

POGLED ZDRAVSTVENIH DELAVCEV IN IZKUŠNJE SKUPNOSTI PRISELJENCEV TER MEDIKULTURNIH POSREDNIKOV

Ornella Urpis⁴⁵

Oddelek za politične in družbene vede, Univerza v Trstu

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

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

1. Pogled strokovnih delavcev

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

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

Srečanja so prispevala k vzajemni izmenjavi znanj in primerjavi različnih okolij ter izkušenj⁴⁶. Vse ugotovitve bomo povzeli in jih združili v kategorije, ki predstavljajo ključne vidike zdravstvene oskrbe migrantske populacije, in sicer razkorak med zdravstveno kulturo in »drugimi« kulturami, tradicionalne družbene prakse in bolnišnične prakse, odnos med zdravnikom in pacientom v luči novih družbenih izzivov, organizacijo zdravstvenih storitev, vlogo medkulturnih posrednikov itd. Stik med zdravstvenimi delavci in tujimi uporabniki zdravstvenih storitev povzroča vzajemno spreminjanje vedenja in odnosa, ki je pogosto posledica nezaupanja ob stiku z »raznolikostjo« kot rezultatom medkulturnih odnosov (Ciancio, 2005). To lahko pri zdravstvenem delavcu ustvarja stisko, ki je povezana z njegovimi kulturnimi predstavami, in od njega zahteva temeljit razmislek o vrednosti pomoči, da si le-to osmisli v luči novih potreb (El-Hamad e Pezzoli, 2005). Gre za stimulativen izziv za zdravstvene delavce, ki prispeva k obogatitvi in poglobitvi strokovnih in drugih splošnih humanističnih vidikov (Mottini, 2007).

⁴⁵ Zahvaljujemo se: prof. Giorgiu Porcelliju, da nam je pomagal pri vzpostavljanju prvih stikov na terenu z islamskimi skupnostmi; Združenju mladih muslimanov v Italiji (*Associazione Giovani Musulmani d'Italia*) za razprave o porokah in patriarhalnih tradicijah; doktorici Fulvii Riccardi z Inštituta za ekonomske in socialne raziskave Furlanije - Julijske krajine (IRES) za oris stanja na področju medkulturnega posredovanja v deželi; medkulturnima posrednicama Soumii Erraj in Aminati Bangagne ter ANOLF-u.

⁴⁶ Prim. www.sociologiadellasalute.org.

1.1. Razmerje med multikulturalnostjo in bolnišničnimi praksami

- Ženske iz nekaterih geografskih območij imajo *drugačne somatične in telesne značilnosti kot model kavkaške ženske, ki smo ga navajeni*. Medicinski postopki se morajo temu prilagajati in izdelati drugačne modele ravnanja, na primer pri porodu in odmerjanju protibolečinskih sredstev.
- *Nacionalne morfološke parametre je treba prednostno revidirati*, da se bodo kot normalni lahko obravnavali primeri otrok, katerih mere odstopajo od kodificiranih standardov, a ne pomenijo nujno abnormalnosti, zaradi katerih bi ti otroci potrebovali specialistično zdravljenje.
- *Priseljenci si napačno razlagajo birokratske postopke in prakse*. Ker ne poznajo organizacijskega modela, strokovnim delavcem pripisujejo pomanjkanje sočutja do njih kot tujcev in si obnašanje osebja razlagajo kot diskriminatorno.
- Obravnava pacientk, ki bolehajo za nepoznanimi boleznimi ali boleznimi, ki so v naši državi zelo redke, ter izmenjava kliničnih primerov med jutranjimi sestanki na oddelku *bogati strokovno znanje*.
- *Razmerje med različnimi pogledi na življenje in bolnišničnimi praksami*. Nekatere osebe iz kulturnih ali verskih razlogov zavračajo prenatalno diagnostiko/splav itd. Medicinsko vedenje je v tem primeru v navzkrižju z drugačnim pogledom na svet in eksistenco. Izbiro pacienta pa je težko uskladiti z birokratskimi predpisi in pravno odgovornostjo strokovnega delavca.
- Vprašanje je, do kakšne mere lahko obveščanje pacientke o rezultatih glede njenega spolnega zdravja v prisotnosti moža obravnavamo kot *etično ravnanje*.

1.2. Slovenski in italijanski sistem porodniške oskrbe pacientk

- Slovenski zdravstveni delavci so izrazili posebno zanimanje za sodelovanje, da bi se bolje seznanili z migrantskim pojavom v Italiji in z *odzivom italijanskega zdravstvenega sistema na stik z drugimi kulturami*. Med priseljenci v Sloveniji trenutno prevladujejo samo določene kulturne skupnosti, medtem ko so priseljenjski tokovi v Italiji bolj raznoliki (priseljenci prihajajo z vsega sveta). V okviru evropskega sodelovanja pri razporejanju priseljenjskih kvot bo najbrž tudi slovenska priseljenjska populacija postala bolj kulturno raznolika, čemur bo treba ustrezno prilagoditi obstoječe zdravstvene prakse.
- *Pomanjkanje medkulturnega posredovanja*. Odsotnost medkulturnega posrednika izkrivlja odnos med zdravnikom in pacientko, saj je glavna referenčna oseba v pogovoru mož ali kak drug sorodnik/prijatelj. V Italiji se je v nekaterih primerih pri primerjavi prevoda z medkulturno posrednico izkazalo, da je mož naredil napake pri prevodu ali pa je pogovor nameroma drugače prevedel na podlagi svoje lastne interpretacije. Poleg tega se na ta način s pacientko ne vzpostavi osebni odnos, kar pa je na omenjenem področju, ki zadeva intimo pacientke, ključnega pomena.

1.3. Razmerje med kulturami oziroma kulturnimi sistemi in medicinskimi praksami

- Primeri zavrnitve carskega reza iz *tradicionalnih/verskih razlogov*, kar ogroža življenje otroka in onemogoča postopke zdravljenja, ki jih izvajajo zdravstveni delavci.
- Izkrivljanje informiranega soglasja, do katerega pride zaradi *drugačnega dojemanja ali pomanjkanja pojma individualnosti posameznika*. V številnih kulturah je človek del skupnosti (družine) in ga ni mogoče ločiti od nje.
- Izkrivljanje informiranega soglasja, do katerega pride zaradi nepoznavanja jezika ali odsotnosti kulturnega posrednika in posledičnega *tolmačenja medicinske terminologije tudi s pomočjo neverbalne komunikacije*.

- *Oblikovati bi bilo treba normirane postopke*, ki bi jim zdravstveni delavci na oddelku sledili pri obravnavi pacientk s pohabljenimi spolnimi organi v času nosečnosti, pri porodu in po njem (obveščanje družinskega zdravnika itd.).
- *Razlike v obnašanju in drugačno dojetje bolečine* med populacijami iz podsaharske Afrike in azijskih držav vodijo v drugačen odnos zdravstvenih delavcev glede na izvorno kulturo pacientke.

1.4. Odnos med zdravstvenimi delavci in pacientkami

- Soprogom muslimanskih žensk je težko razložiti, da je *bolniška oskrba brezplačna* in so zato razpoložljivi zdravniki lahko tako ženske kot moški, odvisno od izmene.
- Trenutki globoke izpovedi in *zaupanje osebnih izkušenj* med ženskami, ki so v drugačnih okoljih prestale hude družbene stiske, in zdravstvenimi delavci.
- Napetosti, ki so povezane z *občutkom manjvrednosti tujcev*, kar privede do izkrivljenega dojetja realnosti. Nekateri obtožujejo zdravstvene delavce, da jih obravnavajo drugače, ker so tujci, to pa samo zato, ker morajo čakati v vrsti ali zadostiti pravnim zahtevam, ki jih ne razumejo.
- *Prisotnost moških zdravnikov* na oddelku lajša razumevanje in solidarnost med zdravnikom in pacientkinim soprogom ter blaži morebitne napetosti zaradi vmešavanja moža v medicinske prakse.
- *Drugačne higienske navade*. Oviro pri komunikaciji lahko včasih predstavlja pomanjkljiva čistoča ali drugačne telesne vonjave zaradi drugačne prehrane.

1.5. Organizacijski vidiki in zdravstvene politike

- *Splošno prakso v bolnišnicah*, ki predvideva, da je oseba, ki pacientko spremlja, prisotna ves čas - pri izvajanju preiskav, pregledov ali med porodom - je treba preoblikovati, da bo bolj restriktivna.
- *Zdravstveni delavci opozarjajo, da nimajo »besede« pri javnih politikah*. Poudarjajo, da je prišlo do resnega upada spoštovanja v odnosu do javnega dobrega. Zdravstveni zavodi so nazadovali, saj je povišanje socialnih stroškov spodbujalo zasebne storitve. Javni delavci čutijo vse večje nezadovoljstvo, pomanjkanje spoštovanja in ugleda smed avtohtonim prebivalstvom ter vse večji pritisk in agresivnost »drugih« kultur.
- Medkulturno posredovanje v času nočnih izmen. Trenutno imajo v bolnišnici Burlo Garofolo na voljo posredovanje/tolmačenje samo čez dan. Ponoči in v nujni primerih čez dan bi zdravstveni delavci potrebovali možnost *telefonske pomoči ali pomoči prek programa Skype* tako kot v ZDA in drugih državah.
- Ko govorimo o spolnem in reproduktivnem zdravju, se je nujno treba posvetiti tudi temi spolnega užitka kot ključnega elementa ženskega spolnega zdravja. Koristno bi bilo vpeljati koncept *spolne dobrobiti*, ki bi zajemal vse vidike svobodnega uživanja v spolnosti.
- Potreba po tem, da bi *zdravniki imeli status uradne osebe*, kar bi jim dajalo večjo avtoriteto pri stiku s soprogi pacientk in na splošno v konfliktnih situacijah.
- *Težave z informiranim soglasjem, ki so povezane s konceptom popolne odvisnosti ženske od moža in morebitnim kršenjem volje ženske*. Zdravstveni delavci pogosto opažajo, da je žena podrejena možu. Tudi v primerih, ko ženska potrdi, da želi, da je mož prisoten pri ginekološkem pregledu ali porodu in privoli (ali ne privoli) v določen poseg, se vedno pojavljajo dvomi, ali gre res za svobodno izbiro.
- Pomanjkanje ustreznih kazalnikov, s katerimi bi prepoznali strah žena pred možmi ali družinami; le-ta je povezan z nasiljem kulturnega značaja, ki ženskam ne podeljuje pravice do svobodnega odločanja. Poleg oviranja v postopku pridobitve prostovoljnega soglasja lahko

mož predstavlja oviro tudi v vsakdanjem življenju. *Pomanjkanje kazalnikov nasilja kulturnega značaja* vodi v legitimacijo nasilja, če le-to prihaja iz »drugih« kultur in je povezano s tradicijami in kulturnimi razlikami. Posledično se dogodek ne prijavi socialnim službam.

- *Ker ni ustreznega postopka preverjanja dela, ki ga prek zadruge opravi zunanji izvajalec*, se v primeru težav med zdravstvenim osebjem in medkulturnim posrednikom te pomanjkljivosti ne zabeležijo v referenčni dokument. Pomanjkanje povratnih informacij onemogoča izboljšavo same storitve.

2. Fokusne skupine in opazovanje z udeležbo

Organizirani sta bili dve fokusni skupini z bangladeškimi ženskami v njihovih bivališčih v Trziču; dejavnosti se je udeležilo približno dvajset žensk. Poleg tega sta bili organizirani tudi dve srečanja v islamskem kulturnem centru v Pordenonu, ki predstavlja enega največjih muslimanskih molitvenih centrov v deželi Furlaniji - Julijski krajini.

Izbrana orodja so z metodološkega vidika pomembna predvsem zaradi medčloveške interakcije (in odnosa z okoljem); v teh primerih bi bil lahko formalni pristop z zastavljanjem vprašanj posameznikom manj učinkovit, eksperimentalno raziskovanje pa problematično ali celo nemogoče. V primeru bangladeških žensk v Trziču in v okviru molitvenega in družabnega centra za ženske je raziskovalec opazoval realnost, tako da se je sam vključil v okolje, potem ko si je pridobil zaupanje navzočih. Na ta način je bil v neposrednem stiku z osebami in je sodeloval v konkretnih situacijah.

47

Dve tematski skupini z bangladeškimi ženskami sta zaradi značilnosti opazovane populacije potekali na »neobičajen« način. Obe srečanja sta potekali na domu medkulturne posrednice (ker nobena ženska ni znala italijansko), število sodelujočih pa se je spreminjalo glede na njihove opravke in potrebe majhnih otrok. Prisotnost Italijanke v njihovih domovih je bila zanje nekaj novega in je predstavljala vesel dogodek, novo priložnost za druženje in vzajemni stik.

V neposrednih srečanjih na terenu so se pojavile predvsem te potrebe:

1. Zagotavljanje kontinuitete zdravljenja, pri katerem se pojavljajo težave zaradi oddaljenosti referenčne skupnosti od bolnišnice. Ženske ob odhodu iz bolnišnice s sabo vzamejo vso potrebno dokumentacijo, a potem ne jemljejo zdravil - včasih dokumentacijo izgubijo, ne upoštevajo določenih odmerkov, ker ne znajo brati navodil v italijanščini ipd.
2. Poznavanje različnih vrst kontracepcije, še posebej za ženske, stare več kot štirideset let, ki so že babice in ne le matere.
3. Pravo medkulturno posredovanje s tolmačenjem. Lokalne zdravstvene storitve so dobre, a obstajajo težave (še posebej pri otrocih), ker ženske vedno napotijo v bolnišnico Burlo Garofolo. »*Ko je kaj narobe, ti takoj rečejo: ‚Pojdi v Burlo‘.*« Ko pridejo v bolnišnico Burlo Garofolo, ne vedo, kam naj gredo (soba, pisarna itd.). Bolnišnica Burlo Garofolo zato prek zadruge, ki skrbi za storitev medkulturnega posredovanja, zaprosi za posrednika, a ta včasih govori samo angleško in ne jezika posamezne pacientke.
4. Neposreden stik s sistemom prek storitve posredovanja med institucijo in skupnostjo, tudi za preventivne ukrepe (test HPV).
5. Zdravstveni nasveti, ki zadevajo tudi fizično aktivnost in prehrano. Uživanje maščob in sladkorja povzroča resne prebavne motnje. Pomoč potrebujejo še posebej nosečnice, ki ne vedo, katera prehrana je zanje najustreznejša.
6. Poznavanje ustreznega ravnanja v primeru carskega reza; veliko žensk rodi s carskim rezom (v Trziču) in na primer ne vedo, kako naj čistijo rano ipd.

V okviru aktivnih opazovanj smo posebno pozornost namenili islamskemu kulturnemu centru v Pordenonu.

⁴⁷ Ta pristop je značilen za etnografsko raziskovanje. Več o uporabi opazovanja z udeležbo si lahko preberete v publikaciji Cefaila (2013), metodološke vidike pa opisujeta Corbetta (1999) in Cardano (2011).

Obe srečanja sta potekali na sedežu centra; prvega srečanja so se udeležili imam in nekateri člani upravnega odbora, drugo srečanje pa je bilo izpeljano ob velikem prazniku, ki ga v arabski šoli prirejajo za konec šolskega leta. Prisotnih je bilo več kot 500 oseb (ob verskih dogodkih sprejme center do 3000 oseb).

Islamski kulturni center se nahaja v Ulici Comina 29. Industrijsko halo, v kateri je center, je skupnost kupila leta 2009 z bančnim posojilom, ki pa ga je v nekaj letih tudi v celoti odplačala.

Upravni odbor islamskega kulturnega centra sestavljajo samo moški, medtem ko so v združenju mladih muslimanov v Italiji prisotne tudi ženske, ki si prizadevajo za priznavanje pravic žensk in se borijo proti plemenskim običajem prisilnih porok oz. pohabljanja ženskih spolnih organov: »*Tradicije ne smemo pomešati s sporočilom Korana. Pogosto si moški lastijo privilegije in se sklicujejo na vero, a to je njihova tradicija, ne vera. To dvoje se pogosto pomeša; kar veliko moških počne, ni v skladu s sporočilom Preroka.*« (Maročanka)

Imam potrjuje, da se pogosto ukvarjajo z vprašanjem spoštovanja žensk v islamu, čeprav v primeru nasilja vernikov obravnave ne predajo nacionalnim pravosodnim organom, ampak jih rešujejo znotraj skupnosti ob posredovanju imama: »*Pojavljajo se tudi primeri nasilja nad ženskami; pridejo se pogovoriti z mano in jaz poskušam narediti, kar je mogoče. Težava je, da je veliko oseb tukaj brez družine in ne vedo, kako naj ravnajo, ko pride do težav, in ne znajo ponovno vzpostaviti miru v družini, zato pridejo k meni po nasvet.*« (imam Hosny)

Združenje mladih muslimanov odpira teme za razpravo o preoblikovanju tradicionalnih vlog družini, ki je še vedno izrazito patriarhalna. Mladi se borijo proti prisilnim porokam in pohabljanju ženskih spolnih organov, saj te prakse niso v skladu z islamom.

3. Izkustvena delavnica z medkulturnimi posredniki

Medkulturni posredniki imajo vse pomembnejšo vlogo pri socialno-zdravstvenih storitvah, tako pri stiku s pacienti kot z osebjem (Adinolfi, 2005; Baraldi 2013), saj ustvarjajo vez med različnimi kulturnimi pripadnostmi in institucijami v naši državi (Crinali e Bestetti, 2000) ter s tem vplivajo na kakovost opravljenih storitev in stopnjo integracije (Crinali e Bestetti, 2000). Ne smemo pozabiti na to, da odsotnost medkulturnega posrednika v bolnišnici pogosto onemogoča neposreden stik s pacientom. Ob pomanjkanju posrednika je prevajanje tujim pacientkam, ki ne govorijo italijansko (te so tudi najbolj ranljive), poverjeno možu ali otrokom, kar ima seveda na primer ob pogovoru o spolnosti in reprodukciji obsežne psihološke posledice.

V Italiji se je medkulturno posredovanje začelo razvijati na začetku devetdesetih let, ko je prišlo do prehoda iz faze vključevanja posameznih migrantov v drugo fazo migracijskega cikla oziroma v fazo sprejemanja, stabilizacije in integracije družin.

V teh letih je prišlo do pomembnih sprememb v vlogi in statusu skupin migrantov, ki so se iz skupin »priseljencev« oblikovale v »etnične manjšine«, kar je prispevalo k stabilizaciji in rasti politične ozaveščenosti manjšinskih skupnosti ter k priznavanju pravic s strani italijanskih institucij.

Medkulturno posredovanje se je začelo razvijati najprej v omejenem obsegu, potem pa je postalo vse bolj razširjeno, še posebej v deželah na severu države: prav mesta na severu Italije so začela sistemsko implementirati tovrstne posrednike. Kot je značilno za vsako novost, so bili tudi v tem primeru začetki sporadični, okolja, v katerih se je začela storitev izvajati, pa so bila izbrana naključno (Esposito e Vezzadini, 2011).

Za manjšim časovnim zamikom so se pojavili različni izobraževalni programi in druge dejavnosti, ki so pripomogle k širitvi poklica (Urpis, 2018).

Leta 2009 je bil podan predlog pooblastilnega zakona, ki ga je v parlamentu na začetku februarja predstavil Aldo di Biagio, poslanec stranke Ljudstvo svobode (PDL), izvoljen v volilnem okrožju »tujina – Evropa«. Med podpisniki predloga so bili tako poslanci koalicije kot opozicije, predlog pa je bil predstavljen na novinarski konferenci v poslanski zbornici.

Od vlade so zahtevali, da z zakonsko uredbo vzpostavi register medkulturnih posrednikov in re-

gister združenj za medkulturno posredovanje ter uskladi že obstoječo zakonodajo. Predlog je predvideval usposabljanje, pri katerem bi sodelovale institucije, pa tudi socialni partnerji in tako imenovani tretji sektor, a ni dobil dovolj podpore.

Na državni ravni področje še vedno ni zakonsko urejeno in profil poklica medkulturnega posrednika ostaja nedefiniran. Dežela Furlanija - Julijska krajina je z deželnim zakonom L. R. 31/2015 *Norme per l'integrazione delle persone straniere immigrate* (Predpisi za integracijo tujih priseljencev) vzpostavila deželni seznam medkulturnih posrednikov prav z namenom, da bi premostila vrzel med ponudbo in povpraševanjem na področju medjezikovnega in medkulturnega posredovanja, ustanovila pa je tudi deželne programe poklicnega usposabljanja.

Da bi lahko opazovali značilnosti poklica medkulturnega posrednika in поблиžje spoznali migrantško populacijo, smo v okviru deželnega programa poklicnega usposabljanja (ki ga v Trstu izvaja inštitut IRES) organizirali izkustveno delavnico. Smernice za pogovor so služile kot iztočnica za obravnavo različnih tem. Pisni prispevki posrednikov so se izkazali za bogat in zelo koristen material pri interpretaciji vloge medkulturnega posrednika v zapletenih situacijah ter pri razumevanju težav ob njihovem usposabljanju.

Na delavnici je sodelovalo 18 medkulturnih posrednikov, ki obiskujejo deželni program usposabljanja: osem moških in deset žensk, od katerih so vsi, razen enega, rojeni v tujini. Med njimi je veliko tujcev brez italijanskega državljanstva. Vzorec je zelo zanimiv iz različnih analitičnih zornih kotov, saj so sodelujoči privilegirani opazovalci stanja na področju priseljevanja, obenem pa so tudi sami - kot tujci - predmet analize.

Poleg vprašanj o najpomembnejših temah na področju medkulturne komunikacije smo izpostavili tudi konkretne primere, da bi videli, kako bi posredniki reagirali v različnih situacijah; njihovo posredovanje omogoča namreč boljše poznavanje migrantske populacije. Med aktivnim opazovanjem smo zbrali zelo koristne informacije o težavah pri tematizaciji nasilja na podlagi spola in o metodah posredovanja, ki se razlikujejo glede na spol medkulturnega posrednika in stopnjo njegove lastne integracije v italijansko okolje.

Ugotovili smo, da se z organizacijskega vidika program osredotoča predvsem na pravice tujcev in mednarodno zaščito, le malo pa na pravice žensk, na italijansko družinsko pravo, na tehnično posredovanje v bolnišničnem okolju in na značilnosti družbene vloge medkulturnega posrednika kot vodnika novih priseljencev na poti vključevanja v italijansko družbo. Na podlagi ugotovitev v strokovni literaturi lahko sklepamo, da bi moral posrednik, ki naj bi poznal predpise in vrednote ter kulturne in družbene značilnosti družbe gostiteljice, pripomoči k integraciji migrantov. Veliko intervjuvancev je bilo glede tega zbeganih. Posrednik, ki se je rodil v Afriki, poudarja: *»Moja kultura je islamska in kot musliman sem drugačen.«* Pri vprašanju o poznavanju italijanskega zakonika o družinskem pravu se je izkazalo, da večina ne pozna podrobno nobenega člena, njihovi odgovori pa so bili precej splošni. V nadaljevanju navajam nekatere odgovore, saj dobro ponazarjajo, kako zahtevna je vloga posrednika pri vprašanih nasilja nad ženskami, osebne izbire in enakosti med spoloma: *»Glavne pravice, ki jih lahko ima ... da lahko dela v družbi in ima storitve na področju zdravja.«* (moški posrednik); *»S pravnega vidika, a se to na splošno odklanja, ima vsaka oseba pravico do združitve družine. Ta pravica je zagotovljena političnim beguncem ...«* (moški posrednik). Ženske posrednice so pri odgovorih vsebinsko bolj natančne in se bolj zavedajo pravic žensk v italijanskem družinskem pravu. *»Koncept roditeljske pravice je temeljnega pomena: ni več samo oče tisti, ki odloča, ampak tudi mati oziroma starš v primeru ločitve ... Tudi sama ločitev in splav sta temeljni pravici.«*

V povezavi z značilnostmi migrantske populacije in s težavami pri dostopu do zdravstvenih storitev se odpirajo zanimiva vprašanja. Številne izjave sodelujočih opisujejo primere nasilja v družini (spolne zlorabe, družinsko nasilje, prisilne poroke, nasilje nad mladoletniki).

Glede zakonskih zvez opažamo, da so prisilne poroke prisotne v kulturi številnih oseb, ki živijo na našem ozemlju. Moški posrednik pravi: *»Kar sem videl ... moževa družina vpraša ženino družino, če se strinja. Žena nima veliko izbire.«* Tudi drugi posrednik pravi, da so *»kurdske družine, ki pri-*

hajajo iz Turčije, v večini primerov starši, mlade ženske (18, 19 let) se poročijo z moškimi, ki so jim jih poiskali starši, prijatelji ali bližnji.« Ženska posrednica opisuje koncept albanske družine: »V kulturi albanske skupnosti so zakoni in pari večinoma dogovorjeni, ne manjka pa niti parov, kjer sta /ženin in nevesta/ izbrala drug drugega, še posebej med mlajšimi generacijami. Tudi pri nas je družina vrednota, ki je edinstvena in sveta. Zvestoba mora biti obvezna in poročni obred je zelo pomemben.« Glede bangladeške tradicije pa pravi: »Ko se družina odloči ali izbere moškega oziroma moža za svojo hčerko, ga lahko hčerka sprejme ali ne. Ampak če ga hčerka ne sprejme, po navadi vse postane ...⁴⁸ zgodi se, da družina hčerko v to prisili in hčerka ga pod prisilo sprejme ... a potem je zakonsko življenje hčerke ... to, kar vidimo pri nas ... se ne konča dobro.«

Opazanja medkulturnih posrednikov kot privilegiranih opazovalcev migracijskega pojava nam podajajo jasno sliko o situaciji žensk v nekaterih migrantskih skupnostih in kažejo, da je prisila nad ženskami realnost, ki je zelo prisotna; socialne politike in storitve na področju socialne pomoči jo pogosto podcenjujejo.

Težave, ki so povezane z ohranjanjem družinskih »tradicij«, včasih izvirajo iz nezdržljivosti sistema vrednot tujcev z našo družbo ter iz njihovega temeljnega zavračanja italijanske kulture.

»Največja težava je popolno zavračanje gostiteljske kulture, obsojanje in občutek večvrednosti s kulturnega vidika. Težave se kažejo vsak dan pri izražanju določenih vrednot, ,da' življenju, ,ne' splavu, starejši [morajo] ostati doma in ne grejo v dom za starejše občane ...« Moški posrednik pripoveduje svojo zgodbo in govori o tem, kako težavna je bila njegova pot do razumevanja sveta, ki je drugačen od njegove izvirne kulture: »Nič ni nemogoče, ampak včasih je to težko narediti. Ko sem prišel v Italijo, vključitev v novo okolje, ki je popolnoma drugačno, ni bila lahka. Učenje jezika, privajanje podnebjju, učenje o pravicah žensk, odnosi med ljudmi, biti neodvisen, [to] so bile težave, ki sem jih imel takoj na začetku.« Zanimivo je, da se mora veliko oseb v Italiji naučiti, katere so pravice žensk; moški se morajo tega naučiti tudi zato, da lahko vzpostavljajo odnose z ženskami. In naučiti se morajo samostojnosti: če je že za moškega težko doseči osebno samostojnost (v nasprotju s kulturno normo, ki privilegira občutek skupnosti), si lahko predstavljamo, kako težko je to za ženske iz tradicionalnih okolij, ki temeljijo na patriarhalnih modelih.

A težave niso vedno nepremostljive in uspeh je v veliki meri odvisen od izvora in kulture ter od osebnega odnosa. Nezanemarljiv je nazadnje vpliv religije, pomembno vlogo pa igra predvsem sposobnost posamezne osebe, da z okolico vzpostavi odnos vzajemnega razumevanja.

⁴⁸ Posrednica pri pisanju uporablja tropičje - neizrečeno, kar zagotovo kaže na primere nasilja in odrekanja pravice do svobodne osebne odločitve.

Literatura in viri

- Andolfi M. (2005), *La mediazione culturale. Tra l'estraneo e il familiare*, Milano, Franco Angeli.
- Baraldi C. (2013), *I fondamenti della mediazione interculturale e del ruolo del mediatore*, Milano, Franco Angeli
- Cardano M., Ortalda F. (2016), *Metodologia della ricerca psicosociale*, Milano, UTET.
- Cefai D., "Qué es la etnografía? Debates contemporáneos. Arraigamientos, operaciones y experiencias del trabajo de campo", *Persona y sociedad*, 2013, XXVII (1): 101-119.
- Ciancio B (2005), "L'assistenza sanitaria e la diaspora sociale dell'Europa che cambia: gli infermieri e le minoranze etniche si stanno adattando?", *International Nursing Perspectives*; 5(1): 27-32.
- Corbetta P. (1999), *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Bologna, Il Mulino.
- Crinali, Bestetti G. (2000), *Sguardi a confronto. Mediatrici culturali, operatrici dell'area materno infantile, donne immigrate*, Milano, Franco Angeli.
- El-Hamad I., Pezzoli M.C. (2005), "Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale (CSI)", *Infermiere Oggi*; 15(2): 42-54.
- Esposito M., Vezzadini S. (2011) (ur.), *La mediazione interculturale come intervento sociale*, Milano, Franco Angeli.
- Geraci S. (2012), *Migrazioni, salute e crisi*, Dossier Statistico Immigrazione, Roma.
- Mottini G. (2007), "I perché e i come di una medicina transculturale", *International Nursing Perspectives*; 7(1): 1-4.
- Urpis O. (2018), "Cultural diversity in complex societies and new integration strategies: the role of intercultural mediators in institutions", *POLIARCHIE / POLYARCHIES* (1): 90-105.