



I. Zdravčevi dnevi

Posebej ogrožene skupine v sistemu zdravstvene dejavnosti – Romi

Zbornik predavanj

Beltinci, 6. in 7. 6. 2008

Urednici: Erika Zelko in Zalika Klemenc-Ketiš

Družinska medicina 2008; 6, supplement 6
Združenje zdravnikov družinske medicine SZD
Beltinci, junij 2008

Družinska medicina 2008

Letnik 6

Supplement 6

Junij 2008

I. ZADRAVČEVI DNEVI

Posebej ogrožene skupine v sistemu zdravstvene dejavnosti – Romi Zbornik predavanj

Beltinci, 6. in 7.6. 2008

Urednici: Erika Zelko in Zalika Klemenc-Ketiš

Tehnično urejanje in oblikovanje: Zalika Klemenc-Ketiš

Lektor za slovenski jezik: Benjamin Horvat

Izdalo: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD

Založil: Zavod za razvoj družinske medicine

Prelom in tisk: Knjigoveznica in fotokopirnica Snoopy

Naklada: 200 izvodov

Copyright© Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD 2008

CIP – Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

614.2:316.356.2(063)

614.2:316.344.7(063)

POSEBEJ ogrožene skupine v sistemu zdravstvene dejavnosti – Romi
: zbornik predavanj : I. Zdravčevi dnevi, Beltinci, 6. in 7. 6.
2008 / [urednici Erika Zelko in Zalika Klemenc-Ketiš]. – Ljubljana
: Zavod za razvoj družinske medicine, 2008. – (Družinska medicina ;
2008, 6. Supplement ; 6)

ISBN 978-961-91889-9-6

l. Klemenc-Ketiš, Zalika

239031808

PROGRAM I. ZADRAVČEVIIH DNEVOV**Petek, 6. junij 2008**

15.00	Prihod in registracija	
15.15	Predstavniki občine Beltinci, organizator	Uvodni pozdrav
15.30	Nikolaj Szepessy	Spominsko predavanje prim. dr. Jožetu Zadravcu
16.00	Danijela Cug	Multiinstitucionalne obravnave romskega vprašanja
16.20	Odmor	
16.30	Danica Rotar-Pavlič	Dostopnost do zdravstvene službe – ali je romska skupnost enakopravna?
17.00	Janko Kersnik	Marginalne in ranljive skupine v družinski medicini
17.30	Študenti MF UM MB	Predstavitev posterjev
17.45	Odhod avtobusa v romsko naselje Ljubljana – Maribor v Rogaševcih (Goričko)	
20.00	Večerja s kulturnim programom	

Sobota, 7. junij 2008

9.00	Majda Vodopivec	Pasti komunikacije pri delu s posebej ogroženimi člani populacije – Romi
9.30	Blanka Dugar	Značilnosti romske družine
10.00	Odmor	
10.15	Damir in Verica Lolič	Vplivi socialnih dejavnikov na stališča Romov do kajenja Stališča Romov do zdravja in zdravljenja zvišane temperature
10.45	Stanko Baranja, Štefan Bajič	Predstavitev organiziranosti Romov v Sloveniji Pogledi in mnenja o zdravstveni oskrbi Romov
11.00	Mladen Tancer	Izobrazbeni manjko Romov – velika prepreka pri njihovem družbenem uveljavljanju
11.30	Odmor	
11.45	Vsi udeleženci	Delo v skupinah
12.30	Plenarno	Predstavitev dela v skupinah
13.15	Zaključek srečanja	
13.30	Kosilo	

KAZALO

Kolofon.....	ii
Program srečanja.....	iii
Kazalo.....	iv
Abecedni seznam avtorjev.....	v
Predgovor.....	1
1. Nikolaj Szepessy: <i>V spomin prim. dr. Jožetu Zadravcu</i>	3
2. Zalika Klemenc-Ketiš, Janko Kersnik: <i>Marginalne in ranljive skupine v družinski medicini</i>	5
3. Danijela Cug: <i>Etnična skupina Romi kot posebnost Pomurja</i>	9
4. Danica Rotar-Pavlič, Angelina Blazevska: <i>Dostopnost do zdravstvene službe – ali je romska skupnost enakopravna?</i>	23
5. Majda Vodopivec: <i>Pasti komunikacije pri delu s posebej ogroženimi člani populacije – Romi</i>	27
6. Blanka Dugar: <i>Uporaba konceptualnih modelov in teorij zdravstvene nege za ocenjevanje potreb po zdravstveni negi družine</i>	35
7. Nikolaj Szepessy: <i>Kako je nastala ideja in kako je prišlo do uresničitve razstave »Zgodovina zdravstva v Pomurju«</i>	43

ABECEDNI SEZNAM AVTORJEV

1. **Angelina Blazevska**, dr. med., Mesarska ulica 22, 1000 Ljubljana
2. **Danijela Cug**, univ. dipl. soc., Center za socialno delo Murska Sobota, Slovenska ulica 44, 9000 Murska Sobota
3. **Blanka Dugar**, dipl. med. ses., Patronažno zdravstveno varstvo, ZD Murska Sobota, Grajska ulica 22, 9000 Murska Sobota
4. Prof. dr. **Janko Kersnik**, dr. med., Katedra za družinsko medicino MF UM in UL, Slomškov trg 15, 2000 Maribor; Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
5. Asist. **Zalika Klemenc-Ketiš**, dr. med., Katedra za družinsko medicino MF UM, Slomškov trg 15, 2000 Maribor
6. Asist. dr. **Danica Rotar-Pavlič**, dr. med., Katedra za družinsko medicino MF UL, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
7. **Nikolaj Szepessy, dr.med**, spec. anest., SB Murska Sobota Rakičan, Ulica dr. Vrbnjaka 6, 9000 Murska Sobota
8. **Majda Vodopivec**, prof. ped. in psih., NLP trener in coach, Državni zbor Republike Slovenije, Šubičeva 4, 1000 Ljubljana
9. Asist. mag. **Erika Zelko**, dr. med., Katedra za družinsko medicino MF UM, Slomškov trg 15, 2000 Maribor

Spoštovani kolegi, drage kolegice!

Pred Vami je zbornik prvih Zdravčevih dni, ki naj bi postali stalnica naših srečevanj in izobraževanj. Morda bo kdo dejal, da ni možno dodati še nekaj novega, saj so v slovenskem prostoru izčrpane že vse ideje. Vendar smo skušali slediti modelu naših učnih delavnic za mentorje in na Vašo pobudo in željo pripraviti sklop tem, ki jih morda drugje spregledamo oziroma so neprijetne, ker postanemo ob njih ranljivi, se ne znajdemo in vedno znova presegajo okvire naše klasične medicinske izobrazbe. Zahtevajo fleksibilnost ter široko poznavanje okolja ter spremljajočih akterjev, ki jih lahko ali celo moramo vključiti v reševanje našega »primera«. V prihodnjih bi se radi dotaknili odvisnosti med zdravstvenimi delavci, tujcev na začasnem delu v Sloveniji, delovanja ambulant za nezavarovane, trpinčenih in zlorabljenih, brezdomcev, etičnih dilem v družinskih ambulantomah, in še se bo našlo.

Naša srečanja naj bi tako pomagala oblikovati smeri, poti in možne rešitve v situacijah, ko se srečujemo z bolj ranljivimi člani naše skupnosti, ki odstirajo ranljivost in nemoč naše stroke ter nas samih. Hkrati pa so stalnica našega dela, katera daje družinski medicini poseben pečat človečnosti in individualizma na naši ter njihovi strani.

Želimo si, da bodo prvim sledili drugi, in tretji, četrti, deseti, petnajsti... dnevi, da jih bomo sprejeli za svoje in postali tudi na ta način prepoznavna skupnost družinskih zdravnikov.

V imenu organizatorjev:
asist. mag. Erika Zelko, dr.med. spec. spl. med.

1

DR. JOŽE ZADAVEC – ZDRAVNIK, RAZISKOVALEC IN PISATELJ

Nikolaj Szepessy¹

Poznal sem ga že kot otrok, saj so stanovali v ulici za našim vrtom. Prihajal je domov ob počitnicah in praznikih ter pomagal pri delu na kmetiji. To je Amerikancov Joužek, Zadavcov, ka se v Ljubljani včij za doktora, tak kak doktor Sedlaček in doktor Perkič – mi je odgovoril na moje vprašanje, kdo je to sosedov Pišta. Zakaj Amerikancov, ga vprašam? Ker so njegov dedek bili v Ameriki in so od tam »puno pejnez prinesli«, je še pribil. Gledal sem zadržanega, skromnega, skoraj boječega fanta z velikim spoštovanjem.

Resnično spoznal sem ga tistega daljnega leta 1962, ko sem hodil še v osnovno šolo. Prišel je k mojemu očetu v lekarno, da se predstavi kot novi beltinški zdravnik. V tistih časih je bilo to pravilo, bil je skoraj obred, da se vsak novopečeni zdravnik v Beltincih oglasi v lekarni. Bil je v silni zadregi – predstavil se je – rekel, da je novi beltinški zdravnik in potem hitro zdrdrdal tisto: »da naj gospod magister malo popazijo na njegove recepte in ga opozorijo, če bi bila katera doza zdravil neustrezna ali pa kakšna druga napaka.« Počasi se je odtajal, postal zgovoren in ogovoril tudi mene, ki sem kot radoveden osmošolec imel povsod svoj nos zraven.

V Beltincih je sprejel nehvaležno dediščino razsute zdravstvene službe, zdravnik je hodil delat samo občasno. Okoliš pa je bil blazno velik, tja do Bistric, Črenšovec in Turnišča. Občina je ravno takrat dokončevala gradnjo novega zdravstvenega doma, ki je bil za tiste čase zelo »nobel«, vendar je delo bilo potrebno organizirati in zdravstveni dom opremiti. Doktor Zadavec se je lotil dela z mladostniško vnemo, opremil zdravstveni dom z ustrezno opremo (laboratorij, rentgen, fizioterapija) in delal nemalokrat do poznih večernih ur. Zelo dobro se spomnim, da je v poznih popoldanskih urah opravljal hišne obiske. Vozil se je s kolesom znamke Diamant, ki smo mu ga mnogi takrat zavidali. Avtomobilov tiste čase še ni bilo mnogo, zato ga je na oddaljene hišne obiske pogosto peljal moj oče, ker smo tiste čase imeli že avto. Skoraj vedno sem se prislinil zraven in ga opazoval, kako je oskrboval bolnike. Mojim vprašanjem o njegovem delu ni bilo konca, vendar je na vse prijazno odgovarjal in razlagal. Večkrat mi je ob taki priliki rekel: »če boš kdaj šel študirat medicino, boš prihajal k meni na prakso in jaz te bom naučil tisto, kar ti fakulteta ne bo dala.« Res sem to pozneje dodobra izkoristil. Z njegovim neumornim delom je postala zdravstvena postaja v Beltincih ugledna in cenjena ustanova.

Kljub številnim nalogam, ki jih je opravljal v vsakdanjem delu v Beltincih, je uspel leta 1963 končati podiplomski študij iz Zdravstvenega varstva žena in otrok v Ljubljani, leta 1973 pa je zaključil študij iz javnega zdravstva na MF v Zagrebu, naslednje leto je končal specializacijo iz splošne medicine na MF v Ljubljani. Delo v Beltincih mu je prineslo velike izkušnje, spoznal je specifičnosti patologije bolnikov v Prekmurju, posebej specifičnosti patologije romske populacije, zanimal in raziskoval je tudi zgodovino razvoja zdravstvenega varstva v Prekmurju. To temo si je

¹ Nikolaj Szepessy, dr. med., spec. anest., SB Murska Sobota Rakičan, Ulica dr. Vrbnjaka 6, 9000 Murska Sobota

izbral tudi za magistrsko disertacijo, ki jo je opravil na MF v Zagrebu leta 1979 z delom: »Faktorji, ki vplivajo na dolgoročni razvoj zdravstva v občini, zdravstveno stanje prebivalstva in razvoj zdravstvene službe v občini Lendava od leta 1800 do danes«.

Raziskovalna žilica mu ni dala miru. Poznal je obsežno zdravstveno problematiko Romov in specifičnost njihove obolevnosti, zato je bila tema podlaga za njegovo doktorsko disertacijo z naslovom: »Prispevek k poznavanju etnologije sodobnih problemov zdravstvene zaščite in zdravstvenega varstva etnične skupine Romov v Prekmurju«. Doktoriral je leta 1984 na MF v Zagrebu, naslednje leto pa mu je bil podeljen naziv primarij. Njegovo nadaljnje raziskovalno delo se je osredotočilo predvsem na zgodovino prekmurskega zdravstva in specifičnosti življenja Prekmurcev. Zbral je obsežno gradivo, ki ga je obdelal v svoji knjigi z naslovom Ljudsko zdravilstvo v Prekmurju, ki je izšla leta 1985. Sledi knjiga Zdravstvena kultura Romov v Prekmurju leta 1989. Plod njegovega nadaljnega raziskovalnega dela je knjiga Moja vas, ki je izšla leta 1996. Tega leta je odšel tudi v zasluženi pokoj, vendar je ostal aktiven še naprej. Večino svojega časa je posvetil raziskovalni dejavnosti in zbiranju gradiv iz zgodovine zdravstva v Prekmurju, poleg tega pa je delal še v SPIZ-u kot predsednik invalidske komisije. Leta 1998 je izšla četrta knjiga Značilnosti ljudske prehrane v Prekmurju, leta 2000 pa peta knjiga Razvoj zdravstva v Prekmurju do leta 1941. Nedokončana pa ostaja šesta knjiga z naslovom Razvoj zdravstva v Pomurju po drugi svetovni vojni do danes. Veliko je tudi število objavljenih člankov v strokovnih, poljudnoznanstvenih revijah in časopisju.

4

Ravno pri zbiranju in raziskovanju zdravstva sva oba našla stično točko. Ker sam nisem imel časa pisati knjige, sem mu pomagal pri zbiranju podatkov in gradiva. Skupaj sva organizirala prvo razstavo o Zgodovini pomurskega zdravstva leta 1987 ob občinskem prazniku v Beltincih. Tam se je rodila ideja o postavitvi pomurske zdravstvene zbirke s katero sva dr. Zdravec in jaz imela velike načrte.

24. februarja 2002 je najino skupno delo na področju zgodovine medicine pretrgala njegova nenadna smrt. Del muzejske zbirke smo uspeli s pomočjo beltinske občine in Ministrstva za kulturo že predstaviti javnosti, trdno pa upam, da bo nekoč na ogled tudi njegovo zbrano gradivo.

2

MARGINALNE IN RANLJIVE SKUPINE V DRUŽINSKI MEDICINI

Zalika Klemenc-Ketiš¹, Janko Kersnik²

1 Uvod

V vsaki družbi obstajajo skupine ljudi, ki so s strani prevladujočih družbenih skupin negativno prepoznane kot marginalne. Običajno so meje sociološkega in psihološkega obnašanja članov skupnosti zarisane tako, da namenoma ohranjajo »nezaželene« člane skupnosti izven etabliranih, tj. za »večino« sprejemljivih pravil.

Med marginalne skupine ljudi lahko prištevamo ljudi z drugačno spolno usmerjenostjo, etnične in rasne manjšine, begunce, brezdomce in narkomane. Pri tem ločimo med pojmom marginalizacije in večje ranljivosti. Slednja se nanaša na skupine ljudi, ki so bolj izpostavljene določenim tveganjem, mednje pa sodijo otroci, nosečnice, starostniki, ljudje s socialno-ekonomskega dna ipd. Vzroki za družbeno marginalizacijo so ukoreninjena prepričanja o nestalnosti, agresivnosti, asocialnosti in manjši človeški vrednosti teh ljudi (1).

Na področju zdravstvene dejavnosti so skupna lastnost vseh marginalnih skupin večje težave v dostopnosti in koriščenju zdravstvenih storitev (2). Na strani zdravstvene službe k temu prispevajo ovire, kot so neprilagojen delovni čas ambulant, sistem naročanja, lokacija ambulate, finančne omejitve in diskriminacija (1). Zaradi tega je mogoče v tem kontekstu pravilneje govoriti o ranljivih skupinah, ki zaradi nekaterih svojih lastnosti teže pridejo do ustrezne zdravstvene oskrbe.

Zdravnik družinske medicine mora obravnavati pripadnike marginalnih skupin enakopravno z ostalimi bolniki, upošteva dispanzersko metodo dela in svojo usmerjenost v skupnost. Paziti mora na to, da ustrezno poskrbi za pripadnike ranljivih skupin tudi na področju preventive, zgodnjega odkrivanja bolezni in vodenja njihovih kroničnih bolezni ter stanj. Le tako bo namreč lahko kakovostno skrbel za celotno družbeno skupnost, kjer dela. Pri tem se neizogibno sooča s specifičnimi problemi, ki so nanizani v nadaljevanju.

2 Lastnosti pripadnikov marginalnih skupin

Pri soočenju s pripadnikom marginalne skupine se mora zdravnik družinske medicine zavedati določenih posebnih značilnosti in jih pri obravnavi takšnega bolnika upoštevati.

2.1 Jezikovne oz. kulturne ovire

Pripadniki marginalnih skupin velikokrat izhajajo iz drugih kulturnih okolij, kjer veljajo drugačne družbene norme in pravila obnašanja ter socialnih interakcij. Pogosta pomanjkljivost je tudi

¹ Asist. Zalika Klemenc-Ketiš, dr. med., Katedra za družinsko medicino MF UM, Slomškov trg 15, 2000 Maribor

² Prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., Katedra za družinsko medicino MF UM in LJ, Slomškov trg 15, 2000 Maribor; Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

neznanje jezika okolja (2). Zavedati se mora, da imajo ljudje različnih kultur tudi različen odnos do zdravljenja, preprečevanja bolezni, zdravstveno tveganih vedenj in do skrbi za bolnega. Zaradi slabšega jezika ovirano sporazumevanje je še posebej na preizkušnji pri poizvedovanju o bolnikovih pričakovanjih. Pomagati si moramo s prevajalci in poznavalci obeh kultur, da naše ukrepe čim bolj približamo potrebam in pričakovanjem bolnikov. Pri tem se pogosto zanašamo na svojce ali znance, kar predstavlja etično dilemo o bolnikovi avtonomiji in pravici od zasebnosti (3).

2.2 Vpliv skupine dejavnikov

Zdravstveno stanje je tesno povezano s socialnimi, ekonomskimi in političnimi dejavniki, ki vključujejo socialno podporo, urejene bivalne razmere, izobraževanje, zaposlitev in zdrav način življenja. Brez poznavanja le-teh zdravnik družinske medicine pripadnika marginalnih skupin ne more kakovostno obravnavati (2, 4). Migranti in nekatere druge marginalne skupine imajo pogosto skromno socialno mrežo, na katero se lahko naslonijo v primeru potreb po pomoči ali svetovanju, kako uporabljati zdravstveno službo in druge družbene institucije. Skupine z družbenega dna imajo sicer svoje socialne mreže, ki pa so lahko »patološke« (npr. odvisniki), ali pa so šibke na družbeni lestvici vplivnosti (npr. brezdomci). Medicinski ukrepi namreč na določen način predstavljajo zgolj nasvet o življenjskem slogu, jemanju zdravil in rehabilitaciji, česar pa pripadniki marsikaterih skupin niso sposobni in zmožni udejanjiti, ker za to nimajo bivanjskih, materialnih, osebnostnih ali družinskih pogojev.

2.3 Kompleksne potrebe po zdravstvenih uslugah

Pripadniki marginalnih skupin pogosto trpijo zaradi številnih sočasnih bolezni, ki od zdravnika zahtevajo večjo pozornost in več energije, da so ustrezno vodene (5). Pogosteje zlorabljajo alkohol, droge in se nezdravo prehranjujejo. Nalezljive in duševne bolezni so bolj pogoste. Večja je obolevnost, življenjska doba pa krajša. Vse to se odraža v potrebi po kompleksnejši zdravstveni oskrbi, kar je pri že obstoječi slabši dostopnosti do zdravstvenih storitev še toliko težje (1, 2).

2.4 Finančne omejitve

Pripadniki marginalnih skupin so pogosto brez urejenega ali sploh brez osnovnega zdravstvenega zavarovanja in imajo kot taki močno omejen dostop do najosnovnejših zdravstvenih storitev (2). Tudi v Sloveniji je več tisoč ljudi, ki nimajo urejenega zdravstvenega zavarovanja, čeprav bi jim ga mnogim od njih po veljavni zakonodaji lahko plačevala občina, a nezavarovane osebe pogosto ne storijo prvega koraka, ali pa se izkaže, da do takega zavarovanja niso upravičeni. Pri teh ljudeh se lahko sprašujemo o deklarativni državi blaginje, ki svoje zdravstveno zavarovanje pogojuje z zaposlitvijo ali plačevanjem prispevka in s tem nehumano izločitvijo iz zavarovanja tudi otrok, katerih starši so npr. izpadli iz sheme zavarovanja.

2.5 Stalnost in dostopnost zdravstvenih uslug

Pripadniki marginalnih skupin v mnogih sistemih zdravstvenega varstva pogosto nimajo izbranega zdravnika na osnovnem nivoju, edini stik z zdravstveno službo jim predstavlja urgentna služba, če je brezplačna. Tako so, poleg dostopnosti do sekundarnega oz. terciarnega nivoja zdravstvene oskrbe, prikrajšani tudi za stalnost oskrbe v ambulantni družinski medicini (2). Iz praktičnih izkušenj vemo, da tudi pri nas osebe iz marginalnih skupin kljub urejenemu zavarovanju relativno pogosto prihajajo v dežurno službo.

2.6 Odnosi in zaznavanja

Družba do pripadnikov marginalnih skupin ob njihovi boleznih ne izraža pretirane empatije. Velikokrat prevladuje mnenje, da so le-ti, zaradi domnevne svobodne odločitve o življenjskem načinu, za svoje težave krivi sami (4). Odgovornost za zdravljenje je tako na njihovih, in ne družbenih, plečih (2).

2.7 Sodelovanje pri oblikovanju zdravstvenih programov

Sodelovanje pri oblikovanju zdravstvenih programov je že znan faktor pozitivnega vpliva na izboljšanje zdravja v katerikoli družbi oziroma populaciji. Pripadniki marginalnih skupin so pri tem pogosto spregledani, zato so omenjeni programi, ki so namenjeni prav njim, velikokrat neuspešni (2).

3 Lastnosti zdravnikov družinske medicine ob stiku s pripadnikom marginalne skupine

Zdravniki pogosto nezavedno sprejmejo kulturne in sociološke stereotipne usmeritve okolja, ter različne vrste diskriminacije (4). Velikokrat ne pokažejo razumevanja za bolnikovo etnično in kulturološko podlago simptomov oziroma boleznih. Ne zavedajo se njegovih razlogov za obisk v ambulanti, ali pa imajo o le-teh drugačne predstave kot bolnik (2, 3-5). Zaradi lastnih izkušenj iz preteklosti se ob tovrstnih bolnikih počutijo neprijetno, tudi ogroženo, kar pogosto vodi v, s strani zdravnika, namerno povzročen odvisen in neenakopraven položaj bolnika (6). Zgovoren je primer nekega kanadskega zdravnika družinske medicine, ki je mlademu zdravniku svetoval, da naj pripadnikov marginalnih skupin ne vabi na kontrolne preglede, saj si takšnih bolnikov v svoji praksi ne želi (7).

4 Pasti obravnave pripadnika marginalne skupine v ambulanti zdravnika družinske medicine

Pri obravnavi pripadnika marginalne skupine se zdravnik družinske medicine pogosto pretirano osredotoči na sporazumevanje z bolnikom zgolj kot s posameznikom in skuša namenoma zmanjšati vpliv kulturnih in drugih razlik. Tako ne razvije spretnosti učinkovitega soočanja s podobnimi situacijami in upoštevanja bolnikovega okolja, kar negativno vpliva na kakovost obravnave bolnika. Prav tako se zdravnik ne poglobi v lastno kulturno etnično ozadje in konflikti iz preteklosti ostanejo nerazrešeni (8).

Kljub vedno glasnejšemu poudarjanju pomena vključevanja bolnika v zdravljenje, raziskave kažejo, da so pripadniki marginalnih skupin kot bolniki v soodločanje v procesu zdravljenja premalo vključeni, zdravniki redkeje ugotavljajo, ali so jih le-ti med pogovorom razumeli (6). Vendar je tudi pri pripadnikih marginalnih skupin aktivno vključevanje v zdravljenje pomembno, saj zdravniku omogoča prepoznavo ozadja boleznih in prilagajanje obravnave posebnim okoliščinam (1, 9). Pri tem je potrebna tudi določena mera previdnosti, saj takšni bolniki niso vedno pripravljene na vključevanje v odločanje (6) in jih lahko takšen način obravnave celo odbija.

5 Zaključek

Zdravniki družinske medicine se najbolj pogosto med vsemi zdravniki srečujejo z osebami iz marginalnih skupin. Pri tem se soočajo s številnimi težavami, med katerimi jih veliko izhaja iz zdravnikovih lastnih predsodkov, preteklih izkušenj in strahov. Zato ne preseneča, da večina zdravnikov družinske medicine tovrstne bolnike nerada obravnava. Za izboljšanje stanja so v Veliki Britaniji uvedli posebna dodatna plačila za zdravnike splošne medicine, ki imajo med svojimi bolniki tudi tiste iz marginalnih skupin (7). Za pomoč pri odstranjevanju ovir in omogočanju dostopa marginalnih bolnikov do potrebne zdravstvene oskrbe je Združenje zdravnikov za dostop do oskrbe (PAAC) predlagalo posebna priporočila (2).

Družinska medicina mora vložiti veliko energije v doseganje vključevanja zdravstvenih in drugih potreb marginalnih skupin v svojo filozofijo, izobraževalne programe in druge aktivnosti. Temu sledimo tudi pri pouku študentov pri predmetu Družinska medicina v Mariboru. Odgovornost vsakega posameznega zdravnika družinske medicine je, aktivna obravnava pripadnikov marginalnih skupin in stremenje k razreševanju lastnih konfliktov.

6 Literatura

1. Wright NMJ, Tompkins CNE, Oldham NS, Kay DJ. Homelessness and health: what can be done in general practice? *J R Soc Med* 2004; 97: 170-3.
2. Anon. Access to health care for the marginalized: A challenge for the family medicine. Prebrano 26.4.2008 na <http://ocfp.on.ca>
3. Kersnik J, editor. Etika v družinski medicini. 20. učne delavnice za zdravnike družinske medicine; 2003; Ljubljana. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine - SZD, 2003; 65-7.
4. Iljaž R, Kersnik J, Turk H, editors. Družinska medicina v skupnosti : učno gradivo 23. učne delavnice za zdravnike družinske medicine, Ljubljana, oktober 2006, (Družinska medicina, Supplement, 2006, 4, 4). Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, 2006.
5. Kersnik J, Iljaž R, editors. Sočasne bolezni in stanja : monografija, (Zbirka PiP). Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2005.
6. Schouten BC, Meeuwesen L, Harmsen HAM. GPs' interactional styles in consultation with Dutch and ethnic minority patients. Prebrano 26.4.2008 na <http://www.springerlink.com/content/x445574t18h8277u/>
7. Pottie K, Masi R, Watson B, Heyding R, Roberts M. Marginalized patients: a challenge for family physicians. *Can Fam Physician* 2000; 46:15-7.
8. Wachtler C, Brorsson A, Troein M. Meeting and treating cultural difference in primary care. *Fam Pract* 2006; 23: 111-5.
9. Bulc M, Turk H, Kersnik J, editors. Vključevanje bolnika v zdravljenje: učno gradivo 24. učne delavnice za zdravnike družinske medicine, Ljubljana, oktober 2007, (Družinska medicina, Supplement, 2007, 5, 4). Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine, 2007.

3

ETNIČNA SKUPINA ROMI KOT POSEBNOST POMURJA

Danijela Cug¹

1 Romi in njihova zgodovina



romska zastava

Djelem, djelem – romska himna

Na prvem svetovnem kongresu Romov v Londonu leta 1971, je bilo za njihovo poimenovanje tudi uradno sprejeto ime Rom, kar pomeni človek. Pred tem so jih Evropejci klicali Cigani, ker napačno mislijo, da izvirajo iz Egipta in da so to deželo zapustili zaradi neodpuščenega greha. To pa ni edina napačna hipoteza o njihovem izvoru. Nekateri jih imajo za preživele prebivalce mitološke Atlantide, drugi ponujajo zgodbo o izvoru iz Herodotovih časov, tretji trdijo, da so potomci plemena, ki je iznašlo bron in železo. Etnična oznaka Cigan se v sodobnem času v evropskih jezikih, tudi v slovenskem opušča. Nadomešča jo ime Rom, ki v romskem jeziku pomeni poročenega moškega in hkrati človeka.

Na podlagi jezika je ugotovljeno, da izvirajo iz severozahodnega dela Indije. Od tam se med 10. in 13. stoletjem selijo na zahod. Zakaj, ni povsem jasno. Najverjetneje bežijo pred islamsko ekspanzijo. Prva skupina indijskih nomadov gre v Afganistan in Perzijo, od tam čez iransko ozemlje v Armenijo, Turčijo, Bizanc in naposled v Grčijo. Druga skupina pa v Sirijo, Egipt, severno Afriko in od tam v Španijo. Iz Grčije se razselijo po drugih deželah Balkanskega polotoka in v 14. stoletju dosežejo tudi naše kraje. V sodni škofijski kroniki v Zagrebu je *Cigan iz Ljubljane* omenjen že leta 1387. Največ Romov naše kraje doseže iz severovzhodne smeri, družine se naselijo predvsem ob meji. Pozneje bodo razdeljeni na tri skupine: na dolenske oziroma hrvaške, prekmurske oziroma madžarske in gorenjske oziroma nemške Rome. Vsaka od skupin govori svoje romsko narečje. Preživljajo se kot kovači, izdelovalci svedrov, brusci rezil in popraviljavci dežnikov, drobilci kamenja, pletarji, prekupčevalci s konji in v Prekmurju tudi kot izdelovalci ilovnatih in cimpranih hiš. Ženske služijo denar z nabiranjem zelišč in gozdnih sadežev, pa tudi z vedeževanjem in beračenjem. Romi temu sicer ne rečejo beračenje, ampak fihtanje, kar pomeni, da premožnejše kmete in meščane prosijo za gmotno podporo. Znotraj romske skupnosti je tatvina

¹ Danijela Cug, univ. dipl. soc., Center za socialno delo Murska Sobota, Slovenska ulica 44, 9000 Murska Sobota

strogo prepovedana in kaznovana. Največja poslastica na njihovem jedilniku je jež. Še posebej slasten se jim zdi jeseni, ker se takrat hrani s sadjem. Po Evropi že od 15. stoletja slovijo kot izvrstni glasbeniki, predvsem goslači. Znani so tudi kot poznavalci ljudskega zdravilstva in čaranja. Trdina na primer zapiše tole ugotovitev: *"Če jim zboli družinski član, mu kuhajo Ciganke zdravilna zelišča in ga mažejo z mastjo. Zraven uporabljajo zagovore in čarovnije. Če to ne pomaga, nesejo njegovo vodo h konjederki. Včasih pokličejo tudi zdravnika. Poznajo zdravilo, ki človeka ozdravi v štiriindvajsetih urah, če mu je zdravje namenjeno; če mu ni namenjeno, bolnik po njem prav sladko zaspi in umre brez najmanjše bolečine."*

Podatki kažejo, da se Romi v Sloveniji pričnejo naseljevati okrog leta 1850, ko se zabeleži prva organizirana oblika naselja v Černelavcih. 1911 pa nastane največje romsko naselje v Sloveniji – Pušča.

Romi so etnična skupina, ki živi predvsem v evropskih državah in sicer v Romuniji, Slovaški, Grčiji, Turčiji, Madžarski in Sloveniji. Izhajali naj bi iz Indije. V Evropi jih živi 8 do 10 milijonov. Čeprav po svetu živi več kot 12 milijonov Romov, od tega le pet odstotkov pravih nomadov, se njihov položaj niti po drugi svetovni vojni in padcu komunizma bistveno ne izboljša.

Zaradi stoletij zatiranja in preganjanja Romi svoj izvor pogosto prikrivajo. Širši javnosti tako ni znano, da so romskega rodu tudi igralci Charlie Chaplin, Yul Brinner, Bob Hoskins in Rita Hayworth ter pionir džeza, kitarist Django Reinhardt.

10

Sovražnost do Romov se kaže tudi v naših krajih. Leta 1691 je izdan rabeljski račun za izvršitev obsodbe nad Ciganom Andrejem iz Kranja. Pozneje je izvršenih še več takšnih usmrtitev. V Novem mestu je na primer usmrčen Rom Simon Held, zvitez in morilec, ki mu očitajo, da nima navadnih podplatov, *"ampak spodaj kosmato kožo, da se sled ne pozna in se ne sliši dobro"*. Pozneje je izdanih več okrožnic, naj jih iz dežele izženejo, češ da so ogleduhi in vohuni.

2 Stanje v regiji

Na Centru za socialno delo Murska Sobota (v nadalj. CSD M. Sobota ali center) se srečujemo z materialnimi in nematerialnimi problemi. Izraz materialni problem zajema probleme, ki so povezani z dohodki in porabo, s stanovanjem, zaposlitvijo in odnosi z različnimi organizacijami. Pri nematerialnih problemih se ljudje najpogosteje oglašajo v zvezi s težavami v družinskih in partnerskih odnosih, težavami v zvezi z duševnim zdravjem, težavami otrok v odraščanju, težavami v zvezi z zasvojenostjo, starostjo, invalidnostjo ter nasiljem v družini.

Stopnja brezposelnosti je v pomurski regiji višja v primerjavi s povprečno brezposelnostjo v Sloveniji. Po podatkih ZRSZ je težava predvsem v t.i. strukturni brezposelnosti (veliko število brezposelnih oseb z neustrezno izobrazbo, ki je potrebna na trgu dela). Za pripadnike romske etnične skupnosti je po podatkih ZRSZ značilna visoka stopnja brezposelnosti. Zelo velik je delež takih, ki nimajo niti osnovne poklicne izobrazbe. Tudi v Pomurju se, kot drugod po Evropi, srečujemo z demografskim pojavom staranja prebivalstva.

V naši regiji je velik delež kmetijskega prebivalstva, ki pa ne prinaša velikih dobičkov. Proizvodna dejavnost v Pomurju se še ni reorganizirala, prevladuje delovno intenzivna panoga, ki ne prinaša dodane vrednosti na dobiček. BDP je posledično nižji od povprečne vrednosti v Sloveniji. Ljudje, še posebej je to značilno za pripadnike romske etične skupnosti, živijo v slabih bivanjskih razmerah. Romski naselji v Beltincih in Doliču nimata urejene infrastrukture, ni pitne vode, domovi nimajo urejenih sanitarij.

Na osnovi navedenega, torej predvsem slabšega materialnega položaja posameznikov, družin in skupin oseb (med drugim tudi romska etnična skupnost), je v naši regiji veliko takih, ki potrebujejo pomoč, torej storitve, ki jih nudimo na CSD M. Sobota. Nedvomno moramo poudariti, da je za pripadnike romske populacije značilna izrazita finančna nestabilnost. Ker si težko zagotavljajo osnovno preživetje, so v veliki meri odvisni od denarno socialnih pomoči. Za mnoge romske družine sta denarno socialna pomoč in otroški dodatek edini vir za preživetje.

Iz povedanega (izobrazba, brezposelnost, gospodarsko stanje) sledi, da v pomurski regiji velik delež prebivalstva živi pod pragom revščine, sklepamo lahko, da tudi velik delež romske etnične skupnosti živi pod pragom revščine, v neurejenih bivanjskih razmerah. Po nekaterih podatkih je kar 75% pripadnikov romske etične skupnosti prejemnikov denarno socialne pomoči, kar pomeni, da nimajo zagotovljenih lastnih dohodkov za preživetje.

Revščino se po Haralambosu meri na tri načine in sicer po principu absolutnega pristopa, po katerem revščina pomeni pomanjkanje osnovnih dobrin in storitev, ki so nujno potrebne za zadovoljitev minimalnih potreb (potreba po hrani, bivanju in zdravju), drugi principu je relativnega pristopa, ki se meri na osnovi strukturnih deležev in na ta način se določi najnižja meja ravni dohodkov od povprečja, ti padejo pod prag revščine, tretji pristop pa je subjektivni pristop določanja revščine, po katerem posameznik s svojim dojemanjem sam določi prag revščine (Haralambos 1999). Revščino pa lahko posredno nedvomno merimo tudi s številom upravičencev do socialnih transferjev, s katerimi si zagotavljajo osnovno preživetje.

Revščina je večplastni pojav, ki vključuje materialni, družbeni, politični in mentalni vidik. Revščina ima več obrazov. Razdelimo jo lahko na šest človeških razsežnosti: telesna (pomanjkanje hrane, nezdrava prehrana, pomanjkanje obleke in bivališča, slabo zdravstveno varstvo), duševna (pomanjkanje znanja, neizobraženost, čustvena otopelost, razvade, pomanjkanje dobrih navad), duhovna (neodgovornost do svojih odločitev), medčloveška (nerazvita zmožnost za komuniciranje in za prevzemanje vlog v temeljnih odnosih, pomanjkanje zmožnosti za delo in zaslužek, zlorabljanje), razvojna (zaostajanje za svojimi osebnimi zmožnostmi in možnostmi, nazadovanje), bivanjska (otopelost za smiselno orientacijo in ravnanje v danem trenutku, položaju). Na žalost lahko sklepamo, da prav vse navedene aspekte, velikokrat akumulirane, najdemo pri obravnavi posamezne osebe ali družine, pripadnice romske populacije. Ker so že posamezni aspekti sami po sebi kompleksni, je odveč govoriti, da akumulirani zahtevajo celovit pristop pri reševanju določene stiske.

Najpogostejši razlogi za revščino so izguba dela, pomanjkanje ustreznih ukrepov države, gospodarske, politične, rasistične, seksistične in druge oblike neenakosti. Spet ugotavljamo, da

lahko prav vsak razlog pripišemo kot značilnost pojava revščine pri pripadnikih romske populacije. Najpogostejše posledice revščine pa so: lakota, brezdomstvo, odsotnost izobraževanja, odsotnost virov za uresničitev osnovnih življenjskih potreb, večja obolevnost in umrljivost prebivalstva, slabše možnosti za otrokov razvoj.

Revščina je posebna oblika socialne izključenosti, ni pa nujno, da socialna izključenost vodi v revščino. Revščina se nanaša na izključenost od denarja in servisov, socialna izključenost pa presega samo izključenost iz porabniške družbe in zajema izključenost iz mesta v družbi. (dvakrat večja nevarnost bolezni, smrti). Dolgotrajno materialno pomanjkanje pa povzroča, da so revni ljudje izključeni iz družbenega dogajanja in postanejo socialno, kulturno in politično marginalizirani, povzroča torej njihovo socialno izključenost. Prav to je po mojem mnenju ključni problem, ki se pojavlja že od samih začetkov, ko so se Romi naselili na našem področju. Ne bi se smeli lokalno izolirati od večinske družbe.

V Sloveniji imajo visoka tveganja revščine naslednje kategorije: gospodinjstva brezposelnih oseb, starejše, samske ženske, osebe z nizko izobrazbeno strukturo, osebe s pokojnino in DSP, kot glavni vir preživljanja (značilnost romske populacije), kronično bolni, invalidi, najemniki neprofitnih in socialnih stanovanj, enočlanske družine, predvsem starejši in pari, družine s 3 ali več otroci, mlajšimi od 16 let in enostarševske družine, družine na podeželju (živijo bolj skromno), oz. v mestih bolj odtujeni (50,8% preb. živijo v mestih), pa tudi brezdomci, begunci, priseljenci.

Veliko naselij zemljiško sploh ni urejenih, naselja pravno niso legalizirana. Poleg tega v naseljih ni vodovoda, kanalizacije, elektrike. V romskih naseljih, kot je npr. romsko naselje v Beltincih, je prav zaradi neurejenosti naselja in skrajno neurejenih higienskih razmer v naselju izbruhnila tuberkuloza (kronična bolezen). Po pripovedovanju naših strank sklepamo, da je zaradi neurejenih razmer, v katerih živijo, tveganje za kronične bolezni višje (bolezni dihal).

Aspekt revščine vpliva tudi na otroke, še posebej pripadnike romske etične skupine in sicer v naslednjih dimenzijah:

- **Slabša uspešnost v šoli**

- pri otrocih, ki se soočajo z revščino v predšolskem obdobju ali zgodnjih šolskih letih, je manj verjetno, da bodo uspešno zaključili šolanje. Zaradi nespodbudnega okolja v predšolskem obdobju, ko je otrokov razvoj na vseh področjih najbolj intenziven, ne razvijejo znanja, sposobnosti in spretnosti, potrebnih za uspešno šolanje.
- Starši imajo zaradi svojih stisk manj interesa za ukvarjanje z otrokom, to slabo vpliva na njegovo sposobnost pozornega poslušanja, komunikacijo in obseg njegovega besednjaka.
- Otroci iz revnih družin težje sledijo učitelju, so miselno odsotni in nemirni, slabših govornih spretnosti so manj uspešni, ne le pri slovenskem jeziku, temveč tudi pri matematiki, kjer je dobro poznavanje jezika potrebno za obvladovanje matematičnih pojmov in besedilnih nalog. 60 odstotkov otrok iz revnih družin ima učne težave.

- **Pridobivanje učnih izkušenj zunaj doma:** Otroci iz revnih družin so prikrajšani za učne izkušnje, ki bi jih lahko pridobili pri različnih obšolskih, prostočasnih aktivnostih, v kolonijah, na taborih, ekskurzijah.
- **Nizek nivo samozaupanja:** Zaradi zavedanja revščine se zunaj domačega okolja otroci počutijo negotovo in nesproščeno. Pravzaprav se pogosto celo prestrašijo počitnic, ki jim jih želi nekdo podariti. Najraje so doma.
- **Zdravje in prehrana:** Od ustrezne prehrane so odvisni otrokovi telesni, intelektualni in socialni razvoj, zato lahko revna prehrana ali celo pomanjkanje hrane v otroštvu pusti tako hude posledice, kot je okrnjena rast.
- **Odnosi med starši in otroki:** nižjo kakovost povezanosti med starši in otroci. Ugotovili so, da matere, ki živijo v revščini, zaradi osebnih stisk pogosteje fizično kaznujejo otroke.
- **Duševno zdravje staršev:** Revne družine pogosto trpijo za socialno in psihološko osamljenostjo. Starši, ki so revnejši, so verjetneje čustveno in telesno manj zdravi – s svojo samopodobo (staršev), prenašajo svojo stisko na otroke.

Ob samem izvajanju programa socializacija in integracija Romov se vedno bolj kažejo potrebe po koordinaciji oz. usklajevanju z drugimi ustanovami (dobrodelne nevladne organizacije, Območno združenje Rdečega križa Murska Sobota, Karitas in Društvo prijateljev mladine Murska Sobota).

Nameni programov za preprečevanje nastanka socialnih težav, ki jih tudi v skladu s Strategijo razvoja Slovenije (sledi Lizbonski strategiji) razvijamo na CSD M. Sobota so aktiviranje brezposelnih oseb, njihova socializacija – socialna vključenost (večja osveščenost in boljša kakovost življenja otrok, posameznikov, družin in drugih skupin, ki zaidejo v socialne stiske, materialne ali nematerialne narave. Cilji programov so nedvomno tudi zmanjševanje, ohranitev ali razvoj delovnih sposobnosti ter spodbujanje razvoja novih delovnih mest in pritegnitev lokalnih skupnosti k reševanju brezposelnosti na konkretnih področjih, posledično tudi preprečevanje revščine. Opraviti je potrebno raziskave in pripraviti projekte, primerjalne študije, tudi v sodelovanju s socialnimi institucijami v širšem evropskem prostoru, ki bodo socialno izključene čimprej vključili nazaj v družbo.

3 Socializacija

Sociologija je znanost ali veda, ki se sistematično ukvarja s preučevanjem družbe, družbenega življenja in življenjem posameznika v družbi. Torej lahko z očmi sociologije preučujemo tudi življenje Romov in si z njenimi koncepti pomagamo pri reševanju stiski in pri zasnovi preventivnih programov kot je program Socializacija in integracija Romov, ki se izvaja na CSD M. Sobota.

Sociologija je:

- družbena veda,
- znanost o družbenih skupinah,
- znanost o družbenih pojavih in oblikah; o družbenem, kot o procesu zblíževanja in oddaljevanja v družbenem prostoru,
- znanost o družbenih dejstvih in ustanovah, ki imajo moč prisile nad posamezniki, same pa so neodvisne od posameznikov,

- znanost, ki preučuje družbeno pogojena obnašanja,
- znanost o družbenih razmerjih.

Durkheimova teorija sociologije temelji na dejstvu, da sociologija preučuje družbena dejstva, ki so neodvisna od človekove zavesti in/ali volje, ter zato delujejo kot nekaj zunanjega. Prav ta družbena dejstva moramo preučevati kot stvari. Družbeni pojavi se oblikujejo kot odnosi med ljudmi, zato jih ne moremo preučevati s perspektive posameznika; torej z značilnostmi in motivi posameznika.

Max Weber je oblikoval drugačno definicijo sociologije, ki razlaga, da je sociologija znanost o družbenem delovanju. Kadar preučujemo delovanje ljudi, moramo najprej razumeti njihove motive in spoznati subjektivne razloge za takšno delovanje. Zato sociologija ne razkriva in preučuje splošne zakonitost družbe.

Socializacija je zapleten proces, v katerem se ljudje prilagajamo družbi, živimo, se vključujemo v družbo in prejemamo njeno kulturo. Na tej točki bi poudarila, da se strokovni delavci na CSD M. Sobota trudimo po svojih najboljših močeh, da bi pripadnikom romske etične skupnosti čim bolj olajšali življenje in jim na ta način omogočili učinkovitejšo vključevanje v širšo družbo, ob tem seveda, da ohranijo svojo kulturo, običaje in navade. Istočasno je potrebno delati tudi na drugi strani in širši družbi predstaviti način življenja Romov, njihovo kulturo, običaje in navade.

14

Primarna socializacija navadno poteka v okviru družine. Z odzivanjem na odobravanje ali neodobravanje svojih staršev in posnemanje njihovega zgleda, se otrok uči mnogih vedenjskih vzorcev, uči se tudi jezika svoje družbe. V procesu primarne socializacije se posamezniki naučijo, kakšno mesto zavzemajo v družbi, na primer dečki se naučijo, kako se obnašajo očetje, bratje, prijatelji. Na CSD M. Sobota ugotavljamo, da so ti prvotni vzorci, ki so nam z vzgojo staršev dani v zibko, pri romski populaciji mnogokrat pomanjkljivi. Primarna socializacija, ko naj bi dobili tiste ključne vrednote o pojmovanju najbolj osnovnih stvari (govorica, odnos do bližnjih, kultura vedenja), se pri romskih otrocih ne razvije do stopnje, ki bi jim lajšala življenje. V tem času prevzamemo tudi norme, ki jih neka določena družba sprejema. Romi in njihov izoliran način bivanja je vzrok, da otroci norm, ki so splošno sprejete v širši družbi ne sprejemajo. Starši ne, da jim jih nočejo približati, ampak svojim otrokom tega preprosto ne znajo prenesti. Primarna socializacija vpliva tudi na oblikovanje osebnosti. Čeprav je precejšnji del naše osebnosti odvisen od tega, kakšne gene smo podedovali, nas socializacija usmerja, v kaj verjamemo in skozi niz izkušenj skuša oblikovati naše obnašanje. To je zelo verjetno tudi eden izmed glavnih razlogov za razlike med različnimi tipi posameznika v različnih družbah. Lahko posplošimo celo na značilne razlike posameznih skupin do širše družbe, v mislih imam romsko etično skupnost. Primarna socializacija poteka od enega do desetega leta starosti. Čeprav je primarna socializacija najvažnejša, se socializiramo vse življenje. Na tej točki pa center vstopi s svojimi preventivnimi programi, ki jih razvija in nudi uporabnikom.

Sekundarna socializacija: Vsakič, ko pridemo v novo skupino ljudi, se moramo ponovno socializirati - se pravi prevzeti norme neke nove skupine, v katero smo prišli. To se dogaja na primer, ko nastopimo novo službo. Pri sekundarni socializaciji igrajo ključno vlogo dejavniki izven

naše družine, se pravi prijatelji, vrstniki, pa tudi mediji narekujejo sekundarno socializacijo. Pri romskih otrocih je ključni problem, kot sem omenila že zgoraj, da jim starši zaradi izoliranega načina življenja ne zmorejo približati vseh norm in vrednot skozi proces primarne socializacije. S tem primanjkljajem, potem posamezniki težje razvijajo odnose z drugimi in se težje vključijo v širšo družbo.

Socializacija se nadaljuje skozi celo življenje. Nove situacije nas učijo kako sprejemati nova mnenja in kako posledično spremeniti naša mnenja. Spreminja se naša osebnost, zato je vsaka pomoč tistim, ki zaradi različnih dejavnikov niso deležni primerne primarne socializacije in že zaradi tega ne razvijejo ustrezne sekundarne socializacije, nedvomno dobrodošla.

Spolna socializacija: Pomemben del socializacije je, naučiti se kakšno spolno vlogo ima vsak posameznik v določeni kulturi. To pomeni, da se naučimo, kaj je primerno za določen spol in kaj ni. To se zgodi preko različnih agentov socializacije. V tem primeru igra družina (mati, oče) najbolj pomembno vlogo.

Stigmatizacija je strokovni sociološki izraz, ki označuje poseben odziv okolja na drugačnost/različnost. Ameriški sociolog Goffman jo je opredelil kot »nezaželeno drugačnost«. Domneval je, da je vse človeške razlike mogoče stigmatizirati. V nekaterih okoljih je lahko drugačnost (barva kože, etnična pripadnost, veroizpoved, politično prepričanje, starost, izobrazba, ...) nezaželena oz. stigmatizirana, okolje pa stigmatizirane osebe dojema kot manjvredne. Ti so lahko tarča posmeha, zaničevanja, opravljanja, psihičnega in fizičnega nasilja, dostop do družbenih dobrin, npr. izobrazba, delovno mesto, politično odločanje, ... jim je pogosto otežen. V Goffmanov koncept lahko umestimo naš odnos do manjšinske etične skupnosti - Romov. Tudi sami se moramo še veliko naučiti, naučiti se moramo sprejemati drugačnost na način, da jo vidimo kot nekaj posebnega ne pa kot nekaj negativnega in slabega.

Posledica stigmatizacije se vedno izraža v socialni distanci do stigmatiziranih oseb in skupin, kar skupino kot so Romi samo še bolj izključuje iz širše družbe.

4 Zakonske podlage

4.1 Nekatere podlage za izvajanje dejavnosti socialnega varstva, med drugim tudi za izvajanje programov:

- Zakon o socialnem varstvu (Ur. l. RS, št. 3/07 – UPB).
- Pravilnik o standardih in normativih na področju socialnega varstva (Ur. l. RS, št. 52/95, 2/98, 19799, 28/99, 127/03 in 125/04).
- Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (Ur. l. RS, št. 97/01 in 11/03).
- Zakon o upravnem postopku (Ur. l. RS, št. 24/06 – UPB).
- Zakon o zakonski zvezi in družinskih razmerjih (Ur. l. RS, št. 69/04 – UPB).
- Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2006 do 2010 (Ur. l. RS, št. 39/06).

4.2 Javna dela se izvajajo na podlagi:

- Zakon o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti (Ur. l. RS, št. 107/06 – UPB).
- Pravilnik o financiranju javnih del (Ur. l. RS, št. 112/06).
- Pravilnikom o spremembi pravilnika o financiranju javnih del (Ur. l. RS, št. 115/06).
- Pogodb o izvajanju javnega dela, sklenjenimi z zavod RS za zaposlovanje, občinami in drugimi.

4.3 Mednarodna zakonodaja:

- Konvencija ZN o otrokovih pravicah (Ur. l. RS, št. 35/92- MP, št. 55/92).
- Evropska konvencija o uresničevanju otrokovih pravic (Ur. l. RS, št. 86/99-MP, št. 2671999).
- Konvencija o varstvu človekovih pravic in temeljnih svoboščin (Ur. l. RS, št. 7-41/94).

5 Socialnovarstvene storitve

Socialnovarstvene storitve se izvajajo kot javna služba ter nudijo strokovno oporo posameznikom in družinam pri premagovanju in odpravljanju socialnih stisk in težav. Obsegajo aktivnosti in pomoč za samopomoč posamezniku, družini in skupinam prebivalstva. Zakon o socialnem varstvu v 11. členu opredeljuje naslednje socialnovarstvene storitve:

- socialna preventiva,
- prva socialna pomoč,
- osebna pomoč,
- pomoč družini za dom in
- pomoč družini na domu.

5.1 Preprečevanju socialnih stisk in težav

Socialna preventiva

Storitev socialne preventive po ZSV obsega aktivnosti in pomoč za samopomoč posamezniku, družini in skupinam.

5.2 Odpravljanju socialnih stisk in težav

5.2.1 Prva socialna pomoč

Zakon o socialnem varstvu (Ur. l. RS, št. 3/07) v 12. členu opredeljuje prvo socialno pomoč pri prepoznavanju in opredelitvi socialne stiske in težave, oceno možnih rešitev, ter seznanitev upravičenca o vseh možnih oblikah socialno varstvenih storitev in dajatev, ki jih lahko uveljavi ter o obveznostih, ki so povezane z oblikami storitev in dajatev, kakor tudi seznanitev upravičenca o mreži in programih izvajalcev, ki nudijo socialno varstvene storitve in dajatve.

Prvo socialno pomoč nudi strokovni delavec v obliki usmerjenega pogovora v treh medsebojno povezanih delih.

V prvem delu strokovni delavec predstavi institucijo in sebe. Upravičencu omogoči, da pove o svoji stiski ali težavi vse informacije, ki se mu zdijo pomembne. Vzpodbuja ga, da izrazi tudi svoje ocene, stališča in vrednostne sodbe o stiski in težavi.

V drugem delu, strokovni delavec nudi upravičencu strokovno pomoč in podporo pri reševanju njegovih stisk ali težav in ga vzpodbudi k temu, da sam predstavi svoja pričakovanja in možne rešitve.

V tretjem delu strokovni delavec predstavi možne rešitve in načine reševanja njegove stiske in težave. Pri tem ga seznanja z vsemi vrstami storitev, ki so na voljo pri različnih izvajalcih. Napoti ga k strokovnim delavcem na drugih področjih. Ob koncu srečanja strokovni delavec povzame vsebine razgovora, ponovi zaključke, ki sta jih skupaj oblikovala in pripravi zapis o ugotovitvah.

Najpogostejše stiske in problemi zaradi katerih so uporabniki iskali storitve prve socialne pomoči so materialne narave, težave v družinskih in partnerskih odnosih, težave v zvezi z duševnim zdravjem, težave otrok v odraščanju, težave v zvezi z zasvojenostjo, starostjo, invalidnostjo ter nasiljem v družini.

5.2.2 Osebna pomoč

Osebna pomoč po Zakonu o socialnem varstvu (Ur. l. RS, št. 3/07) je namenjena odpravljanju socialnih stisk in težav. Obsega svetovanje, urejanje in vodenje. S tem posamezniku omogoča razvijanje, dopolnjevanje, ohranjanje in izboljšanje socialnih zmožnosti.

Pravilnik o Standardih in normativih socialnovarstvenih storitev (Ur. l. RS, št. 52/95, 2/98, 19/99, 28/99, 127/03 in 125/04) v okviru storitve osebna pomoč opredeljuje tri oblike strokovne pomoči:

- **Svetovanje** je organizirana oblika strokovne pomoči posamezniku v situacijsko pogojenih socialnih stiskah in težavah, ki jih sam ne zna ali ne zmore odpraviti, je pa pripravljen spremeniti svoje vedenje, poiskati ustrezne rešitve in urediti odnose z drugimi osebami v socialnem okolju.
- **Urejanje** je oblika strokovne pomoči posamezniku, ki je zašel v socialne stiske in težave zaradi osebnostnih ali vedenjskih posebnosti ter pri tem ogroža tudi druge osebe. Za pomoč je potrebno sodelovanje ključnih dejavnikov v širšem okolju.
- **Vodenje** je oblika podpore posamezniku, ki zaradi duševne prizadetosti, duševne bolezni ali drugih osebnostnih težav začasno ali trajno nesposoben za samostojno življenje.

5.2.3 Pomoč družini za dom

Pomoč družini za dom, kot jo opredeljuje Zakon o socialnem varstvu (Ur. l. RS, št. 3/07), je ena najpomembnejših storitev CSD v obliki svetovalnega dela oz. ponujanja pomoči družinam v kriznih položajih za njeno ohranitev.

Po 12. členu Zakonu o socialnem varstvu storitve pomoč družini za dom obsega:

- strokovno svetovanje in pomoč pri urejanju odnosov med družinskimi člani,
- strokovno svetovanje in pomoč pri skrbi za otroke
- usposabljanje družine za opravljanje njene vloge v vsakdanjem življenju.

Pomoč družini za dom je strokovno voden proces, v katerega vstopajo na podlagi dogovora dva strokovna delavca, družinski člani in ostali člani družine in sorodniki, ki živijo z obravnavano družino.

Pomoč družini za dom se uporabi:

- kadar socialne stiske in težave upravičenca izhajajo iz neurejenih odnosov v družini in so rešljive le tako, da se ustvarijo možnosti za spremembe v družini kot celoti,
- kadar družina išče strokovno svetovanje in pomoč pri skrbi za otroke, ker težave presegajo sposobnost družine in jih je mogoče korigirati le v procesu spreminjanja družinskih vzorcev,
- kadar socialne stiske dveh ali več družinskih članov zahtevajo trajnejšo podporo in vodenje, ker si družina brez tega ne more zagotoviti normalnih pogojev za obstanek in razvoj.

Preventivni vidik pri teh storitvah se kaže v tem, da z delom s celotno družino pri otrocih (lahko tudi pri drugih družinskih članih), pri katerih se že nakazujejo psihosocialne motnje, preprečimo ali vsaj omilimo nadaljnji razvoj v negativni smeri.

Psihosocialna pomoč družinam je strokovno podprta konkretna in direktna pomoč družinam s težavami v funkcioniranju in psihosocialno problematiko. Usmerjena je na ohranjanje in izboljšanje socialnih zmožnosti konkretne družine kot celote in njenih družinskih članov. Storitev obsega neposredno pomoč staršem pri učenju in izvrševanju starševske vloge, aktivnega prevzemanja vlog za opravljanje družinskih opravil, razvijanje higienskih in delovnih navad, pomoč pri socializaciji družine in posameznih družinskih članov, pomoč pri učenju v smislu pridobivanja delovnih navad, pomoč pri organizaciji prostega časa ter drugih, za posamezno družino pomembnih opravil.

6 Delo s pripadniki romske etične skupnosti na CSD M. Sobota

Na CSD M. Sobota nudimo storitve in izvršujemo javna pooblastila v skladu z zakonskimi predpisi, ki veljajo za državljane Slovenije, torej tudi za pripadnike romske etične skupnosti, pa tudi za tujce pod ustreznimi pogoji.

Delo na CSD je organizirano po posameznih področjih, ki pokrivajo storitve (opredeljeno zgoraj) po Zakonu o socialnem varstvu. V primeru, da posameznik, družina ali skupina ljudi zaide v socialno stisko nematerialne ali materialne narave, mu na CSD M. Sobota v skladu z naravo stiske nudimo pomoč.

Ker pa so Romi posebnost našega okolja, za katere so v deležu populacije značilni oz. izrazitejši dejavniki kot so nizka stopnja izobrazbe, brezposelnost, slabe bivanjske razmere, revščina, imamo na našem centru organizirano delo tako, da se en strokovni delavec še posebej ukvarja s stiskami predstavnikov romske etične skupnosti. Omenjeni strokovni delavec v skladu z javnimi pooblastili v okviru zakonskih predpisov odloča o upravičenosti do socialnih transferjev – denarno socialni pomoči. Pri stiskah, ki so povezane oziroma se izražajo na področju izvenzakonskih ali zakonskih

zvez, pri stiskah otrok in mladostnikov in pri drugih socialnih stiskah posameznika, družine ali posamezne skupine, pa omenjeni strokovni delavec, zaradi boljšega poznavanja njih samih in okolja, v katerem živijo, pri reševanju posamezne stiske sodeluje s strokovnimi delavci, specialisti na posameznih področjih (npr. svetovalno delo z zakonci).

7 Program socializacija in integracija Romov

Na območju UE M. Sobota živi po naši oceni trenutno približno 3.000 Romov (v celotni Sloveniji po ocenah živi približno 10.000 Romov, pri zadnjem popisu prebivalstva leta 2002, se jih je za pripadnike romske etnične skupnosti opredelilo 3.000). Po podatkih CSD M. Sobota je julija 2007 bilo 1.514 Romov (odrasli in njihovi otroci), ki so upravičeni do denarno socialne pomoči. Največ Romov živi v Murski Sobota, sledita občini Rogašovci in Puconci. CSD M. Sobota jim z zasnovano preventivnega programa lajša socialno vključenost in integracijo v širši družbeni sistem, ob tem pa vzpodbuja razvoj in ohranitev posebnosti njihove kulture in običajev. Slovenski Romi so kot prva romska skupnost v Evropski uniji dobili poseben zakon, ki ureja njihov položaj in opredeljuje njihove posebne pravice, zlasti pravico do izobraževanja.

Program socializacija in integracija Romov se je pričel izvajati 1.6.2006 in se uvršča med preventivno dejavnost, ki jo izvaja CSD M. Sobota. Program se izvaja v Beltincih, na Kuzmi, v Rogašovcih in v Puconcih.

Z ohranjanjem tradicionalnega stila življenja in razlikovanjem od večinske kulture so se Romi znašli na najbolj skrajnem robu družbe in s tem ekonomsko in socialno izločeni. Neusposobljenost jim preprečuje, da bi našli delovno integracijo v večinski kulturi, zato razvijajo specifično delovno subkulturo, za katero je značilna neformalnost, netransparentnost, konfliktnost z večinsko kulturo dela in nekompatibilnost z reguliranim trgom. V določenem delu se ukvarjajo tudi z dejavnostjo, ki uradno ni dovoljena. Po podatkih analiz (Program boja proti revščini in socialni izključenosti, 2000) se kar 75% romskih družin preživlja pretežno z denarnimi pomočmi. Romi imajo določene delovne in socialne značilnosti, s katerimi se težko prilagodijo industrijskemu načinu dela, zato vse težje pridobijo in ohranijo zaposlitev. Njihova tradicionalna zaposlitvena področja se vse bolj zožujejo.

Program se izvaja kot socialno delo s skupino, torej z Romi, konkretnije z romskimi otroci starimi med 6 in 18 let in njihovimi družinami. Gre za družine, ki so socialno ogrožene, z njimi delamo na področjih načrtovanja, sprejemanja raznih dogovorov, zastopanja lastnih interesov na družbeno sprejemljiv način, pravih oblik komuniciranja.

Program javnega dela poudarja predvsem:

- razvijanje higienskih navad in razvijanje socialnih veščin v vrtcih, ter organiziranje uric v romskih naseljih za otroke, ki vrtcev ne obiskujejo, organiziranje obiskov vrtca za starše ter mlajše otroke z namenom vzpostavljanja stikov in motiviranja otrok in staršev za vključevanje v aktivnosti, ki jih organizira vrtec;
- pomoč romskim učencem pri navajanju na osebno urejenost, opravljanje šolskih in domačih obveznosti, pomoč pri učenju (utrjevanje učne snovi, učenje praktičnih veščin, vključevanje v prostočasne dejavnosti...) ter domačem delu z organiziranjem različnih

aktivnosti v romskih naseljih.

- delo s starši: obsega predvsem osveščanje o pomenu urejenosti (osebna higiena, higiena prostora), vključevanja otrok v šolo in rednega obiskovanja pouka, ter spodbujanje različnih oblik sodelovanja in povezovanja doma in šole; staršem bomo v okviru programa javnega dela nudili podporo in pomoč pri premoščanju različnih ovir in stisk, ki jih doživljajo ob vstopu v izobraževalne sistema na vseh nivojih in vključevanju v družbo nasploh.

Program javnih del predstavlja dopolnilo k dejavnostim na področju izobraževanja, socialnega varstva in kulture.

Program je v prvi vrsti usmerjen v smeri pomoči pri primarni in sekundarni socializaciji Romov.

Velika večina odraslih Romov je v Sloveniji registrirana pri območnih službah Zavoda RS za zaposlovanje. Njihova izobrazbena struktura je nizka, saj ocenjujejo, da ima več kot 95 % brezposelnih I. stopnjo izobrazbe, večina nedokončano osnovno šolo, kar pomeni, da so praktično nepismeni.

Mladi, ki pogosto zapustijo šolske klopi v 4., 5. ali 6. razredu, so brez vsakih možnosti za integracijo na trg dela, zato je nujno razviti ukrepe, ki jih bodo usmerili v dokončanje osnovne šole in načine za razvijanje poklicnih interesov in motivacije za zaposlovanje.

Na vključevanje romskih otrok v sistem vzgoje in izobraževanja med drugim vplivajo specifični pogoji bivanja, življenjske razmere in problem zagotavljanja občutka varnosti romskih staršev.

Delež brezposelnih Romov se kljub posameznim uspešnim prehodom v zaposlitev v skupni brezposelnosti povečuje v vseh skupnostih, kjer Romi živijo. Delodajalci se redko odločajo za zaposlitev Romov, te zaposlitve pa kljub vloženemu naporu običajno ne trajajo dolgo. Nizka izobrazbena raven v kombinacijami z drugačnimi življenjskimi navadami in pogoji Romom otežuje vključevanje v delovne sredine.

Odrasli Romi so v okviru programov ZRSZ vključeni v programe izobraževanja in usposabljanja, posamezni izvajalci pa zanje izvajajo različne krajše in daljše programe izobraževanja in usposabljanja. Vse te oblike še ne pripomorejo dovolj k povečanju funkcionalne pismenosti in zaposlitvenih možnosti Romov, zadostnemu vključevanju otrok in odraslih v izobraževanje za pridobitev poklica ter vključevanju v družbeno življenje.

Pri izvajanju programa se trudimo za uspešno socializacijo Romov in jim na ta način olajšati delovanje v širši družbi, v kateri živijo. Poudariti pa moramo, da nam je prvotnega pomena, da socializacija in integracija Romov v širšo družbo poteka na način, da se ohranijo posebnosti njihove kulture – jezik, folklor in drugi običaji, ki jih gojijo, tako da se poveča javna dostopnost do kulturnih dobrin in vzdrževanje kulturne dediščine in razvoja.

7.1 Obseg

Program se izvaja na terenu in sicer konkretno v romskih naseljih pri posameznih družinah in drugih institucijah kot je npr. šola, vrtec, župnišča, občinskih prostorih, tudi na CSD v obliki izvajanja ustvarjalnih delavnic.

- Javni delavci, na samem začetku so bili zaposleni štirje javni delavci, trenutno delata dva, oba pripadnika romske etnične skupnosti, med drugim izvajajo naslednje naloge:
- pomoč pri pouku v osnovni šoli/vrtcu po navodilih učitelja/vzgojitelja – tesno sodelovanje s šolami
- pomoč pri povezovanju šolskih svetovalnih služb
- sodelovanje pri vzpostavljanju kakovostnejšega dialoga med romsko skupnostjo, izobraževalno institucijo in lokalno skupnostjo
- sodelovanje v timu vzgojitelj/učitelj
- pomoč pri povezovanju staršev z vzgojno izobraževalnimi institucijami
- pomoč pri informiranju staršev
- organizacijska in tehnična pomoč pri izvajanju aktivnosti.

Javni delavci se pri opravljanju svojih nalog pojavljajo v različnih vlogah in sicer kot socialni mediator, mentor, vodnik, vzornik in prijatelj ter skrbnik.

7.2 Realizacija

Program je pripomogel k hitrejšemu in učinkovitejšemu prepoznavanju in razkrivanju določenih težav pri posameznih družinah. K temu nedvomno pripomorejo javni delavci, ki nam predstavljajo t.i. podaljšano roko in nam omogočajo neprekinjen stik z družinami, ki zaidejo v razne stiske.

Na osnovi odziva izobraževalnih institucij, ki program ocenjujejo kot pozitiven, lahko potrdimo, da program izvajamo uspešno. Največje priznanje za dobro delo pa je pozitiven odziv otrok in odraslih, ki se udeležujejo aktivnosti v okviru programa.

Brez tesnega sodelovanja z izobraževalnimi institucijami ter institucijami in predstavniki lokalnih skupnosti programa ne bi mogli uspešno izvajati. Feedback s strani izobraževalnih institucij nam hitro signalizira ali otrok redno obiskuje šolo, na drugi strani pa veliko pomaga tudi glede na odnose s starši. Hitro lahko pomagamo tako na materialnem področju (npr. izredna denarna socialna pomoč za nakup knjig ali odplačilo s pomočjo denarno socialnih pomoči v obliki funkcionalne), kot t pri nematerialnih problemih (npr. sklepanje pogodb o aktivnem reševanju socialne problematike, v katerih z določitvijo nalog in obveznosti skušamo pomagati posamezniku ali družini). Skozi aspekt imenovanih pogodb velikokrat sodelujemo z drugimi institucijami kot so Zavod za zaposlovanje – urejanje statusa, Zavod za zdravstveno varstvo – urejanje obveznih ali dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj.

8 Zaključek

Kot center naše poslanstvo vidimo tudi v tem, da po svojih najboljših močeh poskrbimo za učinkovitejšo socialno vključenost pripadnikov romske etične skupnosti. To uresničujemo skozi naše delo na centru in z izvajanjem programov, ki lahko k temu pripomorejo. Nepogrešljiv člen pri celovitem reševanju njihovega statusa pa je tudi država v sodelovanju z lokalnimi skupnostmi, s svojimi širšimi pooblastili. Prvi korak v tej smeri je bil narejen s tem, ko je bil sprejet poseben zakon, ki naj bi urejal ključna področja kot so izobraževanje in zaposlovanje Romov.

Pri našem delu ugotavljamo, da so koraki, ki jih delamo z namenom, da bi izboljšali oz. olajšali njihovo življenje v širši družbi, kratki. Potrebno bo prehoditi še mnoge kilometre, da bomo lahko govorili o popolni asimilaciji romske etične skupnosti v širšo družbo na področjih kjer živijo.

9 Literatura

1. Haralambos, Michael in Holborn, Martin (1999): Sociologija. Teme in pogledi. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
2. Meolic, Nataša (2006): Evalvacija programa »socialnopedagoška pomoč družini« centra za socialno delo Murska Sobota. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

10 Drugi viri

1. Poročilo o delu Centra za socialno delo Murska Sobota za leto 2007, Center za socialno delo Murska Sobota.
2. Popis podatkov Centra za socialno delo Murska Sobota.
3. Prispevek o revščini za televizijsko oddajo polnočni klub dne 4.2.2008, Danila Jurgec.
4. Publikacija MDDSZ o prijavah programov, Ljubljana.
5. <http://sl.wiki.pedio.org>

4 DOSTOPNOST DO ZDRAVSTVENE SLUŽBE – ALI JE ROMSKA SKUPNOST ENAKOPRAVNA?

(predlog raziskovalnega projekta)

Danica Rotar-Pavlič¹, Angelina Blazevska²

Enakopravnost ... je rezultat organiziranosti človeštva. Nismo rojeni enakopravni.
(Hannah Arendt, ameriška zgodovinarica in socialna filozofinja, 1906–1975)

1 Zdravje kot vrednota

Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje zdravje, kot »stanje popolnega telesnega, duševnega in socialnega blagostanja in ne le kot odsotnost bolezni ali napake«. Zdravje je ena od osnovnih človekovih potreb in za večino ljudi najvišja vrednota v življenju (1). Zdravje pomeni, dobro telesno in duševno počutje, duševno in socialno blagostanje, ustrezen življenjski minimum in ustrezno vpetost v širše družbeno okolje. Na eni strani pri tej vrednoti prisegamo, na človekove pravice, ki posamezniku omogočajo samostojnost in mu zagotavljajo zaupnost, po drugi, pa se nagibamo k utilitarizmu, ki nas vodi, da dajemo prednost potrebam večinskega prebivalstva, pred potrebami posameznikov in manjšinskega prebivalstva.

Sodobni sistem zdravstvenega varstva v svoji težnji po pravičnosti in enakosti, zadeva ob svet tržnega gospodarstva, ki zdravstvu zagotavlja opremo, pripomočke in zdravila. Prav tako kot v veliki meri tudi vrti kolo razvoja medicine, neposredno z vedno novimi proizvodi, ki lahko izboljšajo oblike oskrbe bolnikov, posredno pa s financiranjem razvoja tistih področij medicine, ki lahko s pridom uporabijo te nove proizvode (2).

Zdravstvena oskrba bi morala biti torej enako dostopna vsem ljudem, žal pa v veliki meri socialno-ekonomske razlike, pa tudi etnična pripadnost in spol, vplivajo na razlike v zdravju in zdravstveni oskrbi. Vpliv revščine in nekaterih socialnih dejavnikov na zdravje in zdravstveno oskrbo v Sloveniji še ni dovolj raziskan. Socialne razlike in z njimi tudi razlike v zdravju se povečujejo, za to je treba to področje raziskati in na podlagi ugotovitev ukrepati, ter na ustrezen način izboljšati zdravje socialno šibkejše populacije.

2 Romska skupnost in zdravstveno stanje

Romska populacija, ki živi v Evropi, je izpostavljena številnim zdravstvenim težavam (3). Mnogi romski predstavniki živijo v segregiranih območjih s slabo kakovostjo bivališč, pomanjkljivim higiensko-sanitarnim režimom in z omejeno dostopnostjo do kakovostne zdravstvene službe (4). Po podatkih Generalnega direktorata za zaposlenost in socialne zadeve, so podpopprečna stopnja

¹ Asist. dr. Danica Rotar-Pavlič, dr. med., Katedra za družinsko medicino MF UL, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana

² Angelina Blazevska, dr. med., Mesarska ulica 22, 1000 Ljubljana

nastanitve, nezadostna infrastruktura in segregacija dejavniki, ki vodijo v getoizacijo romske skupnosti (4).

Čeprav prevladuje splošna ocena, da je zdravstveno stanje Romov zaradi različnih razlogov slabše od splošne populacije, ne moremo mimo dejstva, da nimamo ustreznih raziskav oz. je le-teh malo. Nekatere med njimi kažejo, da je med romsko populacijo večja pojavnost slabokrvnosti, distrofičnih težav in nalezljivih bolezni; slabša naj bi bila tudi stopnja prehranjenosti (4). Stopnja nenalezljivih in infekcijskih bolezni je visoka; prav tako je v primerjavi s splošno populacijo umrljivost otrok višja (5). Pričakovana življenjska doba je med romsko populacijo približno 10 let krajša, kot pri neromski populaciji. Stopnja nezaposlenosti je visoka, v nekaterih romskih predelih vlada celo popolna nezaposlenost.

Pomanjkljiva oskrba romske populacije je delno posledica neurejene dokumentacije pripadnikov te skupnosti. Raziskave kažejo tudi na težave pri iskanju socialne pomoči. Navedene težave so še bolj izrazite pri romskih ženskah, ki imajo zelo nizko dostopnost do zdravstvene oskrbe, hkrati pa tudi majhno možnost za izobraževanje. Nekateri omenjajo, da so dvakratno diskriminirane (4).

Eden pomembnejših dejavnikov, ki vplivajo na zdravstveno stanje prebivalcev, je dostopnost do kakovostne zdravstvene oskrbe, ki je povezana tudi s stopnjo izobrazbe, stopnjo zaposlenosti in bivanjskimi značilnostmi. Na potek obravnave med drugim vplivajo tudi stališča zdravstvenih delavcev do osebe, ki išče pomoč. Na uporabo in dostopnost zdravstvene službe prav tako vpliva še stanje zdravstvenega zavarovanja uporabnika. Osebe, ki nimajo urejenega zavarovanja, se običajno zatečejo v urgentne ambulante; včasih pa opazamo, da nezavarovane osebe pristopajo s tujo zdravstveno izkaznico. Vsekakor imajo ljudje z neurejenim zavarovalnim statusom slabšo dostopnost do zdravstvenih storitev. Čeprav niso redke razprave o tem, ali je zdravstvena služba v Sloveniji dostopna romski skupnosti, bi vsekakor potrebovali temeljne raziskave s tega področja.

3 Predlog raziskovalnega projekta

Zaradi vseh naštetih dejstev smo se na Katedri za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani odločili, da v najkrajšem možnem času opravimo raziskavo, katere namen je:

- ugotoviti stališča zdravstvenih delavcev pri obravnavi romskih bolnikov,
- oceniti dostopnost urgentne službe in rednih ambulant splošne medicine, ki jo imajo romski bolniki,
- ugotoviti, kakšne so razlike v dostopnosti teh služb, če zdravstveno oskrbo išče romski oz. neromski bolnik,
- ovrednotiti raven zdravstvene oskrbe v odvisnosti od stanja zavarovanja,
- odkriti glavne ovire, ki se pojavljajo pri iskanju zdravstvene pomoči s strani romskega bolnika.

Podatke o stališčih zdravstvenih delavcev bomo vrednotili s strukturiranim vprašalnikom, ki ga bodo vprašani izpolnjevali anonimno. Podatke romskih bolnikov bomo zbirali s pomočjo kvalitativne in kvantitativne metodologije. Upamo, da bo pomočjo zbranih in ustrezno obdelanih

podatkov, moč izboljšati zdravstveno oskrbo romske populacije. Če bo raziskovalni projekt naletel na pozitivno podporo, bomo izsledke predstavili na enem od prihodnjih srečanj.

4 Zaključek

Vsi ljudje, ne glede na socialno-ekonomski status, spol in etnično pripadnost, imajo pravico do zdravja in do enake dostopnosti do zdravstvenih storitev. Kljub temu v doslej opravljenih raziskavah ugotavljamo slabše zaznavanje zdravja/bolezni in slabšo dostopnost zdravstvene oskrbe pri revnejših slojih prebivalstva, manjšinah in getoiziranih skupinah prebivalstva. Ena od raziskav je pokazala celo, da revni sloji tako stanje zaznavajo kot normalno, kar pomeni, da se sami niti ne borijo za spremembe.

Pri opredeljevanju razlik v zaznavanju zdravja moramo biti previdni, saj objektivni in subjektivni indikatorji zdravja niso vedno konsistentni. Kljub tem slabostim, pa so subjektivni indikatorji zdravja potrebni, ker informacije o nekaterih vidikih zdravja (psihološki, sociološki) lahko pridobimo le tako, da o njih vprašamo ljudi neposredno. Prav tako je pomembno tudi, ugotoviti, kako ljudje zaznavajo delovanje zdravstvenega sistema in kakšnih sprememb si želijo. Naštete podatke lahko upoštevamo pri zdravstvenih reformah. Nenazadnje lahko vplivamo tudi na odnos zdravnikov in zdravstvenih delavcev, do specifične populacije, ki ima morda nekoliko svojevrstne potrebe in zato ta specifična populacija potrebuje drugačen pristop.

5 Literatura

1. 1978 Health for All series, No. 1. Geneva World Health Organization.
www.euro.who.int/aboutWHO/Policy, dostopno, avgust 31, 2005
2. Kersnik J. Etika v družinski medicini / 20. učne delavnice za zdravnike družinske medicine, Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Ljubljana 2003: i.
3. *www.eumap.org/journal/features/2002/sep02*, dostopno, avgust 31, 2005
4. For diversity – against discrimination,
www.europa.eu.int/comm/employment_social/fundamental_rights/pdf/pubst/roma04_en.pdf, dostopno, september 05, 2005
5. *www.errc.org*, dostopno, avgust 31, 2005

5

PASTI KOMUNIKACIJE PRI DELU S POSEBEJ OGROŽENIMI ČLANI POPULACIJE - ROMI

Majda Vodopivec¹

*Zelo pogumen moraš biti, da narediš le tisto, kar je potrebno, in zelo moder, da prepoznaš, kaj je treba narediti.
Da bi opravila le svojo nalogo, moraš poznati svoje mesto v širši zgodbi, vedeti, del česa si.
(Susan Delattre, Susan O'Halloran)*

1 Uvod

Izjemna čast mi je, da mi je zaupana možnost, da se navežem na delo mojega očka, prim. dr. Jožeta Zdravca, velikega človeka in strokovnjaka. Bil je človek, ki je živel za svoje ljudi. Bil je ljudski zdravnik, ki je znal ustvariti dober stik s svojimi kolegi, sodelavci in pacienti. Tudi z Romi mu je uspelo vzpostaviti tako zaupljiv odnos, da so se mu odprli in mu razkrivali najbolj zaprti del romskega življenja, kar je zapisal v knjigi Zdravstvena kultura Romov v Prekmurju, ki je izšla leta 1989. Sam je povedal, da je poslanstvo knjige ne le ozaveščanje romske problematike, temveč je s knjigo želel prispevati k temu, da bi mi spremenili svoj odnos do Romov. Menil je, da bodo potem tudi oni spremenili svoj odnos do nas. Občudujem njegovo jasno videnje rešitve, ki nas vse - prebivalce, pedagoške, zdravstvene in druge delavce, postavlja pred nalogo, da prevzamemo odgovornost za naše razmišljanje in delovanje, za svoj del odgovornosti v komunikacijski zanki. Kot da nas je želel pripraviti do tega, da iščemo rešitve v sebi, da se vprašamo, koliko smo pripravljeni sprejeti, sprejeti brez obsojanja in arogantnosti - drugačen model sveta, drugačen vrednostni sistem sočloveka in ob tem ostati spoštljivi in hkrati prijazni. Samo ozaveščen človek lahko prevzame odgovornost za svoj del v komunikacijski zanki, ne da bi vzroke za težave sobivanja iskal le v drugem, v sočloveku.

Vemo, da so nekateri romologi nekoč menili, da se bodo Romi v doglednem času pomešali z domačim prebivalstvom, kar se ni zgodilo, saj so Romi zelo samosvoji. Kot nomadi so se srečevali z drugimi kulturami, ki so vplivale na njihovo kulturo, tudi zdravstveno. Romi so sicer iz okolice, v kateri so živeli, vedno nekoliko prevzemali in posnemali, obenem pa tudi ohranjali svoje posebnosti. S stalno naselitvijo so nastali problemi, ki se kažejo kot rasna nestrpnost med njimi in domačini, čeprav so se umaknili na družbeno obrobje in na obrobje vasi ter mest, v izolate.

¹ Majda Vodopivec, prof. ped. in psih., NLP trener in coach, Državni zbor Republike Slovenije, Šubičeva 4, 1000 Ljubljana

Obenem pa stalna naselitev Romov, za domačine pomeni sprijaznjenje z dejstvom. Začeli smo se zanimati za njihovo življenje, za njihovo kulturo, navade in običaje, za njihov temperament, življenjski slog ter za njihovo življenjsko filozofijo. Zavedamo se, da imajo Romi pravico in dolžnost, da so enakopravno vključeni v reševanje njihove lastne problematike, koliko pa smo lahko razumevaljivi, sočutni ali koliko sploh zmoremo z njimi ustvarjati dober stik, ne da bi bili takoj pripravljeni obsojati njihovo drugačnost?

Ob čudenju, kako so zaupali svojemu zdravniku, prim. dr. Jožetu Zdravcu, ne morem mimo tega, da se ne bi vprašala, kako je uspeval vzdrževati z Romi dober stik, kako da so se mu zaupali v največjih stiskah, pa tudi kot informatorji. Kako je razmišljal, kako je ostajal spoštljiv?! Kaj je delal in kako se je pogovarjal, kakšen odnos je vzpostavljal z Romi?

2 Kaj pa mi?

Se zavedamo, da je **vsak človek svoj model sveta**, s svojimi izkušnjami, vrednotami, s svojimi prepričanji o sebi, svetu in drugih, s svojim jezikom, kulturo in specifičnim zaznavnim sistemom (Če ima komunikacijska zanka sploh kakšen začetek, se začne z našimi čuti. Kot pravi Aldous Huxley, so vrata našega zaznavanja oči, nos, ušesa, usta in koža.) in s svojimi interesi - s svojimi **filtri zaznavanja** realnosti.

28

Najpomembnejši del našega modela sveta so naša prepričanja in vrednote, ki nas motivirajo in usmerjajo in so glavna mesta na našem zemljevidu sveta.

Prepričanja so naše temeljne misli o sebi, o svetu, o drugih. Pridobimo jih z izkušnjo oz. jih tudi prevzamemo od okolja, od družinskih članov in prijateljev.

Čudovito je, ko nas naša lastna prepričanja vzpodbujajo in podpirajo pri doseganju zelenega, pri postavljanju ciljev. A pomembno je ozavestiti tista prepričanja, ki nas omejujejo v življenju, ki nam preprečujejo, da bi sploh videli in dosegali tisto, kar bi morda želeli. Da bi lahko sprejeli, kar ni skladno z našim pogledom na življenje. Saj vemo, če verjamem, da je nekaj mogoče in če verjamem, da se nekaj ne da, imam v vsakem primeru prav. Če verjamem, da se nekaj da, potem bom deloval v tej pozitivni smeri za doseg zelenega. Če pa verjamem, da se nekaj ne da, potem se tistega ne bom niti loteval.

In potem v svetu zaznavamo le tisto, za kar verjamemo, da je res, spregledamo izjeme. Niti ne poskušamo se ne več prepričati, ali je res tako, kot razmišljamo oziroma verjamemo. Samo enkrat

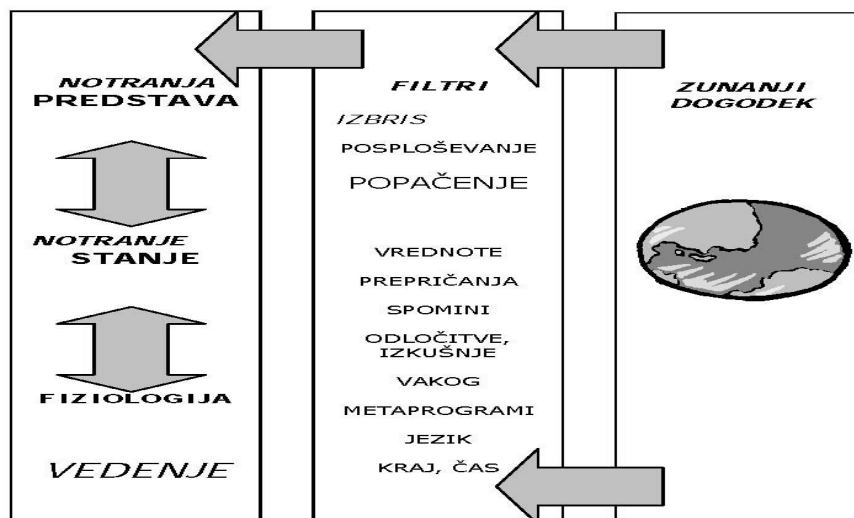
v življenju je bilo morda dovolj, ko nam je, za nas pomembna oseba, v našem življenju rekla nekaj, kar je zbolelo. " Ti pa že nisi za to...". " Mi pa ne spadamo tja!" ali " Kdo pa misliš, da si!"

Prepričanja so kot samouresničitvene prerokbe. Razvijamo jih v zvezi z vsakim področjem življenja, z delom, zdravjem, ljubeznijo, kariero, v zvezi s sabo ali z drugimi, v zvezi s posameznimi narodi (npr. Italijani so esteti, Švicarji so točni, Gorenjci so škrti, Prekmurci so topli in prijazni, Romi so...?), kulturami. In tudi o Romih jih imamo. In vsak član ogrožene populacije, tudi Romi jih imajo. Kako oni razmišljajo o sebi, svetu, drugih, o nas? Kakšna prepričanja so razvili, na osnovi izkušenj ali na osnovi privzetih prepričanj o sebi?

Kaj pa so nam/vam/njim rekle pomembne osebe v našem/vašem/njihovem otroštvu, o nas/vas/njih samih? So nam/njim zaupali? So verjeli v nas/njih ? Smo/so slišali: »Iz tebe bo še velik mož!«, »Zmogla boš, verjamem vate!«, ali morda » Ah, iz tebe nikoli nič ne bo!« In to smo/so ponotranjili. Nosili s seboj v življenje, da bi se tega spomnili ob pravem trenutku. In uresnčili prerokbo.

A skladno s svojim modelom sveta se vedemo v vsaki situaciji, kar nam prikazuje tudi spodnji komunikacijski model.

Komunikacijski model 1



"Delujemo torej na podlagi tega, kar zaznavamo: to je naš model sveta".²

"Svet je tako neskončen in bogat, da ga moramo poenostaviti, če mu hočemo dati pomen. Dober primer je "izdelovanje notranjih zemljevidov", s katerimi dajemo svetu pomen. Zemljevidi so selektivni; nekatere podatke izpustijo, druge ohranjajo, in so neprecenljivi pri raziskovanju pokrajine. Zemljevid, ki ga izdelate, je odvisen od tega, kaj opazujete in kam hočete".³

Zemljevid pa še ni pokrajina, ki jo opisuje, saj posvečamo pozornost tistemu, kar nas zanima, ostalo prezremo. Našim zaznavam sveta torej nadevamo filtre, skozi katere različno zaznavamo svet.

Če se sprehodijo skozi gozd umetnik, drvar, botanik, Rom ali zdravnik, ga bo vsak doživel po svoje, opazil v njem različne stvari. Vsak vidi drugačno resničnost, ima drugačno mnenje. Ne napačno. Tako nas sposobnost videnja in priznavanja različnosti bogati. Razlike ni v svetu, temveč v filtrih, skozi katere svet zaznavamo. Zato velja, da si vsak človek ustvarja svojo resničnost sam, da je vsak človek svoj model sveta in da zemljevid še ni pokrajina.

Samo vedenje je le izraz namere, ki se skriva v ozadju. In čeprav se nam lahko zdi, da so določeni vedenjski vzorci zelo negativni, je v ozadju vedno pozitivna namera. Včasih je ta namera zelo splošna, npr. varnost, preživetje, svoboda, notranji mir.

Se zavedamo, da ima vsak od nas, vsak posameznik, poleg določenih vzpodbujevalnih in omejujočih prepričanj, tudi povsem svoje **vrednote**, svoj vrednostni sistem? Oblikujemo jih v svoji družini, v okolju, v katerem odrastemo. Vrednote, ki so ponavadi izražene z eno besedo, predstavljajo za nas vse tisto, za dosego česar smo pripravljene dati ves svoj čas, denar in energijo?! In celo v konflikt se spustimo, ko ne želimo odstopiti od nečesa, kar je za nas pomembno. In je res, da smo si ljudje zanimivi na kratek rok, če smo si različni, saj različnost privlači. Na dolgi rok pa se lepo ujamemo z nekom, katerega vrednote so skladne z našimi. Ko smo, ali ko postanemo to, kar je za nas pomembno in kar smo želeli, ali ko imamo kar smo želeli, ali ko zmoremo vse tisto, kar je za nas pomembno, smo srečni, zadovoljni, ponosni... In kaj je pomembno vam?

² O'Connor J., Seymour J., *Spretnosti sporazumevanja in vplivanja: uvod v nevrolingvistično programiranje (NLP)*, Sledi, Žalec, str. 25

³ O'Connor J., Seymour J., *Spretnosti sporazumevanja in vplivanja: uvod v nevrolingvistično programiranje (NLP)*, Sledi, Žalec, str. 25

Ljubezen, kariera, denar, delo, družina, dom, poštenost, ustvarjalnost, zanesljivost, zdravje, prijatelji, prosti čas, sožitje z drugimi ...? Ali nekaj čisto drugega. In tako je. Kdo bi imel pravico soditi o mojih/naših vrednotah? Če pričakujem/o, da drugi spoštujejo to, kar je meni/nam sveto, ali sem jaz/smo mi pripravljeni, zmožni spoštovati, kar je drugemu sveto?

Raziskave kažejo, da učiteljev odnos odločilno vpliva, ne le na vključevanje in uspešnost romskih otrok v oddelku, temveč tudi na reagiranje celotne razredne skupnosti do romskih otrok, sošolcev. Prav tako so ugotovili, da so romski otroci občutljivi in čutijo, kdaj so sprejeti. Pomembno je, kako romske otroke sprejmejo ne le vrstniki, ampak tudi njihovi starši. Čim bolj se čutijo sprejete in enakopravne, tem manj težav je z njimi. »Raziskovalci šolanja socialno nepriviligiranih otrok v zahodni Evropi ugotavljajo, da se otrok ne more naučiti nečesa, kar je v nasprotju z njegovim domom, družino, domačimi izkušnjami.«⁴ Težave nastajajo, ker je na eni strani tradicionalna, čustveno topla, velika družina, na drugi strani pa šola z njimi tujimi življenjskimi vrednotami in zahtevami. Otroci, ki se ne pokorijo šolskemu sistemu, "v bistvu branijo svoj dom, svojo družino, svojo identiteto. In če so razvili svoj jaz, svojo identiteto, pridobljeno v družini, se niso mogli naučiti tistega, kar jim je ponujala šola, ki ni sprejemala njihove družine in načina življenja".⁵ Potem je to šola, ki ne zna vzpostaviti dobrega stika z malimi Romi in njihovimi družinami. In jih za vedno izgubimo za doseganje vsega, kar bi bilo dobro zanje in za nas.

3 Kako naj vzpostavljamo v komunikaciji dober stik z ljudmi, s člani ogrožene populacije ali z Romi?

Tako v terapiji kot v izobraževanju ali svetovanju so dober stik, razumevanje in empatija bistvenega pomena pri ustvarjanju ozračja zaupanja in sodelovanja. Šele takrat se ljudje odzivamo naravno in smo pripravljeni slediti drugemu, se pustiti voditi. Ko vzpostavimo dober stik s človekom, smo z njim povezani in ga razumemo, sprejmemo, kar nam ljudje povedo, brez zavračanja in obsodbe, vzpostavimo most med sabo in njim. Stik vzpostavimo tako, da sprejmemo, kar nam ljudje povedo, ni pa se nam treba z njimi strinjati.

Ljudje, ki živijo v isti kulturi, imajo ponavadi skupne vrednote in skupen pogled na svet, morda enake interese, hobije, vero, jezik... itd. Takrat spontano vzpostavljamo dober stik. Kaj pa, ko temu ni tako? Ko pridemo do različnega sveta, do drugačne kulture? V drugih kulturah

⁴ Slodnjak, V., Andolšek I., (1991) *Vzgoja in izobraževanje romskih otrok v predšolskem in osnovnošolskem obdobju otrok: Romski otroci in razvrščanje*, str. 44

⁵ Slodnjak, V., Andolšek I., (1991) *Vzgoja in izobraževanje romskih otrok v predšolskem in osnovnošolskem obdobju otrok: Romski otroci in razvrščanje*, str. 44 in 45

"spremljamo", ko upoštevamo tuje običaje in navade. Če hočete vstopiti v hotel visoke kategorije, nosite kravato, pred duhovnikom ne preklinjate, k zdravniku se odpravite čisti in lepo oblečeni. Skratka, s prilagajanjem, spoštovanjem vrednot drugačnega modela sveta, drugačnih vrednot in stila življenja.

Nespoštljiv, omalovaževalen odnos do človeka začutimo vsi, če ga kdaj doživimo. In tudi vemo, da imamo vsi potrebo po varnosti, sprejetju, spoštovanju in ljubezni. In šele, ko smo sprejeti in cenjeni, razvijemo odnos zaupanja in spoštovanja. Šele takrat, ko smo s sogovornikom vzpostavili dober odnos, dober stik, smo ga pripravljene slediti, mu lahko sledimo, kamor nas vodi.

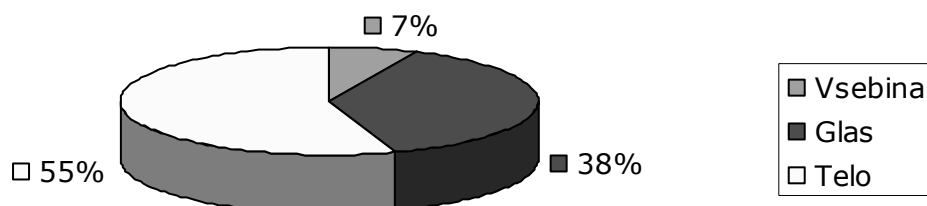
Kako vemo, kdaj so ljudje v dobrem stiku? Če pogledate sodelavce v pisarnah, ambulantah ali ljudi v čakalnicah? Preprosto, kadar se njihova govorica telesa in besede ujemajo. Besede igrajo v komunikaciji le sedem odstotni delež, pomembnejša sta **govorica telesa** in barva glasu. Ko ljudje vzpostavijo dober stik, si poskušajo slediti in uskladiti držo, kretnje in stik z očmi.

Zakaj je tako pomembno, da se zavedamo značilnosti svoje nebesedne komunikacije?

- Ker je nebesedna komunikacija pogosto odločilna pri sprejemanju informacij in ustvarjanju sodb o drugih.
- Ker se manj zavedamo nebesednih komponent svoje komunikacije kot pa besed, ki jih včasih prav skrbno izbiramo.
- Ker je nebesedna komunikacija univerzalnejša od besedne.

Psiholog Albert Mehrabian (UCLA) je ugotovil, da tisto, kar rečemo, k skupnemu pomenu sporočila prispeva manj kot nebesedna komunikacija. Izračunal je, da na pomen sporočila kot celote vplivajo telesna govorica (55 %), glas (38 %) in same besede (7 %). Vendar pa Hargie in Dickson (2004) opozarjata, da tega izračuna »ne smemo imeti za absolutnega in zaradi tega podcenjevati deleža besedne komunikacije v situacijah, ko so informacije v vseh treh kanalih (telo, glas, besede) skladne, kongruentne. Ob presojanju Mehrabianovih števil je tudi Burgoonova raziskava (1996) pokazala splošno težnjo ljudi, da osnovni pomen še vedno ustvarjajo na osnovi neverbalne komunikacije, pri čemer je posebej pomembno tisto, kar vidijo. Vendar v določenih pogojih. Ugotovitve veljajo bolj za odrasle, v okoliščinah, ko je sporočilo nekongruentno in kadar se nanaša na čustva, odnose ali ustvarjanje vtisa.

Pomen nebesedne komunikacije



Ko smo v besedah iskreni, ko spoštljivo povemo, kar mislimo in čutimo, ko to povemo z občutkom za sočloveka, še posebej za bolnika in njegove svojce, le ta zazna, kdaj nam lahko verjame in zaupa. In verjame nam, ko so besede, glas in govorica telesa oz. mimika skladne.

In Romi prav tako, kot vsi ljudje zaznavajo, kdaj so drugi spoštljivi, iskreni, razumevajoči ali empatični. In tudi zavrnitev je lahko spoštljiva do drugega. Tudi reči "ne" je treba znati povedati s spoštovanjem do sebe in do drugega.

4 Kako ustvarjati zaupanje?

Ko zmoremo poslušati človeka, bolnika, ko smo zanj tukaj in zdaj, ko ga poslušamo in sprejmemo, kar nam pravi in ko vzpostavimo **dober stik**. Povejmo resnico tako, kot jo vidimo, povejmo jo prijazno in **iskreno**, in ne prijazno namesto iskreno. Če resnice ne povemo, je s tem ne odpravimo, še vedno ostane resnica, s katero se bo bolnik soočal čez mesec ali leto. Več ko imamo nerazrešenih notranjih konfliktov, težje smo na voljo drugi osebi in težje se ukvarjamo z njihovo izkušnjo kot tako. Zato velja, da delujemo skladno, **kongruentno** takrat, ko smo bili v svoji osebni in poklicni preteklosti sposobni razrešiti lastne izzive. Dobrodošlo je tudi, da smo v stiku z ljudmi sproščeni, da pogledamo kdaj na stvari tudi skozi **humor**.

5 Zaključki

Primarij dr. Jože Zdravec je bil ljudski zdravnik. Zdravnik, ki je znal vzpostavljati z ljudmi okoli sebe vzdušje zaupanja in dobrega počutja. Znal je vzpostaviti dober stik tudi z Romi in njihovimi informatorkami, ki so mu razkrivale zaprti del romskega življenja, ki ga je popisal v knjigi Zdravstvena kultura Romov v Prekmurju. Vedel je, da je za sožitje Romov z domačini pomembno, da jih ne le spoznamo, ampak jih tudi sprejmemo. Vedel je, da je to prava pot, če želimo, da tudi oni sprejmejo nas. Da prevzamemo odgovornost za svoj del v komunikacijski zanki nase. Menil je,

da je pomembno, da mi spremenimo svoj odnos do njih, kajti šele potem bodo tudi oni spremenili svoj odnos do nas.

Vsak človek je svoj model sveta, s svojimi prepričanji, vrednotami, kulturo, jezikom, interesi, izkušnjami. Zato je vsak od nas enkratna osebnost in zato vsak od nas gleda na zunanji svet in na sočloveka skozi svoje filtre. Tako v zunanjem svetu vsak od nas vidi svojo resničnost in ima drugačno mnenje. Ne napačno. In to, kar vidimo v svetu, v sočloveku, je tisto, kar verjamemo, kar nas zanima, kar se nam zdi pomembno, kar potrjuje ali trči ob naša prepričanja in vrednote. Prepričanja in vrednote so glavna mesta na našem zemljevidu sveta. In če verjamemo, da se nekaj da, ali če verjamemo, da je nekaj nemogoče, imamo vedno prav. In v svetu zaznavamo stvari, ki potrdijo naša prepričanja. Dokler ne ozavestimo, da lahko stvari vidimo tudi drugače. In damo možnost sebi in drugim. A sprememba se začne pri nas. V naši glavi.

Smo lahko do drugega spoštljivi in razumevajoči? In ga sprejmemo. Njegov model sveta sprejmemo, brez obsojanja in omalovaževanja. Pa čeprav se z njim ne strinjamo.

Samo dopustimo lahko, da drug človek razmišlja po svoje, v skladu s svojimi prepričanji in vrednotami. Tako kot mi.

34

Šele takrat, ko smo cenjeni in spoštovani, ko se čutimo varno in sprejeto, smo pripravljeni sodelovati. To je trenutek, ko vzpostavimo most med sabo in sočlovekom, trenutek, ko vzpostavimo dober stik. Samo preko dobrega stika pridemo do pripravljenosti, da vodimo ali da smo vodeni. V rešitve, ki so dobre za vse.

6 Literatura

1. Brooks M.,(1996) Zbližanje in ujemanje, Ganeš
2. O'Connor J., Seymour, J. (1996) Spretnosti sporazumevanja in vplivanja: uvod v nevrolingvistično programiranje (NLP), Sledi, Žalec
3. Šemrl K. (2005) Interaktivna komunikacija, (seminarsko gradivo), Glotta Nova, Ljubljana
4. Škof V., (1991) Vzgoja in izobraževanje romskih otrok v predšolskem in osnovnošolskem obdobju otrok: Vzgoja in izobraževanje romskih otrok v osnovni šoli
5. Zdravec J., (1985) Ljudsko zdravilstvo v Prekmurju
6. Zdravec J., (1989) Zdravstvena kultura Romov v Prekmurju

6 UPORABA KONCEPTUALNIH MODELOV IN TEORIJ ZDRAVSTVENE NEGE ZA OCENJEVANJE POTREB PO ZDRAVSTVENI NEGI DRUŽINE

(Vidik kakovosti življenja)

Blanka Dugar¹

1 Konceptualni modeli in teorije v zdravstveni negi

V prispevku je prikazana uporaba konceptualnih modelov in teorij zdravstvene nege v praksi. Izpostavljen je vidik kakovostne obravnave romskih družin v Prekmurju po »adaptacijskem modelu« Calliste Roy.

Konceptualni modeli in teorije zdravstvene nege opisujejo in razlagajo stanje človeka glede zdravja in bolezni. Pomagajo pri razumevanju, dojetanju in preverjanju tistih aktivnosti in elementov, ki bolnika oz. varovanca podpirajo. Poznavanje in uporaba teorij je pomembna tudi zato, ker daje medicinskim sestram več znanja in avtonomnosti; hkrati pa možnosti, da razvijemo svoj pogled do posameznih priznanih teorij in jih tako ustvarjalno uporabljamo v praksi zdravstvene nege sami.

2 »Adaptacijski model« Calliste Roy

Prilagoditveni model Calliste Roy uvrščamo med sodobnejše teorije - teorije »outcome«. Avtorica je model prvič predstavila leta 1980. Študije kažejo, da je praktična uporaba modela uspešna pri kronično bolnih varovancih in pri potencialnih bolnikih.

Royeva v svojem prilagoditvenem modelu poudarja nenehno interakcijo med notranjimi in zunanji stimuli oz. dražljaji, ki na osebo delujejo in sprožijo odziv (vedenje). Stimulansi so:

- **fokalni** (neposredni);
- **kontekstualni** (spremljajoči) in
- **rezidualni** (splošni).

Model svetuje, kako sestre skušamo prepoznati, kateri stimulansi učinkujejo, svoje delovanje osredotočimo na spreminjanje stimulansov, ali v povečevanje prilagoditvenih odzivov tako, da pospešimo integriteto celote človekovega prilagoditvenega sistema.

Za ustrezno zdravstveno nego je pomembno tudi spoznanje o tem, kakšno vlogo v obvladovanju procesov imajo:

- **prirojene** (regulatorji) in
- **pridobljene** (kognatorji) lastnosti posameznika

ter stabilnost in inovativnost za kolektivne človeške sisteme. Bistvo intervencije je spodbujanje procesov, s katerimi se bodo stvari uredile.

Vsebina vedenjske obravnave so štirje načini prilagodljivosti:

- **psihološko - fizični;**

¹ Blanka Dugar, dipl. med. ses., Patronažno ZV, ZD Murska Sobota, Grajska ulica 22, 9000 Murska Sobota

- **identiteta samopojmovanja,**
- **funkcija vloge in**
- **medsebojna soodvisnost.**

Ti štirje adaptivni načini so lahko prvi model, ki ga medicinska sestra lahko asimilira.

V modelu Calliste Roy je ponujena obsežna usmeritev v **ugotavljanje človekovega obnašanja**. Prav družina je živahen sistem z zelo raznolikim notranjim dogajanjem in je ves čas v obojestranskem stiku z vsem kar se godi v njenem okolju. Še posebej romska družina je usodno povezana z zgodovinskimi, socialnimi in ekonomskimi zakonitostmi, kar ni moč ločiti od osebnih in čustvenih dogajanj v njej. Podrobnejša študija življenja romskih družin je pokazala, da imajo te družine zaradi svojega tradicionalnega načina življenja in hkrati tihe asimilacije na okolje, svojstvene prilagoditvene odzive na stres (ki je posledica bolezni).

3 Uporaba modela Calliste Roy pri obravnavi romske družine

3.1 Namen raziskave

Namen raziskave je bil ugotoviti, kako lahko patronažna medicinska sestra s pomočjo uporabe konceptualnih modelov in teorij zdravstvene nege kakovostno obravnava romsko družino v času bolezni. Uporabljen je bil **prilagoditveni model Caliste Roy** in zastavljena naslednja raziskovalna vprašanja:

- kateri stimulansi so najpogostejši povzročitelji stresa pri romskih družinah;
- kakšna je prilagoditvena raven teh družin na bolezen in kako s strani
- patronažne medicinske sestre doseči prilagoditvene odzive.

36

3.2 Vzorec in metoda

Raziskovalno populacijo je sestavljalo **60 romskih družin**, kar predstavlja **63% vseh romskih družin, oz. 434 Romov ali 65% vseh Romov** iz »homogenega romskega etničnega naselja« Pušča, ki velja za največje romsko naselje v Prekmurju in tudi v Sloveniji.

Uporabljena je bila opisna metoda dela - vprašalnik, s pomočjo katerega sem ugotavljala: sestavo romske družine in njen socialno- ekonomski status; odnos Romov do zdravja/bolezni in prilagoditvene načine ter različne stimuluse po modelu Calliste Roy.

Obravnavane družine so bile naključno izbrane in obiskane na svojih domovih. Zaradi funkcionalne nepismenosti in zelo slabega razumevanja slovenskega jezika (razumejo prekmursko narečje), so bile neposredno anketirane.

Po opravljeni analizi anketnih vprašalnikov predstavljam ZDRAVSTVENO NEGO po Royinem prilagoditvenem modelu - negovalno dejavnost, opisano kot **negovalni proces**, ki ima šest korakov in upoštevam značilnosti adaptacije v vseh štirih področjih prilagodljivosti.

4 Primer negovalnega procesa zdravstvene nege

4.1 Prvi korak: Ocena obnašanja družin

4.1.1 Psihološki prilagoditveni način

Romske družine so v odnosu do zdravja dokaj brezbrizne. Prav tako ne poznajo pravih vzrokov bolezni in njihovih posledic. Ob pojavu bolezni se najprej zdravijo sami z domačimi čaji in zelišči. Do zdravstvenega osebja imajo odklonilen odnos in nezaupanje do neromskega sveta. Kakovosti bivalnih pogojev ne dajejo poudarka, higienska neurejenost in neustrezna prezračevnost prostorov jih ne moti. Tudi prehranjevanju ne posvečajo pozornosti; jedo takrat, ko so lačni, obroki so količinsko in vsebinsko nenačrtovani, preprosto pripravljene, enolični in nehigijski.

Dnevnih aktivnosti in nočnega počitka ne načrtujejo, ravna se po utrujenosti in zaspanosti. Z odvajanjem in izločanjem posebnih nimajo težav - uporabljajo naravna zdravila iz bogate romske »farmakopeje«.

Psihološki prilagoditveni način obravnavanih družin je z dosego fiziološke celovitosti učinkovit.

4.1.2 Način samopodobe

V času zdravja so romske družine kljub revščini, nestrpnosti domačinov in občasnim sporom s sosedi v glavnem srečne družine. Zaskrbljene postanejo ob pojavu bolezni - takrat se močno čustveno odzovejo z občutki hude zaskrbljenosti, prestrašenosti ter z občutji nemoči in negotovosti. Močan čustveni odziv izvira iz njihove tesne medsebojne navezanosti, strahu pred fizično ločitvijo in nenadno strahu pred smrtjo. Kljub hudi čustveni bolečini ob pojavu bolezni, pa ne čutijo lastne odgovornosti za ohranitev zdravja - to prepuščajo usodi. Težave imajo tudi z dajanjem zdravil, ker ne razumejo navodil in z nabavo zdravil, ki jih je treba plačati. Probleme v času bolezni, družine v glavnem rešujejo z aktiviranjem notranje medsebojne pomoči, ki pa zaradi njihovega neprimerne pristopa k razreševanju nastalih problemov nima dolgoročnih pozitivnih rezultatov. Ko se bolezen ponovi, se znova soočajo s celo paleto burnih čustvenih odzivov.

Prilagoditveni način v samopodobi romskih družin ni učinkovit; družine se neustrezno spoprijemajo z občutji strahu, ogroženosti, psihične izgube ter občutki izgube moči in socialno izolacijo.

4.1.3 Način funkcije vloge

V romski družini ima vsak družinski član možnost igrati svojo primarno vlogo, opredeljeno glede na leta, spol in razvojno stopnjo. Sekundarne vloge pa so jasno določene. »Glava in srce« romske družine je mati. Ona vzgaja, tolaži, pomaga in odloča. Njeno vedenje je instrumentalno in ekspresivno. Sama le redko zaprosi za pomoč. Tercialne vloge si svobodno izbirajo in so običajno kratkotrajne, včasih se pretvorijo v sekundarne (npr. v slučaju odsotnosti matere).

Prilagoditveni način funkcije vloge v romski družini zagotavlja družbeno celovitost.

Člani romske družine vedo, kdo so v odnosu do drugih, tako lahko igrajo svojo vlogo in igrajo jo v glavnem nekonfliktno.

4.1.4 Način odvisnosti

Romske družine so samozadostne družine. Med družinskimi člani je tesna povezanost in spoštovanje (posebno do matere), medsebojno naklonjenost in ljubezen pa si zaradi nerodnosti in sramu izražajo bolj zadržano in okorno. Čustvena primernost jim daje občutek gotovosti in posledično tudi odvisnosti. Občasni konfliktni odnosi s sosedi jih ne obremenjujejo in ne vzbujajo občutkov odrinjenosti, osamljenosti ali odtujenosti.

Družbeni prilagoditveni način - način odvisnosti je v romski družini učinkovit.

4.2 Drugi korak: Prepoznavanje različnih stimulansov

4.2.1 Lokalni stimulans

Družina ob pojavu bolezni družinskega člana doživlja subjektivno zavest o dogodku, oz. razmerah, ki se pojavijo v družini v času bolezni. Prepoznam lokalni stimulans kot zaskrbljenost, ogroženost, občutke psihične izgube, ter izgube moči zaradi neinformiranosti in nepoznavanja poteka, trajanja in morebitnih posledic bolezni (fizična ločitev, smrt).

4.2.2 Kontekstualni stimulansi

Vplivajo na način spoprijemanja družine s fokalnim stimulansom, prepoznanim kot nepoučenost, neinformiranost ter neosveščenost in zdravstveno neprosvetljenost romske družine. Mednje uvrščam tudi neučinkovitost spoznavnih kognitivnih procesov na področjih spoznave, presoje in čustev, kar se kaže v odsotnosti preventivnih oblik zdravljenja in vzdrževanja zdravja, kar dodatno ogroža že primarno ogroženo zdravje (neustreznost bivalnih pogojev - faktorji okolja, kajenje in prekomerno uživanje alkohola).

4.2.3 Rezidualni stimulans

Je specifična zdravstvena kultura Romov, ki določa njihov odnos do zdravja in bolezni ter nenazadnje tudi smrti in je zgodovinsko pogojena.

Obnašanje romske družine v času bolezni prepoznam kot **osebni jaz adaptacijskega načina samopodobe**. Osnovna potreba družine je psihična celovitost, pri tem pa je močno poudarjen moralno etični duhovni jaz (moralni sistem in prepričanje družinskih članov romske družine).

38

Po opravljenem razgovoru se s člani družine strinjamo, da je potrebno spremeniti prilagoditvene odzive tako, da bo dosežena osnovna potreba družine in s tem integriteta celote prilagoditvenega sistema članov družine.

4.3 Tretji korak: Negovalna diagnoza

Prvostopenjska ocena subjektivnega in objektivnega obnašanja članov romske družine v času bolezni je negovalna diagnoza **obvladovanje. neučinkovito**.

4.3.1 Definicija

Pomanjkljivo adaptivno vedenje (npr. v izboru odzivov ali v uporabi resursov oziroma v ocenjevanju pomembnosti). Obvladovanje stresnih situacij je nepopolno, zato ne more preprečiti ali nadzorovati anksioznosti, strahu ali jeze (Gordon, 2003).

4.4 Četrti korak: Postavitev ciljev

Cilji, ki jih pri obravnavi romske družine v času bolezni želim doseči, so:

- poučenost, informiranost, osveščenost in zdravstvena prosvetljenost bo izboljšana;
- obvladovanje notranjih in zunanjih fokalnih, kontekstualnih in rezidualnih stimulansov bo boljše;
- dosežena bodo vedenja, ki prispevajo k splošnim ciljem družine (tj. preživetju, rasti, reprodukciji in zdravju) - doseženi bodo prilagoditveni odzivi.

4.5 Peti korak: Izvajanje zdravstvene nege

Negovalne intervencije sem izbrala tako, da bodo pomagale obvladati (zmanjšati) lokalni stimulans: zaskrbljenost, ogroženost, občutke psihične izgube ter nemoči in razširiti prilagoditvene ravni s spreminjanjem kontekstualnih stimulansov: nepoučenosti, neinformiranosti, neosveščenosti in zdravstvene neprosvetljenosti članov romske družine.

Družine so obravnavane v domačem okolju s strani patronažne medicinske sestre. Oblika delovanja je polivalentna patronažna dejavnost, metoda dela je zdravstveno-vzgojna.

ZDRAVSTVENO-VZGOJNO DELO V ROMSKI DRUŽINI

Negovalne intervencije pri negovalni diagnozi **obvladovanje, neučinkovito:**

- **vzpostaviti medsebojne odnose** (enakopravnost, zaupnost, zaupljivost, spoštovanje drugačnosti, zasebnosti in človeškega dostojanstva);
- **pogovoriti se s člani romske družine** - verbalizirati težave;
- komunikacija - **informirati** o vzrokih za nastanek in ponavljanje bolezni dihal, rizičnih dejavnikov, negativnih vplivih načina življenja in okolja;
- komunikacija - **svetovati** zdrav način življenja;
- komunikacija - **učiti** učinkovitejših prilagoditvenih načinov, kognitivni obvladovalni mehanizem bo družini pomagal pri sprejemanju in razumevanju informacij;
- **podpirati in pomagati** - v prizadevanjih za samopomoč in soproščanje v družini, pravilno in pravočasno ukrepati v primeru bolezni;
- **podpirati in pomagati** - pri razvijanju ostalih sposobnosti sodelovati pri zdravljenju, nadzorovati bolezni ter preprečevati bolezni in komplikacije;
- **podpirati in pomagati** družini v prelomnih obdobjih, s tem pa zagotoviti pozitiven odnos, stališča in prepričanja o zdravju, krepitvi in ohranitvi zdravja z upoštevanjem družinskih nazorov, kulturnih stališč in veroizpovedi;
- **vzpodbujati** aktivnosti za zagotavljanje edinstvene funkcije, ki jo ima družina;
- **motivirati** - za spreminjanje nezdravega načina življenja (škodljivih razvad) in neprimerne neposrednega bivalnega okolja;
- **motivirati** člane romske družine za izobraževalne programe (specifične programe šolanja in priprave na zaposlitev);
- **motivirati** - za iskanje možnosti zaposlitve in s tem izboljšanja finančnega in materialnega (ter nenazadnje socialnega) statusa družine;
- **vzdrževati socialne stike** - znotraj družine in tudi širše: s sosedi, prijatelji, neromskim prebivalstvom;
- **povezovati in sodelovati** z drugimi sodelavci v zdravstvenem timu in izven njega (Centrom za socialno delo, šolo, vrtcem).

Učinkovite negovalne intervencije zmanjšajo običajne neučinkovite kognitivne odzive romske družine na bolezni.

4.6 Šesti korak: Evalvacija zdravstvene nege

Poučenost, informiranost, osveščenost in zdravstvena prosvetljenost članov romske družine je boljša. Seznanjeni so z najpogostejšimi vzroki za nastanek in ponavljanje bolezni ter posledicami nepravilnega načina življenja, prekomernega uživanja alkohola ter kajenja in neprimerne

neposrednega okolja. Njihov odnos do zdravja je odgovornejši, stališča in prepričanja o zdravju, krepitvi in ohranitvi zdravja so korigirana. Rezultat vseh teh sprememb so močno **zmanjšani kontekstualni stimulansi**.

Doseženo je boljše **obvladovanje notranjega fokalnega stimulansa** Družina na bolezen ne odreagira več stresno, temveč to energijo usmerja v samopomoč in soproščanje, sodeluje pri zdravljenju in nadzoru bolezni ter s tem preprečuje komplikacije.

Prilagoditveni odziv kaže bolj samozavestne člane družine, dosežena je psihična celovitost in s tem integriteta celote prilagoditvenega sistema članov družine. Družina ima možnosti za zagotavljanje edinstvenih funkcij, ki jih ima, tj. biološke, varovalne, socializacijske in proizvodno-potrošne.

5 Sklepne misli

V okviru prilagoditvene teorije sem našla odgovore na zastavljena raziskovalna vprašanja:

- **Vpliv okolja, ki obkroža družino, vpliva na njen razvoj in obnašanje** negativno; družine živijo v izredno težkih življenjskih razmerah, ki kažejo vse značilnosti revščine. Prizadevajo jih slabe stanovanjske razmere, nepismenost, nizka izobrazbena raven, visoka stopnja brezposelnosti, neurejene družinske razmere in socialna patologija. Njihove primarne eksistenčne potrebe niso zadovoljene (izobraževalne, zdravstvene, komunikativne) ali pa so zadovoljene pod standardno ravno. Vse to kaže na nizko kakovost življenja, zaradi katere so prizadeti zdravje, fizična sposobnost, življenjska doba, kakovost prostega časa in socialna varnost.
- **Družina si pri prilagajanju ali obvladovanju stimulansov pomaga** s kognitivnimi obvladovalnimi mehanizmi, ki sodelujejo pri psihosocialnih stimulansih na področjih spoznavne, presojne in čustvene. Z ustreznimi negovalnimi intervencijami so se zmanjšali kontekstualni stimulansi (nepoučenost, neinformiranost, neosveščenost in zdravstvena neprosvetljenost). Dosežen je bolj učinkovit prilagoditveni odziv na fokalni stimulans (družina na bolezen odreagira manj stresno).
- **Patronažna medicinska sestra lahko vpliva na stimulanse ali pospešuje prilagoditev in tako vpliva na zdravje družine in kvaliteto življenja** z zdravstveno-vzgojnim delom v romski družini.

Študija je pokazala, da sem z uporabo Royinega prilagoditvenega modela, preko njene vedenjske obravnave, prodrla v samo jedro romske zdravstvene problematike, kar kaže na uspešno uporabnost tega modela v današnjem času.

Prispevek dokazuje, kako zelo pomembno je poznavanje konceptualnih modelov in teorij zdravstvene nege. Prav patronažna medicinska sestra mora zaradi svoje samostojnosti na terenu imeti veliko teoretičnega in strokovnega znanja ter prilagajanja, saj bo le s takšnimi sposobnostmi lahko zmanjševala zdravstvene in socialne probleme družin ter spreminjala vedenje ljudi za kakovostno življenje.

6 Literatura

1. Bohinc M., Cibic D. Teorija zdravstvene nege. Radovljica: Didakta, 1994.
2. Brizani T. Le ostanite - Romi gredo! Celovec: Mohorjeva družba, 2000.
3. Chinn P.L., Kramer M.K. Theoiy and Nursing: integrated knowledge development St. Louise: Mosby, 1998.
4. Geč T. Specifične negovalne diagnoze v patronažnem varstvu. Priročnik. Maribor: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, 2002.
5. Gordon M. Negovalne diagnoze - priročnik. Radizel: Rogina, 2003.
6. Hoyer S. Zdravstvena vzgoja in zdravstvena prosveta. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije, 1995.
7. <http://www.icn.ch/indikt2002.htm>: Skrb za družine.
8. Janko-Speizer A. Vedel sem, da sem Cigan - rodil sem se kot Rom. Ljubljana: ISH - Fakulteta za podiplomski humanistični študij, 2002.
9. Kodeks etike MS in ZT Slovenije. Zbornica ZN Slovenije, 1994.
10. Kraševac-Ravnik E. Varovanje zdravja posebnih družbenih skupin v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije: Slovenska fundacija, 1996.
11. NANDA. Uvod v študij negovalnih diagnoz. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 1993.
12. Pajnikihar M. Toretične osnove zdravstvene nege. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 1999.
13. Rener. T., Potočnik V., Kozmik V. Dražine: različne - enakopravne. Ljubljana: Vitrum,1995..
14. Štrukelj P. Romi na Slovenskem. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1980.
15. Švab A. Družina: od modernosti k postmodernosti. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, 2001.
16. Tomazo-Ravnik T. Antropološki zvezki 4. Ljubljana: Društvo antropologov Slovenije, 1996.
17. Ule M. Socialna psihologija. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, 1992.
18. Vlada Republike Slovenije. Program boja proti revščini in socialni izključenosti. Ljubljana: Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve, 2000.
19. Zdravec J. Zdravstvena kultura Romov v Prekmurju. Murska Sobota: Pomurska založba, 1989.
20. Zbornica zdravstvene nege Slovenije. Mali leksikon tenninoloških izrazov v zdravstveni negi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1999.
21. Zdravstvena nega: Uvod v raziskovalno delo. Maribor: Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego, 2002.

7 KAKO JE NASTALA IDEJA IN KAKO JE PRIŠLO DO URESNIČITVE RAZSTAVE »ZGODOVINA ZDRAVSTVA V POMURJU«

Nikolaj Szepessy¹

Moja mati je vedno trdila, da sem bil nenavaden otrok. Med tem, ko so imeli drugi otroci velik strah pred kletmi in podstrešjem, so mene le-te vedno privlačile. Zelo rad sem stikal med odloženimi predmeti po podstrešjih in vedno našel kaj zanimivega.

To in pa spoznanje, kako mačehovsko je prejšnji družbeni sistem ravnal s kulturno dediščino, je botrovalo sklepu, da sem začel zbirati stare stvari, ki v tistem času niso bile več moderne. Po kletih in podstrešjih zdravstvenih domov, lekarn in bolnišnic se je valjajo ogromno stare opreme, ki je bila v vseh pogledih zelo zanimiva in dragocena, seveda še posebej v očeh poznavalca in zbiralca. Stvari, ki sem jih zbral, so se začele kopičiti po domačem podstrešju in že dolgo sem želel zbrane stvari razstaviti ali predati muzeju.

Leta 1997 ob prvem praznovanju občinskega praznika v Beltincih sva bila s pokojnim dr. Zadravcem naprošena, da pripraviva pregledno razstavo o zgodovini pomurskega zdravstva. Pobudo za to razstavo sta dala takratni župan g. Kavaš in njegova žena, ki je bila višja medicinska sestra. Razstavo smo pripravili v podstrešnih prostorih beltinske pošte. Razstavljen je bil samo del bogate dediščine zdravstva, vendar je bila razstava zelo odmevna in postavljena na ogled skoraj eno leto. Takrat se je rodila ideja o postavitvi stalne razstave v beltinskem gradu, vendar je bila takrat to le ideja. Do uresničitve projekta je vodila dolga in trnova pot. Menjavale so se vlade – republiške in občinske, vsaka je imela svojo vizijo in projekte. Sprijazniti smo se morali tudi s kruto usodo, ko nam je smrt vzela enega od vodij projekta – dr. Zadravca. Vmes je bil še denacionalizacijski zahtevek beltinskega gradu in šele po dolgotrajnih pogajanjih s pravnim zastopnikom denacionalizacijskih upravičencev smo uspeli dobiti dovoljenje, da lahko pritlične prostore prenovimo za potrebe postavitve stalne razstave. Stvari so se začele premikati na boljše z ustanovitvijo Zavoda za turizem in kulturo Beltinci, ki je postal gonilna sila pri uresnitvi tega projekta. Začela se je prenova prostorov, ki jo je financirala občina. Seveda so se začele kopičiti težave z Zavodom za varstvo kulturne dediščine, ki je pri prenovi prostorov občasno postavljaval neizvedljive zahteve. S strpnim dialogom smo rešili tudi te nesporazume in težave. Prav tako smo se prijavi tudi na javni razpis Ministrstva za kulturo, kjer smo dobili določena sredstva za uresničenje tega projekta.

Projekt zdravstvene zbirke smo razdelili v nekaj sklopov, ki so zajemali določeno obdobje razvoja zdravstva oziroma določeno zdravstveno stroko:

- Lekarniška dejavnost: postavitve in prikaz lekarniške dejavnosti, prodajnega prostora z avtentičnim pohištvo in opremo, postavitve laboratorija in skladišča s kletnim prostorom.

¹ Nikolaj Szepessy, dr. med., spec. anest., SB Murska Sobota Rakičan, Ulica dr. Vrbnjaka 6, 9000 Murska Sobota

V poznejši fazi predvidevamo tudi prikaz gojenja zdravilnih zelišč, pripravo in sušenje zdravilnih zelišč, ter prodajo samih zelišč, pripravkov in čajev.

- Ljudsko zdravilstvo in padarstvo.
- Splošno zdravilstvo 18. in 19. stol. S posebnim poudarkom na zdravnikih, katerih dejavnost je bila raziskana in od katerih so se ohranili instrumenti ter drug pribor. Poseben poudarek smo namenili tudi prikazu boja proti trahomu.
- Prikaz razvoja bolnišnične dejavnosti.

Cilji:

- ohranjanje kulturne dediščine
- popularizacija kulturne dediščine skozi zgodovino medicine
- vsebinska dopolnitev ponudbe v beltinskem gradu,
- obogatitev kulturne in turistične ponudbe SV Slovenije
- obogatitev izobraževalnega programa dijakov in študentov medicine
- seznanitev prebivalcev s pomembnimi zdravstvenimi delavci, ki so imeli znaten vpliv na razvoj pomurskega zdravstva.

Vseskozi smo menili, da to mora biti vsepomurski projekt, za katerim mora stati celotna regija. V začetku smo sestavili neke vrste pripravljalni odbor, v katerem so bili predstavniki vseh zdravstvenih ustanov Pomurja in družbeno političnega življenja Beltinec. Navedeni gremij je projekt v celoti potrdil in predlagal, da se projekt uresniči v sodelovanju s Pokrajinskim muzejem v Murski Soboti. Po pogovorih z direktorico muzeja ga. Metko Fujs smo prišli do sklepa, da zbirko postavimo skupno, s tem, da strokovno svetovanje ostane v naši domeni. Lastništvo zbirke smo prenesli na muzej, ker smo na ta način lahko zbirko obnovili, katalogizirali in računalniško obdelali.

Danes je realizirana postavitve popolnega prvega dela, to je lekarniške dejavnosti, ki je postavljena tako, kot so stare lekarne nekoč izgledale. Pri tem smo se zgledovali po ohranjenih lekarnah v tujini, ki smo jih tudi obiskali (Bolzano v Italiji in Mathausen v Avstriji).

Postavljen je tudi del drugega sklopa iz naslova splošnega zdravstva z najbolj ekskluzivnimi eksponati. Postavitve je zasnoval naš znani oblikovalec g. Pezdirc. V drugem delu prostora je prikazana protitrahonska ambulanta, ki je posvečena spominu na dr. Pečana, pionirja v borbi proti trahomu, ki ga je socializem, pa tudi sedanja oblast, po krivici odrinila na obrobje. Mi pa smo se mu, zavedajoč se njegovega velikanskega dela, oddolžili s postavitvijo protitrahomske ambulante, ki je posvečena njegovemu spominu. Ambulanta je opremljena z avtentičnim pohištvo nekdanjih protitrahonskih postaj s podeželja in z delom njegovega inštrumentarija ter opreme, ki nam jo je podarila njegova hčerka.

V naslednji fazi bomo nadaljevali s prikazovanjem splošnega zdravstva, ljudskega zdravilstva ter padarstva, na koncu pa še razvoj bolnišničnega zdravstva.

Pri ljudskem zdravilstvu in padarstvu, ki ga je pri nas raziskoval dr. Zadavec, upamo in računamo na to, da nam bo njegova družina odstopila njegovo gradivo in del zbranih predmetov,

ki bi bili zelo pomembni za to postavitev. Upam, da bodo sledili tistim (dr. Pečanovi in še mnogim), ki so to že storili.

Ob koncu moram omeniti še vse tiste, ki so postavitev zbirke finančno omogočili in brez katerih do te realizacije ne bi prišlo. V prvi vrsti Občino Beltinci, Ministrstvo za kulturo in seveda tudi Pomurske lekarne, ki so za postavitev zbirke prispevale velik delež. Zahvaliti se moramo tudi Pomurskemu muzeju v Murski Soboti, ki je s svojim strokovnim znanjem pomagal do postavitve in uresničitve te razstave.