

MIROSŁAW ZDULSKI

KARKONOSKA PAŃSTWOWA SZKOŁA WYŻSZA W JELENIEJ GÓRZE

Rodzina romska a zdrowie dzieci

Roma families and children's health

Abstract: The results of research dedicated to Roma families in Central Europe are presented in the article. The results indicate that the condition and health of Roma families are significantly influenced by cultural and social factors. Regardless of the diversity of the Roma culture the traditional concept of health and illness dominates throughout and influences everyday activities related to those issues. The health of entire populations, including children, is determined by their belonging to lower social classes.

Keywords: Roma, family, medicine, health, genetics, culture, lifestyle.

Rodzina należy do grup społecznych, które zarówno w przeszłości, jak współcześnie występują we wszystkich społeczeństwach. Jej zmienność i zróżnicowane formy rodzą problemy definicyjne. W socjologii najczęściej określana jest jako mała grupa społeczna powiązana różnymi więziami (emocjonalnymi, prawnymi, ekonomicznymi, pokrewieństwa, powinowactwa), pełniąca szczególne funkcje w społeczeństwie¹.

W dyskusjach o rodzinie podkreśla się nie tylko zmienność realizowanych przez nią funkcji, ale i zmienność ich zakresu. Uwidacznia się to szczególnie w przypadku zdrowia. O ile w przeszłości człowiek rodził się i umierał w domu, a chorując pielęgnowany był przez rodzinę, to wraz z rozwojem medycyny i szpitalnictwa oraz państwa socjalnego leczenie chorób uległo instytucjonalizacji. Za stan zdrowia, w coraz większym

¹ B. Szacka, *Wprowadzenie do socjologii*. Warszawa 2003.

stopniu odpowiedzialne stawało się państwo, a przyjęcie biomedycznego modelu zdrowia rodziło przekonanie, iż to palcówki opieki medycznej, jako wyspecjalizowane instytucje powinny przejmować opiekę nad chorym i „zwalniać” rodzinę od świadczeń w kwestiach zdrowia i choroby. W podręcznikach z zakresu socjologii rodziny nie wymieniano funkcji opieki i pielęgnowania chorych, a w tych z socjologii medycyny pomijano rodzinę czyniąc szpital i inne instytucje jako główny obiekt zainteresowań. M. Sokołowska² pisała w latach 80. wieku XX, iż w rezultacie wymienionej tendencji trudno by poszukiwać systematycznych badań dotyczących ile rodzin ponosi rzeczywistą odpowiedzialność za chorych członków swojej rodziny, jak oceniają one swoją odpowiedzialność za nie i jaki wpływ ma na to struktura rodziny, rodzaj mieszkania i jego wyposażenie. Brakowało wiedzy, jakie znaczenie dla rodziny mają formy pomocy udzielane przez różne instytucje, czy i jak pracownicy opieki medycznej i pomocy społecznej postrzegają swoje zadania i gdzie widzą granicę swojej odpowiedzialności. Traktowanie szpitala lub innych instytucji opieki jako substytutu funkcji rodziny – jak twierdziła – nie maleje, lecz pogłębia się z racji zmiany stylu życia.

Wraz z ograniczaniem zachorowań na choroby zakaźne, rosnącą zapadalnością na choroby tzw. cywilizacyjne oraz rosnącymi kosztami leczenia ponownie zaczęto zwracać szczególną uwagę na rolę rodziny. Współcześnie szacuje się jej udział w działaniach na rzecz zdrowia na 75%, a w przypadkach niepełnosprawności na 86%³. Tendencję tę zdaniem I. Taranowicz⁴ wzmacniają zmiany w systemie ochrony zdrowia, uznanie rodziny za podstawowy element podstawowej opieki zdrowotnej, wprowadzenie lekarza rodzinnego oraz zmniejszenie liczby łóżek szpitalnych i rozwijanie opieki środowiskowej. Podaje, że współcześnie rozważania dotyczące związku między rodziną a zdrowiem koncentrują się w trzech obszarach: znaczenia rodziny dla zdrowia jej członków, jej znaczenia w sytuacji choroby, któregoś z członków rodziny oraz skutków choroby, któregoś z jej członków dla jej funkcjonowania. Wskazuje się, iż rodzina wpływa na zdrowie poprzez kształtowanie postaw wobec zdrowia jako

² M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*. Warszawa 1986, s. 22.

³ Z. Kawczyńska-Butrym, *Rodziny kontekst zdrowia i choroby*. Warszawa 1995.

⁴ I. Taranowicz, *Rodzina a problemy zdrowia i choroby*, [w:] J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Wrocław 2002, s. 105.

wartości, realizacji istotnych dla zdrowia zachowań, przestrzegania norm z nim związanych oraz poprzez posiadaną wiedzę na temat zdrowia i choroby. Ale również poprzez warunki materialne, kształt struktury rodziny oraz realizację funkcji, w tym głównie funkcji socjalizacyjnej, rekreacyjno-towarzyskiej i emocjonalno-ekspresyjnej. To w trakcie procesu socjalizacji dziecko nabywa:

- zachowania higieniczne, i to zarówno te związane z higieną osobistą i otoczenia oraz higieną psychiczną (np. radzenie sobie ze stresem, wzorami komunikacji, rozwiązywaniem konfliktów rodzinnych),
- zachowania związane z odżywianiem (np. liczba i pora posiłków, ich jakość i urozmaicenie),
- wzory spędzania czasu wolnego (np. jego istnienie, spotkania towarzyskie, oglądanie TV),
- stosowanie używek (np. picia alkoholu, kawy, palenia papierosów),
- zachowania w sytuacji choroby (np. leczenia profesjonalnego i nieprofesjonalnego) oraz te związane z korzystaniem z usług oficjalnej medycyny (np. zakup i przestrzeganie lub nie zaleceń lekarskich, korzystanie z badań profilaktycznych)⁵.

Specjaliści podkreślają równocześnie, iż stosunek do zdrowia warunkowany jest kulturowo i społecznie. W różnych zbiorowościach istnieją różne modele zdrowia i różne wobec niego postawy warunkowane położeniem w strukturze społecznej. W krajach Europy Środkowej najpełniej można je uchwycić, gdy porównujemy sytuację zdrowotną Romów z nie-Romami. Wśród wielu bowiem grup narodowych i etnicznych żyjących na tym obszarze, żadna tak wyraźnie nie odróżnia się pod względem swojej kultury, języka, postaw, a w końcu barwą skóry, jak Cyganie-Romowie i żadna inna – jak pisze H. Frištenská⁶ – nie charakteryzuje się tak niskim poziomem wykształcenia i kwalifikacji, tak wielkim prawdopodobieństwem pozostawania bez pracy i łamaniem prawa. Żadna też, poza chyba imigrantami nie spotyka się z tak silnym społecznym dystansem ze względu na swój styl życia.

Charakteryzując rolę rodziny romskiej w kształtowaniu zachowań zdrowotnych nie można pominąć kilku istotnych faktów. Po pierwsze

⁵ I. Taranowicz, dz. cyt., 107.

⁶ H. Frištenská, *Romové a státní politika*, [w:] *Romové – reflexe problému. Soubor textů k romské problematice*. Praha 1997, s. 34-45.

Cyganie-Romowie, mają odmienne doświadczenia historyczne, które utrwaliły w nich strach, który znajduje wyraz w codziennych zachowaniach, chęci zachowania niezależności graniczącej z arogancją⁷. To ona wraz z życiem w rozproszeniu i izolacji od otoczenia, brakiem własnego państwa i etnicznego terytorium (poza mitycznym) sprawia, iż należą do jednych z najtrudniej statystycznie definiowanych grup w społeczeństwach⁸. Dotychczasowe informacje mówią o liczbie 8-10 mln Romów zamieszkujących Europę, z tego większość na obszarze nowych krajów Unii Europejskiej. Badania prowadzone w krajach Europy Środkowej wykazują, iż romska populacja charakteryzuje się w stosunku do dominujących większości różnicami demograficznymi. Jest młodsza, charakteryzuje się przewagą (lub równowagą) mężczyzn nad kobietami, wysokim udziałem dzieci i młodzieży, niskim udziałem osób w wieku emerytalnym, krótszą potencjalną długością życia, wysoką płodnością kobiet oraz wysoką umieralnością noworodków i dzieci⁹.

Po drugie, jest to grupa heterogeniczna, choć postrzegana jako jednorodna. Kryterium uznania kogoś za Cygana jest kryterium rasowe (kolor skóry) świadczące o pochodzeniu lub postrzegane stereotypowo zwyczaje życia codziennego. Urodzenie się Romem niesie z sobą piętno, od którego nie można uciec. Krytykowani są za niechęć do podejmowania pracy zarobkowej a przypisywane im cechy to: lenistwo, żebranie, korzystanie z pomocy społecznej oraz popełnianie przestępstw¹⁰.

⁷ P. Řičan, *S Romy žit budeme – jde o to jak*. Praha 1998, s. 127.

⁸ S. Łodziński, *Romowie w Narodowym Spisie Powszechnym 2002 w Polsce. Kwestie liczebności i tożsamości etnicznej*, [w:] E. Nowicka, B. Cieślińska, *Wędrowcy i migranci*. Kraków 2005, s. 20.

⁹ D. Jurčová, *Sociálno-demografická štruktúra*, [w:] *Zborník analyticko-prognostických štúdií k prognoze rozvoja Slovenska do roku 2010. Prognózy č. 1*. Bratislava 2002, Prognostický ústav SAV, s. 63-75; K. Kalibová, *Romové z pohľadu štatistiky a demografie*, [w:] *Romové v Českej republike (1945-1998)*. Praha 1999, s. 91-114; S. Łodziński *Romowie w Narodowym Spisie Powszechnym 2002 w Polsce. Kwestie liczebności i tożsamości etnicznej*, [w:] E. Nowicka, B. Cieślińska, *Wędrowcy i migranci*. Kraków 2005, s. 19-38; E. Nowicka, *Romowie – pierwsi Europejczycy*, [w:] E. Nowicka, B. Cieślińska, (red.), *Wędrowcy i migranci. Pomiędzy marginalizacją a integracją*. Kraków 2005, s. 39-51; B. Vaňo, *Rómske deti z pohľadu demografie*, [w:] A. Salner, (ed.), *Rómske deti v slovenskom školstve*. Bratislava 2004, s. 25-31; *Situácia Rómov v rozšírenej Európe*. Brusel 2004, Generálne riaditeľstvo pre zamestnanosť a sociálne záležitosti, s. 6. http://ec.europa.eu/employment_social/fundamental_rights/pdf/pubst/roma04_en.pdf, dn. 14.05.2007 r.

Po trzecie, Romowie w krajach Europy Środkowej różnią się przynależnością do grup etnicznych i rodów, okresem przybycia na terytorium kraju oraz stopniem asymilacji czy integracji. W każdej z nich możemy znaleźć trochę inny zestaw reguł międzyludzkiej komunikacji, odmienne wzory zachowań wewnątrzgrupowych oraz wobec zewnętrznego świata. Zmiany, jakie zachodziły w wyniku uprzemysłowienia, a następnie w wyniku realizowanej w krajach Europy Środkowej i Wschodniej polityki asymilacyjnej spowodowały jednak jak pisze M. Hübschamnová¹¹ wytworzenie się trzech typów rodzin o odmiennym stylu życia:

- rodziny, które w pewnym stopniu zintegrowały się z dominującymi większościami przyjmując od nich styl życia. Najczęściej są to rodziny nuklearne, w których rodzice uzyskali pewne kwalifikacje, co zapewnia im stałe zatrudnienie. Dbające o wykształcenie dzieci, a ich nie-romscy sąsiedzi traktują ich jako bezproblemowych i godnych sąsiedztwa. Pewną odmianę stanowią ci, którzy spełniają wcześniej wymienione kryteria, lecz nie są akceptowani ani przez dominującą większość, ani przez romskie zbiorowości. Nie zmienia to faktu, iż romskie rodziny żyją w rodzinnych skupiskach, i nawet dla tych, którzy żyją „po gadiowsku” rodzina nie ogranicza się do rodziców i ich dzieci, lecz obejmuje szersze pokrewieństwo, dla którego w językach dominujących większości nie ma odniesienia. Poszczególne rody (fajty) zajmują wyjątkowo trwałe miejsce w strukturze społeczności. Struktura ta zbliżona do indyjskich kast wzmocniona została typowymi rodowymi profesjami. Tradycyjnie najwyższą pozycję zajmowali i wciąż zajmują muzycanci i kowale, a najniższą ci, którzy sprząтали obce nieczystości (odpadki). W dychotomicznym podziale opartym o rytualną czystość rody dzielą się na „czyste” i „nieczyste” – degesów, o których ci pierwsi mówią, że jedli psy, końskie mięso czy padlinę. Podział na te dwie kategorie nie ma żadnej obiektywnej podstawy, a to sprawia, iż niektóre rody oskarżają inne o „nieczystość”. Istotnym skutkiem takiego podziału wewnątrz romskich zbiorowości jest niechęć do wspólnego spożywania posiłków czy zawarcia związku małżeńskiego;

¹⁰ K. Gail, *Společný wymiar „inności”: identyfikacja Romów w społeczeństwach postkomunistycznych*, [w:] I. Szlenyi, (red.), *Bieda a neróvnosti pći i podziały etniczne w společnostwach postkomunistycznych*. Warszawa 2003, s. 44.

¹¹ M. Hübschamnová, *Jak známe a neznáme cikánskou rodinu*, [w:] „Děti a my”, nr 3, 1977, s. 7-8.

- drugi typ to rodziny, które nie przyjęły norm dominującej większości, opanowały podstawowe nawyki higieniczne i normy w pracy, lecz nie posiadają wykształcenia i kwalifikacji. Dzieci uczęszczają do szkoły, ale nieregularnie i nie zapewniają właściwych warunków wychowawczych i zdrowotnych swoim dzieciom. Tego typu rodziny nie akceptują norm przyjętych przez wcześniej wymienione rodziny romskie oraz rodziny z dominującej większości, ale w wymiarze materialnym są konsumentami masowej kultury, nie wykazując potrzeby kształcenia się i aktywnego udziału w tworzeniu pozytywnych wartości społecznych;
- trzeci to rodziny nie zabiegające o zmianę swojego stylu życia, pozostające w rodowych związkach, żyją w osadach czy romskich skupiskach miejskich, w złych warunkach higienicznych i społecznych. Rodzice pracują tylko wyjątkowo, nie dbają o posyłanie dzieci do szkoły, a środowisko, w jakim żyją dzieci zagraża ich rozwojowi.

Problem polega na tym, iż wśród dominujących większości występuje tendencja do oceny zachowań wszystkich Romów według tych dwóch ostatnich typów rodzin i nie istnieje tendencja do uwzględnienia zamian, jakie rzeczywiście z romskich rodzinach zaszły. Jeżeli można mówić współcześnie o romskiej rodzinie niewolno nam zapominać, iż w swej tradycyjnej postaci zachowała się ona jedynie w osadach oraz w postaci pewnych przeżytków w skupiskach na obszarach miejskich.

Rodzina w romskich zbiorowościach, tak jak i w innych stanowi podstawową jednostkę zapewniającą reprodukcję, wychowanie i ochronę jednostki. W niektórych jednak wymiarach różni się od tych występujących w dominujących większościach, czy innych mniejszościach narodowych i etnicznych, co rzutuje na realizowane przez nią funkcje i relacje z otoczeniem¹². Z punktu widzenia struktury podkreśla się, iż wciąż stanowi ona typ rodziny wielopokoleniowej (trzy i więcej generacji) o znacznym stopniu wzajemnej zależności i szerokim pokrewieństwem. Uwzględniając natomiast wymiar demograficzny wskazuje się ogólnie niski wiek małżonków, a więc też niski wiek romskich kobiet rodzących dzieci oraz znaczną ich liczbę. Wyżej wymienione cechy zbliżają ją do typu rodziny tradycyjnej o silnie rozszerzonych powiązaniach krewniczych, wewnętrznie spójnej, jawiąca się wobec zewnętrznego otoczenia jako

¹² M. Kovařniková, et. al. *Pedagogicko-psychologická problematika romských žaku ve vztahu k jejich školní úspěšnosti*. Usti nad Labem, 1998.

solidarna i zamknięta. Zamkniętość, to efekt realizowanego przez pokolenia sposobu życia, nieustanna walka o przetrwanie, wykonywanie zawodów wymagających migrowania, co wymagało podtrzymywania pewnych rodowych związków i wewnętrznej dyscypliny i wzajemnej pomocy. Cyganie zawsze żyli, jakby poza historią dominującej większości w niej nie uczestnicząc. Stosunki rodzinne oparte są na kilku istotnych zasadach:

- jednostka nie jest ważna, ważna jest rodzina (ród);
- indywidualny rozwój nie jest pożądanym, ważne jest podporządkowanie się rodzinie i roli, jaką ma on w niej tradycyjnie pełnić (dziecka, chłopca, dziewczyny, męża, matki, dziadka, babki itd.);
- indywidualne cechy nie cieszą się uznaniem, „cały” należy do rodziny, której należy wszystko poświęcić;
- ważne decyzje nie są podejmowane indywidualnie, lecz przez rodzinę i im należy się podporządkować; nie podporządkowanie się niesie z sobą karę z wykluczeniem z rodu włącznie;
- najważniejszą osobistością w rodzie nie jest ten, kto jest największą indywidualnością, lecz ten, kto najlepiej odgrywa swoją w nim rolę i jest najbardziej posłusznym jej członkiem;
- wychowanie dzieci jest ukierunkowane na internalizację romanipren (romskości) i posłuszeństwo wobec rodu. Wszystko pozostałe jest czymś obcym (np. szkolne nauczanie), a w skrajnych przypadkach nawet niebezpieczne;
- romanipern zawiera elementy rytualnej czystości, a identyfikacja, z jakiej rodziny ktoś pochodzi jest najważniejszym elementem identyfikacyjnym budującym lub nie przyszłe stosunki.

Skutkiem zamkniętości znajdującej wyraz w zawieraniu związków małżeńskich w ramach tych zbiorowości (endogamia) jest częstsze występowanie niektórych chorób. Badania prowadzone w Słowacji wykazują, iż należą do nich głównie te związane z przemianami metabolizmu: wrodzona choroba oczu jaskra (glaukoma), fenyloketonuria, wrodzona hipertyreoza, wrodzone deformacje czaszki oraz niektóre przypadki opóźnienia umysłowego¹³.

¹³ D. Sivaková, *Antropologické výskumy Cigánov (Rómov) na Slovensku*, [w:] A. B. Mann (ed.), „Neznámi Rómovia”. Bratislava 1992; P. Šaško „Zdrovotná situácia romskej populácie”, [w:] Vašečka M. (ed.), *Čaćipen pal o Roma. Súhrnná správa o Rómocho na Slovesnku*. Bratislava 2002, s. 657-677.

W ostatnich latach notuje się pogłębianie się różnic w sferze ekonomicznej i społecznej zarówno wśród różnych romskich zbiorowości, jak i wobec dominujących większości, co rzutuje na przestrzeganie „tradycyjnych” reguł. Istotne jest rozróżnienie tego, co jest efektem odmienności kulturowych od tego, co wynika z ich położenia społecznego. Wiele zachowań interpretowanych jako typowo romskie, w rzeczywistości romskie nie jest. Chodzi tu o uogólnianie zachowań typowych dla rodzin zajmujących niskie pozycje w strukturze społecznej, ubogich, żyjących w izolowanych skupiskach ulokowanych na obszarach wiejskich (osadach) czy w enklawach miejskich (gettach). Badacze podkreślają jednak, iż pomimo znacznego wewnętrznego zróżnicowania kultura cygańska posiada pewne cechy, które zbliżają ją do kultur kolektywnych. Zdaniem P. Bakalářa¹⁴ świadczy o tym:

- struktura społeczna oparta na rodzie i wielkiej rodzinie;
- ekskomunika, wykluczenie z rodziny (strach przed samotnością) stanowiąca największą groźbę dla jednostki;
- wspólne podejmowanie decyzji, dzielenie się „kolektywnym zyskiem” i „kolektywną karą” (np. nie odcinanie się od członków rodziny mających kłopoty z prawem) oraz poczuciem winy – hańba za członka rodziny spada na wszystkich krewnych; jeżeli rodzina chce zmazać hańbę demonstracyjnie ukarze winnego;
- rytualizacja życia wspólnego (np. oddzielne jedzenie posiłków przez mężczyzn i kobiety);
- nieostre granice między własnością osobistą a wspólną.

Autor dalej wskazuje na symptomy stosowanych strategii grupowych takich jak:

- *kulturowa i genetyczna separacja; kontrola społeczna wzmacniająca grupową tożsamość (np. sposoby rozwiązywania konfliktów) i zabraniająca genetyczne wymieszanie z okolicznymi grupami (np. rytualny podział na czystych i nieczystych, zakazy egzogennych małżeństw);*
- *podwójne etyczne standardy oddzielające wewnętrzne normy (altruizm) i normy kontaktu z wewnętrznym światem (często pochwalające wykorzystywanie);*
- *silna grupowa kontrola nad zachowaniem jednostki, które mogłoby przynieść szkodę grupie jako całości – np. współpraca z członkami*

¹⁴ P. Bakalář, *Psychologie Romů*. Praha 2004, s. 109.

innych grup, aby grupa mogła przeżyć, konieczne jest, aby wyeliminowała tzw. frez-riders (jadących na gapę), tj. jednostki, które czerpią zyski z altruizmu innych członków, niż odpłacać podobnym;

- *ekologiczna specjalizacja (na specyficzne sposoby żywienia)*¹⁵.

Zdaniem R. Krištofa¹⁶ w ramach tejże kultury można wyróżnić trzy jej typy: kulturę koczowników czy zachowanych pozostałości kulturowych wzorów koczowników (tzn. Sąd Kriss i inne), związane z wykonywaniem tradycyjnych cygańskich rzemiosł, romskich osad i kolonii, adaptująca się aktualnie do typu nie etnicznej kultury biedy oraz romskich elit, partycypujących w kulturze większości.

Cechą romskiej kultury jest romanipren tj. system zwyczajów, języka, struktury rodu i rodowych tradycji, organizacji życia rodzinnego, uznawanych i odrzucanych wartości, specyfiki wychowania, sposobów komunikacji w ramach rodu, wewnątrz i na zewnątrz własnej społeczności. Jest on również systemem podzielanych stereotypów, uprzedzeń i wiary. Posiadanie romanipren oznacza posiadanie szacunku w ramach romskiego rodu i w romskiej wspólnocie. Zasłużyć sobie na określenie „patiwo Rom”, czyli uzyskać szacunek można jedynie, jeżeli jest się w pełni Romem, który zna i realizuje w pełni rolę w rodzinie i społeczności romskiej. Romskość jest cechą, którą jednostka uzyskuje poprzez urodzenie i życie w rodzinie w ten sposób, że w pełni zinternalizuje system wartości. Można go stracić (w wyniku wychowania np. w domu dziecka, odejściem od romskiej społeczności, w wyniku asymilacji itp.), ale nie można go odzyskać ponownie czy uzyskać w wyniku zawarcia małżeństwa. Zdaniem H. Frištenskej¹⁷ posiadanie romanipern niesie szereg wygód dla jednostki. Ponieważ każdy do kogoś należy, Romowie nie są wykorzeni i wyobcowani, są stale otoczeni miłością i kochającymi się osobami, nie ponoszą za siebie odpowiedzialności, gdyż ponosi je szeroko rozumiana rodzina, w każdej sytuacji życiowej nie zostają sami, gdyż wszystkie przydarzające im się dobre i złe wydarzenia przeżywają wspólnie, nie czują strachu

¹⁵ P. Bakalář, dz. cyt., s. 110-111

¹⁶ R. Krištof, Romové, *Europa a mezinárodní instituce*, [w:] M. Jakoubek, T. Hirt, (ed.), *Romové: kulturologické etudy (etnopolitika, přibuzenství a sociální organizace)*. Pleň 2004, s. 102-133.

¹⁷ H. Frištenská, *Analýza faktorů, ovlivňujících společenskou integraci Romů v ČR (pokus o sourhny)*, [w:] *Analýza sociálně ekonomické situace romské populace České republiky s návrhy na opatření. Závěrečná zpráva projektu výzkumu a vývoje č. HS 91/02 (smlouva č. GF MPSV-01-82/02)*. Praha 2003, s. 16-25.

wynikającego z przeszłości i przyszłości, w podejmowanych decyzjach wszelki strach wynika z kontaktu z pozostałą społecznością. Choć więc posiadanie romanipren niesie szereg pozytywów dla jednostki i grupy, to z drugiej strony we współczesnym społeczeństwie ogranicza im awans i integrację z dominującą większością.

Funkcjonujące wśród Romów koncepcje zdrowia i choroby zalicza się do modelu określanego we współczesnej medycynie klinicznej jako „psychosomatyczny”. I choć w niektórych romskich rodzinach zdrowie może nie być uważane za najważniejsze (ważniejsze może być posiadanie pieniędzy czy podtrzymywanie grupowej integracji)¹⁸, to ci, którzy *cieszą się dobrym stanem zdrowia sami siebie uważają za szczęśliwych, pozostałych o złym stanie zdrowia uważają za tych, którzy cechę szczęśliwych utracili. W poglądach Romów zdrowie nie jest stanem raz na zawsze danym*¹⁹. Zdrowie pojmowane jest jako brak choroby, a pojawienie się jej symptomów traktowane jest jako niezdolność do aktywności bliskie śmierci. Wśród niektórych romskich zbiorowości można spotkać przekonanie, że już samo wypowiedzenie choroby oznacza jej przywołanie²⁰, dlatego też, choć istnieją wyraźne jej symptomy to są one ignorowane. Działania najczęściej podejmuje się, gdy choroba staje się wyjątkowo uciążliwa dla jednostki, wykazując znaczny stopień zaawansowania. Skłonni są też wybierać długotrwałe leczenie niż zabiegi operacyjne, które postrzegają jako zaburzenie w integralność „ciała” i „duszy”. W systemie wartości tych zbiorowości pozycja lekarza jest ambiwalentna, gdyż, choć posiada wiedzę niezbędną do wyleczenia, to jednocześnie stawia diagnozę i informuje o poziomie zaawansowania choroby. Stąd wynika niechęć do wszelkiej prewencji. W sytuacji zmniejszenia się lub zaniku uciążliwych symptomów choroby rezygnuje się z zaleceń lekarza, gdyż zgodnie z funkcjonującą w większości tych zbiorowości koncepcją, to brak symptomów jest oznaką wyzdrowienia.

¹⁸ *Přiručka pro jednani s řomskou komunikou v oblasti zřavotních služeb*. Madrit, Praha 2007, Bratislava.

¹⁹ K. Rimárová, *Základné charakteristiky rómskej populácie ovlivňujúcie zdravotny stav*, [w:] L. Ánglová, (ed.), *Životné podmienky a zdravie. Zborník vedeckých prác*. Bratislava 2006, s. 224.

²⁰ P. Navrátil, M. Šišlaková, *Podmienky výchovy v romských sociálne vyločených rodinách*, [w:] T. Sirovatka T., (ed.), *Sociálni exklúze a sociálni inklúze menšín a marginalizovaných skupín*. Brno 2004, s. 137-161.

Opieka nad chorym jest obowiązkiem kobiety, dlatego też jej problemy zdrowotne rozwiązuje się na końcu. Nie jest to sytuacja wyjątkowa i różniąca te zbiorowości od innych. Ze względu na przekonanie o silnym związku choroby ze śmiercią istotna staje się szybka diagnoza niezbędna do określenia wagi problemu, co powoduje częste korzystanie z pogotowia ratunkowego a sporadyczne z przychodni lekarskich czy badań profilaktycznych. Charakterystyczna dla romskiej kultury przewaga kolektywistycznych wartości nad indywidualnymi sprawia, iż metody leczenia musi zaakceptować nie tylko jednostka, ale i grupa. Z tym wiąże się następne zagadnienie, a mianowicie rola ludzi starych. W romskich rodzinach najczęściej cieszą się oni znacznym szacunkiem silnie oddziałującym na zachowania młodszej generacji. Chcąc, więc przekonać pacjenta do określonych zachowań należy nawiązać kontakty z osobami znaczącymi w grupie.

Nie można też zapomnieć, że Romowie są egocentryczni, wykazując niechęć i pogardę nie tylko wobec nie-Cyganów, ale i innych Cyganów uznawanych za nieczystych rytualnie. Istniejący specyficzny kodeks tabu uniemożliwia im nawiązywanie, poza czysto formalnymi kontaktów z nie-Cyganami. Do istotnych pojęć medycznych w tych zbiorowościach należy: *wuzho* – czysty oraz *marimé* – które w najszerszym ujęciu oznacza nieczysty, ale też jako kara za wykroczenia o charakterze rytualnym czy moralnym. W kulturze cygańskiej występują bardzo surowe sankcje negatywne odnoszące się do tego wszystkiego, co uważane jest za nieczyste. W zbiorowościach tych występuje tradycyjna koncepcja zdrowia, w której powiązane jest ze sobą „dobre zdrowie” z „wędrowaniem”, „czystość” (rytualna) ze „szczęśliwym losem”, „otyłość” ze „zdrowiem”, „szczęście” z „bogactwem”. W tradycyjnych kulturach cygańskich istnieje przekonanie o silnym związku między „zdrowiem” a „szczęśliwym losem”, połączone dodatkowo z elementami duchowymi i religijnymi. Nie oznacza to, iż na swój los swoje szczęście nie można wpływać, a zatem pewne działania mają wpływ na ludzkie zdrowie. Z drugiej jednak strony, choroba może być wywołana przez czynności identyfikowane, jako te powodujące nieczystość. Powrót do stanu zdrowia, a więc czystości, to nie tylko przypadek, los, ale skutek właściwego zachowania społecznego umożliwiającego wyleczenie choroby. W tym rozumieniu kategoria „zdrowia” powiązana jest zarówno ze „szczęściem”, ale i „bogactwem”. Tak, więc Cyganie wierzą, że im, kto jest wyższy, im bardziej otyły tym szczęśliwszy i zdrowszy.

W romskich zbiorowościach, szczególnie tych żyjących w słowackich osadach położonych na obszarach wiejskich można zdaniem M. Hajskej²¹ jeszcze dziś znaleźć znaczne pokłady myślenia magicznego występującego w przeszłości na obszarach wiejskich. Podkreśla, że ich „*skala jest olbrzymia [...] Poszczególne przejawy są w konkretnych miejscowościach odmienne, istota tych praktyk jest jednak podobna*”. Dotyczą one szczególnie kobiet w ciąży, małych dzieci, pojmwania Boga, obaw przed złymi siłami oraz zauroczenia. Warto przypomnieć, że kobiety w rodzinach romskich od dzieciństwa są przygotowywane do roli matki, jednak seks jest tabu, co w istotny sposób rzutuje na wychowanie seksualne, planowanie rodziny czy poddawanie się profilaktycznym badaniom mogącym zapobiec chorobom ginekologicznym. Staje się ona godna szacunku dopiero, gdy urodzi dziecko. Brak dzieci w małżeństwie może stać się przyczyną rozwodu. Kobieta, bowiem obarcza się za to winą. Często wierzy się, że kobiecie w okresie ciąży nie można niczego odmówić, należy zaspokajać jej wszelkie zachcianki, gdyż może to negatywnie wpływać na jej stan zdrowia i zdrowia dziecka. Odmowa – jak się sądzi – mogłaby spowodować gorączkę, a nawet poronienie²². Jeżeli pojawi się w miejscu, gdzie spożywa się posiłek, to powinna otrzymać jak najlepszy kąsek, bo inaczej dziecko urodzi się słabe, lub nie zostanie donoszone z powodu samej odmowy. Dlatego też, jeżeli w przeszłości paliła papierosy lub piła alkohol, to jej się ich nie odmawia. Ponieważ kobiety uważa się za nieczyste w trakcie ciąży, to poród powinien odbywać się poza domem, gdyż niesie za sobą skażenie. Wszystko czego matka używa zaraz po porodzie jest palone.

Jeżeli chodzi o małe dzieci, to zdaniem M. Hajskej²³ powszechnie podzielane są obawy, aby te nie ochrzczone nie zostały porwane czy zamienione przez złe siły np. kobietę uważaną za czarodziejkę, strzygę czy monstrum, które było pierwotnie ciężarną kobietą, która zmarła przy porodzie. Dlatego pod poduszkę dziecka kładzie się ostre przedmioty, np. nożyczki czy grzebień itp., wiążę się na nadgarstku czerwoną wstążkę.

²¹ M. Hajska, *Fenomém zoči*, [w:] M. Jakoubek, O. Poduška, (ed.), *Romské osady v kulturologickej perspektíve*. Praha 2003, s. 108-119.

²² M. Hájková, *Rodina a zvyky slovenských Rómov usadených v ČR*, [w:] T. Šišková, (ed.), *Menšiny a migranti v České republice*. Praha 2001.

²³ M. Hajska, *Fenomém zoči*, [w:] dz. cyt, s. 108-119.

W niektórych osadach sądzi się, że nie należy do pewnego okresu obcinać dzieciom paznokci czy włosów. Celem ustrzeżenia się przed złymi siłami dziecko chrzści się w kilka tygodni po porodzie poprzez zanurzenie w wodzie, a noworodka smaruje olejem by był silny. Członkowi romskiej społeczności nadaje się trzy imiona. Pierwsze otrzymuje od matki po porodzie, drugie w trakcie chrztu (to używane jest w ramach społeczności) i trzecie, gdy odbywa ponowny chrzest w kościele.

Powszechną wiarę w duchy, wobec których Romowie powszechnie wykazują szacunek i strach podkreśla też V. Šebková²⁴. Píše, iż duchy zmarłych (*muly*) dzielą oni na dwie kategorie: dobre, najbliższych krewnych, którzy przychodzą im radzić jak mają postąpić oraz złe, a więc duchy nie krewnych (np. gadzia), którzy umarli nagłą śmiercią, ukazujące się najczęściej w pewnych momentach doby, np. o północy, zaraz po śmierci czy w dzień rocznicy śmierci itp. Nie można więc się dziwić, że wykazują szczególny stosunek do zmarłych, co wymaga od personelu medycznego wyjątkowej delikatności w przekazywaniu zwłok i podejmowaniu przez lekarza decyzji o sekcji. Należy też liczyć się z faktem, iż członkowie tych zbiorowości mogą być wyznawcami innej niż personel medyczny religii, która nakazuje odmienne podejście do zmarłych i do pochówku²⁵.

Szczególnie silnie zakorzeniona obawa przed śmiercią sprawia, iż w sytuacji przypuszczalnego kresu życia przy łóżku chorego pojawiają się nawet ci krewni, którzy zamieszkują w znacznej odległości²⁶. W chwili śmierci zapalana jest specjalna świeca, która ma duszy oświecać drogę do nieba. Śmierć osoby w starszym wieku uznawana jest za normalną kolej rzeczy. Jednak w przypadku zgonu dziecka, osoby w młodym wieku może nastąpić w rodzinie szok powodujący przejawianie niekontrolowanych zachowań. Ciało zmarłego naciera się olejami, a rodzina przeżywa głęboki żal. Z obawy przed powrotem zmarłego w nadprzyrodzonej formie w poszukiwaniu żywych, nie wolno wypowiadać imienia zmarłego, wszelkie rzeczy osobiste spalić oraz przestrzegać specjalnych obrzędów i rytuałów. Po trzech dniach czuwania przy zmarłym ma miejsce pogrzeb, a następnie stypa ku jego czci. Kolejne stypy odbywają się w trzy dni,

²⁴ V. Šebková, *Strčky romské tragice v osadě v Hermanovicích*, [w:] „Romano Dženiben”, 2001, č. 3-4, s.42-77.

²⁵ E. Lakatošová, *Některé zvyklosti olasšských Romů*, [w:] „Romano Dženiben”, 1994, č. 3, s. 2-13.

²⁶ A. Bartosz, *Nie bój się Cygana. Na dara Romestar*. Sejny 2004, s. 122.

9 dni, 6 tygodni i po roku od śmierci. Żałoba noszona jest przez cały rok, a wiec do czasu, kiedy to dusza zmarłego wstąpi do nieba.

Obowiązkiem jest pojawienie się wszystkich członków rodziny obok umierającego czy zmarłego, w celu uzyskania przebaczenia za nawet najbłahsze przewinienia. Osoby umierającej lub zmarłej nie można pozostawić samej sobie, by nie wywołać w niej niechęci do innych. Mimo różnic, jakie istnieją między poszczególnymi ugrupowaniami powszechnym jest przestrzeganie żałoby. W tym czasie nie wykonuje się jakichkolwiek czynności (gotowania posiłków, czesania włosów, prania, zmywania). Pogrzeb to nie tylko forma pożegnania zmarłego, także okazja do spotkania z rodziną. Po pogrzebie niszczy się wszystkie rzeczy zmarłego (obecnie niektóre wyprzedaje, ale nie-Romom) by zapobiec skażeniu. Po zmarłym ma nie pozostać żaden ślad, nie wymienia się nawet jego imienia. Istnieje też przekonanie, że osoba umierająca nie powinna odchodzić z tego świata nie rozliczywszy się wcześniej z rodziną i znajomymi. Jeżeli to nastąpi, to może *on wrócić jako duch upiór, wampir i pod taką postacią realizować przerwane przez śmierć zamierzenia. Wszelkie czynności podejmowane po śmierci kogoś bliskiego mają, więc chronić rodzinę i całą społeczność przed negatywnym oddziaływaniem zmarłego. Wspólny los i cel, czyli zapewnienie grupie bezpieczeństwa, oraz specyfika i wyjątkowość działań obrzędowych, stają się czynnikami integrującymi społeczność i jednocześnie określającymi jej tożsamość etniczną. Przyczyną rozbudowania obrzędowości pogrzebowej jest wiara Romów w istnienie duszy (mulo) i życie pozagrobowe. Wiara ta jest fundamentem dla wszystkich zachowań związanych ze zmarłym*²⁷.

Na opiekę zdrowotną i higienę w istotny sposób rzutuje kategoria nie/czystości (rytualnej). Rytualna nie/czystość wyznacza nie tylko granicę między Romami a nie-Romami, ale i np. kobietami i mężczyznami. Największą karą dla Roma jest określenie go jako nieczystego, gdyż oznacza to śmierć społeczną²⁸. Osobę można uznać za „nieczystą”, kiedy złamie zasady dotyczące zachowań seksualnych, przygotowania jedzenia, ubioru, mycia się i innych czynności. Szczególnie kobiety traktowane są jako źródło „nieczystości”, gdyż każda jej część ciała poniżej tali (szczególnie narządy rodne i wydzielina z nich) uznawana jest za *marimé*. Górne

²⁷ A. Kowarska, *Polska Roma. Tradycja i nowoczesność*. Warszawa 2005, s. 164.

²⁸ N. Fraser, *Dzieje Cyganów*. Warszawa 2001, s. 201-203.

części ciała uważane są za czyste, a wydzielina z nich nie jest traktowana jako nieczysta czy wstydliva. Jeżeli wcześniej dotknęło się dolnych części ciała, a ma się zamiar dotknąć górnych należy umyć ręce. Kobiety romskie używają do górnych i do dolnych części ciała, nie tylko innych ręczników, ale i innych mydeł, które przechowywane są osobno. Nie zastosowanie się do tych zasad może – jak wierzą – skutkować chorobą. Fakt ten rzutuje na niechętnie korzystanie przez nie z gabinetów ginekologicznych. Źródłem nieczystości może być spożycie potraw przygotowanych z niektórych zwierząt lub ptaków. Mycie się pod prysznicem jest akceptowane, ale w wannie już nie. Naczyni nie wolno płukać w tej samej misce, w której pierze się ubrania. W celu zmniejszenia kontaktu z nieczystościami Romowie często używają jednorazowych kubków, talerzy i sztućców. Istnieją też szczególne zasady dbania o czystość obejścia. M. Hübschmannová²⁹ pisze, że choć Czesi uważają Cyganów za brudasów, to nie zdarzało się, *aby kobieta przed przygotowaniem posiłku nie umyła rąk. Gotowało się w chustce, by do jedzenia nie wpadł włos. Gdyby wpadł, trzeba by je wyrzucić. Gdyby gość znalazł w jedzeniu włos, już nigdy by do takiej rodziny nie zaszedł. Bałby się, że chce się go zaczarować.* Nie zmienia to faktu, iż badania prowadzone w latach siedemdziesiątych przez M. Borovcová³⁰ w jednym z domów dziecka w Pradze, jak i P. Viška³¹ pod koniec lat osiemdziesiątych w Usti nad Łabą wykazywały brak nawyków higienicznych u dzieci romskich. Badacze wskazują, iż w społecznościach romskich stosunek do higieny osobistej, szczególnie dzieci jest swoisty. To, że jest się niemytym czy nieuczczonym nie jest czymś kompromitującym. Kompromituje natomiast brak dobrego ubioru, który w tradycji Romów pełnił i wciąż pełni istotną rolę jako oznaka poziomu życia rodziny³². Niekiedy na ubiór uznany za markowy przeznaczają się znaczne środki finansowe nawet kosztem tych, jakie należałoby prze-

²⁹ M. Hübschmannová, *Šaj pes dovekeras. Můžeme se domluvit*. Olomnuc 1993, s. 56.

³⁰ M. Borovcová, (1976), *Práce ve speciálních cikánských třídách*, [w:] *Výchova a vzdělávání cikánských dětí (sborník přednášek)*. Ústav školských informací při ministerstvu školnictví ČSR, Ústi nad Labem 1976, s. 68-79.

³¹ P. Višek, *Program integrace – řešení problematiky romských obyvatel v období 1970 až 1989*, [w:] *Romové v České republice*. Praha 1999, s. 203.

³² P. Navrátil, M. Šišláková, *Podmínky výchovy v romských sociálně vyločených rodinách*, [w:] T. Sirovatka, (ed), *Sociální exkluze a sociální inkluze menšin a marginalizovaných skupin*. Brno 2004, s.143.

znaczyć na posiłki. Matka nie pośle dziecka do szkoły, jeżeli ubranie nie jest czyste i „odpowiednie” do pozycji, jaką zajmuje rodzina w społeczności. Dla pracownika pomocy społecznej może być natomiast szokujące, gdy do urzędu przychodzi kobieta czy mężczyzna po zasiłek obwieszeni kilogramami złotych ozdób. Takie zachowanie typowe jest dla Kiełderaszy (kotlarzy) i Lowarów (koniarzy), określanych w Czeskiej i Słowackiej Republice Romami wołoskimi. Dotąd wciąż dla członków romskich zbiorowości wykluczenie ze społeczności jest największą karą, gorszą niż więzienie. Ich status określany jest przez przynależność do określonego rodu, ale też innymi czynnikami, jak np. talentem muzycznym, fizycznym uosobieniem piękna czy pozycją materialną, które znajduje wyraz w posiadaniu bogatych ozdób, markowym ubraniu czy dobrej marki samochodu. Taki sposób zachowania nie jest niczym nowym. W przeszłości znajdował wyraz w bogato ozdobionym wozie czy sukni. Obecnie pozostały tylko złote ozdoby, które wciąż pełnią tę samą funkcję³³.

Z tradycji romskiej wynika konieczność zachowania czystości wewnątrz domu (mieszkania). Obowiązkiem matki wraz z najstarszymi córkami jest dbać o porządek, czystość ścian i dekoracje. W przeszłości czymś powszechnym było malowanie pomieszczeń kilkakrotnie w roku i ich dekorowanie. Jeszcze dziś możemy na ścianach znaleźć różnego typu ozdoby dobierane według własnego poczucia estetyki. Jeżeli więc trafi się do domu brudnego, z rozbitymi meblami, to można z pewnością zakładać, że chodzi o rodzinę dysfunkcyjną.

Szczególny stosunek do higieny zauważyć można w romskich skupiskach, znajdujący wyraz w wyraźnym kontraście między zadbanymi prywatnymi przestrzeniami (własne mieszkanie, wspólne przestrzenie zamieszkałe przez jedną wielką rodzinę) i zaniedbanymi, pełnymi brudu i odpadków przestrzeniami publicznymi. M. Hübschmannová³⁴, jako przyczynę istniejącego stanu wskazuje utrzymującą się i wyniesioną z tradycji indyjskiej awersji dotykania obcych odpadków przez członków innych kast. Odpowiedzialność więc ogranicza się tylko do tego co uznaje się za „swoje” i nikomu nie przychodzi do głowy dbać o to co wspólne.

³³ M. Vančáková, *Romské dítě v náhradní rodině*. Praha 2008, s. 32.

³⁴ M Hübschmannová, *Od etnické kasty ke strukturovanému etnickému společenství*, [w:] *Romové v České republice*. Praha 1999, s. 115-136.

Fakt istnienia zaniedbanych wspólnych przestrzeni sprawia, iż obszary zamieszkałe przez Romów postrzegane są jako źródło zagrożeń dla okolicznych mieszkańców, jako siedlisko chorób zakaźnych. Badania prowadzone w Czeskiej i Słowackiej Republice wskazują, iż choroby tego typu występują z taką samą częstotliwością wśród Romów i nie-Romów w miejscowościach, gdzie ci pierwsi żyją rozrzućeni między tymi drugimi. Odmienna sytuacja jest w osadach oraz w enklawach romskich (miejskich gettach). Szczególnie w tych pierwszych – jak pokazują badania głównie prowadzone w Słowacji – częściej notowane są przypadki gruźlicy, epidemii żółtaczki, chorób pasożytniczych, duru brzuszego, czerwonki, jaglicy i świerzbu. Autorzy wskazują, iż częstsze występowanie tego typu chorób na tych przestrzeniach nie można ograniczyć jedynie do szczególnego stosunku Romów do wspólnej przestrzeni. Problem jest bardziej złożony i wynika zarówno z braku wiedzy o zagrożeniach, z niskiego poziomu wykształcenia, złej sytuacji materialnej i złej infrastruktury (brak kanalizacji i wodociągów, wywożenia odpadków)³⁵.

Badania dotyczące subiektywnego poczucia zdrowia wykazują, iż ma on dla Romów nie mniej istotną wartość niż dla nie-Romów. W tych prowadzonych w Słowacji w ramach Programu wspierania zdrowia romskiej społeczności znajdującej się w niesprzyjającej sytuacji w latach 2007-2008³⁶ zajęło ono pierwsze miejsce przed rodziną i domem. Co drugi pytany (55%) deklaruował, że czuje się zdrowy. Pozostali twierdzili, że cierpią na jakieś schorzenia. Większość (96%) deklaruowała, że dba o swoje zdrowie, a w przypadku problemów udaje się do lekarza. Tylko, co dwudziesty piąty twierdził, że nigdy z pomocy lekarzy nie korzystał. W czeskich badaniach, w których przeprowadzono wywiady z 1006 Romami (dobór oparty o dane ze spisu powszechnego ludności z 1991 r.) w ramach międzynarodowego projektu „The Human Development Challenge of Roma Integration” ustalono, że zdrowie deklarowane jest jako najważniejszy niezbędny warunek osiągnięcia sukcesu w życiu³⁷. Natomiast z tych prowadzonych w Słowacji na przełomie XX i XXI wieku,

³⁵ I. Radičová, *Hic Sunt Romales*. Bratislava 2001.

³⁶ *Hodnotiaca správa o výsledkoch 1. etapy Programu podpory zdravia znevýhodnenej rómskej komunity za roky 2007-2008*, Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, Bratislava, 25. augusta 2008 r.

³⁷ P. Navrátil, *Předběžné výsledky ze šetření mezi Romy: Integrace Romů*, [w:] „Sociální práce/ Sociální práca” 2002, č. 2, s. 34-56.

iż Romowie rzadziej niż ich nie-romscy sąsiedzi skarżyli się na występowanie chorób chronicznych, a ci z nich, którzy zamieszkiwali w osadach rzadziej niż ci zamieszkujący między nie-Romami. Ogólnie Romowie pozytywnie oceniali swój stan zdrowia (83,2% jako bardzo dobry lub dobry). Jednak zadowolenie z jego stanu spadało wraz z liczbą członków gospodarstwa domowego. Najgorzej swój stan zdrowia (jako bardzo dobry) oceniali ci zamieszkujący między nie-Romami, a najlepiej zamieszkujący w segregowanych skupiskach³⁸.

Prezentowane tu subiektywne poczucie zdrowia kłóci się z badaniami, jakie prowadzono w romskich zbiorowościach. I tak w Słowacji, choć na niewielkiej populacji i ograniczonym zasięgu stwierdzono, iż zachorowalność Romów jest czterokrotnie częstsza niż dominującej większości³⁹. Natomiast te prowadzone w różnych krajach Europy, a dotyczące oczekiwanej przeciętnej długości życia wskazują, iż żyją oni przeciętnie krócej niż dominujące większości i inne mniejszości narodowe i etniczne. Informacje na ten temat nie są, co prawda dokładne, gdyż rejestrując zgony nie uwzględnia się etnicznej przynależności zmarłych. Istnieją, więc szacunki, które powszechnie przyjmują dystans około 10 lat. Taki stwierdzono w przypadku Romów zamieszkałych w Czeskiej Republice⁴⁰. W Polsce jeżeli przyjmiemy informacje podawane przez A. Adamczyk⁴¹, że przeciętna długość życia Romów wynosi 55 lat, to dystans ten wynosiłby prawie 15 lat. Z informacji pochodzących ze Słowacji natomiast, że przeciętna długość życia romskich mężczyzn wynosi 55,3 lata inne, że 64,4 lata. Kobiet odpowiednio 59,5 roku i 71,6 lat oraz, że w segregowanych osadach romskie kobiety przeciętnie dożywają 51 lat, a mężczyźni 47 lat⁴². Z szacunków opartych na danych pochodzących ze spisów powszechnych ludności wynika, iż dystans ten jest krótszy – trzyletni w odniesieniu do mężczyzn (średnia długość życia 66 lat) i 2,5-letni w przypadku kobiet

³⁸ J. Filadelfiová, D. Gerbery, D. Škobla, *Správa o životných podmienkach rómskych domácností na Slovensku*. UNDP, Regionálny Úrad Pre Európu a SNŠ, Friedrich Ebert Stiftung 2003, s. 31-38.

³⁹ *Ako sme riešili problematiku zdravia Rómov*, [w:]: „Rómske Listy”, 2006, č. 1, s. 3-4.

⁴⁰ *Příručka pro jednání s řomskou komunitou v oblasti zdravotních služeb*, Madrid, Praha, Bratislava 2007.

⁴¹ A. Adamczyk, *Problematyka dyskryminacji w Polsce (na przykładzie Romów)*, [w:] „Sprawy Narodowe”, 2005, zeszyt 26.

⁴² A. Slováková, *Zdravie Rómov – katastrofa*, www.sme.sk/autor_info.asp?id=46, dn. 12.12.2008 r.

(średnia długość życia 75 lat). W przypadku Romów zamieszkujących osady należy go powiększyć jeszcze o półtora roku⁴³.

Badania wskazują też gorszą niż dominujących większości sytuację w sferze tzw. chorób cywilizacyjnych. W Słowacji stwierdzono, iż zapadalność Romów w stosunku do nie-Romów na choroby kardiologiczne jest 2,5-krotnie większa, 1,8-krotnie wyższa na nowotwory, a umieralność z powodu nagłych przyczyn takich jak: zranienia, samobójstwa, przestępczość 2-krotnie wyższa⁴⁴. Równocześnie, jak pisze I. Radičová⁴⁵. *Między romskimi dziećmi pojawiają się infekcje i pasożytnicze choroby, które już w dominującej większości nie występują. Wielkim niebezpieczeństwem jest rozszerzanie się zapalenia opon mózgowych. Ze społecznym złym środowiskiem powiązany jest wysoki udział różnego poziomu opóźnień psychicznych. Mimo prób eliminowania epidemii duru brzuszego, czerwonki i chęci ograniczenia specyficznych zagrożeń, jakimi są jaglica, zagrożenie dróg oddechowych, zagrożenia dokrewne i syfilis na poziomie ogólnokrajowym, wiele tych zagrożeń w romskich osadach dalej się pojawia.*

Specjaliści powszechnie podkreśla się też, iż romska populacja charakteryzuje się z jednej strony wysoką płodnością kobiet, z drugiej wysoką umieralnością noworodków i dzieci. W Republice Czeskiej szacuje się, iż płodność romskich kobiet jest dwukrotnie wyższa niż nie-romskich (statystycznie jedna kobieta romska w tym kraju rodzi czworo dzieci, a nie-romska dwoje). I choć w ostatnich latach można zauważyć malejącą liczbę kobiet romskich rodzących dużą liczbę dzieci, a przeciętny wiek zawierania małżeństw rośnie, to wciąż odbiega on od tego notowanego wśród członków dominującej większości. Obecnie połowa Romów zawiera związki małżeńskie między 20 a 24 rokiem życia⁴⁶. Jeszcze wyższa płodność notowana jest wśród romskich kobiet w Słowacji. B. Vaňo⁴⁷ i L. Hegyi⁴⁸ podają, iż jest ona ponad dwukrotnie (2,2-2,5-krotnie) wyższa niż średnia

⁴³ J. Mészáros, B. Vaňo, *Reprodukčné spavávanie obyvateľstva v obciach s nízkym životným štandardom*. Bratislava 2004.

⁴⁴ P. Šaško, *Zdrovotná situácia rmskej populácie*, [w:] M. Vašečka, (ed.), *Čaćipen pal o Roma. Súhrnná správa o Rómoch na Slovensku*. Bratislava 2002, s. 670.

⁴⁵ I. Radičová, *Hic Sunt Romales*. Bratislava 2001, s. 72.

⁴⁶ *Přiručka pŕo jednani s řomskou komunikou v oblasti zďřavotniřh sluřeb*. Madrit, Praha, Bratislava 2007.

⁴⁷ B. Vaňo, *Rómske deti z pohľadu demografie*, [w:] A. Salner, (ed.), *Rómske deti v slovenskom školstve*. Bratislava 2004, s. 28.

⁴⁸ L. Hegyi, a kol., *Základy sociálnej práce pre verejně zďřavotníctvo*. Bratislava 2006, s. 18-20.

dla kraju (przeciętna kobieta w Słowacji rodzi 1,2 dzieci, romska troje). W osadach wskaźnik ten jest jeszcze wyższy. Szacuje się, że jest ona 3,5-krotnie wyższa (średnio kobieta rodzi 4,6 dziecka). Niższy jest też wiek kobiet rodzących po raz pierwszy. O ile wśród nie-Romów w Słowacji przeciętnie kobieta pierwsze dziecko rodzi mając 24,6 lat, to wśród Romów 21,1 lat, a w osadach 19,6 lat. Rodzenie dzieci przez kobiety w wieku poniżej 15 lat należy do rzadkości (0,3 nowonarodzonych na 1000 kobiet w wieku 12-14 lat). Problem w tym, iż są to przede wszystkim dziewczęta romskie, pochodzące głównie z segregowanych czy separowanych skupisk. Do tego prawie, co czwarte dziecko romskie (37,4%) w Słowacji rodzi się poza małżeństwem. Badania zlecone przez słowackie ministerstwo zdrowia w ramach Projektu wsparcia zdrowia romskiej społeczności znajdującej się w niesprzyjającej sytuacji w latach 2007-2008⁴⁹ wykazały, iż 26% romskich kobiet rodziło od 6 do 10 razy, gdy średnia dla kraju w 2006 r. wynosiła 1,2 porodu na jedną kobietę. Prawie, co druga (49%) rodziła przed 18 rokiem życia, z tego 6% w wieku poniżej lat 15-tu. Większość porodów miała miejsce przed 25 rokiem życia. Specjaliści wskazują na wielość przyczyn istniejącej sytuacji. Od faktu, iż kobiety zajmują niższą niż mężczyźni pozycję w rodzinie, poprzez niedostateczną wiedzę o zasadach kontrolowania swojej płodności, słabe wsparcie społeczności lokalnej, brak informacji i motywacji do dbania o swoje zdrowie, niską motywację personelu medycznego do aktywnego rozwiązywania problemu zdrowia Romów, szczególnie stosunek niższych warstw do antykoncepcji⁵⁰, aż do błędów w systemie edukacji dotyczącej planowania rodziny⁵¹.

Wysokiej płodności kobiet towarzyszy wysoka umieralność noworodków i dzieci. Według słowackiego oddziału UNICEF-u umieralność dzieci w 1999 r. była wśród Romów zamieszkujących wschodnie regiony Słowacji 3-krotnie wyższa niż wśród dzieci z innych grup etnicznych⁵². Natomiast z danych pochodzących z połowy lat 90. wieku XX wynika, że umieralność w okresie prenatalnym była wśród Romów 1,5 do 2,0-

⁴⁹ *Hodnotiaca správa o výsledkoch 1. etapy Programu podpory zdravia znevýhodnenej rómskej komunity za roky 2007-2008*, Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, Bratislava, 25. augusta 2008 r.

⁵⁰ Gondášová I. *Zdravie rómskych žien v osadách a možnosti zlepšenia*, [w:] *Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metódik*, XIV, č.1, 2008.

⁵¹ M. Vašečka, *Rómovia*, [w:] G. Mesežnikov, M. Ivantyšin, (ed.), *Slovensko 1998-1999. Súhrnná správa o stave spoločnosti*. Bratislava 1999.

⁵² A. Jurová, A. Koptová, *Zraniteľné obyvateľstvo: deti a mladá ľudia rómskeho pôvodu*, [w:] *Deti na Slovensku 1999*, „Slovenský výbor pre UNICEF“, október 1999, s. 47-48.

krotnie wyższa niż wśród nie-Romów⁵³. Pediatrzy i pracownicy socjalni podkreślają, iż bardzo często rodzice pojawiają się u lekarza z dzieckiem, gdy sytuacja jest już krytyczna, na powszechną niechęć do profilaktycznych szczepień oraz, że notuje przypadki powrotu do metod niemających nic wspólnego z wiedzą medyczną, jak np. leczenia psim smalcem. Jako główną przyczynę tego typu zachowań wskazywali wzrost kosztów leczenia (dojazd, opłata za receptę itp.)⁵⁴.

W dyskusjach o złym stanie zdrowia zarówno dzieci, jak i dorosłych Romów zwraca się uwagę na nawyki żywieniowe mające źródła zarówno w tradycji, jak i w położeniu ekonomicznym. „Tradycyjna romska kuchnia”, (jeżeli w ogóle o takiej można mówić) jest z punktu widzenia odżywiania się niezdrowa. Preferuje spożywanie mięsa i to gorszej jakości, mącznych potraw z niewielkim udziałem owoców i warzyw. Taki sposób odżywiania wynika z faktu, iż żywili się oni w przeszłości głównie nadwyżkami żywności uzyskiwanymi od bogatszych mieszkańców, a migrując nie chowali drobiu czy zwierząt. Sytuacja ta nie uległa zmianie przez ostatnie trzy stulecia. Nawyków tych nie zmieniają podejmowane w ramach szeregu projektów próby wykształcenia umiejętności samotrzymania się (np. poprzez przekazywanie drobiu, kóz, ziemniaków i nasion warzyw do sadzenia)⁵⁵. Do tego, w niektórych rodzinach pozostał zwyczaj nie przechowywania jedzenia na drugi dzień. Takie zachowanie było logiczne w przeszłości, gdy w poszukiwaniu dochodu migrowało się z miejsca na miejsce, gdy w osadach nie było prądu, gdy nie było zamrażarek i lodówek i gdy pozostawiony pokarm zagrażał zatruciu. Ten sposób postępowania podlegał rytualizacji, kreowaniu przekonania, że pozostawione na noc jedzenie obsiadają duchy zmarłych (mule), wprowadzają nasiona śmierci (ludowe wyobrażenie bakterii), a który obecnie wciąż przekazywany jest z pokolenia na pokolenie przyczyniając się do pogłębiania złej sytuacji materialnej rodzin.

Badania prowadzone w Słowacji dotyczące odżywiania się wykazują na występowanie wyraźnych różnic między segregowanymi a zintegrowanymi Romami. Z wywiadów z tymi drugimi wynikało, iż raczej starają się nie oszczędzać na jedzeniu, regularnie gotować i szczególnie w okresie

⁵³ I. Szeres, *Špecifické otázky prenatalnej starostlivosti o rómske obyvateľstvo*, [w:] „Slovenská gynecológia a pôrodnictvo”, 1998, č. 5, s. 125-131.

⁵⁴ B. Vaňo, *Rómske deti z pohľadu demografie*, [w:] A. Salner, (ed.), *Rómske deti v slovenskom školstve*. Bratislava 2004, november, s. 25-31.

⁵⁵ *Tradicie a zdravie Rómov*, [w:] „Rómske Listy” 2006/1, s. 5.

letnim uzupełniać je warzywami. W przypadku tych zamieszkujących w segregowanych osadach gotowanie nie jest regularne, na co wpływ ma niechęć do codziennego planowania. Planowanie i myślenie perspektywiczne nie ma w tych skupiskach miejsca. Podkreśla się wyraźną różnicę w strategiach w sytuacji biedy. O ile wśród nie-Romów mamy do czynienia z ograniczaniem wydatków na własne potrzeby na rzecz dzieci, kupowaniem tańszych produktów spożywczych, hodowanie drobiu i robieniem przetworów, a więc dostatek produktów jest w tych rodzinach priorytetem. Zabiega się o to by biedę ukryć, deklarować przeciętny status, poszukuje się nowych źródeł dochodów i nie chce się doprowadzić do widocznych różnic między własnym dzieckiem a innymi dziećmi w szkole. Romowie takich strategii nie stosują, kierując się hasłem „dziś bogato, jutro ubogo”. Ograniczenie świadczeń socjalnych, jakie przeprowadzono na początku XXI wieku w Słowacji sprawia, że nie tylko brakuje na produkty żywnościowe, ale na ubiór i używki (na alkohol, papierosy). W segregowanych osadach występują okresy dobrobytu i pełnej biedy i to według terminu wypłaty świadczeń socjalnych. Dlatego też odżywianie się warunkowane jest tym kalendarzem. Zintegrowani Romowie stosują podobne strategie, jak dominująca większość według zasady: „własny dach nad głową i dostatek jedzenia”⁵⁶. W zmarginalizowanych regionach nawet w zintegrowanych rodzinach uzyskano informacje, iż przed wypłatą świadczeń socjalnych gotuje się w tygodniu jedną strawę np. fasolę.

Podsumowując stwierdzić należy, iż z fragmentarycznych badań dotyczących sytuacji zdrowotnej romskich rodzin wynika, iż jest ona gorsza niż notowana wśród dominującej większości. Wpływ na to ma w pewnym stopniu funkcjonująca w tych zbiorowościach tradycyjna koncepcja zdrowia. Istotniejszą rolę odgrywa jednak ich niskie położenie w strukturze społecznej. Romowie wykazują zachowania i cechy typowe dla uboższych kategorii społecznych. Członkowie tych zbiorowości statystycznie żyją krócej. Wysokiej płodności kobiet towarzyszy wysoka umieralność noworodków i dzieci. Na stan zdrowia dzieci istotny wpływ ma fakt integracji z dominującą większością. Najtrudniejsza sytuacja w sferze zdrowia dzieci ma miejsce w izolowanych skupiskach wiejskich (osadach), gdzie notuje występowanie takich chorób zakaźnych i pasożytniczych, które nie notowane są wśród dominującej większości.

⁵⁶ I. Radičová, *Hic Sunt Romales*. Bratislava 2001, s. 113.

Bibliografia

- Adamczyk A. (2005), *Problematyka dyskryminacji w Polsce* (na przykładzie Romów), [w:] „Sprawy Narodowe”, zeszyt 26.
- Ako sme riešili problematiku zdravia Rómov* (2006), [w:] „Rómske Listy” č. 1, s. 3-4.
- Bakalář P. (2004), *Psychologie Romů*. Praha, Votobia.
- Borovcová M. (1976), *Práce ve speciálních cikánských třídách*, [w:] „Výchova a vzdělávání cikánských dětí” (sborník přednášek). Ústí nad Labem, Ústav školských informací při ministerstvu školnictví ČR, s. 68-79.
- Bartosz A. (2004), *Nie bój się Cygana. Na dara Romestar*. Sejny 2004, Wyd. Pogranicze.
- Filadelfiová J., Gerbery D., Škobla D. (2003), *Správa o životných podmienkach rómskych domácností na Slovensku*. UNDP, Regionálny Úrad Pre Európu a SNŠ, Friedrich Ebert Stiftung, s. 31-38.
- Fraser N. (2001), *Dzieje Cyganów*. Warszawa, PIW, przekład Ewa Klekot.
- Frištenská H. (1997), *Romové a státní politika*, [w:] „Romové – reflexe problému. Soubor textů k romské problematice”. Praha, SOFIS, s. 34-45.
- Frištenská H. (2003), *Analýza faktorů, ovlivňujících společenskou integraci Romů v ČR (pokus o sourhnu)*, [w:] „Analýza sociálně ekonomické situace romské populace České republiky s návrhy na opatření”. Závěrečná zpráva projektu výzkumu a vývoje č. HS 91/02 (smlouva č. GF MPSV-01-82/02). Praha, 30 listopadu, s. 16-25.
- Gail K. (2003), *Společný wymiar „inności”: identyfikacja Romów w społeczeństwach postkomunistycznych*, [w:] Szlenyi I. (red.), „Bieda a nierówności płci i podziały etniczne w społeczeństwach postkomunistycznych”. Przekład Joanna i Bohdan Szklarscy. Warszawa, IFiS PAN, s. 44-65
- Gondášová I. (2008), *Zdravie rómskych žien v osadách a možnosti zlepšenia*, [w:] „Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórných metodík”, XIV, č.1.
- Hajská M., *Fenomém zoči*, [w:] Jakoubek M., Poduška O. (red.), „Romské osady v kulturologické perspektivě”. Praha 2003, Barum Centrum Praha s.r.o., s. 108-119.
- Hájková M. (2001), *Rodina a zvyky slovenských Rómov usadených v ČR*, [w:] Šišková T. (ed.), „Menšiny a migranti v České republice”. Praha, Portal.
- Hegyí, L., a kol. (2006), *Základy sociálnej práce pre verejné zdravotníctvo*. Bratislava, Herba.
- Hodnotiaca správa o výsledkoch 1. etapy Programu podpory zdravia znevýhodnenej rómskej komunity za roky 2007-2008*, Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, Bratislava, 25. augusta 2008 r.
- Hübschmannová M. (1977), *Jak známe a neznáme cikánskou rodinu* [w:] „Děti a my”, nr 3, s. 7-8.
- Hübschmannová M. (1993), *Šaj pes dovekeras. Můžeme se domluvit*. Olomnuc. Pedagogická fakulta UP.
- Hübschmannová M. (1999), *Od etnické kasty ke strukturovanému etnickému společenství*, [w:] „Romové v České republice”. Praha, Socioklub, s. 115-136.
- Jurčová D. (2002), *Sociálně-demografická struktúra*, [w:] „Zborník analyticko-prognostických štúdií k prognoze rozvoja Slovenska do roku 2010”. Prognózy č. 1. Bratislava, marec 2002, Prognostický ústav SAV, s. 63-75.
- Jurová A., Koptová A. (1999), *Zraniteľné obyvateľstvo: deti a mladá ľudia rómskeho pôvodu*, [w:] „Deti na Slovensku 1999”, Slovenský výbor pre UNICEF, október, s. 47-48.
- Kalibová K. (1999), *Romové z pohľadu statistiky a demografie*, [w:] „Romové v České republice (1945-1998)”. Praha, Socioklub, s. 91-114.
- Kawczyńska-Butrym Z. (1995), *Rodziny kontekst zdrowia i choroby*. Warszawa.
- Kovařínková M. et. al. (1998), *Pedagogicko-psychologická problematika romských žaku ve vztahu k jejich školní úspěšnosti*. Ústí nad Labem, PF UJEP.
- Krištof R. (2004), *Romové, Europa a mezinárodní instituce*, [w:] Jakoubek M., Hirt T. (ed.), „Romové: kulturologické etiudy (etnopolitika, přibuzenství a sociální organizace)”. Plzeň, s. 102-133.

- Kowarska A. (2005), *Polska Roma. Tradycja i nowoczesność*. Warszawa 2005.
- Lakatošová E. (1994), *Některé zvyklosti olasšských Romů*, [w:] „Romano Dženiben”, č. 3, s.2-13.
- Lodziński S. (2005), *Romowie w Narodowym Spisie Powszechnym 2002 w Polsce. Kwestie liczebności i tożsamości etnicznej*, [w:] Nowicka E., Cieślińska B., „Wędrowcy i migranci”. Kraków, Zakład Wydawniczy NOMOS, ss. 19-38.
- Mészáros J., Vaňo B. (2004), *Reprodukčné spavávanie obyvateľstva v obciach s nízkym životným štandardom*. Bratislava, INFOSTAT.
- Navrátil P. (2002), *Předběžné výsledky ze šetření mezi Romy: Integrace Romů*, [w:] „Sociální práce/ Sociální práce” č. 2, s. 34-56.
- Navrátil P., Šišlák M. (2004), *Podmínky výchovy v romských sociálně vyločených rodinách*, [w:] Sirovatka T., (ed), „Sociální exkluze a sociální inkluze menšin a marginalizovaných skupin”. Brno, Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Nakladatelství Georgetown, s.137-161.
- Nowicka E. (2005), *Romowie – pierwsi Europejczycy*. W: Nowicka E., Cieślińska B. (red.), „Wędrowcy i migranci. Pomiedzy marginalizacją a integracją”. Kraków, Zakład Wydawniczy NOMOS, s. 39-51.
- Přiručka pro jednání s romskou komunitou v oblasti zdravotních služeb* (2007). Madrit, Praha, Bratislava.
- Radičová I. (2001), *Hic Sunt Romales*. Bratislava.
- Rimárová K. (2006), *Základné charakteristiky rómskej populácie ovplyvňujúce zdravotný stav*, [w:] Ánglová L., (ed.), „Životné podmienky a zdravie. Zborník vedeckých prác”. Bratislava, Úrad verejného zdravotníctva SR, s. 221-227.
- Řičan P. (1998), *S Romy žít budeme – jde o to jak*. Praha, Portál s.r.o.
- Situácia Rómov v rozšírenej Európe*. Brusel 2004, Generálne riaditeľstvo pre zamestnanosť a sociálne záležitosti, s. 6. http://ec.europa.eu/employment_social/fundamental_rights/pdf/pubst/roma04_en.pdf, dn. 14.05.2007 r.
- Sivaková D. (1992), *Antropologické výskumy Cigánov (Rómov) na Slovensku*, [w:] Mann A.B. (ed.), „Neznámi Rómovia”. Bratislava, Ister Science Press.
- Slováková A., Zdravie Rómov – katastrofa, www.sme.sk/autor_info.asp?id=46, dn. 12.12.2008 r.
- Sokolowska M. (1986), *Socjologia medycyny*. Warszawa.
- Szacka B. (2003), *Wprowadzenie do socjologii*. Warszawa, Oficyna Naukowa.
- Szeres I. (1998), *Špecifické otázky prenatalnej starostlivosti o rómske obyvateľstvo*, [w:] „Slovenská gynekológia a pôrodnictvo”, č. 5, s. 125-131.
- Šaško P. (2002), *Zdravotná situácia rmskej populácie*, [w:] Vašečka M. (ed.), „Čačipen pal o Roma. Súhrnná správa o Rómoch na Slovensku”. Bratislava, IVO, s. 657-677.
- Šebková V. (2001), *Střpky romské tragice v osadě v Hermanovicích*, [w:] „Romano Dženiben”, č. 3-4, s.42-77.
- Taranowicz I. (2002), *Rodzina a problemy zdrowia i choroby*, [w:] Barański J., Piątkowski W. (red.), „Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny”. Wrocław, Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, s. 105-115.
- Tradičia a zdravie Rómov*, [w:] „Rómske Listy” 2006/1, s. 5.
- Vančáková M. (2008), *Romské dítě v náhradní rodině*. Praha, Wyd. Občanské sdružení Rozum a Cit.
- Vaňo B. (2002), *Prognóza vývoja rómskeho obyvateľstva v SR do roku 2025*. Bratislava, november, INFOSTAT – Inštitút Informatiky a štatistiky. Edícia.
- Vaňo B. (2004), *Rómske deti z pohľadu demografie*, [w:] Salner A. (ed.), „Rómske deti v slovenskom školstve”. Bratislava, november, ADIN s.r.o., s. 25-31.
- Vašečka M. (1999), *Rómovia*, [w:] Mesežnikov G., Ivantyšin M. (ed.), „Slovensko 1998-1999. Súhrnná správa o stave spoločnosti”. Bratislava, IVO.
- Višek P. (1999), *Program integrace – řešení problematiky romských obyvatel v období 1970 až 1989*, [w:] „Romové v České republice”. Praha, Socioklub, s. 184-217.