državi gostiteljici
MIGRACIJSKI PROCES - NOVE PRILOŽNOSTI	Iskanje novih priložnosti za boljše življenje Novi vzorci migracij Vpliv migracije na zdravstveno stanje

Slika 5 ponazarja število kod / referenc, ki se nanašajo na določeno temo.

Slika 5: Primerjava (glavne teme) po številu kodirnih referenc (v angleškem jeziku)



3.2.1 Primerjava zdravstvenih sistemov med domovino in državo gostiteljico - izkušnje, pričakovanja in ovire

Tema predstavlja pogled migrantk na sistem zdravstvenega varstva v domovini in državi gostiteljici. V večini primerov kaže na obstoj razlik v zdravstvenem sistemu v matični državi. To je zlasti povezano s slabšo kakovostjo storitev javnega zdravstva in finančnimi omejitvami posameznikov, ki se trudijo dostopati do uslug zasebnega sektorja zaradi boljše kakovosti oskrbe. V Sloveniji se zdi, da slovenski zdravstveni delavci poskušajo zagotavljati kulturno primerno in skladno zdravstveno oskrbo, kljub jezikovnim oviram. Kot poudarjajo skoraj vse ženske, so ovire v sporazumevanju, ena glavnih ovir pri dostopu do zdravstvene oskrbe. Izkušnje s storitvami reproduktivnega zdravstvenega varstva v Sloveniji so v primerjavi z oskrbo v matični državi pozitivne. Nekaj intervjuvank je opisalo, da je reproduktivna oskrba v matični domovini zastarela ali celo »ne obstaja«. Tam, kjer pa je ta oskrba na voljo, je kakovost nujenih storitev vprašljiva. Poleg tega anketiranke z izjemo ene (negativni komentar ginekologa), niso poročale o negativnih izkušnjah glede predsodkov in diskriminacije s strani zdravstvenih delavcev.

3.2.2 Kulturne vrednote, prepričanja, navade in tradicije

Tema predstavlja celovit opis kulture in tradicije, ki neposredno in posredno vpliva na zdravje, z zdravjem povezane prakse in na žensko življenje v družini in na splošno. Teme se prepletajo z drugimi identificiranimi temami, vendar ta tema je zaradi boljše predstave in razumljivosti predstavljena kot samostojna tema. Življenjski dogodki, bodisi poroke, verski ali državni prazniki, so zelo pomembni dogodki kulturne identitete in so tesno povezani z vprašanji povezanimi z zdravjem. To velja še posebej za ženske s področja Balkana, ki so opisovale prehranjevalne navade, povezane z vsemi pomembnimi dogodki v življenju, kot navade, ki jih ni mogoče označiti kot zdrave. Pogosto so intervjuvane omenjale tudi zakonsko zvezo in večina intervjuvank je poročala o tem, da življenje z moškim v izvenzakonski skupnosti ni mogoče. Kljub temu nobena od žensk ni opisala svoje zakonske zveze kot »prisilne poroke« in so zanikale obstoj te prakse. V nekaterih primerih pa je bilo razkrito (posredno), da urejanje/domena glede zakonske zveze še vedno obstaja (Kosovo). Ob migraciji v Slovenijo, so se tradicije povezane s tem življenjskim dogodkom spremenile na način, da so se rahlo prilagodile okoliščinam države gostiteljice. Religija s tega vidika še vedno igra ključno vlogo v življenju večine intervjuvank, kar vpliva na zdravstvene prakse in dojemanje zdravja in bolezni; vpliva na ženske družinske vloge, njihov socialni položaj in njihovo samostojnost. V matični državi je patriarhat še vedno zelo prisoten. V povezavi s tem pa večkrat omenjajo nasilje v družini. Nekateri intervjuvank so zatrjevale, da je enakost med spoloma dandanes v veljavi, vendar je bilo kasneje v intervjujih razkrito, da še vedno obstaja patriarhat, čeprav se nove generacije, ki živijo v matični državi, počasi odmikajo od takšnega razumevanja. Zdi se, da je migracija pozitivno vplivala na razvoj bolj liberalnega položaja žensk, kot tudi na pravice in izbire, ki se nanašajo na reproduktivno zdravje.

3.2.3 Odnosi in vloge med spoloma

Že prej omenjeni patriarhalni model, ki je vključen v vsakdanje življenje žensk, je izrazito prisoten na področju odnosov med spoloma. Nekateri ženske niso potrdile, da razlike med spoloma obstajajo, vendar je nadalje iz njihove pripovedi mogoče zaznati, da neenakosti obstajajo. To dejstvo v povezavi z socialno-ekonomskim položajem žensk vpliva na njihovo zdravje. Večina intervjuvank meni, da delitev vlog med spoloma še vedno narekuje, da so »ženske odgovorne za gospodinjstvo« in da ostaja njihova glavna zadolžitev skrbeti otroke ali druge družinske člane. Te vloge, ki jih narekujejo razlike / delitve med spoloma pa so še vedno zelo prisotne v njihovi domovini, kar se čuti tudi v nenehnem primerjanju z njihovim položajem sedaj v Sloveniji. To je moč

opaziti tudi v njihovem opisu družbenega statusa žensk v zvezi s pravicami zakonca, kot razvezana partnerja itd. V pripovedi intervjuvank pa je zaznati tudi spreminjanje ženskega socialnega statusa v patriarhalnih ureditvah svoje matične domovine, kar pa je lahko pozitivno v kontekstu družbenih sprememb in je tudi povezano s svobodo izbire na vseh nivojih njihovega življenja, vključno z kontracepcijo. Večina intervjuvank meni, da je treba odločitev o uporabi ali neuporabi sprejeti skupaj z zakoncem. Ta vidik pa ostaja sporen, kajti govorimo o »ženski kontracepciji«. Na kontracepcijo in njena uporabo v matični domovini (kar je opazno tudi po migraciji) vpliva veliko družbenih dejavnikov, kot tudi vera in globoko usidrane tradicionalne vrednote.

3.2.4 Družbena integracija v državi gostiteljici

Vse intervjuvanke, razen ene, se trudijo ohraniti svojo kulturno pripadnost, npr. identiteto v državi gostiteljici. Ena intervjuvanka je mnenja, da je potrebno v drugi državi svoje kulturne navade potisniti na stran. Ohranjanje kulturne identitete zajema tudi ohranjanje kulturnih prepričanj in praks, povezanih z zdravjem, kar je mogoče gledati s pozitivnega ali negativnega vidika. V tem kontekstu se v državi gostiteljici še vedno ohranjajo nekatere nezdrave navade, povezane tudi z zdravim življenjskim slogom (hrana, rekreacija itd.). Intervjuvanke poskušajo vključiti tudi kulturne navade države gostiteljice v svoja kulturna prepričanja. To pa lahko zaznavamo kot pozitivno, sploh, ko govorimo o aktivnostih promocije zdravja (in ideologije zdravja v zahodnih družbah). Pogosto v pripovedi intervjuvanke govorijo o razlikah in podobnostih med obema kulturama. Čeprav religija igra še vedno pomembno vlogo v življenju žensk, z migracijo le-ta postane manj vplivna v nekaterih vidikih njihovega življenja. To posebej velja za ženske, ki so v Sloveniji daljše obdobje. Tiste intervjuvanke, ki pa so pred kratkim prišle v Slovenijo, pa religijo dojemajo kot pomemben podporni sistem. Za večino intervjuvank je mreža socialne podpore družina tako v matični državi kot v državi gostiteljici. Nekateri intervjuvanke najdejo socialno podporo pri ostalih migrantih, ki živijo v Sloveniji. Je pa s strani nekaterih intervjuvank bilo poudarjeno, da ni lahko najti pristnih prijateljev, kar pa lahko vodi v socialno izolacijo. Na mestu je, da se težave s socialnim mreženjem dodatno razišče in pojasni, kajti to je tudi pomemben dejavnik pri dostopu do zdravstvenih storitev v državi gostiteljici. Nekateri intervjuvanke so tudi poudarile, da državljani države gostiteljice ne poznajo dovolj drugih kultur in njihovih tradicij. To pa je posledično potencialni razlog za kulturne spore, diskriminacijo in nacionalizem. Prav tako je opazno, da migrantke niso dobro podprte in niso dovolj motivirane za učenje jezika, ki se govori v državi gostiteljici, kar še bolj odtuja ženske iz skupnosti. Socialni in življenjski pogoji so zelo pomembni pri razpravi o kakovosti življenja tudi z vidika doživljanja zdravja ali bolezni. Glede na to percepcijo je socialna varnost, ki jo intervjuvanke povezujejo z ekonomsko neodvisnostjo zelo pomembna. Je pa dejstvo, da tudi visoko izobražene ženske težko najdejo zaposlitev. Nasprotno pa za nekatere to ni možnost, sploh če je razlog migracije pridružitve zakoncu, ki dela v Sloveniji.

3.2.5 Migracijski proces - nove priložnosti

Razlogi za migracijo so različni (glej analizo vprašalnika). Za devet anketirank je bila Slovenija ciljna država. Slovenija je znana kot država z dobro razvitimi družbenimi strukturami, od socialnega in zdravstvenega sistema do izobraževalnega sistema itd. Za tiste, ki prihajajo iz balkanskega območja, je bila Slovenija znana kot država, v kateri živi veliko njihovih sorojakov, kar jim daje občutek lažje integracije, zaradi skupne zgodovine pa tudi boljše razumevanje. Migracija sama po sebi prispeva k boljšemu zdravju, npr. zaznana dobro počutje. Devet žensk, razen ene, je poročalo o tovrstnih spremembah. Dobro počutje se nanaša na fizični in psihološki vidik. Kot glavne razloge navajajo čisto okolje in dobro postavljen zdravstveni sistem. V pripovedih intervjuvank je moč zaznati nove migracijske trende. Intervjuvanke, ki prihajajo iz držav z višjo stopnjo migracije (Kosovo, Bosna in Hercegovina, Srbija) poročajo, da so tudi cilji mlajših generacij migrirati v drugo

državo. Kot ena izmed žensk opisuje situacijo v Srbiji - moški redko končajo srednješolsko izobraževanje, ali pa šolanje tudi ni obvezno, saj se pričakuje, da bodo migrirali takoj ko bo možnost. Nasprotno pa spodbujajo in je tudi pričakovano, da se nadalje izobražujejo, kajti ni pričakovano, da odidejo istočasno kot moški.

4. Zaključek

Ženske migrirajo zaradi številnih razlogov. Skozi zgodovino so ženske migrirale primarno zaradi poroke ali združitve z družinskimi člani, tako znotraj nekega ozemlja kot tudi izven njega (Fleury, 2016). Raziskava je pokazala, da tudi danes po večini ženske migrirajo zaradi pridružitve z družino (z možem), ki živi in dela v Sloveniji. Kljub temu pa se je izkazalo, da je nekaj žensk migriralo zaradi boljših življenjskih priložnosti in izobraževanja. Fleury (2016) na primer poroča, da se povečuje delež žensk, ki migrirajo zaradi izboljšanja njihovega ekonomskega položaja bodisi skozi zaposlitev ali izobraževanje. Ta trend je pogostokrat imenovan feminizacija migracije.

Integracija, ki sledi migraciji je drugače zaznana in izkušena med ženskami in moškimi. Migracija ima, kar je razvidno iz raziskave, pozitiven vpliv na ženske. Slednje se čutijo bolj opolnomočene, zaradi česar se odmikajo od tradicionalnih norm in patriarhalnih modelov ali spolnih vlog. Ne glede na te pozitivne učinke je razvidno, da je za nekatere proces integracije zelo počasen, seveda še najbolj za novo prispelke, katere zaradi nezadostne socialne podpore, še bolj drsijo v socialno izolacijo. Posledično to vpliva na kakovost življenja na vseh možnih nivojih. Ena izmed najbolj pomembnih ovir, ki povečuje socialno izolacijo je prav jezikovna bariera. Gre tudi za osrednjo oviro pri dostopanju do zdravstvenih storitev, kar je bilo ugotovljeno v predhodnih raziskavah, (Schmidt et al., 2018), kjer je bilo tudi dokazano, da je status in življenje migrantke v državi gostiteljici tesno povezano z nezadostno in/ali pomanjkljivo komunikacijo in socialno povezanostjo (Balaam et al., 2013). Zagotavljanje kulturno dovzetne zdravstvene oskrbe, skupaj z zagotavljanjem primerne socialne podpore je kritično v izboljševanju zdravja žensk. Zdravstvene storitve morajo biti prilagojene pričakovanjem migrant do nudene podpore in spoštovanja kulturnih razlik (Balaam et al., 2013; Prosen, 2018). Čeprav je večina žensk v raziskavi poročala o izboljšanju zdravstvenega stanja po prihodu v državo gostiteljico, obstaja nekaj vprašanj katere je potrebno v prihodnje nasloviti, še posebej tista, ki so vezana na zagotavljanje primerne kulturne oskrbe in prizadevanja po izboljšanju zdravja žensk migrantk. Veliko teh vprašanj je neposredno povezanih s socialnimi determinantami zdravja (World Health Organization, 2018), saj je migracija sama po sebi socialna determinanta zdravja, ki se prepleta s številnimi drugimi socialnimi determinantami, še posebej socio-ekonomskim statusom, življenjskimi in delovnimi pogoji in pravno ureditvijo migrantov, kar vpliva na njihovo življenje in pravni status v državi gostiteljici (World Health Organization, 2017).

4.1 Implikacije za klinično prakso

Prvi del projekta INTEGRA je razkril nekatera pomembna področja, ki se jih bo projekt tudi dotaknil, vendar pa se istočasno razkrile tudi nekatere vrzeli v znanju, katere je potrebno nasloviti v prihodnje, še posebej tiste vrzeli povezane z zdravstvenimi strokovnjaki. Na podlagi preliminarnih rezultatov, implikacije za klinično prakso potrjujejo že zastavljene naloge v okviru projekta INTEGRA, a kažejo se tudi nekatere nove implikacije, ki bi jih lahko opredelili kot kratko- in dolgoročne in zadevajo sistemske ureditve (izobraževalnega, zdravstvenega in socialnega sistema).

- Zdravstvene institucije bi morale več pozornosti nameniti premagovanju jezikovne bariere (trenutne prakse zdravstvene oskrbe migrantov bi morale biti revidirane; zagotovljeni prevodi določenih zdravstveno promocijskih in zdravstveno-vzgojnih gradiv; uporaba piktogramov; vpeljati socialno/kulturno anamnezo kot del medicinske ali negovalne anamneze; uporaba tolmača/prevajalca, kjer je to mogoče; organizacija prenatalne zdravstvene vzgoje, bodisi individualno bodisi skupinsko, prilagojene določeni populaciji migrant; zago-

tavljati kontinuiteto zdravstvene oskrbe).

- Zdravstvene institucije bi se morale bolje povezovati s patronažno medicinsko sestro na primarnem nivoju zdravstvenega varstva in socialnimi delavci pri pomoči na domu in integraciji v lokalno skupnost (tudi z motivacijo za učenje osnov jezika države gostiteljice).
- Vloga patronažne medicinske sestre bi morala pridobiti večji pomen pri vključevanju migrantk v skupnosti zasnovane zdravstveno-vzgojne programe in zdravstvene presejalne programe, ki se izvajajo v državi gostiteljici (presejanje za raka materničnega vratu in presejanje za raka dojke itd.) ter pri ozaveščanju o zdravju in z zdravjem povezanim vedenjem in načinu dostopa do zdravstvenih storitev.
- Izobraževalne institucije, ki izobražujejo bodoče zdravstvene delavce bi morale v svoje formalne kurikule vključiti učne vsebine povezane z medkulturno zdravstveno oskrbo.
- Za zdravstvene delavce bi moralo vseživljenjsko učenje vključevati vsebine medkulturne zdravstvene oskrbe kot trajno obliko neformalnega izobraževanja. Prednostno pa bi se morali v tovrstno izobraževanje vključevati tudi zdravstveni sodelavci (podporno osebje), ki dela v zdravstvenih ustanovah, saj tudi oni prihajajo v neposreden stik z migrantkami.

Literatura¹⁵

- Adanu RMK and Johnson TRB. (2009) Migration and women's health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 106: 179-181.
- Balaam MC, Akerjordet K, Lyberg A, et al. (2013) A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *J Adv Nurs* 69: 1919-1930.
- British Sociological Association. (2002) Statement of Ethical Practice for the British Sociological Association. British Sociological Association.
- Fleury A. (2016) *Understanding Women and Migration: A Literature Review*. Disponibile in: <http://atina.org.rs/sites/default/files/KNOMAD%20Understaning%20Women%20and%20Migration.pdf>.
- Flick U. (2002) *An introduction to qualitative research*, London: Sage.
- Gibson WJ and Brown A. (2009) *Working with Qualitative Data*, London: Sage.
- Jayaweera H. (2018) Access to healthcare for vulnerable migrant women in England: A human security approach. *Current Sociology* 66: 273-285.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije. (2014) Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Matthews B and Ross L. (2010) *Research methods: A practical guide for the social sciences*, Essex: Pearsons Education Limited.
- Prosen M. (2015a) Introducing Transcultural Nursing Education: Implementation of Transcultural Nursing in the Postgraduate Nursing Curriculum. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 174: 149-155.
- Prosen M. (2015b) Preventing health disparities among migrant children and youth: Delivering culturally competent health care. In: Gornik B, Lenarčič B, Medarić Z, et al. (eds) *Programme and abstracts: International Conference Children and Young People on the Move: Towards a More Precise Definition of Their Best Interests, Portorož (Slovenia), November 19-20, 2015*. Portorož: Univerza na Primorskem, Znanstveno-raziskovalno središče, 28-29.
- Prosen M. (2018) Developing cross-cultural competences: opportunity for ensuring health and healthcare equality and equity. *Slovenian Nursing Review* 52: 76-80.
- Prosen M, Karnjuš I and Ličen S. (2017) Razvijanje medkulturnih kompetenc med študenti zdravstvene nege. In: Rutar S, Čotar Konrad S, Štemberger T, et al. (eds) *Vidiki internacionalizacije in kakovosti v visokem šolstvu*. Koper: University of Primorska Press, 139-153.
- Riessman CK. (2008) *Narrative methods for the human sciences*, Los Angeles: Sage.
- Ruppenthal L, Tuck J and Gagnon AJ. (2005) Enhancing Research With Migrant Women Through Focus Groups. *Western Journal of Nursing Research* 27: 735-754.
- Sandelowski M. (2000) Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health* 23: 334-340.

- Schmidt NC, Fagnoli V, Epiney M, et al. (2018) Barriers to reproductive health care for migrant women in Geneva: a qualitative study. *Reproductive Health* 15: 43.
- Smith AC, LeVoy M, Mahmood T, et al. (2016) *Migrant women's health issues: Addressing barriers to access to health care for migrant women with irregular status*. Disponibile in: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/330092/6-Migrant-womens-health-issues-irregular-status.pdf?ua=1.
- Smythe E. (2012) Discerning which qualitative approach fits best. *New Zealand College of Midwives Journal* 46: 5-12.
- The Lancet Public H. (2018) Protecting migrant women. *The Lancet Public Health* 3: e1.
- World Health Organization. (2017) *Women on the move: Migration, care work and health*, Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018) *Social determinants of health*. Disponibile in: http://www.who.int/social_determinants/en/.
- World Medical Association. (2013) World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association* 310: 2191-2194.

¹⁵ Pregled literature je bil pripravljen s programom EndNote X8, nakup katerega je sofinanciran iz projekta INTEGRA.

INTEGRA - POROČILO 3.1.2

PRIMERJALNA ANALIZA ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE IN PRIMERI DOBRE PRAKSE

SLOVENSKA ZAKONODAJA PRAVICE MIGRANTOV

Blaž Lenarčič, Mateja Sedmak in Zorana Medarić
Znanstveno-raziskovalno središče Koper

Ker slovenska zakonodaja izrecno ne ureja področja reproduktivnega zdravja in nasilja na podlagi spola, v nadaljevanju obravnavamo zakonske določbe na splošni ravni. Dostop do javnega zdravstvenega varstva v Sloveniji je odvisen od obveznega zdravstvenega zavarovanja posameznika, v katerega so vključeni slovenski državljani s stalnim prebivališčem v Sloveniji, vendar ne pokriva vseh stroškov zdravljenja. V skladu z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je polno zdravstveno zavarovanje zagotovljeno samo mladoletnikom, rednim študentom stari pod 26 let, nosečnicam in ljudem z določenimi zdravstvenimi težavami. Obvezno zdravstveno zavarovanje zagotavlja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, plačilo prispevkov je vezano na vir, ki zavarovancu zagotavlja osnovno socialno varnost (zaposlitev, pokojnina ipd.) medtem, ko prostovoljno (dopolnilno in dodatno) zdravstveno zavarovanje izvajajo druge (zasebne) zdravstvene zavarovalnice. takšno stanje v praksi pomeni, da morajo osebe brez prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja plačati za večino zdravstvenih storitev.

1. Migranti, vključeni v sistem zdravstvenega zavarovanja

Migranti s statusom začasnega in stalnega bivanja se lahko zdravstveno zavarujejo po istem sistemu kot državljani, če so zaposleni za določen ali nedoločen čas. Kot družinski člani zavarovanca so ob pogojih, ki jih določa *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju* v 20. členu, zavarovani:

- a) ožji družinski člani:
 1. zakonec,
 2. otroci (zavarovančevi otroci in otroci, ki so z odločbo pristojnega organa nameščeni v družino z namenom posvojitve);
- b) širši družinski člani:
 1. pastorki, ki jih zavarovanec preživlja,
 2. vnuki, bratje, sestre in drugi otroci brez staršev, ki jih je zavarovanec vzel k sebi in jih preživlja, ob pogojih, ki jih določa ta zakon za otroke,
 3. starši (oče in mati, zakonec ali zunajzakonski partner očeta oziroma matere, ter posvojitelj), ki živijo z zavarovancem v skupnem gospodinjstvu in jih zavarovanec preživlja ter nimajo za preživljanje dovolj lastnih sredstev in so trajno in popolnoma nezmožni za delo, razen staršev zavarovancev iz 24. točke prvega odstavka 15. člena tega zakona.

Za otroka brez staršev se šteje tudi otrok, ki ima starše, če so starši popolnoma in trajno nezmožni za delo ali, če zaradi drugih okoliščin ne morejo skrbeti za otroka in ga preživljati.

Družinski člani so zavarovani, če imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji, razen če ni za ožje družinske člane z mednarodno pogodbo drugače določeno.

Ob tem je treba pojasniti, da je zdravstveno zavarovanje družinskih članov migrantov s stalnim prebivališčem urejeno s 15. členom *Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju*, ki določa, da morajo le-ti v Sloveniji pridobiti status začasnega prebivališča, širši družinski člani migrantov pa so lahko zavarovani šele po pridobitvi statusa stalnega prebivališča.

V Sloveniji obstaja delež migrantk, ki so zaradi svojih kulturnih tradicij brezposelne in niso aktivne

iskalke zaposlitve. Status aktivnega iskalca zaposlitve namreč daje družinskim članom slovenskih državljanov, ki imajo dovoljenje za začasno prebivanje, tujcem z dovoljenjem za stalno prebivanje in beguncem, pravico do nadomestila za primer brezposelnosti, vendar le, če predložijo dokaz, da so aktivni iskalci zaposlitve.

2. Migranti, ki niso vključeni v sistem zdravstvenega zavarovanja

Migranti, ki niso vključeni v sistem zdravstvenega zavarovanja, so upravičeni do storitev nujne zdravstvene oskrbe, kar je splošna pravica vseh oseb, ki živijo v Sloveniji ali ki prečkajo njeno ozemlje (7. člen *Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju*). Nujna medicinska pomoč v skladu s *Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja* (103. člen) obsega storitve oživljanja, storitve potrebne za ohranjanje življenjskih funkcij, za preprečitev hudega poslabšanja zdravstvenega stanja nenadno obolelih, poškodovanih in kronično bolnih. Storitve se zagotavljajo do stabilizacije življenjskih funkcij oziroma do začetka zdravljenja na ustreznem mestu. Nujni reševalni prevozi so vključeni v storitve nujne medicinske pomoči.

Nezakoniti migranti so upravičeni le do nujne medicinske oskrbe. Tako imajo v skladu z *Zakonom o mednarodni zaščiti* (86. člen) imajo prosilci za azil pravico do nujnega zdravstvenega varstva, ki vključuje:

- nujno medicinsko pomoč in nujni reševalni prevozi po odločitvi zdravnika ter pravico do nujne zobozdravstvene pomoči;
- nujnega zdravljenja po odločitvi lečečega zdravnika;
- zdravstveno varstvo žensk: kontracepcijskih sredstev, prekinitve nosečnosti, zdravstvene oskrbe v nosečnosti in ob porodu.
- Mladoletni prosilci in prosilci, kot so mladoletniki brez spremstva, so upravičeni do zdravstvenega varstva v enakem obsegu kot otroci, ki so obvezno zdravstveno zavarovani kot družinski člani. V enakem obsegu so do zdravstvenega varstva upravičeni tudi šolajoči otroci po 18. letu starosti, in sicer do konca šolanja, vendar največ do dopolnjenega 26. leta starosti.

Čeprav je zagotovljena tudi zdravstvena oskrba med nosečnostjo in ob porodu, mora v praksi večina migrantk brez zdravstvenega zavarovanja plačati za tovrstne storitve.

3. Zakonske določbe o reproduktivnem zdravju

Ustava Republike Slovenije v 55. členu določa, da je odločanje o rojstvih svojih otrok svobodno ter, da država zagotavlja možnosti za uresničevanje te svoboščine in ustvarja razmere, ki omogočajo staršem, da se odločajo za rojstva svojih otrok.

To pravico ureja *Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok*, saj določa pogoje, pod katerimi se izvaja pravica do preprečevanja zanositve (poglavje II), splava (poglavje III), diagnoze in zdravljenja neplodnosti (poglavje IV).

Drugi pomemben dokument je *Pravilnik o izvajanju preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni*, ki na začetku pojasnjuje, da reproduktivno zdravje zagotavlja „pravico do zadovoljnega in varnega spolnega življenja, svobodno odločanje o rojstvu, enak dostop do informacij o načrtovanju družine in reproduktivno zdravje ne glede na spol, varne in učinkovite metode načrtovanja družine ter pravico do zdravstvenih storitev, ki ženskam zagotavljajo varno nosečnost in porod, ter učinkovito preprečevanje in zgodnje odkrivanje bolezni, ki povzročajo prezgodnjo obolevnost in umrljivost.“ Poleg tega dokument opredeljuje naslednja področja reproduktivnega zdravja:

- vsebina preventivnih programov (načrtovanje družine, uporaba kontracepcijskih sredstev,

spolno prenosljivih okužb in poznejše neplodnosti, preventivni pregledi med nosečnostjo, pregledi in svetovanje po porodu, spontana in dovoljena prekinitve nosečnosti in zunajmaternične nosečnosti, preventivne dejavnosti za zaščito reproduktivnega zdravja v dejavnosti nege, preventivni pregledi za različne vrste raka);

- programirana zdravstvena vzgoja in spodbujanje zdravja v primarnem zdravstvenem varstvu za ženske (smernice za varovanje reproduktivnega zdravja skupin prebivalstva s povečanim tveganjem, smernice za zdravstveno vzgojno delo z mladostniki in ženskami pred in po dovoljenem splavu ter prenatalna zdravstvena vzgoja) ;
- izvajalci programov preprečevanja reproduktivnega zdravja (načini izvajanja, usklajevanja in nadzora).

Kot je razvidno iz pregleda zakonodaje, nobeden izmed nacionalnih pravnih dokumentov o reproduktivnem zdravju izrecno ne omenja migrantk.

4. Spolno nasilje

Republika Slovenija je podpisnica vseh najpomembnejših deklaracij, konvencij in mednarodnih sporazumov na področju omejevanja nasilja nad ženskami in spolnega nasilja oz. nasilja, ki je posledica spolne diskriminacije.

Zakon o preprečevanju nasilja v družini iz leta 2008 je prvi tovrstni zakon Republike Slovenije, ki določa različne vrste nasilja v družini (3. člen), opredeljuje družinske člane (2. člen) ter določa pristojnosti državnih organov in nevladnih organizacij pri obravnavi primerov družinskega nasilja in določanju postopkov za zaščito žrtev (10. člen). V 6. členu ta zakon določa dolžnost prijave družinskega nasilja, 26. člen pa zagotavlja osebam, za katere je podana ocena o ogroženosti, pravico do brezplačne pomoči.

Resolucija o nacionalnem programu preprečevanja nasilja v družini 2009-2014 se podrobneje ukvarja z nasiljem v primeru ranljivih skupin: otrok, žensk, starejših občanov, invalidov in oseb, ki iz različnih razlogov niso povsem samostojne. Dokument nadalje obravnava specifične potrebe žrtev in njihove osebne situacije.

Načela in smernice za preprečevanje družinskega nasilja, navedene v resoluciji so:

- nasilje nad drugo osebo je kršenje temeljnih človekovih pravic ter mora biti obravnavano in ustrezno sankcionirano, saj ne obstaja sprejemljiva ali dopustna meja nasilja;;;
- nasilje v družini je družbeni problem, ki temelji na neenaki porazdelitvi družbene moči med spoloma, med šibkejšimi in močnejšimi;;;
- država bo pri obravnavanju nasilja v družini, ki ga povzročajo večinoma zakonski, zunajzakonski ali nekdanji partnerji in starši oziroma skrbniki, upoštevala, da je zaradi posebnih odnosov med družinskimi člani (ljubezen, zaupanje, odvisnost ...) in zlorabe teh okoliščin s strani storilca treba obravnavati to nasilje z enako strogostjo kakor tisto, ki ga storijo neznane osebe;
- država bo sprejemala ukrepe za preprečevanje nasilja in zagotovila sistemsko zaščito za žrtve, ne glede na povzročitelja nasilnega dejanja.

Specifične naloge in ukrepe lahko določajo akcijski načrti, ki se izdelujejo vsaki dve leti. Doslej je stopil v veljavo en sam akcijski načrt za preprečevanje nasilja v družini (2012-2013).

V zvezi s tem moramo nazadnje navesti še *Resolucijo o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013-2020*, ki v razdelku, namenjenem ciljem in strategijam, izpostavlja, da je v zadnjih petih letih prišlo do porast povpraševanja po dejavnostih, ki so povezane s področjem družinskega in siceršnjega nasilja. Med ukrepi za preprečevanje nasilja navaja resolucija vzpostavitve večjega števila kriznih centrov za žrtve in izvajanje programov preprečevanja, informiranja, podpore in pomoči.

ITALIJANSKA ZAKONODAJA IN ZDRAVSTVENE STORITVE ZA MIGRANTKE V TRSTU

Roberta Altin in Veronica Saba

Oddelek za humanistične študije, Univerza v Trstu

1. Pravice državljanov drugih držav EU in tujih državljanov na področju zdravja - zakonska podlaga v Republiki Italiji

32. člen ustave Republike Italije izpostavlja, da je pravica do zdravja temeljna pravica državljana in višji interes skupnosti, ter zagotavlja brezplačno zdravstveno oskrbo ekonomsko najbolj ogroženim osebam. Enotno zakonsko besedilo »Migracije« (34., 35. in 36. člen) določa, da italijanska država formalno zagotavlja pravico do zdravja italijanskim državljanom in državljkam, hkrati pa tudi državljanom in državljkam držav EU in drugih držav (ne glede na to, ali v Italiji bivajo zakonito ali ne) ter njihovim mladoletnim otrokom.

V tretjem odstavku 35. člena¹⁶ je posebej določeno, da »se vsem ženskam zagotovi zdravstvena oskrba na teh področjih: varstvo nosečnosti in materinstva, varstvo mladoletnih oseb, cepljenje (v sklopu preprečevanja množičnih obolenj) ter preventiva, diagnoza in zdravljenje kužnih bolezni. Tujci brez dovoljenja za bivanje lahko pri koriščenju storitev uveljavljajo status *STP* (tujec, začasno prisoten na ozemlju R. Italije), ki velja na celotnem nacionalnem ozemlju¹⁷.

Za tuje osebe, ki so žrtve nasilja ali hudega izkoriščanja, predvideva država izvajanje programov pomoči in vključevanja v družbo (po 18. členu EB »Migracije«, ki določa, da se tem osebam izda posebno dovoljenje za bivanje »zaradi potreb socialne varnosti«). Po preverjanju pristojnih organov¹⁸ je z vključitvijo v program socialne varnosti ranljivemu subjektu zagotovljeno »dostopanje do socialne pomoči in šolanja, pa tudi vpis v sezname iskalcev zaposlitve in možnost opravljanja delovnih dejavnosti, če za to izpolnjuje ustrezne starostne pogoje.«¹⁹ Po podatkih Mednarodne organizacije za migracije in GRETA - Group of Experts on Action against Trafficking in Human Beings²⁰ je v te programe vključenih predvsem veliko žensk oz. deklet. Socialna in zdravstvena oskrba ima lahko odločilno vlogo pri evidentiranju potencialnih žrtev med osebami, ki dostopajo do različnih info točk, urgence in družinskih svetovalnic.

Kljub zakonodaji na nacionalni in na deželni ravni²¹, ki italijanskim in tujim državljanom omogoča dostopanje do zdravstvene oskrbe pod enakimi pogoji, obstajajo med tema dvema skupinama še danes znatne razlike, kot je razvidno iz strokovne literature²² in poročil Asgi²³, Centralnega sistema

¹⁶ V že omenjenem členu EB Migracije je določeno, da: A) se socialno varstvo nosečnosti in materinstva zagotavlja, tako kot italijanskim državljkam, v skladu z zakonoma 405 z dne 29. julija 1975 in 194 z dne 22. maja 1978 ter z Uredbo Ministrstva za zdravje z dne 6. marca 1995 (Uradni list Republike Italije št. 87 z dne 13. aprila 1995); B) se varstvo zdravja mladoletne osebe izvaja v skladu s Konvencijo o otrokovih pravicah z dne 20. novembra 1989, ki je bila v pravni red R. Italije sprejeta z zakonom št. 176 z dne 27. maja 1991: <http://www.meltingpot.org/Testo-unico-sull-immigrazione-art-34-36-8a-parte.html#.Wy-kv6czaM8>.

¹⁷ Prim.: http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=193&area=Servizi_per_persono_o_situazioni_speciali.

¹⁸ Predvideni so enotni kazalci, ki omogočajo razrivanje primerov trgovine z ljudmi. Prim.: https://www.sprar.it/wp-content/uploads/2017/11/notrata-web_DEFINITIVO_10_06_15.pdf e <https://www.un-hcr.it/wp-content/uploads/2018/02/Linee-Guida-identificazione-vittime-di-tratta.pdf>.

¹⁹ Prim. četrty odstavke 18. člena EB »Migracije«. Vir: <https://www.meltingpot.org/Testo-unico-sull-immigrazione-art-18-20-5a-parte.html#.W5ewAOgzaM8>.

²⁰ Prim. poročila: <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016806edf35>; https://italy.iom.int/sites/default/files/news-documents/RAPPORTO_OIM_Vittime_di_tratta_0.pdf.

²¹ V 21. členu Deželnega zakona št. 31/2015 piše: »1. Pri izvajanju zakonskih določil na področju varstva zdravja zagotavlja dežela tujim državljanom, ki so zakonito prisotni na njenem ozemlju, dostopanje do zdravstvenih storitev, in sicer na enak način kot italijanskim državljanom ter ob upoštevanju istih pravic in dolžnosti, v skladu s 34. členom Zakonodajne uredbe 286/1998 in na podlagi dogovorov med državo in deželami.

²² Spletna stran Višjega zdravstvenega sveta (Istituto Superiore di Sanità) zbira najpomembnejše statistične dosjeje o obravnavi tujih državljanov v Italiji. <http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/DocumentazioneItalia.asp>.

²³ Združenje ASGI je dokumentiralo različne primere malomarnosti in zlorab, predvsem pri obravnavi oseb brez dovoljenja za bivanje in njihovih otrok: <https://www.asgi.it/ingresso-soggiorno/illegittimo-negare-cure-mediche-essenziali-persona-privata-permesso-soggiorno/>; <https://www.asgi.it/asilo-e-protezione-internazionale/discriminatorio-chiedere-un-certificato-medico-presentare-la-richiesta-asilo/>; <https://www.asgi.it/lavoro-dirittisociali/il-divieto-di-segnalazione-dello-straniero-in-condizioni-di-irregolarita-di-soggiorno-che-accede-ai-servizi-sanitari-alla-luce-delle-nuove-disposizioni-del-cosiddetto-pacchetto-sicurezza/>.

SPRAR²⁴, Naga Onlus in SIMM (Italijansko društvo za migrantsko medicino)²⁵. V nekaterih primerih izhajajo težave iz samega sistema: birokratskih zapletov, dolgih čakalnih dob in nerazumljivih strokovnih izrazov, ki jih uporablja zdravstveno osebje; k temu je treba v primeru tujih državljanov dodati še primere t. i. institucionalnega rasizma, ki dodatno poveča nezaupanje do institucij. Izhajajoč iz teh elementov bomo skušali v nadaljnjem poročilu izpostaviti razlike med formalnimi možnostmi za dostopanje do pomoči in dejanskim koriščenjem teh storitev. Vprašali se bomo, katera bi lahko bila ustrezna pot, ki bi tujkam olajšala koriščenje storitev, in katera informativna orodja so jim že na razpolago.

2. Storitve na področju reproduktivnega zdravja migrantk in žensk, rojenih na Tržaškem

Območna mreža zdravstvenih storitev v Trstu je bila v 90. letih reorganizirana po okrožjih (»distretti«) na podlagi Deželnega zakona št. 12 /1994, ki je na novo določil operativno mrežo zdravstvenih storitev, katere osnovna enota so postala okrožja (območne enote). Na podlagi potreb prebivalstva je pozneje Deželni zakon 23/2004 lokalnim organom (javnim zavodom in zasebnim koncesionarjem, ki izvajajo storitve na področju sociale) dodelil še večje pristojnosti²⁶.

Kljub zadnjim reformam in ukrepom za zmanjševanje stroškov²⁷ je tržaško ozemlje od leta 1996 torej razdeljeno na štiri okrožja. Vsako od teh zaobjema več mestnih predelov oz. »rajonov« in naslavlja približno 60 tisoč prebivalcev; v vsakem okrožju je po ena družinska svetovalnica z dispanzerjem za ženske²⁸.

S povečanjem migracijskih tokov (torej od začetka vojn na bližnjem Balkanu do danes) se je za specifične potrebe zdravstvene obravnave tujih pacientov začel proces na institucionalni ravni, ki je leta 2000 privedel do oblikovanja namenske deželne posvetovalne skupine. Kot posledica tega je bil vzpostavljen deželni center za spremljanje zdravja migrantov. Cilj tega centra je bila odprava ovir, s katerimi se tuji pacienti soočajo pri koriščenju zdravstvenih storitev, in zmanjšanje »razdalje« med migranti in območno mrežo - tudi v sodelovanju z zasebnimi izvajalci storitev na področju socialnega varstva. Kot navaja Giannoni (2012: 87), je s tem povezan tudi cilj, da »se realizira projekt, ki bo specifično zadeval varstvo in promocijo zdravja žensk in otrok, posebej v primerih prostitucije, marginalizacije in izkoriščanja migrantk, ter nekaterih specifično medicinskih vidikov, na primer prekinitvev nosečnosti²⁹ in spolno prenosljivih bolezni³⁰«. Na specifičnem področju, povezanem z reproduktivnim zdravjem, je Otroška bolnišnica in porodnišnica Burlo Garofolo vzpostavila storitev, namenjeno ženskam, ki so žrtve pohabljanja spolnih organov. Projekt predvideva mrežo porodniško-ginekoloških služb, ki delujejo na območju dežele, in sorodnih združenj, ki so aktivna na deželni ravni. Mreža naj bi spremljala obseg pojava pohabljanja spolnih organov in s tem povezanih patologij (npr. virusa HIV) na lokalni ravni³¹.

Poleg otroške bolnišnice in porodnišnice, drugih enot mestne bolnišnične mreže in družinskih svetovalnic z dispanzerji za ženske so na območni ravni prisotne tudi ustanove, ki delujejo kot zasebni izvajalci storitev na področju sociale in ki lahko predstavljajo neke vrste most pri informiranju in usmerjanju žensk.

Kot izhaja iz intervjuja s strokovno delavko, ki se ukvarja s pomočjo pri dojenju, so lahko med javnimi izvajalci storitev predvsem pediatrične ambulante ustrezen prostor za izvajanje dejavnosti, namenjenih številnim migrantkam, ki se na te ustanove obrnejo. Isto mnenje izpostavlja tudi ginekologinja družinske svetovalnice 1. okrožja: koriščenje storitev lahko promoviramo z

²⁴ Prim. poročilo Centralne službe SPRAR z dne 9. 1. 2018: <http://www.sprar.it/wp-content/uploads/2018/03/Dossier-TUTELA-DELLA-SALUTE-2018.pdf>.

²⁵ Prim. dokumentacijo, ki je dostopna na spletni strani: http://www.naga.it/tl_files/naga/comunicati/Legislazione.pdf.

²⁶ Za zgodovinski pregled sprememb v organizacijski strukturi območnih zdravstvenih storitev prim.: <https://www.cardfvg.com/assodis>.

²⁷ Prim.: <http://ilpiccolo.gelocal.it/trieste/cronaca/2014/07/17/news/la-riforma-della-sanita-taglia-i-distretti-1.9611159>.

²⁸ Za splošno sliko distribucije družinskih svetovalnic z dispanzerjem za ženske prim.: http://www.asuits.sanita.fvg.it/it/_materiale_informativo/interazione_volontaria_gravidanza.html.

²⁹ Ženskam, ki se pogosto odločajo za umetno prekinitvev nosečnosti, je na deželni ravni namenjeno izobraževanje in ozaveščanje na področju družinskega načrtovanja; program izvajajo družinske svetovalnice.

³⁰ Prim.: <https://www.simmweb.it/gris-friuli-venezia-giulia>.

³¹ Prim.: <http://www.burlo.trieste.it/ricerca/mutilazioni-genitali-femminili-donne-immigrate-progetto-formazione-sostegno-integrato-alla-persona>.

ozaveščanjem žensk, pa tudi z vzpostavljanjem kakovostnega odnosa med zdravnikom in pacientom, ki mora temeljiti na spoštovanju in aktivnem poslušanju in ne samo na biomedikalizaciji.

Tak pristop presega torej zgolj izrazito klinično zdravljenje in predpostavlja celovito obravnavo pacienta: cilj pediatrične obravnave na primer ni samo zdravljenje otroka, ampak tudi pozornost do potreb ženske in družine.

Stik s službami, ki nudijo zdravstveno oskrbo, predstavlja za migrantke pogosto prvi stik z italijanskimi institucijami nasploh in je zato posebej pomemben, predvsem v primerih najbolj izpostavljenosti in ranljivih oseb³².

Iz pričevanj strokovnega osebja, ki dela v svetovalnicah in otroških ambulantah, izhaja pomemben podatek: na območni ravni je s pacientkami res mogoče vzpostaviti neposreden stik, ki temelji na zaupanju. Tak stik je lahko učinkovit in pomemben dejavnik pri varstvu, zaščiti in nadaljnjem usmerjanju.

Poleg teh ambulant so na območni ravni prisotni še drugih subjekti, ki se trudijo, da bi ženskam nudili mrežo pomoči in podpore: Mednarodna hiša žensk (Casa internazionale delle donne) v Trstu³³ že dlje časa opravlja pomembne naloge za izboljšanje položaja, ozaveščenosti in zdravja žensk, domačink in migrantk, ki bivajo v regiji; organizacija prireja tudi izobraževalna in informativna srečanja.

Poleg tega je Center proti nasilju (Centro anti violenza) GOAP referenčna točka za vprašanja, povezana s problemi spolne diskriminacije in nasilja. Na področju boja proti izkoriščanju ženskega telesa je aktivno še združenje za pravice prostitutk Comitato per i Diritti Civili delle prostitute Onlus³⁴, ki deluje od leta 1984 in ki od leta 1999 izvaja tudi projekt Stella Polare (Severnica) za pomoč ženskam, ki so žrtve trgovine z ljudmi³⁵. Ta projekt, h kateremu so pristopile območne zdravstvene službe in Deželni observatorij za zdravje migrantov (Osservatorio Regionale per la Salute dei Migranti), predvideva pomoč žrtvam trgovine z ljudmi, tudi na podlagi 19. člena Programa Migracije 2017. Slednji sodi v okvir regionalnega programa FJK v mreži proti trgovini z ljudmi (FVG in rete contro la tratta), ki izvaja dejavnosti na področju socialnega varstva in zaščite (18. člen EB Migracije) in predvideva specifični zdravstveni protokol za obravnavane ženske. Zdravstvene in socialne službe so pozorne na nekatere kazalce, ki so bili evidentirani na mednarodni ravni³⁶, in lahko potencialne žrtve prepoznajo že pri raznih informativnih in podpornih točkah, na urgenci in v družinski svetovalnici, primere pa prijavijo pristojnim organom.

Društvo za jezikovno in kulturno posredovanje Interethnos sodeluje z območnimi zdravstvenimi enotami, poleg tega pa organizira tudi občasna srečanja s posameznimi etničnimi in narodnimi skupnostmi. Cilj teh dejavnosti je skupno oblikovanje strategij, ki naj bi jih izvajali za seznanjanje teh skupnosti s prostorom, v katerem živijo. V sodelovanju s kulturnim društvom Benkadì³⁷, projektom La Tenda, Odborom za državljanske prostitutke in društvom in društvom L'Una e l'altra je društvo za jezikovno in kulturno posredovanje organiziralo tudi javno srečanje na temo medkulturne in medverske vzgoje (*Educare alle differenze nel contesto interculturale e interreligioso*)³⁸. Na področju sprejemanja in namestitve prosilcev za azil in beguncev sta dejavni združenji ICS - Consorzio italiano di solidarietà in Caritas, ki upravljata zbirne centre in azilne domove na območni ravni. Osebe, ki deluje v teh centrih, nudi spremstvo ob zdravstveni oskrbi - predvsem v najbolj kočljivih primerih.

³² Svetovanje in delo na področju ozaveščanja sta ključna, če želimo, da pridejo na dan najbolj rizični primeri tako na področju zdravja kot splošnega družinskega življenja. S tem se ukvarjata *BEFORE - Best practices to empower women against female genital mutilation, Operating for Rights and legal Efficacy in WEIP - Women Empowerment Integration Participation* s centra proti nasilju nad ženskami Differenza Donna iz Rima, <http://www.differenzadonna.org/progetti-internazionali/>.

³³ Prim.: <http://www.casainternazionaledonnetrieste.org/salute.php>.

³⁴ Prim.: www.lucciole.org.

³⁵ Več o tem: <http://www.regione.fvg.it/rafv/cms/RAVFG/cultura-sport/immigrazione/FOGLIA3/> e http://autonomielocali.regione.fvg.it/aall/open-cms/AALL/Polizia_Locale_e_sicurezza/Formazione/Seminari/allegati/2_Pro-getto_FVG_in_rete.pdf.

³⁶ Prim.: <https://www.unhcr.it/wp-content/uploads/2017/09/Vittime-di-tratta-Linee-guida-compresso.pdf>.

³⁷ Prim.: <http://benkadì.it/>.

³⁸ Prim.: <http://www.casainternazionaledonnetrieste.org/private/downloadfile.php?fileId=480>.

Caritas ima poleg tega tudi informacijsko točko za migrante³⁹, ki je namenjena vsem tujcem in ki nudi različne vrste svetovanja.

Vsa ta združenja, ki delujejo na terenu, so pomembni akterji, saj predstavljajo vezni člen med porabniki in ponudniki storitev; v tej vlogi lahko promovirajo obstoječa orodja in širijo informacije o obstoječih projektih.

V vsakem okrožju mesta se poleg tega od leta 2005 izvajajo tudi dejavnosti na t. i. mikro področjih (Microaree); gre za projekt, ki povezuje javne in zasebne ustanove in deluje na 5 ključnih področjih: zdravstvu, vzgoji, okolju, delu in demokraciji.

Namen projekta je »spodbujati aktivno participacijo državljanov in promovirati boljšo kakovost življenja. Projekt Microaree nudi odlične možnosti za opazovanje stanja na terenu, je zbirna točka za evidentiranje potreb, poleg tega pa tudi 'laboratorij' za iskanje možnih rešitev«. ⁴⁰ V nekaterih mestnih četrtih, ki so s socialnega in zdravstvenega vidika posebej problematične, so ti posegi ključnega pomena za odkrivanje specifičnih socialnih in zdravstvenih potreb in preprečevanje nadaljnje marginalizacije najbolj ranljivih subjektov.

Vsi omenjeni elementi lahko ponujajo jasno sliko stanja, v katerem se znajdejo tujke, ki hočejo dostopati do storitev zdravstvene oskrbe na Tržaškem. Službe, ki so prisotne na terenu, imajo velik potencial in so razvile veliko dobrih praks. A kljub temu (kot bomo videli v naslednjem razdelku) vse to včasih ni dovolj za zagotavljanje optimalnega dostopanja do storitev: v nadaljevanju bomo skušali na podlagi podatkov, zbranih s pomočjo ankete in intervjujev s strokovnim osebjem, evidentirati točke, na katerih bi morali še vztrajati.

³⁹ Prim.: <https://www.caritastrieste.it/immigrazione/>.

⁴⁰ Prim.: http://www.asuits.sanita.fvg.it/it/chi_siamo/organigramma/struttura-dettaglio.html?path=/direzio...sanitaria/dat_dipartimento_assisten-za_territoriale/distretto_3/microaree/struttura.html.

PRIMERJALNA OCENA PRISTOPOV IN PRIMEROV DOBRIH PRAKS V ZDRAVSTVU

Chiara Semenzato, Micaela Crisma, Alice Sorz, Federica Scrimin

Pediatrična bolnišnica in porodnišnica Burlo Garofolo v Trstu

1. Uvod in pregled literature

Projekt INTEGRA je nastal zaradi potrebe po orodjih in poglobljenih znanjih, ki so jo zdravstveni delavci Oddelka za ginekologijo in porodništvo bolnišnice Burlo Garofolo izrazili ob znatnih spremembah v populaciji uporabnikov njihovih storitev, do katerih je prišlo zaradi novih migracijskih tokov.

Glede na podatke preteklih poročil so v preseljevanje vključene mlajše ženske, kar s sabo prinaša tudi zdravstvene težave, povezane z reprodukcijo. Za nekatere ženske, ki živijo v zaprtih skupnostih, je namreč obisk bolnišnice eden redkih stikov, ki jih imajo z italijanskim socialnim sistemom: »Gre za ženske, ki jih vidimo le mi«; »izkoristiti moramo priložnost za integracijo in zdravljenje«. Literatura navaja, da so glavne ovire žensk, ki so imigrirale nedavno in ki želijo dostopati do zdravstvenih storitev, medjezikovne težave, pomanjkanje informacij, slabše poznavanje praks v različnih kulturah in zapleteni administrativni postopki. Redkejša dostopanja do zdravstvene oskrbe in prepozno iskanje pomoči lahko poveča tveganja in poslabša zdravstveno stanje. V tem smislu predstavlja problematično reprodukcijsko zdravje žensk z nevarnostjo neželenih ali nenačrtovanih nosečnosti precej kompleksen scenarij. Razmnoževanje je specifično zdravstveno področje, kjer so telesno dobro počutje ter socialni in kulturološki vidiki tesno povezani (Metusela *et al.*, 2017). V primerjavi z migranti moškega spola so ženske pravzaprav bolj povezane z nosečnostjo, kontracepcijo, porodom in splavom, ki zaznamujejo njihovo življenje, v tesnejšem stiku s strokovnim osebjem na področju zdravja (Lombardi, 2004).

In prav zaradi odnosa med zdravstvenimi in kulturološkimi vidiki so v medicini ženske obravnavane kot specifična in heterogena skupina; potrebe, pričakovanja in življenjska zgodba sleherne ženske pa še dodatno zapletejo njihov odnos z zdravstvenimi delavci.

Znanstvena literatura prinaša izsledke mnogih raziskav, ki zadevajo migrantke in njihovo interakcijo z zdravstvenimi sistemi: nekatere obravnavajo migrantke kot samostojno skupino in ponujajo splošne poglede (Keygnaert *et al.*, 2016, Pottie *et al.*, 2011), tiste bolj poglobljene pa se omejujejo na ženske iz specifičnih držav, denimo na Somalke (Degni *et al.*, 2011, Lynn Pavlish, Noor in Brandt, 2010), Afganistanke (Yelland *et al.*, 2015), Korejke (Seo, Bae in Dickerson, 2016); tretje obravnavajo širša območja, recimo ženske, ki prihajajo iz Afrike (Woodgate *et al.*, 2017) ali iz azijsko-indijskega prostora (Mann, Roberts in Montgomery, 2017).

Nekateri avtorji so tudi primerjali težave, s katerimi so se migrantke iz različnih dežel soočale v zdravstvu (Metusela *et al.* 2017).

Zdravstveni delavci se danes dejansko soočajo z veliko težavo, ki jo predstavlja heterogenost kultur in družbenega ozadja bolnic, saj zahteva vsak različni kulturološki zapis uporabo znanj s področja medkulturnega soočanja, ki pa jih zdravniki in zdravstveni delavci v času študija ne pridobijo. V zadnjih letih se namreč osebje spopada s novimi, predvsem pa nepričakovanimi težavami. Med njimi je, recimo, visoko število nosečih žensk, ki so jih po izkrcaju prepeljali v naše ambulante. Sprva je bila številčnost nosečnic presenetljiva. Osebje se je ukvarjalo z zdravstveno pomočjo in sprejemom žensk, pri čemer pa se niso vprašali, kako je do zanositve sploh prišlo, zato pogosto migrantk niso seznanili z možnostjo prekinitve nosečnosti, ki je v Italiji zakonsko urejena. Po razgovorih s splošnimi zdravniki, medicinskimi sestrami in drugimi zdravstvenimi delavci Mengesha *et al.* (2018) potrjuje našo domnevo, da je poznavanje tovrstnih problematik, ki bi lahko

pripomoglo razumevanju zapletenih vprašanj, povezanih z migrantkami, še pomanjkljivo; osebje pa se želi usposablјati tudi na tem področju.

Težava, s katero se zdravstveni delavci najprej soočijo ob vsakodnevem obravnavanju tujih bolnic, je nerazumevanje njihovega jezika, saj številne ženske ne govorijo in komajda razumejo italijansko. Poznavanje jezika pa je neposredno povezano z dostopom do zdravstvenih storitev in znatno vpliva na nego nosečnic.

Svetovna zdravstvena organizacija opozarja, da dejavniki, kot so starost do 20 let, mnogorodnost, samski stan, slabo ali nično poznavanje jezika, nedokončanih 5 let šolanja, nenačrtovana nosečnost ali neurejeno zdravstveno zavarovanje, povečajo tveganje neprimernega zdravljenja nosečnic (WHO, 2016).

V skladu s trditvijo je sistematična analiza 29 raziskav dokazala večjo verjetnost, da bodo migrantke deležne neprimerne predporodne nege v primerjavi z nosečnicami iz države gostiteljice. Predporodna nega lahko zmanjša možnost bolezni in umrljivosti nosečnic in otrok v perinatalnem obdobju, saj lahko z njo spremljamo morebitna tveganja in obravnavamo zdravstvene težave, poleg tega pa ženskam pomagamo razumeti vedenjske vzorce, zaradi katerih pride do neželenih posledic (Heaman, 2012).

Ker nosečnice ne poznajo jezika države gostiteljice, se redko odločijo za preventivne preglede in preglede za zgodnje odkrivanje bolezni, s čimer ne le škodujejo zdravju, temveč povečajo stroške zdravstvenega sistema (neuporaba kontracepcijskih ukrepov lahko privede do večkratnih posegov za prostovoljno prekinitve nosečnosti; ker nosečnica ni deležna predporodne nege, ki vključuje denimo tudi preglede za odkrivanje sladkorne bolezni, lahko pride do zapletov med samim porodom ali po njem).

2. Migrantke v Italiji

Glede na podatke Italijanskega statističnega urada ISTAT iz leta 2017 je tujih državljanov s stalnim bivališčem v Italiji pet milijonov. Večina teh prihaja iz Vzhodne Evrope (39,6 %), 8,7 % iz Severne Afrike, 5,4 % iz Indije in Bangladeša, enak je odstotek Kitajcev.

Delež žensk dosega približno polovico vseh migrantov, točne številke pa se v Italiji precej razlikujejo glede na državo izvora. Iz Severne Afrike, na primer, prihajajo večinoma moški (74 %), iz Južne Amerike pa beležijo največ žensk (80 %). Poleg tega se zdi, da migrantke iz Vzhodne Evrope in Južne Amerike pridejo v Italijo večinoma same, in sicer z individualnim življenjskim ciljem, medtem ko največ Severnoafričank, migrantk iz arabskih držav in Kitajk sledi svojim soprogom.

Na Apeninskem polotoku obstaja večja verjetnost, da bodo pomoč v javnih zdravstvenih zavodih in socialnih službah poiskale migrantke (približno 80 % migrantk proti 33 % nosečih Italijank). (Lombardi, 2004).

2.1. Omejen dostop do zdravstvene oskrbe deželnega zdravstvenega sistema (SSR)

Med glavnimi dejavniki, ki migrantkam ovirajo dostop do storitev deželnega zdravstvenega sistema SSR, je vsekakor jezik. Ženska, ki govori samo materni jezik, potrebuje pomoč tolmača ali medkulturnega posrednika, ki pa nista vedno in nemudoma na voljo, prav tako pa niso vsi primerni za vse potrebe. Zato se dogaja tudi, da ženskam pri sporazumevanju pomagajo bližnji sorodniki ali celo otroci. Nekateri smernice opozarjajo zdravstvene delavce na negativne posledice tovrstnih praks: »Prisotnost sorodnikov ali drugih oseb, s katerimi imajo ženske stike, ovira svobodno dvostransko posredovanje ključnih in kočljivih informacij, predvsem o zdravstveni ali reprodukcijski anamnezi ženske, o njenih osebnih pomislekih in družinskem nasilju.« (Cantwell *et al.*, 2011)

Sistematična raziskava vpliva prevajanja in tolmačenja v zdravstvu je namreč razkrila, da je kakovost zdravstvenih storitev nižja, ko bolniki, katerih materni jezik ni jezik države gostiteljice, uporabljajo neusposobljene ali *ad hoc* prevajalce oz. tolmače (prijatelje, družinske člane itd.)

(Flores, 2004).

Kulturna in verska prepričanja lahko namreč prepovedujejo spolne odnose z izvenzakonskim partnerjem ali celo vsakršen pogovor o spolnosti; zato lahko nekatere migrantke le stežka prosijo za kontracepcijsko zaščito ali poiščejo preventivne ukrepe (Matusela *et al.*, 2007). Spet tretjim je nelagodno že sam pogovor z drugimi ženskami o menarhi in menstruaciji, tradicija pa jim lahko narekuje tudi, da med mesečnim perilom ne opravljajo večine opravil, češ da bi lahko prišlo do kontaminacije. Po drugi strani pa drži, da večina žensk, ki so bile deležne spolne vzgoje in spoznavanja biologije svojega telesa, želi ozavestiti in podučiti tudi svoje hčerke (Hawkey *et al.*, 2016). Pričakovanja bolnic migrantk v zvezi z zdravstveno oskrbo in vlogo zdravnika se lahko močno razlikujejo od pričakovanj pacientk iz zahodnega sveta. V eni od raziskav o afriških migrantskih družinah v Kanadi so denimo ugotovili, da bolnike odvrta dolge čakalne vrste (Woodgate *et al.*, 2017), druga kvalitativna raziskava pa razkriva, da zdravniki, porodničarji in medicinske sestre v finskem zdravstvenem sistemu kot največjo težavo, s katero se soočajo pri obravnavanju Somalk, navajajo kulturno pogojen odnos do telesnega stika: bolniki ga namreč iščejo, zdravstveno osebje pa se mu zaradi kulturnih norm izogiba. Bolniki so smatrali, da bodo odnos zgradili počasi, medtem ko so delavci ohranili strokovni pristop in se osredotočali na izvedbo preiskav in preskusov (Degni *et al.*, 2011).

V eni od ameriških študij je objavljen podatek, da so bile nekatere Somalke osuple, ker so jim zdravniki postavljali veliko vprašanj, opravili preiskave in predpisali le malo zdravil, medtem ko zdravniki iz njihovega domačega okolja »postavljajo le malo vprašanj«. »Zdravnik bi moral že poznati odgovor« in nemudoma predpisati zdravilo (Pavlish, Noor in Brandt, 2010).

Nekatere ženske še danes poročajo o rasističnem ali stereotipiziranem obravnavanju.

Raziskava o migrantkah v Londonu predstavlja zelo različne izkušnje: določeni strokovnjaki želijo zdraviti ne glede na hude jezikovne pomanjkljivosti, obstajajo pa tudi ravnodušni in brezbržni zdravstveni delavci. V poročilih osebja se pojavljajo tudi »nezavedne« rasistične premise, na primer, da so Somalke že po naravi dobre matere in da ne potrebujejo protibolečinskih tablet ter da raje dobivajo navodila kot informacije (Bulman in McCourt, 2002).

2.2. Primeri dobre komunikacije z bolniki

Učinkovito sporazumevanje med zdravniškim osebjem in bolniki je ključnega pomena za večjo raven zadovoljstva, kakovostnejšo obravnavo in boljše zdravje pacienta (Degni *et al.*, 2011).

Avstralski Državni odbor za raziskave na področju zdravja in medicine (NHMRC, 2004) kot najbolj zaželene cilje dobrega sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom navaja:

- pomoč bolniku, da sporoči informacije,
- dvig ravni zadovoljstva bolnika,
- boljše vključevanje bolnika v postopke odločanja o njegovem zdravju,
- pomoč bolniku, da sprejme najboljše odločitve,
- ustvarjanje stvarnejših pričakovanj,
- učinkovitejše terapije,
- zmanjšanje možnosti tveganj, napak in zapletov.

S tem raziskovalnim projektom želimo obravnavati pomembno vprašanje, kako doseči zastavljene cilje tudi v odnosu z migrantkami različnih dežel in kulturnih ozadij. S preučevanjem literature smo opazili, da je sporazumevanje podvrženo več znanim oviram, če pa želimo učinkovito dvigniti kakovost zdravstvene oskrbe, moramo bolj poznati dejansko stanje naših storitev in bolnikov.

2.3. Delo v bolnišnici Burlo Garofolo

Naše delo v bolnišnici Burlo Garofolo temelji na:

- zbiranju informacij o migrantkah, ki jih pridobimo z njihovimi odgovori v vprašalniku INTEGRA, ki je bil zasnovan prav v ta namen (kvantitativni in kvalitativni podatki),
- 39 pregledih, ki jih je porodničarka izvedla v ambulanti za visoko tvegane nosečnosti, ob katerih je beležila interakcijo med bolnico, njenim soprogom, zdravnikom, medkulturnim posrednikom (kvantitativni podatki),
- zbiranju posameznih kliničnih primerov,
- preučevanju smernic in analizi literature,
- sestankih z glavnimi partnerji in uvodnem srečanju,
- uradni predstavitvi projekta na inštitutu,
- pripravi informacijskega materiala in poljudnega gradiva ter prevodov odpustnic za migrante v tuje jezike (na ravni deželnega zdravstvenega sistema),
- zasnovi strategij za dvig ozaveščenosti glede znanja tujega jezika v sklopu integracijskega in zdravstvenega projekta »Šola italijanščine v bolnišnici«,
- posodobitvi seznama medkulturnih posrednikov.

Dialog

- Vloga medkulturnega posrednika.

V Italiji, predvsem pa v Furlaniji - Julijski krajini, je medkulturni posrednik ključnega pomena v integraciji, posebej ko govorimo o vključevanju v lokalni zdravstveni sistem.

Na deželni ravni so medkulturni posredniki trenutno prisotni tudi na sodiščih, policijskih enotah in v drugih javnih ustanovah.

Na državni ravni Italija nima zakonskega okvira, ki bi urejal vprašanje, je pa Furlanija - Julijska krajina z deželnim odlokom LR31/2015 - Standardi integracije tujih državljanov uvedla deželni seznam medkulturnih posrednikov.

Usposabljanja se na deželni ravni ponavljajo redno.

V sklopu projekta »Preprečevanje prekinitve nosečnosti tujih državljanek«, ki ga je med letoma 2012 in 2013 financiralo italijansko ministrstvo za zdravje, je naš oddelek uvedel posebno izobraževanje delavcev na področju reprodukcijskega zdravja - s tem osebjem sodelujemo še danes.

- Priprava informativnega in poljudnega gradiva

Ob opravljanju naših vsakodnevnih nalog se je pojavila potreba po tesnejših odnosih z medkulturnimi posredniki ter po pripravi pisnega in/ali avdio-video gradiva, ki bi si ga ženske lahko naložile neposredno na svoje mobilne telefone ali si ga ogledale v čakalnicah.

Tako smo denimo zagotovili precej informacij o kontracepciji, ki pa jih niso vsi bolniki sprejeli - zaradi težjega razumevanja jezika ali zato, ker je z vidika njihove kulturne/verske tradicije tema še vedno tabu.

Da bi zagotovili primerno oskrbo, moramo upoštevati samo vrsto populacije migrantov, ki dostopa do naših zdravstvenih storitev: mnoge naše bolnice se znajo dobro sporazumevati v italijanskem jeziku, nekatere ga ne govorijo, ker so v državo prišle šele nedavno, spet tretje pa se jezika še niso naučile, kljub temu da v Italiji živijo že dlje časa in da imajo za seboj že dve nosečnosti ali več.

Zato je vprašanje jezika temeljnega pomena: s projektom želimo na uporaben način in ob upoštevanju potreb storitev zapolniti to vrzel, pri čemer bomo pripravili tudi uporabniku prijazen in enostavno gradivo z veliko slikami, ki bo s pomočjo ciljno izbranih medkulturnih posrednikov prevedeno v več jezikov.

3. Vprašalnik na vzorcu migrantk v bolnišnici Burlo Garofolo

Od marca do maja 2018 je bilo v anketo vključenih 77 migrantk, ki so se oskrbovale v bolnišnici Burlo Garofolo. Dva izpraševalca, porodničar in zdravnik, sta migrantke anketirala na oddelkih: ambulanta za visoko tvegane nosečnosti, ginekologija (vključno z ambulanto za prekinitve noseč-

nosti), ambulanta za oploditev z biomedicinsko pomočjo in porodniški oddelek. Migrantke, ki so bile dovolj zdrave, da so lahko odgovarjale na vprašanja, sta izpraševalca prosila za odgovore v italijanskem ali angleškem jeziku. Po potrebi je pri tolmačenju pomagal tudi medkulturni posrednik.

Skupaj je na vprašanja odgovorilo 77 žensk (čeprav so bile nekatere migrantke pri določenih vprašanjih bolj zadržane, nobena od njih ni odklonila sodelovanja). Kljub temu da gre za »priložnostni« vzorec in je bila analiza opravljena v raziskovalne namene, ponuja raziskava deželnemu zdravstvenemu sistemu zanimiv presek migrantk v iskanju zdravstvene pomoči in predstavlja težave, s katerimi se te ženske soočajo ob stiku z zdravstvenim osebjem.

Vprašalnik je naslovil več tem, v tem poročilu pa se bomo osredotočili na družbeno-demografske podatke, deželni zdravstveni sistem, sporazumevanje med zdravnikom in bolnico ter na predloge pacientk.

3.1. Analiza vprašalnika INTEGRA

Vprašane prihajajo iz različnih držav (glej tabelo 1), pri čemer je Vzhodna Evropa najštevilčnejše zastopano področje.

Večina žensk govori italijansko (56 ali 72,7 %), nekaj jih govori angleško (6 oz. 7,8 %). Za 12 vprašanih (15,6 %) je bil za izvedbo ankete potreben medkulturni posrednik.

Povprečna starost sodelujočih je 31,1 let, več kot polovica vprašanih (54,5 %) je starih med 26 in 35 let.

Poročenih žensk je 81,8 % (ali 63). Večina ima do dva otroka (47 oz. 61,1 %), 28,6 % je brez otrok, vendar številne obiskujejo ambulanto, ker so noseče (44 ali 57,1 %). Zgolj 10,4 % (8) ima vsaj tri otroke.

Polovica žensk je kristjank (39 ali 50,6 %), 39 % (30) je pripadnic islamske vere, ostale se opredeljujejo pod druge ali brez veroizpovedi.

Večina žensk je dobro izobraženih, saj jih je 49 (63,6 %) z zaključeno srednješolsko ali višje/visokošolsko izobrazbo.

Tabela 1 - Država izvora

	Št.	%
Vzhodna Evropa (Romunija, Srbija, Kosovo, Moldavija, Bolgarija, Makedonija, BiH, Rusija, Češka)	32	41,6
Afrika (Maroko, Nigerija, Kamerun, Togo, Slonokoščena obala, Kenija, Senegal)	22	28,7
Pakistan, Bangladeš	9	11,7
Južna Amerika (Kolumbija, Brazilija, Dominikanska Republika)	6	7,8
Azija (Kitajska, Vietnam, Kambodža)	4	5,2
Ostalo (Turčija, Libanon, Afganistan)	4	5,2
Skupaj	77	100,0

Številke kažejo, da vzorec ni reprezentativen za migrantke v Italiji, temveč gre za naključno izbrane ženske. Kljub temu pa so se tudi te ženske soočile s težavami in diskriminatornim vedenjem. Večina vprašanih (46 oz. 60 %) potrjuje, da na lastni koži v Italiji ni doživela kakršne koli oblike diskriminacije, 40 % sodelujočih pa tako ravnanje omenja. Nekatere so prijavile primere diskriminacije na delovnem mestu ali v vsakodnevnem življenju. Kot primer navajajo, da so bile deležne sumničavih pogledov zaradi drugačne obleke ali barve kože. Njihove usposobljenosti za delo niso priznali. Na žalost so bili do nekaterih neprijazni tudi zdravstveni delavci, ki naj bi ravnali tako, ker imajo migrantke preveč otrok ali ker uživajo drugačno hrano.

Odnos do zdravstvenega sistema

Ženske smo povprašali o nevspešnostih, do katerih je prišlo med izvajanjem zdravstvenih storitev. Nekaj vprašanih (12 oz. 15,6 %) ni imelo težav, ostale pa so za glavno oviro navedle jezik (65 ali 84,4 %). 58,4 % (45) žensk trdi, da dobro ali precej dobro pozna italijanski jezik, nekaj vprašanih ga zna »malo« (17 ali 22,1 %) ali »nič« (14 oz. 18,2 %).

Iz podatkov je moč razbrati, da mlajše kot so ženske, slabše je tudi njihovo znanje italijanskega jezika, saj je v starostni skupini do 25 let 26,7 % tistih, ki svoje znanje jezika ocenjujejo kot dobro ali precej dobro, medtem ko je v naslednji skupini žensk med 26. in 35. letom starosti kar 66,7 % s podobnim znanjem jezika, v tisti od 36 let naprej pa je odstotek še višji, in sicer 68,4 % (Hi-kvadrat 8,21 p < 0,016).

Razlog gre najverjetneje iskati v dejstvu, ker so mlajše vprašane manj časa preživele v Italiji.

Povsem nepričakovan je tudi odgovor, da jim medkulturni posrednik ni vedno v pomoč. Tretjina migrantk (25 ali 32,5 %) ni nikdar uporabila njegovih storitev. 58,4 % (45) žensk meni, da je medkulturni posrednik koristen ali zelo koristen. Določeno število vprašanih je pomoč medkulturnega posrednika zavrnilo, tri govorijo o negativni izkušnji (popolnoma nekoristen ali celo škodljiv). Spet druge smatrajo, da zaradi medkulturnih posrednikov nimajo več tolikšne želje po učenju italijanskega jezika ali po samostojnosti.

Vprašali smo jih še po strategijah, s katerimi bi lahko izboljšali njihovo sporazumevanje z osebjem v bolnišnici.

V nadaljevanju so predstavljeni glavni predlogi:

- medkulturni posredniki naj tolmačijo in prevajajo dobesedno,
- v času okrevanja in ko je to potrebno, bi morali biti tolmači/medkulturni posredniki na voljo vsak dan,
- vzpostaviti bi morali posebno pisarno za ozaveščanje/sprejem tujih bolnikov,
- tujim državljanom bi morali jasneje posredovati informacije,
- zagotoviti bi morali informativne brošure in letake,
- skušati v isto sobo v bolnišnici namestiti več tujih bolnikov,
- preprečiti rasizem,
- preprečiti dolge čakalne vrste,
- osebje bi moralo biti prijaznejše in bolj potrpežljivo do tujih državljanov.

3.2. Informacije o zdravju

Večina žensk (59 ali 76,6 %) trdi, da spremembi podnebja in življenjskega sloga nista vplivali na njihovo zdravstveno stanje. 14,3 % (11) vprašanih je izkusila nove bolezni (predvsem gripo in/ali prehlad), petim se je stanje izboljšalo.

Velika večina migrantk (70 oz. 90,9 %) ima kartico zdravstvenega zavarovanja.

Ko zbolijo, 40,3 % (31) žensk obišče nujno medicinsko pomoč, 74 % (57) pa svojega družinskega zdravnika. Ostale možnosti (prijatelj, svetovalc, verski voditelj) sta izbrali največ dve ženski.

Glavnina vprašanih se je na zdravnika splošne medicine obrnila zaradi povišane telesne temperature in nalezljivih bolezni (51 ali 66,2 %), sledijo težave ginekološke narave (16 ali 20,8 %) in bolezni prebavil (4 ali 5,2 %). Ostale možnosti so izbrale največ tri ženske.

Vprašane so izjavile, da so zdravstveno ustanovo obiskale zaradi: ginekoloških zapletov (73 ali 94,8 %), povišane telesne temperature in nalezljivih bolezni (9 oz. 11,7 %), ledvičnih težav (7; 9,1 %) ali bolezni prebavil (5; 6,5 %). Ostale možnosti so izbrale največ tri ženske.

Več kot polovica sodelujočih (40 ali 52 %) je obiskala lokalno šolo za starše. Med njimi je 12 (30 %) takih, ki so obiskovale priprave na porod, 11 (27,5 %) žensk so spremljali med nosečnostjo, 6 (15 %) pa jih je prišlo le, da bi stehale novorojenčke. Kljub temu pa več kot četrtina vprašanih (21 ali 27,3 %) ne pozna koncepta šole za starše.

67,5 % (52) žensk uporablja zdravila, ki jih je predpisal zdravnik, medtem ko 10,4 % (8) sodelujočih raje uživa zdravilne rastline. Nobena od vprašanih ni privrženka homeopatskih zdravil.

3.3. Metode načrtovanja družine

Na področju kontracepcije večina vprašanih žensk pravi, da je v svoji državi niso uporabljale (41 oz. 53,2 %) ali da so se spolnih odnosov vzdržale (4 ali 5,2 %). Najpogosteje so uporabljale kondom (22; 28,6 %), manjkrat kontracepcijske tablete (6 ali 7,8 %), skoraj nikoli pa niso uporabljale ostalih sredstev.

37,7 % migrantk trdi, da so jim v Italiji dostopna nova kontracepcijska sredstva. V primerjavi s izkušnjo v svoji državi trenutno več žensk uporablja kontracepcijske tablete (15 ali 6,5 %) in kondome (19 oz. 24,7 %), tem sledi maternični vložek (5; 6,5 %). Zaradi nosečnosti (44, 57,1 %) ali ker si želijo imeti otroke (35; 45,5 %), številne (35 oz. 45,5 %) ne uporabljajo kontracepcije.

Če pa vzorec po verski pripadnosti razdelimo na kristjanke, muslimanke in druge veroizpovedi, lahko opazimo, da so prve tiste, ki so po prihodu v Italijo začele uporabljati nova kontracepcijska sredstva: v odstotkih 52,8 % proti 24,2 % vprašanih islamske veroizpovedi in 30 % pripadnic ostalih verskih skupin (Hi-kvadrat 5,92, $p < 0,05$).

Rezultatov o uporabi kontracepcijskih sredstev glede na narodnost ni mogoče opredeliti, saj skoraj polovica vzorca ni želela ali ni mogla odgovorjati.

Je pa 71,4 % sodelujočih odgovorilo na vprašanje o tem, kdo odloča o kontracepciji: večina (55,7 % tistih, ki so odgovarjale) trdi, da odloča ženska, 10,4 % pravi, da je to skupna odločitev, dve vprašani pa pravita, da o tem odloča bodisi soprog bodisi drugi družinski člani.

Če zanemarimo agnostikinje, ateistke in pripadnice drugih veroizpovedi, lahko med kristjankami (39) in muslimankami (30) ugotovimo občutno razliko v uporabi učinkovitih kontracepcijskih sredstev. Kar 63,9 % (23) prvih dejansko uporablja kontracepcijo, medtem ko je takih med pripadnicami islamske vere 10 oz. 34,5 % (Hi-kvadrat = 5,55, $p < 0,018$).

18,2 % (14) vprašanih je že prostovoljno prekinilo nosečnost (PPN), od tega dve v svoji matični državi, sedem (91 %) v bolnišnici Burlo Garofolo, ostale pa v drugih tovrstnih zavodih tako v Furlaniji - Julijski krajini kot izven dežele. Tri sodelujoče so se s prostovoljno prekinitvijo nosečnosti soočile večkrat. Opaziti je občutno razliko (Hi-kvadrat 6,89, $p < 0,03$) pri tem, kdo se odloča za PPN, saj se zanj najpogosteje odločajo kristjanke (29,7 % proti 10 % muslimank in 0 % žensk drugih skupin).

4. Pohabljanje/obrezovanje ženskih spolnih organov

4.1. Kaj je pohabljanje ženskih spolnih organov?

Pri pohabljanju ali obrezovanju ženskih spolnih organov (PŽSO/O) gre za delno ali popolno odstranitev zunanjih ženskih genitalij ali kakršno koli poškodbo ženskih spolnih organov v neterapevtske namene. Posegi, ki jih opravljajo predvsem na deklicah ali mladoletnicah, načeloma izvirajo iz obredne tradicije.

Pohabljanje prevladuje v določenih afriških državah in nekaterih področjih Azije. V svetovnem merilu je bilo PŽSO/O-ju podvrženih 200 milijonov žensk, vsako leto pa so v nevarnosti več kot trije milijoni deklet (UNICEF, 2016). Zaradi migracijskih tokov že preko milijon žensk s PŽSO/O-jem biva v državah z visokim dohodkom, kjer se mora zdravstveni sistem gostiteljice soočiti s to »novo« okolščino.

Svetovna zdravstvena organizacija razlikuje štiri vrste pohabljanja ženskih spolnih organov (WHO, 2010):

Tip I: obrezanje kože klitorisa z odstranitvijo celega klitorisa ali njegovega dela (klitoridektomija).

Podskupine:

tip I-A: odstranitev kapice ali samo kože klitorisa;

tip I-B: odstranitev klitorisa in kože klitorisa.

Tip II: delna ali popolna odstranitev klitorisa in malih sramnih ustnic, z izrezom velikih sramnih ustnic ali brez (izrezanje).

Podskupine:

tip II-A: samo odstranitev malih sramnih ustnic;

tip II-B: delna ali popolna odstranitev klitorisa in malih sramnih ustnic;

tip II-B: delna ali popolna odstranitev klitorisa ter malih in velikih sramnih ustnic.

Tip III: oženje nožničnega vhoda z zaporo, pri čemer odrežejo in premestijo male in/ali velike sramne ustnice ter odstranijo ali ne klitoris (infibulacija).

Podskupine:

tip III-A: odstranitev in premik malih sramnih ustnic;

tip III-B: odstranitev in premik velikih sramnih ustnic. V to kategorijo spada tudi reinfibulacija, poseg, s katerim želijo po porodu rekonstruirati infibulacijo, ko je bila nožnica ponovno odprta za spolni odnos in porod.

Tip IV: nerazvrščeno - vsi škodljivi nemedicinski ukrepi na ženskih spolovilih, kot so vbodi, pirsingi, rezi, raztrganine in opeklina.

Pohabljanje ženskih spolnih organov predstavlja kršitev človekovih pravic deklet in žensk. Posegi trajno škodujejo spolnemu in reprodukcijskemu zdravju. V Italiji so prepovedani s posebnim zakonom 7/2006 (Določbe v zvezi s preprečevanjem in prepovedjo pohabljanja ženskih spolovil) ter s 583. členom bis kazenskega zakonika.

Med porodom lahko pride do naslednjih zapletov: carski rez, poporodne krvavitve, epiziotomija, podaljšan porod, poškodbe med porodom, porod z uporabo medicinske opreme, zahtevnejši porod/distocija, podaljšana hospitalizacija matere, mrtvorojeni otroci in zgodnja umrljivost novorojenčkov, oživljanje dojenčkov ob rojstvu (Berg, 2014).

Diagnosticiranje in prepoznavanje tovrstnih posegov pri bolnicah je izrednega pomena, saj lahko tako skrbimo za preventivo in ozaveščanje ter zaščitimo še nerojene otroke. Vprašanju in našim predlogom organizacije na to temo se bomo posvetili v smernicah za zdravstvene delavce, ki bodo predstavljene v drugem delu raziskave.

4.2. Rezultati vprašalnika INTEGRRA

Na celoten vprašalnik, vključno z vprašanji o pohabljanju ženskih genitalij, je odgovorilo 35,1 % sodelujočih (27): kot smo že omenili na začetku raziskave, je bil celoten vprašalnik namenjen izključno ženskam iz Afrike, Indije in Pakistana.

Vzorec zajema le 9 žensk (11,7 %), ki izhajajo iz držav, kjer opravljajo pohabljanja ženskih spolnih organov. Štirim vprašanim so spolovila pohabili, ko so bile še dojenčice (le ena je imela več kot štiri leta). Od teh so eni poseg opravili na domu, dvema v bolnišnici, ena pa ne ve, kje je bila operirana. Nobena se dogodka ne spominja natančno, zato niso mogle odgovoriti na vsa anketna vprašanja.

Vprašali pa smo jih, zakaj mislijo, da je bil poseg opravljen. Njihovi odgovori so bili naslednji:

- »Ne vem, ne razumem, mislim, da je to neumno«;
- »Priateljico iz Nigerije so pohabili, ne vem pa, zakaj«;
- »Gre za tradicijo, saj s krvjo obrezanega dela klitorisa blagoslovimo zemljo, v kateri ležijo naši predniki«;
- »Gre za nevednost, kulturno dediščino«;
- »To je kulturološke narave, od vedno je tako«;

- »Gre za kulturološki vidik. Tako ohranjajo nedolžnost deklet pred zakonom, vendar pa s tem izgubijo tudi dojemanje spolnosti«.

4.3. Pomembnost izobraževanja zdravstvenih delavcev

Glavne smernice Kraljevega kolidža za porodničarje in ginekologe o pohabljanju ženskih spolnih organov spodbujajo vse zdravnike, da se seznanijo z zapleti, do katerih lahko pride zaradi PŽSO, predvidevajo pa tudi obvezna izobraževanja o PŽSO in njegovem obravnavanju za ginekologe in porodničarje (Royal College of Obstetricians and Gynecologist, 2015).

Nekateri ukrepi za izboljšanje interakcije z zdravstvenimi delavci ter zdravljenje žensk in deklet s pohabljenimi spolnimi organi zajemajo izobraževanja za zmanjšanje obsega medicinske oskrbe, izboljšanje sporazumevanja, pregledov, diagnosticiranja in obravnavanja zapletov, povezanih z PŽSO (UNFPA, 2010).

Ne glede na vse razpoložljive vire za poglobljanje znanja so raziskave o ozaveščenosti, znanju in odnosu zdravstvenih delavcev in študentov medicine v zvezi s PŽSO pokazale nizko zavedanje razširjenosti, diagnosticiranja in obravnavanja PŽSO, prav tako pa so razkrile težave, ki zadevajo pravilno razvrščanje PŽSO v tipe, ki jih je opredelila Svetovna zdravstvena organizacija.

Pohabljanje ženskih genitalij ni vedno predmet do- ali podiplomskih študijskih programov zdravstvenih tehnikov, porodničarjev ali zdravnikov, kar pa je lahko težavno že samo zaradi dejstva, da jih neustrezno usposobljeno osebje ne more prepoznati, posledično pa ne sproži informativno-preventivnega razgovora s pacientko.

Ukrepi, s katerimi bi lahko izboljšali zdravstveno oskrbo žensk s pohabljenimi spolovili, in preprečili posege na genitalijah, so le redko raziskani (Abdulcadir, 2015).

Ženske s PŽSO potrebujejo posebno zdravstveno oskrbo, pri tem pa je osebje ključnega pomena za zagotavljanje primernih pregledov, diagnosticiranja, nege, svetovanja in preventive (Dawson, 2015).

Čeprav je ta praksa najbolj razširjena na afriški celini, so spremembe migracijskih tokov privedle do tega, da se zdravstveni delavci soočajo s PŽSO tudi v državah z visokim dohodkom, med katerimi je Italija (Dawson, 2015).

Strokovnjakom na zadevnem področju je treba omogočiti dostop do smernic in učinkovitih sredstev, ki temeljijo na objektivnih odgovorih na njihovo delo. Prav te težave pa bodo naslavljalne smernice za zdravstveno osebje, ki jih pripravljamo na našem oddelku.

5. Zanimivi klinični primeri

- 40-letnica iz Sierre Leone, iz anamneze katere smo razbrali, da je leta 2008 prostovoljno prekinila nosečnost. Glede na CTG zaradi nosečniške sladkorne bolezni z rastjo ploda na 95. percentilu so se zdravniki odločili za carski rez. Kljub predstavljenim tveganjem tako za mater kot za plod se par s posegom ni strinjal. Zdravnik je povedal, da naj bi mati zavrnila porod s carskim rezom zaradi strahu, da bi prek odprtine v trebuhu v njeno telo prišel hudič. Porod so izvedli s pomočjo vakuumskega ekstraktorja, dojenček je bil zaradi poporodnih težav premeščen na intenzivno nego novorojenčkov.
- 22-letna Nigerijka, ki jo je spremljal predstavnik zavoda ONLUS. Napotili so jo na center za družinsko svetovanje zaradi anti-S imunizacije. Iz njenih odgovorov smo razbrali, da je žrtev pohabljanja ženskih genitalij (čeprav njena zdravstvena kartoteka tega ni navajala). Bolnica je prosila, če lahko preskočimo nekatera vprašanja, saj je bil spomin na določene dogodke precej boleč. Nemogoče je bilo ugotoviti razloge za prihod v Italijo in okoliščine njene zanositve. Zdravniki so ji predpisali teste krvi, ki naj bi jih bolnica opravljala na 14 dni, a jih ni hotela opravljati, ker naj bi za njenega otroka poskrbel bog. Prepričana je bila, da je z otrokom vse v

redu in ni želela opravljati pregledov dvakrat na mesec.

- 24-letna Nigerijka, ki jo je spremljal predstavnik fundacije Lucchetta. Hospitalizirana je bila zaradi srpastocelične anemije in žolčnih kamnov, stanje se je poslabšalo zaradi biliarne fistule postholecistektomijskega sindroma, zunanja spolovila z infibulacijo tipa II. Zdravstveno kartoteko bolnice smo zbrali ob prisotnosti predstavnika fundacije Lucchetta, ki hrani njene anamneze. Bolnica sploh ni govorila, njeno znanje angleščine je bilo nezadostno za sporazumevanje, zdravniki so s pomočjo predstavnika in kretenj pridobili njeno (okvirno) zdravstveno preteklost. Predstavnik je s seboj prinesel celotno dokumentacijo bolnice in izide preiskav. Predstavnik je bolnico spodbujal, ona pa se je ob zdravnikovih vprašanjih zdela razdražena.

Opisani primeri so bili izbrani zaradi njihove zapletenosti in ker izpostavljajo, kako lahko tako kulturološke razlike kot sporazumevalne težave negativno vplivajo na kakovost oskrbe. S tem smo ponovno dokazali tehtnost primernega izobraževanja zdravstvenih delavcev za izboljšanje sporazumevanja s tovrstnimi bolnicami in posebnega usposabljanja na področju pohabljanja ženskih genitalij.

6. Opazovanje pregledov

Prvo stopnjo predhodne in kvalitativne raziskave smo v bolnišnici Burlo Garofolo opravili med januarjem in aprilom 2018. Z njo smo dobili vpogled v primere dobre in slabe prakse sporazumevanja med zdravniki in migrantkami.

Usposobljena porodničarka C. S. je kot opazovalka prisostvovala številnim zdravstvenim pregledom migrantk. 24 migrantk je spremljala v ambulanti za visoko tvegane nosečnosti in 15 v enodnevni kliniki za oskrbo nosečnic.

Ženske so bile državljanke različnih držav: Romunije, Srbije, Toga, Senegala, Afganistana, Kitajske, Kameruna, Nigerije, Bangladeša in drugih. Na tej stopnji projekta smo želeli zbrati primere interakcije med zdravniki in bolnicami iz različnih držav in kulturnih ozadij.

Osredotočili smo se predvsem na:

- jezikovne ovire,
- prisotnost in vlogo sorodnikov med pregledom,
- kulturološke težave med pregledom,
- sporazumevanje med zdravniki in bolnicami,
- kakršna koli pomembna odstopanja,
- pohabljanje ženskih spolnih organov,
- kakršen koli podatek, pomemben za raziskavo.

Opazovalka je beležila našete dejavnike, pri čemer se je čim manj vmešavala v sam potek pregleda.

Kot smo predvidevali, so bile v večini primerov glavna težava jezikovne ovire. Samo 14 od 39 bolnic ima namreč zadostno znanje italijanskega jezika, da se lahko jasno sporazumeva z osebjem.

Trinajstim ženskam je pomagal medkulturni posrednik ali enakovreden sodelavec, v sedmih primerih je tolmačil sorodnik (soproj ali mati). V določenih primerih je bila to edina razpoložljiva rešitev, saj je bil posrednik odsoten zaradi bolezni ali drugače zadržan.

Pri ostalih pregledih je zdravnik včasih govoril angleško ali francosko.

V 15 primerih je bil med pregledom prisoten sorodnik (večinoma soprog/partner, dvakrat mati, enkrat pa sestrična in desetletni otrok).

Zdi se, da navzoči sorodniki niso preveč vplivali na potek pregleda, niso bili vsiljivi ali ga ovirali.

Zgolj v enem primeru smo med pregledom zabeležili spor med zdravnikom in soprojom bolnice. Turška migrantka je bila naročena na vaginalni pregled. Prišla je s soprojom in posrednico, zdrav-

nik pa je bil moškega spola. Soprog je pojasnil, da žena noče, da bi jo pregledal moški. Pregled je opravila ženska, nadziral pa jo je zdravnik.

V manjšem številu primerov smo zaznali, da posrednik ni pomagal ustvariti boljšega odnosa med bolnico in zdravnikom, temveč ga je celo oviral. Zdravnik je pozdravil migrantko iz Bangladeša in jo povprašal po njenem stanju, nakar se je vključila posrednica, ki je pogovor vodila in odgovarjala na zdravnikova vprašanja, ne da bi se prej posvetovala z bolnico, pogosto pa ji ni niti prevajala pogovora.

Druga Bangladeševka je bila tudi deležna podobnega ravnanja. Posrednik je vodil dialog, po koncu pregleda pa ji v njenem jeziku zgolj povzel pogovor z zdravnikom.

Kar se sporazumevanja med zdravniki in bolnicami tiče, beležimo nekaj primerov dobre prakse, na žalost pa je bilo tudi nekaj pregledov pod nivojem, ki bi ga od osebja pričakovali.

6.1. Primeri dobrih praks

- Nigerijka je govorila malo angleško, prisoten pa je bil tudi posrednik. Zdravnica se je v dobri angleščini pogovarjala neposredno z bolnico, pri čemer se je prepričala, da jo razume. Posrednik je z zdravnico govoril v italijanskem jeziku, toda slednja se je osredotočala na bolnico, jo spraševala, ta pa ji je odgovarjala v angleškem jeziku. Kljub temu da je migrantka kazala znake bolečine, je bila nasmejana in hvaležna zdravnici.
- Rusinja je zavrnila prisotnost posrednika in na pregled raje povabila svojega soproga. Oba sta govorila malce italijansko. Soprog je pomagal, vendar brez vmešavanja. Med pregledom je zdravnica govorila neposredno z bolnico in jo večkrat vprašala, ali jo razume, ta pa ji je vsakič pritrdila.
- Nosečo Afganistanko, ki je med prejšnjo nosečnostjo že izgubila otroka, sta spremljala soprog in posrednik. Ko se je bolnica zjokala ob misli na izgubljenega otroka, jo je zdravnica prijela za roko, se ji popolnoma posvetila in se pogovarjala, tudi če je migrantka sploh ni razumela. Soprog ji je stal ob strani, medtem ko ji je posrednik tolmačil pogovor.
- Romunka je bila močno zaskrbljena in vznemirjena, ker je med nosečnostjo krvavela. Soprog je bil ob njej. Čeprav je bila jezna, pretresena in zahtevna, ji je zdravnica učinkovito, počasi, umirjeno in potrpežljivo razložila postopek obravnave.
- In še primer kitajske bolnice, pri katerem sta tako zdravnik kot posrednik opravila odlično delo. Zdravnik je govoril neposredno bolnici, posrednik pa je tolmačil, ne da bi se vmešaval v sam pregled. Bolnica je bila nasmejana in zadovoljna.

6.2. Primeri slabega sporazumevanja ali neprijaznega odnosa:

- Bolnica iz Toga je v bolnišnico prišla v spremstvu soproga. Namesto da bi se pogovarjal s pacientko, se je zdravnik osredotočil na moža in se sporazumeval z njim.
- Bolgarka ni govorila italijansko in posrednik ni bil na voljo, zato ji je skušal prevajati soprog. Zdravnik se je pogovarjal s soprogom, nekajkrat pa mu ni dobro pojasnil poteka pregleda.

V opisanih primerih dobrih in slabih praks smo spol zdravnikov opredelili le zaradi natančnosti. Dejstvo, da predstavljeni primeri slabih praks vključujejo zdravnike moškega spola, je zgolj naključje. Zdravnikov spol v naši bolnišnici ni povezan z njihovim ravnanjem z bolniki.

Poleg samega pregleda je do drugih telesnih stikov med zdravnikom in bolnico prišlo le v redkih primerih. Ko pa je do njih prišlo, je bil nujno potreben, udeleženi pa so ga dobro sprejeli.

V nekaterih primerih smo pozorno spremljali tudi občutljivost žensk s pohabljenimi spolovili.

Izmed obravnavanega vzorca bolnic je bila obrezana samo ena Nigerijka, zdravstveni delavec pa ji je diagnosticiral vrsto pohabljanja. Kljub temu pa pohabljenosti ne bi videli in/ali je ne bi iskali, če je bolnica ne bi omenila, čeprav prihaja iz države, ki spada v rizično skupino. Zanimivo je

tudi dejstvo, da jo je migrantka zdravniku omenila šele po tem, ko je že odgovorila na projektni vprašalnik.

Izredno poseben je tudi primer, ki ga je obravnavala naša porodničarka: bolnica iz Nigerije in njen soprog sta zavrnila porod s carskim rezom, ki so jima ga zdravniki močno priporočali, da bi se izognili morebitnim poškodbam še nerojenega otroka. Posledično se je otrok rodil v nevarnih okoliščinah, kar je privedlo do dolgotrajne hospitalizacije na oddelku intenzivne nege za novorojenčke. Iz primera je razvidno, da je bila bolnica primerno seznanjena s tveganji, pojasnili so ji tudi poseg in z njo dobro komunicirali. Na žalost pa so bila verska prepričanja para neomajna. Primer bomo natančno preučili in obravnavali skupaj z osebjem v okviru druge faze projekta, med prihodnjimi strokovnimi usposabljanji na področju zdravja, ki jih predvideva naslednji DS.

Gre namreč zgolj za najočitnejši primer, v katerem so kulturološke vrzeli tako velike, da škodujejo ženski, otroku in celi družini.

Naj bo to le odskočna deska za pripravo smernic, strokovnih usposabljanj na področju zdravstva ter seveda za izboljšanje ne le sporazumevanja med zdravniki in bolniki, temveč tudi oskrbe migrantov.

6.3. Povzetek rezultatov

V prvi raziskavi lahko na kratko izpostavimo določene težave in primere malce slabših praks:

- jezik je največja ovira v sporazumevanju med zdravniki in bolniki, posredniki pa niso vedno na voljo;
- ko pa so, ne ravnaajo vsi profesionalno in niso vedno v pomoč bolnici;
- v našo bolnišnico prihaja vse več bolnic migrantk, v zadnjih letih pa se je pojav le še bolj razširil; včasih je zdravnikom težko ozaveščati svoje bolnice o zdravju, zlasti ko gre za področje ginekologije in porodništva, pri migrantkah pa je to še toliko bolj zapleteno;
- pohabljanje ženskih spolnih organov je večkrat slabo diagnosticirano, saj pojav ni značilen niti v Italiji niti v Evropi, zato je treba vzpostavili posebno izobraževanje, s katerim bi prepoznali in ustrezno obravnavali PŽSO.

Po drugi strani pa je raziskava pokazala tudi več primerov dobrih praks, s pomočjo katerih smo prišli do novih zaključkov:

- večina zdravnikov dobro sprejema svoje bolnice in se z njimi dobro sporazumeva; osredotočajo se na bolnice, jih pomirjajo in se trudijo nuditi razumljive informacije;
- zdravniki praviloma ustrezno pripravijo sorodnike na potek samega pregleda, pri čemer sorodniki sicer sodelujejo, vendar vseeno ostanejo v ozadju;
- nekateri zdravniki so poleg samega pregleda telesni stik ponudili le, ko je bilo to zares potrebno, bolnice pa so bile vidno olajšane;
- med pregledi ni prišlo do diskriminacije ali izražanja predsodkov.

Končno lahko opišemo še nove zamisli dobrih praks:

- posredniki bi morali biti posebej usposobljeni za pomoč tovrstnim bolnicam in bi morali biti na voljo vsakič, ko jih potrebujejo; poleg tega se ne bi smeli vmešavati v odnos med bolnico in zdravnikom;
- odpustnico z vsemi potrebnimi informacijami bi morali izdati v maternem jeziku bolnice, ki bi bila tako s podrobnostmi jasno seznanjena tudi sama;
- v zdravstveni karton bi morali dodati del o pohabljanju ženskih genitalij, s čimer bi zdravnik opozorili, naj bolnice iz držav, kjer obstaja tveganje tovrstnih posegov, povpraša o pohabljanju spolovili in jih tudi raziskuje - ta del naj ne bo vključen samo v obrazcih oddelka za ginekologijo in porodništvo, temveč tudi na oddelkih za neonatalno nego, da se prepreči nadaljnje pohabljanje genitalij;

- s pomočjo brošur je mogoče ozaveščati o načrtovanju družine in o posebnih zdravstvenih storitvah, kot so nujna medicinska pomoč in prostovoljna prekinitve nosečnosti (PPN);
- ogroženim ženskam je treba nuditi letak z uporabnimi telefonskimi številkami (center za načrtovanje družine, pomoč v zvezi s trgovino z ljudmi, pomoč proti nasilju).

Literatura in viri

- Abdulcadir J., R. M. (2015). Research gaps in the care of women with female genital mutilation: an analysis.
- Berg R.C., D. E. (2010). Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting: a systematic review.
- Berg R.C., O.-J. J. (2014). An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting.
- Berg R.C., U. V. (2014). Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis.
- Bulman, K. H., & McCourt, C. (2002). Somali refugee women's experiences of maternity care in west London: a case study. *Critical Public Health*, 12(4), 365-380.
- Cantwell, R., Clutton-brock, T., Cooper, G., Dawson, A., Drife, J., Garrod, D., ... & Millward-sadler, H. (2011). Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *Bjog: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 118, 1-203.
- Dawson A., H. C. (2015). A systematic review of doctors' experiences and needs to support the care of women with female genital mutilation.
- Dawson A., T. S. (2015). Evidence to inform education, training and supportive work environments for midwives involved in the care of women with female genital mutilation: A review of global experience.
- Degni, F., Suominen, S., Essén, B., El Ansari, W., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Communication and cultural issues in providing reproductive health care to immigrant women: health care providers' experiences in meeting Somali women living in Finland. *Journal of immigrant and minority health*, 14(2), 330-343.
- Flores G. (2004). The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review, *Medical Care Research and Review*, 62(3), pp. 255-299.
- Hawkey, A. J., Ussher, J. M., Perz, J., & Metusela, C. (2017). Experiences and constructions of menarche and menstruation among migrant and refugee women. *Qualitative health research*, 27(10), 1473-1490.
- Iavazzo C., S. T. (2013). Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence.
- ISTAT (2017). Rapporto annuale 2017. La situazione del paese.
- Keygnaert I., Ivanova O., Guieu A., Van Parys A. S., Leye E., Roelens K. (2016). What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing evidence in the WHO European region, (Vol. 45). World Health Organization-Regional Office for Europe.
- Lombardi L. (2004). Donne immigrate e salute riproduttiva tra modelli culturali e condizioni sociali, Working Papers del Dipartimento di Studi Sociali e Politici, Università di Milano.
- M. Heaman, H. B. (2012). Migrant Women's Utilization of Prenatal Care: a systematic review.
- Mann, S. K., Roberts, L. R., & Montgomery, S. (2017). Conflicting Cultural Values, Gender Role Attitudes, and Acculturation: Exploring the Context of Reproductive and Mental Health of Asian-Indian Immigrant Women in the US. *Issues in mental health nursing*, 38(4), 301-309.
- Mengesha, Z. B., Perz, J., Dune, T., & Ussher, J. (2018). Preparedness of health care professionals for delivering sexual and reproductive health care to refugee and migrant women: a mixed methods study. *International journal of environmental research and public health*, 15(1), 174.
- Metusela C., Ussher J., Perz J., Hawkey A., Morrow M., Narchal R., Estoesta J., Monteiro M. (2017). "In My Culture, We Don't Know Anything About That": Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women, *International Journal of Behavioural Medicine*, 24(6), pp. 836-845.
- National Health and Medical Research Council (2004). Communicating with patients. Advice for medical practitioners, Commonwealth of Australia.
- Pavlish, C. L., Noor, S., & Brandt, J. (2010). Somali immigrant women and the American health care system: discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries. *Social Science & Medicine*, 71(2), 353-361.
- Pottie K., Greenaway C., Feightner J., Welch, V., Swinkels H., Rashid M., et al. (2011). Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E824-E925.
- RCOG, R. C. (2015). Female Genital Mutilation and its management (Green Top Guideline No.53).

- Seo, J. Y., Bae, S. H., & Dickerson, S. S. (2016). Korean immigrant women's health care utilization in the United States: A systematic review of literature. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 28(2), 107-133.
- UNFPA, U. W. (2010). Global strategy to stop health care providers from performing female genital mutilation.
- UNICEF. (2016). Female genital mutilation/cutting: a global concern.
- Vloeberghs E., K. A. (2012). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands.
- WHO. (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries.
- WHO. (2010). Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation.
- WHO. (2016). What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing evidence in the WHO European region.
- Yelland, J., Riggs, E., Szwarc, J., Casey, S., Duell-Piening, P., Chesters, D., ... e Brown, S. (2015). Compromised communication: a qualitative study exploring Afghan families and health professionals' experience of interpreting support in Australian maternity care. *BMJ Qual Saf*, bmjqs-2014.

ANTROPOLOŠKI POGLED NA ZDRAVJE MIGRANTK V ČEZMEJNEM PROSTORU

Roberta Altin in Veronica Saba

Univerza v Trstu, Oddelek za humanistične študije

1. Izhodišča

V tem poročilu bomo obravnavali potencialne možnosti, dobre prakse in problematične vidike, s katerimi smo se seznanili med opazovanjem procesov dostopanja do socialnih in zdravstvenih storitev, namenjenih tujcem (predvsem tujkam). Na podlagi zakonskega okvira, ki na nacionalni in lokalni ravni zagotavlja pravico tujih državljanov do zdravja⁴¹, bomo v nadaljevanju podali nekatera razmišljanja o dejavnostih, s katerimi se skušajo preseči strukturne institucionalne in operativne omejitve območnih socialnih in zdravstvenih storitev.

Zgoraj navedene tematike bomo obravnavali na podlagi vprašalnika, ki smo ga razdelili med ženskami na oddelku za rizične nosečnosti Otroške bolnišnice in porodnišnice Burlo Garofolo v razdobju od februarja in maja 2018. Upoštevali bomo tudi nekatere podatke, ki so izšli iz pogovorov z nekaterimi strokovnimi delavci območnih socialnih in zdravstvenih služb. Pogovore o obravnavi migrantk na področju reproduktivnega zdravja smo opravili maja 2018.

Obravnavo zdravstvenega stanja migrantk na čezmejnem območju je težka naloga, to pa zaradi heterogenega konteksta, spremenljivosti človeških dejavnikov in dinamik, ki v zadnjih letih močno vplivajo na hiter razvoj družbene slike. Etnografsko in kvalitativno branje rezultatov zahteva predhodni razmislek o doslej opravljenih raziskavah spola in migracij ter seznanitev z metodološkimi in interpretativnimi orodji, s katerimi razpolagamo.

Iz podatkov statistične agencije ISTAT, Statističnega dosjeja o migracijah (IDOS 2017) in Statističnega arhiva dežele Furlanije - Julijske krajine izhaja stalen porast ženske populacije med migranti. Glede na skupno število vseh migrantov v Furlaniji - Julijski krajini (104.276) je žensk 55.357, moških pa 48.919. Ta podatek potrjuje trend feminizacije migracijskih tokov, ki ga raziskave migracij (tudi tiste, ki se ukvarjajo s teorijo spola) še niso ustrezno obravnavale. V splošnem okviru tuje populacije v Italiji in v deželi FJK je torej populacija žensk zajetnejša od populacije moških, čeprav prihaja do dinamičnih odstopanj glede na referenčno narodnost migrantov. Podatek o tem trendu je že znan in ga lahko spremljamo tudi pri mednarodnih migracijah drugod v Evropi (IDOS 2017: 111; IOM 2016). Po delu Parrenas (2001), Hondagneu-Sotelo (2005), Decimo (2005), Salih (2003), Ehrenreich in Hochschild (2004), so raziskave, ki obravnavajo migracije in spol, v ospredje postavile perverzne mehanizme neoliberalizma in zrušile mit moškega, mladega, zdravega migranta, željnega dogodivščin, brez družinskih vezi in oddaljenega od matičnega kraja. V nasprotju s tem raziskave kažejo, kako je družbeni spol zgodovinski konstrukt, na katerega vpliva dogajanje, pa tudi razred, družbeni kapital, narodnost in kontekst. Če ne upoštevamo razlik med spoloma in ženske in moške obravnavamo znotraj grozda migracij, poudarjamo izrazito produktivne vidike, zanemarjamo pa reproduktivne, ki imajo drugačno temporalno in lokalno razsežnost. Po nekaterih začetnih raziskavah, ki so upoštevale pristope teorije spola, se je zanimanje za te vidike poleglo - lahko bi rekli, da je zamrznilo -, predvsem pa ni preraslo v obsežnejšo refleksijo, ki naj ne bi zgolj opisovala specifičnih področij (Donato, Enriquez in Llewellyn 2017). Hondagneu-Sotelo (2013: 180), med najpomembnejšimi strokovnjakinjami na področju ženskih migracij, jasno izpostavlja to, čemur pravi "blindness to feminist issues and gender".

Zakaj pri obravnavi migracijskih tokov ne upoštevamo perspektive spola? Na to provokativno vprašanje lahko odgovorimo različno; odgovori nam pomagajo pri opisu čezmejnega scenarija, znotraj katerega se umešča projekt INTEGRA o zdravju migrantk.

Prvo, kar moramo upoštevati, je, da so v zadnjih desetih letih raziskav prišli na dan različni analitični okviri in s tem interpretacije podatkov. Omenimo naj predvsem pravni status, ki je po t. i. migrantski krizi v letih 2015-16 privedel do novih oblik družbenega razslojevanja in dostopanja do zdravstvenih storitev v evropskem kontekstu. Dežela FJK, ki se je znašla sredi masivnih tokov in odnosov s tretjimi državami, predstavlja v tem kontekstu odlično opazovališče in »laboratorij« novih praks. Iz statusa oseb, ki nimajo urejenih dokumentov ali čakajo na njihovo priznanje, izhaja vrsta diskriminacij in omejitev pri dostopanju do zdravstvenih in socialnih storitev, kar vpliva na fizično in psihično stanje oseb (Petrelli, Alessio *et al.* 2017: 17).

Drugi razlog za pomanjkanje raziskav o migrantkah moramo iskati v težavah pri opravljanju teh analiz: govoriti o zdravstvenem stanju migrantk odpira vprašanja o razlikah v odnosih med spoloma znotraj družine in javnih storitev, v kompleksnem prepletanju, ki vpliva na vzajemne reprezentacije, imaginarije in védenja. Kompleksnost dejavnikov, ki vplivajo na zdravje žensk, moramo povezati z družbenim in ekonomskim kapitalom, migracijskim projektom, delovnim statusom, reprodukcijo, življenjem posameznice in njene družine, narodnostjo in matično državo, izobrazbo, študijskim nazivom, drugimi izkušnjami in načrti. Termin 'interseksionalnost' (Crenshaw, 2007) že upošteva kompleksno prepletanje kategorij, kakršne so etnična in narodna pripadnost, spol in družbeni razred; v zadnjem času pa doživlja vse več kritik, saj naj bi s poudarjanjem različnih marginalnih položajev migrantk ne omogočal, da bi na dan prišle pozitivne evolucije na področju prevzemanja aktivnih vlog (agency) in okrepitve položaja (empowerment) žensk kot rezultante zgodovinskega procesa (Choo, Ferree 2010).

V tej širši perspektivi moremo torej opazovati kontekst, ki ga ne smemo razumeti zgolj znotraj rigidnih kategorij apriornih klasifikacij. Mobilnost ženskih migracij vpeljuje v okvir, ki je predmet naše obravnave, tudi pojem 'zdravja in dobrobiti', ki vključuje tudi otroke in družinsko intimo. Z upoštevanjem variante spola migracijski tokovi ne pomenijo namreč več le produktivne delovne sile, ampak vključujejo tudi vidike, ki so povezani z reprodukcijo.

Zdravje in dobrobit sta zgodovinsko in kulturno pogojena pojma, kar moramo upoštevati povsod tam, kjer sta dialog in komunikacija težavna - ne samo z jezikovnega vidika, ampak predvsem zaradi različnih antropoloških interpretacijskih modelov. Prisotnost medkulturnih posrednikov ni vedno rešitev, predvsem v primerih, ko migrantka doživlja konflikt s tradicionalnimi shemami matične kulture (Altin 2000). Migracije so dinamičen proces in pogosto predstavljajo za ženske način, da se oddaljijo in odkupijo od družbenih prisil in kulturnih norm. Odnos z materinstvom in otroki je prav tako kritičen in pogosto postane v migracijskem procesu še kompleksnejši, saj ta proces spreminja pogled na dinamike med spoloma tudi znotraj osebnih in družinskih odnosov.

Med migrantkami je težko ravnovesje med družino in vključitvijo na trg dela očitno že iz splošnih podatkov, iz katerih izhaja, da od leta 2012 stalno upada rodnost tujk, kar dodatno pospešuje demografski upad italijanskega prebivalstva. Spreminja se namreč pozitivna demografska krivulja, ki se je pojavila prav kot posledica prihoda tujk v Italijo v prvih letih novega tisočletja (Saraceno 2017: 113-114). Kriza v letih 2007-08 in nadaljnja negativna ekonomska konjunktura vplivata na odložitev rojstev med tujkami, ki so prisotne na našem ozemlju, med katerimi prihaja do višanja starosti ob porodu (leta 2015 je bila povprečna starost 28,6 let; IDOS 2017: 113).

Kazalniki potrjujejo, da se tujke, prisotne na območju dežele, še vedno soočajo z obstoječimi razlikami pri vključevanju na trg dela in, predvsem, pri ohranjanju zaposlitve ob skrbi za družino brez ustrezne zunanje pomoči družbene mreže (Saraceno 2017: 112). Prekarnost, ranljivost, izpostavljenost diskriminaciji in tveganju na področju zdravja so ponavljajoči se termini, ki se pojavljajo v diskurzu o migracijah žensk.

Za izdelavo učinkovitih praks je zato nujno, da premislimo proces vzajemnega spoznavanja migrantk in zdravstvenih oz. socialnih delavcev (Mazzetti 2011). Še pred tem pa moramo rešiti težave, ki so povezane z dostopanjem tujk do storitev, uporabnih informacij in ustreznih rešitev na območni ravni. Ni namreč naključje, da sta prav enakopravnost in vključevanje središnji temi mednarodnih smernic na področju reorganizacije socialnih in zdravstvenih služb (Quaranta, Ricca 2012).

⁴¹ Analiza zakonskih virov je podana v Poročilu 3.1.1 - Trenutno stanje.

2. Odgovori na anketo INTEGRA: razmislek o dostopanju migrantk do zdravstvenih storitev

Obravnavani vzorec, ki je dostopal do oddelka za rizično nosečnost med februarjem in marcem 2018 (gre za 77 intervjuvank), sestavljajo ženske različnih narodnosti, predvsem Srbkinje, Romunke, Kosovke, Nigerijke, Maročanke, Bengalke, Pakistanke in Dominikanke.

Ženske, ki so dostopale do storitev, so v Italijo prišle enkrat med 20. in 30. letom starosti, torej v rodnem obdobju.

V skladu z deželnimi podatki o migrantih v Furlaniji - Julijski krajini, ki so zbrani v zadnjem poročilu o migracijah (Rapporto Immigrazione) za leto 2016⁴², je tudi iz ankete izšel podatek, da je pri ženskih migracijah *pull factor* ponovna združitev družine - največ žensk se za selitev odloči, da bi se ponovno združila z možem ali s starši (61%). V sozvočju z zgoraj omenjenim poročilom in s podatki, ki so izšli iz razgovorov s strokovnimi sodelavkami, je vprašalnik potrdil, da je nezanimljiv delež vprašanih zapustil svojo državo zaradi šolanja ali študija (9,1%).

Stopnja izobrazbe intervjuvank je poleg tega precej visoka: 26% vprašanih je v svoji matični državi dokončalo vsaj 8-letno šolanje, 36,4% je končalo 13-letno šolanje, manj kot 9% vzorca je zaključilo le 5-letno šolanje. Te podatke lahko interpretiramo različno: ali da ženske z nižjo stopnjo izobrazbe ne dostopajo do oddelčnih storitev ali da je metoda anketiranja z vprašalnikom zanje neustrezna.

Na področju dostopanja do zdravstvenih storitev so migrantke na vprašanje »Kateri so najpomembnejši problemi v komunikaciji med tujimi pacientkami in italijanskimi operaterji« večkrat omenile jezikovne težave, ki jih ženske imajo pri razumevanju zdravnikov. Razloga za to sta nizka stopnja znanja italijanskega jezika oz. uporaba kompleksne terminologije. Ta podatek potrjuje tudi razgovor s strokovno delavko na področju pomoči pri dojenju v otroški ambulanti:

»Ukvarjam se s pomočjo pri dojenju. Medkulturne posrednice so mi pomagale mogoče dvakrat, s Kitajkami. Imamo krasno mamo s Kitajske, ki zna italijansko in nam pomaga. Imamo Albanko, ki nam pomaga z Albankami in Kosovkami.

A v večini primerov to ni potrebno ... če ne gre za res pomembno stvar. Delala sem z mamami, ki so govorile vse jezike, ki niso znale italijansko ... Če moram kaj povedati, si pomagam z Googlovim prevajalnikom. Torej: kar zadeva dojenje in tovrstno pomoč, sem si vedno pomagala brez posrednic. Res je, da je bolje, če stvari razložimo, a pri nujenju pomoči to ni najpomembnejše. Jasno je, da bi želela /da bi se naučile italijansko/, tudi zaradi njih samih in njihovega otroka - tako bi lahko šle ven, po nakupih, v park ... In ko bi otrok zrasel in šel v šolo, bi razumele, kaj se uči ... -, a to da bi bilo bolje, če bi znale italijansko, a to ne sme biti nepremostljiva pregrada.

Lahko se sporazumevaš, potrpežljivo. Imeti neposreden stik, tudi če mama ne zna jezika: meni je tako bolj všeč.«

Čeprav v tem pričevanju delavka govori o dejavnosti, ki se razlikuje od tiste, s katero se ukvarja osebje v bolnišnici, izhaja, da je pri razumevanju, poleg čisto jezikovnih dejavnikov, ključna vzpostavitev neposrednega in trajnega odnosa. Ker ritem in dnevne prakse v bolnišnici tega pogosto ne omogočajo, bi bila koristna neka povezava med različnimi tipologijami služb. Pomembno je, da odnos med zdravnikom in pacientko temelji na spoštovanju in ozaveščenosti, kot pravi tudi ginekologinja družinske svetovalnice: »Vedno izhajam iz spoštovanja do osebe. Osebe, ki pride k meni, ne bom nikoli tikala. Če pride sem v dobi odraščanja, družina mogoče niti ne ve, da prihaja v svetovalnico ... Mogoče gre za fanta, ki bi rad vedel, kako se uporablja kondom ... Moram ga vikati. Vstopaš v svet, s katerim ti upravljaš in to je na ravni odnosa dobro. Torej: ne gre za tovarištvo, ampak za spoštovanje. Ženski moram posredovati informacije, ki jih jaz imam, ona pa jih nima, in na podlagi teh informacij se bo odločala. Gre za njeno ozaveščenost, samo njeno. Potem mogoče se mora ona pogovoriti z možem, bratom, mamo, stricem ... V to se ne spuščam. Lahko ji svetujem, to že. Ko govorimo o vložku, lahko povem, ali bo nitko čutila ali ne. Povem, da je ne

bo. Te vrste tovarištvo lahko obstaja, a gre za nekaj prehodnega. Nič drugega. Naj se odloča sama, a vedeti mora, da se lahko za kontracepcijo odloči, ne da bi morala kogarkoli obvestiti o tem. Če ima s partnerjem dober donos, je seveda dobro, da se o tem pogovorita. O vsem tem se na primer lahko dogovoriva. Nekatere me vprašajo: »Sme priti moj mož zraven?« Seveda, lahko pride. Če me vprašajo, rečem, da lahko. Če pa katera reče: »Prišel bo tudi moj mož,« potem rečem ne. Pridite najprej vi, gospa. Potem bo lahko prišel tudi vaš mož, a najprej se morava pogovoriti medve.« Pri obravnavi dostopanja tujk do zdravstvenih storitev je ključen podatek o odstotku žensk, ki izjavljajo, da v teh službah niso bile deležne diskriminacij: večina (88,3% proti 11,7%) pravi, da ni doživela nobene oblike diskriminacije. Poleg tega so vse ženske izjavile, da niso bile nikoli žrtve nasilja. Ta podatek je vsaj na prvi pogled pozitiven; delno ga potrjujejo tudi odgovori na vprašanje »Kaj si našla tu, česar prej nisi imela« (na katero 66,2% vprašanih odgovarja, da so zadovoljne s kakovostjo zdravstvenih storitev v Italiji). Upoštevati pa moramo možnost, da je na odgovore vplival kontekst, v katerem je bilo vprašanje postavljeno, kar je vprašane nagovarjalo k pozitivnim odgovorom. Podobno velja za vprašanje »Ste bili žrtev nasilja v zdravstvenih službah«. Vprašanje o nasilju je samo po sebi kompleksno, tako zaradi psiholoških mehanizmov, ki so z njim povezani, kot tudi zaradi različnih percepcij in ravni zavedanja. Težko je torej, da je odgovor na to vprašanje, čeprav je bilo postavljeno zaupno, v danem kontekstu povsem verodostojen (Romito, 2005; Romito, Folla, Melato, 2017).

Na odprto vprašanje »Ste kdaj imeli kot tujka v Italiji težave« je 45,5% vprašanih odgovorilo »ne«, 8% pa »ne, nikoli«. Iz nekaterih odgovorov preostalega deleža vprašanih pa izhaja serija razmišljanj o percepciji diskriminacije na podlagi rase, na primer:

- občutiti je neko distanco, govorice; obravnavajo me kot nezakonito priseljenko;
- ker nosim naglavno ruto, me gledajo postrani;
- da, vedno, odvisno od tega, koga srečaš, obravnavajo te drugače;
- da, počutila sem se diskriminirano, ker sem črnka;
- da, diskriminatorno me obravnavajo me predvsem v službi;
- da, v Trstu je veliko rasistov;
- da, drugi vedo, da smo tujci, in z nami ravnajo drugače;
- kolegi v službi me ne upoštevajo, v nekaterih javnih uradih pa imam občutek, da me obravnavajo drugače;
- da, imela sem težave s sosedi, niso želeli tujcev;
- da, predvsem zaradi jezika;
- da, pogosto me kličejo črnuhinja.

Ti odgovore potrjujejo, da so različne oblike družbenega in institucionalnega rasizma do žensk dejstvo, kot že izhaja iz različnih raziskav, npr. *Racism, violence and health: the living experience of immigrant women in an Italian city*, ki je bila v Trstu opravljena leta 2011 (Romito, Creazzo, Paci, Pipitone). Pomembno je, da tovrstne percepcije upoštevamo, tudi ko obravnavamo nekatere patologije, klinične komplikacije in kronična obolenja med tujo populacijo (Karlsen, Nazroo, 2002; Krieger, 2003).

Kot dokazujejo Romito, Creazzo, Paci, Pipitone (2011: 206-207): "Most of these studies consider the relationships between racist discrimination, violence and health for "visible minorities", people who are citizens with, at least in theory, all citizenships rights. But immigrant people must struggle also with other difficulties: restrictive immigrant laws, abrupt changes in laws or policies, bureaucratic delays and harassment in the put into force of policies. Few studies have considered the effects of being an undocumented migrant on migrant women's health. [...] Authors conclude that not having a legal residence permit leads to a greater vulnerability for pregnant women."

Družbene determinante bolezni so namreč povezane z diskriminacijami (Cozzi, ur., 2012) in s stalnim občutkom negotovosti, ki izhaja iz nedoločene pravnega položaja, povezanega s statusom migranta. Ta fragment nam nadalje omogoča refleksijo o drugem vidiku: 84,4% vprašanih žensk

⁴² Prim.: https://www.regione.fvg.it/rafvfg/export/sites/default/RAFVG/cultura-sport/immigrazione/allegati/011_22016_Rapporto_Immigrazione_2016.pdf.

nima italijanskega državljanstva. Najpogostejši razlogi, na podlagi katerih jim je omogočeno bivanje v Italiji, so družinski razlogi (20,8%), dolgotrajno dovoljenje za bivanje (31,2%), dovoljenje na podlagi mednarodne zaščite (3,9%), dovoljenje iz humanitarnih razlogov (5,2%) ali dovoljenje za delo (6,5%). Ne vemo pa, ali imajo ženske, ki so izbrale odgovore »drugo« ali »ne ustreza« ali »ne morem odgovoriti«, tudi dovoljenje za bivanje in, če že, katere vrste. Kot potrjujejo zgoraj omenjena raziskava, so ženske, ki nimajo urejenega statusa in dovoljenja za bivanje, težje dostopne in zato še ranljivejše.

Na vprašanje (z več možnimi odgovori) »Kaj si tu dobila, česar tam nisi imela« so se mnoge ženske odločile za opcije »svobodo govora in mišljenja«, »občutek varnosti«, »ekonomsko samostojnost«. Ta podatek nam omogoča, da de-konstruiramo nekatere stereotipe o zaostalosti matičnih držav, po drugi strani se lahko zamislimo tudi nad družbeno izoliranostjo nekaterih žensk: mnoge anketirane migrantke so se opredelile za gospodinje (16,9%) ali brezposelne (44,2%). Pomanjkanje družbenih mrež namreč ne pomaga pri doseganju višje stopnje osebne avtonomije. Mnogo žensk z otroki težko najde čas za obiskovanje tečaja italijanščine (90,9% je na vprašanje »zakaj vas ne zanima obiskovati tečaj italijanščine« odgovorilo neustrezno, medtem kot drugi odgovori zadevajo težave pri usklajevanju časa, namenjenega negi otrok, z morebitnimi obveznostmi zunaj doma).

Na vprašanje »odkar si se odselila, kako so se spremenila tvoja stališča v zvezi z ...« veliko žensk ni odgovorilo. Mogoče je šlo v tem primeru za jezikovne težave ali pa za pomanjkanje časa: med izpolnjevanjem vprašalnika niso imele dovolj časa, da bi se poglobile v tako kompleksne teme, ki bi zahtevale specifično obravnavo.

Za konec lahko izpostavimo, da je iz anket izšla dobra raven zadovoljstva vprašanih migrantk glede dostopanja do zdravstvenih storitev, pa tudi nekaj šibkih točk. Te bi veljalo vsekakor izboljšati: učvrstiti bi morali družbene mreže, tudi v sodelovanju z drugimi ustanovami, ki delujejo na področju sociale, ali - kjer je le mogoče - s skupnostmi migrantov. Tovrstno sodelovanje je lahko dolgoročno izjemno pozitivno in občutno vpliva na reproduktivno zdravje migrantk.

Literatura in viri

- Altin R. (2000), La comunicazione interculturale, in G.P. Gri (ur.), Esperienze di mediazione. Strumenti di lavoro, Forum, Udine, pp. 81-97.
- IDOS (2017). *Dossier Statistico Immigrazione 2017*, Centro Studi e Ricerche Idos/Immigrazione Dossier statistico, Roma.
- Choo H.Y., Ferree M.M. (2010). *Practicing Intersectionality in sociological research: A critical analysis of inclusion, interactions, and institutions in the study of inequalities*, in "Sociological Theory", n. 28: 129-149.
- Cozzi D. (ur.) (2012). *Le parole dell'antropologia medica: piccolo dizionario*, Morlacchi, Perugia.
- Crenshaw K.W. (2007). *Intersectionality and identity politics: learning from violence against women of color*, in Shanley M.L., Narayan U. (eds.), *Reconstructing Political Theory: Feminist Perspectives*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia, pp. 178-193.
- Donato K.M., Enriquez L.E., Llewellyn C. (2017). *Frozen and Stalled? Gender and Migration Scholarship in the 21st Century*, in "American Behavioral Scientist", 61(10): 1079-1085.
- Giannoni M. (ur.) (2012). *Disuguaglianze di salute ed equità nel ricorso ai servizi sanitari da parte dei cittadini stranieri nelle regioni italiane*, Franco Angeli, Milano.
- Decimo F. (2005). *Quando emigrano le donne. Percorsi e reti femminili della mobilità transnazionale*, Il Mulino, Bologna.
- Ehrenreich B., Hochschild A. R. (ur.) (2004). *Donne globali. Tate, colf e badanti*, Feltrinelli, Milano.
- Hondagneu-Sotelo P. (2005). *Gendering Migration: Not for "Feminist only"- And Not only in the Household*, in «CMD Working Paper», n. 5-2f, University of California Press, Los Angeles, [http://cmd.princeton.edu/paper/wp0502f.pdf];
- Hondagneu-Sotelo P. (2013). *New Direction in Gender and Immigration Research*, in S.J. Gold and S. Nawyn (eds.), *The Routledge international handbook of migration studies*, Routledge, New York, pp. 180-188.
- IOM (2016). *Global Migration Trends 2015*, Factsheet 2006 [http://www.iom.int].
- Karlsen S., Nazroo J. (2002). *Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority group*. "American Journal of Public Health", 92(4): 624-631.

- Krieger, N. (2003). *Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions critical science and current controversies: An ecosocial perspective*, "American Journal of Public Health", 93(2): 194-199.
- Mazzetti M. (2011). *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto*, Carocci, Roma.
- Parreñas R.S. (2001). *Servants of Globalization. Women, Migration and Domestic Work*, Stanford University Press, Stanford.
- Petrelli A., Di Napoli A. et al. (2017). *Lo stato di salute della popolazione immigrata*, in "Epidemiologia preventiva", n. 41 (3-4), Suppl. 1: 11-17.
- Quaranta I., Ricca M. (2012). *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Cortina, Milano.
- Regione Friuli Venezia Giulia (2017). *Cittadini stranieri in Friuli Venezia Giulia. Report sulla presenza di stranieri in FVG 2017*, Direzione Generale, documento on line, consultato il 30/6/2018 [http://www.regione.fvg.it /rafvfg/export/sites/default/RAFVG/cultura-sport/immigrazione/allegati/2017_CITTADINI_STRANIERI_IN_FVG.PDF].
- Romito P., Creazzo G. et al. (2011). *Racism, violence and health: the living experience of immigrant women in an Italian city*, in Thiara, R., Condon, S., Schrottle M. (eds). *Violence Against Women and Ethnicity: Commonalities and Differences across Europe*, Barbara Budrich Pub., Berlin, pp. 206-225.
- Romito P. (2016). *Un silenzio assordante. La violenza occultata su donne e minori*, Franco Angeli, Milano.
- Romito P., Folla N., Melato M. (2017). *La violenza sulle donne e sui minori. Una guida per chi lavora sul campo*, Il Mulino, Bologna.
- Salih R. (2003). *Gender in transnationalism*, Routledge, London.
- Saraceno C. (2017). *L'equivoco della famiglia*, Laterza, Bari.

PREGLJED LITERATURE, DOBRE PRAKSE IN ŠTUDIJE PRIMEROV V SLOVENIJI

Blaž Lenarčič, Mateja Sedmak in Zorana Medarić
Znanstveno-raziskovalno središče Koper

1. Pregled nacionalne literature

V skladu s pregledano nacionalno literaturo so v Sloveniji zdravstvena vprašanja migrantov pričela pridobivati pozornost raziskovalcev konec devetdesetih let, s prihodom beguncev iz nekdanje Jugoslavije. Na primer, v svojem preglednem članku iz leta 2010 Bufolin in Bešter citirata delo *Varovanje zdravja posebnih družbenih skupin*, ki ga je leta 1996 objavil Nacionalni inštitut za javno zdravje, v katerem so bili begunci in migranti priznani kot posebna socialna skupina. Mikuš-Kos (2010) je v omenjenem delu objavila prispevek, v katerem poudarja, da so med priseljenci in begunci prisotne določene značilnosti (npr. visoka stopnja smrtnosti, skromna uporaba podpornih storitev, pomanjkanje poznavanja pravic, slaba kakovost življenja, visoka stopnja nezadovoljstva z življenjem, slabo funkcionalna pismenost in marginalizacija), zaradi česar so ranljivi in zato zahtevajo posebno pozornost.

V letu 2005 je Ličer objavila članek *Socialni vidiki varovanja reproduktivnega zdravja žensk*. Za namene te študije je izvedla 10 intervjujev z ženskami, ki so bile med nosečnostjo (ne po svoji izbiri) brez rednih ginekoloških pregledov, dve ženski iz vzorca sta bili priseljenki. Rezultati študije so pokazali, da so glavni razlogi za to, da ženske iz vzorca niso opravile ginekološkega pregleda med nosečnostjo v neurejenem zdravstvenem zavarovanju, časovni stiski mater samohranilk in vprašanje zasebnosti v ordinaciji. Skupni imenovalec vzorca anketirank so bile težke socialno-ekonomske okoliščine (brezposelnost, enostarševska družina in socialna izključenost). Na podlagi tega avtorica ugotavlja, da je reproduktivno zdravje odvisno od stopnje izobrazbe, dostopnosti ginekološke klinike v kraju bivanja in (ne)spoštovanju zasebnosti in pravice do samostojnega odločanja o nosečnosti.

Ličer (2012) je objavila tudi članek, v katerem poudarja pomen psihosocialnega svetovanja na področju temeljne človekove pravice tj. načrtovanja družine, splava in širšega področja reproduktivnega zdravja žensk. Na tej podlagi avtorica predstavi način sodelovanja med različnimi strokovnjaki z namenom, da bi podprli ženske pri pravici do reproduktivnega zdravja

V literaturi so opazna prizadevanja, da bi se izboljšalo stanje na področju raziskovanja (enakega) dostopa do zdravstvenih storitev migrantov, zaradi česar se tudi večina obravnavanih del v tem prispevku ukvarja izključno s tem vprašanjem. Tako sta Bufolin in Bešter (2010) preučila obstoj neenakosti med migranti in ne-migranti v dostopu do zdravstvenih storitev, njihove kakovosti in splošnega zadovoljstva z zdravstvenim varstvom. Njuna študija je pokazala, da migranti z (delnimi) izjemami prosilcev za mednarodno zaščito in begunci v slovenskem zdravstvenem sistemu niso priznani kot skupina, ki bi ji morala biti namenjena posebna pozornost v kontekstu zdravstvenih in integracijskih politik. Njuni rezultati so pokazali glavne težave, s katerimi se soočajo migranti v slovenskem zdravstvenem sistemu. In sicer so to: jezikovne ovire, pomanjkanje medkulturnih kompetenc zdravstvenega osebja in njihov (skrit) diskriminacijski odnos do migrantov. Ti dejavniki so se potrdili tudi kot glavni izvor neenakega dostopa do zdravstvenega sistema v nedavno izvedeni študiji Lipovec-Čebren (2017).

Zdravstveno varstvo kot človekova pravica je izhodišče članka, ki ga je objavila Rajgelj (2011). Zaradi svojega univerzalnega statusa zdravstvena oskrba namreč pripada posamezniku ne glede na njegove/njene osebne okoliščine, toda v zakonodajnem postopku različni sistemi zagotavljajo različna merila za dostopnost in financiranje te pravice. Avtorica je analizirala nacionalne

in mednarodne pravne akte glede ustavne pravice do zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja, zaposlovanja in družinskih razmerij ter Zakona o tujcih. Na podlagi analize je ugotovila, da so uporabniki zdravstvenega varstva obravnavani neenako, ker je uživanje pravice do zdravstvenega zavarovanja odvisno od posameznikovega zaposlitvenega statusa, državljanstva in družinskega statusa. Avtorica tudi poudarja, da so najbolj ranljiva skupina v okviru dostopa do zdravja migranti brez stalnega prebivališča.

Čeprav so v Sloveniji prosilci za mednarodno zaščito upravičeni (samo) do nujne obravnave, so raziskave ugotovile pomembne razlike med pravicami, ki so jim dane in izkušnjami iz prakse. Do zdaj sta bili izvedeni dve podobni študiji z namenom preučiti razmere in možnosti, skladno s katerimi prosilci za mednarodno zaščito dostopajo do zdravstvenih storitev. Lipovec Čebren (2009) ter Jazbinšek in Palaić (2009) so opravile razgovore z zaposlenimi v Azilnem domu in prosilci za mednarodno zaščito. Na podlagi pridobljenih podatkov so avtorice obeh študij prišle do enakega zaključka, da je zdravstvena obravnava prosilcev za mednarodno zaščito v Sloveniji v večini primerov neprimerna in omejena. Eno od glavnih ovir predstavlja zakonsko opredeljena pravica do nujne zdravstvene obravnave, pri čemer ni jasno, kaj natančno le-ta pomeni, posledično je (lahko) predmet različnih razlag.

Drugo pomembno delo v zvezi z dostopom migrantov do zdravstvenih storitev je objavila Lipovec-Čebren (2010). Avtorica izhaja iz pojma medicinskega državljanstva in trdi, da je to pomembna kategorija pri preučevanju zdravstvenih vidikov migracij v Sloveniji. Storitve socialnega varstva, ki so bile vsem slovenskim državljanom na voljo pred osamosvojitvijo tj. 1991, so se po tem letuspremenile v vir neenakosti in izključenosti. »Politika zdravja je postala vedno manj družbeno usmerjena, kar se odraža v vedno bolj omejevalnem in selektivnem dostopu do zdravstvenih storitev - oziroma z drugimi besedami, omejevalno in selektivno zdravstveno državljanstvo v Sloveniji« (Lipovec-Čebren, 2010: 193). Avtorica izhaja iz predpostavke, da je zaradi pogostih neuspešnih uveljavljanj pravic do zdravstvenega varstva za migrante zelo pomembno, kako jih zdravstveni delavci dojemajo. V ta namen je pridobila empirične podatke z intervjuji z zdravstvenimi delavci in administrativnim osebjem v Ljubljani in v slovenskem delu Istre. Na teh območjih imajo zdravstveni delavci najpogostejše stike z migranti. Na podlagi izjav nekaterih zdravstvenih delavcev avtorica ugotavlja, da njihova stališča do ljudi brez zdravstvenega zavarovanja odražajo neoliberalne zdravstvene politike: dojemajo jih kot »tujce«, za katere bi morali poskrbeti v drugih državah, kot neurejene, »nečiste«, nesposobne ljudi, ki predstavljajo »breme« za slovenski zdravstveni sistem.

S področja nasilja na podlagi spola v zvezi s priseljenkami je bila nedavno izvedena raziskava (Vah-Jevšnik; 2016), v kateri je avtorica opazovala vpliv priseljskega statusa na ranljivost migrantk v kontekstu nasilja v družini. Po izsledkih raziskave migracijski status lahko pomembno vpliva na pogostost, odzive in ukrepe nasilja nad ženskami migrantkami ter podporo, ki jim jo zagotavljajo javne službe. To vodi do zaključka, da so ženske z neurejenim pravnim statusom, še bolj ranljive kot migrantke s statusom, saj nimajo osebnih dohodkov in niso upravičene do socialnih transferjev ter podpornih storitev. Z drugimi besedami, so finančno odvisne od povzročitelja nasilja in živijo v strahu pred deportacijo. Z namenom pridobivanja kvalitativnih podatkov je Vah-Jevšnik (ibid.) izvedla 30 intervjujev s strokovnjaki, ki delajo z žrtvami nasilja, od katerih je bil eden zaposlen tudi v Azilnem domu. Študija je zaznala več vrzeli (npr. kulturne razlike, negotovost glede trenutnega stanja, psihološki dejavniki, finančna sredstva itd.), med katerimi je najpomembnejše pomanjkanje ustreznega prenosa informacij glede nasilja na podlagi spola.

V okviru neakademske literature zasluži poseben poudarek mednarodna konferenca *Violence against woman through awareness raising for development* (2008). Udeleženci sekcije namenjene nasilju nad ženskami in migracijam, so pripravili predloge politik, med katerimi je treba poudariti naslednje:

- v okviru zakonov o preprečevanju in obravnavanju nasilja v družini in nasilja nad ženskami je potrebno upoštevati posebne potrebe migrantk.
- V okviru migracijskih politik in zakonov, ki urejajo pravice tujcev (npr. v zvezi s pridobivanjem in podaljševanjem dovoljenj za prebivanje), je potrebno upoštevati poseben položaj žensk migrantk, ki doživljajo družinsko nasilje.
- Potrebno je oblikovati in spremeniti politike, zakone in postopke na način, da bodo omogočali hitre prilagoditve. Osnovno izhodišče za spremembo mora biti odgovor na vprašanje: »Kaj bi potreboval kot migranka, ki doživlja nasilje, da bi rešila situacijo, v kateri se nahajam?«
- Potrebno je izboljšati obveščanje in ozaveščanje migrantov na področju nasilja v družini in nasilja nad ženskami.
- Izboljšati je potrebno razmere na področju zagotavljanja zdravstvenega varstva migrantk in uveljavljanja njihovih socialnih pravic.
- Uvedba pravice migrantk do pridobitve dovoljenja za bivanje ter delovnega dovoljenja, za katera ne bo potrebna avtorizacija njihovih partnerjev ali družin.

Leta 2004 je varuh človekovih pravic organiziral strokovno posvetovanje *Nasilje v družini - poti do rešitev*, katerega cilj je bil predstaviti praktične izkušnje, potrebe in predloge strokovnjakov s tega področja. Rezultat dogodka je bilo posebno poročilo varuha človekovih pravic, ki vsebuje povzetke predstavitev in seznam ovir, s katerimi se srečujejo strokovnjaki, in njihove predloge politike.

Društvo SOS telefon za ženske in otroke - žrtve nasilja je leta 2014 objavilo Priročnik za delo z ženskami in otroki z izkušnjo nasilja, kjer so predstavljena strokovna znanja, izkušnje in veščine z različnih področij, kot so policija, socialno delo, NVO, sodstvo in tožilstvo, zdravstvo ter šola.. Ministrstvo za zdravje je leta 2015 sprejelo *Strokovne smernice za obravnavo nasilje v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti*, ki vsebujejo zbirko priporočenih ravnanj in korakov za obravnavno otrok žrtev zlorab, nasilja ter odraslih žrtev nasilja za različne zdravstvene delavce, ki se bodo morda srečali z nasiljem v družini. Posebej so oblikovane smernice za obravnavo žrtev nasilja v družini v patronažni službi ter v ginekologiji in porodništvu.

2. Dobre prakse

- Med izvajanjem projekta *Na poti k boljšemu zdravju in zmanjševanju neenakosti na področju zdravja* (2013-2016, financiran s strani norveškega finančnega mehanizma), ki ga je vodil Nacionalni inštitut za javno zdravje, so bile prepoznane različne ranljive skupine prebivalstva v Sloveniji, ki imajo težave pri dostopu do sistema zdravstvenega varstva ter do storitev v zdravstvenih ustanovah. Med njimi so bili tudi migranti, zlasti pa migrantke. Z namenom izboljšanja stanja na področju dostopnosti teh skupin so bili razviti in posredovani nekateri predlogi (zakonodajni, upravni) pristojnim organom (Ministrstvu za zdravje, Ministrstvu za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti). Preveden in prilagojen je bil tudi dokument *Standard za pravičnost v zdravstvenem varstvu za ranljive skupine in orodje za samoocenjevanje zdravstvenih ustanov*, ki je zasnovano kot „barometer“ za diskriminacijo v zdravstvenem sektorju in omogoča zdravstvenim ustanovam, da ugotovijo stopnjo vključenosti različnih marginaliziranih ali socialno šibkih skupin v storitve, ki jih izvajajo. Na zaključni konferenci projekta je bila predstavljena Deklaracija o pomembnosti izvajanja medkulturne mediacije v zdravstvenih ustanovah v Sloveniji.

- Med izvajanjem projekta so bile uvedene tudi rešitve na lokalni ravni. Ena izmed njih je bila v Celju, kjer so zaznali, da se ženske iz albansko govoreče skupnosti soočajo z jezikovnimi in kulturnimi ovirami v zdravstvenih ustanovah. Uvedli so medkulturno mediatorko, ki je uživala zaupanje albanske skupnosti in je obenem obvladala slovenščino in albanščino. V drugem letu projekta je bil razvit pilotni interdisciplinarni *izobraževalni tečaj z naslovom Usposabljanje za razvoj medkulturnih kompetenc zdravstvenih delavcev*, ki se je izvajal v treh javnih zdravstvenih centrih (Sevnica, Vrhnika in Celje) od februarja 2015 do marca 2016. Za namene tega tečaja je bil razvit in objavljen priročnik, ki je še vedno dostopen na spletu.
- Dve nevladni organizaciji v Ljubljani in Mariboru (Slovenska filantropija in Društvo za razvoj in povezovanje družbenih ved in kultur Odnos), ki ponujata različne storitve migrantom (predvsem pravna pomoč), v zadnjih letih zagotavljata tudi kulturne mediatorje migrantom v zdravstvenih zavodih, vendar so te pobude začasne narave.
- V tistih zdravstvenih ustanovah, kjer je potreba po zagotavljanju storitev tolmačenja, so organizirane ad hoc rešitve. Avtorji slovenskega poročila MIPEX Health Strand navajajo primer Univerzitetnega ključnega centra, kjer običajno poskušajo komunicirati v angleščini ali drugem jeziku npr. nemščini, angleščini ali hrvaščini. Če to ni mogoče pa skušajo poiskati uslužbenca, ki govori ustrezni jezik. V letu 2013 so v Univerzitetnem kliničnem centru opravili anketo med zaposlenimi glede jezikov, ki jih govorijo, in na podlagi tega je bil sestavljen seznam oseb, ki se jih po potrebi uporabi kot »prevajalce«. Ta seznam je neformalen in se uporablja samo interno v primerih, ko drugačna rešitev ni možna.
- V Sloveniji je bila ustanovljena veriga klinik (imenovana Pro bono klinike) namenjena osebam brez zdravstvenega zavarovanja, kot so posamezniki, ki niso rezidenti Republike Slovenije, prosilci za azil, zavrtnjeni prosilci za azil, nezakoniti migranti in begunci. Trenutno so klinike locirane v Ljubljani, Mariboru, Kopru in Kranju.
- *Društvo SOS telefon za ženske in otroke - žrtve nasilja* je prva nevladna organizacija v Sloveniji, ki se ukvarja z nasiljem nad ženskami, in nudi pomoč ženskam in otrokom, ki so ali še vedno doživljajo nasilje v svojih družinah in razmerjih. Osnovno načelo dejavnosti nevladne organizacije je, da nasilje nad ženskami - čeprav običajno poteka znotraj družin in intimnih odnosov - ni oseben, temveč družbeni problem, ki ima korenine v neenakomerni porazdelitvi moči med ženskami in moškimi. Združenje je objavilo več priročnikov in brošur o nasilju v družini in organiziral številne dogodke, namenjene ozaveščanju o tej temi.
- V obdobju 2009-2014 je bil izveden projekt *Prepoznavanje in obravnavanje žrtev nasilja v družini v okviru zdravstvene dejavnosti*, ki je bil sofinanciran v okviru programa norveškega finančnega mehanizma. Posebni projektni cilji so bili: (1) izvajanje *Zakona o preprečevanju nasilja v družini v zdravstvenem sektorju*, (2) seznanitev zdravstvenih delavcev s strokovnimi usmeritvami obravnave nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (ki jih je razvilo Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije), (4) povečanje kompetenc zdravstvenega osebja za prepoznavanje in obravnavo žrtev nasilja v družini in za delo z ranljivimi skupinami in (5) vzpostavitev medsektorske obravnave žrtev in storilcev nasilja nad ženskami, ki bo primerljiva z mednarodnimi praksami. Glavni rezultati projekta so bili:
 - Publikacija *Priznanje in obravnavanje žrtev nasilja v družini na področju zdravstvenega varstva: smernice in usposabljanje zdravstvenih delavcev*, ki vsebujejo zbirko priporočenih ravnanj pri odzivu na otroke žrtve zlorabe in nasilja ter odrasle žrtve nasilja. Smernice so namenjene temu, da zdravstvene delavce opremijo z ustreznimi znanji za prepoznavanje in ustrezno odzivanje na nasilje.
 - Spletna stran (<http://www.prepoznajnasilje.si/en>) z vsemi potrebnimi informacijami, dokumenti in obrazci o nasilju v družini.

Leta 2015 je Ministrstvo za zdravje sprejel Strokovne smernice za obravnavo nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti. Smernice so zbirka priporočenih ravnanj za obravnavo otrok, žrtev zlorab in nasilja ter žensk žrtev nasilja, namenjene zdravstvenim delavcem. Posebej formulirane smernice so bile pripravljene za obravnavo žrtev nasilja v družini v bolnišnici, vključno z ginekologijo in porodništvom, skladno z medicinsko etiko.

3. Sklepi

- Slovenija nima celovite periodične raziskave o nasilju na osnovi spola, prav tako ne o reproduktivnem zdravju migrantk, zato je potrebna uvedba sistematičnega zbiranja podatkov o migrantkah v in izven zdravstvenega sistema. To bo služilo kot osnova za nadaljnje ukrepe na področju reproduktivnega zdravja migrantk in nasilja na podlagi spola.
- Pregled literature kaže, da je v Sloveniji prisotno pomanjkanje raziskav s področja reproduktivnega zdravja in nasilja med migrantkami.
- Kljub temu, da na mednarodni ravni vlada soglasje o pomembnosti reproduktivnega zdravja migrantk, se v Sloveniji ta populacija sooča s pomembnimi ovirami pri dostopu do ustreznih zdravstvenih storitev.
- Čeprav mednarodni dokumenti in dokumenti EU opredeljujejo zdravje kot človekovo pravico, slovenska zakonodaja (še) ne zagotavlja posebnih zdravstvenih pravic v zvezi z reproduktivnim zdravjem.
- Ocena trenutnega stanja v Sloveniji jasno razkriva tako zamegljene pravne in politične okvire kot tudi neenotne prakse. Oboje predstavlja pomembno pomanjkljivost pri uresničevanju pravice do dostopa do reproduktivnega zdravja migrantk. V prihodnosti je treba okrepiti, nadgraditi in formalizirati sodelovanje med institucijami, ki delujejo na tem področju.
- Obstaja tudi potreba po medkulturnem izobraževanju strokovnjakov, ki so vključeni v zdravstveno obravnavo migrantk, katere namen je prepoznavanje družbenih norm in praks s področja reproduktivnega zdravja v različnih kulturnih okoljih. S tem bi zagotovili varno zdravstveno oskrbo, zdravstveno vzgojo in promocijo zdravja ter povečali dostop do reproduktivnega zdravja migrantk.
- Državne institucije bi morale podpirati prakse, ki so se izkazale za učinkovite.

4. Študija primera treh obalnih občin - povzetek kvalitativne raziskave

4.1. Uvod

V nadaljevanju predstavljamo povzetek ključnih ugotovitev kvalitativne raziskave izvedene kot študije primera na obmejnem območju treh obalnih občin (Mestna občina Koper, Občina Izola in Občina Piran). Raziskava je obravnavala v Sloveniji manj raziskano področje spolnega in reproduktivnega zdravja migrantk v povezavi s socialno integracijo.

V Sloveniji doslej še ni bila izvedena raziskava, ki bi preučevala reproduktivno zdravje migrantk ali z njim povezano nasilje nad ženskami migrantkami.

Doslej je bilo v slovenskem prostoru opravljen nekaj študij na temo občega dostopa migrantov (ne glede na spol) do zdravniške oskrbe. Rezultati obstoječih študij (Jazbinšek in Palaić 2009; Bufolin in Bešter 2010; Rajgelj 2011; Lipovec-Čebren 2009; 2010; 2017) izpostavljajo, da se migranti v okviru zdravstvenega sistema v Sloveniji soočajo z različnimi težavami, med katerimi so

ključne predvsem jezikovne ovire, pomanjkanje medkulturnih kompetenc zdravstvenega osebja ter diskriminatorni odnos do migrantov in migrantk.

Četudi se v nadaljevanju predstavljeni rezultati nanašajo na »migrantke« kot posebno ranljivo skupino, pa moramo pri njihovi obravnavi biti posebno pozorni, da se izognemo (v zdravniški stroki, znanosti pa tudi med širšo javnostjo) pogosto prisotnim videnjem:

1. Migrantk kot homogene skupine. Migrantke so namreč visoko notranje diferencirana družbena skupina, ki se razlikuje ne zgolj po kulturni, jezikovni in verski provenienci, temveč tudi glede na druge socialne indikatorje, ki ključno vplivajo na kvaliteto njihovih življenj, sposobnost integracije v novo družbeno okolje, dostopnost do zdravstvenih in drugih storitev, podporne mreže idr. V mislih imamo tako razlike glede na izobrazbo, socio-ekonomski status, kulturni kapital, kot glede na vzroke za emigracijo, pretekle življenjske izkušnje, individualne, zdravstvene, psihološke značilnosti ter drugo. Četudi je mogoče med življenjskimi zgodbami in pripovedmi migrantk potegniti določene vzporednice in oblikovati nekatere skupne ugotovitve, moramo ohraniti zavedanje o razlikah med migrantkami, ki so pomembne.
2. Priča smo vsesplošno prisotnemu pogledu na migrantke kot nemočne, pasivne in žrtve bodisi moža, širše družine, etnične skupnosti ali zunanjih okoliščin. Ponovno, res je, da so migrantke izjemno ranljiva družbena skupina, pogosto deležna dvojne diskriminacije (kot ženske in kot migrantke), vendar so migrantke tudi več kot to. So aktivne sooblikovalke svojih življenj. Njihova aktivnost, iznajdljivost, prilagodljivost in trdoživost je razvidna v prav vsaki življenjski zgodbi, ki govori o izselitvi iz izvorne domovine in priselitvi v novo državo ter prilagajanju v novo, pogosto povsem drugačno, kulturno in družbeno okolje.

4.2. Metodologija

V obdobju od maja do avgusta 2018 smo izvedli 18 intervjujev z zdravstvenim osebjem s področja spolnega in reproduktivnega zdravja v okviru treh zdravstvenih domov (ZD Koper, ZD Izola in ZD Piran) in Bolnice Izola. In sicer, so bili izvedeni 3 poglobljeni intervjuji z ginekologi (zdravstveni dom in bolnica), 4 intervjuji z babicami v porodnem bloku, 2 medicinskima sestrama v porodnem bloku ter tri skupinski intervjuji z 9 patronažnimi sestrami (ZD Koper, ZD Izola in ZD Piran). Izveden je bil tudi telefonski intervju z pro-bono ambulanto v Ljubljani in pridobljene informacije o pro-bono ambulanti v Kopru s strani vodstva ZD Koper. V omenjenem obdobju je bilo izvedenih še 9 poglobljenih intervjujev z migrantkami iz Indije, Filipinov, Ukrajine, Rusije, Tajske, Indonezije, Azerbajdžana in Bosne (v septembru 2018 bodo izvedeni še intervjuji s predstavnicami albanske skupnosti); Intervjuji z migrantkami so potekali v različnih večinoma neformalnih okoljih, ki so si jih izbrale same (dom, lokal, delovno mesto idr.), intervjuji s predstavniki strokovnega osebja pa na njihovih delovnih mestih. Intervjuji z migrantkami so potekali večinoma v slovenščini, pa tudi angleščini ali mešanici obeh jezikov. Manjšina intervjuvanih migrantk ima slovensko državljanstvo, ostale imajo status tujke z urejenim bivališčem v Sloveniji. Izhodišča za izvedbo intervjujev z migrantkami so predstavljala vnaprej strukturirana vprašanja, ki pokrivajo naslednja področja: primarna družina in kultura izvora, poroka, partnersko življenje in otroci, integracija, jezik, zdravstvena oskrba, reproduktivno zdravje, diskriminacija, idr. V primeru strokovnega osebja so vprašanja zajemala naslednje vsebinske sklope: odnos in delo z migrantkami, jezik komunikacije, primeri s prakse, medkulturne razlike, poznavanje zdravstvenega sistema idr. Intervjuji so v povprečju trajali 1 uro in pol; pogovori so bili snemani in transkribirani. Pred pričetkom intervjujev so vsi informanti dobili v vpogled etični kodeks in bili obveščeni o poteku, ciljnih in namenu raziskave, o varovanju podatkov in zasebnosti. Sodelovanje je bilo prostovoljno in so ga lahko intervjuvane osebe prekinile kadarkoli so želele.

4.3. Ključne ugotovitve

Rezultati naše raziskave, ki se osredotoča na migrantke v Sloveniji in vprašanja njihovega reproductivnega in spolnega zdravja so raznoteri in kompleksni ter v celoti potrjujejo ugotovitve predhodnih (uvodoma že omenjenih) študij, skladno s katerimi so osrednji problemi migrantk in migrantov v okviru slovenskega zdravstvenega sistema: (1) jezikovne ovire, (2) mako medkulturnih kompetenc in (3) (prikrite) diskriminatorne prakse/odnosi s strani zdravstvenega osebja. V naši študiji primera pa so se kot relevantne izpostavile še naslednji tematiki: (4) vprašanje poznavanja zdravstvenega sistema in dostopa do zdravstvenih storitev in (5) pomen socialnih vezi v Sloveniji in izvorni domovini.

4.3.1 Komunikacija, jezikovne ovire in tolmačenje

- V Sloveniji tolmačenje na področju zagotavljanja spolnega in reproductivnega zdravja migrantk ni sistemsko urejeno in tudi ne zakonsko zavezujoče.
- Je reševanje težav v sporazumevanju prepuščeno posameznemu zdravstvenemu delavcu/delavki in migrantkam samim ter njihovi iznajdljivosti.
- Stisko zaradi težav pri komuniciranju je zaznati tako pri migrantkah, kot pri zdravstvenem osebju.
- Skupina migrantk, ki se je v okviru raziskave izpostavila kot najbolj problematična, ko je govor o jezikovnih in komunikacijskih omejitvah, so Albanke.
- Neučinkovita in/ali pomanjkljiva komunikacija lahko vodi v strokovne napake ali težave pri zdravljenju oziroma zdravniških postopkih.
- Migrantke, ki ne razumejo slovenskega, pogosto ne pridobijo celovite informacije (npr. o poteku zdravljenja, poroda), posledično tudi ne koristijo določenih možnih zdravstvenih storitev (npr. epiduralna analgezija).
- Kot ključna se izpostavlja potreba po uvedbi medkulturnih mediatorke.
- Zaradi nepoznavanja jezika so neslovensko govoreče migrantke izključene iz preporodne oskrbe (npr. materinska šola), prav tako je okrnjena porodna (npr. dostop do epiduralne analgezije in drugih oblik lajšanja bolečin) in poporodna oskrba (npr. dostop do celovitih informacij).
- Nujno bi bilo uvesti tolmača v materinske šole oziroma materinske šole organizirati tudi v tujih jezikih (npr. angleškem in albanskem).
- Obrazci, brošure in pisna soglasja so zgolj v slovenskem jeziku. Nujen je njihov prevod v več tujih jezikov. V tem okviru (predvsem pri pisnih soglasjih) je pomemben tudi problem morebitnih tožb.
- Nepopolna, neučinkovita in pomanjkljiva komunikacija med migrantkami in zdravstvenim osebjem spodbuja socialno izključenost, marginalizacijo in stigmatizacijo migrantk, prav tako pa spodbuja neenaka razmerja moči med migrantkami in zdravstvenim osebjem.

4.3.2 Medkulturne razlike in medkulturne kompetence

- Četudi je medkulturnim kompetencam v zdravstvu v zadnjih letih posvečena posebna pozornost, zdravstvenemu osebju še vedno primanjkujejo številna znanja s tega področja.
- Manko medkulturnih kompetenc pri zdravniškem osebju izpostavljajo tako migrantke kot zdravstveno osebje samo.

- Posebej je potrebno izpostaviti pomen medkulturne empatije.
- Zaposleni v slovenskem zdravstvenem sistemu bi morali prejeti osnovne informacije o kulturi, vrednotah in temeljnih navadah izvornih kultur svojih pacientk s poudarkom na vidikih spolnega in reproductivnega zdravja (v obliki brošur ali/in predavanj).
- V obravnavi migrantk bi morala biti posebna senzibilnost v okviru spolnega in reproductivnega zdravja posvečena vprašanjem odnosa do telesa, zasebnosti in odnosom med spoloma.
- Tudi v tem okviru se izpostavi pomen uvedbe in prisotnosti medkulturne mediatorke.

4.3.3 Etnični stereotipi, etnični predsodki, nacionalizem, ‚rasizem‘ in diskriminatorne prakse v odnosu do migrantk

- Diskriminatorne prakse ravnanja so prisotne tudi med zdravstvenimi delavci, ki delujejo na področju spolnega in reproductivnega zdravja žensk.
- Nujna je večja informiranost zdravstvenih delavcev o diskriminatornih praksah ravnanja, večanju medkulturne senzibilnosti in manjšanju medkulturnih predsodkov in stereotipov (predavanja, tečaji, delavnice).
- Preveriti možnost in smiselnost uvedbe protokolov obravnave, prilagojenih kulturnim specifikam migrantk (npr. ženska ginekologinja, prisotnost medicinske sestre pri ginekološkem pregledu, upoštevanje kulturnih specifik pri porodu ter drugo)
- Tudi v tem okviru se izpostavi pomen prisotnosti medkulturne mediatorke, ki bi lahko ključno vplivala na zmanjševanje diskriminatornih praks obravnave.

4.3.4 Poznavanje zdravstvenega sistema in pravic ter dostop do zdravstvenih storitev

- Migrantke imajo pogosto pomanjkljive informacije o možnostih in pravicah na področju zdravstvenega varstva.
- Ker je zdravstveno varstvo v Sloveniji vezano na zaposlitev migrantke ali njenega moža (in iz tega izvirajoče obvezno zavarovanje), so migrantke v tem okviru bolj ranljiva družbena skupina.
- Zaradi pomanjkljive informiranosti (in slabšega poznavanja ali nepoznavanja jezika) so pogosto izključene iz institucionalno zagotovljene predporodne in delno poporodne oskrbe.
- Slabša informiranost pri migrantkah pomeni tudi otežen dostop do zdravstvenih storitev na področju spolnega in reproductivnega zdravja (materinska šola, metode lajšanja porodnih bolečin, položaji poroda idr.).
- Izpostavi se potreba po pisnih informacijah o pravicah in možnostih v jezikih migrantk.
- Velik problem so čakalne vrste.
- Pomen in vloga socio-ekonomskega statusa. Razlika v dostopnosti do kvalitetnih in hitrih zdravstvenih storitev s strani migrantk.
- Migrantke, ki nimajo osnovnega zdravstvenega zavarovanja se izogibajo »ne-nujnim« zdravstvenim storitvam.

4.3.5 Pomen socialnih vezi pri zagotavljanju reproduktivnega zdravja migrantk

- Obstoje socialne mreže v Sloveniji in izvorni domovini predstavljata pomemben vir podpore, informiranja in lažje vključitve v novo kulturno in družbeno okolje.
- Obstoje socialnih stikov in omrežij v Sloveniji, pomeni za migrantko dejavnik učinkovitejšega dostopa do zdravstvenih storitev povezanih s spolnim in reproduktivnim zdravjem.
- Migrantke, ki v Sloveniji nimajo širše etnične mreže in niso vpete v širšo etnično skupnost kot je npr. pogosto pri Albankah in Bošnjakinjah, so v večji meri zanašajo na moža, ki sploh v začetnih letih predstavlja njihov osrednji vir informacij, podpore in posredništvo med zdravstvenim osebjem in njimi.
- Migrantke, ki nimajo vzpostavljenih socialnih vezi in niso vpete v mrežo širše etnične skupnosti predstavljajo bolj ranljivo skupino kar se reproduktivnega in tudi duševnega zdravja tiče.

Literatura in viri

- Acevedo-Garcia, Dolores, Emma V. Sanchez-Vaznaugh, Edna A. Viruell-Fuentes, and Joanna Almeida. 2012. „Integrating Social Epidemiology into Immigrant Health Research. *Social Science & Medicine* 75(12):2060-68.
- Bofulin, Martina and Bešter, Romana (2010): Enako zdravstvo za vse? Imigranti v slovenskem zdravstvenem sistemu. V: Medvešek, Mojca and Bešter, Romana (ur.): Državljeni tretjih držav ali tretjerazredni državljani? Integracija državljanov tretjih držav v Sloveniji. Inštitut za narodnostna vprašanja, Ljubljana.
- Ioannidi-Kapolou, Elizabeth (2007) »Health Barriers and Inequities for Migrants.« V Y. Apostolopoulos in S. Sonmez (ur.) *Population Mobility and Infectious Disease*. New York: Springer, 41-54.
- Jazbinšek, Simona and Palaić, Tina (2009): Zdravje - človekova pravica? Prosilke in prosilci za mednarodno zaščito. *Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo*, 238, *Horizont bojev: na lateralah, mejah in marginah*, str. 154-162.
- Ličer, Zlata (2012): Spolno zdravje, reproduktivno zdravje in varno materinstvo. *Socialno delo*, letnik 51, številka 1/3, str. 55-64, 206, 212.
- Ličer, Zlata (2005). Socialni vidiki varovanja reproduktivnega zdravja žensk. *Socialno delo*, letnik 44, številka 6, str. 377-385.
- Lipovec-Čebren, Uršula (2017): Ko nujno postane nenujno: raziskovanje zdravstvenih vidikov migracije v Slovenije. *Glasnik Slovenskega etnološkega društva*, 57, No. 1/2, pp. 54-64.
- Lipovec-Čebren, Uršula (2010): The construction of a health uninsured: people without medical citizenship as seen by some Slovene health workers. *Stud. ethnol. Croat.*, vol. 22, str. 187-212.
- Lipovec-Čebren, Uršula (2009): Od kulture nezaupanja do selektivnega sočutja: prosilci in prosilke za mednarodno zaščito v slovenskem zdravstvenem sistemu. *Časopis za kritiko znanosti*, 37, 235/236, str. 190-203.
- Mikuš-Kos, Anica (1996): Zdravje migrantov in beguncev. V: Kraševac-Ravnik, Ema ur.: *Varovanje zdravja posebnih družbenih skupin v Sloveniji*. Inštitut za varovanje zdravja republike Slovenije, Slovenska fundacija, Ljubljana.
- Rajgelj, Barbara (2012): Vpliv delovnopravnega, državljanskega in družinskopravnega statusa na neenako obravnavo v zdravstvenem zavarovanju. *Zdravstveno varstvo. Slovenian journal of public health*, 51(1), 43-52.
- Vah, Jevšnik, Mojca (2016): „Toliko je izgubljenega s prevodom!“: izkušnje zdravstvenih in strokovnih delavcev ter delavk z obravnavo migrantk, žrtev nasilja v družini. V: Cukut, Krilić, Sanja, Knežević, Hočevar, Duška (ur.): *Zdravstvo - pomemben člen pri preprečevanju nasilja v družini: zbornik*. Zdravniška zbornica Slovenije, Ljubljana, str. 33-37.
- Roter, Debra L., Hall, Judith A., Katz, Nancy R. (1987): »Relations between Physicians' Behaviors and Analogue Patients' Satisfaction, Recall, and Impressions« *Medical care*, 25, 437.
- Sarver, Joshua in Baker, David, W. (2000): »Effect of Language Barriers on Follow-Up Appointments after an Emergency Department Visit«. *Journal of general Internal Medicine*, 15(4): 256-264.
- Stewart, Moira A. (1984): "What is a Successful Doctor-Patient Interview?" A Study of Interactions and Outcomes". *Social Science and Medicine* 19(2): 167-175.
- Street, Richard, I. (1991): "Information-Giving in medical Consultation: The Influence of Patients' Communicative Styles and personal Characteristics". *Social Science & Medicine* 32(5): 541-548.
- Vah, Jevšnik, Mojca (2016): „Toliko je izgubljenega s prevodom!“: izkušnje zdravstvenih in strokovnih delavcev ter delavk z obravnavo migrantk, žrtev nasilja v družini. V: Cukut, Krilić, Sanja, Knežević, Hočevar, Duška (ur.): *Zdravstvo - pomemben člen pri preprečevanju nasilja v družini: zbornik*. Zdravniška zbornica Slovenije, Ljubljana, str. 33-37.
- (1977): Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok, dostopno na <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO408>.
- (1998): Pravilnik o izvajanju preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=NAVO59>.

ZDRAVSTVENI PRISTOPI IN PREPOZNAVANJE DOBRIH PRAKS PRI ZAGOTAVLJANJU ZDRAVSTVENE OSKRBE MIGRANTKAM: PRIMER SLOVENIJE

Mirko Prosen, Karmen Medica, Sabina Ličen, Doroteja Rebec, Igor Karnjuš, Urška Bogataj43
Univerza na Primorskem - Fakulteta za vede o zdravju

1. Uvod

Prepričanja in prakse povezane z zdravjem se oblikujejo v kontekstu vsakdanjika, tj. znotraj kulturnih in družbenih svetov. Zdravje pogosto ljudje iz različnih kulturnih okolij oblikujejo kot odsotnost bolezni pri čemer slednje temelji na osebni percepciji dobrega počutja in osebnega zdravja, družinskih in kulturnih prepričanj ter praks povezanih z zdravjem; socio-kulturnih sistemov prepričanj in verovanj v dinamični interakciji z okoljem v katerem živijo; in prepričanj o zgradbi in funkcioniranju telesa kot tudi mej, ki jih ima telo v neki družbi (Anderson et al., 2010). Zdravstveni delavci se dandanes soočajo s kulturno zelo raznolikimi pacienti, kar je posledica globalnih migracijskih procesov. Tovrstna kulturna raznolikost predstavlja izziv vsakemu zdravstvenemu sistemu. Raziskave so pokazale, da so bile izkušnje za zdravstvene delavce z negovanjem oz. zdravljenjem kulturno raznolikih pacientov pogosto opredeljene kot zahtevne in zanje frustrirajoče. V tem pogledu sta znanje o drugi kulturi in razumevanje kulture pacienta s strani zdravstvenih delavcev ključni dejavnik v zagotavljanju kulturno dovzetne zdravstvene oskrbe (Amiri et al., 2016). Da bi uspešno zagotavljali zdravstveno oskrbo edinstveni in kulturno raznoliki populaciji pacientov, je pomembno, da vsi zdravstveni delavci razumejo pomen kulturne raznolikosti ter skozi spoštovanje, vključevanje in proučevanje lastnih z zdravjem povezanih vrednot in prepričanj in tistih, ki jih v ospredje postavlja njihova ustanova, podpirajo načelo spoštovanja vsakega posameznika in ideal medkulturne skrbi (Bjarnason et al., 2009).

Pomanjkanje znanja zaradi ignorance, etnocentrizma, stereotipov ali rasnih predsodkov v državah gostiteljicah lahko prikrajša ljudi za njihove osnovne človekove pravice in jih odtuji od primerne pomoči in podpore. Ko migranti, begunci ali pripadniki manjšinskih etničnih skupin ne dostopajo do obstoječih sistemov, je veliko lažje predpostavljati, da so se odločili, da jih ne bodo uporabljali kot pa preučiti primernost ponujenega v teh sistemih (Tilki, 2006). Vsi ljudje imajo pravico do enakopravne in ne-obsojajoče zdravstvene oskrbe. Čeprav večina zdravstvenih delavcev poskuša zagotoviti enako kakovost zdravstvene oskrbe vsem pacientom, je potrebno poudariti, da primerna in enakovredna oskrba pomeni ugotoviti in zagotoviti pacientove potrebe (Dreachslin et al., 2012). Slednje vključuje tudi naslavljanje pacientov kulturnih in socialnih potreb, saj je pravno zavezujoča in moralna dolžnost vseh zdravstvenih delavcev, da so kulturno kompetentni z namenom zagotavljanja kulturno dovzetne zdravstvene nege (Repo et al., 2017). Repo et al (2017) so identificirali nekaj faktorjev povezanih z razvojem medkulturnih kompetenc zlasti med medicinskimi sestrami: višja stopnja izobrazbe, delovna doba, dodatno izobraževanje iz medkulturne zdravstvene nege; etnocentrizem; komunikacijske sposobnosti in sposobnosti za interakcijo ter lingvistične sposobnosti.

Medkulturne kompetence lahko preprosto opredelimo kot sposobnost medicinske sestre ali babice, da ob lastnem zavedanju pomembnosti in razumevanju kulture v nujenju zdravstvene ali babiške nege s pridobljenim znanjem in veščinami pacientu/-ki, družini ali skupnosti zagotavlja kulturno

⁴³ Zahvaljujemo se Jani Čelhar, pomočnici direktorja za zdravstveno nego (Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna), za pomoč pri organizaciji fokusne skupine kot tudi vsem sodelujočim zdravstvenim delavcem, da so nam zaupali njihove izkušnje in poglede na medkulturno zdravstveno oskrbo migrantk.

dovzetno zdravstveno ali babiško nego, tj. takšno obliko zdravstvene ali babiške nege, ki ne zanika vrednot, prepričanj, običajev in navad pacienta/-ke, ampak jih vključuje v načrtovanje njegove / njene oskrbe. Zdravstveni delavci morajo sprejeti in spoštovati kulturno raznolikost, zavedanje o kateri je mogoče pridobiti skozi znanje in razvoj profesionalnih veščin (Prosen, 2018). Kulturnost je v pomoč zdravstvenim delavcem v zagotavljanju storitev, ki ustrezajo kulturnim in komunikacijskim potrebam pacientov. Kulturna oz. medkulturna kompetentnost je ključna sestavina visoko kakovostne in v pacienta usmerjene skrbi (Papadopoulos et al., 2016). Razvoj medkulturnih kompetenc je dinamičen, kontinuiran in vseživljenjski proces (Prosen, 2018) na katerega zelo vpliva družba v kateri se te medkulturne kompetence razvijajo (Repo et al., 2017). Z namenom nujenja kulturno dovzetne zdravstvene oskrbe s strani zdravstvenih delavcev, je nujno vključevanje vsebin o medkulturnosti v formalno in neformalno izobraževanje (Prosen, 2015; Prosen, 2018; Prosen et al., 2017) ter zdravstvene delavce opremiti z ustreznimi kliničnimi smernicami. Slednje do neke mere zagotavljajo ustrezno znanje o kulturi, veščine in pristope, ki zdravstvenim delavcem omogočajo odzivanje na pacientove potrebe s spoštovanjem, sočutjem in razumevanjem (Papadopoulos et al., 2016).

Eden izmed glavnih ciljev projekta INTEGRA je bil raziskati pristope zdravstvenih delavcev do migrantk s katerimi se srečujejo v kliničnem okolju ter njihovih izkušnjah pri nujenju zdravstvene oskrbe. Pri tem je postavljen poudarek na izzivih in ovirah pri zdravstveni oskrbi kot tudi zagotavljanju kulturno dovzetne zdravstvene oskrbe in ugotavljanju osnovanih dobrih praks v kliničnem okolju

2. Metode

Poročilo predstavlja preliminarne rezultate kvalitativne analize, katere cilj je bil dobiti vpogled v izkušnje in percepcijo zdravstvenih delavcev v zagotavljanju zdravstvene oskrbe migrantkam v kliničnih okoljih.

Raziskovalni dizajn je bil zasnovan na kvalitativnem pristopu, v okviru katerega je bila izbrana fokusna skupina kot metoda pridobivanja podatkov. Na ta način skozi interakcijo prihaja do pojavljanja takšne vrste podatkov do katerih sicer ne bi prišli z drugimi metodami zbiranja podatkov, kot je na primer individualni intervju (Bluff, 2006). Fokusno skupino je sestavljalo 8 sodelujočih, tj. zdravstvenih delavcev, ki so bili zaposleni na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti. Fokusna skupina je bila izvedena v Avgustu 2018.

Podatki so bili zbrani z delno strukturiranim intervjujem, zvočno snemani in dobesedno prepisani. Vprašanja za intervju so temeljila na ciljnih projekta INTEGRA in vključevala 11 osrednjih vprašanj (na primer "Nam lahko zaupate vaš pogled do migrantov v kliničnem okolju?"; "Nam lahko zaupate vase najpogostejše ovire s katerimi se srečujete pri zdravstveni oskrbi migrantk?"; "Nam lahko zaupate vase izkušnje s prevajalci/tolmači?"; "Nam lahko zaupate vase pozitivne izkušnje z migrant v kliničnem okolju?"; "Nam lahko zaupate vase negativne izkušnje z migrant v kliničnem okolju?"; "Nam lahko zaupate ali ste bili kdaj naprošeni, da opustite določene rutinske postopke zaradi določenih kulturnih vprašanj?"; »Kaj po vašem mnenju potrebujejo zdravstveni delavci kot ste vi za zagotavljanje kulturno dovzetne(občutljive) zdravstvene nege?«. V nekaterih primerih so bila postavljena določena podvprašanja in podane dodatne razlage z namenom pojasnitve izrečenega ali pridobitve dodatnih informacij.

Vsi udeleženci v raziskavi so bili obveščeni o namenu, ciljnih in metodah raziskovanja. Poudarjena sta bila zagotavljanje anonimnosti in prostovoljna udeležba v raziskavi. Sodelujoči, ki so se odločili za sodelovanje so morali dati pisno soglasje. Raziskava je potekala v skladu s Helsinško-Tokijsko deklaracijo (World Medical Association, 2013), Kodeksom etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2014) in priporočili za etiko v kvalitativnem raziskovanju (British Sociological Association, 2002). Izvedba raziskave je bila odobrena s strani Komisije za medicinsko etiko Republike Slovenije (26. 10. 2017; 0120-544/2017/7).

Kvalitativna analiza je bila narejena s pomočjo računalniškega programa NVivo verzija 12 (QRS International, Victoria, Australia). Prepis intervjuja je bil analiziran z metodo vsebinske analize, podrobneje tematsko analizo (Flick, 2002; Gibson and Brown, 2009; Matthews and Ross, 2010; Riessman, 2008; Sandelowski, 2000; Smythe, 2012). V tej fazi analize redukcija podatkov ni bila aplicirana, saj je bil namen prikazati vse preliminarnne rezultate z namenom vpogleda v vse vidike, ki bi jih bilo smiselno upoštevati v prihodnji pripravi kliničnih smernic.

3. Rezultati

3.1 Kvalitativna analiza

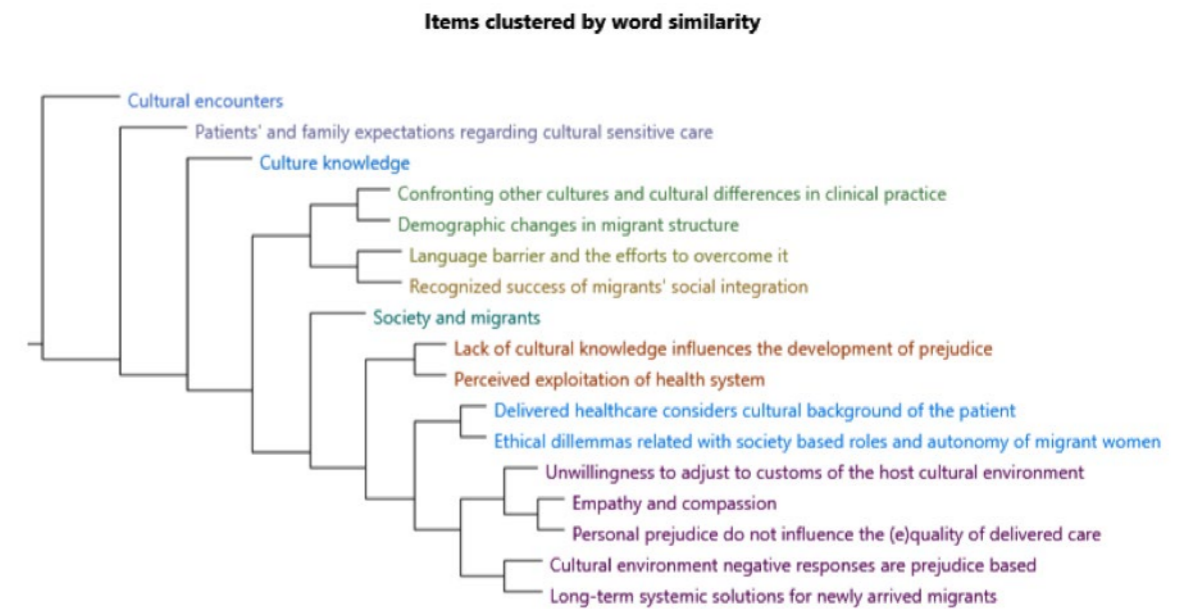
Fokusno skupino je sestavljalo osem zdravstvenih delavcev, ki so se prostovoljno odločili za sodelovanje v raziskavi. Vse udeleženke so bile ženske in so zaposlene v Bolnišnici za ženske bolezni in porodništvo. Med njimi jih je pet končalo podiplomski študijski program zdravstvene nege, tri pa so bil tehniki zdravstvene nege (poklicna šola). Povprečno so bile udeleženke zaposlene v trajanju 18,25 let (s=12,80), kjer je bil najkrajši delovni staž v trajanja 3 leta in najdaljši 35 let. Vse udeleženke so neposredno vključene v zagotavljanje zdravstvene nege ženskam na sekundarnem nivoju zdravstvene dejavnosti.

Pred tematsko analizo je preliminarna analiza vključevala frekvenco besed (Slika 1) in analizo grozdov, npr. primerjava besedne podobnosti in podobnosti kodiranja glede posameznih primerov (udeleženk). Elementi, združeni z besedno podobnostjo (Slika 2), so pokazali močno povezavo med primeri in potrdili združevanje v tematski analizi. Elementi, združeni s kodiranjem podobnosti, so pokazali tudi močna razmerja med šiframi, ki jih je izmeril Jaccard Index (J=1).

Slika 1: Najbolj pogosto izrečene besede v kodiranem besedilu (minimalna dolžina 6 črk/ 1000 besed)

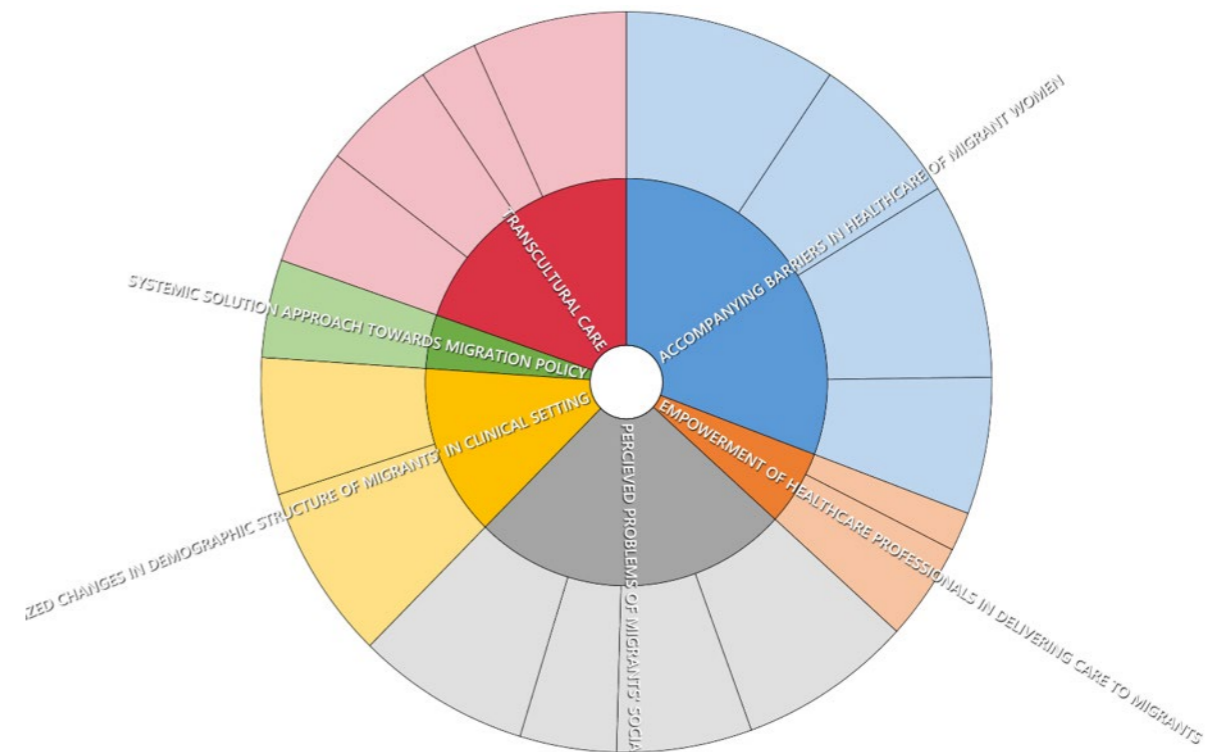


Slika 2: Primerjava podobnosti



Slika 3 predstavlja strukture kod oz. referenc povezanih z vsako identificirano temo.

Slika 3: Primerjava osrednjih tem glede na število kodiranih referenc



Tematska analiza je opredelila šest glavnih tem, ki pojasnjujejo izkušnje in percepcijo zdravstvenih delavcev o zagotavljanju zdravstvene oskrbe migrantk v kliničnih okoljih. Preliminarne teme so skupaj s podtemi prikazane v Tabeli 1. V tej fazi analize redukcija podatkov ni bila uporabljena.

Tabela 1: Identificirane teme in podteme tematske analize

Teme	Podteme
PREPOZNANE SPREMEMBE V DEMOGRAFSKI STRUKTURI MIGRANTK V KLINIČNEM OKOLJU	Spremembe v demografski strukturi migrantk v kliničnih okoljih
	Soočanje z drugimi kulturami in kulturnimi razlikami v klinični praksi
MEDKULTURNA ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA	Empatija in sočutje
	Zdravstveno obravnavo se prilagodi kulturi pacientke
	Lastni predsodki ne vplivajo na nudenje optimalne zdravstvene oskrbe
	Prisotna pričakovanja pacientk in družine do upoštevanja kulturnega ozadja v zdravstveni obravnavi
SPREMLJAJOČE OVIRE ZDRAVSTVENE OBRAVNAVE MIGRANTK	Jezikovna bariera in njeno premagovanje
	Etične dileme povezane s kulturno pogojenim položajem in avtonomijo žensk
	Prepoznano izkoriščanje zdravstvenega sistema
	Neznanje o kulturi vpliva na razvoj predsodkov
OPOLNOMOČENJE ZDRAVSTVENIH DELAVCEV ZA DELO Z MIGRANTI	Znanje o drugih kulturah
	Srečevanje z drugimi kulturami
PREPOZNANI PROBLEMI SOCIALNE INTEGRACIJE MIGRANTOV	Negativni odzivi okolja utemeljeni na predsodkih
	Nepripravljenost navadam gostujočega kulturnega okolja
	Prepoznani uspehi socialne integracije migrantov
	Družba in migranti
SISTEMSKO REŠEVANJE MIGRANTSKE PROBLEMATIKE	Dolgoročne sistemske rešitve novoprispelih migrantov

4.1.1 Prepoznane spremembe v demografski strukturi migrantk v kliničnih okoljih

Demografska struktura migrantk v kliničnih okoljih ni taka kot bi glede na sedanje migracijske trende lahko pričakovali. Migrantke iz držav, kot je Sirija oz. migrantke iz Centra za tujce ali drugih podobnih centrov so v porodnišnici redkost. Udeleženci opažajo veliko migracij iz nekdanjih jugoslovanskih republik, iz zdravstvenih razlogov (npr. nosečnosti). To velja še posebej za migrantke s Kosova. V kliničnem okolju se zaposleni neredko srečajo z osebami, muslimanske vere, vendar se pojavljajo vedno več, za sodelujoče v raziskavi t. i. novih kulturnih praks. Primer ki so ga izpostavili udeleženci so primeri pacientk, ki nosijo *burko* ali *nikab*, kar v preteklosti v kliničnih okoljih ni bilo vidno ali zares redko. Te kulturne in religiozne prakse pa pogosto narekujejo tudi način zdravstvene oskrbe v kliničnem okolju. Drugi izpostavljen primer pa se nanaša na spol zdravstvenega delavca npr. zdravstvena delavka ženskega spola je s strani pacientk migrantk bolj zaželena. Novo za udeležence je bilo tudi omejevanje samostojnega odločanja žensk migrantk. V nekaterih primerih je bil mož edina oseba, s katero je bilo zdravstvenemu osebju dovoljeno govoriti o vsebinah, ki so se dotikale zdravstvenega stanja ženske - soproge.

Izpostavljeno je bilo tudi dejstvo, da se zaposleni vse bolj srečujejo tudi z ženskami iz Rusije in Ukrajine ter tako posledično s prepričanji in običaji glede zdravja (ali bolezni) povezanimi z Rusko pravoslavno cerkvijo. Tu pa ne izražajo kakšnih posebnih razlik (v primerjavi z njihovo lastno kul-

turo). Kot so pripovedovali sodelujoči so odnos nekaterih migrantk ocenili kot "nespoštljiv" glede kulturnih navad države gostiteljice in obstoječih kliničnih praks; vendar je to podrobneje opisano v nadaljevanju.

4.1.2 Medkulturna zdravstvena obravnavava

Zdravstveni delavci so pokazali veliko sočutja in empatije do migrantov in njihovega položaja. Ta dva elementa sta bolj ali manj vseskozi del v "k pacientu usmerjeno" zdravstveno oskrbo. Empatija in sočutje se ne nanašata samo na žensko življenjsko zgodbo, lahko se nanašata tudi na nezmožnost zagotavljanja ustreznega prevajalca. Zaposleni skušajo optimalno skrbeti za vse pacientke. Pojasnijo pa, da ima organiziranost ustanove pomembno vlogo pri zagotavljanju transkulturne oz. medkulturne zdravstvene oskrbe, saj je po njihovem mnenju imperativ, da skrbno upoštevajo želje in potrebe pacientk. V pogovoru so navedli tudi več primerov tovrstne obravnave (v smeri upoštevanja potreb pacientk) kot npr. vključenost osebja ženskega spola v zdravstveno oskrbo pacientk, prisotnost moža pri vaginalnem pregledu, zagotavljanje posebne prehrane itn.

V dveh primerih, pa je bilo moč zaznati negativna osebna mnenja, temelječa na kulturnih razlikah in izkušnjah z migranti, kar lahko označimo kot predsodek/negativna predstava. Vendar pa je bilo poudarjeno, da bi morali biti vsi pacienti obravnavani enako. Kot smo že omenili, je bilo predstavljenih nekaj primerov (npr. ženske med hospitalizacijo skrivajo dejstvo, da razumejo angleški jezik), ki pa so bili za nekatere delavce ključni pri oblikovanju predsodkov ali stereotipov. V večini primerov te razlike izhajajo iz pomanjkanja kulturnih znanj. Izpostavljeno je, da je pri nekaterih migrantkah in njihovih družinah (sploh, če živijo v Sloveniji leto ali dve) posebej izraženo pričakovanje po upoštevanju njihove kulture in navad ob vstopu v zdravstveni sistem.

4.1.3 Spremljajoče ovire zdravstvene obravnave migrantk

Udeleženci so prepoznali jezikovno oviro kot eno glavnih ovir pri zagotavljanju zdravstvenega varstva. Omenjali pa so tudi metode, ki jih uporabljajo pri premagovanju te ovire. V premagovanju jezikovne ovire ne vidijo prepotrebne sistemske rešitve. Kot so navajali so »prepuščeni sami sebi« in tako so primorani iskati, včasih tudi »zelo inovativne« rešitve. Albanski jezik je za zdravstvene delavce najbolj zahteven. V nekaterih primerih prevaja mož pacientke. Taka rešitev je za zdravstvene delavce manj zaželena. V nekaterih primerih pa si pomagajo z albanskimi priseljenimi ženskami, ki živijo v bližini; včasih pa tudi pacientke namensko pripeljejo s seboj osebo, ki prevaja. Poročajo tudi, da so si v preteklosti pomagali tudi z osebo, ki je razumela albanski jezik, saj je bila zaposlena v bolnišnici. Včasih si pomagajo tudi z jezikovnim slovarjem, ki je lahko v tiskani obliki, ali pa uporabijo funkcijo »GOOGLE prevajalnik« preko mobilnega telefona.

Kot problem izpostavljajo pomanjkanje tolmačenja oz. prevajalskih storitev, ki bi bile dostopne 24 ur na dan. Še posebej je to izraženo v nočnem času, ko so dejansko prepuščeni »sami sebi«. Za nekatere druge kulture, s katerimi se srečujejo v klinični praksi, jezikovno oviro ocenjujejo kot manjši problem (na primer mnogi pacienti razumejo ali govorijo angleško; migrantke, ki govorijo jezik, ki pripada skupini slovanskih jezikov itd.). Nezmožnost razlage pacientkam pa se jim zdi sama po sebi problematična in frustrirajoča.

Druga ovira, ki jo zdravstveni delavci zaznavajo in ki v prihodnosti potrebuje posebno pozornost, so kulturno opredeljene vloge žensk in njihova avtonomija. Slednja je pogosto v kliničnem okolju postavljena pred preizkušnjo, saj je velikokrat lahko omenjena zaradi vloge soproga ali družine. Izpostavljeno je bilo, da so dosedaj zdravstveni delavci vedno komunicirali neposredno z žensko - pacientko, vendar pa so vse pogostejši primeri, ko je bil med ginekološkim pregledom prisoten soprog, ki je zahteval informacije vezane na zdravstveni status ženske. Zdravstveni delavci dojemajo takšne primere kot »ekstremne« in poudarjajo, da se pogosto soočajo z etično dilemo, saj se zavedajo, da etični kodeks veleva drugače.

V tem kontekstu se zdravstveni delavci dobro zavedajo, da če na primer ne bi dovolili prisotnosti moža med vaginalno preiskavo, ženska ne bi več obiskala ginekologa ali se udeležila presejanja (npr. PAP). Pri razpravi o jezikovnih ovirah in družbenem položaju žensk so udeleženci komentirali nekaj podobnih primerov iz kliničnih okolij, kjer pacientka (muslimanka), ki jo je spremljal mož, ni razumela slovensko v kontaktu z zdravstvenimi delavci (babica ali medicinska sestra). Izkazalo se je, da ko je mož zapustil bolnišnico (ali pa je zapustil sobo), da je ženska razumela slovensko in se je celo trudila odgovarjati v slovenskem jeziku.

V več primerih je po mnenju zdravstvenih delavcev bilo zaznano »izkoriščanje« zdravstvenega sistema s strani migrantk ali njihovih družin. Slednje se zdi zdravstvenim delavcem neupravičeno v odnosu do drugih pacientk. Udeleženci so tako opisali nekaj primerov »izkoriščanja« na primer dogodke povezane z neupoštevanjem bolnišničnih pravil (npr. omejeno število obiskovalcev, nena-ročen obisk zdravnika ne glede na dan in čas ter neprimerno vedenje). V tem kontekstu so udele-ženci opozorili, da se skušajo izogniti konfliktu (kulturni konflikt), kar pa je lahko zelo zahtevno. Videnje »izkoriščanja« in splošni vtisi, na katere očitno vpliva prevladujoče javno mnenje, so tudi posledica pomanjkanja znanja o drugih kulturah in prisotnih stereotipov o nekaterih kulturah ali migrantih na splošno.

4.1.4 Opolnomočenje zdravstvenih delavcev za delo z migranti

V fokusni skupini so udeleženci predstavili dva elementa, ki po njihovem mnenju močno pri-spevata k njihovi usposobljenosti pri obravnavi migrantk v kliničnih okoljih: kulturno znanje in srečevanje z drugimi kulturami. Zdravstveni delavci priznavajo, da nimajo znanj o kulturah in ustreznih kulturnih spretnosti, da bi zagotovili optimalno in celostno zdravstveno varstvo, čeprav si prizadevajo zagotoviti najboljšo skrb za vse. Pomembno je, da se zavedajo, da so kulturni stiki pomemben del razvoja kulturnih (ali medkulturnih) kompetenc. Prav tako se zavedajo, da kulturni stiki zmanjšujejo obstoječe predsodke in izboljšujejo medkulturne spretnosti.

4.1.5 Prepoznani problemi socialne integracije pacientov

Udeleženci so odprli vprašanje socialne integracije. Iz pripovedi je videti, da se priseljenci še vedno soočajo z negativnimi odzivi v okolju, čeprav se to počasi spreminja. Ena od medicinskih sester namreč opisuje njene izkušnje z nastanitvijo migrantov v skupnosti v kateri živi. Ljudje v njenem okolju, sedaj po dveh letih vidijo prisotnost migrantov kot pozitivno. V začetku »ko so mi-granti ravno prišli v našo skupnost«, in nadaljuje, so bili »starši otrok v vrtcu, kamor so bili otroci migrantov vključeni, največji nasprotniki«. Nekateri udeleženci so izrazili, da migranti nimajo želje po integraciji (bodisi zavračajo učenje slovenščine, se v skupnosti izolirajo - »geto«) ali pa je integracija »prepovedana«. V tem kontekstu je ena od medicinskih sester opisala primer, kjer je bilo ženski s strani moža prepovedano se z njo »povezati/sodelovati«. Ta medicinska sestra je rekla: »včasih moraš paziti, da ženske ne ogrožáš (s strani njenega moža)«. V zvezi z zdravstvenimi praksami je veliko medicinskih sester poudarilo, da so številne migrantke ohranile naravni pristop do poroda in bi se lahko mnoge zahodne ženske učile od njih. V tem kontekstu so omenjale prakse dojenja, prehranjevanje na splošno, skrb za novorojenčka itd. Nekdo izmed udeležencev je dejal: "... to vse deluje v njihovi kulturi. Vsi ostali smo pozabili na to". Nekaj udeležencev je nadalje po-udarilo, da so migranti »nepogrešljivi v vsaki družbi« in »če smo iskreni, migrante potrebujemo... to je sedaj jasno. Ni namreč mogoče, da bi naše gospodarstvo delovalo brez njihovega doprinosa/ udeležbe«.

4.1.6 Sistemsko reševanje migrantske problematike

Udeleženci so poudarili, da bo potrebno razviti nekatere nove sistemske rešitve, saj je trenutna socialna in zdravstvena politika do migrantov zastarela in ne odraža trenutnih potreb. Zdravstveni delavci so omenjali možnost zgodnjega učenja jezikov (ne po dveh letih) kot merilo za boljšo in-tegracijo v državo gostiteljico. Tečaj slovenskega jezika je bila s strani udeležencev izpostavljen kot obvezni del. Nekateri menijo, da je to pogoj življenja v državi gostiteljici že od začetka (pogoj za izdajo vizuma, azil). Udeleženci so tudi omenili, da bi bilo potrebno sprejeti vrsto ukrepov za boljšo integracijo (na primer zagotavljanje neke vrste zaposlovanja).

5. Zaključek

Med glavnimi izzivi, s katerimi se v današnjih časih srečujejo zdravstveni delavci, je zagotavljanje kulturno dovzetne zdravstvene oskrbe v vse bolj raznoliki družbi. Posamezniki ali skupine iščejo zdravstveno oskrbo, ki zagotavlja edinstvenost kulturnih potreb, prepričanj in vedenj. Zagota-vljanje zdravstvene nege, ki je osredotočena na pacienta in družino, zahteva od zdravstvenih delavcev priznavanje kulture posameznika ali družine, poznavanje lastne kulture in kako oboje medsebojno vpliva na celotno zdravstveno oskrbo (Hart and Mareno, 2016). V tem kontekstu imajo migranti posebne zdravstvene potrebe. Njihovi vzorci bolezni se lahko zelo razlikujejo od tistih, ki se pojavljajo pri avtohtonem prebivalstvu, prav tako so velikokrat marginalizirani in posledično izpostavljeni večjemu tveganju za bolezni povezane z revščino. Pogosto imajo zmanjšan dostop do zdravstvenih storitev zaradi komunikacijskih problemov, pomanjkanja znanja o razpoložljivih storitvah in so pod vplivom številnih drugih dejavnikov, povezanih z njihovimi izkušnjami pred, med in po prihodu v državo gostiteljico (Taylor, 2006), kar vpliva na njihovo zdravje.

Ugotovitve kažejo, da se zdravstveni delavci soočajo z demografskimi spremembami v strukturi migrantov, vendar te spremembe niso toliko demografske narave kolikor so kulturne. Ti kulturni premiki vplivajo na to kako klinična praksa gradi svoj pristop do določenih kulturnih skupin. Ta pri-zadevanja, da se zagotovi kulturno dovzetna oz. senzibilna zdravstvena nega, spremljata empatija in sočutje. Videti je, da so prisotni nekateri osebni predsodki, vendar pa obstaja tudi prepričanje, da si vsak človek zasluži enakopravno obravnavo. Zdravstveni delavci menijo, da so »kulturna pri-čakovanja« prisotna zlasti pri migrantkah in njihovih družinah, ki prebivajo v Sloveniji leto ali dve. Novo prispeli migranti redkokdaj zahtevajo takšen pristop, pri čemer so razlogi zato precej očitni. Glavna ovira pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe migrantkam, kot je bilo ugotovljeno že v števil-nih raziskavah (Hart and Mareno, 2016; Taylor, 2006), ostaja jezikovna bariera. Slednja vpliva tako na paciente kot zdravstvene delavce. Ugotovljeno je bilo, da se zdravstveni delavci pogosto poču-tijo nemočni pri zagotavljanju ustrezne oskrbe ravno zaradi jezikovnih ovir in nemožnosti, da jih uspešno premagajo. Zdravstveni delavci se soočajo z novimi etičnimi dilemami, saj je avtonomija ženske (pacientke) v tem primeru mnogokrat v nasprotju z njenimi kulturnimi tradicijami. Vloge med spoloma in patriarhat so v nekaterih kulturah migrantov odločilne pri zagotavljanju zdravja žensk, npr. brez ženske podrejenosti bi bilo njeno zdravje velikokrat v nevarnosti. Zdravstveni delavci prav tako izpostavljajo, da migranti, zlasti tisti, ki prebivajo v Sloveniji že nekaj let, iš-čejo načine za »izkoriščanje« zdravstvenega sistema. To zaznavanje je bilo prisotno pri nekaterih zdravstvenih delavcih, medtem ko so opisovali lastne izkušnje pri nekaterih primerih. Prav tako so zdravstveni delavci sami izpostavili, da jim primanjkuje znanj o različnih kulturah, to pa zavira zagotavljanje kulturno dovzetne zdravstvene oskrbe in je to pogosto tudi razlog za ustvarjanje stereotipov in predsodkov. Zdravstveni delavci se zavedajo, da je poznavanje različnih kultur, s tem pa tudi pridobivanje nekaterih kulturnih veščin zanje nujno potrebno. Prav tako so izpostavili, da se morajo naučiti "slišati drugo stran" (migrantkino) in razumeti njene izkušnje, ter imeti več kulturnih interakcij z drugimi kulturami. Menijo, da bi se na ta način bolje opolnomočili za delo z migrantkami v kliničnem okolju. Znanje o drugih kulturah, kulturna senzibilnost in kulturne kom-

petence so ključni elementi zdravstvene oskrbe, vendar pa morajo biti ti elementi del strategij za oceno pacientkinih potreb kot tudi strategij za razvoj storitev (Tilki, 2006).

5.1 Implikacije za klinično prakso

Delovni sklop 3.1.2 je izpostavil nekaj zelo pomembnih vprašanj glede nudenja zdravstvene oskrbe migrantkam v kliničnih okoljih. Rezultati vnovič potrjujejo, da je za zdravstvene delavce projekt INTEGRA zelo dobrodošel, saj v kliničnih okoljih primanjkujejo smernice za zagotavljanje kulturno dovzetne zdravstvene oskrbe. Ugotovitve potrjujejo zaključke, ki so že bili identificirani znotraj delovnega sklopa 3.1.1: zdravstvene ustanove bi morale pozorneje obravnavati vprašanja glede jezikovnih barier; dodatno razvijati vlogo patronažne medicinske sestre v skupnosti; izobraževati zdravstvene delavce skozi formalno (zagotavljanje formalnih vsebin znotraj učnih načrtov) in neformalno (vseživljenjsko učenje) obliko, vključno z izobraževanjem podpornega osebja. Prednostna naloga, je po mnenju intervjuvanih, sprejetje ukrepov za premagovanje jezikovne ovire. Slednji tudi menijo, da bi morala zakonodajna oblast temu vprašanju nameniti več pozornosti. Dodatna priporočila za klinično prakso bi lahko vključevala tudi promocijo socialne kohezije / vključenosti med zdravstvenimi delavci, zaposlovanje rasno in etnično bolj raznolike zdravstvene delovne sile (Hart and Mareno, 2016), timski pristop dela in nudenje kontinuirane zdravstvene oskrbe migrantkam v kliničnih okoljih.

LITERATURA⁴⁴

- Amiri R, Heydari A, Dehghan-Nayeri N, et al. (2016) Challenges of Transcultural Caring Among Health Workers in Mashhad-Iran: A Qualitative Study. *Global Journal of Health Science* 8: 203-211.
- Anderson NLR, Andrews M, Bent KN, et al. (2010) Chapter 5: Culturally Based Health and Illness Beliefs and Practices Across the Life Span. *Journal of Transcultural Nursing* 21: 152S-235S.
- Bjarnason D, Mick J, Thompson JA, et al. (2009) Perspectives on transcultural care. *Nurs Clin North Am* 44: 495-503.
- Bluff R. (2006) Interviewing in qualitative research. In: Cluet ER and Bluff R (eds) *Principles and practice of research in midwifery*. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier, 221-242.
- British Sociological Association. (2002) Statement of Ethical Practice for the British Sociological Association. British Sociological Association,.
- Dreachslin JL, Gilbert MJ and Malone B. (2012) *Diversity and Cultural Competence in Health Care : A Systems Approach*, Somerset, UNITED STATES: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Flick U. (2002) *An introduction to qualitative research*, London: Sage.
- Gibson WJ and Brown A. (2009) *Working with Qualitative Data*, London: Sage.
- Hart PL and Mareno N. (2016) Nurses' Perceptions of Their Cultural Competence in Caring for Diverse Patient Populations. *Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare* 6: 121-137.
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije. (2014) Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije,.
- Matthews B and Ross L. (2010) *Research methods: A practical guide for the social sciences*, Essex: Pearsons Education Limited.
- Papadopoulos I, Shea S, Taylor G, et al. (2016) Developing tools to promote culturally competent compassion, courage, and intercultural communication in healthcare. *Journal of Compassionate Health Care* 3: 2.
- Prosen M. (2015) Introducing Transcultural Nursing Education: Implementation of Transcultural Nursing in the Postgraduate Nursing Curriculum. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 174: 149-155.
- Prosen M. (2018) Developing cross-cultural competences: opportunity for ensuring health and healthcare equality and equity. *Slovenian Nursing Review* 52: 76-80.
- Prosen M, Karnjuš I and Ličen S. (2017) Razvijanje medkulturnih kompetenc med študenti zdravstvene nege. In: Rutar S, Čotar Konrad S, Štemberger T, et al. (eds) *Vidiki internacionalizacije in kakovosti v visokem šolstvu*. Koper: University of Primorska Press, 139-153.
- Repo H, Vahlberg T, Salminen L, et al. (2017) The Cultural Competence of Graduating Nursing Students. *J Transcult Nurs* 28: 98-107.

- Riessman CK. (2008) *Narrative methods for the human sciences*, Los Angeles: Sage.
- Sandelowski M. (2000) Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health* 23: 334-340.
- Smythe E. (2012) Discerning which qualitative approach fits best. *New Zealand College of Midwives Journal* 46: 5-12.
- Taylor G. (2006) Migrants and refugees. In: Papadopoulos I (ed) *Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 45-64.
- Tilki M. (2006) Human rights and health inequalities: UK and EU policies and initiatives relating to the promotion of culturally competent care. In: Papadopoulos I (ed) *Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 25-44.
- World Medical Association. (2013) World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association* 310: 2191-2194.

⁴⁴ Pregled literature je bil pripravljen s programom EndNote X8, nakup katerega je sofinanciran iz projekta INTEGRA.

POGLED ZDRAVSTVENIH DELAVCEV IN IZKUŠNJE SKUPNOSTI PRISELJENCEV TER MEDIKULTURNIH POSREDNIKOV

Ornella Urpis⁴⁵

Oddelek za politične in družbene vede, Univerza v Trstu

Da bi v zdravstvenem sektorju opredelili uspešne prakse in strokovne vidike pri vzpostavljanju aktivnega državljanstva tujcev, kar prispeva k ovrednotenju in širjenju zdravja v naši državi, smo izvedli več ciljnih dejavnosti. Relevantne problematike smo raziskali na podlagi izkušenj strokovnih delavcev (za pripravo smernic) in različnih subjektov, ki se ukvarjajo s priseljevanjem. Prav z ustreznimi normami, usmeritvami in odnosi v zdravstvenem sektorju, ki krepijo vključevanje in socialno kohezijo, je namreč mogoče najbolje poskrbeti za zdravje oz. preprečevanje težav in obolenj (Geraci, 2012).

V nadaljevanju predstavljamo rezultate različnih dejavnosti na terenu (razčlenjene intervjuje z zdravstvenimi delavci, delo s fokusnimi skupinami, srečanja s skupnostjo migrantov in njihovimi predstavniki, izkustvene delavnice z medkulturnimi posredniki), s katerimi smo želeli opredeliti težave žensk in prakse za njihovo reševanje.

1. Pogled strokovnih delavcev

V okviru projekta sta bili izvedeni dve srečanja. Prvo srečanje je bilo v Trstu; sodelovali so zdravniki in drugi strokovni sodelavci bolnišnice Burlo Garofolo in Oddelka za politične in družbene vede, vključeni v projekt *INTEGRA*, ter trije zdravniki postojnske bolnišnice (med temi je bil tudi predstojnik ginekološkega oddelka). Drugo srečanje, pri katerem je pomagalo in sodelovalo več kot 50 zdravstvenih delavcev iz Italije in Slovenije, pa je potekalo v okviru uradne predstavitve projekta v bolnišnici Burlo Garofolo.

Za tem smo izvedli tudi razčlenjene intervjuje in organizirali operativno srečanje, med katerim so se zdravniki in zdravstveni delavci bolnišnice Burlo Garofolo (pet zdravnikov - med njimi specializantka za porodništvo -, socialno-zdravstvena delavka in vodstvena delavka) sestali z raziskovalko Oddelka za politične in družbene vede. Na ta način smo (s pomočjo zapiskov ali posnetih pogovorov) zbrali izkušnje in opažanja delavcev s tega področja.

Srečanja so prispevala k vzajemni izmenjavi znanj in primerjavi različnih okolij ter izkušenj⁴⁶. Vse ugotovitve bomo povzeli in jih združili v kategorije, ki predstavljajo ključne vidike zdravstvene oskrbe migrantske populacije, in sicer razkorak med zdravstveno kulturo in »drugimi« kulturami, tradicionalne družbene prakse in bolnišnične prakse, odnos med zdravnikom in pacientom v luči novih družbenih izzivov, organizacijo zdravstvenih storitev, vlogo medkulturnih posrednikov itd.

Stik med zdravstvenimi delavci in tujimi uporabniki zdravstvenih storitev povzroča vzajemno spreminjanje vedenja in odnosa, ki je pogosto posledica nezaupanja ob stiku z »raznoolikostjo« kot rezultatom medkulturnih odnosov (Ciancio, 2005). To lahko pri zdravstvenem delavcu ustvarja stisko, ki je povezana z njegovimi kulturnimi predstavami, in od njega zahteva temeljit razmislek o vrednosti pomoči, da si le-to osmisli v luči novih potreb (El-Hamad e Pezzoli, 2005). Gre za stimulativen izziv za zdravstvene delavce, ki prispeva k obogatitvi in poglobitvi strokovnih in drugih splošnih humanističnih vidikov (Mottini, 2007).

⁴⁵ Zahvaljujemo se prof. Giorgiu Porcelliju, da nam je pomagal pri vzpostavljanju prvih stikov na terenu z islamskimi skupnostmi; Združenju mladih muslimanov v Italiji (*Associazione Giovani Musulmani d'Italia*) za razprave o porokah in patriarhalnih tradicijah; doktorici Fulvii Riccardi z Inštituta za ekonomske in socialne raziskave Furlanije - Julijske krajine (IRES) za oris stanja na področju medkulturnega posredovanja v deželi; medkulturnima posrednicama Soumii Erraj in Aminati Bangagne ter ANOLF-u.

⁴⁶ Prim. www.sociologiadellasalute.org.

1.1. Razmerje med multikulturalnostjo in bolnišničnimi praksami

- Ženske iz nekaterih geografskih območij imajo *drugačne somatične in telesne značilnosti kot model kavkaške ženske, ki smo ga navajeni*. Medicinski postopki se morajo temu prilagajati in izdelati drugačne modele ravnanja, na primer pri porodu in odmerjanju protibolečinskih sredstev.
- *Nacionalne morfološke parametre je treba prednostno revidirati*, da se bodo kot normalni lahko obravnavali primeri otrok, katerih mere odstopajo od kodificiranih standardov, a ne pomenijo nujno abnormalnosti, zaradi katerih bi ti otroci potrebovali specialistično zdravljenje.
- *Priseljenci si napačno razlagajo birokratske postopke in prakse*. Ker ne poznajo organizacijskega modela, strokovnim delavcem pripisujejo pomanjkanje sočutja do njih kot tujcev in si obnašanje osebja razlagajo kot diskriminatorno.
- Obravnava pacientk, ki boleha za nepoznanimi boleznimi ali boleznimi, ki so v naši državi zelo redke, ter izmenjava kliničnih primerov med jutranjimi sestanki na oddelku *bogati strokovno znanje*.
- *Razmerje med različnimi pogledi na življenje in bolnišničnimi praksami*. Nekatere osebe iz kulturnih ali verskih razlogov zavračajo prenatalno diagnostiko/splav itd. Medicinsko vedenje je v tem primeru v navzkrižju z drugačnim pogledom na svet in eksistenco. Izbiro pacienta pa je težko uskladiti z birokratskimi predpisi in pravno odgovornostjo strokovnega delavca.
- Vprašanje je, do kakšne mere lahko obveščanje pacientke o rezultatih glede njenega spolnega zdravja v prisotnosti moža obravnavamo kot *etično ravnanje*.

1.2. Slovenski in italijanski sistem porodniške oskrbe pacientk

- Slovenski zdravstveni delavci so izrazili posebno zanimanje za sodelovanje, da bi se bolje seznanili z migrantskim pojavom v Italiji in z *odzivom italijanskega zdravstvenega sistema na stik z drugimi kulturami*. Med priseljenci v Sloveniji trenutno prevladujejo samo določene kulturne skupnosti, medtem ko so priseljenjski tokovi v Italiji bolj raznoliki (priseljenci prihajajo z vsega sveta). V okviru evropskega sodelovanja pri razporejanju priseljenjskih kvot bo najbrž tudi slovenska priseljenjska populacija postala bolj kulturno raznolika, čemur bo treba ustrezno prilagoditi obstoječe zdravstvene prakse.
- *Pomanjkanje medkulturnega posredovanja*. Odsotnost medkulturnega posrednika izkrivlja odnos med zdravnikom in pacientko, saj je glavna referenčna oseba v pogovoru mož ali kak drug sorodnik/prijatelj. V Italiji se je v nekaterih primerih pri primerjavi prevoda z medkulturno posrednico izkazalo, da je mož naredil napake pri prevodu ali pa je pogovor name-noma drugače prevedel na podlagi svoje lastne interpretacije. Poleg tega se na ta način s pacientko ne vzpostavi osebni odnos, kar pa je na omenjenem področju, ki zadeva intimo pacientke, ključnega pomena.

1.3. Razmerje med kulturami oziroma kulturnimi sistemi in medicinskimi praksami

- Primeri zavrnitve carskega reza iz *tradicionalnih/verskih razlogov*, kar ogroža življenje otroka in onemogoča postopke zdravljenja, ki jih izvajajo zdravstveni delavci.
- Izkrivljanje informiranega soglasja, do katerega pride zaradi *drugačnega dojetja ali pomanjkanja pojma individualnosti posameznika*. V številnih kulturah je človek del skupnosti (družine) in ga ni mogoče ločiti od nje.
- Izkrivljanje informiranega soglasja, do katerega pride zaradi nepoznavanja jezika ali odsotnosti kulturnega posrednika in posledičnega *tolmačenja medicinske terminologije tudi s pomočjo neverbalne komunikacije*.

- *Oblikovati bi bilo treba normirane postopke*, ki bi jim zdravstveni delavci na oddelku sledili pri obravnavi pacientk s pohabljenimi spolnimi organi v času nosečnosti, pri porodu in po njem (obveščanje družinskega zdravnika itd.).
- *Razlike v obnašanju in drugačno dojetje bolečine* med populacijami iz podsaharske Afrike in azijskih držav vodijo v drugačen odnos zdravstvenih delavcev glede na izvorno kulturo pacientke.

1.4. Odnos med zdravstvenimi delavci in pacientkami

- Soprogom muslimanskih žensk je težko razložiti, da je *bolniška oskrba brezplačna* in so zato razpoložljivi zdravniki lahko tako ženske kot moški, odvisno od izmene.
- Trenutki globoke izpovedi in *zaupanje osebnih izkušenj* med ženskami, ki so v drugačnih okoljih prestale hude družbene stiske, in zdravstvenimi delavci.
- Napetosti, ki so povezane z *občutkom manjvrednosti tujcev*, kar privede do izkrivljenega dojetja realnosti. Nekateri obtožujejo zdravstvene delavce, da jih obravnavajo drugače, ker so tujci, to pa samo zato, ker morajo čakati v vrsti ali zadostiti pravnim zahtevam, ki jih ne razumejo.
- *Prisotnost moških zdravnikov* na oddelku lajša razumevanje in solidarnost med zdravnikom in pacientkinim soprogom ter blaži morebitne napetosti zaradi vmešavanja moža v medicinske prakse.
- *Drugačne higienske navade*. Oviro pri komunikaciji lahko včasih predstavlja pomanjkljiva čistoča ali drugačne telesne vonjave zaradi drugačne prehrane.

1.5. Organizacijski vidiki in zdravstvene politike

- *Splošno prakso v bolnišnicah*, ki predvideva, da je oseba, ki pacientko spremlja, prisotna ves čas - pri izvajanju preiskav, pregledov ali med porodom - je treba preoblikovati, da bo bolj restriktivna.
- *Zdravstveni delavci opozarjajo, da nimajo »besede« pri javnih politikah*. Poudarjajo, da je prišlo do resnega upada spoštovanja v odnosu do javnega dobrega. Zdravstveni zavodi so nazadovali, saj je povišanje socialnih stroškov spodbujalo zasebne storitve. Javni delavci čutijo vse večje nezadovoljstvo, pomanjkanje spoštovanja in ugleda smed avtohtonim prebivalstvom ter vse večji pritisk in agresivnost »drugih« kultur.
- Medkulturno posredovanje v času nočnih izmen. Trenutno imajo v bolnišnici Burlo Garofolo na voljo posredovanje/tolmačenje samo čez dan. Ponoči in v nujni primerih čez dan bi zdravstveni delavci potrebovali možnost *telefonske pomoči ali pomoči prek programa Skype* tako kot v ZDA in drugih državah.
- Ko govorimo o spolnem in reproduktivnem zdravju, se je nujno treba posvetiti tudi temi spolnega užitka kot ključnega elementa ženskega spolnega zdravja. Koristno bi bilo vpeljati koncept *spolne dobrobiti*, ki bi zajemal vse vidike svobodnega uživanja v spolnosti.
- Potreba po tem, da bi *zdravniki imeli status uradne osebe*, kar bi jim dajalo večjo avtoriteto pri stiku s soprogi pacientk in na splošno v konfliktnih situacijah.
- *Težave z informiranim soglasjem*, ki so povezane s *konceptom popolne odvisnosti ženske od moža in morebitnim kršenjem volje ženske*. Zdravstveni delavci pogosto opažajo, da je žena podrejena možu. Tudi v primerih, ko ženska potrdi, da želi, da je mož prisoten pri ginekološkem pregledu ali porodu in privoli (ali ne privoli) v določen poseg, se vedno pojavljajo dvomi, ali gre res za svobodno izbiro.
- Pomanjkanje ustreznih kazalnikov, s katerimi bi prepoznali strah žena pred možmi ali družinami; le-ta je povezan z nasiljem kulturnega značaja, ki ženskam ne podeljuje pravice do svobodnega odločanja. Poleg oviranja v postopku pridobitve prostovoljnega soglasja lahko

mož predstavlja oviro tudi v vsakdanjem življenju. *Pomanjkanje kazalnikov nasilja kulturnega značaja* vodi v legitimacijo nasilja, če le-to prihaja iz »drugih« kultur in je povezano s tradicijami in kulturnimi razlikami. Posledično se dogodek ne prijavi socialnim službam.

- *Ker ni ustreznega postopka preverjanja dela, ki ga prek zadruga opravi zunanji izvajalec*, se v primeru težav med zdravstvenim osebjem in medkulturnim posrednikom te pomanjkljivosti ne zabeležijo v referenčni dokument. Pomanjkanje povratnih informacij onemogoča izboljšavo same storitve.

2. Fokusne skupine in opazovanje z udeležbo

Organizirani sta bili dve fokusni skupini z bangladeškimi ženskami v njihovih bivališčih v Trziču; dejavnosti se je udeležilo približno dvajset žensk. Poleg tega sta bili organizirani tudi dve srečanji v islamskem kulturnem centru v Pordenonu, ki predstavlja enega največjih muslimanskih molitvenih centrov v deželi Furlaniji - Julijski krajini.

Izbrana orodja so z metodološkega vidika pomembna predvsem zaradi medčloveške interakcije (in odnosa z okoljem); v teh primerih bi bil lahko formalni pristop z zastavljanjem vprašanj posameznikom manj učinkovit, eksperimentalno raziskovanje pa problematično ali celo nemogoče. V primeru bangladeških žensk v Trziču in v okviru molitvenega in družabnega centra za ženske je raziskovalec opazoval realnost, tako da se je sam vključil v okolje, potem ko si je pridobil zaupanje navzočih. Na ta način je bil v neposrednem stiku z osebami in je sodeloval v konkretnih situacijah.

⁴⁷

Dve tematski skupini z bangladeškimi ženskami sta zaradi značilnosti opazovane populacije potekali na »neobičajen« način. Obe srečanji sta potekali na domu medkulturne posrednice (ker nobena ženska ni znala italijansko), število sodelujočih pa se je spreminjalo glede na njihove opravke in potrebe majhnih otrok. Prisotnost Italijanke v njihovih domovih je bila zanje nekaj novega in je predstavljala vesel dogodek, novo priložnost za druženje in vzajemni stik.

V neposrednih srečanjih na terenu so se pojavile predvsem te potrebe:

1. Zagotavljanje kontinuitete zdravljenja, pri katerem se pojavljajo težave zaradi oddaljenosti referenčne skupnosti od bolnišnice. Ženske ob odhodu iz bolnišnice s sabo vzamejo vso potrebno dokumentacijo, a potem ne jemljejo zdravil - včasih dokumentacijo izgubijo, ne upoštevajo določenih odmerkov, ker ne znajo brati navodil v italijanščini ipd.
2. Poznavanje različnih vrst kontracepcije, še posebej za ženske, stare več kot štirideset let, ki so že babice in ne le matere.
3. Pravo medkulturno posredovanje s tolmačenjem. Lokalne zdravstvene storitve so dobre, a obstajajo težave (še posebej pri otrocih), ker ženske vedno napotijo v bolnišnico Burlo Garofolo. »*Ko je kaj narobe, ti takoj rečejo: ‚Pojdi v Burlo‘.*« Ko pridejo v bolnišnico Burlo Garofolo, ne vedo, kam naj gredo (soba, pisarna itd.). Bolnišnica Burlo Garofolo zato prek zadruga, ki skrbi za storitev medkulturnega posredovanja, zaprosi za posrednika, a ta včasih govori samo angleško in ne jezika posamezne pacientke.
4. Neposreden stik s sistemom prek storitve posredovanja med institucijo in skupnostjo, tudi za preventivne ukrepe (test HPV).
5. Zdravstveni nasveti, ki zadevajo tudi fizično aktivnost in prehrano. Uživanje maščob in sladkorja povzroča resne prebavne motnje. Pomoč potrebujejo še posebej nosečnice, ki ne vedo, katera prehrana je zanje najustreznejša.
6. Poznavanje ustreznega ravnanja v primeru carskega reza; veliko žensk rodi s carskim rezom (v Trziču) in na primer ne vedo, kako naj čistijo rano ipd.

V okviru aktivnih opazovanj smo posebno pozornost namenili islamskemu kulturnemu centru v Pordenonu.

⁴⁷ Ta pristop je značilen za etnografsko raziskovanje. Več o uporabi opazovanja z udeležbo si lahko preberete v publikaciji Cefaia (2013), metodološke vidike pa opisujeta Corbetta (1999) in Cardano (2011).

Obe srečanja sta potekali na sedežu centra; prvega srečanja so se udeležili imam in nekateri člani upravnega odbora, drugo srečanje pa je bilo izpeljano ob velikem prazniku, ki ga v arabski šoli prirejajo za konec šolskega leta. Prisotnih je bilo več kot 500 oseb (ob verskih dogodkih sprejme center do 3000 oseb).

Islamski kulturni center se nahaja v Ulici Comina 29. Industrijsko halo, v kateri je center, je skupnost kupila leta 2009 z bančnim posojilom, ki pa ga je v nekaj letih tudi v celoti odplačala.

Upravni odbor islamskega kulturnega centra sestavljajo samo moški, medtem ko so v združenju mladih muslimanov v Italiji prisotne tudi ženske, ki si prizadevajo za priznavanje pravic žensk in se borijo proti plemenskim običajem prisilnih porok oz. pohabljanja ženskih spolnih organov: »*Tradicije ne smemo pomešati s sporočilom Korana. Pogosto si moški lastijo privilegije in se sklicujejo na vero, a to je njihova tradicija, ne vera. To dvoje se pogosto pomeša; kar veliko moških počne, ni v skladu s sporočilom Preroka.*« (Maročanka)

Imam potrjuje, da se pogosto ukvarjajo z vprašanjem spoštovanja žensk v islamu, čeprav v primeru nasilja vernikov obravnave ne predajo nacionalnim pravosodnim organom, ampak jih rešujejo znotraj skupnosti ob posredovanju imama: »*Pojavljajo se tudi primeri nasilja nad ženskami; pridejo se pogovoriti z mano in jaz poskušam narediti, kar je mogoče. Težava je, da je veliko oseb tukaj brez družine in ne vedo, kako naj ravnajo, ko pride do težav, in ne znajo ponovno vzpostaviti miru v družini, zato pridejo k meni po nasvet.*« (imam Hosny)

Združenje mladih muslimanov odpira teme za razpravo o preoblikovanju tradicionalnih vlog družini, ki je še vedno izrazito patriarhalna. Mladi se borijo proti prisilnim porokam in pohabljanju ženskih spolnih organov, saj te prakse niso v skladu z islamom.

3. Izkustvena delavnica z medkulturnimi posredniki

Medkulturni posredniki imajo vse pomembnejšo vlogo pri socialno-zdravstvenih storitvah, tako pri stiku s pacienti kot z osebjem (Adinolfi, 2005; Baraldi 2013), saj ustvarjajo vez med različnimi kulturnimi pripadnostmi in institucijami v naši državi (Crinali e Bestetti, 2000) ter s tem vplivajo na kakovost opravljenih storitev in stopnjo integracije (Crinali e Bestetti, 2000). Ne smemo pozabiti na to, da odsotnost medkulturnega posrednika v bolnišnici pogosto onemogoča neposreden stik s pacientom. Ob pomanjkanju posrednika je prevajanje tujim pacientkam, ki ne govorijo italijansko (te so tudi najbolj ranljive), poverjeno možu ali otrokom, kar ima seveda na primer ob pogovoru o spolnosti in reprodukciji obsežne psihološke posledice.

V Italiji se je medkulturno posredovanje začelo razvijati na začetku devetdesetih let, ko je prišlo do prehoda iz faze vključevanja posameznih migrantov v drugo fazo migracijskega cikla oziroma v fazo sprejemanja, stabilizacije in integracije družin.

V teh letih je prišlo do pomembnih sprememb v vlogi in statusu skupin migrantov, ki so se iz skupin »priseljencev« oblikovale v »etnične manjšine«, kar je prispevalo k stabilizaciji in rasti politične ozaveščenosti manjšinskih skupnosti ter k priznavanju pravic s strani italijanskih institucij.

Medkulturno posredovanje se je začelo razvijati najprej v omejenem obsegu, potem pa je postalo vse bolj razširjeno, še posebej v deželah na severu države: prav mesta na severu Italije so začela sistemsko implementirati tovrstne posrednike. Kot je značilno za vsako novost, so bili tudi v tem primeru začetki sporadični, okolja, v katerih se je začela storitev izvajati, pa so bila izbrana naključno (Esposito e Vezzadini, 2011).

Za manjšim časovnim zamikom so se pojavili različni izobraževalni programi in druge dejavnosti, ki so pripomogle k širitvi poklica (Urpis, 2018).

Leta 2009 je bil podan predlog pooblastilnega zakona, ki ga je v parlamentu na začetku februarja predstavil Aldo di Biagio, poslanec stranke Ljudstvo svobode (PDL), izvoljen v volilnem okrožju »tujina – Evropa«. Med podpisniki predloga so bili tako poslanci koalicije kot opozicije, predlog pa je bil predstavljen na novinarski konferenci v poslanski zbornici.

Od vlade so zahtevali, da z zakonsko uredbo vzpostavi register medkulturnih posrednikov in re-

gister združenj za medkulturno posredovanje ter uskladi že obstoječo zakonodajo. Predlog je predvideval usposabljanje, pri katerem bi sodelovale institucije, pa tudi socialni partnerji in tako imenovani tretji sektor, a ni dobil dovolj podpore.

Na državni ravni področje še vedno ni zakonsko urejeno in profil poklica medkulturnega posrednika ostaja nedefiniran. Dežela Furlanija - Julijska krajina je z deželnim zakonom L. R. 31/2015 *Norme per l'integrazione delle persone straniere immigrate* (Predpisi za integracijo tujih priseljencev) vzpostavila deželni seznam medkulturnih posrednikov prav z namenom, da bi premostila vrzel med ponudbo in povpraševanjem na področju medjezikovnega in medkulturnega posredovanja, ustanovila pa je tudi deželne programe poklicnega usposabljanja.

Da bi lahko opazovali značilnosti poklica medkulturnega posrednika in поблиžje spoznali migrantško populacijo, smo v okviru deželnega programa poklicnega usposabljanja (ki ga v Trstu izvaja inštitut IRES) organizirali izkustveno delavnico. Smernice za pogovor so služile kot iztočnica za obravnavo različnih tem. Pisni prispevki posrednikov so se izkazali za bogat in zelo koristen material pri interpretaciji vloge medkulturnega posrednika v zapletenih situacijah ter pri razumevanju težav ob njihovem usposabljanju.

Na delavnici je sodelovalo 18 medkulturnih posrednikov, ki obiskujejo deželni program usposabljanja: osem moških in deset žensk, od katerih so vsi, razen enega, rojeni v tujini. Med njimi je veliko tujcev brez italijanskega državljanstva. Vzorec je zelo zanimiv iz različnih analitičnih zornih kotov, saj so sodelujoči privilegirani opazovalci stanja na področju priseljevanja, obenem pa so tudi sami - kot tujci - predmet analize.

Poleg vprašanj o najpomembnejših temah na področju medkulturne komunikacije smo izpostavili tudi konkretne primere, da bi videli, kako bi posredniki reagirali v različnih situacijah; njihovo posredovanje omogoča namreč boljše poznavanje migrantske populacije. Med aktivnim opazovanjem smo zbrali zelo koristne informacije o težavah pri tematizaciji nasilja na podlagi spola in o metodah posredovanja, ki se razlikujejo glede na spol medkulturnega posrednika in stopnjo njegove lastne integracije v italijansko okolje.

Ugotovili smo, da se z organizacijskega vidika program osredotoča predvsem na pravice tujcev in mednarodno zaščito, le malo pa na pravice žensk, na italijansko družinsko pravo, na tehnično posredovanje v bolnišničnem okolju in na značilnosti družbene vloge medkulturnega posrednika kot vodnika novih priseljencev na poti vključevanja v italijansko družbo. Na podlagi ugotovitev v strokovni literaturi lahko sklepamo, da bi moral posrednik, ki naj bi poznal predpise in vrednote ter kulturne in družbene značilnosti družbe gostiteljice, pripomoči k integraciji migrantov. Veliko intervjuvancev je bilo glede tega zbeganih. Posrednik, ki se je rodil v Afriki, poudarja: »*Moja kultura je islamska in kot musliman sem drugačen.*« Pri vprašanju o poznavanju italijanskega zakonika o družinskem pravu se je izkazalo, da večina ne pozna podrobno nobenega člena, njihovi odgovori pa so bili precej splošni. V nadaljevanju navajam nekatere odgovore, saj dobro ponazarjajo, kako zahtevna je vloga posrednika pri vprašanjih nasilja nad ženskami, osebne izbire in enakosti med spoloma: »*Glavne pravice, ki jih lahko ima ... da lahko dela v družbi in ima storitve na področju zdravja.*« (moški posrednik); »*S pravnega vidika, a se to na splošno odklanja, ima vsaka oseba pravico do združitve družine. Ta pravica je zagotovljena političnim beguncem ...*« (moški posrednik). Ženske posrednice so pri odgovorih vsebinsko bolj natančne in se bolj zavedajo pravic žensk v italijanskem družinskem pravu. »*Koncept roditeljske pravice je temeljnega pomena: ni več samo oče tisti, ki odloča, ampak tudi mati oziroma starš v primeru ločitve ... Tudi sama ločitev in splav sta temeljni pravici.*«

V povezavi z značilnostmi migrantske populacije in s težavami pri dostopu do zdravstvenih storitev se odpirajo zanimiva vprašanja. Številne izjave sodelujočih opisujejo primere nasilja v družini (spolne zlorabe, družinsko nasilje, prisilne poroke, nasilje nad mladoletniki).

Glede zakonskih zvez opažamo, da so prisilne poroke prisotne v kulturi številnih oseb, ki živijo na našem ozemlju. Moški posrednik pravi: »*Kar sem videl ... moževa družina vpraša ženino družino, če se strinja. Žena nima veliko izbire.*« Tudi drugi posrednik pravi, da so »*kurdske družine, ki pri-*

hajajo iz Turčije, v večini primerov starši, mlade ženske (18, 19 let) se poročijo z moškimi, ki so jim jih poiskali starši, prijatelji ali bližnji.« Ženska posrednica opisuje koncept albanske družine: »V kulturi albanske skupnosti so zakoni in pari večinoma dogovorjeni, ne manjka pa niti parov, kjer sta /ženin in nevesta/ izbrala drug drugega, še posebej med mlajšimi generacijami. Tudi pri nas je družina vrednota, ki je edinstvena in sveta. Zvestoba mora biti obvezna in poročni obred je zelo pomemben.« Glede bangladeške tradicije pa pravi: »Ko se družina odloči ali izbere moškega oziroma moža za svojo hčerko, ga lahko hčerka sprejme ali ne. Ampak če ga hčerka ne sprejme, po navadi vse postane ...⁴⁸ zgodi se, da družina hčerko v to prisili in hčerka ga pod prisilo sprejme ... a potem je zakonsko življenje hčerke ... to, kar vidimo pri nas ... se ne konča dobro.«

Opažanja medkulturnih posrednikov kot privilegiranih opazovalcev migracijskega pojava nam podajajo jasno sliko o situaciji žensk v nekaterih migrantskih skupnostih in kažejo, da je prisila nad ženskami realnost, ki je zelo prisotna; socialne politike in storitve na področju socialne pomoči jo pogosto podcenjujejo.

Težave, ki so povezane z ohranjanjem družinskih »tradicij«, včasih izvirajo iz nezdržljivosti sistema vrednot tujcev z našo družbo ter iz njihovega temeljnega zavračanja italijanske kulture.

»Največja težava je popolno zavračanje gostiteljske kulture, obsojanje in občutek večvrednosti s kulturnega vidika. Težave se kažejo vsak dan pri izražanju določenih vrednot, ,da' življenju, ,ne' splavu, starejši [morajo] ostati doma in ne grejo v dom za starejše občane ...« Moški posrednik pripoveduje svojo zgodbo in govori o tem, kako težavna je bila njegova pot do razumevanja sveta, ki je drugačen od njegove izvorne kulture: »Nič ni nemogoče, ampak včasih je to težko narediti. Ko sem prišel v Italijo, vključitev v novo okolje, ki je popolnoma drugačno, ni bila lahka. Učenje jezika, privajanje podnebjju, učenje o pravicah žensk, odnosi med ljudmi, biti neodvisen, [to] so bile težave, ki sem jih imel takoj na začetku.« Zanimivo je, da se mora veliko oseb v Italiji naučiti, katere so pravice žensk; moški se morajo tega naučiti tudi zato, da lahko vzpostavljajo odnose z ženskami. In naučiti se morajo samostojnosti: če je že za moškega težko doseči osebno samostojnost (v nasprotju s kulturno normo, ki privilegira občutek skupnosti), si lahko predstavljamo, kako težko je to za ženske iz tradicionalnih okolij, ki temeljijo na patriarhalnih modelih.

A težave niso vedno nepremostljive in uspeh je v veliki meri odvisen od izvora in kulture ter od osebnega odnosa. Nezanemarljiv je nazadnje vpliv religije, pomembno vlogo pa igra predvsem sposobnost posamezne osebe, da z okolico vzpostavi odnos vzajemnega razumevanja.

⁴⁸ Posrednica pri pisanju uporablja tropičje - neizrečeno, kar zagotovo kaže na primere nasilja in odrekanja pravice do svobodne osebne odločitve.

Literatura in viri

- Andolfi M. (2005), *La mediazione culturale. Tra l'estraneo e il familiare*, Milano, Franco Angeli.
- Baraldi C. (2013), *I fondamenti della mediazione interculturale e del ruolo del mediatore*, Milano, Franco Angeli.
- Cardano M., Ortalda F. (2016), *Metodologia della ricerca psicosociale*, Milano, UTET.
- Cefai D., "Qué es la etnografía? Debates contemporáneos. Arraigamientos, operaciones y experiencias del trabajo de campo", *Persona y sociedad*, 2013, XXVII (1): 101-119.
- Ciancio B (2005), "L'assistenza sanitaria e la diaspora sociale dell'Europa che cambia: gli infermieri e le minoranze etniche si stanno adattando?", *International Nursing Perspectives*; 5(1): 27-32.
- Corbetta P. (1999), *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Bologna, Il Mulino.
- Crinali, Bestetti G. (2000), *Sguardi a confronto. Mediatrici culturali, operatrici dell'area materno infantile, donne immigrate*, Milano, Franco Angeli.
- El-Hamad I., Pezzoli M.C. (2005), "Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale (CSI)", *Infermiere Oggi*; 15(2): 42-54.
- Espósito M., Vezzadini S. (2011) (ur.), *La mediazione interculturale come intervento sociale*, Milano, Franco Angeli.
- Geraci S. (2012), *Migrazioni, salute e crisi*, Dossier Statistico Immigrazione, Roma.
- Mottini G. (2007), "I perché e i come di una medicina transculturale", *International Nursing Perspectives*; 7(1): 1-4.
- Urpis O. (2018), "Cultural diversity in complex societies and new integration strategies: the role of intercultural mediators in institutions", *POLIARCHIE / POLYARCHIES* (1): 90-105.

www.ita-slo.eu/integra