

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

Čezmejna mreža za priseljene ženske: socialna integracija, spolno in reproduktivno zdravje

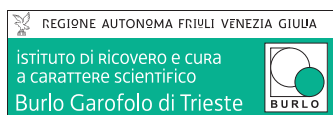
Rete transfrontaliera per le donne migranti: integrazione sociale, salute sessuale e riproduttiva

Vodilni partner / Lead partner



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI TRIESTE

Projektni partnerji / Partner di progetto



Pridruženi partner / Partner associato



SMERNICE IN INDIKATORJI SPOLNEGA IN REPRODUKTIVNEGA ZDRAVJA MIGRANTK

Projekt INTEGRA:
WP 3.2.1 IN WP 3.2.2

uredil

Giuseppe Ricci, Federica Scrimin

EUT EDIZIONI UNIVERSITÀ DI TRIESTE



urodil
Giuseppe Ricci, Federica Scrimin
IRCSS Burlo Garofalo
Via dell'Istria 65/1, 34137 Trieste

SMERNICE IN INDIKATORJI SPOLNEGA IN REPRODUKTIVNEGA ZDRAVJA MIGRANTK
PROJEKT INTEGRA: WP 3.2.1 in WP 3.2.2
EUT, 2019
ISBN 978-88-5511-057-0 (print)
ISBN 978-88-5511-058-0 (online)

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



Odprtodostopno publikacijo lahko prenesete na povezavi:
<https://www.openstarts.units.it/handle/10077/23632>



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

WP 3.2.1 SKUPNE SMERNICE OBRAVNAVE

Smernice in dobre prakse	3
<i>Micaela Crisma, Chiara Semenzato, Federica Scrimin, Laura Pomicino</i>	
Predstavitev	4
Metodologija	4
Uvod	5
Vpliv zdravstvenega sistema na reproduktivno zdravje	7
Ozadje	
Reproduktivno zdravje - kazalniki zdravja in dejavniki tveganja	10
Odločitev o prekinitvi nosečnosti - pomen in študija kazalnika reproduktivnega zdravja	
Kazalniki reproduktivnega zdravja, predlagani v okviru projekta INTEGRA	11
Smernice in splošne dobre prakse za zdravstvene sisteme	12
Uvedba profila kulturnega mediatorja	
Posvečanje časa pridobitvi zavestne privolitve v zdravstveno oskrbo na podlagi prejetih pojasnil	
Priprava pisnega gradiva s prevodom v različne jezike	
Razmislek o presejalnih testih	
Izkoriščanje poti zdravja za ozaveščanje pacientov o tem, da je poznavanje jezika orodje za zagotavljanje zdravja	
Povezava zdravstvenega varstva in učenja jezika	
Povezava zdravstvenega varstva s podatki o zakonodaji v državi gostiteljici je lahko koristna za zdravje	
Smernice in splošne dobre prakse za vse tuje pacientke	21
Kontracepcija in preprečevanje prekinitve nosečnosti	
Preprečevanje nasilja in zaščita žrtev	
Zaščita žrtev trgovine z ljudmi	

Pozornost na pestro prehrano v nosečnosti	
Težave zaradi kulturnih razlik	
Posebna pričakovanja glede vloge zdravnika in medicine	
Verska prepričanja, ki vplivajo na odločitve pacientk	
Različno pojmovanje posameznika in družinskih odnosov	
Težave z razumevanjem delovanja zdravstvenega sistema	
Geografska območja in posebna tveganja	27
Podsaharska Afrika	
Pohabljanje ženskih spolnih organov	
Verska prepričanja, ki preprečujejo sprejem nekaterih vrst zdravljenja	
Severna Afrika	
Debelost	
Nosečnostna sladkorna bolezen	
Vzhodna Evropa	
Romi in Sinti	
Romunija	
Kosovo	
Jugovzhodna Azija	
Zakonske zveze med krvnimi sorodniki in prisilne poroke	
Posebna tveganja za žrtve vojne, begunce, prosilce za azil	
Bibliografija	37
DIAGNOSTIČNO - TERAPEVTSKI POSEGI IN POSTOPKI ZDRAVSTVENE NEGE (DTP - PZN)	41
<i>Federica Scrimin, Micaela Crisma, Chiara Semenzato, Laura Pomicino, Marko Mugoša</i>	
PDTA kartica	42
1. NAMEN IN PODROČJE IZVAJANJA	
2. Zakaj so potrebni DTP - PZN za tuje pacientke?	
3. TUJE PACIENTKE: kritična vprašanja in posebne potrebe	
4. POSEBNI KLINIČNI PRIMERI na področju porodništva in ginekologije - umetna prekinitev nosečnosti, pohabljanje ženskih spolnih organov, nosečnost in porod	
5. Katere presejalne programe izbrati?	
Priloga A - Odpustnica po kirurški UPN	48
Priloga B - Odpustnica po UPN z medikamenti	50

WP 3.2.2

RAZVOJ INDIKATORJA SPOLNEGA IN REPRODUKTIVNEGA ZDRAVJA

Kazalniki zdravja in integracije migrantov za razvoj novih socialnih politik

53

Giovanni Delli Zotti, Ornella Urpis

1. Novi kazalniki za integracijske politike	54
2. Lastnosti “dobrega kazalnika”	55
3. Kazalniki na mikro in makro ravni	57
4. Kazalniki, predlagani v okviru projekt INTEGRA - cilji in splošne lastnosti	59
5. Načini izpolnjevanja in analize popisnega lista	60
6. Predlagani popisni list	61
Vprašalnik	62
Bibliografija	69

INTEGRA - WP 3.2.1

SKUPNE SMERNICE

Smernice in dobre prakse

*Micaela Crisma, Chiara Semenzato,
Federica Scrimin, Laura Pomicino*

Giuseppe Ricci, Federica Scrimin

SMERNICE IN INDIKATORJI SPOLNEGA IN REPRODUKTIVNEGA ZDRAVJA MIGRANTK

ISBN 978-88-5511-057-0 (print); 978-88-5511-058-7 (online). EUT, 2019, str. 3-40

Predstavitev

S smernicami se želi zagotoviti jasen in lahko dostopen povzetek priporočil in dobrih praks v zvezi s potrebami reproduktivnega zdravja pacientk migrantk na podlagi podatkov znanstvene literature in glavnih mednarodnih organizacij.

Cilj tega dokumenta je:

- opredeliti pglavitne težave na področju reproduktivnega zdravja pri zdravljenju pacientk z različnimi zdravstvenimi in kulturnimi izkušnjami, ki so se nedavno priselile v naše države;
- zagotoviti orodje, ki bo spodbujalo sprejem učinkovitih ukrepov glede na specifične težave, ki jih lahko povzročajo migracije, in glede na matične države.

Metodologija

Smernice so bile izoblikovane:

- ob upoštevanju priporočil mednarodne, na dokazih temelječe literature o spolnem in reproduktivnem zdravju migrantk (na podlagi naslednjih virov: Pub-Med, Medline, smernice Svetovne zdravstvene organizacije iz zadnjih 10 let, uradna priporočila mednarodnih organizacij, kakršne so Kanadsko zdravniško društvo CMA (*Canadian Medical Association*), PAI (*Population Action International*), UNICEF);
- primerjava literature z epidemiološkimi podatki, ciljno usmerjenimi razgovori s pacientkami in zdravstvenim osebjem, z vprašalniki in razpravo o kliničnih primerih v prvem delu projekta INTEGRA - Čezmejna mreža za priseljene ženske: socialna integracija, spolno in reproduktivno zdravje - v Bolnišnici Burlo Garofolo, s prispevkom Oddelka za družbene in politične vede (Di-SPeS) Univerze v Trstu, ter bolnišnicah Izola in Postojna ter zdravstvenih domovih Koper, Izola in Piran v Sloveniji.

Moč priporočil, ki so lahko močno koristna, malo koristna, močno proti, malo proti, pa odraža zaupanje v to, da želeni učinki določenega ukrepa presegajo možne neželene učinke (*priporočilo 3-2-1-, -1*).

V prvem delu študije smo se osredotočili na nekatere splošne težave, s katerimi se je mogoče srečati pri vseh tujih pacientkah, v drugem delu pa smo se posvetili bolj specifičnim vidikom za različne matične države, od koder pacientke izvirajo.

Pri vsaki obravnavani tematiki smo vedno upoštevali slovensko in italijansko ozadje, morebitne bistvene razlike pa so opisane v besedilu.

Uvod

Vse večji migracijski tokovi, ki so prizadeli del Evrope v zadnjih letih, močno vplivajo na zdravstvene sisteme. Seli se mlado prebivalstvo v rodni dobi. 60 % tujih državljanov, ki prispe v Italijo, je starih med 15 in 39 let in 50 % od teh je žensk (1).

Preglednica 1 - Priseljene ženske v Furlanijo - Julijsko krajino in Slovenijo°

Furlanija - Julijska krajina			Slovenija		
Matična država (od 55.828 tujk z bivališčem)	Št.	%	Matična država (od 42.185 tujk z bivališčem)	Št.	%
Romunija	13.964	25,0	Bosna in Hercegovina	14.341	34,0
Albanija	4.906	8,8	Kosovo	5.945	14,1
Ukrajina	4.272	7,7	Makedonija	4853	11,5
Srbija	3499	6,3	Hrvaška	3187	7,6
Maroko	2016	3,6	Srbija	3060	7,3
Kitajska	1907	3,4	Rusija	1310	3,1
Hrvaška	1638	2,9	Ukrajina	1218	2,9
Kosovo	1599	2,9	Kitajska	490	1,2
Bangladeš	1596	2,9	Slovaška	291	0,7
Moldavija	1484	2,7	Tajska	213	0,5
Bosna	1397	2,5	Romunija	196	0,5
Makedonija	1330	2,4	Dominikanska republika	141	0,3
Gana	1174	2,1	Filipini	94	0,2
Poljska	1072	1,9	Braziliija	66	0,2
Indija	1014	1,8	Kazahstan	57	0,1
Rusija	646	1,2	Japonska	41	0,1
Nigerija	644	1,2	Indija	38	0,1
Slovenija	620	0,8	Turčija	37	0,1
Kolumbija	617	1,1	Iran	31	0,1
Bolgarija	481	0,9	Kuba	30	0,1
Filipini	466	0,8	Indonezija	29	0,1
Dominikanska republika	454	0,8	Kolumbija	26	0,1
Gruzija	451	0,8	Sirija	24	0,1
Braziliija	447	0,8	Peru	19	< 0,1
Tunizija	429	0,7	Vietnam	18	< 0,1

° Navedeni podatki so bili za Furlanijo - Julijsko krajino osveženi januarja 2018, za Slovenijo pa leta 2017

V Furlaniji - Julijski krajini je mati vsakega četrtega otroka tuja državljanica, v Sloveniji mati vsakega desetega otroka¹. V zadnjih letih obišče oddelke za ginekologijo in porodništvo veliko število tujih državljanek v rodni dobi.

Reproduktivno zdravje je na poseben način povezano z izvorno kulturo in družinskimi običaji.

Da bi lahko ohranili ustrezno raven učinkovitosti naših zdravstvenih sistemov, je potrebno posebno skupno znanje.

S katerimi narodi se srečujejo zdravstveni delavci?

Podatki, zbrani v okviru Projekta INTEGRA, razkrivajo veliko pestrost matičnih držav pacientk (preglednica 1).

Za migracije v Furlaniji - Julijski krajini je značilna večja heterogenost. Prisotni so tudi narodi s precej drugačno kulturo. V Sloveniji tuje državljanke prihajajo večinoma iz nekdanje Jugoslavije in Vzhodne Evrope.

Med letoma 2006 in 2017 se je število hospitalizacij tujih državljanek (in njihovih novorojenčkov) v Bolnišnici Burlo Garofolo povečalo. Leta 2017 je bilo obravnavanih skoraj 17.000 tujih pacientk, od tega največ Romunk (17 %), Srbkinj (15 %), državljanek nekdanje ZSSR (7 %), pa tudi Latinske Amerike (7 %), afriških držav z islamsko vero (6 %), Bangladeša (5 %) in Kosova (5 %) (3).

Analiza hospitalizacij v Postojnski bolnišnici razkriva, da je v letih 2012-2017 večina od 605 tujih pacientk prihajala iz Bosne (23,5 %), Makedonije (10,2 %), Kosova (10,1), Srbije (8,9 %) in Hrvaške (7,4 %).

Od zdravstvenih delavcev, ki obravnavajo tuje pacientke, se zahteva dodatno znanje, ki jim omogoča upoštevanje njihovega izvora, migracijskih izkušenj in verskega prepričanja, tako da lahko:

- razumejo vpliv teh dejavnikov na zdravje;
- vzpostavijo ustrezen terapevtski odnos;
- uporabijo ustrezne presejalne teste;
- ponudijo kulturno kompetentno zdravljenje in storitve.

Nekateri avtorji so ugotovili, da klasična izobrazba ne obravnava v zadostni meri teh tematik in da velik del zdravstvenih delavcev čuti potrebo po pridobivanju novih kompetenc (4).

115 zdravstvenih delavcev oddelka za ginekologijo in porodništvo Bolnišnice Burlo Garofolo (88,5 % vprašanih oseb), ki so izpolnili anonimni vprašalnik na to temo, je izrazilo potrebo po poglobitvi znanja o sporazumevanju in kulturnih kompetencah, kulturi/veri/navadah, izkušnjah v zvezi z materinstvom in poporodnim obdobjem, zlasti v povezavi s tistimi državami, s katerimi menijo, da bodo imeli posebne težave, kot so Afganistan, Bangladeš, Pakistan, Nigerija in Kosovo.

¹ Republic of Slovenia, Statistical Office: <https://www.stat.si/StatWeb/en/news/Index/7490>

Intervjuji z zaposlenimi v Izolski bolnišnici ter v zdravstvenih domovih Koper, Izola in Piran so razkrili podobne potrebe po usposabljanju, potrebo po uvedbi profila kulturnega mediatorja in posebne težave z ženskami, ki prihajajo s Kosova. Ciljne skupine v Bolnišnici za ženske bolezni in porodništvo Postojna so opozorile na težave pri zagotavljanju kulturno kompetentne zdravstvene oskrbe tujim pacientkam, pri čemer ne gre le za premagovanje jezikovnih ovir, temveč tudi za vzpostavitev drugačnega systemskega pristopa, ki bo zdravstvenih delavcem zagotovil ustrezna orodja za zagotavljanje potreb vse bolj raznolikih uporabnikov.

KLJUČNE TOČKE

- število tujih pacientk na oddelkih za ginekologijo in porodništvo narašča, zdravstveni delavci pa se v odnosu z njimi lahko soočijo z nepričakovanimi zdravstvenimi težavami in zahtevami;
- klasično izobraževanje pogosto ne vključuje specifičnega usposabljanja za izpolnjevanje zdravstvenih potreb teh oseb.

PRIPOROČILO (stopnja 3)

Zdravstveni delavci izražajo potrebo po novih strategijah ter pridobivanju novih znanj in spretnosti, zato je treba prirediti posebna usposabljanja na to temo.

Vpliv zdravstvenega sistema na reproduktivno zdravje

Kot je nedavno priznala Svetovna zdravstvena organizacija (5), se dostop migrantov do zdravstvenega varstva v posameznih državah razlikuje, saj vsi zdravstveni sistemi namreč niso skladni z Listino Evropske unije o temeljnih pravicah. Zadnje poročilo Svetovne zdravstvene organizacije (6) navaja, da kadar pravica do zdravja in dostop do storitev migrantkam nista zagotovljena, je njihovo zdravje slabše, kar še posebej velja za rodno dobo. Zaradi zapletenih odnosov literatura navaja precejšnje razlike pri migrantkah tudi v državah, kakršna je Italija, kjer obstaja javni sistem zdravstvenega varstva z močnimi mehanizmi zaščite.

Ne smemo pozabiti, da so povod za migracije lahko posebne zdravstvene zahteve: leta 2013 štiridesetim odstotkom vseh žensk na svetu ni bila zagotovljena nikakršna predporodna oskrba, dve tretjini vseh žensk na svetu (približno 300.000), ki umrejo zaradi nosečnosti in poroda, pa je bilo iz Afrike. V mnogo predelih sveta je dostop do kontracepcije zelo omejen (7).

Akcijski načrt za spolno in reproduktivno zdravje in pravice 2017-2021, ki sta ga sprejeli Svetovna zdravstvena organizacija in Evropska unija (8), ima tri cilje:

1. omogočiti vsem ljudem, da lahko sprejemajo prostovoljne odločitve o svojem spolnem in reproduktivnem zdravju ter zagotoviti spoštovanje, zaščito in zadovoljevanje njihovih človekovih pravic;
2. zagotoviti vsem ljudem najvišjo možno raven spolnega in reproduktivnega zdravja in dobrega počutja;
3. zagotoviti univerzalni dostop do spolnega in reproduktivnega zdravja.

SZO (9) opredeljuje 5 prednostnih vidikov za pospešitev napredka pri doseganju mednarodnih razvojnih ciljev, povezanih z reproduktivnim zdravjem, ki so bili določeni z akcijskim načrtom:

1. izboljšati oskrbo nosečnice pred porodom, med porodom in po porodu ter oskrbo novorojenčkov;
2. ponuditi visoko kakovostne storitve za načrtovanje družine, vključno z zdravljenjem neplodnosti;
3. preprečiti zatekanje žensk k splavom, ki jih opravijo v nevarnih razmerah;
4. zavirati spolno prenosljive bolezni, vključno z virusom HIV, okužbe spolnih organov, raka materničnega vratu in druge ginekološke bolezni;
5. spodbujati spolno zdravje.

V preteklih letih je v naših regijah prihajalo do migracij tudi zaradi potrebe po oskrbi, ki v matičnih državah ni na voljo. Naj spomnimo na kosovske in albanske ženske, ki se pridružijo možem in rodijo v Sloveniji, nato pa se vrnejo v matično državo, ali ženske z visoko rizično nosečnostjo ali hudimi nepravilnostmi plodu, ki se odločijo za porod v Bolnišnici Burlo Garofolo.

KLJUČNE TOČKE

- dostop do zdravstvenih storitev bi moral biti pravica, ki je zagotovljena vsem državljanom, kakor določa Listina Evropske unije o temeljnih pravicah in kakršen je cilj Akcijskega načrta za spolno in reproduktivno zdravje in pravice, ki ga je sprejela Evropa.
- Za Evropo so značilne velike neenakosti. Italija je zaradi uvedbe zdravstvene kartice za tuje državljane STP (Straniero Temporaneamente Presente), ki omogoča dostop do vseh zdravstvenih storitev, primer dobre prakse. Ostaja ovira zaradi časa, ki je potreben za pridobitev tega dokumenta in ki lahko predstavlja "luknjo v oskrbi".
- Slovenski sistem temelji na obveznem zdravstvenem zavarovanju, vezanem na zaposlitev. Migrantke, ki niso zavarovane, so upravičene le do nujne zdravstvene oskrbe.

PRIPOROČILA

1. pacientke migrantke so bolj prizadete zaradi pomanjkljivega reproduktivnega zdravja kot nemigrantke (stopnja 1);
2. z omogočenjem dostopa do zdravstvene oskrbe in presejalnih testov za vse pacientke migrantke, tudi tistim brez urejenega statusa, se zagotovi boljše zdravstvene rezultate (stopnja 3).

Ozadje

Med poglavitnimi dejavniki, ki lahko omejujejo dostop do oskrbe, so jezikovne težave, kulturne razlike in institucionalne ovire (6). Natančneje: ženska, stara manj kot 20 let, mnogorodna, neporočena, s slabim znanjem ali popolnim nepoznavanjem jezika, manj kot 5 leti šolanja, nenačrtovano nosečnostjo in brez zdravstvenega zavarovanja - ti dejavniki pomenijo večje tveganje za neprimerno oskrbo (9). Prihod v državo gostiteljico pomeni na splošno izboljšanje v smislu priložnosti za dostop do kakovostne oskrbe, vendar pa koristi pogosto niso takojšnje (10).

Položaj migrantk v Evropi je še vedno heterogen in bolj ogrožen, saj je pravica do oskrbe pogosto omejena s statusom migranta, ovire pa se med državami zelo razlikujejo (9).

KLJUČNA TOČKA

Pravica do zdravja je omejena s statusom migranta in številnimi ovirami, med katerimi:

- potreba po plačilu nekaterih zdraviljenj (te diskriminacije v Italiji ni, vendar pa so številni birokratski postopki počasni; v Sloveniji je zagotovljena osnovna oskrba, vendar je zavarovanje obvezno in nekatere storitve so plačljive);
- jezikovne težave in težave s sporazumevanjem;
- birokratske težave;
- slabo poznavanje zdravstvenih storitev in težave z dostopanjem do njih.

PRIPOROČILO (stopnja 3)

Na različne načine spodbujati komunikacijo s tujo pacientko s pomočjo tolmačev, nameniti ji čas in ji zagotoviti preproste in popolne informacije tudi s pisnim informacijskim gradivom s številnimi slikami, ki lahko olajša razumevanje in dostop do zdravstvenih sistemov.

Reproduktivno zdravje - kazalniki zdravja in dejavniki tveganja

Odločitev o prekinitvi nosečnosti - pomen in študija kazalnikov reproduktivnega zdravja

Poročilo italijanskega Ministrstva za zdravje za leto 2018 (11) navaja, da se je po precejšnjem porastu, povezanem s povečanim priseljevanjem, število umetnih prekinitev nosečnosti med tujimi državljanke ustalilo in v zadnjih treh letih je razvidna težnja po upadanju. V letu 2016 jih je bilo tako 30 % od vseh umetnih prekinitev nosečnosti, v primerjavi z letom 2015, ko so dosegale 31,1 %. Upada tudi splavnost med tujimi državljanke (15,7 na 1.000 v letu 2015 v primerjavi s 17,2 na 1.000 v letu 2014 in 40,7 v letu 2003), vendar pa je tveganje splava pri njih višje kot pri italijanskih državljanke, pri tujih državljanke je namreč v vseh starostnih skupinah 2 do 3 krat višja splavnost kot pri italijanskih državljanke.

Podatki kažejo, da tudi tuje državljanke iz držav z višjo splavnostjo (Romunija, Moldavija, Ukrajina, Sovjetska zveza, Srbija in vzhodnoevropske države), ko se soočijo z italijanskim zdravstvenim sistemom, posežejo po informacijah o kontracepciji in po kontracepciji sami, da bi se približale vedenju italijanskih državljanke (ta podatek velja tudi za ponavljajoče se splave).

Za umetno prekinitev nosečnosti se odloči 26,4 % žensk (leta 2014 26,9 %), ki že imajo predhodne izkušnje s splavom, kar je podobna vrednost kot tista, ki se jo beleži v zadnjih 10 letih. Leta 2016 je odstotek po narodnosti znašal 22,1 % za italijanske in 37,0 % za tuje državljanke (medtem ko je leta 2012 znašal 20,8 % in 38,7 %). Odstotek ponavljajočih se splavov v Italiji je nižji kot v drugih državah. Tudi ta podatek potrjuje učinkovitost ukrepov Zakona št. 194/78.

V Deželi Furlaniji - Julijski krajini je med letoma 2015 in 2016 prišlo do 7,5 % upada števila prekinitev nosečnosti. V okviru projekta CCN je Dežela Furlanija - Julijska krajina prek Otroške bolnišnice in porodnišnice IRCCSBurlo Garofolo za zaposlene priredila posebna usposabljanja s področja preprečevanja umetne prekinitve nosečnosti med tujimi državljanke.

Italija je izdelala poseben anonimni vprašalnik za uporabo v statistične namene (obrazec D12), namenjen preučevanju pojava prekinitve nosečnosti. S tem vprašalnikom je mogoče pridobiti posebne informacije, ki se razlikujejo od tistih iz zdravstvenega kartona, in posodobljene epidemiološke podatke.

Za Slovenijo ni na voljo uradnih podatkov o številu prekinitev nosečnosti pri migrantkah, saj v zdravstvenih kartonih bolnišnic in specialističnih ambulant ni predvidena navedba države rojstva ženske ali njenega stanja migrantke.

KLJUČNA TOČKA

Visoko kakovostni dokazi pričajo o tem, da je prekinitev nosečnosti, tudi ponavljajoča se, pogostejša med migrantkami v Italiji in kazalnik tveganja za reproduktivno zdravje.

PRIPOROČILO (stopnja 3)

Zagotoviti tujim pacientkam ustrezno svetovanje o kontracepciji.

Kazalniki reproduktivnega zdravja, predlagani v okviru projekta INTEGRA

Kazalniki zdravja so orodja, ki lahko usmerjajo vedenja zdravstvenih sistemov in zdravstvenih delavcev. Zato bi morala vsaka država primerjati svoje zdravstvene ukrepe z mednarodnimi kazalniki in epidemiološkimi podatki ter na podlagi teh izdelati posebne kazalnike zdravja. SZO (13) namreč poudarja, da imajo vsi kazalniki omejitve in bi jih bilo treba razviti tako, da bodo ustrezali zastavljenim ciljem.

KLJUČNA TOČKA

S spremljanjem umetnih prekinitev nosečnosti in z obrazcem s temeljnimi podatki o rojstvu CEDAP (CErtificato Di Assistenza al Parto) za vse nosečnice v Furlaniji - Julijski krajini je v Italiji mogoče opazovati nekatere zdravstvene težave (kazalnike) s pomočjo posebnih obrazcev za zbiranje podatkov.

Na podlagi epidemioloških podatkov in podatkov iz literature so bili v okviru projekta INTEGRA izoblikovani naslednji kazalniki, ki bi lahko bili uporabni pri preverjanju učinkovitosti ukrepov:

Splošni kazalniki spolnega in reproduktivnega zdravja:

- število pregledov med nosečnostjo;
- število otrok in časovni razmik med porodi;
- število prekinitev nosečnosti od vstopa v novo državo;
- nevarni načini za prekinitev nosečnosti;
- prekomerno povečanje telesne mase med nosečnostjo;
- dostopnost do testa PAP;
- dostopnost do kontracepcije;
- dostopnost do testa HIV med nosečnostjo.

Kazalniki učinkovitosti zdravstvenih ukrepov s področja spolnega in reproduktivnega zdravja glede na matične države pacientk:

- število sprejetih žensk s pohabljenimi ženskimi spolnimi organi in število sproženih postopkov za zaščito deklic;
- število prisilnih porok, ki jih odkrijejo zdravstveni in socialni delavci ter število sproženih postopkov za pomoč;
- število sproženih postopkov za zdravstveno in socialno pomoč pri nosečnostih v zgodnji mladosti z namenom spodbujanja zdravja in svobodne reproduktivne izbire;
- število žensk, žrtev trgovine z ljudmi in število sproženih postopkov za obveščanje v zvezi z zakoni za zaščito v državi gostiteljici.

Kazalniki splošnega zdravja v dopolnilnem smislu:

- poznavanje jezika države gostiteljice: število tujih državljanek, zabeleženih s strani nacionalne zdravstvene službe, ki so se udeležile jezikovnega tečaja;
- poznavanje zakonodaje in sistema zdravstvenega varstva države gostiteljice: število tujih državljanek, sprejetih s strani nacionalne zdravstvene službe, ki seznanjene z zakonodajo s področja zdravja in zavestne privolitve v zdravstveno oskrbo na podlagi prejetih pojasnil ter s pravicami žensk v državi gostiteljici.

Smernice in splošne dobre prakse za zdravstvene sisteme

Uvedba profila kulturnega mediatorja

Kljub temu, da še ni posebne zakonodaje, je v Furlaniji - Julijski krajini predviden profil kulturnega mediatorja v bolnišnicah. Kulturni mediator je oseba, ki spodbuja stike tujih priseljenih državljanov in državljanek z ustanovami, olajša njihove medosebne odnose, jim omogoča lažje dostopanje do javnih in zasebnih storitev ter jim pomaga pri povezovanju s trgom dela, pri tem pa ravna nepristransko in spoštuje neodvisnost posameznikov (sklep deželnega odbora št. 3062/2006).

V Bolnišnici Burlo Garofolo je predvidena uporaba dveh kulturnih mediatorjev v primerih iz polja 2.

Bolnišnica v istem dokumentu poudarja, da je ključnega pomena spoštovanje pravic tujih državljanov, ki jim je treba zagotoviti vso potrebno pomoč za popolno razumevanje informacij o poteku zdravljenja v našem jeziku.

Polje 2 - (PRO_URP_0003_00) Prošnja za kulturno mediacijo

Za kulturno mediacijo lahko zaprosijo zdravstveni delavci za vse tuje državljane v bolnišnični obravnavi, ki to potrebujejo, ne glede na to, ali imajo dovoljenje za prebivanje.

Za kulturno mediacijo je mogoče zaprositi, če:

- uporabnik ni sposoben samostojno ali prek svojega pooblaščenca komunicirati s strokovnjakom (socialna podpora mreža - družina ali prijatelji; deželna zdravstvena služba ODSVE-TUJE uporabo otrok kot tolmačev);
- zdravstveni delavec na podlagi svoje strokovne ocene presodi, da je zaradi občutljivosti in/ali zapletenosti primera potrebna udeležba kulturnega mediatorja.

Čeprav tuje pacientke večinoma prihajajo iz Romunije, Srbije in nekdanje ZSSR, je bilo v letu 2017 največje povpraševanje po mediaciji v bengalščini (skoraj 100 primerov), sledili pa so jim albanščina, kitajščina ter arabščina in angleščina v enakem številu. Ti podatki javno razkrivajo,

da za tovrstno storitev največkrat zaprosi ozka skupina tujih pacientk, ki se verjetno ne uči italijanščine, medtem ko je veliko število pacientk iz Romunije ali vzhodnih držav precej samostojnih. V Sloveniji navzočnost mediatorja ali vsaj tolmača ni predvidena, v nasprotju s pravnim redom, ki določa, da ima vsak pacient pravico razumeti in biti razumljen med celotnim postopkom zdravljenja². Navzočnost tolmača je zaželeno vsaj pri pacientkah, ki ne govorijo slovensko, italijansko, angleško ali druge znane jezike (14).

Največ težav s sporazumevanjem in tolmačenjem je pri Albankah s Kosova in iz Makedonije oziroma tistih, ki v državi prebivajo kot begunke. Ker tolmač ni predviden, morajo zaposleni sami poiškati strategije in si včasih, ko pacientka nima niti sorodnikov ali prijateljev, pomagajo s spletnimi prevajalniki s pomočjo mobilnega telefona ali z neverbalno komunikacijo.

Posvečanje časa pridobitvi zavestne privolitve v zdravstveno oskrbo na podlagi prejetih pojasnil

Nekatere tuje pacientke prihajajo iz kultur, kjer je vloga ženske še vedno močno podrejena in je zanje povsem običajno, da pri vseh posegih prosijo in čakajo na privolitev moža. Kljub temu mora biti po italijanski ustavi (2. člen) ter slovenski in evropski zakonodaji (*Patient Rights Act 2008*) privolitev pacientke zavestna in samostojna, zato mora biti komunikacija neposredna in osredotočena na žensko, ne na kulturnega mediatorja ali na druge navzoče svojce, tudi če se zdi, da je njena odločitev odvisna od njihovega mnenja.

Polje 3 - Težave, povezane z zavestno privolitvijo v zdravstveno oskrbo na podlagi prejetih pojasnil pri tujih pacientkah

Zavestna privolitev v zdravstveno oskrbo na podlagi prejetih pojasnil, ki jo v Italiji ureja Zakon št. 145/2001³, zajema štiri predhodne pogoje:

- popolna predstavitev vseh pomembnih informacij s strani zdravnika;
- sposobnost pacienta, da oceni, kaj informacije pomenijo;
- razumevanje dejstev in težav pacienta;
- pacientova prostovoljna izbira;
- prostovoljna privolitev pacienta k zdravljenju.

² KULTURNE kompetence in zdravstvena oskrba, 2016: www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacijedatoteke/prirocnik_kulturne_kompetence_2016.pdf

³ "Ratifikacija Konvencije Sveta Evrope o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine"

Po italijanski ustavi nikogar ni mogoče prisiliti k zdravljenju proti njegovi volji (32. člen). Zato je za vsako zdravljenje potrebna svobodna privolitev pacienta po predhodni seznanitvi. Kadar pa tuja pacientka ne razume in ne govori dobro italijansko (ali drugega, zdravstvenim delavcem poznane jezika), je lahko posebno težko omogočiti dejansko zavestno privolitev slednje v zdravstveno oskrbo na podlagi prejetih pojasnil. Kulturne in verske razlike lahko vplivajo na odločitve o sprejetju priporočenega zdravljenja.

V Sloveniji zavestno privolitev v zdravstveno oskrbo na podlagi prejetih pojasnil ureja Zakon št. 15/2008⁴, ki določa pravico pacienta do aktivnega in obveščene sodelovanja pri izbiri zdravljenja, prejema informacij ob odpustu in seznanjenju s tem, kdo ga zdravi in kdo sodeluje pri njegovem zdravljenju. Poleg tega ima pravico tudi do prejemanja informacij v slovenščini ali v jeziku narodne skupnosti na območjih lokalnih skupnosti, kjer je poleg slovenskega jezika uradni jezik tudi italijanski oziroma madžarski jezik.

Kulturni mediator mora poznati pacientov jezik in zvesto prevesti vse, kar sporočata obe stranki, poleg tega pa mora zagotoviti tudi dejansko mediacijo in ne posegati v odnos zdravnika in pacienta, temveč jima le pomagati pri medsebojnem sporazumevanju. Zagotoviti mora tudi popolno zaupnost informacij, zaradi večjega zaupanja in svobodnega izražanja pacientke pa je bolje, da se mediator in svojci ter ozki krog znancev pacientke ne poznajo osebno. V nekaterih primerih pacientke begunke izrazijo željo po ženskih tolmačicah ali mediatorkah, saj je zanje o določenih temah pred moškimi prepovedano govoriti (15). Številne ženske imajo raje žensko tolmačico zlasti pri obravnavi intimnih in občutljivih tem (10).

KLJUČNA TOČKA

Dokazi zmerne kakovosti, pridobljeni iz številnih opazovalnih študij, kažejo, da ni priporočljivo koristiti pomoči sorodnikov pacientke, temveč se je bolje obrniti na strokovnjaka, zlasti v zvezi z reproduktivnim zdravjem.

PRIPOROČILA (stopnja 3)

1. kadar se pacientka ni sposobna sporazumevati v italijanščini (ali slovenščini), je vselej priporočljiva uporaba mediatorja;
2. pri obravnavi težav, ki se navezujejo na reproduktivno zdravje, je priporočljivo izbrati žensko mediatorko;
3. uvedbo profila kulturnega mediatorja, ki mora biti zavezan poklicni tajnosti, bi bilo treba predlagati na evropski in/ali regionalni in/ali nacionalni ravni in organizirati ustrezna usposabljanja.

Sami mediatorji imajo lahko težave s prevajanjem medicinskih informacij, zaradi česar je potrebno posebno usposabljanje s področja medicinske terminologije. Težava ni enostavno rešljiva, saj

⁴ (ZPacP) Ur. l. RS, št. 15/08 in 55/17: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2017-01-2526/zakon-o-spremembah-in-dopolnitvah-zakona-o-pacientovih-pravicah-zpacp-a?h=pacientovih%20pravicah>

nekateri izrazi, na primer maternični vrat, v pandžabščini ali hindijščini preprosto ne obstajajo, zato je pri sporazumevanju treba uporabiti slike ali druge strategije (15).

Pacientke imajo lahko težave z zaupanjem tolmaču, ki ga ne poznajo. Če je mediator član iste skupnosti, se ženske bojijo, da ne bi mogel ohraniti zaupnosti informacij. Zato mora biti kulturni mediator ustrezno usposobljen in mora dobro poznati svojo vlogo. Njegova pomoč mora biti koristna in dobrodošla pri pacientkah, ki jo potrebujejo.

Tako v Italiji kot v Sloveniji »poklic« kulturnega mediatorja ne obstaja. To povzroča težave v zvezi z obveznostjo varovanja poklicne tajnosti, ki je ena od ključnih točk odnosov v zdravstvenem sistemu.

Priprava pisnega gradiva s prevodom v različne jezike

Da bi izboljšali sporazumevanje in obveščenost tujih pacientk ter jim tako omogočili zavestno privolitev v zdravstveno oskrbo na podlagi prejetih pojasnil, je priporočljivo prevesti pisno gradivo v izvorni jezik, če to ni mogoče, pa v angleščino ali v kateri drugi znani jezik. To je še toliko bolj koristno v primerih, ko tolmač ali mediator nista vselej na voljo (14).

V okviru projekta INTEGRA je bilo pripravljeno naslednje gradivo:

- brošure na temo načrtovanja družine v italijanščini in 9 drugih jezikih (angleščina, francoščina, slovenščina, srbo-hrvaščina, romunščina, albanščina, arabščina, turščina, bengalščina). V informacijskem gradivu so obravnavane tematike kontracepcije, prekinitve nosečnosti in dostopa do nujne kontracepcije, na voljo pa so tudi nekatere informacije o pravicah žensk in o drugih koristnih storitvah;
- odpustno pismo iz porodnišnice, sestavljeno v 9 jezikih, z navodili za poporodno obdobje in naslovi svetovalnih centrov za družine za pomoč pri dojenju.

Razmislek o presejalnih testih

Pacientke iz držav v razvoju pogosto niso imele možnosti za običajne presejalne teste in/ali lahko imajo okužbe ali bolezni, ki so v državi gostiteljici danes redke ali izkoreninjene, drugje pa so še vedno razširjene. Nekatere organizacije predlagajo uporabne programe za vse begunke in/ali priseljenke iz držav v razvoju. Oglejte si polji 4 in 5.

- Krvna slika in urinski test;
- pregled blata na jajčeca ali ciste črevesnih parazitov;
- hepatitis B (HbSAg) HVC VDRL- TPHA BHCG, v indiciranih primerih;
- bris na klamidijo in gonorejo;
- TSH, če je pacientka starejša od 50 let ali prihaja iz območja, kjer obstaja nevarnost izpostavljenosti sevanju, kot sta Černobil ali Ukrajina;
- Mantouxov test.

Infekcijske bolezni

- priporoča se cepljenje z enkratnim odmerkom za vse odrasle osebe, za katere ni potrtil ali zanesljivih podatkov o ošpicah, mumpsu, rdečkah (drugem);
- priporoča se primarna serija cepljenja proti davici, tetanusu in otroški paralizi s tremi odmerki, od katerih prvi vsebuje acelularno cepivo proti oslovskemu kašlju (visoko);
- opravi se presejalni test za določanje protiteles proti noricam pri vseh osebah, ki prihajajo iz tropskih držav in cepi se vse, ki so dovzetni za cepivo (zmerno);
- opravi se presejalni test za odkrivanje okužbe z virusom hepatitisa B pri vseh odraslih osebah, ki prihajajo iz držav, kjer obstaja tveganje okužbe (Afrika, Azija, Vzhodna Evropa); če se ugotovi okužba, se o tem obvesti specialista in cepi dovzetne osebe (zmerno);
- čim prej se opravi presejalni test za odkrivanje tuberkuloze pri mladostnikih, mlajših od 20 let in odraslih med 20 in 50 letom starosti, ki prihajajo iz držav z visoko stopnjo incidence (visoko);
- opravi se testiranje na HIV okužbo z zavestno privolitvijo na podlagi prejetih pojasnil pri mladostnikih in odraslih, ki prihajajo iz držav s prevalenco > 1 % (Podsaharska Afrika, Tajska in nekateri predeli Karibov) (zmerno);
- opravi se presejalni test za odkrivanje okužbe z virusom hepatitisa C pri osebah, ki prihajajo iz držav s prevalenco ≥ 3 % (zmerno);
- črevesni paraziti: presejalni test za Strongyloides za osebe, ki prihajajo iz jugovzhodne Azije in Afrike (zdravljenje pozitivnih oseb z ivermektinom); presejalni test za Schistosoma za osebe, ki prihajajo iz Afrike (zdravljenje pozitivnih oseb prazikvantelom) (zmerno);
- malarija: rutinski presejalni test se odsvetuje, vendar je treba biti pozorni na simptome pri migrantih, ki prihajajo iz držav, kjer je malarija razširjena, ali so preko teh držav potovali, na primer podsaharska Afrika (nizko).

^oVisoko: veliko dokazov; zmerno: srednje veliko dokazov; nizko: nasprotujoči si ali nepotrjeni dokazi

5 Vsi kazalniki spolnega in reproduktivnega zdravja, ki jih je predlagala CMA, so veljavni in koristni, saj so vse naštetje bolezni potencialno prisotne med migrantkami v Italiji (v Sloveniji manj).

Kronične bolezni

- sladkorna bolezen tipa 2: presejalni testi pri nosečih migrantkah in begunkah, starih več kot 35 let, ki prihajajo iz držav z visokim tveganjem, kot so Južna Azija, Latinska Amerika in Afrika (zmerno);
- slabokrvnost zaradi pomanjkanja železa: presejalni testi za ženske v rodni dobi (s hemoglobinom), če se ugotovi slabokrvnost, se svetuje dodajanje železa, če je primerno (zmerno);

Reproduktivno zdravje

- kontracepcija: ugotovijo se neizpolnjene potrebe po kontracepciji in ponudi se najprimernejša metoda (zmerno);
- Papiloma virus: cepi se vse ženske med 9 in 2 leti starosti (zmerno);
- odvzem kontrolnega brisa materničnega vratu za citološki pregled: opravi se test PAP pri vseh spolno aktivnih ženskah (nizko);
- nosečnost: položaj migrantov povečuje izoliranost, kar je povezano z večjo obolevnostjo in tveganjem za rojstvo premajhnega otroka za gestacijsko starost; poišče se ukrepe za zmanjšanje družbene izolacije (zelo nizko). Treba je biti pozorni na hemoglobinopatijo, izpostavljenost tveganjem pri delu, pohabljanje ženskih spolnih organov in nosečnost, ki je posledica nasilja.

Nasilje partnerja

- presejalni test ni treba opraviti rutinsko, se pa svetuje posebna pozornost na značilne znake. Razmere migrantov povečajo tveganje v primerjavi z drugimi prebivalci (zmerno).

[°]Visoko: veliko dokazov; zmerno: srednje veliko dokazov; nizko: nasprotujoči si ali nepotrjeni dokazi

S pomočjo poti zdravja je treba pacientkam dopovedati, da je jezik eno od orodij za zagotavljanje zdravja

Slabo poznavanje italijanščine (ali slovenščine) je tako neposredno kot posredno povezano z dejanskimi tveganji za zdravje.

Neposredno je povezano zato, ker ženskam onemogoča, da bi lahko jasno izrazile težave in znake, kar otežkoča postavitve diagnoze in pravočasno ukrepanje v primeru potrebe, pa tudi zato, ker ovira prošnjo po pomoči in razumevanje informacij zdravstvenih delavcev ter zapletenega delovnega storitev in zdravstvenega sistema.

⁶ Vsi kazalniki spolnega in reproduktivnega zdravja, ki jih je predlagala CMA, so veljavni in koristni, saj so vse naštetih bolezni potencialno prisotne med migrantkami v Italiji (v Sloveniji manj).

Posredno je povezano zato, ker dejansko preprečuje integracijo v državi gostiteljici. To lahko prispeva k izolaciji, večji odvisnosti od moža ali svojcev, ki lahko komunicirajo z zunanjim svetom, in posledično večjo dovzetnost za prevlado ali nasilje ter nastop težav, ki so posledica neprilagojenosti.

V nosečnosti je izolacija pri migrantkah povezana z višjim tveganjem obolevnosti in rojstva premajhnega otroka za gestacijsko starost (16).

Pomanjkanje znanja jezika države gostiteljice se v praksi odraža v nizki udeležbi v preventivnih presejalnih programih in programih zgodnjega odkrivanja s slabšimi zdravstvenimi rezultati in višjimi stroški za zdravstveni sistem (na primer, neuporaba kontracepcije ima lahko za posledico ponavljajoče se umetne prekinitve nosečnosti, pomanjkljiva predporodna oskrba, kot so pregledi za odkrivanje sladkorne bolezni, pa lahko povzroči zaplete med porodom in po njem) (6; 17).

40 % tujih pacientk, hospitaliziranih v Bolnišnici Burlo Garofolo (usmerjeni intervjuji), ne govori ali slabo govori italijansko. Večina bi se želela udeležiti tečajev, vendar jim to pogosto ni dovoljeno ali pa nimajo časa zaradi otrok in družinskih obveznosti. S podobnimi rezultati so postregli vprašalniki in polstrukturirani intervjuji v Bolnišnici za ženske bolezni in porodništvo Postojna, iz katerih je razvidno, da je jezikovna pregrada pomembna ovira pri dostopanju do ustreznega zdravljenja.

Tako v Italiji kot v Sloveniji je za pridobitev državljanstva po evropskih predpisih potrebno opraviti osnovni izpit iz italijanskega jezika in poznavanja ustave. Vendar pa mnoge ženske s Kosova, ki že leta živijo v Sloveniji, ali ženske drugih narodnosti (Pakistanke, Turkinje), ki že leta živijo v Italiji, ne govorijo jezika države gostiteljice.

Včasih ženske ne govorijo pred svojci, temveč to storijo šele, ko so same, brez prisotnosti moža ali drugih sorodnikov.

Zdravstveni delavci morajo vselej omogočiti individualne pogovore.

Povezava zdravstvenega varstva in učenja jezika

Da bi presegli te težave, se je v okviru projekta INTEGRA začelo prirejati individualne in skupinske tečaje italijanščine v bolnišnici Burlo Garofolo. Pacientke so obveščene o tečajih in povabljene k udeležbi na njih, medtem ko čakajo na pregled ali med hospitalizacijo. Na ta način jim ni treba iti zdoma, iskati varstva za otroke ali prositi za dovoljenje moža ali drugih svojcev, ki bi lahko nasprotovali njihovi odločitvi. Učitelj jim da prve osnove za razumevanje in sporočanje simptomov in težav v prijetnem in sproščujočem okolju. Zainteresirane ženske lahko zaprosijo za dodatne učne ure ob vsakem pregledu v bolnišnici in obveščene so tudi o zunanjih tečajih institucionalnega usposabljanja.

Povezava zdravstvenega varstva s podatki o zakonodaji v državi gostiteljici lahko pozitivno vpliva na zdravje

Poznavanje svojih pravic je ključnega pomena za dostopanje do storitev in potrebne pomoči.

Zato je treba tuje pacientke obvezno obveščati o zakonodaji s področja:

- enakosti spolov;
- zaščiti žrtev trgovine z ljudmi;
- zakonodaji o prepovedi pohabljanja spolnih organov;
- zaščiti žrtev nasilja;
- zaščiti nosečnosti in pravici do umetne prekinitve nosečnosti.

Različne tuje pacientke prihajajo iz držav, kjer imajo ženske podrejeno vlogo in kjer njihove pravice niso v celoti zaščitene.

Zavestne izbire glede zdravstvene oskrbe, kot so načrtovanje družine, presejalni testi, redni pregledi v nosečnosti, niso same po sebi umevne.

V nekaterih državah varna umetna prekinitve nosečnosti ni mogoča, zato so pogosti nezakoniti splavi.

KLJUČNE TOČKE

- pacientke, ki ne govorijo jezika države gostiteljice, niso integrirane in njihovo zdravje je bolj ogroženo. Lahko bi namreč rekli, da je “govor zdravje”.
- Ugled bolnišnice in zdravstvenih delavcev je ključni element pri potrjevanju veljavnosti posredovanih informacij.

PRIPOROČILA

1. v vsakem primeru je priporočljivo spodbujati učenje jezika države gostiteljice kot poti zdravljenja, hkrati pa zagotoviti tudi tečaje in pomoč v isti bolnišnici (stopnja 3).
2. Če je le mogoče, bi morale pacientke prejeti informacijsko gradivo, prevedeno v njihov jezik (stopnja 3).
3. Ob odpustu bi morale pacientke prejeti odpustno pismo z vsemi potrebnimi navodili v njim razumljivem jeziku (stopnja 2).

V okviru projekta INTEGRA so bili pripravljene video posnetki z osnovnimi informacijami o različnih tematikah, med katerimi so v zelo poenostavljenem in učinkovitem jeziku (s prevodom v različne jezike) izpostavljeni nekateri predpisi o pravicah žensk (na primer, prepoved pohabljanja ženskih spolnih organov, pravica do varnega splava, nasilje na splošno). Video posnetki bodo predvajani v čakalnicah različnih oddelkov v Italiji in Sloveniji.

ITALIJA

Zdravstvena oskrba je zagotovljena za VSE ženske zaradi:

- varstva nosečnosti in starševstva;
- varovanja zdravja otrok;
- cepljenja (kolektivne preventivne akcije);
- diagnostike in zdravljenja infekcijskih bolezni.

Če tuja državljanka nima urejenega statusa, se uporablja koda STP (*Straniero Temporaneamente Presente- Zdravstvena kartica za tuje državljane*) - enakovredna italijanskim državljanom - (prispevek/oprostitev doplačila glede na prihodek - brez doplačila za storitve v nosečnosti) Evropske državljanke, ki nimajo pravice do vključitve v nacionalni sistem zdravstvenega varstva in v Italiji prebivajo več kot 3 mesece, pridobijo kartico ENI (*Europeo Non Iscrivibile- Evropski državljani, ki niso vključeni v nacionalni sistem zdravstvenega varstva*), ki velja 6 mesecev. Evropske državljanke, ki imajo urejeno zdravstveno zavarovanje v lastni državi, pridobijo kartico TEAM (*Tessera Europea di Assicurazione Malattia - Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja*).

SLOVENIJA

Migranti imajo enake pravice in dolžnosti kot tuji državljani - obvezno individualno zdravstveno zavarovanje.

Zdravstveno zavarovanje s kritjem vseh stroškov je zagotovljeno za:

- mladoletne osebe,
- redne študente, mlajše od 26 let,
- določene bolezni in pogoje (za ženske, presejalne teste in varstvo starševstva).

Migranti brez dokumentov so upravičeni le do nujne zdravstvene oskrbe.

Prosilci za azil so upravičeni do:

- nujne zdravstvene oskrbe;
- nujnega zdravljenja na podlagi odločitve lečečega zdravnika;
- zdravstvene oskrbe za ženske.

7 Zakon št. 40/1998 o priseljevanju in statusu tujca uzakonja brezplačne storitve s področja varstva starševstva tudi v primeru umetne prekinitve nosečnosti in nosečim tujim državljanom z neurejenim statusom daje pravico do dovoljenja za prebivanje.

8 Nacionalni inštitut za javno zdravje RS (2016). *Vodnik po slovenskem zdravstvenem sistemu za migrante (Slovenian health system navigation guide for migrants)*. <http://careformigrants.eu/wp-content/uploads/2017/01/booklet-Slovenia-English.pdf>

Smernice in splošne dobre prakse za vse tuje pacientke

Kontracepcija in preprečevanje prekinitve nosečnosti

Kultura matične države lahko vpliva na izbiro kontracepcije. V Italiji so najprimernejše zdravstvene ustanove za pomoč ženskam pri izbiri ustrezne kontracepcije svetovalni centri za družine, ki razpolagajo z različnimi strokovnimi profili (ginekolog, psiholog, socialni delavec). V Sloveniji imajo ženske, ki imajo sklenjeno obvezno zdravstveno zavarovanje, pravico do pregleda pri izbranem ginekologu ali do enakih storitev v podobnih splošnih ambulantah, kjer jim je na voljo tudi socialni delavec.

KLJUČNA TOČKA

V nekaterih državah ženskam ni dovoljeno načrtovanje nosečnosti, kulturni zadržki pa jim preprečujejo spoznavanje delovanja lastnega telesa, spolnosti in kontracepcije.

PRIPOROČILA

1. kontracepcijo se predlaga in/ali ponudi že ob prekinitvi nosečnosti ali ob odpustu po porodu (stopnja 3);
2. ženskam se omogočijo individualni pogovori (stopnja 3);
3. priskrbi se informacijsko gradivo o kontracepciji, prevedeno v jezik pacientk, in po potrebi se ženskam omogoči zakonito umetno prekinitve nosečnosti⁹ (stopnja 3).
4. S pogovorom in prijazno komunikacijo se preveri stališče ženske in morebitnega partnerja glede kontracepcije ter se jima brez nasprotovanja pomaga izbrati ustrezno kontracepcijsko sredstvo (stopnja 1);
5. ne sme se pozabiti, da lahko obstaja morebitna podrejenost, diskriminacija ali nasilje (stopnja 3);
6. pacientke se napoti v enega od pristojnih svetovalnih centrov za družine, ki so bili v okviru italijanskega zdravstvenega sistema vzpostavljeni prav za podporo ženskam pri izbiri prave kontracepcije; v Sloveniji se pacientke ob odpustu iz bolnišnice po porodu ali umetni prekinitvi nosečnosti napoti k območnemu ginekologu zaradi posvetovanja o kontracepciji (stopnja 3).

⁹ V Italiji umetno prekinitve nosečnosti ureja Zakon št. 194/1978 "Določbe o socialnem varstvu materinstva in umetni prekinitvi nosečnosti".

V Sloveniji to področje ureja Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (*Health Measures in Exercising Freedom of Choice in Childbearing Act*) z dne 26. aprila 1977 ter naknadne spremembe, <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO408>.

Glej tudi: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2015/510010/IPOL_STU\(2015\)510010_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2015/510010/IPOL_STU(2015)510010_EN.pdf)

Metusela in sodelavci (18) so opravili poglobljene intervjuje z ženskami iz Somalije, Sudana, Indije, Afganistana, Šri Lanke, Južne Amerike in Iraka. Večina žensk, zajetih v vzorcu, je priznala, da slabo poznajo kontracepcijo, pa tudi potek menstrualnega cikla in presejalnih orodij.

Somalke, Afganistanke, Sudanke in Iračanke so povedale, da je zanje nepojmljivo govoriti o spolnosti pred poroko.

Mnoge ženske iz vzorca so povedale, da so bili pritiski za zanositev zaradi zaploditve moškega potomca povsem običajni.

Spolnih odnosov z možem niso smele zavrni in niso se mogle pogovoriti o zadregi in bolečini med odnosi.

V nekaterih afriških in latinsko ameriških državah ljudje kondom povezujejo z nezvestobo in promiskuiteto in je zato slabo sprejet.

Nekateri narodi imajo določene omejitve, na primer, prepovedani so spolni odnosi med menstruacijo, zato so metode, pri katerih se kot neželeni učinki lahko pojavijo lažje krvavitve in izcedki, problematični.

Ženske, ki prihajajo iz držav v razvoju, pogosto ne vedo, da obstaja nujna kontracepcija. V vzhodnoevropskih državah je kot kontracepcijska metoda razširjena umetna prekinitev nosečnosti.

Preprečevanje nasilja in zaščita žrtev

Ocenjuje se, da je v povprečju 30 % žensk na svetu doživelo nasilje partnerja ali spolno nasilje drugih moških. Kar zadeva spolno nasilje, medtem ko po italijanskem zakonu odnosi z uporabo sile pomenijo nasilje tudi znotraj zakonske zveze (člen 609 a kazenskega zakonika), druge države tega ne priznavajo.

Nasilje nad ženskami je resna zdravstvena težava, saj ima številne posledice na telesni, duševni in spolni ravni (19). Dokazano je, da povzroča tudi nekatere morebitne posledice, ki so lahko zelo pomembne za spolno in reproduktivno zdravje, in sicer neželjeno nosečnost, odločitev za nezakoniti splav, spolno prenosljive bolezni, zaplete v nosečnosti in spontane splave, okužbe in krvavitve iz nožnice, kronične medenične vnetne bolezni, okužbe sečil, fistule, boleče spolne odnose, spolne disfunkcije.

Literatura navaja, da nosečnost ne ščiti pred nasiljem, temveč ga še poveča. Po podatkih Bolnišnice Burlo Garofolo (2018) se na urgenci zaradi spolnega nasilja vsako leto v povprečju zgodi 15 žensk. 11 % žensk, ki se odločijo za umetno prekinitev nosečnosti in 2,5 % tistih, ki rodijo, je doživelo nasilje s strani partnerja (20). V Deželi Furlaniji - Julijski krajini se je zadnja leta veliko vlagalo v usposabljanje zdravstvenih delavcev, da bi znali ukrepati in zlasti na urgenci prepoznati ženske, žrtve nasilja, ki so pomoč poiskale zaradi s tem povezanih zdravstvenih težav.

V Sloveniji obstaja pravilnik, po katerem so zdravstveni delavci dolžni prijaviti primere nasilja. Podobno so tudi v Italiji zdravstveni delavci¹⁰ dolžni prijaviti sodnim organom vsakršno nasilje, ki se preganja po uradni dolžnosti, kot so nasilje v družini ali nasilje nad otroki (572. člen Zakona o kazenskem postopku) oziroma v primerih, ko je prognoza daljša od 20 dni (582. člen Zakona o kazenskem postopku).

¹⁰ 331. člen Zakona o kazenskem postopku - Prijava s strani javnih uslužbencev ali pristojnih oseb javnega zavoda.

Sprejete so bile listine, kakršen je Zakon o preprečevanju nasilja v družini (*Domestic Violence Prevention Act*) iz leta 2008, ki priznavajo potrebo po nadaljnji ureditvi na tem področju. Pomembno vlogo imajo nevladna združenja, kakršni so centri za pomoč žrtvam nasilja (21).

Po podatkih evropske raziskave FRA je v Sloveniji 13 % in v Italiji 19 % žensk žrtev telesnega ali spolnega nasilja partnerja (po podatkih drugih avtorjev 22 % oziroma 27 %).

Razlika v podatkih, četudi gre za sosednji geografski območji, je lahko posledica tega, da so ponekod ženske bolj nagnjene k prijavi nasilja, pa tudi od stalnega usposabljanja reševalcev.

PRIPOROČILA

1. smernice SZO (10) navajajo, da če ni opozorilnih znakov, ni treba vseh žensk, ki potrebujejo zdravstveno oskrbo, vprašati, ali so bile žrtve nasilja (stopnja -1);
2. pregledi v zvezi z nasiljem se opravijo pri vseh ženskah v tveganih situacijah ali tistih z znaki poškodbe, vedno pa takrat, ko ženska zaprosi za umetno prekinitev nosečnosti (stopnja 3);
3. usposabljanje delavcev je bistveno, da lahko ob zdravstvenih težavah, zlasti pa v nosečnosti in umetni prekinitvi slednje, ugotovijo znake nasilja (stopnja 3);
4. delavci se morajo zavedati, da je nasilje zdravstvena težava (stopnja 3);
5. tako v Italiji kot v Sloveniji je treba prirejati redna usposabljanja na to temo (stopnja 3).

Zaščita žrtev trgovine z ljudmi

Za tuje pacientke, ki so žrtev trgovine z ljudmi, v Italiji 18. člen Uredbe z zakonsko močjo št. 286/1998¹¹ določa izdajo posebnega dovoljenja za prebivanje in udeležbo v programu podpore in socialne integracije. Dovoljenje za prebivanje zaradi socialnega varstva (iz humanitarnih razlogov) se lahko izda tako na podlagi prijave žrtve (*sodni postopek*, na predlog ali po predhodnem mnenju javnega tožilca) kot brez slednje (*socialni postopek*). V primeru socialnega postopka se žrtev nasilja izogne morebitnim povračilnim ukrepom zaradi prijave. Dovoljenje sprva velja 6 mesecev, po izteku katerih ga je mogoče podaljšati zaradi dela ali študija, tako da je mogoča popolna in dokončna integracija tujca v družbeno okolje (ASGI).

V Sloveniji je za žrtve trgovine z ljudmi postopek zelo podoben, saj se upoštevajo enaki evropski predpisi (Konvencija Sveta Evrope o ukrepanju proti trgovini z ljudmi, sprejeta v Varšavi 16. maja 2005, ratificirana s strani Italije leta 2010 in s strani Slovenije leta 2009)¹².

KLJUČNE TOČKE

- nasilje nad ženskami je v svetu zelo razširjeno, pacientke migrantke pa so tveganju nasilja zaradi svoje ranljivosti še toliko bolj izpostavljene;
- nasilje lahko pri ženskah pusti posledice na reproduktivnem zdravju.

11 Prečiščeno besedilo o priseljevanju, Uredba z zakonsko močjo št. 286/98 in naknadne spremembe

12 Konvencija Sveta Evrope o ukrepanju proti trgovini z ljudmi in obrazložitevno poročilo, Varšava, 2005.

PRIPOROČILA (stopnja 3)

1. uresničevati je treba priporočila SZO glede hospitalizacije žensk, ki so žrtve nasilja (19);
2. posebno pozornost je treba nameniti zahtevam za umetno prekinitev nosečnosti ali naravnim splavom, medenični vnetni boleznimi in vnetju sečil;
3. če je potrebna uporaba mediatorja, je priporočljiva izbira ženske, ki je usposobljena o vprašanih nasilja na splošno;
4. vzpostaviti je treba stik s centrom za pomoč žrtvam nasilja.

Pozornost na pestro prehrano v nosečnosti

V številnih državah, zlasti tistih v razvoju, se prehrana ženske v nosečnosti spremeni. Te spremembe so lahko povezane s spremembo okusov, razpoložljivostjo hrane, pa tudi z navadami in običaji matične države, ki se običajno ustno prenašajo med ženskami in ki jih migrantke, ko zapustijo svojo državo, odnesejo s seboj v različnih obsegih (22).

Nekateri narodi težijo k uživanju večje, drugi pa manjše količine hrane.

Sposobnost povezave tradicionalnih jedi s prehrano v državi gostiteljici je odvisna od različnih dejavnikov, kot so razpoložljivost hrane, denarne zmožnosti, povprečna starost gospodinjstva, matična država in veroizpoved.

Običajno se uveljavi zahodnjaška ali mešana prehrana z značilnim večjim uživanjem gotovih jedi, maščob, soli in sladkorja v primerjavi s prehrano v matični državi. Neposredna posledica tega je porast bolezni, ki so značilne za zahodne države, kot so debelost, sladkorna bolezen ter bolezni srca in ožilja.

Ženske se znajdejo pod vplivom družbe, ki je ne poznajo, kjer so cenejša živila manj zdrava. Obstaja možnost verovanja v zdravilne učinke nekaterih živil.

V zvezi z vsemi temi vprašanji bi se moralo ženske Na prvem ginekološkem pregledu v nosečnosti spodbuditi k pogovoru o svojih prehranjevalnih navadah, da bi bilo mogoče odkriti vedenja, ki lahko ogrozijo tudi zdravje potomcev (23).

Nosečnost je z rednimi pregledi odlična priložnost za odkrivanje in odpravo nepravilnih vedenj in s tem izboljšanje zdravja žensk na dolgi rok (24).

KLJUČNE TOČKE

- nosečnost je prava priložnost za odkrivanje in odpravo napačnih prehranjevalnih navad, ki lahko vplivajo negativno na zdravje ženske in otroka tudi na dolgi rok;
- v nosečnosti so ženske nagnjene k spremembi načina prehrane; te spremembe so povezane s spremembo okusov, ki je značilna za nosečnost, včasih pa obstajajo tudi močni pritiski s strani družine zaradi uveljavljanja omejitev, ki so povezane z navadami in običaji matične države; tradicija včasih ženske prisili k uživanju manjših ali večjih količin hrane;

- priseljenci so pogosto nagnjeni k uživanju mešane prehrane z značilnimi presežki ogljikovih hidratov in enostavnih sladkorjev, ki povečajo incidenco značilnih zahodnih bolezni, kakršni sta arterijska hipertenzija in sladkorna bolezen; poveča se tudi število teh bolezni v nosečnosti.

PRIPOROČILA

1. pomembno je spodbujati ženske k temu, da na prvem ginekološkem pregledu v nosečnosti spregovorijo o svojih prehranjevalnih navadah, da se ugotovijo morebitna tveganja vedenja (stopnja 3);
2. ugotoviti je treba, ali je ženska pripravljena uvesti meso v svojo prehrano, če tega ni pripravljena storiti, ji je treba predlagati druge rastlinske vire beljakovin in železa (na primer stročnice in prehranska dopolnila vitamina B6 in 12) (stopnja 2);
3. nasvete glede pravilne prehrane v nosečnosti je treba prilagoditi posameznici, pri tem pa upoštevati njeno kulturo, veroizpoved in lastnosti (začetni ITM, narodna pripadnost ipd.) (stopnja 3);
4. ženske lahko uporabljajo naravna ali alternativna zdravila, ki niso poznana in/ali vplivajo na predvideno terapijo; preveriti je treba njihovo uporabo brez obsojanja (stopnja 3).

Težave zaradi kulturnih razlik

Za zdravstvene delavce predstavljajo odnosi s pacienti iz drugačnih kultur od njihove precejšen izziv, saj je treba vsakemu posamezniku zagotoviti zdravstveno oskrbo, do katere je upravičen, pri tem pa se ne odpovedati lastnim in pojmovanjem zdravja drugih oseb ter vsemu, kar na zdravje vpliva, kot so prepričanja ter družbene in kulturne prakse, ki so značilne za posamezne kontekste (25). V to spada tudi upoštevanje lastnih stereotipov in predsodkov, ki ne smejo onemogočati pravilnega in popolnega razumevanja zahtev tuje pacientke glede zdravstvene oskrbe.

Posebna pričakovanja glede vloge zdravnika in medicine

Pomen medicine in odnos zdravnika in pacienta imata lahko v drugih državah zelo različne konotacije. Na primer, ameriška študija o somalskih ženskah je razkrila, da so bile te pacientke začudene, ker so jim zdravniki zastavljali številna vprašanja, izvajali preiskave in predpisovali veliko zdravil. V njihovi državi »zdravniki ne sprašujejo veliko«, »zdravnik bi moral poznati odgovor« in takoj dati zdravilo (26). V nekaterih primerih se bolezen pojasni z verskimi razlogi, zato se prave vloge zdravnika ne priznava (27; 28; 29).

Klinični primeri, zbrani v okviru projekta INTEGRA, potrjujejo to težavo. V teh primerih je zelo pomembno, da se o tem lahko razpravlja v razširjeni in multidisciplinarni skupini, tudi s posredovanjem kulturnega mediatorja, psihologa, strokovnjaka za bioetiko in po potrebi tudi varstvenega sodnika.

Iz poglobljenih intervjujev z zdravstvenimi delavci je razvidno, da so bolniki iz posebnih kulturnih okolij (Romi, Sinti in nekatere vzhodnoevropske države) pogosteje nezaupljivi do zdravnika z vsemi posledicami glede pristanka na zdravljenje in na priporočene preglede.

PRIPOROČILA

1. v primerih tujih pacientk z zelo drugačno kulturo je treba predvideti multidisciplinarno ekipo, v kateri bodo udeleženi mediator in drugi koristni strokovnjaki (stopnja 3);
2. v primeru nerazumevanja ali težav v zvezi s privolitvijo v posege se lahko uporabi tudi svetovanje forenzika ali varstvenega zdravnika oziroma vključi zdravstvene organe (stopnja 2);
3. več časa je treba nameniti pogovorom in pravilnemu obveščanju o posledicah sprejetih odločitev; vzdušje mora biti prijetno, da se ne vzbudi nezaupanja in obrambnega odziva (stopnja 3).
4. Da bi se izognili zavrnitev potrebnega zdravljenja v nujnih primerih, je primerno, da se navedene ukrepe sprejmejo že na začetku, od prvih dostop pacientk do zdravstvenih storitev (stopnja 3).

Verska prepričanja, ki vplivajo na odločitve pacientov

Tuje pacientke imajo lahko drugačna in bolj ali manj toga verska prepričanja. Tudi kadar ima vera močan vpliv na življenje človeka, je veliko odvisno od razumevanja posameznika, tako imamo lahko vernike z najbolj klasičnim in tiste z najbolj liberalnim nazorom (30). Literatura odsvetuje nasprotovanje drugače mislečim in njihovo obsojanje, temveč sprejem in razumevanje drugačnosti ter pomoč pacientu pri iskanju zanj najbolj sprejemljivega zdravljenja (28).

Vera lahko privede do zavračanja preventive ali do prepoznega iskanja pomoči, zavračanja potrebnih invazivnih posegov, kakršen je carski rez, ali nujnega zdravljenja (27;28). Občutljiva tema na področju reproduktivnega zdravja je odločitev o umetni prekinitvi nosečnosti po ugotovitvi nepravilnosti plodu. Pacientki je treba prisluhniti in jo spoštovati ter ji pomagati pri izbiri zanj najboljših odločitev. Nekatere ženske sprejmejo le pregled s strani zdravnic žensk. Če je mogoče, je treba njihovo željo upoštevati (29).

Različno pojmovanje posameznika in družinskih odnosov

V nekaterih državah so družine razširjene, pomembne odločitve pa sprejema mož, včasih njegova mati ali druge pomembne osebe v skupnosti. Nekatere odločitve glede intimnega in zakonskega življenja, kot so odločitev o tem, ali in kdaj imeti otroke, niso v pristojnosti žensk. V takih situacijah si je treba vselej prizadevati za zasebne individualne pogovore s pacientkami (29). Kjer je mogoče in v kolikor ženska to dovoli ali za to zaprosi, so informacije, zlasti glede kontracepcije, veliko učinkovitejše, če se jih posreduje paru.

V primeru pohabljanja spolnih organov je zelo pomembno začeti z izobraževanjem parov tako za dobrobit in varnost ženske kot tudi za bodoče novorojenčice.

Težave z razumevanjem delovanja zdravstvenega sistema

Zdravstveni sistem je zapleten in tuja pacientka lahko le stežka razume, kako ravnati in dostopati do storitev. Poleg jezikovnih pregrad je ena od ovir težava z razumevanjem, kako storitve delujejo, ali so plačljive in kaj ponujajo (31; 32; 33). To težavo so potrdili tudi anketirani zdravstveni delavci v Sloveniji, kjer je lahko dostop do zdravstvene oskrbe, ki je pogojen z zavarovanjem, manj razumljiv. Pacientke pogosto ne vedo, katere storitve morajo plačati in včasih zavrnejo zdravstveno oskrbo, za katero menijo, da ni nujna (14).

Za tuje pacientke je lahko način za dostopanje do storitev veliko bolj zapleten, saj nimajo avtomobila, ne morejo plačati taksija in nimajo vselej spremstva (33). Tudi po mnenju italijanskih zdravstvenih delavcev, ki so sodelovali v anketi INTEGRA, je to pri tujih pacientkah pogosta težava. Spričo vseh teh težav bi bilo priporočljivo ponuditi tujim pacientkam enostavne in natančne informacije tudi o vidikih, ki se na prvi pogled lahko zdijo manj pomembni, na primer o tem, kako priti v bolnišnico z javnimi prevoznimi sredstvi. Zlasti pa bi jim bilo treba razložiti, da v nujnih primerih lahko pokličejo reševalno vozilo.

To je treba upoštevati tudi pri času, potrebnem za hospitalizacijo (npr. lažni popadki) in pri odpuštu iz porodnišnice po porodu (slabokrvnost).

Geografska območja in posebna tveganja

V nadaljevanju je naštetih nekaj najpomembnejših kliničnih vidikov glede na matične države pacientk, kakor jih določa SZO.

Podsaharska Afrika

Smernice Kanadskega zdravniškega društva CMA (16) in podatki SZO (5) navajajo, da so te države najbolj izpostavljene tveganju naslednjih okužb:

- HIV,
- tuberkuloza,
- malarija,
- tropske bolezni,
- hepatitis B,
- črevesni paraziti,
- sladkorna bolezen tipa 2.

HIV je desetkrat bolj razširjen (4,2 %) kot v Evropi (0,4 %) (33).

PRIPOROČILO (stopnja 3)

Presejalno testiranje na okužbo s HIV se ponudi (brezplačno) v Italiji in (proti plačilu) v Sloveniji vsem nosečim ženskam (tudi tujim državljanke).

Zaradi visoke prevalence v Afriki in v Rusiji na zahodni polobli je treba ženske iz teh držav obravnavati kot ogrožene, presejalni test pa bi moral biti, glede na učinkovitost zaščite potomcev, priporočljiv in brezplačen.

Kar zadeva reproduktivno zdravje, obstaja veliko tveganje, da te pacientke ne prejmejo predporodne oskrbe, če so noseče, jim ni zagotovljena sodobna kontracepcija in so izpostavljene tveganju nosečnosti v zelo zgodnji mladosti. V mnogih državah je zelo razširjeno tudi uživanje alkoholnih pijač.

Pohabljanje ženskih spolnih organov

Pohabljanje ženskih spolnih organov je praksa, ki krši človekove pravice deklet in žensk (35). S tem je povezana trajna okvara spolnega in reproduktivnega zdravja. Zakon št. 7/2006¹³ in člen 583a kazenskega zakonika prepovedujeta pohabljanje ženskih spolnih organov v Italiji. Slovenija se je z ratifikacijo Istanbulske konvencije¹⁴ zavezala (38. člen) za izvedbo ukrepov za zaviranje in preprečevanje pohabljanja ženskih spolnih organov.

V državah v razvoju obstajajo naslednja tveganja med porodom: carski rez, poporodna krvavitev, epiziotomija, dolgotrajni porod, raztrganine, instrumentalni porod, težaven porod/distokija, podaljšana hospitalizacija matere, mrtvorojenost in zgodnja neonatalna smrt, oživiljanje novorojenčka ob rojstvu (36). V zahodnih državah se z zgodnjo zdravstveno oskrbo zmanjša tveganja med porodom. Diagnosticiranje in prepoznavanje teh postopkov je izjemno pomembno, saj omogoča preprečevanje, obveščanje in zaščito novorojenk.

KLJUČNE TOČKE

- mnoge pacientke, ki prihajajo iz podsaharske Afrike, so žrtve pohabljanja ženskih spolnih organov, vendar o tem nočejo odprto govoriti;
- pohabljeni ženski spolni organi niso indikacija za carski rez.

PRIPOROČILA (stopnja 3)

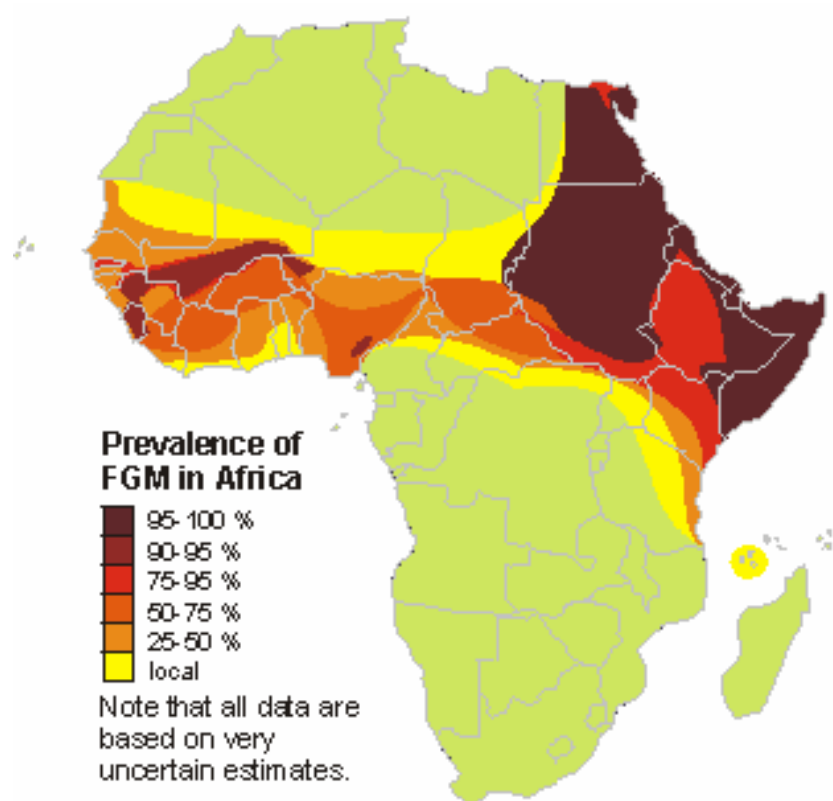
1. vedno je koristno vprašati ženske, ki prihajajo iz "ogroženih" držav, ali imajo pohabljen spolni organ oziroma ali so "obrezane" in jih poučiti o italijanski zakonodaji tudi z namenom zaščite novorojenk in deklic.

13 "Določbe glede preprečevanja in prepovedi pohabljanja ženskih spolnih organov"

14 Zakon o ratifikaciji Konvencije Sveta Evrope o preprečevanju nasilja nad ženskami in nasilja v družini ter o boju proti njima (Uradni list RS - Mednarodne pogodbe, št. 1/15) (Act Ratifying the Council of Europe Convention on Preventing and Combating Violence Against Women and Domestic Violence) <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2015-02-0001?sop=2015-02-0001>

2. Kadar ženska s pohabljenimi spolnimi organi rodi deklico, je treba obvestiti zdravnika neonatologa in izbranega pediatra, tako da lahko zagotovita njeno zaščito;
3. če se ugotovi pohabljenost spolnih organov, se to zabeleži v zdravstveni karton;
4. ženskam s pohabljenimi spolnimi organi se ponudi posvet z zdravnikom specialistom za rekonstrukcijo pohabljenih spolnih organov;
5. s potekom zdravljenja se seznanj par;
6. poseg je treba zlasti pri stopnji pohabljenosti II in III opraviti čim prej v nosečnosti, da se preprečijo vnetja sečil, težave pri diagnostičnih preiskavah (ultrazvok, krvavitve zaradi splava) in zdravljenju.

Slika 1 - Prevalenca pohabljanja ženskih spolnih organov, Agencije ZN (37)



Verska prepričanja, ki preprečujejo sprejem nekaterih vrst zdravljenja

Intervjuji z nekaterimi zdravniki, opravljeni v okviru projekta INTEGRA, klinični primeri in pogovori s strokovno usposobljeno kulturno mediatorko razkrivajo, da lahko pacientke iz teh držav s težavo sprejemajo odvzem krvi, incizije in invazivne posege, zlasti v nosečnosti. V teh primerih je koristna pomoč mediatorja ali verskega svetovalca, ki poskušata vzpostaviti zaupanje v zdravnika in poseg.

Severna Afrika

To geografsko območje ima nekaj skupnih dejavnikov tveganja s podsaharsko Afriko. Tako je tudi v Egiptu visoka prevalenca pohabljanja ženskih spolnih organov in nekatere pacientke imajo skrajna verska prepričanja, ki izhajajo iz njihove vere.

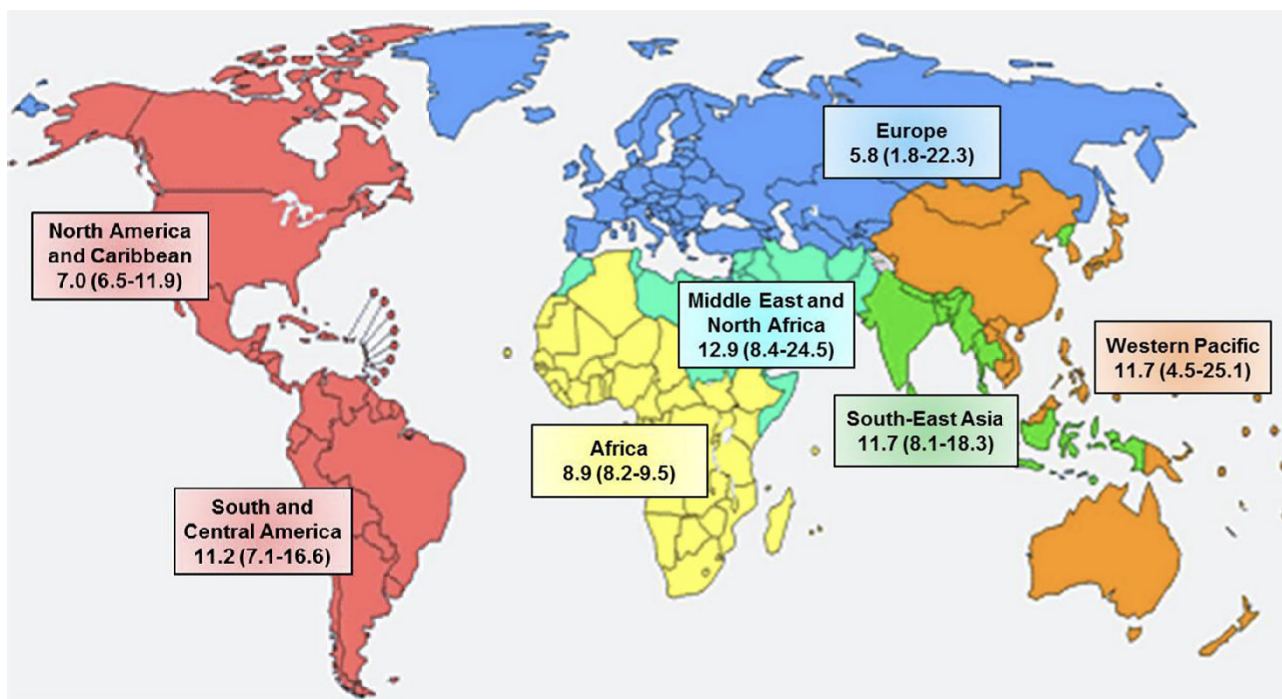
Debelost

Pacientke iz teh območij imajo v zahodnih državah težave s prehrano in s prekomerno težo, ki se včasih razvijejo v debelost. Italijanska študija (38) je razkrila, da so priseljenke iz Severne Afrike (Tunizija in Maroko) bolj debele (ITM > 25) od Italijank, pa tudi bolj debele od svojih sorojakinj, ki so ostale v matični državi. Povprečni ITM priseljenk je dosegal 28,4, Italijank pa 23,4. Sicer je tudi vzorec Tunizijk in Maročank, ki so ostale v matični državi, kazal veliko tveganje debelosti s povprečnim ITM 25,5 (Tunizija) in 26,4 (Maroko).

PRIPOROČILO (stopnja 2)

Posebno pozornost je treba nameniti načinu prehranjevanja in obvladovanju telesne mase pri tujih pacientkah, zlasti tistih, ki prihajajo iz držav z visokim tveganjem debelosti.

Slika 2 - Prevalenca nosečnostne sladkorne bolezni (39)



Nosečnostna sladkorna bolezen

Največje tveganje za pojav te bolezni se beleži v severni Afriki, z najvišjo vrednostjo 12,9 %, in v jugovzhodni Aziji (11,8 %). Zato je pri nosečnicah iz teh območij potrebna posebna pozornost pri odkrivanju nosečnostne sladkorne bolezni.

KLJUČNA TOČKA

Visokokakovostni dokazi razkrivajo, da je nosečnostna sladkorna bolezen, z vsemi povezanimi tveganji, zelo pogosta pri pacientkah iz severne Afrike in jugovzhodne Azije (Bangladeš).

PRIPOROČILO (stopnja 3)

spremljati je treba morebitno pohabljenost spolnih organov pri pacientkah, ki prihajajo iz teh območij in posebno pozornost nameniti njihovi prehrani v nosečnosti.

Vzhodna Evropa

Predlaga se makroskopska razdelitev, ki je smiselna z zdravstvenega in pragmatičnega vidika, ker imajo pacientke, ki prihajajo iz teh okolij, posebne potrebe.

Glede razširjenosti HIV, ki v teh območjih na splošno ni posebej visoka, izstopa Rusija z več kot 1.000.000 primeri (24).

Romi in Sinti

Na tem mestu je govora o pacientkah te narodne pripadnosti, ki so se v Italijo in Slovenijo nedavno priselile iz Romunije, Srbije, Bolgarije, Kosova in drugih balkanskih držav. Njihove razmere so pogosto podobne razmeram avtohtonih žensk, ki živijo v hudi revščini in so socialno izključene.

Dostop do zdravstveno-socialnih storitev, ustrezne zdravstvene oskrbe in preventivnih programov je močno omejen zaradi socialnih dejavnikov, ki so značilni za te prebivalce. Visoka stopnja revščine, pri čemer skoraj vsi (90 %) živijo pod pragom revščine v državi, kjer prebivajo, in nizka raven izobrazbe (več kot 60 % nima zaključenega osnovnošolskega izobraževanja in le 15 % nadaljuje študij po zaključenem srednješolskem izobraževanju) vplivata na način dojemanja pojma zdravja.

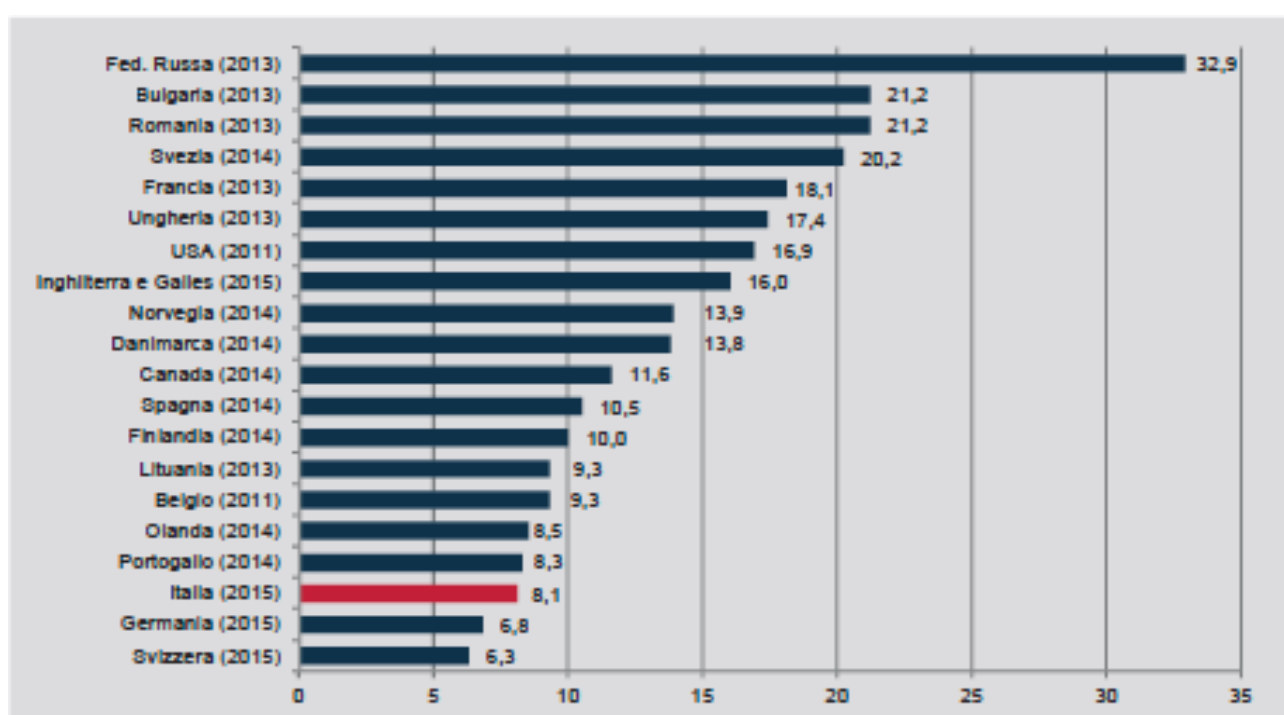
Rodnost je zelo visoka (5,8 %) in ženske se za otroke odločajo zelo mlade. Imajo veliko krajšo pričakovano življenjsko dobo v primerjavi z neromskim prebivalstvom, do 20 let manj, tudi zaradi zdravju škodljivega načina življenja kar zadeva stanovanjske razmere, higienske standarde, uživanje alkohola, kajenje, slabo prehrano in skromno telesno aktivnost. To je posebej izrazito pri ženskah, kjer zaradi njihovega stanja dodatne ovire za dostop do zdravstvene oskrbe predstavljata še večja izolacija in omejene priložnosti za socializacijo (40, 41, 42).

Intervjuji z zdravstvenimi delavci v Bolnišnici Burlo Garofolo in Bolnišnici Postojna so razkrili, da tujci, ki prihajajo iz takih kulturnih okolij, živijo v zelo hudi revščini. Pogosto nimajo nikakršne zdravstvene dokumentacije.

Često slabo poznajo delovanje zdravstveno socialnih storitev in koristijo pretežno le nujno medicinsko pomoč.

Opaziti je nezaupljivo vedenje do zdravstvenih delavcev, kar vpliva ne le na vzpostavitev ustreznega odnosa med zdravnikom in pacientom, temveč tudi na upoštevanje prejetih navodil za zdravljenje (40, 41, 42).

Slika 3 - Stopnja splavnosti v matičnih državah tujih pacientk za 1000 žensk (15-44 let) (43)



Romunija

Pacientke iz Romunije so v Bolnišnici Burlo Garofolo najštevilčnejša skupina. Pogosto govorijo italijansko in so delovno aktivne, zato so redno vključene v sistem zdravstvenega zavarovanja.

Četudi je Romunija del Evrope, obstaja birokratska težava glede dogovorov o zagotavljanju vzajemnosti z Italijo. Romunske državljanke, ki niso revne in nimajo kartice za tuje državljane STP, morajo nenujne zdravstvene storitve plačati. Zaradi italijanske nadloge dela »na črno« brez pogodbe (varuška, čistilka) imajo lahko te pacientke hude težave, na primer, če se odločijo za nujno umetno prekinitev nosečnosti. Enako velja za presejalne teste, kakršen je test PAP.

Romunske državljanke, ki sicer prihajajo iz države z visokim številom umetnih prekinitev nosečnosti, se po vključitvi v italijanski zdravstveni sistem približajo podatkom italijanskih državljanek

glede umetnih prekinitev nosečnosti. Leta 2016 je bilo od 956 umetnih prekinitev nosečnosti 293 državljanek iz vzhodne Evrope (30,6 %).

Kosovo

Pacientke, ki prihajajo s Kosova, so lahko žrtve hudih oblik nasilja in vojnega nasilja, tudi med plemeni.

Na Kosovu je neenakost med spoloma zelo izrazita. Kljub prizadevanjem za uveljavitev novih zakonov o enakosti spolov imajo ženske manj možnosti za srednješolsko izobraževanje.

Iz študije OVSE (44) je razvidno, da na Kosovu 30 % vprašanih moških in 25 % žensk meni, da če se ženska v primeru spolnega nasilja ne upira, ne gre za posilstvo. 16 % moških in 11 % žensk ni nikoli obiskalo zdravnika. Četudi se stanje izboljšuje, je neenakost med spoloma še vedno močno prisotna. Ženske imajo malo pravic do odločanja, večinoma le skrbijo za dom, obstajajo oblike segregacije in še vedno je razširjena kultura, ki sprejema posilstvo in nasilje nad ženskami.

Zdravstveni delavci opažajo težave pri sporazumevanju, ki so povezane s segregacijo in nepoznavanjem jezika.

V Sloveniji predstavljajo Albanke s Kosova in iz Makedonije največjo težavo, saj na splošno ne govorijo slovensko ali angleško, pogosteje niso integrirane in pripadajo kulturi z močnimi tradicionalističnimi in patriarhalnimi prvinami (14).

Te tradicije in podobno patriarhalni vzorci, ki se ohranijo v državi gostiteljici, močno vplivajo na dostop do zdravstvene oskrbe (splošno priznanim oviram se tako dodajo etične dileme, kakršna je, na primer, zahteva po prisotnosti partnerja pri ginekološkem pregledu) (45).

PRIPOROČILA (stopnja 2)

1. zaradi vzpostavitve boljših odnosov je pri takih pacientkah priporočljiva uporaba kulturne mediatorke;
2. nosečnost in bolnišnični pregledi so za te ženske lahko edini trenutek sprostitev zunaj družinskega kroga, zato se lahko to priložnost izkoristi za prenos sporočila, da jezik pomeni zdravje.

Jugovzhodna Azija

V Bolnišnici Burlo Garofolo poišče pomoč veliko število pacientk iz Bangladeša, manj iz Pakistana in Indije. Kar zadeva strogo medicinska tveganja, so najpomembnejši vidiki, ki jih navaja literatura, naslednji:

- HIV: 2.100.000 ocenjenih primerov okužbe v Indiji in 630.000 v Indoneziji (24),
- tuberkuloza,
- tropske bolezni,
- slabokrvnost, rahitis,
- zelo visoka prevalenca nosečniške sladkorne bolezni,
- večje tveganje raztrganin presredka pri porodu.

Pri psihosocialnih tveganjih, povezanih z reproduktivnim zdravjem, se ne sme pozabiti, da gre za države z močno patriarhalnim sistemom, kjer so vloge in pričakovanja, vezani na spole, zelo tradicionalistični. Ženske se pogosto ponižuje in če se skušajo prilagoditi kulturnim normam države gostiteljice, jih mož ali razširjena družina kritizirajo in zatirajo. Na podlagi teh predpostavk so Mann, Roberts in Montgomery (46) izvedli kvalitativno in kvantitativno raziskavo o duševnem zdravju žensk iz jugovzhodne Azije (zlasti Indijk), ki so se priselile v ZDA. Številne od njih so poročale o tesnobi in depresiji v povezavi z opravljanjem tradicionalnih vlog. Za naše namene je pomembna ugotovitev, da se ženske, ki so bolj integrirane v novo okolje in imajo bolj enakopravne nazore, lahko svobodneje odločajo glede kontracepcije, imajo manj otrok in se raje sporazumevajo v angleščini. Po drugi strani pa so dvojezično govoreče, bolj integrirane ženske z enakopravnimi nazori, ki so sodelovale v anketi, poročale, da so doživele pritiske, zasmehovanje in večje napetosti v družini.

Niso torej za vse ženske iz teh držav značilni tradicionalistični nazori in niso vse integrirane v družbo države gostiteljice. Vendar pa lahko pritisk svojcev k ohranjanju tradicionalnih kulturnih vzorcev pomembno vpliva, sprejemanje samostojnih odločitev glede kontracepcije in podobnih vprašanj pa je za te pacientke lahko stresno in ustvarja napetosti v družini.

PRIPOROČILO (stopnja 3)

Bistvenega pomena za te ženske so individualni pogovori, če je mogoče vzpostaviti skupno komunikacijo s parom, pa je priporočljivo predvideti več srečanj.

Zlasti v Bangladešu so za ženske zelo običajne poroke pred 18. letom starosti. To ima lahko za posledico zdravstvene težave v povezavi z nizko stopnjo izobrazbe in pogosto slabokrvnost (47), saj njihova prehrana ne vsebuje dovolj železa in niso dovolj izpostavljene soncu (Pakistan), kar lahko povzroči rahitis pri nosečnicah in njihovih potomcih (zlasti deklicah).

Zakonske zveze med krvnimi sorodniki in prisilne poroke

Manj poznan vidik, ki je značilen za nekatere države, a ga ni mogoče jasno pripisati točno določenemu geografskemu območju, so poroke med krvnimi sorodniki.

Ta pojav je posebno izrazit v arabskih državah in v nekaterih območjih jugovzhodne Azije (kot je Pakistan) ter v Afriki. Zdravstveni sistemi v arabskih državah se le malo zanimajo za ta reprodukativno vedenja, ki so deloma posledica verskih, kulturnih in družinskih vzrokov (48). Ti podatki, ki so za naše razmere neobičajni, se zabeležijo ob jemanju anamneze in ob razgovoru o prenatalni diagnostiki.

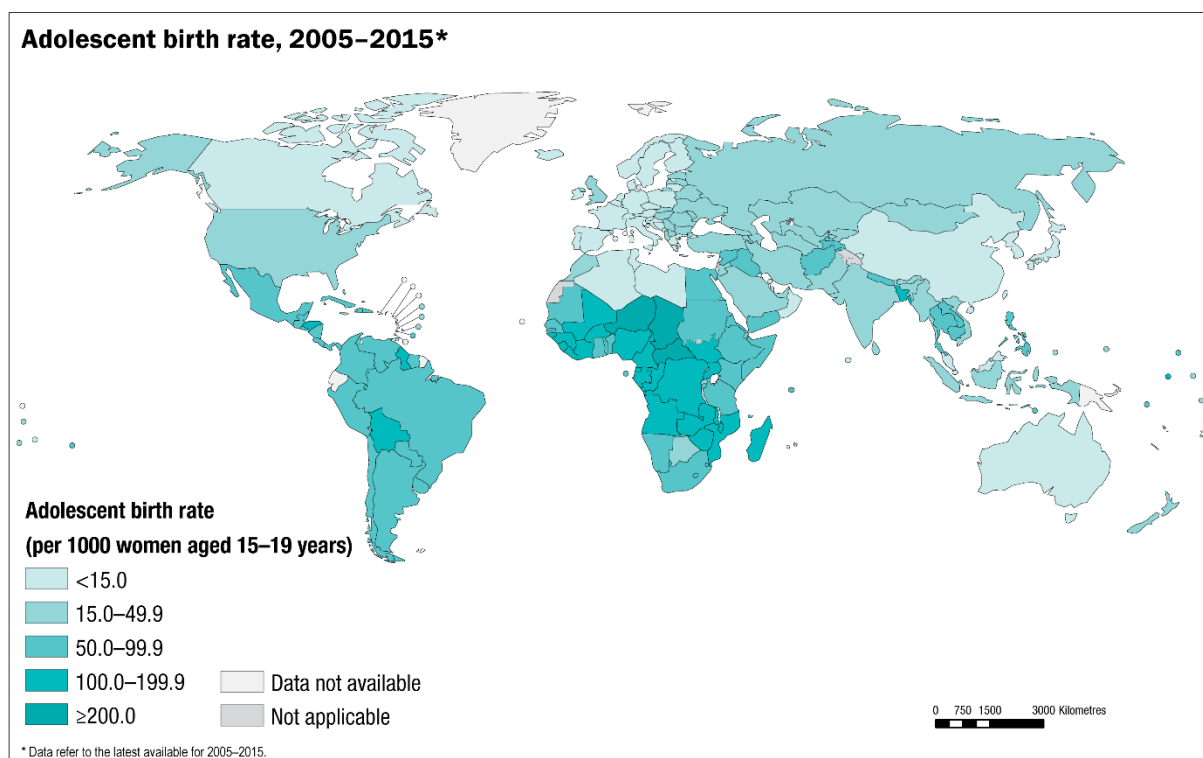
KLJUČNA TOČKA

Pri tujih pacientkah, ki prihajajo iz Pakistana in arabskih držav Srednjega Vzhoda ali iz Afrike, je nevarnost poroke s krvnim sorodnikom večja.

PRIPOROČILO (stopnja 3)

V primeru nosečnosti se preveri morebitno sorodstveno vez s partnerjem in glede na ugotovljeno ponudi predrojstne presejalne teste.

Slika 4 - Stopnje plodnosti pri ženskah med 15. in 19. letom starosti po državah (vsakih 1.000 žensk) (52)



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. © WHO 2016. All rights reserved.

Data Source: World Health Organization
Map production: Information Evidence and Research (IER)
World Health Organization



Prisilne poroke se na splošno sklenejo pri približno 15 letih in imajo vrsto škodljivih posledic, kot so prisiljeni spolni odnosi, nosečnost v zelo zgodnji mladosti, nezmožnost nadaljevanja študija. Izkoreninjenje tega pojava je eden od globalnih razvojnih ciljev tisočletja MGD (49; 50).

Poročilo Sklada Združenih narodov za prebivalstvo UNFPA navaja, da se je bilo v najmanj 41 državah v razvoju več kot 30 % žensk med 20 in 24 leti starosti prisiljenih poročiti pri približno 15 letih. V nekaterih državah osrednje in zahodne Afrike prevalenca presega 70 % (Niger in Čad), medtem ko se v Bangladešu prevalenca ocenjuje na 66 %. Četudi v manjši meri, je pojav razširjen tudi v Latinski Ameriki (40 % v Dominikanski republiki) in v nekaterih državah Vzhodne Evrope (Moldavija 10 %). Za nekatere države navaja Unicef (51) novejšje podatke.

Z nosečnostjo v zelo zgodnji mladosti je pogosto povezana huda slabokrvnost, saj so za to obdobje značilne neredne krvavitve (metroragija), značilne za menarho in prva leta menstrualnega ciklusa. Slika 4 prikazuje povzetek težave glede na matične države pacientk.

Posebna tveganja za žrtve vojne, begunce, prosilce za azil

Pacientke iz držav, kjer potekajo vojne, ali tiste, ki so prečkale različne države, kakršna je Libija, kjer so pogosta posilstva, mučenje ali druge travme, imajo lahko vse znake, ki se najpogosteje pripisujejo poškodbam ali nasilju, zato jim je vselej priporočljivo ponuditi svetovanje in/ali psihološko oceno.

Te ženske so v nosečnosti lahko posebej občutljive. Kanadsko zdravniško društvo CMA (16) navaja, da je nosečnost v mnogih primerih lahko posledica posilstva ali spolnega izsiljevanja ali pa je iz drugih razlogov nenačrtovana in/ali neželena. Zato je treba sprejeti vse ukrepe za sprejem, presejanje in preprečevanje, ki jih priporoča SZO (19) za žrtve spolnega nasilja.

Dejavniki tveganja ali zaščitni dejavniki za reproduktivno zdravje žensk iz držav, kjer potekajo vojne, niso tako očitni. Hutchinson in sodelavci (53) ugotavljajo, da se številne porodniško-ginekološke storitve v času vojne lahko ne izvajajo ali se omejijo le na določene skupine prebivalstva. Na primer, v Pakistanu, med spopadi med šiiti in suniti, nekaterim verskim skupinam zdravstvena oskrba ni bila zagotovljena. Tveganja za nasilje so večja tudi med potovanjem in bivanjem v begunskih centrih. Nasilju nad ženskami se med vojno ne posveča pozornosti in se ga celo dovoljuje. V nekaterih državah svojci med vojno prisilijo dekleta, da se poročijo zelo mlada, saj se tako izognejo vpoklicu v vojsko in so boljše zaščitene pred tveganjem, da bi jih zajeli kot talke (nekateri študije navajajo, da so neporočene mlade ženske izpostavljene 6 krat večjemu tveganju zajetja).

Vsi ti vidiki lahko predstavljajo dodatne travme in tveganja za reproduktivno zdravje (nosečnost kot posledica posilstva ali prenos spolno prenosljivih bolezni), ki jih je treba podrobneje raziskati. Študija, izvedena v Švici (54) med begunkami in prosilkami za azil ter zdravstvenimi delavci, ki so jih oskrbeli, navaja, da je bilo pri teh pacientkah zaradi pomanjkljive kontracepcije tveganje za umetno prekinitev nosečnosti 2,5 krat večje kot pri nemigrantkah. Poleg tega je bilo pri njih opaziti znake psihosocialnega stresa kot posledice prisilne migracije in težkih življenjskih razmer. Na primer, nekatere so bile žrtve vojnega nasilja v matični državi ali pa so živele ločeno od družine in moža. Zdravstveni delavci so se morali včasih spopasti z velikim trpljenjem poleg že znanih jezikovnih težav ali tistih, ki so posledica kulturnih razlik, ki so pri tujih pacientkah običajne.

Bibliografija

1. ISTAT (2014). *Migrazioni internazionali e interne della popolazione residente*.
2. CEDAP (2015). *Nascere in Friuli Venezia Giulia*, Regione Friuli Venezia Giulia, IRCCS Burlo Garofolo.
3. Delli Zotti G., Urpis O. (2018). *Stato di salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti: difficoltà e buone pratiche*, EUT, Trieste (<https://www.openstarts.units.it/handle/10077/23633>).
4. Mengesha Z.B. (2018a). 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*, 15:174-186.
5. WHO (2018b). *Health of Refugee and Migrants*. WHO European Region.
6. WHO (2019). Report on the health of refugees and migrants in The Who European Region.
7. WHO (2018a). *Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*, Luxembourg. Retrieved from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf>
8. WHO (2016). Action plan for sexual and reproductive health: towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe - leaving no one behind. Retrieved from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/314532/66wd13e_SRHActionPlan_160524.pdf
9. OMS (2016). *Salute materno-infantile delle donne migranti: evidenze per migliorare l'accessibilità e la fruibilità delle cure*. Trad. it. Retrieved from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/317109/HEN-synthesis-report-45.pdf?ua=1
10. Binder P., Borné Y., Johnsdotter S., Essen B. (2012). Shared Language is Essential: Communication in a Multiethnic Obstetric Care Setting, *Journal of Health Communication*, 17:1171-1186.
11. Ministero della Salute (2018). *Relazione del ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (Legge 194/78)*. Roma.
12. Hodorgea S., Comendant R. (2010). Prevention of unsafe abortion in countries of Central Eastern Europe and Central Asia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 110:S34-37.
13. WHO (2003). *Measuring Access to Reproductive Health Services*.
14. Medarić Z., Sedmak M. (2018). When Language and Culture Interfere: Sexual and reproductive health of migrant women in the coastal region of Slovenia (*chapter in book in press*). Koper/ Capodistria, Publishing house University of Primorska.
15. Mengesha Z.B., Perz J., Dune T., Ussher J. (2018b). Talking about sexual and reproductive health through interpreters: The experiences of health care professionals consulting refugee and migrant women, *Sexual & Reproductive Healthcare*, 16:199-205.
16. CMA (2011). Evidence-Based clinical guidelines for immigrant e refugees, *CMAJ*, 183(12): E824-E925.

17. Flores G. (2006). Language Barriers to Health Care in the United States, *The New England Journal of Medicine*, 355(3):229-231.
18. 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):836-845.
19. WHO (2012). *Understanding and addressing violence against women. Health consequences*. Retrieved from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77431/WHO_RHR_12.43_eng.pdf?sequence=1
20. Romito P., Escribà V., Pomicino L., Scrimin F. et al. (2009b). Violence in the lives of women in Italy who have an elective abortion, *Women's Health Issues*, 19:335-343.
21. Medarić, Z. (2010). Domestic Violence against Women in Slovenia: A Public Problem?, *Rev. Soc. Polit.*, 18(1):25-45.
22. D'Souza, L., Jayaweera, H., Pickett, K. E. (2016). Pregnancy diets, migration, and birth outcomes. *Health care for women international*, 37(9):964-978.
23. Hunter-Adams, J., Rother, H. A. (2016). Pregnant in a foreign city: A qualitative analysis of diet and nutrition for cross-border migrant women in Cape Town, South Africa. *Appetite*, 103:403-410.
24. WHO (2017). *Recommendations on maternal health* (update of 2017).
25. Anderson, N. L. R., Boyle, J. S., Davidhizar, R. E., Newman Giger, J., McFarland, M. R., Papadopoulos, I., Purnell, L., Spector, R., Tilki, M., Wehbe- Alamah, H. (2010). Chapter 7: Cultural Health Assessment. *Journal of Transcultural Nursing*, 21(4_suppl), 307S-336S. doi: 10.1177/1043659610377208
26. 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.
27. Vu M., Azmat A., Radejko T., Padela A.I. (2016). Predictors of Delayed Healthcare Seeking Among American Muslim Women, *Journa of Women's Health*, 25(6):586-593.
28. Clarkson Freeman P.A., Penney D.S., Bettman J.E., Leczy N. (2013). The Intersection of Health Beliefs and Religion Among Somali Refugees: A Qualitative Study, *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 32(1):1-13.
29. Padela A.I., Killawi A., Forman J., DeMonner S., Heisler M. (2012). American Muslim Perceptions of Healing: Key Agents in Healing, and Their Roles, *Quality Health Research*, 22(6):846-858.
30. Arousell J., Carlbom A. (2015). Culture and religious beliefs in relation to reproductive health, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 30:1-11.
31. Woodgate R.L., Busolo D.S., Crockett M., Dean R.A., Amaladas M.R., Plourde P.J. (2017). A qualitative study on African immigrant and refugee families' experiences of accessing primary health care services in Manitoba, Canada: it's not easy!, *International Journal of Equity in Health*, 16:5.
32. Small R., Roth C., Raval M., Shafiei T., Korfker D., Heaman M., McCourt C., Gagnon A. (2014). Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14:152.

33. Mladovsky P., Ingleby D., McKee M., Rechel B. (2012). Good practices in migrant health: the European Experience, *Clinical Medicine*, 12(3):248-252.
34. WHO (2017b). *Sexual Health and Its Linkages to Reproductive Health: An Operational Approach*.
35. WHO (2018c). *Female Genital Mutilation*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
36. Berg R.C., Underland V., Odgaard-Jensen J., Fretheim A., E Vist G. (2014). Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2014;4: e006316. doi:10.1136/bmjopen-2014-006316
37. UNICEF (2016). *Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern*, New York.
38. Gualdi-Russo E., Rinaldo N., Khyatti M., Lakhoua C., Toselli S. (2016). Weight status, fatness and body image perception of North African immigrant women in Italy, *Public Health Nutrition*, 19(15):2743-2751.
39. Zhu Y., Zhang C. (2016). Prevalence of Gestational Diabetes and Risk of Progression to Type 2 Diabetes: a Global Perspective, *Current Diabets Reports*, 16:7-17.
40. Čvorović J. (2004). Sexual and Reproductive Strategies among Serbian Gypsies, *Population and Environment*, 25(3):217-242.
41. European Commission (2014). *Roma Health Report. Health status of the Roma population. Data collection in the Member States of the European Union*.
42. European Union Agency for Fundamental Rights (2012). The situation of Roma in 11 EU Member States.
43. ISTAT (2017). *La salute riproduttiva della donna*.
44. OSCE/UNFPA (2018). *A Men's Perspective on Gender Equality in Kosovo*, Priština.
45. Prosen, M., Medica, K., Licen, S., Rebec, D., Karnjus, I., Bogataj, U. (2018): Approcci sanitari e buone pratiche nell'assistenza alle donne migranti: l'esempio della Slovenia. Report WP 3.1.2. - Progetto INTEGRA.
46. 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.
47. McClearly-Sills J, Hammer L., Parsons J., Klugman J. (2015). Child Marriage: A Critical Barrier to Girls' Schooling and Gender Equality in Education, *The Review of Faith & International Affairs*, 13(3):69-80.
48. Valletta E. (2012). Unioni tra consanguinei: vantaggi di ieri, svantaggi di oggi, *Quaderni ACP*, 21(5):218- 219.
49. Kalamar A.M., Lee-Rife S., Hindin M.J. (2016). Interventions to Prevent Child Marriage Among Young People in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of the Published and Gray Literature. *Journal of Adolescents Health*, 59:S16-S21.
50. UNFPA (2012). *Marrying Too Young. End Child Marriage*, New York.
51. UNICEF (2014). *Ending Child Marriage, Progress and Prospects*.
52. WHO (2016). *World Health Statistics 2016*. Retrieved from: http://gamapsserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_AdolescentBirthRate_2015.png

53. Hutchinson A., Waterhouse P., March-McDonald J., Neal S., Ingham R. (2017). Understanding processes of risk and protection that shape the sexual and reproductive health of young women affected by conflict: the price of protection, *Conflict and Health*, 11:15-28.
54. Kurt E., Jaeger F.N., Zemp E., Tschudin S., Bischoff A. (2010). Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals, *BMC Public Health*, 10:659-670.

Dokumenti združenj

ASGI (Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione) - La legislazione italiana a tutela delle vittime di tratta in relazione al recepimento della convenzione del consiglio d'Europa del 16.05.05.

ENPAM (Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Medici) - *Il consenso informato in medicina* (Perelli Ercolini). Retrieved from: <https://www.enpam.it/wp-content/repository/universali-multimediale/CI/index.html>

Diagnostično - terapevtski posegi in postopki dravstvene nege (DTP - PZN)

*Federica Scrimin, Micaela Crisma,
Chiara Semenzato, Laura Pomicino,
Marko Mugoša*

Giuseppe Ricci, Federica Scrimin

SMERNICE IN INDIKATORJI SPOLNEGA IN REPRODUKTIVNEGA ZDRAVJA MIGRANTK

ISBN 978-88-5511-057-0 (print); 978-88-5511-058-7 (online). EUT, 2019, str. 41-51

Poti nudenja diagnostično-terapevtske pomoči (PDTA) predstavljajo orodje kliničnega upravljanja, ki z implementacijo najboljših znanstvenih dokazov v realnem kontekstu, omogočajo zmanjšanje variabilnosti poklicnega in organizacijskega vedenja, povečanje ustreznosti, zmanjšanje potrate in neučinkovitosti ter izboljšanje zdravstvenih izidov.

Učinkovitost PDTA je pogojena z natančnostjo študije in predhodno oceno smernic, vendar vključuje tudi izbor kazalnikov s katerimi lahko merimo dejanski vpliv zdravstvene oskrbe in rezultate zdravljenja.

PDTA je orodje, ki ga uporabljajo kliniki, zato mora biti od ključnega pomena, uporaben v vsakdanji praksi, in je enostavno za si ga zapomniti.

V okviru projekta INTEGRA se je zato zdelo smiselno predlagati sledeči PDTA kot delovno orodje, ki ga je mogoče enostavno deliti v bolnišnicah FVG in Slovenije.

Diagnostično - terapevtski posegi in postopki zdravstvene nege (DTP - PZN)

1. Namen In področje izvajanja

Klinična situacija, ki je podlaga za DTP - PZN	V tem DTP - PZN so opredeljeni diagnostično - terapevtski posegi in zdravstvena nega tuje pacientke , obravnavane na ginekološko-porodniškem in neonatalnem oddelku Porodnišnice in klinike za ginekologijo IRCCS Burlo Garofolo iz Trsta in v Bolnišnici Postojna za posamezni klinični primer.
Ciljna populacija	Tuje pacientke
Cilji DTP - PZN	Opredeliti smernice običajnega vedenja pri obravnavi tujih pacientk na ginekološko-porodniškem in neonatalnem oddelku Porodnišnice in klinike za ginekologijo IRCCS Burlo Garofolo iz Trsta in v Bolnišnici Postojna.
Izločitev	Ni meril za izločitev.

2. Zakaj so potrebni DTP - PZN za tuje pacientke?

Porast migracij, ki mu je v zadnjih letih priča tudi Italija, je nacionalni sistem zdravstvenega varstva postavil pred nova vprašanja, vezana na posebnosti narodov, ki vstopajo v državo. Zato je ključnega pomena izdelati načine sprejema ter jasne in enotne postopke za zagotovitev kar najboljše oskrbe za te osebe.

3. Tuje pacientke: kritična vprašanja in posebne potrebe

Komunikacija	<p>Največja ovira pri vzpostavitvi uporabnega odnosa med pacientko in zdravstvenim delavcem je jezikovna pregrada, ki omejuje celotni potek zdravljenja, od zavestne privolitve na podlagi prejetih pojasnil dalje.</p> <p>Zato je ključnega pomena pripraviti informativno gradivo o temeljnih vprašanjih, s katerimi se lahko srečajo tujke, kot so kontracepcija, prekinitev nosečnosti, nosečnost ipd., ki bo slikovno opremljeno in bo na voljo v različnih jezikih.</p> <p>Priporočljivo je pripraviti odpustno pismo iz porodnišnice, prevedeno v različne jezike, z navodili za poporodno dobo in kontaktnimi podatki svetovalnih centrov za družine za pomoč pri dojenju in kontracepciji.</p> <p>Prav tako je treba tudi nujno poseči po pomoči kulturnega mediatorja vsakič, ko znanje jezika ne zadošča za jasno sporazumevanje in/ali ob posebnih težavah ali zelo občutljivih temah. Odsvetuje se koriščenje sorodnika, zlasti mladoletnega, kot »tolmača«. Sporazumevanje s tujimi pacientkami lahko ovirajo tudi kulturne ali verske pregrade. Če obstaja možnost nesporazumov ali sporov, je priporočljivo vključiti kulturnega mediatorja že od začetka, četudi pacientka govori italijansko (oziroma slovensko).</p>
Poznavanje zakonodaje države gostiteljice	<p>Bistveno je poučiti žensko o njenih pravicah in dolžnostih tako glede njenega stanja migrantke kot glede veljavne zakonodaje v državi gostiteljici, da lahko sprejme zavestne zdravstvene odločitve tako glede sebe kot glede morebitnih udeleženih mladoletnih oseb. Natančneje:</p> <ul style="list-style-type: none">• seznaniti jo je treba z dejstvom, da imajo tudi migrantke brez urejenega statusa pravico do enake zdravstvene oskrbe kot italijanski državljani;• spomniti jo je treba, da naša zakonodaja določa pravico pacienta do samoodločanja in da je za vse postopke potrebna le zavestna privolitev na podlagi prejetih pojasnil;• razložiti ji je treba, da naša država ščiti ženske pred nasiljem v družini in jim omogoča umetno prekinitev nosečnosti.
Birokratski postopki	<p>Ključnega pomena je ugotoviti kategorijo, v katero spada pacientka kot migrantka z urejenim ali neurejenim statusom (STP, ENI, TEAM), da se ugotovi, ali ima pravico do vključitve v nacionalni sistem zdravstvenega varstva in ali mora določene storitve plačati ali ne. Zaradi zapletenosti tega opravila je v vseh primerih priporočljivo vključiti pristojni oddelek za tovrstne postopke:</p>
Poznavanje storitev	<p>Tuje pacientke imajo pogosto več težav s poznavanjem in razumevanjem delovanja storitev, zato je priporočljivo izdelati zloženke v več jezikih in jim priskrbeti osnovne informacije o območnih službah, na katere se lahko obrnejo po pomoč v primeru zdravstvenih, socialnih ali denarnih težav.</p>

Posebne kulturne težave

Drugačno kulturno poreklo ima lahko za posledico:

- neprimerna ali nepredvidena pričakovanja v zvezi z vlogo zdravnika ali z medicino;
- verska prepričanja, ki vplivajo na odločitve pacientk;
- različno pojmovanje posameznika in družinskih odnosov;
- težave z razumevanjem delovanja zdravstvenega sistema.

Zato je treba v zapletenih primerih (npr. boleznih plodu - prenatalna diagnostika) zagotoviti multidisciplinarno ekipo in če je potrebno, uporabiti notranjo pravno pomoč za reševanje posebnih vprašanj ter predvideti več razgovorov s pacientko zaradi boljšega razumevanja težav.

Žrtve nasilja na splošno in/ali trgovine z ljudmi

Zavedati se je treba, da je ženska lahko bila in/ali je žrtev nasilja s strani partnerja in/ali je oziroma je bila žrtev trgovine z ljudmi. Zato je ključnega pomena:

- nameniti posebno pozornost zdravstvenim težavam, ki so tesno povezane s temi pojavi (spontani splavi, ponavljajoče se umetne prekinitve nosečnosti, ponavljajoči se obiski urgence zaradi različnih težav); -vključiti je treba zdravstvene in/ali socialne delavce in/ali kulturne mediatorje, usposobljene na to temo;
- zaprositi za pomoč specializirane centre, kot so centri za pomoč žrtvam nasilja in združenja, ki se ukvarjajo z bojem proti trgovini z ljudmi.

Vsi delavci morajo poznati postopke za vzpostavitev povezave pacientk s socialnimi delavci in centri za pomoč žrtvam nasilja GOAP ter natančno pripraviti zdravniško in pravno dokumentacijo po navodilih DTP - PZN glede nasilja (priložena).

Telefonska številka Centra za pomoč žrtvam nasilja GOAP iz Trsta: 040 3478827 ali slovenskega Centra za pomoč žrtvam nasilja: Telefonska številka socialnega delavca v Bolnišnici Burlo Garofolo: 040 3785316 telefonska številka slovenskega socialnega delavca: Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo: (05) 700 07 20

4. Posebni klinični primeri - umetna prekinitve nosečnosti, pohabljanje ženskih spolnih organov, nosečnost in porod

Umetna prekinitve nosečnosti in kontracepcija

V mnogih matičnih državah ženskam ni dovoljeno ustrezno in obvezno samostojno odločanje o starševstvu, zlasti v zvezi z željami glede kontracepcije. Stanje migrantke vključuje ponavljajoče se selitve, zaradi katerih so stalni odnosi z zdravstvenimi ustanovami otežkočeni.

Zato je ključnega pomena:

- predlagati in/ali priskrbeti kontracepcijo že ob sprejemu zaradi umetne prekinitve nosečnosti in/ali ob odpustu po porodu;

- ženskam omogočiti individualne razgovore;
- priskrbeti informativno gradivo o kontracepciji, prevedeno v jezik pacientk, in po potrebi ženskam omogočiti zakonito umetno prekinitev nosečnosti;
- s pogovorom in prijazno komunikacijo preveriti stališče ženske in morebitnega partnerja glede kontracepcije ter jima brez nasprotovanja pomagati izbrati ustrezno kontracepcijsko sredstvo;
- imeti v mislih, da so ženske lahko izpostavljene morebitni podrejenosti, diskriminaciji ali nasilju;
- presoditi, ali se na žensko izvajajo pritiski za zanositev proti njeni volji in/ali njenemu interesu (npr. zelo mlade ženske, ki zaprosijo za umetno oploditev, ženske, ki so v mladih letih v kratkih časovnih presledkih rodile več otrok);
- usmeriti pacientke v pristojne krajevne ustanove (svetovalni centri za družine v Italiji, zdravstveni domovi v Sloveniji), kjer jim lahko zagotovijo pomoč in informacije o kontracepciji; priskrbeti naslove in telefonske številke;
- ženskam s ponavljajočimi se umetnimi prekinitvami nosečnosti priporočiti kontracepcijska sredstva, ki ne zahtevajo aktivne uporabe, najbolj se priporoča maternični vložek ali pa podkožni vsadek.

Pohabljanje ženskih spolnih organov

Vedno je koristno vprašati ženske, ki prihajajo iz »ogroženih« držav, ali imajo pohabljen spolne organe oziroma ali so »obrezane« in jih poučiti o italijanski (oziroma slovenski) zakonodaji, tudi z namenom zaščite novorojenk in deklic.

Kadar ženska s pohabljenimi spolnimi organi rodi deklico, je treba obvestiti zdravnika neonatologa in izbranega pediatra, tako da lahko zagotovita njeno zaščito.

Če se ugotovi pohabljenost spolnih organov, se to zabeleži v zdravstveni karton in opredeli vrsto.

Ženskam s pohabljenimi spolnimi organi se ponudi posvet z zdravnikom specialistom za rekonstrukcijo pohabljenih spolnih organov, če je ta potrebna.

S potekom zdravljenja se seznaniti par.

Poseg je treba zlasti pri stopnji pohabljenosti II in II opraviti čim prej v nosečnosti, da se preprečijo vnetja sečil, težave pri diagnostičnih preiskavah (npr. odvzem vzorca urina, ultrazvok, krvavitve zaradi splava) in zdravljenju.

Nosečnost in porod

Tako doživljanje nosečnosti in poroda kot tudi vse, kar je povezano s tema dvema fazama v življenju ženske, je odvisno od kulturnega porekla in verskih prepričanj vsake posameznice. Te vidike je treba raziskati, pri tem pa vselej ohraniti odobravajoče stališče in se izogibati obsojanju, posebno pozornost pa je treba nameniti nekaterim vidikom, kot so prehrana v nosečnosti, stališče do carskega reza in drugih invazivnih posegov ter do tradicionalne medicine:

- pomembno je spodbujati ženske k temu, da na prvem ginekološkem pregledu v nosečnosti spregovorijo o svojih prehranjevalnih navadah, da se ugotovijo morebitna tvegana vedenja;
- ugotoviti je treba, ali je ženska pripravljena uvesti meso v svojo prehrano; če tega ni pripravljena storiti, ji je treba predlagati druge rastlinske vire beljakovin in železa (na primer stročnice in prehranska dopolnila vitamina B6 in 12);
- nasvete glede pravilne prehrane v nosečnosti je treba prilagoditi posameznici, pri tem pa upoštevati njeno kulturo, veroizpoved in lastnosti (začetni ITM, narodna pripadnost ipd.);
- preveriti je treba, ali ženske uporabljajo morebitna naravna ali alternativna zdravila, ki niso poznana in/ali vplivajo na predvideno terapijo;
- nekatere pacientke, zlasti tiste, ki prihajajo iz Podsaharske Afrike, le s težavo sprejmejo carski rez ali invazivne posege, zato jim je treba že na začetku nosečnosti zelo nazorno razložiti, za kaj gre, jim povedati indikacije in jih pomiriti glede koristi posega za žensko in novorojenčka, da se prepreči nasprotovanje posegom v nujnih primerih.

Posebno pozornost je treba nameniti debelosti in nosečniški sladkorni bolezni, ki sta posebej pogosti pri ženskah, ki prihajajo iz severnoafriških držav in držav jugovzhodne Azije.

Pomisliti je treba na morebitno hemoglobinopatijo, izpostavljenost tveganjem pri delu, prisilnim porokam in/ali porokam med sorojenci (ki so zlasti pogoste v državah jugovzhodne Azije, pa tudi v Podsaharski Afriki in v severnoafriških državah).

5. Katere presejalne programe izbrati?

- Priporoča se cepljenje z enkratnim odmerkom za vse odrasle osebe, za katere ni potrjen ali zanesljivih podatkov o ošpicah, mumpsu in rdečkah.
- Priporoča se primarna serija cepljenja proti davici, tetanusu in otroški paralizi s tremi odmerki, od katerih prvi vsebuje acelularno cepivo proti oslovskemu kašlju.
- Opravi se presejalni test za določanje protiteles proti noricam pri vseh osebah, ki prihajajo iz tropskih držav in cepi se vse, ki so dovzetni za cepivo.
- Opravi se presejalni test za odkrivanje okužbe z virusom hepatitisa B pri vseh odraslih osebah, ki prihajajo iz držav, kjer obstaja tveganje okužbe (Afrika, Azija, Vzhodna Evropa); če se ugotovi okužba, se o tem obvesti specialista in cepi dovzetne osebe.
- Čim prej se opravi presejalni test za odkrivanje tuberkuloze pri mladostnikih, mlajših od 20 let in odraslih med 20 in 50 letom starosti, ki prihajajo iz držav z visoko stopnjo incidence.
- Opravi se testiranje na HIV okužbo z zavestno privolitvijo na podlagi prejetih pojasnil pri mladostnikih in odraslih, ki prihajajo iz držav s prevalenco > 1 % (Podsaharska Afrika, Tajska, nekateri predeli Karibov, Rusija, Indija, Indonezija).

- Opravi se presejalni test za odkrivanje okužbe z virusom hepatitisa C pri osebah, ki prihajajo iz držav s prevalenco $\geq 3\%$ (Podsaharska Afrika in Južna Azija).
- Črevesni paraziti: presejalni test za *Strongyloides* za osebe, ki prihajajo iz jugovzhodne Azije in Afrike (zdravljenje pozitivnih oseb z ivermektinom); presejalni test za šistosome za osebe, ki prihajajo iz Afrike (zdravljenje pozitivnih oseb prazikvantelom).
- Malarija: rutinski presejalni test se odsvetuje, vendar je treba biti pozorni na simptome pri migrantih, ki prihajajo iz držav, kjer je malarija razširjena, ali so preko teh držav potovali, na primer Podsaharska Afrika.

KRONIČNE BOLEZNI:

- Sladkorna bolezen tipa 2: presejalni testi pri nosečih migrantkah in begunkah, starih več kot 35 let, ki prihajajo iz držav z visokim tveganjem, kot so Južna Azija, Latinska Amerika in Afrika.
- Slabokrvnost zaradi pomanjkanja železa: presejalni testi za ženske v rodni dobi (s hemoglobi-
nom), če se ugotovi slabokrvnost, se svetuje dodajanje železa, če je primerno.

REPRODUKTIVNO ZDRAVJE:

- Papiloma virus: cepiti vse ženske ustrezne starosti v skladu s cepilnimi programi v državi.
- Odvzem kontrolnega brisa materničnega vratu za citološki pregled: opravi se test PAP pri vseh spolno aktivnih ženskah.

Priloga A - Odpustnica po kirurški UPN

Cenjena gospa,

želimo Vam srečen povratek domov in vam nuditi nekaj zdravstvenih informacij, ki vam bodo koristne za okrevanje ob zaključku hospitalizacije.

Pomembno je, da doma počivate vsaj 2 dni.

Prve tri dni so vam predpisane 3 tablete Methergina dnevno, daleč od obrokov.

20 dni po zaključku hospitalizacije morate ponovno na pregled količine BetaHCG v krvi.

40 dni po kirurškem posegu morate opraviti ginekološki pregled. Za pregled se lahko najavite v ambulanti našega Zdravstvenega zavoda ali pa v Zdravstvenih ambulantah Družinskih posvetovalnic. Pomembno je, da imate na pregledu s seboj krvne analize BetaHCG.

Če so vam med kirurškim posegom vstavili spiralo (Maternični vložek IUD), jemljite antibiotik, ki vam ga je predpisal zdravnik.

V slučaju močnejše krvavitve, bolečin v nižjem delu trebuha, bolečim krčem ali vročine, se morate obvezno zglasiti za pregled v bolnici, v sprejemni sobi- »Accettazione Ostetrico Ginecologica« v prvem nadstropju, stopnišče D.

Pomnite, da kirurški poseg, s svojimi posledicami vas ne ščiti pred novo nosečnostjo.

Ta je pravi trenutek, da se odločite za izbiro kontracepcijske metode, ki vam najbolj ustreza.

Informacije in navodila o kontracepcijskih metodah lahko dobite v našem Zdravstvenem zavodu ali pa v ambulantah Družinskih posvetovalnic.

Družinske posvetovalnice nudijo brezplačne preglede in so namenjene vsem.

VRSTE KONTRACEPCIJSKIH METOD, KI SO VAM NA RAZPOLAGO:

KAJ ?	KDAJ?
Kondom ali preservativ (ščiti pred spolno prenosljivimi boleznimi).	Pred prvim spolnim odnosom.
Kontracepcijske tablete	Od prvega dne prve menstruacije.
Maternični vložek IUD (vstavi ga ginekolog).	Če ga ni ginekolog vstavil ob posegu, vam ga lahko vstavi zdravnik med naslednjo menstruacijo v naši ambulanti ali v Družinski posvetovalnici.
Podkožni vsadek.	Če ga ni ginekolog vstavil ob kirurškem posegu, vam ga lahko vstavi zdravnik med naslednjo menstruacijo v naši ambulanti.

KORISTNE ŠTEVILKE

Trieste - Trst

Ospedale materno infantile IRCCS "Burlo Garofolo"
Ambulatori di Ostetricia e Ginecologia
Via dell' Istria n. 57 – Tel. 040.3785370

Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste

Trieste - Trst

Družinska posvetovalnica Distretto 1– Via Stock , 2 – Tel 0403997831
Družinska posvetovalnica Distretto 2– Via San Marco, 11 – Tel 0403995566-62
Družinska posvetovalnica Distretto 3– Via Valmaura, 59 – Tel 0403995800
Družinska posvetovalnica Distretto 4 – Via Sai, 7 - (compensorio San Giovanni)-
Tel .0403997445

Aurisina - Nabrežina

Družinska posvetovalnica Distretto 1– Aurisina n. 108/b – Tel 0403997943

Muggia - Milje

Družinska posvetovalnica Distretto 3– Via Battisti n. 6 – Tel 0403995920

Brezplačni tečaji italijanščine

Za Vaše zdravje Vam svetujemo, da se naučite ali izboljšate znanje italijanskega jezika. Tako boste lažje pomagala Vašemu otroku in izboljšala komunikacijo z nami.

Centro territoriale permanente (CTP) – tečaj z izdajo potrdila

Večstopenjska šola - Istituto comprensivo "Antonio Bergamas" - Via dell'Istria n.45 – Tel. 040 7606503

Anolf Trieste

Piazza Dalmazia n.1 - Tel 040 6791351

Arci e comune di Trieste – Arci in Občina Trst

Biblioteca Comunale - Občinska Knjižnica Quarantotti Gambini
Via delle Lodole n. 6 – Tel 347 9822327

Casa internazionale delle donne – Mednarodna hiša žena

Via Zeffirino Pisoni n.3 – Tel 040 568476
Tečaji so namenjeni samo ženskam.
Možnost brezplačnega varstva otrok.

Numero verde regionale: 848 448 884

Brezplačna deželna telefonska številka: 848 448 884

Telefono rosa (numero nazionale antiviolenza e stalking): 1522

Roza telefon (državna telefonska številka proti zalezovanju in nadlegovanju): 1522

Numero verde antitratta: 800 290 290

Brezplačna telefonska številka za boj proti trgovanju z ljudmi: 800 290 290

Priloga B - Odpustnica po UPN z medikament

Cenjena gospa,
želimo Vam srečen povratak domov in vam nuditi nekaj zdravstvenih informacij, ki vam bodo koristne za okrevanje ob zaključku hospitalizacije.

Pomembno je, da doma počivate vsaj 2 dni.

Prve tri dni so vam predpisane 3 tablete Methergina dnevno, daleč od obrokov.

30 dni po zaključku hospitalizacije morate ponovno na pregled količine BetaHCG v krvi.

40 dni po kirurškem posegu, po menstruaciji morate opraviti ginekološki pregled. Za pregled se lahko najavite v ambulanti našega Zdravstvenega zavoda ali pa v Zdravstvenih ambulantah Družinskih posvetovalnic. Pomembno je, da imate na pregledu s seboj krvne analize BetaHCG.

V slučaju močnejše krvavitve, bolečin v nižjem delu trebuha, bolečim krčem ali vročine, se morate obvezno zglasiti za pregled v bolnici, v sprejemni sobi- »Accettazione Ostetrico Ginecologica« v prvem nadstropju, stopnišče D.

Manjše krvavitve so povsem v normi in lahko trajajo do naslednje menstruacije.

Pomnite, da kirurški poseg, s svojimi posledicami vas ne ščiti pred novo nosečnostjo.

Ta je pravi trenutek, da se odločite za izbiro kontracepcijske metode, ki vam najbolj ustreza.

Informacije in navodila o kontracepcijskih metodah lahko dobite v našem Zdravstvenem zavodu ali pa v ambulantah Družinskih posvetovalnic.

Družinske posvetovalnice nudijo brezplačne preglede in so namenjene vsem.

VRSTE KONTRACEPCIJSKIH METOD, KI SO VAM NA RAZPOLAGO:

KAJ ?	KDAJ?
Kondom ali preservativ (ščiti pred spolno prenosljivimi boleznimi).	Pred prvim spolnim odnosom.
Kontracepcijske tablete	Od prvega dne prve menstruacije.
Maternični vložek IUD (vstavi ga ginekolog).	Če ga ni ginekolog vstavil ob posegu, vam ga lahko vstavi zdravnik med naslednjo menstruacijo v naši ambulanti ali v Družinski posvetovalnici.
Podkožni vsadek.	Če ga ni ginekolog vstavil ob kirurškem posegu, vam ga lahko vstavi zdravnik med naslednjo menstruacijo v naši ambulanti.

KORISTNE ŠTEVILKE

Trieste - Trst

Ospedale materno infantile IRCCS "Burlo Garofolo"
Ambulatori di Ostetricia e Ginecologia
Via dell' Istria n. 57 – Tel. 040.3785370

Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste

Trieste - Trst

Družinska posvetovalnica Distretto 1– Via Stock , 2 – Tel 0403997831
Družinska posvetovalnica Distretto 2– Via San Marco, 11 – Tel 0403995566-62
Družinska posvetovalnica Distretto 3– Via Valmaura, 59 – Tel 0403995800
Družinska posvetovalnica Distretto 4 – Via Sai, 7 - (compensorio San Giovanni)-
Tel .0403997445

Aurisina - Nabrežina

Družinska posvetovalnica Distretto 1– Aurisina n. 108/b – Tel 0403997943

Muggia - Milje

Družinska posvetovalnica Distretto 3– Via Battisti n. 6 – Tel 0403995920

Brezplačni tečajji italijanščine

Za Vaše zdravje Vam svetujemo, da se naučite ali izboljšate znanje italijanskega jezika. Tako boste lažje pomagala Vašemu otroku in izboljšala komunikacijo z nami.

Centro territoriale permanente (CTP) – tečaj z izdajo potrdila

Večstopenjska šola - Istituto comprensivo "Antonio Bergamas" - Via dell'Istria n.45 – Tel. 040 7606503

Anolf Trieste

Piazza Dalmazia n.1 - Tel 040 6791351

Arci e comune di Trieste – Arci in Občina Trst

Biblioteca Comunale - Občinska Knjižnica Quarantotti Gambini
Via delle Lodole n. 6 – Tel 347 9822327

Casa internazionale delle donne – Mednarodna hiša žena

Via Zeffirino Pisoni n.3 – Tel 040 568476
Tečajji so namenjeni samo ženskam.
Možnost brezplačnega varstva otrok.

Numero verde regionale: 848 448 884

Brezplačna deželna telefonska številka: 848 448 884

Telefono rosa (numero nazionale antiviolenza e stalking): 1522

Roza telefon (državna telefonska številka proti zalezovanju in nadlegovanju): 1522

Numero verde antitratta: 800 290 290

Brezplačna telefonska številka za boj proti trgovanju z ljudmi: 800 290 290

INTEGRA - WP 3.2.2

RAZVOJ INDIKATORJA SPOLNEGA
IN REPRODUKTIVNEGA ZDRAVJA

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

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

Giuseppe Ricci, Federica Scrimin

SMERNICE IN INDIKATORJI SPOLNEGA IN REPRODUKTIVNEGA ZDRAVJA MIGRANTK

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

1. Novi kazalniki za integracijske politike

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

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

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

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

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

2. Lastnosti »dobrega kazalnika«

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

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

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

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

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

»Izmera« pojma je zelo visokopotezen cilj, ki ga je mogoče doseči s procesom, ki je lahko zapleten, zlasti če je pojem zelo splošen. Tudi če nam uspe lastnost opredeliti z določeno stopnjo natančnosti, ostane še vedno relativno abstraktna, dokler je konkretno ne opišemo. Z metodološkega vidika je treba najprej določiti ustrezne »kazalnike« in jih nato operativno opredeliti, to pomeni, da moramo navesti, na kakšen način jih bomo izmerili. Na ta način postanejo kazalniki spremenljivke, z ustrežno kombinacijo katerih bomo nato dobili zeleni indeks².

Uporabljena je bila beseda »ustrezno«, ker kazalniki/spremenljivke bolj ali manj sovpadajo s semantičnim razponom pojma/lastnosti; zato jim je mogoče legitimno pripisati ustrezne obtežitve, ki omogočajo ponovitev njihove veljavnosti. Veljavnost je namreč pomembna zahteva, saj mora biti očitno (face validity³), da kazalniki dejansko »označujejo« lastnost, ki se jo želi izmeriti. Ve-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Če se upošteva zadnje od naštetih zahtev in se uporabijo že obstoječi podatki ter se pri tem ugotovijo pomanjkljivosti, je treba poiskati alternativne vire in/ali svetovati večjo natančnost pri zbiranju podatkov. Če pa se želi pridobiti izvirne podatke, je treba ravnati tako, da so izpolnjene zgoraj navedene značilnosti, to pa je naloga, ki si jo zastavljamo na tem mestu⁴.

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

3. Kazalniki na mikro in makro ravni

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

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

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

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

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

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

⁵ Glede predhodnega pristopa si lahko ogledate *Level of analysis* (https://en.wikipedia.org/wiki/Level_of_analysis).

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

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

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

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

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

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

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

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

- preprečevanje neželenih nosečnosti,

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Načini izpolnjevanja in analize popisnega lista

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

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

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

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

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

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

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

6. Predlagani popisni list

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

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

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

Vprašalnik za ugotavljanje indikatorja

1. V kateri državi ste rojeni? _____

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

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

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

4. Koliko let že živite v Sloveniji?

Leta: |_|_|

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

Dopolnjena leta: |_|_|

6. Ali imate slovensko državljanstvo?

NE 0 DA 1

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

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

8. Narodnost ali kultura kateri pripadate? _____

9. Kakšna je vaša veroizpoved?

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

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

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

11. Kakšen je vaš zakonski stan?

Samska	1
Poročena	2
Ločena	3
Razvezana	4
Vdova	5

12. Pri kateri starosti ste se poročili?

|_|_|

13. Ali je vaša poroka bila dogovorjena?

NE 0

DA 1

14. Ali je vaš mož daljni sorodnik?

NE 0

DA 1

15. Ali imate otroke?

NE 0

DA 1 - koliko? |_|_|

16. (V kolikor že imate otroke)

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

17. Ali ste že kdaj imeli prekinitev nosečnosti?

Nikoli	0
Enkrat	1
Dvakrat	2
Trikrat ali več	3

18. Ali je imel vaš oče več žena?

NE 0

DA 1 - koliko? |_|_|

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

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

20. Kakšna je vaša izobrazba?

Brez izobrazbe	1
Osnovnošolska	2
Srednješolska	3
Visokošolska ali več	4

21. Ali govorite slovenski jezik?

Sploh ne	1
Malo	2
Precej	3
Zelo	4

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

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

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

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

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

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

25. Kakšno delo opravljate?

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

26. Ali imate tekoči račun na vaše ime?

NE 0

DA 1

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

NE 0

DA 1

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

NE 0

DA 1

29. Katera zdravila običajno uporabljate?

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

30. Ali ste šli kdaj na preventivne preglede?

NE 0

DA 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

38. Ali ste kdaj morali obiskati bolnišnico?

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

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

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

40. Kako dobro poznate slovensko Ustavo?

Sploh ne	1
Malo	2
Precej	3
Zelo dobro	4

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

NE 0

DA 1

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

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

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

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

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

NE 0

DA 1

45. (V kolikor je odgovor DA)

Ali so vam zdravniki dali informacije o tem?

NE 0

DA 1

46. Ali ste bili obrezani?

NE 0

DA 1

v kateri starosti? |_|_|

Bibliografija

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

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