

„Žeby sme si po smrť nechodili.“

Reflexie skúseností Rómov s praktikami inštitucionálneho systému zdravotnej starostlivosti

„Not to walk toward death.“

Reflections of the Roma's experiences with the practices of the institutional system of health care

Abstract

The paper presents the results of an applied health research in a segregated Romani community through which the author followed the Roma's attitudes and experiences with their using of the institutional health care system. From a methodological point of view it arises from the interviews with ten inhabitants of the Romani settlement located in a smaller district town in Eastern Slovakia. The results of the research confirmed that the attitude of the selected group of Roma toward the dominant public system of health care is embodied in their personal negative experiences with its using in the past. As a result of these experiences, the Roma highlighted and practiced in many cases personal health care in their home setting. This form of health care was often used as a parallel alternative to institutional practices, with the results of which they were not satisfied, and whose dysfunctionality consisted in the reflected inadequate attitude of doctors as well as in the ineffectiveness of the previous treatment provided within the institutional system of health care. In this sense, the attitude of the Roma was to a large extent reflected by their general perception of the quality of provided health care in the local hospital.

Key words

health of the Roma, institutional health care system, health behaviour, home care

Ako citovať

Ort-Mertlová, S. 2022. „Žeby sme si po smrť nechodili.“ Reflexie skúseností Rómov s praktikami inštitucionálneho systému zdravotnej starostlivosti. *Romano džaniben* 29 (2): 63–82.

¹ Sandra Ort-Mertlová pôsobí ako doktorandka v Ústave sociálnej antropológie Fakulty sociálnych a ekonomických vied UK v Bratislave. Venuje sa téme zdravia Rómov. E-mail: SandraOrtmertlova@gmail.com

Úvod

Predkladaný text predstavuje report z aplikovaného výskumu zdravia zameraného na postoje Rómov k dominantnému systému zdravotnej starostlivosti, v rámci ktorých sledovaná skupina Rómov z vybranej slovenskej osady v určitých prípadoch vyzdvihovala a uplatňovala v rámci zdravotného správania domácu starostlivosť. Tá bola v mnohých prípadoch uprednostňovaná práve v dôsledku negatívnych skúseností s využívaním inštitucionálnej starostlivosti. Cieľom textu je poukázať na negatívne osobné skúsenosti a pridružené aspekty ovplyvňujúce postoje Rómov k zdraviu, ktoré predstavovali paralelnú alternatívu k inštitucionálnym praktikám, s ktorých výsledkom neboli spokojní, a ktorých nefunkčnosť spočívala najmä v reflektovanom neadekvátnom prístupe lekárov, či neefektívnosti doterajšej liečby v inštitucionálnej zdravotnej starostlivosti. Hlavný argument textu znie, že postoj Rómov zo sledovanej lokality k využívaniu inštitucionálnej zdravotnej starostlivosti má základ v ich negatívnej skúsenosti, a nevychádza z kultúrneho či etnicky ukotveného vnútorného nastavenia, alebo primknutosti k ich vlastným tradíciám. Na postoj Rómov je v texte nazerané cez obecnější náhľad na kvalitu poskytovania inštitucionálnej zdravotnej starostlivosti v danom regióne. V dialógu s doterajšími teoretickými východiskami sa pokúsím dokázať, že na rozhodnutia a postoje sledovanej skupiny Rómov vplývala kombinácia viacerých súbežne pôsobiacich faktorov a ich interpretácií, vplyvom ktorých bola domáca starostlivosť využívaná ako paralelná alternatíva k inštitucionálnym praktikám.

1 Východiská

1.1 Prehľad doterajších výskumov zdravia Rómov na Slovensku

Z údajov z rôznych doterajších výskumov reflektujúcich zdravotný stav Rómov na Slovensku (Gavurová et al. 2014; Kolarčík et al. 2009; Kurnienková et al. 2007; Madarasova Geckova et al. 2014; Paraličová, Jarčuška, Hudáčková 2015; Rimárová 2013; Švaro et al. 2013) je zrejme, že v porovnaní s nerómskou časťou obyvateľstva čelia Rómovia na rovnakej škále oveľa väčším zdravotným problémom. Či už z hľadiska miery úmrtnosti, priemernej dĺžky dožitia, výskytu infekčných i neinfekčných ochorení, alebo vystavenia zdraviu škodlivým vplyvom: v každom z uvedených aspektov boli v kontexte zdravia u Rómov badateľné výrazné nerovnosti a horší zdravotný stav vo všetkých vymenovaných ohľadoch. Andrej Belák (2019) poukazuje v tejto súvislosti na to, že kvôli nedostatočnému systematickému sledovaniu tohto aspektu na našom území máme dôkazy o uvedených nerovnostiach prevažne iba z akademických štúdií a správ z mimovládnych organizácií. Hoci práve akademických štúdií v poslednej dobe pribúda, z tematického hľadiska sú skôr užšieho zamerania, sústreďujúce sa na špecifickejší okruh tém, napr. na konkrétne typy ochorení a s nimi súvisiace

faktory (Drazilova et al. 2018; Lovayová et al. 2013; Macejová et al. 2020; Sudzinova et al. 2015). Na rozdiel od nich, výskumy neziskových organizácií disponujú o niečo širšou škálou zamerania, a skúmajú skôr všeobecné determinanty zdravia v celom regióne (Belák 2019).

V snahe identifikovať príčinu vzniku a pretrvávania daných nerovností bolo na túto tému publikovaných viacero textov. Z nich je zrejme, že táto skutočnosť dokázateľne súvisí nielen s ich materiálnymi a životnými podmienkami, v ktorých žijú (Filadelfiová, Gerbery, Škobla 2007; Filčák, Škobla, Dokupilová 2020; Madarasova Geckova et al. 2014), ale aj s horším prístupom k zdravotnej starostlivosti (Bobaková et al. 2015), najmä ak ide aj o geograficky segregované komunity, pre ktoré rozhodnutie navštíviť lekára znamená zväziť nepomerne širšiu radu faktorov, ako u nerómskej časti obyvateľstva (výdavky na lieky, poplatky za dopravu k lekárovi, apod.).

Odporozovaným dôsledkom týchto aspektov, vrátane vplyvu segregácie, bolo tiež zistenie, že viacerí Rómovia navštevovali lekára až vo vážnejšom zdravotnom stave, a s jednotlivými prejavmi ochorenia sa snažili najprv svojpomocne poradiť sami (Gavurová et al. 2014; Popper et al. 2009). Podľa Andreja Beláka (2015a) toto zistenie zároveň priamoúmerne súviselo so sociálnym postavením danej domácnosti. Čím nižšou úrovňou dotýčnā domácnosť disponovala, tým viacej návštevu lekára odďaľovala s odôvodnením, že majú málo peňazí, prípadne, že nemajú dostatočné schopnosti veci vybaviť (Belák 2018, 2019). O vysvetlenie toho, prečo sa to tak deje, sa dosiaľ pokúšalo viacero výskumníkov z rôznych vedných odborov.

1.2 Kontextuálne východiská: Operacionalizácia základných pojmov a kategórií

Najmä s ohľadom na vyvstávajúcu argumentáciu celého textu, v ktorom mám za cieľ doložiť, že v postoji sledovanej skupiny Rómov zohrali kultúrne aspekty oveľa marginálnejšiu úlohu než negatívne skúsenosti Rómov s inštitucionálnou starostlivosťou, považujem za vhodné začať najprv s predstavením pojmu kultúry ako takej. Nakoľko samotný koncept kultúry má v spoločenských vedách rôzne definície, a aj v rámci samotnej vednej disciplíny antropológie pod ňou každý výskumník rozumie niečo iné, rovnako považujem za dôležité uviesť kontext, v ktorom som s týmto konceptom vo svojom výskume narábala ja.

Na rozdiel od tej „statickej“ kultúry, ktorú popísala Horváthová (1964), som v uchopení tohto pojmu vo svojom výskume upustila od bežne zaužívaných antropológických definícií odvodených v menšej alebo väčšej miere od definície podľa Tylora, ktorý ju definoval ako „komplexný celok zahrňujúci poznanie, vieru, umenie, právo, morálku, zvyky a všetky ostatné schopnosti a obyčaje, ktoré si človek osvojil ako člen spoločnosti“ (Tylor 1871: 1 in Valentine 1969). Namiesto

toho som si osvojila uchopenie konceptu kultúry cez jeho nazeranie a dôraz na dynamickejší rozmer, podľa ktorého možno kultúru definovať ako „zdieľaný súbor hodnôt, ideí, konceptov a pravidiel správania, ktoré sociálnej skupine umožňujú fungovať a udržiavať sa“ (Hudelson 2004: 345). V tomto zmysle je kultúra chápaná ako dynamická a vyvíjajúca sa sociálne konštruovaná realita, ktorá existuje v myšliach členov sociálnej skupiny (Hudelson 2004). A ako Hudelson (2004) správne poznamenáva, obzvlášť v medicínskej antropológii, ktorá sa zaoberá úlohou kultúry v zdravotnej starostlivosti, býva v niektorých článkoch (Davies, Nutley, Mannion 2000) poukazované na organizačný aspekt kultúry ako na dôležitý faktor súvisiaci s kvalitou starostlivosti (Hudelson 2004).

V súlade s touto definíciou sa mnoho súčasných antropológov a výskumníkov i z iných odborov pridalo k tejto definícii a kládlo dôraz aj na iné aspekty alebo vlastnosti kultúry, ktoré považovali za dôležité, v závislosti od toho, na čo sa v svojich výskumoch zameriavali. V ponímaní Andreja Beláka tak napríklad kultúra úzko súvisí s utváraním identity, pričom veľkú úlohu zohrávajú tzv. kultúrne antagonistické ideológie. V rámci nich sú predstavy o nerómskom spôsobe života chápané ako zdroj negatívnej inšpirácie, v dôsledku čoho sú kľúčové aspekty toho „dobrého (rómskeho) života“ častokrát odvodzované v cielenom protiklade k spôsobom Nerómov (Belák 2015b: 194). Belák ďalej vysvetľuje, že podľa týchto ideológií považujú Rómovia vonkajšie (nerómske) normy za príliš nevhodné pre seba, v dôsledku čoho sa Rómovia samotní v rámci svojich kultúrnych preferencií obávajú, že ak by sa svojím spôsobom života príliš priblížili vonkajším štandardom, riskovali by stratu akejsi „prirodzenej rómskej identity,“ v zmysle uznávaného statusu „naozajstného“ Róma v komunite, v dôsledku čoho sa od nich niekedy snažia vedome udržať odstup (Belák 2015b).

Tým v podstate Belák nadviazal na argument o chápaní kultúrnej identity Rómov podľa Michaela Stewarta (1997), ktorý vystaval na základe svojho výskumu olašských Rómov v Maďarsku. Vysvetľuje, že Rómovia svoju pozíciu v nerómskom svete chápu cez vytváranie svojho alternatívneho a autonómneho priestoru vo vzťahu k dominantnej kultúre „gadžov“ (Stewart 1997).

V kontexte môjho výskumu sa otázka identity prejavovala najmä v interakcii Rómov s miestnymi majoritnými zdravotníkmi. Nakoľko mnohí z týchto pracovníkov si obvykle nie sú vedomí toho, že Rómovia si svoje kultúrne hodnoty, založené na vymedzení sa voči okolitému svetu, utvárajú práve ich vzájomným kontaktom s majoritou, ktorá si ich správanie bežne interpretuje cez stereotypy a predsudky, dochádza ku ich vzájomným slovným konfliktom, zatiaľ čo dištinktivná identita Rómov sa tým viac ďalej upevňuje, utvrdzuje a reprodukuje. Rómovia sa tak opakovane stretávajú zo strany zdravotníkov s nepochopením, prípadne s pocitom, že lekári nesledujú ich skutočné potreby a záujmy. Miesto toho sa z ich pohľadu orientujú iba na zisk z predpisovania liekov. A naopak, zdravotníci zotrávajú v presvedčení, že sú Rómovia vo svojom prístupe

nezodpovední, pretože nedodržiavajú ich rady, a potom zo zlého zdravotného stavu obviňujú doktorov (Coe, Čvorović 2017: 417). V dôsledku toho pokračujú vo svojich podštandardných medicínskych praktikách voči nim (Belák 2019). Tie sa podľa Beláka (2019) najčastejšie prejavovali v ich zníženej dôslednosti alebo kvalite poskytovaných služieb zdravotnej starostlivosti, ako aj v ich celkovom rezervovanom prístupe voči nim.

Antropológovia Hajioff a McKee (2000) poukazujú na to, že práve takéto typy konfliktov môžu niektorých obyvateľov komunít primäť k tomu, aby v prípade rozhodovania týkajúceho sa voľby konkrétnych medicínskych praktík začali do budúcnosti uprednostňovať názory komunity, a tzv. komunitou uzatvorený konsenzus (Hajioff, McKee 2000).

V poslednej dobe však existuje čoraz viac relevantných vedeckých dôkazov o tom, že práve takto vznikajúce mnohopočetné osobné negatívne skúsenosti Rómov s prístupom zdravotníkov prispievajú k ich celkovému odmietavému postoju k medicínskym štandardom, zaužívaných v majorite (Janevic et al. 2011, 2015; Kolarčík et al. 2015; Belák 2019). Andrej Belák (2019) poukazuje v tejto súvislosti na to, že v mnohých súčasných slovenských zariadeniach dodnes pretrvávajú na organizačnej úrovni isté rasistické predstavy, podľa ktorých sa od Rómov jednoducho nedá očakávať, že budú schopní venovať svojmu zdraviu dlhodobú pozornosť, pretože na to z biologického hľadiska nemajú vybudovanú kapacitu (Belák 2019). Ako vyplýva z jeho štúdie, niektorí zdravotníci považovali Rómov za príliš náročných, zvláštnych, nezmeniteľných ľudí, a služby zdravotnej starostlivosti poskytované týmto Rómom boli z ich strany považované za istý druh nespravodlivého záväzku voči nim. Belák (2019: 110) píše, že viacerí zdravotníci poukazovali vo svojich výpovediach na deklarované problémy v komunikácii, bezpečnostné aspekty, extrémne prejavy emócií či nedostatok rešpektu. A hoci väčšina z nich si pripúšťala, že vyššie vymenované vlastnosti sa vzťahovali iba na malú časť segregovaných Rómov, a s rovnakým typom problémov sa vo svojej praxi stretávali aj u ľudí bez domova či pod vplyvom návykových látok, napriek tomu si vyššie vymenované stereotypy u Rómov spájali predovšetkým s ich etnicitou, a svoje diskriminačné praktiky sa snažili ospravedlňovať vlastnými negatívnymi skúsenosťami s „problémovými rómskymi pacientmi“ (Belák 2019: 104).

Belák však zároveň upozorňuje na to, že na samotnom rasizme (ktorý je podľa neho hlavnou hnacou silou ovplyvňujúcou u Rómov využívanie zdravotnej starostlivosti) sa v rôznej miere podieľa okrem majority aj samotná lokálna rómska komunita. Vysvetľuje, že mnohé z týchto vylučujúcich ideológií si Rómovia prostredníctvom socializácie sami internalizujú ako súčasť ich kultúrnej identity, v dôsledku čoho o sebe tieto predstavy sami zdieľajú (Belák 2019).

Vychádzajúc z Belákovej argumentácie o fungovaní takéhoto mechanizmu v zdieľaní rómskych a nerómskych ideológií sa v svojom texte pokúsim vysvetliť, prečo a v akých situáciách využívali Rómovia z danej východoslovenskej rómskej

osady starostlivosť v domácom prostredí, a v akých ohľadoch sa pre nich javí byť takáto starostlivosť výhodnejšia. Ako signifikantné sa pritom ukázali byť práve osobné negatívne skúsenosti Rómov s doposiaľ poskytovanou starostlivosťou zo strany majoritných zdravotníkov, a zároveň Rómami deklarovaná úspešnosť nimi praktizovanej svojpomocnej starostlivosti venovanej jednotlivým zdravotným problémom v minulosti. V nasledujúcej časti popíšem, akými metódami som v rámci výskumu postupovala, aký typ dát som k nemu zbierala a akým spôsobom som výsledné dáta následne analyzovala.

1.3 Výskumný dizajn

Vo svojom výskume som vychádzala najmä z opakovaných pološtrukturovaných rozhovorov s obyvateľmi konkrétnej rómskej komunity, ktorí boli vo veku 20 až 44 rokov. Pre potreby tohto textu boli za účelom argumentácie a interpretácie rozhovorov použité výpovede celkom desiatich ľudí, pochádzajúcich z jednej komunity, išlo o 1 muža a 9 žien. Vzhľadom na opakovanosť, a najmä neformálnosť niektorých typov rozhovorov, sa ich celkový počet nedá presne určiť, okrem iného taktiež preto, že z rovnakého dôvodu neboli všetky rozhovory nahrávané a zaznamenávané na diktafón. Z niektorých z nich boli záznamy vyhotovované iba vo forme dodatočných poznámok zhrňujúcich z obsahového hľadiska podstatu informácie, a tie boli následne priradované k výpovedi daného informátora z predchádzajúceho rozhovoru s ním, ktoré týmto spôsobom dopĺňali. Takisto, keďže sa väčšina rozhovorov s jednotlivými informátormi odohrávala aj za prítomnosti iných osôb, ktoré do rozhovoru priebežne v rôznej miere vstupovali a výpovede svojich príbuzných často dopĺňali či upresňovali, bol dôraz kladený vždy na konkrétneho informátora-jednotlivca, a výpovede ostatných ľudí (pokiaľ s nimi nebol robený samostatný rozhovor zvlášť) tak do celkového počtu oslovených informátorov zarátané neboli. Dá sa preto povedať, že dáta, z ktorých v tomto texte vychádzam, pochádzajú z rozhovorov s desiatimi obyvateľmi danej osady.

Títo obyvatelia tvorili komunitu žijúcu v sociálne vylúčenej rómskej lokalite na východnom Slovensku, nachádzajúcej sa v jednom menšom okresnom meste v prešovskom kraji. Tento región predstavuje vzhľadom na jeho geografickú polohu v rámci Slovenska značnú perifériu, v rámci ktorej je v porovnaní so zvyškom územia marginalizovaný najmä absenciou pracovných príležitostí a s nimi súvisiacimi demografickými zmenami, ako napríklad odchodom mladších obyvateľov za prácou do iných miest, a podobne. V porovnaní s ostatnými časťami Slovenska tak sledovaná lokalita disponuje pomerne vysokou mierou nezamestnanosti.

Kľúčovú rolu vo výbere výskumnej lokality mali predovšetkým moje predchádzajúce návštevy v danej lokalite, ktoré som absolvovala počas predošlých rokov štúdia. V tomto zmysle som sa rozhodla stavať na vopred vybudovaných

vzájomných vzťahoch s obyvateľmi danej komunity, ktoré som si medzičasom vytvorila. V čase, keď som svoj výskum robila, v nej žilo asi 300 obyvateľov.

Z hľadiska vzdelanostnej úrovne mala staršia generácia obyvateľov ukončenú základnú školu a mladšia časť obyvateľstva (cca do veku 25 rokov) mala ukončené stredoškolské vzdelanie. Deklarovaným zdrojom príjmu boli vo väčšine domácností práce mužov, ktorí chodili na príležitostné „fušky“ do neďalekého drevospracujúceho podniku, prípadne využívali krátkodobé pracovné príležitosti v zahraničí. Všetky oslovené ženy boli v čase výskumu nezamestnané, poberali dávky v hmotnej núdzi, poniektoré sa pravidelne zúčastňovali vykonávania aktivačných prác. Ekonomickú situáciu mojich informátorov zároveň odrážala aj zhruba rovnaká vybavenosť domácností, ktorej homogenitu trochu narúšali len značne chudobnejšie domácnosti informátorov žijúcich v zadnej časti osady, v nelegálne pristavaných dreveniciach. Tí žili dlhodobo bez elektriny, v malých a zatekajúcich miestnostiach. Spomedzi všetkých obyvateľov sa od začiatku môjho výskumu naskytla jednej rodine s dvoma deťmi príležitosť sa medzičasom (medzi dvoma samostatnými fázami výskumu vykonanými s odstupom asi šiestich mesiacov) z osady odsťahovať do prenajatého bytu v blízkosti centra mesta, medzi majoritu.

Kľúčová fáza výskumu prebiehala v období júl - august 2018, a po jej absolvovaní som sa do lokality v priebehu niekoľkých nasledujúcich mesiacov vrátila získať ďalšie doplňujúce dáta.

Z tematického hľadiska boli rozhovory zamerané na osobné skúsenosti Rómov s doposiaľ prekonanými ochoreniami a s nimi zvolenou liečbou, a v prípade využitia niektorých zo služieb zdravotnej starostlivosti aj na prístup zdravotníkov voči nim. V každom rozhovore som sa zároveň zameriavala aj na niektoré osobné presvedčenia týkajúce sa príčiny vzniku konkrétnych ochorení alebo dôležitosti zdravia, ako aj na ich subjektívne zdôvodnenie konkrétneho zdravotného správania, resp. aplikovania konkrétnych medicínskych praktík. V tomto zmysle ma zaujímal, aké faktory zvažovali oslovení informátori počas rozhodovania využiť niektoré zo služieb zdravotnej starostlivosti, a čo ich napokon priviedlo k tomu, aby sa v rámci svojho zdravotného správania rozhodli zaujať k danému ochoreniu práve nimi zvolený prístup. Výsledné dáta mali podobu prepisov audio-nahrávok daných rozhovorov, ako aj písomných terénnych poznámok zo záznamov zúčastneného pozorovania. Jednotlivé prepisy rozhovorov boli následne analyzované metódou kvalitatívnej obsahovej analýzy, zahrňujúcou viacúrovňový proces kódovania. Systematicky som tak dáta podrobila trom typom kódovania: otvorenému, axiálnemu a selektívnemu, v rámci ktorých som sa cez jednotlivé tematické kategórie dopracovala ku skonštruovaniu jednej centrálnej „kostry príbehu“, orientovanej na základe princípov ukotvenej teórie (Corbinová, Strauss 1999).

2 Preferencie v zdravotnej starostlivosti v priebehu života

Ako vyplynulo z výpovedí viacerých informátorov, ich súčasná tendencia uprednostňovať v prístupe k niektorým typom ochorení domácu starostlivosť sa v rámci individuálnej adaptácie v priebehu života rôzne menila. Ich postoj naberal určitú dynamiku a vyformoval sa postupne, pričom najväčšiu zmenu bolo badať najmä v prípade dlhodobých a chronických ochorení.

Väčšina informátorov totiž v rozhovoroch tvrdila, že sa vo svojom prístupe snažila dodržiavať bežné medicínske štandardy takmer pri všetkých doposiaľ prekonaných ochoreniach, no časť z nich vo svojich výpovediach zároveň sama reflektovala vo svojom postoji určitú zmenu, v rámci ktorej tak od dodržiavania týchto štandardov z rôznych dôvodov upustila. Iní sa síce na deklaratívnej úrovni rozhovorov údajne snažili týchto štandardov pridržovať aj naďalej, no veľkú úlohu v ich rozhodovaní aj do budúcnosti zohrávalo to, k akému lekárovi, prípadne do akého zdravotného strediska, by mali s konkrétnym typom ochorenia ísť. Rozdiely pritom robili hlavne v závislosti od toho, aké skúsenosti mali informátori s doterajším prístupom lekárov v konkrétnom zdravotnom zariadení, a nakoľko vyhodnotili liečebný postup v danom zariadení ako efektívny.

2.1 Negatívne skúsenosti v hlavnej úlohe: Povešť a subjektívne vnímanie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti v miestnej nemocnici

Veľkým špecifickým problémom danej lokality bola vo všeobecnosti veľmi zlá povesť miestnej nemocnice, na ktorú podľa slov viacerých Rómov „nadávali“ aj viacerí nerómski obyvatelia mesta. Konkrétne aspekty kritiky z pohľadu mojich informátorov sa vzťahovali zväčša na samotný prístup a neadekvátnu kvalifikáciu daných lekárov: či už v podobe nedostatočne vyškolených sestričiek, nesprávnej alebo neskorej diagnostiky ochorení, brania úplatkov, nedostatočnej pozornosti venovanej pacientom v nemocnici, ale aj častej zmeny lekárskeho stanoviska ohľadne informácií o zdravotnom stave, či ignorovania jednotlivých žiadostí o pomoc. Zároveň však informátori vo veľkom kritizovali aj prístup pohotovostných záchranárov z miestnej rýchlej zdravotnej služby, ktorých si v prípade potreby volali prostredníctvom tiesňovej linky priamo ku sebe domov. V tomto prípade sa ich kritika vzťahovala na neskoré príchody sanitky, verbálne sťažnosti lekárov na časté výjazdy do danej lokality, sprevádzajúce nepríjemné reči alebo komentáre záchranárov, a podobne.

„Lebo je starý človek, tak musí ju dačo bolieť. Ale tak keď ju bolí, volá tú sanitku. A jak ona volá doktorov, oni sa ešte sťažujú, že tu chodia. Lebo jej nebolo dobre, že ju srdce bolí. No, ta zavolala raz. No potom ju to lapilo

večer. Tak naspäť jej volali sanitku, ne? Cudzie Cigáni. A ona taká je, že ona nebiruje chodiť. Ona už tak zomrie. Ta tak je. A keď sú také, tak aspoň dám dakajý vozík, abo čo, ne? Nedali. „Doneste ju.“

„A oni ešte povedia: ‚Ona neni chorá, ona potrebuje chlapa.‘ Dneska vám povie doktor to? Povie on to dneska dakde lekár, že ona neni chorá? Lebo potrebuje ešte chlapa? Taká stará potrebuje chlapa? Veď ona ledva chodí. A ne ešte chlapa. On dokáže to povedať. Už to povedal trikrát. ‚Nájdite jej chlapa, dajte jej chlapa, a bude zdravá.‘ Je to normálne? Ta oni musia byť iba...“

Na citovanej výpovedi informátorky je jasne badateľné najmä vnímanie arogantného prístupu a nepriemných rečí zo strany pohotovostných záchranárov, čo v danom prípade vyznelo ako obhajoba dotyčnej staršej ženy k avizovaným sťažnostiam lekárov na časté výjazdy do ich lokality.

Inokedy sa popisované situácie dokladujúce nepozornosť lekárov vzťahovali na zhoršenie stavu informátorky (k interpretácii ktorej napokon odkazuje aj názov tohoto textu) po tom, ako ju previezli do nemocnice. Išlo o staršiu ženu, ktorú sanitka odviezla do nemocnice s ťažkosťami spojenými s vysokým krvným tlakom a ktorá utrpela v dôsledku pádu z nemocničnej postele mozgovú porážku, následkom čoho neskôr v nemocnici zomrela.

„Ona prišla, aby sme jej volali sanitku. Ale ona išla normálne do nemocnici, nebulo jej nič, iba nohy, čo stále mala, a tak.. No ale ta ..Išla si po šmerc.“

„Keby buli dobrí doktori, ta by nenechali, aby spadla z posteli. Mali jej dac to so zábradliami. A oni jej nedali. A my sme povedali, že majú jej dať takú posteľ. Už až potom jej dali, jak už spadla. Jak už bola horšie. Jak už mala tú porážku.“

Tu je vidieť, že samotnú skutočnosť toho, že dotyčná žena v nemocnici pár dní po páde z postele zomrela, informátorka s odstupom času pripisovala práve neadekvátnej pozornosti a starostlivosti zo strany nemocničného personálu, najmä v tom zmysle, že lekári nezabránili pádu tým, že by dotyčnej žene k posteli pripevnili zábradlie. Vo svojich výpovediach pritom vyzdvihovala najmä to, že dotyčná žena odchádzala z osady do nemocnice po svojich, a až na opuchnuté nohy, ktoré pravdepodobne súviseli s vysokým krvným tlakom, jej nič nebolo.

Negatívne skúsenosti s prístupom lekárov sa však okrem samotnej nepozornosti alebo spôsobu komunikácie vzťahovali aj na ich údajnú neprofesionalitu, či nedostatočnú odbornú kvalifikáciu. Tá bola vyzdvihovaná aj v súvislosti s opakovanými prípadmi neskorej diagnostiky rakovinových ochorení, ktoré boli zistené v poslednom štádiu, prípadne až zo súdnej pitvy, napriek tomu, že dotyční príbuzní, podľa slov viacerých oslovených informátorov, opakovane navštevovali

počas života ambulancie prvého kontaktu. V ďalšom prípade sa ich deklarovaná neodbornosť a neadekvátny prístup ukázali v kontexte úmrtia dotyčného človeka, ktorý zomrel na následky opakovaného infarktu, kvôli oneskorenému príchodu sanitky.

Zároveň boli u žien prítomné a celkom podrobne popisované aj viaceré komplikácie pri pôrode cisárskym rezom, pri ktorom dochádzalo k nadmernej strate krvi a jej následnej potrebnej kompenzácii krvnou transfúziou, či k zbytočnému predlžovaniu celého zákroku kvôli neskrývaným nezhodám a slabej komunikácii lekárskeho personálu. Jedna informátorka v tejto súvislosti kritizovala aj necitlivý prístup sestričky v nemocnici k jej dieťaťu, ktoré chodila dojčiť, kvôli čomu si ho následne prevzala do domácej starostlivosti na vlastnú zodpovednosť.

A hoci informátori v danej súvislosti nepripisovali nevhodný prístup lekárov, ich správanie alebo kvalitu poskytovanej starostlivosti voči nim etnickej diskriminácii, bolo zrejme, že ich uvedené skúsenosti a komunikácia s týmito lekármi odrádzali od využívania služieb zdravotnej starostlivosti natolko, že v svojich výpovediach vyjadrovali rozhodnutie sa v prípade potenciálnej potreby do budúcnosti radšej hospitalizovať do nemocnice v inom okrese, prípadne vo väčšom meste, kde zrejme implicitne predpokladali väčšiu úroveň, vyššiu kvalitu služieb, lepšie vybavenie nemocnice, lepších doktorov a sestričky, a podobne:

„Ja keby som bola chorá, že už cítim, že som poriadne chorá, ja tu ani nejdem do nemocnici. Tu by som sa ani nedala operovať, keby bolo treba. Normálne si vybavím do mesta X², a mám. Abo do mesta Y³, alebo kde by som sa dala. Ale tu ne. Lebo by som zomrela mladá.“

Nasvedčujúcim príkladom takéhoto postoja, ktorý mali informátori overený zo svojej praxe, a o ktorý sa vo svojich výpovediach opierali, bol prípad muža, ktorý dlhé mesiace navštevoval lekára v miestnej ambulancii s bližšie nediagnostikovanými bolesťami tela, a napriek užívaniu predpísaných liekov sa mu stav nijak výrazne nezlepšoval:

„On ležal na posteli. A tíž taký chorý bul. Hotový bul. On nebol do nemocnici, on bol len do lekára. No oni išli, vybavili mu - jak bul doma, vybavili mu do Michaloviec do nemocnici. Vybavili mu všetko. Ideme my o mesiac - Cigán jak rybka prišol! To ani by sce nepovedali, že bul šalený, abo co. Cigán prišol zdravý - chodzil, špival, normálny Cigán stamadz prišol, z nemocnici. Z Michaloviec.“

Hoci informátori v konkrétnom prípade nespomenuli konkrétnu diagnózu,

2, 3 pre zachovanie anonymity danej lokality boli pôvodné názvy miest, ktoré by mohli odhaliť polohu osady, v texte nahradené anonymizovanými termínmi mesta X a Y.

s ktorou lekárov navštevoval, po tom, čo mu ako jeho príbuzní vybavili hospitalizáciu v nemocnici v Michalovciach, sa mu stav značne zlepšil, čím sa iba utvrdili vo svojom preferovanom postoji uprednostniť do budúcnosti skôr hospitalizáciu v inej nemocnici.

Vo svojom výskume preto považujem za vhodné prostredníctvom takýchto situácií poukázať na to, že informátori tieto štandardy podľa ich vlastných výpovedí niekedy v minulosti, keď boli mladší, plne využívali tým, že ku svojim lekárom so svojimi zdravotnými problémami bežne chodili, a od vytrvania a dôslednosti prístupu k liečbe ich uvedené faktory odradili až neskôr.

2.2 Dodržiavanie vonkajších medicínskych štandardov vs. dostupnosť iných alternatív

Z popisovaného postupu v liečbe takmer všetkých doposiaľ prekonaných ochorení, získavaného však len výhradne formou rozhovorov, bolo zrejmé, že s konkrétnymi prejavmi ochorení volili informátori ako prioritnú možnosť práve návštevu miestneho (majoritného) lekára, ku ktorému sa skôr alebo neskôr vybrali podľa ich vlastných slov takmer všetci, s ktorými som sa rozprávala. Tvrdili, že ak sa v ich domácnosti vyskytlo niečo akútne, zavolali si sanitku. Ak ich vraj lekár poslal na vyšetrenie do Košíc, v kontexte konkrétneho prípadu hovorili informátori o vlastnej ochote na to vyšetrenie ísť, a prípadné nedodržanie tohto odporúčania zdôvodňovali tým, že nemali peniaze na cestu (a lekár im nepovedal, odkiaľ ich majú vziať). V konkrétnom prípade totiž informátorka očakávala, že jej k prevozu na vyšetrenie zabezpečia lekári sanitku, a keď sa informovala, že jej výjazd poisťovňa nepreplatí, vo svojom odhodlaní – aspoň na deklaratívnej rovine rozhovoru – do veľkej miery poľavila. Svoje rozhodnutie tak presnejšie okomentovala slovami: „Mala by som ísť, ale neviem, či pôjdem, keď mi nedali sanitku.“

V iných situáciách, ak bola informátorom zo strany lekára odporučená hospitalizácia v nemocnici, takisto ju väčšina informátorov neodmietala úplne od začiatku, no v danom prípade zostali v nemocnici iba dotedy, pokiaľ sami nevyhodnotili, že danú starostlivosť potrebujú, prípadne, dokým sami nevyhodnotili niektoré ostatné faktory ako prioritnejšie. Takýmto príkladom informátorky bola napríklad žena, ktorá po predčasnom pôrode svojej dcéry lekárom povedala, že si potrebuje ísť vybaviť nejaké papiere na úrade práce, a že sa po dcéru vráti neskôr. Následne podpísala reverz, na vlastnú žiadosť hospitalizáciu ukončila a do nemocnice už sama na hospitalizáciu nenastúpila. V rozhovore toto správanie odôvodňovala tým, že svojej dcére v inkubátore nemala v tom čase tak či tak ako pomôcť, nemohla sa jej dotýkať, preto sa rozhodla čas, ktorý potrebovala jej dcéra na to, aby sa mohla plne vyvinúť, prečkať doma, a dcéru chodila do nemocnice navštevovať každý druhý deň.

V kontexte zvažovaných faktorov pritom informátorka spomenula aj skutočnosť, že by tam ako doprovod svojho dieťaťa z pohľadu lekárov zbytočne zaberala lôžko. No podľa výsledkov hlbšej analýzy do toho nepochybne vstupuje aj fakt, že potenciálna možnosť zostať s dieťaťom v nemocnici sa spája s určitými finančnými poplatkami, ktorých uhradenie mohlo byť z pohľadu informátorky rovnako vnímané ako výdavok „navyš“, a s ohľadom na jej socio-ekonomickú situáciu príliš problematické, v dôsledku čoho sa tieto výdavky rozhodla takýmto spôsobom eliminovať. Zároveň ale rovnako nemožno opomenúť i vplyv rôznych sociálnych tlakov, či istej formy patriarchálneho útlaku, v dôsledku ktorých mohla informátorka vo svojej výpovedi jednoducho obísť uprednostnenie iných faktorov – napríklad presvedčenie, že ju manžel či staršie dieťa v domácnosti potrebovali viac ako novorodená dcéra v nemocnici, ktorá starostlivosť z jej strany za daných okolností až tak nepotrebovala, resp. mala možnosti ku jej poskytovaniu značne obmedzené. To dobre ilustruje skutočnosť, že informátori častokrát kombinovali formy oficiálnej zdravotnej starostlivosti s vlastnými alternatívami a interpretáciami ich zdravotného správania, čím si tak zároveň akoby trochu poistovali nimi zvolenú stratégiu maximalizovať šance na dosiahnutie efektívneho úspechu v liečbe.

Z vyššie popísaných situácií je zároveň zrejmé, že daní informátori biomedicínsku liečbu úplne neodmietajú, no popri nepochybnom vplyve rôznorodých zdieľaných očakávaní, založených na predchádzajúcej kolektívnej skúsenosti ostatných obyvateľov osady, vymenované aspekty pre nich predstavovali dostatočný dôvod k tomu, aby popri inštitucionálnej zdravotnej starostlivosti zároveň zvažovali aj iné dostupné alternatívy, ktorých benefity tak využívali súbežne popri nich.

2.3 Najčastejšie udávané výhody praxe domácej starostlivosti

Jednou z vhodných alternatívnych možností sa z pohľadu informátorov ukázala byť práve domáca starostlivosť. Tá bola v mnohých prípadoch vnímaná ako efektívnejšia, ale opäť – nie preto, že by súčasťou ich vnútorného nastavenia bolo zásadné odmietanie majoritných medicínskych liečebných postupov a prílišné priblíženie sa nerómskym štandardom. Do veľkej miery tomu tak bolo preto, že liečbu a prístup doposiaľ ošetrojúcich zdravotníkov vyhodnotili ako neefektívny. Takisto zohrávala rolu aj skutočnosť, že im nebol umožnený prevoz seba alebo svojich príbuzných do inej nemocnice ani za tú cenu, že by si informátori prevoz iniciatívne zabezpečili sami, na vlastné náklady. V takýchto prípadoch sa jednotlivé argumenty vyzdvihujúce efektívnosť domácej starostlivosti vzťahovali nielen na častejšie „obsakovanie“ a väčšiu pozornosť v starostlivosti o daného človeka zo strany blízkych príbuzných, ale aj na vysadenie „pochybných“ typov tabletiiek. (Ako uvediem v nasledujúcom príklade, ide o termín vyjadrujúci pochybnosti o efektívnosti daného lieku zo strany informátorky, ktorá sa v rozhovore vyjadrovala

k prípadu iného obyvateľa osady. V tomto zmysle bol uvedený termín použitý na ozrejenie jej postoja k danému lieku v tom zmysle, že počas jeho užívania prevažovali nad jeho potenciálnym prínosom skôr jeho negatívne vedľajšie účinky).

V jednom prípade sa napríklad informátori rozhovorili o svojom blízkom príbuznom, ktorý sa po prepustení z miestnej nemocnice začal v domácom prostredí správať podľa ich vlastných slov ako „šalený,“ prípadne hlúpy. Deklarovaná úspešnosť nimi zvolenej starostlivosti sa pritom v tomto prípade ukázala byť práve v ich iniciatívnom vysadení liekov, a v porozprávaní sa s ním:

„V nemocnici mu dávali také tabletky, čo ošalel. Nepamätal si nič. Vlastného syna nepamätal, čo najlepšie (preňho) chcel. On jeho nepamätal. Dzivky svoje nepamätal, nič [...]. A jak šalený. Tote jak hlúpe, ta jak keby taký šalený. Ta tak on chodil. Prestal tie tabletky [brat] – sme mu nedávali – už my sme mu nedávali, bo sme zistili, že on z tých tabletkov taký je. Už sme nedávali mu, kukáme, už mu lepšie bulo. A, chvalabohu, nič mu neni. A keby sme mu dávali tote tabletky, ta tam by še našol, jak tote šalené. [...] My sme mu najprv dávali tote tabletky. A on z toho ešte horší bol. Že jak keby hlúpy bol, alebo čo. A prestali sme mu dávať, a už lepšie. A doteraz, dikh! Už mu neni nič. Nič. Sme – porozprávali sme s ním, a už mu bulo lepšie.“

V kontexte tohto zistenia je ale treba dodať, že aj keď z výpovede citovanej informátorky nie je zrejmé s akými ťažkosťami išiel dotyčný človek k lekárovi predtým, ako sa domov vrátil s predpísanými liekmi (teda či sa tou liečbou vyriešilo aspoň to, kvôli čomu tam išiel pôvodne), ani nakoľko vážny bol podľa informátorov jeho stav. Napriek obecnej dôvere mojich informátorov k funkcionalite medicínskej starostlivosti mohli byť pre nich tým rozhodujúcim podnetom pre vysadenie naordinovaných liekov aj rôzne subjektívne aspekty, ako napríklad dĺžka liečby, či súlad s osobnými predstavami o adekvátnosti alebo úspešnosti liečby. Jednoducho, že pokiaľ na vlastné oči videli, že doterajšia biomedicínska liečba nastavená lekárom z ich subjektívneho hľadiska na dané ochorenie nezaberala, prípadne trvala príliš dlho a dotyčnému človeku bránilo jej podstupovanie vo vykonávaní bežných činností, tak sa informátori rozhodli prevziať iniciatívu v starostlivosti o svojho príbuzného do vlastných rúk a pokúsili sa ho vyliečiť sami. Ako sa neskôr ukázalo, aj v tomto prípade vyhodnotili svojpomocnú starostlivosť ako efektívnu a úspešnú a vo svojom prístupe tak boli ešte viac motivovaní zväziť podobné postupy aj pri ďalších potenciálnych prípadoch ochorenia.

Iným príkladom takéhoto deklarovaného úspechu v starostlivosti v domácom prostredí bol prípad informátorky, ktorá bola hospitalizovaná v nemocnici pre jej údajnú silnú dehydratáciu:

„Ja som mesiac tam bula. A nevylicili me. Domov som prišla, aj som sa vyliečila, aj všicko. Ved' stamaď som prišla ešte vecej chorá, jak som bula. Doma som sa vyliečila.“

Tak ako v mnohých ostatných prípadoch ale treba povedať, že ani v tomto informátorka pravdepodobne neuviedla svoju celkovo stanovenú presnú diagnózu, pre ktorú bola v nemocnici hospitalizovaná, a v skutočnosti išlo len o jej vlastnú interpretáciu tejto skúsenosti. Spomenutá dehydratácia tak pravdepodobne bola iba jedným zo sprievodných symptómov, ktoré sa jej s jej hospitalizáciou a prípadnými biomedicínskymi vysvetleniami zo strany lekárov spájali.

Uvedený prípad následne podobne okomentovala aj matka dotyčnej informátorky:

„Zobrala som ju domov – ta ešte lepšie som ju vyliečila, jak ona tam do nemocnici. Čím vecej ležela, tým vecej chorá bola. No. Tato nemocnica? Tuná – kto chce len umrec, ta pujdze.“

Popisovanú úspešnosť takejto starostlivosti navyše viacerí informátori vyzdvihovali aj v kontexte niektorých dnes už zosnulých ľudí v osade, ktorých smrť si tak s odstupom času vysvetľovali práve tým, že sa po prepustení z nemocnice snažili dotyční pacienti dodržať lekárom nastavenú liečbu, a naďalej užívali predpísané lieky. Negatívny dopad spomínaných tabletiiek sa pritom podľa ich vlastných slov prejavoval v tiež veľmi podobne popisovaných prejavoch správania, v rámci ktorého sa dotyční ľudia začali v domácom prostredí pred ostatnými ľuďmi v domácnosti schovávať, omotávať si kúsok handry alebo vlasov okolo prsta, a pod. Hoci v kontexte uvedeného prípadu nemožno hovoriť o vysadení liekov ako o adekvátnej alternatíve k nemocnici, dobre ilustruje situáciu, v ktorej je niekedy lepšie lekárom nastavenú liečbu odmietnuť, a v rámci naratívu to zarámcovať ako príklad ďalšej negatívnej skúsenosti informátorov s miestnou nemocnicou.

Pomimo toho bolo formovanie takéhoto postoja ovplyvnené aj ich osobnými presvedčeniami o dôležitosti zdravia alebo príčine vzniku konkrétnych ochorení. Faktom však bolo, že využívanie svojpomocnej starostlivosti v domácom prostredí bolo z pohľadu mojich informátorov do značnej miery nadhodnotené, a to aj vďaka vzájomnému komunitnému šíreniu takýchto skúseností medzi ostatnými obyvateľmi osady, čo mohlo v podobnom správaní podporiť aj tých, ktorí doposiaľ tieto služby až tak často nevyužívali, prípadne podobné negatívne skúsenosti nemali.

Deklarovaným a pre nich dosvedčujúcim príkladom takéhoto postoja bol taktiež človek, ktorý svojím dovtedajším spôsobom života pripomínal človeka bez domova, s nádorom na bruchu. Z invalidného dôchodku, ktorý kvôli tomuto nádoru poberal, prispieval pravidelne nejakou časťou vždy niektorému z obyvateľov danej osady, u ktorého mohol pobudnúť nejakú krátku dobu, ale keď zakrátko nato zomrel, tak nemal ani poriadny pohreb. Ako dôvod pritom viacerí informátori uviedli to, že sa ani mesiac po jeho smrti k dotyčnému človeku nikto neprihlásil, vrátane rodiny, ktorá žila v inom meste, preto sa k tomu nakoniec podujal miestny farár, ktorý zosnulé telo uložil do papierovej truhly.

V iných prípadoch, ak sa o takéhoto človeka jeho príbuzní nestarali, to po jeho smrti mohlo viesť k ostrakizácii dotýčnych členov osady, či vyhosteniu z domu. V konkrétnom prípade, ktorý mi informátorka prerozpravala, išlo napríklad o smrť matky, ktorej dcéra sa chcela po jej pohrebe vrátiť zo zahraničia spolu so svojimi deťmi a natrvalo bývať pri otcovi. Ten ju však údajne z domu vyhodil práve kvôli tomu, že sa dcéra počas života o mamu nestarala, a v danom prípade tak bola s deťmi natrvalo vystáňovaná z domu.

3 Záver

Vo svojom texte som sa snažila ukázať, že prístup k mnohým súčasným ochoreniam u Rómov zo sledovanej lokality bol ovplyvňovaný najmä ich deklarovanými mnohopočetnými negatívnymi skúsenosťami s prístupom lekárov voči nim, ako aj ich subjektívne vnímanou kvalitou inštitucionálnej zdravotnej starostlivosti v danom regióne. V menšej miere však tento postoj podliehal taktiež vplyvu niektorých marginálnejších faktorov, vrátane vplyvu chudoby, komunitného šírenia vzájomných skúseností medzi obyvateľmi osady, či dostupnosti alternatívnych liečebných praktík k inštitucionálnej forme starostlivosti. Hlavným argumentom mojho textu bolo, že prax Rómov zo sledovanej lokality uprednostňovať v niektorých situáciách zdravotných ťažkostí radšej domácu starostlivosť pred službami inštitucionalizovaného zdravotníctva má základ v ich negatívnych skúsenostiach. Poukázala som na dopad týchto negatívnych skúseností ako i na subjektívne vnímanie kvality inštitucionálnej zdravotnej starostlivosti v danom regióne na postoj Rómov k vlastnému zdraviu.

Z vyššie popísaných situácií bolo totiž vidieť, že napriek deklarovanej snahe Rómov dodržiavať aj bežné medicínske štandardy a odporúčania miestnych lekárov, si voči tomuto systému zachovávali Rómovia z môjho výskumu určitý odstup, a napriek značnému vplyvu niektorých vyššie spomenutých faktorov, zohrala dôležitú úlohu v ich postoji aj nízka úroveň a zlá povest miestnej nemocnice. K uprednostňovaniu domácej starostlivosti ich tak často motivovala skutočnosť, že predtým lekárom nastavenú liečbu vyhodnotili informátori ako neefektívnu, a v svojom prístupe začali hľadať a uplatňovať iné alternatívy. Výhody spomínanej starostlivosti v domácom prostredí boli pritom vyzdvihované predovšetkým v kontexte dlhodobých a chronických ochorení, v rámci ktorých boli deklarované viditeľné výsledky a opakovaný úspech v liečbe viacerých zdravotných problémov. Spomínaná úspešnosť pritom vo viacerých prípadoch spočívala najmä v iniciatívnom vysadení tabletiiek predpísaných lekárom, ale aj vo väčšej a častejšie venovanej pozornosti zo strany ostatných príbuzných v domácnosti. V prípade, že takáto možnosť z nejakého dôvodu absentovala, dochádzalo v konkrétnych prípadoch buď k opovrhovaniu dotýčnych príbuzných, ktorí sa o svojho blízkeho

v chorobnom stave nestarali, alebo k ostrakizácii daného človeka, a jeho úplnému vyhosteniu z domácnosti.

Ako som vyššie spomenula, z uvedených zistení síce nebolo možné v kontexte využívania domácej starostlivosti opomenúť i vplyv kultúry, chudoby, a z toho vyplývajúcich ďalších aspektov, na ktoré vo svojich predchádzajúcich prácach upozorňovali autori štúdií z iného marginalizovaného prostredia (Banerjee – Dufflo 2011; Hajioff, McKee 2000), zato sa nimi podarilo rozšíriť o nové aspekty postoja Rómov k zdraviu tie teoretické východiská, podľa ktorých mali Rómovia k lekárovi chodiť až vo vážnejšom zdravotnom stave (Popper et al. 2009; Gavurová et al. 2014). V tomto ohľade sa môj materiál čiastočne odlišuje od niektorých vyššie zmienených teoretických východísk (Hajioff, McKee 2000, Popper et al. 2009), ktorých autori sa v svojej interpretácii iba spätne zameriavali na to, z čoho to môže vyplývať (napr. z vyššie zmienenej chudoby, primknutosti k vlastným tradíciám a pod.). Z vyššie predložených príkladov situácií bolo totiž zrejme, že miestna komunita Rómov nie je spokojná so zdravotníckym systémom majority, napriek tomu, že ho vo svojej praxi bežne využívala, a tým sa formoval aj ich celkový postoj k zdraviu.

Ako sme sa z viacerých z nich mali v úvode možnosť presvedčiť, hoci sa nedostatok finančných prostriedkov objavuje ako pomerne často deklarovaný aspekt, odrádzajúci od dodržiavania medicínskych odporúčaní aj v iných výskumoch zdravia, zistenia z môjho výskumu sa vo viacerých ohľadoch zhodovali skôr s výsledkami štúdií Andreja Beláka (2019). Na margo subjektívne udávaných argumentov o efektívnosti domácej starostlivosti z pohľadu informátorov treba skonštatovať zhodu najmä v tom zmysle, že pri nich mohli zohrávať dôležitú rolu veľmi konkrétne jasné kritériá, ktoré Rómovia z jeho štúdie niekedy využívali v rámci rozhodovania o prístupe k liečbe konkrétnych typov ochorení. V tejto súvislosti Belák poukázal na dostupnosť prostriedkov Rómov k iným lokálnym alternatívam (2019: 75). Tým, že pre informátorov z môjho výskumu bola práve zaužívaná prax starostlivosti v domácom prostredí oveľa dostupnejšou praktikou než inštitucionálna starostlivosť, bolo v istom zmysle pochopiteľné, že na absolvovaní vyšetrenia, ktoré by si vyžadovalo úhradu výdavkov „navyše,“ na cestu k lekárovi, tak dôsledne netrvali. Belák vysvetľuje, že napriek dostupnosti biomedicínskej liečby si Rómovia z jeho výskumu niekedy uspôsobovali dodržiavanie týchto odporúčaní vlastným spôsobom tak, aby pre nich akceptovateľná liečba napríklad neobmedzovala človeka v kontakte s blízkymi, vo vykonávaní bežných domácich činností alebo konzumácii obvyklej stravy, a taktiež nesmela trvať príliš dlho (Belák 2015a: 67-68). Zároveň u nich platilo, že zatiaľ čo pri ľahších ochoreniach sa snažili jednotlivé príznaky ochorení najprv diagnostikovať a liečiť bez pomoci lekára, formou spoločnej debaty medzi ženami, v rámci ktorej existoval určitý úzus o tom, dokedy by mali konkrétne príznaky ustúpiť (a tým sa potvrdiť správnosť diagnostiky a efektívnosť liečby), tak pri ťažších ochoreniach sa obracali

na miestneho lekára, ktorému dôverovali a verili, že diagnostika z medicínskeho hľadiska ponúkne funkčné riešenia (Belák 2015a: 67).

Moje zistenia zároveň naznačili zhodu s výsledkami tých štúdií, ktoré z pohľadu samotných Rómov poukazovali na prítomnosť častých konfliktov medzi zdravotníkmi a rómskymi pacientmi, ich problematickú komunikáciu a z toho vyplývajúci narastajúci počet vzájomných negatívnych skúseností, ktoré ich od ďalších možností využívania zdravotných služieb do budúcnosti iba odradili (Belák 2019; Coe, Čvorović 2017). A tak, hoci si dobre uvedomujem šírku celého problému, treba uviesť, že jednotlivé dôvody a interpretácie, ktorými som sa vo svojom výskume zaoberala, a ktorými som sa pokúsila vysvetliť vlastnú logiku zdravotného správania Rómov, z neho predstavovali len veľmi malú časť. Preto by sa tak v rámci budúcich výskumov bolo vhodné zamerať viac na prítomnosť prípadných medzikultúrnych rozdielov v subjektívnom vyhodnocovaní kvality a postoji k inštitucionálnej zdravotnej starostlivosti zo strany miestnych Nerómov, aby bolo možné zistiť, a následne porovnať spôsob narábania s vnímanou kvalitou poskytovanej zdravotnej starostlivosti v miestnej nemocnici s perspektívou Rómov.

Literatúra

- Banerjee, A. V., Duflo, E. 2011. *Poor economics. A radical rethinking of the way to fight global poverty*. New York: Public affairs.
- Belák, A. 2015a. Medicína v segregovanej rómskej osade: Príklad z juhu stredného Slovenska. *Romano džaniben* 22 (1): 57–84.
- Belák, A. 2015b. Segregovaní Rómovia a zdravotné politiky: etické a praktické rozpory. In: Podolinská, T., Hrustič, T. (eds.). *Čierne-biele svety. Rómovia v majoritnej spoločnosti na Slovensku*. Bratislava: VEDA, 172–207.
- Belák, A. 2018. Why don't segregated Roma do more for their health? *International journal of public health* 63 (9): 1123–1131.
- Belák, A. 2019. *The health of segregated Roma. The first-line views and practices*. Groningen: University of Groningen.
- Bobakova, D., Dankulincova Veselska, Z., Babinska, I., Klein, D., Madarasova Geckova, A., Cislakova, L. 2015. Differences between Roma and non-Roma in how social support from family and friends helps to overcome health care accessibility problems. *International journal for equity in health* 14 (1): 37.
- Coe, K., Čvorović, J. 2017. The health of Romanian Gypsy women in Serbia. *Health care for women international* 38 (4): 409–422.
- Corbinová, J. M., Strauss, A. L. 1999. *Základy kvalitatívneho výskumu: postupy a techniky metódy zakotvené teórie*. Brno: Sdružení Podané ruce.
- Davies, H.T.O., Nutley, S.M., Mannion, R. 2000. Organisational culture and quality of health care. *Qual health care* (9): 111–119.
- Drazilova, S. et al. 2018. Prevalence and risk factors for hepatitis B virus infection in Roma and Non-Roma people in Slovakia. *International journal of environmental research and public health* 15 (5): 1047.
- Filadelfiová, J., Gerbery, D., Škobla, D. 2007. *Report on the living conditions of Roma in Slovakia*. United nations development programme: Regional bureau for Europe and the commonwealth of independent states.
- Filčák, R., Škobla, D., Dokupilová, D. 2020. *Ensuring access to sanitation infrastructure. Roma settlements and structural inequalities in Slovakia*. Bratislava: Centre of social and psychological sciences, Slovak academy of sciences.
- Gavurová, B. et al. 2014. *Meranie zdravia a zdravotných rizík vo vybraných rómskych osadách na Slovensku – fakty a reflexie. Nerovnosť a chudoba v Európskej únii a na Slovensku II*. Košice: Technická univerzita v Košiciach, 188–201.
- Hajioff, S., McKee, M. 2000. The health of the Roma people: a review of the published literature. *Journal of epidemiology and community health* 54 (11): 864–869.

- Horváthová, E. 1964. *Cigáni na Slovensku*. Bratislava: Vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied.
- Hudelson, P. M. 2004. Culture and quality: an anthropological perspective. *International journal for quality in health care* 16 (5): 345–346.
- Janevic, T. et al. 2011. “There’s no kind of respect here.” A qualitative study of racism and access to maternal health care among Romani women in the Balkans. *International journal for equity in health* 10 (1): 1–12.
- Janevic, T. et al. 2015. Discrimination and Romani health: a validation study of discrimination scales among Romani women in Macedonia and Serbia. *International journal of public health* 60 (6): 669–677.
- Kolarčík, P. et al. 2009. To what extent does socioeconomic status explain differences in health between Roma and non-Roma adolescents in Slovakia? *Social science & medicine* 68 (7): 1279–1284.
- Kolarčík, P. et al. 2015. The mediating effect of discrimination, social support and hopelessness on self-rated health of Roma adolescents in Slovakia. *International journal for equity in health* 14 (1): 1–10.
- Kurnienková et al. 2007. *Zdravotná starostlivosť v sociálne vylúčených rómskych komunitách*. Madrid: Fundación Secretariado Gitano.
- Lovayová, V. et al. 2013. Výskyt parazitárnych a infekčných ochorení v rómskej populácii vo východoslovenskom regióne. In: Siegfried, L., Mareková, M., Majerník, J. (eds.). *Zborník odborných a vedeckých príspevkov projektov zo ŠF EÚ*. Košice: Ústav verejného zdravotníctva UPJŠ LF a Ústav lekárskej a klinickej mikrobiológie, UPJŠ LF, 130–133.
- Macejová, Z. et al. 2020. The Roma population living in segregated settlements in eastern Slovakia has a higher prevalence of metabolic syndrome, kidney disease, viral hepatitis B and E, and some parasitic diseases compared to the majority population. *International journal of environmental research and public health* 17 (9): 3112.
- Madarasova Geckova, A. et al. 2014. Socioeconomic characteristics of the population living in Roma settlements and their association with health and health-related behaviour. *Central European journal of public health* (22): 57–64.
- Paraličová, Z., Jarčuška, P., Hudáčková, D. 2015. Infekčné choroby u marginalizovaných skupín Rómov žijúcich v osadách. *Via practica* 12 (3): 111–113.
- Popper, M., Szeghy, P., Šarkozy, Š. 2009. *Rómska populácia a zdravie: Analýza situácie na Slovensku*. Bratislava: Partners for democratic change Slovakia.
- Rimárová, K. 2013. Prehľad výsledkov štúdií zdravotného stavu minoritnej rómskej populácie v oblasti rastu detí, vplyvu na graviditu a frekvencie infekčných ochorení. In: Siegfried, L., Mareková, M., Majerník, J. (eds.). *Zborník odborných a vedeckých príspevkov projektov zo ŠF EÚ*. Košice: Ústav verejného zdravotníctva, UPJŠ LF, 159–167.

- Stewart, M. 1997. *The Time of the Gypsies*. Oxford: Westview Press.
- Sudzinova, A. et al. 2015. *Roma ethnicity and outcomes of coronary artery disease: Mortality, clinical status and self-rated health*. University of Groningen.
- Švaro, M. et al. 2013. Zdravotný stav obyvateľov separovaných a segregovaných rómskych osád na východnom Slovensku. In: Jurkovičová, J., Štefániková, Z. (eds.). *Životné podmienky a zdravie*. Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR, 24–29.
- Valentine, CH. A. 1969. *Culture and poverty. Critique and counter-proposals*. Chicago: University of Chicago Press, 1–17.