Smernice in dobre prakse

Micaela Crisma, Chiara Semenzato, Federica Scrimin, Laura Pomicino

Giuseppe Ricci, Federica Scrimin
SMERNICE IN INDIKATORJI SPOLNEGA IN REPRODUKTIVNEGA ZDRAVJA MIGRANTK
ISBN 978-88-5511-057-0 (print); 978-88-5511-058-7 (online). EUT, 2019, str. 3-40

Predstavitev

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

Cilj tega dokumenta je:

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

Metodologija

Smernice so bile izoblikovane:

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

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

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

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

Uvod

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

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

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

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

V Furlaniji - Julijski krajini je mati vsakega četrtega otroka tuja državljanka, v Sloveniji mati vsakega desetega otroka[1]. V zadnjih letih obišče oddelke za ginekologijo in porodništvo veliko število tujih državljank v rodni dobi.

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

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

S katerimi narodi se srečujejo zdravstveni delavci?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

KLJUČNE TOČKE

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

PRIPOROČILO (stopnja 3)

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

Vpliv zdravstvenega sistema na reproduktivno zdravje

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

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

Polje 1 - Mednarodni cilji za spodbujanje razvoja reproduktivnega zdravja

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

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

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

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

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

KLJUČNE TOČKE

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

PRIPOROČILA

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

Ozadje

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

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

KLJUČNA TOČKA

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

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

PRIPOROČILO (stopnja 3)

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

Reproduktivno zdravje - kazalniki zdravja in dejavniki tveganja

Odločitev o prekinitvi nosečnosti - pomen in študija kazalnikov reproduktivnega zdravja

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

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

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

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

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

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

KLJUČNA TOČKA

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

PRIPOROČILO (stopnja 3)

Zagotoviti tujim pacientkam ustrezno svetovanje o kontracepciji.

Kazalniki reproduktivnega zdravja, predlagani v okviru projekta INTEGRA

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

KLJUČNA TOČKA

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

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

Splošni kazalniki spolnega in reproduktivnega zdravja:

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

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

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

Kazalniki splošnega zdravja v dopolnilnem smislu:

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

Smernice in splošne dobre prakse za zdravstvene sisteme

Uvedba profila kulturnega mediatorja

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

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

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

Polje 2 - (PRO_URP_0003_00) Prošnja za kulturno mediacijo

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

Za kulturno mediacijo je mogoče zaprositi, če:

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

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

da za tovrstno storitev največkrat zaprosi ozka skupina tujih pacientk, ki se verjetno ne uči italijanščine, medtem ko je veliko število pacientk iz Romunije ali vzhodnih držav precej samostojnih.

V Sloveniji navzočnost mediatorja ali vsaj tolmača ni predvidena, v nasprotju s pravnim redom, ki določa, da ima vsak pacient pravico razumeti in biti razumljen med celotnim postopkom zdravljenja [2]. Navzočnost tolmača je zaželena vsaj pri pacientkah, ki ne govorijo slovensko, italijansko, angleško ali druge znane jezike (14).

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

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

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

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

Zavestna privolitev v zdravstveno oskrbo na podlagi prejetih pojasnil, ki jo v Italiji ureja Zakon št. 145/2001[3], zajema štiri predhodne pogoje:

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

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

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

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

V Sloveniji zavestno privolitev v zdravstveno oskrbo na podlagi prejetih pojasnil ureja Zakon št. 15/2008[4], ki določa pravico pacienta do aktivnega in obveščenega sodelovanja pri izbiri zdravljenja, prejema informacij ob odpustu in seznanjenja s tem, kdo ga zdravi in kdo sodeluje pri njegovem zdravljenju. Poleg tega ima pravico tudi do prejemanja informacij v slovenščini ali v jeziku narodne skupnosti na območjih lokalnih skupnosti, kjer je poleg slovenskega jezika uradni jezik tudi italijanski oziroma madžarski jezik.

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

KLJUČNA TOČKA

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

PRIPOROČILA (stopnja 3)

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

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

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

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

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

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

Priprava pisnega gradiva s prevodom v različne jezike

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

V okviru projekta INTEGRA je bilo pripravljeno naslednje gradivo:

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

Razmislek o presejalnih testih

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

Polje 4 - Presejalni program za begunke na kliniki SFGH Refugee Clinic v San Franciscu

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

Polje 5 - Priporočila[5] Kanadskega zdravniškega društva CMA (16) za zdravljenje migrantov°

Infekcijske bolezni

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

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

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

Polje 5 - Priporočila[6] Kanadskega zdravniškega društva CMA (16) za zdravljenje migrantov°(sledi)

Kronične bolezni

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

Reproduktivno zdravje

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

Nasilje partnerja

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zdravstveni delavci morajo vselej omogočiti individualne pogovore.

Povezava zdravstvenega varstva in učenja jezika

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

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

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

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

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

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

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

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

KLJUČNE TOČKE

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

PRIPOROČILA

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

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

Polje 6 - Pravica tujih pacientk do zdravja v Italiji[7] in Sloveniji[8]

ITALIJA

Zdravstvena oskrba je zagotovljena za VSE ženske zaradi:

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

Če tuja državljanka *nima urejenega statusa*, se uporablja koda STP (*Straniero Temporaneamente Presente- Zdravstvena kartica za tuje državljane) - enakovredna italijanskim državljanom - (prispevek/oprostitev doplačila glede na prihodek - brez doplačila za storitve v nosečnosti)*

Evropske državljanke, ki *nimajo pravice do vključitve v nacionalni sistem zdravstvenega varstva* in v Italiji prebivajo več kot 3 mesece, pridobijo kartico ENI (*Europeo Non Iscrivibile- Evropski državljani, ki niso vključeni v nacionalni sistem zdravstvenega varstva*), ki velja 6 mesecev.

Evropske državljanke, ki *imajo urejeno zdravstveno zavarovanje v lastni državi,* pridobijo kartico TEAM (*Tessera Europea di Assicurazione Malattia - Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja).*

SLOVENIJA

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

Zdravstveno zavarovanje s kritjem vseh stroškov je zagotovljeno za:

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

Migranti brez dokumentov so upravičeni le do nujne zdravstvene oskrbe.

Prosilci za azil so upravičeni do:

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

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

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

Smernice in splošne dobre prakse za vse tuje pacientke

Kontracepcija in preprečevanje prekinitve nosečnosti

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

KLJUČNA TOČKA

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

PRIPOROČILA

1. kontracepcijo se predlaga in/ali ponudi že ob prekinitvi nosečnosti ali ob odpustu po porodu (stopnja 3);
2. ženskam se omogočijo individualni pogovori (stopnja 3);
3. priskrbi se informacijsko gradivo o kontracepciji, prevedeno v jezik pacientk, in po potrebi se ženskam omogoči zakonito umetno prekinitev nosečnosti[9] (stopnja 3).
4. S pogovorom in prijazno komunikacijo se preveri stališče ženske in morebitnega partnerja glede kontracepcije ter se jima brez nasprotovanja pomaga izbrati ustrezno kontracepcijsko sredstvo (stopnja 1);
5. ne sme se pozabiti, da lahko obstaja morebitna podrejenost, diskriminacija ali nasilje (stopnja 3);
6. pacientke se napoti v enega od pristojnih svetovalnih centrov za družine, ki so bili v okviru italijanskega zdravstvenega sistema vzpostavljeni prav za podporo ženskam pri izbiri prave kontracepcije; v Sloveniji se pacientke ob odpustu iz bolnišnice po porodu ali umetni prekinitvi nosečnosti napoti k območnemu ginekologu zaradi posvetovanja o kontracepciji (stopnja 3).

9 V Italiji umetno prekinitev nosečnosti ureja Zakon št. 194/1978 "Določbe o socialnem varstvu materinstva in umetni prekinitvi nosečnosti".
V Sloveniji to področje ureja Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (*Health Measures in Exercising Freedom of Choice in Childbearing Act*) z dne 26. aprila 1977 ter naknadne spremembe, http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO408.
Glej tudi: http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2015/510010/IPOL_STU(2015)510010_EN.pdf

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

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

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

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

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

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

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

Preprečevanje nasilja in zaščita žrtev

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

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

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

V Sloveniji obstaja pravilnik, po katerem so zdravstveni delavci dolžni prijaviti primere nasilja. Podobno so tudi v Italiji zdravstveni delavci[10] dolžni prijaviti sodnim organom vsakršno nasilje, ki se preganja po uradni dolžnosti, kot so nasilje v družini ali nasilje nad otroki (572. člen Zakona o kazenskem postopku) oziroma v primerih, ko je prognoza daljša od 20 dni (582. člen Zakona o kazenskem postopku).

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

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

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

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

PRIPOROČILA

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

Zaščita žrtev trgovine z ljudmi

Za tuje pacientke, ki so žrtev trgovine z ljudmi, v Italiji 18. člen Uredbe z zakonsko močjo št. 286/1998[11] določa izdajo posebnega dovoljenja za prebivanje in udeležbo v programu podpore in socialne integracije. Dovoljenje za prebivanje zaradi socialnega varstva (iz humanitarnih razlogov) se lahko izda tako na podlagi prijave žrtve (*sodni postopek*, na predlog ali po predhodnem mnenju javnega tožilca) kot brez slednje (*socialni postopek*). V primeru socialnega postopka se žrtev nasilja izogne morebitnim povračilnim ukrepom zaradi prijave. Dovoljenje sprva velja 6 mesecev, po izteku katerih ga je mogoče podaljšati zaradi dela ali študija, tako da je mogoča popolna in dokončna integracija tujca v družbeno okolje (ASGI).

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

KLJUČNE TOČKE

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

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

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

PRIPOROČILA (stopnja 3)

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

Pozornost na pestro prehrano v nosečnosti

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

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

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

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

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

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

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

KLJUČNE TOČKE

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

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

PRIPOROČILA

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

Težave zaradi kulturnih razlik

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

Posebna pričakovanja glede vloge zdravnika in medicine

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

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

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

PRIPOROČILA

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

Verska prepričanja, ki vplivajo na odločitve pacientov

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

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

Različno pojmovanje posameznika in družinskih odnosov

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

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

Težave z razumevanjem delovanja zdravstvenega sistema

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

Za tuje pacientke je lahko način za dostopanje do storitev veliko bolj zapleten, saj nimajo avtomobila, ne morejo plačati taksija in nimajo vselej spremstva (33). Tudi po mnenju italijanskih zdravstvenih delavcev, ki so sodelovali v anketi INTEGRA, je to pri tujih pacientkah pogosta težava.

Spričo vseh teh težav bi bilo priporočljivo ponuditi tujim pacientkam enostavne in natančne informacije tudi o vidikih, ki se na prvi pogled lahko zdijo manj pomembni, na primer o tem, kako priti v bolnišnico z javnimi prevoznimi sredstvi. Zlasti pa bi jim bilo treba razložiti, da v nujnih primerih lahko pokličejo reševalno vozilo.

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

Geografska območja in posebna tveganja

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

Podsaharska Afrika

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

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

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

PRIPOROČILO (stopnja 3)

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

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

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

Pohabljanje ženskih spolnih organov

Pohabljanje ženskih spolnih organov je praksa, ki krši človekove pravice deklet in žensk (35). S tem je povezana trajna okvara spolnega in reproduktivnega zdravja. Zakon št. 7/2006[13] in člen 583a kazenskega zakonika prepovedujeta pohabljanje ženskih spolnih organov v Italiji. Slovenija se je z ratifikacijo Istanbulske konvencije[14] zavezala (38. člen) za izvedbo ukrepov za zaviranje in preprečevanje pohabljanja ženskih spolnih organov.

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

KLJUČNE TOČKE

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

PRIPOROČILA (stopnja 3)

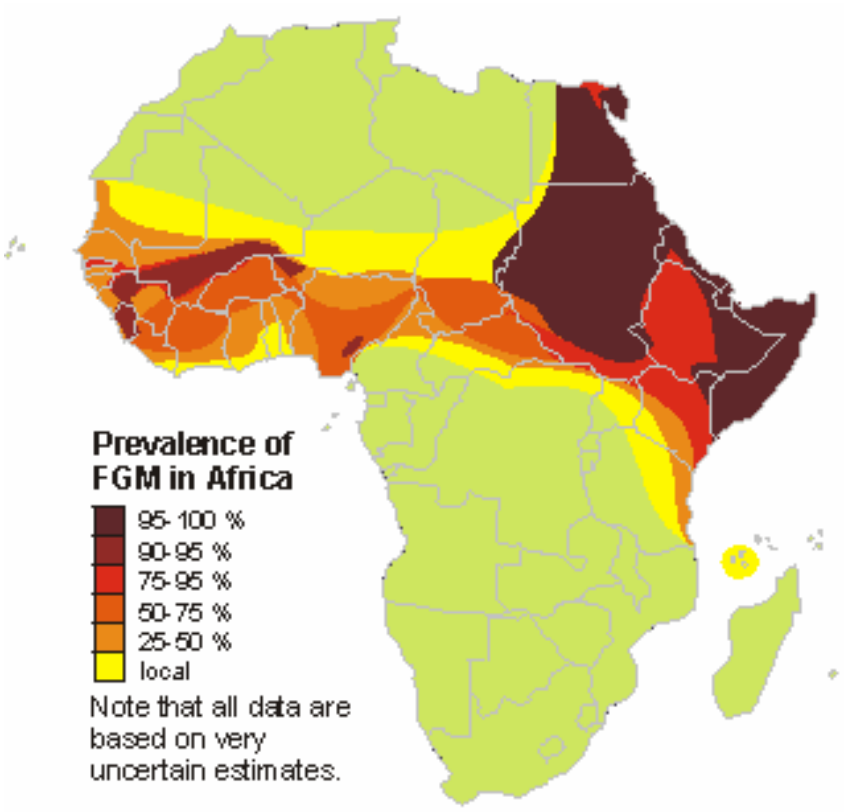
1. vedno je koristno vprašati ženske, ki prihajajo iz "ogroženih" držav, ali imajo pohabljene spolne organe oziroma ali so "obrezane" in jih poučiti o italijanski zakonodaji tudi z namenom zaščite novorojenk in deklic.

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

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

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

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



Verska prepričanja, ki preprečujejo sprejem nekaterih vrst zdravljenja

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

Severna Afrika

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

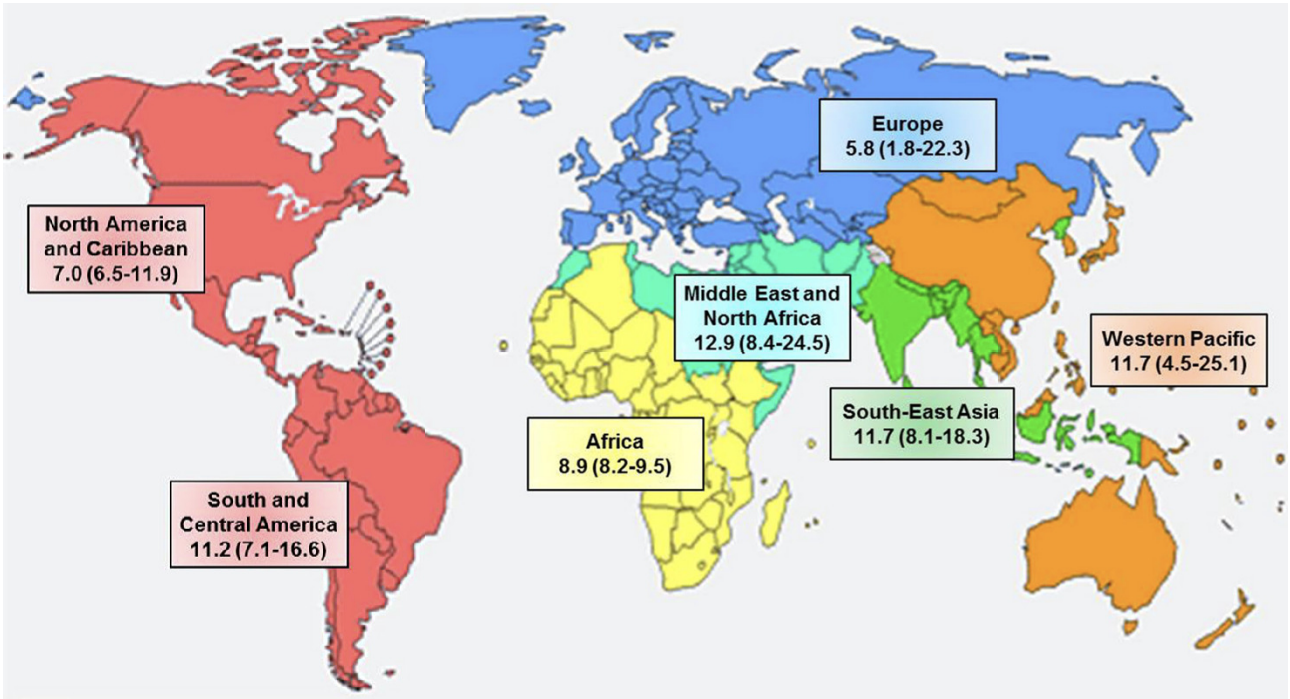
Debelost

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

PRIPOROČILO (stopnja 2)

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

Slika 2 - Prevalenca nosečnostne sladkorne bolezni (39)



Nosečnostna sladkorna bolezen

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

KLJUČNA TOČKA

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

PRIPOROČILO (stopnja 3)

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

Vzhodna Evropa

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

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

Romi in Sinti

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

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

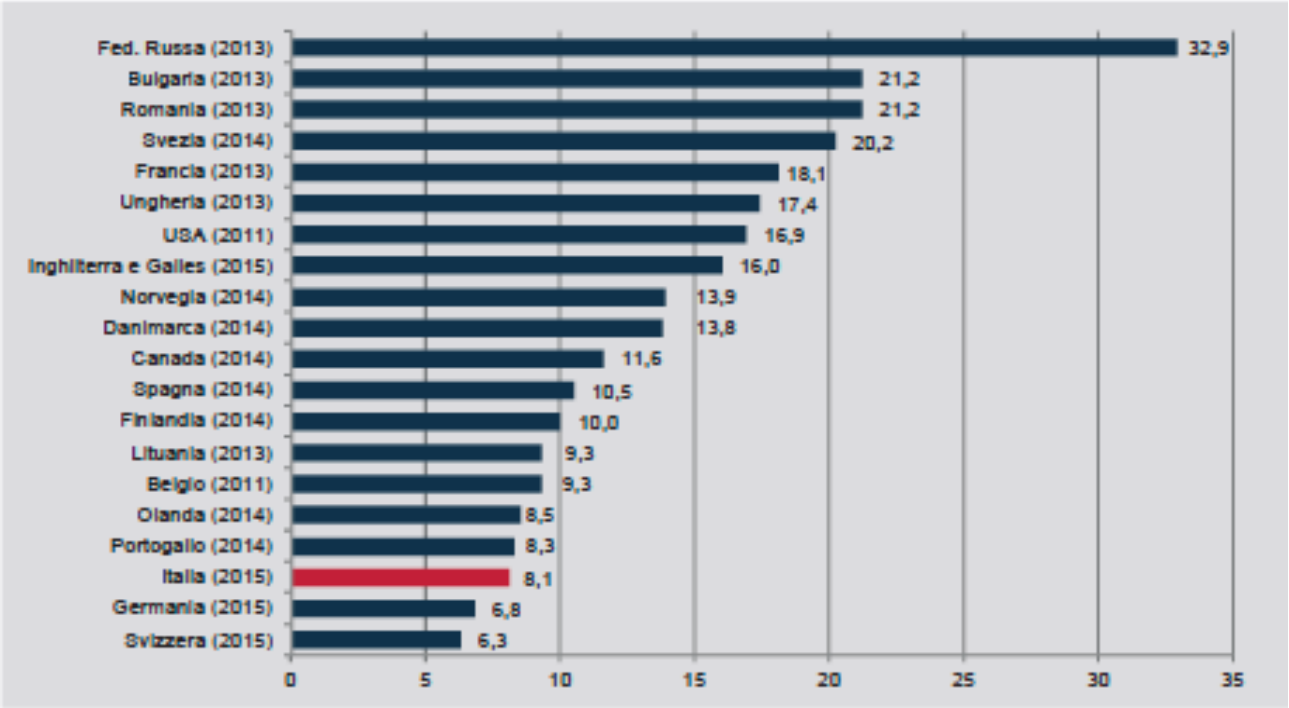
Rodnost je zelo visoka (5,8 %) in ženske se za otroke odločajo zelo mlade. Imajo veliko krajšo pričakovano življenjsko dobo v primerjavi z neromskim prebivalstvom, do 20 let manj, tudi zaradi zdravju škodljivega načina življenja kar zadeva stanovanjske razmere, higienske standarde, uživanje alkohola,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

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

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

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

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



Romunija

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

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

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

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

Kosovo

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

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

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

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

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

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

PRIPOROČILA (stopnja 2)

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

Jugovzhodna Azija

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

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

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

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

PRIPOROČILO (stopnja 3)

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

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

Zakonske zveze med krvnimi sorodniki in prisilne poroke

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

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

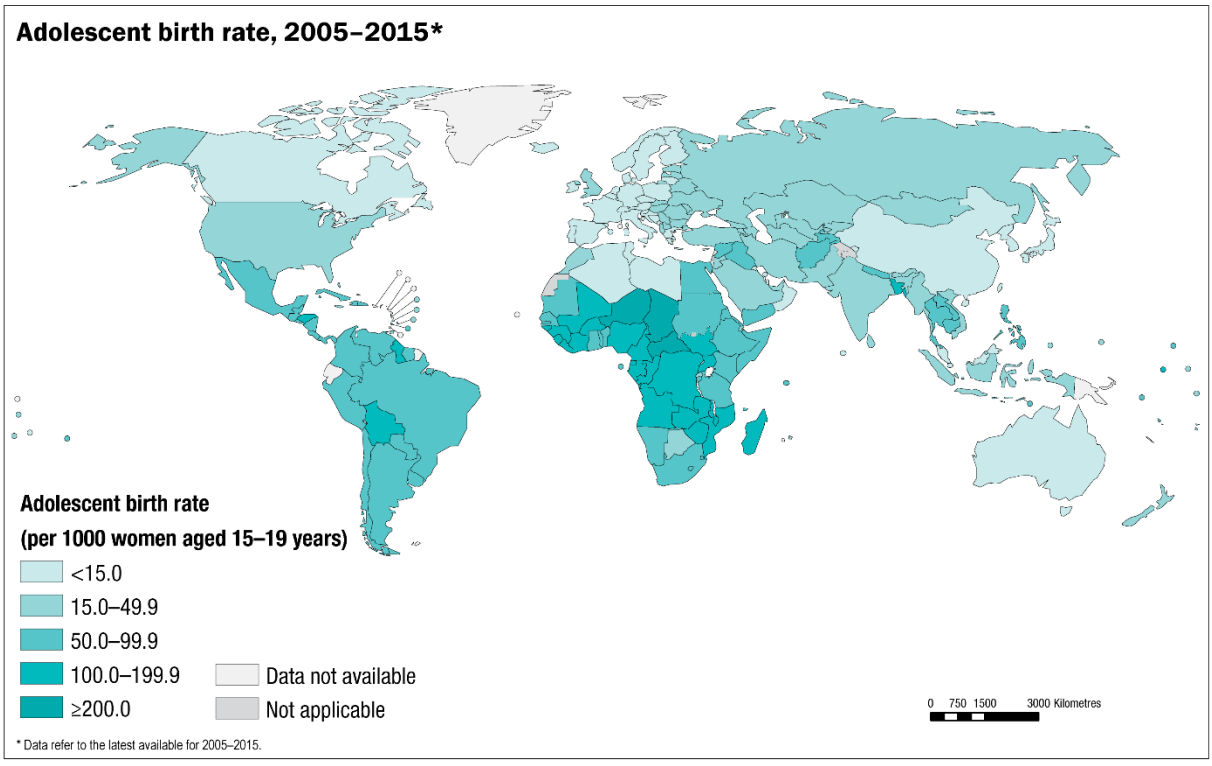
KLJUČNA TOČKA

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

PRIPOROČILO (stopnja 3)

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

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



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

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

World Health Organization

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

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

Z nosečnostjo v zelo zgodnji mladosti je pogosto povezana huda slabokrvnost, saj so za to obdobje značilne neredne krvavitve (metroragija), značilne za menarho in prva leta menstrualnega ciklusa.

Slika 4 prikazuje povzetek težave glede na matične države pacientk.

Posebna tveganja za žrtve vojne, begunce, prosilce za azil

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

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

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

Vsi ti vidiki lahko predstavljajo dodatne travme in tveganja za reproduktivno zdravje (nosečnost kot posledica posilstva ali prenos spolno prenosljivih bolezni), ki jih je treba podrobneje raziskati.

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

Bibliografija

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

17. Flores G. (2006). Language Barriers to Health Care in the United States, *The New England Journal of Medicine*, 355(3):229-231.

18. Metusela C., Ussher J., Perz J., Hawkey A., Morrow M., Narchal R., Estoesta J., Monteiro M. (2017). "In My Culture, We Don't Know Anything About That": Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women, *International Journal of Behavioural Medicine*, 24(6):836-845.

19. WHO (2012). *Understanding and addressing violence against women. Health consequences.* Retrieved from: *http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77431/WHO_RHR_12.43_eng.pdf?sequence=1*

20. Romito P., Escribà V., Pomicino L., Scrimin F. et al. (2009b). Violence in the lives of women in Italy who have an elective abortion, *Women's Health Issues*,19:335-343.

21. Medarić, Z. (2010). Domestic Violence against Women in Slovenia: A Public Problem?, *Rev. Soc. Polit.*, 18(1):25-45.

22. D'Souza, L., Jayaweera, H., Pickett, K. E. (2016). Pregnancy diets, migration, and birth outcomes. *Health care for women international*, 37(9):964-978.

23. Hunter-Adams, J., Rother, H. A. (2016). Pregnant in a foreign city: A qualitative analysis of diet and nutrition for cross-border migrant women in Cape Town, South Africa. *Appetite*, 103:403-410.

24. WHO (2017). *Recommendations on maternal health* (update of 2017).

25. Anderson, N. L. R., Boyle, J. S., Davidhizar, R. E., Newman Giger, J., McFarland, M. R., Papadopoulos, I., Purnell, L., Spector, R., Tilki, M., Wehbe- Alamah, H. (2010). Chapter 7: Cultural Health Assessment. *Journal of Transcultural Nursing, 21(4_suppl), 307S-336S.* doi: 10.1177/1043659610377208

26. Pavlish, C. L., Noor, S., Brandt, J. (2010). Somali immigrant women and the American health care system: discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries. *Social Science & Medicine*, 71(2):353-361.

27. Vu M., Azmat A., Radejko T., Padela A.I. (2016). Predictors of Delayed Healthcare Seeking Among American Muslim Women, *Journa of Women's Health*, 25(6):586-593.

28. Clarkson Freeman P.A., Penney D.S., Bettman J.E., Lecy N. (2013). The Intersection of Health Beliefs and Religion Among Somali Refugees: A Qualitative Study, *Journal of Religion & Spirituality in Social Work*, 32(1):1-13.

29. Padela A.I., Killawi A., Forman J., DeMonner S., Heisler M. (2012). American Muslim Perceptions of Healing: Key Agents in Healing, and Their Roles, *Quality Health Research*, 22(6):846-858.

30. Arousell J., Carlbom A. (2015). Culture and religious beliefs in relation to reproductive health, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 30:1-11.

31. Woodgate R.L., Busolo D.S., Crockett M., Dean R.A., Amaladas M.R., Plourde P.J. (2017). A qualitative study on African immigrant and refugee families' experiences of accessing primary health care services in Manitoba, Canada: it's not easy!, *International Journal of Equity in Health*, 16:5.

32. Small R., Roth C., Raval M., Shafiei T., Korfker D., Heaman M., McCourt C., Gagnon A. (2014). Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14:152.

33. Mladovsky P., Ingleby D., McKee M., Rechel B. (2012). Good practices in migrant health: the European Experience, *Clinical Medicine*, 12(3):248-252.

34. WHO (2017b). *Sexual Health and Its Linkages to Reproductive Health: An Operational Approach*.

35. WHO (2018c). *Female Genital Mutilation*. Retrieved from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation

36. Berg R.C., Underland V., Odgaard-Jensen J., Fretheim A., E Vist G. (2014). Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open 2014;4: e006316. doi:10.1136/ bmjopen-2014-006316*

37. UNICEF (2016). *Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern,* New York.

38. Gualdi-Russo E., Rinaldo N., Khyatti M., Lakhoua C., Toselli S. (2016). Weight status, fatness and body image perception of North African immigrant women in Italy, *Public Health Nutrition*, 19(15):2743-2751.

39. Zhu Y., Zhang C. (2016). Prevalence of Gestational Diabetes and Risk of Progression to Type 2 Diabetes: a Global Perspective, *Current Diabets Reports*, 16:7-17.

40. Čvorović J. (2004). Sexual and Reproductive Strategies among Serbian Gypsies, *Population and Environment*, 25(3):217-242.

41. European Commission (2014). *Roma Health Report. Health status of the Roma population. Data collection in the Member States of the European Union.*

42. European Union Agency for Fundamental Rights (2012). The situation of Roma in 11 EU Member States.

43. ISTAT (2017). *La salute riproduttiva della donna.*

44. OSCE/UNFPA (2018). *A Men's Perspective on Gender Equality in Kosovo*, Priština.

45. Prosen, M., Medica, K., Licen, S., Rebec, D., Karnjus, I., Bogataj, U. (2018): Approcci sanitari e buone pratiche nell'assistenza alle donne migranti: l'esempio della Slovenia. Report WP 3.1.2. - Progetto INTEGRA.

46. Mann S.K., Roberts L.R., Montgomery S. (2017). Conflicting Cultural Values, Gender Role Attitudes, and Acculturation: Exploring the Context of Reproductive and Mental Health of Asian-Indian Immigrant Women in the US, *Issues in Mental Health Nursing*, 38(4):301-309.

47. McClearly-Sills J, Hammer L., Parsons J., Klugman J.(2015). Child Marriage: A Critical Barrier to Girls' Schooling and Gender Equality in Education, *The Review of Faith & International Affairs,* 13(3):69-80.

48. Valletta E. (2012). Unioni tra consanguinei: vantaggi di ieri, svantaggi di oggi, *Quaderni ACP*, 21(5):218- 219.

49. Kalamar A.M., Lee-Rife S., Hindin M.J. (2016). Interventions to Prevent Child Marriage Among Young People in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of the Published and Gray Literature. *Journal of Adolescents Health*, 59:S16-S21.

50. UNFPA (2012). *Marrying Too Young. End Child Marriage*, New York.

51. UNICEF (2014). *Ending Child Marriage, Progress and Prospects.*

52. WHO (2016). *World Health Statistics 2016.* Retrieved from: http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_AdolescentBirthRate_2015.png

53. Hutchinson A., Waterhouse P., March-McDonald J., Neal S., Ingham R. (2017). Understanding processes of risk and protection that shape the sexual and reproductive health of young women affected by conflict: the price of protection, *Conflict and Health*,11:15-28.

54. Kurt E., Jaeger F.N., Zemp E., Tschudin S., Bischoff A. (2010). Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals, *BMC Public Health*, 10:659-670.

Dokumenti združenj

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

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