

Marcin Szewczyk (Rzeszów, Polska)

EDUKACYJNE I KULTUROWE UWARUNKOWANIA DOSTĘPU ROMÓW DO USŁUG MEDYCZNYCH

Znaczenia stanu zdrowia dla samopoczucia, życia i funkcjonowania w społeczeństwie niewątpliwie nie trzeba wykazywać. Wiąże się to z definicjami określającymi zdrowie jako „stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia, a nie tylko brak choroby lub ułomności”¹, co odpowiada definicji WHO z 1948 roku. Definicja ta bywa uzupełniana o składnik poszerzający jej znaczenie o kolejny subiektywny czynnik: „i odpowiedniego przystosowania się do warunków środowiska”².

Gorszy stan zdrowia Romów, w porównaniu do reszty populacji, jest faktem często przywoływanym w opracowaniach i dokumentach strategicznych zarówno krajowych, jak i unijnych. Łatwo także znaleźć konkretne przykłady, potwierdzające to zjawisko. Aby móc przygotować i następnie wdrożyć konkretne działania, zmierzające do zmiany ich sytuacji należy, najpierw określić, jakie są przyczyny tej wewnątrzspołecznej rozbieżności.

Wykluczenie zdrowotne Romów jest wynikiem kilku czynników i przejawia się także w ograniczeniu dostępu do usług medycznych. Omówieniu specyfiki przyczyn owego ograniczenia poświęcona jest niniejsza analiza. Podejmuje ona dwie istotne kwestie: kulturowych uwarunkowań oraz braków w edukacji – i po stronie Romów, i przedstawicieli społeczeństwa większościowego.

1. PRZYKŁADY ZŁEGO STANU ZDROWIA ROMÓW

Wiele źródeł przyznaje, że zły stan zdrowia Romów jest ściśle powiązany z wykluczeniem społecznym, wysoko reprezentowanym w ich społeczno-

¹ J. Bogusz (red.), *Encyklopedia dla pielęgniarek*, PZWL, Warszawa 1987, s. 586.

² K. Koncewicz (red.), *Polski słownik medyczny*, PZWL, Warszawa 1981, s. 1364.

ści ubóstwem, wieloprzyczynowymi ograniczeniami w dostępie do opieki medycznej, złymi warunkami mieszkaniowymi i nieprawidłowym odżywianiem się (pomimo częstego występowania otyłości wśród Romów³ częste są także przypadki niedożywienia)⁴. Są one uzupełnione o całkowity brak wiary w profilaktykę (także w skuteczność szczepień ochronnych)⁵.

Do grupy czynników określających stan zdrowia populacji należy przede wszystkim śmiertelność. Oceniając ją, można uwzględnić średnią oczekiwaną długość życia oraz śmiertelność niemowląt.

Oczekiwana długość życia Romów jest z zasady krótsza niż w przypadku społeczeństwa głównonurtowego, a różnica wynosi średnio – w zależności od państwa i od płci badanych – od 8 do 12 lat⁶. W Bułgarii różnica ta wynosi 6 lat, w Irlandii dla kobiet 12 lat, a dla mężczyzn 10, w Czechach – odpowiednio 14 i 11 lat⁷. W Hiszpanii jest to średnio ponad 8 lat⁸, a na Węgrzech 10⁹. Także wśród brytyjskich Romów i *Travellers* sytuacja jest podobna i osiąga tak złe wskaźniki, jak w Irlandii¹⁰. Ważną informacją w tym zakresie – związaną z ogólnym zdrowiem ludności i wynikającą z tego demograficzną piramidą wieku – jest liczba osób powyżej 65. roku życia.

³ Według badań przeprowadzonych w Bułgarii, Portugalii, Czechach, Grecji, Słowacji, Hiszpanii oraz Rumunii jedynie połowa Romów ma prawidłową wagę, *Health and the Roma Community. Analysis of action proposals*, Directorate-General for Public Health Ministry of Health and Consumer Affairs Area of Health Fundación Secretariado Gitano, Spain 2004, s. 67.

⁴ K. A. Sepkowitz, *Health of the world's Roma population*, „The Lancet”, 2006, nr 367, s. 1708.

⁵ W Polsce udział społeczności romskiej w szczepieniach (i badaniach profilaktycznych) jest bardzo niski i wynosi nieco ponad 17% populacji. Docelowy wskaźnik do 2020 r. ma osiągnąć do 20%, za: *Program integracji społecznej Romów w Polsce na lata 2014–2020*, Warszawa 2012, s. 40. Pod koniec XX w. w Hiszpanii blisko 20% romskich dzieci do 2. roku życia nie było poddanych żadnym szczepieniom, a w starszym wieku kompleksowe szczepienia obejmowały zaledwie połowę populacji, *The Situation of Roma in an Enlarged European Union*, European Commission, Luxembourg 2005, s. 28.

⁶ A. Hyde, W. Guy, *Review of the European Union Phare Assistance to Roma Minorities. Interim Evaluation of Phare Support Allocated in 1999–2002 and Implemented until November 2003. Thematic Evaluation Report. Report ZZ/MIN/03082*, EMS Consortium. EC DG for Enlargement, Brussels, s. VI.

⁷ K. A. Sepkowitz, *Health of the world's...*, *op. cit.*, s. 1708.

⁸ *Handbook for Action in the Area of Health Services with the Roma Community*, Fundación Secretariado Gitano, Ministry of Health and Consumer Affairs, Madrid 2006, s. 16.

⁹ *National Social Integration Strategy – Extreme Poverty, Child Poverty, the Roma – (2011–2020). Situation Analysis. Hungary*, Annex I, Ministry of Public Administration and Justice, State Secretariat for Social Inclusion Budapest 2011, s. 14.

¹⁰ *Progress report by the ministerial working group on tackling inequalities experienced by Gypsies and Travellers*, Department for Communities and Local Government, London 2012, s. 18.

Średnia UE wynosi 17% udziału tej grupy w całej populacji. W przypadku Romów jest to zaledwie niecałe 3%¹¹.

Dane dotyczące śmiertelności romskich niemowląt są równie złe, jak ma to miejsce w przypadku przedstawionego powyżej czynnika. Według danych, pochodzących z różnych lat, w Hiszpanii częstotliwość występowania tego zjawiska była 1,4 raza wyższa niż średnia krajowa¹². W Irlandii, Czechach, na Węgrzech i Słowacji było ono co najmniej dwukrotnie częstsze niż w przypadku ogółu społeczeństwa, we Włoszech i Rumunii trzykrotnie, a w Bułgarii nawet sześciokrotnie¹³.

Ważnym czynnikiem, związanym ze zdrowiem populacji, są uzależnienia. Bardzo trudno uzyskać dane związane z używaniem przez Romów narkotyków, podobnie – choć nieco łatwiej – jest w przypadku alkoholu. Uzależnienie od nikotyny może stanowić przykład, który wskazuje ogólny poziom sięgania po tego typu środki. Średnio połowa Romów pali papierosy. W Hiszpanii ich procentowy udział w społeczności romskiej jest dwukrotnie wyższy, niż analogiczne dane dla społeczeństwa głównonurtowego, i wynosi 54,9%¹⁴. W niektórych państwach ich liczba jest jeszcze wyższa – w Czechach przekracza 65%, a na Węgrzech – 77%¹⁵, przy czym niejednokrotnie wypalają oni około 30 papierosów dziennie (Portugalia, Grecja), a średni wiek rozpoczęcia palenia nie przekracza 17 lat.

Pomimo że – na podstawie polskich badań – zakres chorób, na które zapadają Romowie, odpowiada średniej ogólnospołecznej, poziom ich zachorowalności jest wyższy niż średnia krajowa i takie schorzenia, jak choćby cukrzyca, choroba wieńcowa, wysoki poziom cholesterolu, otyłość¹⁶, występują wśród nich o wiele częściej¹⁷. W Bułgarii w 2008 roku około 19% Romów cierpiało na nadciśnienie tętnicze. Na cukrzycę chorowało średnio 5% Romów, reumatyzm występował w 12% przypadków, podobnie jak wysoki poziom cholesterolu¹⁸. Na Słowacji śmiertelność na raka wśród Romów była blisko dwukrotnie wyższa od średniej krajowej¹⁹. W 2002 roku na Litwie – przy romskiej populacji rzędu 0,65% – Romowie stanowili aż 8%

¹¹ *Roma and the Structural Funds. EURoma Report*, EURoma, Madrid 2010, s. 13.

¹² *Handbook for Action...*, *op. cit.*, s. 16.

¹³ K. A. Sepkowitz, *Health of the world's...*, *op. cit.*, s. 1707.

¹⁴ *National Roma Integration Strategy in Spain 2012-2020*, State Council of the Roma People, Madrid 2011, s. 7.

¹⁵ *National Social...*, *op. cit.*, s. 52.

¹⁶ *Handbook for Action...*, *op. cit.*, s. 1708.

¹⁷ *Program integracji...*, *op. cit.*, s. 16.

¹⁸ *Health and the Roma...*, *op. cit.*, s. 34–35.

¹⁹ E. Ginter, M. Krajcovicova-Kudlackova, O. Kacala i in., *Health status of Romanies (Gypsies) in the Slovak Republic and In the neighbouring countries*, „Bratisl Lek Listy”, 2001, nr 102 (10), s. 483.

wszystkich zarażonych wirusem HIV²⁰. Średnio ponad 30% populacji Romów nigdy nie było u dentysty, a stan ich uzębienia jest o wiele gorszy niż reszty społeczeństwa²¹.

Na podstawie danych z 2008 roku można wnioskować, że subiektywne poczucie własnego zdrowia wśród Romów nie odbiega od średniej głównonurtowej dla 27 państw UE²². Zdiagnozowany zły stan zdrowia Romów wskazuje wyraźnie na problem edukacyjny, jaki pojawia się w zakresie oceny stanu zdrowia i chorób. Z drugiej strony populacja Romów jest młodsza niż średnia europejska, co wskazuje na wcześniej pojawiające się problemy zdrowotne.

Wśród innych – nie mniej ważnych – problemów zdrowotnych dotyczących Romów, należy wskazać na to, że dzieci romskie mają średnio niższą wagę urodzeniową, co w konsekwencji wpływa negatywnie na ogólny stan ich zdrowia w dorosłym życiu²³ i jest jedną z przyczyn wysokiego poziomu śmiertelności niemowląt²⁴. Wpływ na taki stan ma też m.in. wczesne rodzenie dzieci (pomiędzy 14. a 20. rokiem życia²⁵), któremu niejednokrotnie towarzyszy niedojrzałość do współodpowiedzialności za dzieci i lekceważenie przez przyszłą matkę medycznego monitorowania swojego stanu²⁶. Dostępne dane wskazują, że na Węgrzech ponad 60% Romek używało nikotyny podczas ciąży²⁷. Świadomość dotycząca antykoncepcji także jest wśród nich bardzo niska. Niektóre metody antykoncepcyjne nie są im znane, natomiast stosują często takie, które nie mają żadnych racjonalnych podstaw²⁸.

W wybranej grupie państw ze znaczną populacją Romów, ponad 15% Romek nigdy nie było u ginekologa – w Hiszpanii było to nawet 25%²⁹ – a jedynie 12% kobiet konsultowało się z lekarzem w związku z planowa-

²⁰ *Information on Roma integration policy measures in Latvia. Link with national and international standards and legislation, as well as the recommendations of organisations at international and national level*, Ministry of Culture, Society Integration Department, Riga 2011, s. 8.

²¹ *Health and the Roma...*, *op. cit.*, s. 39–40, 51.

²² *Ibidem*, s. 31.

²³ Sepkowitz K. A., *Health of the world's...*, *op. cit.*, s. 3.

²⁴ I. Koupilová, I. Epsteina, J. Holčík i in., *Health needs of the Roma population in the Czech and Slovak Republics*, „Social Science & Medicine”, 2001, nr 53, s. 1195.

²⁵ *Health issues facing Roma community in CEE countries. Report from International Conference on Roma Health*, Supported by MEHO project EU Public health 2007–2009, Košice 2009, s. 3.

²⁶ *Program integracji...*, *op. cit.*, s. 17.

²⁷ *National Social...*, *op. cit.*, s. 17.

²⁸ *Handbook for Action...*, *op. cit.*, s. 17.

²⁹ *National Roma...*, *op. cit.*, s. 15.

niem rodziny³⁰. Według danych z 2008 roku, w Bułgarii aż 55% Romek dokonało aborcji³¹.

Romowie, ze względu na swoją kulturę hermetyczność, należą do grupy wysokiego ryzyka wad wrodzonych i występowania chorób genetycznych, związanych ze związkami endogamicznymi³². Wynika to bezpośrednio z życia w zamkniętych społecznościach o stosunkowo ubogiej puli genowej oraz – ze względu na odrzucanie małżeństw mieszanych – poszukiwanie partnerów spośród innych Romów.

2. PODSTAWOWE PRZYCZYNY WYKLUCZENIA ZDROWOTNEGO

Uwzględniając, że do przyczyn złego stanu zdrowia Romów należy utrudniony dostęp do korzystania z usług medycznych, można rozróżnić dwie grupy tychże przyczyn. Pierwsze to czynniki powstające w łonie społeczności romskiej, drugie natomiast wiążą się z przedstawicielami społeczeństwa głównonurtowego i ich stosunkiem do Romów.

2.1 Przyczyny wewnętrzne

Wymagają one zmian w ramach społeczności romskiej i odnoszą się bezpośrednio do przyjętego przez Romów nastawienia. Pierwszą rozpatrywaną w tym zakresie kwestią jest edukacja zdrowotna i edukacja w ogóle, włączająca Romów w główny nurt życia społecznego poprzez podniesienie ich orientacji w rzeczywistości społeczeństwa większościowego.

Ze względu na znaczny – choć bardzo różnorodny – poziom wykluczenia społecznego wśród Romów, dominujący wśród nich niedostatek oraz wzory kulturowe, zdrowie i jego ochrona, nie stanowią dla nich priorytetu, lokując się w kolejności za kwestiami finansowymi, mieszkaniowymi czy choćby związanymi z zatrudnieniem³³. Co więcej, w większości przyjmują oni, że zdrowie to po prostu brak choroby lub nawet występowanie choroby nieuciążliwej, która nie wpływa na niemożliwość funkcjonowania w społeczności i wypełniania przypisanych im ról społecznych³⁴. W przypadku

³⁰ *Health and the Roma...*, *op. cit.*, s. 55–56; *Roma and the Structural...*, *op. cit.*, s. 13.

³¹ T. Krumova, M. Ilieva, *The health status of Romani women in Bulgaria. Report*, AS-TARTA, Veliko Turnovo 2008, s. 43.

³² *Health issues...*, *op. cit.*, s. 1; *Program integracji...*, *op. cit.*, s. 17; *Handbook for Action...*, *op. cit.*, s. 16.

³³ *Handbook for Action...*, *op. cit.*, s. 14.

³⁴ Mimo to badanie FRA z wybranych państw członkowskich UE wykazało, że aż od

podjęcia leczenia, Romowie oczekują skutków natychmiastowych, a ustępowanie jedynie części objawów jest traktowane jako dowód na nieskuteczność całego leczenia³⁵, co skutkuje lekceważeniem zaleceń lekarskich³⁶ i niesystematycznością w ich wypełnianiu³⁷.

Celem edukacji Romów powinny być – zgodnie z *Programem integracji społecznej Romów w Polsce na lata 2014–2020*³⁸ – „wygenerowanie indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie” oraz wykazanie Romom, że profilaktyka i działania zapobiegawcze są o wiele skuteczniejsze, niż nawet najlepsze leczenie w momencie pojawienia się problemów.

Zagadnienie edukacji Romów ma także inny wymiar i wiąże się z edukacją obywatelską. Niejednokrotnie nie są oni świadomi swoich praw³⁹, a ich niechęć do wszelkich instytucji wcale nie ułatwia dostępu do usług medycznych. Jeśli jeszcze pod uwagę weźmiemy polski system ochrony zdrowia, w którym gubi się wielu przedstawicieli społeczeństwa większościowego – edukacja wskazująca na prawa obywatelskie Romów oraz pomoc w poruszaniu się po instytucjach wydaje się wręcz konieczna⁴⁰. Wiąże się z tym także kwestia braku rejestracji dzieci po urodzeniu lub nieposiadanie przez Romów jakichkolwiek dokumentów tożsamości, które mogłyby potwierdzić ich prawo do ubezpieczenia lub przynajmniej narodowość, co ułatwiłoby przeprowadzenie procedur zmierzających do udzielenia im pomocy medycznej⁴¹.

Pomimo wskazania edukacji jako pierwszego składnika uwarunkowań wewnętrznych, podstawowym czynnikiem, decydującym o szczególnej sytuacji Romów w zakresie ochrony ich zdrowia, są uwarunkowania kulturowe.

Poziom zdeterminowania römskich codziennych zachowań wzorcami kulturowymi jest o wiele wyższy niż w przypadku większości społeczeństw.

17% (Bułgaria) do 52% (Polska) Romów zgłasza problemy ze zdrowiem, ograniczające ich codzienną aktywność, *The situation of Roma in 11 EU Member States. Survey results at a glance*, European Union Agency for Fundamental Rights, UNDP, Luxembourg 2012, s. 20; inne badania wskazują, że średnia tego zjawiska osiąga około 20%, *Health and the Roma...*, *op. cit.*, s. 38.

³⁵ *Handbook for Action...*, *op. cit.*, s. 15.

³⁶ To jednak często wynika także z niezrozumienia zaleceń lekarskich, *Health and the Roma...*, *op. cit.*, s. 19.

³⁷ *Program integracji...*, *op. cit.*, s. 17.

³⁸ *Ibidem*, s. 42.

³⁹ Średnio w 11 państwach Europy Środkowej i Południowej 20% Romów (do 55% w Bułgarii) nie jest objętych ubezpieczeniem zdrowotnym lub nie wie (6% w Bułgarii i Grecji), czy posiada tego typu ubezpieczenie, *The situation of Roma in 11...*, *op. cit.*, s. 12, 20.

⁴⁰ Przykładem może być sytuacja z poznańskiego szpitala z 2013 r.: *Szpital odmawia pomocy römskiemu dziecku*, rozbrat.org, zob. <http://www.rozbrat.org/publicystyka/kontrola-spoleczna/4000-szpital-odmawia-pomocy-romskiemu-dziecku> [dostęp: 5.09.2013].

⁴¹ *Health issues...*, *op. cit.*, s. 2.

Są one także wyraźniej widoczne, gdyż społeczeństwo głównonurtowe nie opiera się na wzorach wypracowanych i utrwalonych na przestrzeni setek lat w zmiennym i niechętnym (niebezpiecznym dla przetrwania jednostkowego i grupowego) środowisku.

Także w zakresie stosunku do zdrowia i choroby – jak w przypadku każdej kultury – Romowie mają wypracowany własny system wzorów postępowania. W znacznej mierze jest on dookreślony przez własny sposób postrzegania ciała i cielesności. Nie ulega przy tym wątpliwości, że element zdrowotny życia człowieka zawsze na przestrzeni dziejów stanowił jeden z najważniejszych składników ekspresji kultury. Tym bardziej, że ściśle wiąże się ze śmiercią, jako utrwaloną w świadomości zbiorowej konsekwencją chorowania.

Kultura romska oferuje szereg składników zakorzenionych w tradycji, które pośrednio lub bezpośrednio mają wpływ na stan zdrowia członków tej społeczności i warunkują sposoby reagowania i zachowywania się w obliczu choroby⁴² oraz korzystania z usług medycznych. W dość prymitywny sposób – choć takie podejście jest podświadomie reprezentowane także przez znaczną część społeczeństwa głównonurtowego – lekarz jest postrzegany nie jako ten, który może pomóc, ale przede wszystkim jako ten, który stwierdza istnienie choroby. Pomimo tego, że w rzeczywistości jest to jedynie diagnoza istniejącego stanu organizmu – uznaje się często, że to on właśnie odkrył (przywołał) chorobę u (pozornie) zdrowego człowieka.

W romskim systemie dbania o zdrowie znacząca jest rola kobiet. To one bowiem są tradycyjnie odpowiedzialne za te kwestie. Wynika to w znacznej mierze z uwikłania ich w rozrodczość i opiekę nad dziećmi. Zgodnie z tradycyjnym modelem, wszelkie kwestie okołoporodowe były wymuszoną okazją do kontaktów z nie-Romami. Podobnie w przypadku chorób dzieci – dbanie o młode pokolenia wiązało się także z tym, że ich choroby (wyłącznie dzieci) konsultowane były z lekarzami. Kobiety zawsze miały zatem pieczę nad kwestiami zdrowotnymi i zajmowały się także diagnozowaniem i leczeniem. Wiązało się to z wypracowaniem – często skutecznych – naturalnych metod leczenia pomniejszych dolegliwości. Niestety, także w przypadku groźnych dla życia chorób nadzieja na wyleczenie często pokładana była w ich działaniach.

Znane są przypadki unikania szczepienia romskich dzieci⁴³, ponieważ Romom niejednokrotnie trudno jest zrozumieć mechanizm działania

⁴² *Handbook for Action...*, *op. cit.*, s. 13–14.

⁴³ Przykładem może być rozprzestrzenienie się odry wśród 44 osób w 1983 r. w USA, za: C. Vivian, L. Dundes, *The Crossroads of Culture and Health Among the Roma (Gypsies)*, „Journal of Nursing Scholarship”, 2004, nr 36: 1, s. 88.

szczepionek i ich ochronnego charakteru, podobnie jak całej profilaktyki⁴⁴. W szczególności w opozycji do „sprawdzonych” metod samoleczenia, które są bardzo powszechne⁴⁵.

Ze względu na znaczenie rodziny i poczucie odpowiedzialności, każda poważniejsza choroba staje się dla Romów sprawą dotyczącą całej wspólnoty. Nie wspomaga to ani samego leczenia, ani chęci korzystania z usług medycznych, ale gwarantuje przynajmniej – bardzo ważne – wsparcie psychiczne i utrzymanie więzi emocjonalnej. W kontaktach z służbą zdrowia jest to o tyle uciążliwe, że niejednokrotnie całe (może być to nawet kilkadziesiąt osób) romskie rodziny odwiedzają chorego⁴⁶. Podobnie bywa w przypadku gdy któryś z Romów poddawany jest operacji, podczas wybudzania. Dzieje się tak, ponieważ uznają oni anestezję za „małą śmierć”⁴⁷ i powrót pacjenta do przytomności po operacji jest niemalże świętem.

Pobyt w szpitalu wywołuje także innego rodzaju problemy. Podział świata na to co czyste i nieczyste dominuje w życiu społeczności romskich. Podczas pobytu w szpitalu są oni narażeni na liczne naruszenia zasad związanych z *mageripen*, w szczególności – choć nie tylko – z horyzontalnym podziałem ciała⁴⁸. Może to dotyczyć używania do mycia całego ciała jednego mydła i ręczników, czy kąpieli w wannie zamiast pod bieżącą wodą. Inne wyzwania dla kulturowej cierpliwości Romów mogą wiązać się z koniecznością odsłaniania nóg, pozostawanie z nieczystościami medycznymi w jednym pomieszczeniu, prania razem odzieży szpitalnej, czy konieczności kontaktów Romek z nieromskimi lekarzami.

2.2 Przyczyny zewnętrzne

Dotyczą one zmian, które powinny zostać przeprowadzone w społeczeństwie większościowym lub jego części. W tym przypadku są to zmiany na poziomie administracji oraz personelu medycznego placówek służby zdrowia.

Wiążą się one przede wszystkim z nieznaną specyfiką kultury romskiej⁴⁹ oraz występowaniem stereotypów i utrwalonych uprzedzeń. Dla-

⁴⁴ *Program integracji...*, *op. cit.*, s. 17.

⁴⁵ C. Vivian, L. Dundes, *The Crossroads of Culture...*, *op. cit.*, s. 88–89.

⁴⁶ S. Foremna, *Romowie tłumnie odwiedzają jeden z wrocławskich szpitali. Pacjenci się skarżą*, „Gazeta Wrocławska”, zob. <http://www.gazetawroclawska.pl/artykul/633661,romowie-tlumnie-odwiedzaja-jeden-z-wroclawskich-szpitali-pacjenci-sie-skarza,id,t.html> [dostęp: 8.08.2012].

⁴⁷ C. Vivian, L. Dundes, *The Crossroads of Culture...*, *op. cit.*, s. 88.

⁴⁸ M. Szewczyk, *Unia Europejska i Romowie. System wobec kultury etnicznej*, Muzeum Okręgowe w Tarnowie, Tarnów 2013, s. 47.

⁴⁹ Brak wiedzy na temat kultury romskiej jest jednym z najczęściej wskazywanych pro-

tego też bardzo ważnym elementem przeciwdziałania tym zewnętrznym uwarunkowaniom jest element edukacyjny, skierowany do pracowników służby zdrowia. Należy przy tym zakładać, że rzetelne ich doinformowanie – uzupełnione o zaprezentowanie praktycznych wskazówek⁵⁰ – pomoże przede wszystkim ograniczyć problemy wywoływane przez stereotypy. Mogą one bowiem prowadzić do sytuacji, w której pracownicy medyczni będą przypisywać Romom negatywne cechy utrwalone w świadomości (czy też raczej nieświadomości) społecznej.

Poddanie się stereotypom może prowadzić do podejrzliwości i skutkować tym, że pracownicy służby zdrowia odmówią udzielenia Romom pomocy lub pomoc ta będzie na niskim poziomie⁵¹. Pod koniec pierwszej dekady XXI wieku 18% Romów na Węgrzech doświadczyło dyskryminacji związanej z ochroną zdrowia⁵². Taka sytuacja wpływa dodatkowo negatywnie na postrzeganie przez Romów środowisk medycznych, brak zaufania do służby zdrowia i może wzmacniać – chwilowo przełamaną – niechęć do leczenia systemowego.

Niekoniecznie jednak źródłem nieporozumień muszą być stereotypy. Standardowe działanie służby zdrowia może być uznane za dyskryminację przez Romów, ze względu na wkraczanie w ich kulturowy świat, nawet jeśli nie taka była intencja pracowników medycznych.

Problem, który może się pojawić w związku z próbami edukacji, a w jej wyniku zmiany nastawienia pracowników służby zdrowia, to postrzeganie tego jako dodatkowego obciążenia, niezwiązanego bezpośrednio z usługami medycznymi, i jako takiego – całkowicie zbędnego.

Specyfika kultury romskiej i podejścia Romów do zdrowia, chorób oraz do personelu medycznego wywołuje problemy, które z jednej strony intensyfikują zdystansowany stosunek Romów do służby zdrowia i oficjalnego systemu leczenia, z drugiej natomiast sprawiają, że służba zdrowia postrzega ich w jeszcze większym stopniu jako grupę szczególną, która nie chce współpracować przy leczeniu i z którą kontakty skutkują problemami. Utrudnia to równe traktowanie wszystkich pacjentów i obniża poziom bezproblemowego dostępu Romów do usług medycznych.

Wspomniane wcześniej liczne rodzinne odwiedziny podczas pobytu Romów w szpitalu wiążą się z sytuacjami, które nie są komfortowe ani dla Romów, ani dla personelu medycznego. Już samo pojawienie się kilkudziesięciu osób, chcących przebywać z chorym – i to często poza wyznaczonymi

blemów, dotyczących pełnego i niedyskryminacyjnego dostępu Romów do usług medycznych, *Health and the Roma...*, *op. cit.*, s. 19.

⁵⁰ *Handbook for Action...*, *op. cit.*, s. 4.

⁵¹ C. Vivian, L. Dundes, *The Crossroads of Culture...*, *op. cit.*, s. 88.

⁵² *National social...*, *op. cit.*, s. 52.

godzinami odwiedzin – wywołuje negatywną reakcję. Nielatwo jest także zaakceptować, że wiele osób spośród tego grona wypytuje lekarzy i pielęgniarki o stan zdrowia pacjenta. Choć akurat w tym przypadku wystarczyłoby zidentyfikować najbardziej poważaną osobę w grupie i jej przekazywać wszelkie informacje. Ze względu na miejsce kobiet w romskim społeczeństwie dobrze byłoby, aby informacje przekazał lekarz – mężczyzna, i to mający przynajmniej 40 lat.

Negatywną reakcję lekarzy, pielęgniarek i położnych mogą wywoływać kwestie dotyczące okołoporodowej tabuicznej nieczystości kobiet romskich. Nowoczesny system opieki zdrowotnej przywykł do obecności męża podczas porodu, a psychologiczne uwarunkowania wskazują na pozytywne efekty licznych kontaktów z rodziną kobiety po urodzeniu dziecka. W przypadku Romów jest to znacznie ograniczone. Nawet mąż, obawiając się skalaniania, może nie chcieć zbliżyć się do żony pozostającej w położu.

Tak jak w przypadku narodzin, tak i w okolicznościach związanych ze śmiercią, mogą się pojawić zachowania Romów, które nie wywołają pozytywnej reakcji ze strony personelu medycznego. Ekspresja emocjonalna po odejściu bliskiego, żywa i negatywna reakcja na informację o możliwości czy potrzebie sekcji zwłok, czy pytanie o możliwość pobrania narządów do przeszczepu – ciało po śmierci musi pozostać integralne, bo dusza przybiera jego kształt – mogą stać się elementem utrwalania negatywnego stereotypu na temat Romów. Podobny efekt mogą mieć rytuały, stosowane przez niektóre grupy romskie, a związane z wierzeniami w konieczność zapewnienia duszy spokoju⁵³.

Na podstawie przedstawionych, wybranych przykładów, wyraźnie widoczne są dwie kwestie. Po pierwsze, decydującym składnikiem dostępu do usług medycznych i, co za tym idzie, stanu zdrowia Romów, są problemy, wynikające z ich specyfiki kulturowej. Po drugie, edukacja Romów – zarówno obywatelska, jak i zdrowotna – może zmienić tę sytuację. Drugim składnikiem edukacji jest doszkolenie pracowników służby zdrowia. Powinno ono obejmować swym zakresem przede wszystkim przekazywanie wiedzy na temat kultury Romów, a także powinno uczyć międzykulturowej cierpliwości, która pozwoli na zaspokajanie oczekiwań romskich pacjentów i ich rodzin.

Gdyby jednak były to jedyne problemy, które stoją na przeszkodzie podniesienia poziomu zdrowia Romów, mielibyśmy do czynienia z sytuacją

⁵³ C. Vivian, L. Dundes, *The Crossroads of Culture...*, *op. cit.*, s. 88–91.

niemalże idealną. Oczywiście specyfika kulturowa jest ogólną podstawą wykluczenia społecznego Romów, a edukacja ma związek z dyskryminacją, która może przybierać o wiele bardziej drastyczne formy niż te, z którymi stykają się Romowie podczas kontaktów z systemem służby zdrowia.

Niewątpliwie ubóstwo większości Romów oraz ściśle powiązane z nim problemy dotyczące mieszkalnictwa, wpływają na ich sytuację zdrowotną. Bieda uniemożliwia nie tylko korzystanie z płatnej opieki medycznej, ale – przy braku pracy i jakichkolwiek dochodów – utrudnia także korzystanie z państwowego systemu opieki zdrowotnej i usług medycznych⁵⁴. Szeroko rozumiane złe warunki mieszkaniowe, często związane z brakiem pełnego zaplecza sanitarnego, nie ułatwiają zachowania higieny. Zdarza się także, że Romowie zamieszkują tereny, które z przyczyn ekologicznych i zdrowotnych nie są dedykowane do osiedlania się ludności⁵⁵.

Wszystkie wymieniane tu elementy są składnikami wykluczenia społecznego. Wskazują one jednocześnie na ogólny niski poziom dobrobytu i poziomu życia Romów, i łączą się z marginalizacją i ograniczeniami w dostępie do korzystania z usług opieki zdrowotnej. Wykluczenie społeczne, w każdej postaci, pośrednio ogranicza dostęp do usług medycznych⁵⁶.

Bez wskazywania na gotowe i natychmiastowe rozwiązania można stwierdzić, że tylko poprzez włączenie społeczne, realizowane kompleksowo poprzez edukację, udział w rynku pracy, poprawę poziomu warunków mieszkaniowych i wydobywanie jak największej liczby Romów z obszaru ubóstwa⁵⁷, można osiągnąć cel, którym jest ich włączenie zdrowotne.

LITERATURA:

- BOGUSZ J. (red.), *Encyklopedia dla pielęgniarek*, PZWL, Warszawa 1987.
- FOREMNA S., *Romowie tłumnie odwiedzają jeden z wrocławskich szpitali. Pacjenci się skarżą*, „Gazeta Wrocławska”, <http://www.gazetawroclawska.pl/artykul/6-33661,romowie-tlumnie-odwiedzaja-jeden-z-wroclawskich-szpitali-pacjenci-sie-skarza,id,t.html> [dostęp: 8.08.2012].
- GINTER E., KRAJCOVICOVA-KUDLACKOVA M., KACALA O., KOVACIC V. i in., *Health status of Romanies (Gypsies) in the Slovak Republic and In the neighbouring countries*, „Bratisl Lek Listy”, 2001, nr 102 (10).

⁵⁴ *Program integracji...*, op. cit., s. 17.

⁵⁵ *The Situation of Roma*, op. cit., s. 30.

⁵⁶ *Handbook for Action...*, op. cit., s. 12–13; *Program integracji...*, op. cit., s. 17.

⁵⁷ *Health issues...*, op. cit., s. 2.

- Handbook for Action in the Area of Health Services with the Roma Community*, Fundación Secretariado Gitano, Ministry of Health and Consumer Affairs, Madrid 2006.
- Health and the Roma Community. Analysis of action proposals*, Directorate-General for Public Health Ministry of Health and Consumer Affairs Area of Health Fundación Secretariado Gitano, Spain 2004.
- Health issues facing Roma community in CEE countries. Report from International Conference on Roma Health*, Supported by MEHO project EU Public health 2007–2009, Košice 2009.
- HYDE A., GUY W., *Review of the European Union Phare Assistance to Roma Minorities. Interim Evaluation of Phare Support Allocated in 1999–2002 and Implemented until November 2003. Thematic Evaluation Report. Report ZZ/MIN/03082*, EMS Consortium. EC DG for Enlargement, Brussels.
- Information on Roma integration policy measures in Latvia. Link with national and international standards and legislation, as well as the recommendations of organisations at international and national level*, Ministry of Culture, Society Integration Department, Riga 2011.
- KONCEWICZ K. (red.), *Polski słownik medyczny*, PZWL, Warszawa 1981.
- KOUPILOVÁ I., EPSTEINA I., HOLČÍKB J. i in., *Health needs of the Roma population in the Czech and Slovak Republics*, „Social Science & Medicine”, 2001, nr 53.
- KRUMOVA T., ILIEVA M., *The health status of Romani women in Bulgaria. Report*, ASTARTA, Veliko Turnovo 2008.
- National Roma Integration Strategy in Spain 2012–2020*, State Council of the Roma People, Madrid 2011.
- National Social Integration Strategy – Extreme Poverty, Child Poverty, the Roma – (2011–2020). Situation Analysis. Hungary*, Annex I, Ministry of Public Administration and Justice, State Secretariat for Social Inclusion Budapest 2011.
- Program integracji społecznej Romów w Polsce na lata 2014–2020*, Warszawa 2012.
- Progress report by the ministerial working group on tackling inequalities experienced by Gypsies and Travellers*, Department for Communities and Local Government, London 2012.
- Roma and the Structural Funds. EURoma Report*, EURoma, Madrid 2010.
- SEPKOWITZ K. A., *Health of the world's Roma population*, „The Lancet”, 2006, nr 367.
- Szpital odmawia pomocy romskiemu dziecku*, rozbrat.org, <http://www.rozbrat.org/publicystyka/kontrola-spoeczna/4000-szpital-odmawia-pomocy-romskiemu-dziecku> [dostęp: 5.09.13].
- VIVIAN C., DUNDES L., *The Crossroads of Culture and Health Among the Roma (Gypsies)*, „Journal of Nursing Scholarship”, 2004, nr 36: 1.

The situation of Roma in 11 EU Member States. Survey results at a glance, European Union Agency for Fundamental Rights, UNDP, Luxembourg 2012.

The Situation of Roma in an Enlarged European Union, European Commission, Luxembourg 2005.

Marcin Szewczyk

EDUKACIONÀLO AJ KULTURÀLO DETERMINÀNTÀ E RROMENQERE ARESIMASQERE AND-E SASTIMASQERE SEVIMÀTA.

Nanaj nisavo garadunipen so e Rromenqero sastipnitko profilo si xoleder desar sarkole gazenqero. Kaj te arakhas bàza aj te paruvdòl akaja situàcia, musaj te ròdas e problemaqere aša. Jekh isi o limitisardo aresipen zi k-o sastipnitka sevimàta, savo thàvdel katar-o kulturàlo faktòrà aj lakùne and-i edukàcia. Akala lipale lakùne and-i edukàcia anen vi diskriminaciaqere problème kana uć aresle kaj te labàren akala sevimàta, and-o vaxt kana o jatrìtko zenipen na pinzarel e Rromen aj lenqeri kultùra, si khetane e korupciaça, anel bixalòvìpen aj diskriminàcia. Butivar o Rroma na kamen te nakhaven i profilàksia aj i imunizàcia, odolesqe so na xalòven, so isi no zanen pe aver rig, so šaj te oven bilàche e sastimasqe. On pakán pe aver rig and-o konvencionàlo jatràripen, savo na savaxt del baxtagor. Kamlòl pes paralel jekh edukàcia e Rromenqeri aj e manušenqeri so keren buti and-i sastipnitko umal. Kamlòl pes te ovel vi laçi medicina sigomimasqe. Plus, kaj te tiknòl o duripen maškar-o Rroma aj o gáže, musaj te iklòn Rroma katar-o ćorrorripen, te oven len khera aj te oven integruime and-e butàqi sistèma. Sadaj jekh zorali redukcìa e Rromenqere socialone avrićhudinimasqeri šaj te anel bute-vaxtenqere baxtagora and-e rromane populaciaqero sastipen.

Marcin Szewczyk

EDUCATIONAL AND CULTURAL DETERMINANTS OF ROMA ACCESS TO HEALTH SERVICES

Worse health status of Roma in comparison to the rest of the population is a fact. The basis for the change in this situation is to identify the causes of this problem. One of its manifestations is limited access to medical services. It arises primarily from cultural factors and gaps in education. Also the discrimination that they face when using health services due to lack of education. However, it relates to the insufficient knowledge of the medical staff. Because they do not know or do not understand their culture. This leads to misunderstanding and discrimination. Roma often do not accept the prophylaxis and immunization, because they do not understand their impact. Often for the best recognize conventional treatments, which are not effective. Consistent education as Roma and

emergency medical services staff can change this situation. However, to compensate for the health of the Roma to the average mainstream need first of all to bring them out of poverty, provide adequate housing , integrated into the labor market. Significant reduction in the level of social exclusion will bring lasting results in the health of the population of Roma.

