




Matúš Sloboda
Emília Sičáková-Beblavá
Monika Šmeringaiová
Petra Bayerová
Nikoleta Slavíková



Výsledky výskumu

**Tematické zisťovanie zamerané
na identifikáciu bariér rómskych
žien pri poskytovaní zdravotnej
starostlivosti**



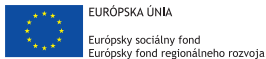


Matúš Sloboda
Emília Sičáková-Beblavá
Monika Šmeringiová
Petra Bayerová
Nikoleta Slavíková

**Tematické zisťovanie
zamerané na identifikáciu bariér rómskych žien
pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

2023

„Tento projekt sa realizuje vďaka podpore z Európskeho sociálneho fondu
v rámci Operačného programu Ľudské zdroje.“



www.esf.gov.sk
www.minv.sk

Správa „Tematické zisťovanie zamerané na identifikáciu bariér rómskych žien pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti“ vznikla v rámci národného projektu Monitorovanie a hodnotenie inkluzívnych politík a ich dopad na marginalizované rómske komunity, ITMS 2014+: 312051J021. Projekt realizuje Úrad vlády Slovenskej republiky (Úrad splnomocnenca vlády SR pre rómske komunity).

© Autori, 2023

Matúš Sloboda, PhD.

prof. Emília Sičáková-Beblavá, PhD.

Mgr. Monika Šmeringaiová

Mgr. Petra Bayerová

Mgr. Nikoleta Slavíková

Univerzita Komenského v Bratislave, Fakulta sociálnych
a ekonomických vied, Ústav verejnej politiky

Za odborné pripomienky a konzultácie počas celého projektu
ďakujeme Mgr. Daniele Fiľakovskej Bobákovej, PhD.

Abstract

This analysis aims to identify the barriers that marginalised Roma women face in accessing health care. The research used qualitative research methods (semi-structured interviews and focus groups) and focused on access to the services of general practitioners, gynaecologists, and gynaecological and obstetric departments. Identified barriers include patients' fear of doctors, fear of receiving poor quality services, fear of hospitalisation and diagnosis, language barriers, low health literacy and awareness of prevention, different approaches to health problem solving, mobility and access restrictions, lack of documentation and health insurance, fear of uncompensated care, and financial barriers.

The report recommends various measures to address these barriers. Measures aimed at the health system include, for example, supporting the establishment of outpatient clinics near marginalised communities, strengthening the training of physicians and health personnel in working with marginalised groups, and strengthening health promotion assistant programmes. Measures for Roma women include, for example, raising awareness of their rights and health practises, strengthening education on health and family planning, and considering reimbursement of contraceptives. Measures for infrastructure include, for example, the allocation of financial resources to build basic infrastructure and support for community health care.

It is important that the measures are calibrated and implemented according to the specific context and in collaboration with local government and non-profit organisations. It is also important to continuously evaluate the effectiveness and efficiency of the implemented measures. Furthermore, the report highlights the importance of political support for the implementation of structural measures to eradicate poverty and discrimination and ensure equal access to public services for marginalised communities.

Zhrnutie

Cieľovou skupinou tohto tematického zisťovania sú ľudia z marginalizovaných rómskych komunít (ďalej len MRK). Primárne bol výskum zameraný na prístup Rómov z MRK k službám zdravotnej starostlivosti a špecificky k službám u všeobecného lekára pre dospelých, gynekológa a na gynekologicko-pôrodných oddeleniach. V tomto zhrnutí uvádzame zoznam identifikovaných bariér aj so stručným popisom. Každá z týchto bariér je detailne popísaná v tretej časti tejto správy (popis bariér v prístupe k zdravotnej starostlivosti a návrhov opatrení) a aj v mape bariér a opatrení (obrázok 2, s. 57).

Uvedené bariéry v prístupe k zdravotnej starostlivosti predstavujú (nielen) pre rómske ženy z MRK ťažko prekonateľné prekážky. V rámci tejto časti stručne uvádzame aj navrhované opatrenia, ktoré by tieto bariéry mali potenciál znížiť. Pred zavedením akéhokoľvek opatrenia však odporúčame opatrenie pilotovať (validovať) a modifikovať podľa skúseností (kalibrácia) z terénu a až následne implementovať do praxe. Avšak aj vzhľadom na rôznorodosť MRK neplatí, že jedno opatrenie bude fungovať pre všetkých (tzv. one size fits all), preto je potrebné kalibrovať intervencie podľa konkrétneho kontextu.

Treba však upozorniť, že jednotlivé bariéry nevznikajú len na strane ľudí z MRK, ale aj na strane zdravotníckeho systému. Ak máme ambíciu skutočne riešiť problém zdravotnej starostlivosti ľudí a špecificky žien z MRK, je potrebné cieľiť intervenciami aj na samotný zdravotnícky systém.

Táto správa z tematického zisťovania do veľkej miery validovala zistenia z odbornej literatúry a iných podobných zisťovaní. Analýza problému, systematický zber dát a evaluácia intervencií sú dôležité na presné nastavenie intervencií. V tomto bode už nie je potrebné vracieť sa k základnému exploračnému výskumu a opäť potvrdzovať to, čo už o tejto problematike vieme. Je potrebné pilotne zavádzať opatrenia a v prípade pozitívnych výsledkov rozširovať implementáciu týchto opatrení. V tejto oblasti je kľúčová úloha miestnej samosprávy, no ak miestna samospráva

zlyháva (pozri napr. Rafael a kol., 2021), centrálna vláda by mala prevziať zodpovednosť a intervenovať. Taktiež je dôležitá aj úloha neziskových organizácií, a preto kalibrácia a implementácia opatrení môže prebiehať aj za ich účasti.

Stručné zhrnutie identifikovaných bariér v prístupe k zdravotnej starostlivosti rómskych žien:

- (I.) **Strach pacientov (Rómov) z lekárov a nedôvera k nim** – táto psychologická bariéra môže byť v praxi podporovaná aj subštandardnou komunikáciou lekárov/ok a zdravotníckeho personálu voči Rómkam, nedostatočnou zúčtovateľnosťou zdravotníckeho systému a aj samotnou fyzickou a sociálnou segregáciou Rómkov v MRK.
- (II.) **Obava z poskytnutia nekvalitnej služby lekármi/lekárkami** – súvisí s fyzickou a sociálnou segregáciou a nedostatočnou socializáciou v prostredí mimo komunity (nedôvera voči majorite), no súvisí aj negatívnymi skúsenosťami Rómov a Rómkov z MRK s interakciou s lekármi/kami a ostatným zdravotníckym personálom.
- (III.) **Strach z prípadnej hospitalizácie a diagnózy** – uvedená psychologická bariéra súvisí s nižšou mierou dôvery v zdravotnícky systém (predchádzajúce dve bariéry), obavou, kto sa postará o blízkych v čase hospitalizácie a samotného strachu z diagnózy.
- (IV.) **Jazyková bariéra (hlavne v kontexte porozumení odborného jazyka v zdravotníctve)** – hoci väčšina ľudí z MRK rozumie slovenskému jazyku minimálne na základnej konverzačnej úrovni, odborný jazyk a náročnejšie konštrukcie spôsobujú problém, a táto bariéra môže podporovať aj ďalšiu bariéru – nízke zdravotné povedomie a nízku zdravotnú gramotnosť.
- (V.) **Nízka zdravotná gramotnosť a povedomie o prevencii, zdraví a hygienických návykoch** – uvedená bariéra do určitej miery súvisí s nízkou prioritizáciou prevencie a zdravia a gramotnosťou rómskych žien, ale veľmi úzko súvisí aj s dostupnosťou základnej infraštruktúry v MRK (napr. tečúca voda, toalety), bez ktorej nie je reálne dodržiavať základné hygienické štandardy.
- (VI.) **Odlišné prístupy k riešeniu zdravotných problémov** – viaceré dlhodobé pôsobiace uvedené faktory i kultúrne normy v MRK

súvisia s vytvorením odlišných noriem, postupov pri riešení zdravia i zdravotných problémov a voľbe iných spôsobov využívania systému ponúkanej zdravotnej starostlivosti a liečby.

- (VII.) **Obmedzenie alebo znemožnenie odchodu z práce alebo domova (nielen) kvôli starostlivosti o deti** – táto štrukturálna bariéra súvisí s fyzickou segregáciou (vzdialenosťou) a zníženou mobilitou z dôvodu starostlivosti často o väčší počet detí a/alebo z pracovných dôvodov, keď absencia v práci môže predstavovať vysoké riziko straty príjmu a pracovnej príležitosti.
- (VIII.) **Fyzická vzdialenosť od zdravotníckych zariadení, lekára/ky** – fyzická vzdialenosť MRK od miest v kombinácii so slabou mobilitou ľudí z MRK výrazne sťažuje návštevu zdravotného zariadenia, pričom je táto bariéra prepojená aj s problémom chudoby, nedostatočným spojmi verejnej dopravy a nedostatkom lekárov/ok a ambulancií v regióne.
- (IX.) **Absencia dokladov a zdravotného/sociálneho poistenia** – táto štrukturálna bariéra súvisí s vysokou administratívnou záťažou (napr. v podobe komplikovaných postupov, procesov, tlačív), chudobou a sťaženým vstupom na trh práce.
- (X.) **Obava z nepreplatenej zdravotnej starostlivosti (keď nie sú evidovaní)** – táto finančná bariéra súvisí s predchádzajúcou štrukturálnou bariérou a obmedzenou ekonomickou silou ľudí z MRK v prípade chýbajúceho poistenia pokryť náklady spojené s odkladnou zdravotnou starostlivosťou.
- (XI.) **Vysoké finančné bariéry** – chudoba a nízka finančná gramotnosť spôsobuje, že aj relatívne malé výdavky spojené s cestovaním do mesta, doplatkami za lieky či hygienickými potrebami nie sú schopní ľudia z MRK pokryť. Osobitným problémom je finančná nedostupnosť prakticky akejkoľvek formy antikoncepcie, hoci o ňu majú Rómky z MRK záujem.
- (XII.) **Termíny finančných transferov** – posledný týždeň pred termínom sociálnych dávok už mnohé Rómky z MRK často nemajú finančné zdroje. V tomto kontexte je problém, že Rómky z MRK si zväčša nemôžu zvoliť dátum a čas prehliadky vzhľadom na načasovanie sociálnych dávok.

Odporúčané opatrenia pre verejnú politiku

Opatrenia delíme na tri skupiny. Prvou je skupina opatrení týkajúcich sa zdravotníckeho systému, lekárov/ok, zdravotníckeho personálu a pomocných profesií pôsobiacich v teréne. Druhou je skupina opatrení smerujúcich na ženy v MRK. Treťou skupinou sú opatrenia súvisiace s infraštruktúrou, ktorá priamo vplyva na hygienu a zdravie ľudí v MRK.

Okrem týchto troch skupín odporúčaní sú dôležité ďalšie **systemové opatrenia na odstraňovanie chudoby, diskriminácie na trhu práce a podmienok práce a vyrovnávania prístupu k verejným službám**. Mnohé z týchto štrukturálnych opatrení sú uvedené napríklad v dokumente Stratégia rovnosti, inklúzie a participácie Rómov do roku 2030. Upozorňujeme, že v praxi sa tie najviac žiaduce opatrenia s potenciálne najväčším pozitívnym vplyvom najťažšie realizujú. Jedným z dôvodov je podľa Fil'akovskej Bobákovej a kol. (2022) slabá politická podpora opatrení, ktoré súvisia s alokovaním finančných zdrojov na zlepšovanie životných podmienok MRK z dôvodu ich nepopulárnosti v širokej verejnosti. Príprava a dizajnovanie opatrení preto musí prebiehať súčasne s aktívnym a strategickým získavaním politickej podpory na pripravované opatrenia.

A. Opatrenia smerované na zdravotnícky systém, lekárov/ky, zdravotnícky personál a pomocné profesie pôsobiace v teréne

- Podporovanie vzniku ambulancií v blízkosti MRK aj s motivačnou vyššou kapitáciou ambulancií na základe podielu pacientov/pacientiek z MRK. Výrazné zníženie administratívnej záťaže a zjednotenie procesov pri založení druhej ambulancie lekára/ky v blízkosti MRK. Uvedené opatrenie by mohlo vytvoriť podmienky aj na to, aby lokálnu ambulanciu využíval rôzny zdravotnícky personál (napr. aj ošetrovatelia alebo asistenti podpory zdravia) a aj špecialisti (napr. gynekológ, logopéd, špecialista na karcinómy prsníka). V tomto kontexte je možné využiť možnosti, ktoré umožňuje vyhláška MZ SR 95/2018 Z. z., vedenie komunitnej ambulancie zdravotnou sestrou s pokročilou praxou. Taktiež je vhodné pri ďalšej

výzve na komunitné centrá zvážiť vytvorenie možnosti na to, aby priestor v rámci komunitného centra mohol byť využívaný aj na lokálnu ambulanciu.

- Posilnenie vzdelávania budúcich lekárov/ok a iného zdravotníckeho personálu zameraného na prácu s marginalizovanými skupinami (napr. mäkké zručnosti) na lekárskech fakultách a v kontinuálnom vzdelávaní.
- Posilnenie odbornej podpory lekárov/ok a zdravotníckeho personálu zo strany Ministerstva zdravotníctva SR na prácu s marginalizovanými skupinami, a to napríklad vo forme metódik, pomôcok, informačných materiálov a školení.
- Zavedenie motivačného štipendijného programu pre Rómov/ky študentov/ky medicíny alebo stredných zdravotníckych škôl (tzv. health care professionals).
- Posilnenie finančnej podpory programov asistentov podpory zdravia pôsobiacich v teréne (asistenti/ky pôsobiaci/e v MRK), ale aj v zdravotníckych zariadeniach (asistenti/ky pôsobiaci/e v zdravotníckych zariadeniach, napr. program Asistenti podpory zdravia v prostredí nemocníc).
- Zvyšovanie kompetencií asistentov/iek podpory zdravia nielen formou školení (napr. starostlivosti o zdravie), ale aj podporou diaľničného vzdelávania na zdravotníckych stredných školách. Uvedené by bolo vhodné testovať formou pilotného vzdelávacieho programu s prioritným zameraním napríklad na zručnosti, vedomosti v oblasti zdravia a techník osobnej asistencie.
- Posilnenie kvality terénnej sociálnej práce a asistencie v oblasti podpory zdravia napríklad aj formou akreditačného systému, ktorý umožní kontrolu kvality a štandardov kvality daných profesií a umožní prístup k finančným zdrojom na výkon daných aktivít aj mimo zdrojov zo štrukturálnych fondov.
- Upravenie protokolov pri prepúšťaní žien po pôrode tak, aby sa skrátil čas, ktorý musí rodička stráviť v nemocnici po nekomplikovanom pôrode.

B. Opatrenia zamerané na rómske ženy v MRK

- Zvýšenie miery informovanosti (napr. formou interaktívnych prednášok a dielní) pacientiek z MRK o ich právach a nárokoch na zdravotné úkony (sprostredkovateľom informácií môžu byť aktéri/ky pôsobiaci/e v teréne, napr. TSP, asistenti/ky podpory zdravia a pod.)¹.
- Posilnenie programov zameraných na zvyšovanie kompetencií a miery informovanosti rómskych žien s dôrazom na vzdelávanie o zdraví a plánovanom rodičovstve osobitne pre ženy a dievčatá.
- Zvážiť možnosť úplného alebo čiastočného preplácania rôznych foriem antikoncepcie², napríklad vnútromaternicové teliesko (napr. DANA). Dôležitá je však legislatívna úprava, ktorá definuje, za akých podmienok a akým spôsobom bude antikoncepcia preplácaná. Táto legislatíva by zároveň mala vytvoriť podmienky na dostupné a zrozumiteľné informácie, transparentnosť procesu, nízku administratívnu záťaž, zachovanie dôstojnosti ženy a autonómnosti jej rozhodnutia. Zároveň odporúčame vykonať hlbšiu analýzu preplácanej dobrovoľnej sterilizácie žien.
- Vývoj a pilotné testovanie programov (so zapojením rómskych lokálnych lídrov a líderiek) na posilnenie osvojenia si hygienických štandardov v prostredí MRK a komunitného vzdelávania v oblasti úpravy životného štýlu a reprodukcie napríklad aj využitím poznania behaviorálnych vied v oblasti motivácie a tzv. „poštuchnutí“.

C. Opatrenia zamerané na infraštruktúru v MRK

- Alokovanie finančných zdrojov na budovanie základnej infraštruktúry v MRK (napr. vodovod, toalety, žumpa, prípadne kanalizácia).
- Zjednodušenie procesov a podmienok čerpania štrukturálnych fondov a ich administrácie (zníženie byrokracie) tak, aby boli finančné prostriedky dostupné pre angažované miestne samosprávy

1 Lekári/ky a zdravotné sestry majú aj v aktuálnom nastavení v kompetencii zabezpečovanie vzdelávania v teréne.

V praxi však na takéto činnosti nemajú kapacitu.

2 Napr. vyhláškou môže MZ SR povoliť medikamentóznou formou ukončenia gravidity.

a aj mimovládne subjekty. Súčasťou opatrenia by mala byť aj aktívna podpora miestnych samospráv v čerpaní štrukturálnych fondov ministerstvom, ktoré má v gescii alokované štrukturálne fondy (napr. MIRRI), a to nielen z hľadiska technickej podpory, ale aj prezentácie potenciálnych benefitov pre obce (napr. na pozitívnych príkladoch z praxe).

- Alokácia finančných zdrojov zo štrukturálnych fondov na posilnenie poskytovania služieb komunitnej zdravotnej starostlivosti (napr. vytvorenie centier, pracovísk komunitnej zdravotnej starostlivosti vo forme ambulancie komunitnej ošetrovateľskej starostlivosti, fyzioterapie, logopédie, klinickej psychológie, rodinného/komunitného lekárstva a pod.).
- Vytvorenie finančného mechanizmu, ktorý by obciam umožnil proaktívne zvyšovať mieru využívania predškolskej starostlivosti, – znižovať finančné bariéry (napr. poplatky za škôlku a stravu), znižovať fyzickú vzdialenosť (blízkosť predškolského zariadenia k MRK), zabezpečiť dostatočné kapacity (miest v škôlke) a zvyšovať dôveru v predškolskú starostlivosť (napr. zapojením asistentov učiteľov/iek, ktorí/é aktívne ovládajú rómsky jazyk).
- Pre pokračovanie v programoch rozvoja vidieka treba alokovať finančné zdroje na lokálnu úroveň, kde aktéri/ky lepšie poznajú kontext a potreby.
- Posilnenie predovšetkým ranných spojov v regionálnej (prímestskej) verejnej doprave (kompetencia VÚC) tak, aby grafikon umožňoval prepravu ľudí z MRK do miest napríklad aj na ranné vyšetrenia (odber krvi, očkovania a pod.).

Úvod

Chudoba, strach, nedôvera, neprijatie, vyčleňovanie, protirómsky rasizmus³, diskriminácia, ale aj špina, hluk, útek z nemocnice, navýšená zdravotnícka byrokracia, problémové správanie/kultúra – to sú prekážky, ktoré sa často spomínajú vo verejnej diskusii, ako aj vo výskume venovanom prístupu ľudí z marginalizovaných rómskych komunít k zdraviu a zdravotnej starostlivosti. Ide o vysoko relevantnú tému nielen z dôvodu rôznych postojov širokej laickej i odbornej verejnosti k tejto problematike, ale hlavne preto, že ide o kvalitu života konkrétnych ľudí.

V tejto správe z výskumu sa primárne zameriavame na prístup žien z MRK v oblasti zdravotnej starostlivosti. V texte využívame na ich pomenovanie označenie Rómky. Ak v texte takéto označenie používame, referujeme tak na ženy v MRK. Sme si vedomí, že Rómovia a Rómky, ako aj komunity, v ktorých žijú, sú rôznorodé, a preto sa vyhýbame zjednodušovaniu. Uvedomujeme si, že situácia v rámci MRK je rôznorodá, preto aj identifikované bariéry v prístupe k zdravotnej starostlivosti môžu mať rozličnú silu v danej MRK.

Práve faktorom, ktoré kvalitu poskytovaných zdravotníckych služieb formujú, a bariéram kvalitnej starostlivosti sa venoval výskumný tím Ústavu verejnej politiky Fakulty sociálnych a ekonomických vied Univerzity Komenského v Bratislave (FSEV UK), a to v čase od februára 2023 do augusta 2023. Konkrétne pracoval na výskumnej úlohe Tematické

-
- 3 Definícia protirómskeho rasizmu bola schválená v NR SR v septembri 2022. Protirómsky rasizmus je podľa tejto definície prejavom individuálnych prejavov a činov, ako aj inštitucionálnych politík a praktík marginalizácie, vylúčenia, fyzického násillia, znevažovania a devalvácie rómskych kultúr a životného štýlu a nenávisťných prejavov zameraných na Rómov, ale aj na iných jednotlivcov a skupiny, ktoré boli vnímané, stigmatizované alebo prenasledované počas nacistickej éry a aj v súčasnosti ako „Rómovia“. Pozri viac na: <https://romovia.vlada.gov.sk/archiv-tlacovych-sprav/definicia-protiriomskeho-rasizmu-schvalena-v-nr-sr/?csrt=9940136382136325493>

zisťovanie zamerané na identifikáciu bariér rómskych žien pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pre národný projekt Monitorovanie a hodnotenie inkluzívnych politík a ich vplyv na marginalizované rómske komunity.

Zadávateľom daného výskumu bol Úrad vlády Slovenskej republiky/ Úrad splnomocnenca vlády Slovenskej republiky pre rómske komunity na identifikovanie bariér rómskych žien v prístupe k zdravotnej starostlivosti u všeobecného lekára, gynekológa a na gynekologicko-pôrodných oddeleniach, ale aj na pochopenia toho, kedy a ako vznikajú dané bariéry a ako sa prejavujú v praxi. Táto správa poukazuje nielen na bariéry u ľudí z MRK (napr. jazyková bariéra), ale aj na problémy v systéme (napr. nedostatok ambulancií). Cieľom uvedeného výskumu bolo taktiež identifikovanie priestoru na pokračujúci výskum v tejto oblasti, napríklad vo forme priestoru na intervenciu, ktorá by mohla zlepšiť prístup k zdravotnej starostlivosti pre rómske ženy. V tejto skúmanej oblasti už boli uskutočnené viaceré výskumy a zisťovania, preto ambíciou tohto výskumu bola komparácia a validácia doterajších zistení, a tým aj rozšírenie poznania o tejto téme.

Správa, ktorú práve čítate, sa skladá z troch častí. Začíname zhrnutím výsledkov, a to hlavne pre tých, ktorí sa chcú rýchlo oboznámiť s hlavnými zisteniami. Nasleduje predstavenie metodiky výskumu. Pokračujeme s opisom bariér a opatrení. V závere tejto správy sa nachádza mapa bariér a opatrení (obrázok 2), ktorá je jedným z výstupov výskumu. Táto mapa zahŕňa identifikované bariéry i navrhnuté opatrenia na zlepšenie existujúceho stavu. Výskumný tím si uvedomuje, že na identifikované bariéry vplyvajú mnohé kontextuálne faktory (pozri obrázok 1), ako je napríklad chudoba, ktorá často bráni nákupu účinných liekov a návšteve špecialistu, a že tieto kontextuálne faktory nedokážeme vyriešiť za krátky čas. Navrhujeme však aj opatrenia, ktoré by mohli byť účinné a pomerne rýchlo zmierniť identifikované bariéry v prístupe k zdravotnej starostlivosti (napr. školenia pre lekárov a zdravotnícky personál).

Veríme, že opatrenia zamerané na zmenu identifikovaného status quo si osvoja aktéri/ky verejných politík (z radu politikov a političiek na národnej, regionálnej aj lokálnej úrovni), ale aj úradníci/čky jednotlivých rezortov slovenskej verejnej správy a výskumníci/čky mimovládnych

organizácií, ktoré v oblasti kvality zdravia pre marginalizované rómske komunity (ďalej len MRK) pôsobia. Pre všetkých uvedených aktérov/ky je totiž táto správa určená. Viaceré popísané faktory a bariéry sa totiž netýkajú len žien, ale aj detí a mužov žijúcich v MRK, a môžu byť vstupom na uvažovanie nad takými verejnými politikami, ktoré by sa venovali tým, ktorí v daných komunitách žijú⁴. Zároveň sa domnievame, že napriek tomu, že sa na bariéry v prístupe k zdravotnej starostlivosti pre rómske ženy pozeráme predovšetkým z pohľadu MRK, viaceré kontextuálne faktory a bariéry sú relevantné aj pre integrovaných Rómov a Rómky žijúcich mimo MRK.

4 Napriek širšej platnosti našich zistení v tejto správe vzhľadom na zadanie a primárny cieľ výskumu budeme používať len výraz Rómky.

Metodológia zisťovania

Cieľom tohto výskumu (exploračný výskum) je identifikovať bariéry rómskych žien v prístupe k zdravotnej starostlivosti, a to predovšetkým v oblastiach všeobecnej zdravotnej starostlivosti, gynekologickej zdravotnej starostlivosti a starostlivosti na gynekologicko-pôrodných oddeleniach. Cieľom výskumu je zároveň aj snaha pochopiť, kedy a ako identifikované bariéry vznikajú a ako sa prejavujú v praxi. Získané dáta umožnia lepšie pomenovať a pochopiť existujúci stav v tejto oblasti. V neposlednom rade je cieľom aj navrhnúť opatrenia, ktoré môžu pomôcť prekonať alebo zmierniť identifikované bariéry. Práve týmto opatreniam a intervenciám, ktoré by mohli zlepšiť prístup k zdravotnej starostlivosti pre rómske ženy, by sa mal venovať pokračujúci výskum v skúmanej problematike. Vzhľadom na to, že v skúmanej oblasti už boli uskutočnené viaceré výskumy a zisťovania, tento výskum plní aj úlohu komparácie a validácie doterajších zistení, a tým rozšíri poznanie o tejto téme.

Výskumný tím

Výskumný tím bol rodovo vyvážený a zapájal aj mladých výskumníkov/čky. Garankou výskumu bola prof. Emília Sičáková-Beblavá, PhD. Výskumný tím viedol Matúš Sloboda, PhD. Konzultantka výskumného tímu bola Mgr. Daniela Filáková Bobáková, PhD., z Lekárskej fakulty na Univerzite Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, ktorá pripomienkovala postup prác a priebežné výsledky.

Časový rámec a výskumné metódy

Výskumné aktivity boli realizované od februára 2023 do konca júna 2023. Zber dát prebiehal primárne v mesiacoch apríl až jún 2023.

Výskum využíval kvalitatívne metódy zberu dát – semištruktúrované rozhovory a fokusové skupiny. Respondentmi a respondentkami v semištruktúrovaných rozhovoroch (pozri. tabuľka 1) boli odborníci/čky v oblasti zdravotníctva, aktivisti/ky venujúci sa práci s rómskou minoritou, odborníci/čky so skúsenosťou s implementáciou politik a intervencií v oblasti zdravotníctva, reprezentanti/ky rómskej minority a výskumníci/čky, ktorí/é majú poznanie v oblasti témy tohto výskumu. Účastníčkami fokusových skupín sú primárne ženy z rómskej minority. Jedna fokusová skupina bola zorganizovaná aj s asistentmi/kami podpory zdravia.

Fokusové skupiny mali za cieľ zachytiť vnímanie a skúsenosti účastníčok cez ich vzájomné zdieľanie v rámci vybranej skupiny. Každá fokusová skupina bola vedená dvoma facilitátorkami, výlučne ženami, kvôli vytvoreniu bezpečného priestoru zdieľania o prístupe k zdravotnej starostlivosti a pozostávala z 5 až 10 účastníčok⁵.

Výskum bol rozdelený do troch fáz:

Prvá fáza výskumu bola primárne zameraná na rešerš existujúceho poznania v danej téme v slovenskom kontexte, ale aj na prehľad zahraničnej literatúry. Zároveň v tejto fáze boli zapojení aj odborníci/čky z praxe (nielen akademici/čky, ale aj praktici/čky), s ktorými boli vedené semištruktúrované rozhovory. Rozhovory s odborníkmi/čkami z praxe primárne slúžili na získanie pohľadu na predpoklady vyplývajúce z odbornej literatúry. Taktiež slúžili na identifikovanie faktorov, ktoré neboli identifikované z literatúry. Zároveň boli uskutočnené rozhovory so šiestimi

5 Pôvodný zámer minimálneho počtu šesť účastníčok nebol naplnený dvakrát v dôvodu absencie dohodnutých respondentiek. Na fokusové skupiny sme aj za pomoci miestnych aktérov/ok zvolávali v počte 8 až 10 účastníčok, pretože sme očakávali, že niektoré z nich nemusia prísť. Vo fokusových skupinách s rómskymi ženami je celkovo 21 účastníčok (spolu tri skupiny).

lekármi/kami z ambulantnej, ale aj nemocničnej praxe. V tejto fáze výskumný tím uskutočnil 10 semištruktúrovaných rozhovorov (pozri tabuľka 1, R1-10).

Tabuľka 1: Rozhovory

Referencia	Charakteristika respondenta (rola)	Forma
R1	Aktivista/ka a policy-making	Online (2/2023)
R2	Lekár/ka – pediatria a pôrodníctvo	Online (2/2023)
R3	Lekár/ka – všeobecné lekárstvo pre dospelých	Prezenčne (3/2023)
R4	Lekár/ka – gynekológia	Prezenčne (3/2023)
R5	Terénna sociálna práca (3 respondenti/ky)	Prezenčne (4/2023)
R6	Lekár/ka – všeobecné lekárstvo pre dospelých	Prezenčne (4/2023)
R7	Lekár/ka – všeobecné lekárstvo pre dospelých	Prezenčne (3/2023)
R8	Výskumník/čka a policy-making (2 respondenti/ky)	Online (4/2023)
R9	Lekár/ka – gynekológia	Prezenčne (5/2023)
R10	Výskumník/čka	Online (5/2023)
R11	Aktivista/ka a policy-making	Online (6/2023)
R12	Aktivista/ka, MNO	Prezenčne (6/2023)
R13	Výskumník/čka	Prezenčne (6/2023)
R14	Terénna sociálna práca	Prezenčne (6/2023)

Zdroj: autori/ky

Druhá fáza pozostáva z prípravy protokolov fokusových skupín, realizácie fokusových skupín a realizácie ďalších (validačných) semištruktúrovaných rozhovorov. V rámci vhodného výberu respondentov/tiek do tejto časti výskumu bola dôležitá spolupráca s kontaktnými bodmi v regiónoch Slovenska, kde patrili napríklad komunitné centrá a cirkev/charita, alebo iné pomáhajúce profesie. V tejto fáze boli do fokusových skupín zahrnuté dve cieľové skupiny – rómske ženy a praktici/čky, ktorí/é majú poznanie o prístupe rómskych žien k zdravotnej starostlivosti

(napr. asistenti podpory zdravia a/alebo ľudia z oblasti výskumu a aktivisti). Uskutočnených bolo spolu šesť fokusových skupín (pozri. tabuľka 2) vo vybraných regiónoch Slovenska, a to konkrétne v Košickom, Prešovskom, Nitrianskom a Banskobystrickom kraji (minimálne jedna fokusová skupina v každom z uvedených krajov). Taktiež sa uskutočnili ďalšie štyri semištruktúrované rozhovory (pozri. tabuľka 1, R11-14).

Tabuľka 2: Fokusové skupiny

Referencia	Charakteristika fokusovej skupiny	Forma	Lokalita
FS1	Rómske ženy	prezenčne	Košice (KSK) (6/2023)
FS2	Asistenti/ky podpory zdravia	prezenčne	Kežmarok (PSK) (6/2023)
FS3	Asistenti/ky podpory zdravia	prezenčne	Kežmarok (PSK) (6/2023)
FS4	Rómske ženy	prezenčne	Poltár (BBSK) (6/2023)
FS5	Terénna sociálna práca	prezenčne	Poltár (BBSK) (6/2023)
FS6	Rómske ženy	prezenčne	Čata (NSK) (6/2023)

Zdroj: autori/ky

Tretia fáza bola zameraná na analýzu získaných teoretických aj empirických poznatkov a písanie analytickej správy. V tejto fáze bola do procesu validácie zistení zapojená aj konzultantka výskumného tímu.

V prílohe 1 a 2 uvádzame kompletne znenie scenárov rozhovoru s lekármi/kami a fokusovej skupiny s rómskymi ženami. Tieto scenáre uvádzame z toho dôvodu, aby čitatelia/ky tejto správy mohli vyhodnotiť hĺbku a mieru detailu výskumu. Zároveň môžu tieto scenáre pomôcť pri ďalšom škálovaní alebo replikácii tohto výskumu. Scenáre rozhovorov s inými aktérmi/kami, ako sú lekári/ky (napr. terénna sociálna práca), boli mierne modifikované.

Etika výskumu

Každý/á respondent/ka bol/a informovaný/á o cieľi výskumu a téme rozhovoru/fokusovej skupiny. Každý/á respondent/ka bol/a pred výskumnou aktivitou oboznámený/á o právach, vyhotovení audiozáznamu a možnosti kedykoľvek aktivitu prerušiť a dodatočne odvolať svoj súhlas o zapojení do výskumnej aktivity. Po oboznámení sa so základnými informáciami o projekte a právach respondenta/ky bol/a respondent/ka vyzvaný/á podpísať štandardný informovaný súhlas. Tento súhlas zároveň informoval aj o anonymizácii dát, ich bezpečnom uložení a kontaktov v prípade dodatočných otázok.

Dizajn výskumu bol predložený na etickú komisiu FSEV UK 22. februára 2023 a získal súhlas etickej komisie, ktorý je evidovaný pod číslom: 161-1/2023.

Bariéry, kontextuálne faktory a opatrenia

Cieľom tejto časti správy je popísať bariéry v prístupe k zdravotnej starostlivosti pre rómske ženy, ich širšie kontextuálne faktory a možné opatrenia znižujúce alebo odstraňujúce identifikované bariéry, a to predovšetkým v oblastiach všeobecnej zdravotnej starostlivosti, gynekologickej zdravotnej starostlivosti a starostlivosti na gynekologicko-pôrodných oddeleniach. Jedným z hlavných výstupov výskumu sú dve mapy, mapa kontextuálnych faktorov a bariér v prístupe k zdravotnej starostlivosti (obrázok 1) a mapa bariér a opatrení riešiacich identifikované bariéry (obrázok 2). Obe mapy vychádzajú nielen z dostupnej vedeckej literatúry a strategických dokumentov, ale aj z kvalitatívneho výskumu (semištruktúrované rozhovory a fokusové skupiny) uskutočneného pre potrebu tohto tematického zisťovania.

Hlavnou funkciou mapy kontextuálnych faktorov a bariér v prístupe k zdravotnej starostlivosti (obrázok 1) je poukázanie na komplexnosť problému **nízkej miery (preventívnej) starostlivosti rómskej menšiny z MRK**, ktorý nemožno účinne riešiť bez pochopenia a adresovania kontextuálnych faktorov. Mapa bariér a opatrení riešiacich identifikované bariéry (obrázok 2) sa sústreďuje na konkrétne navrhované opatrenia. Obe vizualizácie sú v tomto zmysle určené najmä pre tvorcov politik a decízorov.

Mapa kontextuálnych faktorov a bariér v prístupe k zdravotnej starostlivosti (obrázok 1) je zložená z:

1. kontextuálnych faktorov (zelené kartičky),
2. konkrétnych bariér v prístupe k zdravotnej starostlivosti rómskych žien (žlté kartičky).

Kontextuálne faktory a konkrétne bariéry sú zároveň delené do štyroch typov (viď. George a kol., 2018) a v obrázku je toto delenie viditeľné podľa podfarbenia bubliny (pozri legendu v obrázku 1):

1. finančné,
2. štrukturálne,
3. kognitívne
4. a psychologické.

Mapa tiež prostredníctvom šípok a čiar naznačuje vzťahy⁶ medzi kontextom a bariérami, ale aj navzájom medzi nimi. Prerušované šípky, resp. kartičky rovnakej farby naznačujú vzťahy na rovnakej úrovni (napr. medzi kontextuálnymi faktormi navzájom). Plné farebné čiary, resp. kartičky rôznej farby naznačujú vzťahy medzi úrovňami.

Druhá mapa bariér a opatrení (obrázok 2) vychádza z identifikovaných bariér v prístupe k zdravotnej starostlivosti (obrázok 1) a prepája ich s identifikovaným odporúčaniami pre verejnú politiku. Niektoré opatrenia sú navzájom prepojené prerušovanými šípkami, keďže úzko súvisia a je vhodné ich aplikovať súčasne. Šípky smerujúce z opatrení (modrých polí) naznačujú riešenie jednotlivých bariér (resp. opatrenia, ktoré môžu zmierniť silu/veľkosť bariér). Opatrenia sú v obrázku 2 farebne rozlíšené podľa cieľovej skupiny tak, ako sú uvedené v zhrnutí tejto správy:

- a. odporúčania smerované na zdravotnícky systém, lekárov/ky, zdravotnícky personál a pomocné profesie pôsobiace v teréne,
- b. odporúčania zamerané na rómske ženy v MRK
- c. a odporúčania zamerané na infraštruktúru v MRK.

V nasledujúcej časti sa zameriavame na popis bariér v prístupe k zdravotnej starostlivosti pre rómske ženy, pričom stručne popíšeme jednotlivé bariéry, ich prepojenie so štrukturálnymi faktormi, ktoré priamo alebo nepriamo ovplyvňujú bariéry v prístupe k zdravotnej starostlivosti. Zároveň identifikujeme aj možné riešenia, ktoré by mohli zmierniť danú bariéru.

Vzhľadom na cieľ správy sa primárne orientujeme na bariéry v prístupe k zdravotnej starostlivosti pre rómske ženy a dôležité štrukturálne

6 Môže ísť o korelácie alebo v niektorých prípadoch aj kauzality. Účelom tejto verzie nie je exaktne pomenovať typ vzťahu, hoci v texte naznačujeme smer vzťahu.

faktory popisujeme len v kontexte s bariérami v prístupe k zdravotnej starostlivosti pre rómske ženy. Hlavným dôvodom je zachovanie prehľadnosti správy. Zároveň však zdôrazňujeme, že adresovanie štrukturálnych bariér je kľúčové pre systematické riešenie nielen uvedených bariér v prístupe k zdravotnej starostlivosti pre rómske ženy, ale aj komplexného problému chudoby a znevýhodnenia ľudí z MRK.

Hlavné prepojenia, centrá bariér a kľúčové opatrenia

Mapa kontextuálnych faktorov a bariér v prístupe k zdravotnej starostlivosti (obrázok 1) ukazuje, že mnohé bariéry sú navzájom prepojené. Najužší vzťah však vidíme medzi finančnými a štrukturálnymi bariérami. Finančné bariéry súvisia s kontextom chudoby charakteristickým pre MRK. Štrukturálne zase vychádzajú najmä z fyzickej segregácie. Kognitívne bariéry súvisia s kontextom rozšírenej negramotnosti a priemerne nižšieho vzdelania ľudí žijúcich v MRK. Nižšia úroveň poznania v oblasti systému zdravotnej starostlivosti, ako aj zdravia a liečby súvisí nielen so psychologickými bariérami, ale aj s kvalitou infraštruktúry v MRK (napr. chýbajúca pitná voda, kanalizácia a pod.). Psychologické bariéry môžu prameniť zo vzájomného nepochopenia so zdravotníckym personálom a zlej predchádzajúcej skúsenosti členov/iek rómskej komunity v súvislosti so zdravotnou starostlivosťou (a naopak).

Spomedzi kontextuálnych faktorov sme identifikovali štyri centrá bariér:

- chudoba,
- rasizmus,
- nízka miera vzdelania/gramotnosti,
- nedostatočná kapacita a responzivnosť zdravotníckeho systému.

Aj v mape bariér a opatrení (obrázok 2) je možné identifikovať niekoľko kľúčových centier. Najviac opatrení sa nachádza v skupine A. – Opatrenia smerované na zdravotnícky systém, lekárov/ky, zdravotnícky

personál a pomocné profesie pôsobiace v teréne. Vidíme, že opatrenie „Posilnenie finančnej podpory programov asistentov podpory zdravia pôsobiacich v teréne a v zdravotníckych zariadeniach“ adresuje najväčší počet identifikovaných bariér. Taktiež toto opatrenie súvisí s ďalšími ako „Posilnenie vzdelávania budúcich lekárov/ok a iného zdravotníckeho personálu“ v práci s MRK a „Zvyšovanie kompetencií asistentov podpory zdravia“. Druhá skupina opatrení (B.) – Odporúčania zamerané na rómske ženy v MRK do veľkej miery súvisí s implementáciou opatrení na úrovni zdravotníckeho systému a infraštruktúry. Napríklad, odporúčané opatrenie „Zvyšovanie kompetencií a informovanosti rómskych žien a dievčat o plánovaní rodičovstva“ je naviazané na prítomnosť asistentov/iek podpory zdravia, ako aj finančných prostriedkov dostupných pre miestne samosprávy a MNO. Napokon skupina opatrení C. – Odporúčania zamerané na infraštruktúru v MRK obsahuje síce niektoré menej konkrétne opatrenia (vo forme odporúčaní), ale tieto opatrenia adresujú veľmi konkrétne bariéry v prístupe k zdravotnej starostlivosti rómskych žien. V tejto skupine odporúčame pokračovať v programoch rozvoja vidieka a alokovanie finančných zdrojov na lokálnu úroveň, alokovať finančné zdroje zo štrukturálnych fondov na posilnenie komunitnej zdravotnej starostlivosti, od ktorých môžu závisieť mnohé MNO pôsobiace v skúmanej oblasti. Taktiež na základe terénneho zisťovania odporúčame posilniť predovšetkým rané spoje v regionálnej (prímestskej) verejnej doprave a alokovanie finančných zdrojov na budovanie základnej infraštruktúry v MRK.

Popis bariér v prístupe k zdravotnej starostlivosti a návrhov odporúčaní

V tejto časti stručne opisujeme každú z identifikovaných bariér v prístupe k zdravotnej starostlivosti rómskych žien. Opäť zdôrazňujeme, že identifikované bariéry a riešenia vychádzajú z výskumu a zberu dát zohľadňujúci situáciu ľudí v MRK. Prepájame poznanie z literatúry a dát zozbieraných pre potreby tohto výskumného projektu (rozhovory, fokusové skupiny). Niektoré bariéry sme pre analytické účely v tejto časti prepojili a opisujeme ich spolu. Popis bariér má nasledovnú štruktúru:

1. **stručný popis bariéry:** popis bariéry a jej prejavov v praxi,
2. **prepojenie bariéry s kontextuálnymi faktormi:** spolu s vysvetlením, ako kontextuálne faktory podporujú identifikovanú bariéru,
3. **odporúčania:** identifikované opatrenie(a) na základe literatúry a dát zozbieraných pre potrebu tohto projektu a naviazané na bariéru.

(I.) Strach pacientov (Rómov) z lekárov a nedôvera k nim

Viaceré výskumy v kontexte Slovenskej republiky naznačili, že Rómky z MRK môžu pociťovať strach z ľudí mimo komunity (Belák, 2013; Belák a kol., 2020) a priamo zo zdravotníckeho personálu (Jarčuška a kol. 2013). Táto psychologická bariéra môže byť do značnej miery podporovaná aj

subštandardnou komunikáciou lekárov/ok a zdravotníckeho personálu voči Rómkam a aj samotnou segregáciou Rómkov z MRK. Za subštandardnú komunikáciu môžeme považovať nevhodný a znevažujúci prístup lekárov/ok k ženám (hlavne v oblasti gynekológie) či dokonca odmietanie vyšetrenia (R10, FS1, FS4, 2023). Problémom je aj subštandardná komunikácia zdravotných sestier. Rómky vnímajú, že „už keď povie [zdravotná sestra, pozn.] dobrý deň, tak to povie inak“ (FS6, 2023). Strach, stres a obavy z návštevy ambulancie môžu významne znižovať prevenciu a včasné riešenie zhoršeného zdravotného stavu. Rómske ženy v súvislosti s komunikáciou s gynekológmi/ičkami hovoria, že by ocenili inú formu komunikácie: „Keby tak komunikovali ako s vami bielymi, tak jemne“ (FS1, 2023). Asistenti/ky podpory zdravia povedali, že mnohí sa nedostavia na vyšetrenie z obavy, že na nich lekár/ka nakričí (FS2, 2023). Strach Rómov a Rómkov z lekárov a nedôvera k nim môže v kombinácii so spomenutými bariérami spôsobovať oddiaľovanie návštevy ambulancie až do momentu, keď je už stav vážny (R6, R9, R4, R5, 2023). Lekári/ky v niektorých prípadoch ani nezoberú pacienta, lebo je Róm a odmietnu mu poskytnúť službu (R5, 2023). Na druhej strane je dôležité upozorniť, že miera dôvery k miestnym lekárom je rozdielna naprieč komunitami (R1, FS4, 2023). Napríklad v niektorých prípadoch je obava Rómkov z kontaktu s lekármi/kami predčasná: „... ja som mala taký pocit z nemocnice, že som čierna, že som Rómka, a tak sa ku mne budú chovať“, ale nakoniec mala respondentka pozitívnu skúsenosť (FS6, 2023). Ďalším negatívnym faktorom, ktorý môže

-
- 7 V tomto kontexte je dôležité upozorniť, že z dlhodobého hľadiska môže podporovať subštandardnú komunikáciu lekárov/ok a zdravotníckeho personálu ich vnímanie a skúsenosti so správaním Rómov a Rómkov. Mnohí majú negatívne skúsenosti so správaním rómskych pacientov/ok „nemajú správne spôsoby správania sa u lekára“ (R4, 2023), kričia a sú hluční (R9, 2023), „nadávajú a nevážia si [našu, pozn.] prácu, nepoďakujú“ (R7, 2023), sú netrpezliví a chcú vyšetrenie hneď (R5, 2023). Podľa Beláka a kolektívu (2020) mnohí mladí lekári/ky spočiatku nepraktizujú túto subštandardnú komunikáciu a starostlivosť voči Rómom, ale postupne sa prispôbia. Podľa nimi identifikovaných mechanizmov sa to deje socializáciou v tamojšom lekárskom prostredí a aj kontaktom s problémovými rómskymi pacientmi/kami.

zvážšovať strach a nedôveru, môže byť aj nedostatočná miera zúčtovateľnosti (z ang. accountability) zdravotníckeho systému (napr. neriešenie sťažností, hrubé zákroky) (Janevic a kol., 2011).

Stres a pocit hanby Rómkov pri kontakte s lekármi/kami a iným zdravotníckym systémom podporuje aj zanedbaný stav Rómkov z MRK. „Prichádzajú veľmi zanedbaní...do nemocnice sa nevychystajú, prídu aj so všami“ (R9, 2023). Ďalší lekár/ka nezoberie pacientov/ky, ak nie sú umytí a čistí (R6, 2023). V praxi však mnohí ľudia z MRK nemajú možnosť prísť umytí a v čistom oblečení (FS2, 2023), „... niektorí nemajú slušné oblečenie alebo základné ako napríklad nohavice“ (R5, 2023). Táto bariéra je posilňovaná skúsenosťami Rómov s rasistickým správaním lekárov/ok a zdravotných sestier v ordináciách. Rómovia sú značne heterogénna skupina ľudí a aj Rómkky prichádzajú do ordinácií odlišne pripravené, no aj tak ich zdravotnícky personál „háďže do jedného vreca“ (FS6, 2023). Ako ďalej rómske ženy povedali: „je to veľice škaredé niečo, môžeme kúpať každý deň, ale aj tak...“, „... bolí ma to veľmi, keď má niekto iba bledšiu pleť, je to hneď iné, to sa mi nepáči“ (FS6, 2023).

Súvisiacim problémom je aj to, ako lekári/ky a iný zdravotnícky personál (napr. zdravotné sestry) vnímajú asistentov/ky podpory zdravia. Aj keď mnohí/é lekári/ky oceňujú spoluprácu s týmito asistentmi/kami podpory zdravia (napr. tlmočenie, sprostredkovanie termínom prehliadok), asistujúce rómske ženy a muži majú aj negatívnu skúsenosť pri výkone svojej práce (napr. lekári/ky nepoďakujú, pohrdanie, odmietanie komunikácie). Viaceré asistentky podpory zdravia uviedli, že takéto negatívne skúsenosti zažívajú napríklad pri objednávaní na termíny, keď mnohí/é lekári/ky a sestry odmietajú s nimi komunikovať a zložia im telefón (FS2, FS3, 2023).

Dôležitým kontextom je aj tzv. samosegregácia. Tento typ segregácie sa prejavuje aj v praxi, napríklad tým, že Rómkky chcú byť v prípade hospitalizácie s Rómkami. „Niekedy sa stáva, že ak ju dajú do izby s bielou, sama prejde do izby k Rómkam... Z osád nechcú byť s bielymi“ (R9, 2023). Nemocničné zariadenia môžu v praxi segregovať pacientky a túto segregáciu často odôvodňujú tým, že to vyhovuje samotným Rómkam. Ženy z rôznych MRK majú odlišné postoje k tejto praxi. Niektoré sú rady, že sa stretávajú počas ordinačných hodín iba so „svojou“ minoritou (FS1, 2023), zatiaľ čo iné

Rómky tvrdili, že „je to veľmi nepríjemné“ (FS6, 2023), ak sú takto segregované, hoci sú pracujúce a čisté. Zároveň izolácia v MRK môže spôsobovať, že Rómovia a Rómky majú obavy ísť mimo známeho priestoru komunity (R5, 2023). Niektorí nikdy neboli v meste a boja sa, že sa stratia alebo nikdy nevrátia, čo je ešte znásobené faktom, že môžu mať viacero detí (FS2, R12, 2023).

Odporúčania

Na zmiernenie tejto bariéry navrhujeme výraznejšie posilniť vzdelávanie lekárov/ok a zdravotníckeho personálu na prácu s marginalizovanými skupinami (napr. mäkké zručnosti). Podľa našich zistení takýto vzdelávací program nie je súčasťou bežného vzdelávacieho procesu a kontinuálneho vzdelávania na lekárskech fakultách na Slovensku. Niektorí/é respondenti/ky dávali za príklad vzdelávania medikov v Českej republike, kde je takéto vzdelávanie súčasťou kurikula (R6, R7, 2023). Na Lekárskej fakulte Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach existuje kurz *Tréning kompetencií pre klinickú prax*⁸, ktorého súčasťou sú aj mäkké zručnosti (napr. vysvetlenie informácií pacientovi, perspektíva pacienta, budovanie vzťahu, spoločné rozhodovanie). Špecifická komunikácia s ľuďmi z MRK však nie je ťažisková téma a môže sa spomínať len okrajovo v rámci tohto kurzu.

Absencia tréningu mäkkých zručností sa prejavuje aj v metodologickej podpore lekárov/ok zo strany Ministerstva zdravotníctva SR. Nikto z respondentov/iek z radov zdravotníkov neuviedol, že by dostal v tejto oblasti podporu zo strany Ministerstva zdravotníctva SR, napríklad vo forme metódik, pomôcok, informačných materiálov či školení. V tomto kontexte môžeme hovoriť aj o potrebe posilnenia tzv. štrukturálnych kompetencií – zdravotnícky personál by mal byť schopný rozlišovať medzi pacientmi/kami z menej podnetného a ekonomicky slabého prostredia (pozri Neff a kol., 2020). Poznanie špecifik života v MRK môže pomôcť porozumieť objektívnym bariéram a zvýšiť mieru porozumenia zdravotníckeho personálu. „Človek musí mať znalosť problematik ich života, aby mohol s nimi

8 Pre viac informácií pozri: https://www.upjs.sk/app/uploads/sites/9/2023/02/Tréning-kompetencii-pre-klinicku-prax_syllabus-LS-2022_2023.pdf

robiť“ (R2, 2023). Na druhej strane je potrebné zdôrazniť, že len časť lekárov/ok a ostatného zdravotníckeho personálu sa pravidelne dostáva do kontaktu s ľuďmi z MRK, preto sa takýto tréning nemusí zdať ako potrebný pre všetkých lekárov/ky a ostatný zdravotnícky personál (napr. zdravotné sestry). Vzdelávanie, ktoré by obsahovalo tému komunikácie z pohľadu rôznych kultúr a iných špecifík, by však mohlo byť prínosné pre všetkých. Je však možné očakávať prípadnú rezistenciu lekárov/ok z prípadných školení a metódič. „*Medici sú vedení k samostatnosti proste, že všetko musíš vedieť sám a z toho môže plynúť taká nadradenosť v štýle, kto mi čo má do toho hovoriť, ako by to malo/mohlo byť, ja to viem najlepšie, ja v tom žijem, robím to každý deň*“ (R3, 2023).

V decembri 2022 došlo k rozšíreniu obsahu minimálneho štandardu pre študijný program sústavného vzdelávania v oblasti „Špecifiká marginalizovaných rómskych komunít pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, tréning komunikačných zručností v práci zdravotníckeho pracovníka“. Udialo sa to prostredníctvom novely výnosu⁹ ktorým sa ustanovujú minimálne štandardy pre špecializačné študijné programy, minimálne štandardy pre certifikačné študijné programy a minimálne štandardy pre študijné programy sústavného vzdelávania a ich štruktúra. V tomto kontexte by bolo vhodné vyhodnotiť obsahové napĺňanie tohto výnosu v praxi.

Ďalším opatrením môže byť motivačný štipendijný program pre Rómov/ky študentov/ky medicíny alebo zdravotníckych stredných škôl¹⁰, ktorý môže byť z dlhodobého hľadiska účinným riešením na zníženie miery rasizmu a diskriminácie v oblasti zdravotníctva (Adamova a Belák, 2020). Samotné Rómky považujú takýto program za vhodný nástroj a podporujú víziu mať v systéme zdravotníctva viac Rómov a Rómkov, ale podľa nich je potrebné zamerať sa už na vzdelávanie menších detí ešte pred ich nástupom na strednú školu a posilniť vzdelávanie na základných školách (FS1, FS6, 2023). V tejto oblasti je však potrebné

9 Výnos z 15. decembra 2023 Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky zo 17. septembra 2010 č. 12422/2010-OL. Dostupné na: www.health.gov.sk/Clanok?vzdelavanie-aktuality-vestnik

10 V anglickom jazyku známe ako health care professionals.

pracovať aj s predsudkami majority. Podľa respondentky lekárky v praxi nastáva aj situácia, keď rómska zdravotná sestra vybraná do pozície hlavnej sestry na základe princípu zásluhovosti danú pozíciu odmietla a to preto, lebo situáciu na oddelení vnímala tak, že by ju sestry z majoritnej populácie nedostatočne rešpektovali (R3, 2023). Dlhodobú dôležitosť tohto opatrenia však zdôrazňuje aj fakt, že respondenti (lekári/ky) nevedeli identifikovať praktizujúceho rómskeho lekára/ku či pomocný zdravotnícky personál a teda či pôsobia v oblasti zdravotníctva nejakí/é Rómovia/ky. Ak aj respondent/ka dokázal/a identifikovať, zväčša hovorili o niekoľkých zdravotných sestrách, ktoré sa však často po pôrode svojho dieťaťa už nevrátia (R2, 2023) a o nezdravotníckom personále (upratovačky) (R4, 2023).

Ďalšia podpora programov asistentov podpory zdravia je taktiež odporúčaná (R4, R9, 2023), pretože v praxi asistenti/ky pomáhajú znižovať strach a nedôveru Rómov z lekárov/rok, celého zdravotníckeho systému, napríklad prostredníctvom sprevádzania v zdravotníckych zariadeniach.

(II.) Obava z poskytnutia nekvalitnej služby

Viacero autorov/iek poukazuje na nedôveru a strach Rómov a Rómov z MRK z poskytovanej zdravotníckej starostlivosti a z ľudí pochádzajúcich mimo ich komunity (Belák a kol., 2020; Belák, 2020). Fyzická a sociálna segregácia a s tým súvisiaca nedostatočná socializácia v prostredí mimo komunity môžu spôsobovať nedôveru voči majorite, ktorej príslušníci sú zvyčajne poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Nedôvera voči majorite vyplývajúca z negatívnej skúsenosti Rómov a Rómov z MRK s interakciou s lekármi/kami a ostatným zdravotníckym personálom (a inými verejnými organizáciami) prispieva k obavám z poskytnutia nekvalitných služieb či dokonca zo zanedbania zdravotnej starostlivosti. Ide napríklad o prípady, keď boli Rómkam z MRK po pôrode vykonané niektoré postupy, napríklad šitie, menej kvalitne ako ostatným pacientkam (R9, FS4, 2023). Subštandardný prístup bol identifikovaný nielen pri pôrodoch, ale aj pri prístupe niektorých všeobecných lekárov: „*Ešte nikdy ma lekárka nevyšetrila, nezmerala teplotu, neskontrolovala hrdo. Len sa ma spýta, čo mi je a predpíše*

lieky“ (FS4, 2023). Hoci týmto subštandardným postupom môže byť postupne predchádzané (R9, 2023), naďalej k nim môže v praxi dochádzať. V niektorých prípadoch aj samotní/é lekári/ky v ambulanciách po príchode ženy – pacientky vidia, že došlo k zanedbaniu starostlivosti špecialistom po pôrode (R3, 2023). Podobným príkladom je aj situácia, keď rómske pacientky bývajú ošetrované mladými lekármi/kami (medikmi) namiesto akreditovaných lekárov/rok. Akreditovaní/é lekári/ky môžu mať vo viacerých prípadoch tendenciu presúvať rómske pacientky mladším kolegom, čo vyvoláva v pacientkach nedôveru a obavu z kvality poskytovaných služieb. „*Taká študentka mi tam povedala, že si mám ísť ľahnúť, ale mňa to tak bolelo a neriešili to...*“ (F1, 2023). Podobný príklad subštandardných postupov v prípade zdravotnej starostlivosti rómskych žien je miera odkladania zákrokov, čakacie lehoty na vyšetrenie a dĺžka času stráveného v ordinácii. Viaceré respondentky popisovali svoju subjektívnu skúsenosť s nerovným prístupom oproti ľuďom z majority, ktoré zobrali na vyšetrenie skôr a ich nechali čakať. „*Nechali ma s bruchom sedieť od rána do večera*“ (FS1, 2023).

Odporúčania

Predchádzať poskytovaniu nekvalitných služieb pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti odporúčame zvýšenou informovanosťou pacientiek z MRK o ich právach a nárokoch na zdravotné úkony a ich spravádzaním asistentmi/kami podpory zdravia¹¹, ktorí/é môžu facilitovať komunikáciu medzi pacientkami a zdravotníckym personálom. Ďalším a už spomenutým riešením je zvýšenie počtu zdravotníckeho personálu Rómov a Róмок napríklad formou motivačného štipendijného programu

11 Dodávame, že je dôležité citlivo nastaviť agendu asistentov/iek podpory zdravia, resp. asistentov/iek v zdravotníckych zariadeniach aby mohli nadviazať funkčnú spoluprácu s lekármi/kami a zdravotníckym personálom. V prípade, ak by súčasťou agendy asistentov/iek podpory zdravia, resp. asistentov/iek v zdravotníckych zariadeniach bola aj advokácia za práva rómskych pacientov a kontrola postupov (teda aj práce lekárov a sestier), mohlo by to mať negatívny vplyv na kvalitu a funkčnosť vzťahu s lekármi/kami a iným zdravotníckym personálom.

pre Rómov/ky študentov/ky medicíny alebo zdravotníckych stredných škôl. Vhodným opatrením je aj posilnenie vzdelávania budúcich lekárov/ok a ostatného zdravotníckeho personálu zameraného na prácu s marginalizovanými skupinami (napr. mäkké zručnosti) na lekárskech fakultách a v kontinuálnom vzdelávaní.

(III.) Strach z prípadnej hospitalizácie a diagnózy

Obavy z hospitalizácie identifikoval ako relevantnú bariéru Belák (2020), pričom táto obava podľa neho môže do určitej miery súvisieť aj s nedôverou v zdravotnícky systém. Strach a nedôveru môžu podporovať aj udalosti, akou bola napríklad sterilizácia rómskych žien¹², hoci táto udalosť zároveň mohla zvýšiť mieru informovania rómskych žien o ich právach a štandardoch výkonov na gynekologicko-pôrodných oddeleniach, keďže v niektorých prípadoch sú rómske ženy ochotné sa „*viac biť za svoje práva*“ (R2, 2023). Strach žien z hospitalizácie môže súvisieť aj s obavou o starostlivosť o deti v ich neprítomnosti, „*nechcú byť dlhšie, ako si oni myslia, že je nevyhnutné*“ (R9, 2023), prípadne z dôvodu obavy nad stratou svojho partnera (R9, R4, 2023). Zároveň môže strach a stres z hospitalizácie súvisieť so segregáciou Rómok v tzv. „*cigánskych izbách*“ v nemocniciach (FS4, 2023) a v nekvalitných zdravotníckych úkonoch, ktoré boli v rámci ich hospitalizácie vykonané (FS5, 2023). Pre mnohé segregované Rómky je nemocničné prostredie (biele steny, sterilné prostredie, silné osvetlenie) nepriateľské, stresujúce a neprirodzené (R11, FS2, 2023) aj v súvislosti s negatívnymi skúsenosťami so zdravotníckym systémom a rasizmom. Pobyť v nemocničnom prostredí pre nich znamená zvýšenú psychosociálnu záťaž (Filáková Bobáková a kol., 2018). Uvedené spôsobuje, že sa hospitalizácii usilujú vyhýbať. Výskum v prostredí Českej re-

12 K sterilizácii rómskych žien dochádzalo v rokoch pred rokom 1989, ale aj v rokoch 1990 až 2004. Pozri napr. na: <https://domov.sme.sk/c/796479/mvo-nasilna-sterilizacia-romskych-zien-trva-zistili-sme-110-pripadov.html>

publiky, ktorý skúmal aj dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre Rómov a Rómky z MRK, ukázal, že dôvodom vyhýbania sa preventívnej prehliadke a vyšetreniam je strach zo zistenia nejakého závažného ochorenia a prípadného nepríjemného zákroku (Fiľakovská Bobáková a kol. 2021).

Odporúčania

Za účelom zníženia strachu z prípadnej hospitalizácie odporúčame pokračovať v podpore programov asistentov podpory zdravia (R4, R9, 2023), a to aj v kontexte sprevádzania v zdravotníckych zariadeniach a poskytovania relevantných informácií potrebných pre prijatie informovaného rozhodnutia rómskych žien. Príkladom z praxe je projekt Asistenti podpory zdravia v prostredí nemocníc¹³, ktorý realizuje organizácia Zdravé regióny. V rámci tohto projektu pôsobia asistentky (aj) na gynekologicko-pôrodníckych oddeleniach a tieto asistentky plnia aj funkciu psychosociálnej podpory a pomoci pri zvládaní stresu z hospitalizácie. Pomáhajú aj pri prepúšťaní z nemocničnej do domácej starostlivosti a komunikujú priamo a asistentmi/kami podpory zdravia, ktorí/é pôsobia priamo v teréne v MRK. Ide o pilotný projekt, ktorý je potrebné vyhodnotiť a následne vo vhodnej podobe implementovať na národnej úrovni. V súvislosti s touto bariérou je relevantným riešením aj už spomenutý motivačný štipendijný program pre Rómov a Rómky – študentov/ky medicíny alebo zdravotníckych stredných škôl.

13 Išlo o pilotný projekt spustený v roku 2018 v rámci Národného projektu Zdravé komunity. K 1.januáru 2022 bolo zazmluvnených 11 nemocníc na strednom a východnom Slovensku, v ktorých pracovalo 13 asistentiek podpory zdravia. Pre viac informácií pozri na: https://www.zdraveregiony.eu/asistenti-podpory-zdravia-v-prostredi-nemocnic/?_gl=1*ha8rnt*_up*MQ.*_ga*MTg3NTQzNjU0OS4xNjg4MzcxNzg*_ga_CZ8XZBP4B4*MTY4ODM3MTc4Mi4xLjEuMTY4ODM3MTc4Ny4wLjAuMA.

(IV.) Jazyková bariéra (hlavne v kontexte porozumeniu odborného jazyka v zdravotníctve)

Porozumenie odbornému jazyku v oblasti starostlivosti o zdravie je významným negatívnym faktorom prístupu rómskej komunity ku zdravotnej starostlivosti (Adamova a Belak, 2020; Battaglini, 2017; Bejenariu, 2015; Fil'akovská Bobáková a kol., 2018). Vysoká námaha spojená so získavaním informácií a porozumením, napríklad v prípade pochopenia zložitých zákonov, postupov a formulárov, zvyšuje psychologické náklady v kontexte starostlivosti o zdravie (Herd a Moynihan, 2018).

Lekári/ky často vnímajú jazykové zručnosti Rómkov ako dostatočné, „*skôr rozumejú, ako nerozumejú*“, resp. „*rozumejú na 95 %*“ (R9, R4, 2023). V praxi však môže byť časovo náročnejšie Rómkam z MRK vysvetliť diagnózu či pokyny (R2, R3, 2023) a výraznejší problém môže byť schopnosť čítať text v slovenčine s porozumením (R4, 2023).

Na základe zisťovania v rámci tohto výskumu, propagačné a vysvetľujúce (osvetové) materiály pre návyky súvisiace s prevenciou a liečbou, ktoré sú poskytované v ambulanciách, zvyčajne nie sú dizajnované tak, aby ich mohli rómske ženy ľahko pochopiť, alebo sa s nimi aj stotožniť. Zisťovanie pre potreby tohto výskumu ďalej ukázalo, že iba zriedkavo sa vyskytujú letáky a príručky k téme zdravia a starostlivosti o zdravie v rómskom jazyku (napr. aj pozvánky na preventívne prehliadky sú v slovenskom jazyku). Súčasne existuje obmedzený prístup k individuálnej asistencii vo veci prípravy na vyšetrenie či osvetu o hygiene a reprodukčnom zdraví (R12, FS1, FS6, 2023). Takáto forma asistencie sa ukazuje byť vhodnejšia ako papierové letáky. „*Papier si prečítajú [Rómky/ovia, pozn.], ale ten bežný život je trochu iný*“ (FS6, 2023). Osobná asistencia a individuálne vzdelávanie však prebieha len cez asistentov/ky podpory zdravia a prípadne iných aktérov (napr. program Omamy), ale iba vo vybraných lokalitách (R12, FS1, FS2, FS6, 2023). Častokrát však nemajú asistenti/ky podpory zdravia žiadne zázemie (napr. kanceláriu) a v mnohých prípadoch plnia úlohy v oblasti sociálnej práce, čo môže vyčerpávať ich kapacity na prácu v oblasti podpory zdravia (R10, 2023), hoci tieto oblasti sú prirodzene

prepojené. V niektorých lokalitách sú asistenti/ky podpory zdravia menej aktívni/e alebo dokonca úplne absentujú, a tam poskytujú takúto pomoc iní aktéri/ky¹⁴.

Jazyková bariéra prístupu ku kvalitnej zdravotnej starostlivosti môže podporovať aj ďalšiu bariéru – nízke zdravotné povedomie a nízku zdravotnú gramotnosť. Ak lekári/ky robia niečo nad rámec bežného výkonu, ako napríklad pripomenky termínov, ktoré potom posielajú poštou a majú formu listu. Vzniká tak bariéra v podobe ne/porozumenia odbornému jazyku v zdravotníctve. No väčšinou, keď sa Rómky opýtajú opakovane a žiadajú zrozumiteľnejšie vysvetlenie, lekári/ky zvyknú zmeniť odborný jazyk za jednoduchší hovorový a vysvetliť pokyny a inštrukcie. Uvedené sa na základe nášho zisťovania týka predovšetkým gynekológov a gynekologičiek (FS1, FS6, 2023). Dokonca sú prípady, keď lekári/ky v pohraničných oblastiach vedia na žiadosť pacientky vysvetliť problematiku napríklad aj v maďarskom jazyku, hoci bežne ordinujú v slovenčine (FS6, 2023). V mnohých prípadoch však z dôvodu jazykovej bariéry, ale aj pocitu strachu či hanby, sa ženy opakovane nepýtajú v prípade, že niečomu nerozumejú (FS1, FS2, 2023). Táto bariéra však môže súvisieť aj so všeobecne nižšou vzdelanosťou o reprodukčnom zdraví (R12, 2023).

Bariéra súvisiaca s porozumením odborného jazyka je zároveň úzko spojená s ďalšou bariérou, a tou je strach a nedôvera rómskych pacientiek voči zdravotníckemu personálu (pozri bariéru vyššie). Jazyková, ale aj ďalšie spomenuté bariéry sú úzko prepojené s relatívne nízkou mierou vzdelania a gramotnosti rómskeho obyvateľstva (predovšetkým z MRK), čo priamo súvisí aj s nadmerným umiestňovaním rómskych detí do špeciálnych škôl¹⁵. Mnohí Rómovia/ky nemajú prístup ku kvalitnému základnému vzdelaniu a nerovnosť v prístupe ku kvalitnému školstvu a iným verejným službám začína už na úrovni predškolskej starostlivosti (R10, 2023). Uvedené vplýva na nižšiu vzdelanosť, nižšiu znalosť štátneho jazyka v porovnaní s majoritou a všeobecne slabú informovanosť o systéme zdravotnej starostlivosti, zdravotných zákrokov a prevencie zdravia.

14 Pri realizácii projektu sme sa stretli s pozitívnymi príkladmi Omama na Luníku IX., farnosť v Lomničke alebo občianske združenie v Čate.

15 Pozri viac na: <https://www.minedu.sk/data/att/23399.pdf>

Odporúčania

Uvedená odborná literatúra zhodne konštatuje, že opatrenie v podobe zdravotníckych asistentov/iek¹⁶ (v kontexte Slovenskej republiky ide o asistentov podpory zdravia) dokáže zmierňovať jazykovú bariéru. Asistenti/ky vedia okrem iného tlmočiť pokyny lekárov/iek a tak zabezpečiť lepšie pochopenie, potenciálne aj prijatie informácie a dodržanie pokynov zo strany rómskych pacientov/iek (R9, 2023). Úloha asistentov/iek podpory zdravia môže byť kľúčová práve v sprevádzaní Rómov v zdravotníckych zariadeniach (R10, 2023). Zároveň sú však kapacity asistentov/iek značne vyčerpané aktivitami, ako sú povinné preventívne prehliadky u detí či riešenie aktuálnych epidemiologických problémov, navyše nemusia mať ani dostatočnú kapacitu či kompetentnosť na riešenie každej situácie (R2, 2023). Toto platí ešte výraznejšie o terénnej sociálnej práci (R5, 2023), ktorá má dôležitú úlohu aj v oblasti zdravia (napr. spolupráca so všeobecnými lekármi/kami a aktívne presvedčanie ľudí, aby prišli na preventívnu prehliadku). Tak asistenti/ky podpory zdravia, ako aj terénna sociálna práca môže priamo v priestore MRK distribuovať informácie o zdravotnej starostlivosti pre cieľovú skupinu v zrozumiteľnej a prijateľnej podobe. Odporúčame pokračovať v existujúcich programoch osobnej asistencie, osvety a sprevádzania priamo v prostredí MRK, lebo práve osobný a individuálny prístup sa ukazuje ako najúčinnější (R12, R13, 2023). Hoci ide pravdepodobne o najúčinnějšíu formu osvety, ide o časovo náročnú aktivitu, ktorá vyžaduje kapacity na strane asistentov/iek podpory zdravia, ktorí dokážu na dennej báze formou návštev domácnosti a dialógu¹⁷ s ľuďmi spraviť od 30 do 40 kontaktov (FS3, 2023). Tu vidíme výrazný priestor na posilnenie v oblasti ľudských zdrojov a vzdelávania nielen asistentov/iek podpory zdravia, ale aj ďalších pomáhajúcich profesií. Zároveň odporúčame vytvárať štandardy pre prácu asistentov podpory zdravia a terénnych pracovníkov v tejto oblasti, keďže viacerí/é

16 V anglickom jazyku známe ako health mediators.

17 Podľa asistentov/iek podpory zdravia je často používanou stratégiu presvedčanie pomocou osobného príkladu „ja som bola a nič sa mi nestalo“, alebo ponúknutie asistencie „neboj sa, pôjdem s tebou“, prípadne strašenie „ak nepôjdeš, prídeš o príspevok, o poistenie, dávku, dostaneš pokutu“ (FS2, 2023).

respondenti/ky pri svojej práci vnímali aj nedostatky, napríklad vo forme nízkeho vzdelania alebo aktivity v teréne (R4, R9, 2023). Riešením môže byť aj akreditačný systém zameraný na kvalitu terénnej práce, ktorý umožní kontrolu kvality pre akreditované subjekty a prístup k finančným zdrojom aj mimo zdrojov zo štrukturálnych fondov.

(V.) Nízka zdravotná gramotnosť a povedomie o prevencii, zdraví a hygienických návykoch

Táto bariéra sa skladá z viacerých zložiek a bola identifikovaná naprieč viacerými krajinami (Fresno a kol., 2019). Nízka zdravotná gramotnosť predstavuje nízku schopnosť získať, komunikovať, spracovávať, porozumieť základným informáciám o zdraví a dostupných službách, ako aj informáciám sprostredkovaných lekármi/kami a ostatným zdravotníckym personálom (Fil'akovská Bobáková a kol. 2021). Jazyková bariéra (predovšetkým v kontexte porozumeniu odborného jazyka) priamo podporuje problém nízkej zdravotnej gramotnosti. „Častokrát odchádzajú z kliniky so strachom, lebo majú pozitívny výsledok a nevedia, čo to znamená“ (FS2, 2023). Asistenti/ky podpory zdravia pri sprevádzaní Rómov u lekára pôsobia aj v role tlmočníkov/čiek (FS2, FS3, R9, 2023). Rómske ženy sa tak napríklad obracajú na terénnych/ ne pracovníkov/čky¹⁸ s prosbou o interpretáciu správy z vyšetrenia (FS5, R11, 2023). Stáva sa, že asistenti/ky podpory zdravia volajú lekárovi/ke a pýtajú sa, akú diagnózu majú ženy, čo majú robiť, ako postupovať a následne to vysvetlia pacientke (FS3, 2023). Nie vždy je to však vnímané zo strany lekárov/ok pozitívne, ale berú to skôr ako kritiku svojej práce (FS2, 2023). Konkrétne následky tejto bariéry sa môžu prejaviť v nedostatku (a nepochopení) informácií o zákrokoch, hospitalizácii, v nepochopení odporúčaní a inštrukcií lekára/ky a zdravotníckeho personálu. To môže priamo a negatívne ovplyvňovať adhérenciu (dodržiavanie pokynov a liečby) pacientov/ok k medicínskym odporúčaniam.

18 V kontexte sociálnej práce a pomoci Rómom a Rómkam v MRK plnia v mnohých lokalitách dôležitú úlohu aj rádové sestry.

Slabé povedomie o prevencii, zdraví a hygienických štandardoch môže súvisieť s dostupnosťou informácií, vzdelaním, gramotnosťou, ale aj nízkou prioritizáciou zdravia. Nízke povedomie o zdraví spolu s nízkou prioritizáciou zdravia môže spôsobovať, že ak Rómovia a Rómky majú zdravotný problém, no dostanú termín k lekárovi/ke až o pár mesiacov, ale medzitým sa im zlepší alebo stabilizuje zdravotný stav, majú už tendenciu neprísť na termín (R5, 2023).

Dáta z tohto výskumu a literatúry naznačujú problém zlých hygienických návykov v MRK, ale aj slabé povedomie o nich. Tento problém môže čiastočne súvisieť aj so vzdelaním a záujmom Rómov udržiavať štandardy hygieny definované majoritou (Belák, 2013), no veľmi úzko súvisí s dostupnou infraštruktúrou v MRK. Ženy, ktoré si uvedomujú nedostatočnú hygienu v MRK, sa môžu často hanbiť za svoju nedostatočnú hygienu (R5, 2023), čo podporuje vynechávanie preventívnych a kontrolných prehliadok, a to osobitne v oblasti gynekologicko-pôrodníckej starostlivosti (R4, 2023). Až približne polovica rómskej populácie Slovenska žije v MRK, a práve tie sú vysoko problematické vzhľadom na hygienu obývaných priestorov, čo sa odzrkadľuje aj na zdravotnom stave obyvateľov (Belák, 2020). Mnohé Rómky však majú objektívne prekážky v dodržiavaní hygienických návykov, ak žijú v domácnostiach bez vody (R4, 2023). Práve nedostatočná alebo v niektorých prípadoch chýbajúca infraštruktúra (napr. nízky štandard bývania, chýbajúca tečúca voda, kanalizácia) často znemožňuje dodržiavanie hygieny. Podľa Filčáka a kolektívu (2020) len približne dve z troch MRK majú prístup aspoň k verejnému vodovodu a v lepšom prípade majú aj k dispozícii provizórne žumpy. Bežným stavom je však aj absencia infraštruktúry, využívanie toalety bez vody, centrálné studne aj pre niekoľko stoviek ľudí (Filčák a kol., 2020). Rochovská a kolektív (2021) uvádzajú, že pandémia COVID-19 ešte viac zvýraznila tieto štrukturálne problémy, keď ľudia z MRK ani pri najlepšej vôli nemohli dodržať hygienické pokyny. Ako upozorňujú Filčák a kolektív (2020), podmienky hygieny v MRK sa síce často interpretujú ako výsledok kultúrnych predpokladov alebo „neznalosti“ základných hygienických návykov a postupov, no dôležitý kontext sú aj nedostatočné štrukturálne podmienky. Ako dodávajú Filčák a kolektív (2020), sotva môžeme ľuďom odporučiť, aby si po použití toaliet umyli ruky, ak nemajú v blízkosti ani toaletu a ani zdroj vody.

Odporúčania

Akékoľvek aktivity súvisiace s posilňovaním osvojenia si hygienických štandardov v prostredí MRK nevyhnutne musia ísť súčasne s budovaním infraštruktúry (napr. prístup k pitnej vode) (R10, 2023). Preto odporúčame vyčlenenie ďalšieho balíka finančných zdrojov na budovanie základnej infraštruktúry (vodovod, toalety, žumpa, prípadne kanalizácia) v MRK. Väčšina MRK sa nachádza vo vidieckych oblastiach, preto je relevantné sa sústrediť aj na rozvoj vidieka všeobecne a pokračovať v investíciách (napr. čerpanie štrukturálnych fondov EÚ) na tento účel (R13, 2023). Administrácia eurofondov je však spojená s nadmernou byrokratickou záťažou (R14, 2023). Pravidlá pre implementáciu EÚ projektov sú výrazne prísnejšie ako tie, ktoré určuje Európska komisia, a táto náročnosť je často jednou z prekážok realizácie projektov v oblasti práce s MRK. Odporúčame preto zjednodušiť podmienky čerpania a administrovania štrukturálnych fondov a zvýšiť asistenciu pri príprave projektov a ich manažmente. V tomto kontexte je dôležité zlepšiť nielen technickú podporu miestnych samospráv v čerpaní štrukturálnych fondov, ale aj zvýšiť aktivitu v prezentácii potenciálnych benefitov pre obce (napr. na pozitívnych príkladoch z praxe).

Ďalej okrem už spomenutého vzdelávania¹⁹ Rómov a Rómov o hygiene, ale aj prejavov zdravotných ťažkostí a možností ich riešenia (preventívna zdravotná starostlivosť, nároky a povinnosti pacienta a pod.), odporúčame pripraviť a otestovať pilotné programy zamerané na komunitné vzdelávanie v oblasti úpravy životného štýlu použitím poznania behaviorálnych vied v oblasti motivácie a tzv. „poštuchnutí“ (pozri Svetová banka, 2019). V prípade ich účinnosti by bolo možné dané poznanie škálovať do viacerých komunít. Využitie poznatkov behaviorálnej vedy na zlepšovanie blaha Rómov a Rómov naznačuje aj Svetová banka (2019).

19 Samotné vzdelávanie, ale aj vývoj syllabov vzdelávania, by malo byť spravené inkluzívnym a participatívnym spôsobom so zapojením rómskych žien. Etnocentrizmus – politiky a programy vytvárané majoritou pre minoritu – sú relevantnou kontextuálnou bariérou v kontexte zdravotnej starostlivosti. „Majorita definuje, ako má vyzeráť cesta za lepším zdravím, a tiež definuje priority, bez zohľadnenia potrieb a pozícií Rómov“ (Slepickova a Bobakova, 2020).

Na druhej strane Belák a kolektív (2017) upozorňujú, že nevyžiadaný mentoring alebo „pošuchnutia“ môžu byť vnímané Rómami a Rómkami ako neúctivé a nevhodné. Do takejto testovacej štúdie by tak mali byť vybrané také rómske ženy, ktoré majú záujem o zmenu, čo umožní definovať postupy zmeny pre motivované skupiny rómskych žien. Zároveň je vhodné zapojiť do dizajnu takejto testovacej intervencie lokálnych lídrov a líderky komunity. Je vhodné zapojiť do tvorby odporúčaní²⁰ a následne aj opatrení samotných Rómov a Rómkyní (participatívna tvorba verejných politík), pretože problém mnohých stratégií je, že sú paternalistické (napr. mať menej detí, viac sa o seba starať) bez zohľadnenia potrieb a postojov cieľovej skupiny (R8, 2023) a objektívnych prekážok (napr. chýbajúca voda). Do uvedených programov je možné zapojiť organizácie inštitucionalizovaného vzdelávania, tretieho sektora, ale aj asistentov/ky podpory zdravia.

Osobná asistencia vo veci osvetu o hygiene a význame preventívnej zdravotnej starostlivosti formou asistentov podpory zdravia (Zdravé regióny) funguje vo viacerých lokalitách (FS2, 2023). Na druhej strane, v niektorých výskumných lokalitách tento nástroj nefunguje ku spokojnosti klientov/iek (FS1, 2023). Jedným z dôvodov môže byť, že na veľkej lokalite je alokovaných málo asistentov/iek podpory zdravia²¹ (FS2, 2023). Zároveň je v tomto kontexte potrebné upozorniť na to, že mnohí/é asistenti/ky zdravia majú absolvované len základné vzdelanie (R2, 2023) a respondenti/ky vidia v teréne vysokú heterogenitu v kvalite služby naprieč regiónmi (R10, R4, 2023), „... veľmi záleží od človeka... ak nie je z komunity, je to náročnejšie“ (R5, 2023). Odporúčame preto zvyšovať kompetenciu asistentov/iek podpory zdravia nielen formou školení (napr. starostlivosti o zdravie a kaučing zdravia s použitím behaviorálnych poznání), ale aj podporou dištančného vzdelávania na zdravotníckych stredných školách.

20 Uvedené je dôvodom, prečo sme vykonali fokusové skupiny s rómskymi ženami, ktorých súčasťou bolo aj validovanie opatrení.

21 Napr. Jarovnice.

(VI.) Odlišné prístupy k riešeniu zdravotných problémov

Predchádzajúci výskum poukazuje na to, že Rómovia a Rómky z MRK majú sťaženu socializáciu mimo svojej komunity (Belák a kol., 2018), čo môže aj v súvislosti s negatívnymi skúsenosťami s interakciou s majoritou viesť k nezáujmu o spôsob života majority (Belák, 2013). Aj preto väčšinovým obyvateľstvom používané prístupy k riešeniu zdravia a zdravotných problémov môžu Rómovia a Rómky MRK považovať za neprirodzené (Belák a kol., 2018) alebo neznáme „MRI alebo CT, nevedia čo to je a aj z toho sa boja“ (FS2, 2023). Odlišný prístup k riešeniu zdravotných problémov je ovplyvnený aj kultúrou a identitou. Podľa spomenutých výskumov používanie vlastných liečivých metód a samoliečby ako náhrady za návštevu lekára súvisí aj so zlou predchádzajúcou skúsenosťou pri poskytovaní zdravotníckej starostlivosti a interakciou s majoritou, ale aj so spôsobom, ako prekonať iné bariéry (napr. administratívne). Okrem zlej predchádzajúcej skúsenosti môžu túto bariéru podporovať aj nepresné očakávania od liečby a liečebných postupov: „*Liečenie považujú ako okamžitý výsledok, dám si liek a musí sa mi ulaviť*“ (R11, 2023).

V danom kontexte tak môžu rómske ženy z MRK relatívne častejšie ako majorita inklinovať k odlišným prístupom k liečbe, čo pramení z kultúrnych odlišností (Belák a kol., 2018) a k používaniu vlastných liečivých metód (Jarčuška a kol., 2013). Príkladom daného prístupu je to, že v rámci komunity často funguje vzájomné poradenstvo v oblasti zdravia (R3, 2023) a rómske ženy v MRK niekedy veria miestnemu/nej lídrovi/líderke viac ako lekárovi/ke (R11, 2023). Medzi odlišné prístupy k riešeniu zdravia a zdravotných problémom môžeme zaradiť aj využívanie pohotovosti a volanie záchranky namiesto návštevy lekárov (R5, R9, 2023). Aj z dôvodu administratívnych bariér, fyzickej vzdialenosti zdravotníckeho zariadenia (pozri nižšie) a zložitosti navigácie zdravotníckym systémom je tento postup pre nich často jednoduchší, ako ísť k lekárovi na určený termín alebo si vybaviť výmenný lístok a termín u špecialistu. Preferencia tohto prístupu však súvisí aj s finančnými nákladmi na dochádzanie do ambulance.

Odporúčania

Potenciálne opatrenia by mali súvisieť so zvyšovaním kompetencií a miery informovanosti²² rómskych žien (napr. vzdelávanie o zdraví osobitne pre ženy a dievčatá). Takéto vzdelávacie aktivity môžu prebiehať aj v súčinnosti s terénnou sociálnou prácou a asistentmi/kami podpory zdravia a miestnymi lekármi/kami. Zároveň môže ísť napríklad o posilnenie činnosti asistentov/iek podpory zdravia v tejto oblasti. Toto by nemalo nesúvisieť len s navýšením ich počtu (FS2, 2023), ale aj so zvyšovaním ich kompetentnosti, napríklad aby mohli kompetentne vzdelávať o zdraví a príznakoch ochorení (FS2, 2023). V tomto kontexte je však potrebné zdôrazniť, že miestna samospráva by mala zohrávať dôležitú rolu pri prepájaní a motivovaní jednotlivých aktérov k spolupráci. Respondent uviedol, že „*problém musí byť riešený lokálne*“ a riešenie musí byť často „*šité*“ na mieru kontextu, pretože sa nemusí dať jedno konkrétne opatrenie úspešne preniesť na celonárodnú úroveň (R13, 2023). Príkladom rôznych motivácií, kde je pri uvažovaní nad účinnou intervenciou potrebné zohľadňovať kontext, sú skoré tehotenstvá. Tu respondentky odporúčajú smerovať vzdelávanie najmä na mladé dievčatá a chlapcov, ale aj na manželské páry. „*Najmä tie mladšie deti [...], že by im povedali, čo ako funguje, najmä na mladých manželov treba pôsobiť, aby trochu rozmýšľali, ako naplávať rodinu*“. „*Najmä dievčatá sú veľmi rýchlo vyspelé a náhodne sa začínú stávať veci [otehotnejú, pozn.]*“ (FS6, 2023). Vzdelávacie aktivity je potrebné zamerať nielen na dievčatá, ale aj na chlapcov. Tiež odporúčame opatrenie vo forme osobnej asistencie pri téme intímnej hygieny a reprodukčného zdravia. Ukazuje sa, že často chýba základné povedomie o ľudskej reprodukcii, čo vyúsťuje do skorého a častého tehotenstva (R12, FS6, 2023).

Práve v tejto oblasti by osobná asistencia na miestnej úrovni mohla pomôcť šíriť osvetu a budovať pozitívny vzťah k zdravotnej starostlivosti, a to osobitne v oblasti gynekologicko-pôrodníckej starostlivosti. Šírenie osvetu a vzdelávanie tak môže mať v tomto kontexte obmedzenú účinnosť, keďže hlavným problémom je chudoba, diskriminácia (na trhu práce, v prenájme nehnuteľností a pod.) a obmedzené príležitosti pre

22 O zdraví aj v kontexte plánovaného rodičovstva.

rómske ženy. Chudoba je do významnej miery prepojená so skorým tehotenstvom. Lee a kolektív (2020) zistili, že mladé ženy z nízkopríjmových skupín majú štatisticky vyššiu pravdepodobnosť skorého tehotenstva. V tejto súvislosti viacerí respondenti uviedli, že skoré tehotenstvá mladých rómskych žien môžu byť aj vedomým rozhodnutím udržať si partnera a prežiť v MRK, keďže nevnímajú iné alternatívne cesty ich života (R3, R4, 2023). Podľa Čanigovej a Souralovej (2022) dáta z Českej republiky skôr naznačujú, že skoré tehotenstvá Rómok z MRK nie sú plánovaných rozhodnutím, no výrazne negatívne ovplyvňujú šancu opustiť komunitu. Kohabitácia žien s partnerom a širšou rodinou sice umožní prežiť, no zároveň často nezlepší finančnú situáciu ženy, čo môže viesť do špirály, z ktorej je náročné uniknúť (Čanigová a Souralová, 2022). Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie prispieva skoré tehotenstvo (z ang. adolescent pregnancy) k vyššej dočeskej úmrtnosti, horšiemu zdraviu žien a chudobe (WHO, 2011).

(VII.) Obmedzenie alebo znemožnenie odchodu z domova (nielen) kvôli starostlivosti o deti

Jedným zo základných dôvodov zanedbávania zdravotnej starostlivosti rómskymi ženami z MRK je nemožnosť odísť z domu do zdravotného zariadenia. Táto situácia je spôsobená niekoľkými dôvodmi. Fyzická segregácia sa ukázala ako najčastejšie identifikovaná bariéra v rámci reportov zo štátov v priestore Európy v kontexte inklúzie Rómov (Fresno a kol., 2019) a nie je výnimkou ani na Slovensku. Ďalším dôvodom je obmedzenie odchodu z domova kvôli starostlivosti o deti, ktoré môže byť v niektorých prípadoch úzko prepojené s patriarchálnym rozdelením komunity (Battaglini, M., 2017; Janevic, T., Jankovic, J., & Bradley, E., 2012). Patriarchálne vzťahy v tomto kontexte robia z muža človeka, ktorý robí finálne rozhodnutia (Battaglini, M., 2017), a ženy v rámci komunity väčšinou nemajú inú možnosť, ale musia zastávať funkciu starostlivosti o deti. Bariéra je ešte výraznejšou, ak má žena viac ako jedno dieťa, keďže je organizovanie

času so starostlivosťou o viac detí ešte náročnejšie. Nemožnosť odísť z domu tak súvisí na jednej strane s potrebou starostlivosti o často väčší počet detí, na druhej strane aj so vzdialenosťou od ambulancií a potrebou presunu spojmi (pozri nasledujúcu časť). Asistentky podpory zdravia uviedli, že ak majú ženy viac detí, nemôžu ich nechať samé, ale musia ísť do poradne pred pôrodom alebo na zdravotnú prehliadku aj so všetkými deťmi (FS3, FS5, 2023). Obmedzenie odchodu z domu môže ovplyvňovať aj absencia predškolských zariadení v blízkosti MRK, ale aj strach žien nechať deti doma samé, alebo ich zveriť partnerovi či inej osobe (FS1, FS4, 2023). Na druhej strane je potrebné zdôrazniť, že ak má žena viacero detí v rôznom veku, môže byť viazaná na starostlivosť o dieťa/deti vo veku do troch rokov, takže ani existujúca predškolská starostlivosť nemusí automaticky a významne riešiť túto bariéru (FS3, 2023). V niektorých obciach je k dispozícii škôlka v obci, do ktorej sú Rómky z komunity zvyknuté deti zapísať, čo im umožňuje potenciálne vstúpiť na pracovný trh (FS6, 2023).

No práve v súvislosti s pracovnou činnosťou Rómkov vzniká ďalšia bariéra odchodu z domu, napríklad aj za zdravotnou starostlivosťou. Filákovská Bobáková a kol. (2021) spájajú fyzickú bariéru prístupu k zdravotnej starostlivosti aj s nedostatočnou pracovnou flexibilitou, keď sú Rómovia a Rómky zamestnaní v príležitostných zamestnaniach, ktoré im neposkytujú dostatočnú časovú flexibilitu na návštevu lekára. Prekážkou sú taktiež nevýhodné pracovné podmienky založené na pevnom pracovnom čase prakticky bez možnosti nepredvídateľného odchodu počas pracovnej doby, dovolenky či práceneschopnosti. Vynechanie preventívnych prehliadok vysvetlila respondentka nasledovne: „*nemáme na to čas [ísť ku lekárovi, pozn.], lebo chodíme do roboty, a je zle, keď neprídeme, musíme si odrobiť na druhý deň*“ (FS6, 2023). Tejto bariére sa obšírnejšie venujeme v ďalšej časti (pozri bariéru XI.).

Na tomto mieste treba spomenúť, že obmedzenie alebo znemožnenie odchodu z domova kvôli starostlivosti o deti alebo práci môže posilňovať aj dlhšie a nepredvídateľné čakacie doby u lekárov v ambulanciách. V praxi môže podľa respondentiek nastať situácia, že gynekológ vyhradí čas iba na Rómky, no len jeden deň v týždni (napr. štvrtky popoludní) a zvyšné dni chodia prevažne ženy z majority. Hoci aj iné dni môžu prísť Rómky do ambulancie, mnohé chodia radšej len v ten deň s ostatnými

Rómkami (FS1, 2023). Vyhradený termín však často nestačí na počet Rómkov v danej ambulancii, a to ani v situácii, ak väčšina nechodí na preventívne prehliadky, ani do poradne pred pôrodom, iba na prehliadky po pôrode, ak nastane zdravotný problém (FS1, R12 2023). Nepredvídateľné čakacie doby u lekárov môžu súvisieť podľa rómskych žien aj s preferovaním žien z majority (FS4, 2023).

Odporúčania

Vyššia miera využívania predškolskej starostlivosti môže čiastočne znížiť obmedzenie odchodu mimo domácnosti pre rómske ženy. V tomto kontexte je však potrebné znížiť finančnú bariéru (napr. poplatky za škôlku a stravu), fyzickú vzdialenosť (blízkosť predškolského zariadenia k MRK), zabezpečiť dostatočné kapacity (miest v škôlke) a zvyšovať dôveru v predškolskú starostlivosť (napr. zapojením asistentov učiteľov/iek, ktoré aktívne ovládajú rómsky jazyk). Rovnako dôležité je však zavádzať zmeny v oblasti pracovných podmienok nízkopríjmových skupín, ktoré by riešili problém pracujúcej chudoby (bližšie sa im venujeme v bariére XI.).

Skrátenie času, ktorý musí rodička stráviť v nemocnici po nekomplikovanom pôrode pomôže urýchliť návrat žien po pôrode domov. Podľa lekárov, ktorí sa pôrodom venujú, je to možné, ale vyžaduje si to úpravy formalizovaných protokolov (R9, 2023). Z rozhovorov s rómskymi ženami vyplynula spokojnosť s vyhradenými ordinačnými hodinami (napr. v gynecologickej ambulancii) pre Rómky, ktoré sa cítia medzi ženami z komunity lepšie a bezpečnejšie (R12, 2023). Takéto nastavenie síce môže znižovať psychologickú záťaž (stres, pocit hanby a pod.), no rizikom uvedeného prístupu je podpora segregácie a pre ambulancie môže byť náročné vytvoriť vyrovnaný počet termínom pre rómske a nerómske ženy.

(VIII.) Fyzická vzdialenosť od zdravotníckych zariadení, lekára/ky

Vzdialenosť od zdravotníckeho zariadenia (napr. ordinácie) a lekára/ky môže predstavovať ďalšiu prekážku v prístupe k zdravotnej starostlivosti. V tomto kontexte môžeme hovoriť o bariére na strane systému (nedostatok ambulancií a špecialistov) a bariére na strane ľudí z MRK (nízka mobilita). Problémom je fyzická segregácia, napríklad z pohľadu vzdialenosti infraštruktúry od miesta, kde sa nachádza zdravotná pomoc, čo môže byť spojené aj so zlým alebo žiadnym prepojením hromadnou dopravou (Belák, A.,2020). „Fyzická segregácia je v niektorých častiach mesta, čo spôsobuje, že niektoré zo žien/dievčat k lekárom/kam preventívne nechodia, prídu, až keď je problém“ (R4, 2023). Toto naznačuje, že výraznou bariérou na dodržiavanie preventívnych prehliadok u lekára je fyzická, v mnohých prípadoch bez dopravného prostriedku, neprekonaateľná vzdialenosť (napr. 8 kilometrov). Asistenti/ky podpory zdravia, ale aj rómske ženy tvrdia, že grafikon hromadnej dopravy častokrát ani teoreticky neumožňuje presun na vyšetrenia, ktoré sú v skorých ranných hodinách (napr. odber krvi) alebo dostavenie sa na presný čas. Autobusové alebo vlakové spojenia idú často príliš neskoro, málo často a v niektorých prípadoch aj nepredvídateľne a neumožňujú efektívny presun na dlhšie vzdialenosti (napr. 80 kilometrov), a to platí aj v prípade MRK v mestských lokalitách (napr. Luník IX. v Košiciach) (FS1, FS2, R12, 2023). Aj preto je taxík často využívaná možnosť, no je finančne nákladná (F2, 2023).

Bariéra fyzickej vzdialenosti sa netýka výhradne MRK, ale v mnohých prípadoch aj mestských oblastí obývaných rómskou menšinou. Z existencie tejto bariéry následne vyplýva aj nadužívanie záchranej služby zo strany Rómov, ktoré je často kritizované (FS1, 2023). Táto bariéra spôsobená vzdialenosťou je ešte výraznejšia v zimnom období, keď je doprava ešte náročnejšia a je bežné, že rómske ženy z MRK chodia k lekárovi v tomto období menej často (FS3, 2023). Okrem návštevy všeobecného lekára je pre rómske ženy z MRK finančne náročná aj návšteva špecialistov, ktorí sú zvyčajne v okresnom alebo krajskom meste (FS4, R3, R4, 2023).

Dostupnosť zdravotníckych služieb je problematická aj z dôvodu nedostatku lekárov/ok a ambulancií, teda všeobecnej nedostupnosti zdravotnej starostlivosti (a špecialistov²³). V niektorých lokalitách je dostupných len málo alebo dokonca žiadni/e lekári/ky. Napríklad v rámci mestskej časti Košice – Luník IX. sa v minulosti nachádzal jeden lekár, čo je pre danú oblasť nepostačujúce, a aktuálne (k júnu 2023) takáto ambulancia dočasne absentuje. Uvedené naznačuje, že vynechávanie návštev zdravotníckych zariadení je okrem vyššie popísaných bariér aj problémom kapacity zdravotníckeho systému. Významným problémom pre lekárov/ky v ambulanciách je aj vysoká administratívna záťaž (okrem iného aj pri zakladaní a prevádzkovaní dvoch ambulancií jedným lekárom).

Rómky často nemajú ani tehotenský preukaz. „*Hlavne keď majú viac detí, tak už nechodia, aj doma porodí*“ (R9, 2023). Respondentky deklarovali, že „*celý deň to trvá*“ ísť k lekárovi do najbližšieho okresného mesta (FS6, 2023). Prekážkou v návšteve lekára/ky však môžu byť finančné náklady spojené s cestou, ktoré môžu byť pre niektorých členov rómskej komunity vysoké (R4, 2023; Bejenariu, S., 2015). Ak ich lekári/ky v obciach pošlú na nadštandardné vyšetrenie, kde je nutné prekonať väčšiu vzdialenosť, tak veľakrát toto vyšetrenie neabsolvujú z dôvodu nedostatku financií (R3, 2023). Rómky z MRK teda považujú za dôležité obetovať finančné zdroje na cestu a návštevu lekára iba vo vážnych prípadoch, a nie keď majú len menší zdravotný problém, alebo ide o preventívnu prehliadku: „*ak nás iba hlava bolí, tak to nechodíme, lebo je to veľmi drahé*“ (FS6, 2023). V tomto kontexte fyzická vzdialenosť a chudoba obmedzuje možnosť výberu lekára/ky, na základe dôvery a kvality (FS4, 2023). Rómovia a Rómky z MRK majú výrazne zníženú mobilitu v porovnaní s majoritou, a to nielen z dôvodu financií, ale aj z dôvodu sociálnej segregácie, ktorá súvisí aj so strachom odísť zo známeho prostredia komunity (pozri Belák a kol. 2018 a bariéru I.).

23 Napríklad podľa asistentov/iek podpory zdravia v Kežmarku zomrel gynekológ a ambulanciu zavreli (FS2, 2023).

Odporúčania

V uvedenom kontexte odporúčame znižovanie vzdialeností, ktoré musia Rómovia a Rómky prekonávať cestou za všeobecným lekárom a gynekologickou starostlivosťou. Opatrením preto môže byť ciele podporovanie vzniku ambulancií v blízkosti MRK, a to napríklad aj vyššou kapitáciou ambulancií na základe podielu pacientov/iek z MRK. Podľa Chovan a kol. (2022) by mohlo byť funkčným modelom zriaďovanie ordinácií pri obecnej úrade alebo komunitnom centre, kde by mohla pôsobiť komunitná zdravotná sestra, ktorá by mohla robiť triáž a pomáhala by tak riešiť menej závažné zdravotné stavy, pričom vážnejšie stavy by riešil/a lekár/ka²⁴. Kmeňová ambulancia lekára/ky by mohla byť v obci a priamo v MRK by mohlo byť druhé pracovisko otvorené napríklad jeden alebo dva dni v týždni. Ako však upozorňujú Chovan a kol. (2022), legislatíva neumožňuje využívať komunitné centrá na iné účely než tie, ktoré sú im určené v projektových dokumentáciách. Ďalším významným problémom je aj vysoká administratívna záťaž (okrem iného aj pri zakladaní a prevádzkovaní dvoch ambulancií jedným lekárom/kou), ktorú by čiastočne mohla kompenzovať aj vyššia kapitácia takýchto pracovísk s vysokým podielom pacientov z MRK. Zároveň však odporúčame klásť dôraz na kvalitu lekárov/iek v takto vytvorených ambulanciách, aby lepšia fyzická dostupnosť zdravotníckej služby nebola na úkor jej kvality²⁵.

Pri implementácii opatrení je však dôležité zohľadniť riziko prehlbovania segregácie Rómov a Rómok z MRK. Podľa Chovany a kol. (2022) by zlepšovanie geografickej dostupnosti zdravotnej starostlivosti (napr. ambulancie alebo výjazdový/á lekár/ka) nemalo vytvoriť paralelné štruktúry len pre MRK, ale vytvorené služby by mali vznikáť na úrovni obce a slúžiť aj majorite.

24 Samostatným problémom je nedostatok lekárov/ok a aj neatraktivnosť všeobecného lekárstva.

25 Príkladom je situácia, ktorá bola v istom období na Luníku IX: otvorená ambulancia, ale ani to nezvýšilo záujem o zdravotnú starostlivosť, práve naopak, vytvorili sa stigmy: „... na Luník si myslím, že dali najhoršiu gynekologičku, čo som zažila za život, čo sa nikde nevedela zamestnať“ (FS1, 2023).

Ďalej odporúčame venovať zvýšenú pozornosť organizácií liniek hromadnej dopravy tak, aby umožňovali dopraviť ľudí do miest napríklad aj na ranné vyšetrenia (odber krvi, očkovania a pod.). Na všeobecnej úrovni odporúčame pokračovať v programoch rozvoja vidieka a alokovať finančné zdroje na lokálnu úroveň, kde aktéri/ky lepšie poznajú kontext a potreby (R13, 2023).

(IX.) Absencia dokladov a zdravotného/ sociálneho poistenia

(X.) a obava z nepreplatenej zdravotnej starostlivosti (keď nie sú evidovaní)

Absencia zdravotného a sociálneho poistenia (resp. dlh), prípadne strata kartičky zdravotného poistenia a príslušných dokladov je neopomenuteľnou bariérou v prístupe k zdravotnej starostlivosti (George a kol., 2018; Janevic a kol., 2011). V prípade absencie zdravotného poistenia či nedoplatkov na zdravotnom poistení môžu mať Rómkyni obavu navštíviť lekára/ku. Absencia poistenia je finančnou bariérou, lebo jej následkom sú vyššie náklady spojené so zdravotnou starostlivosťou (resp. v slovenskom systéme služby nie sú preplatené okrem neodkladnej zdravotnej starostlivosti). Úzko súvisí aj so štrukturálnou bariérou absencie príslušných dokladov (na Slovensku karta poistenca) (pozri obrázok 1). Obe bariéry nadväzujú na širší kontext existujúcich administratívnych bariér, napríklad na úradoch práce sociálnych vecí a rodiny v podobe komplikovanosti tlačív, ich verzie iba v štátnom jazyku, absencia asistencie pri administratívnych úkonoch (pozri nižšie). Ako uvideli asistentky podpory zdravia, pozitívnym príkladom znižovania administratívnych bariér je možnosť vyplniť tlačivo na nahlásenie dieťaťa do zdravotnej poisťovne krátko po pôrode (FS3, 2023).

Samostatným problémom v kontexte zdravotného poistenia je aj časté prepoisťovanie, resp. zmena zdravotnej poisťovne. Ako uvádzajú asistenti/ky zdravia, takto vzniká chaos, pretože pri zmene poistenia už nemusí pacient/ka patriť do ambulancie, kde je pacientom/kou, pretože

tá nemusí byť zazmluvnená inou zdravotnou poisťovňou alebo dokonca pacienti/ky nie sú na isté obdobie poistení/é v žiadnej poisťovni (FS2, 2023). Uvedené sa deje aj v MRK, kde sprostredkovatelia cielene presviedčajú ľudí formou finančných odmien²⁶.

Nepreplatená zdravotná starostlivosť a neschopnosť uhradiť vznikajúce poplatky súvisia tiež s nižšou zamestnanosťou a chudobou (v mnohých prípadoch až absolútnou), a to aj za predpokladu, že Rómovia/ky sú evidovaní/é, no neplatia za zdravotné poistenie. Vo výsledku to môže znamenať, že Rómovia a Rómky nemajú všetky potrebné doklady a poistenia. V kontexte gynekologickej a pôrodnickej starostlivosti môže aj fyzická segregácia spolu so strachom z prípadnej hospitalizácie (ale aj odlúčenia od partnera a detí) a z obavy z poskytnutia nekvalitnej služby spôsobovať, že rómske ženy (hlavne tie, ktoré nie sú prvorodičky) z MRK často nechodia pravidelne na prehliadky pred pôrodom. Mnohokrát rómske ženy nemajú ani tehotenský preukaz, a tak ženy, ktoré už porodili v minulosti, relatívne častejšie ako prvorodičky zvyknú porodiť doma (R9, 2023). V praxi sa stáva aj to, že si ženy medzi sebou požičiavajú kartičku poistenca (R3, 2023).

V rámci tejto bariéry je dôležité spomenúť aj administratívnu náročnosť v kontexte orientácie v zdravotníckom systéme. Platí, že chudobní, chorí, menej vzdelaní a ľudia vo vyššom veku sú najviac negatívne ovplyvnení administratívnou záťažou (Sunstein, 2021; Herd a Moynihan, 2018), ktorá sa napríklad prejavuje náročnými a neprehľadnými postupmi a procesmi. A naopak platí, že bohatší, vzdelanejší, mladší a zdraví ľudia sú častejšie schopní prekonať administratívnu záťaž. *„Problém je skôr neefektívnosť systému a nejasné pravidlá, čo spôsobuje to, že chytrý vie systém využiť, no ten, kto nie je taký chytrý a nemá zdroje, sa v systéme stratí“* (R6, 2023). *„Potrebujú vyvinúť oveľa viac úsilia ako my ostatní, ktorí nežijeme v segregácii... a to*

26 Na tento problém upozornila aj TV Markíza, keď informovala o biznise s kartičkami poistenca, keďže sú na manipulácie sprostredkovateľov veľmi náchylní práve ľudia z MRK. Príkladom je obec Lomnička v okrese Stará Ľubovňa, kde z 3400 obyvateľov zmenilo poisťovňu v roku 2022 viac než 1260 ľudí. Pre viac informácií pozri: <https://tvnoviny.sk/domace/clanok/741174-na-slovensku-sa-rozmaha-nekale-prepoistovanie-lovci-podpisov-si-pridu-na-desattisice-eur>

očakávame od ľudí, ktorí sú oveľa menej motivovaní a majú oveľa menej zdrojov ako my ostatní“ (R10, 2023).

Odporúčania

Hoci ide o značne komplexné problémy úzko súvisiace s vyššie spomenutými identifikovanými centrami bariér (v tomto prípade najmä chudoba), je možné identifikovať možné riešenia bariér absencie dokladov a poistenia a z tohto dôvodu nepreplatenej zdravotnej starostlivosti. Na základe existujúceho expertného poznania, ako aj terénneho výskumu je možné odporučiť posilnenie vzdelávania a informovania rómskych komunít o fungovaní zdravotného systému štátu, o možnostiach poistenia a z neho plynúcich práv a povinností v oblasti zdravotnej starostlivosti (pozri aj Svobodova a kol., 2021). Za príklad dobrej praxe považujeme aj používanie občianskych preukazov v ambulanciách pre dospelých (napr. gynekológia) namiesto kartičiek poistenca (FS1, 2023).

Legálne zamestnanie je cestou k zdravotnému poisteniu. Uvedená bariéra sa preto nedokáže systematicky riešiť bez hlbších štrukturálnych zmien v oblasti diskriminácie na trhu práce a podmienok práce a vyrovnaním prístupu k verejným službám.

(XI.) Vysoké finančné bariéry (XII.) a termíny finančných transferov

S finančnými nákladmi súvisí nielen platenie poplatkov do zdravotného poistenia, ale aj čas potrebný na vyplnenie dokumentov, cestovanie a čakanie na úrade. V kontexte Rómov z MRK ide často o nedostatok finančných zdrojov v súvislosti s chudobou, „... *pacientka povie, že nemá peniaze na autobus k lekárovi“ (R9, 2023).* Nedostatok finančných zdrojov sa prejavuje aj v tom, že nepôjdu na dodatočné vyšetrenia do mesta, lebo na to nemajú peniaze (R4, 2023) (pozri viac v bariére VIII. fyzická vzdialenosť). Podľa vyjadrenia respondenta/ky je to podobne aj s liekmi „*niekedy už aj lekárka uvažuje, aký liek predpíše, aby si ho vybrali... problém zvyčajne nie je s dodržaním zdravotného protokolu, ale s peniazmi“ (R4, 2023).* Tento fenomén môže do určitej miery súvisieť aj s nižšou finančnou gramotnosťou

ľudí z MRK a v tejto súvislosti dôležité upozorniť, že doterajšie programy na zvyšovanie finančnej gramotnosti sú z hľadiska účinnosti problematické (Rafael a kol., 2021). Lekári/ky tak často proaktívne predpisujú lacnejšie lieky (R3, 2023). Praktickým problémom je, že mnohé ambulancie nedovoľujú objednanie na presný čas, napríklad na termín, keď majú Rómky ešte finančné zdroje zo sociálnych dávok a zároveň sa môžu dohodnúť aj s inými ženami a cestovať spoločne (FS2, 2023). Pár dní pred termínom sociálnych dávok už mnohým nezostávajú finančné zdroje na cestovanie (FS2, FS6, 2023). Zohľadňovanie tohto kontextu je často na individuálnom prístupe lekárov/rok. Podľa vyjadrení respondentiek niektorí lekári aj chápu, že ambulancia je pre ľudí z MRK ďaleko a dovoľia im vybrať si dátum, aby mali peniaze na cestovanie (FS3, 2023).

Finančné náklady sú aj bariérou v používaní rôznych druhov antikoncepcie, ktoré môžu pomôcť pri regulácii pôrodnosti a potenciálne aj zvyšovať životnú úroveň rómskych rodín a zdravie rómskych žien. Záujem zo strany Rómkok z MRK o antikoncepciu je. Jedna Rómka, účastníčka fokusovej skupiny povedala, že „pravdaže by to [antikoncepciu, pozn.] využili [rómske ženy z MRK, pozn.], lebo niektoré nemajú ani topánky na nohy a majú 8 – 9 detí“ (FS6, 2023). Iná žena dodala, „má už tri deti, teraz jej zomreli dve a nič neberie, ani u doktora nebola a bohvie, čo bude ďalej, určite by potrebovala tabletky“ (FS6, 2023). Problémom je však finančná nedostupnosť prakticky všetkých foriem antikoncepcie. Rómka a terénna pracovníčka si myslí, že ak by tieto a podobné úkony neboli spoplatnené, mohlo by to ženám pomôcť zvýšiť kvalitu ich života, ako aj kvalitu života celých rodín (R12, 2023). Respondentka taktiež uviedla, že „rómske ženy často zvažujú prístroj DANA [vnútro maternicové teliesko, pozn.], no nemajú naň peniaze“ (tamtiež).

Alternatívnou možnosťou riešenia regulácie plodnosti môže byť dobrovoľná sterilizácia. „Za sterilizáciu ženy po pôrode sa platí, a to je veľký problém pre ženy, ktoré už nechcú mať ďalšie deti, no nemajú peniaze navyše, aby si to zaplatili“ (tamtiež). Záujem o preplácanú sterilizáciu a aj formy antikoncepcie spolu s rozširovaním povedomia o jej fungovaní zaznel viackrát priamo od žien z MRK. Zdravie a povedomie o zdravotnej starostlivosti je úzko spojené s každodennosťou, do ktorej patrí aj reprodukčné správanie a finančné možnosti regulácie plodnosti (FS1, FS6, R12, 2023). Chovan a kol. (2022) tvrdia, že nie je problémom len neúnosná finančná záťaž, ale

aj samotná fyzická dostupnosť. Na Slovensku si môžu lekári/ky uplatniť výhradu vo svedomí²⁷, čo v kombinácii so životom v odľahlej geografickej oblasti výrazne zníži možnosti antikoncepcie pre ženu z MRK. Ako ďalej upozorňujú Chovan a kol. (2022), nedostupná antikoncepcia môže zvyšovať riziko využívania zdravia ohrozujúcich praktík (napr. pri prerušovaní tehotenstva). V tomto kontexte je však potrebné upriamiť pozornosť na vysoké psychologické náklady, ktoré znášajú ženy v takýchto rozhodnutiach. Komunikácia o možnostiach regulácie pôrodnosti a plánovaní rodičovstva preto musí byť citlivá so snahou zachovať dôstojnosť ženy a jej autonómiu v rozhodnutí.

Čiastočne finančné bariéry možno prekonávať aj pracovnou a zárobkovou činnosťou Rómkov. Z terénneho zisťovania vieme, že Rómky z MRK vedia byť nielen zamestnané (napr. ako opatrovatelky, triedičky odpadu, zdravotnícky personál v zdravotníckych zariadeniach, asistentky podpory zdravia), ale aj rozvíjať svoju vlastnú podnikateľskú aktivitu (napr. pečenie trdelníkov). Podľa rómskych žien sa však najmä v prvom prípade stáva, že pracovné podmienky zamestnania prakticky znemožňujú návštevu zdravotného zariadenia, a tak zárobková činnosť môže de facto pôsobiť ako bariéra (FS6, 2023). Viaceré štúdie ukazujú, že pre Rómky je nielen ťažké zamestnať sa, ale aj v prípade zamestnania sú pracovné podmienky často subštandardné. Napríklad majú neštandardnú formu pracovno-právneho vzťahu (dohoda, dočasná alebo nelegálna práca), ako aj subštandardné pracovné podmienky (nižší plat a nízka stabilita pracovného pomeru) (Preoteasa, 2013). V komparatívnej štúdii (zahŕňajúcej aj SR) autori hovoria o začarovanom kruhu nízkej kvalifikácie Rómov a Rómkov, slabého zamestnaneckého potenciálu a subštandardného umiestnenia na pracovnom trhu, ktorý ústí do nezamestnanosti a chudoby (Ivanov a kol., 2002). V inej štúdii autori oddelili viaceré druhy neistoty (z ang. precarity): a.) neistota práce (zamestnanosti), b.) neistota v práci (pracovné podmienky), c.) neistota z práce (benefity a náklady práce) (Allan a kol., 2021). Popísaný začarovaný kruh a viaceré druhy a formy neistoty na trhu práce tak môžu negatívne pôsobiť aj na mieru

27 Na jej základe môže lekár/ka odmietnuť vykonať zákrok, napr. potrat, ak je to v rozpore s jeho/jej svedomím.

zdravotnej starostlivosti, akú Rómovia a Rómky majú možnosť a schopnosť využiť. Môžu sa totiž obávať straty práce alebo zníženého príjmu kvôli vymeškaniu alebo neskorému príchodu. Ako konštatujeme aj na inom mieste v tejto správe, je dôležité na problematiku nahliadať v širšom kontexte, k čomu napomáha aj mapa bariér a opatrení (obrázok 1).

Ďalšou administratívnou záťažou, ktorá súvisí aj s finančnými bariérami, je aj nutnosť objednať sa na termín telefonicky (R7, 2023) alebo cez mobilnú aplikáciu (e-časenka), čo taktiež znižuje mieru objednávaní sa (v prípade chýbajúceho mobilu, kreditu, prístupu k internetu a pod.) a v praxi to vylučuje úplne najchudobnejších Rómov a Rómky (R10, 2023). Mnohí Rómovia/ky nemajú telefón a ak ho aj majú, často menia telefónne čísla (menia si akciové karty, čo napríklad sťažuje kontakt ambulancie a pacienta/ky) (R10, 2023).

Odporúčania

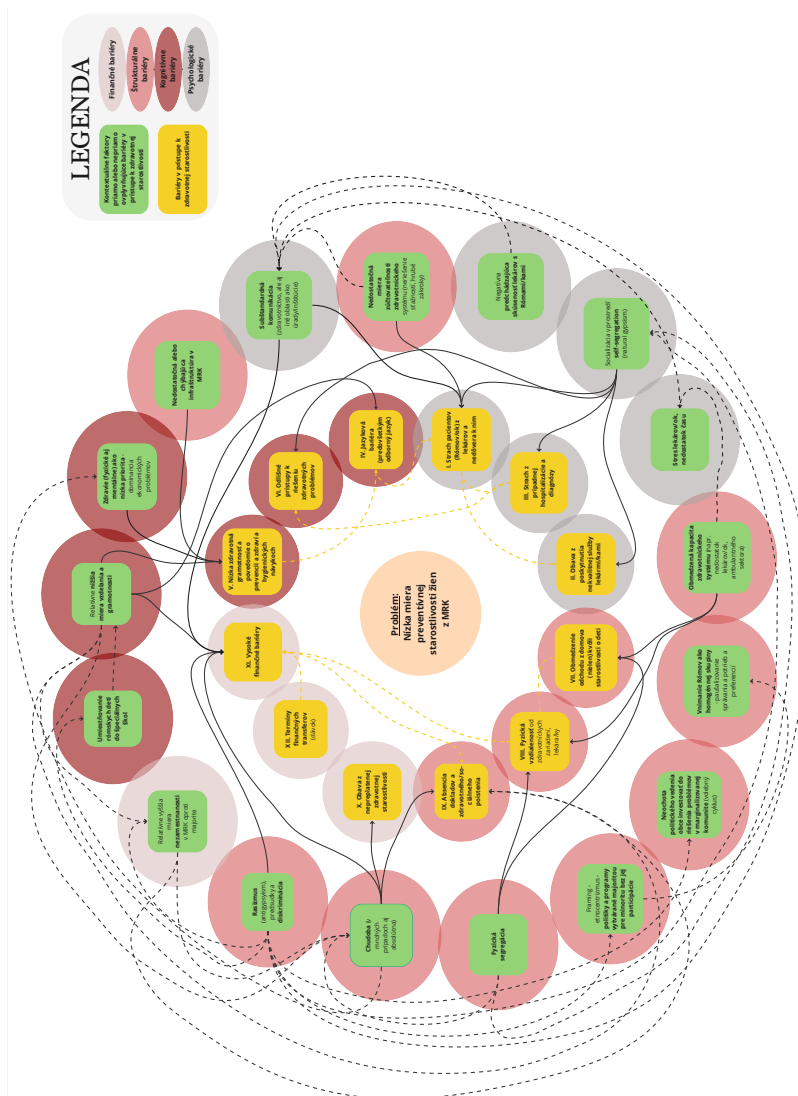
Terénna sociálna práca (TSP) plní dôležitú úlohu nielen v oblasti sociálnej práce, ale rieši mnohé životné situácie a častokrát pomáha práve s byrokraciou. Pracovníci/čky TSP môžu spolupracovať napríklad s lekármi/kami a upozorňovať ľudí na termíny preventívnych prehliadok (R5, 2023). Ich práca je však často závislá od nepredvídateľného financovania a predlžovania projektov vždy na jeden rok, ktoré ohrozuje kontinuitu (R14, 2023). Respondentka z terénnej sociálnej práce ocenila, že „konečne nás niekto vypočul“ a národný projekt²⁸ predĺžili na päťročné obdobie a zároveň má prísť aj k úprave indikátorov výkonnosti. Terénni pracovníci/čky, podobne aj asistenti/ky podpory zdravia môžu pomáhať ľuďom

28 Národný projekt Podpora a zvyšovanie kvality terénnej sociálnej práce (NP TSP II) bol predĺžený do 31.júla 2023 a zároveň bol pre Implementačnú agentúru IMPLEA schválený projektový zámerný nový národný projekt Terénna sociálna práca a komunitné centrá (Spolu pre komunity). Národný projekt Spolu pre komunity zabezpečí financovanie terénnej sociálnej práce a komunitných centier a ich metodickú podporu kontinuálne od 1.augusta 2023 na obdobie viac ako 5 rokov. Pozri viac informácií na: <https://www.ia.gov.sk/2023/06/08/oznamenie-o-predizeni-financovania-transferov-a-pokracovanie-projektu/index.html?csrt=11001739951905549935>

z komunity vo veci prihlasovania sa na termíny a v komunikácii s lekármi/kami. Okrem terénnej sociálnej práce a asistentov/iek podpory zdravia môžu administratívnu záťaž znížiť aj ciele behaviorálne intervencie napríklad vo forme zjednodušenia tlačív, formulárov a komunikácie smerom k Rómom a Rómkam.

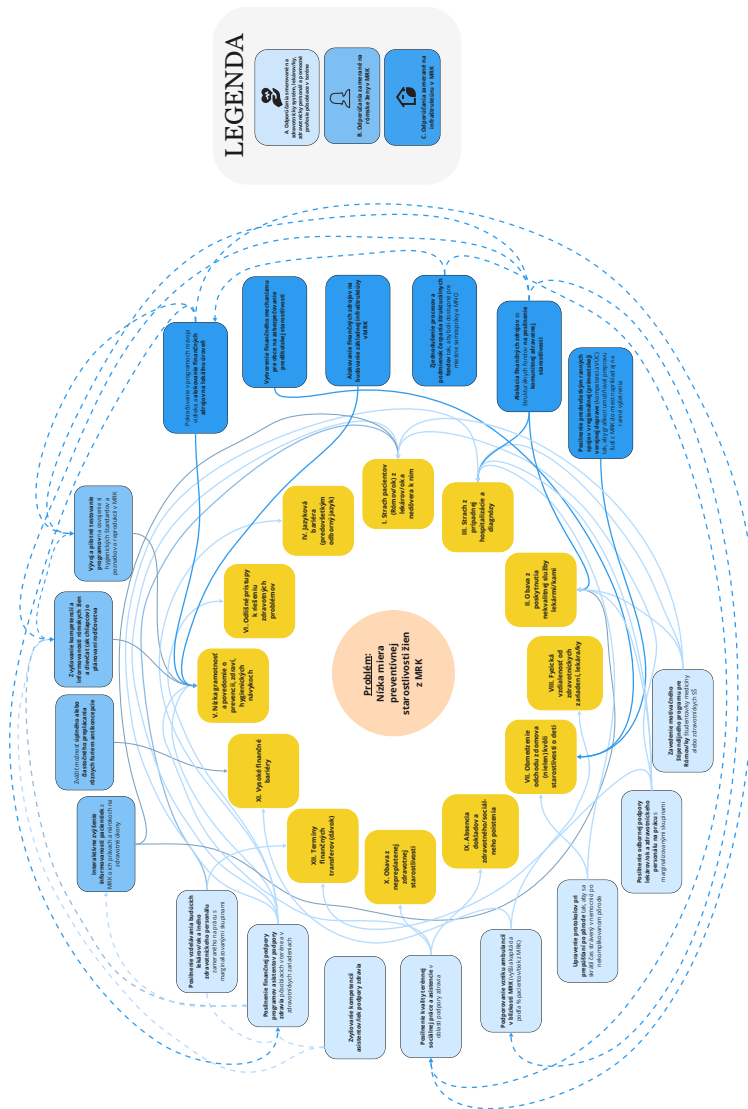
Odporúčame zvážiť možnosť úplného alebo čiastočného preplácania rôznych foriem antikoncepcie, napríklad vnútromaternicové teliesko (napr. DANA). Mnohým ženám z MRK by prístup k rôznym metódam antikoncepcie mohol zvýšiť kvalitu života, posilniť ich rolu v reprodukčnom zdraví a znížiť využívanie rizikových postupov (napr. umelé prerušenie tehotenstva). Dôležitá však je legislatívna úprava, ktorá definuje, za akých podmienok a akým spôsobom bude antikoncepcia preplácaná. Táto legislatíva by zároveň mala vytvoriť podmienky na dostupné a zrozumiteľné informácie, transparentnosť procesu, nízku administratívnu záťaž, zachovanie dôstojnosti ženy a autonómnosti jej rozhodnutia. Priamo rómske ženy hovorili o dobrovoľnej sterilizácii ako o možnom riešení v oblasti reprodukčného zdravia, ktoré však je, ako aj iné formy antikoncepcie, finančne nedostupné. Aj vzhľadom na negatívnu skúsenosť s nútenou sterilizáciou rómskych žien v minulosti je dôležité opatrenie dobrovoľnej sterilizácie hlbšie analyzovať a identifikovať nielen možné pozitívne vplyvy, ale aj riziká súvisiace s týmto opatrením (napr. riziko manipulácie žien).

Obrazok 1: Mapa kontextuálnych faktorov a bariér v prístupe k zdravotnej starostlivosti



Zdroj: autori/ky na základe George a kol. (2018)

Obrazok 2: Mapa bariér a opatrení



Zdroj: autori/ky

Použitá literatúra

Allan, B.A., Autin, K. L., & Wilkins-Yel, K. G. (2021). Precarious work in the 21st century: A psychological perspective. *Journal of Vocational Behavior*, 126, 103491.

Bejenariu, S. (2015). Determinants of Health Capital at Birth: Evidence from Policy Interventions. Göteborgs universitet. Handelshögskolan.

Belák, A. (2013). Health-system limitations of Roma health in Slovakia: A qualitative study. Bratislava: WHO Country Office in Slovakia.

Belák, A. (2020). Úrovne podmienok pre zdravie a zdravotné potreby vo vylúčených rómskych osídleniach na Slovensku. Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach. [online]. Dostupné na: https://www.zdraveregion.eu/wpcontent/uploads/2018/04/ZK_potreby_e-verzia.pdf

Adamova, M., Belak, A. (2020). More Roma healthcare professionals are needed to improve healthcare for Roma! EPHA Policy brief. DOI: 10.13140/RG.2. 2. 33134.43843

Belak, A. Madarasova Geckova, A. van Dijk, J. P., Reijneveld, S. A. (2018) Why don't segregated Roma do more for their health? An explanatory framework from an ethnographic study in Slovakia. *Int J Public Health*. 63(9):1123-1131. DOI: 10.1007/s00038-018-1134-2

Belak, A., Filakovska Bobakova, D., Madarasova Geckova, A., van Dijk, J. P., Reijneveld, S. A. (2020). Why don't health care frontline professionals do more for segregated Roma? Exploring mechanisms supporting unequal care practices. *Social science & medicine* 246. DOI: 10.1016/j.socscimed.2019.112739

Belak, A., Madarasova Geckova, A., van Dijk, J. P. Reijneveld, A. A. (2017). Health-endangering everyday settings and practices in a rural segregated Roma settlement in Slovakia: A descriptive summary from

an exploratory longitudinal case study. *BMC Public Health* 17(128). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4029-x>

Battaglini, M. (2017). A mixed-methods evaluation of Roma health mediation: Bulgaria case study. *The Public Sphere: Journal of Public Policy*. 5(1): 15-43.

Čanigová, K., Souralová, A. (2022). Low-income Roma Mothers Negotiating Mothering in the Context of Poverty. *Journal of Poverty*. 1-24 <https://doi.org/10.1080/10875549.2022.2128975>

Fil'akovská Bobáková, D., Belák A., Hrustič, T., Adamová, M. (2018). Asistencia pre vylúčených Rómov v slovenských nemocniciach: participatívny vývoj a zavedenie novej pracovnej pozície. *Romano Džaniben časopis romistických študií*. 25(2): 109-123.

Fil'akovská Bobáková, D., Svobodová, I., Bosáková, L., Slepíčková, L., Štolcová, Z., Konečný, J., Fülep, M., Krtek, A., Krtková Rudnická, R., Žovicová, V., Černíková, K., (2021). Applied research for policy innovation in the field of access to healthcare among the socially excluded Roma population – summary research report. Agentura pro sociální začleňování, Ministerstvo pro místní rozvoj. Dostupné na: <https://starfos.tacr.cz/vysledky-vyzkumu/RIV%2F61989592%3A15260%2F21%3A73610324#result-main>

Filakovska Bobakova, D., Chovan, S., Bosakova, L., Koky, R., de Kroon Marlou L. A., Dankulincova Veselska, Z. (2022). Desirable but not feasible: Measures and interventions to promote early childhood health and development in marginalized Roma communities in Slovakia. *Frontiers in Public Health*, vol 10. DOI: 10.3389/fpubh.2022.942550

Filčák, R., Škobla, D., Dokupilová, D. 2020: Vybavenosť kanalizáciou v rómskych osadách: Ako sa na Slovensku prejavujú štrukturálne nerovnosti. Bratislava (Centrum spoločenských a psychologických vied, Slovenská akadémia vied). Dostupné na: https://www.prog.sav.sk/wp-content/uploads/roma_sk_web.pdf

Fresno, J., Lajčáková, J., Szira, J., Mačáková, S. Karoly, M., Rossi, M. (2019). A meta-evaluation of interventions for Roma inclusion. Publications Office of the European Union. Luxembourg. ISBN 978-92-76-11048-4. DOI:10.2760/454892, JRC117901

George, S., Daniels, K. Fioratou, E. (2018). A qualitative study into the perceived barriers of accessing healthcare among a vulnerable population involved with a community centre in Romania. *Int J Equity Health* 17(41). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0753-9>

Herd, P., & Moynihan, P. D. (2018), Administrative Burden: Policymaking by Other Means, Russell Sage Foundation, New York, NY.

Chovan, S., Fiľákovská, D., Bosáková, L., Dankulincová, Z. (2022). Ako vyrovnáť šance detí z marginalizovaných rómskych komunití na zdravý raný vývin? Mapovanie konceptov. Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav psychológie zdravia a metodológie výskumu.

Ivanov, A., Zhelyazkova, A., Slay, B., Márczis, M., Vašečka, M., O'Higgins, N... & Sirovatka, T. (2002). Avoiding the dependency trap: The Roma in Central and Eastern Europe-a regional human development report. Bratislava: UNDP.

Janevic, T., Jankovic, J., & Bradley, E. (2012). Socioeconomic position, gender, and inequalities in self-rated health between Roma and non-Roma in Serbia. *International Journal of Public Health*, 57(1), 49-55.

Janevic, T., Sripad, P., Bradley, E., Dimitrievska, V. (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(53). DOI: 10.1186/1475-9276-10-53

Jarcuska, P., Bobakova, D., Uhrin, J., Bobak, L., Babinska, I., Kolarcik, P., Veselska, Z., Madarasova Geckova, A., HEPA-META team (2013). Are barriers in accessing health services in the Roma population associated with worse health status among Roma?. *International journal of public health*, 58(3): 427–434. DOI: 10.1007/s00038-013-0451-8

Lee, K., Lawton, C., & Boateng, A. (2021). Parental Experiences for Teenage Mothers Living in Poverty: Associations of Head Start. *Affilia*, 36(4), 666–683. <https://doi.org/10.1177/0886109920963032>

Neff, J., Holmes, S. M., Knight K. R., Strong, S., Thompson-Lastad, A., McGuinness, C., Duncan, L., Saxena, N, Harvey, M. J., Langford, A., Carey-Simms, K. L., Minahan, S. N., Satterwhite, S., Ruppel, C., Lee, S., Walkover, L., De Avila, J., Lewis, B., Matthews, J., Nelson, N (2020). Structural Competency: Curriculum for Medical Students, Residents, and Interprofessional Teams on the Structural Factors That Produce Health Disparities. *MedEdPORTAL*. 16:10888. DOI: 10.15766/mep_2374-8265.10888

Preoteasa, A. M. (2013). Roma women and precarious work: Evidence from Romania, Bulgaria, Italy and Spain. *Revista de Cercetare și Intervenție Socială*, (43), 155-168.

Rafael, V. a kol. (2021). Externá evalvácia stratégie SR pre integráciu Rómov. Univerzita Komenského v Bratislave, Fakulta sociálnych a ekonomických vied.

Rochovská, A., Horňák, M. (2021). Na ceste z chudoby a sociálneho vylúčenia? Dostupnosť pitnej vody v rómskych komunitách na východnom Slovensku. *GEOGRAPHIA CASSOVIENSIS*. XV. <https://doi.org/10.33542/GC2021-1-05>

Slepickova, L., Bobakova, D. F. (2020). Conceptualization of Roma in Policy Documents Related to Social Inclusion and Health in the Czech

Republic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21). DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17217739>

Svobodova, I., Filakovska Bobakova, D., Bosakova, L., Dankulincova Veselska, Z. (2021). How to improve access to health care for Roma living in social exclusion: A concept mapping study. *International Journal for Equity in Health*, 20(1): 61. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01396-4>

Sunstein, R. C. (2021). *Sludge: What Stops Us from Getting Things Done and What to Do about It.* The MIT Press.

WHO. (2011). Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes: Among Adolescents in Developing Countries. Dostupné na: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44691/9789241502214_eng.pdf

World Bank. (2019). Breaking the Cycle of Roma Exclusion in the Western Balkans. Dostupné na: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/642861552321695392/pdf/Breaking-the-Cycle-of-Roma-Exclusion-in-the-Western-Balkans.pdf>

Príloha 1

Scenár – fokusová skupina s rómskymi ženami

Úvod

Pozn.: Ideálne sú dve osoby/výskumníčky, keďže tá, ktorá vedie fókusovú skupinu (FS), si pravdepodobne nestihne veľa zapísať. Preto je vhodné mať na FS osobu, ktorá sa bude venovať deťom, ak by prišli respondentky aj s deťmi. Ak sa respondentky viac poznajú, existuje medzi nimi dynamika – môžu teda niekoho ostrakizovať alebo vysmiať, na čo treba byť pripravený. Zvoliť nenápadné oblečenie. Vykaním/tykaním sa prispôbiť prostrediu (tykanie môže odľahčiť situáciu, najmä pri mladých výskumníčkach aj respondentkách).

Podakovanie za to, že prišli a venujú nám ich čas.

Chceme sa s vami porozprávať o téme zdravia. Chceme si vypočuť vaše názory a skúsenosti.

Predstavenie sa – sme výskumníčky z Univerzity Komenského.

Prečo sme sa dnes stretli – chceme pochopiť, aké máte problémy v situáciách, keď sa potrebujete postarať o svoje zdravie. Teda by sme sa chceli rozprávať o situáciách, keď vy idete k lekárovi alebo vy máte zdravotný problém (nie vaše deti). Ak správne pochopíme vaše problémy, budeme to vedieť povedať ďalej.

Organizácia

Aby sme vedeli z nášho rozhovoru pripraviť správu a návrhy na zlepšenie, potrebujeme si zaznamenať všetko dôležité, čo nám poviete. Ak by sme si to museli všetko zapisovať na papier, bolo by to ťažké a niečo dôležité by sme možno vynechali. Preto by nám veľmi pomohlo, ak by sme si náš rozhovor mohli nahráť na telefón. Nahrávku potom prepíšeme. Nemusíte sa však báť, pretože na nič iné ju nepoužijeme, ani ju nikomu inému nedáme. Môžete preto hovoriť bez obáv a otvorene.

Ak by ste počas rozhovoru povedali niečo, čo by ste nechceli, aby sme použili, prosím, povedzte nám, my to vymažeme a nepoužijeme.

Diskusia potrvá približne hodinu a pol.

Na to, aby sme však vedeli informácie z nášho rozhovoru použiť, potrebujeme mať od vás podpísaný súhlas. Tento súhlas chráni vás aj nás a hovorí, na čo bude to, čo poviete, použité a na čo to už nesmie byť použité. Ak nám príde kontrola, potrebujeme dokázať, že sme si vás nevymysleli. Kópiu súhlasu dostanete a môžete nás kedykoľvek kontaktovať.

Teraz si stručne prejdime, čo je v súhlase napísané – popis projektu, že budeme diskusiu nahrávať, ochrana osobných údajov a že výstup projektu a prepis tejto diskusie bude anonymný – nebude teda nikde spomenuté vaše meno, že ste sem dnes prišli dobrovoľne a môžete kedykoľvek tento súhlas odmietnuť. Následne je v bodoch ešte raz stručne uvedené to, čo som už spomínala. Na záver napíšete len svoje meno, dnešný dátum a podpíšete sa.

Kedykoľvek môžete povedať svoj názor, súhlas alebo aj nesúhlas. Neexistuje správna alebo nesprávna odpoveď a každá vaša myšlienka je pre nás cenná. Každá z vás dostane priestor sa vyjadriť.

Predstavenie

Predstavíme sa my – kto sme, čo robíme, koľko máme rokov a detí, čo radi robíme vo voľnom čase?

Prosím, mohli by ste sa stručne predstaviť aj vy – koľko máte rokov, vaše vzdelanie, či ste vydatá alebo slobodná, počet detí? (ak máme socdemo dáta, tam môžeme uviesť len meno a čo radi robia).

Otázky

Návšteva ambulancií a prevencia

Keď máte nejaký zdravotný problém alebo ste chorá, čo robíte? Ako to riešite? Vedeli by ste nám opísať, ako bežne postupujete?

V akých prípadoch/situáciách navštevujete svojho lekára? (všeobecného a ženského) a kedy ste ich navštívili prvýkrát?

Kde dochádzate k svojim lekárom? (otázka sa týka hlavne vzdialenosti)

Vedeli by ste nám popísať vašu bežnú skúsenosť, keď navštívite vášho/ vašu lekára/ku? (pri bežnej prehliadke alebo inom vyšetrení)

- Aký je váš lekár/ka – všeobecný lekár (prípadne zdravotná sestra)? Resp. aký je váš vzťah s lekárom/kou?
- Ako sa cítite, keď ste na vyšetrení u lekára/ky (resp. s akým pocitom bežne odchádzate)?
- Máte nejaké problémy pri návšteve lekára? (pozn. pýtame sa hlavne na procesy, napr. správanie lekára, komunikácia a pod.)

Gynekologická starostlivosť

Veľmi citlivá je pre vás určite návšteva u gynekológa. Aké máte vy skúsenosti? (pozri pomôcku)

- Aký je váš lekár/ka – gynekológ/ička (prípadne zdravotná sestra)? Resp. aký je váš vzťah s lekárom/kou?

- Aký je váš vzťah s vašou pani doktorkou/doktorom a jej/jeho sestričkou?

Chodíte sama ku gynekológovi?

Poznáte niekoho, kto chodí aj s deťmi?

Stane sa občas, že neprídete na dohodnuté stretnutie na gynekológii?

- Čo býva najčastejším dôvodom?

Pôrodnictvo

Niektoré z vás majú deti. Aká je vaša skúsenosť, keď ste boli rodiť v nemocnici? Ako dlho ste boli po pôrode v nemocnici? Poznáte niekoho, kto rodil doma? Čo si o tom myslíte?

Bariéry

Mnohým z nás sa stáva, že nie vždy ideme hneď k lekárovi, keď sme chorí, cítime sa zle. Čo je u vás najčastejším dôvodom, že nejдете k lekárovi/ke alebo odložíte návštevu na neskôr?

Vedeli by ste nám povedať, prečo sa občas stane, že žena odchádza skôr z pôrodnice domov?

Hlavná téma FS

Možné riešenia

Ste v kontakte s asistentom/kou podpory zdravia? Aké máte s ním/ňou skúsenosti? Vedeli by ste nám ich opísať?

- Vedeli by ste uviesť príklad situácie, keď asistent/ka podpory zdravia pomohol/a?
- Vedeli by ste uviesť aj príklad situácie, keď asistent/ka podpory zdravia nevedel alebo nedokázal pomôcť?

Je niekto, kto vám pomáha riešiť zdravotnú situáciu okrem asistentov/

iek podpory zdravia (napr. Omamy alebo terénna sociálna práca)?

Čo by podľa vás pomohlo, aby ste chodili k lekárovi/ke na prehliadky?

- Je niečo, čo by malo byť inak, aby ste návštevu lekára neodkladali? Aby ste ho navštívili vždy, keď potrebujete?
- Čo by mohli lekári/sestry robiť inak?

Pomôcka: Iné ženy nám zvykli povedať, že ak by bol lekár bližšie, ak by s ňou niekto išiel, alebo by sa mal kto postarať o deti, alebo ak by nemali strach z lekárov.

Záver

Je ešte niečo, čo by ste chceli dodať, čo si myslíte, že by mohlo byť pre nás užitočné?

POMÔCKY

Oslovovanie žien:

My im vykajme, ale oslovujme krstným menom (napr. Vierka, vedeli by ste nám povedať, prečo to tak je?)

Povzbudenie debaty:

Môžeme povzbudiť debatu formuláciou: „Viacero ľudí nám už povedalo“, že jedným z dôvodov môže byť aj vzdialenosť, malé deti doma, nedostatok peňazí, chýbajúce doklady, alebo že nepoznáme lekára, alebo že sa ku mne škaredo správa.

Sebaodhalenie môže taktiež pomôcť otvoriť respondentky. Budeme sa rozprávať o citlivých témach (možno zahanbujúcich) hlavne pri gynekológii a pôrodníctve. Pomôcť môže opísať svoje pocity ako prvá. Napr. „začnem prvá, viem, že je to citlivá téma a tiež mám obavy, keď idem ku gynekológovi, ale je dôležité sa o tom rozprávať.“

Rozprúdenie debaty – otázky prečo a nabádanie na ich vlastné interpretácie

Napr. Prečo to podľa vás ženy takto robia? Prečo si myslíte, že práve toto spôsobuje problémy? Prečo si myslíte, že to tak je?

Protokol – rozhovor s lekárom/kou

Poznámka: protokol s ostatnými respondentmi/kami (napr. TSP, výskumníci/čky a pod.) bol upravenou verziou tohto základného protokolu.

Rozhovor na účely projektu:

V rámci spolupráce Univerzity Komenského v Bratislave a Úradom splnomocnenca vlády Slovenskej republiky pre rómske komunity robíme exploratórny výskum s cieľom identifikovať bariéry rómskych žien v prístupe k zdravotnej starostlivosti. Zameriavame sa predovšetkým na všeobecnú, gynekologickú zdravotnú starostlivosť a starostlivosť na gynekologicko-pôrodných oddeleniach. Cieľom výskumu je nielen identifikovanie týchto bariér, ale aj pochopenie, kedy a ako vznikajú a ako sa prejavujú v praxi. Jedným z cieľov projektu bude aj analyzovanie priestoru na ďalší výskum v tejto oblasti, napríklad vo forme priestoru na intervenciu, ktorá by mohla zlepšiť prístup k zdravotnej starostlivosti pre rómske ženy.

Predstavenie

Všetko, čo nám poviete, zostáva dôverné a bude použité v anonymizovanej forme len na účely tohto projektu.

Kým začneme, chcel/a by som vás poprosiť, aby ste sa mi/nám predstavili. Na akej pozícii pôsobíte, ako dlho? (ak to bude potenciálne zaujímavé, môžeme sa opýtať aj na minulosť)

Skúsenosť

V akej miere (alebo pri akých príležitostiach) sa dostávate pri výkone

práce do kontaktu so zástupcami z marginalizovanej rómskej komunity?

- Dostávate sa do kontaktu aj s rómskymi ženami?

Ako by ste vo všeobecnosti hodnotili vašu skúsenosť s interakciou s rómskymi ženami pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti?

- Ak je relevantné, tak aj porovnanie medzi ženami z marginalizovaných rómskych komunít a ženami integrovanými do väčšiny populácie

Zdravotná starostlivosť – špecificky tri oblasti

V projekte sa zameriavame na tri oblasti: všeobecnú, gynekologickú zdravotnú starostlivosť a starostlivosť na gynekologicko-pôrodných oddeleniach a prístup k tejto starostlivosti pre rómske ženy. Do akej miery sú z vašej expertízy a podľa vašich skúseností tieto oblasti zdravotníckych služieb rozdielne v kontexte prístupu k nim?

- Majú podľa vás rómske ženy v porovnaní s majoritou odlišný prístup k týmto oblastiam zdravotnej starostlivosti?

Bariéry

Naším zámerom je zmapovať bariéry prístupu rómskych žien k zdravotnej starostlivosti – primárne k všeobecnej, gynekologickej a starostlivosti na gynekologicko-pôrodných oddeleniach. Akým bariéram v prístupe k zdravotnej starostlivosti čelia rómske ženy/pacientky?

- Ktorú z týchto vymenovaných bariér považujete vy za najvýznamnejšiu – ktorá má najväčší negatívny vplyv na dostupnosť zdravotnej starostlivosti?

Čo je to bariéra – pomôcka pre výskumníkov/čky

Akákoľvek prekážka v prístupe k zdravotnej starostlivosti na strane pacientov/ok, ale aj na strane systému. **Pozor: nezostať len pri pomenovaných bariérach na strane pacientov, ale pýtať sa aj na bariéry na strane systému**

Pomôcka pre výskumníkov/čky (nepýtame sa priamo)

Bariéry na strane pacienta:

- Jazykové bariéry, subštandardná komunikácia lekárov k Rómom, nízka gramotnosť, chudoba, zlé hygienické návyky, strach a nedôvera, fyzická segregácia a ďalšie.

Bariéry na strane systému:

- Nezrozumiteľné pokyny, náročné procesy, fyzická nedostupnosť zariadení, subštandardná služba a ďalšie.

Na základe štatistických údajov, príslušníci/čky rómskej komunity relatívne menej často ako majorita navštevujú zdravotnícke zariadenia (napr. vo veci preventívnych prehliadok a iných vyšetrení). Aká je vaša skúsenosť?

- Čo je na základe vašej skúsenosti hlavný dôvod tohto rozdielu?

Verejné politiky

Aké opatrenia by na základe vašej skúsenosti pomohli znížiť bariéry rómskych žien v prístupe k zdravotnej starostlivosti v jednotlivých oblastiach zdravotníctva?

- Je ešte niečo, čo by sa dalo urobiť, aby bola zdravotná starostlivosť pre ľudí z rómskej komunity dostupnejšia?

Máte pocit, že máte dostatočnú podporu, aby ste dokázali pacientom z rómskej komunity, prípadne špecificky rómskym ženám, poskytovať adekvátnu starostlivosť?

- Je niečo, čo by vám pomohlo, aby ste sa cítili pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti pacientom z rómskej komunity istejší alebo kompetentnejší? Akú podporu by ste potrebovali?
- Máte, resp. mali ste v nedávnej minulosti možnosť zúčastniť sa na nejakom školení, prípade máte k dispozícii nejakú metodickú

pomôcku o poskytovaní zdravotníckych služieb a komunikácii pri výkone práce s príslušníkmi/čkami z rómskej komunity?

Aký je odhadovaný počet zdravotníckeho personálu na základe vašej skúsenosti z rómskej komunity pôsobiaceho vo verejnom zdravotníctve (prípadne vyjadrite ako podiel), napríklad aj v zariadení, v ktorom pôsobíte vy?

- Ak sa vyskytujú, na akých pozíciách pôsobia?

Spolupracujete pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti ľuďom z rómskej komunity s niekým (organizáciou, jednotlivcami...)?

Ak áno:

- Aké sú podľa vás prínosy týchto služieb?
- Sú tieto služby dostupné pre všetkých vašich pacientov z rómskej komunity?

Organizačné

Poznáte niekoho vo vašom okolí, resp. vo vašej komunite, kto má skúsenosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti rómskym ženám?

- Ako áno, vedeli by nám sprostredkovať kontakt?

Záver

Je ešte niečo, čo by ste chceli dodať, o čom si myslíte, že by mohlo byť pre nás užitočné?

Ústav verejnej politiky (ÚVP) pôsobí na Fakulte sociálnych a ekonomických vied Univerzity Komenského v Bratislave od roku 2005. Ako vedecko-pedagogické pracovisko so zameraním na študijný program Verejná politika (Public Policy) ponúka magisterské vzdelávanie v tomto odbore formou denného i diaľkového štúdia. ÚVP je prvým univerzitným pracoviskom s interdisciplinárnym zameraním na modernú teóriu a prax verejnej politiky a kvalitu riadenia spoločnosti. Sústreďuje sa na analýzu politík na národnej, európskej, ale aj regionálnej a miestnej úrovni správy vecí verejných. ÚVP spolupracuje na výskumoch s mnohými akademickými pracoviskami podobného zamerania doma i v zahraničí.

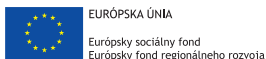
Matúš Sloboda
Emília Sičáková-Beblavá
Monika Šmeringaiová
Petra Bayerová
Nikoleta Slavíková

**Tematické zisťovanie zamerané
na identifikáciu bariér rómskych žien
pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti**

Redakcia: Mgr. Denisa Marinkovičová
Grafický dizajn: Mgr. Róbert Martin Hudec

Rozsah 76 strán, 3,4 AH, prvé vydanie, náklad 50 ks,
vytlačilo Polygrafické stredisko Univerzity Komenského v Bratislave

„Tento projekt sa realizuje vďaka podpore z Európskeho sociálneho fondu
v rámci Operačného programu Ľudské zdroje.“



www.esf.gov.sk
www.minv.sk

