

NEVIDITELNÍ PACIENTI

INVISIBLE PATIENTS

Sára DANIELOVÁ, Jana LEVICKÁ, Monika ORLIKOVÁ,

Abstrakt

Výskum reflektuje skúsenosti s poskytovaním starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach a ich vplyv na dôveru a správanie voči systému zdravotnej starostlivosti. V dvanástich pološtrukturovaných rozhovoroch sa odкрývajú výpovede skúseností, ktoré svedčia o tom, že nerovné zaobchádzanie nie je len štatistickým údajom, ale každodennou realitou. Výskumnú vzorku vytvorenú technikou snehovej gule tvorilo 12 participantov. Pri zbere dát bola použitá metóda pološtrukturovaného rozhovoru. Rozhovory boli prepísané a následne analyzované za použitia tematickej obsahovej analýzy. Zistenia naznačujú, že negatívne skúsenosti rómskej menšiny môžu byť príčinou vynechávania preventívnych prehliadok, čo znemožňuje včasnú diagnostiku najmä vrodených ochorení. Tento cyklus prispieva k zhoršeniu zdravotného stavu Rómov a Rómok, čo je možné označiť aj ako sekundárne dôsledky diskriminačného prístupu zdravotníckeho personálu.

Kľúčové slová: RÓMOVIA. DISKRIMINÁCIA. ZDRAVIE. KVALITATÍVNY VÝSKUM.

Abstract

This research reflects on the experiences of care provided in healthcare facilities and how these experiences influence trust and behavior towards the healthcare system. Twelve semi-structured interviews revealed that unequal treatment is not merely a statistical figure, but an everyday reality. The research sample was formed using the snowball sampling technique and consisted of 12 participants. Data were collected through semi-structured interviews, which were transcribed and subsequently analyzed using thematic content analysis. The findings suggest that negative experiences of the Roma minority may lead to the omission of preventive medical check-ups, thus hindering early diagnosis, especially of congenital diseases. This cycle contributes to the deterioration of the health of Roma men and women, which can be described as a secondary consequence of the discriminatory attitudes of healthcare personnel.

Keywords: ROMA. DISCRIMINATION. HEALTH. QUALITATIVE RESEARCH.

ÚVOD

Napriek tomu že, existujú viaceré kvantitatívne údaje o horšom zdravotnom stave Rómov, menej je známe, ako Rómovia sami reflektujú svoje skúsenosti s poskytovaním starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach, a ako tieto skúsenosti ovplyvňujú ich dôveru a správanie voči systému zdravotnej starostlivosti. Štatistiky síce dokážu zachytiť rozsah nerovností v zdraví, ale neodhaľujú osobné prežívanie, emócie ani rozhodovacie procesy ľudí, ktorí sú ich nositeľmi. Za dverami ambulancií sa často odohrávajú príbehy, ktoré štatistiky nikdy nezachytia. Vieme, že Rómovia sa na Slovensku dožívajú menej rokov, častejšie trpia chorobami spojenými s chudobou a majú horší prístup k zdravotnej starostlivosti (Šupínová et al., 2015; Bojko et al., 2018). No čo nám čísla nepovedia je to, ako sa sa cítia, keď ich v čakárni preskočia alebo keď počujú, že „Rómovia stále niečo chcú“. Subjektívne skúsenosti predstavujú kľúčový článok pri pochopení, prečo mnohí Rómovia odkladajú návštevy lekára, prečo sa vyhýbajú preventívnym prehliadkam alebo pociťujú obavy zo zdravotníckych inštitúcií.

1 DISKRIMINÁCIA RÓMOV V SYSTÉME ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

Akákoľvek forma diskriminácie v systéme zdravotnej starostlivosti zohráva úlohu v zvyšovaní chorobnosti a úmrtnosti prostredníctvom nerovného zaobchádzania, ktoré ovplyvňuje kvalitu starostlivosti. Pacienti z etnických menšín, a najmä Rómovia, čelia takýmto diskriminačným prekážkam, čím sa obmedzuje kvalita prijatej starostlivosti a zvyšuje sa riziko zhoršenia choroby, pridružených ochorení a úmrtia (Muncan, 2018). Togiok, Young (2024) definujú diskrimináciu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti ako negatívne konanie alebo nedostatok ohľaduplnosti voči jednotlivcovi či skupine na základe predsudkov o ich identite. Za diskrimináciu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti patrí aj prijímanie nižšej kvality zdravotnej starostlivosti na základe pôvodu, pohlavia sociálneho statusu, jazyka, sexuálnej orientácie, zdravotného znevýhodnenia alebo miesta bydliska.

Podľa výskumu Commonwealth Fund a African American Research Collaborative (2024) približne polovica zdravotníckych pracovníkov v USA bola svedkom rasovej diskriminácie voči pacientom z iného etnika. Štúdie Hoffman et al. (2016) poukazujú na to, že pacienti s tmavšou farbou pleti v akomkoľvek veku dostávajú v USA nižšie dávky liekov proti bolesti v porovnaní s beloškými pacientmi. Keď mali lekári vysvetliť, prečo čiernym pacientom predpisujú menej liekov, opierali sa o nepodložené predsudky, že čierni ľudia majú hrubšiu kožu alebo menej citlivé nervové zakončenia. Tieto skreslené predstavy pochádzajú od rasistických lekárov z 19. storočia, ktorí ich využívali na ospravedlnenie násilia a neetického testovania na otrokoch. Dôvodom bola nižšia úmrtnosť a chorobnosť čiernych ľudí na žltú zimnicu, ktorá bola známa ako smrteľná pohroma východného a juhovýchodného pobrežia Spojených štátov (Hogarth, 2019). Diskriminácia pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti je rozšírená po celom svete a porušuje základné ľudské práva. Okrem zhoršeného zdravotného stavu diskriminácia pri

poskytovaní zdravotnej starostlivosti ovplyvňuje sociálne determinanty zdravia. Pre mnohých ľudí je kontakt so zdravotným systémom ich jediným stykom so štátnou inštitúciou, čo priamo ovplyvňuje ich skúsenosť s občianstvom – a často len posilňuje ich vylúčenie zo spoločnosti (WHO, 2017).

2 DÔVODY HORŠIEHO ZDRAVOTNÉHO STAVU RÓMOV V POROVNANÍ S VÄČŠINOVOU POPULÁCIOU

McFadden (2018) za dôvody horšieho zdravotného stavu Rómov uvádza zlé životné podmienky, ako aj nedostatočné využívanie zdravotnej starostlivosti vo vylúčených komunitách. Podľa Bojko et al. (2018) je dôvodom horšieho zdravotného stavu aj prístup k zdravotníckym službám, nízka informovanosť a osвета, diskriminácia, finančné bariéry, ale aj kultúrne a jazykové rozdiely. Hamed (2022) dopĺňa tieto dôvody o diskriminačné postoje lekárov a sestier v zdravotníckych zariadeniach. Podľa neho tieto postoje bránia rómskej komunite k prístupu ku kvalitnej zdravotníckej starostlivosti a negatívne ovplyvňujú zdravotnú prognózu pacientov. McFadden (2018) tieto postoje lekárov a sestier charakterizuje ako nepriateľské, povýšenecké, odsudzujúce a urážlivé. Negatívne postoje vychádzajú zo stereotypov voči rómskej komunite, čo sa odráža aj v komunikácii medzi zdravotníckym personálom a rómskymi pacientmi v podobe nedostatočného vysvetlenia diagnóz a liečby. Výsledky kvalitatívnych štúdií ukazujú, že skúsenosti s rasizmom u rôznych užívateľov zdravotnej starostlivosti z etnických menších sú spojené s pocitmi frustrácie, smútku, zdesenia a pocitu bezvýznamnosti (Hamed, 2022). Rasizmus vnímaný rómskou komunitou negatívne ovplyvňuje duševné a fyzické zdravie, pričom vyvoláva nedôveru u pacientov z rómskych komunít, ktorí môžu reagovať nedodržiavaním liečebných plánov. To sa môže premietnuť do horších zdravotných výsledkov pre pacientov z rómskych komunít, čím sa posilní vnímanie poskytovateľov, že sú menej zodpovední za svoje zdravie (Wilson, 2021). Jednotlivci, ktorí zažili diskrimináciu v minulosti, môžu byť menej ochotní vyhľadať zdravotnú starostlivosť, z dôvodu prežitia ďalšej diskriminácie (napr. odmietnutie služby alebo nižšia kvalita starostlivosti). To platí najmä pre tých, ktorí zažili diskrimináciu priamo v zdravotníckom prostredí (Rivenbark, Ichou, 2020). V dôsledku zažitej negatívnej skúsenosti sa narúša dôvera medzi pacientmi a zdravotníckym personálom. Negatívne skúsenosti s lekármi môžu viesť k zníženej dôvere a pocitom ohrozenia (Souvatzi 2024). Dôvera je súborom očakávaní, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti bude konať v najlepšom záujme pacienta a s dobrým úmyslom, pri vedomí pacientovej zraniteľnosti (Richmond, 2022; Rasiah et al. 2020).

3 ZDRAVOTNÝ STAV RÓMOV NA SLOVENSKU

Zdravotný stav rómskej populácie je v porovnaní s majoritnou populáciou výrazne horší. Podľa údajov Štatistického úradu Slovenskej republiky z rokov 2021 – 2023 je na Slovensku priemerná dĺžka života 78 rokov, pričom muži sa

dožívajú 74, 5 – 75 rokov a ženy 81, 5 – 82 rokov (Štatistický úrad SR, 2025). Dická (2021) uvádza, že priemerná dĺžka života Rómov je o 12,1 roka nižšia u mužov a 14,4 roka nižšia u žien v porovnaní s bežnou populáciou SR. Macejova et al. (2020) v rámci porovnania zdravotného stavu rómskej a nerómskej populácie na Slovensku preukázali, že Rómovia častejšie trpia ochoreniami súvisiacimi so životným štýlom. Výrazne vyšší výskyt sa zaznamenal najmä pri obezite a nízkej hladine HDL cholesterolu, ktorá je jedným z hlavných ukazovateľov metabolického syndrómu. Metabolický syndróm sa v rómskej populácii vyskytuje častejšie ako v majoritnej populácii, čo súvisí aj so stravovacími návykmi. Naopak, hladiny LDL cholesterolu a triglyceridov boli medzi Rómami a majoritou približne rovnaké. Neboli zistené významné rozdiely vo výskyte vysokého krvného tlaku, cukrovky 2. typu, porúch glukózovej tolerancie ani hyperurikémie. Výraznejší výskyt sa však potvrdil pri ochoreniach obličiek (nefropatii), ktoré sú u Rómov zaznamenané častejšie ako u väčšinovej populácie (Macejova et al. 2020).

Výsledky výskumu Hammersley (2022) ukázali, že je oveľa vyššia miera pôrodných a gynekologických komplikácií súvisiacich s tehotenstvom rómskych žien v porovnaní s majoritou, príkladom sú pôrodnice v celej Európe. V tejto súvislosti Ruth Rubio-Marin (2016) uvádza opakujúce sa príklady sterilizácie rómskych žien, poskytovanie zavádzajúcich informácií od zdravotníckeho personálu, vykonanie viacerých cisárskych rezov vedúcich k sterilizácii, zvyčajne po 2 dieťati, podpísanie súhlasu so sterilizáciou počas pôrodu, rasové urážky zo strany zdravotníckeho personálu, rasová segregácia v izbách, odmietnutie prístupu k osobným zdravotným záznamom v Slovenskej a Českej republike.

4 METODOLÓGIA

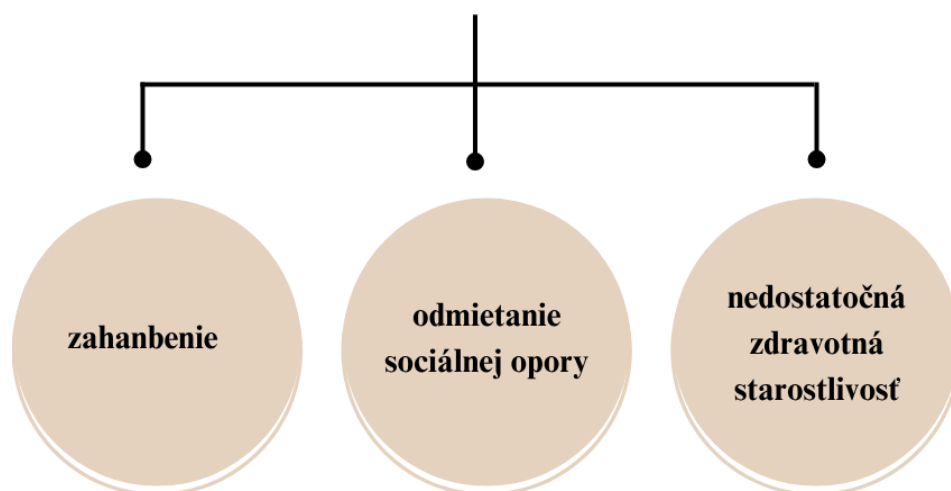
Hlavným cieľom nášho výskumu bolo zistiť, ako Rómovia reflektujú svoje skúsenosti s diskrimináciou v zdravotníckych zariadeniach a ako tieto skúsenosti ovplyvňujú ich dôveru a správanie voči systému zdravotnej starostlivosti. Na získanie potrebných dát sme sa rozhodli z metodologických prístupov použiť kvalitatívnu metódu, pretože práve kvalitatívny prístup nám umožňuje skúmať javy v ich prirodzenom prostredí a v ich komplexnosti. Prostredníctvom kvalitatívneho výskumu sa hľadajú skúsenosti a názory v kontexte skutočného života, emocionálne citlivých tém, kde je potrebná flexibilita (Hancock, 2009). Silnou stránkou kvalitatívneho výskumu je jeho schopnosť poskytnúť komplexný obraz toho, ako ľudia zažívajú daný výskumný problém (Mack, 2005). Pre náš kvalitatívny prieskum sme si vybrali interview ako metódu získavania potrebných dát pri dosiahnutí cieľa výskumu (Janovská, 2018). Na tvorbu výskumného súboru sme použili techniku snehovej gule (Gavora et al., 2010). Výskumný súbor pozostával z 12 participantov patriacich k rómskej menšine, žijúcich v rôznych geografických oblastiach Slovenska. Konkrétne išlo o piatich participantov zo západného Slovenska, štyroch zo stredného a troch z východného Slovenska. Rozhovory sa realizovali v období od decembra 2023 do januára 2024.

Rozhovory boli následne prepísané a analyzované prostredníctvom tematickej obsahovej analýzy (Braun, Clark, 2006). Získané rozhovory sme prepísali a následne analyzovali pomocou induktívneho prístupu tematickej obsahovej analýzy (Braun & Clark, 2006; Nowell et al., 2017). Na základe induktívneho prístupu tematickej analýzy sme identifikovali kľúčové témy, ktoré participanti reflektovali vo svojich výpovediach. Identifikované témy zároveň odhaľujú, akým spôsobom tieto skúsenosti ovplyvňujú ich vzťah k systému zdravotnej starostlivosti. Na základe reflexie skúseností participantov s poskytovaním zdravotnej starostlivosti sme identifikovali tri hlavné tematické okruhy.

Prvou témou je *zahanbenie*, ktoré participanti pociťovali pri návšteve zdravotníckych zariadení alebo počas samotného poskytovania zdravotnej starostlivosti. Druhou identifikovanou témou je *odmietanie sociálnej opory*, pri ktorom zdravotnícky personál neumožnil participantom kontakt s ich rodinnými príslušníkmi bez poskytnutia jasného odôvodnenia. Treťou témou je *nedostatočná zdravotná starostlivosť*, ktorá sa prejavovala v zanedbaní vyšetrenia, odmietnutí poskytnúť adekvátnu liečbu či neempatickom prístupe zo strany zdravotníckeho personálu.

Graf 1 Skúsenosti rómskej menšiny so zdravotnou starostlivosťou

SKÚSENOSTI RÓMSKEJ MENŠINY SO ZDRAVOTNOU STAROSTLIVOSŤOU



Zdroj: vlastné spracovanie, 2025

ZAHANBENIE

Výsledky výskumu naznačujú, že najviac situácií vyvolávajúcich pocity zahanbenia zažívajú rómske ženy predovšetkým počas gynekologických a pôrodných vyšetrení, kde dochádza k častejšiemu výskytu necitlivého a nerovného prístupu zo strany zdravotníckeho personálu. Necitlivé a nerovné

zaobchádzanie na základe sociálneho statusu alebo rasy (národnosti) v tomto kontexte vykazuje znaky intersekcionality z dôvodu prepojenia a vzájomného sa ovplyvňovania jednotlivých charakteristík. Participantky pociťovali diskrimináciu práve kvôli tejto intersekcii, teda preto, že boli nositeľkami dvoch alebo viacerých charakteristík, ktoré v kombinácii znásobujú osobitné prejavy diskriminácie „*a ďalšia mladá Rómka*“ (P4). Participantka mala v čase vyšetrenia 25 rokov, čo je vek, ktorý sa považuje za štandardný na plánovanie rodičovstva. Dané vyjadrenie je prejavom negatívneho hodnotiaceho postoja zdravotníckeho personálu len na základe príslušnosti k rómskej menšine. Tento postoj je posilňovaný predsudkami o životnom štýle menšiny. Takéto zahanbujúce situácie príslušníčky rómskej menšiny reflektujú ako traumatizujúci zážitok. „*Moja žena odchádzala so správou, že je tehotná s plačom nie s radosťou ale s plačom, že aký tam zážitok zažila*“ (P3). Pod necitlivým prístupom zdravotníckeho personálu zaraďujeme aj rozdielne správanie k rómskym a nerómskym matkám, separáciu rómskych žien od nerómskych v nemocničných izbách „*prišla nejaká Rómka rodiť, tak mali okolo toho neskutočné poznámky. Boli to poznámky typu dáme ich všetky na jednu izbu*“ (P5). Separácia žien z rómskej menšiny od žien z majoritnej spoločnosti predstavuje jednoznačnú segregáciu, ktorá nie je založená na lekárskejších dôvodoch, ale na predsudkoch zdravotníckeho personálu ako aj ostatných pacientiek nerómskeho pôvodu, ktoré si neželajú zdieľať izbu so ženou pochádzajúcou z menšiny. V tomto prípade sú rómske ženy vnímané ako menej hodnotné pacientky. Rozdielne správanie k rómskym ženám môžeme vidieť vo vysvetlení diagnóz, lekárskejších a liečebných postupov. Kým ženám z majority je poskytované dôkladné vysvetlenie postupov a pokynov, rómske ženy sú odbavené stručne, bez empatie či objasnenia. „*Keď sa rozpráva s rómskou mamičkou, no šak to len spravte a ani nevysvetlí, že prečo to tak máte spraviť, a prístup k mamičkám z majoritnej spoločnosti toto robte takto a Vám aj povie, prečo to máte tak robiť*“ (P6).

ODMIETANIE SOCIÁLNEJ OPORY

Participant pri reflektovaní svojich skúseností so zdravotníckymi zariadeniami poukazujú na skúsenosti s odmietaním sociálnej opory. V prípade, že ak zdravotnícky personál neuviedol jasný dôvod odmietnutia sociálnej opory ide o diskrimináciu. „*Jedna Rómka čo poznám porodila dieťa, a vlastne nechceli pustiť tam muža ako vlastného otca toho bábätko a nevedeli to ani odôvodniť, prečo tak konali, prečo ho tam nechceli pustiť len proste nepustili ho*“ (P7). Táto výpoveď poukazuje na neodôvodnené rozhodnutie zdravotníckeho personálu, ktoré viedlo k znemožneniu prístupu otca k novorodencovi. Takéto konanie možno interpretovať ako diskrimináciu, keďže absentoval jasný dôvod odopretia návštevy. Na podporu uvedeného zistenia uvádzame aj ďalší výrok participanta „*mama bola v nemocnici a nedovolili mi ísť za mamou*“ (P12).

NEDOSTATOČNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ

Pri reflektovaní skúsenosti so zdravotnou starostlivosťou, participanti pociťovali aj nedostatočnú zdravotnú starostlivosť. „Raz na pohotovosti keď som bol, tak tam bola kamera, a oni ma videli cez tú kameru a som povedal aký mám problém, a oni mi nato povedali, aby som išiel do lekárne a kúpil som si na to niečo a poslali ma domov, čiže ma ani nevyšetrili“ (P10). Participant nebol ani vpustený do ambulancie a jeho stav bol posúdený na základe subjektívnych domnienok cez kamerový systém, čo je v rozpore s princípmi dôstojného a odborného poskytovania zdravotnej starostlivosti. „Doktorka ma vyšetrila akoby som mal lepru alebo mor, a povedali mi, že mi nič nie je, a to som sa pri tom vyšetrení nestihol ani nadýchnuť“ (P8). Participant mal závažné dýchacie ťažkosti, ktoré mu výrazne obmedzovali každodenné fungovanie a znižovali kvalitu života. Takýto postoj nielenže ohrozuje zdravie participanta, ale aj podkopáva jeho dôveru v zdravotnícky systém ako celku „Prehliadla ju akoby to bol kus nejakej veci, videl som to chytnie toho dieťaťa akoby malo svrab a prosto my sme prišli čistiť, a nemala mať prečo predsudok“ (P9). Tento výrok poukazuje na stigmatizujúci prístup vychádzajúci zo stereotypov, ktoré spájajú Rómov s nečistotou alebo zanedbanosťou. Tieto skúsenosti výrazne ovplyvňujú dôveru participantov voči systému zdravotnej starostlivosti, ako aj ich následné správanie. V rámci výskumu sme zistili, že na základe predchádzajúcich negatívnych skúseností s poskytovaním zdravotnej starostlivosti participanti v budúcnosti zdravotníckeho vyšetrenia cielene vyhľadávajú menej často. To, že strata dôvery má pritom priamy dopad na ich ochotu obracať sa na zdravotnícke zariadenia.

„Tak kvôli skúsenostiam čo mám, lekára radšej ani nevyhľadávam“ (P11). Tento výrok výstižne ilustruje dôsledky diskriminačných skúseností na správanie participantov, konkrétne vyhýbanie sa zdravotnej starostlivosti. Ak má človek opakovane negatívne zážitky, ktoré zahŕňajú zahanbenie, odmietnutie alebo necitlivý prístup, môže si vytvoriť mechanizmus v podobe nedôvery voči celému systému zdravotníctva. Takéto správanie môže viesť k odkladaniu vyhľadania pomoci, zhoršeniu zdravotného stavu a neskorej diagnostike, čo ďalej prehĺbuje zdravotné nerovnosti medzi majoritou a rómskou menšinou.

DISKUSIA

Cieľom nášho výskumu bolo zistiť, ako participanti reflektujú svoje skúsenosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v zdravotníckych zariadeniach a ako tieto skúsenosti ovplyvňujú ich dôveru a správanie voči systému zdravotnej starostlivosti. Na základe analýzy zozbieraného materiálu konštatujeme, že participanti vnímali prístup zdravotníckeho personálu ako necitlivý, neempatický, diskriminačný a rasistický. V dôsledku komunikácie zdravotníckeho personálu, žiaľ často aj lekári/lekárky pociťovali zahanbenie, nedodržanie

profesionálneho prístupu a v istých okamihoch aj porušenie ich ľudských práv. Pocity zahanbenia pocitovali najviac rómske ženy predovšetkým počas gynekologických a pôrodnických vyšetrení, kde dochádza k častejšiemu výskytu necitlivého a nerovnému prístupu zo strany zdravotníckeho personálu, ktoré u nich vyvoláva pocity zahanbenia. Tieto skúsenosti participantiek možno označiť za intersekciónalnu diskrimináciu, nakoľko sa tu prelína viacero intersekcií (rod, sociálny status a príslušnosť k etniku). Zdravotnícky personál sa voči rómskym ženám správal neúctivo, neprimeraným spôsobom komunikoval, formou ironických poznámok, za ktorými boli skryté predsudky viažuce sa k rómskej menšine. Naše zistenia korešpondujú s tým, čo tvrdí McFadden, (2018) a to, že postoje zdravotníckeho personálu vychádzajúce z negatívnych stereotypov voči rómskej komunite, sú nepriateľské, povýšenecké, odsudzujúce a dokonca urážlivé. Komunikácia medzi zdravotníckym personálom a rómskou komunitou je čo najmenšia. Zdravotnícky personál nevenuje dostatočný čas na vysvetlenie diagnóz a liečby. Tieto skúsenosti výrazne ovplyvňujú dôveru participantov voči systému zdravotnej starostlivosti, ako aj ich následné správanie. V súvislosti so zisteniami, že najviac pocitov zahanbenia participantky zažívajú počas gynekologických a pôrodnických vyšetrení, je dôležité poukázať aj na širší kontext zdravotných nerovností. Hammersley (2022) poukazuje na to, že práve na gynekologických a pôrodnických oddeleniach sa u rómskych žien vyskytuje výrazne vyššia miera komplikácií súvisiacich s tehotenstvom v porovnaní so ženami z majoritného obyvateľstva. K týmto nerovnostiam prispieva nielen nedostatočný prístup k zdravotnej starostlivosti, ale aj skúsenosti s rasovými urážkami zo strany zdravotníckeho personálu či rasovou segregáciou v nemocničných izbách, na ktoré poukazuje aj Ruth Rubio-Marín (2016).

V rámci výskumu sme zistili, že na základe predchádzajúcich negatívnych skúseností s poskytovaním zdravotnej starostlivosti participantí v budúcnosti zdravotnícke vyšetrenia cielene vyhľadávajú menej často. Zaznamenaná strata dôvery má pritom priamy dopad na ich ochotu obracať sa na zdravotnícke zariadenia. Naše zistenia korešpondujú s tvrdením Hameda (2022), podľa ktorého tieto postoje bránia rómskej komunite k prístupu ku kvalitnej zdravotníckej starostlivosti a negatívne ovplyvňujú prognózu pacientov. Podobný názor prezentoval aj Souvatzi (2024) a to, že negatívne skúsenosti s lekármi môžu viesť k zníženej dôvere a pocitom ohrozenia. Podľa Wilsona (2021) diskriminácia vyvoláva nedôveru u pacientov z rómskych komunít, ktorí môžu reagovať nedodržiavaním liečebných plánov. Ak má človek opakovane negatívne zážitky, ktoré zahrňajú zahanbenie, odmietanie sociálnej opory a nedostatočnú zdravotnú starostlivosť, môže si vytvoriť mechanizmus v podobe nedôvery voči celému systému zdravotníctva. Takéto správanie môže viesť k odkladaniu vyhľadania pomoci, zhoršeniu zdravotného stavu a neskorej diagnostike, čo ďalej prehĺbuje zdravotné nerovnosti medzi majoritou a rómskou menšinou. Podobný názor zastávajú aj Rivenbark, Ichou, (2020), podľa ktorých jednotlivci,

ktorí zažili diskrimináciu v minulosti, môžu byť menej ochotní vyhľadať zdravotnú starostlivosť, keďže ju môžu vnímať ako prostredie so zvýšeným rizikom ďalšej diskriminácie.

Riziká a etika výskumu

Pri realizovaní nášho výskumu sme postupovali v súlade s etikou vedeckej práce, t. j., všetci oslovení účastníci a účastníčky boli o našich výskumných zámeroch jasne informovaní a až následne sme sa na nich obrátili s otázkou, či sú ochotní participovať na našom výskume a uistili sme ich o dodržaní anonymity účastníkov. Účast všetkých účastníkov bola dobrovoľná a anonymizovaná. Pri spracovaní získaných dát sme postupovali v súlade s metodológiou prezentovanou v odbornej literatúre. Reflektujeme nasledovné možné riziká výskumu. Veľkosť vzorky, pri väčšej výskumnej vzorke by mohlo prísť aj k iným zisteniam. Možné emocionálne skreslenie, ktoré môže nastať vtedy, ak človek zažil necitlivé správanie opakovane a následkom toho je nastavený každé správanie reprezentanta majority vnímať diskriminačne.

ZÁVER

Napriek identifikovaným rizikám nášho výskumu zastávame názor, že sa nám podarilo výskumom potvrdiť výskyt závažných problémov v oblasti prístupu zdravotníckeho personálu k pacientom a pacientkam, ktorí sú členmi rómskej menšiny. Ako sme konštatovali, neprofesionálny prístup a zraňujúca komunikácia narúša dôveru nielen ku konkrétnemu lekárovi, či sestre, ale k zdravotníckemu systému ako celku. Správanie, ktoré je reakciou na takýto prístup vedie k tomu, že Rómky a Rómovia sa cielene vyhýbajú návšteve zdravotníckeho zariadenia. Negatívne skúsenosti Rómov môžu byť príčinou vynechávania preventívnych prehliadok batoliat a malých detí, čo znemožňuje včasnú diagnostiku najmä vrodených ochorení. Tento cyklus prispieva k zhoršeniu zdravotného stavu Rómov a Rómov, čo je možné označiť za sekundárne dôsledky diskriminačného prístupu zdravotníckeho personálu. Na základe našich zistení reflektujeme potrebu ďalších výskumov zameraných do oblasti zdravotnej starostlivosti v kontexte etnicky senzitívneho prístupu.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

Bojko, M. et al. 2018. *Inklúzia Rómov je potrebná aj v zdravotníctve Pohľad na výsledkové indikátory zdravia Rómov cez administratívne dáta*. [online]. [cit. 2025-05-20]. Dostupné na: [2018_23_Inkluzia_zdravie_final.pdf](#)

BRAUN, V., CLARK, V. 2006. *Using thematic analysis in psychology*. [online]. In: *Qualitative Research in Psychology*, 3(2):77–101, [cit. 2024-02-13]. Dostupné na: DOI: 10.1191/1478088706qp063oa.

DICKÁ, J. 2021. *Demographic Changes in Slovak Roma Communities in the New Millennium*. [online]. *Sustainability*, 13(7), 3735. [cit. 2025-05-20]. Dostupné na: DOI: <https://doi.org/10.3390/su13073735>

HANCOCK, B. 2009. *An Introduction to Qualitative Research*. [online]. [cit. 2023-09-11]. Dostupné na: https://www.rds-yh.nihr.ac.uk/wp-content/uploads/2013/05/5_Introduction-to-qualitative-research-2009.pdf.

HAMED, S. 2022. *Racism in healthcare: a scoping review*. [online]. [cit.2023-11-10]. Dostupné na: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-022-13122-y>

HOGARTH RA. 2019. *The Myth of Innate Racial Differences Between White and Black People's Bodies: Lessons From the 1793 Yellow Fever Epidemic in Philadelphia, Pennsylvania*. In: *Am J Public Health*. [online] [cit. 2025-05-20]. Dostupné na: DOI: [10.2105/AJPH.2019.305245](https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305245)

RASIAH S, JAAFAR S, YUSOF S, ET AL. 2020. *A study of the nature and level of trust between patients and healthcare ers, its dimensions and determinants: a scoping review protocol*. [online] *BMJ Open* 2020. [cit. 2025-05-20]. Dostupné na: DOI: [http://orcid.org/0000-0002-3451-5024](https://orcid.org/0000-0002-3451-5024)

RIVENBARK, J.G., ICHOU, M. *Discrimination in healthcare as a barrier to care: experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey*. [online]. *BMC Public Health* **20**, 31. [cit. 2025-05-20]. Dostupné na: DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8124-z>

RUTH RUBIO, M. 2016. *Anti-Discrimination Exceptionalism: Racist Violence before the ECtHR and the Holocaust Prism*. [online]. [cit.2023-07-10]. Dostupné na: <https://academic.oup.com/ejil/article/26/4/881/2599606?searchresult=1>

RICHMOND, J. et. al. 2022. *Development and Validation of the Trust in My Doctor, Trust in Doctors in General, and Trust in the Health Care Team Scales*. [online] In: *Social Science & Medicine Volume 298, April 2022*, 114827. [cit. 2025-05-20]. Dostupné na: DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114827>

JANOVSKA, A. 2018. *Základy metodológie pedagogicko-psychologického výskumu*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, 2018. ISBN 978-80-8152-695-4, 156 s.

MACEJOVA Z, et. al. 2020. *The Roma Population Living in Segregated Settlements in Eastern Slovakia Has a Higher Prevalence of Metabolic*

Syndrome, Kidney Disease, Viral Hepatitis B and E, and Some Parasitic Diseases Compared to the Majority Population. [online]. In: *J Environ Res Public Health*. 2020 Apr 29;17(9):3112. [cit. 2025-05-20]. Dostupné na: DOI: 10.3390/ijerph17093112. PMID: 32365672; PMCID: PMC7246595.

MCFADDEN, A. 2018. *Gypsy, Roma and Traveller access to and engagement with health services: a systematic review*. [online]. [cit.2023-07-10]. Dostupné na: <https://academic.oup.com/eurpub/article/28/1/74/4811973?searchresult=1>

MUNCAN B. 2018. Eastern European Roma: ethnic discrimination in the public healthcare system. [online] In: *Journal of Global Health Reports*. 2018;2:e2018025. [cit. 2025-05-20]. Dostupné na: DOI: <https://doi.org/10.29392/joghr.2.e2018025>

NOWELL, L. S., NORRIS, J. M., WHITE, D. E., MOULES, N. J. 2017. *Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria*. [online]. In: *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1). [cit. 2024-05-03]. Dostupné na: <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>.

SOUVATZI, E., KATSIKIDOU, M., ARVANITI, A., PLAKIAS, S., TSIKIRI, A., & SAMAKOURI, M. 2024. Trust in Healthcare, Medical Mistrust, and Health Outcomes in Times of Health Crisis: A Narrative Review. [online] In: *Societies*, 14(12), 269. [cit. 2025-05-20]. Dostupné na: DOI: <https://doi.org/10.3390/soc14120269>

ŠSTATISTICKÝ ÚRAD SLOVENSKEJ REPUBLIKY. 2025. *Zdravé roky života a stredná dĺžka života*. [online]. [cit. 2025-05-20]. Dostupné na: [Zdravé roky života a Stredná dĺžka života \[kz1016rs\] - IBM Cognos Viewer](#)

ŠUPÍNOVÁ, M., HEGYI, L. & KLEMENT, C. 2015. *Zdravotný stav Rómov na Slovensku*. [online]. [cit. 2025-05-20]. Dostupné na: [Health Status of the Roma Population in Slovakia](#)

TOGIOKA BM, YOUNG E. 2024. *Diversity and Discrimination in Health Care*. [online] In: *StatPearls* [cit. 2025-05-20]. Dostupné na: DOI: [NBK568721](#)

THE COMMONWEALTH FUND. 2024. *New Report: Nearly Half of Health Care Workers Witness Racial Discrimination Against Patients; Inequality in Treatment for Patients of Color and Non-English Speakers*. [online]. [cit. 2025-05-20]. Dostupné na: [New Report: Nearly Half of Health Care Workers Witness Racial Discrimination Against Patients; Inequality in Treatment for Patients of Color and Non-English Speakers | Commonwealth Fund](#)

WHO. 2017. *Ending discrimination in health care settings*. [online]. [cit. 2025-05-20]. Dostupné na: [Ending discrimination in health care settings](#)

Revue sociálnych služieb, ročník 5, číslo 1, rok 2025

Vydavateľ: Fakulta sociálnych vied, UCM v Trnave, Bučianska 4/A, 917 01 Trnava

<https://rss.fsvucm.sk/index.php/rss/index>

DOI: <https://doi.org/10.34135/rss.250104>

WILSON, S. 2021. *The perspectives of health professionals and patients on racism in healthcare.* [online]. [cit.2025-05-10]. Dostupné na: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0255936>

Kontakt / Contact

Mgr. Sára Danielová (danielova1@ucm.sk)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8890-460X>

Interná doktorandka ÚSPSP FSV UCM v Trnave

Bučianska 4/A

917 01 Trnava

prof. PhDr. Mgr. Jana Levická, PhD. (jana.levicka@ucm.sk)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4225-5162>

Ústav sociálnej práce a sociálnej politiky FSV UCM v Trnave

Výskumné centrum sociálnej izolácie a sociálneho rozvoja FSV UCM v Trnave

Bučianska 4/A, 917 01 Trnava

PaedDr. Monika Orliková, PhD. (monika.orlikova@ucm.sk)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1885-5691>

Ústav sociálnej práce a sociálnej politiky

FSV UCM v Trnave