

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Edukační proces zaměřený na prevenci infekčních onemocnění  
u romské populace**

Diplomová práce

Vedoucí práce:  
prof. PhDr. Valérie Tóthová, Ph.D.

Autor práce:  
Bc. Magdalena Videnská

2009

## **Abstract**

The topic of the thesis is: “Educational Process Focused on Prevention of Infectious Diseases in the Romany Population”. The Romany minority is a part of the Czech society. In the population census conducted in 2001, the Romany nationality was claimed by 11 746 persons. However, the actual number of members of the Romany community in the Czech Republic is much larger. The Romany psyche differs from the psyche of the non-Romany population, which results in a different lifestyle.

In common life we face various infectious diseases, such as respiratory infections, infections of skin and mucous membranes, blood-borne diseases, alimentary infections, sexually transmitted diseases and many others. Most of diseases endanger not only the majority society but also the Romany minority. However, the different lifestyle and psychological differences may result in higher probability of certain infections in the Romany minority. The objective of this thesis was to identify those infectious diseases and to elaborate an educational plan facilitating reduction of occurrence of the identified infectious diseases in the Romany population. The thesis raised four research objectives and four research issues.

The research part of the thesis was implemented by the qualitative research method. The data were collected by the technique of semi-structured interviews based on study of technical literature. The questions are based on conceptual models of M. Gordonová, M. Leiningerová and J. Gigerová – R. Davidhizerová. The information obtained in interviews with members of the Romany minority group was processed into casuistics that form the basis for elaboration of categorized tables and charts. Based on the data obtained in interviews, the particular infectious disease which endangers members of the Romany minority group was identified and the educational plan was elaborated for them, supplemented with the educational material which was used for education at the following stage of the research.

As the main results we consider identification of three infectious diseases that endanger the Romany population to the largest degree. The thesis provides nurses with recommendations what problems should be focused on in education of the Romany

population not only within the Romany community but also in educational institutions. We would like to make the results of the thesis available to the professional public. The output of the thesis is the educational plan and educational material intended for all who work with the Romany community and wish to facilitate improvement of their health state and quality of life.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma „Edukační proces zaměřený na prevenci infekčních onemocnění u romské populace“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách. Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích .....

.....

Bc. Magdalena Videnská

## **Poděkování**

Děkuji paní prof. PhDr. Valérii Tóthové, Ph.D. za pomoc a odborné vedení při sestavování této diplomové práce.

V Českých Budějovicích .....

.....

Bc. Magdalena Videnská

## Obsah

<b>Úvod</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Současný stav</b> .....	<b>4</b>
1.1 Výchova .....	4
1.1.1. <i>Subjektivně – objektové vztahy výchovy</i> .....	4
1.1.2. <i>Podmínky výchovy</i> .....	5
1.1.3. <i>Cíle výchovy</i> .....	7
1.1.4. <i>Prostředky výchovy</i> .....	8
1.1.5. <i>Role komunitní sestry v péči o romskou komunitu</i> .....	9
1.2 Edukační proces .....	11
1.2.1 <i>Posouzení</i> .....	11
1.2.2 <i>Stanovení edukační diagnózy</i> .....	12
1.2.3 <i>Příprava edukačního plánu</i> .....	13
1.2.3.1 <i>Stanovení učebních cílů</i> .....	13
1.2.3.2 <i>Metoda edukace</i> .....	14
1.2.4 <i>Realizace edukačního plánu</i> .....	16
1.2.5 <i>Kontrola a vyhodnocení</i> .....	19
1.3 Romská populace .....	20
1.3.1 <i>Historie romské populace</i> .....	20
1.3.2 <i>Kultura a její vliv na zdravotní procesy</i> .....	23
1.3.3 <i>Současná situace romské populace v ČR</i> .....	25
1.3.4 <i>Zdravotní stav romské populace v ČR</i> .....	26
1.4 Infekční onemocnění .....	28
1.4.1 <i>Alimentární infekce</i> .....	33
1.4.1.1 <i>Virová hepatitida typu A</i> .....	34
1.4.1.2 <i>Salmonelózy</i> .....	35
1.4.2 <i>Respirační infekce</i> .....	36
1.4.3 <i>Infekce kůže a sliznic</i> .....	36
1.4.3.1 <i>Svrab</i> .....	37

1.4.3.2 Pedikulóza .....	38
1.4.4 Pohlavní choroby .....	39
1.4.4.1 Kapavka (gonorrhoea) .....	40
1.4.4.2 Syfilis .....	40
1.4.5 Nemoci přenášené krví .....	41
1.4.5.1 Virová hepatitida typu B .....	41
1.4.5.2 Syndrom získaného imunodeficitu (AIDS) .....	42
<b>2. Cíle práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>45</b>
2.1 Cíle práce .....	45
2.2 Výzkumné otázky .....	45
<b>3. Metodika výzkumu .....</b>	<b>46</b>
3.1 Metody a techniky výzkumu .....	46
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	46
<b>4. Výsledky .....</b>	<b>48</b>
4.1 Výsledky před edukací. ....	48
4.1.1 Kazuistiky respondentů .....	48
4.1.2 Kategorizace dat pomocí tabulek a grafů.....	83
4.2 Výsledky po edukaci.....	106
<b>5. Diskuze .....</b>	<b>116</b>
<b>6. Závěr .....</b>	<b>128</b>
<b>7. Literatura .....</b>	<b>130</b>
<b>8. Klíčová slova .....</b>	<b>137</b>
<b>9. Přílohy .....</b>	<b>138</b>

## Úvod

Romové žijí na našem území již od čtrnáctého století. Způsob jejich života prošel za tuto dobu mnoha změnami, z nichž ne všechny mohou být považovány za změny k lepšímu. Postupně došlo k rozpadu romského hodnotového systému, tradiční romské společenské struktury a etnické identity. Romové byli přinuceni žít způsobem, který jim nebyl a mnohdy není vlastní. Ve spojení s často nevyhovujícími životními podmínkami a odlišnou mentalitou romského etnika lze očekávat, že v této cílové skupině by mohl být výskyt některých onemocnění vyšší, než je tomu u většinové populace.

Naše práce je zaměřena na příslušníky romského etnika a jejich vztah k problematice infekčních onemocnění. Chtěli bychom se pokusit zjistit, kterým infekčním onemocněním je ohrožena romská populace, a následně vytvořit edukační plán, který by při kulturně senzitivním přístupu napomohl změně v jednání naší cílové skupiny ve prospěch prevence infekčních onemocnění. Námi vytvořený edukační materiál je určen sestřám pracujícím v rámci různých institucí. Nejde pouze o sestry v lůžkových zdravotnických zařízeních, ale zejména o sestry v primární péči a komunitní sestry, které mají možnost dosáhnout v prevenci infekčních onemocnění značných úspěchů.

Již na začátku jsme tušili, že komunikace s příslušníky romského etnika o problematice infekčních onemocnění nebude jednoduchá. To se při realizaci našeho výzkumu částečně potvrdilo. Ve výsledku se ale ukázala jako mnohem problematictější komunikace s institucemi, které s romskými rodinami pracují a pro které by mohly být výsledky naší práce přínosem v jejich vlastní práci.

Přes všechny problémy, které nastaly, jsme byli schopni naši práci dokončit a doufáme, že v praxi najde uplatnění.



## **1. Současný stav**

### **1.1 Výchova**

Výchova doprovází celý lidský život. Je neoddělitelná od individuálního i sociálního života, je nerozlučnou součástí lidské a společenské reprodukce a projevem veškerého lidského života. Lidský život zahrnuje výchovu ve všech svých prostorových a časových dimenzích, a proto je také výchova podmíněna daným prostorem a časem (6).

Výchova, edukace, změna postojů a zvyků je předmětem naší práce. Je nutné si uvědomit specifika a komplikovanost vztahu edukátora a edukovaného, nutnost určení cílů, kterých má být naším výchovným působením dosaženo a v neposlední řadě brát v úvahu podmínky, které naše výchovné působení mohou ovlivňovat, a využít je v náš prospěch. Veškeré naše působení v rámci této práce je adresováno příslušníkům romského etnika. Specifikem výchovy a vzdělávání romské komunity je fakt, že dosažení výchovných a vzdělávacích cílů není možné bez angažovanosti samotných Romů (3).

#### ***1.1.1 Subjektově – objektové vztahy výchovy***

V procesu výchovy figuruje ve vzájemné interakci subjekt a objekt výchovy. Jde o obecné pojmy, kterými můžeme v konkrétní výchovné praxi chápat vztah mezi učitelem a žákem, vychovatelem a vychovávaným, lektorem a posluchačem. V případě naší práce také vztah edukátora v podobě sestry, speciálního pedagoga, sociálního pracovníka případně romského pedagogického asistenta a edukanta, v tomto případě romské komunity. Subjekt výchovy je tedy uvědomělý tvůrce, nositel a tvořivý realizátor výchovných záměrů. Jako subjekty výchovy vystupují profesionální vychovatelé, tedy pedagogičtí pracovníci, neprofesionální vychovatelé (např. rodiče) nebo sebevychovatelé. Jako objekt výchovy je označován adresát, aktivní příjemce tvůrčího interpreta a spolutvůrce výchovných záměrů. V obou případech může jít

o jednotlivce nebo skupinu, o vychovatele i vychovávaného. Vychovatel může splnit svoji funkci subjektu pouze v případě, je-li smyslem jeho činnosti přeměna objektu výchovy v její subjekt, utváří-li z člověka, který může být v některé oblasti méně vyspělý, svébytný subjekt. Výchova romského žáka znamená pomoci mu nalézt cestu k vlastní identitě, ztotožnit se s kulturou vlastního národa a zároveň harmonizovat vztahy ke společnosti. Specifičnost vztahů mezi subjektem a objektem vyplývá ze skutečnosti, že vztahy zde jsou pouze a výhradně mezilidské, inter- a intrapersonální. Jde o vztah, který je realizován mezi osobnostmi, mezi lidmi. V pedagogické situaci mezi učitelem a žákem, mezi subjektem a objektem výchovy. Tento vztah je vzájemný, přestože převažuje aktivita učitele. Z jeho strany je vyžadována vstřícná aktivita a cílevědomé jednání, které respektuje člověka, na kterého působí. Aby vychovatel, edukátor, mohl ovlivnit jednání edukanta, musí poznat prostředí, ve kterém žije. To vyžaduje bezprostřední kontakt vychovatele se světem svého žáka. V praxi to znamená dlouhodobou, stálou a upřímnou komunikaci s členy komunity, chápání jejich situace (3, 6).

### ***1.1.2 Podmínky výchovy***

Každý vychovatel je vychovatelem v určitém místě a čase a nachází se v určité životní i výchovné situaci. Působí na něj podmínky výchovy, které vůči jeho pedagogickým záměrům vystupují jako vnější proměnlivá objektivní skutečnost, s níž je nutno počítat a z níž musí vycházet, ať už si přeje něco z ní změnit nebo zachovat a využít. Mezi podmínky výchovy patří nejen věci a předmětné okolnosti, ale hlavně osobnosti, které se na výchově podílejí. Podmínky výchovy jsou charakterizovány dosaženou úrovní života a životního prostředí vychovávaných i vychovatelů (6). Neznalost a nerespektování existujících podmínek výchovy brání volbě odpovídajících cílů a prostředků, zakrývá pedagogické možnosti a ochuzuje výchovně vzdělávací výsledky.

Vnější podmínky výchovy jsou tvořeny sociálními a pedagogickými okolnostmi, za kterých výchova probíhá. Jde o vliv existujícího životního prostředí na vychovávané.

Celé životní prostředí je možné i potřebné využívat výchovně. Hlavními vnějšími podmínkami je geografické a demografické prostředí a sociální, politické a ekonomické prostředí. Sociální prostředí části romských dětí ani v nejmenším nedosahuje standardu běžného v naší populaci. Velký vliv na výchovu romských dětí má rodinné prostředí. Romské děti často zaostávají za ostatními dětmi, což je zapříčiněno nepříznivými životními podmínkami a rodinnou výchovou. Jasně negativní vliv má např. dlouhodobá nezaměstnanost rodičů, nízká úroveň jejich vzdělání, mnohodětnost rodin (rozumějme 4 a více dětí), časně rodičovství (mnohdy před dosažením plnoletosti, případně v období povinné školní docházky), bydlení v romských osadách mimo obce, ve kterých často chybí základní hygienické vybavení. Svoji roli sehrávají životní strategie členů komunity, jejich postoje k vzdělávání a vlastnímu zdraví, vztah k majoritní společnosti, charakteristické projevy osobnostních vlastností, principy výchovy dětí v rodině a výchovné působení celé komunity (6, 3, 14, 44).

Vnitřní podmínky výchovy jsou tvořeny komplexně pojatou dosaženou úrovní vychovávaných jednotlivců i skupin, jejich vrozené i získané, žádoucí i nežádoucí vlastnosti, životní zkušenosti a jejich realizované věkové, skupinové i individuální zvláštnosti. Vnitřní podmínky jsou tedy celkové výsledky záměrného i nahodilého, výchovného i mimovýchovného, žádoucího i nežádoucího utváření vychovávaných osobností a skupin všemi jejich dosavadními vnějšími i vnitřními vlivy. Vnější podmínky, dané dosaženou úrovní vývoje životního prostředí, a vnitřní podmínky, dané dosaženou úrovní vývoje vychovávaných, se vzájemně složitě ovlivňují a podmiňují (6). „Chceme-li pochopit chování člověka, musíme poznat vnější i vnitřní podmínky jeho života.“(6) Při výchovném působení zaměřeném na příslušníky romského etnika je nutno tyto podmínky analyzovat z hlediska specifiky romské komunity a specifiky edukačního prostředí, ve kterém se nachází (44).

Veškeré naše výchovné působení se orientuje určitým směrem, má nějaký svůj cíl. Tento vytyčený cíl mohou výše uvedené podmínky výchovy ovlivňovat. Formativní účinky a vlivy životního prostředí a životních zkušeností mohou mít převážně pozitivní charakter. Takové podmínky se nazývají eufunkční. Naopak dysfunkční podmínky představují formativní vlivy a účinky, které jsou převážně rušivé a negativní. Toto

rozlišení je ale do jisté míry relativní, neboť co je za jistých podmínek eufunkční může být v odlišných podmínkách dysfunkční. Na prvním místě tedy člověku škodí nebo prospívá způsob života, který vede (6).

### ***1.1.3 Cíle výchovy***

Při našem výchovném působení nesmíme pracovat nahodile, je třeba si stanovit reálný cíl, kterého má být dosaženo. Cíl musí vycházet z dané skutečnosti, ale zároveň ji i přesahovat. Cíl je pro nás ideální stav, který patří do oblasti myšlení a není totožný s žádným objektivně existujícím jevem. V dané chvíli je to stav vzdálený, který se ale má stát skutečností. Reálné cíle jsou pouze ty, které jsou splnitelné a které mají podmínky k jejich dosažení. Jak bylo řečeno, podmínky výchovy zahrnují to, co již reálně existuje. Cíl výchovy vyjadřuje objevené a vědomě zvolené pedagogické možnosti. Má-li se objekt výchovy proměňovat v její subjekt, musí se nejprve cíle vnějšího výchovného působení proměnit ve vnitřní cíle sebevýchovy. Vychovatel by tedy měl volit takový vnější cíl, se kterým by se mohl adresát identifikovat a stal se pro něj pohnutkou k vlastní sebevýchově (6). Romské etnikum je specifické svými zvyky, tradicemi, jazykem, kulturou, životním stylem i hodnotami. Musíme proto očekávat, že jen těžko může bezproblémově přijmout jakoukoliv změnu, i když jde o změnu, kterou lze povznést a kultivovat člověka. Cíli výchovy zaměřenými na romské etnikum na celospolečenské a individuální úrovni se zabývá mimo jiné také sociální pedagogika. V celospolečenských cílech výchovy figuruje v pojetí sociální pedagogiky odstranění bída a zaostalosti v prostředí s nízkou socioekonomickou úrovní pomocí vzdělávacích a sociálních opatření, vytvoření opatření k ochraně lidských práv i povinností, které by vedly k postupnému utváření pozitivního vztahu Romů ke společnosti, poznávání mravních hodnot a vysvětlení jejich smyslu. Cíle sociální pedagogiky na individuální úrovni spočívají v pomoci jednotlivcům při naplňování individuálních potřeb, při řešení sociálně patologických jevů, konfliktních situací. Zahrnují také výchovu a vzdělávání rodičů. Romskou rodinu je třeba naučit rozumět funkci rodiny, naučit plánovanému rodičovství, vštípit základní lidské hodnoty – hodnota života, zdraví, práce, dětí či

vzdělání (2). V samotném výchovném procesu je důležitá identifikace dosud přetrvávajících vzájemných postojů a racionální přehodnocení často iracionálního základu těchto nežádoucích vztahů. Druhý krok spočívá ve zpřístupnění vyčerpávajících informací o způsobu života, kulturních tradicích i příčinných vztazích jednotlivých společenských a kulturních jevů a faktů v naší společnosti. Cílem tohoto multikulturního přístupu je nejen tolerance cizí kultury, ale také schopnost aktivní, vzájemně se obohacující spolupráce (12).

#### ***1.1.4 Prostředky výchovy***

K realizaci žádoucích cílů je třeba volit optimální prostředky. Prostředky můžeme chápat jako předměty, vlastnosti, vztahy a procesy, které subjekt, vychovatel, využívá, aby dosáhl svého cíle. Výchovným prostředkem se může stát každá vnitřní i vnější podmínka výchovy, pokud ji subjekt výchovy dokáže v dané situaci využít k dosažení cílů. V případě vzdělávání romských dětí můžeme za prostředek výchovy považovat přípravné třídy, které usnadňují romským dětem přechod z předškolního věku do první třídy základní školy. Jako prostředek výchovy nemusíme rozumět pouze výukové programy nebo věci. Důležitým prostředkem výchovy jsou také lidé, kteří tyto systémy realizují. K nejvýraznějším subjektům změny ve výchově a vzdělávání romských dětí patří romský pedagogický asistent a jeho spolupráce s českým učitelem (3).

Prostředky výchovy se dělí na vnější a vnitřní. Vnější prostředky výchovy vznikají přeměnou vnějších podmínek výchovy, vnitřní prostředky zase přeměnou vnitřních podmínek. Tato skutečnost platí, ať již je autorem těchto proměn vychovatel nebo sebevychovávající. Přeměnu podmínky výchovy v její prostředek si můžeme představit například jako spolupráci učitele a romské matky, která je ochotna přijít do školy a popovídat si s dětmi o zvycích a kultuře romského etnika. Vzájemná podmíněnost obou oblastí je evidentní, ale skutečně proměnit se ve výchovné prostředky mohou pouze takové výchovné podmínky, jež vychovatelé cílevědomě využívají a začleňují do výchovně vzdělávacího procesu v zájmu dalšího rozvoje vychovávaných a změny stávajícího stavu ve stav žádoucí. Na úrovni vychovatele

záleží konečná podoba vytyčených výchovných cílů, ale také volba adekvátních výchovných prostředků a tím i změna existujících podmínek výchovy (6). „Čím lépe dokáže vychovatel proměňovat výchovné podmínky ve výchovné prostředky, tím bohatší je jeho rejstřík působení, tím těsnější je sepětí jeho výchovy se životem, tím účinnější je jeho výchova.“ (6) Volba správných výchovných prostředků patří mezi vrcholné dovednosti vychovatele. Přiřazení prostředku k cíli, ale také cíle k prostředkům, je náročná myšlenková a fantazijní činnost, závislá na schopnostech vychovatele a na jeho praktických dovednostech a možnostech (6).

### ***1.1.5 Role komunitní sestry v péči o romskou komunitu***

Jak bylo řečeno, na výchově se může podílet velké množství subjektů. Může jím být rodič, učitel, romský pedagogický asistent, vychovatel, sociální pracovník a v neposlední řadě sestra. Edukační proces, který je předmětem této práce, bude realizován právě prostřednictvím edukační činnosti sester. Jedním z cílů práce je zjistit, jak sestra může pomoci dané cílové skupině v rámci prevence infekčních onemocnění a připravit pro tuto cílovou skupinu efektivní edukační plán, který by nejen podal dostatek informací o prevenci infekčních chorob, ale také pomohl navodit změnu v chování a návycích naší cílové skupiny, tedy romské populace.

Existují státy, např. Velká Británie, kde s dysfunkční rodinou začíná pracovat hned po narození dítěte tzv. terénní sestra. Jejími klienty jsou svobodné matky, osamělí rodiče, rodiny, ve kterých se vyskytuje alkoholismus nebo toxikomanie. Sestra zde má úkol sledovat vývoj dětí, kvalitu péče o dítě ze strany rodičů, spolupracovat s nimi a radit jim. O výsledcích svého pozorování poté informuje tzv. Centrum rodiny, které se orientuje na pomoc těmto rodinám. Pokud se po půl roce intenzivní spolupráce s rodinou nedostaví pozitivní výsledky, Centrum podává návrh na umístění dítěte do náhradní rodinné péče (44).

Alternativou této praxe by mohla být komunitní sociální práce s romskou menšinou. V poslední době se ukazuje, že komunitní práce založená na individuálních a skupinových metodách sociální práce se může stát nejefektivnějším nástrojem

zlepšování životních podmínek Romů. Jednou z možností v rámci komunitní sociální práce je komunitní vzdělávání. Jde o formu vzdělávání dospělých, kde je objektem vzdělávání komunita. Primární při dosahování jakékoliv změny v romské komunitě je tvorba nebo alespoň přetváření individuálních postojů, které výrazně přispívají ke stagnaci rozvoje komunity. Jde především o negativní postoj ke vzdělání, zdraví a životosprávě a využívání volného času dětmi, mládeží, ale také dospělými členy komunity. Aby se mohli komunitní pracovníci podílet na řešení problému svých klientů, musí mít znalosti z mnoha oblastí. Protože víme, že jednou z problematických témat je výchova ke zdraví, osobní hygiena, životospráva, péče o dítě či problematika infekčních chorob, sestra by v týmu komunitních pracovníků jistě našla své uplatnění. Komunitní práce realizovaná odborně připravenými, osobnostně zralými a o nutnosti změny přesvědčenými aktivisty může být zásadním vkladem do rozvoje romské komunity (14).

Skutečnost, že sestra nachází své uplatnění v péči o romskou minoritu i mimo zdravotnická zařízení, ukazuje, že sestra ve společnosti neplní pouze tradiční roli ošetřovatelky, jejíž cílem je poznávat, co je pro klienta důležité, poskytovat mu svými postoji a činnostmi podporu a vyjadřovat tak zájem o jeho dobro a respekt k jeho osobě. Při své edukační činnosti plní také roli učitelky. Jejím cílem je dosažení určité změny v chování klienta na základě získání nových poznatků nebo technických dovedností. S rolí učitelky úzce souvisí role sestry jako poradkyně klienta. Sestra radí zejména zdravým klientům a zaměřuje se spíše na pomoc rozvíjet nové postoje, pocity a chování, než na intelektový růst klientů. Je tedy také nositelkou změn. Sestra může napomáhat při uplatňování změn na individuální, profesionální i společenské úrovni. Klíčovým prvkem v procesu změny je důvěra. Nositel změn musí důvěřovat účastníkům a naopak (25). Všechny tyto role může sestra uplatnit v péči o romskou komunitu, ať už bude realizována jakýmkoliv způsobem.

## **1.2 Edukační proces**

Jak bylo řečeno, edukace má v ošetrovatelství nezastupitelné místo, neboť představuje významný způsob zlepšení kvality života jednotlivce nebo skupiny. Edukační proces je forma předávání konkrétních informací v rámci interakce sestra – klient, je to dynamický vzájemný vztah mezi sestrou a klientem (50).

Každý klient, v každém zařízení a v každém typu péče má právo na edukaci. Při posuzování edukačních potřeb klientů odlišného etnika a kultury je ale nutné brát v úvahu také etnicko-kulturní odlišnosti. U klienta – edukanta, stejně jako u edukátora, by proto měly být ještě před zahájením procesu edukace eliminovány bariéry edukace, které by mohly narušit, nebo dokonce znemožnit proces edukace. Edukace je tím efektivnější, čím více se na ní podílí samotný edukant.

Edukace klienta (příp. jeho rodiny, komunity) může být zaměřena na primární a sekundární prevenci, provádění sebepéče, obnovení či zachování soběstačnosti. Edukace je nejúčinnější, jestliže se přizpůsobí fyzickým, finančním, emocionálním, intelektuálním, kulturním, etnickým a sociálním podmínkám edukanta (43).

### ***1.2.1 Posouzení***

Abychom mohli klienta edukovat, musíme nejdříve sami poznat, koho máme před sebou. Je nutné zjistit pro nás důležité údaje o klientovi a určit oblasti, ve kterých klient potřebuje získat nebo doplnit vědomosti.

Před samotnou edukací musíme zjistit, do jaké míry je náš klient ochoten se něčemu učit, neboť pouze klient, který je ochotný se učit, aktivně vyhledává informace, klade otázky, čte knihy a informační letáky, projevuje všeobecný zájem o dění kolem sebe. Ochotu učit se mohou ovlivnit citové faktory (např. úzkost) či zkušenosti klienta. Významná pro nás bude také klientova motivace. Hodnocení motivace je častou součástí posouzení celkového zdravotního stavu. Sestra, která posuzuje klientovu motivaci a jeho dosavadní schopnosti, musí přesně vědět, o čem jej bude edukovat, a díky tomu může klientovu motivaci pozitivně ovlivnit. Například tím, že dá předmět



edukace do vztahu s něčím, čeho si klient váží a přesvědčit jej tak o důležitosti edukace, případně zpříjemnit klientovi situaci, ve které se učí a povzbuzovat klienta k samostatné práci. Důležité jsou také společensko-ekonomické faktory, neboť existují kulturní rozdíly v názorech na stravování, zdraví, nemoc a životní styl. Tyto faktory hrají u romské populace důležitou roli, neboť například zdraví Romové nepovažují za důležitou hodnotu. Proto je důležité vědět, zda náplň edukace není v rozporu s klientovou kulturou. Ekonomické hledisko je rovněž důležité a při edukaci klienta je nutné na něj brát zřetel. Při edukaci sestra musí brát ohled na věk klienta, jeho vlastní názory na zdraví a v neposlední řadě na jeho vzdělání (25).

Při stanovování oblastí, ve kterých klient potřebuje získat vědomosti, se vychází z potřeby klienta učit se, protože pouze klient, který si je vědom potřeby se něco naučit, aktivně vyhledává informace a klade dotazy. Dále je třeba se soustředit na klientovo chování. Hněv může být výsledkem strachu, frustrace nebo pocitu ztráty kontroly nad sebou. Význam při stanovení deficitu ve vědomostech klienta mají také znalosti edukátora. Ten by měl dokázat posoudit, které informace bude klient potřebovat, čemu se musí naučit (43).

### ***1.2.2 Stanovení edukační diagnózy***

Pro stanovení diagnózy se používá NANDA taxonomie II., kde je pod kódem 00126 uvedena diagnóza Deficitní znalost. Je nutné přesně specifikovat, kterých vědomostí se deficit týká. Protože pracujeme s třísložkovými diagnózami, problém bude doplněn o etiologii a symptomy, kterými se diagnóza projevuje (43). V případě naší práce by zjištěný problém mohl vypadat takto: Deficitní znalost – prevence infekčních onemocnění, etiologie: nedostatek informací o existenci infekčních onemocnění, možnostech jejich přenosu a způsobech prevence, symptomy: nedodržování hygienických návyků, nevyhovující životní podmínky a celkový životní styl. Edukační diagnóza se samozřejmě může, ale také nemusí, u jednotlivých respondentů lišit.

### *1.2.3 Příprava edukačního plánu*

Zapojení klienta do tvorby edukačního plánu zvyšuje jeho motivaci, a tedy i pravděpodobnost dosažení cíle.

Vytvoření edukačního plánu je uskutečňováno v etapách. Při sestavování edukačního plánu si je třeba stanovit priority, učební cíle, zvolit efektivní metody edukace, určit obsah edukace, učivo vhodně naplánovat a promyslet samotnou organizaci výuky, to vše s ohledem na cílovou skupinu edukace. Edukační potřeby klienta by měly být řazeny podle důležitosti, přičemž je zbytečné klienta učit něco, co sám již dobře zná, ale naopak navázat na tyto vědomosti a dovednosti (43).

#### *1.2.3.1 Stanovení učebních cílů*

Cíle pedagogického působení jsou východiskem edukátorovy činnosti. Jsou to předpokládané, očekávané změny v chování účastníků, kterých se má dosáhnout vzděláváním. Tyto změny se netýkají pouze osvojení si nových vědomostí, dovedností a návyků, ale také rozvoje osobnosti účastníků, jejich názorů, postojů a jiných projevů chování. Čím přesněji jsou vzdělávací cíle formulované, tím efektivněji může edukátor plánovat, motivovat a řídit učební činnost účastníků (5). V edukačním plánu z oblasti ošetrovatelství stanovuje sestra cíle společně s klientem. Krátkodobé cíle se zaměřují na jeho momentální potřeby, dlouhodobé spíše na změnu životního stylu a chování klienta. Cíle sestry a klienta by měly být shodné (43).

Vzdělávací cíle je třeba formulovat ve formě očekávaného výkonu účastníků tak, aby bylo možné zpětně zjišťovat, zda bylo těchto cílů dosaženo. Edukátor proto musí vzdělávací cíle specifikovat přesně a jednoznačně. Pomůckou při vymezení a konkretizaci cílů je jejich taxonomie, neboli hierarchicky uspořádaný systém vzdělávacích cílů. Nejznámějším pokusem o klasifikaci vzdělávacích cílů je Bloomova taxonomie, která zahrnuje šest logicky uspořádaných kategorií cílů - zapamatování, porozumění, aplikace, analýza, syntéza a hodnotící posouzení. Činnost, kterou mají být

klienti schopní vykonat po skončení vzdělávání, edukátor vymezuje pomocí tzv. aktivních sloves (5).

### *1.2.3.2 Metody edukace*

Při výběru výukové metody musíme brát zřetel na vytyčené cíle, úkoly a obsah edukace, úroveň psychického a fyzického rozvoje klientů, zvláštnosti vyplývající z příslušnosti k jinému etniku (aktuální v případě naší práce), vnější podmínky edukace (v našem případě domácí prostředí jednotlivých respondentů) a v neposlední řadě osobnost edukátora, jeho odborná a metodická vybavenost, zkušenosti. Uvedené determinanty do jisté míry ovlivňují a určují volbu metod, neboť odrážejí objektivní podmínky, v nichž bude edukační proces probíhat. Kromě nich by měl edukátor respektovat také subjektivní zájmy a potřeby klientů, stupeň rozvoje jejich aktivity, samostatnosti a tvořivosti (28).

V praxi zdravotnických zařízení bylo zjištěno, že pro edukaci v oblasti ošetrovatelství jsou nejčastěji používány metody slovní (ústní i písemné) a metody demonstrační, tedy ukázky, demonstrace či předvedení (43).

Jednou ze slovních výukových metod monologických, kterou lze efektivně využít v edukačním procesu, je metoda vysvětlování. Tuto metodu charakterizuje logický a systematický postup při zprostředkování učiva klientům, který respektuje jejich zvláštnosti a vychází z aktuálního stavu jejich vědomostí a dovedností. Osvědčuje se zde postup od konkrétního k abstraktnímu, od známého k neznámému, od jednoduchého ke složitějšímu, vše spojené s používáním názornin. Názorný materiál je však při vysvětlování jen podpůrným prostředkem, neboť hlavní důraz je kladen na přesné vyjadřování, logické důkazy a zobecňování. Je nezbytné, aby se edukátor vyvaroval přehnanému uplatňování odbornosti a nepřetěžoval klienty přílišnými podrobnostmi a nesrozumitelným jazykem. Na druhé straně je rovněž nežádoucí přílišné zjednodušení dané problematiky. Vysvětlování musí být ukončeno shrnutím učiva, zopakováním osvojených poznatků a jejich případná aplikace do praxe. Tato metoda je vhodná

v případě, má-li být výsledkem edukace hlubší pochopení jevů, odhalení jejich příčinných vazeb nebo zákonitostí, které vyvolávají (28).

Do slovních výukových metod patří také metoda přednášky. Na rozdíl od vysvětlování se vyznačuje delším uceleným projevem, zprostředkovávajícím závažné téma skupině zainteresovaných posluchačů, při kterém se nepočítá s aktivitou účastníků a obtížně se zjišťuje, jak účastníci přednášky učivo chápou. Volba přednášky jako výukové metody předpokládá vyspělejší posluchače, kteří jsou schopni delší dobu udržet pozornost a mají zájem o danou problematiku (28). Využití přednášky v našem edukačním procesu je sporné, bude proto efektivnější zvolit pro edukaci jinou výukovou metodu.

Při edukaci z oblasti ošetřovatelství je možné zvolit také metodu vyprávění. Jde o barvitou, živou a emocionální formu projevu s konkrétním obsahem založeným na faktech (34). Metoda je vhodná pro výklad literárního nebo dějepisného učiva, v ošetřovatelství ji je možné využít při prezentaci skutečných příkladů z praxe. Poutavé vyprávění situace zůstává dlouho uchováno v paměti. Metoda instruktáže prezentuje slovní nebo písemnou formou postup a způsob činnosti s objekty, pojmy, texty. Vyjadřuje sled činností, které má klient provést. Mezi slovní monologické metody patří také popis, který se používá při sdělení viditelné reality. Zachycuje znaky a rysy skutečnosti, nejčastěji formou výčtu (43).

Při edukaci ovšem nejsou používány pouze slovní metody monologické, ale edukátor musí využívat při komunikaci se svými edukanty také metody dialogické. V těchto metodách je komunikační aktivita rozdělena mezi edukátora a edukanta, kteří na sebe navzájem působí a ovlivňují se. Dialog je zaměřen na zcela určitý cíl, k němuž směřuje veškerá činnost účastníků dialogu. Dochází zde k ovlivňování nejen jejich znalostí, ale také postojů. Dialogické metody je možné využít v případě, kdy o daném tématu mají účastníci již určité vědomosti a mohou vést vzájemný rozhovor či diskusi (50).

Slovní výukové metody umožňují přímý a rychlý přenos poznatků, jsou univerzální transportní cestou pro všechny druhy zkušeností. Soustředit se při edukaci pouze na metody slovní by ale nebylo žádoucí. V procesu edukace je důležité také

smyslové vnímání a praktická aktivita. Ve výuce proto nesmějí chybět metody názorně-demonstrační, neboť spolu s metodami slovními představují komplexní systém interakce člověka s jeho přírodním a společenským prostředím. Tato skutečnost je vyjádřena principem názornosti, který požaduje vycházet při edukaci z předvádění dějů nebo z jejich zobrazení (28).

Mezi názorně-demonstrační metody využitelné v edukačním procesu patří předvádění a pozorování. Má-li předvádění dosáhnout žádoucího účinku, vyžaduje od přihlížejícího zájem, soustředěné vnímání a cílevědomé pozorování. Demonstrační metoda by ovšem neměla znamenat pasivní prohlížení předváděného objektu nebo jevu, ale vést k aktivním postojům, k vytváření představ, k rozvoji fantazie, k citovému zaujetí a k myšlení. Tato metoda poskytuje přihlížejícím příležitost učit se jevy pozorovat, zpřesňovat vnímání, ze zjištěných faktů vyvozovat závěry. Má-li být demonstrace úspěšná, nelze podcenit ani význam slovního doprovodu (27).

Při edukaci klientů neexistuje jediná správná a univerzální metoda. Při posuzování didaktických metod je nutné seznámit se s jednotlivými metodami, jejich charakteristickými znaky, výhodami a nevýhodami. Metody edukace se musí přizpůsobit každému klientovi individuálně, je proto žádoucí a efektivní kombinovat více výukových metod (43).

#### ***1.2.4 Realizace edukačního plánu***

Při realizaci edukačního plánu je nutné počítat s případnými změnami. V průběhu edukace může vyjít najevo deficit vědomostí klienta také v jiné, související oblasti, a učební plán se této situaci musí aktivně přizpůsobit. Po podání jakékoliv informace je nutné si ověřit, že byla klientem správně pochopena a nedochází k nedorozuměním mezi klientem a edukátorem.

Při vlastní edukaci je nutné brát ohled na důležité skutečnosti. Optimální délku edukace určuje především klient, přičemž edukace je efektivnější, pokud je klient dostatečně motivován. Pozitivní vliv na edukaci má používání vhodných učebních pomůcek. Učení je ovlivňováno tempem, jakým probíhá a edukátor proto musí tempo

neustále kontrolovat a přizpůsobovat klientovi. Je nutné mít na mysli, že opakování, souhrn či jiná formulace obsahu edukace posiluje učení, ale je žádoucí vyvarovat se používání velkého množství odborných a cizích výrazů, neboť se mohou stát překážkou v komunikaci. Před začátkem edukace je vhodné odstranit rušivé elementy a vytvořit tak optimální edukační prostředí a během edukace je vždy nutné brát ohled na celkový stav klienta. Před edukací je třeba zhodnotit stav klienta a identifikovat případné překážky v učení a ty odstranit nebo s nimi alespoň počítat. Efektivní komunikace je nedílnou součástí edukace klienta (43).

Vzhledem ke skutečnosti, že v rámci našeho edukačního procesu se budeme snažit působit především na dospělou populaci, musíme brát v úvahu některá specifika jejího učení. Dospělí, kteří se mají něčemu naučit, si musí sami uvědomit, jaké výhody jim osvojení nových poznatků přinese. K vyučování musí mít kladný vztah. Na základě toho si budou vědomosti, dovednosti a návyky osvojovat aktivně a své poznatky se budou učit uplatňovat v praxi. Uvědomělé učení může edukátor navodit tím, že vysvětlí účastníkům význam probíraného učiva pro praxi a osobní život, bude uvádět úspěšné aplikace poznatků a dovedností v praxi či seznámí v úvodu edukace s cíli, obsahem a strukturou edukace. Výuka dospělých musí být, ostatně stejně jako u dětí, názorná. Ve výuce je velmi přínosné použití konkrétního předmětu, zobrazení, ilustrací nebo předvedení činnosti. Toto vede ke zvýšení zájmu o učivo, k lepšímu pochopení učiva, trvalejšímu zapamatování a dokonalejšímu osvojení učiva. Je nutné dbát na to, aby obsah a rozsah učiva, jeho obtížnost a způsob vyučování odpovídaly schopnostem a úrovni účastníků. Učivo je přiměřené tehdy, pokud odpovídá možnostem a schopnostem účastníků a pokud si je účastníci mohou za vedení edukátora uvědoměle osvojit a prakticky použít. Přiměřené vyučování má vliv na postoje účastníků k učivu a umožňuje prožívat úspěch z učení, což je důležitým motivem pro výuku dospělých. Je nezbytné, aby edukátor znal úroveň vědomostí a zkušeností účastníků. Neboť jen tehdy může navazovat na úroveň jejich poznatků a zkušeností. Jedním z požadavků dospělých účastníků je, aby si osvojené vědomosti a dovednosti zapamatovali a v případě potřeby si je vybavili a prakticky uplatnili. Trvalost osvojených vědomostí a dovedností se váže na zákonitost paměti. Aby edukace vedla k trvalému osvojení učiva, musí se edukační

proces orientovat na záměrné, úmyslné zapamatování (účastníci si dobře zapamatují učivo, které jim bylo jasně vyloženo a plně je pochopili), logické členění učiva podle souvislostí a jasné definování přínosu znalosti dané problematiky pro účastníky edukace. Pro trvalost zapamatování je významná zejména aktivita účastníků, metoda jejich práce a systém procvičování učiva. Aby edukace vedla k osvojování strukturovaných vědomostí a dovedností v ucelené soustavě, musí být učivo podáváno v logickém uspořádání (31).

Pokud má být naše pedagogická komunikace účinná, musíme mít na paměti následující zásady. Obsah i tempo prezentace nových poznatků jsou přiměřené úrovni konkrétních účastníků. Tuto skutečnost je nutné si uvědomit zvláště v případě příslušníků romského etnika. Z důvodu nízkého vzdělání je třeba volit obsah a formu edukace tak, aby odpovídala možnostem těch, se kterými pracujeme. Účastníci by měli být při edukaci aktivní, tzn. odpovídají na otázky edukátora, sami kladnou otázky, řeší problémy. Při edukaci je třeba postupovat od známého k neznámému, od jednoduchého ke složitějšímu. Vhodné je využívat příkladů z praxe. Edukace musí být názorná s využíváním rozmanitých pomůcek. Edukátor by měl s účastníky spolupracovat, společně by měli dosahovat vytyčené cíle. Komunikace musí být asertivní, tzn. měla by probíhat na úrovni uznávaných společenských pravidel a respektovat práva všech účastníků (5). Právě Romové jsou na různé typy předsudků a stereotypů ze strany okolí velice citliví a slova je proto nutné volit zvláště uvážlivě.

Při komunikaci s příslušníky odlišného kulturního nebo sociálního prostředí musíme počítat s tím, že mohou být zvyklí na odlišný způsob sdělování informací, případně mohou při kládání podaným informacím jiný význam a důležitost. Je proto dobré se na komunikaci připravit a předejít případným nedorozuměním. Při verbální komunikaci je nutné mluvit pomalu a zřetelně a soustředit se na pečlivou výslovnost. Vyvarovat se používání složitých slovních obrátů. Efektivnější je používat jednoznačné a běžně používané výrazy a mluvit v krátkých jednoduchých větách. Slova a věty, které považujeme za důležité, je dobré vždy opakovat. Během edukace je třeba provádět průběžná shrnutí, nejlépe po každém menším tématickém celku. Vyjádření otevřeného nesouhlasu či odmítnutí je v romské populaci považováno za nezdvořilé. Nesouhlas

proto může být sdělován nonverbálními prostředky – pauzou před verbálním souhlasem, porušením očního kontaktu. Nonverbální složka komunikace je u romské populace obecně výraznější. Za neutrální projev je mezi Romy vnímán projev, který by byl v okolní společnosti již vnímán jako emotivní a naopak. Chování, které bychom hodnotili jako neutrální, by Rom mohl vnímat jako odměřené. V komunikaci romské populace je odlišný poměr komunikačních funkcí. Do popředí vystupuje funkce kontaktovalá, konativní a expresivní na úkor funkce informační. Rom tedy klade ve svém projevu větší důraz na vztah k adresátovi, chce svým projevem ovlivnit jeho postoj ke sdělení a zároveň vyjadřuje svůj vlastní vztah k tomuto sdělení. Objektivní a faktický popis události pro něj není tak důležitý (23).

### ***1.2.5 Kontrola a vyhodnocení***

Kontrola a hodnocení je průběžný a také závěrečný proces. Klient i edukátor při něm hodnotí dosažení krátkodobých cílů a plnění cílů dlouhodobých. Cíle tedy neslouží pouze k sestavení edukačního plánu, ale také k jeho zhodnocení. Výběr metody pro kontrolu efektivity edukace závisí na klientovi. Je možné zvolit rozhovor s kladením otázek, volnou diskuzi o dané problematice, názorné předvedení osvojené dovednosti či vyplnění testu. Po kontrole edukátor zhodnotí společně s klientem, zda bylo dosaženo stanovených cílů a zaměří se také na případné nedostatky a rezervy. Edukační působení může ovlivnit fyziologický proces zapomínání. Klient si proto v průběhu edukace může dělat poznámky. Nejvhodnější ovšem je, pokud má edukátor připravené pro klienty materiály se shrnutím podaných informací (43).

Cílovou skupinou edukace v této diplomové práci je romská populace. Abychom pro naši činnost zvolili vhodný přístup a výukové metody, je nutné cílovou skupinu i obsah edukace dostatečně poznat. Proto se budeme věnovat podrobněji problematice romské populace a tématu infekčních onemocnění.



### **1.3 Romská populace**

Romská psychika se v některých aspektech odlišuje od psychiky neromů. Tyto odlišné vzorce chování a jednání lze pozorovat v každodenním životě a je třeba je chápat jako důsledek jejich specifických rysů. Znalost romské psychiky nám pomůže jejich jednání porozumět a usnadní vzájemnou komunikaci. Rovněž důležitá je znalost určitých historických souvislostí, neboť nám pomůže pochopit současnou situaci romské populace (1).

#### ***1.3.1 Historie romské populace***

Předkové Romů patřili k původnímu obyvatelstvu Indie. Jejich postavení v indickém kastovním systému sice nebylo elitní, ale nelze říci, že by patřili pouze k nejnižším kastám. Již na tomto území jim kočování pomáhalo uplatnit řemeslné dovednosti, zejména kovářské, živili se příležitostnou prací, ale také schopností bavit publikum tancem a hudbou a předpovídáním budoucnosti. Pokud bylo třeba, získávali prostředky také žebráním. Z Indie migrovali zřejmě kvůli obživě, kterou negativně ovlivňovaly válečné konflikty v této oblasti. Migrace začala mezi pátým a desátým stoletím a dnes žijí Romové po celém světě (37, 38).

V České republice jsou převažující skupinou Romové slovenští a maďarští, kteří přišli do Čech ze Slovenska po druhé světové válce a usadili se zde. Malou skupinu tvoří Romové čeští, moravští a němečtí Sintové, tedy ti, kteří přežili holocaust 2. světové války. Specifickou skupinu tvoří Romové olašští, kteří převážně kočovali a v roce 1959 zde byli násilně usazeni (8).

Do českých zemí Romové přišli v menších i větších skupinkách na přelomu 14. a 15. století. Jejich pobyt zde byl pouze přechodný, neboť se neustále přemisťovali po svých kočovných trasách. Zpočátku se obyvatelé chovali k Romům vlídně a poskytovali jim přístřeší, drobné pohoštění a různé almužny. Vzájemné vztahy se ale začaly ochlazovat a počáteční toleranci nahradila nedůvěra. Skupiny romských kočovníků už nebyly přijímány kladně a staly se nevítanými. Romové byli podezříváni

ze žhářství a ze spolupráce s Turky. V roce 1545 vydal císař Ferdinand I. mandát, který uložil vypovídat z českého území všechny romské kočovníky. V dalších letech bylo opakovaně zakazováno ponechávat a vpouštět romské skupiny na moravské území. Přes všechna tato nařízení Romové v českých zemích nadále setrvali, i když ve velmi neutěšené situaci. Cílenou represivní legislativu proti Romům zahájil Leopold I., který v roce 1688 vypověděl kočovné a potulné skupiny z jednotlivých rakouských zemí a následně prohlásil Romy za psance. Nejvyššího stupně dosáhlo pronásledování Romů v 18. století, kdy bylo ve 182 protiromských procesech vyneseno 93 rozsudků smrti. Neusazení Romové byli podrobena nucené asimilaci. Romské rodiny byly rozděleny po jedné do obcí, kde jim byl přidělen majetek tzv. náboženského fondu. Romové ale nebyli usazováni pouze nuceně, neboť se stále častěji stávali usedlíky z vlastního rozhodnutí. Obce je však nechávaly na svých katastrech s krajní neochotou. Romští usedlíci se začali přizpůsobovat venkovské populaci v některých oblastech společenského a kulturního života, ale také v oblékání, stravování a bydlení.

Po rakousko-uherském vyrovnání roku 1867 byla v obou polovinách monarchie vydána série protiromských nařízení. V Československu byl vydán v roce 1927 Zákon o potulných cikánech, který byl první jednotnou legislativní úpravou romské otázky. Jeho ustanovení měla převážně represivní charakter a diskriminovala jak potulné Romy, tak, v některých případech, romskou populaci jako celek. Koncem 30. let docházelo ke zvýšenému pohybu Romů do Československa z Německé říše, Sudet a pohraničí a tím se zvýšil počet romské populace na českém a moravském území. Tato skutečnost poskytla záminku k prvnímu mimořádnému protiromskému opatření. Výnos z roku 1939 nařizoval, aby se Romové nejpozději do dvou měsíců trvale usadili a zanechali kočování a potulky. Těm, kteří by příkaz nerespektovali, bylo vyhrožováno zařazením do některého z kárných pracovních táborů. Následovaly další protiromské výnosy a nařízení, na jejichž základě byli Romové zařazováni do cikánských táborů, odkud byli deportováni do koncentračních táborů (32).

Z osmi tisíc Romů v Čechách a na Moravě přežilo zhruba šest set osob. Jejich potomci tvoří zbytky český Romů a německých Sintí. Romy na Slovensku genocida nepostihla. Slovenská legislativa Romy sice diskriminovala a perzekvovala,

ale neodsoudila je k hromadné záhubě, neboť usedlí slovenští a maďarští Romové byli nezastupitelnou složkou v ekonomické struktuře slovenských vesnic. Postupně se ovšem protiromská opatření a diskriminační zákony zmnožovaly a zpříšňovaly a před koncem války se i na Slovensku začala připravovat genocida Romů. Než k tomuto řešení stačilo dojít, válka skončila. V prvních poválečných letech začali do Čech přicházet Romové ze Slovenska ve snaze získat zaměstnání a lepší bydlení. Tím začala poválečná migrace Romů ze Slovenska do Čech. Absolutní většina Romů v České republice jsou tedy pováleční migranti ze Slovenska, jejich děti, vnuci a pravnuci (9, 20).

Státní řešení tzv. cikánské otázky nastalo roku 1958, kdy tehdejší společnost tvrdě a nekompromisně prosadila likvidaci kočování a kontrolu pobytu Romů na základě zákona č. 74 a následného soupisu všech „kočovných a polokočovných osob“ v únoru 1959 (9).

Důsledkem tvrdé asimilační politiky komunistického režimu došlo k postupné ztrátě nejen romských řemesel a jiných dovedností, ale postupně k rozpadu či ztrátě jejich hodnotového systému, tradiční společenské struktury a etnické identity – romství. V mnoha rodinách se přestal užívat romský jazyk, Romové se začali stydět za svůj původ a chtěli se tak více přizpůsobit ostatním (8).

Od této doby až do osmdesátých let dvacátého století nebyla majoritní společností respektována etnická svébytnost Romů. Státní řešení bylo založeno na nesprávné koncepci asimilace Romů s majoritní společností, které se měli vyrovnat a postupně do ní zcela vplynout. Pouze v roce 1968 byl díky dočasnému politickému uvolnění ustanoven Svaz Cikánů-Romů v ČSR, který představoval snahu o uznání a znovunavrácení romské identity a svébytnosti a uznání romské kultury. Po roce 1973 byla asimilační koncepce změněna na koncepci společenské integrace a došlo ke zrušení předchozí politiky násilné asimilace. Nahradilo ji řešení především na sociálním základě (9).

Po listopadu 1989 se Romové dostali do nové situace. Jejich postavení v tehdejší Československu se výrazně zlepšilo, došlo k uznání romské národnosti, vznikla strana Romská občanská iniciativa, která měla své zastoupení v parlamentu,

vycházely romské noviny a časopisy, Romové měli možnost publikovat romsky a prezentovat romskou kulturu. Na vysokých školách se začíná vyučovat romština a romistika, roste počet vzdělaných Romů. Na druhé straně se výrazně zhoršilo sociálně-ekonomické postavení Romů, většina Romů se stala nezaměstnanými a tím u nich docházelo a stále dochází k vážným sociálně-ekonomickým problémům. V současných letech je postavení Romů paradoxně horší než dříve. Příčinou je jak vysoká nezaměstnanost, která nastala po roce 1990, tak rozpad hodnotového systému a vnitřních etických norem v důsledku asimilačních tlaků předchozí společnosti. Řada Romů střední a mladší generace se za svůj původ a etnicitu stydí, považují ji za stigmatizující a veřejně se k ní nehlásí. Romové přestávají mluvit svým jazykem, rozvíjet svoji tradiční kulturu a své pozitivní hodnoty (8).

### ***1.3.2 Kultura a její vliv na zdravotní procesy***

Zdravotní procesy a péče o vlastní tělo mají v každé kultuře specifický význam. Každá skupina či kulturní minorita má vlastní představy vztahující se k této problematice. V prostředí romské komunity v České republice stále existují některá kulturní specifika, která ovlivňují postoje a reakce na situaci nemoci a vztah ke zdravotnických zařízením. Jde zejména o nízké povědomí o hodnocení významu prevence v oblasti zdraví, nevyhovující stravovací návyky, tabu v sexuální oblasti či nedůvěra ve zdravotnická zařízení. Pokud jsou tyto kulturní zvláštnosti zohledňovány a je s nimi náležitě nakládáno, mohou posílit důvěryhodnost zdravotníků. Pokud budou ignorovány, mohou se stát potenciálním zdrojem konfliktů (35).

Postoj Romů k vlastnímu zdraví je spíše lhostejný – zdraví pro ně není prioritou. Bydlení, peníze či zaměstnanost jsou pro tyto skupiny přednějšími potřebami než zdraví, protože mnohdy právě tyto potřeby nejsou uspokojeny. Zdravotní rizika v romské populaci jsou ale četná. Mezi nejzávažnější z nich patří kouření, konzumace alkoholu, nevhodná výživa a nedostatečná hygiena. Zajímavá je skutečnost, že Romové si většinou neuvědomují souvislost mezi tím, jak se cítí a zdravím jako hodnotou, životní prioritou, postojem k životosprávě, která by jim mohla být prospěšná. Nevidí

tedy žádnou souvislost mezi tím, jak se po zdravotní stránce cítí a jakou životosprávu dodržují, necítí vztah mezi rizikovým chováním a nemocí, mezi příčinou infekce a jejím šířením. K nedostatečnému pochopení těchto vztahů přispívá nízká vzdělanost Romů. Proto by kapitoly o zdravotních rizicích a o zdravém životním stylu měly být součástí výukových programů (22).

Klíčovou roli v romských komunitách hrají ženy. Působí jako učitelky, vychovatelky a pečovatelky, jsou zodpovědné za předávání pravidel a hodnot romské kultury z generace na generaci. Obecně vzato jsou více otevřené změnám týkajících se otázky zdraví. Protože romské ženy mají tradičně na starost zdraví v rodině, veškeré programy zaměřené přímo na ně mají efekt a dopad na celou rodinu. Tato výchova by měla být zaměřená na otázku osobní hygieny, výživy, životosprávy, péče o dítě, prevenci infekcí, sexuální výchovy a antikoncepce. Zároveň by ale neměly být jedinými, na které je zaměřena pozornost. V oblasti životního stylu je vůdčí silou zejména romská mládež. Fakt, že mladí Romové déle studují a hrají ve společnosti stále aktivnější roli, je činí všeobecně více otevřenými vůči propagaci zdraví (35, 36).

Velké procento Romů považuje zdraví za absenci choroby a nemoc jako fenomén neschopnosti úzce spojený se smrtí. Tento specifický pohled na zdraví a nemoc má řadu důsledků. Zdraví se stává předmětem zájmu pouze v přítomnosti dramatických příznaků. V této fázi je ale stav těžko ovlivnitelný preventivními aktivitami. Pokud symptomy během léčby zmizí, všechna ostatní léčebná opatření přestanou být dodržována, protože z tohoto pohledu na zdraví choroba již zmizela. Lékař je pro Romy ambivalentní postavou, neboť na jedné straně ovládá znalosti potřebné k léčení nemoci, ale také je to on, kdo nemoc diagnostikuje. Proto je běžná neochota k návštěvě lékaře, což je příčinou nedostatečné prevence. Pro romskou komunitu je charakteristická okamžitá potřeba léčit nemoc. Je to dáno vnímáním blízké souvislosti nemoci a smrti. Diagnóza zdravotníka je tedy ke stanovení závažnosti problému nezbytně důležitá. Absence diagnózy má za následek nepřesné použití některých služeb, např. nepřiměřené používání pohotovostních služeb, naopak nedostatečné využívání ambulantních služeb, kam bývají pacienti přiváženi rodinou již ve vážném stavu, nezvyklost využívat preventivní a ambulantní prohlídky (35).

### *1.3.3 Současná situace romské populace v ČR*

Kvalitu života a zdravotní stav romského obyvatelstva v České republice ovlivňují různé faktory. Vzdělání, zaměstnanost a bydlení mají zásadní vliv na kvalitu života populace a v návaznosti na tom i na úroveň zdraví těchto skupin a komunit. Nejvíce socio-ekonomicky znevýhodněné skupiny, které nemají stejné postavení ve vzdělání, zaměstnání či bydlení, jsou potom náchylné ke špatnému zdraví. Přestože existují tendence ke zlepšení životní situace romské populace, stále je zde mnoho bariér, které stojí v cestě plnému začlenění do různých oblastí veřejného života.

Jednou z problematických oblastí je vzdělání, které nikdy nebylo na předních místech hodnotového žebříčku romské etnika. Mnozí je považují za nepotřebné. V důsledku tohoto přesvědčení někteří romští rodiče nevedou své děti ke vzdělání a nezajímají se o jejich přípravu do školy. Tuto skutečnost nelze generalizovat na celé romské etnikum, ale je nutné na ni myslet a brát ji v úvahu. Stupeň vzdělanosti romské populace je v současné době nižší, než u jakékoliv sociální skupiny podobné velikosti i charakteru. Zhruba 20 % romské populace nemá dokončeno ani základní vzdělání. Nutno podotknout, že tuto skupinu tvoří spíše starší generace Romů. 70 % romské populace dosahuje pouze základního vzdělání. Východiskem ze současné situace je vytvoření takových podmínek v českých základních školách, které umožní snadnější adaptaci a vyšší úspěšnost romských dětí ve školní práci, poskytnou jim plnohodnotné základní vzdělání a otevřou jim tak cestu ke vzdělávání dalšímu. Úroveň dosaženého vzdělání je zásadním faktorem, který ovlivňuje péči o zdraví. Pojem prevence, který byl romské populaci téměř cizí, začíná nabývat na důležitosti u skupin s vyšší úrovní dosaženého vzdělání. Slabá úroveň vzdělání staví Romy na trhu práce do velké nevýhody a přispívá také k jejich špatnému zdravotnímu stavu (17, 29, 35, 47, 49).

Také kvalitní zaměstnání na trhu práce je jedním z faktorů, které přispívají ke zlepšení zdraví a integrace do společnosti. Romové v České republice se již dlouhou dobu nevěnují svým tradičním řemeslům a jsou odkázáni na uplatnění na pracovním trhu. Díky nízkému vzdělání jsou na trhu práce pouze okrajovou pracovní silou, což se projevuje zejména jejich 80 % nezaměstnaností. V důsledku snížené poptávky

po nekvalifikovaném typu práce, diskriminace a nízkých pobídek v oblasti formálního trhu práce část Romů postupně na formální zaměstnání rezignovala a přijímá jako alternativu život na sociálních dávkách v kombinaci s aktivitami na neformálním pracovním trhu. Mezi rozšířené aktivity patří sběr a prodej druhotných surovin, drobný prodej a hudební produkce. Jejich zaměstnání na neformálním trhu je podporováno výhodami pro zaměstnavatele – získají pracovní sílu a současně se vyhnou placení daní a pojištění. Nízká úroveň lidského kapitálu, vzdělání, je dnes pro Romy na trhu práce rozhodujícím handicapem (17, 35, 40).

Bydlení a přirozené prostředí hrají velmi důležitou roli v procesu sociální izolace, resp. integrace znevýhodněných skupin populace. Situaci romské menšiny v oblasti bydlení nejvíce ovlivňují dva faktory. Jedním z nich je vznik tzv. sociálně vyloučených lokalit, které obývají především příslušníci romské komunity. Lokality mají charakter periferií velkých měst a okrajů obcí s nízkou úrovní infrastruktury a absencí základních služeb. Standard bydlení je zde velmi nízký. Přístup k elektřině, vodě, plynu a dalším veřejným službám v mnohých osadách neexistuje nebo je omezený. Většina Romů žijících v osadách nevlastní svoje domy nebo pozemky, na nichž jsou postaveny. Tyto nejasnosti ve vlastnictví pozemků brání městské samosprávě a jednotlivcům ke zlepšení podmínek bydlení (17, 35). Negativní vliv má také skutečnost, že k získání domu či bytu je třeba splnit celou řadu požadavků (stabilní zaměstnání, schopnost šetřit, dobrá míra úvěruschopnosti k získání hypotéky), které jsou za hranicí možností romských rodin. Pronájem bytu je pro romské rodiny rovněž problém, a to nejen z finančního hlediska, ale vliv má také přetrvávající diskriminační praxe (35).

#### ***1.3.4 Zdravotní stav romské populace v ČR***

Zdravotní stav Romů je všeobecně horší než u majoritní populace – Romové vykazují vyšší míru nemocnosti a méně využívají dostupnou zdravotní péči. Provedenými výzkumy a analýzami bylo zjištěno, že kojenecká úmrtnost v romské populaci je dvojnásobně vyšší než je celonárodní průměr. Romské děti představují

2,5 % všech živě narozených dětí a 5 % mrtvě narozených dětí. Střední délka života romské populace je zhruba o deset let nižší než je u společnosti jako celku (11, 35).

V romské populaci lze pozorovat vyšší výskyt infekčních chorob souvisejících se špatnými životními podmínkami, zejména hepatitidy typu B a C, tuberkulózy, meningitidy či různých kožních onemocnění. Výjimečně vysoký výskyt přenosných chorob je především v izolovaných a segregovaných romských osadách. Podle informací lékařů v některých osadách hrozí epidemie onemocnění, která byla u většinové populace již eliminována (např. tuberkulóza). Infekční choroby v útlém věku jsou nejčastější příčinou hospitalizace romských dětí. Romové v menší míře využívají možnost očkování proti infekčním chorobám, a proto bývají častěji postiženi chorobami, proti kterým již existuje účinná prevence (17).

Stravovací a vyživovací návyky jsou v případě romské populace nedostatečné zvláště u dětí. S tímto problémem souvisí také špatná kvalita chrupu. Mléko a zelenina či speciální dětská jídla pro nejmenší děti dodnes chybí v jídelníčku mnoha romských rodin, a to i těch dobře ekonomicky situovaných. V jídle přetrvává nepravidelnost. V případě onemocnění dítěte se dětští lékaři často setkávají se zanedbáváním svých pokynů, nedodržováním léčebného režimu, dítě tráví čas v prostředí, které je protikladné od toho, které jeho stav vyžaduje. Typickým příkladem je dítě s onemocněním dýchacích cest v rodině, kde většina členů kouří.

Stravování dospělých se vyznačuje nadměrnou konzumací kávy a tučných jídel. V mnoha rodinách je nadměrně konzumováno nejen maso a uzeniny, ale také sladkosti. Ovoce a zeleninu naopak některé děti téměř neznají. Neustále se zvyšující hmotnost členů romské populace vede ke zvýšené nemocnosti kardiovaskulárního systému či pohybového aparátu. Také kouření je v romské populaci hojně rozšířeno ve všech věkových kategoriích. V populaci existuje větší výskyt nehod a úrazů, jako jsou popáleniny, pády, dopravní nehody, zlomeniny, řezné rány, intoxikace atd.

Romské ženy se vyznačují vysokou mírou plodnosti charakterizovanou těhotenstvím a porodem v nízkém věku, která ovšem pokračuje také do věku vyššího. Rovněž u těhotných romských žen lze pozorovat negativní projevy životního stylu. Výjimkou není kouření a mnohdy také alkohol v těhotenství a nekvalitní strava. Velmi



špatná je prevence gynekologických chorob. Problémem je rovněž nízká informovanost v oblasti plánovaného rodičovství. V romské populaci lze pozorovat předčasné stárnutí, které se vyznačuje výskytem chorob pro danou věkovou skupinu netypických. Často jde o diabetes mellitus, mohou se objevit psychické poruchy jako deprese či úzkost. Stres spojený s nejistou životní situací či zkušeností s diskriminací je považován za významný rizikový faktor pro vznik problémů také v oblasti mentálního zdraví (9, 11, 35, 45).

V období od 1. listopadu 2007 do 31. října 2009 probíhá v České republice a ostatních zemí Evropy projekt s názvem „Zdraví a romská komunita, analýza situace v Evropě“. Základem je průzkum v romské populaci zohledňující zdravotní stav a přístup komunity k sociálním a zdravotním zdrojům v jednotlivých zapojených zemích. Data jsou získávána prostřednictvím anonymních dotazníků. Výsledky budou porovnány v rámci dané populace, ale také na mezinárodní úrovni. Cílem projektu je získat informace o chorobách, úrazech, následných omezeních, spotřebě léků, návštěvách lékařů, hospitalizací a využívání služeb pohotovosti a záchranné služby, spotřebě cigaret a alkoholu, životním stylu, výživě atd. (51). Více o tomto projektu viz příloha č. 1.

Z popisu současné situace romské minority u nás je jasné, že výchova a edukace romské populace v oblasti životního stylu, péče o zdraví a prevence onemocnění je potřebná a žádoucí. Předávat informace, navozovat změnu chování, či učit své klienty je jednou z mnoha rolí, které ve společnosti sestra má. Proto je nutné směřovat naši aktivitu také na edukaci příslušníků romské komunity.

#### **1.4 Infekční onemocnění**

Předmětem naší edukační činnosti je prevence těch infekčních onemocnění, která v nejvyšší míře ohrožují romskou populaci. Abychom mohli efektivně edukovat, musíme mít dostatek informací nejen o romské populaci, ale také o problematice infekčních chorob. Proto bude následující kapitola věnována právě jim. V úvodu je třeba vymezit, co vlastně infekční onemocnění je. Podle zákona o ochraně veřejného

zdraví č. 258/2000 se infekčním onemocněním rozumí příznakové i bezpříznakové onemocnění vyvolané původcem infekce nebo jeho toxinem, které vzniká v důsledku přenosu tohoto původce nebo jeho toxinu z nakažené fyzické osoby, zvířete nebo neživého substrátu na vnímavou fyzickou osobu (39). Pokud pronikne původce nákazy do tkáně hostitele, vzniká proces zvaný infekce (nákaza). Tento proces je výsledkem vzájemného působení mikroba a člověka. Reakce, která následuje, závisí především na patogenních vlastnostech mikroba a na imunitním systému člověka a je provázena imunitní reakcí organismu (48).

Rozlišujeme tři základní formy infekce. Nákaza může být zjevná, skrytá a perzistentní. Zjevná neboli manifestní nákaza se projevuje typickými příznaky nemoci a probíhá ve čtyřech stádiích. Prvním z nich je inkubační doba, která začíná od okamžiku, kdy mikrob vnikne do těla až do objevení se prvních příznaků choroby. V této době dochází ke množení mikroorganismů nebo se mikroorganismus vyvíjí. Délka inkubační doby je pro každou nemoc různá a pohybuje se od několika dnů, týdnů nebo i měsíců až let. Po uplynutí inkubační doby nastává prodromální stádium, které je spojeno s neurčitými příznaky, ze kterých ještě není možno stanovit diagnózu, jako např. horečka, spavost, bolesti hlavy, svalů apod. Toto stádium trvá hodiny až dny, ale také nemusí být vůbec zaznamenáno. Po období nespecifických příznaků přichází stádium klinické manifestace, při němž se již objevují charakteristické příznaky nemoci. Typickým příkladem je kašel u chorob dýchacích cest, případně průjem u střevních infekcí. Objevují se také laboratorní známky příslušné infekce. V posledním stádiu, stádiu rekonvalescence, se organismus postupně uzdravuje, mizí příznaky nemoci, ale je stále ještě oslaben. K vylučování patogenních mikrobů může docházet ve všech stádiích nákazy, nejvíce však v klinickém stádiu, kdy rozptylování zárodků do okolí napomáhají typické příznaky choroby (kašel, průjem). V období rekonvalescence obvykle k vylučování původců nákazy již nedochází (33).

Skrytá, inaparentní, infekce není provázena žádnými klinickými příznaky. V organismu dochází ke změnám imunitního stavu a k imunitní odezvě. Průkaz choroby je možný sérologickým vyšetřením, při kterém se stanovují nově vznikající specifické

protilátky. Tato forma nákazy je závažná z toho důvodu, že při ní dochází k vylučování mikroorganismů do zevního prostředí bez klinických příznaků.

Perzistentní nákaza se vyznačuje dlouhým přežíváním patogenního mikroba v ložisku infekce, což obvykle bývá některý z orgánů hostitele. Postupně mohou vznikat sekundární ložiska a dochází k občasnému vylučování mikroorganismů, což je typické pro latentní nákazu. Je-li dlouhodobé přežívání mikroba spojeno s občasnými recidivami potíží, jedná se o chronickou infekci.

Patogenní mikrob do těla hostitele může proniknout ze zevního prostředí (exogenní infekce) a nebo může být součástí běžné mikrobiální flóry a patogenní se stává až se změnou vnitřního prostředí (endogenní infekce). U tohoto typu infekce nelze stanovit inkubační dobu, neboť nemocný je sám sobě zdrojem nákazy (33).

Na výskyt a proces šíření nákazy mají vliv vlastnosti původce nákazy, vnímavost jedinců i celé exponované společnosti a sociální a přírodní faktory. Pojem sociální faktory zahrnuje např. hustotu obyvatelstva, jeho věkovou strukturu, hygienickou úroveň bydlení, početnost rodiny, životní styl obyvatel, stupeň zdravotního uvědomění apod. Mezi přírodní faktory patří např. vliv klimatu na přežívání původců (dlouhotrvající sucha, období dešťů) nebo na chování a vnímavost lidí. Sezónní výskyt např. alimentárních nákaz souvisí s rychlým množením mikrobů v letním období nebo s hojnějším výskytem přenašečů (33).

Aby se infekční onemocnění mohlo v populaci šířit, musí být splněny tři podmínky. Přítomnost zdroje nákazy, uskutečnění přenosu nákazy a přítomnost vnímavého hostitele.

Zdrojem nákazy je většinou infikovaný lidský nebo zvířecí organizmus, ve kterém se patogenní mikroby v průběhu onemocnění zdržují, množí se a vylučují. Období, v jehož průběhu dochází k vylučování nákazy, je u různých nákaz různě dlouhé a nazývá se obdobím nakažlivosti. Ze znalosti období nakažlivosti lze vyvodit protiepidemická opatření, která zamezí dalšímu šíření infekce. U člověka rozeznáváme dvě formy zdrojů nákazy – zjevná infekce a nosičství. Zjevné formy infekce jsou z hlediska šíření infekce méně nebezpečné, neboť onemocnění je včas diagnostikováno a nemocné osoby izolovány a léčeny. Nosiči jsou osoby, které přechovávají a vylučují

infekční agens a kteří nemají žádné příznaky onemocnění. Z hlediska šíření infekce jsou nosiči nebezpečným zdrojem nákazy, neboť oni sami ani jejich okolí si nejsou vědomi nakažlivosti. Nosičem člověk může být v inkubační době, v rekonvalescenci, při inaparentním průběhu infekce, případně při perzistující infekci. Nosičství může být krátkodobé nebo dlouhodobé, třeba i celoživotní, s pravidelným nebo intermitentním vylučováním infekčního agens (15). Zdrojem infekce může být ale také zvíře, kdy často dochází k nákaze u osob, které se zvířaty přichází do styku v rámci svého profese. Infekce u zvířat většinou nejsou pro člověka nebezpečné a nepřenášejí se na něj. Nákazy přenosné na člověka tvoří menší skupinu zoonóz, u který jsou zdrojem nákazy především domácí zvířata (salmonelóza, červinka, listerióza), ale mohou jím být také volně žijící zvířata (tularémie, vzteklna, klíšťová encefalitida). Přenos zoonóz se uskutečňuje při kontaktu se zvířetem nebo živočišnými produkty (maso, mléko, vejce) (33).

Přenosem nákazy se rozumí přenos infekčního agens ze zdroje nákazy na vnímavého hostitele. Organismus člověka je spojen s prostředím pomocí tří velkých epiteliálních povrchů – kůže a sliznice respiračního a alimentárního traktu, a dvou menších – očních spojivek a urogenitálním ústrojím. Pokud tedy má infekční agens infikovat vnímavého hostitele, musí proniknout do buněk na některém z těchto povrchů, nebo se dostat skrz něj (trauma, injekční vpich). Hovoří se o tzv. vstupních branách infekce. Infekční agens se může k vnímavému hostiteli dostat cestou přímého přenosu, pro něhož je charakteristická současná přítomnost zdroje nákazy a hostitele. Přímý kontakt dotekem kožního nebo slizničního povrchu je typickým příkladem přenosu sexuálně přenosných infekcí nebo mononukleózy (líbáním). Do kategorie přímého přenosu patří také přenos kapénkami, tedy vmetené kapénky obsahující infekční agens, při kýchání, mluvení, kašlání na nosní či ústní sliznici nebo spojivku vnímané osoby. Kapénkový přenos předpokládá přítomnost nebo těsnou blízkost zdroje i vnímavé osoby, neboť kapénky mají dolet přibližně dva metry a agens dále v prostředí nepřežívají. Za přímý přenos je považováno také pokousání či poškrábání zvířetem (typickým příkladem je vzteklna nebo tetanus) a přenos transplacentární, kdy při infekci matky mohou některá agens procházet placentou a infikovat plod. V některých případech ale

pro přenos infekce není nutná současná přítomnost zdroje a vnímané osoby. Mluví se o přenosu nepřímém, který může být zprostředkován kontaminovanými předměty (hračky, kapesníky, předměty denní potřeby, diagnostické a léčebné nástroje a přístroje – injekční jehly, endoskopy, katétrů), biologickými produkty (krev, plazma, transplantáty, darovaná mateřská krev, sperma), vehikuly, což jsou substance obsahující infekční agens (voda, potraviny, půda), vektorem (kontaminovaná končetina, sosák) a v neposlední řadě vzduchem, tedy přenosem aerosolů obsahujících infekční agens do vhodné brány vstupu, zpravidla sliznice dýchacího ústrojí (15).

Posledním ze tří článků procesu přenosu nákazy je vnímavý jedinec. O vnímavosti nebo imunitě člověka vůči určitému původci nákazy rozhoduje řada činitelů, vliv mají ale zejména následující faktory. Pohlaví a věk v době infekce, povaha a stupeň imunitní odpovědi, genetické faktory imunitní odpovědi, výživový stav člověka, současná jiná onemocnění, osobní návyky a životní styl (kouření, alkohol, fyzická námaha), psychické faktory (stres, deprese, poruchy spánku, vyčerpání), životní a pracovní prostředí (zemědělství, zdravotnictví), sociální vlivy a životní úroveň, bydlení, imunita vzniklá po dříve prodělaných chorobách a imunita po umělém zásahu (očkování) (33).

Výše uvedené složky epidemického procesu, vlastnosti etiologických agens, četnost zdrojů infekce v populaci, snadnost či neshodnost přenosu infekce a proporce vnímavých osob v populaci určují charakter výskytu infekčních onemocnění (15).

Prevence infekčních onemocnění je realizována ve dvou rovinách – v rámci nespécifických opatření a prostřednictvím specifických opatření. Nespécifická preventivní opatření, mezi která patří všeobecně hygienická opatření a zdravotní výchova, mají za cíl zamezit účinku nepříznivých vlivů životního prostředí na lidský organizmus a také zlepšit úroveň lidského chování na základě získaných informací. Do této skupiny opatření patří především zabezpečení zdravotně nezávadné pitné vody, nezávadné odstraňování odpadních vod, zajištění vysokého hygienického standardu v potravinářství, vytvoření podmínek pro adekvátní výživu a bydlení. Z pohledu prevence infekčních onemocnění mají ve sféře zdravotní výchovy své nezastupitelné místo především otázky zdravého životního stylu, obecných zásad předcházení infekcím a prevence sexuálně přenosných nákaz.

Mezi specifická preventivní opatření, která jsou realizována v souladu s poznatky v oboru epidemiologie, infektologie a mikrobiologie, patří očkování (aktivní a pasivní), evidence a protiepidemická opatření u osob vylučujících choroboplodné zárodky a opatření proti zavlečení přenosných nákaz, která zahrnují vstupní lékařské vyšetření před začátkem výkonu epidemiologicky závažných profesí, lékařské vyšetření před zahájením hospitalizace a před zahájením pobytu v určitém kolektivu, lékařské vyšetření před a po pobytu v epidemiologicky rizikových oblastech a opatření k ochraně státních hranic (41).

#### ***1.4.1 Alimentární infekce***

Společnou vstupní bránou této skupiny infekcí je zažívací trakt. Infekční agens se do organismu dostane potravinami, vodou, kontaminovanými rukama. Obvykle je infekce lokalizována na střevní sliznici, s čímž souvisejí nejen klinické projevy – bolesti břicha, průjemy, zvracení, ale také principy prevence.

Potraviny mohou být kontaminovány primárně tak, že jsou připraveny z nemocných zvířat, nebo sekundárně nemocným člověkem případně nosičem infekce při přípravě či distribuci stravy (16).

Výskyt alimentárních nákaz úzce souvisí s životní úrovní a hygienickým standardem populace. V prevenci mají největší význam nespecifická preventivní opatření, mezi která patří ochrana a zajištění pitné vody, výroba a distribuce nezávadných potravin, odstraňování fekálií a odpadků včetně zbytků potravin, čištění odpadních vod, ochranná dezinfekce, dezinfekce a deratizace, ale také široká zdravotní výchova nejen těch osob, které přicházejí do styku s vodou a potravinami profesionálně, ale také běžné populace. Specifická prevence pomocí aktivní imunizace má zatím velmi omezené užití (33).

K individuální ochraně před alimentárními nákazami jsou doporučována následující opatření. Důležitý je výběr zdravotně nezávadných potravin. Při nákupu upřednostňujeme tepelně zpracované potraviny před syrovými. Potraviny konzumované za syrova je třeba důkladně umývat. Dále je nutné dbát na dokonalé provařování

potravin, neboť při něm dochází k usmrcení mikrobů. Podmínkou je však dosažení teploty minimálně 70°C ve všech částech zpracovávané potraviny. Jídlo je vhodné konzumovat bezprostředně po uvaření. Pokud jsou totiž uvařené pokrmy ponechány při teplotě místnosti, mikroby, které proces vaření přežily, se začnou množit, případně produkovat toxiny. Čím delší je interval mezi tepelným zpracováním a konzumací, tím je toto riziko větší. Pokud musíme stravu připravit v předstihu, uchováváme ji vhodným způsobem. Je nutno ji udržovat buď v teplém stavu (okolo 60°C), nebo v chladu (pod 10 °C). Častou chybou je uložení ještě teplých potravin do chladničky, neboť střed potraviny může zůstat dlouho nad 10 °C a mikroby se množí. Dříve uvařené potraviny důkladně ohříváme při teplotě minimálně 70 °C. Při přípravě a uchovávání potravin bráníme zkřížené kontaminaci syrových a uvařených potravin, neboť kvalitně uvařené potraviny se mohou druhotně kontaminovat syrovými. Ať už přímým dotýkáním nebo nepřímo použitím stejného nože nebo prkénka. Klíčové je mytí rukou před zahájením přípravy potravin, při přerušení práce, po opracování syrových potravin a samozřejmě po použití toalety. Hnisavé afekce na ruce by měly být vždy kryty. Nesmíme zapomínat na skutečnost, že ruce mohou být kontaminovány také po doteku domácích zvířat. Dalším preventivním opatřením je čistota kuchyňského zařízení. Potraviny mohou být kontaminovány mikroby z pracovních ploch a kuchyňských pomůcek. Je proto třeba celé zařízení udržovat v čistotě. Samozřejmostí je ochrana potravin před hmyzem, hlodavci a jinými zvířaty. K přípravě stravy používáme výhradně pitnou vodu. Pokud o kvalitě vody či jejímu určení k přípravě stravy existují pochyby, je nutno ji před použitím převařit.

Světová zdravotnická organizace vydala stručný informativní leták k problematice bezpečného stravování s názvem Pět klíčů k bezpečnému stravování (42). Leták viz příloha č. 2.

#### *1.4.1.1 Virová hepatitida typu A*

Virový zánět jater typu A je rozšířeným infekčním onemocněním po celém světě, nejvyšší výskyt je zaznamenán v zemích s nižší životní úrovní a hygienického standardu.

Infekce začíná katarálními příznaky podobnými chřipce, po několika dnech se objevují příznaky postižení jaterních buněk, zejména žluté zbarvení kůže, sliznic a sklér, tmavá moč a světlá acholická stolice. Onemocnění probíhá s různou závažností od velmi lehkého průběhu bez ikteru po těžké poškození jater. Někdy nákaza může probíhat skrytě a odhalí ji pouze biochemické vyšetření krve.

Zdrojem nákazy je infikovaný člověk. K masivnímu vylučování virů dochází v druhé polovině inkubační doby, která se nejčastěji pohybuje kolem třiceti dní. Infekce se přenáší obvykle fekálně-orální cestou, nejčastěji kontaminovanými rukama, vodou a sekundárně kontaminovanými potravinami.

Preventivní opatření spočívá v zajištění zásobování obyvatel nezávadnou pitnou vodou, likvidaci odpadních vod a v dodržování zásad osobní hygieny, především správné a důkladné mytí rukou po použití toalety a před jídlem. Provádí se také očkování proti hepatitidě A preventivně nebo při předcházení nákazy v ohnisku infekce (19). Při zjištění onemocnění je nemocný hospitalizován na infekčním oddělení, je nutná ohnisková dezinfekce, aktivní vyhledávání kontaktů a uplatňování zvýšeného zdravotnického dozoru (33).

#### *1.4.1.2 Salmonelózy*

„Akutní průjemové onemocnění vznikající po požití potravy s pomnoženou bakterií.“ (19) Patří mezi velmi časté zoonózy, ročně je u nás hlášeno kolem čtyřiceti tisíc případů. Skutečný výskyt bude ale mnohem vyšší, neboť lehčí formy především u dospělých unikají evidenci lékařů. Podle počtu případů je salmonelóza na předním místě infekčních nemocí, které se u nás vyskytují (33).

Zdrojem onemocnění jsou infikovaná hospodářská zvířata a drůbež, ptactvo a volně žijící zvířata. Člověk může být zdrojem při sekundární kontaminaci potravy a vzácně při přímém kontaktu, neboť k vyvolání infekce je třeba poměrně velké množství infekční dávky. Nosičství v rekonvalescenci je časté a dlouhodobé, neboť salmonela může být vylučována stolicí až několik měsíců (15).



Příznaky se objevují obvykle do několika hodin od nákazy, vliv má velikost infekční dávky a odolnost jedince. Infekce je přenášena primárně kontaminovanými potravinami, které jsou připravovány z masa nebo vajec infikované drůbeže a zvířat. Typické potraviny jsou lahůdkářské a cukrářské výrobky do nichž se přidávají syrová vejce, masné či mléčné výrobky nedostatečně tepelně zpracované. Nemocný člověk, rekonvalescent nebo nosič může nakazit kontaminovanými rukama malé děti nebo oslabené osoby, k jejichž nákaze stačí malá infekční dávka.

Preventivní opatření jsou založena na udržování nezávadnosti potravin zvláště živočišného původu, věnování dostatečné pozornosti při jejich výběru a důkladném tepelném zpracování rizikových potravin (33).

#### ***1.4.2 Respirační infekce***

Nákazy dýchacích cest se šíří vzdušnou cestou. Mikroby jsou vylučovány kapénkami slin a sekretů z dýchacích cest, vstupní brána infekce je rovněž dýchací ústrojí. Na frekvenci výskytu a možnost šíření infekce má vliv prostor, do kterého se kapénky dostávají, počet osob v tomto prostoru a jejich aktuální stav odolnosti. V našich podmínkách patří vzdušné nákazy mezi jedny z nejčastějších v populaci. Je odhadováno, že každý člověk prožije v průměru několik těchto infekcí ročně, zvláště u dětí jsou infekce častější.

Možný epidemický výskyt některé z respiračních infekcí činí tuto skupinu chorob nejzávažnější skupinou onemocnění ve všech vyspělých státech. Pro svůj každoroční výskyt v epidemiích jsou zejména chřipka a ostatní akutní respirační onemocnění vážným zdravotnickým i ekonomickým problémem (33).

#### ***1.4.3 Infekce kůže a sliznic***

Infekce kůže a sliznic se šíří přímým a nepřímým stykem. Postižena je především kůže a sliznice, původce nákazy se usidluje na kůži, nehtech, vlasech, spojivkách, sliznicích pohlavních orgánů a ústní dutiny. Do vnějšího prostředí jsou mikroby

vylučovány oloupanými vrstvami kůže, vypadanými vlasy, sekretem, hlenem nebo hnisem. Zdrojem nákazy je většinou nemocný člověk nebo nosič, může jím být ale také zvíře.

K přenosu infekce přímým stykem dochází např. při pohlavních nálezích. Ostatní infekce se šíří spíše nepřímým prostřednictvím kontaminovaných předmětů denní potřeby, typicky ručníky, ložní prádlo, nádobí apod. Podmínkou nepřímého přenosu je určitá rezistence patogenních mikroorganismů, které dovedou přežívat za nepříznivých podmínek v zevním prostředí dlouhou dobu.

Původci infekčních onemocnění pronikají do vnímavého člověka většinou porušeným kožním krytem, ale také neporušenou kůží a sliznicí, které tvoří vstupní bránu infekce. S některými nálezích kůže a povrchových sliznic se setkáváme častěji u obyvatel s nižší životní úrovní v důsledku zanedbávání zásad osobní hygieny.

Řada z nich má v populaci velký význam, např. pohlavní choroby. V prevenci jde o zvyšování životní úrovně, zlepšení podmínek bydlení, zdravotní výchovu zaměřenou na zásady osobní hygieny. Uplatňuje se péče o kvalitu vody, čistota a dezinfekce ubytoven, společných šaten, saun, plováren apod. Specifická prevence formou očkování se uplatňuje u tetanu (33).

#### *1.4.3.1 Svrab*

Svrab je onemocnění kůže rozšířené na celém světě a postihující všechny věkové skupiny. Výskyt bývá rodinný, ale rozšířit se může také v noclehárnách nebo v místech s nízkou úrovní osobní hygieny. Původcem onemocnění je zákožka svrabová, jejíž přítomnost se projeví typickými chodbičkami v jemné kůži na zápěstí, mezi prsty, v tříselech, v podpaží, u žen kolem dvorců prsních bradavek a u mužů na skrotu a na penisu. U kojenců a malých dětí se mohou kožní projevy objevit kdekoliv.

Zdrojem infekce je nemocný člověk, charakteristický je subjektivní pocit svědění na postižených místech, zvláště ve večerních hodinách. Infekce se přenáší přímým stykem, úzkým kontaktem s nemocným. Choroba je částečně pohlavně

přenosná, ale může se přenášet také nepřímo kontaminovaným prádlem a oděvem. Mimo lidské tělo nemá zákožka svrabová dlouhý život.

Prevence spočívá v zásadách osobní hygieny a hygieny oděvu, dodržování hygienických opatření ve společných ubytovnách, hotelích, lázních, saunách apod. (33).

#### *1.4.3.2 Pedikulóza*

Pedikulóza neboli zavšivení se vyskytuje na celém světě a postihuje osoby všech věkových kategorií. Jde o častou a v podstatě neevidovanou infekci. Veš vlasová postihuje hlavně školní děti, veš šatní bezdomovce a osoby s nižší hygienickou úrovní, veš muňka především sexuálně promiskuitní osoby.

Vši perforují kůži a sají krev hostitele, což vede ke svědění a škrábání. Může dojít k sekundární kontaminaci rozškrábané kůže. Veš vlasová parazituje ve vlasové části hlavy, nejvíce za ušima a v týle. Veš muňka parazituje v ochlupení pohlaví, u dětí také jinde na těle (v obočí a řasách). Všechny druhy mají tři vývojová stádia – vajíčko (hnida), nymfální stádium a imago. Neděle přežívá veš šatní.

Zdrojem je napadený člověk. Veš vlasová se přenáší při úzkém kontaktu se zavšivenou osobou (dotykem vlasů), ale také nepřímo čepicemi, klobouky, vlasovými kartáči, ručníky, ložním prádlem. Veš šatní se přenáší oděvy a ložním prádlem. Veš muňka se přenáší při sexuálním styku, možný je také nepřímý přenos např. ložním prádlem nebo ručníky.

Mezi preventivní opatření patří dodržování zásad osobní hygieny a zdravotní výchova. Při výskytu infekce se vši likvidují speciálními prostředky, obsahujícími látky lindan, permethrin, malathion či carbaryl. Hromadný výskyt onemocnění je nutné hlásit (16).

#### ***1.4.4 Pohlavní choroby***

Pohlavně přenosné choroby tvoří široké spektrum bakteriálních, parazitárních i virových infekcí, které se přenášejí výhradně pohlavní cestou, nebo souvisejí s pohlavním stykem.

Pohlavní choroby patří mezi nejčastější přenosné choroby na světě, jejich výskyt se odhaduje na miliony a stále stoupá i přes pokroky v diagnostice a terapii infekčních chorob (33).

Příčin nárůstu pohlavních chorob je mnoho, avšak na předním místě je liberální postoj společnosti k sexuálnímu chování, které má mnohdy konzumní charakter. Na děti i dospívající, jejichž sexuální chování není ještě zformováno, působí velké množství sexuálních podnětů, což předčasně probouzí a podněcuje jejich zvědavost a touhu po sexuálních zážitcích (26).

Vzhledem ke skutečnosti, že se pohlavní choroby šíří pohlavním stykem, preventivní opatření se týkají sexuálního chování. Za předpokladu, že partneři byli zdraví již v době seznámení, je nejspolehlivější ochranou před infekcí věrnost mezi partnery. V případě rizikového pohlavního styku, často po velmi krátké době nebo při nahodilé známosti je nutnou ochranou kondom, který snižuje možnost nákazy pohlavní nemocí. Zde je třeba zdůraznit, že hormonální antikoncepce přenosu infekce nezabrání. Riziko infekce přináší také předčasné zahájení pohlavního života v době před dozráním pohlavního ústrojí, zvláště u dívek, neboť je spojeno s větší zranitelností nezralých sliznic pohlavních cest. Praktickým důsledkem časného začátku pohlavního života je větší střídání sexuálních partnerů, což je velmi rizikový faktor onemocnění pohlavně přenosnými chorobami. Nezastupitelný význam, nejen v prevenci sexuálně přenosných chorob, má předávání informací o bezpečném sexuálním chování, vedení k odpovědnosti za zdraví své, partnera i budoucích dětí (26).

Mezi tzv. klasické pohlavní choroby patří kapavka, syfilis, měkký vřed, čtvrtá pohlavní nemoc (lymphogranuloma venereum) a pátá pohlavní nemoc (granuloma inguinale). Nejčastěji se v ČR vyskytuje kapavka a syfilis (26).

#### *1.4.4.1 Kapavka (gonorrhoea)*

Jedná se o nákazu, která se liší klinickým průběhem u obou pohlaví. U mužů probíhá manifestně se zjevnými příznaky a obtížemi. Typický je zánět močové trubice s charakteristickým hnisavým výtokem. U žen bývají příznaky mírné, infekce může probíhat bezpříznakově, pouze v některých případech může být těžký průběh se zánětem vnitřních reprodukčních orgánů. U žen a homosexuálních mužů se vyskytuje rektální kapavka, může také vzniknout gonokokový zánět hltanu a mandlí. Původcem onemocnění je gonokok (*Neisseria gonorrhoeae*). Zdrojem je nemocný člověk se zjevnou nebo inaparentní formou infekce.

Infekce se přenáší přímým stykem, různou formou pohlavního styku. Nepřímý přenos je vzhledem k vysoké citlivosti gonokoka na vnější prostředí téměř vyloučen.

Pokud zánět není léčen, přechází po několika týdnech do chronického stádia a může být příčinou těžkých komplikací (26).

Preventivní opatření souvisí se zdravotní výchovou zaměřenou na prevenci pohlavních chorob vůbec, nevhodné sexuální chování a chráněný pohlavní styk. Onemocnění podléhá povinnému hlášení a je nutné povinné vyšetření a léčba nejen zdroje onemocnění, ale také všech jeho kontaktů (33).

#### *1.4.4.2 Syfilis*

Příjice (*sypphilis, lues*) je pohlavní nákaza postihující dospělou populaci především v období vrcholné pohlavní aktivity. Výskyt syfilis u nás prudce klesl v poválečném období a řadu let se udržoval na nízké úrovni. Až v posledních letech dochází opět k vzestupu, zejména v populaci se zvýšenou promiskuitou. Onemocnění probíhá ve třech stádiích. Dva až tři týdny po kontaktu se zdrojem se objevuje primární léze v podobě tvrdého vředu, který je lokalizován především na genitáliích nebo v orofaciální oblasti. Po přibližně osmi týdnech od zhojení vředu nastupuje druhé stádium, charakteristické celkovými příznaky, jako je malátnost, bolest v kloubech, horečka, anémie. Objevuje se také kožní vyrážka zejména na trupu a končetinách,

na sliznicích vznikají eroze, nejčastěji v ústech na patře. Třetí stádium vzniká až několik let po infekci a může vést ke vzniku nekróz až fibrotizaci. Tyto tuhé léze mohou infiltrovat kterýkoliv orgán a postupně se zvětšují, hojí se a zanechávají jizvy. Nejzávažnější je postižení centrální nervové soustavy a kardiovaskulárního ústrojí.

Zdrojem infekce je nemocný člověk, který vylučuje masivně původce nákazy v průběhu prvních dvou stádií. Ve třetím stádiu je nemocný už neinfekční.

Infekce se přenáší přímým kontaktem, především pohlavním stykem. K přenosu může dojít vzácněji i nepřímo použitím kontaminovaných předmětů, textilií, nádobí. Při kongenitální syfilis přechází nákaza z matky intrauterinně na plod.

Prevence spočívá ve zdravotní výchově především mladých osob a vyšetřování těhotných žen (33).

#### ***1.4.5 Nemoci přenášené krví***

Nemoci přenášené krví a krevními deriváty jsou infekce, u nichž dochází k delší přítomnosti původců v krvi. Přenos se uskutečňuje prostřednictvím krve a předměty kontaminovanými krví. Mezi nejvýznamnější onemocnění této skupiny patří virová hepatitida typu B, klinicky i epidemiologicky jí podobná hepatitida typu C a AIDS.

##### ***1.4.5.1 Virová hepatitida typu B***

Virový zánět jater způsobující primární postižení jaterní tkáně. Průběh choroby je závislý na infekční dávce a vnímavosti jedince, může mít různou formu. Nemoc má někdy lehkou anikterickou formu nebo inaparentní průběh. Může ale také dojít k těžké infekci s jaterním selháním. Nemoc může přecházet do chronicity, byla prokázána souvislost také se vznikem jaterního karcinomu. Výskyt infekce má nemocniční i profesionální charakter, zanedbatelný není ani rodinný výskyt.

Zdrojem nákazy je člověk s akutní nebo chronickou formou nemoci, může jím být ale také bezpříznakový nosič. Pokud nedojde k přechodu do chronicity, během

rekonvalescence virus z jaterní tkáně mizí. Inkubační doba se pohybuje obvykle okolo tří měsíců. Zkracuje se při masivní nákaze krevními převody a po parenterální naze.

Přenos může být parenterální při použití kontaminované injekční stříkačky či jiného lékařského nástroje kontaminovaného krví. K parenterálnímu přenosu stačí malé množství biologického materiálu. V rodinách se nemoc přenáší zejména toaletními potřebami, jako jsou žiletky, nůžky atd. Další cestou přenosu je sexuální styk s infikovanou osobou, neboť sperma i vaginální sekret mohou virus obsahovat. Možný je také přenos z matky na dítě při porodu.

Ve zdravotnických zařízeních jsou uplatňována opatření zaměřená na prevenci parenterálního přenosu – řádná sterilizace a dezinfekce pomůcek, nástrojů, přístrojů a ploch, bezpečná manipulace s krví a ostatními biologickými materiály, používání ochranných pomůcek při manipulaci s biologickým materiálem. Dále se provádí vyšetřování dárců krve, orgánů a spermatu nebo tkání (15). Preventivním opatřením je rovněž vakcinace ohrožených skupin, především zdravotníků včetně studentů. Přeočkávání se doporučuje za pět let (33). Od roku 2001 bylo zavedeno povinné očkování všech dětí. Jsou očkováni všichni kojenci v průběhu prvního roku života a dále všechny dvanáctileté děti.

Virová hepatitida typu C se epidemiologicky i klinicky podobá hepatidě typu B, ale má ještě větší tendenci k chronickému průběhu a nosičství viru. Proti této naze očkování neexistuje, uplatňují se epidemiologická opatření včetně vyšetřování dárců krve a tkání (15).

#### *1.4.5.2 Syndrom získaného imunodeficitu (AIDS)*

Smrtelné onemocnění virového původu, jehož podstatou je selhání imunity zprostředkované T lymfocyty. AIDS je konečným stádiem infekce způsobené virem HIV.

Klinický obraz je velmi pestrý. Na počátku jsou příznaky chřipkovitého charakteru, které přicházejí několik týdnů po naze. Poté nastává dlouhé období latence, kdy je člověk zcela bez potíží. To může trvat měsíce až deset let. Postupně se

objevují trávicí obtíže – nechutenství, průjmy i zvracení, hubnutí, poškození CNS, rozvrat buněčné imunity a v důsledku toho přichází selhání obrany organismu i vůči jinak neškodným virům, bakteriím, plísním i parazitům.

Zdrojem nákazy je infikovaný člověk, nemocný nebo bezpříznakový nosič viru HIV, který nemusí mít žádné zdravotní potíže. U HIV pozitivních osob se může nemoc projevit až za několik let. Osoby infikované virem je nutno považovat za celoživotně infekční, neboť virus je přítomen v krvi, spermatu a v poševním sekretu.

Inkubační doba je různá, od expozice k rozvoji vlastního onemocnění je většinou šest měsíců až deset let, v některých případech i déle (33).

Bylo prokázáno, že virus HIV se přenáší pouze těmi tekutinami, v nichž je přítomen ve velkém množství. Hlavní způsoby přenosu jsou pohlavním stykem (homosexuálním i heterosexuálním), přičemž je v současné době u mládeže častější přenos heterosexuální. Nejvyšší nárůst HIV je u dívek a mladých žen. Dále se virus přenáší krví při společném používání injekčních jehel, stříkaček nebo roztoku drogy u narkomanů, prostřednictvím krevní transfuze či krevních derivátů (což je nyní v ČR prakticky vyloučeno) a riziko přenosu existuje také při kontaminaci poraněné kůže nebo sliznice infikovanou krví (nebezpečí při podávání první pomoci neznámým krvácejícím osobám). Virus HIV se může přenést také z infikované matky na plod (26). Neexistují důkazy o tom, že by se nemoc mohla přenášet vodou, potravinami, nádobím nebo vzduchem. Je však třeba se vyvarovat společnému používání hygienických potřeb či používání nedostatečně sterilizovaných nástrojů při provádění některých kosmetických výkonů (33).

Preventivní opatření proti šíření nákazy vyplývají ze způsobu přenosu viru. Patří mezi ně výchova ke zdravému životnímu stylu včetně nerizikového sexuálního chování, snaha zabránit přenosu HIV při injekčním užívání drog, prevence přenosu krve, spermatem, darovanými orgány a psychologické poradenství pro infikované osoby.

Výchova ke zdravému životnímu stylu a nerizikové sexuální chování je nejdůležitější opatření, neboť přenos pohlavním stykem je u nás nejčastějším způsobem nákazy. Výchova musí být zaměřena na celou populaci, ale zvláštní pozornost je třeba věnovat dospívajícím. Výchova má směřovat k přesvědčení, že je vhodné odložit



zahájení pohlavního života až do dospělosti. Řada studií ovšem prokázala, že vysoká informovanost nemusí být v sexuálním životě prakticky využívána. Poukazuje to na skutečnost, že informace o této chorobě jsou sice důležité, ale k jejich využití je třeba motivace, dovednosti a podpůrné sociální prostředí, které podporuje tzv. sociální normy, jakými jsou vzájemná věrnost, mravní zodpovědnost neohrozit jiné a přiměřené užívání kondomu. Rodiče, učitelé, média a veřejní činitelé proto musí posilovat tradiční zdravé hodnoty a chování.

Jiná opatření jsou zaměřena na populační skupiny nebo jedince s rizikovým chováním, kteří jsou více ohroženi nákazou HIV/AIDS. Při výchově k prevenci tohoto onemocnění je nutné jasně definovat rizikové sexuální chování. Do této kategorie patří časný začátek sexuálního života, pohlavní styk po krátké známosti, časté střídání partnerů, kdy počet více než pěti partnerů je pokládán za rizikový, prostituce, styk s neznámým partnerem bez použití kondomu, krvavé sexuální praktiky a anální styk. V širším slova smyslu má vliv také záškoláctví, agresivita, asociální chování či zneužívání alkoholu a drog.

Snaha zabránit přenosu HIV při intravenózní aplikaci drog spočívá ve snaze informovat uživatele drog o nutnosti užívat sterilní nástroje a o existenci specializovaných míst, kde se zdarma stříkačky a jehly vyměňují. Nepoužívat půjčené jehly a stříkačky a ani je sám nikomu nepůjčovat je základem. Je třeba mít na paměti, že virus HIV může obsahovat také roztok drogy.

V rámci prevence přenosu krví, spermatem a darovanými orgány jsou testováni všichni dárči. Krev neznámého člověka je třeba vždy a všude pokládat za možný zdroj infekce a všemi způsoby chránit vlastní porušenou kůži nebo sliznice před stykem s ní (26).

## **2. Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

- I. Zjistit, kterým infekčním onemocněním je ohrožena romská populace.
- II. Zjistit, co mohou sestry udělat v prevenci infekčních onemocnění v komunitě romské minority.
- III. Připravit edukační plán zaměřený na prevenci infekčních onemocnění u romské populace.
- IV. Zjistit, jaký vliv má škola na romské děti v oblasti prevence infekčních onemocnění.

### **2.2 Výzkumné otázky**

- I. Kterým infekčním onemocněním je ohrožena romská populace?
- II. Co mohou sestry udělat v prevenci infekčních onemocnění v komunitě romské minority?
- III. Do jaké míry je edukační plán u romské populace efektivní?
- IV. Jaký vliv má škola na romské děti v oblasti prevence infekčních onemocnění?

### **3. Metodika výzkumu**

#### **3.1 Metody a techniky výzkumu**

Pro realizaci výzkumné části této práce byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Pro sběr dat jsme využili techniku polostrukturovaného rozhovoru vycházejícího ze studia odborné literatury. Rozhovor obsahuje osmdesát otázek, které jsou pro větší přehlednost rozděleny do osmi tématických oblastí – Bydlení, Sociální začlenění, Aktivita a odpočinek, Stravovací návyky, Hygienické návyky, Péče o zdraví, Hodnotová orientace a vyznání, Zvládání zátěže. Při tvorbě otázek jsme vycházeli z koncepčních modelů M. Gordonové, M. Leiningerové a J. Gigerové – R. Davidhizerové. V průběhu rozhovoru byly kromě uvedených osmdesáti otázek kladeny tzv. sondážní (doplňující) otázky. Rozhovor byl anonymní. Polostrukturovaný rozhovor viz příloha č. 3. Informace získané rozhovorem jsou zpracovány do kazuistik, které tvoří základ pro tvorbu kategorizovaných tabulek a grafů.

Na základě získaných údajů jsme se pokusili určit konkrétní infekční onemocnění, jejichž vznikem jsou naši respondenti ohroženi, a zpracovali jsme edukační plán a edukační materiál pro tato onemocnění. Jednalo se o infekční onemocnění kůže a sliznic, pohlavní choroby a virovou hepatitidu A. V další fázi výzkumu jsme docházeli k těm z našich respondentů, u kterých jsme na základě předchozích setkání získali dojem, že by mohli být ohroženi vznikem infekčního onemocnění, a edukovali jsme je o preventivních opatřeních výše uvedených infekčních chorob. Po provedení edukace jsme se pokusili, opět polostrukturovaným rozhovorem, zjistit, do jaké míry byl náš edukační plán efektivní (4, 18, 24, 30, 46).

Výzkum probíhal od února do května 2009 v Českých Budějovicích.

#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor je tvořen devíti respondenty z řad romské minoritní skupiny. V průběhu rozhovorů nebylo technicky možné zajistit, aby u sběru dat byl pouze

respondent, a proto uvedené kazuistiky popisují nejen stanoviska respondenta, ale také jeho rodinných příslušníků. Kontakt s respondenty nám zprostředkovali pracovníci Poradny Eva zaměřující se na pomoc ženám a dívkám v nouzi. Klienty této poradny jsou z velké části sociálně slabé romské rodiny.

## 4. Výsledky

### 4.1 Výsledky před edukací

#### 4.1.1 *Kazuistiky respondentů*

##### **Respondent č. 1**

Respondentem č. 1 je třicetiletá žena, která žije se svým o deset let starším druhem ve společné domácnosti. Vychovávají spolu dvě děti z předchozího manželství ženy a jedno dítě společné. V bytě s rodiči tedy žije také desetiletá dívka, osmiletý chlapec a čtyřměsíční kojeneček, také děvče. Muž má ještě tři dospělé děti z předchozího manželství, se kterými se nestýká.

Ve dvoupokojovém bytě s předstíní rodina žije dva roky. Jedna místnost slouží jako kuchyň a jídelna, ve druhé místnosti spí rodiče a děti. Místnost slouží také jako obývací pokoj s koupelnou, neboť je zde umístěn sprchový kout. Vlastní toaletu byt nemá a rodina tedy používá společnou toaletu s ostatními nájemníky, která je umístěna na chodbě domu. S bydlením paní není spokojena. Vadí jí nedostatek prostoru, přivítala by ještě alespoň jednu místnost. Protože se byt nachází v přízemí, stěžuje si na značnou vlhkost a plíseň v bytě. Rodina má k dispozici vlastní bojler. Nové bydlení si partneři nehledají z finančních důvodů. Druh respondentky plánuje malování a rekonstrukci bytu.

Respondentka je v současné době na mateřské dovolené se čtyřměsíční dcerou. Před mateřskou dovolenou byla registrována na Úřadu práce pro sníženou pracovní neschopnost. Paní udává, že nepracovala kvůli špatnému zdravotnímu stavu. Má chronické onemocnění dýchacích cest a pohybového aparátu. Po mateřské dovolené by pracovat chtěla, ale zřejmě to kvůli zdravotnímu stavu nebude možné. Druh respondentky je zaměstnán u firmy zabývající se odpadovým hospodářstvím. On sám má na starosti úklid veřejných prostranství.

Paní obvykle vstává v sedm hodin, neboť připravuje starší děti do školy. Protože mají děti školu nedaleko bydliště, odvádí je tam otec cestou do práce. Děti chodívají

ve všední den spát kolem osmé hodiny, rodiče ale později – mezi jedenáctou a dvanáctou hodinou večerní. Respondentka tedy obvykle spí asi sedm hodin denně, ale udává, že jí to stačí a přes den nebývá unavená. Podle vlastních slov ani unavená být nemůže, protože je v domácnosti pořád co dělat. Druh chodí do práce denně na osm hodin. Pokud respondentka má nějaký volný čas, chodí s dětmi ven na procházky nebo na hřiště, případně je doma a dívá se na televizi. Kvůli svému zdraví neprovozuje až na občasné procházky žádnou fyzickou aktivitu, volí tedy spíše pasivní odpočinek. Druh tráví volný čas doma, občas si zajde na ryby. Ani on žádnou pravidelnou fyzickou aktivitu neprovozuje.

Rodina má denně minimálně čtyři porce jídla, ale respondentka udává, že mezi nimi vždy něco sní. Děti ani rodiče žádné potravinové doplňky nepoužívají, všechny vitamíny podle vlastních slov mají z ovoce. Jsou zvyklí kupovat mandarinky a banány. Zelenina je v rodině méně oblíbená, když už, tak salátové okurky a rajčata. Děti nemají rády papriku, cibuli a mrkev. Nejčastěji se v rodině pijí limonády, ale také čaj, děti mléko nebo džus. Respondentka je zvyklá snídat, všichni ráno jedí většinou rohlíky se salámem a jogurt. Paní vaří teplý oběd každý den. Na oběd bývá vždy nějaký druh masa, jako přílohu volí brambory nebo knedlíky, méně často těstoviny a rýži. Součástí oběda bývá také polévka. Podle respondentky málo kdy něco zbude, ale pokud ano, tak zbytky spíše vyhazují. Ostatní potraviny jsou uchovávány v ledničce. Děti chodí na oběd do školní jídelny. Ze zdravotních důvodů dietu v rodině nikdo nedežerá. Protože součástí kuchyňské linky není umyvadlo, to se nachází v předsíni, paní je zvyklá nádobí umývat v latoru s teplou vodou. Při mytí používá čisticí prostředky.

Rodiče jsou zvyklí umývat se každý den, děti se sprchují jednou za dva dny. Součástí bytu je sprchový kout, sprchování respondentce vyhovuje. Voda musí být podle respondentky akorát. Členové rodiny jsou zvyklí si zuby čistit dvakrát denně. Paní trvá na tom, aby měl každý z rodiny svůj ručník, protože jinak je to podle jejích slov nechutné. Oba partneři používají pomůcky na holení, ale také ty mají každý své vlastní. Druh v žertu dodává, že by jí (partnerce) ani svoje holení nepůjčil, protože by od ní něco chytil, a ukazuje svoji žiletku. Rodina používá společnou toaletu pro všechny nájemníky na patře, která je umístěna na chodbě. Paní má k dispozici vlastní pračku.

Respondentka udává, že si obvykle myje ruce po použití toalety a před jídlem. Nejstarší dcera k tomu dodává, že si myje ruce ve škole také po použití toalety a někdy před svačinou, když si vzpomene. Učily je to tak podle jejích slov paní učitelky ve škole.

Pod pojmem zdraví si druh respondentky představuje to, že člověk může pracovat, má práci a koníčky. Respondentka nad odpovědí váhá. Sama potvrzuje, že kdyby byla zdravá, chtěla by jít pracovat. Respondentka neví, co by mohlo ovlivnit zdraví člověka. Oba partneři vědí o možnosti preventivních prohlídek pro děti. Podle vlastních slov na tyto prohlídky s dětmi chodí. Respondentka uznává, že jsou důležité, ale jejich smysl nedokáže pojmenovat, pouze udává, že se při nich provádí očkování. Lékaře navštěvuje v případě, že nezabere domácí léčba. Kromě povinných očkování respondentka ani jiný člen rodiny jiná očkování nemá. Zubního lékaře respondentka navštěvuje pouze pokud je to nezbytně nutné, tedy při bolesti. Děti prý u zubaře ještě nebyly, zároveň ale udává, že již mají nějaké plomby. Podle respondentky by žena měla chodit na gynekologické prohlídky každý rok. Ona sama byla naposledy v porodnici. S primární zdravotnickou péčí je respondentka i její partner spokojena. Paní byla hospitalizována v těhotenství, kdy prodělala oboustranný zápal plic a ve vážném stavu byla hospitalizována na ARO. Důvodem zhoršení jejího stavu bylo nedodržení léčebného režimu – přestala brát předepsaná antibiotika, protože se bála o zdraví dítěte. S přístupem personálu byla spokojena, partner udává, že ji zde mohl navštěvovat. Po stabilizaci stavu byla přeložena na JIP. Zde ale nebyla nespokojena z důvodu neochoty lékařů. Z oddělení odešla předčasně na revers, neboť měla obavy, že přijde o děti, protože se o ně přihlásil bývalý manžel. Nejstarší dcera byla v minulosti hospitalizována na dětském oddělení kvůli zánětu ledviny. V nemocnici strávila s malými přestávkami asi rok. Zde byla rodina s přístupem zdravotníků spokojena. Podle vlastních slov paní užívá pravidelně léky na dýchání – tablety a inhalátor. Respondentka již nekouří, nepamatuje si ale, kdy skončila. Kouřit přestala kvůli zdravotním problémům. Partner respondentky je kuřák. Přímo v bytě nekouří, chodí ven nebo je vykloněn z okna. Respondentka udává, že alkohol pijí zřídka, podle partnera je to hlavně proto, že na něj nejsou peníze. Sami zkušenosti s drogami nemají a neznají nikoho, kdo by je měl, ale partner udává, že z práce ví, že drogy jsou všude. Další dítě

již partneři neplánují, podle respondentky je již nemohou mít. Blížeji o této problematice již nechtějí mluvit. Svůj současný stav respondentka hodnotí jako špatný, stejně jako partner, který má problémy se zády. Děti jsou v současné době zdravé, v minulosti prodělaly pouze běžná onemocnění, kromě hospitalizace starší dcery. Pokud někdo z rodiny onemocní, stará se o něj respondentka. Sama udává, že pomoc příbuzných nepotřebuje. Partner se v současné době necítí dobře, ale je rád, že má práci, takže si nemůže dovolit být nemocný.

Jako nejdůležitější životní hodnoty označují partneři zdraví, práce a peníze. „Prostě aby bylo na jídlo a šlo slušně žít.“ Partner respondentky vyjadřuje stanovisko, že každý si ovlivňuje svůj život sám. Vzdělání považuje obzvláště partner respondentky za velmi důležité, přál by si, aby jeho děti byly vyučené. Znamená to pro něj jistotu lepší budoucnosti. Pokud se člověk chce postarat o svoji rodinu, musí být vyučený. Mezi vzděláním a zdravím ale ani jeden z partnerů žádnou souvislost nevidí. Partneři jsou katolického vyznání. Respondentka do kostela nechodí, její partner občas ano. Ani jeden z nich se pravidelně nemodlí. Slaví Vánoce a Velikonoce. Víra pro respondentku není příliš důležitá. Ve svém životě se soustředí spíše na budoucnost. Zvláště partner podle vlastních slov nad budoucností přemýšlí a dělá si starosti. „To si ale dělá každý, jak má rodinu, tak se bojí, aby ji zabezpečil.“

V posledních dvou letech měl druh respondentky finanční problémy, ze kterých se podle vlastních slov pomalu dostává. Oporou je mu v tom rodina. Respondentka v poslední době nepocítuje, že by prožívala nějaké napětí. Její druh udává, že pro něho jsou někdy zdrojem stresu děti, pokud zlobí, a dále starosti jak zabezpečit rodinu. K odreagování oběma slouží procházky.

## **Respondent č. 2**

Druhým respondentem je pětaticetiletý muž, který žije se svojí o rok mladší družkou v jednopokojovém bytě. Společně vychovávají své tři děti, devítiletého chlapce a jedenáctiletou a tříletou dívku.



Rodina bydlí v bytě dva roky. Byt se skládá z jedné místnosti, ve které je umístěna kuchyňská linka, obývací stěna, manželská postel, dvoupatrová postel a jídelní stůl. Byt je vybaven kuchyňskými spotřebiči a televizí. Rodina má k dispozici toaletu s ostatními nájemníky v domě. V místnosti je také umístěn sprchový kout. Respondent s úrovní bydlení není spokojen. Byt je v přízemí a ze sklepa do bytu proniká vlhko a plíseň. Dále byt rodině nevyhovuje také z kapacitních důvodů.

Respondent žije s družkou a jejich třemi dětmi. V rodině je to respondent, kdo vydělává peníze, družka je v současné době s nejmladší dcerou na mateřské dovolené. Družka se stará o děti, vaření a úklid domácnosti, respondent chodí do práce. Se sousedy má rodina dobré vztahy, i když se moc nestýkají. V domě žije také tchyně respondenta. Družka respondenta nikdy nepracovala, nyní je na mateřské dovolené a v minulosti byla hlášena na Úřadu práce. Respondent je podle vlastních slov podnikatel. Nyní je ale nezaměstnaný a hledá si jinou práci. Podle vlastních slov si respondent ani nepřeje, aby jeho družka chodila někam do práce. Chce, aby byla doma, starala se o domácnost a moc se neunavila.

Děti chodí spát mezi osmou a devátou hodinou. Rodiče se ještě obvykle dívají na televizi. Respondent si uvědomuje, že to může děti rušit ve spánku, ale podle vlastních slov se nedá nic dělat. Respondent chodí spát kolem jedenácté hodiny večerní. V noci spí asi osm hodin. Ráno rodina vstává před sedmou hodinou. Družka vypravuje děti do školy, kam je poté odvádí respondent. Respondent během dne nebývá unavený, podle vlastních slov mu tolik spánku stačí. Když chodil do práce, trávil tam většinou osm hodin denně. Ve volném čase je respondent doma s rodinou. Dívají se na televizi nebo si povídají. Také se často schází s kamarády. Upřednostňuje spíš pasivní formu odpočinku. Respondent se nikdy pravidelně nevěnoval žádnému sportu. Děti po vyučování navštěvují školní družinu. Do žádného zájmového kroužku ale nechodí.

Rodina má denně asi tři porce jídla. Respondent ani nikdo z rodiny nepoužívá žádné doplňky stravy. V rodině není zvykem jíst větší množství ovoce nebo zeleniny. Pokud nějaké ovoce rodiče dětem koupí, jde nejčastěji o jablka. Respondent obvykle za den vypije asi litr a půl tekutin, většinou limonády, kávu a bílé víno. Děti pijí čaj a limonády. Méně často mléko. Respondent není zvyklý sníst, po ránu si dává pouze

cigaretu a snídá až v dopoledních hodinách. Děti mají na snídani většinou čaj, pečivo a jogurt. Na oběd v rodině bývají řízky, šišky, halušky, z příloh brambory nebo knedlíky. Maso v rodině není každý den. Družka vaří také teplé večeře, obvykle polévku, vajíčka, těstoviny. Pokud některé jídlo zbude, neschovávají je na později, ale hned se vyhazuje. Respondent dodává, že u Romů je to tak zvykem. Děti chodí na oběd do školní jídelny. Nikdo z rodiny nedrží žádnou dietu. V bytě teče teplá voda, družka respondenta nádoby myje ručně s použitím čistícího prostředku.

Součástí bytu je sprchový kout, který si sem pořídili partneři po nastěhování do bytu. Respondent se sprchuje jednou denně, většinou večer. Děti se sprchují podle potřeby jednou za dva až tři dny. Respondent uvádí, že by se chtěl přestěhovat do většího bytu se samostatnou koupelnou, protože si uvědomuje, že jeho starší dcera bude zanedlouho v pubertě a nebude jí příjemné se před ním sprchovat. Respondent si čistí zuby většinou jednou denně ráno, stejně jako děti. Rodina má jeden ručník společný na utírání rukou. Děti mají dohromady vždy jeden nový ručník na sprchování, rodiče mají každý svůj. Respondent si myslí, že u dětí to nevádí, ale dospělí by měli mít vlastní. Potřeby na holení používá jak respondent, tak jeho družka. Každý má podle respondenta vlastní žiletku. Respondent upozornil na riziko přenosu nějaké vyrážky. Rodina používá toaletu společnou pro ostatní nájemníky v domě. Respondent si většinou umývá ruce po použití toalety a před jídlem. Družka si kromě těchto situací myje ruce při přípravě jídla. V bytě je umístěna automatická pračka.

Pro respondenta je zdraví to, když mu chutná, dobře spí, může chodit do práce. Sám ale přiznává, že se o vlastní zdraví moc nestará. Domnívá se, že zdraví člověka ovlivňuje strava, kterou člověk jí. Respondent ví, že existují preventivní prohlídky, ale sám na žádné nechodí. S dětmi chodí k lékaři z důvodu očkování, z jiných důvodů méně často. Respondent si myslí, že k lékaři je třeba chodit, pouze když má člověk problémy, které nemůže zvládnout sám. Jinak je to pro něj zbytečné. Podle respondenta by člověk měl chodit k zubnímu lékaři jedenkrát za rok. Sám ale připouští, že k zubaři chodí pouze v akutních případech. Naposledy byl na trhání zubu před více než rokem. Družka chodí na gynekologické prohlídky jedenkrát za rok. Respondent to považuje za dostačující. Rodina má s primární zdravotnickou péčí pouze dobré zkušenosti,

respondent si nevzpomíná na nic, s čím by nebyl spokojen. Respondent nebyl ve svém životě nikdy hospitalizován, jeho družka byla v nemocnici při porodech. Také ona byla s poskytnutou péčí spokojena. Syn byl před časem hospitalizován na dětském oddělení se zánětem středního ucha. Podle slov respondenta nebyli s péčí v nemocnici spokojeni. Nelíbil se jim denní režim na oddělení a podle slov respondenta jeho syna jednou uhodila tamní zdravotní sestra. Před měsícem respondentovi v nemocnici zemřela matka na rakovinu. Respondent udává, že rodina měla k matce umožněn přístup v libovolných hodinách a návštěvy nebyly ničím omezeny. Matka tak zemřela za přítomnosti celé rodiny a kněze. Respondent je rád, že jim toto bylo umožněno. V rodině nikdo pravidelně žádné léky nebere. Respondent od dvanácti let kouří, většinou jednu krabičku cigaret denně. Respondent je zvyklý kouřit v bytě, za přítomnosti dětí. V době rozhovoru byl prostřední syn doma s onemocněním dýchacích cest. Alkohol pije respondent každý den, většinou půl litru bílého vína. Respondent připouští, že ve svém okolí má drogově závislé jedince, sám ale prý s drogami zkušenosti nemá. Partneři nepoužívají při pohlavním styku žádný druh antikoncepce ani prezervativ. Respondentovi je nepříjemné o tom mluvit. Myslí si ale, že to mezi stálými partnery není třeba. Svůj zdravotní stav v současné době považuje za celkem uspokojivý. V rodině je nyní nemocný prostřední syn. Léčí se doma, kde o něj pečuje družka respondenta. Respondent uvádí, že je pro něj zbytečné se synem chodit k lékaři, protože stejně přibližně ví, co mu lékař předepíše. Po té uvádí – na kašel Mucosolvan, na horečku Paralen.

Pro respondenta je v životě nejdůležitější rodina, děti, peníze, aby bylo na bydlení a nájem, a zdraví. Respondent věří, že jeho život ovlivňuje osud – co se má stát, to se stane. Respondent i jeho družka mají základní vzdělání. Respondent se domnívá, že i bez škol se člověk může dobře uživit, pokud chce. On sám si ale přeje, aby jeho děti nějakou školu měly, aby byly něčím vyučené. Líbilo by se mu, kdyby jeho syn dělal automechanika a dcery prodavačku. Respondent se domnívá, že to, jak se o sebe kdo stará, není ovlivněno dosaženým vzděláním. Rodina patří ke katolické církvi, do kostela chodí nepravidelně, asi jednou měsíčně. Respondent s rodinou nedodržují žádné náboženské rituály, kromě oslavy Vánoc a částečně také Velikonoc. Podle respondenta

jsou v životě důležitější věci než náboženství. V životě se respondent orientuje spíše na přítomnost. Chce řešit aktuální problémy, ostatními se nezaobírá.

Za krizovou situaci v posledních dvou letech považuje nemoc a úmrtí matky. Ještě nyní se respondent se situací úplně nevyrovnal. Oporou je mu družka a děti. Respondent si myslí, že neprožívá napětí a stres moc často. V současné době je zdrojem jeho stresu práce a finanční problémy, které musí řešit. K uvolnění napětí respondentovi pomáhá alkohol.

### **Respondent č. 3**

Čtyřiapadesátiletá žena z Českých Budějovic je naší třetí respondentkou. Protože u našich rozhovorů byl přítomen syn respondentky, budeme uvádět také jeho vyjádření k některým otázkám. Ve současném bytě žije paní spolu se svým manželem, rozvedeným synem a dvěma vnoučaty osm let.

Rodina žije ve dvoupokojovém bytě bez toalety a hygienického zařízení, neboť pořízení sprchového koutu by podle respondentky znamenalo zvýšení nájmu, a to si rodina nemůže dovolit. V bytě je umístěno umyvadlo, teplá voda ale neteče. Tento problém rodina řeší používáním rychlovarné konvice. V bytě si respondentka stěžuje na značnou plíseň a vlhko, díky němuž dochází k odlupování omítky. Problém se snaží řešit větráním a vysušováním problémových oblastí. Dalším problémem je málo místa v bytě. Jedna místnost slouží jako kuchyň. Je zde také umístěna pohovka, která slouží jako postel pro jedno z vnoučat. Druhá místnost je obývacím pokojem a ložnicí, neboť je vybavena manželskou postelí a pohovkou. Na manželské posteli spí respondentka se svým manželem a jedním z vnoučat, na pohovce syn respondentky. Dále zařízení pokoje tvoří obývací stěna, dvě křesla a televize.

Respondentka je vdaná, má dvě děti, z nichž syn se svými dětmi žije s respondentkou ve společné domácnosti. Respondentka i její manžel chodí do zaměstnání. Paní se dále stará o domácnost a vnoučata. Sama udává, že manžel většinu času tráví v práci, a proto je zvyklá si doma vše dělat sama. S ostatními nájemníky v domě má rodina přátelské vztahy, ale příliš se nestýkají, neboť respondentka má ráda

svůj klid. V současné době má paní dvě zaměstnání. Pracuje u dopravní společnosti a ve večerních a nočních hodinách chodí uklízet vozy městské hromadné dopravy. Pracuje v osmihodinových směnách. Dále je zaměstnána jako uklízečka v supermarketu, kam chodí každé ráno asi na dvě hodiny. Respondentka má základní vzdělání a pracuje od svých patnácti let. Za svůj život vystřídala tři zaměstnání a nyní pracuje na výše uvedených pozicích. Během dne má respondentka volno, věnuje se péči o domácnost a vaření. Pokud odpočívá, tak spíše pasivně, dívá se na televizi. V mládí hrála fotbal.

Ve své noční práci je paní asi do dvou hodin ráno a ráno vstává v šest na úklid supermarketu. V noci tedy spí okolo 3 až 4 hodin. Podle vlastních slov ale unavená není, protože si za ta léta zvykla.

Respondentka má během dne asi pět porcí jídla. Kvůli své práci je zvyklá jíst i v noci. Po ránu paní nesnídá, stačí jí káva a cigareta. Nají se až na pracovišti, kde obvykle mívá jogurt a pečivo. Žádné potravinové doplňky neužívá a dodává k tomu: „Cikánská strava je plná vitamínů“. Vnoučatům kupuje jablka a banány, ona sama jí z ovoce obvykle jablka. Zelenina se v jejím jídelníčku vyskytuje velmi zřídka, spíše vůbec. Respondentka vypije denně asi dva litry tekutin, hlavně limonády, které pije celá rodina. Dále má ráda kávu a ovocný čaj. Rodina má každý den na oběd maso, hlavně vepřové, jako přílohu paní vaří zelí, knedlíky či brambory. Těstoviny bývají zřídka. Mezi oblíbená jídla patří také halušky. Respondentka je zvyklá vařit každý den. Pokud se stane, že nějaké jídlo zbude, rozdá je dětem ze sousedství. V rodině nikdo ze zdravotních důvodů dietu nedrží, pouze respondentka držela redukční dietu v mládí. Protože v bytě neteče teplá voda, respondentka ji musí na mytí nádobí ohřívat v rychlovarné konvici. Při mytí nádobí používá čistící prostředek, aby nádobí po umytí nebylo mastné.

Protože součástí bytu není sprchový kout, respondentka se sprchuje každý den v práci. Dětem ohřívá vodu a myjí se v latoru. Pokud by si mohla vybrat, raději by volila koupel ve vaně. Do rozhovoru se zapojuje syn respondentky. Ten vyjádřil názor, že koupel ve vaně je nehygienická. Respondentka si zuby čistí ráno a večer, ale přiznává, že i když si je večer vyčistí, většinou ještě poté něco sní. Uznává, že si tedy večer čistí zuby spíše pro klid svědomí. Na mytí má každý člen domácnosti svůj vlastní

ručník, stejně jako potřeby na holení, protože jinak je to podle respondentky nehygienické. Syn popisuje zkušenost, že si jednou nedopatřením otec půjčil jeho holení a výsledkem byla vyrážka na obličeji. Respondentka je zvyklá si umývat ruce během dne velmi často, po použití toalety, ale hlavně při vaření. Rodina má k dispozici vlastní pračku.

Respondentka nedokáže s určitostí říci, co si představuje pod pojmem zdraví. Je ale přesvědčena, že zdraví nelze příliš ovlivnit. „Když to přijde, tak to bude.“ Paní ví možnosti preventivních prohlídek. Ona sama je nevyužívá, protože je podle vlastních slov již nepotřebuje, ale děti na ně chodí pravidelně. Jsou podle ní důležité k prevenci a včasnému zachycení vážných onemocnění, např. žloutenky. Protože „všude se něco může chytit“. Paní chodí pravidelně k praktickému lékaři, neboť se léčí se žaludečními vředy. Respondentka neabsolvovala jiná očkování kromě povinných, protože si myslí, že to stačí, ale jedno z jejích vnoučat bylo očkováno proti klíšťové encefalitidě. Respondentka uznává, že je třeba pravidelně chodit k zubnímu lékaři, ona sama u něj ale byla naposledy před dvěma lety. K návštěvě ji tehdy donutila až velká bolest. Co se týče prohlídek u gynekologa, respondentka je přesvědčená, že tam by ženy měly chodit často, alespoň každého půl roku. Ona již ale na prohlídky nechodí, neboť nemá žádné problémy. S primární zdravotnickou péčí má respondentka pouze dobré zkušenosti. Kromě pobytu v porodnici hospitalizovaná nebyla. V rodině se vyskytla hospitalizace z důvodu rakoviny. Na přístup zdravotníků si ale respondentka nemůže stěžovat, vše bylo v pořádku. Paní bere léky – Ranisan, ale podle vlastních slov pouze při bolesti. Respondentka je kuřačka. Doma kouří málo, ale v práci je schopná s kolegyněmi vykourit i dvě krabičky za směnu. Alkohol nepije, pouze při zvláštních příležitostech. Naposledy prý o Vánocích. Respondentka se osobně s žádnou drogou nesetkala, ale ví, že jeden z bývalých nájemníků byl drogově závislý. V minulosti byly nalezeny injekční stříkačky na chodbě domu. Dnes je již údajně vše v pořádku. S manželem respondentka nepoužívala žádný druh antikoncepce. O používání prezervativu jako ochrany před pohlavními chorobami si myslí, že to záleží na partnerech a jejich důvěře k sobě. Svůj současný zdravotní stav hodnotí jako docela dobrý. Občas ji bolí záda. Respondentka říká: „Když mě bolí žaludek, dám si Ranisan, zapiju to kafem a dám si cigaretu a je

to.“ V minulosti neprodělala žádná vážná onemocnění ani úrazy. Pokud někdo z rodiny onemocní, respondentka s ním díky své pracovní době zůstává doma. Pokud se ale jedná o vnoučata, ihned s nimi jde k lékaři. Respondentka je zásadně proti umístování seniorů do ústavních zařízení. Podle vlastních slov je to u Romů nemyslitelné.

Jako nejdůležitější hodnoty označuje respondentka rodinu a zdraví. Peníze pro ni nejsou tak důležité. Respondentka věří v osud a Boží vůli. Stane se to, co Bůh nařídí. Vzdělání je pro respondentku zvláště v této době důležité. Mezi vzděláním člověka a zdraví ale žádnou souvislost nevidí. Jak o sebe člověk pečuje je ovlivněno tím, jak se má rád, ne jeho vzděláním. Paní je katolického vyznání, ale svoje náboženství „moc neprožívá“. Slaví Vánoce a Velikonoce, ale jiné rituály nedodržuje, ani se pravidelně nemodlí. Ve svém pojetí času se soustředí spíše na přítomnost. Je přesvědčená, že co se má stát, to se stane, protože „jinak by se z toho musela zbláznit“.

Sama respondentka se snaží si problémy moc nepřipouštět, „nebrat si všechno do hlavy“. Zdrojem napětí a stresu jí byl v posledním roce rozvod syna a jeho snaha získat děti do vlastní péče. V této oblasti si je rodina vzájemně oporou. Žádné relaxační techniky na zmírnění stresu nevyužívá, myslí si, že se to prostě musí vydržet.

#### **Respondent č. 4**

Čtvrtým respondentem je žena ve věku třicet šest let. Žije se svým o čtyři roky starším manželem a dvěma dětmi z předchozích dvou manželství ve dvoupokojovém bytě v Českých Budějovicích.

Paní v tomto bytě s dětmi žije pět let. Na vlastní náklady si zařídila koupelnu a toaletu, protože původně součástí bytu bylo pouze jedno umyvadlo. S úrovní bydlení paní spokojená není, nejvíce ji trápí vlhkost a plíseň, kvůli které musela již třikrát měnit vybavení bytu. Protože je v bytě velmi chladno, děti respondentky bývají často nemocné. V současné době se respondentka s manželem snaží získat nový byt a doufá, že se již brzy přestěhují. Plíseň v bytě se snaží řešit vysoušením, častým větráním a úklidem, který provádí jednou za dva dny. Úklid obnáší odsunutí nábytku od stěn, jeho vysušení a ošetření nábytku i stěn dezinfekcí. Kdyby nebyl v bytě neustálý

problém s vlhkostí, byla by zde paní vcelku spokojená, přestože je v něm pro čtyřčlennou rodinu málo místa. Jedna místnost slouží jako kuchyň, z níž je příčkou oddělena koupelna, druhá místnost je ložnice s manželskou a dvoupatrovou postelí. Obě místnosti jsou vybaveny televizí. Kuchyň má standardní vybavení včetně spotřebičů.

Respondentka vychovává s manželem své dvě děti – chlapce ve věku patnáct let a osmileté děvče. Manžel má z předchozího manželství jedno již dospělé dítě, se kterým se ale nestýká. Paní je dvakrát rozvedená. Její první manžel byl ve výkonu trestu. Také respondentka strávila osm měsíců ve vězení. Byla odsouzena jako spolupachatelka krádeže. Podle vlastních slov neprávem. V době, kdy byla ve vězení, byly děti umístěny v ústavní péči. Syn respondentky je sluchově postižený a navštěvuje speciální školu. Jeho postižení přičítá bývalému manželovi, který byl v minulosti drogově závislý. Respondentka nechodí do práce, neboť se stará o postiženého syna. Má pouze základní vzdělání, podle svých slov nikdy nepracovala. Se svými sousedy se příliš nestýká, nemá s nimi dobré vztahy. Nelíbí se jí jejich způsob života, připadá jí, že jsou nečistotní a problémoví. Přála by si z tohoto domu odejít. Současný manžel je vyučený soustružník, nyní se ale věnuje jinému zaměstnání.

Respondentka chodí většinou spát okolo jedenácté hodiny večerní, ale často nemůže ještě dlouho usnout. Budí se také během noci a ráno brzy vstává. Udává, že je to zapříčiněno starostmi s bytem, nad kterými musí neustále přemýšlet. Ráno se budí různě, většinou mezi pátou a sedmou hodinou ranní. Ráno vypravuje děti do školy, odvádí je ale manžel. Během dne bývá někdy tak unavená, že nemůže nic dělat a jen sedí. Většinu času tráví doma. Žádné koníčky nemá, volný čas tráví uklízením nebo vařením, případně se dívá na televizi. Děti chodí ve volném čase ven, syn se věnuje posilování. Dcera navštěvuje taneční kroužek ve škole. Respondentka uvádí, že má vždy přehled o tom, kde děti jsou a mají přesně daná místa, kam je zakázáno chodit. Paní má obavy z toho, aby se její děti nedostaly ke drogám a nezničily si život.

Denně má respondentka asi tři porce jídla. Děti užívají také potravinové doplňky, B komplex a hořčík. Paní obvykle vypije během dne asi litr a půl tekutin, hlavně limonády a kávu, ke snídani pije čaj. Děti mají rády také džus a Granko. Paní je zvyklá snídat nějaký druh pečiva, děti jogurt. Respondentka denně vaří teplý oběd. Večeře je



většinou studená – chléb s něčím. Respondentka udává, že děti jsou velmi vybíravé, připravené svačiny často vyhazují, stejně jako navažené jídlo. Respondentka se snaží, aby děti měly každý den ovoce, oblíbené jsou mandarinky. Zeleninu rodina příliš nejí. Obě děti se stravují ve školní jídelně. Téměř každý den je v rodině na oběd nějaký druh masa – vepřové, kuřecí. Dále paní dělá kotlety, halušky, guláš, zelí, rizoto. Pokud nějaké jídlo zbude, vyhazuje se – tedy kromě masa. Nikdo z členů rodiny nedrží žádnou dietu. Součástí bytu je vlastní bojler, takže paní je zvyklá mýt nádobí v teplé vodě s čistícím prostředkem. Po umytí nechává nádobí volně oschnout.

Respondentka se velmi soustředí na osobní hygienu a úklid. Udává, že se sprchuje minimálně třikrát denně a vždy po použití toalety. Kvůli nadměrnému mytí a používání kosmetických přípravků se jí udělal ekzém, se kterým chodila ke kožnímu lékaři. Své návyky ale nezměnila, pouze používá přípravky pro jemnou pleť. Zuby si čistí ráno a večer, k čemuž vede také děti. S mladší dcerou má v této oblasti potíže, protože i večer po vyčištění zubů je zvyklá jíst. Paní trvá na tom, aby měl každý člen rodiny vlastní ručník a děti si denně braly čisté prádlo, což osobně kontroluje. Na holení respondentka používá vlastní pomůcky, které má uloženy stranou od pomůcek manžela a syna. Respondentka říká: „Já musím mít vlastní a chlapi ať si dělají, co chtějí.“ Paní si v bytě na vlastní náklady nechala zbudovat malou koupelnu se sprchovým koutem, umyvadlem, toaletou a pračkou. Bylo jí nepříjemné používat toaletu na chodbě společně s ostatními nájemníky. Respondentka se na osobní hygienu a úklid zaměřuje až přehnaně. Sama se tomu směje a uznává, že to není normální. Zdůvodňuje to tím, že nechce být stejná jako někteří romští obyvatelé domu a přeje si, aby i její děti byly takto čistotné.

Zdraví pro respondentku není příliš důležité, na prvním místě je pro ni řešení bytové situace. O možnosti preventivních prohlídek neví. K lékaři ale chodí pravidelně na kontroly, neboť má zdravotní problémy. Děti lékaře navštěvují pouze pokud si to situace vyžaduje. Kromě povinných očkování nikdo z rodiny jiná očkování nemá. K zubnímu lékaři respondentka dochází, neboť s chrupem měla potíže. Naposledy tam byla před čtrnácti dny a nyní musí jít na dokončení výkonu. Děti na prohlídky chodí méně, pouze pokud je to nezbytně nutné, protože obzvláště mladší dcera má ze zubaře

velký strach. S primární zdravotnickou péčí má respondentka pouze dobré zkušenosti. Respondentka si přesně nevzpomíná, kolikrát již byla hospitalizována. Uvádá, že po napadení svým bývalým manželem byla hospitalizována se zlomeninou nosu. V souvislosti s tímto zraněním potom byla vyšetřována také na neurologii pro bolesti hlavy. Zde nebyla spokojená s péčí lékařů. Podle slov respondentky nevěřili, že má bolesti. Při vyšetřeních po napadení manželem byl náhodně zjištěn útvar v levé dolní končetině. Údajně šlo o nějaký druh nezhoubného nádoru. Respondentka prodělala operaci a nyní se chystá na další. Dále byla paní hospitalizována na psychiatrii, odkud odešla na revers. Zde nebyla spokojená s přístupem sester. V současné době respondentka pravidelně žádné léky nebere, pokud má bolesti operované nohy, vezme si Ibalgin. V minulosti brala kvůli svému psychickému stavu Neurol, v současné době nikoliv. Respondentka od patnácti let kouří, podle svých slov hodně, ale nedokáže říct přesné množství cigaret za den. Alkohol pije zřídka, spíše při zvláštních příležitostech. Sama říká, že jí jsou opilí lidé protivní. Respondentčin bývalý i současný manžel měli problémy s drogami. Prý nešlo o intravenózně podávané drogy, ale současně respondentka nedokáže říct, o jaký druh drog šlo. Sama má jednu zkušenost s konopím. Respondentka nikdy nepoužívala žádný druh antikoncepce. Za svůj život absolvovala čtrnáct umělých přerušování těhotenství. Na otázku, zda neuvažovala o používání prezervativu nebo antikoncepce, odpověděla, že vždycky doufala, že to s partnerem bude fungovat a dítě budou společně vychovávat. Se svým nynějším manželem, kterého si vzala v září 2008, by chtěla mít dítě, ale otěhotnět se jí nedaří. Podle vlastních slov nechápe proč, protože ona je v pořádku. Příčinu připisuje spíše manželovi. Svůj současný zdravotní stav hodnotí respondentka spíše negativně, protože má jít na operaci. Také mívá často psychické problémy – deprese. Pokud je někdo z rodiny nemocný, léčí se doma a respondentka se o něj stará. Protože je v bytě vlhko a chladno, děti jsou často doma s onemocněním dýchacích cest, dcera trpí na záněty močových cest.

Pro respondentku je důležité, aby dobře vychovala děti a měla to, co si přeje, i když si uvědomuje, že všechna přání se jí splnit nemohou. Chtěla by, aby její děti měly hezké mládí a dobrou budoucnost. Vzdělání je pro respondentku velmi důležité. Byla by spokojenější, kdyby její děti chodily do školy, kde není tolik romských dětí. Myslí si, že

by to pro ně bylo lepší. Líbilo by se jí, aby dcera pracovala v kanceláři nebo byla kadeřnice. Je pro ni důležité, aby byla soběstačná, chodila hezky oblečená a dokázala se sama o sebe postarat. Má obavy o budoucnost syna z důvodu jeho zdravotního znevýhodnění. Přála by si, aby se vyučil například kuchařem. Vybírá pro něj taková povolání, při kterých by mu jeho handicap nejméně vadil. Paní nevidí žádnou souvislost mezi vzdělání a péčí o zdraví. Sama se snaží pěstovat zdravý životní styl – jako příklad udává, že kupuje ovoce, vitaminy, džusy a jogurty. Respondentka nevyznává žádné náboženství. V životě se soustředí spíše na budoucnost.

V minulosti strávila respondentka osm měsíců ve výkonu trestu. V tomto období byly děti umístěny v ústavním zařízení, tudíž byla respondentka klidná, že je o ně postaráno. Příbuzným je světit nechtěla. V současné době si dělá starosti hlavně s bydlením a doufá, že se z nynějšího bytu již brzy odstěhují. Oporou je jí v této oblasti manžel, který jí říká, aby si to tolik nebrala.

### **Respondent č. 5**

Respondentce je dvacet dva let a pochází z Českých Budějovic. Ve svém stávajícím bytě žije do narození. Nyní jej obývá sama se svojí osmi měsíční dcerou. Dříve v bytě bydlela také teta a sestra respondentky s rodinou. Teta zemřela na rakovinu a sestra se odstěhovala do jiného bytu v témže domě. Matka respondentky zemřela v padesáti letech také na rakovinu, s otcem se respondentka nestýká. Byla s ním v kontaktu pouze po jeho návratu z vězení, nyní o něm nic neví. V současné době respondentka provádí rekonstrukci bytu. V minulosti zde byly problémy s vlhkostí a plísní, ale nyní je vše v pořádku, podle respondentky díky jejímu zásahu. Byt má vlastní koupelnu i toaletu, je v něm teplá voda a plyn. Respondentka se domnívá, že po ukončení rekonstrukce bude s kvalitou bydlení spokojená.

Respondentka je svobodná a se svým přítelem má jednu dceru. Přítel s respondentkou nebydlí v jedné domácnosti. V současné době je respondentka na mateřské dovolené. Potýká se s finančními problémy, protože podle vlastních slov nebere žádnou podporu. Finančně jí vypomáhá její přítel. Respondentka má základní

vzdělání. Studovala obor prodavačka na odborném učilišti, ale v posledním ročníku byla vyhozena, dle respondentky za jednu neomluvenou hodinu. Od té doby je hlášena na Úřadu práce. Do zaměstnání ale nikdy nechodila, občas chodila na brigády. Práce pro respondentku není příliš důležitá, živí ji její přítel. Se sestrou se respondentka nestýká, podle vlastních slov nemají moc dobré vztahy. Ostatní nájemníky v domě nezná.

Respondentka nechodí spát pravidelně v určitou dobu. Několikrát za noc se ale budí k dceři. Podle slov respondentky zlobí a nechce spát. Okolo šesté hodiny ráno bývá respondentka již vzhůru. Během dne je často unavená a někdy si musí jít lehnout spolu s dcerou. Většinu času jí zabere péče o dítě, dále se věnuje vaření a úklidu. Respondentka není zvyklá sportovat, nikdy se žádnému sportu nevěnovala. Občas chodí na procházky s kočárkem. Většinou ale odpočívá pasivně – dívá se na televizi.

Během dne má respondentka minimálně pět porcí jídla – mezi snídaní, obědem a večeří vždy něco menšího sní. Protože stále kojí svoji dceru, snaží se jíst zdravě. Žádné doplňky stravy neužívá. Mezi obvyklá jídla respondentky patří knedlíky jako příloha, ale také na sladko, zelí, těstoviny, polévky. Maso respondentka příliš nejí, pokud ano, tak vepřové. Většinou je má asi jednou týdně. Ovoce a zelenina není u respondentky příliš častá. Za obvyklou snídani považuje rohlík se salámem nebo jogurt. Na svačinu má také nějaký druh pečiva. Večeře bývají studené i teplé, podle chuti. Obvykle chléb, polévka nebo vajíčka. Respondentka není zvyklá schovávat již uvařené jídlo do dalšího dne. Sama uvádí, že zbytky moc jíst nechce. Pouze jídlo uvařené večer je ochotná sníst následující ráno. Co ale nevyhazuje nikdy, je maso. Denně respondentka vypije asi litr a půl tekutin. Nejčastěji čaj nebo limonády. Během dne vypije jeden šálek kávy na povzbuzení. Protože v průběhu dne spotřebuje pouze malé množství nádobí, je respondentka zvyklá oplachovat je pouze pod tekoucí vodou. Respondentka ani nikdo z rodiny ze zdravotních důvodů žádnou dietu nedrží.

Respondentka je zvyklá se sprchovat vždy ráno a během dne ještě několikrát, neboť se umývá vždy po použití toalety, pokud byla na toaletě. Volí raději teplejší vodu. Vyhovuje jí sprchování, přestože má k dispozici také vanu. Zuby si čistí jednou denně – ráno. Nyní bydlí sama, ale když s ní v bytě žila také sestra s tetou, používaly na osobní hygienu každá svoji osušku a potřeby na holení. Respondentka ale připouští, že někdy

došlo k tomu, že omylem použila jiné holčičí potřeby než svoje. Je přesvědčena, že na tom tak zas tak moc nezáleží. Respondentka je zvyklá si umývat ruce vždy po použití toalety. Respondentka má k dispozici vlastní pračku.

Zdraví je pro respondentku důležité hlavně kvůli dceři. Chce být zdravá, aby jí mohla dobře vychovat. Přestože je přesvědčená, že zdraví je důležité, nějak významně se o něj podle svých slov nestará. Se dcerou chodí do poradny a na očkování, sama ale lékaře navštěvuje jen v nezbytných případech. Od návštěvy ji odrazuje zavedení poplatků u lékaře. Domnívá se, že preventivní prohlídky jsou dobré pro děti, ona že je už nepotřebuje. K zubnímu lékaři by měl člověk podle respondentky chodit jednou ročně. Ona sama u něj byla nedávno na trhání zubu. V dohledné době se chystá na další návštěvu, neboť si chce nechat udělat zub nový. Nyní s návštěvou ale čeká z finančních důvodů. Respondentce se dlouhou dobu nedařilo otěhotnět, proto navštěvovala gynekologa pravidelně. Z tohoto důvodu je přesvědčená, že ženy by neměly gynekologické prohlídky zanedbávat. Myslí si, že ženy by měly chodit ke gynekologovi dvakrát za rok. S primární zdravotnickou péčí má pouze kladné zkušenosti. Respondentka byla hospitalizována na gynekologii. V sedmnácti letech byla hospitalizována s bolestí břicha a byly jí diagnostikovány srůsty a cysty na vaječnicích, které musely být řešeny operativně. Podle vlastních slov jí hrozilo, že už nebude moci mít děti. V důsledku těchto problémů měla problémy s otěhotněním. Dále byla hospitalizována v době těhotenství na pozorování. Z nemocnice ale odešla na revers, neboť se neshodla se sousední pacientkou. Třetí hospitalizace respondentky souvisela s porodem dcery. Nyní respondentka nebere pravidelně žádné léky, pouze pokud má bolesti zubů, tak si bere Ibuprofen. Respondentka kouří až tři krabičky denně. Už si přesně nevzpomíná, kdy začala, ale bylo to někdy na základní škole. Kouřit nepřestala ani v těhotenství. Po dohodě s lékařem se snažila kouření alespoň omezit. Alkohol respondentka nepije podle svých slov vůbec. Respondentka přiznává, že má zkušenosti s drogami. Užívala je intravenózně i v době těhotenství. Přestala až v pátém měsíci těhotenství. Z tohoto důvodu se bála o zdraví dítěte. Nyní se ale zdá, že je dcera v pořádku. V současné době již dle vlastních slov respondentka žádné drogy neužívá. S partnerem nepoužívala nikdy žádnou antikoncepci, protože si přála otěhotnět. Myslí si

ale, že partneři nemusejí používat prezervativ, pokud si jsou věrní. V současné době se cítí dobře. Kromě výše uvedených problémů neprodělala respondentka žádnou vážnější nemoc. Všechna svá onemocnění se snaží řešit sama.

Pro respondentku je nejdůležitější její dcera, zdraví, rodina a přítel. Domnívá se, že do jisté míry život určuje osud, ale člověk může hodně věcí také ovlivnit sám. Vzdělání respondentka nepřikládá velkou váhu, ale přála by si, aby její dcera nějakou školu vystudovala. Líbilo by se jí, kdyby byla tanečnicí. Není si jistá, zda vzdělání a péče o vlastní zdraví spolu mohou souviset. Spíše se domnívá, že nikoliv. Respondentka je věřící. Její přítel patří mezi Svědky Jehovovi. Když se respondentce nedařilo otěhotnět, začala se na radu přítele modlit k Jehovovi a za několik týdnů otěhotněla. Je přesvědčená, že to je jeho zásluhou. Nyní respondentka žádné náboženské rituály neprovádí. Víra je pro ni ale po této zkušenosti velmi důležitá a spoléhá se na ni. Respondentka se soustředí ve svém životě spíše na přítomnost. Zároveň ale také připouští, že často myslí na budoucnost své dcery.

V posledních dvou letech musela respondentka řešit nevěru svého přítele, se kterým se ale nakonec usmířila. Mezi krizové situace, které musela zvládnout, bylo také úmrtí rok a půl starého synovce, jehož příčina nebyla podle respondentky objasněna a úmrtí tety, kterou si den před její smrtí vzaly se sestrou z nemocnice domů. Pro respondentku bylo obtížné se o tetu před smrtí starat, podle vlastních slov nic tak hrozného ještě nezažila. V tomto období jí byl oporou přítel. V současné době respondentka cítí, že se situace již uklidňuje. Pokud nyní cítí nějaké napětí nebo stres, je to kvůli neshodám se sestrou. Snížit napětí jí pomáhá přítel nebo dcera.

### **Respondent č. 6**

Šestou respondentkou je čtyřiašedesátiletá žena. Její rodina pochází ze Slovenska, odkud se po válce postupně přestěhovali do Českých Budějovic. Zde bydlí se svým synem a jeho rodinou v bytě 2 + 1. Paní před dvaceti lety ovdověla. Muž zemřel v padesáti letech na náhlé selhání srdce.

S bydlením je paní celkem spokojená, i když by se jí líbilo, kdyby se přestěhovali do vlastního bytu. Bojí se ale, že by nastala situace, že by nemohli splácet hypotéku, a proto zůstávají v podnájmu. V bytě se objevuje plíseň, na kterou asi jednou měsíčně používají Savo. Z důvodu plísně a vlhkosti bývají vnučata častou nemocná, v době rozhovoru je hospitalizována rok a půl stará vnučka respondentky s onemocněním dýchacích cest. V jedné místnosti spí respondentka se svými dvěma vnuky, v druhé místnosti syn a snacha respondentky se zbývajícími dvěma dcerami. Třetí místnost slouží jako kuchyň a jídelna. Byt má vlastní koupelnu a toaletu, které ale nejsou přímo součástí bytu, ale nacházejí se přes chodbu. K tomuto příslušenství má přístup pouze rodina respondentky.

Paní je vdova. Má celkem dvanáct dětí a dvacet pět vnučat. Všechny děti bydlí v Českých Budějovicích a respondentka je s nimi v kontaktu. Nyní žije se synem, jeho manželkou a čtyřmi dětmi – chlapci ve věku osm a devět let, dívky ve věku šest a jeden a půl roku. Snacha je v současné době na mateřské dovolené s nejmladší dcerou, syn je vyučený zedník, ale pracuje jako dělník a dělá výkopy. Respondentka má na starosti vaření a pomáhá s péčí o děti. Snacha se stará o úklid domácnosti a připravuje děti do školy. Respondentka má se sousedy dobré vztahy. Vzájemně si vypomáhají při odvádění a vyzvedávání dětí ze školy. Respondentka má základní vzdělání. Respondentka se domnívá, že je důležité, aby v dnešní době měl člověk práci a vlastní bydlení. Podle vlastních slov celý život pracovala. Nevystřídala mnoho zaměstnání, protože všude strávila dlouhou dobu. Nejdéle pracovala v sodovkárně a v Masných krámech.

Vnučata respondentky chodí spát kolem půl osmé a osmé večerní. Respondentka většinou usíná při televizi chvíli po vnučatech. Ráno vstává v šest hodin, aby nachystala rodině snídani a vypravila děti do školy. O víkendu bývají vnučata v osm hodin již vzhůru. To respondentce nevyhovuje, protože by si chtěla o víkendu přispat. Denně tedy spí přibližně devět hodin. Někdy se během dne cítí unavená, ale v tom případě si jde večer dříve lehnout. Ve dne spát nechodí nikdy. Dopoledne bývá doma sama se snachou a vnučkou. Věnuje se většinou vaření nebo drobnému úklidu. Odpoledne se věnuje vnučatům, chodí s nimi na hřiště nebo dělá úkoly. Pokud si chce

odpočinout, dívá se na televizi. Dříve rodina vlastnila zahrádku, takže respondentka trávila čas zde. To jí vyhovovalo, neboť si sami vypěstovali vlastní zeleninu a nemuseli za ni utrácet peníze. Vnoučata respondentky chodí do školní družiny a na kroužek tance.

Respondentka má denně tři porce jídla, mezi hlavními jídly vždy něco sní. Nepoužívá žádné potravinové doplňky. Většinou pije čaj nebo čistou vodu, rodina vodu se sirupem, vnoučata také mléko. Respondentka nedokáže odhadnout, jaké množství tekutin denně vypije. Respondentka s rodinou nejčastěji snídá chleba s máslem a se salámem, někdy upeče na snídani koláč. Respondentka vaří každý den, podle vlastních slov „pravá cikánská jídla“. Různé druhy omáček, halušky, fazole, plněné taštičky, vepřové maso, řízky, brambory, bramborovou kaši. Dětem kupuje rodina pomeranče, jablka a banány, zelenina je méně častá. Maso se snaží mít v nějaké formě každý den, pokud ne k obědu, tak alespoň na snídani nebo na večeři salám. Večeře jsou v rodině také teplé. Respondentka není zvyklá zbylé jídlo od oběda vyhazovat. Podle respondentky nemají tolik peněz, aby mohli vyhazovat jídlo. Zbylé jídlo respondentka skladuje v lednici a rodina je často mívá právě k večeři. Děti se stravují ve školní jídelně. Po příchodu domů si ale dají domácí oběd. Protože je respondentka po operaci tlustého střeva, snaží se při vaření dodržovat určitá pravidla. Vyhýbá se pečeným a smaženým jídlům, většinou vše vaří nebo dusí, jídla dělá méně kořeněná. Na dodržování diety si pomalu zvykla. V bytě teče teplá voda, respondentka myje nádobí ručně a při mytí používá čistící prostředek.

K bytu patří koupelna se sprchovým koutem a toaletou, která se nachází přes chodbu. Klíče od ní má ale pouze rodina respondentky. Paní se sprchuje jednou za dva dny, v létě jednou i dvakrát denně, protože nemá ráda, když je zpocená. Zuby si respondentka čistí každý den ráno. Vnoučata se sprchují také jednou za dva dny. Na sprchování jim respondentka dává vždy jeden čistý ručník dohromady, kvůli úspoře prádla. Dospělí členové domácnosti mají ručník každý svůj. Respondentka udává, že vnoučata v současné době baví si čistit zuby, berou to jako zábavu, a proto si je čistí i několikrát denně. Pravdou ale je, že večer i po vyčištění zubů ještě jedí. V současné době v rodině používá pomůcky k holení pouze syn respondentky. Paní ale udává, že když ještě v bytě žil manžel a ostatní synové, tak měli muži v rodině každý vlastní



pomůcky, protože se stávalo, že měli na tváři vyrážky nebo pupínky a báli se případného přenosu. Během dne si respondentka umývá ruce většinou po použití toalety. Rodina vlastní automatickou pračku.

Respondentka si pod pojmem zdraví představuje, že člověk může chodit do práce, ven, odpočívat a nevádí mu horko ani zima. Na zdraví dbá hlavně u svých vnoučat, u sebe pouze částečně. Dodržuje sice léčebný režim a dietu, ale zároveň se nemůže zbavit kouření. Respondentka udává, že ví o možnosti preventivních prohlídek a využívají je, když jsou na očkování s vnoučaty. Sama chodí k praktickému lékaři jednou měsíčně pro léky a na kontrolu. Jiná očkování kromě povinných nikdo z rodiny nemá. K zubnímu lékaři chodí respondentka nepravidelně a pouze v nezbytně nutných případech, až když to bolí. Myslí si, že by bylo vhodné chodit na prohlídky jednou za rok. Ke gynekologovi chodila respondentka pouze v případě těhotenství a porodu, jinak ne. Ale je přesvědčená, že by se o to ženy měly starat a chodit k lékaři každého půl roku, neboť její dcera onemocněla rakovinou děložního čípku. S primární zdravotnickou péčí vždy byla a je spokojena. Respondentka byla hospitalizována kromě porodů také z důvodu implantace kardiostimulátoru a pro nádor tlustého střeva. Když byla po operaci tlustého střeva, byla jí vyvedena dočasná stomie. Respondentka podotýká, že se jí nelíbil přístup lékařů, kteří ji na tuto skutečnost údajně nepřipravili a ani se nezmínili, že tato situace může nastat. Matka respondentky zemřela v osmdesáti pěti letech podle slov respondentky na stáří, otec v padesáti letech na cévní mozkovou příhodu. Respondentka pravidelně bere léky na srdce, nedokáže ale říct, které to jsou. Od patnácti let kouří respondentka osm až devět cigaret denně. Respondentka uznává, že je to špatné a podotýká, že ji od toho rodina odrazuje. Ona to ale nemůže vydržet. Pokud kouří, tak pouze venku, nikdy ne doma. Alkohol nepije vůbec, protože jí nechutná. Respondentka se s žádnými drogami nesešla a ani neví o nikom ze svého okolí, kdo by s drogami měl zkušenosti. V této souvislosti se ale bojí o vnoučata. S manželem používali k prevenci otěhotnění nitroděložní tělíčko, které se měnilo jednou za pět let. Tato metoda respondentce vyhovovala. Paní si myslí, že není nutné, aby partneři používali při pohlavním styku prezervativ jako ochranu proti pohlavně přenosným chorobám, pokud si jsou věrní. V současné době se respondentka cítí docela dobře, ale

má obavy z možného nachlazení, a proto ven příliš nevychází. V minulosti respondentka trpěla na závratě, bylo jí slabo a zadýchávala se. Po lékařském vyšetření bylo rozhodnuto o implantaci kardiostimulátoru. Nádor tlustého střeva se u respondentky projevil krví ve stolici. Podle vlastních slov k lékaři přišla „za pět minut dvanáct“. Žádná další závažná onemocnění či úrazy respondentka neprodělala. Pokud je některý z členů domácnosti nemocný, stará se o něj respondentka se snachou. Nejmladší vnučka je ale nyní hospitalizována. K návštěvě lékaře přistupuje respondentka v případě, že onemocnění není schopná zvládnout sama domácími metodami. Paní udává, že i matku měli doma, než zemřela. U Romů je to podle respondentky tak zvykem.

Pro respondentku je v životě důležité zdraví a dobře spát. Respondentka je přesvědčená, že každý má život takový, jaký si jej udělá, i když připouští, že do určité míry věří také v osud. Přestože má respondentka základní vzdělání, je pro ni vzdělání důležité a vždy chtěla, aby její děti nějakou školu vystudovaly. Děti respondentky pracují jako bagrista, zedník, švadlena, ošetřovatelka. Paní by si přála, aby se její děti měly dobře, pracovaly a měly všechno svoje. Otázce o souvislosti vzdělání a péči o vlastní zdraví respondentka nerozumí, ale dodává, že je důležité se o své zdraví starat. Respondentka vyznává katolickou víru, ale žádné rituály nedodržuje, do kostela nechodí. Občas se modlí doma. Náboženství pro ni není příliš důležité. V životě se soustředí spíše na přítomnost, protože podle vlastních slov: „Kdybych se měla starat co bude, tak se z toho zblázním.“

V posledních dvou letech se musela respondentka vyrovnat s matčinou smrtí. Příčinou stresu byla také operace respondentčina bratra, kterému byly následkem pracovního úrazu amputovány dva prsty u nohy. Oporou v krizových situacích jsou respondentce děti. V běžném životě je příčinou napětí strach o děti a vnoučata. Respondentka se o ně bojí, když například jedou někam autem. Nejčastěji respondentka relaxuje při sledování televize.

## **Respondent č. 7**

Respondentkou číslo sedm je sedmatřicetiletá žena, která žije se svým druhem a třemi dětmi z předchozího manželství v bytě 2 + 1 v Českých Budějovicích.

Ve stávajícím bytě rodina žije jeden rok. Až na vysoký nájem jsou zde celkem spokojeni. Postupně si byt zařizují. Peníze získávají pomocí půjček, ale vždy si berou novou půjčku až po splacení té předchozí. Z minulého bytu byli vystěhováni podle slov respondentky z ničeho nic a bez udání důvodu, a proto mají obavy, aby se situace neopakovala. Jedna z místností slouží jako obývací pokoj a ložnice, ve které spí respondentka s dcerou na manželské posteli a druh s jedním ze synů mají každý jednu pohovku. Nejstarší syn obývá druhý pokoj. V bytě je také malá komora, ve které je nyní uložen nepotřebný nábytek a nepořádek po stěhování. Rodina ale má v plánu místnost opravit a použít ji jako další dětský pokoj. Součástí bytu je také koupelna s vanou a toaleta.

Respondentka je rozvedená, z předchozího manželství má dva syny ve věku patnáct a deset let a osmiletou dceru. Nyní v bytě žije se svým přítelem. Respondentka je v domácnosti, stará se tedy o děti, vaří a uklízí, přítel chodí do zaměstnání. Ostatní sousedy v domě moc neznají, ale nikdy s nimi nemuseli řešit žádné problémy. V domě bydlí teta respondentky, se kterou se vídají každý den, a také mladší sestra respondentky. Se sestrou se ale paní nestýká, protože si v současné době příliš nerozumí a respondentka nesouhlasí se jejím stylem života. Respondentka v současné době nepracuje, vyhovuje jí být v domácnosti. V minulosti byla zaměstnána jako uklízečka v nemocnici, ale vytvořila si zde alergii na dezinfekční prostředky a s prací musela skončit. Občas respondentka vykonává různé sezónní práce. Přítel je zaměstnán v Gamexu České Budějovice.

Respondentka chodí spát nepravidelně. Má potíže s usínáním. Často se jí stává, že v noci vstane a jde si vyčistit zuby. V noci spí asi čtyři až pět hodin. Ráno vstává s dětmi do školy v sedm hodin, po jejich odchodu si jde ještě lehnout. Přes den bývá unavená a občas jde spát i během dne. Když jsou děti ve škole, respondentka vaří a stará se o domácnost. Volí spíše pasivní odpočinek, ve volném čase se dívá na televizi, čte

časopisy, plete a háčkuje. Žádnému sportu či cvičení se pravidelně nevěnuje. Dcera chodí na kroužek tance a zpívání, oba syny baví sport a chodí hrát fotbal.

Podle respondentky se v rodině jí pořád. Paní vaří teplé obědy a večeře a děti jsou zvyklé vzít si jídlo, když mají hlad nebo chuť. Respondentka vychází z toho, že děti už jsou velké a měly by se o sebe dokázat postarat. Respondentka udává, že při vaření se snaží vyhovět všem členům rodiny a dělá tedy i více druhů jídel. Záleží to ale také finanční situaci. Respondentka neužívá žádné potravinové doplňky, ale udává, že děti mají vitamíny z ovoce – nejčastěji respondentka kupuje jablka, banány, mandarinky. V rodině se pije voda se sirupem, pokud jsou peníze, tak respondentka nakoupí do zásoby limonády. Respondentka pije kávu, asi dva šálky denně. Děti pijí mléko s Grankem a do školy si nosí uvařený čaj. Denně respondentka vypije asi litr tekutin. Za typickou snídani je považován chleba nebo rohlíky s pomazánkou nebo s máslem a salámem. Někdy respondentka upeče koláč. Maso na oběd nebývá každý den, vše záleží na tom, kolik má rodina právě peněz. Jako hlavní jídlo respondentka vaří fazole, halušky, romské jídlo z brambor gomboda. Večeře bývají teplé i studené, děti mají rády na večeři smažený sýr s hranolkami, ale podle respondentky mívají také palačinky, jogurt, vajíčka nebo ovoce. Jídlo respondentka zásadně nevyhazuje, zbytek oběda má rodina většinou na večeři, nebo respondentka nosí oběd tetě. Respondentka vyhazuje pouze méně hodnotná jídla, např. uvařenou polévku ze sáčku. Děti dříve chodily na oběd do školní jídelny, ale protože zde nebyly spokojeny, tak se nyní stravují doma. Žádný ze členů rodiny nedrží ze zdravotních důvodů žádnou dietu. Respondentka umývá nádobí ručně, používá čistící prostředek. Umyté nádobí nechává volně oschnout.

Respondentka má velmi ráda koupel ve vaně. Udává, že se denně myje dvakrát, někdy i častěji. Je to pro ni současně také relaxace. Vodu má ráda spíše hodně teplou. Zuby si respondentka čistí vždy ráno a potom během dne ještě několikrát. Sama udává, že si zuby čistí i v noci, když nemůže spát. Děti si ale čistí zuby pouze ráno, někdy se stane, že si zuby nevyčistí vůbec. Respondentka je k tomu nenuť. Respondentka udává, že každý člen rodiny vyžaduje vlastní ručník, a proto jich mají velkou spotřebu. Všechny děti také chtějí mít vlastní hygienické přípravky – zubní pastu, šampon, sprchový gel, deodorant, parfém. Respondentka se jim v tomto snaží vyjít vstříc.

V současné době pomůcky na holení používá přítel respondentky a nejstarší syn. Také oni mají každý své potřeby na holení, respondentka si myslí, že je to třeba. Respondentka si někdy půjčuje od tety epilátor, žiletku ale nepoužívá. V bytě je vlastní koupelna a toaleta. Respondentka si umývá ruce po použití toalety. Prádlo pere v automatické pračce. Obvykle pere každý den.

Zdraví je pro respondentku přepych. Znamená pro ni, že člověk může všechno dělat, může spát, bavit se, vypadá dobře, může jít na procházku. Sama respondentka přiznává, že pro své zdraví nic nedělá. Doslova říká, že kouří, pije a rozčiluje se. Myslí si ale, že stres ovlivňuje zdraví člověka více než cigarety. Respondentka ví o možnosti preventivních prohlídek a využívá je s dětmi. Preventivní prohlídky podle respondentky mají smysl, ale přála by si, aby lékařka někdy dětem udělala laboratorní vyšetření krve. Respondentka uvažuje: „Jak poznám, že je alergický nebo že mu koluje v krvi infekce?“ Sama respondentka ale k praktickému lékaři nechodí. Kromě povinných očkování děti jiná očkování nemají. Respondentka je chtěla nechat naočkovat proti chřipce a meningokovi, ale dosud na očkování neměla peníze. Respondentka byla u zubního lékaře naposledy v roce 2003, kdy se jí ulomil zub. Děti chodí na prohlídky se školou. Respondentka si myslí, že k zubnímu lékaři i gynekologovi by se mělo chodit na prohlídky dvakrát ročně. Sama byla u gynekologa v lednu, kdy samovolně potratila dvojčata, která čekala. Respondentka prodělala sedm interrupcí. S primární zdravotnickou péčí měla dobré zkušenosti do okamžiku, kdy respondentce zemřel rok a půl starý syn. Podle lékařky byla důvodem úmrtí dehydratace. Respondentka si tím ale není jistá, protože syna do té doby bez problémů kojila a nikdy si nevšimla nějaké změny v jeho chování. V den jeho úmrtí je doma navštívila dětská lékařka, aby provedla plánované očkování. Respondentka udává, že syn byl trochu nachlazený a lékařka jej přesto naočkovala. Paní neví, co se stalo, ale myslí si, že to mohlo mít na jeho zdravotní stav negativní vliv. Respondentka byla hospitalizována pouze na gynekologickém oddělení po porodech a interrupcích. Zde byla vždy s poskytnutou péčí spokojena. Matka respondentky zemřela na rakovinu. Byla hospitalizována, ale respondentka nebyla spokojena s necitlivým přístupem lékařů. V době úmrtí syna užívala respondentka léky na uklidnění, nyní pravidelně neužívá žádné léky. Respondentka

kouří od třinácti let, jednu až dvě krabičky denně. Dětem kouření nezakazuje, nechává je, aby se rozhodly samy. Respondentka výjimečně pije alkohol, většinou je to u příležitosti návštěvy u kamarádky. Obvykle pije víno. Respondentka nikdy žádnou drogu nezkusila, ale ví, že její sestra drogy užívala intravenózně i v době těhotenství. V polovině těhotenství ale přestala. Respondentka užívala hormonální antikoncepci a také injekce, přesto ale sedmkrát otěhotněla. Tuto situaci řešila interrupcí. Respondentka se domnívá, že pokud jsou si partneři věrní, tak nemusí používat při pohlavním styku prezervativ jako ochranu proti pohlavně přenosným chorobám. Svůj nynější stav respondentka nehodnotí pozitivně. Udává, že má chřipku, bolesti zad a kýlu. Na bolest si občas bere Ibuprofen, ale také jí pomáhá, když jí děti záda namasírují. Pokud je některé z dětí nemocné, léčí se doma a respondentka se o něj stará. Paní udává, že její teta zemřela doma za přítomnosti celé rodiny a kněze. Myslí si, že byla spokojená, ale sama respondentka není přesvědčená, že by si přála totéž.

Nejdůležitější je pro respondentku zdraví, děti, rodina a peníze, protože bez nich to nejde. Respondentka si přeje, aby její děti byly šťastné a zdravé. Podle respondentky život ovlivňuje osud. Respondentka je přesvědčena, že vzdělání je důležité, ale jde to i bez něj. Ona sama má základní vzdělání a v současné době je hlášena na Úřadu práce. Nejstarší syn respondentky se nyní bude hlásit na učiliště, chce být automechanikem. Respondentce by se ale líbilo, kdyby byl policista, nebo romský asistent ve škole či na úřadě. U dcery by chtěla, aby se vyučila prodavačkou nebo byla učitelka v mateřské škole. Respondentka je přesvědčená, že to nezáleží pouze na dětech samotných, ale také na okolních lidech, protože má nyní negativní zkušenosti se synovou učitelkou. Otázce ohledně možné souvislosti péče o zdraví a vzdělání respondentka neporozuměla a neumí na ni odpovědět. Paní je věřící a chodí do kostela. Víra jí pomohla vyrovnat se s ztrátou syna. Ve svém životě se soustředí spíše na budoucnost. Má starosti, zda budou mít střechu nad hlavou, vlastní zázemí a věří, že se jim podaří získat hypotéku na byt.

V posledních dvou letech se respondentka musela vyrovnat s úmrtím syna, tety a s vážným onemocněním druhé tety. Oporou ve zvládnání těžkých životních situací je respondentce její rodina – děti, přítel a teta. Respondentka si uvědomuje, že zažívá napětí každý den, hlavně v souvislosti s dětmi a se sestrou. Paní ale věří, že postupem

času se jejich vztah urovná. Když se potřebuje uklidnit, většinou si jde popovídat za tetou

### **Respondent č. 8**

Osmým respondentem je pětáctyřicetiletá žena a její o pět let starší manžel, kteří žijí se svými pěti dětmi a jedním vnoučetem ve dvou pokojovém bytě v Českých Budějovicích.

V nynějším bytě žije rodina asi čtyři měsíce. V minulosti bydleli v obytné chatce za městem, poté dostala respondentka s dětmi místo v azylovém domě. Zde ale nebyla spokojená, podle vlastních slov to tam bylo jako ve vězení. V době, kdy přebývala v azylovém domě, byl její muž a nejstarší syn na ulici. „Přespávali jsme, kde se dalo, hlavně na lavičkách,“ udává manžel. K tomuto bytu se dostali přes známého. S bydlením je rodina vcelku spokojená, přestože v bytě neteče teplá voda a nemá vlastní koupelnu a toaletu. Vzhledem k tomu, že v bytě žije osm lidí, by rodina uvítala ještě alespoň jednu místnost navíc. První z místností slouží jako kuchyň a je zde umístěna také patrová postel, na které spí čtyři z dětí. Druhá místnost funguje jako ložnice a obývací pokoj, je vybavena televizorem, obývací stěnou, manželskou postelí a pohovkou, na které spí nejstarší syn. Paní má v bytě potíže s vlhkostí a plísní, snaží se to řešit častým větráním. Nábytek není umístěn přímo u stěny, aby nedošlo k jeho poškození.

Respondenti vychovávají pět vlastních dětí - chlapce ve věku 21, 13, 12 let a dívky ve věku 9 a 5 let. V rodině také žije tříletá vnučka manželů, kterou opustila její matka – třetí dcera manželského páru. S ní manželé nejsou v kontaktu, vnučka je v jejich péči. Respondentka se v mládí živila úklidem v restauraci, nyní již je delší dobu hlášena na Úřadu práce. Pracovat se ale nechystá, plánuje být doma s dětmi. Její manžel je v současné době také hlášen na Úřadu práce, podle vlastních slov mu ale nikdy žádnou pořádnou práci nenabídli. Ve výběru práce je limitován svými zdravotními problémy – je po operaci žaludku a má potíže se zády. Muž tedy využívá možnosti sezónních prací, brigád a nebo práce „na černo“. Nejstarší syn nyní pracuje jako dělník.

Paní udává, že chodí s manželem spát mezi jedenáctou a dvanáctou, děti většinou usínají po osmé hodině večerní. Paní s manželem ráno vstává asi v šest hodin, aby stihla děti vypravít do školy. Respondentka udává, že bývá někdy přes den unavená, ale odmítá, že by proti únavě něco dělala. Podle vlastních slov to musí vydržet. Když jsou děti ve škole, respondentka je doma s nejmladšími dětmi. Dopoledne se věnuje vaření a úklidu. Paní ani její manžel se nevěnují žádné zájmové činnosti nebo volnočasové aktivitě. Pokud odpočívají, tak doma u televize, nebo si povídají se sousedy, či jdou s dětmi na hřiště. Děti po vyučování chodí domů, nevyužívají služeb školní družiny. Jednou týdně chodí do kroužku tance a chlapani na fotbal.

Respondentka není schopna říct, kolik porcí jídla denně rodina má, protože mezi snídaní, obědem a večeří vždy něco sní. Podle respondentky jedí v podstatě nepřetržitě. Rodina nepoužívá žádné doplňky stravy, děti mají podle rodičů vitamíny z ovoce a zeleniny. Nejčastěji jde o jablka a mrkev. Respondentka nedokáže odhadnout obvyklý příjem tekutin. Manžel k tomu dodává, že pijí většinou limonády a celá rodina vypije asi čtyři dvoulitrové lahve denně. Děti občas pijí mléko nebo kakao, respondentka má denně asi dva šálky kávy. Na snídani respondenti obvykle mívají rohlíky se salámem, někdy párky nebo smažená vajíčka. Oběd vaří paní každý den teplý – guláš, svíčková, řízky, halušky, francouzské brambory. Jak přílohu nejčastěji volí brambory. Těstoviny a rýži zřídka. Večeře bývají v rodině také teplé, obvykle jsou srovnatelné s hlavním jídlem. Pokud nějaké jídlo na oběd nebo na večeři zbude, rodina je spotřebuje následující den. Respondentka udává, že jídlo nevyhazuje z ekonomických důvodů, neboť je většinou použije na přípravu příštího oběda. Uvařené jídlo obvykle skladují v troubě, případně v hrnci na sporáku. Podle respondentky záleží na druhu uvařeného pokrmu. Do chladničky dává respondentka uvařené jídlo pouze v případě, že v ní je dostatek místa. Školou povinné děti se stravují doma. V současné době nikdo z rodiny nedrží ze zdravotních důvodů žádnou dietu. Pouze manžel po operaci žaludku měl dodržovat určitá opatření, ale podle jeho vlastních slov se nyní stravuje normálně a neomezuje se, stejně jako neužívá předepsané léky. Hlavním důvodem je to, že dle jeho názoru je dodržování diety drahé a nikdo mu na to nic nepřispěje. Protože v bytě



neteče teplá voda, na mytí nádobí si ji respondentka ohřívá v hrnci. Je zvyklá používat čisticí prostředky.

Respondentka přiznává, že s mytím je to v rodině složitější, vzhledem k absenci teplé vody a koupelny. Dospělí členové domácnosti se proto myjí jednou za dva dny, děti méně často. Na mytí rodina používá dětskou vaničku, do které si ohřejí vodu na kamnech. Vzhledem k obtížné situaci je respondentka schopná se mýt i v chladnější vodě, dle vlastních slov je zvyklá. Zuby si všichni členové domácnosti čistí vždy ráno. Respondentka přiznává, že večerní hygiena dutiny ústní není pravidlem. Ani děti k ní nejsou vedeny, vše závisí na vůli každého člena domácnosti. K tomu manžel dodává, že nechtějí děti nikdy do ničeho nutit. Dospělí členové domácnosti používají na utírání každý vlastní ručník, děti používají z úsporných důvodů osušku dohromady. V rodině používá pomůcky na holení manžel a nejstarší syn. Dle respondentových slov se výjimečně stane, že by si holení museli půjčovat, neboť mají každý své. Syn má s jejich půjčováním negativní zkušenosti – jednou si půjčil pomůcky na holení od kamaráda a měl po té kožní problémy. Od té doby si na půjčování pomůcek na holení dává pozor. Rodina používá toaletu s ostatními nájemníky domu, která je umístěna na chodbě. Respondentka udává, že ruce si myje po použití toalety. K tomu se snaží vést také děti, ale přiznává, že se její snaha míjí účinkem. Rodina má k dispozici starší klasickou pračku.

Pod pojmem zdraví si manžel respondentky představuje, že člověk může všechno dělat. Pokud je člověk nemocný, nemůže dělat nic. O vlastní zdraví se respondenti příliš nestarají, přejí si, aby byli zdraví, ale žádnou speciální aktivitu nevyvíjí. Respondent je přesvědčen, že pokud člověk chce žít zdravě, musí mít peníze. Podle respondenta má největší vliv na zdraví člověka způsob jeho stravování. Respondentka chodí s dětmi na preventivní prohlídky a očkování pravidelně, vždy na výzvu lékaře. Paní si myslí, že je potřeba, aby děti chodily na preventivní prohlídky. Pro dospělé to dle jejího názoru už tak důležité není. Ona sama i manžel navštěvují lékaře pouze v akutních případech, kdy situaci nemohou zvládnout sami. Kromě povinných očkování nemá nikdo z rodiny žádná jiná a ani o nich neuvažují. Manžel respondentky se domnívá, že k zubnímu lékaři by měl člověk chodit alespoň jednou měsíčně. On sám

tam ale chodí pouze v případě potřeby. Ke gynekologovy by měly ženy chodit podle respondentů jednou za půl roku. Sama respondentka ale přiznává, že toto nedodrží. Naposledy byla u gynekologa po porodu nejmladší dcery. S primární zdravotnickou péčí má rodina vesměs dobré zkušenosti. Na nic konkrétního si nemohou stěžovat. Respondentka i její manžel byli hospitalizováni již několikrát. Paní z důvodu porodů a oba prodělali operaci žaludku pro nádor, manžel absolvoval operaci pravé ruky po úraze. S kvalitou služeb byli oba spokojeni, i když manžel udává, že při operaci ruky mu byl operován špatný prst a nyní má omezenou hybnost celé končetiny. Dále muž popisuje konflikt s jednou ze sester, když chtěl navštívit hospitalizovanou manželku. Respondent si ale uvědomuje, že šlo o problémy jednotlivců, ne celého zdravotnického zařízení. V současné době neužívá respondent ani jeho manželka pravidelně žádné léky. Oba připouští, že by měli užívat léky na žaludek, ale údajně je špatně snášejí a když už nemají žádné potíže, tak je zbytečné, aby je brali. Respondenta trápí také častá bolest zad, na kterou si bere Ibalgin. Oba manželé zhruba od patnácti let kouří, muž čtyřicet cigaret denně, žena asi deset. Manžel je zvyklý pít každý den jedno pivo, pokud jde do restaurace, tak i více. Manželka pije alkohol méně, většinou jde o skleničku piva k obědu. Osobně se manželé s žádnými drogami nesetkali, ale respondent přiznává, že v okolí jejich domu se občas schází narkomani a on sám několikrát našel použité injekční stříkačky. V této souvislosti udává starost o děti, protože si uvědomuje, že by se o ně mohly poranit. Respondent udává, že s manželkou nepoužívali při pohlavním styku nikdy žádný druh antikoncepce. Zároveň se domnívá, že pokud si partneři dávají pozor a jsou si věrní, není nutné používat ani kondom. Svůj zdravotní stav v současné době hodnotí respondent jako špatný, protože ho bolí záda a to ho omezuje v jakékoliv činnosti. Manželka si nyní na nic konkrétního nestěžuje. Kromě výše uvedených operací a výkonů nikdo z respondentů neprodělal žádná další závažná onemocnění nebo úrazy. Pokud onemocní někdo z rodiny, obvykle se o něj stará manželka. Nejmladší dcera se narodila s rozštěpem rtu a podle slov rodičů strávila téměř celý rok v nemocnici. Nyní často trpí na záněty močových cest. Starší dcera se dříve léčila s astmatem, nyní je dle respondentky vše v pořádku. Rodinu poměrně často navštěvuje sedmdesátiletý otec

respondenta, který bydlí nedaleko. Manželé jsou připraveni v případě nutnosti jej nastěhovat do své domácnosti, odmítají pro něj jakoukoliv ústavní péči.

Jako nejdůležitější hodnoty respondent udává děti, zdraví, peníze, bydlení a jídlo. Respondent věří v existenci Boha, ale současně se domnívá, že každý si o svém životě rozhoduje sám. Vzdělání pro respondenta není příliš důležité. Muž se domnívá, že pokud je člověk šikovný a sám chce, tak si práci najde bez ohledu na vzdělání. On sám nedodělal odborné učiliště, manželka má základní vzdělání. Ani jeden z respondentů nechtějí děti do studia nutit, po dokončení základní školy je nechají, aby se samy rozhodly, co chtějí dál dělat. V tom vidí respondent největší rozdíl v myšlení Romů a neromů – Romové své děti do ničeho nenutí. Nejstarší syn je vyučený automechanik. Respondentovi by se líbilo, kdyby se jeho dcery vyučily prodavačkou nebo se živily jako zdravotní sestra, pro syny automechanik nebo elektrikář. Respondent nevidí žádnou souvislost mezi vzděláním a péčí o vlastní zdraví, neboť vše závisí hlavně na penězích. Rodina vyznává katolickou víru, do kostela chodí asi jednou měsíčně. Náboženství není v životě respondenta příliš důležité. Respondent udává, že se soustředí spíše na budoucnost, má obavy o materiální zabezpečení rodiny a také se bojí agresivity a šikany zaměřené na jeho děti. Do sporů ve škole se nechce moc zapojovat, neboť je přesvědčen, že by to dětem uškodilo a spoléhá se na postup školy. On sám byl několikrát terčem útoku, a proto má v této souvislosti starost o děti.

V posledních dvou letech musela rodina řešit dluhy v řádech sta tisíců. Nyní je dle slov respondentky již vše v pořádku. Finanční situaci jim pomohla zvládnout širší rodina a otec respondenta. Napětí prožívají manželé poměrně často, téměř vždy je to kvůli penězům. Respondent uvádí, že oporou je mu jeho rodina, ale stejně se musí spoléhat nejvíce sám na sebe.

### **Respondent č. 9**

Naší devátou respondentkou je pětadvacetiletá žena, která žije se svým o čtyři roky starším druhem v jednopokojovém bytě v Českých Budějovicích. Vychovávají společně své dvě dcery – sedmiletou a osmiměsíční.

V domě, kde respondentka s rodinou žijí, neteče voda. Respondentka udává, že to je z důvodu konfliktů s majitelkou nemovitosti. Rodina situaci řeší nošením vody v plastových lahvích a kanystrech z blízkého obchodního centra. Elektřina a plyn v domácnosti fungují. Respondentka si stěžuje na plíseň v bytě a málo místa. V bytě je umístěna kuchyňská linka, jídelní stůl, umyvadlo, šatníková skříň, manželská postel a dětská postýlka. V manželské posteli spí partneři se starší dcerou, mladší dcera spí v dětské postýlce. Respondentka by uvítala alespoň jednu místnost navíc, protože s partnerem chodí poměrně pozdě spát a na děti to může působit rušivě. O jiném bydlení ale zatím respondentka neuvažuje, neboť se obává, že by si jej z finančních důvodů nemohli dovolit.

Respondentka není vdaná, s druhem ani o svatbě neuvažují. V současné době je respondentka na mateřské dovolené s mladší dcerou. Vzhledem k tomu, že je nyní po třetí těhotná, počítá s tím, že již zůstane v domácnosti. Během dne respondentka pečuje o dcery a vaří a stará se o domácnost. Její druh pracuje jako dělník na stavbě. S ostatními sousedy se respondentka nestýká, v kontaktu je pouze se svojí matkou, která žije v téže domě. Respondentka ale udává, že jejich kontakt není příliš častý. Respondentka má vystudovanou speciální školu, po jejím dokončení byla hlášena na Úřadu práce. Zde absolvovala rekvalifikační kurs. Získané znalosti ale dále nevyužila. Prostředky získávala z příležitostných brigád či sezónních prací. Respondentka předpokládá, že kdyby bylo třeba, opět by si nějakou brigádu našla.

Respondentka s druhem chodí spát obvykle kolem půlnoci. Vstává asi v sedm hodin, neboť musí vypravit starší dceru do školy, kam ji každé ráno odvádí druh. Respondentka udává, že poté si již nechodí lehnout, neboť se většinou vzbudí i mladší dcera a je nutno se o ni postarat. Během dne se proto často cítí unavená a chodí si lehnout spolu s dcerou po obědě. Zvýšenou únavu přičítá také nynějšímu těhotenství. Ve volném čase respondentka odpočívá – většinou volí pasivní formu odpočinku – dívá se na televizi. Respondentka se nikdy nevěnovala žádnému sportu. Občas chodí na procházku s dětmi, nebo je vezme na hřiště. Starší dcera ve škole nenavštěvuje žádný zájmový kroužek, po vyučování chodí rovnou domů.

Respondentka udává, že během dne sní asi pět porcí jídla. Neužívá žádné potravinové doplňky. Sama přiznává, že má nízký příjem tekutin, domnívá se, že denně vypije méně než jeden litr. Dodává, že nemá pocit žízně a do pití se musí nutit. Obvykle pije kávu a limonády. Typická snídaně respondentky je rohlík se salámem nebo s marmeládou, někdy upeče koláč nebo bábovku. Respondentka je zvyklá vařit teplý oběd i večeři každý den. Za typický oběd považuje guláš, halušky, maso hovězí či vepřové, z příloh nejčastěji brambory. Na večeři bývají párky, hranolky, smažený sýr nebo řízek. Mezi jednotlivými jídly si respondentka vždy vezme ještě něco malého. V případě, že se některé jídlo nesní, respondentka je vyhazuje. Udává, že ani neví, proč to dělá, je tak zvyklá ještě z dětství. Starší dcera se nestravuje ve školní jídelně, chodí na oběd domů. Nikdo z rodiny nedodrhuje ze zdravotních důvodů žádnou dietu. K mytí nádobí používá respondentka ohřátou vodu a čisticí prostředek.

Vzhledem ke komplikované situaci se respondentka nemyje každý den, neboť by spotřebovala velké množství vody. K mytí si ohřívá vodu v hrnci a poté se otírá žínkou. Dcery se umývají v dětské vaničce zhruba jednou za dva dny. Na mytí respondentka nevyžaduje úplně teplou vodu, podle vlastních slov jí stačí vlažná. Respondentka si čistí zuby dvakrát denně – ráno a večer. Totéž se snaží dodržovat u dcery, i když přiznává, že není příliš důsledná. Respondentka s druhem používají po koupeli každý svůj ručník, dcery mají osušku dohromady. Oba partneři používají každý své pomůcky na holení, ale respondentka přiznává, že si je občas půjčují. V půjčování holících potřeb mezi partnery respondentka problém nevidí. Součástí bytu je vlastní toaleta. Respondentka udává, že si umývá ruce po použití toalety. K praní prádla rodina používá automatickou pračku.

Pod pojmem zdraví si respondentka představuje štěstí. Více svoji odpověď neumí specifikovat. Respondentka doufá, že bude zdravá hlavně kvůli dcerám, aby se o ně mohla postarat. Přiznává ale, že pro své zdraví příliš nedělá. Domnívá se totiž, že to, zda člověk onemocní, on sám nemůže příliš ovlivnit. Přínos preventivních podmínek vidí zejména v očkování. Kromě povinných očkovaní ale o žádných jiných pro své děti neuvažuje. Respondentka sama navštěvuje lékaře pouze v nezbytných případech, pokud nedokáže onemocnění zvládnout sama. Respondentka se domnívá, že k zubnímu lékaři by měl člověk chodit pouze pokud má nějaké problémy, např. kaz. Stejný názor má na

gynekologické prohlídky. Ona sama nyní z důvodu těhotenství na prohlídky chodí, ale přiznává, že jinak gynekologa navštěvuje pouze v případě potíží. S primární zdravotnickou péčí je respondentka spokojena. Respondentka byla dosud hospitalizována dvakrát – vždy v souvislosti s porodem. S poskytnutou péčí byla spokojena, jednou ale musela v nemocnici řešit konflikt s personálem – byla obviněna z krádeže. Respondentka nebere pravidelně žádné léky. Od dvanácti let kouří respondentka zhruba jednu krabičku denně. Přiznává, že kouří i v těhotenství, ale doufá, že vše dopadne dobře, stejně jako u předchozích těhotenství. Alkohol v současné době respondentka nepije vůbec. Respondentka přiznává, že mezi svými kamarády má drogově závislé jedince, kteří užívají drogy intravenózně, a že také ona sama má za sebou několik zkušeností s intravenózním užíváním drog. Respondentka se svým partnerem nepoužívají žádný druh antikoncepce, podle vlastních slov se snaží dávat si pozor. Používání prezervativu je respondentce nepříjemné. Respondentka se ale rovněž domnívá, že není nutné, aby partneři používali při pohlavním styku kondom, pokud je mezi nimi důvěra. Svůj zdravotní stav v současné době hodnotí respondentka spíše kladně, stěžuje si pouze na častou únavu. Respondentka neprodělala žádná závažnější onemocnění nebo úrazy. Pokud je nemocný některý člen rodiny, stará se o něj respondentka, neboť partner je přes den v zaměstnání. Většinou ale dle slov respondentky dojde k nákaze i ostatních členů rodiny, neboť v bytě není možné dodržovat nějaká speciální preventivní opatření.

Respondentka nedokáže pojmenovat pro ni důležité hodnoty, zkrátka si přeje, aby měla dobrý život. Žena se domnívá, že život určuje osud a pokud se něco má stát, tak se to stane. Vzdělání pro respondentku nemá velkou hodnotu, myslí si, že pro spokojený život není příliš důležité. Respondentka nevidí žádnou možnou souvislost mezi dosaženým vzděláním a péčí o zdraví. Respondentka se svým přítelem vyznávají katolickou víru, ale podle vlastních slov „to moc neprožívají“. Do kostela respondentka nechodí a ani doma neprovádí žádné rituály spojené s náboženstvím. Pouze dodává, že slaví Velikonoce a Vánoce. Ve svém životě se respondentka soustředí spíše na přítomnost – řeší pouze aktuální problémy.

Respondentka si nevzpomíná na žádnou významnou změnu nebo krizovou situaci v posledních letech. Udává, že nyní prožívá stres a napětí v souvislosti s bytovou situací a doufá, že se problém s vodou brzy vyřeší. Oporou jí je přítel.

#### ***4.1.2 Kategorizace dat pomocí tabulek a grafů***

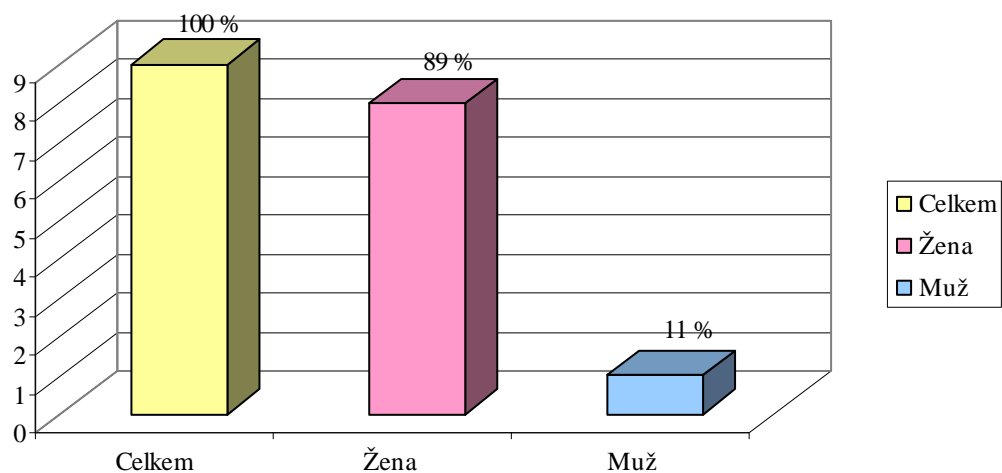
*Seznam kategorizačních skupin:*

- 1) Kvalita bydlení (tabulka 1)
- 2) Trávení volného času (tabulka 2)
- 3) Oblíbené nápoje - dospělí (tabulka 3)
- 4) Oblíbení nápoje – děti (tabulka 4)
- 5) Příjem ovoce a zeleniny (graf 5)
- 6) Příjem masa (graf 6)
- 7) Nespotřebované tepelně upravené jídlo (tabulka 5)
- 8) Způsob mytí nádobí (tabulka 6)
- 9) Způsob hygienické péče (graf 7)
- 10) Frekvence hygienické péče - dospělí (graf 8)
- 11) Frekvence hygienické péče - děti (graf 9)
- 12) Čištění zubů (graf 10)
- 13) Osuška, ručník (tabulka 7)
- 14) Pomůcky na holení (graf 11)
- 15) Vlastní toaleta (graf 12)
- 16) Mytí rukou (tabulka 8)
- 17) Automatická pračka (graf 13)
- 18) Představa zdraví (tabulka 9)
- 19) Faktory ovlivňující zdraví člověka (graf 14)
- 20) Smysl preventivních prohlídek (tabulka 10)
- 21) Návštěva lékaře (tabulka 11)
- 22) Očkování dětí (graf 15)
- 23) Frekvence gynekologických prohlídek (graf 16)
- 24) Kouření (graf 17)
- 25) Konzumace alkoholu (graf 18)
- 26) Zkušenost s drogami (graf 19)
- 27) Používání antikoncepce (graf 20)



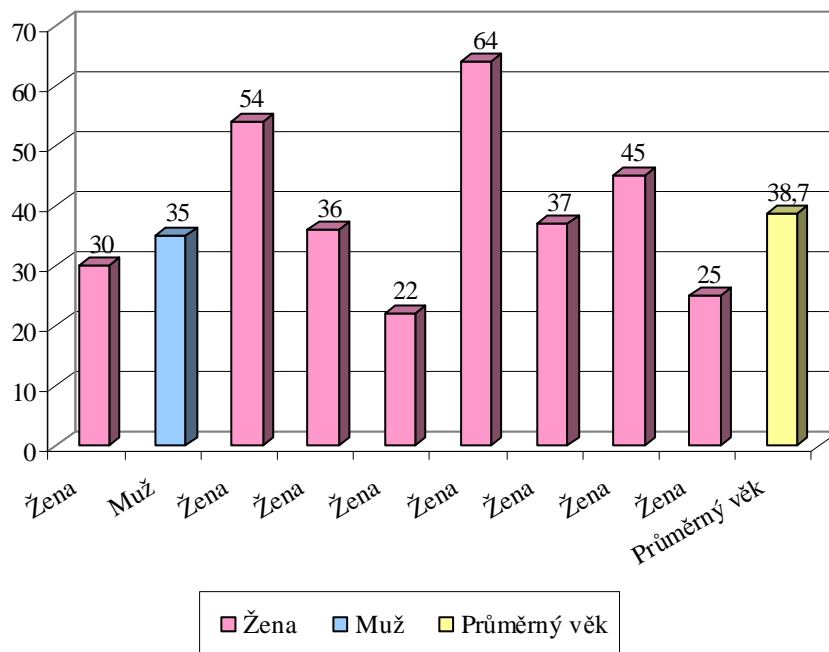
- 28) Prezervativ jako ochrana proti pohlavním chorobám v partnerském vztahu (graf 21)
- 29) Důležité životní hodnoty (tabulka 12)
- 30) Životní filozofie (tabulka 13)
- 31) Názor na vzdělání (tabulka 14)
- 32) Náboženství (tabulka 15)
- 33) Pojetí času (graf 22)
- 34) Nejčastější příčina napětí (tabulka 16)

Graf 1 Pohlaví respondentů



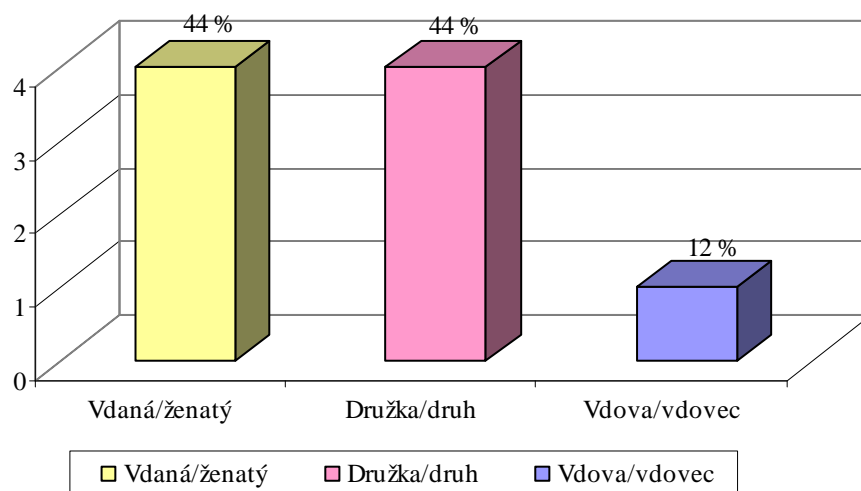
Z celkového počtu 9 respondentů (100 %) bylo 8 žen (89 %) a 1 muž (11 %).

Graf 2 Věk respondentů



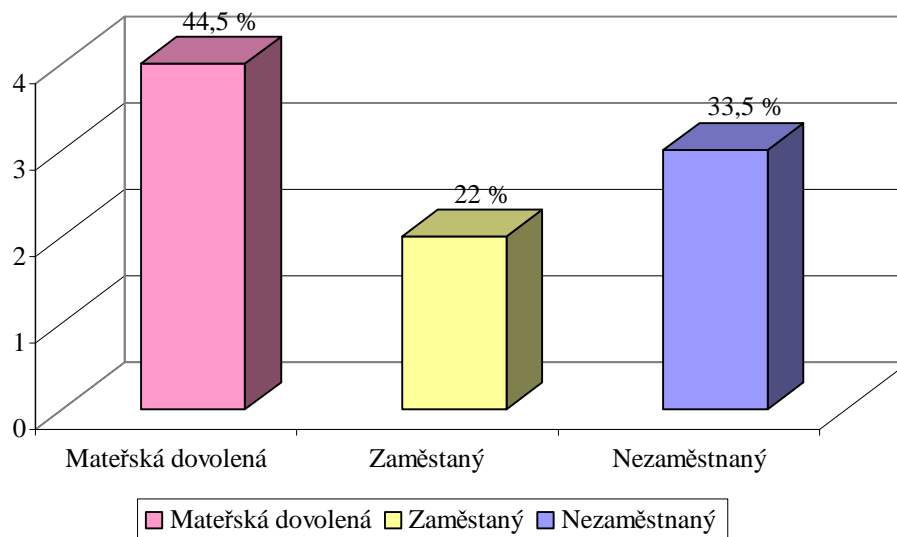
Průměrný věk respondentů je 38,7 let.

Graf 3 Rodinný stav



Z 9 respondentů (100 %) je 1 respondent (12 %) vdovec/vdova. 4 respondenti (44 %) jsou v partnerském vztahu a 4 respondenti (44 %) jsou v manželském vztahu.

Graf 4 Zaměstnání respondentů



4 respondenti (44,5 %) jsou na mateřské dovolené, 2 respondenti (22 %) chodí do zaměstnání a 3 respondenti (33,5 %) jsou nezaměstnaní.

Tabulka 1 Kvalita bydlení

Odpověď respondenta	Součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Nedostatek prostoru	4	1	1	1					1	
Vlhkost	5	1	1	1	1		1			
Plíseň	5	1	1	1	1		1			
Chlad	1				1					
Vysoký nájem	1							1		
Neteče voda	1									1
Neteče teplá voda	2			1					1	
Spokojenost	3					1	1		1	
<b>Celkový výskyt</b>	22	3	3	4	3	1	3	1	3	1

Tabulka prezentuje odpovědi respondentů na otázky týkající se spokojenosti se současným bydlením. 4 respondenti uvádějí, že největším problémem je *nedostatek prostoru*, 5 respondentů označilo za problém přítomnost *vlhkosti* a *plísně* v bytě. Kategorii *chlad*, *vysoký nájem* a *neteče voda* uvedl jako problém jeden respondent. Dva respondenti jsou nespokojeni s tím, že *neteče teplá voda*. Tři respondenti jsou s kvalitou bydlení i přes některé výhrady *spokojeni*.

Respondent č. 3 odpověděl ve čtyřech kategoriích, respondenti č. 5, 7 a 9 odpověděli v jedné kategorii, tedy 1krát, respondenti č. 1, 2, 4, 6 a 8 odpověděli ve třech kategoriích.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 22.

Tabulka 2 Trávení volného času

Odpověď respondenta	Součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Sledování televize	8	1	1	1	1		1	1	1	1
Procházka	5	1				1	1		1	1
Četba	1							1		
Péče o domácnost	3			1	1	1				
Společenský život	2		1						1	
Děti	2				1	1				
Ruční práce	1							1		
<b>Celkový výskyt</b>	22	2	2	2	3	3	2	3	3	2

Tabulka prezentuje odpovědi respondentů na otázky týkající se problematiky volného času a odpočinku. Jako nejčastější druh volnočasové aktivity byla označena kategorie *sledování televize*. Je uvedena 8krát. Kategorie *procházka* byla respondenty uvedena 5krát. Tři respondenti uvádí, že ve volném čase *pečují o domácnost*. Kategorii *společenský život a děti* jmenovali dva respondenti. Jeden respondent se ve volném čase věnuje *ručním pracím*.

Respondenti č. 1, 2, 3 a 9 odpověděli ve dvou kategoriích, respondenti č. 4, 5, 7 a 8 jsou zařazeni ve třech kategoriích.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 22.

Tabulka 3 Oblíbené nápoje - dospělí

Odpověď respondenta	Součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Limonády	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Čaj	5	1		1	1	1	1			
Káva	7		1	1	1	1		1	1	1
Alkohol	1		1							
Voda	1						1			
<b>Celkový výskyt</b>	23	2	3	3	3	3	3	2	2	2

Tato tabulka prezentuje odpovědi respondentů na otázku: Co přes den obvykle pijete? Nejčastěji se vyskytuje odpověď *limonády*, byla uvedena všemi devíti respondenty. Kategorie *čaj* byla uvedena 5krát, kategorie *káva* 7krát. Kategorii *alkohol* a *voda* uvedl pouze jeden respondent.

Respondenti č. 2, 3, 4, 5, a 6 odpověděli ve třech kategoriích, respondenti č. 1, 7, 8 a 9 jsou zařazeni ve dvou kategoriích.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 23.

Tabulka 4 Oblíbené nápoje – děti

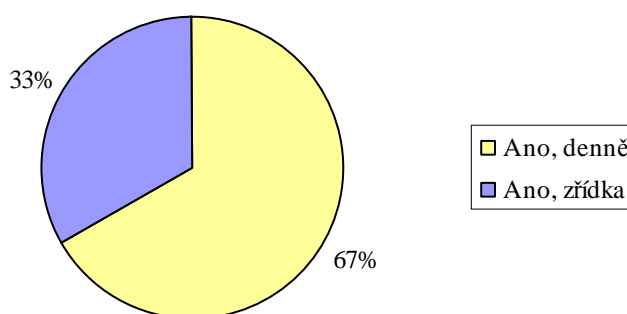
Odpověď respondenta	Součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Mléko	4	1				1	1		1	
Limonády	8	1	1	1	1		1	1	1	1
Kakao	3				1			1	1	
Džus	2	1			1					
Čaj	6	1	1		1	1	1	1		
<b>Celkový výskyt</b>	23	4	2	1	4	2	3	3	3	1

Tabulka popisuje nápoje, které preferují děti respondentů. Kategorie *mléko* byla respondenty uvedena 4krát. Osm respondentů uvádí, že jejich děti pijí *limonády*, kategorii *kakao* jmenovali tři respondenti. Kategorie *džus* se v odpovědích respondentů objevila 2krát, kategorie *čaj* 6krát.

Respondenti č. 1 a 2 odpověděli ve čtyřech kategoriích, respondenti č. 6, 7 a 8 označili 3 kategorie. Respondenti č. 2 a 5 odpověděli ve dvou kategoriích. Respondenti č. 3 a 9 jsou řazeni pouze v jediné kategorii, a to *limonády*.

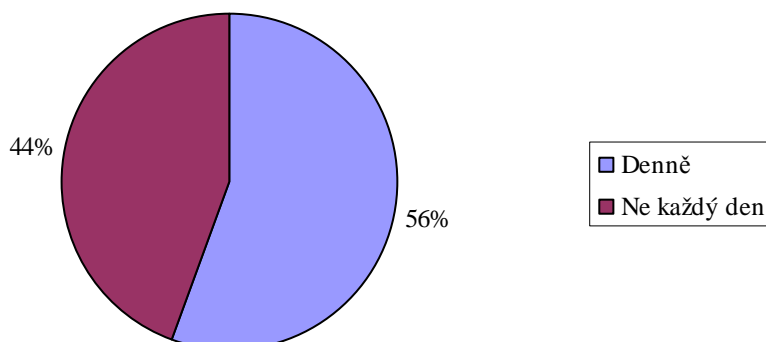
Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 23.

Graf 5 Příjem ovoce a zeleniny



Tento graf prezentuje odpovědi respondentů na otázky týkající se příjmu ovoce či zeleniny v rodině. V kategorii *ano, denně* odpovědělo 6 respondentů (67 %), v kategorii *ano, zřídka* odpověděli 3 respondenti (33 %).

Graf 6 Příjem masa



Graf prezentuje odpovědi na otázky týkající se stravování, konkrétně jak často se v jídelníčku respondentů objevuje maso. Pět respondentů (56 %) uvádí, že maso mají v nějaké formě *každý den*, 4 respondenti (44 %) *netrvají na každodenní konzumaci masa*.

Tabulka 5 Nespotřebované tepelně upravené jídlo

Odpověď respondenta	Součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Vyhazujeme	5	1	1	1	1					1
Sníme později	4					1	1	1	1	
Rozdáme	1							1		
<b>Celkový výskyt</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Tato tabulka nás seznamuje s tím, jak respondenti nakládají s jídlem, které prošlo tepelnou úpravou, ale nebylo spotřebováno. Kategorie *vyhazujeme* byla uvedena pěti respondenty. Čtyři respondenti *uvařené jídlo snědí později*, většinou ten samý den a jeden respondent uvádí, že nespotřebované jídlo *rozdá*.

Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 8 a 9 označili pouze jednu kategorii, respondent č. 7 je řazen ve dvou kategoriích.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí na tuto problematiku je 10.

Tabulka 6 Způsob mytí nádobí

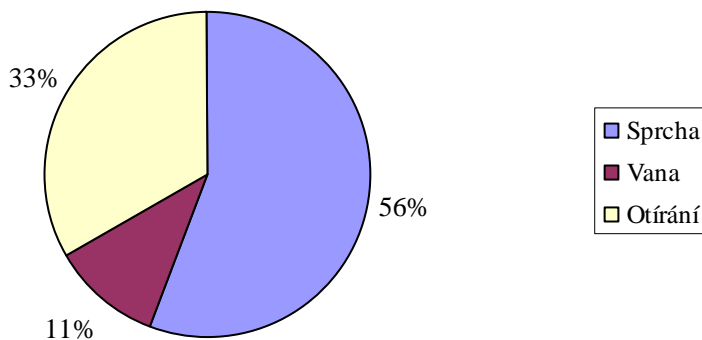
Odpověď respondenta	Součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Teplá voda	8	1	1	1	1		1	1	1	1
Studená voda	1					1				
Čistící prostředek	8	1	1	1	1		1	1	1	1
<b>Celkový výskyt</b>	17	2	2	2	2	1	2	2	2	2

Tabulka nás seznamuje s obvyklým způsobem mytí nádobí v rodině respondenta. Kategorie *teplá voda* a *čistící prostředek* byly uvedeny osmi respondenty. Kategorie *studená voda* se objevila 1krát.

Respondenti č. 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8 a 9 odpověděli ve dvou kategoriích – *teplá voda* a *čistící prostředek*. Pouze jeden respondent je řazen v jediné kategorii, a to *studená voda*.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 17.

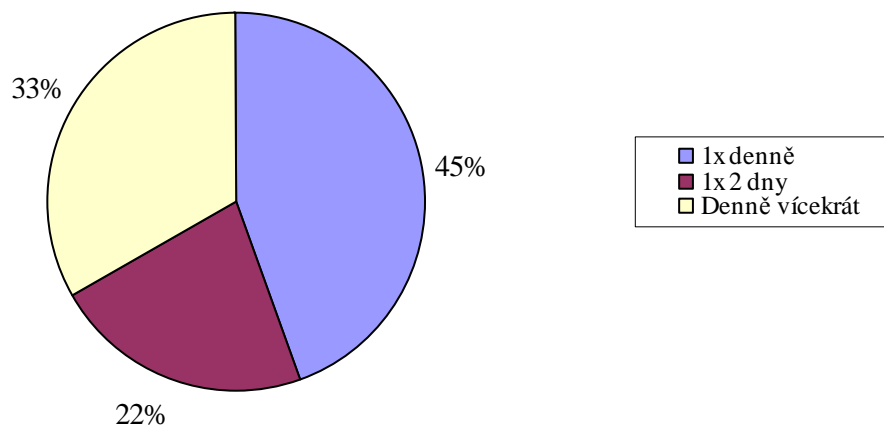
Graf 7 Způsob hygienické péče



Graf popisuje obvyklý způsob hygienické péče respondenta. 5 respondentů (56 %) uvádí, že se obvykle *sprchují*, 3 respondenti (33 %) z různých důvodů volí *otírání těla* a jeden respondent (11 %) preferuje *koupele ve vaně*.

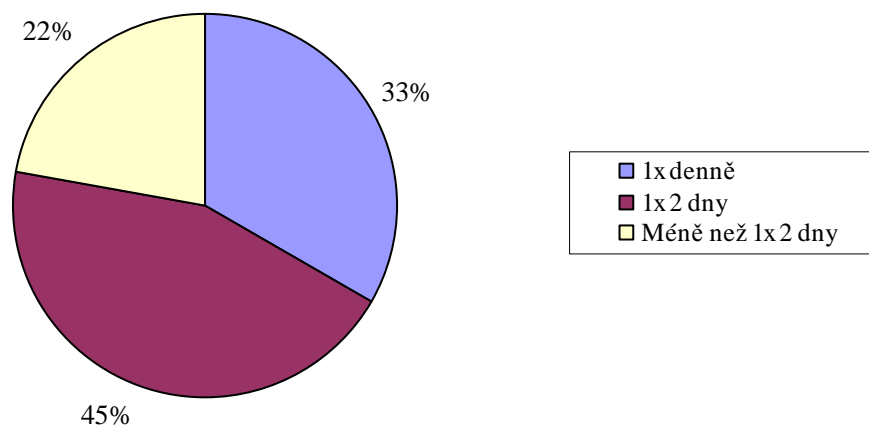


Graf 8 Frekvence hygienické péče – dospělí



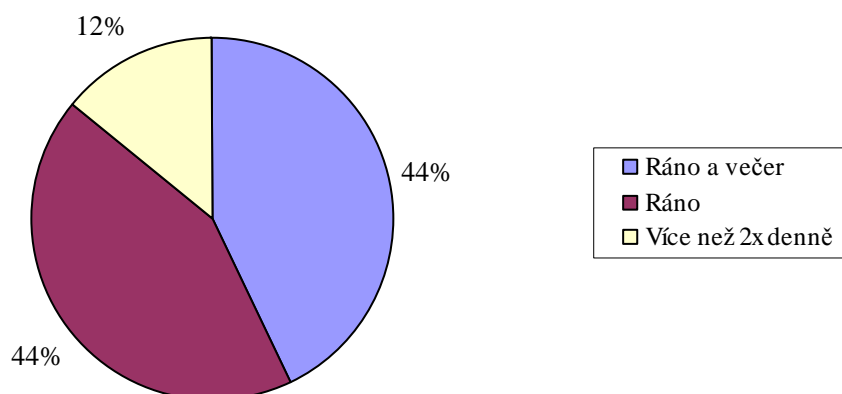
Tento graf ukazuje frekvenci provádění hygienické péče u respondentů. 4 respondenti (45 %) uvádějí, že hygienickou péči provádí *1x denně*, 3 respondenti (33 %) uvádí, že se myjí i *několikrát denně* a 2 respondenti (22 %) se myjí *1x 2 dny*.

Graf 9 Frekvence hygienické péče – děti



Graf prezentuje frekvenci hygienické péče u dětí respondentů. V kategorii *1x denně* odpověděli 3 respondenti (33 %). 4 respondenti (45 %) uvádějí, že se jejich děti myjí *1x 2 dny*. V kategorii *méně než 1x 2 dny* odpověděli 2 respondenti (22 %).

Graf 10 Čištění zubů



Tímto grafem prezentujeme odpovědi respondentů na otázku: Jak často si obvykle čistíte zuby? V kategorii *ráno a večer* odpověděli 4 respondenti (44 %). 4 respondenti (44 %) uvádí, že si čistí zuby *ráno*. Jeden respondent (12 %) uvádí, že si zuby čistí *více než 2x denně*.

Tabulka 7 Osuška, ručník

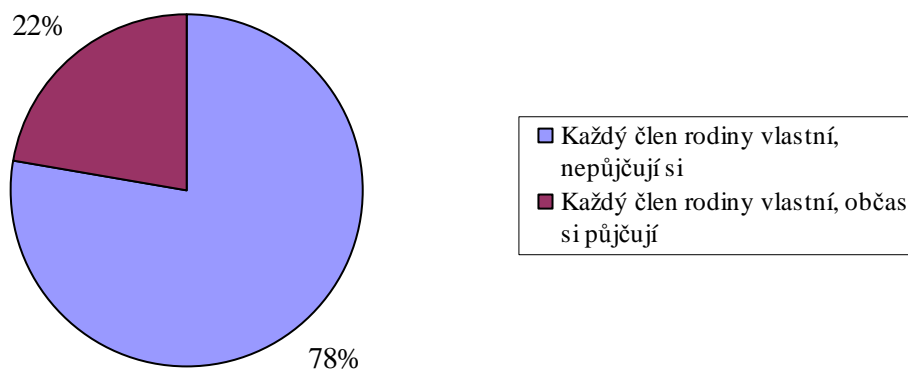
Odpověď respondenta	Součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Každý člen rodiny vlastní	5	1		1	1	1		1		
Děti jedna/jeden dohromady	4		1				1		1	1
Dospělí členové rodiny vlastní	4		1				1		1	1
<b>Celkový výskyt</b>	13	1	2	1	1	1	2	1	2	2

V tabulce prezentujeme odpovědi respondentů na otázky týkající se používání vlastního ručníku či osušky u každého člena rodiny. Kategorie *každý člen rodiny má vlastní* byla uvedena 5krát. Kategorie *dospělí členové rodiny mají vlastní* byla uvedena 4krát, stejně jako kategorie *děti mají jeden dohromady*.

Respondenti č. 1, 3, 4, 5 a 7 jsou zařazeni pouze v jedné kategorii, a sice *každý člen rodiny má vlastní osušku*. Respondenti č. 2, 6, 8 a 9 odpověděli v kategoriích 2krát, konkrétně *dospělí členové rodiny mají vlastní* a *děti mají jeden dohromady*.

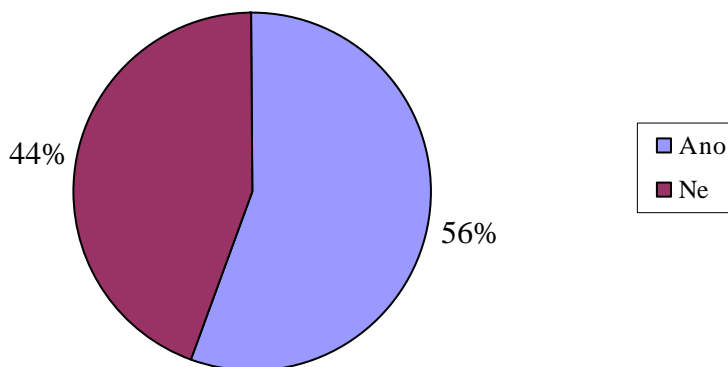
Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 13.

Graf 11 Pomůcky na holení



Tímto grafem prezentujeme stanovisko respondentů k používání pomůcek na holení v rodině respondenta. 7 respondentů (78 %) udává, že členové rodiny *mají vlastní pomůcky na holení a nepůjčují si je*. 2 respondenti (22 %) připouští, že přestože členové domácnosti mají vlastní pomůcky na holení, *občas si je mezi sebou půjčují*.

Graf 12 Vlastní toaleta



Graf prezentuje, zda respondenti mají k dispozici vlastní toaletu. 5 respondentů (56 %) má možnost používat *vlastní toaletu*. 4 respondenti (44 %) udávají, že jsou nuceni používat toaletu *společně s ostatními nájemníky domu*.

Tabulka 8 Mytí rukou

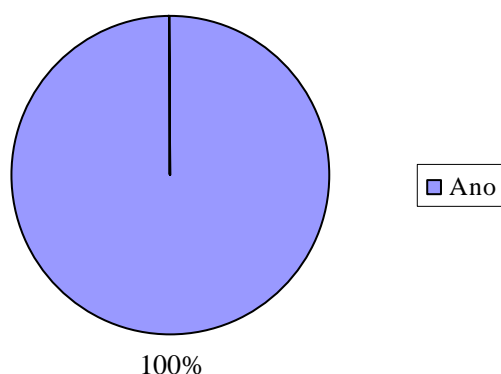
Odpověď respondenta	Součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Před jídlem	3	1	1		1					
Po toaletě	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Po příchodu domů	2				1				1	
Během přípravy jídla	3		1	1	1					
<b>Celkový výskyt</b>	17	2	3	2	4	1	1	1	2	1

Tato tabulka demonstruje, v kterých situacích jsou respondenti zvyklí umývat si ruce. Kategorie *před jídlem* byla respondenty uvedena 3krát, kategorie odpovědi *po toaletě* byla uvedena 9krát. Dva respondenti si umývají ruce *po příchodu domů*. Kategorii odpovědi *během přípravy jídla* uvedli tři respondenti.

Respondent č. 4 je řazen ve čtyřech kategoriích, umývá si tedy ruce před jídlem, po použití toalety, po příchodu domů a během přípravy jídla. Respondent č. 2 odpověděl ve třech kategoriích, respondenti č. 1, 3 a 8 jsou zařazeni ve dvou kategoriích. Respondenti č. 5, 6, 7 a 9 odpověděli v jediné kategorii – ruce si umývají pouze po použití toalety.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 17.

Graf 13 Automatická pračka



Tento graf ukazuje, že 9 respondentů (100 %) k praní prádla využívá automatickou pračku.

Tabulka 9 Představa zdraví

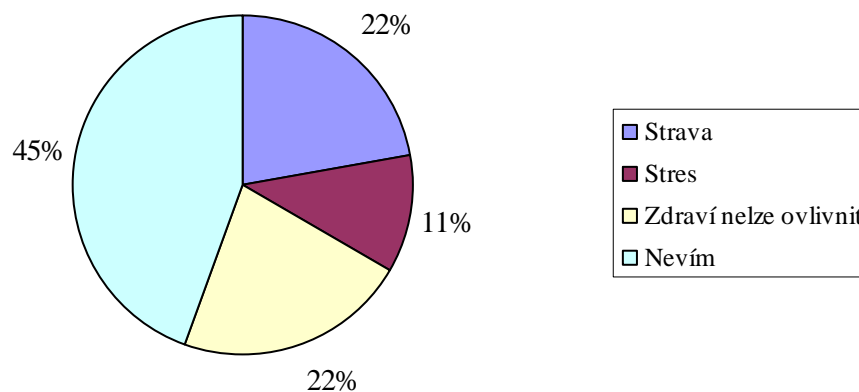
Odpověď respondenta	Součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Práce	3	1	1				1			
Koníčky	2	1						1		
Kvalitní spánek	2		1					1		
Odpočinek	1						1			
Tolerance tepla i chladu	1						1			
Procházka	2						1	1		
Člověk může dělat vše	2							1	1	
Chuť k jídlu	1		1							
Štěstí	1									1
Nevím	3			1	1	1				
<b>Celkový výskyt</b>	18	2	3	1	1	1	4	4	1	1

Touto tabulkou prezentujeme v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Co si představujete pod pojmem zdraví? Kategorie *práce* (člověk může pracovat) byla respondenty uvedena 3krát, stejně jako kategorie *nevím*. Kategorie *koníčky*, *procházka* a *člověk může dělat vše* byla jmenována 2krát. Vždy jeden respondent uvedl, že zdravý člověk může *odpočívat*, *toleruje teplo i chlad*, *má chuť k jídlu*, a jeden respondent si zdraví představuje jako *šťěstí*.

Respondenti č. 6 a 7 jsou řazeni ve čtyřech kategoriích, respondent č. 2 odpověděl ve třech kategoriích a respondent č. 1 jmenoval dvě kategorie. Respondenti č. 3, 4, 5, 8 a 9 odpověděli v jedné kategorii.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 18.

Graf 14 Faktory ovlivňující zdraví člověka



Tímto grafem prezentujeme odpověď respondentů na otázku: Co podle Vás ovlivňuje zdraví člověka? V kategorii odpovědi *nevím* odpověděli celkem 4 respondenti (45 %). 2 respondenti (22 %) se domnívají, že na zdraví člověka má vliv *strava* a rovněž 2 respondenti (22 %) jsou přesvědčeni, že *zdraví nelze ovlivnit*. V kategorii odpovědi *stres* odpověděl 1 respondent (11 %).

Tabulka 10 Smysl preventivních prohlídek

Odpověď respondenta	Součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Včasné zachycení onemocnění	4			1		1		1	1	
Očkování	6	1	1		1	1	1			1
<b>Celkový výskyt</b>	10	1	1	1	1	2	1	1	1	1

Tato tabulka přibližuje názor respondentů na smysl preventivních prohlídek. Kategorie odpovědi *včasné zachycené onemocnění* byla respondenty uvedena 4krát. Šest respondentů se domnívá, že smyslem preventivních prohlídek je *očkování*.

Respondent č. 5 je zařazen ve dvou kategoriích – domnívá se, že smyslem preventivních prohlídek je včasné zachycení onemocnění a také očkování. Ostatní respondenti odpověděli pouze v jedné kategorii.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 10.

Tabulka 11 Návštěva lékaře

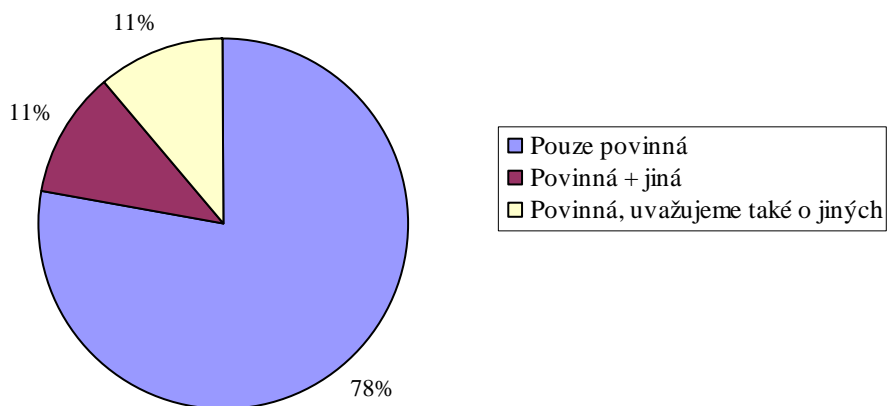
Odpověď respondenta	Součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Při neefektivní domácí léčbě	3	1	1							1
V akutních případech	4		1			1		1	1	
Pravidelně – kontrola, pro léky	3			1	1		1			
<b>Celkový výskyt</b>	10	1	2	1	1	1	1	1	1	1

Touto tabulkou přibližujeme okolnosti, za kterých jsou respondenti ochotni navštívit lékaře. Kategorie odpovědi *při neefektivní domácí léčbě* byla jmenována 3krát, kategorie odpovědi *v akutních případech* se u respondentů objevila 4krát. Tři respondenti udávají, že k lékaři chodí pravidelně v souvislosti s *kontrolou zdravotního stavu* nebo z důvodu *předepsání léků*.

Respondent č. 2 je zařazen do dvou kategorií, ostatní respondenti odpověděli v jediné kategorii, tedy 1krát.

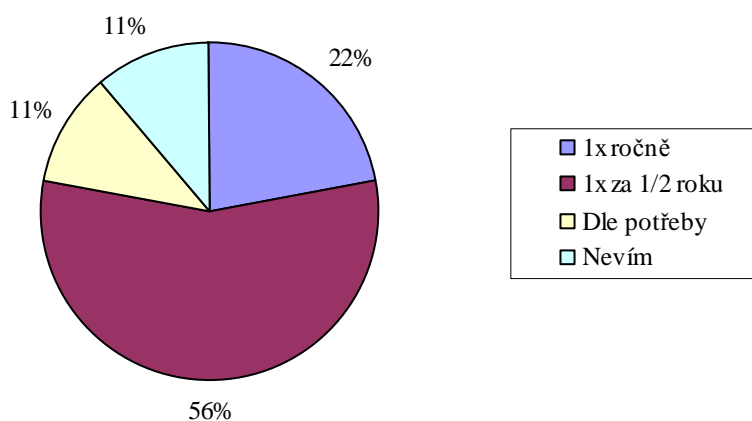
Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10

Graf 15 Očkování dětí



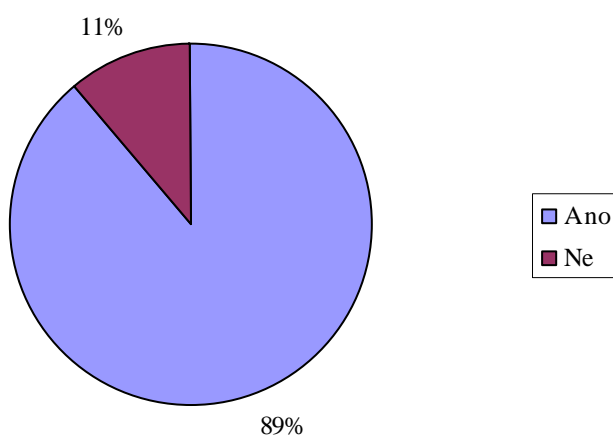
Tímto grafem prezentujeme, jaký druh očkování mají děti našich respondentů. V kategorii odpovědi *pouze povinná* odpovědělo 7 respondentů (78 %). 1 respondent (11 %) udává, že jeho dítě má *povinná a jiná očkování* a 1 respondent (11 %) uznává, že kromě *povinných očkování uvažuje také o jiných*.

Graf 16 Frekvence gynekologických prohlídek



Pomocí tohoto grafu přibližujeme názor respondentů na frekvenci gynekologických prohlídek. V kategorii odpovědí *1x ročně* odpověděli 2 respondenti (22 %). V kategorii *1x za 1/2 roku* odpovědělo 5 respondentů (56 %). 1 respondent (11 %) se domnívá, že ženy by měly chodit na gynekologické prohlídky *dle potřeby*. V kategorii *nevím* odpověděl rovněž 1 respondent (11 %).

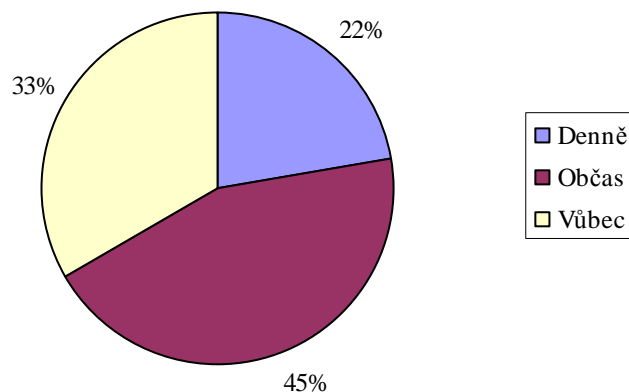
Graf 17 Kouření



Z tohoto grafu vyplývá, že 8 respondentů (89 %) kouří. Kategorii odpovědi *ne* označil 1 respondent (11 %).

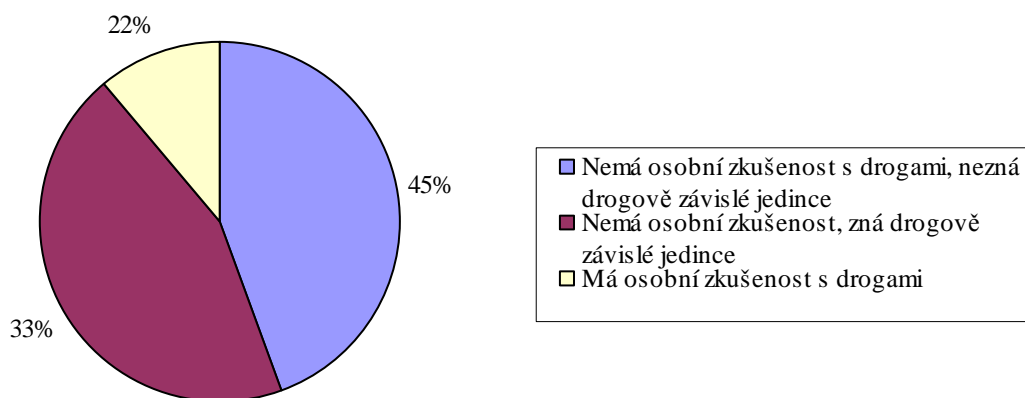


Graf 18 Konzumace alkoholu



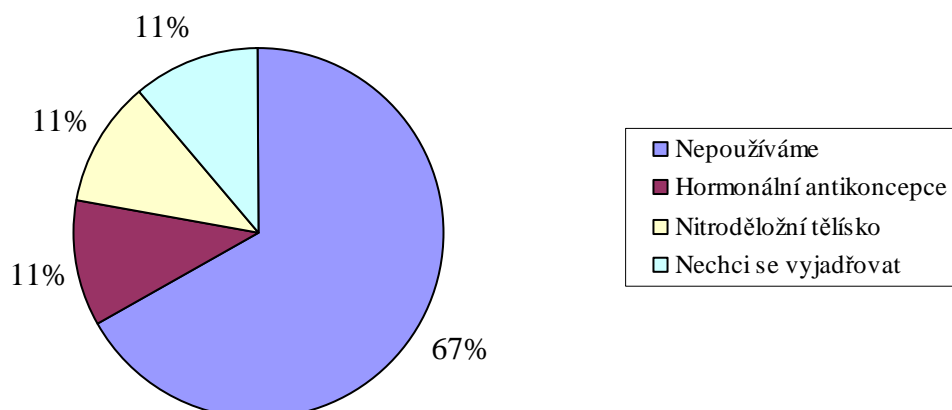
Tento graf ukazuje, jak často naši respondenti obvykle konzumují alkoholické nápoje. V kategorii odpovědi *denně* odpověděli 2 respondenti (22 %). 4 respondenti (45 %) udávají, alkohol pijí *občas*. 3 naši respondenti (33 %) alkoholické nápoje nekonzumují vůbec.

Graf 19 Zkušenost s drogami



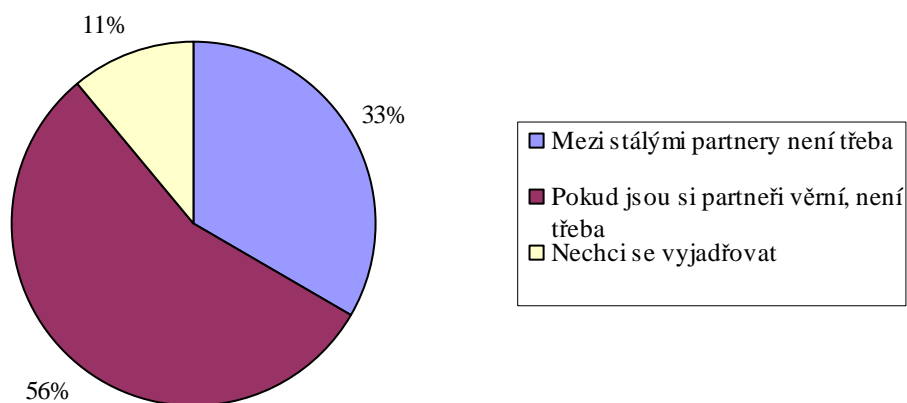
Pomocí tohoto grafu prezentujeme zkušenosti respondentů s drogami. 4 respondenti (45 %) *nemají s drogami žádnou osobní zkušenost a ani nepřišli do kontaktu s drogově závislými jedinci*. 3 respondenti (33 %) *nemají osobní zkušenost s drogami, ale znají drogově závislé jedince*. 2 respondenti (22 %) *mají osobní zkušenost s užíváním drog*.

Graf 20 Používání antikoncepce



V tomto grafu se zabýváme otázkou, zda naši respondenti používají nějaký druh antikoncepce. V kategorii *nepoužíváme* odpovědělo 6 respondentů (67 %). 1 respondent (11 %) používá *hormonální antikoncepci*, 1 respondent (11 %) používá *nitroděložní tělísko*. V kategorii odpovědi *nechci se vyjadřovat* odpověděl 1 respondent (11 %).

Graf 21 Prezervativ jako ochrana proti pohlavním chorobám v partnerském vztahu



V tomto grafu se zabýváme stanoviskem respondentů k používání prezervativu jako ochrany proti pohlavním chorobám v partnerské vztahu. 5 respondentů (56 %) se domnívá, že pokud jsou si *partneři věrní, nemusí používat při pohlavním styku prezervativ*. 3 respondenti (33 %) zastávají názor, že *mezi stálými partnery není třeba* používat prezervativ a 1 respondent (11 %) se k tématu *nechtěl vyjadřovat*.

Tabulka 12 Důležité životní hodnoty

Odpověď respondenta	Součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Zdraví	6	1	1	1		1	1	1		
Práce	1	1								
Peníze	4	1	1					1	1	
Vzdělání	3	1			1		1			
Rodina, děti	6		1	1	1	1		1	1	
Spánek	1						1			
Bydlení	1								1	
Jídlo	1								1	
Dobrý život	1									1
<b>Celkový výskyt</b>	24	4	3	2	2	2	3	3	4	1

Touto tabulkou přibližujeme nejdůležitější životní hodnoty našich respondentů. Nejčastější kategorie odpovědi *zdraví* a *rodina, děti* byly uvedeny mezi respondenty 6krát. Kategorii odpovědi *peníze* jmenovali čtyři respondenti, kategorie *vzdělání* byla uvedena 3krát. Kategorie odpovědi *práce, spánek, bydlení, jídlo* a *dobrý život* se objevila 1krát.

Respondent č. 9 odpověděl pouze v jedné kategorii, a to *dobrý život*. Respondenti č. 3, 4 a 5 jsou zařazeni ve dvou kategoriích, respondenti č. 2, 6 a 7 odpověděli ve třech kategoriích. Respondenti č. 1 a 8 se zařadili (odpověděli) ve čtyřech kategoriích, tedy 4krát.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 24.

Tabulka 13 Životní filozofie

Odpověď respondenta	Součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Člověk si řídí život sám	5	1			1	1	1		1	
Osud	6		1	1		1	1	1		1
Bůh	2			1					1	
<b>Celkový výskyt</b>	13	1	1	2	1	2	2	1	2	1

Tabulka vyjadřuje životní filozofii našich respondentů. 5 respondentů je přesvědčeno, že si *člověk řídí život sám*. Kategorie odpovědi *osud* je uvedena 6krát. Nejméně zastoupena je kategorie odpovědi *Bůh*, a to 2krát.

Respondenti č. 1, 2, 4, 7 a 9 odpověděli v jedné kategorii, tedy 1krát. Respondenti č. 3, 5, 6 a 8 se zařadili do dvou kategorií.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 13.

Tabulka 14 Názor na vzdělání

Odpověď respondenta	Součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Velmi důležité	4	1		1	1		1			
Chci, aby se mé děti vyučily	6	1	1		1	1	1	1		
Uživit se lze i bez vzdělání	2		1					1		
Není důležité	3					1			1	1
<b>Celkový výskyt</b>	15	2	2	1	2	2	2	2	1	1

Tato tabulka prezentuje názor našich respondentů na vzdělání. 4 respondenti považují vzdělání za *velmi důležité*. *Přání, aby se děti vyučily*, je mezi respondenty vyjádřeno 6krát. Dva respondenti se domnívají, že se lze uživit i bez vzdělání a pro tři respondenty vzdělání *není důležité*.

Respondenti č. 1, 2, 4, 5, 6 a 7 odpověděli v kategoriích celkem 2krát. Tři z nich se domnívají, že vzdělání je velmi důležité a současně chtějí, aby se jejich děti vyučily, dva z nich rovněž chtějí, aby se jejich děti vyučily, ale současně jsou přesvědčeni, že se lze uživit i bez vzdělání. Jeden respondent ze skupiny, která odpověděla ve dvou kategoriích, se domnívá, že vzdělání není důležité, ale projevuje přání, aby se jeho děti vyučily. Respondenti č. 3, 8, a 9 odpověděli pouze 1krát, kdy jeden z nich považuje vzdělání za velmi důležité a pro další dva vzdělání důležité není.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 15

Tabulka 15 Náboženství

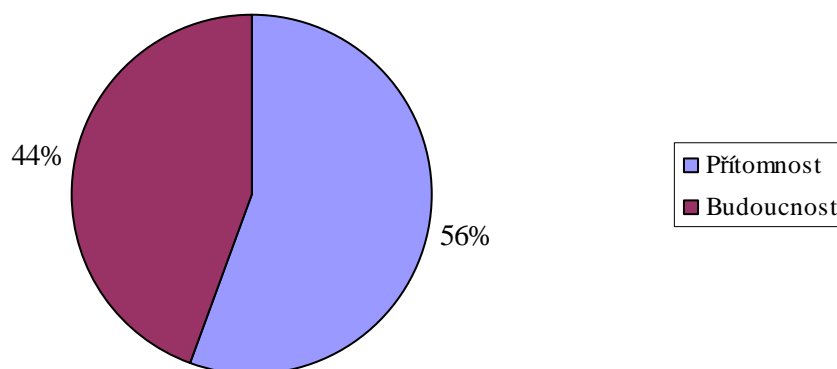
Odpověď respondent	Součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Křesťanství – katolické	8	1	1	1		1	1	1	1	1
Svědci Jehovovi	1					1				
Nevyznává	1				1					
<b>Celkový výskyt</b>	10	1	1	1	1	2	1	1	1	1

V této tabulce prezentujeme odpovědi respondentů na otázku týkající se jejich náboženství. Kategorie odpovědi *křesťanství – katolické* byla jmenována 8krát, kategorie *nevyznává* je vyjádřena 1krát, stejně jako kategorie odpovědi *Svědci Jehovovi*.

Respondentka č. 5 odpověděla ve dvou kategoriích - kromě katolické víry sympatizuje se Svědky Jehovovými. Ostatní respondenti jsou řazeni pouze v jedné kategorii.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 10.

Graf 22 Pojetí času



Tento graf prezentuje, jaké pojetí času ve svém životě naši respondenti upřednostňují. 5 respondentů (56 %) se ve svém životě soustředí spíše na *přítomnost*. V kategorii *budoucnost* odpověděli celkem 4 respondenti (44 %).

Tabulka 16 Nejčastější příčina napětí

Odpověď respondenta	Součet	R = respondent								
		R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9
Zabezpečení rodiny	1	1								
Děti, rodinné vztahy	5	1		1		1	1	1		
Práce	1		1							
Finanční situace	2		1						1	
Bydlení	2				1					1
<b>Celkový výskyt</b>	11	2	2	1	1	1	1	1	1	1

Touto tabulkou popisujeme nejčastější příčiny napětí u našich respondentů. Pro pět respondentů jsou zdrojem napětí *děti nebo rodinné vztahy*. Kategorie odpovědi *finanční situace* a *bydlení* je vyjádřena 2krát, vždy jeden respondent udává jakou příčinu napětí *obavy o zabezpečení rodiny a práci*.

Respondenti č. 1 a 2 se řadí svým vyjádřením do dvou kategorií. Respondenti č. 3, 4, 5, 6, 7, 8 a 9 odpověděli 1krát.

Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 11.

## 4.2 Výsledky po edukaci

### Edukační plán k prevenci virové hepatitidy A u romské populace

**Edukátor:** komunitní sestra (všeobecná sestra)

**Edukant:** příslušník romské minority (respondent č. 8)

**Místo edukace:** domácnost edukanta, klidná místnost bez rušivých elementů

Edukaci byla přítomna respondentka s pětiletou dcerou a tříletou vnučkou. Edukace probíhala v místnosti, která plní funkci kuchyně a dětského pokoje.

#### 1. Posouzení

Sběr informací o životním stylu edukanta, jeho hygienických návycích, dostupnosti a úrovni hygienické péče, způsobu přípravy pokrmů.

#### 2. Edukační diagnóza

00126 Deficitní znalost prevence virové hepatitidy A v souvislosti s nedostatkem informací o přenosu a možnosti prevence onemocnění projevující se neznalostí a nedodržováním preventivních opatření.

#### 3. Edukační cíl

Zlepšit informovanost edukanta o existenci, přenosu a možnostech prevence virové hepatitidy A.

I. Edukant je informován o možnostech přenosu virové hepatitidy A.

II. Edukant je schopen vyjmenovat základní preventivní opatření týkající se virové hepatitidy A.

III. Edukant si uvědomuje vlastní nedostatky v oblasti prevence virové hepatitidy A.

IV. Edukant je ochoten změnit svůj přístup v oblasti prevence virové hepatitidy A.

#### 4. Příprava edukačního plánu

**Metody edukace:** individuální rozhovor, vysvětlování

I. Zjistit úroveň vědomostí edukanta o virové hepatitidě A pomocí následujících otázek:

- a) Slyšel/a jste někdy o virové hepatitidě A (žloutence)?
- b) Jak myslíte, že se žloutenka typu A přenáší?
- c) Myslíte si, že lze nákaze žloutenkou typu A nějak zabránit?

II. Informovat edukanta o cestách přenosu a možnostech prevence virové hepatitidy A.

III. Poskytnout edukantovi informační materiál zaměřený na prevenci virové hepatitidy

A. Edukační materiál viz příloha č. 4.

IV. Předat edukantovi k vyzkoušení vzorek dezinfekčního prostředku na ruce.

## 5. Realizace edukačního plánu

Rozhovorem s respondentkou byly zjištěny následující skutečnosti týkající se životního stylu rodiny, dostupnosti a úrovně hygienické péče, způsobu přípravy pokrmů:

- tepelně upravené jídlo, které se nespotřebuje, rodina schovává na další den,
- tepelně upravené jídlo je skladováno v troubě, případně v hrnci na sporáku,
- v bytě neteče teplá voda,
- součástí bytu není koupelna,
- součástí bytu není toaleta,
- mytí rukou po použití toalety.

Pomocí polostrukturovaného rozhovoru byla zjištěna úroveň vědomostí respondentky o virové hepatitidě A. Respondentka si vzpomněla, že před časem zaslechla v médiích informace o šíření hepatitidy typu A, ale domnívá se, že nyní již tento problém není aktuální, neboť o něm dlouho neslyšela. Respondentka se domnívá, že hepatitida A je „nemoc špinavých rukou“ a přenáší se, když si člověk neumyje ruce po použití toalety. Respondentka si myslí, že onemocnění lze předcházet tím, že si bude mýt ruce.

Respondentka byla obeznámena s cestami přenosu a možnostmi prevence virové hepatitidy A. Byla zdůrazněna nezbytnost mytí rukou nejen po použití toalety, ale také po příchodu domů či při přípravě jídla. Vzhledem k absenci tekoucí vody byla



respondentka seznámena s existencí dezinfekčních prostředků na ruce a byl jí poskytnut vzorek k vyzkoušení.

Při rozhovoru byly zjištěny nedostatky ve způsobu uchovávání pokrmů. Respondentka byla poučena o existenci onemocnění, která se vyskytují v souvislosti s nevhodnou manipulací s potravinami a byla seznámena se zásadami bezpečného stravování.

Respondentce byl předán informační leták Pět klíčů k bezpečnému stravování a edukační materiál zaměřený na prevenci virové hepatitidy A.

## **6. Vyhodnocení edukace**

Zjistit přínos edukačního plánu pomocí polostrukturovaného rozhovoru:

- a) Jak se žloutenka typu A přenáší?
- b) Jak se můžeme chránit před žloutenkou typu A ?
- c) Jak se Vy osobně před žloutenkou typu A chráníte?
- d) Co byste mohl/a Vy osobně v prevenci žloutenky typu A zlepšit?

Respondentka je schopná vyjmenovat některé cesty přenosu virové hepatitidy A. Udává špinavé ruce a znečištěnou vodu a potraviny.

Dále vyjmenovává možnosti ochrany před hepatitidou A – umývat si ruce po použití toalety a při vaření, ovoce a zeleninu před konzumací omýt a pít pouze nezávadnou vodu.

Respondentka si myslí, že preventivní opatření v rodině jsou dostačující. Za nejdůležitější považuje mytí rukou po použití toalety. Respondentka ale uznává, že by měla být důslednější v dodržování těchto opatření u dětí.

## **Edukační plán k prevenci infekčních onemocnění kůže a sliznic u romské populace**

**Edukátor:** komunitní sestra (všeobecná sestra)

**Edukant:** příslušník romské minority (respondent č. 8)

**Místo edukace:** domácnost edukanta, klidná místnost bez rušivých elementů

Edukaci byla přítomna respondentka s pětiletou dcerou a tříletou vnučkou. Edukace probíhala v místnosti, která plní funkci kuchyně a dětského pokoje.

### **1. Posouzení**

Sběr informací o životním stylu edukanta, jeho hygienických návycích a dostupnosti a úrovni hygienické péče.

### **2. Edukační diagnóza**

00126 Deficitní znalost prevence infekčních onemocnění kůže a sliznic v souvislosti s nezájmem edukanta o tuto problematiku a nedostatkem informací o existenci, přenosu a možnostech prevence kožních infekcí projevující se bagatelizací a nedodržováním zásad osobní hygieny

### **3. Edukační cíl**

Zlepšit informovanost edukanta o existenci, přenosu a možnostech prevence infekčních onemocnění kůže a sliznic.

I. Edukant je informován o původcích infekčních onemocnění kůže.

II. Edukant je informován o možnostech přenosu infekčních onemocnění kůže.

III. Edukant je schopen vyjmenovat základní preventivní opatření vzniku infekčních onemocnění kůže.

IV. Edukant si uvědomuje vlastní nedostatky v prevenci infekčních onemocnění kůže.

V. Edukant je ochoten dle možností změnit své hygienické návyky.

### **4. Příprava edukačního plánu**

**Metody edukace:** individuální rozhovor, vysvětlování

I. Zjistit úroveň vědomostí edukanta o infekčních onemocnění kůže a sliznic pomocí následujících otázek:

- a) Jaké znáte původce kožních infekcí?
- b) Jak myslíte, že se kožní infekce přenáší?
- c) Myslíte si, že lze vzniku kožních infekcí nějak zabránit?
- d) Myslíte si, že lze přenosu kožních infekcí nějak zabránit?

II. Informovat edukanta o nejčastějších infekčních onemocněních kůže a sliznic, cestách přenosu a možnostech prevence.

III. Poskytnout edukantovi informační materiál zaměřený na prevenci infekčních onemocnění kůže a sliznic. Edukační materiál viz příloha č. 4.

IV. Seznámit edukanta s konkrétními přípravky k likvidaci původců infekce.

## **5. Realizace edukačního plánu**

Rozhovorem s respondentkou byly zjištěny následující skutečnosti týkající se infekčních onemocnění kůže a sliznic:

- v bytě neteče teplá voda,
- součástí bytu není koupelna,
- dospělí členové domácnosti se myjí jednou za dva dny, děti méně často,
- děti používají při mytí společnou osušku,
- děti nemají k dispozici každé vlastní postel – spí po dvojicích.

Pomocí polostrukturovaného rozhovoru byla zjištěna úroveň vědomostí respondentky o infekčních onemocněních kůže a sliznic. Respondentka si nedokáže vybavit žádného původce kožních infekcí. Po chvíli přemýšlení jmenuje plíseň. Poté, co je informována o existenci pedikulózy a svrabu, uvědomuje si, že o nich také ví. Nejčastější cestou přenosu je dle respondentky přímý dotyk. U pedikulózy jmenuje také přenos prostřednictvím pokrývky hlavy nebo hřebene. Respondentka k tématu dodává, že se jim jednou stalo, že si děti přinesly vši ze školy. Respondentka se domnívá, že vzniku a přenosu kožních infekcí lze předcházet umýváním rukou.

Respondentka byla obeznámena s nejčastějšími kožními infekcemi, cestami přenosu a možnostech prevence. Respondentka byla upozorněna na skutečnost,

že neexistuje pouze veš vlasová, s níž se respondentka již setkala, ale také veš muňka a veš šatní. Respondentka byla seznámena s možnostmi ochrany před kožními chorobami. Byla zdůrazněna nutnost dodržování zásad osobní hygieny, obzvláště frekvence osobní hygieny a používání vlastních potřeb osobní hygieny. Respondentka byla upozorněna na nutnost dodržování těchto zásad také v souvislosti s malou kapacitou bytu, neboť všechny děti nemají vlastní lůžko a používají tedy společnou postel a ložní prádlo. Byla doporučena častější výměna ložního prádla. Protože se tato kožní onemocnění mohou přenášet také pohlavním stykem, byla respondentka informována o vhodnosti používání kondomu při pohlavním styku.

Respondentce byl předán edukační materiál zaměřený na prevenci infekčních onemocnění kůže a sliznic.

Respondentka byla seznámena s konkrétními opatřeními, které je nutné dodržovat při nákaze, a také s konkrétními přípravky k likvidaci původců infekce.

## **6. Vyhodnocení edukace**

Zjistit přínos edukačního plánu pomocí polostrukturovaného rozhovoru:

- a) Které původce kožních infekcí znáte?
- b) Jak se mohou kožní infekce přenášet?
- c) Jak se můžeme chránit před kožními infekcemi?
- d) Jaká opatření je nutno dodržovat při nákaze kožní infekcí?
- e) Co byste mohl/a Vy osobně v prevenci kožních infekcí zlepšit?

Respondentka jmenuje svrab a vši jako původce kožních infekčních onemocnění. Respondentka vyjmenovává možné cesty přenosu – dotykem, pomocí čepice, hřebenu, ložního prádla, žínky a ručníku.

Jako ochranu před kožními infekcemi jmenuje respondentka častější mytí a používání vlastní osušky.

Respondentka si nedokáže vzpomenout na konkrétní opatření při nákaze kožní infekcí, jmenuje pouze používání šamponu u pedikulózy.

Respondentka je přesvědčena, že není nutné, ale ani možné, nějak výrazně měnit návyky týkající se spaní či osobní hygieny panující v rodině. Jako argument pro méně

časté mytí dětí uvádí časovou náročnost, neboť vodu je nutné ohřát na kamnech, a také nízký věk dětí, které se díky němu nepotřebují mýt každý den. Rovněž užívání společné osušky přičítá především úsporným důvodům, stejně jako nižší frekvenci praní lůžkovin.

Respondentka byla při edukaci zpočátku vstřícná a spolupracovala. Při závěrečném zhodnocení byla schopna odpovědět na část otázek. V okamžiku, kdy přišla řeč na hygienické návyky v rodině, zaujala odmítavý postoj a do konce edukace byla přesvědčena, že jí se tento problém netýká.

## **Edukační plán k prevenci pohlavně přenosných chorob u romské populace**

**Edukátor:** komunitní sestra (všeobecná sestra)

**Edukant:** příslušník romské minority (respondent č. 9)

**Místo edukace:** domácnost edukanta, klidná místnost bez rušivých elementů

Edukaci byla přítomna respondentka s osmiměsíční dcerou, která v průběhu edukace spala. Edukace probíhala v bytě respondentky.

### **1. Posouzení**

Sběr informací o životním stylu edukanta, názor edukanta na nutnost používání prezervativu při pohlavním styku.

### **2. Edukační diagnóza**

00126 Deficitní znalost prevence pohlavně přenosných chorob v souvislosti s nedostatkem zájmu o problematiku a nedostatkem informací o existenci, přenosu a možnostech prevence pohlavních chorob projevující se bagatelizací a nedodržováním zásad bezpečného sexu

### **3. Edukační cíl**

Zlepšit informovanost edukanta o existenci, přenosu a možnostech prevence pohlavně přenosných chorob.

- I. Edukant je schopen vyjmenovat nejčastější pohlavně přenosné choroby.
- II. Edukant si uvědomuje cesty přenosu pohlavně přenosných chorob.
- III. Edukant je schopen vyjmenovat možnosti prevence pohlavně přenosných chorob.
- IV. Edukant si uvědomuje vlastní nedostatky v prevenci pohlavně přenosných chorob.
- IV. Edukant je ochoten změnit svůj přístup k prevenci pohlavně přenosných chorob.

### **4. Příprava edukačního plánu**

**Metody edukace:** individuální rozhovor, vysvětlování

I. Zjistit úroveň vědomostí edukanta o existenci pohlavně přenosných chorob pomocí následujících otázek:

- a) Co podle Vás znamená pojem pohlavně přenosné choroby?
- b) Jak myslíte, že se pohlavně přenosné choroby přenáší?
- c) Znáte nějaké pohlavně přenosné choroby?
- d) Myslíte si, že se lze před pohlavně přenosnými chorobami nějak chránit?

II. Informovat edukanta o nejčastějších pohlavně přenosných chorobách, cestách přenosu a možnostech prevence.

III. Poskytnout edukantovi informační materiál zaměřený na prevenci pohlavně přenosných chorob. Edukační materiál viz příloha č. 4.

IV. Předat edukantovi jedno balení prezervativů.

## **5. Realizace edukačního plánu**

Rozhovorem s respondentkou byly zjištěny následující skutečnosti týkající se problematiky pohlavně přenosných chorob:

- partneři si půjčují pomůcky na holení,
- respondentka má zkušenosti s nitrožilním užíváním drog,
- partneři při pohlavním styku nepoužívají prezervativ.

Pomocí polostrukturovaného rozhovoru byla zjištěna úroveň vědomostí respondentky o existenci pohlavně přenosných chorob. Respondentka se domnívá, že pohlavní choroby jsou onemocnění, která se přenáší při sexu prostřednictvím spermatu. Jako příklad pohlavní choroby jmenuje AIDS. Respondentka se domnívá, že ako ochrana před pohlavně přenosnými chorobami a těhotenstvím slouží přerušovaná soulož.

Respondentka dostala informace o nejčastějších pohlavně přenosných chorobách a byla upozorněna na skutečnost, že se mezi ně řadí také virové hepatitidy či pedikulóza. Rovněž byly doplněny informace o způsobech přenosu. Byl zdůrazněn fakt, že pohlavně přenosné choroby se mohou přenášet také vaginálním sekretem a krví. Respondentka byla upozorněna na riziko přenosu pohlavních chorob nejen při pohlavním styku, ale také prostřednictvím kontaminovaných předmětů denní potřeby či injekčních stříkaček

a jehel, neboť z rozhovoru vyplynulo, že respondentka má zkušenosti s nitrožilním užíváním drog a není jisté, zda v užívání v současné době pokračuje. O této problematice respondentka nechtěla dále hovořit. Zvláště zdůrazněna byla skutečnost, že přerušovaná soulož nemá na prevenci pohlavních chorob žádný vliv.

Respondentka byla také seznámena s některými příznaky pohlavních chorob. V rozhovoru se zmínila, že před časem měla problémy se zápachajícím výtokem, na který poté užívala antibiotika.

Respondentce byl předán edukační materiál zaměřený na prevenci pohlavně přenosných chorob a jedno balení prezervativů.

## **6. Vyhodnocení edukace**

Zjistit přínos edukačního plánu pomocí polostrukturovaného rozhovoru:

- a) Jaké pohlavně přenosné choroby znáte?
- b) Jak a čím se pohlavně přenosné choroby přenáší?
- c) Jak se můžeme chránit před pohlavně přenosnými chorobami?
- d) Jak se Vy osobně chráníte před pohlavně přenosnými chorobami?
- e) Co byste mohl/a Vy osobně v prevenci pohlavně přenosných chorob zlepšit?

Respondentka dokáže vyjmenovat některé pohlavně přenosné choroby – AIDS, kapavka, syfilis.

Respondentka jmenuje přenos pohlavních chorob prostřednictvím spermatu a krve a dále dodává, že se pohlavní choroby mohou přenášet při pohlavním styku.

Jako ochranu před pohlavně přenosnými chorobami udává respondentka používání prezervativu.

Respondentka se domnívá, že není třeba, aby dodržovala některá z preventivních opatření, neboť je přesvědčena, že si jsou s partnerem věrní a nemohou se nakazit. K problematice užívání drog se nechce více vyjadřovat. Respondentka si neuvědomuje riziko přenosu infekce prostřednictvím kontaminovaných předmětů.

V průběhu edukace respondentka spolupracovala, ale nebrala ji příliš vážně a snažila se tuto problematiku bagatelizovat s tím, že se jí netýká.



## 5. Diskuze

Naše diplomová práce se zabývá převážně postojem romské populace k problematice infekčních onemocnění. Ve výzkumné části této práce jsme se pokusili zmapovat životní styl příslušníků romského etnika. Na základě získaných informací jsme vytypovali konkrétní infekční onemocnění, pro která byl vypracován edukační plán, jenž byl u vybraných respondentů aplikován v praxi. Výsledky, které jsme tímto výzkumem získali, jsou pro větší přehlednost uvedeny ve formě kategorizovaných skupin v předchozí kapitole. S těmito výsledky budeme pracovat také v následující diskuzi.

V literatuře je uváděno, že ženy odpovídají v romské komunitě za péči o děti a rodinu obecně, jejich vzdělávání a výchovu. Mohou tedy značně ovlivnit zvyky a způsob života rodiny, neboť edukace zaměřená na romské ženy má prostřednictvím jejich zásahu vliv na ostatní členy komunity. Také my jsme při realizaci našeho výzkumu komunikovali převážně s romskými ženami. Poznali jsme, že jsou více přístupné dialogu a nemají obavy mluvit mnohdy o velmi osobních věcech. Při rozhovorech s našimi respondenty nezdá se, že rozhovoru byli přítomni také ostatní členové rodiny. A zvláště v těchto situacích bylo možno pozorovat odlišný přístup romských mužů a žen. Muži na některá témata rozhovoru reagovali popudlivě, brali je jako urážku a útok proti vlastní osobě. Rovněž jsme si nemohli nevšimnout, že v okamžiku, kdy převzal slovo manžel, případně druh, žena se přesunula do pozadí, omezila svá vyjádření a pouze potvrzovala stanoviska svého partnera. Svědčí to o skutečnosti, že v romské rodině má hlavní slovo muž a žena je vůči svému partnerovi v podřízeném postavení. Z tohoto důvodu se nám osvědčilo provádět rozhovory s respondenty v dopoledních případně brzkých odpoledních hodinách, kdy byla větší pravděpodobnost, že rozhovoru nebudou přítomni ostatní členové rodiny.

Romové kladou velký důraz na rodinu. My jsme se při realizaci výzkumu přesvědčili, že rodina má na stanoviska a rozhodování svých členů velký vliv a pokud je něco v rozporu s přesvědčením ostatních členů rodiny, obzvláště mužů, názor jednotlivce lze již velmi těžko zvrátit. Potvrzuje to ve své publikaci také Ivanová, která

uvádí, že muž je hlavou rodiny a nositelem prestiže. Rozhoduje za rodinu a nese za ni odpovědnost (21). Překvapilo nás ale zjištění, že z našich devíti respondentů pouze čtyři respondenti byli v manželském svazku. Tuto skutečnost znázorňuje graf 3. Čtyři respondenti žili ve společné domácnosti s partnerem, ale nebyli oddáni. Svědčí to zřejmě o skutečnosti, že rodina je pro Romy důležitá, ať už je vztah partnerů, resp. rodičů, úředně potvrzen, či nikoliv. Jedna z našich respondentek ovdověla a žije se svým synem a jeho rodinou ve třípokojovém bytě. Také tento fakt potvrzuje výše uvedený význam rodiny v komunitě romského etnika.

Péči o zdraví, životní styl a integraci do společnosti ovlivňuje také zaměstnání a ekonomická situace člověka. Proto také nás zajímalo zaměstnání našich respondentů. Jak bylo řečeno, komunikovali jsme spíše se ženami. Z grafu 4 je patrné, že více než polovina našich respondentů byla v době výzkumu na mateřské dovolené. Všechny tyto respondentky ale přiznaly, že před nástupem na mateřskou dovolenou byly registrovány na Úřadu práce a ani po jejím skončení neplánují návrat do zaměstnání. Současně ale všechny uvádějí, že jejich partner nebo manžel jsou zaměstnáni. Největším handicapem Romů na trhu práce je jejich nízké vzdělání, jak uvádí autor Sirovátka. Řešením se pro ně stávají aktivity na neformální pracovním trhu (40). Výsledky našeho výzkumu jsou v souladu s tímto tvrzením. Osm z našich respondentů má dosaženo základní vzdělání, jedna respondentka absolvovala speciální školu. V případě, že je respondent nebo jeho partner zaměstnán, jedná se převážně o úklidové či pomocné práce, případně aktivity na neformálním trhu práce, o kterých respondenti nechtěli příliš mluvit.

S problematikou infekčních onemocnění úzce souvisí úroveň bydlení. Všichni naši respondenti bydlí v podnájmu a většina z nich s kvalitou ubytování není spokojena. Jako největší problém se nám v této souvislosti jeví absence tekoucí vody, kterou musela řešit jedna rodina, a také absence teplé vody, která byla problémem u dvou rodin. Rodiny dvou našich respondentů neměly k dispozici vlastní koupelnu a osobní hygienu byly nuceny provádět v provizorních podmínkách. Čtyři respondenti používali společnou toaletu s ostatními nájemníky v domě. Dále si naši respondenti ve zvýšené míře stěžovali na nedostatek prostoru, který má za následek, že členové rodiny nemají každý svůj prostor na spaní a používají společné ložní prádlo. Ve spojení s výše

uvedenými problémy se zásobováním bytů vodou je riziko vzniku nákazy infekční chorobou evidentní. Respondenti často vyjadřovali přání přestěhovat se do většího bytu. Jak je uváděno v literatuře, pronájem jakéhokoliv bytu je pro romské rodiny problémem nejen z ekonomických důvodů, ale také z přetrvávající diskriminační praxe (35). Tuto skutečnost potvrzují z vlastní zkušenosti také naši respondenti.

Na zdraví člověka má vliv také způsob trávení volného času, jeho koníčky a druh odpočinku. Žádný z našich respondentů se pravidelně nevěnuje žádné sportovní aktivitě. Pokud tráví volný čas venku, jde o procházku, případně dohled nad dětmi na hřišti. Většina respondentů volí pasivní odpočinek, obvykle sledování televize. V současné době je televize považována za cenný zdroj informací. Protože víme, že sledování televize je u Romů velmi oblíbené, bylo by vhodné využít informační potenciál tohoto média také v edukačním procesu.

Z informací získaných od respondentů jsme zjistili, že příslušníci romského etnika nejsou ohroženi pouze infekčními chorobami, které jsou předmětem této práce, ale jejich životní styl jim přináší riziko vzniku mnohých civilizačních chorob. O některých našich poznatcích bychom se zde rádi zmínili. Jedním z rizikových faktorů je již zmíněný nedostatek fyzické aktivity. Autorky Davidová a Tancošová se nezávisle na sobě zamýšlejí ve svých dílech nad stravovacími návyky romské populace. Poukazují na nízký příjem ovoce, zeleniny a mléčných výrobků, který je kompenzován konzumací velkého množství sladkostí, zvláště u dětí. Strava dospělých se vyznačuje nadměrnou konzumací kávy a tučných jídel. V jídlu převládá nepravidelnost (9, 45). Při našem výzkumu jsme zjistili, že mezi nejčastěji konzumované nápoje mezi dětmi i dospělými patří limonády. Ty jako svůj obvyklý nápoj uvedli všichni naši respondenti. Děti dále pijí čaj a mléko nebo kakao. Druhým nejčastějším nápojem u dospělých je káva, kterou pije sedm z devíti respondentů. Z našeho výzkumu dále vyplynula skutečnost, že většina našich respondentů, konzumuje denně nějaký druh ovoce nebo zeleniny. Faktum je, že odpovědi se vztahují spíše na konzumaci ovoce nebo zeleniny u dětí, o to více je ale toto zjištění potěšující. Mezi nejčastěji konzumované ovoce patří jablka, citrusy a banány. Bylo zde již také řečeno, že romská strava se vyznačuje nadměrnou spotřebou masa. Toto potvrdil také náš výzkum, neboť více než polovina

našich respondentů udává, že nějaký druh masa mají zařazen v jídelníčku každý den. Obvykle jde o maso hovězí nebo vepřové, případně uzeniny. V této souvislosti by bylo přínosné v romské komunitě více propagovat maso drůbeží, králičí či rybí, které, jak jsme zjistili, není mezi Romy příliš rozšířené ani oblíbené. Pozitivním zjištěním pro nás bylo, že většina respondentů přijímá jídlo v relativně pravidelných intervalech a nepotvrdili výše uvedené tvrzení o nepravidelnosti ve stravování. Pravdou ale je, že večerní jídlo příslušníků romského etnika je, co do vydatnosti, srovnatelné s obědem, a proto i v této oblasti vidíme široký prostor pro další edukaci. Jedním z dalších problémů příslušníků romského etnika je vysoká kazivost zubů. Částečně souvisí se stravovacími návyky, ale vliv mají také návyky hygienické. Čtyři z našich respondentů uvádí, že si zuby čistí dvakrát denně. Připouští ale, že i po večerním čištění zubů ještě jedí nějaký druh jídla, čímž se efekt večerní zubní hygieny ztrácí. Čtyři respondenti otevřeně přiznávají, že si zuby čistí pouze jednou denně, a to ráno. Většina respondentů si stěžuje na špatnou kvalitu chrupu. Zde by bylo na místě poučení o správné technice čištění zubů a o zásadách zubní hygieny.

Romská populace je díky svému životnímu stylu ohrožena vznikem kardiovaskulárních chorob. Kromě nedostatku fyzické aktivity a nevhodné stravy má vliv na vznik těchto onemocnění také kouření, které je v romské populaci hojně rozšířeno ve všech věkových kategoriích (35). To můžeme na základě našeho výzkumu potvrdit. Jak je uvedeno v grafu 17, osm z devíti našich respondentů kouří, přičemž všichni přiznávají, že většinou začali ve velmi nízkém věku a ženy s kouřením nepřestaly ani v těhotenství.

S problematikou infekčních onemocnění, konkrétně alimentárních nákaz, souvisí způsob nakládání s tepelně upravenými potravinami. My můžeme potvrdit obecně rozšířené tvrzení, že Romové jednou uvařené jídlo, které nespotřebují, rozdají případně znehodnotí. Tento zvyk jim v minulosti pomohl ubránit se vzniku infekčních onemocnění, když kočovali nebo byli nuceni žít v nevyhovujících podmínkách. Více než polovina našich respondentů v rozhovoru uvedla, že tepelně zpracované jídlo, které se nespotřebuje, týž den vyhazují. Někteří z respondentů nedokázali tento zvyk zdůvodnit a uváděli, že jsou tak zvyklí jednat odjakživa. Menší část respondentů uvedla,

že nespotřebované jídlo schovávají a snědí je později, případně je použijí na přípravu jídla následující den. V této souvislosti je třeba řešit otázku uchování těchto potravin, neboť se ukázalo, že ne všichni respondenti uchovávají nespotřebované potraviny v chladničce a dávají tak příležitost vzniku infekce. Přestože jsme uvedli, že ne všichni respondenti mají k dispozici teplou vodu, většina respondentů je zvyklá mýt nádobí v teplé vodě. Obvykle problém řeší ohříváním vody v hrnci nebo v rychlovarné konvici. Stejně tak většina respondentů používá při mytí nádobí čistící prostředek. Z hlediska prevence alimentárních nákaz tuto skutečnost hodnotíme velice pozitivně.

V souvislosti s problematikou infekčních chorob nás zajímal přístup respondentů k osobní hygieně. Jak jsme již uvedli, někteří respondenti nemají v bytě zavedenu vodu, případně jim teče pouze voda studená nebo nemají k dispozici koupelnu. Tato skutečnost má vliv na způsob a provádění hygienické péče. Třetina respondentů proto provádí osobní hygienu u umyvadla, případně si vodu k mytí ohřívá a umývá se v dětské vaničce formou otírání. To, jaké mají respondenti možnosti, co se týče provádění osobní hygieny, ovlivňuje také frekvenci jejího provádění. Ti respondenti, kteří musí řešit výše uvedené problémy, přiznávají, že se nemyjí každý den, ale spíše jednou za dva dny nebo dle potřeby. U dětí je situace podobná, neboť dvě třetiny respondentů uvádí, že se jejich děti nemyjí každý den, spíše jednou za dva nebo méně často. Na mytí mají děti ohřátou společnou vodu v dětské vaničce. Je nutno podotknout, že v rodinách respondentů byly školou povinné děti, u kterých by, vzhledem k jejich pobytu v dětském kolektivu, bylo vhodné provádět osobní hygienu každý den. Současně jsme se ale při našem výzkumu setkali s faktem, že někteří respondenti se denně myjí několikrát. Tato skutečnost je zapříčiněna tím, že někteří Romové se sprchují nebo otírají po použití toalety a cítili by se nečistí, kdyby tak neučinili. S osobní hygienou úzce souvisí používání potřeb osobní hygieny. Zajímalo nás, zda naši respondenti trvají na používání vlastních potřeb, či zda jsou v rodině některé pomůcky společné. Více než polovina respondentů uvedla, že každý člen rodiny používá při osobní hygieně vlastní ručník. Ve čtyřech rodinách dospělí členové používají na osobní hygienu vlastní osušku či ručník a většinou si je nepůjčují, na rozdíl od dětí. Jak bylo řečeno, děti se myjí méně často a většinou používají při mytí společnou osušku. Respondenti tento fakt obvykle

zdůvodňují úsporným opatřením, s tím, že po vykoupaní všech dětí se osuška již dále nepoužívá a je odložena do špinavého prádla.

Protože některé infekční choroby se mohou přenášet mimo jiné prostřednictvím kontaminovaných předmětů, zajímalo nás, jak jsou respondenti zvyklí používat pomůcky na holení. Většina respondentů uvedla, že se pomůcky na holení v jejich rodině používají, ale každý člen rodiny má k dispozici svou vlastní žiletku a nikdy si je nepůjčují. Respondenti tento zvyk zdůvodňovali nejčastěji možným rizikem přenosu různých kožních onemocnění. Otázkou je, nakolik tato tvrzení odpovídají skutečnosti. Dva naši respondenti přiznali, že příliš netrvají na používání vlastních pomůcek a občas se jim stane, že použijí společnou žiletku. Pokud se tak stane, nevidí v tom žádný problém. Také z našich dalších rozhovorů jsme poznali, že respondenti si málo uvědomují riziko přenosu infekce krevní cestou, a proto by bylo třeba se na toto téma zaměřit v další edukaci.

S problematikou virové hepatitidy A souvisí fakt, že ne všichni respondenti mají možnost používat vlastní toaletu. Tuto skutečnost popisuje graf 12. Necelá polovina našich respondentů je nucena používat toaletu společnou s ostatními nájemníky domu, do které mají přístup také osoby, které v domě vůbec nežijí. Rozhovorem s našimi respondenty jsme měli možnost zjistit, že tento fakt není výjimečný a jedná se o poměrně rozšířenou praxi. Vzhledem k této skutečnosti je na místě zjistit, jak jsou příslušníci romského etnika informováni o způsobu přenosu alimentárních nákaz, konkrétně hepatitidy A a informace dle potřeby doplnit. My jsme v rámci našeho výzkumu zjistili, že všichni respondenti si umývají ruce po použití toalety. Bližší výsledky jsou uvedeny v tabulce 8. Nelze ovšem s určitostí říci, do jaké míry lze tuto informaci považovat za důvěryhodnou. Zde vidíme prostor pro další výzkum týkající se této problematiky. Nutnosti umývat si ruce po použití toalety je obecně známá. To se ostatně potvrdilo také v rozhovoru s našimi respondenty. Menší část z nich si ale uvědomuje, že existují také jiné situace během dne, kdy je třeba mýt si ruce. Mluvíme o přípravě jídla, manipulaci se syrovými a tepelně upravenými potravinami a v neposlední řadě o návratu domů z pobytu na veřejných místech, kde se člověk může dostat do kontaktu se zdrojem infekce. Zde se ukazuje, že respondenti určité informace

o této problematice mají, ale mnohdy jsou neúplné a je třeba je doplnit a dát do širších souvislostí. Domníváme se, že dodržování základních hygienických pravidel je problémem zejména u dětí. Rodiče, kteří sami mají s dodržováním pravidel problémy, nemohou efektivně působit na své děti. Škola se snaží zabránit vzniku a přenosu infekčních onemocnění převážně svým vybavením. Samozřejmostí se stávají bezdotykové baterie či papírové ručníky případně sušáky na toaletách, upouští se od klasických textilních ručníků, na mytí je používáno tekuté mýdlo. Před školní jídelnou jsou umístěna umyvadla, která děti mohou před jídlem použít. Problém vidíme v důslednosti dodržování hygienických zásad. Je pouze na učiteli, zda bude trvat na umývání rukou svých žáků, nejen po použití toalety, ale také před svačinou či obědem, po příchodu z hřiště. Jak bylo řečeno, zde záleží hlavně na osobnosti učitele, ale své by v této problematice mohla udělat také školní sestra nebo romský pedagogický asistent. A nejedná se pouze o problematiku alimentárních nákaz, mluvíme o výchově ke zdraví obecně, problematice plánovaného rodičovství, sexuální výchovy a prevenci pohlavně přenosných chorob, neboť v romské komunitě je problém s nízkou informovaností právě v těchto oblastech (35).

Vzhledem k tomu, že je naše edukace zaměřena na zdraví a prevenci onemocnění, chtěli jsme zjistit, jak si naši respondenti zdraví představují, co pro ně znamená. Svoji představu zdraví mnohdy nedokázali přesně vyjádřit, což potvrzuje, že Romové mají problémy s abstraktním myšlením a vyjadřují se spíše v konkrétních pojmech (23). Zdraví je pro naše respondenty vždy vázáno na nějakou konkrétní činnost. Je to stav, kdy mohou pracovat, odpočívat, dobře spí. Více o romské představě zdraví pojednává tabulka 9. V této souvislosti nás také zajímalo, co dle názoru našich respondentů zdraví ovlivňuje. Nadpoloviční počet respondentů na otázku nedokázal odpovědět. Někteří respondenti vyjádřili stanovisko, že zdraví snad ani ovlivnit nelze, jiní přikládali velký význam stresu a kvalitě stravy. Na základě těchto zjištění vidíme, že respondenti si neuvědomují vliv vlastního chování a životního stylu na zdraví, což je v souladu s tvrzením autorky Janečkové, že Romové si neuvědomují souvislost mezi tím, jak se cítí a zdravím jako hodnotou, životní prioritou, postojem k životosprávě, která by jim mohla být prospěšná. Nevidí tedy žádnou souvislost mezi tím, jak se

po zdravotní stránce cítí a jakou životosprávu dodržují, necítí vztah mezi rizikovým chováním a nemocí, mezi příčinou infekce a jejím šířením. K nedostatečnému pochopení těchto vztahů přispívá nízká vzdělanost Romů (22).

Z literatury jsme se dále dozvěděli, že nemoc, resp. zdraví, se stává předmětem zájmu až v přítomnosti dramatických příznaků, ale o to větší je potřeba nemoc léčit (35). My jsme proto zjišťovali, za jakých okolností navštěvují lékaře naši respondenti. S výše uvedeným tvrzením se naše zjištění shoduje. Většina respondentů jde k lékaři v případě, že selže domácí léčba nebo jde o akutní stav, který nelze zvládnout osvědčenými postupy. Pouze tři respondenti udávají, že chodí na pravidelné lékařské prohlídky. Vhodná edukace by mohla zabránit nadužívání pohotovostních služeb a naopak nedostatečnému využívání ambulantních služeb a preventivních prohlídek.

Proti určitým infekčním onemocněním se lze chránit očkováním. V ČR jsou některá očkování ze zákona povinná, některá lze dle vlastního uvážení doplnit. Až na jednu výjimku mají děti našich respondentů pouze povinná očkování. Jeden z respondentů uvažoval o dalším očkování, konkrétně proti meningokovi, ale problémem je jeho finanční náročnost. Pakliže různých důvodů nepřichází v úvahu specifická preventivní opatření ve formě očkování, musíme se v naší činnosti zaměřit na nespécifická preventivní opatření - hygienická opatření a zdravotní výchovu mající za cíl zamezit účinku nepříznivých vlivů životního prostředí na lidský organizmus a zlepšit úroveň chování na základě získaných informací (41).

Otázka infekčních onemocnění úzce souvisí s problematikou drogové závislosti, máme na mysli konkrétně nitrožilně užívané drogy. Čtyři respondenti mají ve svém okolí drogově závislého člověka, případně s drogově závislými lidmi přicházejí do styku. V domech, kde bydlí naši respondenti, se zdržují narkomani, a v několika případech byli respondenti nuceni uklízet použité injekční stříkačky a jehly. Dva naši respondenti mají osobní zkušenost s intravenózním užíváním drog.

Romské ženy se vyznačují vysokou mírou plodnosti, romské rodiny jsou známé velkým počtem dětí. Proto nás zajímalo, zda se naši respondenti nějakým způsobem chrání proti početí. Odpovědi respondentů ukazuje graf 20. Podle očekávání většina respondentů uvedla, že nepoužívají s partnerem žádný druh antikoncepce. Otázka zní,



zda tato skutečnost souvisí s přesvědčením a životní filozofií Romů, nebo je to spíše výsledek pohodlnosti či nedostatku informací. K těmto závěrům nás vede fakt, že mezi respondenty jsou ženy, které nepoužívají žádný druh antikoncepce, ale již ve svém životě absolvovaly jedno i více umělých přerušování těhotenství.

Oblast, která úzce souvisí s problematikou infekčních chorob, je používání prezervativu jako ochrany proti pohlavním chorobám. Jak bylo řečeno výše, většina našich respondentů nepoužívá žádné prostředky k zabránění početí, tedy ani prezervativ. My jsme chtěli zjistit, zda se respondenti obávají pohlavně přenosných chorob a zda je dle jejich názoru třeba se před nimi v partnerském vztahu chránit. Většina respondentů se domnívá, že pokud jsou si partneři věrní, případně pokud jde o stálé partnery, není třeba používat kondom jako ochranu proti pohlavně přenosným chorobám. Zde je na místě zamyšlení nad tím, jak velkým problémem je v romské komunitě promiskuita. Na tuto otázku nejsme schopni dát jednoznačnou odpověď, ale pokud budeme vycházet z tradičního rozdělení rolí v romské rodině a přihlídneme k podřízenému postavení ženy, můžeme se domnívat, že pokud se v romské rodině vyskytuje problém promiskuity, bude se týkat spíše romských mužů. Ať už promiskuita mezi Romy rozšířená je nebo není, ať už se problém týká mužů nebo žen, faktem zůstává, že problematika plánovaného rodičovství, sexuální výchovy a prevence pohlavních chorob je v romské populaci nedostatečně řešena a samotnými příslušníky romského etnika spíše bagatelizována.

Péče o vlastní zdraví úzce souvisí s hodnotovým systémem člověka. Pokud pro člověka zdraví není důležité, nemůžeme očekávat, že bude ochoten změnit svoje návyky a dodržovat konkrétní opatření. Za nejdůležitější hodnoty označili naši respondenti zdraví a rodinu. Přehled nejčastěji jmenovaných hodnot přináší tabulka 12. Mezi důležitými hodnotami respondentů se objevovalo také vzdělání. Jak jsme již uvedli dříve, všichni naši respondenti mají základní vzdělání. Jejich názor na význam vzdělání je ale poměrně jasný. Jak ukazuje tabulka 14, pro téměř polovinu našich respondentů je vzdělání velmi důležité. Dvě třetiny respondentů si přeje, aby jejich děti byly vyučené, neboť to pro ně znamená jistotu lepší budoucnosti.

Jak jsme již dříve uvedli, většina respondentů si není jistá, které faktory by mohli ovlivňovat zdraví člověka, případně si myslí, že zdraví ovlivnit nelze. S tímto názorem koresponduje životní filozofie respondentů. Nadpoloviční počet respondentů vyslovil názor, že život člověka řídí osud. Někteří respondenti ale zároveň připouští, že člověk sám může některé věci ovlivnit. Dva respondenti vyjádřili názor, že jejich život řídí Bůh. Jak ukazuje tabulka 15, osm z devíti respondentů jsou katolického vyznání. Nutno ale podotknout, že pravidelně se své víře nevěnuje žádný z respondentů. Domníváme se, že je zde třeba zdůraznit, že člověk není pasivním příjemcem, ale že svým chováním může změnit způsob svého života a kvalitu zdraví a musí být ochoten za své zdraví převzít odpovědnost.

Řeč byla již také o skutečnosti, že Romové začínají svůj zdravotní stav řešit až v případě, že jsou přítomny závažné příznaky, případně nejsou schopni onemocnění zvládnout domácí léčbou. Pokud příznaky pominou, většinou je ukončena také doporučená léčba. Vidíme zde možnou souvislost s pojetím času našich respondentů. Jak ukazuje graf 22, nadpoloviční počet respondentů se ve svém životě soustředí spíše na přítomnost a nechce řešit problémy, které ještě nenastaly. S tímto koresponduje také již zmíněné využívání, resp. nevyužívání pravidelných lékařských prohlídek. V této souvislosti vidíme nutnost objasnit příslušníkům romského etnika důležitost a přínos preventivních prohlídek.

Druhá část výsledků souvisí s realizací připraveného edukačního plánu. Na základě získaných informací jsme se rozhodli edukovat vybrané respondenty o prevenci alimentárních nákaz, konkrétně virové hepatitidy A, dále o infekčních onemocněních kůže a sliznic, konkrétně jsme se zabývali problematikou svrabu a pedikulózy a třetím předmětem edukace se staly pohlavně přenosné choroby.

Při rozhovorech s respondenty jsme zjistili, že mají určité obecné povědomí o existenci infekčních onemocnění. Obvykle byli schopni vyjmenovat alespoň jednoho zástupce z výše uvedených kategorií. Někteří respondenti měli s infekčním onemocněním osobní zkušenost. Při edukaci o prevenci virové hepatitidy A nás zaujalo přesvědčení respondentky, že toto onemocnění se přenáší pouze v případě, že si člověk neumyje ruce po použití toalety. Jiný zdroj infekce nepřipouštěla. S podobně neúplnými

a potenciálně nebezpečným informacemi jsme se setkali při edukaci o pohlavních chorobách. Respondentka zde vyjádřila názor, že pohlavní choroby se přenášejí pouze při pohlavním styku prostřednictvím spermatu a přerušovaná soulož tedy může sloužit jako prevence pohlavních chorob.

Obecně jsme se setkali při edukaci s poměrně pozitivním přístupem v případě, že jsme mluvili o obecných zásadách či pátrali po osobních zkušenostech a názorech respondentů. Informace, které jsme respondentům předali, byly hodnoceny kladně, potěšující bylo, že na většinu otázek respondenti byli schopni alespoň částečně odpovědět. V okamžiku, kdy bylo třeba analyzovat vlastní chování, nalézt chybu případně navrhnout řešení stávající situace, setkali jsme se v lepším případě s bagatelizací a popření problému, v horším případě s rozladěním a uzavřením se do sebe. Zdůvodnění tohoto stavu není složité. V první řadě jsou Romové velmi citliví na jakýkoliv náznak urážky, stereotypu či předsudku a některé naše otázky si mohli mylně vykládat jako útok proti vlastní osobě. Svůj vliv může mít také skutečnost, že přestože jsme k našim respondentům docházeli opakovaně, náš vzájemný vztah nebyl na takové úrovni, aby byli schopni přijmout a akceptovat naše rady a doporučení. Tento problém s navázáním důvěry by mohly řešit sestry v ambulantní péči, kde by se jejich doporučení také mohla míjet účinkem. Jsme ale přesvědčeni, že komunitní sestry, které by byly s rodinami v pravidelném kontaktu, by dokázaly překonat počáteční nedůvěru a navázaly by se svými klienty žádoucí vztah, který by postupně vedl ke změně zažitých názorů a vzorců chování. Podle našich zkušeností jsou Romové při splnění podmínky slušného a uctivého přístupu, což ostatně platí pro všechny jedince bez rozdílu, ochotni spolupracovat a přijmout dobře míněná doporučení.

Z námi uvedené diskuze vyplývají následující odpovědi na výzkumné otázky.

Příslušníci romské populace jsou ohroženi převážně pohlavně přenosnými chorobami, infekčním onemocněním kůže a sliznic a alimentárními nákazami, konkrétně virovou hepatitidou A.

Úkolem sester je edukovat příslušníky romské populace nejen o problematice uvedených infekčních onemocnění, ale také o zdravém životním stylu obecně, výchově k rodičovství, sexuální výchově a péči o své zdraví v nemoci i ve zdraví. K realizaci

edukace jsme vytvořili edukační plán doplněný o edukační materiál, který byl poskytnut našim respondentům. Námí vytvořený edukační plán byl efektivní pouze z části. S největší pravděpodobností nevedl ke změně chování našich respondentů, ale posloužil k doplnění a upřesnění některých informací a k seznámení s konkrétními opatřeními k prevenci infekčních onemocnění. Aby vytvořený edukační plán mohl vést k žádoucím změnám v chování příslušníků romské populace, je třeba intenzivního dlouhodobého a pravidelného kontaktu s členy komunity. Potenciál k dosažení tohoto cíle má dle našeho názoru funkce komunitní sestry.

Současná škola má prostředky k zajištění hygienického a příjemného prostředí, které eliminuje riziko vzniku infekčních onemocnění. To, v jaké míře budou žáci informováni o infekčních chorobách a jak důsledně budou vedeni k jejich prevenci, ale záleží pouze na učitelích. Přítomnost školní sestry ve vzdělávacích zařízeních by přinesla jistotu, že všichni žáci budou mít srovnatelné vědomosti a budou vedeni kvalifikovaným pracovníkem nejen k prevenci infekčních onemocnění, ale také ke zdravému životnímu stylu obecně.

Při zpracování teoretické části této práce jsme získali velké množství informací o romském etniku, jeho způsobu života, hodnotách, zdravotním stavu. Některé informace jsme měli možnost ověřit si v praktické části, v některých situacích se naše zkušenosti s odbornou literaturou rozcházel. V každém případě pro nás bylo zpracování tohoto tématu přínosem a byli bychom rádi, kdyby tato práce byla, ať už přímo či nepřímo, přínosem také pro příslušníky romského etnika.

## 6. Závěr

V naší diplomové práci jsme se pokusili spojit tři, pro někoho možná obtížně spojitelná, témata. Zabývali jsme se edukačním procesem, romskou populací a v neposlední řadě infekčními chorobami. Dali jsme si za úkol vytvořit edukační plán určeným sestřám především v komunitní péči, který by pomohl zlepšit informovanost a změnit způsob chování příslušníků romského etnika v oblasti prevence infekčních onemocnění. Abychom mohli určit, kterým infekčním onemocněním jsou ohroženi příslušníci romského etnika a na co konkrétně se máme zaměřit, bylo třeba tuto komunitu nejdříve poznat. Na naše respondenty jsme nechtěli pohlížet jako na potenciální pacienty, nezajímala nás pouze témata bezprostředně související s problematikou infekčních onemocnění. Snažili jsme se na ně dívat jako na holistické bytosti a poznat všechny složky jejich osobnosti.

Abychom měli na paměti, kam se chceme s naším výzkumem ubírat a co chceme zjistit, stanovili jsme si následující cíle. Cíl č. 1: Zjistit, kterým infekčním onemocněním je ohrožena romská populace. Cíl č. 2: Zjistit, co mohou sestry udělat v prevenci infekčních onemocnění v komunitě romské minority. Cíl č. 3: Připravit edukační plán zaměřený na prevenci infekčních onemocnění u romské populace. Cíl č. 4: Zjistit, jaký vliv má škola na romské děti v oblasti prevence infekčních onemocnění.

K dosažení uvedených cílů jsme si položili tyto výzkumné otázky. Výzkumná otázka č. 1: Kterým infekčním onemocněním je ohrožena romská populace? Výzkumná otázka č. 2: Co mohou sestry udělat v prevenci infekčních onemocnění v komunitě romské minority? Výzkumná otázka č. 3: Do jaké míry je edukační plán u romské populace efektivní? Výzkumná otázka č. 4: Jaký vliv má škola na romské děti v oblasti prevence infekčních onemocnění?

Námi vytyčené cíle byly splněny a na všechny výzkumné otázky se nám podařilo nalézt alespoň částečné odpovědi: příslušníci romské populace jsou ohroženi převážně pohlavně přenosnými chorobami, infekčním onemocněním kůže a sliznic a alimentárními nákazami; úkolem sester je edukovat příslušníky romské populace

nejen o problematice uvedených infekčních onemocnění, ale také o zdravém životním stylu obecně, výchově k rodičovství, sexuální výchově a péči o vlastní zdraví v nemoci i ve zdraví; edukační plán může být efektivní za předpokladu dlouhodobého, pravidelného a intenzivního kontaktu nejlépe komunitní sestry s příslušníky romské minoritní skupiny; vzdělávací zařízení mají prostředky k zajištění hygienického a příjemného prostředí, které eliminuje riziko vzniku infekčních onemocnění. Přítomnost školní sestry v těchto institucích by byla zárukou, že žáci získají od kvalifikovaného pracovníka vědomosti nejen o prevenci infekčních onemocnění, ale také o zdravému životnímu stylu obecně.

Výsledky naší práce bychom chtěli zpřístupnit odborné veřejnosti. Byli bychom rádi, kdyby námi vytvořený edukační plán a edukační materiál posloužily všem, kteří s romskou komunitou pracují a chtějí přispět ke zlepšení jejího zdravotního stavu a kvality života.

## 7. Literatura

1. BAKALÁŘ, P. *Psychologie Romů*. Praha: Votobia Praha, 2004. 179 s. ISBN 80-7220-180-8.
2. BAKOŠOVÁ, Z. Podněty teorie sociální pedagogiky pro výchovu Romů. In *Romové a sociální pedagogika: 18. setkání Hnutí R v Přerově a Levoči 7.-9. června 2001*, 1. vyd. Ústí nad Labem: Hnutí R, 2001. 200 s. ISBN 80-902461-4-1.
3. BALVÍN, J. *Výchova a vzdělávání romských žáků jako pedagogický systém*. 1. vyd. Praha: Radix; Hnutí R, 2004. 206 s. ISBN 80-86031-48-9.
4. BÁRTLOVÁ, S. SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
5. BASTL, P., ŠVEC, V. *Zdravotník lektorem*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. 122 s. ISBN 80-7013-251-5.
6. BLÍŽKOVSKÝ, B. *Systémová pedagogika*. 2. vyd. Ostrava: Amonium servis, 1997. 314 s. ISBN 80-85498-23-5.
7. DAVIDOVÁ, E. *Poválečný vývoj a osudy Romů v letech 1945 – 1989*. In *Černobílý život*, 1. vyd. Praha: Gallery, 2000. 172 s. ISBN 80-86010-37-6.
8. DAVIDOVÁ, E. *Romové v České a Slovenské republice: historicko-etnologický exkurz a současná dilemata*. In *Pohledy etnické marginalizace u aboriginal people v Kanadě a Romů v České republice a Slovenské republice*, 1. vyd. České

Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2007. 322 s. ISBN 978-80-7394-019-5.

9. DAVIDOVÁ, E. Změny ve hmotné kultuře Romů – bydlení, strava. In *Černobílý život*, 1. vyd. Praha: Gallery, 2000. 172 s. ISBN 80-86010-37-6.
10. DOENGES, M., MOORHOUSE, M. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. ISBN 80-247-0242-8.
11. EUROPEAN MONITORING CENTRE AGAINST RACISM AND XENOPHOBIA. *Breaking the barriers - Romani women and access to public health care*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2003. 118 s. ISBN 92-95008-14-6.
12. FABIÁNOVÁ, V. Niekoľko poznámok k využívaniu osvetovej práce pri eliminácii tzv. rómskeho problému. In *Romové a sociální pedagogika: 18. setkání Hnutí R v Přerově a Levoči 7.-9. června 2001*, 1. vyd. Ústí nad Labem: Hnutí R, 2001. 200 s. ISBN 80-902461-4.
13. FARKAŠOVÁ, E. Znevýhodnené sociálne prostredie a špeciálne edukačné potreby. In *Sociální procesy a osobnost 2003*, 1. vyd. Brno: Psychologický ústav FF MU v Brně, 2003. 308 s. ISBN 80-86633-09-1.
14. FRK, B., LUKÁČ, M. Základné východiská komunitnej práce s rómskou menšinou. In *Výchova, vzdělávání a kultura ve vztahu k národnostním menšinám: mezinárodní konference 3. setkání národnostních menšin, 22. setkání Hnutí R 13.-14. listopadu 2003*, 1. vyd. Praha: Komise Rady hl. m. Prahy pro oblast národnostních menšin, 2004. 495 s. ISBN 80-902972-6-9.



15. GÖPFERTO VÁ, D. *Mikrobiologie, imunologie, epidemiologie, hygiena pro střední a vyšší odborné zdravotnické školy*. 3. vyd. Praha: TRITON, 2002. 148 s. ISBN 80-7254-223-0.
16. GÖPFERTO VÁ, D., PAZDIORA, P., DÁŇOVÁ, J. *Epidemiologie: obecná a speciální epidemiologie infekčních nemocí*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 299 s. ISBN 80-246-1232-1.
17. HANOBIK, F. Chudoba a jej dôsledky bránice Rómom v integrácii do spoločnosti. In *Pohledy etnické marginalizace u aboriginal people v Kanadě a Romů v České republice a Slovenské republice*, 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2007. 322 s. ISBN 978-80-7394-019-5.
18. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
19. HORAŽŤOVSKÝ, J. *Přenosné choroby*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2001. 82 s. ISBN 80-7040-496-5.
20. HÜBSCHMANOVÁ, M. *Můžeme se domluvit = Šaj pes dovakeras*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. 129 s. ISBN 80-244-0496-6.
21. IVANOVÁ, K. A KOL. *Multikulturní ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1.
22. JANEČKOVÁ, H. A KOL. Subjektivně vykazovaná potřeba a spotřeba zdravotní péče u romské etnické minority v České republice. *Praktický lékař*. Praha: 2002, roč. 82, č. 8, s. 457-464. ISSN 0032-6739.

23. KOLEKTIV AUTORŮ. *Efektivní komunikace v interkulturním prostředí, praktická příručka pro pracovníky Úřadů práce. Člověk v tísní.* [on line] [cit 7. 12. 2008]. Dostupné z:  
[http://www.epolis.cz/download/pdf/publications\\_12\\_1.pdf](http://www.epolis.cz/download/pdf/publications_12_1.pdf)
24. KOLEKTIV AUTORŮ. *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče: respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu.* 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2003. 119 s. ISBN 80-7042-344-7.
25. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo I.* 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
26. MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ, J. *Reprodukční zdraví v dospívání.* 1. vyd. Praha: Nakladatelství H&H, 2002. 197 s. ISBN 80-86022-94-3.
27. MAŇÁK, J. *Nárys didaktiky.* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1995. 104 s. ISBN 80-210-1124-6.
28. MAŇÁK, J., ŠVEC, V. *Výukové metody.* 1. vyd. Brno: Paido, 2003. 219 s. ISBN 80-7315-039-5.
29. MATULAY, S., MATULAYOVÁ, E. *Metódy sociálnej a pedagogickej práce učiteľov rómských detí.* In *Romové a pedagogika: 15. setkání Hnutí R na Technické univerzitě v Liberci 24.-25. března 2000*, 1. vyd. Ústí nad Labem: Hnutí R, 2000. 147 s. ISBN 80-902461-3-3.
30. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

31. MUŽÍK, J. *Androdidaktika*. 2. vyd. Praha: ASPI Publishing, 2004. 148 s. ISBN 80-7357-045-9.
32. NEČAS, C. Historické reflexe. In *Černobílý život*, 1. vyd. Praha: Gallery, 2000. 172 s. ISBN 80-86010-37-6.
33. PODSTATOVÁ, H. *Mikrobiologie - epidemiologie - hygiena*. 1. vyd. Olomouc: EPAVA, 2001. 285 s. ISBN 80-86297-07-1.
34. PROCHÁZKA, M., SOMR, M. *Kapitoly z didaktiky vzdělávání dospělých*. 1. vyd. České Budějovice: V-studio, 2008. 100 s. ISBN 978-80-254-1919-9.
35. Příručka pro jednání s romskou komunitou v oblasti zdravotních služeb. [on line] [cit 20. 10. 2008]. Dostupné z:  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2004/action3/docs/2004\\_3\\_01\\_manuals\\_cs.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_cs.pdf)
36. RICHTEROVÁ, S. A KOL. Determinanty zdravotního stavu romské populace. *Zdravotnictví v České republice*. Praha: 2001, roč. 2001, č. 1-2, s. 71-74. ISSN 1213-6050.
37. ŘÍČAN, P. *S Romy žít budeme – jde o to jak*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 144 s. ISBN 80-7178-250-5.
38. ŘÍČAN, P. Socializace romských dětí ve škole. In *Romové a majorita: (k výchově zdravých vztahů mezi lidmi): sborník ze 7. setkání Hnutí R ve Speciálních školách pro mentálně postižené v Kladně 13.-14. prosince 1996*, 1. vyd. Ústí nad Labem: Hnutí R, 1997. 139 s. ISBN 80-902149-7-5.

39. Sbírka zákonů České republiky. *Zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů*. [on line] c2000 [cit 20. 10. 2008]. Dostupné z:  
<http://www.podnikame.cz/zakony00/index.php3?co=Z2000258>
40. SIROVÁTKA, T. Exkluze Romů na trhu práce a šance na jejich inkluzi. In *Otázky sociální inkluze romské komunity = Sborník prací Fakulty sociálních studií brněnské univerzity*, 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita Brno, 2003. 162 s. ISBN 80-210-3294-4.
41. Společnost pro epidemiologii a mikrobiologii. *Jak předcházet infekčním onemocněním*. [on line] c2007-2008 [cit 20. 10. 2008]. Dostupné z:  
<http://www.sem-cls.cz/jak-predchazet-onemocnenim>
42. Státní zdravotní ústav. *Pět klíčů k bezpečnému stravování*. [on line] c2001 [cit 20. 10. 2008]. Dostupné z: [http://www.szu.cz/uploads/5keys\\_czech.pdf](http://www.szu.cz/uploads/5keys_czech.pdf)
43. ŠPIRUDOVÁ, L. *Multikulturní ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 248 s. ISBN 80-247-1213-X.
44. TANCOS, J. Vzťah sociálnej pedagogiky a výchovy a vzdelávania rómskych žiakov. In *Romové a sociální pedagogika: 18. setkání Hnutí R v Přerově a Levoči 7.-9. června 2001*, 1. vyd. Ústí nad Labem: Hnutí R, 2001. 200 s. ISBN80-902461-4-1.
45. TANCOSOVÁ, A. Zamyšlení nad negativními projevy životního stylu Romů. In *Romové a majorita: (k výchově zdravých vztahů mezi lidmi): sborník ze 7. setkání Hnutí R ve Speciálních školách pro mentálně postižené v Kladně 13.-14. prosince 1996*, 1. vyd. Ústí nad Labem: Hnutí R, 1997. 139 s. ISBN 80-902149-7-5.

46. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
47. VEVERKA, L. J. Aktuálne problémy kultúry života a rómské etnikum. In *Výchova, vzdelávaní a kultura ve vztahu k národnostním menšinám: mezinárodní konference 3. setkání národnostních menšin, 22. setkání Hnutí R 13.-14. listopadu 2003*, 1. vyd. Praha: Komise Rady hl. m. Prahy pro oblast národnostních menšin, 2004. 495 s. ISBN 80-902972-6-9.
48. VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 7. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 490 s. ISBN 80-7345-009-7.
49. ZÁŠKODNÁ, H. *Společenské minority a sociální práce*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2000. 120 s. ISBN 80-7040-408-6.
50. ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2005. 117 s. ISBN 80-8063-193-X.
51. Zdraví a romská komunita, analýza situace v Evropě. [on line] c2007-2009 [cit 25. 10. 2008]. Dostupné z:  
[http://www.gitanos.org/upload/80/98/triptico\\_salud\\_checo.pdf](http://www.gitanos.org/upload/80/98/triptico_salud_checo.pdf)

## **8. Klíčová slova**

Infekční

Onemocnění

Edukace

Romská

Populace

Komunita

Ošetřovatelství

## **9. Přílohy**

Příloha č. 1 – Zdraví a romská komunita, analýza situace v Evropě

Příloha č. 2 – Pět klíčů k bezpečnému stravování

Příloha č. 3 – Polostrukturovaný rozhovor

Příloha č. 4 – Edukační materiál

## Příloha č. 1 Zdraví a romská komunita, analýza situace v Evropě

### Metodika

Cílem projektu je zpracování studie na základě průzkumu romské populace s ohledem na zdravotní stav a přístup této komunity k sociálním a zdravotním zdrojům v jednotlivých zapojených zemích. Prostřednictvím jednotlivých anonymních dotazníků bude proveden průzkum u reprezentativního vzorku Romů. Analýza těchto výsledků bude navíc porovnána s daty celkové populace a rovněž bude provedeno srovnání na mezinárodní úrovni.

Při experimentním výběru vzorku v každé zemi budou brány v úvahu různé faktory, jako je například pohlaví, věk, romská kulturní skupina (tamt, kde je to vhodné), sociální postavení, bydliště atd. Cílem je získat data o chorobách, úrazech, následných omezeních každodenních činností, spotřebě léků, návštěvách lékařů, hospitalizaci a využívání služeb pohotovosti a záchrané služby, spotřebě cigarete a alkoholu, životním stylu, výživě atd.

Projekt bude probíhat pod dohledem externích expertů, kteří budou poskytovat poradenskou službu, stánovat postupy a kritéria pro provedení studie a pomáhat s interpretací dat získaných z výzkumu. V každé zemi zapojené do projektu budou vypracována doporučení ohledně provedení vhodných opatření, která se zaměří na zlepšení zdravotní situace romské komunity.

Tým partnerů projektu sestává s použitím výsledků z jednotlivých národních zpráv návrh společné zprávy popisující zdravotní stav Romů a vypracuje doporučení zaměřená na aktivní opatření na zlepšení zdravotní romského obyvatelstva v celé Evropě.



**Španělsko:** FSG (Fundación Secretariado Gitano).  
www.gitanos.org  
nuria.serrano@gitanos.org



**Bulharsko:** TRHPF (The Health of The Romani People Foundation – Nadace pro zdraví romského obyvatelstva).  
www.romasite.zobal.info  
mmgrf-3@inbox.digsys.bg



**Česká republika:** Rodo vlády ČR pro zlepšení romské komunity  
www.vlada.cz/en/vk/rzk/rzk.html  
soukupova.rodka@vlada.cz  
**Česká republika:** vzdělávací služba o.s., Česká republika  
www.vzajemnesouziti.cz  
vzajemne.souziti@iscodil.cz



**Řecko:** Etkeni Pol (Síť místních úrodů)  
www.etkeni.gr  
epolite@etkeni.gr



**Portugalsko:** REAPIN (Rede Europeia Anti-Roma) Portugal Association. www.reapin.org  
sandra\_crujeira@reapin.org



**Rumunsko:** Roman CRIS (Roma Center for Social Intervention and Studies – Romské centrum pro sociální zásahy a studie).  
www.romanistis.org  
office@romanistis.org



**Slovensko:** PDACS o.z. Partners for Democratic Change Slovakia  
www.pdacs.sk  
monika@pdacs.sk



**Financování projektu**  
Tento lehký vzorek v rámci projektu zdraví a romská komunita, analýza situace v Evropě, který je financován z Evropské unie v rámci programu veřejného zdraví.

# Zdraví a romská komunita, analýza situace v Evropě





1. listopadu 2007 –  
31. října 2007



## Shrnutí

Podle Evropského parlamentu je v současné době 12 až 15 milionů Romů žijících v Evropě obětí rasové diskriminace. V mnoha případech bývají rovněž postiženi vážnou strukturální diskriminací, chudobou a vyloučením ze společnosti\*. Mezi hlavní faktory, které přispívají k vyloučení ze společnosti, patří nerovnosti v oblasti zdravotní péče a v přístupu ke zdravotním službám. K tomu, aby byla možná určit zdravotní stav romské populace, chybí statistické údaje a spolehlivá aktuální data.

Cílem projektu je získání spolehlivých a přesvědčivých dat ohledně zdravotního stavu Romů a zjištění, do jaké míry tato skupina obyvatel využívá zdravotní služby a jaký k nim má přístup. Díky tomu bude možná určit skutečné potřeby a navrhnout strategická doporučení.

Doporučení vyplývající z projektu poslouží jako základ pro vypracování souboru opatření, činnosti a postupů jak na státní, tak i na evropské úrovni. Cílem těchto návrhů bude zmirnění nerovnosti, jímž musí Romové čelit v oblasti zdravotnictví, a zlepšit tak jejich zapojení do společnosti.

Hlavními výsledky projektu budou

- shromážděná data
- analýza zdravotního stavu Romů v partnerských zemích
- návrhy opatření a doporučení
- porovnávací dat mezi jednotlivými zeměmi
- zvýšení povědomí o hlavních subjektech v oblasti zdravotní péče
- a šíření výsledků projektu.



\* Úřadové zprávy ze dne 31. ledna 2008 o Evropské strategii v oblasti rovnosti a občanských svobod

## Cíle

### Základní cíl

Základním cílem projektu je analyzovat zdravotní situaci romské populace a následně návrh specifické strategie v oblasti zdraví a činnosti pro tuto cílovou skupinu obyvatel. Analyza by měla napomoci při zmirňování nerovnosti v oblasti zdravotní péče a při navrhování individuálních postupů.

### Specifické cíle

≡ s využitím především mezinárodních zdravotních indikátorů získat spolehlivá a přesvědčivá data ohledně sociální a zdravotní situace romské populace v jednotlivých partnerských zemích a informace o tom, jak tato skupina obyvatel využívá zdravotní a lékařské zraje, které jsou běžně dostupné většinové společnosti.

≡ vypracovat přibližnou diagnostu sociální a zdravotní situace romské komunity v každé zúčastněné zemi;

≡ analyzovat výsledky průzkumu, identifikovat hlavní faktory, které rozhodují o zdravotním stavu romské populace, vyvinout účinné strategie a vypracovat doporučení ohledně zdravotních postupů a ochrany zdraví, prevence chorob a sledování zdravotního stavu obyvatel;

≡ zvyšovat povědomí klíčových politiků, zúčastněných subjektů, autorů programů a členů romské komunity o nutnosti realizace opatření a strategií zaměřených na zlepšení zdravotního stavu členů romské komunity.



## Očekávané výsledky

■ diagnosta sociální a zdravotní situace romské komunity v 7 evropských zemích (Španělsko, Portugalsko, Řecko, Česká republika, Slovensko, Rumunsko a Bulharsko) založená na sběru dat shromážděných na základě reprezentativního vzorku v jednotlivých zemích. V každé zemi bude vydána zpráva v místním jazyce.


■ návrhy opatření a doporučení určené klíčovými subjekty v sociální a zdravotní oblasti (politiky, pracovníci ve zdravotnictví, zdravotní manažeré, sociální subjekty působící v oblasti zdravotnictví, romská komunita). Doporučení budou přizpůsobena specifickým podmínkám jednotlivých zemí, ale zároveň budou mít také evropský rozměr a budou zahrnuta v národních zprávách.

■ zvyšování povědomí a šíření informací o sociálním a zdravotním stavu romské populace a jejich potřeb u co největšího počtu zainteresovaných osob.

■ stanovení strategických postupů v jednotlivých zemích, které by měly pomoci zlepšit zdravotní stav romských komunit.

## Příloha č. 2 Pět klíčů k bezpečnému stravování

# Pět klíčů k bezpečnému stravování




### Udržujte čistotu

- ✓ Před manipulací s jídlem a během jeho přípravy si často umývejte ruce.
- ✓ Umývejte si ruce po použití toalety.
- ✓ Omývejte a dezinfikujte všechny povrchy a zařízení používané pro přípravu pokrmů.
- ✓ Chraňte potraviny a prostory v kuchyni před krysami, hlodavci a jinými škůdci.

**Proč?**

I malé množství mikroorganismů nemají viditelné účinky, ale mohou způsobit onemocnění, které může být závažné pro děti a starší lidi, zejména pokud jsou v blízkosti a dostanou se do úst. Pokud se například vajíčko nebo maso nedostane k plátcům se vaší rukou, můžete je přenést a přičítat je na vaši misku, talířek, nádobu a další na stole, na přívěsky. To může se pak šířit mnohým způsobem za pomoci například zmrzlých nebo sušených potravin.




### Oddělujte pokrmy syrové a uvařené

- ✓ Oddělte syrové maso, drůbež a mořské plody od ostatních potravin.
- ✓ Po manipulaci se syrovými potravinami používejte zvláštní nářadí a nádoby, jako jsou nože a krájecí prkénka.
- ✓ Uchovávejte pokrmy a jiné potraviny, abyste zabránili kontaktu mezi syrovými a zpracovanými potravinami.

**Proč?**

Syrové potraviny, například maso, drůbež, mořské plody a vejce, často obsahují bakterie, které se mohou během přípravy šířit do jiných potravin, které se nemají být nikdy zpracovány.

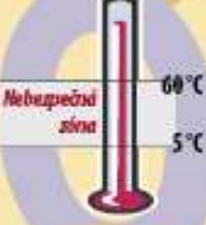


### Pokrmu důkladně vařte

- ✓ Pokrmu, zejména pak z masa, drůbeže, vajčinek a mořských plodů, důkladně vařte.
- ✓ Polévky a dušená jídla přiveďte k varu a vařte tak dlouho, aby uvnitř celého pokrmu bylo dosaženo teploty alespoň 70 °C po dobu 10 min. Ujistěte se, že žíly z masa a drůbeže jsou číré, nekrvavé. Nejlépe, když použijete teploměr.
- ✓ Pokrmu vždy důkladně ohřejte.

**Proč?**

Důkladně vařte při teplotě teploty 70 °C alespoň dobu 10 min po dobu 10 min, abyste zabránili šíření bakterií. Nejlepší je, když použijete teploměr, který vám ukáže, že je dosaženo teploty alespoň 70 °C po dobu 10 min.




### Uchovávejte pokrmy při bezpečných teplotách

- ✓ Uvařené pokrmy nenechávejte při pokojové teplotě déle než 2 hodiny.
- ✓ Horké pokrmy a zbytky podléhají potavině včas uložené do ledničky (min. teplota 5 °C).
- ✓ Servírujte pokrmy velmi rychle (více než 60 °C).
- ✓ Neschlazené pokrmy při dlouhém, ani v ledničce.
- ✓ Nerozmrazujte pokrmy při pokojové teplotě, ale postupně v ledničce.

**Proč?**

Teplota pokojové teploty je ideální pro růst bakterií. Pokud se vaří při teplotě 70 °C, bakterie umírají. Pokud se pokrmy uchovávají při pokojové teplotě, bakterie se mohou znovu rozmnožit. Pokud se pokrmy uchovávají v ledničce, bakterie se nemohou rozmnožovat. Pokud se pokrmy uchovávají v ledničce, bakterie se nemohou rozmnožovat.



### Používejte nezávadnou vodu a suroviny

- ✓ Používejte nezávadnou vodu nebo ji upravte tak, aby závadná nebyla.
- ✓ Vybírejte čerstvé a nezávadné potraviny.
- ✓ Vážíte zpracované potraviny, jako například pasterované mléko.
- ✓ Omývejte ovoce a zeleninu, zejména dýtkadně, pokud je jíte syrové.
- ✓ Nepoužívejte potraviny po uplynutí doby jejich trvanlivosti a data použitelnosti.

**Proč?**

Suroviny, včetně vody a mléka, mohou obsahovat bakterie, které mohou způsobit onemocnění. Pokud se pokrmy uchovávají při pokojové teplotě, bakterie se mohou rozmnožit. Pokud se pokrmy uchovávají v ledničce, bakterie se nemohou rozmnožovat.

Znalost = Prevence

Zdroj: Státní zdravotní ústav. *Pět klíčů k bezpečnému stravování*. [on line] c2001 [cit 20. 10. 2008]. Dostupné z: [http://www.szu.cz/uploads/5keys\\_czech.pdf](http://www.szu.cz/uploads/5keys_czech.pdf)



### **Příloha č. 3 Polostrukturovaný rozhovor**

**Problémově zaměřený rozhovor s použitím sondážních otázek týkající se životního stylu romské populace**

**M Ž**

#### **1. ZPŮSOB ŽIVOTA - BYDLENÍ**

- A.** Jak dlouho zde žijete?
- B.** Jste zde spokojeni?
- C.** Co byste na svém bydlení chtěl/a změnit? Proč?
- D.** Co Vám zde v souvislosti s bydlením chybí?
- E.** Vyskytují se nějaké problémy v souvislosti s bydlením?

**+ pozorování**

---

#### **2. SOCIÁLNÍ ZAČLENĚNÍ**

- A.** Rodinný stav.
- B.** Počet členů rodiny, počet dětí.
- C.** Jaká je Vaše pozice v rodině? Co máte na starosti?
- D.** Jaké jsou Vaše sousedské vztahy?
- E.** Čím je pro Vás v životě práce?
- F.** Popište svá minulá, nynější a plánovaná zaměstnání.

### 3. AKTIVITA, ODPOČINEK

- A. V kolik hodin obvykle chodíte spát?
- B. V kolik hodin obvykle vstáváte?
- C. Kolik hodin v noci spíte?
- D. Býváte během dne unavený/á?
- E. Pokud chodíte do práce, kolik hodin denně obvykle pracujete?
- F. Jakým činnostem se ve volném čase rád/a věnujete?
- G. Jakému druhu odpočinku dáváte přednost? (*aktivní/pasivní*)
- H. Věnujete se nějakému sportu či cvičení?
- CH. Jak tráví volný čas Vaše děti? Navštěvují nějaký zájmový kroužek?

### 4. STRAVOVACÍ NÁVYKY

- A. Kolik porcí jídla denně obvykle sníte?
- B. Používáte nějaké potravinové doplňky?
- C. Jaký je Váš obvyklý příjem tekutin?
- D. Co obvykle přes den pijete?
- E. Jak vypadá Vaše typická snídaně/svačina/oběd/večeře?
- F. Připravujete teplá jídla každý den?
- G. Jakým jídlům dáváte Vy a Vaše rodina přednost?
- H. Která jídla v rodině považujete za tradiční a oblíbená?
- CH. Jak skladujete již uvařené jídlo?
- I. Chodí Vaše děti na oběd do školní jídelny nebo se stravují doma?
- J. Držíte Vy nebo někdo z Vaší rodiny nějakou dietu?

**K.** Pociťujete nějaké problémy s jejím dodržováním?

**L.** Jak jste zvyklý/á mýt nádobí? (*ručně/myčka*)

**M.** Používáte čisticí prostředky?

## **5. HYGIENICKÉ NÁVYKY**

**A.** Ve kterou denní dobu se obvykle myjete?

**B.** Jaký způsob hygienické péče upřednostňujete? Jak často?

**C.** Jaká teplota vody je Vám při mytí příjemná?

**D.** Jak často si obvykle čistíte zuby?

**E.** Myslíte si, že je nutné, aby každý člen rodiny měl svůj vlastní ručník? Proč?

**F.** Používáte v rodině pomůcky na holení?

**G.** Máte v rámci rodiny společné holící potřeby nebo každý své?

**H.** Myslíte si, že je nutné, aby každý používal vlastní žiletku či holící strojek?

**CH.** Máte k dispozici jako rodina vlastní toaletu?

**I.** V jakých situacích během dne si umýváte ruce?

**J.** Máte k dispozici vlastní pračku?

## **6. PÉČE O ZDRAVÍ**

**A.** Co si představujete pod pojmem zdraví?

**B.** Jak byste popsal/a svůj vztah ke zdraví?

**C.** Co podle Vás ovlivňuje zdraví člověka?

**D.** Víte o možnosti preventivních prohlídek pro Vás a Vaše děti?

**E.** Jaký mají podle Vás preventivní prohlídky smysl?

- F.** Co od těchto prohlídek očekáváte?
- G.** V jakých situacích navštěvujete lékaře?
- H.** Absolvoval/a jste Vy či Vaše děti jiná očkování kromě povinných?  
(*povinná – TBC, záškrt, tetanus, dávivý kašel, invazivní onemocnění vyvolané Haemophilem influenzae typu B, přenosná dětská obrna, virová hepatitida B, spalničky, příušnice, zarděnky*)
- CH.** Kolikrát za rok by měl podle Vás člověk navštívit zubního lékaře?
- I.** Jak často by podle Vás měla žena chodit na gynekologické prohlídky?
- J.** Jaké máte zkušenosti s primární zdravotnickou péčí?
- K.** Byl/a jste Vy nebo někdo z Vaší rodiny hospitalizován?
- L.** Jaký máte pocit ze svého pobytu v nemocnici?
- M.** Berete Vy nebo někdo z Vaší rodiny pravidelně nějaké léky?
- N.** Kouříte Vy nebo někdo z Vaší rodiny?
- O.** Pijete alkohol?
- P.** Při kterých příležitostech pijete alkohol?
- Q.** Setkal/a jste se Vy nebo někdo z Vašeho okolí s drogami? S jakými?
- R.** Používáte s partnerem nějaký druh antikoncepce?
- S.** Myslíte si, že je nutné používat v partnerském vztahu prezervativ jako ochranu proti pohlavně přenosným chorobám? Proč?
- T.** Jak hodnotíte svůj zdravotní stav v současné době?
- U.** Jaká onemocnění a úrazy jste v minulosti prodělal/a?
- V.** Popište typické chování Vaší rodiny v případě nemoci některého z členů.

## **7. HODNOTOVÁ ORIENTACE, VYZNÁNÍ**

- A.** Uveďte, prosím, 5 hodnot, které jsou pro Vás důležité.
- B.** Co podle Vás ovlivňuje Váš život? (*osud, náhoda*)
- C.** Jaký je Váš názor na vzdělání?
- D.** Vidíte nějakou souvislost mezi vzděláním a péčí o zdraví?
- E.** Vyznáváte nějaké náboženství?
- F.** Dodržujete nějaké rituály spojené s Vaší vírou?
- G.** Jak důležité je ve Vašem životě náboženství?
- H.** Soustředíte se ve svém životě spíše na minulost/přítomnost/budoucnost?

## **8. ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE**

- A.** Staly se ve Vašem životě v posledních 2 letech nějaké významné změny či krizové situace?
- B.** Kdo nebo co Vám je pomohl zvládnout?
- C.** Jak často prožíváte napětí?
- D.** Co je nejčastější příčinou Vašeho napětí? (*rodina, škola, práce, budoucnost, okolí, nemoc*)
- E.** Co Vám pomáhá ke snížení napětí?

#### **Příloha č. 4 Edukační materiál**

- I.     Prevence virové hepatitidy A
- II.    Prevence infekčních onemocnění kůže a sliznic
- III.   Prevence pohlavně přenosných chorob



## *Edukační materiál*

### **PREVENCE VIROVÉ HEPATITIDY A**





#### **CO JE TO PREVENCE?**

*Prevence je předcházení nemoci. Člověk se chová tak, aby u něho onemocnění nevzniklo.*







#### **CO JE TO VIROVÁ HEPATITIDA A?**

*Virová hepatitida A neboli žloutenka je virový zánět jater. Příznaky onemocnění se objevují nejčastěji 30 dní po nákaze. Léčba obvykle trvá 2 – 4 týdny a vyžaduje umístění nemocného na infekční oddělení.*






#### **JAK SE VIROVÁ HEPATITIDA A PŘENÁŠÍ?**

-  *Znečištěnýma rukama*
-  *Znečištěnou vodou*
-  *Znečištěnými potravinami*
-  *Znečištěnými předměty*

#### **JAKÉ JSOU PŘÍZNAKY VIROVÉ HEPATITIDY A?**

-  *Chřipkové příznaky – zvýšená teplota, bolest hlavy, bolest svalů, únava, rýma, kašel*
-  *Žaludeční příznaky – nechutenství, nevolnost, zvracení, průjem i zácpa, brkání, nadýmání*
-  *Žluté zbarvení kůže a očního bělma*
-  *Tmavá moč, světlá stolice*
-  *Svědění*
-  *POZOR, nemusí být žádné příznaky – pouze žluté zbarvení kůže a očního bělma*

#### **JAK SE MOHU PŘED VIROVOU HEPATITIDOU A CHRÁNIT?**

-  *Mytí rukou*
  -  *po použití toalety*
  -  *při přípravě jídla*
  -  *před jídlem*
  -  *po doteku domácích zvířat*

- ✓ *po příchodu domů*
- ☞ *Pítí nezávadné pitné vody*
- ☞ *Potraviny konzumované za syrova důkladně omýt (ovoce, zelenina nezávadnou pitnou vodou)*
- ☞ *Používat zdravotně nezávadné potraviny*
- ☞ *Uvařené potraviny nesmí přijít do styku se syrovými (použití stejného nože, prkénka)*
- ☞ *Chránit potraviny před škůdci, hmyzem, domácími zvířaty*
- ☞ *Při tepelném zpracování potraviny důkladně povařit*
- ☞ *Již uvařené pokrmy vždy důkladně ohřát*
- ☞ *Uvařené pokrmy neuchovávat při pokojové teplotě – po vychlazení uložit do chladničky*
- ☞ *Pracovní plochy při vaření udržovat v čistotě*

### SHRNUTÍ

#### VIROVÁ HEPATITIDA A SE MŮŽE PŘENÁŠET

- ☹ *Znečištěnýma rukama*
- ☹ *Znečištěnou vodou*
- ☹ *Znečištěnými potravinami*
- ☹ *Znečištěnými předměty*

#### NEJÚČINNĚJŠÍ PREVENCE

- ☺ *Udržovat čistotu, mýt si ruce*
- ☺ *Oddělovat uvařené a syrové pokrmy*
- ☺ *Pokrmy vždy důkladně povařit*
- ☺ *Uchovávat pokrmy při bezpečných teplotách*
- ☺ *Používat nezávadnou vodu a suroviny*



## *Edukační materiál*

### *PREVENCE INFEKČNÍCH ONEMOCNĚNÍ KŮŽE A SLIZNIC*





#### **CO JE TO PREVENCE?**

*Prevence je předcházení nemoci. Člověk se chová tak, aby u něho onemocnění nevzniklo.*





#### **CO JE TO INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ KŮŽE A SLIZNIC? JAK SE PŘENÁŠÍ?**

*Nemoc, která postihuje kůži a sliznice (pokožka, nehty, vlasy, oči, ústa, pohlavní orgány). Přenáší se prostřednictvím znečištěných předmětů denní potřeby oloupanou kůží, vypadanými vlasy, hlenem, hnisem (ručník, hřeben, ložní prádlo, oblečení, pokrývky hlavy), ale také dotykem nebo při pohlavním styku.*







#### **KDO INFEKCI KŮŽE A SLIZNIC ZPŮSOBUJE?**

-  *Zákožka svrabová – svrab*
-  *Veš vlasová*
-  *Veš šatní*
-  *Veš muňka*

#### **JAKÉ JSOU PŘÍZNAKY INFEKČÍ KŮŽE A SLIZNIC?**



-  *Svědění – nejsilnější je v noci*
-  *Viditelné chodbičky na kůži – mezi prsty, v okolí genitálu, prsních bradavek, na hýždích, zápěstí, v podkolenní a loketní jamce, v podbřišku*
-  *Zarudnutí*
-  *Tvorba strupů*

#### **JAK MOHU INFEKČÍM KŮŽE A SLIZNIC ZABRÁNIT?**

-  *Dodržovat zásady osobní hygieny*
-  *Používat vlastní potřeby osobní hygieny (ručníky, žínky, hřebeny)*
-  *Nepůjčovat si potřeby osobní hygieny*
-  *Vyvarovat se přespávání v cizím ložním prádle*
-  *Nepůjčovat si spodní prádlo, pokrývky hlavy*
-  *Používat kondom při pohlavním styku*

#### **JAKÁ JSOU OPATŘENÍ PŘI NÁKAZĚ?**

##### **SVRAB**

-  *Používat léčebné masti, krémy – na celé tělo*
-  *Vyprat a vyvařit osobní prádlo, ručníky, ložní prádlo*

- ☞ *Věci, které nelze vyvařit či vyprat, uložit do igelitového pytle, vystříkat určeným prostředkem a na několik hodin pevně uzavřít (prostředky PIF PAF, BIOLIT P 2000, FAST PL, PERIPEL 55)*



- ☞ *Rozložit postele, vyluxovat matrace, vystříkat určeným prostředkem*
- ☞ *V průběhu používání léčebných masť se nemýt*

### VŠI

- ☞ *Používat šampón proti vším (prostředek DIFFUSIL H FORTE)*
- ☞ *Předměty přicházející do styku s vlasy ošetřit přípravkem na lezoucí hmyz nebo ponořit do dezinfekce (prostředky BIOLIT, SAVO, PERSTERIL)*



- ☞ *Dodržovat zásady osobní hygieny*
- ☞ *Používat vlastní potřeby osobní hygieny (ručníky, žínky, hřebeny)*

### SHRNUTÍ

#### INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ KŮŽE A SLIZNIC SE MOHOU PŘENÁŠET

- ☹ *Dotykem*
- ☹ *Používáním společných hygienických potřeb*
- ☹ *Používáním společného ložního prádla, osobní prádla, oblečení, pokrývek hlavy*
- ☹ *Pohlavním stykem*

#### NEJÚČINNĚJŠÍ PREVENCE

- ☺ *Dodržovat zásady osobní hygieny*
- ☺ *Vlastní potřeby osobní hygieny*
- ☺ *Vlastní ložní prádlo, osobní prádlo, oblečení, pokrývky hlavy*
- ☺ *Kondom při pohlavním styku*

## *Edukační materiál*

### **PREVENCE POHLAVNĚ PŘENOSNÝCH CHOROB**






#### **CO JE TO PREVENCE?**

*Prevence je předcházení nemoci. Člověk se chová tak, aby u něho onemocnění nevzniklo.*

#### **CO JE TO POHLAVNĚ PŘENOSNÁ CHOROBA? JAK SE PŘENÁŠÍ?**




*Nemoc, která se přenáší pohlavním (sexuálním) stykem, prostřednictvím spermatu, vaginálního sekretu a krve.*

#### **KTERÁ ONEMOCNĚNÍ SE MOHOU PŘENÁŠET POHLAVNÍM STYKEM?**







-  *Kapavka*
-  *Syfilis*
-  *AIDS*
-  *Virové hepatitidy B, C, D*
-  *Chlamydie*

#### **MOHU SE POHLAVNÍ CHOROUBOU NAKAZIT TAKÉ JINAK?**




*Ano, je to možné – nejen při pohlavním styku, ale také:*


-  *při užívání drog (nitrožilně)*
-  *při používání společných potřeb osobní hygieny (ručník, zubní kartáček, žiletka, pinzeta, epilátor) – drobné krvácející rány (při holení, trhání obočí atd.) znečistí hygienické pomůcky, které jsou dále zdrojem infekce*
-  *těhotná žena může nakazit své nenarozené dítě*


#### **JAKÉ JSOU PŘÍZNAKY POHLAVNÍCH CHOROB?**

-  *POZOR, nemusí být žádné příznaky!*
-  *Záněty*
-  *Bolest*
-  *Výtok*
-  *Vředy*
-  *Chřipkové příznaky – zvýšená teplota, bolest hlavy, bolest svalů, únava, rýma, kašel*

#### **JAK SE MOHU PŘED POHLAVNÍMI CHOROBAMI CHRÁNIT?**

-  *Používání kondomu při pohlavním styku*
-  *Věrnost mezi partnery*
-  *Vyhýbat se nechráněnému pohlavnímu styku s neznámými partnery*





 Omezit počet sexuálních partnerů

 Pohlavní choroby se přenáší také krví, proto:




- ✓ používat vlastní potřeby osobní hygieny (ručník, kartáček na zuby, žiletka, pinzeta, epilátor)
- ✓ při užívání drog používat vlastní jehly a stříkačky, nikomu je nepůjčovat a od nikoho si je nepůjčovat
- ✓ neprovozovat krvavé sexuální praktiky, anální sex

### SHRNUTÍ

#### POHLAVNÍ CHOROBY SE MOHOU PŘENÁŠET

-  Pohlavním stykem
-  Nitrožilním užíváním drog
-  Používáním společných potřeb osobní hygieny
-  Z matky na dítě


#### NEJÚČINNĚJŠÍ PREVENCE

-  Důvěra mezi partnery
-  Jeden sexuální partner
-  Kondom při pohlavním styku



 Vlastní potřeby osobní hygieny – **NEPŮJČOVAT**



 Užívání drog – vlastní jehly a stříkačky – **NEPŮJČOVAT**

