

Z ZDRAVJEM POVEZAN ŽIVLJENJSKI SLOG ROMOV

(prispevek k zmanjšanju neenakosti v zdravju)



*Branislava Belović,
Lijana Zaletel Kragelj,
Jerneja Farkaš Lainščak*

Naslov publikacije:

Z ZDRAVJEM POVEZAN ŽIVLJENJSKI SLOG ROMOV
(prispevek k zmanjševanju neenakosti v zdravju)

Avtorji:

Branislava Belović, Lijana Zaletel Kragelj, Jerneja Farkaš Lainščak

Pregled besedila:

Jasmina Papić
Staša Tkalec

Izdajatelj:

Pomursko društvo za boj proti raku
Nacionalni inštitut za javno zdravje OE Murska Sobota

Kraj in leto izdaje:

Murska Sobota, 2015

Oblikovanje:

MEDIA IN

Tisk:

Grahcom d.o.o



NIJZ Nacionalni inštitut
za javno zdravje

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

614(497.411)
316.344:614(497.411)

BELOVIĆ, Branislava

Z zdravjem povezan življenjski slog Romov : (prispevek k zmanjševanju neenakosti v zdravju) / Branislava Belović, Lijana Zaletel Kragelj, Jerneja Farkaš Lainščak. - Murska Sobota : Pomursko društvo za boj proti raku : Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2015

ISBN 978-961-93457-2-6 (Pomursko društvo za boj proti raku)
ISBN 978-961-6911-68-9 (Nacionalni inštitut za javno zdravje)
1. Zaletel-Kragelj, Lijana 2. Farkaš-Lainščak, Jerneja 280707840

Zahvala: Za izvrstno opravljeno pridobivanje podatkov na terenu se najlepše zahvaljujem sodelavcem iz Zavoda za zdravstveno varstvo Murska Sobota (sedaj Nacionalni inštitut za javno zdravje): Ani Fujs, Ivani Žilavec, Cilki Sušec, Zdenki Verban Buzeti in Biljani Kramberger.

Prav tako se zahvaljujem Ani Fujs za vnos podatkov pridobljenih z anketiranjem na terenu in njihovo pripravo za statistično analizo.

Podatki so bili pridobljeni v projektu *Romska skupnost - zmanjševanje razlik v zdravju*, ki ga je sofinancirala EU v okviru Skupnega sklada za male projekte HU.2003/004-561-02 – SI.2003/004-381-02. Nosilec projekta je bilo Pomursko društvo za boj proti raku.

KAZALO

PREDGOVORA	5
ZAKAJ RAZISKAVA Z ZDRAVJEM POVEZANEGA ŽIVLJENJSKEGA SLOGA ROMSKE POPULACIJE?	7
ZDRAVJE, VPLIVI NA ZDRAVJE IN	8
NEENAKOSTI V ZDRAVJU	8
ROMI V SLOVENIJI IN POMURJU	10
RAZISKAVA Z ZDRAVJEM POVEZANEGA ŽIVLJENJSKEGA SLOGA PRI ROMIH V POMURJU	11
<i>Izhodišče raziskave</i>	12
<i>Namen raziskave v romski skupnosti</i>	12
<i>Cilji raziskave v romski skupnosti</i>	13
<i>Anketiranci in metoda dela</i>	13
<i>Anketiranje</i>	15
<i>Statistična analiza</i>	15
<i>Prikaz rezultatov raziskave</i>	15
REZULTATI RAZISKAVE	16
OPIS VZORCA ZA ANALIZO	17
RABA ZDRAVSTVENIH STORITEV	18
SAMOCENA ZDRAVJA	19
SKRB ZA ZDRAVJE	20
PREHRANA	21
TELESNA DEJAVNOST	23
KAJENJE	24
ALKOHOL	25
STRES	26
STANJE HRANJENOSTI	27
BOLEZNI SRCA IN OŽILJA	28
SLADKORNA BOLEZEN	30
KRONIČNE BOLEZNI DIHAL	31
JETRNA CIROZA	32
ZAKLJUČEK	33
VIRI	34

PREDGOVOR

Pričujoča publikacija je dragoceni vir razumevanja zdravja ne le kot temeljne vrednote vsakega posameznika in družbe, temveč predvsem kot osnovne človekove pravice. Pravica do zdravja sodi tudi formalno med temeljne ekonomske, socialne in kulturne pravice. Že Splošna deklaracija človekovih pravic iz leta 1948 v 25. členu slehernemu posamezniku priznava »pravico do takšne življenjske ravni, ki zagotavlja njemu in njegovi družini zdravje in blaginjo, vključno s hrano, obleko, stanovanjem, zdravniško oskrbo in potrebnimi socialnimi storitvami«. Še izrecneje Mednarodni pakt o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah oz. pogodbenice tega Pakta priznavajo vsakomur »pravico do najvišjega dosegljivega standarda fizičnega in mentalnega zdravja«.

Šele tovrstno širše razumevanje zdravja v povezavi z ustrezno življenjsko ravno posameznika nam razkrije, da je pravica do zdravja veliko več kot le ustreza zdravniška oskrba za ohranitev ali povrnitev fizičnega in mentalnega blagostanja. Priznavanje te pravice poleg primarne skrbi posameznika za ohranjanje svojega telesnega in duševnega dobrega počutja z zdravim življenjskim slogom osvetljuje pomen drugih determinant zdravja. Tako medicina kot družboslovne vede, ko obravnavajo družbene vidike zdravja, potrjujejo povezavo med posameznikovim ekonomskim in socialnim statusom, stopnjo izobrazbe, razmerami na delovnem mestu, okoljem, itd. ter zdravjem kot stanjem, ki simbolizira najvišjo stopnjo uveljavljenosti te človekove pravice. Razvijanje za zdravje spodbudnih dejavnikov iz naravnega in družbenega okolja ter ustvarjanje ugodnih ekonomskih in socialnih razmer bi torej moralo biti eden poglobitnih ciljev vsake družbe in vodilo politik države, ki razume zdravje kot vrednoto in pravico.

Poleg prepovedi diskriminacije, ki je vgrajena v človekovo pravico do najvišjega dosegljivega standarda fizičnega in mentalnega zdravja, ideja o večplastnosti in prepletenosti determinant zdravja kaže na potrebo po posebni občutljivosti do najbolj ranljivih skupin prebivalstva. Avtorice pričujoče publikacije pregledno predstavijo poglobitne značilnosti z zdravjem povezanega življenjskega sloga Romov kot tradicionalno ekonomsko, socialno in kulturno marginalizirane etnične skupine. Ugotovitve glede slabšega zdravstvenega stanja romskega prebivalstva v primerjavi s celotnim prebivalstvom Pomurja postavljajo v kontekst širših strukturnih dejavnikov (slabših bivalnih razmer, nižje izobrazbe, višje brezposelnosti, kulturnih dejavnikov ...). S tem dajejo svoj izvorni prispevek k celovitejšemu razumevanju zdravja kot vrednote in temeljne človekove pravice, hkrati pa publikacija predstavlja verodostojno podlago konkretnim politikam in ukrepom za zmanjševanje neenakosti v zdravju.

dr. Staša Tkalec

raziskovalka s področja človekovih pravic in globalizacije

PREGOVOR

Za etnično skupino Romov v Sloveniji je značilna večplastna prikrajšanost, ki je posledica vpliva socialnih in ekonomskih dejavnikov, predvsem slabih ali neprimernih stanovanjskih in življenjskih pogojev, nizke stopnje izobrazbe, visoke stopnje brezposelnosti in posledične revščine. K tem dejavnikom se pridružujejo še stigmatizacija in predsodki večinskega prebivalstva do Romov. Že eden ali dva od naštetih dejavnikov, ko delujeta dlje časa, vplivata na poslabšanje zdravja. Pri Romih je prisotno hkrati več dejavnikov, ki ustvarjajo negativno sinergijo in posledično slabše zdravstveno stanje ter krajšo življenjsko dobo. Zgoraj navedene trditve temeljijo na podatkih iz raziskav narejenih v drugih državah.

Pričujoča raziskava ponuja prve zanesljive podatke o zdravju Romov v Sloveniji, ki omogočajo planiranje na dokazih temelječih ukrepov namenjenih izboljšanju zdravstvenega stanja Romskega prebivalstva.

Raziskava z zdravjem povezanega življenjskega sloga romskega prebivalstva temelji na metodologiji in vprašalniku CINDI Health Monitor, ki je uporabljen tudi pri večinskem odraslem prebivalstvu Slovenije. Na ta način je možno z veliko objektivnostjo primerjati zdravstveno stanje Romov z zdravstvenim stanjem večinskega prebivalstva glede na stopnjo izobrazbe, bivalno okolje, življenjski slog ter najpogostejše kronične bolezni.

Rezultati raziskave so pokazali slabše zdravstveno stanje romskega prebivalstva pri vseh spremljanih kazalnikih, nižjo stopnjo izobrazbe in višjo brezposelnost. K tem kazalnikom se pridružujejo še slabši bivalni in življenjski pogoji, kulturološke značilnosti ter odklonilni ali zadržani odnos večinskega prebivalstva.

Asist. Tatjana Krajnc-Nikolić, dr.med., spec., MScPH (UK)

Nacionalni inštitut za javno zdravje

ZAKAJ RAZISKAVA Z ZDRAVJEM POVEZANEGA ŽIVLJENJSKEGA SLOGA ROMSKE POPULACIJE?

Raziskava »Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih romske skupnosti« je prva tovrstna raziskava med romsko populacijo v Evropi. Raziskali smo z zdravjem povezan vedenjski slog prebivalcev romske skupnosti (kadilske, prehranske in gibalne navade, navade pitja alkohola, navade povezane z varnostjo v cestnem prometu...). Raziskava je bila narejena po enaki metodologiji kot nacionalne raziskave »Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih Slovenije« 2001, 2004, 2008 in 2012.

Rezultati raziskave služijo kot osnova za pripravo politik in programov krepiteve in varovanja zdravja romske populacije ter njihovo implementacijo z namenom zmanjševanja neenakosti v zdravju.



ZDRAVJE, VPLIVI NA ZDRAVJE IN NEENAKOSTI V ZDRAVJU

Kaj je zdravje?

Ena v današnjem času najbolj znanih opredelitev je opredelitev Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) iz leta 1948: »Zdravje ni samo odsotnost bolezni, temveč stanje popolnega fizičnega, mentalnega ter socialnega blagostanja«. Zdravje je tudi na splošno prepoznano kot ena največjih vrednot posameznikov in družbe.

Kaj vpliva na zdravje?

Zdravje prebivalcev ni determinirano le z biološkimi dejavniki, nanj vplivajo tako življenjski slog posameznika, dejavniki iz naravnega, bivalnega in delovnega okolja ter okolja, ki ga pogojujejo splošne socialno ekonomske, kulturne in okoljske razmere.

Kaj so neenakosti v zdravju?

Povezava med socialno-ekonomskimi dejavniki, kot so revščina, stanovanjske razmere, izobrazba, zaposlitev, okoljski pogoji, življenjski slog itd., in zdravjem je v današnjem času zelo očitna in tudi dokazana.

Ta model zdravja, ki ga podpira Svetovna zdravstvena organizacija (SZO), prikazuje vpliv raznih dejavnikov na zdravje. Sem spadajo posamezni genetski dejavniki, način življenja, makro socialnoekonomski, kulturni in okoljski dejavniki ter socialna kohezija, ki igra pri tem ključno vlogo, še posebej za šibkejše skupine.



Večina teh je odvisna od ekonomske razvitosti okolja in socialno-ekonomskega položaja posameznika. Revščina negativno vpliva na zdravje. Pripadniki nižjih socialno-ekonomskih slojev so pogosteje bolni kot pripadniki višjih, imajo krajšo pričakovano življenjsko dobo, manj zdrav življenjski slog. Posledica tega so neenakosti v zdravju. Neenakosti v zdravju, ki so pogojene z razlikami v družbenem položaju, postajajo vse večji problem sodobne družbe. Opisane so kot razlike v incidenci in prevalenci zdravstvenih problemov med posamezniki z nižjim oziroma višjim socialno-ekonomskim statusom. Lahko tudi rečemo, da so »neenakosti v zdravju« ali »razlike v zdravju družbenih skupin« razlike glede na nekatere zdravstvene kazalce (umrljivost, obolevnost, življenjski slog, dostop do zdravstvenih storitev itd.) med skupinami prebivalstva, ki lahko temeljijo na bioloških, družbenih, gospodarskih in geografskih značilnostih.

V primerjavi z drugimi regijami v Sloveniji je zdravstveno stanje prebivalstva Pomurja slabše, torej obstajajo medregijske neenakosti v zdravju. Razen tega v Pomurju obstajajo znotrajregijske neenakosti v zdravju, ki se nanašajo na razlike v zdravstvenem stanju pomurskega prebivalstva. Rizične skupine so osebe z nižjo stopnjo izobrazbe, brezposelni, starejši, Romi ...



ROMI V SLOVENIJI IN POMURJU

Romi so staroselsko ljudstvo severozahodnega predela Indije. V Jugovzhodno Evropo so Romi prišli v zgodnjem 13. stoletju, v Srednjo in Vzhodno Evropo v 14. stoletju, ter Zahodno in Vzhodno Evropo v poznem 14. in zgodnjem 15. Stoletju. Naselitev Romov na območje sedanje Slovenije je bila osredotočena na tri regije in sicer Dolenjsko, Gorenjsko in Prekmurje.

Natančno število Romov v Sloveniji ni znano. Po zadnjem popisu iz leta 2002 se jih je za Rome opredelilo 3246 oseb, po materinem jeziku pa 3834. Po neuradnih podatkih pa živi v Sloveniji od 8.000 do 10.000.

Podatki kažejo, da je skoraj polovica vseh Romov v Sloveniji starih do 18 let, del starejših od 65 let pa je bistveno nižji kot pri slovenskem prebivalstvu. Podatki o deležu starejših od 65 let nam potrjujejo, da je življenjska doba Romov bistveno krajša od preostalega prebivalstva. Značilna je izčrpanost, na kar vpliva način življenja, pogosto obolenje in neustrezno zdravljenje.

V Pomurju se jih je pri zadnjem popisu leta 2002 po narodni pripadnosti za Rome opredelilo 980. Najpomembnejša naselja, kjer živijo Romi so: Pušča-Černelavci-M. Sobota, Vanča vas-Borejci, Serdica – Sotina – Gornji Slaveči, Dolga vas- Dolgovaške gorice-Lendava, Pertoča-Ropoča, Ropoča-Krašči – Gornji Črnci- Cankova-Domajinci, Zenkovci-Lemerje.

Zakaj malo vemo o zdravju in zdravstvenem stanju Romov?

O zdravju Romov vemo bolj malo. V Sloveniji, v redni zdravstveni statistiki nimamo podatkov o zdravju in zdravstvenem stanju Romov, ker je narodnost spremenljivka, ki se je ne sme zahtevati pri pridobivanju podatkov zdravstvene statistike in je zaradi nepopolnosti neuporabna. Prav tako je malo raziskav, ki se nanašajo na zdravje Romov, pa še te so omejene na zelo majhna geografska območja (posamezne vasi) in majhno število vključenih Romov.

RAZISKAVA Z ZDRAVJEM POVEZANEGA ŽIVLJENJSKEGA SLOGA PRI ROMIH V POMURJU



Izhodišče raziskave

Obolevnost in prezgodnja umrljivost prebivalstva Slovenije zaradi kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB) je postala tako pereč problem, da se je zaznalo potrebo po njegovem raziskovanju in razreševanju. Raziskava vedenjskega sloga je pokazala, da je le ta nezdrav. Istočasno so bile zaznane neenakosti v zdravju med posameznimi regijami, kot tudi neenakosti med posameznimi rizičnimi skupinami. Ukrepi, ki so sledili raziskavi so že dali prve rezultate.

Slabše zdravstveno stanje in višja zgodnja umrljivost med romskim prebivalstvom je prav tako narekovala potrebo po presečni raziskavi, ki bo osnova za pripravo strateškega dokumenta za zmanjševanje razlik v zdravju med romsko populacijo.

Raziskava »Dejavniki tveganja za nenalezljive bolezni pri odraslih prebivalcih romske skupnosti«, ki je bila narejena leta 2005/2006 je presečna pregledna epidemiološka raziskava in je primerna za opredelitev razsežnosti pojavov na ravni populacije ali populacijskih skupin. Pomen presečnih raziskav javnega zdravja je velik. Njihovi rezultati nam pomagajo pri:

- ocenjevanju zdravstvenega stanja prebivalstva in njegovih življenjskih navad
- monitoringu
- opredeljevanju prednostnih ciljev in načrtov za izboljševanje zdravstvenega stanja prebivalstva
- vrednotenju ukrepov na področju javnega zdravja
- načrtovanju aktivnosti promocije zdravja

Namen raziskave v romski skupnosti

Raziskave kažejo, da obstajajo razlike med Pomurjem in Slovenijo, kot tudi znotraj samega Pomurja(etnične in socialno ekonomske skupine, ženske, moški...), še posebej so izražene med etničnimi skupinami.

Namen raziskave je prispevati k zmanjševanju razlik v zdravju skozi promocijo zdravja.

Cilji raziskave v romski skupnosti

Cilj raziskave je bil pri romskem prebivalstvu v Pomurju oceniti:

- zdravstveno stanje in uporabo zdravstvenih storitev,
- kadilske razvade,
- prehranske navade,
- razvade uživanja alkoholnih pijač,
- grobi telesni ustroj in gibalne navade
- navade v povezavi s prometno varnostjo ter
- socialno vključenost v svoji skupnosti in izven nje, vse skupaj v povezavi s:
 - spolom,
 - starostjo,
 - stopnjo izobrazbe in
 - razmerami v naseljih, v katerih živijo.

Anketiranci in metoda dela

Vprašalnik

V raziskavi smo uporabili vprašalnik, ki ga uporablja SZO v okviru svojega programa za boj proti nenalezljivim boleznim CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention), in ki smo ga priredili razmeram v romski skupnosti.

Gre za vprašalnik, s katerim se v programu CINDI ocenjuje izhodiščno stanje pred začetkom izvajanja le-tega v posamezni državi na ravni celotne države in nato vsakih nekaj let, da se ovrednoti globalen napredek programa - CINDI Health Monitor (CHM). Izvira iz projekta Finbalt Health Monitor. V državah, ki so CINDI program začele izvajati pred letom 2000, ko je ta vprašalnik bil na ravni SZO med državami članicami CINDI programa dogovorjen, služi kot opora osnovnim CINDI raziskavam (CINDI Risk Factor/ Process Evaluation), namenjenim demonstracijskim območjem tega programa.

Razlog, da smo uporabili ta vprašalnik je v tem, da smo želeli kolikor se da, raziskavo izvesti tako, da bi bila primerljiva z ostalimi podobnimi raziskavami v Sloveniji. Odločitev je bila, da zaradi tega, ker smo v Sloveniji raziskave tipa CHM začeli izvajati med odraslo populacijo na ravni države, uporabimo to vrsto raziskave tudi v romski skupnosti. S CHM raziskavami smo v Sloveniji začeli v letu 2001 in jih poimenovali »Z zdravjem povezan vedenjski slog«.



Vsebina vprašalnika za Slovenijo je urejena v naslednje skupine podatkov:

- osnovni demografski podatki anketiranca,
- navade glede koriščenja nekaterih zdravstvenih storitev in ocena njegovega zdravstvenega stanja,
- kajenje
- prehrana,
- alkohol,
- telesna teža, telesna višina in gibalne navade ter
- prometna varnost.

Vprašanja so v večji meri zaprtega tipa.

Vprašalnik za romsko skupnost smo spremenili pri tistih vprašanjih, pri katerih ta skupnost močno odstopa od večinskega prebivalstva. Primer je vprašanje o vrsti dela. Večina romskega prebivalstva namreč ni zaposlenega.

Dodali smo tudi skupino vprašanj, ki se nanaša izključno na romsko skupnost in odnose znotraj nje.

Vzorčenje

Vzorčenje je potekalo na naslednji način:

1. Romske vasi (zaselke), kjer smo anketirali smo izžrebali.
2. Na Pušči, ki je večje naselje smo dobili anketirance po volilnem imeniku – vzeli smo vsakega tretjega.
3. V ostalih vaseh (zaselkih) smo prišli v skoraj vsako hišo, in če je bil član družine primerne starosti, smo ga prosili za anketo in anketirali.
4. Pazili smo na to, da smo zajeli oba spola približno v enakem številu.
5. V nekaterih hišah stanovalcev ni bilo doma, nekateri so bili starejši od 65 let, nekaj pa jih je sodelovanje odklonilo.

Anketiranje

Anketiranje so opravljali na domu strokovni delavci Zavoda za zdravstveno varstvo Murska Sobota in dipl. medicinske sestre iz patronažne službe Zdravstvenega doma Murska Sobota.

Ankete so bile izvajane od meseca decembra 2005 do sredine marca 2006 v 18 romskih naseljih:

Vadarci, Vanča vas, Pušča, Kamenci, Dolina, Dolič, Gornji Slaveči, Zenkovci, Kuštanovci, Dobrovnik, Lemerje, Gornji Črnci, Krašči, Domajinci, Ropoča, Borejci, Sotina, Serdica.

Anketiranih je bilo 259 naključno izbranih odraslih romskih prebivalcev, starih od 25 do 65 let.

Statistična analiza

Za analizo smo uporabili opisne statistične metode za opisne podatke.

Analizirali smo tista vprašanja, pri katerih je bila zanesljivost velika.

Odgovore na ta vprašanja smo primerjali v celotni skupini, nato pa še glede na spol, starost, izobrazbo in naselje v smislu bolj ali manj ugodnih življenjskih razmer.

Da podatki ne bi bili preveč razdrobljeni, smo spol, starost, izobrazbo in naselje uredili v naslednje kategorije:

- spol (moški, ženske),
- starost (25-30 let, 31-40 let, 41-50 let, 51 let in več)
- izobrazbo (nedokončana osnovna šola, osnovna šola, poklicna šola ali več) in
- naselje v smislu bolj ali manj ugodnih življenjskih razmer (ugodne razmere: Vadarci, Vanča vas, Pušča, Zenkovci, Lemerje in Borejci; manj ugodne razmere: Kamenci, Dolina, Dolič, Gornji Slaveči, Kuštanovci, Dobrovnik, Gornji Črnci, Krašči, Domajinci, Ropoča, Sotina in Serdica).

Tudi odgovore na vprašanja, ki smo jih v pričujoči publikaciji analizirali, smo združevali, kjer je to bilo potrebno.

Podatki so obdelani v programu SPSS – Statistical Package for Social Sciences in prikazani tabelarično.

Prikaz rezultatov raziskave

Podatki so prikazani skupaj za oba spola, po spolu, starostnih skupinah in izobrazbi. Prikazana je primerjava z rezultati istovetne raziskave med prebivalstvom Pomurja narejene 2004. Ker obe raziskavi nista bili narejeni istočasno je primerjana raziskava iz leta 2004 časovno najbližja raziskavi med romsko populacijo narejeni v letu 2005/2006.



REZULTATI RAZISKAVE

OPIS VZORCA ZA ANALIZO

Anketo enega anketiranca smo izločili zaradi manjkajočih podatkov, tako je za analizo ostalo 258 anket. Porazdelitev po spolu, starostnih skupinah in izobrazbenih skupinah, je prikazana v naslednji preglednici.

		N SKUPAJ	N PO SKUPINAH	%
SPOL	moški	258	101	39,1
	ženske		157	60,9
STAROST	25-30 let	258	51	19,7
	31-40 let		71	27,5
	41-50 let		68	26,4
	51 let in več		68	26,4
IZOBRAZBA	nedokončana osnovna šola	239	131	54,8
	osnovna šola poklicna šola		66	27,6
	ali višja		42	17,6



RABA ZDRAVSTVENIH STORITEV

Koriščenje zdravstvenih storitev med romsko populacijo predstavlja eno izmed osnov za pripravo in izvedbo ukrepov za zmanjševanje neenakosti v zdravju. Omenjene podatke lahko zagotovimo izključno s pomočjo raziskav med romskim prebivalstvom.



		Obisk pri zdravniku v zadnjem letu (v %)			Zdravljenje v bolnišnici v zadnjem letu (v %)		
		0 krat	1-5 krat	6 in večkrat	0 krat	1 krat	2 krat ali pogosteje
SPOL	moški	26,7	35,7	37,6	81,1	14,9	4,0
	ženske	15,3	28,7	56,0	69,9	22,4	7,7
STAROST	25-30 let	29,3	31,4	39,3	76,5	17,6	5,9
	31-40 let	26,7	42,3	31,0	80,0	15,7	4,3
	41-50 let	10,3	29,4	60,3	69,1	23,5	7,4
	51 let in več	14,6	22,1	63,3	72,1	20,6	7,3
SKUPAJ		19,7	31,5	48,8	74,3	19,5	6,2

CELOTNA SKUPINA: Malo manj kot 20% Romov v zadnjem letu pred anketiranjem ni bilo nikoli pri splošnem zdravniku ali specialistu, kar 36% pa jih je bilo več kot 10 krat. Prav tako se je v zadnjem letu v bolnišnici zdravilo več kot 25% anketiranih Romov.

SPOL: Ženske splošnega zdravnika ali specialista obiskujejo pogosteje kot moški. Enako je pri zdravljenju v bolnišnici.

STAROST: Število obiskov pri zdravniku s starostjo raste, v starostni skupini več kot 50 let pa je odstotek tistih Romov, ki so bili v zadnjem letu pri splošnem zdravniku ali specialistu več kot 10 krat kar 51,5%. Najpogosteje so bili hospitalizirani tisti iz starostne skupine 41-50 let (nekaj več kot 30%).

V PRIMERJAVI S PREBIVALSTVOM POMURJA: Podatkov o rabi zdravstvenih storitev med prebivalci Pomurja pridobljenih v raziskavi z zdravjem povezanega vedenjskega sloga ni.

SAMOOCENA ZDRAVJA

Samoocena zdravstvenega stanja oziroma zaznavanje zdravja je kazalnik, ki lahko zelo dobro napove manjzmožnost, funkcionalno sposobnost, obolenost in umrljivost prebivalstva. Gre za uveljavljeno mero splošnega zdravstvenega stanja, ki odseva biološke, socialno-ekonomske in psihosocialne dimenzije zdravja posameznika. Pomembno je poudariti, da slaba samoocena zdravja odseva tudi psihološke in socialne težave, ki so posledica zdravstvenih težav.

	v %	zelo dobro	dobro	srednje	slabo	zelo slabo
SPOL	moški	10,9	26,7	39,6	18,8	4,0
	ženske	7,6	23,6	31,2	31,8	5,8
STAROST	25-30 let	21,5	47,1	21,6	9,8	0,0
	31-40 let	11,3	33,8	35,2	16,9	2,8
	41-50 let	2,9	10,3	47,1	30,9	8,8
	51 let in več	2,9	13,2	30,9	45,6	7,4
SKUPAJ		8,9	24,8	34,5	26,7	5,1

CELOTNA SKUPINA: Svoje trenutno zdravstveno stanje kot slabo ali zelo slabo ocenjuje 31,8% Romov.

SPOL: Med moškimi je takih bistveno manj (22,8%) kot med ženskami (37,6%).

STAROST: Največ je takih Romov, ki svoje trenutno zdravstveno stanje ocenjujejo kot slabo ali zelo slabo v najstarejši starostni skupini (52,9%), potem pa ta odstotek močno pada.

V PRIMERJAVI S PREBIVALSTVOM POMURJA: Kot zelo slabo svoje zdravje ocenjuje 11,2% prebivalcev Pomurja. V romski populaciji je ta delež veliko večji in znaša 31,8 %.



SKRB ZA ZDRAVJE

Skrb za lastno zdravje je življenjska navada, del kulture in načina življenja, ki v veliki meri lahko prispeva k varovanju in krepitvi zdravja.

	v %	Zelo	Kar dobro	Bolj malo, premalo	Skoraj nič	Ne vem, kaj bi rekel
SPOL	moški	5,9	58,4	27,7	4,0	4,0
	ženske	4,5	57,8	31,2	4,6	1,9
STAROST	25-30 let	11,8	60,8	21,6	3,8	2,0
	31-40 let	2,8	56,3	33,8	5,6	1,5
	41-50 let	6,1	45,5	42,4	1,5	4,5
	51 let in več	1,5	70,1	19,4	6,0	3,0
SKUPAJ		5,1	58,0	29,8	4,3	2,7

CELOTNA SKUPINA: Na vprašanje kako skrbijo za svoje zdravje, jih je več kot 60% odgovorilo, da zelo dobro ali kar dobro.

SPOL: Razlik med moškimi in ženskami skoraj ni.

STAROST: Odstotek Romov, ki ocenjuje, da za svoje zdravje skrbi zelo dobro ali kar dobro, s starostjo pada.

V PRIMERJAVI S PREBIVALSTVOM POMURJA: Podatkov o skrbi za zdravje med prebivalci Pomurja pridobljenih v raziskavi z zdravjem povezanega vedenjskega sloga ni.

PREHRANA



Prehrana in zdravje sta tesno povezana, kar dokazujejo izsledki številnih raziskav. Zdrava in pestra prehrana je varovalni dejavnik in obratno nezdrav način prehranjevanja je dejavnik tveganja za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni.

	v %	Vsakdanje uživanje zajtrka		Vsakdanje uživanje sadja		Vsakdanje uživanje zelenjave	
		Da	Ne	Da	Ne	Da	Ne
SPOL	moški	50,6	49,4	21,8	78,2	34,7	65,3
	ženske	50,3	49,7	37,0	63,0	37,2	62,8
STAROST	25-30 let	54,9	45,1	27,4	72,6	37,3	62,7
	31-40 let	42,3	57,7	29,6	70,4	36,5	63,5
	41-50 let	49,3	50,7	36,8	63,2	41,2	58,8
	51 let in več	57,4	42,6	29,4	70,6	27,9	72,1
SKUPAJ		50,6	49,4	31,0	69,0	36,2	63,8

CELOTNA SKUPINA: Zajtrk kot najpomembnejši obrok dneva uživa 50,6% anketirancev, po drugi strani pa jih kar 36,6% zajtrka ne uživa nikoli. Svežo zelenjavo v povprečju anketiranci uživajo najpogosteje 1 krat na dan, sveže sadje pa v povprečju najpogosteje 1-3 krat na teden.

SPOL: Zajtrka nikoli ne uživa večji odstotek moških kot žensk. Moški v povprečju svežo zelenjavo najpogosteje uživajo 1 krat na dan, prav tako tudi ženske, odstotek pa je med njimi višji. Sveže sadje moški najpogosteje uživajo v povprečju 1-3 krat na teden, prav tako tudi ženske, odstotek pa je med njimi nižji.

STAROST: Najvišji je odstotek Romov, ki zajtrka ne uživajo nikoli, med starimi 41-50 let, odstotek tistih, ki zajtrk uživajo vsak dan, pa je najvišji med najstarejšimi. Vsi anketiranci razen starostne skupine 51 let in več let v povprečju najpogosteje uživajo svežo zelenjavo 1 krat na dan. Ta skupina jo v povprečju uživa najpogosteje 1-3 krat na teden. Prav tako vsi anketiranci razen starostne skupine 41-50 let v povprečju najpogosteje uživajo sveže sadje 1-3 krat na teden. Ta skupina ga v povprečju uživa najpogosteje 4-6 krat na teden.

V PRIMERJAVI S PREBIVALSTVOM POMURJA:

Podatki kažejo, da 50,4% prebivalcev Pomurja uživa zajtrk vsak dan, sadje vsak dan uživa 56,6 %, zelenjavo pa vsak dan uživa 60,7%. Prehranske navade v romski skupnosti so slabše, predvsem se to nanaša na uživanje sadja (31%) in zelenjave (36,2%).

TELESNA DEJAVNOST

Telesna dejavnost v veliki meri vpliva na zdravje, bodisi kot zaščitni dejavnik oziroma dejavnik tveganja za kronične nenalezljive bolezni in prezgodnjo smrt. Redna in zadostna telesna dejavnost krepi in varuje zdravje. Na zdravje vpliva telesna dejavnost v trajanju vsaj pol ure večino dni v tednu.

	v %	Nikoli	1-4 dni vsaj pol ure	5 in več dni vsaj pol ure
SPOL	moški	34,0	42,0	24,0
	ženske	48,7	32,2	19,1
STAROST	25-30 let	27,5	39,2	33,3
	31-40 let	34,8	50,7	14,5
	41-50 let	53,7	25,4	20,9
	51 let in več	52,3	29,2	18,5
SKUPAJ		42,9	36,1	21,0

CELOTNA SKUPINA: Telesno aktivnih vsaj pol ure tako, da se preznojijo, 5 in več dni tedensko 21%.

SPOL: Več jih je med moškimi (24,0%) kot med ženskami (19,1%).

STAROST: Odstotek telesno aktivnih vsaj pol ure 5 in več dni tedensko s starostjo pada. Najvišji odstotek je med najmlajšimi anketiranci (33,3%), najnižji pa med najstarejšimi (18,5%).

V PRIMERJAVI S PREBIVALSTVOM POMURJA: Delež prebivalcev Pomurja, ki so telesno dejavni pet in več dni tedensko v trajanju vsaj pol ure je 59,9%. Ta delež v romski populaciji znaša 21%.



KAJENJE

Med dejavniki tveganja za kronične nenalezljive bolezni je kajenje najpomembnejši preprečljivi dejavnik tveganja za bolezni srca in ožilja, rakave bolezni, pljučne bolezni, osteoporozo... Posebno je potrebno poudariti učinke pasivnega kajenja, ki so dokazano enaki aktivnemu kajenju. Kajenje v bivalnih prostorih izpostavlja cigaretnemu dimu vse člane družine, od otrok in nosečnic do ostarelih.

	v %	Ne kadim in nisem nikoli kadil/a	Sedaj ne kadim, a prej sem kadil/a	Sedaj kadim
SPOL	moški	19,4	10,2	70,4
	ženske	40,3	9,1	50,6
STAROST	25-30 let	26,5	10,2	63,3
	31-40 let	34,3	7,1	58,6
	41-50 let	23,8	9,0	67,2
	51 let in več	42,4	12,1	45,5
SKUPAJ		32,1	9,5	58,3

CELOTNA SKUPINA: V času anketiranja je kadilo skoraj 60% anketirancev.

SPOL: Med moškimi je bilo kadilcev 70,4%, med ženskami pa 50,6%.

STAROST: Najvišji odstotek kadilcev je bil v starostni skupini 41-50 let, najnižji pa v najstarejši starostni skupini.

V PRIMERJAVI S PREBIVALSTVOM POMURJA: Delež kadilcev med prebivalci Pomurja je 23,4%, pri prebivalcih romske skupnosti je enkrat večji in sicer 58,3%. Med moškimi v Pomurju je 25,9% kadilcev, med Romi je ta delež 70,4%.

ALKOHOL

Tvegana in škodljiva raba alkohola predstavljata velik javnozdravstveni problem. Obenem sta ena glavnih preprečljivih dejavnikov tveganja za kronične nenalezljive bolezni, poškodbe in nasilje, saj povzročata odvisnost in več kot 60 različnih bolezni in poškodb.

v %	Visoko tvegano opijanje - moški		Visoko tvegano opijanje - ženske		
	Da	Ne	Da	Ne	
STAROST	25-30 let	30,0	70,0	30,0	70,0
	31-40 let	55,6	44,4	31,8	68,2
	41-50 let	33,3	66,7	13,9	86,1
	51 let in več	25,0	75,0	4,5	95,5
SKUPAJ	36,1	63,9	19,1	80,9	

CELOTNA SKUPINA: Visoko tvegano opijanje je prisotno pri 27,6% anketirancev.

SPOL: Pri nekaj več kot tretjini moških je prisotno visoko tvegano opijanje. Pri ženskah je ta delež manjši in znaša 19,1%.

STAROST: Odstotek je najnižji v starostni skupini 51 let in več. Pri moških znaša 25%, pri ženskah 4,5%. V starostni skupini 25-30 let je visoko tvegano opijanje prisotno v 30% pri obeh spolih.

V PRIMERJAVI S PREBIVALSTVOM POMURJA: Pri prebivalcih Pomurja je visoko tvegano opijanje prisotno pri 43%, v romski populaciji pa pri 27,6%.



STRES

Stres predstavlja čustveni, duševni, telesni in vedenjski odgovor posameznika na morebitno škodljiv stresni dejavnik oziroma stresor. Za kronični stres je značilna stalno zvišana količina izločenega kortizola, ki je odgovoren za presnovne spremembe in bolezni; zmanjšano sposobnost imunskega odziva ter duševne motnje.

	v %	Nikoli	Zelo redko	Občasno	Pogosto	Vsak dan
SPOL	moški	18,8	18,8	29,7	22,8	9,9
	ženske	7,1	17,2	34,0	26,3	15,4
STAROST	25-30 let	17,6	21,6	33,3	15,7	11,8
	31-40 let	8,5	23,9	36,6	21,1	9,9
	41-50 let	6,0	13,4	38,8	26,9	14,9
	51 let in več	16,2	13,2	20,6	33,8	16,2
SKUPAJ		11,7	17,9	32,3	24,9	13,2

CELOTNA SKUPINA: Pogosto ali vsak dan se pod stresom ali velikim pritiskom počuti 38,1% Romov.

SPOL: Med moškimi je takšnih 32,7%, med ženskami pa 41,7%.

STAROST: S starostjo odstotek Romov, ki so pogosto ali vsak dan pod stresom narašča, v najstarejši starostni skupini jih je že 50,0%.

V PRIMERJAVI S PREBIVALSTVOM POMURJA: Zelo pogosto ali vsakodnevno občutenje stresa doživlja 30,7% prebivalcev Pomurja. Pri pripadnikih romske skupnosti je ta delež 38,1%.

STANJE HRANJENOSTI

V razvitem svetu je danes debelost velik javno zdravstveni problem. Debelost je kronična presnovna bolezen s čezmernim kopičenjem maščevja. Povezana je s tveganjem za nastanek sladkorne bolezni tipa 2, nekaterih rakov, visokega krvnega tlaka, bolezni srca in ožilja, bolezni gibal, žolčnih kamnov in drugih bolezni. Kot grobo populacijsko merilo za debelost se uporablja indeks telesne mase (ITM).

	v %	ITM pod 18,5	ITM 18,5-24,9	ITM 25,0-29,9	ITM 30 in več
SPOL	moški	1,0	30,0	35,0	34,0
	ženske	3,2	33,8	33,7	29,3
STAROST	25-30 let	5,9	47,1	29,4	17,6
	31-40 let	0,0	31,4	42,9	25,7
	41-50 let	0,0	25,0	32,4	42,6
	51 let in več	4,4	29,4	30,9	35,3
SKUPAJ		2,3	32,3	34,2	31,1

Stanje hranjenosti glede na ITM:

- do 18,4 *podhranjenost*
- 18,5 – 24,9 *normalna hranjenost*
- 25,0 – 29,9 *čezmerna hranjenost*
- 30 in več *debelost*

CELOTNA SKUPINA: V celotni skupini anketirancev je tistih z ITM nad 30 več kot 31%, tistih z ITM pod 18,5 pa 2,3%.

SPOL: Med moškimi je tistih z ITM nad 30 nekoliko višji odstotek kot med ženskami, obratno pa je pri ITM pod 18,5.

STAROST: Največ anketirancev z ITM nad 30 je v starostni skupini 41-50 let, najmanj pa med najmlajšimi. V tej skupini tudi največ z ITM pod 18,5, sledijo pa jim najstarejši anketiranci.

V PRIMERJAVI S PREBIVALSTVOM POMURJA: Pri prebivalcih Pomurja je 14,6% oseb z ITM 30 in več. Ta delež je večji v romski skupnosti in znaša 31,1%.



BOLEZNI SRCA IN OŽILJA



Bolezni srca in ožilja sodijo med najpogostejše bolezni in vzroke smrti v razvith državah ter predstavljajo enega pomembnejših problemov sodobne medicine in bistveno vplivajo na druga področja naše družbe. Zvečan krvni tlak je ena od najpogostejših kroničnih bolezni srčno-žilnega sistema, saj se s to boleznijo sreča skorajda polovica odrasle populacije. Prav tako je najpogostejši dejavnik tveganja za bolezni srca in ožilja.

in %		Visok krvni tlak		Srčna kap		Angina pectoris		Možganska kap	
		Ne	Da	Ne	Da	Ne	Da	Ne	Da
SPOL	moški	74.3	25.7	93.1	6.9	82.2	17.8	97.0	3.0
	ženske	62.4	37.6	94.9	5.1	77.9	22.1	97.4	2.6
STAROST	25-30 let	92.2	7.8	100.0	0.0	88.2	11.8	100.0	0.0
	31-40 let	83.1	16.9	100.0	0.0	94.4	5.6	98.6	1.4
	41-50 let	57.4	42.6	89.6	10.4	75.7	24.3	97.1	2.9
	51 let in več	41.2	58.8	88.2	11.8	61.2	38.8	94.1	5.9
	SKUPAJ		67.1	32.9	94.2	5.8	79.6	20.4	97.3

CELOTNA SKUPINA: O zvišanem krvnem pritisku je poročalo 32,9% anketirancev, o preboleli srčni kapi 5,8% anketirancev, o angini pectoris 20,4 % anketirancev ter o preboleli možganski kapi 2,7% anketirancev.

SPOL: Med moškimi je o zvišanem krvnem pritisku poročalo 25,7%, med ženskami pa 37,6%. Med anketiranci je bilo 17,8%, moških in 22,1% žensk z angino pectoris. Možgansko kap je prebolelo 3,0% anketiranih moških in 2,6% anketiranih žensk, srčno kap pa 6,9% moških in 5,1% žensk.

STAROST: Med anketiranci starostne skupine 25-30 let je o zvišanem krvnem pritisku poročalo 7,8%, med anketiranci starostne skupine 31-40 let 16,9%, med anketiranci starostne skupine 41-50 let 42,6% in med anketiranci starostne skupine 51 let in več 58,8%. O preboleli srčni kapi ni poročal noben anketiranec starostnih skupin 25-30 let in 31-40 let. Pri anketirancih starostne skupine 41-50 let je delež tistih s prebolelo srčno kapjo zanašal 10,4%. Najvišji je bil med anketiranci starostne skupine 51 let in več in sicer 11,8%.

V PRIMERJAVI S PREBIVALSTVOM POMURJA: Ocenjena prevalenca zvišanega krvnega tlaka prebivalcev Pomurja starostne skupine 25-64 let znaša 24,7 %, pri prebivalcih romske skupnosti je višja in sicer 32,9 %. Ocenjena prevalenca angine pektoris pri prebivalcih Pomurja je 8,8%, v romski skupnosti pa 21,4%. Na tako veliko razliko bi lahko vplivalo tudi razumevanje o vprašani bolezni. Obstajajo razlike v ocenjeni prevalenci srčne kapi pri prebivalcih Pomurja (1,9%) in pripadnikih romske skupnosti (5,8%). Ocenjena prevalenca možganske kapi pri pripadnikih romske skupnosti je višja (2,7%) kot pri prebivalcih Pomurja (1,3%).



SLADKORNA BOLEZEN



Sladkorna bolezen sodi med tiste kronične bolezni, ki zaradi svoje velike pogostnosti ter zahtevne in kompleksne obravnave predstavljajo velik javno zdravstveni problem. Sodi med najpogostejše razloge, zaradi katerih prebivalci Slovenije obiščejo zdravnika.

	v %	Ne	Da 1*	Da 2*
SPOL	moški	91,1	4,0	4,9
	ženske	92,4	5,1	2,5
STAROST	25-30 let	98,0	2,0	0,0
	31-40 let	97,2	0,0	2,8
	41-50 let	86,8	5,9	7,3
	51 let in več	86,8	10,3	2,9
SKUPAJ		91,9	4,6	3,5

Da 1*- ugotovljena je bila v zadnjem letu

Da 2** - ugotovljena je bila pred več kot enim letom

CELOTNA SKUPINA: O sladkorni bolezni je poročalo 8,1% anketirancev.

SPOL: Med moškimi je o sladkorni bolezni poročalo 8,9%, med ženskami pa 7,6%.

STAROST: Med anketiranci starostne skupine 25-30 let je o sladkorni bolezni poročalo 2,0%, med anketiranci starostne skupine 31-40 let 2,8%, med anketiranci starostne skupine 41-50 let 13,2% in med anketiranci starostne skupine 51 let in več prav tako 13,2%.

V PRIMERJAVI S PREBIVALSTVOM POMURJA: Ocenjena prevalenca sladkorne bolezni pri prebivalcih Pomurja v starostni skupini 25-64 je 6,1 %, pri romski populaciji pa višja in sicer 8,2%.

KRONIČNE BOLEZNI DIHAL

Kronična obstruktivna pljučna bolezen (KOPB) je bolezen z zaporo dihal, ki ni docela odpravljava. Zapora dihal večinoma napreduje. Razvoj boleznij je povezan z bolezenskim odzivom pljuč na vdihovanje cigaretnega dima ali drugih vdihanih dražljivcev. Najpogosteje prizadenekadilce. KOPB je med glavnimi vzroki obolevnosti in umrljivosti v razvitih državah in tudi v deželah v razvoju.

	v %	Kronični bronhitis		Bronhialna astma	
		Ne	Da	Ne	Da
SPOL	moški	92,1	7,9	91,1	8,9
	ženske	81,4	18,6	86,0	14,0
STAROST	25-30 let	94,1	5,9	94,1	5,9
	31-40 let	91,4	8,6	93,0	7,0
	41-50 let	82,4	17,6	83,8	16,2
	51 let in več	76,5	23,5	82,4	17,6
SKUPAJ		85,6	14,4	88,0	12,0

CELOTNA SKUPINA: O kroničnem bronhitisu (emfizemu, KOPB) je poročalo 14,4% anketirancev, o bronhialni astmi pa 12,0% anketirancev.

SPOL: Med anketiranimi moškimi je 7,9%, med anketiranimi ženskami pa 18,6% tistih s kroničnim bronhitisom. O bronhialni astmi je poročalo 8,9% moških in 14,0% žensk.

STAROST: Med anketiranci starostne skupine 25-30 let je o kroničnem bronhitisu poročalo 5,9%, med anketiranci starostne skupine 31-40 let 8,6%, med anketiranci starostne skupine 41-50 let 17,6% in med anketiranci starostne skupine 51 let in več 23,5%. Med anketiranci starostne skupine 25-30 let je o bronhialni astmi poročalo 5,9%, med anketiranci starostne skupine 31-40 let 7,0%, med anketiranci starostne skupine 41-50 let 16,2% in med anketiranci starostne skupine 51 let in več 17,6%.

V PRIMERJAVI S PREBIVALSTVOM POMURJA: Ocenjena prevalenca kroničnega bronhitisa pri prebivalcih Pomurja v starostni skupini 25-64 je 4,3%, pri prebivalcih romske skupnosti je višja in znaša 14,4%. Pri prebivalcih Pomurja je ocenjena prevalenca astme 3,6%, v romski populaciji 12 %.



JETRNA CIROZA

Jetрна ciroza je kronična bolezen jeter s propadom jetrnih celic. Najpogostejši vzrok jetrne ciroze je alkoholna jetrna okvara (60-70%).

	v %	Ne	Da
SPOL	moški	97,0	3,0
	ženske	99,4	0,6
STAROST	25-30 let	100,0	0,0
	31-40 let	97,2	2,8
	41-50 let	98,5	1,5
	51 let in več	98,5	1,5
SKUPAJ		98,4	1,6

CELOTNA SKUPINA: O jetrni cirozi je poročalo 1,6% anketirancev.

SPOL: Med moškimi je o jetrni cirozi poročalo 3,0%, med ženskami pa 0,6%.

STAROST: Med anketiranci starostne skupine 25-30 let o jetrni cirozi ni poročal noben anketiranec, med anketiranci starostne skupine 31-40 let 2,8%, med anketiranci starostne skupine 41-50 let 1,5% in med anketiranci starostne skupine 51 let in več prav tako 1,5%.

V PRIMERJAVI S PREBIVALSTVOM POMURJA: Podatkov o jetrni cirozi med prebivalci Pomurja pridobljenih v raziskavi z zdravjem povezanega vedenjskega sloga ni.

ZAKLJUČEK

Rezultati raziskave so pokazali slabše zdravstveno stanje romskega prebivalstva pri vseh spremljanih kazalnikih, nižjo stopnjo izobrazbe in višjo brezposelnost.

Že samoocena zdravja, ki odseva biološke, socialno- ekonomske in psihosocialne dimenzije zdravja posameznika ter dobro napoveduje manjzmožnost, funkcionalno sposobnost, obolevnost in umrljivost prebivalstva, nazorno kaže na razlike v zdravju med romsko populacijo in prebivalci Pomurja.

V raziskavi značilno izstopata velik delež kadičev med romsko populacijo (večina kadi v bivalnih prostorih) in tistih s ITM nad 30 ter majhen delež telesno aktivnih. Opozoriti je potrebno na slabše bivalne in življenjske pogoje, kulturološke značilnosti ter ponekod odklonilni ali zadržani odnos večinskega prebivalstva.



VIRI

1. Anderson P. The monitoring of the State of the World's drinking: what WHO has accomplished and what further needs to be done. *Addiction* 2005; 100: 1751–4.
2. Artnik B et al. Zdravje in vedenjski slog prebivalcev Slovenije: trendi v raziskavah CINDI 2004-2008. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2012.
3. Belović B, Buzeti T, Krajnc-Nikolić T, Vernailen N, Van den Broucke S, Činč M, Zupančič A. Health promotion strategy and action plan for tackling health inequalities in the pomurje region. Murska Sobota (Slovenia): Institute of Public Health M. Sobota; Brussels (Belgium): Flemish Institute for Health Promotion, 2005.
4. Belović B, Fujs A. Tvegana vedenja, povezana z zdravjem pri romski populaciji Pomurja. Izhodišča za zmanjševanje razlik v zdravje v romski populaciji preko promocije zdravja. Strateški dokument. Murska Sobota: Zavod za zdravstveno varstvo Murska Sobota, Pomursko društvo za boj proti raku, 2006.
5. Blank N, Diderichsen F. The prediction of different experiences of long-term illness: a longitudinal approach in Sweden. *J Epidemiol Commun Health* 1996; 50: 156–61.
6. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.
7. Idler E, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 21-37.
8. Komac M. Romi na Slovenskem. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja, 1991.
9. Komac M. Varstvo narodnih skupnosti v Republiki Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za narodnostna vprašanja, 1999.
10. Kovše K, Tomšič S, Mihevc Ponikvar B, Nadrag P. Posledice tvegane in škodljivega uživanja alkohola v Sloveniji. *Zdrav Vestn* 2012; 8: 119–27.
11. Kraševc-Ravnik E (ur.): Varovanje zdravja posebnih družbenih skupin v Sloveniji. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije in Slovenska fundacija, 1996.
12. Lolič D. Vpliv socialnih dejavnikov na stališča Romov do Kajenja. GERB, astma, migrena, hiperlipidemija, alergija: zbornik predavanj / IV. Fajdigovi dnevi, Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2003.
13. Moller L, Kristensen TS, Hollnagel H. Self rated health as a predictor of coronary heart disease in Copenhagen, Denmark. *J Epidemiol Commun Health* 1996; 50: 423-8.
14. National Heart, Lung, and Blood Institute. Morbidity & Mortality: Chart book on cardiovascular, lung, and blood diseases. Bethesda: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, 1998. [citirano 2014 Dec 7] Dosegljivo na: <http://www.nhlbi.nih.gov/nhlbi/seiin/other/cht-book/htm>
15. Popis prebivalstva, gospodinjstev in stanovanj 2002. Statistični urad Republike Slovenije. [citirano 2005 Jan 9] Dosegljivo na: <http://www.stat.si/popis2002/si/default.htm>.

16. Thoits PA. Stress and health. Major findings and policy implications. J Health Soc Behav 2010; 5:41-53. [citirano 2015 Jan 13] Dosegljivo na: http://hsb.sagepub.com/content/51/1_suppl/S41.full.pdf+html
17. Zadravec J. Zdravstvena kultura Romov v Prekmurju. Murska Sobotna: Pomurska založba 1989.
18. Zaletel-Kragelj L, Eržen I, Belović B, Artnik B, Premik M, Zelko-Peterka E. Vrednotenje regionalnih razlik v zdravju in iskanje rešitev za njihovo zmanjševanje: zaključno poročilo o rezultatih opravljenega raziskovalnega dela na projektu ciljnega raziskovalnega programa (CRP). Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, Medicinska fakulteta, 2003.
19. Zaletel-Kragelj L, Eržen I, Fras Z. Interregional differences in health in Slovenia: I. Estimated prevalence of selected cardiovascular and related diseases. Dostopno na URL: Croat Med J 2004; 45: 637-43.
20. Zaletel-Kragelj L, Eržen I, Fras Z. Interregional differences in health in Slovenia: II. Estimated prevalence of selected behavioral risk factors for cardiovascular and related disease. Croat Med J 2004; 45: 644-50.
21. Zaletel-Kragelj L, Fras Z, Maucec Zakotnik J. Results of CINDI Health Monitor surveys in Slovenia as a tool for development of effective healthy nutrition and physical activity intervention programmes. J Public Health 2006, 14: 110-118.
22. Zaletel-Kragelj L, Fras Z, Maucec-Zakotnik J. Tvegana vedenja povezana z zdravjem in nekatera zdravstvena stanja pri odraslih prebivalcih Slovenije. 1. Značilnosti in povzetek rezultatov raziskave. Ljubljana: CINDI Slovenija, 2004.
23. Zaletel-Kragelj L, Pahor M, Bilban M. Identification of population groups at very high risk for frequent perception of stress in Slovenia. CMJ 2005; 46: 137-45.
24. Združeni narodi. Splošna deklaracija človekovih pravic. Sprejeta v Generalni skupščini Združenih narodov 10. decembra 1948 z resolucijo št. 217 A (III) [citirano 2015 Jul 5] Dosegljivo na: <http://www.varuh-rs.si/pravni-okvir-in-pristojnosti/mednarodni-pravni-akti-s-podrocja-clovekovih-pravic/organizacija-zdruzenih-narodov/splosna-deklaracija-clovekovih-pravic/>.
25. Združeni narodi. Mednarodni pakt o ekonomskih, socialnih in kulturnih pravicah. Sprejet v Generalni skupščini Združenih narodov 16. decembra 1966 z resolucijo št. 2200 A (XXI), v veljavi od 3. januarja 1976 [citirano 2015 Jul 5] Dosegljivo na: <http://www.varuh-rs.si/pravni-okvir-in-pristojnosti/mednarodni-pravni-akti-s-podrocja-clovekovih-pravic/organizacija-zdruzenih-narodov/splosna-deklaracija-clovekovih-pravic/>.
26. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR; 2007. [citirano 2014 Dec 18] Dosegljivo na: http://www.dietandcancerreport.org/cancer_resource_center/downloads/Second_Expert_Report_full.pdf
27. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organisation, 2011. [citirano 2014 Nov 7] Dosegljivo na: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf
28. World Health Organization. Obesity and overweight. Fact sheet N°311; 2011. [citirano 2015 Jan 13] Dosegljivo na: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

