



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**  
*Angela Boškin Faculty of Health Care*

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

# **OBPORODNO OBDOBJE ŽENSK V MIGRACIJI – PREGLED LITERATURE**

## **PERINATAL PERIOD OF WOMEN IN MIGRATION: A LITERATURE REVIEW**

Mentorica: Anita Prelec, viš. pred.

Kandidatka: Maša Kortnik

Jesenice, maj, 2024

## **ZAHVALA**

Iskreno se zahvaljujem mentorici Aniti Prelec, viš. pred., za svetovanje, strokovnost in pomoč pri nastajanju diplomskega dela.

Ravno tako se zahvaljujem recenzentki mag. Eriki Povšnar, viš. pred., za strokovni pregled. Hvala tudi lektorici Mateji Vozlič, profesorici slovenskega jezika za hitro in natančno lektoriranje diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi svoji družini za vso podporo in spodbudne besede, da mi je uspelo doseči moj cilj v življenju. Hvala tudi mojemu fantu Vidu za vso moralno in ostalo pomoč pri študiju.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** V obporodnem obdobju se ženske srečujejo z mnogimi izzivi, ki so jim še bolj izpostavljene migrantke. V zadnjem desetletju je namreč vse več migracij zaradi socialnih, ekonomskih, ekoloških in drugih dejavnikov iz različnih področij sveta. Namen pregleda literature je predstaviti obravnavo migrantk ter ugotoviti izzive, s katerimi se srečujejo tako migrantke kot tudi zdravstveni delavci.

**Cilj:** Cilj diplomskega dela je raziskati obravnavo migrantk v obporodnem obdobju ter ugotoviti izkušnje zdravstvenih delavcev z zdravstveno obravnavo migrantk.

**Metoda:** Metoda, ki smo jo uporabili v diplomskem delu, je kvalitativna metoda raziskovanja, ki temelji na pregledu literature in analizi znanstvenih in strokovnih virov. Pri iskanju virov smo uporabili digitalne podatkovne baze PubMed, CINAHL, ScienceDirect, MedLine spletni brskalnik Google učenjak, statistični program Eurostat, spletne strani strokovnih organizacij, virtualni knjižnici COBISS. Ključne besede v slovenskem jeziku, so bile: »migrantke«, »migracije«, »pravice migrantk«, »porod migrantk«, »nosečnost migrantk«, »zdravje migrantk«, »dostop do zdravstvene oskrbe za migrante«, »izkušnje nosečih migrantk«. V angleškem jeziku pa: »migrant women«, »migrations«, »the rights of migrant women«, »childbirth of migrant women«, »pregnancy of migrant women«, »health of migrant women«, »access to health care for migrants«. Strokovne vire in članke smo iskali med obdobje med 21. 8. 2023 do 6. 1. 2024. Za pregled v polnem besedilu smo uporabili vključitvene kriterije: obdobje objave vira od 2013 – 2024, znanstveni in strokovni članki, besedilo članka v slovenskem/angleškem jeziku, ter brezplačen dostop do celotnega besedila. Iskalna strategija je prikazana v PRISMA diagramu.

**Rezultati:** V podatkovnih bazah smo našli 2401 virov, nato smo jih izključili 2381 zaradi neustreznosti. Pregledali smo 56 strokovnih člankov v polnem besedilu in jih za obdelavo spoznanj uporabili 21. V končni pregled literature smo vključili 21 virov. Identificirali smo 21 kod in jih razporedili v 3 tematske kategorije: (1) izkušnje migrantk, (2) pravice migrantk, (3) izkušnje zdravstvenih delavcev.

**Razprava:** Raziskava je pokazala, da migrantke potrebujejo izobražene izvajalce zdravstvenega varstva, ki jim zagotavljajo učinkovito, kakovostno in kontinuirano zdravstveno obravnavo v času materinstva. Pri tem je pomembna komunikacija.

**Ključne besede:** migracije, zdravstveni delavci, nosečnost, migrantke

## SUMMARY

**Theoretical background:** In the postpartum period, women face many challenges to which migrant women are even more exposed. In the last decade, the number of migrations has increased due to social, economic, environmental and other factors from different regions of the world. The aim of the literature review is to contribute to the narrative of the treatment of migrant women and to highlight the challenges faced by these migrant women and healthcare professionals.

**Aims:** The aim of the diploma work is to examine the treatment of migrant women in the postpartum period and to identify the experiences of healthcare professionals in providing medical treatment to migrant women.

**Methods:** The method used in this thesis is a qualitative research method based on a literature review and analysis of scientific and professional sources. In the search for sources, the digital databases PubMed, CINAHL, ScienceDirect, MedLine, the Google Scholar web browser, the Eurostat statistical program, websites of professional associations and the COBISS virtual booklets were used. Key words in Slovenian were: "migrant women", "migration", "rights of migrant women", "birth of migrant women", "pregnancy of migrant women", "health of migrant women", "access to health care for migrant women", "experiences of pregnant migrant women". In English: "migrant women", "migrations", "the rights of migrant women", "childbirth of migrant women", "pregnancy of migrant women", "health of migrant women", "access to health care for migrants" ". We searched for professional sources and articles between 21.08.2023 and 6.01.2024. The following criteria were used for the full-text search Period of publication of the source from 2013 to 2024, scientific and professional articles, text of the article in Slovenian/English and free access to the entire text. The search strategy is presented in a PRISMA diagram.

**Results:** : In total, we excluded 2381 articles. We reviewed 56 professional articles in full text and used 21 of them in the final literature review. We identified 21 codes and grouped them into three thematic categories: (1) migrant women's experiences, (2) migrant women's rights, (3) health professionals' experiences.

**Discussion:** The research showed that migrant women need trained health care providers to provide them with effective, quality and continuous health care during maternity. Communication is important here.

**Keywords:** migration, health workers, pregnancy, migrant women

# KAZALO

<b>1 UVOD</b> .....	<b>1</b>
1.1 MIGRACIJE.....	1
1.2 IZRAZ MIGRANT.....	1
1.3 PRAVICE MIGRANTK.....	3
1.4 IZKUŠNJE MIGRANTK Z ZDRAVSTVENO OBRAVNAVO.....	5
1.5 IZKUŠNJE ZDRAVSTVENIH DELAVCEV PRI ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI MIGRANTK.....	9
<b>2 EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>14</b>
2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	14
2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	14
2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	14
2.3.2 Strategija pregleda zadetkov.....	15
2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature.....	16
2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature.....	17
2.4 REZULTATI.....	18
2.4.1 PRISMA diagram.....	18
2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah.....	19
2.5 RAZPRAVA.....	25
2.5.1 Omejitve raziskave.....	30
2.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo.....	31
<b>3 ZAKLJUČEK</b> .....	<b>32</b>
<b>4 LITERATURA</b> .....	<b>33</b>

## **KAZALO SLIK**

Slika 1: PRISMA diagram.....	18
------------------------------	----

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Rezultati pregleda literature (primeri podatkovnih baz).....	15
Tabela 2: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu .....	17
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov .....	19
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah .....	24



## **SEZNAM KRAJŠAV**

FZAB	Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
UNISV	United Nations Information Service Vienna
IOM	International Organization for Migration
EU	European Union
KOP	Konvencija o otrokovih pravicah
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women
WHO	World Health Organization
SZO	Svetovna zdravstvena organizacija

# 1 UVOD

## 1.1 MIGRACIJE

Vrsta gibanja, ko se ljudje selijo iz enega mesta v drugega, se imenuje migracija. Razlog za gibanje ljudi je lahko prostovoljno ali prisilno. Migracije pa so razlog gospodarskih, okoljskih ali socialnih vidikov (Evropski parlament, 2023). Castelli (2018) je zapisal, da so mednarodne migracije posledica vojn in naravnih katastrof, ki jo spremljajo različni dejavniki: ekonomski, geografski, demografski, družbeni, kulturni, psihološki in drugi. V današnjem času vedno več ljudi živi v drugi državi in ne v tisti, v kateri so se rodili (United Nations Information Service Vienna, 2023). V letu 2021 je bilo na svetu skoraj 218 milijonov mednarodnih migrantov, kar je 9 milijonov več kot leta 2019 (International Organization for Migration, 2024). Največ migrantov prihaja iz Sirije, Venezuele, Ukrajine, Afganistana in Južnega Sudana (United Nations, 2023).

## 1.2 IZRAZ MIGRANT

Splošni izraz »migrant« zajema številne podskupine, ki imajo pogosto različne zdravstvene potrebe in ovire za zdravje. Na mednarodni ravni ne obstaja univerzalno sprejeta definicija migranta, o pravnih in družbenih kontekstih, ki oblikujejo definicije migrantov, beguncev in prosilcev za azil, pa se razpravlja (Keygnaert, et al., 2016). Visoki komisariat Združenih narodov za begunce (United Nations Refugee Agency, 2016) poudarja, da so begunci ločena kategorija od migrantov, ker bežijo pred preganjanjem in potrebujejo mednarodno zaščito. Mednarodna organizacija za migracije (2024) je navedla, da »je bil izraz migrant običajno razumljen tako, da zajema vse primere, ko je zadevni posameznik svobodno sprejel odločitev o migraciji zaradi 'osebnega udobja' in brez posredovanja zunanjega prisilnega dejavnika«. Prosilec za azil je posameznik, ki išče mednarodno zaščito. V državah z individualiziranimi postopki je prosilec za azil nekdo, o čigar prošnji država, v kateri jo je vložil, še ni pravnomočno odločila. Vsak prosilec za azil ne bo na koncu priznan kot begunec, vendar je vsak begunec najprej prosilec za azil. Neregularni migrant je oseba, za katerega trenutni status prebivanja je značilna neskladnost z zakoni o priseljevanju države sprejemnice, ne glede na njihov način vstopa. Neregularni migranti so posebej ranljiva skupina, saj imajo lahko omejen

dostop do zdravstvene oskrbe in/ali drugih javnih storitev, ki so na voljo pravno priznanim mednarodnim migrantom in se lahko soočajo s posebnimi ovirami pri dostopu do oskrbe, ki jim je na voljo.

Ne glede na pravne in upravne izzive pri razlikovanju med begunci, prosilci za azil in migranti (v nadaljevanju diplomskega dela bomo uporabili za vse izraz migrant), pa imajo vsi ljudje zdravstvene pravice, ki jih zagotavljata Splošna deklaracija človekovih pravic in Mednarodni pakt o socialnih, ekonomskih in kulturnih pravicah. V skladu z okvirom resolucije Svetovne zdravstvene skupščine iz leta 2008 je treba pozornost držav članic usmeriti v zagotavljanje pravičnega dostopa do promocije zdravja, preprečevanja bolezni in oskrbe migrantov. Upravičenost do zdravstvenega varstva in lahek dostop pa sta lahko podrejeni pravnemu statusu begunca ali migranta (s pravnim statusom, prosilec za pravni status in brez pravnega statusa (Keygnaert, et al., 2016).

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO, 2024a) ocenjuje, da je v začetku leta 2016 v evropski regiji SZO živelo 73 milijonov migrantov, od katerih je bilo 52 % žensk. Najnovejši podatki Eurostata (2023) kažejo, da je samo Evropska unija (EU) leta 2013 sprejela 3,4 milijona migrantov iz držav nečlanic EU (od tega je bilo 47 % žensk), v primerjavi z 1,8 milijona leta 2008, pri čemer je bil vrh v azilu.

Razmere med migracijo lahko povzročijo ali povečajo ranljivost za slabo zdravje, pri čemer se različne migrantske skupine soočajo z različnimi zdravstvenimi izzivi in imajo različno uspeh pri dostopu do zdravstvenih in socialnih storitev. Nizek družbenoekonomski položaj in neurejen status povečujeta te izzive. Dejavniki, ki lahko omejujejo dostop do storitev, vključujejo jezikovne in kulturne razlike ter formalne in neformalne institucionalne in strukturne ovire (International Organization for Migration, 2022).

Skoraj 54 % vseh mednarodnih migrantov, ki prebivajo v vzhodni Evropi in srednji Aziji, je žensk (svetovno povprečje je 48 %). Najnovejši podatki kažejo, da ženske predstavljajo tudi vse večji delež delavcev migrantov, ki potujejo v Kazahstan in Rusko federacijo, predvsem iz drugih držav Skupnosti neodvisnih držav (SND) (Eurostat, 2023).

Zdravstveno varstvo žensk je torej pomembno vprašanje pri zagotavljanju zdravstvenega varstva migrantov vseh vrst.

### 1.3 PRAVICE MIGRANTK

Dostop migrantk do zdravstvenega varstva ogrožajo omejene pravice in težave z domačnostjo, znanjem, sprejemljivostjo, razpoložljivostjo in cenovno dostopnostjo. Zagotavljanje splošnega dostopa do zdravstvene obravnave in zagotavljanje kulturno občutljive zdravstvene obravnave bosta izboljšala dostop in kakovost zdravstvenega varstva mater ter sčasoma izboljšala zdravje mater migrantk (Keygnaert, et al., 2016).

Mednarodni akti o človekovih pravicah prav tako priznavajo potrebo po zaščiti skupin s posebnimi potrebami, zlasti otrok, nosečnic in mater (Smith, 2019). 24. člen o Konvenciji o otrokovih pravicah (KOP), zavezuje države, da otrokom zagotovijo dostop do zdravstvenega varstva ter ustreznega predporodnega in poporodnega obdobja ter porodno zdravstveno varstvo za matere. KOP so ratificirale vse države članice EU in se uporablja za vse otroke v njihovi pristojnosti. Člen 12(2) Konvencije o odpravi vseh oblik (CEDAW) diskriminacij žensk iz leta 1979 izrecno zahteva od držav, da ženskam zagotovijo "ustrezne storitve v zvezi z nosečnostjo, porodom in poporodnim obdobjem, pri čemer zagotovijo brezplačne storitve, kjer je to potrebno, ter ustrezno prehrano med nosečnostjo in dojenjem". Takšne pravice se lahko štejejo za del tistih temeljnih človekovih pravic, za katere odbor, meni, da morajo biti zagotovljene vsem, vključno z migrantkami brez dokumentov.

Keygnaert (2016) je zapisal, da obstajajo številni okviri, ki vključujejo zaščito pravice migrantk do zdravstvenega varstva. Mednarodno listino o človekovih pravicah je ratificiralo 50 od 53 držav članic evropske regije SZO (SZO, 2024a). Združeni narodi so sprejeli številne pakete, ki spodbujajo vidike človekovih pravic, vključno s priporočili za zagotavljanje storitev med nosečnostjo, porodom in po porodu, prilagojenimi posebnim potrebam migrantk. Na Mednarodni konferenci o prebivalstvu in razvoju leta 1994 je bil prvič sprejet na pravicah temelječ pristop k spolnemu in reproduktivnemu zdravju in pravicam, vključno z zdravjem mater. Parlamentarna skupščina Sveta Evrope je na regionalni ravni pozvala države članice, naj begunkam zagotovijo reproduktivno

zdravstveno varstvo, in nadalje priznala ranljivost nosečih migrantk brez urejenega statusa.

V mnogih državah obstajajo razlike v predporodni oskrbi in porodnih izidih, ki se razlikujejo glede na mesto poroda, izobrazbo, starostjo in / ali socialno-ekonomskim statusom žensk. Migrantke so v tem pogledu pogosto še posebej ranljive, ne glede na njihove pravice (Villadsen, et al., 2019).

Dostopnost do zdravstvenih storitev je kompleksen in večplasten koncept, ki ga je mogoče obravnavati tako z vidika uporabnika storitve kot z vidika ponudnika storitev. Obe skupini sta lahko nejasni glede tega, kakšno zdravstveno varstvo mater je mogoče zagotoviti (SZO, 2024b).

Pomanjkanje informacij in slaba komunikacija sta eden izmed glavnih ovir pri dostopu do zdravstvenega varstva mater, saj je za migrantke težko doseči poznavanje in razumevanje zapletenosti zdravstvenih sistemov in pravic (SZO, 2024a). V zahodni in južni Evropi v povprečju le četrtnina migrantov pozna svoje pravice v zvezi z dostopoma do zdravstvene obravnave, le polovica pa jih zna krmariti po zdravstvenem sistemu (Eurostat, 2023).

Čeprav so se skoraj vse države v evropski regiji SZO zavezale, da bodo vsem zagotovile pravico do najvišjega dosegljivega standarda zdravja mater, Keygnaert (2016) ugotavlja, da je zagotavljanje pravic v regiji še vedno različno, pri čemer nekatere države omejujejo dostop do "nujne oskrbe", druge pa zajemajo le porod in ne predporodne ali poporodne oskrbe. Uskladitev nacionalnih okvirov z mednarodnimi zahtevami za sistematično zagotavljanje celovitega zdravstvenega varstva mater za vse bi razjasnila položaj migrantk, njihovih skupnosti in zdravstvenih delavcev.

Številni predpisi in akcijski načrti že svetujejo zagotavljanje splošnega dostopa do zdravstvenega varstva žensk. Poenostavitev in standardizacija upravnih postopkov v zvezi z zagotavljanjem zdravstvenega varstva migrantom z različnim pravnim statusom bi tudi odpravila negotovost med uporabniki storitev in ponudniki storitev glede razpoložljive zdravstvene obravnave (Fair, et al., 2020).

Sedmak in Medarića (2018) ugotavljata, da dostopnost omejujejo težave s poznavanjem, razumevanjem, sprejemljivostjo in razpoložljivostjo. Zagotavljanje informacij o pravicah migrantk do zdravstvenega varstva in upravnih postopkov v državi bi moralo potekati prek stikov z njihovimi skupnostmi, sprejemnimi centri in zdravstvenimi delavci, ki pogosto niso prepričani, kakšen dostop je dovoljen. Tako izobraževalno gradivo bi bilo treba zagotoviti na kulturno občutljiv način. Zagotavljanje tolmačev in drugih podpornih storitev migrantkam omogoča učinkovito krmarjenje po zdravstvenih sistemih. Programi za krepitev kulturne ozaveščenosti med zdravstvenimi delavci bi izboljšali njihovo ozaveščenost o raznolikosti potreb in okoliščin med migrantkami in njihovimi družinami ter zmanjšali diskriminacijo, stereotipe in neobčutljivost. Vključitev zdravstvenih storitev za noseče migrantke v splošno zdravstveno varstvo žensk bi spodbudila kontinuiteto zdravstvene obravnave vse do poporodnega obdobja.

#### **1.4 IZKUŠNJE MIGRANTK Z ZDRAVSTVENO OBRAVNAVO**

Leta 2010 je SZO izjavila, da reproduktivno zdravje vključuje "pravico do dostopa do ustreznih zdravstvenih storitev, ki bodo ženskam omogočile varno preživetje nosečnosti in poroda ter parom zagotovile najboljše možnosti za zdravega otroka". Zdravje mater, kot ga opredeljuje SZO (2010), zajema zdravje žensk med nosečnostjo, porodom in poporodnim obdobjem, kar je neposredno povezano s širšimi zdravstvenimi vidiki, ki so pred in/ali kontekstualizirajo zdravje mater, kot so načrtovanje družine in drugi dejavniki tveganja.

Število prisilnih migrantov se je po vsem svetu povečalo, saj je polovica prebivalstva migrantk v rodni dobi in veljajo za ranljivo skupino. Nosečnost in materinstvo vplivata na počutje in zdravje ženske. Še posebej se to opazi pri migrantkah, ki so zaradi psiholoških in socialnih dejavnikov še bolj podvržene poporodni depresiji (Kasper, et al., 2022).

Keygnaert (2016) pravi, da so v primerjavi z ženskami v državah gostiteljicah, migrantke pogosto v slabšem zdravstvenem stanju, kar je pogosto povezano z dejavniki tveganja, ki so že pred zdravjem mater migrantov in ga kontekstualizirajo, na primer načrtovanje

družine, vedenje pri iskanju zdravja, nasilje na podlagi spola in azilni postopki. Razmere med migracijami, nizek socialno-ekonomski položaj in nezakonit status lahko negativno vplivajo na zdravje mater. Politike, ki spolno in reproduktivno zdravje obravnavajo kot splošno značilnost, ki vodi do dobrega zdravja mater, bi pomagale zmanjšati te zgodnje dejavnike tveganja.

Maternalna umrljivost je običajno višja pri ženskah, ki živijo na podeželju in v revnejših skupnostih. Te razlike so bolj opazne pri migrantkah, za katere je bilo ugotovljeno, da imajo višje stopnje maternalne obolevnosti in smrtnosti ter slabše perinatalne zdravstvene izide kot v populaciji države gostiteljice (Balaam, et al., 2013). Prav tako migrantke trpijo zaradi fizične, verbalne ali čustvene zlorabe v zdravstvenih ustanovah, tudi v državah z visokimi dohodki, imajo izkušnje z diskriminacijo, povezano z zdravstveno obravnavo, kot so predsodki in stereotipi, negativnimi odnosi in vedenji, pomanjkanjem spoštovanja ter, brezbriznostjo (Costa, et al., 2022).

Na zdravje mater migrantk pa lahko vpliva več dejavnikov, na primer slabe življenjske razmere, brezposelnost, potreba po preživljanju družine in revščina. V obporodnem obdobju morajo pogosto iskati še nastanitev in se prilagoditi drugačnemu kulturnemu okolju. Drugi neželeni učinki so lahko okužbe, kot so spolno prenosljive okužbe, okužba s HIV in tuberkuloza, ter nevarnosti, kot so trgovina z ljudmi, spolno delo ali prisilno delo (Benza & Liamputtong, 2014).

Še ena izmed negativnih posledic pri migrantkah je, da so v novem okolju, kjer nimajo širše družine, zato občutijo osamelost, izoliranost ter pomanjkanje podpore. V obdobju po porodu pa sta nega novorojenčka in matere ter podpora ključna dejavnika za dobro fizično in psihično zdravje ženske (Villadsen, et al., 2019).

Obstajajo dokazi, da so migrantke običajno obravnavane negativno in da imajo verjetno občutke neustreznosti in zamerljivih zdravstvenih sistemov, ki vodijo do slabih izidov na področju zdravja mater. Poleg tega migrantke, ki so manjšina v družbi, doživljajo družbeno zatiranje, rasno diskriminacijo, opolnomočenje in ne nazadnje tudi negativne interakcije z zdravstvenimi delavci (Fair, et al., 2020). Med te spadajo tudi jezikovne

ovire oziroma komunikacija z zdravstvenimi delavci ter slabša zdravstvena obravnava migrantk. Tako kot na vseh področjih se tudi sama zdravstvena obravnava žensk v nosečnosti, porodu in po porodu razlikuje glede na državo, v katero se migrantka priseli (Villadsen, et al., 2019).

Ženske so v mnogih člankih poudarile, da so jim informacije, nasveti in priložnost za razpravo o svojem zdravju in zdravju nerojenega otroka z zdravstvenim delavcem, izjemno pomembni. Vendar so opredelile vrsto vprašanj, povezanih s komunikacijo in razumevanjem teh informacij (Fair, et al., 2020).

Fair (2020) je ugotovil, da so se ženske v novi državi soočale s precejšnjimi jezikovnimi ovirami in menile, da so zaradi svojih jezikovnih težav težavne pacientke, kar je vplivalo na njihov odnos z zdravstvenimi delavci. Tudi ko so ženske znale obvladati vsakodnevne situacije, jim je še vedno pogosto primanjkovalo besedišča, da bi se spopadle z medicinsko terminologijo.

Med drugim so migrantke ugotovile, da jim je primanjkovalo informacij o nosečnosti, porodu ali poporodnem obdobju. Strokovni nasveti pa so bili pogosto v nasprotju s kulturnimi in družinskimi nasveti, zaradi česar so se ženske počutile negotove glede tega, katere ukrepe je treba sprejeti (Fair, et al., 2020).

Odnos zdravstvenih delavcev je bil pomemben dejavnik pri tem, kako migrantke dojemajo kakovost zdravstvene obravnave. Nekatere ženske so ugotovile, da so zdravstveni delavci neprijazni in nespoštljivi, ker se niso odzvali na migrantkine pomisleke v kakovost zdravstvene obravnave, niso jih jemali resno glede pritožb, bile so diskriminirane ipd. Zaradi tega so ženske dvomile v svoje sposobnosti (Villadsen, et al., 2019). Fair (2020) je zapisal, da so nezadovoljive interakcije z zdravstvenimi delavci pogosto privedle do pomanjkanja povezave in slabih odnosov z zdravstvenimi delavci, zaradi česar so se ženske počutile izolirane in se bale, da bodo zlorabljene.

Ženske so poudarile pomen kakovostne zdravstvene obravnave in poročale o več primerih iz svojih izkušenj. Cenile so zdravstvene delavce, ki so spodbujali in pomirjali, podpirali,



bili dobri poslušalci in dobri podajalci informacij. Poleg tega so želele, da bi zanje skrbeli zdravstveni delavci, ki so imeli spoštljiv odnos, kjer so se počutile čustveno varne in bi njihove skrbi vzeli resno. Ženske so cenile tudi zdravstvene delavce, ki so pokazali kulturno občutljivost, čeprav to ni nujno zahtevalo poglobljenega poznavanja posameznih običajev in tradicij (Fair, et al., 2020).

Dobra zdravstvena obravnava je vključevala zaupljiv odnos med ženskami in zdravstvenimi delavci, ki je ženskam omogočil, da so se počutile samozavestne in pripravljene na porod, tako so celo premagale pomanjkanje socialne mreže ali podpore. Ženske so tudi ugotovile, da dobra zdravstvena obravnava spodbuja zasebnost in ozaveščeno izbiro (Kuipers & Mestdagh, 2022).

Mnoge ženske v rodni dobi so doživele travmo ali preganjanje že pred ali med migracijo. Pri migrantkah je zato prišlo do hudega stresa, ki pa je psihično in fizično zelo vplival na njihovo zdravje. Te izkušnje so pustile ženske z izgubljenim ali negativnim občutkom identitete in niso bile pripravljene zaupati svojim interpretacijam lastnih telesnih simptomov (Nyström, et al., 2022).

Ženske v rodni dobi, ki so imele družino prisotno v ciljni državi, so cenile pomoč pri domačih opravilih in njihovo usmerjanje ter podporo. Vendar pa mnoge migrantke v rodni dobi niso imele te socialne podpore, zaradi česar so se počutile osamljene, izolirane, brezupne in globoko v stiski. Ženske so se še posebej zavedale pomanjkanja podpore svojih mater in poudarile, da je možnost stika z družinskimi člani zelo pomembna. Brez družinske podpore so bile ženske zaskrbljene, da ne bodo imele nikogar, ki bi ga lahko prosile za nasvet, posledično bi težje vzgajale otroke. Menile so, da spremembe v družbenih vlogah in pomanjkanje druge socialne podpore povzročajo napetost v odnosu s svojimi partnerji (Fair, et al., 2020).

Težave migrantk s komunikacijskimi in jezikovnimi ovirami so eden izmed glavnih razlogov za slabšo zdravstveno obravnavo migrantk med obporodnim obdobjem (Ikhilior, et al., 2019). Migrantke poročajo o slabem razumevanju medicinske terminologije, pri tem tolmači v zdravstvenem sistemu niso odigrali ustrezne vloge. Slaba komunikacija in

zagotavljanje nezadostnih informacij vplivata na zmožnost žensk, da izberejo ustrezne možnosti zdravstvene obravnave in dajo prostovoljno privolitev po poučitvi. Nezmožnost pogovora v lokalnem jeziku pomeni tudi, da ženske težko vzpostavijo odnos s svojim izvajalcem zdravstvene obravnave (Keygnaert, et al., 2016). Zdravstveni delavci lahko ženskam pomagajo pri premagovanju jezikovnih ovir z zagotavljanjem ustreznih informacij, pogostejšim vključevanjem poklicnih tolmačev in zagotavljanjem možnosti, da zastavijo vprašanja, ki se jim porajajo (Fair, et al., 2020).

Nekatere migrantke so opisale zgledno zdravstveno obravnavo, saj so prejele zdravljenje, ki je bilo empatično, skrbno, kulturno občutljivo in sočutno. Vendar so druge migrantke poročale o diskriminaciji, ki prevladuje pri zdravstvenih delavcih, s katerimi so se srečale (Fair, et al., 2020).

Migrantke torej potrebujejo kulturno sposobne izvajalce zdravstvenega varstva, ki zagotavljajo pravično, visokokakovostno in z interdisciplinarnim in timskim delom podprto ter neprekinjeno zdravstveno obravnavo. Potrebni so novi modeli obporodnega varstva, ki presegajo klinično oskrbo in obravnavajo edinstvene socialno-ekonomske in psihosocialne potrebe migrantk (Khattak, et al., 2022).

## **1.5 IZKUŠNJE ZDRAVSTVENIH DELAVCEV PRI ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI MIGRANTK**

Pomanjkanje poznavanja in razumljivosti uporabnikov storitev se odraža tudi v zdravstvenih delavcih, ki pogosto poročajo o težavah pri določanju, kakšno raven storitev lahko zagotovijo kateri skupini migrantov. Morebitni negativni zdravstveni rezultati lahko izhajajo iz tega, da se zdravstveni delavci odločijo za diskrecijske ukrepe ali od nosečih migrantk zahtevajo, da predložijo dokazilo o prebivališču, zavarovanju ali virih, tudi če takšnih zakonskih zahtev ni (Kasper, et al., 2022).

Vprašanja jasno kažejo, da se morajo zdravstveni delavci izobraževati in usposabljeni na področju kulturno kompetentne zdravstvene obravnave, da bi bolje opredelili pričakovanja potrebe žensk, povezane z njihovim kulturnim ozadjem, in se nanje

ustrezno odzvali, zagotovili učinkovito porodniško oskrbo in zmanjšali ovire pri dostopu do zdravstvene obravnave (Fair, et al., 2020).

Porodničarji in babice naj bi kot zdravstveni delavci matere še posebej podpirali v fizioloških procesih povezanih z nosečnostjo in rojstvom, da bi jim tako omogočili nemoten prehod v materinstvo. Zdravstvena oskrba mater med nosečnostjo, rojstvom in po porodu, vključno z dojenjem, upošteva zdravstvene, psihosocialne in čustvene potrebe žensk (Kasper, et al., 2022).

Dokazov o dostopu migrantov do zdravstvenega varstva je malo. Dostop do zdravstvenega varstva za begunce, prosilce za azil in migrante se med evropskimi državami razlikuje glede predpisov in zakonov. Tudi če je na voljo pravna dostopnost, še vedno obstajajo razlike in neenakosti pri dostopu do zdravstvenega varstva (Lebano, et al., 2020).

Posledična naraščajoča kulturna in etnična raznolikost v družbah dodaja posebne izzive zahtevi po zagotavljanju porodniških storitev. Zdi se, da so izzivi doseganja enakosti pri zagotovitvi ustreznega porodniškega varstva migrantk povezani z upravljanjem in podpiranjem izobraževalne, relacijske in kulturne raznolikosti. Za to so odgovorni zdravstveni delavci, tudi medicinske sestre in babice, saj lahko okrepijo varstvo migrantk, odpravijo neenakost na področju zdravja, sodelujejo v partnerstvu ter razvijejo širša zaveznitva in podporne mreže (Keygnaert, et al., 2016).

Shorey (2021) v svojem prispevku govori o visoki stopnji umrljivosti mater migrantk, ki je zaskrbljujoč v mnogih državah in o kulturni kompetenci, ki naj bi jo imeli vsi zdravstveni delavci. Pod kulturno kompetenco lahko štejemo kulturno zavest, ki se osredotoča na samopregledovanje in prepoznavanje lastnih predsodkov in pristranskosti do žensk, ki so kulturno drugačne; ta tema poudarja odnos izvajalcev zdravstvene obravnave v porodništvu do migrantk in medkulturne obravnave. Lebano (2020) ugotavlja, da kulturna zavest povezuje negativen odnos zaradi povečane delovne obremenitve, komunikacijskih težav in, kulturnih razlik. Raziskava je pokazala, da so zdravstveni delavci na migrantke gledali kot na homogeno skupino, označeno kot

»drugo«. Opaziti je bilo tudi primere rasizma, diskriminacije in napetosti med migrantkami in zdravstvenimi delavci.

Pod kulturno kompetenco štejemo tudi kulturno znanje, ki je proces iskanja in pridobivanja trdne izobraževalne podlage o različnih kulturnih in etničnih skupinah, ki se osredotoča na integracijo treh posebnih vprašanj: prepričanj in kulturnih vrednot, povezanih z zdravjem, pojavnosti in razširjenosti bolezni ter učinkovitosti zdravljenja (Shorey, 2021). Študije so pokazale, da različna kulturna prepričanja, vedenja in pričakovanja med zdravstvenimi delavci in migrantkami lahko povzročijo nesporazume in napačno komunikacijo. Pri tem dejstvu se je porajalo tudi vprašanje o premajhnem izkoriščanju storitev obporodnega varstva. Mnogi zdravstveni delavci so opazili, da je ženskam iz etičnih manjšin manj pomembna zdravstvena obravnava pred porodom in so, zato nagnjene k poznejšim pregledom. Take situacije pa zdravstvene delavce frustrirajo, saj so omejeni s časom za opravljanje določenih pregledov in testov. V študiji so omenjeni tudi primeri, kjer so migrantke zahtevale, da po porodu za njih skrbijo le porodničarji in ne babice in medicinske sestre (Lebano, et al., 2020).

Tretja dimenzija, ki sestavlja kulturno kompetenco je kulturno srečanje. Kulturno srečanje je proces, ki izvajalca zdravstvenega varstva spodbuja k neposredni vključitvi v medkulturne interakcije s pacienti iz kulturno različnih okolij, vključno z oceno njihovih jezikovnih potreb (Shorey, et al., 2021). Jezikovne ovire in nezmožnost učinkovite komunikacije z ženskami iz etničnih manjšin so bile prevladujoče težave anketirancev v vseh raziskavah. Jezikovne ovire so bile opisane kot onemogočanje čustvene povezave in moteče komuniciranje o skrbih uporabnikov storitev in ugotavljanje zdravstvene anamneze. Težave pri komunikaciji so povzročile tudi premalo časa za posvetovanje ali so privedle do daljših ur posvetovanja, kar je povzročilo razočaranje med številnimi anketiranci (Keygnaert, et al., 2016). Lebano (2020) pa ugotavlja, da je »stoicizem« nekaterih skupin žensk iz etničnih manjšin predstavljal izziv tudi za izvajalce zdravstvenih storitev v porodnišnici, saj jim je bilo težko zagotoviti potrebno podporo. Ponudniki zdravstvenih storitev so poudarili pomen uporabe neverbalnih znakov ali kretenj, preprostih besed, kratkih stavkov in vizualnih pripomočkov (npr. risb, velikih slik in zemljevidov), da bi izboljšali komunikacijo. Nekateri so poročali, da na spletu pridobivajo prevedene letake, vendar so opozorili, da ti materiali morda niso na

voljo v vseh jezikih. Brez visokokvalificiranih tolmačenj bi tak način komuniciranja lahko povzročil tudi nesporazume in napačno komunikacijo.

Zadnja dimenzija, ki jo je Shorey (2021) še vključil v kulturno kompetenco, pa je kulturna želja, ki zajema pripravljenost in motivacijo izvajalcev zdravstvenega varstva pri zdravstveni obravnavi mater, da se vključijo v proces, da postanejo kulturno ozaveščeni, obveščeni in spretni. Študije so pokazale, da je veliko migrantk zdravstvenim delavcem zaupalo in z njimi vzpostavilo dober odnos šele, ko so jim bili le-ti na voljo, ko so bili dojemljivi in ko so se odzvali na njihove potrebe, so sočustvovali z njihovim položajem, ter tako zagotavljali stalno kakovost zdravstvene obravnave ter, da so bili pristni pri spoznavanju njihove kulture (Lebano, et al., 2020).

Študije jasno kažejo, da se morajo zdravstveni delavci izobraževati in usposabljeni na področju kulturno kompetentne zdravstvene obravnave, da bi bolje opredelili pričakovanja in potrebe žensk, povezane z njihovim kulturnim ozadjem, in se nanje ustrezno odzvali, zagotovili učinkovito obporodno obravnavo in zmanjšali ovire pri dostopu do le-te (Fair, et al., 2020).

Zdravstveni delavci morajo razviti kontinuirano zdravstveno obravnavo migrantov, da se zmanjšajo ovire, s katerimi se srečujejo pri zdravstvenem varstvu. Spremljanje in izboljševanje zdravja migrantk je bistveno za zagotavljanje ustreznih zdravstvenih storitev (Balaam, et al., 2013).

Obravnavanje širših dejavnikov zdravja, ki vplivajo na migrantke, zahteva tesnejše sodelovanje med agencijami in učinkovitim sodelovanjem med zdravstvenim varstvom, socialnim varstvom, prostovoljnimi sektorjem in skupnostmi. Poudarjeno je bilo tudi, da so številne migrantke doživele travmo pred migracijo in med njo, za katero je splošno znano, da vpliva na duševno zdravje in dobro počutje v ciljni državi (Fair, et al., 2020).

Dostop migrantk do zdravstvenega varstva žensk ogrožajo omejene pravice in težave z domačnostjo, znanjem, sprejemljivostjo, razpoložljivostjo in cenovno dostopnostjo. Težave migrantk s komunikacijskimi in jezikovnimi ovirami so eden izmed glavnih razlogov za slabšo zdravstveno obravnavo migrant med obporodnim obdobjem. V Sloveniji je premalo raziskano področje o sami zdravstveni obravnavi migrantk,

pravica, ki jih imajo le – te in nenazadnje pravica in možnost, ki jih imajo zdravstveni delavci. V diplomskem delu želimo raziskati obravnavo migrantk v obporodnem obdobju in kakšne izkušnje imajo zdravstveni delavci pri zdravstveni obravnavi migrantk v obporodnem obdobju.

## **2 EMPIRIČNI DEL**

Diplomsko delo temelji na kvalitativni raziskovalni metodi, opravljen je bil pregled strokovne in znanstvene literature.

### **2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA**

Namen pregleda literature je predstaviti obporodno obravnavo migrantk v različnih državah po svetu ter ugotoviti kakšne izkušnje imajo zdravstveni delavci pri obravnavanju migrantk v zdravstvenem sistemu.

Cilji diplomskega dela so:

- predstaviti obravnavo migrantk v obporodnem obdobju;
- ugotoviti, kakšne izkušnje imajo zdravstveni delavci pri zdravstveni obravnavi migrantk v obporodnem obdobju.

### **2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

V empiričnem delu diplomskega dela smo postavili dve raziskovalni vprašanji:

1. Kakšne zdravstvene obravnave so deležne migrantke v obporodnem obdobju?
2. Kakšne izkušnje imajo zdravstveni delavci pri zdravstveni obravnavi migrantk v obporodnem obdobju?

### **2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA**

V diplomskem delu bomo izvedli pregled literature.

#### **2.3.1 Metode pregleda literature**

Metoda, ki smo jo uporabili v diplomskem delu, je opisna metoda raziskovanja, ki temelji na pregledu in analizi znanstvenih in strokovnih virov. Pri tem smo uporabili digitalne podatkovne baze PubMed, CINAHL, ScienceDirect in MedLine. Literaturo smo iskali še prek spletnega brskalnika Google učenjak, statističnega programa Eurostat in spletnih

strani strokovnih organizacij. Iskanje smo izvedli tudi v virtualni knjižnici COBISS. Ključne besede, ki smo jih uporabili v slovenskem jeziku, so bile: »migrantke«, »migracije«, »pravice migrantk«, »porod migrantk«, »nosečnost migrantk«, »zdravje migrantk«, »dostop do zdravstvene oskrbe za migrante«, »izkušnje nosečih migrantk«. V angleškem jeziku pa: »migrant women«, »migrations«, »the rights of migrant women«, »childbirth of migrant women«, »pregnancy of migrant women«, »health of migrant women«, »access to health care for migrants«. Pri iskanju literature smo uporabili Boolov operator: OR, »migrant people«; in AND, »migrant people«, »health care of migrant women«, »migrations«. Z namemon oženja zadetkov smo uporabili omejitvene kriterije: strokovne vire in članke smo iskali med obdobje med 21. 8. 2023 do 6. 1. 2024. Za pregled v polnem besedilu smo uporabili vključitvene kriterije: obdobje objave vira od 2013 – 2024, znanstveni in strokovni članki, besedilo članka v slovenskem/angleškem jeziku, ter brezplačen dostop do celotnega besedila.

### 2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

V bazah podatkov smo izbrali določene omejitvene kriterije. Za omejitvene kriterije smo določili obdobje izdaja člankov od 2013 do 2024, vrsto gradiva raziskovalni ali znanstveni članek z recenzijo, brezplačen dostop, dostopnost do celotnega članka. S pomočjo ključnih besed smo dobili 2401 zadetkov. Nato smo po pregledu naslovov izločili 1895 virov in jih izbrali 506. Pregledali smo še izvlečke in izključili 450 virov ter jih obdržali 56. Nato smo odstranili še 36 virov, saj niso ustrezali želeni temi. V končno analizo smo tako vključili 20 virov. Pregled smo prikazali shematsko kot tabelarično. Tabela 1 zajema uporabljene podatkovne baze, ključne besede, število zadetkov, izbrane zadetke za pregled v polnem besedilo in začetno in končno število pridobljenih zadetkov.

**Tabela 1: Rezultati pregleda literature (primeri podatkovnih baz)**

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
CINAHL	pregnancy of migrant women	106	2
ProQuest	migrant women	44	0
	health of migrant women	12	0



Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
	the rights of migrant women	17	0
Google scholar	the rights of migrant women	80	1
	pregnancy of migrant women	67	1
	access to health care for migrants	352	2
PubMed	pregnancy of migrant women	266	4
	health of migrant women	105	1
	the rights of migrant women	421	1
	access to health care for migrants	68	1
Medline	the rights of migrant women	18	1
	pregnancy of migrant women	44	2
	access to health care for migrants	23	1
Science Direct	pregnancy of migrant women	307	1
	the rights of migrant women	227	1
	access to health care for migrants	88	1
Obzornik zdravstvene nege - arhiv	nosečnost	5	0
COBISS	zdravje migrantk	45	0
Drugi viri (Eurostat)	childbirth of migrant women	12	0
	pregnancy of migrant women	94	0
SKUPAJ		2401	20

### 2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Članke, ki smo jih izbrali na podlagi ključnih besed, smo pregledali in ocenili primernost glede na vsebino. Izbrana tehnika obdelava literature je bila kodiranje in oblikovanje vsebinskih kategorij. Analizo podatkov smo opravili po postopku: urejanje gradiva, določanje enot kodiranja, kodiranje, izbor in definiranje bistvenih pojmov, oblikovanje kategorij in končne formulacije. Iskanje literature smo prikazali s PRISMA diagramom.

### 2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Za oceno kakovost pregleda literature smo uporabili hierarhijo dokazov po Polit & Beck (2021), ki se deli na 8 ravni. Prvi nivo je najbolj kakovostna literatura, medtem ko je v nivoju 8 literatura najnižja na lestvici dokazov. V končni analizo smo vključili 20 člankov, ki smo jih po hierarhiji dokazov (Slika 2) ustrezno razvrstili. V nivo 1 smo vključili dva vira (Garbett, et al., 2023; Endler, et al., 2020). V nivo 2 in 3 nismo vključili nobenega vira. V 4. nivo – posamezne kohortne prospektivne raziskave, smo umestili štiri vire (Rogers, et al., 2020; Donmez, et al., 2016; Ternsrtom, et al., 2023; Bofulin, et al., 2016), v nivoju 5 - dokazi kontroliranih retrospektivnih raziskav, pa smo našli pet virov (Reppen, et al., 2023; Pelaez, et al., 2017; Pathak, et al., 2024; Ouahnnon, et al., 2023; Olcon, et al., 2023). V nivoju 6 - dokazi presečnih raziskav, pa so ustrezali trije izbrani članki (Mengesha, et al., 2018b; Kasper, et al., 2021; Higginbottom, et al., 2017), v nivoju 7 – posamezne kvalitativne raziskave, pa smo uvrstili šest virov (Ruiz, et al., 2023; Bains, et al., 2021; Abdulle, et al., 2023; Casares, et al., 2013; Higginbottom, et al., 2014; Mengesha, et al., 2018a).

**Tabela 2: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu**

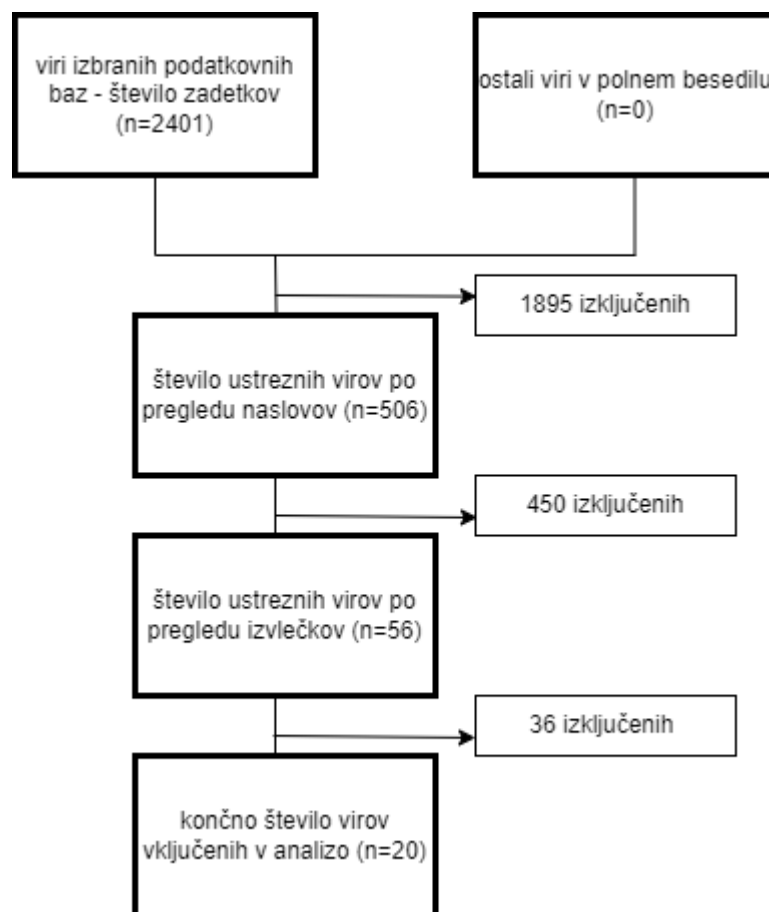
<b>Raven 1</b> Sistematični pregledi /metaanalize randomiziranih kliničnih raziskav (n = 2)
<b>Raven 2</b> Posamezne randomizirane klinične raziskave (n = 0)
<b>Raven 3</b> Nerandomizirane klinične raziskave (kvazi eksperimenti) (n = 0)
<b>Raven 4</b> Sistematični pregledi neeksperimentalnih (opazovalnih) raziskav (n = 4)
<b>Raven 5</b> Dokazi kontrolnih retrospektivnih raziskav (n = 5)
<b>Raven 6</b> Dokazi presečnih raziskav (n = 3)
<b>Raven 7</b> Dokazi podrobnih kvalitativnih raziskav (n = 6)
<b>Raven 8</b> Mnenja avtorjev, poročila posameznih primerov (n = 0)

## 2.4 REZULTATI

Rezultati so nadaljevanju predstavljeni shematsko in vsebinsko.

### 2.4.1 PRISMA diagram

Končni seznam pregledane literature smo prikazali s pomočjo PRISMA diagrama.



**Slika 1: PRISMA diagram**

Slika 1 prikazuje glavne ugotovitve pregleda literature. V tabeli so navedeni podatki o avtorju, letnici objave vira, uporabljeni metodologiji, vzorcu in ključnih ugotovitvah.

## 2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

Tabela 3 prikazuje glavne ugotovitve pregleda literature. V tabeli so navedeni podatki o avtorju, letnici objave vira, uporabljeni metodologiji, vzorcu in ključnih ugotovitvah. V tabeli je predstavljeno skupaj 20 virov, ki so bili objavljeni med letom 2013 in 2024.

**Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov**

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Abdulle, et al.	2023	Kvalitativna metodologija	8 babic, Norveška	Študije kažejo, da so priseljenke med porodom in porodom v ranljivem položaju. Komunikacija z ženskami, ki ne obvladajo jezika države gostiteljice, je za babice težka, vendar obstaja malo študij o izkušnjah babic pri srečanju s priseljenkami med porodom.
Bains, et al.	2021	Kvalitativna in kvantitativna metodologija	20 migrantk, 7 babic Norveška	Izboljšave in ukrepi, ki lahko zadovoljijo potrebe nedavno prispelih migrantov, vključujejo boljše zagotavljanje strukture zdravstvenega sistema, ustrezno uporabo poklicnih tolmačev, širši nabor socialnih storitev, ki so na voljo ženskam z omejeno socialno mrežo, in večjo kulturno usposobljenost zdravstvenega osebja.
Bofulin, et al.	2016	Pregled literature	Strani od 1 - 24 Slovenija	Kulturna kompetenca nam nudi kakovostno zdravstveno oskrbo ter pomaga, da lažje sodelujemo z ljudmi iz različnih kultur.
Casares, et al.	2013	Kvalitativna metodologija	1036 anketirancev, Kanada	Po mnenju odbora zdravstvene nege za ekonomske, socialne in kulturne pravice človekova pravica do zdravja vključuje pravico do zdravstvenega varstva in osnove determinante zdravja, ki mora biti dostopna vsem ljudem na ozemlju države brez diskriminacije.

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Donmez, et al.	2016	Kvalitativna metodologija pregled literature	26 člankov, Turčija	Zdravstveni delavci bi morali določiti področja, kjer je treba izboljšati zdravje migrantk. Poiskati bi morali informacije, biti sposobni etičnega vedenja in uspešni v medosebnih odnosih.
Endler, et al.	2020	Pregled literature	vzorec, Švedska	Na svetovni ravni se ženske, ki se še naprej soočajo z ovirami pri storitvah na področju spolnega in reproduktivnega zdravja in pravic zaradi pomanjkanja finančne avtonomije, stigme in sramu, povezanega z žensko spolnostjo, ali omejevalnih norm in dojemanja o tem, kako in kdaj lahko ženske zakonito poiščejo zdravstveno obravnavo.
Garbett, et al.	2023	Pregled literature	vzorec, Združeno kraljestvo	Migrantke se soočajo z velikimi tveganji za svoje spolno in reproduktivno zdravje in pravice na vseh stopnjah migracije. Spolno in reproduktivno zdravje in pravice vplivajo na odločitve žensk o migracijah, vključno z načrti tranzita in odločitvami o selitvi, naselitvi in vračanju.
Higginbottom, et al.	2014	Pregled literature	vzorec, Kanada	Ta meta-etnografija kaže, da je kakovost porodniške oskrbe za priseljenke mogoče izboljšati s povečanjem razpoložljivosti neformalne in formalne socialne podpore, zagotavljanjem poklicnih medicinskih tolmačev in informacij, predstavljenih v ustreznih jezikih in formatih, z zmanjšanjem ovir, povezanih s socialno-ekonomskim statusom in organizacijsko okolje, ki spodbuja kulturno kompetentno zdravstveno obravnavo.

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Higginbottom, et al.	2017	Pregled literature	40 člankov, Združeno kraljestvo	Raziskava je pokazala pomanjkljivosti med migrantkami in zdravstvenimi delavci na podlagi jezikovnih ovir, diskriminaciji in kulturno neobčutljivosti.
Kasper, et al.	2021	Pregled literature	16 člankov, Združeno kraljestvo	Zdravstveni delavci se pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe migrantk soočajo z različnimi ovirami, kot so komunikacijske ovire, usklajevanje oskrbe in obravnavanje raznolikosti žensk.
Mengesha, et al.	2018a	Kvalitativna metodologija	21 zdravstvenih delavcev, Avstralija	Zdravstveni delavci so izjavili, da jezikovno in kulturno neskladje predstavlja oviro za komunikacijo z migrantkami. Pomanjkanje tolmačev žensk in pomisleki s tolmači, kot je pomanjkanje znanja o zdravju, so bili glavni razlogi, o katerih so zdravstveni delavci poročali v zvezi z delom s tolmači pri posvetovanju z begunkami in migrantkami.
Mengesha, et al.	2018b	Mešana metodologija	79 zdravstvenih delavcev, Avstralija	Zdravstveni delavci v tej študiji so poročali o pomanjkanju znanja ob vprašanih begunk in migrantk, kar lahko vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe, ki jo lahko ponudijo tem ženskam.
Olcon, et al.	2023	Kvalitativna metodologija	16 ponudnikov zdravstvenih storitev za migrantke, Avstralija	Migrantke so izpostavljene večjemu tveganju zapletov pri porodu in na splošno slabšim izidom nosečnosti. Nosečnice z migrantskim ozadjem veljajo za posebej ranljivo skupino, ki pogosto trpi zaradi zapletenih zdravstvenih in psihosocialnih težav ter se sooča s kulturnimi in jezikovnimi ovirami pri dostopu do predporodne oskrbe.

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Ouanhnon, et al.	2023	Kvalitativna metodologija	17 migrantk, Francija	Predpogoj je razumeti ovire, ki omejujejo dostop do zdravstvenega varstva in njegovo kakovost za vsako žensko, ter prilagoditi okvir
				posvetovanj. Zdravstveni delavci bi morali graditi kompetentno mrežo, usposobiti se morajo za oskrbo socialno prikrajšanih in se tako v čim boljšo oskrbo za ženske, ki morajo vstopiti v sistem socialne varnosti. Lahko bi predlagali metode prevajanja. Nazadnje, zdi se zelo pomembno obveščati ženske o razpoložljivih storitvah in delovanju sistema.
Pathak, et al.	2024	Mešana metodologija	Ženske stare med 15 – 49 let, Združeno kraljestvo	Na svetovni ravni primanjkuje dokazov o spolnem in reproduktivnem zdravju in pravicah migrantov.
Pelaez, et al.	2017	Kvalitativna metodologija	63 zdravstvenih delavcev, Kanada	Ugotovitev razkrivajo, da je potrebnih več truda za senzibilizacijo zdravstvenih delavcev, da se bodo bolj odzivali na potrebe in skrbi migrantk glede obporodne obravnave.
Reppen, et al.	2023	Mešana metodologija	69 žensk, Norveška	Raziskava kaže, da so ženske na splošno deležne visokokakovostne zdravstvene obravnave. Komunikacijske ovire, diskriminacija in zdravstvena pismenost povzročajo negativne izkušnje. Negativne izkušnje z zdravstveno obravnavo lahko imajo škodljive posledice za mater in otroka.
Rogers, et al.	2020	Mešana metodologija	100 migrantk, 26 člankov, Avstralija	Ugotovitve poudarjajo raznolikost modelov zdravstvene oskrbe, ki so osredotočeni in se odzivajo na potrebe žensk iz migrantskih in begunskih

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				<p>okolij. Metode, ki se uporabljajo za ugotavljanje učinkovitosti pri izboljšanju dostopa, rezultatov na področju zdravja mater in dojenčkov ter sprejemljivosti za ženske, uporabnike storitev in ponudnike storitev, so bile raznolike. Večina modelov je privedla do večjega zadovoljstva žensk, vendar jih je zelo malo predložilo dokaze o izboljšanih kliničnih ali zdravstvenih izidih pri materah in dojenčkih. Obstaja nujna potreba po boljšem dokumentiranju kulturno prilagojenih modelov oskrbe in strogem ocenjevanju z uporabo različnih kvantitativnih in kvalitativnih meril, da se dokaže učinkovitost, sprejemljivost z vidika izkušenj žensk, njihovih partnerjev, družinskih članov, ponudnikov storitev ter vpliv na rezultate na področju zdravja mater in dojenčkov.</p>
Ruiz, et al.	2023	Pregled literature	21 Španija	<p>Ta pregled opredeljuje komunikacijske ovire, s katerimi se srečujejo migrantke pri dostopu in uporabi storitev v Evropi. Jezikovna ovira lahko migrantkam prepreči, da bi znale krmariti po zdravstvenem sistemu ter prositi za pomoč ali privolitev v preiskave, kar pojasnjuje manjši dostop in uporabo storitev migrantk. Migrantke se lahko srečujejo z več komunikacijskimi ovirami predvsem zaradi nepoznavanja jezika države gostiteljice.</p>



Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Ternsrton, et al.	2023	Kvalitativna metodologija	10 nešvedsko govorečih migrantk, Švedska	Dobro znano je, da kontinuiteta oskrbe med nosečnostjo in porodom povečuje zadovoljstvo z nego in takšna oskrba bi koristila vsem nosečnicam na Švedskem in zlasti migrantkam. Uporaba poklicnih tolmačev je povezana z večjim zadovoljstvom migrantk.

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Pravice migrantk	Ogrožajo omejene pravice – težave z znanjem - človekove pravice - diskriminacij žensk - pravice migrantk do zdravstvenega varstva - pomanjkanje informacij - komunikacijske težave - krepitev kulturne ozaveščenosti  Število kod: 8	Casares, et al., 2013; Endler, et al., 2020; Garbett, et al., 2023; Pathak, et al., 2024.
Izkušnje migrantk	Ranljiva skupina - prilagajanje drugačnemu kulturnemu okolju - občutki neustreznosti – stres - pomanjkanja podpore – komunikacijske in jezikovne ovire  Število kod: 6	Bains, et al., 2021; Higginbottom, et al., 2014; Higginbottom, et al., 2017; Olcon, et al., 2023; Ouahnnon, et al., 2023; Pelaez, et al., 2017; Reppen, et al., 2023; Ruiz, et al., 2023; Ternsrton, et al., 2023.
Izkušnje zdravstvenih delavcev	Diskrecijski ukrepi - izobraževanje in usposabljanje - fiziološki procesi - kulturna in etnična raznolikost - kulturno znanje - jezikovne ovire - težave pri komunikaciji  Število kod: 7	Abdulle, et al., 2023; Bofulin, et al., 2016; Donmez, et al., 2016; Kasper, et al., 2021; Mengesha, et al., 2018a; Mengesha, et al., 2018b; Rogers, et al., 2020.

V tabeli 3 smo prikazali kategorije, kode in podatke o avtorjih. Prepoznali smo 21 kod, ki smo jih glede na medsebojno povezanost uvrstili v tri kategorije: (1) pravice migrantk, (2) izkušnje migrantk, (3) izkušnje zdravstvenih delavcev.

## 2.5 RAZPRAVA

S pregledom literature smo želeli predstaviti obravnavo migrantk v obporodnem obdobju ter ugotoviti, kakšne izkušnje imajo zdravstveni delavci pri zdravstveni obravnavi migrantk v obporodnem obdobju. Na podlagi pregleda literature smo oblikovali tri kategorije: pravice migrantk; izkušnje migrantk in izkušnje zdravstvenih delavcev.

Prvo kategorijo smo poimenovali »Pravice migrantk«. Garbett, et al., (2023) so ugotovili, da so spolno in reproduktivno zdravje sestavni del pravic do zdravja vseh. Razeseljevanje pa močno vpliva na zdravstvene izzive, povezane s spolom. Tako politika kot raziskave bi morale migrantom omogočiti, da sami spregovorijo o svojih potrebah, globlje raziščejo tveganja in ovire, povezane s starostjo, ter razmislijo, kako nespoštovanje zdravja in pravic migrantov povečuje izpostavljenost kršitvam in povečuje širšo nestabilnost. Več je mogoče storiti za izboljšanje dostopnosti storitev preventive in zdravljenja, zmanjšanje stigmatizacije in strahu ter zagotovitev, da izvajalci obravnavajo vse ženske z enakim dostojanstvom in spoštovanjem. Nenazadnje ta pregled opozarja na potrebo po razumevanju, kako ženske in dekleta izvajajo svojo svobodno voljo v situacijah omejene izbire (Garbett, et al., 2023). Endler, et al., (2020) so zapisali, da se na svetovni ravni nekatere ženske še vedno soočajo z ovirami pri dostopu do pravic oz. storitev na področju spolnega in reproduktivnega zdravja. Razlogi pa so: pomanjkanje finančne avtonomije, stigma in sram, povezan z žensko spolnostjo ali omejevalnimi normami ter dojemanjem, kako in kdaj lahko ženske zakonito poiščejo zdravstveno oskrbo. Te norme, ki temeljijo na spolu in strukturne neenakosti ženskam ne onemogočajo le enakega dostopa do storitev, temveč tudi do enakega uresničevanja njihovega dostojanstva in državljskih pravic. Pomanjkanje pravic dostopa do spolnega in reproduktivnega zdravja je še večje za ženske v humanitarnih krizah, migrantskih ali begunskih situacijah, ko obstaja veliko pomanjkanje občutljivosti na njihove pravice. Velik delež smrti in invalidnosti mater bi bilo mogoče preprečiti z zagotavljanjem pravic splošnega dostopa do storitev na področju spolnega in reproduktivnega zdravja, skupaj z vključevanjem reproduktivnega zdravja v nacionalne strategije in programe, kot zahteva cilj trajnostnega razvoja. Zdravje je osnovna človekova pravica in vse ženske in otroci si zaslužijo dostop do najvišjih možnih standardov zdravstvenega varstva. To pravico je treba spoštovati ne glede na to, kje živijo ženske in otroci in ne glede na njihov status begunca, prosilca za azil ali migranta.

Na svetovni ravni primanjkuje dokazov o spolnem in reproduktivnem zdravju in pravicah migrantov. Za izboljšanje dostopa do spolnega in reproduktivnega zdravstvenega varstva so potrebni prilagojeni ukrepi v primarnem zdravstvenem varstvu, ki odpravljajo posebne ovire ali spodbujajo posebne posrednike za skupine migrantov. Za razvoj takšnih ukrepov se priporoča metodologija koprodukcije, da se zagotovi vključitev stališč migrantov in ponudnikov storitev ter čim večji učinek (Pathak, et al., 2024).

Po mnenju odbora zdravstvene nege za ekonomske, socialne in kulturne pravice pa človekova pravica do zdravja vključuje pravico do zdravstvenega varstva in osnove determinante zdravja, vse pa mora biti dostopno vsem ljudem na ozemlju države brez diskriminacije (Ruiz – Casares, et al., 2013).

Druga kategorija, ki smo jo poimenovali »Izkušnje migrantk«. Izzivi ki so najtežji za dožemanje novo prispelih migrantk, so bili povezani z navigacijo zdravstvenega sistema, jezikom, psihosocialnimi in strukturnimi dejavniki ter pričakovanji glede oskrbe. Čeprav so ugotovitve skladne s prejšnjo mednarodno literaturo o zaznanih ovirah med migrantkami, je doslej le malo študij raziskalo ovire, zlasti za nedavno preseljene ženske. Pomanjkanje znanja o zdravstveni strukturi in omejena socialna mreža v prvem obdobju po selitvi v državo sta se pojavila kot pomemben izziv za nedavno preseljene ženske. Izboljšave in ukrepi, ki lahko zadovoljijo potrebe nedavno prispelih migrantov, vključujejo boljše zagotavljanje strukture zdravstvenega sistema, ustrezno uporabo poklicnih tolmačev, širši nabor socialnih storitev, ki so na voljo ženskam z omejeno socialno mrežo, in večjo kulturno usposobljenost zdravstvenega osebja (Bains, et al., 2021). V raziskavi Higginbottom, et al. (2014) ugotavljajo, da so izkušnje v zdravstvenem varstvu mater priseljenc globoko vgrajene v družbeni položaj žensk. Socialni položaj vpliva na dostopnost socialne podpore, komunikacijske možnosti s strokovnim zdravstvenim osebjem in socialno-ekonomski status, vse pa je povezano z organizacijskim okoljem. Poleg tega imajo priseljenci in zdravstveno osebje različna prepričanja in vrednote, ki oblikujejo njihovo dožemanje o tem, kako skrbi za zdravje nosečnic. Da bi izvajali na žensko osredotočeno oskrbo, izboljšali dostop do storitev v obdobju materinstva in spodbujali zdravje priseljenc, je pomembno upoštevati družbeni položaj teh žensk, kulturno znanje in prepričanja ter tradicionalne običaje v skrb za

zdravje. Študijo, ki so jo izvedli Ruiz, et al., (2023) izpostavlja komunikacijske ovire, kot ključno težavo pri zdravstveni obravnavi migrantk pri dostopu in uporabi storitev v Evropi. Jezikovna ovira lahko migrantkam prepreči, da bi znale krmariti po zdravstvenem sistemu ter prositi za pomoč ali privolitev v preiskave, kar pojasnjuje manjši dostop in uporabo storitev migrantk. Migrantke se lahko srečujejo z več komunikacijskimi ovirami predvsem zaradi nepoznavanja jezika države gostiteljice, zaradi česar ne morejo pridobiti informacij o tem, kako krmariti po sistemu zdravstvenega varstva. Ponudniki zdravstvenih storitev niso dovolj pripravljeni za zagotavljanje kulturno kompetentne oskrbe in neravnovesje moči v odnosu med strokovnjakom in žensko. To nakazuje, da bi bile komunikacijske težave, ki so jih prepoznale migrantke, in morebitna pomoč lahko ponujena. Ugotovili so pomanjkanje poklicnih tolmačev za migrantke, ki bi jim bilo treba zagotoviti jezikovno podporo.

Migrantske študije Ternstrom, et al., (2023), ugotavljajo, da so ženske med nosečnostjo in porodom želele profesionalne tolmače, vendar je bilo to med porodom dejansko redko. Raziskave so pokazale, da je skupni jezik osrednjega pomena pri interakcijah v večletnih porodniških okoljih, uporaba poklicnih tolmačev pa je povezana z večjim zadovoljstvom, boljšo komunikacijo in izboljšano klinično oskrbo. Odsotnost skupnega jezika, neustrezne storitve tolmačenja in uporaba sorodnikov kot tolmačev so še vedno pogosta vprašanja pri porodniškem varstvu. To, vodi v napačno komunikacijo, odločitve pa se sprejemajo brez popolnega razumevanja bodočih staršev. Dobro znano je, da kontinuiteta oskrbe med nosečnostjo in porodom povečuje zadovoljstvo z nego. Takšna zdravstvena oskrba bi koristila vsem nosečnicam na Švedskem in zlasti migrantkam. Uporaba poklicnih tolmačev je povezana z večjim zadovoljstvom migrantk.

Raziskava Higginbottom, et al., (2017) je pokazal, da je pomanjkanje jezikovne podpore, diskriminacija, kulturno neobčutljivost in slabi odnosi med migrantkam in zdravstvenimi delavci ter pomanjkanje zakonskih pravic in smernic o zagotavljanju socialne podpore in materinske oskrbe migrantkam. Odpravljanje jezikovnih ovir in zagotavljanje kulturno občutljive oskrbe sta bistvena elementa zagotavljanja optimalne materinske oskrbe migrantk.

Migrantke so izpostavljene večjemu tveganju zapletov pri porodu in na splošno slabšim izidom nosečnosti. Nosečnice z migrantskim ozadjem veljajo za posebej ranljivo skupino, ki pogosto trpi zaradi zapletenih zdravstvenih in psihosocialnih težav ter se sooča s kulturnimi in jezikovnimi ovirami pri dostopu do predporodne oskrbe. Zdravstvene organizacije morajo storiti več kot le zagotoviti usposabljanje osebja. Za boljše spodbujanje zadovoljstva in dobrega počutja uporabnikov storitev ter osebja morajo organizacije vključiti strukture, ki se odzivajo na potrebe migrantskih skupnosti v sektorju zdravja mater in širše. Čeprav se zdravstveni sistem po svojih najboljših močeh trudijo zadovoljiti potrebe svojih migrantov, so pogosto premalo podprti in nimajo dovolj sredstev, da bi lahko zagotavljali kulturno odzivno oskrbo v okviru zdravstvenih storitev za matere (Olcon, et al., 2023). Rezultati te raziskave kažejo, da so ženske na splošno v bolnišničnem okolju deležne visokokakovostne zdravstvene obravnave, vendar jih precejšnje število še vedno poroča, da njihove zdravstvene potrebe niso zadovoljene. Dokazano je, da komunikacijske ovire, nizka zdravstvena pismenost in diskriminacija povzročajo negativne izkušnje pri oskrbi priseljenc. Ti dejavniki, skupaj s kulturnimi razlikami, ovirajo medsebojno razumevanje med skrbnikom in prejemnikom, ki je potrebno za optimalno porodno izkušnjo (Reppen, et al., 2023).

Predpogoj je razumeti ovire, ki omejujejo dostop do zdravstvenega varstva in njegovo kakovost za vsako žensko, ter prilagoditi okvir posvetovanj. Zdravstveni delavci bi morali graditi kompetentno mrežo, usposobiti se morajo za oskrbo socialno prikrajšanih in tako morajo vstopiti v sistem socialne varnosti. Lahko bi predlagali metode prevajanja. Nenazadnje, se zdi zelo pomembno obveščati ženske o razpoložljivih storitvah in delovanju sistema (Ouanhnon, et al., 2023).

Po mnenju zdravstvenih delavcev se migrantke soočajo s številnimi izzivi, ki presegajo materinstvo in jih je težko obravnavati, ker so zapletene z vrednotami in praksami, ki so neločljivo povezane z zdravstvenim sistemom. Krmarjenje po zdravstvenem sistemu je zahtevno zaradi kompleksne interakcije dejavnikov, povezanih s pacientom, zdravstvenimi delavci in sistemom zdravstvenega varstva. Potrebno bo več truda za zdravstvene delavce, da se bodo bolj odzivali na potrebe in skrbi migrantk glede zdravstvene oskrbe. Raziskava razkriva, da je potrebnih več truda za senzibilizacijo

zdravstvenih delavcev, da se bodo bolj odzivali na potrebe in skrbi migrantk glede porodniške nege (Pelaez, et al., 2017).

Tretja kategorija »Izkušnje zdravstvenih delavcev«. Nosečnost in zgodnje materinstvo vplivata na zdravje in dobro počutje ženske. Stres prisilnih migracij še povečuje stres, zato zdravje mater migrantk postaja vse bolj zaskrbljujoče tako za zdravstven delavce kot tudi za druge deležnike. Začetek in krepitev dejavnosti javnega zdravja, kot so tečaji usposabljanja za strokovnjake, ki prenašajo splošna načela, kot so oskrba, osredotočena na ženske, ali komunikacijske tehnike, so dragocene priložnosti za izboljšanje zdravstvenega varstva mater migrantk (Kasper, et al., 2021).

Rogers, et al., (2020) poudarjajo raznolikost modelov oskrbe, ki so osredotočeni in se odzivajo na potrebe žensk iz migrantskih in begunskih okolij. Metode, ki se uporabljajo za ugotavljanje učinkovitosti pri izboljšanju dostopa, rezultatov na področju zdravja mater in dojenčkov ter sprejemljivosti za ženske, uporabnike storitev in ponudnike storitev, so bile raznolike. Večina modelov oskrbe je privedla do večjega zadovoljstva žensk, vendar jih je zelo malo predložilo dokaze o izboljšanih kliničnih ali zdravstvenih izidih pri materi in dojenčku. Obstaja nujna potreba po boljšem dokumentiranju kulturno prilagojenih modelov oskrbe in strogem ocenjevanju z uporabo vrste kvantitativnih in kvalitativnih meril izidov, da se dokažejo učinkovitost, sprejemljivost z vidika in izkušnje žensk, njihovih partnerjev, družinskih članov, ponudnikov storitev ter vpliv na rezultate na področju zdravja mater in dojenčkov. Treba je razviti, izvajati in ocenjevati modele oskrbe, da bi izboljšali zdravstvene rezultate, izkušnje žensk z oskrbo in premagali ovire pri dostopu do zdravstvenega varstva. Zdravstveni delavci menijo, da imajo migracije negativen učinek na zdravje žensk v rodni dobi. Zato je pomembno da zdravstveni delavci izboljšajo področja za izboljšanja zdravja žensk v rodni dobi migrantk. Za zagotavljanje tako kakovostne storitve bi morali zdravstveni delavci poiskati potrebne informacije, biti uspešni v medosebnih odnosih, biti multikulturni in sposobni etičnega vedenja. Na zdravstvene potrebe migrantk vplivajo kulturne razlike, pomanjkanje socialne podpore, jezikovne in komunikacijske ovire, diskriminacija, tesnoba in pretekle izkušnje (Donmez, et al., 2016). Raziskava avtorjev Mengesha, et al., (2018) nakazuje, da jezikovno in kulturno neskladje prestavlja oviro za komunikacijo z migrantkami. Komunikacijske

ovire, ki jih pripisujemo jezikovnim in kulturnim neskladjem, še naprej ovirajo uspešno vključitev begunk in migrantk v oskrbo. Ta ugotovitev poudarja, da so potrebni številni posegi, ki vključujejo socio-ekološki pristop, na vseh ravneh zdravstvenega sistema za izboljšanje dostopa in kakovosti.

Zdravstveni delavci so poročali o pomanjkanju znanja o vprašanih spolne in reproduktivne zdravstvene obravnave begunk in migrantk, kar lahko vpliva na kakovost zdravstvene obravnave, ki jo lahko ponudijo tem ženskam. To pomeni, da je treba izboljšati usposabljanje o kulturnih kompetencah v visokošolskih ustanovah in usposabljanje na področju kulture, spolnosti in zdravja ter temeljnih konceptov dela z begunkami in migrantkami, saj so pomembni za reproduktivno zdravje žensk (Mengesha, et al., 2018). Ugotovitve raziskave Abdulle, et al., (2023) razkrivajo, da jezikovne ovire povzročajo babiško dominacijo in dezintegrativno moč, kar je babicam preprečilo, da bi uporabile svojo integrativno moč in bile varuhinje žensk. S tem je oviran podporni odnos, ki je osrednjega pomena za babice in ženske. Za preprečevanje dezintegrativne moči in ustvarjanje harmonije je lahko rešitev profesionalni tolmač.

Kulturna kompetenca nam omogoča kakovostno zdravstveno oskrbo in pomaga, da lažje sodelujemo z ljudmi iz različnih kultur. Zajemajo širok nabor zanj in veščin, ki zdravstvenim delavcem omogoča, da ljudem zagotovijo primerno zdravstveno obravnavo (Bofulin, et al., 2016).

### 2.5.1 Omejitve raziskave

Po pregledu literature smo ugotovili, da je premalo priporočil in nasvetov za lažje sporazumevanje med migrantkami in zdravstvenimi delavci in premalo mnenj glede zdravstvene oskrbe migrantk s strani zdravstvenih delavcev. Zasledili smo več raziskav, kjer so mnenje, migrantke. Našli smo veliko tuje literature in premalo slovenske literature. Nekaj člankov je bilo nedostopnih oziroma so imeli plačljivo funkcijo. Te članki pa so bili močno povezani z našo temo in do njih žal nismo imeli dostopa. Pri iskanju literature smo upoštevali le članke v slovenskem in angleškem jeziku, kar pa je jezikovna omejitev, saj je bilo kar nekaj objavljenih člankov v drugih jezikih.

### 2.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Pri pregledu literature smo izpostavili obravnavo migrantk v obporodnem obdobju ter izkušnje, ki jih imajo zdravstveni delavci pri zdravstveni obravnavi migrantk v obporodnem obdobju. Ugotovili smo, da dostopnost migrantk do zdravstvenega varstva mater ogrožajo omejene pravice in težave z znanjem, razumevanjem, jezikovnimi ovirami, domačnostjo in cenovno dostopnostjo. Ugotovili smo tudi, da je učinek komunikacije med zdravstveni delavci in migrantkam vse bolj prepoznan kot temelj za varno zdravstveno obravnavo in kakovostno zdravstveno nego mater v obporodnem obdobju in da se ovire na tem področju pojavljajo zelo pogosto, zato bi bilo potrebno uvesti spremembe. Predvsem zdravstvene storitve bi morale poudariti pomen za uporabo neverbalnih znakov ali kretenj, kratkih stavkov in uporabo pripomočkov ter, da zdravstveni delavci prejmejo izobraževanja in usposabljanja na področju kulturno kompetentne zdravstvene obravnave. Glede na rezultate bi bilo potrebno vložiti več truda v iskanje komunikacijske pristope, spodbuditi v uvedbo programov jezikovnega usposabljanja, saj bi bilo za obe strani imele koristi za boljšo zdravstveno oskrbo. Vse to velja tudi za slovenske medicinske sestre, babice in druge zdravstvene delavce, saj postajamo vse bolj mešana populacija. Ugotovili smo, da je premalo raziskav, ki bi opredelile priporočila in nasvete za lažje sporazumevanje med migrantkami in zdravstvenimi delavci. Menimo, da bi bila takšna raziskava odlična odskočna deska za premagovanje izzivov, s katerimi se srečujejo migrantke in zdravstveni delavci.



### 3 ZAKLJUČEK

V diplomskem delu smo ugotovili, da se migracije razlikujejo med seboj glede na razlog in glede na dejavnike zaradi katerih ljudje migrirajo. Izraz migrant zajema več podskupin, vendar se uporablja v vseh primerih, ko je oseba svobodno sprejela odločitev, da zaradi katerihkoli razlogov odide in se preseli v drugo državo.

Ugotovili smo, da se zdravstvene obravnave od države do države razlikujejo, vendar so v večini primerih prisotni podobni izzivi, s katerimi se srečujejo migrantke. Migrantke torej lahko trpijo zaradi verbalne, fizične in čustvene zlorabe v zdravstvenih ustanovah, tudi v državi z visokimi dohodki, izkušnje z diskriminacijo, povezano z oskrbo, kot so predsodki in stereotipi; negativni odnosi; pomanjkanje spoštovanja in odsotnega vedenja. Dostop migrantk do zdravstvenega varstva žensk ogrožajo omejene pravice in težave z domačnostjo, znanjem, sprejemljivostjo, razpoložljivostjo in cenovno dostopnostjo. Težave migrantk s komunikacijskimi in jezikovnimi ovirami so eden izmed glavnih razlogov za slabšo zdravstveno obravnavo migrant med obporodnim obdobjem. Poleg težav in izzivov s katerimi se srečujejo migrantke smo ugotovili, da se z njimi na drugi strani srečujejo tudi zdravstveni delavci. Pogosto navajajo problem pri določanju ravni storitev, ki jo lahko zagotovijo skupini migrantov. Kaže se pomanjkanja znanja o kulturnih kompetencah, ki pa bi jo mogli imeti vsi zdravstveni delavci, še posebej tisti, ki so stalno v kontaktu s pacienti iz tujine.

Ugotovili smo, da je v Sloveniji premalo raziskano področje o zdravstveni obravnavi migrantk, pravicah, ki jih imajo tako le – te in nenazadnje pravicah in možnostih, ki jih imajo zdravstveni delavci. Zasledili smo nekaj dobrih oblik dela in menimo, da bi Slovenija morala slediti takim državam, ki imajo v svojih zakonih in pravilih točno določene pravice migrantk in zdravstvenih delavcev. S tem pa bi tudi izboljšali obravnavo med nosečnostjo, sam porod, izzide poroda ter prehod v materinstvo.

## 4 LITERATURA

Abdulle, A., Borrego, N. & Lundgren, I. 2023. Midwives' experiences of encountering immigrant women during labour and birth who do not master the host country's language. A lifeworld hermeneutic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(4), pp. 1136-1144. 10.1111/scs.13187.

Bains, S., Skraning, S., Sundby, J. & Vangen, S., 2021. Challenges and barriers to optimal maternity care for recently migrated women - a mixed-method study in Norway. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1). 10.1186/s12884-021-04131-7.

Balaam, M., Akerjordet, K., Lyberg, A., Kaiser, B., Schoening, E., Fredriksen, A., Ensel, A., Gouni, O. & Severinsson, E., 2013. A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), pp. 1919-1930. 10.1111/jan.12139.

Benza, S. & Liamputtong, P., 2014. Pregnancy, childbirth and motherhood: A meta-synthesis of the lived experiences of immigrant women. *Midwifery*, 30(6), pp. 575-584. 10.1016/j.midw.2014.03.005.

Bofulin, M., Lainščak, J., Gosenca, K. & Jelenc, A., 2016. *Kulturne kompetence in zdravstvena oskrba*. Ljubljana: Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana.

Casares, M., Rousseau, C., Lamothe, A. Rummerns, J. & Zelkowitz, P., 2013. Access to Health Care for Undocumented Migrant Children and Pregnant Women: The Paradox Between Values and Attitudes of Health Care Professionals. *Maternal and Child Health Journal*, 17(8), pp. 292-298.

Castelli, A., 2018. Drivers of migration: why do people move? *Journal of Travel Medicine*, 25(1), pp. 1-7. 10.1093/jtm/tay040.

Costa, R., Rodrigues, C., Dias, H., Covi, B., Mariani, I., Valente, E. P., Zaigham, M., Vik, E. S., Grylka-Baeschlin, S., Arendt, M., Santos, T., Wandschneider, L., Drglin, Z., Drandić, D., Radetic, J., Rozée, V., Elden, H., Mueller, A. N., Barata, C. & Miani, C., 2022. Quality of maternal and newborn care around the time of childbirth for migrant versus nonmigrant women during the COVID-19 pandemic: Results of the IMAGiNE EURO study in 11 countries of the WHO European region. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 159(1), pp. 39-53. 10.1002/ijgo.14472.

Donmez, R., 2016. Health Needs of Migrant Women of Reproductive Age. *MOJ Womens Health*, 2(6), pp. 146-147. 10.15406/mojwh.2016.02.00052.

Endler, M., Haidari, T., Chowdhury, S., Christilaw, J. & Kak, F., 2020. Sexual and reproductive health and rights of refugee and migrant women: gynecologists' and obstetricians' responsibilities. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 149(1), pp. 113-119. 10.1002/ijgo.13111.

Eurostat, 2023. *Migration and migrant population statistics*. [online] Available at: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration\\_and\\_migrant\\_population\\_statistics#Migration\\_flows:\\_Immigration\\_to\\_the\\_EU\\_was\\_2.3\\_million\\_in\\_2021](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics#Migration_flows:_Immigration_to_the_EU_was_2.3_million_in_2021) [Accessed 12 March 2023].

Eurostat, 2023. *Migration and asylum in Europe – 2023 edition*. [online] Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/migration-2023> [Accessed 12 March 2023].

Evropski parlament, 2023. *Raziskovanje vzrokov za migracije- Zakaj ljudje migrirajo?*. [online] Available at: <https://www.europarl.europa.eu/topics/sl/article/20200624STO81906/raziskovanje-vzrokov-za-migracije-zakaj-ljudje-migrirajo> [Accessed 5 August 2023].

Fair, F., Raben, L. Watson, H., Vivilaki, V., Van den Muijsenbergh, M. & Soltani, H., 2020. Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. *Plos Digital Health*, 15(2), pp. 1-26. 10.1371/journal.pone.0228378.

Garbett, A., Tavares, N., Riggirozzi, P. & Neal, S., 2023. The paradox of choice in the sexual and reproductive health and rights challenges of south-south migrant girls and women in Central America and Mexico: A scoping review of the literature. *Journal of Migration and Health*, 7(2). 10.1016/j.jmh.2022.100143.

Higginbottom, G., Evans, C., Morgan, M., Bharj, K., Eldridge, J. & Hussain, B., 2017. Experience of and access to maternity care in the UK by immigrant women: a narrative synthesis systematic review. *Obstetrics and gynaecology*, 9(2).

Higginbottom, G., Hadziabdic, E., Yohani, S. & Paton, P., 2014. Immigrant women's experience of maternity services in Canada: a meta-ethnography. *Midwifery*, 30(5), pp. 544-559. 10.1016/j.midw.2013.06.004.

Ikhilor, P.O., Hasenberg, G., Kurth, E., Asefaw, F., Milde, J. & Cignacco, E., 2019. Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural interpreters. *Journal of Advanced Nursing*, 75(10), pp. 2200-2210. 10.1111/jan.14093.

International Organization for Migration, 2022. *World Migration Report 2022*. [online] Available at: <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/> [Accessed 12 March 2023].

International Organization for migration, 2024. *About migration*. [online] Available at: <https://www.iom.int/about-migration> [Accessed 12 March 2024].

Kasper, A., Mohwinkel, L.M., Nowak, A.C. & Kolip, P., 2022. Maternal health care for refugee women - A qualitative review. *Midwifery*, 104, p. 103157. 10.1016/j.midw.2021.103157.

Keygnaert, I., Ivanova, O., Guieu, A., Van Parys, A.S., Leye, E. & Roelens, K., 2016. *What is the Evidence on the Reduction of Inequalities in Accessibility and Quality of Maternal Health Care Delivery for Migrants. A Review of the Existing Evidence in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Khattak, H., Messinis, I.E., Mukhopadhyay, S. & Mahmood, T., 2022. EBCOG position statement inequalities in antenatal care provision in Europe: In the wake of an EBCOG survey. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 279, pp. 107-108. 10.1016/j.ejogrb.2022.10.011.

Kordeš, U. & Smrdu, M., 2015. *Osnove kvalitativnega raziskovanja*. Koper: Založba Univerze na Primorskem, pp. 51-62.

Kuipers, Y. in Mestdagh, E., 2021. The experiential knowledge of migrant women about vulnerability during pregnancy: A woman-centred mixed-methods study. *Women and Birth*, 35(1), pp. 70-79. 10.1016/j.wombi.2021.03.004.

Lebano, A., Hamed, S., Bradby, H., Gil-Salmerón, A., Durá-Ferrandis, E., Garcés-Ferrer, J., Azzedine, F., Riza, E., Karnaki, P., Zota, D. & Linos, A., 2020. Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe: a scoping literature review. *BMC Public Health*, 20(1), p. 1039. 10.1186/s12889-020-08749-8.

Mengesha, Z., Perz, J., Dune, T. & Ushher, J., 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(1), p. 174. 10.3390/ijerph15010174.

Mengesha, Z., Perz, J., Dune, T. & Ushher, 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(1), p. 199-205. 10.1016/j.srhc.2018.03.007.

Nyström, M.E., Larsson, E.C., Pukk Härenstam, K. & Tolf, S., 2022. Improving care for immigrant women before, during, and after childbirth - what can we learn from regional interventions within a national program in Sweden?. *BMC Health Services Research*, 22(1), p. 662. 10.1186/s12913-022-08054-7.

Olcon, K., Gooding, D. & Degeling, C., 2023. Implementation gaps in culturally responsive care for refugee and migrant maternal health in New South Wales, Australia. *BMC Health Services Research*, 23(42). 10.1186/s12913-023-09066-7.

Ouanhnon, L., Astru, P., Freyens, A. & Mesthe, P., 2023. Women's health in migrant populations: a qualitative study in France. *European Journal of Public Health*, 33(1), pp. 99-105. 10.1093/eurpub/ckac133.

Pathak, N., Zhang, C., Boukari, Y., Burns, R. & Menezes, D., 2024. Sexual and reproductive health and rights of migrant women attending primary care in England: A population-based cohort study of 1.2 million individuals of reproductive age (2009-2018). *Journal of Migration and Health*, 9(4). 10.1016/j.jmh.2024.100214.

Pelaez, S., Hendricks, K., Merry, L. & Gagnon, A., 2017. Challenges newly-arrived migrant women in Montreal face when needing maternity care: Health care professionals' perspectives. *Globalization and Health*, 13(5).

Polit, B. & Beck, C.T., 2021. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Reppen, K., Henriksen, L., Schei, B., Magnussen, E. & Infanti, J., 2023. Experiences of childbirth care among immigrant and non-immigrant women: a cross-sectional questionnaire study from a hospital in Norway. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(394).

Rogers, H., Hogan, L., Coates, D., Homer, C. & Henry, A., 2020. Responding to the health needs of women from migrant and refugee backgrounds-Models of maternity and postpartum care in high-income countries: A systematic scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 28(5), pp. 1343-1365. 10.1111/hsc.12950.

Ruiz, C., Hernandez, R., Colaceci, S., Vela, R. & Arnedo, I., 2023. Language and Cultural Barriers and Facilitators of Sexual and Reproductive Health Care for Migrant Women in High-Income European Countries: An Integrative Review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 69(1), pp. 71-90. 10.1111/jmwh.13545.

Sedmak, M. & Medarić, Z., 2018. Institucionalna igra moči- spolno in reproduktivno zdravje migrantk. *Journal of the Europe Institute for Communication and Culture*, 25(1), pp. 65-80. 10.1080/13183222.2018.1554312.

Shorey, S., Debby, E. & Downe, S., 2021. Cultural competence and experiences of maternity health care providers on care for migrant women: A qualitative meta-synthesis. *Birth*, 48(4), pp. 458-469. 10.1111/birt.12581.

Smith, R., 2019. *Texts and Materials on International Human Rights*. London: Routledge.

Ternstrom, E., Small, R. & Lindgren, H., 2023. Migrant women's experiences of an individual language-assisted information and support visit to the labor ward before giving birth – A qualitative study from Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 38(5). 10.1016/j.srhc.2023.100915.

United Nations Information Service Vienna, 2023. *Begunci in migraciji*. [online] Available at: <https://unis.unvienna.org/unis/sl/topics/refugees-migration.html> [Accessed 12 March 2023].

United Nations Refugee Agency, 2016. *'Refugees' and 'Migrants' – Frequently Asked Questions (FAQs)*. [online] Available at: <https://www.unhcr.org/news/stories/refugees-and-migrants-frequently-asked-questions-faqs> [Accessed 16 March 2023].

Villadsen, S.F., Ims, H.J. & Nybo Andersen, A.M., 2019. Universal or Targeted Antenatal Care for Immigrant Women? Mapping and Qualitative Analysis of Practices in Denmark. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), p. 3396. 10.3390/ijerph16183396.

World Health Organization, 2010. *The World Health Report 2010*. [online] Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021> [Accessed 16 March 2023].

World Health Organization, 2024a. *Refugee and migrant health*. [online] Available at: [https://www.who.int/health-topics/refugee-and-migrant-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/refugee-and-migrant-health#tab=tab_1) [Accessed 16 March 2023].

World Health Organization, 2024b. *Human rights*. [online] Available at: [https://www.who.int/health-topics/human-rights#tab=tab\\_](https://www.who.int/health-topics/human-rights#tab=tab_) [Accessed 16 March 2023].