



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Vnímání zdraví a nemoci romskou minoritou

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Silvie Mlejnková

Vedoucí práce: Mgr. Věra Olišarová, Ph. D.

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Vnímání zdraví a nemoci romskou minoritou“ jsem vypracovala 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 bakalářské 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 10. 8. 2020

.....

Silvie Mlejnková

Poděkování

Ráda bych chtěla poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Věře Olišarové, Ph. D. za odborné vedení, trpělivost a za cenné rady, které my během psaní předávala. Poděkování patří i všem informantům, kteří byli ochotni a zúčastnili se výzkumu.

Vnímání zdraví a nemoci romskou minoritou

Abstrakt

Romové patří mezi nejpočetnější etnickou skupinu. Ve srovnání s většinovou společností se odlišují historií, charakteristikou, vnímáním, tradicemi a zvyky. Tyto odlišnosti se potom promítají i do přístupu ke zdraví a nemoci. Lze říci, že postoj ke zdraví a nemoci, jejich vnímání, můžeme považovat za faktory, které ovlivňují přístup k prevenci a k dodržování případných režimových opatření.

Cílem této práce bylo popsat, jak Romové vnímají zdraví a nemoc a jak tyto postoje ovlivňují přístup Romů k prevenci.

Jako výzkumná strategie bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření pomocí polostrukturovaného rozhovoru s příslušníky romské minority. Výběrový soubor čítal celkem 10 informantů. Výběrovým kritériem pro volbu informantů byla subjektivně vnímaná příslušnost k romské minoritě, věk nad 18 let, bydliště v Jihočeském kraji a souhlas s provedením a záznamem rozhovoru. Realizované rozhovory byly doslovně přepsány a následně analyzovány. Text byl rozdělen na jednotky, ke kterým byl přidělen kód vystihující danou jednotku. Kódy byly následně seskupeny podle stejného jevu do kategorií a podkategorií. Celkem byly identifikovány čtyři kategorie se čtrnácti podkategoriemi.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že Romové řadí zdraví mezi nejvyšší životní hodnoty i přesto, že postoj k udržení zdraví je mizivý. Jejich nezdravý životní styl neodpovídá výpovědím o hodnotě zdraví. Většina informantů kouří a užívá alkohol. Dávají přednost pasivní aktivitě před aktivní, také převládá nezdravé stravování. Mezi rizikové faktory vzniku onemocnění řadí zejména kouření, užívání alkoholu, nezdravé stravování, vysoký krevní tlak, obezitu a znečištěné prostředí. Naopak nemoc v nich vyvolává určité omezení. Často je spojována s bolestí, kterou Romové vnímají velmi negativně.

Poznáním toho, jak Romové vnímají zdraví a nemoc, můžeme napomoci efektivnímu nastavení preventivních činností. Je důležité si uvědomit, že ani Romové nejsou stejní a proto se musí při plánování péče brát zřetel na individualitu. Tuto práci lze považovat za inspiraci pro zdravotnické pracovníky popřípadě pro studenty, kteří se připravují na výkon zdravotnických povolání.

Klíčová slova

Romové; Zdraví; Nemoc; Ošetrovatelská péče; Postoje

Perception health and illness by the Roma minority

Abstract

The Romany are among the largest ethnic group. Compared to the majority society, they differ in history, characteristics, perceptions, traditions and customs. These differences are then reflected in the approach to health and disease. It can be said that the attitude to health and disease, their perception, we can consider as factors that influence the approach to prevention and adherence to possible regime measures.

The aim of this work was to describe how Romany perceive health and disease and how these attitudes affect the approach of Roma to prevention.

As a research strategy was chosen qualitative research investigation using a semi-structured interview with members of the Roma minority. The selection sample consisted of a total of 10 informants. The selection criteria for the choice of informants were subjectively perceived jurisdiction to the Roma minority, age over 18 years, residence in the South Bohemian Region and consent to conduct and record the interview. The conducted interviews were literally transcribed and subsequently analysed. The text was divided into units to which a code describing the unit was assigned. The codes were then grouped into categories and subcategories according to the same phenomenon. A total of four categories with fourteen subcategories were identified.

The results of the research showed that the Roma rank health among the highest values of life, even though the attitude to maintaining health is negligible. Their unhealthy lifestyle doesn't correspond to statements about the value of health. Most respondents smoke and use alcohol. They prefer passive activity over active, also unhealthy eating predominates. Among the risk factors for the emergence of disease rank in particular smoking, alcohol use, unhealthy eating, high blood pressure, obesity and a polluted environment. On the contrary, the disease causes a certain limitation in them. It is often associated with pain, which is perceived very negatively by Romany.

By understanding how Romany perceive health and disease, we can effectively set up preventive activities. It is important to realize that the Romany aren't the same, therefore individuality must be taken into account when planning care. This work can be considered as an inspiration for health professionals or students who are preparing for the performance of medical professions.

Key words

the Romany; Health; Illness; Nursing Care; Attitudes

Obsah

Úvod	9
1. Současný stav	10
1.1 Romové.....	10
1.1.1 Historie Romů v České republice.....	10
1.1.2 Současnost Romů v České republice.....	14
1.1.3 Charakteristika romské minority	14
1.2 Definice zdraví a nemoci.....	20
1.2.1 Faktory ovlivňující vnímání zdraví a nemoci.....	21
1.2.2 Vliv vnímání zdraví a nemoci na poskytování ošetrovatelské péče u romské minority.....	24
2. Cíle práce a výzkumné otázky	28
2.1 Cíle práce.....	28
2.2 Výzkumné otázky	28
3. Operacionalizace pojmů	29
4. Metodika	30
4.1 Metodika práce a technika sběru dat	30
4.2 Charakteristika výzkumného souboru	31
5. Výsledky výzkumu	32
6. Diskuze	50
7. Závěr	60
8. Seznam informačních zdrojů	62
9. Seznam příloh	69
10. Seznam použitých zkratk	74

Úvod

Téma bakalářské práce s názvem „Vnímání zdraví a nemoci romskou minoritou“ jsem si vybrala proto, že mě zaujalo zaměření na příslušníky romské národnosti, kteří mají určité odlišnosti od většinové společnosti. Romové se od většinové společnosti odlišují především historií, kulturou, tradicemi, zvyky, biologickými znaky, ale i postojem ke zdraví a nemoci.

Zdraví je velmi těžké definovat a existuje mnoho definicí, pro nás je nejznámější ta, kterou v roce 1948 zveřejnila Světová zdravotnická organizace. Zdraví tedy můžeme vnímat jako stav, kdy je člověk v naprosté tělesné, duševní a sociální pohodě. Ovlivňují ho zejména 4 základní faktory a to: životní styl, genetický základ dále zdravotnické služby a životní prostředí. Je důležité mít na paměti, že životní styl můžeme změnit, ale genetický základ nikoli.

Každá kulturu vnímá zdraví a nemoc odlišně. Co se týče zdraví, pro mnoho z nás má obrovskou hodnotu a patří mezi nejdůležitější hodnoty v našem životě. Stejně tvrzení platí i pro romské příslušníky, i když jejich přístup k udržení zdraví je velmi zanedbáván. V případě, kdy je člověk zdravý a nemá žádné zdravotní obtíže, vnímá zdraví jako samozřejmost a nemá důvod se strachovat. První obavy začínají s prvními varovnými příznaky, kdy si člověk uvědomí, že není něco v pořádku a proto navštíví svého lékaře. Je známo, že Romové mají obavy z návštěvy lékaře, neboť se mnohdy obávají různých diagnóz. Proto návštěvu lékaře odkládají a čekají, jak se nemoc bude dál vyvíjet. Prvním impulzem k návštěvě lékaře je bolest, kterou Romové vnímají velice špatně, to potom vede k tomu, že přicházejí k lékaři už v pokročilém stádiu onemocnění. Z toho plyne, že jejich postoj ke zdraví a nemoci můžeme považovat za faktor, který ovlivňuje přístup k prevenci, ale i k dodržování léčebného režimu. Proto je důležité, aby prevence byla zařazována už v dětském věku a došlo tak k předcházení vzniku onemocnění, která ve většině případů končí u Romů úmrtím ve velmi nízkém věku.

S Romy se můžeme setkat i ve zdravotnickém zařízení. V tomto případě je důležité jim naslouchat a předávané informace opakovat. Důležité je, aby Rom dané informaci rozuměl, proto je na místě, aby se zdravotníci pokusili vyhnout odborným výrazům a vše vykládali spíše laicky, srozumitelně a používali zpětnou vazbu. Při vyšetření zachovat intimitu a soukromí pacienta. Při návštěvách je typická velká skupina Romů, i toto je pro Roma jako pacienta důležité, protože v době jeho hospitalizace je odtržen od rodiny, která je pro něj další nejdůležitější hodnotou.

1. Současný stav

1.1 Romové

Rom je ten, který se aktivně hlásí k romské národnosti. Romové mají svá označení, „rom“ pro muže nebo manžela, „romňi“ pro ženu či manželku a „roma“ pro lidé. S Romy je také spojeno romství, které můžeme definovat jako něco, co může Rom získat pouze narozením a vyrůstáním v romské rodině a zároveň se musí ztotožňovat s hodnotami této rodiny. Romství lze i ztratit a to například dlouhodobým pobytem v dětském domově. Jeho získání není vůbec snadné a za určitých okolností může být i odmítnuto (Prokešová, 2010).

1.1.1 Historie Romů v České republice

O původu Romů jsou doposud v literatuře uváděna různorodá fakta. Je však známo, že koncem 18. století byly provedeny jazykové srovnávací studie, kde bylo prokázáno, že Romové pocházejí z Indie. Jediné co víme, je právě kontinent, ze kterého kdysi směřovali svoji cestu na západ. Podrobnější lokalizace dodnes není známa. Skupina vědců se přiklání k názoru, že předci dnešních Romů spadali do původního obyvatelstva Indie. Samostatné etnikum tvořili i původní obyvatelé Domové, kteří spadají mezi nejbližší příbuzné Romů. Historici se domnívají, že Domové měli kdysi i svůj stát a to nabádalo k vytvoření samostatného etnika. Stát ale zanikl a došlo k vytvoření nízkých kast, které tvořily celek kast a podkast (Horváthová, 2002).

Dnešní indická kultura se v určitých rysech shoduje s kulturou Romů. Shodují se v řemeslech, která jsou tradiční jak pro romskou, tak i indickou kulturu. Patří sem například kovářství, košíkářství, akrobacie, hudební, pěvecké a taneční produkce a mnoho dalších. Nikdy se ale nezabývali jednou profesí a i přesto mají s předky mnoho společného. Nebylo dáno, aby se předkové Romů vyskytovali pouze v nižších sociálních vrstvách, mohli se objevovat i na vyšší úrovni. Důkazem toho může být i autor staroindického eposu Rámájanam – Válmíkí, který je považován za příslušníka Romů. V dnešní době žije v Indii skupina Domů, kteří se nazývají Bálmíkové a jejich původ je odvozen právě od tohoto autora staroindického eposu. I dnes můžeme mezi romskými skupinami sledovat určité rozdíly, které byly zaznamenány už v Indii. Proto se předpokládá, že Romové nikdy nebudou tvořit homogenní společenství (Horváthová, 2002).

Ke změně skupinového názvu Dom na Rom došlo změnou hlásky. V Indii mají cerebrální hlásky (d, t, rh, dt), které většina evropských jazyků nemá, a proto se mění. V dialektech evropských Romů se mění na souhlásku r, v Arménii na l, tudíž Lomové a v arabském prostředí na souhlásku d tedy Domové. Sami Romové se označovali jménem Rom (Horváthová, 2002).

Je také důležité se zmínit o jejich odchodu z indického subkontinentu. Odpověď na otázku, proč Romové tuto zemi opustili, není zcela jasná. Jejich cesta směřovala na západ, kde hledali lepší živobytí a také oblasti, které nepostihovaly sucha a hladomor. Dalším důvodem mohl být i kastovní systém, který byl na území indického subkontinentu přísně dodržován. Poslední hypotézou jsou i přívaly expanzivních kmenů. Jednalo se převážně o Mongoly a Araby. Odchod je datován v rozmezí od 3. – 9. až 10. století n. l. (Horváthová, 2002).

Romové během své cesty prošli mnoho zemí. Nejdélší dobu strávili na území Íránu, tehdejší Perské říše. S obdobím, kdy byli předkové Romů přítomni v této říši je spojena i jedna událost, kterou popisuje íránský básník. Jeden perský panovník pozval na svůj dvůr hudebníky, kteří hráli na loutnu. Tito hudebníci byli v eposu nazýváni Luriové. Panovník jim dal za své služby vše, co potřebovali k obživě. Luriové všechno spotřebovali a místo toho, aby vypěstovali další úrodu, žádali po panovníkovi další potraviny. Ten jim poradil, aby pokračovali dále ve své cestě (Horváthová, 2002).

Dále se Romové dostávají do Arménie, kde se některé skupiny trvale usídlily. V současné době jsou jejich potomci arménští Lomové. Romové mají v dialektech také slova řeckého původu, z toho můžeme usoudit, že se pohybovali i na území dnešního Řecka, které bylo kdysi mnohem větší, než je dnes. Skupiny Romů dále pokračují do Bosporu a Dardanely a přes Balkán do Evropy (Horváthová, 2002).

V počátcích příchodu Romů do Evropy byli velmi vítáni. Na dvorech panovníků byli přijímáni a zasluhovali průvodní a doporučující listy, kterými se prokazovali na jiných místech. Panovníci si jich vážili a to z důvodu, že přinášeli nové informace o zemích, kterými putovali. Vážili si jich i jako zvěrolékařů a léčitelů. Ženy považovaly za věštkyně. V té době byli považováni za kajícíníky, později je začala pronásledovat církev a obviňovala je z čarodějnictví. V západní Evropě nečekalo na Romy nic dobrého, a proto tuto část dodnes obývají pouze skupiny kočovné a polokočovné (Sekyt, 2001).

V Československu žilo v roce 1925 odhadem okolo 65 000 Romů, z toho převážná část žila na Slovensku (Hlaváček, 2014). V roce 1927 byl vytvořený Zákon o potulných cikánech. Tento zákon se nevztahoval pouze na Romy žijící kočovným způsobem ale i

na Romy obecně. Všichni kočovní Romové starší 14 let se museli podle nového zákona prokázat cikánskými legitimacemi místo občanských. O legitimaci rozhodovala obecní rada a zastupitelstvo. Nastávaly i situace, kdy se Romové nechtěli oddělit od společnosti a proto tyto legitimace likvidovaly. Ti, kteří vedli romské kočovníky, se museli v každé obci prokázat kočovným listem, aby mohli na území dané obce určitou dobu pobývat. Do větších měst jim byl vstup zakázán. Romské děti byly odebírány Romům, kteří nebyli usídlení a to z důvodu nedostačující péče. O jejich péči se měli postarat jiné rodiny či výchovné tábory. Zákon měl pro Romy i určitá pozitiva, konkrétně se jednalo o zavedení zdravotních ale i veterinárních opatření. Veterinární opatření se týkala zvířat, která sloužila k jejich převozu. Po roce 1935 se počet Romů neustále zvyšoval, přicházeli z Německa a později i z Rakouska (Horváthová, 2002).

V roce 1939 vznikl Protektorát Čechy a Morava. V ten stejný rok nařídilo Ministerstvo vnitra trvalé usídlení kočovníků, kterých bylo asi 7 000. Pro ty, kteří se usídlit nechtěli, byly v roce 1940 otevřeny kárné pracovní tábory v Letech u Písku a v dalších oblastech. V roce 1942 bylo nařízeno preventivní potírání zločinnosti, které bylo zřízeno pro osoby obtěžující svým chováním společnost. Všechny osoby starší 14 let se prokazovaly pouze cikánskou legitimací, občanské legitimace jim byly odebrány. Všichni Romové s cikánskou legitimací byli v protektorátu označeni a rozděleni do dvou skupin. Malé a problémové skupiny byly ihned deportovány do pracovních táborů. O větších a bezproblémových skupinách bylo rozhodnuto až v roce 1943-1944. V rozmezí těchto let byly tyto skupiny deportovány do největších koncentračních táborů. Jen malé procento Romů bylo deportace ušetřeno. Jednalo se převážně o Romy, kteří utekli do zahraničí anebo se skrývali. V koncentračních táborech rychle umírali na různé nemoci, někteří byli dokonce vybráni pro pokusy, které prováděl Dr. Mengele. V Osvětimi tehdy zemřelo přes 200 000 Romů z celé Evropy (Horváthová, 2002).

Davidová (2004) uvádí, že důsledky 2. světové války byly pro Romy hrozná, obzvláště v Čechách a na Moravě. V důsledku nacistické genocidy byla vyhlazena převážná část českých, ale i moravských a německých Romů. Převážně přežily integrované skupiny usazených a bohatých Romů. Válečné období přineslo velké pogromy a vypálené některé romské osady. Po 2. světové válce docházelo k přesídlování slovenských Romů do Čech (Mann, 2000). Podle Horákové et al. (2011) docházelo k největšímu přívalu Romů do České republiky (dále ČR) v roce 1945. K přesídlování docházelo, protože Slovensko bylo mnohem více zpustošené, tudíž zde byly i problémy s hospodářstvím a obtížné podmínky tu byly obzvláště pro Romy. Po roce 1945 se

změnila i struktura romského etnika. Největší skupinu tvořili slovenští Romové, menší skupinu potom Romové maďarští, němečtí, rumunští a olašští (Davidová, 2004). Ze soupisu z roku 1947 žilo na území Československa 101 190 Romů. Na území Čech a Moravy žilo 17 762 romských obyvatel (Hlaváček, 2014). Z důvodu velkých migračních vln byla opět v roce 1947 zavedena cikánská legitimace. Byl zaveden i policejní dohled, který kontroloval zapojení romského obyvatelstva do práce. První zákon v republice, který se týkal Romů, platil až do roku 1950, jednalo se o diskriminační zákon (Davidová, 2004).

Po vydání Ústavy, tedy v roce 1948 nastalo přípravné období k řešení romské otázky, která byla přesně formulována až v roce 1950. V roce 1948 až 1950 bylo řešení otázky rozdělené a probíhalo pomalu. Nastávaly problémy s předsudky a negativními postoji, které bránily v řešení celého problému. Na Slovensku se situace nezlepšila a na Poverenictvo vnútra přicházely stížnosti od romských obyvatel. Stížností bylo mnoho a ministerstvo bylo donuceno zrušit kočovné listy a nahradit je občanskými průkazy (Davidová, 2004).

Státní orgány odmítaly Romy jako národ. Chtěly, aby se vzdali svého života a přizpůsobili se většinové společnosti. Pro Romy to znamenalo jediné, nesměli vydávat své knihy a časopisy, nesměli zpívat romské písně a nesmělo se používat označení Romové ani Cikáni. Místo toho byli označováni jako občané cikánského původu. Stát se tehdy zaměřoval i na bydlení a zaměstnání Romů. I když byly tyto záměry myšleny dobře, ve většině případů byly prováděny násilím. To platilo i pro tehdy kočovné olašské Romy (Mann, 2000).

Začala se vydávat různá opatření, která nařizovala povinnou školní docházku. Vládní orgány tuto skutečnost vnímaly tak, že romské matky považují povinnou školní docházku za týrání svých dětí a nepochopily, že vzdělání je pro jejich potomky důležité (Mann, 2000). Romové však mají vzdělání na spodním žebříčku hodnotového systému, umí dobře počítat, ale neumí dobře číst a psát. Důvodem může být to, že vzděláním nezískávají znalosti, které by považovali za důležité (Nováková, 2012).

V roce 1989 byla založena politická romská strana takzvaná Romská občanská iniciativa. V parlamentu tato strana získala osm křesel, ale během dalších voleb nezískala politickou reprezentaci a to z důvodu pomalého politického vývoje. Se vznikem této strany vznikaly i jiné organizace, které byly zaměřeny jak na kulturu, tak na politiku (Hlaváček, 2014).

Podle Horákové et al. (2011) se Romové v roce 1989 stali samostatnou národnostní menšinou, která má stejná práva a povinnosti jako občané ČR. Převážná část romské populace usilovala o rozvoj své kultury.

1. 1. 2 Současnost Romů v České republice

Dle Martíneze-Cruze et al. (2016) patří romská minorita mezi největší a nejrozšířenější etnickou skupinu v celé Evropě. V dnešní době obývají téměř všechny evropské země. Právě z tohoto důvodu musí být Romům věnována větší pozornost (Nováková, 2012).

Podle Evropského centra pro práva Romů (dále ERRC) se počet osob, které se hlásí k romské komunitě, pohybuje v ČR v rozmezí od 150 000 až 300 000 obyvatel (Hlaváček, 2014). V literatuře se můžeme setkat s nejrůznějšími údaji o počtech Romů žijících ve světě. Z roku 1967 je známa Zpráva z úřadu britské vlády, kde byl celkový počet odhadnut na 1 200 000 Romů žijících ve světě. Do tohoto průzkumu nebyly zahrnuty všechny země, ve kterých Romové žijí. Například nebylo zahrnuto Turecko ani Španělsko (Cohn, 2009).

Na území ČR žilo v roce 2015 okolo 226 300 Romů, z toho byla polovina Romů začleněna do sociálního života. Druhá polovina Romů žila ve špatné situaci, ti byli vyloučeni na okraj společnosti. Takto vyloučené skupiny měly omezený přístup k možnostem, které jsou za normálních podmínek všem členům společnosti zpřístupněné (Vláda České republiky, 2016). Další kvalifikované odhady byly provedeny v roce 2016, kdy bylo na území ČR 245 800 Romů. I v roce 2017 byl proveden odhad, který čítal okolo 240 300 Romů na území ČR. Z celkového počtu obyvatel žijících na území ČR tento odhad představuje 2,2 %. Můžeme si povšimnout i poklesu počtu Romů mezi rokem 2016 a 2017, který nemůžeme brát za populační pokles, jedná se pouze o upřesnění postupů (Úřad vlády České republiky, 2018).

1. 1. 3 Charakteristika romské minority

Pro charakteristiku romské minority a pro ucelení tématu a propojení s ošetrovatelstvím bude využit model kulturně ohleduplné a uzpůsobené péče Joyce Newman Gigerové a Ruth Elaine Davidhizarové. Tento model je složený z 6 kulturních fenoménů. Tyto fenomény nám pomáhají k určení kulturních zvláštností člověka, které se mohou promítnout do poskytované péče. Tím napomáhá ke zlepšení kvality

poskytované péče. Těchto 6 kulturních fenoménů je uspořádáno tak, abychom chápali jedince jako unikátní bytost (Giger a Davidhizar, 2002).

Vnitřní sféru tvoří kulturně svébytný jedinec. V našem případě se jedná o příslušníka romské minority. Hlaváček (2014) uvádí, že romská populace není jednolitě etnikum, můžeme ho rozdělit do několika skupin, které se vyznačují odlišnostmi jak kulturními tak jazykovými. V ČR tvoří největší skupinu romské populace slovenští Romové. Uvádí se, že tvoří 65-80 % z celkového počtu. Tato skupina Romů přicházela ze Slovenska po druhé světové válce. Menší skupinu tvoří Romové maďarští. Ta je zastoupena v 15-20 % celkového počtu romské populace. Stejně jako slovenští Romové, tak i maďarští Romové přišli po druhé světové válce z jižního Slovenska. Olašští Romové tvoří další menší skupinu, která je procentuálně zastoupena v 5-15 %. Též přišli po druhé světové válce, ale tentokrát z Rumunska. Dle Davidové (2010) patřili Olašští Romové do roku 1959 mezi kočovné skupiny. V dnešní době si stále udržují svůj jazyk, vnitřní společenskou strukturu, ale i hodnotový systém a s jinými Romy se nestýkají. Podle Hlaváčka (2014) se olašští Romové zaměřují spíše na činnosti, které vyžadují myšlení jako je například podnikání v různých služebních oblastech. Sinti jsou Romové, kteří pocházejí z Německa. V dnešní době je jejich počet převážně mizivý. Na vině je druhá světová válka, kdy docházelo k jejich vyhlazování. Poslední nepočtenou skupinou jsou čeští Romové. Jedná se o romskou populaci, která je původem z Čech. Počet nebyl nikdy vysoký a to z důvodu pronásledování. Stejně jako Sinti tak i čeští Romové byli za druhé světové války skoro vyhlazeni. Proto se jejich počet pohybuje na stejné úrovni jako u Sintů (Hlaváček, 2014).

Toumová (2017) uvádí, že romský jazyk je jedním z nejdůležitějších typických znaků romské minority, co se komunikace týče. Romština je svým způsobem samostatný jazyk, ale nemůžeme ho pokládat za fenomén romství. Romský jazyk používají výhradně pouze Romové, a proto nebyl zápis spisovné romštiny ještě donedávna vytvořen. V Evropě existuje přes 60 romských dialektů a v ČR je spolu se spisovnou romštinou používáno dalších 8 subetnických variant. Němečtí Sinti si svůj jazyk chrání, aby nevytizela jeho výjimečnost (Kaleja et al., 2012). Podle Ivanové et al. (2005) je komunikační styl romské minority od většinové společnosti velmi odlišný. Mají vynikající smysly, které jim umožní poznat člověka pouhým pohledem, ale i intuicí. Velmi si zakládají na neverbální komunikaci. Pokud jim zdravotník řekne, že jim pomůže, ale nemyslí to vážně, romský pacient tuto skutečnost vycítí. Je známo, že Romové se při komunikaci nebojí projevovat své emoce. Proto když je Rom zoufalý,

vidíme pouze tuto skutečnost, nikoliv to, že pro nás nepředstavuje žádnou hrozbu. Stejně dobře dokáží projevovat i radost a úspěch a to nejen vlastní, ale i ostatních Romů. Je tedy nutné umět s těmito informacemi pracovat a brát je s nadhledem. Při setkání s romským pacientem ve zdravotnickém zařízení musíme počítat se zvýšenou gestikulací, hlasem i emočními projevy. Toumová (2017) provedla výzkumné šetření, kde bylo zjištěno, že 68 % dotazovaných Romů používá český jazyk a pouze 32 % používá ke své komunikaci jazyk romský. Dále byli respondenti dotazováni, jak rozumí psané a mluvené romštině. Pro lepší porozumění byla použita číselná škála od 1 do 5. Číslo 5 uvedlo celkem 13,3 % respondentů, což znamená, že romštině rozumí nejméně. Číslo 3 označilo nejvíce respondentů, což procentuálně čítalo 26,8 %. Číslo 1 bylo zastoupeno v 15,3 %, tito respondenti nejvíce rozumí psané romštině. Mluvené romštině rozumí více než romštině psané a to konkrétně 25,5 % dotazovaných. Bylo dokázáno, že romské ženy rozumí mluvené romštině více než muži, ale s rostoucím věkem se zvyšuje porozumění jak mluvené, tak psané romštině. Je to dáno tím, že romské děti jsou od malička spíše začleňovány do majoritní společnosti. Nováková (2012) uvádí, že převážná část romské minority mluví spíše jazykem většinové společnosti. Samková (2011) uvádí, že nejmladší romské generace, které žijí na území ČR, romskému jazyku moc nerozumí, ale za to střední a starší generace považují romštinu stále za svůj komunikační prostředek, ale nejen to, ale i za nástroj zachování intimity. Řadíme sem i neverbální komunikaci. Toumová (2017) se zaměřila především na vnímání úsměvu. Ten Romové vnímají velice pozitivně. Vnímají ho jako projev přátelství, důvěry či pochopení. Pár jedinců ale uvedlo, že úsměv vnímají spíše negativně a to konkrétně jako projev výsměchu, nedůvěry či nepochopení.

Toumová (2017) se ve svém výzkumném šetření zabývala i vnímáním prostoru romskou minoritou. Do této oblasti můžeme zařadit například dodržování osobního prostoru, odstupu při konverzaci, dodržování zón nebo posturologii. Zjišťovalo se, zda je romské minoritě nepříjemné překračování intimní zóny při komunikaci, kdy se jednalo o vzdálenost 60 cm. 9,7 % respondentů uvedlo, že je jim toto překročení vzdálenosti maximálně nepříjemné a 11,3 % to nepříjemné vůbec není. Na pohlaví nezáleží, jelikož výsledky jsou velice podobné. Pokud se budeme pohybovat ve zdravotnickém zařízení, kdy dochází ke kontaktu Roma s personálem, výsledky byly následující. 5,2 % respondentů uvedlo, že překročení intimní zóny je jim maximálně nepříjemné a 15,2 % toto překročení nevadí. Ošetrovatelská péče se neobejde bez dotyků, které jsou velice časté, proto bylo zjišťováno, na jakých místech je jim dotyk od cizích osob nepříjemný.

Zaměřovala se i na osoby blízké. Výsledkem bylo, že 37,8 % respondentům nevadí dotyk od cizí osoby a logicky můžeme odvodit, že dotyk od osoby blízké Romům vadit vůbec nebude, konkrétně to nevadí 71,2 %. Místo dotyku, které je pro Romy nejvíce nepříjemné, jsou intimní partie, dále následovala hlava. Při hospitalizaci nastává problém se změnou prostředí a s adaptací na cizí prostředí. V hodnotovém systému romské minority stojí rodina na nejvyšším žebříčku, a proto se předpokládá, že i při hospitalizaci bude rodina nejdůležitější. Toto mínění se i potvrdilo. 48,3 % Romů uvedlo, že je pro ně nejtěžší v době hospitalizace odloučení od rodiny. Mezi ty menší problémy patří nedostatek soukromí, dodržování předepsaného léčebného postupu a dodržování řádu oddělení. Důležité jsou také informace o zdravotním stavu, ty chtějí znát jako první, potom jsou sděleny manželovi nebo manželce a v neposlední řadě rodičům či dětem.

Začlenění romské minority je problematikou velmi zkoumanou. Nejvíce problémů vzniká v oblasti chování, jinak je přítomnost Romů ve většinové společnosti akceptována (Leontiyeva, Novotný, 2010). Klicperová – Baker a Košťál (2012) uvádí, že zástupci romské minority zveřejnili údaj, ze kterého vychází následující skutečnost a to, že 86 % většinové společnosti Romy neakceptuje a snaží se o jejich segregaci. Monitorováním postavením menšin v ČR se zabývá i Rada Evropy. V ČR je postavení Romů velmi znepokojivé a to z hlediska přetrvávajících předsudků ze strany většinové společnosti. Romové nadále zůstávají vyloučeni na okraji společnosti (Hofmannová, 2013). Z výzkumného šetření Toumové (2017) vyšlo, že 6,8 % respondentů je velmi spokojena s životem v ČR a naopak je velmi nespokojeno jen 3,7 %. Velké množství respondentů se cítí být v ČR diskriminováno pouze středně, procentuálně se jedná o 42,5 % a 23,7 % se necítí být diskriminováno vůbec. Do oblasti sociálního začlenění, patří také zdravotní stav jedince. Ivanová et al. (2005) uvádí, že zdraví patří mezi nejvyšší hodnoty Romů. Zdraví vnímají jako celistvou jednotu individuální, společenskou, fyzickou, duševní, kulturní ale i multikulturní. Nejčastější odpověď na otázku, co pro Romy znamená zdraví, bylo, že se jedná o nejvyšší hodnotu, zdraví představuje vše v životě, umožňuje jedincům žít a pracovat a v neposlední řadě představuje možnost, jak se postarat o rodinu. Zahrnujeme sem i preventivní prohlídky, na které podle výzkumu většina romské populace nechodí. Co se týká dodržování léčebného režimu, tak většina Romů se snaží režim dodržovat, ale velká část při tom nedobírá předepsané léky. Pokud bychom měli hodnotit jejich fyzickou a psychickou stránku na škále od 1 do 5, nejčastější odpovědi bylo číslo 3, poté číslo 4 a 5. Nikdo z respondentů se necítil být fyzicky a psychicky v největší kondici (Toumová, 2017).

Co se týče pojetí času, podle Tomové (2017) je pro Romy důležitá spíše přítomnost než budoucnost či minulost. To potvrdila i samostatná studie, kdy bylo prokázáno, že pro 42,8 % respondentů je důležitá přítomnost a pouze pro 1,5 % není přítomnost důležitá vůbec. Na druhém místě je potom budoucnost a na posledním minulost. Do složky trávení volného času patří i práce, kterou velká většina romské minority nemá. Ti, kteří pracují, uvedli, že nejčastěji pracují 5 dní v týdnu 8-10 hodin denně. Romové svůj volný čas nejraději tráví se svojí rodinou, méně času potom tráví u televize či počítače a nakonec se věnují svým přátelům. Co se týče stravování, z výzkumu vyšlo, že pokud respondent pracuje, stravuje se 3x až 4x denně. V opačném případě, kdy Romové do práce nechodí, stravují se více jak 6x denně. Podle Hájkové (2001) je důležitá příprava jídla. Potraviny musí být zpracovány pouze v nádobách, které jsou pro to určené, to znamená, že nádoby nesmí být použity například na vyváření prádla. Podle Kozubíka et al. (2018) jsou stravovací návyky důležitým spojením mezi jídlem chudých a tradičními romskými jídly, především se jednalo o góju, fľaky nebo marikľa. Předkové Romů tyto potraviny znali a konzumovali je. Mezi staršími generacemi byly tyto potraviny ve venkovských oblastech známé a oblíbené. Chudí Romové zaměřovali svojí životní strategii především na současnost a snahu o přežití, což je typické chování v sociálně vyloučených komunitách. Co se týče kulturních akcí, jako je divadlo, kino, koncerty a podobně nejsou moc romskou minoritou podporovány. Velmi malé procento se těchto kulturních akcí zúčastní a to pouze 3,5 %. Otázkou může být, proč tomu tak je. Záleží na mnoha faktorech, ať už se jedná o finanční stránku, způsob romského života či o to, co Romové považují za kulturní akci (Toumová, 2017).

Další oblastí je vliv prostředí a výchovy. Davidová a Uherek (2010) uvádějí, že rodina byla a je pro Romy základem jejich života. Dá se říci, že pro Romy má rodina mnohem větší význam než pro většinovou společnost. Důvodem je to, že Romové se mimo rodinu ve společnosti moc neusazují. Podle Hájkové (2001) se tradiční romská rodina odlišuje od té moderní především tím, že spolu žije více generací v jednom bydlení. Jaké kdo bude mít postavení v rodině, určuje pohlaví a věk. Rodiny jsou patriarchální, což znamená, že muž je hlavou rodiny. U žen má potom velký vliv na postavení v rodině počet dětí. Čím více dětí, tím získává žena více úcty. Nováková (2012) uvádí, že jsou určité rozdíly mezi mužem a ženou. Žena je ta, které vychovává děti, stará se o domácnost a poslouchá muže. Muž má v rodině vyšší postavení než žena a stará se o rodinu finančně. Hájková (2001) uvádí, že výchova dětí je dána především mentalitou Romů. Ti jsou více emotivní. Rodiče upřednostňují pocity a přání dětí, to znamená, že

děti chodí spát, až když to ony samy považují za vhodné. Davidová a Uherek (2010) uvádí, že většina mladých páru žije u rodičů a s dalšími příbuznými. Osamostatňují se většinou později, zpravidla po narození druhého dítěte. Romskou rodinu tvoří velice mladé maminky a mateřství má i velký význam, jelikož malá část páru bez dětí většinou končí rozchodem. Podle Novákové (2012) jsou Romové velmi kolektivní. Věří v nadpřirozené bytosti a síly a myslí si, že je v noci navštěvují jejich blízcí pozůstalí. To vede Romy k tomu, že si v noci nechávají rozsvícené alespoň malé světlo. Náboženství je velmi specifické, jelikož většina romské minority vyznává víru většinové společnosti. V ČR je nejvíce zastoupeno křesťanství, které z největší pravděpodobností bude ovlivňovat i Romy. Toumová (2017) ze svého výzkumného šetření zjistila, že 55,5 % respondentů nevyznává žádnou víru, křesťanská víra byla samozřejmě u těch, kteří věří nejvíce zastoupena. Těm, kteří vyznávají nějakou víru, byla položena ještě otázka, zda mají nějaká církevní místa. Nejvíce respondentů uvedlo, že taková místa nemají, potom následovala místa jako je kostel či domov. Mezi nejvyšší hodnoty Romů patří zdraví, láska, svoboda, rodina, práce, úspěch, vzdělání, peníze, víra a majetek. První místa vždy zaujímala rodina, zdraví a láska. Poslední místa v hodnotovém systému zaujímala práce, úspěch a peníze. Nejvíce Romy ve svém životě ovlivňuje rodina, dále finanční situace, zdraví a víra. Ivanová et al. (2005) uvádí, že život je pro Romy nepostradatelnou složkou a má nejvýznamnější hodnotu, stejně tak i rodina a zdraví.

Romové se od většinové společnosti odlišují především biologicky. Podle Samkové (2011) jsou charakterističtí barvou pleti, ale i pyknickou postavou a vysokým stupněm obezity. V případě obezity se nabízí otázka, zda se jedná o genetickou dispozici nebo o jejich stravovací návyky. V romském vzhledu se odráží i jejich zdravotní stav, který je mnohem horší než u většinové společnosti. Šedová (2016) uvádí, že nadváhou trpí více většinová společnost oproti romské minoritě, ale za to Romové trpí více obezitou. Co se týče vzhledu romského obyvatelstva, konkrétně barvy vlasů, tak převládá barva tmavého typu. 43,8 % respondentů uvedlo hnědou barvu vlasů, následuje černá barva 37,2 % a pouze 6,5 % zastupuje barva šedivá. Zbývajících 6,5 % zahrnují jiné barvy, jako jsou melíry, blond vlasy či se respondenti vůbec nevyjádřili. U barvy očí se 75,5 % respondentů přihlásilo k hnědé barvě, 9 % zasluhuje černá barva a zbylých 15,5 % zmiňuje jinou barvu očí či se opět vůbec nevyjádřili (Toumová, 2017).

1. 2 Definice zdraví a nemoci

Slovo „zdraví“ je v našem životě používáno každý den, aniž bychom si toho všimli. Ve slově „zdravit“ či „pozdrav“ je kořen slova odvozen právě od slova zdraví. Zdraví patří mezi nejvyšší hodnoty každého člověka. Na otázku, proč tomu tak je, je velmi jednoduché odpovědět. Tím, že jsme zdraví, můžeme vykonávat běžné denní činnosti, můžeme chodit do práce, navštěvovat své blízké a plnit si své sny. Cílem našeho života není zdraví jako takové, zdraví nám umožňuje smysluplně žít. Malfdan Mahler, bývalý generální ředitel Světové zdravotnické organizace v anglickém překladu World Health Organization (dále WHO), definoval zdraví takto: „*Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví není ničím*“ (Machová, 2015). Holčík (2017) uvádí, že zdraví slouží i k úspěšnému ekonomickému a sociálnímu rozvoji. Je hodnotou individuální, společenskou, politickou, ekonomickou ale i kulturní. Velká část populace si myslí, že když jsou zdraví, znamená to, že jim nic není a nic je nebolí. Problémy se objevují tehdy, kdy dochází ke zjištění okolností, které zdraví ovlivňují. Zdraví se skládá ze tří složek a to z duševního zdraví, které zahrnuje emocionální zdraví, dále tělesné zdraví v souvislosti s nepřítomností nemoci a sociální zdraví, které umožňuje navazovat sociální kontakty. Abychom dosáhli nejlepšího zdraví je nutná a velmi důležitá prevence, diagnostika, léčba ale i rehabilitace (Čevela, Čeledová, 2009). Machová (2015) uvádí, že zdraví není jednoduché definovat. Definice zdraví se mění s historickým ale i s ontogenetickým vývojem. S tvrzením Machové (2015) souhlasí i Brüssow (2013), který ve svém článku hledá odpověď na to, co je to zdraví. Nejdříve se snažil informace získat z učebnic, které byly napsány lékaři. Bohužel se mu nedostávalo odpovědi. Bylo mu tedy jasné, že medicína se nezabývá zdravím, ale nemocí. Autor se snažil získat pomoc z jiných zdrojů. Proto využil PubMed, kam zadal dvě klíčová slova a to zdraví a definice. Bylo nalezeno méně jak 20 článků. Je tedy zřejmé, že definovat zdraví je velmi obtížné.

Podle Misselbrooka (2014) je v dnešní době každý člověk ochotný zaplatit obrovské sumy za poskytnutí zdravotní péče i přesto, že nezná pravý význam slova zdraví. V roce 1948 definovala WHO zdraví takto: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady*“. Podle WHO jsme tedy uzavřené systémy, které nemají žádné nedokonalosti. Žádný člověk se nenachází ve stavu úplné pohody, každý z nás během svého života podstoupil lékařský zásah. Definice zdraví podle biomedicínského přístupu zní: „*Dvě nohy dobré, jedna noha špatná*“. Nikdo z nás nechce mít pouze jednu končetinu, ale kdyby se tomu tak stalo, nemůžeme se přeci považovat za zdravý. Tím, že jsme zdraví, můžeme sledovat náš životní příběh.

Na druhé straně od zdraví stojí nemoc. Člověk si hodnotu zdraví neuvědomuje až do doby, kdy onemocní. V případě, že člověka postihne nemoc, závisí na závažnosti nemoci a na míře postiženého zdraví. Poté si člověk začíná uvědomovat hodnotu zdraví a přehodnocuje své životní priority (Nováková, 2011). Nemoc je tedy porucha zdraví, kdy se člověk nedokáže vypořádat s určitými nároky vnějšího a vnitřního prostředí aniž by došlo k porušení životních funkcí. Dochází i k narušení adaptace člověka, která je zapříčiněna selháním adaptabilních mechanismů. Při nemoci se aktivují regulační mechanismy, které se snaží nastolit rovnováhu ve vnitřním prostředí (Machová, 2015). Definice nemoci jsou různé. WHO definuje nemoc takto: „*Nemoc je stav, kdy je změněna či porušena stavba nebo funkce jednoho nebo více orgánů*“ (Zacharová, 2017). Praktický slovník medicíny nadefinoval nemoc takto: „*Nemoc je stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu*“ (Vokurka, Hugo, 2015). A Bártlová definovala nemoc jako „*poruchu schopnosti individua plnit očekávané úkoly a role*“ (Bártlová, 2005).

Zacharová (2017) uvádí, že zdraví a nemoc je vnímána jako komplexní jev, kde se uplatňují složité vztahy mezi somatickou a psychickou sférou, ale i mezi osobností daného pacienta a prostředím. Jedině tedy nemůžeme vnímat jako izolovanou bytost, ale jako celistvou osobu, která patří do určitého sociálního prostředí.

1. 2. 1 Faktory ovlivňující vnímání zdraví a nemoci

Na zdraví člověka působí mnoho kladných a záporných faktorů, které nazýváme determinanty. Působení těchto faktorů na zdraví má vliv buď chránící a podporující zdraví anebo naopak oslabující a vyvolávající nemoci (Machová, 2015). Determinanty můžeme definovat jako celek faktorů, které společně působí na zdraví pozitivně nebo negativně (Čevela, Čeledová, 2009). Dále se determinanty rozdělují na vnitřní a zevní. Mezi vnitřní neboli genetické determinanty patří pohlaví, věk a genetické dispozice, které nám předpovídají vznik určitých onemocnění. Tyto predispozice získává každý jedinec od svých rodičů a jsou neovlivnitelné. Je důležité s predispozicemi počítat a popřípadě svůj způsob života podle situace upravit. Pokud se ví, že jedinec, který se narodí, má predispozice k určitému onemocnění, je podroben vyšetření. Jedinec je informován a jsou mu poskytnuta konkrétní doporučení. Nejvíce se genetické dispozice projevují na začátku a ve středním období života. Z toho důvodu dochází k úmrtí kojenců a dětí v mladším a starším věku. Genetický základ ovlivňuje zdraví z 20 %. Mezi vnější determinanty zdraví patří životní prostředí, životní styl a zdravotnické služby (Nováková, 2011). Životní

prostředí ovlivňuje zdraví z 20 %, zdravotnické služby z 10 % a životní styl z 50 % (Machová, 2015).

Životní prostředí je podle Ministerstva životního prostředí definováno jako něco, co umožňuje organismům včetně člověka žít a dále se vyvíjet. Hlavními složkami je ovzduší, voda, půda, energie a další. Z hlediska zdravotnického je životní prostředí souhrn určitých vlivů, které působí na zdraví a pohodu člověka. Mezi ně patří zdravotně významné vlivy, jako je například hluk, kyslík, viry a životní úroveň. Dále do této složky patří oblasti životního prostředí, ukazatelé kvality a čistoty prostředí (Nováková, 2011). Životní styl ovlivňuje zdraví nejvíce, a proto patří mezi nejvýznamnější determinantu. Je založeno na individuálním výběru. Každý jedinec má možnost si vybrat formu chování v určité životní situaci. Jedinec si tedy může sám rozhodnout, zda si vybere zdravý způsob života a ten zdravý poškozující odmítne či naopak. Ovšem rozhodování o životním stylu jedince není zcela svobodné, závisí na tradicích, rodinných zvyklostech, ale i na věku, pohlaví, zaměstnání, rase a dalších faktorech. Člověk se může sám rozhodnout tehdy, má-li dostatečné informace o tom, co jeho zdraví podporuje a co mu škodí. Zároveň je nutné, aby získané znalosti byly použity při výchově dětí (Machová, 2011). Mezi rizikové faktory, které nejvíce ovlivňují zdraví, patří nesprávná výživa, kouření, nízká pohybová aktivita a nadměrná psychická zátěž (Čevela, Čeledová, 2009). Machová (2011) uvádí ještě nadměrnou konzumaci alkoholu a zneužívání drog.

Cintulová a Radková (2018) uvádí, že zdravotní stav a podmínky Romů jsou mnohem horší než u většinové společnosti. Nesvadbová et al. (2009) zjišťovali, jak Romové hodnotí svůj aktuální zdravotní stav. Zdravotní stav byl zjišťován ve 12 měsících na škále od 1 (velmi dobrý) do 5 (velmi špatný). Výsledky byly překvapující. 17 % respondentů uvedly, že jejich zdravotní stav je velmi dobrý, 48 % hodnotilo svůj zdravotní stav jako dobrý a pouze 2 % respondentů hodnotilo svůj zdravotní stav jako velmi špatný. Věk ale i úroveň vzdělání má u Romů vliv na hodnocení jejich zdravotního stavu. Romové, kteří nemají dokončené základní vzdělání, hodnotili svůj zdravotní stav jako velmi špatný. Naopak, Romové, kteří navštěvovali středoškolské vzdělání a nedokončili jej, svůj zdravotní stav hodnotili za dobrý. Podle Hajduchové a Urbana (2014) se u Romů nejvíce vyskytují vertebrogenní algické syndromy, hypertenze a diabetes mellitus 2. typu. Zvýšený výskyt těchto nemocí může souviset se stresem, který byl u respondentů zaznamenán. Nesvadbová et al. (2009) se též zabývali výskytem 16 forem nemocí, které byly stanoveny doktorem. Podle lékaře nemá 46 % Romů žádnou nemoc, jednu nemoc má 15 %, dvě nemoci 13 % a pět a více nemocí je zastoupeno v 13

%. Nejvíce zastoupenou nemocí diagnostikovanou lékařem byla migréna, poté vysoký krevní tlak, deprese, vysoká hladina cholesterolu, problémy související s přechodem, žaludeční vředy, artritida, oběhové problémy, alergie, onemocnění srdce, diabetes mellitus, astma, jiné duševní nemoci, osteoporóza, kýla a problémy s prostatou.

Nesprávná výživa patří mezi rizikové faktory, které ovlivňují zdraví. U Romů je tento fakt podmíněn obezitou, která je u romského obyvatelstva velmi častá. Co se týče stravy, v dnešní době se v romských rodinách vaří velmi často a hodně (Olišarová, Kajanová, 2015). Šlechtová a Bürgerová (2009) uvádí, že stravování v romských rodinách je nepravidelné a závisí hlavně na ekonomické situaci. Romské děti konzumují nejčastěji sladkosti a to je nejčastější příčina vzniku obezity. Rodiče romských dětí se snaží, aby nebyli ochuzeni o to, co oni sami neměli. Romové si libují v masech, uzeninách a sladkostech, ale zeleninu a ovoce v jejich jídelníčku moc nenajdeme. Typickým pokrmem je goja, lokše, což jsou moučné placky, halušky, krupoto, zelné závitky, bramborový guláš, taštičky s povidly, smažené vdolečky nebo págle a nesmí chybět polévka, kterou Romové považují za základ stravy (Olišarová, Kajanová, 2015).

S životním stylem se pojí i největší problém, který je u romské minority velmi častý a vyskytuje se už v dětském věku. Jedná se o kouření. Z výzkumu Toumové (2017) 46,5 % respondentů uvedlo, že kouří pravidelně. Pouze 28,8 % respondentů nekouří vůbec. Co se týče počtu vykouřených cigaret, nejvíce procent respondentů vykouří za den 11-20 cigaret. Podle Danosové et al. (2015) 48,9 % respondentů uvedlo, že kouření není pro zdraví nebezpečné, 13,7 % souhlasilo s tím, že občasné kouření není pro zdraví ohrožující a 67 % respondentů uvedlo, že tím když přestanou kouřit, své zdraví nepodporí. Hlavní problém není samotné kouření, ale fakt, že kouření je podporováno už v dětském věku a mnohdy i tolerováno (Toumová, 2017). Romské děti dostávají svojí první cigaretu od rodinného příslušníka, což se ve většinové společnosti nestává. Zde dostávají první cigaretu od svých vrstevníků (Urban, Kajanová, 2011). Podle Nesvadbové et al. (2009) je kuřáctví více zastoupeno u Romů, kteří jsou nezaměstnaní. Převládá kouření cigaret, poté následuje kouření dýmky a doutníků. Dalším problémem je alkoholismus. Romové alkohol užívali většinou při oslavách. Co se týče romských dětí a pití alkoholu je tolerováno pouze ojediněle. Předpokládá se, že až mladiství přeberou roli dospělých, budou s těmi dospělými i pít. Věková hranice, kdy Romové začínají konzumovat alkohol je ve věku od 15. do 16. let. Romská žena má povinnost pečovat o muže i v jeho opilosti a to bez výčitek. Muž tedy nevnímá žádné výčitky, a proto dochází k těžkým závislostem na alkoholu (Urban, Kajanová, 2011). Mezi abstinenty se převážně hlásí romské ženy a

poté následují starší generace (Nesvadbová et al., 2009). Setkáváme se i s případy, kdy kouření a konzumace alkoholu není omezena ani v případě, že je romská žena těhotná (Cintulová, Radková, 2018). Z hlediska rizikového chování je třeba zmínit i drogy. V ČR je nejvíce zastoupený heroin, konkrétně v Jihočeském kraji je to pervitin. Samotný problém drog netkví pouze v jejich užívání, ale zejména ve sdílení infekčního materiálu. U romských žen je tento rizikový faktor spjat s prostitucí (Olišarová, Kajanová, 2015). Užíváním drog dochází ke zvýšení rizika vzniku infekce, hepatitidy i HIV. Přenos je fekálně-orální a jedná se především o hepatitidu typu A a úplavice (Cintulová, Radková, 2018).

Mezi faktory, které ovlivňují postoj ke zdraví u romské minority, patří i nižší úroveň vzdělání. Studie ukazují, že 20 % Romů nemá dokončené základní vzdělání a 70 % Romů má dokončené pouze základní vzdělání. Úroveň vzdělání přímo souvisí s uplatněním na trhu práce. Nezaměstnanost je u romské populace zastoupena v 80 % (Šlechtová, Bürgerová, 2009). Mezi hlavní příčiny nezaměstnanosti kromě nízké úrovně vzdělání patří i diskriminace a špatné životní návyky. Velká část romské populace je závislá na sociálních dávkách (Olišarová, Kajanová, 2015). Romové, kteří jsou zaměstnáni, pracují na nízkých pracovních pozicích. Z důvodu špatného finančního ohodnocení těchto pozic dochází k dopadům na sociokulturní oblast, zdravotní stav romské populace a na celkový způsob života. Dalším sociálním problémem je bydlení, které hraje důležitou roli v integraci nebo v izolaci. Romové žijí v oblastech, které se vyskytují na okraji společnosti a jsou ze společnosti vyloučeni. Je to zejména dáno mírou dosaženého vzdělání (Šlechtová, Bürgerová, 2009). Vyskytuje se i větší riziko respiračních infekcí, a to z toho důvodu, že Romové převážně žijí v přelidněných bytech a v bytech nízké kategorie (Cintulová, Radková, 2018). Život ve vyloučených lokalitách má mnoho negativních faktorů. Jedná se například o špatné hygienické podmínky, je zde zvýšené riziko kriminality a Romové zde mají nedostatek informací o péči o své zdraví. Stav bytů, ve kterých žijí, občas neodpovídá výši placeného nájmu (Olišarová, Kajanová, 2015).

1. 2. 2 Vliv vnímání zdraví a nemoci na poskytování ošetrovatelské péče u romské minority

Mezi základní činitele patří i zdravotní gramotnost, která hraje důležitou roli v kvalitě zdraví. Mezi oblastmi, které zvyšují kvalitu zdraví, patří ochrana a podpora veřejného zdraví a zdravotní výchova. Romové v ČR jsou společensky ale i zdravotně znevýhodněni. Na zdravotní stav Romů působí mnoho faktorů, které ovlivňují zdraví.

Patří sem například špatný životní styl, špatné pracovní a kulturní prostředí, život ve vyloučených lokalitách a ztráta významu prevence. Je dokázáno, že lidé s nízkou gramotností nechápou ústní ani písemné instrukce od lékaře, které je vedou k lepšímu životnímu stylu či k dodržování léčebného režimu (Rolantová, Kajanová, Maňhalová, 2019).

Nesvadbová et al. (2009) řešila ve svém výzkumu otázku ohledně prevence a docházky k lékaři na preventivní prohlídky. Ukázalo se, že dvě pětiny tzv. stálých Romů navštěvuje své lékaře v intervalech kratších než jeden měsíc. Další dvě pětiny Romů navštěvují své lékaře v intervalu delší než jeden měsíc, ale ne delší jak jeden rok. Pouze jedna čtvrtina Romů navštěvuje své lékaře v delších intervalech než jeden rok anebo nenavštěvují lékaře vůbec. Co se týče romských žen, zde byly překvapivé výsledky v preventivním opatření. Z výzkumného šetření vyplynulo, že romské ženy více navštěvují svého gynekologa než svého zubního lékaře. Konkrétně tři pětiny romských žen navštívilo svého gynekologa v intervalu kratším než jeden rok. Oproti tomu tři pětiny žen, nebyly u svého stomatologa déle jak rok anebo vůbec. Otázkou prevence se zabývala i Danosová et al. (2015), kde bylo zjištěno, že 53,4 % Romů považuje preventivní prohlídky za zbytečné. Další 38,6 % Romů uvedlo, že preventivní prohlídky nemají na jejich zdraví žádný vliv a pouze 8% Romů si myslí, že preventivní prohlídky mají negativní vliv na jejich zdraví a mohou ho zhoršit. Co se týče preventivních prohlídek u specializovaných lékařů, stomatologa pravidelně navštěvuje 13,8 % respondentů, 65,3 % respondentek pravidelně dochází na gynekologické prohlídky a z celkového počtu respondentů považuje 86,5 % preventivní prohlídky pro své zdraví za nedůležité. Rolantová et al. (2019) uvedla, že nejčastějším důvodem, proč Romové nedochází na preventivní prohlídky, je čas. Dalším důvodem byla cena za dopravu, dopravní situace a v neposlední řadě i chybějící zdravotní pojištění. Podle Státního zdravotního ústavu (dále SZÚ) zaujímají Romové první příčky v přeočkování proti povinným nemocem a to z důvodu, že ve vyloučených lokalitách se infekce šíří rychleji. Mnohdy je přeočkování u romské populace četnější než u většinové společnosti (Státní zdravotní ústav, ©2015).

Co se týče hospitalizace, 27 % Romů bylo hospitalizováno v roce 2008 z důvodu pozorování a zjištění diagnózy, 24 % Romů bylo hospitalizováno z důvodu lékařského ošetření bez nutnosti operace a 20 % Romů se operačnímu zákroku nevyhnulo. V 11 % se jednalo o porod a v 18 % byly důvodem hospitalizace jiné problémy (Nesvadbová et al., 2009). Davidová (2010) doplnila výsledky výzkumu ještě o spokojenost Romů

s lékařskou péčí, kde vyšlo, že větší část Romů byla s poskytovanou lékařskou péčí spokojena.

Nemoc je stav, který doprovází bolest a zároveň je vnímán jako předzvěst smrti. Pro Roma znamená smrt ztrátu romství. Jedná se o konečný stav, kdy mizí způsob života podle pravidel romipen, tzv. romství. V případě vyskytujících se bolestí se Rom snaží bolest co nejdříve odstranit, například nadměrným užíváním analgetik. Bolest u Romů je i důvodem vyhledávání první pomoci namísto praktického lékaře. V případě, že nemoc je natolik vážná a znamená pro Roma smrt, chce co nejdéle trávit čas po boku svých nejbližších, protože právě to mu umožňuje žít jako Rom. Zde nacházíme odpověď na otázku, proč se Romové zdravotnickému zařízení vyhýbají, i když právě tato zařízení jim umožní nemoc odstranit či alespoň prožít plnohodnotný život. Pokud je Rom hospitalizovaný v nemocnici a není v blízkosti svých nejbližších, nemůže žít podle svých tradic, nemůže se stravovat podle sebe a nemůže upevňovat vztahy s okolím. V případě, že by k hospitalizaci přistoupil, znamenalo by to jediné a to, že se vzdá všeho, co utváří jeho romství. Možná právě z tohoto důvodu, že nechtějí, aby jejich každodenní život nebyl ničím narušen, přehlížejí prevenci a dodržování léčebného režimu (Kašparová, 2015).

Díky SZÚ existuje mnoho preventivních programů. Například program prevence zubního kazu. Ukázalo se, že zubní kaz a bolest spojená s tímto problémem je častým důvodem absence dětí ve škole. Obzvláště ve vyloučených lokalitách je návštěva u zubaře odkládána i v případě bolesti a to z důvodu zásahu do rodinného rozpočtu. Z tohoto důvodu byl založený program „Zdravý zoubek“, který seznamuje děti v předškolním a ve školním věku s ústní hygienou. Dalším programem je prevence kouření a závislosti. Především se týká dětí žijících ve vyloučených lokalitách, protože právě oni se často s těmito závislostmi potýkají. Program „Cigareta retka“ je určena pro děti ve věku od 4 – 10 let a zaměřuje se na primární prevenci kouření. Pro náctileté je vytvořený program „Jak se nestát závislákem“. Romové svůj sexuální život začínají velmi brzy, a proto byl vytvořený program „Hrou proti AIDS“, který je zaměřen na primární prevenci sexuálně přenosných chorob (Státní zdravotní úřad, ©2015).

Z výše uvedených údajů je zřejmé, že je potřeba se u Romů zaměřit na primární a sekundární prevenci zejména z toho důvodu, že subjektivní vnímání zdraví ve většině případů neodpovídalo zdravotnímu stavu. Romové začínají vyhledávat odbornou pomoc až v okamžiku, kdy už se u nich zdravotní potíže vyskytují. Jejich přístup k udržování zdraví je spíše instrumentální a z toho důvodu dochází k zanedbání prevence a

nedodržování zdravého životního stylu (Danosová et al., 2015). Většinová společnost je v oblasti prevence a následné léčby vnímá dosti mizivě (Kašparová, 2015).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Popsat, jak Romové vnímají zdraví.

Cíl 2: Popsat, jak Romové vnímají nemoc.

Cíl 3: Popsat, jak postoj ke zdraví a nemoci ovlivňuje přístup Romů k prevenci.

2.2 Výzkumné otázky

VO 1: Co pro Romy znamená zdraví?

VO 2: Co pro Romy znamená nemoc?

VO 3: Jak se u Romů projevuje postoj ke zdraví a nemoci v přístupu k prevenci?

VO 4: Co pro Romy znamená pojem rizikové faktory vzniku onemocnění?

VO 5: Jaké prvky Romové řadí mezi rizikové faktory?

3. Operacionalizace pojmů

Rom

Podle Houdka (2013) je Rom ten, který se hlásí k romskému národu. Můžeme najít i rom s malým písmenem, to je označení pro muže a romňi pro ženu. Někteří Romové se označují za Cikány a to z důvodu, že jsou na toto označení zvyklí. Označení Cikán není považováno za špatné, je ale důležité respektovat přání daného člověka, jak chce být označován.

Zdraví

Zdraví jak je známo má mnoho definicí. Nejznámější je nám však ta, která je definována podle WHO. Definice zdraví podle WHO zní takto: *„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“* (Misselbrook, 2014).

Nemoc

Jak zdraví, tak i nemoc má mnoho definicí. Podle Novákové (2011) je nemoc patologický stav těla, ale i mysli, kdy se tento stav projevuje změnou funkcí buněk, tkání a orgánů. Bártlová (2005) popisuje nemoc jako *„poruchu schopnosti individua plnit očekávané úkoly a role.“*

Rizikové faktory

Rizikový faktor je takový faktor, který zvyšuje riziko ke vzniku, rozvoji nebo vede k nepříznivému rozvoji nemoci. Tyto faktory může rozdělovat buď na vrozené či získané. Z hlediska klinického je dělíme na ovlivnitelné a neovlivnitelné. Mezi ty ovlivnitelné faktory patří například životní styl, mezi neovlivnitelné faktory řadíme věk, pohlaví a dědičnost tudíž genetický profil (Zikmundová, 2014).

4. Metodika

4.1 Metodika práce a technika sběru dat

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části: teoretickou a praktickou. Teoretická část byla zpracována pomocí odborné literatury. Praktická část byla realizována na základě kvalitativního výzkumného šetření. Výzkumné šetření bylo zpracováno formou polostrukturovaného rozhovoru. Podle Jedličky et al. (2018) je polostrukturovaný rozhovor částečně standardizovaný. Tazatel má předem připravené otázky, které jsou důležité pro konečný výsledek. Zároveň má tazatel určitou volnost, kdy se může dotazovat a nemusí dodržovat pořadí otázek. Má také možnost podávat otázky doplňující.

Před zahájením rozhovoru byli příslušníci romské minority požádáni o souhlas k účasti ve výzkumném šetření. Všem účastníkům bylo podrobně vysvětleno, k čemu výzkumné šetření slouží a jak budou získané informace zpracovány. Dále byli seznámeni s cíli bakalářské práce a s anonymitou. Všem účastníkům byly před rozhovorem předány informované souhlasy (Příloha č. 1), které byly podepsány a uloženy bez možnosti přístupu další osoby. Spolu s informovaným souhlasem byly předloženy i otázky k rozhovoru. Rozhovor se skládal ze 43 otázek (Příloha č. 2), které byly v případě potřeby rozvíjeny. Podkladem pro osnovu rozhovoru byla prostudovaná literatura a dostupné výzkumy. Následně byla sestavena prvotní osnova, která byla upravována. Bylo využito otevřených a kategorizačních otázek. Otevřené otázky pro lepší výtěžnost rozhovoru a kategorizační pro získání osobních údajů jako je věk, pohlaví a nejvyšší dosažené vzdělání. Rozhovory s romskými příslušníky byly realizovány při osobním setkání. Rozhovory byly se souhlasem informantů nahrávány na mobilní telefon nebo přímo vypisovány na papír a poté přepsány do elektronické podoby. Výzkum probíhal od února do března roku 2020. Každý rozhovor trval přibližně 15 minut. Získaná data byla analyzována formou papír tužka, kdy byly určeny kategorie a podkategorie. Švaříček, Šed'ová et al. (2014) uvádí, že tužku a papír vnímáme především jako nástroj, jehož pomocí zaznamenáváme to, co vnímáme smysly. Lze jej ale vnímat také jako komunikační nástroj. To co nám přijde důležité, zaznamenáme a to co nikoliv, nezaznamenáme. Na základě souvislosti mezi jednotlivými kódy byly určeny kategorie a podkategorie. Celkem byly identifikovány 4 kategorie a 14 podkategorií.

4. 2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl vybrán na základě subjektivně vnímaného romství. Celkem bylo osloveno 10 příslušníků romské minority žijících v Jihočeském kraji, z toho dva informanti žijí na vesnici a zbylých osm ve městě. Výzkumný soubor se skládal ze čtyř žen a z šesti mužů ve věku od 18 do 50 let (viz Tabulka 1). Informanti měli různá vzdělání. Odborné vzdělání s výučním listem mají dva Romové. Zbylých osm Romů má základní vzdělání.

Tabulka 1 - Identifikační údaje informantů

	Pohlaví	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání
R 1	žena	26	vyučen
R 2	muž	24	základní
R 3	muž	40	základní
R 4	muž	25	základní
R 5	muž	50	základní
R 6	muž	28	základní
R 7	žena	31	základní
R 8	žena	18	základní
R 9	muž	27	vyučen
R 10	žena	22	základní

Zdroj: Vlastní

5. Výsledky výzkumu

Získané informace byly rozděleny do čtyř kategorií a poté na další podkategorie.

Tabulka 2 – Přehled kategorií a podkategorií

Kategorie	Podkategorie
Romové	Původ Romů Charakteristika Romů
Zdraví	Vnímání zdraví Faktory ovlivňující zdraví Prevence Hospitalizace
Nemoc	Vnímání nemoci Řešení nemoci Riziková onemocnění Vnímání bolesti Léčba bolesti Dodržování léčebného režimu
Smrt	Vnímání smrti Zvyky a tradice

Zdroj: Vlastní

5.1 Kategorie Romové

Tato kategorie je rozdělena do dvou podkategorií. Popisuje, zda mají Romové přehled o tom, odkud přišli jejich předci a zároveň odkud oni sami pocházejí. Další podkategorií je celková charakteristika romského obyvatelstva, která zahrnuje další oblasti.

Původ Romů

Co se týče původu předků Romů. Polovina dotazovaných věděla, odkud Romové pocházejí, a druhá polovina nevěděla nebo si nebyla úplně jistá. R4, R5, R6 a R10 se shodují, že předci přišli z Indie, ale R2 si myslí, že předci Romů přišli z Izraele. K tomuto výsledku přikládáme odpovědi na otázku, odkud pocházejí předci Romů: „Říká se, že z Indie a tomu i věřím.“ (R4) „Myslím, že jsou z Indie.“ (R5) *Naši předci přišli z Indie.*“ (R6) „Předci myslím, že jsou z Indie.“ (R10) Pouze R2 se s ostatními informanty

neshoduje a uvádí: „*Tak úplně si nemyslím, že z Indie, ale myslím, že z Izraele.*“ R1, R3, R7, R8 a R9 neví, odkud předci Romů pocházejí. R1 a R8 dodali, že sice neví, odkud předci Romů přišli, ale četli nebo jim někdo sdělil, že jejich předci jsou z Indie či z Jeruzaléma. R1 uvádí: „*Mám pocit, že ze všech koutů světa, ale přesně to nevím. Někdo říká Indie jiní zase Jeruzalém.*“ R8 dodává: „*Někde jsem četla nebo mi to někdo říkal, že prý jsme z Indie, ale já sama to nevím, odkud přesně jsme.*“ R3, R7 a R9 nemají vůbec žádné informace o původu Romů. „*To nevím.*“ (R3) „*Nevím, jako úplně ti předci, kteří žili tenkrát, to nevím.*“ (R7) „*Odkud pochází celkově Romové to nevím.*“ (R9)

Ve vztahu k původu rodičů R1, R2, R3, R6, R8, R9 a R10 uvedli, že jejich rodiče žijí v ČR od narození. „*Moji rodiče žijí v Česku od narození.*“ (R1) „*... rodiče jsou z Čech...*“ (R2) „*... rodiče žijí normálně tady v Česku.*“ (R3) „*Žijeme tady od narození i rodiče.*“ (R6) „*Já a moje rodina tu žije no, tady v Česku.*“ (R8) „*... matka pochází z Mariánských Lázní, otec je tady z Písku.*“ (R9) „*... moji rodiče žijí v Česku.*“ (R10)

Informant R4, R5 a R7 uvádí, že jejich rodiče nepocházejí z ČR. R4 má jednoho rodiče ze Slovenska a druhého rodiče z ČR. „*Můj táta je ze Slovenska a moje máma vyrůstala tu v Česku.*“ (R4) U informanta R5 pocházejí oba rodiče ze Slovenska: „*Rodiče jsou ze Slovenska.*“ A informant R7 uvádí, že rodiče pocházejí z Maďarska: „*Moje rodina je z Maďarska a já jsem tam kdysi taky žila, tady v Česku žiju už 15 let.*“

Co se týče původu prarodičů. R1, R2 a R8 uvádí, že jejich prarodiče pocházejí ze Slovenska. „*Moje babička a děda žili na Slovensku, ale tam jejich rodiče kočovali.*“ (R1) „*... moji prarodiče jsou ze Slovenska.*“ (R2) „*... rodiče mých rodičů bydleli na Slovensku.*“ (R8) R4, R7 a R9 uvádí, že jejich prarodiče pocházejí z Maďarska. „*...zajímalo mě, odkud pochází naše rodina a došel jsem do 17. století do Maďarska, kde taky žila babička s dědou.*“ (R4) „*Všichni jsme z Maďarska, rodiče, prarodiče i já.*“ (R7) „*... předci jsou z Maďarska,...*“ (R9) Pouze R10 má prarodiče z ČR. R3, R5 a R6 neví, odkud jejich prarodiče pocházejí.

Charakteristika Romů

Podkategorie Charakteristika Romů byla dále rozdělena do devíti oblastí a přitom byla respektována souvislost jednotlivých kódů. První oblastí je popis Roma, respektive toho, co znamená být Romem. Dalšími oblastmi jsou bydlení, jazyk, víra, zaměstnání, hodnotový systém, stravování, trávení volného času, kouření a užívání alkoholu.

První zmíněnou oblastí je popis Roma. R1, R5 a R7 se zmínili ve svých odpovědích, že jsou rádi za to, že mohou být Romy a jsou na sebe hrdí. R1 uvádí: „*Být Romem pro mě je žít ve věčném odsuzování, ale já sama jsem hrdá na to, že jsem Romka.*“ R1 souhlasí s R5 a dodal: „*Tak jinak to nejde, abych se bral jako někdo jiný, takže prostě musím být Romem na celý život a nijak mi to nevádí.*“ R7 souhlasí s R1 a R5, ale dodal: „*Nějak mě nezajímá, jak mě ostatní vidí, já jsem ráda, že jsem Romka.*“ R2, R4, R8 a R10 uvedli, že být Romem pro ně znamená určitou odlišnost od většinové společnosti. R2 uvádí: „*Že jsem někdo jiný, odlišný od ostatních.*“ R4 souhlasí s R2 a dodává: „*... nevím, jak to říct, jsem člověk jako Vy akorát že mám tmavší pleť.*“ R8 a R10 souhlasí s R2. R3, R6 a R9 nelze zařadit do jednoho celku, jelikož odpovědi jsou rozdílné. R3 uvádí: „*Můžu se popsat jako poloviční Rom? Protože moje máma je bílá a otec je Rom, ale já sám se řadím mezi Romy.*“ Pro R6 znamená být Romem pocta. R9 vnímá sebe jako Roma takto: „*Já osobně nevidím žádný rozdíl mezi Romem a bílým. Cítím se jako Čech, protože to mám v občanském průkaze a mám české občanství.*“

Druhou oblastí je bydlení. Tato oblast obsahuje informace spojené s typem bydlení a počtem osob žijících v jedné domácnosti. Všichni oslovení informanti se shodli, že bydlí v bytě. Pouze R5 a R9 uvedli, že byt je jejich vlastní. Ostatní informanti bydlí v pronajatém bytě. Co se týče počtu osob sdílejících byt, nejčastěji se jedná o čtyři osoby. Tento počet uvedli informanti R3, R4, R8 a R10. Tři osoby žijící v bytě uvedli informanti R2, R5 a R7. Dvě osoby uvedli R1, R6 a R9. Informanti R1, R7 a R8 dodali, že s nimi bydlí i domácí mazlíčci. „*Jsmo v pronájmu v bytě 2+1 a žijeme tam dva, já a přítel a ještě naši tři mazlíčci.*“ (R1) „*Bydlíme v paneláku, jsme tam zatím tři, žena, já a malá a teď máme na cestě ještě druhý dítě.*“ (R2) „*Bydlím s rodiči v paneláku. Celkem jsme tam čtyři, já, brácha, mamka a táta, no a potom ještě mám morče, Freddyho.*“ (R8) „*S přítelkyní žijeme ve vlastním bytě 3+1, který jsme nedávno zrekonstruovali. Takže docela i moderní bydlení.*“ (R9)

V oblasti jazyk jsou sdruženy odpovědi související s komunikací a s výskytem situací, v nichž by byl jazyk bariérou. Všichni informanti uvedli, že mluví česky. Kromě R8 umí též všichni informanti mluvit i romsky. „*Jenom česky mluvím, romsky jen pár slov, protože rodiče mluví taky jenom česky.*“ (R8) Co se týká komunikace informantů s jejich rodiči. R4, R5, R9 a R10 se shodují, že s rodiči mluví pouze česky. R4 uvádí: „*... s ostatními členy rodiny mluvíme jenom česky.*“ „*Mluvím česky i s mými rodiči.*“ (R5) „*Preferuji český jazyk a rodiče taky.*“ (R9) „*U nás se mluví jenom česky a to i s rodiči.*“

(R10) R1 a R6 český a romský jazyk v rodině kombinují. R1 uvádí: „... *pro mě byla čeština jediný jazyk, kterým jsem doma mluvila. Postupem času jsem se romsky naučila a dnes rozumím všemu. Teď to kombinujeme.*“ R6 uvádí: „*Používám oba jazyky, doma mluvíme převážně romsky, ale česky taky. Prostě jak se to zrovna hodí.*“ R2 a R7 mluví se svými rodiči pouze romsky. R2 uvádí: „... *doma mluvíme s partnerkou česky, ale s rodiči jenom romsky.*“ R7 souhlasí s R2 a dodává: „*S přítelem mluví jenom česky. S rodiči potom jenom romsky, protože česky neumí.*“ Rodiče informanta R3 už nežijí, ale komunikovali spolu česky. V případě komunikace s prarodiči či staršími Romy všichni informanti odpověděli, že se staršími Romy se komunikuje pouze romsky. R1 uvádí: „*Doma starší mluví romsky. Je nezdvořilé mluvit na staršího člověka česky, tím myslím hlavně prarodiče.*“ S R1 souhlasí i R6 a dodává: „*S mojí babičkou mluví romsky, nemá ráda češtinu a vlastně ani česky moc neumí.*“ S R1 a R6 souhlasí i R9 a dodává: „... *romštinu používám, jen když navštívím babičku, nedovedu si představit s ní mluvit česky.*“ Nikdo z informantů se nikdy neocitl v situaci, kdy by byl jazyk bariérou a to proto, že všichni dotazovaní mluví od narození česky.

V oblasti víry nacházíme informace spojené s tím, zda informanti vyznávají nějaký druh víry. Ti, kteří uvedli, že jsou věřící (R1, R3, R5, R6, R9), vyznávali křesťanství. R1, R5 a R9 se shodují, že víru vyznávají kdekoliv a kdykoliv, když je potřeba. R1 uvádí: „... *modlím se doma nebo kdekoliv jinde. Když cítím, že se potřebuji pomodlit, tak to udělám.*“ S R1 souhlasí i R5 a dodává: „*Chodíval jsem do kostela, ale na to nemám čas, tak se modlím všude, když chci.*“ R9 uvádí: „... *vyznávám ji, kde zrovna chci, když už na to teda dojde.*“ R3 a R6 chodí do kostela nebo vyznávají víru doma. R3 uvádí: „*Když je čas tak jdu do kostela, když ne tak doma.*“ „... *vyznávám ho kdekoliv, když je víc času, zajdu si i do kostela, ale převážně se modlím doma.*“ (R6) R2, R4, R7, R8 a R10 jsou informanti, kteří nejsou věřící.

Další oblastí je zaměstnanost či studium. Ukázalo se, že R2, R3, R4, R5, R6 a R9 pracují na plný úvazek. Kromě R9 všichni informanti pracují dvanáct hodin denně. Co se týká druhu zaměstnání, R2 pracuje jako správce domu. R3, R4, R5 a R6 vykonávají asistenty prevence kriminality. R9 pracuje z domova, konkrétní zaměstnání nechtěl informant zveřejňovat. R1 pracuje na dohodu o provedení práce a pracuje v baru. R7 a R10 jsou nyní na mateřské dovolené. Před mateřskou dovolenou se obě informantky živily uklízením. R8 studuje střední zemědělskou školu. Všichni informanti jsou se svým zaměstnáním či studiem spokojeni. Pouze R7 moc spokojená není a po mateřské přemýšlí

o změně zaměstnání: „... *no spokojená jsem tak na půl. Moc mě ta práce nebaví, hlavně bych chtěla po mateřský něco lépe placený.*“

Co se týká hodnotového systému, někteří informanti uvedli pouze čtyři hodnoty a jiní jich uvedli více. Celkem se objevilo sedm hodnot a mezi ně patří: rodina, zdraví, finance, přátelé, víra, láska, úcta a vzdělání. Nejvíce informantů uvedlo na první místo rodinu. Jednalo se o informanty R1, R2, R4, R5, R6, R7, R8 a R9. R3 a R10 uvedlo na první místo zdraví. Na druhém místě se objevilo zdraví. Tuto hodnotu uvedli informanti R1, R2, R5, R6, R7 a R8. R3 a R10 uvedlo na druhé místo rodinu a R9 finance. Na třetím místě se umístily finance. Tuto hodnotu na třetí místo umístili informanti R2, R5 a R7. R4 a R9 umístili na třetí místo zdraví. R1 a R10 přátelé. R6 víru a R8 vzdělání. Poslední čtvrté místo zaujaly s nejvyšším počtem informantů finance a láska. Finance uvedli informanti R3, R6 a R10. Lásku uvedli informanti R2, R4 a R9. Dále přátelé, tuto hodnotu obsadili informanti R7 a R8. Víru na poslední místo umístili informanti R1 a R5.

V oblasti stravování pouze informanti R4 a R9 uvedli, že se stravují zdravě. R4 uvádí: „... *držím dietu, takže se snažím jíst zdravá jídla a chutná mi to. Dříve jsem dost jedl smažená jídla, ale člověk si odvykne, když chce. Nejráději mám kuře a dušenou zeleninu.*“ R9 souhlasí s R4 a dodává: „*Co se týká jídla a pití, tak doma se snažíme jíst zdravou stravu, bio potraviny a tak.*“ Ostatní informanti se v jídle nijak neomezují a jí vše, co jim chutná. „*Jím tak nějak všechno, ale nejráději mám rizoto a piju neslazené perlivé vody.*“ (R1) „*Mám rád omáčky všeho druhu a jinak sním všechno, co je dobrý.*“ (R3) „*Jím a piju asi nezdravě, ale mě to chutná. Takové KFC k tomu kola a jsem spokojená.*“ (R7) „*Tak jídlo nějak neřeším, mám ráda hodně smažený, hranolky, kuře a nejlepší jsou taková jídla, která koupím, strčím do trouby a za chvíli jsou hotová. A pití jedině sladký po vodě se mi dělá špatně.*“ (R8) „... *prostě si dám to, co je zrovna po ruce. Rohlík, klobása, paštika no.*“ (R10) Co se týká pravidelnosti ve stravování, informanti R4 a R9 se stravují 5x až 6 denně. U ostatních informantů je stravování nepravidelné.

Další identifikovanou oblastí je trávení volného času. R1, R3 a R5 uvádí, že ve svém zaměstnání dost chodí. R1 uvádí: *Mezi moje koníčky patří rozhodně chůze, protože v práci jsem na nohou celou dobu mé služby.* „... *V práci chodím pomalu celý den, takže to беру jako mojí aktivitu.*“ (R3) S R3 se shoduje i R5: „... *víc jak půlku své služby v práci jsem na nohou.*“ Informanti R2, R4, R6 a R9 se věnují konkrétnímu druhu sportu. R2 uvádí: „*Chodím rád na procházky a občas si zahraju s kamarády fotbal, ten jsem hrál na*

škole závodně.“ „Nedávno jsem začal pravidelně chodit do posilovny...Dříve jsem i rybařil, ale jak mi zemřel minulý rok kamarád, s kterým jsem rybařil, tak už jsem přestal. Já jsem rybařil od svých 11 nebo 10 let a v podstatě jsem rybařil 13 let v kuse. Jezdili jsme spolu i na soutěže.“ (R4) R6 uvádí: „Jezdím rád na kole.“ R9 stejně jako R4 navštěvuje posilovnu a dodává: „Aktivní jsem docela dost myslím, pravidelně cvičím, chodíme s přítelkyní na procházky, jezdím na kole a občas si i zaběhám.“ (R9) Informanti R7 a R8 uvádějí, že nemají rádi sport. R7 uvádí: „Nemám ráda sporty, takže jít někam nakoupit to stačí.“ S R7 souhlasí i R8. „Sportu se vyhýbám, ten moc nemusím, ...“ (R8) Informantka R10 uvádí: „Já bych se ráda věnovala nějakému sportu, ale okolo dětí je lítáního dost a večer, když děti usnou, jsem ráda, že je klid a můžu se natáhnout.“ Jako nejčastější pasivní aktivitu informanti zmiňovali sledování televize. Tuto pasivní aktivitu zmínili informanti R3, R5, R6, R7, R8 a R10. „Dříve jsem dělal fotbal, teď už ne, tak se na něj aspoň v televizi dívám, to sleduji celkem pravidelně.“ (R5) R7 stejně jako R5 rádo sleduje televizi a dodává: „Jinak mám ráda koukání na televizi a hodně se scházíme s přítelovými rodiči.“ R8 se stejně jako R7 schází se svými přáteli. „... spíš jdu s holkami na kávu nebo jen tak někam sednout.“ (R8) Pouze informantka R1 uvedla i jiné aktivity. „Ráda zpívám, maluji a čtu a píši knihy.“ (R1)

Poslední zmíněnou oblastí je kouření a užívání alkoholu. R1, R2 a R4 uvedlo, že nekouří a alkohol pijí příležitostně. „Nekouřím ani nepiju, to jen výjimečně, když je nějaká akce, ale jinak alkohol nevyhledávám.“ (R1) R2 uvádí: „Občas se napiju, ale nekouřím, už ne. Kouřil jsem osm let a přestal jsem minulý rok.“ R4 se shoduje s R1 a R2: „Občas si dám alkohol a nekouřím.“ Informanti R3, R6 a R10 uvedli, že kouří i pijí alkohol. R3 uvádí: „Alkohol piju, někdy víc někdy míň, ... denně vykourím tak 20 někdy 30.“ R6 uvedl i oblíbené alkoholické nápoje. „Jsem kuřák, denně vykourím tak krabičku, krabičku a půl... piju tvrdý alkohol, nejraději mám vodu...“ (R6) Stejně jako R6 tak i R10 uvádí oblíbený alkoholický nápoj. „...večer si otevřeme bílé víno, to pijeme rádi. A kouřím no, tak krabičku denně, jak kdy.“ (R10) Informanti R7, R8 a R9 uvádějí, že kouří, ale nepijí alkohol. R7 uvádí: „Nepiju, ale kouřím. Denně tak 10, jak kdy, ...“ „Kouřím, ale málo, tak možná ani ne 5 cigaret denně.“ (R8) „... jediný problém jsou cigarety, těch dám denně 20.“ (R9) Pouze informant R5 nepije ani nekouří. „Nepiju ani nekouřím, ...“ (R5)

5. 2 Kategorie Zdraví

Kategorii Zdraví jsme rozdělili na další čtyři podkategorie. První podkategorie se zabývá tím, jak Romové vnímají zdraví. Druhá podkategorie se zabývá faktory ovlivňujících zdraví. Třetí podkategorie zjišťuje, zda informanti dochází na preventivní prohlídky. Čtvrtá podkategorie se zaměřuje na hospitalizaci a vnímání poskytované ošetrovatelské péče.

Vnímání zdraví

První podkategorií v této kategorii je vnímání zdraví. Žádný z informantů neuvedl, že by zdraví pro něho nic neznamenal. Každý informant vnímá zdraví jako důležitou hodnotu, bez které nelze žít. „*Že mě nic nebolí a můžu dělat to, co mě baví a co chci, nic mě vlastně neomezuje.*“ (R1) „*Důležitá věc, bez ní by tady nikdo nebyl.*“ (R2) „*...tak zdraví je pro mě všechno, bez něho člověk nemůže normálně fungovat.*“ (R3) R4 souhlasí s R3 a dodává: „*Být zdravý...to, že nemám například problémy se srdcem nebo jiné závažné onemocnění, které by mi zdraví narušovalo.*“ R5 souhlasí s R2 a dodává: „*... je pro mě všechno, chci, aby manželka i holka byly zdravé, to hlavně.*“ R6 dodává: „*To je těžká otázka no, ale zjednodušeně je to to nejcennější co může být, takhle to беру já.*“ R7 souhlasí s R2 a dodává: „*To je hodně důležité mít zdraví nebo spíš být zdravý, protože si to vezmete, když byste byla nějak nemocná a musela byste třeba být v nemocnici. To je hrozná představa a nikomu to nepřeji.*“ S R2 souhlasí i R8: „*Bez toho by tady nikdo nebyl, takže určitě jedna z nejdůležitějších hodnot v životě.*“ Informant R11 vyjádřil pojem zdraví pouze slovy: „*Spokojenost, radost a život, nic víc Vám k tomu neřeknu.*“ R10 dodává: „*... to, že je člověk nezávislý.*“

V případě popisu toho, co zdraví znamená pro rodiče informantů, se jejich odpovědi lišily. R1, R4, R6 a R8 tvrdí, že jejich rodiče vnímají zdraví stejně jako oni sami. R1 uvádí: „*... řekla bych, že to stejné co pro mě.*“ S R1 souhlasí i R4: „*Tak rodiče to určitě berou stejně jako já. Nijak vážně nemocní nejsou...*“ R6 dodává: „*Tak nikdy jsem se jich neptal, to člověka nenapadne, ale jsou zdraví, takže zdraví pro ně má stejnou hodnotu jako pro mě.*“ S R1 a R4 souhlasí i R8 a uvádí: „*Asi bych řekla, že to pro ně má stejnou cenu jako pro mě.*“ Pouze informanti R2, R7 a R9 uvedli, že jejich rodiče zdraví zanedbávají. R2 uvádí: „*No rodiče to zdraví trochu víc zanedbávají...*“ S R2 souhlasí i informant R7: „*...pro rodiče nevím, ti se o zdraví moc nestarají.*“ „*Rodiče to tak neřeší,*

jako dnešní doba“ (R9) Informanti R3 a R10 uvedli, že neví, jak jejich rodiče zdraví vnímají. A informant R5 rodiče už nemá.

U informantů, kteří mají děti, se zjišťovalo, zda mají nějaké pomůcky k tomu, jak dětem nejlépe pojem zdraví vysvětlit. Pouze informanti R2, R3, R5, R7 a R10 mají děti. Všichni dotazovaní nevěděli, jak na tuto otázku odpovědět a vyjadřovali se se slovy, že neví. Pouze R7 a R10 dodalo: *„Tak to nevím, nikdy jsem to nikomu nevyšvětlovala, asi na to musí přijít samy.“ (R7) „Jsou určitě nějaké časopisy, kde to třeba vysvětlují... nevím, musí samy poznat, jak je zdraví pro ně důležité.“ (R10)*

Faktory ovlivňující zdraví

Další podkategorie se zabývá faktory, které ovlivňují zdraví. Někteří informanti doplnili odpověď i o faktory, které mají špatný vliv na zdraví každého člověka. Co se týká faktorů ovlivňující zdraví pouze u daných informantů - R2, R7, R8, R9 a R10 uvedli pouze jeden faktor, který jejich zdraví ovlivňuje. Jedná se především o alkohol a kouření. *„Asi to pít trochu no, ale jako není to tak hrozný s tím pitím u mě.“ (R2) „... nejvíc to kouření, to je škodlivý.“ (R7) Informanti R8, R9 a R10 dodali, že jejich zdraví ovlivňuje nejvíce kouření a zmínili i další faktory, které mohou zdraví ovlivnit. R8 dodává: „Kouření potom třeba i špatná strava, kdy je člověk tlustý a nehýbe se, alkohol a třeba i prostředí, kde jsou továrny.“ R9 souhlasí s R8: „U mě to je jednoznačně kouření a dál, pítí alkoholu, obezita a různá onemocnění. Je toho docela dost...“ „Tak jak jsem říkala, že kouřím tak to, potom lidi, kteří pijí alkohol, to taky má špatný vliv určitě, nevím, mohou tam být i jídla jako smažená a tak, strava prostě nezdravá taky má určitě nějaký vliv na zdraví, to potom vznikají onemocnění srdce.“ (R10) Informanti R3 a R6 uvedli, že jejich zdraví ovlivňuje kouření a pítí alkoholu. R3 dodává: „...kouření a alkohol to může být u mě.“ S R3 souhlasí i R6: „Ten kouř z cigaret je škodlivý a alkohol.“ Informanti R1 a R4 uvedli, že je žádné faktory na zdraví neovlivňují a uvedli pouze faktory, které mohou ovlivnit zdraví ostatních lidí. Odpovědi se od sebe liší. R1 uvádí: *„Mě osobně nic neohrožuje, doma nikdo nekouří, myslím jako v místnosti. Já sama taky nekouřím. ... ale řekla bych, že nedostatek spánku, stres a málo vitamínů může mít špatný vliv na každého.“* Za to R4 uvádí: *„Moje asi nic, ale obecně třeba kouření, alkohol, vysoký tlak a obezita, to asi nejvíc.“* Jediný Informant R5 neví, co by jeho zdraví mohlo ovlivnit a vyjadřuje se: *„Nekouřím ani nepiju, takže to ne...nevím.“**

V případě vlivu zaměstnání na zdraví informantů, byly odpovědi shodné, protože někteří informanti pracují na stejné pozici. Informanti R3, R5 a R6 tvrdí, že jejich zaměstnání nemá žádný negativní vliv na jejich zdraví, ale pozitivní ano. Jedná se o chůzi. R3 uvádí: „*Negativní určitě ne, spíš pozitivní, protože mám víc pohybu, takže se pořád hýbu.*“ R5 dodalo: „*Nemyslím si, že by pro mě moje práce měla být nějak ohrožující...skoro půlku své směny prochodím a to považuji za plus pro moje zdraví.*“ R6 souhlasí s R3 a uvádí: „*Negativní ne, pozitivní možná to chození.*“ U informantů R2, R4 a R7 zazněli odpovědi ohledně tématu, že jejich zaměstnání má na jejich zdraví jak negativní tak pozitivní vliv. R2 pracuje jako správce domu a uvádí: „*Úplně nevím jak to pojmut, ale řekl bych, že negativně i pozitivně. Negativně v tom, že někdy prostě té práce je méně a člověk jen sedí a nehýbe se. Pozitivně potom, že když už teda práce je, tak se nezastavím a pořád někde chodím.*“ R4 pracuje jako asistent prevence kriminality a uvádí: „*...obojí, protože se setkávám na ulici s lidmi, kteří jsou prostě myšlenkově slabší a člověk než jim něco vysvětlí, to chce mít nervy z oceli. Takže negativně to vnímám tak, že to je hodně na psychiku a někdy jsem úplně vyvedený z míry, ale má to své klady. Chození po sídlištích a kontroly to беру jako pozitivní věc.*“ R7 je momentálně na mateřské dovolené, ale dříve pracovala jako uklízečka a uvádí: „*Je to práce na nic, pořád se ohýbám a hlavně čichám ty mycí prostředky, z těch mě docela často bolela hlava, ale na druhou stranu jsem měla pořád nějaký pohyb.*“ Informanti R9 a R10 uvedli, že jejich zaměstnání má na jejich zdraví negativní vliv, ale pozitivní nikoliv. R9 uvádí: „*Nevím, jestli to na mě má nějaký vliv, ale pracuju z domova a denně sedím u počítače. Takže asi to, že sedím ohnutý u počítače a koukám do něj celý den. To je negativní a pozitiva ty nejsou.*“ R10 má stejné zaměstnání jako R7, dělá uklízečku ve firmě. Odpověď R10 se liší od R7. R10 uvádí: „*Nevím, co by moje zaměstnání mělo mít za pozitiva. Vždycky mě potom bolí strašně záda v kříži, ... samá negativa jenom.*“ Jediný informant R1 uvádí, že jeho zaměstnání nemá na jeho zdraví žádný negativní ani pozitivní vliv. Informantka uvedla mezi pozitivní faktor, že se seznámí s novými lidmi, to ale neovlivňuje její zdraví a uvádí: „*Myslím si, že žádná negativa nejsou, dříve možná to koření, když se ještě mohlo všude kouřit, ale teď je to zakázaný ... spíš tu potkám plno nových lidí.*“

Prevence

Třetí podkategorie se zabývá prevencí, zejména tím, zda informanti docházejí na pravidelné preventivní prohlídky. V případě, že ano, tak postupem, jak prohlídka probíhá. Všichni informanti uvedli, že na preventivní prohlídky docházejí. Kromě R9, který uvedl:

„*Nepotřebuji chodit na prohlídky, cítím se zdravý. Přijde mi to zbytečný a plýtvání času.*“ Všechny ženy uvedli, že chodí pravidelně na preventivní prohlídky ke svému gynekologovi. Jedná se o R1, R7, R8 a R10. Všechny informantky věděly, jak vyšetření na gynekologii probíhá. Všechny dotazované odpověděly, že na prohlídky docházejí jednou ročně. R7 uvádí: „*... sestra si mě vždycky zavolá k sobě, najde mi papíry a jdu k doktorce. Ta se mě ptá, jak se mám a jestli mi něco není. Svléknu se a položím na to křeslo a vyšetřuje mě. Potom za nějaký čas mi přijde zpráva na mobil, jak vyšetření dopadlo.*“ „*... lehnu na lehátko a dělá mi stěry z děložního čípku.*“ (R8) R1 a R10 popisují průběh vyšetření stejně jako R7 a R8. Žádná z informantek se nezmínila o vyšetření prsu. Pouze informantka R10 uvedla, že jí gynekoložka vyšetřuje prsa pokaždé, aniž by si o to musela sama říkat. Zjistili jsme, že informantky R1, R7 a R8 chodí k jinému gynekologovi než R10. Informanti R2, R3, R4, R5, R6, R8 a R10 uvedli, že dále chodí na preventivní prohlídky k zubaři. Pouze R4 odpověděl, že dochází na preventivní prohlídky ke svému zubaři jednou za půl roku. Ostatní informanti udávají prohlídky jednou ročně. I zde dokázali všichni informanti odpovědět, jak prohlídky u zubního lékaře probíhají. R2 uvádí: „*Chodím tam jenom kvůli partnerce, protože tam chodí..., ne asi bych tam chodil i sám. ... sednu si do křesla, sestra mi dá okolo krku takový bryndák, přijde doktor, otevře pusy, no a kouká se, jestli tam není třeba kaz. Po vyšetření se vždycky rovnou objednáváme na další prohlídku.*“ „*Přijdu do čekárny, většinou jsem teda objednaný a čekám, než mě sestra zavolá. Potom se posadím do křesla a doktor mi zkontroluje zuby. Musím teda říct, že já jsem nikdy problém se zuby neměl, za to jsem rád. Ted' nevím jak často, ale dělají mi taky rentgen, protože prý některé kazy nemusí být vidět.*“ (R4) S R4 souhlasí i R6: „*Chodím k tomu ... zubaři. ... kontroluje zuby a občas mi udělá i takový to, no ten snímek zubů, nevím, jak se to jmenuje a ani proč se to dělá.*“ „*... dívá se do pusy na zuby a po jednom je prohlíží.*“ (R8) Dalším navštěvovaným lékařem je praktický lékař. Na preventivní prohlídky ke svému praktickému lékaři docházejí informanti R1, R2, R4, R5, R6 a R10. Informanti R1, R4 a R10 uvedli, že na preventivní prohlídky chodí jednou za dva roky. Informant R2 a R6 ví, že na prohlídky chodí, ale neví, jak často. Zároveň nevěděli, jak prohlídka probíhá. „*Chodím, ale jak často se má chodit, to nevím. Já tam byl naposled asi před ty jo, dvěma až třemi roky. ...asi se bere krev.*“ (R2) Informant R5 uvedl, že chodí k praktickému lékaři často na odběry krve. R1 uvádí: „*Chodím k praktikovy často, protože někdy potřebuju předepsat léky, ale na preventivní prohlídku chodím jednou za dva roky. ...měří mě, váží mě a bere krev.*“ S R1 souhlasí i R5: „*...skoro každý týden jsem tam, chodím pro léky a na krve. ...preventivní*

mi taky dělá doktorka, jak tam chodím právě skoro pořád, tak mi sestra vždycky řekne, že by byla potřeba udělat, tak se objedná, abych tam nemusel čekat. Odebere krev, změří, zváží a zkontroluje zrak.“ Informanti R4 a R10 chodí na preventivní prohlídky jednou za dva roky. *„Vždycky jednou za dva roky, ...myslím, že se bere krev, kontroluje se zrak, jestli dobře vidím.“* (R10) Pouze informant R1 uvedl, že chodí na pravidelné kontroly na endokrinologii z důvodu, že má problémy se štítnou žlázou. *„Štítnou žlázu mi potom vyšetřuje doktor zvlášť, to chodím k jinému doktorovi, ten mi prohmatá krk a udělá odběry.“* (R1) V případě docházení rodičů a dětí na preventivní prohlídky R1, R4, R6 a R8 odpověděli, že rodiče na preventivní prohlídky chodí. R2, R7 a R9 tvrdí, že rodiče na preventivní prohlídky nechodí. R3, R5 a R10 rodiče nemají. Informanti R2, R3, R5, R7 a R10 mají děti. Pouze R5 uvádí, že jeho dítě na preventivní prohlídky nedochází.

Všichni informanti uvedli, že jsou očkovaní na všechna onemocnění, která jsou ze zákona povinná. V případě jiných (nepovinných) očkování jako je například očkování proti klíšťové encefalitidě, chřipce a rakovině děložního čípku, informanti R1, R3, R5, R8 a R10 uvedli, že očkovaní jsou, alespoň jedním z výše uvedených očkování. Ostatní informanti R2, R4, R6, R7 a R9 očkovaní nejsou. Nejčastějším důvodem je to, že očkování jim přijdou zbytečná nebo je nikdo neinformoval, že je možné se nechat proti nemocem očkovat. R1, R5 a R10 jsou očkovaní proti klíšťové encefalitidě. R3 je očkovaný na chřipku a R8 proti rakovině děložního čípku.

V oblasti znalostí ohledně preventivního vyšetření u prevence nádorů: varlat, prostaty, děložního čípku, prsu, tlustého střeva a konečníku informanti R2, R3, R6 a R9 o těchto nádorech neslyšeli a zároveň neví, jak vyšetření probíhají. Informanti R1, R7, R8 a R10 slyšeli o preventivním vyšetření prsu. Ovšem pouze R1 získala informace ohledně rakoviny prsu od svého gynekologa. *„... prsa mi také vyšetřuje doktorka, aby tam nebyla nějaká bulka, která by mohla znamenat rakovinu, to jsem se dověděla až od doktorky, jak taková bulka může být nebezpečná. Ví, že existuje i vyšetření, které si můžu udělat sama, ale to jsem nezkoušela.“* R7, R8 a R10 získali informace o rakovině prsu z brožury, letáku, článku apod. *„Četla jsem o tom, když jsem čekala na vyšetření. ... pohmatem a mamograf se dělá.“* (R7) *„Vím o tom vyšetření, ale moje doktorka mi je nekontroluje. ... pohmatem si je můžu vyšetřit sama.“* (R8) S R8 souhlasí i R10. Informanti R1, R8 a R10 slyšeli o rakovině děložního čípku a ví, jak vyšetření probíhá. Opět pouze R1 získala informace od svého gynekologa, R8 a R10 z brožury. R1 uvádí: *„Vyšetření děložního čípku dělá doktorka při kontrole a dělají se takové stěry, nevím jak*

to jinak nazvat. Z toho se potom zjistí, jestli tam něco není, co by mohlo znamenat právě rakovinu.“ „...děložní čípek mi hlavně jednou za rok vyšetřuje gynekoložka. Nikdy jsem nevěděla, jak se to jmenuje, teď to vím, protože jsem tam byla před týdnem a na cytologii se potom posílá výtěr.“ (R8) S R1 a R8 souhlasí i R10. R4, R5 a R10 mají informace o preventivním vyšetření prostaty. R4 a R10 získali informace z brožury a R5 od svého praktického lékaře. R4 uvádí: „Jo jo o rakovině prostaty jsem slyšel, sám jsem si o tom četl, protože moje babička měla sestru a ta měla přítele a ten zemřel na rakovinu prostaty. ... vyšetřuje ji praktik pohmatem a z krve se to dá prý taky zjistit.“ R5 dodává: „Už jsem vyšetření prostaty podstoupil u svého doktora na preventivní prohlídce. ...je mi už 50 let a doktor mi sám řekl, že na to nárok mám, tak jsem se nechal vyšetřit. Myslím, že mi brala sestra krev a potom doktor mě vyšetřil zezadu pohmatem.“ „Ano, slyšela jsem o těch nádorech, ...prostata se vyšetřuje pohmatem.“ (R10) Pouze R10 uvedla, že slyšela o vyšetření varlat, ale neví, jak probíhá.

Hospitalizace

V této podkategorii jsou uvedena zjištění spojená s tím, zda byli oslovení informanti hospitalizováni, popřípadě s čím a jak byli spokojeni ve vztahu k poskytované péči. Informanti R1, R3, R4, R6, R7, R9 a R10 uvedli, že hospitalizováni byli. Informantky R7 a R10 byly hospitalizované pouze v případě, když byly těhotné a ležely na porodnici. Obě informantky byly s poskytovanou péčí spokojené. R7 uvádí: „Byla jsem v porodnici, když jsem rodila, ale jinak ne. ... s péčí jsem spokojená byla.“ R10 souhlasí s R7 a dodává: „Spokojená jsem byla se vším, ale chyběl mi domov a přítel. Vždycky jsem brečela, když odjížděl.“ R1 a R9 neví, jaká jim byla během hospitalizace poskytnuta péče, protože byli děti a nepamatují si to. R1 uvádí: „Ano, byla jsem v nemocnici s astmatem. ...nemohu říct, byla jsem malá a nepamatuji si to, jako dítě to vidíte úplně jinýma očima. Strach a stesk po rodičích udělá hodně.“ R9 uvádí: „Jo byl a bylo mi asi sedm a ležel jsem tam se zápalom plic. ... Abych pravdu řekl, tak si to moc nepamatuji.“ Informanti R3, R4 a R6 s poskytovanou péčí spokojeni byli. R3 uvádí: „Jednou jsem tam ležel s ušima, že špatně slyším, nějaký bubínek nebo co. ... to si nepamatuji přesně, ale byl jsem tam strašně nerad, ale starali se dobře.“ „Ano byl, když jsem byl menší, tak jsem tam byl na operaci s nosními mandlemi. ... Byl jsem tam asi tři dny, péče byla dobrá. Víím, že tam byla herna, takže jsem většinu času strávil jenom v herně.“ (R4) „Ano ležel, měl jsem zánět v játrech a péče dobrá, akorát jsem nebyl doma, to pro mě bylo nejhorší.“ (R6)

5. 3 Kategorie Nemoc

Kategorii Nemoc jsme rozdělili na šest dalších podkategorií. První podkategorie se zabývá vnímáním nemoci. Druhá podkategorie je zaměřena na to, jak informanti nemoci léčí. Třetí podkategorie je zaměřena na to, která onemocnění jsou Romy považována za nejzávažnější. Čtvrtá podkategorie je spojena s vnímáním bolesti a pátá její léčbou. V poslední podkategorii jsou zahrnuty informace o tom, zda informanti dodržují léčebný režim, který jim je naordinován lékařem.

Vnímání nemoci

Co se týká vnímání nemoci. Všichni informanti vnímají nemoc stejně. Nejčastěji se objevují odpovědi typu, že nemoc vnímají jako omezení, nemohou dělat to, co je baví. „*Omezení.*“ (R1) „*Něco špatného, jde taky o to, co je to za nemoc.*“ (R2) „*Něco, co mě omezuje v životě.*“ (R3) „*... to, že má člověk rýmu a za pár dní se vyléčí, to u mě není nemoc. To, že se třeba musí léčit až do konce života to je nemoc, například jako je cukrovka.*“ (R4) „*Je lepší žádnou nemít, ... spojuji si s nemocí bolest.*“ (R5) „*Jsou všelijaké nemoci, které jsou i smrtelné. Já když jsem nemocná, tak nemůžu dělat to, co zrovna chci, a je mi na nic.*“ (R6) „*Že mě něco bolí a nemůžu fungovat.*“ (R7) „*Léčba, dlouhá cesta, smutek, bezmoc...*“ (R8) „*Smutek, naděje a konec.*“ (R9) „*Určité omezení...horší to mají ti, kteří jsou třeba nemocní od malička a musí se léčit celý život.*“ (R10) Mezi příčiny vzniku onemocnění informanti R2, R3, R4, R5, R7, R8 a R9 řadili zejména kouření. R1, R2, R7, R9 a R10 udávají, že i špatná životospráva může vést ke vzniku onemocnění. Dále R1, R2 a R10 uvádějí, že na vzniku onemocnění se může podílet i znečištěné ovzduší. R4, R5 a R8 zařazují mezi rizikové faktory vzniku onemocnění užívání alkoholu. R8 a R10 se shodují, že záleží i na dědičnosti, která může vést ke vzniku onemocnění. R5 a R9 zařazují i stres. Pouze R6 neví, co nemoc může způsobit. „*Určitě špatná životospráva a špatné prostředí.*“ (R1) „*Pomalu všechno, kouření, špatné jídlo, prostředí, ve kterém lidi žijí.*“ (R2) „*... může vzniknout třeba z pití alkoholu, kouření.*“ (R4) „*Kouření, alkohol, ale je fakt, že někdy člověk žije zdravě a nemocný je taky. Takže asi i to, že to mají rodiče a ten člověk to bude mít taky.*“ (R8) „*Určitě kouření, nezdravá strava, ale i psychické stavy, finanční problémy a určité mnoho dalších věcí, teď mě nic nenapadá.*“ (R9) „*Všchno, ať už špatný životní styl, znečištěné ovzduší od továren. I dědičnost a přecházení nemocí, jako že ji nevyлéčím.*“ (R10)

Řešení nemoci

Tato podkategorie je zaměřena na to, jakým způsobem Romové nemoc řeší, respektive zda preferují domácí léčbu či docházejí k lékaři. Informanti R2, R3, R4, R7 a R10 uvádí, že běžná nachlazení léčí doma, při zhoršení stavu navštíví lékaře. „*Počkám si, až to bude horší a potom jdu doktorovi.*“ (R2) „*Nejdu hned, počkám, jestli se to bude zhoršovat a pokud jo, tak potom dojdu k lékaři.*“ (R3) „*Když je to rýma, kašel tak většinou dojdu pro nějaké kapky, které nejsou na recept, ale kdyby to mělo být fakt horší, tak si dojdu k lékaři.*“ (R4) „*Léčím se doma. Kdyby to nebylo k vydržení, tak bych asi k lékaři došla.*“ (R7) „*Pokud je to nějaká rýma, kašel, bolest v krku, to léčím doma. Kdybych nemohla dýchat a cítila bych se fakt mizerně, k lékaři bych došla.*“ (R10) Informanti R1, R5, R6 a R9 uvedli, že chodí vždy k lékaři. „*Já chodím vždy k lékaři.*“ (R1) „*Beru prášky a jdu ke svému doktorovi.*“ (R5) „*Spíše chodím k doktorovi, než abych to řešil já sám.*“ (R6) „*Zajdu k doktorovi a řídím se tím, co mi řekne.*“ (R9) Domácí léčbu preferuje pouze informant R8: „*Nemocná jsem nikdy nějak nebyla. Když mám rýmu nebo kašel tak to léčím tak, že jsem doma. Někdy kapky vezmu.*“

Riziková onemocnění

V této podkategorii se zaměřujeme na onemocnění, která informanti vnímají za nejvíce riziková a proč. Všichni informanti uvedli, že nejhorším onemocněním je rakovina. R1 uvedla ještě HIV. R1 uvádí: „*Určitě rakovina, protože se nedá moc léčit a konkrétně u nás Romů, kdy lidé umírají a potom HIV, které se také nedá léčit.*“ „*Rakovina, nedá se to moc léčit, jako podle toho, kdy se to zachytí v jakém stádiu, ale tu rakovinu, jako u nás Romů má skoro pomalu každý. Nebo takhle, ta rakovina je u Romů dost častá.*“ (R2) „*Určitě rakovina, protože se tím lidé nejvíce trápí a nejde to vyléčit moc.*“ (R3) „*Rakovina, protože se to možná chytí včas, ale stejně vím, že se něco může ze dne na den změnit a žít s tím, kdy umřu a chodit na ty chemoterapie a támhle se léčit. Je to takový umírání za živa.*“ (R4) „*Rakovina. Lidi jsou na tom hodně špatně. Samá léčba, člověk je unavený a vysává ho to.*“ (R5) „*Rakovina, protože odchází hodně lidí, jako že na ni hodně lidí umírá. ... některá se vyléčí, ale jistotu nemáte nikdy, že se to vždycky vyléčí.*“ (R6) „*Tak každá nemoc, která se nedá léčit je špatná. Jinak asi rakovina, tam je to hodně zlý. ... umírá na ní hodně lidí a docela i mladých.*“ (R7) „*Nejhorší je rakovina. ... většinou končí smrtí.*“ (R8) Informant R9 uvedl konkrétní typ rakoviny: „*Leukémie. Myslím, že je tam malá pravděpodobnost na vyléčení.*“ R10 souhlasí s R7 a dodává:

„Jakákoliv nemoc, která zkracuje život a omezuje v životě. Pro mě je nejhorší rakovina. Umíráme na ni nejčastěji, protože někteří Romové se bojí dojít k lékaři a většinou tam jdou pozdě..“

Vnímání bolesti

Tato podkategorie ozřejmuje, jak informanti vnímají bolest a zda ví, jaký je rozdíl mezi akutní a chronickou bolestí. Co se týká vnímání bolesti, informanti R2 a R9 uvedli, že ji vnímají dobře. Dodali, že se nikdy nesetkali s bolestí, která by pro ně byla nesnesitelná. R2 uvádí: *„Tak nějak normálně, ještě se mi nikdy nestalo, že by mě bolest nějak skolila a musel jsem třeba ležet.“* S R2 souhlasí i R9 a dodává: *„Zatím jsem větší problémy s bolestí neměl.“* Informanti R1, R3, R4, R6, R8 a R10 uvedli, že bolest vnímají špatně. R1 uvádí: *„Špatně, štve mě, protože mě omezuje.“* R3 souhlasí s R1 a dodává: *„... nemám ji rád. Vždycky, když mě něco bolí, tak to nejhorší mají ti ostatní okolo mě, protože jsem vždycky naštvaný.“* „Blbě, mě stačí, když vstanu a kopnu se do palce, tak to jako umírám, ...“ (R4) *„Jsem nepříčetný a všechno je mi jedno. Hlavně že mám klid.“* (R6) *„Špatně, tak když něco bolí, tak asi pro každého to není nic příjemného.“* S R1 souhlasí i R10 a uvádí: *„No, to je špatný. ...beru to jako takovou situaci, kdy člověk není schopný normálně fungovat.“* Informanti R5 a R7 uvedli, že bolest vnímají velmi špatně. R5 uvádí: *„Velmi špatně, takže rovnou jdu se vším k doktorovi.“* „Hodně špatně, protože já trpím na silné bolesti hlavy a to jsem vždycky třeba den mimo. Jenom ležím a sem ráda, když to přejde.“ (R7)

Z pohledu vnímání rozdílu mezi akutní a chronickou bolestí informanti R3, R5, R6 a R7 odpověděli, že neví, jaký je mezi nimi rozdíl. Ostatní informanti R1, R2, R4, R8, R9 a R10 ví, jaký je rozdíl mezi akutní a chronickou bolestí. *„... akutní je náhlý varovný příznak a chronická je, že ta bolest trvá déle.“* (R1) *„Tak chronická je na delší dobu a akutní, to je teď hned mě třeba začne něco bolet a za chvíli přejde.“* (R2) *„...že třeba zakopnu a bolí mě palec dva dny, to je akutní a chronická trvá třeba i týdny.“* (R4) *„Bolest hlavy je třeba akutní a chronická ta je na dýl.“* (R8) *„Bolí mě zub, doktor ho ošetří a přestane bolet, to je třeba akutní bolest. Chronická může myslím trvat i několik měsíců.“* (R9) S R2 souhlasí i R10.

Léčba bolesti

V získaných odpovědích je patrné, že R2, R4 a R9 při bolesti neužívají žádné léky pro její tlumení. Z toho respondenti R2 a R9 uvedli, že se nikdy nesetkali s bolestí, která by

pro ně byla nesnesitelná. Z toho informanti R1, R3, R5, R6, R7, R8 a R10 při bolesti užívají léky pro její tlumení. „... beru prášky na bolest“ (R1) „... vezmu si Brufen.“ (R3) „Beru to, co mi doktor napíše, většinou nějaký Brufen a jednou jsem musel i na injekce chodit.“ (R5) „... beru prášky proti bolesti.“ (R6) „Když mě něco bolí, beru hned dva prášky, aby to rychle zabralo.“ (R7) „Prášky na bolest to vyřeší.“ (R8) „...hned beru prášky.“ (R10)

Dodržování léčebného režimu

Překvapivé výsledky byly zaznamenány v případě dodržování léčebného režimu. Informanti R1, R5, R6 a R9 chodí se svými zdravotními problémy ke svému lékaři a léčebný režim dodržují. R1 uvádí: „Ano dodržuji, jediné tak může být efektivní léčba.“ „Režim dodržuji. Tak když mě něco bolí tak chci, aby mě to bolet přestalo.“ (R5) „Ano, protože chci být zase co nejdříve v pohodě.“ (R6) „Jo, protože chci být rychle zase zdravý a cvičit a pracovat.“ (R9) Informanti R4, R7, R8 a R10 léčí nezávažná onemocnění, jako je například nachlazení, doma. V případě, že by se průběh onemocnění zhoršil či by se jednalo o závažné onemocnění, navštívili by svého lékaře a léčebný režim dodržovali. R4 uvádí: „... když by to bylo fakt horší, tak si dojdu k doktorovi. ... Určitě ten režim dodržuji.“ „Léčím se sama doma, ale jinak bych režim dodržovala.“ (R7) „Jo, když by bylo opravdu zle, tak bych si někam došla a dodržovala to.“ (R8) „Ano, pravděpodobně je to odborník, takže musí vědět jak mi pomoci.“ (R10) Informanti R2 a R3 se snaží léčebný režim dodržovat, ale většinou ho nedokončí nebo je v tom jiný problém. R2 uvádí: „Snažím se ho dodržovat, ale většinou už druhý den si nevezmu prášky tak, jak mám a potom je už neberu vůbec.“ „... tak se snažím to nějak dodržovat, ale je to těžký, protože rád piju a zapíjet potom prášky, to není dobrý.“ (R3)

V případě dodržování léčebného režimu u dětí byla odpověď informantů R2, R3, R5, R7 a R10 jednoznačná. Všichni se shodli na tom, že léčebný režim dodržují. R2 uvádí: „Určitě bychom dodrželi to, co nám lékař řekne.“ „Většinou když tam jdeme, řekne nám Stoptussin, Mucosolvan a klid, takže to koupíme a dáváme mu to.“ (R3) „... naše holka ta ho dodržuje možná víc než já.“ (R5) „... s nima chodím k doktoru a to co mi řekne, to dělám.“ (R7) „Ano. Chodíme k lékaři rovnou a na nic nečekáme. Nechci něco zanedbat.“ (R10)

5. 4 Kategorie Smrt

Čtvrtá kategorie Smrt se zabývá vnímáním smrti, zvyky, které se k ní pojí a tradicemi, které informanti preferují při loučení se zemřelým. Na základě souvislostí jednotlivých pojmů byla kategorie rozdělena na dvě podkategorie. První podkategorie se nazývá Vnímání smrti, druhá podkategorie byla označena jako Zvyky a tradice.

Vnímání smrti

Informanti R1, R3, R5, R6 a R8 uvedli, že ze smrti mají strach. R1 uvádí: „*No blbě, mám z ní strach, ale na druhou stranu to patří k životu.*“ „*Jako každý druhý, ale strach z toho trochu mám no.*“ (R3) „*Špatně, nedávno mi zemřela sestřička. Je to velmi špatná věc a nikomu to nepřeji.*“ (R5) „*Husina mi leze po kůži, jak jste to řekla. ... bojím se no, až to přijde.*“ (R6) „*Bojím se, protože nevím, jak budu umírat. Nejlepší by bylo lehnout a už se neproбудit, nechci trpět.*“ (R8) Informanti R7 a R10 nikdy nad smrtí nepřemýšleli a uvedli: „*No zatím jsem nad tím nepřemýšlela, ale nechci, aby mě to bolelo.*“ (R7) „*Je to součást života, nějak nad tím nepřemýšlím, prostě až to přijde tak to přijde.*“ (R10) Informanti R2, R4 a R9 nemají ze smrti strach a odpověděli následovně: „*Tak, že někdo odejde. Já ze smrti strach nemám.*“ (R2) „*Až to přijde tak to přijde a prostě to může přijít zítra, za 5 let za 10 let. ... jako nebojím se, tohohle ne.*“ (R4) „*Jako konec mojí cesty, kde prostě všechno skončí. ... strach z ní nemám, protože tak nějak to všechny čeká.*“ (R9)

Zvyky a tradice

Co se týká této podkategorie, tak ne všichni z oslovených se pohřbu zúčastnili anebo si průběh pohřbu nepamatují, protože byli děti. Je i zřejmé, že každá současná romská rodina má své zvyky, které při loučení se zemřelým preferují. „*Ano vartujeme, to znamená, že se sejde celá rodina a pije se jenom pivo nebo nealko. Netančíme ani nezpíváme a teď nevím, ale nesmí se ani tukat skleničkami. Povídáme si a vzpomínáme na zemřelého.*“ (R1) „*Sejde se pouze rodina a mluvíme o zemřelém, občas i zpíváme romské písně.*“ (R2) R3 souhlasí s R2 a dodává: „*... pijeme kávu, alkohol se pít nesmí a rok se drží smutek, jako že se nesmí třeba dělat svatby.*“ „*Určitě se sejde rodina, určitě se sejdou i členové rodiny takový, co spolu třeba dlouhodobě nejsme a jinak je to prostě takový klasický romský pohřeb s romskou hudbou. ... mluvíme, pijeme jenom nealkoholický pití a vzpomínáme na zážitky, které jsme se zemřelým zažili.*“ (R4) „*Sejde se rodina u bráchy doma, kam se všichni vejdemo a povídáme si, pijeme a jíme. ... zemřelého oblékají ženy doma a dávají se mu do ruky peníze a i na oči se dávají. ... do*

ruky, aby se měl dobře tam, kam odejde a na oči, protože se říká, že by mohl umřít i někdo další.“ (R5) „Ano máme, když někdo zemře, tak se dává pocta tím, že se chodí do baráku a hezky se o zemřelém mluví a tak. Přijdou i třeba cizí lidi, kteří toho zemřelého znali, baví se a pije se kafe i alkohol.“ (R6) „Já jsem na pohřbu nikdy nebyla, ale vím, že se tak nějak sejde rodina a i příbuzní a kamarádi.“ (R7) „... nesmí se zpívat ani tancovat. Když je v nemocnici a umírá, je lepší, když umře doma v kruhu rodiny. Potom i záleží na tom, jestli umře muž nebo žena, no nebo dítě. Víم akorát, že se ženám rozpouští vlasy, ale proč to nevím.“ (R8) „Tak normální pohřeb, kdy se sejde celá rodina, pije se a vzpomíná.“ (R9) „Klasický pohřeb, jíme, pijeme ... i alkohol pijeme.“ (R10)

6. Diskuze

Tato část bakalářské práce je zaměřena na shrnutí výsledků, které byly během výzkumného šetření získány. Celkem proběhlo deset rozhovorů s Romy, kteří se aktivně hlásí k romské minoritě. Romové byli vybíráni metodou sněhové koule, kdy jsme od jednoho informanta získali doporučení na další informanty. Informanti se pohybovali ve věku od 18 do 50 let žijících v Jihočeském kraji. Romové, kteří se zúčastnili výzkumu, byli označeni jako R1 až R10. S některými odpověďmi se setkáme i v této kapitole.

Celkem byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo popsat, jak Romové vnímají zdraví. Druhým cílem bylo popsat, jak Romové vnímají nemoc, a třetím cílem bylo popsat, jak postoj ke zdraví a nemoci ovlivňuje přístup Romů k prevenci. Následně byly ke každému cíli zvoleny následující výzkumné otázky. K prvnímu cíli jsme vytvořili výzkumnou otázku: Co pro Romy znamená zdraví? K druhému cíli byla položena výzkumná otázka: Co pro Romy znamená nemoc? A k poslednímu třetímu cíli byly stanoveny tři výzkumné otázky a to tyto: Jak se u Romů projevuje postoj ke zdraví a nemoci v přístupu k prevenci? Co pro Romy znamená pojem rizikové faktory vzniku onemocnění? Jaké prvky Romové řadí mezi rizikové faktory? Pro získání výsledků bylo využito kvalitativního šetření. Pro šetření bylo využito sběru dat konkrétně pomocí polostrukturovaných rozhovorů s Romy. Získané informace ohledně vnímání zdraví a nemoci byly nejdříve kódovány a poté rozděleny na čtyři kategorie a ty se dále dělily na podkategorie. Co se týká informovaného souhlasu, každý informant podepsal souhlas těsně před samotným rozhovorem a následně byly uloženy. Samostatní informanti byli při poskytování informací důslední, vtipní a ochotní.

Bakalářská práce byla rozdělena na teoretickou a praktickou část. Díky včasnému zahájení psaní teoretické části jsme se mohli co nejdříve věnovat praktické části. Pro teoretickou část bylo využito zdrojů, jak tištěných tak i online zdrojů. V případě, že je použita literatura starší deset let, je důvodem například historie, která je v novějších literaturách převzata z literatury starší a údaje se nemění, proto bylo čerpáno ze starších, primárních zdrojů.

Na úvod před zahájením výzkumného šetření byly získány identifikační údaje informantů, kde nás zajímalo pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání. V našem výzkumném souboru bylo celkem šest mužů a čtyři ženy ve věku od 18 do 50 let. Nejmladším informantem byl R8, kterému bylo 18 let a nejstarším účastníkem byl R5,

kterému bylo 50 let. Účastníci výzkumného šetření měli i různá vzdělání. V našem výzkumném souboru byli dva informanti, a to R1 a R9 s výučním listem. Ostatních osm informantů mělo nejnižší základní vzdělání. Obecně je známo, že Romové středního a vyššího vzdělání nedosahují. S tím souhlasí i výzkum, který byl realizovaný v 11 zemích střední a východní Evropy, kde stojí, že 15 % Romů má nedokončené základní vzdělání, 10 % má dokončenou praktickou základní školu, 43 % Romů má dokončené základní či nedokončené střední vzdělání. Dalších 29 % má učiliště bez maturity a pouze 3 % Romů má dostudovanou střední odbornou školu, gymnázium či učiliště s maturitou (Median, 2015)

První kategorie Romové byla rozdělena na dvě podkategorie a to na původ Romů a charakteristika Romů. Čtyři informanti uvedli, že jejich prvotní původ je v Indii. S tímto tvrzením souhlasí i Horváthová (2002), která uvádí, že Romové na základě jazykové srovnávací studie pocházejí z indického subkontinentu. Pouze jeden informant se v názoru lišil, neboť uvedl, že předci pocházejí z Izraele. Příkladem je R2: „*Tak úplně si nemyslím, že z Indie, ale myslím, že z Izraele.*“ Ostatní informanti nevěděli, odkud předci Romů pocházeli. Příkladem je R1: *Mám pocit, že ze všech koutů světa, ale přesně to nevím. Někdo říká Indie jiní zase Jeruzalém.*“ Co se týká původu rodičů a prarodičů. Sedm informantů uvedlo, že jejich rodiče pocházeli z ČR, jeden z Maďarska, jeden ze Slovenska a jeden má jednoho rodiče z ČR a druhého ze Slovenska. Prarodiče pocházeli tři ze Slovenska, tři z Maďarska, jeden z ČR a zbylí tři informanti původ prarodičů neznali. Co se týká obecně původu Romů, ze získaných informací se domnívám, že prvotní původ Romů je v Indii, ale nejsem si tímto tvrzením zcela jista a to proto, že nejsou doložena žádná fakta, která by poukazovala přímo na Indii. Z počátku si lidé mysleli, že Romové pocházejí z Egypta. První krok ke zjištění původu Romů učinil v 18. století maďarský student, Štefan Váli, který se při studiích setkal s Indy – Malabary a pozoroval určité podobnosti s maďarskými Romy. Štefan Váli, si zapsal několik malabarských slov a zjistil, že je zde velká podobnost s romským jazykem. O tom, že Romové pocházejí z Indie, svědčí nejenom jazyk, ale i společné některé zvyky, výběr povolání a další. Další podkategorií byla charakteristika Romů, kterou jsme rozdělili na dalších devět oblastí. První oblastí byl popis Roma. Zde převládají názory, že informanti byli hrdí na to, že jsou Romové a vnímají určitou odlišnost od většinové společnosti. Příkladem je R1: „*Být Romem je pro mě žít ve věčném odsuzování, ale já sama jsem hrdá na to, že jsem Romka.*“ Zato R4 sebe vnímal jako člověka odlišného od většinové

společnosti. Jedná se zejména o barvu pleti: „... *nevím, jak to říct, jsem člověk jako Vy akorát, že mám tmavší pleť.*“ Druhou zkoumanou oblastí bylo bydlení. Zde všichni informanti uvedli, že žijí v bytě. Pouze jeden informant žil na vesnici ostatní ve městě. Důvodů přesunu Romů z vesnic do měst mohlo být mnoho. Třeba i to, že ve městech měli Romové větší přístup k novým příležitostem, více služeb a spoustu dalších možností. Z našeho výzkumu bylo dále zjištěno, že v domácnosti žijí maximálně čtyři osoby a minimálně dvě osoby. S tímto výsledkem jsem byla velmi mile překvapena, protože většinou žijí Romové v malých bytech s vysokým počtem osob, kde nemá žádná z obývajících osob své soukromí. Další oblastí byl jazyk. Bylo zjištěno, že všichni informanti mluvili česky a kromě jednoho informanta uměli všichni i romsky. Je to dáno tím, že dnešní generace Romů i přesto, že žila v tradiční romské rodině, preferovala mateřský jazyk buďto český nebo slovenský. U starší generace je to jiné, protože ti se romsky učili od raného dětství (Horvátová, 2017). Z rozhovorů vyplynulo, že při komunikaci se starším Romem je nezdvořilé mluvit česky a proto s nimi mluvili pouze romsky. Příkladem je R1: „*Doma starší mluví romsky. Je nezdvořilé mluvit na staršího člověka česky, tím myslím hlavně prarodiče.*“ Čtvrtou zkoumanou oblastí byla víra. Zde polovina informantů uvedla, že byla věřící a vyznávanou vírou bylo křesťanství. Romové ve většině případů přijímali náboženství většinové společnosti. V ČR je to právě křesťanství (Nováková, 2012). Další oblastí byla zaměstnanost. Výsledky byly velmi překvapivé, protože kromě informanta R8, který studoval na střední zemědělské škole, jsou všichni zaměstnaní nebo byli a nyní jsou na mateřské dovolené, to se týká informantek R7 a R10. Většinou byli Romové spojeni s vysokou nezaměstnaností, což v našem případě nekorresponduje s tvrzením. Důvodem nezaměstnanosti Romů mohou být předsudky zaměstnavatele o neochotě Romů pracovat či mají s touto minoritou špatné zkušenosti, a proto nemají Romové možnost prokázat své pracovní schopnosti (Úřad vlády České republiky, 2018). Šestá oblast této podkategorie se zabývala hodnotovým systémem. Každý informant musel uvést alespoň čtyři hodnoty. Na první příčce v hodnotovém systému se objevila rodina. Rodina byla a vždy bude pro Romy jednou z nejdůležitějších hodnot. Romská rodina zajišťovala jednotlivci jak ekonomické, tak sociální zabezpečení a uvnitř romské rodiny převládaly silné vztahy. Kodýmová (2013) ve své bakalářské práci uvádí, že z jejího výzkumného šetření uvedlo 43,8 % Romů na první místo v hodnotovém systému rodinu a 14,8 % Romů uvedlo na druhém místě zdraví. I v našem případě druhé místo obsadilo zdraví, třetí finance a čtvrté místo obsadily dvě hodnoty a to finance a láska. Příkladem je R2: „*Rodina, zdraví, finance, láska.*“

Sedmu oblastí bylo stravování, kde jsme zjišťovali, jaký typ stravy naši informanti preferovali. Především se jednalo o zdravou či nezdravou stravu. Pouze dva informanti uvedli, že se zdravě stravují. Jednalo se o informanty R4 a R9. Tito informanti se také aktivně věnovali sportům a pravidelně se stravovali 5x až 6x denně. Příkladem je R4: „... držím dietu, takže se snažím jíst zdravě a chutná mi to. Dříve jsem dost jedl smažená jídla, ale člověk si odvykne, když chce. Nejráději mám kuře a dušenou zeleninu.“ Ostatní informanti se ve stravování nijak neomezovali. Příkladem je R8: „Tak jídlo nějak neřeším, mám ráda hodně smažený, hranolky, kuře a nejlepší jsou taková jídla, která koupím, strčím do trouby a za chvíli jsou hotová.“ Romové museli své skromné stravovací návyky kvůli socioekonomickému důsledku změnit, to vedlo ke konzumaci nezdravých a nutričně nedostatečných pokrmů. Romové měli své tradiční pokrmy, které byly bohužel nahrazeny polotovary a smaženými jídly (Studničková, 2014). V dnešní době se z velké části setkáváme s Romy, kteří jsou obézní. Jejich nezdravé stravovací návyky vedou ke vzniku onemocnění a to potom vede k vysoké mortalitě v nízkém věku. Obezitou netrpí pouze dospělí Romové, ale i jejich děti, kdy v jídelníčku převládají jídla nezdravá. Je důležité, aby už i děti měly sklon ke zdravé výživě od dětství a tím se tak předcházelo vzniku onemocnění. Co se týká trávení volného času, většina informantů uvedla, že chůze patřila mezi aktivní koníčky. Příkladem je R3: „V práci chodím pomalu celý den, takže to беру jako moji aktivitu.“ Informanti R2, R4, R6 a R9 se věnovali konkrétnímu sportu. Příkladem je R9: „Aktivní jsem docela dost myslím, pravidelně cvičím, chodím s přítelkyní na procházky, jezdím na kole a občas si i zaběhám.“ Dva informanti a to R7 a R8 se veškerým sportům vyhýbali. Mezi nejčastější pasivní aktivitu patřilo sledování televize. Zvláště u romských dětí byla tato pasivní aktivita zastoupena ve velkém měřítku a nepřinášela nic pozitivního. Je i známo, že Romové byli hudebně nadaní a v dnešní době existuje mnoho organizací, které romským dětem nabízí širokou škálu aktivit, kde by mohli využít svůj talent (Taterová, 2012). Poslední oblast byla věnována kouření a užíváním alkoholu. Šest informantů patřilo mezi aktivní kuřáky. R3, R6, R9 a R10 vykouřilo denně krabičku a více. Zbylí informanti R7 a R8 vykouřili 10 a méně cigaret. Z výzkumu Nesvadbové, Šandery a Haberlové (2009) vyšlo, že 60 % respondentů kouří denně. Tyto výsledky se shodovaly i s našimi. Poté 30 % uvedlo, že alkohol pijí pouze příležitostně a 30 % pije alkohol denně. Zbylých 40 % nekonzumuje alkohol vůbec. Nesvadbová, Šandera a Haberlová (2009) uvádí, že alkohol pije denně 35 % respondentů. Ceny za cigarety se zvyšovaly a i v dalších letech se zvyšovat budou. To by znamenalo celkové snížení spotřebitelů. Z hlediska mého si nemyslím, že by

zvyšování cen za cigarety mělo snížit počet spotřebitelů. V této oblasti bych neviděla rozdíl mezi majoritou a minoritou. Obecně kouření škodí zdraví všem spotřebitelům. U většiny Romů bych to viděla jako součást jejich životního stylu, který se vytváří v brzkém věku. Kouření je spojeno se vznikem onemocnění a zároveň s vysokou mortalitou v nízkém věku.

Druhá kategorie se nazývala Zdraví a byla dále rozdělena na čtyři podkategorie. První podkategorie byla věnována Vnímání zdraví. Nikdo z informantů neuvedl, že by zdraví nebylo důležitou hodnotou. Příkladem je R6: *„To je těžká otázka no, ale zjednodušeně je to to nejcennější co může být, takhle to беру já.“* V našem případě skončilo zdraví v hodnotovém systému na druhém místě za rodinou, která byla na prvním místě. Nováková (2012) uvádí zdraví dokonce na třetím místě až po životě a rodině. A Ivanová et al. (2005) ve své publikaci zmiňuje zdraví na prvním místě v hodnotovém systému, kde uvádí, že zdraví má pro Romy nejvyšší hodnotu a je pro ně vším. Ptali jsme se i na rodiče informantů. U čtyř informantů bylo zjištěno, že jejich rodiče vnímali zdraví stejně jako informanti. Příkladem je R4: *„Tak rodiče to berou určitě stejně jako já. Nijak vážně nemocní nejsou...“* Další tři informanti uvedli, že jejich rodiče své zdraví zanedbávali. Příkladem je R2: *„No rodiče to zdraví trochu víc zanedbávají.“* *„Rodiče to tak neřeší, jako dnešní doba,“* dodalo R9. I přesto, že Romové mívali zdraví na druhém místě v hodnotovém systému, jejich přístup k udržování zdraví zanedbávali. Bylo to možná dáno i tím, že Romové vnímali zdraví pouze jako nepřítomnost nemoci (Bártlová, 2018). Z hlediska mého si myslím, že pro Romy bylo jednodušší se starat o rodinu než o své zdraví. I přesto, že z výzkumu vyplynulo, že pro Romy bylo zdraví nejcennější hodnotou. Bylo pro ně jednodušší zabezpečit rodinu než změnit svůj nezdravý životní styl a posilovat tak své zdraví. Co se týkalo vysvětlení pojmů zdraví a nemoci dětem, pět informantů uvedlo, že měli alespoň jedno dítě. Ovšem žádný z nich nevěděl, jak svým potomkům tyto pojmy vysvětlit. Objevovaly se odpovědi typu: *„Tak to nevím, nikdy jsem to nikomu nevysvětlovala, asi na to musí přijít samy.“* (R7) Myslím si, že toto téma by mělo být určitě probírané na základních školách a vše, co se s těmito pojmy pojí. Existují odborné knihy, brožury, obrázky a další pomůcky, kde se děti mohou dočíst potřebné informace. Další podkategorií byly faktory ovlivňující zdraví. Mezi nejčastěji uváděné faktory patřilo kouření. Všichni informanti, kteří uvedli, že kouřili, měli v podvědomí, že kouření ovlivňuje jejich zdraví a přesto nejsou schopni s kouřením přestat. Někteří informanti uváděli, že se snažili s kouřením přestat, bohužel neuspěli a to proto, že na ně

mají vliv lidé, se kterými pracují. Příkladem je R3: „*Zkoušel jsem přestat kouřit, ale když v práci všichni kouří tak to jako moc nejde.*“ I informantky R7 a R10 během svého těhotenství kouřily. Příkladem je R7: „*I teď když jsem těhotná, kouřím no, ale ne tolik, tak nejvíc 5.*“ Belešová (2013) ve své diplomové práci zmiňuje, že romské ženy si neuvědomují, že škodlivý nikotin má vliv na průběh těhotenství. Zde bych nedělala rozdíly mezi majoritou a romskou minoritou. Ani většina majoritní společnosti si neuvědomuje, že vdechovaný kouř z cigaret škodí plodu. Další faktor, který informanti nejčastěji zmiňovali, byl alkohol. Příkladem je R2: „*Asi to pítí trošku, ale jako není to tak hrozný s tím pitím u mě.*“ Obecně alkohol zatěžuje játra, zhoršuje střevní sliznici, zhoršuje chronická onemocnění, snižuje imunitu a narušuje výkonnost (Frej, ©2020) Dalšími uváděnými faktory byly: špatná životospráva, prostředí, obezita, nedostatek spánku, stres, vysoký krevní tlak. V průběhu rozhovoru byla otevřena otázka směřující k tomu, zda jejich zaměstnání mělo negativní či pozitivní vliv na jejich zdraví. Co se týká negativ, čtyři informanti uvedli, že jejich zaměstnání nemělo na jejich zdraví žádný negativní vliv. Příkladem je R3: „*Negativní určitě ne, spíš pozitivní, protože mám víc pohybu, takže se pořád hýbu.*“ Poté pět informantů uvedlo, že jejich zaměstnání negativní vliv na zdraví mělo. Příkladem je R4: „*...obojí, protože se setkávám na ulici s lidmi, kteří jsou prostě myšlenkově slabší a člověk než jim něco vysvětlí, to chce mít nervy z oceli. Takže negativně to vnímám tak, že to je hodně na psychiku a někdy jsem úplně vyvedený z míry, ale má to své klady. Chození po sídlištích a kontroly to беру jako pozitivní věc.*“ Informant R8 nebyl zaměstnaný, protože studoval střední zemědělskou školu. Tři informanti uvedli, že jejich zaměstnání nemělo na jejich zdraví pozitivní vliv. Příkladem je R10: „*Nevím, co by moje zaměstnání mělo mít za pozitiva. Vždycky mě potom bolí strašně záda v kříži, ... samá negativa jenom.*“ A pět informantů uvedlo, že zaměstnání má pozitivní vliv na jejich zdraví. Příkladem je R2: „*Pozitivně potom, že když už teda práce je, tak se nezastavím a pořád někde chodím.*“ Třetí podkategorie se zabývala prevencí. Všichni informanti kromě R9 uvedli, že na preventivní prohlídky docházeli. Co se týká žen v našem případě R1, R7, R8 a R10, všechny pravidelně jednou ročně docházely na preventivní prohlídky ke svému gynekologovi a tím pádem i věděly, jak preventivní prohlídky probíhaly. Příkladem je R7: „*... sestra si mě vždycky zavolá k sobě, najde mi papíry a jdu k doktorce. Ta se mě ptá, jak se mám a jestli mi něco není. Svléknu se a položím na to křeslo a vyšetřujeme. Potom za nějaký čas mi přijde zpráva na mobil, jak vyšetření dopadlo.*“ Nesvadbová, Šandera a Haberlová (2009) ve svém výzkumu uvedli, že 22 % respondentek navštívilo svého gynekologa před 1 rokem až 3 lety. 32 %

respondentek bylo potom na preventivní prohlídce u svého gynekologa před 6 měsíci až 1 rokem. Pouze jedna informantka uvedla, že jí její gynekoložka vyšetřovala i prsa. Sedm informantů dále uvedlo, že chodí na preventivní prohlídky k zubnímu lékaři. Danosová (2015) ve svém výzkumu uvádí, že pravidelně na preventivní prohlídky ke svému zubaři dochází 13,8 % respondentů. Ve většině případů mají Romové strach z bolesti, proto k zubaři nedochází. Šest informantů potom docházelo na preventivní prohlídky ke svému praktickému lékaři a R1 uvedla, že chodí i k endokrinologovi, protože má problémy se štítnou žlázou: „*Štítnou žlázu mi potom vyšetřuje doktor zvlášť, to chodím k jinému doktorovi, ten mi prohmatá krk a udělá odběry.*“ Z našich výsledků jsem byla překvapena, protože jsem měla v podvědomí, že Romové patří do skupiny, která se preventivním vyšetřením vyhýbá a to z důvodu jako je strach z bolesti, nedostatek informací ohledně vyšetření, ale i z důvodu, že si Romové myslí, že daná vyšetření jsou nepotřebná. Prevence by se v žádném případě neměla zanedbávat a je důležité s ní začít co nejdříve, aby se předešlo určitým následkům. Všichni informanti uvedli, že mají očkování, která jsou ze zákona povinná. Tři informanti byli očkovaní proti klíšťové encefalitidě, jeden proti chřipce a jeden proti rakovině děložního čípku. Zbylých pět informantů očkovaných nebylo, protože jim přijde zbytečné se očkovat nebo nebyli informováni o možnosti daného očkování. Očkování jako prevence vzniku onemocnění je velmi důležitá, protože nám zajistí maximální ochranu proti danému onemocnění. Obecně lze říci, že prevence vzniku rakoviny děložního čípku, klíšťové encefalidity a chřipky patří mezi nejdůležitější očkování, která nejsou ze zákona povinná. Polovina našich informantů byla očkována, ale druhá polovina nikoliv a to z důvodu neinformovanosti ze strany lékaře. Zde by bylo vhodné, aby lékaři své pacienty o těchto možnostech informovali. Čtyři informanti měli informace o preventivním vyšetření prsu, ovšem pouze jedna informantka získala informace o nádorovém onemocnění od svého gynekologa. Ostatní získaly informace z brožury, letáku, článku apod. Všechny věděly, jak vyšetření probíhá, příkladem je R1: „*... prsa mi také vyšetřuje doktorka, aby tam nebyla nějaké bulka, která by mohla znamenat rakovinu, to jsem se dověděla až od doktorky, jak taková bulka může být nebezpečná. Vím, že existuje i vyšetření, které si můžu udělat sama, ale to jsem nezkoušela.*“ O prevenci rakoviny děložního čípku byly informovány tři informantky, i zde měla jedna informantka informace od svého gynekologa. Tři informanti měli informace ohledně prevence rakoviny prostaty, z toho jeden informant měl informace od svého praktického lékaře. Všichni informanti věděli, jak vyšetření probíhá. Pouze jeden informant uvedl, že slyšel o preventivním vyšetření

varlat, ale o průběhu vyšetření nevěděl nic. Výhodu měli samozřejmě ti informanti, kteří získali informace přímo od svého lékaře, protože měli možnost se na případné neznalosti doptat. Ostatní informanti se museli spokojit s informacemi získaných z brožur či letáků, kde bylo informací dostatek, ale bez možnosti se doptat. Sedm informantů bylo během svého života hospitalizováno. Z toho pět informantů bylo spokojeno s poskytovanou péčí, zbylí dva informanti si nepamatovali, jaká jim byla poskytovaná péče, protože byly děti. Davidová et al. (2010) rozvíjeli výzkum Sastipen a zkoumali spokojenost Romů s poskytovanou péčí, i v této publikaci byli Romové s poskytovanou péčí spokojeni.

Třetí kategorie Nemoc byla rozdělena na šest podkategorií. Naši informanti uvedli, že nemoc je pro ně určitým omezením, kdy nemohou vykonávat činnosti, které v běžném životě dělají rádi. Příkladem je R6: „*Jsou všelijaké nemoci, které jsou i smrtelné. Já když jsem nemocná, tak nemůžu dělat to, co zrovna chci, a je mi na nic.*“ Nemoc byla velmi často spojována s bolestí, která byla pro Romy taktéž nepřekonatelná jako nemoc. Pokud se bolest vyskytla, Romové se snažili co nejdříve bolest zmírnit a to tím, že užívali nadměrné množství léků na bolest (Kašparová, 2015). Z našeho výzkumu vyplynulo, že v případě bolesti sedm informantů užívalo léky tlumící bolest. Jedna informantka dokonce uvedla, že bere dvě tablety najednou, aby účinnost byla rychlejší, příkladem je R7: „*Když mě něco bolí, beru hned dva prášky najednou, aby to rychle zabralo.*“ Každý z nás raději sáhnul po pilulce, která ulevila od bolesti, než aby se trápil. Řada z nás si myslela, že když jsou analgetika bez lékařského předpisu, patří mezi léky, které se běžně užívají a jsou bez rizika. Ovšem to nebyla úplně pravda. Užívání analgetik bylo bezpečné v případě, kdy jsme znali správné dávkování, které jsme se dozvěděli z příbalového letáku. Bez těchto znalostí docházelo ke vzniku nežádoucích dopadů, jako byly žaludeční vředy, únava, slabost a poškození jater. V případě bolesti by bylo vhodné vyzkoušet bylinky či jiné praktiky, které potlačují bolesti a vyhnout se tak velkým dávkám analgetických přípravků. V případě, že byli informanti nemocní, pět z nich čekalo, jestli se jejich zdravotní stav zlepší. V případě že se zdravotní stav zhoršil, navštívili svého lékaře. Tato metoda se osvědčila i v minulosti, kdy se Romové léčili pomocí různých bylin. Pokud nezabraly, navštívili léčitele (Pavlič et al. 2011). Příkladem je R3: „*Nejdu hned, počkám, jestli se to bude zhoršovat a pokud jo, tak potom dojdu k lékaři.*“ Čtyři informanti navštívili svého lékaře vždy, když se nějaká nemoc objevila. Příkladem je R6: „*Spíše chodím k lékaři, než abych to řešil já sám.*“ Je známo, že lékař je ten, kdo dokáže od nemoci pomoci, ale zároveň i ten, který nemoc objeví (Šlechtová, Bürgerová, 2009).

Je to jeden z důvodů, proč Romové svého praktického lékaře nenavštěvovali, mají strach, že jim bude diagnostikováno nějaké onemocnění, které by je mohlo ohrožovat na životě a to je další důvod, protože Romové mají strach ze smrti, která může i nemusí být doprovázena bolestmi. Nejčastější příčinou vzniku onemocnění bylo kouření, tuto skutečnost uvedlo sedm respondentů. Dále alkohol, znečištěné ovzduší, dědičnost a psychické vlivy jako je stres. Příkladem je R8: „*Kouření, alkohol, ale je fakt, že někdy člověk žije zdravě a nemocný je taky. Takže asi i to, že to mají rodiče a ten člověk to bude mít taky.*“ V případě, že se nemoc u jedince vyskytne, je to záležitost celé rodiny a komunity. Proto se můžeme v nemocnicích setkávat s početnými návštěvami (Šlechtová, Bürgerová, 2009). Všichni informanti uvedli, že nejvíce rizikovým onemocněním je rakovina. R1 ještě doplnila i HIV. Příkladem je R2: „*Rakovina, nedá se to moc léčit, jako podle toho, kdy se to zachytí v jakém stádiu, ale tu rakovinu, jako u nás Romů má skoro pomalu každý.*“ I odpovědi na otázku, proč byla rakovina pro informanty největší hrozbou, bylo to, že se ve většině případů nedá vyléčit. Mezi další typická onemocnění, která nejčastěji postihují Romy, jsou migrény, vysoký krevní tlak, deprese, vysoká hladina cholesterolu, artritida, onemocnění srdce, diabetes a další (Nesvadbová, Šandera, Haberlová, 2009) I naše informantka R7 trpí silnými migrénami: „*... trpím na silné bolesti hlavy a to jsem vždycky třeba den mimo. Jenom ležím a sem ráda, když to přejde.*“ Osm informantů uvedlo, že léčebný režim dodržují. Čtyři z nich chodili k lékaři se svými problémy ihned. Příkladem je R5: „*Režim dodržuji, tak když mě něco bolí tak chci, aby mě to bolet přestalo.*“ Další čtyři se snažili léčit doma, v případě, že domácí léčba nezabírala, navštívili lékaře a doporučený režim dodržovali. Příkladem je R8: „*Jo, když by bylo opravdu zle, tak bych si někam došla a dodržovala to.*“ Pouze dva informanti uvedli, že měli problémy s dodržováním léčebného režimu. Příkladem je R2: „*Snažím se ho dodržovat, ale většinou už druhý den si nevezmu prášky, jak mám a potom je už neberu vůbec.*“ Romové většinou po ustoupení příznaků přestanou brát předepsané léky a léčebný režim nedodržují, protože si myslí, že jejich nemoc už pominula (Šlechtová, Bürgerová, 2009).

Poslední kategorie Smrt byla rozdělena na dvě podkategorie a to na Vnímání smrti a na Zvyky a tradice, které informanti preferovali při loučení se zemřelým. Pět informantů uvedlo, že měli ze smrti strach. Příkladem je R1: „*No blbě, mám z ní strach, ale na druhou stranu to patří k životu.*“ Strach ze smrti může být úzce spojený s bolestí, které se Romové taktéž obávají. Příkladem je R8: „*Bojím se, protože nevím, jak budu umírat.*“

Nejlepší by bylo lehnout a už se neprobudit, nechci trpět.“ Dva informanti nad smrtí nepřemýšleli a tři informanti strach ze smrti neměli. Příkladem je R4: „*Až to přijde tak to přijde a prostě to může přijít zítra, za 5 let za 10 let. ... jako nebojím se, tohohle ne.*“ V minulosti měli Romové největší obavy se zařizováním pohřbu, jelikož neměli vlastnické právo na půdu a proto jim byli pohřby na hřbitovech odepřeny. Získávali pouze místa, která byla bez křesťanského výkropu, a mohlo dojít k neuctění těla mrtvého. Proto většinou těla pohřbívali v noci v lesích, aby nikdo nevěděl, kde je tělo uloženo. Například v Brně si Romové pro své příbuzné kupují hroby po Němcích, které jsou atraktivní (Samková, 2011). Co se týká zvyků a tradic, tak je zřejmé, že rituály spojené s úmrtím byly v jednotlivých romských rodinách odlišné. Průběh je tedy velmi individuální. Příkladem je R1: „*Ano vartujeme, to znamená, že se sejde celá rodina a pije se jenom pivo nebo nealko. Netančíme ani nezpíváme a teď nevím, ale nesmí se ani ťukat skleničkami. Povídáme si a vzpomínáme na zemřelého.*“ U Romů je typické umírat doma, proto když se Rom ocitá v nemocnici, jeho rodina se ptá, zda si mohou odvést člena rodiny domů. V případě, že Rom zemře doma, ponechá se tam až do pohřbu. Romové vartují, což znamená, že bdí u mrtvého, hrají karty, baví se o zemřelém, netancují ani nezpívají. Zakrývají se zrcadla, voda, kterou je zesnulý umýván je vylita tam, kde nikdo nechodí, aby si nemoc nepřišla i pro něho. U žen se rozpouští vlasy a sundávají šperky (Koptíková, 2013). Tradic je mnohem více, co se týká současnosti, tak rodina zemřelého drží rok smutek, to znamená, že se nesmí pořádat svatby, křtiny apod. Většina romských pohřbů se dnes podobá pohřbům majority a tradice jsou zapomenuty. Je to možná dáno tím, že starší Romové své potomky těmito zvykům neučí, protože je mezi nimi určitá komunikační bariéra, konkrétně neznalost romského jazyka. Další možností by bylo, že Romové nemají žádné předky, kteří by je zvykům naučili.

7. Závěr

Tématem této bakalářské práce bylo Vnímání zdraví a nemoci romskou minoritou. Tato práce měla celkem tři cíle. Prvním z nich bylo popsat, jak Romové vnímají zdraví, poté popsat, jak Romové vnímají nemoc, a posledním cílem bylo popsat, jak postoj ke zdraví a nemoci ovlivňuje přístup Romů k prevenci. Následovně byly k cílům vytvořeny výzkumné otázky a to: Co pro Romy znamená zdraví? Co pro Romy znamená nemoc? Jak se u Romů projevuje postoj ke zdraví a nemoci v přístupu k prevenci? Co pro Romy znamená pojem rizikové faktory vzniku onemocnění? Jaké prvky Romové řadí mezi rizikové faktory? Pro zpracování praktické části bylo využito kvalitativního šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů s Romy. Romství bylo posuzováno na základě subjektivně pocíťovaného romství. Výběrovým kritériem z hlediska věku bylo dáno věkovou hranicí od 18 let.

Z výzkumu vyplývá, že Romové vnímají zdraví jako hodnotu, která zaujímá místo v hodnotovém systému velmi vysoko. Ovšem nebyla zmiňována na prvním místě, ale na druhém. První místo v hodnotovém systému v našem výzkumu zaujímala rodina. I přesto se setkáváme s tím, že zdraví zaujímá v žebříčku nejvyšší hodnotu, ale postoj Romů k udržení zdraví je mizivý. Jejich nezdravý životní styl neodpovídá výpovědím o hodnotě zdraví. Většina našich informantů kouří a užívá alkohol. Mnohdy dávají přednost pasivní aktivitě před aktivní, převládá nezdravé stravování, kdy konzumují nejčastěji smažená jídla, polotovary a sladké limonády s vysokým obsahem cukru a potraviny s nízkým obsahem vlákniny. Všechny tyto faktory ovlivňují zdraví nás všech a nejenom Romů a dochází tak ke vzniku onemocnění. Informanti uvedli, že mezi rizikové faktory vzniku onemocnění řadí zejména kouření, užívání alkoholu, nezdravé stravování, vysoký krevní tlak, obezitu, znečištěné prostředí. Pro Romy je nemoc vnímána jako určité omezení, kdy se nemohou věnovat běžným denním činnostem. V našem výzkumu jsou informanti důslední a na preventivní prohlídky docházejí. V případě nemoci se neváhají obrátit na svého lékaře a léčebný režim, který je lékařem naordinován dodržovat. Špatně snáší bolest, snaží se bolest co nejrychleji odstranit, a proto někdy užívají nadměrné množství analgetik.

Výsledky výzkumu nám umožnily popsat vnímání zdraví a nemoci romskou minoritou. Domníváme se, že mohou být použity v odborném článku, ale zároveň i ve výuce, například ve výchově ke zdraví. Na závěr bych uvedla, že romská kultura je velmi

rozmanitá a nelze každého Roma vnímat stejně, i zde je důležité přistupovat ke každému individuálně s holistickým přístupem.

8. Seznam informačních zdrojů

1. *Analýza determinantů pracovní aktivity obyvatel sociálně vyloučených a sociálním vyloučením ohrožených oblastí*, 2015. [online]. MEDIAN. [cit. 2020-05-06]. Dostupné z: https://www.eduin.cz/wp-content/uploads/2015/04/Median_Vzdelani-a-pracovni-aktivita_na-web.pdf
2. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
3. BÁRTLOVÁ, S. et al., 2018. *Zdravotní gramotnost u vybraných skupin obyvatelstva Jihočeského kraje*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-271-2201-1.
4. BELEŠOVÁ, R., 2013. *Kouření a konzumace alkoholu u romských žen v těhotenství*. Ostrava. Diplomová práce. LF.
5. BRÜSSOW, H., 2013. What is health? [online]. PubMed. *Microbial Biotechnology*. [cit. 2019-12-12]. 6(4), 341-349. doi: 10.1111/1751-7915.12063. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3917469/>
6. CINTULOVÁ, L. L., RADKOVÁ, L., 2019. Social aspects of unplanned pregnancies in teenage Roma girls. *Kontakt*. 21(1), 106-112. ISSN 1212-4117.
7. COHN, W., 2009. *Cikáni*. Praha: SLON. 61 s. ISBN 978-80-7419-008-7.
8. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L. et al., 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-2860-5.
9. DANOSOVÁ, M. et al., 2015. Vnímání zdraví u romského etnika. *Medicína pro praxi*. 12(5), 256-259. ISSN 1214-8687.
10. DAVIDOVÁ, E., 2004. *Romano drom: Cesty Romů 1945-1990*. 2. přepracované vydání. Olomouc: Univerzita Palackého. 276 s. ISBN 80-244-0524-5.

11. DAVIDOVÁ, E., UHEREK, Z., 2010. Romská rodina ve vývojových souvislostech. In: DAVIDOVÁ, E. et al. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: Triton, s. 52-59. ISBN 978-80-7387-428-5.
12. DAVIDOVÁ, E., 2010. Sociální, etnické a demografické charakteristiky Romů. In: DAVIDOVÁ, E. et al. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: Triton, s. 34-52. ISBN 978-80-7387-428-5.
13. FREJ, D., ©2020. *Holistická a funkční medicína prověřená staletými i studiiemi: Alkohol a zdraví* [online]. Praha: Centrum funkční a holistické medicíny [cit. 2020-05-07]. Dostupné z: <https://dr.frej.cz/zdravi/alkohol-a-zdravi>
14. GIGER, J. N., DAVIDHIZAR, R. E., 2002. The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model. *Journal of Transcultural Nursing*. 13(3), 185-188. ISSN 1043-6596.
15. HAJDUCHOVÁ, H., URBAN, D., 2014. Sociální determinanty zdraví u romské minority. *Kontakt*. 16(1), 44-49. ISSN 1212-4117.
16. HÁJKOVÁ, M., 2001. Tradiční romská rodina. In: ŠIŠKOVÁ, T., et al. *Menšiny a migranti v České republice*. Praha: Portál, s. 137-143. ISBN 80-7178-648-9.
17. HLAVÁČEK, K., 2014. *Parlamentní institut: Romové v České republice* [online]. Praha: PSP ČR [cit. 2019-10-22]. Dostupné z: <file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/pi-5-341.pdf>
18. HOFMANNOVÁ, H., 2013. Hodnocení postavení národnostních menšin v ČR z pohledu Rady Evropy. *Acta Universitatis Carolinae*. 2013(1), 11-19. ISSN 1804-5588.
19. HOLČÍK, J., 2017. Zdraví. In: ČELEDOVÁ, L., HOLČÍK, J., et al. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Karolinum, s. 37-48. ISBN 978-80-246-2809-6.

20. HORÁKOVÁ, M., PROCHÁSKA, P., PEKARA, J., 2011. Zvyky a specifika romské minority při ošetrovatelské péči v České republice. In: NYKLEWICZ, W. (eds.). *Pielęgniarnstwo ponad granicami*. Łódź: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, s. 68-72. ISBN 978-83-906824-1-9.
21. HORVÁTHOVÁ, J., 2002. *Kapitoly z dějin Romů*. Praha: NLN, s.r.o. 80 s. ISBN 80-7106-615-X.
22. HORVÁTOVÁ, R., 2017. *Romština je mezi Romy stále živá* [online]. Praha: Český rozhlas [cit. 2020-05-06]. Dostupné z: <https://radiozurnal.rozhlas.cz/romstina-je-mezi-romy-stale-ziva-8106418>
23. HOUDEK, L., 2013. *Nechápu, proč se jim říká Romové. Už od doby, kdy přišli na naše území, a to dokládají historické prameny, si sami říkají Cikáni* [online]. Praha: Agentura pro sociálně začleňování [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: <https://www.hatefree.cz/myty-a-fakta/hejtomat/nechapu-proc-se-jim-rika-romove-uz-od-doby-kdy-prisli-na-nase-uzemi-a-to-dokladaji-historicke-prameny-si-sami-rikaji-cikani>
24. IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J., 2005. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
25. JANATA, H. et al., © 2015. *Podpora zdraví ve vyloučených lokalitách – snižování zdravotních nerovností* [online]. Praha: Státní zdravotní ústav [cit. 2020-01-31]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpzp/nerovnosti/2016/Podpora_zdravi_ve_vyloucenych_lokalitach_jip_005_.pdf
26. JEDLIČKA, R. et al., 2018. *Pedagogická psychologie pro učitele*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-271-0586-1.
27. KALEJA, M. et al., 2012. *Romové – otázky a odpovědi v českém a slovenském kontextu*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta. 204 s. ISBN 978-78-7464-175-6.

28. KAŠPAROVÁ, I., 2015. Význam nemoci, dožívání a smrti pro současný život Romů: sociálně – antropologická perspektiva. *Urologie pro praxi*. 16(2), 88-90. ISSN 1213-1768.
29. KLICPEROVÁ-BAKER, M., KOŠTÁL, J., 2012. Diversity or behavioral deviance? Social distance from Roma, gays, people with HIV and other minorities. *Československá psychologie*. 56(4), 297-314. ISSN 0009-062X
30. KODÝMOVÁ, E., 2014. *Kvalita života u romských dětí staršího školního věku na Českokrumlovsku*. České Budějovice. Bakalářská práce. PF JU.
31. KOPTÍKOVÁ, J., 2013. Umírání a smrt v romské kultuře. *Sestra*. 23(11), 45. ISSN 1210-0404.
32. KOZUBÍK, M., DIJK, J. P., ONDRÁŠKOVÁ, B., 2018. Roma Housing and Eating in 1775 and 2013: A Comparison. [online]. PubMed. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. [cit. 2019-11-30]. 15(4), 588. doi: 10.3390/ijerph15040588. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5923630/>
33. LEONTIYEVA, Y., NOVOTNÝ, L., 2010. Je česká společnost tolerantní? Postoje vůči národnostním menšinám a cizincům. In: MAŘÍKOVÁ, H., KOSTELECKÝ, T., LEBEDA, T., ŠKODOVÁ, M. (eds). *Jaká je naše společnost? Otázky, které si často klademe*. Praha: SLON, s. 216-230. ISBN 978-80-7419-025-4.
34. MACHOVÁ, J., 2015. Zdraví. In: MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. *Výchova ke zdraví*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, s. 10-14. ISBN 978-80-247-5351-5.
35. MANN, A., 2000. *Rómsky dejepis*. Bratislava: Kalligram. 56 s. ISBN 80-7149-316-3.
36. MARTÍNEZ-CRUZ, B., MENDIZABAL, I., HARMANT, CH. et al., 2016. Origins, admixture and founder lineages in European Roma: Position paper of the European

- forum for primary care. [online]. PubMed. *European Journal of Human Genetics*. [cit. 2019-10-27]. 24(6), 937-943. doi: 10.1038/ejhg.2015.201. ISSN 1018-4813. Dostupné z: <http://www.nature.com/articles/ejhg2015201>
37. MISSELBROOK, D., 2014. W is for Wellbeing and the WHO definition of health. [online]. PubMed. *British Journal of General Practice*. [cit. 2019-12-12]. 64(628), 582. doi: 10.3399/bjgp14X682381. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4220217/>
38. NESVADBOVÁ, L., ŠANDERA, J., HABERLOVÁ, V., 2009. *Romská populace a zdraví: Česká republika – Národní zpráva 2009*. Madrid: FSG. 84 s. ISBN 978-84-692-5535-3.
39. NOVÁKOVÁ, D., 2012. Romská minorita. In: TÓTHOVÁ, V. et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, s. 21-52. ISBN 978-80-7387-645-6.
40. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka 2. díl*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6.
41. OLÍŠAROVÁ, V., KAJANOVÁ, A., 2015. Charakteristika romské minority. In: TÓTHOVÁ, V., et al. *Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetrovatelství*. Praha: Nakladatelství Lidové Noviny, s 26-31. ISBN 978-80-7422-467-6.
42. PAVLIČ, D. et al., 2011. Health beliefs and practices among Slovenian and their response to febrile illnesses: a qualitative study [online]. PubMed. *Slovenian Journal of Public Health*. [cit. 2020-05-07]. 50(3), 169-174. doi: 10.2478/v10152-010-0041-6. Dostupné z: <http://www.degruyter.com/view/j/sjph.2011.50.issue-3/v10152-010-0041-6/v10152-010-0041-6.xml>.

43. PLEVOVÁ, I. et al., 2012. Hodnocení bolesti u dětí. Využití měřicích nástrojů v ošetrovatelské praxi. In: *Pediatric pro praxi* [online]. Ostrava: Ostravská Univerzita [cit. 2020-03-13]. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/03/12.pdf>
44. PROKEŠOVÁ, M., 2010. *Romové. Otázky a hledání odpovědí*. Ostrava: Repronis. 101 s. ISBN 978-80-7329-249-2.
45. ROLANTOVÁ, L., KAJANOVÁ, A., MAŇHALOVÁ, J., 2019. Zdravotní gramotnost romské minority v České republice. *Praktický lékař*. 99(1), 33-36. ISSN 0032-6739.
46. SAMKOVÁ, K. A., 2012. *Romská otázka: psychologické důvody sociálního vyloučení Romů*. Praha: Blinkr. 100 s. ISBN 978-80-87579-03-9.
47. SEKYT, V., 2001. Romové. In: ŠIŠKOVÁ, T. (ed.). *Menšiny a migranti v České republice*. Praha: Portál, s. 119-125. ISBN 80-7178-648-9.
48. STUDNIČKOVÁ, M., 2014. *Stravovací návyky romských dětí mladšího a staršího školního věku v sociálně exkludovaných lokalitách v Českých Budějovicích*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
49. ŠEDO VÁ, L., 2015. Biochemické a antropologické hodnoty nadváhy a obezity. In: TÓTHOVÁ, V., et al. *Prevence obezity a nadváhy u romské minority v komunitním ošetrovatelství*. Praha: Nakladatelství Lidové Noviny, s 39-47. ISBN 978-80-7422-467-6.
50. ŠLECHTOVÁ, D., BÜRGEROVÁ, O., 2009. Specifika romského etnika ve vztahu k poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče. *Kontakt*. 11(1), 187-192. ISSN 1212-4117.
51. ŠVARÍČEK, R., ŠEDO VÁ, K. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. přepracované vydání. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.

52. TATEROVÁ, M., 2012. *Sociokulturní handicap romských dětí*. Liberec. Bakalářská práce. FP TUL.
53. TOUMOVÁ, K., 2017. Možnosti využití modelu Gigerové a Davidhizarové u romské minority. In: TÓTHOVÁ, V., OLÍŠAROVÁ, V. (eds). *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství*. České Budějovice: ZSF JU, s. 110-131. ISBN 978-80-7422-630-4.
54. URBAN, D., KAJANOVÁ, A., 2011. Kouření a konzumace alkoholu u romských komunit v české a slovenské republice. *Kontakt*. 13(3), 328-335. ISSN 1212-4117.
55. VOKURKA, M., HUGO, J., 2015. *Praktický slovník medicíny*. 11. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. 435 s. ISBN 978-80-7345-464-7.
56. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
57. ZIKMUNDOVÁ, K., 2014. *Prevence, význam prevence ve vyšším věku* [online]. Plzeň: Lékařská fakulta v Plzni Univerzity Karlovy [cit. 2020-03-12]. Dostupné z: <https://mefanet.lfp.cuni.cz/clanky.php?aid=358>
58. *Zpráva o stavu romské menšiny za rok 2015*, 2016. [online]. Vláda České republiky. [cit. 2019-10-22]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/zprava-o-stavu-romske-mensiny-za-rok-2015-146576/>
59. *Zpráva o stavu romské menšiny v České republice za rok 2017*, 2018. [online]. Praha: Úřad vlády České republiky. [cit. 2019-10-22]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/Zprava-o-stavu-romske-mensiny-2017.pdf>

9. Seznam příloh

Příloha č. 1: Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru

Příloha č. 2: Okruh otázek k rozhovoru

Příloha č. 3: Obličejová škála hodnocení bolesti

Příloha č. 1: Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru

Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru

V rámci bakalářské práce s názvem „Vnímání zdraví a nemoci romskou minoritou“, která je zpracovávána na Jihočeské Univerzitě zdravotně – sociální fakulty v Českých Budějovicích jste byl/a požádán/a o spolupráci a účasti ve výzkumném šetření. Bakalářská práce má celkem tři cíle. Prvním cílem je popsat, jak Romové vnímají zdraví, druhým cílem je popsat, jak Romové vnímají nemoc a třetím posledním cílem je popsat, jak postoj ke zdraví a nemoci ovlivňuje přístup Romů k prevenci. Výzkum je zcela dobrovolný, proto z něj můžete kdykoliv odstoupit.

Výzkum bude probíhat formou polostrukturovaného rozhovoru, to znamená, že během rozhovoru mohou pokládat doplňující otázky, které nejsou součástí předem zpracovaných otázek. Rozhovory budou nahrávány na mobilní telefon nebo v případě nesouhlasu s nahráváním doslovně zapisovány na papír. Získané informace budou dále analyzovány. Zvuková nahrávka bude sloužit pouze pro potřebu doslovného přepisu. Rozhovory jsou zcela anonymní, to znamená, že bude zachována Vaše anonymita a v bakalářské práci budou informanti označeni pouze písmenem a číslem.

Prohlášení:

Souhlasím s účastí ve výzkumném šetření pro zpracování bakalářské práce.

Souhlasím s poskytnutím informací týkající se daného tématu.

Rozumím výše uvedenému textu.

Jsem si vědom/a, že kladené otázky mohou být osobní a nejsem povinný/a na ně odpovídat.

Jméno a příjmení účastníka (podpis):

Jméno a příjmení výzkumnice (podpis):

Datum konání rozhovoru:

Zdroj: Vlastní

Příloha č. 2: Okruh otázek k rozhovoru

Kolik je Vám let?

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Víte, odkud přišli Vaši předci?

Jste spokojený/á s životními podmínky v České republice?

Můžete mi popsat, jak vypadá Vaše bydlení, kde žijete?

Má Vaše bydlení negativní vliv na zdraví?

Vyznáváte nějakou víru, popř. jakou a kde víru vyznáváte?

Co pro Vás znamená být Romem, popř. jak byste Roma popsal/a?

Jaký jazyk preferujete Vy a Vaše rodina a kdy daný jazyk používáte?

Ocitl/a Jste se někdy v situaci, kde byl jazyk bariérou?

Co si představíte pod pojmem zdraví?

Co znamená zdraví pro Vaše děti/rodiče?

Jak se fyzicky cítíte?

Jak se cítíte psychicky?

Jak vypadá Váš den od rána do večera?

Co si myslíte, že Vaše zdraví ovlivňuje?

Jaké hodnoty jsou pro Vás důležité?

Můžete dané hodnoty seřadit od nejvíce důležitých až po méně důležité?

Jak si myslíte, že Vás vnímá většinová společnost v oblasti zdraví?

Změnil/a byste své postoje ke zdraví, kdyby Jste měl/a brát ohledy na většinovou společnost?

Jste zaměstnán/a, popř. kde a jste se zaměstnáním spokojený/á?

Jaký vliv na zdraví má Vaše zaměstnání?

Docházíte pravidelně na preventivní prohlídky, popř. na jaké a proč?

Chodíte se svými dětmi na preventivní prohlídky, popř. na jaké a proč?

Chodí na preventivní prohlídky Vaši rodiče?

Necháváte se očkovat, popř. jaká očkování a proč?

Necháváte očkovat své děti, popř. jaká očkování a proč?

Pokud chodíte na preventivní prohlídky, co se při nich dělá. Dokážete to popsat?

Slyšel/a jste už o preventivním vyšetření u prevence nádoru: varlat, prostaty, děložního čípku, prsu, nádoru tlustého střeva a konečníku, popř. jak se dané vyšetření provádí?

Co si představíte pod pojmem nemoc?

Jakou nemoc považujete za nejhorší a proč?

Co si myslíte, že nemoc může způsobit?

Pokud se nemoc vyskytne, jak ji řešíte?

Dodržujete léčebný režim, který Vám naordinuje lékař v době Vaší nemoci a proč?

Dbáte na dodržování léčebného režimu u Vašich dětí a proč?

Znáte nějaké způsoby, jak dětem nejlépe vysvětlit pojmy jako je zdraví a nemoc?

Máte nějaký výraz pro nemoc, který by byl pro Romy typický?

Byl/a Jste někdy hospitalizován/a v nemocnici, pokud ano tak s čím?

Jak vypadal Váš den v nemocničním prostředí, byl/a jste s poskytovanou péčí spokojen/a, jak na Vás působilo nemocniční prostředí?

Jak vnímáte bolest a čím ji léčíte?

Víte, jaký je rozdíl mezi akutní a chronickou bolestí?

Jak vnímáte smrt?

Máte nějaké zvyky a tradice, které preferujete, když se loučíte se zemřelým?

Zdroj: Vlastní

Příloha č. 3: Obličejová škála hodnocení bolesti

Obličejová škála hodnocení bolesti



Zdroj: Plevová et al., 2012

10. Seznam použitých zkratk

ČR – Česká republika

ERRC – Evropské centrum pro práva Romů

WHO – World Health Organization

SZÚ – Státní zdravotní ústav