



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Využití modelu J. N. Giger a R. E. Davidhizar v klinické
a komunitní praxi u romské minority**

DISERTAČNÍ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Mgr. Kristýna Toumová

Školitel: prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji disertační práci s názvem „*Využití modelu J. N. Giger a R. E. Davidhizar v klinické a komunitní praxi u romské minority*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby disertační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé disertační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2019

Mgr. Kristýna Toumová

Poděkování

Poděkování bych ráda věnovala své školitelce prof. PhDr. Valérii Tóthové, Ph.D. za cenné rady, připomínky a motivaci nejen v průběhu psaní této práce, ale také během celého studia. Dále děkuji všem respondentům, kteří věnovali svůj čas a pomohli mi tak získat cenná data.

Velké poděkování patří mojí rodině, partnerovi a přátelům za neutuchající podporu během dlouhých let studia. V neposlední řadě děkuji všem svým drahým kolegům, kteří mě motivovali k lepším výsledkům a v mnohém také inspirovali. Jmenovitě se jedná o Mgr. Terezu Dušíčkovou, Mgr. Jiřího Kaase, Ph.D., Mgr. Janu Maňhalovu, Ph.D. a Mgr. Davida Kimmera, Ph.D.

Využití modelu J. N. Giger a R. E. Davidhizar v klinické a komunitní praxi u romské minority

Abstrakt

Cílem práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče v klinické i komunitní praxi u romské minority. Dále zjistit, která z těchto specifíků chybí v ošetrovatelském modelu J. N. Giger a R. E. Davidhizar a podle toho modifikovat ošetrovatelskou dokumentaci vycházející z tohoto koncepčního modelu.

K dosažení stanovených cílů bylo využito kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu. Celé výzkumné šetření probíhalo v rámci řešení týmového výzkumného projektu GAJU č. 048/2015/S.

V rámci kvalitativního šetření bylo provedeno 8 rozhovorů s příslušníky romské minority k ověření souvislostí jednotlivých oblastí koncepčního modelu. Dále byla využita technika focus group se sestrami z klinické a komunitní praxe k ověření využití modifikované ošetrovatelské dokumentace. V kvantitativním výzkumu byl použit nestandardizovaný dotazník vycházející z oblastí koncepčního modelu pro 600 respondentů z romské minority.

Na základě uskutečněného výzkumu bylo prokázáno, že zdraví představuje pro Romy jednu z nejvyšších životních hodnot. Přestože je pro ně zdraví na prvním místě, jejich způsob života tomu neodpovídá. Týká se to především oblasti návykových látek a prevence nemocí. Na péči o zdraví má vliv jejich vzdělání. Čím je jedinec vzdělanější, častěji navštěvuje lékaře, dodržuje léčebný režim a celkově více dbá o své zdraví.

Romská minorita je poměrně uzavřenou skupinou obyvatel, která se do dnešního dne složitě asimiluje do většinové společnosti. Přesto je u ní patrná postupná ztráta některých specifických rysů. Především je to ztráta znalosti romského jazyka či nedodržování některých tradičních romských zvyků a tradic. To je ovlivněno hlavně tím, v jakém sociálním prostředí jedinec žije.

Všechny získané informace jsou přehledně obsažené v navržené dokumentaci podle Modelu kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče. Využití tohoto modelu nám poskytuje komplexní zhodnocení jedince a možnost lépe si naplánovat ošetrovatelskou péči dle potřeb každého jedince.

Klíčová slova

Romská minorita; ošetrovatelství; koncepční model; transkultura

Usage J. N. Giger and R. E. Davidhizar Model in Clinical and Community Practice in Roma Minority

Abstract

The aim of this paper was to find out the specifics of nursing care in clinical and community practice in Roma minority. Furthermore, to find out which of these specifics are missing in the J. N. Giger and R. E. Davidhizar nursing model and modify the nursing documentation based on this conceptual model accordingly.

A combination of qualitative and quantitative research was used to achieve the set goals. The whole research was carried out within the framework of the team research project of GAJU No. 048/2015/S.

Within the qualitative survey, 8 interviews with members of the Roma minority were carried out to verify the context of individual areas of the conceptual model. Furthermore, the focus group technique was used with nurses from clinical and community practice to verify the use of modified nursing documentation. The quantitative research used a non-standardised questionnaire based on the conceptual model areas for 600 respondents from the Roma minority.

The research carried out has shown that health is one of the highest values in life for Roma people. Although health comes first, their way of life does not match this finding. This mainly concerns the area of substance abuse and disease prevention.

Health care is influenced by their education. The more educated the individual is, the more they visit a doctor, they keep the treatment regimen and more generally they look after their health.

The Roma minority is a relatively closed group of inhabitants, which to this day is difficult to assimilate into the majority society. Nevertheless, there is a gradual loss of some specific features. Above all, it is the loss of knowledge of the Roma language or the failure to observe some traditional Roma customs and traditions. This is mainly influenced by the social environment of the individual.

All information obtained is clearly presented in the proposed documentation according to the Model of thoughtful and adapted care. Using this model provides us with a comprehensive assessment of the individual and the ability to better plan nursing care according to the needs of each individual.

Key words

Roma minority; nursing; conceptual models; transculture

Obsah

| | | |
|---------|--|----|
| 1 | TEORETICKÁ VÝCHODISKA | 10 |
| 1.1 | Transkulturní ošetrovatelství | 10 |
| 1.1.1 | Filosofické aspekty transkulturního ošetrovatelství..... | 13 |
| 1.2 | Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče..... | 15 |
| 1.2.1 | Filosofická východiska modelu..... | 17 |
| 1.2.2 | Teoretická charakteristika modelu | 19 |
| 1.2.3 | Součásti modelu | 21 |
| 1.2.3.1 | Kulturně svébytný jedinec | 21 |
| 1.2.3.2 | Komunikace | 22 |
| 1.2.3.3 | Sociální začlenění | 23 |
| 1.2.3.4 | Pojetí času | 26 |
| 1.2.3.5 | Vliv prostředí a výchovy..... | 26 |
| 1.2.3.6 | Biologické odlišnosti | 27 |
| 1.2.3.7 | Prostor | 28 |
| 1.3 | Romská minorita..... | 29 |
| 1.3.1 | Historie romské minority | 29 |
| 1.3.2 | Charakteristika romské minority v České republice | 31 |
| 1.3.2.1 | Jazyk | 31 |
| 1.3.2.2 | Socializace | 33 |
| 1.3.2.3 | Stravování | 35 |
| 1.3.2.4 | Zvyky a tradice | 36 |
| 1.3.3 | Klinická a komunitní péče..... | 38 |
| 2 | CÍL PRÁCE A VYMEZENÍ PŘEDMĚTU VÝZKUMU | 39 |
| 2.1 | Cíle práce..... | 39 |
| 2.2 | Hypotézy..... | 39 |
| 2.3 | Výzkumné otázky | 39 |
| 2.4 | Operacionalizace pojmů | 40 |
| 3 | METODIKA..... | 42 |
| 3.1 | Metodika kvalitativního výzkumu..... | 42 |
| 3.1.1 | Použité kvalitativní metody..... | 42 |
| 3.1.2 | Charakteristika výzkumného souboru A | 43 |
| 3.1.3 | Charakteristika výzkumného souboru B | 43 |
| 3.1.4 | Analýza kvalitativních dat..... | 43 |
| 3.2 | Metodika kvantitativního výzkumu..... | 44 |
| 3.2.1 | Použité kvantitativní metody..... | 44 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 3.2.2 | Charakteristika výzkumného souboru C | 44 |
| 3.2.3 | Statistická analýza kvantitativních dat | 44 |
| 4 | VÝSLEDKY | 46 |
| 4.1 | Výsledky kvalitativního šetření | 46 |
| 4.1.1 | Struktura výzkumného souboru A..... | 46 |
| 4.1.2 | Výsledky rozhovorů | 47 |
| 4.1.3 | Struktura výzkumného souboru B..... | 63 |
| 4.1.4 | Výsledky focus group..... | 63 |
| 4.2 | Výsledky kvantitativního šetření | 67 |
| 4.2.1 | Struktura výzkumného souboru C..... | 67 |
| 4.2.2 | Výsledky dotazníkového šetření | 67 |
| 4.2.3 | Vyhodnocení hypotéz..... | 126 |
| 4.2.4 | Další významné vztahy | 131 |
| 5 | DISKUZE..... | 140 |
| 6 | ZÁVĚR..... | 148 |
| 7 | SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ | 150 |
| 8 | SEZNAM ZKRATEK..... | 158 |
| 9 | SEZNAM PŘÍLOH..... | 159 |

ÚVOD

„Všichni živí tvorové mají stejnou duši, i když tělo máme každý jiné.“

(Hippokratés 460 – 370 př. n. l.)

Žijeme v době, kdy globalizace, migrace, náboženství nejsou jen prázdná slova. Žijeme ve světě neomezených možností. Můžeme cestovat, poznávat nové kultury, pracovat, studovat, dělat to co nás baví. Avšak i přesto anebo právě možná proto, je s tím vším spojeno také nepochopení, netolerování odlišností a někdy až nenávisť vůči jiným lidem, jejich zvykům a tradicím. Strach z neznáma je silným motivem proto, aby lidé to co neznají, odmítali. Právě odlišnosti, které u člověka existují od samého počátku lidstva, nás posouvají kupředu. Učí nás, že vše není černé nebo bílé. Že ve světě je tolik odlišných kultur, náboženství, zvyků, tradic, že na jejich poznání by nestačilo několik životů. Jak se tedy máme v takové rozmanitosti orientovat? Jak poznat co je správné a co špatné? Jak můžu svým pacientům poskytovat takovou péči, aby byla shodná s jejich zvyky a přesvědčením? V první řadě musíme chtít. Musíme chtít poznat nové metody, zvyky, jazyky, způsob života dalších lidí. Jedině tak lze žít ve světě, který se neustále proměňuje. V rámci poskytování ošetrovatelské péče nám k tomu může pomoci transkulturní ošetrovatelství. Právě toto odvětví ošetrovatelské péče se nejvíce zabývá odlišnostmi lidí a snaží se jim poskytnout péči, tak aby byla co nejvíce shodná s jejich celkovým přesvědčením.

V České republice se nejčastěji můžeme setkat s romskou minoritou, která má mnohé odlišnosti v podstatě ve všech oblastech života. Při poskytování komplexní ošetrovatelské péče jak v klinické, tak komunitní praxi je potřeba tuto skutečnost zohlednit.

Současná medicína se neustále vyvíjí. Objevují se nové možnosti v rámci prevence, diagnostiky i léčby. Ať však poskytujeme jakkoliv vysoce odbornou péči, vždy musíme mít na paměti, že před námi stojí člověk. Lidská bytost, s bio-psycho-sociálně-spirituálními potřebami. Poskytovaná péče by nikdy neměla být v rozporu s tím, co si přeje ten, komu bude poskytována.

V rámci ošetrovatelské péče existuje jeden základní a v podstatě nejdůležitější vztah: sestra – pacient. Je to základní kámen celého ošetrovatelského procesu. Pokud nefunguje tento vztah, nebude vybudována důvěra mezi pacientem a sestrou, pak bude spolupráce pro obě strany velice těžkou. Sestra je pro pacienta důležitou osobou a právě vybudování vztahu s pacientem je pro její práci stěžejní.

„Podstatu práce sestry tvoří tři složky. Rozum, srdce a její ruka. Rozum ruku vede a srdce ji dává jemnost. Žádná z těchto složek nesmí přerůst, nesmí mizet!“ (prof. A. Jirásek).

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1.1 Transkulturní ošetřovatelství

Svět ve 21. století je velice rozmanitý. Integrovaná Evropa má ve svém znaku motto: „*Jednota v různosti*“. Obsahem je tolerance a respekt k odlišnostem. Multikulturalita není přechodným pojmem, jedná se o fenomén, který je součástí dnešní kultury lidí, je tedy součástí globalizace (Kutnohorská, 2013). Podle Tóthové et al. (2012) nejen, že globalizace jako taková ovlivňuje náš život, ale díky ní, žijeme ve světě, ve kterém se stírají jakékoliv hranice, a tím pádem žijeme ve stále multikulturnější společnosti. Leininger, McFarland (2002) uvádějí, že pokud lidé mají přežít v takovém světě, je zapotřebí aby také sestry a ostatní zdravotničtí pracovníci tomu přizpůsobili svoji práci.

K pochopení kulturní identity jedince pomáhají sestřám také multikulturní kompetence. Ty kromě jiného zahrnují kulturní vědomí (porozumění klientovu světonázoru), dále kulturní znalosti a kulturní zkušenosti (interakce s pacienty z odlišných kultur). Tyto prvky se objevují v modelu J. Campinhy-Bacote (Hladík, 2014). Důležitý fakt je, že sestra sama si musí nejprve uvědomit vlastní identitu. Teprve poté bude schopna poskytovat vhodnou kulturně kompetentní péči bez rozdílu rasy, kultury či náboženského vyznání (Hájek, Bahbouh, 2016). Kromě jiného to tedy obnáší mít dostatečné znalosti v oblasti kulturních hodnot, životního stylu či náboženských představ a tyto vědomosti pak také vhodně využít ve své praxi (Leininger, McFarland 2002). Jak říká Kutnohorská: „*Žádná kultura není dokonalá, ale přesto každá svým způsobem vytváří podmínky pro život tisíců a milionů lidí, kteří k ní přísluší*“ (Kutnohorská, 2013, s. 72).

Počátky transkulturního ošetřovatelství sahají do 50. let minulého století., kdy se touto problematikou začala zabývat dnes již vedoucí osobnost transkultury Madeleine Leininger (Ivanová, et al., 2005). Ta říkala, že je potřeba poskytovat kulturní péči, která je přizpůsobená individuálním či skupinovým hodnotám dané kultury (Leininger, McFarland, 2006). Mezi základní složky, které u pacienta odlišné kultury či vyznání hodnotíme, patří: komunikace a jazyk, pohlaví, sexuální orientace, věk, socioekonomický status, mezilidské vztahy, oblečení a vzhled, vnímání prostoru a času, stravování, životní hodnoty či pohled na zdraví a nemoc (Leininger, McFarland 2002). Leininger vycházela z vlastní sesterské praxe, kdy vnímala odlišné chování jednotlivých národností a etnik a uvědomovala si, že pokud chceme poskytovat kvalitní péči, je potřeba ji individualizovat dle kultury každého pacienta (Kutnohorská 2013).

Jak říká Leininger, McFarland (2002) k úvaze nad rozdílností kultur ji vedla její práce

sestry s dětmi různých národností. Zjišťovala, že jsou obrovské rozdíly mezi jednotlivými národy a že tedy nelze přistupovat ke všem stejně. Všimla si rozdílů ve výchově, ve stravování, hraní, prožívání odpočinku či spánku nebo celkovému přístupu k životu. Dle Špirudové et al. (2006) měla velký vliv na utváření transkulturního ošetřovatelství také tehdejší doba. V období 2. světové války a v dalších letech po ní stoupla výrazně migrace po celém světě. Tím se také zvýšila pravděpodobnost setkání sester s pacienty odlišné kultury či náboženství a ony musely umět reagovat. Zjišťovaly, že nemají dostatečné znalosti k tomu, aby mohly o takové pacienty komplexně pečovat. K tomu jim právě pomáhala práce M. Leininger. Ta nazvala svoji teorii „Theory of Culture Care Diversity and Universality“ (Teorie kulturně diverzifikované a univerzální péče). Podle Fontdevila (2010) zahrnuje jak teoretickou, tak praktickou rovinu a lze ji tedy vhodně aplikovat do ošetřovatelské praxe při péči o pacienty rozdílných kultur. Pro ještě lepší pochopení této obsáhlé teorie, byl vytvořen Model vycházejícího slunce, který lépe vyjadřuje jednotlivé položky, kterými se sestry musejí zabývat při poskytování ošetřovatelské péče. Autorky Archalousová, Slezáková (2005) uvádějí, že se touto teorií Leininger povedlo vhodně poukázat na to, jak velký vliv má kultura ve vztahu ke zdraví, léčbě a celkové péči. Podle Leininger (2002) jsou ošetřovatelství a pečování ve své podstatě vlastně synonyma. Jak uvádí Lancellotti (2008) vzhledem k současné situaci ve světě, kdy se stále objevuje rasismus a diskriminace, je nutné vést již studenty na středních školách k výuce transkulturního ošetřovatelství. Jedině tak, si osvojí základy od samého počátku, ještě než vstoupí do praxe, a budou schopni s nimi pracovat.

Tento model vychází z humanismu. Hlavním předpokladem humanistické péče je respekt, úcta a lidská důstojnost. Jak uvádí Pavlíková: „*Ošetřovatelství jako činnost zaměřená na pomoc nemocným existovalo od nejstarších dob. Tradiční přístup k nemocným ovlivňovala humanistická filozofie, a proto bylo ošetřování spjaté s poskytováním podpory a útěchy nemocným a jejich blízkým*“ (Pavlíková, 2006, s. 10). Tyto pojmy byly známé už v dřívějších dobách. Přestože se ve středověkém křesťanském myšlení nalézá mnoho rozporů, nemění to nic na tom, že postavení člověka je od dob velkých církevních otců vnímáno jako něco zcela výjimečného. To znamená, že člověk je autonomní bytost, osobnost. Takové postavení člověka vyplývá ze vztahu k osobnímu a trojjedinému Bohu. Člověk se může svobodně rozhodovat, a to i v oblasti spirituální. Další bod, který činí z lidí lidi je i vtač člověka k ostatním lidem. Dvě největší přikázání jsou zakotvena právě v křesťanské lásce. Vedle lásky k Bohu je důležité i další přikázání. „*Miluj svého bližního jako sám sebe*“. V neposlední řadě řeší křesťanství také vztah člověka ke světu. Všechny tyto skutečnosti dodávají člověku nejen jedinečnou pozici, ale především také důstojnost (Jankovský, 2003). Právě Teorie kulturně

diverzifikované a univerzální péče zohledňuje všechny tyto podstatné lidské hodnoty. Archalousová, Slezáková (2005) uvádějí, že hlavním cílem transkulturního ošetřovatelství je poskytovat účelnou, smysluplnou a efektivní péči, lidem, kteří ji potřebují v souladu s jejich kulturními hodnotami a situačním kontextem.

Všechny modely či teorie, které v ošetřovatelství využíváme, pomáhají zdravotníkům rozvíjet myšlení a vnímání. Upřesňují, na co by se setra měla ve své práci zaměřit. Existuje mnoho modelů, které najdou využití u dospělých pacientů, dětí a také máme modely a teorie, které se primárně využívají právě u různých minorit (Pavlíková, 2006). Teorie kulturně diverzifikované a univerzální péče autorky Madeleine Leininger, tvoří základ celého transkulturního ošetřovatelství (Archalousová, 2003).

Abychom mohli poskytovat kulturně kompetentní péči, je potřeba si uvědomit několik zásadních věcí (Kutnohorská, 2013). Podle Špirudové et al. (2004) je v první řadě vhodné rozpoznat kulturní odlišnosti pacienta a vážit si jich. Watson (2007) uvádí, že není důležité vždy s pacientem ve všem souhlasit, ale umět se vcítit do jeho pocitů a představ. Umět tuto skutečnost přijmout a na základě toho s pacientem spolupracovat. Jako další bod Špirudová et al. (2004) uvádí, chápat kulturní chování pacienta, být empatický a tolerantní k jeho odlišnostem, projevovat úctu k jeho kultuře a v neposlední řadě mít dostatek trpělivosti, především během interkulturní komunikace.

K tomu všemu má sestřám pomoci i výzkumná metoda nazvaná etnoošetřovatelské zhodnocení pacienta, kterou Leininger vytvořila za účelem komplexního a systematického zhodnocení pacienta (Plevová et al., 2011a). Podle Leininger, McFarland (2002) zahrnuje tato metoda několik základních oblastí života, ve kterém jedince sestra zhodnotí a může s ním pak lépe spolupracovat v rámci ošetřovatelského procesu. K navození kvalitního vztahu sestra – pacient je nutná ještě jedna zásadní věc. Jak uvádí Watson (2007) pokud chce sestra pochopit myšlení a názory pacienta, musí nejprve poznat sama sebe. Musí akceptovat svoji vlastní osobu, být nezávislou bytostí, která zná svoje postoje a je schopná respektovat názory ostatních, i když se od těch jejich liší. Taková sestra je pak pro pacienta velkým přínosem. Je schopna vést pacienta ke společnému cíli ošetřovatelství, který si stanoví společně. Špirudová (2006) uvádí, že k tomuto cíli se snažila vést všechny sestry právě Madeleine Leininger, která byla za svoji práci navržena na Nobelovu cenu. A jak uvedla sama Leininger: *„Až sestry pochopí a uplatní etické principy ve všech oblastech transkulturní péče, dosáhneme jednoho z největších humánních cílů ošetřovatelství“* (Leininger, McFarland 2006, s. 2).

1.1.1 Filozofické aspekty transkulturního ošetrovatelství

Filozofie má vliv na celý život člověka, na jeho jednání, chování i jeho práci (Fay, 2002). V ošetrovatelství je ústředním motivem člověk. Od něj se odvíjí veškerá péče, která je mu poskytována. Snažíme se myslet komplexně, uspokojovat všechny pacientovi bio-psycho-sociálně-spirituální potřeby. Proto vše je nezbytné propojení filozofie a ošetrovatelství. Pokud je sestra orientovaná alespoň základně v problematice filozofie, nejen, že jí to pomůže lépe pochopit chování a činy pacienta, potažmo i spolupracovníků, ale také lépe dokáže pochopit jednotlivé ošetrovatelské modely a teorie (Parker, 2006). Existuje mnoho filozofických směrů, které nalezneme i v oboru ošetrovatelství. Jsou to např. idealismus, racionalismus, empirismus a především pak holismus a humanismus, které mají i velkou spjitost právě s transkulturním ošetrovatelstvím.

Mastiliaková (2004) uvádí, že holismus (z řeckého slova holos = celek) je filozofický směr. Holistické teorie vidí všechny živé organismy jako jednotné celky ve vzájemné interakci se svým okolím. Pokud dojde k porušení jednoho celku, dojde k poruše v celém systému. Dle Plevové et al. (2011b) je holismus v podstatě filozofií moderního ošetrovatelství. Je jedinečnou úlohou sestry na všech úrovních péče, při uspokojování potřeb pacientů. Nalezneme ho také v ošetrovatelském procesu, kde jsou zohledněny fyzické, duchovní, emocionální, kognitivní a sociální potřeby zdravých a nemocných lidí. Princip tohoto filozofického směru se zaměřuje na člověka jako na celek nikoliv nemoc. V dnešní době ho najdeme také v řadě ošetrovatelských teorií a modelů. Příklad holismu v dnešní době uvádí Švejdvová: *„Vhodným příkladem je pohled na druhého člověka. Pokud je k nám otočen zády, vidíme jen jeho „záda“, ale nevíme, co je „vpředu“, a opačně – tudíž nevnímáme druhého člověka jako celek. Z našeho života se vytrácí schopnost nejen vnímat celek, ale chápat i svou existenci v celku a prožívat život autenticky – „žít ho naplno“, - poněvadž, jak již bylo zmíněno, se nezaměřujeme pouze na jediný předmět našeho zájmu. Je cesta zpět? Po životní cestě se nelze vracet zpět, ale každá cesta jednou přijde na rozcestí. A tím „návratem“ k znovunalezení naší existence by mohla být právě ona křižovatka, kde bychom se zastavili, nadechli a rozhodli se dále již nepokračovat v onom „zhoubném“ tempu dnešní civilizace. K tomuto rozhodnutí je právě zapotřebí velká dávka odvahy a tu v sobě musí nalézt každý sám“* (Švejdvová, 2010, s. 22).

Dalším důležitým filozofickým směrem, který utváří obor ošetrovatelství je humanismus. V humanismu najdeme hlavní pojmy jako respekt, úcta či lidská důstojnost. Jak uvádí Pavlíková: *„Ošetrovatelství jako činnost zaměřená na pomoc nemocným existovalo od nejstarších dob. Tradiční přístup k nemocným ovlivňovala humanistická filozofie, a proto bylo*

ošetřování spjaté s poskytováním podpory a útěchy nemocným a jejich blízkým“ (Pavlíková, 2006, s. 10).

Již v období renesance se touto problematikou zabýval renesanční filozof, hrabě Pico della Mirandola ve své řeči O důstojnosti člověka. Jako první se snažil vysvětlit důstojnost člověka a jeho právo vybrat si kam chce ve světě patřit. V 18. století německý filozof Immanuel Kant pokládal za základ lidské důstojnosti rozum, tedy určitou schopnost sebeurčení a nezávislosti. Kant považoval důstojné jednání za jednání, které je mravné a rozumné (Heřmanová et al., 2012). „*Jednej tak, abys použil lidství nejen ve své osobě, jako i v osobě někoho jiného, pokaždé jako cíl, nikdy jen jako prostředek*“ (Kant, 1976, s. 61). Ať už je lidská důstojnost vnímána vzhledem k vývoji a historickému kontextu jakkoliv, v obecném smyslu se od sebe nijak neliší. Lidská důstojnost je totiž něco, co patří každému člověku (Heřmanová et al., 2012).

Se zdravotní a ošetřovatelskou péčí jde ruku v ruce respekt k životu, důstojnost a lidská práva. Při poskytování ošetřovatelské péče je nezbytné uvědomovat si tyto hodnoty. Každý člověk je jedinečná individualita a jako takovou je potřeba ji respektovat se všemi přáními a požadavky. Tyto skutečnosti si sestry osvojují právě studiem filozofie a z ní se odvíjející disciplíny – etiky (Munzarová, 2005). Jak uvádí Kutnohorská, sestra má dvě základní etické povinnosti: ochranu lidské důstojnosti a udržování zdraví lidu (Kutnohorská, 2013). „*Cílem ošetřovatelské etiky je mimo jiné humanizace mezilidských vztahů, snaha porozumět člověku, pochopit tíživost jeho situace a podle možnosti mu náležitě pomoci. Etika stojí na vlídném slově a trpělivém naslouchání. Etika je slušnost*“ (Ivanová, 2005, s. 58).

V ošetřovatelství má velký význam i další filozofický směr – existencialismus. Filozofie tohoto směru se opírá především o tzv. filozofii existence. Tento směr vznikl v Německu po 1. sv. válce. Existencialismus klade důraz na individualitu jedince, což je také jedním ze základních principů ošetřovatelství – respekt k lidské jedinečnosti (Kutnohorská, 2007). Důležitost tohoto respektu je hlavním východiskem i transkulturní ošetřovatelské péče. Kromě existencialismu využíváme v ošetřovatelství také další filozofický směr, a to fenomenologii. Podle Švejdrové (2010) zkoumá tento směr člověka metodou zkušenosti. Protože právě díky vlastní zkušenosti vše poznáváme (Švejdrová, 2010). Neomezuje se pouze na čistě vědecké zkoumání, ale využívá také smyslové vnímání. Člověk žije ve světě, kterému už nějakým způsobem rozumí a vykládá si jej po svém. Prostředkem porozumění světu je především řeč a jazyk (Kutnohorská, 2007).

Filozofie v ošetřovatelství se postupem času měnila v závislosti na změnách ve společnosti. Do 15. – 16. stol., kdy převládalo neprofesionální ošetřovatelství, mělo velký vliv

náboženství. To ovlivňovalo nejen myšlení lidí, ale v podstatě celý jejich život. V 18. stol. přišlo osvícenství a tím se do života tehdejší společnosti dostaly i nové filozofické směry. Základy filozofie ošetřovatelství položila Florence Nightingale ve své práci *Poznámky o ošetřovatelství* v roce 1859 (Pavlíková, 2006). Farkašová (2006) uvádí, že od poloviny 20. stol. vstoupila do zdravotnictví technologie a nastala změna. Mezi sestru, lékaře a pacienta vstoupila technika. Péče se soustředila více na nemoc než samotného pacienta. Ošetřovatelství společně s medicínou se zaměřilo na biologickou stránku člověka. Ostatní složky jedince se nepokládaly za důležité. Prosazoval se filozofický směr – materialismus. Tento trend dovedl postupně obě disciplíny k postupné dehumanizaci. Podle Pavlíkové (2006) pak od 80. let minulého století začíná v ošetřovatelské praxi opět převládat filozofie humanismu s respektováním holistického přístupu. V dnešní době neustále dochází k rozvoji ošetřovatelství a medicíny, objevují se stále nové postupy a trendy v závislosti na množství výzkumných prací a dokonalejší technologii. Hrozí tak i dnes nebezpečí upřednostňování techniky před péčí, která respektuje zásady holistické teorie a humanismu (Pavlíková, 2006).

Filozofie v ošetřovatelství má své nezastupitelné místo. Dodává tomuto oboru hlubší smysl a povznáší ho na vyšší myšlenkovou úroveň (Švejnová, 2010). Pomáhá sestře vnímat pacienta jako celistvou rovnocennou bytost, která má stejně jako ona vlastní myšlenky, názory, představy. Tyto představy se samozřejmě mohou lišit, protože každý jedinec je individualita. V ošetřovatelství jde také o kompromis a toleranci. Sestra se nemusí v názorech vždy ztotožnit s pacientem (Watson, 2007). Jak uvádí Ivanová (2005, s. 59) „*Kulturní pravidla určitých etnik mohou být pro nezasvěcené někdy těžko pochopitelná, ale mají mocný vliv na rozhodování. Ošetřování je kultura a má kulturní a etickou hodnotu*“.

Podle Švejnové (2010) umění propojit filozofii a ošetřovatelství, klade na sestru vyšší nároky, především co se týká psychické stránky. Pokud pochopí ošetřovatelství v komplexnějším slova smyslu, stává se pro ni poskytování péče daleko náročnější. Avšak právě znalosti filozofie ji mohou být oporou v těžkých situacích, které jsou při poskytování ošetřovatelské péče na denním pořádku. *Právě filozofie povyšuje ošetřovatelství z „obyčejného“ povolání na poslání*“ (Švejnová, 2010, s. 23).

1.2 Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče

Dalším významným modelem v transkulturním ošetřovatelství je Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče J. N. Giger a R. E. Davidhizar. Tento model navazuje na práci M. Leininger a je významný pro přímou práci s konkrétním jedincem v první fázi ošetřovatelského procesu, kdy hodnotíme pacientovi potřeby (Davidhizar, Bechtel, 1999).

Machovec uvádí: „*Od dob svého vzniku má lidstvo jednotný základ genetický, ale jinak žilo – a převážně dosud žije – rozděleno na mnoho větších i menších národů, oddělených růzností jazyků, náboženských a jiných obyčejů*“ (Machovec, 2002, s. 74). I toto zahrnuje humanistický přístup. Ten pojednává o tom, že k jedinci je vždy potřeba přistupovat individuálně. Každý jsme totiž individualita. Jsme samostatné bytosti, které mají sice stejný základ, ale jinak jsou velmi odlišní (Pešek, 1995). Člověk jako takový je sice sám o sobě individualitou, ale je zde určitý předpoklad, že dochází k nejrůznějším kontaktům v rámci jednotlivých individuí. Jediný způsob, kterým může jedinec vyžrávat, je právě kontakt s jinými lidmi, kontakt spolupráce, vzájemné pomoci či sporu, citového zalíbení či odporu (Machovec, 2002).

Právě na těchto předpokladech je postaven model Kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče. Kromě toho, že vychází z holismu, respektuje kulturní jedinečnost lidí, využívá poznatky z transkulturního ošetřovatelství a snaží se poskytnout péči, která je kulturně ohleduplná a uzpůsobená potřebám jedinců pocházejících z různých prostředí celého světa. Vychází z hlavního pojmu, kterým je kultura. Ta představuje vzorec chování rozvíjený napříč časem, je tvořená hodnotami, vírou, koriguje naše chování, vnímání a dědí se z generace na generaci (Giger, Davidhizar, 2004).

Tento model byl vytvořen v roce 1988 pro potřeby studentů pregraduálního ošetřovatelského studijního programu. Usnadnil jim hodnocení stavu pacienta a kontinuální poskytování ošetřovatelské péče pacientům odlišného etnika a kultury. Model urychluje celostní, kulturně ohleduplné ošetřovatelské hodnocení stavu potřeb P/K (Giger, Davidhizar, 2002). V dnešní době pomáhá sestřím zhodnotit potřeby pacientů na základě individuálního přístupu. Není možné aplikovat stejnou ošetřovatelskou péči muslimovi nebo Romovi. Samozřejmě, že péče musí být stejně kvalitní a odborná, avšak musíme respektovat pacientovo přání, náboženské vyznání atd. Tento model všechny tyto odlišnosti plně respektuje a pomáhá tak sestřím se v této problematice lépe orientovat (Giger, Davidhizar, 2004).

Podle autorů Buttse, Richa (2008) je hlavním předpokladem pro poskytování kvalitní ošetřovatelské péče kulturní profil pacienta i sestry. Co se týká pacienta, tam je stěžejní jeho postoj, hodnoty, určité kulturní dědictví a chování. Neméně důležitá je i podstata vnímání světa u sestry. Zde je kladen důraz na poznání vlastní kultury, protože teprve potom mohou sestry poskytovat vhodnou kulturně kompetentní péči osobám odlišných kultur či náboženství. Pokud dojde ze strany sester k určitému poznání a pochopení odlišností, zbaví se tak i předsudků a sestra je v tu chvíli připravena se o svého pacienta postarat s pochopením všech zásad etiky a transkulturního ošetřovatelství.

Koncepční model Giger a Davidhizar plně respektuje jedinečnost každého člověka, ať již pochází z jakékoliv kultury či je vyznavačem kteréhokoliv náboženství na světě. Náboženství dodává člověku v tomto zmateném světě určitou jistotu, potřebu bezpečí, orientace v životě a také určité opření se o autoritu (Ponešický, 2006). Jak uvádí Ponešický: *„Téměř všechny lidské potřeby, zvláště jsou-li frustrované, lze uspokojit skrze víru v Boha – individuálně, různou formou; proto klade každý věřící důraz na něco jiného. Tak například každý člověk potřebuje mít pocit jisté důležitosti“* (Ponešický, 2006, s. 101).

1.2.1 Filosofická východiska modelu

„V současné době je transkulturní ošetrovatelství mezinárodně uznávanou sesterskou odborností, je intenzivně rozvíjeno a považováno za integrální součást holisticky pojmenované ošetrovatelské péče. Žádný jiný ošetrovatelský model či teorie v sobě nenese tak významné humánní poselství“ (Špirudová, 2006, s. 39).

Model Kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče je založen na individualitě jedince. Uprostřed modelu tedy stojí kulturně svébytný jedinec. To znamená, že se jedná o osobu individuální s různými potřebami a přáními (Giger, Davidhizar, 2004). Jedním z nejdůležitějších požadavků při ošetrovatelské péči je zachování úcty a respektování lidské důstojnosti, což představuje to, že sestra při všech činnostech staví do popředí zájmy pacienta. Dále je důležité respektovat autonomii člověka, tedy respektovat jeho názory v rámci péče i léčby. V neposlední řadě vždy vnímáme člověka jako jedinečnou holistickou bytost (Plevová et al., 2011).

Péči o obnovu zdraví musí sestra vykonávat s kulturními, náboženskými a sociálními hodnotami pacienta a jeho rodiny. Vzhledem k velkému množství nejrůznějších kultur, nemůže sestra znát detailně všechny kulturní odlišnosti. Právě proto by však měla naslouchat nejen pacientovi, ale také jeho rodině (Kutnohorská, 2013). Podle Vachkové (2011b) máme v ošetrovatelství oproti medicíně výhodu. V ošetrovatelství nehraje hlavní roli nemoc člověka jako v medicíně. Pro sestru je snazší vidět za konkrétní nemocí člověka, jeho osobnost a jeho potřeby. *„Cesta společného soužití a problematika vzájemného respektování kultur; dodržování lidských práv není a nebyla jednoznačná, a už vůbec ne jednoduchá“* (Vachková, 2011a, s. 32).

Farkašová et al. (2006) říká, že právě uznání specifík jednotlivých kultur může určitým způsobem narušit univerzální občanský princip, avšak poskytuje dostatečný prostor pro efektivní postupy v rámci řešení problémů v multikulturní péči. Podle Kutnohorské (2013) je pro každou kulturu „normální“ něco jiného. Protože filozofie ošetrovatelství vychází

především z holismu, je stěžejní pro zdravotníky poznat pacienta co nejkompexněji. Tedy vnímat všechny kulturní jevy, jako jazyk, umění historii, spiritualitu, péči o člověka ve zdraví či nemoci a další složky života. Farkašová et al. (2006) uvádí, že vzhledem k četnosti konfrontace sester s novými kulturami a potřebou přehodnotit dosavadní životní hodnoty je nutné, aby sestry poznaly kulturu lidí, které ošetřují. Podle Leininger, McFarland (2006) právě transkulturní ošetrovatelská péče požaduje od sester oproštění se od všech předsudků a stereotypů, které během života poznaly a akceptovat jedinečnost člověka bez ohledu na jeho kulturní původ. Farkašová et al. (2006) dále uvádí, že právě sestry musí přispět k vytvoření takových podmínek, aby každý jedinec, ať už z jakékoliv části světa, s jakýmkoliv náboženským vyznáním, barvou pleti či sociálním postavením byl pro ošetřující personál člověk, kterého je potřeba komplexně poznat. Pochopit jeho myšlení a způsob chování, vnímat jeho pohled na svět a následně si k němu vytvořit takový vztah, který bude založen na vzájemném pochopení, toleranci a důvěře. Právě z těchto aspektů vychází celá filozofie transkulturní péče a z nich i Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče.

Se zdravotní a ošetrovatelskou péčí jde ruku v ruce respekt k životu, důstojnost a lidská práva. Při poskytování ošetrovatelské péče je nezbytné uvědomovat si tyto hodnoty. Každý člověk je jedinečná individualita a jako takovou je potřeba ji respektovat se všemi přáními a požadavky. Tyto skutečnosti si sestry osvojují právě studiem filozofie a z ní se odvíjející disciplíny – etiky (Munzarová, 2005). Pomáhá sestře vnímat pacienta jako celistvou rovnocennou bytost, která má stejně jako ona vlastní myšlenky, názory, představy. Tyto představy se samozřejmě mohou lišit, protože každý jedinec je individualita. V ošetrovatelství jde také o kompromis a toleranci. Sestra se nemusí v názorech vždy ztotožnit s pacientem. Ale právě filozofie jí pomáhá lépe se v této problematice orientovat. Není důležité vždy s pacientem ve všem souhlasit, ale umět se vcítit do jeho pocitů a představ. Umět tuto skutečnost přijmout a na základě toho s pacientem spolupracovat. Pokud chce sestra pochopit myšlení a názory pacienta, musí nejprve poznat sama sebe. Musí akceptovat svoji vlastní osobu, být nezávislou bytostí, která zná svoje postoje a je schopná respektovat názory ostatních, i když se od těch jejích liší. Taková sestra je pak pro pacienta velkým přínosem. Je schopna vést pacienta ke společnému cíli ošetrovatelství, který si stanoví společně (Watson, 2007). Všechny tyto aspekty je potřeba si uvědomovat vždy když přistupujeme k lůžku pacienta.

1.2.2 Teoretická charakteristika modelu

„*Cesta společného soužití a problematika vzájemného respektování kultur, dodržování lidských práv není a nebyla jednoznačná, a už vůbec ne jednoduchá*“ (Vachková, 2011a, s. 32). Model Giger a Davidhizar poukazuje na to, že každý jedinec je velmi individuální a je proto nutné k němu takto přistupovat. Každá osoba by měla být zhodnocena v šesti základních oblastech, kterými jsou komunikace, interpersonální prostor, sociální začlenění, prostředí jedince a biologické odlišnosti (Giger, Davidhizar, 1999). Potřeba znalosti transkulturního ošetrovatelství u sester je v dnešní době velmi velká. Do této oblasti spadá také určité povědomí o Modelu kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče autorek Giger a Davidhizar. Jak uvádí Sedláková: „*Kvalita ošetrovatelské péče je založena na uspokojování individuálních potřeb P/K což vyžaduje ošetrovatelský personál, který má odpovídající znalosti a dovednosti*“ (Sedláková, Soukupová, 2007). Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče autorek Giger a Davidhizar nám právě toto umožňuje.

Hlavní jednotky v Modelu Giger a Davidhizar nejsou jednoznačně určené. Lze je však definovat vlastními slovy. Cílem je především zhodnocení P/K ve všech oblastech, které jsou v modelu definované a dále také zajistit poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče, dosažení zdraví a adaptace na nové kulturní prostředí. Pacientem/Klientem je v tomto případě holistická bytost s kulturními a náboženskými specifiky. Rolí sestry je zhodnotit P/K v 6 oblastech péče a následně poskytnout kulturně ohleduplnou a uzpůsobenou ošetrovatelskou péči. Zdrojem potíží je rozdílnost kultur a náboženství a také změna kulturního prostředí. Ohniskem zásahu pak vztah mezi dominantní kulturou a minoritou. Způsob zásahu lze provést pomocí adekvátního zhodnocení všech oblastí u jedince a dále poskytnutí kulturně ohleduplné péče. Důsledkem by pak měla být adaptace jedince na nové kulturní prostředí, dosažení zdraví a poskytnutí adekvátní ošetrovatelské péče (Giger, Davidhizar, 2002).

Základní paradigmatické pojmy obsažené v Modelu kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče jsou následující: *Osoba* je podle Špirudové et al. (2006) vnímána jako jedinec, který je kulturně jedinečný, je produktem minulých zkušeností, kulturních hodnot a norem. Má svoje vlastní hodnoty, normy, přesvědčení vycházející z jeho osobnosti, kultury a náboženství. Dle Giger, Davidhizar (2002) je *ošetrovatelství* definováno jako kulturně kompetentní praxe orientovaná na P/K a podložená výzkumem. Je to věda a umění zároveň. Poskytuje co nejkomplexnější péči osobám různých kultur a náboženství. Nejprve je potřeba zajistit anamnestické údaje, aby sestra mohla poskytovat kulturně kompetentní péči. Je proto potřeba mít již určité znalosti o daných kulturách a náboženství. *Prostředí* Giger (2014) chápe, tak že, zdravotní péče může být poskytována v různých typech zdravotnických zařízeních.

Ošetrovatelská péče může být poskytována jak v domácím prostředí, tak i jako institucionalizovaná péče. Vždy je však potřeba znalost kulturních poměrů daného pacienta. Péče je poskytována v souladu s prostředím a ovlivňuje ošetrovatelskou péči. *Zdraví* je pak podle Giger, Davidhizar (2002) chápáno jako dynamický, plynulý a kontinuální proces. Cílem ošetrovatelství je zachování zdraví, jeho účinná podpora, při nemoci obnovení zdraví či klidná smrt.

Všechny tyto pojmy (osoba, prostředí, zdraví, ošetrovatelství) jsou ve vzájemné interakci. Osoba je ovlivňována jejím zdravotním stavem, prostředím ve kterém se v současnosti nachází a péčí, která jí je poskytována (Pavlíková, 2006).

Mezi základní komponenty, se kterými v tomto modelu pracujeme, jsou: Kulturně svébytný jedinec, Komunikace, Interpersonální prostor, Sociální začlenění, Čas, Prostor a Biologické odlišnosti (Giger, Davidhizar, 2002). Všechny tyto základní pojmy jsou stěžejní pro práci s celým modelem. Podle Špirudové et. al. (2006) zhodnocení P/K v těchto 6 oblastech (tedy 6 základních pojmech) umožní poskytnout adekvátní ošetrovatelskou péči a zjistit o P/K veškeré možné informace, které nám pomohou přizpůsobit péči kulturním potřebám pacienta. Kromě toho lze vzhledem k přehlednosti a srozumitelnosti daných oblastí tento model velmi dobře využít v praxi.

V rámci modelu se setkáváme ještě s dalšími pojmy, které zahrnují jeho metaparadigma. Jedná se o *Transkulturní ošetrovatelství*, které zahrnuje ošetrovatelskou praxi orientovanou na pacienta a podloženou výzkumem. *Kulturně kompetentní péči*, kdy se jedná o kontinuální proces s cílem poskytnout takovou péči, která je dostatečně podložena znalostmi o kulturním dědictví daného jedince. *Kulturní jedinečnost individuí* znamená, že každý jedinec je individuální holistická bytost a jako k takové k ní musíme přistupovat. Dále je zde *Kulturně citlivé prostředí*, které znamená, že kulturní péče může být poskytována v odlišných typech zdravotnických zařízení. Posledním metaparadigmatickým pojmem v tomto modelu je *Zdraví a zdravotní status*, který představuje základnu kulturně specifických chorob a zdraví (Giger, Davidhizar, 1999).

Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče je velmi aktuální právě v současné době. Vyhovuje současnému systému ošetrovatelské péče, lze dle anamnestických údajů získaných díky tomuto modelu dobře stanovit ošetrovatelské diagnózy a podle toho naplánovat cíle, kterých chceme dosáhnout. Tento model předpokládá aktivní účast jak samotného pacienta, tak i sestry, která je samostatná a racionálně uvažující osoba.

1.2.3 Součásti modelu

Autorky Giger a Davidhizar identifikovaly v rámci Modelu kulturně ohleduplné a způsobené péče šest kulturních fenoménů, které slouží ke stanovení kulturních rozdílů a které ovlivňují následnou ošetrovatelskou péči (Vachková, 2011a).

1.2.3.1 Kulturně svébytný jedinec

V rámci Modelu kulturně ohleduplné a způsobené péče stojí kulturně svébytný jedinec uprostřed tohoto modelu. V rámci této individuality hodnotíme místo narození jedince, popis jeho kultury, rasy či délku pobytu v dané zemi (Giger, Davidhizar, 1999).

Podle Špirudové et al. (2006) je právě v této oblasti důležité zařazení klienta dle kultury a rasy. Podle Bankse (2004) lze kulturu člověka definovat jako symbolický, nehmotný a ideální aspekt lidské společnosti. Podstatou dané kultury totiž nejsou artefakty, nástroje či jinak hmatatelné kulturní prvky, ale především to, jak jednotliví členové vnímají, interpretují a používají vzorce chování v rámci kultury. Podle Velkého sociologického slovníku představuje kultura souhrn činností jednotlivců a skupin, které jsou spojené se sociokulturním prostředím a vychází tedy z těchto stereotypů a předává se s generace na generaci (Petrušek, Vodáková, 1996). Kutnohorská (2013) shrnuje kulturu, že se jedná o produkt učení, kultura je sociální, přizpůsobivá, integrující, je to souhrn určitých představ a má přinášet uspokojení.

Definice lidské rasy je poměrně složitá. Obecně lze říci, že rasu tvoří lidé sdílející genetické dědictví. To tvoří především některé shodné fyzické znaky jako barva pleti či tvar hlavy (Coon, 1962). Dle novějších údajů pak vyplývá, že mezi jednotlivými fenotypy lidí jsou určitá míšení a není tudíž možné zcela stanovit definici ras. V zásadě však existují určité skupiny lidí, které spojuje dlouhodobý společný vývoj, a tím pádem u nich existují společné morfologické a fyziologické znaky (Jacobsson et al., 2008). V rámci tradiční taxonomie se využívá nejstarší dělení ras podle švédského antropologa Karla Linného. Lidskou populaci rozdělil na tři hlavní rasy. Na černou neboli negroidní rasu, která byla původně rozšířená v oblastech tropické Afriky na jih od Sahary. Dále pak na žlutou neboli mongoloidní rasu původně rozšířenou ve východní, střední a jihovýchodní subtropické Asii a poslední bílou neboli europoidní rasu, která byla původně rozšířená v mírném pásu Evropy a na rozhraní východní Evropy a západní Asie (Soukup, 2005).

1.2.3.2 Komunikace

„Komunikace představuje moc. Kdo se ji naučí efektivně využívat, může změnit svůj pohled na svět i pohled, kterým svět pohlíží na něj.“ Anthony Robbins

Vachková (2011a) říká, že komunikace je v podstatě prostředek, který umožňuje uchování a přenášení kultury. Všechny způsoby komunikace (tedy jak verbální, tak neverbální složka), jsou ovlivněny kulturou jedince. Podle Giger, Davidhizar (1999) představuje komunikace velmi důležitý bod při plánování ošetrovatelské péče. Navzdory tomu je však komunikace častou příčinou bariéry mezi sestrou a pacientem a dochází během toho k mnoha nedorozumění. Ivanová et al. (2005) definuje komunikaci jako *„způsob, kterým lidé navazují vzájemný kontakt a oznamují si své myšlenky, citové zážitky a postoje“* (Ivanová et al., 2005, s. 61). Kutnohorská (2013) uvádí, že komunikace pomáhá pacienta vyléčit, ale také ta nevhodně zvolená, mu může ublížit Ulrey, Amason (2001) poukazuje na to, že efektivní interkulturní komunikace snižuje stres pacienta a navozuje lepší vztahy se sestrou. Venglářová, Mahrová (2006) vnímají komunikaci velice podobně, říkají, že schopnost komunikace slouží sestře k navázání kontaktu s pacientem a dále umožňuje tento vztah rozvíjet. Jak dodává Hes et al. (2014), vztahy mezi odlišnými kulturami jsou celkově založené na vyměňování určitých hodnot s cílem vzájemného poznání a snahou nezavdat tak následným nedorozuměním až konfliktům.

Podle Ivanové et al. (2005) odlišujeme v rámci transkulturního ošetrovatelství dva základní pojmy monokulturní a interkulturní komunikace. Monokulturní komunikace probíhá mezi účastníky stejné kultury. Oproti tomu interkulturní komunikace probíhá mezi lidmi odlišné kultury. Znamená to tedy, že každý jedinec vstupuje do procesu komunikace s jinými předpoklady, odlišným vnímáním věci či jiným pohledem na svět. Podle Průchy (2010) mluvíme o interkulturní komunikaci tehdy, pokud jsou komunikující partneři příslušníci jazykově a/nebo kulturně odlišných etnik, národů, rasových či náboženských společenství. Kutnohorská (2013) říká, že každé etnikum, rasa či národ má určité odlišnosti v komunikaci. Najít proto vhodný způsob komunikace v rámci multikulturního ošetrovatelství je stěžejní otázkou. Komunikovat můžeme mnoha způsoby, jak verbálně, tak neverbálně. Dle Kelnarové, Matějkové (2009) se podle mnoha výzkumů prokázalo, že daleko důležitější složkou komunikace je právě ta neverbální. *„Řeč těla je považována za upřímnější než verbální projev. Neverbálně sdělujeme až 60 – 80 % informací“* (Kelnarová, Matějková, 2009, s. 18).

Mezi složky komunikace, které hodnotíme v rámci zjišťování informací o pacientovi, řadíme: jazyk, který používá (mateřský, úřední, znalost dalšího jazyka), charakteristika hlasu (síla, pronikavost, tlumenost), výslovnost a způsob vyjadřování (zřetelnost mluvení, nářečí,

přízvuk), použití pauz, mlčení (četnost využití), použití neverbální komunikace (pohyby rukou, očí, celého těla, gesta, postoje či výraz tváře) a reakce na dotek (vyhýbání se dotyku, tolerování dotyku) (Vachková, 2011a). Podle Pokorné (2008) je při komunikaci s příslušníkem jiného etnika nutné mít na paměti, že každé gesto může mít úplně jiný význam, než který známe my. Do determinantů podoby a četnosti gest řadíme kulturní vlivy (gesta pro vyjádření souhlasu, porozumění), etiketa dané země (pozdrav, podání ruky) či etnické vlivy (temperament jednotlivých etnických skupin). Obecně lze říci, že v používání gest existují interkulturní a především také inter individuální rozdíly.

Podle Plevové (2011a) je důležité zjistit, jakým jazykem jsme schopni se společně domluvit. Mluvit zřetelně, nezvyšovat hlas a používat jednoduché věty. Vhodné je se naučit základní slova v jazyce pacienta, nespěchat při komunikaci, vyhnout se předsudkům a všimnout si také neverbální komunikace. Kutnohorská (2013) dodává, že k doplnění efektivní komunikace je zapotřebí využití materiálů v pacientově jazyce, použití komunikačních karet či různých piktogramů. Dále můžeme využít také služeb tlumočnicka ať už poskytovaného nemocnicí nebo rodinným příslušníkem pacienta. Nikdy však nesmíme zapomínat na to, že komunikujeme s pacientem, nikoliv s překladatelem (Ivanová, et. al., 2005). Špirudová, et al. (2004) říká, že není možné zcela obsáhnout komunikační specifika u všech kultur na světě a v podstatě ani příslušníci cizích národností to od zdravotníků nečekají. K posílení vztahu sestry – pacient však někdy stačí velmi málo. Projevená tolerance a ochota, kdy se naučíme pár základních frází nebo gest jejich kultury. Z těchto signálů totiž vyplývá, že si jejich kultury vážíme. Líšková, Nádaská et al. (2006) uvádějí, že mezikulturní komunikace má při poskytování transkulturní ošetrovatelské péče nesmírný význam. Při současné proměně monokulturní společnosti na multikulturní je proto nutné brát v potaz i rozdíly, které vyplývají z verbální a neverbální komunikace každého jedince. Od zdravotníků se tedy očekává to, že budou schopni se dorozumět s pacientem v cizím jazyce a budou umět pracovat i s neverbálními transkulturními projevy svých pacientů.

1.2.3.3 Sociální začlenění

Podle Vachkové (2011a) můžeme oblast sociálního začlenění vnímat jako sociální prostředí, ve kterém lidé vyrůstají, a tudíž hraje základní roli v jejich kulturním vývoji. Struktura rodiny, její organizace, zvyky, hodnoty, role, to vše je důležité v následném sociálním začlenění. Položky v daném koncepčním modelu se pak soustředí na několik základních oblastí v rámci sociálního začlenění. Podle Giger, Davidhizar (2004) se jedná o:

celkový zdravotní stav jedince (nemoci fyzické, psychické), rodinný stav, počet dětí, strukturu rodiny a její organizace, role a funkce členů v rodině.

Například Romové jsou typickou minoritou, protože nemají téměř žádné zastoupení ve veřejné sféře (McGarry, 2014). Dle Olišarové (2012) vyplývá z výzkumu veřejného mínění skutečnost, že Romové se stále umísťují na nejhorších pozicích, což ukazuje na negativní vnímání majoritní společností. Davidová et al. (2010) uvádí, že problémy, které vyplývají z postavení Romů v rámci většinové společnosti, poukazují na důležitost důkladného poznání této skupiny obyvatel. Podle Čady et al. (2015) dle současných údajů čelí Romové od většinové společnosti neustálým předsudkům, nesnášenlivosti a diskriminaci. Podle poslední celorepublikové studie Analýzy sociálně vyloučených lokalit v ČR, bylo v roce 2014 nejvíce sociálně vyloučených lokalit v kraji Karlovarském, Ústeckém, Olomouckém a Moravskoslezském. Většinou se jedná o Romy, ale také zde přibývá mnoho neromů, především pak osob nezaměstnaných či seniorů. Podle Maryškové (2010) je situace Romů ve společnosti dána jejich životním stylem a tradovaným způsobem života, který ovlivňuje integraci do většinové společnosti po celém světě. Vzhledem k velikosti tohoto etnika je potřeba problematiku romské minority znát i z druhé strany. To znamená právě pohledem samotných romských jedinců. Jejich názory nám mohou pomoci při poskytování ošetrovatelské péče a k navázání lepší spolupráce s příslušníky romského etnika. Protože jak uvádí Tóthová (2012, s. 11): „*Ošetrovatelství je multidisciplinární obor. Spojuje řadu teorií a poznatků z různých oblastí lidského vědění, a to s jedním cílem, který má směřovat k poskytování individualizované ošetrovatelské péče.*“

V rámci sociálního začlenění se zabýváme také subjektivními pocity člověka na vlastní zdraví. Subjektivní hodnocení vlastního zdraví je důležitým prvkem, který reálně ovlivňuje chování lidí mnohdy daleko více než objektivní pohled (Davidová et al., 2010).

Jak uvádí Jarošová (2007) kultura komunity hraje důležitou roli v péči o zdraví jedince. Má vliv na to, jak člověk vnímá své vlastní tělo či jaký postoj zaujímá ve zdraví a nemoci. Všechny tyto faktory určují, jakým způsobem jedinec přistupuje k prevenci onemocnění či léčebnému režimu. Právě v romské komunitě hrají tyto faktory důležitou roli v celkovém pojetí zdraví jedinců. Dle Šlechtové, Burgerové (2009) přetrvává především nedostatečné povědomí o důležitosti prevence. Souvisí to také s nižším postavením zdraví v hodnotovém systému Romů. Podle Vivian (2004) Romové vnímají zdraví jako absenci choroby a nemoc často spojují s neschopností. Romští pacienti vyhledávají nejčastěji lékaře právě až v době rozvinutí nemoci či úrazu. Návštěvu lékaře se snaží co nejvíce oddálit. Jak uvádí Hajduchová, Urban (2014) je z tohoto pohledu velmi důležitá edukace, která je vhodně cílená na primární

a sekundární prevenci.

Podle Nesvadbové et al., (2009) vyplynulo z několika výzkumných šetření zaměřených na subjektivní pohledy Romů na vlastní zdraví, že většina z nich považuje svůj zdravotní stav za velmi dobrý nebo alespoň dobrý. Hlavní problém u romské minority v rámci péče o zdraví, představuje absence prevence. Podle Maryškové (2010) není prevence u Romů považována za prioritu, proto se svým zdravím začnou zabývat až v době rozvoji nemoci. Jak uvádí Hajduchová, Urban (2014) velký problém představuje u Romů negativní vliv životního stylu na jejich zdraví. Jedná se především o velmi rozšířené kuřáctví mezi Romy, nedostatek pohybu a špatnou životosprávu. Právě kouření je zásadním problémem v romské minoritě. Mezi Romy je několikanásobně vyšší podíl kuřáků než u ostatního obyvatelstva České republiky. Podle dostupných údajů v současné době kouří denně tři pětiny Romů starších 16 let (Úřad vlády České republiky, 2017).

Jak uvádí Grellier, Šoltéssová (2004) přístupem do Evropské unie se i naše země zavázala plnit určitá pravidla týkající se poskytování zdravotní péče všem minoritám žijících na našem území. Před vstupem do EU byla vypracována zpráva Evropské komise o stavu dané problematiky každé přistupující země. Tato zpráva neposkytovala mnoho informací o přístupu Romů ke zdravotní péči, protože oblast zdravotní problematiky u romského obyvatelstva v naší zemi nebyla dostatečně zmapována. Přesto však vláda České a také Slovenské republiky vydala společné memorandum o sociálním začleňování (2004 – 2006). Zavázaly se k redukci chudoby a sociálního vyloučení formou různých národních cílů a programů. Také Národní zpráva České republiky z roku 2009, která nese název Romská populace a zdraví poukazuje na důležitost kampaní zaměřených na informování romského obyvatelstva o zdravém životním stylu a to jak na úrovni lokální tak také národní (Nesvadbová et al., 2009). Jak však uvádí Davidová et al., (2010) přes všechny uvedené závazky však ani v současné době není věnována dostatečná pozornost právě identifikaci sociálních nerovností ve zdraví u romského obyvatelstva.

Podle Tóthové et al. (2010) může být hodnota zdraví pro všechny lidi podobná, avšak vnímání zdraví jednotlivými kulturami je dosti odlišné. Davidová et al. (2010) uvádí, že převážná většina lidí z romské populace sice řadí zdraví mezi nejvyšší životní hodnoty, ale již nedoceňuje význam preventivních opatření v rámci udržení zdraví. Tento fakt vysvětlují také faktory, které podle autorů Čeledové, Čevely (2010) ovlivňují zdravotní stav. Jedná se o socioekonomické podmínky, pracovní podmínky, mezilidské vztahy, systémy zdravotní a sociální péče, demografické faktory a v neposlední řadě právě kulturu každého člověka.

1.2.3.4 Pojetí času

Vachková (2011a) říká, že čas je významným prvkem interpersonální komunikace. Některé skupiny lidí se více zaměřují na minulost, někteří na současnost a jiní zase na budoucnost. Lidé, kteří se více zajímají o svoji budoucnost, si většinou kladou dlouhodobé cíle. Ve zdravotnické praxi to tedy znamená, že se tito pacienti více zajímají o preventivní programy a uvědomují si možné následky nezdravého životního stylu pro svůj organismus. Pacienti, kteří žijí více přítomností a neohlížejí se na následky svého chování, mohou podceňovat prevenci, nemají dlouhodobou motivaci a žijí pouze přítomným okamžikem. Podle Giger, Davidhizar (2004) zahrnuje oblast pojetí času tyto části: zaměření času (minulost, přítomnost, budoucnost), vnímání času či denní rozvržení aktivit (práce, volný čas, spánek). Podle Jakoubka (2008) je právě pojetí času u některých kultur či náboženství velice podstatným jevem. Například romská minorita je popisována jako skupina lidí, která je orientována čistě na přítomnost. Postoj této minority k vnímání prosté přítomnosti a opomíjení minulosti či daleké budoucnosti nám může objasnit jejich celkový pohled na svět. „*Pochopit, jak Cikáni zacházejí s minulostí je přitom klíčové pro porozumění procesům, jejichž prostřednictvím přetrvávají jako skupina uprostřed necikánské společnosti*“ (Blasco, 2008, s. 73).

S tím, jak člověk vnímá čas a zda myslí na budoucnost, se pojí i zdraví jedince. Přestože zdraví představuje pro Romy důležitou součást života, péče o vlastní zdraví na předních místech většinou není (Nováková, 2012). Celkově lze říci, že zdravotní stav obyvatelstva, představuje značný problém především z hlediska prevence. Jak uvádí Šedová et al., (2014) vzhledem ke kulturním rozdílům v populaci je nutné brát v úvahu kulturní a jazykové kompetence právě při podpoře a udržování zdraví.

1.2.3.5 Vliv prostředí a výchovy

Vachková (2011a) říká, že vliv prostředí svým způsobem vypovídá o schopnostech lidí ovládat přírodu svoji organizací a vlivem. Některé skupiny obyvatel vnímají člověka jako vládce nad samotnou přírodou. Na jedné straně lidstvu svými zásahy prospívá, avšak na druhé přírodu poškozují. Další skupiny lidí žijí v naprosté harmonii s přírodou. Zde je důležité zjistit, jak velkou roli hrají přírodní vlivy v rámci péče o zdraví. Opět to totiž může mít vliv na akceptování či odmítání zdravotní péče.

V rámci oblasti vlivu prostředí a výchovy hodnotíme člověka pomocí těchto oblastí: hodnotová orientace (víra či nevíra v nadpřirozené síly, modlení), poměr mezi vírou ve vnitřní

síly (Bůh, příroda, osud) či samotná víra člověka a jeho náboženské vyznání. (Giger, Davidhizar, 2004).

Na oblast vliv prostředí a výchovy se lze ale také dívat z pohledu rozdělení jednotlivých rolí v rámci rodiny. Giddens (2013) uvádí, že rozdělení rolí v rodině můžeme shrnout pod názvem „genderové role“. Pod tímto pojmem vidíme soubor pravidel ať už psaných či nepsaných, které předepisují určité typy chování výhradně ženám a některé pouze mužům. Podle Davidové et al. (2010) postavení ženy a muže v rodině se v zásadě odvíjí od charakteristiky dané rodiny a způsobu života. V zásadě lze říci, že tradičnější rozdělení rolí zůstává nadále mezi rodinami žijícími izolovaně v prostředí romských osad oproti rodinám, které žijí rozptýleně mezi ostatním obyvatelstvem (Davidová et al., 2010).

V romských rodinách dlouho převládala nepsaná pravidla a tradice, které se předávaly z generace na generaci. Tyto tradice a zvyky měly poměrně zásadní význam na rodinný život a chod celé domácnosti. Romské dívky byly například od nepaměti vychovávány tak, aby se v dospělosti dokázaly postarat o svého manžela, rodinu a domácnost. Oproti tomu, romští chlupci měli výchovu daleko benevolentnější, bez určitých pravidel (Davidová, 2004).

Podle Kajanové, Dvořáčkové (2013) lze říci, že v dnešní době stále máme v ČR tradiční romské rodiny, které dodržují romské zvyky a tradice, mají jasně dané rozdělení rolí žena/muž a většinou používají v běžné komunikaci více romský jazyk než český. Na druhé straně jsou však romské rodiny, které již upouštějí od tradičního rozdělení rolí v rodině a také od dodržování romských tradic. Více pak inklinují k tradicím majoritní společnosti, které se snaží přiblížit.

1.2.3.6 Biologické odlišnosti

Vachková (2011a) uvádí, že mezi jednotlivými rasami existují zvláštnosti, které jsou geneticky podmíněné. Dokládá to mnoho výzkumů, které se zabývaly rozdílem náchylnosti a odolnosti vůči nemocem u různých etnik. Podle Giger, Davidhizar (1999) zjišťujeme v rámci biologických odlišností u pacientů tyto zvláštnosti: odlišnosti v laboratorních hodnotách, fungování imunitního systému, tělesnou konstituci člověka, barvu pleti, barvu vlasů a jejich hustotu, hmotnost a výšku, Body mass index (BMI) či odlišnosti v metabolizaci léků. Vachková (2011a) uvádí, že je vhodné využít k získání informací o celkovém stavu jak fyzikální vyšetření, tak také odebrat celkovou anamnézu.

V souvislosti s romskou kulturou se velmi často setkáváme s problematikou nadváhy či obezity. Podle Hubáčka (2015) nelze přesně určit, zda v tomto případě hrají roli genetické faktory či nikoliv. Některé studie se však zaměřily na genetickou determinanci BMI u Romů

a zjistily, že za zvýšenou prevalenci nadváhy či obezity u romské populace nejsou zodpovědné genetické predispozice. Hlavní příčinou je u této minority ve většině případů nezdravý životní styl.

Lidské tělo je velmi různorodé, každé má odlišnou strukturu, formu, velikost, tvar, barvu a jeho významy jsou přisuzovány v rámci sociokulturního kontextu každé kultury. Význam lidského těla prošel v historii mnoha různými významy. Od symbolu čistoty, touhy, cudnosti, plodnosti, svobody, ekonomického postavení, konzumu či zdraví, proto každá kultura vnímá tělo člověka odlišně (Dourado, 2018). Nicméně Hubáček (2015) uvádí, že co se týká rizikových faktorů, které vedou ke vzniku obezity, jsou obecně platné u všech lidí a mezi různými etniky na světě neexistují výrazné rozdíly.

Podle Nesvadbová et al., (2009) pak Romové velmi často trpí bolestmi hlavy, vysokým krevním tlakem a dále pak onemocněním srdce, různými formy deprese, vysokou hladinou cholesterolu, žaludečními vředy, alergiemi, oběhovými problémy či artritidou a revmatismem. Úrazy u romské minority nejsou nijak časté. V posledních dvanácti měsících utrpěla nějaký úraz pouze desetina Romů. Nejčtenější zastoupení úrazů je u mladších Romů a to ve věku 16 – 21 let.

1.2.3.7 Prostor

Podle Vachkové (2011a) vypovídá interpersonální prostor o vzdálenosti mezi lidmi, kteří jsou ve vzájemné interakci. Míra vzdálenosti, pak v podstatě určuje, o jaký vztah se mezi lidmi jedná (pracovní, přátelský, rodinný...). V zásadě rozeznáváme čtyři druhy zón interpersonálního prostoru – intimní, osobní, sociální a veřejná zóna. Každá kultura vnímá určitou zónu odlišným způsobem. Pokud tedy nebudeme respektovat tyto zvyklosti, můžeme se často setkat s negativní reakcí, odmítavým postojem, někdy až agresí a celkovou nespoluprací pacienta. Podle Giger, Davidhizar (2004) řadíme do oblasti prostoru tyto části: pocit pohody či nepohody, reakce na narušení osobní zóny, odstup při konverzaci, celkové dodržování všech zón a v neposlední řadě posturologii.

V rámci romské kultury najdeme i v oblasti prostoru některé odlišnosti. Romové se vyznačují živou komunikací, nejen v oblasti verbální, ale i neverbální. To znamená, že využívají mnoho gest, mimiku a v neposlední řadě také různou vzdálenost od komunikující osoby (Davidová et al., 2010). Podle Šiškové (2001) odlišně vnímají intimní zónu oproti většinové společnosti. Nedělá jim problém komunikace v těsné blízkosti dalšího člověka, zvláště pokud se jedná o příbuzného či známého.

Při hospitalizaci je pro Romy velice důležité zajištění určitého osobního prostoru

a zachování intimity. Nováková (2012) říká, že pokud nebudeme respektovat jejich soukromí, může to mít vliv jak na fyzickou, tak psychickou pohodu a v krajním případě, může vést až k nespolupráci pacienta či jeho rodiny.

1.3 Romská minorita

Definovat příslušníka romské minority není jednoduché. Jak uvádí Zpráva o stavu romské menšiny v ČR, zde vycházeli z této definice: „za Roma považujeme takového jedince, který se za Roma sám považuje, aniž by se nutně k této příslušnosti za všech okolností (např. při sčítání lidu) hlásil, a/nebo je za Roma považován významnou částí svého okolí na základě skutečných či domnělých (antropologických, kulturních nebo sociálních) indikátorů (Úřad vlády České republiky, 2017, s. 4).

Dle Sedlákové, Koudelkové (2008) se sami Romové dělí do dvou hlavních skupin – na čisté a nečisté. Příslušnost rodin do těchto dvou skupin se dědí z generace na generaci. Přejít do druhé skupiny lze pouze sňatkem. V těchto dvou hlavních proudech je pak ještě podrobnější rozdělení dle tradičního způsobu obživy. Příslušnost k rodině je pro každého příslušníka této minority zásadní, znamená pro něj jednu z nejvyšších životních hodnot, představuje pro něj zázemí a jistotu. Dá se říci, že vše co příslušník romské minority dělá, dělá pro přežití rodu. Davidová et al. (2010) uvádí, že V České republice převažují tzv. Romové slovenští a maďarští, kteří přišli ze Slovenska po 2. světové válce. Za Romy se dále považují i Cikáni čeští a moravští, v posledních letech se však jedná už víceméně o rodiny s malým počtem členů. Poslední specifickou skupinu pak představují olašští Romové. Vzhledem k četnému vnitřnímu členění této skupiny obyvatel není jednoduché definovat, jak celkově Romy nazývat z hlediska majoritní společnosti. Nejčastěji se tato skupina obyvatel definuje jako specifická etnická skupina a minorita.

1.3.1 Historie romské minority

Historie Romů není úplně jednoznačná. Podle historických údajů byly první zmínky o této minoritě v Evropě nalezené v dokumentech ze 14. století, takže s největší pravděpodobností žijí Romové mezi Evropany již nejméně 600 let (Vaux de Foletier, 1970). Davidová (2004) uvádí, že Romové původně pocházejí z Indie. Postupně odcházeli přes Blízký Východ do střední a východní Evropy a někteří také přes Egypt a severní Afriku do Španělska. Usídlili se nejčastěji v Polsku, Maďarsku, Itálii, Německu či Rumunsku. Dle Frasera (1998) začaly první vlny imigrantů pronikat do Evropy zhruba na přelomu prvního a druhého tisíciletí našeho letopočtu. Za charakteristický znak těchto migrujících skupin lze

považovat provoz drobné obživy. Podle Pavelčíkové (2012) se nejčastěji jednalo o kovářství, práci s hlinou nebo proutím a také se jednalo o vážené hudebníky. Fraser (1998) uvádí, že všechny tyto dovednosti se předávali z generace na generaci romské populace. Nejčastěji tedy z otce na syna. Kaleja et al. (2012) uvádí, že zhruba v průběhu 14. a 15. století se romské skupiny rozšířily po celé Evropě. Poměrně rychle se Romové vmísili do majoritního obyvatelstva. Převzali jejich křesťanskou víru a stopy většinové společnosti se projevíly i v romském folklóru.

Druhá světová válka zasáhla velice negativně i romskou minoritu. Romové byli označeni za neárijskou rasu, a proto mnoho z nich stihl stejný osud jako Židy (Štolová, 1997). Miko (2010) uvádí, že v tomto období probíhalo mnoho deportací a vyvražďování romského obyvatelstva. V České republice bylo zbudováno několik pracovních táborů určených přímo Romům. Mezi nejznámější patří v Letech u Písku. Podle Štolové (1997) se situace nezlepšila ani po 2. světové válce. Z početných minorit zbylo jen pár rodin, které hrůzy války přežily, Šišková (2001) uvádí, že celkový počet českých a moravských Romů, kteří válku přežili, čítal zhruba 600 osob.

Po druhé světové válce byli do Čech nastěhováni Romové slovenští. Po zákazu kočování se u nás usídlili olašští Romové, kteří přišli z Rumunska, Valašska a Moldávie (Ivanová et al., 2005). V tomto období se na území Čech a Moravy začali Romové objevovat většinou ve vymezených regionech (Kaleja et al., 2012). Avšak jak uvádí Fraser (1998) podle některých evropských historických pramenů, nemůžeme všechny Romy zařadit pouze do skupiny kočovníků po světě. Ukázalo se, že mnoho z nich se živili např. jako řemeslníci či hudebníci a společně s celou rodinou hledali po Evropě vhodná místa k trvalému usazení. Podle Kaleji et al. (2012) spočíval základní problém u Romů v tom, že odešli ze své pravlasti jako poměrně uzavřená skupina, mezi kterými byli především řemeslníci, muzikanti či příslušníci nejnižších vrstev žijících se pomocnými pracemi. V takové skupině lidí úplně chyběli nositelé tzv. vysoké – písemné kultury. Jak uvádí Stewart (1997) i vlivem toho, že se jednalo o Romy, kteří nepatřili mezi intelektuální elity a nezajímali se o to, odkud přišli jejich předkové, mnoho informací z jejich historie vymizelo.

V současné době žijí Romové rozptýleně na všech pěti kontinentech, převážně však v Evropě v celkovém počtu zhruba 10 až 15 milionů (Ivanová et al., 2005). Kovats (2008) uvádí, že Romové žijí v současné době téměř ve všech evropských zemích, a proto je jim v dnešní době věnována taková pozornost. Podle Mendizabala et al. (2012) získali Romové v České republice v roce 1991 status národnostní menšiny. Podle Pavelčíkové (2009) však dodnes zůstává problematika začleňování romské minority do české majoritní společnosti

velmi palčivým tématem, které není dodnes komplexně vyřešeno.

1.3.2 Charakteristika romské minority v České republice

Podle dostupných údajů jsou Romové nejpočetnější národnostní menšinou žijící v České republice. Data ve Zprávě o stavu romské menšiny v České republice uvádějí, že na území České republiky žilo v roce 2016 245 800 Romů, což představuje 2,3 % z celkového počtu obyvatel. V předchozím roce to bylo 226 300 příslušníků romské minority. Podle zprávy však tento údaj nelze interpretovat jako populační růst, ale především jde o zpřesnění metodologických postupů (Úřad vlády České republiky, 2017). Zpráva o stavu romské menšiny v ČR dále uvádí, že v současné době žije v Evropě přibližně asi něco okolo 11 mil Romů. Vyšší podíl zastoupení Romů ve společnosti, než má ČR má v rámci Evropské unie Bulharsko (9,9 %), Slovensko (9 %), Rumunsko (8,6 %) a Maďarsko (7,5 %) (Úřad vlády České republiky, 2017).

Kalibová (2009) uvádí, že právě v případě Romů se velmi často řeší, kdo je a není Rom. Romové se totiž většinou vyhýbají jakékoliv evidenci ať už ze strachu nebo z neznalosti významu pojmu národnost, kterou zaměňují za státní příslušnost. V úvahu je však třeba brát i to, že mnoho Romů se ke své národnosti nehlásí a raději uvádějí cizí národnost. Kvůli zatajování vlastní etnické identity je třeba vzít v úvahu fakt, že uváděné počty příslušníků romské minority jsou velice často podhodnocené napříč všemi státy Evropy.

1.3.2.1 Jazyk

Velmi odlišnou složkou od majority je u Romů komunikace. Ta vychází z jejich mentality a kočovného způsobu života. Důležitou komunikační složku u romské minority představuje romský jazyk. Romština je dnes považována za samostatný, avšak oblastně velmi rozdílný jazyk. Jen v Evropě je dnes popsáno okolo 60 romských dialektů, přičemž v České republice je kromě spisovné romštiny využíváno dalších 8 subetnicky členěných variant. Romština vykazuje znaky příbuznosti jak s jazyky indické pravlasti, tak také neustálým migračním putováním prvky přejaté z jazyka trvalého usazení romské minority (Kaleja et al., 2012).

Česká republika otázce romského jazyka věnuje určitou část pozornosti. Romský jazyk se v roce 2016 vyučoval na třech vysokých školách, jedné střední škole a jedné základní škole. Napříč celou Českou republikou existuje také mnoho kurzů romštiny pro veřejnost. Navzdory těmto aktivitám naráží výuka romského jazyka na několik překážek. Neexistuje zde totiž systémová podpora či politika zaměřená na výzkum romského jazyka (Úřad vlády České republiky, 2017). Podle Kaleji et al. (2012) je velkým problémem, že Romové, kteří žijí mimo

societu, neovládají romský jazyk a mají i problémy s ovládním spisovného jazyka majoritní společnosti. Podle Zprávy o stavu romské menšiny v České republice za rok 2016 snahy vyučovat romštinu pak narážejí na nedostatek žáků a také lektorů, kteří by romštinu ovládali na takové úrovni, aby ji mohli učit. Výuka romštiny se tak více přesouvá do rodin, kde je však také na ústupu. Rodičů, kteří by ovládali romštinu, totiž znatelně ubývá. Vláda České republiky se proto nadále snaží systematicky podporovat aktivity vedoucí k rozvoji výuky romského jazyka, aby se zabránilo úplnému úpadku romštiny (Úřad vlády České republiky, 2017). Kaleja et al. (2012, s. 47) uvádí: „*Romština obecně je považována za jazyk emocionálně angažovaný, disponující velkým množstvím popisných adjektiv a navíc nejčastěji v podobě deformovaného a komunikačně zcela nevhodného etnolektu*“.

Komunikační styl Romů je výrazně jiný než u majoritní společnosti. Romové kladou velký důraz na prvky neverbální komunikace. Uhádnou podtext každé věty. Pokud zdravotník říká, že mu pomůže a myslí to neupřímně, romský pacient to okamžitě vycítí (Ivanová et al., 2005). Při komunikaci s romským pacientem musíme počítat s velkou gestikulací, zvýšeným hlasem a emočními projevy (Ivanová et al., 2005). Musíme si také uvědomit, že Romové jsou velmi rádi v kolektivu. Sami se mohou cítit slabší a zranitelnější. Často je to vykládáno jejich vírou v existenci nadpřirozených sil, duchů a vírou, že mrtví v noci navštěvují pozůstalé. Důsledkem je i to, že v mnoha rodinách nechávají Romové v noci svítit alespoň malé světlo (Davidová et al., 2010).

Také díky hlasitým projevům není romská minorita u většinové společnosti plně respektována. Problematika začlenění romského obyvatelstva je velmi diskutovanou a zkoumanou oblastí. Majoritní společnosti nevdá přítomnost těchto menšin, ale podle nich mohou vznikat problémy s jejich chováním. Česká xenofobie tedy nevychází z etnických kořenů romské minority, ale má spíše sociální a kulturní charakter. Nicméně velmi alarmující údaj poskytli zástupci romské menšiny, z něhož vyplývá, že až 86 % majoritní společnosti Romy zavrhuje a požaduje jejich segregaci. Problematikou sociálního začlenění romské minority v České republice se podrobně zabývá i Rada Evropy. Situaci považují za znepokojivou, především z hlediska přetrvávajících předsudků majoritní společnosti. Poradní výbor konstatuje, že Romové zůstávají nadále na okraji společnosti, což se promítá ve všech oblastech jejich života (Hofmanová, 2013).

1.3.2.2 Socializace

Jak uvádí Davidová: „*Složitost života a postavení Romů v rámci většinové společnosti a mnoha s tím souvisejících, stále narůstajících problémů vyvolává potřebu jejich hlubšího poznání*“ (Davidová et al., 2010, s. 11). Mnoho filozofů vidí dnešního člověka, tedy i příslušníka romské minority, jako jedince, který se vzdálil přírodě a tím pádem i vlastní přirozenosti, stal se sice svobodným a nezávislým, ale zároveň neustále hledá spojení se světem i se sebou. Druhou stránkou svobody je pak možnost libovolného chování a tím i ztráty spolehlivých vodítek, hranic jednání a zakořeněnosti. S tím pak souvisí uvědomění si své odlišnosti i fundamentální cizosti ostatních (Poněšický, 2006). Kaleja et al. (2012) uvádí, že romská minorita a její kultura se nikdy nevyvíjela zcela odděleně od majoritní společnosti, i když se to tak někdy může zdát. Časté představy většinové majority o naprosté izolovanosti a nepřizpůsobení se této minority většinové společnosti jsou poměrně zcestné.

Podle Budilové, Jakoubka (2007) má výsadní postavení v životě Romů jejich rodina. Má pro celý jejich život daleko větší význam než pro příslušníky majoritní společnosti. Jedním z důvodů je i celá řada funkcí, které u majoritní společnosti přebírají různé instituce, oproti Romům, u kterých tyto kompetence zůstávají v širší rodině. Davidová et al. (2010) uvádí, že romská rodina je stejně jako česká monogamní. Její základ tvoří pár složený z jednoho muže a jedné ženy. Rozšířená rodina má však velký vliv. Pomáhají například rodičům s péčí o děti, ať už výchovou nebo ekonomickou pomocí. Velmi často mladé manželské páry žijí pohromadě s dalšími příbuznými. K osamostatnění, pokud k němu dojde, tak až po delší době, například při narození druhého dítěte. Dívky se stávají matkami zpravidla poprvé ve velmi nízkém věku. Mateřství je připisován velmi velký význam a malé množství bezdětných manželství většinou brzy zanikne (Davidová et al., 2010). Horváthová (2002) říká, že pro ženu vždy patřila daleko přísnější pravidla než pro muže. Žena byla považována za určitý vzor morálky v rodině. Měla ve svých rukou výchovu dětí, a tudíž se podílela na utváření nové generace a obrazu romské společnosti.

Romská rodina je v odborných publikacích někde označována za patriarchální, kde je podle autorů jasně vymezeno dominantní postavení muže, jinde za matriarchální. Zde je zdůrazňováno dominantní postavení především starších žen v romských rodinách (Budilová, Jakoubek, 2007). Podle Urbana, Kajanové (2010a) má žena v romské rodině většinou podřadné postavení. Jejím hlavním úkolem je pečovat o svého muže/druha, rodit a vychovávat děti a zabezpečit chod celé domácnosti. Žena získává větší vážnost v rodině s každým dalším narozeným potomkem. Muž musí rodinu finančně zabezpečit, což není vždy z praxe patrné. Sedláková, Koudelková (2008) uvádějí, že výchovu malých dětí má v rukách

pouze žena. Otec se o jejich problémy nezajímá. S výchovou dětí většinou pomáhá širší rodina, která žije pohromadě. Není neobvyklé, že děti vyrůstají obklopeny třemi, někdy i čtyřmi generacemi v komunitě, která je uzavřena okolní společností. Davidová et al. (2010) však uvádí, že v posledních letech je evidentní určité směřování k rovnocennosti mezi postavením muže a ženy. Podle Sedlákové, Koudelkové (2008) je v romské rodině velká soudržnost jednotlivých členů. Navzájem se podporují, pomáhají si finančně i například s výchovou dětí. Rodina je pro ně vším. V romské osadě se téměř nesetkáme s bezdětnou ženou, protože by byla ostatními zavržována. Pro většinu Romů je nemyslitelné umístit děti do dětských domovů či svoje staré rodiče do domovů pro seniory. Rodiny si váží a nejstarším členům se prokazuje velká úcta.

Velmi zajímavě se na problematiku rozdělení mužské a ženské role dívá filozof J. Poněšický: „*V případě rozhodování se pro mužskou a ženskou identitu je situace muže těžší. Malá holčička, vychovávaná převážně matkou, organicky vplyne do své ženské role, kdežto chlapec se musí v individuální fázi, kdy si začne uvědomovat svoje pohlaví, odtrhnout od dosavadního identifikačního spojení s matkou a snažit se připodobnit otci. Jeho vývoj je tudíž poznamenán traumatem*“ (Poněšický, 2006, s. 156).

Co se týká socializace Romů do většinové společnosti, lze v České republice rozlišit dvě skupiny. Na základě odhadů je zhruba polovina Romů integrována do společnosti. Tito Romové ve většině případů představují romskou střední třídu a inteligenci. I přesto se řada z nich setkává s předsudky, nesnášenlivostí a diskriminací od většinové společnosti, stejně jako ta druhá polovina romské menšiny. Druhou polovinu představují ti, kteří jsou sociálně vyloučení nebo jsou sociálním vyloučením značně ohroženi. Tito jsou společností většinou vytěšňováni až na její samotný okraj (Úřad vlády České republiky, 2017). Podle Horváthové (2002) platilo pro Romy vždy to, že komunita jako taková je pro ně velice důležitá a plnila pro ně jak roli ochranou, tak i sociální. Vždy se svými členy soucítili, navzájem si pomáhali a dělili se i o majetek, který byl považován za společný pro celou komunitu.

Soužití romské minoritní společnosti s tou majoritní se pravděpodobně nikdy neobejde bez určitých nedorozumění. Romové jsou velice specifickou komunitou, s odlišnými zásadami a pravidly, která se mohou pro ostatní zdát nepochopitelná. I přesto, nebo právě proto, je potřeba si k sobě začít více hledat cestu. Jak uvádí Šlechtová, Bürgerová (2009, s. 192) „...hledání vzájemného pochopení, porozumění a konsenzu je jedinou možností pro zajištění budoucí existence lidstva“.

1.3.2.3 Stravování

Výživa patří mezi základní lidské potřeby. Dodává organismu energii a látky, které jsou důležité pro jeho fungování. Tato fyziologická potřeba je ovlivněna několika faktory, mezi něž patří: faktory biologické (např. věk, pohlaví, léky, vrozené vady), faktory psychické (např. deprese, strach, stres), faktory životního prostředí (např. znečištění životního prostředí) a v neposlední řadě faktory sociálně kulturní. Mezi tyto faktory řadíme např. kulturní zvyky a obyčeje dané skupiny obyvatel, náboženské vyznání, etnická příslušnost či ekonomickou situaci rodiny (Vytejková et al., 2011).

Nováková (2012) uvádí, že u romské minority existují určitá specifika nejen v konzumaci potravin, ale i v samotné přípravě jídla a jeho uskladňování. Podle Ivanové et al., (2005) je základním pravidlem při úpravě pokrmů dodržování čistoty v rituálním smyslu. Jídlo se vždy připravuje v nádobách pouze k tomu určených. Podle Sedlákové, Koudelkové (2008) se jídlo, které se nespotřebuje, není možné ohřívat druhý den, ale musí se vždy hned vyhodit. Tento zvyk pravděpodobně vychází z romských předků, kteří žili v Indii, kde se jídlo vzhledem ke klimatickým podmínkám velice rychle kazí.

Horváthová (2002) uvádí, že velkou roli hrála u Romů i konzumace různých druhů masa, podle nichž, se skupiny Romů odlišovali. Romové, pro které bylo tabu koňské či psí maso, byli ti takzvaně rituálně čistí. Naopak ti, kteří požívali koňské či psí maso okolí vnímalo jako horší skupinu a vztahy mezi těmito skupinami Romů byly přísně zakázány.

Mezi klasická romská jídla řadíme holubki, což jsou plněné zelné listy, mačanky z masa (romská polévka), štrúdl po maďarsku, bramborový guláš, bramborový kotlík s klobásou (Šišková, 2001). Podle Oláhové (2000) jsou pak další jídla Romů přejímána od většinové společnosti, ve které žijí. Vzhledem k faktu, že mnoho Romů k nám přišlo ze Slovenska, tak i velká část pokrmů, která se považuje za tradiční romská jídla, má svůj původ na Slovensku. Davidová et al. (2010) uvádí, že mezi tato jídla patří např. halušky, taštičky s povidly či smažené vdolečky nebo págle. Zvláštní místo pak ve stravování mají polévky, které patří k plnohodnotnému hlavnímu chodu. Polévka musí být hustá a někdy je dokonce podávána s chlebem či těstovinami.

Ivanová et al. (2005) uvádí, že i samotná příprava jídla vyžadovala určité ceremonie. Hospodyně, která jídlo připravuje, by měla mít příjemnou náladu, aby i požívání jídla bylo pro strávníky příjemné. Vzhledem ke složitostem určitých specifik v přípravě pokrmů v romské minoritě se většinou od dívek nepožadovaly velké kuchařské dovednosti. Ty získaly, až přivdáním se do konkrétní rodiny, kde je všechny zvyklosti typické pro určitou rodinu učila tchýně. Davidová et al. (2010) pak říká, že mnoho těchto specifik v oblasti přípravy jídla již

v romské minoritě pomalu mizí vzhledem k asimilaci do majoritní společnosti.

Stravovací zvyklosti vycházejí ze samotné historie romské minority. Vzhledem k jejich kočovnému způsobu života, kdy nic nepěstovali ani nechovali dobytek, si neosvojili dovednosti, které byly typické pro většinu obyvatel Evropy. Skladba potravin proto nebyla moc pestrá, v jídelníčku chybělo ovoce, zelenina i maso. Dalším významným faktorem v životě této skupiny obyvatel je fakt, že obezita je považována za známku dobré kondice a nevnímá se tedy jako nežádoucí vliv na zdravotní stav člověka (Adámková, 2015). Podle Kalmana et al. (2011) lze říci, že nedědíme hmotnost, ale přinášíme si do dospělosti stravovací návyky, které k obezitě mohou směřovat. Urban, Kajanová (2010b) uvádějí, že současný stav stravování romské minority v České republice není vůbec uspokojivý. Romský jídelníček se stále častěji přibližuje tomu, v majoritní společnosti. Bohužel však nejvíce v pokrmech, které jsou všeobecně považované za velmi nezdravé. Největším problémem je nadměrná konzumace masa a masných výrobků, tuků a minimální konzumace zeleniny či ovoce. Adámková (2015) říká, že všechny tyto skutečnosti mohou vést u romské minority k četným zdravotním problémům. Podle Nesvadbové et al. (2003) se jedná nejčastěji o obezitu, vysoký krevní tlak a cukrovku.

1.3.2.4 Zvyky a tradice

Romská minorita byla vždy tvořena rodem nebo vícegenerační rodinou. Každá rodová skupina měla určitou hierarchii a dodržovala pro ně tradiční zvyky, které zahrnovaly i různé etické normy a nepsané zákony typické pro jejich skupinu (Horváthová, 2002). Romové jsou skupinou obyvatel, která si i v dnešní době zachovává mnoho tradičních zvyků. Toto musíme mít na paměti při setkání s romskou minoritou. Pokud zdravotníci tato specifika budou znát, přispějí tak k lepší spolupráci a návaznosti péče. Jak říká Ivanová: „*Při poskytování kvalitní zdravotnické péče je třeba zohlednit pacientovy etnické a kulturní hodnoty, názory a praktiky, které se vztahují k vlastnímu zdraví a k poskytování zdravotnické péče*“ (Ivanová et al., 2005, str. 176).

O náboženství Romů panují různé názory. Některé prameny uvádějí, že jsou zcela bez náboženského vyznání, další, že jsou vyznavači přírodních sil a duchů a poslední, který je nečastější, že pokud Romové vyznávají náboženství, pak se jedná o křesťanství, nejčastěji katolismus (Mann, 2004). Podle Horváthové (2002) v sobě náboženské představy Romů spojují prastaré vlivy různých kultur a křesťanské myšlení současné doby.

Většina Romů měla vždy své náboženské cítění, nejčastěji se hlásili k církvi, která

v jejich prostředí kde žili, převažovala. Většina tradičně příslušela a přísluší k církvi římskokatolické, menšinu pak tvoří pravoslavní a vyznavači dalších církví a sekt (Davidová, 2004). Také Ivanová et al. (2005) uvádí, že většina českých Romů se hlásí k římskokatolické víře. Jejich víra je vlastně propojení jejich náboženství a tradičních pověr s pověrami, které si přinesli z Indie. Lze však říci, že náboženství i víra je pro ně sdílený způsob života a na žebříčku životních hodnot zaujímá společně s rodinou a zdravím přední příčky. Mann (2004) uvádí, že především Romové z nižších sociálních vrstev si uchovávají velký vztah ke křesťanství, a především pak k samotným představitelům církve. Kněze považují za člověka, který dokáže mluvit s mrtvými, a proto k němu chovají velký respekt a úctu. Toto výjimečné postavení, dává kněžím možnost pozitivně ovlivňovat dění v této minoritě.

Nováková (2012) uvádí, že i v současné době je víra Romů v duchy či nadpřirozené síly poměrně velká, a proto dbají na dodržování tradičních romských rituálů. Mezi něž patří pohřební rituály spojené s vartováním, tedy hlídkou u zemřelého člověka či tradičním umíráním Romů doma. Pavelčíková (2012) pak říká, že míra dodržování různých tradičních vazeb, používání původního jazyka, respektování romských pravidel do značné míry souvisí s danou skupinou Romů. Velký rozdíl je v kočovné skupině a již usedlé skupině Romů, kteří jsou již více začlenění do společnosti a přebírají tak mnoho charakteristických znaků dané majoritní společnosti. Podle Cohna (2009) mají Romové celou řadu oslav, které jsou spojené s různými svátky, s konáním svateb, uctíváním mrtvých, ale i k uvítání někoho, kdo se vrátil z cest. Veškeré oslavy se vyznačují velkým množstvím rychle konzumovaného jídla, hudbou a tancem.

Podle Marádové (2006) se tradice Romů často mísí s tradicemi většinové společnosti a nové svátky většinou nejsou zatím ustálené. Je to například nově zavedený Mezinárodní den Romů (8. dubna), který se však postupně začíná prosazovat do kulturního života této minority.

Každý jedinec se rodí do konkrétního společenského prostředí a v průběhu života dochází k procesu socializace a akulturace, což má vliv i na postoj k životním hodnotám. V každém případě je důležité si uvědomit základní věc. Každý člověk, ať už příslušník romské minority, či majoritní společnosti je lidská bytost, která má své specifické potřeby a také odlišné vnímání života, zdraví či nemoci. Proto je dobré ke každému jedinci přistupovat zcela individuálně, bez zbytečných předpokladů.

V případě romské populace je nutné především zohlednit celkový život jedince v dané komunitě a velký vliv, který na jeho život tato skupina lidí má. Jedná se o minoritu, která se sice již v mnoha věcech asimilovala do majoritní společnosti, avšak i přesto si stále zachovává mnoho tradičních zvyků a způsobů života. Je potřeba proto všechna tato hlediska zohlednit při

jakékoliv komunikaci s romským pacientem. Pokud budeme znát subjektivní vnímání zdraví, nemoci či přístupu k životu, pomůže nám to lépe pochopit daného člověka a následnou péči pak vhodně naplánovat.

1.3.3 *Klinická a komunitní péče*

V popředí důležitých životních hodnot u romské populace je zdraví (Davidová et al., 2010). Podle známé definice zdraví Světové zdravotnické organizace „*je to stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoliv jen nepřítomnost nemoci či vady.* (WHO, 1946). Co se týká zdravotního stavu Romů, jsou zde značné rozdíly. Podle Zprávy o stavu romské menšiny v České republice za rok 2016 je právě i v České republice velkým problémem nerovný přístup ke zdraví. Lidé, kteří mají nižší vzdělání a horší sociálně-ekonomické podmínky, mají často omezený přístup k informacím, a i z těchto důvodů pak nepovažují zdraví za prioritu (Úřad vlády České republiky, 2017). Nevhodné složení potravy, nedostatek pohybu a různé závislosti vedou k mnoha zdravotním problémům více než u majoritní společnosti (Davidová et al., 2010). Celkově horší zdravotní stav u Romů je také dán vyšším výskytem chronických chorob v dřívějším věku. Dále Romové uvádějí, že často trpí bolestmi hlavy a pohybového aparátu a objevuje se u nich i vyšší výskyt duševních nemocí spojených s nadměrným pitím alkoholu (Úřad vlády České republiky, 2017).

Podle informací vlády ČR se vzhledem ke zdrženlivosti Romů k veřejným zdravotním službám osvědčila služba zdravotně sociálního pomocníka. Tento člověk stojí na pomezí zdravotnictví a sociálních služeb a snaží se přispívat k osvětové činnosti a motivování Romů k účasti na veřejných zdravotních službách. Hlavním poskytovatelem této služby je Drom, což je romské středisko, které realizuje různé terénní programy po celé České republice. V současné době se však této činnosti věnuje pouze 6 zdravotně sociálních pracovníků ve třech krajích (Úřad vlády České republiky, 2017).

Velkou roli v oblasti zdravotního stavu romské populace hraje také samotný nezájem Romů starat se o své zdraví a absence preventivních programů. Protože však Česká republika v rámci Evropské unie deklaruje rovný přístup ke zdraví a zdravotní péči pro všechny, je nutné neustále vytvářet nové možnosti a programy, které budou romskou minoritu více zapojovat do veřejného zdravotního systému. V rámci edukace a preventivních programů je potřeba věnovat se tématům jako je posilování zdraví, zdravý životní styl a prevence před onemocněním. K tomu, aby tyto programy mohly fungovat je však také velmi důležitý aktivní přístup romských obyvatel k péči o své zdraví. Pokud oni sami nebudou chtít, ani programy v rámci prevence nebudou fungovat.

2 CÍL PRÁCE A VYMEZENÍ PŘEDMĚTU VÝZKUMU

2.1 Cíle práce

Zjistit specifika ošetrovatelské péče v klinické praxi u romské minority s využitím zvoleného koncepčního modelu.

Zjistit specifika ošetrovatelské péče v komunitní praxi u romské minority s využitím zvoleného koncepčního modelu.

Zjistit, která z těchto specifíků chybí v ošetrovatelském modelu J. N. Giger a R. E. Davidhizar. Modifikovat ošetrovatelskou dokumentaci dle vybraného koncepčního modelu J. N. Giger a R. E. Davidhizar pro romskou minoritu s ohledem na subjektivní a objektivní determinanty ovlivňující kvalitu poskytované péče v klinické a komunitní praxi v České republice.

2.2 Hypotézy

Vzdělání pacientů v romské minoritě ovlivňuje jejich postoj k péči o zdraví.

Zdravotní stav romské minority se liší podle pohlaví.

Kulturní specifika romské minority se liší podle jejich prostředí.

Dodržování léčebného postupu během nemoci u pacientů z romské minority se liší podle vzdělání.

2.3 Výzkumné otázky

Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v klinické praxi u romské minority?

Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v komunitní praxi u romské minority?

Jaké jsou možnosti využití modifikované ošetrovatelské dokumentace v klinické praxi u pacientů z romské minority?

Jaké jsou možnosti využití modifikované ošetrovatelské dokumentace v komunitní praxi u pacientů z romské minority?

Jaká kulturní specifika vyžadují romští pacienti při poskytování ošetrovatelské péče?

2.4 Operacionalizace pojmů

Integrace

Plnohodnotné soužití všech jedinců žijících na území určitého státu, jež umožňuje respektování individuálních potřeb každého z nich v různých oblastech života

Koncepční model

Soubor abstraktních a všeobecných koncepcí a tvrzení integrovaných do smysluplné konfigurace

Kultura

Komplexní celek, který zahrnuje všechny náboženské a etické hodnoty a systémy, právní předpisy, poznání, umění a zvyky a schopnosti, které si jedinec jako příslušník společnosti osvojil učením (socializací)

Kulturní kompetence

Způsobilost pro kvalifikovanou kulturní péči

Majorita

Dominantní skupina zahrnuje větší množství lidí stejné kultury a jsou oproti minoritě v početní výhodě

Migrace

Proces prostorového přemísťování osob přes hranice, spojený se změnou místa bydliště

Minorita

Skupina lidí, která má určitý společný znak, ale početně se nemůže rovnat jiné skupině, která v dané společnosti tvoří většinu

Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče

Koncepční ošetrovatelský model autorek Joyce Newman Giger a Ruth Elaine Davidhizar. Navazuje na práci zakladatelky transkulturní ošetrovatelské péče Madeleine Leininger. Hodnotí klienta v několika oblastech: kulturně svébytný jedinec, komunikace, sociální začlenění, pojetí času, pojetí prostoru, vliv prostředí a výchovy, biologické odlišnosti.

Prostředí

Zde definováno jako místo bydliště respondentů, počet členů v domácnosti a charakter života v domácnosti

Předsudky

Soustava předjatých myšlenek, představ a názorů na určitého jednotlivce, skupinu nebo kulturu

Romská minorita

Jejím příslušníkem je jedinec, který se za Roma sám považuje nebo je za něj považován svým okolím na základě určitých indikátorů (antropologie)

Transkulturalismus

Vzájemná interakce mezi majoritou a minoritou, přesahuje hranice kultur, které jsou ve vzájemné interakci

3 METODIKA

Práce byla zpracována kombinací kvalitativních a kvantitativních výzkumných metod. V první části výzkumu bylo využito kvalitativního šetření. Toto šetření vytvořilo rámec ke zhotovení techniky sloužící ke sběru dat v kvantitativním šetření. Hlavním cílem kvantitativního šetření bylo zjistit specifika v klinické a komunitní péči u romské minority a zároveň také možnost využití Modelu kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče (příloha 1) u této skupiny obyvatel. Získaná data z kvantitativního šetření sloužila ke zhotovení modifikované ošetřovatelské anamnézy. Spolehlivost anamnézy byla ověřována pomocí metody focus group.

Výzkumné šetření bylo realizováno v rámci týmového grantového projektu „Využití koncepčních modelů v klinické a komunitní praxi“ číslo 048/2015/S, který byl řešen za finanční podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity (GAJU) v Českých Budějovicích

3.1 Metodika kvalitativního výzkumu

3.1.1 Použité kvalitativní metody

Kvalitativní šetření A bylo realizováno technikou polostrukturovaného rozhovoru. Osnova k rozhovoru (příloha 2) byla vytvořena z oblastí, které obsahuje Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče. Cílem rozhovorů bylo zjistit specifika v rámci komunitní a klinické péče u romské minority. Rozhovory byly členěny na část identifikační údaje; oblast komunikace, náboženství, vliv rodiny, děti, jídelní zvyklosti, zaměstnání, režim dne, spokojenost s životem v České republice, zdraví a návykové látky.

Rozhovor obsahoval 76 daných otázek (příloha 3). Realizace rozhovorů probíhala v soukromí za přítomnosti tazatele a informanta. Před vlastním uskutečněním rozhovorů byl každému informantovi představen tazatel, důvod, cíl výzkumného šetření a byl také ujištěni o anonymitě výzkumu. Všechny rozhovory byly nahrávány. Dle specifik každého informanta a průběhu rozhovoru byly některé rozhovory rozšiřovány o doplňující otázky. Z hlediska časové dotace trvaly rozhovory od 20 do 45 minut. Rozhovory byly realizovány v období měsíců červen a červenec roku 2015.

Kvalitativní šetření B bylo realizováno pomocí metody focus group. Touto metodou se ověřovala srozumitelnost a efektivnost námi navržené modifikované anamnézy. Z důvodu, že navržený materiál vycházel z modelu J. N. Giger a R. E. Davidhizar byl doplněn o základní informace potřebné pro jeho porozumění. Samotné šetření probíhalo v rámci tří setkání v listopadu roku 2016 a lednu roku 2017. K záznamu dat byly využity předem připravené záznamové archy, které byly následně převedeny do digitální podoby. Výsledky dvou

listopadových setkání sloužili pro úpravu modifikované dokumentace. Upravená dokumentace byla znovu ověřována posledním (třetím) setkáním v lednu. Získané poznatky z tohoto setkání byly zapracovány do konečné verze modifikované dokumentace (příloha 3).

3.1.2 Charakteristika výzkumného souboru A

Výzkumný soubor pro kvalitativní šetření A byl konstruován záměrným kriteriálním výběrem. Informant musel splňovat kritérium věku (nad 18 let) a příslušnost k romské minoritě. Byl využit osobní kontakt s informanty. Sběr dat byl ukončen při teoretické saturaci 8 informantů. V textu jsou dále informanti uváděni pod zkratkou I.

3.1.3 Charakteristika výzkumného souboru B

Výzkumný soubor kvalitativního šetření B byl také konstruován záměrným kriteriálním výběrem. Stanovenými kritérii bylo vzdělání v oboru a pracovní zkušenost v klinické či komunitní praxi. Informanti byli osloveni metodou snow ball. Sběr dat probíhal technikou focus group, formou tří setkání.

První setkání čítalo 16 dotazovaných a 2 zapisovatele, druhého setkání se účastnilo 14 informantů a 2 zapisovatelé. Posledního setkání se účastnilo 5 dotazovaných a 1 zapisovatel.

3.1.4 Analýza kvalitativních dat

Pořízené audio záznamy rozhovorů (kvalitativní výzkum A) byly přepsány pomocí programu Transcriber, takto získané přepisy byly vloženy do programu MS Word, kde s nimi bylo dále pracováno. Analýza získaných dat byla provedena metodou otevřeného kódování technikou papír tužka. Získané informace byly dále tříděny do kategorií a poté opět skládány komplexnějším způsobem. Výsledkem těchto dat bylo sestavení několika oblastí, které tvořily rámec pro vytvoření nestandardizovaného dotazníku.

Pro autentičnost výrazů ze strany informantů, bylo v rámci publikace využito doslovných formulací jejich odpovědí. Jednotlivým informantům bylo přiděleno anonymní označení I1 – I8.

Průběh focus group (kvalitativní výzkum B) byl zaznamenáván do předem připravených záznamových archů. Ze získaných dat byla provedena redukce prvního řádu. Byly vynechány nepodstatné údaje a následně byly návrhy informantů zpracovány a postupně zapracovány do modifikované ošetrovatelské dokumentace. Tato dokumentace vychází z Modelu kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče.

3.2 Metodika kvantitativního výzkumu

3.2.1 Použité kvantitativní metody

Pro získání dat byl v kvantitativní části využit nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce (příloha 4), jehož podklad tvořili informace získané z rozhovorů a Model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče autorem J. N. Giger a R. E. Davidhizar. Dotazník obsahoval 109 otázek a byl rámcově členěn do sedmi oblastí: identifikační údaje, biologické odlišnosti, sociální začlenění, komunikace, vliv prostředí a výchovy, vnímání prostoru a času. Dotazník byl tvořen uzavřenými otázkami, převážně hodnocenými pětibodovou Likertovou škálou. Dále byly využity polouzavřené otázky, otevřené otázky a otázky filtrační. Časová náročnost na vyplnění dotazníku byla 20 – 30 minut. Sběr dat byl realizován v období prosinec 2015 až říjen 2016.

3.2.2 Charakteristika výzkumného souboru C

Výzkumný soubor kvantitativního šetření tvořilo 600 příslušníků romské minority. Jednalo se o kvótní výběr respondentů, kdy kritériem výběru byl věk, pohlaví, bydliště a příslušnost k romské minoritě. Celkově se výzkumného šetření zúčastnilo 294 mužů (49 %) a 306 žen (51 %) ve věku od 15 do 65+ let, napříč všemi kraji České republiky. Návratnost dotazníků činila 86 %.

V úvodu dotazníku byli respondenti seznámeni s využitím výsledků. Zapojení do výzkumného šetření bylo na základě ústního souhlasu respondenta. Účast nebyla vázána písemným informovaným souhlasem a výzkum nepodléhal schvalování etickou komisí. Výzkumné šetření bylo anonymní a účast byla zcela dobrovolná.

3.2.3 Statistická analýza kvantitativních dat

Po sběru dat byla provedena optická kontrola dotazníků. Takto připravené dotazníky byly vkládány do matice v programu SASD. V tomto programu byl proveden první stupeň třídění dat. V rámci něhož byly konstruovány frekvenční tabulky, výpočty absolutních a relativních četností a stanovení středních hodnot (modus, medián, průměr, rozptyl, směrodatná odchylka, rozpětí, odhad rozptylu a směrodatné odchylky, intervalový odhad střední hodnoty a rozptylu na úrovni 0,05).

Druhý stupeň třídění byl prováděn v programu SPSS. V tomto programu byly konstruovány kontingenční tabulky s absolutními četnostmi (řádkovými, sloupcovými, celkovými, očekávanými) a znaménková schémata. Při hodnocení souvislostí byl dle charakteru znaku a počtu pozorování použit test chí-kvadrát dobré shody – χ^2 (Person Chi-

Square) a test nezávislosti. Dále byly aplikovány výpočty Pearsonova koeficientu kontingence, Normovaného Pearsonova koeficientu kontingence, Cramerova koeficientu, Wallisova koeficientu, Čuprovova koeficientu, Sermanova koeficientu a korelačního koeficientu. Na hladině významnosti $\alpha = 0,05; 0,01$ a $0,001$.

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky kvalitativního šetření

4.1.1 Struktura výzkumného souboru A

Tabulka 1 – Identifikační údaje

| INFORMANT | POHLAVÍ | VĚK | VZDĚLÁNÍ | RODINNÝ STAV | PRACOVNÍ POMĚR |
|-------------|---------|--------|-------------------------|----------------------|----------------------|
| Informant 1 | muž | 34 let | vysokoškolské | ženatý 2 děti | zaměstnanec |
| Informant 2 | muž | 33 let | vysokoškolské | ženatý 3 děti | zaměstnanec |
| Informant 3 | žena | 34 let | vysokoškolské | svobodná bezdětná | zaměstnanec |
| Informant 4 | žena | 20 let | základní | svobodná 1 dítě | mateřská dovolená |
| Informant 5 | žena | 37 let | základní | svobodná 2 děti | mateřská dovolená |
| Informant 6 | muž | 20 let | základní | svobodný bezdětný | brigáda |
| Informant 7 | žena | 60 let | nedokončené základní | vdaná 3 děti | starobní důchod |
| Informant 8 | muž | 63 let | základní | ženatý 2 děti | starobní důchod |

Tabulka 1 zobrazuje základní identifikační údaje. Ve výzkumném souboru A bylo 8 informantů v zastoupení 4 ženy a 4 muži, kteří se hlásili k romské minoritě. Nejmladšímu účastníkovi bylo 20 let, nejstaršímu 63 let. 4 informanti byli ženatí či vdané a 4 informanti byli svobodní. Kromě informantky 3 a informanta 6, měli všichni děti. Co se týká vzdělání, a zaměstnání, 3 informanti měli vysokoškolské vzdělání a zároveň jsou zaměstnání jako zaměstnanci v pracovním poměru. Informantky 4 a 5 mají základní vzdělání a jsou s dětmi na mateřské dovolené, informant 6 má také základní vzdělání a v současné době nemá stálé zaměstnání, pouze občasné brigády. Informanti 7 má nedokončené základní vzdělání, informant 8 má vzdělání základní a oba jsou ve starobním důchodu.

4.1.2 Výsledky rozhovorů

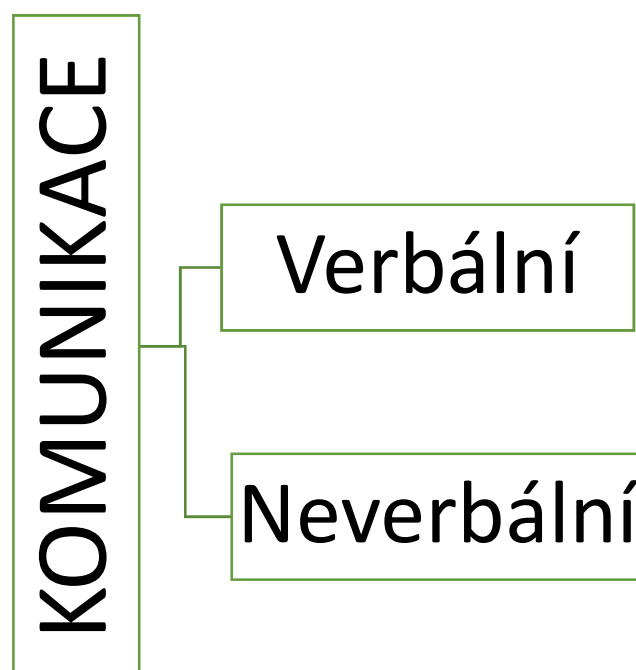
Získané informace byly uspořádány do několika hlavních kategorií a podkategorií.

Schéma 1 – Přehled výsledných hlavních kategorií



Schéma 1 znázorňuje přehled výsledných kategorií, vycházejících z výsledků rozhovorů s romskými informanty. Hlavní kategorie jdou dále členěny do několika podkategorií, které jsou zpracovány v dalších schématech níže.

Schéma 2 – Kategorie komunikace



Kategorie komunikace – podkategorie verbální

Co se týká využívání jazyka během každodenní komunikace, u některých informantů převládá více český jazyk, u některých romský. I1 říká „běžně mluvím českým jazykem, když přijede rodina, mluvíme jen romsky.“ Podobně je na tom i I5: „no občas romský, ale málo celkem. Ale více slovenštinu, já jsem Slovačka, takže kombinuju češtinu se slovenštinou. Také I3, I4, I2 využívá více český jazyk. O něco více používá romštinu I6, který uvádí: „tak jako doma romštinu, když potřebuju někde něco úřadovat, tak pak česky. S ostatními Romy používám ale romštinu i češtinu.“ Stejně jako I8 „tak jako doma romštinu, venku někdy česky“ a I7 „někdy romsky, někdy česky.“

Celkově hodnotí většina informantů svoji verbální komunikaci jako poměrně hlasitou od ostatní populace. I2 říká: „mluvím hlasitěji, než kdokoliv jiný“. Stejně to vidí I8 „mluvím hodně nahlas“ a I7 „jsem docela hlasitá.“

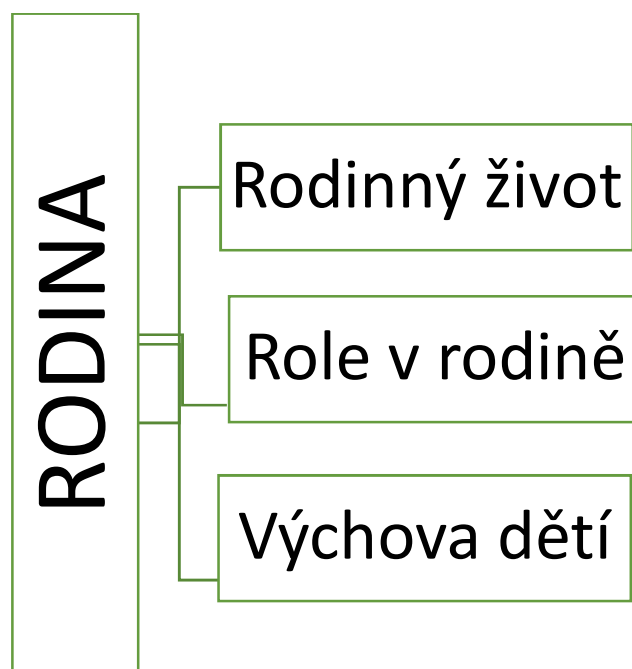
Kategorie komunikace – podkategorie neverbální

V rámci komunikace je důležité využití i různých gest. I1, I7, I8 žádná gesta při komunikaci nepoužívá. Oproti tomu I2, I3, I4, I5, I6 gesta využívá poměrně často. I2 uvádí *„jsem hlasitý, ke své mluvě používám ruce i nohy, ukazují, napodobuji, rád se poslouchám.“* Také I4 říká *„jo, používám, mávám hodně rukama a tak.“*

Co se týká vzdálenosti v rámci intimní zóny, každý informant to vidí odlišně. I1 říká *„je to různé, někoho bych si nepustil tak blízko, protože by mi to bylo nepříjemné, všeobecně je to cca 30 centimetrů.“* I2, I6, I7, a I8 vnímá intimní zónu okolo 20 cm. I5 dokonce nevádí ani blízká vzdálenost u cizích osob. *„Mně to vůbec nevádí, když půjdete blíž. Já s tím nemám problém (vzdálenost je velmi krátká)“*. Naopak pro I3 a I4 je to větší okruh. Pro I3 je intimní zóna okolo 60 cm. I4 říká *„no, takhle jak tu sedíme je to v pořádku (70 cm). Kdyby už byste byl blíž, tak by to asi bylo nepříjemné. Jako u kluků, u holek je to normální.“*

Pokud dojde k narušení intimní zóny, opět se to projevuje u každého jedince odlišným způsobem. Avšak některé prvky jsou velmi podobné. I1, I2, I3, I4, I5, I8 říkají, že většinou ustupují o krok dozadu a je jim takové setkání nepříjemné. I7 říká *„moc mně to nevádí“* a I6 neví, jestli mu je to nepříjemné nebo není.

Schéma 3 – Kategorie rodina



Kategorie rodina – podkategorie rodinný život

Kromě I4, který žil pouze s jedním rodičem, vyrůstali všichni v úplné rodině, tedy s oběma rodiči (I1, I2, I3, I5, I6, I7, I8). Co se týká podpory rodičů jednotlivých informantů, když byli dětmi, podpora se lišila od jednotlivých typů rodin. I1 říká, že ho rodina podporovala, ale báli se, že to bude mít v životě daleko těžší než ostatní, protože je Rom. Podobnou zkušenost měl i I2 „ano, podporovali mě, neměl jsem to však v dětství lehké, ve škole mě šikanovali. „Mnoho informantů má však z dětství zkušenost, že je rodiče podporovali velice málo nebo dokonce vůbec ne. I4, I8 nepodporovali vůbec, I7 říká „trochu, domlouvali nám, jak máme žít, abychom nekradli.“ Naopak I3, I5 a I6 rodiče podporovali.

V rámci výchovy pro většinu informantů platila určitá pravidla, která se snaží přenést i do své současné rodiny. I5 uvedl „rodiče chtěli, abychom chodili do školy, dneska máme v rodině taky určitý pravidla.“ I1 byl vychovávaný poměrně přísně a své děti vychovává podobným způsobem. „u nás je to, nejdříve práce, potom zábava.“ Stejně jako I2 „rodiče chtěli, abych se vyučil, ale mým snem byla armáda a chtěl jsem víc. Na základce jsem to ale flákal, tak byli naši naštvaní. Zakazovali mi zábavu, dokud jsem si nezlepšil průměr.“ Podobně dnes vychovává i své děti. Přísný je v důležitých věcech a benevolentní v těch méně podstatných. Podle I3 u nich v rodině platí dodnes základní pravidla, mezi něž patří: „láska, úcta a pokora, pravdomluvnost, čest, pomoc, houževnatost.“ Také I6, I7 a I8 měli doma

přísná pravidla a své děti také učí, aby si na sebe uměli vydělat a chodili do školy. Naopak podle I6 u nich doma neplatí žádná pravidla a s podporou ze strany rodičů se během dospívání moc nesečkala. „Žádnou motivaci mi nedávali třeba, spíš já sama. Všechno sama, finančně mě třeba vůbec nepodporovali. Takže žádná velká podpora ze strany rodiny tam nebyla.“

I1, I2, I3, I6, I7, I8 žije ve společné domácnosti s manželkou či manželem, popřípadě jejich dětmi. Naopak I4 uvádí „no je nás tu 14 tady v tom bytě, půlka malých a půlka velkých.“ Podobné je to u I5, který žije v domácnosti společně rodiči, strýcem, tetou a sestřenicí.

Co se týká rodinných zvyků a tradic, všichni informanti se shodují, že dodržují určité zvyky a tradice v rámci své rodiny. I2 uvádí „slavíme každé jmeniny, narozeniny, Vánoce. Řekl bych, že nic, co neděláte vy. Děláme úplně běžné věci, sdružujeme se s rodinou, navzájem se podporujeme.“ Také I2, I3, I4, I5, I6, I7, I8 uvádějí, že nemají nějaké speciální tradice, většinou jsou to oslavy narozenin, jmenin nebo Velikonoce a Vánoce.

Kategorie rodina – podkategorie role v rodině

V oblasti rolí v rodině jsme se zabývali i otázkou kdo je u informantů hlavou rodiny. Tady se odpovědi lišily. Stejnou odpověď uvedli I2 a I4, pro které je hlava rodiny tchán či tchýně a pro I5 a I8 jsou to oni sami. Pro I1 a I7 je to manželka či manžel. Pro I3 a I6 je to matka a otec.

Co se týká pozice v komunitě, opět jsou zde patrné určité rozdíly, které se však odvíjejí od věku, práce či rodinného stavu a tím pádem i od postavení jednotlivých osob v rámci komunity. I1 uvedl, že je jeho role v komunitě celkem klasická: „...vydělávám peníze a živím rodinu. Snažím se, abychom se měli dobře. Bohužel jsem ale i často mimo domov. Je to daň za to, že si žijeme dobře.“ Podle I2 se všechno řídí podle tchána. I7 a I8 jsou vzhledem k svému věku sami bráni jako ti hlavní v rámci komunity a ostatní je poslouchají. Naopak I6 uvádí „jsem tady vlastně takový dítě, mám i starší sourozence, ty se o mě pořád obávají a rodiče taky.“ I3, I4, a I5 nedokáží přesně říci, jakou pozici v rámci komunity zastávají.

Kategorie rodina – podkategorie výchova dětí

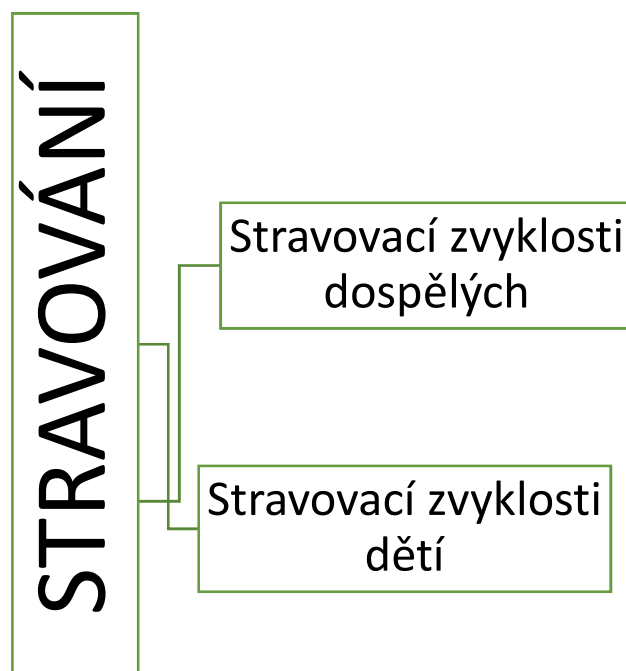
V oblasti výchovy dětí neodpovídali na otázky I3 a I6, protože žádné děti nemají.

Režim dětí většiny informantů je celkem obdobný. I1, I2, I4, I5 uvádějí, že je režim rozdělený na povinnosti (škola, pomoc v domácnosti, úkoly ze školy) a zábavu (hry, odpočinek, trávení času s rodiči, kamarády). I7 a I8 už v současné době děti nevychovávali, ale v minulosti se snažili, aby jejich děti měly určitý denní režim.

Co se týká výchovy vlastních dětí, téměř všichni informanti vychovávali své děti podobným způsobem, jakým byly vychovávány, oni sami. I8 říká „*měly docela přísný režim, stejný jako předtím doma já.*“ I1, I2 a I5 kombinuje přísnou výchovu s kamarádkým přístupem. Děti si musí plnit své povinnosti, ale také mají prostor pro zábavu. Oproti tomu I4 přiznává, že své děti velmi rozmazluje.

Všichni informanti se jednohlasně shodují na tom, že vzdělání vlastních dětí je pro ně velice důležité. I1 říká „pokud to půjde, budu rád, když půjdou na vysokou školu.“ I2 uvádí „*bude mi jedno, když budou v uvozovkách jen vyučené, ale hrozně bych si přál, aby dělaly to, co je bude bavit.*“ I4 říká „*když se podívám na dnešní dobu, tak je potřeba, aby byly vyučené.*“ I8 dodává „*chtěl jsem, ať se mají lépe než já, ale moc se nechtěly učit. A taky aby nekradly a tak, to jsme je musely hlídat no.*“

Schéma 4 – Kategorie stravování



Kategorie stravování – podkategorie stravovací zvyklosti dospělých

Co se týká oblíbených jídel, výsledky jsou podobné. Mezi nejčastější a zároveň i nejoblíbenější jídla patří: goja, holubky, halušky, knedlo-vepřo-zelo, různé omáčky a hodně masa. Většina informantů (I1, I2, I3, I4, I5, I6) občas využije k přípravě jídla polotovary či navštíví podniky s rychlým občerstvením. I6 uvádí, že někdy navštíví rychlá občerstvení „*ale nemoc často, jak se mi zachce, tak třeba jednou týdně.*“ Oproti tomu I6 a I7 nikdy nevyužívají k vaření polotovary ani nenavštěvují rychlá občerstvení. I6 říká „*vařím všechno sama*“ a I7 uvádí „*manželka všechno dělá sama.*“

Kromě I3, která pracuje v třísměnném provozu a nemá tudíž žádný stravovací režim, se ostatní stravují přibližně 3-4 denně. I4 dodává, že se jedná o „*snídani, oběd, večeři a svačinku.*“

V oblasti konzumaci tekutin patří mezi nejoblíbenější především voda (I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7, I8), dále je to káva i několikrát denně (I3, I4) a různé ochucené vody či šťávy (I5, I6, I7).

Zjišťovali jsme také to, co si informanti představují pod pojmem zdravá potravina a zda také potraviny konzumují. I1, I2, I3 si pod tím představují potravinu, která je pro organismus prospěšná a celkově má vyvážené všechny základní složky výživy. I4, I5, I6, I7 a I8 pak vyjmenovávají konkrétní potraviny, které by do této oblasti zařadili. Jedná se podle nich o mléčné výrobky, celozrnné pečivo či zeleninu a ovoce.

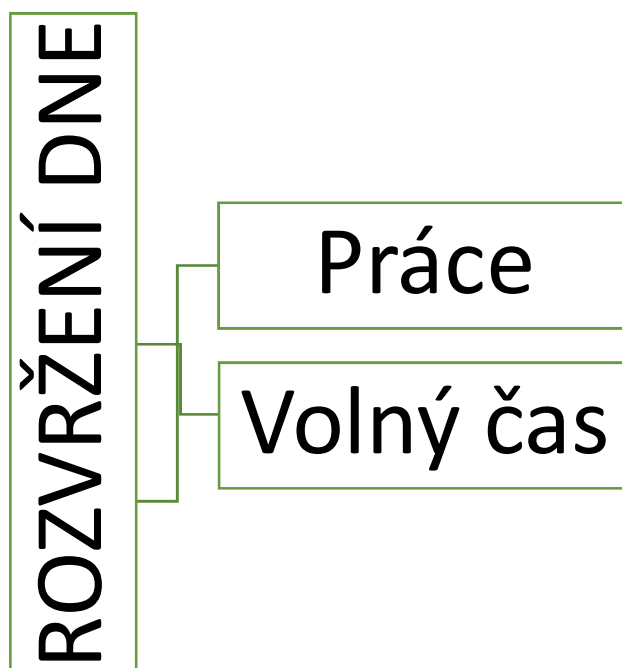
Většina informantů se snaží tyto potraviny zařadit do svého jídelníčku každý den, avšak pro některé z nich je tato konzumace velice finančně náročná. Z toho důvodu nekonzumuje tyto potraviny I3 „*spíše nejím, je to finančně náročné*“. Stejný názor má i I8 „*jo to jíme, ale není to každý den, je to docela drahý, máme jenom důchod, z toho musíme nějak vyžít*.“

Kategorie stravování – podkategorie stravovací zvyklosti dětí

Informanti se shodují, že děti se stravují podle toho, jak se stravují rodiče. I1 uvádí, že jeho děti mají rády hodně omáčky a těstoviny a také sladké. I2 říká „*přijde mi, že děti jedí celý den a v zásadě nic... Furt něco žvejkej, ale pravidelnost jim dělá problémy. Nejméně snídají, obědvají a večeří. Všechny milují kakao a především před spaním*.“ Ostatní informanti se také shodují v tom, že se většinou děti stravují tak jako jejich rodiče, s tím rozdílem, že jim nechutnají některé pokrmy, které nejedí (I5, I7, I8). I4 má menší děti, takže ty se z části stravují jako ona „*částečně, takže oběd a večeře, ty svačinky mají jiný, jako přesnídávky a tak*.“

Co se týká stravovacích zvyklostí dětí, uvádí I1 „*malá nechce snídat, jinak jí pětkrát denně*.“ Stejně je tomu i u I3 a I5. Většina dotazovaných se snaží, aby s dětmi jedla celá rodina pohromadě. I2 říká „*když jsem doma, jíme společně, nicméně zatímco já jím všechno, ony si vybírají*.“ Stejně stravovací zvyklosti měly i děti u I7 a I8 „*jedly stejně jako my, někdy jsme šly třeba do měst, koupil jsem jim třeba pudink nebo zmrzku*.“

Schéma 5 – Kategorie rozvržení dne



Kategorie rozvržení dne – podkategorie práce

Ve stálém zaměstnaneckém poměru je v současné době I1, I2 a I3. Občasné brigády má I6, na mateřské dovolené je I4 a I5 a v důchodu je I7 a I8.

I1 a I2 tráví během týdne v práci 5-7 dní, I3 nepočítá kolik dní v práci stráví, protože pracuje v třísměnném provozu, a služby má každý týden trochu jiné. I6, který má v současné době brigádu, pracuje zhruba 4 dny v týdnu. I4, která je v současné době na mateřské dovolené předtím nikdy nepracovala. I5, která je nyní také na mateřské dovolené, pracovala naposledy před 15 lety.

Informanti se rozcházejí v názoru na to, zda si myslí, že je těžké sehnat práci nebo zda pro ně bylo těžké práci sehnat. Nevidí v tom problém I1, I2 a I4. Naopak I3, I5, I6 a I8, uvádějí, že může být problém sehnat práci, zvláště pokud jste romského původu. I8 říká „*jo myslím, že je to pro Roma těžší sehnat práci než pro Vás*“, stejně to vidí I6 „*když jste Romové, nechtějí nás nebo třeba řeknou, že vůbec*“.

Kromě I3, se všichni dotazovaní, kteří pracují nebo někdy v minulosti pracovali, setkali s diskriminací (I1, I2, I5, I6, I7, I8). I5 říká „*jo i já jsem se s tím setkala dříve a dodneška to je*“.

Kategorie rozvržení dne – podkategorie volný čas

Dotazovaní, kteří pracují, tráví většinu dne v práci (I1, I2, I3, I6). I4, I5, které jsou na mateřské dovolené, se v průběhu dne především starají o děti a domácnost. I7, I8, kteří jsou již nyní v důchodu, tráví největší část dne doma. I7 říká *„uklízím, vařím, jdeme třeba s manželem ven, tedy třeba na lavičku si sednout a tak.“*

Co se týká odpoledních aktivit, jsou u každého dotazovaného individuální. I1 a I2 sportuje nebo jde z práce rovnou za rodinou, I3 nakoupí, postará se o domácnost nebo je až do večera v práci. I4 a I5 tráví odpoledne s dětmi, se kterými jdou většinou na hřiště. I5 dále uvádí *„dojdu třeba nakoupit, udělám si kafe a jdu za kamarádkami.“* I6, I7 a I8 tráví čas venku se známými nebo na nákupech.

Večerní aktivity jsou podobné u všech dotazovaných. Jedná se o trávení času s rodinou či kamarády (I1, I2, I3, I4, I5, I6, I7, I8).

Kulturní či sportovní aktivity navštěvují pravidelně pouze I1, I2, I6. I2 uvádí *„sportovní, jak jsem říkal, kulturní moc ne. Občas někam zajdeme, ale děti jsou ještě malé.“* I6 dodává *„na zábavu chodíme, takže většinou v pátek nebo v sobotu, jinak jsem doma.“* I3, I4, I5, I7, I8 nenavštěvuje v současnosti žádné kulturní ani sportovní akce. I5 říká *„no zkoušeli jsme s dětma, ale oni to nevydrží. Paní učitelka je nebere ani do kina. Ale sport vůbec ne, na to není čas, abych já někam šla sama.“* I8 dodává *„na sport už jsem starej a nemocnej.“*

Schéma 6 – Kategorie život v ČR



Kategorie život v ČR – podkategorie celkové hodnocení

Co se týká spokojenosti s životem v ČR kromě I7 a I8, kteří nejsou moc spokojeni, jsou ostatní dotazovaní celkově s životem v České republice spokojeni (I1, I2, I3, I4, I5 a I6). I1 a I2 uvádějí, že jim v České republice nejvíce vadí politický systém, I5 vadí diskriminace majoritní společností a I7 uvádí „nemůžeme dostat pořádný byt.“

Na druhé straně však vidí dotazovaní i mnoho pozitivních stránek na životě v ČR. I1 uvádí, že je pro něj pozitivní vlastně všechno, proto tady žije. Stejně to vidí i I2, I6 a I2 dodává „...je to náš domov.“ I3 říká „krásná příroda, malebné vesničky, města, bohatá historie.“ Naopak I4, I5, I7 a I8 žádná pozitiva nevidí.

Podle dotazovaných je jejich vnímání majoritní společnosti rozdílné. I4 říká „asi rovnocenně, nevím no.“ I1 a I2 uvádějí, že nemají v tomto ohledu problém. I1 říká „...občas se nedivím, že je na nás nahlíženo tak, jak je. Protože se Romové nechovají správně.“ Podle I3 „neexistuje majoritní společnost, je jen jedna a to společnost lidí.“ I6 pak bere situaci takovou jaká je „...někteří se na nás dívají skrz prsty, ale já si toho moc nevšímám.“ I7 a I8 se k ostatním chovají tak, jak se k nim chovají oni. I8 říká „když je bílejší člověk slušnější a nezvyšuje na mě hlas, tak já ho nezvyšuju taky. Takže když se chovají slušně, tak s nima nemám žádný problém.“

Podle dotazovaných pak většinová společnost vnímá Romy veskrze negativně. Na tom se shodují I1, I2 a I8. I5, I6 a I7 vnímají, že je na ně pohlíženo jinak. I4 říká, že je vnímají

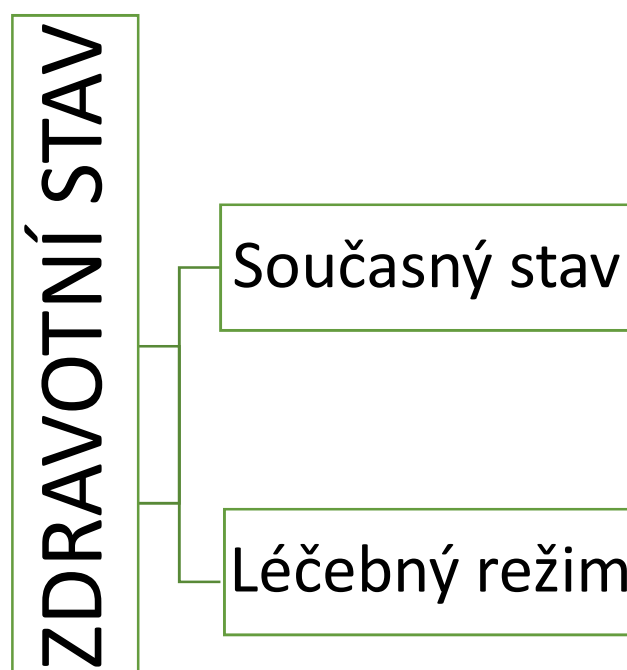
veskrze pozitivně. I1 uvádí „*vnímají nás spíše špatně, ale to je tím, že se jako Romové prostě neumíme chovat.*“

Kategorie život v ČR – podkategorie náboženství

Na otázku, zda vyznávají informanti nějaké náboženství, odpověděla většina, že ne. Mezi ateisty se řadí I2, I3 a I4. I6 uvedl „*vyznával jsem náboženství, ale už ne. Ale v něco jako věřím.*“ Naopak I1, I5, I7 a I8 náboženství vyznávají. I1 řekl „*jsem křesťan, ale ne ortodoxní.*“ I5, I7 a I8 věří v Boha, ale do kostela nechodí.

I5, I6, I7, I8 shodně uvedli, že by si přáli, aby zdravotníci respektovali jejich víru. I8 uvedl „*je to lepší, když to respektují.*“ I1 naopak nevidí žádná specifika vycházejícího z jeho náboženského přesvědčení, která by mohli zdravotníci respektovat: „*nemám taková specifika, aby je museli respektovat, nicméně bych chtěl, aby respektovali mě a moji rodinu.*“ Stejného názoru je i I2, který sice uvedl, že je ateista, ale i on si přeje, aby mu zdravotníci prokazovali určitý respekt. I2 řekl „*věřím v sám sebe, ve svoji rodinu, ve svou vlast – to bych si přál, aby respektovali.*“

Schéma 7 – Kategorie zdravotní stav



Kategorie zdravotní stav – podkategorie současný stav

V rámci současného zdravotního stavu jsme zjišťovali, jak se cítí dotazovaní v oblasti psychického a fyzického stavu. I1 a I2 uvedli, že se cítí výborně, přestože se I2 léčí s vysokým krevním tlakem. Velice dobře se cítí I4, I5 a I6. Naopak vyčerpaně se cítí I3. I7 uvedla „*no, už nezvládám tolik věcí, co dřív, jsem dost nemocná, bojím se, že umřu a opustím tak manžela.*“ I8 řekl „*no fyzicky dost blbě teď, psychicky to pro mě docela ujde.*“ V současné době neužívá žádné léky I1, I3, I4, I6. Na druhé straně užívá léky I2 „*jenom na tlak a pak Brufen, když mě něco bolí.*“ I5 užívá pravidelně léky dvakrát denně. I7 a I8 pak užívají několik druhů léků třikrát denně.

Co se týká preventivních prohlídek, pravidelně na ně dochází podle svých slov většina respondentů. I1 a I2 zprostředkovává preventivní kontroly zaměstnavatel, takže na ně chodí v pravidelných intervalech. Stejně tak I7 a I8 chodí na pravidelné prohlídky nejčastěji ke stomatologovi a poté k onkologovi a diabetologovi. A I5 navštěvuje také pravidelně stomatologa, dále pak gynekologa a praktického lékaře. Naposledy zde absolvovali prohlídky před měsícem. Naopak I3 a I4 neabsolvuji během roku žádná preventivní vyšetření. I6 řekl, že chodí „*na zuby a k obvodákovi.*“ Neví však, kdy absolvoval poslední prohlídku.

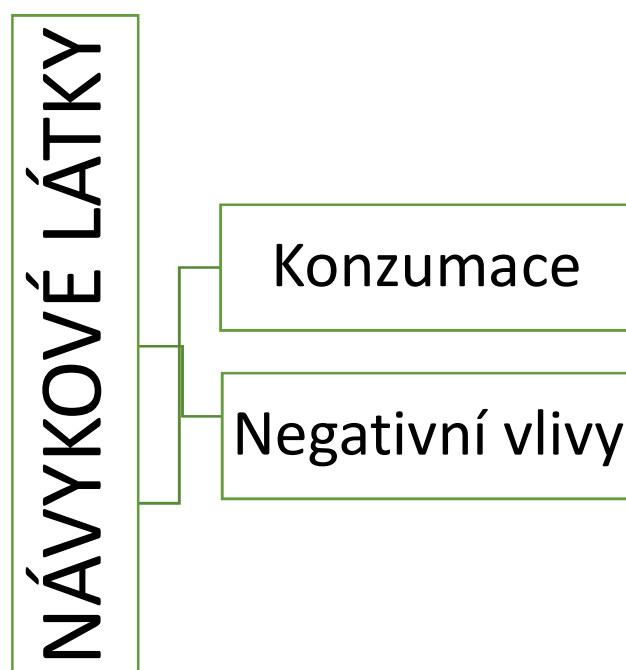
Kategorie zdravotní stav – podkategorie léčebný režim

Pokud dotazovaní užívají pravidelně léky, tak se všichni shodli, že je užívají na doporučení lékaře. (I1, I2, I4, I5, I6, I7, I8). Stejně tak se snaží dodržovat předepsaný postu léčby. I6 říká „...jako dodržel jsem ho, ale bylo to pro mě dost těžký, abych furt ležel.“ I5 uvedla „ano snažím se, jen jednou jsem to nedodržela a bylo to špatně.“ Stejně tak I7 „ano, to určitě. Chci přeci, aby mi bylo líp.“ I1 k tomu uvedl „vím na co narážíte, já ale všechny léky dobírám. Nemůžu si dovolit po odeznění příznaků přestat, a to kvůli práci.“ Naprosto stejně to má i I2 „ano, musím kvůli práci. Kdyby bylo jen na mě, žádný léky bych nebral.“

Kromě I6, uvedli všichni dotazovaní, že byli někdy v minulosti hospitalizovaní. I1 a I2 měli podobné problémy. Oba pracují jako vojáci z povolání a během mise utrpěli zranění. I1 říká „mnohokrát, většinou ale v zahraničí, když jsem byl zraněný. Mám spoustu jizev. a i pár šrámů na duši, ale to k mé profesi patří. Možná i ty migrenózní stavy vznikly z důvodu mé profese.“ Nikdo z hospitalizovaných informantů, se nesetkal s žádným větším problémem během své hospitalizace. Pouze I2 podotkl „v rámci možností to bylo v pohodě. Tak jsem cikán, předsudky jsou vždy a všude znatelné.“ Stejně tak I1 „všichni se na mě divně dívali, ale když jsme si na sebe zvykli, bylo to fajn.“

Co se týká zdravotnického personálu a jeho přístupu k dotazovaným, většinou hodnotí informanti tento přístup kladně. Všimají si někdy mírně odlišného chování ze strany zdravotnického personálu k jejich osobě. I5 říká „pohlíží na mě jinak, když jsem Romka, to jsem si všimla.“ I4 dodává „ano, neměla jsem nikdy nějaký velký problém.“ I7 a I8 nevnímá žádný rozdílný přístup. I7 uvedla „...chovali se ke mně jako k bílý.“

Schéma 8 – Podkategorie návykové látky



Kategorie návykové látky – podkategorie konzumace

Konzumace alkoholu je u dotazovaných poměrně rozšířená. I1 uvedl „...jednou za 14 dní deset piv. Párkrát do roka tvrdý alkohol – whisky – jen příležitostně.“ Podobně je na tom i I2 „každý týden v sobotu pivo, zhruba 8 a ostatní jen příležitostně.“ I3 konzumuje občas červené a bílé víno a I6 si dá během jednoho týdne zhruba 2 piva. Oproti tomu I4, I5, I7 a I8 nepije alkohol vůbec.

Kouření je u informantů ještě daleko častější než konzumace alkoholu. Kromě I2 a I8, kouří všichni ostatní (I3, I4, I5, I6, I7). I1 uvedl „kouřím pouze jednou ročně na dovolené.“ I3 a I6 kouří zhruba jednu krabičku cigaret denně, I4 a I5 kouří 3-4 cigarety denně a I7 kouří přibližně 20 cigaret denně.

Užívání omamných látek je naopak u informantů spíše výjimečné. I1, I2, I4 mají zkušenosti s užíváním marihuany, ale jednalo se spíše o jednorázovou záležitost. Ostatní dotazovaní žádnou takovou zkušenost nemají (I3, I5, I6, I7, I8).

Kategorie návykové látky – negativní vlivy

Všichni informanti jsou si vědomi negativního vlivu návykových látek. Ať už se jedná o kouření, alkohol či užívání omamných látek. I6 k tomu dodává „tak alkohol, když hodně pije, tak játra jsou nemocný. A u kouření pak ta rakovina.“

Kromě I4 by všechny ostatní donutil určitý faktor k tomu, aby přestali s užíváním

návykových látek. I1 uvedl „*moje zdraví, rodina a práce*. I2 by donutilo přestat zdraví a práce, I3 těhotenství a dítě. I4 uvedla „*už jsem to zkoušela, ono by se to dalo, ale u těch dětí ne. Ale dalo by se to, neříkám, že ne.*“ I6 by k tomu donutil lékař, který by mu řekl, že má přestat s kouřením. I7 by k tomu donutil zhoršený zdravotní stav, stejně tak I8. Ten uvedl „*jo to jo, já jsem přestal, když jsem onemocněl. Mám v tomhle pevnou vůli docela.*“

4.1.3 *Struktura výzkumného souboru B*

Výzkumný soubor B se skládal z 35 sester z klinické a komunitní praxe. Z tohoto počtu byla jedna sestra středoškolsky vzdělaná a ostatní (34) vzdělané vysokoškolsky. Nejmladší informantce bylo 23 let a nejstarší 51 let. Nejkratší délka praxe byla 9 měsíců, zatímco nejdelší 30 let. Průměrná délka praxe byla tedy 10 let.

4.1.4 *Výsledky focus group*

Cílem výzkumného šetření, ve kterém byla využita technika sběru dat focus group, bylo především stanovit silné a slabé stránky námi navržené ošetřovatelské anamnézy. Dále pak zjistit názory na úpravy dokumentace, podle nichž byla dokumentace modifikována. Mezi hlavní témata sezení patřilo: silné a slabé stránky teoretických východisek, návrh oprav teoretických východisek, silné a slabé stránky ošetřovatelské anamnézy a návrh oprav ošetřovatelské anamnézy. V teoretických východiscích byla hodnocena: srozumitelnost, přehlednost, využitelnost v praxi a délka. V ošetřovatelské anamnéze byla hodnocena: srozumitelnost, přehlednost, využitelnost v praxi, délka, vizuální stránka, množství získaných informací, možnost propojení s dokumentací využívanou v nemocniční/komunitní praxi.

Focus group 1

Počet zúčastněných: 16 informantů a 2 zapisovatelé

Silné, slabé stránky a návrh oprav teoretických východisek nelze hodnotit. Informanti si dle pokynů materiál neprostudovali z důvodu toho, že se jim zdál příliš složitý a nejasný. Do ošetřovatelské anamnézy by bylo dle poznámek vhodné doplnit požadavky klienta. *„Doplnit zvyklosti spojené s hospitalizací, jaké mají preference, jak by péči vyžadovali. Všechny rituály přesunout ke zvláštnostem.“* Poté sjednotit hodnotící škály či doplnit obvod paže. Dále pak upravit nebo úplně vynechat některé oblasti, které nejsou v dané době stěžejní (interrupce, mortalita, prevence, vývojové stádium).

Focus group 2

Počet zúčastněných: 14 informantů a 2 zapisovatelé

Při druhém setkání upozorňovaly informantky na nesrozumitelnost teoretických východisek. V modifikované anamnéze byly připomínkovány postoje pacientů, které byly považovány za nedůležité. *„Postoje nejsou důležité – je zde otázka využitelnosti. Nemělo by být součástí anamnézy, nemá to vztah k hospitalizaci.“* Některé respondentky to vnímají jako rasistické, *„je to osobní věc každého.“* *„Není potřeba je zjišťovat, je to špatně formulované*

(pozitivní, negativní, je mi to jedno – neutrální). Sestry by všeobecné znalosti měly mít, od nich se to odráží a pak se doptají. Není třeba se aktivně pít po odlišnostech.“

Focus group 3

Počet zúčastněných: 5 informantů a 1 zapisovatel

Třetího setkání se zúčastnilo 5 osob a 1 zapisovatel. K teoretickým východiskům neměli žádné poznámky. V modifikované anamnéze byla připomínkována duplicita některých údajů či oblast umírání. *K tý mortalitě, kdyby chtěli všichni zemřelého „něco“, stejně to nejde. Často se příbuzní ani nesmí s mrtvým po smrti na oddělení ani rozloučit.* Dále pak také zdravotní praktiky, tradiční medicína či rituály, které pacienti zachovávají během nemoci. *Zdravotnické praktiky jsou téma, který má řešit doktor, který poskytuje léčbu. Co já s tím, že někdo nechce transplantaci? Na co mi bude, když zjistím, jakou využívají tradiční medicínu. My tady jako využíváme tradiční medicínu? Nevyužíváme. Tak proč se na to budu ptát. Na co se budu ptát, jaké rituály zachovávají v případě nemoci. Když se bude otužovat, tak to ho jako vezmu na rybník? To asi ne.*

Tabulka 2 – Zhodnocení teoretických východisek

| TEORETICKÁ VÝCHODISKA | |
|-----------------------|--|
| FOCUS GROUP 1 | |
| Silné stránky | |
| Slabé stránky | <i>Velmi složité, nejasné. Pro běžné absolventy SŠ (asistenty) nesrozumitelné.</i> |
| Návrhy | |
| FOCUS GROUP 2 | |
| Silné stránky | |
| Slabé stránky | <i>Nesrozumitelné.</i> |
| Návrhy | |
| FOCUS GROUP 3 | |
| Silné stránky | |
| Slabé stránky | |
| Návrhy | |

Tabulka 3 - Zhodnocení ošetřovatelské anamnézy

| OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA | |
|--------------------------------|---|
| FOCUS GROUP 1 | |
| Silné stránky | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Zaznamenání hodnot a postojů.</i> |
| Slabé stránky | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Možný zásah do kompetencí lékaře v oblasti hodnocení sociálního začlenění – zde odebírá anamnézu lékař příp. sociální pracovnice. Totéž platí i v případě kouření a konzumace alkoholu.</i> |
| Návrhy | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Vypustit vývojové stádium.</i> • <i>Ad druh pobytu – nepřihlášení se nepřiznají.</i> • <i>Otázka nutnosti zaznamenání využívaného druhu písma a využívání gest – vhodnější by bylo poznamenání požadavků klienta (co požaduje v rámci poskytnutí péče).</i> • <i>Doplnit možnosti jazyka.</i> • <i>Paralingvistické jevy jsou zbytečné, zvláštnosti by bylo lepší vypsát.</i> • <i>Úprava vývojových stádií.</i> • <i>Sjednocení hodnotících škál – otočení minima a maxima.</i> • <i>Doplnit požadavek na tlumočnicka, příp. kontakt a požadavky klienta v oblasti komunikace (co preferuje).</i> • <i>Nutno specifikovat role.</i> • <i>Zvážit, zda je nutno uvádět postoje k potratům, eutanázii, rozvodům. Vhodnější by bylo zmapovat, jaké zvyklosti a rituály jsou spojené se smrtí.</i> • <i>Doplnění poučení – v případě hospitalizace nelze užívat alternativní způsoby léčby či jiné léky bez vědomí lékaře.</i> • <i>Všechny rituály se pokusit spojit do jedné oblasti.</i> • <i>Specifikovat preventivní aktivity.</i> • <i>Doplnit možnost označení náboženského vyznání a požadavky. Jaké mají preference, co jim vadí...</i> • <i>Není nutné se věnovat svátkům.</i> • <i>U nutričního screeningu doplnit obvod paže.</i> • <i>Zvážit nutnost uvedení biologických odlišností, příp. vysvětlit, doplnit příklady.</i> • <i>Otázka nutnosti uvádění postoje k dárcovství, transplantaci, transfuzím – lépe by bylo vyjmenovat konkrétní zvyklosti (totéž i při preferenci ošetřující osoby).</i> • <i>Nadbytečné otázky pro hodnocení toho, kdo v rodině rozhoduje (stejně je to většinou žena) a role v rodině.</i> • <i>Možná vypustit mortalitu. Otázky spojené se smrtí jsou při příjmu nevhodné.</i> • <i>Možná vypuštění položky tělesná konstituce.</i> • <i>Otázky spojené s prevencí jsou v době hospitalizace nepodstatné.</i> |
| FOCUS GROUP 2 | |
| Silné stránky | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Charakteristiky původní kultury jsou super. Významné dny a svátky jsou důležité.</i> |

| | |
|----------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Zvyklosti spojen s vírou a výživou jsou důležité. Je vhodně zařazeno. • Co preferují ve vztahu k péči je vhodně zařazené, rituály také. |
| Slabé stránky | <ul style="list-style-type: none"> • Komunikace je velmi těžko hodnotitelná. • Duplicita informací s lékařskou anamnézou. • Tělesnou konstituci vidím, není třeba jí zapisovat. (K čemu mi to je?“). • Chybí zde informace o pojištění. |
| Návrhy | <ul style="list-style-type: none"> • Vývojová stádia vynechat. Zbytečné je i uvádění fyzického a psychického stavu. • Doplnit sociokulturní zařazení pro cizince (žena v domácnosti). • Nedávat hodnocení zdravotního stavu. • K oblasti komunikace – dát ji na začátek, doplnit tlumočnicka a případně piktogramy. Nelze hodnotit porozumění, když si nerozumí sestra a pacient. • Vhodnější než na postoje je zeptat se na hodnoty. Dále nerozvádět. • Nedávat postoj k eutanázii. Celkově postoje odstranit, stejně musí pacient podepisovat souhlasy. • Uvádění toho, kdo v rodině rozhoduje, je zbytečné. • Není nutné se ptát na kouření a alkohol. • U nutričního screeningu doplnit výsledek příp. nutričního terapeuta. • Vhodné by bylo doplnit položku potravinové alergie. |
| FOCUS GROUP 3 | |
| Silné stránky | <ul style="list-style-type: none"> • Informace o jazyku a jeho znalosti, vč. porozumění českému jazyku, jen bych je dala hned na začátek. Přijde mi to logičtější. |
| Slabé stránky | <ul style="list-style-type: none"> • Postrádám otázku na alergie. • Psychické, fyziologické vlastnosti jsou nesrozumitelné, netuším, co byste tam chtěli naspat. Taky tomu nerozumím, nechápu, co to znamená. • Paralingvistické jevy jsou zbytečné, stejně jako tón řeči, pomlky, rychlost řeči. Je to blbost. Možná ještě hlasitost a správnost výslovnosti, to jo, to bych ještě uvedla. • Oblast rodiny a sociálního začlenění považuji za zbytečnou, k čemu mi takové informace jsou? Nepotřebuju znát postoj k interrupci, antikoncepci, mimomanželskému pohlavnímu styku, rodině, ani role v rodině. Stejně tak nejvyšší hodnoty. Na co mi taková informace bude |
| Návrhy | <ul style="list-style-type: none"> • Opět bych doplnila mezi role muže v domácnosti. • V oblasti bydliště by bylo dobré specifikovat, co je městys. Já bych ho zase úplně vyškrtla, je to zbytečná informace. • Osobně bych rozdělila roli manžel/manželka. • Když už se ptáte na alkohol, bylo by dobré zeptat se i na drogy. • Odstranit v hodnocení času důraz na... K čemu mi taková informace je? • Osobně bych odstranila u základních zdravotních ukazatelů i obvod paže, pasu, TK a TT. Na co mi to bude, je to duplicitní? |

| | |
|--|---|
| | <p><i>Já bych to zase ponechala, přijde mi to důležitý.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>K čemu mi je hodnocení tělesné konstituce, co tím získám?</i> • <i>Odstranila bych položku „zdravím vnímám jako“ a „nemoc vnímám jako“. Když odpoví dar/trest, k čemu mi to bude. Co s tou informací</i> • <i>U minorit mě zajímá řeč, jídlo, nezvyklé projevy, které by měly dopad na okolí. Tzn. cikán má 38 návštěv za den, tak bude na pokoji sám, nebo s cikánem atd. Řeč by se asi měla řešit hned na začátku a ne až na 3. straně. Paralingvistické znaky naopak na konci anamnézy.</i> |
|--|---|

4.2 Výsledky kvantitativního šetření

4.2.1 Struktura výzkumného souboru C

Výzkumný soubor kvantitativního šetření tvořilo 600 příslušníků romské minority. Mezi hlavní kritéria výběru patřila příslušnost k romské minoritě, dále pak věk, pohlaví a bydliště (tabulka 4,5,6).

4.2.2 Výsledky dotazníkového šetření

Výsledky dat jsou rozděleny podle jednotlivých oblastí koncepčního modelu. Jedná se o oblasti: kulturně svébytný jedinec, komunikace, sociální začlenění, pojetí času, vliv prostředí a výchovy, biologické odlišnosti a prostor.

OBLAST 1 – KULTURNĚ SVĚBYTNÝ JEDINEC

Tabulka 4 – Zastoupení respondentů v jednotlivých krajích

| KRAJ | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ |
|-----------------|-------------------|------------------------------|
| Praha | 74 | 12,3 % |
| Středočeský | 74 | 12,3 % |
| Jihočeský | 36 | 6,0 % |
| Plzeňský | 32 | 5,3 % |
| Karlovarský | 15 | 2,5 % |
| Ústecký | 48 | 8,0 % |
| Liberecký | 25 | 4,2 % |
| Královéhradecký | 32 | 5,3 % |
| Pardubický | 28 | 4,7 % |
| Vysočina | 29 | 4,8 % |
| Jihomoravský | 67 | 11,2 % |
| Olomoucký | 36 | 6,0 % |
| Zlínský | 34 | 5,7 % |
| Moravskoslezský | 70 | 11,7 % |
| Celkem | 600 | 100 % |

Tabulka 4 znázorňuje zastoupení respondentů v jednotlivých krajích. Celkově byly do výzkumného šetření zapojeny všechny kraje napříč Českou republikou (14 krajů). Nejvíce respondentů bylo osloveno v Praze (12,3 %) a ve Středočeském kraji (12,3 %). Naopak nejméně respondentů bylo osloveno v Karlovarském kraji (2,5 %). Počty respondentů v jednotlivých krajích byly dané statistikem v závislosti na celkovém počtu příslušníků romské minority v České republice.

Tabulka 5 – Pohlaví respondentů

| POHLAVÍ | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ |
|---------------|-------------------|------------------------------|
| Žena | 306 | 51,0 % |
| Muž | 294 | 49,0 % |
| Celkem | 600 | 100 % |

V tabulce 5 je znázorněno zastoupení mužů a žen ve výzkumném souboru. Celkově se výzkumného šetření zúčastnilo 294 mužů (49 %) a 306 žen (51 %).

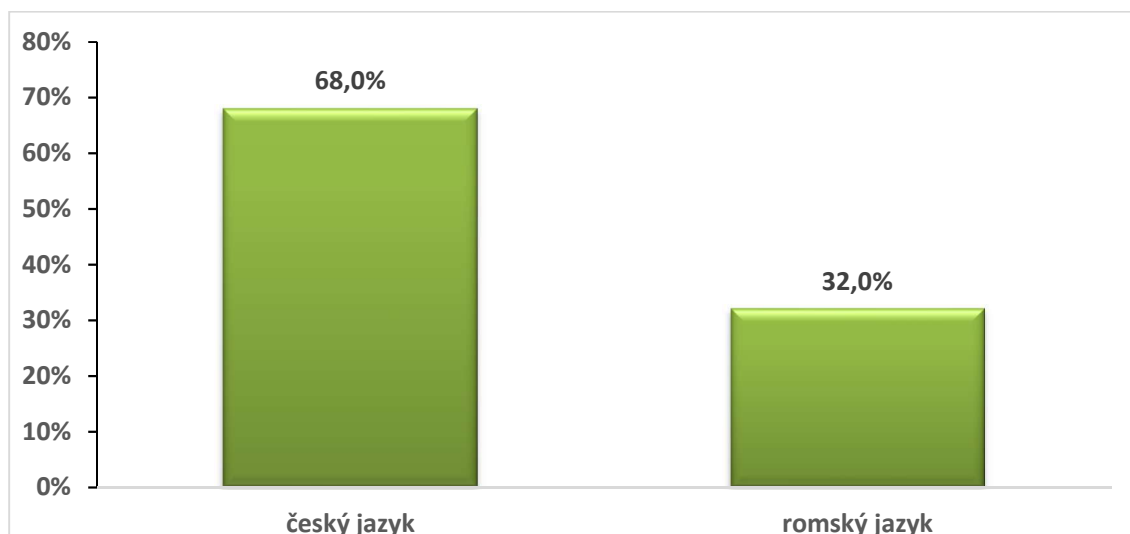
Tabulka 6 – Věk respondentů

| VĚK | ABSOLUTNÍ ČETNOST | RELATIVNÍ ČETNOST VALIDNÍ |
|---------------|--------------------------|--------------------------------------|
| 15 – 24 let | 76 | 12,7 % |
| 25 – 34 let | 100 | 16,7 % |
| 35 – 44 let | 118 | 19,7 % |
| 45 – 54 let | 87 | 14,5 % |
| 55 – 64 let | 96 | 16,0 % |
| 65 a více let | 123 | 20,4 % |
| Celkem | 600 | 100 % |

Tabulka 6 znázorňuje zastoupení respondentů podle věku. Celkově se výzkumného šetření zúčastnilo 600 respondentů.

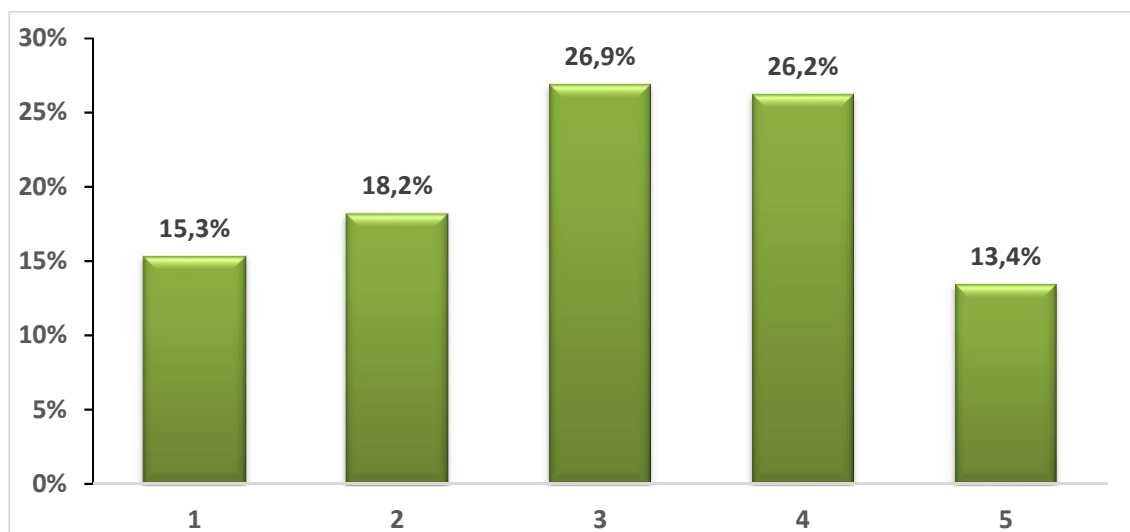
OBLAST 2 – KOMUNIKACE

Graf 1 Využití jazyka v každodenní komunikaci



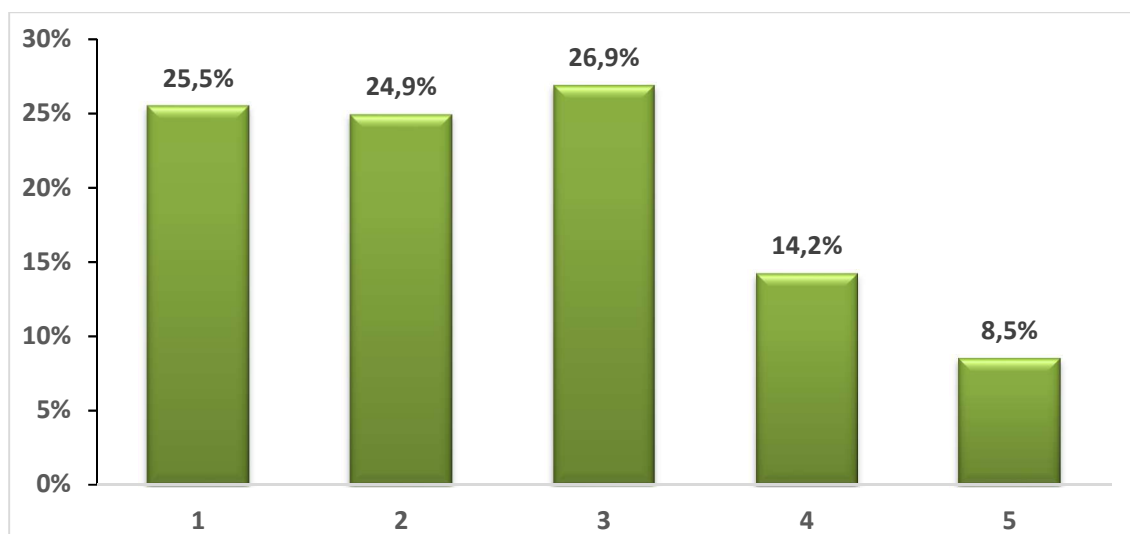
Graf 1 představuje odpovědi respondentů na otázku „*Jaký jazyk převládá při Vaší každodenní komunikaci?*“ Pro většinu respondentů je to český jazyk (68,0 %) a pro 32,0 % respondentů je to romský jazyk.

Graf 2 Znalost psané romštiny



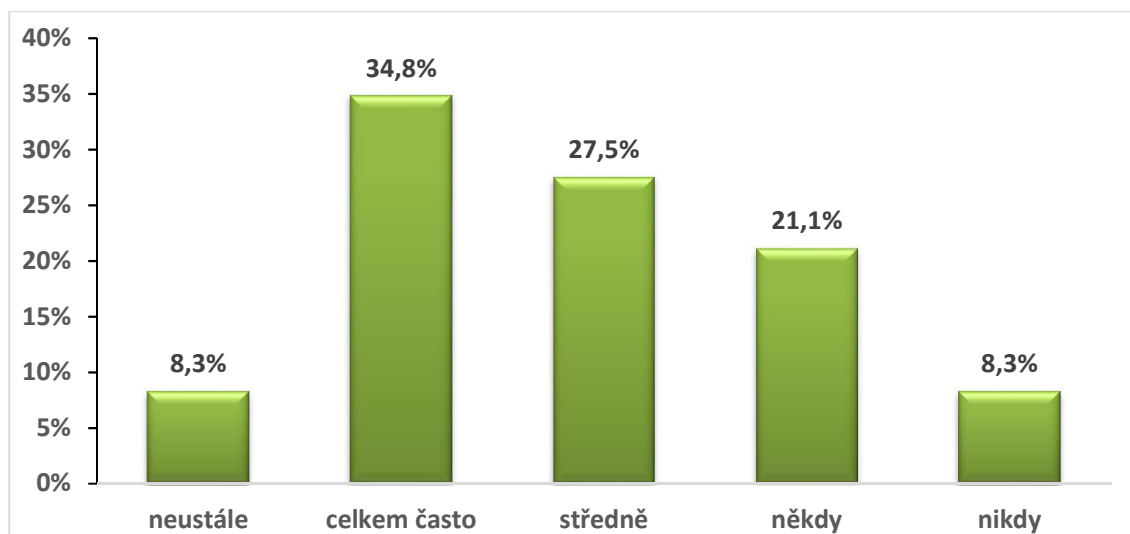
Graf 2 znázorňuje odpovědi na otázku „*Jak rozumíte psané romštině?*“ Přičemž znak 1 znamená nejvíce a znak 5 nejméně. Nejvíce (1) rozumí psané romštině 15,3 % respondentů, o něco méně (2) 18,2 %, středně (3) 26,9 % respondentů, velmi málo (4) 26,2 % a nejméně (5) 13,4 % respondentů.

Graf 3 Znalost mluvené romštiny



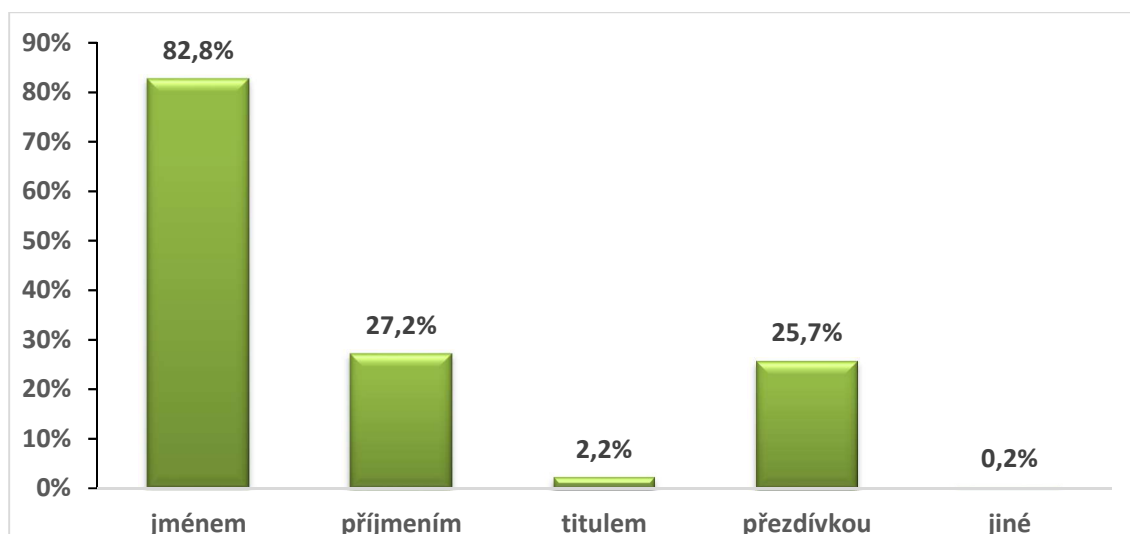
Graf 3 znázorňuje odpovědi na otázku „*Jak rozumíte mluvené romštině?*“ Přičemž znak 1 znamená nejvíce a znak 5 nejméně. Nejvíce (1) rozumí mluvené romštině 25,5 % respondentů, o něco méně (2) 24,9 %, středně (3) 26,9 % respondentů, velmi málo (4) 14,2 % a nejméně (5) 8,5 % respondentů.

Graf 4 Četnost používání romských termínů



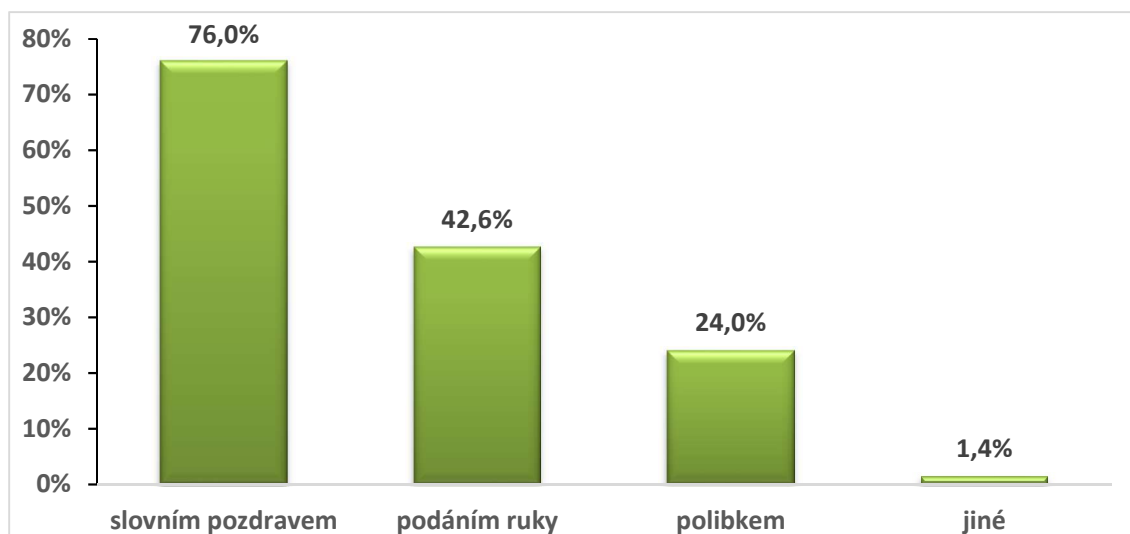
Graf 4 znázorňuje odpověď na otázku „*Jak často používáte termíny z romštiny?*“ Největší počet respondentů (34,8 %) používá tyto termíny celkem často, středně je používá 27,5 %, někdy 21,1 %, 8,3 % nikdy a stejný počet respondentů (8,3 %) je používá neustále.

Graf 5 Preference oslovení



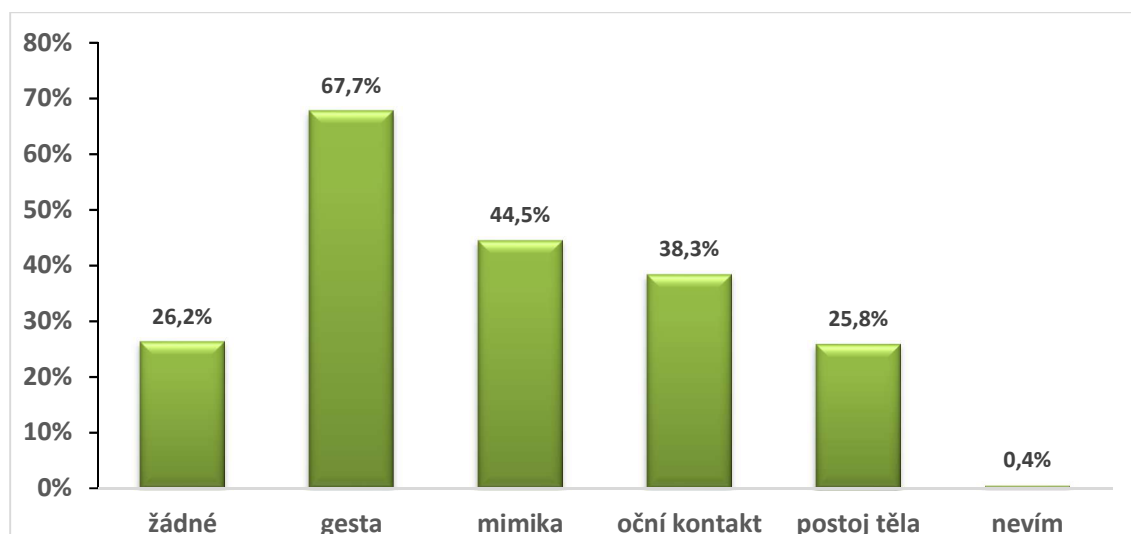
Graf 5 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku „*Jaké preferujete oslovení?*“ Nejvíce respondentů uvedlo, že jménem (82,8 %), dále pak příjmením (27,2 %), přezdívkou (25,7 %), titulem (2,2 %) a mezi odpovědi jiné (0,2 %) patří např. různé zdrobněliny.

Graf 6 Pozdrav s přáteli



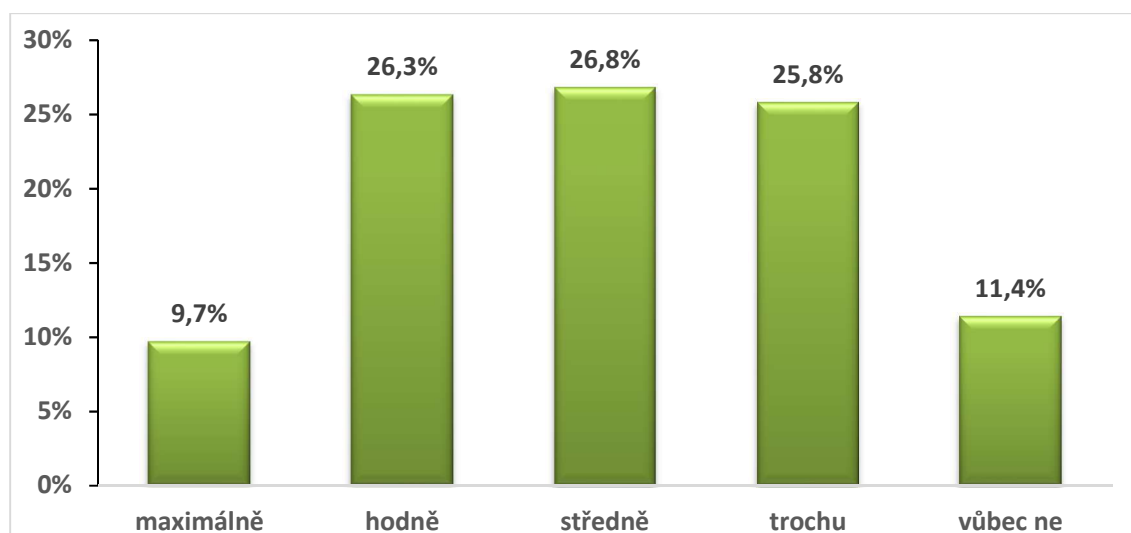
Graf 6 představuje odpovědi respondentů na otázku „*Jak se zdravíte se svými přáteli?*“ Nejčastěji je to slovní pozdrav (76,0 %), poté podání ruky (42,6 %), polibek (24,0 %) a u odpovědi jiné (1,4 %) je to např. poplácání po zádech.

Graf 7 Prvky mimoslovní komunikace



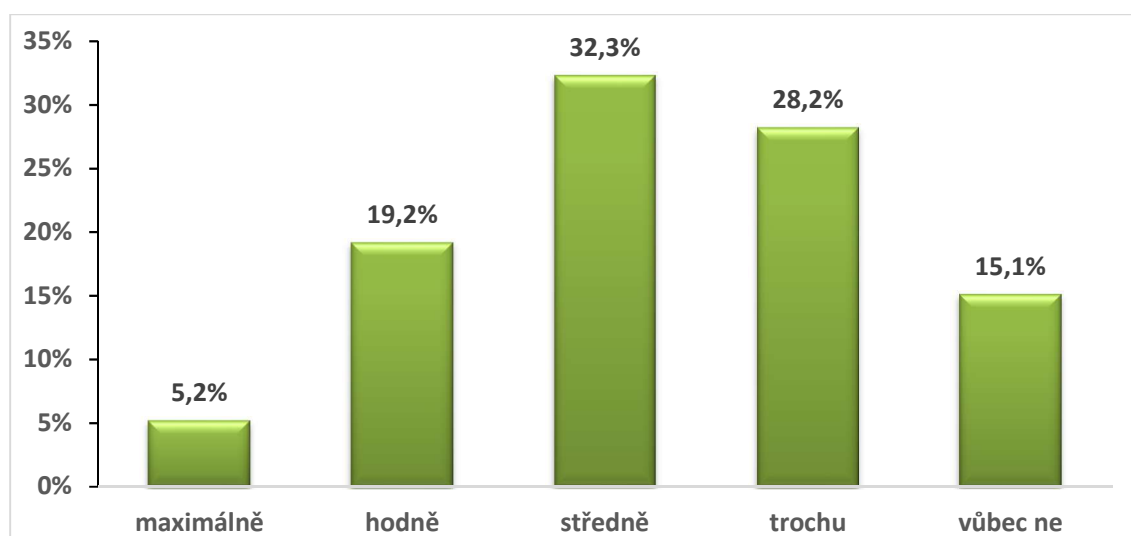
Graf 7 prezentuje odpovědi respondentů na otázku „*Jaké prvky mimoslovní komunikace používáte?*“ Nejvíce používají respondenti gesta (67,7 %), mimiku (44,5 %), oční kontakt (38,3 %) a postoj těla (25,8 %). Žádné prvky nepoužívá 26,2 % respondentů, a zda používá nějaké prvky mimoslovní komunikace, neví 0,4 % respondentů.

Graf 8 Překročení intimní vzdálenosti cizími lidmi



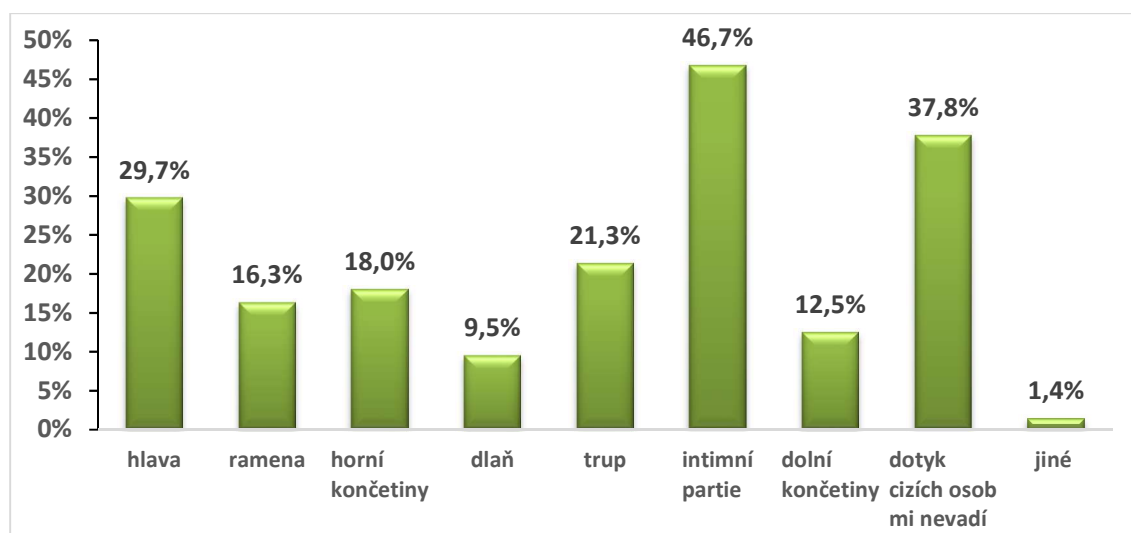
Graf 8 představuje odpovědi respondentů na otázku „*Je Vám nepříjemné překročení intimní vzdálenosti (60 cm) při komunikaci s cizími lidmi?*“ Nejčastější odpovědí bylo, že středně (26,8 %), hned zatím hodně (26,3 %) a trochu (25,8 %). Maximálně je překročení intimní vzdálenosti nepříjemné 9,7 % respondentům a naopak vůbec to nevádí 11,4 %.

Graf 9 Překročení intimní vzdálenosti zdravotnickým personálem



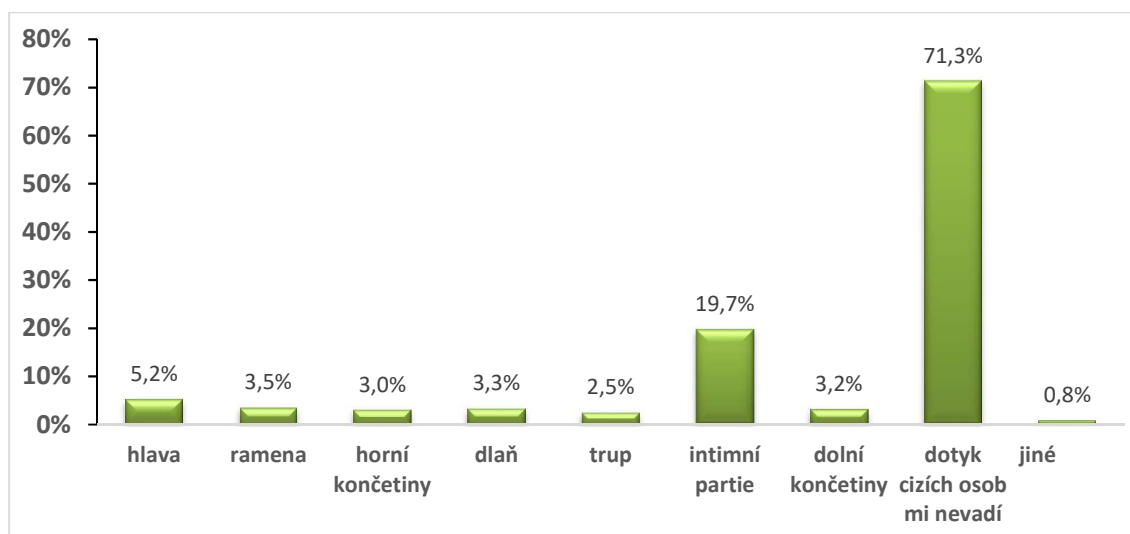
Graf 9 představuje odpovědi respondentů na otázku „*Je Vám nepříjemné překročení intimní vzdálenosti (do 60 cm) při kontaktu se zdravotnickým personálem?*“ Nejčastější odpovědí bylo, že středně (32,3 %), poté trochu (28,2 %), hodně (19,2 %), vůbec ne (15,1 %) a maximálně je to nepříjemné 5,2 % respondentům.

Graf 10 Dotyk cizích osob



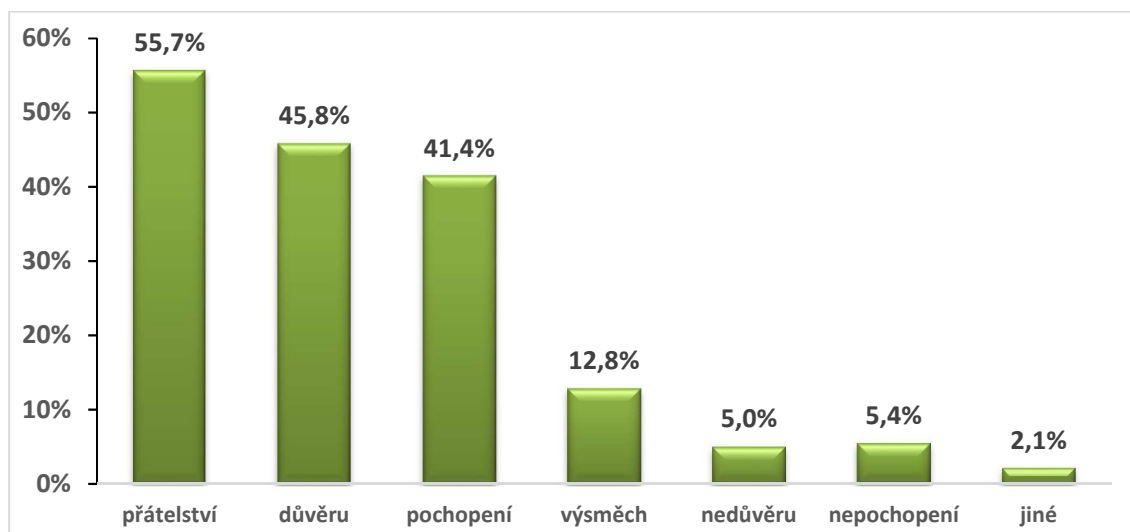
Graf 10 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku „*Na kterých místech je Vám nepříjemný dotyk cizích osob?*“ Nejvíce je dotyk nepříjemný respondentům na intimních partiích (46,7 %), dále pak na hlavě (29,7 %), trupu (23,3 %), horních končetinách (18,0 %), ramenech (16,3 %), dolních končetinách (12,5 %) a dlani (9,5 %). Dotyk cizích osob naopak nevadí 37,8 % respondentům a jinou oblast těla uvedlo 1,4 % respondentů.

Graf 11 Dotyk blízkých osob



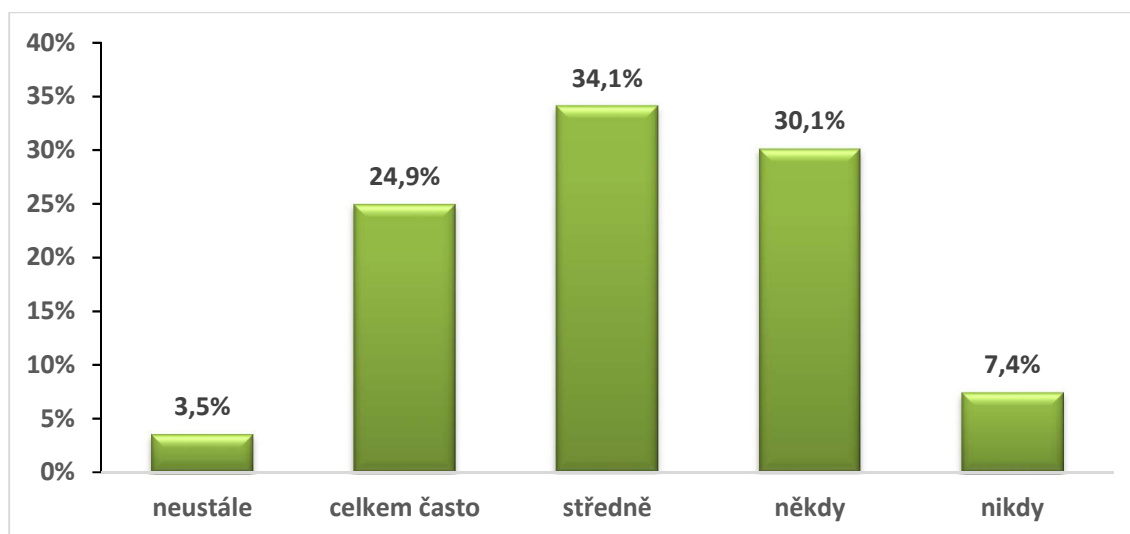
Graf 11 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku „Na kterých místech je Vám nepříjemný dotyk blízkých osob?“ nejčastější odpovědí bylo, že dotyk blízkých osob respondentů nevadí (71,3 %). Pokud vadí, tak nejvíce v oblasti intimních partií (19,7 %), na hlavě (5,2 %), ramenou (3,5 %), dlani (3,3 %), dolních končetinách (3,2 %), horních končetinách (3,0 %) a trupu (2,5 %). Jako odpověď jiné (0,8 %) byly například prsty.

Graf 12 Význam úsměvu



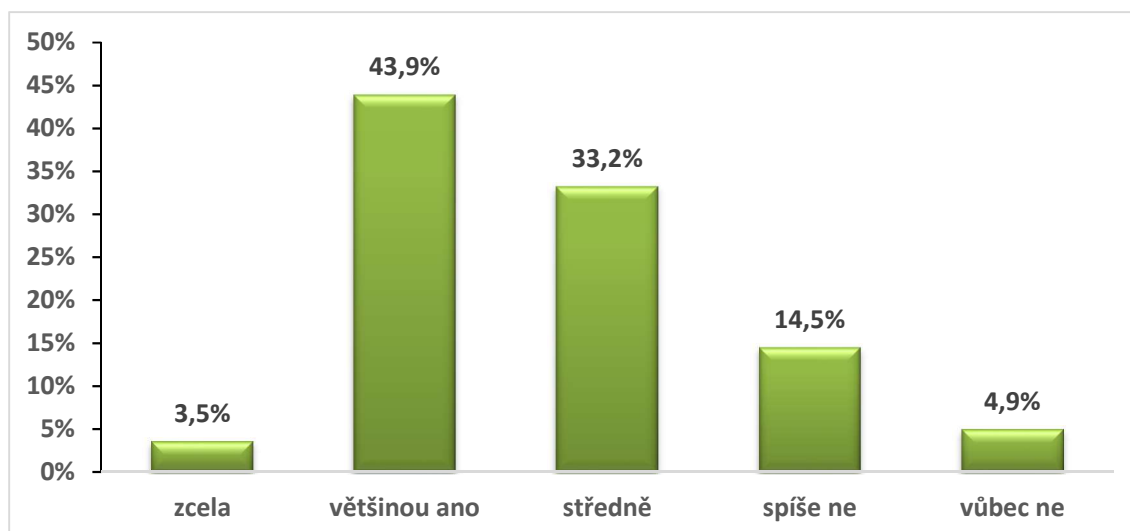
Graf 12 znázorňuje odpovědi na otázku „Co pro Vás znamená úsměv?“ nejčastější odpovědí bylo, že se jedná o projev přátelství (55,7 %), dále pak je to znak důvěry (45,8 %), pochopení (41,4 %), projev výsměchu (12,8 %), nepochopení (5,4 %) či nedůvěry (5,0 %). V odpovědi jiné (2,1 %) bylo uvedeno například, že se jedná o projev pohrdání či ironie.

Graf 13 Problémy v komunikaci se zdravotnickým personálem



Graf 13 představuje odpovědi na otázku „Pocitujete určité problémy v komunikaci se zdravotnickým personálem?“ Středně pocítuje tyto problémy 34,1 % respondentů, někdy (30,1 %), celkem často (24,9 %), neustále (3,5 %) a nikdy (7,4 %).

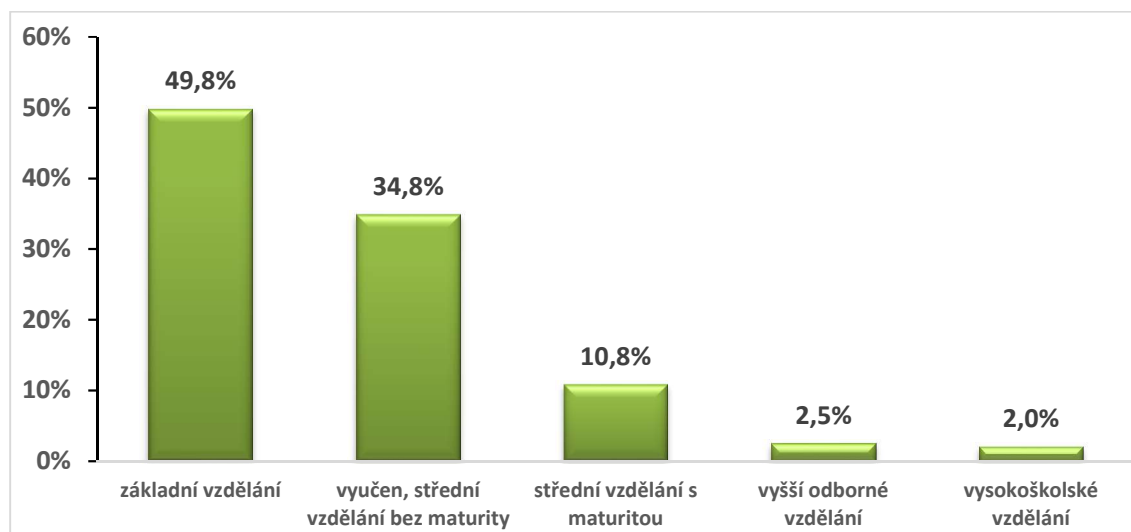
Graf 14 Srozumitelnost podávaných informací od zdravotníků



Graf 14 znázorňuje odpovědi na otázku „Jsou pro Vás informace podávané zdravotnickým personálem srozumitelné?“ Většinou srozumitelné jsou pro 43,9 % respondentů, středně srozumitelné jsou pro 33,2 % a zcela srozumitelné jsou pro 3,5 % respondentů. Naopak spíše nesrozumitelné jsou pro 14,5 % respondentů a vůbec nejsou srozumitelné pro 4,9 % respondentů.

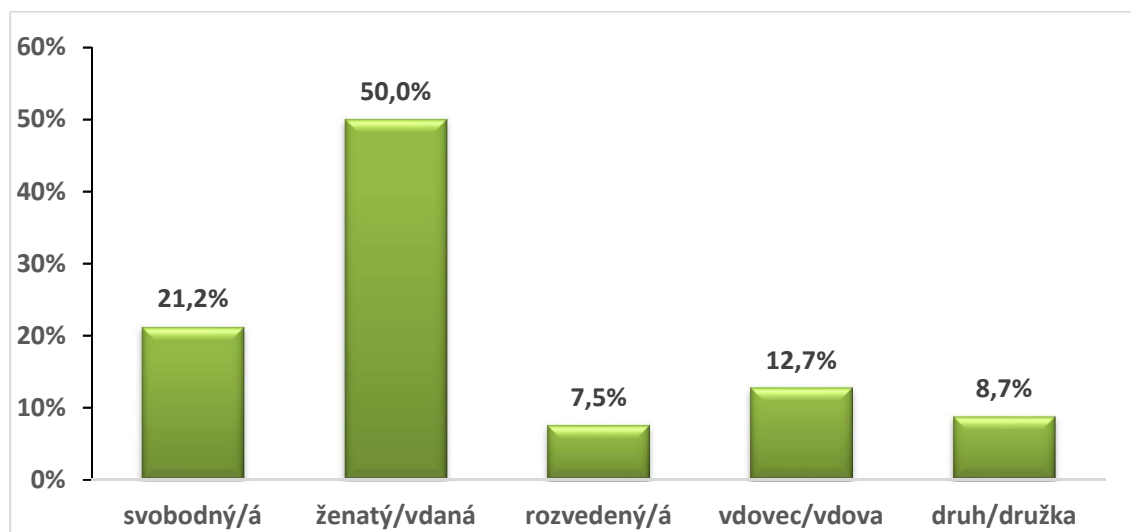
OBLAST 3 – SOCIÁLNÍ ZAČLENĚNÍ

Graf 15 Vzdělání respondentů



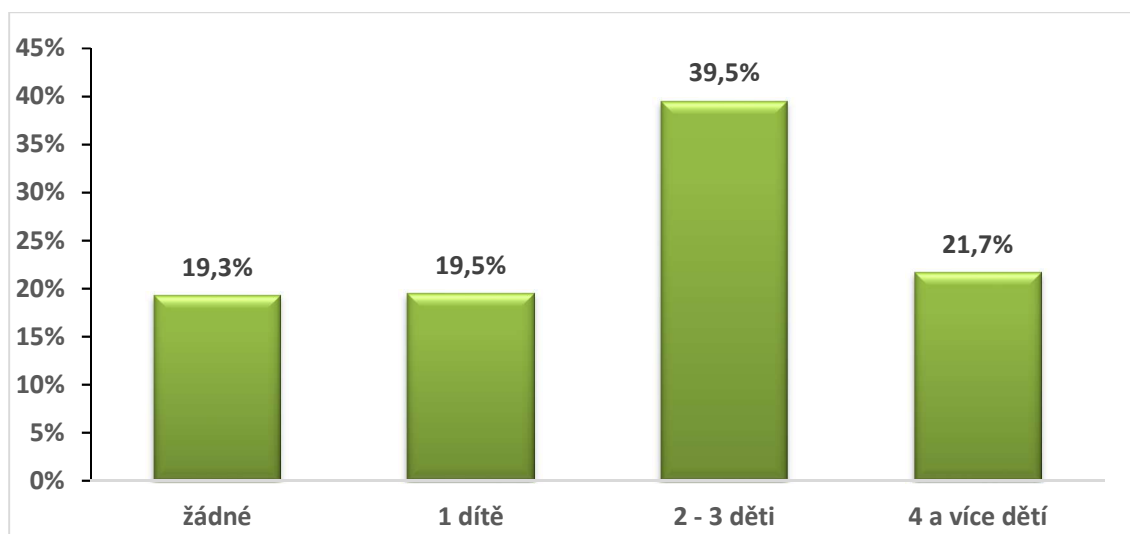
Graf 15 znázorňuje odpověď na otázku „*Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?*“ Nejčastěji mají respondenti základní vzdělání (49,8 %), dále pak střední vzdělání bez maturity (34,8 %), střední vzdělání s maturitou (10,8 %), vyšší odborné vzdělání (2,5 %) a vysokoškolské vzdělání (2,0 %).

Graf 16 Rodinný stav respondentů



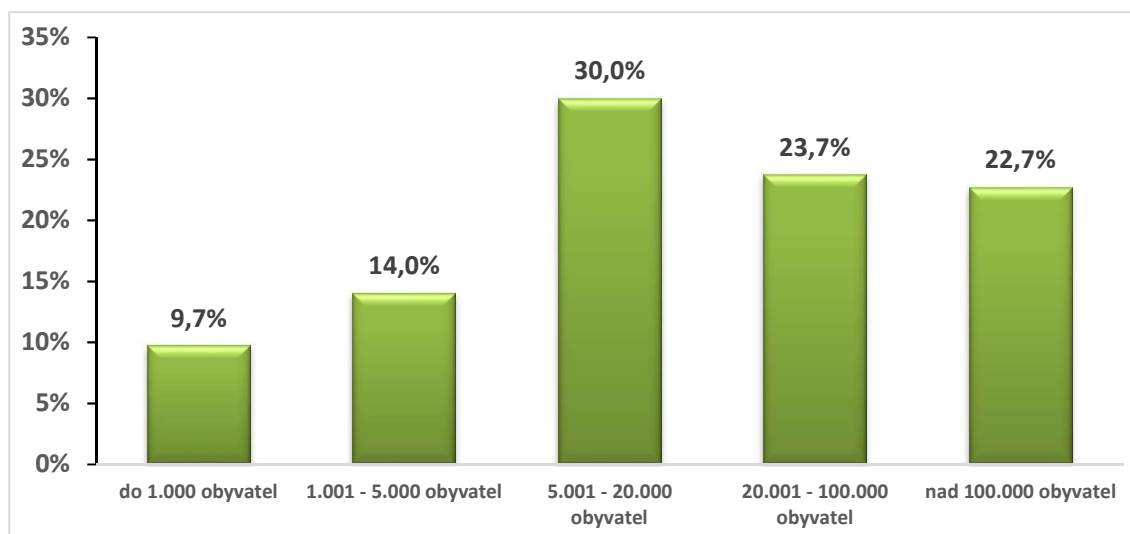
Graf 16 znázorňuje aktuální rodinný stav respondentů. Nejvíce respondentů je ženatých nebo vdaných (50,0 %), dále se jedná o osoby svobodné (21,2 %), vdovce či vdovu (12,7 %), druha či družku (8,7 %) a osoby rozvedené (7,5 %).

Graf 17 Počet dětí



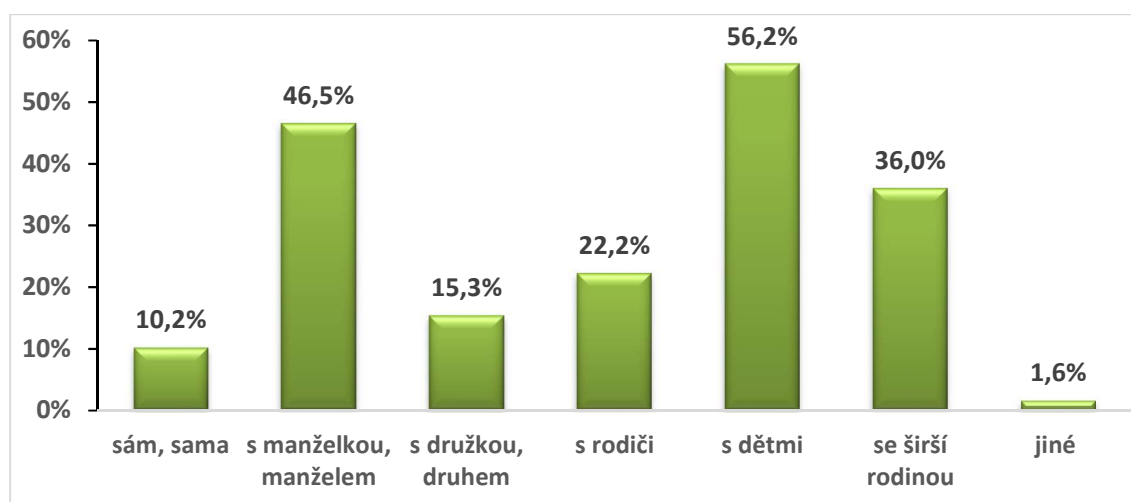
Graf 17 znázorňuje počet dětí u našich respondentů. Nejvíce respondentů (39,5 %) má 2-3 děti, další v pořadí jsou respondenti se 4 a více dětmi (21,7 %), menší počet respondentů má 1 dítě (19,5 %) a podobný počet respondentů nemá žádné dítě (19,3 %).

Graf 18 Bydliště respondentů



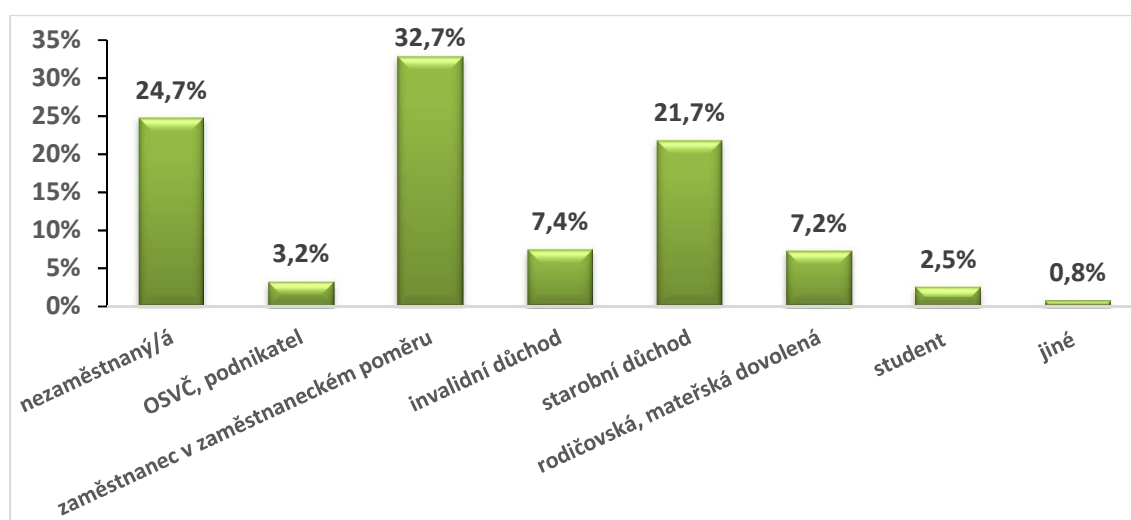
Graf 18 znázorňuje bydliště respondentů. Nejčastěji žijí respondenti v bydlišti s počtem obyvatel 5 001 – 20 000 (30,0 %), dále pak v bydlišti s počtem 20 001 – 100 000 obyvatel (23,7 %), následuje bydliště s počtem obyvatel nad 100 000 (22,7 %), dále bydliště s počtem obyvatel 1 001 – 5 000 (14,0 %) a nejméně respondentů žije v bydlišti s počtem obyvatel do 1 000 (9,7 %).

Graf 19 Společná domácnost



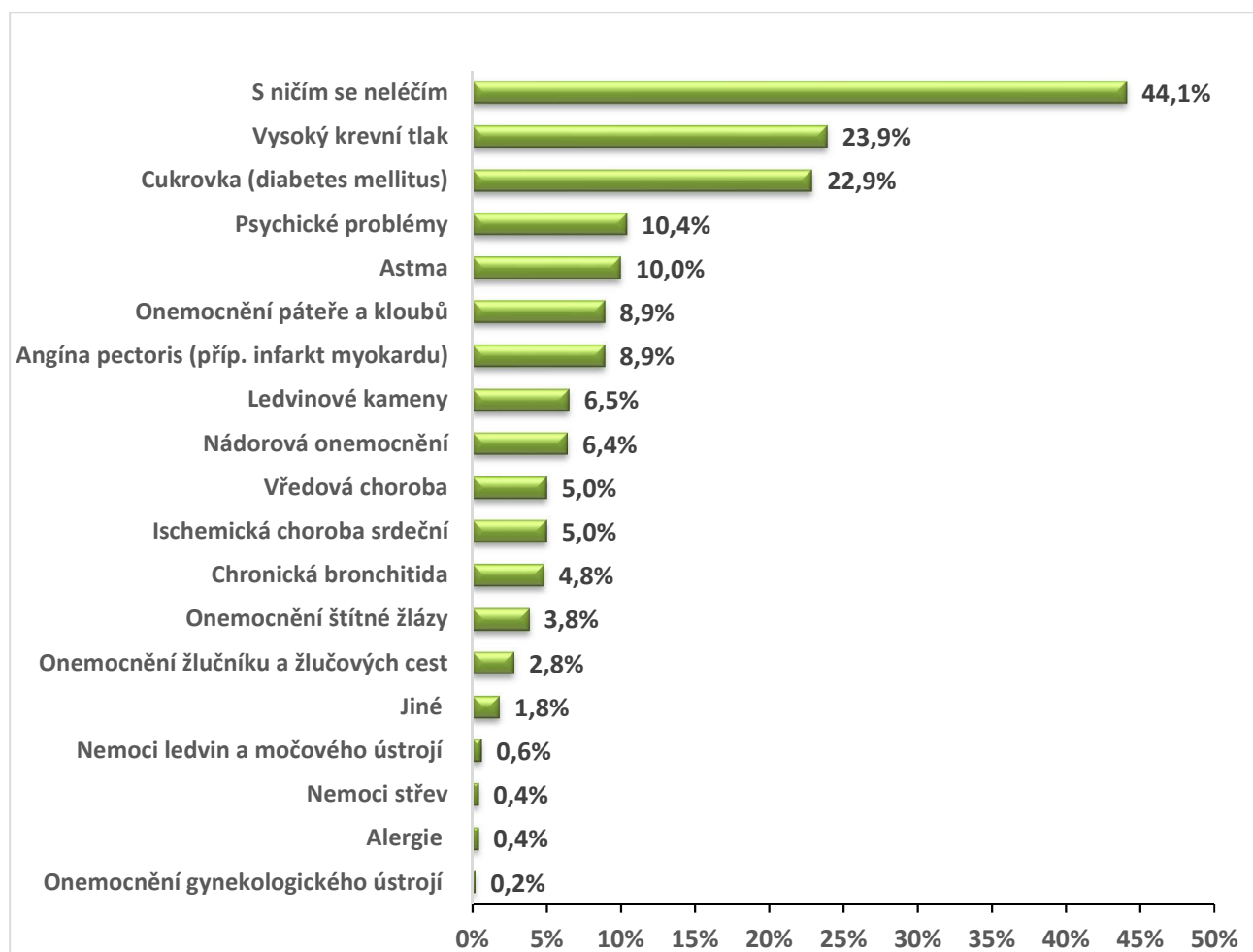
Graf 19 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku „S kým žijete ve společné domácnosti?“ respondenti mohli zvolit více odpovědí. Nejčastěji žijí respondenti s dětmi (56,2 %), s manželem či manželkou (46,5 %), se širší rodinou (36,0 %), s rodiči (22,2 %), sami (10,2 %) či s někým jiným (1,6 %), například s přáteli nebo vnoučaty.

Graf 20 Pracovní poměr respondentů



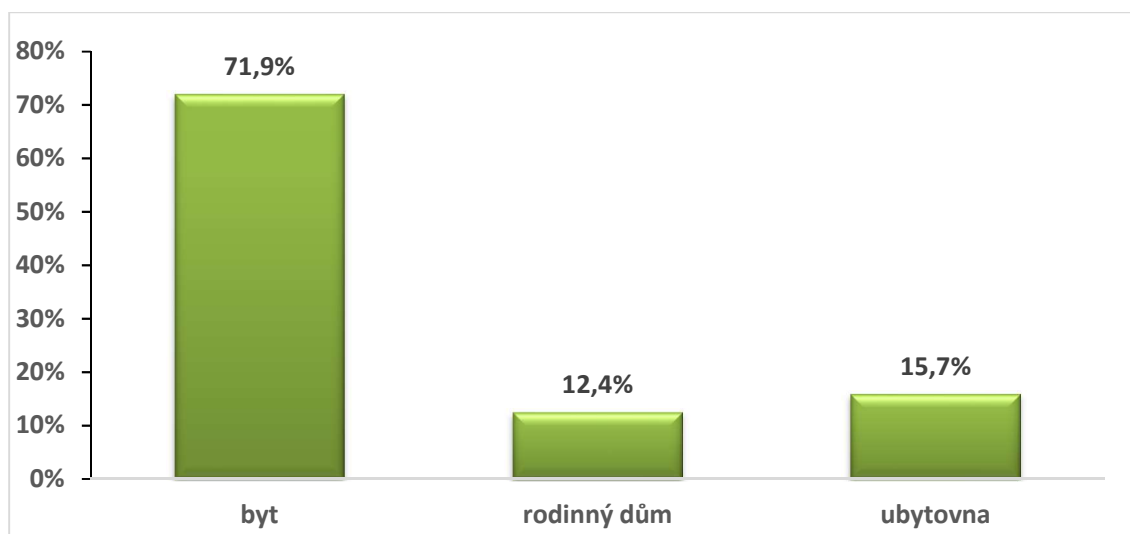
Graf 20 znázorňuje odpověď na otázku „Jaký je Váš pracovní poměr?“ respondenti mohli zvolit pouze jedno zaměstnání, které považují v současné době za hlavní zdroj příjmů. Největší počet respondentů jsou zaměstnanci v zaměstnaneckém poměru (32,7 %), dále pak jsou respondenti nezaměstnaní (24,7 %), ve starobním důchodu (21,7 %), invalidním důchodu (7,4 %), na rodičovské či mateřské dovolené nebo se jedná o OSVČ či podnikatele (3,2 %), studenty (2,5 %) nebo jiné zaměstnání (0,8 %) jako například pěstouny nebo pečovatele o osoby blízké.

Graf 21 Nemoci respondentů



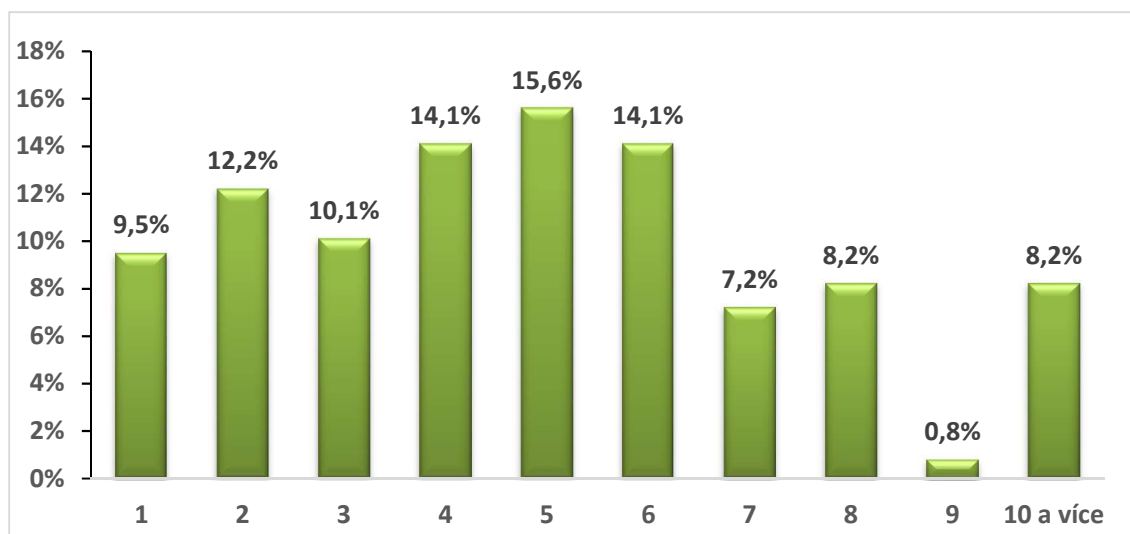
Graf 21 znázorňuje odpověď na otázku „Léčíte se s některým z následujících onemocnění?“ Největší počet respondentů se s ničím neléčí (44,1 %). Následuje vysoký krevní tlak (23,9 %), diabetes mellitus (22,9 %), psychické problémy (10,4 %), astma (10,0 %), onemocnění páteře a kloubů (8,9 %), onemocnění srdce (8,9 %), ledvinové kameny (6,5 %), nádory (6,4 %), vředová choroba (5,0 %), ischemická choroba srdeční (5,0 %), chronická bronchitida (4,8 %), onemocnění štítné žlázy (3,8 %), onemocnění žlučníku a žlučových cest (2,8 %), jiné (1,8 %), nemoci močového ústrojí (0,6 %), nemoci střev (0,4 %), alergie (0,4 %) a nemoci gynekologického ústrojí (0,2 %).

Graf 22 Druh bydlení



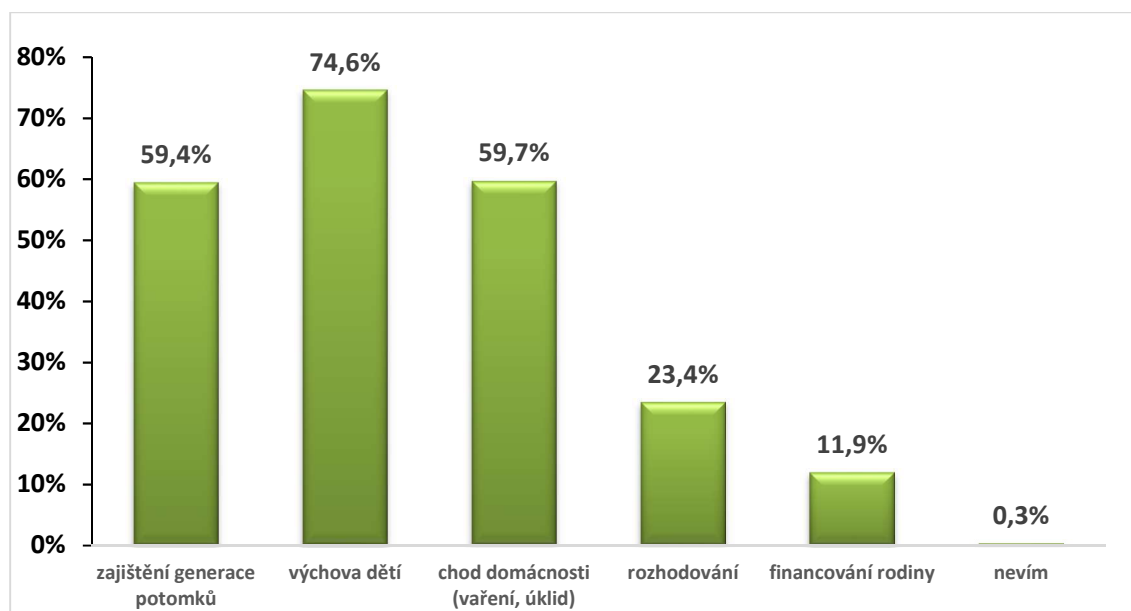
Graf 22 znázorňuje odpověď na otázku „Kde bydlíte?“ nejvíce respondentů bydlí v bytě (71,9 %), menší počet na ubytovně (15,7 %) a nejmenší počet respondentů v rodinném domě (12,4 %).

Graf 23 Počet členů v domácnosti



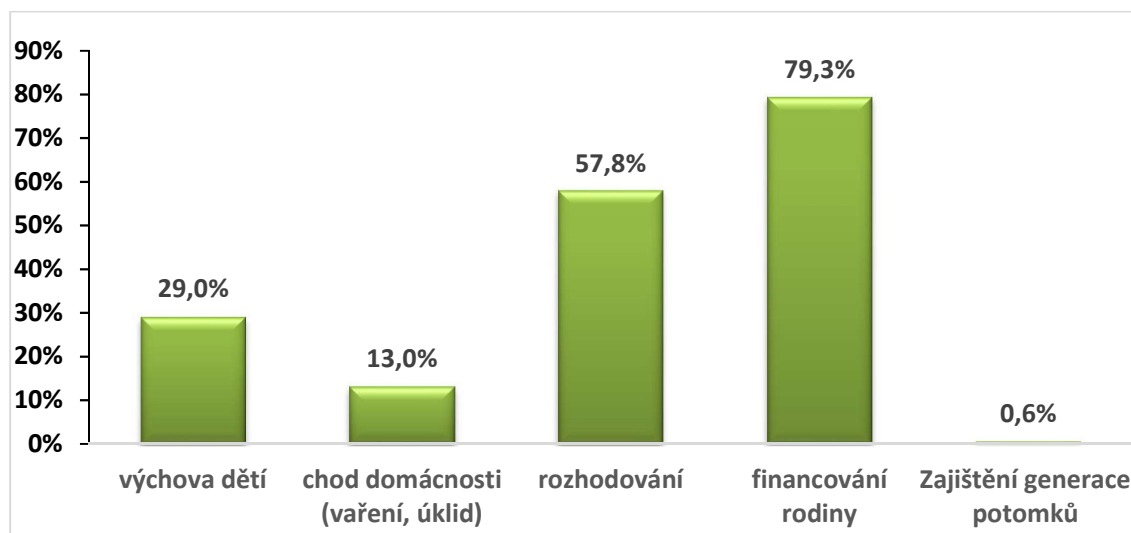
Graf 23 znázorňuje odpovědi na otevřenou otázku „Kolik členů má Vaše domácnost?“ největší počet respondentů žije v domácnosti s 5 osobami (15,6 %), 6 členů má v domácnosti 14,1 % a 4 členy také uvedlo 14,1 % respondentů. Dále následuje počet 2 členů v domácnosti (12,2 %), 3 osoby v domácnosti (10,1 %), 1 člen (9,5 %), 8 členů (8,2 %), 10 a více členů (8,2 %) 7 členů (7,2 %) a nejméně pak má v domácnosti 9 členů (0,8 %).

Graf 24 Role ženy v romské komunitě



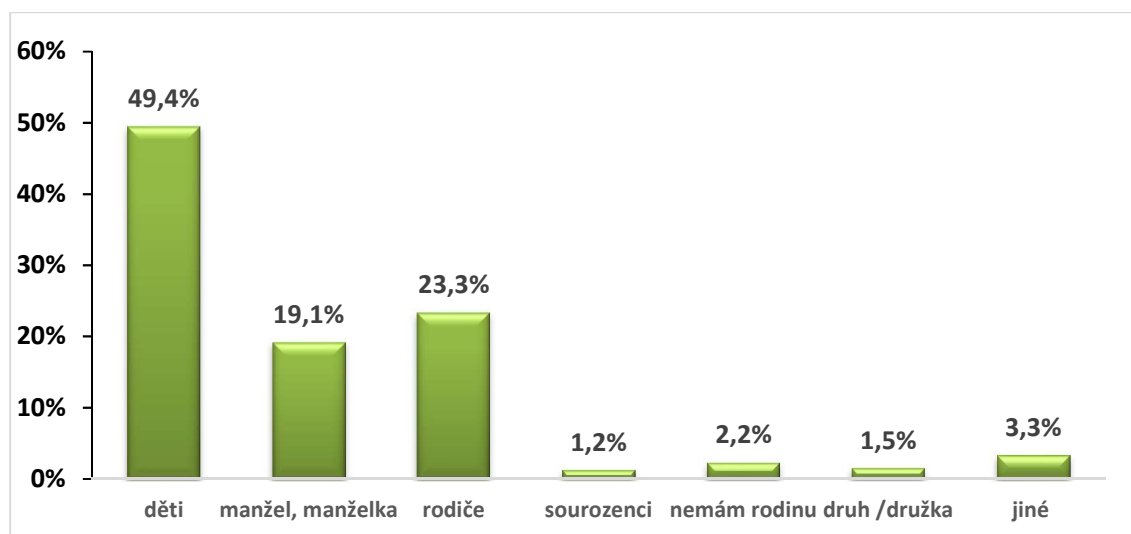
Graf 24 znázorňuje odpověď na otázku „*Jakou roli zastává žena ve Vaší komunitě?*“ V této otázce mohli respondenti označit více odpovědí. Nejčastěji se podle respondentů jedná o výchovu dětí (74,6 %), starost o chod domácnosti (59,7 %), zajištění generace potomků (59,4 %), rozhodování (23,4 %), financování rodiny (11,9 %) a někteří respondenti uvedli, že neví (0,3 %).

Graf 25 Role muže v romské komunitě



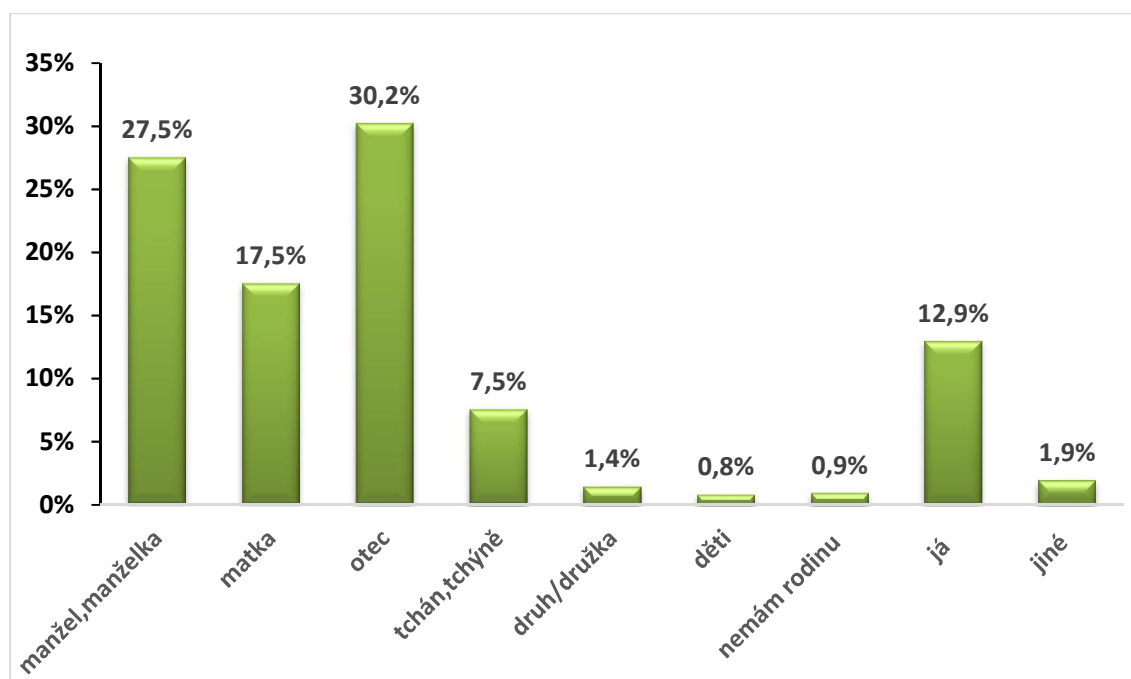
Graf 25 znázorňuje odpověď na otázku „*Jakou roli zastává muž ve Vaší komunitě?*“ V této otázce mohli respondenti označit více odpovědí. Nejčastěji se podle respondentů jedná o financování rodiny (79,3 %), rozhodování (57,8 %), výchovu dětí (29,0 %), chod domácnosti (13,0 %) a zajištění generace potomků (0,6 %).

Graf 26 Nejdůležitější člen rodiny



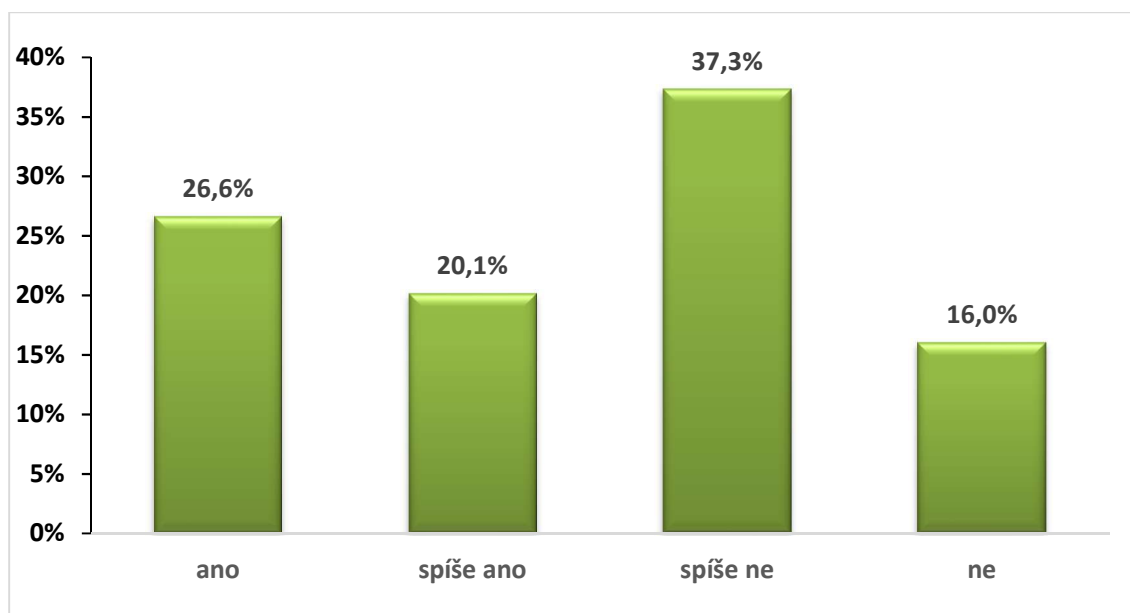
Graf 26 znázorňuje odpověď na otázku „Kdo je pro Vás v rodině nejdůležitější?“ Podle respondentů jsou to děti (49,4 %), rodiče (23,3 %), manžel či manželka (19,1 %), někdo jiný (3,3 %) například prarodiče, druh či družka (1,5 %), sourozenci (1,2 %) a rodinu nemá 2,2 % respondentů.

Graf 27 Největší autorita v rodině



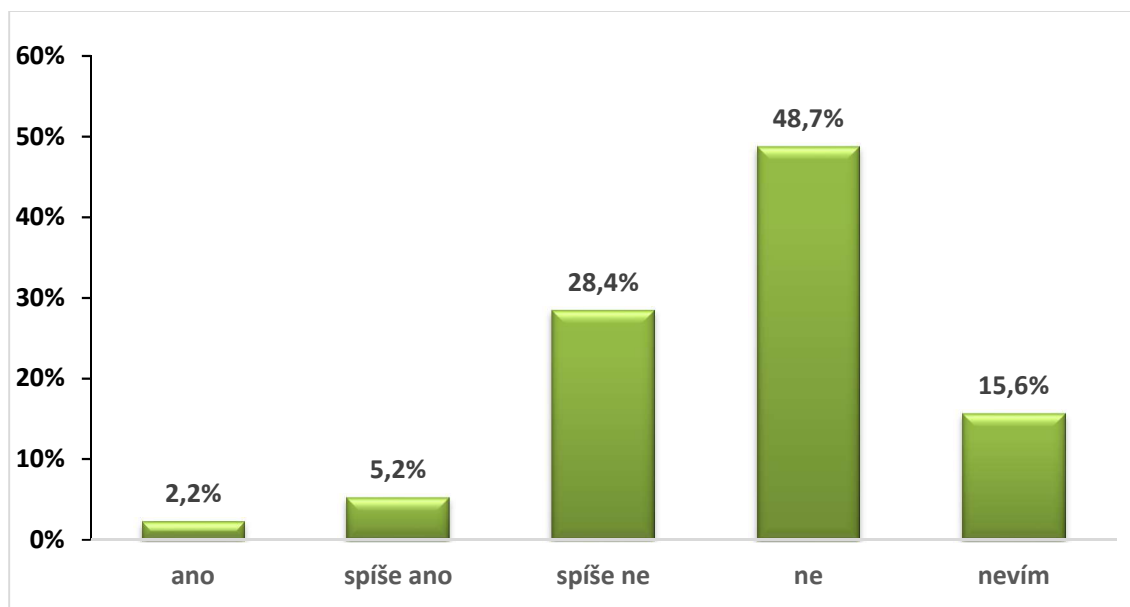
Graf 27 znázorňuje odpověď na otázku „Koho ve Vaší rodině považujete za největší autoritu?“ Nejčastěji je to otec (30,2 %), dále pak manžel či manželka (27,5 %), matka (17,5 %), já (12,9 %), tchán či tchýně (7,5 %), druh či družka (1,4 %), děti (0,8 %), jiné (1,9 %) například prarodiče a rodinu nemá 0,9 % respondentů.

Graf 28 Přátelství mimo romskou komunitu



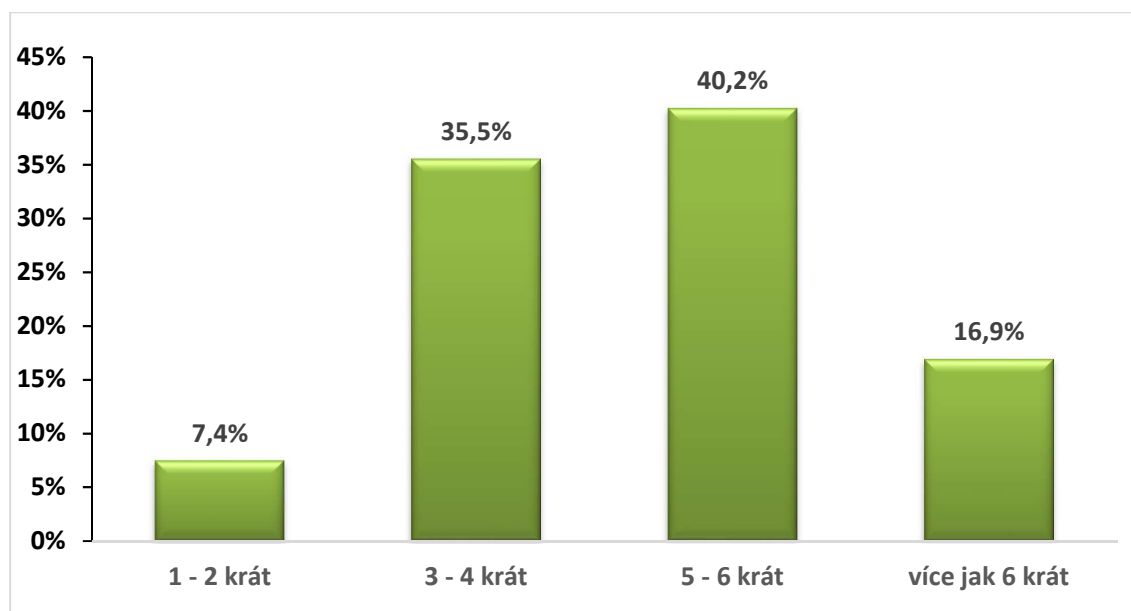
Graf 28 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku „*Máte přátele i mimo romskou komunitu?*“ nejčastější odpovědí respondentů bylo, že spíše nemají (37,3 %), dále pak mají (26,6 %), spíše mají (20,1 %) a žádné přátele mimo romskou komunitu nemá 16,0 %.

Graf 29 Umístění rodičů v domovech pro seniory



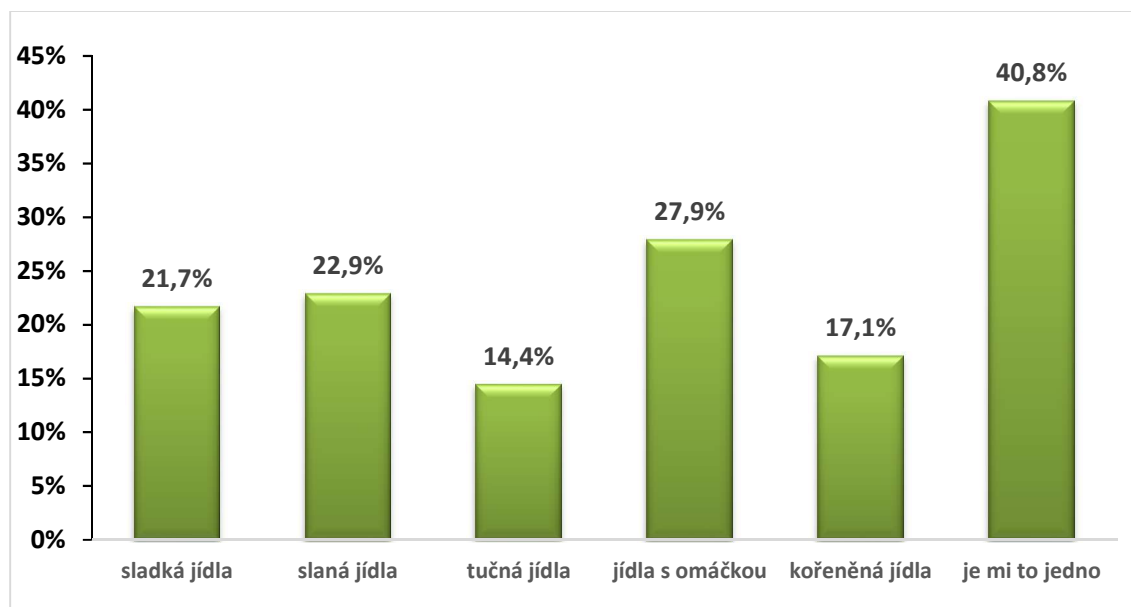
Graf 29 znázorňuje odpovědi na otázku „*Umístil/a byste své rodiče v případě potřeby do domova pro seniory?*“ Nejčastěji by respondenti rodiče do domova pro seniory neumístili (48,7 %), dále pak spíše ne (28,4 %), spíše ano (5,2 %) a umístilo by je tam (2,2 %). Odpověď na tuto otázku neví 15,6 % respondentů.

Graf 30 Stravování během dne



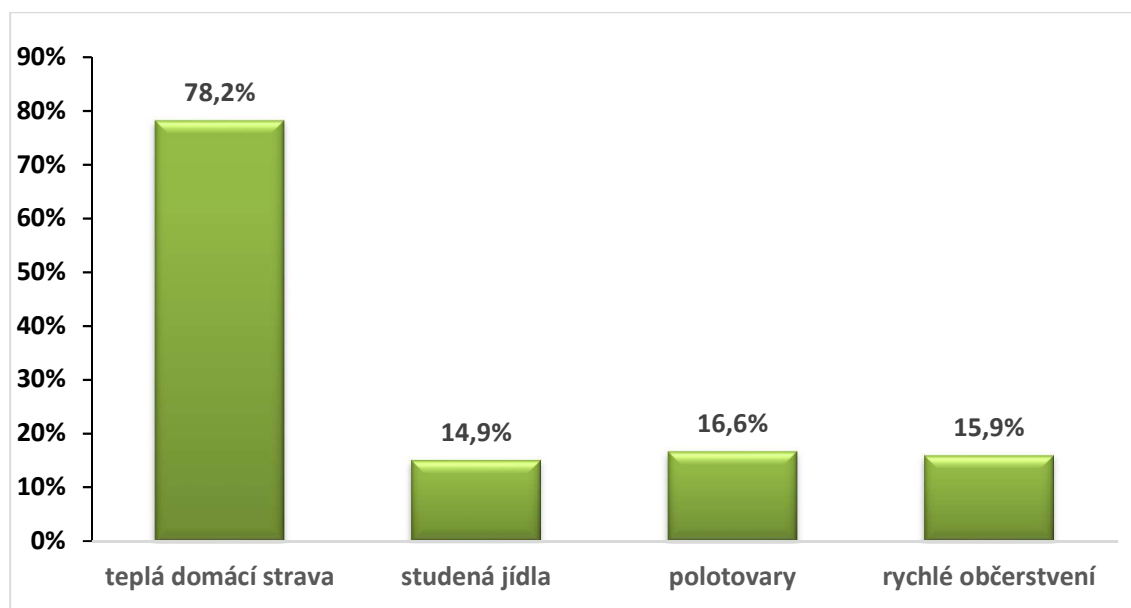
Graf 30 znázorňuje odpověď na otázku „*Kolikrát denně se stravujete?*“ Nejčastější odpovědí bylo, že 5-6 krát denně (40,2 %), dále pak 3-4 krát denně (35,5 %), více jak 6 krát denně (16,9 %) a 1-2 krát denně (7,4 %).

Graf 31 Oblíbenost jídel



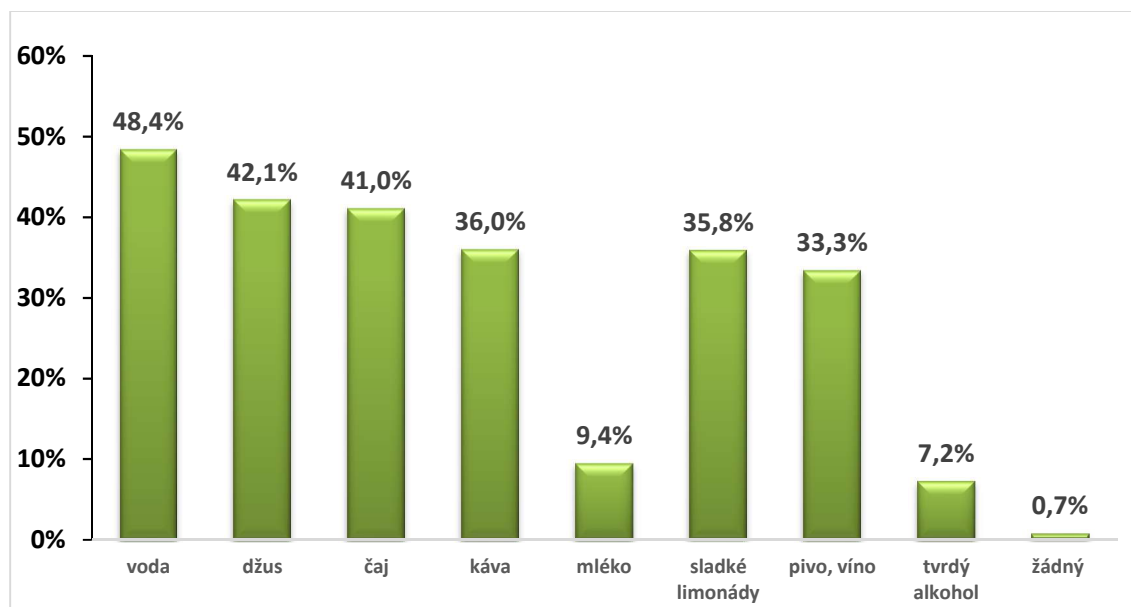
Graf 31 znázorňuje odpovědi na otázku „*Jaká jídla upřednostňujete?*“ Nejčastější odpovědí bylo, že je to jedno (40,8 %), dále jsou to jídla s omáčkou (27,9 %), slaná jídla (22,9 %), sladká jídla (21,7 %), kořeněná jídla (17,1 %) a tučná jídla (14,4 %).

Graf 32 Preference úpravy jídla



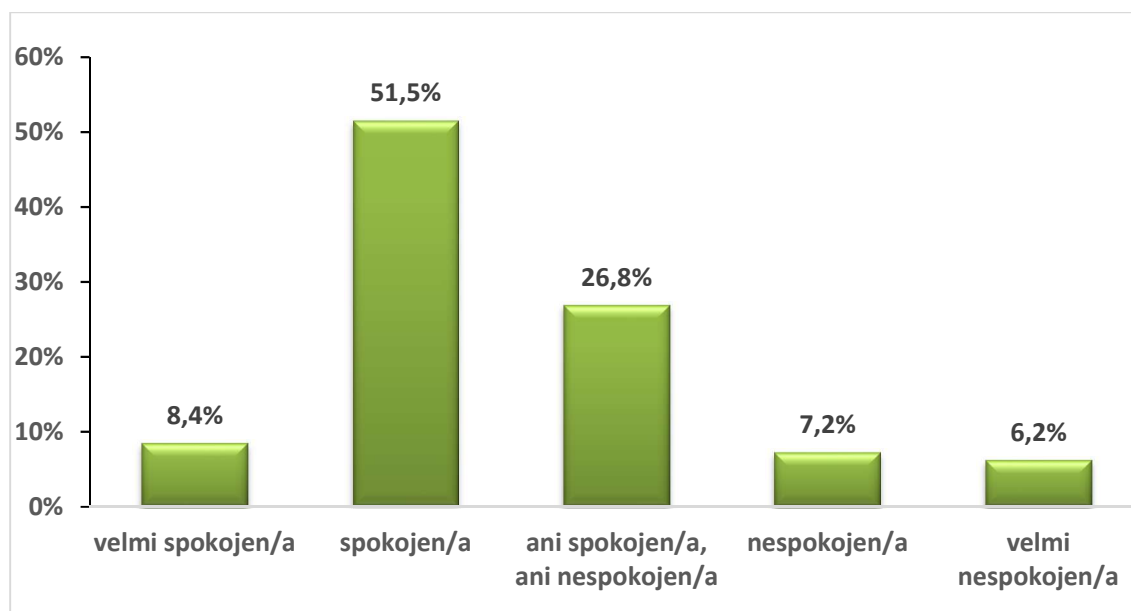
Graf 32 znázorňuje odpovědi na otázku „Jaký druh úpravy jídla upřednostňujete?“ U této otázky mohli označit více odpovědí. Respondenti preferují teplou domácí stravu (78,2 %), rychlé občerstvení (15,9 %), polotovary (16,6 %) a studená jídla (14,9 %).

Graf 33 Oblíbené nápoje



Graf 33 znázorňuje odpovědi na otázku „Jaké máte oblíbené nápoje?“ Nejčastěji je to voda (48,4 %), džus (42,1 %), čaj (41,0 %), káva (36,0 %), sladké limonády (35,8 %), pivo, víno (33,3 %), mléko (9,4 %), tvrdý alkohol (7,2 %), žádný (0,7 %).

Graf 34 Spokojenost se současným životním stylem



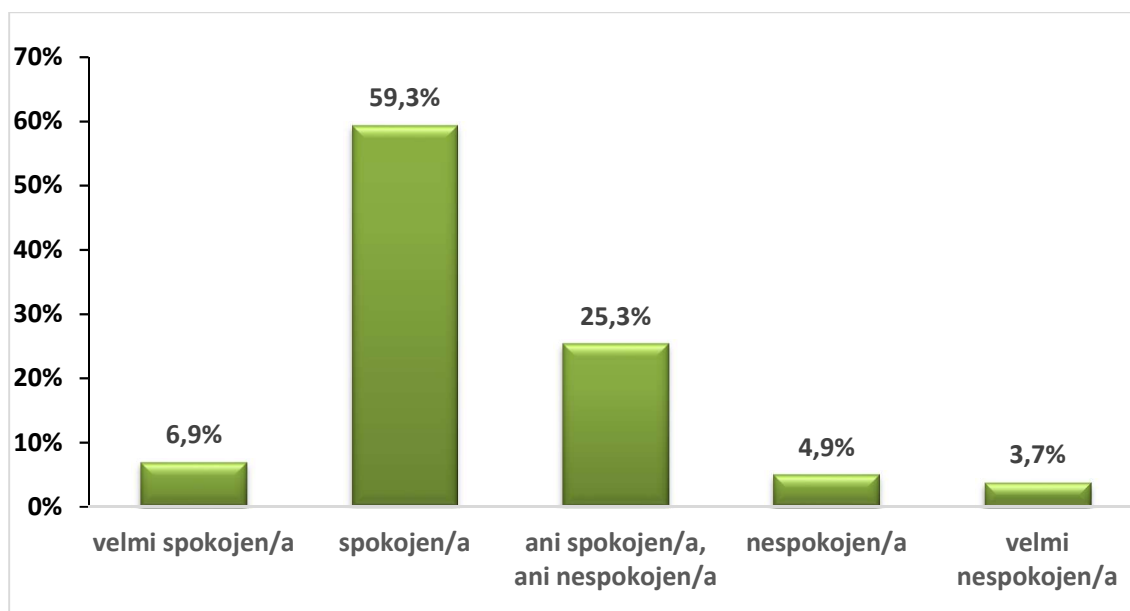
Graf 34 znázorňuje odpovědi na otázku „*Jste spokojený/á s Vaším současným životním stylem?*“ Nejčastější odpovědí bylo, že jsou respondenti spokojeni (51,5 %), středně spokojeno, tedy ani spokojeno, ani nespokojeno uvedlo 26,8 %. Dále pak uvedli respondenti odpovědi velmi spokojeno (8,4 %), nespokojeno (7,2 %) a velmi nespokojeno (6,2 %).

Graf 35 Příčiny nespokojenosti se současným životním stylem



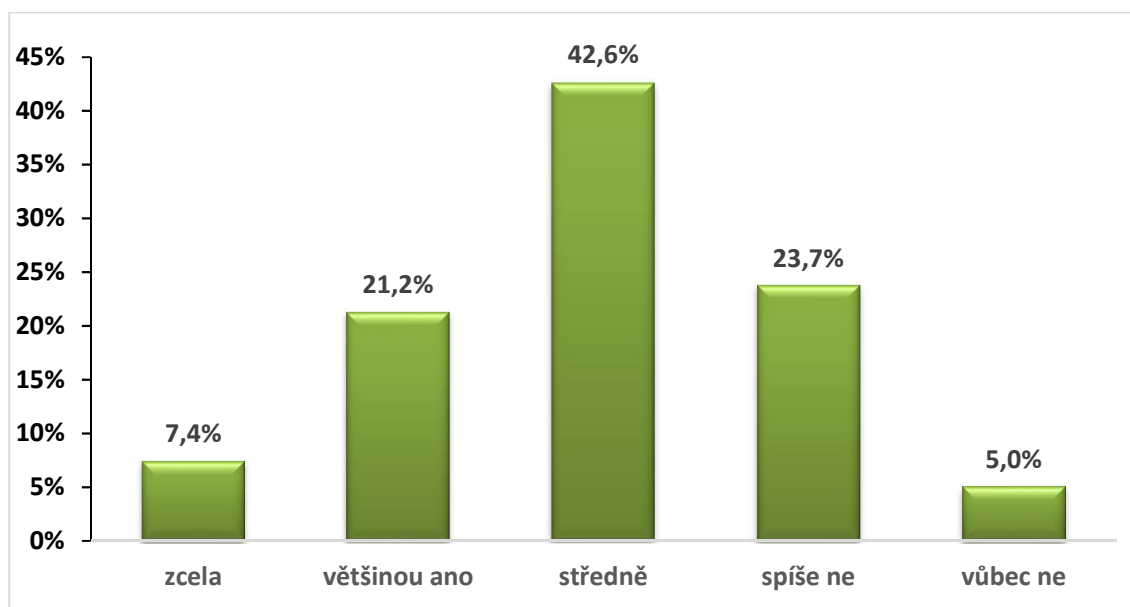
Graf 35 znázorňuje odpovědi na otázku „*Pokud nejste se s Vaším současným životním stylem spokojen/a, uveďte prosím všechno, co byste chtěl/a změnit?*“ Nejčastěji se jednalo o socioekonomickou situaci (49,9 %), tělesnou hmotnost (46,9 %), zdravotní stav (39,5 %) a stravování (25,9 %).

Graf 36 Spokojenost s životem v ČR



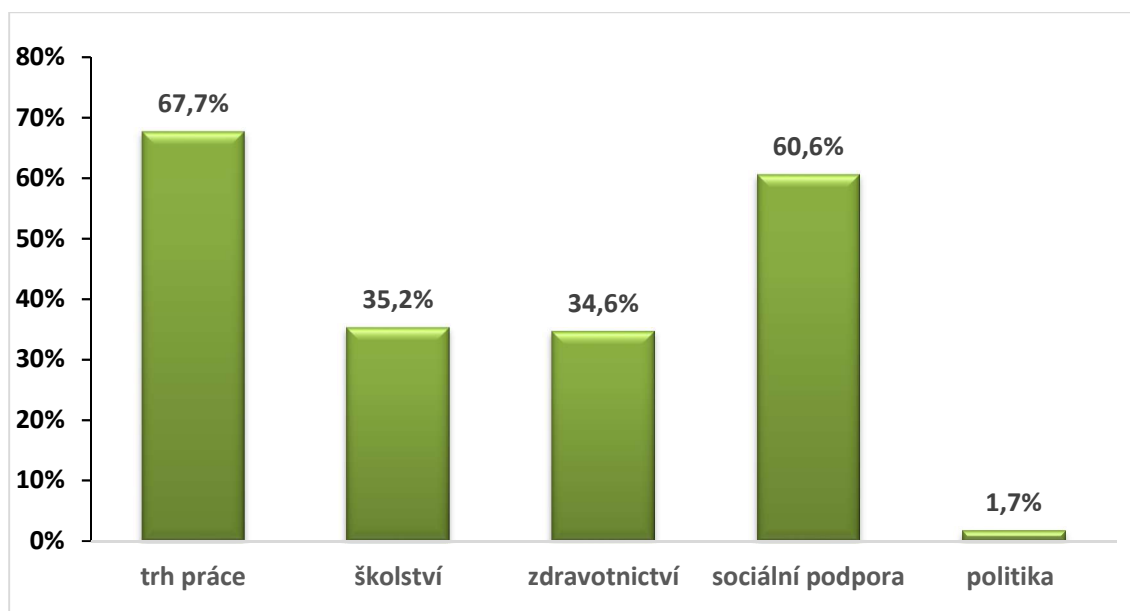
Graf 36 znázorňuje odpovědi na otázku „*Jste s životem v České republice spokojen/a?*“ nejčastější odpovědí bylo, že jsou respondenti spokojeni (59,3 %), poté následuje ani spokojeni, ani nespokojeni (25,3 %), velmi nespokojen/a (6,9 %), nespokojen/a (4,9 %) a velmi nespokojen/a (3,7 %).

Graf 37 Diskriminace v ČR



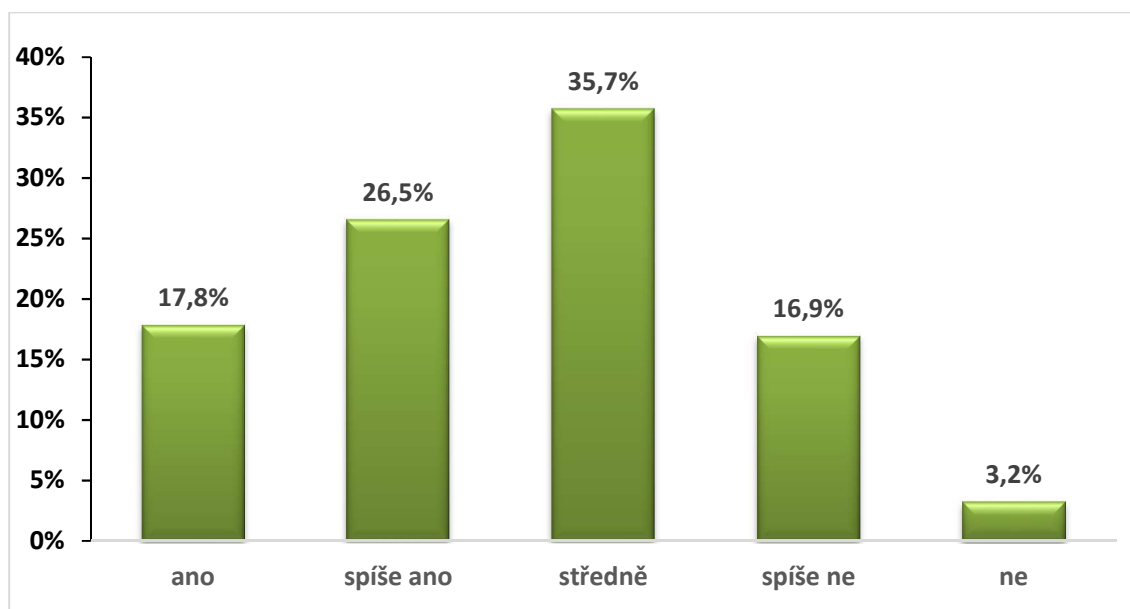
Graf 37 znázorňuje odpovědi na otázku „*Cítíte se být v České republice diskriminovaný?*“ Nejčastěji odpověděli respondenti, že středně (42,6 %), následuje odpověď spíše ne (23,7 %), většinou ano (21,2 %), zcela (7,4 %) a vůbec ne (5,0 %).

Graf 38 Důvod pocitu diskriminace v ČR



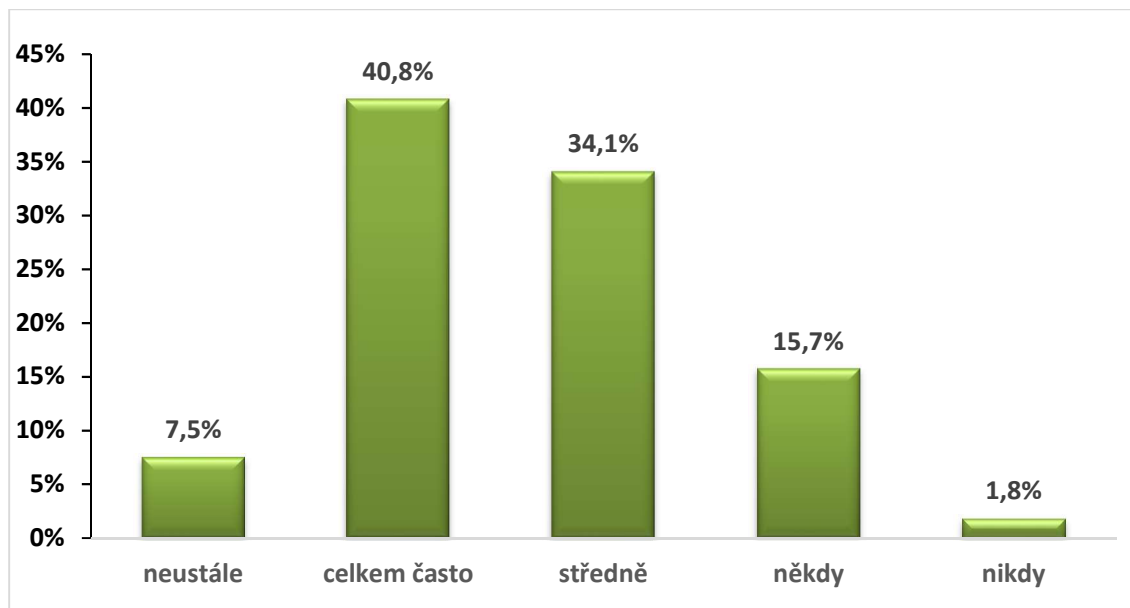
Graf 38 znázorňuje odpovědi na otázku „Pokud se cítíte být v České republice diskriminovaný/á, v jaké oblasti toto pociťujete?“ Nejčastěji se jedná o trh práce (67,7 %), následován sociální podporou (60,6 %), dále pak školstvím (35,2 %), zdravotnictvím (34,6 %) a politikou (1,7 %).

Graf 39 Nesnášenlivost společnosti vůči Romům



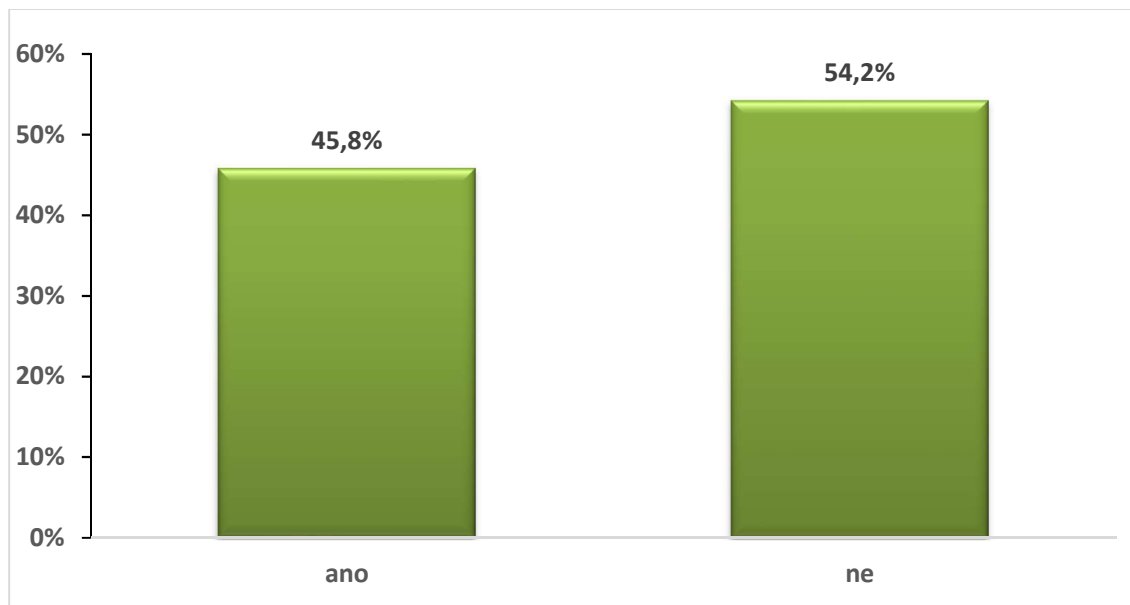
Graf 39 znázorňuje odpovědi na otázku „Domníváte se, že je většinová společnost v České republice nesnášenlivá vůči Romům?“ Nejčastější odpovědí bylo středně (35,7 %), dále pak spíše ano (26,5 %), spíše ne (16,9 %), ano (17,8 %), ne (3,2 %).

Graf 40 Zájem o vlastní zdraví



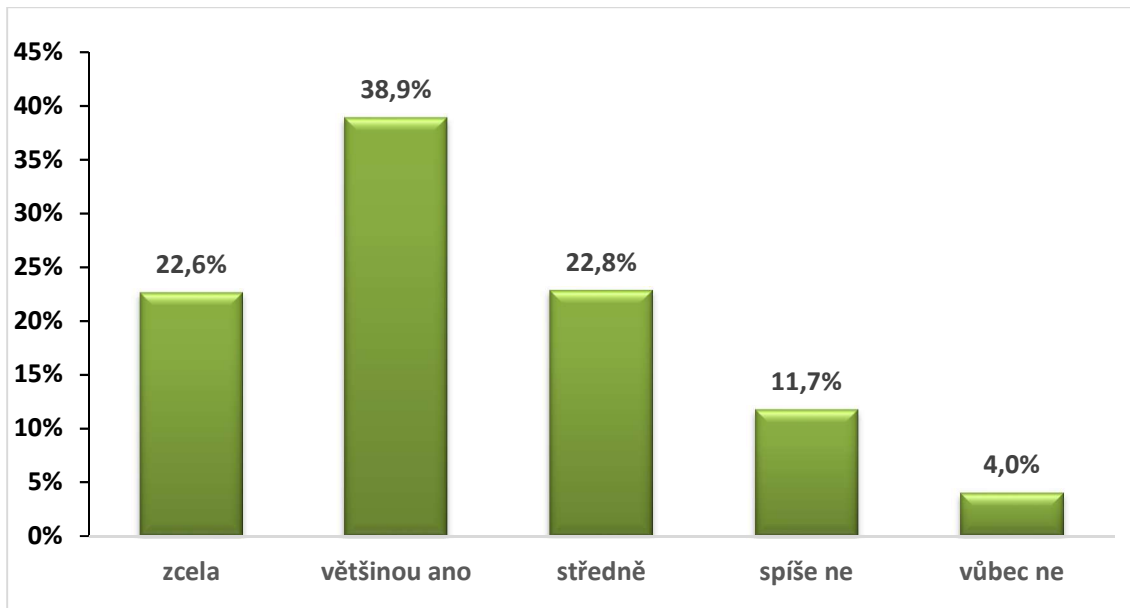
Graf 40 znázorňuje odpovědi na otázku „Zajímáte se o vlastní zdraví?“ Nejčastější odpovědí bylo, že celkem často (40,8 %), středně (34,1 %), někdy (15,7 %), neustále (7,5 %) a nikdy (1,8 %).

Graf 41 Pravidelné lékařské prohlídky



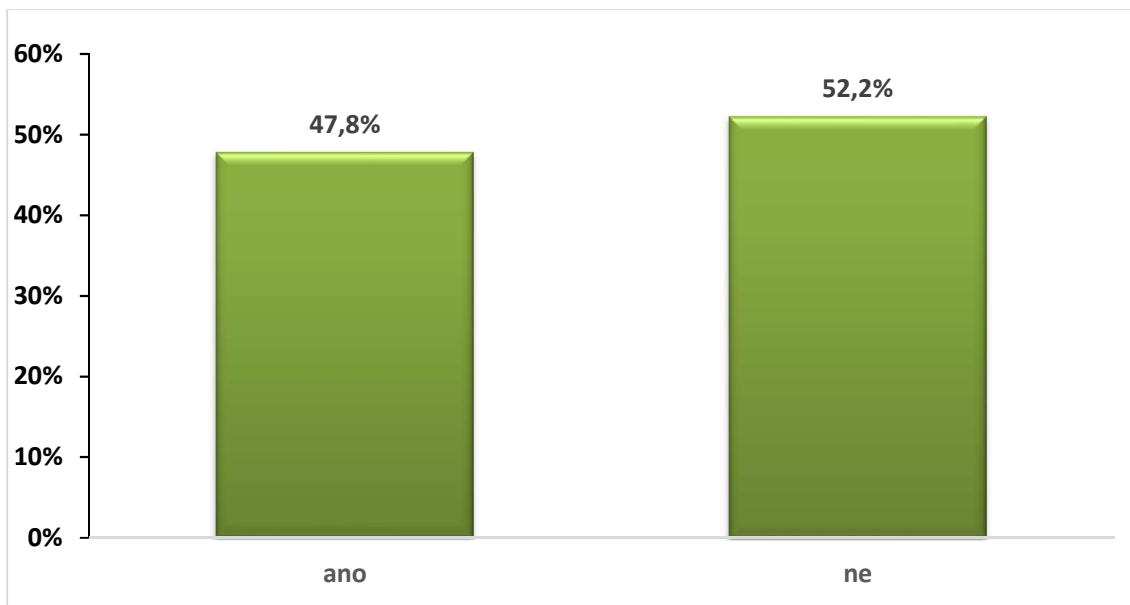
Graf 41 znázorňuje odpovědi na otázku „Chodíte pravidelně na lékařské prohlídky?“ Převažuje odpověď ne (54,2 %), poté následuje ano (45,8 %).

Graf 42 Dodržování léčebného postupu



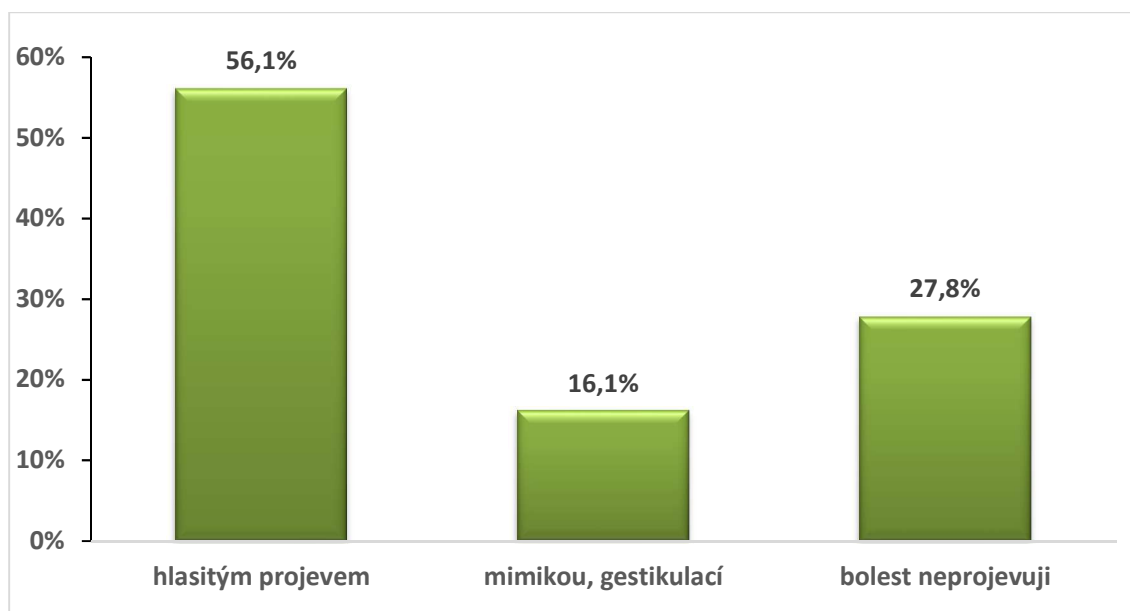
Graf 42 znázorňuje odpovědi na otázku „*Dodržujete doporučený léčebný postup v případě onemocnění?*“ nejčastější odpovědí bylo, že většinou ano (38,9 %), dále pak středně (22,8 %), zcela (22,6 %), spíše ne (1,7 %) a vůbec ne (4,0 %).

Graf 43 Dobírání léků



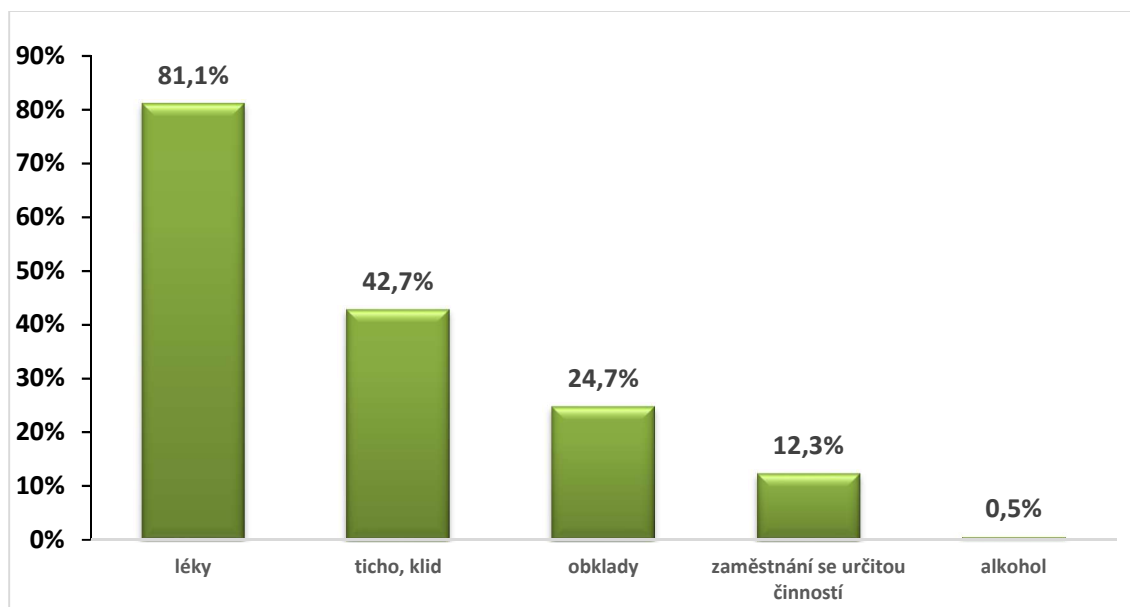
Graf 43 znázorňuje odpovědi na otázku „*Dobíráte léky i po odeznění příznaků onemocnění?*“ Odpověď ne uvedlo 52,2 % a ano 47,8 % respondentů.

Graf 44 Prožívání bolesti



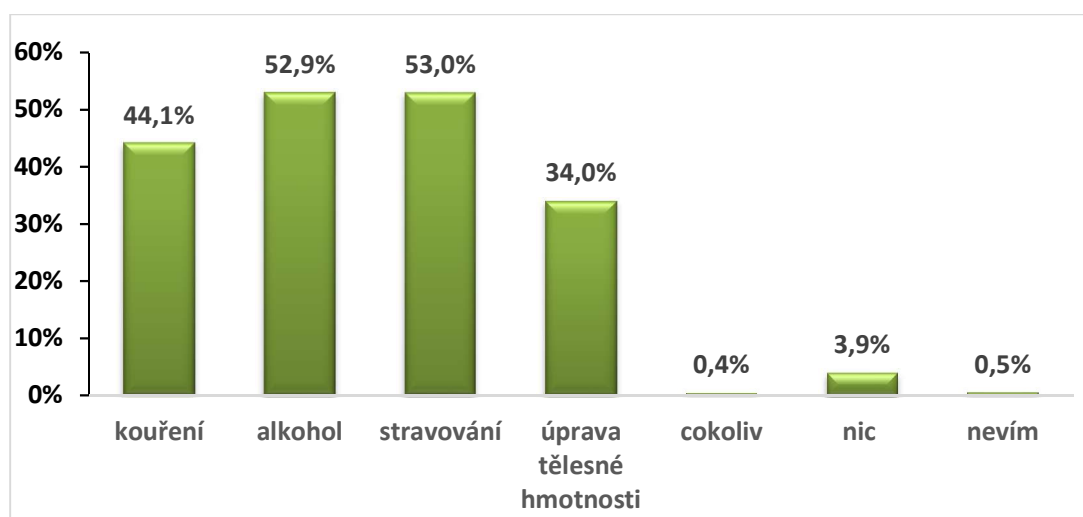
Graf 44 znázorňuje odpovědi na otázku „*Jak především prožíváte bolest?*“ nejčastěji je to hlasitým projevem (56,1 %), poté mimikou a gestikulací (16,1 %) a bolest neprojevuje 27,8 % respondentů.

Graf 45 Pomoc od bolesti



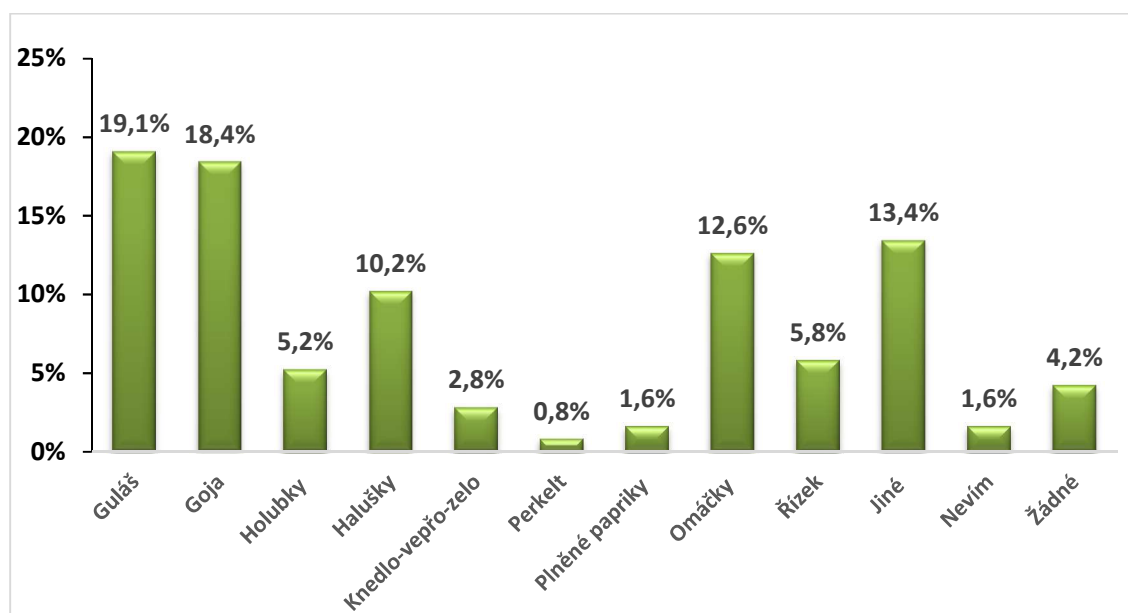
Graf 45 znázorňuje odpovědi na otázku „*Co Vám při bolesti pomáhá?*“ respondenti zde mohli vybrat i více možností. Nejčastěji se jedná o léky (81,1 %), ticho a klid (42,7 %), obklady (24,7 %), zaměstnání se určitou činností (12,3 %) a alkohol (0,5 %).

Graf 46 Oblast změny



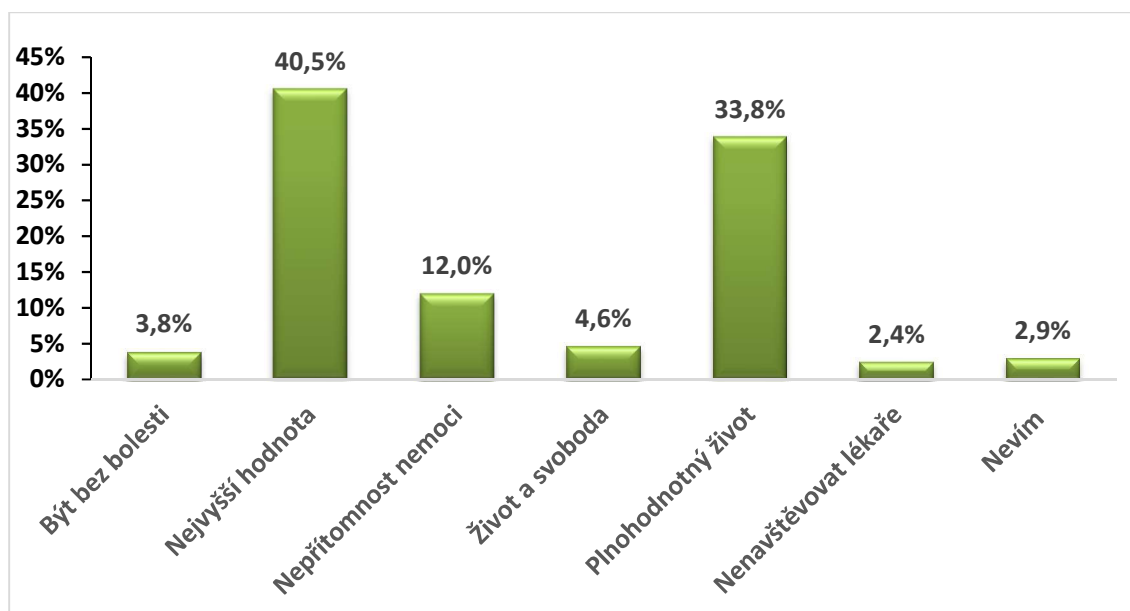
Graf 46 znázorňuje odpovědi na otázku „Kterou z následujících oblastí byste dokázal/a změnit v případě, že Vám bude zjištěno onemocnění, které to vyžaduje?“ Nejčastěji by respondenti změnili oblast stravování (53,0 %), dále pak alkohol (52,9 %), kouření (44,1 %) a úpravu tělesné hmotnosti (34,0 %). Dále respondenti uvedli, že cokoliv (0,4 %), nic (3,9 %) a neví (0,5 %).

Graf 47 Tradiční jídla



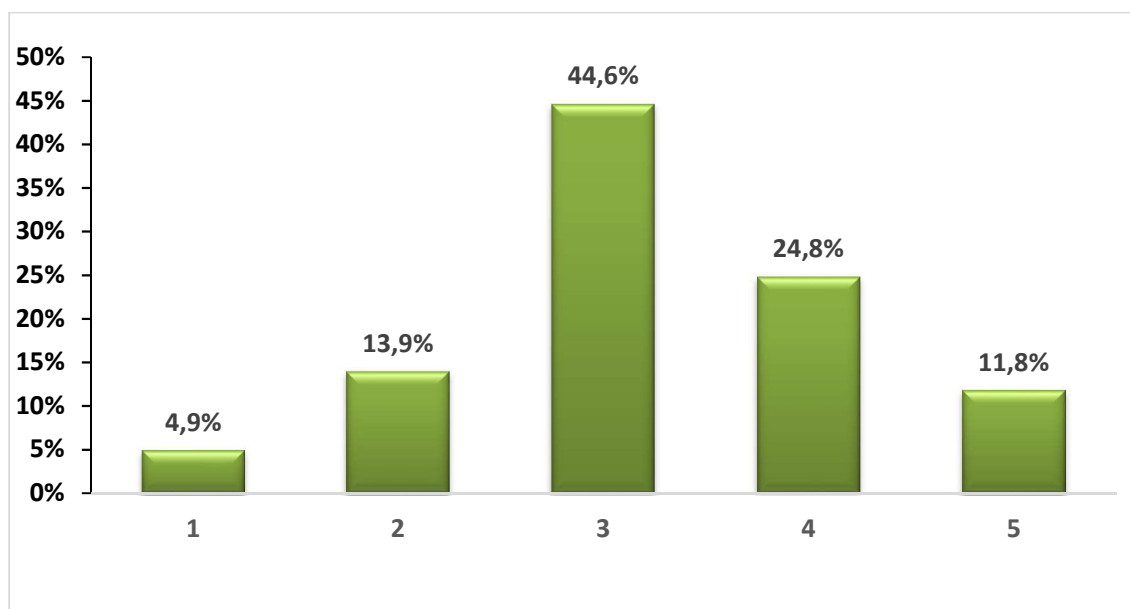
Graf 47 znázorňuje odpovědi na otázku „Která jídla považujete v rodině za tradiční?“ Jednalo se o otázku otevřenou. Nejčastěji je to guláš (19,1 %), goja (18,4 %), omáčky (12,6 %), halušky (10,2 %), řízek (5,8 %), holubky (5,2 %), knedlo-vepřo-zelo (2,8 %), plněné papriky (1,6 %) či perkelt (0,8 %). Dále respondenti uvedli, že je to něco jiného (13,4 %), neví (1,6 %) a žádné jídlo nepovažují za tradiční (4,2 %).

Graf 48 Hodnota zdraví



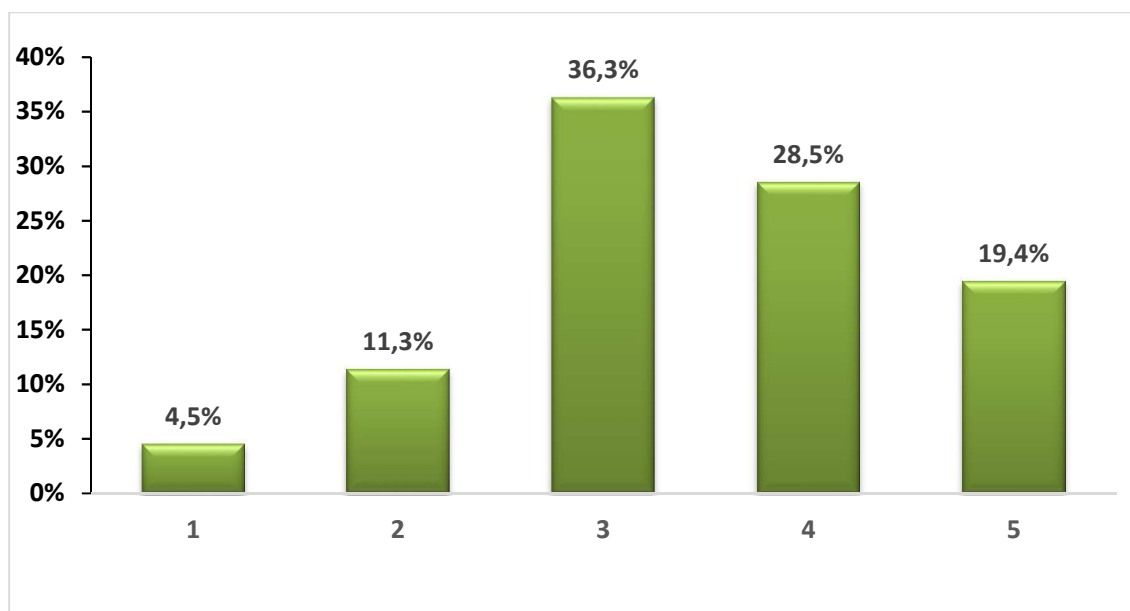
Graf 48 znázorňuje odpověď na otázku „Co pro Vás znamená zdraví?“ Jednalo se o otevřenou otázku. Nejčastější odpovědí bylo, že je to nejvyšší hodnota (40,5 %), poté následuje plnohodnotný život (33,8 %), dále je to nepřítomnost nemoci (12,0 %), život a svoboda (4,6 %), nenavštěvovat lékaře (2,4 %) a neví (2,9 %).

Graf 49 Fyzická kondice



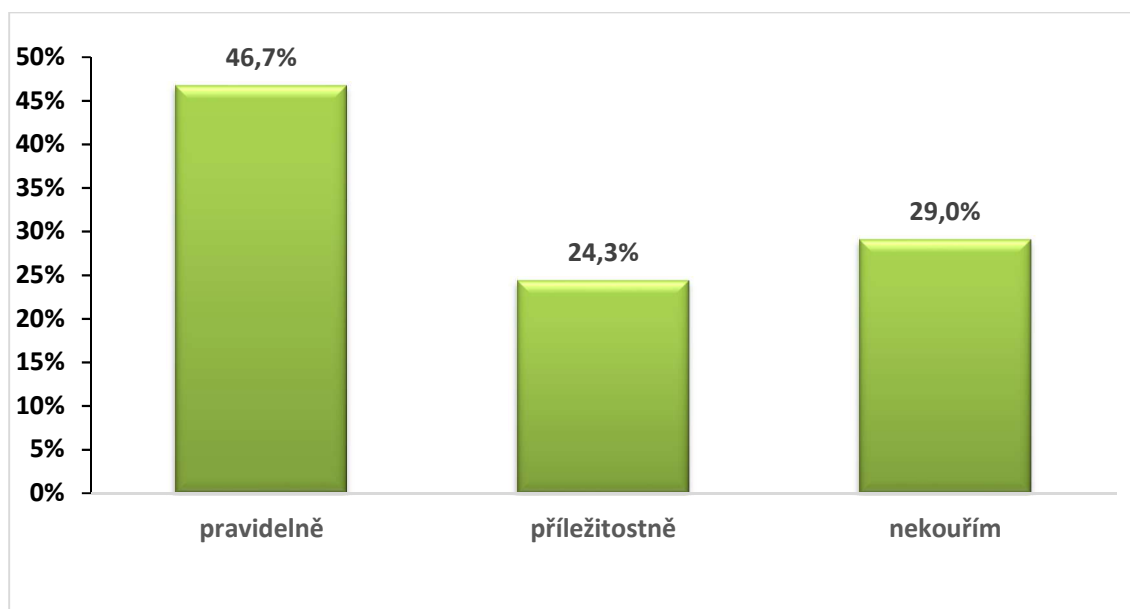
Graf 49 znázorňuje odpovědi na otázku „V jaké jste fyzické kondici?“ Byla zde použita pěti bodová škála, kdy 1 byla nejhorší a 5 nejlepší. Nejčastější odpovědí byla střední hodnota (44,6 %), dále pak hodnota 4 (24,8 %) a hodnota 2 (13,9 %). Nejlépe se cítí 11,8 % respondentů a naopak nejhůře 4,9 %.

Graf 50 Psychická kondice



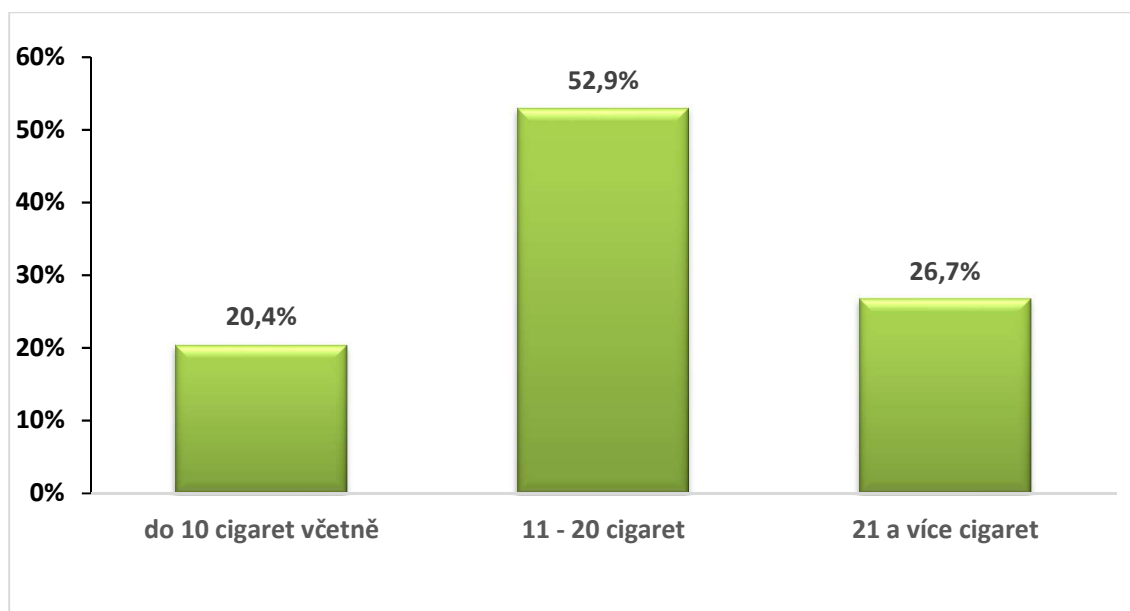
Graf 50 znázorňuje odpovědi na otázku „*V jaké jste psychické kondici?*“ Byla zde použita pěti bodová škála, kdy 1 byla nejhorší a 5 nejlepší. Nejčastější odpovědí byla střední hodnota (36,3 %), dále pak hodnota 4 (28,5 %), nejlépe se cítí 19,4 %, následuje hodnota 2 (11,3 %) a naopak nejhůře se cítí 4,5 %.

Graf 51 Kouření



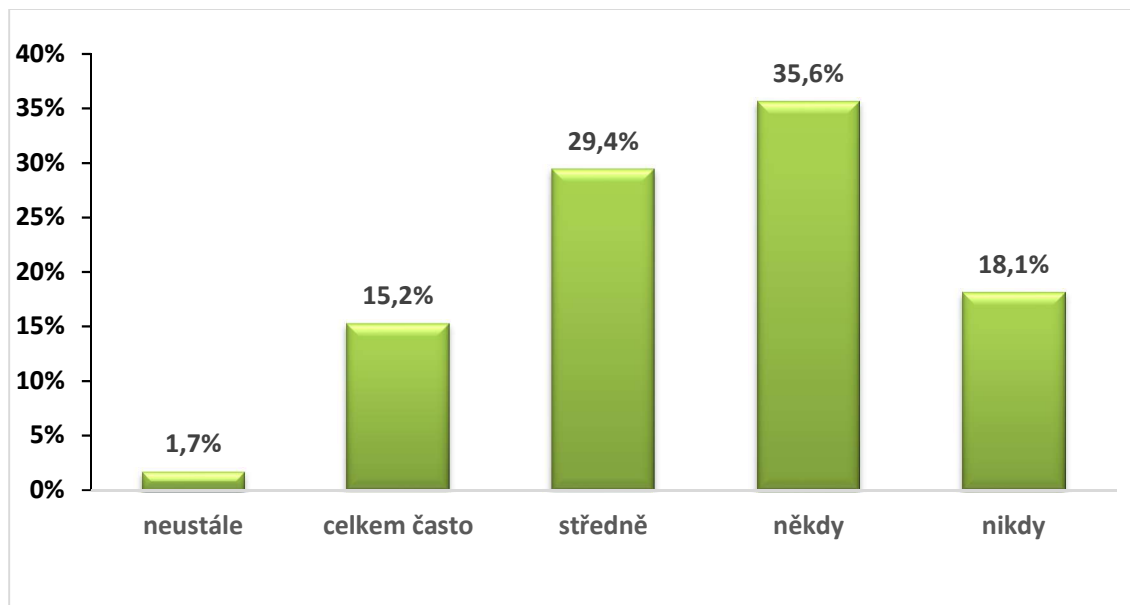
Graf 51 znázorňuje odpověď na otázku „*Kouříte?*“ Pravidelně kouří 46,7 % respondentů, nekouří 29,0 % a příležitostně kouří 24,3 %.

Graf 52 Četnost kouření



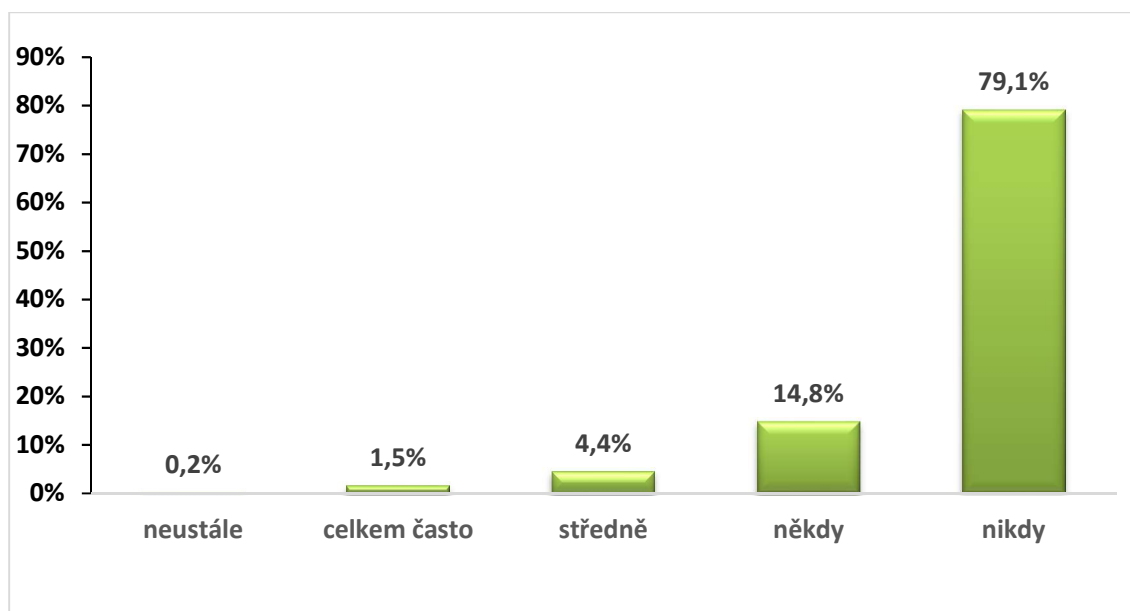
Graf 52 znázorňuje odpověď na otázku „*Pokud kouříte pravidelně, uveďte, kolik cigaret denně vykouříte?*“ Nejčastější odpovědí bylo, že 11-20 cigaret denně (52,9 %), dále pak 21 a více cigaret denně (26,7 %) a do 10 cigaret denně (20,4 %).

Graf 53 Alkohol



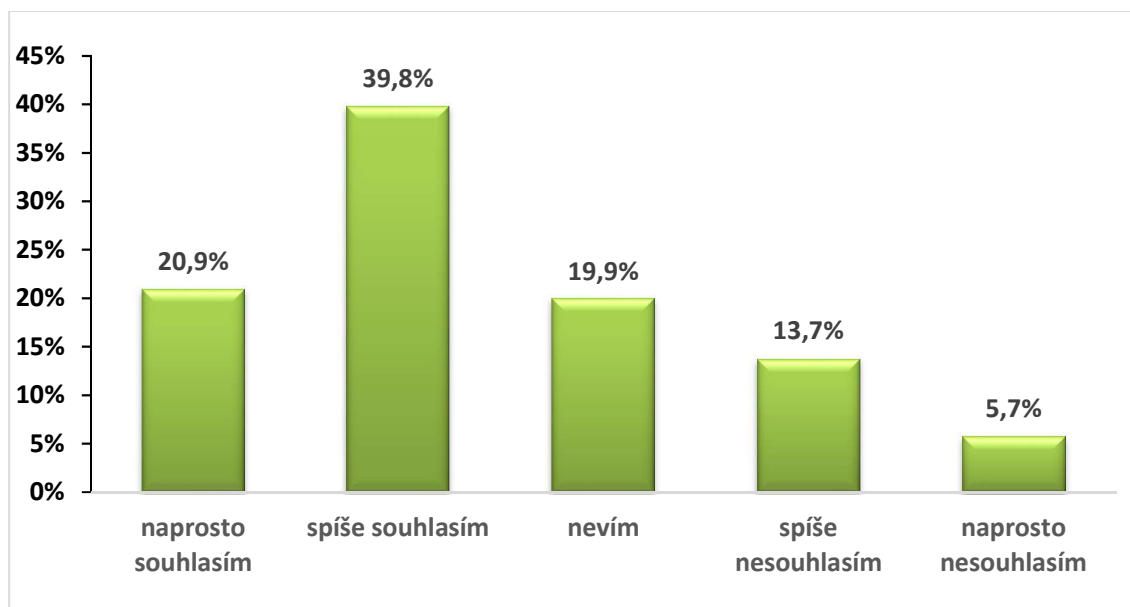
Graf 53 znázorňuje odpověď na otázku „*Pijete alkohol?*“ Nejčastější odpovědí bylo, že někdy (35,6 %), dále pak středně (29,4 %), nikdy (18,1 %), celkem často (15,2 %) a neustále (1,7 %).

Graf 54 Užívání omamných látek



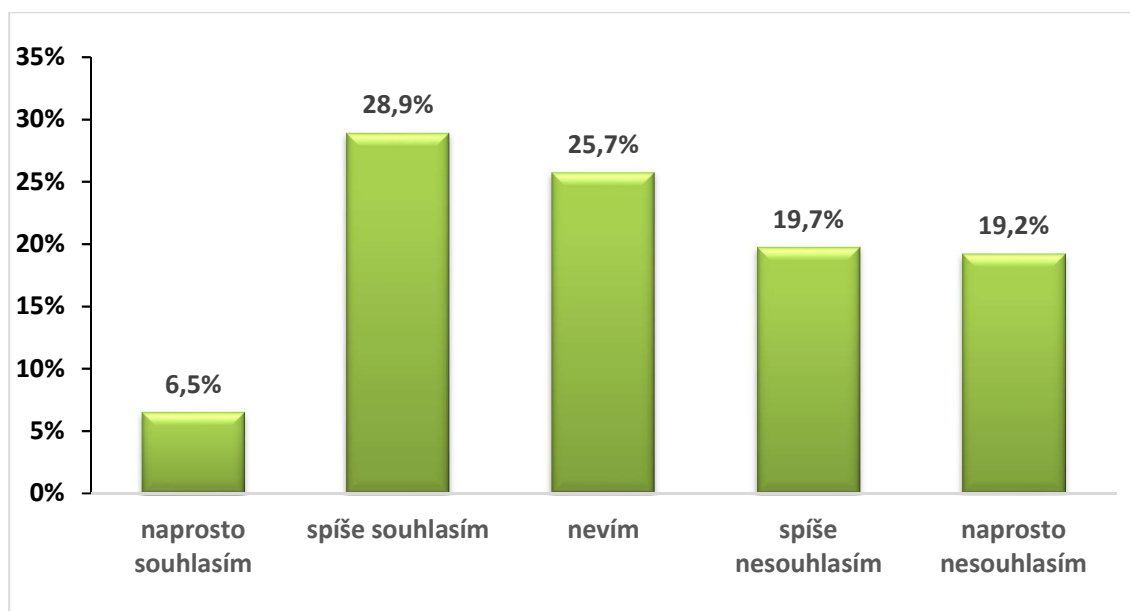
Graf 54 znázorňuje odpovědi na otázku „*Užíváte nějaké omamné látky (drogy)?*“ Nejčastější odpovědí bylo, že nikdy (79,1 %). V daleko menším zastoupení jsou odpovědi někdy (14,8 %), středně (4,4 %), celkem často (1,5 %) a neustále (0,2 %).

Graf 55 Názor na kouření cigaret



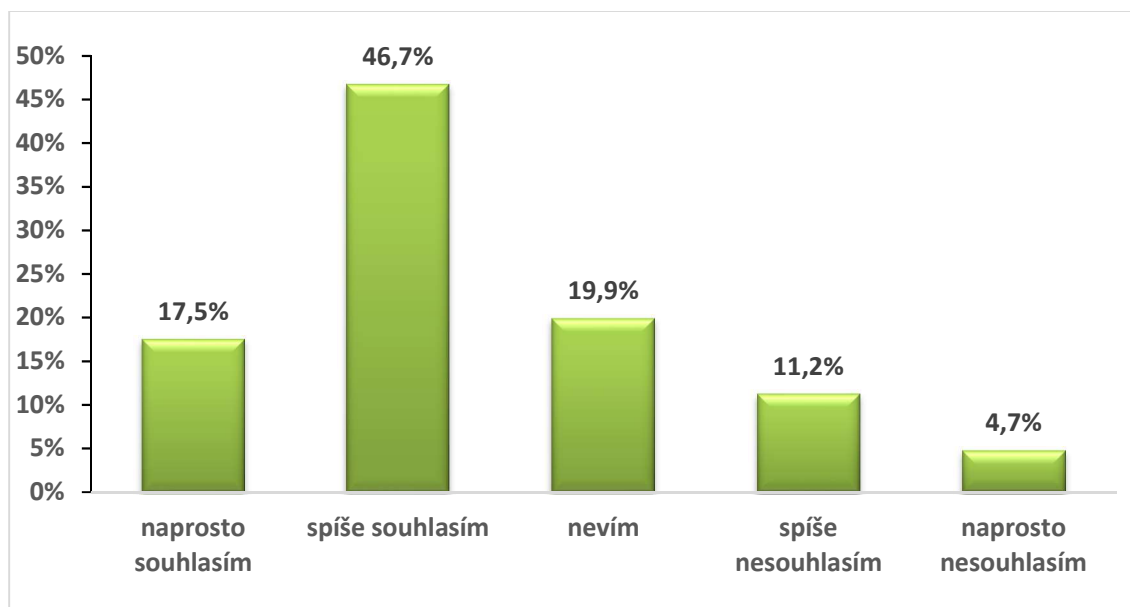
Graf 55 znázorňuje odpovědi na otázku „*Jaký je Váš názor na kouření cigaret?*“ Nejčastější odpovědí bylo, že respondenti spíše souhlasí (39,8 %), dále pak naprosto souhlasí (20,9 %), nevím (19,9 %), spíše nesouhlasí (13,7 %) a naprosto nesouhlasí (5,7 %).

Graf 56 Názor na interrupci



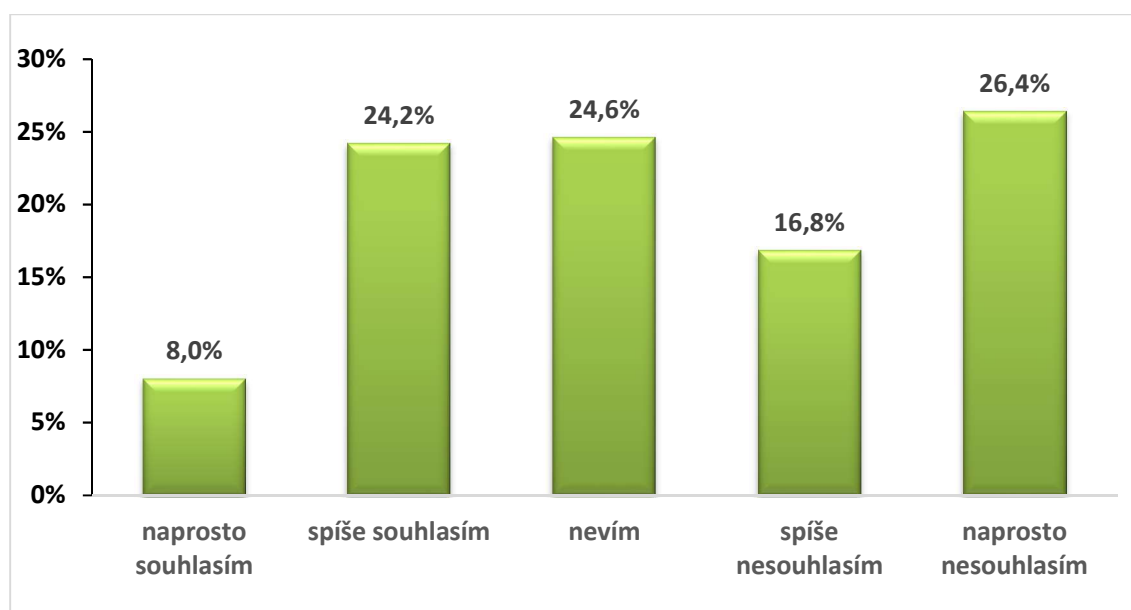
Graf 56 znázorňuje odpověď na otázku „*Jaký je Váš názor na interrupci (potrat)?*“ Nejčastější odpovědi bylo, že respondenti spíše nesouhlasí (28,9 %), dále nevím (25,7 %), spíše nesouhlasím (19,7 %), naprosto nesouhlasím (19,2 %) a naprosto souhlasím (6,5 %).

Graf 57 Názor na užívání alkoholu



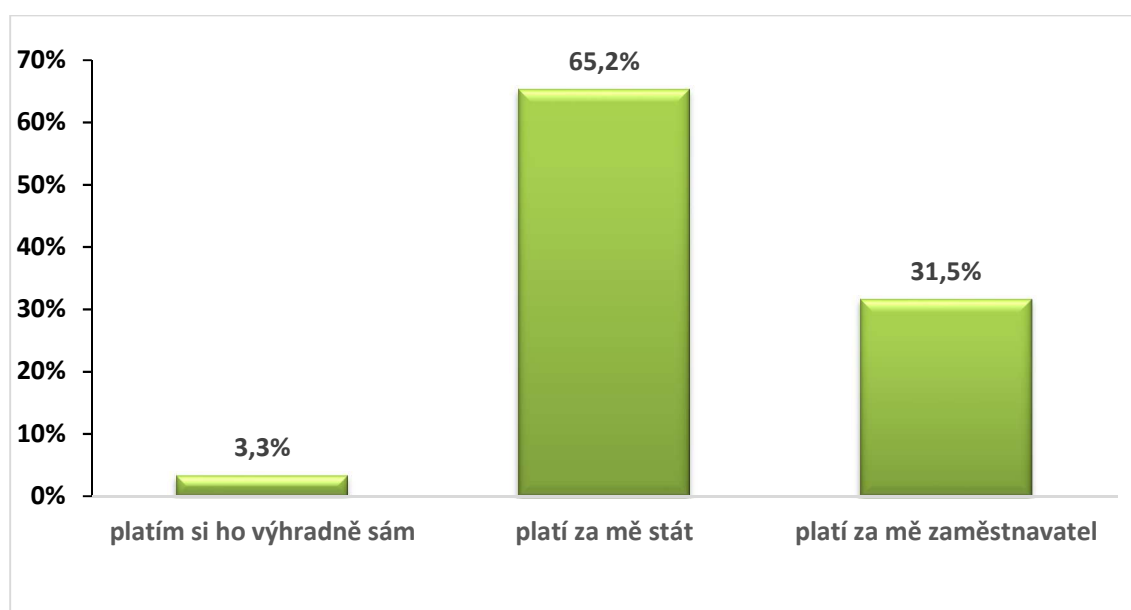
Graf 57 znázorňuje odpověď na otázku „*Jaký je Váš názor na užívání alkoholu?*“ nejčastější odpovědi bylo, že respondenti spíše souhlasí (46,7 %), dále pak nevím (19,9 %), naprosto souhlasím (17,5 %), spíše nesouhlasím (11,2 %) a naprosto nesouhlasím (4,7 %).

Graf 58 Názor na užívání omamných látek



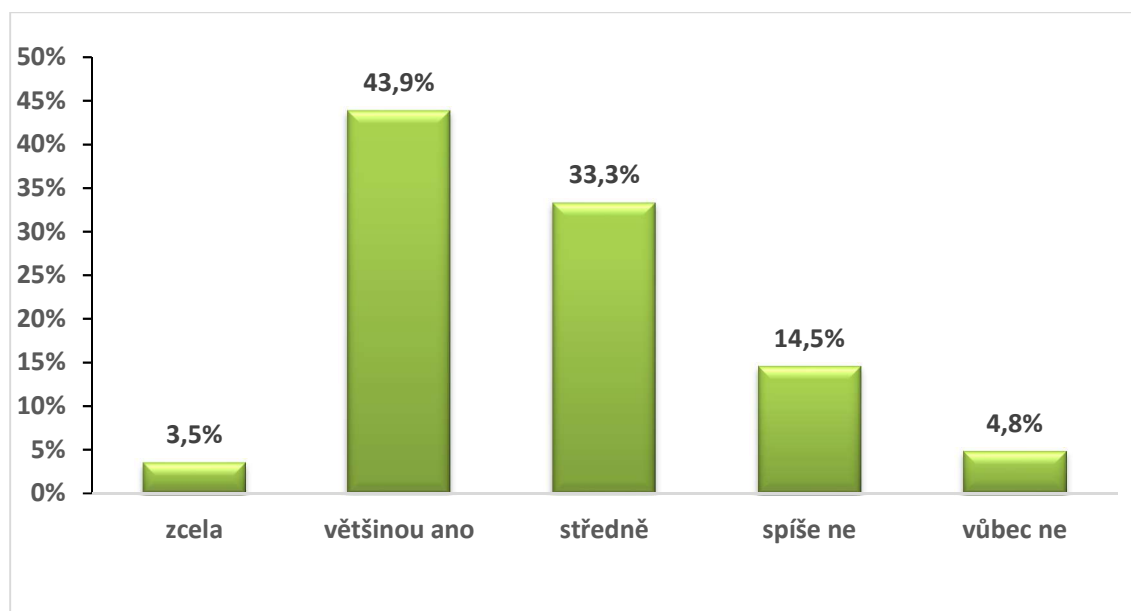
Graf 58 znázorňuje odpověď na otázku „*Jaký je Váš názor na užívání omamných látek (drog)?*“ Nejčastější odpovědi respondentů bylo, že naprosto nesouhlasí (26,4 %), dále pak nevím (24,6 %), spíše souhlasím (24,2 %), spíše nesouhlasím (16,8 %) a naprosto souhlasím (8,0 %).

Graf 59 Platba zdravotního pojištění



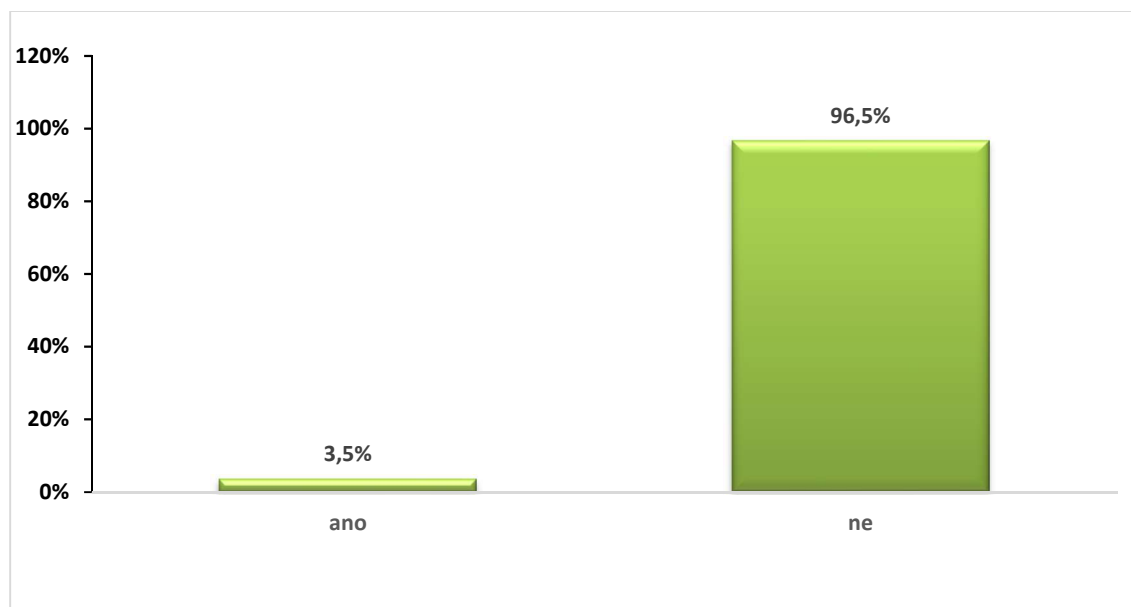
Graf 59 znázorňuje odpovědi na otázku „*Kdo za Vás platí zdravotní pojištění?*“ nejčastější odpovědi bylo, že ho platí stát (65,2 %), dále pak zaměstnavatel (31,5 %) nebo respondent sám (3,3 %).

Graf 60 Srozumitelnost podávaných informací od zdravotníků



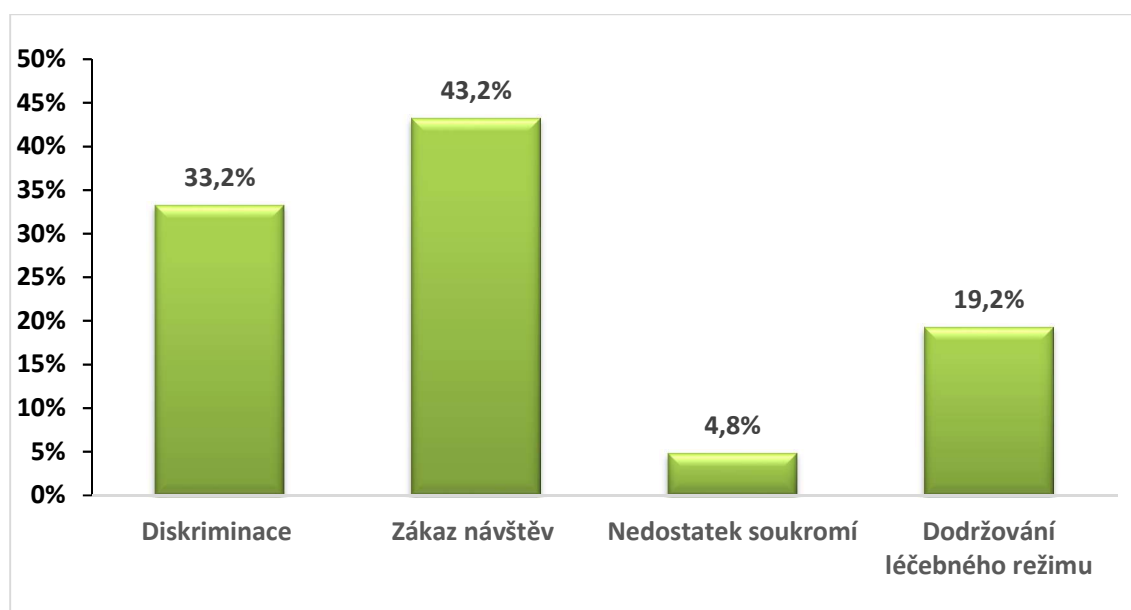
Graf 60 znázorňuje odpovědi na otázku „*Jsou pro Vás informace podávané zdravotnickým personálem srozumitelné?*“ Nejčastější odpovědí, bylo, že většinou ano (43,9 %), dále pak středně (33,3 %), spíše ne (14,5 %), vůbec ne (4,8 %) a zcela (3,5 %).

Graf 61 Poskytování péče v rozporu s kulturou



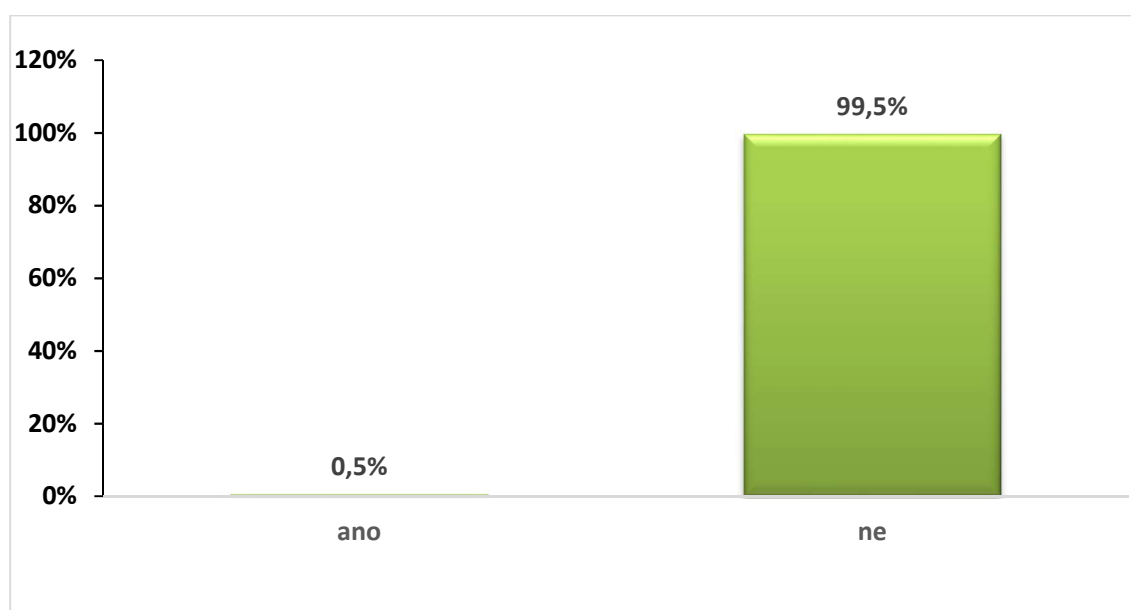
Graf 61 znázorňuje odpovědi na otázku „*Setkal/a jste se s poskytováním ošetrovatelské péče, která byla v rozporu s Vašimi kulturními zvyky a rituály?*“ Většina respondentů odpověděla, že ne (96,5 %), daleko menší počet jich odpověděl, že ano (3,5 %).

Graf 62 Druh rozporu s kulturou pacienta



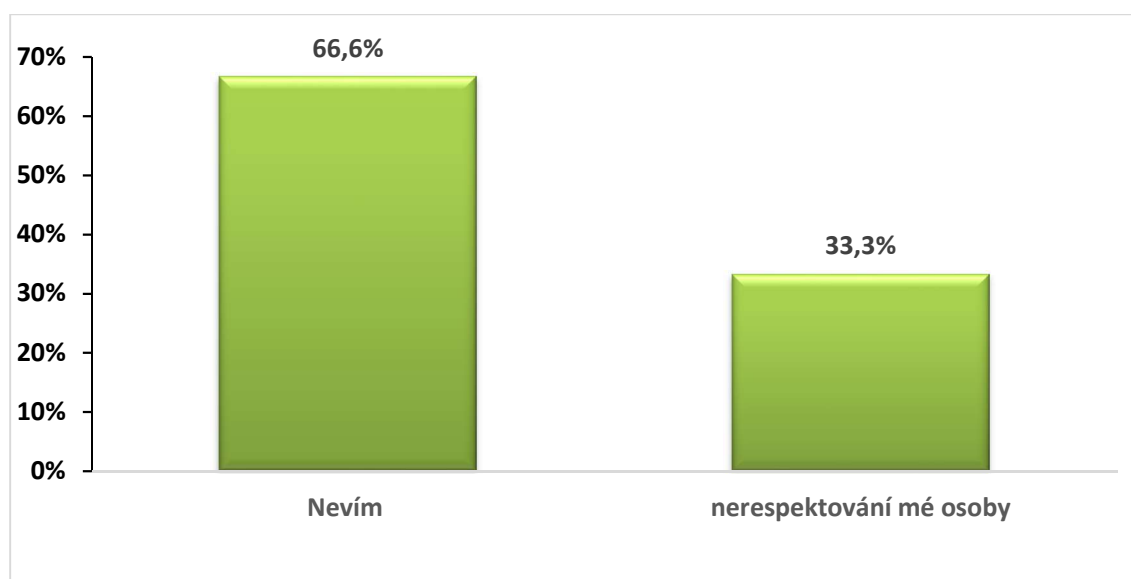
Graf 62 navazuje na odpovědi v Grafu 60. Pokud tedy respondentu odpověděli, že se setkali s péčí, která byla v rozporu s jejich kulturními zvyky a rituály, v Grafu 61 odpovídali na otázku „*Pokud ano, uveďte s jakými?*“ Nejčastěji se jednalo o zákaz návštěv (43,2 %), diskriminaci (33,2 %), dodržování léčebného režimu (19,2 %) a nedostatek soukromí (4,8 %).

Graf 63 Poskytování péče v rozporu s náboženstvím



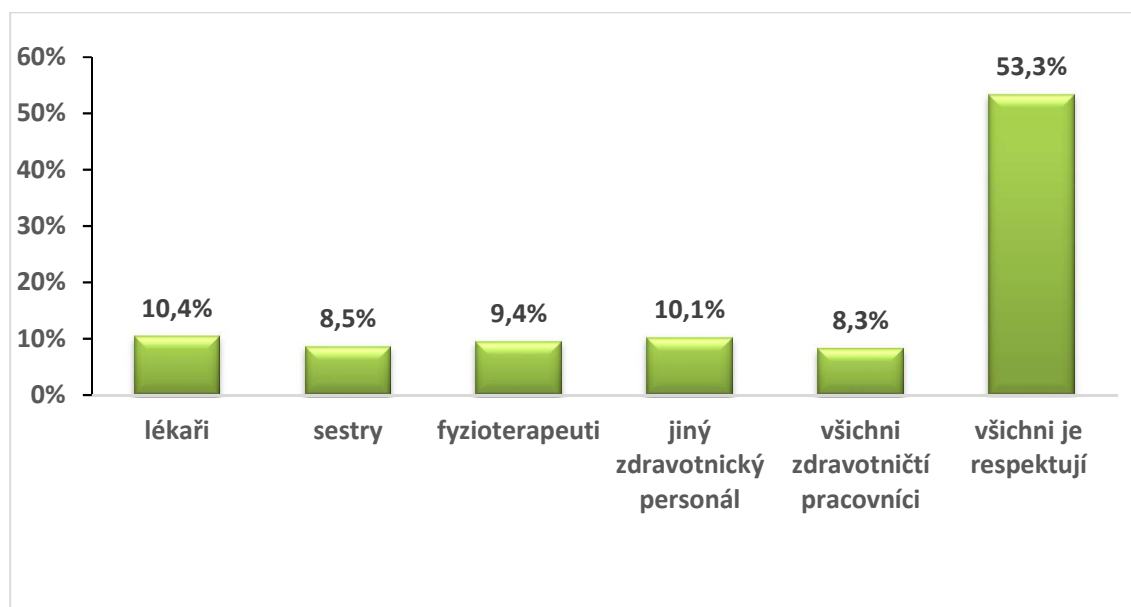
Graf 63 znázorňuje odpověď na otázku „*Setkal/a jste se s poskytováním ošetrovatelské péče, která byla v rozporu s vašimi náboženskými zvyky a rituály?*“ Většina respondentů odpověděla, že ne (99,5 %) a daleko menší počet odpověděl, že ano (0,5 %).

Graf 64 Druh rozporu s náboženstvím pacienta



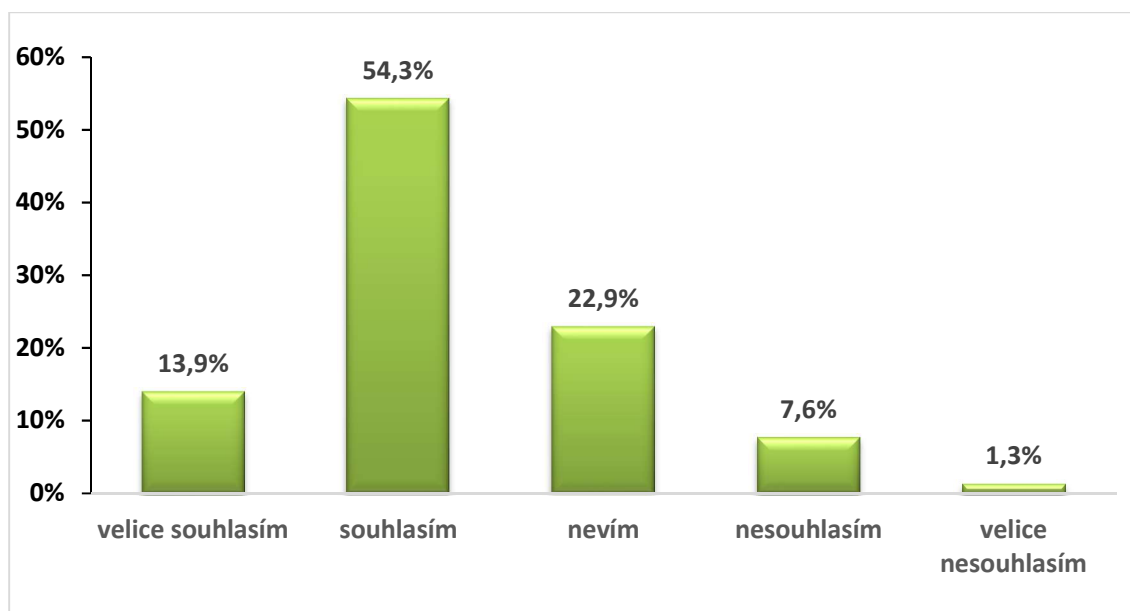
Graf 64 navazuje na odpovědi v Grafu 62. Pokud tedy respondentu odpověděli, že se setkali s péčí, která byla v rozporu s jejich náboženstvím, v Grafu 63 odpovídali na otázku „*Pokud ano, uveďte s jakými?*“ Nejčastěji se jednalo o odpověď nevím (66,6 %) a nerespektování mé osoby (33,3 %).

Graf 65 Pracovník nejméně respektující specifika pacienta



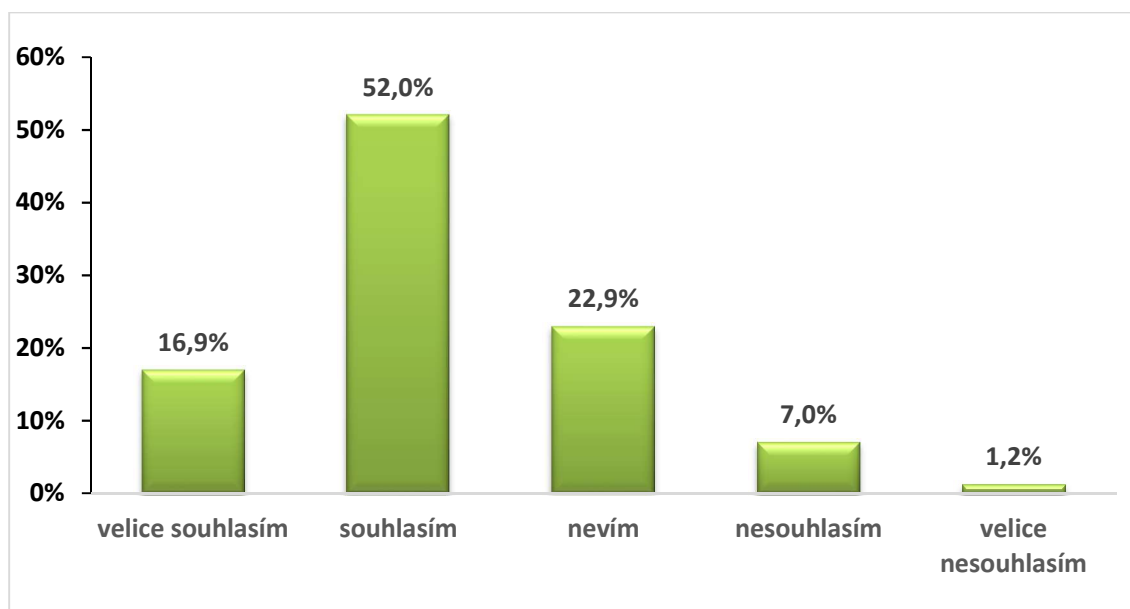
Graf 65 znázorňuje odpovědi na otázku „*Kdo ze zdravotnických pracovníků dle Vašich zkušeností nejméně respektuje Vaše náboženská/kulturní specifika?*“ Nejčastější odpovědí bylo, že všichni zdravotníci tato specifika respektují (53,3 %). Nerespektují to lékaři (10,4 %), jiný zdravotnický personál (10,1 %), sestry (8,5 %) a všichni pracovníci (8,3 %).

Graf 66 Přístup lékařů



Graf 66 znázorňuje odpovědi respondentů na konstatování „*Přístup lékařů v ambulantních zdravotnických zařízeních je profesionální.*“ Nejčastější odpovědí bylo, že souhlasím (54,3 %), dále pak nevím (22,9 %), velice souhlasím (13,9 %), nesouhlasím (7,6 %) a velice nesouhlasím (1,3 %).

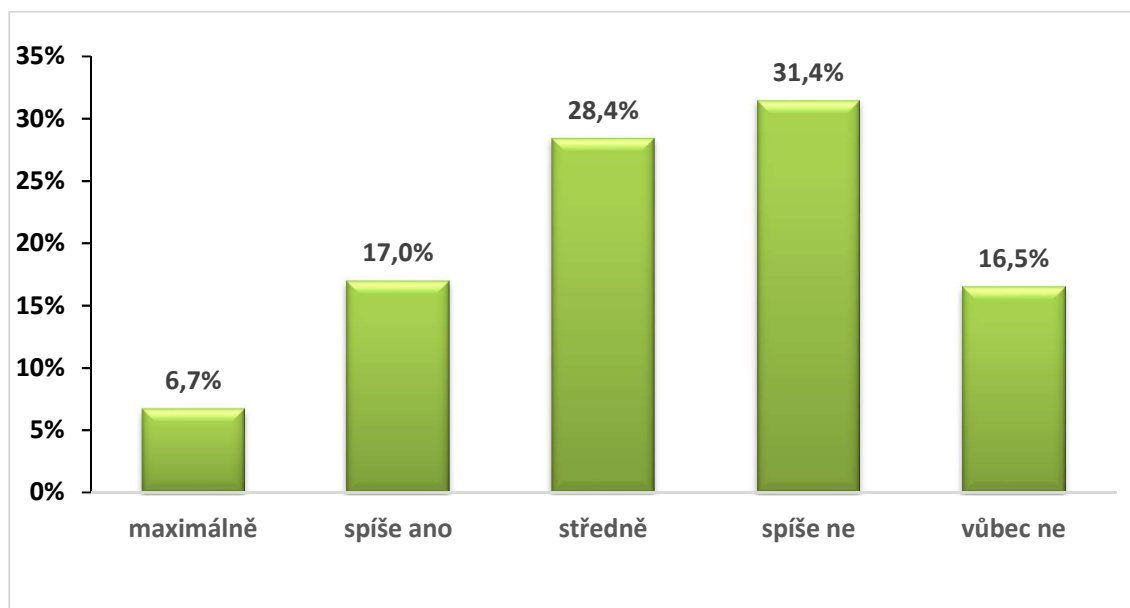
Graf 67 Přístup sester



Graf 67 znázorňuje odpovědi respondentů na konstatování „*Přístup sester v ambulantních zdravotnických zařízeních je profesionální.*“ Nejčastější odpovědí bylo, že souhlasím (52,0 %), dále pak nevím (22,9 %), velice souhlasím (16,9 %), nesouhlasím (7,0 %) a velice nesouhlasím (1,2 %).

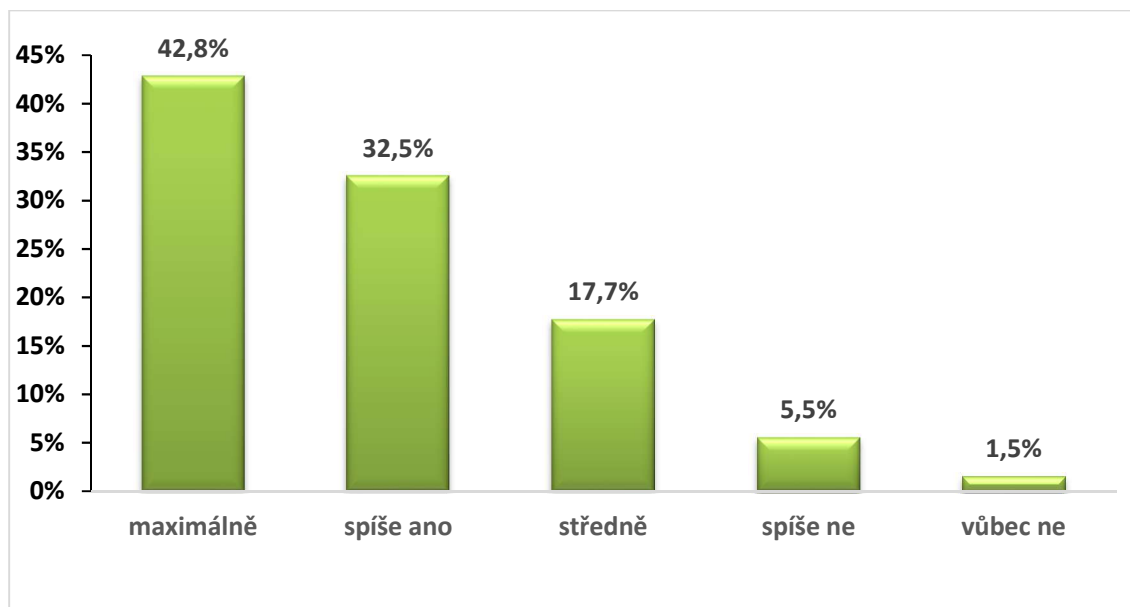
OBLAST 4 – POJETÍ ČASU

Graf 68 Minulost



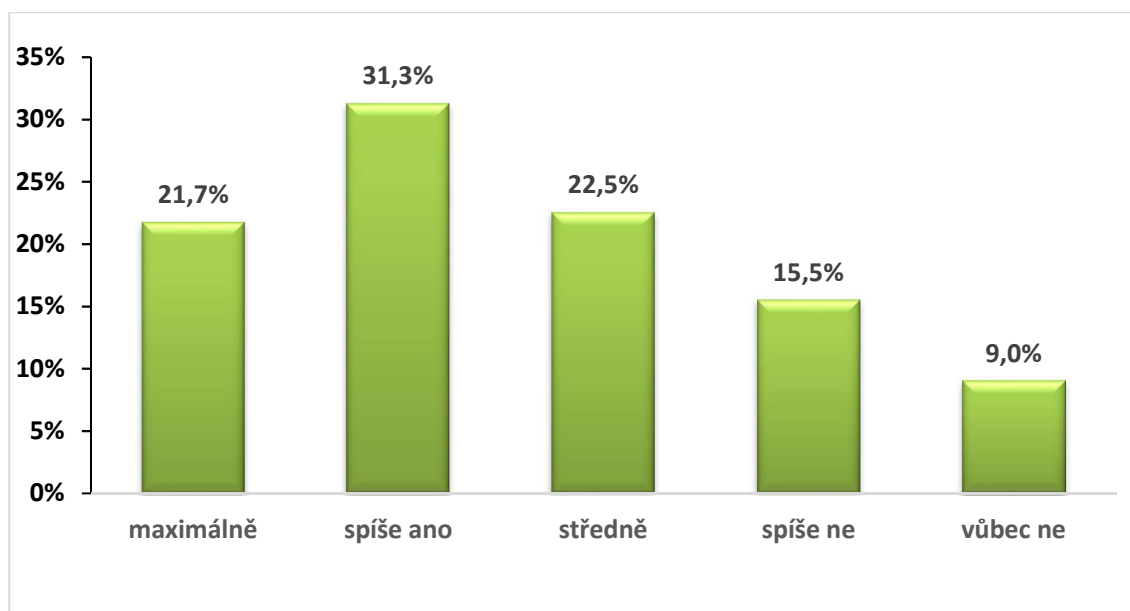
Graf 68 znázorňuje odpovědi na otázku „*Je pro Vás v životě důležitá minulost?*“ Nejčastější odpovědí bylo, že spíše ne (31,4 %), dále následuje odpověď středně (28,4 %), spíše ano (17,0 %), vůbec ne (16,5 %) a maximálně (6,7 %).

Graf 69 Přítomnost



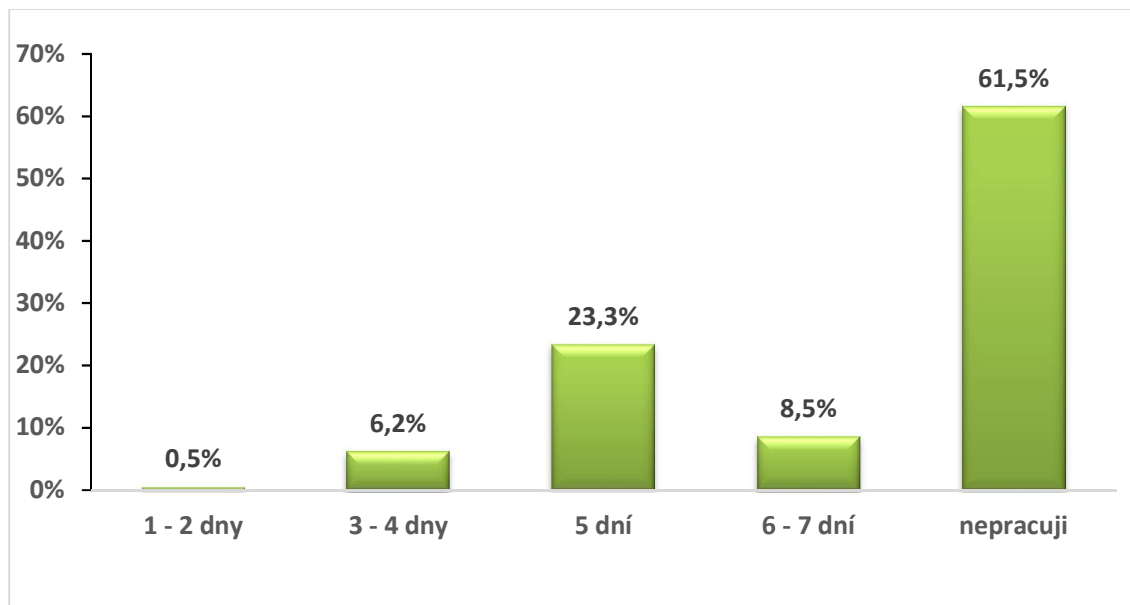
Graf 69 znázorňuje odpovědi na otázku „*Je pro Vás v životě důležitá přítomnost?*“ nejčastější odpovědí bylo, že maximálně (42,8 %), dále následuje odpověď spíše ano (32,5 %), středně (17,7 %), spíše ne (5,5 %) a vůbec ne (1,5 %).

Graf 70 Budoucnost



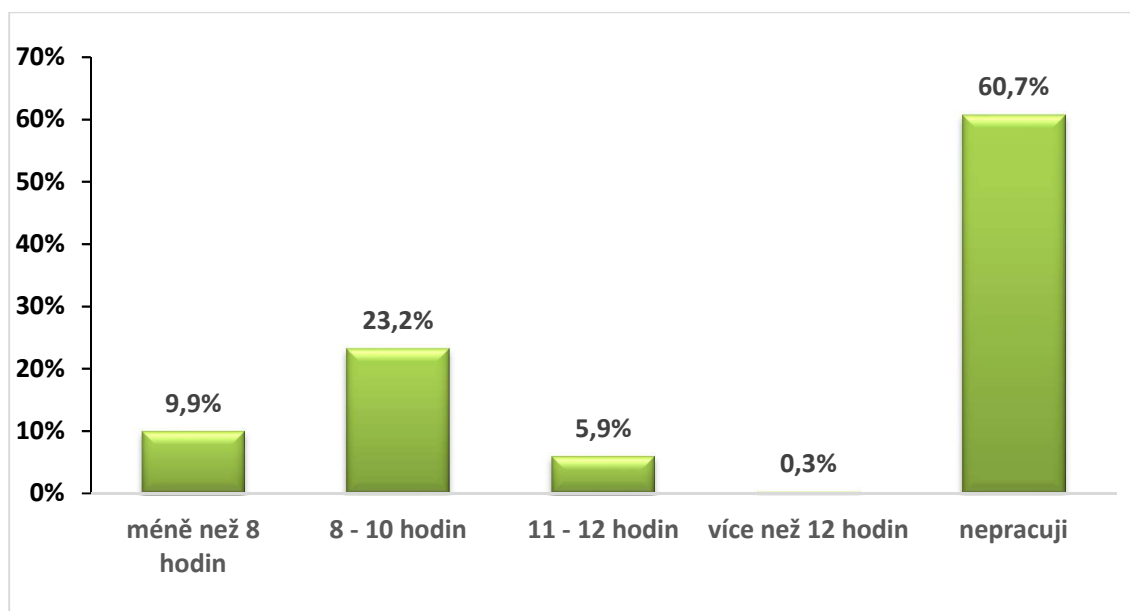
Graf 70 znázorňuje odpovědi na otázku „*Je pro Vás v životě důležitá budoucnost?*“ nejčastější odpovědí bylo, že spíše ano (31,3 %), následují dopovědi středně (22,5 %), maximálně (21,7 %), spíše ne (15,5 %) a vůbec ne (9,0 %).

Graf 71 Počet pracovních dnů



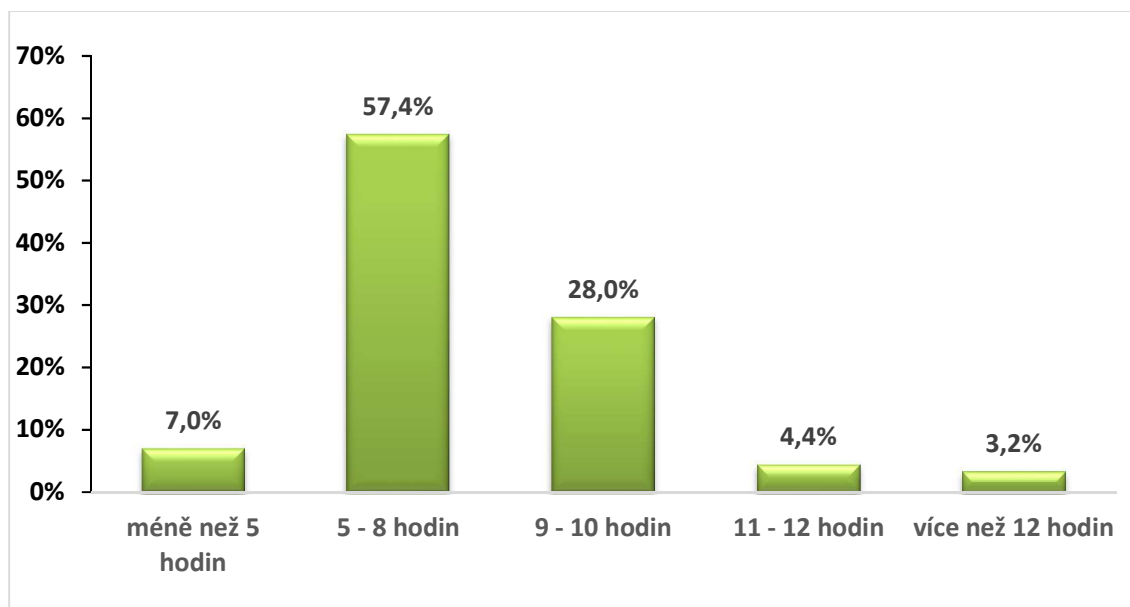
Graf 71 znázorňuje odpovědi na otázku „*Kolik dnů v týdnu pracujete?*“ Nejčastější odpovědí bylo, že nepracuji (61,5 %), následují odpovědi 5 dní (23,3 %), 6-7 dní (8,5 %), 3-4 dny (6,2 %) a 1-2 dny (0,5 %).

Graf 72 Počet hodin v práci



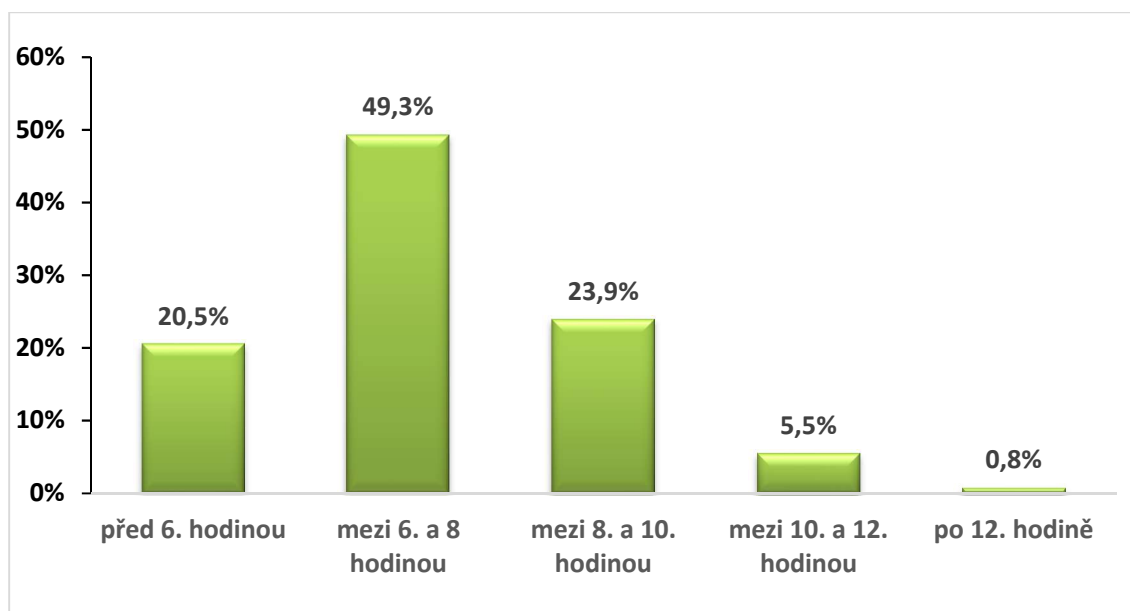
Graf 72 znázorňuje odpovědi na otázku „Kolik hodin denně obvykle trávíte v práci?“ nejčastější odpovědí bylo, že nepracuji (60,7 %), následují odpovědi, že je to 8-10 hodin (23,2 %), méně než 8 hodin (9,9 %), 11-12 hodin (5,9 %) a více než 12 hodin (0,3 %).

Graf 73 Počet hodin spánku



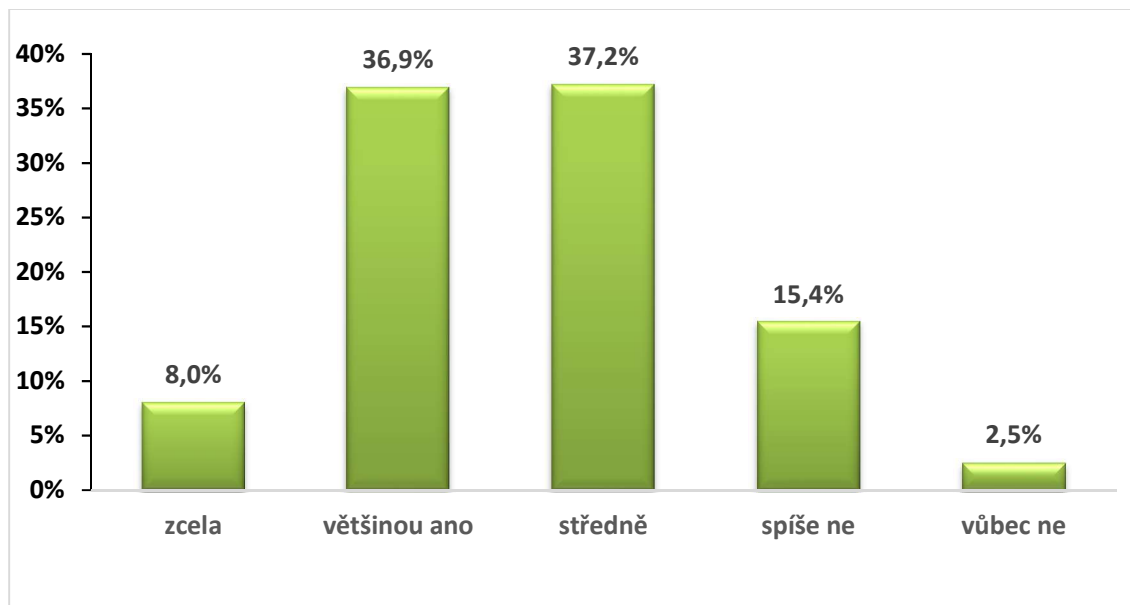
Graf 73 znázorňuje odpovědi na otázku „Kolik hodin přibližně denně spíte?“ nejčastější odpovědí bylo, že je to 5-8 hodin (57,4 %), dále pak 9-10 hodin (28,0 %), méně než 5 hodin (7,0 %), 11-12 hodin (4,4 %) a více než 12 hodin (3,2 %).

Graf 74 Čas vstávání



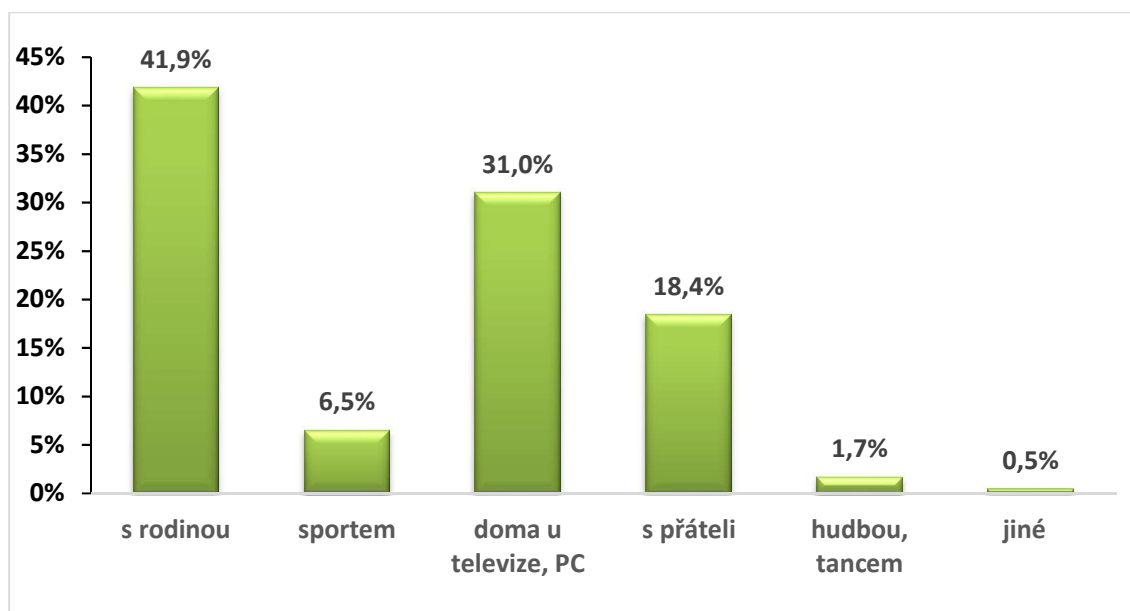
Graf 74 znázorňuje odpovědi na otázku „*V kolik hodin běžně vstáváte?*“ Nejčastější odpovědí bylo, že mezi 6. a 8. hodinou (49,3 %), následuje odpověď mezi 8. a 10. hodinou (23,9 %), před 6. hodinou (20,5 %), mezi 10. a 12. hodinou (5,5 %) a po 12. hodině (0,8 %).

Graf 75 Pocit po probuzení



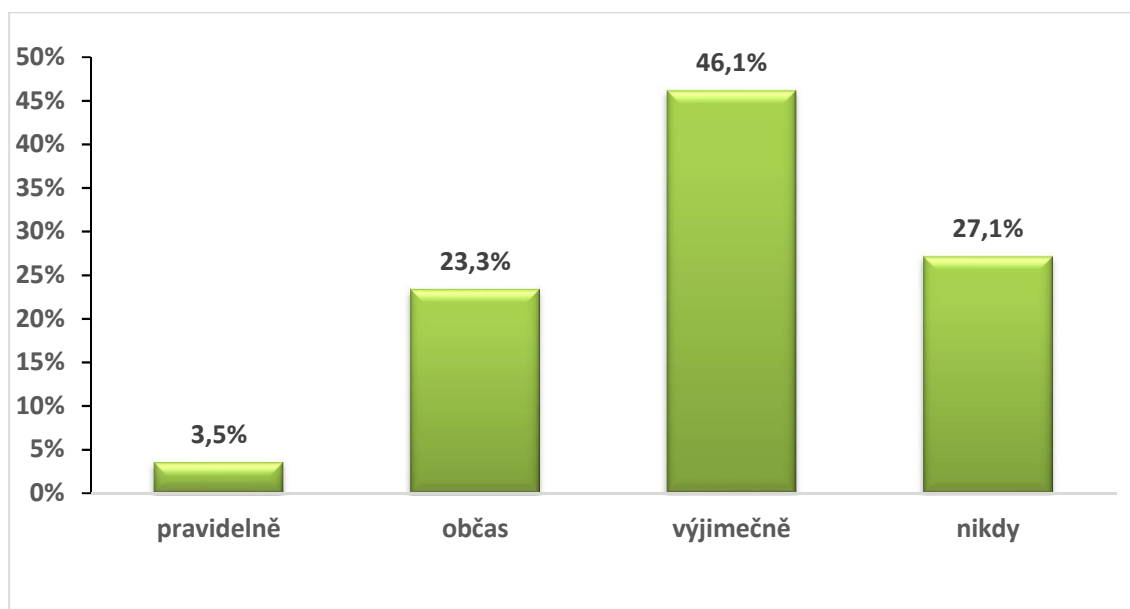
Graf 75 znázorňuje odpověď na otázku „*Probouzíte se odpočínutý/á?*“ Nejčastější odpovědí bylo, že středně (37,2 %), následují odpovědi většinou ano (36,9 %), spíše ne (15,4 %), zcela (8,0 %) a vůbec ne (2,5 %).

Graf 76 Trávení volného času



Graf 76 znázorňuje odpovědi na otázku „*Jak trávíte svůj volný čas především?*“ Nejčastější odpovědi bylo, že s rodinou (41,9 %), následují odpovědi doma, u televize nebo počítače (31,0 %), sportem (6,5 %), s přáteli (18,4 %), hudbou a tancem (1,7 %) a jiné, jako např. nákupy, kino... (0,5 %).

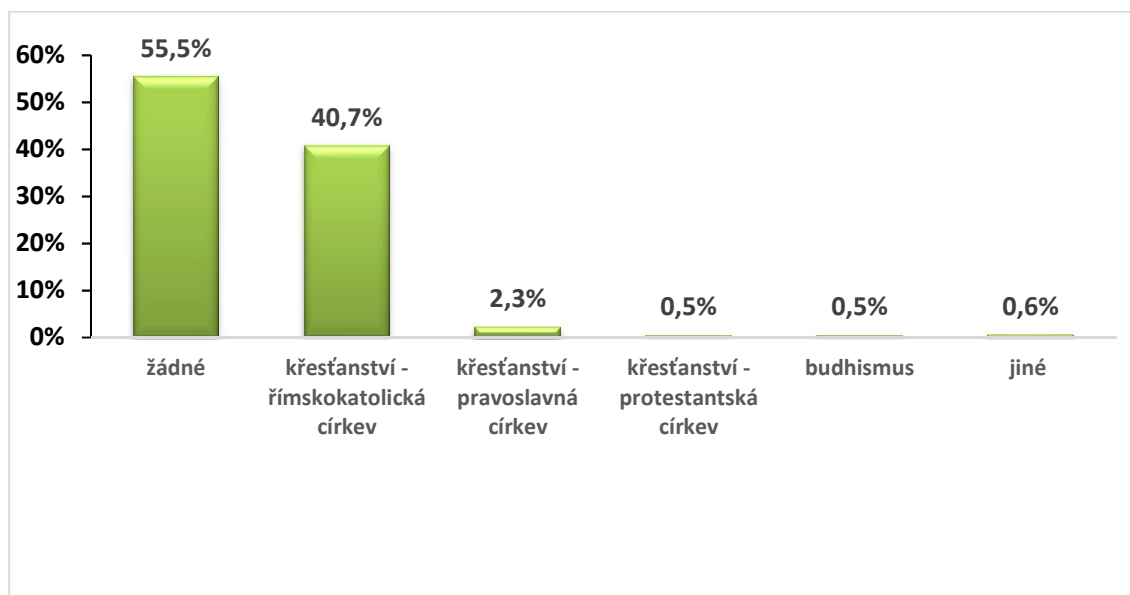
Graf 77 Navštěvování kulturních akcí



Graf 77 znázorňuje odpovědi na otázku „*Jak často navštěvujete kulturní akce?*“ nejčastější odpovědi bylo, že výjimečně (46,1 %), následují odpovědi nikdy (27,1 %), občas (23,3 %) a pravidelně (3,5 %).

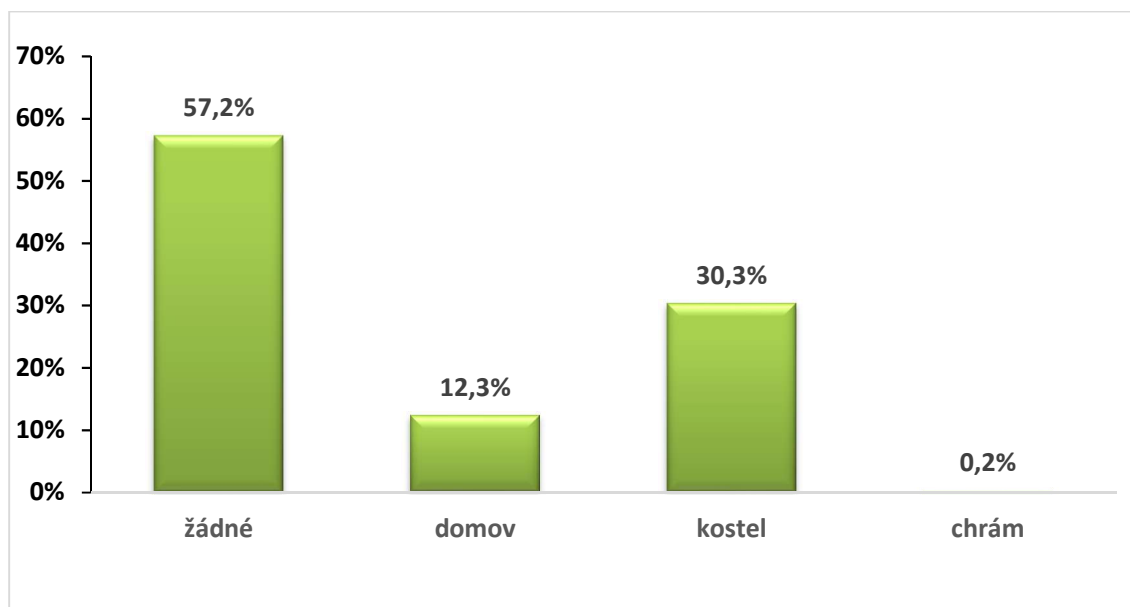
OBLAST 5 – VLIV PROSTŘEDÍ A VÝCHOVY

Graf 78 Náboženství



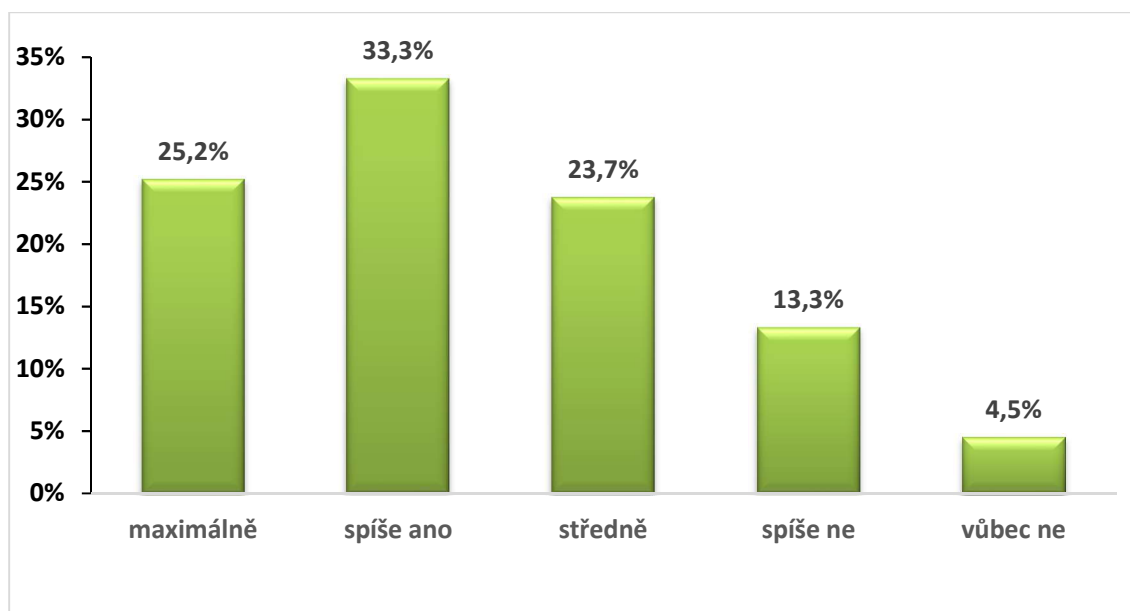
Graf 78 znázorňuje odpovědi na otázku „*Jaké náboženství vyznáváte?*“ Největší počet respondentů nevyznává žádné (55,5 %), poté je to křesťanství – římskokatolická církev (40,7 %), křesťanství – pravoslavná církev (2,3 %), křesťanství – protestantská církev (0,5 %), buddhismus (0,5 %) a jiné (0,5 %).

Graf 79 Hlavní církevní místo



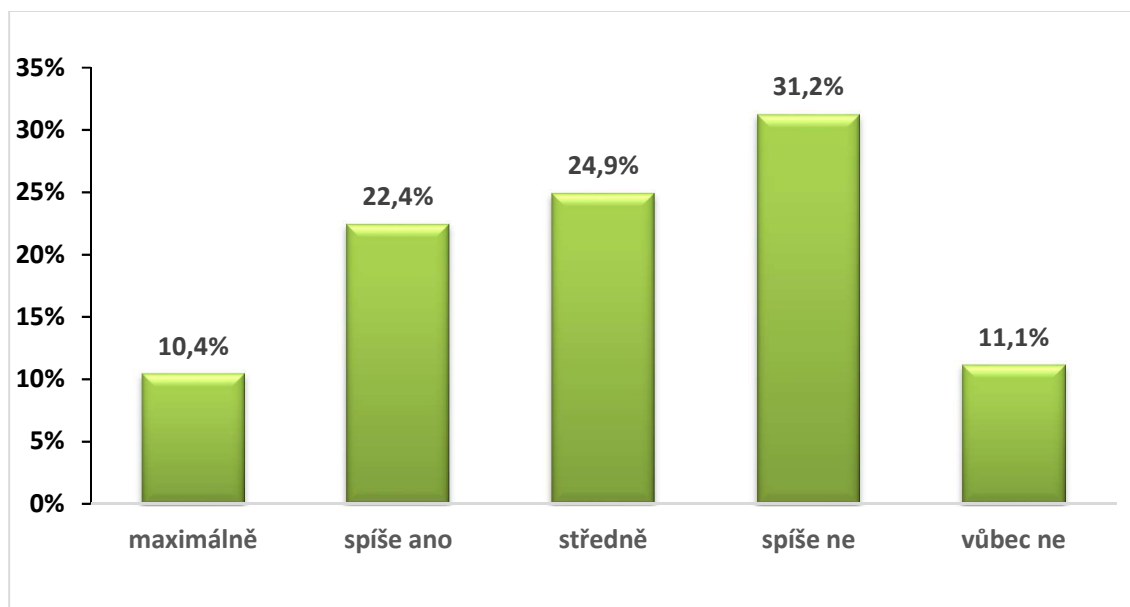
Graf 79 znázorňuje odpovědi na otázku „*Jaké je Vaše hlavní církevní místo?*“ Největší počet respondentů nemá žádné takové místo (57,2 %). Poté je to kostel (30,3 %), domov (12,3 %) a chrám (0,2 %).

Graf 80 Hrdost na svůj původ



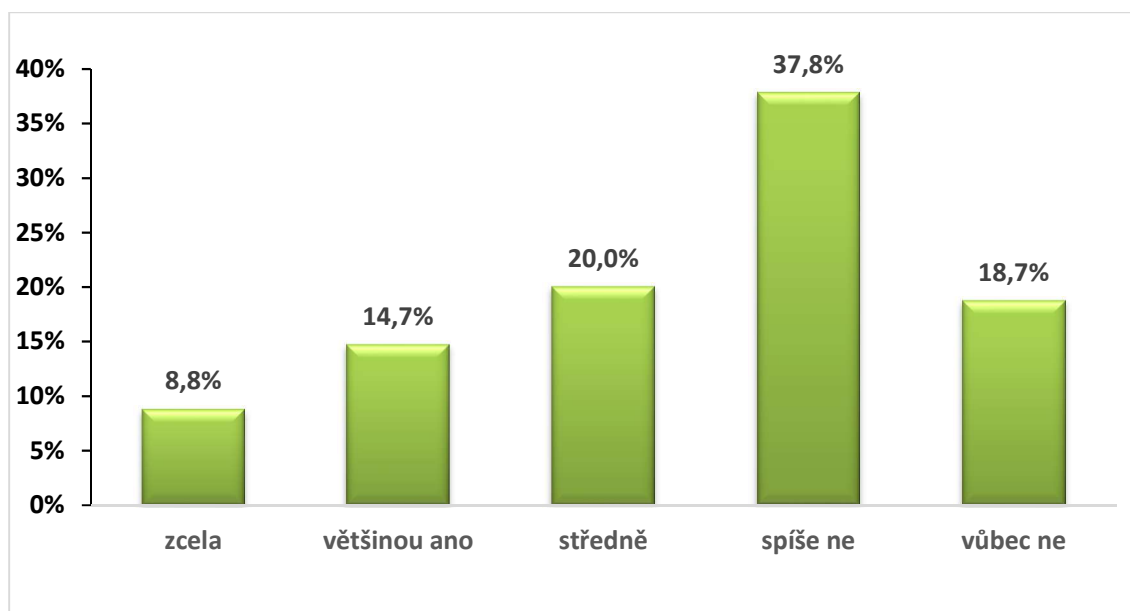
Graf 80 znázorňuje odpovědi na otázku „*Jste hrdý/á na svůj původ?*“ nejčastější odpovědí bylo, že spíše ano (33,3 %), následují odpovědi maximálně (25,2 %), středně (23,7 %), spíše ne (13,3 %) a vůbec ne (4,5 %).

Graf 81 Zájem o historii



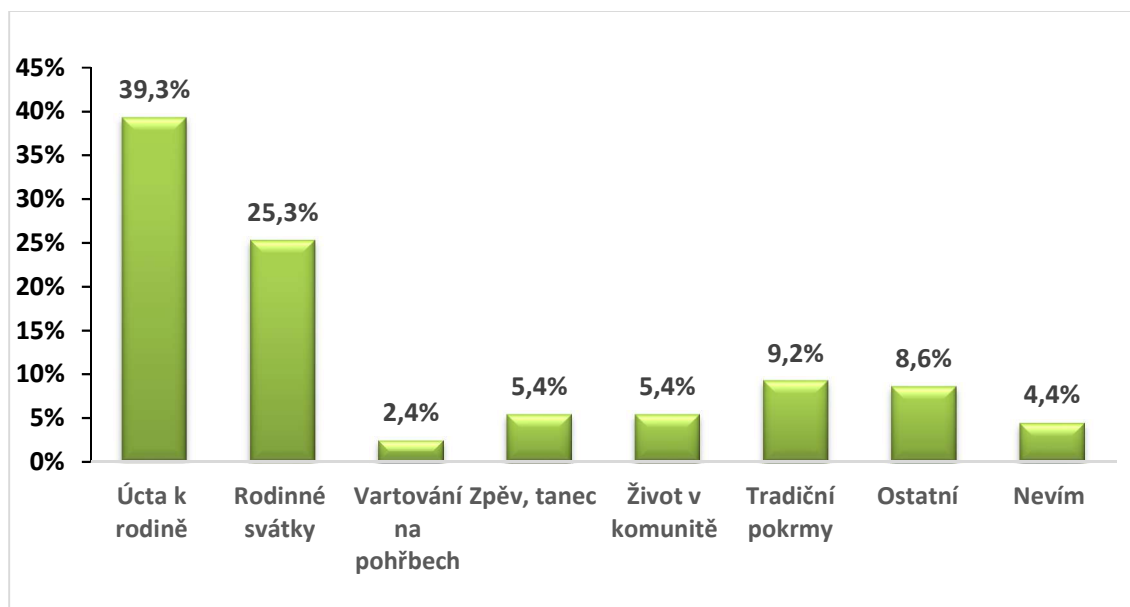
Graf 81 znázorňuje odpovědi na otázku „*Zajímáte se o historii romské kultury?*“ nejčastější odpovědí bylo, že spíše ne (31,2 %), následují odpovědi středně (24,9 %), spíše ano (22,4 %), vůbec ne (11,1 %) a maximálně (10,4 %).

Graf 82 Život s romskými tradicemi



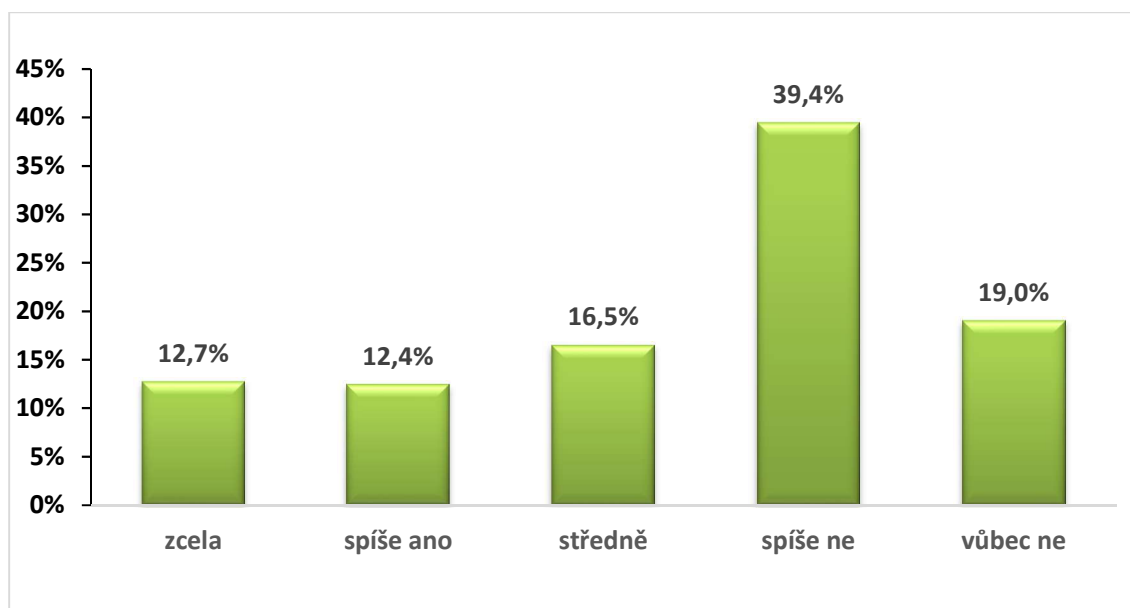
Graf 82 znázorňuje odpovědi na otázku „*Žijete v souladu s romskými tradicemi?*“ nejčastější odpovědí bylo, že spíše ne (37,8 %), následují odpovědi středně (20,0 %), vůbec ne (18,7 %), většinou ano (14,7 %) a zcela (8,8 %).

Graf 83 typ romských tradic



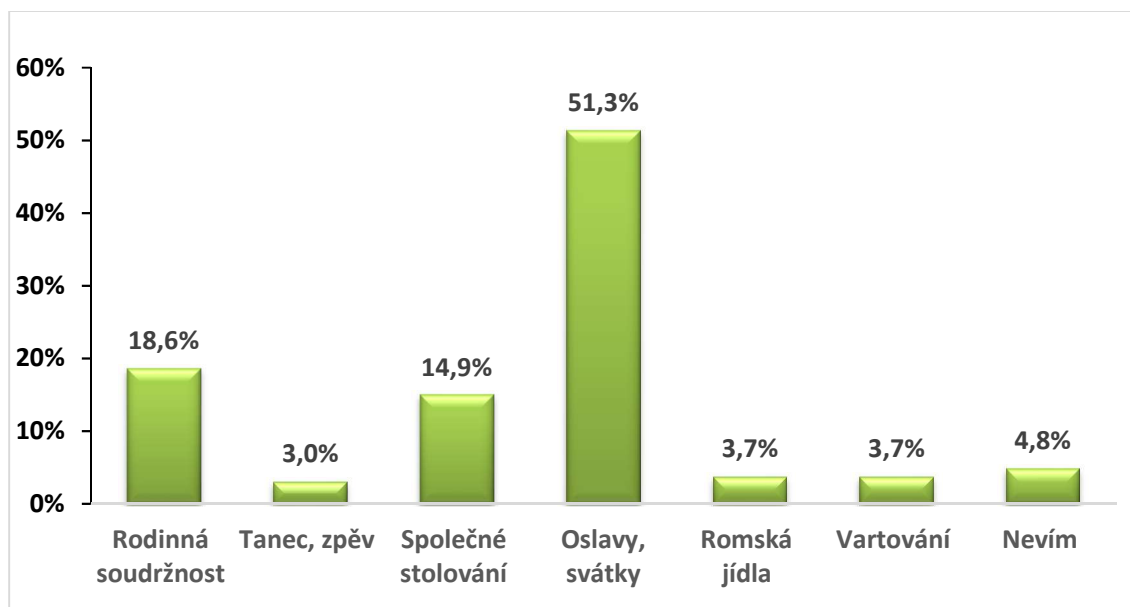
Graf 83 navazuje na odpovědi z grafu 82. Respondenti, kteří uvedli, že žijí podle romských tradic, měli odpovědět na otázku „*O jaké tradice se jedná?*“ Nejčastěji je to úcta k rodině (39,3 %), rodinné svátky /25,3 %), tradiční pokrmy (9,2 %), jiné (8,6 %), zpěv a tanec (5,4 %), život v komunitě (5,4 %), nevím (4,4 %) a vartování na pohřbech (2,4 %).

Graf 84 Rodinné tradice



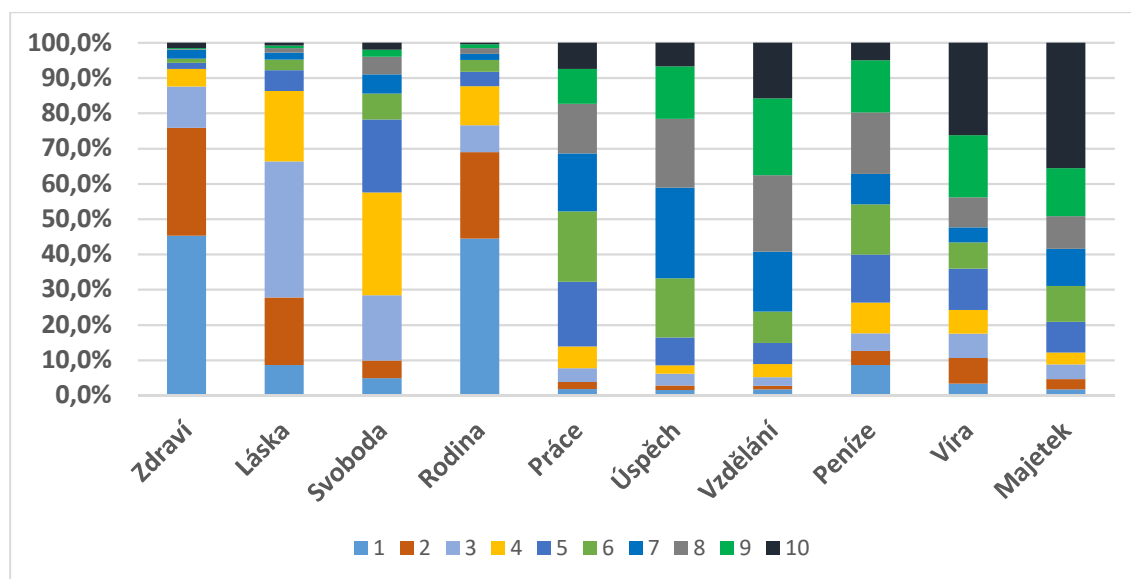
Graf 84 zobrazuje odpovědi na otázku „*Dočržíujete nějaké rodinné tradice?*“ Nejčastěji respondenti uvedli, že spíše ne (39,4 %), následují odpovědi, že vůbec ne (19,0 %), středně (16,5 %), zcela (12,7 %) a spíše ano (12,4 %).

Graf 85 Typ rodinných tradic



Graf 85 navazuje na odpovědi z grafu 84. Respondenti, kteří uvedli, že dočržíují rodinné tradice, měli odpovědět na otázku „*O jaké tradice se jedná?*“ Nejčastěji jsou to osłavy, svátky (51,3 %), následuje rodinná soudržnost (18,6 %), společné stolování (14,9 %), nevím (4,8 %), romská jídla (3,7 %), vartování (3,7 %), tanec a zpěv (3,0 %).

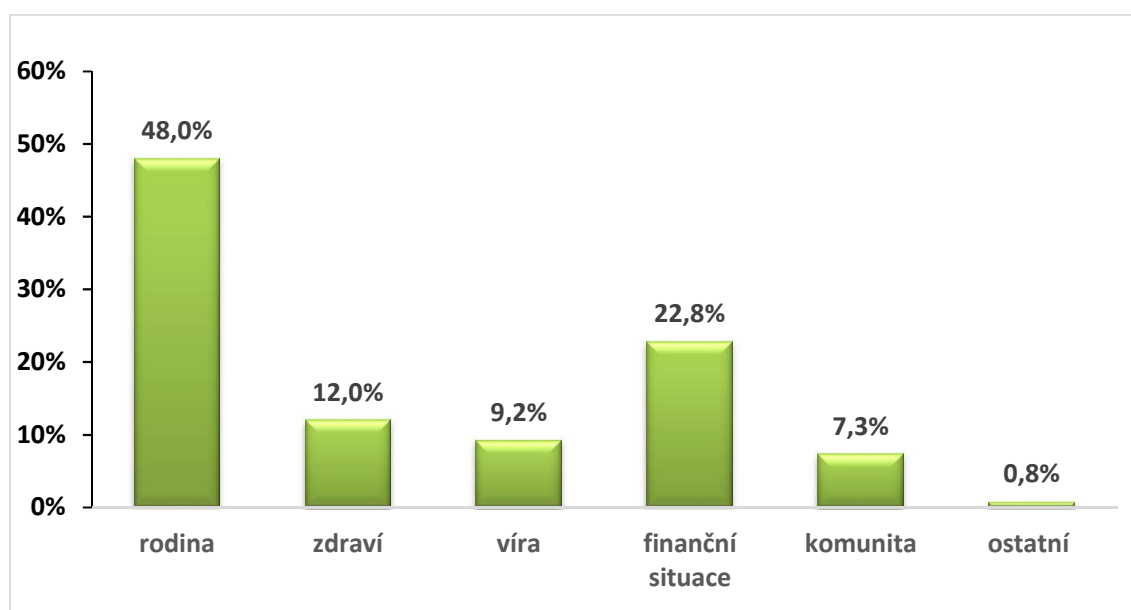
Graf 86 Nejdůležitější životní hodnota



Graf 86 znázorňuje životní hodnoty, které jsou pro respondenty nejdůležitější. Všechny hodnoty (zdraví, láska, svoboda, rodina, práce, úspěch, vzdělání, peníze, víra, majetek) měli seřadit od 1 do 10 podle osobní důležitosti.

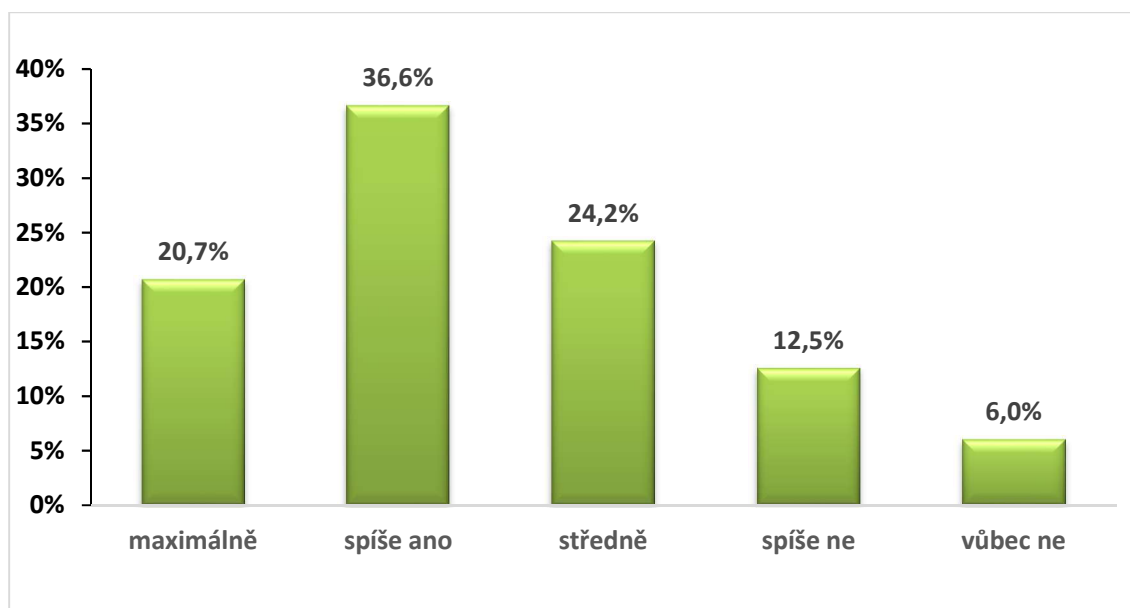
Hodnota zdraví se na první pozici objevila nejvíce (představuje tedy největší důležitost) (45,3 %), dále se umístila rodina (44,5 %), láska (8,6 %), peníze (8,6 %), svoboda (4,9 %), víra (3,4), práce (1,8 %), majetek (1,7 %), úspěch (1,5 %).

Graf 87 Hodnota ovlivňující život



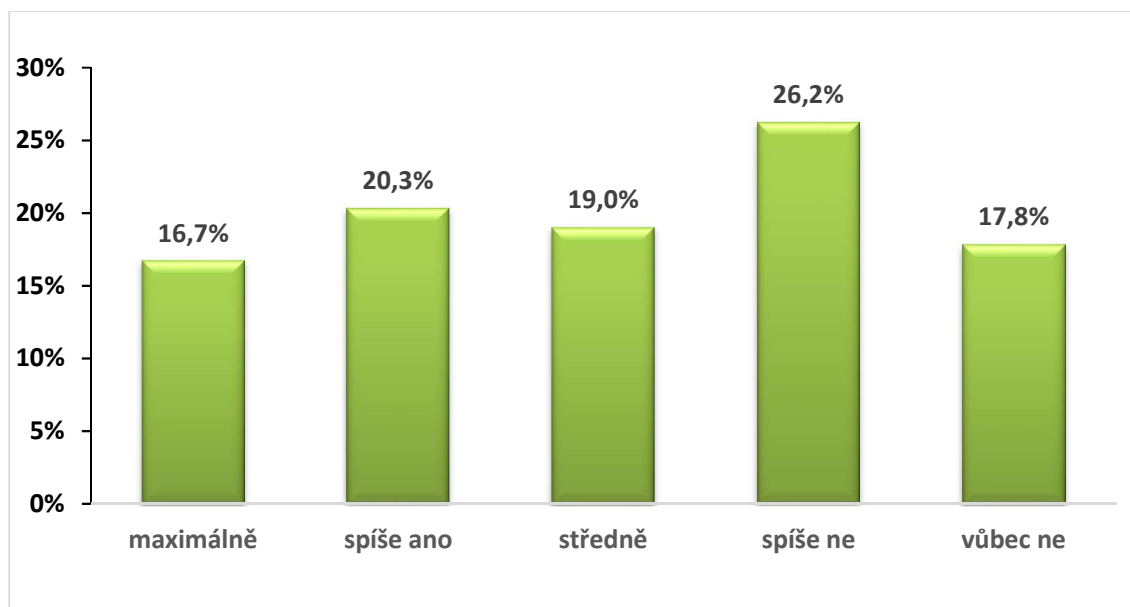
Graf 87 znázorňuje odpovědi na otázku „Co nejvíce ovlivňuje Váš život?“ Nejčastěji je to rodina (48,8 %), dále pak finanční situace (22,8 %), zdraví (12,0 %), víra (9,2 %), komunita (7,3 %) a ostatní (0,8 %) jako např. přátelé či pracovní podmínky.

Graf 88 Vliv rodičů na současný život



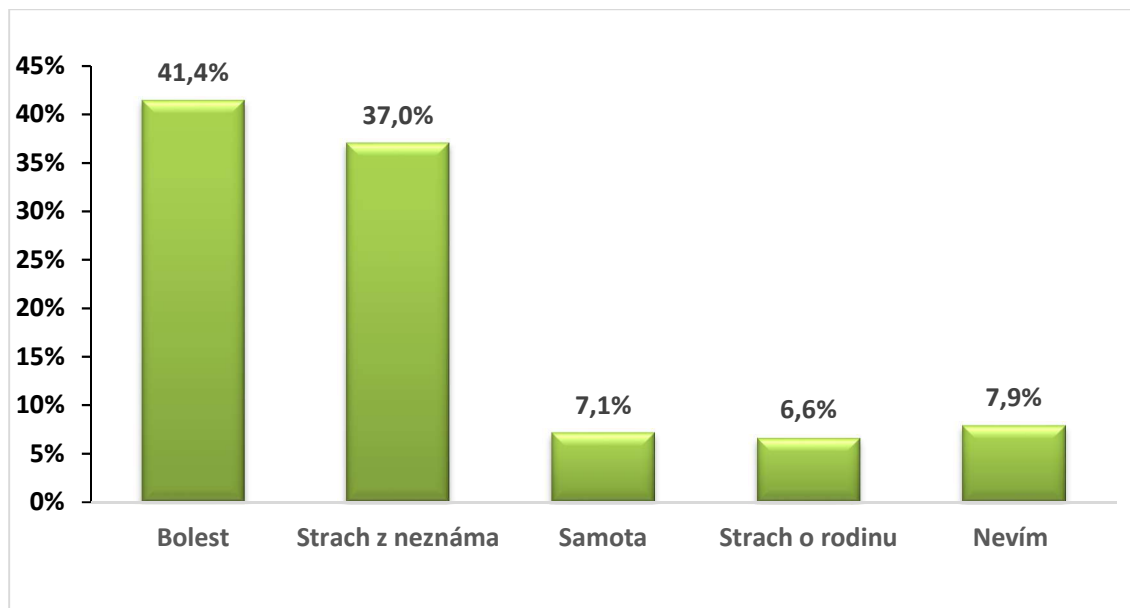
Graf 88 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku „*Měla výchova Vašich rodičů vliv na Váš současný život?*“. Nejčastější odpovědí bylo, že spíše ano (36,6 %), následují odpovědi středně (24,2 %), maximálně (20,7 %), spíše ne (12,5 %) a vůbec ne (6,0 %).

Graf 89 Strach ze smrti



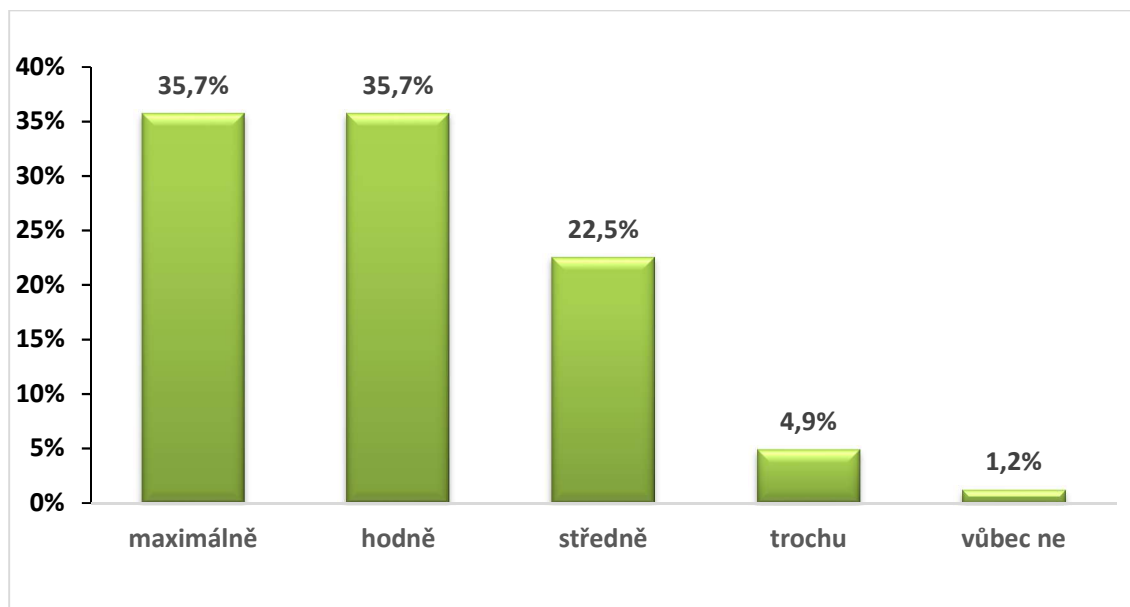
Graf 89 znázorňuje odpovědi na otázku „*Bojíte se smrti?*“. Nejčastější odpovědí bylo, že spíše ne (26,2 %), následují odpovědi spíše ano (20,3 %), středně (19,0 %), vůbec ne (17,9 %) a maximálně (16,7 %).

Graf 90 Důvod strachu ze smrti



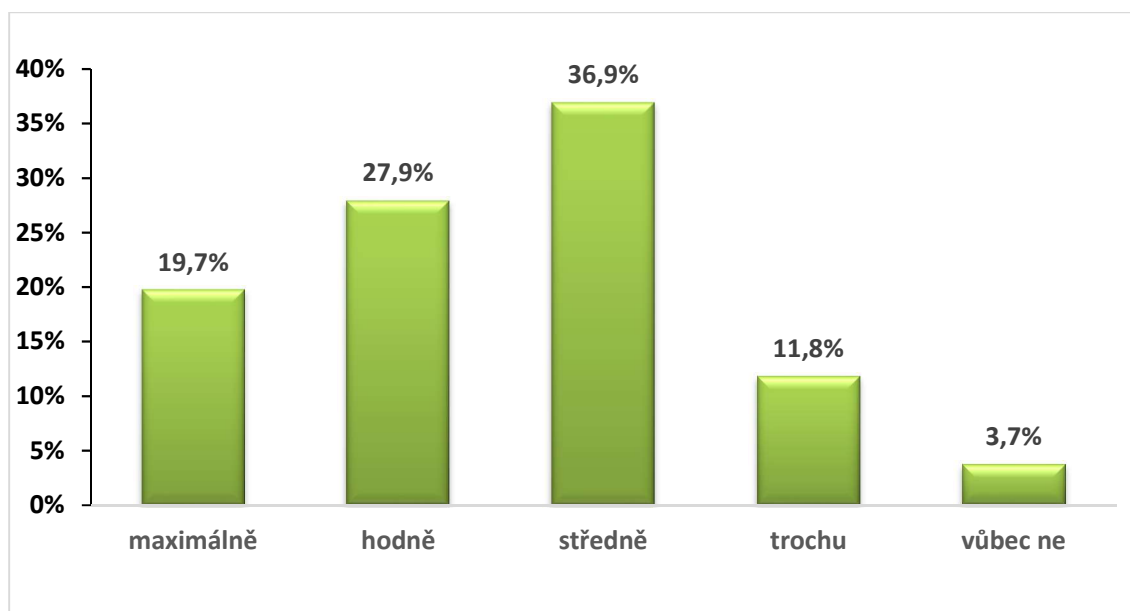
Graf 90 navazuje na odpovědi respondentů z grafu 89. Pokud zde respondenti odpověděli, že mají strach ze smrti, graf 90 znázorňuje odpovědi respondentů, z čeho mají největší strach. Nejčastěji se jedná o bolest (41,4 %), následuje strach z neznáma (37,0 %), samota (7,1 %) a strach o rodinu (6,6 %), někteří odpověděli, že neví (7,9 %).

Graf 91 Důležitost výchovy dětí



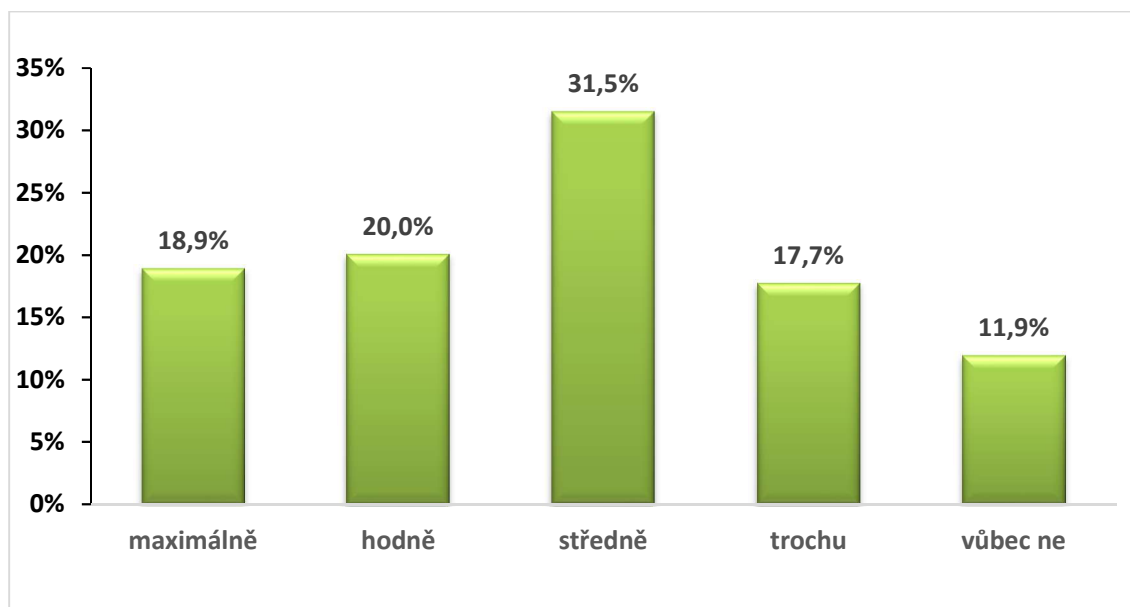
Graf 91 znázorňuje odpovědi na otázku „*Jak důležitá je pro Vás výchova vlastních dětí?*“ Nejčastěji je to maximálně (35,7 %) a hodně (35,7 %), následují odpovědi středně (22,5 %), trochu (4,9 %) a vůbec ne (1,2 %).

Graf 92 Důležitost vzdělání dětí



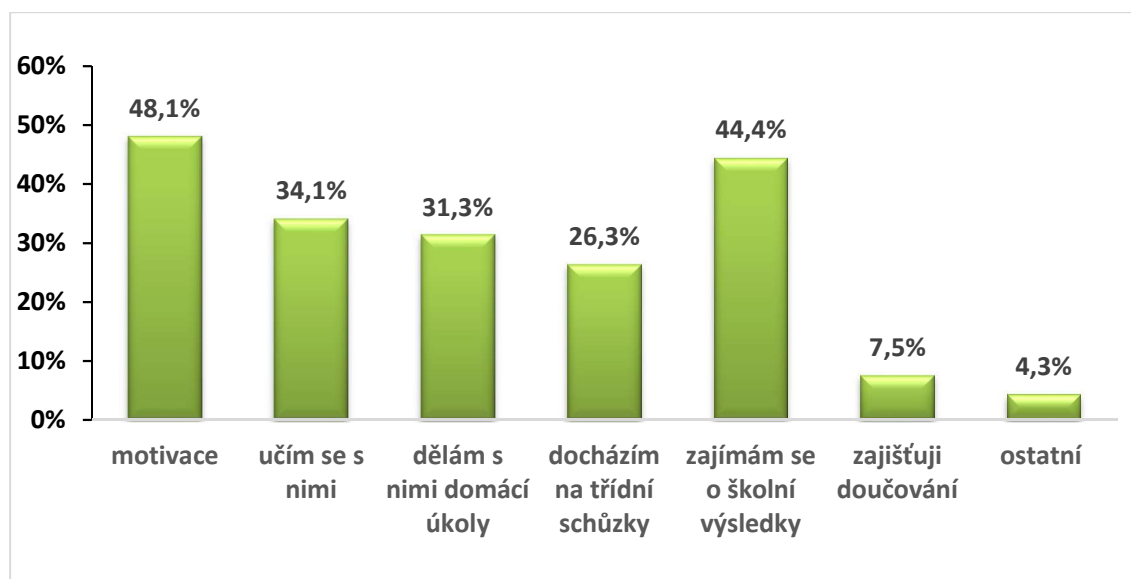
Graf 92 znázorňuje odpovědi na otázku „*Je pro Vás důležité vzdělání vlastních dětí?*“ Nejčastěji je to středně (36,9 %), následují odpovědi hodně (27,9 %), maximálně (19,7 %), trochu (11,8 %) a vůbec ne (3,7 %).

Graf 93 Podpora dětí ve vzdělání



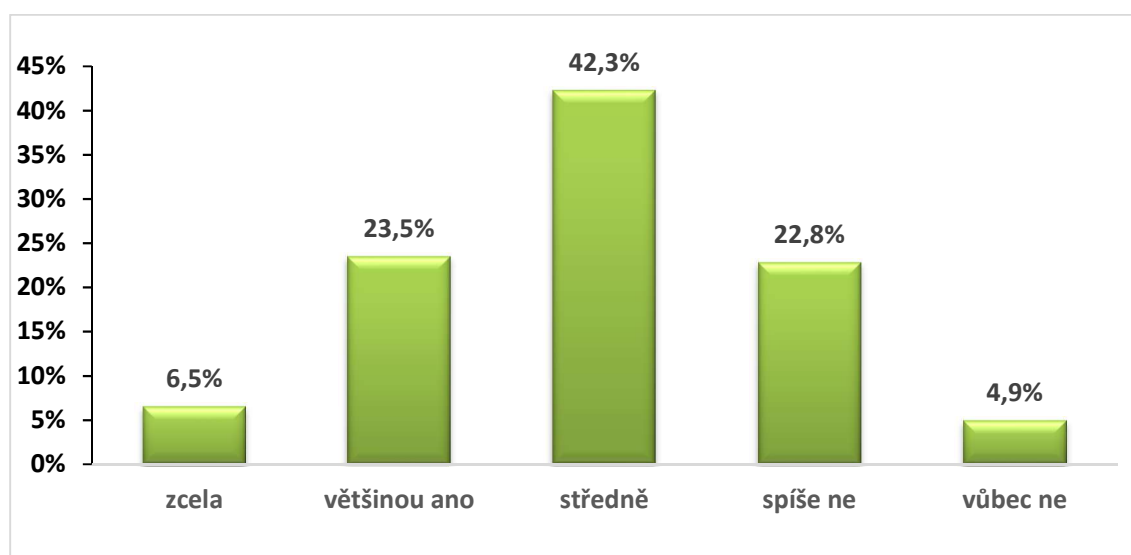
Graf 93 znázorňuje odpovědi na otázku „*Podporujete své děti ve vzdělání?*“ Nejčastěji středně (31,5 %), následují odpovědi hodně (20,0 %), maximálně (18,9 %), trochu (17,7 %) a vůbec ne (11,9 %).

Graf 94 Druh podpory dětí ve vzdělání



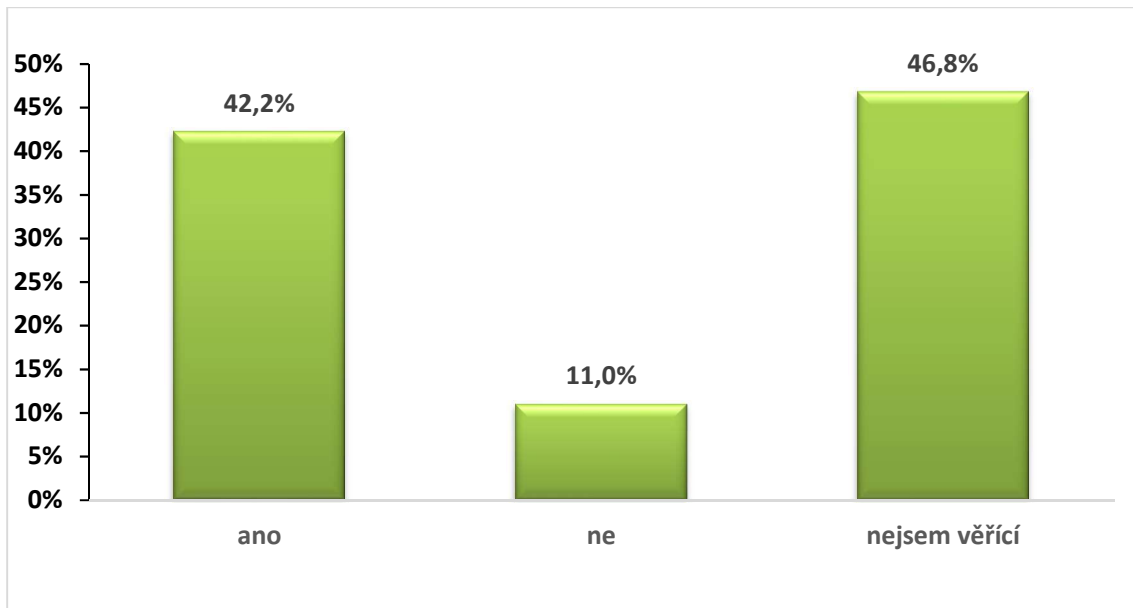
Graf 94 navazuje na odpovědi znázorněné v grafu 93. Pokud zde respondenti uvedli, že podporují své děti ve vzdělání, dále měli uvést, o jaký druh podpory se jedná. V této otázce mohli respondenti zvolit více odpovědí. Nejčastější odpovědí bylo, že je to motivace (48,1 %), dále se pak zajímají o školní výsledky (44,4 %), učí se s dětmi (34,1 %), dělají s nimi domácí úkoly (31,3 %), dochází na třídní schůzky (26,3 %), zajišťují doučování (7,5 %) a ostatní (4,3 %).

Graf 95 Respektování kulturních odlišností zdravotníky



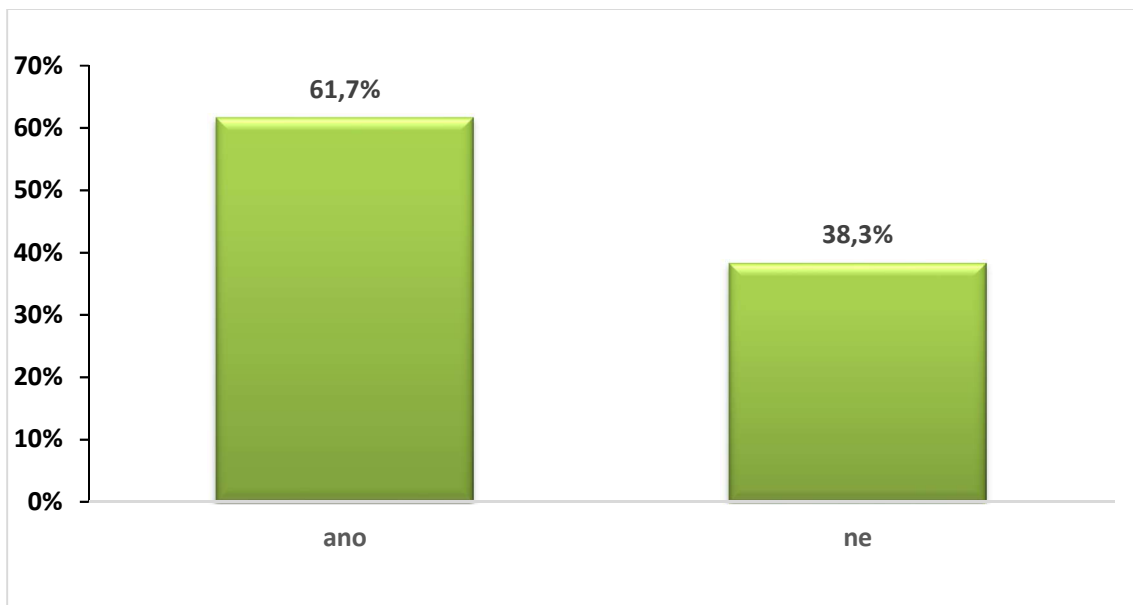
Graf 95 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku „*Jsou podle Vás respektovány Vaše kulturní odlišnosti pracovníky ve zdravotnictví?*“ Nejčastější odpovědí bylo, že středně (42,3 %), dále pak většinou ano (23,5 %), spíše ne (22,8 %), zcela (6,5 %) a vůbec ne (4,9 %).

Graf 96 Respekt zdravotníků k víře



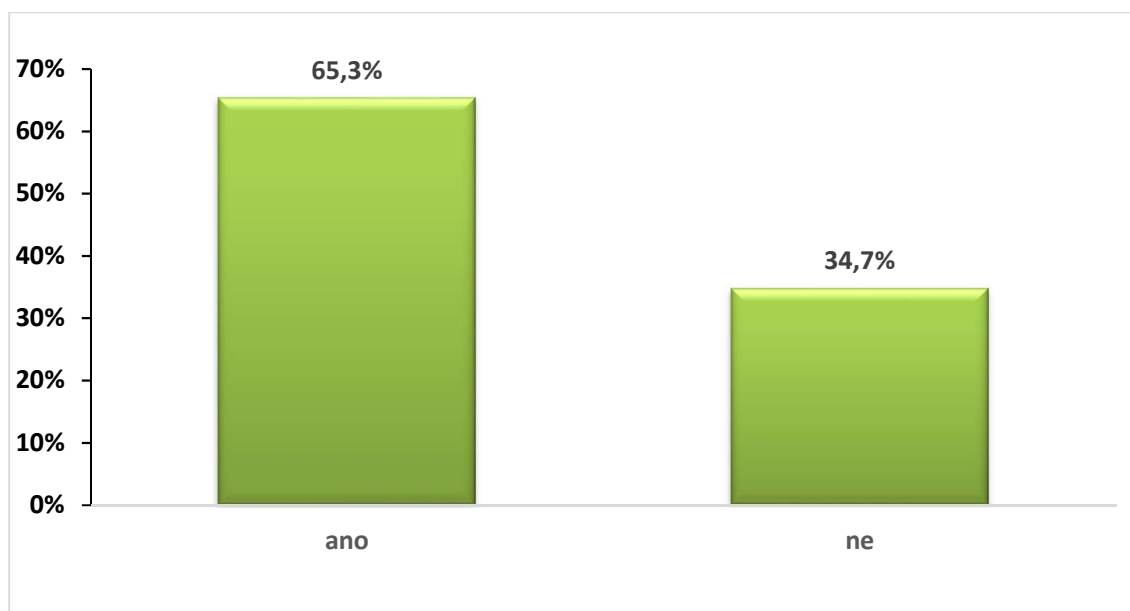
Graf 96 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku „*Přejete si, aby zdravotníci respektovali Vaši víru?*“ Někteří respondenti nejsou věřící (46,8 %). Ostatní odpovídali, že ano (42,2 %) nebo ne (11,0 %).

Graf 97 Znalost kulturních specifík zdravotníky



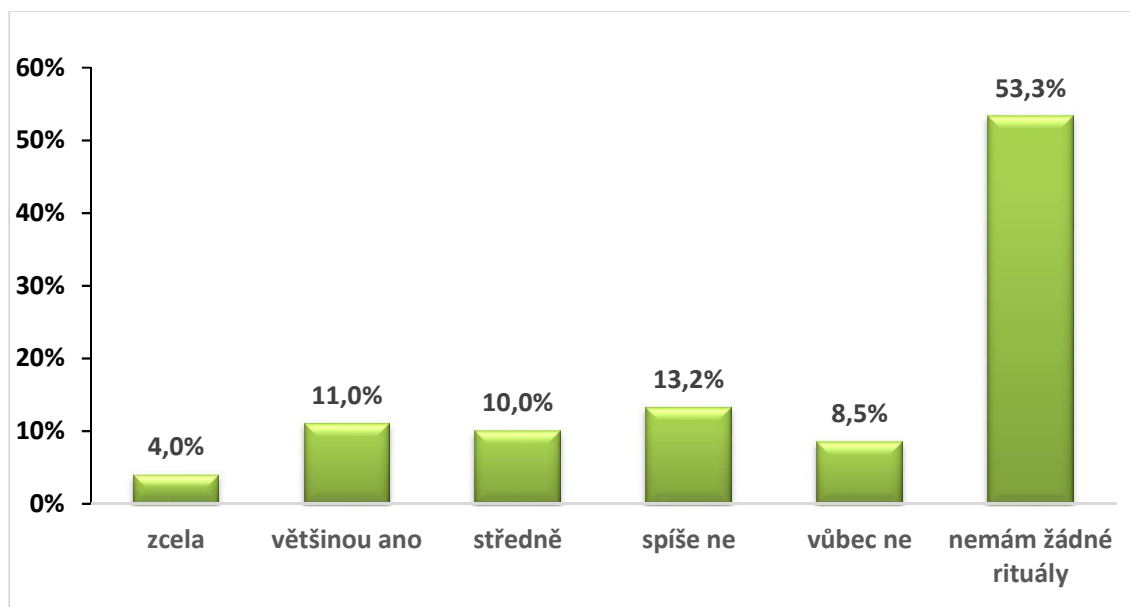
Graf 97 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku „*Přejete si, aby zdravotníci znali Vaše kulturní specifika?*“ Převažují odpovědi, že ano (61,7 %) od odpovědí ne (38,3 %).

Graf 98 Respekt zdravotníků ke kulturním specifikům



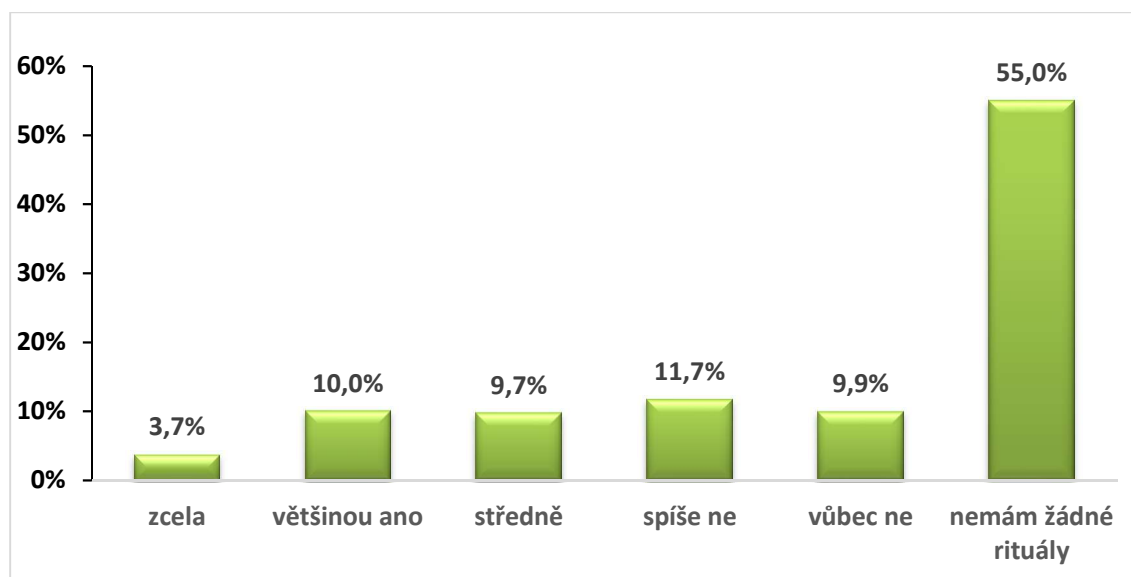
Graf 98 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku „Přejete si, aby zdravotníci respektovali Vaše kulturní specifika?“ Většina respondentů odpověděla ano (65,3 %) zbytek odpověděl ne (34,7 %).

Graf 99 Rituály a obřady během nemoci



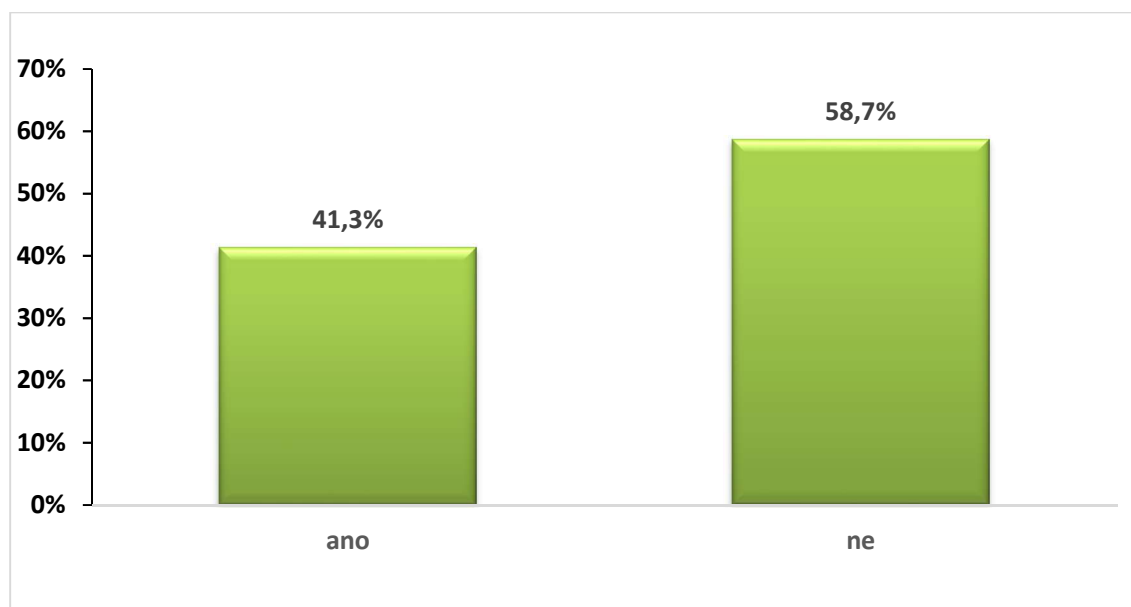
Graf 99 znázorňuje odpovědi na otázku „Zachovááte rituály a obřady během nemoci?“ Nejčastěji respondenti odpovídali, že nemají žádné rituály (53,3 %). Mezi další odpovědi patřilo, že spíše ne (13,2 %), většinou ano (11,0 %), středně (10,0 %), vůbec ne (8,5 %) a zcela (4,0 %).

Graf 100 Rituály a obřady během hospitalizace



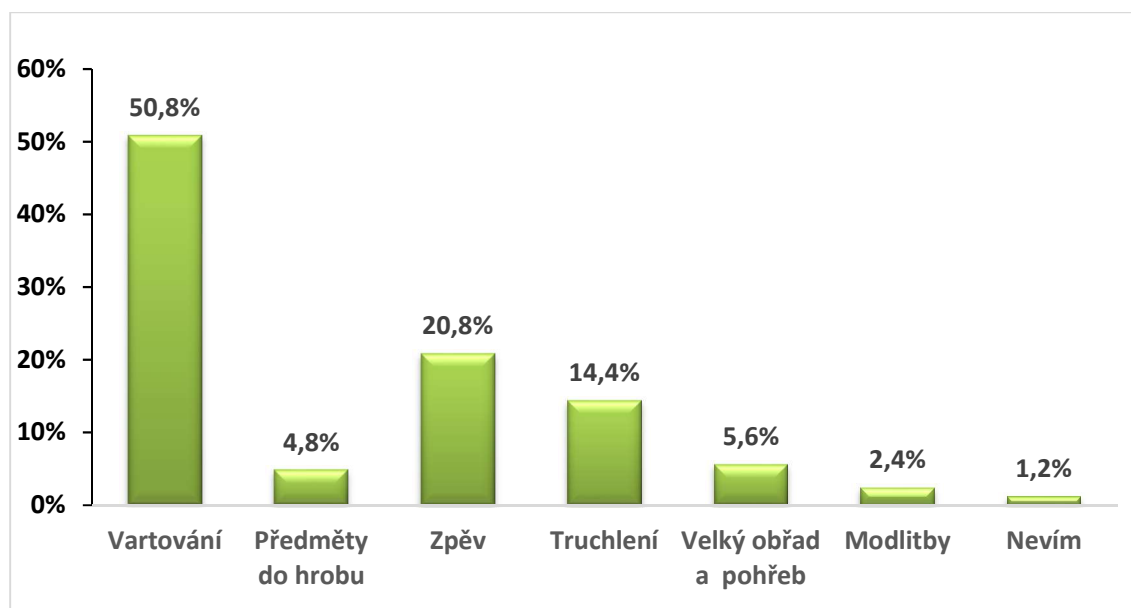
Graf 100 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku „Zachováváte rituály a obřady během hospitalizace?“ Nejčastější odpovědí bylo, že respondenti nemají žádné rituály (55,0 %), následují odpovědi, že spíše ne (11,7 %), většinou ano (10,0 %), vůbec ne (9,9 %), středně (9,7 %) a zcela (3,7 %).

Graf 101 Rituály a obřady při úmrtí



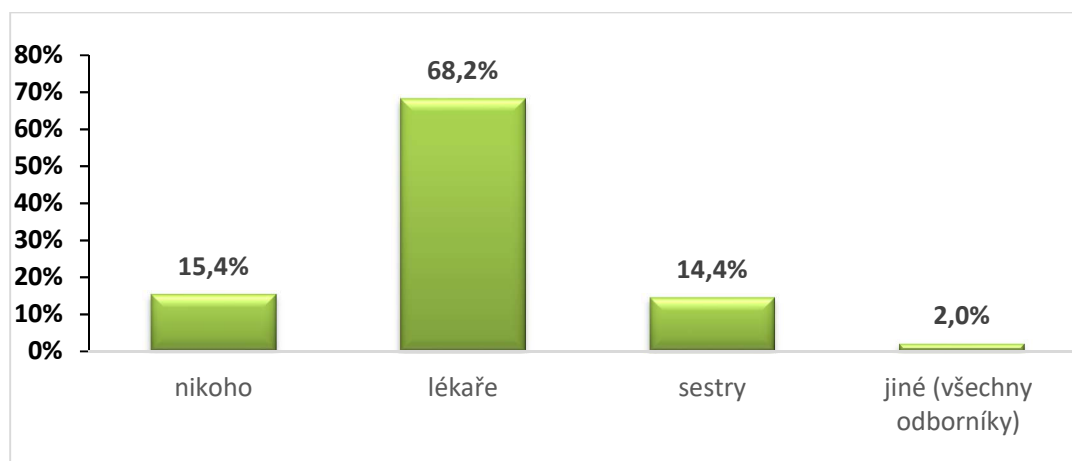
Graf 101 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku „Máte určité rituály a obřady při smrti rodinného příslušníka?“ Většina respondentů odpověděla, že ne (58,7 %), další pak ano (41,3 %).

Graf 102 Druh rituálů a obřadů při úmrtí



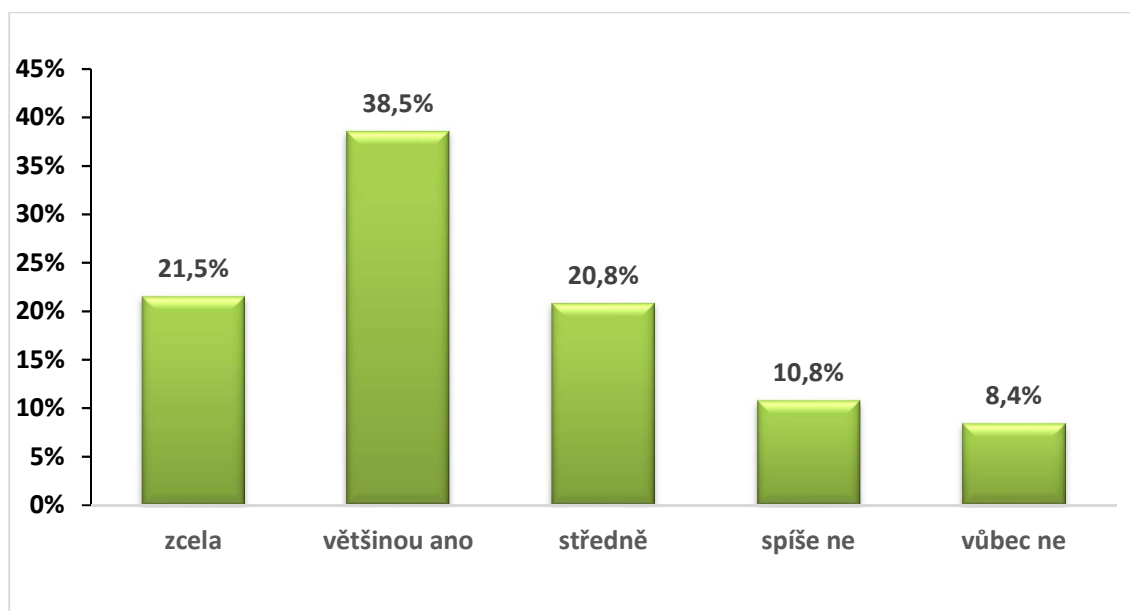
Graf 102 navazuje na odpovědi respondentů z grafu 101. Pokud respondenti odpověděli, že mají určité rituály při úmrtí, graf 102 tyto rituály specifikuje. Nejčastěji se jedná o vartování (50,8 %), dále pak zpěv (20,8 %), truchlení (14,4 %), velký obřad a pohřeb (5,6 %), předměty do hrobu (4,8 %), modlitby (2,4 %) a někteří respondenti odpověděli, že neví (1,2 %).

Graf 103 Největší autorita ve zdravotnictví



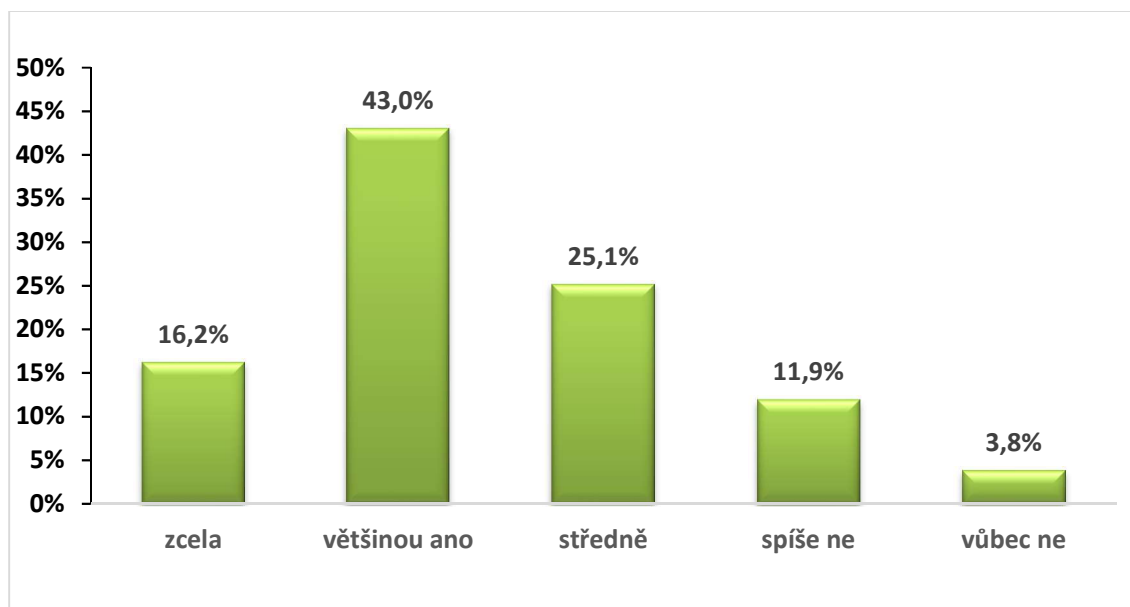
Graf 103 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku „Koho považujete ve zdravotnictví za největší autoritu?“ Nejčastěji je to lékař (68,2 %), dále pak nikdo (15,4 %), sestry (14,4 %) a někdo jiný – všichni zdravotničtí odborníci (2,0 %).

Graf 104 Uznávání autorit



Graf 104 zobrazuje odpovědi na otázku „*Uznáváte tyto autority?*“ a navazuje tak na odpovědi v grafu 103. Nejčastěji respondenti odpovídali, že většinou ano (38,5 %), dále pak zcela (21,5 %), středně (20,8 %), spíše ne (10,8 %) a vůbec ne (8,4 %)

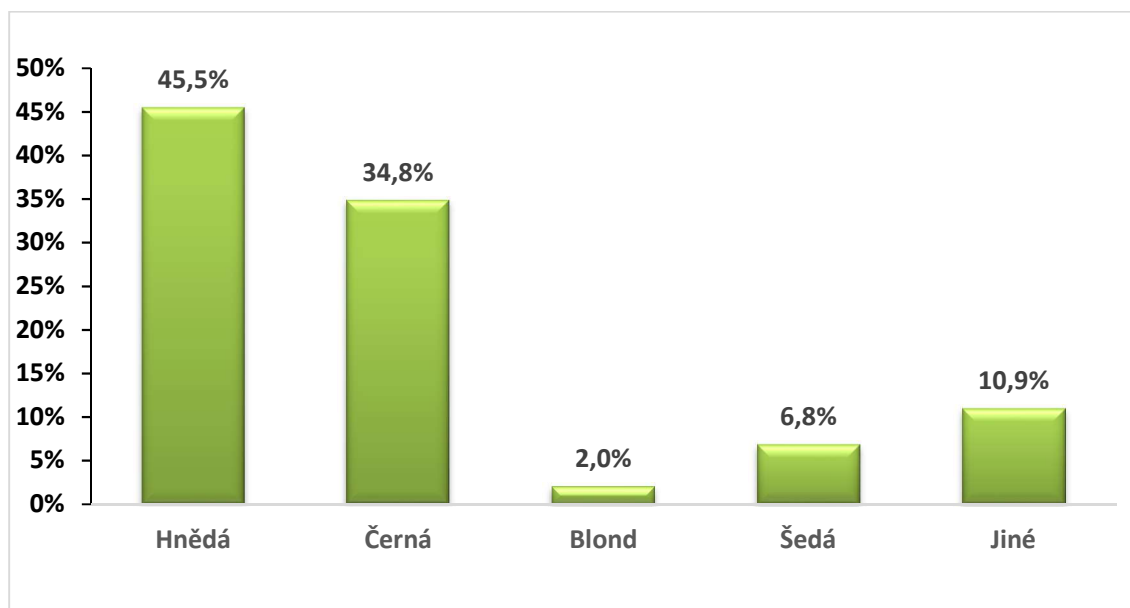
Graf 105 Důvěra k českým zdravotníkům



Graf 105 znázorňuje odpovědi na otázku „*Důvěřujete českým zdravotníkům?*“ Nejčastěji respondenti odpovídali, že většinou ano (43,0 %), dále pak středně (25,1 %), zcela (16,2 %), spíše ne (11,9 %) a vůbec ne (3,8 %).

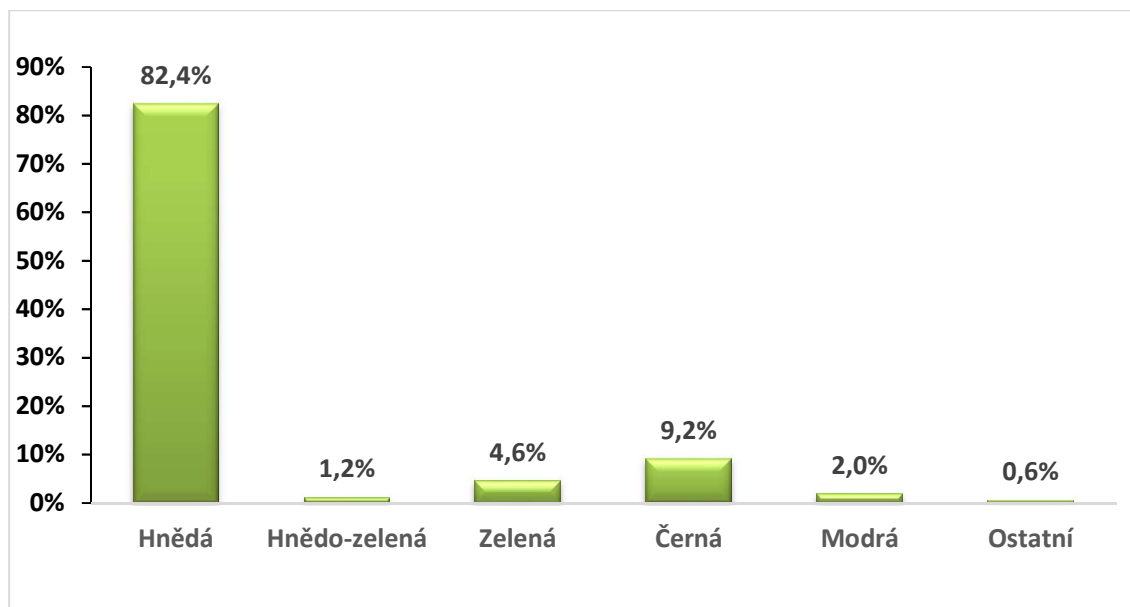
OBLAST 6 – BIOLOGICKÉ ODLIŠNOSTI

Graf 106 Barva vlasů



Graf 106 zobrazuje odpovědi na otázku „*Jakou máte barvu vlasů?*“ Nejčastěji se jedná o barvu hnědou (45,5 %), následují odpovědi černá (34,8 %), šedá (6,8 %), blond (2,0 %) a jiné barvy (10,9 %).

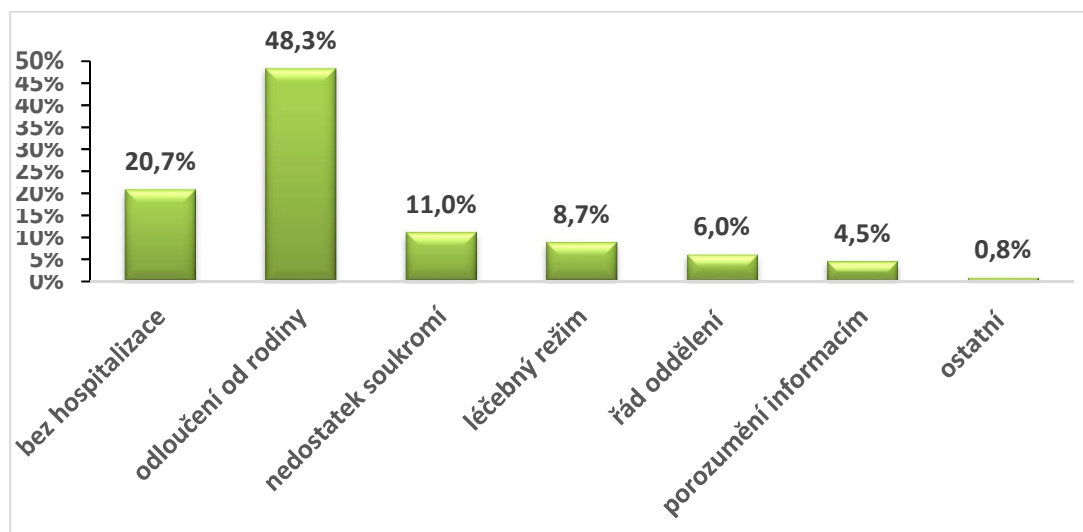
Graf 107 Barva očí



Graf 107 znázorňuje odpovědi na otázku „*Jakou máte barvu očí?*“ Nejčastěji se jedná o barvu hnědou (82,4 %), následují odpovědi černá (9,2 %), zelená (4,6 %), modrá (2,0 %), hnědo-zelená (1,2 %) a ostatní (0,6 %).

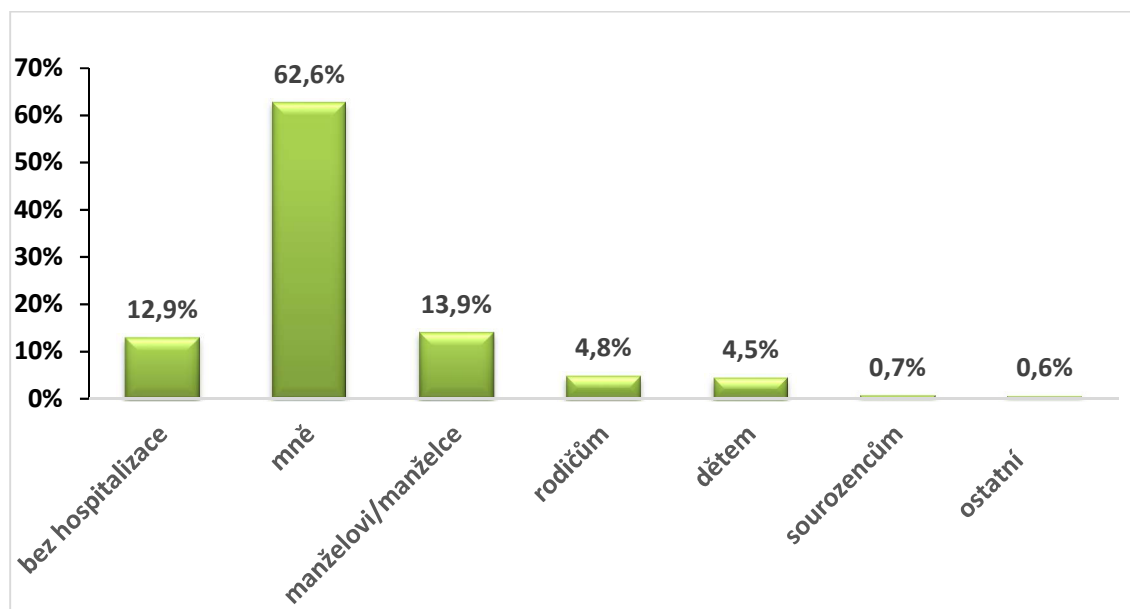
Oblast 7 Prostor

Graf 108 Nejtěžší věc při hospitalizaci



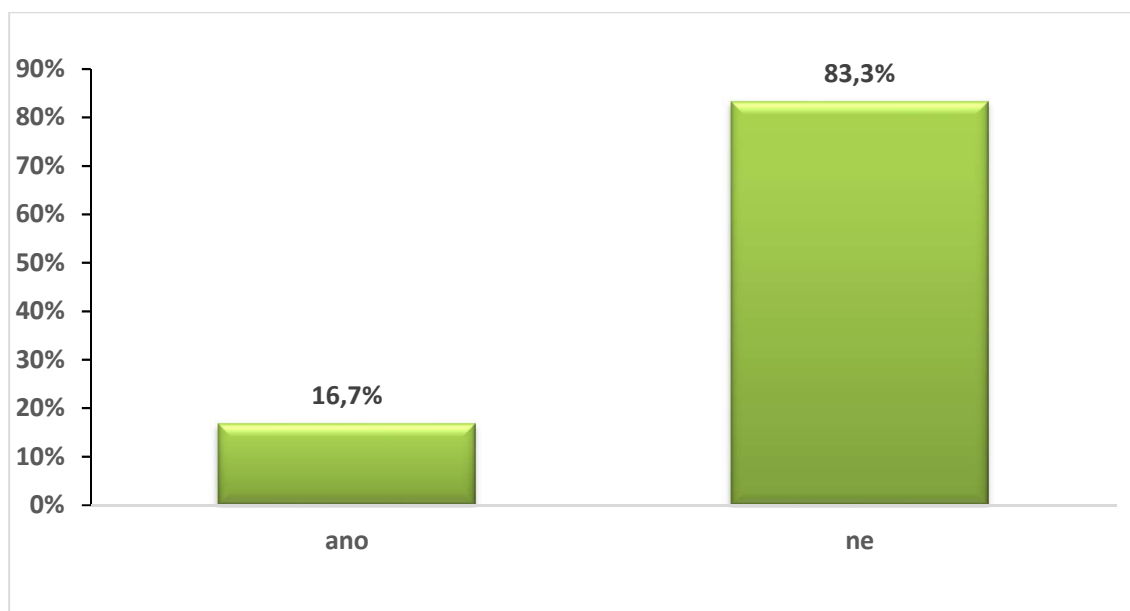
Graf 108 znázorňuje odpovědi na otázku „Co je pro Vás nejtěžší při hospitalizaci? Nejtěžší je odloučení od rodiny (48,3 %), dále nedostatek soukromí (11,0 %), dodržování léčebného režimu (8,7 %), dodržování řádu oddělení (6,0 %), porozumění všem podaným informacím (4,5 %), ostatní (0,8 %) a bez hospitalizace (20,7 %).

Graf 109 Informování o zdravotním stavu



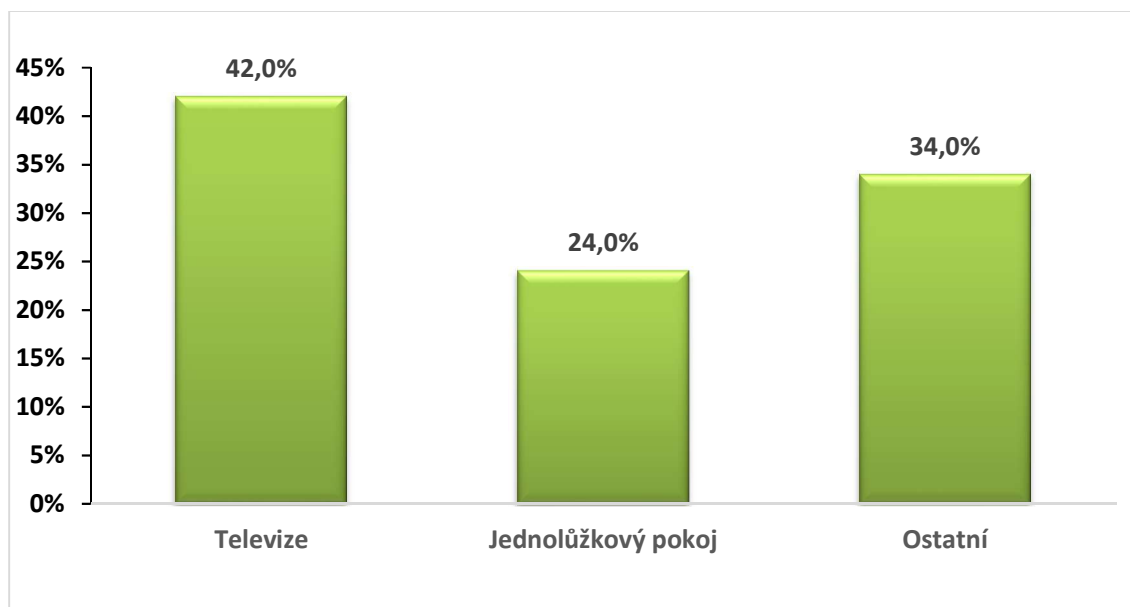
Graf 109 znázorňuje odpovědi na otázku „Komu chcete, aby zdravotníci nejprve sdělovali informace o Vašem zdravotním stavu?“ Nejčastěji uvedli respondenti odpověď mně (62,6 %), dále pak manželovi či manželce (13,9 %), rodičům (4,8 %), dětem (4,5 %), sourozencům (0,7 %), ostatním (0,6 %) a bez hospitalizace (12,9 %).

Graf 110 Specifické požadavky na nemocniční pokoj



Graf 110 znázorňuje odpovědi na otázku „Máte nějaké specifické požadavky na nemocniční pokoj?“ Nejčastěji nemají respondenti žádné požadavky (83,3 %), pouze někteří je mají (16,7 %).

Graf 111 Konkrétní požadavky na nemocniční pokoj



Graf 111 navazuje na odpovědi v grafu 110, pokud tedy respondenti mají nějaký požadavek na nemocniční pokoj, graf 111 znázorňuje, o jaké požadavky se jedná. Nejčastěji je to nutnost televize na pokoji (42,0 %), dále jednolůžkový pokoj (24,0 %) a ostatní (34,0 %) jako například sociální zařízení na pokoji a další.

4.2.3 Vyhodnocení hypotéz

Tato část výsledků prezentuje statistické vyhodnocení hypotéz týkajících se oblastí péči o zdraví, zdravotním stavem, léčbou a kulturními specifiky u romské minority. Testování bylo provedeno testem Chí kvadrát dobré shody χ^2 (Pearson Chí-Square) a testem nezávislosti. Testování bylo provedeno na hladině významnosti $\alpha = 0,05; 0,01$ a $0,001$.

H1 (H_A): Vzdělání pacientů v romské minoritě ovlivňuje jejich postoj k péči o zdraví.

H1 (H₀): Vzdělání pacientů v romské minoritě neovlivňuje jejich postoj k péči o zdraví.

Tabulka 7 – Souvislost vzdělání s vybranými faktory

| VZDĚLÁNÍ A... | HODNOTA χ^2 | df | p |
|---|---------------------|----|--------|
| Zájem o vlastní zdraví | 33,104 | 16 | <0,01 |
| Pravidelné preventivní prohlídky | 33,501 | 4 | <0,001 |
| Ochota změnit životní styl v případě onemocnění | 7,968 | 16 | 0,950 |
| Názor na ženskou antikoncepci | 18,803 | 16 | 0,279 |
| Názor na mužskou antikoncepci | 27,703 | 16 | <0,05 |
| Názor na interrupci | 27,299 | 16 | <0,05 |
| Porod v nemocnici | 4,313 | 4 | 0,365 |

χ^2 - chí kvadrát; df - stupně volnosti; p - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním a zájmem o vlastní zdraví v romské minoritě.** S rostoucí úrovní vzdělání roste i zájem o vlastní zdraví. Největší zájem projevují respondenti s VOŠ a vysokoškolským vzděláním.
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním a pravidelným absolvováním preventivních prohlídek v romské minoritě.** S rostoucím vzděláním se zvyšuje pravidelnost návštěv preventivních prohlídek. Ta je nejvyšší u respondentů s VOŠ a vysokoškolským vzděláním.
- Nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním a ochotou změnit životní styl v některé z jeho oblastí v případě onemocnění, konkrétně ochotou přestat kouřit, přestat užívat alkohol, změnit stravování, upravit tělesnou hmotnost či změnit své chování v jiné oblasti. Ochota změnit životní styl v případě onemocnění v některé

z uvedených oblastí se v jednotlivých vzdělanostních skupinách v romské minoritě statisticky významně neliší.

- Nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním a názorem na ženskou antikoncepci v romské minoritě. Platí, že vzdělání statisticky významně neovlivňuje názor na ženskou antikoncepci v romské minoritě.
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním a názorem na mužskou antikoncepci v romské minoritě.** Platí, že významně více projevují souhlas s mužskou antikoncepcí respondenti s vysokoškolským vzděláním.
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním a názorem na interrupci v romské minoritě.** Více s interrupcí souhlasí respondenti s vyšším vzděláním.
- Nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním a skutečností, zda žena rodila v nemocnici či nikoliv. Ženy z jednotlivých vzdělanostních skupin v romské minoritě rodily v porodnici v podobné míře.

H2 (H_A): Zdravotní stav romské minority se liší podle pohlaví.

H2 (H₀): Zdravotní stav romské minority se neliší podle pohlaví.

Tabulka 8 – Souvislost pohlaví s vybranými faktory

| POHLAVÍ A... | HODNOTA χ^2 | df | p |
|----------------------------------|---------------------|----|--------|
| Léčená onemocnění | 5,278 | 9 | 0,809 |
| Pravidelné preventivní prohlídky | 8,523 | 1 | <0,01 |
| Kouření | 24,206 | 2 | <0,001 |
| Pití alkoholu | 18,987 | 4 | <0,001 |

χ^2 - chí kvadrát; p - test nezávislosti; df - stupně volnosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- Nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi pohlavím a léčeným onemocněním. Z hlediska léčených onemocnění se muži a ženy v romské minoritě statisticky významně neliší, jinými slovy, muži a ženy v romské populaci trpí obdobnými onemocněními v podobné míře.
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi pohlavím a účastí na pravidelných preventivních prohlídkách.** Ženy z romské minority chodí na

pravidelné preventivní prohlídky významně častěji než muži

- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi pohlavím a kouřením v romské minoritě.** Muži významně častěji uvádějí, že kouří (pravidelně i příležitostně), ženy významně častěji uvádějí, že nekouří.
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi pohlavím a pitím alkoholu v romské minoritě.** Muži pijí alkohol významně častěji než ženy.

H3 (H_A): Kulturní specifika romské minority se liší podle jejich prostředí.

H3 (H₀): Kulturní specifika romské minority se neliší podle jejich prostředí.

Tabulka 9 – Souvislost místa bydliště s vybranými faktory

| MÍSTO BYDLIŠTĚ A... | HODNOTA χ^2 | df | p |
|-----------------------------|---------------------|----|--------|
| Porozumění psané romštině | 23,068 | 8 | <0,01 |
| Porozumění mluvené romštině | 26,810 | 8 | <0,001 |

χ^2 - chí kvadrát; df - stupně volnosti; p - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi místem bydliště a porozuměním psané romštině v romské minoritě.** Respondenti bydlící v rodinném domě ve významně větší míře uvádějí, že psané romštině rozumějí, významně méně psané romštině rozumějí respondenti bydlící v bytě.
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi místem bydliště a porozuměním mluvené romštině v romské minoritě.** Respondenti bydlící v rodinném domě ve významně větší míře uvádějí, že mluvené romštině rozumějí, významně méně mluvené romštině rozumějí respondenti bydlící v bytě.

Tabulka 10 – Souvislost počtu členů domácnosti s vybranými faktory

| POČET ČLENŮ DOMÁCNOSTI A... | HODNOTA χ^2 | df | p |
|--------------------------------------|---------------------|----|--------|
| Porozumění psané romštině | 38,127 | 12 | <0,001 |
| Porozumění mluvené romštině | 40,699 | 12 | <0,001 |
| Život v souladu s romskými tradicemi | 61,210 | 12 | <0,001 |

| | | | |
|---|--------|----|--------|
| Dodržování rodinných tradic | 55,378 | 12 | <0,001 |
| Zachovávání rituálů a obřadů během nemoci | 28,033 | 15 | <0,05 |

χ^2 - chí kvadrát; df - stupně volnosti; p - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi počtem členů domácnosti a porozuměním psané romštině v romské minoritě.** V domácnostech s nízkým počtem členů (1–2 osoby) je porozumění psané romštině na statisticky významně horší úrovni, v domácnostech s větším počtem členů (7 a více) je porozumění psané romštině významně lepší.
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi počtem členů domácnosti a porozuměním mluvené romštině v romské minoritě.** V domácnostech s nízkým počtem členů (1–2 osoby) je porozumění mluvené romštině na statisticky významně horší úrovni, v domácnostech s větším počtem členů (7 a více) je porozumění mluvené romštině významně lepší.
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi počtem členů domácnosti a životem v souladu s romskými tradicemi v romské minoritě.** Významně méně žijí v souladu s romskými tradicemi členové méně početných rodin (1–2 osoby), významně více členové početnějších rodin (7 a více osob).
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi počtem členů domácnosti a dodržováním rodinných tradic v romské minoritě.** Významně méně dodržují rodinné tradice členové méně početných rodin (1–2 osoby), významně více členové početnějších rodin (7 a více osob).
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi počtem členů domácnosti a zachováváním rituálů a obřadů během nemoci v romské minoritě.** Ve významně větší míře zachovávají rituály a obřady během nemoci členové početnějších domácností (7 a více osob).

Tabulka 11 – Souvislost charakteru života v domácnosti s vybranými faktory

| CHARAKTER ŽIVOTA V DOMÁCNOSTI A... | HODNOTA χ^2 | df | p |
|------------------------------------|------------------|----|--------|
| Pracovní poměr | 159,293 | 36 | <0,001 |

| | | | |
|--------------------------------------|--------|----|--------|
| Život v souladu s romskými tradicemi | 47,140 | 24 | <0,01 |
| Dodržování rodinných tradic | 56,051 | 24 | <0,001 |

χ^2 - chí kvadrát; df - stupně volnosti; p - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi charakterem života v domácnosti a pracovním poměrem v romské minoritě.** Respondenti, kteří uvedli, že jsou nezaměstnaní, ve významně větší míře uváděli, že žijí s rodiči, důchodci žijí významně více se širší rodinou.
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi charakterem života v domácnosti a životem v souladu s romskými tradicemi v romské minoritě.** Významně méně žijí v souladu s romskými tradicemi osoby, které uvedly, že žijí samy, významně více ti, kteří žijí s rodiči nebo širší rodinou.
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi charakterem života v domácnosti a dodržováním rodinných tradic v romské minoritě.** Významně méně dodržují rodinné tradice osoby, které uvedly, že žijí samy.

-

H4 (H_A): Dodržování léčebného postupu během nemoci u pacientů z romské minority se liší podle vzdělání.

H4 (H₀): Dodržování léčebného postupu během nemoci u pacientů z romské minority se neliší podle vzdělání.

Tabulka 12 – Souvislost vzdělání s vybranými faktory

| VZDĚLÁNÍ A... | HODNOTA χ^2 | df | p |
|---|---------------------|----|--------|
| Dodržování léčebného postupu | 43,340 | 16 | <0,001 |
| Dobírání léků po odeznění příznaků nemoci | 20,387 | 4 | <0,001 |

χ^2 - chí kvadrát; df - stupně volnosti; p - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním a dodržováním doporučených léčebných postupů v případě onemocnění v romské minoritě.**

Platí, že s rostoucím vzděláním respondenti více dodržují doporučené léčebné postupy v případě onemocnění.

- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním a dobíráním všech léků i v případě odeznění příznaků onemocnění v romské minoritě.** Platí, že s rostoucím vzděláním respondenti ve významně větší míře dobírají všechny léky i v případě odeznění příznaků onemocnění.

4.2.4 Další významné vztahy

Tabulka 13 – Souvislost věku s vybranými faktory

| VĚK A... | HODNOTA χ^2 | df | p |
|-------------------------------|---------------------|----|--------|
| Kouření | 29,642 | 10 | <0,001 |
| Pití alkoholu | 37,881 | 20 | <0,01 |
| Názor na ženskou antikoncepci | 73,461 | 20 | <0,001 |
| Názor na mužskou antikoncepci | 67,084 | 20 | <0,001 |
| Názor na interrupci | 43,332 | 20 | <0,01 |

χ^2 - chí kvadrát; df - stupně volnosti; p - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi věkem a kouřením v romské minoritě.** Statisticky významně více kouří respondenti z nižších věkových skupin, respondenti z nejvyšší věkové skupiny významně častěji uvádějí, že nekouří.
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi věkem a pitím alkoholu v romské minoritě.** Významně méně pijí alkohol respondenti z vyšších věkových skupin.
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi věkem a názorem na ženskou antikoncepci v romské minoritě.** Platí, že s užíváním ženské antikoncepce souhlasí ve významně větší míře respondenti z nižších věkových skupin, s rostoucím věkem souhlas s užíváním ženské antikoncepce klesá.
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi věkem a názorem na mužskou antikoncepci v romské minoritě.** Platí, že s užíváním mužské antikoncepce souhlasí ve významně větší míře respondenti z nižších věkových skupin, s rostoucím věkem souhlas s užíváním mužské antikoncepce klesá.

- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi věkem a názorem na interrupci v romské minoritě.** Platí, že s interrupcí souhlasí ve významně větší míře respondenti z nižších věkových skupin, s rostoucím věkem souhlas s interrupcí klesá.

Tabulka 14 – Souvislost pracovního poměru s vybranými faktory

| PRACOVNÍ POMĚR A... | HODNOTA χ^2 | df | p |
|---------------------|---------------------|----|--------|
| Léčená onemocnění | 300,834 | 54 | <0,001 |

χ^2 - chí kvadrát; df - stupně volnosti; p - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- **Byla prokázána statisticky významná souvislost pracovního poměru s léčeními onemocněními v romské minoritě.** Respondenti, kteří uvedli, že jsou nezaměstnaní, OSVČ a podnikatelé, osoby v zaměstnaneckém poměru a osoby na rodičovské dovolené významně častěji uváděli, že netrpí žádným onemocněním, starobní důchodci ve významně větší míře uváděli, že trpí onemocněním srdce, onemocněním zažívacího a vylučovacího ústrojí, nádorovým onemocněním a onemocněním pohybového ústrojí, invalidní důchodci významně více označovali onemocnění dýchacího ústrojí.

Tabulka 15 – Souvislost rodinného stavu s vybranými faktory

| RODINNÝ STAV A... | HODNOTA χ^2 | df | p |
|---|---------------------|----|-------|
| Porozumění psané romštině | 39,177 | 16 | <0,01 |
| Porozumění mluvené romštině | 38,890 | 4 | <0,01 |
| Život v souladu s romskými tradicemi | 31,705 | 16 | <0,05 |
| Dodržování rodinných tradic | 28,378 | 16 | <0,05 |
| Zachovávání rituálů a obřadů během nemoci | 28,228 | 20 | 0,104 |

χ^2 - chí kvadrát; df - stupně volnosti; p - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi rodinným stavem a porozuměním psané romštině v romské minoritě.** Svobodní ve významně větší míře uvádějí, že psané romštině nerozumí.
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi rodinným stavem a porozuměním mluvené romštině v romské minoritě.** Svobodní ve významně větší míře uvádějí, že mluvené romštině nerozumí.
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi rodinným stavem a životem v souladu s romskými tradicemi v romské minoritě.** Významně méně žijí v souladu s romskými tradicemi svobodní, významně více ovdovělí.
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi rodinným stavem a dodržováním rodinných tradic v romské minoritě.** Významně méně dodržují rodinné tradice svobodní a rozvedení, významně více ovdovělí a ženatí (vdané).
- Nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi rodinným stavem a zachováváním rituálů a obřadů během nemoci v romské minoritě. Rodinný stav skutečnost, zda respondent zachovává rituály a obřady během nemoci statisticky významně neovlivňuje.

Tabulka 16 – Souvislost převážně používaného jazyka s vybranými faktory

| PŘEVÁŽNĚ POUŽÍVANÝ JAZYK A... | HODNOTA χ^2 | df | p |
|---|--|-----------|------------------|
| Život v souladu s romskými tradicemi | 22,381 | 4 | <0,001 |
| Dodržování rodinných tradic | 17,410 | 4 | <0,01 |
| Zachovávání rituálů a obřadů během nemoci | 14,643 | 5 | <0,05 |

χ^2 - chí kvadrát; df - stupně volnosti; p - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi jazykem převážně používaným při každodenní komunikaci a životem v souladu s romskými tradicemi v romské minoritě.** Ve statisticky významně větší míře žijí v souladu s romskými tradicemi respondenti, kteří při každodenní komunikaci převážně

používají romský jazyk.

- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi jazykem převážně používaným při každodenní komunikaci a dodržováním rodinných tradic v romské minoritě.** Ve statisticky významně větší míře dodržují rodinné tradice respondenti, kteří při každodenní komunikaci převážně používají romský jazyk.
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi skutečností, jaký jazyk je používán při každodenní komunikaci a zachováváním rituálů a obřadů během nemoci v romské minoritě.** Ve významně větší míře zachovávají rituály a obřady během nemoci respondenti, kteří v každodenní komunikaci převážně používají romský jazyk.

Tabulka 17 – Souvislost vlivu výchovy rodičů s hodnocením role ženy a muže v romské minoritě

| VLIV VÝCHOVY RODIČŮ NA SOUČASNÝ ŽIVOT A... | HODNOTA χ^2 | df | p |
|---|------------------------------------|-----------|-----------------|
| Role ženy v romské komunitě | 26,765 | 16 | <0,05 |
| Role muže v romské komunitě | 24,737 | 12 | <0,05 |

χ^2 - chí kvadrát; df - stupně volnosti; p - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi výchovou rodičů a roli ženy v domácnosti v romské komunitě.** Respondenti, kteří uváděli, že výchova rodičů na ně spíše nemá v současnosti vliv, významně častěji uvádějí, že žena se podílí na výchově dětí.
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi výchovou rodičů a roli muže v domácnosti v romské komunitě.** Respondenti, kteří uváděli, že výchova rodičů na ně spíše nemá v současnosti vliv, významně častěji uvádějí, že muž se podílí na chodu domácnosti (vaření, úklid).

Tabulka 18 – Souvislost věku s vybranými faktory

| VĚK A... | HODNOTA χ^2 | df | p |
|-----------------------------|------------------------------------|-----------|------------------|
| Porozumění psané romštině | 48,464 | 20 | <0,001 |
| Porozumění mluvené romštině | 33,610 | 20 | <0,05 |

| | | | |
|--------------------------------------|--------|----|--------|
| Náboženské vyznání | 34,880 | 15 | <0,01 |
| Hlavní církevní místo | 30,702 | 10 | <0,001 |
| Hrdost na svůj původ | 25,223 | 20 | 0,193 |
| Zájem o historii romské kultury | 45,652 | 20 | <0,001 |
| Život v souladu s romskými tradicemi | 26,368 | 20 | 0,154 |
| Dodržování rodinných tradic | 24,048 | 20 | 0,240 |

χ^2 - chí kvadrát; *df* - stupně volnosti; *p* - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi věkem a porozuměním psané romštině v romské minoritě.** Platí, že s rostoucím věkem se zvyšuje míra porozumění psané romštině. Nejmenší je v nižších věkových skupinách, největší ve vyšších věkových skupinách (45 a více let).
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi věkem a porozuměním mluvené romštině v romské minoritě.** Platí, že s rostoucím věkem se zvyšuje míra porozumění mluvené romštině. Menší je v nižších věkových skupinách (15 – 34 let), větší ve vyšších věkových skupinách (45 a více let).
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi věkem a náboženským vyznáním v romské minoritě.** Respondenti z nižších věkových skupin (15 – 34 let) významně častěji uvádějí, že nevyznávají žádné náboženství, nejsou věřící.
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi věkem a hlavním církevním místem v romské minoritě.** Respondenti z nižších věkových skupin (15 – 34 let) významně častěji uvádějí, že nemají žádné hlavní církevní místo, s rostoucím věkem roste podíl těch, kteří uvádějí jako hlavní církevní místo kostel.
- Nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi věkem a hrdostí na svůj původ v romské minoritě. Míra hrdosti na vlastní původ je v jednotlivých věkových skupinách podobná.
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi věkem a zájmem o historii romské kultury v romské minoritě.** Platí, že s rostoucím věkem roste i zájem o historii romské kultury.
- Nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi věkem a životem v souladu s romskými tradicemi v romské minoritě. Úroveň života v souladu s romskými

tradicemi je v jednotlivých věkových skupinách podobná.

- Nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi věkem a dodržováním rodinných tradic v romské minoritě. Platí, že dodržování rodinných tradic je v jednotlivých věkových skupinách podobné.

Tabulka 19 – Souvislost vzdělání s vybranými faktory

| VZDĚLÁNÍ A... | HODNOTA χ^2 | df | p |
|------------------------------------|---------------------|----|--------|
| Pracovní poměr | 153,57 | 24 | <0,001 |
| Porozumění psané romštině | 29,806 | 16 | <0,05 |
| Porozumění mluvené romštině | 42,373 | 16 | <0,001 |
| Důležitost výchovy vlastních dětí | 24,880 | 16 | 0,072 |
| Důležitost vzdělání vlastních dětí | 50,788 | 16 | <0,001 |
| Podpora dětí ve vzdělání | 62,010 | 16 | <0,001 |

χ^2 - chí kvadrát; df - stupně volnosti; p - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním a typem pracovního poměru v romské minoritě.** Respondenti s vyšším vzděláním (vyučen a vyšší) významně častěji uvádějí, že jsou v pracovním poměru, respondenti se základním vzděláním jsou ve významně větší míře nezaměstnaní nebo v invalidním důchodu.
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním a mírou porozumění psané romštině v romské minoritě.** Respondenti s vyšším odborným a zejména vysokoškolským vzděláním ve významně větší míře uvádějí, že rozumí psané romštině.
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním a mírou porozumění mluvené romštině v romské minoritě.** Respondenti s vyšším odborným a zejména vysokoškolským vzděláním ve významně větší míře uvádějí, že rozumí mluvené romštině.
- Nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním a mírou důležitosti, přisuzované výchově vlastních dětí v romské minoritě. Respondenti z jednotlivých skupin, členěných dle úrovně vzdělání posuzují míru důležitosti výchovy vlastních dětí podobně.
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním a mírou**

důležitosti, přisuzované vzdělání vlastních dětí v romské minoritě. S rostoucím vzděláním přisuzují respondenti vzdělání vlastních dětí větší důležitost.

- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi vzděláním a mírou podpory vlastních dětí ve vzdělávání u romské minority.** S rostoucím vzděláním roste i podpora vlastních dětí ve vzdělávání.

Tabulka 20 – Souvislost velikosti místa bydliště s pracovním poměrem

| VELIKOST MÍSTA BYDLIŠTĚ A... | HODNOTA χ^2 | df | p |
|---|--|-----------|-----------------|
| Pracovní poměr | 39,047 | 24 | <0,05 |

χ^2 - chí kvadrát; df - stupně volnosti; p - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi velikostí místa bydliště a pracovním poměrem v romské minoritě.** V nejmenších obcích do 1000 obyvatel žije významně více nezaměstnaných než v ostatních obcích a významně méně osob v zaměstnaneckém poměru.

Tabulka 21 – Souvislost pracovního poměru s vybranými faktory

| PRACOVNÍ POMĚR A... | HODNOTA χ^2 | df | p |
|----------------------------|--|-----------|------------------|
| Místo bydliště | 53,654 | 12 | <0,001 |
| Spokojenost s životem v ČR | 34,954 | 24 | 0,069 |
| Pocit diskriminace v ČR | 90,036 | 24 | <0,001 |

χ^2 - chí kvadrát; df - stupně volnosti; p - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- **Byla prokázána statisticky významná souvislost pracovního poměru a místa bydliště v romské minoritě.** Nezaměstnaní ve významně větší míře uváděli, že bydlí na ubytovně.
- Nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi pracovním poměrem a spokojeností romské minority s životem v ČR. Pracovní poměr spokojenost s životem v ČR statisticky významně neovlivňuje.

- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi pracovním poměrem a pocitem diskriminace romské minority v ČR.** Pocitem diskriminace trpí ve významně větší míře nezaměstnaní, ve významně menší míře pracující v zaměstnaneckém poměru.

Tabulka 22 – Souvislost léčených onemocnění s vybranými faktory

| LÉČENÁ ONEMOCNĚNÍ A... | HODNOTA χ^2 | df | p |
|----------------------------------|---------------------|----|-------|
| Způsob trávení volného času | 61,664 | 36 | <0,01 |
| Zájem o vlastní zdraví | 60,285 | 36 | <0,01 |
| Pravidelné preventivní prohlídky | 10,804 | 9 | 0,289 |

χ^2 - chí kvadrát; df - stupně volnosti; p - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi léčenými onemocněními a způsobem trávení volného času v romské minoritě.** Osoby, které se s ničím neléčí, významně častěji tráví volný čas sportem a schůzkami s přáteli, osoby s nádorovým onemocněním významně častěji uvádějí, že tráví svůj volný čas doma či u televize.
- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi léčenými onemocněními a zájmem o vlastní zdraví v romské minoritě.** Osoby, které se s ničím neléčí, projevují menší zájem o vlastní zdraví.
- Nebyla prokázána statisticky významná souvislost mezi léčenými onemocněními a pravidelnými preventivními prohlídkami v romské minoritě. Léčená onemocnění chození na pravidelné preventivní prohlídky statisticky významně neovlivňují.

Tabulka 23 – Souvislost života v souladu s romskými tradicemi a se zachováváním rituálů a obřadů během hospitalizace v nemocnici

| ŽIVOT V SOULADU S ROMSKÝMI TRADICEMI A... | HODNOTA χ^2 | df | p |
|--|---------------------|----|--------|
| Zachovávání rituálů a obřadů během hospitalizace v nemocnici | 63,565 | 20 | <0,001 |

χ^2 - chí kvadrát; df - stupně volnosti; p - test nezávislosti

Na základě této analýzy bylo zjištěno, že:

- **Byla prokázána statisticky významná souvislost mezi životem v souladu**

s romskými tradicemi a zachováním rituálů a obřadů během hospitalizace v nemocnici. Platí, že osoby, které nežijí v souladu s romskými tradicemi, nezachovávají rituály a obřady během hospitalizace v nemocnici

5 DISKUZE

Propojení koncepčních modelů s ošetrovatelskou péčí je v dnešní době naprosto nezbytné. Tóthová (2017) uvádí, že sestry by si měly uvědomit, že vzdálenost mezi teorií a praxí se bude postupně zmenšovat i tím, že ošetrovatelský personál bude využívat poznatky, které přináší věda, a začnou je ještě více aplikovat do praxe. Důležité je si však uvědomit, že je vždy potřeba hledět na individuální potřeby jedince a přizpůsobovat ošetrovatelskou péči. K tomu nám právě koncepční ošetrovatelské modely mohou dopomoci.

Soužití romské minoritní společnosti s tou majoritní se pravděpodobně nikdy neobejde bez určitých nedorozumění. Romové jsou velice specifickou komunitou, s odlišnými zásadami a pravidly, která se mohou pro ostatní zdát nepochopitelná. I přesto, nebo právě proto, je potřeba si k sobě začít více hledat cestu. Jak uvádí Šlechtová a Bürgerová (2009, s. 192) „...hledání vzájemného pochopení, porozumění a konsenzu je jedinou možností pro zajištění budoucí existence lidstva“.

Ke vzájemnému porozumění se snaží přispět i tato práce. Empirická část byla zpracována kombinací kvantitativních a kvalitativních metod. Ústředním cíle předvýzkumu s 8 příslušníky romské minority bylo, ověřit pochopení informanty jednotlivých oblastí Modelu kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče. Na základě tohoto předvýzkumu, pak bylo realizováno kvantitativní šetření s 600 romskými respondenty. Cílem tohoto šetření bylo aplikovat koncepční model na problematiku romské minority a zmapovat tak jejich specifika ve všech životních oblastech. Následné kvalitativní šetření pak bylo zaměřeno na ověření ošetrovatelské dokumentace na podkladě koncepčního ošetrovatelského modelu.

Vzhledem k získání velkého množství dat jak v rámci kvalitativního, tak i kvantitativního výzkumného šetření je diskuze koncipována souhrnně v rámci shrnutí výsledků z celého výzkumného šetření. Jednotlivé části diskuze jsou rozděleny dle stanovených hypotéz.

První testovanou hypotézou v rámci analýzy kvantitativních dat byla: **„Vzdělání pacientů v romské minoritě ovlivňuje jejich postoj k péči o zdraví.“** Na základě získaných dat a jejich následné analýze, lze jednoznačně potvrdit, že vzdělání romských respondentů ovlivňuje jejich postoj k péči o své zdraví. S rostoucí úrovní vzdělání roste i zájem o vlastní zdraví. Největší zájem projevují respondenti s vyšším odborným vzděláním či vysokoškolským vzděláním (tabulka 7).

Tyto výsledky potvrdily i další studie, které vznikaly v průběhu několik let jak v České republice, tak i v jiných státech Evropské unie. Davidová et al. (2010) uvádí, že velká výzkumná studie byla realizována v letech 2008 – 2009 a nesla název „Zdraví a romská

populace“. Zúčastnilo se jí 7 evropských zemí: Španělsko, Portugalsko, Řecko, Česká republika, Slovensko, Rumunsko a Bulharsko. V České republice bylo osloveno celkově 1 013 romských respondentů (322 nezletilých a 681 dospělých osob). Výzkumné šetření zjišťovalo, kromě jiného i to, jak samotní respondenti vnímají svůj zdravotní stav. Pohled romské minority na své zdraví se sice nijak výrazně neliší od většinové populace. Do subjektivního vnímání zdravotního stavu se však promítá věk, a právě vzdělání respondentů, které významnou měrou přispívá k celkovému zdravotnímu stavu a péči o své zdraví. Tyto údaje se potvrdily i v našem výzkumném šetření. Většina informantů, kteří se podíleli na našem kvalitativním výzkumném šetření, vnímají svůj zdravotní stav spíše pozitivně (schéma 7). V jejich případě se jedná o dvě vysokoškolsky vzdělané osoby, zaměstnané osoby či jedince na mateřské dovolené. Respondenti v kvantitativním výzkumném šetření vnímají svůj fyzický (graf 49) i psychický stav (graf 50) spíše negativně či neutrálně. Podle Zprávy o stavu romské menšiny z roku 2016 jsou právě nerovnosti ve zdraví způsobeny nižším vzděláním a také socio-ekonomickými podmínkami. Podle těchto údajů, lidé s nižšími příjmy a bez vzdělání nepovažují svůj zdravotní stav za hlavní prioritu. U této skupiny lidí se častěji objevuje nezdravý životní styl. Především se jedná o nevhodné složení stravy, nedostatek pohybu či zvýšené riziko závislosti a mizivé povědomí o nutnosti prevence (Úřad vlády ČR, 2017).

Druhá testovaná hypotéza byla: „**Zdravotní stav romské minority se liší podle pohlaví.**“ Tato hypotéza nebyla potvrzena. Ženy i muži v romské minoritě trpí podobnými nemocemi (tabulka 8). Pohlaví tedy neovlivňuje zdravotní stav, ale na druhé straně pohlaví výrazně ovlivňuje celkovou péči o zdravotní stav. Podle dostupných údajů Českého statistického úřadu se mírně liší životní styl romských mužů a žen. Romští muži mají horší životní styl než ženy z romské minority. U mužů se také více projevují různé závislosti (Úřad vlády ČR, 2017). Tato informace se potvrdila i v našem výzkumném šetření. Ženy v romské minoritě chodí daleko častěji na preventivní prohlídky než muži. Naopak muži častěji kouří (jak pravidelně, tak příležitostně) a pijí také více alkoholu než ženy (tabulka 8). Tyto výsledky potvrdily i údaje, které uvádí Český statistický úřad v roce 2016. Dle těchto výstupů kouří v romské populaci 65 % dospělých mužů a 57 % žen. Velký problém představuje pak přetrvávající kouření u žen v období těhotenství a kouření již od útlého dětství. Tím postupem času vznikají chronická onemocnění (Úřad vlády ČR, 2017). Také dle názoru Greenberga (2010) se u romské populace objevuje zvýšené užívání omamných látek a kouření. Podle jeho zjištění, každý den kouří 44 % romského obyvatelstva. Nejvyšší procento každodenních kuřáků je v České republice 58 % oproti Portugalsku, kde kouří každý den 27 %. Podobné

výsledky vyplývají i z projektu „Romská populace a zdraví“. Zde je zřejmé, že kouření je mezi Romy velmi rozšířené a podíl pravidelných kuřáků je v romské minoritě vyšší než u většinové společnosti. S kouřením začínají již v dětském věku (ve věku 13 let a méně začalo kouřit až 30 % současných pravidelných kuřáků) (Nesvadbová, 2009).

Co se týká zdravotního stavu Romů, trpí ve větší míře než majoritní společnost bolestmi hlavy, nemocemi pohybového aparátu či duševním onemocněním (Úřad vlády ČR, 2007). Podobné výsledky se potvrdily i v námi prováděném výzkumném šetření, kdy se na prvních příčkách nemocí u Romské populace objevuje především hypertenze, diabetes mellitus a právě psychické nemoci či onemocnění páteře a kloubů a dýchacího systému (graf 21). V těchto případech je důležité zapojení sester a vhodná motivace. Jak uvádí Šedová et al. (2014) vzhledem ke kulturním rozdílům v populaci je nutné brát v úvahu kulturní a jazykové kompetence při podpoře a udržování zdraví.

Přestože zdraví představuje pro Romy důležitou součást života, péče o vlastní zdraví na předních místech většinou není (Nováková, 2012). Romové vnímají zdraví jako absenci choroby a nemoc často spojují s neschopností. Romští pacienti vyhledávají nejčastěji lékaře právě až v době rozvinutí nemoci či úrazu. Návštěvu lékaře se snaží co nejvíce oddálit (Vivian, 2004). Celkově lze tedy říci, že hlavní problém z hlediska zdravotního stavu, představuje absence prevence. Dle Doláka (2015) patří preventivní prohlídky neodmyslitelně k péči o zdraví každého člověka a hrají hlavní úlohu při odhalování chronických nemocí. Z výzkumu z roku 2015 s názvem „Obezita a nadváha u romské minority v Jihočeském kraji“, kterého se zúčastnilo 600 respondentů (302 osob z romské minority a 298 osob z většinové populace) bylo zjištěno, že pravidelně navštěvuje preventivní prohlídky 65,5 % respondentů z romské minority a 77,2 % respondentů z majoritní populace (Dolák, 2015). V našem výzkumném šetření, kterého se také zúčastnilo 600 respondentů z romské minority v rámci celé České republiky, byly zjištěny o něco horší výsledky. Zde uvedlo 45,8 % respondentů, že chodí na pravidelné prohlídky a 54,2 % na ně nechodí (graf 41). Přes tyto výsledky subjektivně vnímá okolo 80 % respondentů, že se o své zdraví aktivně zajímají (graf 40).

Zajímavé zjištění vyplynulo i z výzkumného šetření autorek Karásková, Kajanová z roku 2017, které se také zaměřovalo na prevenci u Romů, konkrétně na pravidelné návštěvy romské minority u zubního lékaře v Českých Budějovicích. Bylo zjištěno, že pouze 35 % Romů je registrováno u svého stomatologa. Ze zbývajících neregistrovaných respondentů má zájem o registraci pouze 33 % a zbývajících 67 % respondentů dokonce uvedlo, že ke stomatologovi ani chodit nechtějí (Karásková, Kajanová, 2017).

Ke zlepšování zdravotního stavu romských obyvatel je potřeba, aby nadále docházelo

k jejich začleňování do většinové společnosti a byl jim zaručen rovný přístup ke zdravotní péči. V této oblasti je však také důležitý samotný aktivní přístup romských obyvatel. Ten je však také potřeba podpořit edukací a tvorbou preventivních programů zaměřených na posilování zdraví, zdravý životní styl a ochranu před nemocemi (Toumová, et al., 2016).

Subjektivním vnímáním zdravotního stavu u romské populace se zabývalo výzkumné šetření Davidové a kolektivu v letech 2007-2008. Většina respondentů uvedla, že se cítí průměrně (ani dobře, ani špatně). Podle výsledků však nehraje roli, zda respondenti, kteří patří do nejstarší generace, se cítí subjektivně hůře než lidé z mladší generace. Subjektivní pocit ovlivňuje především zdravotní stav. Celkově z výsledků vyplynulo, že na subjektivní pocit zdraví nemá pouze vliv konkrétní onemocnění, ale hrají zde roli i sociální determinanty zdraví (Davidová et al., 2010).

Také z výsledků vyplývá celkem logická věc. A to, že čím více je jedinec nemocný, tím častěji se o své zdraví zajímá a také pravidelně navštěvuje lékaře. Tento ukazatel bude pravděpodobně velice podobný i u majoritní společnosti.

Jak uvádí Tóthová et al. (2010) hodnota zdraví může být pro všechny lidi podobná, avšak vnímání zdraví jednotlivými kulturami je dosti odlišné. Z výzkumného šetření Davidové et al. (2010) bylo zjištěno, že převážná většina respondentů z romské populace sice řadí zdraví mezi nejvyšší životní hodnoty, ale již nedoceňuje význam preventivních opatření v rámci udržení zdraví. Tento fakt vysvětlují také faktory, které podle autorů Čeledové, Čevely (2010) ovlivňují zdravotní stav. Jedná se o socioekonomické podmínky, pracovní podmínky, mezilidské vztahy, systémy zdravotní a sociální péče, demografické faktory a v neposlední řadě právě kulturu každého člověka.

Třetí testovaná hypotéza byla: „**Kulturní specifika romské minority se liší podle jejich prostředí.**“ Tato hypotéza byla potvrzena. Dodržování kulturních specifík ovlivňuje to, kde respondenti bydlí (tabulka 9), s kým zde bydlí (tabulka 10) a také to, zda dodržují romské či specifické rodinné tradice (tabulka 11). Znalost kulturních specifík této skupiny obyvatel je stěžejní pro zdravotníky především při poskytování ošetrovatelské péče jak v klinické, tak komunitní praxi. V této oblasti byly stanoveny dvě výzkumné otázky: VO1: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v klinické praxi u romské minority? VO2: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v komunitní praxi u romské minority? Tato specifika se právě odvíjejí od sociálních podmínek Romů.

Postavení ženy a muže v rodině se v zásadě odvíjí od charakteristiky dané rodiny a způsobu života. V zásadě lze říci, že tradičnější rozdělení rolí zůstává nadále mezi rodinami žijícími izolované v prostředí romských osad oproti rodinám, které žijí rozptýleně mezi

ostatním obyvatelstvem (Davidová et al., 2010). Z našeho výzkumného šetření vyplynulo spíše tradičtější rozdělení rolí (graf 24, graf 25). Hlavním úkolem ženy tak podle respondentů zůstává výchova dětí (74,6 %) a starost o chod domácnosti (59,4 %). Muž má především dostatečně finančně rodinu zajistit (79,3 %) a podílí se na rozhodování v rámci rodiny (57,8 %). Určitý posun je však vidět i v rámci rozdělení rolí v domácnosti. Žena se podílí i na rozhodování v rodině (23,4 %) a muž například na chodu domácnosti (13,0 %). Autoritu v rodině mají jak ženy, tak i muži. Otec představuje autoritu pro 30,2 % respondentů a matka pro 27,5 % Romů (Davidová, et al., 2010). Mírně se tak mění postavení ženy v rámci rodiny, kdy v nedávné minulosti měla žena spíše podřadné postavení (Batueva, 2012). Tím pádem se také proměňuje v rámci zdravotnictví prvotní podávání informací členům rodiny. Většina respondentů se shoduje, že informace chtějí nejprve vědět oni sami (62,5 %) pouze 13,8 % chce, aby byly informace předány nejprve manželovi či manželce.

Vyžadování respektu ke kulturním či náboženským zvykům a tradicím od zdravotníků v době hospitalizace se odvíjí především od konkrétní romské rodiny. Kutnohorská uvádí: *„Každý člověk je ovlivněn kulturním prostředím, v němž vyrůstá, pracuje nebo studuje.“* (Kutnohorská, 2013, s. 13). Podle Kajanové, Dvořáčkové (2013) lze říci, že v dnešní době stále máme v ČR tradiční romské rodiny, které dodržují romské zvyky a tradice, mají jasně dané rozdělení rolí žena/muž a většinou používají v běžné komunikace více romský jazyk než český. Na druhé straně jsou však romské rodiny, které již upouštějí od tradičního rozdělení rolí v rodině a také od dodržování romských tradic. Více pak inklinují k tradicím majoritní společnosti, které se snaží přiblížit (Kajanová, Dvořáčková, 2013). Z kvantitativního výzkumného šetření vyplynulo, že podle romských tradic žije pouze 23,5 % respondentů (graf 82). Daleko více také dodržují tradice ti, kteří žijí v manželském svazku s rodiči nebo širší rodinou než ti, kteří žijí sami či pouze s partnerem či partnerkou. Zájem Romů o svůj původ má souvislost s věkem a opět i s tím, v jaké komunitě je jedinec vychováván. Čím je jedinec starší, tím více je hrdý na svůj původ a zajímá se o historii romské kultury (tabulka 18). Podle Blasca (2008) může být nezájem o romskou minulost daný tím, že jsou Romové orientováni především na současnost. *„Pochopit, jak Cikáni zacházejí s minulostí je přitom klíčové pro porozumění procesům, jejichž prostřednictvím přetrvávají jako skupina uprostřed necikánské společnosti“* (Blasco, 2008, s. 73).

Podle údajů ze Zprávy o stavu romské menšiny v České republice za rok 2016 lze v současné době tuto minoritu rozlišit na dvě skupiny. Na základě odhadů zhruba polovina Romů žijících v ČR představují Romové, kteří jsou integrováni do společnosti. Druhou polovinu pak představují Romové, kteří jsou sociálně vyloučeni nebo jsou sociálním

vyločením ohrožení (Hlaváček, 2017). Podle současných údajů čelí Romové od většinové společnosti neustálým předsudkům, nesnášenlivosti a diskriminaci (Gabal, 2008). Podle poslední celorepublikové studie Analýzy sociálně vyloučených lokalit v ČR, bylo v roce 2014 nejvíce sociálně vyloučených lokalit v kraji Karlovarském, Ústeckém, Olomouckém a Moravskoslezském. Většinou se jedná o Romy, ale také zde přibývá mnoho neromů, především pak osob nezaměstnaných či seniorů (Čada et al., 2015). Tento fakt potvrzují i výsledky z našeho výzkumného šetření. Podle subjektivního názoru příslušníků romské minority je velká část (44 %) respondentů přesvědčena o tom, že je česká majoritní společnost vůči nim nesnášenlivá (graf 39). Dokonce 71 % respondentů se cítí být diskriminováni v různých oblastech života (graf 38). Tento fakt bohužel potvrzují i údaje, které poskytl zástupci romské minority. Z těchto údajů vyplývá, že až 86 % majoritní společnosti Romy přímo zavrhuje a požaduje jejich segregaci (Klicperová – Baker, Košťál, 2012). Nejčastěji se Romové cítí být diskriminováni na trhu práce (49,3 %). Tento výsledek potvrzuje i Zpráva o stavu romské menšiny v ČR za rok 2016. Příčinou je především fakt, že část zaměstnavatelů přistupuje k Romům již na začátku se značnými předsudky a údajně špatnými zkušenostmi a kolektivně připisují této skupině obyvatel charakteristiku jako neochotu pracovat a špatné předchozí zkušenosti. Tím pádem nedají ani konkrétnímu romskému uchazeči možnost prokázat své pracovní schopnosti (Úřad vlády České republiky, 2017). Problémy s diskriminací především na trhu práce potvrdily i další výzkumy. Podle Lidové et al. (2015) vycházejí předsudky vůči této minoritě již z primární identifikace, kdy jsou Romové hodnoceni na základě barvy pleti.

Podle dalšího zjištění Úřadu vlády České republiky (2017) vyjadřuje většina obyvatel ČR dlouhodobě negativní postoje vůči Romům. Romská minorita je dlouhodobě hodnocena jako nejvíce nesympatická minorita žijící v ČR. V roce 2017 se národnostní skupinou s největšími antipatiemi stali Arabové. Ačkoliv se jedná o úkol dlouhodobý, dosud se nepodařilo vládě zlepšit vnímání romské menšiny mezi obyvateli ČR. V roce 2006 se Vláda České republiky zasadila o vytvoření dlouhodobá Koncepce romské integrace do roku 2025 Hlavním cílem je zlepšit postavení Romů ve společnosti. Kromě jiného se zde vláda zasazuje o úzkou spolupráci zejména s Radou Evropy, mezinárodními a mezivládními organizacemi či s ostatními zeměmi Evropské unie (Vláda České republiky, 2006).

Čtvrtá testovaná hypotéza byla: „**Dodržování léčebného postupu během nemoci u pacientů z romské minority se liší podle vzdělání**“. Bylo potvrzeno, že čím vyšší mají respondenti vzdělání, tím více dodržují léčebné postupy v případě onemocnění (tabulka 12). Dodržování léčebného režimu u romských pacientů, je obecně velkým problémem. Podle

Maryšové (2010) je běžné, že když symptomy odezní a pacientovi se uleví, přestávají být dodržována všechna opatření a doporučení.

Stejně jako v případě nutnosti důkladné edukace jako prevence nemocí, je potřeba ji aplikovat i zde. Tedy vysvětlovat, proč je nutné dodržovat léčebný režim a dobírat všechny předepsané medikace bez ohledu na vymizení příznaků nemoci. Podle Davidové et al. (2010) je v České republice i v ostatních státech Evropské unie evidentní nedostatečná prevence ve všech oblastech zdraví u této minority. Je proto potřeba dostat tuto problematiku do popředí ve všech státech s výskytem romské minority.

Dobranici, et al. (2012) uvádí, že velkým problémem v této oblasti jsou zkreslené informace, které se dostávají k široké české i slovenské veřejnosti. V běžném tisku najdeme pouze vylíčení zdravotní problematiky Romů ve smyslu zvýšeného rizika infekčních nemocí. Do této doby proběhly pouze malé pokusy prezentovat na veřejnosti relevantní výsledky odborných výzkumů nebo konkrétní návrhy na zlepšení zdravotní politiky pro romskou menšinu.

Dle programu WHO Zdraví pro 21. století se od států očekává, že se aktivně zapojí do této problematiky. Jak uvádí Davidová et al. (2010) mezi hlavní body patří právě posílení preventivních programů v oblasti výživových zvyklostí či v oblasti užívání drog a patologického hráčství. V neposlední řadě také posílení programu zdravotně sociálních pracovníků zvláště v sociálně vyloučených lokalitách. Zásadním bodem je i nutnost zvýšit participaci romské minority na vlastním zdraví, což zahrnuje zvýšení informovanosti o zdravém životním stylu, o systému zdravotní péče včetně prevence zaměřené především na mladé jedince a ženy a dodržování léčebného režimu.

V případě hospitalizace Roma v nemocnici, je pozitivní, že většinou neodmítají žádné léčebné ani diagnostické výkony (Nováková, 2012). Tento fakt, lze s největší pravděpodobností přisuzovat tomu, že zdraví se u romské populace objevuje na prvních příčkách v rámci důležitých životních hodnot (graf 48). Snaží se tedy co nejdříve svoje zdraví, oslabené nemocí, získat zpět, aby opět mohli svůj čas trávit s rodinou. Na tuto oblast byla stanovena VO5: Jaká kulturní specifika vyžadují romští pacienti při poskytování ošetrovatelské péče? Většina respondentů se shodují, že nevyžadují dodržování specifík, které by vycházely z jejich kultury. Požadují však od zdravotníků slušný přístup a informace o jejich zdravotním stavu. Z výzkumného šetření Novákové a kolektivu (2012) vyplynulo, že v souvislosti s hospitalizací nevyžadují příslušníci romské minority žádná zvláštní opatření a naprosto českým zdravotníkům důvěřují. Podobná zjištění vyplynula i z našeho kvantitativního výzkumného šetření (graf 61). Zde respondenti uvedli, že 96,5 % z nich se

nesetkalo s péčí, která by byla v rozporu s jejich kulturními zvyky a tradicemi a dále uvedlo 98,7 %, že se nesetkali ani s péčí, která by byla v rozporu s jejich náboženským přesvědčením. Naopak hodnotí práci zdravotníků kladně, autority ve zdravotnictví uznávají (graf 104) a českým zdravotníkům důvěřují (graf 105). Podle Novákové (2012) dokonce Romové v jednom z výzkumných šetření uvedli, že hodnotí chování sester i lékařů jako milé, důstojné a přívětivé jak k pacientům samotným, tak i jejich rodinám.

Pro potřeby poskytování kvalitní ošetrovatelské péče nám pomáhá ošetrovatelská dokumentace. Podle Giger, Davidhizar, Fordham (2006) právě informace obsažené v Modelu kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče vedou ke zkvalitnění celého ošetrovatelského procesu. V rámci této oblasti byly stanoveny dvě výzkumné otázky: VO3: Jaké jsou možnosti využití modifikované ošetrovatelské dokumentace v klinické praxi u pacientů z romské minority. VO4: Jaké jsou možnosti využití modifikované ošetrovatelské dokumentace v komunitní praxi u pacientů z romské minority? V rámci focus group kdy došlo k ověřování sestavené ošetrovatelské dokumentace pro romskou minoritu, byly využity sestry jak z klinické, tak komunitní praxe. Během jednotlivých setkání bylo zjištěno, že sestry považují za zbytečné oblasti, které se zabývají interrupcí, mortalitou, prevencí či vývojovými stádii. Dále upozorňovaly především na nedůležitost postoje pacienta k nemoci. „*Postoje nejsou důležité – je zde otázka využitelnosti. Nemělo by to být součástí anamnézy, nemá to vztah k hospitalizaci*“ (focus group 2). Vzhledem k výsledkům v kvantitativní části, nelze s tímto výrokem souhlasit. Protože postoje pacienta jsou pro nás naopak stěžejní, ať už v rámci léčebného režimu či preventivní péči. Zelko et al. (2015) uvádí, že znalost kultury a tradic Romů je důležité pro pochopení jejich vztahu ke zdraví a celému zdravotnickému systému. Právě z těchto důvodů je nezbytné ponechat tuto oblast v rámci dokumentace. To, že mnoho sester chtělo odstranit postoje pacienta, pojetí času či prvky v neverbální komunikaci vede k zamyšlení, zda si vůbec uvědomují, proč tyto informace potřebujeme vědět. Může to vycházet právě z jejich neznalosti a nepropojení bio-psycho-sociálně spirituálních potřeb svých pacientů. K tomuto propojení pomáhají právě ošetrovatelské modely.

Koncepční ošetrovatelské modely dávají sestřám základ, především ne proto co dělají, ale vedořu je k pochopení toho, proč a jak to dělají (Archalousová, 2003). Pokud se tedy budou snažit porozumět určitému modelu, mohou si být jisté, že znají svého pacienta a vědí, jak efektivně poskytnout péči, která bude v souladu s hodnotami lidského jedince. Toho jedince, který je nyní odkázaný na jejich péče.

6 ZÁVĚR

Předložená práce podrobně shrnuje problematiku romské minority pohledem Modelu kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče. Pro tuto disertační práci byly stanoveny cíle, které byly zaměřeny na zjištění specifík u romské minority v rámci klinické a komunitní péče. Dále pak na zjištění, která ze specifík chybí v Modelu kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče a modifikování ošetrovatelské dokumentace, která vychází z daného koncepčního modelu. Pro získání potřebných informací byla využita kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření. V rámci výzkumného šetření byly stanoveny čtyři hlavní hypotézy a pět výzkumných otázek.

Testováním hypotéz bylo prokázáno, že vzdělání pacientů v romské minoritě má vliv na to, jakým způsobem se respondenti starají o své zdraví. Přestože je pro ně zdraví na prvním místě v rámci žebříčku životních hodnot, jejich způsob života tomu neodpovídá. Kouření, pití alkoholu a nedodržování preventivních prohlídek je běžnou součástí života Romů. V rámci souvislosti zdravotního stavu a pohlaví, nebyla prokázána žádná spojitost. Ženy i muži trpí obdobnými nemocí. Jedná se především o mnoho civilizačních chorob, které mají souvislost se životním stylem Romů. Patří sem obezita, hypertenze, diabetes mellitus či onemocnění kloubů a dýchacích cest.

V rámci onemocnění je důležité dodržování léčebného režimu. Zde je důležité vzdělání jedince. Čím má respondent vyšší vzdělání, tím je pravděpodobnější, že bude dodržovat veškerá léčebná opatření, a především bude dobírat léky i po odeznění příznaků. Protože romská minorita žije nejvíce přítomností, je toto nutné zohlednit právě během léčby. Je důležité pacienta srozumitelně edukovat z jakého důvodu je hospitalizovaný a proč je nutné dodržování daného léčebného režimu. Pro romskou minoritu totiž již samotná hospitalizace představuje velkou zátěž, především z hlediska odloučení od rodiny.

Romská minorita je poměrně uzavřenou skupinou obyvatel, která se do dnešního dne složitě asimiluje do většinové společnosti. Přesto je u ní patrná postupná ztráta některých specifických rysů. Bylo potvrzeno, že vliv na kulturní specifika má především to, kde jedinec vyrůstá. Zda se jedná o rodinu, která žije ve velké komunitě a dodržuje specifické romské tradice nebo se jedná o skupinu, která přebrala mnoho zvyků z majoritní společnosti a původní zvyky se u ní již vytrácejí. V současnosti je poměrně běžné, že čím mladší jedinec, tím menší má povědomí o romském jazyce či tradičních romských zvycích.

Z výše uvedeného je patrná velká rozdílnost romské skupiny obyvatel od majoritní společnosti. Získané poznatky jsou pro nás stěžejní především z toho hlediska, že se jedná o

pohled samotných Romů na různé aspekty jejich života. Všechny tyto životní oblasti jsou přehledně obsažené v navržené dokumentaci podle Modelu kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče autorek J. N. Giger a R. E. Davidhizar. Propojení všech sfér jejich života pomůže zdravotníkům k následnému lepšímu pochopení romských pacientů a možnosti naplánování ošetrovatelské péče dle jejich specifik. V neposlední řadě může přispět ke zbourání některých bariér v rámci vztahů majoritní společnosti a romských jedinců.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- ADÁMKOVÁ, V., 2015. Obezita a nadváha jako celospolečenský problém. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Prevence a nadváha u romské minority v komunitním ošetrovatelství*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. s. 16-23. ISBN 978-80-7422-467-6.
- ARCHALOUSOVÁ, A., 2003. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus HK. 104 s. ISBN 80-86225-33-X.
- ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z., 2005. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. Hradec Králové: Nucleus HK. 108 s. ISBN 80-86225-63-1.
- BANKS, J. A., 2004. *Handbook of Research on Multicultural Education*. Jossey-Bass. 2. edition. 1120 s. ISBN 978-07-8795-915-9.
- BATUEVA, E., 2012. The Roma minority in the Czech Republic: scapegoats of modern history? *Ecumenical Review Sibiu*. 4 (3), 429-441. ISSN 2065-5940.
- BLASCO, P. G., 2008. „Neznáme svůj původ“: Jak Cikáni z Jarany zacházejí s minulostí. In: JAKOUBEK, M. *Cikáni a etnicita*. Praha: Triton. s. 73 - 103. ISBN 978-80-7387-105-5.
- BUDILOVÁ, L., JAKOUBEK, M., 2007. Příbuzenství, manželství a sňatkové vzorce. Cigánská příbuzenská síť. In: BUDILOVÁ, L., JAKOUBEK, M. *Cigánská rodina a příbuzenství*. Ústí nad Labem: Dryada. s. 19-68. ISBN 978-80-87025-11-6.
- BUTTS, J., B., RICH, K. L., 2008. *Nursing Ethics. Across the Curriculum and Into Practice*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers. 546 s. ISBN 978-0-7637-4898-2.
- COHN, W., 2009. *Cikáni*. Praha: Slon. 61 s. ISBN 978-80-7419-008-7.
- COON, CH., S., 1962. *The Origin of Races*. New York: Knopf. 724 s. ISBN 978-0-2246-0112-2.
- ČADA, K. et al., 2015. *Analýza sociálně vyloučených lokalit v ČR*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. 116 s. ISBN neuvedeno
- ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví. Vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
- DAVIDHIZAR, R., BECHTEL, G. A., 1999. Referencing in Transcultural Nursing: An Ethical Analysis. *Nursing Forum*. 34 (4), 14-18. ISSN 0029-6473.
- DAVIDOVÁ, E. et al., 2010. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: Triton. 241 s. ISBN 978-80-7387-428-5.
- DAVIDOVÁ, E., 2004. *Romano drom. Cesta Romů 1945-1990*. Olomouc: Interface. 244 s. ISBN 80-244-0524-5.

- DOBRANICI M., 2012. The cardiovascular risk factors of the Roma (Gypsies) people in Central- Eastern Europe: a review of the published literature. *Journal of Medicine*. 5(4), 382-389. ISSN 1357-3039.
- Dolák, F., 2015. Prevence jako součást moderního ošetrovatelství. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetrovatelství*. České Budějovice: Lidové noviny. s. 78 - 83. ISBN 978-80-7422-467-6.
- DOURADO, C. S. et al., 2018. Body, culture and meaning. *Journal of Human Growth and Development*. 28 (2), 206-212. ISSN 2175-3598.
- FARKAŠOVÁ, D., 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin: Osveta. 212 s. ISBN 80-8063-227-8.
- FAY, B., 2002. *Současná filosofie sociálních věd. Multikulturní přístup*. Praha: Slon. 324 s. ISBN 80-86429-10-5.
- FONTDEVILA, D. F., 2010. Madeleine Leininger: Clear and dark transcultural. *Index de Enfermeria*. 19 (2-3), 172-176. ISSN 1132-1296.
- FRASER, A., 1998. *Cikáni*. Praha: NLN. 374 s. ISBN 80-7106-212-X.
- GABAL, I. et al., 2008. *Sociální vyloučení Romů a česká společnost*. Praha: Otevřená společnost o.p.s. 57 s. ISBN 978-80-87110-07-2.
- GIDDENS, A., 2013. *Sociologie*. Praha: Argo. 1052 s. ISBN 978-80-257-0807-1.
- GIGER, J. N, DAVIDHIZAR R. E., FORDHAM, P., (2006). Multi-cultural and Multi-ethnic considerations and Advanced Dicertives: Developing Cultural Competency. *Journal of Cultural Diversity*. 13(1), 3-9. ISSN 1071-5568.
- GIGER, J. N., 2014. *Transcultural Nursing: Assessment and Intervention*. St. Loius: Mosby. 736 p. ISBN 978-0-3234-0004-6.
- GIGER, J. N., DAVIDHIZAR R. E., 2004. *Transcultural Nursing. Assesment and Intervention*. St. Louis: Mosby. 666 p. ISBN 0-323-02295-2.
- GIGER, J. N., DAVIDHIZAR, R. E., 1999. *Transcultural Nursing. Assesment and Intervention*. 3rd ed. St. Louis: Mosby. 560 p. ISBN 0-3230-0287-0.
- GIGER, J. N., DAVIDHIZAR, R. E., 2002. The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of Transcultural Nursing*. 13 (3), 185-188. ISSN 1552-7832.
- GREENBERG J., 2010. Report on Roma education today: from slavery to segregation and blond. *Columbia Law Review*. 110 (4), 919-1001. ISSN 0010-1958.
- GRELLIER, J., ŠOLTÉSOVÁ, K., 2004. *Healthcare Policy and Provision for Roma in Slovakia and the Czech Republic* [online]. Brussels: European Roma rights centre [cit. 2018-06-30]. Dostupné z: <http://www.errc.org/article/healthcare-policy-and-provision-for-roma-in->

slovakia-and-the-czech-republic/2065

HAJDUCHOVÁ, H., URBAN, D., 2014. Sociální determinanty zdraví u romské populace. *Kontakt*. 16 (1), 44-49. ISSN 1212 – 4117.

HÁJEK, M., BAHBOUH, CH. 2016. *Muslimský pacient – principy diagnostiky, terapie a komunikace*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-5631-8.

HEŘMANOVÁ, J. et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.

HES, A. et al., 2014. *Hodnotové aspekty interkulturní komunikace*. Praha: Eupress. 64 s. ISBN 978-80-7408-108-8.

HLADÍK, J., 2014. *Multikulturní kompetence studentů pomáhajících profesí*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. 116 s. ISBN 978-80-7454-426-2.

HLAVÁČEK, K., 2017. *Romové v České republice* [online]. Praha: Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky [cit. 2018-11-05]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/zprava-o-stavu-romske-mensiny-za-rok-2015-146576/>

HOFMANOVÁ, H., 2013. Hodnocení postavení národnostních menšin v ČR z pohledu Rady Evropy. *Acta Universitatis Carolinae*. 2013 (1), 11-19. ISSN 0323-0619.

HOTVÁTHOVÁ, J., 2002. *Kapitoly z dějin Romů*. Praha: Lidové noviny. 84 s. ISBN neuvedeno.

HUBÁČEK, J. A., 2015. Základní genetické aspekty obezity romské minority. In: TÓTHOVÁ, V. et al., *Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetrovatelství*. 2015. Praha: NLN. s. 32 – 36. ISBN 978-80-7422-467-6.

IVANOVÁ K. et al., 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.

JACOBSSON, M. et al., 2008. Genotype, haplotype and copy-number variation in worldwide human populations. *Nature*. 451(7181), 998-1003. ISSN 1476-4687.

JAKOUBEK, M., 2008. *Cikáni a etnicita*. Praha: Triton. 403 s. ISBN 978-80-7387-105-5.

JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. 224 s. ISBN 80-7254-329-6.

JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

KAJANOVÁ, A., DVOŘÁČKOVÁ, O., 2013. Jak ovlivňuje udržování romských tradic život současných romských komunit v České republice a na Slovensku? *Kontakt*. 15(3), 276-281. ISSN 1212-1417.

- KALEJA, M. et al., 2012. *Romové - otázky a odpovědi v českém a slovenském kontextu*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta. 204 s. ISBN 978-80-7464-175-6.
- KALIBOVÁ, K., 2009. Demografické charakteristiky Romů ve vybraných zemích střední a východní Evropy. In: JAKOUBEK, M., BUDILOVÁ, L. *Cikánské skupiny a jejich sociální organizace*. Brno: CDK. s. 214-237. ISBN 978-80-7325-178-9.
- KALMAN, M. et al., 2011. *Národní zpráva o zdraví a životním stylu dětí a školáků. HBSC – Česká republika – 2010*. Olomouc: Univerzita Palackého. 116 s. ISBN 978-80-244-2985-4.
- KANT, I., 1976. *Základy metafyziky mravů*. 3. vydání. Praha: Svoboda. 103 s. ISBN 978-80-7298-501-2.
- KARÁSKOVÁ, P., KAJANOVÁ, A., 2017. Romské obyvatelstvo a vybrané aspekty stomatologické péče. *Česká stomatologie*. 117(1), 8-12. ISSN 1803-6597.
- KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2009. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty* 4. ročník. Praha: Grada. 140 s. ISBN 978-80-247-2831-5.
- KLICPEROVÁ – BAKER, M. KOŠTÁL, P., 2012. Diversity or behavioral deviance? Social distance from Roma, gays, people with AIDS and other minorities. *Československá psychologie*. 56(4), 297-314. ISSN 0009-062X.
- KOVATS, M., 2008. Možnosti a výzvy – Rozšiřování Evropské unie a romská/cikánská diaspora. In: JAKOUBEK, M., BUDILOVÁ, L. *Romové a cikáni neznámí i známí. Interdisciplinární pohled*. Voznice: LEDA, s. 13-21. ISBN 978-80-7335-119-9.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-2476-568-6.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
- LANCELOOTTI, K., 2008. Culture Care Theory: A Framework for Expanding Awareness of Diversity and Racism in Nursing Education. *Journal of Professional Nursing*. 24(3), 179-183. ISSN 8755-7223.
- LEININGER, M., McFARLAND, M., 2002. *Transcultural nursing concepts theory, research and practices*. 3. vyd. New York: Medical Publishing. 621 s. ISBN 0-07-1353-976.
- LEININGER, M., McFARLAND, M., 2006. *Culture care diversity and universality a worldwide nursing theory*. 2. vyd. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers. 413 s. ISBN 978-80-7637-3437-3.

- LIDOVÁ, L., et al., 2015. How can prejudices and stereotypes affect everyday life of Roma women? *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation*. 6(1-2), 40-45. ISSN 1804-1868.
- LÍŠKOVÁ, M., NÁDASKÁ, I. et al., 2006. *Základy multikulturneho ošetrovatelstva*. Martin: Osveta. 69 s. ISBN 80-8063-216-2.
- MACHOVEC, J., 2002. *Smysl lidské existence*. Praha: Akropolis. 127 s. ISBN 80-7304-016-6.
- MANN, A. B., 2004. Duchovná kultúra Rómov. *Dingir*, 7(1), 10-13. ISSN 1212-1371.
- MARÁDOVÁ, E., 2006. *Multikulturní porozumění*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s. 44 s. ISBN 80-86991-82-2.
- MAREŠ, P., 2006. *Faktory sociálního vyloučení*. Praha: VÚPSV. 41 s. ISBN 80-87007-18-8.
- MARYŠKOVÁ, A., 2010. Specifika poskytování zdravotní péče romskému pacientovi. *Sestra*: 2(2010), 25-27. ISSN: 0049-8572.
- MASTILIAKOVÁ, D., 2004. *Úvod do ošetrovatelství I. díl. Systémový přístup*. Praha: Karolinum. 161 s. ISBN 80-246-0429-9.
- MCGARRY, A., 2014. Roma as a political identity. Exploring representations of Roma in Europe. *Ethnicities* 14(6), 756-774. ISSN 0033-2941.
- MENDIZABAL, I. et al., 2012. Reconstructing the Population History of European Romani from Genome-wide Data. *Current Biology*. 22(24), 2342-2349. ISSN 0960-9822.
- MIKO, V., 2010. *Česko-romské vztahy*. Brno: Tribun EU. 130 s. ISBN 978-80-7399-938-4.
- MUNZAROVÁ, M., 2005. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.
- NESVADBOVÁ, L. et al., 2003. Determinanty zdraví romské populace v České republice 1999-2001. *Praktický lékař*. 3(83), 139-145. ISSN 1080-2711.
- NESVADBOVÁ, L. et al., 2009. Romská populace a zdraví. Česká republika – Národní zpráva [online]. Praha: [cit. 2018-06-30.]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/zalezitosti-romskekomunity/dokumenty/Sastipen.pdf>.
- NOVÁKOVÁ, D., 2012. Romská minorita. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton. s. 21 – 51. ISBN 978-80-7387-645-6.
- OLÁHOVÁ, L., 2000. *Nejen romská kuchařka*. Praha: Fortuna. 80 s. ISBN 978-80-7168-741-2.
- OLIŠAROVÁ, V., 2012. Charakteristika romské minority. In: TÓTHOVÁ, V., et al. *Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetrovatelství*. Praha: Nakladatelství lidové noviny. p. 26 - 28. ISBN 978-80-7422-467-6.

- PARKER, M. E., 2006. *Nursing Theories, Nursing Practice*. 2. issue. Philadelphia: F. A. Davis Company. 409 p. ISBN 978-0-8036-1196-2.
- PAVELČÍKOVÁ, N. 2012. Historie Romů v českých zemích. In: KALEJA, M. et al., *Romové – otázky a odpovědi v českém a slovenském kontextu*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. s. 9 – 23. ISBN 978-80-7464-175-6.
- PAVELČÍKOVÁ, N., 2009. Historie Romů v českých zemích v letech 1945-1989. In: KALEJA, M., KNEJP, M., *Mluvme o Romech*. Ostrava: Ostravská univerzita, s. 41-49. ISBN 978-80-7368-708-3.
- PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-1211-6.
- PEŠEK, J., 1995. *Proměny času ve vztahu k bytí a jeho možnému smyslu*. Praha: Ježek. 144 s. ISBN 80-85996-00-6.
- PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A., 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum. 1627 s. ISBN 978-80-718-4310-8.
- PLEVOVÁ, I. et al. 2011. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0
- PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
- POKORNÁ, A., 2008. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.
- PONĚŠICKÝ, J., 2006. *Člověk a jeho postavení ve světě*. Praha: Triton. 266 s. ISBN 80-7254-861-1.
- PRŮCHA, J., 2010. *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3069-1.
- SEDLÁKOVÁ, G., KOUDELKOVÁ, V., 2008. Multikulturní ošetrovatelství. In: TÓTHOVÁ, V., *Všeobecná sestra pro absolventy vyšších odborných škol – Podpůrné texty*. České Budějovice: Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2008. s. 74-111. ISBN neuvedeno.
- SEDLÁKOVÁ, G., SOUKUPOVÁ, J., 2007. Transkulturní ošetrovatelské hodnocení podle modelu Gigerové a Davidhizarové. *Kontakt*. 9(2), 230-239. ISSN 1212-4117.
- SOUKUP, V., 2005. *Dějiny antropologie*. Praha: Karolinum. 672 s. ISBN 80-246-0337-3.
- STEWART, M., 1997. *The time of the Gypsies*. Oxford: Westview Press. 302 s. ISBN 978-08-1333-198-0.
- ŠEDOVÁ, L. et al., 2014. Romové a specifika zdravotní edukace. *Studia Kinanthropologica*. 15(3), 259-267. ISSN 1213-2101.

- ŠIŠKOVÁ, T., 2001. *Menšiny a migranti v České republice*. Praha: Portál. 188 s. ISBN 80-7178-648-9.
- ŠLECHTOVÁ, D., BURGEROVÁ, O., 2009. Specifika romského etnika ve vztahu k poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče. *Kontakt*. 11(1), 187-192. ISSN 1212 - 4117.
- ŠPIRUDOVÁ, L. et al., 2004. *Pečujeme o klienty odlišných etnik a kultur*. Olomouc: MZ ČR (Výzkumná zpráva). 303 s. ISBN neuvedeno.
- ŠPIRUDOVÁ, L. et al., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
- ŠTOLOVÁ, E., 1997. Příchod Romů do Evropy. In: *Romové – reflexe problému: Soubor textů k romské problematice*. Praha: Sofis, s. 52-104. ISBN neuvedeno.
- ŠVEJDOVÁ, K., 2010. Filozofie v ošetrovatelství. *Sestra*. 20(9), 22 – 23. ISSN 1210-0404.
- tegrace+
- TÓTHOVÁ, V. et al., 2012. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton. 278 s. ISBN 978-80-7387-645-6.
- TÓTHOVÁ, V., 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. 196 s. ISBN 978-80-73-87-414-8.
- TÓTHOVÁ, V., OLÍŠAROVÁ, V. et al., 2017. *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství*. Praha: NLN. 196 s. ISBN 978-80-7422-630-4.
- TOUMOVÁ, K., et al., 2016. Zdravotní stav romské populace v kontextu primární a sekundární prevence. *Kontakt*. 18(2), s. 100-105. ISSN 1212-1417.
- ULREY, K. L., AMASON, P., 2001. Intercultural Communication Between Patients and Health Care Providers: An Exploration of Intercultural Communication Effectiveness, Cultural Sensitivity, Stress and Anxiety. *Health Communication*. 13(4), 449-463. ISSN 1041-0236.
- URBAN, D., KAJANOVÁ, A., 2010a. Další výsledky výzkumného šetření k tématu postavení jednotlivých členů romské rodiny a domácnosti. In: DAVIDOVÁ, E. et al., *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: Triton, s. 69 – 70. ISBN 978-80-7387-428-5.
- URBAN, D., KAJANOVÁ, A., 2010b. Výživa a způsob stravování ve vztahu ke zdraví romských komunit. In: DAVIDOVÁ, E. et al., *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: Triton, s. 187-189. ISBN 978-80-7387-428-5.
- ÚŘAD VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY, 2017. *Zpráva o stavu romské menšiny v České republice za rok 2016*. Praha: Oddělení kanceláře Rady vlády pro záležitosti romské menšiny a sekretariátu Rady vlády pro národnostní menšiny. ISBN neuvedeno.

- VACHKOVÁ, E., 2011a. Pacientovo pojetí nemoci v kontextu transkulturního ošetrovatelství. In: MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E., *Pacientovo pojetí nemoci III*. Brno: MSD, s. 29-52. ISBN 978-80-7392-191-0.
- VACHKOVÁ, E., 2011b. Pacientovo pojetí nemoci – možnosti ovlivnění a přínos pro ošetrovatelskou praxi. In: MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E., *Pacientovo pojetí nemoci III*. Brno: MSD, s. 97-116. ISBN 978-80-7392-191-0.
- VAUX DE FOLETIER, F., 1970. *Mille Ans d'Histoire des Tsiganes*. Paris: Fayard. 282 p. ISBN 12204.
- VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
- VIVIAN, C., 2004. The crossroads of culture and health among the Roma (Gypsies). *Health Policy and System*. 36(1), 86-91. ISSN 1478-4505.
- VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY., 2006. Příloha k usnesení vlády ze dne 12. dubna 2006 č. 393. Zásady dlouhodobé Koncepce romské integrace do roku 2025.[on-line]. 2006.[cit. 2019-05-20]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/scripts/modules/fg/fulltxt.php?langid=1&locale=CZ&sort=rank&searchtext=Koncepce+romsk%C3%A9+in>
- VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
- WATSON, J., 2007. Nursing. *Human Science and Human Care. A Theory of Nursing*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers. ISBN 978-0-7637-5322-1.
- WHO, 1946. *Constitution of the World Health Organization: Principles*. World Health Organization. [online]. [cit. 2019-01-22.]. Dostupné z: <https://www.who.int/about/mission/en/>
- ZELKO, E. et al., 2005. Attitudes of the Prekmurje Roma towards health and healthcare. *Wiener Klinische Wochenschrift*. 127(5), 220-227. ISSN 0043-5325.

8 SEZNAM ZKRATEK

BMI – Body Mass Index

ČR – Česká republika

ETNA – European Transcultural Nurses Association

GAJU – Grantová agentura Jihočeské univerzity

MS Word – Microsoft Word

P/K – Pacient/Klient

SASD – Statistika Analýza Sociálních Dat

SPSS – Statistical Program for Social Sciences

VO – výzkumná otázka

WHO – World Health Organization

9 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Schéma Modelu kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče

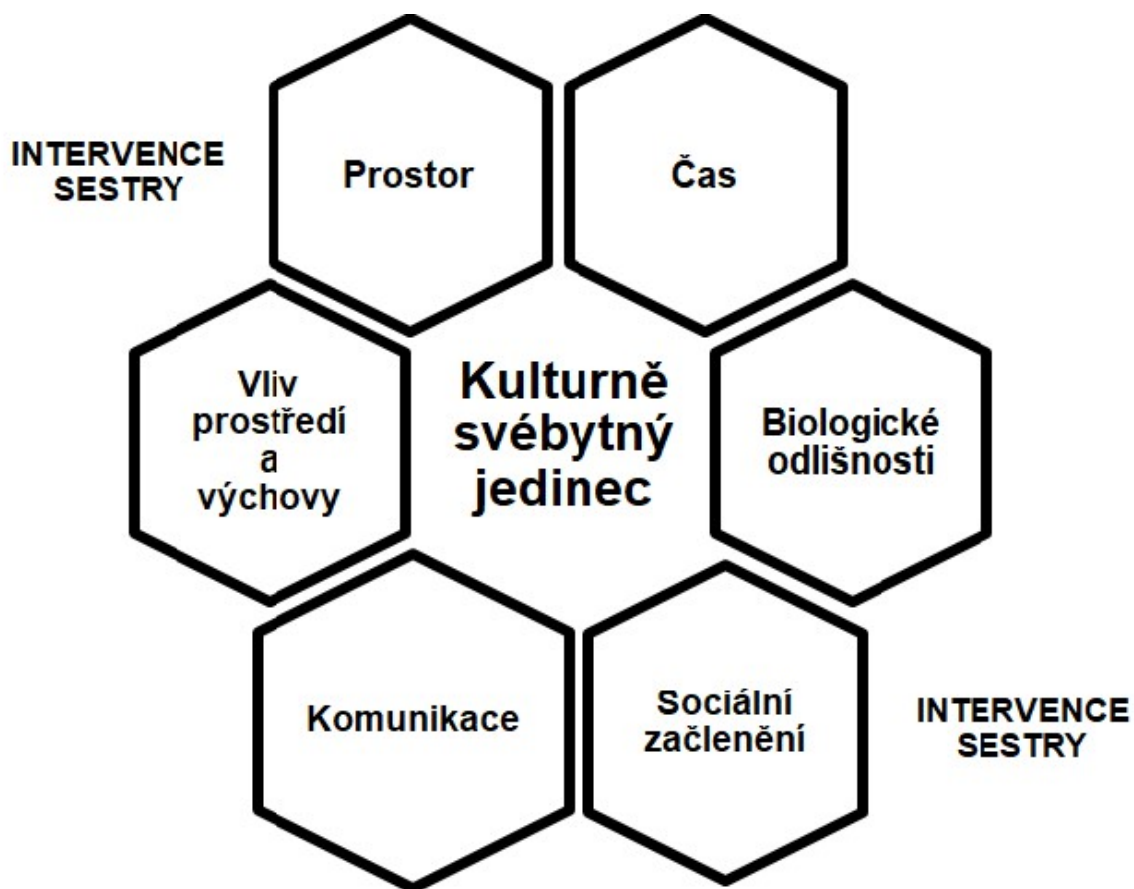
Příloha 2 - Okruhy k rozhovorům

Příloha 3 - Otázky k rozhovorům

Příloha 4 - Dotazník

Příloha 5 - Modifikovaná ošetřovatelská anamnéza

Příloha 1 - Schéma Modelu kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče



Zdroj: TOUMOVÁ, K., 2017. Aplikace Modelu kulturně ohleduplné péče u romské minority. In: TÓTHOVÁ, V., OLIŠAROVÁ, V., *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitní ošetrovatelství*. Praha: NLN, s. 110-118. ISBN 978-80-7422630-4.

Příloha 2 - Okruhy k rozhovorům

Otázky na komunikaci

- Jazyk, gesta, hlasitost

Otázky ohledně náboženství

- Víra, vyznávání víry, respektování víry ve zdravotnickém zařízení

Otázky na vliv rodiny

- Zda žili v úplné rodině, podpora rodiny, jaká byla výchova, pravidla v rodině, zvyky, rituály, tradice, kdo je hlava rodiny, jejich pozice v komunitě, autorita v rodině.

Otázky ohledně dětí

- Mají děti, kolik, podpora dětí, výchova, důležitost vzdělání

Otázky na jídelní zvyklosti

- Sortiment, oblíbená jídla, frekvence stravování, konzumace tekutin, stravovací zvyklosti jejich dětí.

Otázky ohledně zaměstnání

- Zda pracují, jestli byl problém najít práci, kolik dní v týdnu pracují, co konkrétně dělají, zda jim stačí výplata, zda pracuje i partner, diskriminace v práci

Otázky na režim dne

- V kolik vstávají, co přes den dělají, odpolední aktivity, kulturní/sportovní aktivity, večerní aktivity, v kolik chodí spát

Otázky na spokojenost s životem v ČR

- Zda jsou spokojeni, co jim vadí, co je pozitivní, jak vnímají majoritu, jak vnímá majorita je

Otázky ohledně zdraví

- Jak se cítí fyzicky/psychicky, preventivní prohlídky u lékaře, jaké preventivní prohlídky absolvují, přístup sester/lékařů, užívání léků, dodržování předepsaného postupu, zda byli hospitalizováni, zda se vyskytl nějaký problém při hospitalizaci, respektování jejich kultury při hospitalizaci

Otázky na návykové látky

- Alkohol, kouření, drogy – zkušenosti, pravidelnost. Zda mají tušení o negativním vlivu

Příloha 3 - Otázky k rozhovorům

Identifikační otázky

Kolik je Vám let?
Kolik máte dětí?
Jaký je Váš rodinný stav?
Kde bydlíte?
Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?
Jaký je Váš pracovní poměr?
Léčíte se s nějakým onemocněním?

Otázky na komunikaci

Jaký používáte jazyk při běžné komunikaci?
Používáte při běžné komunikaci nějaká gesta?
Domníváte se, že mluvíte hlasitěji než já?
Jakou vzdálenost má pro Vás intimní zóna?
Jakým způsobem vnímáte narušení této intimní zóny?

Otázky ohledně náboženství

Vyznáváte nějaké náboženství?
Je pro Vás důležité, aby zdravotníci respektovali Vaši víru?

Otázky na vliv rodiny

Vyrůstali jste v úplné rodině?
Podporovala Vás Vaše rodina?
Jak Vás rodiče vychovávali?
Platí u Vás v rodině nějaká pravidla?
Dodržujete u Vás v rodině nějaké zvyky, rituály, tradice?
Žijete ve vícegenerační rodině?
Jaký máte postoj k manželství?
Jaký máte postoj k rozvodům?
Kdo je u Vás hlavou rodiny?
Jaká je Vaše pozice v komunitě?
Kdo je pro Vás v rodině autoritou?
Kdo je pro Vás autoritou ve zdravotnictví?

Otázky ohledně dětí

Jaký je režim dne Vašich dětí?
Podporujete své děti (např. vzdělání, zájmy...)?
Jakým stylem vychováváte své děti?
Jak je pro Vás důležité vzdělání Vašich dětí?
Jaký postoj zaujímáte k antikoncepci a potratům?

Otázky na jídelní zvyklosti

Jaká jsou Vaše oblíbená jídla?
Využíváte k přípravě stravy polotovary?
Navštěvujete rychlá občerstvení?
Kolikrát denně jíte?
Jaké tekutiny během dne konzumujete?
Jaké jsou stravovací zvyklosti Vašich dětí?

Stravují se Vaše děti stejným způsobem jako Vy?
Co si představujete pod pojmem zdravá potravina?
Konzumujete tyto zdravé potraviny?

Otázky ohledně zaměstnání

Jste v současné době zaměstnán/a?
Bylo pro Vás problém sehnat zaměstnání?
Kde pracujete?
Kolik dní v týdnu pracujete?
Vystačíte s Vaším platem?
Pracuje i Váš partner?
Setkali jste se v práci s diskriminací?

Otázky na režim dne

V kolik hodin vstáváte?
Co v průběhu dne děláte?
Jaké máte odpolední aktivity?
Jaké máte večerní aktivity?
Máte nějaké kulturní/sportovní aktivity?
V kolik hodin chodíte spát?

Otázky na spokojenost s životem v ČR

Jste spokojeni s životem v ČR?
Co Vám vadí na životě v ČR?
Co je pro Vás pozitivní na životě v ČR?
Jak vnímáte majoritní společnost?
Jak si myslíte, že vnímá majoritní společnost Vás?

Otázky ohledně zdraví

Jak se cítíte po fyzické a psychické stránce?
Navštěvujete pravidelné preventivní prohlídky u lékaře?
Jaké preventivní prohlídky u lékaře v průběhu roku absolvujete?
Jak hodnotíte přístup lékařů a sester k Vaší osobě?
Kolik léků užíváte?
Užíváte tyto léky v souladu s doporučením lékaře?
Dodržujete předepsaný postup léčby?
Co je pro Vás nejtěžší při dodržování předepsaného postupu?
Byli jste již někdy hospitalizováni?
Vyskytl se při Vaší hospitalizaci nějaký problém?
Jak vnímáte dotyk zdravotnického personálu na Vašem těle?
Respektuje zdravotnický personál při hospitalizaci Vaši kulturu?
Existují u Vás nějaké rituály v oblasti umírání a smrti?

Otázky na návykové látky?

Konzumujete alkohol? (jaký, kolik a jak často)
Kouříte cigarety? (kolik)
Máte zkušenosti s užíváním drog? (s jakými)
Znáte negativní vliv návykových látek?
Donutilo by Vás něco omezit užívání alkoholu, cigaret nebo drog?

**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA JIHOČESKÉ UNIVERZITY
V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**

**VÝZKUM VYUŽITÍ KONCEPČNÍCH MODELŮ V KLINICKÉ
A KOMUNITNÍ PRAXI**

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době je v České republice za podpory Grantové agentury Jihočeské univerzity realizován výzkum, jehož cílem je zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče v klinické a komunitní praxi u vybraných skupin pacientů a minorit. Tento výzkum se zaměří také na zjištění subjektivních a objektivních faktorů, které mohou ovlivnit efektivnost poskytované péče v klinické a komunitní praxi z pohledu osob z **romské minority**.

Dovolujeme si Vás proto požádat o spolupráci při sběru dat a o poskytnutí odpovědí na otázky v tomto dotazníku.

VÝZKUM JE ANONYMNÍ, NIKDE NEUVÁDĚJTE SVÉ JMÉNO!

Se všemi získanými informacemi budeme nakládat dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění. Výsledky výzkumu budou zpracovány souhrnně a budete o nich informováni prostřednictvím tisku.

2015

Děkujeme za spolupráci.
Řešitelé výzkumného úkolu

1. Pohlaví:

- 1) muž
- 2) žena

Region (kraj):

2. Kolik je Vám let? (Vypište prosím dosažený věk při posledních narozeninách)

.....

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- 1) základní vzdělání
- 2) vyučen/a, střední vzdělání bez maturity
- 3) střední vzdělání s maturitou
- 4) vyšší odborné vzdělání (VOŠ, pomaturitní nástavba)
- 5) vysokoškolské vzdělání (včetně bakalářského studia)

4. Aktuální rodinný stav

- 1) svobodný/á
- 2) ženatý/vdaná
- 3) rozvedený/á
- 4) vdovec/vdova
- 5) druh/družka (partnerský vztah)

5. Počet dětí

- 1) žádné
- 2) 1 dítě
- 3) 2 – 3 děti
- 4) 4 a více dětí

6. Bydliště

- 1) do 1000 obyvatel
- 2) 1001 – 5000 obyvatel
- 3) 5001 – 20 000 obyvatel
- 4) 20 001 – 100 000 obyvatel
- 5) nad 100 000 obyvatel

7. S kým žijete ve společné domácnosti? (lze označit více odpovědí)

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| 1) sám/sama | 5) s dětmi |
| 2) s manželkou/manželem | 6) se širší rodinou |
| 3) s družkou/druhem | 7) jiné, uveďte: |
| 4) s rodiči | |

8. Jaký je Váš pracovní poměr? (uveďte jen jedno zaměstnání, které považujete za hlavní)

- 1) nezaměstnaný/a
- 2) OSVČ, podnikatel
- 3) zaměstnanec v zaměstnaneckém poměru
- 4) invalidní důchod (I., II., III. stupně)
- 5) starobní důchod
- 6) rodičovská dovolená, mateřská dovolená
- 7) jiné, uveďte:

9. Léčíte se s některým z následujících onemocnění? (označte všechna onemocnění, se kterými se léčíte)

- 1) s ničím se neléčím
- 2) cukrovka (diabetes mellitus)
- 3) vysoký krevní tlak
- 4) chronická bronchitida
- 5) ischemická choroba srdeční
- 6) astma
- 7) angina pectoris (příp. infarkt myokardu)
- 8) ledvinové kameny
- 9) onemocnění žlučníku a žlučových cest
- 10) onemocnění páteře a kloubů
- 11) vředová choroba
- 12) onemocnění štítné žlázy
- 13) psychické problémy
- 14) nádorová onemocnění
- 15) jiné onemocnění, uveďte:

10. Jakou máte barvu vlasů?

.....

11. Jakou máte barvu očí?

.....

12. Kde bydlíte?

- | | |
|----------------|---------------|
| 1) byt | 3) ubytovna |
| 2) rodinný dům | 4) jiné |

13. Kolik členů má Vaše domácnost?

.....

14. Jaký jazyk převládá při Vaší každodenní komunikaci?

- 1) český jazyk
- 2) romský jazyk
- 3) jiný, uveďte.....

15. Jaké preferujete oslovení? (lze označit více odpovědí)

- | | |
|--------------|-----------------------|
| 1) jménem | 4) přezdívkou |
| 2) příjmením | 5) jiné, uveďte |
| 3) titulem | |

16. Jaké prvky mimoslovní komunikace používáte? (lze označit více odpovědí)

- | | |
|-----------|-----------------------|
| 1) žádné | 4) oční kontakt |
| 2) gesta | 5) postoj těla |
| 3) mimika | 6) jiné, uveďte |

17. Jak se zdravíte se svými přáteli? (lze označit více odpovědí)

- 1) slovním pozdravem
- 2) podáním ruky
- 3) polibkem
- 4) jiné.....

18. Jak rozumíte psané romštině? (1 = nejvíce 5 = nejméně)

😊 1 2 3 4 5 ☹️

19. Jak rozumíte mluvené romštině? (1 = nejvíce 5 = nejméně)

😊 1 2 3 4 5 ☹️

20. Jak často používáte termíny z romštiny?

- | | |
|-----------------|----------|
| 1) neustále | 4) někdy |
| 2) celkem často | 5) nikdy |
| 3) středně | |

21. Je Vám nepříjemné překročení intimní vzdálenosti (60 cm) při komunikaci s cizími lidmi?

- | | | |
|--------------|------------|-------------|
| 1) maximálně | 3) středně | 5) vůbec ne |
| 2) hodně | 4) trochu | |

22. Na kterých místech je Vám nepříjemný dotyk cizích osob. (lze označit více odpovědí)

- | | |
|--------------------|--------------------------------|
| 1) hlava | 6) intimní partie |
| 2) ramena | 7) dolní končetiny |
| 3) horní končetiny | 8) dotyk cizích osob mi nevadí |
| 4) dlaň | 9) jiné, uveďte..... |
| 5) trup | |

23. Na kterých místech je Vám nepříjemný dotyk blízkých osob. (lze označit více odpovědí)

- | | |
|--------------------|----------------------------------|
| 1) hlava | 6) intimní partie |
| 2) ramena | 7) dolní končetiny |
| 3) horní končetiny | 8) dotyk blízkých osob mi nevadí |
| 4) dlaň | 9) jiné, uveďte..... |
| 5) trup | |

24. Je Vám nepříjemné překročení intimní vzdálenosti (do 60 cm) při kontaktu se zdravotnickým personálem?

- | | | |
|--------------|------------|-------------|
| 1) maximálně | 3) středně | 5) vůbec ne |
| 2) hodně | 4) trochu | |

25. Co pro vás znamená úsměv? (lze označit více odpovědí)

- | | |
|---------------|----------------------|
| 1) přátelství | 5) nedůvěru |
| 2) důvěru | 6) nepochopení |
| 3) pochopení | 7) jiné, uveďte..... |
| 4) výsměch | |

26. Jaké náboženství vyznáváte?

- | | |
|---|----------------------|
| 1) žádné, nejsem věřící | 5) Islám |
| 2) Křesťanství – římskokatolická církev | 6) Judaismus |
| 3) Křesťanství - pravoslavná církev | 7) Buddhismus |
| 4) Křesťanství – protestantská církev | 8) Jiné, uveďte..... |

27. Jaké je Vaše hlavní církevní místo?

- | | | |
|-------------|------------|----------------------|
| 1) žádné | 4) mešita | 7) jiné, uveďte..... |
| 2) domov | 5) kostel | |
| 3) synagoga | 6) klášter | |

28. Jste hrdý/á na svůj původ?

- | | | |
|--------------|-------------|-------------|
| 1) maximálně | 3) středně | 5) vůbec ne |
| 2) spíše ano | 4) spíše ne | |

29. Zajímáte se o historii romské kultury?

- | | | |
|--------------|-------------|-------------|
| 1) maximálně | 3) středně | 5) vůbec ne |
| 2) spíše ano | 4) spíše ne | |

35. Je pro Vás v životě důležitá budoucnost?

- | | | |
|--------------|-------------|-------------|
| 1) maximálně | 3) středně | 5) vůbec ne |
| 2) spíše ano | 4) spíše ne | |

36. Co nejvíce ovlivňuje Váš život? (lze označit pouze jednu odpověď)

- | | |
|-----------|---------------------|
| 1) rodina | 4) finanční situace |
| 2) zdraví | 5) komunita |
| 3) víra | 6) jiné... |

37. Ovlivnila Vás rodina v pohledu do budoucna?

- | | | |
|--------------|-------------|-------------|
| 1) maximálně | 3) středně | 5) vůbec ne |
| 2) spíše ano | 4) spíše ne | |

38. Měla výchova Vašich rodičů vliv na Váš současný život?

- | | | |
|--------------|-------------|-------------|
| 1) maximálně | 3) středně | 5) vůbec ne |
| 2) spíše ano | 4) spíše ne | |

39. Bojíte se smrti?

- | | | |
|--------------|-------------|-------------|
| 1) maximálně | 3) středně | 5) vůbec ne |
| 2) spíše ano | 4) spíše ne | |

39.a) Pokud ano, uveďte, z čeho máte největší obavy?.....

40. Jakou roli zastává žena ve Vaší komunitě? (lze označit více odpovědí)

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 1) zajištění generace potomků | 4) rozhodování |
| 2) výchova dětí | 5) financování rodiny |
| 3) chod domácnosti (vaření, úklid) | 6) jiné..... |

41. Jakou roli zastává muž ve Vaší komunitě? (lze označit více odpovědí)

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 1) výchova dětí | 4) financování rodiny |
| 2) chod domácnosti (vaření, úklid) | 5) jiné..... |
| 3) rozhodování | |

42. Kdo je pro Vás v rodině nejdůležitější? (lze označit pouze jednu odpověď)

- | | |
|--------------------|----------------------|
| 1) děti | 4) sourozenci |
| 2) manžel/manželka | 5) nemám rodinu |
| 3) rodiče | 6) jiné, uveďte..... |

43. Koho ve Vaší rodině považujete za největší autoritu? (lze označit pouze jednu odpověď)

- | | |
|--------------------|----------------------|
| 1) manžel/manželka | 4) tchýně |
| 2) matka | 5) tchán |
| 3) otec | 6) jiné, uveďte..... |

44. Máte přátele i mimo romskou komunitu?

- | | |
|--------------|-------------|
| 1) ano | 3) spíše ne |
| 2) spíše ano | 4) ne |

Na následující otázky č. 45 – 48 odpoví pouze osoby, které mají děti (odpověď 2, 3, nebo 4 v otázce č. 5 tohoto dotazníku). Ostatní respondenti budou pokračovat otázkou č. 49.

45. Jak důležitá je pro Vás výchova vlastních dětí?

- | | | |
|--------------|------------|-------------|
| 1) maximálně | 3) středně | 5) vůbec ne |
| 2) hodně | 4) trochu | |

46. Je pro Vás důležité vzdělání Vašich dětí?

- | | | |
|--------------|------------|-------------|
| 1) maximálně | 3) středně | 5) vůbec ne |
| 2) hodně | 4) trochu | |

47. Podporujete své dítě/děti ve vzdělávání?

- | | | |
|--------------|------------|-------------|
| 1) maximálně | 3) středně | 5) vůbec ne |
| 2) hodně | 4) trochu | |

47.a) Pokud ano, jakým způsobem je podporujete? (lze označit více odpovědí)

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| 1) motivace | 5) zajímám se o školní výsledky |
| 2) učím se s nimi | 6) zajišťuji doučování |
| 3) dělám s nimi domácí úkoly | 7) jiné, uveďte..... |
| 4) docházím na třídní schůzky | |

48. Odpovídají pouze ženy. Rodila jste v nemocnici?

- 1) ano
- 2) ne

48.a) Pokud ne, uveďte z jakého důvodu:

49. Umístil/a byste své rodiče v případě potřeby do domova pro seniory?

- | | | |
|--------------|-------------|----------|
| 1) ano | 3) spíše ne | 5) nevím |
| 2) spíše ano | 4) ne | |

50. Kolikrát denně se stravujete?

- | | |
|---------------|--------------------|
| 1) 1 – 2 krát | 3) 5 – 6 krát |
| 2) 3 – 4 krát | 4) více jak 6 krát |

51. Jaká jídla upřednostňujete? (lze označit více odpovědí)

- | | |
|-----------------|--------------------|
| 1) sladká jídla | 4) jídla s omáčkou |
| 2) slaná jídla | 5) kořeněná jídla |
| 3) tučná jídla | 6) je mi to jedno |

52. Jaký druh úpravy jídla upřednostňujete? (lze označit více odpovědí)

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| 1) teplou domácí stravu | 4) rychlá občerstvení |
| 2) studená jídla | 5) jiné, uveďte..... |
| 3) polotovary | |

53. Jakou tepelnou úpravu jídel preferujete? (lze označit pouze jednu odpověď)

- | | | |
|------------------|-----------|--------------|
| 1) vaření | 3) dušení | 5) smažení |
| 2) vaření v páře | 4) pečení | 6) grilování |

54. Která jídla považujete v rodině za tradiční?

.....
.....

55. Jaké máte oblíbené nápoje? (lze označit více odpovědí)

- | | |
|----------|----------------------|
| 1) voda | 6) sladké limonády |
| 2) džus | 7) pivo, víno |
| 3) čaj | 8) tvrdý alkohol |
| 4) káva | 9) jiné, uveďte..... |
| 5) mléko | |

56. Kolik dnů v týdnu pracujete?

- | | | |
|------------|------------|--------------|
| 1) 1-2 dny | 3) 5 dní | 5) nepracuji |
| 2) 3-4 dny | 4) 6-7 dní | |

57. Kolik hodin denně obvykle trávíte v práci?

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1) méně než 8 hodin | 4) více než 12 hodin |
| 2) 8 – 10 hodin | 5) nepracuji |
| 3) 11 - 12 hodin | |

58. Kolik hodin přibližně denně spíte?

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1) méně než 5 hodin | 4) 11 - 12 hodin |
| 2) 5 - 8 hodin | 5) více než 12 hodin |
| 3) 9 – 10 hodin | |

59. V kolik hodin běžně vstáváte?

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| 1) před 6. hodinou | 4) mezi 10. – 12. hodinou |
| 2) mezi 6. a 8. hodinou | 5) po 12. hodině |
| 3) mezi 8.a 10. hodinou | |

60. Probouzíte se odpočínutý/á?

- | | | |
|-----------------|-------------|-------------|
| 1) zcela | 3) středně | 5) vůbec ne |
| 2) většinou ano | 4) spíše ne | |

61. Svůj volný čas trávíte především: (lze označit pouze jednu odpověď)

- | | |
|------------------------|----------------------|
| 1) s rodinou | 4) s přáteli |
| 2) sportem | 5) hudbou, tancem |
| 3) doma u televize, PC | 6) jiné, uveďte..... |

62. Jak často navštěvujete kulturní akce (divadlo, kino, koncert, výstava...)?

- | | |
|---------------|--------------|
| 1) pravidelně | 3) výjimečně |
| 2) občas | 4) nikdy |

63. Jste spokojený/á s Vaším současným životním stylem?

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 1) velmi spokojen/a | 4) nespokojen/a |
| 2) spokojen/a | 5) velmi nespokojen/a |
| 3) ani spokojen/a ani nespokojen/a | |

64. Pokud nejste s Vaším současným životním stylem spokojen/a, uveďte prosím všechno, co byste chtěla změnit: (lze označit více odpovědí)

- | | |
|---------------------|----------------------------|
| 1) stravování | 4) socioekonomická situace |
| 2) tělesná hmotnost | 5) jiné, uveďte..... |
| 3) zdravotní stav | |

65. Jste s životem v České republice spokojen/a?

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 1) velmi spokojen/a | 4) nespokojen/a |
| 2) spokojen/a | 5) velmi nespokojen/a |
| 3) ani spokojen/a ani nespokojen/a | |

66. Cítíte se být v České republice diskriminovaný/á?

- | | |
|-----------------|-------------|
| 1) zcela | 4) spíše ne |
| 2) většinou ano | 5) vůbec ne |
| 3) středně | |

66.a) Pokud se cítíte být v České republice diskriminován/a, v jaké oblasti toto pocítujete? (lze označit více odpovědí)

- | | |
|--------------|---------------------|
| 1) trh práce | 3) zdravotnictví |
| 2) školství | 4) sociální podpora |

5) jiné:

67. Domníváte se, že je většinová společnost v České republice nesnášenlivá vůči Romům?

- | | | |
|--------------|-------------|-------|
| 1) ano | 3) středně | 5) ne |
| 2) spíše ano | 4) spíše ne | |

68. Uveďte prosím, co pro Vás znamená zdraví?

.....
.....

69. Zajímáte se o vlastní zdraví?

- | | |
|-----------------|----------|
| 1) neustále | 4) někdy |
| 2) celkem často | 5) nikdy |
| 3) středně | |

70. Chodíte pravidelně na preventivní prohlídky?

- 1) ano
2) ne

71. Dodržujete doporučený léčebný postup v případě onemocnění?

- | | | |
|-----------------|-------------|-------------|
| 1) zcela | 3) středně | 5) vůbec ne |
| 2) většinou ano | 4) spíše ne | |

72. Dobíráte všechny léky i po odeznění příznaků onemocnění?

- 1) ano
2) ne

73. Jak především prožíváte bolest? (lze označit pouze jednu odpověď)

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| 1) hlasitým projevem | 3) bolest neprojevují |
| 2) mimikou, gestikulací | 4) jiné, uveďte..... |

74. Co vám při bolesti pomáhá? (lze označit více odpovědí)

- | | |
|----------------|-----------------------------------|
| 1) léky | 4) zaměstnání se určitou činností |
| 2) ticho, klid | 5) jiné, uveďte..... |
| 3) obklady | |

75. Jakým způsobem prožíváte onemocnění některého z členů rodiny?

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1) spíše pozitivně | 4) spíše negativně |
| 2) pozitivně | 5) negativně |
| 3) neutrálně | |

76. Kterou z následujících oblastí byste dokázal/a změnit v případě, že Vám bude zjištěno onemocnění, které to vyžaduje? (lze označit více odpovědí)

- 1) kouření
- 2) alkohol
- 3) stravování
- 4) úprava tělesné hmotnosti
- 5) jiné, uveďte.....

77. V jaké fyzické kondici jste? (1 = nejhorší 5 = nejlepší)

☹1 2 3 4 5 ☺

78. V jaké psychické kondici jste? (1 = nejhorší 5 = nejlepší)

☹1 2 3 4 5 ☺

79. Kouříte?

- 1) pravidelně
- 2) příležitostně
- 3) nekouřím

79.a) Pokud kouříte pravidelně, uveďte, kolik cigaret denně vykouříte:.....

80. Pijete alkohol?

- | | | |
|-----------------|------------|----------|
| 1) neustále | 3) středně | 5) nikdy |
| 2) celkem často | 4) někdy | |

81. Užíváte nějaké omamné látky (drogy)?

- | | |
|-----------------|----------|
| 1) neustále | 4) někdy |
| 2) celkem často | 5) nikdy |
| 3) středně | |

81.a) Pokud **ano**, uveďte jaké:

82. Jaký je Váš názor na kouření cigaret?

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1) naprosto souhlasím | 4) spíše nesouhlasím |
| 2) spíše souhlasím | 5) naprosto nesouhlasím |
| 3) nevím | |

83. Jaký je Váš názor na užívání alkoholu?

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1) naprosto souhlasím | 4) spíše nesouhlasím |
| 2) spíše souhlasím | 5) naprosto nesouhlasím |
| 3) nevím | |

84. Jaký je Váš názor na užívání omamných látek (drog)?

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1) naprosto souhlasím | 4) spíše nesouhlasím |
| 2) spíše souhlasím | 5) naprosto nesouhlasím |
| 3) nevím | |

85. Jaký je Váš názor na ženskou (pilulky, nitroděložní tělísko...) antikoncepci

(metody zabraňující početí)?

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1) naprosto souhlasím | 4) spíše nesouhlasím |
| 2) spíše souhlasím | 5) naprosto nesouhlasím |
| 3) nevím | |

86. Jaký je Váš názor na mužskou (kondom) antikoncepci (metody zabraňující početí)?

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1) naprosto souhlasím | 4) spíše nesouhlasím |
| 2) spíše souhlasím | 5) naprosto nesouhlasím |
| 3) nevím | |

87. Jaký je Váš názor na interrupci (potrat)?

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1) naprosto souhlasím | 4) spíše nesouhlasím |
| 2) spíše nesouhlasím | 5) naprosto nesouhlasím |
| 3) nevím | |

88. Co je pro Vás nejtěžší při hospitalizaci v nemocnici?

- 1) nebyl jsem hospitalizován
- 2) odloučení od rodiny
- 3) nedostatek soukromí
- 4) dodržování léčebného postupu
- 5) dodržování řádu oddělení
- 6) porozumění všem podaným informacím
- 7) jiné, uveďte.....

89. Komu chcete, aby zdravotníci nejprve sdělovali informace o Vašem zdravotním stavu při hospitalizaci v nemocnici?

- | | |
|------------------------------|----------------------|
| 1) nebyl jsem hospitalizován | 5) dětem |
| 2) mně | 6) sourozencům |
| 3) manželovi/manželce | 7) jiné, uveďte..... |
| 4) rodičům | |

90. Kdo za Vás platí zdravotní pojištění?

- 1) platím si ho výhradně sám (OSVČ)
- 2) platí za mě stát
- 3) platí za mě zaměstnavatel

91. Jsou podle Vás respektovány Vaše kulturní odlišnosti pracovníky ve zdravotnictví?

- | | | |
|-----------------|-------------|-------------|
| 1) zcela | 3) středně | 5) vůbec ne |
| 2) většinou ano | 4) spíše ne | |

107. Kdo ze zdravotnických pracovníků dle Vašich zkušeností nejméně respektuje

Vaše náboženská/kulturní specifika? (lze označit pouze jednu odpověď)

- | | |
|--|--|
| 1) lékaři | 4) jiný zdravotnický personál |
| 2) sestry | 5) všichni zdravotničtí pracovníci |
| 3) rehabilitační pracovníci/fyzioterapeuti | 6) moje náboženská/kulturní specifika respektují všichni zdravotničtí pracovníci |

108. Přístup lékařů v ambulantních zdravotnických zařízeních je profesionální.

- | | | |
|---------------------|----------------|-----------------------|
| 1) velice souhlasím | 3) nevím | 5) velice nesouhlasím |
| 2) souhlasím | 4) nesouhlasím | |

109. Přístup sester v ambulantních zdravotnických zařízeních je profesionální.

- | | | |
|---------------------|----------------|-----------------------|
| 1) velice souhlasím | 3) nevím | 5) velice nesouhlasím |
| 2) souhlasím | 4) nesouhlasím | |

Příloha 5 - Modifikovaná ošetřovatelská anamnéza vycházející z J.

N. Giger a R. E. Davidhizar

| | |
|--|---|
| Identifikace pacienta: | |
| Ošetřovatelská anamnéza | Kontakt na osobu blízkou: |
| Základní anamnestické údaje | |
| Věk: | Pohlaví: <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena |
| Zdravotní stav: * <input type="checkbox"/> fyzický stav ☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 ☹ <input type="checkbox"/> psychický stav ☺ 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 ☹ | Alergie: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: |
| Zhodnocení komunikace: | |
| Potřeba tlumočnicka: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | Původní jazyk: |
| Možnost využití rodinného příslušníka jako tlumočnicka: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | Využívaný druh písma: |
| Možnost využití piktogramů: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | |
| Požadavky pacienta ve vztahu ke komunikaci: | Porozumění českému jazyku: <input type="checkbox"/> slovem 1 – 2 – 3 – 4 – 5 <input type="checkbox"/> písmem 1 – 2 – 3 – 4 – 5 |
| Sociokulturní zařazení: | Rodinné zázemí: |

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> studující <input type="checkbox"/> nezaměstnaný/á <input type="checkbox"/> OSVČ, podnikatel <input type="checkbox"/> zaměstnanec v zaměstnaneckém poměru <input type="checkbox"/> invalidní důchodce (částečný, plný) <input type="checkbox"/> starobní důchodce <input type="checkbox"/> žena v domácnosti <input type="checkbox"/> rodičovská, mateřská dovolená <input type="checkbox"/> jiné: | | Rodinný stav: <input type="checkbox"/> svobodný/á <input type="checkbox"/> ženatý/vdaná <input type="checkbox"/> rozvedený/rozvedená <input type="checkbox"/> vdovec/vdova |
| | | Počet dětí: |
| | | Osoby ve společné domácnosti: <input type="checkbox"/> žiji sám/sama <input type="checkbox"/> manžel/manželka <input type="checkbox"/> druh/družka <input type="checkbox"/> rodiče <input type="checkbox"/> děti <input type="checkbox"/> širší rodina <input type="checkbox"/> jiné: |
| Bydliště: <input type="checkbox"/> vesnice (menší obec) <input type="checkbox"/> město <input type="checkbox"/> velkoměsto | Způsob bydlení: <input type="checkbox"/> dům <input type="checkbox"/> byt <input type="checkbox"/> domov pro seniory <input type="checkbox"/> dům s pečovatelskou službou <input type="checkbox"/> jiné: | |
| Domény kulturního posouzení: | | |
| Charakteristika původní kultury: | | |
| Místo narození: | Současný pobyt: | |
| Podněty pro emigraci: <input type="checkbox"/> ekonomické pohnutky <input type="checkbox"/> politické pohnutky <input type="checkbox"/> náboženské pohnutky <input type="checkbox"/> jiné: | Druh pobytu: <input type="checkbox"/> krátkodobý pobyt (nepřekračuje 90 dnů) <input type="checkbox"/> dlouhodobý pobyt (90 dnů až 60 měsíců) <input type="checkbox"/> trvalý pobyt <input type="checkbox"/> nejsem hlášen/a <input type="checkbox"/> jiné: | |
| Zdravotní pojištění: | | |

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> veřejné zdravotní pojištění <input type="checkbox"/> komerční pojištění- zdravotní pojištění pro případ neodkladné péče <input type="checkbox"/> komerční pojištění - zdravotní pojištění pro případ komplexní péče <input type="checkbox"/> nejsem pojištěn/pojištěna <input type="checkbox"/> nevím <input type="checkbox"/> jiné: | | |
| Náboženské vyznání: <input type="checkbox"/> žádné <input type="checkbox"/> judaismus <input type="checkbox"/> křesťanství <input type="checkbox"/> buddhismus <input type="checkbox"/> islám <input type="checkbox"/> jiné: | | Zvyklosti spojené s vírou, náboženským vyznáním: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Zhodnocení pojetí času: | | |
| Odlišnosti ve vnímání času: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | Významné dny a svátky: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Rodina a sociální začlenění: | | |
| 5 nejvyšších hodnot: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Postoj k interrupci: <input type="checkbox"/> zcela souhlasím <input type="checkbox"/> spíše souhlasím <input type="checkbox"/> nevím <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím <input type="checkbox"/> zcela nesouhlasím | Postoj k antikoncepci: <input type="checkbox"/> zcela souhlasím <input type="checkbox"/> spíše souhlasím <input type="checkbox"/> nevím <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím <input type="checkbox"/> zcela nesouhlasím |
| Postoj k mimomanželskému | V rodině rozhoduje: <input type="checkbox"/> já | Role zastávané v rodině: <input type="checkbox"/> žádná |

| | | |
|--|---|--|
| <p><i>pohlavnímu styku:</i></p> <input type="checkbox"/> zcela souhlasím <input type="checkbox"/> spíše souhlasím <input type="checkbox"/> nevím <input type="checkbox"/> spíše nesouhlasím <input type="checkbox"/> zcela nesouhlasím | <input type="checkbox"/> děti <input type="checkbox"/> manžel/manželka <input type="checkbox"/> rodiče <input type="checkbox"/> prarodiče <input type="checkbox"/> sourozenci <input type="checkbox"/> jiné: | <input type="checkbox"/> výchova dětí <input type="checkbox"/> chod domácnosti (vaření, úklid ...) <input type="checkbox"/> rozhodování <input type="checkbox"/> financování rodiny <input type="checkbox"/> jiné: |
| <p><i>Užívání alkoholu:</i></p> <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: frekvence: | <p><i>Užívání drog:</i></p> <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano | <p><i>Kouření:</i></p> <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: frekvence: |
| <p>Mortalita:</p> | | |
| <p><i>Rituály spojené se smrtí:</i></p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | |
| <p>Zhodnocení výživy:</p> | | |
| <p><i>Základní zdravotní ukazatele:</i></p> <input type="checkbox"/> výška: | <p><i>Nutriční screening:</i></p> <input type="checkbox"/> neproveden <input type="checkbox"/> proveden – | <p><i>Zvyklosti spojené s výživou:</i></p> <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> hmotnost: <input type="checkbox"/> BMI: <input type="checkbox"/> obvod paže: <input type="checkbox"/> obvod pasu: <input type="checkbox"/> TK: <input type="checkbox"/> TT: | výsledek: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| | <i>Dietní omezení:</i> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <i>Dieta č.</i> | <i>Potřeba kontaktovat nutričního terapeuta:</i> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne |

Pokud to bude možné, preferuji zajištění stravování rodinou: ano ne

Biologické odlišnosti:

Tělesná konstituce

- astenický typ (vysoký, štíhlý, slabé svalstvo)
- atletický typ (silně vyvinutá kostra, výrazné svalstvo)
- pyknický typ (menší, zakulacená postava, slabé svalstvo)

Psychologické, fyziologické vlastnosti:

.....
.....

Zdravotnické praktiky:

Specifika v oblasti zdravotnických praktik (např. omezení spojená s dárcovstvím orgánů, transplantacemi, transfuzemi apod.):

-
.....
-
.....
-
.....
-

| | |
|---|--|
| <p>.....</p> <p>...</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>...</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>...</p> | |
|---|--|

I. Zvolený ošetrovatelský zásah se zohledněním kulturních specifik

| | |
|---|--|
| <p><input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> | |
|---|--|

** Pozn.: V případě číselného hodnocení na škále od 1 do 10 číslo 1 označuje nejhorší stav, číslo 5 je prostřední hodnotou (ani dobré, ani špatné) a číslo 10 je označením nejlepšího stavu.*

V případě číselného hodnocení od 1 do 5 označuje číslo 1 nejhorší stav, číslo 3 je prostřední hodnotou a číslo 5 označuje nejlepší stav.

Zdroj: TÓTHOVÁ, V., et al. 2017. *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství*. Praha: NLN. 196 s. ISBN 978-80-7422630-4.