

Romano džaniben

časopis romistických studií | 22. ročník | 1/2015

Medicína v segregovanej rómskej osade: Príklad z juhu stredného Slovenska²

Abstract

Medicine in a segregated Romani settlement:
an example from south-central Slovakia

Health-related understanding(s) and practices of contemporary central- and east-European segregated Roms are little known. Offering an example to think about this void, the text presents detailed descriptive material on how inhabitants of a particular rural settlement in south-central Slovakia understood and practiced what is nowadays considered significant by clinical and public health theory. The material comes from an applied mixed-methods study, carried out between 2004 and 2010, which combined ethnography and systematic medical-anthropological surveys. The text focuses on local conceptual accounts of and practical approaches to bio-medically defined diseases, human anatomy, and human physiology. As exemplified here through these domains, the research found many of the examined local understanding(s) and practices significantly to vary across constructed local social strata. Simultaneously, most identified local practices non-compliant with clinical or public health recommendations were found to be conceived off as such often also counter-culturally, i.e. in a deliberate supposed opposition to local non-Romani ways, an opposition expressed and understood ethnically in a rather racialized sense.

Keywords

Slovakia; Roms; health; ethnography; medical anthropology; public health

1 Mgr. Andrej Belák je výskumným pracovníkom na Lekárskej fakulte Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach (SR) a Lekárskej fakulte Groningenskej univerzity (NL). E-mail: abendrej@gmail.com

2 Na vznik tejto štúdie bola FHS UK poskytnutá Inštitucionálna podpora na dlhodobý koncepčný rozvoj výskumnej organizácie (MŠMT-2014).

1 Úvod

Ako chápu segregovaní Rómovia to, čo je pre ich zdravie podstatné podľa lekárov?

Túto otázku som sa pred desiatimi rokmi podujal nasledovať prostredníctvom etnografie, či skôr prostredníctvom učenia sa etnografii, ako jednu z vodiacich otázok môjho diplomového projektu venovaného „zdraviu očami vylúčených“ (Belák, 2005). Hoci spokojný s detailnosťou a množstvom zozbieraných pozorovaní a záznamov, záverom prvého roka pobytu v osade Koťava³, som zo svojej metodickej voľby začal byť aj nesvoj. Dostal som strach, že svoje impresie a zápisky nebudem schopný poskladať do správy dostatočne vyčerpávajúcej, reprezentatívnej a prehľadnej podľa kritérií biomedicínskej katedry, ktorá ma na výskum vyslala.⁴ Zároveň som sa nedokázal zbaviť pocitu, že predstavy, ktoré som si utvoril o celej osade a jej obyvateľoch, môžu byť stále príliš špekulatívne. Väčšina tém môjho zamerania totiž veľkú časť mojich miestnych známych príliš nezaujímala. Navyše išlo prevažne o príslušníkov iba „hrstky“ domácností z jedinej z dominantných miestnych *fájt* (Kobes, 2010). Svoje dáta a predbežné výklady som jednoducho potreboval systematickejšie doplniť, otvorenejšie a do väčšej hĺbky skonfrontovať s čo najväčším počtom miestnych obyvateľov naprieč miestnymi hierarchiami (podľa majetnosti, vybavenia domácností, prestíže) a usporiadať do formy stráviteľnejšej pre oko biomedicínskeho experta.

Napokon som sa rozhodol pre experiment s pozitivistickejším prístupom. Posledné dva z trinástich mesiacov prvého pobytu som venoval štruktúrovaným rozhovorom, zameraným na zmapovanie celkovej variability miestnej sémantiky, praktík, preferencií a odôvodňovania v súvislosti so zdravím, rozhovorom vedeným podľa teoreticky vyčerpávajúcej biomedicínskej predlohy. To všetko

3 Názov osady Koťava je fiktívny. Išlo o osadu v krupinskom okrese na juhu Banskobystrického kraja, ktorú som po predbežnom sociografickom prieskume všetkých osád vo dvoch okresoch vybral okrem iného preto, lebo v porovnaní s ostatnými štrnástimi nepôsobila extrémne v žiadnom z porovnávaných parametrov. Bola fyzicky i sociálne segregovaná; mala približne 250 obyvateľov, ktorí sa považovali za Rómov (v prilahlej obci žilo cca 600 Nerómov); bola socioekonomicky výrazne stratifikovaná; materinským jazykom tu bola rómčina (áhi-dialekt) (porov. s: Radičová & Jurášková, 2004).

4 Katedra antropologie a genetiky člověka, Přírodovědecká fakulta UK v Praze.

5 Osnovu samotných zhrňujúcich štruktúrovaných rozhovorov som vytvoril čo do tém podľa encyklopedickej príručky pre praktických lekárov *Vademecum medici* (Sasinka, Nyulassy, & Badalik, 2003), čo do logiky podľa tradičného medicínsko-antropologického dôrazu na význam zdravotne signifikantného v kontexte bežného života skúmaných (Kleinman, 1980; Kleinman & Benson, 2006), a čo do formy podľa rád a preferencií najbližších informátorov (výsledná 26-stranová bilingválna osnova v rómčine je dostupná ako Appendix D v: Belák, 2005. Vzorku zahŕňajúcu viac ako tretinu celej „vhodnej“ populácie (išlo prevažne o 28 žien v produktívnom veku, pretože iní ľudia neboli v otázkach zdravia považovaní za kompetentných) som stratifikoval podľa príslušnosti k jednej z troch vtedy najdominantnejších fájt a príslušnosti k jednej z troch miestnych sociálnych vrstiev. Sociálne vrstvy som konštruoval nad mapou osady prostredníctvom zatriedovania domácností konzultantiek (vrátane samotných zatriedovaných) medzi *barvale* (= bohatí) / *gizdave* (= snobski) (1.), resp. *normalne* (2.), resp. *čore / degeša* (3.) (podrobnejšie pozri Belák, 2014).

zároveň reprezentatívne, naprieč rozličnými miestnymi vrstvami a skupinami.⁵ Dodnes som presvedčený, že išlo o jedno z najšťastnejších rozhodnutí v celom výskumnom príbehu. Výsledná práca, vyskladaná podľa rovnakej biomedicínskej osnovej ako samotné zhrňujúce rozhovory, nielenže variabilitu miestnych praktík, postojov a odôvodňovania načrtla oveľa precíznejšie a legitímnejšie než moje dovtedajšie (užšie zamerané a svojím spôsobom „pokútne“) spomienky a poznámky. Toto neuvedomé „bourdieuovské“ pomiešanie metód mi navyše umožnilo zachytiť a časom i pochopiť viaceré (zo sociologického, a teda i epidemiologického, verejno-zdravotného a inak populačne-politicky praktického pohľadu) zásadné miestne pravidelnosti a vzťahy, ktoré pre mňa dovtedy zostávali skryté, pretože sa ich sami koťavskí Rómovia spontánne reflektovať nepokúšali.

Sociologické hypotézy, ku ktorým som na základe svojho postupu dospel, som už nedávno publikoval inde (Belák, 2014) a stručnejšie sa k nim dostanem v závere i tu. Tento veľkorysý priestor však hodlám využiť skôr na sprostredkovanie toho, od čoho sociologické analýzy zvyknú pozornosť odpútať: šírky a pestrosti pôvodného, popisnejšieho materiálu. Predkladaný text, vystavaný dodatočnou revíziou predovšetkým na základe a podľa zhrňujúceho kvalitatívneho prieskumu v jedinej osade, chce teda byť najmä *podrobným popisným príkladom* toho, ako môže na sociologicky podobných miestach vyzeráť každodenná prax významná pre miestny „zdravotný stav“, tzn. prax významná z pohľadu súčasnej teórie biomedicíny (Hahn & Kleinman, 1983; Lock & Nguyen, 2010).⁶ Vzhľadom na príliš široký záber celého prieskumu sa konkrétnejšie zameriam len na praktiky týkajúce sa biomedicínskych pojatí chorôb, stavby a funkcií tela.⁷

2 Choroby

2.1 Nozológia⁸

V Koťave som nezaznamenal znalosť ani záujem o poznanie rozvinutejších klasifikácií zdravotných problémov, či už vlastných alebo priamo

6 Ide o v podstate tradične etnomedicínske pojednanie – tzn. pokúšajúce sa zachytiť, v čom sa chápanie a prax konkrétnej skupiny ľudí prekrýva a rozchádza s pojatím biomedicínskym. Zároveň je však explicitne orientované aplikovanejšie, než býva zvykom v akademickej etnomedicíne, čo sa prejavuje najmä v malom záujme o a priestore pre výklady a praktiky, ktoré zo súčasného biomedicínskeho hľadiska nemajú opodstatnenie (napr. praktiky magické) (Erickson, 2007). Za upozornenie na túto dištinkciu ďakujem anonymnému recenzentovi.

7 Ďalšie tematické celky, ktoré pokrýval pôvodný prieskum (Belák, 2005): reprodukcia, tehotenstvo a fázy života; pohlavné roly; ekonomický status; výživa; rizikové správanie; hygiena; interakcie so zdravotníctvom. K pôvodnému materiálu z roku 2005 na príslušných miestach pridávam postrehy a rozvinutia, za ktoré vďačím ďalšiemu bádaniu, premýšľaniu a kritikám (danú lokalitu som bežne navštevoval až do roku 2010 a s miestnymi ľuďmi pravidelne konzultujem dodnes).

8 Teória klasifikácie chorôb.

medicínskych.⁹ So stúpajúcim postavením domácností pribúdala povrchná znalosť medicínskych rozlíšení osvojená z televízie a od lekárov.¹⁰

„Ochorenia nervov a ciev.“

„Rakovín je deväť, nie? Alebo dvanásť? Už neviem.“

V diskusiách však mali všetci miestni tendenciu obhajovať ako zmysluplný iba výpočet jednotlivých chorôb s tým, že „každá jedna [choroba] je predsa iná“. Isté uznanie si získavalo moje našepkávanie delenia chorôb podľa príčin. „Dobre vravíš, sú také choroby [pochádzajúce zo špiny; *mel'atar*]...“ No i tu len s pragmatickými výhradami:

„...na čo ti to ale je [hovoriť, že sú všetky zo špiny], keď nevieš, ktorú kedy z tej špiny dostaneš? Až potom, keď už ju máš, vieš, čo máš robiť.“

Delenia zdravotných problémov podľa častí tela, v ktorých sa manifestujú, záujem nevzbudzovali vôbec. Jediným stálym rozlíšením, po ktorom miestni siahalí spontánne, bola dichotómia „ťažké“ (resp. „hrozné“) / „ľahké“ (resp. „bežné“) ochorenia (*džungale, phare / bežne, lahke nasvali'pe(na)*), tzn. rozdelenie podľa miery negatívneho dopadu ochorenia na každodenný život chorého (v medicínskom úze toto rozlíšenie približne kopírovalo vágnu dištinkciu „menej závažné prechodné“ / „závažné chronické a smrteľné choroby“).

„Sú síce obidve na pľúcach [rakovina i zápal pľúc], to je pravda. Ale čo majú ešte rovnaké? Rakovinu nevylieči ani pán Boh, zápal pľúc môžeš mať aj každý rok, to je bežná choroba.“

9 V celom texte budem používať termín „choroba“. Pri odkazoch na konkrétne zdravotné problémy vo význame, v akom ich explicitne definuje moderná medicína, konkrétne Sasinka et al. (2003), tzn. ako približný ekvivalent anglického termínu *disease*. „Ochorenie“ budem na rozdiel od toho používať širšie, pre označovanie konkrétnych praktizovaných pojatí problémov chápaných ako „zdravotných“, či už ich medicína registruje alebo nie (tzn. ako približný ekvivalent anglického termínu *illness*). Toto rozlíšenie, vrátane odkazu na konkrétny zdroj biomedicínskych definícií, predstavuje úzus, prostredníctvom ktorého sa v rámci medicínskej antropológie zdôrazňuje, že biomedicínske definície tvoria len určitú konkrétnu a špecifickú podskupinu z omnoho širšieho univerza všetkých existujúcich poňatí zdravotných problémov, že samotné definície sú často historicky premenlivé a aj v danom období existujú v rôznych variantoch, že zväčša existuje výrazná pestrosť v tom, ako sa kto (aj) k nim vzťahuje, a že (aj) tieto so sebou zvyknú niesť i množstvo spoločenských významov chápaných ako bezprostredne nesúvisiacich so zdravím (Boyd, 2000; Young, 1982).

10 Tieto rozdiely nijako nesúviseli s formálnym vzdelávaním. Miestni jednak sami uvádzali ako zdroj poznatkov práve komunikáciu s lekármi a televíziu, a jednak nikto z nich žiadnym formálnym vzdelávaním s klinickým obsahom nikdy neprešiel. Od roku 2014 pribudol na mieste nový zdroj informácií klinického charakteru – sústavná komunitná osvetová práca „asistentov osvetu zdravia“ v rámci celonárodného projektu Zdravé komunity (<http://www.zdravekomunity.sk/>; pozri aj OSF 2011; Slusna, 2010). Na posúdenie skutočného vplyvu tohoto intervenčného programu si však ešte budeme musieť počkať (autor v Zdravých komunitách v roku 2014 realizoval samostatný výskum a v súčasnosti spolupracuje na príprave evaluácie dopadov programu). Za podnet na doplnenie ďakujem anonympnej recenzentke.

Na úrovni vymedzovania jednotlivých ochorení bolo možné v porovnaní s medicínskymi vymedzeniami chorôb sledovať náznaky implicitných významových posunov. Ako samostatné „choroby“ vnímali a označovali Koňavčania aj niektoré javy medicínsky chápané ako symptómy veľkého množstva chorôb. Bolenie hlavy, brucha, či horúčka tak bývali kladené na jednu úroveň so zápalom priedušiek, angínou či zápalom slepého čreva. Pri otázke, či napríklad horúčka nemôže byť len prejavom, rovnakým dôsledkom viacerých rôznych chorôb, keďže sa vyskytuje skoro pri všetkých, mi niektorí miestni ľudia prikyvovali: „No však hej, horúčku máš z choroby.“ Na druhej strane ju však súčasne bežne triedili medzi „choroby“ a hovorili o jej „liečbe“, rovnakej, bez ohľadu na to, pri ktorej chorobe sa práve objavila. „Na horúčku je vždy najlepší pohár červeného vína.“ Jeden človek v tomto zmysle ďalej priamo namietal: „Ale horúčku môžeš mať aj bez druhej choroby.“ Časté symptómy tak bývali prakticky chápané skôr ako ľahšie ochorenia s vlastnou etiológiou (tzn. príčinne nie nutne závislé na etiológii ani tých chorôb, ktoré zvyčajne sprevádzali) a s vlastnými postupmi „liečby“.

Ďalším implicitným významovým posunom bolo zlučovanie odlišných chorôb do jediného ochorenia. Nešlo tu pritom len o – z medicínskeho hľadiska – prihrubé rozlišovanie príznakov (napr. „ľahké“ a „ťažké hnačky“ bez ďalších, podrobnejších rozdelení a triedení), ale i spájania odôvodňované kauzálnou previazanosťou založenou na vlastnej empirii. Väčšina miestnych žien tak opisovala napríklad nádchu, chrípku a zápal priedušiek ako po sebe idúce fázy jedného ochorenia – „nachladnutia“. „Keď sa nezbavíš nádchy, dostaneš chrípku... to už je ťažšie nachladnutie.“

Zranenia miestnym ľuďom nepripadali ako súčasť „zdravotných problémov“ a aj význam tohoto spoločného biomedicínskeho označenia si miestni ťažko vybavovali. Namiesto toho tu prevládalo opäť len konkrétnejšie pomenovávanie („zlomenina“, „popálenina“, „jazva“, „otrava“) bez spoločného názvu a jednotlivo chápané ako samozrejmé sprievodné javy „bežného používania tela“. „To sa stáva furt, tomu sa nevyhneš, to nie sú choroby.“ Vyslovene za „choroby“ či „zdravotné problémy“ miestni ďalej ani nominálne ani prakticky nepovažovali stavy, ktoré sa v tradičnej rómistickej literatúre spájajú s mágiou (porobenie, seba-urieknutia a *zočť*; podrobnejšie pozri v nasledujúcej časti) (napr.: Hajská, 2003; Horváthová, 1964; Lacková & Hübschmannová, 1997).

Pokiaľ ide o pôvod miestnych označení jednotlivých chorôb a ochorení, pri závažnejších problémoch som sa stretával s dobre osvojeným používaním odborných termínov vzdialených štýlu bežného hovoru (napr. „chronický zápal priedušiek“, „epilepsia“, „neplodnosť“). Takéto termíny (podobne ako iné expertné označenia) bývali pri tom v bežných konverzáciách vyslovované ako explicitné citácie čohosi odborného, tzn. typicky so zdôrazňovanou výslovnosťou a istou (seba) iróniou. Pre označenie symptómov a ľahších chorôb sa používali skôr slangové slovenské názvy (napr. „žaba“ pre afty), doslovné preklady opisných slovenských

názvov do rómčiny (vysoký tlak = *účo tlako*) alebo vlastné rómske ekvivalenty (*ger* = svrab) (pozri aj Tabuľka 1).

Na názvy chorôb sa tu nevzťahovali žiadne tabu, s výnimkou používania výhradne všeobecného označenia „choroba“ (*nasvalipe*) pred cudzími v prípade potenciálne smrteľného ochorenia u príslušníka vlastnej rozšírenej rodiny. Aj v tomto prípade však išlo skôr o tabuizovanie témy než samotného názvu.

„Keď mu povieš len, že je chorý [cudziemu alebo vzdialenejšiemu príbuznému o blízkom príbuznom na otázku, ako sa mu darí], bude vedieť, že má rakovinu alebo niečo také horšie. Viac sa ani pýtať nebude, to sa tak nerobí.“

Etiológia¹¹

Pri mojom vypytovaní na možné príčiny zdravotných problémov (vo všeobecnosti i konkrétnych) sa podobne ako v prípade medicínskych klasifikácií ukazovalo, že vyššie postavení ovládali o niečo viac z medicínskej rétoriky i teórie. Celá táto oblasť však v porovnaní s klasifikáciami vzbudzovala omnoho väčší záujem všetkých miestnych. Zjavná tu bola nielen podstatne lepšia informovanosť, ale aj veľká zvedavosť miestnych na „správne“ medicínske vysvetlenia, o ktoré som sa musel recipročne deliť. V mnohých prípadoch pri tom nemohla byť vôbec reč iba o naučenom kliše. Z času na čas som dostával vyslovene biomedicínske odpovede, nefrázovito formulované a presne chápané.

„Čo ich spôsobuje, čo ich spôsobuje [všeobecne choroby] ... baktérie, nie? [nasledovala moja otázka na to, čo baktérie sú, a ako choroby spôsobujú] ... také miniatúrne [sic] zvieratá... Žijú v tele, je ich tam veľa, žerú a tým ťa ničia... aspoň som to tam tak videla [v TV dokumente].“

S vyšším postavením sa pri vymenúvaní príkladov najčastejších príčin chorôb z tých medicínsky správne chápaných najčastejšie objavovali konkrétne: nepriemeraná strava (*nalačo habe* = dosl. zlé jedlo), nedostatok zeleniny, fajčenie, nedostatočná hygiena, málo pohybu, prechodené prechladnutie, dedičnosť, zlá/špinavá voda (*džungalol/melalo pañi*), pokazené potraviny (*rumime hábe*) a pohlavný styk s nakazeným.

S nižším postavením nahrádzalo vytrácajúce sa medicínske teórie najmä otvorené priznávanie neznalosti. V najnižšie postavených domácnostiach sa objavovali odkazy i na magické praktiky. Prostredníctvom choroby tu podľa najchudobnejších mohol niekto niekomu predovšetkým „porobiť [*te dokereľ*]“, prípadne mohol človek chorobu dostať aj preto, lebo (často) krivo prisahal [*víra le/la*

11 Teória príčin chorôb.

astarda = dosl. chytila ho/ju prísaha]. O samotnej praxi *dokeribe* som však mnoho nezistil. Ani podľa tých, ktorí s takouto možnosťou počítali, v osade „už“ nikto, kto by porobiť vedel, nežil. Jedna rodina sa pre podozrenie porobenía u dieťaťa bola poradiť s nerómskym liečiteľom na lazoch, no za posledné desaťročie len raz, a i to bez uspokojivého výsledku. Aj drvivá väčšina ostatných svedčaných hovorila pri priamych otázkach o porobení ako o niečom, čo „už neplatí“, čomu „sa nedá veriť“, niektorí sa z neho priamo vysmievali ako zo „zaostalosti“. Jedna konzultantka sa dožadovala, aby som „napísal radšej, že my už sme moderná generácia“.

Naopak, porušovať veľmi frekventované verejné prísahy sa naoko báli bez ohľadu na postavenie takmer všetci. Najčastejšie pri tom prisahali naozaj (t.j. v súlade s evokáciami najchudobnejších) zaručujúc sa akoby zdravotne závažne – „na niečiu smrť“, aby „ho/ju rakovina vyžrala“, a pod. Dôsledky prípadného porušovania takýchto prísah považované za doložené sa však v praxi vyčerpávali niekoľkými zdieľanými výstražnými príhodami druhu (slovami jedného konzultovaného) „počul som, nevidel som, ale ani nechcem vidieť“. Za celý čas som sa napríklad nestretol s nikým konkrétnym, o kom by sa hovorilo, že skutočne umrel v dôsledku krivých prísah. Pri mojom dotieravom vypytovaní sa na tento paradox mi v jednej domácnosti, ktorej príslušníci porušovanie prísah medzi príčinami spomenuli, bolo priamo odvrknuté, že krivá prísaha sa „samozrejme“ (*no hat!*) neprejaví ani na priebehu choroby ani na potrebách liečby – „vlastne nikde”.¹²

Ešte trochu inak tomu bolo so *zoči*, urieknutím pohľadom (najmä detí a často nechceným). Túto možnosť mali na jednej strane za reálnu a bežnú považovať takmer všetci, hoci pokusy o rušenie účinku prostredníctvom topenia žeravých uhlíkov som za celý čas na vlastné oči nevidel – dôraz tu mal byť skôr len na predchádzaní. Na strane druhej takto vyvolané nie príliš závažné stavy (typicky neutíchajúci plač detí bez zjavnej príčiny) neboli považované za „zdravotné problémy“. Bolo to „proste *zoči*“ (porovnaj s: Hajská, 2003).

Pragmatickejšie formulované otázky na príčiny zdravotných problémov *vo všeobecnosti* celkovo dávali priechod najskôr deklaráciám zdanlivého fatalizmu.

12 Skôr než so zdravím, zdalo sa, že prísahy v osade súviseli s všeobecne známou a podporovanou praxou neustáleho vzájomného klamanía a „naťahovania sa“. Napríklad súkromie ohľadom vlastníctva tu bolo vecou veľmi vzácnou (v rámci rozšírených rodín každý o každom vedel, čím práve disponuje) a požiadavky na solidaritu často veľké a vždy považované za oprávnené (stále niekto za niekým chodil s požiadavkami na vypožičanie toho alebo onoho a časté odmietanie pomoci viedlo k odplatám až ohováraníu a väčšej sociálnej izolácii). Ten, kto si svoje vlastné výhody vedel strážiť fabulovaním tak, že sa nedal ľahko usvedčiť, ten „dobro mal“ – bol považovaný za rozumného a šikovného. (V neakútnych prípadoch bývalo aj očividné klamstvo považované len za v podstate zdvorilé odmietnutie a nikto ho verejne neprešetroval.) Drobné klamstvá tu okrem toho predstavovali nekonečný a neustále využívaný zdroj zábavy. „Máš defekt na kolese pri šoférovi.“ „Videla si, ako sa neho pozerala? Len tak za ním horí!“. Ak bola niekoho výpoveď z týchto dobre známych dôvodov niekým spochybňovaná, mal možnosť (a často býval k jej uplatneníu aj priamo vyzývaný) prejsť do módu zaručenej(šej) vážnosti – práve verejnou prísahou (závažnosť obrazu z prísahy značila mieru záujmu na uznaní pravdivosti).

Napriek množstvu miestnymi ochotne menovaných príčin pri konkrétnych problémoch sa mi na otázky typu „Čo môže človek robiť, aby choroby nedostával, aby si udržal zdravie?“ takmer zakaždým dostávalo prekvapujúcej odpovede – nič. Za typickú formuláciu prvotného odôvodňovania by som označil: „To je osud. Môžeš robiť, čo chceš..., všetci doktori sveta môžu robiť, čo chcú, keď ti je súdené zomrieť, zomrieš.“ Podrobnejšie polemické diskusie s odvolávaním sa na to, že svedeaní predsa konkrétne príčiny vymenúvajú, mi však umožnili dopracovať sa k inému, alternatívne a rozvinutejšiemu výkladu.¹³

Pokiaľ ide o „ľahké“ ochorenia, ukázalo sa, že tieto zo vzletnej debaty o príčinách zdravotných problémov vo všeobecnosti automaticky vypadávali ako súčasne príliš frekventované a primálo závažné (pozri koniec koncov už i samotné alternatívne označenie *bežne*).

„To je nič. Ideš k doktorke, predpíše ti lieky a vyliečiš sa. Čo by si s tým chcel robiť?“ „No však chrípka hej, môžeš si dávať pozor..., ale tú dostávaš aj tak stále, to je normálne. Príde, odíde.“

Koťavčania sa svoj akoby fatalizmus pokúšali skutočne deklarovať (v diskusiách so mnou a bežne i verejne) najmä vo vzťahu k prevencii chronických a smrteľných ochorení. Podľa osobného založenia diskutujúcich mal o distribúcii takýchto problémov rozhodovať v prvom rade buď *gulo Del* (= pán Boh, dosl. sladký Boh), alebo boli závažné patológie postihnutého „osudom“. V najprofánnejších verziách, s ktorými som sa stretol, bol pri tom samotný osud vysvetľovaný ako „náhoda, čo na teba s tvojim životom vyjde“.

No nakoľko v každodennej praxi miestnych sa ohľadom zdravia náboženské predstavy a poddávanie sa osudu nemali žiadne miesto – väčšina Koťavčanov sa napríklad bežne snažila o predchádzanie chorobám z nachladnutia u detí – podobne ako v prípade *dokeribe*, ani tu na mňa prvotné deklarácie nepôsobili príliš presvedčivo. Moje poukazovanie na tento rozpor a polopatistické argumenty za možnú účinnosť prevencie väčšinu miestnych privádzali najskôr k alibistickým deklaráciám priamo proti zjednodušeným formuláciám súčasných medicínskych teórií. Zaujímavé bolo, že argumenty samotné tu zväčša mali akoby vedecky racionálne jadro – mali vychádzať z empirickej skúsenosti kombinovanej z miestnych

13 Moja posadnutosť intímnyimi, „ozajstnými“ dôvodmi miestnych a dodržanie najzákladnejších etnografických zásad (dlhodobý pobyt a kvalitný raport) mi umožnili prostredníctvom polemík preniknúť za nesmierne množstvo nezmyselných, no miestnymi vytrvalo ponúkaných prvotných deklarácií (na mnohých, z ktorých sa s najbližšími Koťavčanmi dodnes zabávame). Tento metodický prvok preto spätne považujem za absolútne kľúčový a nedokážem si pomôcť od jeho opakovaného zdôrazňovania a ilustrovania (porovnaj s častým neopatrným tvrdením tradičného fatalizmu u Rómov ohľadom zdravia i v kvalitatívnom výskume, napr.: Petek, Rotar Pavlic, Svab and Lolic (2006). Najmä v domácnostiach, s ktorých členmi sa mi (pre krátkosť času a vlastnú kvázi-príslušnosť k inej fajte) nepodarilo zbližiť, tvorili polemiky podporené pozorovaniami nenahraditeľný nástroj. Na to, aby sa menej blízki pri (v podstate) drzom usvedčovaní neurážali, pri tom stačilo postupovať veľmi zdvorilo a s humorne ladenou familiárnosťou.

osobných skúseností, dokonca triedených akoby podľa súčasnej teórie dedičnosti. Napríklad ohľadom idey prevencie rakoviny pľúc odmietaním fajčenia mnohí dôvodili, že ide o hlúposť, pretože bežne vidia, že veci sa majú inak.

„Tonka [71] fajčí celý život a uvidíš, ešte aj teba prežije!”

„Sú takí ľudia, čo si pofajčia dvadsať rokov a dovidenia..., ale veľa ľuďom tu to nerobí nič, však to vidíš.”

„Sú také rodiny, kde všetci, čo fajčili, zomreli na tú istú rakovinu [pľúc], to máš dedičné..., každý to má inak.“

To, že išlo len o rétoriku a alibizmus som sa domnieval nielen pre zjavnú miestnu neprecíznosť pri organizovaní samotných zdravotných skúseností, na ktorých mali byť podobné argumenty založené, ale opäť predovšetkým z pozorovaní každodennosti, kde ani žiadne pravdepodobnostné racionalizovanie nikdy vážny priestor nedostávalo. Keď som miestnych v uvedených zmysloch usvedčoval, rýchlo som narážal na odpor, ktorý už s vedeckou racionalitou ani s fatalizmom nemal celkom otvorene spoločné vôbec nič:

AB: „Počúvaj, Alex, ale veď oni nehovoria, že tú rakovinu určite dostaneš, keď budeš fajčiť, oni hovoria, že ju dostane trebárs každý desiaty, čo fajčí, alebo každý piaty z tých, čo fajčia a už ju mali v rodine. Nikdy nevieš, koľkatý si ty, ale ak nebudeš fajčiť, skoro určite medzi chorými na rakovinu neskončíš.“

Alex (31): „No dobre, dobre, jasné, že verím, že trocha to pomáhať môže..., ale nemysli si, že prestanem fajčiť.“

Prvotné deklarácie fatalizmu a alternatívnych vysvetlení takto zvyčajne prechádzali v priznanie toho, že ide len o spätné racionalizácie vlastnej liečebnej praxe ohľadne závažných ochorení, ktorá sa biomedicínskymi odporúčaniami zvyčajne neriadila (pozri časť „Liečba“ nižšie). Za takýmto zavádzaním sa pritom autentickým postojom k obsahu biomedicínskych teórií o príčinách závažných ochorení naprieč spoločenskými vrstvami javila, naopak, silná dôvera. Vyššie postavení často uzatvárali diskusie spôsobom: „Jasné, že vaši doktori sa v tom [lepšie] vyznajú.“ S klesajúcim postavením – a vytrácajúcou sa znalosťou aj etiologických teórií – okrem toho pribúdali aj formulácie na spôsob: „A čo som ja doktor [aby som mohol vedieť, ako to je]?“¹⁴

14 Pri postupnom „prelamoaní ľadov“ a z vysvetľovania zo strany mne najbližších som vyrozumel, že spomínané a aj iné zavádzanie bolo čiastočne smerované priamo len na mňa ako na „gádža“. Podľa ľudí, ktorí ma nepoznali, som pre svoje „gádžovstvo“ nemal byť schopný „cigánske rozmýšľanie“ pochopiť. Mali obavy, že uvidím, „akí sú Koťavčania sprostí“. Už samotné takéto formulácie ospravedlňujúce uvedené vytáčky však naznačujú, že nešlo o zavádzanie ani tak zlomyseľné či vypočítavé, ale primárne skôr ponížené: Koťavčania boli svorne presvedčení, že lepšia znalosť (aj) lekárov daných (a iných „zložitých“) javov súvisela priamo s tým, že neboli Rómami.

2.3 Diagnostika

Pokiaľ išlo o dospelých, v osade mal v prvom rade každý najlepšie sám vedieť a povedať si, či je zdravý alebo chorý. Pri akýchkoľvek nejasnostiach sa však s podozreniami vychádzalo na rodinnú verejnosť (s výnimkou zdravotných problémov viažucich sa na rod, o ktorých si nemuseli povedať ani partneri). Za najkompetentnejšie boli jednoznačne považované staršie ženy v produktívnom veku (manželka a jej sestry, prípadne ak bola manželka príliš mladá, spriaznené tety z oboch strán).¹⁵ Do kompetencie žien spadalo zároveň „usvedčovanie“ mužov zo zdravotných problémov pred ostatnými v rodine. Tí sami sa svojim zdravím zvyčajne ostentatívne odmietali zaoberať pre svoj mačizmus. Prílišné dbanie o vlastné zdravie bolo považované za prejav zženštilosti v pejoratívnom zmysle. Ženy pri diagnostike pristupovali k stručným spoločným debatám. Práve a len takouto živou spoločnou praxou sa mali v rámci rozšírených rodín spoločné vedomosti o zdraví zároveň aj udržiavať.

Primerane k pomerne jednoduchým praktizovaným rozlíšeniam ochorení miestna diferenciálna diagnostika spočívala v pomerne jednoduchom vylučovacom rozhodovaní. Pre každé bežné ochorenie sa v rodinách (nukleárnych až rozšírených) spontánne tradovali kombinácie symptómov, ktoré boli podľa miestnych zviazané výhradne s konkrétnou chorobou. Na žiadnu diagnózu teda obvykle nebolo potrebné čakať dlho, tzn. len do času, kedy si skupina žien „osviežila“ pamäť, ak to vôbec bolo potrebné.

„Ak aj ťažko prehľta, je to angína, nie chrípka.“

„Ak sú tie bradavice drobné, na rukách a je ich viac, skúsiš myší chvost [*Achillea millefolium*].“

Priestor pre lekára vznikol až pri stavoch nezvládnuteľných popísaným miestnym diagnostickým systémom a pri podozrení na ochorenie, ktoré nebude možné vyliečiť doma. Popri ubúdaní biomedicínskych a kvázi-biomedicínskych diagnostických znalostí sa s klesajúcim postavením zároveň prejavoval ďalší systematický rozdiel v rámci osady: nižšie postavené rodiny (aj v prípade záujmu) „naťahovali“ rozhodnutie navštíviť lekára na dlhšie. Dôvodom mala byť kombinácia nedostatku finančných prostriedkov (*love*) a slabších schopností „vybavovať“ (*na džanen/na džanas te vybavujinel*).

Podobne ako v prípade teórií o príčinách chorôb záujem o konkrétne biomedicínske diagnózy bol naprieč vrstvami veľký. Tieto bývali brané ako samozrejmé a pravdivé takmer automaticky, pretože boli od lekára: „Každý chce vedieť, čo mu vlastne naozaj je!“¹⁶

15 V čase môjho príchodu a prvého pobytu (2004–2005) sa v osade experimentovalo s matrilokalitou. Dnes má v Koťave dochádzať k návratu k údajne pôvodnejšej patrilokalite.

16 Napriek mojím neustávajúcim protestom („Fakt nie som lekár!“) sa miestni so svojimi zdravotnými problémami a so svojou zdravotnou dokumentáciou bežne obracali aj na mňa. Vždy, keď som vo svojich nedobrovoľných výkladoch zapochyboval o jednoznačnosti predložených výsledkov vyšetrení, alebo nebodaj o opodstatnenosti konkrétneho lekárovho postupu, miestni bývali prekvapení a zmätení: „Tak to je čo potom za doktorku?!“

Potrebu riešiť zdravotný stav detí strážili takisto ženy. Ako symptómy nastupujúcich zdravotných problémov pritom chápali najčastejšie: zmenené oči (hlavne lesk, povlak), farbu tváre („inú“), nechutenstvo, horúčku, kašeľ a plač. V porovnaní s problémami dospelých sa tu však kládol väčší dôraz na včasnú diagnostiku aj bežnejších ochorení (napr. veľmi častých infekcií dýchacieho systému – „prechladnutí“), vrátane omnoho rýchlejších návštev lekára. To všetko zároveň za nepomerne vyššie „obete“ (finančné alebo spoločenské v zmysle prosieb o solidaritu hoci aj za hranicami vlastnej *fajty*).

2.4 Liečba

Pokiaľ išlo o liečbu ľahkých ochorení, v rámci rodiny sa tradoval súbor priamočiarých postupov opäť najmä medzi ženami. Tieto postupy sa aplikovali buď automaticky, alebo prípadne po krátkej spoločnej porade. Priebeh liečby sa kontroloval sledovaním symptómov, pričom pri každom liečebnom postupe existoval približný úzus o tom, dokedy by sa mal ich ústup ukázať, prípadne, či postup postačuje na vyliečenie, alebo treba zájsť k lekárovi. „To už vidíš, keď ho to neprechádza, potrebuje lieky.“ S klesajúcim postavením domácností sa domáce liečebné praktiky vzdalovali medicínskym. Tieto tu však neboli nahrádzané nejakými špecifickými, tradovanými a zdieľanými „rómskymi“ liečebnými postupmi, ale postupmi totožnými s postupmi miestnych nerómskych liečiteľov (napr. používanie bylín). Ešte typickejšie bolo pestré „*ad hoc* experimentovanie“ v rámci nukleárnych rodín (napr. pokus o liečbu syfilisu benzínom alebo migrény búchaním hlavy o stenu). Podrobný prehľad konkrétnych zaznamenaných liečebných postupov (a ďalších miestnych poznatkov o výskyte a priebehu takýchto ochorení) ponúkam v nasledujúcej časti (pozri tabuľka 1).

So stavmi, ktoré diagnostika považovala za ťažké, prípadne tými, ktoré síce určila za ľahké, ale príslušná liečba na ne pridlho nezaberala, sa miestni v rámci svojich vyššie spomenutých ekonomicko-spoločenských obmedzení vyberali za lekármi v okresnom meste. Ako predznamenal diagnostická prax, k väčšine biomedicínskych profesionálov, ich odporúčaniam a nimi ponúkaným liečebným prostriedkom pristupovali miestni bez rozdielu s takmer absolútnou a samozrejmou dôverou. Boli presvedčení, že sú im väčšinou ponúkané funkčné riešenia.

Pokiaľ však išlo o samotnú aplikáciu, tá ani zďaleka taká jednoznačná a samozrejmá nebola. Pri ťažších ochoreniach bolo napriek dôvere aj momentálnej dostupnosti liečby (napr. mnohé lieky často zostávali nedostupnými aj pre ľudí, ktorí si ich mohli dovoliť a boli schopní nechať sa diagnostikovať) zvykom odporúčania lekárov počúvať nanajvýš povrchné (z pohľadu samotných miestnych i medicínskeho, pozri príklady a diskusiu nižšie).

Podľa čoho presnejšie sa mali miestni rozhodovať, či vôbec a aké odporúčané liečebné postupy podstupia? Akceptovateľná liečba nesmela človeka oberať

najmä o obvyklú miestnu stravu, trvalý kontakt s blízkymi, na čele s deťmi, o „bonvivánske“ neresti ako fajčenie, popíjanie a tanec a o prispievanie k bežnému chodu domácnosti (napr. príprava dreva, opravy zariadení, varenie, pranie, starostlivosť o deti, atď.) „Načo mi je také zdravie, keď nemám potom (dobrý/normálny) život?“

Žiadna liečba tak napríklad nesmela trvať „dlho“. Pri ľahších ochoreniach to znamenalo nanajvýš niekoľko dní, maximálne týždne. Pri ťažších ochoreniach jednotná hranica stanovená nebola, ale z pohľadu medicíny išlo takisto vždy o neprimerane krátky čas. Vzдор viazaný na stravu bol naozaj značný. Mal som napríklad možnosť dlhodobo sledovať ženu z vysoko postavenej domácnosti (bez núdze o prostriedky a zvyknutú na interakciu s „gádžami“) s chronickou refluxnou oesofagitídou (bolestivé zápaly pažeráka znemožňujúce normálne trávenie). Napriek zvracaniu, bolestiam, problémom s trávením, stolicou a spánkom, diétu nedodržiavala. Ani jeden z pokusov nebola ochotná sama sebe zdôvodňovať ako opodstatnený dlhšie než dva týždne.

Počúval som ďalej o diabetikoch s pravidelnými ťažkými záchvatmi v dôsledku vedomého nedodržiavania diéty a kompenzačnej liečby inzulínom, bežne som vídaval, ako ďalším miestnym „stáli za to“ napríklad: žľzníkové záchvaty, astmatické záchvaty, zvracanie, hnačky, bolesti zubov, každodenné trápenie s alkoholikom atď.

Dané kritériá sa stávali obzvlášť zreteľnými v súvislosti s odporúčaniami podľa nich samých najextrémnejšími – s hospitalizáciou. Pri zmienkach o zostávaní v nemocnici bývalo najčastejšou reakciou miestnych: „Kde by som ti tam ja ležal!“ V takýchto prípadoch sa ľudia zvykli sťažovať konkrétnejšie na „hnusnú“, „riedku“ stravu, ktorej bolo navyše vždy „málo“. Súčasne však menovali i „strašné ticho“ a stres z odlúčenia.

Diskusie o hospitalizáciách navyše odkrývali aj ďalší dôležitý aspekt odlúčenia: intenzívnejší kontakt so samotnými Nerómami. Jedna konzultantka v rozhovore napríklad spontánne navrhla, že by rómske a nerómske ženy mali ležať oddelene. Na moju otázku, či by radšej ležala s ktoroukoľvek Rómkou, hoci z veľmi chudobnej osady (na iné osady bolo zvykom sa ostentatívne pozeráť zvrchu), odpovedala:

„To si píš! Každá gádžovka ti bude stále ukazovať, že si cigánka. A s našimi sa môžeme aspoň normálne [hlasno, aj vulgárne a o špecifických témach] rozprávať.“

Pri dlhších pobytoch príbuzných v nemocniciach a všakovakých ústavoch tak bolo nutné chodiť ich vyslobodzovať z múk osamelosti a „nudného gádžovského“ režimu aspoň na chvíľu hlučnými radostnými návštevami. Viackrát som mal možnosť zblízka sledovať, akú ambivalenciu takéto vizity vzbudzovali v navštívených. V ich správaní sa miešala občerstvujúca veľká radosť a hanblivosť pred blízkymi za to,

v akom závislom postavení sa ocitli, s hanbou pred Nerómami pre porušovanie nerómskej etikety a prípadne strachom z možnej odplaty personálu.

Keďže ich prítomnosť v osade bola absolútne nevyhnutná pre udržanie bežného rytmu života, špeciálnu kategóriu predstavovali ženy. Pri otázkach na mnohým gynekológom známy jav útekov z nemocníc bezprostredne po pôrode odkazovali samotné matky najčastejšie práve na tento fakt.

„Čo doma muž spraví, ako tam bude žiť? Mám tam deti a ja si budem ležať!“
„Povedali mi, že ak tam nezostanem, Kinga [syn] potratím. Nech! Chcela som už ísť domov, za deťmi a za Potkanom [manžel].“
„To má on [manžel] byť stále po cudzích domoch alebo čo?!”

Odporúčaná rekonvalescencia sa po vymiznutí symptómov nedodržiavala vôbec. Napríklad pijana, ktorého celá rodina jeden čas častými návštevami v liečebni a ťažko nastrádanými peniazmi húževnato podporovala v liečbe, tá istá rodina z ľútosti pre odlúčenie okamžite z ústavnej liečby stiahla, keď sa mu po mesiaci „riadne polepšilo“ (dokázal sám chodiť a súvislejšie rozprávať). Oslavným nalievaním tvrdého mu blízki vzápätí do týždňa „pomohli“ sa vrátiť do starých koľají, pretože „nemali to srdce mu odopierať to, čo mal najradšej“.

Diskusie dôvodov nenasledovania odporúčaní zdanlivo paradoxne v prípade najťažších ochorení – napriek inak bežne deklarovanému „veľkému strachu Rómov z bolesti a smrti“, napriek viere vo funkčnosť odporúčaní samotných, a u bohatších i napriek reálnej dostupnosti prostriedkov – sa zo strany miestnych spontánne uberali k výkladom vlastnej identity, a to (na moje prekvapenie) najmä kolektívnej.

„My Rómovia už sme takí.“
„[...] cigáň bude vždy len chcieť žiť ako cigáň... to je jeho život, pofajčiť si, zabaviť sa, aj si vypiť.“
„To je tá cigánska povaha, cigánska krv ako sa vraví, že urobíš aj tak po svojom.“
A. B.: „Nevadí, že toto vedie ku kratšiemu životu a ku viac bolesti?“
„Mek!“ (=Nech!) [typická forma hrdého súhlasu napriek strate]

Hoci pokusy nastúpiť a dodržiavať odporúčanú liečbu chronických problémov či prevenciu boli so zvyšujúcim sa postavením stále frekventovanejšie, i tu išlo o pokusy zvyčajne nanajvýš povrchné, a to aj z pohľadu tých, ktorí ich podstupovali:

„Tak zas nie som gádzovka, aby som toľko [vylúčenie pálivého a obmedzenie mastného v strave] vydržala... ja bez rómskeho jedla (*romano hábe*) nebudem.“

[odpoveď na otázku, prečo si všetci v domácnosti umývajú zuby:]

„Pretože nechceme mať pokazené ako nejakí špináci (*degeša*). [...]“

[odpoveď na doplňujúce otázky o pozorovanom bežnom rušení účinku večerného čistenia následnou konzumáciou sladkostí:]

„To by si už veľa chcel od cigánov.“¹⁷

„Róm“ či „cigán“ mal pritom podľa miestnych predstavovať človeka, ktorý aj keby chcel, nedokázal by (v racializovanejších výkladoch „*od prírody*“), resp. nemal by byť ochotný (vo výkladoch normatívnejších) zriekať sa „dobrého (rómskeho) života“. Takýto život mal pri tom pozostávať z aktivít, aké miestni zjavne i deklarovali v každodennosti najradšej. Predovšetkým: konverzácie a klebetenie s blízkymi, kolektívne subsistenčné aktivity (zber, lov, domáce majstrovanie, vyhľadávanie ekonomických príležitostí), návštevy príbuzných, požívanie veľkých porcií „rómskeho jedla“ a ťažkých „gádžovských jedál“, počúvanie „cigánskej muziky“, tanec s popíjaním a fajčením, neustále žartovanie (najmä na erotické až sexuálne témy alebo zdôrazňujúce bláznivosť konkrétnych osôb), večerné kolektívne debaty o udalostiach a o živote, a pod.¹⁸

Naopak, odporúčaná liečba, ktorá sa s logikou „dobrého (rómskeho) života“ do rozporu nedostávala (typicky teda najmä pri ľahkých ochoreniach) obvykle bývala dodržiavaná aj pri najbanálnejších stavoch doslova puntičkársky. Nikdy sa mi napríklad nikoho nepodarilo prehovoriť ani na jediné pivo, ak predtým užil hoci len „paralen“ proti boľeniu hlavy. „Ako by sme ich [lieky] brali – berieme ich presne ako nám povedia... hej, v tie hodiny ako to vychádza... čo si sa zbláznil, to si nemôžeš sám pridať, koľko máš užiť, to ti môže aj ublížiť... alebo to potom nefunguje.“

Výnimky z praxe nesúladiu s klinickými odporúčeniami (bežne aj pri menej

17 Rôznorodosť praktík v Koťave sa vo všeobecnosti (tzn. praktík nielen zdravotných, ale napr. i ekonomických) zdala byť cielene udržiavaná aj vďaka tendenciám jednotlivcov potvrdzovať vlastný, z rodných domácností „zdedený“ (*zdedime*) spoločenský status; podrobnejšiu diskusiu pozri v Belák, 2014.

18 Ako som sa pokúsil vysvetliť inde: „Pri popisoch a pochvaľovaní si všetkých takýchto činností však [miestni] zároveň neustále spontánne (t. j. zďaleka nielen voči mne) zdôrazňovali ich „rómskosť“, resp. „cigánskosť“, resp. „negádžovskosť“. Priebežné diskusie (opäť, nie len so mnou) ohľadne konkrétneho obsahu týchto prívlastkov samotných sa pritom v drvivej väčšine končili odkazmi na nižšiu senzuálnu a/alebo morálnu kvalitu toho, ako tie isté veci robia gádže (*hnusneder/goreder/džungaleder*). [...]. Práve predstavy miestnych o nerómskom, „gádžovskom živote“ (*gadžikano dživipe*) sa tu teda zdali fungovať ako emočne silne nabitý zdroj negatívnej inšpirácie: z pohľadu miestnych najšpecifickejšie a najkľúčovejšie aspekty „dobrého (rómskeho) života“ sa zdali byť čo do svojho konkrétneho obsahu v každodennosti odvodzované a rozvíjané podľa nich v priamom protiklade k životu „gádžov“. Predstavy o gádžoch a ich živote si pri tom miestni Rómovia vytvárali hlavne kombinovaním vlastných pozorovaní a skúseností s Nerómami z okolia, ústne odovzdávaných príbehov o skúsenostiach Rómov odinakaďaľ a z televízie, najmä komerčných slovenských kanálov. Medzi konkrétne charakteristiky, ktoré na takto konštruovanom „gádžovskom živote“ označovali a zjavne považovali za najmenej vábne, patrili napríklad: príliš mnoho času tráveného bez blízkych, prílišná podriadenosť a osamotenosť v práci, prílišný strach z budúcnosti a špeciálne o peniaze, prílišná potreba istôt, záľuba v zložitosti, odpudzujúce zvyky v súvislosti s jedlom a sexualitou, prílišná neúcta k mŕtvym, problémy s vyjadrovaním emócií.“ (Belák, 2014)

závažných zdravotných problémoch) predstavovali najmenšie deti (cca do 10 rokov) a prípadne „starí ľudia“ (cca nad 55). Pri nich sa bez ohľadu na postavenie domácnosti v rámci bezprostredných možností s aplikovaním odporúčenej liečby váhalo minimálne (porovnaj aj s rovnakým úzom ohľadne diagnostiky).

Prehľad praxe ohľadne najbežnejších ochorení

V Tabuľke 1 ponúkam prehľad jednotlivých ochorení, tak ako ich (v roku 2005) rozlišovali a opisovali systematickejšie konzultované dospelé koťavské (prevažne) Rómky. Názvy ochorení sú abecedne zoradené podľa najbežnejších ekvivalentov v slovenčine (nejasnosť, či pri danom ochorení išlo skutočne o danú chorobu registrovanú medicínou, označuje otáznik za týmto názvom). K týmto vodiacim názvom pridávam ekvivalentné miestne slangové názvy a názvy v rómčine a prípadne ďalšie poznámky k rozlíšeniu. V kolónkach venovaných príčinám jednotlivých ochorení čitatelia nájdu pre krátkosť len skratkovité, vyslovene pragmatické výklady („osud“ a podobné kozmologické nadstavby som celkom vyradil). Na tom istom mieste zároveň uvádzam prípadne citované súvisiace preventívne opatrenia. Symptómy používané na identifikáciu ochorení (resp. chorôb) a na prípadnú kontrolu ich priebehov som zaradil pod heslo „Diagnostika“.

„Liečba“ zahŕňa najčastejšie uvádzané zodpovedajúce miestne liečebné praktiky.¹⁹ Miestne odhady prevalencií (aktuálneho výskytu) a prípadne incidencií (vývoja výskytu) sú vždy priemerami uvádzaných údajov. Často sa v nich opakujúcou referenčnou jednotkou „80 ľudí“ – je priemerný počet miestnych ľudí z jednej z dominantných *fájt*, na ktorú sa bezprostredné skúsenosti konzultovaných väčšinou obmedzovali. Bez udania obdobia tu ide vždy o počet akútnych ochorení do roka.²⁰

19 Práve niektoré liečebné praktiky (ale i praktické etiológie) môžu vzbudzovať dojem, že spolu aj pri totožnom ochorení vzájomne nijako nesúvisia, nepodporujú sa, alebo sa dokonca vylučujú. Ide o dôsledok zámeru nevyklúčujúceho zachytenia všetkých miestnych poňatí v autentickej podobe a značne improvizovanej praxe v nižšie postavených domácnostiach.

20 Biomedicínsky manuál, podľa ktorého som svoje pozorovania aj systematické rozhovory orientoval, obsahoval aj psychologické a psychiatrické pojmy či diagnózy. Problémy tohoto druhu sa však v prvých rokoch výskumu zdali byť len veľmi zriedkavé a málo reflektované. V posledných rokoch som na rozdiel od toho zaznamenal značný nárast záujmu miestnych o psychiatriu, vrátane prudkého nárastu užívania relaxantov a antidepresantov (i na lekárske predpis). Väčšina bezprostredných odôvodnení zainteresovaných poukazovala na dlhodobu a bezprecedentne sa zhoršujúcu socioekonomickú situáciu („takto zle ešte nikdy nebolo“). Tejto téme som sa však zatiaľ systematicky nevenoval. Vzhľadom na zložitú problematiku interkultúrnej psychiatrie by si zaslúžila samostatný výskum. Za podnet doplniť tento aspekt ďakujem anonymnej recenzentke.

Tabulka č. 1: Prehľad miestne rozlišovaných ochorení

Miestne názvy ochorenia a biomedicínsky ekvivalent	Etiológia (prevencia)	Liečba
	Diagnostika (prípadne priebeh)	Odhady prevalencie (prípadne incidencie)
afty <i>žaba, žiabre</i> [pl]	zo špiny v ústach	kryštálový cukor, šalviové [<i>Salvia officinalis</i>] a repíkové [<i>Agrimonia eupatoria</i>] odvary dezinfekčné tinktúry, deti niekedy až hospitalizácia
	bolestivé biele pupence v ústnej dutine	za život každý, hlavne v prvých dvoch rokoch
akné vyrážky	zo špiny	materina dúška [<i>Thymus serpyllum</i>] (čistenie odvarom)
	mladí (do 18) na tvári	v danom veku skoro každý
alergie	?, dedičné (<i>rodovo</i>)	nedá sa, len lieky (a spreje) na zmierňovanie
	nárazové vyrážky, slzenie alebo tečenie z nosa	10 : 80 ľudí (zahŕňa len ťažšie alergie)
anémia ? (chudokrvnosť) <i>slabo rat</i> [m] (slabá krv)	z chudobnej stravy	mäso a zelenina (nemusí byť surová)
	bledá pokožka, fyzická slabosť	len jednotlivci (2 : 80) prechodné, chronické len z počutia u príbuzných mimo osadu
angína	niekedy z nádchy, z bublinkovej vody pri nádche, nakazením (vzduchom a perorálne)	antibiotiká, ležať a potiť sa
	vysoké teploty, zápal hrdla s ťažkým prehĺtaním	takmer každý aspoň raz do roka, častejšie ako chrípka
astma <i>zdechľavo, chrontavo</i> [adj. označujúce astmatika]	?, dedičné	nedá sa, len zmierňovať dusenie inhalátormi a podobne
	dýchavičnosť, pískanie v pľúcach, dusivé záchvaty kašľa	3 : 80
besnota	pohryznutie psom, líškou	doma sa nedá, injekcie
	?, veľké bolesti, pri neliečení smrť	1 prípad kedysi v osade (konzultantova matka)
bolesti hlavy <i>migrena</i> [f], <i>o šero dukhal</i> (dosl. bolí hlava)	z nervozity, problémov, plných dutín, z počasia, „keď na teba niekto myslí“	natieranie slúch a krku alpou, údery rukami na čelo alebo temeno, lieky (Paralen, Ibuprofen, ...)
	rôzne bolesti	v živote každý, niekto stále (3 : 80)
bolesti zubov <i>o danda dukhan</i> (dosl. bolia zuby)	špina, zubný kaz (baktérie) žerie zuby	vytrhnúť (najčastejšie doma), trochu pomáha mlieko z myšieho chvosta [<i>Achillea millefolium</i>]
	dlhodobá, neznesiteľná bolesť	za život takmer každý (zuby si umýva max. 15 ľudí v osade)

Miestne názvy ochorenia a biomedicínsky ekvivalent	Etiológia (prevencia)	Liečba
	Diagnostika (prípadne priebeh)	Odhady prevalencie (prípadne incidencie)
bradavice	zo špiny, ?	mlieko z myšieho chvosta [<i>Achillea millefolium</i>] na drobné, alebo vypaľovanie lekárom, s veľkými sa nedá robiť nič
	drobné sa objavujú naraz na rukách, veľké na tvári samostatne	drobné za život každý, veľké v dospelosti každý druhý
cukrovka	?, dá sa zdediť, zo sladkého	pravidelné injekcie inzulínu, diéta
	šok, nevoľnosť a manická lačnosť – ak nezješ veľa mäsa alebo cukru, odpadneš	3 prípady ťažkej cukrovky v osade (1 muž už mŕtvy na cirhózu)
cyanóza ? <i>káfol ári</i> (dosl. sčernal)	?, dieťa nemôže dýchať, keď veľa plače	facky, umelé dýchanie, niekedy až hospitalizácia
	dieťa sfialovie až sčernie (v tvári, hlavne sliznice)	každé druhé dieťa v prvom roku života aj 8 krát, v niektorých domácnostiach nie
epilepsia	zo stresu, z hnevu, dedičné	nedá sa
	záchvaty: jazyk zapadnutý, oči vypleštené, pena z úst, kŕčovitá triaška (<i>čhivkerel leha</i> – dosl. hádže, trasie s ním)	v osade 1 muž, ale v inej osade 3 príbuzní muži
hemoroidy	z ostrého jedla, ?	dubová kôra (teplý odvar na sedenie)
zlatá žila	štipľavá stolica, krv a bolesť pri vylučovaní	nevie sa – nehovorí sa
herpes simplex	?, nákazlivé pri manifestácii dotykcom	zmizne aj sám, na zmiernenie mastičky (na predpis)
herpes	najskôr svrbí, potom štípe, mokvajúce pluzgiere	za život skoro každý aspoň raz, niekto každý rok (3 : 80)
hlísty (malé a veľké, neodlíšené od mrlí)	od starého jedla, od špiny perorálne	jednorazovo odčervujúci sirup na predpis
	deti chudnú, nechutí im jesť, rozozná sa v stolici, kým nechodia samé na záchod (cca do 5 rokov)	za život každý v rannom detstve
hluchota	zo zápalov v detstve, vrodené, staroba	nedá sa, možno operácia
<i>kašuke kana</i> (dosl. hluché uši)	spadá sem aj znížená schopnosť počuť, nie len úplná hluchota	v každej tretej nukleárnej rodine
hnačky <i>sračka</i> [f]	z masťného jedla, pokazeného jedla, ostrých jedál, vody, niekedy pri chrípke	diéta (sucháre, čaj) [vôbec som nevidel aplikovať], tekutín treba veľa miesto jedla
	častá, nutkavá a riedka stolica	každý a často (aspoň raz za mesiac), starší ešte viac ako deti

Miestne názvy ochorenia a biomedicínsky ekvivalent	Etiológia (prevencia)	Liečba
	Diagnostika (prípadne priebeh)	Odhady prevalencie (prípadne incidencie)
chrípka	niekedy z nádchy, nákazlivé (aj podľa počasia) vzduchom	ležanie a potenie, veľa tekutín (čaju), antibiotiká
	škrabavé bolesti hrdla, teploty nie vždy, postup ochorenia k prieduškám	každý aspoň raz za rok
infarkt (pozri tiež mozgovú mŕtvicu)	z tlaku (z vysokého aj z nízkeho), zo stresu	lieky na tlak, aby sa neopakoval
<i>infarkto</i> [m] / <i>poražka</i> [f]	bolesť pri srdci, odpadnutie, následky (triaska, slabosť), vo vyššom veku (okolo 50) smrť	2 : 80 ľudí v priebehu 5 rokov, druhá najčastejšia príčina smrti, pár ľudí trvale berie lieky na tlak
krivica (<i>rachitis</i>)? <i>irjame ári</i> (dosl. vykrútený)	?, vrodené	nedá sa
	skrútené kosti (aj trup)	v súčasnosti 1 prípad (chlapec v najchudobnejšej rodine, rodičia sa nezhodli, či bol „krivý“ od narodenia, alebo od skorého detstva), v minulosti „vždy niekto v osade taký, aj dvaja alebo traja“
mozgová mŕtvica <i>poražka</i> [f]	?, viacerí neodlišovali od infarktu myokardu (rozdiel len v zasiahnutej oblasti)	len lieky a pokoj, aby sa neopakovala
	závrat a náhle odpadnutie s funkčnými následkami (triaska, slabosť, psychomotorické poruchy)	tretia najčastejšia príčina smrti
parotitis ?	niekedy zo zápalov hrdla	antibiotiká
<i>hrči</i> [pl], mumps	uzliny pod uhlom sánky, horúčky, slabosť	deti dosť často, za rok aj 3 : 80 ľudí
mykózy (na nohách)	?	mastičky na predpis
pleseň	popraskaná koža medzi prstami	? (nehovorí sa), z počutia pár mužov : 80
nádcha	zo vzduchu od druhých (aj podľa počasia), bacily v nose	kvapky do nosa, potenie v posteli (veľa tekutín – čaj)
<i>viroza</i> [f] / <i>nadcha</i> [f]	sopeľ, kýchanie, plnenie dutín, tlak v hlave, bez teploty	v zime každý aspoň raz
obezita	z prejedania masným a sladkým, zo stravy na noc, málo pohybu	nerieši sa
	nejasná hranica, môžu sa zapchať cievy a srdce sa obaliť tukom s následným zadusením sa (s infarktom nespájané), bolia kĺby	do 5 osôb v osade [pokiaľ ide o BMI nad 30, mohlo sedieť, nad 25 zrejme omnoho viac]
obličkové koliky	?, zdedené	obličky v teple, bylinkové čaje (repík, materina dúška)
<i>sekavinel le ladvini</i> (dosl. seká mu obličky)	trhaná bolesť preráža až do pohlavného údu	viacero starších mužov

Miestne názvy ochorenia a biomedicínsky ekvivalent	Etiológia (prevencia)	Liečba
	Diagnostika (prípadne priebeh)	Odhady prevalencie (prípadne incidencie)
ochrnutia	od stresu, na končatinách z poranení	nedá sa
	---	2 v osade (svaly predlaktia a tváre)
pásomnica (nie parazitárne!)	?, od sladkostí	nedá sa
	chronická lačnosť bez priberania	2–3 : 80
podvýživa	niekoľko dní úplne bez jedla	jedlo, infúzia
	odpadnutie	len prípady u najchudobnejších v osade (maximálne raz za 2 roky)
pohlavné choroby (AIDS, syfilis, kvapavka, len z počutia)	milovanie s nakazeným (mimo AIDS i prostredníctvom záchoda)	AIDS: nedá sa, ostatné ?
<i>džungale / ole nasvalipe(na)</i> (dosl. hnusné / tie choroby)	AIDS: Po mesiaci vyrážky na celom tele, horúčky, slabosť, chudnutie, ostatné ?	AIDS na Slovensku nie je, ostatné v osade nikdy 1 prípad syfilitídy (liečba benzínom)
poruchy psychického vývinu	?, vrodené	nedá sa
<i>slabi godi</i> [f] (slabý rozum, mozog)	pri komunikačných problémoch a pomočovaní určia v škole, prípadne lekári	5 : 80
rakovina (13 rozlišovaných typov podľa napadnutých orgánov) <i>raka</i> [pl]	?, každý už má v sebe od narodenia, iba sa prebudí fajčením, pitím tvrdého	nedá sa, ani lekári nevedia stále nič
	veľké bolesti a rozpad tkanív, slabosť, pomalé umieranie	hlavná príčina úmrtí (poradie: pľúc, hrtanu, hrubého čreva a konečníka), priebežne sa nevie, až keď dôjde k prudkému zhoršeniu pred smrťou, momentálne nikto v takom štádiu (nad 60 v osade ale len pár ľudí)
rezné rany a popáleniny <i>čhindipe</i> [m] <i>a tharo</i> [m]	rôzne a zjavné	vymytie rany a prikladanie skorocelu [<i>Plantago lanceolata</i>], na popáleniny dobré priložiť aj surové vajce
	rôzne	každý bežne, individuálne často, ženy drobné popáleniny častejšie (minimálne raz za 3 týždne), muži drobné rezné rany pri práci aj každý deň
struma	?	?
	veľký opuch krku vpredu	dva prípady kedysi u starých ľudí
svrab <i>ger</i> [f]	nákazlivé dotykami a šatami, aj perorálne	doma sa nedá, len lekár masťami
	svrbivé chrasty po celom tele, zostávajú po nich už jazvy	pred pár rokmi 2 prípady u mladých nakazených inde, kedysi aj v dnes najvyššej sociálnej vrstve

Miestne názvy ochorenia a biomedicínsky ekvivalent	Etiológia (prevencia)	Liečba
	Diagnostika (prípadne priebeh)	Odhady prevalencie (prípadne incidencie)
tuberkulóza <i>tubera</i> [f]	nákazlivé vzduchom i cez oblečenie pichanie v pľúcach, slabosť, žltá farba pokožky, zvracanie krvi, bez liečby smrteľné	psia masť na chleba, doma sa nedá, antibiotiká, sanatórium (kvôli nákazlivosti) pred zhruba 20 rokmi 10 prípadov v chudobnej časti osady
vrodené vývojové poruchy <i>chibne čhavore</i> (doslova chybné deti)	vrodené, z pitia pri tehotenstve <i>zajači pysk</i> (rázštep), poruchy mentálneho vývoja („spomalené“, „sprosté deti“)	nedá sa 2–3 : 80 (drobné kozmetické anomálie vynímajúc – tie o niečo častejšie) 1 mikrocefalus ? [fajčenie v tehotenstve u starších žien normou, pálenka príležitostne]
vši a hnidy (hmyz) <i>džuva a líkha</i> [pl]	vajíčka v spotených a dlho neumývaných hlavách, ľahko nákazlivé svrbí to, dajú sa vidieť	šampóny, kedysi petrolej a špeciálne hrebene kedysi (pred cca 15 rokmi) všetci a skoro stále, deti dodnes i v bohatších častiach osady (5 nukleárných rodín : 80 ľudí)
vysoký tlak <i>učo tlako</i> (dosl. preklad)	? závrate, dýchavičnosť	lieky pozri infarkty
zápalové ochorenia ženských orgánov (maternice, vaječníkov, mechúra, ale i pošvy) <i>prechladnutie télal</i> (zdola)	z dlhodobejšieho podchladenia, pošva z nedostatočnej hygieny (aj pri milovaní) časté močenie, pichanie v inkriminovanom orgáne, pri pošve výtoky	len doktori, antibiotiká za život všetky ženy, za pol roka 5 : 80 ľudí, pošva ? (nehovorí sa)
zápaly očí	z prievanu, zo špiny červené opuchy, slzenie, krvavé oči, škrabavá bolesť	vymývanie repíkom [<i>Agrimonia eupatoria</i>] a harmančekom [<i>Matricaria recutita</i>], materské mlieko – <i>čučakro thud</i> [m] každý za život
zápaly pľúc	z veľkého prechladnutia, po (maj. prechodenej) chrípke a zápaloch priedušiek pichanie v pľúcach teploty, ťažký kašeľ, nejasné odlíšenie od zápalu priedušiek	len antibiotiká a dlho ležať, niekedy hospitalizácia niektoré deti každý rok (2 z 10), aj inak dosť bežné (no nejasné odlíšenie od zápalu priedušiek)
zápaly priedušiek	z prechladnutia (začína nádchou) po (maj. prechodenej) chrípke dusivý kašeľ z hĺbky hrudníka v strede, horúčka, nejasné odlíšenie od zápalu pľúc	čaj, ležať, potiť sa, antibiotiká, funguje aj psia masť (na chleba, do čaju, tu už sa nepoužíva) každý a často, niektoré deti (3–10) každý rok aj viackrát

Miestne názvy ochorenia a biomedicínsky ekvivalent	Etiológia (prevencia)	Liečba
	Diagnostika (prípadne priebeh)	Odhady prevalencie (prípadne incidencie)
zápaly rán	zo špiny v rane, zo škrabania	antibiotiká
<i>infekcija</i> [f] (inak sa nepoužíval)	hnisavá rana, teplá s červeným opuchom okolo	každý, frekvencia individuálne
zlomeniny	z pádov, bitiek a autohavárií	do sadry alebo dlahy, všetci chodia do nemocnice
<i>phágo, phágipe</i> [m]	nemôže častou hýbať, veľká bolesť	3 za pol roka : 80 ľudí (hlavne deti)
nervové zrútenie	z psychického vyčerpania (človek už je považovaný za blázna)	pokoj (prípadne tabletky na upokojenie)
<i>ňervi</i> [pl], <i>nervovo kolaps</i> [m]	kŕče, nervozita, odpadnutie	veľmi málo, pár prípadov za život
žltáčka (z počutia)	nákazlivá krvou	doma sa nedá, treba hospitalizovať
(novorodenecká = <i>ožlke čhavoro</i> [?])	žltá pleť v tvári a na rukách, horúčky	len podozrenie na 1 prípad

3 Telo

3.1 Anatómia

Poznatky koťavských Rómov o skladbe ľudského tela boli bez ohľadu na výšku postavenia veľmi jednoduché, a to i podľa vlastných súdov. „O tom [čo je v krku] my nevieme dobre nič... na čo to máme vedieť?“ Toto možno dobre ilustrovať pomerne krátkym výpočtom všetkých miestne používaných anatomických termínov:

Tabuľka č. 2: Na mieste bežne používané anatomické termíny. „A“ označuje termíny vzťahujúce sa k pod povrchovým častiam tela

slovensky	rómsky
telo	detto
hlava	<i>šero</i> [m]
vlasy	<i>bala</i> [pl]
čelo	<i>čekat</i> [m]
nos	<i>nakh</i> [m]
líca	<i>čhamja</i> [pl]
oči	<i>átha</i> [pl]
obočie	<i>phovja</i> [pl]
ústa/tvár	<i>muj</i> [f]
pery	<i>vošta</i> [pl]

zuby	<i>danda</i> [pl]
ďasná	<i>ini</i> [pl]
jazyk	<i>čhib</i> [m]
sánky	<i>sluchi</i> [pl]
fúzy	<i>čora</i> [pl]
uši	<i>kana</i> [pl]
A mozog	<i>gódi</i> [f]
A lebka	detto
A krk	<i>kelo</i> [m]
A hrdlo/hrtan/hltan/pažerák (pozri ďalej)	<i>gerkáni</i> [m]
ohryzok/kôstka (štítina chrupavka)	<i>mogo</i> [m]
A mandle	detto
A hlasivky	detto
hrudník	<i>kolín</i> [?]
kosti/rebrá	<i>kokala</i> [pl]
prsia	<i>čučja</i> [pl]
A srdce	<i>(j)ilo</i> [m]
A pľúca	<i>parne buke</i> [pl]
A priedušky	detto
A pečeň	<i>kalo buko</i> [m]
A žlčník	detto
ramená	<i>vali</i> [pl]
paže	<i>musja</i> [pl]
ruky	<i>vasta</i> [pl]
prsty	<i>angušťa</i> [pl]
brucho	<i>per</i> [m]
A žalúdok	<i>pucuri</i> [f]
A črevá	<i>goja</i> [pl]
A obličky	<i>bubreški</i> [pl]
A mechúr	detto
A vaječníky	detto
A maternica	detto
chrbát	<i>dumo</i> [m]
A chrbtica	detto

bedrá	<i>dereki</i> [pl]
nohy	<i>čanga</i> [pl]
chodidlá	<i>pre</i> [pl]
stehná	<i>combi</i> [pl]
kolená	<i>kuka</i> [f]
zadok	<i>buľa</i> [pl]
panva	<i>fari</i> [f]
penis	<i>kar</i> [m, vulg.]
varlatá	<i>pele</i> [pl, vulg.]
pošva	<i>mindž</i> [f, vulg.]
A cievy/tepny/žily	<i>žili</i> [pl]
A nervy	<i>ňervi</i> [pl]
svaly	<i>detto</i>
A tuk	<i>žiro</i> [m]
koža	<i>cipa</i> [f]

Pre prax je z predchádzajúceho výpočtu príznačný najmä pomer termínov vzťahujúcich sa k bežne viditeľným častiam tela a termínov skutočne anatomických (označenie „A“ pri termíne v Tabuľke 2) a ďalej rozdiel v jazykovom pôvode medzi nimi – druhé sú až na pár základných orgánov označeniami čerstvo prebratými. Povrchové telesné kvality bývali v osade komentované síce často, ale predovšetkým ako zdroj zábavy, v prípade, kedy bol vysmievaný niečím obdarený nad- alebo podpriemerne. Najbežnejšie posmešky boli: *kalo* (čierny), *thulo* (tučný), *phovjalo* (s veľkým obočím), *zdechľavo* (rachitický, ale i astmatik), *zubáč/danta* (odkazujúci buď k pokazeným zubom alebo proporciám v spodnej časti tváre), *holo šero* (holá hlava), *baro šero* (veľká hlava), *dzarvalo* (chlpatý).²¹

S podpovrchovou anatómiou orgánov mali miestni osobné skúsenosti výhradne cez bravčovinu, baraninu a podobne – prostredníctvom zabíjačiek, a i to bez záujmu o anatómiu funkčnú. Viacerí konzultanti hovorili o prasacom orgáne *žežlenka* [f.], ktorý sa mi z výkladov identifikovať nepodarilo. Buď ho umiestňovali na rôzne miesta ľudskej brušnej dutiny ako orgán špeciálny (nezhodný s nijakým z mnou menovaných) avšak bez udania jeho funkcie, alebo ho stotožňovali s rôznymi inými orgánmi (slezina, pankreas, štítna žľaza, obličky...). Mŕtve telá, a predovšetkým práve telá ľudské, vzbudzovali vo všeobecnosti veľkú bázeň až strach a zďaleka nie každý mal ten „žalúdok“ či to „srdce“ sa nimi akokoľvek zaoberať.

21 S výnimkou „tučného“ zároveň išlo o atribúty negatívne vymedzujúce miestne ideály krásy.

Napriek takémuto ostentatívnemu nezájmu o ľudské útroby obyvatelia osady o nich zdieľali niekoľko pomerne špecifických predstáv. Všetci konzultovaní boli napríklad presvedčení, že okrem veľkostí a odlišného vybavenia pohlavnými orgánmi sa muži a ženy odlišujú lebkou, a to nielen jej odlišným tvarovaním, ale aj spôsobom, akým kryje vnútorné orgány. Jedno z pohlaví (najčastejšie muži) malo mať „predsa lebky len polovicu (*epas*)“. Celá záhlavná oblasť u mužov mala byť otvorená („*čak o mas / len mäso*“).²² Plúca a pečeň si spoločne predstavovali ako príbuzné orgány (pozri i podobné označenia v rómčine) a obe umiestňovali do hrude, podobne ďalej do krku umiestňovali jedinou trubicu spoločnú pre dýchanie i posun potravy. Muži vedeli len zmätočne menovať vnútorné ženské orgány. O existencii nervov v tele v medicínskom poňatí vedeli len niekolkí nadšenci, ostatní ich považovali za časť mozgu, prostredníctvom ktorej sa človek rozčuľuje a stresuje. Mnohé konkrétne orgány rôzni konzultanti nepoznali, prípadne iba z počutia, bez schopnosti kamkoľvek ich zaradiť (napr. detskú žľazu, štítnu žľazu, pankreas, slezinu). Všetci boli presvedčení, že s vekom sa vnútorná stavba tela nijako nemení, menia sa len veľkosti jednotlivých orgánov.

3.2 Fyziológia

O funkciách jednotlivých orgánov koťavskí Rómovia nehovorili takmer nič konzistentné, a to vrátane orgánov pre nich najznámejších. Plúca mali byť „na dýchanie“, srdce „aby bilo“, žalúdok „na trávenie“, v žilách „je krv“, mozog „rozmyšľa“. Pri sústavnejšom vypytovaní sa na to, čo sa pri tom presnejšie deje, boli typické ultimatívne odpovede „aby si mohol žiť“ alebo „vôbec neviem“.

Na druhej strane téma na všetkých pôsobila príťažlivo a dôvodom neznalosti mal byť iba nedostatok dostatočne zrozumiteľných informačných zdrojov. Každý odo mňa na oplátku chcel vedieť „ako je to správne“ (späťne som zisťoval, že moje výklady si mnohí približne pamätali). So stúpajúcim sociálnym statusom sa objavovali odborné termíny (napr. okysličovanie, tep, spaľovanie tuku), avšak takisto bez prezentácie akéhokoľvek konzistentného významu.²³ Výnimkami tu boli len

22 Aj pohlavné roly (pozri špeciálna kapitola v Belák, 2005) miestni celkovo chápali ako „prirodzené“. Predstavovali tendencie kvalitatívne odlišných mužských a ženských tiel. Napr. ženy mali byť v protiklade k mužom „od prírody“ (citujem): „vernejšie; pred mužom sa vedľa skloniť, počúvať ho, keď má pravdu; viac vydržia ako muži, stále sa starajú o rodinu, o deti... aj keď sú choré, nesťažujú sa; nepotrebujú si toľko užívať; vedľa všetko odpustiť, sú naivnejšie; stačí im ku šťastiu dobro pre ich rodinu; nevedia toľko zariadiť, nie sú do sveta; často sú protivné, muža schválne nahaľujú... pýtajú si bitku; myslia viac na seba... nechcú počúvať to, čo sa im nepáči; sú žiarlivejšie, muža chcú len pre seba; robia si často zle navzájom kvôli mužom; asi aj viacej klamú“. Čiastočne sa vymedzujú voči klasickej etnografii od Gay y Blasco o madridských Gitanos (1999) konštrukciu džendru u Rómov veľmi podobne opisuje napr. i Catalina Tesar (2012).

23 O niečo lepšie formálne znalosti tu opäť (tzn. rovnako ako v prípade klinických poznatkov) pochádzali prevažne z neformálnych zdrojov (TV, časopisy, lekári, a pod). Podľa mojej osobnej skúsenosti (v roku 2005 som v rámci výskumu učil v „rómskej triede“ na miestnej ZŠ) napríklad deti aj z najvyššie postavených rodín pri štandardnom spôsobe výkladu prírodopisu nejavili o biológiu prakticky žiaden záujem.

o niečo podrobnejšie výklady (i keď z pohľadu medicíny stále len veľmi nepresné až vyslovene zavádzajúce) žien o fyziológii reprodukcie a zdieľané predstavy o fyziologických rozdieloch v porovnaní s Nerómami.

K tvrdeniam miestnych o fyziologických rozdieloch v porovnaní s Nerómami sme sa dostávali skôr v diskusiách miestnych možností a miestneho rozhodovania ohľadne nerómskeho spôsobu života. Spoločným menovateľom rozdielov naprieč sociálnymi vrstvami bolo pritom presvedčenie, že pramena predovšetkým v pomerne menších kapacitách na rómskej strane. Rómovia tak napríklad nemali byť schopní „zniest takú bolesť“, byť „tak trpezliví“, či „vedieť toľko rozmyšľať“ ako *gádže*. Z biomedicínskeho hľadiska nikto z miestnych presne nerozlišoval vrodene kapacity (v zmysle limitov spôsobených genetickým predurčením) a získané kapacity (v zmysle limitov spôsobených špecifickým individuálnym vývinom). Najčastejšie odpovede na otázku o pôvode udávaných rozdielov odvolávajúce sa na prírodu či vrozenosť (*od prirodi, prirodzeno, vrodime*) však mali bližšie skôr k prvému významu. Konzultantky a konzultanti do diskusií sami prinášali pojmy ako „rómska krv“ (*romano rat*), „rómsky mozog“ (*romano modzgo/gódi*), „rómske telo“ (*romano telo*), ale aj (hoci nepresne chápané) „rómske gény“, teda pojmy evokujúce skôr fixný druhový rozdiel objavený „gádžovskými“ expertmi, než rozdiel akokoľvek ovplyvniteľný a používajúci telesné aspekty len metaforicky. Predovšetkým ale veľmi jednoznačne končili diskusie o možnostiach tieto rozdiely akokoľvek ovplyvniť.

„Andrej, tysi na niektoré veci múdry, ale v tomto si naozaj sprostý. Tysi naozaj myslíš, že keby moje deti vyrástli u tvojich rodičov, že by boli ako ty? Nebuď naivný!“
„[keby naše deti vyrástali v dome tvojich rodičov], ja si myslím, že aj tak by to pre ne bolo stále to isté. Možnože nejaké drobnosti by sa zmenili... pre niekoho... ale väčšina vecí by zostala rovnako. Je to v našej krvi! Vieš, ako sa vraví „cigánska krv“ – to nezmeníš.“

4 ZÁVER

Sprostredkované opisné „čriečky“ možno zhrnúť nasledovne: niektoré praktiky týkajúce sa toho, čo si pod chorobami a telom predstavujú lekári, boli v skúmanej osade konštantné, iné však boli značne pestré, pričom väčšina odlišností bola spojená so sociálnym postavením praktizujúcich v rámci osady. S klesajúcim postavením sa vytrácali predovšetkým znalosti medicínskych termínov a konceptov a prostriedky potrebné na konzultovanie a riešenie problémov priamo so zdravotníkmi. Naprieč miestnou sociálnou hierarchiou obyvatelia zdieľali na jednej strane silnú dôveru vo funkčnosť biomedicínskych poznatkov a záujem o biomedicínske výklady vlastných zdravotných problémov, ale na druhej strane aj nechť súvisiace odporúčania dodržiavať, a to najmä v prípade ťažších zdravotných problémov.

Odmietanie prispôbiť sa klinickým odporúčaniam, napriek dôvere v ich funkčnosť, môže najmä v prípade vyššie postavených (vzhľadom na dostatok potrebných prostriedkov) pôsobiť na prvý pohľad paradoxne. Tento zdanlivý paradox však rýchlo mizne vo svetle skúmania pôvodu obsahu alternatívnych preferencií, predovšetkým vo svetle predvedených súvisiacich vysvetlení „vydolo-
vaných“ v polemických debatách zo samotných praktizujúcich. Pred potrebou riešiť vlastné i závažné zdravotné problémy sa obyvatelia osady zdali mať potrebu, resp. klásť normu, čo najmenej sa vzdávať od zdieľaných predstáv o „dob-
rých/normálnych/lepších (rómskych)“ prvkoch miestneho života, prvkov v kon-
krétlostiach vymedzovaných často v priamom protiklade k predstavám o prvkoch
života nerómskeho. Podľa väčšiny miestnych by síce „byť tak zdravý, ako sú gádže“
bolo fajn, ale vyžadovalo by si to žiť tak, ako žijú *gádže*. To by však bežného Róma
ani nebavilo, resp. by to ani nedokázal (vkus a domnienky o predpokladoch), resp.
by sa mu to ani nepatrilo (sociálne normy).

Vo svetle iných etnografií o Rómoch a sociologicky analogických skupinách
naprieč Európou nejde o príliš prekvapujúci obrázok. O historickom pôvode, ob-
sahovej pestrosti a spôsoboch reprodukcie takejto kultúrnej pružnosti u Rómov
vedú antropológovia zložitú debatu (pre prehľad pozri: Stewart 2, 2013). Bežná
prítomnosť vymedzovania rómskych a analogických identít naprieč kontinentom
„skôr opozične, než v dôsledku jednoduchej izolácie“ (Okely, 2011) však kaž-
dopádne bola etnografmi a etnografkami registrovaná už pomerne dávno a ne-
prestáva nimi byť naďalej podrobne dokumentovaná (napr.: Engebrigtsen, 2007;
Gay Y Blasco, 1999; Gmelch, 1986; Okely, 1983; Stewart, 1997; Tauber, 2006).
K podobným zisteniam ďalej dospievajú v podstate všetci bádatelia spoliehajúci sa
na kvalitatívne výskumné dizajny s otvorenejším koncom a na intenzívnejšiu prí-
tomnosť v teréne – vo vzťahu priamo k zdraviu pozri napr. biomedicínske štúdie
realizované mimo Strednú a Východnú Európu (Goward, Repper, Appleton,
& Hagan 2006; Jesper, Griffiths, & Smith 2008; Van Cleemput, Parry, Thomas,
Peters, & Cooper 2007) a vo vzťahu priamo k tunajším segregovaným Rómom
pozri vybrané domáce antropológické práce (Hrustič 2011; Skupnik 2007).

Literatúra

- BELÁK, A. 2005. *Zdravie očami vylúčených: Medicínsko-antropologická štúdia stredo-
slovenskej rómskej osady [Health through eyes of those excluded: A medical-anthro-
pological study of a segregated Romani settlement in Central Slovakia]*. (MSc.),
Charles University, Prague, Prague. Retrieved from <https://db.tt/J08e34Q2>
- BELÁK, A. 2014 (? , t.č. v tlači). Segregovaní Rómovia a zdravotné politiky: etické
a praktické rozpory. In: T. PODOLINSKÁ & T. HRUŠTIČ (Eds.), *Čierno-bie-
le svety. Rómovia v majoritnej spoločnosti na Slovensku*. Bratislava: VEDA
Ústav etnológie Slovenskej akadémie vied.

- BOYD, K. M. 2000. Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. *Medical Humanities*, 26(1), 9–17.
- ENGBRIGTSEN, A. I. 2007. *Exploring Gypsiness: Power, exchange and interdependence in a Transylvanian village*: Berghahn Books.
- ERICKSON, P. I. 2007. *Ethnomedicine*: Waveland Press.
- GAY Y BLASCO, P. 1999. *Gypsies in Madrid: Sex, Gender and the Performance of Identity*. Oxford: Berg Publishers.
- GMELCH, S. B. 1986. Groups that don't want in: Gypsies and other artisan, trader, and entertainer minorities. *Annual Review of Anthropology*, 15(Oct), 307–330.
- GOWARD, P., REPPER, J., APPLETON, L., & HAGAN, T. 2006. Crossing boundaries. Identifying and meeting the mental health needs of Gypsies and Travellers. *Journal of mental health*, 15(3), 315–327.
- HAHN, R. A., & KLEINMAN, A. 1983. Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions. *Annual Review of Anthropology*, 12, 305–333.
- HAJSKÁ, M. 2003. Fenomén zoči. In: M. JAKOUBEK & O. PODUŠKA (Eds.), *Romské osady v kulturologické perspektíve*. Brno: Doplněk.
- HORVÁTHOVÁ, E. 1964. *Cigáni na Slovensku; historicko-etnografický náčrt* ([1. vyd.] ed.). Bratislava,: Vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied.
- HRUSTIČ, T. 2011. Values and ethnicity – religious conversions of Roma in Eastern Slovakia to the Watchtower Society. In: C. RUGHINIŞ & A. MATE-TOTH (Eds.), *Spaces and Borders. Young Researchers about Religion in Central and Eastern Europe* (pp. 23–32). New York/Berlin: Walter de Gruyter.
- JESPER, E., GRIFFITHS, F., & SMITH, L. 2008. A qualitative study of the health experience of Gypsy Travellers in the UK with a focus on terminal illness. *Primary Health Care Research & Development*, 9(02), 157–165.
- KIRMAYER, L. J. 2006. Beyond the 'new cross-cultural psychiatry': cultural biology, discursive psychology and the ironies of globalization. *Transcultural Psychiatry*, 43(1), 126–144.
- KLEINMAN, A. 1980. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- KLEINMAN, A., & BENSON, P. 2006. Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Med*, 3(10), e294.
- KOBES, T. 2010. Fajta a povaha príbuzenství obyvatel východoslovenských romských osad [Fajta and the nature of kinship among the inhabitants of Roma settlements in Eastern Slovakia]. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*(02), 235–255.
- LACKOVÁ, E., & HÜBSCHMANNOVÁ, M. 1997. *Narodila jsem se pod šťastnou hvězdou* (Vyd. 1. ed.). Praha: Triáda.

- LOCK, M., & NGUYEN, V.-K. 2010. *An Anthropology of Biomedicine*. Chichester (UK): Wiley-Blackwell.
- OKELY, J. (1983). *The traveller-gypsies*. Cambridge; New York: Cambridge University Press.
- OKELY, J. 2011. Constructing Culture through Shared Location, Bricolage and Exchange. The Case of Gypsies and Roma. In: M. STEWART & M. RÖVID (Eds.), *Multi-Disciplinary Approaches to Romany Studies* (pp. 35–54): Central European University Press (e-book).
- OSF. 2011. Roma Health Mediators: Successes and Challenges (pp. 84). New York: Open Society Foundations.
- PETEK, D., ROTAR PAVLIC, D., SVAB, I., & LOLIC, D. 2006. Attitudes of Roma toward smoking: qualitative study in Slovenia. *Croat Med J*, 47(2), 344–347.
- RADICOVA, I., & JURASKOVA, M. 2004. *Atlas rómskych komunít na Slovensku [Atlas of Roma communities in Slovakia]*. Bratislava: S.P.A.C.E. Centrum pre analýzy sociálnej politiky.
- SASINKA, NYULASSY, & BADALIK. 2003. *Vademecum medici* (6 ed.). Martin: Osveta.
- SKUPNIK, J. 2007. Světy se zrcadlem. Marginalizace a integrace z hlediska socio-psychologické dynamiky společnosti [Reflected worlds: Marginalisation and integration from the perspective of the socio-psychological dynamics of society]. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*(01), 133–147.
- SLUSNA, L. 2010. Slovakia: Healthy Communities. In: T. KOLLER (Ed.), *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- STEWART, M. 1997. *The time of the Gypsies*. Boulder, Colo.: Westview Press.
- STEWART, M. 2013. Roma and Gypsy “ethnicity” as a subject of anthropological inquiry. *Annual Review of Anthropology*, 42(1), 415–432. doi: 10.1146/annurev-anthro-092010-153348
- TAUBER, E. 2006. *Du wirst keinen Ehemann nehmen!: Respekt, die Bedeutung der Toten und Fluchtheirat bei den Sinti Estraxaria [You will not take a husband! Flight marriage and significance of the dead among Sinti Estraxaria]* (Vol. 8): LIT Verlag Münster.
- TESÄR, C. 2012. Becoming Rom (male), becoming Romni (female) among Romanian Cortorari Roma: On body and gender. *Romani Studies*, 22(2), 113–140.
- VAN CLEEMPUT, P., PARRY, G., THOMAS, K., PETERS, J., & COOPER, C. 2007. Health-related beliefs and experiences of Gypsies and Travellers: a qualitative study. *J Epidemiol Community Health*, 61(3), 205–210. doi: 10.1136/jech.2006.046078
- YOUNG, A. 1982. The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 257–285.