

# SPOLNO IN REPRODUKTIVNO ZDRAVJE IN DRUŽBENE INTEGRACIJE: PRIMER SLOVENIJE

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

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju

*Jana Čelhar, Jana Prosen, Martina Podobnik*

Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna

## 1. Uvod

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

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

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

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

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

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

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

## 2. Metode

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

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

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

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

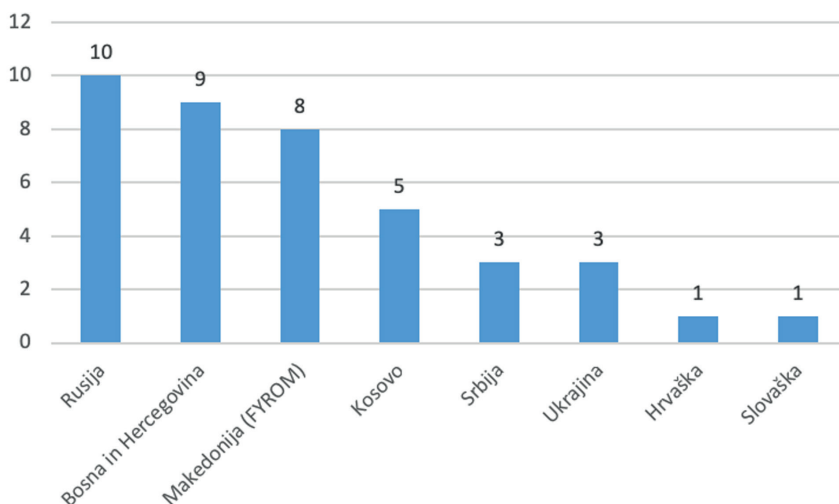
Raziskava je potekala v skladu s Helsinško-Tokijsko deklaracijo (World Medical Association, 2013), Kodeksom etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2014) in priporočili za etiko v kvalitativnem raziskovanju (British Sociological Association, 2002). Izvedba raziskave je bila odobrena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

### 3. Rezultati

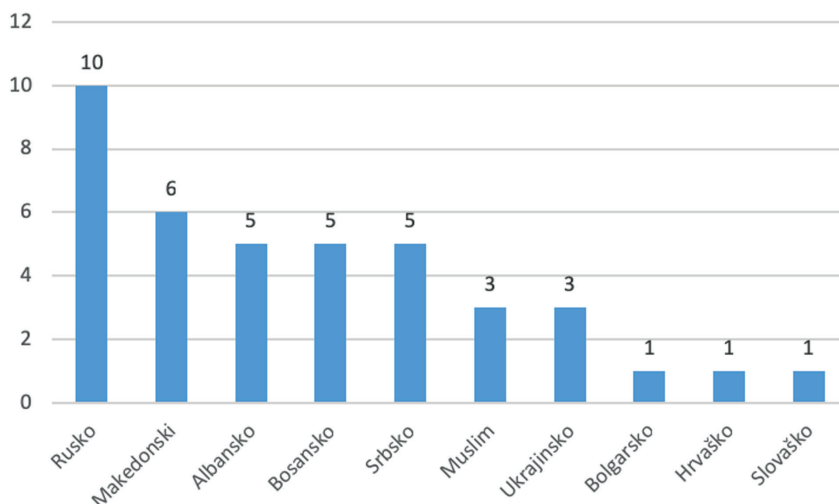
#### 3.1 Analiza vprašalnika

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

Slika 1 - Država rojstva sodelujočih



Slika 2 - Državljanstvo sodelujočih



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

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

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

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

V Sloveniji so ženskam podporo v večini nudili njihovi družinski člani (n=20), ki so živeli v Sloveniji; drugi migranti (n=15) in Slovenci (n=10). Samo tri ženske so trdile, da bi potrebovale pomoč kulturnega mediatorja, če je to mogoče. Pomoč s strani nevladnih organizacij je bila zelo redko omenjena. Manj kot polovica udeleženk je trdila, da ima nekaj slovenskih prijateljev medtem, ko je 15 udeleženk trdilo, da ima veliko slovenskih prijateljev. Za 19 (47.5%) žensk predstavlja Slovenski jezik še vedno veliko neznanko, medtem ko 20 žensk govori slovensko relativno dobro. Večina teh žensk, ki zelo slabo govori slovensko, bi obiskovale tečaj slovenskega jezika, če bi imele to možnost. V povprečju ženske govorijo vsaj 2 jezika (Mo=2;  $x^2=2.51$ ; Min=1; Max=4). Ženske se redko udeležujejo tečajev in programov formalnega ali neformalnega izobraževanja v Sloveniji.

Migracija je imela zelo velik vpliv na življenje žensk. V tej smeri je 15 žensk trdilo, da so se odnosi med njo in možem spremenili, 7 jih navaja spremembe v spolnosti, 6 je spremenilo pogled na kontracepcijo, 16 jih je spremenilo pogled na svet in 14 na sistem socialne podpore. 10 žensk je izjavilo, da imajo odkar živijo v Sloveniji težave zaradi tega, ker so predstavnice različnih etničnih skupin. Razlogi so povezani z določenimi situacijami (možnost iskanja zaposlitve, težave pri komunikaciji in nizka pomoč zaposlenih v službah javne uprave) in ovire (jezikovne ovire).

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

kožni vsadki) niso bile omenjene. Ženske so tudi omenile, da imajo proste roke pri izbiri različnih metod kontracepcije (n=33). Izmed 40 udeleženk v raziskavi, 4 ženske trdijo, da so imele dvakrat abortus in 5 žensk enkrat. Večina žensk je bila mnogorodnic, medtem ko jih 11 še ni imelo otrok. Izmed vseh jih 25 navaja, da bi imelo še več otrok.

Polovica žensk navaja, da je obiskalo zdravnika zaradi ginekoloških težav (n=20), infekcijskih bolezni (n=10) in poškodb (n=10). Ko potrebujejo zdravila, jih večina trdi, da jemlje zdravila, ki jih predpiše zdravnik. Med vsemi ženskami se je v sistemu zdravstvenega varstva le ena počutila diskriminirano. Glavna ovira pri stikih s ponudniki zdravstvenih storitev je bila jezikovna ovira (n=29). Nekatere druge ženske so v odprtem vprašanju nadalje pojasnile, da so opazile manjšo strpnost do tistih, ki ne govorijo slovenščine, časovne omejitve obravnave pri tujcih in pomanjkanju znanja o drugih kulturah. Ženske so menile, da bi tolmačenje lahko pomagalo pri komuniciranju z zdravstvenimi delavci (55,0%; n=22), nekatere pa svojega mnenja niso podale. Nekatere ženske so podale tudi nekaj predlogov kako izboljšati odnose z izvajalci zdravstvenega varstva: zaposlovanje kulturnih mediatorjev ali interpretov, izboljšanje znanja in osveščenosti med zdravstvenimi ponudniki, prevod obrazcev v različne jezike, znanje angleščine za zdravstvene delavce itd.

### 3.2. Kvalitativna analiza

Namenski vzorec, vključen v analizo je tvorilo 10 žensk migrantk, ki so bile sprejete v bolnišnico Postojna. Povprečna starost anketirank je bila 30,5 let, od tega je bila najmlajša stara 22 let, najstarejša pa 37 let. Tri anketiranke so se izselile iz Bosne in Hercegovine, dve iz Rusije in Srbije, ter po ena iz Ukrajine, Kosova in Irana. Razen ene anketiranke, so se vse se v Slovenijo preselile neposredno iz matične domovine. Kot razloge za migracijo jih je šest navedlo pridružitve družini (v večini primerov gre za pridružitve zakoncu, ki je v Sloveniji delal »delovno migrant«). Tri ženske so kot razlog za migracijo navedle boljše zaposlitvene možnosti, ena pa poroko. Dve anketirani sta zaključili poklicno izobraževanje, štiri srednjo šolo, ena visokošolsko izobraževanje in tri univerzitetno stopnjo. Kvaliteta življenja anketiranih je v veliki meri odvisna od njihovih življenjskih pogojev. Več kot polovica (n=6) jih živi v najetem stanovanju v urbanih območjih. Povprečno gospodinjstvo vključuje 3,2 člana. Vse anketirane z izjemo ene, imajo urejeno zdravstveno zavarovanje v Republiki Sloveniji. Z vidika porodniške anamneze je bilo osem anketirank prvesnic, dve pa mnogorodnici, od katerih jih je devet rodilo v Sloveniji leta 2018. Povprečna starost anketirank, ki so prvič rodile je bila 28,80 let. Najmlajša anketirana je rodila pri svojih 20-ih, najstarejša pa pri 37 letih.

Pred vsebinsko analizo je bila izvedena preliminarna analiza, ki je zajemala izračun frekvence besed (Slika 3) in analizo klastrov oz. grozdov npr. primerjava besedne podobnosti in podobnosti kodiranja (Slika 4) glede na posamezne primere (anketiranke). Rezultati so pokazali močno povezavo med posameznimi primeri (anketiranke), kot tudi podobnosti v kodiranju.<sup>13</sup>

<sup>13</sup> Pearsonov koeficient korelacije (r), privzeti koeficient merjenja podobnosti besedišča, se je gibal med 0,74 do 0,90.



Tabela 1 - Preliminarne identificirane teme in podteme

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

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

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



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

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

### *3.2.2 Kulturne vrednote, prepričanja, navade in tradicije*

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

### *3.2.3 Odnosi in vloge med spoloma*

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

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

### *3.2.4 Družbena integracija v državi gostiteljici*

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

### *3.2.5 Migracijski proces - nove priložnosti*

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

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

## 4. Zaključek

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

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

### 4.1 Implikacije za klinično prakso

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

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

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

## Literatura<sup>15</sup>

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

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

- Sandelowski M. (2000) Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health* 23: 334-340.
- Schmidt NC, Fagnoli V, Epiney M, et al. (2018) Barriers to reproductive health care for migrant women in Geneva: a qualitative study. *Reproductive Health* 15: 43.
- Smith AC, LeVoy M, Mahmood T, et al. (2016) *Migrant women's health issues: Addressing barriers to access to health care for migrant women with irregular status*. Disponibile in: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0017/330092/6-Migrant-womens-health-issues-irregular-status.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/330092/6-Migrant-womens-health-issues-irregular-status.pdf?ua=1).
- Smythe E. (2012) Discerning which qualitative approach fits best. *New Zealand College of Midwives Journal* 46: 5-12.
- The Lancet Public H. (2018) Protecting migrant women. *The Lancet Public Health* 3: e1.
- World Health Organization. (2017) *Women on the move: Migration, care work and health*, Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018) *Social determinants of health*. Disponibile in: [http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/).
- World Medical Association. (2013) World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association* 310: 2191-2194.