



RAZVOJNO
IZOBRAŽEVALNI
CENTER NOVO MESTO



Zdravje, preprečevanje zasvojenosti in romska mladina v Evropi:

priročnik in delovanje v praksi

Zdravje, preprečevanje zasvojenosti in romska mladina v Evropi

Urednika:

Marjeta Gašperšič (RIC Novo mesto)
Metod Pavšelj (RIC Novo mesto)

Prevodi iz angleščine v slovenščino:

Tina Kočever Donkov

Oblikovanje:

Etna studio, Boštjan Grubar s.p.

Izdajatelj:

RIC Novo mesto

Predstavnica izdajatelja:

Marjeta Gašperšič

Novo mesto, junij 2013



RAZVOJNO
IZOBRAŽEVALNI
CENTER NOVO MESTO



Funded by
the Health Programme
of the European Union



Addiction Prevention within
Roma and Sinti communities

Ta dokument je nastal v projektu PREPREČEVANJE ZASVOJENOSTI V ROMSKIH IN SINTSKIH SKUPNOSTIH, ki ga je financirala Evropska Unija v okviru Programa javnega zdravja. Zapis predstavlja vidike posameznih avtorjev in v nobenem primeru ne odražajo uradnega mnenja Izvajalske agencije za zdravje in potrošnike.

Nekateri grafi in slike še nimajo prevoda v slovenščino, verzija elektronske knjige z vsemi prevedenimi grafi bo objavljena 10.7.2013.

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

614(4=214.58)(0.034.2)
316.346.2-053.6(4=214.58)(0.034.2)

ZDRAVJE, preprečevanje zasvojenosti in romska mladina v Evropi [Elektronski vir] : priročnik in delovanje v praksi / Nuria Rodriguez Derecho ... [et al.] ; urednika Marjeta Gašperšič, Metod Pavšelj ; prevodi iz angleščine v slovenščino Tina Kočever Donkov. - El. knjiga. - Novo mesto : RIC, 2013

ISBN 978-961-91453-6-4 (pdf)
1. Rodriguez Derecho, Nuria 2. Gašperšič, Marjeta
267788288

FUNDACIÓN SECRETARIADO GITANO

*Nuria Rodríguez Derecho, Carlos Ancona Valdez,
Begoña Pernas Riaño, Óscar Franco Alonso*

Zdravje, preprečevanje zasvojenosti in romska mladina v Evropi:

priročnik in delovanje v praksi

<i>Delovna skupina</i>	2
<i>Kazalo</i>	4
<i>Predgovor</i>	7
<i>I. DEL: PRIROČNIK ZA PRAKSO</i>	9
<i>1. Predstavitev</i>	10
<i>Predlagana metodologija in metoda priprave</i>	10
<i>2. Kakšen je naš odnos z romsko skupnostjo in mladino? »Začnimo pri tem, kar poznamo«</i>	12
1. predstava: Romi so drugačni, premikajoča se meja drugačnosti	12
2. predstava: Romi »imajo več težav«	14
3. Predstava: Romi »so problem«	14
2.1. Kakšen je vpliv teh predstav na vedenje zdravstvenega sistema?	15
<i>3. Pregled romske kulture: »razmišljanje o tej realnosti«</i>	17
3.1 Družbena realnost romske skupnosti	17
Izvor in raznolikost	17
Prebivalstvo med normalizacijo in izključenostjo	17
Družbene strukture in proces preoblikovanja	19
Vpliv bivališč na romsko indentiteto	20
Mlado prebivalstvo v negotovosti	21
3.2. Pomembni socialno-kulturni elementi	22
Ključna vloga družine	22
Vloga združenj in cerkva	23
Vloga žensk	23
3.3. Evropski romi in njihov odnos do zdravja	24
Kratka diagnoza zdravja	24
Predstave o zdravju	26

<i>Romska skupnost in zdravstveni sistem</i>	27
<i>3.4. Glavne predstave o drogah</i>	28
<i>Skupne lastnosti evropske mladine</i>	28
<i>Značilnosti romske mladine</i>	29
<i>4. Kako izboljšati naše intervencije: »nazaj k praksi«</i>	32
<i>4.1. Veščine za zdravstveno delo z romsko skupnostjo</i>	32
<i>Komunikacija in empatija</i>	32
<i>Razvijanje mediacijskih odnosov in reševanje konfliktov s pogovorom</i>	34
<i>4.2. Poznavanje kulturnih značilnosti romov med zdravstveno prakso in v zdravstvenih centrih</i>	35
<i>4.3. Kako se spopasti s preprečevanjem zlorabe drog pri romski mladini?</i>	38
<i>Preprečevanje: zakaj in čemu?</i>	38
<i>Preprečevanje: s kom?</i>	39
<i>Kje intervenirati?</i>	40
<i>Kako intervenirati?</i>	41
<i>4.4. Nekateri kriteriji za interveniranje pri romski mladini</i>	42
<i>Vedeti, o čem govorimo</i>	43
<i>Aktiviranje sredstev okolja</i>	43
<i>Predlaganje dosegljivih ciljev</i>	43
<i>Podpiranje osebnih procesov in pogovor o družbenih procesih</i>	44
<i>Učimo se od obrobja</i>	44
<i>Literatura (priročnik za prakso)</i>	45
<i>II. DEL: DELOVANJE V PRAKSI</i>	47
<i>a) Uvod</i>	48
<i>b) Struktura dokumenta</i>	49
<i>c) Shematičen povzetek dejanj in srečanj</i>	52

<i>d) Poti usposabljanja</i>	<i>54</i>
1. Sklop: kje srečujemo rome in romsko mladino? Začnimo pri tem, kar poznamo	54
2. Sklop: pregled romske kulture v Evropi: »razmišljanje o tej realnosti«	60
3. Sklop: kako izboljšati naše intervencije – »nazaj k praksi«	68
<i>Literatura (delovanje v praksi)</i>	<i>75</i>
<i>PRILOGE</i>	<i>76</i>
Mediacijski odnosi in reševanje konfliktov	77
Analiza novic	79
Družbeno drevo	82
Kakšen je naš odnos z Romi in mladino	83
Vedenje zdravstvenega sistema	85
Komunikacija in sočuten odnos	86
Determinante zdravja	88
Evalvacijski list	90
Vključevanje v zdravstveno prakso	91
Uvod v usposabljanje	94
Romi v Evropi: kratka zgodovina	95
Predstavitev priročnika	99
Družbena realnost in socialno-kulturni elementi	100
Odnos do zdravja	102
Odnos do drog	105
Analiza SWOT	107
Test stereotipov in odgovorov	108

Predgovor

Priročnik je nastal v okviru evropskega projekta SRAP (preprečevanje zasvojenosti v romskih in sintskih skupnostih), ki ga je financirala Izvajalska agencija za zdravje in potrošnike v Evropski uniji. Projekt so vodili mesto Bologna in deset drugih organizacij¹. Splošen cilj projekta je prispevati k preprečevanju in zmanjšanju uporabe in zlorabe legalnih in nelegalnih substanc pri romski mladini.

FSG je s svojimi izkušnjami na področju zdravstvenih storitev odgovoren za enega izmed delovnih paketov tega projekta: izboljšava kapacitet zdravstvenih storitev in zasvojenosti. Rezultat je ta priročnik s številnimi predlogi usmeritev, ki so usmerjene k odpravljanju neenakosti pri zasvojenosti in dostopu Romov do javnega zdravstva.

¹ Cooperativa Sociale Societa Dolce Societa Cooperativa – DOLCE (Italija), Health and Social Development Foundation – HESED (Bulgarija), Fundatia Parada – PARADA (Romunija), Fundación Secretariado Gitano – FSG (Španija), Hors la Rue Association – HLR (Francija), Comune di Venezia (Italija), Forum Européen pour la Sécurité Urbaine Association – EFUS (Francija), Roma Public Council Kupate Sdruzhen – RPC KUPATE (Bulgarija), Razvojno Izobraževalni Center Novo Mesto – RIC NOVO MESTO (Slovenija), Trnavska Univerzita V Trnave – TU-FZS (Slovaška).



I. DEL

priročnik za prakso

Predstavitev

Romska skupnost v Evropi je zelo raznolika, toda na splošno je njihov socialni in ekonomski položaj slabši kot pri povprečnem prebivalstvu, kar zelo vpliva na slab zdravstveni položaj. Na njihovo zdravje prav tako vplivajo predsodki in diskriminacija, ki so jih doživljali skozi zgodovino in so prisotni še danes, tudi v situacijah, ki vključujejo evropske zdravstvene sisteme in strokovnjake.

Glavni cilj tega priročnika je pomagati odstraniti prepreke, s katerimi se sooča romska skupnost v Evropi pri dostopu do zdravstvenih storitev in storitev za pomoč pri zasvojenosti ter tako zmanjšati neenakosti v zdravstvu. Da bi dosegli ta namen, bomo zdravstvenim strokovnjakom, ki delajo z Romi, zagotovili praktične informacije in jim tako omogočili boljše poznavanje in razumevanje posebnosti te kulture, zlasti njihovega odnosa do zdravja in drog. Prav tako jim bomo zagotovili orodja za izboljšanje veščin, potrebnih za delo z romsko skupnostjo in njeno mladino.

Ciljna populacija tega priročnika je romska mladina, ki jo zaradi njenih karakteristik uvrščamo v skupino ljudi, starih med 11 in 25 let. Ta priročnik pa prav tako išče načine, kako vplivati na celotno romsko skupnost na področju osnovnih zdravstvenih stališč in še posebej zasvojenosti.

Namenjen je zdravstvenim strokovnjakom, ki delajo v bolnišnicah na področju primarnega zdravstva, dežurnih službah kot tudi v storitvenih centrih in/ali tistim, ki delajo na področju preprečevanja uživanja drog.

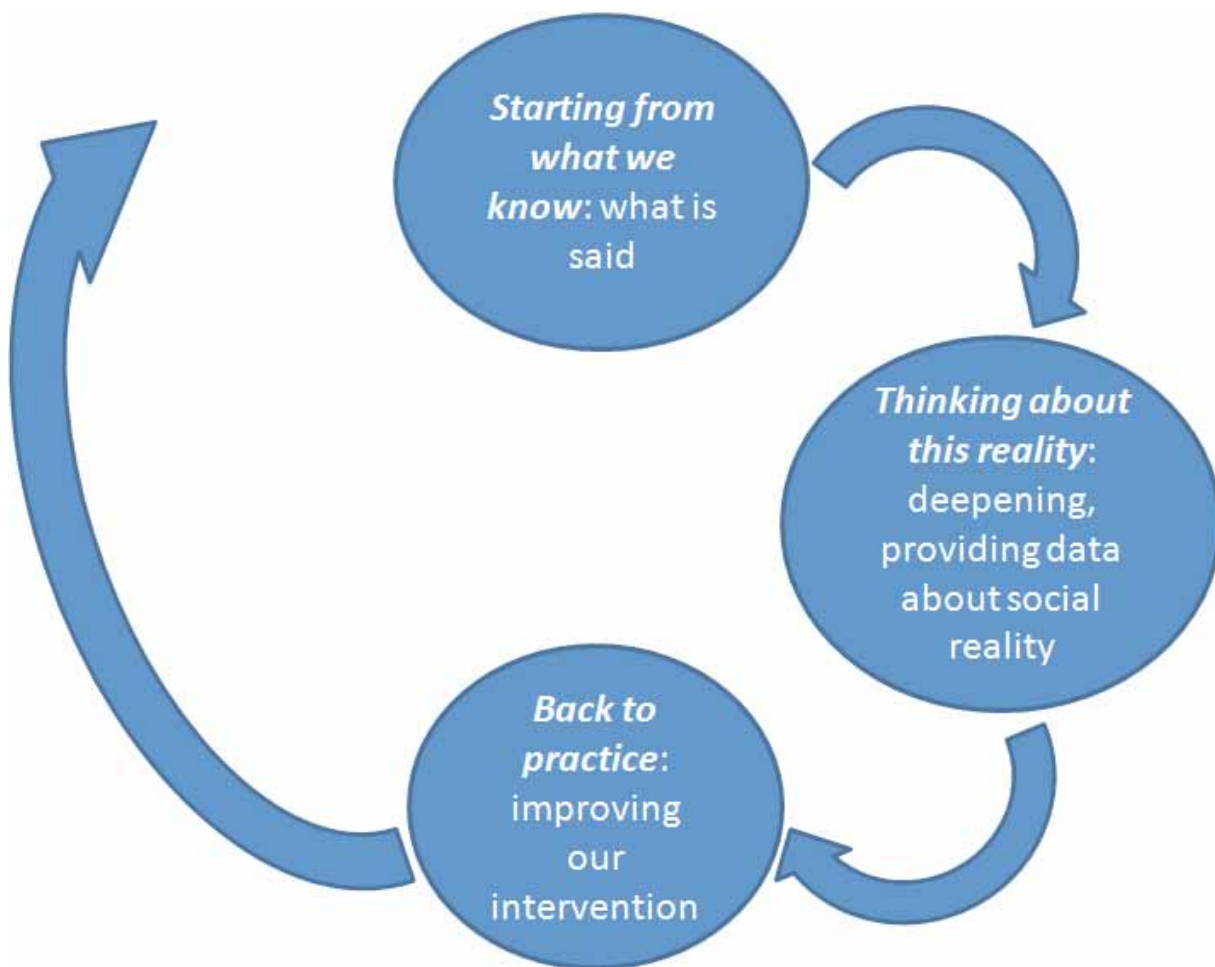
PREDLAGANA METODOLOGIJA IN METODA PRIPRAVE

Priročnik nudi teoretični okvir, ki je podlaga za praktične predloge za delo zdravstvenih strokovnjakov. Metodologija temelji na dialektičnem pristopu, ki izhaja iz znanja, razumevanja in prakse zdravstvenih strokovnjakov v zvezi z romsko skupnostjo (predvsem mladino), njihovim zdravjem in odnosom do drog. It tega vidika priročnik odraža in pogloblja njihovo družbeno realnost, kulturo in odnos do zdravja in drog ter nudi boljše razumevanje te realnosti, saj poskuša prikazati elemente za izboljšanje prakse socialnega varstva in olajšati Romom dostop do zdravstvene oskrbe.

Celoten predlog je sestavljen iz dveh integriranih delov: prvi del je **Priročnik za prakso**, ki zajema osnovni vsebinski del, in drugi **Delovanje v praksi**, ki predstavi dialektični pristop, s katerim lahko skupaj z zdravstvenimi strokovnjaki v skupinah obdelujemo vsebino.

Struktura priročnika sovpada s predlagano metodologijo:

- 1)** Prvi del govori o tem, »kar vemo«, »kar se govori«, in o »zdravstveni praksi« v povezavi z Romi, temelječ na objavljenih študijah na to temo in tudi, kako te predstave vplivajo na zdravstveni sistem.
- 2)** Drugi del prikazuje trenutno dosegljive podatke o družbeni realnosti romske skupnosti v Evropi, glavne kulturne elemente in nekatere temeljne ideje o zdravju in drogah.
- 3)** Tretji del »Nazaj k praksi« nudi praktična in teoretična orodja za vključitev socialno-kulturnega položaja romske skupnosti v zdravstveni sistem, strokovno prakso in v načrt programov preprečevanja zasvojenosti z drogami pri romski mladini.



Za pripravo tega priročnika je bila upoštevana literatura z naslednjih področij: preprečevanje drog, Romi in zdravje. Opravljeni so bili intervjuji s strokovnjaki, ki redno delujejo na teh področjih. Vsebina in metodologija sta bili preizkušeni s strani Svetovalnega odbora lokalnih deležnikov, ki ga sestavljajo strokovnjaki (v nadaljevanju Svetovalni odbor), ki je odobril dokončanje in potrjevanje tega priročnika.²

² Priročnik vsebuje prispevke predstavnikov tega odbora: Piedad Perea Cañizares – strokovnjak na področju družbenih intervencij pri Cañada Real Galiana (Madrid) – FSG;

Josefa García Cuerva Gómez socialna delavka z zdravstvenem centru El Espinillo (Villaverde – Madrid); José M^a Peñas Pascual – director Centra za celovito zdravljenje odvisnosti od drog (CAID Sur – Ayuntamiento de Madrid); Fernando García García – strokovnjak na področju družbenih intervencij in zdravstvenih projektov (Madrid) – FSG; Yolanda Nieves Martín – svetovalka v oddelku za inovacije pri Fundación Atenea (Madrid).

Kakšen je naš odnos z romsko skupnostjo in mladino?

»začnimo pri tem, kar poznamo«

Za izboljšanje skrbi za romsko mladino na področju zdravja in preprečevanja zlorabe drog je eden izmed ključnih elementov kakovost odnosov in sprava med zdravstvenimi strokovnjaki ter Romi v Evropi. Zatorej je prvo vprašanje, ki si ga moramo zastaviti, in začetna točka te razprave: **Kaj vemo o Romih?**

Seveda Rome poznamo. Vidimo jih v pisarnah, bolnišnicah ali šolah, kjer delamo. Naš položaj v zdravstvenem sistemu ali socialnem varstvu nas izpostavlja stiku z različnimi ljudmi in vzpostavljanju nenehne interakcije, ki je lahko tekoča, ravnodušna ali konfliktna. Četudi osebno ne poznamo nobenega Roma, lahko o njih govorimo. Naša kultura je polna predstav, predsodkov in čustev na račun Romov kot pomembne manjšine, ki nam je pogosto blizu, a vendar včasih nekoliko čudna ali drugačna. Do njih čutimo občudovanje, radovednost, strah, zaničevanje in jih imamo za nadlogo. Do te teme ne smemo biti ravnodušni, saj je igra med večino in manjšino v vsaki okoliščini resna igra, polna posledic.

Romska skupnost je kot družbena manjšina izpostavljena obstoječim mnenjem o njej. Podoba, ki jo odraža družba, je popačena in Romi se ji ne

morejo izogniti, saj se z njo srečujejo na vsakem koraku. »Biti del govoric drugih« je ključna značilnost pripadanja manjšini. Kaj torej govorimo o Romih? Raziskave kažejo, da odnos družbe do Romov temelji na treh predsodkih, ki so včasih povezani v zaporedje:

1. predstava:

Romi so drugačni.

2. predstava:

Romi imajo več težav.

3. predstava:

Romi so problem.

Te predstave, čeprav so na videz objektivne, nosijo videnja, spreminjajo odnose in izzivajo odzive v našem vedenju. Vplivajo na naše delo, pričakovanja ali pa način ravnanja z ljudmi. To še posebej opazi romska mladina. Zaradi tega je te tri predstave vredno raziskati nekoliko podrobneje.

1. PREDSTAVA:

ROMI SO DRUGAČNI, PREMIKAJOČA SE MEJA DRUGAČNOSTI

Drugačen je nekoliko groba beseda, celo atraktivna. V množični družbi lahko »biti drugačen« pomeni tudi biti ugleden. Toda vemo, da je to lahko tudi način, kako nekoga označiti, klasificirati in diskriminirati. To pomeni, da izberemo lastnost (na primer etničnost) in jo uporabimo kot ločnico med nami in drugimi. Največja vrlina drugačnosti je nedoločenost, ki je elastična in lahko spodbuja občudovanje, ali pa izključitev.

V primeru Romov je drugačnost zgodovinsko ustvarila izključitve – pravne, nastanitvene, zaposlovalne in ekonomske. Uživajo zmanjšane pravice, čutijo šibko državno pripadnost, imajo manj možnosti dostopa do socialnih sredstev,

deležni so družbene zavrnitve in nasilja, prevelike družbene izključenosti, prav tako pa imajo težave z zdravjem. Odziv romske skupnosti se je razlikoval skozi čas in območje, toda v glavnem je bil skupek prilagajanja okoliščinam in varovanja ključnih elementov njihove kulture.

Katere razlike pripisujemo Romom?

Običajno omenjamo tri velike razlike:

1. Kulturne.

Menimo, da imajo edinstveno kulturo, ki jo interpretiramo kot skupek lastnosti in vrednot, ki so bolj ali manj stalne in enotne. Lahko so idealizirane ali pa zavrnjene, običajno pa so oboje. Opazni so pretirani kontrasti – lahko jih dojemamo kot bolj tradicionalno in »nerazvito« družbo, bolj podeželsko, manj pismeno, zaprto do sprememb, toda hkrati tudi bolj povezano, veselo, manj individualistično in materialistično.

Prav tako jo obravnavamo kot družbo z drugačno kulturo in demografskimi značilnostmi: pomembnost povečane družine, večja naklonjenost poroki med Romi in včasih med sorodniki, oblikovane hierarhične vloge za spol in generacije, način naseljevanja in bivanja ter stari in novi poklici. Te značilnosti tvorijo specifičen kulturni svet.

Te značilnosti so resnične, toda kot bomo videli, niso univerzalne niti stalne. Prav tako ne nosijo iste teže ali so neizogibno povezane. Tako kot v vsaki kulturi tudi v romski obstaja zgodovinsko ozadje, ki daje stabilnost. Vendar pa obstaja tudi možnost izbire ali preoblikovanja posameznih značilnosti in opustitve drugih.

Kultura je kolektivni smisel, ki ga pripišemo svojim dejanjem. Zatorej smo tudi mi »bitja kulture« in nobena kultura ni bolj ali manj napredna ali stalna, temveč je skupek prilagoditev in ustvarjalnosti znotraj kulturnih okvirov. Kultura skupine je zmeraj pragmatična, tj. pomaga njenim članom, da živijo v določeni situaciji in da interpretirajo ter dajo smisel svojim življenjem. To ne pomeni, da ne prihaja do konfliktov z ostalimi interesi ali da ni možnosti za nastanek krize.

2. Socialno-ekonomske.

Druga razlika, ki je opazna in jo pripisujemo Romom, je socialno-ekonomske narave, brez jasnega razlikovanja v prevladujočem diskurzu o kulturnih razlikah. Videni so kot revnejši in manj integrirani, ter kot da imajo slabši dostop do socialnih dobrin in sredstev. Živijo na obrobju, predstava o obrobju pa je zelo močna; je prostorska prispodoba, ki ustreza lokaciji določenih naselbin ali sosesk na obrobju mesta ali vasi, prenesena v družbeno prispodobo. Na obrobju ni pravil, zakonov ali družbenih omrežij pripadnosti. Je mesto, kjer si želimo biti.

Na revščino ne gledamo zgolj kot na ekonomsko značilnost. To ni revščina delovnega razreda ali revščina, kot je bila nekoč in je pomenila živeti z malo. Revščina budi dvom o želji o ohranjanju ali obstajanju. Namreč, ljudje ne storijo ničesar, da bi to spremenili, njihova kultura pa je tista, ki jih vodi do tega obrobnega položaja. Zaradi tega sta tako bogastvo kot revščina Romov sumljiva. Kultura in revščina sta povezani na način, da povezujeta Rome z njihovo usodo. Ta predstava znova ignorira družbene spremembe in velike notranje razlike ter položaj, ki obstaja med Romi.

3. Moralne.

Drug drugega ne moremo videti brez etičnih vrednot; biti drugačen pomeni biti boljši ali slabši. Stari rasizem je Rome videl ne samo kot kulturno raznolike in družbeno nerazvite, temveč tudi preprosto kot nezanesljive, sleparske, lene ali nevarne redu. Ta tradicionalni repertoar se je v urbani družbi spremenil z javnim zavračanjem rasizma. Etične napake so drugačne: Romi so odvisni, izkoriščajo socialno podporo, so seksistični, neizobraženi in nepripravljeni za integracijo. Jezik sodobnosti (vrednote, ki jih želimo pripisovati kot družba) se odraža narobe – družba, ki sebe obravnava kot napredno, avtonomno, enakopravno in vedno boljšo, nase gleda v deformiranem ogledalu svojega obrobja.

2. PREDSTAVA: **ROMI »IMAJO VEČ TEŽAV«**

Naslednja lastnost ali pogled v našem odnosu z Romi je, da imajo Romi več težav kot drugi. Brez dvoma večina romske populacije živi v revščini in trpi za diskriminacijo. Realnost kaže na to, da imajo nižji prihodek in slabše bivanjske, zaposlitvene, izobraževalne ali zdravstvene pogoje. Toda treba je razlikovati med specifičnimi težavami, ki so posledica neenake strukture, in tistimi, ki so nastale kot posledica diskriminacije, ali tistimi, ki so odraz pretiravanja ali izmišljotin.

Prav gotovo je veliki del Romov ranljiv in »izpostavljen slabostim in neenakostim«. Te neenakosti so dodane in povečane; večina Romov v Evropi ima manj rednih služb in premoženja, živijo v slabših prostorih in neustreznih bivališčih ter imajo slabši dostop do sredstev in zaščite. Imajo manj družbenega sodelovanja in prisotnosti na mestih odločanja. Njihova družbena omrežja so omejena in v nekaterih predelih svoja življenja preživijo v izoliranih (ali obrobni) prostorih. Vsi ti pogoji vplivajo na njihovo zdravje in pričakovano življenjsko dobo, na njihovo samozavest in na način soočanja s težavami.

Toda **romska skupnost ima tudi prednosti, ki jih je treba vključiti v zdravstveno delo**: ima svoja sredstva, kreativnost, oblike skrbi in nudenja utehe, različne oblike vodstva, družbene in kulturne prednosti, ki bi jih vsak pristop moral ceniti in vključevati. Ni nujno, da neenakost nakazuje, da so vsi indikatorji slabši. Morda imajo na neki način slabše zdravje, toda to ne pomeni, da imajo tudi več težav z zasvojenostjo z drogami. V tem primeru obstajajo trije pogoji:

- **Odnos do drog je lahko drugačen**; okvir, v katerem živi romska mladina, njihova pričakovanja ali družbena podoba, vplivajo na način in začetek tega, kar imenujemo zasvojenost, zdravje in bolezen. Strokovnjaki morajo te razlike upoštevati in jih razumeti, kot tudi

vsako kompleksnost pri katerikoli družbeni skupini.

- **Vpliv zasvojenosti z drogami na zdravje je lahko večji**, saj so včasih lahko drugi ekonomski ali zdravstveni pogoji pomembni; na primer slab dostop do zdravstvenih virov, dejstvo, da so mnogi starši zelo mladi, življenje v okolju, kjer se preprodaja droga (kar otežuje neuživanje drog), pomanjkanje možnosti za preživljanje prostega časa in nudenje alternativ uživanju drog itn.

- **Predstava in izkušnja z drogami je lahko slabša**; to pomeni, da je stigmatizacija lahko močna znotraj in zunaj skupnosti in tako poveča probleme, povezane z zasvojenostjo, kot so na primer izključitev iz dela, osamljenost in prekinitev navezovanja stikov, nasilje, sorodne bolezni itn.

Sledenje višji družbeni uravnovešenosti in drugačen odnos do ljudi, ki niso obravnavani enako, je dejanje, ki ga neprekinjeno izvaja socialna država (skozi davčni sistem, pokojnine, štipendije itn.). To dejstvo ne pomeni, da je treba skupini, ki prejema takšno podporo, pripisovati posebne lastnosti ali jo stigmatizirati. Toda, kadar je govora o manjšinah, pozornost na razlike dobi poseben ton, kar lahko privede do stigmatizacije skupine.

3. PREDSTAVA: **ROMI »SO PROBLEM«**

Tretja predstava je logičen korak, ki ga pogosto naredimo, ko razmišljamo o skupinah, ki so »drugačne«, tj. ne pripadajo večinski kulturi. **Pogosto pride do preskoka s predstave o »ranljivosti« do predstave o »nevarnosti«**. Na primer, pri epidemiologiji so »rizične skupine« velikokrat videne kot skupine, ki potrebujejo posebno pozornost ali pazljivost. Pogosto ta fokus na koncu postane nezavedna obtožba.

Ta preskok iz »skupine s težavami« do »problematične skupine« se pojavi tudi v zdrav-

stvenih sistemih. V nekaterih družbenih in strokovnih diskurzih se pojavi predstava, da so Romi zahtevnejši, večkrat iščejo pomoč in so najslabši pacienti. Njihova prisotnost je opaznejša, kar je pogost primer pri priseljencih. Nemalokrat slišimo, da so glasni in zahtevni, da v bolnišnice prihajajo v skupinah, da ne sledijo priporočilom ali ne upoštevajo pravil. Dve predstavi spodbujata predsojke:

- Negativen pogled na vedenje, ki ga skupina sama vidi kot sprejemljivega ali celo pozitivnega, kot na primer, kadar družina spremlja pacienta.
- Vsakemu posamezniku pripisovanje vedenja, ki smo ga predhodno označili kot neprimerne, in ga izvaja samo del skupnosti.

Dva najpogostejša očitka sta:

- **Zloraba.**

Ta očitek izhaja iz predstave, da romska skupnost ne pripada splošni skupnosti, in zato ni očitno, da si zaslužijo pozornost, ki jo imajo kot državljani. Namesto predstave o kolektivnem paktu, kjer imajo vsi pravice, se ustvari druga predstava, kjer večina odobri manjšini pravice, ki so pogojene s pravilno uporabo le-teh. To ni zakon, a vendar je večina tista, ki odloča, kdaj določena uporaba ni primerna in lahko te pravice odvzame, če jih drugi izkoristijo.

- **Pasivnost.**

Navezuje se na občutek, da zagotavljanje podpore in dodatkov določenim skupinam, lahko vodi do njihove odvisnosti in pasivnosti. Predstavo o »lažno revnih«¹ ljudeh, ki živijo na podpori in ne naredijo ničesar, da bi izboljšali svoja življenja, je od samega začetka spremljalo socialno delo in je klasična kritika socialne države. V skladu s tem diskurzom Romi ustrezajo definiciji; sklepa se, da dobijo veliko, vidimo pa, da se njihov položaj večinoma ne spreminja in da so sami krivi za pomanjkanje napredka.

Logičen korak te razprave pa ne vzdrži teže, saj romska skupnost kot specifična skupina ni prejela nič več kot drugi. Vsekakor so manj izkoristili določene storitve in dodatke. V drugih primerih pa so brez dvoma imeli koristi od omenjenih programov, kot je na primer program za izkoreninjanje slumov, ker so zadnji evropski državljani, ki živijo v neustreznih bivališčih. Toda zaradi mešanice frustracij, ker nismo zmožni spremeniti družbene strukture in gledanj na tiste, ki ne pripadajo splošni kulturi, krivimo natanko tiste, ki v tej situaciji trpijo.

2.1. Kakšen je vpliv teh predstav na vedenje zdravstvenega sistema?

Te ideje in čustva določajo mnoga stališča, ki si jih ustvari tako skupnost in zdravstveni strokovnjaki kot tudi preostali del družbe. Obstajajo trije različni klasični učinki, ki so rezultat distance do drugih pri vsakdanjem delu s strokovnjaki:

- **Težava identificiranja.**

Če imamo občutek, da so ostali drugačni, imamo več težav, da se z njimi identificiramo, da se postavimo na njihovo mesto ter da ustvarimo priložnosti za komunikacijo. Skupni vidiki izginejo in osredotočimo se na razlike. Lahko smo torej presenečeni nad pritoževanjem ali pritiskom mnogih pacientov in zaskrbljenih družin, toda to moramo pripisati kulturnim značilnostim skupine. Naša pričakovanja se znižajo in postavimo se v obrambni položaj do Romov.

- **Trmasta obramba lastne kulture.**

To pomanjkanje identificiranja razdre potreben pakt s pacientom in onemogoča kritičen pogled na lastne vrednote. Videti je, kot da imajo samo drugi kulturo. Toda zdravstveni sistem kot močan predstavnik javnosti, ki ji pripadamo, ima vrednote, kulturo, diskurz in moč, da jih uveljavlja.

Dva primera:

- *Individualizacija bolezni je popolnoma osebna stvar, ki jo upravlja in je zanjo odgovoren vsak posameznik. To je razmeroma nov pogled v zgodovini z mnogimi prednostmi v nujenju pozornosti vsakemu posamezniku, toda ima tudi resne težave, kot so osamljenost, kjer je vsaka oseba prepuščena svoji bolezni in zdravljenju. To v romski kulturi ni prisotno, saj vsako bolezen čuti celotna družina z močno čustveno komponento.*

- *Ločevanje med duhovnim vidikom in zdravjem telesa; ta oskrnitev človeškega telesa in učinek sekularizirane družbe ni prisoten v vseh kulturah. V kulturah, kjer je vera osnovna tema, je slabo razumljen in je prav gotovo tuj izkušnjam mnogih romskih evangeličanov, za katere ima zdravljenje moralne in duhovne dimenzije (Comas, 2010).*

- **Frustracije.**

Kodefiniramokulturoaliskupinokotnerazvito ali kot skupino z velikimi težavami, onemogočimo postopne spremembe in izboljšave. Postavimo jih v situacijo »vse ali nič«. Pri mnogih strokovnjakih, ki niso Romi, toda z njimi delajo, obstajata dva različna pogleda:

- *Radikalne spremembe romske kulture in življenja. Nekatere razprave pravijo, da je edini način za rešitev težav znatna sprememba življenjskih pogojev Romov in sprememba kulturnih vzorcev, ki onemogočajo popolno integracijo.*

- *Branjenje njihove identitete. Drug vidik razprav je pretirano zagovarjanje potrebe po močni romski identiteti – politični ali družbeni, in segregaciji. Sami bi morali upravljati s svojimi življenji, imeti svoje pisarne, živeti v svojih soseskah, ohranjati svoj jezik, vrednote itn. Diskreditacija ideje »asimilacije« spodbuja idealizacijo razlik.*

Obe stališči sta ustrezni; v preteklosti sta spreminjali odnose in določali državne ukrepe in vladne odločitve, ki so imele velik vpliv na Rome. Njihov problem je poenostavljanje in nespoštovanje možnosti sprememb:

- Poenostavljanje zato, ker želijo probleme in konflikte reševati na hiter način in po najkrajši poti. Edini način je nenehno izbirati najboljši moralni položaj, za kar pa je potrebna predanost. To pa je težko.

- Pomanjkanje spoštovanja do možnosti spremembe, ker ignorira ali pozablja, da spremembe v skupini, ki ima manj moči, določajo njihove lastne odločitve; toda v kontekstu neugodnih razmer in zapletenosti je sprememba, brez izgube varnosti in ponosa skupine, zelo težka.

Pri delu z manjšinami pozornost na razlike pridobi poseben prizvok identitete. Ta kulturna razlika upravičuje intervencijo, prilagojeno specifičnim značilnostim Romov, pri čemer nam vključitev ključnih elementov, ki okarakterizirajo posamezno skupino ali posameznika, omogoča, da izvedemo primernejšo in učinkovitejšo intervencijo – kar na koncu pomeni tudi kakovostnejšo intervencijo. Ta pristop zdravstvenim strokovnjakom ne prinaša več dela, temveč pomeni vključevanje novih konceptov, drugačnih načinov gledanja na realnost, novih intervencijskih metodologij, ki jim omogočajo boljše izpolnjevanje njihovih nalog, doseganje boljših rezultatov pri vsakdanjem delu in zmanjšanje možnosti za konflikte (Garcia, 2006).

Pregled romske kulture:

»razmišljanje o tej realnosti«

V prejšnjem poglavju smo analizirali nekaj primerov prisposodob, ki se nanašajo na Rome. V tem poglavju pa vam bomo predstavili nekaj napotkov, informacij in predstav, ki bodo koristili pri boljšem razumevanju njihove realnosti:

- Pregled družbene realnosti romske skupnosti in socialno-kulturnih elementov.
- Osnovne predstave o njihovem odnosu do zdravja.
- Natančneje povedano, obravnavali bomo to, kar vemo o odnosu romske mladine do uživanja drog.

3.1. Družbena realnost romske skupnosti

IZVOR IN RAZNOLIKOST

Evropski Romi živijo na tem kontinentu že od 15. stoletja. Migrirali so iz skupnega porekla (pokrajina Punjab v Indiji) in se v različnih valovih razpršili po različnih območjih. To je bil eden izmed glavnih razlogov za velike notranje razlike, ki so prisotne pri Romih; antropologi zaradi tega govorijo o »arhipelagu skupin«. Vsaka skupina se je prilagodila kulturi in jeziku države ali pokrajine, kjer so se naselili.

Sprejeli so krščanstvo in postali prebivalci ruralnih in urbanih območij, razen na območjih, kjer so jim prepovedali naseljevanje, ali pa, kjer so se

odločili, da bodo ohranili nomadski način življenja kot *popotniki*.

Zato je težko narediti pregled za celotno Evropo brez upoštevanja skupnih lastnosti: sprejemanje njihove prisotnosti in zavračanje ali preganjanje, ki ga je romska skupnost doživljala skozi zgodovino – kar v veliki meri tudi razloži njihov trenutni položaj.

PREBIVALSTVO MED NORMALIZACIJO IN IZKLJUČENOSTJO

Procesi naseljevanja so zelo razlikujejo; od skoraj popolnoma normalne integracije družin in njihovih poklicev v vsakdanje življenje posamezne pokrajine do prepovedi, zakonov ali rasističnih zločinov (v nekaterih primerih celo genocidov) pri poskusih asimilacije ali segregacije, ali pa celo do popolnega uničenja – odvisno od političnih teženj obdobja in države.

Zahtevnost te situacije je pomenila, da je romska skupnost v mnogih predelih Evrope najrevnejša in z največ zdravstvenimi, namestitvenimi in zaposlitvenimi težavami v primerjavi z ostalimi družbenimi skupinami.

Z vidika ekonomskega položaja, izobraževanja in zaposlitve je treba omeniti neskladje v Evropi in nekatere skupne značilnosti, ki so omenjene spodaj.

Primanjkljaji na področju usposabljanja in izobraževanja

Napredek na področju izobraževanja je bil intenziven, vendar nezadosten. V mnogih, toda ne vseh, državah lahko govorimo o dokončanem osnovnem izobraževanju, kar je velik dosežek v primerjavi s prejšnjimi podatki o pismenosti. To je kljub vsemu velik primanjkljaj v primerjavi z zahtevami moderne družbe in z ostalimi družbenimi skupinami (FSG Health Area, 2009):

- Med Romi, starimi 15 let ali več, jih 43 %

nima izobrazbe, samo 32 % pa jih je dokončalo osnovno izobraževanje. V južnih državah Evrope je odstotek neizobraženih odraslih oseb več kot 60 % v primerjavi z Vzhodom, kjer je bil trud v izobraževanju mnoga leta splošen in trajen.

- Toda v zadnjih letih je trud držav, kot je na primer Španija, pri spodbujanju univerzalnega izobraževanja doživel pozitiven odziv; še posebej v osnovnošolskem izobraževanju in neobveznem šolanju. Napredek v drugih evropskih regijah je obstal.

- Največja ovira je še vedno srednješolsko izobraževanje. Med mladimi, starimi med 15 in 24 let, jih samo 17 % študira, medtem ko je evropsko povprečje 60 %. Romi z univerzitetno diplomom še zmeraj predstavljajo manjšino.

To je lahko povezano z dejstvom, da so mnogi romski otroci in mladina bili izobraženi pod segregacijskimi pogoji; v posebnih ali rednih šolah (toda v tistih, kjer so Romi predstavljali večino), ali pa v učilnicah in šolskih sistemih, ki niso bili namenjeni Romom, toda na koncu postanejo usoda manjšin. Te izobraževalne izkušnje ne gradijo zaupanja med družbenimi skupinami in ovirajo poznejšo integracijo in preprečevanje. Vpliv teh dejstev na mladino je pomemben iz več razlogov:

- Mnogi mladi Romi (ciljna skupina pri delu za preprečevanje zasvojenosti z drogami) ne bodo več v šolah, temveč bodo delali na svojem ali s svojimi družinami, ali pa bodo brezposelni in mnogi izmed njih že s svojimi družinami in otroki.

- Njihova izobrazba je zelo nizka, kar vpliva na njihovo delo in družbeni položaj ter tudi na izbiro metod in načinov preprečevanja zasvojenosti pri delu z njimi.

- Po navadi so imeli kratke izkušnje s šolo, ki so bile težke ali negotove. Njihova samoza-vest, pričakovanja ali identiteta so lahko odraz te izkušnje. Ali zato, ker je bila uspešna, ali pa (in to

je zelo pogosto), ker so v šoli občutili stigmatizacijo in neuspeh, izobraževalno segregacijo ali neko drugo neprijetno izkušnjo.

Njihov odnos z družbo, učitelji, državo in obla- stjo je lahko negativen. Kot javne osebe z avtorite- to moramo upoštevati te predhodne izkušnje, če želimo vzpostaviti plodno komunikacijo z mladimi Romi.

Slabši dostop do trga dela

Romi so skozi zgodovino delali v službah, kot so obrti, kmetijstvo in storitvene dejavno- sti – službah, ki jih je prekinila urbanizacija in zapuščanje podeželja v 20. stoletju. Ustvariti so morali nove vire bogastva in se prilagoditi novim pogojem ter zahtevam trga dela, kot so nekatere tipično urbane dejavnosti, ki ne potrebujejo uspo- sobljenosti ali kapitala (ulične prodajalne in zbi- ranje starega železa). To je zamenjalo stare obrti, pri čemer se je za manjšine ohranjala kmetijska peonaža in delo z določeno urno postavko, kot je to primer v gradbeništvu in gostinstvu. Pojavil se je nov svet dela, ki je danes precej bolj omejen, saj so te naloge bolj regulirane in industrializirane, ali pa morda zato, ker je prišlo do porasta tekmovalnosti z drugimi skupinami, kjer šolanje in specializacija delata razliko.

Odziv na to je bilo ustvarjanje raznolikih možnosti (skozi šolanje in delovne izkušnje). Toda le majhna skupina se je na trgu dela pozicionira- la na enakovrednih pozicijah, saj je le-ta zahteven, tekmovalen in diskriminatoren. Brezposelnost, družinska ekonomija, ki je bolj ali manj neformal- na – glede na zakone posamezne države, nekaj pomoči in negotov ekonomski položaj, so dejavni- ki, ki so značilni za večino romskega sveta. Podatke je težko ovrednotiti, sej se razumevanje, kaj je delo in kaj brezposelnost, razlikuje od primera do primera in je odvisno od uporabljene metodologi- je. Mladenič, ki sorodnikom pomaga pri zbiranju železa, ali pa gospodinja, ki prodaja sadje, sta lahko definirana kot aktivna ali brezposelna. Mnogi, ki

delajo v neformaliziranih obstranskih dejavnostih ali v nereguliranih poklicih, pravijo, da delajo, kar pa ne pomeni, da si ne želijo bolj varnih in stabilnih služb.

V vsakem primeru pa podatki pri romskem prebivalstvu zmeraj kažejo visoko število aktivne delovne sile in visoko brezposelnost; zdravstvena anketa je pokazala, da je v povprečju le-teh 23 % (FSG Health Area, 2009). V ostalih anketah je odstotek brezposelnih Romov glede na aktivno prebivalstvo višji od 50 %. Ti podatki so bili zbrani pred gospodarsko krizo; v državah, kjer so na voljo podatki po letu 2008, lahko opazimo, da se je situacija znatno poslabšala.

Revščina in izključevanje

Raziskovalci ocenjujejo, da dve tretjini evropskega romskega prebivalstva živita v revščini. Podatki o izključevanju se razlikujejo od tistih o revščini, vendar jih lahko dodamo. Romi so bolj izolirani, imajo slabše bivalne pogoje in so slabšega zdravja. To pomeni, da imajo manj možnosti za spreminjanje svojih materialnih pogojev.

Državni ukrepi so imeli velik vpliv na izboljšanje življenj romskih družin, vendar niso spremenili njihovega relativnega položaja – še zmeraj ostajajo »najrevnejši med revnimi« (Foessa Foundation, 2008). V mnogih vzhodnoevropskih državah jih smatrajo kot poražence v procesu demokratizacije. Prav tako menijo, da se je njihov položaj poslabšal po padcu komunizma, medtem ko se je zavračanje večine prebivalstva povečalo. Izseljivanje mnogih Romov iz vzhodne Evrope in Balkana na Zahod je odziv na to situacijo – na revščino in družbeno zavračanje.

DRUŽBENE STRUKTURE IN PROCES PREOBLIKOVANJA

Ta točka se ponavlja v evropskih priročnikih in poročilih, toda potrebno se je temeljito lotiti, ker se ne vrača na predsodke enotne skupine in se izogiba tendenci za asimilacijo le-teh z najbolj marginaliziranimi ali revnimi, kar je po navadi še najbolj vidno pri zdravstvenih storitvah ali drugje.

Trenutna značilnost **romske skupnosti je ta, da živijo intenziven proces sprememb, ki so ga nekateri avtorji poimenovali »selektivna modernizacija«** (OSC, 2012). Romi pridobivajo orodja za soočanje z zahtevami sodobnega življenja: urbanost, več individualizma in tekmovalnosti, višja izobrazba in usposobljenost, več enakosti med spoloma in starostnimi razlikami itn. In vse to brez izgube povezanosti, mobilnosti in brez dezintegracije.

Sprememba brez izgube svojega bistva (ostati Rom) je zgodovinski projekt – zapleten in protisloven. Vsebuje mnoge notranje napetosti, razvija se različno hitro in ni soglasen. Niso vsi Romi del istega gibanja. Obstajajo razlike med mladimi in starimi, moškimi in ženskami, izobraženimi in nepismenimi. Zatorej ne obstaja ena sama strategija, temveč več globljih divizij.

Široko rečeno, predlagamo tri različne pozicije pri spreminjanju skupnosti (Pernas, 2005):

A) Elite in ustaljene skupine

Značilnosti manjšega dela Romov je, da urejajo družbene spremembe v njihovi skupnosti. Bodisi skozi različna združenja in politizacijo, ali pa skozi nova povezovalna orodja – kot so v mnogih državah evangeličanske cerkve. Želijo si življenja, ki je »sodobno in romsko«, s prenosom njihovih vrednot in standardov v potrebe modernega sveta.

”

Medtem ko se soočajo z uživanjem drog in zasvojenostjo, kažejo močno moralno zavračanje ter uporabljajo svoje strategije, ki temeljijo na družini ali skupnosti, da se izognejo njihovim učinkom ter ozdravijo ali pa izključijo žrtve drog.

B) Večina romskih družin**– večinoma revne, a marginalne**

To je ključ prihodnosti družbenih sprememb. Mnogi se zavedajo, da so del kulture, ki je v krizi zaradi težavnosti živeti romsko življenje v urbanem in globalnem svetu. Toda stiska lahko privede do večje svobode in do oklepanja tradicionalnih vrednot. Ta večina uporablja dve strategiji:

- *Individualna sprememba je priljubljena pri mnogih družinah, ki se odločijo za izobraževanje otrok, nuklearni model družine in načrtovanje družine, fleksibilnost in zanašanje na tradicionalno obrt ter ulično trgovanje v razširjenih družinah. Pri tem se zanašajo na državno pomoč, vendar poskušajo z družbeno mobilnostjo, ki temelji na izobrazbi.*
- *Druge romske družine ne vidijo možnosti za mobilnost in doživljajo krizo svoje kulture kot konec ali sramoto. Pesimizem odraslih mladini otežuje prizadevanje za spremembo. Potrtost, ki je občutek nemoči in se navezuje na njihovo kulturo in ljudi, dominira in omejuje možnosti za spremembe.*

Ravnovesje med tema dvema skupinama – med tistimi, ki lahko izkoristijo prednosti družbenih sprememb in tistimi, ki živijo zaprto in z zagrenjenostjo – je v veliki meri odvisen od realnih možnosti, ki jih ponuja družba, opazni rasizem in javna politika.

”

Predstava o zdravju teh skupin in njihovem odnosu do drog je odprta in določena s strani naslednjih stališč: obstajajo lahko asimilacijski vzorci vedenja, ki vodijo na boljše ali slabše, ali pa globoki občutki osebnega neuspeha glede modernizacije, ki vodijo v nevarne zasvojenosti.

C) Prebivalstvo, ki mu grozi družbena izključenost

To je primer družin, ki živijo v segregiranih ali ponižujočih okoljih z zelo slabimi ekonomskimi pogoji. Njihova zmožnost za spremembe je omejena s pomanjkanjem odnosov z družbenim okoljem, izključevanjem in omejevanjem. Zatorej lahko ohranijo ali prilagodijo tradicije, ki bi jih radi spremenili (na primer prerokanje med sorodniki in zgodnje poroke), medtem ko so drugi bolj dinamični in prilagodljivi kulturni vidiki izven dosega.

Pomen in oblika različnih skupin se spreminja po vseh državah in regijah Evrope, toda zgoraj omenjene trditve, ki temeljijo na socioloških analizah, lahko služijo kot vodič. Kot je omenjeno v naslednjih odstavkih, je odnos do bolezni, zdravja in zasvojenosti z drogami v veliki meri posledica procesov sprememb, ambivalence in konfliktov med stališči.

”

Njihov odnos do bolezni in zasvojenosti z drogami je bolj travmatičen in ima hujše posledice. Na primer: velikokrat bodo skrivali težave, kot so nasilje v družini ali pa prisotnost virusa HIV v družinah, kar vodi do bolečih izkušenj in socialnih problemov.

VPLIV BIVALIŠČ NA ROMSKO IDENTITETO

Naslednji dejavnik, ki ga moramo upoštevati pri delu z Romi in je povezan s predhodnim odstavkom, je stalno prebivališče in namestitveni pogoji. Kot je bilo omenjeno v prejšnjem odstavku, je prispodoba o marginalizaciji včasih poseben prostorski prenos. Romska skupnost je bila velikokrat izgnana ali pa so jih držali na obrobju vasi in mest – včasih celo na zelo oddaljenih ali nezdravih mestih. Spodaj postavljamo proces, ki je povezan s tem dejavnikom in Romi (FSG Health Area, 2009):

- **Romi, ki imajo višji položaj, živijo v mestnih središčih ali združenih območjih.** Bivalni pogoji so podobni tistim, ki jih imajo njihovi sosedi.

Mladi imajo enake težave pri zaposlovanju ali samostojnem življenju. Vendar pa to ne pomeni, da je njihova identiteta šibkejša – ravno nasprotno. Pogosto so romske družine, ki imajo večji vpliv in so bolje integrirane (na področju bivanja in načina življenja), tiste, ki najbolj ohranjajo svoje vrednote in določajo mero vključevanja v družbene spremembe.

- Manj kot 4 % evropskega romskega prebivalstva živi v barakarskih naseljih, toda **skoraj 30% jih živi v slabih in neustreznih bivanjskih pogojih**. Pomembno je omeniti, da je večina evropskega prebivalstva, ki še zmeraj živi v barakarskih naseljih, Romov.

Fizična in simbolna distanca do mesta in manj možnosti dostopa do pravic, ki izhajajo iz državljanstva, razkriva namerno izključitev in diskriminacijo. Pogosto »kulturne« značilnosti, netradicionalne (za romsko kulturo), izhajajo iz segregiranih okolij in so prilagodljive ter demoralizirane; na primer zgodnje poroke, pretepi med sorodniki in klani ali preprodaja drog.

- Romske družine so bile v mnogih primerih **preseljene v javna stanovanja**. Njihov stanovanjski položaj je v veliki meri odvisen od zgodovinskega trenutka in od načina predstavitve in izvršitve teh preselitev. Živijo lahko v stanovanjih, razpršeni med ostalim prebivalstvom (po navadi v delavskih naseljih), ali pa živijo v posebnih soseskah. Mnogi evropski Romi živijo v soseskah, ki so ločene od mest in brez vseh storitev, kar pa vpliva na njihovo zdravje.

Tisti, ki živijo na takšen način, predstavljajo 22 % celotnega prebivalstva, vendar pa je takšnih družin v nekaterih državah in regijah skoraj polovica. Nekatere soseske, ki so načrtovane na tak način, propadajo zaradi slabe kakovosti bivališč in storitev ter prostorske segregacije, saj na eno mesto naseljujejo zelo različne družine, ki so izolirane od drugih zaradi tega, ker so Romi.

Okraji in bivanjsko okolje, prisotnost različnih

ali enakih ljudi, občutek mobilnosti ali družbene izključenosti, intervencija države (in njene podpore) in kakovost javnih prostorov so pojavi, ki močno vplivajo na prebivalstvo. Pogosto lahko opazimo procese ali močne cikle okoljske in/ali družbene degradacije. Če veliko ljudi s podobnim izobraževalnim in zaposlitvenim položajem živi skupaj in so hkrati ločeni od ostalih, se lahko pojavijo določene zdravstvene težave, splošna demoralizacija in težnje po okrepitvi identitete ter sprejemanju obstranskega položaja. Če v soseski ni investicij niti trgovanja ali možnosti za zaposlitev, obstaja velika možnost, da se bodo razvile mreže za preprodajo določenih prepovedanih drog. To lahko vodi do slabšega ugleda in notranjega razdora. S tem pa je mladina izpostavljena prevzemanju in ustvarjanju določenih predsodkov ali stereotipov.

Toda v drugih urbanih okoljih kot tudi v normalnih domovih in mešanih soseskah lahko prav tako obstajajo resni zdravstveni in socialni problemi, ki niso tako opazni. Zato je poznavanje družbene dinamike, odnosa med prebivalci soseske, konfliktov med skupinami, težnje k mobilnosti ali degradaciji, kako mladina preživlja prosti čas, pomembno za razumevanje, kako se mladina počuti, kot tudi za poznavanje vloge drog v teh okvirih.

MLADO PREBIVALSTVO V NEGOTOVOSTI

Povprečna starost Romov v Evropi je okoli 25 let, medtem ko je starost celotnega prebivalstva 40 let. Mnogi izmed njih so otroci ali mladina, malo jih je starejših od 65 let, povprečna življenjska doba pa je nižja od celotnega prebivalstva. To ima velik vpliv na odstotek vzdrževanih družinskih članov, tj. delež neaktivnih ljudi (mlajših od 15 in starejših od 65) na določeno prebivalstvo. 62 od 100 Romov je vzdrževanih družinskih članov v primerjavi s celotnim evropskim prebivalstvom, kjer je le-teh 48 % (FSG Health Area, 2009).

Posledice so zelo zanimive: medtem ko so sredstva in skrbi evropskih skupnosti zmeraj bolj usmerjena k starejšim, zdravstvenim ali socialnim

storitvam ter ustanovam in kulturi, Romi potrebujejo sredstva predvsem za mladino in velike naložbe v izobraževanje, zaposlovanje in prosti čas. V tem smislu sta preprečevanje zasvojenosti z drogami in ostale naloge, povezane z načinom življenja ključnega pomena za prihodnje zdravje skupine.

Generacijske spremembe vsebujejo druge stvari. Ovire, s katerimi se sooča romska mladina, so še zmeraj prisotne in so lahko še bolj boleče v družbah, ki se imajo za enakovredne. Romi so pismeni, vendar pa je njihova raven izobrazbe zelo nizka v primerjavi z ravno celotnega prebivalstva. Trpijo za visoko stopnjo brezposelnosti, težjega dostopa do bivališč in nenehno diskriminacijo. Ostajajo revni, vendar pa se ta revščina, ki je bolj urbana in individualizirana, doživlja drugače; lahko čutijo kot mnogi ostali mladi v soseskah evropskih mest, da so ločeni od pretoka kapitala, informacij in potrošnje ter zapostavljeni s strani globalizacije in države. Rešitev za to je lahko spreminjanje svoje ali identitete skupine – iskanje poti za mobilnost (individualno ali znotraj družine), zatekanje h kamuflaži (pretvarjanje, da nisi Rom), da se izognejo rasizmu, ali pa iskanje zatočišča v begu pred realnostjo ali frustracijami. To so dileme, ki jih lahko opazimo v tem trenutku in kjer zdravje ter zasvojenost igrata pomembno vlogo.

Poleg tega romski najstniki živijo v **neskladju**, ki jih včasih zmede, ker imajo občutek, da so ujeti med romskimi kulturnimi normami in prevladujočimi kulturnimi normami, ki jih ne občutijo kot svoje, ter zato občasno prekršijo pravila. Živeti morajo s pravili, ki jih lahko dojemajo kot staromodna, in ostalimi, ki jih ne občutijo kot svoja (Santolaya Ochoa, 2008).

Še ena značilnost je **prepoznavanje odraslosti pri mladih letih**. Stopnja samostojnosti, ki jo dajo mla-doletnikom, je v konfliktu z mladostjo, pri kateri se od njih pričakuje, da jo bodo prevzeli. To pomeni tudi, da morajo zelo zgodaj vstopiti na trg dela ali pa prevzeti odgovornosti, na katere morda še niso pripravljeni.

3.2. Pomembni socialno-kulturni elementi

Spodaj bomo predstavili nekatere socialno-kulturne dejavnike v zvezi z romsko skupnostjo in zdravjem. Te elemente je treba upoštevati znotraj konteksta heterogene skupnosti, ki je v procesu preobrazbe.

KLJUČNA VLOGA DRUŽINE

Družina je središče njihove družbene organizacije. Izraža in razvija družbena in osebna razmerja. V mnogih primerih so le-ta odraz **prevlade skupine ali družine nad individualnostjo** (García, 2006).

Romska kultura tradicionalno spodbuja rodnost; **poroke, starševstvo in materinstvo** imajo zelo pomembno mesto v življenju ljudi. Biti oče ali mama je bistven korak pri prehodu v odraslo življenje in v skupnosti igra pomembno vlogo. Prav tako pa je to način za povezovanje z družinsko mrežo, ki je bila osrednjega pomena za preživetje skupine.

Poleg tega sta poroka in število otrok ključna elementa v položaju družin – krepita njihovo moč, prestiž, dostop do bogastva ali virov zaposlitve (Gamella, 2000). Znotraj družine pa je položaj posameznika določen na podlagi spola (skozi avtoriteto moškega, vendar pa z upoštevanjem velike gospodinjske moči žensk) in starosti (s staranjem se povečuje tudi vpliv osebe, ki je izpolnila svojo vlogo v skupni in v zameno pridobila oskrbo in spoštovanje).

To poslanstvo za spodbujanje rodnosti in potreba po dogovorjenih porokah znotraj skupnosti ter družinami, ki so deležne zaupanja z namenom okrepitve gospodinjstva, nakazuje na to, da se poročajo zgodaj in velikokrat z znanci ter pogosto tudi s sorodniki.

Znotraj tega pogostega okvira strokovnjaki govorijo **o velikih spremembah pri poročnih strategijah Romov**, kar je glavna značilnost raznolikosti. V nekaterih okoljih se je število mladoletnih porok povečalo – pogosto v nasprotju z nasveti družin. Toda zmeraj več parov odlaša s poroko, prav tako pa je več samskih in mešanih zakonov (z ne-Romi). Vloga razširjene družine se prav tako spreminja: obstajajo nuklearne družine z neodvisnimi gospodinjstvi, čeprav pomembnost družine in njen pomen v smislu materialne in simbolne varnosti ostaja.

Vse to mora biti **omejeno glede na regije, kakovost življenja in dostop do bivališč**. Kar je lahko videti kot kulturna izbira, npr. življenje z moževimi starši, je pogosto lahko le odraz pomanjkanja finančno dostopnejših bivališč za mlade pare (in nezmožnosti za zagotavljanje neodvisnosti).

Medtem pa so Romi v zadnjih letih izvedli ali pa izvajajo **demografski prehod**. Manjšanje umrljivosti (še posebej pri otrocih) in višanje pričakovane življenjske dobe – s povečanjem načinov načrtovanja družine – je pripeljalo do povečanja prebivalstva in zmanjšanja rojstev. Trenutna velikost romskega gospodinjstva je še zmeraj višja od povprečnega evropskega gospodinjstva: povprečno 4,49 oseb pri Romih in 2,48 pri ostalih. Toda ti podatki ne prikazujejo velikih razlik med državami in težnje po zmanjšanju velikosti družin (FSG Health Area, 2009).

To predstavlja rastoče prebivalstvo, ki je številčnejše kot kadarkoli prej v zgodovini (približno 10 milijonov ljudi) in mlajše od povprečnega evropskega prebivalstva.

”

- › Osrednja vloga družine kot središče družbene organizacije.
- › Prevlada skupine nad individualnostjo.
- › Velike in razširjene družine.
- › Vloge, ki so zelo zaznamovane s spolom in starostjo.
- › Zgodnje poroke.
- › Trenuten proces sprememb: kasnejše poroke, spreminjanje vlog žensk in mladine itn.

VLOGA ZDRUŽENJ IN CERKVA

Združenja in cerkve imajo poseben vpliv znotraj romske skupnosti in postajajo alternativen prostor za skupinsko podporo in reševanje konfliktov. Kot referenčni prostori znotraj skupnosti so zelo veljaven partner pri delu z Romi. Ti akterji so lahko varnostni dejavniki za Rome, saj nudijo pravila in modele za vedenja, ki so povezana z zdravjem (García, 2006)

Pomembno je upoštevati vloge, ki so jih različne cerkve imele v zgodovini evropske romske skupnosti, njihovega pokristjanjevanja in odpora do pravil o družinah in njihovih porokah. Prav tako pa moramo prepoznati vpliv modernih evangeličanskih cerkva, katerih vpliv je bil v nekaterih državah ogromen in zelo hiter.

»Romska« cerkev je morda eno izmed orodij, s katerim so gradili identiteto, ki je prilagojena modernemu načinu življenja – z jasno določenimi mejami, ki vzpodbujajo notranje preobrazbe kot tudi vzpostavitev tradicionalne identitete. Ostali Romi bodo izbrali združenja in politični ali državljanski aktivizem kot orodje za preobrazbo družbene okoliščine ter njih samih. To so zelo dinamični procesi, ki morajo biti poznani po tesnem odnosu do načina življenja in zdravlja.

”

- › Pomembna vloga cerkva in združenj v romski skupnosti.
- › Cenjeni sogovorniki pri delu z Romi.

VLOGA ŽENSK

Romske ženske razvijejo osrednjo vlogo znotraj svoje skupnosti. Igrajo vlogo učiteljic, negovalk otrok in starejših, in so prenašalke norm in vrednot romske kulture (García, 2006).

Danes mnoge ženske ne opravljajo več zgolj gospodinjstvih opravil in skrbijo za otroke, temveč so dejavne tudi na trgu dela ali pa prevzemajo ostale vloge, ki so nekoč bile dodeljene moškim. Vpliv

izobraževanja, demografskih sprememb, informacijske tehnologije in urbanega življenja je spodbudil proces intenzivne in protislovne preobrazbe, ki se še posebej odraža pri mladih Romih in ženskah.

Hkrati pa zmanjšanje števila rojstev prinaša tudi manjše družine, nove vloge otrok in pomena izobraževanja, ter nov odnos med spoloma. Namreč, mnoge ženske svojega življenja ne posvečajo več zgolj materinstvu, s tem pa se povečuje njihov potencial, saj imajo več časa in so boljšega zdravja.

Nekatere študije kažejo, da so ženske najpomembnejši dejavnik pri pojasnjevanju sprejemanja novih vrednot pri Romih. Ženska je prav tako središče kulture, ki ima pomembno vlogo v njihovi prihodnosti. Nedolžnost deklet in njihova vrednost za položaj družine je osnovni dejavnik simbolne integracije in preživetja skupine ter je zaradi tega predmet strogega nadzora in pritiskov. Kljub temu, da tako dečki kot tudi deklice pogosto v puberteti zapustijo romske študije, to naredijo iz različnih razlogov. Strah pred govoricami in želja po varovanju deklet igrata pomembno vlogo, ki jo moramo upoštevati pri delu z romskimi ženskami.

Prav tako pa je pri delu z mladimi Romkinjami treba upoštevati dejstvo, da so do nedavnega hodile po poti, na katero je močno vplivala družina, danes pa so te poti zmeraj manj vidne. Rezultat tega je, da se velikokrat počutijo, kot da so na nikogaršnji zemlji, in da nimajo pozitivnih vzornikov (MSC-FSG, 2008).

Romske ženske so bile v mnogih primerih motor za spremembo. Njihova moč in vpliv pa sta lahko in sta bila uporabljena pri mnogih državnih ukrepih. Vendar pa so se znašle v težkem položaju – tako rekoč pod drobnogledom. Zatorej je bolje, da ne povečujemo ali ustvarjamo pritiska, ki ga čutijo, temveč da spoštujemo njihov čas in strategije.

”

- › Romske ženske pri prenašanju norm in vrednost njihove skupnosti.
- › Pretirana zaščita mladih romskih žensk.
- › Nove vlog žensk in proces sprememb.
- › Pomanjkanje novih vzornikov za mlade ženske.

3.3. *Evropski romi in njihov odnos do zdravja*

Za delovanje na področju zdravja in preprečevanja je pomembno, da poznamo nekatere posebne vidike glede zdravja romskega prebivalstva; informacije in podatke o njihovem zdravju, toda tudi koncepte in stališča, ki bi lahko vplivala na preprečevalno delo. Nazadnje pa obravnavamo še nekatere vidike v zvezi z dostopom do zdravstvenih storitev in ovirami, s katerimi se srečujejo.

KRATKA DIAGNOZA ZDRAVJA

Ankete in študije na evropskem nivoju kažejo na nekatere splošne značilnosti. Determinante zdravja so biološke, pa tudi okoljske in družbene. Nižji prihodki, slabi življenjski pogoji v njihovih soseskah, diskriminacija ali slabši dostop do varovanj razložijo prisotnost nalezljivih bolezni, kot sta npr. tuberkuloza ali hepatitis, in ostalih kroničnih bolezni, ki v splošnem prebivalstvu niso tako pogoste in se pojavljajo v mladih letih.

Študije o determinantah zdravja manjšinskih skupin prav tako prikazujejo rasizem kot dejavnik, ki močno vpliva na dobrobit posameznika, njegovo skrb za sebe, pogled na zdravje in bolezni. Zdravstveni podatki rasnih manjšin so sistematično slabši od ostalih skupin v istem družbenem razredu. Rasizem povzroča stres, nizka pričakovanja in tvegana vedenja. To dejstvo in revščina pojasnjujeta slabo zdravje Romov. Hkrati pa vključujoč in univerzalen zdravstveni sistem skupaj z izboljšavami bivališč, standarda življenja in izobrazbe pojasnjuje napredek v zdravju romskega prebivalstva v mnogih predelih Evrope.

NEKATERI PODATKI O ZDRAVSTVENEM STANJU ROMOV³

Čeprav ne obstajajo celostne demografske študije za Rome, mnogi strokovnjaki s področja zdravja ocenjujejo, da je **povprečna življenjska doba pri Romih nižja** in da ta razlika lahko znaša več kot 7 let.

V vseh študijah lahko opazimo prevlado naslednjih dejstev:

- **Več kroničnih bolezni ali invalidnosti** kot v celotni evropski populaciji – visok krvni pritisk, sladkorna bolezen, holesterol, alergije, dihalne težave med starejšimi in astma med otroki.
- **Psihološke težave** – depresija ali kronične bolečine (zlasti bolečine v kosteh, glavoboli in migrene).
- **Nezgode** (doma, na delu ali v prometu).

Bolezni in nezgode pri Romih povzročajo invalidnosti ali življenjske ovire različnih vrst. Oba vzroka slabega zdravja sta povezana z bivanjskim okoljem, ki je bolj ali manj varno in integrirano, ter pogoji, ki vladajo v njem.

Ženske:

Podatki kažejo na težave, ki so povezane z zgodnjo ali pozno nosečnostjo, slabšimi ginekološkimi navadami (samo 60 % evropskih Romkinj med nosečnostjo obiskuje ginekologa) in težavami, ki jih prinaša delovna preobremenitev.

Mladoletniki:

Akcije cepljenja so bile zelo učinkovite v mnogih državah. Toda obstajajo tudi velike razlike (v nekaterih evropskih pokrajinah skoraj polovica otrok ni sodelovala pri programu cepljenja) in prisotnost nalezljivih bolezni med mladimi odraslimi osebami, ki so rezultat pomanjkanja cepljenj v otroštvu.

Različne težave povezane z načinom življenja⁴:

Starejši in mladi trpijo za prekomerno težo; samo polovica romskega prebivalstva ima zdravo telesno težo. Hrana, ki vsebuje manj zelenjave in sadja, veliko sladkorja in maščobe, skupaj s pomanjkanjem gibanja (tudi pri otrocih) pojasnjuje debelost, kar pa vpliva na razvoj ostalih bolezni v odraslosti.

Uživanje substanc:

Skoraj 60 % Romov in 30 % Romkinj je kadilcev; podatki se razlikujejo po državah, zlasti za ženske. Ta kontrast je še posebej izrazit pri pitju alkohola, ki je prav tako zelo pomemben pri odrasli moški populaciji. Prepoznavanje težav z alkoholom ali drogami vpliva na manjšine (v 3,5 % po podatkih Evropske zdravstvene raziskave). Toda ti podatki skrivajo dejansko koncentracijo problematične uporabe v marginaliziranih ali segregiranih okoljih; podatki kažejo, da je v slumih ali izoliranih soseskah prisotnost med 15 in 18-odstotna, kar ima velik vpliv na skupnost. Segregacija bolj kot kakovost bivališč je glavni dejavnik, ki je prisoten v soseskah, ki imajo težave z alkoholom ali drogami, kar znova kaže na to, da podvrženost stigmatizaciji vpliva na očitno problematične uživalce.

³ Vir: FSG Health Area, 2009.

⁴ Svetovalni odbor je opozoril na pojav zdravstvenih težav Romov, ki izhajajo iz nezdravih navad, kot so slaba prehrana ali pomanjkanje gibanje oz. športa. To povzroča težave s prekomerno težo ali hipertenzijo.

PREDSTAVE O ZDRAVJU

Glavni razlogi za slabo zdravje Romov so socialno-ekonomske narave in so povezavi z njihovim življenjskim prostorom – v fizičnem in simboličnem smislu. Segregacija ali »biti manjvreden državljani« je že sama po sebi velik zdravstveni problem. Toda kot smo že videli, ima kulturni dejavnik prav tako velik vpliv na posameznikovo zdravje (Ayala Rubio, 2008).

Prepoznati moramo tradicionalne elemente kulture telesa, ki vsebuje elemente tranzicije v potrošniško družbo in značilnosti kulture v krizi.

Kar se pa tiče **elementov, ki izhajajo iz prehoda v potrošniško družbo**, npr. sprejemanje nezdravih navad, kot sta kajenje in prehranjevanje z industrijskimi tortami – ne gre za tradicionalno aktivnost, temveč prilagoditveni odziv na potrošniško družbo, katere discipline se je treba naučiti.

Primerjalne študije kažejo, da je tobak pot do modernega potrošništva in njegovih vzorcev (individualističen in kompulziven, vendar tudi popolnoma združljiv s proizvodnjo) in je dokaz statusa ter družbene integracije. V državah v tranziciji, kot je to bila Španija v 60-ih, so kadili večinoma moški iz profesionalnih elit. Preostanek družbe je te navade sprejel pozneje, čeprav so bili dokazani škodljivi učinki.

Sedeč način življenja, avtomobili, lahek dostop do poceni in kakovostnih izdelkov, ali pa potreba po integraciji v potrošniško družbo (celo v njen najpopularnejši razred), vplivajo na način življenja in njegovo razširjenost. V zvezi s tem so bile opravljene tudi številne študije, ki so ugotovile, da so Romi v prostem času izvajali zelo malo ali nič telesnih dejavnosti, še posebej po 25. letu starosti. (Arza Pozas, 2008).

Obstajajo še **drugi vidiki, v katerih je tranzicija spodletela** ali postala bolj temačna. Potrošnja je lahko še bolj privlačna, občutek izgube ali neuspe-

ha pa lahko vodi do povečanega tveganega vedenja pri odraslih ali mladini. Pri mnogih starejših ženskah se ta situacija manifestira v depresiji pri soočanju s svojimi težavami. Ranljivejši ljudje, kot na primer mlade ženske in moški, lahko postanejo odvisniki od drog.

TRADICIONALNI ZDRAVSTVENI VIDIKI ROMSKE KULTURE

Pomen, ki ga dajejo zdravju, je povezan s pomenom družine in zdravja drugih. To dejstvo pojasnjuje vzajemno podporo med sorodniki. Pri ženskah to postane pozabljanje na svoje zdravje, pri moških pa zavračanje šibkosti in oskrbe. Zaradi pomembnosti starejših in občutka ranljivosti sta bolezen in smrt zelo prisotni v Romski kulturi – tudi med mladimi.

Zdravje je odsotnost bolezni in nekaj, kar one-mogoča smrt. Romi kot skoraj vse tradicionalne populacije gredo k zdravniku samo, ko zelo zbolijo. Kadar oseba (in družina) opazi, da se je pojavila bolezen, mora biti reakcija hitra in odločna (če upoštevamo odnos, ki ga čutijo med boleznijo in smrtjo).

Strah pred boleznijo je povezan s težavami, ki jih imajo v nekaterih krajih pri dostopu do zdravstvenih storitev. Logičen odziv je uporaba nujne medicinske pomoči namesto običajne (ali preprečevalne). Prav tako so nagnjeni k samozdravljenju in sprejemanju neformalnih nasvetov od sorodnikov ali sosedov.

Zdravje in telesna bolezen. Odnos, ki je vzpostavljen med zdravjem in odsotnostjo telesne bolezni, pomeni, da ne upoštevajo vedenj, ki so povezana s psihologijo.

Zaradi povezave med predstavo o zdravju in moralnostjo so določene bolezni sramotne (npr. HIV), posamezniki pa jih pogosto skrivajo in imajo velik občutek krivde, ki je še posebej močan pri ženskah.

Nevidnost preprečevanja. Strah pred smrtjo in zanikanje bolezni ovirata preprečevalno delo. Prav tako pa delo otežuje dejstvo, kot smo že omenili, da Romi obiščejo zdravnika šele, ko zelo zbolijo. Poleg tega v okoljih, kjer je življenjska doba daljša, prihodnost pa negotova, ideja o načrtovanju in skrbi nima smisla, medtem ko ga skrb za druge in zagotavljanje prihodnosti skupine običajno ima. Zaradi tega imajo mnogi vedenjski vzorci Romov kulturni pomen, ki se ne vedno sklada z dominantno kulturo zdravja.

Ostale značilne lastnosti kulture, ki ovirajo preprečevalno delo, so:

- Živeti za vsak dan posebej – kar po eni strani spodbuja izdelavo smernic za vsakdanje življenje, po drugi strani pa ga je težje načrtovati.
- Prevlada čustev nad razumom, kjer je vsako dejanje vpeto v sedanost, refleksija pa se pogosto uporablja za popravljanje ali odpravljanje in ne za pričakovaje ali preprečevanje.

ROMSKA SKUPNOST IN ZDRAVSTVENI SISTEM

Vsa ta vedenja seveda spreminjajo dostop do zdravstvenega sistema in njegovo uporabo. Hkrati pa bo učinkovitost zdravstvenih storitev in strokovnjakov, ki delajo z Romi, spremenila njihovo zdravljenje ter dostop in uporabo zdravstvenih storitev. Ne smemo pozabiti, da je zdravstveni sistem javen, in da se je odnos romske skupnosti do države skozi zgodovino spreminjal (ni bil vedno prijateljski). Romi so na vlado v demokratičnih državah zmeraj gledali kot na strukturo, ki je varovala njihove pravice. Vendar pa ni bilo vedno tako; izključevanje, policijsko preganjanje, etnično profiliranje pri aretacijah in zaporne kazni so skupne lastnosti izkušenj, ki si jih delijo Romi po vsej Evropi. V tem smislu je romska skupnost še posebej občutljiva do tistih, ki bi jo želeli nadzorovati, in nezaupljiva do ustanov, ki jim ne zaupa (Arbex, 1999).

Celo brez tega, da gremo tako daleč, dolžnosti in prepovedi, vedenjski vzorci in zahteve, ki jih danes dojemamo kot normalno prakso, zahtevajo izobraževanje in navade, ki so zapletene in jih je težko pridobiti. Imeti pravo, posodobljeno dokumentacijo, poskrbeti za potrebne priprave, biti poučen o tveganjih, slediti napotkom zdravljenja – vse to niso samoumevne družbene navade in nekatere populacije, ki so preživele tako, da so se izogibale države in njenih zastopnikov, jih nimajo. Romska skupnost je previdna pri birokraciji (popolna dokumentacija, datoteke itn.), ker je to nekaj, kar je težko in distancirano od njihovega načina življenja (Arbex, 1999).

Zato je prva ovira varnost in **stopnja vključevanja** zdravstvenih sistemov. Zdravstveni sistemi morajo biti poleg tega, da so brezplačni in univerzalni, vključujoči, kar pomeni, da morajo merila dostopnosti čim bolj prilagajati stanju populacije. Samo na tak način bomo dosegli normalen odnos do oskrbe, imunizacije, preprečevanja in ostalih storitev, ki bodo dosegle vse skupine.

Ko enkrat presežemo to splošno prepreko, so ovire manjše in imajo opravka s kulturnimi razlikami in procesi diskriminacije. Kot smo že omenili, Romi včasih pogosteje uporabljajo dežurne službe kot pa preprečevalne storitve. Kar se tiče zdravstvenih strokovnjakov, lahko očitno kažejo zaskrbljenost ali nezaupanje. To pa je potrebno obvladovati s komunikacijskimi veščinami ter v nekaterih primerih z uporabo mediatorjev, saj »Romi ne vidijo centrov ali ustanov, ampak vidijo ljudi« (Arbex, 1999).

Študije s področja dojemanja težav in obnašanja zdravstvenih strokovnjakov kažejo, da je večja mera skrbi prisotna pri podpornem osebju (administrativnem in negovalnem), saj so oni tisti, ki skrbijo za pacientovo okolje in ne samo za pogoje, ki so povezani z boleznijo in diagnozo. Pritožb ne smemo podcenjevati, saj so zdravstveni strokovnjaki velikokrat preobremenjeni in ne prejemajo podpore pri delu s posebnimi primeri ali drugačnimi/konfliktnimi vedenji. Pogosto ne obstajajo pravila in

sistematizirani odgovori, temveč drugačne strategije in rešitve problemov, ki se uporabijo šele, ko se problem pojavi. To je razvidno zlasti v bolnišnicah, kjer je sobivanje dolgo in napeto. Strokovnjaki pravijo, da potrebujemo bolj institucionaliziran odgovor ter postavitev pravil in možnosti, ki upoštevajo drugačnost populacije, s katero delajo.

V primeru romske skupnosti je **kakovost oskrbe** odvisna od časa oskrbe, obravnavanja, dojemanja empatije, določenih neverbalnih sporočil itn. Te kriterije pa je v trenutnem javnem zdravstvu težko zadovoljiti (Arza Pozas, 2008). V 4. poglavju tega priročnika bomo predstavili nekaj strategij, ki pomagajo pri reševanju in pričakovanju teh situacij.

Kar se tiče sveta zasvojenosti z drogami, ni bila opravljena nobena sistematična študija o tem, **kako romska skupnost dostopa do storitev in sredstev**, zato nam tudi primanjkuje informacij o tem procesu. Ta sredstva označujeta velika raznolikost in svet, ki mu služijo: od bolnišničnih enot do specializiranih ambulant, bivanjskih in terapevtskih centrov (javnih, javno-zasebnih, evangeličanskih itn.), programov zdravljenja ali zmanjševanja tveganj v različnih okoljih (v soseskah in tudi v zaporih), načrtov za preprečevanje in projektov, ki so na voljo v prostorih za preživljanje prostega časa, zdravstvenih centrih, javnih zdravstvenih kampanjah itn. Prav tako jih označujejo različni akterji; javni in zasebni, nevladne organizacije in cerkve ter akterji z različnimi filozofijami in metodami, ki se raztezajo od abstinence do zmanjševanja škode.

Predvidevamo lahko, da bodo mnoge značilnosti, ki zadevajo zdravje, običajne tudi pri zdravljenju odvisnosti od drog. Kar se tiče preprečevalnega dela, pa bodo veljale iste predstave o telesu in zdravju, tj. zanikanje bolezni ali vstop v potrošniško družbo. To je okvir, znotraj katerega lahko razmišljamo o odnosu romske mladine do drog.

”

- › Nezaupanje romske skupnosti do javnega zdravstva zaradi zgodovinskih in življenjskih izkušenj.
- › Nezaupanje do birokracije, ker je to nekaj, kar je težko in distancirano od njihovega načina življenja.
- › Pomanjkanje prilagajanja posebnostim romske skupnosti (nefleksibilni urniki, zapleten jezik itn.).
- › Obstoje predsodkov do Romov.
- › Pomanjkanje sredstev v javnem zdravstvu, ki ovira vključevanje manjšin (neuspeh medkulturnih mediatorjev itn.).

3.4. Glavne predstave o drogah

SKUPNE LASTNOSTI EVROPSKE MLADINE

Preden vam predstavimo študije o odnosu romske mladine do drog, je treba na kratko pogledati nekatere značilnosti, ki so skupne vsej mladini. Danes se soočajo z manj načrtovanim svetom in bolj negotovimi ter šibkejšimi ustanovami, kot so se včasih (Elzo, 2002). Kaj to pomeni?

- **Vsak je odgovoren za svoje življenje.** Jasni vzorci glede družbenega sloja in spola ne obstajajo, težave in rešitve pa so predstavljene individualno. V družbi bo preživel tisti, ki bo znal izkoristiti priložnosti – tako v varnih kot tudi sovražnih okoljih. Ustanove ne kažejo poti in ne določajo načina vstopa v odraslost. Ne šola ne služenje vojaškega roka, niti poroka ali zaposlitev niso homogeni obredi vstopa v odraslost, temveč so to odprte in nepredvidljive možnosti.
- **Javna sfera je zmanjšana, mladi pa so »privatizirani«.** Ne pripadajo državi kot nekoč, niti niso gonilna sila industrije, ali pa vir podpore skupnostim. Njihov okvir so nuklearna družina in mreže prijateljev, šibke ali močne. Prav tako ni mladih odraslih, ki bi jih vodili, saj velikokrat nimajo bratov in sester, in ker mlade odrasle ne

zanimata usmerjanje in discipliniranje mladih. Politične stranke, cerkve, sindikati in klubi so ustanove, kjer se je bilo možno naučiti, kako biti odrasla oseba z jasnimi moralnimi vzorci. Danes so te ustanove v krizi, osebe, ki se ukvarjajo s prostim časom in prostovoljci pa ne morejo zapolniti te vloge kot tudi ne nuditi stabilnega okvira za življenje.

- **Povečati je treba vire informacij, neformalne mreže in možnosti gibanja** v različnih okoljih ter biti veliko bolj odprt kot v preteklosti do pridobivanja različnih izkušenj. To povečano svobodo in konstrukcijo, ki je nepopolni odraz njihovega sveta, strokovnjaki imenujejo polarizacija, kar pomeni, da nekateri mladi odrasli postanejo močni in usposobljeni ter prilagojeni odprtemu svetu, medtem ko so mnogi drugi zelo izgubljeni.

Vse to bi lahko popolnoma pripisali romski mladini, toda v tem primeru sta poleg tega pomembni tako etnična skupina posameznika kot tudi družba kot celota, kjer ima posameznik prostor, ki ni zmeraj udoben in enakovreden. Zaradi tega je iskanje svoje poti še težje.

ZNAČILNOSTI ROMSKE MLADINE

Splošnim značilnostim je treba dodati tudi značilnosti kulture ali položaja romske mladine v Evropi. Iz raziskav opravljenih znotraj tega projekta so se razvile tudi nekatere ideje.

a) Kulturne norme

Bistveno je, da **kultura skupine**, še posebej v primeru mladine, nastaja skozi številne procese in interakcije, ki so endogene in eksogene. Romska mladina živi znotraj različnih okvirov, kar ji lahko pomaga pri tekoči mobilnosti znotraj družbe, ali pa jo blokira. Kar se tiče nekaterih drog, obstaja velik pritisk znotraj same skupine, pri čemer drogo dojemajo kot nekaj napačnega in škodljivega, hkrati pa z veliko tolerantnostjo sprejemajo določena vedenja in uživanje. Na primer: v nekaterih družinah romski

otroci odrastejo v okolju, kjer obstaja toleranca do substanc, kot so kava, alkohol in tobak. Še en primer se navezuje na vzorec uživanja alkohola, ki ima socialni značaj, tesno povezan z določenimi praznovanji, ki imajo v romski skupnosti velik pomen; tj. protislovje s tem, kar se pojavlja v globalni skupnosti, za katero je značilna velika moralna toleranca do uživanja (tudi drog), in nasprotovanje nekaterim drogam ali določenim vedenjem, ki jih označujemo za nevarne ali neprimerne.

Kraj bivanja, spol in starost bodo zatorej skupaj z običajnimi načini uživanja določali, ali bo uporaba drog sprejeta znotraj skupine, ali pa jo bodo skrivali pred odraslimi in ali bo v skladu z večinsko skupnostjo, ali pa v nasprotju z njo. Posledice pa bodo drugačne v vsakem posameznem primeru.

Droge tvorijo zapleten jezik, začnši z razliko med dovoljenimi in nedovoljenimi, tradicionalnimi ali novimi ter vsakdanjimi in tistimi, ki se uporabljajo v prostem času. Prav tako vsebujejo različne predstave, ki se v posameznih okoliščinah razlikujejo in namigujejo na ali pa so povezane z uničevanjem rase, individualno neodvisnostjo, položajem in modo, mladostniško ali odraslo identiteto, promiskuiteto (pomanjkanje spoštovanja pri dekletih in moškosti pri dečkih) ter s »postati gadje« (tisti, ki ni Rom) ali integracijo. Poznavanje konfiguracije in prispodob vsakega užiivalca v vsakem kontekstu pomaga pri dostavljanju sporočil občinstvu in pri razumevanju preprečevalnega dela.

b) Osebne in družinske mreže

Romska mladina je zakoreninjena v družinskih mrežah in ne smemo pozabiti, da so mnogi mladi moški in ženske bratje in sestre ter bratranci in sestrične. Hkrati pa so tudi del širših mrež Romov, ki komunicirajo preko interneta, se srečujejo na zabavah, porokah in v službi. V šolah in soseskah se povezujejo tudi z ne-Romi, prav tako pa sprejemajo sporočila medijev in oglaševanj. Sporočila, ki vsebujejo predstave o drogah (nevarnosti in privlačnost le-teh), pa prihajajo iz različnih virov, zato moramo vedeti, kateri so pomembni in kateri

so kontradiktorni ter kakšen je njihov vpliv.

Znano je, da **so v času adolescence vrstniki zelo pomembni** in da določajo številne načine vedenj in dejanj, ki so lahko dejavnik tveganja, ter da vodijo do skupnih vedenj, ki nimajo enakega vpliva na vsakega posameznika. Vrstniki imajo lahko tudi zaščitniški dejavnik in uvajajo nadzor ter meje dovoljenega. Delovanje na teh mrežah zahteva razumevanje struktur in sporočil – na primer, kako romska mladina uporablja nove tehnologije.

Enako pomembni so **odnosi z družino**. Zelo restriktivna ali permissivna okolja lahko pustijo škodljive posledice na mladini, prelomijo zaupanje ali tvorijo generacijske vrzeli, ki onemogočajo staršem, da posredujejo in pomagajo svojim otrokom.

c) Dejavniki tveganja in zaščite

Razprava poteka tudi o vlogi kulture. Mnoge študije kažejo, da so močne moralne vrednote dejavnik zaščite pred zlorabo drog in da romska kultura vedno nudi to vrsto zaščite, ki je odvisna od okolja, kohezije skupine in njene zmožnosti za posodobitev modernih etičnih vrednot, komunikacije med generacijami in zmožnostjo prenašanja informacij ter ostalih stvari, ki jih lahko opazujemo samo znotraj točnih predstav.

Študije o ranljivosti kažejo, da **brezposelnost, rasizem in nizka stopnja izobrazbe lahko vplivajo na uporabo ali zlorabo drog** z namenom bega pred težavami ali zato, ker te okoliščine vplivajo na ostale psihološke dimenzije, ki predstavljajo tveganje – na primer pomanjkanje samozaupanja, nizka samozavest ali impulzivnost. Drugi dejavniki tveganja so dostopnost drog (ali denarja za nakup) in pomanjkanje alternativnega načina preživljanja prostega časa.

Jasno je, da sta dejavnik tveganja in zaščite enaka med mladimi Romi in ne-Romi, medtem ko so njihov pojav, prisotnost in moč odvisni od mnogih kontekstualnih spremenljivk. V marginalnih in seg-

regiranih območjih (z zaprtimi socialnimi mrežami, lahkim dostopom do drog in pomanjkanjem prostega časa ter povezovanja) obstaja večja možnost, da bodo mladi in odrasli Romi začeli s škodljivim uživanjem. Vendar pa se uživanje drog lahko pojavi tudi v drugih okoljih, kjer so prisotne nezdrave navade in kjer krožijo druga sporočila in droge.

d) Vzorci uživanja

Kot smo že omenili, se uživanje tobaka začne zgodaj in je precej razširjeno, kljub temu, da so razlike med spoloma velike. Majhna število Romov priznava težave z alkoholom in ostalimi drogami, toda to število je lahko zbrano v določenih skupnostih, kjer nastajajo resni socialni in družinski problemi.

Projektna študija SRAP je pokazala veliko pestrost pri položaju drog in velike regionalne razlike pri uživanju in navadah. To so zaskrbljujoči trendi, ki jih je razkrila raziskava: zgodnje uživanje tobaka, izpostavljenost odraslih alkoholu, prisotnost heroína v nekaterih regijah ali podcenjevanje nevarnosti nekaterih drog (kot sta marihuana ali zdravila). Te droge so povezane z nočnim življenjem in prijateljskimi odnosi z ne-Romi ter vzorci, ki so običajni pri ostalih družbenih skupinah. Uživanje določenih drog je način, da se počutijo kot del skupnosti in skupine vrstnikov, ali pa je povezano s slavo in denarjem – kot denimo v primeru kokaina.

V primeru **mladih Romkinj** se je kljub določenim dejavnikom zaščite pred uživanjem substanc uporaba drog v zadnjih letih postopoma povečala. Opazili smo povečanje pri uživanju samega tobaka, kar predstavlja večje tveganje. V zvezi s tem je Svetovalni odbor izpostavil potrebo po vključitvi vidika spola, saj so opazili razlike med dečki in deklicami pri vzorcih uživanja, in načina obravnave preprečevalnega dela (različna komunikacija, kako posredujemo informacije itn.).

Veliko romske mladine ne pozna metod in programov za preprečevanje in zdravljenje zasvojenosti. Storitve so na videz oddaljene, fizično in

simbolično, razen posameznih specializiranih, ki so prisotne v okolju. Te storitve velikokrat vzbujajo nezaupanje, ker niso povezane s samimi težavami ali preprekami, in jih zato dojemajo kot čakalne vrste.

Rezultati predlagajo izvajanje programov in intervencij, ki so narejene posebej za določene cilje in okolje ter upoštevajo omenjene razlike, vendar pa prav tako prikazujejo pomanjkanje izkušenj pri preprečevanju in interveniranju pri romski mladini. V zadnjih odstavkih naslednjega poglavja se bomo vrnili k praksi preprečevalnega dela z romsko mladino in njenih determinantah.

Kako izboljšati naše intervencije:

»nazaj k praksi«

Kako v svojo prakso vključimo značilnosti Romov in romske mladine? Obstajajo kritični razmisleki, ki jih lahko sprejmemo na osebni ravni ali kot zdravstveni strokovnjaki. Ti procesi usposabljanja in analiziranja so potrebni in povečajo kakovost našega dela ter odpornost do frustracij in preobremenitev.

Najprej bomo predstavili dve veščini, za kateri menimo, da sta ključnega pomena pri celotnem zdravstvenem delu z Romi (lahko jih tudi razširimo na preostalo prebivalstvo). Nato bomo na kratko predstavili nekaj idej, kako vključiti značilnosti romske skupnosti v strokovno prakso ter organizacijo primarnih zdravstvenih centrov in bolnišnic. Nazadnje pa bomo obravnavali preprečevanje drog pri romski mladini in nekatera načela za preprečevanje.

4.1. Veščine za zdravstveno delo z romsko skupnostjo

Veščine, ki jih predstavljamo tukaj, so univerzalne in veljajo za vse skupine prebivalstva, vključno z manjšinami. Vendar pa jih je zaradi značilnosti romske skupnosti v Evropi še posebej pomembno upoštevati pri delu z Romi. Govora je o komunikaciji in empatičnem odnosu, razvijanju mediacije ter načinih, kako se soočiti s konflikti.

KOMUNIKACIJA IN EMPATIJA

Da bi olajšali komunikacijo in sposobnosti za vzpostavitev povezave z drugo osebo ter razvili možnost zaznavanja, kako se druga oseba počuti in kaj razume (tj. biti empatičen), vam podajamo naslednje predloge:

- **Strokovnjaki bi morali biti presenečeni nad realnostjo in uporabniki.** V mnogih primerih nosimo očala, s katerimi vidimo samo slabosti ljudi, ne pa tudi njihovih prednosti in težav, ki jih pestijo.
- **Uporabite pedagogiko vprašanj – več poslušajte in manj govorite.** Uporabljajte vprašanja, kot so: kaj veš o tem, kaj meniš o tem, katera vprašanja imaš, kaj si predstavljaš o tem? itn.
- **Zlasti mladi radi govorijo in so radi slišani.** Kadar se odločijo, da pridejo v zdravstvene domove, se moramo potruditi, da imajo občutek, da jih poslušamo in da so spoštovani.

ELEMENTI POSLUŠANJA

**dobri
elementi
poslušanja**

Telesna drža (odprta, usmerjena naprej), očesni stik in mežikanje, kretnje (prikimavanje), obrnjenost k človeku, vprašanja, dotikanje osebe, navezovanje na to, kar je že povedal ali povedala, ponavljanje in odzivanje tega, kar mi je bilo rečeno, sledenje ritmu pogovora, kazanje čustev itn.

**slabi
elementi
poslušanja**

Zmanjševanje pomena stvarjem, prekinjanje, ne gledanje osebe, filtriranje informacij, tako da odgovarjajo nam in neupoštevanje tega, kar druga oseba želi ali občuti, skrievanje čustev, posvečanje pozornosti temu, kar jaz rečem in ne temu, kar je oseba rekla meni itn.

- **Vzpostavljajte odnosa enakosti in ne nasprotovanja.** Intervencija in odnos morata nastati naravno.

- **Prilagajanje informacij in sporočil** (upoštevanje starosti, spola itn.). Uporabite berljiv in razumljiv jezik – uporaba ključnih idej in čim manj tehničnih izrazov. Informacije predstavite jasno in na preprost način. Poskrbite, da ste razumeli informacije, npr. diagnoze, zdravljenja, postopke za naročanje itn.

- **Strokovnjaki velikokrat koncepte ali ideje, za katere smo mislili, da jih pacienti in uporabniki razumejo, dojemamo kot samoumevne.** Svetovalni odbor je izpostavil ta vidik, saj ljudje včasih ne razumejo poteka zdravljenja ali tega, kar jim je strokovnjak želel povedati. To je lahko tudi razlog, zakaj se oseba ne vrne v center, ali zakaj ne sledi navodilom (zdravljenja, srečanj itn.).

- **Pomembnost prvega srečanja in kako postaviti oseba, na katero se lahko obrnejo.** Strokovnjaki v zdravstvenih centrih ali centrih za preprečevanje bi se morali srečati z mladimi in pridobiti njihovo zaupanje. Če se na prvem srečanju povežejo na čustveni ravni in z njimi ravnajo z občutkom, oseba, ki je gostitelj, postane oseba, na katero se lahko obrnejo, saj »potrebujejo nekoga, ki vzbuja zaupanje« (Arbex, 1999: 19).

- **Poznavanje ljudi.** Njen/njegov karakter in ime ter kaj je bil razlog, zakaj je prišel v center (Arbex, 1999). Po navadi gredo na mesta, kjer vedo, da so dobrodošli in kjer so tudi ostali pripadniki Romov. Podoba zdravstvenega centra nastaja iz izkušenj, pozitivnih ali negativnih, oseb, ki so že bili v njem (Arbex, 1999). Svetovalni odbor je prav tako poudaril pomembnost razumevanja specifične narave vsakega posameznika in situacij.

- **Ustvarite odnos zaupanja.** Svetovalni odbor je izpostavil to idejo kot enega izmed najboljših

načinov za pridobivanje in nudenje dostopa do zdravstvenih sredstev in za prepričevanje ljudi, da se držijo terminov, sledijo zdravljenju in delajo na preprečevanju ter da se poglobijo v ostale ključne dejavnike.

KOMUNIKACIJSKE VEŠČINE⁵

- > Bodite pozorni na morebitne predsodke in dojemanja, ki lahko definirajo in vplivajo na interpretacijo načina komunikacije ljudi in na vedenje drugih.
- > Pretehtajte različne pomene kretenj, predstav in fizične distance pri ljudeh iz različnih kulturnih skupin.
- > Govorite jasno in točno.
- > Izogibajte se pogovornim izrazom, ki so lahko napačno interpretirani.
- > Potrditve ponovite na različne načine, da okrepite razumevanje.
- > Aktivno poslušanje in parafraziranje pacientovih besed, da preverimo, ali smo jih prav razumeli.
- > Identificiranje in reševanje komunikacijskih težav z uporabo kulturnih mediatorjev, z namenom olajšati razumevanje.
- > Ne obnašajte se do pacienta, kot da ni odrasla oseba.
- > Ohranite smisel za humor in sproščen ton, saj to olajša sprejemanje in komunikacijo.

⁵ Vir: Retos en los contextos multiculturales, competencias interculturales y resolución de conflictos de la FSG (FSG, s/f).

V preteklih letih je bila razvita strategija o komunikaciji, ki upošteva izkušnje in specifične vidike vsake okoliščine, ki določa odnos med pacientom in izvajalcem zdravstvenih storitev. Govorimo o komunikaciji, katere središče je pacient, in ki je še posebej primerna za delo z romsko skupnostjo.

Model komunikacije, kjer je pacient v središču, temelji na šestih elementih⁶:

1. Raziskovanje bolezni in načina, na katerega jo doživlja pacient – poleg raziskovanja simptomov je treba upoštevati tudi naslednje vidike:

- Pacientova predstava o bolezni.
- Občutki, ki jih vzbuja (tesnoba, strah itn.).
- Pričakovanja, ki jih ima do strokovnjaka, in smiselnost zdravljenja.
- Vpliv simptomov na vsakdanje življenje.
- Neverbalna komunikacija.

2. Razumevanje človeka kot celote: Upoštevanje drugih okoljskih, družbenih in družinskih dejavnikov pacienta, kot so življenjske razmere, odnosi in podpora v družini, ekonomske potrebe itn.

3. Dogovori s pacienti: Pacient mora aktivno sodelovati v svojem procesu zdravljenja. Da bi to dosegli, mora zdravnik strmeti k pacientovemu sprejemanju diagnoze in predlagane terapije.

4. Vključitev preprečevalnega dela ali promocije zdravja: preprečevanje in promocija naj vključujeta zmanjševanje škode, odkrivanje bolezni in zmanjševanje njenih posledic.

5. Vzdržuje odnos med pacientom in strokovnjakom: Strokovnjak bi moral pri vsakem srečanju strmeti k izboljšanju odnosa s pacientom.

6. Realnost: zgoraj naštetu mora v obzir vzeti realne možnosti storitev, v katerih zdravnik dela – sredstva, čas, ki ga ima na razpolago, itn. Splošno znano je, da imajo nekateri strokovnjaki preveč pacientov in lahko morda ovrednotijo samo določene vidike tega modela, ki so najbolj pomembni za proces in za pacienta.

RAZVIJANJE MEDIACIJSKIH ODNOSOV IN REŠEVANJE KONFLIKTOV S POGOVOROM

Najprej si morajo strokovnjaki postaviti neka ključna vprašanja, da ugotovijo, kaj je njihova začetna točka, saj to lahko določi odnos, ki ga bodo vzpostavili z Romi. Ta vprašanja so: kaj je mladina, kdo je Rom, ali je dobro uživati droge ali kaditi, kaj zame pomeni preprečevanje? To bo pripomoglo k temu, da boste odkriti pri ciljih dela z Romi, in še posebej pri delu z mladimi.

Pojav konfliktov je nekaj normalnega v vsakem odnosu in vidiku življenja. Zato je pomembno, da vemo, kako z njimi delati, kako jih odpraviti in kako jih preprečevati. Obstaja več ukrepov, ki nam lahko pri tem pomagajo:

- **Poiščite in ustvarite pravo ozračje**, tj. prostore, ki so prilagojeni Romom (prostorne sobe, dovolj stolov itn.) in odstranite prepreke in ovire (brez tabel, odprti prostori). Arhitekturna struktura nam včasih omejuje izvedbo teh prilogitev.

- **Izogibajte se posploševanju.** Romska skupnost je zelo heterogena in vedenje enega izmed njenih članov ali družine ne moremo ekstrapo-

⁶ Ta slika je prilagoditev: Guía para la actuación con la comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios (García, 2006). Čeprav je osredotočena na primarno zdravstveno dejavnost, menimo, da je zanimiv referenčni model pri preprečevanju drog.

lirati na ostale. Izbrisati moramo napačne predstave, da so vsi Romi enaki (Garcia, 2006).

- **Prilagodite jezik in simbole.** Pokažite bližino (kazanje čustev, rokovanje itn.) in izvajajte simbolična dejanja. Vsa dejanja so simbolična in imajo pomen ter nekaj razkrivajo.

- **Sprejemanje dogovorov ali sporazumov o točnosti, odgovornosti in predanosti.** Romi imajo razvite pogajalske veščine. Nekaj, kar zmeraj deluje, je: »ti daš meni, jaz pa dam tebi« (Arbex, 1999: 20).

- **Ne poskušajte jih nadzorovati.** Strokovnjak ne bi smel biti stroga ali vsiljiva oseba. Odstraniti je treba vidik kontrole, ki ga Romi pripisujejo strokovnjakom in centrom – kolikor se le da, se je treba izogibati evidencam, kaznim itn. To ne pomeni, da ni pravil ali omejitev ter postavljenih jasnih nalog in ciljev. Direktive so sprejete kot znak avtoritete in modrosti (Arbex, 1999).

ZNANJE, VEŠČINE IN VEDENJA MEDIATORJEV⁷

- > Pokazati, da bo oseba referenčni moderator.
- > Ohranjanje primerne distance (čustveno bližino je treba zelo nadzirati, da se pridobi zaupanje, kot ga dojemajo oni).
- > Informacije morajo biti pomembne in povezane z izkušnjami ter pričakovanji.
- > Držite se pravil, še posebej tistih, ki ste jih določili s skupino (držati svojo besedo, izpolnjevati obveze), vendar pa bodite tudi spravljivi in fleksibilni.
- > Informacije posredujte na učinkovit način.
- > Obvladujte metode reševanja konfliktov.

- > Bodite nepristranski.
- > Posredujte mirnost.
- > Pokažite občutljivost in skrb do tega, kar ostali občutijo in izražajo.
- > Odprt odnos.
- > Prikažite bližino in skrb za drugo osebo.

4.2. Poznavanje kulturnih značilnosti romov med zdravstveno prakso in v zdravstvenih centrih

V tem odstavku izpostavimo nekatere značilnosti Romov, ki morajo biti prisotne tako v organizaciji zdravstvenih centrov kot tudi v strokovni praksi.

Razumevanje teh kulturnih vzorcev nam bo omogočilo boljše razumevanje oseb in okoliščin, strokovnjaku pa prilagajanje intervencij. Posledice tega bodo kakovostne intervencije in boljši rezultati. Kot je izpostavil Svetovalni odbor, je poznavanje resnice najboljši način za rušenje predsodkov, ki lahko izkrivijo ali pa ovirajo intervencijo.

Vključili smo nekaj splošnih idej in priporočil, ki bi morali biti prilagojeni različnim okoliščinam preprečevalne prakse in zdravstvene oskrbe.

- **Poznajte socialno-kulturne značilnosti romske skupnosti,** še posebej tiste, ki pozitivno ali negativno vplivajo na zdravje. Te so:

- > Vzajemna podpora med sorodniki, spoštovanje in skrb za odrasle, pomembnost žalovanja.

⁷ Vir: Retos en los contextos multiculturales, competencias interculturales y resolución de conflictos de la FSG (FSG, s/f).

- > Težave, ki so povezane s spolom; vloga žensk, kot negovalk in dejstvo, da so nagnjene k temu, da pozabijo na svoje zdravje; moški lahko zavračajo šibkost in zdravstveno oskrbo.

- **Poiščite morebitne referente v družini.** Kulturni vidik Romov je družinska soodvisnost, zato je v zdravljenje ali terapijo treba vključiti poznane like avtoritete, starše, stare starše ali strice (Arbex, 1999).

- **Skupinske intervencije z družino;** bolje jo je izvesti ločeno, z določenimi skupinami staršev, saj sta vloga in ločitev spolov lahko zelo izrazita. Skupna intervencija ovira komunikacijo in povzroča pomanjkanje spontanosti (Arbex, 1999).

- **Postavite jasne in trdne meje, ki izhajajo iz centrov za preprečevanje odvisnosti ali zdravstvenih centrov.** Nujno je, da vključimo tudi romske družine. Včasih je to za njih težko, saj imajo po navadi znotraj družine postavljenih zelo malo pravil in mej. Za vzpostavitev dogovorov je potrebna želja in veliko pedagoškega dela (Arbex, 1996).

- **Žensko podjetništvo;** delo z romskimi ženskami in izkoriščanje prednosti njihovih podjetniških sposobnosti je ključen element pri preprečevalnem delu ali zdravljenju bolezni in pri delu na področju zasvojenosti (Arbex, 1996).

- **Spolnost;** romske ženske težko govorijo o tej temi. Na splošno imajo o tej temi malo informacij, hkrati pa pri njih vzbuja tudi občutek sramu. Priporočljivo je, da je strokovnjak, ki sprejme romsko žensko, ženska in da uporablja jezik (verbalni in neverbalni), ki lajša komunikacijo (Arza Pozas, 2008). Če obstaja potreba za izvedbo testov, ki bi ga dekleta lahko dojemalo kot nevarnost za njeno nedolžnost, ji je treba podrobno predstaviti pomembnost le-tega (Arza Pozas, 2008).

- **Heterogenost;** romska populacija je zelo različna in ima različne nivoje sredstev, zajema ljudi

iz različnih držav itn. To pomeni, da je pozornost potrebno usmeriti k posamezniku, da bi razumeli kontekst in okoliščine (položaj družine, sredstva, nivo integracije itn.).

Tukaj je **nekaj smernic, ki lahko pomagajo pri izboljšanju odnosov in dela z romsko skupnostjo**, še zlasti družin, in so vam v oporo pri morebitnih konfliktnih interesov pri **stiku z bolnišnicami in dežurnimi službami** (Garcia, 2006):

- Vzpostavite jasno označene informacijske točke, kjer bodo kandidati lahko dobili ustne informacije.

- V času sprejema jim zagotovite jasne in preproste pisne informacije, ki zajemajo pravila centra, pravice in dolžnosti pacientov, uradne ure za obiske, informacije o skrbi in posvetih itn.

- Zgoraj omenjene informacije mora ustno predstaviti usposobljeno osebje, ki ima opravljeno usposabljanje s področja raznolikosti, in ne varnostno osebje centra, saj bo le-to pri ljudeh vzbudilo nezaupanje.

- Kadar je v centru prisotna razširjena družina Romov, prepoznajte najvišjo avtoriteto (po navadi so to starejši moški ali ženske), kateri lahko predstavite pomembne informacije, npr. status pacientov, napredovanje bolezni ali novice o smrti osebe. Pri zadnjem primeru je potrebno ohraniti razumevajoč odnos in spoštovanje do izražanja bolečine.

- Stalnosti razširjenih družin prilagodite nekatere skupne prostore, na primer čakalnice.

- Prisotnost medkulturnih mediatorjev je uporabna, ker spodbuja razumevanje z zdravstvenim osebjem pri situacijah, iz katerih se lahko razvije prepir.

S tem namenom je Svetovalni odbor izpostavil mediatorja, saj lahko olajša razumevanje osebe in njegove/njene kulture. S tem se povečata

učinkovitost in kakovost interveniranja (lajšanje obojestranskega razumevanja).

Medkulturna mediacija⁸:

Medkulturna mediacija je sredstvo, ki je na voljo ljudem različnih kultur, in služi kot most, ki spodbuja konstruktivne spremembe v medosebnih odnosih. Mediacija pri odnosih med kulturno različnimi ljudmi v osnovi služi preprečevanju kulturnih konfliktov, spodbujanju prepoznavanja drugačne osebe, doseganju sprav med strankami, razvijanju komunikacije in obojestranskega razumevanja, učenju in razvijanju sobivanja, iskanju strategij za reševanje konfliktov ter vključevanju skupnosti.

Mediacija je v strokovnem smislu sredstvo, ki služi kot most med romsko skupnostjo in večinsko družbo, ki spodbuja konstruktivno spremembo v njihovem odnosu. Je proces in ne orodje, ki »gasi ogenj«, ko se pojavijo konflikti.

Nekatere naloge mediacije na področju zdravstvenega dela z romsko skupnostjo so:

- Romom olajšati dostop do socialnih in zdravstvenih sredstev,
- Poznavanje potreb,
- Lajšanje komunikacije med strokovnjaki in romsko skupnostjo tako, da znotraj enakih možnosti spodbuja njihov dostop do teh sredstev,
- Manjšanje kulturnih preprek,
- Svetovanje romskim uporabnikom glede odnosov z zdravstvenimi strokovnjaki,
- Svetovanje zdravstvenim strokovnjakom pri posvečanju primerne pozornosti potrebam in interesom romske populacije,
- Spodbujanje revitalizacije skupnosti,
- Osebna podpora romskim uporabnikom.

Prednosti medkulturne mediacije imajo vpliv na zdravstveno osebje in tudi na Rome, in sicer:

Pri zdravstvenih delavcih:

- Pomaga pri medosebnih odnosih tako, da zmanjšuje medosebne komunikacijske prepreke,
- Dovoljuje dešifriranje in razume nekatere kulturne vzorce. Na primer pri skrbi za romske vdove ali neporočena romska dekleta.
- Pomaga pri preprečevanju konfliktov v določenih situacijah, npr. po smrti Roma.
- Spodbuja boljše rezultate zdravljenj in navodil.
- Tvori učinkovite preprečevalne programe in promocijo zdravja.

Za Rome:

- Spodbuja boljše razumevanje diagnosticiranja in povečan uspeh zdravljenja bolezni s pomočjo terapevtskih obravnav.
- Omogoča boljše razumevanje pravil in delovanja zdravstvenega sistema.
- Pripomore pri normalizaciji uporabe zdravstvenih storitev.
- Ustvarja večji občutek varnosti in zaupanja do zdravstvenih ustanov in zdravstvenega osebja.

Vključitev medkulturne mediacije v bolnišnice in primarne zdravstvene centre bi omogočilo delo na področju romske problematike. In sicer na področju:

- Zdravstvene vzgoje.
- Pravilne uporabe zdravstvenih storitev.
- Izboljšave odnosov med zdravstvenimi strokovnjaki in romskimi pacienti.
- Preprečevanja morebitnih konfliktov interesov.

⁸ Vir: García, 2006

4.3. Kako se spopasti s preprečevanjem zlorabe drog pri romski mladini?

V prejšnjih poglavjih smo videli, da odnos mladine (romske in druge) do uporabe drog določa dolgotrajen proces, ki je univerzalen; npr. razširjanje individualizma in potrošniške družbe na vse socialne skupine in socialne ter kulturne okoliščine, ki so zelo konkretne in prisotne skozi čas in prostor. Zato je pri vsaki intervenciji pri Romih, treba opraviti dvojno vajo, da bi razumeli, kaj je skupnega celotni skupnosti (in vsem preprečevalnim programom) in kaj je posebnega – ne za Rome, temveč za točno določene okoliščine preprečevanja.

Poznavanje okoliščin in njihovega odnosa bo omogočilo ustvarjanje programa, ki ga mladina potrebuje, ali pa prilagajanje starejših programov novim okoliščinam.

PREPREČEVANJE: ZAKAJ IN ČEMU?

Prvo vprašanje je, zakaj potrebujemo projekt preprečevanja oziroma katere nevarnosti moramo preprečiti. Da bi odgovorili na to vprašanje, moramo slediti tem trem korakom: diagnoza, definiranje ciljev in analiziranje sredstev in delovne sile.



Diagnosticirati okolje/sosesko ali mesto je bistvenega pomena in je pomembnejše od določitve konkretnega problema uživalca. Delamo na področju preprečevalnega dela pri mladih, kar od nas zahteva predvidevanje pojavljanja trendov ali nagnjenj.

Da bi preprečili vedenja, moramo predvidevati morebitne nevarnosti in s tem ljudem dati moč pri soočanju z njimi. Najboljše priporočilo ob raziskavah in anketah je: bodite na terenu in imejte razvit »opozorilni sistem«.

Diagnoza mora vsebovati socialno-demografske vidike kot tudi ostale vidike, ki zadevajo zlasti zasvojenost z drogami. Omenjeni predlogi so pogosto najboljša podlaga za nadaljnje delo. Na primer, vemo, da spodbujanje zdravega preživljanja prostega časa, integracija v mreže, ki so širše od družine ali etničnih mrež, avtonomna mobilnost itn. pozitivno vplivajo na romsko mladino – ne glede na določeno uživanje drog, ki jim morda grozi. Hkrati pa povečano uživanje alkohola, zgodnje kajenje ali pa nagnjenost k uživanju katerihkoli rekreacijskih drog zahteva usmerjen pristop zdravstvenega sistema.

”

Delo na širših zdravstvenih programih nam omogoča, da smo pripravljeni z lokalnim znanjem in podporo identificirati problem. Lahko pa se zgodi tudi obratno; usmerjen program ali načrt za preprečevanje negativnih situacij ima lahko sposobnost za rast, iskanje zavezništev in možnost za lotevanje širših pravil, ki zadevajo zdravje skupnosti.

Poleg diagnoze potrebujemo **filozofijo in cilje naše intervencije**. Zavedamo se, da ta pristop ne bo zmeraj nujno pristranski in da se bo izražal skozi kulturo ali vrednote romske populacije.

- Razlikovati je treba med tem, ali se borimo proti uživanju ene ali več substanc, pretiranemu uživanju ali pa proti družbenim učinkom tega uživanja. Projekta se lotimo na področju pro-

mocije zdravja ne glede na vrsto droge, ali pa z opremljanjem mladih z orodji za boj z določenim uživalcem, ki prevladuje v skupnosti.

- Cilji bi morali biti jasno določeni, projekti bolj izčrpni, nekateri cilji pa konkretnjši. Iskanje abstinence ni isto zmanjševanju uživanja in z njim povezanimi nevarnostmi. Prav tako ni isto, če poskušamo mlade odvrti od alkohola in podaljševati starost, pri kateri ga prvič uživajo, ali pa, če preprečujemo vožnjo pod vplivom alkohola ali vpliv alkohola na šolsko abstinenco.

Obstajajo programi, ki so namenjeni podaljševanju starosti prvega uživanja, in programi, ki preprečujejo napredovanje, tj. preprečevanje koraka, ki ga uberejo nekateri mladostniki (od splošno sprejetih drog, kot sta tobak in marihuana, do bolj nevarnih drog), ali zaradi povečane odvisnosti in zdravstvenih učinkov ali zaradi družbene stigmatizacije.

Na te odločitve močno vplivata filozofija javnih in zdravstvenih strokovnjakov glede boja proti drogam, legalizacije ali preganjanja, dostopnosti drog in družbene podobe. Toda te podobe ali filozofije ne veljajo zmeraj tudi za romsko skupnost. Zmanjšanje tveganj se lahko zdi smiselno določenim ljudem in okoljem, medtem ko imajo pri drugih kulturni smisel samo stroga moralna načela (npr. abstinenca). Poznavanje teh vrednot in identificiranje prednosti (moči) skupnosti in njenih zdravstvenih virov, vključno s tistimi, ki so nam tuji, je pomemben korak pri tem, da naš jezik in naši nameni pridobijo smisel. To ne pomeni, da kot javni primer vzamemo položaj drugega, temveč, da z njim vodimo dialog in ga imamo v mislih kot del programa in ga ne ignoriramo.

Tretji korak po diagnozi in definiranju ciljev je analiza in okrepitev kraja, kjer bomo intervenirali. Vsako diagnozo problema soseske ali skupnosti mora spremljati analiza njenih prednosti in virov: vrednot, vodstva, načina zdravljenja ali nudenja utehe, notranjih in zunanjih odnosov, veščin za

shajanje, podpore, ki jo imajo na voljo itn. Proučite prednosti in jih aktivirajte – to je korak, ki mora biti vključen v postopek že od samega začetka.

PREPREČEVANJE: S KOM?

To je še ena ključna zadeva. Čeprav se zdi jasno, kaj mislimo z romsko mladino, to ni zmeraj tako. Ne samo, ker je težko identificirani in določite meje skupine, temveč tudi zaradi priročnosti, da to naredimo ali ne. Ponovno imamo več različnih možnosti:

- **Programi za vse ali del državljanov**, toda s posebno strategijo za doseganje romske mladine ali za delo z njimi.
- **Specifični programi**, ki so usmerjeni v izboljšanje komunikacije z romskimi družinami in okolji, npr. preko kulturnih mediatorjev.
- **Mešani programi**, ki imajo več poti, ki omogočajo različnim ljudem, da najdejo svoj prostor in vplivajo na sredstva.

Še en ključen element, ki je povezan z romsko mladino: upoštevanje vsaj dveh razlik, **starosti in spola**. Po navadi se mladinski programi razlikujejo in so oblikovani v skupine od 11 do 15-letnikov (obstajajo tudi programi, ki se pričnejo že prej) in starejših od 16 let. Te meje ne smejo biti samovoljne, saj se lahko pri Romih spreminjajo; Rom, ki je star 18 let, se lahko v mnogih ozirih obnaša enako kot Rom, ki ni istih let. Vendar pa je povsem mogoče, da je mlajši Rom že poročen in je prevzel odrasle obveznosti (kot smo videli v prejšnjih poglavjih, romska mladina prej doseže odraslost). Mladi Rom prej postane mlada odrasla oseba kot ne-Rom.

Prav tako je zelo pomembno, da upoštevamo **spol**, saj pri Romih (in ostalih) igra pomembno vlogo zaradi dveh razlogov:

- **Različne vloge** moških in žensk ter mater in očetov znotraj

romske družine. To vključuje različne oblike svobode, nadzora, prostega časa in uživanja. Nekatere mlade ženske so z obstojem močnih moralnih sankcij zelo obvarovane pred uživanjem (toda ne pred ostalimi nevarnostmi). Druge pa bodo kot ženske bolj izpostavljene stigmatizaciji za uživanje, ki je pri moških sprejeto. Dečki in deklice imajo načine za razumevanje in prevzemanje moških in ženskih pričakovanih vlog, kar pa je potrebno vedeti pri preprečevalnem delu.

- **Družbene spremembe.**

Romske ženske so deležne opazovanja in dvojnih zahtev: prehod na bolj enakovredne oblike, ker jih to zanima in ker to od njih zahteva družba – v nekaterih primerih celo zakonsko pogojevano (npr. obvezno šolanje); odgovornost do ohranjanja določenih tradicij, ki so središče romske kulture. Mladi moški so večinoma zadovoljni z manj mačistično podobo, ali pa čutijo strah in odpor do sprememb, katerih sprejetje jim narekuje družba; pogosto z malo licemerstva, kot da je med Romi prisoten samo moški šovinizem in nasilje. Odnosi med spoloma so ključnega pomena za napredovanje ali zaprtje skupnosti in vsak program bi moral to imeti v mislih.

Vprašanje, s kom intervenirati, se ne konča tukaj. Sredstva so lahko individualizirana; za skupino, družino ali sosesko. Vsak nivo bo potreboval natančen način in posebno strategijo. Če se odločite spopasti z uživanjem, ki je v skupnosti novo in navzkriž z njo, morda ni pravi čas, da združite mladino z njihovimi starši ali avtoritetami iz skupnosti, saj se ne bodo pogovarjali, ali pa jim bo neprijetno.

Poleg tega pa je lahko delo z družinami, zdravstvena vzgoja in izboljšanje komunikacijskih veščin staršev pomembno orodje pri preprečevalnem delu z mladino.

Nekateri pristopi zahtevajo sodelovanje skupnosti in njenih vodij – verskih ali mestnih. Sredstva bodo v ostalih primerih najbolj uporabna,

če morate delovati izven mrež romskega sveta. Ženska, ki ima težave z drogo, ima HIV ali je žrtev družinskega nasilja, bo bolj pripravljena poiskati nasvet pri bližnjih ustanovah – prej se bo obrnila na splošno ustanovo (bolnišnico ali ambulanto) kot na center za droge, saj se boji stigmatizacije, ki bi bila povezana s tem. Mladina se brez težav v soseski udeležuje prostočasnih aktivnosti, medtem ko se po šolskih urah morda ne bodo radi udeležili programa za preprečevanje uživanja drog. Vsi ti vidiki so pomembni za načrtovanje programa in njegovih aktivnosti.

Svetovalni odbor je izpostavil pomembnost prilagajanja preprečevalnih akcij značilnostim ciljne skupine, tako da učinkovito pridobijo njihovo pozornost. To lahko dosežemo tako, da na primer poznamo njihov način povezovanja ali kaj jih zanima (skrbi, prosti čas itn.). Zaradi slabega dojemanja nevarnosti na kratek rok je preprečevalno delo s katerokoli mladino (Romi ali drugimi) zapleteno.

KJE INTERVENIRATI?

Prostor je še en pomemben element, ki ga moramo upoštevati pri preprečevalnem delu z romsko mladino. Soseska je dober pokazatelj družbenega položaja romske skupnosti – po navadi na ravni njihovega prihodka in izobraževanja, toda še posebej njihovih notranjih in zunanjih odnosov. Marginalizacija ni zmeraj odraz okolja, ker socialni problemi in izključevanja obstajajo tudi v boljših soseskah. Vendar pa ima segregacija zagotovo zmeraj jasen vpliv na uživanje in dostop do zdravstvenih ustanov.

Vendar pa je poleg poznavanja okolja in določanja mej interveniranja pomembno vedeti, v kakšnih okoliščinah bo program ponujen. Pomagajo nam lahko naslednja vprašanja: Kje srečujemo romsko mladino; v šoli, cerkvi, na ulici ali v njihovih domovih? Ali jih bo sporočilo doseglo preko računalnika, televizije, učiteljev, plakatov v zdravstvenih centrih ali preko njihovih staršev?

Izobraževalno okolje je odlična izbira, če je mladina vključena vanj in če se dobro počuti v enakovrednih odnosih. Programi promocije zdravja v šolah najdejo partnerja s celotno zajeto populacijo. Pri tistih, ki so segregirani, in pri mladini, ki preseže določena leta, se to spremeni – sporočila in programi bodo pri njih imeli poseben pomen. Poleg tega pa je šola lahko polna različnih potreb. Njena vloga je, da na splošno okrepi posameznika in skupino, in ne toliko, da v kratkem času nudi vse informacije, ki bi jih skupnost rada posredovala mladostnikom.

Zdravstveni centri lahko izkoristijo njeno pomembnost in bližino do družin in sosesk, vendar pa se morajo zavedati, da mladina išče podporo ali nasvet tam, kjer ni veliko možnosti, da bi srečali sorodnika ali soseda. Zaradi tega imajo določeni mladinski centri svoje prostore, informacijske centre, prostočasne aktivnosti in dejavnosti v zvezi z reproductivnim zdravjem. Vsako sredstvo lahko ima svojo vlogo pri poznavanju obiskovalcev in njihovih omejitev.

Obstajajo tudi drugi kraji, virtualni in resnični, ki se ukvarjajo s preprečevanjem. Takšen kraj so ulice (parki in trgi) ali javni prostori, kjer dečki in deklice preživljajo svoj čas, ter bari ali nočni klubi, kamor zahajajo, kadar gredo ven, in tam preživljajo svoj prosti čas. Prav tako pa obstajajo uporabni prostori ali aktivnosti, ki jih ponuja okraj preko javnih ustanov (knjižnice, skupnostni centri itn.) ali pa prostočasni ali izobraževalni programi, ki jih organizirajo neprofitne organizacije.

Iz tega razloga je pomemben korak identificiranje vplivnih prostorov v soseskah in prostočasnih aktivnostih romske mladine ter seveda poznavanje preprek, ki jih odvrčajo od uporabe zgoraj omenjenih krajev – kam ne bodo nikdar zahajali, kje se ne počutijo dobrodošle ali pa, kje imajo občutek, da nimajo pravice vstopiti?

KAKO INTERVENIRATI?

Kar se tiče vsebine preprečevalnega dela, mislimo, da so področja, ki imajo dokazano največji učinek, enaka pri Romih in ne-Romih, čeprav na to temo ne obstajajo študije ali ocene. Vendar pa je, kot je bilo razloženo v tem priročniku, potrebno sporočila prilagoditi ali na novo interpretirati. Zamisel je, da bi kanali in vsebina morali biti pomenljivi za romsko mladino ter se odzivati na njihovo praktično situacijo (na njihov vsakdan) in moralne poglede.

Katera so ta področja? Po navadi so trije nivoji oz. tipi preprečevalnega dela, ki ustrezajo motivacijski strukturi posameznikov, in jih je treba upoštevati pri preprečevalnih programih: **informacije, delo na osebnih in družbenih veščinah ter splošna preventiva** (npr. programi za prosti čas).

Informacije

Informacije so pomembne, vendar pa niso dovolj. To odpre vrata do ostalih intervencij in pripravi osebo s kognitivnega vidika. Toda informacije, ki jih posredujemo, morajo tekmovali z velikim številom alternativnih virov, ugodnih ali neugodnih, na temo drog: mediji, starši, prijatelji, izkušnje, poročanja o vrednotah in težavah zasvojenosti ter ostali viri, ki oblikujejo simbolični svet, kjer so te informacije smiselne.

Zatorej informiranje ni zgolj posredovanje podatkov, temveč je pomembno, da to naredimo na način, ki vpliva na osebo ter je zanjo uporaben. Zaradi tega se je porodila ideja o spreminjanju načina posredovanja smernic, ki temelji na sporočilih in priporočilih vrstnikov, ali pa preko zdravstvenih delavcev, ki poročajo tako rekoč iz sebe ter v jeziku in z vrednotami ciljne skupine.

Izkušnje lokalnih zdravstvenih delavcev lahko pri javnem zdravstvenem delu prispevajo navdih za preprečevalne programe in upoštevanje nekaterih osnovnih namenov, na primer usposablja-

nje ljudi – združeni zdravstveni sistemi se učijo od njih, saj so oboji informacijski kanal, ki deluje v obe smeri, in močno družbeno orodje. Ni nujno, da so kulturni mediatorji in samo Romi. Njihova prednost je predvsem sposobnost delovanja v obeh smereh. To pomeni, da bodo koristni do te mere, da lahko prisilijo sistem in njegove strokovnjake, da se odprejo in razumejo probleme in sredstva soseske ali skupnosti.

Osebnostne in družbene veščine

To pomeni, da povečamo zmožnost oseb pri spopadanju s problemi, premagovanju frustracij, nadzoru impulzivnosti ali pri upiranju pritiskom vrstnikov – tj. da izboljšamo psiho-socialne dejavnike, ki verjetno vplivajo na zlorabo ali težave z drogami. To kar strokovnjaki imenujejo trdoživost – zmožnost, da ponovno zgradimo ali okrepimo svojo subjektivnost, tudi ko je bila načeta s slabimi izkušnjami, temelji na treh korakih (Dillon, 2007):

1. **Kognitiven** nivo; mladi potrebujejo informacije, da se zavedajo, kaj oni so in kakšen je učinek drog. Potrebno je poznati razloge mladine, zakaj uživati in zakaj ne, kako pomembni so za njih pogledi vplivnih ljudi, strah pred pravnimi posledicami in vplivom na zdravje itn.
2. **Motivacijski** nivo; razumeti ali predvidevati morajo, da uživanje ali zloraba nista v skladu z njihovimi cilji ali moralnimi vrednotami. Da bi to dosegla, mora oseba imeti samopodobo, uresničljive in verodostojne cilje ter stabilne moralne okvirje.
3. Tretji vidik je okrepitev tega kar nekateri imenujejo **samoučinkovitost**, tj. zmožnost, da narediš to, kar si zamisliš ali za kar se odločiš – na primer, da ne uživaš drog, kadar jih oseba ali skupina dojema kot nezdržljive ali negativne. Na tej sposobnosti je potrebno delati v različnih okvirjih in ne nujno v okviru preprečevanja zasvojenosti, saj je to veščina, ki je potrebna povsod v življenju.

Romska mladina tako kot vsi ostali potrebuje informacije, ki so uporabne v življenju, priložnosti, da sami razvijejo dosegljive cilje in sposobnost, da jih sami uresničijo, ali da vsaj poskusijo. Očitno je, da ta priročnik vključuje ne samo delo s posameznikom, temveč tudi delo s skupino in skupnostjo. Težave z drogo bodo manj škodljive in bolj izolirane, če se bo mladina v šoli počutila dobro integrirana, če bodo družine nudile moralni okvir (čeprav je le-ta zelo obširen), disciplino in čustva, in če skupnost ponudi možnosti za zabavo.

Poleg tega morajo biti programi stalni in stabilni skozi čas, temeljiti na dobrih teorijah in biti izvajani skozi pomenljiv osebni odnos. Evalvacija pa bo pomagala pri njihovi izboljšavi in prilagajanju spreminjajočim se okoliščinam.

4.4. Nekateri kriteriji za interveniranje pri romski mladini

Pri preprečevanju in zdravljenju zasvojenosti veljajo jasna načela, kot so zaupnost, empatija, razumevanje ostalih, strpnost pri sprejemanju pričakovanega počasnega napredka kot tudi potreba za jasnimi cilji in omejitvami, ki mladino vodijo ter jih ne puščajo s svojimi težavami. Sicer pa bo brez moralne podpore in podpore skupnosti v kulturah, ki niso tako individualizirane, sporočilo, da droge škodujejo zdravju, zelo šibko.

Obstajajo pa tudi druga načela, ki jih je treba upoštevati pri delu z manjšino, in sicer poznavanje, od kod prihaja, aktiviranje kontekstualnih sredstev, spoštovanje napredka in predlaganje majhnih dosegljivih ciljev in podpiranje individualnih procesov – vendar tudi pogovarjanje o socialnih strukturah (učenje od ljudi z obrobja).

VEDETI, O ČEM GOVORIMO

Kot zdravstveni strokovnjaki predstavljamo javno avtoriteto, kot ne-Romi pa predstavljamo hegemonistično kulturo. Hegemonija je nekaj, kar ne potrebuje obrazložitve – je privzeta in dana vsakemu. Za razlago so vprašani samo tisti, ki ne sprejemajo norm. Ključno je, da se tega zavedamo. Veliko napačnih razumevanj o socialnem delu in delu z manjšinami izhaja iz preproste domneve, da ostali delijo naše poglede (ali pa bi jih morali) ter da smo samo z razumevajočim odnosom opravili svoje komunikacijsko delo. Razumevanje, da druga oseba morda nima istih vrednot ali da jim daje drugačen pomen, je enako pomembno kot razumevanje lastnih vrednot.

Zdravstveno delo ni nevtrarno. Naša predstava o telesu, bolezni in moralnih načelih, so ravno toliko kulturno in materialno določene, kot tiste od ostalih skupin. To je tisto, kar nas združuje – da je vprašljivo, če je osebna dobrobit cilj vseh zdravstvenih praks; da je vprašljivo, če je družina z dvema otrokoma (nič več, nič manj), ki živi samostojno in ločeno od staršev, edini model družine, ki je koristen in moderen; da je vprašljivo, če so kazni potrošniške družbe zmeraj osvobajajoče in nagrajujoče, ali pa zmeraj negativne in nemoralne.

AKTIVIRANJE SREDSTEV OKOLJA

Posamezniki in skupine imajo svoje oblike skrbi za druge, prednosti in predstave, ki jih programi ne smejo spregledati. To po navadi imenujemo opolnomočenje, čeprav pomen tega izraza ni zmeraj jasen. Če nekdo sprejme moč in avtoriteto drugega, kar mora biti narejeno na resen način, to pomeni, da mu da priložnost, da sodeluje v njegovem napredku, in deloma sprejme nezadovoljstvo z njegovimi smernicami ali njegovo potjo (zmeraj znotraj med demokratičnih načel), ter da mu dovoli, da spremeni svoj življenjski položaj ali je vsaj odprt do pogovora o tej temi. To je težka pot, vendar pa morajo vsi preprečevalni načrti resni vključevati prednosti in sredstva ostalih – jih

poudariti in okrepiti. To namiguje, da je potrebna novo uravnoteženje odnosov med javno oblastjo in avtoriteto ter znanjem romske mladine.

- > Opazite pozitivne lastnosti, prednosti in potencial ljudi.
- > Preglejte in analizirajte vzroke problemov in njihove posledice.
- > Na ravni skupnosti mora poznati vsa pomembna sredstva v soseski in sredstva, ki so uporabna za otroke.
- > Razmislite o romskih združenjih, ki delujejo v soseski, saj lahko ponudijo ideje in predloge za preprečevalno delo.

PREDLAGANJE DOSEGLJIVIH CILJEV

Še en pomemben element preprečevalnega dela pri manjšinah ali ljudeh, ki imajo manj moči kot ustanove, ki bi jim rade pomagale, je pomembnost postavljanja dosegljivih ciljev in spoštovanjem majhnih napredkov. Če iščete velike spremembe ali spremembe izven organizacijske realnosti, je rezultat tega frustracija – za strokovnjaka in uporabnika. To ne pomeni, da tvorimo skromne programe, ki so lahko in bi morali biti ambiciozni, temveč da so definirani na način, ki bo zagotavljal konkreten napredek in utrjeval zaupanje mladine do samih sebe. Če razvoj ni viden in občuten, če spoštujemo samo vrhunec in ideal sprememb, bodo ljudje, ki so trdo delali za določen namen, opustili svoje navdušenje in zaupanje.

Svetovalni odbor je izpostavil, da bi se strokovnjaki morali zavedati težavnosti doseganja kratkoročnih ciljev. Doseganje rezultatov zahteva delo in neprekinjen trud, ki je po navadi dosežen v srednje- ali dolgoročnem času.

PODPIRANJE OSEBNIH PROCESOV IN POGOVOR O DRUŽBENIH PROCESIH

To potegne za seboj tudi upoštevanje teže strukture. V situacijah društvene neenakosti bo napredek velikokrat onemogočen; mladina se ne bo odzivala tako, kot smo pričakovali, prevladala bosta realnost marginalizacije in revščine. V mnogih primerih je rezultat razočaranje strokovnjakov in nezavedno obtoževanje uporabnikov za njihove težave in njihovo nezmožnost, da jih premagajo.

Obstajata dva načina, da se temu izognemo: podpiranje individualnih procesov sprememb, kadar ima oseba svoje ambicije ali pa želi napredovati pri usposabljanju, ter informacije ali preprečevalno delo. Najpomembneje pa je, da se z ekipo in z mladino pogovorimo o mejah intervencije in materialnih pogojih v njegovem ali njenem življenju. Ta politizacija družbene intervencije nam preprečuje, da bi mladino obravnavali kot popolnoma odgovorno za rezultate, kar pa ni ravno nepovezano.

Refleksija o strukturnih mejah dela in ustanov ali organizacij, v kateri delamo, lahko pomaga strokovnim ekipam, da uporabijo pristop, ki je bolj transformativen in uravnotežen z njihovim delom.

UČIMO SE OD OBROBJA

Zadnje priporočilo je, da se je treba naučiti prenesti to, kar smo se naučili, v mesta, kjer delamo. Živimo v nevarni skupnosti, kjer je vsakdo lahko znajde v luknji družbene integracije. Hkrati pa vidimo, da ljudje lahko izboljšajo svoja življenja v zelo težkih okoljih. Družbeno inovacijo, eno izmed načel evropske akcije, bi morali testirati v vseh programih. Pomembno je, da tvegamo z razumnimi in zapletenimi programi, saj vemo, da bodo rezultati uporabni v zdravstvenih ustanovah. Kar se naučimo v ti. »obrobjih« ali pri manjšinah, velja tudi za splošno prebivalstvo, ki postaja zmeraj manj homogeno in vedno bolj pluralno.

Literatura (priročnik za prakso)

- Arbex, C. (1996). Actuar con la comunidad gitana: orientaciones para la intervención en drogodependencias desde los servicios asistenciales. Asociación Secretariado General Gitano (ASGG).
- Arbex, C. (1999). La comunidad gitana y el fenómeno de las drogodependencias. VI Encuentro Nacional y su Enfoque Comunitario. Diputación de Cádiz.
- Arza Pozas, J. (2008). Comunidad gitana y salud. La situación de la comunidad gitana en España en relación con la salud y el acceso a los servicios sanitarios. Conclusiones, recomendaciones y propuestas. Ministerio de Sanidad y Consumo y Fundación Secretariado Gitano.
- Ayala Rubio, A. (2008). Actitudes y pautas de comportamiento de la población gitana de la Comunidad de Madrid en relación a su salud. Madrid. Instituto de Salud Pública de la CM (Servicio de Promoción de la Salud) y la Universidad Complutense de Madrid (Departamento de Antropología Social).
- Comas, D. (2010). Un lugar para otra vida. Madrid, Fundación Atenea-Grupo GID.
- Díez, E. y Peiró, R. (2004). Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. Gaceta Sanitaria, 2004, 18 (Supl. 1).
- Dillon, L. et al. (2007). Risk, protective factors and resilience to drug use: identifying resilient young people and learning from their experiences. Home Office Online Report 04/07.
- Elzo, J. (2002). Aspectos de la cultura juvenil. En: Sociedad y drogas, una perspectiva de quince años. Madrid: FAD.
- Equipo Barañí. (2001). Mujeres gitanas y sistema penal. Madrid: Ediciones METYEL.
- EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2008). Drugs and vulnerable groups of young people. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Ferrer, F. (2003). El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía. Gaceta Sanitaria 2003; 17 (Supl 3): 2-8. Alicante. Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante.
- FSG Health Area (coord.) (2009). Health and the Roma Community, analysis of the situation in Europe. Madrid: Fundación Secretariado Gitano.
- FSG. (2005). Población Gitana y Empleo. Un estudio comparado. Madrid: Fundación Secretariado Gitano.
- FSG (s/f). Retos en los contextos multiculturales. Competencias interculturales y resolución de conflictos. Serie de materiales de trabajo nº 32. Madrid: Fundación Secretariado Gitano.
- Fundación Foessa. (2008). VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2008. Madrid: Cáritas Española.
- Gamella, J.F. (2002). Exclusión social y conflicto étnico en Andalucía. Análisis de un ciclo de movilización y acción colectiva antigitana (1976-2000). Gazeta de Antropología, nº18.
- Gamella, J.F. (2000a). Matrimonio y género en la cultura gitana de Andalucía. Junta de Andalucía, Secretaría para la Comunidad Gitana.
- Gamella, J.F. (2000b). Veinte años de heroínomanía en España. Balance de una crisis de drogas, en Corcoy, M. y Ruidíaz, C. (coord.) Problemas criminológicos en las sociedades complejas. Universidad Pública de Navarra.
- García, C. (2006). Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios. Madrid. Fundación Secretariado Gitano.
- Kamira. (2012). Analysis and Assessment of the integration policies for the Romani people Spain: What did we learn? Budimpešta, Open Society Roma Initiative.
- La Parra Casado, D. (2009). Hacia la equidad en salud. Disminuir las desigualdades en una generación en la Comunidad Gitana. Estudio comparativo de las Encuestas Nacionales de Salud a población gitana y población general de España, 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social y Fundación Secretariado Gitano.
- Laparra Navarro, M. (2007). Informe sobre situación social y tendencias de cambio en la población gitana. Una primera aproximación. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Diagnóstico social de la comunidad gitana en España. Un análisis contrastado de la Encuesta del CIS a Hogares de Población Gitana 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- MSC-FSG. (2008). Estilos de vida de la Comunidad gitana. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Fundación Secretariado Gitano.
- Nogués, L. (2010). Exclusión residencial y políticas públicas. El caso de la minoría gitana en Madrid, (1986-2006). Universidad de Granada.
- OSC, Observatorio de Salud Pública de Cantabria (2012). Estudio sobre determinantes de salud de la población gitana cántabra. Resumen.
- Pernas, B. (2005). La cuestión gitana. Reflexiones en torno a la educación y el cambio social. Cuadernos de Trabajo, Instituto de Realojamiento e Integración social. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Santolaya Ochoa, F. (coord.) (2008). Guía para la prevención del consumo de cannabis en población vulnerable e inmigrantes. Visión diferencial para ambos sexos. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.



II. DEL

delovanje v praksi

A

Uvod

Cilj drugega dela priročnika, **Delovanje v praksi**, je na pedagoški način predstaviti vsebino, ki smo jo obravnavali v prvem delu, **Priročnik za prakso**. Dinamika je povezana z vsebino, ki je obravnavana v prvem delu, da bi dokončali učni proces, ki je narejen na zabaven in praktičen način. Iz tega razloga priporočamo, da preden se lotite vaj, preberete prvi del.

Cilj drugega dela je tudi, da skozi različne dinamike in metode ustvarimo prostor za refleksijo o zaznavanjih, vedenjih in ostalih vidikih, ki so prisotni v naši strokovni zdravstveni praksi – z idejo o izboljšanju naših intervencij.

Namen tega priročnika je izboljšati zdravje in zdravstvene intervencije v romski skupnosti ter tako prispevati k zmanjševanju neenakosti, ki vplivajo na njihovo zdravje.

B

Struktura dokumenta

Načrt strukture Delovanja v praksi je vsebinsko zastavljen enako kot v prvem delu (Priročnik za prakso):

- 1. sklop;** izhaja iz prakse različnih zdravstvenih strokovnjakov, ki delajo z romsko skupnostjo.
- 2. sklop;** analiziramo realnost te populacije v smislu vsebinskih in dinamičnih predlogov.
- 3. sklop;** povratek k vaši praksi z novimi elementi, kako jo izboljšati.

Načrt je sestavljen iz desetih srečanj (ki so razdeljeni v tri tematske sklope), ki trajajo približno eno uro. Znotraj vsakega srečanja bomo vključili več dinamik, ki se bodo nanašale na vsebino.

Izvedba 10 srečanj bo skozi 3 sklope obravnavala celotno vsebino tega priročnika, da bi skozi logično zaporedje srečanj in dinamik dobili obširno znanje.

Vendar pa je učni proces narejen tako, da razmišlja tudi o alternativah, kot so itinerarji, ki se lahko prilagodijo različnim okoliščinam ali situacijam v zvezi z obstojem morebitnih omejitev (časa in sredstev) pri izvedbi vseh srečanj ali dinamik. Te alternativne poti bodo dovolile, da se predlagano delo izvede ločeno – odvisno od profila udeležencev, časa, ki je na voljo, in/ali od tega,

če želite, da se določena vsebina obravnava (z različnimi stopnjami celosti). Le-te predstavljajo dve vrsti učnih načrtov ali poti:

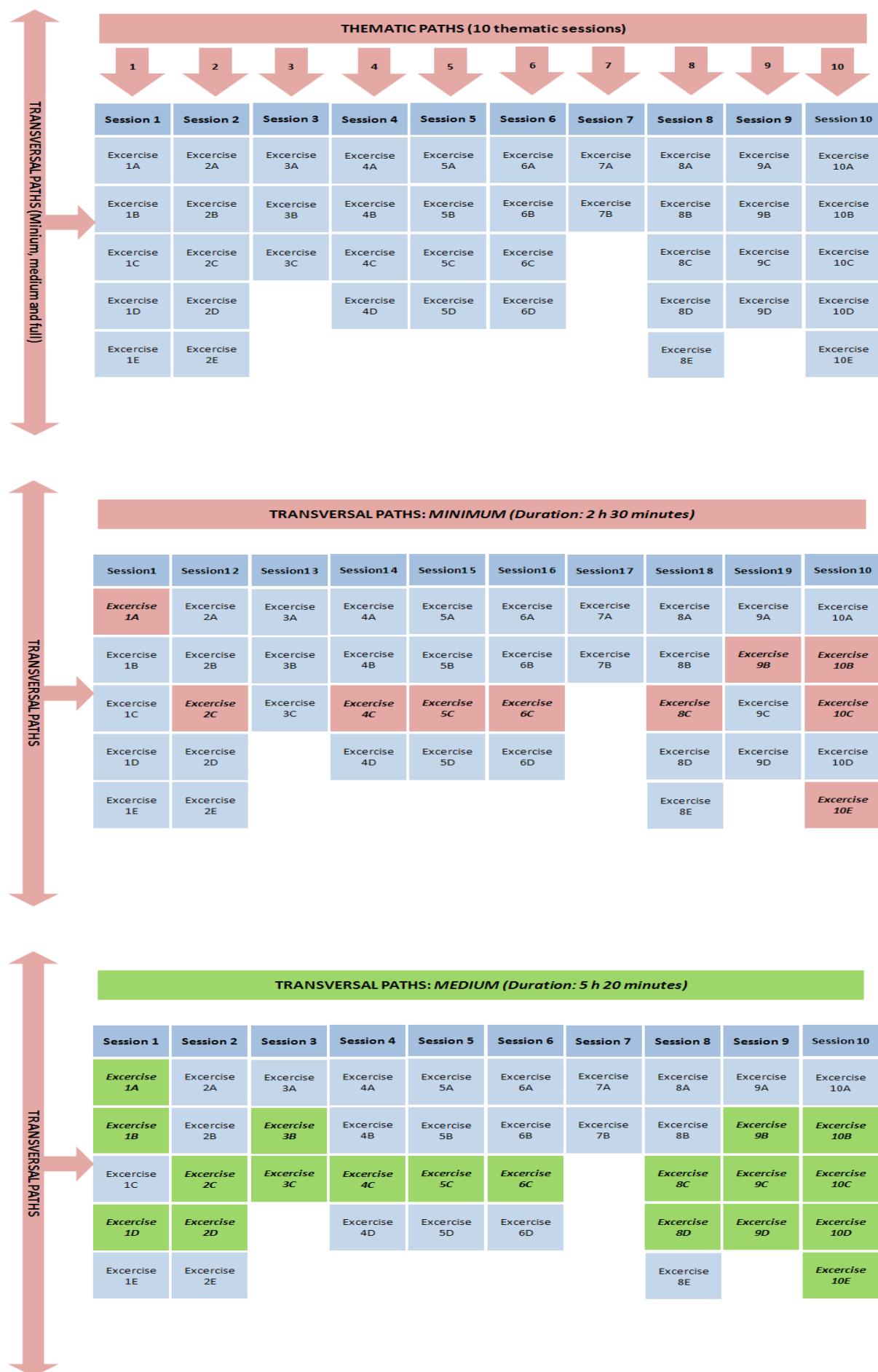
1. Prečna:

obrnava z različnimi stopnjami celosti, celotno vsebino priročnika in celotnim in obširnim usposabljanjem. Izdelali smo tri križanja poti:

- a. **Minimalno:** trajanje je 2 uri in 35 minut; imelo bo zelo splošen pogled na vsebino priročnika.
- b. **Srednje:** trajanje 5 ur in 20 minut; imelo bo bolj celosten pogled na glavne vsebine in omogočalo dinamični odraz konceptov in ključnih idej.
- c. **Popolno:** V obdobju 10 ur bodo izvedena vsa srečanja in dinamike, kar je tudi priročen način.

2. Tematska:

ta križanja obravnavajo sklope ali tematska srečanja, tako da se usposabljanje lahko osredotoči na vidike, ki so najbolj zanimivi za sprejemnikov načrt in usposabljanje (vsako srečanje traja eno uro in obravnava določeno temo).



Nato (odstavek C: shematičen povzetek dejanj in srečanj) je vključena skupna tabela pri vseh srečanjih in dejanjih, ki so navedeni pod imeni dejanj; kratek opis aktivnosti, trajanja in oblik identificiranja (npr. 1A, pri čemer število (1) ustreza srečanju, črka (a) pa je edinstven identifikator).

Kasneje (odstavek C: učni načrt) je podrobno opisana razlaga vsakega srečanja in dinamik – z naslednjimi naslovi: ime, trajanje, cilj, metoda, potreben material in podroben opis postopka, kako izvesti dinamiko.

Na koncu so vključene priloge z dokumentacijo in dopolnilnimi potrebnimi informacijami, ki so potrebne za realizacijo vaj⁹. Med temi so vključeni:

- > Kartice s povzetki vsebin, na katerih morajo delati v vajah in srečanjih (ki so podrobno opisani v Priročniku za prakso)
- > Materiali za specifično delo pri vajah (SWOT, determinante zdravja in Družbeno drevo).
- > Ostali materiali (evalvacije ali novice).

SKLOP 1	Minimalno	Srednje	Popolno	SKLOP 2	Minimalno	Srednje	Popolno	SKLOP 3	Minimalno	Srednje	Popolno
1A	x	x	x	4A			x	8A			x
1B		x	x	4B			x	8B			x
1C			x	4C	x	x	x	8C	x	x	x
1D		x	x	4D			x	8D		x	x
1E			x	5A			x	8E			x
2A			x	5B			x	9A			x
2B			x	5C	x	x	x	9B	x	x	x
2C	x	x	x	5D			x	9C		x	x
2D		x	x	6A			x	9D		x	x
2E			x	6B			x	10A			x
3A			x	6C	x	x	x	10B	x	x	x
3B		x	x	6D			x	10C	x	x	x
3C		x	x	7A			x	10D		x	x
				7B				10E	x	x	x

⁹ Literatura, ki je vključena v priloge je navedena v literaturi prvega dela (Priročnik za prakso) ali drugega dela (Delovanje v praksi).

c Shematičen povzetek dejanj in srečanj

SKLOP	VAJA	DEJANJE	TRAJANJE	OPIS
1	1A	Pozdrav in predstavitev udeležencev in vodij usposabljanja	5 min.	Kratka predstavitev gledalcev (s pomočjo metode z žogo ali klobčičem iz volne).
1	1B	Uvod v vaje	10 min.	Predstavitev vsebine in ciljev usposabljanja. Postavljeno bo vprašanje, na katerega bomo odgovorili na koncu usposabljanja, o ocen. spremembe dojemanja, ki je nastala med gledalci.
1	1C	Kaj vemo o Romih?	15 min.	Kratka samodiagnoza, skozi seznam vprašanj, o našem poznavanju Romov in njihove kulture.
1	1D	Malo zgodovine	25 min.	Spoznavanje zgodovine in identitete Romov (preko video posnetkov ali branja besedil) in kasnejša razprava.
1	1E	Predstavitev priročnika	5 min.	Kratka predstavitev priročnika: Zdravje, preprečevanje zasvojenosti in romska mladina v Evropi: Priročnik in delovanje v praksi.
1	2A	Uvod v dojemanje Romov	5 min.	Kratka predstavitev.
1	2B	Kako družba dojema Rome	5 min.	Skupinska refleksija o tem, kar si po navadi mislimo ali govorimo o Romih.
1	2C	Predsodki in stereotipi	20-30 min.	Preizkus (test) o našem dojemanju Romov in o morebitnem obstoju predsodkov in stereotipov.
1	2D	Refleksija o razlikah in težavah	15 min.	Teoretična refleksija (iz vsebine Priročnika za prakso) o tem, kje srečujemo Rome.
1	2E	Ali imamo predsodke?	5 min.	Glavni zaključki ali predstave o predsodkih in stereotipih – kot končna sinteza.
1	3A	Uvod v odnos Romov z zdravstvenim sistemom.	5 min.	Kratka predstavitev.
1	3B	Naš odnos, kot zdravstvenih strokovnjakov, z Romi	25 min.	Preko igranja vlog bomo razmišljali o odnosih, s katerimi se srečujemo pri našem vsakdanjem delu.
1	3C	Razmišljanje o odnosu med Romi in zdravstvenimi strokovnjaki	20 min.	Preko teoretične predstavitve in skupinske analize bomo obravnavali pomen odnosov, ki jih imamo z Romi.
2	4A	Uvod v romsko kulturo v Evropi in njihovo družbeno realnost	5 min.	Kratka predstavitev.
2	4B	Kako analizirati informacije	10 min.	Poznavanje načina za analiziranje realnosti skozi metodo družbenega drevesa.
2	4C	Realnost Romov v Evropi	20 min.	Predstavitev nekaterih glavnih elementov družbene realnosti Romov v Evropi.

SKLOP	VAJA	DEJANJE	TRAJANJE	OPIS
2	4D	Analiza in razumevanje družbene realnosti	25 min.	Analiza glavnih elementov družbene realnosti Romov – preko metode družbenega drevesa do boljšega razumevanja te realnosti.
2	5A	Uvod: Romi in zdravje	5 min.	Kratka predstavitev.
2	5B	Kako analizirati informacije o zdravju	10 min.	Predstavitev postopka za analiziranje informacij preko metode determinant zdravja.
2	5C	Evropski Romi z vidika zdravja	20 min.	Predstavitev zdravstvenega položaja Romov in nekatere predstave o zdravju in odnosu z zdravstvenim sistemom.
2	5D	Analiza in razumevanje zdravstvene realnosti	25 min.	Analiza realnosti preko metode determinant zdravja in zaključki.
2	6A	Uvod: droge in romska mladina	5 min.	Kratka predstavitev.
2	6B	Kako analizirati informacije o drogah in mladini	10 min.	Predstavitev načina analiziranja informacij z analizo SWOT.
2	6C	Socialno-kulturni dejavniki z vidika drog	20 min.	Poznavanje nekateri socialno-kulturnih dejavnikov Romov za boljše razumevanje njihovega odnosa do zdravja in drog.
2	6D	Analiza informacij o drogah in mladini	25 min.	Analiza realnosti s pomočjo analize SWOT in tvorjenje zaključkov.
2	7A	Povzetek 1. in 2. sklopa	20 min.	Povzetek 1. in 2. sklopa.
2	7B	Ključne izobraževalne vsebine in zaključki	30 min.	Ključni zaključki v zvezi s postopki učenja in obdelanih vsebin.
3	8A	Uvod v komunikacijo in empatijsko komunikacijo	5 min.	Kratka predstavitev.
3	8B	Kaj je naše izhodišče?	10 min.	Refleksija o komunikacijskih ovirah in odnosu, ki lahko obstaja med Romi in zdravstvenimi strokovnjaki.
3	8C	Nekaj smernic za doseganje empatijske komunikacije in odnosa.	15 min.	Predstavitev nekaterih smernic za doseganje empatijske komunikacije in odnosa.
3	8D	Izvajanje	25 min.	Izvedba smernic o komunikaciji in empatiji.
3	8E	Podajanje zaključkov	5 min.	Ključni zaključki v zvezi z empatijo in komunikacijo.
3	9A	Razvijanje mediacijskih Odnosov in reševanje konfliktov	5 min.	Kratka predstavitev.
3	9B	Smernice, kako razviti mediacijske odnose in kako se soočiti s konflikti.	15 min.	Nekaj smernic o omogočanju razvoja mediacijskih odnosov in o tem, kako se soočiti z izvorom konfliktov.
3	9C	Analiza konfliktnih situacij	15 min.	Kritična analiza resničnih konfliktnih situacij.
3	9D	Iskanje alternativ	25 min.	Iskanje rešitev in dejanj, ki nam omogočajo razvoj mediacijskih odnosov, in soočanje z izvorom konfliktov.
3	10A	Uvod v ostale vidike moje prakse	5 min.	Kratka predstavitev.
3	10B	Socialno-kulturni vzorci pri delu z Romi	15 min.	Poznavanje nekaterih socialno-kulturnih vzorcev za izboljšanje zdravstvenega dela.
3	10C	Kako vključiti socialno-kulturne dejavnike v mojo strokovno prakso.	20 min.	Razvijanje strategij in konkretnih dejanj za vključitev socialno-kulturnih dejavnikov v mojo strokovno prakso.
3	10D	Končni zaključki priročnika Delovanje v praksi	15 min.	Ključne zaključki in glavne zamisli, ki so bile pridobljene v usposabljanju.
3	10E	Evalvacija	5 min.	Evalvacija priročnika Delovanje v praksi.

c

Poti usposabljanja

1. SKLOP: KJE SREČUJEMO ROME IN ROMSKO MLADINO? ZAČNIMO PRI TEM, KAR POZNAME

SREČANJE 1: KAJ VEMO O ROMIH?

CILJI:

Razmišljanja o stopnji znanja, ki ga imamo o Romih in njihovi kulturi: poznavanje njihove zgodovine in začetek razumevanja njihove identitete ter odnosov.

VAJA 1A

Pozdrav in predstavitev udeležencev in vodij usposabljanja

TRAJANJE

5 minut.

CILJ

Predstavitve občinstva, da za začetek usposabljanja ustvarimo prijetno in sproščeno vzdušje.

METODA

Dinamika predstavitve: Žoga ali klobčič iz volne (ali neki drug objekt, ki ga lahko uporabimo za podajanje besede).

MATERIALI

Majhna žoga, klobčič iz volne ali podobni predmeti.

POSTOPEK

1. Pozdrav udeležencem.
2. Kratek komentar o temi in ciljih usposabljanja.
3. Kratka predstavitev udeležencev in vodij usposabljanja – s pomočjo žoge ali klobčiča iz volne. Nekatere teme za predstavitev so lahko:
 - > Odgovarjanje na vprašanja, kot so ime, kraj rojstva, hobiji, najljubši šport, kaj je najbolj zanimivega pri njegovi ali njeni službi ipd.
 - > Poklic, kje delajo itn.
 - > Lahko dodamo tudi druga vprašanja, odvisno od stopnje poznavanja udeležencev.
4. Za podajanje besede lahko uporabijo žogico ali klobčič iz volne. Vodja usposabljanja mora razložiti, da mora biti predstavitev kratka.

VAJA 1B	Uvod v vaje
TRAJANJE	10 minut.
CILJ	Na kratko razložite cilje usposabljanja, ki jih lahko vključimo v delo zdravstvenih strokovnjakov v centrih.
METODA	Ustna predstavitev povzetkov: Priloga: Uvod v usposabljanje. Uvodna vaja: Postavitev vprašanj udeležencem. Vajo bomo ponovili ob koncu usposabljanja (glej Vaja 20D), da izvemo in primerjamo, če se je percepcija udeležencev med usposabljanjem spremenila. Zaradi tega mora vodja usposabljanja shraniti odgovore. Cilja teh informacij ne bomo razkrili vsem udeležencem.
MATERIALI	Povzetek priloge: Uvod v usposabljanje. Folije in pisala.
POSTOPEK	1. Vodja usposabljanja bo predstavil tečaj s pomočjo povzetkov. 2. Razlaga začetne vaje: > Udeležencem bomo vsakemu posebej in anonimno postavili naslednje vprašanje, na katerega morajo na kratko odgovoriti (pri tem naj uporabijo prazen list papirja): Kaj lahko naredim, da izboljšam svoje zdravstveno delo z Romi? > List papirja bodo nato dali vodji usposabljanja, ki ga bo shranil (uporabil ga bo ponovno pri vaji 10D).

VAJA 1C	Kaj vemo o Romih?
TRAJANJE	15 minut.
CILJ	Izvajanje kratke samodiagnoze o znanju, ki ga imamo v zvezi z Romi in njihovo kulturo.
METODA	Vajo lahko izvedemo z dvema različnima metodama ali alternativama: 1. alternativa: Delovna skupina (4 do 5 oseb na skupino). Omogoča globljo in temeljito analizo. 2. alternativa: Možganski vihar oz. brainstorming. Ta možnost je hitrejša (in za njo porabimo manj časa), vendar pa je analiza bolj površinska. Skupina predstavi svoje ideje ali mnenja o težavi na hitrejši način.
MATERIALI	Stojalo z listi, marker, lepilni trak ali tabla in kreda.
POSTOPEK	1. Vodja usposabljanja bo na kratko predstavil vajo in njen cilj. 2. Vajo lahko izvedemo na dva alternativna načina: > 1. alternativa: delovne skupine. Udeležence razdelimo v skupine po 4 do 5 oseb – odgovarjali bodo na vprašanja in ključne ideje zapisali na list papirja. Vsaka skupina bo svoje delo predstavila ostalim. > 2. alternativa: možganski vihar oz. brainstorming. Skupina, vsi udeleženci, bo odgovorila na vprašanja. 3. Vprašanja so: > Kaj veš o Romih? > Kakšne so njihove navade? > Kakšna je razlika med biti Rom in biti ne-Rom (gadje)? > Kakšno je poreklo Romov? 4. Vodja usposabljanja bo za obe alternative na tablo (ali stojalo z listi) zapisal ključne ideje, sintezo oz. končni povzetek, da jih lahko tudi vizualiziramo.

VAJA 1D **Malo zgodovine**

TRAJANJE 25 minut.

CILJ Predstavitev zgodovine in identitete Romov.

METODA Te vaje lahko izvedemo z dvema različnima metodama:

1. metoda; Tekst: Romi v Evropi: kratka zgodovina (priloga: Romi v Evropi: kratka zgodovina)
2. metoda; Video posnetek: Itinerancies, the Roma trip (video posnetek Romsko popotovanje).

- > 1. alternativa; poglejte uvod in korake 1, 2, 4 in 6.
- > 2. alternativa; poglejte uvod in korake 1, 2 in 7 (v primeru Španije).

MATERIALI

1. metoda: Fotokopije teksta (priloga: Romi v Evropi: kratka zgodovina), tabla ali stojalo z listi, pisala.
2. metoda: DVD predvajalnik (osebni računalnik, televizija in predvajalnik ipd.), projektor, tabla, pisala in lepilni trak.

Povezava do video posnetka:
<http://gitanos.org/publicaciones/itinerancias/etapas/index.html>

POSTOPEK

1. Kratka predstavitev vaje o zgodovini Romov, pri čemer poudarimo predstavo o tem, kdo so Romi.
2. Glede na izbor:
 - > 1. metoda (branje); Vsak bere zase ali pa v malih skupinah.
 - > 2. metoda (video posnetek); Skupinsko gledanje video posnetka (glede na obe alternativni).
 - > Za oba predloga bo vodja usposabljanja postavil naslednja vprašanja, na katera bodo odgovorili vsi udeleženci – skozi možganski vihar oz. brainstorming.
 - > O čem je govora? Kaj je pritegnilo vašo pozornost in zakaj? Katere stvari niste vedeli o Romih?
 - > Zakaj mislite, da so Romi preganjani?
 - > Mislite, da je pomembno poznati romsko kulturo in zakaj?

3. Vodja usposabljanja bo na stojalo z listi zapisal ključne predstave, povzetek. Vodja usposabljanja mora ta izdelek shraniti, saj ga bo potreboval pri srečanju 7A.

VAJA 1E **PREDSTAVITEV PRIROČNIKA**

TRAJANJE 5 minut.

CILJ Kratka predstavitev priročnika Zdravje, preprečevanje zasvojenosti in romska mladina v Evropi: priročnik in delovanje v praksi.

METODA Ustna predstavitev povzetkov; »Priloga: Predstavitev priročnika«.

MATERIALI Povzetki priloge Predstavitev priročnika.

POSTOPEK 1. Kratka predstavitev priročnika kot zaključek 1. srečanja z uporabo povzetkov.

SREČANJE 2: KAKŠNO PREDSTAVO IMAMO O ROMIH?

CILJI:

Opisovanje in razmišljanje o našem dojemanju Romov in morebitnih predsodkih ali stereotipih.

VAJA 2A UVOD V DOJEMANJE ROMOV

TRAJANJE 5 minut.

CILJ Povezovanje s prejšnjim srečanjem (št. 1) in komentiranje ciljev tega srečanja (št. 2).

METODA Kratka predstavitev s strani vodje usposabljanja.

MATERIALI

POSTOPEK 1. Kratka predstavitev dela iz prejšnjega srečanja (srečanje 1). Povemo, da bomo še naprej govorili o Romih, vendar brez poglobljanja v zadeve.

VAJA 2B KAKO DRUŽBA DOJEMA ROME

TRAJANJE 5 minut.

CILJ Poznavanja obstoječih predstav družbe o tem, kaj pomeni biti Rom.

METODA Možganski vihar oz. brainstorming med vsemi udeleženci.

MATERIALI Stojalo z listi, markerji ali pisala, lepilni trak.

POSTOPEK 1. Vse udeležence bomo vprašali: Kaj si po navadi mislimo ali govorimo o Romih?
2. Vodja usposabljanja bo na stojalo zapisal ideje, ki jih pridobiva iz možganskega viharja, in jih združil v skupine – kot pozitivne in negativne (ta porazdelitev ne bo obrazložena). Vodja usposabljanja bo izdelek iz te vaje shranil, saj ga bo uporabil pri drugem srečanju.

VAJA 2C PREDSDOKI IN STEREOTIPI

TRAJANJE 20-30 minut (1. alternativa: 20 minut; 2. alternativa: 30 minut).

CILJ Začetek rušenja morebitnih stereotipov o romski kulturi.

METODA Test stereotipov in odgovorov (priloga). Dve možni metodi analiziranja testa:
1. alternativa; možganski vihar oz. brainstorming. Zanj je potrebno manj časa, vendar pa je analiza površinska.
2. alternativa; analiza v skupinah – za njo potrebujemo več časa, vendar pa omogoča globljo analizo.

MATERIALI Stojalo z listi, markerji in lepilni trak. Priloga: Test stereotipov in odgovorov (kampanja: Spoznajte jih, preden jih obsojate. FSG).

POSTOPEK 1. Na test stereotipov bo odgovarjal vsak zase:

- > Nočejo se integrirati.
- > Nočejo delati.
- > Učenje jih ne zanima.
- > To je seksistična kultura.
- > Izkoriščajo socialna sredstva.

2. Analizo lahko izvedemo na dva alternativna načina:

- > 1. alternativa; možganski vihar oz. brainstorming, vsi udeleženci skupaj bodo v skupinah razložili, kaj razmišljajo.
- > 2. alternativa: analiza v skupinah oz. dvojicah, pri čemer bo vsak udeleženec razmišljal zase in zagovarjal svoje odgovore. Ta točka je neobvezna (vendar priporočljiva, ker bi delo v skupini moralo biti progresivno).

Kasneje bomo v skupinah po 4-6 oseb pokomentirali odgovore in tvorili zaključke. Vsaka skupina bo ostalim udeležencem predstavila ključne zaključke ali ideje.

3. Vodja usposabljanja bo na tablo zapisal ključne predstave skupine kot neke vrste končno sintezo.

4. Končno sintezo bomo nato primerjali z informacijami, ki smo jih pridobili iz odgovorov iz testa (glej prilogo).

VAJA 2D RAZMIŠLJANJE O RAZLIKAH IN TEŽAVAH

TRAJANJE 15 minut.

CILJ Teoretično razmišljanje o razlikah in tem, ali imaš problem ali pa si problem.

METODA Ustna predstavitev povzetkov (priloga: Kje srečujemo Rome in romsko mladino).

MATERIALI Priloga: Kakšen je naš odnos z Romi in romsko mladino.

POSTOPEK 1. Vodja usposabljanja bo na kratko predstavil povzetke.

Predstavljena vsebina se navezuje na 2. poglavje v Priročniku (brez 2.1).

Vodja usposabljanja lahko med predstavitvijo postavi naslednja vprašanja in tako spodbudi sodelovanje udeležencev:

- > So Romi drugačni? Na kakšen način?
- > Imajo več težav kot preostanek prebivalstva? Kaj so oni?
- > Predstavljajo problem? Zakaj?

VAJA 2E ALI IMAMO PREDSDODKE?

TRAJANJE 5 minut.

CILJ Razmišljanje o tem, ali imamo predsodke pri odnosih z Romi.

METODA Vprašanja in razmišljanje.

MATERIALI Folije, listi za stojala in markerji.

Udeležence bomo prosili, da preberejo naslednjo literaturo in povezave (da bi zaključili usposabljanje).

Ta literatura govori o Romih, ki imajo veljavo v družbi, ali o medijskih novicah o Romih:

> 50 mujeres gitanas en la sociedad española (libro FSG):
<http://www.gitanos.org/publicaciones/50mujeres/>

> Romas in Prensa:
http://www.gitanos.org/boletines/Romas_en_la_prensa/

POSTOPEK 1. Udeležence bomo prosili, da na list papirja, ne da bi kdo videl, napišejo besedo ali stavek o tem, kaj so si zapomnili oz. izvlekli iz srečanja št. 2 (ključne predstave ali zaključki).

2. Vodja usposabljanja bo na koncu srečanja na stojalo z listi zapisal ključne predstave. Vodja usposabljanja bo ta izdelek shranil, ker ga bo moral uporabiti pri srečanju 7A.

3. Da bi zaključili to srečanje, bomo udeležence prosili, da preberejo dodatno literaturo (ki je vključena v MATERIALIH), in jim zastavili naslednja vprašanja (o katerih razmišljajo vsak pri sebi):

Ali je možno, da je naša predstava o Romih pristranska in vsebuje predsodke?

SREČANJE 3: KAKO TE PREDSTAVE VPLIVAJO NA VEDENJE ZDRAVSTVENEGA SISTEMA?

CILJI:

Razmišljanje o glavnih težavah s katerimi se soočamo vsaki dan pri naši zdravstveni praksi z Romi in kako na njih vpliva naše poznavanje in do-
jemanje Romov.

Poskus, da bi situacijo videli z vidika Romov, in razmišljanje o rešitvah.

VAJA 3A UVOD V ODNOS ROMOV Z ZDRAVSTVENIM SISTEMOM

TRAJANJE 5 minut.

CILJ Povezava s prejšnjim srečanjem (št. 2) in predstavitev srečanja št. 3.

METODA Kratka ustna predstavitev s strani vodje usposabljanja.

MATERIALI

POSTOPEK 1. Kratka predstavitev dela iz prejšnjega srečanja (srečanje št. 2).
Vodja usposabljanja razloži, da bomo v tem srečanju govorili o Romih in njihovem odnosu z zdravstvenim sistemom.

VAJA 3B NAŠ ODNOS, KOT ZDRAVSTVENIH STROKOVNJAKOV, Z ROMI

TRAJANJE 25 minut.

CILJ Razmišljanje o odnosu med Romi in zdravstvenimi strokovnjaki v vsakdanjih situacijah v delovnih centrih.

METODA Igranje vlog: vaja, kjer je vsakemu udeležencu določena vloga, ki odraža določeno situacijo.

Opomba: pomembno je, da je izvedba spoštljiva in da upošteva vidik Romov – pogoste situacije, kot so ignoriranje centra ali nekaterih norm in protokolov, njegova ali njena osebna situacija v tistem trenutku itn.

Udeležencem bo omogočen čas, da se pripravijo na »izvedbo«.

MATERIALI

POSTOPEK 1. Kratka razlaga vaje: kaj je igranje vlog? Poudariti je treba, da je cilj vaje, da pogledamo pogoste situacije, kako pride do njih, in da s tega vidika razmišljamo o njih.
2. Izhodišče bo vsakodnevna situacija in nekatere osebe, katerih vloge bodo prevzeli tisti udeleženci, ki si to želijo. Vloge so lahko: mladi Rom ali Romkinja (ali katera koli druga oseba, starejši, odrasli itn.), zdravnik, pacient itn.

Izvedba ene izmed teh situacij:

- > 1. situacija; primarno zdravstveno varstvo za Rome. To je lahko dostop Romov do primarnih zdravstvenih centrov, njihov prvi termin z družinskim zdravnikom itn.
- > 2. situacija; dežurna služba ali bolnišnica. Splošne situacije, ki se pojavijo ob iskanju nujne medicinske pomoči (čakanje, iskanje informacij itn.).
- > 3. situacija; center za odvisnike: splošne situacije, ki se pojavijo v centru in vključujejo Rome.

3. Udeležencem omogočimo čas, da se pripravijo na »izvedbo«.

4. Igranje vlog.

5. Po izvedbi bodo »igralci« razmišljali o tem, kako so se počutili.

VAJA 3C RAZMIŠLJANJE O ODNOSU MED ROMI IN ZDRAVSTVENIMI STROKOVNJAKI

TRAJANJE 20 minut.

CILJ Zavedanje in razmišljanje o vrsti vzpostavljenega odnosa.

METODA Delo v skupinah.

Ustna predstavitev povzetkov (priloga: Vedenje zdravstvenega sistema). Predstavljena vsebina se navezuje na poglavje 2.1 v Priročniku.

MATERIALI Stojalo z listi, pisala ali markerji in lepilni trak.
Priloga: Vedenje zdravstvenega sistema.

POSTOPEK 1. Udeleženci bodo razdeljeni v 4 skupine: 2 skupini bosta delali z vidika zdravstvenih strokovnjakov, ostali dve pa z vidika Romov (razmišljanje o obeh perspektivah). Prosili jih bomo, da odgovorijo na naslednje vprašanje in na stojalo z listi zapišejo svoje odgovore:

> Skupina A; S katerimi težavami se zdravstveni strokovnjak srečuje pri svojem delu z Romi? Kaj so vzroki teh težav?

> Skupina B; S katerimi težavami se Romi srečujejo pri odnosih z zdravstvenimi strokovnjaki? Kaj so vzroki teh težav?

* Vsaka skupina bo pri svojem delu ignorirala aktivnosti druge skupine.

2. Vsaka skupina bo ostalim udeležencem predstavila svoje odgovore – začne skupina A in nadaljuje skupina B.

3. Vsi udeleženci skupaj bodo na podlagi naslednjih vprašanj izvedli refleksijo:

> Ali je možno združiti obe perspektivi?
> Kaj lahko naredimo?

4. Kratka predstavitev povzetkov:

5. Za konec bodo udeleženci razmišljali o ključnih predstavah ali zaključkih, ki so si jih zapomnili. Te predstave bodo zapisali na list papirja in ga izročili vodji usposabljanja.

Če je na voljo dovolj časa, lahko nekatere predstave tudi preberemo. Kasneje, po končani vaji, bo vodja usposabljanja naredil povzetek glavnih predstav in jih zapisal na stojalo. Vodja usposabljanja bo ta izdelek shranil, ker ga bo moral uporabiti pri srečanju 7A in 8B.

2. SKLOP: PREGLED ROMSKE KULTURE V EVROPI: RAZMIŠLJANJE O TEJ REALNOSTI

SREČANJE 4: PREGLED ROMSKE KULTURE V EVROPI

CILJI:

Razmišljanje in poglobljanje znanja o družbeni realnosti Romov v Evropi.

VAJA 4A UVOD V ROMSKO KULTURO V EVROPI IN NJIHOVO DRUŽBENO REALNOST

TRAJANJE 5 minut.

CILJ Povezava s prejšnjim sklopom (št. 2) in predstavitev 2. sklopa ter ciljev tega srečanja (4).

METODA Ustna predstavitev.

MATERIALI

POSTOPEK 1. Pregled dela, opravljenega v 1. sklopu, in razlaga ciljev srečanja št. 4 – razmišljanje in poglobljanje znanja o družbeni realnosti Romov v Evropi.

Priporočljivo je, da vodja usposabljanja prebere uvod iz 3. poglavja Priročnika za prakso.

VAJA 4B KAKO ANALIZIRATI INFORMACIJE

TRAJANJE	10 minut.
CILJ	Predstavitev načina, kako analizirati realnost.
METODA	Družbeno drevo (prilagoditev metode družbenega drevesa: <i>Techniques of participation for popular education</i>; avtorja: Graciela Bustillos and Laura Vargas). Drevo je predstavljeno kot celota, živi sistem, ki ga sestavljajo trije prepletajoči se deli (potrebujejo drug drugega, da preživijo) z naslednjimi funkcijami: a) Korenine; služijo temu, da iz prsti absorbirajo snovi za prehrano drevesa. b) Deblo; drevesu daje trdnost in ga ohranja resničnega ter ohranja njegovo strukturo. c) Listje; pokriva drevo, hkrati pa nam, skupaj s sadjem, omogoča, da ga identificiramo in razmnožujemo. Dele drevesa lahko primerjamo z ravnmi družbe: > Korenine so gospodarstvo, kjer poteka proizvodnja dobrin in storitev in kjer se le-te delijo in konzumirajo, npr. delo, zaposlitev, trgovanje, proizvodni sektor itn. > Deblo je politika, kjer moč postane organizirana v institucionalni in pravni obliki, npr. pravo, politične stranke, vlada in cerkev ali šola. > Listje so ideologija, kjer se odnosi znotraj družbe množijo, razlagajo ali upravičujejo, npr. izobraževanje, religijam kultura, odnosi z drugimi skupinami itn.
MATERIALI	Stojalo z listi, markerji in lepilni trak. Priloga: Družbeno drevo.
POSTOPEK	1. Vodja usposabljanja razloži metodo, ki jo bomo uporabili za analizo informacij – metodo družbenega drevesa. 2. Vodja usposabljanja razloži, da bodo izvedli ustno predstavitev (v vaji 4C) in da bodo informacije analizirali v skladu z rezultati iz družbenega drevesa. 3. Za izvedbo te analize se bomo razdelili v 3 skupine. Vsaka skupina bo analizirala določen vidik (gospodarstvo, politika ali ideologija).

VAJA 4C DRUŽBENA REALNOST ROMOV V EVROPI

TRAJANJE	20 minut.
CILJ	Poznavanje nekaterih glavnih elementov družbene realnosti Romov v Evropi.
METODA	Ustna predstavitev povzetkov (priloga: Družbena realnost in socialno-kulturni elementi).
MATERIALI	Priloga: Družbena realnost in socialno-kulturni elementi (ustreza poglavju 3.1 in 3.2 v Priročniku za prakso).
POSTOPEK	1. Vodja usposabljanja bo z uporabo lista s povzetki izvedel ustno predstavitev, pri čemer bo iskal sodelovanje in razmišljanje skupine. Obravnavane bodo naslednje teme: > Izvor in raznolikost. > Prebivalstvo med normalizacijo in izključevanjem. > Družbene strukture in proces preoblikovanja. > Vpliv bivališč na romsko identiteto. > Mlado prebivalstvo v stanju negotovosti. > Pomembni socialno-kulturni elementi.

VAJA 4D ANALIZA IN RAZUMEVANJE DRUŽBENE REALNOSTI

TRAJANJE 25 minut.

CILJ Analiza podatkov za boljše razumevanje realnosti.

METODA Analiza podatkov z uporabo metode Družbenega drevesa (za izvedbo te vaje je potrebna predhodna izvedba vaj 4B in 4C).

3 delovne skupine – korenine, deblo in listje.

MATERIALI Stojalo z listi, markerji in lepilni trak.

POSTOPEK 1. Vsaka skupina (v skladu z razdelitvijo, ki smo jo opravili v vaji 4B) bo analizirala podatke, ki smo jih pridobili iz vaje 4C in pri tem zapisovala ključne predstave, ki so zapisane na stojalu z listi.

2. Vsaka skupina bo svojo analizo predstavila ostalim udeležencem.

3. Vodja usposabljanja bo postavil naslednja vprašanja, ki pa jih bodo analizirali vsi udeleženci:

> Kakšni so odnosi med različnimi deli Družbenega drevesa?

> Ali nam ta vaja pomaga pri razumevanju družbene realnosti Romov v Evropi?

> Do katerih zaključkov smo prišli?

4. Vodja usposabljanja bo na stojalo z listi zapisal ključne predstave kot povzetek. Ta izdelek bo nato shranil in ga uporabil pri srečanju 7A.

SREČANJE 5: EVROPSKI ROMI IN ZDRAVJE

CILJI:

Razmišljanje in poglobljanje znanja o evropskih Romih in njihovem odnosu do zdravja in zdravstvenih storitev.

VAJA 5A UVOD: ROMI IN ZDRAVJE

TRAJANJE 5 minut.

CILJ Povezovanje s prejšnjim srečanjem (št. 4) in komentiranje ciljev tega srečanja (št. 5).

METODA Kratka ustna predstavitev.

MATERIALI To predstavitev lahko dokončate s pomočjo poglavja 3.3 iz Priročnika za prakso.

POSTOPEK 1. Pregled dela, opravljenega v prejšnjem srečanju, in postavitve določenih ciljev za srečanje 5.

VAJA 5B KAKO ANALIZIRATI INFORMACIJE O ZDRAVJU**TRAJANJE** 10 minut.**CILJ** Predstavitev postopka za analiziranje informacij o zdravju.**METODA** Ustna predstavitev metode Determinant zdravja¹⁰. Zdravje determinira skupek dejavnikov, ki jih imenujemo »determinante zdravja«¹¹. Na podlagi teh determinant so nastale nekatere metode analize, kot je večravenski model determinant zdravja¹², ki je opisan spodaj:

> Biološki dejavnik; Več genetskih dejavnikov je vključenih v pojav določenih zdravstvenih problemov, kot so nalezljive bolezni, bolezni srca in ožilja, težave s presnovo, duševne težave ter kognitivni in vedenjski problemi. Ti dejavniki vključujejo starost in spol osebe.

> Način življenja; vedenje posameznika, njegova prepričanja, vrednote, zgodovinsko ozadje in dojemanje sveta, tvegana vedenja in predstava o njihovem zdravju v prihodnosti, komunikacijske veščine, obvladovanje stresa in prilagajanje ali nadzor nad življenjskimi okoliščinami, ki določajo njihove izbire in način življenja.

> Vpliv skupnosti in podpora družbe; pritisk skupine, kohezija in družbeno zaupanje, mreže za socialno pomoč in ostale spremenljivke, ki so povezane z ravno družbene integracije in vlaganjem v družbeni kapital.

> Dostop do zdravstvenih storitev; način, na kateri je organizirano zdravstvo in higienski vidiki pri promoviranju, varovanju in okrevanju zdravja ter preprečevanje, nadzorovanje in zdravljenje bolezni pri prebivalstvu.

> Življenjski in delovni pogoji; nastanitev, zaposlitev in izobraževalne ustanove so glavni pogoji za zdravje prebivalstva.

> Socialno-ekonomski in kulturni pogoji; na tej ravni delujejo makro determinante zdravja, ki so povezane s strukturnimi značilnostmi družbe – ekonomijo in okoljem, in so zaradi tega povezane tudi s političnimi prioritetami pri vladnih odločitvah glede družbenih programov. Na primer obseg trenutnih pravnih okvirjev in strategij za zmanjševanje revščine.

MATERIALI Priloga: Determinante zdravja.**POSTOPEK** Vodja usposabljanja bo predstavil metodo Determinant zdravja. Z uporabo dejavnikov te metode, bomo analizirali zdravje Romov (razlaga bo podana pri vaji 5C).

1. Udeležence bomo razdelili v 4 skupine, ki bodo analizirali eno izmed naslednjih determinant:

> Biologija in način življenja.

> Vpliv skupnosti in podpora družbe.

> Dostop do zdravstvenih storitev.

> Pogoji za življenje in delo ter socialno-ekonomski pogoji.

Vodja usposabljanja razloži, da bomo pri naslednji vaji (5C) naredili predstavitev, nato pa (pri vaji 5D) izvedli analizo.

¹⁰ Vir: Determinantes de la Salud; María Angélica Gomes. OPS/OMS Nicaragua.

¹¹ Lalonde, 1974 (Report Lalonde).

¹² Vir: Dahlgren and Whitehead, 1991.

VAJA 5C EVROPSKI ROMI Z VIDIKA ZDRAVJA

TRAJANJE 20 minut.

CILJ Izhodiščna diagnoza položaja zdravja med Romi, poznavanje nekaterih predstav o zdravju in kako se soočajo z zdravstvenim sistemom.

METODA Ustna predstavitev povzetkov (priloga: Odnos do zdravja).

MATERIALI Priloga: Odnos do zdravja. Predstavitev se navezuje na poglavje 3.3 v Priročniku za prakso.

POSTOPEK 1. Udeležence bomo prosili, da sodelujejo pri tej predstavitvi (list s povzetki). Obravnavane bodo naslednje teme:

- > Kratka diagnoza zdravja.
- > Predstave o zdravju.
- > Romi pri soočanju z zdravstvenim sistemom.

VAJA 5D ANALIZA IN RAZUMEVANJE ZDRAVSTVENE REALNOSTI

TRAJANJE

CILJ Analiza in razumevanje realnosti.

METODA METODA Determinante zdravja (za izvedbo te vaje je pomembno, da ste že izpeljali vaji 5B in 5C).

Analiza v skupinah.

MATERIALI Stojalo z listi, markerji in lepilni trak.

POSTOPEK 1. Vsaka skupina bo analizirala podatke v skladu z determinantami zdravja (v skladu z razdelitvijo, ki smo jo opravili v vaji 5B).

2. Vsaka skupina bo ključne predloge predstavila ostalim udeležencem.

3. Po končani predstavitvi bo vsaka skupina imela priložnost, da dopolni pridobljene podatke.

4. Vodja usposabljanja bo udeležence povprašal o zaključkih ali ključnih refleksijah, ki jih lahko pridobimo.

5. Vodja usposabljanja bo na stojalo z listi napisal podatke kot sintezo. Ta izdelek bo nato shranil, saj ga bo ponovno uporabil pri srečanju 7A.

Analiza in razumevanje realnosti.

SREČANJE 6: GLAVNE PREDSTAVE O DROGAH

CILJI:

Usposabljanje zdravstvenih strokovnjakov o socialno-kulturnih dejavnikih, ki omogočajo boljše razumevanje odnosa med romsko mladino in uporabo drog.

VAJA 6A UVOD: DROGE IN ROMSKA MLADINA

TRAJANJE 5 minut.

CILJ Povezovanje s prejšnjim srečanjem (št. 5) in razlaga ciljev tega srečanja (št. 6).

METODA Ustna predstavitev.

Vodja usposabljanja lahko dokonča to predstavitev s pomočjo poglavja 3.4 iz Priročnika za prakso.

MATERIALI

POSTOPEK 1. Pregled opravljenega dela v prejšnjem srečanju (št. 5) in razlaga ciljev za srečanje št. 6 ter načinov, kako nadaljevati.

VAJA 6B KAKO ANALIZIRATI INFORMACIJE O DROGAH IN MLADINI

TRAJANJE 10 minut.

CILJ Predstavitev postopka, kako analizirati informacije o drogah in mladini.

METODA Analiza SWOT¹³: to je orodje, ki nam olajša analizo realnosti in sprejemanja odločitev. S tem postopkom analiziramo zunanje in notranje dejavnike, ki lahko vplivajo na realnost – v tem primeru na romsko mladino in droge.

> Zunanji dejavniki (iz našega konteksta):

- Priložnosti, ki nam jih nudi okolje in kako jih izkoristiti.
- Nevarnosti znotraj konteksta in kako se jim izogniti ali odstraniti.

> Notranji dejavniki v primeru romske mladine:

- Prednosti romske mladine in kako jih čim boljše izkoristiti,
- Slabosti in kako jih zmanjšati ali odstraniti.

Hkrati pa ti dejavniki ne veljajo samo v sedanosti, temveč tudi vplivajo na priložnosti in nevarnosti, ki se lahko pojavijo v prihodnosti in imajo vpliv na mladino. Iz tega vidika je potrebno za analizo nevarnosti in priložnosti upoštevati naslednje dejavnike: demografske, gospodarske, politične, pravne, sociološke, okoljske, tehnološke in kulturne.

MATERIALI Priloga: analiza SWOT.

POSTOPEK Vodja usposabljanja bo pojasnil, kaj je analiza SWOT in jo uporabil za analizo podatkov, ki bodo predstavljeni v vaji 6C.

1. Udeležence razdelimo v skupine po 4 do 5 oseb, pri čemer bo vsaka skupina analizirala enega izmed naslednjih dejavnikov: slabosti, nevarnosti, prednosti in priložnosti.

2. Vodja usposabljanja udeležencem razloži, da bodo pri naslednji vaji naredili ustno predstavitev (vaja 6C) in nato izvedli analizo SWOT (6D).

¹³ Fuente: educaCONTIC

VAJA 6C SOCIALNO-KULTURNI DEJAVNIKI Z VIDIKA DROG

TRAJANJE 20 minut.

CILJ Poznavanje nekaterih socialno-kulturnih dejavnikov Romov za boljše razumevanje njihovega odnosa do zdravja in drog.

METODA Ustna predstavitev povzetkov (priloga: Odnos do drog).
Povzetek se navezuje na poglavje 3.4 v Priročniku za prakso.

MATERIALI Priloga: Odnos do drog.

POSTOPEK 1. Predstavitev povzetkov in obravnava nekaterih ključnih socialno-kulturnih dejavnikov Romov, ki nam pomagajo pri razumevanju njihovega odnosa do zdravja in drog. Teme:

- > Kulturni odnosi.
- > Socialna mreža.
- > Dejavniki tveganja ali varnosti.
- > Vzorci uporabe.
- > Skupne lastnosti evropske mladine.

VAJA 6D ANALIZA INFORMACIJ O DROGAH IN MLADINI

TRAJANJE 25 minut.

CILJ Analiza podatkov, ki nam pomagajo pri boljšem razumevanju težav v zvezi z mladimi in uživanjem drog.

METODA Analiza SWOT (za izvedbo te vaje je potrebno predhodno izvesti vaji 6B in 6C).
Delovne skupine.

MATERIALI Stojalo z listi, markerji in lepilni trak.

POSTOPEK 1. Analiza podatkov v 4 skupinah (v skladu z razdelitvijo iz vaje 6B).
2. Vsaka skupina bo analizirala enega izmed dejavnikov in ga predstavila ostalim skupinam.
3. Vsaka skupina bo lahko dopolnila oz. dokončala predstavitev druge skupine.
4. Vodja usposabljanja bo vprašal udeležence, kateri so ključni zaključki, ki jih lahko pridobimo. Vodja usposabljanja bo kot neke vrste sintezo na stojalo z listi napisal podatke. Ta izdelek bo nato shranil, saj ga bo ponovno uporabil pri srečanju 7A.

SREČANJE 7: KONTRAST MED DIAGNOZO IN PODATKI

CILJI:

Primerjava med začetno samodiagnozo in razmišljanje o podatkih.

VAJA 7A POVZETEK IN SINTEZA SKLOPOV 1 IN 2

TRAJANJE 20 minut.

CILJ Refleksija in primerjava med začetno samodiagnozo in zaključki, ki smo jih pridobili iz vaje.

METODA Ustna predstavitev različnih izdelkov (vaje 1D, 2E, 3C, 4D, 5D in 6D) in pridobljenih zaključkov.

MATERIALI Končni izdelki vaj: 1D, 2E, 3C, 4D, 5D in 6D.

POSTOPEK 1. Predstavitve ciljev srečanja.

2. Predstavitve udeležencev in izdelkov s srečanja na temo samodiagnoze in poglobljenega razmišljanja. Cilj je pripraviti povzetek sodelovanja, pri čemer izpostavimo ključne predstave.

Za lažje razmišljanje (in za lažjo in bolj jasno vizualizacijo) lahko na stene razstavimo nekatere izdelke, ki smo jih pridobili v vaji 6.

VAJA 7B KLJUČNI NAUKI IN ZAKLJUČKI

TRAJANJE 30 minut.

CILJ Refleksija o znanju, ocenah in opaženih potrebah.

METODA Delovne skupine.

MATERIALI Stojalo z listi ali tabla in markerji.

POSTOPEK 1. Udeležence bomo razdelili v skupine po 4 ali 5 oseb in postavili naslednja vprašanja:

> Kaj smo se naučili do sedaj?

> Ali lahko oblikujemo kakšne zaključke?

> Ali lahko najdemo rešitve za različne potrebe ali težave, ki smo jih odkrili (to so lahko predlogi za, na primer spremembe vedenj, izboljšavo potreb za usposabljanje, različnih načinov organiziranja storitev itn.)?

2. Vsaka skupina bo ključne zaključke predstavila vsem udeležencem.

3. Vodja usposabljanja bo kot sintezo na stojalo z listi ali tablo zapisal ključne predloge.

3. SKLOP: KAKO IZBOLJŠATI NAŠE INTERVENCIJE – NAZAJ K PRAKSI

SREČANJE 8: KOMUNIKACIJA IN SOČUTEN ODNOS

CILJI:

Zagotoviti komunikacijska orodja za izboljšanje odnosa med Romi in zdravstvenimi strokovnjaki, tj. komunikacija, ki se osredotoča na pacienta.

VAJA 8A UVOD V KOMUNIKACIJO IN SOČUTEN ODNOS

TRAJANJE 5 minut.

CILJ Uvod v 3. sklop in razlaga ciljev tega srečanja (št. 8).

METODA Ustna predstavitev.

To predstavitev lahko dokončate s pomočjo uvoda v 4. poglavje iz Priročnika za prakso.

MATERIALI

POSTOPEK 1. Kratek pregled ključnih predlogov, na katerih smo delali v prejšnjih sklopih (1 in 2), in ciljev ter vsebine tega sklopa (št. 3) in srečanja.

VAJA 8B

IZHODIŠČE

TRAJANJE 10 minut.

CILJ Refleksija o morebitnih komunikacijskih ovirah in odnosu med Romi in zdravstvenimi strokovnjaki.

METODA Možganski vihar oz. brainstorming na podlagi končnih izdelkov iz vaje 3C in zaključkov iz prejšnjega srečanja.

Vsebina te vaje se navezuje na poglavji 2.1 in 3.3 v Priročniku za prakso.

MATERIALI Stojalo z listi, markerji, lepilni trak ali pa tabla in kreda.

Končni izdelki iz vaje 3C.

POSTOPEK 1. Udeležencem bomo predstavili izdelke iz vaje 3C.

2. S pomočjo brainstorminga bomo poiskali soglasje glede ključnih težav, ki obstajajo pri komunikaciji in odnosu med zdravstvenimi strokovnjaki in Romi.

3. Vodja usposabljanja bo na stojalo z listi zapisal ključne predstave. Ta izdelek bo nato shranil in ga uporabil pri vaji 9A.

VAJA 8C NEKAJ SMERNIC ZA DOSEGANJE EMPATIJSKE KOMUNIKACIJE IN ODNOSA.

TRAJANJE	15 minut.
CILJ	Ponuditi nekaj smernic za izboljšanje empatijske komunikacije in odnosa.
METODA	15 minut.
MATERIALI	Priloga: Komunikacija in sočuten odnos. Te vsebine se navezujejo na prvi del poglavja 4.1 (Komunikacija in empatija) vključno z orodji za izvedbo intervjuja, ki je osredotočen na pacienta.
POSTOPEK	1. Predstavitev z uporabo povzetkov na temo komunikacije in empatije.

VAJA 8D IZVAJANJE

TRAJANJE	25 minut.
CILJ	Uporaba smernic za doseganje boljše komunikacije in empatije.
METODA	Igranje vlog.
MATERIALI	Stojalo z listi (ali tabla), markerji in lepilni trak.
POSTOPEK	1. Udeležence bomo razdelili v skupine po 5 ali 6 oseb. Vsaka skupina bo morala na podlagi lastne strokovne prakse zaigrati situacijo prvega stika z Romi. Cilje te vaje bo uporabiti različne smer-nice in orodja za vzpostavitev dobre komunikacije in empatije. 2. Kasneje bo vsaka skupina ostalim udeležencev razložila izvedeno vajo kot tudi glavne predstave, ki jih bodo pri tem pridobili. 3. Ostale skupine pa bodo podale svoje pripombe in načine za izboljšavo. 4. Vodja usposabljanja bo kot neke vrste sintezo zapisal glavne predstave, ki pod-pirajo ključne predstave.

VAJA 8E OBLIKOVANJE ZAKLJUČKOV

TRAJANJE 5 minut.

CILJ Oblikovanje glavnih zaključkov v zvezi z empatijo in komunikacijo.

METODA Možganski vihar oz. brainstorming.

MATERIALI Stojalo z listi, markerji, lepilni trak ali pa tabla in kreda.

POSTOPEK 1. Vsi udeleženci bodo na podlagi dela, ki so ga opravili v vaji 8D, razmišljali o pomembnosti, potrebi in možnosti vključevanja teh veščin in orodij v našo zdravstveno prakso.

2. Vodja usposabljanja bo na stojalo ali tablo zapisal glavne predstave in zaključke.

SREČANJE 9: RAZVOJ MEDIACIJSKIH ODNOSOV IN OMEJEVANJE KONFLIKTOV

CILJI:

Zdravstvenim strokovnjakom ponuditi smer-nice in orodja za preprečevanje konfliktov ali pa za pravilno soočanje z njimi.

VAJA 9A UVOD V RAZVOJ MEDIACIJSKIH ODNOSOV

TRAJANJE 5 minut.

CILJ Povezovanje s prejšnjim srečanjem (št. 8) in predstavitev ciljev tega srečanja.

METODA Ustna predstavitev.

MATERIALI Končni izdelek iz vaje 8B.

POSTOPEK 1. Vodja usposabljanja bo spomnil na delo, ki smo ga opravili na 8. srečanju in ponovno predstavil temo tega srečanja, tj. razvijanje mediacijskih odnosov.

Glavna tema bo pomembnost preprečevanja in/ali pravilnega soočanja s konflikti.

2. Končni izdelek vaje 8B v zvezi s konfliktno situacijo, ki se lahko pojavi med zdravstvenim odnosom z Romi.

**VAJA 9B SMERNICE, KAKO RAZVITI
MEDIACIJSKE ODNOSI IN
KAKO SE SOOČITI S KONFLIKTI.****TRAJANJE** 15 minut.**CILJ** Predstaviti nekatere konkretne smer-
nice za razvoj mediacijskih odnosov in
soočanje s konflikti.**METODA** Ustna predstavitev povzetkov (priloga:
Mediacijski odnosi in reševanje konflik-
tov).**MATERIALI** Priloga: Mediacijski odnosi in reševanje
konfliktov.

Vsebina se navezuje na poglavja iz
Priročnika za prakso, in sicer na drugi del
poglavja 4.1 (Razvijanje mediacijskih
odnosov in reševanje konfliktov) kot tudi
na drugi del poglavja 4.2 (Vključevanje
v zdravstveno prakso in zdravstvene
centre), ki govori o bolnišnicah.

Dodatna literatura: Handbook to care
Roma in Health Centres (Cristina García
García). Poglavlje o dobrih praksah: The
experience of Hospital Clínico San Carlos
of Madrid, »Área de Informadores«.

POSTOPEK 1. Vodja usposabljanja bo predstavil
povzetke.**VAJA 9C ANALIZA KONFLIKTNIH SITUACIJ****TRAJANJE** 15 minut.**CILJ** Kritična analiza resničnih konfliktnih
situacij.**METODA** Kritična analiza časopisnega članka
(Priloga: Analiza časopisnega članka)¹⁴.

Priporočljivo je, da v vsaki državi ana-
lizirajo lokalne novice. V Španiji je za
analizo predlagan članek: »Altercado en
la Paz por el fallecimiento de un Joven«.

MATERIALI Priloga: Analiza časopisnega članka.
Stojalo z listi, markerji, lepilni trak ali pa
tabla in kreda.**POSTOPEK** 1. V skupini bo predstavljen časopisni
članek, ki ga udeleženci preberejo v
skupinah – vsi skupaj ali vsak zase.

2. Vsi udeleženci skupaj bodo z metodo
brainstorminga analizirali novico tako,
da si bodo zastavili naslednja vprašanja:

> Kateri so glavni elementi novice?

> Kaj je sprožilo konflikt?

> Kakšno je bilo ozadje romske
družine?

> Kako se je začela konfliktna
situacija?

> Katere rešitve predlagate?
Glavne reakcije?

¹⁴ Vir časopisnega članka in analiza le-tega je: Guía para la ac-
tuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios (García,
2006).

VAJA 9D ISKANJE ALTERNATIV

TRAJANJE 20 minut.

CILJ Iskanje rešitev za probleme ali problematične situacije.

METODA Kritična analiza časopisnega članka (Priloga: Analiza časopisnega članka).

Delovne skupine.

MATERIALI Priloga: Analiza novic.

Stojalo z listi, markerji in lepilni trak.

- POSTOPEK**
1. Udeleženci se bodo razdelili v skupine po 4 ali 5 oseb. Vsaka skupina bo analizirala časopisni članek.
 2. Na podlagi te novice bodo morali razmišljati o dejanjih, s katerimi bi lahko preprečili ali pa se bolje soočili s konfliktno situacijo, ki je predstavljena v novici.
 3. Vsaka skupina bo ostalim udeležencem in skupinam predstavila načrtovana dejanja.
 4. Vodja usposabljanja bo, kot neke vrste sintezo, na stojalo z listi napisal podatke. Poudarek bo na pomembnosti, potrebi in/ali možnosti vključevanja teh sposobnosti v našo zdravstveno prakso.

SREČANJE 10: VKLJUČEVANJE OSTALIH VIDIKOV ROMOV V MOJO PRAKSO ALI ZDRAVSTVENI CENTER

CILJI:

Zdravstvenim strokovnjakom predstaviti vidike za delo z Romi – vključitev nekaterih socialno-kulturnih značilnosti njihove populacije.

VAJA 10A UVOD V OSTALE VIDIKE MOJE PRAKSE

TRAJANJE 5 minut.

CILJ Povezovanje s srečanjem 9 in predstavitev ciljev tega srečanja (št. 10).

METODA Ustna predstavitev.

Predstavitev lahko dokončamo s pomočjo prvega dela poglavja 4.2 v Priročniku za prakso.

MATERIALI

- POSTOPEK**
1. Pregled dela, ki smo ga opravili na prejšnjem srečanju (št. 9), in razlaga ciljev srečanja 10.

VAJA 10B SOCIALNO-KULTURNE SMERNICE PRI DELU Z ROMI

TRAJANJE	15 minut.
CILJ	Ponuditi nekaj smernic za zdravstveno delo z upoštevanjem socialno-kulturnih značilnosti Romov.
METODA	Ustna predstavitev povzetkov (priloga: Vključevanje v zdravstveno prakso).
MATERIALI	Priloga: Vključevanje v zdravstveno prakso. Informacije se navezujejo na naslednja poglavja v Priročniku za prakso: > Podpoglavje »Predstave o zdravju« (poglavje 3.3). > Poglavje 4.2 – priloga »Vključevanje v zdravstveno prakso in zdravstvene centre«. Pomemben je predvsem prvi del, saj ostali dve poglavji govorita o zdravju na splošno. > Poglavje 4.4 – »Nekatere smernice za delo z romsko mladino« (ta del se navezuje na delo s področja mladine in drog).
POSTOPEK	1. Kratka predstavitev povzetka, kjer bomo govorili o nekaterih kulturnih elementih Romov, ki nam omogočajo razumevanje njihovega odnosa do zdravja in drog.

VAJA 10C KAKO VKLJUČITI SOCIALNO-KULTURNE DEJAVNIKE V MOJO STROKOVNO PRAKSO?

TRAJANJE	20 minut.
CILJ	Določiti in načrtovati strategijo za vključitev socialno-kulturnih elementov romske kulture v mojo prakso.
METODA	Individualno in skupinsko delo.
MATERIALI	Stojalo z listi (ali tabla), markerji in lepilni trak.
POSTOPEK	1. Vsak udeleženec bo na kratko razmisлил o idejah in/ali specifičnih strategijah za vključitev nekaterih socialno-kulturnih značilnosti Romov v njegovo zdravstveno prakso. 2. Udeležence bomo med tem razdelili v skupine po 4 ali 5 ljudi. 3. Vsaka skupina se bo pogovarjala o idejah in strategijah vsakega posameznika in s tem naredila katalog idej ali strategij. 4. Vsaka skupina bo svoje delo nato predstavila ostalim. 5. Vsaka skupina bo predstavila ustrezne pripombe ali refleksije. 6. Vodja usposabljanja bo na stojalo z listi napisal podatke kot sintezo. Če bo mogoče, bo vsak posameznik klasificiral te ideje ali strategije glede na splošne kategorije (za vključevanje razumevanja in analize).

**VAJA 10D KONČNI ZAKLJUČKI
PRIROČNIKA DELOVANJE V PRAKSI**

TRAJANJE 15 minut.

CILJ Glavni zaključki usposabljanja:
Delovanje v praksi.

METODA Ustna predstavitev.

Končna vprašanja o zaključkih.

MATERIALI Folije in pisala.

Končni izdelek iz vaje 1B
(izhodiščna vaja).

POSTOPEK

1. Kratek pregled tega, kar smo delali na srečanjih in vajah, s poudarkom na rezultatih, ki smo jih pridobili v sklopu 4 (»Nazaj k praksi«).
2. Nato pa bodo morali udeleženci na list papirja individualno in anonimno odgovoriti na naslednja vprašanja (odgovor bodo nato posredovali vodji usposabljanja): Kaj lahko naredim, da izboljšam svojo prakso z Romi?
3. Vodja usposabljanja bo prebral odgovore te vaje in vaje 1B (izhodiščna vaja). Cilj je primerjati oboje odgovore, tako da lahko udeleženci vidijo razvoj, ki so ga doživeli od začetka do konca usposabljanja, in se pri tem zavedajo doseženih sprememb.
 - > Najprej branje odgovorov iz vaje 1B.
 - > Nato sledijo odgovori te vaje (10D).
4. Zaključek srečanja in zahvala udeležencem.

VAJA 10E EVALVACIJA

TRAJANJE 5 minut.

CILJ Evalvacija priročnika Delovanje v praksi.

METODA Vprašanja za evalvacijo.

MATERIALI Folije in pisala.

Priloga: Evalvacijski list.

POSTOPEK 1. Udeleženci bodo individualno in anonimno odgovorili na vprašanja v vprašalniku (priloga: Evalvacijski list).

Literatura (delovanje v praksi)

- Arbex, C. (2002). Talleres de Prevención del Abuso de Drogas con Jóvenes Gitanos.
- Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Fundació Francesc Ferrer i Guardia (1999). Guía de formación de formadores laicos y progresistas.
- Fundación Secretariado Gitano (FSG). (2006). Discriminación y Comunidad Gitana, guía práctica de actuación para ONG y asociaciones gitanas.
- Fundación Secretariado Gitano (FSG). (2003). 50 mujeres gitanas en la sociedad española. Madrid: FSG e Instituto de la Mujer.
- García, C. (2006). Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios. Madrid. Fundación Secretariado Gitano.
- Gomes, M. A. Presentación de los Determinantes de la Salud. Nicaragua: OPS/OMS.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Canada: Minister of National Health and Welfare.
- Seminario de Educación para la Paz. (1990). La alternativa del juego II.
- Vargas, L., Bustillo, G. (1989). Técnicas Participativas para la Educación Popular.

Dodatni viri

- www.educacionenvalores.org
- www.educarueca.org
- www.gitanos.org/conocelos
- www.gitanos.org/la_comunidad_gitana/index.php
- <http://gitanos.org/publicaciones/itinerancias/etapas/index.html>
- <http://www.gitanos.org/publicaciones/50mujeres/>
- http://www.gitanos.org/boletines/gitanos_en_la_prensa/
- www.pangea.org/aecgit
- www.unionromai.org/index_es.htm

Priloge

SEZNAM PRILOG

- ▶ *Mediacijski odnosi in reševanje konfliktov*
- ▶ *Analiza novic*
- ▶ *Družbeno drevo*
- ▶ *Kakšen je naš odnos z Romi in mladino*
- ▶ *Vedenje zdravstvenega sistema*
- ▶ *Komunikacija in sočuten odnos*
- ▶ *Determinante zdravja*
- ▶ *Evalvacijski list*
- ▶ *Vključevanje v zdravstveno prakso*
- ▶ *Uvod v usposabljanje*
- ▶ *Romi v Evropi: kratka zgodovina*
- ▶ *Predstavitev priročnika*
- ▶ *Družbena realnost in socialno-kulturni elementi*
- ▶ *Odnos do zdravja*
- ▶ *Odnos do drog*
- ▶ *Analiza SWOT*
- ▶ *Test stereotipov in odgovorov*

PRILOGA:

MEDIACIJSKI ODNOSI IN REŠEVANJE KONFLIKTOV

Pojav konfliktov je nekaj normalnega v vsakem odnosu in vidiku življenja. Zato je pomembno, da vemo, kako z njimi delati, kako jih odpraviti in kako jih preprečiti.

- **Poiščite in ustvarite pravo ozračje.** Prostore je potrebno prilagoditi Romom (odprti prostori, dovolj stolov itn.) in odstraniti prepreke in ovire (odprti prostori brez vmesnih miz).

- **Izogibajte se posploševanju.** Romska skupnost je zelo heterogena in vedenja enega izmed njenih članov ali družine ne moremo ekstrapolirati na ostale.

- **Prilagodite jezik in simbole.** Pokažite bližino in izvajajte simbolična dejanja. Vsa dejanja so polna simbolike in imajo pomen.

- **Sprejemanje dogovorov ali sporazumov o točnosti, odgovornosti in predanosti.** Romi imajo razvite pogajalske veščine. Nekaj, kar zmeraj deluje, je: »ti daš meni, jaz pa dam tebi« (Arbex, 1999: 20).

- **Ne poskušajte jih nadzorovati.** Strokovnjak ne sme izgledati kot stroga ali vsiljiva oseba. Potrebno se je izogibati sodbam, kaznim itn. Vendar pa to ne pomeni, da ni pravil ali predpisov, ki določajo jasne naloge in postavljajo cilje.

Tukaj je nekaj smernic, ki lahko pomagajo pri izboljšanju odnosov in pri delu z romsko skupnostjo, še posebej z družinami, in vam bodo v oporo

Znanje, veščine in vedenja mediatorjev¹⁵

- Razložite, da bo moderator služil kot primer.
- Ohranjanje primerne distance (čustveno bližino je potrebno zelo nadzirati, da se pridobi zaupanje, kot ga dojemajo oni).
- Informacije morajo biti pomembne in povezane z izkušnjami ter pričakovanji.
- Držite se pravil, zlasti tistih, ki ste jih določili s skupino (držati svojo besedo, izpolnjevati obveze), vendar pa bodite tudi spravljivi in fleksibilni.
- Učinkovito komunicirajte o informacijah.
- Obvladujte metode reševanja konfliktov.
- Bodite nepristranski.
- Posredujte mirnost.
- Pokažite občutljivost in skrb do tega, kar ostali občutijo in izražajo.
- Odprt odnos.
- Prikažite bližino in skrb za drugo osebo.

pri morebitnih konfliktih pri njihovem stiku z bolnišnicami in dežurnimi službami (Garcia, 2006):

- Vzpostavite jasno označene informacijske točke, kjer bodo kandidati lahko dobili ustne informacije. V času sprejema jim zagotovite pisne informacije, ki zajemajo pravila centra, pravice in dolžnosti pacientov, uradne ure za obiske, posvečanje itn.
- Zgoraj omenjene informacije mora ustno predstaviti osebje, ki ima opravljeno usposabljanje s področja raznolikosti, in ne varnostno osebje centra.

¹⁵ Ta slika je prilagoditev: Retos en los contextos multiculturales, competencias interculturales y resolución de conflictos de la FSG (FSG, s/f).

- Kadar je v centru prisotna razširjena družina Romov, prepoznajte najvišjo avtoriteto (po navadi so to starejši moški ali starejše ženske), ki ji lahko predstavite pomembne informacije, kot so status pacientov, napredovanje bolezni ali novice o smrti osebe. Pri zadnjem primeru je potrebno ohraniti razumevajoč odnos in spoštovanje do izražanja bolečine.
- Stalnosti razširjenih družin prilagodite nekatere skupne prostore, na primer čakalnice.
- Prisotnost medkulturnih mediatorjev v centru spodbuja razumevanje z zdravstvenim osebjem.

- Lajšanje komunikacije med strokovnjaki in romsko skupnostjo tako, da znotraj enakih možnosti spodbuja njihov dostop do teh sredstev,
- Manjšanje kulturnih preprek,
- Svetovanje romskim uporabnikom glede odnosov z zdravstvenimi strokovnjaki,
- Svetovanje zdravstvenim strokovnjakom pri posvečanju primerne pozornosti potrebam in interesom romske populacije,
- Spodbujanje revitalizacije skupnosti,
- Osebna podpora romskim uporabnikom.

Medkulturna mediacija ¹⁶:

Medkulturna mediacija je sredstvo, ki je na voljo ljudem različnih kultur, in služi kot most, ki spodbuja konstruktivne spremembe v medosebnih odnosih. Mediacija pri odnosih med kulturno različnimi ljudmi v osnovi služi preprečevanju kulturnih konfliktov, spodbujanju prepoznavanja drugačne osebe, doseganju sprav med strankami, razvijanju komunikacije in obojestranskega razumevanja, učenju in razvijanju sobivanja, iskanju strategij za reševanje konfliktov ter vključevanju skupnosti.

Mediacija je v strokovnem smislu sredstvo, ki služi kot most med romsko skupnostjo in večinsko družbo, ki spodbuja konstruktivno spremembo v njihovem odnosu. Je proces in ne orodje, ki »gasi ogenj«, ko se pojavijo konflikti.

Nekatere naloge mediacije na področju zdravstvenega dela z romsko skupnostjo so:

- Romom olajšati dostop do socialnih in zdravstvenih sredstev,
- Poznavanje potreb,

¹⁶ Vir: García, 2006

PRILOGA:

ANALIZA NOVIC

Vir novice in analize:

García, C. (2006). Guía para la actuación con la Comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios. Madrid. Fundación Secretariado Gitano.

NOVICA:

Spori v La Pazu zaradi smrti mladega moškega.

Približno 50 članov njegove družine (Romov) je hotelo odpeljati njegovo truplo. Na kraj dogodka je morala tudi posebna enota za izgrede. Brat umrlega, ki je izvlekel nož, je med borbo utrpel zlom lobanje.

Vir: Journal ABC Madrid. Stran 32. 22. 1. 2004.

Na vratih oddelka za intenzivno nego v bolnišnici La Paz je v torek prišlo do boja med družino nedavno preminulega mladega moškega in nekaj pripadniki enote za izgrede.

Vse se je začelo popoldne, z naravno smrtjo mlade romske ženske, ki je bila sprejeta v bolnišnico.

Približno 50 policijskih prič je povedalo, da so po tem, ko so izvedeli za smrt mladega moškega, starega okrog trideset let, družinski člani vztrajali, da bodo odnesli njegovo truplo. Strasti so se razvnele po tem, ko se je več zdravnikov odločilo, da bodo obvestili varnostno službo, ki pa ji ni uspelo obvladati jeze ogromne romske družine.

Pravzaprav ni bil dovolj niti prihod policistov s policijske postaje Fuencarral-El Pardo, temveč je

morala intervenirati tudi enota za izgrede. (...).

Očitno pa to ni prvi primer, ko je bila ta družina udeležena v sporu. Dva tedna nazaj so morali v centru poostriiti varnost zaradi konflikta, ki so ga povzročili nekateri njeni člani.

Po besedah vodje bolnišnice La Paz so se težave začele sedmi dan, ko je bil mlad moški, ki je kasneje umrl, sprejet na oddelk za intenzivno nego. Efe je poročal: »Družine so prinesle odeje, da bi spali na hodniku, in urinirale pri vhodu«, je povedal zdravnik, ki je potrdil, da so ob tem tudi grozili varnostniku. (...).

Nov varnostni načrt

Minister za zdravje je včeraj dogodke označil kot obžalovanja vredne in povedal, da kljub temu, da gre za nenavaden dogodek, ki ga vodijo čustva, to ne opravičuje nasilnega odnosa do zdravstvenih delavcev in samega centra, ki pripada vsem Madridčanom. Poleg tega je povedal, da razvijajo varnostni načrt, katerega proračun je 9 milijonov evrov, ki bo zagotovil varnost pacientov in zdravstvenega osebja v bolnišnicah v regiji.

Odzivi

- S.A.E (pomožno medicinsko osebje):

Združenje je včeraj zahtevalo izvajanje varnostnega načrta za zdravstvene strokovnjake, s katerim bi povišali aktivno in pasivno varnost osebja, ustanovitev podporne enote za delavce, ki so bili napadeni, in tudi posebne pravne nasvete.

- C.E.S.M (zdravniki)

Večinsko združenje zdravnikov je včeraj pozvalo k »uporabi razuma in spoštovanju« med družbo in zdravstvenimi strokovnjaki. Po njihovem mnenju se konfliktne situacije dogajajo prepogosto. Zatorej »pozivajo« k razumevanju, da so zdravniki prvi, ki bodo aktivno sodelovali, da se te situacije premagajo.

ANALIZA NOVIC:

Če naredimo natančno analizo informacij, ki so podane v novicah, lahko opazimo, da je možno izvesti različne ukrepe za preprečitev pojava takšnih konfliktov.

Analizirajte besedilo iz novic in se osredotočite na stavke in odstavke, ki so podčrtani, saj vsebujejo ključne ideje za reševanje in preprečevanje teh pogojev:

»Po tem, ko so izvedeli za smrt mladega moškega, so vztrajali pri tem, da odpeljejo njegovo telo«.

Smrt in lik umrlega imata poseben pomen v romski kulturi. Ko pride do takšnega dogodka ali pa pričakujemo, da se bo zgodil, je pomembno, da izvedemo naslednje strategije:

- Informacijo posredujemo osebam, ki imajo posebno veljavo v skupini.
- Družino že vnaprej pripravimo na razplet.
- Ohranimo razumevajoč odnos in spoštovanje do izražanja bolečine.
- Predstavimo jim dejanja, ki sledijo, in ki jih moramo opraviti.

»To ni prvi primer, ko je bila ta družina udeležena v sporu. Težave so se začele sedmi dan, ko je bil mlad moški, ki je kasneje umrl, sprejet na oddelek za intenzivno nego«.

Če je predhodno že prišlo do konfliktne situacije, je potrebno sprožiti mehanizme za zmanjšanje pojava še slabših posledic. Funkcije medkulturne mediacije (s sodelovanjem romskega mediatorja) bodo izboljšale:

- Razumevanje med zdravstvenimi strokovnjaki in romsko družino,

- Razumevanje bolnišničnih pravil s strani družine,

- Varnost in zaupanje romske družine do bolnišnice in njenih strokovnjakov.

»Družine so prinesle odeje, da bi spali na hodniku, in urinirale pri vhodu«.

Upoštevanje pravil pri uporabi javnih prostorov je naloga, ki jo lahko prav tako rešujemo z mediacijo. Za preprečevanje neprimerne uporabe ostalih prostorov bi bilo dobro, da omogočimo ustrezne prostore, kjer lahko biva razširjena družina, zlasti kadar je govora o več dnevih v bolnišnici.

ODZIVI:

»Poleg tega je povedal, da razvijajo varnostni načrt«.

- S.A.E (pomožno medicinsko osebje).
Združenje je včeraj zahtevalo izvajanje varnostnega načrta za zdravstvene strokovnjake, s katerim bi povišali aktivno in pasivno varnost osebja, ustanovitev podporne enote za delavce, ki so bili napadeni, in tudi posebne pravne nasvete.

- C.E.S.M (zdravniki).
Večinsko združenje zdravnikov je včeraj pozvalo k »uporabi razuma in spoštovanju« med družbo in zdravstvenimi strokovnjaki.

Razvoj varnostnega načrta ni dovolj. Bolje bi bilo razvijati načrte za preprečevanje in skrb za morebitne konfliktne, vključno z/s:

- Povečanjem varnosti v oskrbi zdravstvenih storitev.
- Izvajanjem pravic do državljanstva.
- Okrepitevijo gostiteljskih funkcij in posredovanja informacij uporabnikom, s čimer zagotovimo, da bodo razumeli pravila in prakse, ter z okrepi-

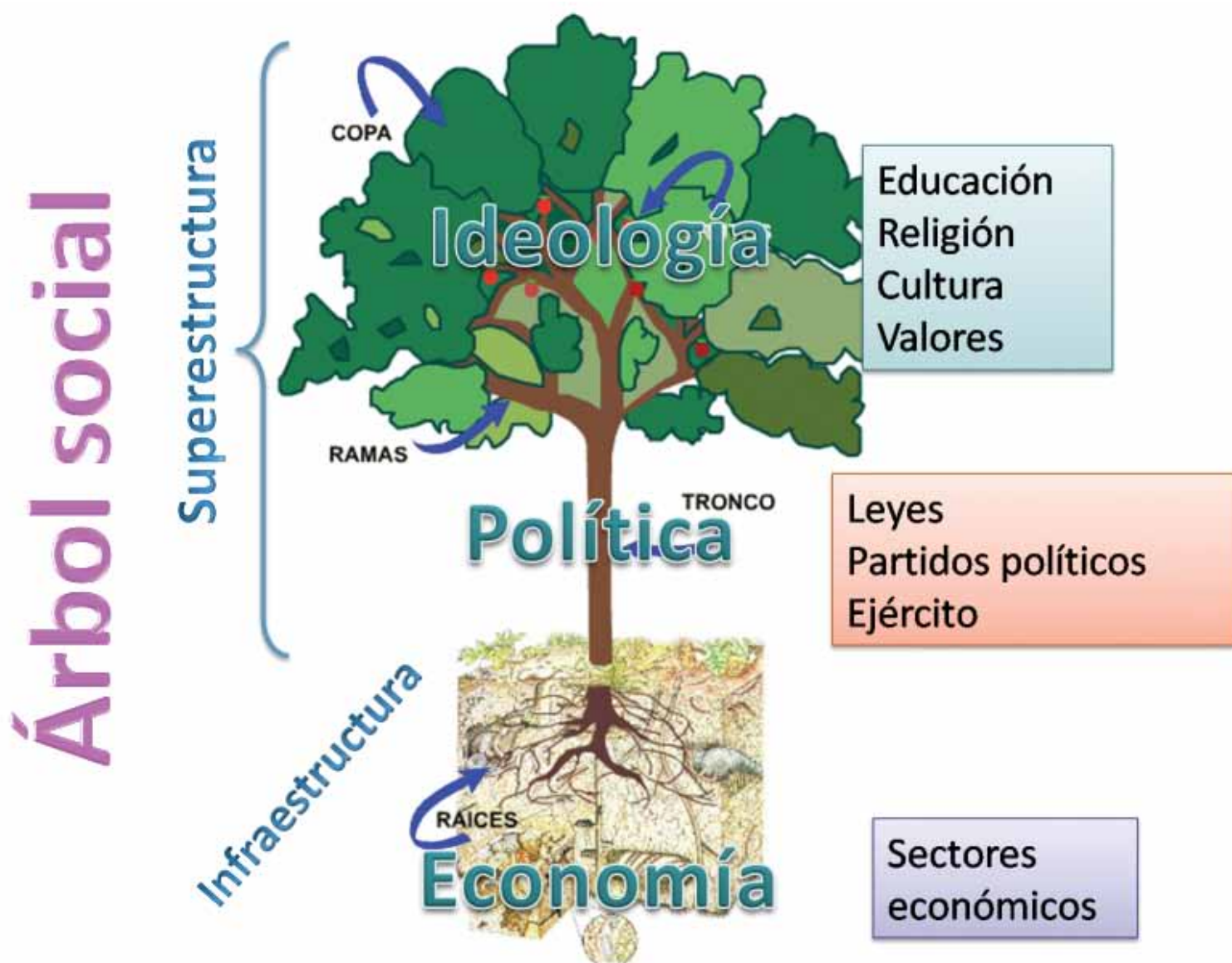
tvijo izvajanja določenih ukrepov za etnične in kulturne manjšine.

- Zavedanjem družbe o delu, ki ga opravljajo zdravstveni strokovnjaki.
- Usposabljanjem strokovnjakov za reševanje konfliktov.

PRILOGA:

DRUŽBENO DREVO

Ta diagram je bil pridobljen iz naslednjega vira:
Frankfurt School and Social Tree. Frankfurt School
and Social Tree.



(Diagram: družbeno drevo, superstruktura, infrastruktura, vrh, listi, deblo, korenine, ideologija, politika, gospodarstvo, izobraževanje, religija, kultura, vrednote, zakoni, politične stranke, vojska, gospodarski sektorji).

PRILOGA:

KAKŠEN JE NAŠ ODNOS Z ROMI IN ROMSKO MLADINO

Za izboljšanje skrbi za romsko mladino na področju zdravja in preprečevanja zlorabe drog sta ena izmed ključnih elementov kakovost odnosov in sprava med zdravstvenimi strokovnjaki in Romi v Evropi. Zatorej je prvo vprašanje, ki si ga moramo zastaviti, in začetna točka te razprave: Kaj vemo o Romih?

Raziskave kažejo, da odnos družbe do Romov temelji na treh predsodkih:

1. PREDSTAVA: ROMI SO DRUGAČNI

Običajno omenjamo tri velike razlike:

1. Kulturne:

mislimo, da imajo edinstveno kulturo. Opazni so pretirani kontrasti – lahko jih dojemamo kot bolj tradicionalno in »nerazvito« družbo, bolj podeželsko, manj pismeno, zaprto do sprememb, toda hkrati tudi bolj veselo, manj individualistično in materialistično. Ostale značilnosti: pomembnost povečane družine, večja naklonjenost poroki med Romi in včasih med sorodniki, ustanovljene hierarhične vloge za spol in generacije, način naseljevanja in bivanja ter stari in novi poklici.

2. Socialno-ekonomske:

videni so kot revnejši in manj integrirani ter da imajo slabši dostop do družbenih dobrin in sredstev. Živijo na obrobju. Na revščino ne gledajo zgolj kot na ekonomsko značilnost. Revščina budi dvom

o želji o ohranjanju ali obstajanju. Namreč, ljudje ne storijo ničesar, da bi to spremenili, njihova kultura pa je tista, ki jih vodi do tega obrobnega položaja.

3. Moralne:

stari rasizem je Rome videl ne samo kot kulturno raznolike in družbeno nerazvite, temveč tudi preprosto kot nezanesljive, sleparske, lene ali nevarne redu. Ta tradicionalni repertoar se je v urbani družbi spremenil z javnim zavračanjem rasizma. Etične napake so drugačne: Romi so odvisni od nečesa, izkoriščajo socialno podporo, so seksistični, neizobraženi in nepripravljeni za interakcijo.

2. PREDSTAVA: ROMI »IMAJO VEČ TEŽAV«

Velika večina Romov je ranljivih in »izpostavljenih slabšemu položaju in neenakosti«; večina Romov v Evropi ima manj rednih služb in lastnin ter živijo v slabših prostorih in neustreznih bivališčih in imajo slabši dostop do sredstev in zaščite. Imajo manj družbenega sodelovanja in prisotnosti na mestih odločanja. Njihova družbena omrežja so omejena in v nekaterih predelih svoja življenja preživijo v izoliranih (ali obrobnih) prostorih. Vsi ti pogoji vplivajo na njihovo zdravje in pričakovano življenjsko dobo, na njihovo samozavest in način, kako se soočajo s težavami.

Toda romska skupnost ima tudi prednosti, ki jih je potrebno vključiti v zdravstveno delo: ima svoja sredstva, kreativnost, oblike skrbi in nujenja utehe, različne oblike vodstva, družbene in kulturne prednosti, ki bi jih vsak pristop moral ceniti in vključevati. Ni nujno, da neenakost nakazuje, da so vsi indikatorji slabši. Morda so na nek način slabšega zdravja, toda to ne pomeni, da imajo tudi več težav z zasvojenostjo z drogami.

3. PREDSTAVA: **ROMI »SO PROBLEM«.**

Pogosto pride do preskoka s predstave o »ranljivosti« do predstave o »nevarnosti«. Ta preskok iz »skupine s težavami« do »problematične skupine« se pojavi tudi v zdravstvenih sistemih. V nekaterih družbenih in strokovnih diskurzih se pojavi predstava, da so Romi bolj zahtevni, večkrat iščejo pomoč in so najslabši pacienti. Kot je pogosto primer pri priseljencih, je njihova prisotnost opaznejša. Nemalokrat slišimo, da so glasni in zahtevni, da v bolnišnice prihajajo v skupinah, da ne sledijo priporočilom ali da ne upoštevajo pravil. Predsodke spodbujata dve predstavi:

- Negativen pogled na vedenje, ki ga skupina sama vidi kot sprejemljivega ali celo pozitivnega, kot na primer, kadar družina spremlja pacienta.
- Pripisovanje vsakemu posamezniku vedenje, ki smo ga predhodno označili kot neprimerne in ga je izvajala samo del skupnosti.

Dva najpogostejša očitka sta:

- **Zloraba;**

ta očitek izhaja iz predstave, da romska skupnost ne pripada splošni skupnosti, in zato je ni očitno, da si zaslužijo pozornost, ki jo imajo kot državljani. To ni zakon, a vendar je večina tista, ki odloča, kdaj določena uporaba ni primerna in lahko te pravice odvzame, če jih ostali izkoristijo.

- Pasivnost;

navezuje se na občutek, da zagotavljanje podpore in dodatkov določenim skupinam lahko vodi do njihove odvisnosti in pasivnosti. Glede na omenjeni diskurz Romi ustrezajo tej definiciji; sklepa se, da dobijo veliko, vidimo pa, da se njihov položaj večinoma ne spreminja in da so sami krivi za pomankanje napredka.

nič več kot ostali. Vsekakor so manj izkoristili določene storitve in dodatke. V drugih primerih pa so, brez dvoma, imeli koristi od omenjenih programov, kot na primer, od programa za izkoreninjanje slumov, natanko zato, ker so zadnji evropski državljani, ki živijo v neustreznih bivališčih.

PRILOGA:

VEDENJE ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

Te ideje in čustva določajo mnoga stališča, ki si jih ustvari skupnost, zdravstveni strokovnjaki in (tudi) preostali del družbe. Obstajajo trije klasični učinki:

- **Težava identificiranja;** če imamo občutek, da so ostali drugačni, imamo več težav, da se z njimi identificiramo, da se postavimo na njihovo mesto ter da ustvarimo priložnosti za komunikacijo. Osredotočamo se na razlike ali na pritisk mnogih pacientov in zaskrbljenih družin in to pripisujemo kulturnim značilnostim skupine. Pri Romih se postavljamo v obrambni položaj.

- **Trmasta obramba lastne kulture;** pomanjkanje identificiranja preprečuje kritičen pogled na njihove vrednote, saj zgleda, kot da imajo samo ostali kulturo. Toda zdravstveni sistem kot močan predstavnik javnosti, ki ji pripadamo, ima vrednote, kulturo, diskurz in moč, da jih uveljavlja. Dva primera:

- *Individualizacija bolezni je popolnoma osebna stvar, ki jo upravlja in je zanjo odgovoren vsak posameznik. To v romski kulturi ni prisotno, saj vsako bolezen »čuti« celotna družina z močno čustveno komponento.*

- *Ločevanje med duhovnim vidikom in zdravjem telesa. To je slabo razumljeno v kulturah, kjer je vera osnovna tema in kjer ima zdravljenje moralne in duhovne dimenzije*

- **Frustracije;** ko definiramo kulturo ali skupino kot nerazvito ali kot skupino, ki ima velike težave,

onemogočimo postopne spremembe in izboljšave. Postavimo jih v situacijo »vse ali nič«. Pri mnogih strokovnjakih, ki niso Romi, toda z njimi delajo, obstajata dva različna pogleda:

- *Radikalna sprememba romske kulture in načina življenja, ki nakazuje na spreminjanje bivanjskih pogojev Romov in njihovih kulturnih vzorcev.*

- *Obramba njihove identitete, ki temelji na pretiranem zagovarjanju potrebe po močni romski identiteti, politični ali družbeni, in segregaciji.*

Obe vedenji sta določali državne ukrepe in vladne odločitve, ki so imele močan vpliv na Rome. Njihov problem je **poenostavljanje**, ker želijo prehitro in preko bližnjic rešiti probleme in konflikte, in pomanjkanje spoštovanja do možnosti spremembe ostalih, ker ignorira dejstvo, da je spreminjanje v kontekstu nasprotujočih si pogojev zelo zapleteno.

Pri delu z manjšinami pozornost na razlike pridobi poseben prizvok identitete. Ta kulturna razlika upravičuje razumevajočo intervencijo, ki ustreza specifičnim značilnostim Romov, pri čemer nam vključitev ključnih elementov, ki okarakterizirajo posamezno skupino ali posameznika, omogoča, da izvedemo bolj kakovostno intervencijo.

Ta pristop zdravstvenim strokovnjakom ne prinaša več dela, temveč pomeni vključevanje novih konceptov, drugačnih načinov gledanja na realnost, novih intervencijskih metodologij, ki jim omogočajo boljše izpolnjevanje njihovih nalog, doseganje boljših rezultatov pri vsakdanjem delu in zmanjšanje možnosti za konflikte (Garcia, 2006).

PRILOGA:

KOMUNIKACIJA IN SOČUTEN ODNOS

- **Strokovnjaki bi morali biti presenečeni nad realnostjo in uporabniki;** ne smemo videti samo slabosti, temveč tudi prednosti ljudi.
- **Prilagajanje informacij in sporočil** (upoštevanje starosti, spola itn.); informacije predstavite jasno in na preprost način. Poskrbite, da so informacije razumeli, npr. diagnoze, zdravljenja, postopke za naročanje itn.
- **Uporabite pedagogiko vprašanj – več poslušajte in manj govorite.** Uporabljajte vprašanja, kot so: kaj veš o tem, kaj meniš o tem, katera vprašanja imaš, kaj si predstavljaš o tem? itn.
- **Pomembnost prvega srečanja;** če se strokovnjaki v zdravstvenih centrih ali centrih za preprečevanje zasvojenosti na prvem srečanju povežejo s pacienti na čustveni ravni in če pacienti čutijo, da z njimi ravnamo z občutkom, oseba, ki je gostitelj, postane oseba, na katero se lahko obrnejo. (Arbex, 1999).
- **Poznavanje ljudi;** njen/njegov karakter in ime ter kaj je bil razlog, zakaj je prišel v center (Arbex, 1999). Po navadi gredo na mesta, kjer vedo, da so dobrodošli in kjer so tudi ostali pripadniki Romov. Ustvarjanje odnosa zaupanja.
- **Vzpostavljanje odnosa enakosti in ne nasprotovanja;** intervencija in odnos morata nastati iz naravnega odnosa.
- **Zlasti mladi radi govorijo in so radi slišani.** Moramo se truditi, da jih poslušamo in spoštujemo (Arbex, 1999).

KOMUNIKACIJSKE VEŠČINE¹⁷

- > Bodite pozorni na morebitne predsodke in dojemanja, ki lahko definirajo in vplivajo na interpretacijo načina komunikacije ljudi in na vedenje drugih.
- > Pretehtajte različne pomene kretenj, predstav in fizične distance pri ljudeh iz različnih kulturnih skupin.
- > Govorite jasno in točno.
- > Izogibajte se pogovornim izrazom, ki so lahko napačno interpretirani.
- > Potrditve ponovite na različne načine, da okrepite razumevanje.
- > Aktivno poslušanje in parafraziranje pacientovih besed, da preverimo, če smo jih prav razumeli.
- > Identificiranje in reševanje komunikacijskih težav z uporabo kulturnih mediatorjev, z namenom olajšati razumevanje.

¹⁷ Vir: Retos en los contextos multiculturales, competencias interculturales y resolución de conflictos de la FSG (FSG, s/f).

V preteklih letih je bila razvita strategija o komunikaciji, ki upošteva izkušnje in specifične vidike vsake okoliščine, ki določa odnos med pacientom in izvajalcem zdravstvenih storitev.

Model komunikacije, pri kateri je v ospredju pacient, temelji na šestih elementih¹⁸:

1. Raziskovanje bolezni in načina, na katerega jo doživlja pacient – poleg raziskovanja simptomov je treba upoštevati tudi naslednje vidike:

- Pacientova predstava o bolezni.
- Občutki, ki jih vzbuja (tesnoba, strah itn.).
- Pričakovanja, ki jih ima do strokovnjaka, in smiselnost zdravljenja.
- Vpliv simptomov na vsakdanje življenje.
- Neverbalna komunikacija.

2. Razumevanje človeka kot celote: Upoštevanje drugih okoljskih, družbenih in družinskih dejavnikov pacienta, kot so življenjske razmere, odnosi in podpora v družini, ekonomske potrebe itn.

3. Dogovori s pacienti: Pacient mora aktivno sodelovati v svojem procesu zdravljenja. Da bi to dosegli, mora zdravnik strmeti k pacientovemu sprejemanju diagnoze in predlaganega terapevtskega zdravljenja.

4. Vključitev preprečevalnega dela ali promocije zdravja: preprečevanje in promocija naj vključujeta zmanjševanje škode, odkrivanje bolezni in zmanjševanje njenih posledic.

5. Vzdržuje odnos med pacientom in strokovnjakom: Strokovnjak bi moral pri vsakem srečanju strmeti k izboljšanju odnosa s pacientom.

6. Realnost: zgoraj naštetu mora v obzir vzeti realne možnosti storitev, v katerih zdravnik dela – sredstva, čas, ki ga ima na razpolago, itn. Splošno znano je, da imajo nekateri strokovnjaki preveč pacientov in lahko morda ovrednotijo samo določene vidike tega modela, ki so najbolj pomembni za proces in za pacienta.

¹⁸ Ta slika je prilagoditev: Guía para la actuación con la comunidad Gitana en los Servicios Sanitarios (García, 2006). Čeprav je osredotočena na primarno zdravstveno dejavnost, menimo, da je zanimiv referenčni model pri preprečevanju drog.

PRILOGA:

DETERMINANTE ZDRAVJA



Vir te razlaga je knjiga: *Presentación de los Determinantes de la Salud*, María Angélica Gomes. OPS/OMS Nicaragua.

Diagram večnivojskega modela determinant zdravja (Dahlgren & Whitehead, 1991):

- Biološki dejavnik; vedno več genetskih dejavnikov je vključenih v pojav zdravstvenih problemov, kot so nalezljive bolezni, bolezni srca in ožilja, težave s presnovo, duševne težave ter kognitivni in vedenjski problemi.
- Način življenja; vedenje posameznika, njegova prepričanja, vrednote, zgodovinsko ozadje in dožemanje sveta, tvegana vedenja in predstava o zdravju v prihodnosti, komunikacijske veščine, obvladovanje stresa, nadzor in prilagajanje življenjskim okoliščinam, ki določajo posameznikove izbire in način življenja.
- Vpliv skupnosti in podpora družbe; govora je o pritisku vrstnikov, koheziji in družbenemu zaupanju, mrežah za socialno pomoč in ostalih sprememb, ki so povezane z ravno družbene integracije in vlaganjem v družbeni kapital.
- Dostop do zdravstvenih storitev; način, na kateri je organizirano zdravstvo in higienski vidiki pri promoviranju, varovanju in okrevanju zdravja, ter preprečevanje, nadzorovanje in zdravljenje bolezni pri prebivalstvu.
- Življenjski in delovni pogoji; nastanitev, zaposlitev in izobraževalne ustanove so glavni pogoji za zdravje prebivalstva.
- Socialno-ekonomski pogoji in družbene ter kulturne pravice; na tej ravni delujejo makro determinante zdravja, ki so povezane s strukturnimi značilnostmi družbe – ekonomijo in okoljem, in so zaradi tega povezane tudi s političnimi prioritetami, z vladnimi odločitvami glede družbenega programa in njegovega upravljanja. Na primer: obseg trenutnega pravnega okvirja, strategije za zmanjšanje revščine, intenzivnost razporeditvenih strategij, priložnosti za pridobitev državljanstva itn.

Opomba:

Prevod diagrama: Socialno-ekonomski, kulturni in okoljski pogoji. Kmetijstvo in proizvodnja hrane. Izobraževanje. Zaposlitveni pogoji. Življenjski in delovni pogoji. Brezposelnost. Voda in vodovodna napeljava. Zdravstvene storitve. Bivališča. Družbene in skupnostne mreže. Posameznikov način življenja. Starost, spol in ustavni dejavniki.



PRILOGA:

EVALVACIJSKI LIST

KONČNI VPRAŠALNIK: EVALVACIJA AKTIVNOSTI USPOSABLJANJA

1. Od najbolj specifičnih do najbolj splošnih – katera orodja, sposobnosti ali znanje ste pridobili iz usposabljanja in vaj?

3. Ali mislite, da so vsebina, metode in vaje zadovoljile vaše potrebe in prispevale k izboljšanju vaše strokovne prakse?

2. Imate kakšne pripombe glede vaj, srečanj, metod ali vsebine?

4. Ostale pripombe:

PRILOGA:

VKLJUČEVANJE V ZDRAVSTVENO PRAKSO

Razumevanje teh kulturnih vzorcev nam bo omogočilo boljše razumevanje oseb in okoliščin, strokovnjaku pa prilagajanje intervencij.

- **Poznavanje socialno-kulturnih značilnosti romske skupnosti, še posebej tistih značilnosti, ki pozitivno ali negativno vplivajo na zdravje.** To so: vzajemna podpora med sorodniki, spoštovanje in skrb za odrasle, pomembnost žalovanja in težave, ki so povezane s spolom (vloga žensk kot negovalk in dejstvo, da so nagnjene k temu, da pozabijo na svoje zdravje; moški lahko zavračajo šibkost in zdravstveno oskrbo).

Tradicionalni zdravstveni vidiki romske kulture

Pomen, ki ga dajejo zdravju, je povezan s pomenom družine in zdravja drugih; zaradi pomembnosti starejših in občutka ranljivosti sta bolezen in smrt zelo prisotna v Romski kulturi, tudi med mladimi.

Zdravje je odsotnost bolezni in nekaj kar onemogoča smrt; kadar oseba (in družina) opazi, da se je pojavila bolezen, mora biti reakcija hitra in odločna.

Strah pred boleznijo je povezan s težavami, ki jih imajo v nekaterih krajih pri dostopu do zdravstvenih storitev. Logičen odziv je uporaba nujne medicinske pomoči namesto stalne (ali preprečevalne). Poleg

tega so nagnjeni k samozdravljenju in sprejemanju neformalnih nasvetov od sorodnikov ali sosedov.

Zdravje in telesne bolezni; odnos, ki je vzpostavljen med zdravjem in odsotnostjo telesne bolezni, pomeni, da ne upoštevajo vidikov vedenj, ki so povezana s psihologijo.

Zaradi povezave med predstavo o zdravju in moralnostjo so določene bolezni sramotne (npr. HIV), posamezniki pa jih pogosto skrivajo in imajo velik občutek krivde, ki je še posebej močan pri ženskah.

Nevidnost preprečevanja; strah pred smrtjo in zanikanje bolezni ovirajo preprečevalno delo. Prav tako pa delo otežuje dejstvo, kot smo že omenili, da Romi obiščejo zdravnika šele, ko zelo zbolijo.

> **Poiščite morebitne referente v družini;** kulturni vidik Romov je družinska soodvisnost, zato je v zdravljenje ali terapijo potrebno vključiti poznane like avtoritete, starše, stare starše ali strice (Arbex, 1999).

> **Skupinska intervencija z družino;** bolje jo je izvesti ločeno, z določenimi skupinami staršev, saj sta vloga in ločitev spolov lahko zelo izrazita. Skupna intervencija ovira komunikacijo in povzroča pomanjkanje spontanosti (Arbex, 1999).

> **Postavite jasne in trdne meje, ki izhajajo iz centrov za preprečevanje odvisnosti ali zdravstvenih centrov.** Nujno je, da vključimo tudi romske družine. Včasih je to za njih težko, saj imajo ponavadi znotraj družine postavljenih zelo malo pravil in mej. Za vzpostavitev dogovorov je potrebna želja in veliko pedagoškega dela (Arbex, 1996).

> **Žensko podjetništvo;** delo z romskimi ženskami in izkoriščanje prednosti njihovih podjetniških sposobnosti je ključni elementi pri preprečevalnem delu ali zdravljenju bolezni in pri delu na področju zasvojenosti (Arbex, 1996).

> **Spolnost;** romske ženske težko govorijo o tej temi. Na splošno imajo o tej temi malo informacij, hkrati pa pri njih vzbujajo tudi občutek sramu. Priporočljivo je, da je strokovnjak, ki sprejme romsko žensko, prav tako ženska in da uporablja jezik (verbalni in neverbalni), ki lajša komunikacijo (Arza, 2008). Če obstaja potreba za izvedbo testov, ki bi jih dekleta lahko dojemala kot nevarnost za nek vidik njene nedolžnosti, je potrebno, da ji podrobno predstavimo pomembnost le-teh (Arza, 2008).

> **Heterogenost;** romska populacija je zelo različna in ima različne nivoje sredstev, zajema ljudi iz različnih držav itn. To pomeni, da je pozornost potrebno usmeriti k posamezniku, da bi razumeli kontekst in okoliščine (položaj družine, sredstva, nivo integracije itn.).

Pri preprečevanju in zdravljenju zasvojenosti veljajo jasna načela, kot so zaupnost, empatija, razumevanje ostalih, strpnost pri sprejemanju pričakovanega počasnega napredka, kot tudi potreba za jasnimi cilji in omejitvami, ki mladino vodijo ter jih ne puščajo s svojimi težavami. Vendar pa moramo pri delu z manjšinami upoštevati tudi ostala načela, kot so:

- Vedeti, o čem govorimo; zdravstveno delo ni nevtrarno. Naše predstave o telesu, bolezni in moralnih načelih so ravno toliko kulturno in materialno določene, kot tiste od ostalih skupin. Razumevanje, da druga oseba morda nima istih vrednot ali da

nekaterim daje večjo težo, je enako pomembno kot razumevanje lastnih vrednot.

- Aktiviranje sredstev okolja; posamezniki in skupine imajo svoje oblike skrbi za druge, prednosti in predstave, ki jih programi ne smejo spregledati. To ponavadi imenujemo opolnomočenje, čeprav pomen tega izraza ni zmeraj jasen. Če nekdo sprejme moč in avtoriteto drugega, kar mora biti narejeno na resen način, to pomeni, da mu da priložnost, da sodeluje v njegovem napredku, in deloma sprejme nezadovoljstvo z njegovimi smernicami ali njegovo potjo (zmeraj znotraj mej demokratičnih načel) ter da mu dovoli, da spremeni svoj življenjski položaj ali pa je vsaj odprt do pogovora o tej temi. To namiguje, da je potrebno na novo uravnotežiti odnose med javno oblastjo in avtoriteto ter znanjem romske mladine.

- Predlaganje dosegljivih ciljev; pomembno je, da postavljamo dosegljive cilje in spoštujemo majhne napredke. Če iščete velike spremembe ali spremembe izven organizacijske realnosti, je rezultat tega frustracija – za strokovnjaka in uporabnika. To ne pomeni, da tvorimo skromne programe, ki so lahko in bi morali biti ambiciozni, temveč da so definirani na način, ki bo zagotavljal konkreten napredek in utrjeval zaupanje mladine do samih sebe.

- Podpiranje osebnih procesov in pogovor o družbenih procesih; v situacijah društvene neenakosti bo napredek velikokrat onemogočen; mladina se ne bo odzivala tako kot smo pričakovali, prevladala bosta realnost marginalizacije in revščine. V mnogih primerih je rezultat razočaranje strokovnjakov in nezavedno obtoževanje uporabnikov za njihove težave in njihovo nezmožnost, da jih premagajo. Da bi se izognili tej situaciji, je nujno, da se z ekipo in z mladino pogovorimo o mejah intervencije in materialnih pogojih v njegovem ali njenem življenju. Ta politizacija družbene intervencije nam preprečuje, da bi mladino obravnavali kot popolnoma odgovorno za rezultate, kar pa ni ravno nepovezano.

- Učimo se od obrobja; nujno je, da se naučimo in prenesemo to, kar smo se naučili, v mesta, kjer delamo. Vidimo, da ljudje lahko izboljšajo svoja življenja v zelo težkih okoljih. Družbene inovacije, eno izmed načel evropske akcije, bi morali testirati v vseh programih. Pomembno je, da tvegamo z razumnimi in zapletenimi programi, saj vemo, da bodo rezultati uporabni v zdravstvenih ustanovah. Kar se naučimo v t. i. »obrobjih« ali pri manjšinah, velja tudi za splošno prebivalstvo, ki postaja zmeraj manj homogeno in vedno bolj pluralno.

PRILOGA:

UVOD V USPOSABLJANJE

Razlogi:

romska skupnost v Evropi je zelo raznolika. Toda na splošno sta njihova socialni in ekonomski položaj bolj nezadostna kot pri povprečnem prebivalstvu, kar zelo vpliva na slab zdravstveni položaj. Na njihovo zdravje prav tako vplivajo predsodki in diskriminacija, ki so jo doživljali skozi zgodovino in je prisotna tudi danes. To pa so situacije, kjer so vključeni tudi strokovnjaki in evropski zdravstveni sistemi.

Cilj priročnika:

glavni cilj tega priročnika je pomagati pri odstranitvi preprek, s katerimi se sooča romska skupnost v Evropi, pri dostopu do zdravstvenih storitev in storitev za pomoč pri zasvojenosti ter tako vplivati na zmanjšanje neenakosti v zdravstvu, ki jih trpi romska skupnost.

Da bi dosegli ta namen, bomo strokovnjakom z zdravstvenega področja, ki delajo z romsko skupnostjo, zagotovili praktične informacije in jim tako omogočili boljše poznavanje in razumevanje posebnosti te kulture, še posebej njihovega odnosa do zdravja in drog. Prav tako jim bomo zagotovili orodja za izboljšanje veščin, potrebnih za delo z romsko skupnostjo in njeno mladino.

Cilj usposabljanja:

na pedagoški način predstaviti vsebino, ki je opisana v prvem delu Priročnika za zdravstvene strokovnjake.

To pomeni, da informacije in vsebino predstavimo na lahek in praktičen način in da ustvarimo prostor za refleksijo, ki vpliva na zaznavanja, vedenja in prakso posameznika.

PRILOGA:

ROMI V EVROPI: KRATKA ZGODOVINA

Vir naslednjega članka je: Gitanos, Pensamiento y Cultura. El Ayer y el Hoy. Številka 29, April 2005. Štirinajstdnevnik FSG (strani 18-20).

NASLOV: ROMI V EVROPI: KRATKA ZGODOVINA

POVZETEK:

Poročilo z naslovom »Položaj Romov v povečani Evropski uniji« je izdala Evropska komisija v angleškem, francoskem, nemškem in romunskem jeziku, zaenkrat še ne v španskem. Iz tega razloga smo iz poročila (na temo, ki je posvečena evropski socialni politiki in romski skupnosti) zbrali nekaj citatov ali pa prevedli nekaj poglavij. V tem poglavju – »včeraj in danes« – smo vključili prevod 2. poglavja iz poročila, ki prikazuje kratek pregled zgodovine Romov v Evropi.

1. Trenutnega stanja Romov v Evropi ne moremo popolnoma razumeti brez razumevanja zgodovine obravnavanja evropskih Romov. Zgodovina Romov je slabo dokumentirana. Večinoma zaradi dejstva, da so Romi za sabo pustili malo zapisov, ki govorijo o njihovem rasnem obstoju. Čeprav je zgodovinski izvor Romov občasno predmet spora, je le-ta danes predvsem zadeva soglasja, še posebej o teži jezikovnih dokazov, da so Romi potomci skupin, ki so ob koncu prvega tisočletja n. št. zapustili indijsko podcelino. Romske skupine so v 11. stoletju opazili v evropskem delu Bizantinskega cesarstva, najverjetneje pa so v istem času iz severne Afrike vstopili tudi v Španijo. Območje današnje južne Grčije se smatra kot center romskih naselbin v 14. in 15. stoletju, prav tako pa naj bi Romi v tem času že živeli po celotnem območju Balkana.

2. Po obdobju relativne tolerance v poznem srednjem veku so bili Romi deležni prvega izmed mnogih preganjanj v Evropi. Med zgodovinarji je prevladal konsenz, da je bil pred dolгим padcem in represijo, ki ga je spremljala, Otomanski imperij na splošno bolj strpen kot krščanska Evropa v času pred razsvetljenstvom in da se je ta strpnost razširila oz. dotaknila tudi Romov. Razmeroma veliko število Romov na območjih današnje Evrope, ki so bila včasih del Otomanskega imperija, bolj ali manj potrjuje to trditev; čeprav je otomanska oblast



v skladu s političnimi načeli diskriminirala nemuslimane, pa izgleda, da so bili Romi še posebej diskriminirani – tudi tisti, ki so bili del muslimanske skupnosti.

3. Videti je, da so bili znotraj Otomanskega imperija Romi najslabše obravnavani v krajih, kjer so jih dojemali kot nazadnjaške, na primer na območju današnje Romunije, kjer so jih lokalni posestniki in duhovščina zaslužnjevali. Profesor romskih študij, dr. Thomas Acton, je tako komentiral zgodovino Romov v Evropi med 16. in 17. stoletjem: »Ko so Romi z vzhoda Evrope spoznali Rome z današnjega severozahoda Evrope, je to bilo srečanje potomcev oseb, ki so preživele suženjstvo, s potomci oseb, ki so preživele genocid.«

4. Razsvetljenstvo je s seboj prineslo številne nove pristope do Romov. Sredi 18. stoletja je bilo izvedeno prvo izmed mnogih prizadevanj, da bi prisilili Rome k prilagajanju normam širše družbe. Nejasno je, do kolike mere so bili na lokalni ravni ti prvi ukazi upoštevani, toda v naslednjih dveh stoletjih so bili Romi pogosto na silo odstranjeni od svojih družin in nato nastanjeni k neromskim družinam ali v institucije. To so izvajali z namenom, da bi jih očistili sprevrženih značilnosti, kot so jih sami imenovali, in da bi uničili obstoj etnične skupine. Razvoje sodobne policijske prakse je s seboj prinesel tudi razvoj predstav o »ciganskem kriminalu« ter s tem tudi obširen policijski register Romov.

5. Romi so bili v času Hitlerjevega režima v Nemčiji (1933-1945) in ostalih državah, ki so jih okupirali nacisti, tarča raso motiviranega preganjanja. V številnih državah je bil romski holokavst (mnogi ga imenujejo tudi Porraimos) izvajen tako s strani nemške oblasti kot tudi s strani lokalnih uradnikov. V nekaterih državah so ga izvajala vladne vojske, ki so sodelovale pri nemški želji po spremembi evropske demografije, medtem ko se je v drugih državah romski holokavst izvajal brez nemške spodbude. V mnogih krajih, kot je npr. ozemlje današnje Češke, je bila večina romske skupnosti ubita med vojno – ali tako, da so jih zaprli v nemška taborišča smrti, ali

pa tako, da so jih zaprli v internacijska taborišča, ki so bila pod domačim vodstvom.

6. V povojnem obdobju so v srednji in vzhodni Evropi podvojili prizadevanja k prisilni naselitvi Romov in izkoreninjenju tega, kar so videli kot protidružbene značilnosti. Vladi Poljske in Čehoslovaške sta se, na primer, lotili obsežnih prizadevanj za prekinitev nomadizma Romov in spreobračanja Romov v homogen »delavski razred«. Intenzivna asimilacijska prizadevanja pod državnim socializmom so prinesla nekatere prve generacije romskih elit kot tudi zmeraj večje število Romov, ki so bili odstranjeni od svojih družin, v državnih ustanovah. Navkljub uradnemu diskurzu povojni državni socializem ni uspel pri izkoreninjanju rasizma. Nekatere vlade so se lotile strategij vsiljevanja sterilizacije romskim ženskam, šolanje pa je v mnogih državah postalo ločeno.

7. Zgodnja zgodovina Romov v zahodni Evropi (po 2. svetovni vojni) je na videz izredno podobna tisti v srednji in vzhodni Evropi. Na primer: na Norveškem, Švedskem in v Švici so se preko določenih ukrepov odločno lotili prizadevanj za prekinitev rasnega obstoja Romov in podobnih skupin. Ti ukrepi so zajemali prisilno sterilizacijo moških in žensk, sistemsko odstranjevanje romskih otrok iz družin ter njihovo namestitve v državno oskrbo. V zadnjih letih sta se švedska in švicarska vlada lotili javne in obširne študije na to temo, Švedska pa je žrtvam namenila tudi odškodnine. Vpliv teh strategij se še zmeraj čuti, vendar pa Romi, kot rezultat, še zmeraj trpijo za močnimi travmami.

8. Po letu 1989 je prišlo v vzhodni in zahodni Evropi do izbruha intenzivnega protiromskega mnenja. V vzhodni Evropi so vlade nekaterih držav Rome kolektivno krivile za razpad javnega reda ali za strah, da je razpad javnega reda neizogiben. Sistemsko preganjanje Romov se je dogajalo v državah, kot so Albanija, Bolgarija, Nemčija, Madžarska, Poljska, Romunija, Rusija, Slovaška, Ukrajina in Jugoslavija. Pojavila so se tudi rasistična gibanja, ki so napadala Rome. V nekaterih državah,

kot sta Češka in Slovaška, je nasilje nad Romi še zmeraj na skrb vzbujajoči ravni. Na splošno se je kazensko-pravosodna oblast neprimerno odzvala na dramatično povečanje rasno motiviranega nasilja in kriminala, javnim uslužbencem pa je spodletelo ali pa so bili prepočasni, pri obsojanju protiromskega nasilja.

9. V zahodni Evropi je protiromsko mnenje pogosto izbruhnilo po prihodu Romov iz vzhodne Evrope. Belgija, Finska, Francija, Nemčija, Irska, Italija, Nizozemska, Norveška, Španija, Švica in Združeno Kraljestvo so bili deležni epizod javne panike, ki so jo podžigale alarmantne medijske objave o »invaziji ciganov« ipd. Tem ukrepom so pogosto sledili rasnodiskriminatorni ukrepi s strani državnih organov, ki so pogosto vključevali kolektivno izključitev.



10. Leta 1999 je romska skupnost v Evropi doživela največjo katastrofo po drugi svetovni vojni. Po končani vojaški akciji zveze NATO v Zvezni republiki Jugoslaviji in umiku jugoslovanske vojske s Kosova so etnični Albanci začeli kampanjo etničnega čiščenja Romov in ostalih oseb, ki so jih dojemali kot »cigane«. Kljub štirim letom administracije ZN na Kosovu se je nasilje nadaljevalo. Vključevalo je tudi občasne granatne napade in redno uničevanje

nepremičnin. Ocenjujejo, da je danes štiri petine romske populacije, ki je na Kosovu živela pred bombardiranjem (najverjetneje okoli 120.000 oseb), razporejene po Kosovu in odročnih krajih Srbije in Črne Gore ali pa je v izgnanstvu v državah, ki mejijo na Kosovo ali Zahod. Večina jih živi v izrazito slabih pogojih, medtem ko je njihov prihod v države EU sprožil pomembne teme glede azila in priseljavanja, s čimer se bomo ukvarjali v nadaljevanju.

11. Kljub zgodovini diskriminacije in preganjanja, ter kljub stoletjem življenja v Evropi brez vidnejše avtohtone ustanove so Romi obdržali svojo značilno identiteto. Skupnostna solidarnost je pogosto utrjena s tesnimi vezmi med razširjeno družino. Družinska praznovanja so pomembna družbena prioriteta. Kulturne tradicije so spoštovane in marljivo upoštevane. Vsebujejo lahko tabuje o nečistosti in, v nekaterih skupnostih, avtonomne sisteme posameznikov in pravice skupnosti. Tabuji v zvezi z nečistostjo so tradicionalni znotraj mnogih kultur, vendar pa so povezani tudi z razvojem strategij s strani marginaliziranih skupin za ohranjanje identitete pred silami zatiranja in/ali kulturne asimilacije. Kot je povedal Judith Okely: »Eden izmed načinov, da ostaneš drugačen, so prepričanja o nečistosti, ki izražajo in krepijo etnične meje. Ciganska prepričanja ne samo da označujejo »Gorgia« (ne-Roma) kot nečistega, temveč imajo tudi načine za ohranjanje notranje čistosti. Če se ohranjajo določena praznovanja, lahko cigani vstopijo v območje Gorgio nepoškodovani«.

12. Danes ocenjujemo, da je v Evropi približno deset milijonov Romov, čeprav nekateri opazovalci pravijo, da jih je okoli dvanajst milijonov. Natančni demografski podatki večinoma niso na voljo zaradi stigmatizacije, ki je povezana z romsko identiteto, odpora številnih Romov, da se tako identificirajo za uradne namene in nasprotovanja številnih vlad, da Rome vključijo kot legitimno kategorijo za namene popisa. Kljub demografskim negotovostim je zelo malo dvomov, da je končna številka Romov v Evropi nekajkrat višja od števila celotne populacije v državah članicah.

13. Danes je protiromsko mnenje prisotno v mnogih, če ne v vseh, evropskih družbah in je izredno visoko v nekaterih državah. Po podatkih ene izmed nedavnih anket 79 % Čehov ne bi želelo Romov za sosede. Anketa, ki je bila opravljena leta 1992 s strani Allensbach Demoscopic Institute, je pokazala, da je imelo 64 % Nemcev nenaklonjeno mnenje o Romih, kar je najvišji odstotek med vsemi rasnimi, etničnimi ali religijskimi skupinami. Anketa, ki je bila izvedena leta 1994 s strani EMNID Institute, je pokazala, da okoli 68 % Nemcev ni želelo imeti Sinta ali Roma za soseda. Gospod Trevor Phillips, predsednik britanske komisije za rasno enakopravnost (ang. CRE), je nedavno povedal: »Kot Britanca me je sram, kako ravnamo s cigani in popotniki. Stvari se morajo spremeniti in to takoj«.

14. Obravnava Romov znotraj Evropske unije in izven njenih trenutnih meja je postala lakmusov test za humano družbo. Obravnava Romov je danes ena izmed najbolj nujnih političnih in družbenih tem ter tem s področja človekovih pravic, s katerimi se soočamo v Evropi.

PRILOGA:

PREDSTAVITEV PRIROČNIKA

Po tem, ko smo spoznali razloge in cilje Priročnika ter pogledali zgodovino romske skupnosti – od njihovega izvora do prihoda na evropska tla (vključno s težavami, preganjanjem in z nasiljem, ki so ga bili deležni) – vam na koncu razkrivamo še Predstavitev Priročnika.

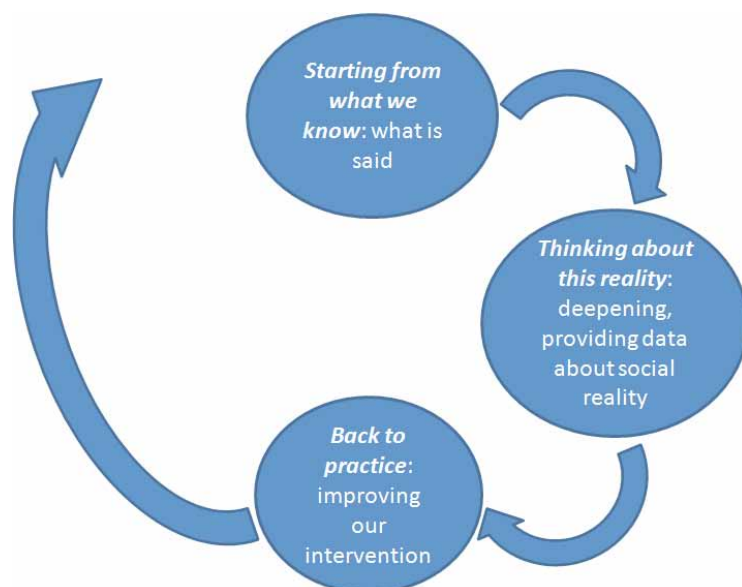
Ciljna populacija in tema: romska mladina, stara med 11 in 25 let. Vendar pa ta priročnik prav tako išče načine, kako vplivati na celotno romsko skupnost na področju osnovnih zdravstvenih stališč in še posebej zasvojenosti.

Komu je namenjeno usposabljanje: zdravstvenim strokovnjakom, ki delajo v bolnišnicah na področju primarnega zdravstva in dežurne pomoči ter (tudi) zdravstvenim strokovnjakom v storitvenih centrih in/ali tistim, ki delajo na področju preprečevanja uživanja drog.

Metodologija: ponuditi teoretični okvir, ki je podlaga za praktične predloge za delo zdravstvenih strokovnjakov. Metodologija temelji na dialektičnem pristopu, ki izhaja iz znanja, razumevanja in prakse zdravstvenih strokovnjakov, ki jo imajo v zvezi z romsko skupnostjo (predvsem mladino), njihovim zdravjem in odnosom do drog. S tega vidika Priročnik odraža in pogloblja njihovo družbeno realnost, kulturo in odnos do zdravja in drog ter nudi boljše razumevanje te realnosti in poskuša prikazati elemente za izboljšanje prakse socialnega varstva in olajšati Romom dostop do zdravstvene oskrbe.

Struktura priročnika sovпада s predlagano metodologijo:

- 1)** Prvi del govori o tem, »kar vemo«, »kar se govori«, o »zdravstveni praksi« v povezavi z Romi (temelječ na objavljenih študijah na to temo) in (tudi) o tem, kako te predstave vplivajo na zdravstveni sistem.
- 2)** Drugi del prikazuje trenutno dosegljive informacije o družbeni realnosti romske skupnosti v Evropi, glavne kulturne elemente kot tudi nekatere temeljne ideje v povezavi z zdravjem in drogami.
- 3)** Tretji del, »Nazaj k praksi«, nudi praktična in teoretična orodja za vključitev socialno-kulturnega položaja romske skupnosti v zdravstveni sistem, v strokovno prakso in v načrtovanje programov preprečevanja zasvojenosti z drogami pri romski mladini.



PRILOGA:

DRUŽBENA REALNOST IN SOCIALNO-KULTURNI ELEMENT

IZVOR IN RAZNOLIKOST

Evropski Romi živijo na tem kontinentu že od 15. stoletja. Migrirali so iz skupnega porekla (pokrajine Punjab v Indiji) in se v različnih valovih razpršili po različnih območjih. To je bil eden izmed glavnih razlogov za velike notranje razlike, ki so prisotne pri Romih.

POPULACIJA MED NORMALIZACIJO IN IZKLJUČEVANJEM

Primanjkljaji na področju usposabljanja in izobraževanja: v mnogih državah lahko govorimo o dokončanem osnovnem izobraževanju, vendar pa še zmeraj obstaja jasen primanjkljaj. Med Romi, starimi 15 ali več let, jih 43 % nima izobrazbe, samo 32 % pa jih je dokončalo osnovno izobraževanje. Med mladimi, starimi med 15 in 24 let, jih samo 17 % študira, medtem ko je evropsko povprečje 60 %. Romi z univerzitetno diplomijo so še zmeraj manjšina.

Slabši dostop do trga dela: brezposelnost, družinska ekonomija, ki je bolj ali manj neformalna, nekaj državne podpore in negotove zaposlitve, so glavne značilnosti njihovega gospodarstva. Stopnja brezposelnosti je zelo visoka: v povprečju okoli 23 % po podatkih zdravstvene ankete (FSG Health Area, 2009), ali pa, po podatkih ostalih raziskav, več kot 50 % aktivnega prebivalstva.

Revščina in izključevanje: raziskovalci ocenjujejo, da dve tretjini evropskega romskega prebivalstva živita v revščini. Državni ukrepi so imeli velik vpliv na izboljšanje življenj romskih družin, vendar niso spremenili njihovega relativnega položaja – še zmeraj ostajajo »najrevnejši med revnimi« (Foessa Foundation, 2008).

DRUŽBENE STRUKTURE IN PROCES PREOBLIKOVANJA

Trenutna značilnost **romske skupnosti je ta, da živijo intenziven proces sprememb, ki so ga nekateri avtorji poimenovali »selektivna modernizacija«** (OSC, 2012). Sprememba brez izgube svojega bistva (ostati Rom) je zgodovinski projekt, zapleten in protisloven. Najdemo lahko tri pozicije, ki se soočajo s spremembami:

a) Elite in ustaljene skupine; značilnosti manjšega dela Romov so, da urejajo družbene spremembe v njihovi skupnosti. Bodisi skozi različna združenja in politizacijo ali pa skozi nova povezovalna orodja, kot so na primer evangeličanske cerkve.

b) Večina romskih družin – večinoma revne, a marginalne; mnogi se zavedajo, da so del kulture, ki je v krizi zaradi težavnosti živeti romsko življenje v urbanem in globalnem svetu. Toda stiska lahko privede do večje svobode in do oklepanja tradicionalnih vrednot.

c) Prebivalstvo, ki mu grozi družbena izključitev; to je primer družin, ki živijo v segregiranih ali ponižujočih okoljih z zelo slabimi ekonomskimi pogoji. Njihova zmožnost za spremembe je omejena s pomanjkanjem odnosov z družbenim okoljem, z izključevanjem in omejevanjem le-tega.

VPLIV BIVALIŠČ NA ROMSKO INDENTITETO

- Romi, ki imajo višji položaj, živijo v mestnih središčih ali združenih območjih. Bivalni pogoji so podobni tistim, ki jih imajo njihovi sosedi. Mladi pa imajo iste težave pri zaposlovanju ali samostojnem življenju.

- Manj kot 4 % evropskega romskega prebivalstva živijo v barakarskih naseljih, toda skoraj 30 % jih živi v slabih in neustreznih bivanjskih pogojih. Fizična in simbolna distanca do mesta in manj možnosti dostopa do pravic, ki izhajajo iz državljanstva, razkrivajo namerno izključitev in diskriminacijo.

- Romske družine so v mnogih primerih preselili v javna stanovanja. Tisti, ki živijo na takšen način, predstavljajo 22 % celotnega prebivalstva, vendar pa je takšnih družin v nekaterih državah in regijah skoraj polovica. Nekateri soseske, ki so načrtovane na tak način, propadajo zaradi slabe kakovosti bivališč in storitev ter prostorske segregacije, saj eno mesto naseljujejo zelo različne družine, ki so izolirane od drugih.

MLADO PREBIVALSTVO V STANJU NEGOTOVOSTI

Povprečna starost Romov v Evropi je okoli 25 let, medtem ko je starost celotnega prebivalstva 40 let. Mnogi izmed njih so dečki in deklice ter mladina, manj pa je starejših od 65 let. Posledice so zelo zanimive: medtem ko so sredstva in skrbi evropskih skupnosti zmeraj bolj usmerjeni k starejšim, zdravstvenim ali socialnim storitvam ter ustanovam in kulturi, Romi potrebujejo sredstva predvsem za mladino in velike naložbe v izobraževanje, zaposlovanje in prosti čas. V tem smislu so preprečevanje zasvojenosti z drogami in ostale naloge, povezane z načinom življenja, ključnega pomena za prihodnje zdravje skupine.

Poleg tega romski najstniki živijo v **neskladju**, ki jih včasih zmede, ker imajo občutek, da so ujeti med romskimi kulturnimi normami in prevladujočimi kulturnimi normami, ki jih ne občutijo kot svoje, ter zato občasno prekršijo pravila.

POMEMBNI SOCIALNO- KULTURNI ELEMENTI

Osrednja vloga družine

- > Osrednja vloga družine kot središče družbene organizacije.
- > Prevlada skupine proti individualnosti.
- > Velike in razširjene družine.
- > Vloge, ki so zelo zaznamovane s spolom in starostjo.
- > Zgodnje poroke.
- > Trenuten proces sprememb: kasnejše poroke, spreminjanje vlog žensk in mladine itn.

Vloga združenj in cerkva

- > Pomembna vloga cerkva in združenj v romski skupnosti.
- > Cenjeni sogovorniki pri delu z Romi.

Vloga žensk

- > Romske ženske pri prenašanju norm in vrednot njihove skupnosti.
- > Pretirana zaščita mladih romskih žensk.
- > Nove vloge žensk in proces sprememb.
- > Pomanjkanje novih vzornikov za mlade ženske.

PRILOGA:

ODNOS DO ZDRAVJA

Kratka diagnoza zdravja; nižji prihodki, slabi življenjski pogoji v njihovi soseski, diskriminacija ali slabši dostop do zavarovanj pojasnjujejo prisotnost nalezljivih bolezni in ostalih kroničnih bolezni, ki v splošnem prebivalstvu niso tako pogoste in se pojavljajo v mladih letih.

NEKATERI PODATKI O ZDRAVSTVENEM STANJU ROMOV¹⁹

Čeprav ne obstajajo celostne demografske študije za Rome, mnogi strokovnjaki s področja zdravja ocenjujejo, da **je povprečna življenjska doba pri Romih nižja** in da ta razlika lahko znaša več kot 7 let.

V vseh študijah lahko opazimo prevlado naslednjih dejstev:

- **Več kroničnih bolezni ali invalidnosti** kot v celotni evropski populaciji: visok krvni pritisk, sladkorna bolezen, holesterol, alergije, dihalne težave med starejšimi in astma med otroki.
- **Psihološke težave;** depresija ali kronične bolečine (še posebej bolečine v kosteh, glavoboli in migrene).
- **Nezgode;** doma, na delu ali v prometu.
Bolezni in nezgode pri Romih povzročajo invalidnosti ali življenjske ovire različnih vrst. Oba vzroka slabega zdravja sta povezana z bivanjskim okoljem, ki je bolj ali manj varno in integrirano, ter s pogoji, ki vladajo v njem.

- **Ženske:** podatki kažejo na težave, ki so povezane z zgodnjo ali s pozno nosečnostjo, slabšimi ginekološkimi navadami (samo 60 % evropskih Rominj med nosečnostjo obiskuje ginekologa) in težavami, ki jih prinaša delovna preobremenitev.

- **Mladoletniki:** akcije cepljenja so bile zelo učinkovite v mnogih državah. Toda obstajajo tudi velike razlike (v nekaterih evropskih pokrajinah skoraj polovica otrok ni sodelovala pri programu cepljenja) in prisotnost nalezljivih bolezni med mladimi odraslimi osebami, ki so rezultat pomanjkanja cepljenj v otroštvu.

- **Različne težave, povezane z načinom življenja²⁰:** velikokrat imajo preveč kilogramov, starejši in mladi pa trpijo za prekomerno maso; samo polovica romskega prebivalstva ima zdravo telesno maso. Hrana, ki vsebuje manj zelenjave in sadja, veliko sladkorja in maščob, skupaj s pomanjkanjem gibanja (tudi pri otrocih) pojasnjujejo prisotnost teh bolezni, kar pa vpliva na razvoj ostalih bolezni v odraslosti.

- **Uživanje substanc:** skoraj 60 % Romov in 30 % Rominj je kadilcev; podatki se razlikujejo po državah in, še posebej, pri ženskih potrošnikih. Ta kontrast je še posebej izrazit pri pitju alkohola, ki je prav tako zelo pomemben pri odrasli moški populaciji. Prepoznavanje težav z alkoholom ali drogami vpliva na manjšine (v 3,5 % po podatkih evropske zdravstvene raziskave). Toda ti podatki skrivajo dejansko koncentracijo problematične uporabe v marginaliziranih ali segregiranih okoljih; podatki kažejo, da je v slumih ali izoliranih soseskah prisotnost med 15 in 18 %, kar ima velik vpliv na skupnost. Segregacija, bolj kot kakovost bivališč, je glavni dejavnik, ki je prisoten v soseskah, ki imajo težave z alkoholom ali drogami, kar znova kaže na to, da podvrženost stigmatizaciji vpliva na očitno problematične potrošnike.

¹⁹ Vir: FSG Health Area, 2009.

²⁰ Svetovni odbor je opozoril na pojav zdravstvenih težav Romov, ki izhajajo iz nezdravih navad, kot so slaba prehrana ali pomanjkanje gibanje oz. športa. To povzroča težave s prekomerno maso ali hipertenzijo.

Predstave o zdravju: prepoznati moramo tradicionalne elemente kulture telesa, ki vsebuje elemente prehoda v potrošniško družbo in značilnosti kulture v krizi.

Kar pa se tiče **elementov, ki izhajajo iz prehoda v potrošniško družbo:** sprejemanje nezdravih navad, kot sta kajenje in prehranjevanje z industrijskimi tortami, ni tradicionalna aktivnost, temveč prilagoditveni odziv na potrošniško družbo, katere discipline se je potrebno naučiti.

Obstajajo še **drugi vidiki, v katerih je prehod spodletel** ali pa je postal bolj temačen. Potrošnja je lahko še bolj privlačna, občutek izgube ali neuspeha pa lahko vodi do povečanega tveganega vedenja pri odraslih ali mladini. Pri mnogih starejših ženskah se ta situacija manifestira v depresiji pri soočanju s svojimi težavami, pri mladih ženskah pa lahko vodi do zlorabe drog.

TRADICIONALNI ZDRAVSTVENI VIDIKI ROMSKE KULTURE

Pomen, ki ga dajejo zdravju, je povezan s pomenom družine in zdravja drugih. To dejstvo pojasnjuje vzajemno podporo med sorodniki. Pri ženskah to postane »pozabljanje« na svoje zdravje, pri moških pa zavračanje šibkosti in oskrbe. Zaradi pomembnosti starejših in občutka ranljivosti sta bolezen in smrt zelo prisotni v Romski kulturi, tudi med mladimi.

Zdravje je odsotnost bolezni in nekaj kar onemogoča smrt; romska skupnost oz. Romi, kot skoraj vse tradicionalne populacije, gredo k zdravniku samo, ko zelo zbolijo. Kadar oseba (in družina) opazi, da se je pojavila bolezen, mora biti reakcija hitra in odločna (če upoštevamo odnos, ki ga čutijo med boleznijo in smrtjo).

Strah pred boleznijo je povezan s težavami, ki jih imajo v nekaterih krajih pri dostopanju do zdravstvenih storitev. Logičen odziv je uporaba nujne medicinske pomoči namesto običajne (ali preprečevalne). Poleg tega pa so nagnjeni k

samozdravljenju in sprejemanju neformalnih nasvetov od sorodnikov ali sosedov.

Zdravje in telesne bolezni; odnos, ki je vzpostavljen med zdravjem in odsotnostjo telesne bolezni, pomeni, da ne upoštevajo vidikov vedenj, ki so povezana s psihologijo.

Zaradi povezave med predstavo o zdravju in moralnostjo so določene bolezni sramotne (npr. HIV), posamezniki pa jih pogosto skrivajo in imajo velik občutek krivde, ki je še posebej močan pri ženskah.

Nevidnost preprečevanja; strah pred smrtjo in zanikanje bolezni ovirata preprečevalno delo. Prav tako pa delo otežuje dejstvo, kot smo že omenili, da Romi obiščejo zdravnika šele, ko zelo zbolijo. Poleg tega v okoljih, kjer je življenjska doba daljša, prihodnost pa negotova, ideja o načrtovanju in skrbni nima smisla, medtem ko ga skrb za druge in zagotavljanje prihodnosti skupine običajno ima. Zaradi tega imajo mnogi vedenjski vzorci Romov kulturni pomen, ki se ne sklada zmeraj z dominantno kulturo zdravja.

Ostale značilne lastnosti kulture, ki ovirajo preprečevalno delo so:

- Živeti za vsak dan posebej – to po eni strani spodbuja izdelavo smernic za vsakdanje življenje, po drugi strani pa je življenje težje načrtovati.
- Prevlada čustev nad razumom, kjer je vsako dejanje vpeto v sedanjost, refleksija pa se pogosto uporablja za popravljanje ali odpravljanje in ne za pričakovaje ali preprečevanje.

ROMI IN ZDRAVSTVENI SISTEM.

Učinkovitost zdravstvenih storitev in strokovnjakov, ki delajo z Romi, bo spremenila njihovo zdravljenje ter dostop in uporabo zdravstvenih storitev.

Prvi oviri sta varnost in stopnja vključevanja zdravstvenih sistemov. Zdravstveni sistemi morajo biti, poleg tega, da so brezplačni in univerzalni, vključujoči, kar pomeni, da morajo merila dostopnosti čim bolj prilagajati stanju populacije. Samo na tak način bomo dosegli normalen odnos do oskrbe, imunizacije, preprečevanja in ostalih storitev, ki bo dosegal vse skupine.

Ko smo enkrat preko te splošne prepreke, so ovire manjše in imajo opravka s kulturnimi razlikami in procesi diskriminacije. Kar se tiče zdravstvenih strokovnjakov, lahko očitno kažejo zaskrbljenost ali nezaupanje. To pa je potrebno obvladovati s komunikacijskimi veščinami ter, v nekaterih primerih, z uporabo mediatorjev, saj »Romi ne vidijo centrov ali ustanov, ampak vidijo ljudi« (Arbex, 1999: 19).

Pritožb ne smemo podcenjevati, saj so zdravstveni strokovnjaki velikokrat preobremenjeni in ne prejemaajo podpore pri delu s posebnimi primeri ali z drugačnimi/konfliktnimi vedenji. Pogosto ne obstajajo pravila in sistematizirani odgovori, temveč drugačne strategije in rešitve problemov, ki se uporabijo šele, ko se problem pojavi. To je razvidno še posebej v bolnišnicah, kjer je sobivanje dolgo in napeto. Strokovnjaki pravijo, da potrebujemo bolj institucionaliziran odgovor ter postavitve pravil in možnosti, ki upoštevajo drugačnost populacije, s katero delajo.

Kar se tiče sveta zasvojenosti z drogami, ni bila opravljena nobena sistematična študija o tem, kako romska skupnost dostopa do storitev in sredstev, zato nam tudi primanjkuje podatkov o tem procesu. Značilnosti teh sredstev sta velika raznolikost in svet, ki mu služijo.

PRILOGA:

ODNOS DO DROG

SKUPNE LASTNOSTI EVROPSKE MLADINE

- Vsak je odgovoren za svoje življenje. Jasni vzorci glede družbenega sloja in spola ne obstajajo, težave in rešitve pa so predstavljene individualno. V družbi bo preživel tisti, ki bo znal izkoristiti priložnosti – tako v varnih kot tudi sovražnih okoljih. Ustanove ne kažejo poti in ne določajo načina, kako vstopiti v odraslost. Ne šola ne služenje vojaškega roka ne poroka ali zaposlitev niso homogeni obredi vstopa v odraslost, temveč so to odprte in nepredvidljive možnosti.
- Javna sfera je zmanjšana, mladi pa so »privatizirani«. Ne pripadajo državi, kot nekoč, niti niso gonilna sila industrije ali pa vir podpore skupnosti. Njihov okvir sta nuklearna družina in mreže prijateljev, šibke ali močne. Prav tako ni mladih odraslih, ki bi jih vodili, ker velikokrat nimajo bratov in sester in ker mlade odrasle ne zanimata usmerjanje in discipliniranje mladih. Politične stranke, cerkve, sindikati in klubi; vse ustanove, kjer se je bilo možno naučiti, kako biti odrasla oseba z jasnimi moralnimi vzorci, so v krizi.
- Povečati je potrebno vire informacij, neformalne mreže in možnosti gibanja v različnih okoljih ter biti veliko bolj odprt, bolj kot v preteklosti, do pridobivanja različnih izkušenj. V takšni situaciji nekateri mladi odrasli postanejo močni in usposobljeni ter prilagojeni odprtemu svetu, medtem ko so mnogi drugi zelo izgubljeni.

ZNAČILNOSTI ROMSKE MLADINE

a) Kulturne norme; bistveno je, da **kultura skupine**, še posebej v primeru mladine, nastaja skozi številne procese in interakcije, ki so endogene in eksogene. Romska mladina živi znotraj različnih okvirov, kar ji lahko pomaga pri tekočem gibanju znotraj družbe ali pa jih blokira. Kar se tiče nekaterih drog, obstaja velik pritisk znotraj same skupine, pri čemer drogo dojemajo kot nekaj napačnega in škodljivega, hkrati pa z veliko tolerantnostjo sprejemajo določena vedenja in uživanje. Kraj bivanja, spol in starost bodo zatorej skupaj z običajnimi načini uživanja določali, ali bo uporaba drog sprejeta znotraj skupine ali pa jo bodo skrivali pred odraslimi in ali bo v skladu z večinsko družbo ali pa v nasprotju z njo. Posledice pa bodo drugačne v vsakem posameznem primeru.

b) **Osebnostne in družinske mreže;** romska mladina je zakoreninjena v družinskih mrežah in ne smemo pozabiti, da so mnogi mladi moški in ženske bratje in sestre ter bratranci in sestrične. Hkrati pa so tudi del **širših mrež** Romov, ki komunicirajo preko interneta, se srečujejo na zabavah, porokah in v službah. V šolah in soseskah se povezujejo tudi z ne-Romi, prav tako pa sprejemajo sporočila medijev in oglaševanj. Znano je, da je **v času adolescence skupina vrstnikov zelo pomembna** in da določa številne načine vedenj in dejanj, ki pa so lahko dejavniki tveganja, ter da vodi do skupnih vedenj, ki nimajo enakega vpliva na vsakega posameznika. Skupina vrstnikov ima lahko tudi zaščitniški dejavnik in uvaja nadzor ter meje dovoljenega. Enako pomembni so **odnosi z družino**. Zelo restriktivna ali permissivna okolja lahko pustijo škodljive posledice na mladini, prelomijo zaupanje ali pa ustvarijo generacijske vrzeli.

c) **Dejavniki tveganja in zaščite;** mnoge študije kažejo, da so močne moralne vrednote dejavniki zaščite pred zlorabo drog in da romska kultura vedno nudi to vrsto zaščite, ki pa je odvisna od okolja, kohezije skupine in njene zmožnosti za posodobitev modernih etičnih vrednot ter komu-

nikacije med generacijami (prenašanje informacij). Brezposelnost, rasizem in nizka stopnja izobrazbe lahko vplivajo na uporabo ali zlorabo drog z namenom bega pred težavami ali zato, ker te okoliščine vplivajo na ostale psihološke dimenzije, ki predstavljajo tveganje, na primer pomanjkanje samozaupanja, nizka samozavest ali impulzivnost. V marginalnih in segregiranih območjih (z zaprtimi socialnimi mrežami, lahkim dostopom do drog in s pomanjkanjem prostega časa ter povezovanja) obstaja večja možnost, da bodo mladi in odrasli Romi začeli s škodljivim uživanjem.

d) Vzorci uživanja; to so zaskrbljujoči trendi, ki jih je razkrila raziskava SRAP: zgodnje uživanje tobaka, izpostavljenost odraslih alkoholu, prisotnost heroina v nekaterih regijah ali podcenjevanje nevarnosti nekaterih drog (kot sta marihuana ali zdravila). Te droge so povezane z nočnim življenjem in s prijateljskimi odnosi z ne-Romi ter z vzorci, ki so običajni pri ostalih družbenih skupinah. V primeru **mladih Rominj** se je, kljub določenim dejavnikom zaščite pred uživanjem substanc, uporaba drog v zadnjih letih postopoma povečala. Opazili smo povečanje pri uživanju samega tobaka, kar predstavlja večje tveganje.

Veliko romske mladine ne pozna metod in programov za preprečevanje in zdravljenje zasvojenosti. Storitve so na videz oddaljene, fizično in simbolično, razen posameznih specializiranih, ki so prisotne v okolju. Te storitve velikokrat vzbujajo nezaupanje, ker niso povezane s samimi težavami ali preprekami, in jih zato dojemajo kot čakalne vrste.

Rezultati predlagajo izvajanje programov in intervencij, ki so narejeni posebej za določene cilje in okolje ter upoštevajo omenjene razlike, vendar pa prav tako prikazujejo pomanjkanje izkušenj pri preprečevanju in interveniranju pri romski mladini.

PRILOGA:

ANALIZA SWOT

Vir teh informacije je **educaCONTIC**.



Analiza SWOT je orodje, ki nam olajša analizo realnosti in sprejemanja odločitev. S tem postopkom analiziramo zunanje in notranje dejavnike, ki lahko vplivajo na realnost – v tem primeru na romsko mladino in droge.

- Zunanji dejavniki (iz našega konteksta):

- > Priložnosti, ki nam jih nudi okolje, in kako jih izkoristiti.
- > Nevarnosti znotraj konteksta in kako se jim izogniti ali jih odstraniti.

- Notranji dejavniki v primeru romske mladine:

- > Prednosti romske mladine in kako jih čim bolje izkoristiti,

- > Slabosti in kako jih zmanjšati ali odstraniti.

Hkrati pa ti dejavniki ne veljajo samo v sedanjosti, temveč tudi za priložnosti in nevarnosti, ki se lahko pojavijo v prihodnosti in imajo vpliv na mladino. Iz tega vidika je potrebno za analizo nevarnosti in priložnosti potrebno upoštevati naslednje dejavnike: demografske, gospodarske, politične, pravne, sociološke, okoljske, tehnološke in kulturne.

(opomba: prevod diagrama – pozitivni dejavniki, negativni dejavniki, notranji dejavniki, zunanji dejavniki, prednosti, slabosti, priložnosti, nevarnosti.)

PRILOGA:

TEST STEREOTIPOV IN ODGOVOROV

Ta test je del kampanje: **Spoznajte jih, preden jih obsojate**, ki je nastala pod pokroviteljstvom Fundaci3n Secretariado Gitano. Najdete jo lahko na spletni strani www.gitanos.org

VPRAŠANJA V TESTU

ROMI

ROMI

1. Se nočejo integrirati

Se zelo strinjam	
Se strinjam	
Se ne strinjam	

2. Ne želijo delati

Se zelo strinjam	
Se strinjam	
Se ne strinjam	

3. Učenje jih ne zanima

Se zelo strinjam	
Se strinjam	
Se ne strinjam	

4. To je seksistična kultura

Se zelo strinjam	
Se strinjam	
Se ne strinjam	

5. Prilaščajo si socialna sredstva

Se zelo strinjam	
Se strinjam	
Se ne strinjam	

ODGOVORI V TESTU

1. Se nočejo integrirati

Kljub strukturnim razlikam, ki še zmeraj obstajajo, je romska skupnost, še posebej ženske in mladina, zelo participatorna. Danes obstaja vedno več združenj, ki so zelo aktivna. Njihova pot je težka, ker pri dostopanju do prostorov za participacijo državljanov ne dobijo priznavanja njihove kulture in težko najdejo reference, s katerimi se lahko identificirajo.

Ne drži, da romske družine želijo živeti, se izobraževati in delati v prostorih, ki so namenjeni samo njim. Kot se je že zgodilo z ostalimi manjšinskimi kulturami, so stoletja preganjanja in poskusov izbrisanja razlik privedla do upora in strategij za preživetje.

Romska skupnost je trpela za nenehnim preganjanjem v mnogih evropskih državah; strašen holokavst (pokončali so več kot pol milijona Romov), zakoni (označitev za brezdelneže in kriminalce) v času Francove diktature, škandalozni primer prisilne sterilizacije romskih žensk v vzhodni Evropi ali pa nedaven pregon romskih družin s strani francoske vlade.

2. *Ne želijo delati*

V Španiji je imelo poklic pred krizo 7 od 10. Romov, starih več kot 16 let – polovica jih je prejela plačo, druga polovica pa je bila samozaposlenih. Ti podatki kažejo, da je to skupnost, ki je še posebej delovna. Poleg tega lahko danes najdemo romske moške in ženske delati na najrazličnejših strokovnih področjih, kot so pravo, medicina, književnost, izobraževanje, ter na najrazličnejših položajih in obrteh. Eden izmed primerov je knjiga *50 mujeres gitanas en la sociedad española* (50 romskih žensk v španski družbi).

Vendar pa je še zmeraj preveč Romov žrtev diskriminacije pri zaposlovanju. Velikokrat ne dobijo zaposlitve samo zato, ker so Romi. Kot rezultat so se nedavno pojavile evropske direktive in priporočila, ki države članice pozivajo, da zagotovijo spodbujanje enakega obravnavanja, zlasti na področju zaposlovanja.

3. *Učenje jih ne zanima*

Danes v mnogih evropskih državah (vendar ne v vseh) skoraj vsi romski otroci obiskujejo osnovno šolo, kar je velik dosežek za izobraževalni sistem in za samo romsko skupnost, če to primerjamo z velikim številom nepismenih ljudi v preteklosti. To kaže na to, da se romske družine zelo zavedajo potrebe in pomembnosti, ki jo ima formalna izobrazba za njihov napredek.

Vendar pa je glavna prepreka še zmeraj korak v smeri srednješolske izobrazbe. Med mladimi, starimi med 15 in 24 let, jih samo 17 % študira, medtem ko je evropsko povprečje 60 %. V mnogih državah je eden izmed razlogov za to situacijo nizka kakovost primarnega izobraževanja za Rome, ki poteka v segregacijskih pogojih, v posebnih ali navadnih šolah (vendar tam, kjer Romi predstavljajo večino) in tam, kjer so deležni slabe kakovosti izobraževanja.

4. *To je seksistična kultura*

Čeprav je res, da ženske v mnogih primerih še zmeraj podpirajo neenakovredno porazdelitev

nalog in da je družinska hierarhija pri Romih patriarhalna, velikokrat slišimo tudi, da so »romske ženske motor za njihove ljudi«.

Kljub dejstvu, da ženske nosijo večino bremena tradicije in ohranjanja navad, so tudi odgovorne za večjo integracijo romskih družin in vključevanje v vsa področja družbenega življenja. Prav tako so tiste, ki nasprotujejo potrebi po izobraževanju otrok in morda še najbolj deklet.

Poleg tega pa mnoge romske ženske preko tečajev, ki omogočajo različne vrste organizacije in dostopa do ostalih izobraževanj, prevzemajo vlogo mediatorjev in pomagajo pri reševanju konfliktov, s čimer so si prislužile vlogo novih spoštovanih žensk.

5. *Izkoriščajo socialna sredstva*

Še danes del Romov živi v resnih izključevalnih okoliščinah. Za njih ne obstajajo kakršni koli privilegiji, temveč ravno nasprotno: za dostop do socialnih sredstev morajo predložiti enaka dokazila kot ostali državljani, kriteriji, ki veljajo za pridobivanje socialne pomoči, pa ne priznavajo etnične identitete.

Za televizijskimi podobami, ki nam prikazujejo slume in prisilne izselitve romskih družin, so njihove osebne drame in družbene situacije, za katere bi težko rekli, da so prostovoljno izbrane. Ta izrazita revščina je prizadela skoraj 30 % evropske romske populacije, ki živi v slabih ali neustreznih bivanjskih pogojih, čeprav jih manj kot 4 % živi v barakarskih naseljih. Kljub temu, da so te številke visoke, situacija ne zadeva večine ljudi, ampak manjšino. Za odpravljanje teh situacij se izvajajo socialni programi na področjih nastanitve, osnovne oskrbe, zdravja in zaposlovanja.

Da bi družba imela pravičnejšo in pravilnejšo podobo o romski skupnosti, je pomembno omeniti, da takšne situacije niso del romske kulture (ki je bila skozi zgodovino preganjana in diskriminirana), temveč del kulture revščine in marginalizacije.



RAZVOJNO
IZOBRAŽEVALNI
CENTER NOVO MESTO



Funded by
the Health Programme
of the European Union



Executive
Agency for
Health and
Consumers



Addiction Prevention within
Roma and Sinti communities