

FACTORII SOCIO-ECONOMICI ȘI CULTURALI ȘI INFLUENȚA LOR ASUPRA ACCESIBILITĂȚII POPULAȚIEI ROMA LA SERVICIILE DE SĂNĂTATE

Camelia Sopenaru ^[1]
Suzana Semeniuc ^[2]
Smaranda Diaconescu ^[3]
Magdalena Iorga ^[4]

Rezumat

Speranța de viață pentru romi este cu cel puțin zece ani mai mică decât cea a populației majoritare. Principalul factor incriminat pentru această stare de fapt este accesul deficitar la serviciile de educație și de sănătate. Pe lângă acesta, alți factori influențează într-un mod semnificativ accesibilitatea populației la serviciile de sănătate: gradul de integrare în comunitate, credințele despre sănătate datorate aspectelor culturale, migrația, imaginea despre cel care vindecă (ar putea fi și medicul), precum și complicata explicație despre boală și moarte în termeni metaforici dar și religioși, la care se adaugă lipsa educației pentru sănătate. Populația de etnie romă rămâne în continuare o populație vulnerabilă în ceea ce privește boala, accesul la tratament și recuperare.

Cuvinte cheie: *roma, populație vulnerabilă, sistem de sănătate, accesibilitate, statut socio - economic, cultură*

1. Boala - fenomen biologic, psihologic, social si cultural

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește sănătatea atât prin absența bolii cât și prin existența unei stări de bine și confort psihologic, somatic și social al individului. În afară de definiția OMS există și ale argumente care vin în sprijinul ideii că boala are o

[1] Conferențiar universitar doctor, Universitatea „Al.I.Cuza” din Iași, România, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, tel: +40745984647, email: puzdriac@yahoo.com;

[2] Psiholog, Institutul de Psihiatrie Socola, Iași, România, tel: +40757014982, email: suzanachelaru@yahoo.com;

[3] Șef de lucrări doctor Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” din Iași, România, tel: +40744922161, email: smaranda.diaconescu@umfiasi.ro (autor corespondent);

[4] Șef de lucrări doctor Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” din Iași, România, tel: +40722800936, email: magdalena.iorga@umfiasi.ro.

componentă socială importantă. Astfel, expresia bolii diferă de la comunitate la comunitate și în funcție de perioada istorică. În același timp, munca, status-rolul, nivelul de trai, nivelul cultural și igienic al societății respective influențează starea de boală (OMS, 1946).

Componenta biologică a bolii presupune o stare a organismului sau unei părți a acestuia în care funcțiile sunt afectate, din cauza unor agenți din mediul intern sau extern. Starea fizică a organismului are un răsunet psihologic și efecte asupra vieții sociale a individului, limitându-i activitățile cotidiene sau profesionale și interacțiunea cu cei din jur. Fiecare bolnav trăiește boala în stil propriu iar tratamentul trebuie să se adapteze la fiecare bolnav în parte.

Boala poate fi interpretată doar în contextul social și personal al bolnavului. Stilul de viață, calitatea vieții, istoria pacientului, sunt aspecte extrem de importante pentru descrierea maladiei sale. Aspectele culturale nu sunt nici ele de ignorat atât în declanșarea bolii (obiceiuri alimentare, tratament neconvențional etc.) cât și în explicarea fenomenului bolii.

2. Atitudini, percepții și reprezentări ale bolii în etnia romă

Numărul cercetărilor internaționale referitoare la atitudinile, percepțiile și reprezentările romilor cu privire la sănătate și boală sunt destul de numeroase și, în ciuda faptului că subiecții romi care au participat la aceste studii sunt din țări diferite, se pot surprinde câteva caracteristici generale privind evoluția reprezentării sociale a bolii la etnia romă. Două exemple sunt concludente, în urma a două studii, unul internațional și altul național, ambele efectuate pe subiecți de etnie romă din România și a altor câteva cercetări străine efectuate pe populație de etnie romă din alte țări.

Fiind o comunitate nomadă, identitatea culturală reprezentată de credințe, ritualuri etc. a romilor a fost influențată de popoarele în care au migrat. Astfel, potrivit cercetărilor în domeniu, românii și românii impart practici populare referitoare la medicina tradițională, cum ar fi băutul de ceaiuri, consumarea diferitelor ierburi, etc. Diferențele față de cultura populației majoritare apar însă pregnant atunci când se discută despre cauzele bolilor. Românii asociază frecvent apariția bolilor cu ghinionul, blestemul sau implicarea spiritelor rele. De aici derivă, în opinia cercetătorilor, și metodele de vindecare ce fac parte mai degrabă dintr-un registru supranatural decât dintr-unul fundamentat pe

informații științifice. De exemplu, printre metodele de vindecare sau de protecție în fața bolii, romii investigați de cercetători au enumerat tăiatul părului și al unghiilor persoanei bolnave și aruncarea lor în râu, băutul unui pahar de apă care a stat la lumina lunii sau decorarea casei cu cristale ori potcoave. Romii tradiționaliști folosesc poțiuni din diverse ierburi și practică alchimia.

Un alt aspect inedit surprins în articole recente este acela că în comunitățile romie femeia este cea care are în grijă sănătatea familiei, bărbatul fiind rareori implicat în deciziile care privesc acest subiect. De aici provine, potrivit autorilor, credința că, pentru a avea efectul scontat, remediul trebuie administrat de o femeie în vârstă, o vindecătoare sau, în ultimă instanță de femeia din familie. În comunitățile romie se întâlnește des segregarea în funcție de sex în ceea ce privește sănătatea. De exemplu, în mod tradițional bărbații nu participă și nu își însoțesc partenerii la proceduri obstetrice și ginecologice și nici nu sunt prezenți la nașterea copiilor, în primul rând pentru că acestea implică părți considerate impure sau murdare ale corpului (Singh, 2011).

De un real interes în rândul cercetătorilor care au studiat cauzele pentru care romii apelează mai puțin frecvent decât populațiile majoritare la servicii medicale s-a bucurat și una dintre credințele comunității romie potrivit căreia persoanele non-romie, denumite *gadje*, ar avea puteri prin care îi pot contamina pe romi, făcându-le rău. Potrivit mai multor cercetători acesta este un factor care îi determină pe aceștia să apeleze la metode de tratament tradiționale. Și asta pentru că, potrivit acestei credințe, contactul fizic sau simpla atingere a obiectelor unei persoane non-romie le poate aduce nenorociri, prin urmare, având în vedere că majoritatea covârșitoare a medicilor sunt pentru ei *gadje*, evită contactul cu aceștia (Rambouskova et al, 2009). Această credință are, potrivit autorilor, un efect și mai puternic asupra femeilor de etnie romă pentru care contactul fizic cu un bărbat, fie el și medic, dar care nu face parte din comunitate este considerat și mai compromițător. Unele cercetări susțin că femeile romie nu vor căuta ajutor medical de teama de a se expune sau de a fi atinse de un medic bărbat. Acest tip de interacțiune poate fi percepută ca și *contaminatoare* și poate aduce rușine familie pacientei. În cazuri extreme, acest efect de contaminare considerat a fi produs de examinarea de către un medic *gadje* bărbat poate face femeia romă neeligibilă pentru căsătorie (Weyrauch, 1997).

O lucrare interesantă, „Attitudes and praxis of traditional forms of health-care in a post-communist romanian romani community”, cu privire la atitudinile și practicile medicinei tradiționale în comunitățile de romi din România post-comunistă, realizată de cercetătorul Dorian Singh, de la Universitatea Oxford, vine cu o altă perspectivă. Plecând de la contextul social creat de căderea regimului comunist care a însemnat, susține autorul, pe de o parte, îndepărtarea oricăror prohibiții cu privire la exprimarea credințelor proprii fiecărei etnii, încurajând astfel, în cazul rromilor, metodele medicine tradiționale și, pe de altă parte, limitarea accesului pentru polutația săracă la servicii medicale specifică stilului de viață capitalist, lucrarea și-a propus să analizeze în ce măsură acești factori influențează în prezent credințele privind practicarea medicinei tradiționale în rândul rromilor și metodele tradiționale de tratament pe care aceștia le folosesc. Cercetarea calitativă, a fost efectuată folosind metoda interviului in-depth, pe 43 de pacienți rromi din București și a scos la iveală aspecte interesante cu privire la evoluția atitudinilor rromilor față de medicina tradițională și practicile ei, precum și modul în care a evoluat reprezentarea socială a bolii în această comunitate (Singh, 2011). Dacă majoritatea cercetărilor anterioare confirmau faptul că medicina tradițională precum și credințele mai degrabă mistice referitoare la apariția bolilor, ocupă un rol central în reprezentarea socială a bolii la comunitatea rromă, lucrarea la care facem referire obține cu rezultate cu totul diferite. Astfel, aproape toți pacienții rromi intervievați au respins categoric obiceiurile și metodele medicinei tradiționale cum ar fi încrederea mai mare în vindecători, magie, blesteme decât în medici, proceduri medicale sau medicamente. De asemenea, au respins categoric ideea potrivit căreia bolile ar fi rezultatul *impurificării/contaminării* de către cei de altă etnie sau al ghinionului ori blestemelor. Mai mult, mitul *contaminării de către gadje*, care ocupă un loc central în cercetările anterioare, este la rândul său respins. Interacțiunea cu populația de altă etnie a fost considerată a fi cotidiană și fără a avea ceva special, astfel că unii intervievați s-au arătat surprinși de faptul că sunt întrebați așa ceva. La fel, nici un bărbat sau femeie romă nu a considerat că pacientele femei nu ar trebui să fie consultate de un medic bărbat, din considerente tradiționale (Singh, 2011). De asemenea, majoritatea respondenților au susținut că prima dată, atunci când se îmbolnăvesc, apelează la medicina convențională iar dacă nu o fac, motivele nu au nici o legătură cu credințe tradiționale ci mai degrabă cu situația economică precară sau

cu lipsa unor documente de identitate. Doar puțini dintre rromii intervievați au admis că cer mai întâi sfatul cuiva din comunitate înainte de a apela la medic, dar acel *cineva* se referă la familie sau prieteni și nu la *vindecători*. Imediat după medic, în categoria persoanelor la care apelează atunci când sunt bolnavi, rromii au indicat farmaciștii. Printre explicațiile avansate de autor, cu privire la aceste schimbări fundamentale care au survenit în ultimii ani în reprezentarea socială a bolii în etnia romă, se numără, pe de o parte industrializarea puternică din ultimii ani din România, păstrarea unui sistem medical implementat de comuniști care are o adresabilitate mult mai crescută față de populația săracă, fără asigărări medicale, decât în alte țări, precum și un rezultat al celor patru decenii de regim totalitar care a impus forțat abandonarea culturii asociate propriei etnii, împreună cu credințele și modelele sale tradiționale (Singh, 2011).

Multe studii menționează că în comunitățile de rromi studiate, moartea și boala sunt subiecte tabu. În cultura tradițională a rromilor, prezența acestora sau doar discutarea acestor subiecte este considerată semn rău și poate aduce nenorocire asupra casei și comunității (Dumitras et al, 2013). De asemenea, cercetarea ieșeană se aliniază altor studii străine, efectuate pe populații de etnie romă din alte țări, în ceea ce privește interpretarea bolii în termeni mistici, ca pedeapsă de la Dumnezeu sau ca blestem. Acest fapt sugerează acceptarea destinului și, în consecință, de cele mai multe ori, prezentarea tardivă la medic. În același context, al împăcării cu soarta, există credința că toate evenimentele vieții sunt predeterminate și inevitabile, ceea ce face ca mulți pacienții rromi, chiar informați asupra bolii riscurilor la care se expun, să nu respecte tratamentele recomandate. Un alt aspect, subliniat în cercetarea menționată, este acela că boala se asociază frecvent cu sentimentul rușinii, fiind o reprezentare a impurității spirituale și morale. Perceperea stării de boală ca ceva rușinos și mulți dintre bolnavi nici nu pot explica acest fapt, se știe că este transmisă din generație în generație. Izolarea bolnavilor reprezintă o formă de protecție a comunității, deoarece bolnavul fiind impurificat, poate atrage, printr-un gen de contaminare, îmbolnăvirea fizică și spirituală a celorlalți membri ai comunității. În cultura tradițională rromă, excluderea este echivalentă cu destrămarea identității, cu descompunerea spiritului, fiind o pedeapsă mai gravă decât moartea însăși. Pentru a evita însă izolarea față de ceilalți membri ai comunității și rușinea impurificării fizice prin boală, mulți pacienți rromi fie își

ascund suferința (refuză să recunoască, față de membrii comunității, că sunt bolnavi), fie refuză să accepte că sunt bolnavi, cu consecințe dramatice asupra evoluției afecțiunii (Dumitras et al, 2013).

Un aspect relativ pozitiv al autorilor studiului este acela că deși percep boala ca o pedeapsă de la Dumnezeu și o asociază frecvent cu fenomene mistice, romii sunt conștienți sau intuiesc factorii de risc reali care provoacă îmbolnăvirea. În ciuda particularităților culturale ale etniei rrome, spun autorii, având la bază un sistem de norme, valori și concepte cu marcă identitară și cu implicații asupra simbolisticii și atitudinilor privind diferite aspecte ale vieții și morții, percepția bolii ca o pedeapsă de la Dumnezeu și asocierea acesteia cu fenomene mistice nu exclude logica elementară, *a bunului simț*, rromii fiind conștienți sau intuind factorii de risc reali care provoacă îmbolnăvirea. Aceasta sugerează că, respectând fundamentul cultural al romilor, există șanse reale pentru construirea unei atitudini pozitive față de propria sănătate. O adevărată provocare pentru mediatorii sanitari sau alte persoane implicate în educația sanitară a romilor este încercarea de convingere a acestora că sănătatea trebuie întreținută, iar boala trebuie tratată și tratamentele respectate (Dumitras et al, 2013).

3. Starea de sănătate a populației rrome și accesul la servicii medicale

Potrivit datelor Uniunii Europene, speranța de viață pentru romi este cu cel puțin zece ani mai mică decât cea a populației majoritare, principalul factor incriminat pentru această stare de fapt fiind accesul deficitar la serviciile de educație și de sănătate. (Wamsiedel, Vincze, Ionescu, 2011; Becares, 2015). Unele cercetări menționează existența unor probleme cronice precum lipsa de informații despre utilitatea vaccinării, frecvența redusă a vizitelor la stomatolog, nutriția inadecvată, auto-medicația, accesul dificil la servicii medicale datorat costurilor pe care mulți dintre romi nu le pot acoperi, ponderea redusă a femeilor care apelează la servicii de prevenire a cancerului de sân și de col uterin. Totodată, aproape jumătate dintre minorii romi nu au efectuat toate vaccinurile incluse în Programul Național de Imunizare și tot atâția adulți nu au beneficiat niciodată de servicii de medicină dentară. Un procent de 89,4% dintre femeile rrome de peste 15 ani nu au efectuat niciodată testul Babeș-Papanicolau pentru depistarea cancerului de col uterin (Wamsiedel, Vincze, Ionescu, 2011; Condon et Salmon, 2014). În aceleași studii care fac și o comparație între starea de

sănătate a românilor și cea a rromilor, se menționează că deși premisa inițială de la care s-a plecat în cercetarea acestor diferențe a fost că populația rromă are o stare de sănătate modestă și un acces inegal la serviciile de sănătate, comparative cu populația majoritară, rezultatele au infirmat-o. Astfel, peste jumătate din populația de romi apreciază că are o stare de sănătate bună și foarte bună (59%) iar 24% proastă și foarte proastă. Diferențele înregistrate față de populația majoritară sunt nesemnificative: 61% dintre românii chestionați își consideră starea de sănătate bună și foarte bună și numai 9% o consideră proastă și foarte proastă. Aceste cifre trebuie privite și din prisma lipsei de educație pentru sănătate, populația de etnie romă necunoscând astfel accesul limitat la servicii de sănătate (Wamsiedel, Vincze, Ionescu, 2011; Cace, 2014, Cook et al, 2013).

Referitor la percepția pozitivă pe care rromii o au cu privire la propria sănătate, mai multe studii identifică faptul că auto-evaluarea pozitivă a stării de sănătate reprezintă o tendință întâlnită frecvent în cercetările cantitative asupra comunităților de romi. Studii similare realizate în ultimii ani în România dar și în alte țări sunt coerente în această privință. Cercetările calitative efectuate în comunitate și analiza unor indicatori obiectivi ai stării de sănătate, precum speranța de viață și mortalitatea infantilă, contrazic estimările sănătății populației rome întemeiate pe autopercepție și identifică o serie de probleme structurale care împiedică accesul la servicii medicale de calitate (Masseria, 2010; Carrasco-Garrido, 2011, Fésüs, 2012, Rughiniș, 2010).

Prevalența interpretării optimiste a stării de sănătate de către populațiile rome din spații geografice și culturale diferite sugerează o construcție culturală diferită a sănătății și a bolii. Un studiu realizat în Spania a relevat că mulți romi percep sănătatea ca pe absența bolii, iar boala ca pe un fenomen dezabilitant asociat cu moartea (Carrasco-Garrido, 2011; McKee, 1997). Boala nu există decât în măsura în care prezintă simptome clare care pun în pericol desfășurarea normală a activităților sau care amenință existența fizică a individului. În momentul în care aceste simptome dispar, persoana se consideră sănătoasă. Definiția oferită de *Organizația Mondială a Sănătății*, întemeiată pe canonul occidental, menționează explicit diferența de abordare. Pentru organismul internațional, sănătatea este „o stare de bine generală, fizică, mentală și socială și nu doar simpla absență a bolii sau a infirmității” că este posibil ca subiecții romi care își autoevaluează starea de sănătate să excludă din sfera bolii acele manifestări

asimptomatice sau ale căror simptome nu pun în pericol activitățile curente. Starea de sănătate declarată de respondenți trebuie înțeleasă în universul cultural al populației roma și comparată cu alți indicatori (Wamsiedel et al, 2007, Cace, 2014).

Studiile menționate anterior evidențiază faptul că, deși majoritatea populației declară că apelează, atunci când are o problemă medicală, în primul rând la medicul de familie, diferențele sunt totuși semnificative: 58% în cazul românilor și 22% în cazul romilor. Pe de altă parte, 31% dintre romi apelează în primul rând la serviciul de urgențe spre deosebire de 12% dintre români. Procentul semnificativ de romi care accesează medicina de urgență este în directă legătură cu procentul mare de romi care au declarat că nu au asigurare medicală, explică autorii. Un alt aspect abordat în cercetarea Institutului pentru Politici Publice a fost și cea referitoare la auto-medicație în rândul romilor. Dovada faptului că populația roma se confruntă cu probleme semnificative în ceea ce privește autoedicația și poate nu are cunoștințele necesare în acest domeniu, dar nici acces la toată gama de servicii medicale conform nevoilor acestora, provine și din procentul îngrijorător al celor care apelează la serviciile farmaciștilor pentru medicație (75%), procentul fiind extrem de ridicat și în rândul românilor (63%) (Benett, 2010, Rughiniș, 2010).

Un studiu realizat în anul 2007 de Organizația Romani CRISS oferă câteva date importate atât cu privire la accesul populației de etnie romă din România la serviciile medicale cât și referitoare la imaginea pe care o au medicii în rândul romilor. Autorii studiului identifică două mecanisme de excludere a populației din sistemul public de sănătate:

- Excluderea formală: în această categorie intrând toate persoanele care nu îndeplinesc condițiile prevăzute de lege, pentru a beneficia de actul public medical, ne-asigurații, exclușii din sistemul asigurărilor de sănătate (cei fără acte de identitate, familii fără minim un angajat, care nu a fost luat în evidențele instituțiilor);

- Excluderea informală care poate fi denumită ca fiind *excluderea inclușilor* sau excluderea asiguraților care îndeplinesc condițiile prevăzute de lege, dar care, din diverse motive, ce țin de funcționarea deficitară a întregului sistem de sănătate, contexte speciale locale, prejudecăți sociale, culturale sau etnice, sunt excluși de la servicii de sănătate (exemplu: cei care sunt neinformați despre drepturile pe care le au în calitate de asigurat, fără bani pentru transport, fără bani pentru costuri suplimentare).

Potrivit cercetării menționate, cele mai frecvente caracteristici ale persoanelor excluse ori cu acces diminuat la diverse beneficii medicale sunt următoarele: dispun de resurse economice (și venituri monetare) reduse, au un plasament rezidențial dezavantajos în raport cu situarea spațială a ofertei relevante de servicii medicale, familii din mediul rural ori din alte zone ce oferă oportunități reduse de solicitare pe plan local a unor servicii medicale, au dificultăți în accesarea informațiilor utile privind oportunitățile de asistență existente, au un nivel scăzut de educație, dispun de un statut profesional sau etnic minoritar (cazul minorității de etnie roma), familiile neasigurate cu venituri mici, persoanele care trăiesc din câștiguri ocazionale, din ajutorul de șomaj sau asistență socială, persoane vârstnice fără venituri sau cu venituri foarte mici, copii și tineri fără familie sau fără domiciliu stabil.

Astfel, în privința accesului la serviciile medicale, romii se încadrează în ambele tipuri de excluziune, atât excluziunea formală – principalul factor fiind lipsa actelor de identitate - cât și cea informală. La nivelul anului 1998, 28,1 % dintre respondenții de etnie romă apreciază că rromii sunt tratați mai prost atunci când merg la medic comparativ cu alte etnii. Pe de altă parte un procent de 5,2 % dintre rromi menționează incidența discriminării pozitive (Zamfir, Preda, 2002). Cele mai frecvente motive de nemulțumire ale populației rome față de oferta de servicii medicale publice, derivă din faptul că pacienții întâmpină mari dificultăți în procurarea medicamentelor, există disfuncționalități în programul dispensarului și, nu în ultimul rând, existența unei lipse de interes pentru pacienți.

Studiul menționat, realizat prin interviuarea romilor din mai multe comunități din țară, punctează și câteva aspecte privind imaginea pe care o are medicul în rândul comunității. În tabelul de mai jos sunt evidențiate cele mai frecvente răspunsuri la întrebarea *De ce sunteți mulțumit/nemulțumit de atitudinea medicului de familie și a doctorilor în general?*

Tabel 1: Atitudinea pacienților de etnie rromă față de medici

Atitudini pozitive față de medici	Atitudini negative față de medici
<ul style="list-style-type: none"> - vorbește frumos - răspunde la solicitări - nu face diferența între oameni - își respectă programul 	<ul style="list-style-type: none"> - vorbește urât - mă da afară din cabinet - mi-a spus să-mi caut

<ul style="list-style-type: none"> - mă tratează și mă sfătuiește ce să fac - îmi rezolvă problemele medicale - nu face discriminări - se poartă frumos - mă consultă - îmi dă tratament - pentru că m-a îndrumat spre București, am fost foarte bine primită și mi s-a explicat corect - ne înțelege foarte bine, ne dă tratament bun - când am avut probleme, m-a consultat și mi-a dat pastile - de câte ori am avut nevoie m-a tratat și sfătuit - cred că mi-a explicat ce trebuie să fac spre binele meu - sunt înțelegători - mă înțelege nu mă ignoră - vorbește pe înțelesul nostru - sunt amabili 	<ul style="list-style-type: none"> alt medic - nu vine în sat - nu mi-a dat tratamentul pe care l-am cerut - este aiurit - rupe hârtiile pentru ajutor social - nu este serios - când am cerut o scutire a zis că așa suntem noi țiganii tot timpul cerem - nu întotdeauna își face datoria de medic - a refuzat să-mi dea tratament - e răutăcios - nu ni se eliberează adeverințe
--	--

Sursă: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_ro.pdf

Cercetările menționate au vizat și un alt concept important, și anume preocuparea pentru sănătate în rândul populației de etnie romă. Preocuparea pentru sănătate reprezintă un concept dificil de definit având în vedere diferitele accepții ale sănătății. Pentru comunitățile în care tradițiile joacă un rol important, evaluarea preocupării pentru sănătate este necesar să acopere nu doar atitudinile și comportamentul subiecților față de metodele moderne de prevenire, control și vindecare a bolilor, dar și atitudinile și comportamentele privitoare la practicile tradiționale de menținere a sănătății. Din analiza noastră se pot trage două concluzii: populația romă manifestă o preocupare reală pentru sănătate și preocuparea nu este întotdeauna controlată medical (Romani CRISS, 2009).

Aceeași analiză relevă faptul că nu s-a evidențiat o patologie specifică populației de etnie romă. Astfel, românii se confruntă în principal, la fel ca populația majoritară, cu patologii cardio-vasculare și

boli de nutriție, copiii suferind îndeosebi de afecțiuni ale aparatului respirator.

4. Concluzii

Accesibilitatea populației roma la serviciile de sănătate depinde de o serie de factori, precum statutul socio-economic, gradul de integrare în comunitate sau posibilitatea de a avea un medic de familie. Pe lângă aceștia, alți factori influențează în mod semnificativ apelarea la serviciile de sănătate: credințele despre boală determinate de aspecte culturale, migrația ca stil de viață, imaginea vindecătorului (poate fi și medicul) și explicația complicată despre boală și moarte în termeni religioși și metaforici, la care se adaugă lipsa unei educații pentru sănătate. Populația roma este o populație vulnerabilă din punct de vedere a obținerii unei îngrijiri medicale în ceea ce privește diagnosticul, tratamentul și recuperarea. Credințele culturale și reprezentările sociale despre sănătate și moarte precum și fenomenul bolii sunt profund înrădăcinate în credințele etnice și religioase.

Bibliografie:

1. Becares, L. (2015). Which ethnic groups have the poorest health?. *Ethnic Identity and Inequalities in Britain: The Dynamics of Diversity*, 123.
2. Bennett, J. (2010). Raportul Național IRSDTC pentru România, 2010. *Project: Roma*.
3. Cace, S (coord), (2014), *Politici de incluziune a romilor în statele membre ale Uniunii Europene*, Institutul European din România.
4. Carrasco-Garrido, P., De Andrés, A. L., Barrera, V. H., Jiménez-Trujillo, I., & Jiménez-García, R. (2011). Health status of Roma women in Spain. *The European Journal of Public Health*, 21(6), 793-798.
5. Condon, L. J., & Salmon, D. (2014). 'You likes your way, we got our own way': Gypsies and Travellers' views on infant feeding and health professional support. *Health Expectations*.
6. Cook, B., Wayne, G. F., Valentine, A., Lessios, A., & Yeh, E. (2013). Revisiting the evidence on health and health care disparities among the Roma: a systematic review 2003–2012. *International journal of public health*, 58(6), 885-911.
7. Dumitras, S., Gramma, R., Roman G, Parvu, A., Enache M., Moisa, S.M., Ioan B., (2013), Considerations on the particularities of the illness and death perception for roma people *Romanian Journal of Pediatrics*, 62 (1), 69-73.

8. Fésüs, G., Östlin, P., McKee, M., & Ádány, R. (2012). Policies to improve the health and well-being of Roma people: The European experience. *Health Policy*, 105(1), 25-32.

9. Masseria, C., Mladovsky, P., & Hernández-Quevedo, C. (2010). The socio-economic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania. *The European journal of public health*, 20(5), 549-554.

10. McKee, M. (1997). The health of gypsies. *BMJ*, 315(7117), 1172-1173.

11. Rambousková, J., Dlouhý, P., Křížová, E., Procházka, B., Hrnčířová, D., & Anděl, M. (2009). Health behaviors, nutritional status, and anthropometric parameters of Roma and non-Roma mothers and their infants in the Czech Republic. *Journal of nutrition education and behavior*, 41(1), 58-64.

12. Romani CRISS Organization. (2007) *Serviciile de sănătate și romi. Evaluarea sistemului de mediere sanitară*. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_ro.pdf, Retrieved at 10th March 2015.

13. Rughiniș, C. (2010). The forest behind the bar charts: bridging quantitative and qualitative research on Roma/Țigani in contemporary Romania. *Patterns of prejudice*, 44(4), 337-367.

14. Singh, D. (2011). Attitudes and praxis of traditional forms of health care in a post-communist Romanian Romani community. *Anthropology of East Europe Review*, 29(1), 127-140.

15. *Strategia Guvernului României de incluziune a cetățenilor români aparținând minorității rome pentru perioada 2014-2020*, http://www.anr.gov.ro/docs/Site2014/Strategie/Strategie_final_18-11-2014.pdf, Retrieved at 14th of March, 2015.

16. Wamsiedel, M., Jitariu, C., Barbu, S., Cnab, T., (2007), *Sănătate și comunitate romă, analiză asupra situației din România*. Raport Romani CRISS Organization. <http://www.romanicriss.org/Sanatatea%20si%20comunitatea%20roma%20%20a%20situatiei%20din%20Romania.pdf>

17. Wamsiedel, M., Vincze, E., Ionescu I., (2011), Raport Romani CRISS Organization, *Roma Health Perspective of the actors involved in the health system – doctors, health mediators and patients*, http://www.romanicriss.org/PDF/raport%20final%20osi%20health%20_engleza.pdf, Retrieved at 14th of March, 2015.

18. Weyrauch, W. O. (1997). Romaniya: an introduction to Gypsy law. *The American Journal of Comparative Law*, 225-235.

19. Zamfir, C. și Preda, M. (coord.). (2002). *Romii în România*. București: Editura Expert.