

**UNIVERZA V LJUBLJANI  
ZDRAVSTVENA FAKULTETA  
BABIŠTVO, 1. STOPNJA**

**Lucija Blatnik**

**ZDRAVSTVENA VZGOJA ROMSKIH ŽENSK V  
PODPORO PRI PRIPRAVI NA STARŠEVSTVO**

diplomsko delo

**HEALTH EDUCATION OF ROMA WOMEN AS HELP  
WITH PREPARING FOR PARENTHOOD**

diploma work

**Mentorica: doc. dr. Ana Polona Mivšek**

**Recenzentka: doc. dr. Andreja Kvas**

**Ljubljana, 2019**

## **ZAHVALA**

Hvala mentorici doc. dr. Ani Poloni Mivšek za vztrajno podporo in izjemno razumevanje do vseh ovir na poti.

Hvala Špeli Zorič za idejo, pogovore in izkušnje iz prve roke.

Hvala možu za vlivanje moči in energije.

## IZVLEČEK

**Uvod:** Romi povsod po Evropi in tudi v Sloveniji veljajo za slabo izobraženo ljudstvo, zdravstvenovzgojnih programov v podporo pri pripravi na starševstvo, ki so organizirani v okviru osnovnega zdravstvenega zavarovanja, pa se ne udeležujejo, ker niso prilagojeni njihovim zmožnostim razumevanja, niti njihovim potrebam. **Namen:** Namen diplomskega dela je na osnovi pregleda literature predstaviti značilnosti romske kulture in zdravstvene vzgoje ter s tem pripraviti podlago za kakovostno zdravstveno vzgojo romskih žensk, ki bo temeljila na njihovih dejanskih potrebah in upoštevala njihove sposobnosti, omejitve in želje. **Metode dela:** V diplomskem delu smo uporabili metodo deskripcije s sistematičnim pregledom literature, ki se navezuje na področja, povezana z Romi in njihovo kulturo, področje zdravstvene vzgoje in področje priprave na starševstvo, izključili pa smo literaturo, ki ni ustrezala zaradi starosti, nestrokovnosti ali pa je obravnavala Rome iz vidika socialnega dela in ne iz vidika zdravstva. **Rezultati:** Zaradi nelagodja, ki ga v prisotnosti neznanih moških občutijo romske ženske in zaradi strogo ločenih moških in ženskih vlog v skupnosti, se zdravstvene vzgoje ne smejo udeležiti partnerji romskih žensk, oziroma bodoči očetje. Pred začetkom načrtovanja posameznega sklopa zdravstvenovzgojnega programa priprave na starševstvo za romske ženske mora izvajalka zbrati informacije o učnih potrebah Rominj, na podlagi teh informacij pa potem zasnovati zdravstveno vzgojo tako, da vzdržuje njihovo motivacijo. Za izvedbo naj izvajalka izbere Rominjam domač prostor, izbere naj učna sredstva, ki omogočajo praktičen prikaz, izogiba naj se pisnemu gradivu, cilji naj si sledijo od enostavnejših h kompleksnim, oblika dela pa naj bo skupinska, vendar s čim manjšim številom udeleženk. Evalvacija naj bo zgolj ustna. **Razprava in zaključek:** Za zmanjševanje prepada med Romi in večinskim prebivalstvom je pomembna enakovrednost, to pa lahko zagotovimo le, če Romom ponudimo zdravstveno vzgojo, ki jim bo dostopna, razumljiva in všečna. Ker so otroci ključ do prihodnosti, njihovo zdravje in dobrobit pa prvi korak k izboljšanju položaja Romov, je razvoj zdravstvenovzgojnega programa za romske ženske v podporo pripravi na starševstvo še posebno pomemben. Rominje so naklonjene novemu znanju, vendar pa mora biti to znanje podano na njim razumljiv način, kar lahko storimo le, če posebno pozornost namenimo ugotavljanju njihovih potreb. Z razumevanjem razlik med romskim in neromskim prebivalstvom in ob poznavanju osnovnih principov zdravstvene vzgoje lahko zasnujemo zdravstvenovzgojni program, ki bo ustrezal tudi Rominjam.

**Ključne besede:** zdravje, vzgoja, Romi, šola za bodoče starše, učenje

## ABSTRACT

**Introduction:** Roma people in Europe, as well as in Slovenia, are considered to be poorly educated. They usually do not attend health education programs for parenting, which are organised within basic healthcare insurance, because they are not adjusted to their abilities of understanding, nor their needs. **Aim:** The aim is to research the existing sources about Roma people and health education, which could be a foundation to developing a health educational program of preparing for parenthood for Roma women. **Methods:** The chosen method of work for this paper is the descriptive method with a systematic literature review, with references focusing on health education or patient education and the field of preparing women for parenthood. Outdated, unproficient and unfocused literature has been excluded. **Results:** Roma women feel uncomfortable in the presence of unknown men and the community also has strictly separated roles for men and women, that is why husbands and future fathers should not be included in health education sessions. Before the start of planning each session of the health educational program for Roma women, the information about their educational needs have to be gathered. With this information serving as a base of knowledge, the program is designed in a way that it maintains their motivation as high as possible. To perform the educational program, a known and comfortable room must be chosen, a group type of work but with low number of participants and oral final evaluation. **Discussion and conclusion:** To reduce the contrast of Roma people to the majority population it is important to secure the equality, which can only be done if we provide education, accessible to their needs and abilities, understandable and suitable to their liking. As the children are the key to the future, their health and wellbeing being the first step to improve their social standard. It is crucial to offer them educational program for parenting. Roma women are fond of knowledge, but it has to be suitable for them, which can only be achieved by putting special effort into researching their educational needs. With understanding the differences between Roma and non-Roma people, and knowing the basic principals of health education, the program of preparing for parenthood can be designed in a way that Roma women really need.

**Key words:** Roma people, health education, patient education, teaching-learning process, preparing for parenthood

## Kazalo vsebine

1	UVOD .....	1
1.1	Zgodovina Romov .....	2
1.2	Značilnosti romske kulture .....	3
1.2.1	Izobraževalne navade Romov.....	5
1.2.2	Socialno-ekonomski položaj Romov.....	6
1.2.3	Zdravstveno stanje.....	8
1.3	Položaj žensk v romski skupnosti.....	10
1.3.1	Stališča Rominj o njihovem reproduktivnem obdobju.....	12
1.3.2	Priprava na porod in starševstvo.....	15
2	NAMEN IN CILJI.....	17
3	METODE DELA.....	18
4	REZULTATI.....	19
4.1	Temeljni pristopi v zdravstveni vzgoji .....	19
4.2	Proces zdravstvene vzgoje .....	21
4.3	Zdravstvena vzgoja romskih žensk.....	24
5	RAZPRAVA .....	25
6	ZAKLJUČEK.....	31
7	LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI.....	32

# 1 UVOD

Širše področje raziskovanja tega diplomskega dela so Romi, njihova zgodovina, učne navade, socialno-ekonomski položaj ter zdravstveno stanje, s posebnim poudarkom na romskih ženskah, ter osnovni principi andragogike v povezavi z zdravstvenovzgojnim delom z bodočimi mamami. Ožje področje raziskovanja je vprašanje, ali je program priprave na starševstvo za pripadnice večinskega prebivalstva primeren tudi za Rominje in če ne, kako zasnovati pripravo na starševstvo, da bo primerna tudi zanje. Literature o Romih na splošno in tudi ožje o romskih ženskah je relativno veliko, močno pa primanjkuje literature s poudarkom na učenju in zdravstveni vzgoji Romov, kar je sicer prva stopnica na poti k integraciji in zmanjšanju prepada med Romi in večinskim prebivalstvom ter k izboljšanju njihovega socialno-ekonomskega položaja.

Romi, ljudstvo, ki je v Sloveniji in tudi drugod po Evropi eno izmed najbolj ožigosanih s predsodki in stereotipi, je raznolika etnična skupina, katerih glavne značilnosti in tudi tiste, ki dajejo največ podlage za predsodke, so nizka izobrazba in zelo hiter prevzem materinske vloge pri ženskah, oziroma dekletih, ki včasih niso starejše niti od 15 let (Oakley, 1983).

Romska dekleta so glede izobrazbe v deprivilegiranim položaju v primerjavi z dečki, saj šolanje večinoma zapustijo prej. Razlogi za to so v dojetanju naravne vloge ženske kot matere in gospodinje, zato so dekleta večinoma še zelo mlada, ko prevzamejo to vlogo, izobraževanje pa po tem izgubi svoj pomen. Šele v zadnjem času, ko se tudi med Rominjami že pojavljajo posamezne izobraženke, se nekatere, ki še vedno živijo v oklepu lastne kulture, začnejo spraševati, če jim je to dovolj ali si morda želijo česa več (Palaić, 2015; Oakley, 1983).

Samo poznavanje značilnosti romske kulture pa za zagotovitev kakovostne zdravstvene vzgoje Romov ni dovolj. Za uspešno učenje se je potrebo opreti tudi na spoznanja andragogke, in kot je zapisano kasneje, na spoznanja zdravstvene vzgoje, ki se opira na andragogiko, zato je del tega diplomskega dela namenjen tudi tema vejama znanosti.

Andragogika, kot veda o izobraževanju odraslih, se je začela razvijati šele pred kratkim, ko se je hitrost razvoja močno povečala in so se bili odrasli prisiljeni vrniti k izobraževanju, če so želeli ostati v koraku z razvojem (Govekar – Okoliš, Ličen, 2008). Osnovni andragoški principi se osredotočajo na metode in oblike dela, ki so primerne za izobraževanje odraslih in se pogosto močno razlikujejo od metod in oblik dela v pedagogiki (veda o izobraževanju

otrok). Na andragogiki pa sloni tudi zdravstvena vzgoja odraslih, ki je ločena veda in poudarja znanje o zdravem načinu življenja, oblikovanje pozitivnih stališč in navad, ki pripomorejo k ohranjanju zdravja in vedenje o tem, kdaj poiskati pomoč (Hoyer, 2005). Razvoj zdravstvenovzgojnega programa priprave na starševstvo, ki bo sledil tem osnovnim principom, hkrati pa bo prilagojen kulturi, potrebam in značilnostim romskih žensk, bo zato velik korak k zmanjševanju razlik med Romi in večinskim prebivalstvom.

Vsako raziskovanje in vsi poskusi izboljšav imajo svoje temelje v zgodovini, zato se odkrivanje značilnosti romske kulture začne pri njenem izvoru, kar je zapisano v naslednjem poglavju.

## **1.1 Zgodovina Romov**

Raziskave kažejo, da Romi izvirajo iz severne Indije, od koder so na začetku 11. stoletja prišli v Bizantisko cesarstvo. Do 12. stoletja so se razselili po Mali Aziji, po razpadu Bizantinskega cesarstva pa so dosegli celotno Evropo. Čeprav so bili na začetku dobrodošli prišleki, se je njihov status razlikoval od kraja do kraja. V Dubrovniku so bili svobodni, čeprav nizko na družbeni lestvici, na Kosovem in v Moldaviji pa so jih zaslužnili. V 19. stoletju se je po večini Evrope njihov položaj nekoliko izboljšal, saj so prepovedali suženjstvo in tudi Romom zagotovili osnovne človekove pravice, z začetkom 20. stoletja in nastankom teorij o nadržani, pa se je njihov položaj ponovno poslabšal; v nacističnih taboriščih so usmrtili več kot pol milijona Romov (Hajioff, McKee, 2000).

Zgodovinski viri prvič omenjajo Rome na slovenskem ozemlju že v 15. stoletju, od 17. stoletja naprej pa so podatki o njih pogostejši in tudi bolj zanesljivi, saj se že pojavljajo v matičnih knjigah. Romi so na ozemlje Slovenije prišli po treh poteh: predniki Romov iz Prekmurja so tja prišli z Madžarske, predniki dolenskih Romov so prišli preko ozemlja Hrvaške, na Gorenjsko pa so iz severa današnje Avstrije prišle manjše skupine Sintov. Čeprav so Romi v preteklosti veljali za nomadsko prebivalstvo, ki se je pogosto selilo, lahko danes govorimo o zaokroženih območjih poselitve, ki so se v večji ali manjši meri ohranila in jih zato štejemo med tradicionalno naseljene prebivalce (Urad za narodnosti Republike Slovenije, 2018).

Že v času Habsburžanov v 18. stoletju, natančneje v času vladanja Marije Terezije in njenega sina Jožefa II., so z različnimi reformami in regulacijami poskusili Rome asimilirati in jih integrirati v družbo in gospodarstvo, s čimer so jih poskusili spremeniti v koristne davkoplačevalce. Politika reševanja ti. »ciganskega vprašanja« je vključevala prepoved komuniciranja v materinem jeziku, stalno naselitev, služenje vojaškega roka, plačilo dajatev, priučitev rokodelstva, najbolj absurda izmed vseh pravil pa je bila prepoved medsebojnega poročanja Romov in zahteva po mešanih zakonih. Med drugim so Romom odvzemali otroke v starosti od dveh do petih let ter jih pošiljali v krščanske, neromske družine na prevzgojo (Baranja, 2016). Ta praksa, ki izvira prav iz časa Avstroogrske, se je v nekaterih državah ohranila vse do 20. stoletja (Hajioff, McKee, 2000).

Romi že tradicionalno niso visoko izobraženi, o svoji kulturi nimajo lastnih zgodovinskih virov, zato o njihovem razvoju pričajo le razdrobljeni delci zapisov dominantne, neromske populacije, zaznamovani pa so s poskusi uničenja, asimilacije in nadzora s strani večinske populacije (Oakley, 1983). Kljub temu pa Romi predstavljajo največjo etnično manjšino v Evropi, saj velikost populacije ocenjujejo na več kot 11 milijonov, kar predstavlja 1,35 % celotne populacije Evrope (Parekh, Rose, 2011).

## **1.2 Značilnosti romske kulture**

Število Romov v Evropi naj bi se po veljavnih ocenah gibalo med 10 in 15 milijonov, po ocenah socialnih domov, upravnih enot in različnih nevladnih organizacij pa v Sloveniji živi med 7000 in 12 000 Romov, ki imajo strnjena naselja v Prekmurju, na Dolenjskem, v Posavju, na Gorenjskem in v nekaterih večjih mestih kot so Celje, Maribor, Ljubljana, Velenje, Jesenice in Radovljica. Na Jesenicah in v Radovljici živijo predvsem družine Sintov, ki jih glede na zgodovinski izvor uvrščamo med Rome, čeprav so se v zadnjih letih začele pojavljati težnje po priznanju te skupine kot posebne etnične skupnosti, ki bi bila obravnavana neodvisno, čeprav znotraj romske etnične skupnosti. Ob popisu prebivalstva leta 2002 se je za pripadnike romske skupnosti opredelilo nekaj čez 3200 prebivalcev, kar je za dobrih 1000 prebivalcev več kot ob predhodnem popisu, kar med drugim kaže tudi na izboljšanje socialnega položaja Romov v tem obdobju, saj jim spremembe, ki se uvajajo, postopoma dajejo občutek sprejetosti in upoštevanja (Urad za narodnosti Republike Slovenije, 2018).



Leta 1971 je v Londonu potekal prvi Svetovni Romski kongres, ki je Romom omogočil oblikovanje svojega političnega programa in izraz zahteve po priznanju narodne identitete. Na kongresu so opredelili oznako »Rom« za vse pripadnike tega naroda, pesem »Djelem, djelem« označili kot njihovo uradno himno in oblikovali zastavo, ki je modre, rdeče in zelene barve s krogom, 8. april, prvi dan kongresa, pa določili za Svetovni dan Romov. Ureditev pravnega položaja in posebnih pravic slovenskih Romov je bila obljubljena že v Ustavi iz leta 1991, vendar je bil Zakon o romski skupnosti v Republiki Sloveniji sprejet šele leta 2007 (Štros, 2011).

Zakon o romski skupnosti v Republiki Sloveniji, ki ga je 30. marca 2007 sprejel državni zbor Republike Slovenije, »ureja položaj in opredeljuje področja posebnih pravic romske skupnosti v Republiki Sloveniji, pristojnost državnih organov in organov samoupravnih lokalnih skupnosti za njihovo izvajanje ter sodelovanje predstavnikov oziroma predstavnic (v nadaljnjem besedilu: predstavnik) romske skupnosti pri uresničevanju njihovih pravic in obveznosti, določenih z zakonom (ZRomS-1 – Zakon o romski skupnosti).« Republika Slovenija se z zakonom obvezuje, da bo ustvarjala primerne pogoje za ohranjanje kulturnih značilnosti romske skupnosti, da bo pripadnikom pomagala pri vključevanju v sistem vzgoje in izobraževanja, da bo spodbujala zaposlovanje in pomagala pri poklicnem izobraževanju Romov, najbolj pomembno pa je, da slovenski romski skupnosti omogoča pravno formalni status. Zakon je napisan dovolj splošno, da ne izključuje nobene od podskupin romske etnične skupine, ki jim ta status pripada (npr. Sintí), zato lahko predstavniki Zveze Romov v Svetu romske skupnosti postanejo tudi neavtohtoni slovenski Romi (Štros, 2011).

Povsod po Evropi so etnične manjšine, med njimi tudi Romi, v deprivilegiranem položaju glede nastanitev in bivalnega okolja. Večinoma živijo v soseskah s slabšo dostopnostjo do javnih infrastruktur ali prenatrpanih naselij, kar po eni strani zmanjšuje občutek socialne izolacije in krepi vezi pripadnosti znotraj skupnosti, hkrati pa povečuje prepad med njimi in večinskimi prebivalstvom in povzroča večji pritisk tradicionalnih vlog znotraj posameznih gospodinjstev, kar še posebno vpliva na ženske (Jelenko et al., 2008).

Pravni status Romov in slabe bivalne razmere vplivajo tudi na njihove izobraževalne navade, ki so med drugim eden glavnih razlogov za splošno negativno javno mnenje o Romih (Baranja, 2016).

## 1.2.1 Izobraževalne navade Romov

Romske skupnosti so povsod po Evropi označene kot skupnosti z zelo nizko izobrazbo, hkrati pa je za njih značilen tudi precejšen prepad med izobrazbo moških in žensk (Jelenko et al., 2008). Statistični podatki v povezavi z izobrazbo Romov v Evropi:

- Avstrija: 53 % romskih žensk in 45 % moških je zaključilo le nižjo stopnjo osnovne šole.
- Belgija: Romski otroci niso vključeni v predšolsko varstvo, saj zanje doma skrbijo starši; otroci običajno obiskujejo šolo do 12-14 leta, na prehodu v sekundarni del osnovnega šolanja pa jih šolanje mnogo opusti; v sekundarnem delu se povečajo tudi razlike med številom fantov in deklet, saj se dekleta pri tej starosti pogosto že poročijo, zato starši ne vlagajo več v njihovo izobrazbo.
- Bolgarija: Stopnja nepismenosti je med Romi 15-krat višja kot pri neromskem prebivalstvu, del nepismenih žensk je dvakrat višji, kot del moških, število žensk s srednješolsko izobrazbo pa je trikrat manjše od moških.
- Nemčija: Zaradi zgodnjih porok in prevzema družinskih obveznosti večina deklet zapusti šolanje pred zaključkom srednje šole ali pa po njej ne pridobijo nikakršnih poklicnih kvalifikacij, kar močno zmanjša njihove možnosti za zaposlitev.
- Grčija: 60 % Romov v starostni skupini od 18 do 50 let ni nikoli hodilo v šolo in so nepismeni, 22 % je občasno hodilo v šolo in so funkcionalno nepismeni, preostalih 18 % pa je končalo le osnovno šolo.
- Italija: Stopnja izobrazbe pri romskih dekletih je še vedno zelo nizka, običajno zapustijo šolanje prej kot dečki, zato ti običajno dosežejo nekoliko višjo stopnjo izobrazbe.
- Združeno Kraljestvo: Romska dekleta dosegajo slabše rezultate kot dečki in le malo jih konča srednjo šolo, saj večinoma zapustijo šolanje med 11. in 13. letom, ko že prevzamejo skrb za mlajše otroke in druga gospodinjska opravila. Prav tako romska skupnost ne odobrava izpostavljenosti njihovih deklet neromski kulturi, do katere bi prišlo med nadaljevanjem šolanja, saj bi lahko prišle v stik z vedenjem, ki ga Romi ne odobravajo (seks in droge), kar bi zmanjšalo njihovo vrednost kot bodoče žene. Če se dekleta vseeno odločijo za nadaljevanje šolanja, jim grozi izolacija ali celo izključitev iz romske skupnosti (Jelenko et al., 2008).

Zaradi družinskih obveznosti in kulturoloških teženj, ki romskim ženskam onemogočajo stik z zunanjo družbo, deklice običajno zaključijo s šolanjem prej kot dečki. V nekaterih romskih skupnostih po Evropi izobraževanje dojemajo celo kot grožnjo svoji lastni kulturi (Jelenko et al., 2008), glede na zgodovino romske skupnosti pa ni presenetljivo, da do večinskega prebivalstva gojijo visoko stopnjo nezaupanja, zato tudi neradi sprejmejo kakršnekoli intervencije ali oblike pomoči na poti k integraciji v prevladujočo družbo (Parekh, Rose, 2011).

Stanje vzgoje in izobraževanja Romov v Sloveniji ni veliko boljše kot drugod po Evropi. Le malo romskih otrok je vključenih v sistem predšolske vzgoje, kar posledično vpliva na slabšo uspešnost romskih učencev v osnovni šoli, nesorazmerno velik delež romskih otrok izstopi iz sistema šolanja že v osnovni šoli, na njihovo relativno neuspešnost pa vpliva tudi neznanje slovenskega jezika, zaradi česar težje sledijo pouku in posledično pokažejo slabše rezultate (Košak, 2009).

Košak (2009) pravi tudi, da je izobraževanje in dosežena stopnja izobrazbe temeljni pogoj za boljše ekonomsko in socialno preživetje vsakega človeka. Iz izobrazbe namreč izhajajo vse druge komponente, od katerih je odvisno preživetje in dostojno življenje, med drugim tudi socialno-ekonomska varnost vsakega posameznika.

## **1.2.2 Socialno-ekonomski položaj Romov**

Značilnost romskih skupnosti je socialno-ekonomska marginalizacija, saj je njihov položaj v primerjavi z večinskim prebivalstvom neprimerljivo slabši. Na nekaterih območjih v Sloveniji, kjer so naseljeni Romi, so razmere zelo zaskrbljujoče, saj ponekod nimajo zagotovljenih niti osnovnih bivalnih pogojev, kot so tekoča voda, sanitarije in ogrevanje. Predvsem zaradi nizke izobrazbe in posledično premajhne ozaveščenosti o svojih pravicah, je visoka tudi stopnja brezposelnosti, kar otežuje izstop iz začaranega kroga slabše kakovosti življenja (Štros, 2011).

Štrukelj (2004) razdeli Romske družine glede na način preživljanja na 5 skupin, od katerih je odvisen tudi njihov socialno-ekonomski položaj:

- polnomadske družine (beračenje, nabiranje zdravilnih zelišč, vedeževanje);
- družine, ki živijo le na račun socialne podpore;

- družine, ki obdelujejo manjši del lastne ali najete zemlje;
- delavske družine (kvalificirani ali nekvalificirani delavci) in
- posamezni izobraženci, ki se preživljajo z delom v večjih mestih.

Rominje so se pogosto ukvarjale tudi z napovedovanjem prihodnosti iz rok in kart (vedeževanje), saj so spretno uporabljene besede znale dobro povezati v napovedovanje zelenih dogodkov, kar pa je povzročilo, da so jim ljudje običajno zaupali in verjeli v napovedano. Ta dejavnost je med romskimi ženskami na Gorenjskem še danes močno razširjena, opustile pa so čarovniško zdravljenje, s katerim so se pogosto ukvarjale pred drugo svetovno vojno. Rominje tudi zelo dobro poznajo zdravilne rastline, ki jih nabirajo za lastno uporabo ali za prodajo (Štrukelj, 2004).

Po podatkih avtorice Urh (2011) je stopnja brezposelnosti Romov v Sloveniji 80 %, pri čemer je stopnja brezposelnih žensk in tistih, ki nikoli prej niso bile zaposlene, veliko višja od stopnje brezposelnih moških. Najbolj očitno vlogo pri tako visoki stopnji brezposelnosti ima seveda nizka izobrazba, nikakor pa to ni edini vzrok. Predsodki in diskriminacija delodajalcev ter ostalih članov delovnega tima so prisotni v Sloveniji in tudi drugod po Evropi, močno pa se kažeta tudi nestrpnost in nesprejemanje romske etnične skupine. Poleg vseh naštetih razlogov pa ženske pri iskanju zaposlitve ovirajo tudi pogoste nosečnosti in tradicionalna vloga v romski družini.

Prvotni poklici Romov, kot so kovaštvo, brušenje rezil, pletenje košar, drobljenje kamenja za posip cest in podobno, so se preoblikovali, ponekod pa že popolnoma izginili. Problem zaposlovanja Romov se je aktivno začel reševati že po drugi svetovni vojni, vendar so se opaznejše spremembe zgodile šele pred kratkim. K spremembi njihovega življenja je pripomogla stalna naselitev, izboljšala pa sta se tudi njihov kulturni in ekonomski položaj. (Štrukelj, 2004)

Za 90 % Romov je glavni vir preživetja še vedno državna denarna pomoč, kamor sodijo socialna pomoč, otroški dodatki in družinski prejemki, kar jim sicer omogoča skromno preživetje, hkrati pa zmanjšuje željo in prizadevanja za zaposlitev. Zaradi razvijajočih se in vedno pogostejših programov za pomoč Romom, se zadnja leta dviguje stopnja vključenosti v programe javnih del, ki jih organizirajo območne službe Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje, njihov cilj pa je čim bolj dvigniti možnosti in stopnjo zaposlitve Romov, s tem

pa zmanjšati število brezposelnih in dvigniti njihov socialni položaj (Belović et al., 2009). Socialno-ekonomski položaj neposredno vpliva tudi na zdravstveno stanje Romov.

### **1.2.3 Zdravstveno stanje**

Že dolgo je znano, da je socialno-ekonomski položaj Romov veliko slabši od večinske populacije in čeprav močno primanjkuje na dokazih osnovanih informacij, raziskovalci predvidevajo, da je situacija na področju zdravja Romov podobno neugodna (Bobak et al., 2005). Čeprav imajo formalno Romi enake pravice do zdravstvene oskrbe kot večinsko prebivalstvo, statistika kaže, da jo koristijo veliko manj. Prav tako manj skrbijo za preventivo, saj imajo pogosto izrazito nezdrav življenjski slog (kajenje, alkohol, stres, nezdrava prehrana, nezadostna telesna dejavnost). Za zdravje pa morajo biti izpolnjeni tudi določeni predpogoji, kamor sodijo mir, enakomerna porazdelitev ekonomskih virov, hrana, čista pitna voda, primerno bivališče, stabilen ekosistem in zagotavljanje človekovih pravic (Košak, 2009). V primeru Romov ti pogoji niso vedno izpolnjeni, kar se posledično kaže tudi v slabšem zdravstvenem stanju. Neenakosti, na katere naletimo, ko se gre za zdravje Romov, se nanašajo tudi na različno zdravstveno obravnavo zaradi osebnih dejavnikov, kamor sodi nedostopnost zdravstvenih služb pripadnikom etničnih manjšin, fizična nedostopnost, jezikovna nedostopnost zaradi nerazumevanja slovenščine in psihološka nedostopnost zaradi nezaupanja v zdravstveni sistem (Đogić, 2011). Čeprav se v razvitem svetu pričakuje, da bodo nosilci zdravstvenih storitev delovali kot promotorji zdravstvene oskrbe za manjšine, teh javnih zdravstvenih služb pogosto enostavno ni (Hajioff, McKee, 2000).

Za Rome je značilna zgodnja izčrpanost, na kar vpliva način življenja, pogosta obolevnost in neustrezno zdravljenje, kar se kaže v nižji življenjski dobi, saj le 3 % Romov dočaka starost 65 let (Đogić, 2011). Po podatkih nekaterih raziskav naj bi bila razlika v pričakovani dočakani starosti med Romi in večinskim prebivalstvom kar 10 let (Hajioff, McKee, 2000). Razlogi za to so tudi v neustreznih življenjskih pogojih (slabe bivalne razmere) in nezdravem življenjskem slogu, ki se kaže v slabi prehrani in zdravju škodljivih razvadah (Đogić, 2011). Tudi Belović (2015) navaja, da je zdravstveno stanje neposredno odvisno od ekonomske razvitosti okolja in socialno-ekonomskega položaja posameznika, zato so prebivalci, ki so podvrženi revščini, pogosteje bolni, imajo manj zdrav življenjski slog in je tudi njihova pričakovana dočakana starost nižja.

Tuje raziskave so pokazale, da se Romi zdravljenja nekaterih bolezni lotevajo kar znotraj skupnosti, med tem ko za druge poiščejo pomoč zdravnika. Ta dognanja razlagajo s kulturološkimi faktorji, saj je za nekatere Rome obisk zdravnika (z izjemo poroda) povezan s smrtjo. Zdravstveni delavci lahko brez poznavanja ozadja takšno ravnanje dojemajo kot neodgovorno, pomembneje pa je, kakšen vpliv ima to na splošno zdravje Romov (Hajioff, McKee, 2000).

Raziskava rabe zdravstvenih storitev med Romi v Prekmurju je pokazala, da veliko romskih žensk nima osnovnega zdravstvenega zavarovanja, izsledke pa je možno posplošiti na celotno Slovenijo. Pogosteje so brez osnovnega zdravstvenega zavarovanja ženske v starostni skupini od 19 do 25 let ter tiste iz mestnega in primestnega okolja, med tem ko imajo ženske z vasi in tiste nad 46 let pogosteje tudi dodatno zavarovanje. Po spremembi zakona, ki prejemnikom denarne socialne pomoči omogoča tudi brezplačno dodatno zdravstveno zavarovanje, pa je dodatno zavarovana večina Romov. Po podatkih omenjene raziskave so Rominje na splošno mnenja, da je zdravniška pomoč dovolj dostopna in da lahko vsi pridejo do zdravnika, kadar ga potrebujejo. Večina Rominj ima izbranega osebnega zdravnika, je z njim zadovoljna in ga redno obiskuje. Stanje z obiskovanjem ginekologov pa je slabše. Med nosečnostjo Rominje večinoma redno hodijo na preglede, pred in po porodu pa ne več, prav tako se ne odzivajo na preventivne programe, kot sta ZORA in DORA, med starejšimi ženskami pa je večje tudi število umetnih prekinitev nosečnosti, saj se za razliko od mlajših žensk večinoma ne poslužujejo kontracepcije (Jelenko et al., 2008). Đogić (2011) pravi, da je za manj pogosto uporabo kontracepcije krivo to, da je ne poznajo, da jim uporabe ne dovolijo moške in ker se nekatere bojijo, da bodo po uporabi kontracepcije drugačne. Raziskava spolne kulture med Rominjami v Bolgariji je pokazala, da le 61 % žensk redno uporablja kontracepcijo in da je povprečje umetnih prekinitev nosečnosti kar 2,41 na posamezno žensko (Hajioff, McKee, 2000).

Zgodnje in pogoste nosečnosti, splavi in psihosomatske bolezni so običajne med Rominjami, dostop do zdravstvenih storitev je otežen zaradi jezikovnih, kulturoloških in verskih ovir, dodatno pa je zmanjšano zaupanje med Romi in zdravstvenimi delavci zaradi pomanjkanja znanja in izkušenj zdravstvenih delavcev na področju dela z Romi, slabe informiranosti Romov in pogoste nepismenosti (Jelenko et al., 2008). Zdravstveno stanje Rominj je le eno izmed področij, ki vpliva na celotno sliko o položaju žensk v romski skupnosti, kar bo natančneje opisano v naslednjem poglavju.

### 1.3 Položaj žensk v romski skupnosti

Zaradi stereotipov, ki so se skozi stoletja razvila o Romih, še danes prevladuje predstava o romski ženski kot gospe srednjih let, ki je oblečena v dolga, pisana in pogosto umazana oblačila, s temnimi lasmi in vedno obkrožena s kopico otrok (Urh, 2011). Velik problem pri razumevanju položaja romskih žensk predstavlja dejstvo, da je to področje še vedno zelo slabo raziskano, za kar obstaja več razlogov. Etnične manjšine so pogosto raziskane skozi oči moških pripadnikov teh skupnosti, hkrati pa so izkušnje raziskovalcev tudi pokazale, da so ženske pripadnice manj pripravljene sodelovati v raziskavah, ker ne zaupajo raziskovalcem, ki večinoma niso del njihovih skupnosti, ker ne verjamejo v vrednost raziskav in ne razumejo njihovega pomena in ker so pogosto preveč obremenjene s predsodki lastnega in tudi zunanjega okolja (Liamputtong, 2007). Romske ženske v Sloveniji bremenijo tako ekonomske kot tudi socialne težave: brezposelnost, revščina, neustrezna bivališča, neurejeni partnerski odnosi, samohranilstvo, otežena vzgoja in nezanesljiva prihodnost otrok, neurejen položaj zunaj romske skupnosti in tudi znotraj nje (Baranja, 2017).

Po podatkih popisnih listov, ki so bili izpolnjeni hkrati s popisom prebivalstva leta 1971, so bile takrat nepismene skoraj vse odrasle Rominje. Po mnenju avtorice so se te ženske zaradi slabe izobrazbe najbolje počutile v ozkem domačem okolju, v katerem so se naučile delovati po pravilih, ki so jih prevzele od mater in babic in se že več generacij niso prilagodila novejšim razmeram (Štrukelj, 1977). Rominje so v tem času zelo redko sploh odšle iz romskega naselja, doma so govorile izključno romski jezik, zato pogosto niso prišle niti v stik s slovenščino, njihova socialna mreža zunaj romske skupnosti pa je bila zelo pomanjkljiva (Baranja, 2016).

Štrukelj (1977) navaja, da so se v 80. letih prejšnjega stoletja nekatere romske družine občasno še vedno selile, vendar je pri Rominjah iz stalno naseljenih družin opaziti boljšo ozaveščenost o pomenu pismenosti. Nekatere Rominje iz stalno naseljenih družin so bile že takrat zaposlene in so izkazovale večje zanimanje za pridobivanje novih znanj, gospodinje so težile k večji urejenosti in boljši organiziranosti svojih domov, mnoge pa so svoje otroke pošiljale v šolo ravno zaradi razumevanja potrebe po znanju branja in pisanja. Njihova lastna pobuda in stremenje k napredku se kaže tudi v čistosti oblačil, še posebno tistih, ki jih nosijo dojenčki. Skrb za čista oblačila je eno prvih opravil, ki so ga začele opravljati romske ženske, ko so začele spreminjati svoj način življenja (Štrukelj, 1977).

Struktura tradicionalne romske družine je izrazito patriarhalna, delo je razdeljeno na moška in ženska opravila, in tudi sicer so meje med spoloma stroge. Večina zaposlenih članov skupnosti, ki jih že tako ni veliko, je moških. Ženskam so bile že od nekdaj namenjene predvsem vloge, ki so bile v neposredni povezavi z družino in gospodinjstvom, kar pa jim je še dodatno zmanjševalo možnosti za zaposlitev je to, da so svoje vloge običajno prevzele že zelo mlade, včasih še nepolnoletne (Urh, 2011). Romska dekleta starši začnejo pripravljati na zakonsko življenje že v zgodnji puberteti, razlogi za to pa izhajajo iz 500-letnega zaslužnjevanja Romov v Romuniji, kjer so bila romska dekleta velikokrat žrtve posilstva sužnjelastnikov in njihovih sinov. Način obrambe Romov so bile zgodnje poroke, saj dekleta po poroki niso bile več device in s tem premalo »čiste« za posilstvo (Štros, 2011).

Po besedah Rominje Nataše Brajdič je poleg dela ravno družina največja vrednota romske skupnosti. V ožjo družino se pri Romih štejejo tudi stari starši, strici, tete, bratrance in sestrične, najbolj pomembno pa jim je, da člani družine držijo skupaj in so tako bolj varni pred zunanjim svetom. Vsak član romske družine ima svojo neodvisno vlogo, ki se mu določi predvsem glede na spol (Košak, 2009).

Posebno zanimiv je kontrast med predstavo o Rominjah z vidika miselnosti evropskega prebivalstva in prepričanji znotraj romske skupnosti. Po evropski miselnosti je Rominja namreč seksualno bitje, čutna zapeljivka in provokatorka, med tem ko se med Romi od žensk pričakuje, da bodo ob poroki device in se tudi kasneje izogibajo vsem situacijam, ki bi lahko bile podlaga za govorce o nezvestobi, tako na primer ne želijo ostati same v prisotnosti tujih moških ter se izogibajo pogovoru z moškimi, kadar obstaja nevarnost, da jo zaradi tega obtožijo nezvestobe (Oakley, 1983). Zelo zgovorni so tudi podatki dveh raziskav, izvedenih v Španiji, kjer so ugotovili, da je prevalenca virusa HIV med Rominjami nižja, kot pri večinskem prebivalstvu, čeprav bi glede na redkost uporabe barijerne kontracepcije in glede na omenjene stereotipe pričakovali nasprotno (Hajioff, McKee, 2000).

Med Romi so še vedno zelo pogoste prisilne in dogovorjene poroke, ki so si med sabo podobne in hkrati različne. Pri prisilni poroki gre za poroko brez soglasja enega ali obeh oseb, ki ju poročajo, pri čemer ima velik pomen dota, to je kupnina, ki jo v denarju ali blagu nevestina družina izplača ženinovi družini, do dogovorjene poroke pa običajno pride v zgodnjem najstniškem obdobju. Prisilne in dogovorjene poroke večinoma niso uradno prijavljene, zato so podatki o številu primerov takšnih porok nezanesljivi, veliko starejših Romov pa meni, da tradicija dogovorjenih porok med mladimi že izginja. Tretja oblika



porok, ki so med Romi prav tako pogoste, pa so zgodnje poroke, do katerih večinoma pride brez posredovanja staršev in pri katerih dota nima posebnega pomena. Do tega pride, ko se dva najstnika zaljubita in imata prvi spolni odnos, kar se v romski kulturi smatra kot poroka (Baranja, 2016). Po mnenju strokovnjakov na nacionalni in tudi mednarodni ravni so prisilne poroke oblika nasilja v družini, čeprav pravo tega ne obravnava na tak način in obtožene oprosti z utemeljitvijo, da so pripadniki romske skupnosti in se zato ne zavedajo kaznivosti svojih dejanj (Cukut Krilić, 2016).

Raziskava, ki jo je izvedla Baranja (2016) in v kateri je sodelovalo 12 slovenskih Rominj iz treh različnih naselij, daje dokaj jasno predstavo o položaju vseh Romskih mater v Sloveniji. Izkazalo se je, da Rominje večinoma brez posebnega razmisleka prevzamejo položaj, ki jim je kulturno določen in naj bi bil naraven položaj ženske. Po porodu so večinoma ostale doma in skrbele za otroke, odpovedale so zaposlitev, če so jo sploh imele, opustile šolanje, prevzele so skrb za gospodinjstvo. Pogosto so bile ob prevzemu te, domnevno naravne ženske vloge, še zelo mlade, za kar so se dogovorile s partnerjem ob sklenitvi zakonske zveze ali pa jih je doletelo skoraj nenačrtovano kot normalna posledica zakonskega življenja (Baranja, 2017).

Čeprav so romske družine urejene izrazito patriarhalno, imajo pomembno vlogo tudi starejše ženske, ki izkazujejo modrost, so bolj izkušene, pa tudi cenjene in spoštovane. Ženske v romski skupnosti skrbijo za urejeno življenje, poglobitve življenjske potrebščine in ohranjanje rodu, s starostjo pa pridobijo naziv »phuri daj,« kar jim nalaga tudi dolžnost prenašanja kulture, šeg in rodovnih običajev na mlajše generacije (Štrukelj, 2004). Romi torej gledajo na pripadnice svoje lastne družine predvsem kot gospodinje in matere, zato lahko rečemo, da je reproduktivno obdobje Rominj najpomembnejše obdobje v njihovem življenju. Več o tem je zapisano v naslednjem poglavju.

### **1.3.1 Stališča Rominj o njihovem reproduktivnem obdobju**

Romske skupnosti v Sloveniji niso homogene, zato je mogoče opaziti precejšnje razlike v navadah med posameznimi naselji, še posebno pa med Romi na enem in drugem delu države, zato Rominje v posameznih raziskavah različno poročajo o izkušnjah s partnerstvom, družino in otroki (Baranja, 2017).

Tudi v tujini raziskave niso povsem reprezentativne, saj je raziskovanju tega področja namenjeno zelo malo sredstev, hkrati pa je Rome težko prepričati k sodelovanju v takšnih raziskavah iz že omenjenih razlogov, kjer je najpomembnejše nezaupanje do pripadnikov večinskega prebivalstva. Vseeno pa podatki iz Bolgarije, Madžarske, Češke in Slovaške kažejo, da so splavi, nizka porodna teža in prezgodnji porodi pogostejši pri Rominjah, v primerjavi s pripadnicami večinskega prebivalstva (Bobak et al., 2005).

V Sloveniji je stopnja splavnosti relativno visoka (višja pri starejših ženskah, ki ne uporabljajo kontracepcije), visoka pa je tudi stopnja maternalne umrljivosti, na kar vpliva socialno-ekonomska prikrajšanost. Socialno-ekonomsko ogrožene ženske imajo lahko tudi do dvajsetkrat višje tveganje za maternalno smrt v primerjavi z najbolj privilegiranimi ženskami. Pomembno vlogo pri zniževanju maternalne umrljivosti ima dostopnost do zdravstvene oskrbe. Po mnenju te avtorice je nujno, da zdravstvene službe namenijo večjo skrb dostopnosti in večji delovni občutljivosti do reproduktivnega zdravstvenega varstvenega žensk nižjega socialno-ekonomskega položaja, kamor sodijo tudi Rominje. Avtorica meni, da bi bilo potrebno izvajati preventivne programe, ozaveščati ženske o morebitnih tveganjih in boleznih ter jih spodbujati k rednemu pregledovanju na njim prijazen in razumljiv način (Đogić, 2011).

Čeprav v splošnem velja prepričanje, da je za slabše porodne izide pri Rominjah kriv nezdrav način življenja, so avtorji tuje raziskave odkrili, da so razlogi veliko bolj zapleteni. Kajenje pred in med nosečnostjo je na primer med Rominjami pogostejše, kljub temu pa statistično pojasni le majhen delež slabših porodnih izidov, med tem ko podatki za uživanje alkohola med nosečnostjo kažejo, da ta pojav med Rominjami ni pogostejši v primerjavi s pripadnicami prevladujočega prebivalstva in zato ne more pojasnjevati slabših porodnih izidov pri Rominjah. Avtorji raziskave navajajo izobrazbo kot ključen faktor za pojasnjevanje razlik v porodnih izidih, saj so bile v izobrazbenosti med Rominjami in ostalimi v raziskavi opažene velike razlike. Hkrati je bilo že pred izvedbo te raziskave dokazano, da materina izobrazba vpliva na nizko porodno težo, prezgodnji porod, znotrajmaternični zastoj rasti in smrtnost ploda (Bobak et al., 2005).

V predstavitvenem katalogu razstave z naslovom Rojstvo: izkušnje Rominj, ki jo je pripravil Slovenski etnografski muzej, je mogoče prebrati izjave Rominj, ki zelo nazorno prikazujejo življenje, običaje in tegobe današnjih Rominj. Sogovornica iz Maribora, ki je stara 24 let, je recimo prepričana, da življenje nima smisla, če ženska po 26. letu ostane sama in da nima

smisla živeti, če se v največ dveh letih ne poroči, kar oriše jasno sliko globoko zasidranega prepričanja, da je mesto ženske doma, kjer skrbi za otroke in gospodinjstvo. Se pa glede na izjavo 40-letne Rominje iz Serdice, ki si želi, da bi njena hčer najprej končala šolo in šele potem iskala partnerja, počasi, a vztrajno premika starostna meja, pri kateri naj bi dekleta prevzela vlogo matere in gospodinje. Ločitve tudi med Romi postajajo vse pogostejše, mnenja sogovornic o tem pa so deljena. Nekatere odobravajo tudi dogovorjeno poroko in so nanjo pristale s pomisleki ali brez, druge zase pravijo, da jim takšno življenje ni pogodu, veliko pa se jih strinja, da so ločitve pogostejše pri mešanih porokah, kadar se Romi ali Rominje poročijo s Slovenci, Hrvati ali pripadnikom katerega drugega naroda. Zanimivo je tudi dejstvo, da po romskem prepričanju ob ločitvi otroci pripadajo očetu, saj je otrok moške krvi (Palaić, 2015).

Mnenja sogovornic o vključevanju moških v gospodinjstva dela so deljena. Ena izmed sogovornic iz Serdice je videla očeta, kako je pomival posodo in previjal otroka, zdaj pa to pričakuje tudi od svojega moža, medtem ko druga pravi, da ne želi, da ji mož pomaga pomivati posodo, ker te posode ne bi uporabljala, izjemoma kadar je bolna ali odsotna (Palaić, 2015).

Tudi izkušnje v povezavi s porodom so med sogovornicami zelo različne. 30-letnica iz Maribora pripoveduje, da je med nosečnostjo veliko brala, imela pa je tudi porodni načrt. Iz njene izjave je mogoče razbrati, da je zaradi medenične vstave šla na zunanji obrat, česar ni dobro razumela. Sogovornica iz Kerinovega Grma, stara 20 let, je povedala, da je prvega otroka rodila v porodnišnici in dva dni ostala tam, pri naslednjem pa je že na dan poroda odšla domov. Doma je dojila prvega otroka, dvakrat na dan pa je odhajala v porodnišnico dojit novorojenčka, kar so po njenih besedah zaposleni v porodnišnici dobro sprejeli. 25-letna Rominja iz Serdice je doživela slabo porodno izkušnjo, saj je zdravnik babici naročil, naj ji »zašije ustnice«, ker preveč govori. Starejša generacija Rominj je večinoma še rojevala doma, le nekatere so rodile v porodnišnici. Ob porodu doma so bili včasih prisotni očetje, včasih pa mame, tašče ali druge starejše ženske iz širše družine. 48-letna sogovornica iz Kerinovega grma je po svakinjinem porodu bratu pomagala oskrbeti novorojenčka, medtem ko je njena svakinja nemudoma začela kuhati. Ker so ravno takrat v bližino prišli policisti, so hoteli mamo in novorojenčka odpeljati v porodnišnico, česar mati ni želela, medtem ko se je sogovornici zdelo, da nje v porodnišnici s svojim novorojenim nečakom ne bi sprejeli.

Po njenem mnenju ženska po porodu ne more v bolnišnico, ker je njeno mesto doma, kjer naj kuha in skrbi za otroka (Palaić, 2015).

Glede na opisane značilnosti se je potrebno zavedati, da so Rominje posebno občutljiv del populacije, zato načrtovanje njim primerne učno–vzgojnega procesa ni enostavno. Od žensk prevladujočega dela prebivalstva se razlikujejo po stopnji izobrazbe, zaupanju v zdravstveni sistem, večinoma nezdravem načinu življenja in lastnih običajev v povezavi z nosečnostjo, porodom in poporodnim obdobjem, vseeno pa se opremo na teme posameznih delavnic in celotnega programa, ki so določene na nacionalni ravni in so opisane v nadaljevanju.

### **1.3.2 Priprava na porod in starševstvo**

Obseg, vsebina in oblika trenutno veljavne priprave na porod in starševstvo oziroma predporodne zdravstvene vzgoje – šole za starše so predpisani v Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, osnova zanje pa sta Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in Zakon o zdravstveni dejavnosti, kot pravi Drglinova (2011). Ta Pravilnik je v veljavi od marca 1998, bil pa je večkrat spremenjen, nazadnje junija 2018.

Za prvič in ponovno noseče ženske in njihove partnerje je šola za starše pomembna za promocijo zdravja in aktivno skrb za lastno zdravje in zdravje svojih potomcev, še posebno pa to velja za ogrožene skupine nosečnic, kot so mladostnice, socialno-ekonomsko ogrožene nosečnice, nosečnice z zdravstvenimi tveganji in podobno. Za zagotovitev optimalnega perinatalnega zdravja je predporodna zdravstvena vzgoja torej ključnega pomena (Pravilnik, 1998).

Šola za starše je tematsko razdeljena po sklopih, ki potekajo glede na višino nosečnosti in so prilagojeni zgodnji in pozni nosečnosti. Tematska predavanja programa obravnavajo naslednje vsebine:

- spočetje, razvoj ploda, zdrav način življenja v času nosečnosti, tveganja v nosečnost);
- informacije o pripravi na porod in odhod v porodnišnico, znaki začetka, potek in faze poroda, dihalne vaje, lajšanje porodne bolečine, sprostitvev, vloga očeta pri porodu;

- kako se psihološko pripraviti na porod in kaj se spremeni ob prihodu novega družinskega člana;
- kako negovati, umivati in oblačiti novorojenčka, kaj je nujna ali priporočljiva oprema in kako preprečevati poškodbe v zgodnjem otrokovem obdobju;
- tehnika dojenja, prednosti dojenja v primerjavi z adaptirano prehrano in dodatki v prehrani;
- pomen zdravja zob v času nosečnosti in po porodu ter kako ga vzdrževati, razvoj zob pri otroku;
- prikaz in pomen redne telesne vadbe;
- pomen načrtovanja nosečnosti v obdobju po porodu, primerne metode kontracepcije;
- osnove pravnega in socialnega varstva v času nosečnosti in poporodnega obdobja, ki zajemajo informacije o pravicah in obveznostih v povezavi s starševstvom ter institucijah, ki na lokalni in državni ravni nudijo svetovanje in/ali pomoč (Pravilnik, 1998).

V Sloveniji je že dolgoletna tradicija izvajanja materinskih šol oziroma šol za bodoče starše, vendar je pregled stanja njihovega izvajanja pokazal, da obstajajo velike razlike v izvajanju posameznih šol glede vsebine, obsega in metodologije. Poenotenje programa je bilo nujno potrebno, zato so na podlagi ocene potreb, strokovne literature in intenzivnega dela strokovnjakov oblikovali standardiziran, sistematičen in poenoten predlog programa Priprava na porod in starševstvo. Program predvideva sedem srečanj, od katerih je zadnje srečanje še v razvoju, pripravili pa so tudi strokovno usklajena in oblikovana gradiva, ločena za strokovnjake in uporabnike, ki služijo kot pomoč pri delu in učenju (NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014). Tematike posameznih srečanj so razdeljene po sklopih in zajemajo poglobljena vsebinska področja, ki so jih avtorji ocenili kot pomembna za nosečnost, porod, poporodno obdobje z vidika nosečnice, ploda, bodočega očeta, novorojenčka, matere, očeta, družine. Uravnoteženi so telesni, duševni in socialni vidiki zdravja, z vidika posameznika in posameznice in tudi z vidika javnega zdravja (Drglin et al., 2016).

## 2 NAMEN IN CILJI

Namen diplomskega dela je skozi pregled obstoječe literature najti način, kako proces priprave na starševstvo približati romskim ženskam. Avtorica želi s tem delom poudariti razliko med potrebami Rominj in pripadniki večinskega prebivalstva ter s tem pripraviti podlago in olajšati delo tistemu, ki se bo lotil načrtovanja in izvedbe zdravstvene vzgoje romskih žensk v praksi. Avtorica se je pri raziskovanju osredotočila na temeljne pristope v zdravstveni vzgoji in sam proces zdravstvene vzgoje, želela pa je tudi ugotoviti, kako se zdravstvenovzgojno delo z Rominjami razlikuje od tistega s pripadniki večinskega prebivalstva., zato so to 3 temeljna raziskovalna vprašanja tega diplomskega dela.

Cilji diplomskega dela so:

- predstaviti posebnosti in značilnosti romske kulture;
- ugotoviti razliko v dojemanju materinstva med romskimi in neromskimi ženskami;
- spoznati in preučiti pristope zdravstvene vzgoje ter najti ustrezne metode in oblike zdravstvenovzgojnega dela, ki so primerne za delo z romskimi ženskami;
- s pomočjo pristopov zdravstvenovzgojnega dela in ob upoštevanju andragoških znanj najti načine podajanja znanja in veščin, ki bodo Rominjam zanimivi in razumljivi;
- spoznati, kakšno je trenutno stanje priprave na porod in starševstvo v Sloveniji ter ugotoviti, če in kje je potrebna dodatna pozornost, da bo program ustrezen tudi za romske ženske;
- na podlagi pridobljenega teoretičnega znanja izpostaviti pomembne razlike med zdravstveno vzgojo romskih in neromskih žensk.

### 3 METODE DELA

V diplomskem delu je avtorica uporabila metodo deskripcije s pregledom domače in tuje literature, s katero je raziskala in predstavila značilnosti romske kulture in zdravstvene vzgoje romskih žensk ter njune medsebojne odvisnosti. Pregledani so bili prispevki v monografijah in članki z omenjenih področij, ki jih je avtorica iskala v knjižnici Zdravstvene fakultete, Univerze v Ljubljani in spletni bazi Google Učenjak. Literaturo je avtorica iskala s pomočjo ključnih besed v slovenščini (Romi, Rominje, zdravje Romov, šola za starše, zdravstvena vzgoja, andragogika) in v angleščini (Roma people, health education, patient education, andragogy). Izključitveni kriteriji pri iskanju literature so bili starost vira, nestrokoven vir, s premalo podanimi podatki o avtorjih, založniku in datumu izdaje ter preveč socialna tematika virov, kjer avtorji pišejo iz vidika socialnega dela in manj iz zdravstvenega vidika. Zaradi pomanjkanja novejše ustrezne literature sta v pregledu literature uporabljena tudi dva vira iz let 1977 in 1983, sicer pa je avtorica uporabila literaturo, novejšo od leta 2005, kjerkoli je do takšne literature imela dostop.

## **4 REZULTATI**

V pregled literature je vključenih 9 znanstvenih člankov in monografij v slovenskem in angleškem jeziku, ki so ustrezali zastavljenim kriterijem. Osredotočili smo se na 3 raziskovalna vprašanja, ki se nanašajo na temeljne pristope v zdravstveni vzgoji, na proces zdravstvene vzgoje in na razlike med zdravstveno vzgojo Rominj in pripadnikov večinskega prebivalstva.

### **4.1 Temeljni pristopi v zdravstveni vzgoji**

Razvoj družbe, gospodarstva in tehnologije je pokazal nove potrebe po znanju ter s tem nujnost izobraževanja odraslih, saj je znanje vedno hitreje zastarevalo, razvoj novih ved in znanja na različnih področjih pa je povzročil, da so se bili odrasli prisiljeni učiti novih stvari, če so želeli slediti razvoju. Izraz andragogika je bil prvič uporabljen že v 19. stoletju, ko še ni bil popolnoma opredeljen, že takrat pa so se zavedali razlik med izobraževanjem odraslih in otrok, saj izobraževanje odraslih dopolnjujejo njihove življenjske izkušnje in osebni odnosi. V 20. stoletju je andragogika postala predmet preučevanja in raziskovanja, s tem pa so prišli do zaključka, da so za izobraževanje odraslih potrebni posebni učitelji ter drugačne metode in filozofija (Govekar – Okoliš, Ličen, 2008).

Cilji izobraževanja odraslih so družbeno in individualno pogojeni, njihovo novo pridobljeno znanje in sposobnosti pa pripomorejo k razvoju družbe. Hitrost in način pridobivanja znanja ter kakšno je novo pridobljeno znanje je seveda odvisno od sposobnosti in motivacije posameznika ter od njegove sposobnosti za učenje in učnih navad, pomembno vlogo pa ima tudi podajalec znanja oziroma izvajalec izobraževanja, saj mora izbrati prave metode dela, ki so prilagojene značilnostim ciljne skupine, njihovim interesom ter sposobnostim (Govekar – Okoliš, Ličen, 2008).

Na področju zdravstvenovzgojnega dela z odraslimi se pojavlja več pojmov, ki so po različnih avtorjih različno definirani, njihove vloge in pomeni pa se prepletajo. Promocija zdravja se osredotoča na dejstvo, da zdravje ni izključno odvisno le od posameznika, temveč imajo pri ohranjanju zdravja pomembno vlogo tudi družbene vrednote ter celotna organizacija družbe. Vsak posameznik je osebno odgovoren za svoje zdravje, hkrati pa je za njegovo zdravje odgovorna tudi družba. Medicinske sestre in babice nosijo torej



odgovornost posameznika, predstavljajo pa tudi del družbene odgovornosti, saj imajo kot strokovnjakinje dolžnost, da promovirajo zdravje in ostalim pomagajo do zavedanja o problemih in dolžnostih v povezavi z zdravjem (Kiger, 2004). S tem se strinja tudi Whitehead (2004), ki navaja, da se promocija zdravja ukvarja s preučevanjem vpliva socialnih, političnih, ekoloških in ekonomskih dejavnikov na zdravje posameznikov in družbe, v kateri se posamezniki gibljejo.

Še do nedavnega je veljalo, da so se s promocijo zdravja začeli ukvarjati šele, ko je bilo zdravje že okrnjeno, v poznih devetdesetih letih prejšnjega stoletja pa so začeli poudarjati vlogo promocije zdravja, ki je prilagojena posameznikovim potrebam in usmerjena k preventivnemu delovanju. Da bi enako obravnavo zagotovili tudi pripadnikom družbe, ki so na njenem robu ali iz nje izključeni, so v Združenem Kraljestvu povezali cilje promocije zdravja z organizacijami, ki se ukvarjajo z ljudmi na socialnem robu, saj so ugotovili, da se področje njihovega delovanja pogosto prekriva s smislom in namenom promocije zdravja (Jones, Rose, 2001).

Na spoznanja andragogike se močno opira zdravstvena vzgoja, ki jo Hoyer (2005) definira kot del javnega zdravja in kot vedo, ki si prizadeva, da bi posamezniki in celotna družba sprejeli zdravje za najvišjo vrednoto. Definicijam zdravstvene vzgoje je skupno to, da poleg znanja o zdravem načinu življenja poudarjajo tudi oblikovanje pozitivnih stališč in navad, ki pripomorejo k želji po zdravju, ohranjanju zdravja in vedenju o tem, kdaj poiskati pomoč. Whitehead (2004) k temu dodaja še razvijanje spretnosti, ki pripomorejo k prilagoditvi in izboljšanju življenjskega sloga, pravi pa tudi, da sta zdravstvena vzgoja in promocija zdravja tesno povezani, nista pa druga od druge odvisni.

Ena od definicij zdravstvene vzgoje je, da se ta nanaša na vse vzgojne aktivnosti, ki so usmerjene k pacientu, vključno s podajanjem znanja o zdravljenju, o zdravju na splošno in s promocijo zdravja. Dotika se tudi pacientovih pravic in etničnih vprašanj na področju zdravstvene vzgoje (Visser et al., 2001). Strömberg (2005) navaja, da morajo biti zdravstveni delavci, ki izvajajo zdravstveno vzgojo, pozorni tudi na lasten odnos do subjekta njihovega dela. Vprašati se morajo, če subjekt jemljejo enakovredno ali ga dojemajo kot podrejenega učenca ter kakšna je kakovost dialoga med njimi samimi in pacientom/subjektom. Komunikacija med njimi namreč ne sme biti enosmerna, temveč pogovor, usmerjen k izpolnjevanju subjektovih specifičnih učnih potreb. Wingard (2005) pravi, da je zdravstvena vzgoja ustvarjanje priložnosti, kjer se lahko pacienti in njihove družine učijo o zdravju,

izboljšajo svoje sposobnosti pravilnega ravnanja v procesu zdravljenja in razvijajo sposobnosti soočanja z lastno boleznijo. Čeprav nekateri avtorji tega ne omenjajo, je pomembno je poudariti tudi dejstvo, da se zdravstvena vzgoja ne ukvarja le z bolnimi ampak se osredotoča tudi na zdrave posameznike, za katere obstaja verjetnost, da so podvrženi dejavnikom tveganja za razvoj nezdravega življenjskega sloga ali celo bolezni (Whitehead, 2004).

## **4.2 Proces zdravstvene vzgoje**

Za okvir pri načrtovanju in izvedbi formalnega izobraževanja odraslih se izvajalci opirajo na andragoški cikel, ki ga lahko imenujemo tudi izobraževalni cikel in služi kot model za načrtovanje, izvedbo in evalviranje programa izobraževanja (Ličen, 2006; Hoyer, 2005). Andragoški cikel, ki ima 5 faz – ugotavljanje potreb, programiranje, načrtovanje, uresničevanje in vrednotenje (Hoyer, 2005), je podlaga za razvoj procesa zdravstvene vzgoje, ni pa tega možno popolnoma enačiti, saj v procesu zdravstvene vzgoje ne izvajamo formalnega izobraževanja, temveč učimo in vzgajamo, s čimer pri subjektih vplivamo na vzorce, s katerimi posamezniki dosegajo in ohranjajo zdravje (Kiger, 2004). Definicije zdravstvene vzgoje med avtorji niso povsem poenotene, zato različni avtorji naštevajo različne faze, nekateri bolj, drugi manj natančno razdelane. Flanders (2018) in Kiger (2004) navajata 4 faze – ugotavljanje potreb, načrtovanje, izvajanje in evalvacija, Strömberg (2005) pa navaja 5 faz, kjer najprej zbere podatke o subjektu zdravstvene vzgoje, nato diagnosticira učne potrebe, ostale 3 faze pa si sledijo v enakem zaporedju, kot pri prej omenjenih avtorjih.

Proces učenja (angleško teaching-learning process, ki se nanaša na učenje iz vidika učitelja in iz vidika učenca oziroma subjekta) se začne z ugotavljanjem učnih potreb. Namen te faze je natančno ugotoviti, kaj subjekt že ve in kaj mora vedeti za dosego cilja, razlika med tem dvojim je torej primanjkljaj, ki ga mora izvajalec zdravstvene vzgoje v procesu učenja zapolniti (Kiger, 2004). V procesu ugotavljanja učnih potreb izvajalec iz različnih virov zbere informacije, potrди, da so to resnični podatki ter jih kategorizira, povzame in interpretira (Wingard, 2005). Seyedin in sodelavci (2015) navajajo, da ugotavljanje učnih potreb zajema ugotovitev, kaj subjekti zdravstvene vzgoje že vedo, kaj želijo in morajo vedeti, česa so se sposobni naučiti in kakšen je zanje najbolj primeren način učenja. Interpretacija podatkov je včasih močno otežena, ker imajo subjekti in izvajalci različne predstave o obstoječem in potrebnem znanju, zato je ugotavljanje potreb najbolj učinkovito

takrat, ko subjekt in izvajalec zdravstvene vzgoje v procesu sodelujeta (Kiger, 2004). Nekateri zdravstveni delavci zmotno mislijo, da je ugotavljanje učnih potreb dolgotrajen proces, a so v resnici relevantne informacije dostopne že s kratkim pogovorom s pacientom (Wingard, 2005). Ne glede na trajanje procesa pa ima ta faza izredno velik pomen, saj je brez razumevanja subjektivih potreb v povezavi z ostalimi faktorji izvedba kakovostne in k subjektu usmerjene zdravstvene vzgoje skoraj nemogoča (Seyedin et al., 2015).

Naslednji korak procesa zdravstvene vzgoje je načrtovanje, ki zajema tudi zastavljanje namenov in ciljev zdravstvenovzgojnega dela (Seyedin et al., 2015). Načrtovanje mora biti aktiven in prilagodljiv proces, ki zajema več možnih načinov za doseganje ciljev, hkrati pa dober načrt predvideva tudi možne napake in rešitve zanje (Kiger, 2004). Cilji morajo biti specifično zastavljeni, dosegljivi in merljivi, zastaviti pa si jih mora vsak subjekt sam. Začeti se morajo tam, kjer jih subjekti lahko dosežejo brez težav, nato pa se morajo težavnostno stopnjevati. Zastavljanje namenov in ciljev zagotovi, da je zdravstvena vzgoja prilagojena subjektom, saj v nasprotnem primeru lahko pride do enostavnega podajanja informacij, s katerimi si subjekti ne znajo ali ne morejo pomagati (Wingard, 2005).

Izvajalec zdravstvene vzgoje mora v fazi načrtovanja izbrati tudi primerne metode učenja in vzgajanja, ki morajo biti primerne subjektivim potrebam. Delitev metod dela v zdravstveni vzgoji je kompleksna, kakor je zapletena tudi izbira najbolj učinkovite metode glede na značilnosti ciljne skupine. Metoda dela je širok pojem, ki se nanaša na namen (učne in vzgojne metode), na vir, od katerega prihajajo sporočila do tistega, ki se uči (verbalno-besedilne metode, demonstracijske metode, eksperimentalne metode, metode izkustvenega učenja) in na uporabnost (metode množičnega, skupinskega ali individualnega učenja). Oblike dela pa glede na število udeležencev, tip medsebojne komunikacije in organizacijo izobraževanja delimo na frontalne, skupinske in individualne oblike (Hoyer, 2005). Škerjanec (2011) navaja, da metode učenja ločujemo na pretežno pasivne, aktivno-pasivne in aktivne, glede na stopnjo aktivnosti, ki jo posamezna metoda zahteva od subjekta.

Ena izmed najpogosteje uporabljenih učnih metod je metoda ustnega razlaganja, ki sodi k verbalno-besedilnim metodam in je primerna tudi za zdravstveno vzgojo, vendar je pri predavanju, kjer je komunikacija med predavateljem in učenci enosmerna, pomembna kakovost govora, ki mora biti jasen, čist in prijeten, prav tako pa je pri predavanju pomembno predznanje, motivacija in sposobnost sledenja učencev. Predavanje naj bi trajalo 40-45 minut, imelo naj bi jasno in trdno strukturo, pomembni pa so tudi prostor in izbrani učni

pripomočki (računalnik, projektor, tabla). Metoda pripovedovanja je podobna metodi ustnega razlaganja, vendar je podajanje dejstev lahkotnejše, zato je primerna za starejše, bolne in ljudi z omejenimi sposobnostmi. Metoda pogovora vpliva na motivacijo, kar se lahko kaže v doseženem trdnejšem znanju. Pri ilustrativno-demonstracijski metodi so še posebno pomembna izbrana učna sredstva, saj predavatelj s ponazorili preko modelov, fotografij, skic, filmov itd. seznanja učence z učnimi vsebinami. Pri metodi izkustvenega učenja pa se predavatelj obrača na izkušnje učencev ter preko pogovora o njih podaja novo znanje (Hoyer, 2005). K vzgojnim metodam uvrščamo metodo prepričevanja, metodo vedenja in navajanja, metodo spodbujanja, metodo preprečevanja (Govekar – Okoliš, Ličen, 2008) ter metodo igranja vlog in študijo primera (Hoyer, 2005). Pri uporabi prej omenjenih učnih pripomočkov je potrebno zagotoviti tudi, da bo vse delovalo, kot mora, saj lahko tehnične težave močno zmanjšajo učinkovitost procesa zdravstvene vzgoje (Kiger, 2004).

Wingard (2005) navaja tudi, da je v procesu zdravstvene vzgoje potrebno čim bolj omejiti žargon, saj besede, ki jih zdravstveni delavci vsakodnevno uporabljajo in se jim zdijo povsem običajne, paciete pogosto zmedejo, povzročijo nelagodje in s tem zmanjšajo učinkovitost učenja.

Faza izvajanja ali implementacije je tisti del procesa zdravstvene vzgoje, kjer se akcijski načrt iz prejšnje faze prenese v prakso. Cilj zdravstvene vzgoje je doseganje ciljev, ki sta jih v fazi načrtovanja skupaj zastavila subjekt in izvajalec, potrebno pa se je zavedati, da proces učenja ni linearen postopek, temveč so njegove faze med sabo interaktivne in se zaporedje med njimi lahko tudi spreminja (Kiger, 2004). Ključ za uspeh k pacientu usmerjene zdravstvene vzgoje je ohranjanje preprostosti, hkrati pa neprestano vključevanje subjekta v proces učenja. Eden izmed zastavljenih ciljev izvajalcev zdravstvene vzgoje je namreč vedno tudi to, da sodelujoči postanejo aktivni udeleženci v skrbi za svoje lastno zdravje (Wingard, 2005).

Zadnja in prav tako pomembna faza procesa zdravstvene vzgoje je evalvacija, ki pa ni omejena le na konec, temveč jo mora izvajalec vpeljevati že v sklopu prejšnjih faz. Evalvacija pomeni neprestano ugotavljanje napredka med zdravstvenovzgojnim delom in po njem (Seyedin et al., 2015). Poleg formalne, je vedno prisotna tudi neformalna evalvacija, do katere pride, ko subjekt ali izvajalec po končanem procesu rečeta: »To je bilo pa uporabno!«, ali »Tega nisem najbolje razložila.« Kljub temu, da ima neformalna evalvacija svoje prednosti, je vedno potreba tudi formalna ali načrtovana evalvacija, ki subjektu in

izvajalcu ponudi bolj oprijemljive in zanesljive rezultate, ki pripomorejo k nadaljnemu napredku (Kiger, 2004).

### **4.3 Zdravstvena vzgoja romskih žensk**

Literature, ki bi se osredotočala na zdravstvenovzgojno delo z Rominjami, avtorica ni našla, zato na raziskovalno vprašanje o razlikah med zdravstveno vzgojo Rominj in pripadnikov večinskega prebivalstva ne more podati odgovora, ki bi temeljil na z dokazi podprti praksi. Predlogi za prilagoditve in izboljšave zdravstvenovzgojnega dela z Rominjami, ki jih avtorica podaja v nadaljevanju, zato temeljijo izključno na razumevanju romske kulture in potreb romskih žensk. Raziskava, ki so jo izvedli Jelenko in sodelavci (2008), pa je potrdila vsaj to, da so se Rominje večinoma pripravljene udeleževati učno-vzgojnih programov, kjer bi dobile koristne informacije za lastno zdravje in zdravje svojih otrok.

## 5 RAZPRAVA

Na podlagi raziskovanja značilnosti romske kulture, je potrjena domneva, da Rominje potrebujejo nekoliko drugačne pristope pri izvajanju zdravstvene vzgoje, kot pripadniki večinskega prebivalstva, kljub temu pa je tudi pri pripravi zdravstvenovzgojnega programa priprave na starševstvo za romske ženske možno slediti fazam zdravstvene vzgoje.

Iz značilnosti Rominj lahko sklepamo, da Rominje, kot pripadnice močno socialno-ekonomsko ogrožene skupine, zahtevajo posebno skrb pri načrtovanju zdravstveno vzgojnega programa. Ker zaradi zelo zgodnjega prevzema družinske vloge pogosto hitro končajo s šolanjem (Urh, 2011), so slabše izobražene, kar pomeni, da je potrebno vsebino prilagoditi njihovim sposobnostim, novo znanje in veščine podajati na njim razumljiv način ter izbrati učne metode in oblike dela, ki bodo ohranjale njihovo pozornost in motivacijo.

Rominje večinoma ne uporabljajo kontracepcije (Đogić, 2011), kar pomeni, da je razpon let, v katerih imajo otroke, precej velik. Izvajalka zdravstvene vzgoje se mora pripraviti na možnost, da bodo med udeleženkami programa zelo mlada dekleta, včasih celo mlajša od 15 let, in tudi starejše, izkušene ženske, ki že imajo nekaj otrok. Težko jih je obravnavati poenoteno, hkrati pa jih izvajalka ne sme preveč razlikovati, saj je program namenjen vsem romskim ženskam v rodni dobi. Mladoletnih romskih nosečnic ne smemo enačiti z najstniškimi nosečnostmi, kot jih obravnavamo pri večinskem prebivalstvu, saj te nosečnosti verjetno niso bile nenačrtovane, temveč so plod drugačne kulture, v kateri Rominje zelo zgodaj prevzamejo vlogo matere. Prav tako ni samoumevno, da bodo starejše ženske, ki že imajo otroke, poznale večino vsebin, ki jih izvajalka podaja, saj so se materinstva učile od svojih mater ter delovale po instinktu, kar pomeni, da njihovo ravnanje in reševanje težav v povezavi z nosečnostjo, porodom in skrbjo za dojenčka morda ni povsem primerno.

Pri pripravi na porod in starševstvo, je pomembno tudi razumeti razliko v dojemanju materinstva med romskimi ženskami in pripadnicami večinskega prebivalstva. Rominje rojevajo otroke, ker je to njihovo vodilno poslanstvo, glede na njihovo kulturno ozadje (Jelenko et al., 2008), neromske ženske pa imajo pred otroci pogosto kariero, zaradi česar so se s težavami navajene soočati na drugačen način. Neromske ženske imajo pogosto celo preveč informacij, medtem ko Rominje nimajo takšnega dostopa do virov informacij, njihova vprašanja pa so v osnovi enaka. Ključnega pomena je torej, da jim s pomočjo

zdravstvenovzgojnega programa priprave na starševstvo ponudimo odgovore na ta vprašanja.

Kot pravijo Jelenko in sodelavci (2008), slabe bivalne razmere, v katerih živijo Romi povsod po Evropi, povzročajo dodaten pritisk tradicionalnih vlog žensk znotraj posameznih gospodinjstev, to pa še dodatno oteži že tako majhne možnosti Rominj za vključevanje v preventivne zdravstvene programe. Dodaten pomen ima tu izvajalkina naloga, da si zastavi realne in optimalne cilje, ki jih smiselno prilagodi tudi bivanjskim razmeram udeleženk. Hkrati s cilji izvajalke, pa je zelo pomembno, da si subjekti zastavijo lastne cilje, saj bodo le na tak način dovolj motivirani za doseganje ciljev. Izvajalka lahko subjekte vodi in jim pomaga pri zastavljanju ciljev, končna odločitev pa mora biti dosežena pri subjektih samih. Cilji izvajalke so zato bolj usmerjeni v kakovost in način podajanja vsebin, sami vsebinski cilji pa naj bodo prepuščeni subjektom.

Drugačen pogled na vzgojo in izobraževanje je v romski kulturi zakoreninjen tako globoko, da do danes ostaja delež Romov, ki zapustijo šolanje še pred koncem osnovne šole zelo visok (Jelenko et al., 2008). Ker niso vključeni v sistem predšolske vzgoje, so že pred začetkom osnovnega šolanja v zaostanku pred ostalimi otroci, dodatne ovire pa jim povzroča neznanje slovenskega jezika, zaradi česar težje sledijo pouku in še poglobljajo zaostanek in prepad med sabo in neromskimi otroci. Ker že od otroštva dalje izobrazba zanje ni na prvem mestu, je motiviranje odraslih Rominj za vključitev v zdravstvenovzgojne programe torej še težje, kot se zdi na prvi pogled.

Rominje se pogosto izogibajo prisotnosti neznanih moških in jim zaupajo še manj kot ženskim pripadnicam večinskega prebivalstva, zato je pomembno, da je izvajalka zdravstvenovzgojnega programa ženska.

Predlog poenotenega programa za pripravo na porod in starševstvo, ki ga je pripravil NIJZ (2014), ni prilagojen za izvajanje v romskem okolju, saj ne upošteva romske kulture, se ne opira na njihove potrebe in ni nadgradnja predznanja romskih žensk, zato ga je pred izvedbo v romskem okolju nujno potrebno prilagoditi. Zakonsko predpisane teme, ki jih mora program zdravstvene vzgoje romskih žensk v podporo pripravi na starševstvo vsebovati, naj izvajalka razdeli na več krajših sklopov, saj se tako izogne preveliki količini informacij, padcu pozornosti ali izgubi motivacije pri romskih ženskah.

Glede na faze zdravstvenovzgojnega cikla mora izvajalka najprej ugotoviti kakšne so potrebe romskih žensk, kaj že znajo, kakšen način učenja je zanje najbolj primeren, česa si želijo in so se sposobne naučiti in kako doseči njihovo motivacijo. Ker morajo biti udeleženke neprestano aktivno vključene v proces zdravstvene vzgoje, je pomembno, da izvajalka ugotavlja njihove potrebe preko njih samih, torej s pogovorom o temi posameznega srečanja, ki naj bo voden tako, da odgovori na zgoraj zastavljena vprašanja. Pogovor mora biti usmerjen k pridobivanju informacij, hkrati pa naj imajo Rominje občutek, da one odločajo o čem bo tekel pogovor v nadaljevanju, saj bo izvajalka s tem povečala njihovo motivacijo in jim zvišala občutek lastne vrednosti.

Ko so informacije o potrebah Rominj zbrane, sledi načrtovanje posameznih zdravstvenovzgojnih delavnic. Njihovo zaupanje bo izvajalka lažje pridobila, če za izvedbo izbere prostor, ki je Rominjam znan, domač in prijeten, kar bo pripomoglo tudi k lažji sprostitev udeleženk. Njihovo predhodno znanje, ki ga je izvajalka opredelila na podlagi začetnega pogovora, naj bo podlaga za nadaljnje učenje in izhodiščna točka za zastavljanje ciljev. S tem si izvajalka zagotovi njihovo pozornost, saj bo začela z znanimi podatki in počasi nadaljevala k neznanemu.

Glede na dejstvo, da je sorazmerno velik del Rominj nepismen ali slabše pismen, naj učna sredstva, ki jih bo izvajalka uporabila, vsebujejo čim manj pisanega besedila in čim več pripomočkov za praktični prikaz, na primer lutke dojenčkov, skice postopkov in video prikaze. Preko praktičnih demonstracij si bodo udeleženke novo pridobljeno znanje tudi lažje zapomnile. Optimalna metoda dela glede na značilnosti ciljne skupine je torej demonstracijska metoda v kombinaciji z metodo pripovedovanja, pogovora in razlage, oblika dela pa naj bo skupinska, kar pomeni, da je na eni delavnici največ 15 žensk, optimalno pa 5-10, saj bo tako lažje nadzorovati, obvladovati in usmerjati potek zdravstvene vzgoje.

Tretja faza zdravstvenovzgojnega dela je implementacija ali izvajanje načrta, ki ga je izvajalka zasnovala v prejšnji fazi. Izvajalka naj pri svojem zdravstvenovzgojnem delu uporablja čim manj zapletenih zdravstvenih izrazov, ki bi lahko povzročili neugodje pri udeleženkah in s tem zmanjšali učinkovitost delavnice. Delavnica naj ne traja več kot 60 minut z vmesnimi odmori, poudarek pa naj bo na praktičnih prikazih, kjer imajo udeleženke tudi možnost, da same poskusijo izvesti postopke, ki jih je izvajalka predstavila. Že med



delavnico naj imajo udeleženke možnost postavljanja vprašanj, na koncu pa naj jim izvajalka ponudi nekaj minut za razmislek o dodatnih vprašanjih, ki jih morda imajo.

Zadnja faza, to je evalvacija, naj bo zgolj ustna, saj udeleženkam izpolnjevanje evalvacijskega vprašalnika glede na statistiko pismenosti najverjetneje ne bo ležalo. Kljub temu je tudi ustna evalvacija lahko formalna, učinkovita in zanesljiva. Izvajalka naj že med izvajanjem zdravstvene vzgoje preverja, če ji udeleženke sledijo, če jih snov zanima in če jo pravilno razumejo. To lahko doseže z vmesnimi vprašanji ali tako, da jih prosi, da skupaj obnovijo povedano. Vmesna evalvacija je podlaga za končno, kljub temu pa naj izvajalka na koncu še preveri, kako so bile udeleženke v splošnem zadovoljne z delavnico, kaj jim je najbolj ostalo v spominu in kateri del so morda slabše razumele. Evalvacijska vprašanja naj postavlja na način, ki ne dopušča diskriminacije in tako, da se udeleženke ne bodo počutile manj vredne ali celo manj inteligentne. Evalvacija je koristna tako udeleženkam, ki s tem ugotovijo, česa so se naučile, kot izvajalki, ki lahko to uporabi za izboljšanje naslednje delavnice ali za potrditev dobrega dela.

Rominje so naklonjene novemu znanju, ki bi pripomoglo k ohranjanju zdravja njihovih otrok (Đogić, 2011; Jelenko et al., 2008), kljub temu pa je njihovo motivacijo potrebno skrbno negovati in ohranjati. Dodatno jih lahko motiviramo, če jim razložimo prednosti udeležbe zdravstvenovzgojnega programa ter jim pojasnimo, da znanje, ki ga bodo pridobile, pomembno vpliva na zdravje in dobrobit njihovih otrok, kot tudi njih samih, da bo zmanjšalo tveganje za bolezni in poškodbe in da bodo s krepitvijo znanja tudi odpravile skrbi, kar pomeni da bodo lahko v povezavi s starševstvom mirnejše. Dodatno jih motiviramo tudi s tem, da pokažemo razumevanje in spoštovanje do drugačnosti njihove kulture in pogledov na teme, ki jih obravnavamo. Če na primer jasno izrazimo neodobravanje do kajenja med nosečnostjo, bomo s tem zbili njihovo motivacijo, prav tako pa izgubili spoštovanje. Namesto tega raje omenimo negativne posledice kajenja, hkrati pa jim omogočimo, da do odločitve o prenehanju kajenja pridejo same. Iz tega sledi tudi dejstvo da vzgojna metoda prepričevanja v omenjenem primeru kajenja zanje ni primerna, saj se je nujno potrebno osredotočiti na to, da jim učenje prikazujemo v pozitivni luči in na način, da jih ne odvrne od sodelovanja.

Za zagotovitev popolne pozornosti, ki je ključ do uspešne in učinkovite zdravstvene vzgoje je potrebno tudi kar se da zmanjšati ali eliminirati ovire, ki Rominjam morda otežujejo ali preprečujejo udeležbo programa. Ena izmed takšnih možnih ovir je varstvo starejših otrok,

ki ji morda imajo udeleženke, za kar lahko poskrbimo tako, da za varstvo prosimo katero izmed starejših pripadnic romske skupnosti, ki ji bodo ženske zaupale tudi zaradi statusa, ki ga imajo starejše Rominje v lastni družbi (Štrukelj, 2004). Zavedati se moramo tudi, da večina Rominj nima voziškega izpita, zato je potrebno zagotoviti primeren prostor v njihovi bližini, kar najlažje storimo, če izberemo prostor v njihovem domačem okolju, kar bo hkrati pripomoglo tudi k sproščenosti. Pri zagotavljanju pozornosti je pomembna tudi izbira učnih metod in ustreznih učnih sredstev. Če udeleženke namreč ne berejo dobro, potem jim metoda dela s tekstom (na primer zloženka z natančno napisanimi podatki) ne bo ustrezala, ker to ni k subjektom usmerjena zdravstvena vzgoja, niti ne bo učinkovita (Flanders, 2018).

Čeprav veliko avtorjev (Hoyer, 2005; Kiger, 2004) poudarja, da zdravstvena vzgoja ni linearen proces ampak cikel, v katerem se od posamezne faze lahko vrnemo k prejšnji ali po končanem procesu ponovno začnemo krog, to za delo v romskem okolju velja še posebno izrazito. Veliko težavo predstavlja dejstvo, da izvajalka programa ni v vsakodnevnem stiku z Rominjami in zato težko oceni njihove potrebe pred načrtovanjem zdravstvene vzgoje. Izvajalka mora zato predvideti več možnih scenarijev, se na vsakega od njih pripraviti, potem pa program sproti prilagajati glede na ugotovitve. V eni uri, kolikor traja posamezna delavnica skupaj z odmori, mora zvrstiti vse faze zdravstvenovzgojnega procesa, kar nikakor ni enostavno, je pa edini način, kako zagotoviti k subjektu usmerjeno in učinkovito zdravstveno vzgojo.

Zavedati pa se je potrebno tudi, da izvajalka zdravstvenovzgojnega programa ni le v vlogi učiteljice, ampak tudi socialne delavke, psihologinje, vzgojiteljice, predvsem pa človeka, ki posluša in pomaga. Izvajalka mora zato imeti tudi prave osebnostne lastnosti, kot so empatija, iznajdljivost in sposobnost dobrega poslušanja, saj se bodo, ko si bo pridobila njihovo zaupanje, Rominje nanjo obračale z vsemi svojimi težavami, pri katerih jim bo morala znati ustrezno svetovati.

Ker je to diplomsko delo pregled literature in temelji izključno na teoriji in ker literature, ki bi se osredotočala na zdravstvenovzgojno delo z Rominjami avtorica ni našla, avtorica predlaga da se v sklopu naslednjega raziskovanja zasnovan zdravstvenovzgojni program tudi izvede in s prakso podpre ali zavrne zapisane teoretične ugotovitve. Prav tako bi bilo potrebno nameniti več sredstev za raziskave in izobraževanje Romov in tudi za zdravstvenovzgojno delo z njimi, saj na tem področju znanost še vedno močno peša. Posledično se je avtorica soočala z izzivom pomanjkanja literature, je pa ravno zaradi tega

to delo inovativno. Ker se tuji in tudi slovenski raziskovalci vedno bolj zavedajo pomena dela z marginaliziranimi skupinami, je to diplomsko delo tudi spodbuda ostalim raziskovalcem, da se poglobijo v medkulturno obravnavo ter s tem stopijo na dolgo pot k izboljšanju kakovosti priprave na starševstvo v Sloveniji na splošno in tudi specifično za Rome. Zdravstvena vzgoja v podporo pripravi na starševstvo namreč ne more biti na visoki ravni, dokler ni zagotovljena vsem prebivalcem na enakovreden način.

## 6 ZAKLJUČEK

Pri izvajanju zdravstvenovzgojnih programov priprave na starševstvo naj bi se izvajalci opirali na temeljne pristope v zdravstveni vzgoji in proces zdravstvene vzgoje, ko pa se takšni programi izvajajo v romskem okolju, je potrebno poznati tudi značilnosti romske kulture ter razumeti razlike med njimi in pripadniki večinskega prebivalstva. Zaradi razlik v splošni izobraženosti Romov, v njihovem dojetanju materinstva in vloge žensk ter v drugačnem dojetanju lastnega zdravja, zdravstvena vzgoja v podporo pripravi na starševstvo zanje ne more biti enaka, kot za neromske ženske.

Zdravstvenovzgojni program mora vsebinsko slediti zakonsko opredeljenim smernicam, kljub temu pa mora biti vsebina prilagojena stopnji predznanja in sposobnosti razumevanja Rominj. Preobsežne informacije, preveč zahtevne veščine ali znanje, podano na neprimeren način, v zahtevni zdravstveni terminologiji, lahko romske ženske odvrne od udeleževanja programa, program je neučinkovit, pogloblja nezaupanje Rominj do večinskega prebivalstva in ne služi svojemu namenu.

Namen tega diplomskega dela je dosežen, saj je avtorica dobro spoznala značilnosti romske kulture ter njihovih običajev v povezavi nosečnosti in porodom, hkrati pa je ugotovila, kje je možno izboljšati zdravstvenovzgojni program priprave na starševstvo tako, da bo ustrezal tudi romskim ženskam in da bo metodološko ustrezal procesu zdravstvene vzgoje. Čeprav je šibka točka diplomskega dela v tem, da sloni le na teoriji in ne vključuje prakse, lahko navedene ugotovitve služijo kot vodilo za dejansko izvedbo takšnega programa in kot vzorec za delo drugim raziskovalcem. Čas je namreč, da se več raziskovalcev začne zavedati pomena dela z marginaliziranimi skupinami prebivalcev, kajti le družba, ki omogoča napredek vsem, ne le privilegiranim, je družba na najvišji ravni.

## 7 LITERATURA IN DOKUMENTACIJSKI VIRI

- Baranja M (2016). Ženska, mati, Rominja: Življenjske zgodbe slovenskih Rominj s perspektive socialnega dela. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, 7–20.
- Baranja M (2017). Položaj slovenskih romskih mater v romski skupnosti in izven nje. Soc Delo 56(2): 99–110.
- Belović B, Šemerl Šelb J, Krajnc Nikolić T et al. (2009). Ocena rabe zdravstvenih storitev v populaciji romskih žensk in otrok v Sloveniji – prispevek k zmanjševanju neenakosti v zdravju. Murska Sobota: Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota.
- Belović B, Zaletel Kragelj L, Farkaš Lainščak J (2015). Z zdravjem povezan življenjski slog Romov: prispevek k zmanjševanju neenakosti v zdravju. Murska Sobota: Pomursko društvo za boj proti raku – Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Bobak M, Dejmek J, Solansky I, Sram RJ (2005). Unfavorable birth outcomes of the Roma women in the Czech Republic and the potential explanations: a population-based study. BMC Public Health 5(106).
- Cukut Krilić S (2016). »Ko pa govorimo o Romih, to je pa čisto drugačna kultura.« O nasilju v družinah Romov. Soc Delo 55(1-2): 55–66.
- Drglin Z (2011). Za zdrav začetek. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 8–9.
- Drglin Z, Tomšič S, Mihevc Ponikvar B, Pucelj V, Renar I, Dravec S (2016). Priprava na porod in starševstvo: skupinska vzgoja za bodoče starše, predlog programa. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
- Đogić K (2011). Romske ženske in njihovo zdravje. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo, 6–26.
- Flanders SA (2018). Effective patient education: evidence and common sense. Medsurg Nurs 27(1): 55–8.
- Govekar – Okoliš M, Ličen N (2008). Poglavlja iz andragogike. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete, Oddelek za pedagogiko in andragogiko, 9–87.

Hajioff S, McKee M (2000). The health of the Roma people: a review of the published literature. *J Epidemiol Community Health* 54: 864–9.

Hoyer S (2005). *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.

Jelenko M, Wuiame N, Prohaska M et al. (2008). Ethnic minority and Roma women in Europe: A case for gender equality? Milano: EGGSI – Expert group on gender equality, social inclusion, health and long-term care, 97–134.

Dostopno na: <file:///C:/Users/Party%20Animal/Downloads/KE-78-09-990-EN-C.pdf> <21. 4. 2018>.

Jones L, Rose W (2001). Social services and health promotion: Towards Independence and empowerment. In: Scriven A, Orme J, eds. *Health Promotion – professional perspectives*. 2<sup>ND</sup> ed. Hampshire: Palgrave, 95–104.

Kiger MA (2004). *Teaching for health*. 3<sup>RD</sup> ed. London: Churchill Livingstone.

Košak A (2009). Nasprotja in konflikti med primarno socializacijo Romov in procesom šolanja. Magistrsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 18–32.

Liamputtong P (2007). *Researching the vulnerable: a guide to sensitive research methods*. Sydney: SAGE Publications Ltd, 1–22.

Dostopno na:

[https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=\\_C4J89\\_iNeUC&oi=fnd&pg=PP2&dq=researching+the+vulnerable+a+guide+to+sensitive+research+methods&ots=A1Jxj5F8Of&sig=J-CNXBnV-mOqHgcdeUNSy6qbZ3o&redir\\_esc=y#v=onepage&q=researching%20the%20vulnerable%20a%20guide%20to%20sensitive%20research%20methods&f=false](https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=_C4J89_iNeUC&oi=fnd&pg=PP2&dq=researching+the+vulnerable+a+guide+to+sensitive+research+methods&ots=A1Jxj5F8Of&sig=J-CNXBnV-mOqHgcdeUNSy6qbZ3o&redir_esc=y#v=onepage&q=researching%20the%20vulnerable%20a%20guide%20to%20sensitive%20research%20methods&f=false) <25. 8. 2018>.

Ličen N (2006). Uvod v izobraževanje odraslih: izobraževanje odraslih med moderno in postmoderno. Ljubljana: Filozofska fakulteta, Oddelek za pedagogiko in andragogiko, 9–130.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (2014). *Vzgoja za zdravje za bodoče starše (Priprava na porod in starševstvo, nekdanje imenovana Šola za starše)*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Dostopno na: <http://www.nijz.si/sl/vzgoja-za-zdravje-za-bodoce-starse> <29. 8. 2018>.

Oakley J (1983). *The traveller-gypsies*. 1. izdaja. Cambridge: Cambridge University Press, 201–14.

Palaić T (2015). *Rojstvo: izkušnje Rominj*. Projekt sodelovanja z ženskami iz Serdice, Maribora in Kerinovega Grma. Katalog razstave. Ljubljana: Slovenski etnografski muzej.

Parekh N, Rose T (2011). Health inequalities of the Roma in Europe: a literature review. *Cent Eur J Public Health* 19(3): 139–42.

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (1998). Ur L RS 19(98), 47(98), 26(00), 67(01), 33(02), 37(03), 117(04), 31(05), 83(07), 22(09), 17(15) in 47(18): 1253–84.

Republika Slovenija, Urad za narodnosti (2018). *Romska skupnost: statistični podatki*.

Dostopno na:

[http://www.un.gov.si/si/manjsine/romska\\_skupnost/statisticni\\_in\\_osnovni\\_podatki/](http://www.un.gov.si/si/manjsine/romska_skupnost/statisticni_in_osnovni_podatki/) <24. 8. 2018>.

Seyedin H, Gohrinezhad S, Vatankhah S, Azmal M (2015). Patient education process in teaching hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *Med J Islam Repub Iran* 29(220).

Strömberg A (2005). The crucial role of patient education in heart failure. *Eur J Heart Fail* 7: 363–9.

Škerjanec P (2011). *Tradicionalni – sodobni modeli učenja in poučevanja družboslovja*. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Štros U (2011). *Socialno ekonomski položaj Rominj v Sloveniji*. Diplomsko delo. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

Štrukelj P (1977). Statistični popisi o pismenosti romskih žensk v Sloveniji in preučevanje sprememb v njihovem življenju. *Slov Etnog* 30: 149–58.

Štrukelj P (2004). *Tisočletne podobe nemirnih nomadov: Zgodovina in kultura Romov v Sloveniji*. Ljubljana: Družina.

Urh Š (2011). Etničnost in spol: položaj Rominj v zasebnem in javnem prostoru. *Soc Delo* 50(6): 357–423.

Visser A, Deccache A, Bensing J (2001). Patient education in Europe: united differences. *Patient Educ Couns* 44: 1–5.

Whitehead D (2004). Health promotion and health education: advancing the concepts. *J Adv Nurs* 47(3): 311–20.

Wingard R (2005). Patient education and the nursing process: meeting the patient's needs. *Nephrol Nurs J* 32(2): 211–4.

ZRomS-1 – Zakon o romski skupnosti, Ur L RS, 33/07.