

PRIMERJALNA OCENA PRISTOPOV IN PRIMEROV DOBRIH PRAKS V ZDRAVSTVU

Chiara Semenzato, Micaela Crisma, Alice Sorz, Federica Scrimin

Pediatrična bolnišnica in porodnišnica Burlo Garofolo v Trstu

1. Uvod in pregled literature

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Migrantke v Italiji

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

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

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

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

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

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

(Flores, 2004).

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

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

Nekatere ženske še danes poročajo o rasističnem ali stereotipiziranem obravnavanju.

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

2.2. Primeri dobre komunikacije z bolniki

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

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

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

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

2.3. Delo v bolnišnici Burlo Garofolo

Naše delo v bolnišnici Burlo Garofolo temelji na:

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

Dialog

- Vloga medkulturnega posrednika.

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

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

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

Usposabljanja se na deželni ravni ponavljajo redno.

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

- Priprava informativnega in poljudnega gradiva

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

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

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

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

3. Vprašalnik na vzorcu migrantk v bolnišnici Burlo Garofolo

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

nosti), ambulanta za oploditev z biomedicinsko pomočjo in porodniški oddelek.

Migrantke, ki so bile dovolj zdrave, da so lahko odgovarjale na vprašanja, sta izpraševalca prosila za odgovore v italijanskem ali angleškem jeziku. Po potrebi je pri tolmačenju pomagal tudi medkulturni posrednik.

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

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

3.1. Analiza vprašalnika INTEGR

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

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

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

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

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

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

Tabela 1 - Država izvora

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

Številke kažejo, da vzorec ni reprezentativen za migrantke v Italiji, temveč gre za naključno izbrano ženske. Kljub temu pa so se tudi te ženske soočile s težavami in diskriminatornim vedenjem.

Večina vprašanih (46 oz. 60 %) potrjuje, da na lastni koži v Italiji ni doživela kakršne koli oblike diskriminacije, 40 % sodelujočih pa tako ravnanje omenja. Nekatere so prijavile primere diskriminacije na delovnem mestu ali v vsakodnevem življenju. Kot primer navajajo, da so bile deležne sumničavih pogledov zaradi drugačne obleke ali barve kože. Njihove usposobljenosti za delo niso priznali. Na žalost so bili do nekaterih neprijazni tudi zdravstveni delavci, ki naj bi ravnali tako, ker imajo migrantke preveč otrok ali ker uživajo drugačno hrano.

Odnos do zdravstvenega sistema

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

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

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

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

V nadaljevanju so predstavljeni glavni predlogi:

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

3.2. Informacije o zdravju

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

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

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

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

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

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

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

3.3. Metode načrtovanja družine

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

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

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

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

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

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

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

4. Pohabljanje/obrezovanje ženskih spolnih organov

4.1. Kaj je pohabljanje ženskih spolnih organov?

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

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

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

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

Podskupine:

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

tip I-B: odstranitev klitorisa in kože klitorisa.

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

Podskupine:

tip II-A: samo odstranitev malih sramnih ustnic;

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

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

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

Podskupine:

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

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

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

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

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

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

4.2. Rezultati vprašalnika INTEGRA

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

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

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

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

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

4.3. Pomembnost izobraževanja zdravstvenih delavcev

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Zanimivi klinični primeri

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

redu in ni želela opravljati pregledov dvakrat na mesec.

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

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

6. Opazovanje pregledov

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

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

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

Osredotočili smo se predvsem na:

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

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

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

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

Pri ostalih pregledih je zdravnik včasih govoril angleško ali francosko.

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

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

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

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

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

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

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

6.1. Primeri dobrih praks

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

6.2. Primeri slabega sporazumevanja ali neprijaznega odnosa:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.3. Povzetek rezultatov

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

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

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

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

Končno lahko opišemo še nove zamisli dobrih praks:

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

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

Literatura in viri

- Abdulcadir J., R. M. (2015). Research gaps in the care of women with female genital mutilation: an analysis.
- Berg R.C., D. E. (2010). Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting: a systematic review.
- Berg R.C., O.-J. J. (2014). An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting.
- Berg R.C., U. V. (2014). Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis.
- Bulman, K. H., & McCourt, C. (2002). Somali refugee women's experiences of maternity care in west London: a case study. *Critical Public Health*, 12(4), 365-380.
- Cantwell, R., Clutton-brock, T., Cooper, G., Dawson, A., Drife, J., Garrod, D., ... & Millward-sadler, H. (2011). Saving Mothers' Lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. The Eighth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. *Bjog: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 118, 1-203.
- Dawson A., H. C. (2015). A systematic review of doctors' experiences and needs to support the care of women with female genital mutilation.
- Dawson A., T. S. (2015). Evidence to inform education, training and supportive work environments for midwives involved in the care of women with female genital mutilation: A review of global experience.
- Degni, F., Suominen, S., Essén, B., El Ansari, W., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). Communication and cultural issues in providing reproductive health care to immigrant women: health care providers' experiences in meeting Somali women living in Finland. *Journal of immigrant and minority health*, 14(2), 330-343.
- Flores G. (2004). The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review, *Medical Care Research and Review*, 62(3), pp. 255-299.
- Hawkey, A. J., Ussher, J. M., Perz, J., & Metusela, C. (2017). Experiences and constructions of menarche and menstruation among migrant and refugee women. *Qualitative health research*, 27(10), 1473-1490.
- Iavazzo C., S. T. (2013). Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence.
- ISTAT (2017). Rapporto annuale 2017. La situazione del paese.
- Keygnaert I., Ivanova O., Guieu A., Van Parys A. S., Leye E., Roelens K. (2016). What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing evidence in the WHO European region, (Vol. 45). World Health Organization-Regional Office for Europe.
- Lombardi L. (2004). Donne immigrate e salute riproduttiva tra modelli culturali e condizioni sociali, Working Papers del Dipartimento di Studi Sociali e Politici, Università di Milano.
- M. Heaman, H. B. (2012). Migrant Women's Utilization of Prenatal Care: a systematic review.
- Mann, S. K., Roberts, L. R., & Montgomery, S. (2017). Conflicting Cultural Values, Gender Role Attitudes, and Acculturation: Exploring the Context of Reproductive and Mental Health of Asian-Indian Immigrant Women in the US. *Issues in mental health nursing*, 38(4), 301-309.
- Mengesha, Z. B., Perz, J., Dune, T., & Ussher, J. (2018). Preparedness of health care professionals for delivering sexual and reproductive health care to refugee and migrant women: a mixed methods study. *International journal of environmental research and public health*, 15(1), 174.
- Metusela C., Ussher J., Perz J., Hawkey A., Morrow M., Narchal R., Estoesta J., Monteiro M. (2017). "In My Culture, We Don't Know Anything About That": Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women, *International Journal of Behavioural Medicine*, 24(6), pp. 836-845.
- National Health and Medical Research Council (2004). Communicating with patients. Advice for medical practitioners, Commonwealth of Australia.

- Pavlish, C. L., Noor, S., & Brandt, J. (2010). Somali immigrant women and the American health care system: discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries. *Social Science & Medicine*, 71(2), 353-361.
- Pottie K., Greenaway C., Feightner J., Welch, V., Swinkels H., Rashid M., et al. (2011). Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E824-E925.
- RCOG, R. C. (2015). Female Genital Mutilation and its management (Green Top Guideline No.53).
- Seo, J. Y., Bae, S. H., & Dickerson, S. S. (2016). Korean immigrant women's health care utilization in the United States: A systematic review of literature. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 28(2), 107-133.
- UNFPA, U. W. (2010). Global strategy to stop health care providers from performing female genital mutilation.
- UNICEF. (2016). Female genital mutilation/cutting: a global concern.
- Vloeberghs E., K. A. (2012). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands.
- WHO. (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries.
- WHO. (2010). Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation.
- WHO. (2016). What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing evidence in the WHO European region.
- Yelland, J., Riggs, E., Szwarc, J., Casey, S., Duell-Piening, P., Chesters, D., ... e Brown, S. (2015). Compromised communication: a qualitative study exploring Afghan families and health professionals' experience of interpreting support in Australian maternity care. *BMJ Qual Saf*, bmjqs-2014.