

PROBLEMATIKA MARGINALIZOVANÝCH RÓMSKÝCH KOMUNÍT

Mgr. Mária Zanovitová, PhD.

Ústav ošetrovateľstva JLF UK v Martine

PROBLEMATIKA MARGINALIZOVANÝCH RÓMSKÝCH KOMUNIT

Rómsku komunitu zaraďujem k tzv. znevýhodneným skupinám obyvateľstva. Riešenie starostlivosti o zdravie ľudí patriacich k znevýhodneným skupinám patrí v súčasnosti k aktuálnym témam všetkých medicínskych odborov. Ľudia zo znevýhodnených skupín sú vystavení vo väčšej miere rizikám, ktoré majú prevažne negatívny dopad na zdravie ako je chudoba, zlé podmienky na bývanie, nedostatočná dostupnosť zdravotníckych služieb, obmedzený prístup na trh práce. Zhoršené zdravie a zdravotný stav znevýhodnených skupín sa následne vo zvýšenej miere podieľa na zvýšených nákladoch spoločnosti na liečbu, pracovnú neschopnosť, hospitalizáciu a invaliditu. Cieľom starostlivosti o znevýhodnené skupiny obyvateľov je najmä zlepšenie zdravia a zdravotného štýlu jednotlivca, zvýšenie individuálnej zodpovednosti za vlastné zdravie, zlepšenie zdravotnej gramotnosti a zvýšenie celkového zdravotného povedomia.

Znevýhodnené skupiny obyvateľstva – vymedzenie pojmu

Vymedziť pojem znevýhodnenie a znevýhodnené skupiny je pomerne ťažké, nakoľko neexistuje jednotná definícia, čo dané pojmy vyjadrujú. Pri vymedzení znevýhodnených skupín obyvateľstva z hľadiska spoločenských nerovností, je možné vychádzať z pojmu znevýhodnenie. Pojem znevýhodnenie sa spája aj so vznikajúcimi a narastajúcimi rozdielmi a nerovnosťami medzi jednotlivými skupinami obyvateľstva. Zväčšujú sa rozdiely medzi bežnou populáciou a znevýhodnenými skupinami obyvateľstva. Rozdiely medzi jednotlivými skupinami obyvateľov prerastajú do rôznych foriem nerovností. Aj napriek rozsiahlym intervenčným opatreniam má výskyt nerovností stúpajúci charakter a významný vplyv na zdravie jednotlivcov, ktoré je jedným z rizikových faktorov znevýhodnenia alebo zraniteľnosti. K nerovnostiam, ktoré priamo ovplyvňujú zdravie patrí:

- nerovnosť v zdraví (v prístupe k prevencii, k zdravotnej starostlivosti, v súčasnom zdravotnom stave, morbidite, mortalite),
- nerovnosť vo finančných príjmoch,
- nerovnosť v životnom štýle (nerovnosť životných šancí),
- nerovnosť statusová (symbolické vyjadrenie nerovnosti),
- nerovnosť v schopnostiach a na trhu práce,
- nerovnosť vo vzdelaní a v prístupe k vzdelaniu,
- nerovnosť v rozdelení vplyvu a moci (Program podpory zdravia ..., 2009).

Znevýhodnenie môžeme chápať ako faktor udeľujúci príslušnosť k určitej špecifickej skupine ľudí a tiež ako výsledok porovnávania dvoch, či viacerých porovnávaných javov (Grebečiová, 2010, s. 14). Pre tieto špecifické skupiny ľudí používame pojem znevýhodnené, zraniteľné alebo vulnerabilné, skupiny, ktoré z rôznych objektívnych a subjektívnych príčin nemajú rovnaký prístup nielen k vzdelaniu, zamestnaniu, ale aj k zdravotnej starostlivosti a ďalším oblastiam spoločenského života. Jednotlivec alebo skupina ľudí môžu byť znevýhodnené ekonomicky (nezamestnanosť), sociálne (bývanie), zdravotne (zdravotné postihnutie, invalidita, chronické ochorenie), kultúrne (etnicita), demograficky (vek, vzdelanie, pohlavie), právne (nedostatočná ochrana zakotvená v práve alebo nedostatočná kontrola uplatňovania práva), alebo sa jedná o skupiny ohrozené sociálnou exklúziou (strata zamestnania, dlhodobá nezamestnanosť, zadlženie, exekúcia, návrat z výkonu trestu) a pod. (Kutnohorská a kol., 2013, s. 6).

Bajtayová Bednáriková (2010) definuje znevýhodnené skupiny ako marginalizované, na okraj spoločnosti vytláčané skupiny ľudí, často vystavené sociálnej a kultúrnej izolácii a rôznym formám diskriminácie. Väčšinou sa ocitajú bez prístupu k informáciám, k trhu práce, vzdelaniu a kultúre a bez celkovej účasti v procese rozhodovania o spoločenských procesoch. V najširšom slova zmysle sem patria zdravotne postihnutí občania, rómske komunity žijúce v osadách alebo na mestskej periférii, deti a mládež, starší ľudia, azylanti, bezdomovci, nezamestnaní a ďalší ľudia ohrození chudobou a sociálnym vylúčením. Tieto skupiny sú často odkázané na pomoc a dobrú vôľu štátu. Ide v podstate o tých najviac ohrozených a najbezbrannejších. Špeciálnym prípadom znevýhodnených skupín sú niektoré skupiny žien (napr. slobodné matky, týrané ženy) a vo všeobecnejšej rovine sa k nim viažuca téma rodovej problematiky a rodovej integrácie.

Medzi znevýhodnené skupiny obyvateľov zaradíme napr. zdravotne postihnutých, nezamestnaných, bezdomovcov, deti a mládež zo sociálne slabých a neúplných rodín, seniorov a rómsku komunitu žijúcu v separovaných a segregovaných osídleniach (Móricová, 2013, s. 13).

Rómska populácia, rómske spoločenstvo, rómska osobnosť, rómska rodina – vymedzenie pojmov

Rómska populácia je hlavnou a najvýraznejšou menšinou v Európe. Prítomnosť rómskeho etnika na území Európy sa traduje od 14. – 15. storočia. Jedným zo spoločných znakov je chudoba a sociálne vylúčenie. Slovo Róm znamená v rómčine muž, manžel. V rómčine je pojem Róm len označenie pre Rómov v strednej a východnej Európe. Sami seba

nazývajú už spomenutým slovom *Rom* alebo *Manush*, čo znamená človek, ale sú známi aj ako *Atzigan* alebo *Atsigan*, teda kočovník, z čoho pochádza slovenské *Cigáň*, nemecké *Zigeuner*, maďarské *Cigány*, či talianske *Zingaro*. Na kongrese Medzinárodnej rómskej únie v Göttingene, v roku 1983 sa účastníci Medzinárodnej rómskej únie dohodli, že na označovanie tejto etnickej skupiny sa má používať termín Rómovia (Bartošovič, 2013, s. 15).

Pojem „Rómovia“ predstavuje súhrnné označenie etnických skupín pochádzajúcich zo severnej Indie, odkiaľ sa začali sťahovať okolo 3. storočia. Členovia hovoria po rómsky a majú spoločné kultúrne rysy. Dnešní príslušníci tohto národa žijú ako menšiny vo väčšine štátov Európy. Rómovia hovoria spoločným jazykom – rómčinou (Davidová, 2004, s. 17; Šlechtová, Bürgerová, 2009, s. 187). Na Slovensku sú Rómovia zastúpení v najväčšej miere *rumungrami* – *Ungrike Roma*, ktorí žijú na juhu územia a identifikujú sa najmä prostredníctvom maďarského jazyka a slovenskými *Rómami* – *slovačike*, *Servike Roma*. Obe skupiny žijú dlhodobo usadlým spôsobom života. Rómovia, ktorí na územie Slovenska prišli v 19. storočí z rumunského Valašska (Valachie) a až do roku 1959 kočovali, sa nazývajú *Vlachi*, *vlachike Roma*, čiže olašskí Rómovia.

Rómske spoločenstvo bolo vždy vnútorne diferencované a to v oblasti kultúrnej, tak aj vzdelanostnej, sociálnej a čiastočne i subetnickej. Vnútorne subetnické členenie Rómov nie je až také výrazné ako v iných krajinách, čo pravdepodobne vychádza z dlhodobo usadlého spôsobu života. Ešte aj dnes sa v niektorých komunitách objavujú stopy kastového systému, ktorý funguje hlavne v Indii. Je to systém, ktorý je viazaný na náboženstvo. Kastový systém znamená, že človek sa rodí do istej kasty a v tejto kaste aj doživotne zostane. Človek počas života nemôže prejsť z kasty do kasty. Môže sa do nej len narodiť (Hartl, Hartlová, 2000, s. 251; Lužica, 2004, s. 9–15).

Rómska osobnosť je charakteristická určitými špecifikami v oblasti somatickej, psychickej a sociálno-kultúrnej. K **somatickým** charakteristikám patrí horší zdravotný stav a antropológické znaky¹. Najviac citeľné v súžití s majoritnou spoločnosťou sú **psychické** špecifiká, ktoré bývajú aj najčastejším problémom. Pri práci s rómskym obyvateľstvom, hlavne v oblasti zdravia je potrebné tieto osobitosti poznať. K psychickým špecifikám Rómov

¹ Rómovia patria k europoidnej rase tak, ako väčšina európskych národov. Antropológický typ je daný biologicky. Zmes určitých typov je výrazným znakom určitej populácie. Aj medzi Rómami môžeme rozlišovať rôzne antropológické typy, ale prevažujú indoafgánske a mediteranoidné typy. Môžeme teda nájsť určité znaky, ktoré sú viac menej charakteristické pre väčšinu Rómov a ktorými sa líšia od väčšinovej spoločnosti. Medzi tieto charakteristické znaky patrí tmavá pigmentácia vlasov, očí a žltohnedá farba pleti. Toto sú najnápadnejšie znaky. Ďalej môžeme sledovať aj menej nápadné znaky, ako sú napr. telesné proporcie alebo tvar hlavy (Davidová, 2004, s. 16).

patrí odlišný živší temperament oproti majorite, nápadná emotivita – nadmerné a neprimerané citové prejavy, nedostatočné ovládanie emócií (Róma treba nechať vykričať až potom problém riešiť), ktoré výrazne ovplyvňujú uvažovanie jednotlivca, ale aj hodnotenie danej situácie. Dané správanie vyplýva z odlišnej sociálnej skúsenosti – normy majority prijímajú len formálne. Rómovia nemajú tendenciu k sebapoznávaniu a sebahodnoteniu, akceptujú svoju osobnosť ako danosť, nemajú motiváciu k zmene, nemajú „vzory“. Rómovia sú veľmi sugestibilní, ľahko ovplyvniteľní, vedia sa nadchnúť, majú sklon k mágii a poverčivosti. Myslenie je prevažne pragmatické, pričom sa orientujú prevažne na súčasnosť súvisiacu s vlastnými a rodinnými potrebami. Rómovia nevedia zovšeobecňovať, abstraktné myslenie nemá pre nich žiadny osobný význam. U Rómov pozorujeme nízku výkonovú motiváciu, nízku trpezlivosť a svedomitosť, prevláda u nich potreba aktuálnej prítomnosti, vôľa a sebaovládanie sú rozvinuté minimálne, čo sa prejavuje v problémoch v škole a zamestnaní. Vo vzťahu k iným pomerne ľahko nadväzujú kontakty, sú prevažne extroverti, nepodporuje sa individualita, súťaživosť, vyniknutie, osobné ambície (Bartošovič, 2013, s. 23). K **sociálno-kultúrnym** osobitostiam zaraďujeme odlišné tradície, viery, hodnoty, vnútornú hierarchiu, vlastné normy a zákony, symboly, jazyk, vzdelanie.

Rómska rodina má pre Rómov zásadný význam. Rodina je pre Róma najväčšou prioritou, predstavuje silu, istotu, bezpečie. Róm sa s rodinou identifikuje (rodová identita), odvodzuje od nej svoj pôvod a získava svoj status v širšom spoločenstve. Každý člen má v príbuzenskej pospolitosti vymedzené miesto, svoje práva i povinnosti (Kumanová, Džambazovič, 2002, s. 512).

V dialekte slovenských Rómov existuje výraz **familija / famelia**, čo znamená širokú rodinu, príbuzenstvo. Famelia je širšou rodinou, ale ide o menšie rodinné zoskupenie ako fajta (rod). Všetky takéto rodiny majú spoločné črty. Všetci členovia rodiny majú spoločné priezvisko. Členovia využívajú mnohé veci dennej spotreby spoločne napr. jeden zdroj pitnej vody, elektriny, latríny a pod. Pre rodiny je typické aj spoločné hospodárenie, pričom sa nikto nesnaží vyčleňovať. Výchovou detí v rodine je „dozeranie“ starších detí, starých rodičov, iných žien z príbuzenstva a napodobňovaním správania dospelých. Deti neradi odchádzajú od rodičov, aj keď majú vlastné rodiny. V rodinách nepoužívajú termíny „súrodenci, rodičia“. Za vlastných súrodencov sú považovaní všetci tí, ktorí majú spoločnú matku, za nevlastných súrodencov sú považovaní tí, ktorí majú spoločného otca a rozdielne matky. Vek súrodencov sa rozlišuje osloveniami a takéto oslovenie sa aj vyžaduje (*čhajori* – dievčatko, *čhaj* – dievča na vydaj) (Jakoubek, Hirt, 2004, s. 30–35).

Klasická rómska rodina predstavuje odlišný demografický typ ako rodina majoritná. Je charakteristická väčším počtom detí, viacgeneračnosťou, spôsobom výberu partnera, nižším vekom mužov a žien pri uzatváraní manželstva. Podľa skladby rodiny možno konštatovať vysokú početnosť troj- a štvorgeneračných rodín. Spravidla môže ísť o 10 a viac členov, manželov alebo partnerov, ich deti a prevažne ďalších blízkych príbuzných (Kurnienková a kol., 2007, s. 18). Príslušnosť k rodine a skupine je dôležitejšia ako etnicita a príslušnosť k rómskej komunite. Odmietnutie a vylúčenie z rodiny znamená pre Róma najvyšší trest, nakoľko tým prichádza o sociálne aj rodinné istoty (Ivanová, 2005, s. 180).

V rómskej rodine zastáva muž a žena role, ktoré sú pre obe pohlavia rozdielne a veľmi špecifické. Pravidlá správania sa v rodine sú založené prevažne na autorite mužských členov. **Muž** je v rodine nositeľom prestíže, je hlavou rodiny a má rozhodujúce postavenie, nesie za rodinu zodpovednosť. Formálnou autoritou v rómskej rodine sa na základe hierarchie stáva starší člen komunity, voči žene je to vždy muž (Matoušek, 2003, s. 128). **Žena** má povinnosť starať sa o chod rodiny, zabezpečuje každodenné potreby pre rodinu a vychováva deti. Status a hodnota ženy nespočíva len v nej samotnej, ale aj v jej deťoch. Najvyššou hodnotou pre rómsku ženu je schopnosť privádzať na svet deti. Je to dôležitá úloha ženy, čo sa prejavuje aj prípravou dievčat na svadbu vo veľmi mladom veku (12 – 14 ročné dievčatá). Najnižší sociálny status majú mladé ženy a bezdetné ženy.

Dieťa si tradičná rómska rodina vysoko cení a je vychovávané nielen rodičmi, ale celou komunitou, viacerými generáciami. Deti tak vyrastajú v súdržnom prostredí rodiny. Láska k deťom sa vyznačuje u Rómov veľkou pudovosťou, sebadisciplína a obetavosť zohráva menšiu úlohu. Výchova v rómskej rodine má tradičný charakter, riadi sa pravidlom „dieťa milujeme, ale neobmedzujeme“ (Rous, 2001, s. 48). Rómske dieťa postráda vedenie a výchovu k samostatnosti, sú pomerne dlho obsluhované matkou a staršími súrodencami. Dieťa má dostatok voľného času, rodičia neštruktúrujú jeho čas, nemá prakticky žiadne povinnosti, dieťa nie je pripravované na budúcnosť (Šlechtová, Bürgerová, 2009, s. 190). Vzťah k rodičom má v tradičnej rómskej komunite najvyššiu hodnotu. V rómčine sa dodnes používajú niektoré frazeologické jednotky, ktoré poukazujú na vážené postavenie seniora, rodiča, ako napr. *Saví pa'iv des tu tira da tire dades, ajsi pa'iv šaj užares tire čhavendar* (Ako si vážiš svojich rodičov, tak si budú tvoje deti vážiť teba) alebo *Šel romňa, jekh daj* (Manžieliek nájdeš sto, matka je iba jedna) (Sabol, 2005, s. 6, 14).

Starším ľuďom je v rómskej komunite preukazovaná úcta a vážnosť pre ich múdrosť získanú životnými skúsenosťami a taktiež za výchovu detí. Vyšší vek znamená vyššie postavenie v rodinnej hierarchii a spoločnosti vôbec. Postarať sa o svojich starých rodičov je

pre Rómov úplne prirodzené a rómsky senior nemá problém túto starostlivosť prijať, netrápi sa pocitom, že je na príťaž. Dodnes väčšina starých Rómov odchádza zo života v kruhu svojej rodiny a blízkych. V súčasnosti sa v závislosti od mnohých determinujúcich skutočností mení demografické a rodinné správanie Rómov. Predovšetkým integrovaná časť rómskeho obyvateľstva prebrala vzorce rodinného a demografického správania od majority. Na túto premenu poukazujú kvalitatívne i kvantitatívne znaky. Je to predovšetkým pokles pôrodnosti, nižší počet detí, menia sa tradičné genderové role, rodina sa nuklearizuje (rodina pozostávajúca z otca, matky a ich slobodných detí; domácnosť, ktorá funguje samostatne a žije mimo ostatných príbuzných), mení sa podoba partnerského vzťahu a výber partnera, tiež materiálne hodnoty ako demonštrácia sociálneho statusu (Kumanová, Džambazovič, 2002, s. 517–522; Kurnienková a kol., 2007, s. 18). Říčan (1998, s. 45) popisuje i niektoré ďalšie skutočnosti, ktoré môžu poukazovať na zmeny v tradičnej hodnotovej orientácii, napr. umiestňovanie detí do detských domovov, prípadne páchanie trestných činov proti rodine – incest, zneužívanie detí na krádeže a prostitúciu, nerešpektovanie autority.

Existencia Rómov ako etnika nebola dlho vyjadrená v žiadnej norme, uzákonená ani deklarovaná, etnická identita im bola upieraná a štát k nim pristupoval ako k sociálne zaostalej skupine. V roku 1969 bola zriadená Komisia vlády Slovenskej socialistickej republiky pre otázky cigánskych obyvateľov (zrušená bola až v roku 1991), ktorá sa podieľala na koncipovaní stratégií prístupu k „občanom cigánskeho pôvodu“, ktoré smerovali k vyrovnaniu sa a postupnej asimilácii s majoritnou spoločnosťou. Až po roku 1989 sa Rómovia stali aktívnym subjektom svojej spoločensko-kultúrnej integrácie. Absencia predchádzajúceho etnokultúrneho rozvoja vyvrcholila a vzniklo množstvo politických a kultúrnych subjektov, napr. divadlo Romathan v Košiciach, rómske periodiká (ROMA, LULUDI, ROMANO LIL NEVO), Rómska občianska iniciatíva SR, Múzeum kultúry Rómov na Slovensku (múzeum je špecializovanou zložkou Slovenského národného múzea v Martine) (Jurová, 2000, s. 26).

K principiálnej zmene prístupu štátu k Rómom došlo 9. apríla 1991, keď vláda Českej a Slovenskej federatívnej republiky prijala *Zásady vládnej politiky k Rómom*, čím explicitne priznala Rómom štatút národnosti a garantovala im práva v oblasti rozvoja vlastnej kultúry. Jazykovedný ústav Ľudovíta Štúra Slovenskej akadémie vied v roku 1991 kodifikoval podobu etnonymu Róm, rómsky (Mann, 1992, s. 9), namiesto označenia Cigáň. Po voľbách v roku 1998 vláda SR zriadila post podpredsedu vlády SR pre ľudské práva, menšiny a regionálny rozvoj, ktorý je koordinujúcim orgánom pre otázky národnostných menšín a ľudských práv.

V tom istom roku bol zriadený aj Sekretariát splnomocnenca vlády SR na riešenie problémov rómskej menšiny (Tokár, Lamačková, 2002, s. 199).

Demografické údaje o rómskej populácii

Základným demografickým údajom je **počet Rómov**, ktorý podľa posledných dostupných údajov predstavuje 7,42 % obyvateľstva na Slovensku (Prvé výsledky ATLASU ..., 2014, s. 1). Projekt *Atlas rómskych komunit 2013* (Atlas rómskych komunit ..., 2014, s. 14) uvádza, že na Slovensku žije 402 840 osôb, ktorých okolie považuje za Rómov. Najviac týchto ľudí žije v Banskobystrickom kraji, kde je štvrtina rómskej populácie. Takmer štvrtina Rómov žije v Košickom (24 %) a Prešovskom kraji (23 %). Naopak najmenej Rómov, len 2 % z celkovej populácie, žije v Žilinskom kraji. Celkovo 153 obcí na Slovensku neeviduje žiadnych Rómov. Takmer polovica z rómskej populácie (46,5 %) žije rozptýlená medzi majoritou. V obciach žije necelých 13 % Rómov, naopak mimo obce, v oddelených osadách žije 17 % Rómov. Najviac Rómov žijúcich v segregovaných osídleniach má Košický kraj. Priemerná vzdialenosť segregovanej komunity od obce je 900 metrov, najdlhšia vzdialenosť je 7 kilometrov.

Charakteristika Rómov z demografického hľadiska predstavuje ďalej vyššiu pôrodnosť, vyššiu úmrtnosť, progresívny typ vekovej štruktúry (vysoký podiel detí a nízky podiel seniorov) a kratšiu strednú dĺžku života (Bartošovič, 2013, s. 27).

Pôrodnosť je u rómskych žien vyššia ako u žien majoritnej spoločnosti. Na jednu Rómku pripadajú 3 deti, na Rómku v osade je to 4,6 detí. Priemerný vek Rómkky pri prvom pôrode je 21,1 rokov (Bartošovič, 2013, s. 30). Pôrodnosť však spravidla závisí aj od sociálneho prostredia ľudí a nie od etnického pôvodu. Pôrodnosť v rómskych rodinách, ktoré sú integrované klesá, čo znamená, že ak majú rómske rodiny rovnaké alebo podobné sociálne prostredie ako majorita, aj ich pôrodnosť sa dostáva na rovnakú úroveň (Tvardzik, 2014).

K dispozícii je len málo informácií o **úmrtnosti** Rómov. Rómske obyvateľstvo sa vyznačuje hrubou mierou úmrtnosti² v hodnotách 4 – 6 promile. Je však ovplyvnená vekovou štruktúrou. Podľa dostupných údajov sa dá predpokladať, že najväčšou mierou sa na mortalite podieľajú srdcovo-cievne ochorenia a to viac ako 2,5 krát častejšie v porovnaní s majoritnou populáciou. Vysoká srdcovo-cievna úmrtnosť súvisí aj s vysokou prevalenciou diabetu a vysokou incidenciou chronických infekcií a patologickými hodnotami lipidových parametrov,

² Hrubá miera úmrtnosti (Crude death rate) vyjadruje počet zomretých k počtu obyvateľov stredného stavu, obyčajne za rok. Zvyčajne sa vyjadruje v promile (Jurčová, 2005, s. 39).

z čoho vyplýva zvýšené riziko srdcovo-cievnych ochorení u rómskej populácie (Zdravotná starostlivosť v sociálne ..., 2007, s. 30). S úmrtnosťou veľmi úzko súvisí aj dojčenská úmrtnosť³, ktorá je 3 – 4 násobne vyššia ako v celej populácii Slovenska. Vyššia dojčenská úmrtnosť je výsledkom viacerých faktorov. Na jednej strane sú to priamo endogénne faktory – vrodené genetické predispozície, nakoľko rómski novorodenci sa rodia ľahší, menší, častejšie sú nedonosení, majú vyššie sklony k určitým dedičným ochoreniam, ako je napr. kongenitálny glaukóm, fenylketonúria. Na druhej strane veľmi dôležitú úlohu zohrávajú tzv. externé faktory, ktoré predovšetkým ovplyvňujú úmrtnosť rómskych dojčiat v ponovorodeneckom období – po 28. dňoch života. Tu svoju úlohu zohráva celá škála premenných, akými sú životné podmienky, životné prostredie, v ktorom žijú, zdravotný stav matky, rôzne negatívne formy správania, napr. fajčenie, konzumácia alkoholických nápojov.

Stredná dĺžka života⁴ u rómskych mužov je o 6 – 7 rokov kratšia, u rómskych žien je to až o 8 – 9 rokov menej ako u ostatného obyvateľstva. U rómskych mužov je to 62,4 rokov, u rómskych žien 71,6 rokov (Bartošovič, 2013, s. 30).

Čo sa týka demografických prognóz, rómska reprodukcia sa spomaľuje, prírastky sa budú znižovať a v priebehu 30. rokov by nemal byť výraznejší rozdiel vo vývoji obyvateľstva. Podľa odhadov by po roku 2025 malo na Slovensku žiť 520 000 Rómov, čo by tvorilo 9,6 % populácie SR (Bartošovič, 2013, s. 30).

Zdravie a zdravotný stav rómskej populácie

Zdravie a starostlivosť o svoje zdravie nepatrí u Rómov k prvoradým životným hodnotám. Zdravie je v rómskom rebríčku hodnôt podľa Říčana (1998, s. 56) až na desiatom mieste. To, že Rómovia vlastné zdravie nevnímajú ako hodnotu, môže mať súvislosť s nedostatočnou participáciou rómskych komunít na preventívnych zdravotných aktivitách. Zdravotnícka pomoc je u Rómov vyhľadávaná až v prípade, keď sa už jedná o akútne alebo chronické ochorenie. Takisto aj pri hodnotení zdravotného stavu dochádza k rozporom medzi objektívnym a subjektívnym hodnotením zdravotného stavu rómskeho obyvateľstva. Objektívne je v rómskych komunitách (v porovnaní s nerómskymi komunitami) výraznejšia

³ Dojčenská úmrtnosť (Infant mortality) predstavuje úmrtnosť detí do jedného roka (Jurčová, 2005, s. 39).

⁴ Stredná dĺžka života v určitom veku (Life expectancy at given age) vyjadruje počet rokov, ktoré v priemere ešte prežije osoba v príslušnom veku za predpokladu, že sa úmrtnostné pomery nezmenia. Zvykne sa používať aj názov nádej na dožitie alebo očakávaná dĺžka života. Je to najčastejšie používaná globálna charakteristika na hodnotenie úmrtnosti (Jurčová, 2005, s. 43).

chorobnosť, návštevnosť lekárov a počet hospitalizácií. Subjektívne sa väčšina Rómov zdravotne cíti dobre (Hajduchová, Urban, 2014, s. 47). Životnou prioritou sa zdravie stáva až v prípade viditeľných príznakov choroby. Často samotný pacient alebo aj rodina ignorujú príznaky choroby (v niektorých rómskych spoločenstvách pretrváva názor, že vyslovovanie názvu choroby, či diagnózy predstavuje jej privolávanie). Keď si chorý a jeho rodina uvedomia, že sú chorí, očakávajú a vyžadujú, aby pomoc zo strany zdravotníka bola okamžitá, rýchla a definitívna. Veľmi časté u Rómov je nadmerné využívanie služieb rýchlej zdravotnej pomoci.

V rómskom spoločenstve sa stretávame s ambivalentnými postojmi k zdravotníckemu personálu. Na jednej strane uznávajú lekára ako autoritu (má vedomosti potrebné na vyliečenie) a na strane druhej je lekár nositeľom zlých správ – stanovuje diagnózu. Čo sa týka prevencie, nemá pre niektorých Rómov žiadny zmysel. Chorého, Rómovia hromadne navštevujú, čím sa prejavuje podpora spoločenstva a fungujú ako ochranný faktor pre chorého. Tieto hromadné návštevy fungujú ako aktívne udržiavanie rodinných vzťahov. Starostlivosť o zdravie v rómskej rodine je v kompetencii žien, čo niekedy znemožňuje žene byť pacientkou a starať sa o vlastné zdravie (Kurnienková a kol., 2007, s. 17).

V súvislosti s problematikou zdravia a choroby je potrebné spomenúť pre Rómov typický strach z bolesti a smrti, a to i v prípade, že ich zdravotný stav nie je vážny. Rómovia majú nízky prah bolesti a preto aj miernu bolesť pociťujú veľmi intenzívne a vyvoláva u nich nepríjemné pocity. Sú veľmi emotívni a hlasno nariekajú. Bolesť vnímajú ako nutné zlo, ktoré sa musí odstrániť (Ivanová, 2005, s. 184). Mnoho tradícií v rómskej spoločnosti sa viaže aj k smrti a umieraniu. Majú dodnes zachovanú predstavu, že pre zomierajúceho prichádza niekto z tých, ktorí zomreli skôr a zostáva s ním až do pohrebu a potom ho sprevádza na „druhý“ svet (Rómové v Českej republike, 2014).

Za hlavné determinujúce faktory ovplyvňujúce kvalitu zdravia rómskej populácie sú v súčasnosti považované najmä:

- značná genetická záťaž rómskeho národa – vysoká incidencia kongenitálnych ochorení (napr. primárny kongentálny glaukóm, kongenitálna hypotyreóza),
- vysoká územná koncentrácia rómskeho obyvateľstva s epidemickým šírením infekčných a parazitárnych ochorení (napr. tuberkulóza, hepatitída typu A),
- nízka úroveň bývania a ekologická rizikovosť prostredia,
- nízky štandard osobnej a komunálnej hygieny,
- nevhodné stravovacie návyky, nevyhovujúca výživa,

- nižšia vzdelanostná úroveň, z ktorej môže prameniť nedostatočná úroveň zdravotného a sociálneho uvedomenia,
- zvyšujúca sa miera užívania alkoholu a tabakových výrobkov,
- nemožnosť alebo neschopnosť vyhľadať adekvátnu zdravotnícku pomoc a zakúpiť si potrebné lieky,
- nízka preočkovanosť rómskej populácie (Hajduchová, Urban, 2014, s. 46; Program podpory zdravia ..., 2009).

V súvislosti s faktormi ovplyvňujúcimi zdravie Rómov sú najčastejšími problémovými oblasťami najmä nevyhovujúce bytové podmienky, niekedy aj úplne chýbajúce základné a hygienické podmienky, nevhodný životný štýl, životospráva, reprodukčné zdravie a pod. Ďalším problémom je neschopnosť a často neochota starať sa o svoje zdravie. Tieto nedostatky prinášajú so sebou ďalšie problémy v oblasti zdravia v podobe zhoršeného zdravotného stavu, výskytu chronických ochorení a nedostatku preventívnych aktivít v tejto oblasti. Celkovo sa uvádza, že zdravotný stav rómskej minority je horší než u majoritnej spoločnosti. Je to spôsobené jednak neprispôsobivosťou rómskeho obyvateľstva, ale aj v celkovom pohľade na rómsku kultúru ako takú. Na zdravie Rómov majú vplyv aj ich charakteristické rysy, ktoré sú spojené s ich kultúrou – slabá vôľa, vytrvalosť, netrzeplivosť (Elichová, 2004, s. 203).

Výsledky štúdie *Zdravotný stav detí a žien žijúcich v chudobných komunitách SR* (Kraľovská, 2006) poukazujú na závažné nedostatky vo viacerých oblastiach, akými sú bývanie, komunálna a osobná hygiena, životný štýl, zdravotný stav a reprodukčné zdravie.

Kvalita **bývania** v rómskych obydlíach býva často na veľmi nízkej úrovni a spája sa so zvýšeným rizikom zhoršeného zdravia. Najväčšia časť segregovaných rómskych komunít (36,8 %) žije v osadách, za nimi nasleduje vidiek, v ktorom žije 33,6 % a v meste žije 26,9 %. V rámci osád, 13 % domácností žije v chatrčiach, unimobunkách a podobných nevyhovujúcich obydlíach. Veľkým problémom je preplnenosť obydlií. Na jednu miestnosť pripadajú v priemere traja ľudia a v chatrčiach až 5 ľudí, kým v celoslovenskom meradle na jedného obyvateľa pripadá jedna miestnosť. Preplnenosť sa spája s radom zdravotných problémov a zvyšuje sa nebezpečenstvo vzniku požiaru a nehôd v domácnosti. Najviac domácností chudobných komunít je 5 členných a viac ako 50 % domácností je 6 a viacčlenných. V segregovaných rómskych komunitách sú domácnosti so štyrmi až ôsmimi deťmi.

Ďalším nedostatkom v oblasti zdravotného stavu detí a žien žijúcich v chudobných komunitách SR predstavuje **komunálna a osobná hygiena**. Vodovod je u obyvateľov osád zdrojom pitnej vody v 55 % prípadoch, potom nasleduje studňa v 27,4 % prípadoch a atypické zdroje (jazero, potok, nechránený prameň) sa vyskytli v 5,1 % prípadoch. Ako ďalšie riziko súvisiace s pitnou vodou sa zistilo, že až 52 % domácností vodu pred použitím neprevára, čo vytvára podmienky na šírenie infekčných a parazitárnych chorôb. Toalety typu latríny a suché záchody dosiahlo u obyvateľov unimobuniiek a chatrčí 86 % prípadoch, v osadách 78 % prípadoch. Na pranie používajú respondenti najčastejšie iné ako automatickú práčku, a to vaňu, sud či potok, a to v 42 % (tento typ prania je opäť spojený s najbiednejšími typmi obydli). Kuchynský riad po jedle umýva spravidla v umývadle, v dreze 52 % obyvateľov, v osadách prevláda umývanie riadu vo vedre, kadi, sude a „inde“. Chýba kanalizácia, smetiská alebo odpadové jamy, či odvoz smetí.

Životný štýl rómskej populácie je charakteristický nesprávnymi stravovacími návykmi, konzumáciou alkoholu, častým fajčením, vyššou hmotnosťou a nižšou fyzickou aktivitou. Príčinou nadváhy a obezity je vysoká spotreba tučného mäsa, údenín, nízka spotreba celozrnných výrobkov, mlieka, zeleniny, ovocia (Hegyí a kol., 2012, s. 101). Nízka fyzická aktivita súvisí s vysokou nezamestnanosťou, nesprávnymi pracovnými návykmi a nesprávnym životným štýlom. Fyzická aktivita je v porovnaní s majoritnou spoločnosťou podstatne nižšia. Väčšina dospelých rómskej populácie sa podľa prieskumov pravidelne nevenuje športu. Viac ako dve tretiny opýtaných sa športu alebo cvičeniu nevenuje vôbec, necelá tretina iba príležitostne (Bartošovič, 2013, s.51).

V rómskej populácii bola zistená aj vysoká spotreba alkoholických nápojov, čo sa spája s vyšším výskytom metabolických a onkologických ochorení a ochoreniami pečene. Alkohol pijú viackrát do týždňa muži zo 17,4 % domácností a 1,5 % žien, dokonca 0,6 % žien priznalo časté pitie alkoholu v tehotenstve, konzumácia drog bola zaznamenaná u 1,3 % žien a u 2,2 % mužov. Čo sa týka fajčenia, fajčia ženy aj muži zo 70 % rómskych domácností. Tieto údaje sú značne vyššie ako v celej populácii, kde dominuje 32 % fajčiacej populácie (Kraľovská, 2006, s. 154).

Ako už bolo spomenuté, **zdravotný stav** rómskych komunit je horší a chorobnosť je iná ako pri ostatnej populácii. Vplyvom zhoršených hygienických podmienok sa v populácii Rómov objavuje najmä vysoký výskyt infekčných ochorení. V zlých sociálnych a ekonomických podmienkach dochádza k šíreniu infekcií častejšie a v prípade, ak sa nákaza neodstráni, môže dôjsť k opakovanému prepuknutiu infekcie, čo môže viesť až k epidémii. Gondášová (2008, s. 24) a Solovič a kol. (2011) udávajú alarmujúce čísla, ktoré vyjadrujú

podiel Rómov na výskyte infekčných ochorení. Podľa ich zistení je podiel Rómov na celkovom výskyte invazívnych meningokokových infekcií 68 %, svrabu 63 % a infekčnej hepatitídy A 56 %. Vysoké sú aj čísla udávajúce podiel Rómov na výskyte dyzentérie (19 %) a tuberkulózy (18 %). Na rozdiel od neinfekčných ochorení, prenosné ochorenia podliehajú podľa Zákona č. 355/2007 Z. z. (§ 11–§ 12) povinnému hláseniu do siete Regionálnych úradov verejného zdravotníctva. Vďaka tomuto zákonu je výskyt infekčných ochorení na základe príslušnosti k rôznym etnikám a na základe miesta trvalého pobytu sčasti podchytený (Hubková a kol., 2014, s. 113). Veľkým rizikom však naďalej zostáva vysoký výskyt hepatitídy B v rómskej komunite. Ochorenie, ktoré je často bez klinickej manifestácie, vedie bez včasnej liečby k závažným ochoreniam pečene, napr. vzniku cirhózy alebo hepatocelulárneho karcinómu. Podľa výsledkov štúdie Veselinyho a kol. (2014) sa vyskytuje hepatitída typu B u Rómov žijúcich na východnom Slovensku v 12,5 % oproti 1,7 % v majoritnej spoločnosti. Sérologické markery poukazujúce na aktívnu alebo prekonanú hepatitídu boli preukázané až u 53 % Rómov. Naopak výskyt hepatitídy C sa v komunite Rómov potvrdil len v 0,7 %.

Neinfekčným ochoreniam Rómov sa aj napriek ich rozšíreniu venuje menej pozornosti. Týka sa to najmä geneticky podmienených ochorení, srdcovo-cievnych ochorení, závislostí a užívania drog. Z geneticky podmienených ochorení sa vyskytuje v rómskej populácii kongenitálny glaukóm, fenylketonúria, vrodená katarakta, autozomálne dominantne dedičné polycystické ochorenie obličiek a galaktozinázový deficit (Stupák a kol., 2013, s. 88). Srdcovo-cievne ochorenia patria tiež pomerne k často sa vyskytujúcim ochoreniam v rómskej populácii. Rizikové faktory metabolického syndrómu – obezita, inzulínová rezistencia, vysoká hladina triglyceridov, zníženie ochranného HDL cholesterolu a hypertenzia ohrozujú Rómov srdcovo-cievnymi ochoreniami už v mladšom veku. Podľa Babinskej et al. (2013, p. 417), v skupine Rómov bol pozorovaný vyšší výskyt obéznych ľudí (26 % oproti 13 % nerómskeho obyvateľstva), fajčiarov (47 % oproti 19 % nerómskeho obyvateľstva) a ľudí s nízkymi hodnotami HDL cholesterolu (67 % oproti 32 % nerómskeho obyvateľstva). Potvrdil sa aj zvýšený výskyt terminálneho zlyhania obličiek, pričom príčinou môže byť jednak genetická predispozícia, ako aj zvýšený výskyt diabetickej nefropatie u Rómov, neskorá diagnostika a nedostatočná prevencia v zmysle kontroly rizikových faktorov (Kolvek et al., 2012, p. 752). O závislostiach a o užívaní drog v rómskych komunitách existuje len málo informácií. Údaje o užívaní alkoholu a drog sú silne ovplyvnené disimuláciou a sú evidentne falošne nižšie ako v skutočnosti. V rómskej populácii bola zistená vysoká spotreba alkoholických nápojov. Podľa Mušinku (2009, s. 42) sa dá povedať, že čím je sociálna úroveň

komunity nižšia, tým nižší je aj vek, kedy sa konzumácia alkoholu a fajčenie všeobecne toleruje. Platí pri tom pravidlo, že skôr sa toleruje fajčenie ako pravidelné užívanie alkoholu. Čo sa týka rodového vnímania platí, že miera tolerancie pri konzumácii alkoholu sa výrazne odlišuje v prípade žien a v prípade mužov. Pravidelné konzumovanie alkoholu v prípade žien je veľmi výrazne netolerované. Výnimku tvoria sociálne najslabší členovia komunity, alebo sociálne slabé komunity ako celok. Fajčenie a cigarety sú v rómskych komunitách prítomné vo výraznej miere, podobne ako alkohol, ale ich užívanie výrazne kolíše v závislosti od komunity. Závislosť na fajčení sa vyskytuje u Rómov v pomerne nízkom veku, čo sa spája aj s výskytom respiračných ochorení. Najčastejšími drogami, ktoré sa užívajú v rómskych komunitách sú drogy na báze organických rozpúšťadiel (fetovanie toluénu). Užívatelia toluénu majú mnoho spoločných charakteristík – patria do sociálne najslabšej vrstvy v príslušnej komunite a sú v nej hodnotení veľmi negatívne. Fetovanie toluénu je jedna z mála drogových závislostí, užívanie ktorého je veľmi ťažké zatajiť. Vzhľadom na typický zápach toluénu je užívateľ veľmi rýchlo identifikovaný. Tvrdé drogy sa v rómskych komunitách zatiaľ vyskytujú zriedkavejšie (finančná nedostupnosť), ale majú stúpajúcu tendenciu výskytu. Užívanie tvrdých drog u Rómov sa v zásade vyskytuje iba v mestskom prostredí. Výskyt užívania drog kanabisového typu (marihuana) a drog amfetamínového typu (extáza) je zaznamenaný aj v iných ako v mestských lokalitách. Hlavne v prípade marihuany, ktorá sa v rómskych komunitách vyskytla už aj v niektorých obciach. Takmer vo všetkých rómskych komunitách sa zaznamenalo nadmerné užívanie liekov, hlavne Ibuprofenu, Paracetamolu a Diazepamu (Bartošovič, 2013, s. 45; Mušinka, 2009, s. 42).

Z hľadiska hodnotenia zdravotného stavu detskej rómskej populácie, vyskytuje sa všeobecne vyššia prevalencia infekčných ochorení, poranení, otráv a iných následkov vonkajších príčin, podmienená environmentálnymi rizikami, ktorým sú deti často vystavené. Smrteľné úrazy u rómskych detí vo veku 0 – 14 rokov sú až dvojnásobne vyššie v okresoch s vysokým podielom rómskeho obyvateľstva (Revúca, Rožňava, Vranov nad Topľou). Slovenskí Rómovia majú najvyšší koeficient inbrídingu (príbuzenských manželstiev) v Európe, čo u nich zvyšuje pravdepodobnosť výskytu viacerých genetických porúch (Zdravotná starostlivosť v sociálne ..., 2007, s. 31). U rómskych detí sú pomerne časté hospitalizácie v súvislosti s nevedomosťou rodiny včas diagnostikovať ochorenie a z dôvodu častých úrazov. Často prichádzajú na lekárske ošetrovanie do nemocnice neskoro a to najmä vtedy, keď sú u dieťaťa rozvinuté komplikácie.

Problematickou oblasťou v prevencii a podpore zdravia je očkovanie rómskych detí. Ako uvádza Bartošovič (2013, s. 37), výsledky kontroly očkovania v SR poukazujú na

pomerne vysokú úroveň zaočkovanosti detskej populácie (v celoslovenskom meradle je to 97,1 % – 99,4 %). V rámci pracovísk – ambulancií praktického lekára pre deti a dorast hranicu 90 % nedosiahlo 90 zdravotných obvodov, čo predstavuje 7 % z celkového počtu ambulancií 1282. Nízka zaočkovanosť bola zaznamenaná v Košickom, Prešovskom a Banskobystrickom kraji. Príčiny nízkej zaočkovanosti sú spájané s neintegrovanou a čiastočne integrovanou rómskou populáciou, s častou migráciou, s odmietnutím očkovania. Bartošovič (2013, s. 38) uvádza najčastejšie príčiny nízkej zaočkovanosti, medzi ktoré patrí:

- uplatnenie trvalých kontraindikácií (detským neurológom),
- prevaha rómskych detí v danom zdravotnom obvode,
- neočkovanie detí zo sociálne slabých rodín; narodenie detí v zahraničí (chýba záznam v očkovačom preukaze, alebo samotný očkovací preukaz),
- nedostatok (príp. zrušenie) terénnych zdravotných asistentov, ktorí pomáhali pri zabezpečovaní očkovania v rómskych osadách,
- nezodpovedný prístup rodičov nerešpektujúcich výzvy pediatrov – nevedomosť,
- nedostatočná informovanosť matiek
- časté striedanie sestier v zdravotných obvodoch.

Pre ženy rómskeho etnika je z hľadiska **reprodukčného zdravia**, ako už bolo vyššie uvedené, typická zvýšená pôrodnosť a nízky vek prvorodičiek. Veková hranica vo vzťahu k prvému tehotenstvu sa znižuje a pohybuje sa okolo 15. roku. Budúce matky navštevujú prenatalnú poradňu veľmi sporadicky alebo vôbec. K špecifikám rómskych rodičiek patrí aj opúšťanie nemocnice bezprostredne po ukončení pôrodu, prípadne sa rozhodnú rodiť doma. Pôrod v prostredí rómskych domácností predstavuje vysoké riziko pre matku aj dieťa. V prevencii pôrodov doma je potrebné zvýšiť úsilie zdravotníckych pracovníkov v edukácii rómskych žien, zdôrazňovať nevyhnutnosť návštev poradní pre tehotné a riziká hroziace pri pôrode doma novorodencovi aj matke.

V rámci plánovania rodičovstva, 67 % žien zo segregovaných rómskych komunit nepoužíva žiadny spôsob plánovania rodičovstva, 33 % žien využíva antikoncepcie vo forme zavedenia vnútromaternicového telieska alebo hormonálnej antikoncepcie (Kraľovská, 2006, s. 152–157).

Aj napriek tomu, že rómska minorita predstavuje najpočetnejšiu etnickú minoritu v Európe, chýbajú relevantné výskumy zaoberajúce sa zdravotným stavom Rómov. Na presné vyjadrenie chýbajú štatistické údaje, ktoré by opisovali presný zdravotný stav rómskej

populácie. Absentujú výskumy sociologické, etnologické, ale aj psychologické, ktoré by konkretizovali obsah niektorých fenoménov súvisiacich so zdravím/chorobou, napr. zmapovanie mentálnych a sociálnych reprezentácií zdravia a choroby. Asi 70 % odborných publikácií k téme rómska minorita a zdravie sa vzťahuje k štyrom krajinám, medzi ktoré patria Česká republika, Maďarsko, Slovenská republika a Španielsko (Hajioff, McKee, 2000, p. 864).

Programy na podporu zdravia v rómskej populácii

V SR v súčasnosti neexistuje komplexný systém monitorovania zdravotného stavu znevýhodnených skupín obyvateľstva, ani právna úprava, ktorá by podporovala realizáciu aktivít a verejných politík, ktoré riešia otázku zdravotného stavu obyvateľov rómskych osád. Vzhľadom k tejto skutočnosti vznikli v súvislosti so zlepšením zdravotného stavu viaceré programy, ktoré sa snažia zlepšovať dostupnosť zdravotnej starostlivosti predovšetkým pre príslušníkov marginalizovaných rómskych komunít.

Cieľom špeciálnych zdravotných programov je znížiť nerovnosti v zdraví rómskej komunity a pritom sa zamerať predovšetkým na nástroje, ktoré budú viesť k zvýšeniu individuálnej zodpovednosti za zdravie, vzdelanie, zamestnanie a sociálny status.

V nasledujúcom texte sú bližšie uvedené charakteristiky projektov, ktoré sa v súčasnosti realizujú a prebiehajú na Slovensku. Ide o projekty *Zdravé komunity*, *Zdravé komunity – Advokácia*, *Program podpory zdravia znevýhodnených rómskych komunít na Slovensku 2007 – 2015*, *Projekt Atlas rómskych komunít 2013*.

Projekt **Zdravé komunity** je celoslovenským projektom, ktorý je zameraný na prevenciu a osvetu zdravia v rómskych komunitách, ktorý začala realizovať mimovládna organizácia *Asociácia pre kultúru, vzdelávanie a komunikáciu* ako pilotný projekt v roku 2003 v 11 rómskych lokalitách. V súčasnosti prebieha v 32 segregovaných a separovaných lokalitách s rómskou populáciou.

Projekt *Zdravé komunity* v súčasnosti ako jediný na Slovensku venuje pozornosť problematike terénnych zdravotných asistentov⁵ a je fungujúcim podporným systémom

⁵ Terénny zdravotný asistent je každý asistent, ktorý absolvoval dvojstupňové odborné vzdelávanie v oblasti prevencie šírenia nákaz, infekčných a epidemických ochorení, ďalej poskytovania prvej pomoci, merania krvného tlaku a použitia materiálu zo zdravotnej brašne. Zdravotní asistenti sú školení v oblasti základov biológie človeka, v oblasti starostlivosti o tehotné ženy a novorodencov, ovládajú základy špecializovaného poradenstva v oblasti zdravotníctva a základné komunikačné zručnosti v práci s rómskou komunitou. Popri každodennej práci v teréne vykonávajú aj osvetovú činnosť, akou je napr. organizovanie prednášok o hygiene, infekčných ochoreniach, sexuálnej výchove a pod. Ich činnosťou sa v rómskych osadách podarilo už v prvých mesiacoch projektu odhaliť zdroje tuberkulózy, svrabu či žltacku.

zameraným na zdravotnú osvetu a prevenciu v prostredí segregovaných a rómskych komunitách a do istej miery supluje oblasť sociálnej a zdravotnej starostlivosti o obyvateľov segregovaných osád, ktorú by mal poskytovať štát. Cieľovou skupinou projektu sú obyvatelia osád na východnom a severnom Slovensku. Vo vybratých lokalitách sa projekt zameriava na rómsku populáciu, ktorá žije v zlých životných a sociálnych podmienkach.

Základnými cieľmi projektu Zdravé komunity sú:

- implementácia modelu šírenia zdravotnej osvetu a zdravotnej výchovy s cieľom zvýšenia zdravotného uvedomenia rómskej populácie,
- zlepšenie zdravotného stavu rómskej populácie a zvýšenie záujmu Rómov o zdravotnú starostlivosť,
- zlepšenie informovanosti rómskej populácie o prenosných ochoreniach (infekčných a parazitárnych),
- zlepšenie informovanosti rómskej populácie o dostupnej zdravotnej starostlivosti, právach pacienta a poistenca,
- zvýšenie úspešnosti povinného očkovania, dodržiavanie očkovacej schémy a predchádzanie zanedbávania povinného očkovania,
- zvýšenie počtu preventívnych zdravotných prehliadok rómskych detí a ďalších vekových kategórií,
- zvýšenie prevencie pred vybranými infekčnými chorobami,
- vytvorenie kontaktu a zlepšenie komunikácie medzi lekármi všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre deti a dorast, lekármi všeobecnej ambulantnej starostlivosti pre dospelých a rómskou komunitou; v prípade potreby poskytovanie sociálneho sprievodu,
- zlepšenie situácie v oblasti komunálnej a osobnej hygieny,
- zvýšenie osvetu v oblasti sexuálnej výchovy,
- zvýšenie vzdelanostnej úrovne v segregovaných rómskych komunitách,
- zvýšenie zamestnanosti v segregovaných rómskych komunitách (napr rómski zdravotní asistenti a koordinátori),

Cieľom programu je, aby v každej rizikovej lokalite pôsobil jeden zdravotný asistent, ktorý bude z lokality, v ktorej bude pôsobiť. Ľudia budú voči nemu pociťovať väčšiu dôveru, čo odbúra prvé problémy pri prekonávaní bariér (Splnomocnenec vlády pre rómske komunity, 2013; Terénni zdravotní asistenti ..., 2013).

- posilnenie postavenia rómskych žien v komunite (Zdravé komunity, Slovensko, ..., 2003).

Projekt **Zdravé komunity – Advokácia** je nadstavbou k dlhodobému projektu Zdravé komunity a realizuje sa v troch spádových lokalitách na východnom Slovensku (Prešov, Poprad, Spišská Nová Ves). Zámerom projektu je nadviazať na už existujúce aktivity s praktickými výsledkami, ďalej ich rozvíjať a podporiť realizáciu a rozšírenie osvetových programov zameraných na zdravotnú výchovu preukázaním potrebnosti pozície terénneho zdravotného asistenta. Hlavným cieľom projektu je dosiahnuť zaradenie pozície terénneho zdravotného asistenta osvetu zdravia v prostredí rómskych komunít do katalógu pracovných činností a systematizovať program osvetu zdravia v rómskych komunitách na celom území SR. Ďalej je cieľom projektu poukázať na možnosti využitia ľudských zdrojov priamo z prostredia segregovaných osád a na skutočnosť, že prostredníctvom vykonávania tejto pozície je možné zamestnať obyvateľov rómskych osád a realizovať zároveň aktivity prospešné pre komunitu. Projektové aktivity sú smerované k podpore a posilňovaniu pozície terénneho zdravotného asistenta ako štandardnej pracovnej pozície a k získavaniu ďalších partnerov z prostredia mimovládnych organizácií a zodpovedných inštitúcií, ktorí budú tento cieľ aktívne podporovať a presadzovať (Zdravé komunity – advokácia ..., 2012).

Program podpory zdravia znevýhodnených rómskych komunít na Slovensku 2007 – 2015 je významným programovým dokumentom, schváleným vládou SR. Realizátorom programu je MZ SR v spolupráci s Úradom splnomocnenca vlády SR pre rómske komunity, regionálnymi úradmi verejného zdravotníctva, Slovenskou zdravotníckou univerzitou a mimovládnymi organizáciami. Program deklaruje hlavné ciele, medzi ktoré patrí podpora rovnosti a spravodlivosti v zdraví, zlepšenie zdravotného stavu a životného štýlu a zvýšenie individuálnej zodpovednosti za vlastné zdravie.

Očakávanými výstupmi z návrhu programu je zlepšenie zdravotného stavu a pozitívna zmena životného štýlu, zvýšenie zdravotného uvedomenia a celkovo zvýšenie zodpovednosti za vlastné zdravie. S tým súvisí aj podpora integrácie, zvýšenie šance zamestnať sa, podpora pre dosiahnutie vyššieho vzdelania, zvýšenie kvality života a zlepšenie sociálno-ekonomického statusu. V súčasnosti je druhá etapa programu realizovaná v 12. okresoch SR (Košice, Prešov, Poprad, Rimavská Sobota, Rožňava, Spišská Nová Ves, Bardejov, Banská Bystrica, Stará Ľubovňa, Michalovce, Humenné, Vranov nad Topľou) (Program podpory zdravia ..., 2009).

Okrem samotného Programu podpory zdravia znevýhodnených rómskych komunít na Slovensku 2007 – 2015 je potreba zlepšovania zdravia v marginalizovaných rómskych spoločenstvách akcentovaná aj v takom dokumente, ako napr. **Projekt Atlas rómskych komunít 2013**, ktorý je zameraný na monitorovanie životných podmienok rómskej populácie. Atlas by mal podľa jeho tvorcov poskytnúť východisko pre verejnú správu, neziskový a súkromný sektor pri nastavovaní cielených verejných politík a programov zameraných na zlepšovanie životných podmienok a sociálnu inklúziu rómskej populácie.

Starostlivosť o rómsku populáciu z pohľadu zdravotníckeho pracovníka

Rómska populácia je v rámci Slovenska najväčšou marginalizovanou skupinou a vzhľadom k tejto skutočnosti sa s rómskym obyvateľstvom stretávajú sestry nielen v zariadeniach ústavnej zdravotnej starostlivosti, ako sú nemocnice, liečebne, hospice a pod., ale aj sestry pracujúce v ADOS. S rómskou populáciou sa sestry stretávajú na celom území SR, avšak najčastejšie v oblastiach východného Slovenska, kde je aj podľa projektu *Atlas rómskych komunít na Slovensku 2013* (2014, s. 14), zastúpenie rómskej populácie v rámci obyvateľstva najpočetnejšie.

Pre Rómov je prakticky „povinnosť“ starať sa o chorých v domácom prostredí a v rodinnom kruhu. Pri starostlivosti v domácom prostredí pretrvávajú ešte stále prvky rómskych tradícií, ktoré sa často navzájom vylučujú s liečebným režimom. Zdravotníci, ktorí majú bohaté skúsenosti s ošetrovaním rómskych pacientov sa snažia o koordináciu a zosúladenie rómskych tradícií so súčasným liečebným režimom a potom aj ich intervencie sú u Rómov vysoko akceptované. Zároveň, niektorí Rómovia pripúšťajú častejšie využívanie služieb týchto zdravotníckych zariadení ambulantnej zdravotnej starostlivosti.

V rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti Rómom v ich domácom prostredí ale aj v zdravotníckych zariadeniach, stretáva nielen s ich dobrosrdečnosťou, s pohostinnosťou, so súdržnosťou, s úctou voči starším, ale aj s ich neprispôsobivosťou, s hlučnosťou, s nedisciplinovanosťou, s nedodržiavaním liečebného a domáceho režimu chorých i jeho rodiny, s komunikačnou bariérou, agresivitou a s iným nevhodným správaním chorých (nátlak, vydieranie, emotívne prejavy).

Rómsky pacient je „iný“ svojím správaním, emóciami, rodinnými vzťahmi, jazykom a nižšou úrovňou vzdelania. Rómovia chápu zdravie ako možnosť fungovať bez obmedzenia. Choroba znamená pre nich niečo zlé, nežiaduce. V akútnom štádiu ochorenia je rómsky pacienta ochotný a schopný dodržiavať liečebný režim, avšak po stabilizácii stavu a subjektívnom vnímaní jeho zlepšenia prestáva spolupracovať na dodržiavaní liečebného

režimu. Zdravotná a ošetrovateľská starostlivosť býva často neefektívna najmä vtedy, keď sa Rómovia vracajú z nemocničného prostredia späť do príbytkov, kde sa vyskytuje prostredie, ktoré neprospieva ich zdraviu. V domácom prostredí jednotlivec neužíva lieky, požíva alkoholické nápoje, ignoruje kontroly u lekára všeobecnej ambulantnej starostlivosti (Hudáková, 2011, s. 23). Ošetrovanie rómskych pacientov býva pre zdravotníkov pomerne náročné nielen po fyzickej, ale aj po psychickej stránke.

Veľký problém spočíva v nedôvere Rómov k zdravotníckym pracovníkom. Ku každému rómskemu pacientovi je potrebné pristupovať individuálne. Dôležité je, aby zdravotnícky personál preukázal ochotu im pomôcť, aby prejavil záujem a tiež rešpekt, čím si vytvára autoritu. Rómovia musia cítiť, že sa im prišlo pomôcť a poradiť. Dobrý vzťah sa buduje zdĺhavo a ťažko a výsledky dlho neprichádzajú, ale po dlhšom čase sa situácia vylepšuje a zdravotník získava dôveru Rómov.

V rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti je potrebné poznať špecifiká **komunikácie** s rómskym pacientom. Komunikácia rómskej populácie sa výrazne odlišuje od komunikácie majority v strednej Európe. V SR hovorí a rozumie rómskemu jazyku väčšina Rómov. Rómčina je používaná vo viacerých dialektoch, z nich najrozšírenejší je dialekt východoslovenský, ktorým hovorí asi 80 % Rómov. Tento dialekt sa ďalej člení do rôznych podskupín, podľa regiónov a lokalít, v ktorých Rómovia žijú (Davidová, 2004, s. 20). Komunikácia je špecifická najmä neverbálnymi prejavmi, využívaním jedného jazyka a určitým špecifikom je, že pri komunikácii nedodržiavajú osobné teritórium.

Rómovia majú vyvinutý zmysel pre poznanie človeka „od oka“ a intuíciou. Pri komunikácii spracovávajú najmä mimoslovné informácie. Dokážu „prečítať“ podtext každej veci. V porovnaní s majoritou majú vyššiu schopnosť empatie v konaní a správaní k druhým. Róm sa nebojí kritiky, ak je vyslovená úprimne a taktne. Neznášajú kritiku vyjadrovanú verejne (Šišková a kol., 2001, s. 182). Rómovia nerozumejú irónii. V komunikácii Rómov je vysoký podiel emócií. Pri probléme, rozporení, zúfalstve sú prejavy emócií intenzívne, pričom Róm nevidí ostatné veci, ktoré sú pozitívne a neohrozujúce. Preto je nutné brať niektoré informácie ako relatívne. To isté platí aj pri prežívaní pozitívnych emócií. S týmito špecifikami súvisí aj ďalší znak rómskej komunikácie a to je nízka generalizácia (význam častého opakovania informácií, využívanie demonštračných metód, napr. demonštrácia určitej činnosti akou je meranie krvného tlaku, kontrola glykémie). Častým problémom v rámci komunikácie je komunikácia s rodinou pacienta. Dôležité je vedieť, komu informácie poskytovať, kto jedná so zdravotníckym personálom. Spravidla býva touto osobou muž –

hlava rodiny, alebo muž, ktorý je rodine veľmi blízky. V niektorých prípadoch to môže byť matka rodiny (Ivanová, 2005, s. 183–184).

Už spomínané psychologické osobitosti (slabšia vôľa, netrpezlivosť, nesamostatnosť bez rodiny, temperament) sa môžu prejavovať v spolupráci a vzájomnej komunikácii pri ochorení Róma. Väčšinu lekárskeho rozhodnutí konzultujú so svojou rodinou.

Na to, aby zdravotník nadviazal komunikáciu, je potrebné získať dôveru, rešpektovať rómske pravidlá a zvyky, porozumieť konkrétnym problémom rodiny. V správnej komunikácii je potrebné prispôbiť aj slovnú zásobu. Dôležitá je neustála spätná väzba. Je nutné poznať špecifiká ich komunikácie, ku ktorým patrí:

- používanie jasného, jednoduchého, každodenného jazyka, vysvetľovanie akýkoľvek odborných termínov,
- získanie dôvery rómskeho pacienta i jeho rodiny,
- vnímanie a sledovanie neverbálnej komunikácie Rómov,
- rešpektovanie emócií Rómov, nezosobňovanie ich emočných atakov,
- rešpektovanie hodnotového systému a hierarchie životných hodnôt,
- kladenie dôrazu na partnerský vzťah, záujem o pacienta,
- kritizovanie v súkromí, nie pred veľkým kolektívom,
- konzultovanie s uznávaným predstaviteľom rodiny pri dôležitých rozhodnutiach (Maryšková, 2010; Šišková a kol., 2001, s. 148).

Súčasťou intervencií v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti, sú aj intervencie zamerané na výchovu k zdraviu a edukáciu rómskych občanov vyplývajúce z aktuálneho zdravotného problému. Tieto intervencie sú zamerané napr. na: zdravie detí (starostlivosť o novorodenca, dojčenie, očkovanie detí, správna výživa detí, prevencia úrazov a otráv u detí), zdravie rómskych žien, plánovanie rodiny (antikoncepcia, psychofyzická príprava na pôrod, zmeny v gravidite), správna výživa, dodržiavanie základných hygienických návykov, dodržiavanie liečebného režimu, prevencia výskytu infekčných ochorení. Dôležité je, aby všetky zdravotno-výchovné a edukačné aktivity prebiehali priamo v domácom prostredí Rómov.

Významná je aj spolupráca s terénnymi zdravotnými asistentami, ktorí napomáhajú zdravotníkom pri prekonávaní bariér v ošetrovateľskej starostlivosti priamo v rómskych osadách. Terénny zdravotný asistent je obvyčajne prvou kontaktnou osobou medzi pacientom –

Rómom a zdravotníkom. V praxi sa môžeme tiež stretnúť s pojmami ako *rómsky zdravotno-sociálny pracovník* a *rómsky zdravotný asistent*.

Pri starostlivosti o Rómov môže byť zdravotník v niektorých prípadoch ako už bolo spomenuté vyššie, vystavený rizikovým situáciám z hľadiska jej bezpečnosti. Zdravotník pri vstupe do rómskych obydlií musí byť na takéto situácie pripravený. To znamená, že musí sledovať situáciu okolo seba, mať v mysli vytvorený plán riešenia prípadnej krízovej situácie a nedovoliť, aby jej konanie ovládal strach. Zdravotník musí dbať aj na svoju bezpečnosť:

- pred vstupom do obydliia Rómov zistiť čo najviac informácií, kto tam žije, koľko je prítomných, kto je na návšteve,
- ak už mal zdravotník negatívnu skúsenosť so správaním pacienta, zabezpečí si doprovod, napr. s terénnym zdravotným asistentom,
- ak dôjde v obydlií ku konfliktu medzi obyvateľmi, nesnažiť sa konflikt riešiť, z obydliia treba okamžite odísť,
- pri cestovaní do rómskej osady autom skontrolovať uzamknutie auta, nenechávať žiadne veci v aute,
- pri príchode k autu, skontrolovať či nie je násilne otvorené, porušené,
- je vhodné, aby pri návšteve rómskeho obydliia zostal niekto aj pri aute, napr. šofér, terénny zdravotný asistent.

Najčastejšie problémy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti o rómsku populáciu môžeme pozorovať zo strany zdravotníkov, ale aj rómskej populácie. Zo **strany zdravotníkov** je to nedostatočné porozumenie charakteristikám a kultúre Rómov medzi poskytovateľmi domácej ošetrovateľskej starostlivosti (solidarita medzi členmi skupiny, hygienické zvyky, smútočné rituály); pretrvávajúce predsudkov a stereotypov (zovšeobecňovanie správania sa určitej skupiny Rómov alebo rodiny Rómov) a komunikačné bariéry. Zo strany **rómskej populácie** je to neochota navštevovať zdravotnícke zariadenia; nedostatočné alebo nadmerné využívanie služieb zdravotnej starostlivosti; nevedomosť o zdravotníckych zariadeniach; nedôvera v systém verejných zdravotníckych služieb a pretrvávajúce ťažkosti s liečbou. Vyplýva to aj z určitej stigmatizácie rómskej populácie – v majoritnej spoločnosti sa často stretávame s predsudkami, s nedôverou, s neporozumením až rasizmom voči rómskej populácii. Dané problémy zo strany zdravotníckych pracovníkov, ale aj zo strany rómskej populácie by mali byť postupne minimalizované, nakoľko je domáca ošetrovateľská starostlivosť zameraná na poskytovanie multidisciplinárnej starostlivosti

pacientom všetkých vekových kategórií bez rozdielu veku, rasy, pohlavia, náboženskej či politickej orientácie (Fendrychová, Marková, 2009 in Kožuchová, 2014, s. 29).

Poznanie základných charakteristík a špecifických prejavov v správaní rómskej komunity a následné využitie získaných poznatkov v každodennej praxi sestier pri ošetrovaní rómskeho pacienta môže prispieť k zníženiu existujúcich nedostatkov, k zlepšeniu zdravia a životnej úrovne Rómov a tiež aj k zníženiu napätia medzi majoritnou a minoritnou spoločnosťou.

Zoznam bibliografických odkazov

Atlas rómskych komunit na Slovensku 2013. 2013 [online]. 2013. [cit.2014-09-22] 122 s.

Dostupné na internete: http://www.iazasi.gov.sk/external/37/atlas_rom-kom.pdf

BABINSKA, I. et al. 2013. Is the cardiovascular risk profile of people living in Roma settlements worse in comparison with the majority population in Slovakia? In *International Journal of Public Health*. 2013, vol. 58, no. 3, p. 417–425.

BAJTAYOVÁ, BEDNÁRIKOVÁ, E. 2010. *Kultúra znevýhodnených skupín obyvateľstva*.

[online]. 2010 [cit.2015-04-04]. Dostupné na internete:

<http://old.culture.gov.sk/sekcie/kultura-znevychodnenych-skupin-obyvatelstva>.

BARTOŠOVIČ, I. 2013. Rómovia. In MORICOVÁ, Š. a kol. *Znevýhodnené skupiny vo verejnom zdravotníctve*. Bratislava : VEDA, 2013. ISBN 978-80-224-1278-0. s. 15–72.

DAVIDOVÁ, E. 2000. Romové v poválečnom Československu. In *Rómovia včera, dnes, zajtra*. Ed. E. Poláková. 1.vyd. Nitra : Katedra rómskej kultúry, PF UKF, 2000. ISBN 80-8050-302-8, s.6-18.

DAVIDOVÁ, E. 2004. *Romano drom: Cesty Romů 1945-1990*. 2 vyd. Olomouc :

Interference, 2004. 273 s. ISBN 80-244-0524-5.

DRAGANOVÁ, H. a kol. 2006. *Sociálna starostlivosť*. Martin : Vydavateľstvo Osveta, 2006. 196 s. ISBN 78-80-8063-240-3.

GONDÁŠOVÁ, I. 2008. Zdravie rómskych žien v osadách a možnosti zlepšenia. In *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metodík*. 2008, roč. 14, č. 1, s. 24–27.

HAJDUCHOVÁ, H. – URBAN, D. 2014. Sociální determinanty zdraví romské populace. In *Kontakt*. 2014, roč. 16, č. 1, s. 44–49.

HAJIOFF, S. – McKEE, M.2000. The health of the Roma people: a review of the published literature. In *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2000, vol. 54, no. 11, s. 864–869.

- HARTL, P. – HARTLOVÁ, H. 2000. Psychologický slovník. Praha : Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-717-8303-X.
- HEGYI, L. a kol. 2012. *Sociálna gerontológia*. 1. vyd. Bratislava : HERBA, 2012. 176 s. ISBN 978-80-89171-99-6.
- Hegy, L. 2013. *Rizikové faktory zraniteľnosti*. [online]. 2013 [cit.2015-09-06]. Dostupné na internete: <http://verejnezdravotnictvo.szu.sk/SK/2013/3/Hegy.pdf>.
- HUBKOVÁ, B. a kol. 2014. Zdravie Rómov na východnom Slovensku. In *Človek a spoločnosť* [online]. 2014, roč. 17, č. 1, s. 112–116 [cit. 2014-09-13] Dostupné na internete: <http://www.saske.sk/cas/zoznam-rocnikov/2014/1/6076/>
- HUDÁKOVÁ, Z. 2011. Špecifiká starostlivosti o rómskych pacientov. In *Sestra a lekár v praxi*. 2011, roč. 10, č. 3–4, s. 22–24.
- IVANOVÁ, K. Národnostní, etnické a kulturní menšiny a našem území. In IVANOVÁ, K. a kol. *Multikulturní ošetřovatelství I*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1212-1, s. 165–204.
- JUROVÁ, A. 2000. Vývoj postavenia Rómov na Slovensku a otázky ich „integrácie“ do spoločnosti. In *Integrácia Rómov na Slovensku, Etnologia Actualis Slovaca*. Ed. J. Janto. 2. vyd. Trnava : Univerzita sv. Cyrila a Metoda, 2000. ISBN 80-968191-9-4, s. 9–31.
- JAKOUBEK, M. – HIRT, T. 2004. *Romové: kulturologické etudy : etnopolitika, příbuzenství a sociální organizace*. Plzeň : Aleš Čeněk s.r.o., 2004. 383 s. ISBN 80-86473-83-X.
- KOLVEK, G. et al. 2012. End-stage renal disease among Roma and non-Roma: Roma are at risk. In *International Journal of Public Health*. 2012, vol. 57, no. 4, p. 751–754.
- KURNIENKOVÁ, N. a kol. 2007. Rómska populácia na Slovensku. In autor *Zdravotná starostlivosť v sociálne vylúčených rómskych komunitách*. Madrid : Fundación Secretariado Gitano, 2007. ISBN s. 13–23.
- KUMANOVÁ, Z. – DŽAMBAZOVIČ, R. 2002. Rómska rodina: na rozhraní medzi tradicionalitou a modernitou. In *Čačipen pal o Roma. Súhrnná správa o Rómoch na Slovensku*. Ed. M. Vašečka. 1.vyd. Bratislava : Inštitút pre verejné otázky, 2002. ISBN 80-LUŽICA, R. 2004. *Kapitoly z Rómskej kultúry*. 1.vyd.,Trnava: Trnavská Univerzita, Fakulta Zdravotníctva a sociálnej práce, 2004. 97s. ISBN 80-891-0434-7.
- MANN, A. B. 1992. Sú Rómovia neznámi? In MANN,A.B. *Neznámi Rómovia*. 1. vyd. Bratislava : Ister Science Press, Národopisný ústav SAV, 1992. ISBN 80-900486-2-3, s. 7-9.
- MAREŠ, J. – HODAČOVÁ, L. – BÝMA, S. 2005. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. 212 s. ISBN 80-246-1062-0.

MARYŠKOVÁ, A. 2010. Specifika poskytování zdravotní péče romskému pacientu. In *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 2, s. 26 – 28.

MORICOVÁ, Š. a kol. 2013. *Znevýhodnené skupiny obyvateľstva*. Bratislava : VEDA, 2013. ISBN 978-80-224-1278-0. 144 s.

MUŠINKA, A. 2009. Drogy v rómskych komunitách – antropologický pohľad. In: *Rómovia – Roma – Romanies – kultúra a vzdelanie: zborník príspevkov z medzinárodnej konferencie*. Košice: Štátna vedecká knižnica, 2009. s. 41-49.

Program podpory zdravia znevýhodnených komunit na Slovensku na roky 2009-2015. [online]. 2009 [cit.2014-05-04]. Dostupné na internete: http://www.uvzsr.sk/docs/info/podpora/romovia/romovia_2_etapa.pdf.

Prvé výsledky ATLASU rómskych komunit na Slovensku 2013. [online]. 2014 [cit.2014-05-04]. Dostupné na internete: http://www.minv.sk/?atlas_2013.

ŘÍČAN, P. 1998. *S Romy budeme žít – jde o to jak*. Praha : Portál, 1998. 149 s. ISBN 80-7178-410-9.

Rómové v České republice. Stáří. [on-line]. [citované 2014-10-05] Dostupné na internete : <http://romove.radio.cz/cz/clanek/18074>.

ROUS, J. 2001. Romské dítě ve škole. In *Práce s romskou mládeží*. Sborník příspěvků z odborného semináře. Praha : Salesiánská provincie, 2001. ISBN s. 48–51.

SOLOVIČ, I. a kol. 2011. Tuberkulóza a parazitózy u marginalizovanej rómskej populácie na Slovensku. In *Verejné zdravotníctvo* [online]. 2011, roč. 8, č. 2, [cit.2014-05-04]. Dostupné na internete: <http://www.verejnezdravotnictvo.sk>.

SABOL, J. 2005. Múdre slová starých Rómov. Zvolen : Gymnázium, Môťovská cesta, 2005. 22 s. ISBN

STUPÁK, M. a kol. 2013. Zdravotný profil marginalizovaných rómskych komunit na Slovensku. In *Zborník odborných a vedeckých príspevkov projektov zo ŠF EÚ*. Košice : LF UPJŠ 2013, ISBN 978-80-8152-073-0, s.85- 90.

ŠAROCH, V. 2008. Rizikové situace z hlediska bezpečnosti terénního pracovníka. In JANOUŠKOVÁ, K., NEDĚLNÍKOVÁ, D. (Eds.). *Profesní dovednosti terénních pracovníků Sborník studijních textů pro terénní pracovníky*. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě Zdravotně sociální fakulta – katedra sociální práce. 2008. ISBN 978-80-7368-503-4, s.427 – 457.

ŠIŠKOVÁ, T. a kol. 2001. *Menšiny a migranti v České republice*. Praha : Portál, 2001. 188 s. ISBN 978-80-7178-648-1.

ŠLECHTOVÁ, D. – BÜRGEROVÁ, O. 2009. Specifika romského etnika ve vztahu k poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče. In *Kontakt*, č.1, roč.11, s.187 -192.

Terénni zdravotní asistenti pre rómske komunity sú už vyškolení. [online]. 2013. [cit.2014-09-29] Dostupné na internete: http://www.minv.sk/?spravy_rk&sprava=terenni-zdravotni-asistenti-pre-romske-komunity-su-uz-vyskoleni

TOKÁR, A., LAMAČKOVÁ, A. 2002. Legislatívny a inštitucionálny rámec riešenia rómskej problematiky. In *Čačipen pal o Roma. Súhrnná správa o Rómoch na Slovensku*. Ed. M. Vašečka. 1.vyd. Bratislava : Inštitút pre verejné otázky, 2002. ISBN 80-88935-41-5, s. 187-201.

TVARDZIK, J. 2014. Rómsky mýtus: Koľko nás stoja rómske rodiny naozaj (Trend) [online]. 2014. [cit.2014-10-29] Dostupné na internete: <http://www.iness.sk/stranka/10057-Romsky-mytus-Kolko-nas-stoja-romske-rodiny-naozaj-Trend.html>

VÁGNEROVÁ, M. 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha : Portál, 2012, 872 s. ISBN 978-80-262-0225-7.

Úrad splnomocnenca vlády Slovenskej republiky pre rómsku komunitu. [online]. 2014. [cit.2014-09-16] Dostupné na internete: <http://www.minv.sk/?romske-komunity-uvod>

VESELINÝ, E. et al. 2014. High hepatitis B, but low hepatitis C prevalence in Roma settlements in East Slovakia. In *Central European Journal of Public Health, International Journal of Public Health*. 2014, Supplement, vol.22, s.51-56.

Zdravé komunity, Slovensko, 2003 – súčasnosť. [online]. 2003. [cit.2014-09-16] Dostupné na internete: <http://www.acec.sk/projekty/zdrave-komunity-slovensko-2003-sucasnost>.

Zdravé komunity – advokácia, Slovensko, 2012. [online]. 2012. [cit.2014-08-16] Dostupné na internete: <http://www.acec.sk/projekty/zdrave-komunity-advokacia-slovensko-2012>

Zdravotná starostlivosť v sociálne vylúčených rómskych komunitách. 2007. Madrid : Fundación Secretariado Gitano, 2007. 68 s.

Zákon č.580/2004 Z.z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 355/2007 Z. z. Zákon o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákona č.448/2008 Z. z. zákon o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov

Zákon č. 576/2004 Z. z. Zákon o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Potvrdenie o preštudovaní
materiálov

