Javnost: The Public
Letnik 25, Suplement, S65-S80, https://doi.org/10.1080/13183222.2018.1554312

INSTITUCIONALNA IGRA MOČI SPOLNO IN REPRODUKTIVNO ZDRAVJE MIGRANTK

Mateja Sedmak in Zorana Medarić

Prispevek obravnava izkušnjo nasilja migrantk v okviru zdravstvenega sistema, natančneje na področju spolnega in reproduktivnega zdravja. Osredotoča se na institucionalno nasilje v obliki diskriminatornih praks, omejitev v dostopu do pravic, kršenja pravic, zlorabe moči zdravstvenega osebja in drugo. Rezultati kvalitativne študije, izvedene med zdravstvenim osebjem in migrantkami na območju treh obalnih občin, izpostavijo obstoj diskriminacije, nesprejemanje drugačnih kulturnih praks ravnanja in omejitve v dostopu do ustrezne zdravstvene obravnave. Pri tem so ključni komunikacijski izzivi, ki izvirajo iz nepoznavanja slovenskega jezika, (posledično) slaba informiranost migrantk ter otežen dostop do (ustreznih) zdravstvenih storitev. Problematično je tudi pomanjkanje medkulturnih kompetenc zdravstvenega osebja in primanjkljaj sistemskih rešitev na področju spolnega in reproduktivnega zdravja, ki bi naslavljale migrantke.

KLJUČNE BESEDE migrantke, spolno in reproduktivno zdravje, zdravstvo, diskriminacija, nasilje.

Institutional Power Play
Sexual and Reproductive Health of Migrant Women

The article addresses the experiences of migrant women with violence in the context of the healthcare system, specifically in the field of sexual and reproductive health. It focuses primarily on institutional violence in the form of discriminatory practices, restrictions on access to (healthcare) rights, violation of rights, abuse of power from the part of medical staff etc. The results of the qualitative study carried out among medical staff and migrant women in three coastal municipalities expose the existence of discrimination, the non-acceptance of different cultural practices and restrictions in access to adequate medical treatment. In this regard, the main issues are communication challenges, which arise from the lack of knowledge of the Slovene language and (consequently), a lack of appropriate information and limited access to (appropriate) health services. Additional problem is also a lack of intercultural competencies of healthcare professionals as well as a lack of systemic solutions in the field of sexual and reproductive health, which would address migrant women.

KEYWORDS migrant women, sexual and reproductive health, healthcare, discrimination, violence

© 2018 EURICOM

Uvod

V prispevku obravnavamo manj vidne in prepoznane oblike nasilja in diskriminatornih praks ravnanja v odnosu do migrantk, ki se izvajajo v okviru institucionalne obravnave žensk. Predstavili bomo izkušnje migrantk v okviru zdravstvenega sistem, natančneje v tistem delu zdravstvene obravnave, ki je specifično namenjen zgolj ženskam, tj. področje spolnega in reproduktivnega zdravja migrantk.

Pregled znanstvene literature na temo spolnega in reproduktivnega zdravja migrantk kaže, da je v Sloveniji to področje slabo raziskano. V redkih obstoječih študijah so migrantke omenjene zgolj posredno, v večini primerov kot pripadnice ranljivih skupin (npr. Ličer 2005 2012; Mikuš-Kos 1996), ki bi jim v kontekstu reproduktivnega zdravja veljalo nameniti posebno pozornost. Doslej je bilo v slovenskem prostoru opravljenih nekaj študij na temo dostopa migrantov (ne glede na spol) do zdravniške oskrbe. Rezultati obstoječih študij (Jazbinšek in Palaić 2009; Bufolin in Bešter 2010; Rajgelj 2011; Lipovec-Čebron 2009, 2010, 2017) izpostavljajo, da se migranti in migrantke v okviru zdravstvenega sistema v Sloveniji soočajo z različnimi težavami, med katerimi so ključne predvsem jezikovne ovire, pomanjkanje medkulturnih kompetenc zdravstvenega osebja in diskriminatorni odnos do migrantk in migrantov.

Tudi rezultati v nadaljevanju predstavljene študije primera izvedene na območju treh obalnih občin (Sedmak in drugi 2018c), omenjene ugotovitve potrjujejo, obenem pa izpostavljajo še problematiko (ne)poznavanja zdravstvenega sistema, dostopa do zdravstvenih storitev in pomena socialnih vezi v Sloveniji ter izvorni domovini za spolno in reproduktivno zdravje migrantk.

Tuje raziskave, ki se osredotočajo na zdravstveno obravnavo migrantk, izpostavljajo jezikovne izzive in pomen zagotavljanja ustreznih informacij (npr. Mengesha in drugi 2018; Villadsen in drugi 2017; Small in drugi 2014) ter ustreznega dostopa do storitev zdravstvenega varstva na področju spolnega in reproduktivnega zdravja (Keygnaert in drugi 2013). Villadsen in drugi (2017) tako na primeru Danske pri zagotavljanju kakovostnega zdravstvenega varstva kot ključne izzive izpostavijo neustrezno rabo tolmačev in pa težave pri medkulturni komunikaciji in medkulturnem posredovanju. Small in drugi (2014), ki so primerjali izkušnje migrantk in nemigrantk s poporodnim varstvom, ugotavljajo, da imajo migrantke na splošno manj pozitivnih izkušenj z zdravstvenim varstvom, pri čemer poudarjajo, da so na negativne izkušnje vplivali predvsem težave pri sporazumevanju, nepoznavanje zdravstvenih sistemov, zaznavanje diskriminacije, nespoštljiva in neprijazna oskrba.

Reproduktivno zdravje se v literaturi pogosto povezuje tudi z nasiljem nad ženskami, v sklopu katerega so posebna skupina prav migrantke, ker je njihova ranljivost večplastna (npr. Adanu 2009; Keygnaert in Giuineu 2015, Mason-Jones in Nicholson 2018). Kot namreč ugotavlja Vah-Jevšnik (2017), so migrantke pogosto družbeno in ekonomsko deprivilegirane, nimajo razvitih socialnih omrežij, soočajo se z jezikovnimi ovirami in kulturnimi težavami, pogosto pa živijo tudi v strahu pred vrnitvijo v državo izvora. V Sloveniji doslej še ni bilo izvedene raziskave, ki bi se posvečala izključno vprašanjem spolnega in reproduktivnega zdravja migrantk (in v tem okviru nasilnim in diskriminatornim praksam ravnanja).

Nasilje, ki je del institucionalne obravnave migrantk, je v pričujočem članku razumljeno širše, in sicer (tudi) kot diskriminatorno ravnanje, odtegovanje pravic ali nedostopnost oziroma omejitve v dostopnosti do storitev, kršenje človekovih pravic, človekovih osebnih meja, kvalitetnega sobivanja in zlorabljanje moči enega v škodo drugemu (DNK 2018). Kot

bo razvidno iz v nadaljevanju predstavljene študije primera, so migrantke dvojno ranljive, in sicer ker so ženske in ker so migrantke.

Nasilje, kateremu so podvržene migrantke v okviru zdravstvenega sistema za zagotavljanje spolnega in reproduktivnega zdravja, kaže neenako razmerje moči, ki omogoča in reproducira nasilne prakse ravnanja. Izvaja ga osebje, zaposleno v (javnih) zdravstvenih institucijah, ki je po zakonu in skladno s profesionalnim kodeksom dolžno skrbeti za celovito dobrobit pacientk, tudi migrantk; omogoča pa ga tudi sam zdravstveni sistem. Pri tem se soočata dve izključujoči doktrini: obveza zdravstvenega osebja vedno ravnati v prid pacientke in na drugi strani doktrina nacionalizma, katerega konstitutivni del so diskriminatorne in izključujoče prakse ravnanja temelječe na kulturni, religijski, jezikovni drugačnosti. Posledično - tudi med zdravstvenimi delavci - tako kot med ostalo populacijo, zasledimo etnične predsodke in stereotipe, kulturalizme, rasizem in nesprejemanje drugačnih kulturnih praks.

Poleg neposrednega diskriminatornega ravnanja zdravstvenega osebja je z vidika analize nasilnih praks ravnanja problematična tudi nedostopnost do pravic oziroma zdravstvenih storitev, ki je povezana s pravnim statusom migrantk. Dostop do zdravstvenih storitev je namreč odvisen od vključenosti migrantk v sistem zdravstvenega zavarovanja. Nedostopnost oziroma omejene možnosti dostopa do storitev zdravstvenega varstva pa so pogosto tudi posledica nepoznavanja slovenskega jezika s strani migrantk, kar vodi v manjšo informiranost, nepoznavanje možnosti in posledično nedostopnost, četudi so pravnoformalne možnosti lahko izpolnjene.

V nadaljevanju predstavljamo rezultate kvalitativne raziskave, izvedene kot študije primera na obmejnem območju treh obalnih občin (Mestna občina Koper, Občina Izola in Občina Piran). Raziskava je bila izvedena v okviru prekomejnega Interreg projekta INTEGRA: Rete transfrontaliera per le donne migranti: integrazione sociale, salute sessuale e riproduttiva/Čezmejna mreža za priseljene ženske: socialna integracija, spolno in reproduktivno zdravje, ki poteka v Sloveniji in Italiji[1]. Ugotovitve naše študije primera so večplastne in raznotere[2], za namen pričujočega prispevka pa se osredotočamo na rezultate, ki se navezujejo na naslovno temo.

Sprva bosta predstavljena metodologija in potek izvedbe raziskave, sledi prikaz temeljnih rezultatov, in sicer diskriminatornih praks ravnanja v odnosu do migrantk, (omejene) dostopnosti do zdravstvenih storitev s področij spolnega in reproduktivnega zdravja in ovire ter omejitve, ki so posledica nepoznavanja slovenskega jezika. Analiza rezultatov izpostavi, da je pri zdravstveni oskrbi migrantk na področju spolnega in reproduktivnega zdravja moč opaziti obstoj etničnih predsodkov, stereotipov in nacionalizmov zdravstvenega osebja in z vidika medkulturne različnosti in senzibilnosti pomanjkljivo organiziran (zdravstveni) sistem.

Metodologija

Raziskava med zdravstvenim osebjem na območju treh obalnih občin je potekala v obdobju od maja do avgusta 2018. S tem namenom so bili izvedeni polstrukturirani intervjuji z zdravstvenimi delavci treh zdravstvenih domov (ZD Koper, ZD Izola in ZD Piran) in Splošne bolnišnice Izola. V okviru zdravstvenih domov je raziskava potekala med osebjem patronažne službe in ginekoloških ambulant, v Splošni bolnišnici Izola pa na Oddelku za porodništvo in ginekologijo. V tem okviru je bilo izvedenih 18 intervjujev z zdravstvenim

osebjem s področja spolnega in reproduktivnega zdravja, in sicer trije poglobljeni intervjuji z ginekologi[3] (zdravstveni dom in bolnica), štirje intervjuji z babicami v porodnem bloku, dva intervjuja z medicinskima sestrama v porodnem bloku ter trije skupinski intervjuji z 9 patronažnimi sestrami. Izveden je bil tudi telefonski pogovor s pro bono ambulanto v Ljubljani in pridobljene informacije o pro bono ambulanti v Kopru s strani vodstva ZD Koper. Vsi intervjuji z zdravstvenim osebjem so bili opravljeni po predhodnem osebnem soglasju in z dovoljenjem zdravstvene ustanove, izvedeni so bili na delovnih mestih, trajali pa so med uro in uro in pol. Intervjuji so bili posneti in transkribirani. V omenjenem obdobju je bilo izvedenih tudi 9 poglobljenih intervjujev z migrantkami iz Indije, Filipinov, Ukrajine, Rusije, Tajske, Indonezije, Azerbajdžana in Bosne, ki živijo na območju treh obalnih občin[4], ter informativni intervju z Albanko, ki živi v Sloveniji že 20 let. Sogovornice so v Sloveniji različno dolgo, razlikujejo se po stopnjah izobrazbe, nekatere so zaposlene, nekatere so gospodinje, vse imajo otroke in so v partnerski ali zakonski zvezi, razen ene, ki je razvezana, razlogi prihoda so različni – zaradi ljubezni, službe, v iskanju boljšega življenja. Intervjuji z migrantkami so potekali v različnih večinoma neformalnih okoljih, ki so si jih izbrale same (dom, lokal, delovno mesto idr.) v slovenščini, angleščini ali mešanici obeh jezikov. Manjšina intervjuvanih migrantk ima slovensko državljanstvo, ostale imajo status tujke z urejenim bivališčem v Sloveniji. Tudi intervjuji z migrantkami so bili snemani in transkribirani. Izhodišča za izvedbo intervjujev z migrantkami so predstavljala vnaprej strukturirana vprašanja, ki pokrivajo naslednja področja: primarna družina in kultura izvora, poroka, partnersko življenje in otroci, integracija, jezik, zdravstvena oskrba, reproduktivno zdravje, diskriminacija, idr. V primeru strokovnega osebja so vprašanja zajemala naslednje vsebinske sklope: odnos in delo z migrantkami, jezik komunikacije, primeri iz prakse, medkulturne razlike, poznavanje zdravstvenega sistema idr. Pred pričetkom intervjujev so vsi informanti dobili v vpogled etični kodeks in bili obveščeni o poteku, ciljih in namenu raziskave, o varovanju podatkov in zasebnosti. Sodelovanje je bilo prostovoljno in so ga lahko intervjuvane osebe prekinile, kadarkoli so želele. Analiza intervjujev je bila izvedena po posameznih vsebinskih sklopih in ključnih temah, sledila je komparativna analiza intervjujev.

Za boljše razumevanje v nadaljevanju predstavljenih rezultatov študije primera obmejnega območja Slovenske Istre velja izpostaviti, da je preučevano območje izrazito večkulturno. Poleg prisotnosti avtohtone italijanske manjšine so na preučevanem območju v največji meri prisotne imigrantske skupnosti z območij nekdanje Jugoslavije (Bošnjaki, Albanci, Srbi, Hrvati, Makedonci, Črnogorci), ki so dobro organizirane v obliki različnih kulturnih društev ali verskih skupnosti; opazna je tudi prisotnost Rusov, Kitajcev in Tajcev[5], medtem ko so pripadniki drugih etničnih skupin sicer prisotni, vendar kot etnične skupnosti v lokalnem okolju manj prepoznani. Prejete rezultate je zanimivo brati tudi v luči dejstva, da raziskave umeščajo območje Slovenske Istre oziroma Obale (primerjalno z ostalimi slovenskimi regijami) med medkulturno strpnejše, ki torej v večji meri sprejemajo pripadnike drugih kultur, ver in jezikov, in kjer je prisotnost ksenofobije in nacionalizma, primerjalno z drugimi regijami Slovenije nižja (Sedmak 2003, 2005); o tem nenazadnje priča tudi visok delež etnično mešanih družin, ki je tu najvišji v Sloveniji (Sedmak 2006). Nenazadnje velja izpostaviti, da je skladno s statističnimi podatki število priseljenih žensk v slovenskem merilu najvišje prav v občinah Izola (4,9 % tujk glede na vse prebivalce občine) in Koper (4,1 %) (SURS, 2018).

Rezultati raziskave

Diskriminatorne prakse ravnanja zdravstvenega osebja v odnosu do migrantk

V nadaljevanju predstavljena analiza pripovedi migrantk in zdravstvenega osebja, vpetega v institucionalno zagotavljanje spolnega in reproduktivnega zdravja žensk, izpričuje prikrite, pa tudi povsem eksplicitne izraze nestrpnosti in diskriminatornega ravnanja na osnovi (drugačne) etnične pripadnosti, prisotnost etničnih predsodkov, stereotipov, kulturalizmov, ki izpostavljajo »kulturne posebnosti« migrantk, pa tudi izraze nacionalizma in rasizma.

Vse naštete oblike obravnave migrantk so problematične, saj izražajo tako negativno nastrojenost kot nasilje v odnosu do migrantk, ki temeljita na neenakih pozicijah moči. Zdravstveno osebje ima vselej večjo družbeno moč, ki jo lahko ob nereflektirani lastni poziciji moči in ob pomanjkanju medkulturne empatije, tudi uporabi. Tako naša, kot tudi druge sorodne študije (Villadsen in drugi 2017; Small in drugi 2014) izpostavljajo pogostost zlorabe institucionalno dane moči. Diskriminatorni načini obravnave zdravstvenega osebja v odnosu do migrantk pa so problematični tudi zato, ker reproducirajo obstoječa družbena razmerja na osi dominacije in subordinacije in ohranjajo stigmatiziran in marginaliziran status migrantk v družbi. Obstoječi diskriminatoren način obravnave nenazadnje krši tudi pravico do enake obravnave v slovenskem zdravstvenem sistemu, ki je opredeljena v zakonu o pacientovih pravicah: »Pacient ima pravico do enake obravnave pri zdravstveni oskrbi ne glede na spol, narodnost, raso ali etnično poreklo, vero ali prepričanje, starost, spolno usmerjenost ali drugo osebno okoliščino.« (7. člen) (Glej tudi Bofulin in Bešter 2010).

Četudi je zdravniško osebje, kot že izpostavljeno, zavezano delovanju v prid pacientk, pri njihovem delu zasledimo tudi prisotnost etničnih predsodkov, stereotipov, kulturalizmov in drugih oblik diskriminatornega ravnanja. Najbolj ekspliciten izraz negativne nastrojenosti do migrantk (pa tudi migrantov na splošno) izraža spodnji citat. Omenjeni zdravstveni delavec je izrazito proti priseljevanju tujcev, za omejevanje oziroma popolno prepoved migracij, obenem tudi izpostavlja, da »s temi ljudmi nima nič skupnega«.

> Lahko mi rečete, da sem nacionalist, šovinist, rasist. Me ne zanima. Jaz tako mislim. Vi kot sociologinja seveda mislite drugače.[6]

Je pa potrebno izpostaviti, da citirani zdravstveni delavec kot migrantke percepira zgolj ženske, ki prihajajo iz drugih celin oziroma iz oddaljenih držav, kot so Sirija, Afganistan ter druge arabske in afriške države. Iz njegovih izjav je zaznati drugačen odnos do migrantk iz območij nekdanje Jugoslavije, ki jih ne zaznava kot »prave« migrantke.

> Migrantk pri meni ni, so pa Albanke in tiste iz ex- Jugoslavije. Od desetih, ki jih pride v ordinacijo, jih je osem iz ex-Jugoslavije.

Omenjeni zdravstveni delavec s »pravimi migrantkami še ni imel opravka«, kar je pomenljivo in nakazuje na hierarhijo tujosti, skladno s katero niso »vsi tujci enako tuji« in ne »vsi migranti enako moteči« (Breger 1998). Nanjo pa vpliva predvsem medkulturna bližina oziroma distanca etnij v soočanju.

Odnos zdravstvenega osebja do migrantk je pogosto ambivalenten. Tako je eden od zdravstvenih delavcev ponudil možnost delovanja v pro bono ambulanti (za osebe brez zdravstvenega zavarovanja), obenem pa v pogovoru izraža strah, tudi odpor do migrantk in

migrantov ter njihovo viktimizacijo (krivi so za nerede, porast kriminalitete ipd.) ter predsodke (se okoriščajo, želijo te prenesti naokoli, ne želijo se prilagoditi, znajo slovensko, vendar ne želijo govoriti ipd.). Je mnenja, da se morajo migrantke jezikovno (in kulturno) prilagoditi in je proti uvedbi medkulturnih mediatorjev in slovarjev za pomoč pri komunikaciji.

> Jaz jih v bistvu to ne bi protežiral, mogoče se to sliši malo fobično, mislim, da je tukaj pomembno prilagajanje, da se vklapljajo v okolje. Z vsem spoštovanjem do njihovega jezika. /.../ Ni koristno, narediti večjezični slovar, bolj koristno bi bilo, da se one socializirajo. To jim lahko samo koristi.

Negativni odnos do migrantk in njihovih kulturnih praks je med zdravstvenim osebjem prisoten tudi na bolj prikrit ali posreden način, preko kritiziranja, zgražanja, pretiravanja, izpostavljanja kulturnih specifik in medkulturnih razlik na splošno.

> Mene blazno moti tisto njihovo cinglanje (zibanje tradicionalnih zibk, ki jih uporabljajo Albanke op. MS), ki je tako izrazito.

> Ker jaz mislim, da one, če so prišle kot migrantke v Slovenijo, se morajo našemu sistemu in našemu življenju prilagodit. Mislim, da tle lahko dobijo zelo lep vpogled, kako mi živimo. Zdej ne vem, smo dobili eno Albanko, ki je bila zelo zanemarjena, ki je bila neumita, zobi so bili groza, je prišla sem, je bila sprejeta, se je naučila osebne higiene, osnova. Je pa res, da moraš biti malce neizprosen, tako da jih daš vsak dan pod tuš!

Predvsem v odnosu do Albank iz območij nekdanje Jugoslavije je med veliko večino zdravstvenih delavcev zasidrano zelo trdno in stereotipno prepričanje, skladno s katerim so: neslovensko govoreče, pod nadzorom moža in/ali širše družine, neemancipirane, zaprte, izolirane, nevedne, uboge, se ne želijo integrirati, izkoriščajo slovenski zdravstveni sistem in podobno. V odnosu do njih sta prisotna hkratno sočutje (dojema se jih kot nemočne žrtve lastne kulture) kot viktimizacija (nočejo govoriti slovensko in nočejo se integrirati v slovensko družbo).

> To so žene, ki so v zaprtem krogu, ki praviloma ne vzpostavljajo stikov, ne hodijo v trgovino, ne hodijo na sestanke, ne hodijo v vrtec, za razliko od vseh teh drugih priseljencev, ki jih imamo tudi nekaj. Recimo Rusov v zadnjem času, ki se želijo integrirat. Mogoče imajo drugačen interes.

Posebno nestrpnost je s strani zdravstvenega osebja zaznati v odnosu do jezikovno neasimiliranih migrantk oziroma do tistih migrantk, s katerimi se ne morejo sporazumeti in ne govorijo angleško, italijansko ali hrvaško oziroma srbohrvaško inp. Pri tem so kot posebej problematične (ponovno) izpostavljene prav Albanke s Kosova in iz Makedonije.

> Če imaš naše zavarovanje, pridejo z našim zavarovanjem, z bivanjem pri nas, oprostite, v vsako državo, ki prideš, greš na izobraževalni tečaj, osnovnega jezika. Prosim lepo, tri besede: krvavitev, boli, ne morem več, dojke, mleko, doviđenja. Nihče te ne vpraša nič posebnega. Te gledajo debelo, ne vejo, ne znajo. Ob dveh ponoči »moj mož«. Pa dobro, pa kaj je tebi, ma jaz sem babica, ma nisem jaz multinacionalka, niti na televiziji./…/ Ta, ki te gleda v oči, si kimamo, se sporazumemo, ma tiste, ki obrnejo glavo, kot ne vem, kot da te ignorira, halo, zakaj moram jaz kaj narest?!/…/ Ti prideš v Slovenijo, imaš slovensko zavarovanje, stanovanje…

Pri tem velja izpostavi problem večplastne diskriminacije. Poleg neugodnega (tudi pravnega) položaja, ki ga določa imigrantski status *per se,* na diskriminacijo vplivajo tudi izobrazba, zaposlitveni in obči ekonomski status migrantke ter druge okoliščine. Potrebno je opozoriti, da so migrantke notranje diferencirana družbena skupina (Antič Gaber in Strle 2014), ki se razlikuje ne zgolj glede na kulturno in jezikovno provenienco ter versko pripadnost, temveč tudi glede na druge socialne indikatorje, ki ključno vplivajo na kvaliteto njihovih življenj, sposobnost integracije v novo družbeno okolje, dostopnost do zdravstvenih in drugih storitev idr. V mislih imamo tako razlike glede na izobrazbo, socio-ekonomski status, kulturni kapital, kot glede na vzroke za migracijo, pretekle življenjske izkušnje, individualne, zdravstvene, psihološke značilnosti ter drugo. Četudi je mogoče med življenjskimi zgodbami migrantk potegniti določene vzporednice in oblikovati nekatere skupne ugotovitve, moramo ohraniti zavedanje o razlikah, ki so pomembne. Višje izobražene migrantke, zajete v našo študijo, ki so govorile angleški ali drugi tuji jezik, ki so imele dodatna zdravstvena zavarovanja, bile višjega družbenega statusa in podobno, zaradi nepoznavanja slovenskega jezika niso bile deležne diskriminatorne obravnave s strani zdravstvenega osebja. Nasprotno so v največji meri deležne diskriminatorne obravnave prav migrantke albanskega porekla, ki so skladno z obstoječimi statističnimi podatki posebej ranljiva družbena skupina, ki jo ogroža večplastna depriviligiranost. Primerjalno z drugimi migrantkami v Sloveniji imajo namreč najnižjo izobrazbo, so v najnižji meri zaposlene, so v najnižji meri iskalke zaposlitve ter imajo primerjalno z drugimi migrantkami največje število otrok (SURS, 2018).

V intervjujih je pogosto izraženo tudi prepričanje, da bi morale biti zdravstvene, pa tudi druge pravice in ugodnosti kot npr. otroški dodatek pogojene z znanjem jezika, s čimer bi migrantke primorali k osvajanju slovenščine.

Posebna oblika na drugačnosti temelječega ravnanja je »eksoticizem«, ki ga je doživela ena od migrantk (vizualno se vidno razlikuje od večinskega lokalnega prebivalstva zaradi temnejše barve kože in fizionomije, značilne za njeno državo izvora). Po njenih besedah ni šlo za žaljivo obravnavo, bolj za mešanico »ljubkovalne obravnave« in fascinacije nad »drugačnostjo«. Njen izbrani ginekolog se je tako nanjo obračal z besedami kot: »moja mala čokoladica« in »my little darky«. Kljub temu, da migrantka izpostavlja, da je omenjeno poimenovanje ni motilo, je potrebno izpostaviti spornost takšnega naslavljanja.

Prisotnost rasizma izpričujejo tudi pripovedi drugih informantk[7]:

> When I gave the birth it was a little bit problematic for me too, the nurses I think they were racists some of them. You cannot avoided, so, for me it was ok, as long as you are doing your job. As far you are treating me as the others, it is not necessary to talk with me. I see that some of them are like that. You could noticed it. And not only for me, sem opazila, da tudi do drugih žensk, ki so iz drugih držav.

Pri tem citirana informatka izpostavlja, da ne gre nujno za rasizem kot tak, morda bolj nelagodje vpričo prisotnosti drugačnega (kot sledi v spodaj navedenem citatu) in pomanjkanje medkulturnih kompetenc zdravstvenega osebja.

> I could see it from they look, they didn't pay attention on me. Or maybe is just my feeling that they don't pay attention to you. Or maybe is just because they don't understand you. Most of the Slovenians are like that. I know that now. They don't want be uncomfortable.

Več informantk je izpostavilo, da diskriminatorno ravnanje temelji prav na vidni, vizualni drugačnosti.

> Se je obnašala vzvišeno (medicinska sestra op. MS), kot da je nekaj več, sem čutila, da me gleda zviška. /…/ Vidi človeka samo od zunaj. Potem sem povedala, da sem bila tudi jaz tajnica doma, da tukaj ne morem delati in tako. Jaz sem kot vi, poznam računalnik, znam delati. Sestra pa je bila potem tiho.

Dostop do zdravstvenih storitev

Kljub deklarativni univerzalnosti pravice do zdravstvenega varstva je vključevanje oziroma izključevanje upravičenk do zdravstvenih storitev odvisno od njihovega pravnega statusa. Slovenski sistem dostopa do zdravstvenih storitev temelji namreč na zdravstvenem zavarovanju, kar pomeni, da imajo migrantke dostop do zdravstvenih storitev, če so obvezno zdravstveno zavarovane, v nasprotnem primeru pa so upravičene le do brezplačnega nujnega zdravljenja. V tem pogledu slovenski sistem v največji meri ščiti redno zaposlene s stalnim prebivališčem v Sloveniji in njihove družinske člane (Rajgelj 2012). Bofulin in Bešter (2010) pri tem opozarjata na obstoj razkoraka med relativno dobro urejenim formalnim dostopom do slovenskega zdravstva in dejanskim neoviranim dostopom do kakovostne zdravstvene oskrbe. Kot eno izmed ovir izpostavljata vprašanje pomanjkljive informiranosti migrantov o zdravstvenem sistemu in pravicah, ki iz njega izhajajo. Pomanjkanje informacij in posledično otežen dostop do (kakovostnih) zdravstvenih storitev so izpostavile tudi migrantke, ki pogrešajo celovite in dostopne informacije o zdravstvenem sistemu ter specifične informacije, ki se nanašajo na reproduktivno zdravje.

> Kot tujec nimaš informacij (npr. kdo je dober zdravnik, ginekolog, op. ZM), vse v Sloveniji začneš od nule. Ne veš nič, nimaš informacij v drugem jeziku ali spletne strani, ki jo lahko razumeš.

Pri zagotavljanju dostopa do (reproduktivnega) zdravja migrantk so ključne tudi iznajdljivost, neformalne socialne vezi, podpora morebitne širše družine in pa vpetost v etnično skupnost.

> Hodim prevajat Rusom v Izolo (v bolnico, op. MS). Me pokličejo. /…/ Ena gospa me je klicala, koliko bi stalo če bi rojevala samoplačniško, ni bila zavarovana, je bila tujka. Ali ji je boljše odpret s.p. in se zavarovat ali plačat samoplačniško. Takrat sem zanjo zvedela vse informacije, vse so mi povedali, so bili prijazni. Zanjo je boljše, če se zavaruje, in tako je naredila.

Pomanjkanje dostopnih informacij zaradi nepoznavanja jezika ali drugih okoliščin lahko vpliva na (slabšo) vključenost v institucionalni del predporodne, porodne in poporodne oskrbe (Schmid in drugi 2018), pa tudi na kakovost zdravljenja oz. zdravstvena tveganja, ki jih izpostavlja tudi Ionnidi – Kapolou (2007). Oba vidika deprivilegiranosti se kažeta tudi v pričujoči študiji. Zdravstveno osebje izpostavlja problem izključenosti migrantk z dela institucionalne obravnave, saj tiste, ki ne razumejo slovenskega jezika, ne obiskujejo materinske šole, delavnic in predavanj, ki jih organizirajo zdravstveni domovi.

> Naša služba je sestavljena tako, da tudi nudimo mamici v zadnjem tromesečju, torej noseči, obisk. Samo jih ni. Mi jih zgubimo. Se trudimo, da bi jih našli, vključili, dolga leta nazaj so nas ginekologi obveščali, ma govorim dolgo nazaj 20 let nazaj, ampak samo od naših lokalnih.

> Problem je znanje jezika. In spet smo tu, one ne morejo v šolo za starše, če ne znajo jezika.

Poleg tega so zlasti nižje izobražene, ki informacij ne pridobijo iz morebitnih drugih virov, slabo informirane o osnovnem poteku poroda, praksi zdravniške oskrbe pred in med porodom ter po njem, o možnostih lajšanja porodnih bolečin in podobnem. Posledično se v Splošni bolnišnici Izola npr. ženske albanskega porekla ne poslužujejo epiduralne analgezije – ker za to možnost enostavno ne vedo. Pričevanja zdravstvenega osebja izpostavljajo, da porod albanskih žensk poteka »najbolj naravno«, saj nimajo porodnega načrta, ne zahtevajo nobene protibolečinske intervencije, ne zahtevajo »ničesar«. Obenem izpostavljajo, da jim ponudijo pomoč pri lajšanju porodnih bolečin, če ocenijo, da je to potrebno.

> Manko informacij, ker ne obiskujejo materinske šole. Slabša pripravljenost na porod, neznanje, pridejo določene, ki mislijo, da so pampers plenice namesto vložkov. Mislim, vsega imamo. /…/ Ma vidiš takoj, ko pride, jo je strah, ne ve, kaj jo čaka, kaj naj pričakuje, te milo gleda z velikimi očmi, razložit pa ji ne moreš, ker ne znaš. Tako take stvari. Potem popadki. Ne moreš ji pokazat, kako predihat, tako, čisto ... Ker naše to že prinesejo s sabo, ko so popadki, vdihni globoko na nos, izdihni na usta, težko jih je vodit čez porod. /…/ Teh žensk je precej, število je konstantno, ni važno, ali je mlada ali starejša ali je prvi ali poznejši porod.

Nepoznavanje jezika, težavno komuniciranje in posledična nedostopnost ali težja dostopnost do informacij vodijo v omejen dostop do zdravstvenih storitev, veča pa se tudi možnost strokovnih napak in drugih težav, kot je npr. podpisovanje soglasij pred operativnimi posegi. Osebje je izpostavilo tudi zdravstvena tveganja, ki jih zaznavajo pri svojem delu. Migrantke, ki pridejo v Slovenijo v pozni nosečnosti, predstavljajo posebno rizično skupino. Ob porodu zdravstveno osebje nima vpogleda v njihovo zdravstveno stanje, potek nosečnosti, krvno skupino in druge zdravstvene podatke, ki so ključni za varen porod.

> Pa pridejo, nimajo izvide, nimajo krvne skupine, pa nimajo materinske knjižnice, ne veš za alergijo, ne veš nič. Narediš, kar lahko, in kar ne narediš, ne narediš.

Neoviran dostop do zdravstvenih storitev, ki je skladno z različnimi raziskavami za migrantke posebno pomemben (Ioannidi – Kapolou 2007; Bofulin in Bešter 2010), je v Sloveniji omejen zaradi dolgih čakalnih dob, ki jih pogosto omenjajo tudi sogovornice. Čeprav vprašanje dolgih čakalnih dob ni omejeno zgolj na ženske migrantke, pa se je tudi ta vidik izkazal za pomembno oviro pri nemotenem zagotavljanju njihove zdravstvene oskrbe.

> As for medical service itself, it`s good. But you cannot get it, you can not reach to the doctor. The doctors are experienced, but the system is terrible. But it`s not only my opinion, it is opinion also from other people. I have friends from Russia, from Ukraine, from Kazahstan. And we all were shocked. Also, in hospital of XXX, as all women we have some women`s problem after 50. When I came to her, she is fantastic, really fantastic woman, dr. XXX. But again, until I got to her, it took me 5 months.

Zaradi dolgih čakalnih vrst se tudi migrantke odločijo za zasebni (plačljiv) obisk ginekologa. Pri tem se izpostavi vprašanje dostopa do zdravstvenih storitev v povezavi s socio-ekonomskim statusom migrantk (Ioannidi-Kapolou, 2007) – tiste, ki imajo boljši ekonomski status, imajo dostop do zasebnih (in hitrejših) zdravstvenih storitev. In obratno, migrantke, ki niso zavarovane, se izogibajo nenujnim zdravstvenim storitvam, ki so plačljive.

Primer ene od migrantk izpostavlja kompleksen odnos med zdravstvenimi storitvami, upravičenostjo do nujnih posegov, kritjem stroškov storitve in kulturo nezaupanja v odnosu do migrantov. Mož sogovornice, ki je bila urgentno hospitalizirana in podvržena operativnemu posegu zaradi zapletov pri spontanem splavu, je moral že med potekom operativnega posega poravnati račun za izvedbo operacije po predvidevanjih informantke zaradi suma pobega. Dostop do nujne zdravstvene storitve je bil tako skorajda pogojevan z njenim plačilom.

> When I lost my baby, I had to go to the hospital for a procedure in moj mož je zelo občutljiv /…/ I was took away for the operacija and he was waiting for me. On je sedel tam in I was still in recovery when nurse came and asked him to pay. /…/ and he was very upset you know I am sitting here, I don't know where my wife is, how is she and you are asking me to pay. What do you think? Do you think I will run away? /…/ And he was very hurt, and angry with the nurse.

Za migrantke z obalnega območja, ki niso zdravstveno zavarovane, v Kopru enkrat tedensko deluje tudi pro bono splošna ambulanta, ki pa ne vključuje specialistične ginekološke ambulante, ki je na voljo v pro bono ambulanti v Ljubljani.

Omejitve, ovire, diskriminacija in nadzor zaradi nepoznavanja slovenskega jezika

Učinkovita komunikacija je ključna in pomembno vpliva na zadovoljstvo z zdravniško oskrbo, na razumevanje lastnega zdravstvenega stanja, na spopadanje z nosečnostjo, s porodom, poporodnim dogajanjem, pa tudi z morebitno boleznijo in na (ne)upoštevanje navodil zdravstvenega osebja (Bofulin in Bešter 2010).

V primeru migrantk, ki vstopijo v slovenski zdravstveni sistem, je vprašanje (ne)poznavanja slovenskega jezika in s tem povezano tolmačenje v središču pozornosti, pri čemer tolmačenje v Sloveniji ni sistemsko urejeno. Zakon o pacientovih pravicah (2008) sicer določa, da mora biti pacient obveščen o svojem zdravstvenem stanju in možnostih zdravljenja na njemu razumljiv način. Kot upravičeno opozarjata avtorici bi skladno s to določbo upravičeno sklepali, da ima oseba, ki vstopi v stik z zdravnikom, pravico komunikacije v jeziku, ki ga razume, vendar zakon o tem eksplicitno ne govori (Ibid.). Zakon zagotavlja zgolj pravico, da zdravstveni delavci govorijo v slovenskem jeziku ali jeziku narodnih skupnosti (italijanskem in madžarskem) na območjih, kjer sta uradna jezika italijanščina ali madžarščina.

Jezik komunikacije oziroma nepoznavanje slovenskega jezika s strani migrantk je večplasten problem. Nekatere migrantke niso razumele in govorile slovensko zgolj na začetku, ob prihodu v Slovenijo, nekatere ne govorijo slovensko tudi po več letih, celo desetletju bivanja v Sloveniji; spet tretje, po prepričanju zdravstvenega osebja, ki prihaja z njimi v stik, sicer razumejo in delno tudi govorijo slovensko, vendar tega ne smejo oziroma ne želijo (npr. Albanke), nekatere fluidno komunicirajo v angleščini, italijanščini, hrvaščini oziroma drugem jeziku, kar omogoča nemoteno sporazumevanje z zdravstvenim osebjem.

> Language was never a problem, because at least doctors speak English, when I started to speak a little Slovenian and explained it was even easier.

V primeru, da migrantke ne govorijo slovensko, jim pri tolmačenju pogosto pomaga oseba, ki obvlada slovenski jezik. To je lahko mož, sorodnik/ica, soseda, prijateljica ali s strani etnične skupnosti izbrana prevajalka (primer albanske skupnosti v Kopru in Izoli).

> Edino to, ko jaz pridem v družino, ki ne razume slovensko, si jaz vedno zagotovim, da bo nekdo, ki razume zraven, še posebno prvi obiski so zelo pomembni.

Posebno (ranljivo) skupino migrantk, s katerimi je komunikacija izdatno otežena, predstavljajo (kot že izpostavljeno) Albanke, ki ne govorijo ne slovensko, ne angleško ali kateri drugi jezik.

> So s Kosova, Albanije, Makedonije, so slovensko negovoreče, običajno prevaja mož, ki tudi slabo govori slovensko. Angleščine praviloma ne znajo.

Med zdravstvenim osebjem je prisotno tudi prepričanje, da pripadnice albanske skupnosti, četudi nekatere razumejo in delno tudi govorijo slovensko, tega zaradi tradicionalnih patriarhalnih praks nadzora ne smejo ali nočejo udejaniti. V njihovem imenu in za njih, če je le možno, govorijo možje, tasti, tašče, drugi. Obenem gre izpostaviti, da je mnenje o »osebnem nadzoru«, ki spremlja takšno tolmačenje in posredništvo med ženo in zdravstvenim osebjem, deljeno. Nekateri predstavniki zdravstvenega osebja v tem okviru izpostavljajo predvsem negativne vidike tovrstnih praks: nadzor, odvzem svobode odločanja in delovanja, patriarhalno nadvlado, manipulacijo in nadzor nad informacijami, drugi, izpostavljajo medkulturno različne prakse ravnanja, tradicionalno delitev vlog po spolu, skrb skupnosti in moža za ženo, njeno varovanje in zaščito v pozitivnem smislu. Slednji prav tako zanikajo, da bi bili kadarkoli priča diskriminatornemu ali nasilnemu odnosu moža nad (albansko) ženo.

> One v resnici znajo in razumejo slovensko, vendar nočejo ali ne smejo govoriti. Včasih pošljem moža ven, da pregledam pacientko (pred tem je on prevajal, op. MS), potem z njo govorim srbohrvaško, čeprav pred tem (v pričo moža, op. MS) pravi, da ne razume in ne govori nič. /…/ Tudi ko se zbujajo iz narkoze, jim rečem: 'Poglejte me, odprite usta, odprite oči' in one to naredijo, me razumejo. Čeprav prej niso znale nič.

Stisko zaradi težav pri komuniciranju je zaznati tako na strani zdravstvenega osebja kot migrantk.

> Do nesporazumov pride, ne vem, če ti pozvoni sredi noči in ti ne zna povedat, ti ne veš, za kaj gre. Saj če reče »beba milk« veš za kaj gre, ampak če jo boli, če je ne boli, tudi svojih skrbi glede nege otroka, glede sebe, ne more izrazit. /…/ Čisto preprosto, Albanka sredi noči pozvoni in ne veš kaj, je stiska na njeni strani, ker ne zna razložit, zakaj te kliče ob 3 ponoči, in stiska je pri tebi, ki bi ji rad pomagal in ji ne moreš, ker ne veš, kaj je. V tem konkretnem primeru smo potem ugotovili, da se je ustrašila, ker so jo začele dojke bolet. Banalno, ampak zna povzročit veliko stisko pri njej.

Sicer je vprašanje zdravstvene oskrbe na splošno občutljivo, saj se navezuje na zasebnost, zaupnost med zdravnikom in pacientom, pa tudi kočljiva vprašanja zdravja, bolezni in telesa. Pri porodni, obporodni in poporodni oskrbi je še izdatno prisotno vprašanje intimnosti in zasebnosti. Komunikacija preko posrednikov je vedno pomanjkljiva, prav tako ni vseeno, kdo je komunikacijski posrednik. Praksa izpričuje, da je najbolje, če tolmači ženska, prijateljica ali sorodnica, najmanj primerno je, če je tolmač otrok. Poseben problem predstavlja tudi korektnost tolmačenja.

> Obstaja možnost, da filtrirajo informacije, saj mož dostikrat pove odgovor namesto žene, češ saj jo pozna. Verjetno marsikatero informacijo pozna in jo ima v vpogled, ampak mi

> vseeno želimo, da gospa sama odgovori in da jo potem prevede. To nam večinoma uspe. Včasih se pogovarjamo tudi več dni, da uspemo skomunicirat, kaj želimo, in da mož uspe prevest ženi. Dostikrat so to kakšni podatki glede njene družine, ki jih on nima, ali pa kakšni prav posebni ginekološki podatki, ki jih on ne ve, pozna. Lahko gre za malenkosti, ki jih gospod ne more vedet.

V želji, da bi prišli do čim uspešnejše komunikacije, si migrantke in zdravstveno osebje pomagajo na različne načine: z uporabo mobitelov, ad hoc narejenimi slovarji, lističi s prevedenimi besedami, neverbalno komunikacijo in drugim.

> Pridejo v spremstvu. Ali je to mož ali sorodnica, ki prevajajo. Potem, če ne razumejo, so vse opremljene s tehnologijo, tako da da moža na telefon. Potem jaz rečem, da raje vidim, da pridejo osebno, ker je tako lažje razložit, tudi ker je laik, potem prosim, da on njej razloži in da njemu odgovori in on potem meni, tako da vidim, da je dialog, da on njej pove, da ona razume, če že moram imet posrednika, da vidim, da se pogovarjata, ker drugače (pri preteklih boleznih MS) lahko kar rečejo, 'saj so zdrave'. Rečem, vprašajte njo, in potem on jo vpraša.

> So babice kakšnega moža prosile, da nam pove par besed, tako smo naredili tak slovar, da lahko ob koncu poroda poveš, da naj diha, naj potisne.

Pomanjkljiva komunikacija veča možnost strokovnih napak, nesporazumov in posledično nezadovoljstva ter manjša zadovoljstvo z delovanjem zdravstvenega sistema in delom zdravstvenih delavcev na splošno.

> Primer gospe iz Kitajske, je prišla rodit. Zaradi nesporazumevanja ji je mož zvečer prinesel obrok, ki ga je potem zaužila. Sledil je porod in po porodu manjša komplikacija, ko bi gospa morala dobriti narkozo. /…/ Ker gospa ni razumela, da pred porodom ne sme zaužiti ničesar, da lahko samo pije. In potem se je poseg preložil za pol ure, kar ni ogrožalo ne mame in ne otroka. Je pa bilo osebje začudeno, da gospa ne pozna teh osnovnih pravil. Glede na to, da ni obiskovala materinske šole in ni bila na obisku porodnišnice, se je z bolnišnico prvič srečala, ko je ostala… je pa to za pričakovat.

Včasih pa so jezikovni nesporazumi, četudi spočetka neprijetni, tudi bolj humorne narave.

> Moj mož je vztrajal pri slovenščini, mi je vedno rekel punčka ali fantek, mi čakamo punčko ali fantka. In ko sem jaz rodila, so meni rekli, da sem rodila deklico. Zdaj, jaz sem se ustrašila, jaz se obrnem stran, ona (babica op. MS) pa meni, poglejte, poglejte svojega otroka. Jaz sem mislila, da sem rodila neki vmes, ne fantka ne punčko. Ja, ma takrat me je postalo strah. Jaz sem mislila, da gre za neko anomalijo, da je nekaj narobe s tem otrokom. /…/ Potem smo se smejale. Pa kaj si mislila? Pa kaj, da sem kužka rodila, pa če ni punčka in ni fantek!

Kateri so ključni ukrepi, s katerimi nasloviti jezikovne ovire pri zagotavljanju spolnega in reproduktivnega zdravja migrantk? Najprimernejši bi bili, po mnenju zdravstvenega osebja, vpeljava kulturne mediatorke, ki bi obenem omogočala ustrezno in nemoteno tolmačenje medkulturnih razlik in sporazumevanje migrantk z zdravstvenim osebjem. Četudi prisotnost kulturnega mediatorja sama po sebi ne zagotavlja nujno neproblematične komunikacije. Iz držav z daljšo tradicijo medkulturnega tolmačenja (npr. Italija) prihajajo

tudi opozorila glede morebitnih pasti, ki se nanašajo na kulturno posredništvo. Kot problematično se je tako izkazalo kulturno posredovanje, ki ga izvaja s strani etnične skupnosti določen predstavnik/ca, ki je lahko hkrati tudi vir (skupnostnega) nadzora nad žensko in njenimi odločitvami, ki zadevajo regulacijo rojstev (npr. nasprotovanje kontracepciji ali umetni prekinitvi nosečnosti) ali zdravljenje (npr. prekinitev zdravljenja HIV zaradi vraževerja etnične skupnosti)[8]. Prakse drugih okolij tako nakazujejo, da bi pri zagotavljanju reproduktivnega in spolnega zdravja migrantk medkulturni posrednik morala biti »neodvisna« ženska s temeljnim znanjem s področja zdravstva in porodništva.

> Zdaj, včasih imamo težave zaradi pregleda, ker nam gospa ne zaupa in se vse skupaj zavleče /…/ če je oseba, ki deluje kot kulturna mediatorka, se situacija izboljša glede pacientke, jo umiri, jo bodri, da gre za osnoven pregled, ki ne bo zahteven, ki ne bo boleč, in takrat lažje in boljše sodelujemo.

Nekatere bolnišnice, porodnišnice in zdravstveni domovi po Sloveniji imajo že uvedene večjezične biltene oziroma informacije, namenjene migrantom. O smiselnosti vpeljave dvo- ali večjezičnih biltenov, namenjenih migrantkam, v katerih bi bile predstavljene osnovne informacije in pravice, ki se nanašajo na spolno in reproduktivno zdravje žensk, zasledimo izključujoča mnenja: večina vprašanih ocenjuje pisno informacijo migrantkam v drugih jezikih kot smiselno in dobrodošlo, nekateri so izrazito proti: *Da se bom jaz prilagodil njim, niti slučajno!*

Na tej točki je potrebno izpostaviti tudi problem podpisovanja pisnih soglasij, ki so trenutno zgolj v slovenskem jeziku in jih migrantka, ki ne razume slovensko, brez tolmača ne more podpisati. Zaradi tega lahko prihaja do časovnega zamika operacij in drugih (tudi nujnih) posegov, saj tolmač ni vedno prisoten. Vendar se tudi ob prisotnosti tolmača poraja dvom, ali migrantka dejansko razume, kaj podpisuje in kako razume tolmačeno besedilo. Z vidika pravne stroke je podpisovanje soglasij na tak način, ob zgolj ustnem pojasnilu zapisanega, sporno.

Zaključek

Migrantke se v okviru institucionalne obravnave na področju spolnega in reproduktivnega zdravja soočajo z neenako obravnavo, diskriminatornimi praksami in omejitvami v dostopu do ustrezne zdravstvene oskrbe na tem področju. Pripovedi iz predstavljene študije primera izpostavljajo, sorodno kot v študiji Small in drugi (2014), da predstavljajo ključne izzive na tem področju vprašanje informiranosti migrantk in posledično dostopa do (ustreznih) zdravstvenih storitev ter sporazumevanje z zdravstvenim osebjem. Slaba informiranost in pomanjkljiva ali neustrezna komunikacija med zdravstvenim osebjem in migrantkami vodita v socialno izključenost, marginalizacijo in stigmatizacijo migrantk, prav tako pa spodbujata neenaka razmerja moči med migrantkami in zdravstvenim osebjem. Neučinkovita in/ali pomanjkljiva komunikacija pa lahko nenazadnje vodi v strokovne napake ali težave pri zdravljenju oziroma zdravniških postopkih. Ob tem predstavlja pomembno težavo pomanjkanje medkulturnih kompetenc zdravstvenega osebja in odsotnost sistemskih rešitev (npr. prevedene informacije v pisni obliki, zagotovljena prisotnost tolmača, izvajanje materinske šole v tujem jeziku) na področju spolnega in reproduktivnega zdravja, ki bi naslavljale migrantke.

Pomemben vidik, na katerega bi se bilo potrebno usmeriti v prihodnosti, je tako delovanje v smeri senzibilizacije zdravstvenega osebja glede tem, ki obravnavajo medkulturnost ter informiranje o diskriminatornih praksah ravnanja, kar bi omočilo ustreznejšo zdravstveno oskrbo, pa tudi preprečevanje nesporazumov in nenazadnje napak. Smiselno bi bilo uvesti dodatna (sistemska) izobraževanja na področju medkulturnih kompetenc, pri čemer bi morala biti pri obravnavi migrantk posebna senzibilnost v okviru spolnega in reproduktivnega zdravja posvečena vprašanjem odnosa do telesa, zasebnosti in odnosom med spoloma. Korak v tej smeri zagotovo predstavlja Priročnik za razvijanje kulturnih kompetenc Nacionalnega inštituta za javno zdravje (2016), ki se usmerja v izboljšanje občutljivosti za kulturne razlike in večje razumevanje in sprejemanje raznolikosti v družbi in je prvo tovrstno gradivo. Končni cilj bi bil uvedba teh vsebin v vse ravni izobraževanja v zdravstvu pa tudi sicer. Dobre prakse kažejo, da bi bila v primeru reproduktivnega zdravja migrantk smiselna uvedba kulturne mediatorke, ki bi lahko pomembno vplivala na zmanjševanje diskriminatornih praks in obravnave. Kot nujna se kaže tudi sistemska ureditev na področju tolmačenja v zdravstvenem sistemu, saj je trenutno reševanje težav v sporazumevanju prepuščeno iznajdljivosti zdravstvenega osebja in migrantk. Pri tem pa velja izpostaviti, da je za ustrezno komuniciranje pomembno tudi ustrezno zdravstveno znanje tolmačev (Mengesha in drugi 2018).

Nasloviti je potrebno tudi vprašanje ustrezne informiranosti migrantk o institucionalnih vidikih spolnega in reproduktivnega zdravja. Zaradi pomanjkljive informiranosti in slabšega poznavanja ali sploh nepoznavanja jezika, so migrantke pogosto izključene iz institucionalno zagotovljene predporodne in delno poporodne oskrbe. Pogosto imajo pomanjkljive informacije o zdravstvenem varstvu (npr. o poteku poroda), pa tudi o možnostih in svojih pravicah na tem področju, npr. o možnostih lajšanja porodnih bolečin, o izbiri različnih vrst poroda in drugo Eno od možnih rešitev pri vključevanju migrantk že v predporodno oskrbo, bi predstavljala organizacija materinskih šol v tujem jeziku (npr. angleškem in albanskem) ali pa uvedba tolmača v materinske šole. V tem kontekstu se je izpostavila tudi potreba po pisnih informacijah o pravicah in možnostih v jezikih migrantk. Nenazadnje so bili na obravnavanem obalnem področju vsi obrazci, brošure in pisna soglasja zgolj v slovenskem jeziku. Tudi izkušnje drugod (npr. Villadsen in drugi 2017) kažejo, da je za zagotavljanje enakopravne obravnave migrantk potrebno pri materinski oskrbi zagotoviti profesionalne tolmače, vzpostaviti zaupanje med zdravstvenim osebjem in migrantkami in pa zagotoviti informacije, ki jim bodo omogočile ustrezno »krmarjenje po zdravstvenem sistemu« (prav tam 109), kar lahko pomembno zmanjša zamude pri zagotavljanju zdravstvenega varstva in ustreznega zdravljenja. S celostnim in inkluzivnim pristopom k zdravstvenim politikam za zagotavljanje ustreznega zdravstvenega varstva migrantov, zlasti na področju spolnega in reproduktivnega zdravja, pa se mora v prihodnosti soočiti celotno evropsko javno zdravstvo (Keygnaert in drugi 2013).

IZJAVA O KONFLIKTU INTERESOV

Avtorici ne poročata o konfliktu interesov.

OPOMBE

1. Projekt je financiran v okviru programa Interreg Italija-Slovenija, trajanje 2017-2018, projektni partnerji: Univerza v Trstu (vodilni partner), Univerza na Primorskem, Znanstveno-

raziskovalno središče Koper, Burlo Garofolo Pediatrični inštitut, Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna.

2. Rezultati projekta so v celoti dostopni v poročilu *Spolno in reproduktivno zdravje migrantk v Sloveniji:* Študija primera treh obalnih občin (Sedmak in drugi 2018c).
3. Zaradi varovanja anonimnosti se moška slovnična oblika nanaša na oba spola.
4. V teku so dogovarjanja za izvedbo intervjujev s predstavnicami albanske skupnosti. Doslej je bil opravljen intervju z eno predstavnico albanske skupnosti in Slovenko, ki je po mamini poroki postala članica razširjene albanske družine.
5. Predvsem zaradi etnično zaznamovanih trgovin, restavracij ali drugih dejavnosti (kot so Tajski masažni saloni).
6. Zaradi majhnega vzorca intervjuvanih in zaščite osebne anonimnosti ob navedbah ne navajamo, ali gre za medicinsko sestro, ginekologa/injo, babico ali patronažno sestro. Vsi navedki se nanašajo na »zdravstveno osebje« ali »migrantko«. Izviren vir hrani avtorica. Pri zdravstvenih delavcih bo prav tako poljudno uporabljena ženska ali moška oblika naslavljanja.
7. Citati so zapisani skladno z izvorno posnetimi intervjuji, v primeru, da so informantke govorile v angleškem jeziku ali mešanici slovenskega in angleškega jezika se je uporabilo dobeseden prepis pogovora. Podobno se je tudi v primeru zdravstvenega osebja ohranilo izvorno obliko izražanja, ki lahko vsebuje sleng, hrvatizme itd.
8. Pričevanja ginekologinje iz Bolnice za ženske bolezni in porodništvo Burlo Garofolo v Trstu, vključene v projekt.

LITERATURA

Adanu, Richard, M. K. in R. B. Timothy Johnson. 2009. „Migration and Women's Health." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 106 (2): 179-181.

Antić Gaber, Milica in Strle, Urška. 2014. „A Contribution to Understanding čefurke'." *Annales: anali za istrske in mediteranske študije, Series historia et sociologia* 24 (3): 525-538.

Bofulin, Martina in Romana Bešter. 2010. „Enako zdravstvo za vse? Imigranti v slovenskem zdravstvenem sistemu." V *Državljani tretjih držav ali tretjerazredni državljani? Integracija državljanov tretjih držav v Sloveniji*, uredila M. Medvešek in R. Bešter, 270-311. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja.

Breger, Rosalinda. 1998. „Love and the State: Women, Mixed Marriages and the Law in Germany." V *Cross-Cultural Marriage*, uredila R. Breger in R. Hill, 129-152. Oxford, New York: Berg.

DNK. 2018. Kaj je nasilje? Društvo za nenasilno komunikacijo. https://www.drustvo-dnk.si/o-nasilju/kaj-je-nasilje.html#gor (11.9.2018)

Ioannidi-Kapolou, Elizabeth. 2007. „Health Barriers and Inequities for Migrants." V *Population Mobility and Infectious Disease*, uredila Y. Apostolopoulos in S. Sonmez, 41–54. New York: Springer.

Jazbinšek, Simona in Tina Palaić. 2009. „Zdravje – človekova pravica? Prosilke in prosilci za mednarodno zaščito." Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo 238: 154-162.

Keygnaert, Ines in Aurore Guieu. 2015. „What the Eye Does Not See: A Critical Interpretive Synthesis of European Union Policies Addressing Sexual Violence in Vulnerable Migrants." *Reproductive Health Matters* 23(46): 45-55.

Keygnaert, Ines, Aurore Guieu, Gorik Ooms, Nicole Vettenburg, Marleen Temmermana in Kristien Roelens. 2013. „Sexual and Reproductive Health of Migrants: Does the EU Care?" *Health Policy* 114(2-3): 215-25.

Ličer, Zlata. 2005. „Socialni vidiki varovanja reproduktivnega zdravja žensk." *Socialno delo*

44 (6): 377-385.

Ličer, *Zlata. 2012*. „Spolno zdravje, reproduktivno zdravje in varno materinstvo." *Socialno delo* 51 (1-3): 55-64.

Lipovec-Čebron, Uršula. 2009. „Od kulture nezaupanja do selektivnega sočutja: prosilci in prosilke za mednarodno zaščito v slovenskem zdravstvenem sistemu." *Časopis za kritiko znanosti*, *domišljijo in novo antropologijo* 37 (235-236): 190-203.

Lipovec-Čebron, Uršula. 2010. „The Construction of a Health Ininsurant: People without Medical Citizenship as Seen by Some Slovene Health Workers. „ *Stud. ethnol. Croat*. 22: 187-212.

Lipovec-Čebron, Uršula. 2017. „Ko nujno postane nenujno: raziskovanje zdravstvenih vidikov migracije v Slovenije." *Glasnik Slovenskega etnološkega društva* 57 (1-2): 54-64.

Mason-Jones, Amanda Jayne in Phoebe Nicholson. 2018. „Structural Violence and Marginalisation. The Sexual and Reproductive Health Experiences of Separated Young People on the Move. A Rapid Review with Relevance to the European Humanitarian Crisis." *Public Health* 158: 156-162.

Mengesha, Zelalem B., Janette Perz, Tinashe Dune in Jane Ussher. 2018. „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.

Mikuš-Kos, Anica. 1996. „Zdravje migrantov in beguncev." V *Varovanje zdravja posebnih družbenih skupin v Sloveniji*, uredila E. Kraševec-Ravnik. Inštitut za varovanje zdravja republike Slovenije, Slovenska fondacija, Ljubljana.

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Uradni list RS,

Mateja Sedmak
Znanstveno-raziskovalno središče Koper
E-naslov: mateja.sedmak@zrs-kp.si

Zorana Medarić
Znanstveno-raziskovalno središče Koper
Fakulteta za turistične študije, Univerza na Primorskem
E-naslov: zorana.medaric@zrs-kp.si