

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyriľometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Zuzana Štolcová

*Bariéry v dostupnosti zdravotnej starostlivosti u Rómov
v sociálnom vylúčení a možnosti sociálnej práce
pri prekonávaní týchto bariér.*

Bakalářská práce

vedoucí práce: Mgr. Ivana Svobodová

2022

Prehlasujem, že som bakalársku prácu vypracovala samostatne a že som všetky použité informačné zdroje uviedla v zozname literatúry.

Ďakujem mojim deťom Borisovi a Dominikovi, môjmu partnerovi Clevovi, priateľom zo spolku Ne. Jde to! a mojej rodine za podporu pri celom mojom štúdiu aj pri písaní bakalárskej práce. Vedúcej bakalárskej práce Mgr. Ivane Svobodovej ďakujem za jej ústretový a láskavý prístup, ktorý bol pre mňa veľmi motivujúci.

V Olomouci dňa

Podpis

1. Úvod.....	6
2. Sociálne vylúčenie a zdravotný stav Rómov.....	7
2.1. Zdravie a jeho sociálne determinanty.....	7
2.2. Problematika sociálneho vylúčenia a chudoby.....	9
3. Vnímanie Rómov v spoločnosti	11
3.1. Stereotypizácia Rómov a médiá	11
3.2. Diskriminácia a anticiganizmus.....	14
3.3. Kultúrny kontext.....	15
4. Sociálna práca s Rómami a podpora zdravia	16
4.1. Rola hodnôt v identite sociálnej práce.....	16
4.2. Antiopresívny prístup	18
4.3. Intersekcionalita.....	20
4.4. Služby na pomedzí zdravotne-sociálnej oblasti.....	21
5. Výskum bariér v dostupnosti zdravotnej starostlivosti	21
5.1. Výskumné ciele	22
5.2. Moje zapojenie do výskumu.....	22
5.3. Výskumný súbor a výskumné metódy	23
5.3.1. Výskumný súbor.....	23
5.3.1.1. Rómovia žijúci v sociálnom vylúčení	23
5.3.1.2. Aktéri majúci vplyv na zdravie alebo sociálne determinanty zdravia.....	24
5.3.1.3. Uskutočnené, kódované a analyzované rozhovory pre účely bakalárskej práce	25
5.4. Zber dát.....	26
5.4.1. Pološtrukturované rozhovory o sociálnych determinantoch zdravia.....	26
5.4.2. Rozhovory v lokalite Přerov.....	27
5.5. Analýza dát.....	28
6. Bariéry v dostupnosti zdravotnej starostlivosti	29
6.1. Identifikované bariéry v dostupnosti zdravotnej starostlivosti.....	29
6.2. Bariéry na strane príjemcov zdravotnej starostlivosti	31
6.2.1. Zdravotná a funkčná gramotnosť	31

6.2.2. Strach z diagnózy a bolesti	33
6.2.3. Strach zo smrti	34
6.2.4. Rodové role	35
6.3. Bariéry na strane poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.....	36
6.3.1. Nedostatočné kapacity	36
6.3.2. Finančná dostupnosť.....	38
6.3.3. Predsudky a diskriminácia.....	39
6.4. Komunikácia	42
7. Možnosti sociálnej práce pri prekonávaní bariér v dostupnosti zdravotnej starostlivosti....	43
7.1. Pomoc identifikovaná v rozhovoroch.....	43
7.2. Ďalšie možnosti pomoci	46
8. Záver.....	48
9. Literatúra	49
10. Prílohy	55

1. Úvod

Táto bakalárska práca je venovaná téme dostupnosti zdravotnej starostlivosti u Rómov v sociálnom vylúčení a možnostiam sociálnej práce pri prekonávaní týchto bariér.

Zber dát bol súčasťou širšieho výskumu „Aplikovaný výzkum pro inovace politik v oblasti dostupnosti zdravotní péče u sociálně vyloučené romské populace, který bol realizovaný na Inštitúte sociálneho zdravia OUSHI Univerzity Palackého v Olomouci v rokoch 1/2019 - 3/2021.

S uvedeným inštitútom som spolupracovala ako dobrovoľník už pri ich predošlom výskume zameranom na zapojenie marginalizovaných skupín, hlavne Rómov, do všetkých úrovní vzdelávacej sústavy. Okrem toho som sa v rokoch 2016-2019 venovala dobrovoľníckej činnosti v sociálne vylúčených lokalitách a v oblastiach ohrozených sociálnym vylúčením v rámci prerovskej pobočky organizácie Člověk v tísni, čo definovalo lokalitu, v ktorej som výskumné rozhovory realizovala.

Úvodná časť práce je venovaná problematike zdravia, jeho sociálnych determinatov a základným informáciám o zdraví Rómov. Je doplnená o kapitoly týkajúce sa sociálneho vylúčenia, stereotypizácie Rómov, diskriminácie a anticiganizmu, čo sú fenomény, ktoré v mojom ponímaní pomáhajú pochopiť postavenie Rómov v spoločnosti. Ďalšie kapitoly sú venované špecifikám sociálnej práce s menšinami, vysvetleniu antiopresívneho prístupu, role hodnôt v sociálnej práci a predstaveniu existujúcich služieb na pomedzí zdravotnej a sociálnej oblasti.

Výskumá časť popisuje zber a analýzu dát a sú v nej prezentované zistené bariéry v dostupnosti zdravotnej starostlivosti u Rómov v sociálnom vylúčení, ktoré sú dokladované citáciami z rozhovorov. Tieto informácie môžu priblížiť a pochopiť špecifiká sociálnej práce na pomedzí zdravotnej a sociálnej oblasti u tejto cieľovej skupiny.

2. Sociálne vylúčenie a zdravotný stav Rómov

Táto časť práce je venovaná problematike zdravia, jeho sociálnych determinantov a základným informáciám o zdraví Rómov. Dopĺňa ju vysvetlenie pojmov sociálneho vylúčenia, stereotypizácie Rómov, anticiganizmu, hodnôt v sociálnej práci a antiopresívnych metód sociálnej práce, čo sú fenomény, ktoré charakterizujú a pomáhajú pochopiť postavenie Rómov v spoločnosti.

2.1. Zdravie a jeho sociálne determinanty

Podľa definície Svetovej zdravotníckej organizácie je „zdravie stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody a nielen neprítomnosť choroby alebo postihnutia“ (WHO, 1946). Neskôr bolo zdravie definované ako schopnosť viesť spoločensky aktívny a ekonomicky produktívny život (WHO, 1977) a stanoviť a potom realizovať svoje ciele, uspokojiť potreby a byť schopný zmeniť alebo vyrovnať sa s prostredím, v ktorom žijem (WHO, 1986). Definícia zdravia z roku 2016 hovorí o spravodlivej šanci na dosiahnutie svojho plného zdravotného potenciálu a o tom, že nikto by nemal byť pri jeho dosahovaní znevýhodňovaný (WHO, 2016).

Zároveň je každý je zodpovedný za ochranu a podporu vlastného zdravia a očakáva sa, že spoločnosť k tomu zabezpečí primerané podmienky (WHO, 1999). Dosiahnutie najvyššej možnej úrovne zdravia, ktorá vedie k prežitiu dôstojného života, je jedným zo základných ľudských práv bez ohľadu na rasu, náboženstvo, politické presvedčenie, ekonomický alebo sociálny status (WHO, 1946).

Európska charta práv pacientov definuje právo na zdravotnú starostlivosť ako právo na využívanie výhod zdravotníckeho systému a zdravotníckych služieb, ktoré sú v danom štáte dostupné. Každý má mať právo na prístup k takému štandardu zdravotnej starostlivosti, ktorý je v súlade s platnými právnymi predpismi a so súčasným stavom lekárskej vedy. Pri uplatňovaní práv možno pacientov podrobiť iba takým obmedzeniam, ktoré sú v súlade s Deklaráciou ľudských práv (Active Citizenship Network, 2002).

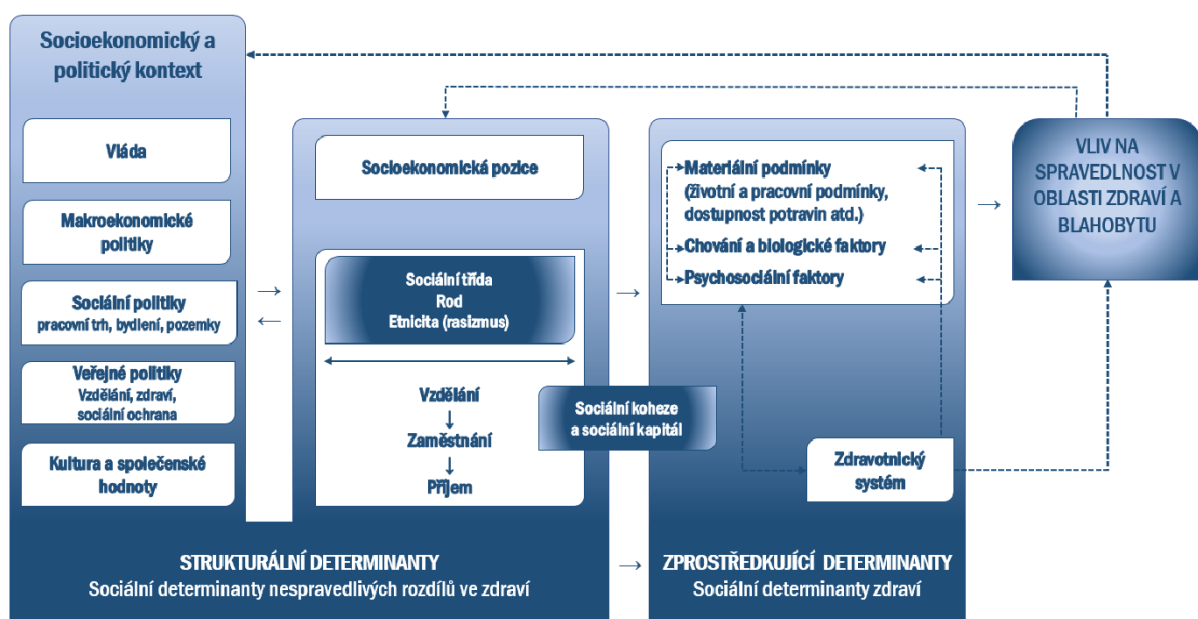
Etický kódex „Práva pacientov v ČR“ schválila Centrálna etická komisia Ministerstva zdravotníctva ČR v roku 1992 a dostupnosť zdravotnej starostlivosti je definované takto: „Zdravotné služby musia byť dostupné všetkým rovnako, bez diskriminácie založenej

na nedostatku finančných prostriedkov, mieste pobytu, type ochorenia a obe, kedy je potrebné zdravotnú starostlivosť poskytnúť“ (MZ ČR, 1992).

Spravodlivosťou v oblasti zdravia rozumieme absenciu zbytočných, nespravodlivých alebo odstraniteľných rozdielov medzi skupinami ľudí, bez ohľadu na to, či sú tieto skupiny definované ekonomicky, demograficky, geograficky alebo iným spôsobom (Solar, Irwin, 2010).

Za nespravodlivé rozdiely v zdraví sú zvyčajne zodpovedné sociálne determinanty zdravia (WHO, 2010). “Sociálne determinanty zdravia sú podmienky, v ktorých sa ľudia rodia, vyrastajú, žijú, pracujú a starnú” (United Nations, 2015). Na najvýznamnejšie určujúce faktory ktoré ovplyvňujú zdravie majú jednotlivci iba veľmi malú alebo žiadnu kontrolu. Zmeniť ich je možné iba prostredníctvom sociálnych a hospodárskych politík a politických procesov (Filákovská-Bobáková, Svobodová, Bosáková, Slepíčková, Štolcová, Konečný, Fulep, Krtek, Krtková-Roudnická, Žovicová, Černíková, 2021).

Sociálne determinanty zdravia sa delia na štrukturálne a sprostredkované. Štrukturálne determinanty sú determinantmi nespravodlivých rozdielov v zdraví a patrí medzi nich aj sociálna trieda, rod alebo etnicita (Filákovská-Bobáková a kol., 2021). Podrobné grafické zobrazenie sociálnych determinatov zdravia ukazuje obrázok č. 1.



Obr. č. 1 : Konceptný rámec sociálnych determinantov zdravia (Filákovská – Bobáková a kol., 2021)

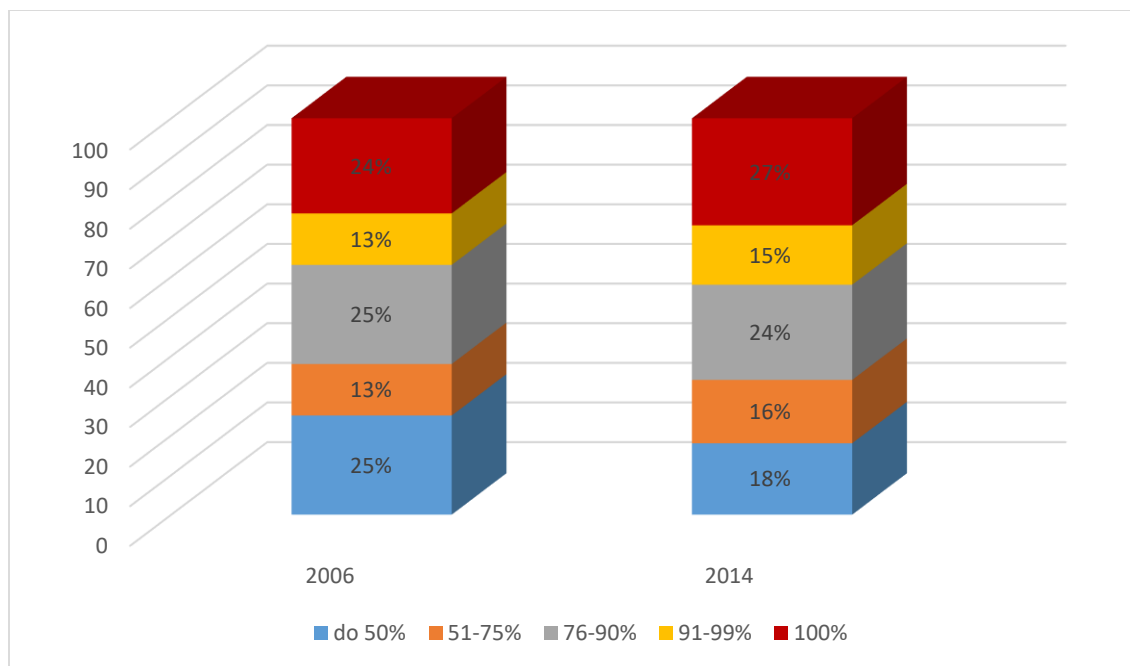
Rómovia sú najväčšou etnickou menšinou v Európe (UNDP, 2013), aj v Českej republike. Veľkosť populácie Rómov v ČR je v súčasnosti odhadovaná na základe porovnávania dát z období, kedy boli tieto dáta centrálné sledované (pred rokom 1989) a odhadov odborných inštitúcií. V roku 2017 žilo podľa týchto odhadov v Čechách okolo 240 tisíc Rómov (Úrad vlády, 2018).

V strednej a východnej Európe je zdravotný stav Rómov horší ako zdravotný stav majoritnej spoločnosti (Horváthová, 2002). Za indikátor horšieho zdravia je považovaný napríklad výskyt chronických ochorení v mladšom veku, vyššia predčasná úmrtnosť v priemere asi o 10-15 rokov ako aj častejší výskyt ďalších ochorení (Čada, Buchlerová, Korecká, Samec, , 2015). Horšie zdravie je možné vysvetliť vyššou zraniteľnosťou Rómov, ale aj bariérami v prístupe ku zdravotnej starostlivosti, ktorá je výrazne vyššia ako u nerómskej populácie (Rambousková a kol, 2009). Nielen dôsledky, ktoré z diskriminácie pramenia, ale aj samotná etnická diskriminácia alebo obava z nej majú preukázateľne významný vplyv na fyzické a duševné zdravie (Williams a kol., 2008).

2.2. Problematika sociálneho vylúčenia a chudoby

Problém chudoby je veľmi komplexný. V sociálnych vedách vznikol v 60. rokoch minulého storočia pojem nová chudoba. Súvisel so zmenou rozloženia sociálnych rizík v populácii, zmenou rodinných štruktúr a zmenami na trhu práce. Novými znakmi chudoby sa stali jej pretrvávanie v čase, priestorová koncentrácia a závislosť na sociálnom štáte (Džambazovič, 2004).

Základnou charakteristikou sociálneho vylúčenia je súbeh faktorov, ktoré výrazne obmedzujú ľudí v týchto oblastiach: prístup na otvorený trh práce, prístup k verejným službám, kontakt so sociálnym okolím, riešenie osobných krízových situácií. Špeciálnu úlohu v sociálnom vylúčení hraje etnicita (Čada a kol, 2015).



Graf č.1. Podiel rómskych obyvateľov na celkovom počte obyvateľov v sociálne vylúčených lokalitách (N 2006 – 299, N 2014 – 591, N – počet sociálne vylúčených lokalít). Spracované autorkou na základe Analýzy sociálne vylúčených lokalít (Čada a kol., 2015).

Sociálne vylúčené lokality boli v rámci štúdie „Analýza sociálne vylúčených lokalít“ identifikované podľa tzv. lokalizačného koeficientu. Ten sa počítal ako podiel relatívneho zastúpenia sledovaného javu v určitej územnej jednotke a na území celej ČR. Sledovanými javmi boli napríklad údaje o výplate príspevku na bývanie, doplatku na bývanie alebo trestnej činnosti mladistvých (Čada a kol., 2015). Na základe výsledkov inej štúdie (Koupilová a kol., 2001) asi polovica Rómov v ČR žije v sociálnom vylúčení.

Podľa uvedenej analýzy sa počet ľudí vo vylúčených lokalitách pohyboval v roku 2014 medzi 95 000 – 115 000 a v porovnaní s rokom 2006 sa počet sociálne vylúčených lokalít zdvojnásobil (Čada a kol., 2015).

Štúdia ďalej uvádza, že v českom prostredí je koncept sociálneho vylúčenia veľmi výrazne vnímaný cez optiku etnicity. Sociálne vylúčené lokality sú vnímané ako rómske, aj keď v nich Rómovia netvorí štatistickú väčšinu (Čada a kol., 2015). Na druhej strane situácie, keď je lokalita vnímaná ako “zlá adresa”, “ghetto” alebo “Bronx” len na základe etnicity, prinášajú riziko, že obecne môže byť majoritnou spoločnosťou vnímaná ako vylúčená lokalita každá lokalita, kde žijú Rómovia (Čada a kol., 2015).

Spríevodným znakom chudoby a sociálneho vylúčenia je deprivácia, čo znamená nedostatok niečoho, čo je obecné považované za žiaducu podmienku života. Deprivácia nadobúda zjavné

(napr. bývanie, strava) ale aj skryté formy, ako napríklad prístup k službám spoločnosti – vzdelávaniu, zdravotnej starostlivosti, prístup na trh práce (Mareš, 1999).

Zjednodušene povedané, sociálne vylúčení sú tí ľudia, ktorí majú sťažený prístup k inštitucionálnej pomoci. Ich situácia je charakteristická kumuláciou dôvodov vedúcich ku životnej kríze - strata zamestnania, platobná neschopnosť, problémy detí v škole alebo chronické zdravotné problémy (MPSV, 2014).

Kvôli spomenutým dôvodom sa veľká časť populácie sa dostáva do stavu permanentne znevýhodnenej socio-ekonomickej situácie. Sociálna exklúzia znamená všeobecné znevýhodnenie v oblasti vzdelania, zamestnania alebo bývania, znevýhodnenie v možnosti získania prístupu k hlavným sociálnym inštitúciám, ktoré distribujú rôzne životné šance a taktiež to, že tieto znevýhodnenia sú pomerne trvalým stavom (Room, 1987 in Džambazovič, 2004).

Chudoba v tomto kontexte sa netýka len finančného nedostatku. Zo skúseností organizácií, ktoré s cieľovou skupinou pracujú im okrem finančných zdrojov chýbajú zdroje emocionálne, mentálne, duchovné, ďalej existencia podpornej siete pre prípad núdze, dostatok vzťahovo-rolových modelov a znalosť nepísaných pravidiel majoritnej spoločnosti (Krohe a kol., 2014).

Rómovia sa stávajú sociálne vylúčenými častejšie ako nerómovia, pretože sú diskriminovaní. Diskriminácia môže byť iracionálna, ale častejšie ľudia diskriminujú tzv. štatisticky. Deje sa to vtedy, keď sú vonkajšie znaky ako napríklad farba pleti alebo prízvuk štatisticky korelované so skrytými vlastnosťami ich nositeľov, ako napríklad pracovnými návykmi, kvalitou vzdelania a podobne (Steiner in Jakoubec, Hirt, 2004).

3. Vnímanie Rómov v spoločnosti

3.1. Stereotypizácia Rómov a médiá

Zamatová revolúcia priniesla do života našej spoločnosti veľa zmien a spolu s nimi aj určitú nestabilitu. Prekonávanie novovzniknutých ťažkostí a s tým súvisiace narastanie rozdielov v spoločnosti viedlo k frustrácii určitých skupín obyvateľov. Začalo sa hľadanie vinníkov a v spoločnosti sa začal byť viditeľný konflikt „my“ a „oni“ (ČvT, 2003).

„My“ znamená skupinu, ku ktorej patríme a ktorej rozumieme. „Oni“ naopak predstavujú skupinu, do ktorej nemáme prístup alebo ku ktorej patriť nechceme. Naša predstava o skupine „oni“ je útržkovitá, nerozumieme jej jednaniu, môže nám naháňať strach. Naša identita je spojená so skupinami, do ktorých patríme. Cudzia skupina je imaginárnou opozíciou, ktorú vlastná skupina potrebuje pre svoju identitu, súdržnosť, vnútornú solidaritu a emocionálnu istotu (Bauman, May, 2010).

Jedným z jednoduchých terčov v oblasti hľadania vinníkov sa stali Rómovia, ako ľahko identifikovateľná skupina s viditeľnými odlišnosťami v životnom štýle oproti majoritnej spoločnosti (ČvT, 2003).

Z mojej skúsenosti má zobrazovanie Rómov v médiach často snahu vyvolať intenzívnu emočnú reakciu a Rómovia bývajú zobrazovaní jednak ako problematická skupina na spolužitie a zároveň ako nezmyslene zvýhodňovaná skupina v prístupe k niektorým službám spoločnosti. Tento obraz je ale v rozpore s poznatkami ohľadne fungovania sociálne vylúčených lokalít.

Tomu odpovedá aj to, že sociálne vylúčení bývajú vo verejnom diskurze spájaní s rómskou menšinou. Podľa prieskumu Centra pre výskum verejnej mienky „Rómovia a súžitie s nimi očami českej spoločnosti“ bolo toto súžitie vnímané ako problematické a v roku 2013 ho 84 % respondentov označilo ako „zlé“. V roku 2019 došlo k oslabeniu negatívneho hodnotenia o pätnásť percentých bodov a spolužitie ako zlé vnímalo 72% respondentov (CVVM, 2013, 2019).

V rámci výskumu „Analýza sociálne vylúčených lokalít v ČR“ bolo 57% respondentov presvedčených, že Rómovia sú zvýhodňovaní pri získavaní bývania, 64% respondentov sa domnievalo, že Rómovia majú lepšie podmienky pri jednaní s úradmi a 55% bolo presvedčených, že Rómovia majú lepšie podmienky pri obhajovaní svojich záujmov oproti majoritnej spoločnosti (Čada a kol., 2015).

Národnostné menšiny a ich práva v podmienkach ČR definuje Ústavný zákon č.2/1993 Listina základných práv a slobôd a tiež aj Z. č. č.273/2001 Zb. Zákon o právach príslušníkov národnostných menšín. Zákon zaručuje príslušníkom národnostných menšín právo na účasť v kultúrnom, spoločenskom a hospodárskom živote a vo verejných záležitostiach, obzvlášť tých, ktoré sa týkajú národnostných menšín. Pojem etnickej menšiny nie je právne definovaný.

Spôsob, ktorým by médiá mali informovať o etnických menšinách býva zvyčajne súčasťou etických kódexov profesných združení, ale aj jednotlivých médií. Niektoré krajiny majú aj nezávislé regulačné orgány, napr. USA – tlačovú radu (press council) a ombudsmana pre médiá. V krajinách, kde takýto regulačný orgán existuje, je možné podávať oficiálne podnety a sťažnosti (Asociácia pre medzinárodné otázky, 2012).

Etické kódexy nie sú právne záväzné, umožňujú ale morálne sankcie, ako napríklad napomenutie alebo vylúčenie z profesnej organizácie. Syndikát novinárov ČR prijal svoj etický kódex v roku 1998. Článok 3. písmeno h tohto kódexu hovorí, že novinár nesmie vytvárať ani stvárať námety, ktoré by podnecovali diskrimináciu rasy, farby pleti, náboženstva, pohlavia alebo sexuálnej orientácie (Syndikát novinárov ČR)

Etický kódex BBC zakazuje používanie stereotypov pri informovaní o sociálnych skupinách. Znamená to, že každá stereotypizácia (t.j. napríklad Róm = zločinec, seniory = druhoradí a nepotrební občania, ženy=hospodyňky a podobne) je problematická, bez ohľadu na typ stereotypizácie (ČvT, 2013).

Rómske témy obvykle v redakciách nebývajú predmetom veľkého záujmu, čo znamená, že o nich nie sú podrobné znalosti. Zároveň sú novinári považovaní za odborníkov v problematike a ich názory sú preberané ďalej. Zmena stereotypu si vyžaduje znalosť problematiky. Ide o schopnosť prestať vnímať určitú skupinu homogénne a overovať získané informácie. Rómska problematika je široká a názory Rómov na jej riešenie nie sú homogénne. Pri informovaní o tomto etniku je nutná orientácia v teréne, spolupráca s rôznymi názorovými skupinami, konfrontácia získaných podkladov s úradníkmi ale aj zástupcami nevládných organizácií, t.j. všetkými zainteresovanými v problematike. Tento prístup si vyžaduje dostatočný čas na prípravu (ČvT, 2003).

Podľa výsledkov výskumu Romové a stereotypy „Výskum stereotypizácie Romů v Ústeckém kraji“ boli postoje majority k Rómom zastúpené nasledovne: negatívne (27%), romantizujúce (56%), ambivalentné (11%). Ambivalentné postoje pramenili z vlastností, ktoré boli pripisované Rómom ako skupine – napríklad príživníctvo, neprispôsobivosť, absencia hodnôt, hluk, špina, neporiadok, chudoba, parazitovanie na štáte (Weinerová, 2014).

Stereotypy sú pomerne odolné voči zmenám. Ľudia si vytvárajú realitu v súlade s vlastnými očakávaniami. Zároveň mnohí aktívne vyhľadávajú potvrdzujúce dôkazy o pravdivosti stereotypov a protichodné názory neberú do úvahy. Voči stereotypom je zároveň komplikované

bojovať, pretože predstavujú nepostrádateľnú súčasť ľudskej mysle. Jednou z podstatných vlastností stereotypov je totiž to, že stereotypné zovšeobecňovanie umožňuje ľuďom orientovať sa vo svete (Hahn, 1995 in Weinerová, 2014). Najčastejšie ľudia stereotypujú na základe etnicity a rodu (Rosling, 2019).

Stereotypy sú emočne zaťažené a sú dlhodobo stabilné. Je to preto, že sú takmer nezávislé na skutočných udalostiach a skúsenostiach a viac-menej sa opierajú o sprostredkovanú skúsenosť (Weinerová, 2014).

3.2. Diskriminácia a anticiganizmus

Definovaním diskriminácie sa v právnom systéme ČR zaoberá Antidiskriminačný zákon, t.j. Zákon č. 198/ 2009 Zb. o rovnom zaobchádzaní a právnych prostriedkoch ochrany pred diskrimináciou. Paragraf 2 tohto zákona definuje právo na rovné zaobchádzanie ako právo nebyť diskriminovaný na základe dôvodov stanovených týmto zákonom.

Zákon definuje v paragrafom 2 a 3 priamu a nepriamu diskrimináciu. Priamo diskrimináciou sa rozumie také jednanie, kedy sa s človekom zachádza menej priaznivo, ako by sa zachádzalo s iným človekom v porovnateľnej situácii, a to z dôvodu rasy, etnického pôvodu, národnosti, pohlavia, sexuálnej orientácie, veku, zdravotného stavu, náboženského vyznania, viery alebo svetonázoru.

Nepriamou diskrimináciou sa rozumie také jednanie, kedy je človek znevýhodnený voči ostatným na základe zdanlivo neutrálneho kritéria, ustanovenia alebo praxe.

Anticiganizmus je špecifický typ rasizmu voči Rómom, ktorý zahrňuje nielen prejavy a praktiky ako násilie, prejavy nenávisťi, vykorisťovanie, stigmatizáciu a rôzne druhy diskriminácie, ale aj implicitné a skryté prejavy (Rada Európy, 2011, Dijksterhuis a kol., 2016) a je vnímaný ako prekážka voči spravodlivému a rovnému prístupu Rómov ku vzdelaniu, zamestnaniu, bývaniu a zdraviu (FRA, 2019).

Pokiaľ je vo všetkých štruktúrach spoločnosti prítomný anticiganizmus, bez ohľadu na to, či je otvorený a priamy alebo skrytý a podvedomý, bude predstavovať fundamentálnu príčinu nepodarených pokusov ľudí uniknúť z nepriaznivej situácie a prekonať komplexné dôsledky sociálneho vylúčenia (Filáková, 2018).

Integráciu Rómov do spoločnosti komplikujú niektoré predsudky a stereotypy majoritnej spoločnosti. Podľa Štěchovej sú to aj tieto obecné postoje majoritnej spoločnosti: majoritná spoločnosť sa necíti byť kultúrne ani inak obohacovaná odlišnou kultúrou a existenciou Rómov a predstava o integrácii Rómov je spájaná s ich úplnou asilimáciou, t.j. s tým, aby Rómovia prestali byť Rómami (Štěchová, 2002).

3.3. Kultúrny kontext

Kultúra má snahu zaviesť poriadok a potlačiť všetko, čo z tohto poriadku vybočuje. Kultúra tento umelý poriadok nielen presadzuje, ale aj hodnotí. To, čo nie je v súlade s ideálmi kultúry, je spochybňované a považované za neusporiadané (Schuetz, 1944).

Schuetz vo svojej práci definuje koncept cudzinca ako človeka, ktorý sa snaží byť trvale prijatý alebo aspoň tolerovaný skupinou, do ktorej vstupuje. Typickým príkladom cudzinca je podľa neho imigrant. Opakom cudzinca je človek, ktorý žije svoj každodenný život definovaný kultúrnymi vzorcami v skupine svojich spolublížnych (Schuetz, 1944).

Kultúrne vzorce sú prijímané a predávané z generácie na generáciu predkami, učiteľmi, autoritami. Človek, ktorý sa snaží priblížiť inej kultúre sa dostáva do problematickej pozície tým, že so skupinou nemá spoločnú minulosť. Znamená to, že vzorce myslenia, ktoré si prináša, sú v skupine, do ktorej vstupuje, neplatné (Disman, 2002).

Podľa Schuetza nutnosť interpretovať každú sociálnu situáciu racionálne vedie k mnohým chybným interpretáciám. Cudzinec často nie je schopný rozlíšiť medzi typickým a individuálnym. Členovia domácej spoločnosti nechápu, že kultúrne vzorce, ktoré im poskytujú istotu sú pre cudzinca nejasné a nedokáže sa v nich orientovať. Pozícia medzi dvoma kultúrami však dáva cudzincovi schopnosť, ktorú člen kultúry neovláda a tou je skutočnosť, že cudzinec je citlivý k inkonzistencii v kultúrnych vzorcoch. Cudzinec často rozozná krízu v čase, kedy sú jej symptómy pre ostatných členov skupiny ešte neviditeľné (Schuetz, 1944).

Etnocentrismus je názor, že kultúra vlastnej skupiny, je nadradená kultúre iných skupín. Toto presvedčenie môže byť vedomé aj nevedomé a často býva spojené s tendenciou nevedomovať si predpojatosť, ktorú toto presvedčenie obsahuje. Vlastná sociálna skupina je štandardom, ktorým sú posudzované ostatné skupiny a životné situácie (Jandourek, 2001).

V osemdesiatych rokoch 20. storočia sa dôležitou verejnou témou diskutovanou v severnej Amerike, Austrálii a Európe stal multikulturalizmus. Multikulturalizmus znamená mnoho navzájom súvisiacich, napriek tomu však odlišných. vecí: demografický stav, súbor inštitucionálnych služieb, ciele politickej aktivity alebo širší súbor štátnych zásad. Na multikulturalizmus sa dá pozerat' aj ako na ideológiu alebo žitú skúsenosť (Harajová, 2015).

Príslušníci etnickej skupiny sú tak chápaní ako nositelia vlastnej kultúry, t.j. že zdieľajú spomienky na spoločné dejiny, hodnotové ideály, normatívne predstavy a v neposlednom rade vedomie odlišnosti vlastnej kolektívnej existencie. Multikulturalizmus tak uznáva, podporuje a potvrdzuje skupinové rozdiely a formovanie etnokultúrnych komunít (Szaló 2007).

Pithart prirovnáva podstatu multikulturalizmu k problematike monokultúr a druhovej rozmanitosti v prírodných environmentálnych vedách, kde platí, že čím väčšia je druhová diverzita, tým viac je v prírode zaručená stabilita. V systémoch s druhovou rozmanitosťou je málo pravdepodobné, že všetky druhy naraz podľahnú tomu istému škodcovi alebo inému negatívnemu vplyvu (Pithart, 1997).

V podmienkach ČR sa právami menšín zaoberajú tieto inštitúcie: Rada vlády pre záležitosti národnostných menšín, Rada vlády pre záležitosti rómskej menšiny, Koordinátori pre záležitosti národnostných menšín a rómskej menšiny, Agentúra pre sociálne začleňovanie a Kancelária Verejného ochráncu práv.

4. Sociálna práca s Rómami a podpora zdravia

4.1. Rola hodnôt v identite sociálnej práce

Potreba identity patrí medzi päť základných psychosociálnych potrieb človeka . Identita sa obvykle delí na tri skupiny, ktoré sú spolu úzko prepojené. Ide o identitu osobnú, skupinovú a kolektívnu (Kovařík, Pazlarová, 2013 in Flídrová, Opatrný, 2014).

Individuálna identita zahŕňa hľadanie odpovedí na otázky kto som, aké mám ciele, z akých názorov a hodnôt vychádzam. Toto hľadanie je úzko spojené so socializáciou a potrebou statusu a roly v spoločnosti (Flídrová, Opatrný, 2014).

Ďalším typom identity je sociálna identita, ktorá zahŕňa vnímanie jednotlivca v rámci skupín, ktorých je členom, skupín, ktorých členom nie je, ale súhlasí s ich hodnotami, ale aj negatívnych referenčných skupín, do ktorých jedinec nepatrí a ani patriť nechce (Jandourek, 2003)

Kolektívna, alebo aj profesná identita označuje také sebapoňatie, ktorého súčasťou je pranie skupiny niečo spoločne vytvárať a sledovať spoločné ciele. Každá profesia si vytvára kolektívnu identitu, ktorá sa ale môže meniť vzhľadom k potrebám spoločnosti (Růžičková, Musil, 2009).

Weber hodnotu definuje ako niečo, čo je schopné stať sa obsahom nášho postoja, niečo, čoho platnosť uznávame, odmietame alebo posudzujeme v najrozmanitejších súvislostiach (Sociologická encyklopedie). V Českej republike sú hodnoty sociálnej práce vymedzené v Etickom kódexe sociálnych pracovníkov Českej republiky. Rada pre rozvoj sociálnej práce prijíma päť hodnôt: úctu, dôstojnosť, spravodlivosť, partnerstvo a odbornosť (Spoločnosti sociálnych pracovníkov, 2006).

Zdravotne - sociálna práca integruje etické princípy zdravotnej a sociálnej práce a navyše zahŕňa napríklad aj právo autonómii (Kutnohorská, Cichá, Goldman, 2011). Rešpekt k autonómii spočíva v uznaní práva človeka mať vlastný názor, robiť vlastné rozhodnutia a jednať na základe osobných hodnôt a presvedčení. Znamená to aj právo klienta robiť rozhodnutia ohľadne vlastného zdravotného stavu a zdravotnej starostlivosti (Kutnohorská, Cichá, Goldman, 2011).

Sociálna práca je zameraná na rôzne cieľové skupiny a používa rôzne metódy práce. Musil identifikuje niekoľko typov sociálnych pracovníkov, a to administratívny, profesionálny, filantropický a aktivistický typ (Musil, 2008). Pohľad na klienta a rámec pracovných postupov ale najviac ovplyvňujú osobné hodnoty. Sociálny pracovník teda nepotrebuje len znalosti a zručnosti o tom, ako vykonávať svoju prácu, ale aj hodnoty, aby sa pri svojej práci mohol správne rozhodovať (Thompson, 2009 in Flídrová, Opatrný, 2014).

Sociálna práca by mala mať podľa Thompsona jasnú predstavu o svojich hodnotách a dávať ju aj jasne najavo. Napríklad aby vzhľadom k existujúcim prejavom diskriminácie v spoločnosti dokázala demytologizovať predstavu o tom, že môže existovať hodnotovo neutrálne praktické jednanie. Vo vzťahu ku klientom hodnoty pomáhajú hľadať riešenie dilemat, pri ktorých sa sociálny pracovník musí rozhodovať (Thompson, 2009 in Flídrová, Opatrný, 2014).

4.2. Antiopresívny prístup

Antiopresívny prístup je súčasťou radikálnej tradície v sociálnej práci. Je založený na kritickom pochopení konceptu moci, útlaku a sociálnej spravodlivosti (Šlosár D. a kol., 2017).

Východiskom pre antiopresívne prístupy v sociálnej práci bola pedagogika oslobodenia, ktorej autorom je brazílsky pedagóg a filozof Paulo Freire. Medzi zásadné charakteristiky jeho pedagogiky utlačovaných patrilo kritické uvedomenie, autenticita a pravdivosť a jeho prístup bol zameraný na vzdelávanie vyúčených, negramotných a chudobných (Navrátilová, Navrátil, 2016).

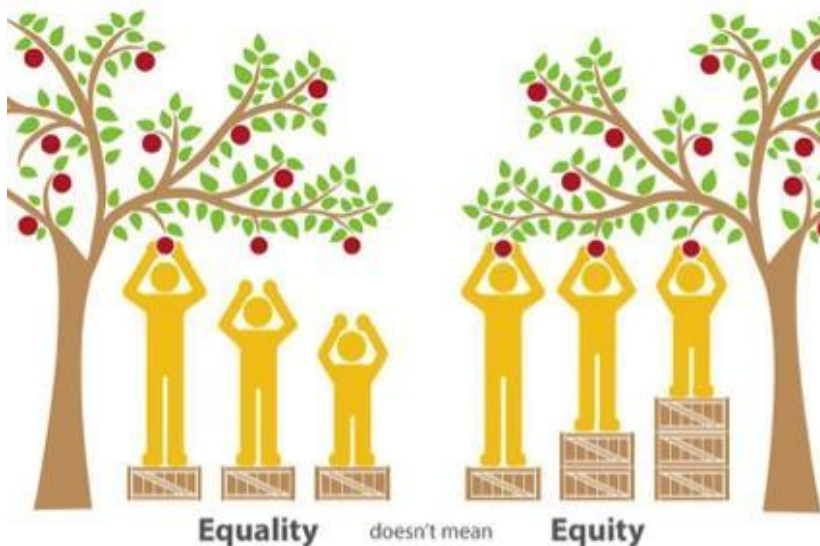
Základným pojmom antiopresívneho prístupu je opresia. Z etymologického hľadiska pochádza z latinského slova *oppressio*, ktoré označuje útlak, utláčanie, či potlačenie. Opresiu možno definovať ako štrukturálne znevýhodnenie určitých spoločenských skupín, ktorým sú upierané niektoré práva, inak bežne dostupné a vymožitelné väčšinou časťou spoločnosti, či elitami (Janebrová, 2014).

Pre sociálneho pracovníka, ktorý pracuje so skupinami klientov, ktoré sú v spoločnosti diskriminované, je podľa Thompsona dôležité poznať antiopresívne prístupy a používať ich v praxi. Antiopresívne prístupy sú zamerané na odstránenie diskriminácie spôsobenej rasizmom, sexizmom, ageizmom a podobne. Opresia alebo útlak znamená štrukturálne znevýhodnenie určitých skupín ľudí. Prejavuje sa v právach a možnostiach, ktoré sú členom majoritnej spoločnosti bežne dostupné a členom minorít odopierané (Thompson 1992 in Thompson 2006).

Pre sociálnych pracovníkov je dôležité, aby boli zorientovaní v problematike diskriminácie a rôznych foriem znevýhodnenia, pretože v niektorých situáciách je diskriminácia základným rysom situácie klienta. Sociálni pracovníci svojimi intervenciami ovplyvňujú životnú situáciu svojich klientov a preto je nutné, aby mali povedomie aj o štrukturálnej povahe klientovej situácie a nestávali sa sami súčasťou problému (Thompson, 1992). Medzi štrukturálne znaky patrí rasa, etnicita, vek, zdravotný stav, sexuálna orientácia atď (Šlosár D. a kol., 2017).

Antiopresívne prístupy podľa Thompsona charakterizujú tri imperatívy. Je to spravodlivosť, rovnosť a spoluúčasť. Spravodlivosť znamená princíp, že so všetkými bude zaobchádzané podľa práv, ktoré im náležia. Princíp rovnosti je v spoločnosti často nepochopený a dezinterpretovaný. Rovné zaobchádzanie znamená rovný prístup k prostriedkom a službám

spoločnosti a nie to, že je nutné a poskytovať každému členovi spoločnosti rovnaké prostriedky alebo služby, vid. obrázok č.2. : Grafické zobrazenie rovného prístupu. Princíp spoluúčasti je súčasťou procesu zmocňovania klientov (Matoušek, Křišťan, 2013)



Obr. 2: Grafické zobrazenie rovného prístupu (Northwestern Health Unit, 2014).

Zmocňovanie (empowerment) klientov je súbor podporných mechanizmov, ktorý je zameraný na to, aby ľudia získali väčšiu kontrolu nad svojim životom a životnými podmienkami. Pain v súvislosti so zmocňovaním hovorí o schopnosti jednotlivca obhajovať sa, jednať sám za seba a obhajovať svoje práva (self-advocacy) a tiež aj o zastupovaní ľuďmi s podobnou skúsenosťou (peer-advocacy) (Pain, 2014 in Nepustil, Geregová, 2020).

Mechanizmy zmocňovania nemusia byť nutne zamerané len na jednotlivca, často smerujú k ovplyvneniu sociálnych štruktúr a procesov. Ide teda o cieľnú aktivizáciu marginalizovaných skupín a jednotlivcov tak, aby získali kontrolu nad svojimi životmi a začali sa podieľať na riešení a zmene spoločenských inštitúcií a štruktúr. Tiež významne prispievajú k odmietnutiu internalizácie znevýhodnenia samotnými utlačovanými, ktorí často prijímajú názory väčšinovej spoločnosti (Nepustil, Geregová, 2020).

Podľa Nepustila využitie zmocňovania závisí aj od ochoty spoločnosti prijímať právo na zlyhanie (Nepustil, 2020). V podmienkach Českej republiky je spoločnosť ochotná priznať právo na emancipáciu napríklad osobám so zdravotným znevýhodnením alebo duševným znevýhodnením, kde je tento deficit viditeľný. Obtiažne je prijímané zlyhanie, ktoré súvisí

s chudobou alebo nemožnosťou uplatniť sa na trhu práce, kde sú tieto zlyhania vnímané ako osobné zlyhania jednotlivcov, neschopnosť urobiť správne rozhodnutia a podobne (Nepustil, 2020).

4.3. Intersekcionalita

Prístup prelínania, križenia, kombinácie alebo tiež priesečník nerovností (intersection) bol rozvíjaný vo feministických teóriách predovšetkým v rámci amerických ženských štúdií v 80. rokoch 20. storočia. Intersekcionalitu je možné chápať ako analytický nástroj zameraný na mnohorozmerné, prelínajúce sa mocenské vzťahy určené rasou, triedou a gendrom, pomocou ktorého sa skúma, ako nerovnosti ovplyvňujú skúsenosť, identitu, záujmy a názory jednotlivcov (Brenner 2000 in Kolářová, 2008).

Pojem intersekcionalizmu použila prvýkrát americká právnička Kimberlé Williams Crenshaw v roku 1989 a úzko súvisel s feministickou a rasovou teóriou. Vychádzal z tvrdenia, že ľudia môžu byť diskriminovaní na základe niekoľkých sociálnych a kultúrnych faktorov naraz (Crenshaw, 1989).

Pre formovanie teórie bolo pre Crenshaw jedným z kľúčových momentov stretnutie so starším súdnym sporom, ktorý ju šokoval svojou nespravodlivosťou. V roku 1976 žalovala skupina Afroameričaniek spoločnosť General Motors za to, že nedostali prácu, aj keď na ňu mali kvalifikáciu. Podľa žien bola dôvodom skutočnosť, že boli čierne ženy. Súd žalobu odmietol s tým, že nemôže ísť o diskrimináciu, pretože firma zamestnávala ženy aj afroameričanov, ale nevenoval pozornosť tomu, že všetky zamestnané ženy boli belošky a všetci zamestnaní afroameričania boli muži. Kombinácia gendru a farby pleti v tomto prípade vytvorila bezvýhodiskovú situáciu (Crenshaw, 1989).

Nerovnosti v spoločnosti sa týkajú hlavne týchto kategórií : rasa alebo etnicita, trieda a gender. Ďalšími diskriminujúcimi faktormi sú vek, vzdelanie, rodinný stav, náboženské vyznanie, sexuálna orientácia alebo zdravotná spôsobilosť. Na rozdiel od iných prístupov intersekcionalita vníma tieto kategórie a ich pôsobenie ako prelínajúce sa v danom sociálnom a historickom kontexte (Křížková, 2018).

V podmienkach ČR vo výskume neexistuje tradícia zahrňovania dimenzii gendru ani etnicity do realizovaných výskumov viacdimenzionality statusu (Tuček a kol. 2003 in Kolářová, 2008).

4.4. Služby na pomedzí zdravotne-sociálnej oblasti

V súčasnosti v Českej republike existujú dve služby pôsobiace na zdravotne-sociálnom pomedzí a ich kapacita nestačí pokrývať dopyt po tomto type služby.

V roku 2016 začalo zdravotne-sociálnu pomoc, ako prvá organizácia v ČR, poskytovať rómske stredisko DROM vo vybraných sociálne vylúčených lokalitách (DROM, 2017). Táto služba je registrovanou sociálnou službou a spadá pod pôsobnosť zákona č. 108/2006 Zb. o sociálnych službách. Svojím užším zameraním na podporu zdravia sa ale líši od ostatných sociálnych služieb.¹

V rokoch 2019 - 2022 realizoval Štátny zdravotný ústav projekt na podporu zdravia osôb ohrozených chudobou a sociálnym vylúčením prostredníctvom mediátorov podpory zdravia (MZ ČR, 2019). Základným legislatívnym rámcom tejto služby je zákon č. 258/2000 Zb. o ochrane verejného zdravia a o zmene niektorých súvisiacich zákonov. Svojím zameraním ale presahuje pôsobnosť tohto zákona a čiastočne sa prekrýva s posobením sociálnych služieb.

Ak bolo uvedené vyše (obr. 1, kapitola 2. 1.), na zdravie majú vplyv štrukturálne determinanty zdravia, teda aj sociálne a verejné politiky. Pracovník venujúci sa podpore zdravia by sa preto mal orientovať v potrebnej sociálnej, ale aj zdravotníckej legislatíve.

Pozícia zdravotne-sociálneho pracovníka je definovaná aj v národnej sústave povolání. Výkon tejto profesie je v nej charakterizovaný takto: „Zdravotne sociálny pracovník vykonáva činnosť v rámci preventívnej, diagnostickej, paliatívnej a rehabilitačnej starostlivosti v oblasti zdravotne sociálnej starostlivosti a podieľa sa na ošetrovateľskej starostlivosti v oblasti uspokojovania sociálnych potrieb pacienta.“(NSP)

5. Výskum bariér v dostupnosti zdravotnej starostlivosti

Táto časť je venovaná popisu výskumných metód a predstaveniu postupu práce.

1 Z rozhovorov s aktérmi z tejto organizácie v rámci výskumu vyplynulo, že pôsobnosť služby na pomedzí zdravotne-sociálnej oblasti a jej špecializácia je pre krajské a vyššie správne orgány ťažko uchopiteľná. Z toho vyplývajú ťažkosti s finančnou udržateľnosťou tejto sociálnej služby.

5. 1. Výskumné ciele

Výskum bol zameraný na preskúmanie dostupnosti zdravotnej starostlivosti Rómov v sociálnom vylúčení s cieľom identifikovať ďalšie sociálne determinanty zdravia, preskúmať dostupnosť, kvalitu a efektivitu služby „zdravotne-sociálneho asistenta² a zistiť, aké sú dôsledky vplyvu sociálneho vylúčenia na zdravie a na dostupnosť zdravotnej starostlivosti u cieľovej skupiny (Fil'akovská-Bobáková a kol, 2021).

Vzhľadom k obširnosti výskumného cieľa uvedeného projektu som si pro svoju bakalársku prácu stanovila dva užšie ciele:

1. preskúmať bariéry v dostupnosti zdravotnej starostlivosti u Rómov žijúcich v sociálnom vylúčení
2. zistiť akým spôsobom môže sociálna práca pomôcť pri prekonávaní týchto bariér.

Východiskom výskumu bol fakt, že zdravotný stav Rómov v strednej a východnej Európe je horší ako zdravotný stav majoritnej populácie a platí to aj pre Českú republiku. Medz indikátory horšieho zdravotného stavu patrí napríklad skorší výskyt chronických ochorení, vyššia predčasná úmrtnosť v priemere o 10-15 rokov a častejší výskyt ďalších ochorení. Horší zdravotný stav je vysvetľovaný vyššou zraniteľnosťou Rómov a tak isto aj mnohými bariérami v prístupe k zdravotnej starostlivosti, ktoré sú výrazne vyššie ako u nerómskej populácie (Fil'akovská-Bobáková a kol, 2021).

5.2. Moje zapojenie do výskumu

Rozhovory, ktoré som realizovala boli súčasťou širšieho výskumu TL02000164 „Aplikovaný výskum pro inovace politik v oblasti dostupnosti zdravotní péče u sociálně vyloučené romské populace“ (ROMZAVIP), ktorý bol realizovaný na Inštitúte sociálneho zdravia OUSHI Univerzity Palackého v Olomouci v rokoch 1/2019 -3/2021. S uvedeným inštitútom som spolupracovala ako dobrovoľník už pri ich predošlom projekte „ROMSPIDO“, ktorý bol

2 Jedná se o typ sociální služby, která se zaměřuje přímo na podporu dostupnosti zdravotní péče pro lidi žijící v sociálním vyloučení. Počas realizovania výskumu túto službu poskytovali : DROM – Rómske stredisko a Štátny zdravotný ústav pod názvom „mediátori podpory zdravia“.

zameraný na zapojenie marginalizovaných skupín, hlavne Rómov, do všetkých úrovní vzdelávacej sústavy.

V rámci výskumu som zbierala a kodovala rozhovory z jednej z výskumných lokalít– Přerova a analyzovala všetky zozbierané rozhovory (5 lokalít) z hľadiska problematiky demografie, zamestnanosti, vzťahov s majoritou, bariér v dostupnosti zdravotnej starostlivosti a sociálnych služieb. Pre účely bakalárskej práce som spracovávala problematiku bariér v zdravotnej starostlivosti u Rómov žijúcich v sociálnom vylúčení a možnosti sociálnej práce pri prekonávaní týchto bariér.

5.3. Výskumný súbor a výskumné metódy

V rámci bakalárskej práce a spolupráce na uvedenom projekte som sa podieľala na zbere pološtruktúrovaných rozhovorov o sociálnych determinantoch zdravia, ktorým predchádzalo stanovenie výskumného súboru. Následne prebehol zber dát.

5.3.1. Výskumný súbor

Výskum prebiehal u dvoch skupín participantov, ktoré sme si stanovili na začiatku výskumu:

- Rómovia v sociálnom vylúčení
- aktéri, ktorí majú vplyv na zdravie alebo sociálne determinanty zdravia u Rómov v sociálnom vylúčení

5.3.1.1. Rómovia žijúci v sociálnom vylúčení

Rozhovory prebehli v Olomouckom kraji a jednotlivé lokality boli vybrané so zreteľom na rozmanitosť a pri výbere boli zohľadňované tieto kritériá (Fil'akovská-Bobáková a kol, 2021) :

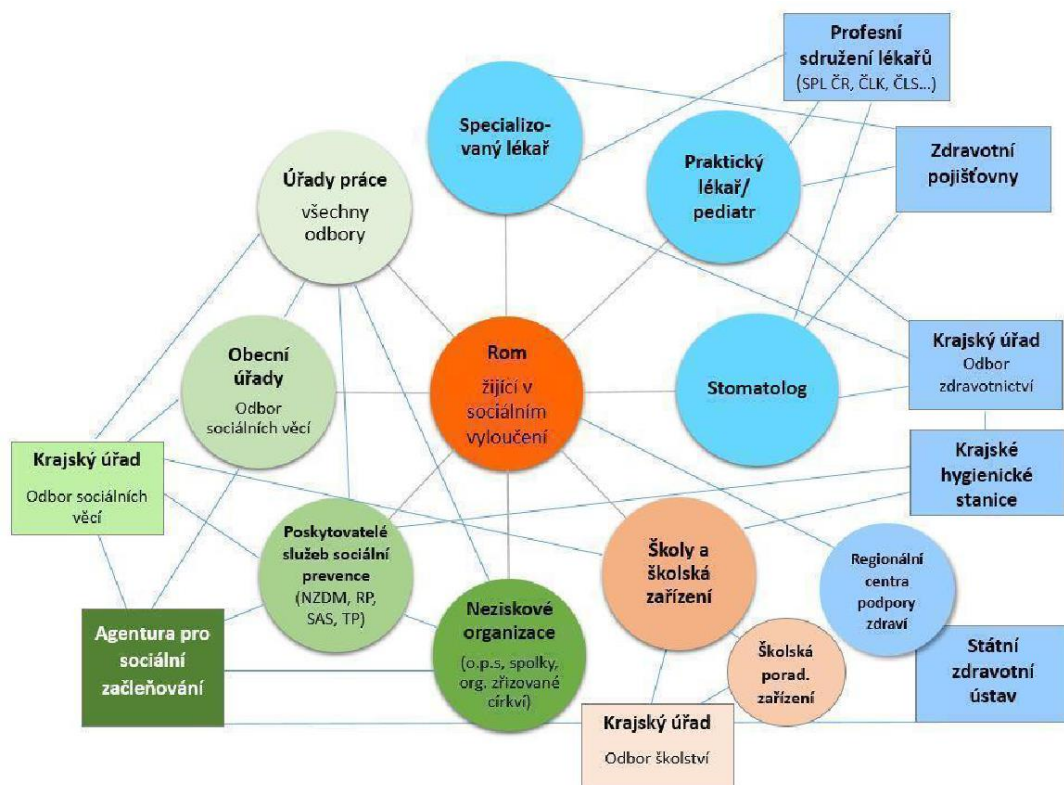
- urbánosť / rurálnosť lokality
- veľkosť lokality
- geografická plocha
- úroveň sociálnych determinantov zdravia

Vybraných bolo 5 lokalít a v každej z nich oslovených 3-5 domácností s rôznym postavením v rámci komunity. Vybrané lokality boli : Jesenícko, Přerov, Hranice – Lipník, Prostějov a

okolie a Olomouc. Pomoc pri kontaktovaní aktérov poskytli miestne organizácie a jednotlivci, ktorí v lokalitách pôsobia.

5.3.1.2. Aktéri majúci vplyv na zdravie alebo sociálne determinanty zdravia

Výber ostatných aktérov rozhovorov prebiehal metódou snehovej gule, ktorá sa používa pri výskume sociálnych skupín obyvateľstva, pre ktoré neexistujú zoznamy ani spoľahlivá opora výberu. Okruh potenciálnych aktérov tvorili: Agentúra pre sociálne začleňovanie Úradu vlády, sociálni pracovníci, rómski poradcovia, poskytovatelia sociálnych služieb, pracovníci neštátnych neziskových organizácií, pracovníci škôl a školských zariadení a zdravotný personál (lekári a zdravotné sestry), pracovníci krajských úradov, zdravotných poisťovní a Rómovia v sociálnom vylúčení (Fiľakovská-Bobáková a kol, 2021). Viac viz mapa zainteresovaných aktérov obr. č. 3.



Obr. č. 3 : Mapa zainteresovaných aktérov majúcich vplyv na zdravie sociálne vylúčených Romov (Fiľakovská-Bobáková a kol, 2021).

5.3.1.3. Uskutočnené, kódované a analyzované rozhovory pre účely bakalárskej práce

V rámci uvedených skupín participantov by som rada predstavila súhrn participantov, ktorých som zahrnula do tejto práce.

Tabuľka participantov	Počet	%
Pohlavie		
Muž	4	33,3
Žena	8	66,6
Pracovná oblasť		
Sociálne služby	4	33,3
Vzdelávanie	3	25
Zdravotnícka starostlivosť	2	16,6
Rómovia v SVL	3	25

Tab. č. 1 : Tabuľka participantov, s ktorými som robila rozhovory a rozhovory ktorých som kodovala.

Tabuľka participantov	Počet	%
Pohlavie		
Muž	20	26
Žena	57	74
Pracovná oblasť		
Sociálne služby	16	20,8
Vzdelávanie	7	9,1
Zdravotnícka starostlivosť	12	15,6

Iná oblasť	13	16,9
Rómovia v SVL	29	37,6

Tab. č. 2: Tabuľka participantov, ktorých rozhovory som analyzovala.

5.4. Zber dát

5.4.1. Pološtrukturované rozhovory o sociálnych determinatoch zdravia

Rozhovory boli vedené individuálne a to jednak so samotnými Rómami v sociálnom vylúčení a tiež aj so zástupcami ostatných aktérov.

Rozhovor začínal všeobecnou otvorenou otázkou, pokračoval overovaním sociálnych determinantov zdravia na základe matice sociálnych determinantov zdravia a bol ukončený ďalšou všeobecnou otvorenou otázkou.

Oblasti definované a sledované pomocou matice sociálnych determinantov zdravia boli (Fiľakovská-Bobáková a kol, 2021):

- Zdravie a starostlivosť o zdravie (najčastejšie zdravotné ťažké, dostupnosť zdravotnej starostlivosti, zdravotnú gramotnosť)
- Životný štýl a rizikové chovanie (výživa, nezdravá fyzická aktivita, návykové látky, rizikové sexuálne a reprodukčné praktiky)
- Materiálne podmienky a zdroje (kvalita bývania, infraštruktúra, sociálny kapitál, násilie)
- Biologické aspekty (demografia, genetické vplyvy)
- Psychosociálne faktory
- Sociálne faktory komunity (socioekonomické postavenie, životná úroveň, sociálne patologické javy, rodové role)
- Diskriminácia a rasizmus (prejavy rasizmu v osobnom styku a v kontakte s inštitúciami, internalizovaný rasizmus)
- Sociopolitický kontext (sociálne politiky, fungovanie služieb sociálneho systému)

Rozhovor začínal otázkou: „Čo má podľa Vás vplyv na zdravie obyvateľov v lokalitách, ako je tá Vaša?“

Identifikované príčiny boli následne podrobnejšie sledované pomocou otázok Ako/Prečo? Cieľom pomocných otázok bolo zistiť, ktoré známe sociálne determinanty zdravia aktéri identifikovali.

Rozhovor bol ukončený otázkou: „Čo by sa podľa Vás dalo urobiť preto, aby bolo zdravie vylúčených Rómov lepšie?“ Identifikované opatrenia boli následne špecifikované pomocou otázok Kto/ Ako ?

Pre účely bakalárskej práce som sa venovala identifikovaniu bariér v prístupe k zdravotnej starostlivosti a možnostiam sociálnej práce pri prekonávaní týchto bariér.

5.4.2. Rozhovory v lokalite Přerov

Vzľadom na moje trvalé bydlisko a skúsenosti zo školských praxí a dobrovoľníckych aktivít vo vylúčených lokalitách v Přerove, som realizovala rozhovory v Přerove. Boli to rozhovory s Rómami v sociálnom vylúčení, sociálnymi pracovníkmi, lekármi, pedagógmi a špeciálnymi pedagógmi zo segregovanej Základnej školy Boženy Němcovej. Štyri rozhovory prebehli v tandeme so skúsenými výskumníkmi, osem som realizovala samostatne. Rozhovory trvali priemerne 1-1,5 hodiny, boli zaznamenávané na diktafón a následne prepisované.

Pri zbieraní rozhovorov mi boli oporou skúsenosti a konzultácie so skúsenejšími výskumníkmi z tímu a tiež aj osobná znalosť prostredia. Za dôležitú súčasť výskumu považujem aj sebareflexiu, pomocou ktorej som bola schopná nahliadnuť na svoje slabiny a pracovať na nich. Snažila som sa uvedomovať si všetky hodnoty, postoje a možné predsudky.

Problematické bolo najmä získavanie participantov z oblasti zdravotnej starostlivosti. Kontakty na lekárov, zdravotné sestry alebo pracovníkov záchranej služby boli získané na základe doporučení sociálnych pracovníkov alebo úradníkov, ktorí s nimi mali konkrétne pracovné skúsenosti a tiež na základe osobných kontaktov výskumníkov.

Respondenti boli pred začatím rozhovoru informovaní o výskume a podpisovali informovaný súhlas. Ten sa týkal súhlasu s účasťou na výskume a potvrdenia o tom, že im boli poskytnuté všetky potrebné informácie a že ich účasť na výskume je dobrovoľná. Boli tiež informovaní o tom, že súhlas môžu kedykoľvek odvolať a to aj bez udania dôvodu.

5.5. Analýza dát

Kvalitatívna analýza bola inšpirovaná metódou konsenzuálnej analýzy (Hill a kol, 2005). Na začiatku analýzy jeden rozhovor analyzuje viac výskumníkov. Výsledky jednotlivých analýz sú porovnávané a na ich základe vzniká prvá matica kódov. Analýza postupuje od konkrétností k zovšeobecňovaniu a tým dáva priestor kategóriám, ktoré sa vynárajú z dát. Rozhovory boli opakovane čítané, prvotná matica prepracovaná a boli identifikované najdôležitejšie kategórie kódov. Ukážky kódovania, procesu vzniku kategórií kódov a výsledný zoznam kódov nájdete v prílohe.

Analýza dát prebehla v rámci konceptu prístupu k zdravotnej starostlivosti podľa Levesqueho. Koncept popisuje faktory dopytu a ponuky, ktoré umožňujú prístup k zdravotnej starostlivosti a jej využívaniu. Prístup k zdravotnej starostlivosti je vímaný ako možnosť identifikovať potreby v tejto oblasti, vyhľadávať služby zdravotnej starostlivosti, obstarat' si alebo využívať zdravotnú starostlivosť a tiež aj ako možnosť dostávať ponuku zdravotných služieb zodpovedajúcu potrebám (Levesque, Harris, Russel, 2016).

Spomínaný koncept v rámci prekážok v prístupe k zdravotnej starostlivosti rozlišuje bariéry na strane príjemcov zdravotnej starostlivosti a bariéry na strane poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (Levesque, Harris, Russel, 2016).

V oblasti bariér v prístupe k zdravotnej starostlivosti boli identifikované kategórie rozdelené do troch okruhov a to bariéry na strane príjemcov zdravotnej starostlivosti, bariéry na strane poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a bariéry na stranách poskytovateľov aj príjemcov zdravotnej starostlivosti (Fiľakovská-Bobáková a kol, 2021).

Téma predstavená v tejto práci vychádza z analýzy, ktorú som uskutočnila. Celkovo som analyzovala všetkých 77 zozbieraných rozhovorov, 29 rozhovorov s Rómami žijúcimi v sociálnom vylúčení a 48 rozhovorov s ostatnými aktérmi. Pre potreby bakalárskej práce som v analýze využila kódy týkajúce sa bariér v prístupe k zdravotnej starostlivosti a tiež kódy týkajúce sa sociálnej práce, ako jednej z možností, ktorá môže tieto bariéry pomáhať prekonávať. Prehľad analyzovaných kódov nájdete v tabuľke č. 3.

Kód	Podkódy
Alternatívne stratégie	sťažnosti
Bariéry	nedôvera Rómom v zdravotníkom
Diskriminácia	hodnotenie Rómov, podceňovanie Rómov, predsudky, rasizmus, stigmatizácia
Doprovod k lekárovi	doprovod
Dostupnosť zdravotnej starostlivosti	registrácia u lekára, čakacie doby, hustota siete zdravotníckych zariadení
Komunikácia	neporozuumenie zdravotníkov Rómom, neporozumenie Rómov zdravotníkom, konflikty
Názory a presvedčenia	hodnota zdravia, povery, priority Rómov, predsudky a tabu
Neprofesionalita pracovníkov	dvojitý štandard, zanedbávanie zdravotnej starostlivosti, znesvojprávňovanie
Prežívanie Rómov	bolesť, emócie, hrdosť, sebaodceňovanie, stres
Sociálne služby	mediácia, právna podpora, sociálne dávky, sociálna práca, terénny pracovník
Zdravotná gramotnosť	navigácia zdravotným systémom, nereálne očakávania Rómov, prevencia

Tab. č. 3: Tabuľka kódov použitých pri analýze pre potreby bakalárskej práce.

6. Bariéry v dostupnosti zdravotnej starostlivosti

6.1. Identifikované bariéry v dostupnosti zdravotnej starostlivosti

Spomínaný koncept v rámci prekážok v prístupe k zdravotnej starostlivosti rozlišuje bariéry na strane príjemcov zdravotnej starostlivosti a bariéry na strane poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (Levesque, Harris, Russel, 2016).

Na základe vyššie spomenutého Levesqueho modelu boli bariéry v rozhovoroch identifikované na strane príjemcov a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Pre prehľadnosť som ich pre potreby tejto práce rozdelila do nižšie uvedenej tabuľky č.4.

Typ bariéry	Pohľad Rómov v sociálnom vylúčení	Pohľad ostatných aktérov
Bariéry na strane príjemcov zdravotnej starostlivosti		
	<ul style="list-style-type: none"> • strach z diagnózy bolesti a smrti • nedôvera k lekárovi • nedôvera k zdravotnej starostlivosti • rodové role 	<ul style="list-style-type: none"> • nedostatočná zdravotná a funkčná gramotnosť • predpokladaný strach z bolesti • jazyková bariéra • nedôvera k lekárovi a zdravotnej starostlivosti
Bariéry na strane poskytovateľov zdravotnej starostlivosti		
	<ul style="list-style-type: none"> • nedostatok finančných prostriedkov na dodržiavanie liečby • dlhé čakacie lehoty u lekára • dojazdová vzdialenosť k lekárovi • predsudky a diskriminácia 	<ul style="list-style-type: none"> • finančná dostupnosť • kapacity zdravotníckeho systému – počet a dostupnosť zdravotníckych zariadení • komunikácia

Tab. č. 4: Identifikované bariéry v dostupnosti zdravotnej starostlivosti u Rómov v sociálnom vylúčení.

6.2. Bariéry na strane príjemcov zdravotnej starostlivosti

6.2.1. Zdravotná a funkčná gramotnosť

Zdravotný stav Rómov je podľa Správy o stave rómskej menšiny z roku 2019 horší ako zdravotný stav majoritnej spoločnosti a tento stav je okrem iného pripisovaný aj nedostatočnej zdravotnej gramotnosti (Úrad vlády, 2019). Túto oblasť v rozhovoroch spomínali len ostatní aktéri a jej pôvod videli aj v nedostatočnej obecnnej funkčnej gramotnosti. V tabuľke č. 5 sú popísané príklady bariér v tejto oblasti doplnené o citácie zo zozbieraných rozhovorov.

Popis bariéry	Príklady citácií
Zdravotná a funkčná gramotnosť	
Ťažkosti s orientáciou v systéme zdravotnej starostlivosti.	<i>(o návšteve pohotovosti) „Může být prostě efekt toho, že to je mnohem jednodušší. Je to takový přehlednější pro lidi, který se nevyznají, prostě sedíš tam jak pecka, dokud tě někdo nevezme, píchne nějakou injekci a prostě deš. S tou záchrankou nemusíš nikde řešit orientační systém, jo.“ (sociální pracovníčka)</i>
	<i>„... je i formulář na stížnost na nedostupnost zdravotní péče, který můžete vyplnit, ale to už je zase o té zdravotní gramotnosti, počítačové gramotnosti a tak dále. Zase je tam ta bariéra pro někoho, kdo tohle to neví, kdo prostě třeba není schopen porozumět těm formulářům, není schopen si to tam dohledat.“ (manažér v sociální oblasti)</i>
Nedocenenie významu prevencie.	<i>„Prevence je tam stále nějakým způsobem zanedbávána, oni tomu nepřikládají moc velký význam. Většinou k doktorům jdou, až je něco bolí. Nejhorší je to asi teda u zubařů, toho se opravdu bojí a nechodí tam. Potom se to řeší různým způsobem přes stomatologické kliniky a tak všelijak.“ (sociální pracovníčka)</i>

	<p>„Teď často hledáme zubaře, ale je taky otázka, že oni nevnímají, že to je důležité už od dětství. Aby ty lidi potom v dospělosti neměli ten strach před zubařem.“ (sociální pracovníčka)</p>
	<p>„Hlavně tam nefunguje žádná prevence, pravidelné kontroly. Třeba já jsem ve spojení s lékařem. Oni mi zavolají, že je třeba přijít na 10letou prohlídku, na roční prohlídku a že oni tam nedojdou třeba 5krát. Tak mi zavolají a já je tam musím doprovodit, aby tam vůbec přišli.“ (sociální pracovník)</p>
<p>Nesprávné vnímání reálných podmínek u lékaře (čakacie lehoty, čakanie na ošetrenie).</p>	<p>„No, pro ně je nepohodlí jako v tom, že musí někam jít a musí tam čekat. Všichni víme, že u doktorků se někdy čeká dlouho. Někdy to jde rychle, ale někdy se fakt musí čekat a to oni prostě už nedávají, to čekání. Oni to prostě neumí, někde čekat a vydržet.“ (pedagóg)</p>
	<p>„Jednak diskriminace, ale potom taky reálný podmínky, který platí pro všechny lidi. Je to jakýkoliv diskomfort ve veřejné komunikaci, u kterého třeba ti lidé neví, že to je diskomfort, který platí pro všechny.“ (manažér v sociální oblasti)</p>
<p>Jazyková bariéra.</p>	<p>„Prostě musíme to brát tak, že ta čeština pro ně je vlastně jakoby jazyk číslo dva, i když se v těch rodinách třeba nemluví výhradně romsky.“ (pedagogička)</p>
	<p>„Navíc ještě jsou situace, kdy prostě se potkávám s tím, že ne všichni Romové zcela dobře rozumí česky.“ (sociální pracovník)</p>
<p>Stud pri komunikácii so zdravotníkmi.</p>	<p>„My sme neveděli, my sme se styděli a nám to bylo blbý se na něco zeptat.“ (Rómka v sociálnom vylúčení)</p>

	<p>„Někteří jsou u těch doktorů taková zaražení, bojí se na něco zeptat, jo? A pak vylezou ven a teď vlastně nerozumí kolikrát ničemu, co tam proběhlo, no.“ (Rómka v sociálnom vylúčení)</p>
--	---

Tab. č. 5 : Příklady bariér na strane příjemcov zdravotnej starostlivosti – Zdravotná a funkčná gramotnosť.

6.2.2. Strach z diagnózy a bolesti

Téma strachu z diagnózy a bolesti rezonovala u obidvoch skupín respondentov a bola príčinou odkladu zdravotnej starostlivosti u Rómov v sociálnom vylúčení. Špeciálnu pozornosť v rozhovoroch venovali Rómovia strachu z návštev u zubára. Odklad a vyhýbanie sa zdravotnej starostlivosti znemožňuje včasnú diagnostiku a vedie k prehľbovaniu zdravotných problémov. Z pohľadu ostatných aktérov bol strach pripisovaný nedostatočnej zdravotnej gramotnosti a neporozumeniu dôležitosti preventívnych vyšetrení. V tabuľke č. 6 sú popísané príklady bariér v tejto oblasti doplnené o citácie zo zozbieraných rozhovorov.

Popis bariéry	Príklady citácií
Strach z diagnózy a bolesti	
Strach z diagnózy obecne.	„Někteří mají strach, že jich pošlou na vyšetření a že jim tam něco můžou najít. Já jsem se už s tím tolikrát setkala, s takovýma případama. Tak se radši léčijou sami doma.“ (Rómka v sociálnom vylúčení)
	„Zanedbávají se, léčijou se sami doma. Samý Paralen, blbosti do sebe hážou, nechodijou k doktorovi. Mají strach chodit k doktorovi. Aby jim něco nezjistil. Mají strach proto, že se prostě dozvíjou něco zlé o sobě, tak to radši prostě nechají tak. Říkají, to bude dobré, to bude dobrý... a potom je už pozdě.“ (Róm v sociálnom vylúčení)
	„Oni tím, že prostě jsou v té vyloučené lokalitě a jsou

	<p><i>takový jako, jak bych to řekla, no bojí se těch doktorů a bojí se problémů a stydí se mezi sebou... Tak prostě opravdu ta prevence jako je důležitá a často dochází k tomu, že oni prostě mají zanedbaný onemocnění třeba dlouhodobě, a pak se to těžko řeší.“</i></p> <p><i>(zdravotná sestra)</i></p>
<p>Strach z návštěvy zubára.</p>	<p><i>„Holku taky bolí zuby, ale taky nejde k zubaři, protože se bojí. Říkala jsem jí, pojd', já půjdu s tebou, to nic není. Já už třeba skoro zuby nemám, já už mám zuby úplně vybrakované. Ale ona by si měla spravit, protože je mladá. Říká, ne, já se bojím, já tam nebudu na to, to bolí.“</i> (Rómka v sociálnom vylúčení)</p>
	<p><i>„Já k zubnímu nechcu chodit. On trhá moc syrově, nehledí na nic. Když tak, prostě si to vyrvu sám, že?“</i></p> <p><i>(Rom v sociálnom vylúčení)</i></p>
	<p><i>„Mají problém navštěvovat pravidelně zubaře. Měl jsem jednu klientku, která měla 4 děti, a nejstarší dítě mělo třeba 13 a ona nikdy nebyla u zubaře. A přišla až tehdy, když ty děti jako měly problémy se zuby všichni. V životě nejdou k zubaři dřív, dokud to není nejnutnější. A pak je ty zubařky ani nechcou brát, protože mají tolik problémů, že už jim do toho nepasujou.“</i> (sociálny pracovník)</p>

Tab. č. 6 : Příklady bariér na strane příjemců zdravotnej starostlivosti – Strach z diagnózy a bolesti.

6.2.3. Strach zo smrti

Ďalším dôvodom, pre ktorý Rómovia odkladali čerpanie zdravotnej starostlivosti bol strach zo smrti. V súvislosti so smrťou bola často spomínaná viera v Boha a jej dôležitosť v živote Rómov. Objavoval sa aj názor, že je lepšie o svojej chorobe nevedieť a žiť pokojne bez liečby a jej možných negatívnych vedľajších účinkov. V tabuľke č. 7 sú popísané príklady bariér v tejto oblasti doplnené o citácie zo zozbieraných rozhovorov.

Popis bariéry	Príklady citácií
Strach zo smrti	
Presvedčenie, že člen rodine zomrel zdravý a odkaz na zdravotný stav, ktorý naznačuje opak.	„ ... mně můj tatínek třeba umřel, když měl 51 roků, a nic mu nebylo. Tak, on měl vysokéj tlak, prostě to s ním šlehlo.“ (Rómka v sociálnom vylúčení)
Presvedčenie, že dĺžka života je človeku daná a vymeriava ju Boh.	„Nevím, to, to může říct jenom Bůh. Stvořitel. Tak jasné, že každý musí dodržovat pitnej režim a tak dále a prostě dbát o sebe, ale Bůh každému vyměřil čas, jak má žít, nebo jak dlouho má žít.“ (Rómka v sociálnom vylúčení)
	„My Romové to prostě máme tak, že my máme víc ty tradice, rozumíte? A doktora nepotřebuju. Až budu umírat, tak pak tam zajdu.“ (Rómka v sociálnom vylúčení)
Obavy z bolesti a smrti a presvečenie, že je lepšie o svojom ochorení nevedieť. že je lepšie o svojom ochorení nevedieť.	„To jsem vlastně zažila v rodině, ty nádory. Chodili na ozařování, úplně přišli o vlasy, začali hubnout... My věříme tomu, že kdyby ten člověk na ty terapie nechodil a nic nevěděl, tak že by žil dál tak, jako, že nic.“ (Rómka v sociálnom vylúčení)

Tab. č.7 : Príklady bariér na strane príjemcov zdravotnej starostlivosti – Strach zo smrti.

6.2.4. Rodové role

Rodové role (gender) sú sociálnym konštruktom, ktorý poskytuje určitý prehľad o očakávanom chovaní pre jednotlivé pohlavia. Z rozhovorov vyplývalo, že vnímanie týchto rolí môže mať u Rómov vplyv na čerpanie zdravotnej starostlivosti.

Popis bariéry	Príklady citácií
Rodové role	
Odchod z novorodeneckého oddelenia,preferovanie starostlivosti o deti pred starostlivosťou o svoje zdravie.	„Furt řešíme nějaký problémy s téma dětma, jo? Takže na doktory není čas. Jako jednou, třeba kdyby to bylo vážný, tak to musíte jít, že? Ale já tam vůbec nechodím. Na co mi to bude?“ (Rómka v sociálnom vylúčení)
	„To není, jakože by sme chtěli jako utíkat, jako, že nás to tam nebaví, ale prostě když musíme jít dom, tak musíme. Protože kdo by se postaral o ty děti, že?“ (Rómka v sociálnom vylúčení)
Preferovanie možnosti finančného zabezpečenia rodiny zo strany muža na úkor zdravotných potrieb.	„Tak můj chlap, když bude takový nemocný, tak radši půjde do práce, než aby zůstal doma nebo šel k doktorovi. Oni jsou zase třeba taková, že oni když makaj, choděj do práce, tak jim je přednější ta práce, aby se koukali furt na zdraví a chodili furt k doktorovi.“ (Rómka v sociálnom vylúčení)
Nesúhlas partnera s tým, aby bol gynekológom muž.	„Ze začátku to bylo takový, že jsme se styděli, ale teď už ne... Chlapi od nás vůbec nechcou, aby to byl muž. Jenomže, člověk si nemůže vybírat. Hlavně u těch starších to bylo takhle, aj můj, on taky ze začátku nechtěl, ale potom jsem mu to vysvětlovala jak to je.“ (Rómka v sociálnom vylúčení)

Tab. č.8 : Príklady bariér na strane príjemcov zdravotnej starostlivosti – Rodové role.

6.3. Bariéry na strane poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

6.3.1. Nedostatočné kapacity

V oblasti bariér na strane poskytovateľov zdravotnej starostlivosti boli identifikované najmä bariéry súvisiace s nedostatočnou kapacitou zariadení, ktoré poskytujú zdravotnú starostlivosť (registrácia u lekára, čakacie lehoty a geografická dostupnosť zariadení), finančná dostupnosť

čerpania zdravotnej starostlivosti a diskriminácia Rómov pri čerpaní zdravotnej starostlivosti. Popis bariér a ich príklady nájdete v nižšie uvedených tabuľkách č. 9, 10 a 11.

Problematická komunikácia ako výrazná bariéra v prístupe k zdravotnej starostlivosti bola popisovaná takmer vo všetkých rozhovoroch s Rómami aj ostatnými aktérmi a je jej venovaná samostatná kapitola.

Popis bariéry	Príklady citácií
Nedostatočné kapacity	
Čakacie lehoty – objednanie na vyšetrenie k odbornému lekárovi	„... z nejakých dôvodů je málo dětských psychiatrů, protože je to náročnej obor, nikdo se údajně do toho moc nehrne... a čekací doby jsou fakt jako půl roku a podobně. Pokud teda vůbec vás vezmou, jo?“ (Rómka v sociálnom vylúčení)
	(objednanie k odbornému lekárovi) „Čekací lhůty tam jsou čtvrt, půl roku. Byla jsem tam byla už aj s klientama. Jsou to takové případy, že tam třeba šli jednou, pak už tam nešli... ona (praktická lékařka) jim napsala doporučení, i když věděla, že to zas bude jenom jednou a pak už zase se někam vodstěhujou a už tam zas nepůjdou.“ (sociálna pracovníčka)
	„Řekl bych, že ty čekací doby jsou dlouhé. Speciálně na nějaké zákroky nebo nějaké preparáty se čeká dlouho, než se to vůbec indikuje a pak schváli“ (lekár)
Čakanie na vyšetrenie v čakárni u lekára	„Měli jsme tu kluka a on měl, vlastně má často problémy s břichem, Měl jít na nějaký vyšetření do nemocnice, k odbornému doktorovi. Maminka je nemocná a nemůže chodit, takže šel se starší sestrou a bratrem. Měli termín, byli objednaní, ale jelikož tam byla spousta lidí a museli by čekat, oni to nevydrželi a odešli. Kluk nebyl vyšetřenej, propad jim termín a další je možný třeba za měsíc. Toto si myslím, že je

	<i>jako největší problém. To jako vůbec to docházení a čekání u těch doktorů.“ (sociální pedagog)</i>
Geografická dostupnost a mobilita	<i>„Zrušili vlak, takže teď jenom autobusy a já i když mám to auto, ale pokaždý člověk nemá na benzín, tak je to těžký.“ (Rómka v sociálním vylúčení)</i>
	<i>„No problém je právě ten, že zas jako nedokáže dojet do toho Prostějova. V podstatě sedne tady na autobus a za půl hodinky je v Prostějově, jo? Ale toho prostě oni nejsou schopní.“ (sociální pedagog)</i>

Tab. č. 9 : Příklady bariér na strane poskytovatelův zdravotnej starostlivosti – Nedostatočné kapacity systému.

6.3.2. Finančná dostupnosť

Finančnú dostupnosť ako bariéru v prístupe k zdravotnej starostlivosti reflektovali obe skupiny respondentov vo väčšine rozhovorov, a to hlavne v súvislosti s doplatkami na lieky.

Pre účely sociálnej práce sa mi v tejto súvislosti zdala dôležitá informácia o ochrannom limite u doplatkov za lieky a fakt, že pacienti o ňom často nevedia.³ Niektorí Rómovia reflektovali nedostatok finančných prostriedkov na dodržiavanie diétného režimu ako podpory liečby.

Popis bariéry	Příklady citácií
Finančná dostupnosť a finančná spoluúčasť	
Doplatky za lieky	<i>„Doktor jim napíše lék, ale pak v lékárně platí třeba 30 korun. Pro některý už je to prostě moc. Když žádná levnější varianta není, tak to je problém, že nejsou peníze na léky. Ani na Ibalgin nemají někteří peníze.“ (sociálna pracovníčka)</i>

3 Ochranný limit je stanovený Zákonem č. 48/1997 Zb. Zákon o veřejnom zdravotnom poistení a definuje maximálnu výšku doplatku za lieky na predpis za kalendárny rok. Po jeho prekročení má pacient nárok na vrátenie preplatku.

	<p>„Pacienti sú polymorbidní, majú viacero nemocí, hlavne seniori a keď majú platit 12 liekov a nějaké rozné doplatky, tak samozrejme je to rozhodujúce a limitujúce, či si to zaplatia alebo nie na doplatkách. A mnohí z nich ani nevedia, že majú nárok žiadať poisťovnu nějaký ochranný limit, to medzi tými Romami ani není známé.“ (lekár)</p>
	<p>„Kolikrát se stane, že lidi, co třeba berou část dávky a část stravenek, tak oni z těch peněz zaplatí to, co mají a zůstanou jim jenom stravenky. A ty stravenky, ty nechcou brát už ani v lékárnách, jo?“ (Rómka v sociálnom vylúčení)</p>
	<p>„Psychiatrická medikace je velice často je prostě dlouhodobá, měsíce, někdy i roky, tak tím spíš když je to někdo, u koho vidím, že by třeba mohl mít s tím jako finanční problém, tak se vyloženě doptávám, jestli je to pro něj akceptovatelné, že na ten lék bude doplácet třeba 2, 3 stovky měsíčně. A někdy opravdu dojdeme k tomu, že ne, a tím pádem...? co? (lekár)</p>
Poplatky súvisiace s diétou	<p>„Tak já mám mít taky pitný režim, ovoce, zeleninu. To mám jest. Nejím. Protože kolikrát na to nemám peníze.“ (Rómka v sociálnom vylúčení)</p>
Poplatky súvisiace s dopravou do zdravotníckeho zariadenia	<p>„To su ještě ráda, že sem invalidní důchodkyně, že mám tu kartičku ZTP. Jedu k lékaři vlakem nebo autobusem, cesta stojí tak přes 120 korun. To se dá unýst. Já si neumím představit, kdybych neměla tu kartičku. To já bych musela zůstat doma, to bysem neunesla.“ (Rómka v sociálnom vylúčení)</p>

Tab. č. 10 : Příklady bariér na strane poskytovatel'ov zdravotnej starostlivosti – Finančná dostupnosť.

6.3.3. Predsudky a diskriminácia

V rozhovoroch s Rómami aj ostatnými aktérmi boli identifikované časté problémy Rómov s registráciou u lekára z dôvodu etnicity a tiež dvojitý štandard v poskytovaní zdravotnej

starostlivosti. Pre účely sociálnej práce v tejto oblasti je dôležité mať povedomie aj o legislatíve súvisejúcej⁴ s rovným prístupom k zdravotnej starostlivosti a poznať podmienky a postupy v prípade odmietnutia registrácie u lekára.⁵

Popis bariéry	Príklady citácií
Predsudky a diskriminácia	
Problémy s registráciou u lekára	„A zkoušeli jsme volat té paní doktorce jedné v [názov mesta], která zase se zeptala, odkud jsme. Když jsme řekli, že z ubytovny na [názov ulice], tak nás poslala do háje, že si máme zajít někam jinam. Že oni tam takový lidi nechcou.“ (Rom v sociálnom vylúčení)
	„Anebo pak jsou zas doktoři, a to se taky stává, že už mi na rovinu řeknou hned do telefonu: ‚Nezlobte se, ale paní doktorka má špatnou zkušenost s romskou komunitou a prostě nebereme, ne, ne.‘ (sociální pracovník)
	„Já jsem volal za jednu klientku, snažil jsem se ji objednat k doktorce, která je tam poblíž, a sestra normálně: ‚Dobrý den.‘ Já říkám: ‚Dobrý den, tady je [meno], sociální pracovník. Já mám tady jednu klientku.‘ A najednou paní začala: ‚Haló? Haló? Haló?‘ A položila to. Tak jsem volal normálně podruhé hned. Říkám: ‚Nějakej asi výpadek nebo

4 Prístup ku zdravotnej starostlivosti a jej poskytovaniu z hľadiska rovného prístupu vymedzuje zákon č. 198/2009 Zb. Antidiskriminačný zákon. Oblasť prístupu k zdravotnej starostlivosti a jej poskytovaniu je v paragrafe 1 definovaná ako oblasť s právom na rovné zaobchádzanie a zákaz diskriminácie.

5 Podľa Zákona o zdravotných službách č. 372/2011 Zb. existujú tri zákonné dôvody, pre ktoré môže lekár odmietnuť registráciu nového pacienta: prekročenie únosného pracovného zaťaženia, tzv. plná kapacita, vzdialenosť, ktorá by neumožňovala výkon návštevnej služby, takzvaná dojazdová vzdialenosť a zdravotné poistenie potenciálneho pacienta u poisťovne, s ktorou lekár nemá uzatvorenú zmluvu. Odmietnutie registrácie pacienta z dôvodu etnicity je nezákonné.

	<p><i>něco. ‘ Tak znova se představila sestra a já říkám: ,Dobrý den, tady je [meno], sociální pracovník, ještě jednou, nám to asi vypadlo. ‘ – ,Haló, neslyším vás, haló. ‘ Tý, tý, tý. A opravdu takhle mi to dvakrát... Už věděla, o co běží, že tam budu se ptát na to, jestli tam někoho mi zaregistruje, tak mi dělala prostě hluchou. ‘ (sociální pracovník)</i></p>
	<p><i>„Jakože jasně, že si většina lidí taky stěžuje, že nemůžou najít praktickýho lékaře nebo stomatologa. Akorát si myslím, že víc specifictější je to v tom, že jsou to právě Romové, že tam je ta etnicita, která hraje docela velkou roli v tomhleto. (...) Ono když už máte třeba nějakýho lékaře a nejste s ním spokojená, tak moc na výběr nemáte, protože jste ráda, že vůbec někde jako jste evidovaná.“ (sociální pracovník)</i></p>
<p>Dvojitý štandard pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti</p>	<p><i>Ty sestry jsou drzé, oni, když vidijou Romku, že de rodit, tak oni nejsou jak lidi normální, ale voni jsou drzí, arogantní. Ten přístup k Romům je strašný, na tom porodním taky. (...) Třeba když já jsem byla rodit a chtěla jsem si jít ven na kafe, tak mě ani nechtěly pustit. Ale když tam byly ty bílé, tak aji třeba půl hodiny si seděly venku, povídaly si a tak, a já jsem nemohla ani na 5 minut. ,Máte tady děcko, nemůžete si dovolit, kdo vám ho bude hlídat?’ A ty ostatní si mohly jít.“ (Rómka v sociálnom vylúčení)</i></p>
	<p><i>No, do vlasů, jestli mají vši, nebo ne, prostě u cigánů je to tak, že prý mají vši všichni. Tak se první podívali do hlavy a teprv je vyšetřili. Ze začátku bylo to tak... nám vadí strašně, že se dívají od paty až k hlavě – jak je člověk oblečenej, jestli má vši, jestli má čistý slipy a tak. Je to jenom o té čistotě. Ale přitom přišla jedna gadži (...) taká špinavá, a neptali se, nepodívali se“ (Rómka v sociálnom vylúčení)</i></p>

Tab. č. 11: Příklady bariér na strane poskytovatel'ov zdravotnej starostlivosti – Predsudky a diskriminácia.

6.4. Komunikácia

Téma dôvery a vzájomnej komunikácie bola spomínaná vo väčšine rozhovorov s oboma skupinami respondentov. Rómovia v sociálnom vylúčení popisovali napríklad skutočnosti, kedy lekár nebral vážne ich hodnotenie zdravotného stavu a z ich pohľadu potom dochádzalo k podceneniu zdravotnej starostlivosti. Zdravotníci považovali svoju nedôveru za opodstatnenú vzľadom na predošlé negatívne skúsenosti, ako napríklad nedodržiavanie liečebného režimu alebo akákoľvek absencia preventívnych prehliadok.

Popis bariéry	Príklady citácií
Komunikácia	
Nedôvera zdravotníkov voči Rómom z pohľadu Rómov	<i>„Musíme tam automaticky čekat, že jsme cikáni, že už vijou, že nechodíme do práce a takový, že nám nic není vlastně. Že my, když jdeme k té doktorce, takže vlastně si jdeme jenom něco navymýšlet. Prostě oni to takhle pořád naznačujou.“ (Róm v sociálnom vylúčení)</i>
	<i>„Byla jsem u doktora, poprvé mě vzali, byla jsem tam týden. Řekla jsem jim, že se ještě necítím dobře, že mně to tam pořád bolí, a že to nezvládnú jít dom. Jenže oni mi neverili. Poslali m2 domú a za dva dny zpátky jsem přišla, protože jsem začala tadz krváčet.“ (Rómka v sociálnom vylúčení)</i>
Nedôvera zdravotníkov voči Rómom z pohľadu ostatných aktérov	<i>„Ti vyloučení Romové často nevěří... oni sice jdou k tobě, ať jim pomůžeš, ale ve své podstatě už mají něco v hlavě, nějakou svoji diagnózu a jakmile ty řekneš něco jiného, tak je to špatně. Ve chvíli, kdy řekneš lepší diagnózu, než oni chtějí slyšet, tak řeknou něco jako, jo, já umírám...oni si myslí, že umírají, a když jim ty řekneš, že mají obyčejnou virózu, je to špatně, jo.“ (lekárka)</i>
	<i>„Stačí základní vychování, když přijdu do ordinace,</i>

	<p><i>pozdravím, nehádám se tam, neříkám: „já mám na to nárok...“ a že taky chodím pravidelně na prevenci, chodím pravidelně na prohlídky, a když je doporučena nějaká léčba, tak to dodržuju. Oni opravdu přijdou, že oni maj nárok na léčbu, oni chtěj todle, támle, ale když jim řeknete, že maj přijít pravidelně na prohlídku, tak oni neměli čas. Pak vám propadá očkování, propadá vám prevence... a potom přijdou s tím, že chtějí podporu, nebo chtějí nějaký ten příděl ze sociálky.“ (lekárka)</i></p>
Kultúrna (ne) kompetencia	<p><i>„... jsou tam komunikační bariéry, a tam si myslím naprosto chybí vzdělání těch zdravotníků v komunikaci s obecně obtížnými pacienty a ta etnicita je prostě, ať chceme, nebo nechceme, tak je to určitá bariéra. Prostě jiné emoční reakce, jiné kulturní návyky. Přináší to prostě nepochopení.“ (manažér v sociálnej oblasti)</i></p>

Tab. č. 12: Příklady bariér na strane poskytovatel'ov zdravotnej starostlivosti – Komunikácia.

7. Možnosti sociálnej práce pri prekonávaní bariér v dostupnosti zdravotnej starostlivosti

7.1. Pomoc identifikovaná v rozhovoroch

V rámci rozhovorov s Rómami v sociálnom vylúčení boli identifikované doprovody k lekárovi, administrácia procesov súvisiacich s registráciou u lekára, pomoc s podaním sťažnosti a pomoc s komunikáciou so zdravotným personálom.

Špeciálne spomínaná bola pozícia terénnych sociálnych pracovníkov, času, ktorý so svojimi klientami trávia a dôležitosť vzájomnej dôvery medzi klientami a sociálnymi pracovníkmi. Prehľad využitia služieb sociálnych pracovníkov a príklady citácií sú uvedené v tabuľke č.13.

Typ interakcie/ pomoci	Príklady citácií
Pomoc sociálnych služieb pri prekonávaní niektorých bariér v prístupe k zdravotnej starostlivosti	
Doprovod k lekárovi	<i>(o návšteve lekára) „Byla tam se mnou minule, pomáhá mi dlouho, vlastně co su tady. Vždycky přijde, jestli něco potřebuju. Kolikrát šla se mnou... Ted' říkala, že bude volat mojí doktorce, aby mě dala potvrzení, že sem tam toho 28. byla.“ (Rómka v sociálnom vylúčení)</i>
	<i>„Ona hodně lidem pomáhá, ona každému, nejenom mně, hodně lidem tam okolo [název lokality]. Vlastně všem, kdo ji požádá o pomoc nebo ona sama ví, tak se zeptá a jako je ochotná každému pomoci, to klobouk dolů jako.“ (Rómka v sociálnom vylúčení)</i>
	<i>„Já sem si řekla, když tam budu sama, ani se mnou nebudou mluvit. Viděl ste sám, že byla potíž, aj když ona byla se mnou, aj vy ste tam byl s náma a stejně to bylo takové arogantní a hnusné. Tak tak, že ten papír vůbec potvrdili. Věděla jsem, že když budu sama, tak se mnou skoro ani nebudou mluvit ,tak kvůli tomu.“ (Rómka v sociálnom vylúčení)</i>
Pomoc s komunikáciou u lekára	<i>(o komunikácii s lekárkou) „Viděl jste sám na svoje oči, jak se se mnou bavila. Neměla se se mnou tak bavit. Já jsem slušně odpovídala a ona prostě tomu nechtěla věřit. Vždycky jsem se ptala paní ...ové [meno sociálnej pracovníčky], at' mi pomůžte nějak se s ní rozumitelně bavit. Protože jak se říká, my cikáni, nám bud' nechcou věřit anebo já nevím co.“ (Rómka v sociálnom vylúčení)</i>
	<i>„Já sem si řekla, když tam budu sama, ani se mnou nebudou mluvit. Viděl ste sám, že byla potíž, aj když ona byla se mnou, aj vy ste tam byl s náma a stejně to bylo takové arogantní a hnusné. Tak tak, že ten papír</i>

	<i>vůbec potvrdili. Věděla jsem, že když puđu sama, tak se mnou skoro ani nebudou mluvit, tak kvůli tomu.“ (Rómka v sociálnom vylúčení)</i>
Vzťah terénny sociálny pracovník - klient	<i>„Důležité je dlouhodobější působení, tam mají prostor terénní pracovníci. Nejbližší člověk je vždycky terénní sociální pracovník, těch by mělo být víc. Terénních pracovníků je málo a říkám, je strašně důležitý, aby to nebyl člověk, kterej tam přijde a zazvoní a řekne „Máte nějaký problém?“ a oni řeknou: „Ne, nemáme.“ (zdravotní sestra)</i>

Tab. č. 13: Příklady využívania služieb sociálnych pracovníkov pri prekonávaní bariér v prístupe k zdravotnej starostlivosti – Doprovody k lekárovi a pomoc s komunikáciou.

Rómovia v sociálnom vylúčení mali podľa analýzy realizovaných rozhovorov často ťažkosti s registráciou u lekára. Dôvody boli pripisované jednak diskriminácii a tak isto aj nedostatočnej zdravotnej gramotnosti. Príklady asistencie sociálnych služieb pri prekonávaní tejto bariéry v prístupe k zdravotnej starostlivosti nájdete v tabuľke č.14.

Typ interakcie/ pomoci	Príklady citácií
Pomoc sociálnych služieb pri prekonávaní niektorých bariér v prístupe k zdravotnej starostlivosti	
Registrácia u lekára - vyhľadanie lekára	<i>“Doktora, to nám vyřizovala sociálka. Pani ...ová [uvedené meno sociálnej pracovníčky], ona vyřizovala všechno. Aj děcka chodí k doktorovi. Ona jim to vyřídila.“ (Rómka v sociálnom vylúčení)</i>
	<i>“Stává se, že vyhledávám dietology na diabetes, protože třeba i to je problém, že jsou plní, i obvodáci jsou plní. Takže když vidím, že člověk je nemocný, tak ho dokážu nasměrovat a ty odborný lékaře mu skutečně seženu. Jestli tam bude chodit nebo ne, tak to</i>

	<i>už je jeho věc. Ale můžu ho neustále motivovat.” (úradníčka, rómska poradkyňa)</i>
	<i>„Ted’ často hledáme zubaře, ale je taky otázka, že oni nevnímají, že to je důležité už od dětství. Aby ty lidi potom v dospělosti neměli ten strach před zubařem.“ (sociálna pracovníčka)</i>
Registrácia u lekára- podanie sťažnosti	<i>„Oni [lékaři] nechtějí dát to potvrzení. Ty na to máš ze zákona nárok, ale on ti potvrzení nedá. V tu chvíli nemáš moc si to vydobýt, prostě řeknou, že ti to nedají a nazdar. Tohle se často děje, takže ty nemáš hmatatelný důkazy. No a ty lidi [Romové v SVL] prostě nechtějí chodit do sporů, že by svědčili nebo že by ten sociální pracovník mohl být svědek.. Podat stížnost, do toho jít nechtěj. Třeba i proto, že to jsou všechno malý obce a doktor je tam jen jeden..“ (sociálna pracovníčka)</i>
	<i>„Spousta lidí neví o tom, že je možné podávat ty stížnosti, nejprve lékaři nebo zdravotnickému zařízení a pak na krajský úřad. Když to přednášíme i právníkům, advokátům a tak, tváří se, že o tom neví, že o tom nevěděli.“ (právníčka)</i>

Tab. č. 14: Příklady využívání služeb sociálních pracovníků při překonávání bariér v přístupu k zdravotní starostlivosti – Pomoc s registrací u lékaře.

7.2. Další možnosti pomoci

V rozhovorech s ostatními aktéry boli spomínané aj ďalšie možnosti pomoci pri prekonávaní bariér v prístupe k zdravotnej starostlivosti. Podľa účastníkov rozhovorov by si ale vyžadovali ďalšie špecializované vzdelávanie sociálnych pracovníkov a to hlavne v oblasti práva a zdravotníctva.

Typ interakcie/ pomoci	Príklady citácií
Pomoc sociálnych služieb pri prekonávaní niektorých bariér v prístupe k zdravotnej starostlivosti	
Ďalšie vzdelávanie sociálnych pracovníkov	<p>„Je důležité učit ty lékaře komunikovat. Na druhý straně vlastně jsem i příznivcem toho proškolení mainstream i sociální pracovníky. Byla potřeba specializovaných terénních pracovníků na drogy, na prevenci kriminality a tak. Teď je tady nová generace, přišel s tím DROM a vytvořil pozici zdravotně-sociálního asistenta, což je vlastně terénní pracovník s nějakou specializací.“ (manažér v sociálních službách)</p>
	<p>„Z mého pohledu, kdyby to měli všechno zvládnout ti teréničtí, tak by museli být supermani a hlavně by měli mít právnický vzdělání, protože tam se často naráží na obhajobu zájmu na úrovni práva. Podle mě je to jediný, co platí na případnou liknavost anebo neochotu. Dobře se vyznat v zákonech, v možnostech. Píší se odvolání, námitky, všechny ty typy odvolacích procesů.“ (manažerka v sociálních službách)</p>
	<p>[o specializácii terénnych pracovníkov v oblasti zdravotníctva] „Víte co, já jsem terénní pracovník. Je to taková široká škála služeb, ale jsem specialista jen v některých oborech, v některých směrech, jo? Finance, bydlení a tak dále. Myslím si, že by měla být nějaká specifická osoba, která by se věnovala, téhle službě, že by měla mít taky specializaci.“ (sociální pracovník)</p>

Tab. č. 15: Příklady využívania služieb sociálnych pracovníkov pri prekonávaní bariér v prístupe k zdravotnej starostlivosti – Ďalšie vzdelávanie sociálnych pracovníkov.

8. Záver

Bakalárska práca je venovaná bariéram v prístupe k zdravotnej starostlivosti u Rómov žijúcich v sociálnom vylúčení a možnostiam sociálnej práce pri prekonávaní týchto bariér. Zdravotná starostlivosť je jednou z inštitucionálnych služieb spoločnosti a spoločnosť formálne garantuje rovný prístup k nej na základe Listiny ľudských práv a slobôd a Antidiskriminačného zákona.

Zdravotný stav Rómov je však dlhodobo horší ako zdravotný stav majoritnej spoločnosti a tento rozdiel je určitou mierou spôsobený aj nerovným prístupom k zdravotnej starostlivosti. Úvod práce je preto venovaný témam sociálneho vylúčenia, diskriminácie a anticiganizmu alebo antiopresívnych metód sociálnej práce.

Výskumné rozhovory som zbierala vo vylúčených lokalitách v Přerove, ktoré som poznala zo svojej predošlej dobrovoľníckej práce v tejto oblasti. Zber týchto rozhovorov bol súčasťou širšieho výskumu realizovaného na Inštitúte sociálneho zdravia OUSHI v Olomouci. Prístup ku skúseným výskumníkom som vnímala ako veľmi užitočný najmä pri začiatkoch kódovania jednotlivých rozhovorov.

Identifikované bariéry v prístupe k zdravotnej starostlivosti a možnosti sociálnej práce pri prekonávaní týchto bariér sú prezentované v samostatných kapitolách bakalárskej práce.

V ČR existujú dve špecializované zdravotne-sociálne služby, ich kapacita ale nestačí pokrývať dopyt po tomto type služby. Podľa účastníkov rozhovorov je nutné ďalšie špecializované vzdelávanie sociálnych pracovníkov a to hlavne v oblasti práva a zdravotníctva. Osobne vidím rezervy v tejto oblasti aj v nedostatočnom využívaní antiopresívnych metód v sociálnej práci a aktivistického poňatia sociálnej práce, ktoré je jedným z legitímnych prístupov k výkonu tejto profesie (Musil, 2008).

9. Literatúra

Active Citizenship Network, 2002 : European Charter of Patients' rights, dostupné z <http://health-rights.org/index.php/cop/item/european-charter-of-patients-rights>

Asociácia pre medzinárodné otázky, 2012: Etické kódexy novinárov, Background report, UNESCO, dostupné z <https://www.amo.cz/wp-content/uploads/2016/01/PSS-Etick%C3%A9-kodexy-novin%C3%A1%C5%99%C5%AF-UNESCO.pdf>, prístup 10.1.2022

Bauman Z. , May T., 2010 : Mysliet sociologicky, SLON, 240 str., 978-80-7419-026-1, str. 43.

Crenshaw K., 1989: Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. Chicago: The University of Chicago Legal Forum, 31 str., dostupné z <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>, prístup 28.1.2022.

Čada K. a kol., 2015 : Analýza sociálne vylúčených lokalít v ČR. Európsky sociálny fond v ČR, MPSV, Operačný program ľudské zdroje a zamestnanosť, GAC. spol.s r. o., 99 str., str. 11-13, 15, 20, 27, 42, 82, 86.

CVVM - Centrum pre výskum verejného mínění, 2013: Romové a jejich soužití s nimi očima české společnosti, dostupné z <https://www.esfcr.cz/file/9673?lang=1>, prístup 26.1.2022.

CVVM - Centrum pro výskum veřejného mínění, 2019: Romové a jejich soužití s nimi očima české společnosti, dostupné z <https://cvvm.soc.cas.cz/cz/tiskove-zpravy/ostatni/vztahy-a-zivotni-postoje/4928-romove-a-souziti-s-nimi-ocima-ceske-verejnosti-duben-2019>, prístup 26.1.2022.

Člověk v tísni, o.p.s, 2003 : Očernění – Etnické stereotypy v médiích, prvé vydanie, 30 str.

Disman M., 2002 : Jak se vyrábí sociologická znalost?, Nakladatelství Karolinum, Univerzita Karlova Praha, 374 str., ISBN 978-80-246-0319-7, str. 326-360.

DROM, 2017 : Zdravotně sociální pomoc, dostupné z <http://www.drom.cz/sluzba/cz/10/zdravotne-socialni-pomoc/>, prístup 22.3.2022.

Džambazovič R. , 2004 : Chudoba a sociálna exklúzia/inklúzia: Skupiny najviac ohrozené sociálnou exklúziou a námety na riešenie/prevenciu. Závěrečná správa z prvej etapy riešenia výskumnej úlohy. Bratislava, Stredisko pre štúdium práce a rodiny , 114 str.

Etický kodex spoločnosti sociálnych pracovníkov ČR, dostupné z http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_sspcr.pdf, prístup 14.2.2022.

- Fiřakovská Bobáková D. a kol, 2021 : Aplikovaný výzkum pro inovace politik v oblasti dostupnosti zdravotní péče u sociálně vyloučené romské populace, 258 s, str. 10, 11, 22, 24, 25, 34.
- Flídrová M., Opatrný M., 2014 : Role hodnot v identitě sociální práce, Sociální práce/Sociální práca, ročník 14, č. 2, str. 118 – 126.
- FRA (2019). European Union: European Agency for Fundamental Rights. Fundamental Rights Report 2019; Publications Office of the European Union: Luxembourg, 248 str., ISBN 978-92-9474-591-0, str. 111-114.
- Harajová A., 2015 : Multikulturalizmus - realita či idea. Revue spoločenských a humanitných vied, ročník 3. č.2., 13 str. Vysoká škola Danubius Bratislava, ISSN 1339-259X.
- Horváthová J. , 2002 : Kapitoly z dějin Romů. Člověk v tísní, o.p.s.; 2002, 82 str.
- Jakoubek M., Hirt T., 2004 : Rómovia : Kulturologické etudy, Ekonomika sociálneho vylúčenia. Vydavateľstvo a nakladateľstvo Aleš Čeněk, s.r.o., str. 218-229. ISBN 80-86473-83-X.
- Jandourek J., 2001 : Sociologický slovník. Praha, Portál, str. 76. ISBN 978-80-247-3679-2.
- Jandourek J., 2003 : Úvod do sociologie, Portál, 231 str., ISBN 80-7178-749-3, str. 173-182.
- Janebrová R. 2014 : Kritická sociální práce. Hradec Králové: Gaudeamus. Študijný materiál v proje te Inovace studijných programů, sociální politika a sociální práce s ohledem na potřeby trhu práce, 108 str., ISBN 978-80-7435-413-7, str. 7-8.
- Kolářová M., 2008 : Na křižovatkách nerovností: Gender, třída a rasa/etnicita. Gender a výzkum / Gender and Research, Sociologický ústav Akademie věd ČR, dostupné z <https://www.soc.cas.cz/publikace/na-krizovatce-nerovnosti-gender-trida-rasaetnicita>, přístup 10.2.2022.
- Koupilová I., Epstein H., Holčík J., Hajioff S. a McKee M., 2001 : Health needs of the Roma population in the Czech and Slovak Republics. Social science & medicine, 53(9), str. 1191-1204.
- Krohe P. a kol, 2014 : Mosty z chudoby v stredoeurópskom prostredí - metodika, Zlín, Centrum pre komunitnú prácu, 142 str., ISBN 978-80-87809-26-6.
- Křížková A., Hašková H., 2018 : Intersekcionalita v sociologickom výskume sociálnych nerovností. Gender a výzkum / Gender and Research, Sociologický ústav Akademie věd ČR,

dostupné z <https://www.gendersonline.cz/cs/issue/46-rocnik-19-cislo-2-2018-intersekcionalni-pristup-ve-zkoumani-socialnich-nerovnosti>, přístup 10.2.2022.

Kutnohorská J., Cichá M., Goldman R., 2011 : Etika pro zdravotně sociální pracovníky, Grada publishing, 187 str., ISBN 978-80-247-3843-7, str. 54-58, 123-128.

Matoušek O., Křišťan A., 2013: Encyklopedie sociální práce. Portál Praha. ISBN 978-80-262-0366-7.

Mareš P., 1999: Sociológia nerovnosti a chudoby, Praha, Sociologické nakladatelství.

Matějů M. , 2017 : Sociologická encyklopedie, Sociologický ústav AV ČR, dostupné z https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Sociologie_kultury

MPSV, 2014: Strategie sociálního začleňování, Praha, ISBN 978-80-7421-080-8, 87 str.

Musil L., 2008 : Různorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu „sociální práce“, Sociální práce/ Sociálna práca, ročník 8, č.2, s. 60-79.

MZ ČR, 1992 : Etický kódex Práva pacientů, Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví české republiky, dostupné z <https://www.mpsv.cz/prava-pacientu-cr>

MZ ČR, 2019 : Tisková správa, 2. 4. 2019., dostupné z <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/statni-zdravotni-ustav-spousti-projekt-na-podporu-zdravi-osob-ohrozenych-chudobou-a-socialnim-vyloucenim/>, přístup 22.3.2022.

Navrátilová J., Navrátil P., 2016 :Vzdělávací diskurzy v sociální práci. Sociální pedagogika, ročník 4, číslo 1, str. 38-55. ISSN 1805-8825.

NSP – Národní sůstava povolání : Zdravotne sociálny pracovník, dostupné z <https://nsp.cz/jednotka-prace/zdravotne-socialni-pracov-3cc2m> přístup 24.3. 2022.

Nepustil P., Geregová M., 2020: Bez podmínek. Masarykova univerzita Brno. ISBN 978-80-210-9667-7, str. 40-43, 57-58.

Pithart P. 1997. Multikulturalizmus a európska integrácia – pohľad z Česka, Bratislava: 23. mája 1997, ISBN 80-967690-3-0.

Rada Evropy (Council of Europe), 2011 : ECRI General Policy Recommendation No. 13 on Combating Anti-Gypsyism and Discrimination against Roma, adopted on 24 June; Council of Europe: Strasbourg, France, 7.

Rambousková J., Dlouhý P., Křížová E., Procházka B., Hrnčířová D. a Anděl, M., 2009 : Health behaviors, nutritional status, and anthropometric parameters of Roma and non-Roma mothers and their infants in the Czech Republic. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41(1), str. 58-64.

Rosling H. a kol., 2019: Factfulness. Ten reasons we are wrong about the world and why things are better than you think. Clays LTd, Great Britain, 342 str., ISBN 978-473-63747-4, str. 146-147.

Růžičková D., Musil L.: Hledají sociální pracovníci kolektivní identitu?, *Sociální práce/Sociálna práca*, 2009, ročník 9, č. 3 str. 79–92.

SZALÓ, C. 2007. Transnacionální migrace. Proměny identit, hranic a vědění o nich. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 175 str., ISBN 978-80-7325-136-9, str. 120.

Solar O, Irwin A, 2010 : A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: World Health Organization, dostupné z

<http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSD>

[H_eng.pdf](#), přístup 25. 4.2020

Společnosti sociálních pracovníků, 2006 : Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků České republiky, dostupné z:

http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_sspr.pdf, přístup 15.1.2022.

Syndikát novinářů ČR, Etický kodex, dostupné z <https://syndikat-novinaru-cr-z-s.webnode.cz/etika/kodex/>

Schuetz A. , 1944 : The Stranger : An Essay ins Social Psychology, *American Journal of Sociology*, Volume 49, Issue 6, str. 499-507, dostupné

z <https://www.journals.uchicago.edu/doi/pdfplus/10.1086/219472>

Šlosár D. a kol., 2017 : Teórie sociálnej práce a vybrané klientské skupiny, UPJŠ Košice, Katedra sociálnej práce. Vedecká monografia. 196 str., ISBN 978-80-8152-577-3, str. 153-167.

Šrajter J., 2006 : Lidská důstojnost a sociální práce, *Sociální práce/ Sociálna práca*, ročník č.6, č.2, str. 109-113.

ŠTĚCHOVÁ, M. 2002 : Romská minorita a postupy integrace: Závěrečná zpráva z výzkumu. Institut pro kriminologii a sociální prevenci, Praha, 281 str., ISBN 80-7338-008-0.

Thomson N., 2006 : Anti-Discriminatory Practice, London, Palgrave Macmillan, 2006, pp. 208, ISBN 13-978-1-4039-2160-4.

UNDP, 2013 : Human Development Report 2013. The rise of the south: Human progress in a diverse world. United Nations Development Programme. Dostupné z http://hdr.undp.org/sites/default/files/reports/14/hdr2013_en_complete.pdf, přístup 15.2.2021

Úrad vlády ČR, 2018 : Zpráva o stavu romské menšiny v České republice za rok 2017, Oddělení kanceláře Rady vlády pro záležitosti romské menšiny a sekretariátu Rady vlády pro národnostní menšiny, str. 4.

Weinerová R., 2014 : Romové a stereotypy, Výzkum stereotypizace Romů v Ústeckém kraji. Univerzita Karlova v Praze. Nakladatelství Karolinum. 90 str., ISBN 978-80-249-2632-1, str. 7,8, 10, 13.

Williams D. R., Neighbors H. W., Jackson J. S., 2008: Racial/Ethnic Discrimination and Health: Findings From Community Studies. American Journal of Public Health: Washington, dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2518588/>, přístup 10.2. 2022

WHO, 1946: Constitution of the World Health Organization. New York, dostupné z <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

WHO (1977) World Health Assembly in 1977 and launched at the Alma-Ata Conference in 1978. Alma-Ata: World Health Organization, dostupné z https://www.who.int/whr/1998/media_centre/executive_summary6/en/

WHO (1986) Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. Ottawa: World Health Organization, dostupné z https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

WHO, 1999 : Health 21, The health for all policy framework for the WHO European Region. Regional Office for Europe Copenhagen.

WHO, 2016: Innovation approach for reviewing national health programmes to leave no one behind: technical handbook. World Health Organization.

Zákon č. 2/1993 Listina základních práv a slobod.

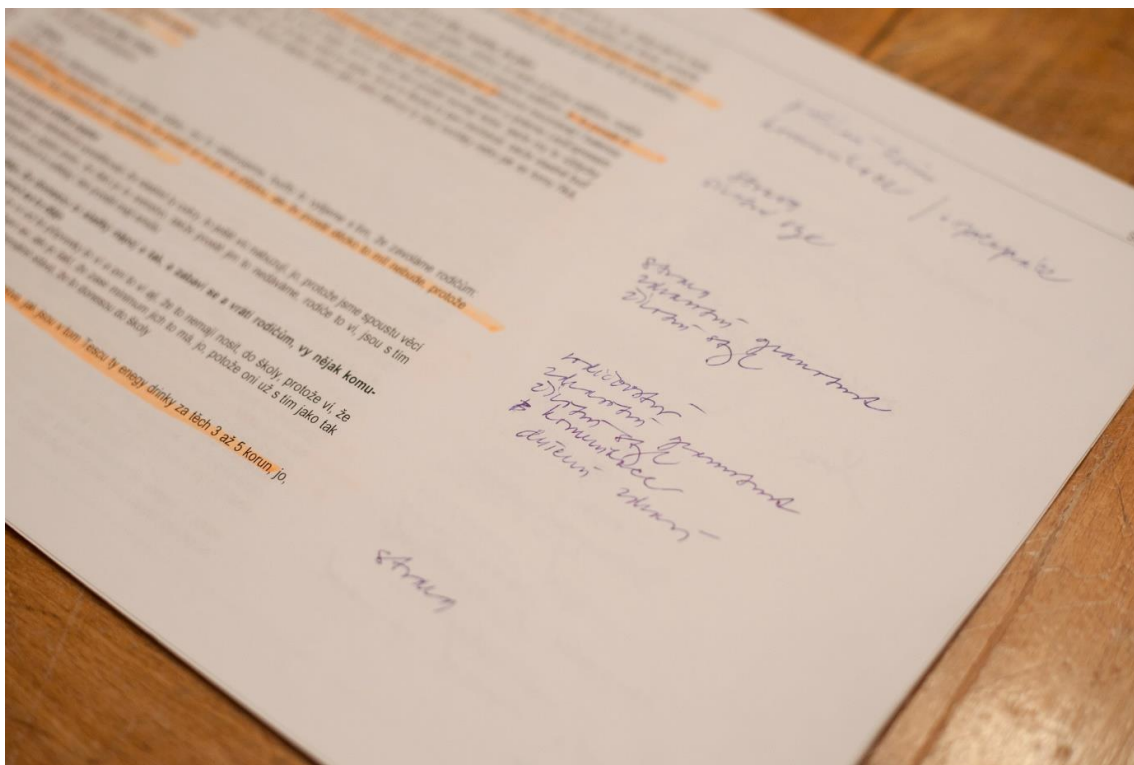
Zákon č. 258/2000 Zb. Zákon o ochrane verejného zdravia a o zmene niektorých súvisejúcich zákonov.

Zákon č.273/2001 Zb. Zákon o právach príslušníkov národnostných menšín.

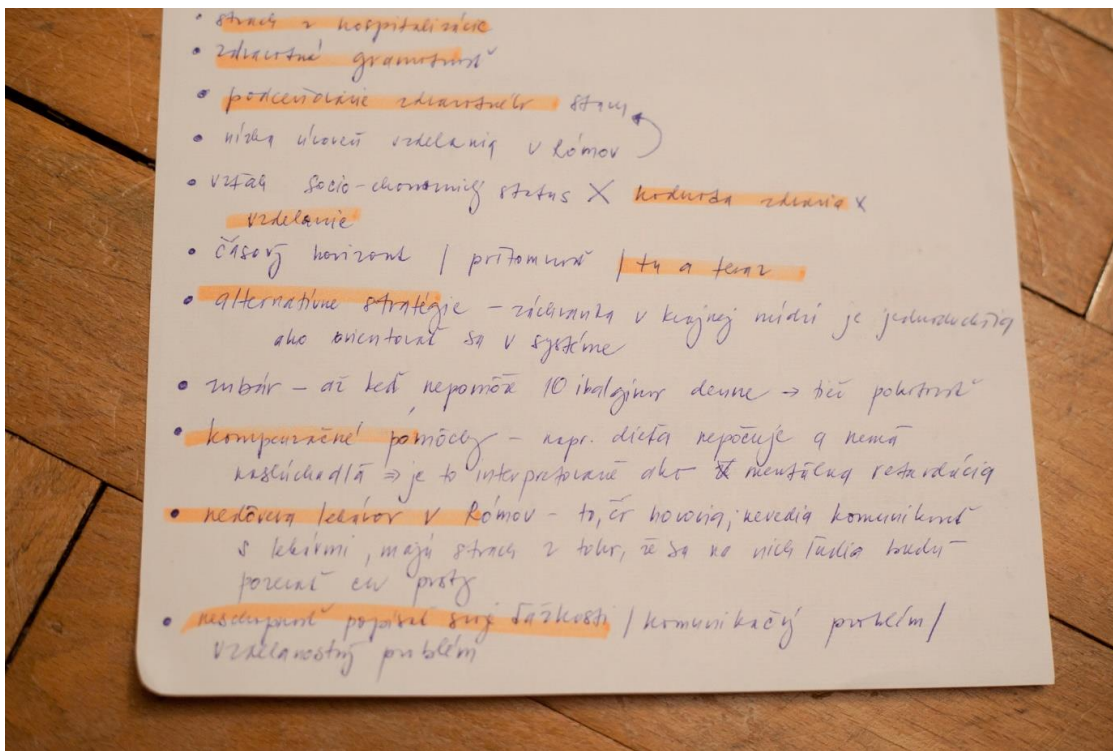
Zákon č. 108/2006 Zb. Zákon o sociálnych službách.

Zákon č. 198/2009 Zb. Antidiskriminačný zákon.

10. Prílohy



Príloha č. 1: Ukážka kódovania rozhovorov



Príloha č. 2: Ukážka tvorby kódov