



VLADA REPUBLIKE HRVATSKE
Ured za ljudska prava
i prava nacionalnih manjina



Europska unija
Zajedno do fondova EU



EUROPSKI STRUKTURNI
I INVESTICIJSKI FONDOVI



UČINKOVITI
LJUDSKI
POTENCIJALI

UKLJUČIVANJE ROMA U HRVATSKO DRUŠTVO

zdravstvena zaštita i socijalna skrb

Goran Milas - Irena Martinović Klarić



Impresum

Izdavač:

Ured za ljudska prava i prava nacionalnih manjina Vlade Republike Hrvatske

Za izdavača:

Alen Tahiri, univ.spec.pol.

Godina izdanja:

2020.

Autori:

Goran Milas i Irena Martinović Klarić

Lektorica:

Sanda Lucija Udier

Recenzenti:

Tomislav Benjak, Marija Hegeduš-Jungvirth i Ivan Rimac

Grafičko oblikovanje, priprema za tisak i tisak:

Kerschoffset d.o.o.

Naklada:

200 primjeraka

CIP zapis je dostupan u računalnome katalogu Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu pod brojem 001073934

ISBN 978-953-7870-21-8

Projekt je sufinancirala Europska unija iz Europskog socijalnog fonda.

Sadržaj publikacije isključiva je odgovornost Ureda za ljudska prava i prava nacionalnih manjina Vlade Republike Hrvatske.

Za više informacija:

Ured za ljudska prava i prava nacionalnih manjina Vlade Republike Hrvatske

Mesnička 23, 10 000 Zagreb

+ 385 [1] 4569 358

ured@uljppnm.vlada.hr

Više informacija o EU fondovima dostupno je na www.strukturnifondovi.hr

UKLJUČIVANJE ROMA U HRVATSKO DRUŠTVO

zdravstvena zaštita i socijalna skrb

Goran Milas

Irena Martinović Klarić

Zagreb, 2020.

Stavovi i mišljenja iznesena u ovoj publikaciji autorska su stajališta i ne odražavaju nužno stavove institucija u kojima su autori zaposleni, kao ni stavove Ureda za ljudska prava i prava nacionalnih manjina.

Napomena: Jezični oblici koji u ovoj studiji imaju rodni oblik odnose se jednako na muški i ženski rod bez obzira na to koji oblik je korišten.

Sadržaj

Popis kratica	5
Popis tablica	6
Popis slika	11
1. UVOD	14
1.1. Zdravlje i zdravstvena zaštita pripadnika RNM-a.....	16
1.2. Strateški dokumenti vezani uz zdravstvenu i socijalnu skrb pripadnika RNM-a.....	20
1.3. Društvene i kulturne odrednice zdravlja pripadnika RNM-a	21
1.3.1. Diskriminacija.....	22
1.3.2. Siromaštvo	22
1.3.3. Oskudna naobrazba	23
1.3.4. Socijalna isključenost.....	23
1.3.5. Nasilje u obitelji	24
1.3.6. Kultura i odnos prema zdravlju i bolesti.....	25
1.4. Zdrave i nezdrave navike	28
1.5. Konceptualni model društvenih i kulturnih odrednica zdravlja pripadnika RNM-a	28
1.6. Socijalna skrb za pripadnike RNM-a	29
2. CILJEVI I METODOLOGIJA	34
2.1. Ciljevi studije	34
2.2. Izvori podataka.....	34
2.2.1. Metode prikupljanja podataka	35
2.3. Metodologija studije o zdravstvenoj zaštiti i socijalnoj skrbi	37
2.3.1. Regionalna podjela i procjena veličine populacije.....	37
2.3.2. Podaci.....	37
2.3.3. Obrada i analiza podataka	38
2.3.3.1. Oblikovanje višestrukih indikatora, skala i indeksa	38
3. REZULTATI	42
3.1. Zdravlje i zdravstvena zaštita pripadnika RNM-a.....	42
3.1.1. Subjektivna procjena zdravstvenog stanja	43
3.1.2. Dugotrajne bolesti i ograničenja u obavljanju aktivnosti	49
3.1.3. Učestalost dječjih bolesti.....	52
3.1.4. Učestalost zdravstvenih problema i bolesti tijekom posljednjih 12 mjeseci	53

3.1.5. Reproduktivno zdravlje žena	61
3.1.6. Nasilje u obitelji i zdravlje.....	65
3.1.7. Zdrave i nezdrave navike	66
3.1.8. Dostupnost zdravstvenih usluga.....	76
3.1.8.1. Dostupnost zdravstvenih usluga.....	76
3.1.8.1. Fizička dostupnost zdravstvenih usluga	76
3.1.8.2. Zdravstveno osiguranje	78
3.1.8.3. Zdravstvena zaštita djece i žena	80
3.1.8.4. Korištenje i zadovoljstvo zdravstvenim uslugama	84
3.1.8.5. Povjerenje i zadovoljstvo liječnicima.....	95
3.1.9. Zdravlje osoba s invaliditetom	100
3.2. Socijalna skrb	102
3.2.1. Materijalni status i uvjeti života.....	102
3.2.2. Korištenje i dostupnost usluga socijalne skrbi.....	104
3.2.3. Mjere socijalne skrbi usmjerene zaštiti djece	115
3.2.4. Zadovoljstvo i stavovi o kvaliteti usluga socijalne skrbi.....	118
4. ZAVRŠNO RAZMATRANJE I ZAKLJUČCI	124
4.1. Zdravlje i zdravstvena zaštita pripadnika RNM-a.....	124
4.1.1. Dob.....	132
4.1.2. Naobrazba	133
4.1.3. Regija i tip naselja	134
4.1.4. Socioekonomski čimbenici.....	134
4.1.5. Ključni nalazi	135
4.2. Socijalna skrb pripadnika RNM-a	136
4.2.1. Ključni nalazi.....	138
4.3. Ograničenja studije	139
4.4. Sažet prikaz preporuka za unaprjeđenje zdravlja i socijalne skrbi RNM-a u RH	139
4.4.1. Unaprjeđenje mjerenja, praćenje i prikupljanje podataka uz potpunije uključivanje znanstvenih spoznaja	139
4.4.2. Ciljane mjere i aktivnosti za pojedinu dobnu skupinu pripadnika RNM-a.....	140
4.4.3. Zdravstvena pismenost pripadnika RNM-a	140
4.4.4. Jednakost u pristupu uslugama zdravstvene i socijalne skrbi	141
4.4.5. Uklanjanje institucijske diskriminacije, rasizma i nejednakosti.....	141
5. LITERATURA	144
5.1. Zakoni i strateški dokumenti.....	146
6. DODATAK	148

Popis kratica

ANOVA	Analiza varijance
AP	akcijski plan
DZS	Državni zavod za statistiku
EK	Europska komisija
EU	Europska unija
EUROSTAT	Statistički ured Europske unije
FRA	Agencija EU-a za temeljna prava <i>[engl. European Union Agency for Fundamental Rights]</i>
HZJZ	Hrvatski zavod za javno zdravstvo
KNF	ključna neromska figura
NN	Narodne novine
NSUR	Nacionalna strategija za uključivanje Roma, za razdoblje od 2013. do 2020. godine
OSI	osobe s invaliditetom
RH	Republika Hrvatska
RNM	romska nacionalna manjina
ULJPPNM	Ured za ljudska prava i prava nacionalnih manjina Vlade Republike Hrvatske

Popis tablica

Tablica 1.	Regionalna podjela i procjena veličine populacija.....	37
Tablica 2.	Usporedba subjektivne procjene zdravstvenog stanja po regijama	44
Tablica 3.	Usporedba subjektivne procjene zdravstvenog stanja prema tipu naselja ..	44
Tablica 4.	Usporedba subjektivne procjene zdravstvenog stanja prema dobi.....	44
Tablica 5.	Usporedba subjektivne procjene zdravstvenog stanja prema naobrazbi.....	45
Tablica 6.	Usporedba subjektivne procjene zdravstvenog stanja prema prikladnosti životnog prostora.....	45
Tablica 7.	Prediktori procjene općeg zdravstvenog stanja pripadnika RNM-a	48
Tablica 8.	Učestalost i stupanj ograničenja zbog dugotrajnih bolesti po regijama.....	49
Tablica 9.	Učestalost i stupanj ograničenja zbog dugotrajnih bolesti prema tipu naselja	50
Tablica 10.	Učestalost i stupanj ograničenja zbog dugotrajnih bolesti prema dobi	50
Tablica 11.	Učestalost i stupanj ograničenja zbog dugotrajnih bolesti prema naobrazbi	50
Tablica 12.	Usporedba postotaka po regijama: obolijevanje djece od dječjih bolesti.....	52
Tablica 13.	Usporedba postotaka prema tipu naselja: obolijevanje djece od dječjih bolesti	53
Tablica 14.	Postotna učestalost problema i bolesti tijekom posljednjih 12 mjeseci po regijama.....	54
Tablica 15.	Postotna učestalost problema i bolesti tijekom posljednjih 12 mjeseci prema tipu naselja	55
Tablica 16.	Povezanost između sociodemografskih obilježja i proporcije obolijevanja od bolesti među pripadnicima RNM-a	56
Tablica 17.	Prediktori i objašnjena varijanca postojanja različitih kategorija bolesti među pripadnicima RNM-a.....	57
Tablica 18.	Usporedba aritmetičkih sredina i postotaka po regijama: porođaji, pobačaji i reproduktivno zdravlje.....	61
Tablica 19.	Usporedba aritmetičkih sredina i postotaka prema tipu naselja: porođaji, pobačaji i reproduktivno zdravlje.....	62

Tablica 20.	Povezanost između sociodemografskih obilježja i pokazatelja reproduktivnog zdravlja i problema među pripadnicama RNM-a.....	63
Tablica 21.	Prediktori procjene reproduktivnog zdravlja pripadnica RNM-a.....	65
Tablica 22.	Usporedba po regijama: konzumacija alkoholnih pića, cigareta i droga ili opijata	67
Tablica 23.	Usporedba prema tipu naselja: konzumacija alkoholnih pića, cigareta i droga ili opijata	68
Tablica 24.	Usporedba prema dobi: konzumacija alkoholnih pića, cigareta i droga ili opijata	68
Tablica 25.	Povezanost među nekim sociodemografskim obilježjima i nezdravim navikama među pripadnicima RNM-a.....	69
Tablica 26.	Usporedba po regijama: učestalost konzumacije pojedinih vrsta hrane.....	70
Tablica 27.	Usporedba prema tipu naselja: učestalost konzumacije pojedinih vrsta hrane	71
Tablica 28.	Povezanost među nekim sociodemografskim obilježjima i učestalosti konzumacije pojedinih vrsta hrane među pripadnicima RNM-a.....	72
Tablica 29.	Prediktori zdrave prehrane pripadnika RNM-a	73
Tablica 30.	Prediktori nezdrave prehrane pripadnika RNM-a	73
Tablica 31.	Usporedba po regijama: važnost koju pripadnici RNM-a pridaju zdravim navikama.....	74
Tablica 32.	Usporedba prema tipu naselja: važnost koju pripadnici RNM-a pridaju zdravim navikama	74
Tablica 33.	Povezanost među nekim sociodemografskim obilježjima i važnosti pripisane zdravim navikama među pripadnicima RNM-a	75
Tablica 34.	Usporedba po regijama: Dostupnost ljekarne, doma zdravlja i medicinske pomoći u naselju	76
Tablica 35.	Usporedba prema tipu naselja: dostupnost ljekarne, doma zdravlja i medicinske pomoći u naselju	77
Tablica 36.	Povezanost među nekim sociodemografskim obilježjima i dostupnosti ljekarne, doma zdravlja i medicinske pomoći u naselju	78
Tablica 37.	Usporedba po regijama: postotna pokrivenost zdravstvenim osiguranjem.....	78
Tablica 38.	Usporedba prema tipu naselja: postotna pokrivenost zdravstvenim osiguranjem.....	79

Tablica 39.	Povezanost među nekim sociodemografskim obilježjima i pokrivenosti zdravstvenim osiguranjem pripadnika RNM-a.....	80
Tablica 40.	Prediktori posjedovanja zdravstvenog osiguranja u obiteljima pripadnika RNM-a	80
Tablica 41.	Usporedba po regijama: procijepljenost i pokrivenost pedijatrijskom skrbi djece pripadnika RNM-a.....	81
Tablica 42.	Usporedba prema tipu naselja: procijepljenost i pokrivenost pedijatrijskom skrbi djece pripadnika RNM-a	82
Tablica 43.	Usporedba po regijama: redovitost ginekoloških pregleda žena pripadnica RNM-a	83
Tablica 44.	Usporedba prema tipu naselja: redovitost ginekoloških pregleda žena pripadnica RNM-a	83
Tablica 45.	Povezanost među nekim sociodemografskim obilježjima i redovitosti ginekoloških pregleda žena pripadnica RNM-a	84
Tablica 46.	Usporedba po regijama: postotna učestalost i razlozi nekorištenja zdravstvenih usluga u slučaju potrebe.....	85
Tablica 47.	Usporedba prema tipu naselja: postotna učestalost i razlozi nekorištenja zdravstvenih usluga u slučaju potrebe.....	86
Tablica 48.	Povezanost među nekim sociodemografskim obilježjima i razlozima nekontaktiranja liječnika u slučaju potrebe pripadnika RNM-a	88
Tablica 49.	Usporedba po regijama: posjeti liječnicima, usluge hitne pomoći, boravci u bolnici i obavljeni specijalistički pregledi	90
Tablica 50.	Usporedba prema tipu naselja: postotna učestalost i razlozi nekorištenja zdravstvenih usluga u slučaju potrebe.....	92
Tablica 51.	Povezanost među nekim sociodemografskim obilježjima i različitim aspektima korištenja medicinskih usluga pripadnika RNM-a.....	93
Tablica 52.	Prediktori korištenja medicinske pomoći i usluga među pripadnicima RNM-a	94
Tablica 53.	Usporedba po regijama: povjerenje u liječnike.....	96
Tablica 54.	Usporedba prema tipu naselja: povjerenje u liječnike	96
Tablica 55.	Usporedba po regijama: negativna iskustva zbog liječničkog neprofesionalizma.....	97
Tablica 56.	Usporedba prema tipu naselja: negativna iskustva zbog liječničkog neprofesionalizma.....	98

Tablica 57.	Povezanost nekih sociodemografskih obilježja s povjerenjem u liječnike i iskustvima s liječnicima među pripadnika RNM-a.....	98
Tablica 58.	Prediktori procjene neprofesionalnosti liječnika	99
Tablica 59.	Usporedba materijalnog statusa po regijama: prihodi i rashodi kućanstva, zaduženost, opremljenost i prikladnost životnog prostora	102
Tablica 60.	Usporedba materijalnog statusa prema tipu naselja: prihodi i rashodi kućanstva, zaduženost, opremljenost i prikladnost životnog prostora	103
Tablica 61.	Povezanost nekih sociodemografskih obilježja s pokazateljima materijalnog statusa pripadnika RNM-a.....	104
Tablica 62.	Usporedba po regijama: postotak pripadnika RNM-a koji koriste različite oblike socijalne pomoći	106
Tablica 63.	Usporedba prema tipu naselja: postotak pripadnika RNM-a koji koriste različite oblike socijalne pomoći	107
Tablica 64.	Povezanost nekih sociodemografskih obilježja s korištenjem različitih oblika socijalne pomoći među pripadnicima RNM-a	108
Tablica 65.	Prediktori korištenja socijalne pomoći među pripadnicima RNM-a.....	109
Tablica 66.	Usporedba po regijama: postotak pripadnika RNM-a koji koriste različite oblike socijalnih usluga	110
Tablica 67.	Usporedba prema tipu naselja: postotak pripadnika RNM-a koji koriste različite oblike socijalnih usluga	111
Tablica 68.	Povezanost nekih sociodemografskih obilježja s korištenjem različitih oblika socijalnih usluga među pripadnika RNM-a.....	112
Tablica 69.	Prediktori korištenja socijalnih usluga među pripadnicima RNM-a	113
Tablica 70.	Usporedba po regijama: postoci pripadnika RNM-a koji koriste različite oblike socijalne pomoći i prosječni iznosi	113
Tablica 71.	Usporedba prema tipu naselja: postoci pripadnika RNM-a koji koriste različite oblike socijalne pomoći i prosječni iznosi.....	114
Tablica 72.	Povezanost nekih sociodemografskih obilježja s korištenjem različitih oblika socijalne pomoći i iznosima među pripadnicima RNM-a.....	114
Tablica 73.	Usporedba po regijama: Postoci pripadnika RNM-a koji su čuli da su nekim obiteljima u njihovoj blizini roditeljima oduzeta djeca	115
Tablica 74.	Usporedba prema tipu naselja: postoci pripadnika RNM-a koji su čuli da su nekim obiteljima u njihovoj blizini roditeljima oduzeta djeca.....	116
Tablica 75.	Usporedba po regijama: uvjerenja pripadnika RNM-a o dostupnosti i pravovremenosti socijalne skrbi	116

Tablica 76.	Usporedba prema tipu naselja: uvjerenja pripadnika RNM-a o dostupnosti i pravovremenosti socijalne skrbi	117
Tablica 77.	Povezanost nekih sociodemografskih obilježja s korištenjem različitih oblika socijalne pomoći i iznosima među pripadnicima RNM-a	117
Tablica 78.	Usporedba po regijama: prosječno zadovoljstvo socijalnim radnicima i socijalnom pomoći	119
Tablica 79.	Usporedba prema tipu naselja: prosječno zadovoljstvo socijalnim radnicima i socijalnom pomoći.....	120
Tablica 80.	Povezanost nekih sociodemografskih obilježja sa zadovoljstvom socijalnim radnicima i socijalnom pomoći među pripadnicima RNM-a [procjene 1–5]	121
Tablica 81.	Sažeti prikaz i opis kompozitnih pokazatelja, skala i indeksa korištenih u studiji.....	148

Popis slika

Slika 1.	Polazni model društvenih i kulturnih odrednica zdravlja kod pripadnika RNM-a	29
Slika 2.	Dobna struktura istraživačkog uzorka pripadnika RNM-a u odnosu na opću populaciju RH	42
Slika 3.	Procjena općeg zdravstvenog stanja pripadnika RNM-a prema dobi.....	45
Slika 4.	Procjena općeg zdravstvenog stanja s obzirom na naobrazbu.....	46
Slika 5.	Usporedba samoprocjene općeg zdravstvenog stanja osoba od navršениh 15 godina naviše iz opće populacije i pripadnika RNM-a.....	47
Slika 6.	Postotak varijance općeg zdravstvenog stanja pripadnika RNM-a objašnjiv prediktorima	48
Slika 7.	Postotak osoba koje boluju od bolesti dulje od šest mjeseci prema dobi: usporedba s općom populacijom i stanjem iz 2011. godine	51
Slika 8.	Proporcija objašnjene varijance različitih kategorija bolesti	57
Slika 9.	Postotak pripadnika RNM-a određene dobi koji pate od pojedine kategorije bolesti.....	59
Slika 10.	Postotak pripadnica RNM-a određene dobi koje pate od pojedine kategorije bolesti.....	59
Slika 11.	Usporedba prisutnosti pojedinih bolesti u osoba od navršениh 15 godina naviše iz opće populacije i među pripadnicima RNM-a	60
Slika 12.	Postotak varijance reproduktivnog zdravlja pripadnica RNM-a objašnjiv prediktorima	65
Slika 13.	Postotak pripadnika RNM-a koji konzumiraju alkoholna pića i cigarete po regijama	67
Slika 14.	Zastupljenost pušača u općoj populaciji i među pripadnicima RNM-a.....	68
Slika 15.	Postotak varijance zdrave prehrane pripadnika RNM-a objašnjiv prediktorima	73
Slika 16.	Postotak varijance nezdrave prehrane pripadnika RNM-a objašnjiv prediktorima	73
Slika 17.	Prosječna udaljenost ljekarne i doma zdravlja u kilometrima po regijama.....	77
Slika 18.	Postotna pokrivenost zdravstvenim osiguranjem po regijama	79

Slika 19.	Postotak varijance posjedovanja zdravstvenog osiguranja u obiteljima RNM-a objašnjiv prediktorima	80
Slika 20.	Postotak kućanstava u kojima tijekom posljednjih 12 mjeseci unatoč potrebi nije kontaktiran liječnik, obavljena medicinska usluga ili nabavljen lijek.....	87
Slika 21.	Postotak osoba koje su u prethodnom razdoblju koristile različite medicinske usluge po regijama	91
Slika 22.	Postotak varijance korištenja medicinske pomoći i usluga među pripadnicima RNM-a objašnjiv prediktorima	94
Slika 23.	Postotak varijance procjene neprofesionalnosti liječnika objašnjiv prediktorima	99
Slika 24.	Udio osoba s invaliditetom u uzorku i njihova raspodjela s obzirom na prirodu invaliditeta	100
Slika 25.	Procjena općeg zdravstvenog stanja pripadnika RNM-a s invaliditetom i bez njega.....	101
Slika 26.	Prosječni mjesečni prihodi i rashodi u kućanstvima RNM-a po regijama.....	103
Slika 27.	Postotak romske u odnosu na opću populaciju obuhvaćen različitim oblicima socijalne pomoći	105
Slika 28.	Postotak pripadnika RNM-a koji koriste različite oblike socijalne pomoći	107
Slika 29.	Postotak varijance korištenja socijalne pomoći među pripadnicima RNM-a objašnjiv prediktorima	109
Slika 30.	Postotak varijance korištenja socijalnih usluga među pripadnicima RNM-a objašnjiv prediktorima	113

1

Uvod



1. Uvod

Zbog duboko ukorijenjene i dugotrajne marginalizacije i socijalne isključenosti pripadnici romske nacionalne manjine (RNM-a) u RH suočavaju se s nizom prepreka na putu prema ravnopravnom uključivanju u društvo. Takva se marginalizacija, koja za posljedicu ima višedimenzionalnu prikraćenost, nepovoljno odražava i na područje zdravlja i zdravstvene zaštite, zbog čega je prisutan velik raskorak u zdravstvenom stanju između pripadnika RNM-a i opće populacije. Brojna istraživanja provedena desetljećima unazad svjedoče da je riječ o kroničnu i višeslojnu problemu koji je zbog mnoštva socijalnih uzroka i odrednica iznimno zahtjevan i kompleksan.

Uočena nejednakost u području zdravlja i zdravstvene zaštite prepoznata je kao važan segment uključivanja RNM-a u društvo te su sukladno tome definirani opći i posebni ciljevi *Nacionalne strategije za uključivanje Roma* (NSUR-a) koji nalažu kontinuirano praćenje stanja i pokretanje akcija u smjeru smanjivanja postojeće neravnopravnosti.

Siromaštvo i materijalna prikraćenost također su izrazito naglašeni i rašireni problemi s kojim se suočavaju pripadnici RNM-a. Prema materijalnim prilikama i prisutnosti siromaštva jaz između romske i opće populacije još je naglašeniji od onog u području zdravlja. Zbog toga je smanjivanje siromaštva i unaprjeđenje kvalitete socijalnih usluga također naznačeno kao jedan od važnih ciljeva integracije obuhvaćenih NSUR-om.

U studiji se bavimo analizom podataka o položaju pripadnika RNM-a u ta dva područja, zdravstvenoj zaštiti i socijalnoj skrbi, od kojih je svako na svoj način ključno za ostvarenje kvalitete življenja. Analizom nastojimo opisati izraženost problema u pojedinim segmentima, ali i proniknuti u mehanizme koji pridonose stvaranju i održavanju nejednakosti. U svoju smo analizu stoga uključili širok spektar pokazatelja koji obuhvaćaju društvene, kulturne, materijalne, okolišne i ponašajne odrednice. Postojeća se studija u najvećoj mjeri temelji na empirijskom istraživanju provedenom 2017. godine¹ te komparativnim podacima o romskoj i općoj populaciji iz RH ili drugih zemalja prikupljenih iz drugih izvora.

¹ Kunac, S., Klasnić, K. i Lalić, S. [2018] *Uključivanje Roma u hrvatsko društvo: istraživanje baznih podataka*. Zagreb: Centar za mirovne studije.

Podaci i pokazatelji uključeni u analize

Kako bismo postojeće probleme vezane uz zdravlje, zdravstvenu zaštitu i socijalnu skrb mogli sagledati u njihovu punom opsegu i promatrati ih u kontekstu važnih socijalnih čimbenika, u analizu smo uključili cijeli niz dostupnih pokazatelja za koje smo vjerovali da će nam pomoći u rasvjetljavanju mehanizama putem kojih se postojeća nejednakost reproducira. U nastavku navodimo sistematizirane skupine pokazatelje zajedno s ciljevima studije i naznačenim analitičkim strategijama.

ZDRAVLJE

- 1) Opisati zdravstveno stanje pripadnika RNM-a prema regiji, tipu naselja, dobi, naobrazbi, odnosima u obitelji, uvjetima života i materijalnom statusu u sljedećim segmentima:
 - a. bolesti
 - b. subjektivna procjena zdravlja
 - c. zdravlje djece
 - d. zdravlje žena
 - e. mentalno i fizičko zdravlje kao moguća posljedica obiteljskog nasilja i zanemarivanja.
- 2) Analizirati situaciju osoba s invaliditetom: proučiti specifičnost položaja i probleme s kojima se suočavaju osobe s invaliditetom pripadnici RNM-a.
- 3) Opisati zdrave i nezdrave navike pripadnika RNM-a prema regiji, tipu naselja dobi, naobrazbi, uvjetima života i materijalnom statusu u sljedećim segmentima:
 - a. higijena, prehrana, fizička aktivnost
 - b. ovisnosti: nikotin, alkohol, droga.
- 4) Utvrditi dostupnost zdravstvenih usluga pripadnicima RNM-a prema regiji i tipu naselja u sljedećim segmentima:
 - a. blizina ljekarne i doma zdravlja
 - b. dolasci medicinskih djelatnika u naselja
 - c. obuhvat zdravstvenim osiguranjem
 - d. procijepljenost i pedijatrijska skrb o djeci
 - e. dostupnost zdravstvene skrbi
 - f. korištenje medicinskih usluga, zadovoljstvo njima i negativna iskustva
 - g. zadovoljstvo radom zdravstvenih djelatnika.

SOCIJALNA SKRB

- 1) Utvrditi materijalnu situaciju prema regiji i tipu naselja, a u sljedećim segmentima:
 - a. prihodi kućanstva
 - b. opremljenost kućanstva
 - c. potrošnja
 - d. kreditna opterećenost
 - e. primjerenost stambenog prostora.

- 2) Analizirati razinu korištenja i dostupnost socijalne pomoći prema regiji, tipu naselja i naobrazbi u sljedećim segmentima:
 - a. socijalna pomoć i usluge socijalne skrbi
 - b. dostupnost i pravodobnost
 - c. udaljenost nadležnog centra i obilasci socijalnih radnika.
- 3) Procijeniti razinu zadovoljstva socijalnom skrbi prema regiji, tipu naselja i naobrazbi u sljedećim segmentima:
 - a. zadovoljstvo odnosom s djelatnicima centra za socijalnu skrb
 - b. stavovi o djelatnicima i radu centara za socijalnu skrb.

1.1. Zdravlje i zdravstvena zaštita pripadnika RNM-a

Zdravlje se definira kao stanje fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja u kojem nisu prisutni bolest ni nemoć.² Zdravlje je osnovno pravo i univerzalna vrijednost. *Ustav Republike Hrvatske* navodi da "svatko ima pravo na zdrav život", da "država osigurava pravo građana na zdrav okoliš" (čl. 69.) i kako se "svakom građaninu jamči pravo na zdravstvenu zaštitu (čl. 58.). Sukladno *Ottawskoj konvenciji o unaprjeđenju zdravlja* iz 1986. godine temeljni su i međunarodno prepoznati uvjeti za zdravlje: mir, dom, obrazovanje, hrana, prihodi, stabilan ekosustav, dodatna sredstva, socijalna pravda i jednakost. Poboljšanje zdravlja zahtijeva osiguranje tih osnovnih preduvjeta te jednake mogućnosti i sredstva kako bi se svima omogućilo da u potpunosti razviju svoj zdravstveni potencijal.

Republika Hrvatska svoje obveze, zadaće i ciljeve na području zdravstvene zaštite ostvaruje, među ostalim, planiranjem zdravstvene zaštite, određivanjem strategije njezina razvoja, osiguravanjem zakonske osnove i provođenjem zdravstvenog prosvjećivanja stanovništva.³ Prava i obveze iz članka 69 *Ustava RH* mogu se ostvariti djelovanjem više javnih sektora kako bi se stanovništvu osigurala zdravstveno ispravna hrana i piće te neškodljiv okoliš. Zdravlje je jedno od ključnih ciljnih područja u *Okviru EU-a za integraciju Roma do 2020.*⁴

Brojna istraživanja u nas i u svijetu pokazala su kako se RNM zbog svojeg specifičnog društvenog i ekonomskog položaja, a donekle i kulturnog nasljeđa, nalazi u situaciji u kojoj teže ostvaruje svoja Ustavom zajamčena prava. Zbog toga se često suočava s ozbiljnim prijetnjama za vlastito zdravlje. Na snazi je svojevrsna neizravna diskriminacija pri kojoj RNM, unatoč formalnoj jednakopravnosti, ostaje u nepovoljnu položaju. Sama primjena zakonskih načela jednakosti u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu nije često dostatna kad je riječ o

2 World Health Organization [2006] *Constitution of the World Health Organization – Basic Documents*, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006. [Pristupljeno 14. lipnja 2020.]

3 Vlada RH, Ministarstvo zdravlja RH [2012] *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020.* <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20Projekti%20i%20strategije/Nacionalna%20strategija%20zdravstva%20-%20za%20web.pdf> [Pristupljeno 15. lipnja 2020.]

4 European Commission [2011] *An EU Framework for National Roma Integration Strategies up to 2020*

RNM-u. Štoviše, kako se navodi u NSUR-u za razdoblje od 2013. do 2020. godine,⁵ primjena zakona bez razumijevanja postojeće nejednakosti u uvjetima života može manjinsku zajednicu staviti u još manje ravnopravan položaj. Danas prevladava uvjerenje da povijesno akumulirani društveni uvjeti neravnopravnosti ne mogu biti razriješeni samom proklamiranom jednakošću, već se traži pozitivno djelovanje i ujednačavanje ravnopravnosti⁶ kao način proaktivna djelovanja usmjerena uklanjanju predrasuda i diskriminatornih institucijskih praksi.

Zdravstvena slika romske populacije u Hrvatskoj prikazana je u više nacionalnih i međunarodnih komparativnih studija i izvješća.⁷ Iako takva istraživanja o zdravlju RNM-a u europskim zemljama nisu rijetka, pri interpretaciji rezultata uvijek treba biti oprezan i imati na umu prepreke koje stoje na putu prikupljanju vjerodostojnih podataka. Provođenje istraživanja i prikupljanje statističkih podataka o RNM-u suočava se s nizom praktičnih i metodoloških poteškoća. Jedan je od istaknutih problema nemogućnost pribavljanja cjelovita okvira uzorkovanja, zbog čega je nemoguće konstruirati istinski probabilistički uzorak. Drugi je problem nepostojanje odgovarajućeg okvira za usporedbu iz opće populacije, zbog čega se komparacije često oslanjaju na tek djelomično usporedive podatke.

Istraživanje Europske komisije o zdravlju Roma iz 2014. godine⁸ ukazuje na zdravstvenu nejednakost i lošije zdravlje romske populacije u odnosu na većinsku populaciju u Europi. U romskim populacijama diljem Europe dominira mlađe stanovništvo, što je dijelom posljedica većeg nataliteta, a dijelom kraćeg životnog vijeka. Očekivani životni vijek značajno je kraći [razlike u Europi kreću se od 5 do 20 godina, a za Hrvatsku je procijenjena na 10 godina], a smrtnost dojenčadi uglavnom je dva do tri puta viša od one u većinskim populacijama.⁹

Velik dio uočene nejednakosti leži u socijalnoj isključenosti i posljedičnoj materijalnoj i društvenoj prikraćenosti. Kako je pokazalo istraživanje, pripadnici RNM-a diljem su Europe izloženi nepovoljnim okolišnim i socijalnim uvjetima koji štetno utječu na zdravlje. Prevladavaju teškoće povezane s neadekvatnim uvjetima stanovanja, prenapučenim kućanstvima, nezadovoljavajućim sanitarnim uvjetima, segregacijom romskih naselja, nedovoljnom naobrazbom i visokim stopama nezaposlenosti.

Među pripadnicima RNM-a zamjećuju se više stope zaraznih bolesti (npr. ospice i hepatitis A) i manja procijepljenost djece u odnosu na većinske populacije. Empirijski podaci tako-

5 Nacionalna strategija za uključivanje Roma, za razdoblje od 2013. do 2020. godine [2012] Ured za ljudska prava i prava nacionalnih manjina Vlade Republike Hrvatske www.vlada.hr/hr/content/download/234773/3443990/.../64_-16.pdf [Pristupljeno 18. lipnja 2020.]

6 Kocze, A. i dr. [2014] Toolkit on programming the structural funds for Roma inclusion in 2014–20.

7 Primjerice: Kunac, S., Klasnić, K. i Lalić, S. [2018] *Uključivanje Roma u hrvatsko društvo: istraživanje baznih podataka*. Zagreb: Centar za mirovne studije; European Commission [2014] Roma health report: Health status of the Roma population. Data collection in the Member States of the European Union UNDP [2012] The health situations of Roma communities. Analysis of the data from the UNDP/World Bank/EC Regional Roma Survey.

8 European Commission [2014] Report on the health status of the Roma population in the EU and the monitoring of data collection in the area of Roma health in the Member States.

9 EPHA [2019] Closing the life expectancy gap of Roma in Europe <https://epha.org/wp-content/uploads/2019/02/closing-the-life-expectancy-gap-of-roma-in-europe-study.pdf> [Pristupljeno 12. lipnja 2020.]

der ukazuju na više stope kroničnih bolesti (astme, dijabetesa, kardio-vaskularnih bolesti i hipertenzije) kod romskih u odnosu na većinske populacije. Postoje naznake o povezanosti viših stopa kroničnih bolesti s rizičnim čimbenicima kao što su nezdrava ishrana, izostanak tjelesne aktivnosti, stres, slabija dostupnost primarne zdravstvene zaštite te slabije provođenje preventivnih programa u cilju poboljšanja zaštite zdravlja.¹⁰ S obzirom na izrazitu ranjivost RNM-a svaka gospodarska kriza, pa tako i recentna recesija koja je zahvatila Hrvatsku u vremenu od 2008. do 2014. godine, posebno pogađa ovu populaciju i rezultira većom stopom obolijevanja od kroničnih bolesti, naglašenijom od one prisutne u općoj populaciji.

Zdravlje romskih žena slabije je u odnosu na zdravlje žena većinskog stanovništva, a zamjetne su i značajne razlike i u zdravlju između romskih žena i muškaraca. Lošijem zdravlju žena pridonose njihove tradicionalne rodne uloge, ograničene mogućnosti obrazovanja i zapošljavanja, fizička i socijalna izolacija, neadekvatni stambeni uvjeti, nezdrave životne navike poput pušenja i neprimjerene prehrane. Vodeći rizici za zdravlje žena rane su i kasne trudnoće, mnogobrojne obitelji, nedovoljan pristup i slabije korištenje usluga antenatalne skrbi. Lošiji zdravstveni ishodi, pobačaji i mrtvorodena djeca također su učestaliji kod žena romskog podrijetla u odnosu na većinsko stanovništvo. Romkinje su češće izložene nasilju u obitelji, što ima utjecaja na sveukupno mentalno zdravlje. U nekim europskim državama bilježi se poboljšanje zdravlja žena zbog manjeg broja porođaja, ali su i dalje prisutni značajni problemi povezani s prekomjernom tjelesnom težinom ili pothranjenošću, depresijom, metaboličkim bolestima i drugim zdravstvenim problemima.

Velik utjecaj na zdravlje imaju zdrave i nezdrave navike. Zdrava prehrana i tjelesna aktivnost manje su zastupljene među Romima, a ovisnosti o nikotinu, alkoholu i drogama predstavljaju značajan čimbenik rizika za zdravlje u romskim zajednicama, premda podaci iz različitih europskih država nisu sasvim istoznačni.

Problem dostupnosti zdravstvenih usluga pripadnicima RNM-a nije jednako prisutan u različitim europskim državama i uvelike ovisi o stupnju marginalizacije odnosno integracije romske populacije. U većini europskih država postoje brojne prepreke koje onemogućuju jednaku dostupnost zdravstvenih usluga romskom i većinskom stanovništvu, a povezane su s različitim čimbenicima socijalne isključenosti. Među njima su posebno istaknuti problemi poput vladanja jezikom i pismenosti, nedovoljna poznavanja zdravstvenih sustava, diskriminacije od strane zdravstvenih djelatnika, nedostatka povjerenja u zdravstvene djelatnike, udaljenosti zdravstvenih ustanova, neriješenih statusnih pitanja i neposjedovanja zdravstvenog osiguranja, učestalijeg korištenja bolničkih usluga za zbrinjavanje akutnih zdravstvenih problema te manjeg sudjelovanja u programima preventivne zaštite zdravlja. Također treba ponoviti da je RNM vrlo ranjiva i da je zbog toga utjecaj ekonomske krize na Rome nepovoljniji u odnosu na pripadnike većinskih populacija.

¹⁰ European Commission [2014] Report on the health status of the Roma population in the EU and the monitoring of data collection in the area of Roma health in the Member States.

Istraživanja pokazuju da se Romi u Hrvatskoj suočavaju sa sličnim problemima kao i u drugim europskim državama. Jedan od problema koji ima posebnu težinu i ozbiljne implikacije nedovoljan je obuhvat pripadnika RNM-a zdravstvenim osiguranjem. Stoga je taj problem u NSUR-u prepoznat kao jedan od ključnih problema u području zdravlja. Razlozi su neposjedovanja zdravstvenog osiguranja različiti, mogu biti posljedica neriješenih statusnih pitanja, završetka ili prekida školovanja, prestanka trajnog zaposlenja, nepravovremene prijave pri Zavodu za zdravstveno osiguranje, nedovoljne informiranosti i nepoznavanja funkcioniranja sustava.¹¹

Recentno empirijsko istraživanje uključivanja Roma u hrvatsko društvo, koje se temelji na analizi baznih podataka za praćenje uspjeha nacionalnih, regionalnih i lokalnih intervencija,¹² ukazuje na pozitivne trendove s obzirom da to da otprilike 93% ispitanika ima važeće zdravstveno osiguranje te da približno 63% Roma odlazi na liječničke preglede nekoliko puta mjesečno ili godišnje. Relativno visok postotak Roma (43%) koji su u posljednje 4 godine koristili usluge hitne pomoći jednom ili više puta nije u ovoj studiji detaljnije istražen. Podaci iz literature ukazuju na to da razlozi tome mogu biti povezani s činjenicom da za tu uslugu nije potrebno zdravstveno osiguranje, ali može biti povezano i s kulturnim poimanjem zdravlja i bolesti u kojem se bolest liječi samo kada je u akutnoj fazi i kada je potrebna hitna intervencija.¹³

Međutim, rezultati ovog istraživanja također ukazuju na činjenicu da 11% Roma uopće ne odlazi na liječničke preglede, a čak je 28% ispitanih Roma izjavilo da nije zatražilo liječničku pomoć unatoč potrebi, i to uglavnom zbog financijskih razloga, dugih lista čekanja na preglede, neposjedovanja zdravstvenog osiguranja, čekanja da se zdravstveni problem riješi sam od sebe te problema s prijevozom do zdravstvene ustanove. Isto istraživanje također je pokazalo da se više od 50% romskih kućanstava našlo u situaciji da nije moglo platiti lijek ili medicinsku uslugu koja je bila potrebna nekom članu obitelji. Međutim, veći dio Roma ipak je zadovoljan svojim zdravljem, a od zdravstvenih tegoba najčešće se izdvajaju problemi s kralježnicom i kronične tegobe s leđima i vratom, hipertenzija te kardiovaskularni problemi. Dio romskih kućanstava nema osnovne preduvjete za higijenu jer nema priključak na vodovod i kanalizaciju, nema izgrađenu kupaonicu ili ima problem s vlagom i trošnošću objekta u kojem živi. Važno je naglasiti da je procijepljenost djece starosti do 7 godina uglavnom zadovoljavajuća i da iznosi 95,5%. Konzumiranje sredstva ovisnosti rašireno je u RNM-u, s tim da postoje razlike s obzirom na spol. U području zdravlja žena prisutni su zabrinjavajući trendovi, posebice s obzirom na nisku učestalost ginekoloških pregleda, visoku učestalost maloljetničkih trudnoća te broj spontanih i induciranih pobačaja.

11 Nacionalna strategija za uključivanje Roma, za razdoblje od 2013. do 2020. godine (str. 56). Op. cit.

12 Kunac i sur. 2018. Op. cit.

13 Sutherland, A. [2002] Cross cultural medicine: A decade later. The Roma [Gypsies] and healthcare in the U. S. The Patrin Web Journal, 1–10. Retrieved March 12, 2003, from <http://www.geocities.com/Paris/5121/healthus.htm>; Honer D, Hoppie P. [2004] The enigma of the Gypsy patient. *RN* 67(8):33–37.

1.2. Strateški dokumenti vezani uz zdravstvenu i socijalnu skrb pripadnika RNM-a

Prvi dokument Vlade Republike Hrvatske koji se sustavno bavio problemima RNM-a, te specifično zdravljem, bio je *Nacionalni program za Rome* iz 2003. godine. U 2005. godini, zajedno s još nekoliko europskih država, Vlada Republike Hrvatske sudjelovala je u utemeljenju Desetljeća za uključivanje Roma 2005. – 2015. te je izradila nacionalni Akcijski plan za uključivanje Roma 2005. – 2015. Tim Akcijskim planom Vlada RH postavila je bitne ciljeve u područjima obrazovanja, zdravlja, zapošljavanja i stanovanja koji su trebali biti ostvareni do 2015. godine.

S obzirom na to da postignuti ciljevi nisu bili ujednačeni u svim područjima te da je trebalo razviti adekvatne pokazatelje i alate za praćenje napretka, Vlada Republike Hrvatske izradila je *Nacionalnu strategiju za uključivanje Roma od 2013. do 2020. godine* [NSUR], a nakon donošenja Strategije prestali su vrijediti prethodni dokumenti. Taj je strateški nacionalni dokument za uključivanje Roma utemeljen na odredbama međunarodnih dokumenata o ljudskim pravima i pravima nacionalnih manjina te *Okvirom Europske unije za nacionalne strategije integracije Roma do 2020. godine* kao i *Nacionalnim programom za Rome* iz 2003. godine. Strategija obuhvaća osam područja: obrazovanje, zapošljavanje, zdravstvenu zaštitu, socijalnu skrb, stanovanje i zaštitu okoliša, uključivanje u društveni i kulturni život, statusna rješenja, suzbijanje diskriminacije i pomoć u ostvarivanju prava za RNM te uspostavljanje i organiziranje sveobuhvatnijeg sustava prikupljanja podataka iz svih strateških područja, što je specifičnost u odnosu na druge relevantne nacionalne strategije u EU-u.

Opći je cilj NSUR-a poboljšati položaj RNM-a u Republici Hrvatskoj. U području zdravlja zacrtan je opći cilj unaprjeđenja zdravlja te unaprjeđenje kvalitete i dostupnosti zdravstvene skrbi.

U području zdravlja NSUR proklamira sedam posebnih ciljeva:

1. povećati obuhvat romske populacije zdravstvenim osiguranjem
2. povećati dostupnost zdravstvenih usluga s naglaskom na posebno ranjive skupine
3. podići razinu svijesti o odgovornosti za vlastito zdravlje
4. poboljšati zaštitu reproduktivnog zdravlja žena, zdravlja trudnica i djece te smanjiti broj maloljetničkih trudnoća
5. povećati senzibilizaciju djelatnika u sustavu zdravstva za rad s romskom populacijom te poboljšati komunikaciju romske populacije s liječnicima obiteljske medicine
6. smanjiti pobol od bolesti povezanih s niskim higijenskim standardom i onih koje se mogu spriječiti cijepljenjem
7. smanjiti raširenost konzumiranja svih sredstava ovisnosti, s naglaskom na djecu i mlade, te podići razinu svijesti o njihovoj štetnosti.

S obzirom na strateško određenje prema unaprjeđenju prikupljanja statističkih podataka i praćenja uspješnosti provođenja Strategije, važno je napomenuti potrebu sustavnog prikupljanja podataka o RNM-u prema dobi i spolu te regiji kako bi se podrobnije objasnile regionalne razlike te osigurala jednaka dostupnost zdravstvenih i socijalnih usluga. Stoga je u Strategiji naglašeno da je potrebno mapirati ugrožene mikroregije i naselja, provoditi etnički disagregirano prikupljanje podataka te prikupljati podatke o provedbi mjera i aktivnosti vezanih za uključivanje RNM-a sa svih razina, uključujući pokazatelje aktivnosti tijela javne i izvršne vlasti te civilnog sektora.

U svrhu provedbe Strategije donesen je *Akcijski plan za uključivanje Roma* (AP) za razdoblje od 2013. do 2015. godine. Nakon vanjske evaluacije Nacionalne strategije i Akcijskog plana za razdoblje od 2013. do 2015. godine pristupilo se izradi *Akcijskog plana za provedbu nacionalne strategije za uključivanje Roma, za razdoblje od 2013. do 2020. godine*.

U važećem AP-u u području zdravstvene zaštite definirana su tri posebna cilja: 1) podići razinu svijesti pripadnika RNM-a o odgovornosti za vlastito zdravlje, 2) smanjiti pobol od bolesti povezanih s niskim higijenskim standardom i bolesti protiv kojih se cijepi te 3) smanjiti raširenost konzumiranja svih sredstava ovisnosti u pripadnika RNM-a, s naglaskom na djecu i mlade, te podići razinu svijesti o njihovoj štetnosti. Kreirane su dvije mjere: 1) unaprjeđenje praćenja zdravstvenog stanja i socijalnih determinanti zdravlja pripadnika RNM-a te 2) unaprjeđenje preventivnog djelovanja u svrhu smanjivanja raširenosti konzumiranja svih sredstava ovisnosti u pripadnika RNM-a.

U području socijalne skrbi definirana su tri posebna cilja: 1) podići kvalitetu, dostupnost i pravovremenost socijalnih usluga i usluga u zajednici s posebnim naglaskom na žene, djecu, mladež, osobe starije životne dobi i osobe s invaliditetom; 2) podići razinu kvalitete života unutar romskih obitelji s posebnim naglaskom na prava i dobrobit djece i mladih te 3) osnažiti lokalnu romsku zajednicu za prepoznavanje opasnosti od rizika izloženosti pojavama trgovanja ljudima, seksualnog iskorištavanja i drugih oblika nasilja, s naglaskom na žene i djecu. U području socijalne skrbi kreirane su dvije mjere: 1) edukacija stručnih djelatnika centara za socijalnu skrb radi usvajanja novih znanja i vještina koja će pridonijeti boljoj učinkovitosti rada i 2) unaprjeđenje kvalitete života pripadnika RNM-a.

1.3. Društvene i kulturne odrednice zdravlja pripadnika RNM-a

Istraživanja u nas i u Europi pokazuju da je zdravlje pripadnika RNM-a ugroženo na mnogo načina. Riječ je o vrlo složenu i slojevitom problemu koji zahvaća niz razina te je utoliko poboljšanje zdravlja pripadnika RNM-a teže provedivo. Društvena marginalizacija, diskriminacija i socijalna isključenost Roma dubinski su i temeljni čimbenici koji poput udaljenih uzročnika povećavaju vjerojatnost pojave neposrednih zdravstvenih rizika.

Stoga se obraćanje pažnje tek na neke aspekte postojećeg problema, pogotovo na one koji nisu istinski dubinski uzročnici, može pokazati kao neprimjerena strategija koja vjerojatno neće polučiti optimalne učinke niti će pružiti platformu za dugoročno rješavanje problema zdravlja pripadnika RNM-a. Zdravlje je uvelike, kako pokazuju istraživanja,¹⁴ uvjetovano društvenim i ekonomskim čimbenicima, kao i fizičkom okolinom i navikama te ga treba sagledavati kao jednu od posljedica socijalne isključenosti i nepovoljna društveno-ekonomskog položaja pripadnika RNM-a, čak i kad su neposredni uzročnici druge naravi. Nabrojat ćemo povezane, ali odvojene čimbenike koji imaju veliku i prepoznatu ulogu u stvaranju uvjeta koji pogoduju slabijem zdravlju romske zajednice čineći pojavu bolesti vjerojatnijom i istodobno smanjujući kvalitetu življenja.

1.3.1. Diskriminacija

Zbog kulturnih i vjerskih razlika, kao i posebna načina života, u društvu su prisutne predrasude i negativni stereotipi o Romima zbog kojih su pripadnici te zajednice izloženi diskriminaciji i segregaciji koje dodatno produbljuju zdravstvenu nejednakost u odnosu na većinsko stanovništvo. Diskriminatorne prakse zamijećene su kod zdravstvenih i socijalnih djelatnika, što ima utjecaja na ostvarivanje zajamčenih prava i čime se smanjuje dostupnost usluga zdravstvene zaštite i socijalne skrbi, što posredno ugrožava zdravlje.

1.3.2. Siromaštvo

Slabiji ekonomski položaj i siromaštvo vjerojatno su najveća prepreka u ostvarivanju napretka u zdravstvenom stanju pripadnika RNM-a. Siromaštvo izravno utječe na zdravlje zbog općenito slabijih uvjeta života kojima su osobe skromnih materijalnih mogućnosti izložene. Za osobe oskudnih resursa vjerojatnije je da će tijekom života biti izloženije štetnom okolišu, živjeti u nehygienjskim uvjetima, imati slabiju prehranu i raditi poslove s nepovoljnim utjecajem na zdravlje.¹⁵ Istraživački podaci objavljeni u 2018. godini svjedoče o vrlo nepovoljnim uvjetima u kojima živi značajan dio romske populacije u Hrvatskoj.¹⁶ Gotovo polovica tada ispitanog uzorka nije posjedovala vodu iz vodovoda, kupaonicu s tušem ili kadom u stanu, više od polovice nije imalo WC u stambenom prostoru, a gotovo tri četvrtine živjelo je bez kanalizacije. Opremljenost romskih kućanstava bazičnim aparatima i pomagalima poput hladnjaka i perilice, a pogotovo onim manje esencijalnim poput računala, daleko zaostaju za hrvatskim prosjekom.¹⁷ Međutim, siromaštvo također utječe i posredno jer su osobe slabijeg materijalnog položaja u većoj mjeri izložene stresnim događajima i situacijama¹⁸ koji potom biološkim mehanizmima pogubno utječu na zdravlje.

14 Kunac i sur. 2018. Op. cit.

15 Marmot, M. [2017] Social justice, epidemiology and health inequalities. *European Journal of Epidemiology*, 32(7), 537–546. <https://doi.org/10.1007/s10654-017-0286-3>

16 Kunac, S., Klasnić, K. i Lalić, S. [2018] *Uključivanje Roma u hrvatsko društvo: istraživanje baznih podataka*. Zagreb: Centar za mirovne studije.

17 Ibid.

18 Thoits, P. A. [2010] Stress and Health: Major Findings and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), S41–S53. <https://doi.org/10.1177/0022146510383499>

1.3.3. Oskudna naobrazba

Skromnija naobrazba koja u prosjeku karakterizira pripadnike RNM-a također je faktor koji povećava vjerojatnost pojave bolesti i statistički pridonosi skraćivanju životnog vijeka. Osobe slabije obrazovne razine posjeduju nedostatna znanja o uzrocima i načinima prevencije ili zaštite od bolesti, jednako kao i učinkovitim metodama liječenja. U novije vrijeme sve se više koristi termin *zdravstvena pismenost* koja pored znanja uključuje i stavove, motivaciju, ponašajne namjere i osobne vještine.¹⁹ Kritična razina naobrazbe združena s osnovnom zdravstvenom pismenošću zaštitni je faktor koji pomaže u održavanju zdravih i odbacivanju štetnih navika, olakšava prevenciju i pridonosi primjerenim postupcima jednom kad je bolest nastupila. S obzirom na oskudnu naobrazbu romska zajednica posebno je izložena svim štetnim utjecajima i slabije opremljena primjerenim mehanizmima suočavanja sa zdravstvenim problemima. Usto, naobrazba je vjerojatno ključna odrednica koja dramatično određuje kasniji životni put pojedinca indirektno utječući na njegovo zdravlje. Istraživanja su, naime, pokazala da osobe skromnije naobrazbe, poput onih bez srednjoškolske svjedodžbe, teže nalaze posao, u većoj su mjeri egzistencijalno ugrožene²⁰ i češće pribjegavaju kriminalu.²¹ I istraživanja provedena u Hrvatskoj također snažno upućuju na čvrstu povezanost ranog napuštanja školovanja i svih pokazatelja koji se mogu podvesti pod krovni pojam socijalne isključenosti poput kvalitete zaposlenja, uvjeta stanovanja i materijalnog statusa, a pokazalo se da takve osobe uvelike zaostaju i u ostvarenoj kvaliteti življenja i subjektivnoj dobrobiti.²²

1.3.4. Socijalna isključenost

Socijalna isključenost sveobuhvatan je konstrukt koji se sve češće rabi umjesto pojma siromaštva zbog svoje višedimenzionalne prirode i skretanja pozornosti s financijskih na društvene resurse. Socijalna isključenost stoga je širi konstrukt koji opsegom uvelike nadmašuje materijalnu prikraćenost i obuhvaća cjelokupan proces kojim pojedinci i skupine postaju marginalizirani u društvu. Time nisu samo prikraćeni za dobra i standarde življenja dostupne većini nego i za povoljne životne izgledе i prigode. Komisija za socijalne odrednice zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije prepoznaje **socijalnu isključenost** kao vodeći uzrok zdravstvenih nejednakosti u migrantskim i manjinskim zajednicama.²³

19 Nutbeam, D. [2000] Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

20 Bridgeland, J. M., Dilulio, J. J. i Burke Morison, K. [2006] *The silent epidemic: Perspectives of high school dropouts*. Washington, DC: Civic Enterprises.

21 Harlow, C. W. [2003] *Education and correctional populations, Bureau of justice statistical special report*. Washington, DC: US Department of Justice.

22 Milas, G., Ferić, I. i Šakić, V. [2010] Osuđeni na socijalnu isključenost? Životni uvjeti i kvaliteta življenja mladih bez završene srednje škole. *Društvena Istraživanja*, 19, 669–689.

23 WHO Regional Office for Europe [2008] The Tallinn Charter "Health Systems for Health and Wealth" Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf

Mnogo je načina i mehanizama putem kojih socijalna isključenost može utjecati na zdravlje pripadnika RNM-a. Dio je njih posredan i djeluje putem prethodno spomenutih uzročnika. Primjerice društvena marginalizacija i socijalna isključenost smanjuje izgleda da pripadnik RNM-a stekne odgovarajuću naobrazbu, zaposli se ili osigura primjerene stambene ili materijalne uvjete, što sve narušava izgleda za dugoročno očuvanje zdravlja. Međutim, socijalna isključenost može i izravno utjecati na zdravlje. Takav je utjecaj primjetan kroz slabiju dostupnost zdravstvenih usluga u trenutku potrebe. Romska zajednica nerijetko je izolirana i nedovoljno uključena u širu društvenu zajednicu, što za posljedicu ima prikraćenost u svim deklarativno raspoloživim pravima i uslugama.

1.3.5. Nasilje u obitelji

Negativan utjecaj na zdravlje ima i nepovoljno obiteljsko okruženje. Iako nema jasnih dokaza da je obiteljsko nasilje prisutnije među pripadnicima RNM-a nego u općoj populaciji,²⁴ postoji bojazan da su takvi nalazi tek privid nastao kao posljedica nesklonosti žena pripadnica RNM-a da nasilje prijave. Primjerice romska aktivistkinja Ramiza Memedi smatra da je nasilje nad ženama, posebno obiteljsko nasilje, duboko ukorijenjeno i široko rasprostranjeno u zajednici RNM-a koja živi tradicionalno u patrijarhalnom društvu. Od žena se očekuje da šute o nasilju i da preuzmu dio krivice za njega, a razlozi su njegova neprijavlivanja strah od nasilnog partnera, financijska ovisnost i osjećaj srama.²⁵ Postoje čvrsti empirijski dokazi da obiteljsko nasilje ima krajnje nepovoljne posljedice za mentalno i fizičko zdravlje²⁶ te se kao jedna od zadaća studije nameće provjeriti moguće nepovoljne utjecaje nasilja na mentalno i fizičko zdravlje žena. Problem zlostavljanja i zanemarivanja djece također bi mogao biti naglašenije prisutan u zajednici RNM-a zbog patrijarhalnih običaja i učestalije konzumacije alkohola, premda ni tu nema čvrstih empirijskih dokaza kako je ono učestalije nego u općoj populaciji. Djeca izložena takvim nepovoljnim uvjetima trpe dugoročno negativne zdravstvene posljedice, odnosno kod njih se češće javljaju problemi vezani uz mentalno i fizičko zdravlje.²⁷ Ni neka ponuđena rješenja koja se često primjenjuju, poput izdvajanja iz obitelji, nisu lišena problema ni nepovoljnih posljedica,²⁸ a empirijsku podlogu za neke buduće odluke trebala bi ponuditi i ova studija.

24 Racz, A. i Kajtazi, V. [2019] Stavovi pripadnika romske populacije na području Bjelovarsko-bilogorske županije o obiteljskom nasilju. Attitudes of the Roma Population in the Bjelovar-Bilogora County on Domestic Violence. *Journal of Applied Health Sciences*, 5[1], 61-70. <https://doi.org/10.24141/1/5/1/5>

25 Preuzeto s adrese: <http://romni.net/2019/12/03/nasilje-nad-zenama/> [Pristupljeno 30. ožujka 2020.]

26 Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H. i García-Moreno, C. [2008] Intimate partner violence and womens physical and mental health in the WHO multi-country study on womens health and domestic violence [An observational study] *Lancet*, 371, 1165-1172.

27 Herrenkohl, T. I., Hong, S., Klika, J. B., Herrenkohl, R. C. i Russo, M. J. [2013] Developmental Impacts of Child Abuse and Neglect Related to Adult Mental Health, Substance Use, and Physical Health. *Journal of Family Violence*, 28[2], 191-199. <https://doi.org/10.1007/s10896-012-9474-9>

28 Ajduković, M. i Franz, B. S. [2005] Behavioural and emotional problems of children by type of out-of-home care in Croatia. *International Journal of Social Welfare*, 14 [3], 163-175. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2005.00356.x>

1.3.6. Kultura i odnos prema zdravlju i bolesti

Svaka analiza odrednica zdravstvenog stanja pripadnika RNM-a koja bi ispustila utjecaj njihove specifične kulture bila bi manjkava i nudila bi odveć usku i pojednostavljenu perspektivu. Antropološki diskurs, posebice u medicinsko-antropološkoj literaturi, naglašava važnost biokulturne perspektive u razumijevanju zdravlja koje se temelji na interakciji društvenih, okolišnih i bioloških čimbenika unutar populacija i zajednica.²⁹ Pored bioloških i socioekonomskih čimbenika kultura i običaji bitno određuju zdravlje pojedinaca i zajednica. U slučaju RNM-a, koja je primjer kako etničke tako i kulturne zajednice, važno je razumjeti kulturno uvjetovane stavove i ponašajne obrasce koji utječu na brigu o zdravlju i reakcije na pojavu bolesti.

Za potrebe ove studije promotrit ćemo kulturu kao kompleksnu cjelinu koja uključuje znanje koje se uči i usvaja tijekom života te koje dijele pripadnici određene zajednice. Kultura se dakle promatra kao zaliha naučenih informacija pohranjenih u pamćenju i materijalnoj baštini pripadnika kulture³⁰ kao skup pravila i principa koji određuju, motiviraju i upravljaju ponašanjem u zajednici,³¹ odnosno kao znanje koje pojedinac mora usvojiti kako bi uspješno funkcionirao u zajednici.³² Kultura također uključuje simbolična značenja, vjerovanja, rituale, umjetničke forme, ceremonije te niz neformalnih kulturnih praksi kao što su obrasci govora, ogovaranje, prepričavanje i drugi rituali koji čine svakodnevicu.³³

U slučaju RNM-a u literaturi su opisani brojni primjeri kulturno uvjetovanog znanja o zdravlju i bolesti.³⁴ Premda treba voditi računa o tome da je RNM primjer izrazito heterogene europske manjine sačinjene od brojnih grupa različitih tradicija,³⁵ moguće je prepoznati široko rasprostranjene kulturne čimbenike koji vežu raznolike zajednice koje dijele romski identitet i zajedničko podrijetlo, a utječu u većoj ili manjoj mjeri na stavove i ponašajne obrasce pripadnika RNM-a kako u svakodnevnici tako i u odnosu na zdravlje i bolest. U razmatranju poveznica kulture i zdravlja u RNM-a treba voditi računa o tome da svaki pojedinac, što je slučaj i u većinskim zajednicama, ima različito individualno iskustvo zdravlja i bolesti, povjerenja u tradicionalni ili suvremeni sustav zdravstvene skrbi te znanje o načinu funkcioniranja tijela i uzrocima bolesti.³⁶

29 Willey, A. S. i Allan, J. S. [2009] *Medical Anthropology. A Biocultural Approach*. Oxford: Oxford University Press.

30 D'Andrade, R. G. [1987] Modal Responses and Cultural Expertise. *American Behavioral Scientist*, 31: 194–202.

31 Goodenough, W. H. [1996] Culture. U: D. Levinson i M. Ember [ur.] *Encyclopedia of Cultural Anthropology*, 291–299. New York: Henry Holt.

32 Keesing, R. M. [1974] Theories in Culture. *Annual Review of Anthropology* 3:73–97.

33 Swidler A. [1986] Culture in Action: Symbols and Strategies. *American Sociological Review*, 51 [2]: 273–286.

34 Lehti A. i Mattson, B. [2006] Handbook for action in the area of health services with the Roma community. *Family practice* 18 (4): 445–448.

35 Martinović Klarić, I. [2009] *Kromosom Y i potraga za novom domovinom*. Zagreb: Sveučilišna knjižara.

36 Sutherland, A. [2002] Cross cultural medicine: A decade later. The Roma [Gypsies] and healthcare in the U. S. *The Patrin Web Journal*, 1–10. Retrieved March 12, 2003, from <http://www.geocities.com/Paris/5121/healthus.htm>

Različite romske zajednice diljem Europe i svijeta ujedinjuje *romipen* ili romstvo, koje označava zajednički identitet i kulturu, a temelji se na romskom tradicionalnom pravu koje podrazumijeva sustav vrijednosti i pravila ponašanja u zajednici.³⁷ Obitelj je najveća kulturna vrijednost, a proširena obitelj često živi zajedno poštujući načela patrijarhalnog ustroja sa strogo određenom hijerarhijom s obzirom na dob i spol.³⁸ Drugi važan skup pravila koji je raširen među brojnim romskim skupinama jest onaj koji se odnosi na izbjegavanje svih oblika fizičke i simboličke nečistoće.³⁹ Romski kodeks čistoće određuje odnos romskog i neromskog stanovništva te odnos između romskih žena i muškaraca. Tabui vezani uz nečistoću mogu se odnositi na osobe, stvari, dijelove tijela, hranu, teme razgovora i posebice na nečistoću spolno aktivnih žena. Primjerice nečistima se smatraju genitalije i donji dijelovi tijela, tjelesne izlučevine, menstruacija i porođaj. U tradicionalnom se poimanju čistoće zdravstveni radnici mogu smatrati nečistima, ali i bolnice kao potencijalni izvori zaraze i bolesti, što može biti jedan od razloga zbog kojeg Romi izbjegavaju liječničke preglede ukoliko se ne radi o hitnim stanjima.⁴⁰ Tradicionalno poimanje čistoće može biti jedan od razloga zbog kojeg žene mogu zazirati od toga da govore o tjelesnim funkcijama, seksualnosti i reproduktivnom zdravlju u prisutnosti starije osobe pripadnice RNM-a ili zdravstvenom radniku muškog spola,⁴¹ ali i razlog zbog kojeg žene često rađaju izvan kuće, tj. u bolnicama.⁴² Tradicionalni koncept čistoće također podrazumijeva odvajanje donjeg i gornjeg dijela tijela u svakodnevnom životu i potrebu pranja ruku nakon dodirivanja donjeg dijela tijela, što može biti važno za postizanje povjerenja u razumijevanja pacijentica i liječnika te drugog medicinskog osoblja u slučaju ginekoloških pregleda i zahvata.⁴³

Bolest je fenomen koji ima šire društveno značenje tako da se u slučaju ozbiljnije bolesti oko bolesnika okuplja širi krug rođaka, što nije samo kulturno poželjno ponašanje i običaj, već također i iskren izraz brige za bolesnoga i njegovu užu obitelj.⁴⁴ Okupljanje proširene obitelji u slučaju ozbiljne bolesti ima veliku kulturnu vrijednost u romskoj zajednici, a starije osobe u zajednici preuzimaju odgovornost za mlađe u traženju adekvatne zdravstvene skrbi i primjerena načina liječenja i terapijskih postupaka.

Nerijetko Romi izjednačavaju zdravlje i sreću tako da se zdrave osobe smatraju sretnima, za razliku od onih koje se razbole zbog toga što ih je napustila sreća. Nadalje, zdravlje i sreća povezuju se s tjelesnom težinom pa se tako osoba veće tjelesne težine smatra sret-

37 Fraser A. [1992] *The Gypsies*. Oxford: Blackwell Publishers prema Martinović Klarić I. [2009] Op. cit.

38 Lehti, A. i Mattison, B. [2006] Op. cit.; Sutherland, A. [2002] Op. cit.

39 Fraser, A. [1992] Op. cit.

40 Honer, D. i Hoppie, P. [2004] The enigma of the Gypsy patient. RN 67[8]: 33–37; Sutherland, A. [2002] Op. cit.

41 Vivian, C. i Dundes, L. [2004] The crossroads of culture and health among the Roma (Gypsies). *J Nurs Scholarsh*, 36 [1]: 86–91.

42 Sutherland, A. [2002] Op. cit.

43 Lehti, A. i Mattison, B. [2006] Op. cit.; Sutherland, A. [2002] Op. cit.

44 Sutherland, A. [2002] Op. cit.

nijom i zdravijom jer tjelesna težina ukazuje i na sreću te materijalno bogatstvo.⁴⁵ Bolesti se razlikuju prema uzroku koji nastaje unutar ili izvan zajednice te se liječenju bolesti pristupa različito, tradicionalno ili uz pomoć suvremene medicinske znanosti, ovisno o uzroku. Postoji zazor i strah od bolnice kao mjesta koje je prema Romima neprijateljsko, nečisto, izdvojeno iz romske zajednice i kulture, u kojem su posjeti ograničeni. Romi se boje operativnih zahvata i anestezija koje smatraju "malim smrtima".⁴⁶ Gotovo u pravilu Romi doživljavaju zdravlje kao odsutnost bolesti, a bolest kao stanje nesposobnosti koje je povezano s boli i nemogućnošću funkcioniranja u svakodnevnom životu. Bolest se izravno povezuje sa smrću, a smrt je najveća obiteljska kriza koja ima propisane rituale žaljenja i opraštanja s pokojnikom.

Kulturne specifičnosti kao i pragmatični razlozi te iskustvo pojedinaca i zajednica imaju niz praktičnih posljedica povezanih s načinom na koji Romi traže i ostvaruju zdravstvene usluge. U priručniku o zdravstvenim uslugama u romskoj zajednici koje je izradilo španjolsko Ministarstvo zdravlja i Fundación Secretariado Gitano⁴⁷ navode se kulturne specifičnosti romske manjine koje mogu imati izravne veze s njihovim zdravljem i koje sustav zdravstvene skrbi utemeljen na kulturnoj kompetenciji treba uzimati u obzir. Zdravlje se u većini romskih zajednica razmatra tek u slučaju vrlo dramatičnih simptoma bolesti koji dovode do nesposobnosti, što otežava promicanje koncepta prevencije bolesti. Ako postoji dijagnoza određene bolesti, ali izostaju simptomi ili znakovi nesposobnosti, bolest se ignorira. Nadalje, ako pojedinac ili obitelj prepoznaju stanje bolesti, smatraju da je nužno žurno djelovanje zbog izravne veze bolesti i smrti, što može dovesti do neadekvatna korištenja usluga zdravstvene skrbi, pa se primjerice prekomjerno koriste usluge hitne pomoći ili se pak koriste bitno učestalije nego što je to slučaj s pripadnicima većinskih populacija.

Uloga liječnika često se ambivalentno doživljava, naime liječnik ima potrebno znanje koje omogućuje liječenje bolesti, ali liječnik je također osoba koja dijagnosticira bolest i donosi loše vijesti [npr. dijagnoza malignih bolesti]. Stoga se odlazak liječniku odgađa ili izbjegava zbog straha da će neka bolest biti otkrivena tj. dijagnosticirana. Ako simptomi bolesti nestanu uslijed propisane terapije, obično se ignoriraju sve druge liječničke preporuke jer se u kulturnome modelu zdravlja Roma smatra da je bolest iščeznula. U većini romskih zajednica žene se smatraju odgovornima za brigu o zdravlju u obitelji, a pojava bolesti smatra se problemom proširene obitelji koja se aktivno uključuje u proces dijagnoze i liječenja. Međutim, čest je slučaj da starije žene (npr. sivekrva) ili muškarci donose odluke vezane u zdravlje.

45 Ibid.

46 Ibid.

47 *Handbook for action in the area of health services with the Roma community* [2006] Madrid: Ministry of Health and Consumer Affairs, Fundación Secretariado Gitano.

1.4. Zdrave i nezdrave navike

Mnogi od prethodno pobrojanih društvenih i kulturnih čimbenika mogu imati izravan utjecaj na zdravlje. Primjerice osobe izložene ekstremnom siromaštvu nisu kadre osigurati sebi i svojoj obitelji primjerene stambene uvjete pa su zbog nehigijene, toksičnih supstancija, atmosferskih prilika ili nesreća uslijed kvarova na instalacijama izložene većem riziku od narušavanja zdravlja i pojave bolesti. U većini slučajeva, međutim, društveni čimbenici djeluju posredno preko zdravih i nezdravih navika. Prethodno smo spomenuli naobrazbu i zdravstvenu pismenost kao odrednice zdravlju usmjerenih ponašanja. Osobe skromnije naobrazbe vjerojatnije će se više držati tradicijskih kulturnih uvjerenja i manje obraćati pozornost na prevenciju bolesti, dok će se oni obrazovaniji nastojati više držati medicinskih spoznaja i liječničkih preporuka vezanih uz prevenciju, dijagnostiku i liječenje bolesti. Prema tome zdravlje, osim o biološkim faktorima, najviše ovisi o zdravim i nezdravim navikama koje mogu bitno utjecati kako na zdravlje, tako i na kvalitetu i duljinu života. Prijašnja istraživanja upravo su i pokazala da pripadnici RNM-a uvelike prednjače pred općom populacijom u pribjegavanju štetnim navikama poput konzumacije cigareta i alkohola, dok istodobno zaostaju u navikama koje pridonose zdravlju, kao što su redoviti liječnički pregledi, fizička aktivnost te zdrava prehrana.⁴⁸

1.5. Konceptualni model društvenih i kulturnih odrednica zdravlja pripadnika RNM-a

Prethodni pregled odaje svu složenost i isprepletenost čimbenika koji posredno ili neposredno utječu na zdravlje pripadnika RNM-a. U svojem modelu pretpostavili smo tri razine utjecaja na zdravlje: 1) individualnu razinu, 2) razinu zajednice i 3) razinu šireg društvenog konteksta. Utjecaj društvenih i kulturnih čimbenika prisutan je u svim nabrojanim razinama, a mehanizmi djelovanja ponekad su neposredni, ali češće posredni, što može pridonijeti stvaranju situacija koje su rizične za zdravlje ili povećavaju vjerojatnost nezdravih navika i štetnih ponašanja. Konceptualni model, koji ćemo koristiti kao polazište u statističkim analizama i razmatranju i analiziranju zdravstvenog statusa RNM-a, prikazan je na Slici 1.

48 European Commission [2014] *Roma Health Report: Health status of the Roma Population*. Data collection in the Member States of the European Union.



SLIKA 1. Polazni model društvenih i kulturnih odrednica zdravlja kod pripadnika RNM-a

1.6. Socijalna skrb za pripadnike RNM-a

Vrlo kratak pregled socijalnih odrednica zdravlja upućuje na brojne i duboko ukorijenjene uzroke nejednakosti i prikraćenosti pripadnika RNM-a. Jedan od očitih i nezaobilaznih izvora nejednakosti leži u siromaštvu i neimaštini koja je među pripadnicima RNM-a izrazito naglašena i mnogo prisutnija nego kod pripadnika drugih etničkih zajednica ili društva u cjelini. Znatno broj pripadnika RNM-a, kako pokazuju prethodna istraživanja, približno jedan od jedanaest, živi u apsolutnom siromaštvu, odnosno nije u mogućnosti podmiriti ni najosnovnije životne potrebe.⁴⁹ Tome treba pridodati da prema istom istraživanju više od devet desetina romske populacije ulazi u kategoriju relativnog siromaštva.⁵⁰ I svi ostali pokazatelji svjedoče o tome kako su Romi bili i ostala populacija suočena s ekstremnim siromaštvom, a jaz u odnosu na opću populaciju u zadnjim se dekadama tek blago smanjio.⁵¹

49 Bagić, D., Burić, I., Dobrotić, I., Potočnik, D. i Zrinščak, S. [2014] Romska svakodnevnica u Hrvatskoj: prepreke i mogućnosti za promjene. UNDP, UNHCR i UNICEF.

50 Ibid.

51 Ibid.

Novija istraživanja uglavnom potvrđuju ono što se o materijalnoj prikraćenosti RNM-a zna već desetljećima. Prihodi kućanstva prosječne romske obitelji daleko zaostaju za prihodima prosječne obitelji iz opće populacije, a kad se promatra iznos po članu kućanstva, situacija je još poraznija zbog mnogobrojnosti članova obitelji RNM-a. Medijan mjesečnog prihoda po članu kućanstva RNM-a iznosi samo 450 kn.⁵² Za pripadnike RNM-a mnogo je vjerojatnije da će se naći u riziku od siromaštva i da si isključivo zbog financijskih razloga neće moći priuštiti troškove koji se uzimaju kao pokazatelji materijalne deprivacije, a smatraju se dostupnima velikoj većini opće populacije, poput primjerenoga grijanja, izdašnog obroka makar jednom u dva dana, podmirenja neočekivanih financijskih izdataka i drugih sličnih troškova.⁵³ Očekivano, materijalna prikraćenost ogleda se ne samo u tekućim prihodima nego i u uvjetima života koji su često daleko ispod standarda suvremenog društva.

Pripadnici RNM-a žive u pravilu na rubu gradova ili u izoliranim naseljima, često s lošim pristupnim putovima i udaljeni od ustanova koje jamče život u skladu s osnovnim ljudskim pravima na zdrav život i zdrav okoliš. Često stanuju u skućenim i neprikladnim stambenim prostorima koji u mnogim slučajevima nisu priključeni na javnu kanalizaciju ni na vodo- vod, a zamjetan broj kućanstava nema ni opskrbu električnom energijom.⁵⁴ Osim toga stambeni prostor pripadnika RNM-a često je manjkav i ispod stambenog standarda velike većine opće populacije. Vrlo su učestali problemi vlage u stanu, krova koji prokišnja i trulih prozorskih okvira.⁵⁵

Evidentno je da je siromaštvo i nadalje, unatoč mnogim naporima, gorući problem koji iziskuje neodložno i kontinuirano rješavanje. Pitanje siromaštva pripadnika RNM-a zbog toga je istaknuto kao jedna od ključnih tema i u NSUR-u koji je sukladno tome zacrtao strateške ciljeve usredotočene na smanjivanje siromaštva i podizanje kvalitete i dostupnosti socijalnih usluga.⁵⁶

Iako je suočavanje s problemom siromaštva i materijalnog jaza u odnosu na opću populaciju svakako najistaknutiji i najvidljiviji problem, NSUR romsku problematiku u djelokrugu socijalne skrbi razmatra na mnogo široj i obuhvatnijoj razini. Uz siromaštvo NSUR kao glavne probleme prepoznaje obiteljske odnose, kvalitetu življenja i negativne pojave koje se vezuju poglavito uz žene i djecu.

NSUR je prema tome u području socijalne skrbi naznačio jedan opći i tri posebna cilja. Kao opći cilj naznačeno je smanjenje siromaštva romske populacije i unaprjeđenje kvalitete socijalnih usluga. Tome bi trebala pridonijeti tri posebna cilja.

Prvi posebni cilj usredotočen je na podizanje kvalitete, dostupnosti i pravovremenosti socijalnih usluga. Za njegovo postizanje predviđa se osnaživanje kapaciteta postojećih servisa za pružanje socijalnih usluga romskoj populaciji.

52 Kunac, S., Klasnić, K. i Lalić, S. [2018] Op. cit.

53 Ibid.

54 Ibid.

55 Ibid.

56 Nacionalna strategija za uključivanje Roma, za razdoblje od 2013. do 2020. godine. Op. cit.

Drugi posebni cilj zaokupljen je podizanjem razine kvalitete života romskih obitelji te se u njemu posebno naglašava dobrobit djece i mladih. S tom intencijom teži se edukaciji i osnaživanju pripadnika RNM-a radi unaprjeđenja roditeljskih vještina i kvalitete života unutar obitelji, napose djece.

Treći posebni cilj usredotočen je na prepoznavanje i prevenciju rizika od negativnih pojava poput trgovanja ljudima, seksualnog iskorištavanja i nasilja, poglavito usmjerenog prema ženama i djeci.

NSUR je, vidljivo, postavio vrlo obuhvatne i ambiciozne ciljeve koji počivaju na istaknutoj i proaktivnoj ulozi centara za socijalnu skrb i obiteljskih centara. Ciljevi su k tome jasno operacionalizirani, kao i način njihova praćenja, što ostavlja mogućnost vrednovanja.

Međutim, posve je razumljivo da su strateški ciljevi isprepleteni i da je socijalnu skrb teško odvojiti od svih drugih aspekata romske isključenosti i prikraćenosti. Ta je prikraćenost i isključenost, kako smo višekratno napomenuli, kronična, duboko ukorijenjena i sveprožimajuća tako da pojedinačne mjere i usmjeravanje na izdvojena područja vjerojatno ne mogu polučiti istinske promjene.

Jasno je da su za rješavanje akumuliranih problema u području socijalne isključenosti RNM-a potrebne koordinirane mjere aktivne politike usmjerene prema smanjivanju neizravne diskriminacije i diskriminatorne prakse institucija koja često prolazi ispod radara. Zdravlje i zdravstveni problemi uvelike su, kako pokazuju i prethodna istraživanja, prouzročeni temeljnim nejednakostima u području socioekonomskog položaja, životnih uvjeta i naobrazbe.

2. Ciljevi i metodologija



2. Ciljevi i metodologija

2.1. Ciljevi studije

Svrha je ove studije proširiti činjeničnu podlogu potrebnu za pripremu nove nacionalne strategije za uključivanje Roma u hrvatsko društvo u području zdravlja i socijalne skrbi. Osnovni je cilj studije vrednovati ostvarenost ciljeva postavljenih u NSUR-u te ponuditi preporuke utemeljene na prikupljenim podacima za unaprjeđenje provođenja zacrtanih zadaća.

Sekundarni su ciljevi:

1. pružiti osnovne deskriptore vezane uz zdravlje, zdravstvenu zaštitu i socijalnu skrb pripadnika RNM-a u kontekstu niza potencijalno relevantnih varijabli, ponajprije regije, tipa naselja i sociodemografskih obilježja, ali također i zdravih navika i ponašanja
2. usporediti relevantne pokazatelje koji se odnose na pripadnike RNM-a s onima dobivenima u prethodnim istraživanjima ili drugim populacijama (ponajprije općom populacijom, poželjno i pripadnicima RNM-a u drugim europskim državama)
3. analizirati međusobnu povezanost relevantnih pokazatelja iz područja zdravlja, zdravstvene zaštite i socijalne skrbi s ciljem prepoznavanja mehanizama međusobnog utjecaja i stvaranja modela utjecaja
4. na temelju evidentiranih podataka i modela utjecaja oblikovati preporuke koje će u budućnosti olakšati i ubrzati ostvarenje ciljeva zacrtanih NSUR-om.

Interpretacije nalaza uključuju komparativni pristup te prikazuju regionalne razlike među pripadnicima RNM-a u Hrvatskoj, razlike između pripadnika RNM-a i većinskog stanovništva te, gdje je to moguće, komparativni prikaz podataka o Romima u Hrvatskoj s podacima o Romima iz drugih država EU-a.

2.2. Izvori podataka

Podaci prikazani u ovoj studiji prikupljeni su u sklopu projekta *Prikupljanje i praćenje baznih podataka za učinkovitu provedbu Nacionalne strategije za uključivanje Roma* koji su za Ured za ljudska prava i prava nacionalnih manjina kao korisnika tijekom 2017. i 2018.

godine provodili tvrtka Ecorys Hrvatska d.o.o. i udruga Centar za mirovne studije. U okviru tog projekta tijekom 2017. godine provedeno je sveobuhvatno empirijsko istraživanje, čiji je cilj bio definirati polazne vrijednosti za mjerenje učinaka *Nacionalne strategije za uključivanje Roma, za razdoblje od 2013. do 2020. godine* [NSUR] i *Akcijskog plana NSUR-a* [AP] na nacionalnoj, regionalnoj i lokalnoj razini, kao i definirati potrebe romskih zajednica te prepreke za uključivanje romske nacionalne manjine na lokalnoj/regionalnoj i nacionalnoj razini. Dio rezultata tog istraživanja, koji su se odnosili na ključne bazne podatke, publicirani su u knjizi *Uključivanje Roma u hrvatsko društvo: istraživanje baznih podataka*.⁵⁷

S obzirom na važnost stvaranja i proširenja činjenične podloge za razvoj djelotvorna strateškog okvira za uključivanje pripadnika RNM-a u hrvatsko društvo te temeljite analize stanja i potreba vezanih uza zdravstvenu zaštitu i socijalnu skrb pripadnika RNM-a u ovoj ćemo knjizi izložiti rezultate novih analiza podataka prikupljenih 2017. godine.

2.2.1. Metode prikupljanja podataka

Navedeno empirijsko istraživanje iz 2017. godine provedeno je primjenom tzv. mješovite metodologije, a sastojalo se od triju glavnih istraživačkih dionica: 1) mapiranja romskih zajednica u RH, 2) intervjua i fokus-grupa s predstavnicima romske nacionalne manjine, ključnim osobama u romskim zajednicama te predstavnicima relevantnih institucija na razini jedinica lokalnih samouprava te 3) anketiranja romskog stanovništva na reprezentativnom uzorku romskih kućanstava. U ovoj publikaciji analizirani su relevantni podaci o zdravlju, zdravstvenoj zaštiti i socijalnoj skrbi iz sve tri istraživačke dionice.

Detaljan opis metodologije istraživanja i svake istraživačke dionice publiciran je u izvornoj publikaciji,⁵⁸ a ovdje slijedi kratak opis provedbe pojedinih dionica koji je ključan za razumijevanje podataka prezentiranih u ovoj knjizi.

1) Mapiranje romskih zajednica

Mapiranje romskih zajednica provedeno je s primarnim ciljem utvrđivanja romske populacije kao preduvjeta za kvantitativno uzorkovanje romske populacije, ali i radi prikupljanja podataka o specifičnostima pojedinih lokaliteta na kojima obitavaju pripadnici RNM-a. Mapiranje romskih zajednica provedeno je tijekom svibnja i lipnja 2017. godine primjenom metoda strukturiranih intervjua i promatranja na ukupno 134 lokaliteta u 15 županija RH. Informanti [osobe koje su davale informacije o lokalitetima] bili su pripadnici RNM-a, odnosno osobe koje žive na tim lokalitetima i o kojima su dobro informirani pa su zato odabrani kako bi educiranim mapistima pružali potrebne informacije prema pitanjima u predlošcima za opis stanovništva i opis zajednice. Po lokalitetu su bila predviđena tri strukturirana intervjua, tj. razgovor s tri informanta, od kojih je barem jedna osoba trebala biti ženskog spola. Ukupno je proveden 371 strukturirani intervju [sa 196 muškaraca i 175 žena] pa je po lokalitetu u prosjeku bilo 2,8 informanata.

⁵⁷ Kunac, S., Klasnić, K. i Lalić, S. [2018] Op. cit.

⁵⁸ Ibid.

2) Kvalitativna metodologija – metode intervjuja i fokus-grupa

Druga istraživačka dionica odnosila se na primjenu kvalitativne metodologije. Provođeni su polustrukturirani ekspertni intervjui s predstavnicima relevantnih institucija na razini jedinica lokalnih samouprava [njih ukupno 141] te polustrukturirani dubinski intervjui s predstavnicima romske nacionalne manjine i ključnim osobama u romskim zajednicama [njih ukupno 67]. Provedeno je također i sedam fokus-grupa s predstavnicima relevantnih institucija na županijskoj razini [ukupno su sudjelovale 73 osobe].

U intervjuima i fokus-grupama bila su postavljena pitanja o obrazovanju, zapošljavanju, zdravstvenoj zaštiti, socijalnoj skrbi, djeci, prostoru, stanovanju i zaštiti okoliša, društvenom i kulturnom životu, statusu i pravima, institucionalnom okruženju te potrebama i prioritetima za promjene.

3) Kvantitativna metodologija – metoda ankete

Treća i ključna istraživačka cjelina odnosila se na kvantitativno istraživanje metodom ankete [tehnikom lice u lice] s pripadnicima RNM-a u 12 županija Republike Hrvatske. Anketiranje je provedeno tijekom listopada i studenog 2017. godine na ukupno 109 lokaliteta na kojima žive pripadnici RNM-a. Obuhvaćeno je 1550 romskih kućanstava te su prikupljeni podaci o 4758 članova tih kućanstava. Time su prikupljeni podaci o 38% od svih u mapiranju evidentiranih romskih kućanstava te o 21% Roma od ukupnog procijenjenog broja romskog stanovništva u tim županijama.

U anketnom upitniku postavljena su pitanja o infrastrukturnim, okolišnim i stambenim uvjetima života u romskim naseljima, različitim ekonomskim i socijalnim obilježjima romskih kućanstava, potom o različitim sociodemografskim, socioekonomskim i sociokulturnim karakteristikama svih članova kućanstva, o osobnoj situaciji u zapošljavanju, obrazovanju, zdravstvu i stanovanju, zatim o integraciji, diskriminaciji, osviještenosti prava i pitanjima građanstva te pitanja o osobnim iskustvima i stavovima vezana uz različita područja nacionalne strategije za uključivanje Roma. Zbog izrazito velika broja tema i pitanja koje je anketno istraživanje trebalo pokriti, korištene su dvije inačice anketnog upitnika [tzv. A i B inačica], stoga nisu sva pitanja postavljena svim ispitanicima. Posljedica su toga, u tehničkom smislu, različite veličine poduzoraka kod različitih pitanja.

Uzorak romskog stanovništva u anketnom istraživanju konstruiran je prema podacima o populaciji istraživanja prikupljenima mapiranjem romskih zajednica i smatra se reprezentativnim prema dobi i spolu za pripadnike romske nacionalne manjine u 12 županija RH za lokalitete u kojima živi barem 30 pripadnika RNM-a.

2.3. Metodologija studije o zdravstvenoj zaštiti i socijalnoj skrbi

2.3.1. Regionalna podjela i procjena veličine populacije

U svrhu statističkih obrada i analiza, čiji su rezultati prezentirani u sljedećim poglavljima, podaci su s razine županija⁵⁹ grupirani u šest regija uz uvažavanje njihove geografske bliskosti i određenih sociodemografskih specifičnosti.

S obzirom na to da se u ovoj publikaciji govori o udjelima pripadnika RNM-a u pojedinim regijama, ovdje u Tablici 1 prikazane su procjene ukupna broja pripadnika RNM-a u pojedinim regijama, a prema podacima prikupljenima mapiranjem romskih zajednica.⁶⁰

TABLICA 1. Regionalna podjela i procjena veličine populacija

Regija	Županije	Broj lokaliteta u kojima je provedeno mapiranje i anketno istraživanje	Broj romskih kućanstava u kojima je provedeno anketno istraživanje	Procjena veličine populacije, tj. broja pripadnika RNM-a iz mapiranja
Međimurje	Međimurska	14	566	6368
Sjeverna Hrvatska	Koprivničko-križevačka i Varaždinska	17	156	2460
Zagreb i okolica	Grad Zagreb i Zagrebačka	17	214	3539
Središnja Hrvatska	Bjelovarsko-bilogorska i Sisačko-moslavačka	21	194	3655
Slavonija	Osječko-baranjska, Brodsko-posavska i Vukovarsko-srijemska	25	296	4142
Istra i Primorje	Primorsko-goranska i Istarska	15	124	2322

2.3.2. Podaci

Svi podaci koji se odnose na pitanja zdravlja, zdravstvene zaštite i socijalne skrbi [taksativno navedeni na samom početku uvoda] prikupljeni su metodom samoiskaza. Ta metoda ima svojih prednosti zbog ekonomičnosti i nepostojanja potrebe za stručnim osobljem ili složenom dijagnostikom, ali istodobno pati od brojnih nedostataka o kojima treba voditi računa pri razmatranju prikupljenih podataka. Metoda podrazumijeva da je anketirana osoba dobro

59 Županije od istraživačkog interesa određene su primjenom kombinacije eksterne i [ekspertne] interne identifikacije lokaliteta na kojima živi minimalno 30 Roma [detaljnije vidi u Kunac, Klasnić i Lalić 2018: 53–55]. Takvim pristupom nije identificiran ni jedan lokalitet na kojemu živi minimalno 30 Roma u bilo kojoj županiji iz regije Dalmacija.

60 Riječ o zbroju srednjih vrijednosti procjena pojedinih informanata na svakom lokalitetu.

upoznata ne samo s vlastitim zdravstvenim stanjem nego i sa zdravstvenim problemima, navikama i ponašanjem svih ukućana. Takvo je očekivanje, naravno, u mnogim slučajevima nerealistično pa je sasvim moguće da su neki zdravstveni problemi ili bolesti izostavljeni zbog neznanja. Drugi je problem odgovaranje u skladu s društvenom poželjnošću, zbog čega je vjerojatno podcijenjena raširenost nepoželjnih navika i ponašanja poput oskudnih higijenskih navika, alkoholizma, ovisnosti o opojnim drogama, pribjegavanja nasilju i drugih.

2.3.3. Obrada i analiza podataka

Prva razina analize temeljena je na pojedinačnim indikatorima. Većina varijabli koje su relevantne za obrađivanu tematiku analizirane su na razini regija [prema predloženoj podjeli na šest regija: **Međimurje, Sjeverna Hrvatska, Zagreb i okolica, Središnja Hrvatska, Slavonija, Istra i Primorje**] i tipa naselja. Dodatno su kao prediktori, odnosno moguće odrednice zdravlja, korišteni raznorodni sociodemografski, statusni, okolišni i ponašajni indikatori poput dobi, naobrazbe, odnosa u obitelji, životnih uvjeta, materijalnog statusa, vrijednosti i navika. Kako bismo utvrdili jesu li razlike ili povezanosti uopće statistički značajne, primijenili smo odgovarajuće inferencijalne statističke testove, a za provjeru veličine povezanosti izračunati su pripadajući pokazatelji veličine učinka.⁶¹

- **za nominalne varijable:** Pearsonov hi-kvadrat test za provjeru značajnosti i koeficijent kontingencije C za izračun veličine učinka
- **za kvantitativne varijable:** odgovarajući parametrijski test [ANOVA] uz parcijalni kvadrirani eta koeficijent kao pripadajuću mjeru veličine.

Za provjeru odnosa među kvantitativnim varijablama korišten je Pearsonov koeficijent korelacije. Ako je postojala sumnja da povezanost nije linearna, primijenjena je ANOVA.

2.3.3.1. Oblikovanje višečestičnih indikatora, skala i indeksa

S obzirom na to da su pojedinačni pokazatelji često naglašeno podložni pogreški u mjerenju, odnosno nepouzdana, a usto i vrlo specifični, postoji potreba za njihovim objedinjavanjem u šire i univerzalnije konstrukte. U analizama smo, gdje god je to bilo moguće, koristili sintetičke indikatore temeljene na većem broju čestica kako bismo dobili preciznije i pouzdanije nalaze. Za svaku takvu novooblikovanu skalu ili indikator provjerili smo faktorsku valjanost i **pouzdanost mjerenu Cronbachovim alfa koeficijentom**. U tablici u Dodatku sažeto su prikazani sintetički indikatori zajedno sa sastavnim česticama i pouzdanošću tako formiranih kompozita.

⁶¹ Skrećemo pozornost na činjenicu da su statistička značajnost i veličina učinka dva različita pokazatelja o kojima treba voditi računa pri tumačenju nekog statističkog nalaza. Statistička značajnost kazuje je li neka razlika ili povezanost uopće prisutna na populacijskoj razini, odnosno imamo li dovoljno snažne argumente da te pokazatelje proglasimo različitim od nule. Veličina učinka mjera je snage povezanosti. S obzirom na veličinu ovom studijom obuhvaćenog uzorka te time ostvarenu veliku statističku snagu, čak su i vrlo male razlike [među regijama, tipovima naselja i dr.] ili korelacije [s naobrazbom, dobi i sl.] statistički značajne. Ali samo neke od njih veličinom zaslužuju pozornost. Primjerice, korelacija od 0,10 uz dovoljno velik uzorak statistički je značajna, ali objašnjava vrlo malu proporciju varijance, samo 1%. Stoga smo se pri tumačenju statističkih nalaza uglavnom usredotočili na one statističke pokazatelje koji su ne samo značajni nego i supstancijalne veličine.

Druga razina analize temeljena je na kompozitnim indikatorima, skalama i indeksima. Tamo gdje se pokazalo da se pojedinačni indikator veći dijelom mogu, putem faktorske analize i logičkog povezivanja, grupirati u šire i univerzalnije konstrukte, korištene su **korelacijske i regresijske analize**. To je omogućilo bolju procjenu pojedinačnog prediktorskog doprinosa i bolji uvid u održivost polaznog teorijskog modela.

U analizama u kojima smo nastojali objasniti varijancu nekog pokazatelja zdravlja, zdravstvenog stanja ili socijalnog statusa, uglavnom smo koristili hijerarhijske regresijske analize. U njima se prediktori zadaju sukcesivno, u blokovima, prema primarnosti. U prvi bismo blok uključili sociodemografske varijable i varijable vezane uz materijalni status i uvjete življenja jer smo smatrali da oni, sukladno polaznome modelu, pripadaju primarnim odrednicama zdravlja. Potom bismo u analizu uključili ponašajne pokazatelje poput zdravih i nezdravih navika. Tek ako bi se pokazalo da varijable iz drugog bloka značajno pridonose predikciji u odnosu na varijancu objašnjenu prediktorima iz prvog bloka, prikazali bismo njihov pojedinačni doprinos [beta koeficijente].

Iz drugog bloka su isključeni pokazatelji poput redovitosti i učestalosti odlazaka liječniku jer se pokazalo da su negativno povezani sa zdravljem pa bi upućivali na pogrešne zaključke. Takav je nalaz, međutim, posve u skladu s uvodnim razmatranjem prema kojem su pripadnici RNM-a izrazito neskloni preventivnim pregledima i posjećuju liječnika tek kad je bolest nastupila ili uznapredovala.

S obzirom na to da je dio analiza po pojedinim prediktorskim kriterijima već predstavljen,⁶² te analize nisu ponavljane, ali smo se, gdje god je bilo umjesno, referirali na rezultate prezentirane u navedenoj publikaciji.

Po potrebi su se kao dopuna kvantitativnoj analizi koristili i **rezultati kvalitativnog istraživanja**, to jest intervjua i fokus-grupa provedenih s ključnim predstavnicima romske nacionalne manjine i ključnim neromskim akterima za relevantna pitanja ove studije.

62 Kunac, S., Klasnić, K. i Lalić, S. [2018] Op.cit.

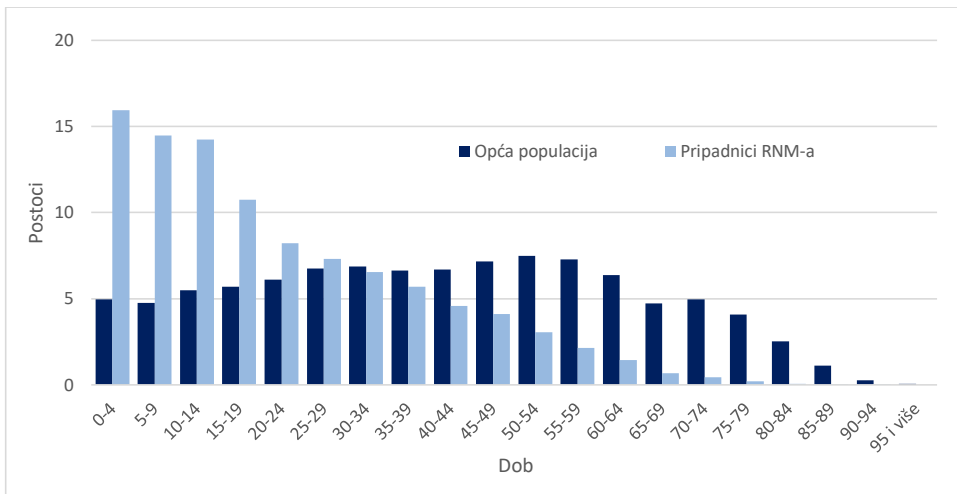
3. Rezultati



3. Rezultati

3.1. Zdravlje i zdravstvena zaštita pripadnika RNM-a

U ovom dijelu studije analiziramo područje zdravstvenog statusa, podjednako subjektivne procjene i iskaze o prisutnosti bolesti obuhvaćenih anketom. Istraživanje je temeljeno na samoiskazu ili iskazu o drugoj osobi pa ne možemo govoriti o objektivnim podacima, već više o percepcijama i osobnim prosudbama. S obzirom na to da su deskriptivni podaci izloženi u drugoj publikaciji,⁶³ ovdje ćemo se posvetiti deskripciji u odnosu na neke potencijalno relevantne varijable poput regije, tipa naselja, materijalnog statusa, životnih uvjeta i druge. Pri procjeni zdravlja vodit će se računa o demografskoj specifičnosti romske zajednice koja je značajno mlađa od ostatka populacije.⁶⁴ Jedan od razloga za to je i kraći životni vijek koji je, prema nekim procjenama čak do dvadeset godina kraći od životnog vijeka opće populacije.⁶⁵ Niža životna dob i manji broj starijih osoba, naravno, imaju implikacije na sliku zdravlja pripadnika RNM-a i može stvoriti pogrešan dojam o boljem stanju nego što ono zapravo jest. Zbog toga će se procjene sagledavati u kontekstu demografske specifičnosti RNM-a.



SLIKA 2. Dobna struktura istraživačkog uzorka pripadnika RNM-a u odnosu na opću populaciju RH⁶⁶

63 Kunac, S., Klasnić, K. i Lalić, S. [2018] Op. cit.

64 European Commission [2014] *Roma health report: Health status of the Roma population*. Data collection in the Member States of the European Union.

65 Ibid.

66 Popis stanovništva [2011] Zagreb: DZS.

Istraživanja pokazuju da je romska populacija demografski vrlo različita od opće populacije u Hrvatskoj i drugim europskim zemljama. U njoj su znatno zastupljeniji djeca i mladi, a mnogo je manje starijih osoba. Životni vijek pripadnika RNM-a bitno je kraći životnoga vijeka u neromske populacije, čak i do dvadeset godina.⁶⁷ Sve na što su ukazala ranija istraživanja, pokazuje i grafički prikaz dobne strukture uzorka za koji vjerujemo da uvelike preslikava cijelu populaciju RNM-a u odnosu na dobnu strukturu opće populacije. Djeca i mladi u istraživanjem zahvaćenom uzorku RNM-a mnogo su zastupljeniji u odnosu na opću populaciju, za razliku od starijih koji su podzastupljeni, osobito oni stariji od 75 godina kojih u uzorku gotovo i nema.

U studiji se osvrćemo i na udio starijih osoba u uzorku kao najbolju dostupnu procjenu zastupljenosti starijih osoba u populaciji RNM-a. Iako uzorak nije probabilistički i takva procjena može biti u nekoj mjeri pristrana, to je ipak jedno od rijetkih istraživanja koje uopće pruža mogućnost makar i pristrane procjene. Udio starije populacije u zajednici RNM-a usporedit će se s udjelom prisutnim u općoj populaciji i raspraviti u kontekstu očekivanog životnog vijeka

3.1.1. Subjektivna procjena zdravstvenog stanja

Subjektivne mjere zdravlja postupno postaju sve važnije nakon globalnog prihvaćanja proširene definicije zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije koja zdravlje ne definira tek kao puku odsutnost bolesti i nemoći, već kao potpuno fizičko, mentalno i socijalno blagostanje. Subjektivna procjena zdravlja obuhvaća ukupnu percepciju zdravlja te biološku, psihološku i socijalnu dimenziju zdravlja⁶⁸ koju nije uvijek moguće opaziti ili izmjeriti kroz standardne dijagnostičke postupke. Različiti čimbenici utječu na subjektivnu procjenu zdravlja – ne samo psihološke, socioekonomske i kulturne osobitosti i zdravstveno ponašanje pojedinca, već i mreža formalne i neformalne socijalne podrške te dostupnost sustava zdravstvene skrbi. Subjektivna procjena zdravlja pozitivno korelira s mjerama subjektivne dobrobiti osobe i često se koristi kao pokazatelj kvalitete življenja povezano sa zdravljem.⁶⁹ Subjektivna i objektivna procjena zdravstvenog stanja mogu se bitno razlikovati te suvremena literatura upućuje na važnost prikupljanja i kombiniranja objiju kategorija mjera. Međutim, u razmatranju subjektivnih pokazatelja zdravstvenog statusa važno je imati na umu da ti podaci ukazuju ponajprije na znanje ili svijest o zdravlju, a ne nužno na stvarno ili objektivno zdravstveno stanje.

U slučaju nacionalnih i kulturnih manjina, pogotovo ako se uzme u obzir kontekst stigmatizacije, diskriminacije i društvene isključenosti kada pojedinci prešućuju, ignoriraju ili koriste većinskom stanovništvu i zdravstvenim radnicima u sustavu zdravstvene skrbi ne-

67 European Commission [2014] *Roma Health Report: Health status of the Roma population*. Data collection in the Member States of the EU.

68 McDowell, I. [2006] *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press.

69 Monden C. [2014] Subjective Health and Subjective Well-Being. U: Michalos A. C. [ur.] *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Dordrecht: Springer.

poznate ili nerazumljive kulturne koncepte zdravlja i bolesti, prikupljanje i razumijevanje kako subjektivnih tako i objektivnih podataka postaje presudno za unaprjeđenje zdravlja te unaprjeđenje kvalitete i dostupnosti zdravstvene skrbi. U analizi subjektivnih pokazatelja zdravstvenog stanja pripadnika RNM-a treba posebno voditi računa o kulturnom znanju vezanom uza zdravlje i bolest te kulturno uvjetovanom zdravstvenom ponašanju. Čest je slučaj da pripadnici RNM-a percipiraju bolest tek nakon što se suoče s akutnom bolešću koju doživljavaju kao invaliditet ili s dugotrajnom bolešću povezanom sa starenjem, odnosno tek ako bolest zahtijeva odlazak na liječnički pregled ili bolničko liječenje. Percepcija zdravstvenog statusa u slučaju pripadnika RNM-a uvelike je povezana s dostupnošću zdravstvene skrbi te stupnjem zdravstvene kompetencije i kulture, a isto tako istraživanja zdravlja u ranjivim skupinama pokazuju da se subjektivna procjena zdravlja pogoršava s povećanjem pristupa zdravstvenim uslugama.⁷⁰ Nakon dijagnoze određene bolesti populacija postaje svjesnija prijašnjih zdravstvenih tegoba te češće prijavljuje lošije zdravstveno stanje, posebice u slučaju bolesti koje se ne mogu potvrditi temeljem intuicije, bez liječničkog pregleda [npr. hipertenzija].

TABLICA 2. Usporedba subjektivne procjene zdravstvenog stanja po regijama

Međimurje [N=1784]	Sjeverna Hrvatska [N=529]	Zagreb i okolica [N=655]	Središnja Hrvatska [N=510]	Slavonija [N=799]	Istra i Primorje [N=407]	Ukupno [N=4684]	Značajnost razlike (F)	Veličina učinka [η^2]
3.79	3.98	3.87	3.70	3.52	3.58	3.75	p<0,01	0.02

Napomena: ocjene se kreću od 1 [”jako loše“] do 5 [”jako dobro“]

TABLICA 3. Usporedba subjektivne procjene zdravstvenog stanja prema tipu naselja

Odvojeno od grada ili sela [N=2104]	Na rubu grada ili sela [N=793]	Unutar grada ili sela [N=430]	Raspršeno u gradu ili selu [N=1355]	Ukupno [N=4682]	Značajnost razlike (F)	Veličina učinka [η^2]
3.80	3.60	3.61	3.80	3.75	p<0,01	0.01

TABLICA 4. Usporedba subjektivne procjene zdravstvenog stanja prema dobi

18-24 [N=707]	25-34 [N=731]	35-44 [N=525]	45-54 [N=388]	55-64 [N=245]	65+ [N=111]	Ukupno [N=2707]	Značajnost	Veličina učinka [r]
4.05	3.82	3.22	2.70	2.33	1.87	3.39	p<0,01	-0.53

70 Mihailov, Dotcho [2012] The health situation of Roma communities: *Analysis of the data from the UNDP/World Bank/EC Regional Roma Survey 2011*. Roma Inclusion Working Papers. Bratislava: United Nations Development Programme.

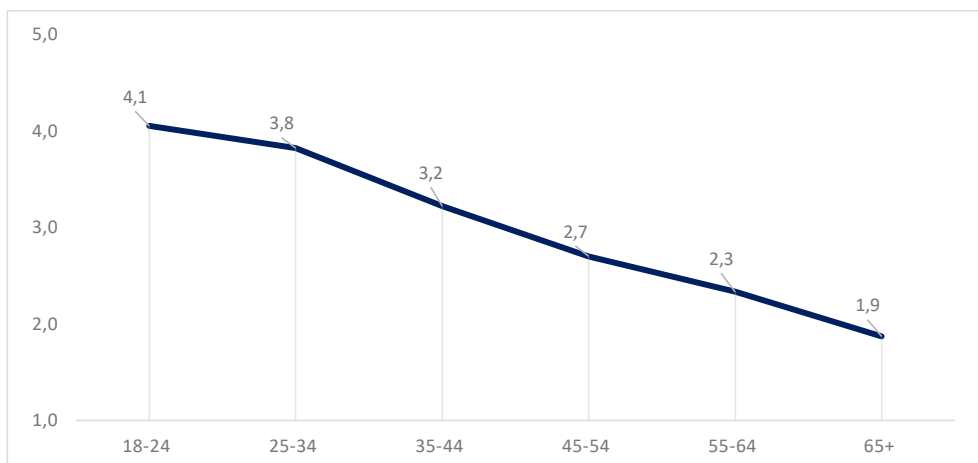
TABLICA 5. Usporedba subjektivne procjene zdravstvenog stanja prema naobrazbi

Bez škole [N=654]	1-4 razreda osnovne škole [N=676]	Nezavršena osnovna škola [5-7 razreda] [N=756]	Završena osnovna škola [N=934]	Završena najmanje srednja škola [N=433]	Ukupno [N=3453]	Značajnost	Veličina učinka [r]
3.17	3.42	3.75	3.73	3.88	3.59	p<0,01	0.19

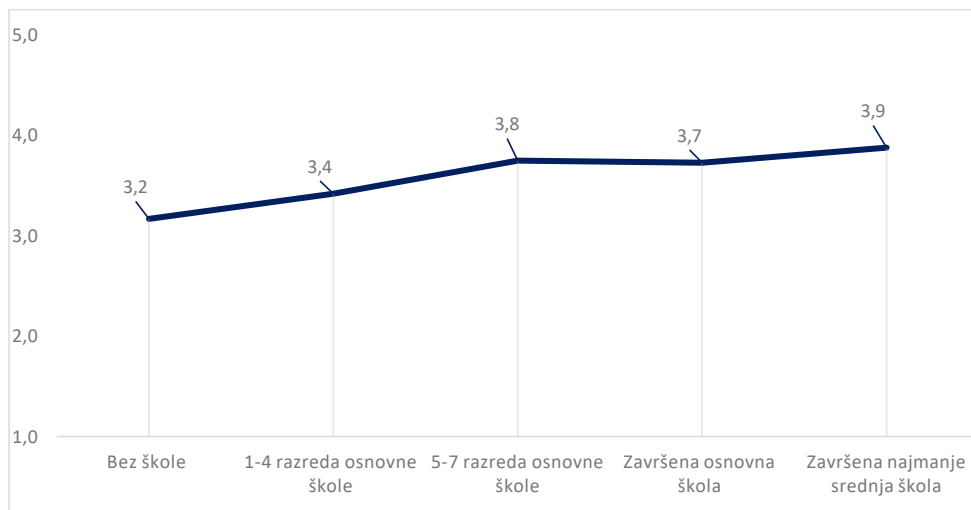
TABLICA 6. Usporedba subjektivne procjene zdravstvenog stanja prema prikladnosti životnog prostora

Posve neprikladan [N=829]	2 [N=865]	3 [N=1000]	4 [N=914]	Zadovoljavajući [N=1071]	Ukupno [N=4679]	Značajnost	Veličina učinka [r]
3.44	3.58	3.85	3.76	4.01	3.75	p<0,01	0.16

Ispitanici su imali zadatak procijeniti opće zdravstveno stanje svakog člana kućanstva, a prikupljeni odgovori su u ovom istraživanju analizirani prema regiji, tipu naselja, dobi, naobrazbi i prikladnosti životnog prostora. Prosječna subjektivna procjena zdravstvenog stanja kreće se oko srednje ocjene, školskom terminologijom izraženo između ocjene dobar i vrlo dobar, a premda varira ovisno o svim uzetim prediktorima, tek neki od njih, s obzirom na veličinu učinka, zavređuju osvrt. Regije i tip naselja nisu se pokazali kao bitne odrednice samoprocjene zdravlja kod pripadnika RNM-a. Očekivano, subjektivna procjena zdravlja najviše ovisi o dobi, pri čemu starije osobe u romskoj zajednici puno češće procjenjuju zdravlje lošim ili vrlo lošim [posebice one u dobnoj kategoriji +65 godina], za razliku od mlađih dobnih skupina koje zdravlje procjenjuju uglavnom vrlo dobrim.

**SLIKA 3.** Procjena općeg zdravstvenog stanja pripadnika RNM-a prema dobi

Također ne iznenađuje povezanost samoprocjene zdravlja s naobrazbom i prikladnošću životnog prostora, što je u skladu s početno iznesenim pretpostavkama u konceptualnom modelu društvenih i kulturnih odrednica zdravlja u pripadnika RNM-a. Dakle, mlađi i obrazovaniji pripadnici RNM-a koji žive u zadovoljavajućem životnom prostoru procjenjuju svoje zdravlje boljim u odnosu na starije osobe skromnije naobrazbe.

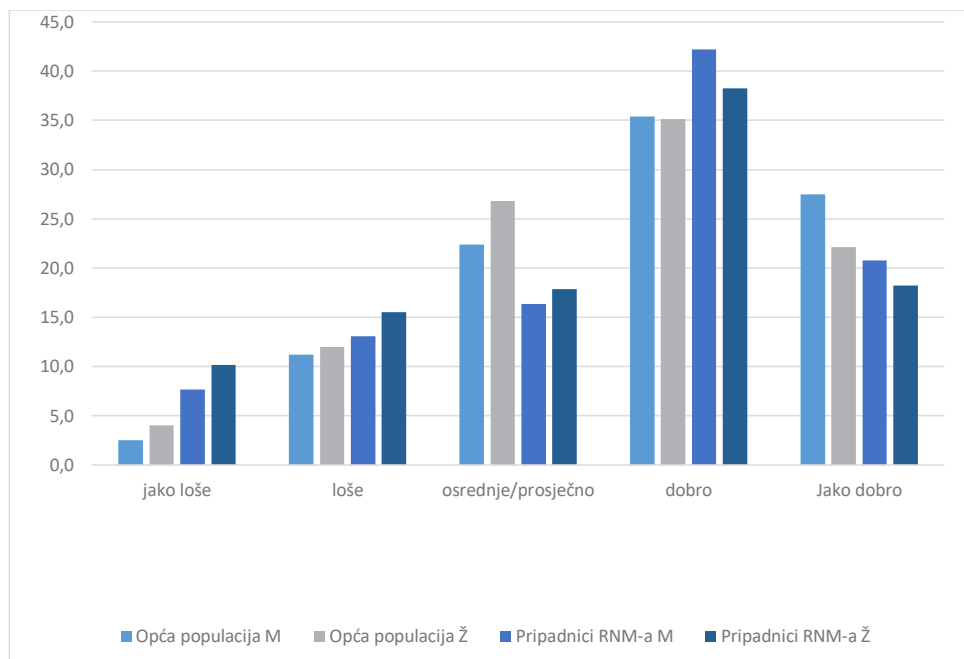


SLIKA 4. Procjena općeg zdravstvenog stanja s obzirom na naobrazbu

Istraživanje koje su proveli UNDP-a, Svjetska banka i DG Regio u državama središnje i istočne Europe⁷¹ ukazuje na to da visok postotak ne samo Roma [84%] već i okolnog većinskog stanovništva [86%] procjenjuje svoje zdravlje dobrim. Zamjetno je da je subjektivna procjena zdravlja nešto niža kod pripadnika RNM-a nego kod ostalog stanovništva, no te razlike ipak nisu značajne. Postoje razlike među istraživanim državama. Primjerice u državama izvan EU-a: Albaniji, BiH, Moldaviji, Makedoniji i Srbiji [s iznimkom Češke] Romi su manje zadovoljni zdravljem nego ostalo stanovništvo, dok je u novim članicama EU-a: Bugarskoj, Mađarskoj, Rumunjskoj i Slovačkoj zamjetan suprotan trend tako da je ostalo stanovništvo nezadovoljnije zdravljem od Roma. U slučaju Hrvatske razlike u subjektivnoj procjeni zdravlja između pripadnika RNM-a i ostalog stanovništva gotovo izostaju. Naime 88% pripadnika RNM-a i 89% ostalog stanovništva smatra svoje zdravlje dobrim.

Usporedba s podacima prikupljenima u RH 2011. godini kazuje da se, u odnosu na prethodno razdoblje šest godina prije, broj pripadnika RNM-a koji svoje zdravlje opisuje kao loše ili jako loše povećao s 12,3 na 16,6%, što može i ne mora biti zabrinjavajući podatak zbog ograničene usporedivosti uzoraka.

⁷¹ Mihailov, Dotcho [2012] *The health situation of Roma communities*. Op. cit.



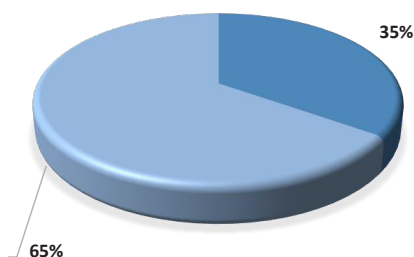
SLIKA 5. Usporedba samoprocjene općeg zdravstvenog stanja osoba od navršenih 15 godina naviše iz opće populacije⁷² i pripadnika RNM-a

Samoprocjena zdravstvenog stanja opće populacije ne odstupa bitno od one koju daju pripadnici RNM-a. Međutim, treba voditi računa o tome da je upravo dob faktor koji najviše utječe na slabljenje zdravlja i opažaj zdravstvenog stanja. S obzirom na to da je, kako smo prije utvrdili, romska populacija bitno mlađa, čak i kad se izostave osobe mlađe od 15 godina, pokazuje se da postojeća ujednačenost gotovo sigurno skriva slabije opće zdravstveno stanje pripadnika RNM-a.

72 Hrvatski zavod za javno zdravstvo [2016] *Europska zdravstvena anketa u Hrvatskoj 2014. – 2015. European Health Interview Survey (EHIS)*.

TABLICA 7. Prediktori procjene općeg zdravstvenog stanja pripadnika RNM-a

Prediktori	Beta	P		R	R ²	R ² promjena	Značajnost promjene
Spol	-.02	.60	Prvi blok	0.59	0.35	0.35	0.00
Dob	-.54	.00	Drugi	0.61	0.37	0.02	0.00
Naobrazba	.07	.04					
Osnovna opremljenost	.06	.15					
Prikladnost životnog prostora	.09	.01					
Udaljenost od doma zdravlja	.00	.91					
Zagađenje	-.01	.68					
Zdrava prehrana	.12	.00					
Nezdrava prehrana	.04	.34					
Konsumira alkoholna pića	.05	.16					
Puši cigarete	.03	.43					
Konsumira droge ili opijate	-.05	.17					
Zdrave navike	-.01	.72					

**SLIKA 6.** Postotak varijance općeg zdravstvenog stanja pripadnika RNM-a objašnjiv prediktorima

Napomena: u prvi blok hijerarhijske regresijske analize uneseni su sociodemografski, materijalni i lokacijski prediktori, a u drugi prediktori koji se odnose na zdrave ili nezdrave navike; masnim su slovima označeni statistički značajni prediktori.

Regresijska analiza pokazuje da je najveći udio varijance subjektivne procjene općeg zdravstvenog stanja, očekivano, objašnjen varijablom dobi. Razumljivo, poznija dob i posljedični progresivni proces smanjenja strukture i funkcije organa i organskih sustava povezan je sa slabijim općim zdravstvenim stanjem. U istraživanju nas je ponajprije zanimalo koliko na zdravstveno stanje utječu čimbenici koji mogu biti odraz socijalne isključenosti i marginaliziranosti. Dobiveni rezultati ukazuju na to da prikladnost životnog prostora pokazuje manji utjecaj, kao i naobrazba. Međutim, iako se čini da je uloga socijalne isključenosti, siromaštva i skromnije naobrazbe posve minorna, to je vjerojatno samo privid koji stvara homogenost romske populacije s obzirom na opću prikraćenost i slabe i neprimjerene uvjete. Male razlike među kućanstvima pripadnika RNM-a u kvaliteti životnog prostora, naobrazbi i opremljenosti stvaraju varljiv dojam kao da utjecaj tih varijabli uopće nije prisutan ili je jedva prisutan. Uz neprikladne uvjete i naobrazbu stanovitu ulogu u subjektivnoj procjeni ima i zdrava prehrana.

Zbog čega obolijevaju Romi: "Pijemo coca-colu kao i svi, volimo začinjeno i slabo se krećemo."

U odgovorima na postavljena pitanja o zdravlju u romskim zajednicama predstavnici RNM-a naglašavaju povezanost obolijevanja i loših stambenih uvjeta, prehrane, nekretanja i siromaštva. Naglašava se da razina siromaštva nije svugdje u romskim zajednicama jednaka, pa tako ni pobol od bolesti koje su uzrokovane neimaštinom i pothranjenošću. Prepoznaju iste razloge pobola i zdravstvenih problema kod romskog i većinskog stanovništva, a kao specifičnost životnog stila u romskim zajednicama u odnosu na većinsko stanovništvo ističu nezdravu prehranu i izostanak tjelesne aktivnosti, pogotovo kod starijih osoba.

- *Dosta smo zdravi tu... Najviše imamo loše stambeno pitanje. Romi su obolijevali od lošeg stambenog pitanja. Po zimi je bilo hladno jako, razbolili su se i dobili rak pluća, bubrezi su otkazali i tako dalje. Više to ne možemo tako reći. Sad imamo čvrste objekte i sve ovisi o, mi smo tom rangu prilagodili se kao i većinski narod. I naši puše, i vaši. Isto možeš dobiti rak pluća i kod nas i kod vaših. Nema nekakvih pravila od čega mi najviše obolijevamo... A isto se hranimo i pijemo coca-colu kao i svi drugi. Vodu svi pijemo. Jedino što mi imamo malo specifično da više volimo začinjeno i više mesa koristimo. Slabo se krećemo. U tom smislu sporta. Nije baš aktivno u starom naraštaju. Onda su pretilosti tu, tlak, šećer i tako dalje. Ljudi koji su od 40 godine pa nadalje. Već se to obuhvaća jer kretanje. Stvar je u tome onda se nema više pravila od čega najviše obolijevamo. U tom dijelu recimo siromaštvo. Negdje manje negdje više. Obolijeva se od siromaštva. Od neishrane, od nehigijene. [predstavnik RNM-a, Međimurska županija]*

3.1.2. Dugotrajne bolesti i ograničenja u obavljanju aktivnosti

TABLICA 8. Učestalost i stupanj ograničenja zbog dugotrajnih bolesti po regijama

Međimurje [N=1784]	Sjeverna Hrvatska [N=529]	Zagreb i okolica [N=655]	Središnja Hrvatska [N=510]	Slavonija [N=799]	Istra i Primorje [N=407]	Ukupno [N=4684]	Značaj- nost	Veličina učinka [C: η ²]
Postotak osoba s bolestima koje traju dulje od 6 mjeseci								
15.7	10.5	21.1	16.1	22.6	26.3	18.0	p<0,01	0.11
Stupanj ograničenja u obavljanju uobičajenih aktivnosti [1-4]								
3.05	3.44	3.23	3.16	3.25	2.71	3.11	p<0,01	0.03

TABLICA 9. Učestalost i stupanj ograničenja zbog dugotrajnih bolesti prema tipu naselja

Odvojeno od grada ili sela [N=2104]	Na rubu grada ili sela [N=793]	Unutar grada ili sela [N=430]	Raspršeno u gradu ili selu [N=1355]	Ukupno [N=4682]	Značajnost	Veličina učinka [C: η^2]
Postotak osoba s bolestima koje traju dulje od 6 mjeseci						
15.0	21.6	23.2	18.8	18.0	p<0,01	0.08
Stupanj ograničenja u obavljanju uobičajenih aktivnosti [1-4]						
3.05	3.44	3.23	3.16	3.25	p<0,01	0.02

U istraživanju su ispitanici također odgovarali na pitanje boluju li ukućani od dugotrajnih bolesti (razdoblje dulje od šest mjeseci). Ispitanici koji su kazali kako u kućanstvu žive s nekim tko boluje od dugotrajne bolesti, odgovorili su i na pitanje o stupnju ograničenja u obavljanju uobičajenih aktivnosti zbog bolesti u posljednjih 6 mjeseci. Rezultati upućuju na to da su dugotrajnije bolesti nešto prisutnije u Istri i Primorju i u naseljima unutar grada ili sela. To je, međutim, vjerojatno posljedica nešto starije populacije pripadnika RNM-a koja tamo obitava. Dob je, kao i kod samoprocjene zdravlja, ključna odrednica pojave dugotrajnijih bolesti. Sekundarno je to naobrazba koja je, sukladno pretpostavkama, zaštitni faktor zbog veće zdravstvene pismenosti i snažnije motivacije za usvajanje zdravih navika i liječničkih preporuka.

TABLICA 10. Učestalost i stupanj ograničenja zbog dugotrajnih bolesti prema dobi

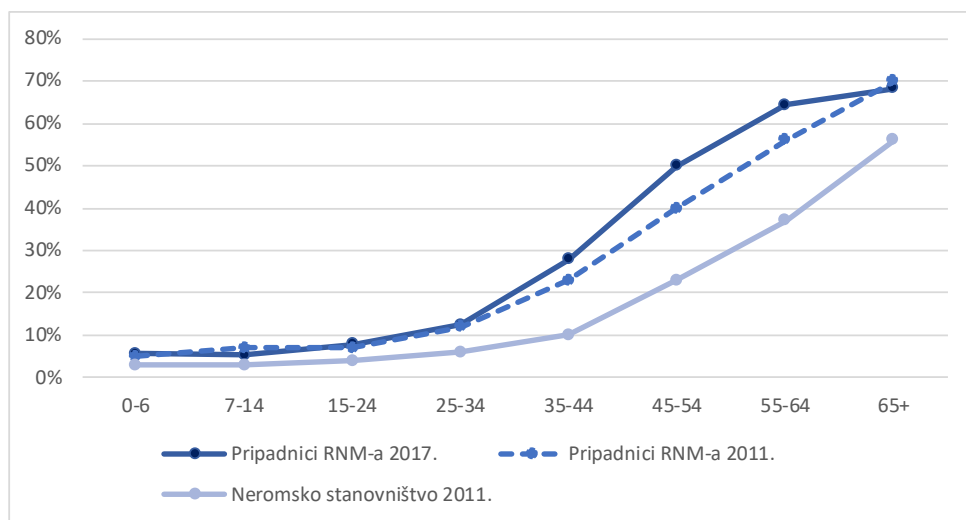
18-24 [N=707]	25-34 [N=731]	35-44 [N=525]	45-54 [N=388]	55-64 [N=245]	65+ [N=111]	Ukupno [N=2707]	Značajnost	Veličina učinka [r]
Postotak osoba s bolestima koje traju dulje od 6 mjeseci								
7.7	12.5	28.0	50.0	64.3	68.2	26.7	p<0,01	0.46
Stupanj ograničenja u obavljanju uobičajenih aktivnosti [1-4]								
2.65	3.02	3.17	3.28	3.55	3.51	3.24	p<0,01	0.25

TABLICA 11. Učestalost i stupanj ograničenja zbog dugotrajnih bolesti prema naobrazbi

Bez škole [N=654]	1-4 razreda osnovne škole [N=676]	Nezavršena osnovna škola [5-7 razreda] [N=756]	Završena osnovna škola [N=934]	Završena najmanje srednja škola [N=433]	Ukupno [N=3453]	Značajnost	Veličina učinka [r]
Postotak osoba s bolestima koje traju dulje od 6 mjeseci							
32.1	27.5	16.2	18.0	18.0	22.2	p<0,01	-0.13
Stupanj ograničenja u obavljanju uobičajenih aktivnosti [1-4]							
3.41	3.30	3.18	3.04	2.68	3.18	p<0,01	-0.21

U prije spomenutom istraživanju o zdravlju Roma u nizu europskih zemalja⁷³ pokazalo se da sličan udio romskog [17%] i ostalog stanovništva [18%] procjenjuje da je bolovalo od dugotrajnih bolesti. Dob ispitanika utječe na višu učestalost dugotrajnih i kroničnih bolesti kako kod pripadnika RNM-a tako i kod ostalog stanovništva, s tim da je utjecaj dobi na učestalost dugotrajnijih bolesti bitno izraženija kod Roma starijih od 65 godina [70% Roma i 56% neroma starijih od 65 godina pati od dugotrajnih bolesti]. Spol igra važnu ulogu tako da žene smatraju da su bolovala od dugotrajnih bolesti značajno više nego što je to slučaj s muškarcima, podjednako među pripadnicima RNM-a i ostalim stanovništvom.

Kad rezultate iz istraživanja o zdravlju Roma iz 2011. godine⁷⁴ usporedimo s podacima iz aktualne studije, uočavamo da se učestalost kroničnih bolesti u romskoj populaciji nije smanjila, naprotiv (Slika 7). U recentnom istraživanju bilježimo 5 do 10% veću zastupljenost kroničnih bolesti u srednjoj dobi od 35 godina do 64 godine. Kronične bolesti su, kako je nadalje razvidno, osjetno prisutnije u romskoj u odnosu na neromsku populaciju duž cijelog dobnog raspona, međutim razlike postaju drastične od 45 godine naviše jer već u toj dobi od kroničnih bolesti pati svaka druga osoba pripadnica RNM-a. Tako velik postotak poboljšavanja od kroničnih bolesti svakako je razlog za ozbiljnu zabrinutost, pogotovo ako se sagleda u kontekstu bitno kraćeg životnog vijeka pripadnika RNM-a.



SLIKA 7. Postotak osoba koje boluju od bolesti dulje od šest mjeseci prema dobi: usporedba s općom populacijom i stanjem iz 2011. godine

⁷³ Mihailov, Dotcho [2012] *The health situation of Roma communities*. Op. cit.

⁷⁴ Ibid.

3.1.3. Učestalost dječjih bolesti

Među posebnim ciljevima NSUR-a istaknuto mjesto zauzimaju briga za zdravlje djece i nastojanje smanjenja pobola od bolesti protiv kojih se cijepi. U istraživanje su stoga uključena pitanja o raširenosti dječjih bolesti. Istraživanje baznih podataka⁷⁵ utvrdilo je da su kod djece mlađe od 14 godina najučestalije bolesti gripa, vodene kozice i proljevi koji su trajali kraće od 14 dana. Ovo istraživanje pokazuje da su neke dječje bolesti prisutnije u pojedinim regijama i tipovima naselja, no temeljem prikupljenih podataka nije moguće procijeniti jesu li uočene razlike odraz sustavnih faktora ili statističkog kolebanja do kojeg je došlo pukim slučajem. Kad je riječ o bolestima izvan programa cijepjenja, a pogotovo onima učestalima poput gripe ili proljeva, nije moguće zaključiti je li njihova veća pojavnost posljedica loših životnih uvjeta ili slučajnosti. Međutim, kad je riječ o bolestima uključenima u program cijepjenja, treba reći da postoji korelacija s vjerojatnošću obolijevanja od neke od njih s naobrazbom [-0,10; $p < 0,01$] i prikladnošću životnog prostora [-0,14; $p < 0,01$], što je vjerojatno posljedica manje procijepljenosti djece iz manje obrazovanih i(li) siromašnih obitelji.

TABLICA 12. Usporedba postotaka po regijama: obolijevanje djece od dječjih bolesti

	Međimurje [N=742]	Sjeverna Hrvatska [N=221]	Zagreb i okolica [N=173]	Središnja Hrvatska [N=151]	Slavonija [N=253]	Istra i Primorje [N=129]	Ukupno [N=1669]	Značaj- nost	Veličina učinka [C]
1. Vodene kozice	58.5	43.0	63.0	51.7	52.2	62.0	55.6	$p < 0,01$	0,12
2. Ospice	2.2	0.0	6.9	4.6	10.3	10.1	4.4	$p < 0,01$	0,18
3. Hripavac	1.5	0.0	5.8	0.0	0.4	7.8	1.9	$p < 0,01$	0,17
4. Rubeola	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	0.1	0,35	
5. Šarlah	0.3	0.0	0.6	0.7	0.8	0.8	0.4	0,72	
6. Zaušnjaci	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0	0.0	0.1	0,12	
7. Sušica [tuberkuloza, TBC]	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	
8. Meningitis	0.4	0.5	0.0	0.7	0.4	1.6	0.5	0,52	
9. Infekciozni eritem [peta bolest]	0.0	0.0	0.6	0.0	0.4	0.0	0.1	0,29	
10. Difterija	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	
11. Tetanus	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	
12. Parotitis	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	
13. Hepatitis	0.0	0.0	0.6	0.0	2.0	0.0	0.4	$p < 0,01$	0,12
14. Gripa	56.1	45.2	61.8	51.7	67.6	50.4	56.1	$p < 0,01$	0,13
15. Poliomijelitis	2.4	0.0	0.6	0.0	0.0	1.6	1.2	$p < 0,01$	0,10
16. Proljevi koji su trajali kraće od 14 dana	40.7	19.5	44.5	22.7	26.9	34.1	34.1	$p < 0,01$	0,19

75 Kunac, S., Klasnić, K. i Lalić, S. [2018] Op. cit.

TABLICA 13. Usporedba postotaka prema tipu naselja: obolijevanje djece od dječjih bolesti

	Odvojeno od grada ili sela [N=868]	Na rubu grada ili sela [N=253]	Naselje unutar grada ili sela [N=138]	Raspršeno u gradu ili selu [N=410]	Ukupno [N=1669]	Značajnost	Veličina učinka (C)
1. Vodene kozice	59.1	51.0	54.3	51.5	55.6	p<0,05	0,08
2. Ospice	2.3	10.7	5.8	4.6	4.4	p<0,01	0,14
3. Hripavac	1.8	0.4	3.6	2.4	1.9	0,12	
4. Rubeola	0.1	0.0	0.7	0.0	0.1	0,17	
5. Šarlah	0.2	1.2	0.7	0.2	0.4	0,18	
6. Zaušnjaci	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1	0,38	
7. Sušica [tuberkuloza, TBC]	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	
8. Meningitis	0.2	0.8	0.0	1.0	0.5	0,22	
9. Infekciozni eritem [peta bolest]	0.0	0.4	0.0	0.2	0.1	0,34	
10. Difterija	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	
11. Tetanus	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	
12. Parotitis	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	
13. Hepatitis	0.0	0.8	2.9	0.0	0.4	p<0,01	0,14
14. Gripa	53.9	69.6	43.5	56.8	56.1	p<0,01	0,13
15. Poliomijelitis	2.1	0.0	0.0	0.7	1.2	p<0,05	0,08
16. Proljevi koji su trajali kraće od 14 dana	38.4	21.1	37.0	32.0	34.1	p<0,01	0,13

3.1.4. Učestalost zdravstvenih problema i bolesti tijekom posljednjih 12 mjeseci

Jedan od glavnih ciljeva zacrtanih NSUR-om u području zdravlja jest unaprjeđenje zdravlja, čemu bi trebali pridonijeti posebni ciljevi poput podizanja razine svijesti o odgovornosti za vlastito zdravlje i povećanje dostupnosti zdravstvenih usluga. Kao iznimno važan i mjerljiv kriterij učinkovitosti Strategije nameće se praćenje učestalosti zdravstvenih problema i bolesti u romskoj populaciji.

TABLICA 14. Postotna učestalost problema i bolesti tijekom posljednjih 12 mjeseci po regijama

	Međimurje [N=1784]	Sjeverna Hrvatska [N=529]	Zagreb i okolica [N=655]	Središnja Hrvatska [N=510]	Slavonija [N=799]	Istra i Primorje [N=407]	Ukupno [N=4684]	Značaj- nost	Veličina učinka [C]
1. Problemi sa srcem ili krvnim žilama	6.1	2.8	11.2	8.0	15.0	11.8	8.6	p<0,01	0,14
2. Visok krvni tlak	7.3	5.7	16.9	10.5	16.4	12.5	10.8	p<0,01	0,14
3. Astma	3.8	3.2	7.0	2.7	6.4	5.9	4.7	p<0,01	0,07
4. Problemi s plućima	5.8	3.0	6.4	5.7	7.7	9.8	6.3	p<0,01	0,07
5. Moždani udar ili posljedice moždanog udara	0.3	0.0	1.6	0.4	2.2	2.0	0.9	p<0,01	0,09
6. Artroza (uključujući i artritisa)	0.8	0.2	1.6	0.8	2.9	0.5	1.2	p<0,01	0,08
7. Poteškoće s kralježnicom ili kronične tegobe s leđima ili vratom	10.4	5.3	12.0	15.0	22.1	14.0	12.8	p<0,01	0,15
8. Dijabetes (šećerna bolest)	1.9	0.9	5.8	4.5	2.7	6.1	3.1	p<0,01	0,10
9. Hepatitis	0.1	0.0	0.6	0.0	0.1	0.2	0.1	p<0,05	0,05
10. Dizenterija	0.1	0.0	0.1	0.6	0.0	0.0	0.1	p<0,05	0,05
11. Invaliditet	3.7	1.9	3.0	2.5	3.6	5.6	3.4	p<0,05	0,05
12. Ciroza jetre	0.4	0.2	0.0	0.4	0.6	1.2	0.4	0,06	
13. Alergija	4.2	1.5	7.8	5.1	10.7	12.0	6.3	p<0,01	0,14
14. Problem s kontrolom mokraćnog mjehura	3.8	2.1	2.8	3.9	7.2	5.4	4.2	p<0,01	0,08
15. Problemi s bubrezima	3.6	3.2	6.0	7.0	11.1	8.1	5.9	p<0,01	0,12
16. Teškoće u razvoju	0.7	0.8	0.3	0.4	0.1	0.5	0.5	0,39	
17. Psihički/duševni poremećaj	2.5	4.2	3.3	2.3	6.1	4.2	3.5	p<0,01	0,07
18. Poremećaj u ponašanju	1.4	1.7	1.0	0.6	2.5	2.5	1.6	p<0,05	0,05
19. Nešto drugo	4.2	1.3	1.3	5.8	6.9	5.9	4.2	p<0,01	0,10

TABLICA 15. Postotna učestalost problema i bolesti tijekom posljednjih 12 mjeseci prema tipu naselja

	Odvojeno od grada ili sela [N=2104]	Na rubu grada ili sela [N=793]	Unutar grada ili sela [N=430]	Raspršeno u gradu ili selu [N=1355]	Ukupno [N=4682]	Značajnost	Veličina učinka [C]
1. Problemi sa srcem ili krvnim žilama	5.58	11.93	13.16	10.08	8.63	p<0,01	0,10
2. Visok krvni tlak	7.07	12.31	16.63	13.88	10.78	p<0,01	0,11
3. Astma	3.67	5.40	7.39	4.97	4.67	p<0,01	0,05
4. Problemi s plućima	5.58	6.91	9.93	5.77	6.25	p<0,01	0,05
5. Moždani udar ili posljedice moždanog udara	0.37	1.76	1.85	1.10	0.95	p<0,01	0,06
6. Artroza (uključujući i artritis)	0.60	1.88	1.15	1.61	1.16	p<0,01	0,50
7. Poteškoće s kralježnicom ili kronične tegobe s leđima ili vratom	9.39	19.60	18.71	12.42	12.82	p<0,01	0,12
8. Dijabetes (šećerna bolest)	1.77	2.89	4.62	4.89	3.12	p<0,01	0,08
9. Hepatitis	0.05	0.00	0.46	0.29	0.15	0,06	-
10. Dizenterija	0.05	0.38	0.00	0.07	0.11	0,08	-
11. Invaliditet	3.39	3.02	3.46	3.65	3.41	0,89	-
12. Ciroza jetre	0.42	0.75	0.46	0.22	0.42	0,32	-
13. Alergija	4.00	7.91	13.39	6.50	6.23	p<0,01	0,11
14. Problem s kontrolom mokraćnog mjehura	3.49	6.66	6.00	3.29	4.19	p<0,01	0,07
15. Problemi s bubrezima	3.58	10.55	8.78	5.99	5.92	p<0,01	0,11
16. Teškoće u razvoju	0.60	0.63	0.46	0.29	0.51	0,59	-
17. Psihički/duševni poremećaj	2.65	5.03	5.77	3.36	3.54	p<0,01	0,06
18. Poremećaj u ponašanju	1.30	2.39	2.31	1.31	1.58	0,09	-
19. Nešto drugo	4.37	6.41	4.62	2.63	4.23	p<0,01	0,06

TABLICA 16. Povezanost između sociodemografskih obilježja i proporcije obolijevanja od bolesti među pripadnicima RNM-a*

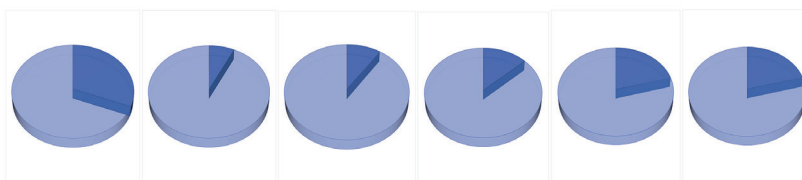
	Spol	Dob	Naobrazba	Osnovna opremljenost	Prikladnost životnog prostora
1. Problemi sa srcem ili krvnim žilama	0.04	0.40	-0.12	0.04	-0.04
2. Visok krvni tlak	0.03	0.46	-0.09	0.10	0.01
3. Astma	0.07	0.28	-0.10	0.01	-0.06
4. Problemi s plućima	0.01	0.26	-0.11	-0.01	-0.06
5. Moždani udar ili posljedice moždanog udara	0.01	0.18	-0.07	0.01	-0.02
6. Artoza [uključujući i artritis]	0.05	0.17	-0.06	0.01	-0.04
7. Poteškoće s kralježnicom ili kronične tegobe s leđima ili vratom	0.02	0.34	-0.07	0.05	-0.05
8. Dijabetes [šećerna bolest]	0.00	0.27	-0.04	0.07	0.02
9. Hepatitis	0.01	0.03	-0.01	0.02	0.00
10. Dizenterija	0.01	0.04	-0.03	-0.03	0.00
11. Invaliditet	-0.04	0.19	-0.06	-0.04	-0.06
12. Ciroza jetre	0.03	0.09	-0.03	-0.02	-0.02
13. Alergija	0.06	0.07	0.02	0.05	-0.05
14. Problem s kontrolom mokraćnog mjehura	0.06	0.19	-0.08	0.00	-0.07
15. Problemi s bubrežima	0.07	0.20	-0.08	0.01	-0.07
16. Teškoće u razvoju	0.02	-0.01	-0.02	-0.01	-0.03
17. Psihički/duševni poremećaj	0.04	0.17	-0.06	-0.03	-0.08
18. Poremećaj u ponašanju	0.00	0.05	-0.03	-0.02	-0.03
19. Nešto drugo	0.03	0.07	-0.02	-0.03	-0.02

*Statistički značajne korelacije masno su otisnute.

Sociodemografska obilježja pokazuju se kao bitna odrednica vjerojatnosti obolijevanja. Osim dobi, koja je važan prediktor u javljanju gotovo svih bolesti uključenih u istraživanje, veću važnost ima i još naobrazba koja, kako smo već napomenuli, ima ulogu zaštitnog faktora od kroničnih, posebice kardiovaskularnih bolesti. Pokazatelji neimaštine i siromaštva, slaba opremljenost kućanstva i neprikladnost životnih uvjeta imaju sporednu ulogu u javljanju bolesti, sporadično statistički značajnu, ali redovito opsegom skromniju.

TABLICA 17. Prediktori i objašnjena varijanca postojanja različitih kategorija bolesti među pripadnicima RNM-a

	Bolesti krvožilnog sustava	Mentalni poremećaji i poremećaji u ponašanju	Bolesti dišnog sustava	Bolesti urinarnog sustava	Bolesti mišićno-koštanog sustava	Reproduktivno zdravlje žena
R	0.54	0.21	0.31	0.31	0.46	0.26
R ²	0.29	0.05	0.09	0.09	0.21	0.07
F promjena	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Drugi blok R	0.56	0.27	0.33	0.36	0.46	0.38
Drugi blok R ²	0.31	0.07	0.11	0.13	0.21	0.14
F promjena drugi blok	0.02	0.01	0.15	0.00	0.52	0.00
Prediktori						
Spol	0.02	0.03	0.04	0.07	0.03	
Dob	0.50	0.20	0.25	0.26	0.44	0.15
Naobrazba	-0.04	-0.02	-0.07	-0.04	-0.01	-0.19
Osnovna opremljenost	0.05	-0.03	0.03	0.01	0.01	0.09
Prikladnost životnog prostora	-0.02	-0.02	-0.04	-0.03	-0.06	-0.11
Udaljenost od doma zdravlja	-0.01	0.00	0.02	-0.01	-0.06	0.05
Zagađenje	0.01	0.02	-0.01	0.02	-0.01	0.05
Zdrava prehrana	0.03	-0.15		-0.18		-0.08
Nezdrava prehrana	-0.11	0.03		-0.01		0.00
Konzumira alkoholna pića	-0.03	-0.03		-0.02		0.02
Puši cigarete	0.00	0.01		0.02		-0.09
Konzumira droge ili opijate	0.02	0.09		0.04		0.05
Zdrave navike	0.10	0.06		0.13		0.25
Objašnjena varijanca	31 %	7 %	9 %	13 %	21 %	14 %
Neobjašnjena varijanca	69 %	93 %	91 %	87 %	79 %	86 %

**SLIKA 8.** Proporcija objašnjene varijance različitih kategorija bolesti

Napomena: u prvi blok hijerarhijske regresijske analize uneseni su sociodemografski, materijalni i lokacijski prediktori, a u drugi prediktori koji se odnose na zdrave ili nezdrave navike.

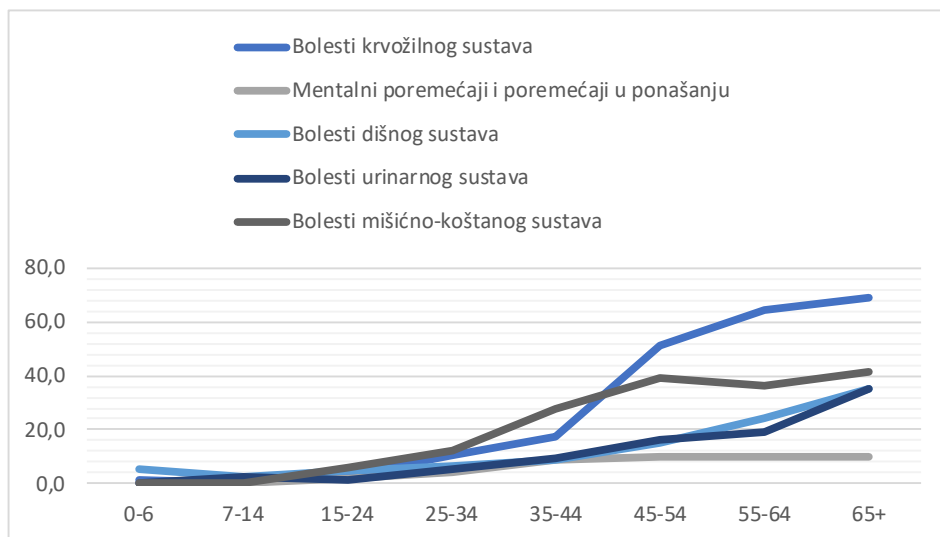
Istraživanje baznih podataka⁷⁶ utvrdilo je da su posljednjih 12 mjeseci najučestaliji zdravstveni problemi u pripadnika RNM-a bili povezani s kralježnicom ili kroničnim tegobama s leđima ili vratom, visokim krvnim tlakom te problemima sa srcem i krvnim žilama. Ovo istraživanje pokazuje da te bolesti među pripadnicima RNM-a nisu podjednako učestale u različitim regijama ili tipovima naselja. Ali prije negoli se provedu složenije analize, teško je procijeniti jesu li utvrđene razlike odraz različitih običaja i navika koje se njeguju u pojedinim regijama ili tipovima naselja ili posljedica veće zastupljenosti neke od rizičnih kategorija, primarno starije dobne skupine. Za sada se čini kako su krvožilne bolesti među pripadnicima RNM-a nešto manje zastupljene u Sjevernoj Hrvatskoj s Međimurjem te izvan gradova i sela. S obzirom na to da je riječ o regijama s relativno najmlađim romskim stanovništvom, takav podatak barem se djelomično može objasniti dobnom neujednačenošću regija. Isto vrijedi i za bolesti kralježnice.

Regresijska analiza pokazala je da je dob važan i nezaobilazan prediktor svih kategorija bolesti obuhvaćenih anketom. Kod bolesti mišićno-koštanog sustava ona je i jedini značajni prediktor, dok je kod bolesti krvožilnog sustava ona izrazito dominantan čimbenik u povećavanju rizika obolijevanja. Naobrazba, za koju se očekuje da može biti važna u razumijevanju informacija i shvaćanju važnosti preventivnih mjera, nije se pokazala prediktivnom, izuzev u slučaju reproduktivnog zdravlja žena.

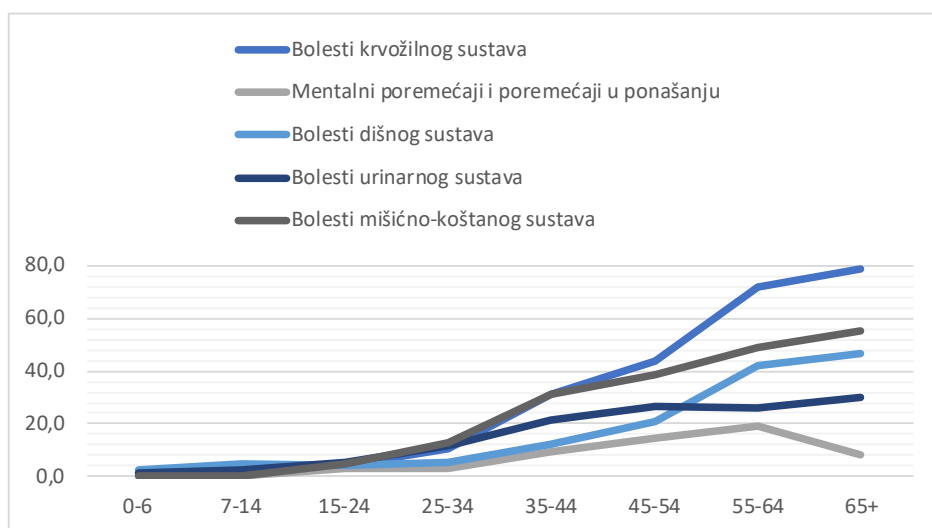
Materijalni, okolišni i lokacijski čimbenici za koje smo pretpostavljali da ugrožavaju zdravlje i povećavaju rizik obolijevanja od barem nekih bolesti, poput onih dišnog sustava, nisu se u ovom slučaju pokazali značajnim prediktorima. Ali treba imati na umu da ovaj nalaz ne znači nužno da materijalna prikraćenost i neprikladnost stambenog prostora ne igraju ulogu u nastanku bolesti, nego možda samo da su pripadnici RNM-a razmjerno izjednačeni prema izloženosti takvim nepovoljnim okolnostima.

Zdrave su navike, poput vođenja računa o higijeni, prehrani i fizičkoj aktivnosti, suprotno očekivanjima, pozitivno povezane s bolestima krvožilnog sustava, urinarnog trakta i reproduktivnim zdravljem žena. To naravno ne znači da takve navike povećavaju vjerojatnost pojave tih bolesti nego gotovo sigurno upućuju na zaključak o važnosti kulturno uvjetovanog ponašanja u zdravlju i bolesti. Moguće je tumačenje tog nalaza da pripadnici RNM-a stanu voditi brigu o zdravim navikama tek pošto obole, a te bi navike inače trebale biti sastavni dio prevencije bolesti.

76 Kunac, S., Klasnić, K. i Lalić, S. [2018] Op. cit.



SLIKA 9. Postotak pripadnika RNM-a određene dobi koji pate od pojedine kategorije bolesti

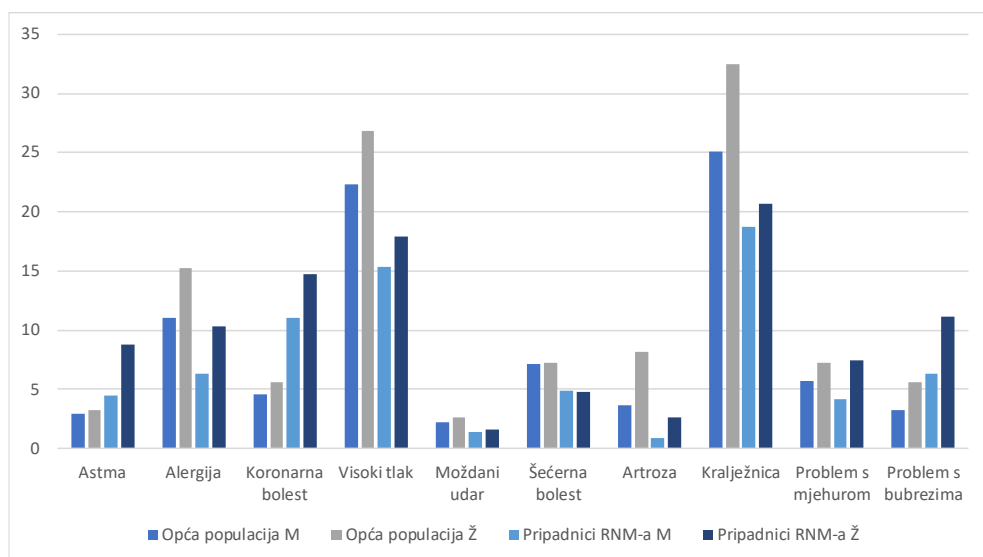


SLIKA 10. Postotak pripadnica RNM-a određene dobi koje pate od pojedine kategorije bolesti

Regresijska je analiza ukazala na očekivani nalaz da je dob najvažniji prediktor obolijevanja od većine anketom obuhvaćenih bolesti. Međutim, čini se da pripadnici RNM-a od nekih bolesti obolijevaju u bitno mlađoj dobi u odnosu na opću populaciju. Tako je, primjerice, kod muškaraca primjetan izrazit porast učestalosti javljanja krvožilnih oboljenja već od 45. godine naviše. Kod žena je porast učestalosti ublažen, ali također razmjerno strm.

Razmjerno nagao porast bilježe u srednjoj dobi i bolesti mišićno-koštanog sustava.

Kad uspoređujemo podatke koji opisuju opću populaciju s onima koji se odnose na pripadnike RNM-a, uočavamo neke očekivane, ali i neke nekonzistentne razlike. Posve je jasno da su podaci zamagljeni dobnim razlikama dviju populacija zbog koje se pripadnici RNM-a doimaju zdravijima i manje podložnima bolestima. Druga je mogućnost ta da su uočene razlike posljedica toga što se u razmatranje uzimaju bolesti koje obično dijagnosticira medicinska struka i koje možda nemaju očigledne simptome pa temeljem osobnog iskustva ili iskustva bližnjih nije moguće ustanoviti o kojoj se bolesti radi. To bi, uz navedene dobne razlike, mogao biti razlog zbog kojeg podaci pokazuju da je visok krvni tlak učestaliji u općoj nego u romskoj populaciji.



SLIKA 11. Usporedba prisutnosti pojedinih bolesti u osoba od navršениh 15 godina naviše iz opće populacije⁷⁷ i među pripadnicima RNM-a

Također, astma je češća među pripadnicima RNM-a. To je primjer bolesti koja se uobičajeno pojavljuje u djetinjstvu pa dobne razlike ne igraju veću ulogu u učestalosti, a praćena je jasno izraženim respiratornim tegobama koje obično zahtijevaju liječničku skrb, često hitnu. Većina drugih bolesti prisutnija je u općoj populaciji, najvjerojatnije kao posljedica razlika u demografskoj strukturi i većoj zastupljenosti mlađih dobnih skupina u romskoj populaciji. Od tog obrasca odudaraju koronarne bolesti i bolesti bubrega koje su češće među pripadnicima RNM-a.

⁷⁷ Hrvatski zavod za javno zdravstvo [2016] *Europska zdravstvena anketa u Hrvatskoj 2014. – 2015.* European Health Interview Survey (EHIS).

3.1.5. Reproductivno zdravlje žena

Rani seksualni odnosi, velik broj maloljetničkih trudnoća i učestali pobačaji među pripadnicama RNM-a pridonijeli su visokom pozicioniranju problema reproduktivnog zdravlja žena među posebnim ciljevima NSUR-a. Nalazi istraživanja baznih podataka⁷⁸ potvrdili su već otprije poznate izazove vezane uz poboljšanje reproduktivnog zdravlja žena, a to je relativno niska učestalost ginekoloških pregleda, učestalost maloljetničkih trudnoća i pobačaja. U ovoj smo studiji pozornost posvetili analizi različitih pokazatelja vezanih uz porođaje, pobačaje i reproduktivno zdravlje s obzirom na regiju i tip naselja te socioekonomske odrednice kao što su dob, naobrazba, osnovna opremljenost i prikladnost životnog prostora.

TABLICA 18. Usporedba aritmetičkih sredina i postotaka po regijama: porođaji, pobačaji i reproduktivno zdravlje

	Medi- murje [N=139]	Sjeverna Hrvatska [N=41]	Zagreb i okolica [N=59]	Središnja Hrvatska [N=61]	Slavonija [N=84]	Istra i Primorje [N=30]	Ukupno [N=414]	Značaj- nost	Veličina učinka [C: η^2]
Dob prvog rađanja i broj poroda: aritmetičke sredine									
Koliko ste imali godina kad ste prvi put rodili dijete?	17.5	16.5	19.7	18.2	18.2	18.4	18.0	p<0,01	0,09
Koliko ste porođaja imali ukupno tijekom života?	4.6	5.1	2.9	3.8	3.5	4.3	4.1	p<0,01	0,05
Pobačaji i mrtvorođenčad: postoci									
Pobačaj – nikad	54.7	61.0	40.7	60.7	41.7	43.3	50.7	0,06	
Da, spontani	35.5	17.9	15.5	23.3	42.4	37.9	30.8	p<0,01	0,21
Da, inducirani [pobačaj na zahtjev]	14.9	7.7	42.4	13.3	28.6	20.7	21.2	p<0,01	0,26
Mrtvorođeno	9.6	7.5	6.9	6.7	9.5	6.9	8.4	0,97	
Umrlo u prva 4 tjedna života	6.0	5.1	0.0	3.3	4.8	0.0	4.0	0,08	
Umrlo između prvog mjeseca i prvih 12 mjeseci života	6.0	10.3	1.7	3.3	2.4	10.3	5.0	0,21	
Reproduktivno zdravlje									
Komplikacije povezane s trudnoćom i porođajem	29.1	17.2	39.2	24.1	37.5	37.0	31.1	p<0,01	0,33
Bolesti reproduktivnih organa	14.7	6.7	20.4	16.1	26.6	11.1	17.3	p<0,01	0,28

78 Kunac, S., Klasnić, K. i Lalić, S. [2018] Op. cit.

Prije negoli se upustimo u tumačenje povezanosti između reproduktivnog zdravlja žena i mogućih regionalnih, lokacijskih i sociodemografskih odrednica, treba upozoriti na relativno malen uzorak žena koji je odgovarao na pitanja, zbog čega su rezultati uvelike podložni greški uzorkovanja. Iz tog razloga komentirat ćemo samo najizraženije razlike za koje postoji tek mala vjerojatnost da su posljedica slučajnog kolebanja.

Zabrinjava podatak što je broj induciranih pobačaja daleko najveći u Zagrebu gdje ga je vjerojatno i najlakše organizirati. Broj spontanih pobačaja najveći je u Slavoniji i Istri, a najmanji broj pobačaja, očito povezan s prosječnom dobi, u Sjevernoj je Hrvatskoj.

TABLICA 19. Usporedba aritmetičkih sredina i postotaka prema tipu naselja: porođaji, pobačaji i reproduktivno zdravlje

	Odvojeno od grada ili sela [N=168]	Na rubu grada ili sela [N=83]	Naselje unutar grada ili sela [N=43]	Raspršeno u gradu ili selu [N=120]	Ukupno [N=414]	Značajnost	Veličina učinka [C; η^2]
Dob prvog rađanja i broj poroda: aritmetičke sredine							
Koliko ste imali godina kad ste prvi put rodili djetete?	17.5	17.7	17.7	19.2	18.0	p<0,01	0,07
Koliko ste porođaja imali ukupno tijekom života?	4.7	4.2	3.8	3.1	4.1	p<0,01	0,05
Pobačaji i mrtvorodenčad: postoci							
Nikad nije imala pobačaj	56.0	50.6	39.5	47.5	50.7	0,21	
Da, spontani	35.3	33.3	36.6	20.8	30.8	p<0,05	0,14
Da, inducirani [pobačaj na zahtjev]	12.3	21.0	26.8	31.4	21.2	p<0,01	0,20
Mrtvorodeno	9.7	13.6	4.9	4.2	8.4	0,09	
Umrlo u prva 4 tjedna života	6.1	2.5	4.9	1.7	4.0	0,24	
Umrlo između prvog mjeseca i prvih 12 mjeseci života	6.8	4.9	7.3	1.7	5.0	0,23	
Reproduktivno zdravlje							
Komplikacije povezane s trudnoćom i porođajem	27.0	29.3	42.1	34.6	31.1	0,52	
Bolesti reproduktivnih organa	10.6	24.3	28.9	18.3	17.3	0,10	

Kako smanjiti komplikacije u trudnoći: "Spakirao bi joj i jako puno hrabrosti i snage."

Zdravstveni radnici govore o pozitivnim primjerima iz prakse vezanima uz edukaciju o zdravlju koji se temelje na upornom i kontinuiranom radu u zajednici u suradnji s romskim udrugama. Primjer dobre prakse uspjeh je serije radionica namijenjenih uspješnom roditeljstvu u koje su bili uključeni očevi pripadnici RNM-a.

...evo isto jedan pozitivan primjer, mi smo prošle godine u suradnji s jednom udrugom... radili edukaciju romskih očeva... Ja sam, moram priznati, bila vrlo skeptična jer sam imala iskustva do sad, stvarno je zahtjevno raditi s njihovim ženama, a onda sam si mislila: pa kud sad ti dečki, di će sad, kako će sad... oni su trebali napisati što bi trebalo spakirati kad žena ide u rodilište. Sad ćete vi reći: "Pa oni imaju u tom iskustva, jel." Doista imaju. Oni su se sjetili stvari kojih se ja sad više ne bih sjetila šta bi trebalo spakirati, ali ono što je mene jako dirnulo – jedan je napisao da bi joj spakirao i jako puno hrabrosti i kao snage... oni su toliko to s voljom radili, toliko su zapravo bili kreativni i onda kad to čovjek gleda, onda vidiš da stvarno kad se u nešto uloži da se vrati rezultat. Samo, to je ono što ja cijelo vrijeme govorim, to je jako puno truda, jako, jako, jako, vremena, svega. To je je li nakon 12 radionica, nakon 12 susreta, svaki utorak popodne, onda taj jedan utorak ćemo imati pozitivnu promjenu. Jako je zahtjevno, ali se može. I onda stvarno se vidi kako oni kasnije i prenose to na svoju djecu i drugačije reagiraju i korisno je, al' evo, treba... [KNF, Međimurska županija]

TABLICA 20. Povezanost između sociodemografskih obilježja i pokazatelja reproduktivnog zdravlja i problema među pripadnicama RNM-a*

	Dob	Naobrazba	Osnovna opremljenost	Prikladnost životnog prostora
Koliko ste imali godina kad ste prvi put rodili dijete?	0.01	0.28	0.23	0.10
Koliko ste porođaja imali ukupno tijekom života?	0.40	-0.52	-0.20	-0.15
Nikad nije imala pobačaj	-0.27	0.16	-0.07	0.10
Da, spontani	0.08	-0.18	-0.07	-0.18
Da, inducirani [pobačaj na zahtjev]	0.30	-0.09	0.17	0.04
Mrtvorodeno	0.14	-0.20	-0.02	-0.07
Umrlo u prva 4 tjedna života	0.14	-0.16	-0.09	-0.04
Umrlo između prvog mjeseca i prvih 12 mjeseci života	0.11	-0.19	-0.09	-0.06
Komplikacije povezane s trudnoćom i porođajem	0.01	-0.07	-0.07	0.00
Bolesti reproduktivnih organa	0.04	-0.10	-0.04	-0.04

*Statistički značajne korelacije masno su otisnute.

Dob je naj snažniji prediktor broja poroda i pobačaja zbog većeg broja trudnoća koje se mogu iznijeti u duljem vremenskom razdoblju tijekom reproduktivnog života žene. Naobrazba je, kao i drugdje kad je riječ o bolestima, zaštitni čimbenik od nepovoljnih ishoda tijekom trudnoće i nakon nje. Tako se pokazuje da majke više razine obrazovanja rjeđe pobacuju i imaju manju učestalost mrtvorodne djece i dojenačkih smrti. Takvi rezultati vjerojatno su posljedica bolje brige i skrbi za vlastito i djetetovo zdravlje, no moguće je da su trudnice i mlade majke slabije naobrazbe i oskudnih materijalnih uvjeta dodatno izložene nepovoljnim okolinskim uvjetima koji štetno utječu na plod ili novorođenče. Takvoju pretpostavci u prilog idu korelacije između broja pobačaja i prikladnosti životnog prostora.

Ipak, kako bismo stekli bolju sliku o odrednicama reproduktivnog zdravlja, oblikovali smo kompozitnu varijablu koja obuhvaća bolesti reproduktivnog sustava, nepovoljne ishode i komplikacije u trudnoći. Objašnjena varijanca reproduktivnog zdravlja nije velika, ali ni zanemariva, i iznosi 14%. Glavni prediktor lošeg zdravlja skromnija je naobrazba, koja, kako smo napomenuli, pridonosi slaboj informiranosti, nepridržavanju zdravstvenih preporuka i izbjegavanju pregleda. Zdrave navike, odnosno vođenje računa o higijeni, prehrani i fizičkoj aktivnosti, naoko štete reproduktivnom zdravlju, ali kao i u brojnim drugim ovom prilikom provedenim analizama, čini se da je taj artefakt posljedica odsutnosti prevencije i bolesti kao jedinog ili gotovo jedinog okidača zdravog ponašanja među pripadnicima RNM-a.

Trudnoća i pregledi: "Prvorotke idu, ostale ne jdu."

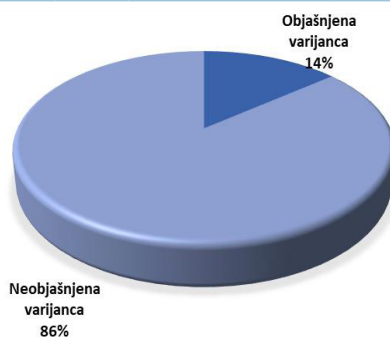
Izostanak redovitih pregleda kod trudnica pripadnica RNM-a također je široko prepoznat zdravstveni problem. Navode se različiti razlozi koji priječe trudnicama redovite odlaske na ginekološke kontrole, primjerice socioekonomski razlozi (npr. nedostatak novca za liječnički pregled ili prijevoz) te višestruki kulturološki razlozi. Zdravstveni radnici prepoznaju da je obitelji s velikom brojem djece neupitna kulturna vrijednost u romskim zajednicama te da se trudnoća smatra normalnim stanjem. Ukoliko izostaju simptomi bolesti tijekom trudnoće, romske žene često smatraju da im nisu potrebni redoviti ginekološki kontrolni pregledi. Zdravstveni radnici naglašavaju da se romske žene često stigmatiziraju zbog višestrukih trudnoća te da upravo višerotkinje češće izbjegavaju kontrolne trudničke preglede nego prvorotkinje.

- *Što se tiče žena, ja bi rekla briga o reproduktivnom zdravlju bi trebala malo više se isto tako prosvjeđivati jer one vam ne jdu niti na redovite ginekološke preglede, niti u trudnoći ne jdu na ginekološke preglede, one vam znaju po 4, 5, 6 mjeseci biti trudnice a da nisu još išle na prve ginekološke preglede. Kao razlog navode ili: "znam da je sve u redu" ili "pa ne jdem jer nemam novaca", "nemam prijevoza" i takve neke stvari – to im moramo ili neku dostupnost veću dati i onak dosta često puta vele da se posramljeno osjećaju jer to je već ne znam koja trudnoća il nekaj pa znaju onda ljudi komentirati to ili tak nešto pa nemaju volje ići. [KNF, Međimurska županija]*

- *One, kad ostanu trudne, one ne idu redovito na ginekološke preglede iako imaju mogućnost odlaska. Svi su zdravstveno osigurani. Tu ih se mi trudimo savjetovat da odu na to što im kažu. Prvorotke idu, a već ak je peto dijete, to već, sve OK. [KNF, Osječko-baranjska županija]*

TABLICA 21. Prediktori procjene reproduktivnog zdravlja pripadnica RNM-a

Prediktori	Beta	P		R	R ²	R ² promjena	Značajnost promjene
Dob	.15	.01	Prvi blok	0.26	0.07	0.07	0.00
Naobrazba	-.19	.00	Drugi	0.38	0.14	0.07	0.00
Osnovna opremljenost	.09	.17					
Prikladnost životnog prostora	-.11	.07					
Udaljenost od doma zdravlja	.05	.34					
Zagađenje	.05	.32					
Zdrava prehrana	-.08	.24					
Nezdrava prehrana	.00	.97					
Konzumira alkoholna pića	.02	.70					
Puši cigarete	-.09	.11					
Konzumira droge ili opijate	.05	.39					
Zdrave navike	.25	.00					



SLIKA 12.
Postotak varijance reproduktivnog zdravlja pripadnica RNM-a objašnjiv prediktorima

3.1.6. Nasilje u obitelji i zdravlje

Nalazi brojnih istraživanja nedvosmisleno dokazuju postojanje nepovoljnih posljedica obiteljskog nasilja na fizičko i mentalno zdravlje. Takvim štetnim utjecajima posebno su izložene žene i djeca.⁷⁹ Romske su obitelji tradicionalne i patrijarhalne te postoje naznake da su žene i djeca u njima u većoj mjeri izložena nasilju u odnosu na one iz opće populacije. Za takve indicije, međutim, ne postoje empirijski dokazi jer se od žena očekuje da šute o nasilju te da, štoviše, za njega preuzmu i krivnju. Zbog toga je to pitanje iznimno teško istražiti, a dobiveni empirijski pokazatelji često su uvelike iskrivljen odraz stvarnosti. Ipak, nasilje, poglavito ono usmjereno prema ženama i djeci, prepoznato je kao potencijalno velik problem u NSUR-u, zbog čega treći posebni cilj vezan uz socijalnu skrb nalaže veću usredotočenost na njegovo prepoznavanje i prevenciju.

⁷⁹ Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H. i García-Moreno, C. [2008] Op. cit.; Herrenkohl, T. I., Hong, S., Klika, J. B., Herrenkohl, R. C. i Russo, M. J. [2013] Op. cit.

Iako je tematika vezana uz žensku izloženost obiteljskom nasilju ekstenzivno zastupljena u upitniku, evidentno je da su žene osjećale nelagodu i bile inhibirane pri odgovaranju na ta osjetljiva pitanja, a možda ni okolnosti anketiranja nisu pružale dostatnu zaštitu i povjerljivost. Možda zbog toga većina žena nije čestice izloženost ijednom obliku nasilja: verbalnom, fizičkom, seksualnom, kao i onom koje počiva na materijalnoj podčinjenosti. Tek manji broj ispitanica priznaje pojavu stanovitih oblika nasilja, ali ukupna aritmetička sredina kazuje da se svaki od oblika agresivnog ili nasilnog ponašanja javio rjeđe nego jednom u životu. Manje od 5% žena priznaje da su nasilju izložene često. Vjerojatno je da prikupljeni rezultati uvelike podcjenjuju stvarnu stopu obiteljskog nasilja te zbog toga s rezervom treba uzeti i utvrđenu povezanost nasilja sa zdravljem. Pokazalo se da postoji stanovita, ali većinom slaba povezanost između izloženosti nasilju [kompozitne varijable definirane kao zbroj pojedinačnih indikatora] i različitih aspekata zdravlja, i to samo na inicijalnoj korelacijskoj razini. Izloženost nasilju negativno je povezana sa subjektivnom procjenom zdravlja [$r=-0,24$; $p<0,01$], obolijevanjem od bolesti krvožilnog sustava [$r=0,23$; $p<0,01$], bolestima mišićno-koštanog sustava [$r=0,20$; $p<0,01$], bolestima dišnog sustava [$r=0,12$; $p<0,05$], mentalnim poremećajima [$r=0,12$; $p<0,05$] i reproduktivnim zdravljem [$r=0,11$; $p<0,05$]. Međutim, iako je izloženost nasilju, kad se promatra na razini pojedinačnih korelacija, povezana sa zdravljem i rizikom od obolijevanja, promatrajući u kontekstu svih drugih uključenih varijabli, pokazuje se kao neznačajan prediktor. Ponovimo ipak da dobiveni nalaz treba uzeti s oprezom zbog problema vezanih uz prikupljanje podataka i iskrenost ispitanica.

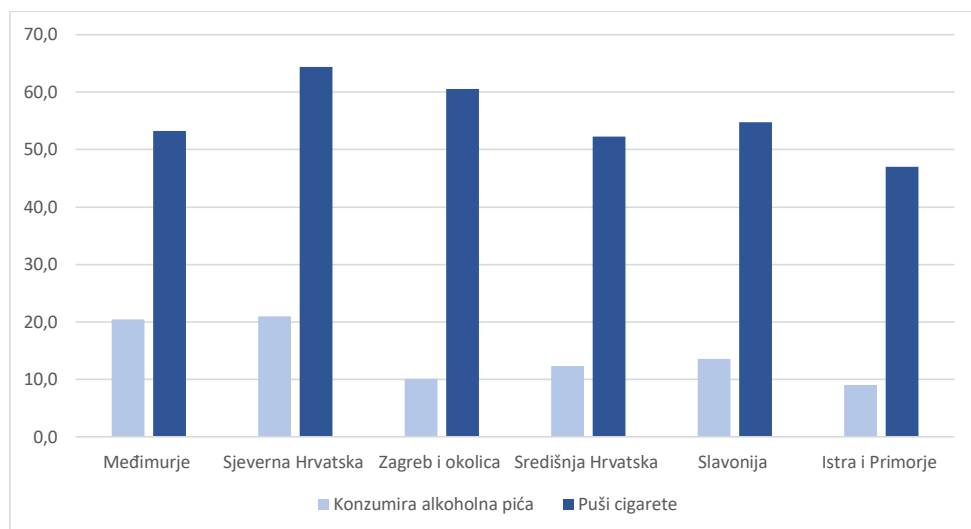
3.1.7. Zdrave i nezdrave navike

Zdrave su navike trajni oblici ponašanja koji odražavaju životni stil pojedinca i povezani su s dugoročnim povoljnim i nepovoljnim zdravstvenim ishodima. Mnoge štetne životne navike poput loše prehrane, konzumacije alkohola i pušenja imaju negativan utjecaj na zdravlje i mogu potaknuti razvoj velikog niza kroničnih bolesti. Rezultati prethodnih istraživanja i onih provedenih u drugim zemljama pokazuju da pripadnici RNM-a u većoj mjeri posežu za nekim nezdravim navikama u odnosu na opću populaciju. Osvrnut ćemo se također i na zdrave prehrambene navike i raznovrsnu prehranu kao oblike ponašanja koji povoljno utječu na zdravlje. Međutim, u slučaju pripadnika RNM-a zdrave prehrambene navike nisu isključivo odraz kulture i preferencija, nego i materijalnog statusa koji može predstavljati ograničavajući faktor i zbog kojeg mnoge romske obitelji moraju odustati od nabavke zdravijih namirnica poput voća i povrća. Istraživanje baznih podataka⁸⁰ pokazalo je da je pušenje izrazito rašireno među pripadnicima RNM-a, baš kao i učestalost konzumacije nekvalitetne i nezdrave hrane i pića. U ovom smo se istraživanju posvetili deskripciji zdravih i nezdravih navika u odnosu na neke potencijalno relevantne varijable poput regije, tipa naselja, materijalnog statusa, bolesti, subjektivne procjene zdravlja i druge.

80 Kunac, S., Klasnić, K. i Lalić, S. [2018] Op. cit.

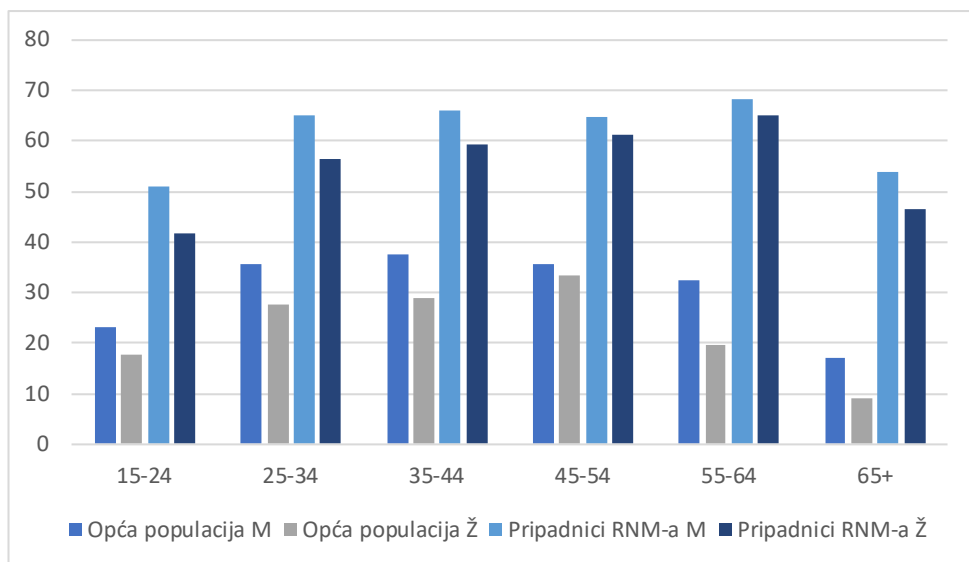
TABLICA 22. Usporedba po regijama: konzumacija alkoholnih pića, cigareta i droga ili opijata

	Međimurje [N=1121]	Sjeverna Hrvatska [N=320]	Zagreb i okolica [N=505]	Središnja Hrvatska [N=373]	Slavonija [N=562]	Istra i Primorje [N=287]	Ukupno [N=3168]	Značaj- nost	Veličina učinka [C]
Konzumira alkoholna pića	20.45	20.94	10.10	12.33	13.55	9.06	15.63	p<0,01	0,13
Puši cigarete	53.26	64.37	60.59	52.28	54.80	47.04	55.15	p<0,01	0,09
Konzumira droge ili opijate	0.09	0.00	0.99	0.27	0.36	2.44	0.51	p<0,01	0,10

**SLIKA 13.** Postotak pripadnika RNM-a koji konzumiraju alkoholna pića i cigarete po regijama

Nalazi upućuju na to kako ni regija ni tip naselja ne utječu u većoj mjeri na različite vrste ovisnosti među pripadnicima RNM-a. Iako statistički značajne, uočene razlike među regijama nisu naglašene. Alkohol se u nešto većoj mjeri konzumira u Sjevernoj Hrvatskoj i Međimurju, a cigarete također u Sjevernoj Hrvatskoj i Zagrebu. Iako manje skloni alkoholu i nikotinu, u Istri više pribjegavaju konzumaciji opojnih droga.

Usporedi li se zastupljenost pušača među pripadnicima RNM-a s onom u općoj populaciji, upadaju u oči drastične razlike prisutne u oba spola i svim dobnim kategorijama. Pušača među Romima ima dvostruko više nego u općoj populaciji, a među muškarcima taj se postotak penje iznad polovice već u kategoriji od 15 godina do 24 godine. Tijekom zrele dobi postotak pušača u romskoj populaciji ne pada ispod 60% među muškarcima ni ispod 55% među ženama. Tek u starijoj dobi primjetna je manja zastupljenost pušača, ali podaci ne daju odgovor na pitanje u kojoj je mjeri takvo smanjenje posljedica povećana mortaliteta pušača ili odustajanja od pušenja zbog zdravstvenih razloga.



SLIKA 14. Zastupljenost pušača u općoj populaciji⁸¹ i među pripadnicima RNM-a

TABLICA 23. Usporedba prema tipu naselja: konzumacija alkoholnih pića, cigareta i droga ili opijata

	Odvojeno od grada ili sela [N=1323]	Na rubu grada ili sela [N=556]	Unutar grada ili sela [N=304]	Raspršeno u gradu ili selu [N=983]	Ukupno [N=3166]	Značajnost	Veličina učinka [C]
Konzumira alkoholna pića	19.6	15.8	16.2	9.9	15.6	p<0,01	0,11
Puši cigarete	54.0	57.6	52.0	56.3	55.1	0,30	
Konzumira droge ili opijate	0.1	0.4	2.0	0.7	0.5	p<0,01	0,08

TABLICA 24. Usporedba prema dobi: konzumacija alkoholnih pića, cigareta i droga ili opijata

	7-14 [N=92]	15-24 [N=1059]	25-34 [N=739]	35-44 [N=530]	45-54 [N=390]	55-64 [N=245]	65+ [N=110]	Ukupno [N=3165]	Značajnost	Veličina učinka [C]
Konzumira alkoholna pića	3.3	10.4	19.2	21.7	19.0	12.2	18.2	15.6	p<0,01	0,14
Puši cigarete	10.8	46.3	60.8	62.8	62.8	66.5	50.0	55.1	p<0,01	0,22
Konzumira droge ili opijate	1.1	0.5	0.7	0.4	0.8	0.0	0.0	0.5	0,73	

81 Hrvatski zavod za javno zdravstvo [2016] *Europska zdravstvena anketa u Hrvatskoj 2014. – 2015.* European Health Interview Survey (EHIS).

Dob je važan čimbenik i u konzumaciji alkohola, a ne samo cigareta, i čini se kako postojeća veza nije linearna već zakrivljena. U oba slučaja konzumacija raste od rane mladosti prema srednjoj dobi da bi potom opala. Za uočeno opadanje možda je zaslužan raniji mortalitet osoba koje su tijekom života ekscesivno konzumirale alkohol i nikotin, a druga je mogućnost da je u starijoj dobi smanjeno konzumiranje alkohola i nikotina zbog liječničke preporuke.

TABLICA 25. Povezanost među nekim sociodemografskim obilježjima i nezdravim navikama među pripadnicima RNM-a*

	Spol	Naobrazba	Osnovna opremljenost	Prikladnost životnog prostora
Konzumira alkoholna pića	-0.20	0.01	-0.08	0.03
Puši cigarete	-0.07	-0.12	-0.10	-0.08
Konzumira droge ili opijate	-0.04	0.02	0.03	0.00

*Statistički značajne korelacije masno su otisnute.

Alkohol, očekivano, u osjetno većem postotku konzumiraju muškarci, koji su isto i češće pušači od žena. Nadalje, pušenje je češće među osobama niže naobrazbe i onima slabijeg imovinskog stanja i stanarima u manje kvalitetnom životnom prostoru.

Uz izbjegavanje nezdravih navika za očuvanje zdravlja i produljenje životnog vijeka iznimno su bitne zdrave navike među kojima je jedna od najvažnijih odgovarajuća prehrana. Ispitanici su odgovarali na pitanja o učestalosti konzumacije pojedinih vrsta hrane, podjednako onih koje liječnici svrstavaju u kategoriju nezdravih namirnica i onih za koje je preporučljivo da se nađu na stolu u svakom kućanstvu. Stoga smo ishranu pripadnika RNM-a ispitali ne samo putem pojedinačnih čestica nego i promatrajući je kroz optiku širih konstrukata zdrave i nezdrave prehrane koje smo kao kompozitne varijable uključili u analizu.

TABLICA 26. Usporedba po regijama: učestalost konzumacije pojedinih vrsta hrane

	Međimurje [N=287]	Sjeverna Hrvatska [N=75]	Zagreb i okolica [N=105]	Središnja Hrvatska [N=109]	Slavonija [N=145]	Istra i Primorje [N=60]	Ukupno [N=781]	Značaj- nost	Veličina učinka [η^2]
1. Masna i jako začinjena hrana	3.60	3.60	3.65	3.83	3.52	2.82	3.56	p<0,01	.03
2. Čokolada i slatkiši	4.03	3.47	3.96	3.59	3.43	3.81	3.78	p<0,01	.04
3. Brza hrana (pizza, pomfrit, hamburgeri, hot-dog i sl.)	2.93	2.68	3.09	2.72	2.24	2.73	2.76	p<0,01	.04
4. Gazirani sokovi	4.00	3.56	4.16	3.51	3.39	3.40	3.75	p<0,01	.05
5. Grickalice (čips i sl.)	3.58	3.25	4.10	3.48	3.31	3.78	3.57	p<0,01	.03
6. Riba i morski plodovi	2.81	2.36	2.53	2.68	2.16	2.50	2.56	p<0,01	.04
7. Meso	4.67	3.95	4.58	4.11	4.21	3.78	4.36	p<0,01	.11
8. Mesne prerađevine (salame, paštete i sl.)	4.36	3.61	4.70	4.10	4.01	4.12	4.21	p<0,01	.07
9. Voće i povrće	4.38	3.47	4.20	4.19	3.88	4.15	4.13	p<0,01	.07
10. Žitarice i proizvodi od žitarica (npr. kruh, tjestenina i sl.)	4.61	3.99	4.77	4.56	4.79	4.56	4.60	p<0,01	.05
Zdrava prehrana	3.60	2.91	3.37	3.44	3.02	3.33	3.35	p<0,01	.07
Nezdrava prehrana	3.75	3.37	3.94	3.54	3.32	3.44	3.61	p<0,01	.06

Napomena: procjene su se kretale od 1 – "nikad" do 5 – "svaki ili gotovo svaki dan"; "Zdrava prehrana" i "Nezdrava prehrana" kompozitne su varijable (vidi tablicu u Dodatku).

Kao i u većini dosadašnjih usporedaba, stječe se dojam da ni regija ni tip naselja ne igraju ključnu ulogu u prehrani pripadnika RNM-a, odnosno ne pridonose u većoj mjeri zdravoj odnosno nezdravoj prehrani. Stanovite razlike postoje, ali bitno su manje naglašene od onih između skupina koje se razlikuju prema imovinskom statusu, naobrazbi ili dobi.

Navike se teško mijenjaju: "Popiti će terapiju, ali neće promijeniti način prehrane."

Redovite liječničke kontrole često izostaju i kod kroničnih bolesnika. Stariji pripadnici RNM-a uzimaju terapiju koja je izravno povezana s dijagnosticiranom bolesti zato što olakšava ili umanjuje simptome bolesti, no ne slijede druge preporuke liječnika vezane uz bolest, primjerice uz način prehrane.

- Što se tiče kontrola, recimo kod ovih dijabetičara, hipertoničara, to vidim da baš ne idu. Što se tiče starijih ljudi, to baš nekako ne idu na kontrolu... Možda im nije toliko bitno. Znači, oni će popiti terapiju, ali recimo neće promijeniti način prehrane što se tiče dijabetesa. Jako im teško promijeniti način prehrane. [KNF, Bjelovarsko-bilogorska županija]

TABLICA 27. Usporedba prema tipu naselja: učestalost konzumacije pojedinih vrsta hrane

	Odvojeno od grada ili sela [N=339]	Na rubu grada ili sela [N=139]	Unutar grada ili sela [N=74]	Raspršeno u gradu ili selu [N=228]	Ukupno [N=780]	Značajnost	Veličina učinka (C)
1. Masna i jako začinjena hrana	3.65	3.69	3.22	3.48	3.57	p<0,01	0.01
2. Čokolada i slatkiši	3.94	3.50	3.48	3.80	3.78	p<0,01	0.02
3. Brza hrana (pizza, pomfrit, hamburgeri, hot-dog i sl.)	2.90	2.25	2.42	2.96	2.75	p<0,01	0.04
4. Gazirani sokovi	3.96	3.49	3.39	3.74	3.76	0,07	
5. Grickalice (čips i sl.)	3.58	3.35	3.49	3.71	3.57	p<0,01	0.01
6. Riba i morski plodovi	2.74	2.29	2.25	2.58	2.57	p<0,01	0.02
7. Meso	4.58	4.24	3.88	4.26	4.36	p<0,01	0.05
8. Mesne prerađevine (salame, paštete i sl.)	4.28	4.09	4.03	4.25	4.21	0,13	0.01
9. Voće i povrće	4.29	3.93	4.01	4.06	4.13	p<0,01	0.02
10. Žitarice i proizvodi od žitarica (npr. kruh, tjestenina i sl.)	4.57	4.83	4.59	4.50	4.60	p<0,05	0.01
Zdrava prehrana	3.51	3.11	3.16	3.32	3.35	p<0,01	0.03
Nezdrava prehrana	3.72	3.40	3.33	3.66	3.61	p<0,01	0.02

Napomena: procjene su se kretale od 1 – "nikad" do 5 – "svaki ili gotovo svaki dan"; "Zdrava prehrana" i "Nezdrava prehrana" kompozitne su varijable [vidi tablicu u Dodatku].

Sociodemografska obilježja uvelike su povezana s prehranom pripadnika RNM-a, osobito materijalni status. Osobe višeg materijalnog statusa, posebice mjerenog prikladnošću životnog prostora, teže prehrani u kojoj su sve pobrojane namirnice češće na jelovniku. Rezultati sugeriraju kako razlike ne postoje u kvaliteti nego u kvantiteti prehrane, odnosno da oni imućniji češće konzumiraju podjednako nezdrave i zdrave namirnice. Isto vrijedi i za naobrazbu, pa tako obrazovanije osobe češće konzumiraju sve namirnice, a ne selektivno one zdravije. Uočeni fenomeni mogu biti, makar djelomice, pojašnjeni kulturnim modelom zdravlja u romskim zajednicama koji povezuje zdravlje, sreću i obilje, tako da se osobe veće tjelesne težine smatraju i sretnijima i zdravijima jer tjelesna težina ukazuje na zdravlje, sreću i materijalno bogatstvo.⁸² Zanimljivo je da je upravo dob povezana s rjeđom konzumacijom nezdravih namirnica, što je moguća posljedica liječničkih naputaka ili ozbiljnih zdravstvenih tegoba nespojivih s nezdravom prehranom. Također, neke do namirnica kojih se stariji suzdržavaju, kulturno su, tradicijski i oglašivački namijenjene djeci i mladima, poput slatkiša, grickalica i gaziranih sokova.

TABLICA 28. Povezanost među nekim sociodemografskim obilježjima i učestalosti konzumacije pojedinih vrsta hrane među pripadnicima RNM-a*

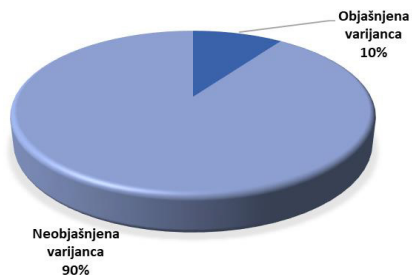
	Spol	Dob	Naobrazba	Osnovna opremljenost	Prikladnost životnog prostora
1. Masna i jako začinjena hrana	-0.11	-0.04	0.02	0.05	-0.01
2. Čokolada i slatkiši	-0.02	-0.35	0.22	0.14	0.20
3. Brza hrana (pizza, pomfrit, hamburgeri, hot-dog i sl.)	-0.06	-0.22	0.21	0.13	0.19
4. Gazirani sokovi	-0.09	-0.25	0.16	0.14	0.14
5. Grickalice [čips i sl.]	0.02	-0.23	0.20	0.19	0.23
6. Riba i morski plodovi	-0.09	-0.05	0.04	0.01	0.19
7. Meso	-0.04	-0.15	0.09	0.06	0.17
8. Mesne prerađevine [salame, paštete i sl.]	-0.03	-0.10	0.08	0.11	0.16
9. Voće i povrće	0.03	-0.05	0.13	0.09	0.22
10. Žitarice i proizvodi od žitarica (npr. kruh, tjestenina i sl.)	0.05	-0.04	0.07	0.07	0.02
Zdrava prehrana	-0.04	-0.07	0.10	0.05	0.25
Nezdrava prehrana	-0.07	-0.28	0.21	0.18	0.21

*Statistički značajne korelacije masno su otisnute.

82 Sutherland, A. [2002] Op. cit.; Vivian, C. i Dundes L. [2004] Op. cit.

TABLICA 29. Prediktori zdrave prehrane pripadnika RNM-a

Prediktori	Beta	P			R	R ²	R ² promjena	Značajnost promjene
Spol	-.03	.52			0.31	0.10	0.10	0.00
Dob	-.05	.18						
Naobrazba	.06	.14						
Osnovna opremljenost	.04	.42						
Prikladnost životnog prostora	.23	.00						
Udaljenost od doma zdravlja	.14	.00						
Zagađenje	.08	.05						



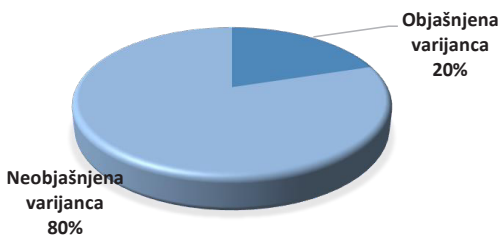
SLIKA 15. Postotak varijance zdrave prehrane pripadnika RNM-a objašnjiv prediktorima

Na zaključak o posebnom, kulturno specifičnom pogledu na prehranu upućuju nalazi regresijskih analiza. I tu se potvrđuje kako, unatoč mogućem očekivanju, naobrazba ne pridonosi tendenciji zdrave prehrane. Naprotiv, viša naobrazba, kao i u korelacijskoj analizi, povezana je većom konzumacijom nezdrave prehrane, što pretpostavku o povezivanju zdravlja, sreće i obilja u romskim zajednicama čini još uvjerljivijom. U istom smjeru, dakle prema težnji većem obilju bez obzira na zdravstvenu prihvatljivost, ide i materijalni status.

TABLICA 30. Prediktori nezdrave prehrane pripadnika RNM-a

Prediktori	Beta	P			R	R ²	R ² promjena	Značajnost promjene
Spol	-.05	.21			0.45	0.20	0.20	0.00
Dob	-.30	.00						
Naobrazba	.11	.00						
Osnovna opremljenost	.22	.00						
Prikladnost životnog prostora	.12	.00						
Udaljenost od doma zdravlja	.12	.00						
Zagađenje	.11	.00						

SLIKA 16. Postotak varijance nezdrave prehrane pripadnika RNM-a objašnjiv prediktorima



Iako redovito očekujemo da ponašanje ukorak prati zastupane stavove i vrijednosti, to je u stvarnosti ipak mnogo složeniji odnos. U anketi je tako prehrana zastupljena u dva tematska bloka. Međutim, važnost raznovrsne prehrane tek je u nejakoj korelaciji s kon-

zumacijom namirnica svrstanih u zdravu prehranu [$r=0,19$], a istodobno je, istina još slabije, pozitivno korelirana i s nezdravom prehranom [$r=0,11$]. Kad se važnost pridana zdravim navikama uzme u cjelini, kao kompozitna varijabla, pokazuje se da gotovo uopće nije povezana s nezdravim navikama poput konzumacije cigareta, alkohola i droga. Rezultati upućuju na jednu od dviju pojava. Ili su za Rome deklarirane vrijednosti i stvarno ponašanje dvije odvojene stvarnosti ili je, sukladno prethodnim interpretacijama, njihovo kulturno poimanje sastavnica zdravlja bitno različito od gledišta moderne medicine. Zbog toga smo procijenili da važnost pridanu zdravim navikama kao svojevrsnu vrijednosnu kategoriju treba analizirati neovisno o iskazima o ponašanju.

TABLICA 31. Usporedba po regijama: važnost koju pripadnici RNM-a pridaju zdravim navikama

	Međimurje [N=287]	Sjeverna Hrvatska [N=75]	Zagreb i okolica [N=105]	Središnja Hrvatska [N=109]	Slavonija [N=145]	Istra i Primorje [N=60]	Ukupno [N=781]	Značaj- nost	Veličina učinka [η^2]
Higijena	4.94	4.24	4.79	4.89	4.85	5.00	4.83	$p<0,01$.15
Raznovrsna prehrana [meso, riba, povrće, voće, žitarice i sl.]	4.81	4.01	4.35	4.82	4.75	4.78	4.66	$p<0,01$.11
Fizička aktivnost [npr hodanje, vježbanje i sl.]	4.50	3.51	3.38	4.46	4.40	4.47	4.23	$p<0,01$.13

Napomena: procjene su se kretale od 1 – "uopće mi nije važno" do 5 – "izrazito mi je važno".

TABLICA 32. Usporedba prema tipu naselja: važnost koju pripadnici RNM-a pridaju zdravim navikama

	Odvojeno od grada ili sela [N=1323]	Na rubu grada ili sela [N=556]	Unutar grada ili sela [N=304]	Raspršeno u gradu ili selu [N=983]	Ukupno [N=3166]	Značaj- nost	Veličina učinka [η^2]
Higijena	4.88	4.88	4.95	4.70	4.83	$p<0,01$.02
Raznovrsna prehrana [meso, riba, povrće, voće, žitarice i sl.]	4.74	4.72	4.75	4.47	4.66	$p<0,01$.02
Fizička aktivnost [npr. hodanje, vježbanje i sl.]	4.42	4.38	4.22	3.85	4.22	$p<0,01$.04

Napomena: procjene su se kretale od 1 – "uopće mi nije važno" do 5 – "izrazito mi je važno".

Higijena i kult čistoće: "U kazanima su se djeca prala, ali su se prala!"

Naglašava se važnost higijene za čuvanje zdravlja te visoka kulturna vrijednost osobne higijene i čistoće odjevnih predmeta [kult čistoće] koja se tradicionalno njeguje u romskoj kulturi unatoč materijalnoj neimaštini i teškim uvjetima života. Također se prepoznaje da razina higijene nije istovjetna među različitim zajednicama i pojedincima, pogotovo u slučajevima izostanka adekvatne infrastrukture u naselju ili pojedinom kućanstvu.

- ...Postoji kult čistoće unutar romske zajednice koji je, samo govori po sebi znači, čistoća, uredan, čist, obrijan, nema veze dal je to staro ili novo, a roba, bitno da je to uredno oprano. Nema veze ak je pokrpano i tako dalje, ali gledajte. Postoji [nerazumljivo] nekada su Romkinje, bake, mame, tate, održavale ovaj, reko sam na koji način. U kazanima su se djeca prala. Ali su se prala. [predstavnik RNM-a, grad Zagreb]
- ...ali postoje neka koja kultura Roma, pojedinih Roma koji eto tako o higijeni razmišljaju onda kad idu doktoru. Da se opereju, nažalost vide vodu kad se rode i kad umru. Ja ću to tako reći jel to je njima tako u glavi, jel. Ovaj, ali imate većinom i koji i po zimi grije vodu na peć i kupaju se u onim željeznim koritima ko nekad i kadama starim i tako dalje, a održavaju higijenu koliko mogu, ali to je sad opet ako i nemate i struju, vodu, otkud vodu dovuć, kako je zagrijati? Znači postoje problemi. [predstavnik RNM-a, grad Zagreb]

TABLICA 33. Povezanost među nekim sociodemografskim obilježjima i važnosti pripisane zdravim navikama među pripadnicima RNM-a*

	Spol	Dob	Naobrazba	Osnovna opremljenost	Prikladnost životnog prostora
Higijena	0.03	0.01	0.04	0.07	0.00
Raznovrsna prehrana (meso, riba, povrće, voće, žitarice i sl.)	-0.01	0.03	-0.01	0.01	-0.01
Fizička aktivnost (npr. hodanje, vježbanje i sl.)	-0.10	-0.04	0.12	-0.05	-0.01

*Statistički značajne korelacije masno su otisnute.

Prethodna pitanja govore o ponašajnom aspektu prehrane te zdravih i nezdravih navika. Međutim, ono što je također važno istražiti vrijednosna je podloga takva ponašanja. S obzirom na višedimenzionalnu prikraćenost pripadnika RNM-a, posebice u sferi materijalnih dobara, moglo bi se očekivati da neke zastupane vrijednosti ne budu ostvarene zbog praktičnih, u pravilu materijalnih, prepreka. Rezultati pokazuju da je pripadnicima RNM-a uistinu vrlo važno, barem na vrijednosnoj razini, prakticirati zdrave navike, higijenu, zdravu prehranu i fizičku aktivnost. Iako takvi rezultati vrijede za sve regije, Sjeverna Hrvatska ipak ponešto odskaka od ostalih regija zbog nešto manje istaknute važnosti zdravih navika.

3.1.8. Dostupnost zdravstvenih usluga

Uvodno smo napomenuli da je socijalna isključenost pripadnika RNM-a zajedno s diskriminacijom i segregacijom jedan od vrlo naglašenih problema koji posredno utječe na zdravlje ove zajednice. Dostupnost se najviše ogleda u obuhvatu romske populacije zdravstvenim osiguranjem, procijepljenosti djece i učestalosti korištenja zdravstvenih usluga u slučaju potrebe. Sekundarno, na dostupnost utječu ljubaznost zdravstvenog osoblja i stavovi o zdravstvenim radnicima.

3.1.8.1. Fizička dostupnost zdravstvenih usluga

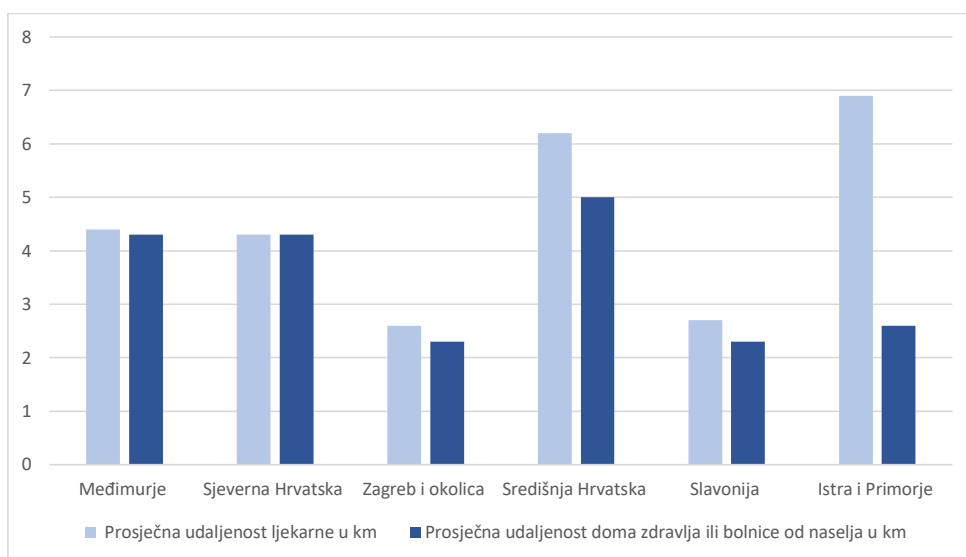
U području zdravlja NSUR je kao opći cilj proglasio unaprjeđenje zdravlja te kvalitete i dostupnosti zdravstvene skrbi. Jedan od važnih vidova dostupnosti odnosi se na fizički dohvat koji ponekad može utjecati na kvalitetu i brzinu usluge te time supstancijalno utjecati na ishod intervencije. Stoga su podaci o prisutnosti, odnosno udaljenosti temeljnih zdravstvenih ustanova ključni za sagledavanje cjelokupne dostupnosti.

TABLICA 34. Usporedba po regijama: dostupnost ljekarne, doma zdravlja i medicinske pomoći u naselju

	Međimurje [N=1784]	Sjeverna Hrvatska [N=529]	Zagreb i okolica [N=655]	Središnja Hrvatska [N=510]	Slavonija [N=799]	Istra i Primorje [N=407]	Ukupno [N=4684]	Značaj- nost	Veličina učinka [C, η^2]
Ljekarne u naselju [%]	4.9	6.0	93.0	20.4	48.6	89.6	32.5	p<0,01	0,59
Prosječna udaljenost ljekarne u km	4.4	4.3	2.6	6.2	2.7	6.9	4.3	p<0,01	0,17
Prosječna udaljenost doma zdravlja ili bolnice od naselja u km	4.3	4.3	2.3	5.0	2.3	2.6	3.7	0,38	
Dolazi li u naselje medicinska pomoć [%]	100.0	100.0	98.9	100.0	99.1	75.6	97.6	p<0,01	0,41

Dostupnost zdravstvenih usluga uvelike varira ovisno o regiji u kojoj pripadnici RNM-a žive. Za razliku od urbanih sredina poput Zagreba ljekarne su tek rijetko dostupne onima koji žive izvan gradova i sela, a takvih je najviše u Međimurju. Prosječna udaljenost ljekarne varira od manje od 3 km u Zagrebu i okolici do gotovo 7 km u Istri i Primorju. Odgovori dijela ispitanika sugeriraju nadalje da u naselja u Istri i Primorju ne dolazi zdravstvena i medicinska pomoć, po čemu to područje uvelike odskaka od svih ostalih regija obuhvaćenih uzorkom.

Udaljenost od doma zdravlja i ljekarne svakako ima veću težinu izvan naselja gdje ne postoji organizirani gradski prijevoz. Prosječna udaljenost od temeljnih ustanova, poput ljekarni i domova zdravlja, gotovo je pet kilometara u takvim naseljima, što je svakako velika prepreka redovitim pregledima i medicinskoj njezi. To osobito pogađa stariju populaciju narušena zdravlja koja je zbog teže dostupnosti ustanova vjerojatno suočena s nizom praktičnih problema. Međutim, toga problema nisu pošteđene ni mlade obitelji s brojnijom djecom uzrasta koji traži učestalu medicinsku brigu, preglede, pomoć i lijekove.



SLIKA 17. Prosječna udaljenost ljekarne i doma zdravlja u kilometrima po regijama

TABLICA 35. Usporedba prema tipu naselja: dostupnost ljekarne, doma zdravlja i medicinske pomoći u naselju

	Odvojeno od grada ili sela [N=2104]	Na rubu grada ili sela [N=793]	Unutar grada ili sela [N=430]	Raspršeno u gradu ili selu [N=1355]	Ukupno [N=4682]	Značajnost	Veličina učinka [C, η²]
Ljekarna u naselju [%]	3.5	19.7	82.9	72.9	32.5	p<0,01	0,58
Prosječna udaljenost ljekarne u km	4.8	2.8	3.1	2.1	4.3	p<0,01	0,11
Prosječna udaljenost doma zdravlja ili bolnice od naselja u km	4.6	2.7	2.0	2.1	3.7	p<0,01	0,19
Dolazi li u naselje, medicinska pomoć [%]	100.0	99.1	77.1	99.5	97.6	p<0,01	0,39

TABLICA 36. Povezanost među nekim sociodemografskim obilježjima i dostupnosti ljekarne, doma zdravlja i medicinske pomoći u naselju*

	Dob	Naobrazba	Osnovna opremljenost	Prikladnost životnog prostora
Ljekarna u naselju	0.19	0.07	0.51	0.10
Prosječna udaljenost ljekarne u km	-0.06	-0.01	-0.16	0.00
Prosječna udaljenost doma zdravlja ili bolnice od naselja u km	-0.12	-0.04	-0.29	0.00
Dolazi li u naselje medicinska pomoć	-0.03	-0.06	-0.03	0.02

*Statistički značajne korelacije masno su otisnute.

Starije osobe te one više naobrazbe i boljeg materijalnog statusa u prosjeku stanuju bliže ljekarnama i domovima zdravlja u naseljima koje posjeduju takvu infrastrukturu. Može se nagađati kako mlađe osobe slabijeg materijalnog statusa stanuju u naseljima udaljenima od urbanih aglomeracija, ali možda i da u udaljenim naseljima ne živi velik broj starijih osoba zbog kraćeg životnog vijeka.

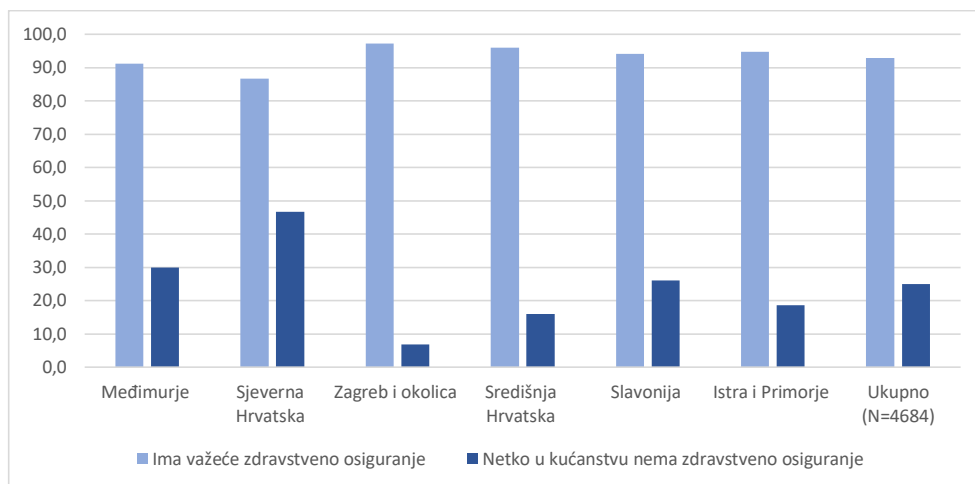
3.1.8.2. Zdravstveno osiguranje

Neposjedovanje zdravstvenog osiguranja za mnoge je pripadnike RNM-a glavna prepreka ostvarivanju zdravstvene skrbi. Zbog toga je povećanje obuhvata romske populacije zdravstvenim osiguranjem jedan od posebnih ciljeva vezanih za zdravlje zacrtanih NSUR-om. Prije negoli se upustimo u analizu obuhvata po regijama i s obzirom na sociodemografske i materijalne varijable, treba napomenuti kako se općenito obuhvat zdravstvenim osiguranjem pripadnika RNM-a starijih od 16 godina povećao s 83% zabilježenih 2011. godine⁸³ na 89% u aktualnom istraživanju. To je još uvijek osjetno manje od 97% neromske populacije koja je u istraživanju iz 2011. godine korištena kao referentni okvir.

TABLICA 37. Usporedba po regijama: postotna pokrivenost zdravstvenim osiguranjem

	Međimurje [N=1784]	Sjeverna Hrvatska [N=529]	Zagreb i okolica [N=655]	Središnja Hrvatska [N=510]	Slavonija [N=799]	Istra i Primorje [N=407]	Ukupno [N=4684]	Značajnost	Veličina učinka [C]
Ima li važeće zdravstveno osiguranje?	91.1	86.6	97.2	95.9	94.1	94.8	92.8	p<0,01	0,12
Postoji li u kućanstvu netko tko ne posjeduje nikakav oblik zdravstvenog osiguranja?	30.0	46.7	6.8	16.0	26.1	18.6	25.0	p<0,01	0,25
Razlog za neposjedovanje: nije se prijavio na HZZO	47.6	35.7	0.0	50.0	61.1	60.0	46.3	0,06	

83 Mihailov, Dotcho (2012) *The health situation of Roma communities*. Op. cit.



SLIKA 18. Postotna pokrivenost zdravstvenim osiguranjem po regijama

TABLICA 38. Usporedba prema tipu naselja: postotna pokrivenost zdravstvenim osiguranjem

	Odvojeno od grada ili sela [N=2104]	Na rubu grada ili sela [N=793]	Unutar grada ili sela [N=430]	Raspršeno u gradu ili selu [N=1355]	Ukupno [N=4682]	Značajnost	Veličina učinka [C]
Ima li važeće zdravstveno osiguranje?	90.1	92.8	96.8	95.8	92.8	p<0,01	0,10
Postoji li u kućanstvu netko tko ne posjeduje nikakav oblik zdravstvenog osiguranja?	32.6	24.6	25.4	13.8	25.0	p<0,01	0,18
Razlog za neposjedovanje: nije se prijavio na HZZO	44.0	29.4	76.9	50.0	46.3	p<0,01	0,52

Pokrivenost zdravstvenim osiguranjem daleko je od potpune, što dijelu pripadnika RNM-a onemogućuje korištenje Ustavom zajamčenih prava. Najmanja je pokrivenost u Sjevernoj Hrvatskoj, a najveća u Zagrebu. Četvrtina ispitanih sudionika izjavljuje kako u kućanstvu postoji osoba koja nema nikakvo zdravstveno osiguranje. Najviše je takvih u Sjevernoj Hrvatskoj, gotovo polovica. Razlozi su raznoliki, ali jedan je izrazito prevladavajući – neprijavlivanje na HZZO. Zdravstveno osiguranje rjeđe imaju slabije obrazovani i siromašniji pripadnici RNM-a.

TABLICA 39. Povezanost među nekim sociodemografskim obilježjima i pokrivenosti zdravstvenim osiguranjem pripadnika RNM-a*

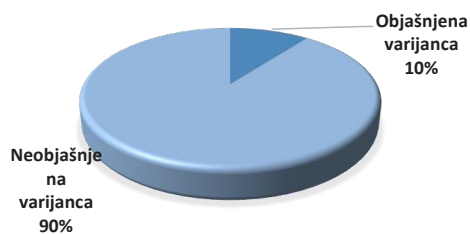
	Spol	Dob	Naobrazba	Osnovna opremljenost	Prikladnost životnog prostora
Ima li važeće zdravstveno osiguranje?	0.06	0.09	0.05	0.12	0.04
Postoji li u kućanstvu netko tko ne posjeduje nikakav oblik zdravstvenog osiguranja?	-0.08	-0.09	-0.10	-0.19	-0.12

*Statistički značajne korelacije masno su otisnute.

Obuhvat zdravstvenim osiguranjem nešto je veći među ženama i starijima, kao i onima boljeg materijalnog statusa. Spol i dob vjerojatno odražavaju osobnu odgovornost i potrebu, dok prediktivnost materijalnog statusa možda upućuje na onaj dio populacije koji je u većoj mjeri socijalno isključen.

TABLICA 40. Prediktori posjedovanja zdravstvenog osiguranja u obiteljima pripadnika RNM-a

Prediktori	Beta	P		R	R ²	R ² promjena	Značajnost promjene
Spol	.11	.00		Blok 1	0.32	0.10	0.00
Dob	.11	.01		Blok 2	0.34	0.11	0.39
Naobrazba	.08	.06					
Osnovna opremljenost	.23	.00					
Prikladnost životnog prostora	.03	.52					
Udaljenost od doma zdravlja	.03	.43					
Zagađenje	-.06	.18					



SLIKA 19. Postotak varijance posjedovanja zdravstvenog osiguranja u obiteljima RNM-a objašnjiv prediktorima

3.1.8.3. Zdravstvena zaštita djece i žena

Zdravlje žena i djece jedan je od prioriteta obuhvaćen posebnim ciljem NSUR-a, jednako kao i povećavanje dostupnosti zdravstvenih usluga posebice ranjivih skupina. Zbog toga pokazatelji obuhvata i dostupnosti zdravstvene skrbi ovog dijela romske populacije imaju izniman značaj.

Kako osigurati visoku procijepljenost i redovite preglede: "Mi liječnici radimo iskorak prema njima."

Zdravstveni radnici također prepoznaju važnost terenskog rada u romskim zajednicama. Kao pozitivan primjer govore o poboljšanju u procijepljenosti i uključivanju romske djece školske dobi u sistematske zdravstvene preglede zahvaljujući načinu rada javnozdravstvenih radnika koji uključuje ne samo rad u zdravstvenim ustanovama već i rad na terenu u školama i naseljima.

- *Dakle, sve ovo što se u obrazovnom sektoru ulagalo i što se isto tako u zdravstvenom sustavu događalo doista je dalo rezultate i danas se tu vidi da je puno bolje. Mislim da jako veliku ulogu u tome stvarno igraju zavodi za javno zdravstvo zato što obuhvaćaju kompletnu populaciju i zato što mi radimo iskorak prema njima, znači mi ne čekamo da oni nama dođu u ambulantu nego odlazimo i u škole i, ako treba, u naselja... pomak je velik učinjen po pitanju procijepljenosti, to je jedan pokazatelj koji prilično je egzaktno i govori o tome da se stvarno tu jako, jako puno promijenilo i popravilo... svako školsko dijete ima i redovite sistematske preglede...*
- *Dakle jako puno je sad tu mjera... ali to su mjere koje su, znači, definitivno takve da, dok god se i zadnje romsko dijete ne odazove, mi njega vodimo kao dužnika i inzistiramo da se taj pregled dogodi. Isto tako, svi projekti koji se rade na području prevencije se prenose i na romsku djecu i mi uvijek nastojimo uključiti romsku djecu kao sudionike i po pitanju prevencije i ovisnosti i svih drugih vrsta. Tako da... tu se definitivno vidi pomak na bolje. A da je još puno prostora, je... [KNF, Međimurska županija]*

TABLICA 41. Usporedba po regijama: procijepljenost i pokrivenost pedijatrijskom skrbi djece pripadnika RNM-a

	Međimurje [N=404]	Sjeverna Hrvatska [N=118]	Zagreb i okolica [N=89]	Središnja Hrvatska [N=94]	Slavonija [N=119]	Istra i Primorje [N=77]	Ukupno [N=901]	Značaj- nost	Veličina učinka [C]
Postotak djece cijepjene protiv zaraznih bolesti	95.0	97.5	96.6	97.9	95.0	94.8	95.8	0,71	
Postotak djece prijavljene kod pedijatra	97.3	94.1	100.0	95.7	93.3	97.4	96.4	0,08	

Nema prevencije: "Nose djecu kad su bolesna, ali preventiva je jako loša."

Nerijetko zdravstveni radnici prepoznaju napore RNM-a vezane uz brigu o vlastitom zdravlju te problem nerazumijevanja važnosti prevencije bolesti.

- *Pa oni dosta brinu o svojem zdravlju, jedino preventiva kod njih nije se puno pomaknula s mrtve točke... Rode uglavnom u rodilištu. Ne rađaju se više doma. One dolaze, nose djecu kad su djeca bolesna, ali preventiva je jako jako loša. [KNF, Varaždinska županija]*

TABLICA 42. Usporedba prema tipu naselja: procijepljenost i pokrivenost pedijatrijskom skrbi djece pripadnika RNM-a

	Odvojeno od grada ili sela [N=474]	Na rubu grada ili sela [N=125]	Unutar grada ili sela [N=78]	Raspršeno u gradu ili selu [N=224]	Ukupno [N=901]	Značajnost	Veličina učinka [C]
Postotak djece cijepljene protiv zaraznih bolesti	94.5	99.2	97.4	96.0	95.8	0,96	
Postotak djece prijavljene kod pedijatra	96.2	96.8	96.2	96.9	96.4	0,11	

Velika većina djece cijepljena je protiv zaraznih bolesti i prijavljena je kod pedijatra. S obzirom na općenito malen broj iznimaka, varijanca je tih dviju varijabli mala pa ne čudi da se ni regija stanovanja ni tip naselja ne pokazuju kao značajni prediktori. Procijepljenost je vrlo visoka u odnosu na procijepljenost romske djece u okolnim europskim državama i na razini je procijepljenosti neromskog stanovništva s istih područja.⁸⁴ Može se stoga zaključiti da je prema ovom pokazatelju u velikoj mjeri dostignut postavljeni cilj. Još je bolja situacija s pokrivenošću pedijatrijskom skrbi kojom je obuhvaćena gotovo cijela dječja populacija.

Kako pedijatri percipiraju romsku populaciju: "Brinu za djecu, ali odlaze liječniku tek kad je dijete već stvarno jako bolesno."

Zdravstveni radnici u analiziranim županijama komentiraju visoku procijepljenost djece, redovitost u odlascima na kontrolne pedijatrijske preglede, brigu za zdravlje male djece, no također prepoznaju i određene probleme vezane uz kulturno specifičan obrazac zdravlja pripadnika RNM-a. Navode primjere da pacijenti dolaze na liječničke preglede tek kada simptomi bolesti postaju teži te da je prevencija bolesti slabo zastupljena u RNM-u.

- *Od samog polaska, od te novorođenačke dobi, oni redovito dolaze na cijepljenje. Ako ne dođu, pedijatri mi daju obavijest, ja im dostavim tu obavijest i oni se redovito jave. Praktički da je procijepljenost kod nas 99,9%. [KNF, Sisačko-moslavačka županija]*
- *Što god liječnici obiteljske medicine ili pedijatri preporuča, oni to nabave i, ako treba, kupe za svoje dijete. To nema, ako je nekakav sirup ili nešto. Recimo, za toaletu pupka, mi kad dođemo, oni sve imaju spremno, nema netko možda drugi tko nije romski, ne kupi odmah. Al oni to sve za dijete imaju, sve odvojeno, sve spremno... [KNF, Osječko-baranjska županija]*
- *Ne mogu reći da ne vode djecu kod pedijatra ili na kontrolu, ali je nekako kao da više čekaju da vide kako će se ta bolest razviti pa onda više možda više ima komplikacija što se tiče tih bolesti. Znači, od samog početka neke bolesti koje bi se možda mogle bolje spriječiti, češće završe u bolnici zato što se više zakompliciraju stvari. [KNF, Bjelovarsko-bilogorska županija]*
- *...jedan drugi problem na nacionalnom nivou pa u toj populaciji još jedan specifičan, a to je što oni idu kod liječnika kad je stvarno dijete već jako bolesno. Znači ne idu na preventivne preglede, barem ne onako kako bi trebali bez obzira što imaju mogućnost kako i sva druga djeca. [KNF, Koprivničko-križevačka županija]*

84 Mihailov, Dotcho (2012) *The health situation of Roma communities*. Op. cit.

TABLICA 43. Usporedba po regijama: redovitost ginekoloških pregleda žena pripadnica RNM-a

	Međimurje [N=142]	Sjeverna Hrvatska [N=34]	Zagreb i okolica [N=61]	Središnja Hrvatska [N=55]	Slavonija [N=85]	Istra i Primorje [N=27]	Ukupno [N=404]	Značaj- nost	Veličina učinka [η ²]
Postotak žena koje su tijekom posljednjih 12 mjeseci bile na ginekološkom pregledu	52.1	50.0	31.1	52.7	50.6	44.4	48.0	.55	
Postotak žena koje su posljednjih 12 mjeseci obavile tzv. papa-test	30.2	37.9	22.8	42.6	49.4	37.0	36.1	.44	

Razlozi neodlaska ginekologu: "Ako ide ginekologu, trudna je!"

Kada je u pitanju redovit odlazak na ginekološke preglede, zabilježeni su problemi vezani uz osjećaj srama pacijentica pripadnica RNM-a te problemi u komunikaciji s liječnicima zbog nerazumijevanja medicinskog žargona i stručnih izraza. Također je prisutan problem stigmatizacije zajednice. Naime, odlasci liječniku i ginekologu nisu stvar osobnog izbora i ne organiziraju se u privatnosti. Šira obitelj i zajednica aktivno se uključuju u rješavanje pitanja povezanih sa zdravljem i daju vrijednosne sudove o poželjnom i nepoželjnom ponašanju u zdravlju i bolesti.

- *...Možda ta neodgovornost jednim dijelom potiče, što od sramežljivosti jer puno žena se ustručava ići ginekologu, što od nerazumijevanja, jer ona će samo gledati doktora i ništa nije razumjela, pa se onda stvara komplikacija; netko ima problema sa porodom, netko ima problema sa djetetom, netko ima problema sa tumorom. Za sada, što se tiče u romskom naselju, stvarno je higijena ok... [predstavnik RNM-a, Primorsko-goranska županija]*
- *Kod nas je jako problem što žene ne idu kod ženskog doktora, ginekologa. To je užas jedan. To se kod nas ne smije. Ona ako ide sa 15–16 godina kod ginekologa, znači trudna je. One čak i kad su trudne ne idu redovito kod ginekologa. To je veliki problem... [predstavnik RNM-a, Primorsko-goranska županija]*

TABLICA 44. Usporedba prema tipu naselja: redovitost ginekoloških pregleda žena pripadnica RNM-a

	Odvojeno od grada ili sela [N=168]	Na rubu grada ili sela [N=78]	Unutar grada ili sela [N=40]	Raspršeno u gradu ili selu [N=118]	Ukupno [N=404]	Značaj- nost	Veličina učinka [C]
Postotak žena koje su tijekom posljednjih 12 mjeseci bile na ginekološkom pregledu	50.0	52.6	55.0	39.8	48.0	0,91	
Postotak žena koje su posljednjih 12 mjeseci obavile tzv. papa-test	30.9	50.0	43.6	31.3	36.1	0,20	

Unatoč liječničkim preporukama gotovo polovica pripadnica RNM-a nije tijekom posljednjih 12 mjeseci obavila ginekološki pregled, a tzv. papa-test nije obavilo više od dvije trećine njih. Takva je tendencija jednako prisutna bez obzira na regiju i tip naselja. Međutim, učestalost ginekoloških pregleda raste s dobi i donekle s naobrazbom i materijalnim statusom. Povezanost s dobi vjerojatno odražava višekratno potvrđen nalaz kako pripadnici RNM-a na preglede odlaze tek kad im je zdravlje narušeno, a manje polažu na prevenciju.

TABLICA 45. Povezanost među nekim sociodemografskim obilježjima i redovitosti ginekoloških pregleda žena pripadnica RNM-a*

	Dob	Naobrazba	Osnovna opremljenost	Prikladnost životnog prostora
Redovitost ginekoloških pregleda	-0.36	0.11	0.00	0.03
Redovitost obavljanja tzv. papa-testa	-0.17	0.06	0.18	0.02

*Statistički značajne korelacije masno su otisnute.

3.1.8.4. Korištenje i zadovoljstvo zdravstvenim uslugama

Među pripadnicima RNM-a zabrinjavajuće se često kao razlog nedostupnosti medicinske usluge ili lijeka navodi nemogućnost pokrivanja troškova. S takvom se situacijom susrelo gotovo dvije trećine kućanstava, pri čemu to podjednako vrijedi za sve regije i tipove naselja. Tek nešto rjeđe tome su izloženi oni boljeg materijalnog statusa.

Nekontaktiranje liječnika, osim financijskim razlozima bilo je, kako kazuju sudionici, motivirano i nizom drugih razloga. Neki od njih su u većoj mjeri objektivni, poput udaljenosti koju treba prijeći, neki subjektivni, poput čekanja da problem prođe sam od sebe, a za neke, poput iskazanog manjka vremena, teško je procijeniti udio jednog i drugog. Iako među regijama i tipovima naselja postoje stanovite razlike u učestalosti navođenja pojedinih razloga, brojevi ispitanika u svakoj potkategoriji ne daju nam pravo da sa sigurnošću razaberemo je li razlika stvarna ili je plod slučajnih kolebanja. Isto vrijedi i za korelacijske nalaze koje u ovom slučaju treba uzeti orijentacijski jer bi tek korekcija zbog broja usporedaba ukazala na veze koje vjerojatno postoje na populacijskoj razini.

Strah od bolnice: "Kako ću proći i kako će se snaći bez mene?"

Sudionici razgovora iskazuju strah od bolnice i ishoda operativnog zahvata, no također strah kako će obitelj pokriti osnovne troškove života dok je jedan član obitelji u bolnici.

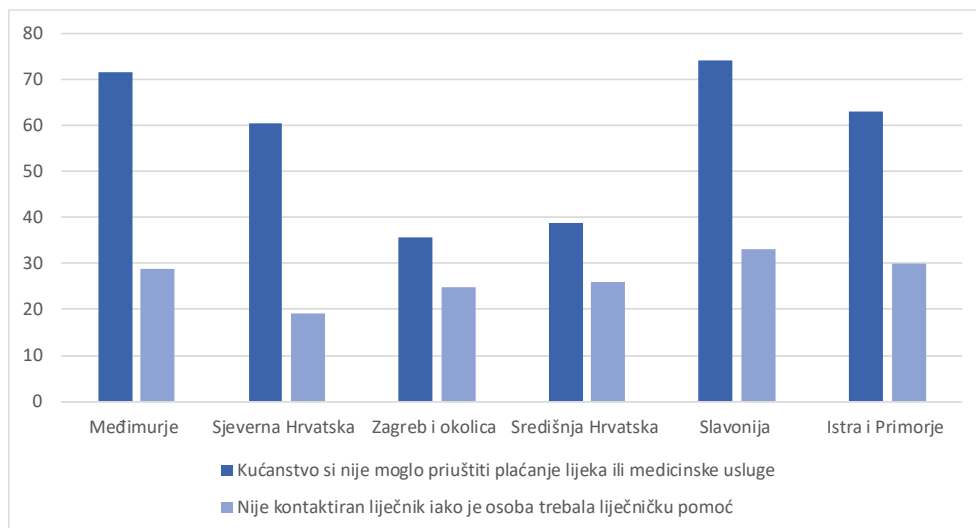
- *Pa dobro, većina idu na primjer kod obiteljskog liječnika kad trebaju nešto rješavati... Al već kad trebaju ići u bolnicu, onda je tu malo problem ono kak bi reko znači kak će proći neka operacija, strah. Da li će biti pozitivna ili negativna, da li će neke posljedice ostati pa čak možda i te financijske mogućnosti kupovine hrane kako će obitelj kući živjeti ako ja budem u bolnici... [predstavnik RNM-a, Brodsko-posavska županija]*

TABLICA 46. Usporedba po regijama: postotna učestalost i razlozi nekorištenja zdravstvenih usluga u slučaju potrebe

	Međimurje [N=1784]	Sjeverna Hrvatska [N=529]	Zagreb i okolica [N=655]	Središnja Hrvatska [N=510]	Slavonija [N=799]	Istra i Primorje [N=407]	Ukupno [N=4684]	Značaj- nost	Veličina učinka [C]
Tijekom posljednjih 12 mjeseci kućanstvo si nije moglo priuštiti plaćanje lijeka ili medicinske usluge	71.5	60.6	35.6	38.7	74.3	63.2	61.5	p<0,01	0,25
Tijekom posljednjih 12 mjeseci nije kontaktirao liječnika iako je trebao liječničku pomoć	28.8	19.2	24.8	25.9	33.1	30.0	27.8	0,34	
Financijski razlozi	26.7	28.6	7.7	10.7	22.9	5.6	20.0	0,09	
Lista čekanja	3.6	7.1	3.8	0.0	28.8	11.1	10.0	p<0,01	0,34
Nedostatak vremena	9.6	14.3	3.8	3.6	35.3	16.7	15.0	p<0,01	0,31
Predaleko putovanje	18.3	21.4	3.8	17.9	14.9	5.6	14.9	0,40	
Strah od liječnika	1.2	21.4	0.0	7.1	22.4	5.6	8.3	p<0,01	0,32
Pričekao da vidi hoće li proći samo od sebe	12.2	7.1	3.8	14.3	37.5	0.0	15.7	p<0,01	0,32
Nije znao za dobrog liječnika	1.2	0.0	3.8	3.6	8.5	0.0	3.3	0,28	
Odbio liječenje	1.2	0.0	3.8	0.0	12.5	5.6	4.2	p<0,05	0,23
Nije imao zdravstveno osiguranje	3.6	21.4	3.8	7.1	4.3	5.6	5.6	0,17	
Nije uobičajeno ići liječniku zbog takvih problema	0.0	0.0	0.0	0.0	2.1	5.6	0.9	0,28	
Bilo ga je sram	1.2	0.0	3.8	0.0	6.4	0.0	2.3	0,35	

TABLICA 47. Usporedba prema tipu naselja: postotna učestalost i razlozi nekorištenja zdravstvenih usluga u slučaju potrebe

	Odvojeno od grada ili sela [N=2104]	Na rubu grada ili sela [N=793]	Unutar grada ili sela [N=430]	Raspršeno u gradu ili selu [N=1355]	Ukupno [N=4682]	Značajnost	Veličina učinka [C]
Tijekom posljednjih 12 mjeseci kućanstvo si nije moglo priuštiti plaćanje lijeka ili medicinske usluge	67.4	71.9	59.1	46.8	61.5	p<0,01	0,25
Tijekom posljednjih 12 mjeseci nije kontaktirao liječnika iako je trebao liječničku pomoć	28.3	30.9	33.3	23.4	27.8	0,27	
Financijski razlozi	28.0	16.3	12.5	11.3	20.0	0,05	
Lista čekanja	4.1	13.6	20.0	12.7	10.0	0,05	
Nedostatak vremena	11.3	20.9	20.0	14.5	15.0	0,44	
Predaleko putovanje	21.9	11.6	4.2	9.6	14.9	0,06	
Strah od liječnika	4.2	20.9	12.0	3.8	8.3	p<0,05	0,24
Pričekao da vidi hoće li proći samo od sebe	10.4	23.3	20.8	17.0	15.7	0,22	
Nije znao za dobrog liječnika	1.0	9.3	0.0	3.8	3.3	0,06	
Odbio liječenje	2.1	9.3	0.0	5.7	4.2	0,16	
Nije imao zdravstveno osiguranje	5.2	4.7	4.2	7.7	5.6	0,89	
Nije uobičajeno ići liječniku zbog takvih problema	0.0	2.3	4.2	0.0	0.9	0,17	
Bilo ga je sram	1.0	4.7	4.2	1.9	2.3	0,55	



SLIKA 20. Postotak kućanstava u kojima tijekom posljednjih 12 mjeseci unatoč potrebi nije kontaktiran liječnik, obavljena medicinska usluga ili nabavljen lijek

Koncept zdravlja iz perspektive predstavnika RNM-a: "Liječniku se ide tek u zadnji čas pošto je bolest uznapredovala."

Određeni broj iskaza predstavnika romske zajednice upućuje na specifičan, kulturno uvjetovan koncept zdravlja. Zdravlje je stanje koje karakterizira izostanak bolesti, a prevencija bolesti nije široko prihvaćena kao važan čimbenik čuvanja vlastita zdravlja. Potreba za zdravstvenom uslugom prepoznaje se kada bolest ne prolazi sama od sebe, kada su simptomi akutne bolesti toliko teški da oboljela osoba postaje nesposobna za uobičajene aktivnosti, uslijed ozljeda koje se ne mogu zbrinuti bez stručne pomoći ili kada tradicijski pristupi liječenju unutar obitelji ne daju željene rezultate.

- *...kod Roma je to jedno pravilo ludo, dok se nešto ne pojavi, ne mora doktoru. Tek kad se neka bolest pojavi, tek onda se ide i kod doktora.* [predstavnik RNM-a, grad Zagreb]
- *...ima i toga da naši Romi jako puno odbijaju liječenje. Pa sve s onom pričom, neću ići danas zubaru, proći će to samo od sebe. Ne vodimo ni mi dovoljno brige za sebe. Kod nas kad već pređeš, ja imam 36 godina, ti već sa 36 godina postaješ baba, djed, sa 40 ti si već star čovjek. Al fakat oni tako i osjećaju...* [predstavnik RNM-a, Osječko-baranjska županija]
- *Kad dođe neka teška rana ili nešto, kad je rana da se ne može više ni zatvoriti, e onda idu doktorima. Ne vode računa o sebi.* [predstavnik RNM-a, Brodsko-posavska županija]...*doduše, niko ne voli kod liječnika ići. Ni Romi, ni neromi, ko voli*

ić kod liječnika?! Idu tek kad je kasno. Pa ne obraćaju se nikome, trpe do jedno određene granice, al onda pozovu ili hitnu ili nekog zamole da ih odveze do... do liječnika. Ali imamo tu zdravstvenu i većinom idu, ali to, niko ne voli doktora i većinom izbjegavam čim više liječnike. [predstavnik RNM-a, Osječko-baranjska županija]

- *Doktoru se ide kad se mora... kad čaj i baka ne može pomoć, onda se ide doktoru. [predstavnik RNM-a, grad Zagreb]*

TABLICA 48. Povezanost među nekim sociodemografskim obilježjima i razlozima nekontaktiranja liječnika u slučaju potrebe pripadnika RNM-a*

	Spol	Dob	Naobrazba	Osnovna opremljenost	Prikladnost životnog prostora
Tijekom posljednjih 12 mjeseci kućanstvo si nije moglo priuštiti plaćanje lijeka ili medicinske usluge	0.00	-0.02	0.00	-0.03	-0.08
Tijekom posljednjih 12 mjeseci nije kontaktirao liječnika iako je trebao liječničku pomoć	0.07	0.10	-0.10	-0.05	-0.04
Financijski razlozi	-0.01	-0.13	-0.02	-0.09	-0.08
Lista čekanja	-0.04	0.07	0.01	0.09	-0.14
Nedostatak vremena	0.11	0.01	-0.09	0.13	-0.17
Predaleko putovanje	0.15	-0.06	-0.14	-0.15	-0.01
Strah od liječnika	0.06	0.11	-0.25	-0.05	-0.08
Pričekao da vidi hoće li proći samo od sebe	0.09	0.00	0.04	0.16	0.01
Nije znao za dobrog liječnika	-0.05	0.02	-0.01	0.05	0.00
Odbio liječenje	-0.01	0.08	-0.09	-0.10	-0.27
Nije imao zdravstveno osiguranje	-0.08	-0.07	0.01	-0.17	-0.10
Nije uobičajeno ići liječniku zbog takvih problema	-0.01	0.03	-0.02	0.02	-0.07
Bilo ga je sram	0.01	0.06	-0.11	-0.05	0.05

*Statistički značajne korelacije masno su otisnute.

Žitelji pojedinih regija i tipova naselja razlikuju se s obzirom na učestalost korištenja pojedinih medicinskih usluga poput hitne medicinske pomoći, bolničkog prijema ili specijalističkog pregleda. Međutim, može se pretpostaviti da u podlozi tih razlika stoje sociodemografska obilježja koja mnogo snažnije utječu na potrebu za traženjem pomoći. Logično, najvažnija odrednica u tome je dob. Starije generacije mnogo učestalije trebaju liječničku pomoć, preglede i bolničke prijeme. Žene također češće trebaju medicinsku skrb, za pretpostaviti je da je tako zbog trudnoće i poroda. Naprotiv, osobe višeg stupnja naobrazbe manje se koriste svim oblicima liječničke pomoći, vjerojatno jer tijekom života više i bolje ulažu u vlastito zdravlje prije nego što iskrnsne potreba za hitnom pomoći ili bolničkim tretmanom.

Razlozi neodlaska liječniku: "Tuđi svijet i dugo putovanje za kratak pregled."

U istraživanju su nadalje zabilježeni neodlasci na liječnički pregled unatoč potrebi, a zbog osjećaja nelagode i nesigurnosti koji izaziva boravak u prostoru izvan zajednice, posebice u zdravstvenim ustanovama, kao i zbog doživljaja diskriminacije za vrijeme čekanja liječničkog pregleda te velikog organizacijskog i financijskog uloga u odlazak na liječnički pregled koji nužno ne ispunjava očekivanje ili potrebe pacijenata pripadnika RNM-a.

- *...razgovarao sam neki dan s gospodinom kojeg bole leđa i pitam ga zašto ne ide kod liječnika... "ma ne, ne mogu, ne ide mi se", "pa zašto?", "tamo kad dođem kao da sam došao negdje, ne osjećam se ugodno" [...] nitko od nas, uvijek nekako pokušavamo nekim narodnim lijekovima nešto, nekako ne volimo odlaziti kod liječnika... ljudi ne odlaze rado... kažu, sjedim tamo pet sati u čekaoni, čini mi se uvijek drugi su prije na redu... naši ljudi su uglavnom udaljeni, zamislite, oni moraju odvojiti cijeli dan za jedan pregled koji traje 15 minuta, možda i zbog tog ne odlaze... [predstavnik RNM-a, Osječko-baranjska županija]*

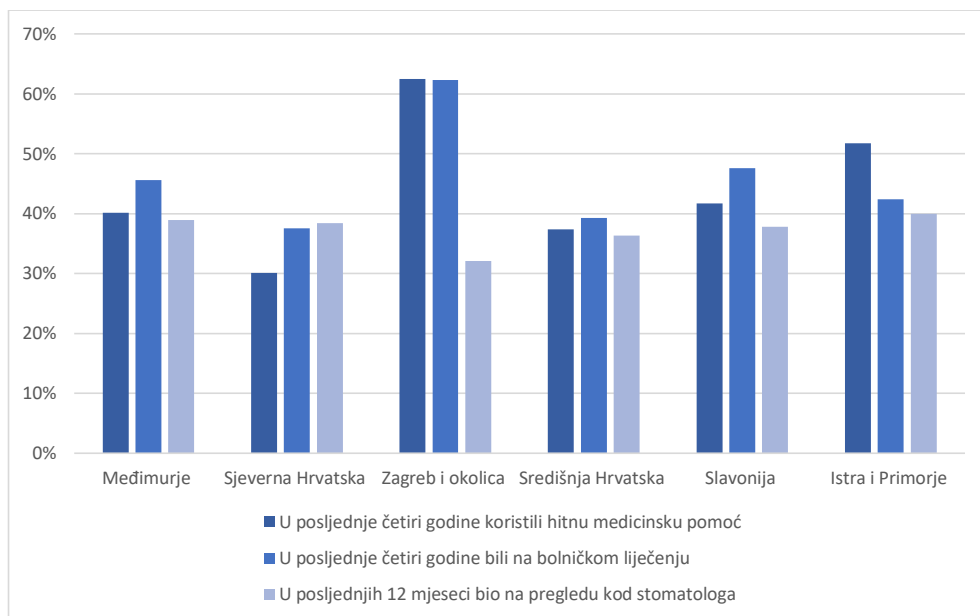
TABLICA 49. Usporedba po regijama: posjeti liječnicima, usluge hitne pomoći, boravci u bolnici i obavljani specijalistički pregledi

	Međimurje [N=1784]	Sjeverna Hrvatska [N=529]	Zagreb i okolica [N=655]	Središnja Hrvatska [N=510]	Slavonija [N=799]	Istra i Primorje [N=407]	Ukupno [N=4684]	Značaj- nost	Veličina učinka [C, η ²]
Postotak osoba koje su u posljednje četiri godine barem jednom koristile hitnu medicinsku pomoć	40.1 %	30.1 %	62.5 %	37.4 %	41.7 %	51.7 %	43.0 %	p<0,01	0,20
Prosječno zadovoljstvo uslugom hitne medicinske pomoći [1–5]	4.4	4.0	4.0	4.1	3.6	4.1	4.1	p<0,01	0,08
Prosječan broj posjeta liječniku opće i obiteljske medicine u posljednje četiri godine	16.0	15.3	39.0	17.5	22.0	27.5	20.7	p<0,05	0,07
Prosječno zadovoljstvo radom liječnika opće i obiteljske medicine [1–5]	4.1	4.0	4.2	4.4	3.8	4.3	4.1	p<0,05	0,07
Postotak osoba koje su u posljednje četiri godine barem jednom bile na bolničkom liječenju	45.6 %	37.5 %	62.3 %	39.3 %	47.6 %	42.4 %	46.4 %	p<0,01	0,18
Prosječan broj obavljenih specijalističkih pregleda u posljednje četiri godine	2.8	1.5	4.1	4.6	4.0	5.3	3.5	0,12	
Postotak osoba koje su posljednji put bile na pregledu kod stomatologa u posljednjih 12 mjeseci	38.9 %	38.4 %	32.1 %	36.3 %	37.8 %	40.0 %	37.4 %	p<0,01	0,25

Kako povećati dostupnost medicinskih usluga: "Poželjno je organizirati pokretne ambulante."

Predstavnici RNM-a zagovaraju dolazak zdravstvenih djelatnika u naselja. Prepoznaju vrijednost dolazaka hitne pomoći na teren pa smatraju da je po sličnom principu moguće organizirati pokretne ambulante koje bi na mjesečnoj razini pružale usluge temeljnog zdravstvenog pregleda u romskim naseljima.

- *Kao što je hitna pomoć, oni kombiji, tako bi trebali imati one pokretne stanice. Bilo bi jako lijepo da bar jedanput mjesečno se ode u romsko naselje, da se mjeri tlak, jer imamo dosta i infarkta, nažalost, u zadnje vrijeme se dešava da ljudi od 20 i nešto godina... Ili da kažu, mjesečno jedanput da dođu po dobnim skupinama. Pa da imaju nekakve besplatne preglede i za muškarce i za žene...* [predstavnik RNM-a, Međimurska županija]



SLIKA 21. Postotak osoba koje su u prethodnom razdoblju koristile različite medicinske usluge po regijama

TABLICA 50. Usporedba prema tipu naselja: postotna učestalost i razlozi nekorištenja zdravstvenih usluga u slučaju potrebe

	Odvojeno od grada ili sela [N=2104]	Na rubu grada ili sela [N=793]	Unutar grada ili sela [N=430]	Raspršeno u gradu ili selu [N=1355]	Ukupno [N=4682]	Značajnost	Veličina učinka [C, η ²]
Postotak osoba koje su u posljednje četiri godine barem jednom koristile hitnu medicinsku pomoć	41.0 %	45.7 %	51.4 %	41.3 %	42.9 %	0,11	
Prosječno zadovoljstvo uslugom hitne medicinske pomoći [1-5]	4.4	3.8	4.3	3.8	4.1	p<0,05	0,05
Prosječan broj posjeta liječniku opće i obiteljske medicine u posljednje četiri godine	16.0	21.0	28.7	25.6	20.7	0,28	
Prosječno zadovoljstvo radom liječnika opće i obiteljske medicine [1-5]	4.2	3.8	4.2	4.2	4.1	0,89	
Postotak osoba koje su u posljednje četiri godine barem jednom bile na bolničkom liječenju	45.9 %	44.2 %	48.6 %	47.3 %	46.3 %	0,78	
Prosječan broj obavljenih specijalističkih pregleda u posljednje četiri godine	2.6	3.8	5.6	4.1	3.5	0,42	
Postotak osoba koje su posljednji put bio na pregledu kod stomatologa u posljednjih 12 mjeseci	36.9 %	41.4 %	36.2 %	36.0 %	37.4 %	p<0,01	0,23

Radije na hitnu: "Preko hitne jer kompletno sve dobiju."

Ponekad pripadnici RNM-a radije biraju odlazak na hitnu pomoć umjesto odabranom obiteljskom liječniku ili pedijatru. Taj obrazac ponašanja tumače kao posljedicu praktičnosti i pragmatičnosti pripadnika RNM-a koji imaju iskustvo da se kroz sustav hitne zdravstvene pomoći može brže i jednostavnije dobiti dijagnostička usluga i preporuka za liječenje.

- *...ali danas djeca stvarno moraju biti upisana liječniku, imati svoj put... na koji način osiguravaju, znači, tu svoju zdravstvenu zaštitu, ali njima je jednostavnije otići, javiti se, znači, na hitnu preko objedinjene hitne, jer kompletno sve dobiju.* [KNF, Međimurska županija]

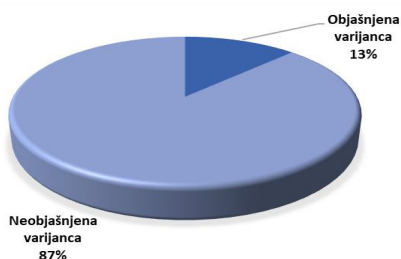
TABLICA 51. Povezanost među nekim sociodemografskim obilježjima i različitim aspektima korištenja medicinskih usluga pripadnika RNM-a*

	Spol	Dob	Naobrazba	Osnovna opremljenost	Prikladnost životnog prostora
Učestalost korištenja hitne medicinske pomoći	0.07	0.17	-0.12	0.00	-0.07
Zadovoljstvo uslugom hitne medicinske pomoći [1–5]	0.00	0.04	-0.01	-0.13	0.05
Broj posjeta liječniku opće i obiteljske medicine u posljednje četiri godine	0.08	0.22	-0.15	0.10	-0.06
Zadovoljstvo radom liječnika opće i obiteljske medicine [1–5]	0.06	0.05	-0.05	0.02	0.03
Učestalost boravka na bolničkom liječenju	0.19	0.13	-0.14	0.00	-0.09
Broj obavljenih specijalističkih pregleda u posljednje četiri godine	0.08	0.13	-0.05	0.07	-0.10
Protok vremena od zadnjeg posjeta stomatologu	-0.06	0.01	-0.14	-0.20	-0.10

*Statistički značajne korelacije masno su otisnute.

TABLICA 52. Prediktori korištenja medicinske pomoći i usluga među pripadnicima RNM-a

Prediktori	Beta	P		R	R ²	R ² promjena	Značajnost promjene
Spol	.15	.00	Blok 1	0.35	0.13	0.13	0.00
Dob	.23	.00	Blok 2	0.37	0.14	0.01	0.15
Naobrazba	-.09	.02					
Osnovna opremljenost	.12	.01					
Prikladnost životnog prostora	-.15	.00					
Udaljenost od doma zdravlja	.00	.99					
Zagađenje	.08	.03					

**SLIKA 22.** Postotak varijance korištenja medicinske pomoći i usluga među pripadnicima RNM-a objašnjiv prediktorima

Medicinsku pomoć i usluge, uzete zajedno u kompozitnoj varijabli, nešto više koriste starije osobe, češće žene, te osobe skromnije naobrazbe i slabijih životnih uvjeta. Nalazi su, kako vidimo uglavnom podudarni onima na koje je ukazala korelacijska analiza.

Strah i zazor od odlaska liječniku: "Romi ne vole doktore."

Razlozi neodlaska ili odlaganja odlaska na liječnički pregled također su brojni. Pored nedostupnosti zdravstvene skrbi, materijalne depriviranosti, neposjedovanja osnovnog i dodatnog zdravstvenog osiguranja, udaljenosti zdravstvenih ustanova, posebice za specijalističke liječničke preglede, postoje i drugi važni, djelomično kulturno uvjetovani razlozi. Prikupljeni kvalitativni podaci upućuju na stanovit zazor od odlaska liječniku u romskim zajednicama, koji je uvjetovan povijesnim razlozima i specifičnim podrijetlom. Odlazak liječniku predstavlja tabu, a pripadnici RNM-a nerijetko strahuju i od bolesti i od liječnika, i to zato što liječnici dijagnosticiraju tj. otkrivaju bolest, a zdravstvene ustanove, posebno bolnice, mjesta su u kojima se bolest lako dobiva i prenosi.

- *...Ovako. Ja ne znam druge, ali znam za Rome. Romi vam ne vole doktore uopće jer oni idu doktoru u onom trenutku kada su bolesni. Oni da imaju stalno zdravstveno, oni će ići samo po potrebi. Neće oni ići gluposti da vide doktoru, jel? Jel, evo to je nekakav zatvoreni krug, tabu, uh doktor ovo ono. [predstavnik RNM-a, grad Zagreb]*
- *Pa ne znam. Evo, to je nešto nasljedno. Ja to ne mogu objasniti... Evo po sebi ja znam. Ne volim doktore... To nešto što se vuče iz povijesti i... Naprosto strah od bolesti pa vezano za doktore. Pa je, upravo to. Moram otići tamo pa ću još nešto dobiti i tak. [predstavnik RNM-a, grad Zagreb]*

3.1.8.5. Povjerenje i zadovoljstvo liječnicima

Dostupnost zdravstvenih usluga uvelike ovisi o samim liječnicima. Pritom je, naravno, presudan njihov profesionalizam i kompetencija, ali kad je riječ o romskoj populaciji, također je iznimno važno uspostaviti primjerenu komunikaciju lišenu predrasuda i diskriminacije. Takvo opredjeljenje svoje je mjesto našlo i u NSUR-u koji kao jedan od posebnih ciljeva u području zdravlja navodi kako treba povećati senzibilizaciju zdravstvenih djelatnika za pružanje usluga pripadnicima RNM-a i poboljšati komunikaciju s njima. Povjerenje u liječnike pojam je koji u sebi uključuje podjednako kompetenciju i primjeren pristup.

Povjerenje u liječnike među pripadnicima RNM-a, bez obzira na regiju i tip naselja u kojima žive, izuzetno je visoko. U prosjeku njihove kompetencije i profesionalizam ocjenjuju vrlo dobrim ocjenama. Nešto veće povjerenje imaju starije osobe i one nižeg stupnja obrazovanja.

Kako se približiti pripadnicima RNM-a: "Romi te ili prihvate ili ne prihvate."

Predstavnici RNM-a imaju konkretne prijedloge za unaprjeđenje zdravlja koji se temelje na podizanju razine zdravstvene pismenosti. Predlažu odlazak zdravstvenih radnika i edukatora na teren u romske zajednice, neposredan kontakt i razgovor s ljudima zbog velike vrijednosti usmene predaje u romskoj kulturi te razgovor o temama koje se zbog tradicijskih i kulturnih uvjerenja obično izbjegavaju u obitelji. Pri tome se posebno naglašava kako je za uspjeh edukativnih aktivnosti potrebno izgraditi povjerenje u romskoj zajednici.

- *Trebalo bi raditi na prevenciji, na koji način? A to je da vi ulazite u, u razgovoru s ljudima. Romi, njima pisana riječ baš nije. To je za papir za položiti peć, ali ako vi dolazite sa njima u kontakt i razgovarate i širite nekakva svoja saznanja i mišljenja, oni će to pozitivno prihvatiti. Vjerujte mi. Meni puno put kažu, mi to ne znamo, mi to nismo znali, nitko nam nije rekao. Ali nitko ne financira romske udruge da se bave time da idu na teren koji dođe, vi znate da dođe odlazak na teren, jel tako? Sa nekakvom ekipom gdje bi se držalo predavanje o, ne znam, željama, o trudnoći, način sprječavanja neželjene trudnoće, ranog ulaska u brak, održavanja, ne znam, kulta braka jel koja je svakome bi trebali nešto značiti – kult braka – kako očuvati brak, na koji način, ne dozvoliti da je muž tuče, da je maltretira, ova njega, on nju. Znači nekakve priče koje nisu dobili od svoje bake, djeda, mame, tate, sestre jer to je zatvorena tema. Odlazak na teren nitko ne financira. [predstavnik RNM-a, grad Zagreb]*
- *...ali ne može svatko ići u romsku zajednicu. Morate znati da Romi ili prihvate ili ne prihvate. A ovisi koliko vas cijene, tj. koliko imaju povjerenje u vas i koliko ste vi prisutni u zajednici sa tim povjerenjem, jel? To se teško dobiva, lako gubi, oni koji su pogriješili mogu dobiti ciglu u glavu, štang u preko leđa... [predstavnik RNM-a, grad Zagreb]*

TABLICA 53. Usporedba po regijama: povjerenje u liječnike

	Međimurje [N=287]	Sjeverna Hrvatska [N=75]	Zagreb i okolica [N=105]	Središnja Hrvatska [N=109]	Slavonija [N=145]	Istra i Primorje [N=60]	Ukupno [N=781]	Značaj- nost	Veličina učinka [η^2]
1. Liječnici uglavnom dobro rade svoj posao.	4.19	4.27	4.22	4.33	3.94	4.13	4.17	0.46	
2. Ako mi treba liječnička pomoć, znam da ću ju dobiti.	4.60	4.44	4.51	4.41	4.32	4.27	4.47	0.68	
3. Imam povjerenja u zdravstvene radnike.	4.39	4.24	4.30	4.32	4.05	4.08	4.27	0.41	
4. Imam neka negativna iskustva s liječnicima.	2.11	2.73	2.14	3.29	2.15	2.48	2.37	0.62	
Povjerenje u liječnike	4.26	4.05	4.23	3.94	4.03	4.00	4.13	$p<0,05$	0,02

Napomena: procjene se kreću od 1 – "uopće se ne slažem" do 5 – "u potpunosti se slažem"; "Povjerenje u liječnike" kompozitna je varijabla (vidi tablicu u Dodatku).

TABLICA 54. Usporedba prema tipu naselja: povjerenje u liječnike

	Odvajeno od grada ili sela [N=339]	Na rubu grada ili sela [N=139]	Unutar grada ili sela [N=74]	Raspršeno u gradu ili selu [N=228]	Ukupno [N=780]	Značaj- nost	Veličina učinka [η^2]
1. Liječnici uglavnom dobro rade svoj posao.	4.21	4.01	4.18	4.21	4.17	0.65	
2. Ako mi treba liječnička pomoć, znam da ću ju dobiti.	4.58	4.33	4.30	4.45	4.47	0.72	
3. Imam povjerenja u zdravstvene radnike.	4.39	4.10	4.05	4.28	4.27	0.78	
4. Imam neka negativna iskustva s liječnicima.	2.23	2.31	2.07	2.72	2.37	0.43	
Povjerenje u liječnike	4.23	4.03	4.11	4.06	4.13	0,10	

Napomena: procjene se kreću od 1 – "uopće se ne slažem" do 5 – "u potpunosti se slažem"; "Povjerenje u liječnike" kompozitna je varijabla (vidi tablicu u Dodatku).

Približno četiri petine ispitanih pripadnika RNM-a nema negativna iskustva s liječnicima. Ovisno o pitanju, postotak varira od nešto više od polovice do gotovo devet desetina. Ono na što se najviše žale pripadnici RNM-a jest diskriminacija vezana uz produljeno čekanje na pregled, što je iskustvo koje navodi gotovo svaki drugi ispitanik. Takva su iskustva nešto učestalija u Međimurju. S druge pak strane tek svaki deseti sudionik razgovora žali se na pogrešno liječenje. Općenito bismo mogli zaključiti da anketirane osobe imaju povjerenje u liječnike te da je tek manji broj doživio neprofesionalno ili diskriminirajuće ponašanje. Nijedan od izdvojenih prediktora ne objašnjava znatniji dio ove percepcije. Postoje naznake da je iskustvo neprofesionalizma ili barem sposobnost da ga se uoči prisutnije među pripadnicima RNM-a koji su manje materijalno deprivirani.

TABLICA 55. Usporedba po regijama: negativna iskustva zbog liječničkog neprofesionalizma

	Međimurje [N=287]	Sjeverna Hrvatska [N=75]	Zagreb i okolica [N=105]	Središnja Hrvatska [N=109]	Slavonija [N=145]	Istra i Primorje [N=60]	Ukupno [N=781]	Značaj- nost	Veličina učinka [η^2]
1. Morao/ morala sam duže čekati na termin pregleda nego ostali pacijenti tog liječnika.	2.16	1.71	1.48	1.37	1.65	1.62	1.78	p<0,01	0,23
2. Liječnik me nije htio primiti.	1.34	1.29	1.17	1.26	1.28	1.27	1.28	0.14	
3. Liječnik je prema meni bio bezobrazan.	1.35	1.19	1.12	1.19	1.36	1.28	1.28	0.57	
4. Liječnik nije shvatio moj zdravstveni problem.	1.39	1.38	1.26	1.26	1.46	1.50	1.38	0.41	
5. Pogrešno su me liječili.	1.14	1.13	1.10	1.16	1.15	1.17	1.14	0.61	
6. Liječnik ili zdravstveni djelatnici prema meni se nisu ponašali profesionalno.	1.31	1.26	1.14	1.25	1.34	1.55	1.30	0.16	
Iskustvo liječničkog neprofesiona- lizma.	1.45	1.33	1.21	1.26	1.37	1.40	1.36	p<0,01	0,03

Napomena: procjene se kreću od 1 – "ne, nikad" do 3 – "da, više puta"; "Iskustvo liječničkog neprofesionalizma" kompozitna je varijabla [vidi tablicu u Dodatku].

TABLICA 56. Usporedba prema tipu naselja: negativna iskustva zbog liječničkog neprofesionalizma

	Odvojeno od grada ili sela [N=339]	Na rubu grada ili sela [N=139]	Unutar grada ili sela [N=74]	Raspršeno u gradu ili selu [N=228]	Ukupno [N=780]	Značajnost	Veličina učinka (η^2)
1. Morao/morala sam duže čekati na termin pregleda nego ostali pacijenti tog liječnika.	2.07	1.71	1.58	1.44	1.78	p<0,01	0,13
2. Liječnik me nije htio primiti.	1.33	1.40	1.17	1.18	1.28	p<0,05	0,40
3. Liječnik je prema meni bio bezobrazan.	1.31	1.40	1.29	1.15	1.28	0,12	
4. Liječnik nije shvatio moj zdravstveni problem.	1.38	1.54	1.40	1.27	1.38	0,06	
5. Pogrešno su me liječili.	1.12	1.17	1.23	1.13	1.14	0,63	
6. Liječnik ili zdravstveni djelatnici prema meni se nisu ponašali profesionalno.	1.29	1.41	1.42	1.21	1.30	0,06	
Iskustvo liječničkog neprofesionalizma	1.42	1.44	1.35	1.23	1.36	p<0,01	0,03

Napomena: procjene se kreću od 1 – "ne, nikad" do 3 – "da, više puta"; "Iskustvo liječničkog neprofesionalizma" kompozitna je varijabla [vidi tablicu u Dodatku].

TABLICA 57. Povezanost nekih sociodemografskih obilježja s povjerenjem u liječnike i iskustvima s liječnicima među pripadnika RNM-a*

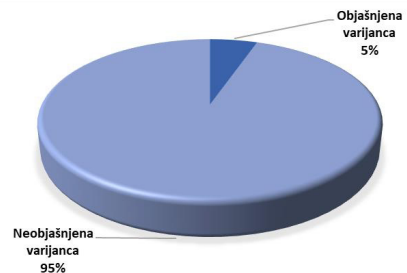
	Spol	Dob	Naobrazba	Osnovna opremljenost	Prikladnost životnog prostora
Povjerenje u liječnike	-0.01	0.09	-0.09	-0.02	0.05
Iskustvo liječničkog neprofesionalizma	0.03	-0.04	0.02	-0.03	-0.08

*Statistički značajne korelacije masno su otisnute.

Povjerenje u liječnike veće je među starijim osobama koje, razumljivo, češće koriste medicinske usluge, ali također i među slabije obrazovanima koji se, možda zbog skromnijeg znanja, u njih više pouzdaju.

TABLICA 58. Prediktori procjene neprofesionalnosti liječnika

Prediktori	Beta	P		R	R ²	R ² promjena	Značajnost promjene
Spol	.06	.17	Prvi blok	0.16	0.02	0.02	0.05
Dob	-.03	.50	Drugi	0.23	0.05	0.03	0.01
Naobrazba	.02	.73					
Osnovna opremljenost	-.02	.65					
Prikladnost životnog prostora	-.08	.07					
Udaljenost od doma zdravlja	-.06	.16					
Zagađenje	.10	.02					
Zdrava prehrana	-.01	.87					
Nezdrava prehrana	.01	.89					
Konzumira alkoholna pića	.13	.00					
Puši cigarete	-.07	.13					
Konzumira droge ili opijate	-.02	.69					
Zdrave navike	.10	.03					



SLIKA 23. Postotak varijance procjene neprofesionalnosti liječnika objašnjiv prediktorima

Napomena: u prvi blok hijerarhijske regresijske analize uneseni su sociodemografski, materijalni i lokacijski prediktori, a u drugi prediktori koji se odnose na zdrave ili nezdrave navike.

Percepcija neprofesionalizma uglavnom ostaje neobjašnjena prediktorima uključenima u regresijsku analizu. Čak i prediktori koji su značajni ne pridonose bitno objašnjenju varijance, što sugerira kako su situacije u kojima se rađa nepovjerenje prema liječnicima ne samo rijetke nego i plod slučajnosti prije negoli sustavnih čimbenika. Nešto slabije mišljenje o liječničkim kompetencijama i profesionalnom pristupu imaju osobe koje u većoj mjeri konzumiraju alkoholna pića, kao i one koje više polažu u zdrave navike.

Sukob kultura: "Ako želimo raditi pomake, moramo razumjeti što su njihovi prioriteti."

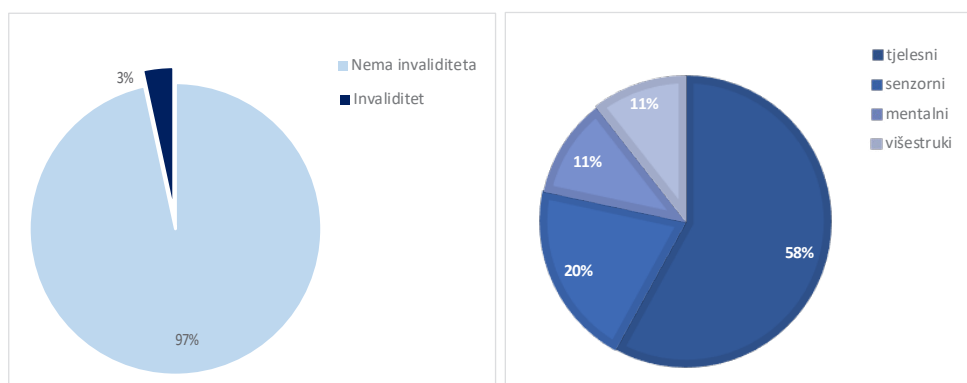
Zanimljivo je da zdravstveni djelatnici također prepoznaju problem svoje nedovoljne kulturne kompetencije u svakodnevnom radu s RNM-om te predrasude koje jedni prema drugima imaju, i pacijenti pripadnici RNM-a i liječnici iz većinske populacije.

- ...a zapravo nekako mi je ostalo još posjetiti u zraku ono prvo pitanje međusobnoga odnosa. Moj dojam je, nakon što 20 godina vrlo intenzivno kao školski liječnik radim s romskom populacijom, je da još uvijek postoje brojne predrasude s jedne i druge strane, a koje potječu najvećim dijelom zapravo iz nepoznavanja prilika i običaja i kod jednih i kod drugih. Moje iskustvo je takvo da, kad god sam pokušala forsirati nešto što je kulturološki bliže načinu na koji mi funkci-

oniramo i na koji smo odgojeni, da to jako slabo prolazi i da, ako želimo raditi pomake, moramo razumjeti što su njihovi prioriteti, kako oni funkcioniraju, što njihova kultura određuje jer jednoj djevojci koja ima 17 godina ja mogu davati savjete onako kako bih savjetovala svoju kćer, međutim ona odrasta po sasvim drugim, drugim običajima i principima i to se isto kod nas vidi... [KNF, Međimurska županija]

3.1.9. Zdravlje osoba s invaliditetom

Pripadnici RNM-a s invaliditetom ranjiva su skupina istodobno i prema nacionalnosti i prema invaliditetu. Stoga im NSUR među ciljevima posvećuje posebnu pozornost. Na ovome ćemo se mjestu osvrnuti na moguće kritične točke u zdravstvenoj skrbi takvih osoba koje su istodobno izložnije bolestima i imaju otežan pristup sustavu zdravstvene skrbi.



SLIKA 24. Udio osoba s invaliditetom u uzorku i njihova raspodjela s obzirom na prirodu invaliditeta

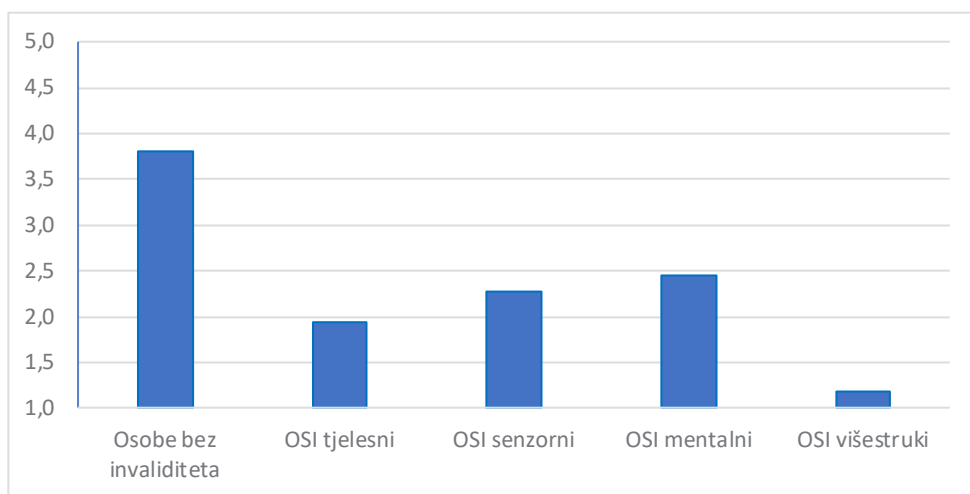
S obzirom na to da su uzorkom obuhvaćene 162 osobe s invaliditetom (OSI), podaci koje ćemo ukratko izložiti mogu se smatrati tek orijentacijskima. Tome treba pridodati heterogenost OSI-ja i njihovih potreba, što dodatno otežava dolaženje do univerzalnih zaključaka.

Približno dvije trećine osoba s tjelesnim invaliditetom muškoga su spola, dok među onima s mentalnim poteškoćama prevladavaju žene. U odnosu na cjelokupnu romsku populaciju OSI su nešto starije, naročito osobe s višestrukim invaliditetom. Tjelesni invaliditet ne pokazuje se preprekom u ostvarivanju naobrazbe istovjetne onoj u cjelokupnoj romskoj populaciji, ali sve ostale kategorije OSI-ja imaju skromniju naobrazbu, pogotovo one s mentalnim poteškoćama.

OSI žive u nešto slabijim materijalnim i životnim uvjetima u odnosu na ionako siromašnu populaciju RNM-a, što dodatno otežava njihov položaj. Osobe sa senzornim invaliditetom

koncentrirane su u međimurskoj regiji i na lokalitetu odvojenom od sela ili grada, dok kod ostalih OSI nije primjetna veća zastupljenost u nekoj regiji ili lokalitetu.

Opće zdravstveno stanje OSI-ja bitno je slabije od zdravlja ostatka romske populacije ($p < 0,01$; $\eta^2 = 0,09$), a posebno je narušeno u slučaju kad OSI imaju višestruk invaliditet. Razumljivo, mnogo češće odlaze liječniku, većinom više puta mjesečno, dok je u ostatku romske populacije takvih redovitih korisnika medicinskih usluga otprilike trećina.



SLIKA 25. Procjena općeg zdravstvenog stanja pripadnika RNM-a s invaliditetom i bez njega

Njihovo je zdravlje narušeno i zbog niza drugih bolesti kojima su podložniji od ostatka populacije, vjerojatno i zbog nešto starije dobi.

Ono što takvim osobama posebno otežava svakodnevni život udaljenost je od ustanova medicinske skrbi. Razdaljina mjesta stanovanja od ključnih ustanova, poput domova zdravlja i ljekarni, nije različita – nije ni veća ni manja od one koju moraju prijeći ostali pripadnici RNM-a da bi im pristupili. Međutim, u slučaju populacije OSI to je posebno ozbiljna prepreka zbog dva razloga: 1) učestalosti odlazaka liječniku, koja je, kako smo upozorili, mnogo veća no u ostatka populacije i 2) teškoća koje kao OSI imaju pri savladavanju te razdaljine. Za većinu takvih osoba pješčenje ili korištenje bicikla vjerojatno je isključeno, pa su orijentirani na osobna vozila ili javni prijevoz, a mnogi od njih vjerojatno uza se moraju imati i pratitelja pri obilasku liječnika, što sve otežava dostupnost zdravstvenih usluga.

3.2. Socijalna skrb

Zdravlje i zdravstvenu zaštitu teško je odvojiti i sagledavati izolirano od drugog ključnog problema koji ugrožava kvalitetu življenja pripadnika RNM-a, a to je neimaština i siromaštvo. Zbog toga je socijalna skrb, poglavito kao način prevladavanja materijalne prikraćenosti i oskudice, ali i kao način rješavanja drugih pitanja socijalne ugroženosti koja narušavaju životne uvjete i kvalitetu življenja, neraskidivo vezano s pitanjima zdravlja obrađenima u prethodnom poglavlju.

Za razliku od opće populacije u kojoj je oslanjanje na socijalnu pomoć pitanje pojedinaca ili trenutačnih nepovoljnih okolnosti, romska je populacija kronično socijalno ugrožena u svojem kolektivitetu. Velika većina pripadnika RNM-a teško podmiruje svoje troškove, a mnogi njezini pripadnici ulaze u kategoriju apsolutnog siromaštva i nisu u mogućnosti zadovoljiti ni osnovne životne potrebe. Socijalna skrb zbog toga je ključna kao način da romskoj populaciji pomogne kako bi prevladala izrazito nepovoljne socijalne i materijalne okolnosti s kojima je suočena. Takva pomoć i podrška u zadovoljavanju životnih potreba nužna je i neophodna radi popravljivanja kvalitete življenja i osnaživanja pripadnika RNM-a do trenutka potpunijeg uključivanja u društvo.

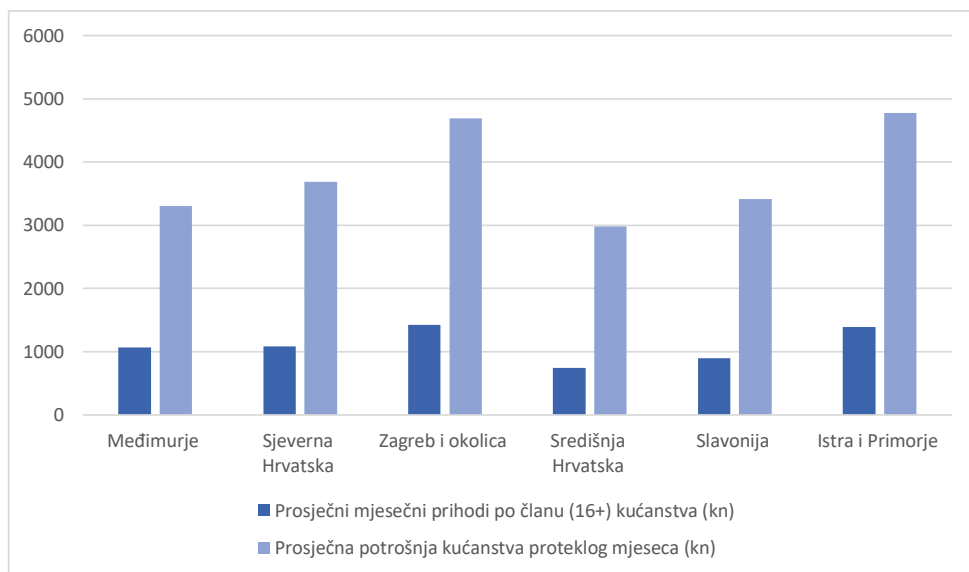
3.2.1. Materijalni status i uvjeti života

Prethodna istraživanja pokazala su da velik dio RNM-a živi u siromaštvu, zbog čega se smanjenje siromaštva romske populacije navodi kao primarni cilj NSUR-a. U postojećoj studiji proširujemo nalaze baznog istraživanja i analitički se osvrćemo na moguće odrednice i prediktore siromaštva. U poglavlju ćemo se posvetiti deskripciji u odnosu na neke potencijalno relevantne varijable poput regije, tipa naselja i drugih.

TABLICA 59. Usporedba materijalnog statusa po regijama: prihodi i rashodi kućanstva, zaduženost, opremljenost i prikladnost životnog prostora

	Međimurje [N=1784]	Sjeverna Hrvatska [N=529]	Zagreb i okolica [N=655]	Središnja Hrvatska [N=510]	Slavonija [N=799]	Istra i Primorje [N=407]	Ukupno [N=4684]	Značaj- nost	Veličina učinka [C, η ²]
Prosječni mjesečni prihodi po članu [16+] kućanstva [kn]	1070.67	1080.97	1427.19	744.25	901.26	1392.82	1070.39	p<0,01	0,05
Prosječna potrošnja kućanstva proteklog mjeseca [kn]	3307.68	3690.98	4693.42	2984.05	3417.78	4775.45	3642.02	p<0,01	0,05
Postotak zaduženih kućanstava	26.45	16.73	39.78	37.15	46.68	61.10	34.85	p<0,01	0,25
Osnovna opremljenost	4.36	3.82	7.91	5.63	6.17	6.68	5.44	p<0,01	0,30
Prikladnost životnog prostora	3.16	2.96	3.75	3.22	2.62	2.84	3.11	p<0,01	0,07

Pripadnici RNM-a iz pojedinih regija razlikuju se prema materijalnom statusu. Oni iz Zagreba imaju najveće prihode, bolju opremljenost kućanstva i prikladniji životni prostor. Ali, vjerojatno zbog većih troškova života, imaju i veće rashode, a češće i dug. Najmanje mjesečne prihode po članu kućanstva imaju u Slavoniji, kao i najgori životni prostor, dok najslabiju opremljenost imaju u Sjevernoj Hrvatskoj. Razlike postoje i na razini tipa naselja, ali nije riječ o konzistentnim nalazima koji bi upućivali da su žitelji nekog određenog tipa naselja više deprivirani od ostalih. Materijalni status, sukladno očekivanjima, jasno je pozitivno povezan s razinom naobrazbe, ali korelacije su razmjerno niske.



SLIKA 26. Prosječni mjesečni prihodi i rashodi u kućanstvima RNM-a po regijama

TABLICA 60. Usporedba materijalnog statusa prema tipu naselja: prihodi i rashodi kućanstva, zaduženost, opremljenost i prikladnost životnog prostora

	Odvojeno od grada ili sela [N=2104]	Na rubu grada ili sela [N=793]	Unutar grada ili sela [N=430]	Raspršeno u gradu ili selu [N=1355]	Ukupno [N=4682]	Značajnost	Veličina učinka [C, η ²]
Prosječni mjesečni prihodi po članu [16+] kućanstva [kn]	1033.02	915.27	1327.00	1135.94	1069.79	p<0,01	0,01
Prosječna potrošnja kućanstva proteklog mjeseca [kn]	3247.48	3290.79	3936.73	4411.26	3643.05	p<0,01	0,02
Postotak zaduženih kućanstava	24.19	39.14	56.74	41.74	34.84	p<0,01	0,22
Osnovna opremljenost	4.25	5.37	6.33	7.06	5.44	p<0,01	0,23
Prikladnost životnog prostora	3.09	2.68	2.76	3.50	3.11	p<0,01	0,04

TABLICA 61. Povezanost nekih sociodemografskih obilježja s pokazateljima materijalnog statusa pripadnika RNM-a*

	Spol	Dob	Naobrazba
Mjesečni prihodi po članu (16+) kućanstva [kn]	-0.02	-0.15	0.17
Potrošnja kućanstva proteklog mjeseca [kn]	0.00	-0.05	0.06
Zaduženost kućanstava	0.01	0.03	0.10
Osnovna opremljenost	0.01	0.12	0.18
Prikladnost životnog prostora	0.00	-0.01	0.13

*Statistički značajne korelacije masno su otisnute.

Već je uvodno rečeno da gotovo svi pripadnici RNM-a žive u relativnom siromaštvu, a nezanimariv broj njih svojim prihodima ne uspijeva podmiriti ni osnovne potrebe, što ih svrstava u kategoriju apsolutnog siromaštva. Takve nalaze potvrđuje i postojeće istraživanje. Iako su prisutne stanovite razlike u visini prihoda po regijama i prema tipu naselja, ipak bismo prije mogli reći da je romska populacija u Hrvatskoj razmjerno homogena u svojem siromaštvu. Nešto veće razlike prisutne su u zaduženosti, opremljenosti i prikladnosti životnog prostora. Pri pokušaju da sociodemografskim varijablama objasnimo razlike u materijalnom statusu, nalazimo postojan generator u naobrazbi koja skromno, ali dosljedno utječe na popravljavanje svih vidova materijalnih uvjeta života. I tu bismo bili precizniji u konstataciji da naobrazba pomaže pripadnicima RNM-a da budu manje siromašni.

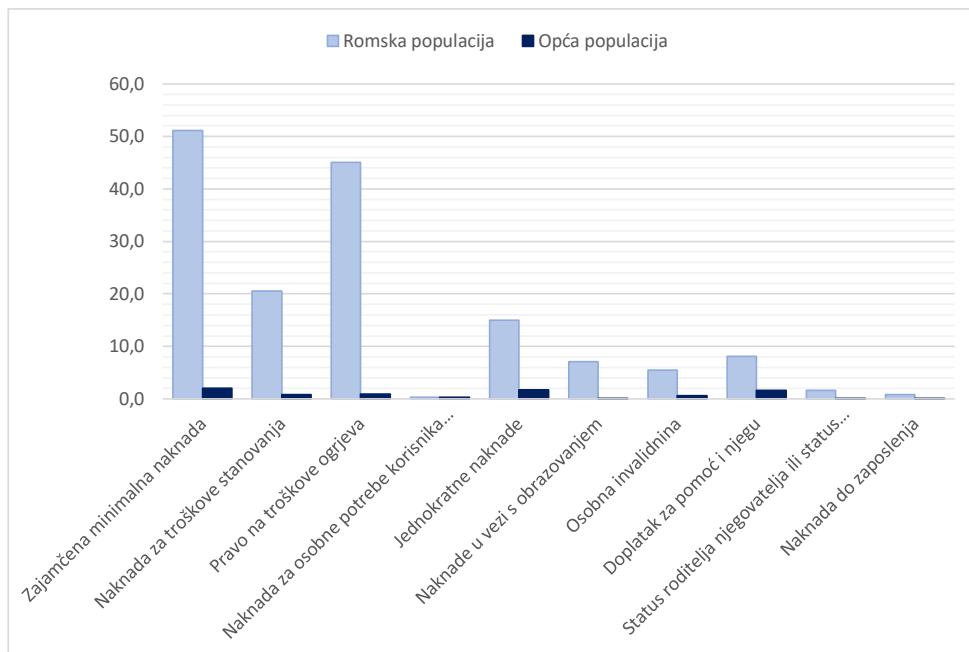
3.2.2. Korištenje i dostupnost usluga socijalne skrbi

S obzirom na raširenost siromaštva i socijalne isključenosti među pripadnicima RNM-a, jedna od glavnih zadataka i prioriteta za ublažavanje postojećih problema povećavanje je dostupnosti i pravodobnosti usluga socijalne skrbi. U ovom ćemo se poglavlju osvrnuti na deskriptivne podatke o korištenju i dostupnosti usluga socijalne skrbi u pojedinim regijama i lokalitetima te potencijalnim determinantama dostupnosti [podjednako onima vezanima za korisnike usluga i vrste usluga].

Međutim, prethodno treba osvijestiti razmjere postojećeg jaza između RNM-a i opće populacije⁸⁵ u oslanjanju na različite oblike socijalne pomoći. U općoj populaciji nijednim oblikom socijalne pomoći nije obuhvaćeno više od 2% žitelja Hrvatske. Zajamčenu minimalnu naknadu koristi približno 2% građana, nešto manje od 2% koristi jednokratnu naknadu ili doplatak za pomoć i njegu, približno 1% populacije prima naknadu za stanovanje i isto toliko koristi pravo na subvencioniranje troškova ogrjeva. Pravo na osobnu invalidninu ostvaruje oko 0,6% građana, a svi ostali oblici socijalne pomoći iznimno su

85 Državni zavod za statistiku RH [2018] *Statistički ljetopis Republike Hrvatske 2018*. Zagreb: DZS RH.

rijetki u općoj populaciji. Za razliku od opće populacije, većina pripadnika RNM-a koristi barem jedan oblik socijalne pomoći, a često istodobno koristi više njih. Više od polovice romske populacije obuhvaćeno je zajamčenom minimalnom naknadom, a gotovo isto toliki udio ostvaruje pravo na pokrivanje troškove ogrjeva. Ostali oblici socijalne pomoći zastupljeni su u nešto manjoj mjeri, ali sve su kategorije mnogostruko učestalije nego u općoj populaciji.



SLIKA 27. Postotak romske u odnosu na opću populaciju obuhvaćen različitim oblicima socijalne pomoći

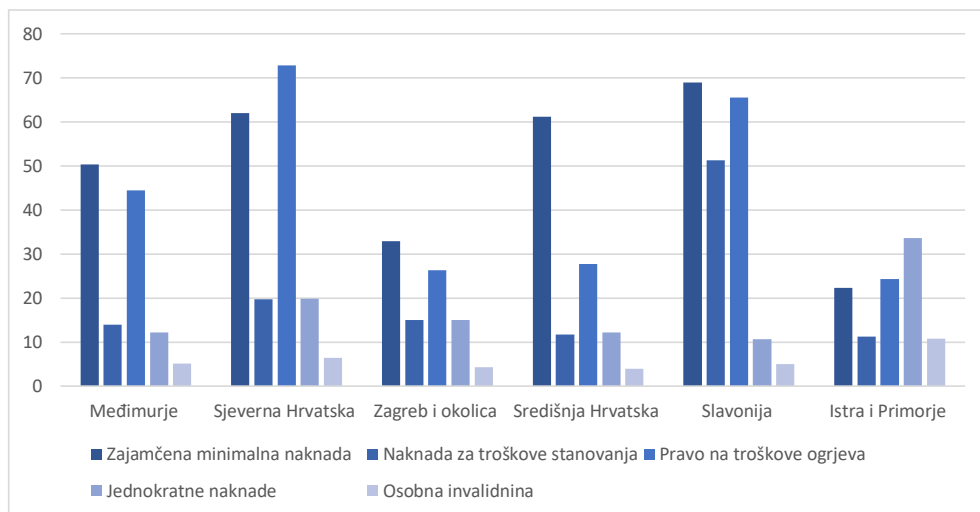
TABLICA 62. Usporedba po regijama: postotak pripadnika RNM-a koji koriste različite oblike socijalne pomoći

	Međimurje [N=1784]	Sjeverna Hrvatska [N=529]	Zagreb i okolica [N=655]	Središnja Hrvatska [N=510]	Slavonija [N=799]	Istra i Primorje [N=407]	Ukupno [N=4684]	Značaj- nost	Veličina učinka [C, η ²]
1. Zajamčena minimalna naknada	50.35	62.00	32.93	61.17	68.91	22.30	51.09	p<0,01	0,27
2. Naknada za troškove stanovanja	13.93	19.66	14.97	11.65	51.31	11.27	20.54	p<0,01	0,33
3. Pravo na troškove ogrjeva	44.40	72.78	26.35	27.77	65.54	24.26	45.05	p<0,01	0,33
4. Naknada za osobne potrebe korisnika smještaja	0.22	0.57	0.00	0.19	0.75	0.25	0.32	0,12	
5. Jednokratne naknade	12.23	19.85	14.97	12.23	10.61	33.58	15.03	p<0,01	0,17
6. Naknade u vezi s obrazovanjem	10.32	4.91	3.59	6.80	4.00	7.35	7.07	p<0,01	0,11
7. Osobna invalidnina	5.13	6.43	4.34	3.88	4.99	10.78	5.49	p<0,01	0,08
8. Doplatak za pomoć i njegu	11.91	2.46	9.13	1.17	7.62	6.86	8.14	p<0,01	0,14
9. Status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja	0.38	0.76	6.89	3.30	0.00	0.49	1.60	p<0,01	0,19
10. Naknada do zaposlenja	0.76	0.00	1.80	2.72	0.00	0.00	0.84	p<0,01	0,10
11. Neki drugi oblik socijalne pomoći	12.89	3.02	2.99	5.83	7.87	7.60	8.33	p<0,01	0,14
Prosječan broj korištenih oblika socijalne pomoći	1.50	1.89	1.15	1.31	2.14	1.17	1.55	p<0,01	0,06

Zbog trajnog i teško rješivog problema siromaštva uparenog sa socijalnom isključenošću RNM-a, NSUR prepoznaje unaprjeđenje usluga socijalne skrbi kao važan način njegova ublažavanja. Strategija tako nalaže podizanje kvalitete, dostupnosti i pravovremenosti pružanja socijalnih usluga. Za ostvarenje takvih ciljeva predviđa se osnaživanje kapaciteta pružanja socijalnih usluga romskoj populaciji.

Tri najčešće korištena oblika socijalne pomoći jesu: zajamčena minimalna naknada, pravo na troškove ogrijeva i naknada za troškove stanovanja. Sve se one u vrlo različitoj mjeri koriste u pojedinim regijama. Postotak je korisnika u nekim slučajevima i drastično različit, varira od samo desetak do više od 70%, ovisno o regiji. Zajamčena minimalna naknada najčešće se koristi u Slavoniji, a najmanje u Zagrebu. Prema primljenoj naknadi za sta-

novanje Slavonija se naglašeno izdvaja od svih ostalih regija, dok se pravo na naknadu troškova ogrjeva najviše koristi u sjevernoj Hrvatskoj. Prema prosječnom broju korištenih oblika socijalne pomoći izdvaja se Slavonija, dok se takvom pomoći najmanje služe pripadnici RNM-a iz Zagreba, Istre i Primorja.



SLIKA 28. Postotak pripadnika RNM-a koji koriste različite oblike socijalne pomoći

TABLICA 63. Usporedba prema tipu naselja: postotak pripadnika RNM-a koji koriste različite oblike socijalne pomoći

	Odvojeno od grada ili sela [N=2104]	Na rubu grada ili sela [N=793]	Unutar grada ili sela [N=430]	Raspršeno u gradu ili selu [N=1355]	Ukupno [N=4682]	Značajnost	Veličina učinka [C, η²]
1. Zajamčena minimalna naknada	54.53	66.46	41.34	39.85	51.09	p<0,01	0,19
2. Naknada za troškove stanovanja	13.62	36.93	30.02	18.83	20.53	p<0,01	0,22
3. Pravo na troškove ogrjeva	48.21	61.43	39.72	32.26	45.05	p<0,01	0,20
4. Naknada za osobne potrebe korisnika smještaja	0.33	0.25	1.15	0.07	0.32	p<0,01	0,05
5. Jednokratne naknade	16.23	12.31	22.86	12.19	15.01	p<0,01	0,09
6. Naknade u vezi s obrazovanjem	8.83	6.78	5.31	5.04	7.07	p<0,01	0,07
7. Osobna invalidnina	4.23	7.91	6.00	5.84	5.47	p<0,01	0,06
8. Doplatka za pomoć i njegu	10.32	7.66	3.70	6.42	8.15	p<0,01	0,08
9. Status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja	0.37	1.51	0.46	3.94	1.60	p<0,01	0,12
10. Naknada do zaposlenja	0.65	1.76	0.00	0.88	0.84	p<0,01	0,05
11. Neki drugi oblik socijalne pomoći	11.53	7.04	9.93	3.50	8.32	p<0,01	0,13
Prosječan broj korištenih oblika socijalne pomoći	1.57	2.03	1.51	1.25	1.55	p<0,01	0,03

Različite oblike socijalne pomoći najviše koriste pripadnici RNM-a koji žive na rubu grada ili sela, dok takvu pomoć u najmanjoj mjeri koriste oni raspršeni po gradovima i selima. Iako su razlike odreda statistički značajne, veličine učinka sugeriraju kako nisu posebno naglašene.

TABLICA 64. Povezanost nekih sociodemografskih obilježja s korištenjem različitih oblika socijalne pomoći među pripadnicima RNM-a*

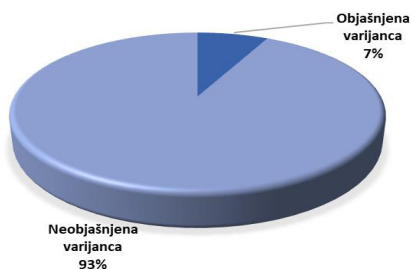
	Spol	Dob	Naobrazba	Osnovna opremljenost	Prikladnost životnog prostora
1. Zajamčena minimalna naknada	0.01	0.05	-0.16	-0.19	-0.20
2. Naknada za troškove stanovanja	0.02	0.09	-0.08	0.01	-0.11
3. Pravo na troškove ogrjeva	0.02	0.03	-0.17	-0.21	-0.23
4. Naknada za osobne potrebe korisnika smještaja	0.00	0.00	-0.01	-0.05	-0.02
5. Jednokratne naknade	0.01	0.00	-0.06	-0.08	-0.13
6. Naknade u vezi s obrazovanjem	0.02	-0.03	0.00	0.03	0.03
7. Osobna invalidnina	0.00	0.05	-0.05	-0.01	-0.04
8. Doplatak za pomoć i njegu	0.00	0.05	-0.05	0.02	-0.03
9. Status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja	-0.02	0.01	-0.02	0.09	0.08
10. Naknada do zaposlenja	-0.02	-0.03	-0.01	-0.02	0.01
11. Neki drugi oblik socijalne pomoći	0.01	-0.09	-0.01	-0.13	-0.04
Prosječan broj korištenih oblika socijalne pomoći	0.02	0.06	-0.17	-0.14	-0.21

*Statistički značajne korelacije masno su otisnute.

Sociodemografska su obilježja, sukladno očekivanju, povezana s vjerojatnošću korištenja svih oblika socijalne pomoći. Ali, neočekivano, utvrđene korelacije odreda su niske. Pogotovo čude niske korelacije s pokazateljima materijalnog statusa. Ni agregirana mjera koja kumulira različite oblike socijalne pomoći ne rezultira većom povezanošću. Materijalna oskudica i skromna naobrazba najbolji su prediktori korištenja socijalne pomoći, ali količina tako objašnjene varijance iznimno je malena.

TABLICA 65. Prediktori korištenja socijalne pomoći među pripadnicima RNM-a

Prediktori	Beta	P		R	R ²	R ² promjena	Značajnost promjene
Spol	.00	1.00		Blok 1	0.27	0.07	0.00
Dob	.02	.20					
Naobrazba	-.14	.00					
Osnovna opremljenost	-.05	.02					
Prikladnost životnog prostora	-.18	.00					
Udaljenost od doma zdravlja	.05	.01					
Zagađenje	-.04	.04					



SLIKA 29.

Postotak varijance korištenja socijalne pomoći među pripadnicima RNM-a objašnjiv prediktorima

Pokušaj da se prepoznaju čimbenici koji najbolje predviđaju jedinstvenu kompozitnu varijablu koja okuplja sve oblike socijalne pomoći pokazao se tek djelomično uspješnim. Naime, objašnjena je vrlo mala proporcija varijance, a faktori koji najviše pridonose predikciji niža su naobrazba i neprikladnost životnog prostora.

TABLICA 66. Usporedba po regijama: postotak pripadnika RNM-a koji koriste različite oblike socijalnih usluga

	Međimurje [N=1784]	Sjeverna Hrvatska [N=529]	Zagreb i okolica [N=655]	Središnja Hrvatska [N=510]	Slavonija [N=799]	Istra i Primorje [N=407]	Ukupno [N=4684]	Značaj- nost	Veličina učinka [C, η ²]
1. Prva socijalna usluga	2.57	14.37	9.43	14.37	9.49	8.82	7.83	p<0,01	0,17
2. Savjetovanje i pomaganje	1.91	4.35	2.99	2.72	4.24	4.41	3.03	p<0,01	0,06
3. Pomoć u kući	1.09	1.32	0.60	0.78	0.12	0.00	0.76	p<0,05	0,05
4. Psiho-socijalna podrška	0.71	0.00	0.15	0.19	1.00	2.94	0.74	p<0,01	0,09
5. Rana intervencija	0.82	1.32	0.00	0.00	0.25	0.00	0.51	p<0,01	0,06
6. Pomoć pri uključivanju u programe odgoja i redovitog obrazovanja	1.64	1.13	0.45	0.00	0.00	0.49	0.86	p<0,01	0,08
7. Boravak	0.66	0.00	0.00	0.19	0.00	1.47	0.40	p<0,01	0,07
8. Smještaj	0.05	0.00	0.00	0.19	0.00	0.25	0.06	0,44	
9. Organizirano stanovanje	0.05	0.19	0.00	0.00	0.00	0.00	0.04	0,58	
10. Pomoć za uzdržavanje	2.24	5.48	0.00	0.00	0.00	0.74	1.54	p<0,01	0,14
11. Naknada za udomiteljstvo	0.38	0.00	0.00	0.00	0.00	0.49	0.19	0,07	
12. Naknada za djecu ["dječji doplatak"]	81.65	84.88	54.49	46.02	69.91	63.48	70.79	p<0,01	0,28
13. Smještaj žena žrtava nasilja u sigurnim kućama	0.05	0.00	0.00	0.00	0.00	0.25	0.04	0,40	
14. Psiho-socijalni tretman zbog nasilja u obitelji	0.05	0.95	0.00	0.00	0.00	0.25	0.15	p<0,01	0,08
15. Podrška pri stjecanju znanja i vještina za odgoj i roditeljstvo	0.00	0.38	0.00	0.00	0.62	0.00	0.15	p<0,01	0,06
16. Neka druga socijalna usluga	8.68	2.84	5.54	1.75	3.50	6.37	5.77	p<0,01	0,11
Prosječan broj korištenih socijalnih usluga	0.94	1.14	0.68	0.64	0.86	0.84	0.87	p<0,01	0,02

TABLICA 67. Usporedba prema tipu naselja: postotak pripadnika RNM-a koji koriste različite oblike socijalnih usluga

	Odvojeno od grada ili sela [N=2104]	Na rubu grada ili sela [N=793]	Unutar grada ili sela [N=430]	Raspršeno u gradu ili selu [N=1355]	Ukupno [N=4682]	Značajnost	Veličina učinka [C, η²]
1. Prva socijalna usluga	6.56	9.55	4.85	9.78	7.83	p<0,01	0,07
2. Savjetovanje i pomaganje	3.16	4.02	3.00	2.26	3.03	0,14	
3. Pomoć u kući	1.44	0.13	0.00	0.29	0.76	p<0,01	0,07
4. Psiho-socijalna podrška	0.79	1.13	1.62	0.15	0.74	p<0,01	0,05
5. Rana intervencija	1.02	0.00	0.46	0.00	0.51	p<0,01	0,07
6. Pomoć pri uključivanju u programe odgoja i redovitog obrazovanja	1.67	0.00	0.23	0.29	0.86	p<0,01	0,08
7. Boravak	0.56	0.00	1.39	0.07	0.40	p<0,01	0,06
8. Smještaj	0.05	0.00	0.23	0.07	0.06	0,47	
9. Organizirano stanovanje	0.09	0.00	0.00	0.00	0.04	0,49	
10. Pomoć za uzdržavanje	3.25	0.00	0.00	0.22	1.54	p<0,01	0,13
11. Naknada za udomiteljstvo	0.33	0.00	0.46	0.00	0.19	p<0,05	0,04
12. Naknada za djecu ["dječji doplatak"]	79.36	70.23	58.43	61.68	70.82	p<0,01	0,19
13. Smještaj žena žrtava nasilja u sigurnim kućama	0.05	0.00	0.23	0.00	0.04	0,20	
14. Psiho-socijalni tretman zbog nasilja u obitelji	0.28	0.00	0.23	0.00	0.15	0,12	
15. Podrška pri stjecanju znanja i vještina za odgoj i roditeljstvo	0.09	0.63	0.00	0.00	0.15	p<0,01	0,06
16. Neka druga socijalna usluga	7.62	2.26	6.24	4.74	5.77	p<0,01	0,09
Prosječan broj korištenih socijalnih usluga	0.99	0.86	0.71	0.75	0.87	p<0,01	0,02

TABLICA 68. Povezanost nekih sociodemografskih obilježja s korištenjem različitih oblika socijalnih usluga među pripadnika RNM-a*

	Spol	Dob	Naobrazba	Osnovna opremljenost	Prikladnost životnog prostora
1. Prva socijalna usluga	-0.01	0.01	-0.06	0.05	-0.01
2. Savjetovanje i pomaganje	0.02	0.03	-0.05	0.02	0.00
3. Pomoć u kući	0.00	0.00	-0.01	-0.02	0.02
4. Psiho-socijalna podrška	0.02	0.00	-0.02	0.00	0.00
5. Rana intervencija	0.02	0.00	-0.02	-0.05	0.05
6. Pomoć pri uključivanju u programe odgoja i redovitog obrazovanja	0.01	-0.03	0.00	-0.04	-0.01
7. Boravak	0.00	-0.02	-0.01	-0.06	-0.07
8. Smještaj	-0.03	0.00	0.02	0.01	0.00
9. Organizirano stanovanje	-0.02	-0.02	0.00	0.00	0.01
10. Pomoć za uzdržavanje	0.01	0.00	-0.05	-0.08	0.07
11. Naknada za udomiteljstvo	0.00	-0.01	0.03	0.02	0.04
12. Naknada za djecu ("dječji doplatak")	0.00	-0.30	-0.03	-0.12	-0.01
13. Smještaj žena žrtava nasilja u sigurnim kućama	0.02	-0.02	-0.01	-0.01	0.01
14. Psiho-socijalni tretman zbog nasilja u obitelji	-0.01	-0.02	-0.01	-0.05	0.04
15. Podrška pri stjecanju znanja i vještina za odgoj i roditeljstvo	0.01	-0.02	-0.02	0.00	0.01
16. Neka druga socijalna usluga	-0.01	-0.07	0.02	0.03	0.07
Prosječan broj korištenih oblika socijalnih usluga	0.00	-0.20	-0.07	-0.08	0.00

*Statistički značajne korelacije masno su otisnute.

TABLICA 69. Prediktori korištenja socijalnih usluga među pripadnicima RNM-a

Prediktori	Beta	P		R	R ²	R ² promjena	Značajnost promjene
Spol	-.01	.75		0.27	0.07	0.07	0.00
Dob	-.23	.00					
Naobrazba	-.10	.00					
Osnovna opremljenost	.00	.93					
Prikladnost životnog prostora	.02	.32					
Udaljenost od doma zdravlja	.10	.00					
Zagađenje	.03	.08					

SLIKA 30.
Postotak varijance korištenja socijalnih usluga među pripadnicima RNM-a objašnjiv prediktorima

Zbog iznimno malih poduzoraka ne treba očekivati značajnu povezanost s izdvojenim prediktorima, a postojeći značajni prediktori navedeni su tek orijentacijski. Možda jedina iznimka jest nešto veće korištenje dječjeg doplatka u naseljima odvojenima od grada ili sela u odnosu na ona unutar grada ili sela. Općenito se može zaključiti jedino da pojedini oblici socijalnih usluga nisu gotovo ni u kojoj mjeri korelirani ni s regijom ni s tipom naselja, kao ni sa sociodemografskim obilježjima. Ni regresijska analiza nije ukazala na obilježje koje u bitnoj mjeri predviđa broj socijalnih usluga koje će neki pripadnik RNM-a ili njegova obitelj koristiti.

TABLICA 70. Usporedba po regijama: postoci pripadnika RNM-a koji koriste različite oblike socijalne pomoći i prosječni iznosi

	Međimurje (N=1784)	Sjeverna Hrvatska (N=529)	Zagreb i okolica (N=655)	Središnja Hrvatska (N=510)	Slavonija (N=799)	Istra i Primorje (N=407)	Ukupno (N=4684)	Značaj- nost	Veličina učinka (C, η ²)
Naknade za nezaposlenost [%]	6.8	1.5	4.4	5.3	0.1	0.2	4.0	p<0,01	0,14
Iznos	1377.1	837.5	1209.5	2759.2	800.0		1566.6	p<0,01	0,36
Mirovine [%]	3.5	0.0	6.8	4.5	6.1	13.0	4.9	p<0,05	0,15
Iznos	1405.6		2539.1	1487.0	1073.2	1363.4	1497.9	p<0,01	0,21
Socijalna pomoć – sve vrste [%]	93.9	98.1	81.4	82.9	88.5	75.1	88.9	p<0,01	0,21
Iznos	2583.1	2592.3	2317.3	2010.5	2488.1	2113.3	2448.3	p<0,01	0,01

TABLICA 71. Usporedba prema tipu naselja: postoci pripadnika RNM-a koji koriste različite oblike socijalne pomoći i prosječni iznosi

	Odvojeno od grada ili sela [N=2104]	Na rubu grada ili sela [N=793]	Unutar grada ili sela [N=430]	Raspršeno u gradu ili selu [N=1355]	Ukupno [N=4682]	Značajnost	Veličina učinka [C, η^2]
Naknade za nezaposlenost [%]	6.0	0.6	1.2	3.6	4.0	p<0,01	0,11
Iznos	1330.5	1875.0	2500.0	2014.6	1566.6	p<0,01	0,14
Mirovine [%]	3.5	2.3	7.4	8.1	4.9	p<0,05	0,11
Iznos	1425.2	1528.2	1622.5	1503.7	1497.9	0,83	
Socijalna pomoć – sve vrste [%]	94.6	90.6	76.7	82.9	88.9	p<0,01	0,20
Iznos	2571.3	2331.5	2457.2	2293.8	2449.3	p<0,01	0,01

S obzirom na mali broj korisnika pojedinih naknada, združeni pokazatelj različitih vrsta socijalne pomoći najbolji je pokazatelj razlika među regijama i tipovima naselja. Sjeverna Hrvatska i Međimurje prednjače po postotku korisnika i veličini prosječnog iznosa. Najmanje je korisnika na području Istre. U naseljima unutar grada ili sela najmanje je korisnika socijalne pomoći. U svim drugim tipovima naselja takvih je osoba bitno više.

Korištenje socijalne pomoći i visina iznosa ovisi o materijalnom statusu, naobrazbi i dobi. Donekle paradoksalno, neki oblici socijalne pomoći pozitivno su povezani s materijalnom opremljenošću i kvalitetom životnog prostora.

TABLICA 72. Povezanost nekih sociodemografskih obilježja s korištenjem različitih oblika socijalne pomoći i iznosima među pripadnicima RNM-a*

	Spol	Dob	Naobrazba	Osnovna opremljenost	Prikladnost životnog prostora
Naknade za nezaposlenost	0.00	-0.02	-0.01	-0.07	0.07
Iznos	0.15	-0.14	0.28	0.40	0.06
Mirovine	0.00	0.23	0.03	0.09	0.09
Iznos	0.00	0.17	0.21	0.22	0.19
Socijalna pomoć – sve vrste	0.01	-0.13	-0.11	-0.12	-0.05
Iznos	0.01	-0.14	-0.07	-0.09	-0.03

*Statistički značajne korelacije masno su otisnute.

3.2.3. Mjere socijalne skrbi usmjerene zaštiti djece

Na više mjesta u NSUR-u spominje se zaštita dobrobiti djece. Neke od mjera koje se nastoje potaknuti unaprjeđenje su roditeljskih vještina, ali i prepoznavanje i prevencija rizika od negativnih pojava poput obiteljskog nasilja, seksualnog iskorištavanja, zanemarivanja ili trgovanja ljudima. U krajnjim slučajevima djeca se izdvajaju iz disfunkcionalnih obitelji. Anketom su obuhvaćena pitanja koja problem zahvaćaju uglavnom neizravno.

TABLICA 73. Usporedba po regijama: postoci pripadnika RNM-a koji su čuli da su nekim obiteljima u njihovoj blizini roditeljima oduzeta djeca

	Međimurje [N=1784]	Sjeverna Hrvatska [N=529]	Zagreb i okolica [N=655]	Središnja Hrvatska [N=510]	Slavonija [N=799]	Istra i Primorje [N=407]	Ukupno [N=4684]	Značaj- nost	Veličina učinka [C]
1. Ne	25.54	25.33	70.09	65.45	37.93	58.33	42.19	p<0,01	0,35
2. Da, nekome u mojoj obitelji	9.68	18.67	4.67	2.75	4.83	8.47	7.88	p<0,01	0,16
3. Da, nekome u susjedstvu, naselju	61.57	52.00	11.21	15.60	45.21	25.42	41.44	p<0,01	0,38
4. Da, negdje drugdje	11.23	5.33	6.54	5.50	8.28	5.08	8.17	0,27	
Ako su čuli da za takav slučaj, znaju li gdje su ta djeca nakon odvajanja od obitelji bila smještena?									
1. Udumljena u nekoj rom- skoj obitelji	25.36	8.00	0.00	0.92	2.76	3.39	10.77	p<0,01	0,34
2. Udumljena u neromskoj obitelji	27.64	38.67	2.80	4.59	18.62	5.08	18.57	p<0,01	0,30
3. Smještena u nekoj udruzi [npr. SOS Dječje selo Hrvatska]	1.45	1.33	0.00	0.92	4.14	1.69	1.69	0,18	
4. Smještena u dom za djecu	13.36	10.67	17.76	11.01	30.82	28.81	17.85	p<0,01	0,20
5. Smještena negdje drugdje	0.73	2.67	0.00	0.92	0.00	0.00	0.65	0,23	

Izdvajanje djece iz obitelji problem je kojeg je većina anketiranih osoba svjesna i doživjela je takvu situaciju makar posredno, po čuvenju. Međutim, postoci onih koji su uočili takve slučajeve u svojoj blizini uvelike varira od regije do regije. Je li posrijedi percepcija ili indikator stvarnog stanja u regiji, nije posve jasno. Međutim, sasvim je sigurno da osobe koje žive izolirano u romskim naseljima imaju češće prilike svjedočiti takvim situacijama, dok se oni koji žive raspršeno u urbanim ili ruralnim sredinama s takvim događajima ne susreću toliko često. U Zagrebu se spominje najmanje takvih slučajeva, u sjevernoj Hrvatskoj

najviše. U naseljima odvojenima od grada ili sela ispitanici su najviše osviješteni i upoznati, vjerojatno zbog velika broja romskih obitelji s kojima su u kontaktu, a možda i stoga što u takvim naseljima vladaju bliski odnosi sa susjedima i lakše se šire informacije.

TABLICA 74. Usporedba prema tipu naselja: postoci pripadnika RNM-a koji su čuli da su nekim obiteljima u njihovoj blizini roditeljima oduzeta djeca

	Odvojeno od grada ili sela [N=2104]	Na rubu grada ili sela [N=793]	Unutar grada ili sela [N=430]	Raspršeno u gradu ili selu [N=1355]	Ukupno [N=4682]	Značajnost	Veličina učinka [C]
1. Ne	28.48	30.71	52.70	65.65	42.25	p<0,01	0,32
2. Da, nekome u mojoj obitelji	10.24	6.47	8.22	5.24	7.89	0,16	
3. Da, nekome u susjedstvu, naselju	57.78	48.20	34.25	15.65	41.37	p<0,01	0,34
4. Da, negdje drugdje	9.73	11.51	4.11	5.24	8.18	0,06	
Ako su čuli da za takav slučaj, znaju li gdje su ta djeca nakon odvajanja od obitelji bila smještena?							
1. Udumljena u nekoj romskoj obitelji	21.28	2.16	5.48	2.62	10.78	p<0,01	0,28
2. Udumljena u neromskoj obitelji	26.52	19.42	15.07	7.86	18.60	p<0,01	0,20
3. Smještena u nekoj udruzi (npr. SOS Dječje selo Hrvatska)	1.83	0.00	6.85	0.87	1.69	p<0,01	0,14
4. Smještena u dom za djecu	12.73	32.37	21.92	14.78	17.75	p<0,01	0,19
5. Smještena negdje drugdje	1.22	0.00	0.00	0.44	0.65	0,36	

TABLICA 75. Usporedba po regijama: uvjerenja pripadnika RNM-a o dostupnosti i pravovremenosti socijalne skrbi

	Međimurje [N=1784]	Sjeverna Hrvatska [N=529]	Zagreb i okolica [N=655]	Središnja Hrvatska [N=510]	Slavonija [N=799]	Istra i Primorje [N=407]	Ukupno [N=4684]	Značajnost	Veličina učinka [C]
Bili su u kontaktu s djelatnicima centra za socijalnu skrb	63.5	64.9	52.8	73.4	68.8	69.5	65.0	p<0,05	0,12
Dostupnost socijalne skrbi, djelomično ili u potpunosti	44.4	75.2	67.7	38.6	48.5	47.2	51.3	p<0,01	0,31
Pravovremenost socijalne skrbi djelomično ili u potpunosti	78.8	88.5	84.8	70.7	89.0	67.9	80.7	p<0,01	0,25

TABLICA 76. Usporedba prema tipu naselja: uvjerenja pripadnika RNM-a o dostupnosti i pravovremenosti socijalne skrbi

	Odvojeno od grada ili sela [N=2104]	Na rubu grada ili sela [N=793]	Unutar grada ili sela [N=430]	Raspršeno u gradu ili selu [N=1355]	Ukupno [N=4682]	Značajnost	Veličina učinka [C]
Bili su u kontaktu s djelatnicima centra za socijalnu skrb	62.5	74.1	75.3	59.6	64.9	p<0,01	0,13
Dostupnost socijalne skrbi, djelomično ili u potpunosti	48.1	43.8	48.5	61.4	51.3	p<0,01	0,15
Pravovremenost socijalne skrbi djelomično ili u potpunosti	79.9	82.9	81.1	80.7	80.7	p<0,01	0,07

Gotovo dvije trećine svih ispitanika bilo je u kontaktu s djelatnicima centra za socijalnu skrb. Ali tek svaki drugi smatra da je socijalna skrb dostupna, makar djelomično. Situacija je nešto povoljnija u pogledu pravovremenosti jer socijalnu skrb pravodobnom smatra približno četiri petine korisnika. Dostupnost dobiva najbolje ocjene u Sjevernoj, a najslabije u Središnjoj Hrvatskoj. Dostupnost i pravovremenost ocijenjene su najboljima među osobama slabijeg materijalnog statusa koje su ujedno i češći korisnici. Ali utvrđene korelacije odreda su niske.

TABLICA 77. Povezanost nekih sociodemografskih obilježja s korištenjem različitih oblika socijalne pomoći i iznosima među pripadnicima RNM-a*

	Spol	Dob	Naobrazba	Osnovna opremljenost	Prikladnost životnog prostora
Bili su u kontaktu s djelatnicima centra za socijalnu skrb	-0.05	0.08	-0.09	-0.05	-0.15
Procjena dostupnosti socijalne skrbi	0.02	-0.05	0.00	0.11	0.07
Procjena pravovremenosti socijalne skrbi	0.05	0.04	-0.03	0.06	0.08

*Statistički značajne korelacije masno su otisnute.

3.2.4. Zadovoljstvo i stavovi o kvaliteti usluga socijalne skrbi

Različite diskriminatorne prakse, neprimjerena komunikacija, ali i opterećenost administrativnim poslovima socijalnih radnika čine usluge socijalne skrbi manje dostupnima narušavajući ujedno zadovoljstvo korisnika. U odjeljku se analizira razina općenitog zadovoljstva, kao i stavovi o kvaliteti pruženih usluga i moguće odrednice takvih stavova [podjednako one vezane uz korisnike usluga, uz uključene regionalne centre i vrste usluga].

Rezultati pokazuju kako ispitanici uglavnom nisu zadovoljni uslugama socijalne pomoći, kao ni odnosom djelatnika prema njima. Iako među regijama ne postoje bitne razlike, nešto su kritičniji u Slavoniji, a nešto veću blagonaklonost prema socijalnim radnicima pokazuju u Sjevernoj Hrvatskoj. Niže zadovoljstvo primjetno je u naseljima na rubu grada i sela. Zadovoljstvo socijalnim radnicima nije povezano sa sociodemografskim obilježjima, dok su iznosom socijalne pomoći nešto zadovoljnije osobe koje žive u boljim uvjetima.

Razumljivo, podaci o zadovoljstvu uslugama socijalne skrbi odražavaju subjektivnu percepciju, ne nužno objektivnu stvarnost. Podatak da je zadovoljstvo socijalnom skrbi nisko u sredinama poput Zagreba koje imaju visoko specijalizirane socijalne radnike i veća raspoloživa financijska sredstva, donekle je neočekivano. Zbog toga je poželjno proanalizirati postojeći raskorak između zadovoljstva korisnika s jedne strane i uloženi sredstava te stručnosti osoblja s druge. Možemo nagađati da se nezadovoljstvo ponekad može pripisati administrativnim preprekama na koje nailaze pripadnici RNM-a pri nastojanju da ostvare pravo na socijalnu pomoć. S druge strane, socijalni radnici također su u nezavidnoj situaciji jer na temelju prikupljene dokumentacije moraju opravdati svaku vrstu socijalne pomoći bez diskrecijskog prava da postupe prema vlastitoj subjektivnoj procjeni. Također ne možemo odbaciti pretpostavku da je nezadovoljstvo ponekad odraz bolje informiranosti o vlastitim pravima.

Drugi problem nastupa vjerojatno pri provođenju mjera zaštite za koje socijalni radnici imaju zakonske ovlasti. Takve mjere, poput zaštite žena i djece od nasilja, često izazivaju otpor i negodovanje te se, štoviše, percipiraju kao nešto nametnuto izvana i u suprotnosti s tradicijom i kulturnim normama romske zajednice. Takvi problemi vjerojatno mogu dodatno narušiti povjerenje prema socijalnim radnicima i proizvesti nepovoljno mišljenje o njima.

TABLICA 78. Usporedba po regijama: prosječno zadovoljstvo socijalnim radnicima i socijalnom pomoći

	Međimurje [N=1784]	Sjeverna Hrvatska [N=529]	Zagreb i okolica [N=655]	Središnja Hrvatska [N=510]	Slavonija [N=799]	Istra i Primorje [N=407]	Ukupno [N=4684]	Značaj- nost	Veličina učinka [C]
Koliko ste zadovoljni odnosom s djelatnicima centra za socijalnu skrb?	2.61	2.83	2.98	3.03	2.48	2.90	2.74	0,30	
Koliko ste zadovoljni dobivenom socijalnom pomoći i(li) uslugom?	2.17	2.63	2.67	2.02	1.91	1.83	2.20	p<0,01	0,04
1. Socijalni radnici uglavnom dobro rade svoj posao.	2.93	2.96	2.38	3.04	2.67	2.73	2.81	0,30	
2. Socijalni radnici previše se bave papirologijom, a premalo ljudima.	4.00	3.77	4.11	3.98	4.38	4.07	4.07	p<0,05	0,03
3. Socijalni radnici trebali bi pratiti na terenu na što ljudi troše novac od socijalne pomoći.	4.05	3.69	3.77	3.59	4.13	3.84	3.91	0,30	
4. Socijalni radnici bi trebali pomagati nezaposlenim Romima da nađu posao.	4.55	4.29	4.42	4.13	4.69	4.57	4.48	p<0,05	0,03
5. Socijalni radnici bi trebali češće obilaziti teren i vidjeti kako pojedine romske obitelji zaista žive.	4.65	4.29	4.54	4.13	4.84	4.48	4.55	p<0,01	0,08
6. Socijalni radnici zbog loših zakona oduzimaju socijalna prava i socijalnu pomoć ljudima kojima je potrebna.	4.31	3.60	4.11	4.01	4.60	4.17	4.22	p<0,01	0,07
7. Socijalni radnici ne pružaju Romima usluge u skladu sa stvarnim potrebama Roma.	4.32	3.69	4.01	4.02	4.46	3.91	4.17	p<0,01	0,07
Zadovoljstvo socijalnim radnicima	1.87	2.23	1.91	2.17	1.65	1.95	1.92	p<0,01	0,08

Napomena: procjene se kreću od 1 do 5; "Zadovoljstvo socijalnim radnicima" kompozitna je varijabla [vidi tablicu u Dodatku].

TABLICA 79. Usporedba prema tipu naselja: prosječno zadovoljstvo socijalnim radnicima i socijalnom pomoći

	Odvojeno od grada ili sela [N=2104]	Na rubu grada ili sela [N=793]	Unutar grada ili sela [N=430]	Raspršeno u gradu ili selu [N=1355]	Ukupno [N=4682]	Značajnost	Veličina učinka [C]
Koliko ste zadovoljni odnosom s djelatnicima centra za socijalnu skrb?	2.79	2.25	2.74	3.02	2.74	p<0,01	0,03
Koliko ste zadovoljni dobivenom socijalnom pomoći i(li) uslugom?	2.25	2.01	2.03	2.29	2.20	p<0,05	0,02
1. Socijalni radnici uglavnom dobro rade svoj posao.	3.09	2.41	2.96	2.58	2.81	p<0,05	0,02
2. Socijalni radnici previše se bave papirologijom, a premalo ljudima.	3.94	4.39	3.91	4.11	4.07	p<0,01	0,03
3. Socijalni radnici trebali bi pratiti na terenu na što ljudi troše novac od socijalne pomoći.	3.94	4.07	3.90	3.78	3.91	0,15	
4. Socijalni radnici bi trebali pomagati nezaposlenim Romima da nađu posao.	4.49	4.68	4.42	4.34	4.48	p<0,05	0,02
5. Socijalni radnici bi trebali češće obilaziti teren i vidjeti kako pojedine romske obitelji zaista žive.	4.56	4.72	4.61	4.41	4.55	p<0,01	0,03
6. Socijalni radnici zbog loših zakona oduzimaju socijalna prava i socijalnu pomoć ljudima kojima je potrebna.	4.15	4.64	4.19	4.06	4.22	p<0,01	0,04
7. Socijalni radnici ne pružaju Romima usluge u skladu sa stvarnim potrebama Roma.	4.24	4.41	4.08	3.95	4.17	p<0,05	0,02
Zadovoljstvo socijalnim radnicima	1.97	1.64	1.98	1.99	1.92	p<0,01	0,05

Napomena: procjene se kreću od 1 do 5; "Zadovoljstvo socijalnim radnicima" kompozitna je varijabla [vidi tablicu u Dodatku].

TABLICA 80. Povezanost nekih sociodemografskih obilježja sa zadovoljstvom socijalnim radnicima i socijalnom pomoći među pripadnicima RNM-a* [procjene 1–5]

	Spol	Dob	Naobrazba	Osnovna opremljenost	Prikladnost životnog prostora
Zadovoljstvo odnosom s djelatnicima centra za socijalnu skrb	.011	-.027	-.027	.014	.043
Zadovoljstvo dobivenom socijalnom pomoći i(li) uslugom?	.020	-.078	.030	.013	.173
Zadovoljstvo socijalnim radnicima	.013	-.066	-.033	-.044	.067

*Statistički značajne korelacije masno su otisnute.

4.

Završno razmatranje i zaključci



4. Završno razmatranje i zaključci

4.1. Zdravlje i zdravstvena zaštita pripadnika RNM-a

Premda je pravo na zdrav život zajamčeno Ustavom, istraživanja provedena u nas, kao i ona u svijetu, desetljećima opetovano ukazuju na činjenicu da pripadnici RNM-a zbog niza čimbenika, ponajprije zbog društvenog i ekonomskog položaja, teže ostvaruju to pravo i suočeni su s rizikom od narušavanja zdravlja u mnogo većoj mjeri nego opća populacija. Pritom je jasno da sama primjena zakona bez istinskog razumijevanja korijena postojeće nejednakosti i mehanizama njegova održavanja neće pridonijeti rješavanju problema, odnosno da samo proklamiranje jednakih prava neće ukloniti duboko ukorijenjenu nejednakost.

S ciljem cjelovite integracije Roma i unaprjeđenja njihova društvenog položaja Vlada RH izradila je temeljni dokument, *Nacionalnu strategiju za uključivanje Roma od 2013. do 2020. godine* [NSUR], koja se kao svojim bitnim odrednicama bavi i pitanjem zdravlja, zdravstvene zaštite i socijalne skrbi. U području zdravlja i socijalne skrbi zacrtani su jasni opći i posebni ciljevi kojima je naznačen smjer kretanja u unaprjeđenju položaja RNM-a i uspostavljeni kriteriji praćenja napretka u njihovu ostvarivanju. Ciljevi i zadaće proklamirane NSUR-om ujedno određuju i tematski okvir unutar kojeg se kreće postojeća studija dizajnirana poglavito kako bi pratila napredak u ostvarenju zacrtanog programa i prepoznala prepreke na tom putu. Međutim, puko praćenje pokazatelja svelo bi ovakvu studiju na uglavnom činovnički posao bez ambicije da se pronikne u mehanizme promjene, a još više razloge njezina dosadašnjeg izostanka. Stoga smo usvojili polazni model promatrajući ostvarenost ciljeva kao manifestacije dubljih uzročnika, pokušavajući nadvladati fragmentarnost pojedinačnih pokazatelja i ostvariti cjelovit uvid.

Polazni model [Slika 1] prepoznaje nekoliko međuovisnih razina odrednica zdravlja RNM-a koje se isprepliću te na složen, često posredan način utječu na zdravstvene ishode. U samoj podlozi prikraćenosti stoje globalni društveni čimbenici odgovorni za sveobuhvatnu marginalizaciju RNM-a, prisutni desetljećima, poput diskriminacije i segregacije. U svojem polaznom modelu uzimamo ih kao globalne i udaljene uzroke svih bližih uzroka i nepo-

voljnih zdravstvenih ishoda, poput veće izloženosti bolesti, ranijeg poboljšavanja i kraćeg životnog vijeka. Ti široki društveni čimbenici u najvećoj su mjeri odgovorni za socijalnu isključenost kao krovni konstrukt koji objedinjuje siromaštvo, neobrazovanost, nepovoljne životne uvjete i izolaciju kojoj su pripadnici RNM-a kao zajednica izloženi. Najbliži i neposredni uzročnici nepovoljnih zdravstvenih ishoda često leže u ponašanju pojedinaca, u njihovim navikama i ponašanjima koje, međutim, ne možemo promatrati odvojeno od šireg društvenog konteksta.

Model bi bio nepotpun bez uključivanja romske kulture i tradicije koja na specifičan način gleda na zdravlje. Kulturno znanje pripadnika RNM-a o zdravlju i bolesti često je u suprotnosti s medicinskom perspektivom te se time mogu objasniti naoko iracionalna i proturječna ponašanja pripadnika RNM-a.

U studiji smo nastojali odgovoriti na pitanje ostvarenosti ciljeva postavljenih NSUR-om i ponuditi preporuke za unaprjeđenje provođenja Strategijom zacrtanih zadaća. Pri tome smo, služeći se postojećim podacima o općoj populaciji i prethodnim istraživanjima na romskoj populaciji, nastojali ponuditi širu perspektivu i slojevitiju analizu uočenih promjena.

U iščitavanju i analizi podataka, međutim, potrebno je sačuvati poseban oprez. Prvi je razlog tomu demografska neusporedivost romske i opće populacije koje se dobno bitno razlikuju jedna od druge. Romska je populacija puno mlađa i u njoj su djeca i mladi znatno zastupljeniji nego u općoj populaciji. Zbog toga je zdravstvena slika ove populacije, koja velikim dijelom počiva upravo na dobno uvjetovanim bolestima i tegobama, naoko mnogo bolja nego što ustvari jest. Drugo ograničenje jest nepostojanje jasnog i prikladnog referentnog okvira. Nemogućnost da se pokazatelji koji se odnose na romsku populaciju usporede u istom vremenu s istovjetnim podacima prikupljenima za opću populaciju ponegdje uvelike smanjuje doseg zaključaka. Takav problem nije u toj mjeri istaknut kad se uspoređuju prosječne vrijednosti, ali je izrazito naglašen pri pokušaju da se procijene mogući utjecaj nepovoljnih materijalnih i okolišnih uvjeta na zdravlje. Regresijske analize kojima smo nastojali pružiti odgovore na pitanja o važnosti tih čimbenika naglašeno podcjenjuju njihov utjecaj iz posve tehničkog razloga. Bazirane su na podacima iz razmjerno homogene populacije koja dijeli sličnu razinu siromaštva i materijalne prikraćenosti. Zbog toga su dobivene procjene uvelike pristrane, podcjenjuju utjecaj svih oblika socijalne isključenosti i prikraćenosti te stoga imaju tek orijentacijsku vrijednost.

U kontekstu općeg cilja NSUR-a bilo je važno procijeniti pomake u unaprjeđenju zdravlja pripadnika RNM-a. U studiji je analizirana subjektivna procjena zdravstvenog stanja RNM-a koja obuhvaća samoiskaze vezane uz zdravstveno stanje svakog člana kućanstva, učestalost dugotrajnih bolesti i ograničenja u obavljanju aktivnosti, učestalost dječjih bolesti, učestalost konkretnih zdravstvenih tegoba i bolesti u posljednjih 12 mjeseci te reproduktivno zdravlje žena. Također su analizirani samoiskazi vezani uz zdrave i nezdrave navike te dostupnost zdravstvenih usluga.

Kako bismo pridonijeli praćenju ispunjavanja zacrtanih općih i posebnih ciljeva vezanih za unaprjeđenje zdravlja RNM-a u NSUR-u, s naglaskom na osiguranje jednake dostupnosti zdravstvenih usluga te provedbu mjera i aktivnosti vezanih za uključivanje RNM-a sa svih razina, u ovom je istraživanju naglasak stavljen na analize baznih podataka u odnosu na niz varijabli kao što su dob, regija, tip naselja, naobrazba, prikladnost životnog prostora i drugi čimbenici. Imajući u vidu složenost i isprepletenost društvenih i kulturnih čimbenika koji posredno ili neposredno utječu na zdravlje pripadnika RNM-a, u istraživanju su analizirane tri konceptualne razine utjecaja na zdravlje, individualna razina te razina zajednice i šireg društvenog konteksta. Koliko god je to bilo moguće temeljem prikupljenih baznih podataka, analiziran je utjecaj društvenih i kulturnih čimbenika na svim nabrojanim razinama, s tim da se vodilo računa o tome da su mehanizmi djelovanja tih čimbenika i neposredni i posredni.

Subjektivna prosudba **zdravstvenog stanja ispitanih pripadnika RNM-a** u prosjeku se kretala između dobre i vrlo dobre ocjene. Subjektivna procjena zdravlja kod RNM-a najviše ovisi o dobi, o naobrazbi i prikladnosti životnog prostora. Dakle, pripadnici RNM-a iz mlađih dobnih skupina, oni koji imaju najmanje završenu srednju školu i žive u zadovoljavajućem životnom prostoru u prosjeku smatraju vlastito zdravlje boljim. Međutim, regresijska analiza provedena u ovom istraživanju potvrdila je to da najveći dio varijance subjektivne procjene općeg zdravstvenog stanja ipak objašnjava dob, dok prikladnost životnog prostora i naobrazba pokazuju manji utjecaj. Kronološka dob najbitnija je odrednica subjektivne procjene zdravlja jer je izravno povezana s mogućnošću obavljanja svakodnevnih aktivnosti i kvalitetom života. Gotovo je sigurno da je manji utjecaj kvalitete stanovanja i skromnije naobrazbe na subjektivnu percepciju zdravlja u RNM-u posljedica prethodno spomenute homogenosti romske populacije s obzirom na opću materijalnu prikraćenost, siromaštvo i socijalnu isključenost.

Dostupni podaci iz drugih istraživanja ukazuju na trend da samoprocjena zdravstvenog stanja RNM-a bude slična onoj u općoj populaciji. Međutim, taj se nalaz mora razmatrati s dozom opreza iz najmanje dva razloga. Prvo, starija je dob izravno povezana sa slabijim funkcioniranjem organa i sustava organa koji neminovno prate fiziološki proces starenja, a time i općim slabljenjem zdravlja. S obzirom na to da je romska populacija bitno mlađa od opće populacije, može se pretpostaviti da postojeća ujednačenost ipak skriva slabije opće zdravstveno stanje pripadnika RNM-a. Drugo, subjektivna procjena zdravstvenog stanja ukazuje ponajprije na znanje ili svijest o zdravlju, a ne nužno na stvarno ili objektivno zdravstveno stanje potvrđeno dijagnostičko-kliničkim postupcima. U usporedbi s istraživanjem provedenim 2011. godine⁸⁶ blago se povećao broj pripadnika RNM-a koji svoje zdravlje opisuju kao loše ili jako loše. Takav nalaz može ukazivati na negativan trend i neuspjeh u ostvarivanju unaprjeđenja zdravlja RNM-a, ali upitna usporedivost uzoraka nalaže oprez jednako kao i nemogućnost praćenja trenda na općoj populaciji.

86 Mihailov, Dotcho (2012) *The health situation of Roma communities*. Op. cit.

Na nepovoljan trend, međutim, ukazuje i drugi pokazatelj, a to je učestalost kroničnih bolesti u romskoj populaciji. U odnosu na istraživanje provedeno 2011. godine⁸⁷ učestalost se kroničnih bolesti povećala, a njihovo se pojavljivanje pomaknulo prema mlađoj dobi. Kako se pokazalo, zastupljenost dugotrajnih bolesti u srednjoj dobi od 35 do 64 godine otprilike je 5–10% veća u odnosu na zastupljenost zabilježenu šest godina prije. Nalazi su posebno alarmantni za pripadnike RNM-a starije od 45 godina za koje se pokazalo da svaki drugi pati od neke kronične bolesti. Jaz u odnosu na opću populaciju time se dodatno produbio.

Rezultati studije govore u prilog tome da ne samo **dob** već i drugi čimbenici kao što su **regija, tip naselja i naobrazba** imaju važnost kada se razmatra **učestalost dugotrajnih bolesti**. Dob je, kao i kod samoprocjene zdravlja, ključna odrednica brojnosti dugotrajnijih bolesti. Međutim, dugotrajnije bolesti nešto su prisutnije u Istri i Primorju te u naseljima unutar grada ili sela, što može biti djelomično posljedica i nešto starije romske populacije koja ondje obitava. Važno je napomenuti da je naobrazba, sukladno iznesenim pretpostavkama u modelu zdravlja RNM-a, zaštitni čimbenik od dugotrajnih bolesti. Može se pretpostaviti da viša razina naobrazbe podrazumijeva i viši stupanj zdravstvene pismenosti te snažniju motivaciju za usvajanje zdravih navika i liječničkih preporuka vezanih uz prevenciju bolesti i zaštitu zdravlja.

Kod odraslih pripadnika RNM-a najučestaliji **zdravstveni problemi i bolesti u posljednjih 12 mjeseci** bili su povezani s kralježnicom ili kroničnim tegobama s leđima ili vratom, visokim krvnim tlakom te problemima sa srcem i krvnim žilama. Navedene bolesti nisu podjednako učestale u različitim **regijama** ili **tipovima naselja**. No temeljem provedenih analiza nije moguće razlučiti jesu li utvrđene razlike odraz različitih kulturnih tradicija i običaja te navika koje se njeguju u pojedinim regijama ili tipovima naselja, ili su posljedica veće zastupljenosti neke od rizičnih kategorija, primarno starije dobne skupine.

Zasad se čini kako su krvožilne bolesti među pripadnicima RNM-a nešto manje zastupljene u Sjevernoj Hrvatskoj i Međimurju te u naseljima izvan gradova i sela. S obzirom na to da je riječ o regijama s relativno najmlađim stanovništvom, takav podatak barem se djelomično može objasniti dobnom neujednačenošću regija. Isto vrijedi i za bolesti kralježnice. Osim **dobi**, koja je važan prediktor u javljanju gotovo svih bolesti uključenih u istraživanje, veći značaj još ima i **naobrazba** koja ima ulogu zaštitnog čimbenika od kroničnih, posebice kardiovaskularnih bolesti. Pokazatelji neimaštine i siromaštva, slaba opremljenost kućanstva i neprikladnost životnih uvjeta imaju manje važnu ulogu u javljanju bolesti u posljednjih 12 mjeseci.

Regresijska analiza provedena u ovom istraživanju potvrdila je da je **dob** važan i nezabilježan prediktor svih kategorija bolesti od kojih su bolovali ispitanici u posljednjih 12 mjeseci. Kod bolesti mišićno-koštanog sustava dob je jedini značajan prediktor, dok je kod bolesti krvožilnog sustava dob izrazito dominantan čimbenik u povećavanju rizika od obolijevanja.

87 Ibid.

Naobrazba se pokazala prediktivnim čimbenikom jedino u slučaju reproduktivnog zdravlja žena, što je posebno važan nalaz jer potvrđuje važnost informiranja i edukacije romskih žena za unaprjeđenje njihova zdravlja. Materijalni, okolišni i lokacijski čimbenici za koje smo pretpostavljali da ugrožavaju zdravlje i povećavaju rizik od obolijevanja od barem nekih bolesti, poput onih dišnog sustava, nisu se u ovom istraživanju pokazali značajnim prediktorima. Međutim, treba imati na umu da taj nalaz ne znači nužno da ti čimbenici ne igraju važnu ulogu u nastanku bolesti, nego možda samo da su pripadnici RNM-a razmjerno izjednačeni prema njihovoj izloženosti.

Zdrave navike, poput vođenja računa o higijeni, prehrani i tjelesnoj aktivnosti, suprotno očekivanjima, pozitivno su povezane s bolestima krvožilnog sustava, urinarnog trakta i reproduktivnim zdravljem žena. To ne znači da zdrave navike povećavaju vjerojatnost pojave tih bolesti, nego gotovo sigurno upućuju na zaključak da pripadnici RNM-a stanu voditi brigu o zdravim navikama tek što obole, a te bi navike inače trebale biti sastavni dio prevencije bolesti.

Usporedbe romske i opće populacije s obzirom na prisutnost bolesti ukazuju na neke očekivane, ali i nekonzistentne razlike. Ti su podaci zamagljeni dobnim razlikama dviju populacija zbog kojih se pripadnici RNM-a doimaju zdravijima i manje podložnima bolestima. Također, uočene razlike mogu biti posljedica toga da se u razmatranje uzimaju bolesti koje dijagnosticira medicinska struka, a koje možda nemaju očigledne simptome pa temeljem osobnog iskustva ili iskustva bližnjih nije moguće ustanoviti je li bolest nastupila i o kojoj je bolesti riječ. To bi, uz navedene dobne razlike, mogao biti razlog zbog kojeg podaci pokazuju da je visok krvni tlak učestaliji u općoj nego u romskoj populaciji. S druge strane, astma je češća među pripadnicima RNM-a. To je primjer bolesti koja se većinom pojavljuje već u djetinjstvu pa dobne razlike ne igraju veću ulogu u učestalosti, a praćena je jasno izraženim respiratornim tegobama koje obično zahtijevaju liječničku skrb, često hitnu. Većina drugih bolesti prisutnija je u općoj populaciji, najvjerojatnije kao posljedica razlika u demografskoj strukturi i većoj zastupljenosti mlađih dobnih skupina u romskoj populaciji. Od tog obrasca odudaraju koronarne bolesti i bolesti bubrega koje su češće među pripadnicima RNM-a.

Posebno važno mjesto u NSUR-u posvećeno je zaštiti zdravlja djece, a jedan od najvažnijih ciljeva smanjivanje je obolijevanja od bolesti povezanih s nezadovoljavajućim higijenskim standardom ili onima uključenima u program cijepljenja.

Kod djece mlađe od 14 godina najučestalije su **dječje bolesti** gripa, vodene kozice i proljevi koji su trajali kraće od 14 dana. Određene dječje bolesti prisutnije su u pojedinim regijama i tipovima naselja, no temeljem prikupljenih podataka nije moguće procijeniti jesu li uočene razlike odraz sustavnih čimbenika ili slučajnog statističkog kolebanja. Kada je riječ o bolestima izvan programa cijepljenja, pogotovo o gripi ili proljevu, nije moguće zaključiti je li njihova veća pojavnost posljedica loših životnih uvjeta ili slučajnosti. Međutim, kad je riječ o bolestima uključenima u program cijepljenja, postoji značajna povezanost s vjerojatnošću obolijevanja od neke od njih s **naobrazbom i prikladnošću životnog pro-**

stora. Taj nalaz upućuje na mogućnost da je veća učestalost bolesti uključenih u program cijepjenja posljedica manje procijepjenosti djece iz manje obrazovanih i(li) siromašnih obitelji.

Unaprjeđenje reproduktivnog zdravlja žena prepoznato je kao poseban cilj u sklopu NSUR-a, poglavito zbog problema rana ulaska pripadnica RNM-a u seksualne odnose i nepovoljnih posljedica koje iz toga proistječu. Najveći izazovi poboljšanja reproduktivnog zdravlja žena pripadnica RNM-a relativno su niska učestalost ginekoloških pregleda, maloljetničke trudnoće i pobačaji. Broj induciranih pobačaja daleko je najveći u Zagrebu, gdje je vjerojatno i najlakše organizirati pobačaj. Broj spontanih pobačaja najveći je u Slavoniji i Istri, a najmanji broj pobačaja, očito povezan s prosječnom dobi, u Sjevernoj je Hrvatskoj. **Dob** je najsnažniji prediktor broja porođaja i pobačaja zbog većeg broja trudnoća koje se mogu iznijeti u duljem vremenskom razdoblju tijekom reproduktivnog života žene. **Naobrazba** je, kao i drugdje kad je riječ o bolestima, zaštitni čimbenik od nepovoljnih ishoda tijekom trudnoće i nakon nje pa se tako pokazuje da majke više razine obrazovanja rjeđe pobačaju i imaju manju učestalost mrtvorodne djece i dojenačkih smrti. Takvi nalazi vjerojatno su posljedica bolje brige i skrbi za vlastito i djetetovo zdravlje, no moguće je da su trudnice i mlade majke slabije naobrazbe i oskudnih materijalnih uvjeta dodatno izložene nepovoljnim okolinskim uvjetima koji štetno utječu na plod ili novorođenče. Takvoj pretpostavci u prilog idu korelacije između broja pobačaja i **prikladnosti životnog prostora**.

Brojna istraživanja dokazala su poguban utjecaj obiteljskog nasilja na fizičko i mentalno zdravlje žena,⁸⁸ a s obzirom na tradicionalnu i patrijarhalnu kulturu, Romkinje su, prema pretpostavci, izložene povećanu riziku da postanu žrtve takvog nasilja. Istraživanje doista i upućuje na povezanost između izloženosti nasilju i općeg zdravlja, kao i niza bolesti: krvožilnog sustava, mišićno-koštanog sustava, dišnog sustava te mentalnog i reproduktivnog zdravlja. Međutim, uočena je povezanost niska i gubi se kad se u regresijsku analizu uključe i drugi prediktori. Potrebno je, međutim, napomenuti kako je utjecaj nasilja vjerojatno uvelike podcijenjen, jednako kao i njegova raširenost u romskoj populaciji. Većina pripadnica RNM-a izjavljuje, naime, kako nijedan oblik obiteljskog nasilja nikad nije iskusila, što ponajprije upućuje na neprikladnost anketne metodologije u istraživanju tako osjetljivih tema.

Jedan od iznimno učinkovitih načina unaprjeđenja zdravlja jest usvajanje zdravih i odbacivanje nezdravih navika. U NSUR-u se stoga kao poseban cilj navodi podizanje razine svijesti o odgovornosti za vlastito zdravlje. Rezultati prethodnih istraživanja i onih provedenih u drugim zemljama pokazuju da pripadnici RNM-a u većoj mjeri posežu za nekim nezdravim navikama u odnosu na opću populaciju, a istraživanje baznih podataka pokazalo je da je pušenje izrazito rašireno među pripadnicima RNM-a, baš kao i učestalost konzumacije nekvalitetne i nezdrave hrane i pića. Postojeća studija potvrđuje takve nalaze pokazujući da je zastupljenost pušača među pripadnicima RNM-a dvostruko veća nego u općoj po-

88 Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H. i García-Moreno, C. [2008] Op. cit.: Herrenkohl, T. I., Hong, S., Klika, J. B., Herrenkohl, R. C. i Russo, M. J. [2013] Op. cit.

pulaciji, a među muškarcima se taj postotak penje iznad polovice već u kategoriji od 15 godina do 24 godine. Tijekom zrele dobi postotak pušača u romskoj populaciji ne spušta se ispod 60% među muškarcima ni ispod 55% među ženama.

U ovom istraživanju potvrđeno je da ni **regija** ni **tip naselja** ne utječu u većoj mjeri na različite vrste ovisnosti među pripadnicima RNM-a. Alkohol se u nešto većoj mjeri konzumira u Sjevernoj Hrvatskoj i Međimurju, a cigarete također u Sjevernoj Hrvatskoj i Zagrebu. Iako manje sklone alkoholu i nikotinu, u Istri više pribjegavaju konzumaciji opojnih droga. **Dob** je nešto važniji čimbenik u konzumaciji alkohola i cigareta. U oba slučaja konzumacija raste od rane mladosti prema srednjoj dobi da bi potom opala. Za uočeno opadanje možda je zaslužan raniji mortalitet osoba koje su tijekom života ekscesivno konzumirale alkohol i nikotin, a druga je mogućnost da je u starijoj dobi smanjeno konzumiranje alkohola i nikotina zbog pojave kroničnih bolesti i liječničke preporuke. Alkohol, očekivano, u osjetno većem postotku konzumiraju muškarci, koji su usto i češće pušači od žena. Nadalje, pušenje je češće među osobama niže naobrazbe i onima slabijeg imovinskog stanja i životnog prostora.

Kao i u većini dosadašnjih usporedaba stječe se dojam da ni regija, a ni tip naselja ne igraju ključnu ulogu u prehrani pripadnika RNM-a, odnosno ne pridonose u većoj mjeri zdravoj odnosno nezdravoj prehrani. Stanovite razlike postoje, ali bitno su manje naglašene od onih među skupinama koje se razlikuju prema imovinskom statusu, naobrazbi ili dobi. **Sociodemografska obilježja** uvelike su povezana s prehranom pripadnika RNM-a, osobito **materijalni status**.

Osobe višeg materijalnog statusa, posebice mjerenog prikladnošću životnog prostora, teže prehrani koja sadržava veći broj namirnica. Razlike ne postoje u kvaliteti nego u kvantiteti prehrane, odnosno imućniji pripadnici RNM-a češće konzumiraju podjednako nezdrave i zdrave namirnice. Isto vrijedi i za naobrazbu, pa tako obrazovanije osobe češće konzumiraju sve namirnice, a ne selektivno one zdravije. Ti nalazi mogu se makar djelomično pojasniti kulturnim modelom zdravlja u romskim zajednicama. Naime, Romi povezuju zdravlje, sreću i obilje tako da se osobe veće tjelesne težine smatraju i sretnijima i zdravijima jer tjelesna težina ukazuje na zdravlje, sreću i materijalno bogatstvo. Također je zanimljivo da je dob povezana s rjeđom konzumacijom nezdravih namirnica. Taj nalaz se može objasniti time da su mlađe osobe manje sklone tradicijskim konceptima zdravlja, sreće i obilja, odnosno da spremnije prihvaćaju zdravu ishranu i manju tjelesnu masu kao poželjniji model vanjskog izgleda osobe.

S obzirom na višedimenzionalnu prikraćenost pripadnika RNM-a, posebice u sferi materijalnih dobara, moglo bi se očekivati da neke zastupane vrijednosti ne budu ostvarene zbog praktičnih, u pravilu materijalnih prepreka. Rezultati pokazuju da je pripadnicima RNM-a uistinu vrlo važno prakticirati zdrave navike, higijenu, zdravu prehranu i fizičku aktivnost. Iako takvi nalazi vrijede za sve regije, Sjeverna Hrvatska ipak ponešto odskače od ostalih regija zbog nešto manje istaknute važnosti zdravih navika.

Dostupnost zdravstvene skrbi jedno je od središnjih mjesta u NSUR-u, ujedno i pokazatelj koji odražava društvenu brigu i ozbiljnost namjere da se položaj RNM-a popravi. U njemu se istodobno ogleda stupanj marginalizacije i socijalne isključenosti. Dostupnost je moguće operacionalizirati većim brojem pokazatelja, a možda se najviše ogleda u obuhvatu romske populacije zdravstvenim osiguranjem, procijepljenosti djece i učestalosti korištenja zdravstvenih usluga u slučaju potrebe. Na dostupnost zdravstvenih usluga utječu ljubaznost zdravstvenog osoblja i stavovi o zdravstvenim djelatnicima te posebno **regija** u kojoj pripadnici RNM-a žive. Za razliku od urbanih sredina poput Zagreba, ljekarne su tek rijetko dostupne onima koji žive izvan gradova i sela, a takvih je najviše u Međimurju. Prosječna udaljenost ljekarne varira od manje od 3 km u Zagrebu i okolici do gotovo 7 km u Istri i Primorju. Zabilježeno je da u naselja u Istri i Primorju ne dolazi zdravstvena i medicinska pomoć, tako da po tom kriteriju ta regija uvelike odskače od svih ostalih obuhvaćenih uzorkom.

Pokrivenost zdravstvenim osiguranjem promatrana je putem dvaju indikatora koji su pružili uglavnom sukladne nalaze. Prvo se za svakog člana kućanstva pitalo posjeduje li važeće zdravstveno osiguranje, a potom je dio kućanstava dodatno pitan postoji li u kućanstvu osoba koja ne posjeduje nikakav oblik zdravstvenog osiguranja. Ako pretpostavimo da u kućanstvima ne postoji više od jedne osobe bez osiguranja, oba podatka konvergiraju istoj procjeni – da je osoba bez osiguranja među pripadnicima RNM-a približno 7–8%, odnosno da je pokrivenost zdravstvenim osiguranjem 92–93%. Iako daleko od potpune pokrivenosti, to je ipak velik pomak u odnosu na rezultate zabilježene 2011. godine kad je pokrivenost bila skromnih 82% odnosno čak desetak posto manja. Najmanja je pokrivenost u Sjevernoj Hrvatskoj, a najveća u Zagrebu. Čak četvrtina ispitanih sudionika izjavljuje kako u kućanstvu postoji osoba koja nema nikakvo zdravstveno osiguranje, a najviše ih je u Sjevernoj Hrvatskoj. Razlozi su nepokrivenosti zdravstvenim osiguranjem raznoliki, a prevladava neprijavlivanje na HZZO, što je, naravno, generičko obrazloženje koje objedinjuje niz različitih opravdanja. Važno je također naglasiti da zdravstveno osiguranje rjeđe imaju slabije obrazovani i siromašniji pripadnici RNM-a.

Vrlo je pohvalno što je velika većina djece cijepljena protiv zaraznih bolesti i prijavljena kod pedijatra. Jednako visoka procijepljenost zabilježena je i u istraživanju provedenom 2011. godine tako da ne možemo govoriti o pozitivnim pomacima, već o nastavku povoljne situacije. S druge strane, zabrinjavajuće je da gotovo polovica pripadnica RNM-a nije tijekom posljednjih 12 mjeseci obavila ginekološki pregled, a tzv. papa-test nije obavilo njih više od dvije trećine. Međutim, donekle je ohrabrujuće što učestalost ginekoloških pregleda raste s dobi i donekle s naobrazbom i materijalnim statusom.

Među pripadnicima RNM-a zabrinjavajuće se često kao razlog nedostupnosti medicinske usluge ili lijeka navodi nemogućnost pokrivanja troškova. S takvom se situacijom susrelo gotovo dvije trećine kućanstava, pri čemu to podjednako vrijedi za sve regije i tipove naselja. Tek nešto rjeđe tome su izloženi oni boljeg materijalnog statusa. Drugi razlozi nekontaktiranja liječnika jesu udaljenosti koju treba prijeći, čekanje da problem prođe sam od sebe te manjak vremena.

Žitelji pojedinih regija i tipova naselja razlikuju se s obzirom na učestalost korištenja pojedinih medicinskih usluga poput hitne medicinske pomoći, bolničkog prijema ili specijalističkog pregleda. Starije generacije mnogo učestalije trebaju liječničku pomoć, preglede i bolničke prijeme. Žene također češće trebaju medicinsku skrb, za pretpostaviti je da je tako zbog trudnoće i porođaja. Naprotiv, osobe višeg stupnja naobrazbe manje koriste sve oblike liječničke pomoći, vjerojatno jer tijekom života više i bolje ulažu u vlastito zdravlje prije negoli iskrnsne potreba za hitnom pomoći ili bolničkim tretmanom.

Povjerenje u liječnike uglavnom je, bez obzira na regiju i tip naselja u kojima žive, visoko među pripadnicima RNM-a. U prosjeku njihove kompetencije i profesionalizam ocjenjuju vrlo dobrim ocjenama. Nešto veće povjerenje imaju starije osobe i one nižeg stupnja obrazovanja. Približno četiri petine ispitanih pripadnika RNM-a nema negativna iskustva s liječnicima. Ono na što se najviše žale pripadnici RNM-a jest diskriminacija vezana uz produljeno čekanje na pregled, što je iskustvo koje navodi gotovo svaki drugi ispitanik. Takva su iskustva nešto učestalija u Međimurju. S druge pak strane, tek svaki deseti sudionik razgovora žali se na pogrešno liječenje. Općenito, pripadnici RNM-a imaju povjerenje u liječnike, a tek je manji broj doživio neprofesionalno ili diskriminirajuće ponašanje. Iskustvo neprofesionalizma ili barem sposobnost da ga se uoči prisutnije je među pripadnicima RNM-a koji su manje materijalno deprivirani.

S obzirom na ukratko iznesene rezultate provedenog istraživanja može se zaključiti da su dob i naobrazba primarno povezani sa zdravstvenom slikom RNM-a, dok regija, tip naselja i drugi ekonomski čimbenici imaju sekundaran značaj. Takav je nalaz, kako je prije napomenuto, uvelike uvjetovan prirodom podataka koji se odnose isključivo na romsku populaciju. Materijalna prikraćenost i nepovoljni stambeni i životni uvjeti ne mogu se pokazati kao važne odrednice zdravlja ako su ispitanici prema njima homogeni. Upravo to vrijedi za ovom prilikom ispitanike RNM-a koji su, mogli bismo reći, razmjerno ujednačeni prema svojem siromaštvu. Da smo kojim slučajem u takvu analizu uključili i pripadnike opće populacije koji žive u boljim uvjetima, zasigurno bismo imali drastično drukčije nalaze. Stoga nalaze treba interpretirati isključivo kao prediktore zdravlja **unutar** romske populacije.

4.1.1. Dob

Kod pripadnika RNM-a kronološka je dob najvažnija odrednica subjektivne procjene zdravlja i pojavnosti bolesti te snažan prediktor broja porođaja i pobačaja te zdravih i nezdravih navika. S obzirom na to da je dob bitan biološki čimbenik izravno povezan sa slabijim funkcioniranjem organa i sustava organa, većom pojavom zdravstvenih tegoba i pogoršanjem kroničnih bolesti, smanjenom mogućnosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti i lošijom kvalitetom života, očekivana je snažna povezanost između dobi i subjektivne procjene zdravlja te dobi i bolesti u RNM-a. Također je logičan nalaz da je dob značajan prediktor broja porođaja i pobačaja zbog većeg broja trudnoća koje se mogu iznijeti u duljem vremenskom razdoblju tijekom reproduktivnog života žene te da broj ginekoloških tegoba

također raste s dobi, što zbog većeg broj porođaja, što zbog pojave reproduktivnih bolesti koje zahtijevaju liječničku skrb. Dob je također važan čimbenik u prihvaćanju zdravih i nezdravih navika, s tim da konzumacija alkohola i cigareta raste od rane mladosti prema srednjoj dobi te opada u starijoj dobi, najvjerojatnije zbog ranijeg mortaliteta osoba koje su živjele nezdravo ili zbog pojave kroničnih bolesti i(li) primjene liječničkih preporuka vezanih uz kontrolu tijeka bolesti. Izrazito je važan nalaz da mlađi pripadnici RNM-a spremnije prihvaćaju zdravu ishranu.

Rezultati istraživanja nedvojbeno upućuju na to da je za ostvarenje ciljeva NSUR-a usmjerenih na povećanje dostupnosti zdravstvenih usluga s naglaskom na posebno ranjive skupine i podizanje razine svijesti o odgovornosti za vlastito zdravlje potrebno voditi brigu o tome da se odgovarajuće mjere i aktivnosti ciljano poduzimaju za pojedinu dobnu skupinu pripadnika RNM-a. Primjerice, stariji pripadnici RNM izrazito su ranjivi s obzirom na dugotrajne i kronične bolesti, kao što su mlade žene ranjive s obzirom na brigu za reproduktivno zdravlje. Pripadnici RNM-a iz mlađih i srednjih dobnih skupina češće konzumiraju sredstva ovisnosti, što prepoznaje i NSUR i AP. Taj je fenomen potrebno detaljnije istražiti kako bi se iznašao učinkovit put ne samo unaprjeđenja preventivnog djelovanja u svrhu smanjivanja raširenosti konzumiranja svih sredstava ovisnosti, već kako bi mlađe generacije RNM-a usvojile veći broj zdravih navika.

S obzirom na to da je romska populacija bitno mlađa od opće populacije, potrebno je izrazito oprezno interpretirati usporedbe subjektivne procjene zdravlja i učestalost nekih bolesti jer je vrlo vjerojatno da ujednačenost između opće i romske populacije ipak skriva slabije opće zdravstveno stanje pripadnika RNM-a.

4.1.2. Naobrazba

Ovo istraživanje potvrđuje da je naobrazba važan čimbenik koji je povezan sa zdravstvenim stanjem svakog člana kućanstva, učestalošću dugotrajnih bolesti, nezdravim navikama, dječjim bolestima uključenim u program cijepljenja, kroničnim bolestima te reproduktivnim zdravljem žena. Istraživanje potvrđuje da je naobrazba sustavan zaštitni čimbenik u zdravlju RNM-a te je istodobno usko povezana s drugim socioekonomskim čimbenicima koji utječu na zdravlje. Može se pretpostaviti da viša razina naobrazbe podrazumijeva i viši stupanj zdravstvene pismenosti te snažniju motivaciju za usvajanje zdravih navika i liječničkih preporuka vezanih uz prevenciju bolesti i zaštitu zdravlja. Treba također voditi računa o tome da je naobrazba u ovom istraživanju najčešće povezana s prikladnošću životnog prostora, koji je jedan od najvažnijih pokazatelja materijalnog statusa pojedinca i obitelji.

Primjerice, u slučaju dječjih bolesti uključenih u program cijepljenja, postoji značajna povezanost s manjom vjerojatnošću obolijevanja od neke od njih s većom **naobrazbom i prikladnošću životnog prostora**, što upućuje na mogućnost da je viša učestalost bolesti uključenih u program cijepljenja posljedica manje procijepljenosti djece iz manje obrazovanih i(li) siromašnih obitelji. Pušenje je češće među osobama niže naobrazbe i onima

slabijeg imovinskog stanja i životnog prostora, a **naobrazba** također ima ulogu zaštitnog faktora od kroničnih, posebice kardiovaskularnih bolesti te nepovoljnih ishoda tijekom trudnoće i nakon nje. Pripadnice RNM-a više razine obrazovanja češće obavljaju ginekološke preglede, rjeđe pobačaju i imaju manju učestalost mrtvorodne djece i dojenačkih smrti, najvjerojatnije zbog kvalitetnije brige i skrbi za vlastito i djetetovo zdravlje. Uočene korelacije između broja pobačaja i **prikladnosti životnog prostora** ukazuju na mogućnost da su trudnice i mlade majke slabije naobrazbe i oskudnih materijalnih uvjeta dodatno izložene nepovoljnim okolinskim uvjetima koji štetno utječu na plod ili novorođenče.

Rezultati istraživanja nedvojbeno potvrđuju važnost naobrazbe odnosno potrebe unaprjeđenja zdravstvene pismenosti među pripadnicima RNM-a, posebice onima koji su manje razine naobrazbe, kako bi se podignula razina svijesti o odgovornosti za vlastito zdravlje, sukladno ciljevima NSUR-a i AP-a. Ovdje je važno istaknuti da NSUR također prepoznaje važnost povećanja senzibilizacije zdravstvenih djelatnika s romskom populacijom te poboljšati komunikaciju romske populacije s liječnicima obiteljske medicine, što podrazumijeva dodatnu edukaciju zdravstvenih radnika i jačanje njihove kulturne zdravstvene kompetencije kako bi bili bolje upoznati sa zdravstvenim potrebama RNM-a te specifičnostima romske kulture vezanima uz njihovo razumijevanje zdravlja, prevencije i liječenja bolesti.

4.1.3. Regija i tip naselja

Rezultati istraživanja ukazuju na povezanost regije i tipa naselja s dugotrajnim i kroničnim bolestima te određenim dječjim bolestima, no temeljem prikupljenih podataka nije moguće procijeniti jesu li uočene razlike odraz sustavnih faktora ili slučajnih statističkih kolebanja. Međutim, regija u kojoj obitavaju pripadnici RNM-a i tip naselja itekako su povezani s dostupnošću zdravstvene skrbi. Ljekarne su najmanje dostupne u Međimurju i Sjevernoj Hrvatskoj te u naseljima izvan gradova i sela. Ljekarne su najdostupnije u Zagrebu te Istri i Primorju. Zadovoljava nalaz da je udaljenost od doma zdravlja poprilično ujednačena u različitim regijama, no zabrinjava podatak da u naseljima u kojima obitavaju pripadnici RNM-a u Istri i Primorju ne dolazi zdravstvena i medicinska pomoć, što nije slučaj u drugim regijama. Također je potrebno naglasiti da se pripadnici RNM-a najviše žale na diskriminaciju povezanu s produljenim čekanjem na liječnički pregled, s tim da je to najznačajnije izraženo u Međimurju. Ovi rezultati upućuju na potrebu dubljeg razumijevanja regionalnih specifičnosti u dostupnosti zdravstvene skrbi te primjene pozitivnih regionalnih mjera i aktivnosti u regijama u kojima postoje problemi u dostupnosti zdravstvenih usluga ili iskustvu diskriminacije pacijenata pripadnika RNM-a.

4.1.4. Socioekonomski čimbenici

Provedene multivarijatne analize nisu potvrdile značaj socioekonomskih pokazatelja siromaštva, marginalizacije, diskriminacije, socijalne isključenosti i drugih nepovoljnih čimbenika koji su prisutni u zajednicama u kojima živi RNM u pojavnosti analiziranih bolesti te zdravih i nezdravih navika. Najvjerojatniji razlog ovog naoko neočekivanog nalaza relativna

je homogenost romskih zajednica u pokazateljima materijalne depriviranosti, nepovoljnim uvjetima stanovanja te visokoj razini socijalne isključenosti. Ponavljamo stoga napomenu da se dobiveni nalazi vezani uz socioekonomske čimbenike odnose i mogu uopćiti samo unutar romske populacije, odnosno kad se pripadnici RNM-a uspoređuju jedni s drugima, nikako pri usporedbi s općom populacijom.

4.1.5. Ključni nalazi

- Pripadnici RNM-a većinom procjenjuju svoje opće zdravstveno stanje dobrim. Iako prosječnom ocjenom ne zaostaju za općom populacijom, takav je nalaz vrlo vjerojatno privid uzrokovan naglašeno mlađom dobi romske populacije.
- Na samoprocjenu općeg zdravstvenog stanja pripadnika RNM-a najviše utječe upravo dob.
- Učestalost bolesti koje traju dulje od šest mjeseci među pripadnicima RNM-a naglašeno raste već od mladosti, a u kategoriji od 45 godina do 54 godine od njih pati svaka druga osoba. U odnosu na opću populaciju kronične bolesti pojavljuju se ranije, a porast učestalosti je strmiji.
- Učestalost kroničnih bolesti u romskoj populaciji povećala se u odnosu na 2011. godinu, čime se produbio jaz u odnosu na opću populaciju.
- Unatoč važnosti koju deklarativno pridaju zdravim navikama, pripadnici RNM-a češće pribjegavaju nezdravim navikama poput pušenja ili nezdrave prehrane.
- Pripadnici RNM-a često konzumiraju nezdrave namirnice, vjerojatno se vodeći kulturnim modelom zdravlja romske zajednice prema kojem se poistovjećuju zdravlje, sreća i obilje.
- Zastupljenost pušača među pripadnicima RNM-a dvostruko je veća nego u općoj populaciji.
- Tijekom zrele dobi postotak pušača u romskoj populaciji ne spušta se ispod 60% među muškarcima ni ispod 55% među ženama.
- Obuhvat romske populacije zdravstvenim osiguranjem znatno je porastao, s 82% zabilježenih 2011. godine na 92–93% procijenjenih u postojećoj studiji.
- Procijepljenost djece, kao i postotak djece prijavljene pedijatru, zadržao se na vrlo visokoj razini u odnosu na prethodna istraživanja.
- Fizička dostupnost zdravstvene i medicinske pomoći uvelike varira ovisno o regiji i tipu naselja te predstavlja prepreku u mjestima bez javnog prijevoza.

4.2. Socijalna skrb pripadnika RNM-a

U području socijalne skrbi NSUR razmatra problematiku RNM-a na širokoj platformi koja prepoznaje ne samo siromaštvo kao najistaknutiji problem već i niz drugih povezanih problema koji uključuju obiteljske odnose, kvalitetu življenja i negativne pojave usmjerene prema ženama i djeci. Stoga se u NSUR-u kao opći cilj navodi smanjenje siromaštva romske populacije i unaprjeđenje kvalitete socijalnih usluga te se također definiraju tri posebna cilja. Prvi posebni cilj usredotočen je na podizanje kvalitete, dostupnosti i pravovremenosti socijalnih usluga. Za njegovo postizanje predviđa se osnaživanje kapaciteta postojećih servisa za pružanje socijalnih usluga romskoj populaciji. Drugi posebni cilj odnosi se na podizanje razine kvalitete života romskih obitelji u kojem se posebna pažnja pridaje dobrobiti djece i mladih. Stoga se radi postizanja ovog cilja naglašava potreba edukacije RNM-a radi unaprjeđenja roditeljskih vještina i kvalitete života unutar obitelji, napose djece. Treći posebni cilj fokusiran je na prepoznavanje i prevenciju rizika od negativnih pojava poput trgovanja ljudima, seksualnog iskorištavanja i nasilja, poglavito usmjerenog prema ženama i djeci.

Ova studija proširuje nalaze baznog istraživanja u području socijalne skrbi, s tim da se posebna pozornost posvetila analiziranju značaja potencijalno relevantnih varijabli poput regije, tipa naselja i drugih sociodemografskih čimbenika s obzirom na različite pokazatelje materijalnog statusa, korištenje i dostupnost usluga socijalne skrbi, mjere socijalne skrbi usmjerene zaštiti djece te zadovoljstvo i stavove o kvaliteti usluga socijalne skrbi.

Regija se pokazala značajnom varijablom u analizama korištenih pokazatelja **materijalnog statusa**. Pripadnici RNM-a iz Zagreba imaju najveće prihode, bolju opremljenost kućanstva i prikladniji životni prostor, ali imaju i veće rashode i češće su zaduženi. Najmanje mjesečne prihode po članu kućanstva i najmanje prikladan životni prostor imaju Romi u Slavoniji, najslabiju opremljenost kućanstva imaju Romi u Sjevernoj Hrvatskoj. Analize tipa naselja nisu dala konzistentne nalaze tako da se ne može tvrditi da su žitelji nekog određenog tipa naselja više deprivirani od ostalih. Materijalni status pozitivno je povezan s razinom naobrazbe, no uočene korelacije razmjerno su niske, što je, slično kao i kad je riječ o povezanosti sa zdravljem, posljedica sužena varijabiliteta obiju varijabli.

Gotovo svi pripadnici RNM-a žive u relativnom siromaštvu, a nezanemariv broj njih svojim приходima ne uspijeva podmiriti ni osnovne potrebe, što ih svrstava u kategoriju apsolutnog siromaštva. Bez obzira na stanovite razlike po regijama i prema tipu naselja u **visini prihoda**, potrebno je naglasiti da je RNM u Hrvatskoj razmjerno homogena u svojem siromaštvu. Nešto veće razlike prisutne su u **zaduženosti, opremljenosti i prikladnosti životnog prostora**. Potrebno je naglasiti da rezultati ovog istraživanja potvrđuju da **naobrazba** utječe na popravljavanje svih vidova materijalnih uvjeta života, tj. da naobrazba pomaže pripadnicima RNM-a da budu manje siromašni.

S obzirom na raširenost siromaštva i socijalne isključenosti među pripadnicima RNM-a jedna od glavnih zadaća i prioriteta NSUR-a za ublažavanje postojećih problema jest povećavanje dostupnosti i pravodobnosti usluga socijalne skrbi. NSUR nalaže podizanje kvalitete, dostupnosti i pravovremenosti socijalnih usluga i predviđa osnaživanje kapaciteta postojećih servisa za pružanje socijalnih usluga romskoj populaciji.

Tri najčešće korištena oblika socijalne pomoći RNM-u zajamčena je **minimalna naknada, pravo na troškove ogrjeva i naknada za troškove stanovanja**. Ovo istraživanje potvrđuje da je **regija** značajna odrednica korištenja pojedinih mjera socijalne pomoći. Zajamčena minimalna naknada najčešće se koristi u Slavoniji, a najmanje u Zagrebu. Naknada za stanovanje najčešće se koristi u Slavoniji, a naknada troškova ogrjeva najčešće se koristi u sjevernoj Hrvatskoj. Prema prosječnom broju korištenih oblika socijalne pomoći izdvaja se Slavonija, dok se takvom pomoći najmanje služe pripadnici RNM-a iz Zagreba te Istre i Primorja. Uočene su i određene razlike u korištenju tipa socijalne pomoći s obzirom na **tip naselja**. Različite oblike socijalne pomoći najviše koriste pripadnici RNM-a koji žive na rubu grada ili sela, a najmanje oni raspršeni po gradovima i selima.

Sukladno očekivanju, **sociodemografska obilježja** povezana su s vjerojatnošću korištenja svih oblika socijalne pomoći, no utvrđene su korelacije niske. Materijalna oskudica i skromna naobrazba najbolji su prediktori korištenja socijalne pomoći, ali količina tako objašnjene varijance iznimno je mala jer je romska populacija razmjerno homogena prema oba pokazatelja.

Izuzev dječjeg doplatka različiti oblici **socijalnih usluga** koriste se iznimno rijetko. Zbog iznimno malih poduzoraka nisu uočene značajne korelacije pojedinih oblika socijalnih usluga s regijom ni s tipom naselja, kao ni sa sociodemografskim obilježjima. Iz istih razloga ni regresijska analiza nije ukazala na obilježje koje u bitnoj mjeri predviđa broj socijalnih usluga koje će neki pripadnik RNM-a ili njegova obitelj koristiti.

S obzirom na malen broj korisnika pojedinih naknada **združeni pokazatelj različitih vrsta socijalne pomoći** najbolji je pokazatelj razlika među **regijama i tipovima naselja**. Sjeverna Hrvatska i Međimurje prednjače prema postotku korisnika i veličini prosječnog iznosa. Najmanje je korisnika na području Istre. U naseljima unutar grada ili sela najmanje je korisnika socijalne pomoći. U svim drugim tipovima naselja takvih je osoba bitno više.

Korištenje socijalne pomoći i visina iznosa ovisi o materijalnom statusu, naobrazbi i dobi. Donekle paradoksalno – neki oblici socijalne pomoći pozitivno su povezani s materijalnom opremljenošću i kvalitetom životnog prostora.

NSUR posvećuje posebnu pozornost zaštiti dobrobiti djece. Neke od mjera koje se nastoje potaknuti jesu unaprjeđenje roditeljskih vještina, ali i prepoznavanje i prevencija rizika od negativnih pojava poput obiteljskog nasilja, seksualnog iskorištavanja, zanemarivanja ili trgovanja ljudima. U krajnjim slučajevima djeca se izdvajaju iz disfunkcionalnih obitelji. Izdvajanje djece iz obitelji problem je kojeg je većina anketiranih osoba svjesna i doživjela je takvu situaciju makar posredno. U Zagrebu se spominje najmanje takvih slučajeva, u

Sjevernoj Hrvatskoj najviše te u naseljima odvojenima od grada ili sela, možda zato što u takvim naseljima vladaju bliski odnosi sa susjedima, zbog čega dolazi do lakšeg širenja informacija.

Gotovo dvije trećine svih ispitanika bilo je u kontaktu s djelatnicima centra za socijalnu skrb, no tek svaki drugi smatra da je socijalna skrb dostupna, makar djelomično. Socijalnu skrb pravodobnom smatra približno četiri petine korisnika. Dostupnost dobiva najbolje ocjene u Sjevernoj, a najslabije u Središnjoj Hrvatskoj. Dostupnost i pravovremenost ocijenjene su najboljima među osobama slabijeg materijalnog statusa koje su ujedno i češći korisnici, no utvrđene korelacije odreda su niske pa se taj nalaz mora uzeti s dozom opreza.

Različite diskriminatorne prakse, neprimjerena komunikacija, ali i opterećenost administrativnim poslovima socijalnih radnika čine usluge socijalne skrbi manje dostupnima, a korisnike manje zadovoljnima. Pripadnici RNM-a uglavnom nisu zadovoljni uslugama socijalne pomoći, kao ni odnosom djelatnika prema njima. Iako među regijama ne postoje bitne razlike, nešto kritičniji su u Slavoniji, a nešto veću blagonaklonost prema socijalnim radnicima pokazuju u Sjevernoj Hrvatskoj. Niže zadovoljstvo primjetno je u naseljima na rubu grada i sela. Zadovoljstvo socijalnim radnicima nije povezano sa sociodemografskim obilježjima, dok su iznosom socijalne pomoći nešto zadovoljnije osobe koje žive u boljim uvjetima.

4.2.1. Ključni nalazi

- RNM je homogena u svojem siromaštvu.
- Naobrazba utječe na popravljane svih vidova materijalnih uvjeta života RNM-a.
- Združeni pokazatelj različitih vrsta socijalne pomoći variraju među regijama i tipovima naselja. Romi iz Sjeverne Hrvatske i Međimurja prednjače prema postotku korisnika i veličini prosječnog iznosa, a najmanje korisnika različitih vrsta socijalne pomoći živi u Istri te u naseljima unutar grada ili sela.
- Izdvajanje djece iz obitelji najmanje je, sukladno percepciji anketiranih osoba, prisutno u Zagrebu, a prednjači u Sjevernoj Hrvatskoj te u naseljima odvojenima od grada ili sela.
- Gotovo dvije trećine svih ispitanika bilo je u kontaktu s djelatnicima centra za socijalnu skrb, no tek svaki drugi smatra da je socijalna skrb dostupna, makar djelomično. Socijalnu skrb pravodobnom smatra približno četiri petine korisnika. Dostupnost dobiva najbolje ocjene u Sjevernoj, a najslabije u Središnjoj Hrvatskoj.
- Pripadnici RNM-a uglavnom nisu zadovoljni uslugama socijalne pomoći, kao ni odnosom djelatnika prema njima. Niže zadovoljstvo primjetno je u naseljima na rubu grada i sela. Zadovoljstvo socijalnim radnicima nije povezano sa sociodemografskim obilježjima, dok su iznosom socijalne pomoći nešto zadovoljnije osobe koje žive u boljim uvjetima.

4.3. Ograničenja studije

Prikupljene rezultate, provedene analize i iznesene zaključke treba sagledavati u svjetlu stanovitih ograničenja studije. Podaci o zdravlju, zdravstvenoj zaštiti i socijalnoj skrbi, ali i većina drugih podataka iz istraživanja, prikupljena je metodom samoiskaza anketirane osobe koja je, osim u svoje ime, odgovarala također i u ime svojih ukućana. Zbog toga ne možemo govoriti o objektivnim podacima, već prije o subjektivnoj procjeni koja je u nekoj mjeri iskrivljena u odnosu na stvarno stanje. Takva metodologija podrazumijeva izvršnu upoznatost osobe koja odgovara na pitanja, što je često nerealistično očekivanje te je moguće da je raširenost nekih bolesti podcijenjena zbog slabije upoznatosti, naobrazbe ili neredovitih medicinskih pregleda. Metoda samoiskaza osjetljiva je i na društvenu poželjnost, odnosno tendenciju anketiranih osoba da zaniječu ili umanje sudjelovanje u ponašanjima koja će ih prikazati u nepovoljnom svjetlu. Zbog toga su anketom vjerojatno podcijenjena nepoželjna ponašanja poput konzumacije alkohola, ili opojnih droga, ili pribjegavanja nasilju.

Drugo je ograničenje studije interpretacijsko i odnosi se na manjak komparativnih podataka prikupljenih istom metodologijom. Iako u analizi koristimo različite izvore podataka koje su prikupili DZS, HZJZ, UNDP i druge organizacije kao okvir za usporedbu, takve su komparacije uglavnom orijentacijske. Preduvjet je sasvim egzaktnih zaključaka standardizacija pribavljanja podataka za romsku i opću populaciju koji bi bili međusobno usporedivi i prikupljali se kontinuirano u vremenu.

4.4. Sažet prikaz preporuka za unaprjeđenje zdravlja i socijalne skrbi RNM-a u RH

4.4.1. Unaprjeđenje mjerenja, praćenje i prikupljanje podataka uz potpunije uključivanje znanstvenih spoznaja

- **Unaprijediti i proširiti model mjerenja i praćenja.** Postojeća je studija pokazala da prikupljanje podataka radi praćenja ostvarenja ciljeva NSUR-a treba obavljati redovito, prema standardiziranom protokolu i to tako da se osigura usporedba prema ključnim varijablama s općom populacijom. Bez tako organiziranog praćenja mogućnost usporedbe je reducirana, a prepoznavanje važnih mehanizama putem kojih varijable materijalne prikračenosti utječu na zdravlje posve je ili u velikoj mjeri onemogućeno.
- **Osigurati provedbu istraživanja o zdravstvenom stanju romske populacije** na temelju relevantnih podataka iz sustava zdravstva, primjerice od strane HZJZ-a.
- **Prikupljati podatke o zdravlju RNM-a također i longitudinalno.** Radi praćenja zdravstvenih promjena kroz vrijeme preporučujemo pokušaj organizacije manjeg panel uzor-

ka u kojem bi se u nekom duljem razdoblju kontinuirano pratilo zdravlje istih pripadnika RNM-a.

- **Evaluirati mjere za unaprjeđenje zdravlja i socijalne skrbi** putem pilot-projekata i kvaziekperimentalnih nacrtu prije uvođenja intervencija na cjelokupnoj populaciji.
- **Prikupljati subjektivne i objektivne podatke o zdravlju RNM-a, organizirati sistematske preglede na terenu uz analizu bioloških uzoraka.** Ta je mjera zamišljena kao istodobno unaprjeđenje mjernog modela zdravlja i pomoć u prevenciji, ranom otkrivanju i liječenju bolesti uz povećanje dostupnosti medicinskih usluga.
- **Istražiti kulturne modele zdravlja i bolesti** u različitim podskupinama RNM-a u RH [s obzirom na dob, spol, stupanj naobrazbe i materijalni status]. Studija je, naime, pokazala da je kulturni model zdravlja RNM-a često zanemarena odrednica zdravstvene zaštite i karika koja nedostaje u boljem razumijevanju zdravlja te populacije.
- **Upoznati zdravstvene radnike s aktualnim kulturnim modelima zdravlja i bolesti** u RNM-a kako bi njihove kulturne kompetencije u zdravlju bile usklađene s kulturnim znanjem pripadnika romske zajednice, i to bez stereotipiziranja te diskriminatornih stavova i ponašanja.

4.4.2. Ciljane mjere i aktivnosti za pojedinu dobnu skupinu pripadnika RNM-a

- **Unaprijediti zbrinjavanje kroničnih bolesti kod starijih pripadnika RNM-a** (npr. potpora za redovito uzimanje terapije, pridržavanje liječničkih uputa i zdravstvenih protokola nakon prestanka akutne faze bolesti).
- **Intenzivirati skrb za reproduktivno zdravlje mladih žena pripadnica RNM-a** (npr. kroz podršku starijih žena, podršku obrazovanih žena ili žena koje imaju visoku razinu zdravstvene pismenosti te se uspješno skrbu o svojem zdravlju i zdravlju svoje djece).
- **Poticati mlađe pripadnike RNM-a** na prihvaćanje zdravih i odbacivanje nezdravih navika te smanjivanje zlorabe sredstava ovisnosti.

4.4.3. Zdravstvena pismenost pripadnika RNM-a

- **Koristiti utjecaj obrazovanih pripadnika RNM-a** za unaprjeđenje zdravlja u zajednici.
- **Jačati zdravstvenu pismenost**, posebice kod manje obrazovanih pripadnika RNM-a.
- **Koristiti utjecaj uglednih ljudi** u romskim zajednicama kako bi se osigurao uspjeh edukativnih kampanja i edukativnih radionica za podizanje zdravstvene pismenosti RNM-a.
- **Obilaziti romske zajednice i graditi povjerenje radi podizanje zdravstvene pismenosti**, koristiti primarno izravne susrete i neposrednu komunikaciju (pisane materija-

le koristiti kao sekundarni, dodatni način edukacije].

- **Unaprijediti zdravlje kroz održive i dugoročne programe koji dolaze iz zajednice**, odgovaraju na potrebe zajednice te koje provode pripadnici zajednice na način koji zajednica vidi korisnim.

4.4.4. Jednakost u pristupu uslugama zdravstvene i socijalne skrbi

- **Istražiti i analizirati uočene razlike u regionalnoj dostupnosti usluga zdravstvene i socijalne skrbi**, primjerice izostanak dolazaka zdravstvene i medicinske pomoći u Istru i Primorju, slučajeve produljenog čekanja na liječnički pregled općenito i posebno u Međimurju, kao i razlike u dostupnosti socijalne skrbi u sjevernoj i središnjoj Hrvatskoj.
- **Primijeniti i proširiti pozitivna lokalna i regionalna znanja** i iskustva na one regije u kojima postoje problemi u dostupnosti zdravstvenih i socijalnih usluga ili iskustvu diskriminacije u zdravstvenoj i socijalnoj skrbi.

4.4.5. Uklanjanje institucijske diskriminacije, rasizma i nejednakosti

- **Poduzeti sve potrebne korake radi smanjenja ili uklanjanja svakog oblika institucijske diskriminacije** u skladu s nalazima studije i preporukama usmjerenima na postizanje boljih rezultata nacionalnih strategija za uključivanje Roma nakon 2020. godine u različitim europskim državama. Posebno u tom smislu naglašavamo važnost preporuka koje navodi Europska alijansa za javno zdravstvo [engl. *European Public Health Alliance*, EPHA]:⁸⁹
 - ▷ **poduzimati mjere za sprječavanje svih oblika anticiganizma [engl. *antigypsyism*], institucijskog rasizma i diskriminacije**, s naglaskom na sprječavanje kaznenih djela iz mržnje i govora mržnje, u virtualnom i stvarnom okruženju
 - ▷ **temeljiti aktivnosti i mjere na principima raznolikosti i intersektorskog pristupa** radi zaštite svih ranjivih podgrupa pripadnika RNM-a, posebice onih izloženih dvostrukoj diskriminaciji
 - ▷ **integrirati perspektive zdravstvenih nejednakosti u sve politike**
 - ▷ **zaštititi prava i zdravlje mobilnih radnika pripadnika RNM-a.**

89 EPHA [2020] Leaping forward. *Adapting the post-2020 EU Roma Framework to the real needs of beneficiaries.* <https://epha.org/wp-content/uploads/2019/11/leaping-forward-nris-2020.pdf> [Pristupljeno 23. lipnja 2020.]

5. Literatura



5. Literatura

- Ajduković, M. i Franz, B. S. [2005] Behavioural and emotional problems of children by type of out-of-home care in Croatia. *International Journal of Social Welfare* 14 [3], 163–175. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2005.00356.x>
- Bagić, D., Burić, I., Dobrotić, I., Potočnik, D. i Zrinščak, S. [2014] Romska svakodnevica u Hrvatskoj: prepreke i mogućnosti za promjenu. Everyday life of Roma in Croatia: challenges and potentials for transformation, 2014. [izvješće]. Zagreb: UNDP, UNHCR i UNICEF.
- Bridgeland, J. M., Dilulio, J. J. i Burke Morison, K. [2006] *The silent epidemic: Perspectives of high school dropouts*. Washington DC: Civic Enterprises.
- D'Andrade, R. G. [1987] Modal Responses and Cultural Expertise. *American Behavioral Scientist* 31: 194–202.
- Državni zavod za statistiku RH [2018] Statistički ljetopis Republike Hrvatske 2018. Zagreb: DZS.
- Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H. i García-Moreno, C. [2008] Intimate partner violence and womens physical and mental health in the WHO multi-country study on womens health and domestic violence [An observational study]. *Lancet* 371, 1165–1172.
- EPHA [2019] Closing the life expectancy gap of Roma in Europe. <https://epha.org/wp-content/uploads/2019/02/closing-the-life-expectancy-gap-of-roma-in-europe-study.pdf>
- EPHA [2020] Leaping forward. Adapting the post-2020 EU Roma Framework to the real needs of beneficiaries. <https://epha.org/wp-content/uploads/2019/11/leaping-forward-nris-2020.pdf>
- European Commission [2014] Roma health report: Health status of the Roma population. Data collection in the Member States of the European Union.
- Fraser, A. [1992] *The Gypsies*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Goodenough, W. H. [1996] Culture. U: D. Levinson i M. Ember [ur.] *Encyclopedia of Cultural Anthropology*, 291–299. New York: Henry Holt.
- Handbook for action in the area of health services with the Roma community* [2006] Madrid: Ministry of Health and Consumer Affairs, Fundación Secretariado Gitano.
- Harlow, C. W. [2003] *Education and correctional populations. Bureau of justice statistical special report*. Washington DC: US Department of Justice.
- Herrenkohl, T. I., Hong, S., Klika, J. B., Herrenkohl, R. C. i Russo, M. J. [2013] Developmental Impacts of Child Abuse and Neglect Related to Adult Mental Health,

- Substance Use, and Physical Health. *Journal of Family Violence* 28 [2], 191–199. <https://doi.org/10.1007/s10896-012-9474-9>
- Honer, D. i Hoppie, P. [2004] The enigma of the Gypsy patient. *RN* 67 [8]: 33–37.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo [2016] *Europska zdravstvena anketa u Hrvatskoj 2014. – 2015. European Health Interview Survey [EHIS]*.
- Keesing, R. M. [1974] *Theories in Culture*. *Annual Review of Anthropology* 3: 73–97.
- Kocze, A. i dr. [2014] *Toolkit on programming the structural funds for Roma inclusion in 2014–20*.
- Kunac, S., Klasnić, K. i Lalić, S. [2018] *Uključivanje Roma u hrvatsko društvo: istraživanje baznih podataka*. Zagreb: Centar za mirovne studije.
- Lehti A. i Mattson, B. [2006] Handbook for action in the area of health services with the Roma community. *Family practice* 18 [4]: 445–448.
- Marmot, M. [2017] Social justice, epidemiology and health inequalities. *European Journal of Epidemiology* 32 [7], 537–546. <https://doi.org/10.1007/s10654-017-0286-3>
- Martinović Klarić, I. [2009] *Kromosom Y i potraga za novom domovinom*. Zagreb: Sveučilišna knjižara.
- McDowell, I. [2006] *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- Mihailov, D. [2012] *The health situation of Roma communities: Analysis of the data from the UNDP/World Bank/EC Regional Roma Survey 2011*. Roma Inclusion Working Papers. Bratislava: United Nations Development Programme.
- Milas, G., Ferić, I. i Šakić, V. [2010] Osuđeni na socijalnu isključenost? Životni uvjeti i kvaliteta življenja mladih bez završene srednje škole. *Društvena istraživanja* 19, 669–689.
- Monden, C. [2014] Subjective Health and Subjective Well-Being. U: Michalos A. C. [ur.] *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Dordrecht: Springer.
- Nutbeam, D. [2000] Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15 [3], 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Racz, A. i Kajtazi, V. [2019] Stavovi pripadnika romske populacije na području Bjelovarsko-bilogorske županije o obiteljskom nasilju. Attitudes of the Roma Population in the Bjelovar-Bilogora County on Domestic Violence. *Journal of Applied Health Sciences* 5[1], 61–70. <https://doi.org/10.24141/1/5/1/5>
- Sutherland, A. [2002] Cross cultural medicine: A decade later. The Roma [Gypsies] and healthcare in the U. S. *The Patrin Web Journal*, 1–10.
- Swidler, A. [1986] Culture in Action: Symbols and Strategies. *American Sociological Review* 51 [2]: 273–286.

- Thoits, P. A. [2010] Stress and Health: Major Findings and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior* 51[1_suppl], S41–S53. <https://doi.org/10.1177/0022146510383499>
- UNDP [2012] The health situations of Roma communities. Analysis of the data from the UNDP/World Bank/EC Regional Roma Survey.
- Vivian, C. i Dundes L. [2004] The crossroads of culture and health among the Roma [Gypsies]. *J Nurs Scholarsh* 36 [1]: 86–91.
- WHO Regional Office for Europe [2008] *The Tallinn Charter “Health Systems for Health and Wealth”*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf
- Willey, A. S. i Allan, J. S. [2009] *Medical Anthropology. A Biocultural Approach*. Oxford: Oxford University Press.

5.1. Zakoni i strateški dokumenti

- European Commission [2011] *An EU Framework for National Roma Integration Strategies up to 2020*.
- Vlada RH [2012] *Nacionalna strategija za uključivanje Roma za razdoblje od 2013. do 2020. godine*. Zagreb.
- Vlada RH, Ministarstvo zdravlja RH [2012] *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020*.
- Vlada RH, Ured za ljudska prava i prava nacionalnih manjina [2013] *Akcijski plan za provedbu Nacionalne strategije za uključivanje Roma za razdoblje 2013. – 2015. godine*.
- Vlada RH, Ured za ljudska prava i prava nacionalnih manjina [2019] *Akcijski plan za provedbu Nacionalne strategije za uključivanje Roma za razdoblje od 2013. do 2020. godine, za 2019. i 2020. godinu*.
- World Health Organization [2006] *Constitution of the World Health Organization – Basic Documents*. Forty-fifth edition, Supplement, October 2006.

6. Dodatak



6. Dodatak

TABLICA 81. Sažeti prikaz i opis kompozitnih pokazatelja, skala i indeksa korištenih u studiji

Naziv skale ili indeksa	Uključene čestice	Raspon [način združivanja i izračunavanja]	Pouzdanost [Cronbachov α]
Osnovna opremljenost [9 čestica]	A5_1_Električna struja	0-9 [zbroj], korištena i kategorizirana inačica za križanje: 0 do 2=1 3 do 5=2 6 do 8=3 9=4	0,80 [Vrlo dobro]
	A5_2_Voda dobivena putem vodovoda		
	A5_4_Kanalizacija		
	A5_6_Kuhinja u kući/stanu		
	A5_8_Kupaonica s tušem ili kadom u kući/stanu		
	A5_10_WC u kući/stanu		
	A5_12_Hladnjak		
	A5_14_Perilica za rublje		
A5_22_Automobil ili kombi			
Prikladnost životnog prostora [4 čestice]	A7_1_Vlažni zidovi, podovi ili temelji	1-5 [5-zbroj]	0,71 [dobro]
	A7_2_Krov prokišnjava		
	A7_3_Trula prozorska okna		
	A7_4_Prostor nema dovoljno svjetla, premračan je		
Nasilje nad ženama [11 čestica]	F19.1_Vikao na vas, vrijeđao vas ili vam se rugao.	1-5 (prosjeck), korištena i kategorizacija: 1: odsutno >1: prisutno	0,95 [izvršno]
	F19.2_Optuživao vas da ste mu nevjerni.		
	F19.3_Prijetio da će vas fizički ozlijediti.		
	F19.4_Bacao na vas stvari.		
	F19.5_Namjerno vas grubo gurao, vukao za kosu, uši i slično.		
	F19.6_Dovodio vas u situaciju da nemate novca za osnovne životne potrebe (hrana, režije, odjeća i sl.).		
	F19.7_Dovodio vas u situaciju da morate skrivati da ste nešto kupili.		
	F19.8_Dovodio vas u situaciju da ga morate moliti za novac.		
	F19.9_Ponašao se kao da je sav novac samo njegov, a ne zajednički.		
	F19.10_Ošamario vas, udario rukom ili nogom, pretukao vas.		
	F19.11_Imao s vama seksualni odnos protiv vaše volje.		

Neprijemno kažnjavanje djece [4 čestice]	R7_1_Pošaljem ga u kut ili u drugu sobu.	0-4 [zbroj]	0,43 [loše]
	R7_4_Vičem na njega.		
	R7_5_Udarim ga.		
	R7_6_Istučem ga.		
Fizičko kažnjavanje djece [2 čestice]	R7_5_Udarim ga.	0-2 [zbroj]	0,35 [loše]
	R7_6_Istučem ga.		
Prisutnost problema izdvajanja djece [5 čestica]	2_Da, nekome u mojoj obitelji	0-5 [zbroj]	0,59 [granično]
	3_Da, nekome u susjedstvu, naselju		
	1_Udomljena u nekoj romskoj obitelji		
	2_Udomljena u neromskoj obitelji		
	4_Smještena u dom za djecu		
Zdravstveno osiguranje obitelji [2 čestice]	B11 Ima li važeće zdravstveno osiguranje [važeću zdravstvenu iskaznicu]? F2 Postoji li u vašem kućanstvu netko tko ne posjeduje nikakav oblik zdravstvenog osiguranja?	0-2 [B11-1+2-F2]	0,68 [prihvatljivo]
Bolesti u programu cijepjenja [9 čestica]	2_Ospice	0-9 [zbroj]	0,20 [loše]
	3_Hripavac		
	4_Rubeola		
	6_Zaušnjaci		
	7_Sušica [tuberkuloza, TBC]		
	10_Difterija		
	11_Tetanus		
	13_Hepatitis		
	15_Poliomijelitis		
Bolesti krvožilnog sustava	1 Problemi sa srcem ili krvnim žilama 2 Visok krvni tlak [hipertenzija] 5 Moždani udar ili posljedice moždanog udara	0-3 [zbroj]	0,53 [granično]
Mentalni poremećaji	17 Psihički/duševni poremećaj 18 Poremećaj u ponašanju	0-2 [zbroj]	0,47 [loše]
Bolesti dišnog sustava	3 Astma 4 Problemi s plućima	0-2 [zbroj]	0,54 [granično]
Bolesti urinarnog sustava	14 Problemi s kontrolom mokraćnog mjehura 15 Problemi s bubrežima	0-2 [zbroj]	0,55 [granično]
Bolesti mišićno- koštanog sustava	6 Artroza [uključujući i artritis] 7 Poteškoće s kralježnicom ili kronične tegobe s leđima ili vratom	0-2 [zbroj]	0,22 [loše]

Učestalost korištenja medicinske pomoći [4 standardizirane čestice]	F3 U posljednje četiri godine jeste li vi osobno ikad koristili hitnu medicinsku pomoć? F4 U posljednje četiri godine koliko ste puta bili kod liječnika opće i obiteljske medicine (tzv. liječnika opće prakse)? F5 U posljednje četiri godine jeste li vi osobno ikad bili na bolničkom liječenju, tj. proveli barem jednu noć u bolnici? F6 U posljednje četiri godine koliko ste puta obavili neki specijalistički pregled (npr. pregled očiju, abdomena, pluća, bilo kakav ultrazvuk, rendgen i sl.) a da niste proveli noć u bolnici?	Zbroj standardiziranih z-vrijednosti	0,64 (prihvatljivo)
Redovitost ginekoloških pregleda	F10 Redovitost ginekoloških pregleda F10.1 Kad ste posljednji put radili tzv. papa-test (test za utvrđivanje rizika od karcinoma vrata maternice)?	0–10 (10= zbroj)	0,78 (dobro)
Reproduktivno zdravlje žena	F14_2 Imala spontani pobačaj F15_1 Imala mrtvorodeno dijete F16.1 Komplikacije povezane s trudnoćom i porođajem F16.2 Bolesti reproduktivnih organa (maternice, jajnika, jajovoda)	2–6 (zbroj)	0,53 (granično)
Zdrave navike	F40.9 Važnost higijene F40.11 Važnost raznovrsne prehrane F40.12 Važnost fizičke aktivnosti	3–15 (zbroj)	0,65 (prihvatljivo)
Zdrava prehrana [2 čestice]	6_Riba i morski plodovi 9_Voće i povrće	1–5 (prosjeak)	0,47 (loše)
Nezdrava prehrana [6 čestica]	1_Masna i jako začinjena hrana 2_Čokolada i slatkiši 3_Brza hrana (pizza, pomfrit, hamburgeri, hot-dog i sl.) 4_Gazirani sokovi 5_Grickalice (čips i sl.) 8_Mesne prerađevine (salame, paštete i sl.)	1–5 (prosjeak)	0,80 (vrlo dobro)
Korištena socijalna pomoć [10 čestica]	1_Zajamčena minimalna naknada 2_Naknada za troškove stanovanja 3_Pravo na troškove ogrjeva 4_Naknada za osobne potrebe korisnika smještaja 5_Jednokratne naknade 6_Naknade u vezi s obrazovanjem 7_Osobna invalidnina 8_Doplatak za pomoć i njegu 9_Status roditelja njegovatelja ili status njegovatelja 10_Naknada do zaposlenja	0–10 (zbroj)	0,57 (granično)

Korištene socijalne usluge [15 čestica]	1_Prva socijalna usluga 2_Savjetovanje i pomaganje 3_Pomoć u kući 4_Psiho-socijalna podrška 5_Rana intervencija 6_Pomoć pri uključivanju u programe odgoja i redovitog obrazovanja 7_Boravak 8_Smještaj 9_Organizirano stanovanje 10_Pomoć za uzdržavanje 11_Naknada za udomiteljstvo 12_Naknada za djecu ["dječji doplatak"] 13_Smještaj žena žrtava nasilja u sigurnim kućama 14_Psiho-socijalni tretman zbog nasilja u obitelji 15_Podrška pri stjecanju znanja i vještina za odgoj i roditeljstvo	0–15 [zbroy]	0,37 [loše]
Dostupnost socijalne skrbi [2 čestice]	A18_Smatrate li da vam je socijalna skrb dostupna, tj. da vi i vaša obitelj možete ostvariti sve socijalne usluge i oblike socijalne pomoći na koje imate pravo? A19_Smatrate li da je socijalna skrb pravovremena, tj. da vi i vaša obitelj na vrijeme dobivate sve socijalne usluge i oblike socijalne pomoći na koje imate pravo?	2–6 [zbroy]	0,44 [loše]
Zadovoljstvo socijalnim radnicima [7 čestica]	1r_Socijalni radnici uglavnom dobro rade svoj posao (obrnuto). 2_Socijalni radnici se previše bave papirologijom, a premalo ljudima. 3_Socijalni radnici trebali bi pratiti na terenu na što ljudi troše novac od socijalne pomoći. 4_Socijalni radnici trebali bi pomagati nezaposlenim Romima da nađu posao. 5_Socijalni radnici trebali bi češće obilaziti teren i vidjeti kako pojedine romske obitelji zaista žive. 6_Socijalni radnici zbog loših zakona oduzimaju socijalna prava i socijalnu pomoć ljudima kojima je potrebna. 7_Socijalni radnici ne pružaju Romima usluge u skladu sa stvarnim potrebama Roma.	1–5 [6-prosjek]	0,68 [prihvatljivo]

Povjerenje u liječnike [4 čestice]	1_Liječnici uglavnom dobro rade svoj posao.	1–5 (prosjek)	0,67 (prihvatljivo)
	2_Ako mi treba liječnička pomoć, znam da ću ju dobiti.		
	3_Imam povjerenja u zdravstvene radnike.		
	4r_Imam neka negativna iskustva s liječnicima. [obrnuto]		
Neprofesionalnost liječnika [6 čestica]	1_Morao/morala sam duže čekati na termin pregleda nego ostali pacijenti tog liječnika.	1–3 (prosjek)	0,77 (dobro)
	2_Liječnik me nije htio primiti.		
	3_Liječnik je prema meni bio bezobrazan.		
	4_Liječnik nije shvatio moj zdravstveni problem.		
	5_Pogrešno su me liječili.		
	6_Liječnik ili zdravstveni djelatnici se prema meni nisu ponašali profesionalno.		

Bilješke o autorima

Goran Milas [1963. Mumbai, Indija], po obrazovanju psiholog, znanstveni je savjetnik i redoviti profesor u trajnom zvanju na Institutu društvenih znanosti Ivo Pilar u kojem je stalno zaposlen od 1992. godine do danas. Posjeduje bogato istraživačko i predavačko iskustvo i znanstvenu karijeru koja se proteže od 1989. godine naovamo. U tom razdoblju je kao voditelj ili suradnik sudjelovao na više desetaka znanstvenih i više od stotinu primijenjenih istraživačkih projekata u području društvenih znanosti. Kao istraživač bavio se najraznovrsnijim društvenim temama i pitanjima, a posebno je naglašeno njegovo zanimanje za znanstvenu metodologiju. Sudjelovao je na projektima financiranim od strane Svjetske banke, UNDP-a, UNICEF-a, Međunarodne organizacije za migracije, Europske komisije, Europskog socijalnog fonda, Hrvatske zaklade za znanost, Ministarstva znanosti i obrazovanja, Ministarstva rada i socijalne skrbi i drugih. U posljednjih pet godina sudjelovao je u brojnim i vrlo raznorodnim projektima od kojih vrijedi spomenuti one koji su se bavili stresom i suočavanjem mladih, kulturnim nasljeđem i identitetom, kvalitetom življenja hrvatskih branitelja i dinamikom reproduktivnog i seksualnog zdravlja mladih. Tijekom znanstvene karijere objavio je tri samostalne knjige i šezdesetak znanstvenih radova od kojih većinu u najuglednijim svjetskim znanstvenim časopisima. Ima dugogodišnju nastavničku karijeru, tijekom koje je predavao brojne, uglavnom metodološke, kolegije na preddiplomskim, diplomskim i doktorskim studijima na Fakultetu hrvatskih studija, Edukacijsko-rehabilitacijskom fakultetu, Studijskom centru socijalnog rada, Veleučilištu VERN i drugim visokoškolskim ustanovama. Dobitnik je Godišnje državne nagrade za znanost za 2006. godinu u području društvenih znanosti.

Irena Martinović Klarić [1969. Slavonski Brod], znanstvena je savjetnica u trajnom zvanju, a od 2019. godine zaposlena kao izvršna direktorica u Hrvatskoj zakladi za znanost. Objavljuje članke u međunarodnim genetičkim, antropološkim i interdisciplinarnim znanstvenim časopisima te sudjeluje u provedbi sveučilišne nastave iz antropologije. Uključena je u organizaciju i rad više desetaka domaćih i međunarodnih znanstvenih skupova i konferencija te provedbu niza znanstveno-istraživačkih projekata koje su financirali Smithsonian, Royal Society, Europski socijalni fond, International Organization for Migration, Ministarstvo znanosti i obrazovanja RH te Hrvatska zaklada za znanost. Za vrijeme poslijedoktorskog usavršavanja vodila je projekt Wenner-Gren Fondacije "Populacijska struktura i genetička povijest Roma Zapadnog Balkana" u okviru kojeg je istraživala podrijetlo i povijesne migracije Roma te utjecaj izolacije, segregacije i diskriminacije na uobličavanje suvremene genetičke i populacijske strukture romskog stanovništva na Balkanu. Objavila je znanstvenu knjigu o genetičkom identitetu Roma Bajaša "Kromosom Y i potraga za novom domovinom. Tragom kromosoma Y od južnoazijskih do balkanskih pustopoljina: Genetička prošlost i zbilja Roma i Bajaša".

