



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav sociálních a speciálněpedagogických věd

Diplomová práce

Zdravotní a sociální situace osob žijících v exkludované lokalitě „Stalingrad“

Vypracoval: Bc. Stanislav Ondrášek
Vedoucí práce: doc. PhDr. Alena Kajanová, Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Diplomová práce s názvem „Zdravotní a sociální situace osob žijících v exkludované lokalitě „Stalingrad“ „, vznikla proto, že v dnešní době jsou sociálně vyloučené lokality stále častěji v hledáčku výzkumníků, badatelů a v neposlední řadě i médií. Lidé žijící v sociálně vyloučených lokalitách se potýkají s širokou škálou problémů, od velmi nízké nezaměstnanosti, špatné infrastruktury přes nehygienické podmínky až ke konfliktům se sousedy. Obyvatelům sociálně vyloučených lokalit se dostává od jejich sousedů ve většině případů slovního napadání a celkově nezájmu. Lokality dostávají i různé přezdívky, jako „dům hrůzy“ nebo „cikánské ghetto“.

V teoretické části práce jsou postupně popsány a vysvětleny základní pojmy a jevy, které se k tématu diplomové práce vztahují. Takovými pojmy a jevy jsou např. sociální vyloučení a jeho dopady na život jedinců, kterých se týká, nebo příčiny vzniku sociálně vyloučených lokalit a jaké osoby jsou sociálním vyloučením ohroženy. Dále je v teoretické části pospána zdravotní situace osob žijících v sociálně vyloučené lokalitě obecně. Jsou zde uvedeny i základní pojmy, které se ke zdravotní situaci vážou jako kvalita života a determinanty, které ovlivňují a podmiňují zdraví. V poslední části teoretických východisek je uvedena jaká zaměstnanost a ekonomická situace osob v sociálně vyloučené lokalitě se zaměřením na nezaměstnanost, pracovní úrazy a vliv nezaměstnanosti na zdraví nezaměstnaných osob.

Hlavním cílem této diplomové práce bylo popsat jaká je zdravotní a sociální situace osob žijících v exkludované lokalitě „Stalingrad“ a dílčím cílem bylo zjistit, jaké vztahy mají obyvatelé z exkludované lokality „Stalingrad“ se svými sousedy, kteří žijí v blízkosti lokality. Byly stanoveny dvě výzkumné otázky, které zněly: VO1: Jaká je životní historie osob v exkludované lokalitě „Stalingrad“ ve zdravotně sociálním kontextu? VO2: Existuje vztah mezi sociální a zdravotní situací osob žijících v exkludované lokalitě „Stalingrad“?

Ve výzkumné části práce je charakterizován výzkumný soubor, který tvořili dva informanti ze sociálně vyloučené lokality „Stalingrad“ a tři sousedi, kteří žijí poblíž této lokality. Pro sběr dat byla zvolena kvalitativní strategie a konkrétně se jednalo o narativní rozhovory. Před začátkem rozhovoru byli informanti seznámeni s cílem rozhovoru a s jeho průběhem a byli ubezpečeni, že rozhovory jsou zcela anonymní a že budou použity pouze pro účely diplomové práce. Bylo stanovené téma rozhovoru pro osoby žijící v exkludované lokalitě „Stalingrad“, které jsem stanovil otázkou – „Vyprávějte mi o Vašem životě na „Stalingradu“ od doby, co jste se nastěhoval/a až do teď.“. Pro osoby žijící v blízkosti lokality bylo téma stanoveno otázkou – „Vyprávějte mi o Vašich vztazích se sousedy ze „Stalingradu“. Rozhovory byly doslovně přepsány a poté analyzovány pomocí otevřeného kódování a axiálního kódování. V diskuzní části byly zjištěné informace porovnány s výzkumy a dostupnou literaturou, která se k výsledkům vztahuje a která se zabývá sociální vyloučením a jeho dopadem na zdravotní a sociální situaci.

Výsledky práce jsou takové, že zdravotní situace těchto osob ze „Stalingradu“ je ztížena zejména díky fyzicky náročné práci (práce v lese, ve stavební firmě, autoservisu). Na zdravotní situaci se podepsaly i pracovní úrazy, které utrpěl informant a jeho kamarád. Tyto úrazy se bezesporu trvale podepsaly i na kvalitě života těchto osob. Zásahem do zdravotní a zároveň do sociální situace osob byla i cévní mozková příhoda informantky. Potenciálním ohrožením zdravotního stavu je vlhkost, která se do obydlí dostává kvůli zničené struktuře garáže. Sociální situace je taková, že osoby žijící na „Stalingradu“ musí vykonávat práce, které jsou vyznačovány vyšší mírou nebezpečnosti. Informant má kvůli vysokým výdajům tři zaměstnání, které mají ale náročnou pracovní dobu. Do sociální situace zasahuje i fakt, že obyvatelé „Stalingradu“ musí do práce dojíždět a také to, že musí investovat větší finanční obnos do opětovné rekonstrukce obydlí. V sociální situaci osob se též odráží priznaný invalidní důchod informanta. V minulosti se objevily určité konflikty a problémy s přijetím obyvatel „Stalingradu“ do vesnické komunity. Dnes jsou vztahy mezi obyvateli „Stalingradu“ a jejich sousedy již bezproblémové a nekonfliktní.

V závěru práce je zmíněné možné využití této práce. Práce může být nápomocna pro sociální pracovníky nebo romské koordinátory při řešení zdravotní a sociální situace osob žijících ve zkoumané lokalitě.

Klíčová slova: sociální vyloučení, sociálně vyloučená lokalita, zdravotní situace, nezaměstnanost

Abstract

The thesis titled "Health and social situation of people living in the excluded locality "Stalingrad", arose because nowadays they are socially excluded localities increasingly viewfinder researchers, scholars and not least the media. People living in socially excluded localities are faced with a wide range of issues, from very low unemployment, poor infrastructure despite the unsanitary conditions to conflicts with neighbors. Residents of socially excluded localities get from their neighbors in most cases verbal abuse and an overall disinterest. Locations also receive various nicknames, such as "house of horror" or "gypsy ghetto".

The theoretical part of the thesis describes and explains the basic concepts and phenomena that are the subject of the thesis. Such concepts and phenomena are eg. social exclusion and its effects on the lives of individuals affected, or causes of socially excluded localities and what people are at risk of social exclusion. Furthermore, the theoretical part describes the health situation of people living in socially excluded locality in general. There are presented the basic concepts that bind to a medical situation such as quality of life and determinants that affect health and condition. In the last part of the theoretical background is given governs employment and economic situation of the socially excluded locality, focusing on unemployment, work accidents and the impact of unemployment on health unemployed.

The main aim of this thesis was to describe what health and social situation of people living in the excluded locality "Stalingrad" and the sub-objective was to determine what relationships are residents of the excluded localities "Stalingrad" with their neighbors who live near the site. Have been established two research questions were: VO1: What is the history of people living in the excluded locality "Stalingrad" in the health and social context? VO2: There is a relationship between social and health situation of people living in the Czech excluded locality "Stalingrad"?

In the research part of the work is characterized by the research group, which consisted of two informants from socially excluded locality "Stalingrad" and three neighbors who live near that site. For data acquisition, qualitative and strategy to be exact, narrative interviews. Before beginning the interview informants were familiar to the interview and its course, and were satisfied that the talks are completely anonymous and will be used only for the purposes of this thesis. It was determined topic of conversation for people living in excluded locality "Stalingrad" I set the question – "Tell me about your life in "Stalingrad" from the time you've moved up until now.". For people living close to the site was established topic question – "Tell me about your relationship with the neighbors of "Stalingrad". Interviews were transcribed verbatim and then analyzed using open coding and axial coding. In the discussion of the information obtained is compared with the available literature and research that relates to the results, which deals with social exclusion and its impact on health and social situation.

The results are that the health situation of these people of "Stalingrad" is hampered mainly because of the physically demanding work (work in the forest, in a construction company, car service). Health situation of the signed occupational injuries suffered by the informant and his friend. These injuries are undoubtedly permanently signed on the quality of life of these people. Intervention into health and also to the social situation of people was the fact that informant had a cerebrovascular accident. A potential threat to the health status of the moisture that gets into the homes destroyed because of the structure of the garage. The social situation is such that people living on the "Stalingrad" must perform work, which is contained a higher degree of danger. Informant have due to high spending three jobs that have yet demanding working hours. Social situation affects the fact that residents of "Stalingrad" must commute to work, and that it must invest a larger sum of money to refurbishment of dwellings. The social situation of the people is also reflected a disability pension informants. In the past, there were some conflicts and problems with the adoption of the residents of "Stalingrad" in the village community. Today, relations between the inhabitants of "Stalingrad" and their neighbors are trouble-free and nonconflictual

In the conclusion of thesis is mentioned possible use of this work. The work may be assisted by social workers or Roma coordinators in solving health and social situation of people living in the surveyed area.

Key words: social exclusion, socially excluded locality, health status, unemployment

Prohlášení

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

V Českých Budějovicích dne 16. 5. 2016

.....

Stanislav Ondrášek

Poděkování

Tímto bych chtěl poděkovat vedoucí práce doc. PhDr. Aleně Kajanové, Ph.D., která svými podnětnými názory a postřehy pomohla ke vzniku této práce. Dále bych chtěl poděkovat všem informantům za jejich ochotu a spolupráci.

Obsah

Úvod.....	12
1 Teoretická východiska.....	14
1.1 Sociální vyloučení.....	14
1.1.1 Chudoba.....	16
1.1.1 Kultura chudoby.....	18
1.1.2 Diskriminace.....	20
1.1.3 Etnicita.....	21
1.1.4 Sociální začleňování.....	22
1.2 Sociálně vyloučená lokalita.....	24
1.2.1 Segregace a separace.....	26
1.2.2 Sociálně patologické jevy v sociálně vyloučené lokalitě.....	29
1.2.2.1 Alkoholismus.....	29
1.2.2.2 Drogy.....	30
1.2.2.3 Gamblerství.....	31
1.2.2.4 Prostituce a kuplířství.....	32
1.3 Zdravotní situace osob žijících v sociálně vyloučené lokalitě.....	33
1.3.1 Zdraví a determinanty zdraví.....	34
1.3.1.1 Ekologicko-sociální model zdraví.....	36
1.3.2 Determinanty zdraví.....	36
1.3.2.1 Sociální determinanty zdraví.....	38
1.3.3 Zdraví a kvalita života.....	39
1.3.4 Stres.....	40
1.4 Zaměstnanost a ekonomická situace osob žijících v sociálně vyloučené lokalitě.....	42
1.4.1 Nezaměstnanost.....	42
1.4.2 Práce.....	44
1.4.3 Pracovní úrazy.....	45
1.4.4 Osoby žijící v sociálně vyloučené lokalitě jako riziková skupina nezaměstnaných.....	46
1.4.5 Vliv nezaměstnanosti na zdraví.....	47
2 Cíl práce a výzkumné otázky.....	48

3	Metodika	48
3.1	Použité metody	48
3.2	Výzkumný soubor	50
3.3	Etika výzkumu	51
4	Analýza dat a interpretace	52
4.1	Axiální kódování - „Stalingrad	52
4.1.1	Interpretace diagramu č. 1	52
4.1.2	Interpretace diagramu č. 2	54
4.1.3	Interpretace diagramu č. 3	55
4.1.4	Interpretace diagramu č. 4	57
4.2	Axiální kódování – „Sousedí“	61
4.2.1	Interpretace diagramu č. 5	61
4.3	Axiální kódování – „Vztah mezi zdravotní a sociální situací“	64
4.3.1	Interpretace diagramu č. 6	64
5	Shrnutí výsledků a diskuze	66
5.1	Zdravotní situace	66
5.2	Sociální situace	69
5.3	Vztahy	75
6	Závěr	79
7	Literatura	81

Úvod

Téma této práce jsem si vybral, protože se ještě nikdo o tuto sociálně vyloučenou lokalitu odborně ani jinak nezajímal. Rozhodl jsem se zaměřit na to, v jaké zdravotní a sociální situaci se osoby žijící v lokalitě „Stalingrad“ nachází i jaké vztahy jsou mezi nimi a ostatními členy komunity.

V dnešní době jsou sociálně vyloučené lokality stále častěji v hledáčku výzkumníků, badatelů a v neposlední řadě i médií. Lidé žijící v sociálně vyloučených lokalitách se potýkají s širokou škálou problémů, od velmi nízké nezaměstnanosti, špatné infrastruktury přes nehygienické podmínky až ke konfliktům se sousedy. Obyvatelům sociálně vyloučených lokalit se dostává od jejich sousedů ve většině případů slovního napadání a celkově nezájmu. Lokality dostávají i různé přezdívky, jako „dům hrůzy“ nebo „cikánské ghetto“.

Cílem této práce je popsat život osob žijících v sociálně vyloučené lokalitě „Stalingrad“. S jakými zdravotními problémy se tyto obyvatelé potýkají a jaká je jejich sociální situace. Dílčím cílem této práce je zjistit, jaké jsou vztahy s ostatními členy komunity a to, jak ze strany osob žijících v sociálně vyloučené lokalitě, tak i ze strany sousedů - „Stalingrad“ představuje dvougenerační dům, který se nachází na okraji malé vesnice v Jihočeském kraji. Obyvateli této lokality jsou Romové, ale i členové majoritní populace.

Práce je rozdělena na dvě části. V teoretické části jsou popsány a vysvětleny základní pojmy, které se týkají sociálně vyloučených lokalit a osob, které v těchto lokalitách žijí. Ústředními pojmy jsou např. sociální vyloučení, sociálně vyloučená lokalita, zdravotní situace osob v sociálně vyloučené lokalitě, nezaměstnanost a vliv nezaměstnanosti na zdraví nezaměstnaných. Dalšími neméně důležitými pojmy jsou segregace a separace, etnicita, diskriminace a také zdraví, kvalita života nebo sociální determinanty zdraví.

Druhou částí je část výzkumná, kde popisují použité metody a analyzují získaná data sesbíraná pomocí narativních rozhovorů. Výzkumný soubor tvořilo celkově 5 informantů, z toho 2 osoby byly ze sociálně vyloučené lokality „Stalingrad“ a 3 osoby žijící v blízkosti této lokality, kterých jsem se ptal na výše zmíněné vztahy pro splnění stanoveného dílčího cíle. Výsledky výzkumu byly graficky zpracovány a interpretovány. V diskusní části jsou výsledky poté srovnány s dostupnou literaturou a v závěru práce jsou uvedeny i možné praktické přínosy práce.

1 Teoretická východiska

1.1 Sociální vyloučení

Termín sociální vyloučení není jednoznačný a dá se všelijak vysvětlit např. jako: „*Sociální vyloučení je proces (nebo stav), který určité jednotlivce, rodiny, případně skupiny či celá společenství (komunity) omezuje v přístupu ke zdrojům, které jsou potřebné pro participaci na sociálním, ekonomickém i politickém a občanském životě společnosti...*“ (Navrátil, s. 34, 2003).

Za autora termínu sociální vyloučení je považován René Lenoir, který tento pojem použil ve své publikaci *Vyloučení, jeden Francouz z deseti* (1947), poté následovalo rozšíření tohoto pojmu do celé Evropy a sociální vyloučení se dostalo i do konceptu sociální politiky Evropské unie. (Navrátil, 2003)

Podobnou definici zaujímá i Evropská unie, která definici založila na právech jedince na určitý životní standard, jako např. bydlení, vzdělání nebo zdraví,... a na myšlence spolupodílení se na dění ve společnosti. (Sirovátka, Mareš, 2008)

Evropská unie dříve kladla větší důraz na nerovnost mezi členskými zeměmi než na nerovnost mezi sociálními skupinami. Příčina nerovností mezi sociálními skupinami byla hledána v chudobě vyloučených skupin, a proto hlavním řešením byla redistribuce bohatství pomocí nástrojů sociální politiky států. Nyní Evropské státy opustily pohled na sociální vyloučení jen jako na nerovnost vertikální (bohatí x chudí) a zaměřily se i na nerovnost horizontální, která obsahuje nerovnosti na základě etnika, kultury nebo náboženství. (Mareš, 2006)

Pojem sociální vyloučení se používá z mnoha důvodů. Jedním z těchto důvodů je, že klade důraz na rozdíly mezi bohatými a chudými, tím je lidem, kteří jsou sociálně vyloučení znemožněna plná participace na aktivitách společnosti. Dalším důvodem je,

že ve společnosti koexistuje mnoho sil, které toto vyloučení způsobují, těmito silami může být ekonomická nebo politická síla. (Schuringa, 2007)

Podle Sirovátky a Mareše (2008) je dnes sociální vyloučení chápáno jako zásah do integrity a sociální soudržnosti dané společnosti a tím dochází k narušení společné identity členů.

V současné době existují 3 příčiny sociálního vyloučení. První z nich je, že sociální vyloučení je důsledkem chudoby, druhou příčinou je nezaměstnanost a třetí sociálně patologické jednání. Důvodem sociálního vyloučení také může být diskriminace nebo selhávání mechanismů inkluze a integrace. Sociální vyloučení se může přenášet z jedné generace na druhou. Hlavními formami sociálního vyloučení jsou chudoba, tedy vyloučení na základě příjmu a segregace (prostorové vyloučení). Při prostorovém vyloučení dochází ke koncentraci vyloučených a s tím souvisí i kumulace rizikových jevů, jako např. kriminalita, špatná infrastruktura, nedostupnost vzdělání nebo zdravotnictví. (Mareš, 2006)

Toušek (2007) ve své odborné studii uvádí vnější a vnitřní příčiny sociálního vyloučení. Jako vnější příčiny uvádí takové vlivy, které vyloučená osoba nemůže svým jednáním nějak ovlivnit. Mezi vnější vlivy lze řadit např. charakter trhu práce, bytová a sociální politika státu anebo i diskriminace na základě národnosti a etnicity. Oproti tomu vnitřní příčiny sociálního vyloučení jsou jevy, které vyloučená osoba nebo osoba sociálním vyloučením ohrožená může svým jednáním ovlivnit. Mezi takové vnitřní vlivy patří ztráta pracovních návyků z důvodu dlouhodobé nezaměstnanosti, špatná či žádná finanční gramotnost nebo i nízká motivace k řešení problému.

Za skupinu, která je v České republice vyloučením nejvíce ohrožena lze označit romskou populaci. Již v historii byli Romové v české společnosti marginalizováni. Exkluze se jich dotýká také proto, že tato skupina kumuluje různé rizikové faktory, jako je nižší míra vzdělání a kvalifikace či dlouhodobá nezaměstnanost. (Šimíková, 2003)

1.1.1 Chudoba

Chudoba je velmi složitý fenomén, který je v dnešní době považován za jeden z nejzávažnějších problémů. Vládní a nadvládní společnosti se snaží o její vymýcení nebo alespoň o její zmírnění. Chudoba se odvíjí od životní úrovně v dané společnosti a nejčastěji se měří pomocí hranice, která označuje minimální výši příjmu. Hranice výše minimálního příjmu je taková hranice, kdy jedinec může uspokojit základní potřeby (potrava, obydlí). Každá země má výši minimálního příjmu jinak nastavenou, proto se chudoba pro danou zemi stanovuje od jiné nedostatečné výše příjmu. Prakticky se jedná o to, že se provede výzkum v domácnostech, na základě průzkumu se stanoví průměrné množství peněz, které musí domácnost vynaložit na koupení denního minima a k tomu se přičte minimální částka, která obsahuje náklady na bydlení, oblečení atd. V roce 2008 byla Světovou bankou stanovena hranice extrémní chudoby na 1,25 dolaru na den. (Exnerová, Volfová, 2008)

Příčiny chudoby uvádí Bajer (2010) podle Ruby K. Payne jako čtyři skupiny, kterými jsou chování jedinců, lidský a společenský kapitál v komunitě, vykořisťování a poslední uvedenou skupinou je ekonomické a politické uspořádání. Ve skupině *chování jedinců* se jedná zejména o chování nebo zvyky jedinců, kteří žijí v chudobě a také o to, jaké mají tito jedinci možnosti volby. Příklady, které můžeme zařadit do skupiny *chování jedince*, jsou závislost na státní podpoře daného státu, rozpad rodiny a rodinného života, závislost na omamných a psychotropních látkách a i duševní onemocnění. Skupina *lidský a společenský kapitál v komunitě* obsahuje zdroje, které jedinci mají k dispozici a takovými zdroji mohou být dostupnost zaměstnání, kvalita vzdělání nebo odliv střední třídy z městských částí. Třetí skupina *vykořisťování* znamená, jak jsou jedinci zasaženi chudobou zneužívání právě proto, že jsou chudí. Takovým druhem vykořisťování může být obchod s drogami, nákupy za velké půjčky, lichvářství, podvodnictví a i prostituce a sexbyznys. Do poslední skupiny *ekonomické a sociální uspořádání* patří ekonomické nebo politické strategie a opatření, které se dotýkají místní nebo až mezinárodní úrovně, příkladem může být např. vysoké zdanění příjmů, neefektivní přerozdělování nebo nedostatečná činnost odborů.

Největším subjektem, který bojuje proti chudobě na mezinárodní úrovni je Světová banka, která má k dispozici největší množství statistických údajů o problematice rozvojových zemí a také kontroluje významné finanční prostředky. Díky velké zásobě finančních prostředků může Světová banka ovlivňovat politickou situaci právě v těchto zemích. Světová banka v současnosti rozlišuje čtyři typy chudoby a to konkrétně: příjmovou chudobu, nedostatek vzdělání a zdravotní péče, zranitelnost a závislost a omezení v rozhodování. (Lindner, Strnad, 2006)

Existují i tzv. dimenze chudoby, kterých se chudoba dotýká, jsou jimi zdraví, vzdělání, přístup ke službám, infrastruktura, bezpečnost a sociální vyloučení. V dimenzi *zdraví* se pracuje s HDI neboli s indexem lidského rozvoje, kde se pro zdraví používá střední délka života v dané zemi, která je diametrálně odlišná v rozvojových a vyspělých zemích, protože v rozvojových zemích je daleko kratší. Souvisí to s kvalitou lékařské/zdravotní péče, které je v rozvojových zemích nedostatek a následkem toho umírají miliony chudých ročně. Dimenze *vzdělání* se týká zejména gramotnosti populace, která kvůli chudobě je velmi nízká. Toto se projevuje především nedostatkem finančních prostředků, nedostatkem kvalitních pedagogů a vůbec složitým přístupem ke vzdělání chudých lidí z venkovských oblastí. Chudoba má vliv na vzdělání i proto, že chudí lidé raději posílají své děti do práce než do vzdělávací instituce. (Exnerová, Volfová, 2008)

Exnerová a Volfová (2008) dále k dimenzi *přístup ke službám* uvádí, že se jedná o problematický přístup ke zdravotnickým službám, školským zařízením nebo i přístup ke kanalizaci, vodě, elektřině, telekomunikacím nebo i ke službám jako je sběr odpadu. *Infrastruktura* jako dimenze chudoby se projevuje ve většině případů nedostatkem a ten vede k sociální izolaci a zároveň chudí mají i zamezen přístup ke službám viz. *přístup ke službám*.

1.1.1 Kultura chudoby

Kulturu z antropologického hlediska lze definovat pomocí atributů, které se na ní vážou. Prvním takovým atributem je, že kultura je negenetická, to znamená, že kultura není vrozená a nelze jí přenášet biologicky, ale je naučená. Kultura je získaná z životních zkušeností jedince po narození. Dalším atributem kultury je to, že zahrnuje všechno lidské jednání, které si jedinec osvojil v dané společnosti. Osvojené jednání může být pozitivní, kam lze zahrnout např. duchovní hodnoty lidstva a další kulturní hodnoty, které přispívají ke kultivaci člověka, ale může být i negativní (např. otroctví, prostituce atd.). Kulturu lze charakterizovat i jako nevědomou část společnosti. Konkrétní kultuře nejlépe rozumí její nositel, protože lze na kulturu pohlížet jako na ledovec, kdy menší část kulturních znaků je vidět a zbytek (hodnoty atd.) je skryt uvnitř jejich nositelů. Kultura taktéž tvoří integrovaný systém, protože kultura není systémem složený z nahodilých prvků, ale jedná se o strukturovaný systém, kde jeho části jsou navzájem propojeny a determinovány. A posledním atributem kultury je to, že je kultura adaptivní. Adaptivní vlastnosti kultury znamenají, že kultura poskytuje nositelům určité strategie pro život v daných ekologických a sociálních podmínkách. Jedná se o to, že každý jedinec má v sobě návody, jak „přežít“ v daném prostředí. Návody na „přežití“ se předávají pomocí výchovy z generace na generaci. (Hirt, Jakoubek, 2004)

Pojem kultura chudoby poprvé použil a definoval Oscar Lewis, který kulturu chudoby vymezil jako subkulturu západní společnosti, pro kterou je charakteristická vlastní struktura a sdílení vlastního způsobu života z generace na generaci. Hlavním prvkem kultury chudoby je to, že se chudí jedinci nezačleňují do významných společenských institucí. Charakteristické je i to, že chudí mají nepřátelské postoje k základním institucím, kde se angažuje tzv. vládnoucí třída. Chudí lidé mají proto často nepřátelské postoje vůči formálním institucím jako policie nebo ke vládě a také se často angažují v protivládních demonstracích a aktivitách. Kultura chudoby nemusí být podmíněná samotnou chudobou a příkladem toho, že to tak nemusí být, je indická společnost, kde lidem dává pocit sounáležitosti a určité solidarity tamní kastovní systém. Kultura chudoby je reakce na třídně rozvrstvenou a individualisticky založenou

západní společnost. Problémem takového jevu jako je kultura chudoby, je to že pokud kultura chudoby vznikne, má neustálé tendence se reprodukovat a přecházet na další generace. Narození v takovém prostředí znamená, že dítě si hodnoty a postoje subkultury, kde se kultura chudoby nachází, osvojí a poté již nemá možnost využít naskytnuté podmínky, které by mohly zlepšit jejich situaci. (Novák, 2002)

Pro vznik kultury chudoby je charakteristické, že dominantní třída ve společnosti uznává a prosazuje takové hodnoty jako hromadění majetku a mobilitu na vertikální úrovni. Naopak špatnou ekonomickou situaci nebo postavení považuje za nedostatečnost a méněcennost takového jedince. Právě takové podmínky pomáhají vytvořit mezi chudými lidmi nejčastěji žijícími ve slumové oblasti, způsob života, který právě Oscar Lewis označil za kulturu chudoby. (Hirt, Jakoubek, 2004)

Lidé, kteří jsou nositelem kultury chudoby, se ocitají v bludném kruhu, protože takoví lidé mají velmi málo finančních prostředků z důvodu chronické nezaměstnanosti, nízkých mezd, nedostatku majetku a úspor, proto si často půjčují peníze na obrovský úrok a tím dochází k rozvinutí lichvářství. Chudí lidé se pomocí kultury chudoby snaží uspokojovat své potřeby, protože orgány a instituce většinové společnosti si nemohou dovolit, nebo a to často jsou vůči nim i nedůvěřiví. Kultura chudoby jim také pomáhá vyrovnat se s pocity beznaděje a zoufalství. Typické je, že žijí ve volných partnerských sňatcích nebo v neoficiálních manželstvích, protože nemají finanční prostředky na výdaje spojené s formálním sňatkem anebo poté s rozvodem. (Hirt, Jakoubek, 2004)

Pro kulturu chudoby jsou také typická přeplněná obydlí, která jsou často v dezolátním stavu. Kultura chudoby je však bohatá na společenský styk, ale má minimální organizaci. Organizační strukturu např. ve slumu zajišťují nukleární a rozšířené rodiny. Do struktury slumu lze také zařadit i gangy jako neformální uskupení, které je krátkodobé. Ve vysoce organizované společnosti kultura chudoby působí, že její nositelé mají velmi okrajové a anomální postavení. Rodiny kultury chudoby nepovažují dětství za něco, co by potřebovalo chránit natož prodlužovat, proto pohlavní život v kultuře chudoby začíná brzo. Autoritou v rodině kultury chudoby je žena/matka, okolo které se soustřeďuje celé rodinné uskupení. Jedinci, kteří vyrůstají v rodinách

kultury chudoby a v jejich prostředí, zažívají silné pocity bezmoci, závislosti a méněcennosti. Pojem a koncept kultury chudoby může pomoci vysvětlit a sjednotit celou řadu jednotlivých fenoménů, které se týkají rasových nebo národnostních skupin, ale může pomoci i tam, kde se segregace takových skupin nevyskytuje. (Lewis, 1966)

1.1.2 Diskriminace

Za diskriminaci lze považovat jakoukoliv situaci, při které se zachází s jedním jedincem jinak, než s ostatními a to na základě příslušnosti k určité skupině nebo kategorii. (Ministerstvo vnitra České republiky, 2016)

Diskriminaci lze rozlišit na přímou diskriminaci a nepřímou. Přímá diskriminace nastává, když je s jedním jedincem zacházeno nevýhodným způsobem než s druhým a to se může dít na základě rasy, etnického původu, sexuální orientace, pohlaví, věku (ageismus), postižení, náboženství atd. Při nepřímé diskriminaci je s jedincem oproti druhému zacházeno znevýhodněně a to na základě rozhodnutí, které bylo považováno za neutrální. (Ministerstvo vnitra České republiky, 2016)

Rasová diskriminace nebo diskriminace na základě rasy je podle Úmluvy o odstranění všech forem rasové diskriminace, kterou sepsala OSN v New Yorku v roce 1965, jakékoliv rozlišování, znevýhodňování nebo vylučování jedince nebo skupiny z důvodu rasy, barvy pleti nebo z národnostních důvodů či etnického původu. Cílem takového jednání je znemožnění nebo omezení práv a to zejména základních lidských práv a svobod. (OSN, 1965)

Diskriminace na základě věku neboli ageismus, tento pojem se poprvé objevil ve Spojených státech amerických a to na konci 20. století v souvislosti se zvyšujícím se stárnutím společnosti. Rozvoj ageismu je odrazem zájmu společnosti o stáří a vyšší věk a jak společnost vůbec stáří přijímá. Ageismus lze chápat jako proces, kdy jedinci z důvodu věku a stáří jsou stereotypizováni a diskriminováni. Jedná se zejména o stereotypy typu, že staří lidé jsou senilní, staromódní atd. (Vidovičová, 2005)

Genderová diskriminace nebo také diskriminace na základě pohlaví nastává, když je jedinec omezen nebo vyloučen na základě příslušnosti k danému pohlaví. Genderová diskriminace se týká především žen, které mají omezenou možnost uplatnit svá práva ve vztahu k rovným podmínkám s muži. Za genderovou diskriminaci se pokládá i diskriminace z důvodu těhotenství nebo z důvodu mateřství. (Spoustová, 2007)

S genderovou diskriminací se nejčastěji ženy setkávají v pracovním vztahu a to konkrétně v odměňování. Za práci, u které splňují stejné nebo srovnatelné požadavky, dostávají menší odměnu. Může se jednat o přímou a nepřímou diskriminaci v odměňování, kdy jako přímou diskriminaci v odměňování lze uvést, že za stejnou práci u stejného zaměstnavatele dostane žena menší finanční ohodnocení než muž. Nepřímou diskriminací v odměňování se rozumí např. neutrální kritéria, která ve svých důsledcích znevýhodňují zástupce opačného pohlaví. Takovým kritériem mohou být různé výhody vztahující se k vyšší úvazku. (Boučková, Hubálek, Křístek, Štěpánková, 2007)

Instituce a orgány společnosti mohou působit tak, že vytváří nerovné prostředí pro jedince nebo skupiny obyvatel. Pokud je znevýhodněnou skupinou nějaká rasa nebo etnikum, jedná se o institucionální diskriminaci. Příkladem takové institucionální diskriminace může být to, že zaměstnavatelé definují specifika, které kandidát na volnou pozici musí mít a jedná se především o vzdělání. Taková specifika se jeví jako nediskriminační a vztahují se na všechny uchazeče bez ohledu na rasu či barvu pleti. Výsledkem jsou pak tzv. barvoslepé standardy, protože členové určitých etnických a rasových skupin takové vzdělání postrádají, protože neměli příležitost si takové vzdělání obstarat nebo vytvořit si nějaké pracovní zkušenosti. (Hughes, Kröehler, 2013)

1.1.3 Etnicita

Definovat etnicitu je složité, protože plyne z proměnlivosti, která pramení z kulturní a sociální reality. Etnicitu proto můžeme definovat jako vědomí nebo pocit

sounáležitosti s etnickou skupinou. Je to systém, který je komplexní a složený ze znakových prvků a ty se navzájem a trvale ovlivňují, vznikají a zanikají. Aby určitá skupina mohla být označena za etnikum, musí být splněna podmínka, že se jedinci s daným etnikem identifikují a ztotožňují. (Bahenský, 2010)

Etnicitu lze chápat jako soubor odlišných kulturních a národnostních charakteristik jako jsou jazyk, etnická historie, náboženství, území, ale i oblečení a zvyky. Existují etnické skupiny, které jsou rasově heterogenní anebo rasy obsahující v sobě více etnik. Heterogenní etnická skupina je etnikum, které je tvořeno jedinci více barev kůže a ras, další možností je, že je rasa tvořena více etniky. (Kolářová, 2008)

Bahenský (2010) k etnickým skupinám uvádí, že členové etnické skupiny se na základě své etnicity vědomě odlišují od ostatních etnických skupin, nebo jsou označeni jako odlišní. Sounáležitost a odlišnost s etnickou skupinou se nejčastěji vyjadřuje pojetím „my a oni“. Etnické skupiny si svou odlišnost utvářejí a uchovávají a to i přes některé významné změny, se kterými se skupina setkává. Etnické skupiny mohou projít dvěma procesy a to etnogenezí, kdy se skupina vyděluje na základě své odlišnosti anebo projde procesem asimilace. Takovéto procesy v moderní době vyvolávají zejména jevy jako migrace nebo industrializace. Etnické skupiny můžou zaujímat vztah ke státu, kde se nachází buď symbiotický anebo konfliktní vztah. Etnické skupiny a jejich členové na základě své příslušnosti mohou být nedobrovolně vylučováni ze společnosti nebo nějakým způsobem znevýhodňováni. Bahenský (2010) uvádí ještě další typ etnické skupiny a to etnografickou skupinu, to je část národa nebo nějakého etnika, která se vyznačuje tím, že má svůj vlastní jazykový dialekt, architekturu nebo zvyky a nachází se na malém území.

1.1.4 Sociální začleňování

Integraci národnostních menšin a přistěhovaleckých menšin rozdělila Blažejovská (2012) do čtyř úrovní. První úroveň rozumí integraci na úrovni politicko-právní, to

znamená, že příslušníci určité národnosti menšiny jsou občané daného státu. Některé národnostní menšiny mohou mít v České republice dvojí občanství. Slovenská menšina takové dvojí občanství může mít na základě tradice společného státu a taktéž si ho v České republice může zařídit i československá romská menšina. Z důvodu rozdělení Československé republiky na samostatné státy nedokázala větší část romské populace včas zareagovat a své občanství si zvolit a někteří Romové zůstali i bez občanství. Před zákonem jsou národnostní menšiny a jejich členové plnohodnotní občané, kteří jsou zcela integrováni, protože mají stejná práva a povinnosti jako ostatní občané České republiky.

Druhou úrovní je integrace sociálně-ekonomická, kdy např. se romská menšina stává často obětmi sociálního vyloučení oproti jiným národnostním nebo přistěhovaleckým menšinám. V sociálně-ekonomické úrovni se pracuje především s diskriminací ve vzdělávání nebo v přístupu a uplatnění na trhu práce. Další (třetí) úrovní je úroveň kulturní integrace, kdy hlavním předmětem by mělo být pomoci národnostní nebo přistěhovalecké menšině svou odlišnou kulturu rozvíjet paralelně s většinovou kulturou. A poslední úrovní jsou postoje většinové společnosti, které mají nemalý vliv na přijetí a začlenění konkrétní menšiny. V České republice jsou např. Slováci přijímáni pozitivně oproti Romům, které česká populace vnímá spíše negativněji než cizince. Velký vliv na postoj většinové společnosti k začleňování menšin má mediální obraz dané menšiny. Zejména pro romskou menšinu se používá různého označení podle druhu sdělovaného obsahu. Takovým označením může být „cigán/cikán“, Rom anebo pokud se jedná o sdělení negativního obsahu, média využívají označení „nepřizpůsobiví“. (Blažejovská, 2012)

V boji proti sociálnímu vyloučení je nejčinnější agenda sociálního začleňování, která má za cíl odstraňovat a překonávat sociální vyloučení, které je důsledkem selhání systémů, které mají za úkol vytvořit integrující společnost. Agenda sociálního začleňování pracuje v rámci všech členských států Evropské unie a je výchozím bodem pro jejich inkluzivní sociální politiku. Inkluzivní sociální politika jednotlivých států EU má za úkol především snižovat rizika nezaměstnanosti, zabývá se i chudobou obyvatel a jejím

snižováním a také se snaží o zajištění přístupu k sociálním institucím. Jelikož má sociální vyloučení mnoho příčin, které se navzájem prolínají, tak pro inkluzivní sociální politiku je obtížné vydávat opatření, kterým by mohla vyřešit sociální vyloučení jako celek, protože např. ekonomická opatření na pomoc s finanční situací sociálně vyloučených osob nevyřeší jejich odmítání společností a sociálně vyloučené osoby zůstanou stále v pasti sociálního vyloučení. Sociální politika by proto měla vydávat taková opatření, která jsou navzájem provázaná a ovlivňují více příčin najednou. Bohužel některé příčiny sociálního vyloučení jako kulturní nebo politické vyloučení, sociální politika ovlivňovat příliš nemůže. (Mareš, Sirovátka, 2008)

Mareš a Sirovátka (2008) zmiňují přístupy k sociálnímu začleňování, které ovlivňují tři diskurzy, autoři je uvádí podle Ruth Levitas. První diskurzem je redistributivní diskurz, druhým je integrativní diskurz a třetím je moralizující diskurz. První diskurz (redistributivní) se zabývá odstraněním chudoby a to pomocí dávek sociálního zabezpečení daného státu. Integrativní diskurz pracuje se zaměstnáním jako základním mechanismem, který pomáhá sociálně vyloučené osobě zajistit zdroj příjmů, ale i překonat sociální izolaci, která je jednou z příčin a důsledků sociálního vyloučení. Poslední diskurz, tedy moralizující diskurz, hledá příčinu sociálního vyloučení v morálních a kulturních charakteristikách vyloučených osob a jako řešení vidí jejich resocializaci a to pomocí intervence sociální práce.

1.2 Sociálně vyloučená lokalita

Prostorové vyloučení je jedním z nejviditelnějších projevů sociální exkluze. Jedná se o proces vyčleňování určitých skupin obyvatel do oblastí a lokalit na základě ekonomického statusu a sociálně kulturních charakteristik. (Toušek, 2007)

V mediálním diskurzu se v souvislosti se sociálně vyloučenými lokalitami hovoří o ghettech. Ghetto je rasově nebo etnicky segregovaná lokalita, kde obyvatelé žijí ve špatných životních podmínkách. Osoby, které žijí v ghettu, jsou deprivovány, různými

způsoby diskriminovány a žijí v chudobě, což jsou i podmínky pro vznik ghetta. (Qadeer, 2006)

Sociálně vyloučené lokality se ve velké míře vyznačují vysokou mírou nezaměstnanosti a obyvatelé takových lokalit jsou odkázáni na sociální dávky. Pro sociálně vyloučenou lokalitu jsou důležité úzké sociální vazby, které pomáhají zlepšovat osobám, které v takové lokalitě žijí, jejich ekonomickou situaci. Na politickém životě osoby žijící v sociálně vyloučené lokalitě většinou neparticipují. Může se proto jevit, že tyto osoby nemají o politiku zájem, ale to neznamená, že nemají žádné pro-politické ambice. Tyto ambice mívají podobu vytváření příbuzenských koalic, díky kterým uplatňují své zájmy, ale odehrávají se uvnitř lokality a jen výjimečně hranice lokality překročí. (Radostný, 2005)

Podle Mareše (2006) v České republice existují určité tendence k tvorbě sociálně vyloučených lokalit. Jedná se zejména o sestěhovávání chudých Romů a to se děje buď samovolně, nebo úmyslným sestěhováním dlužníků a neplatičů do holobytů. Romským žadatelům o byty jsou většinou nabídnuty objekty, kde je vysoká koncentrace romské populace. V České republice se nachází spíše celé čtvrti nebo ulice, které jsou vedeny jako sociálně vyloučené lokality, ale i zcela izolovaná obydlí nejsou výjimkou.

Z pohledu majoritní společnosti mají sociálně vyloučené lokality nejnižší možnou prestiž a vnímají je velmi negativně. Faktorem, který výrazně přispívá právě k negativnímu vnímání sociálně vyloučených lokalit, je mediální diskurz. V rámci korektnosti některá média začala využívat pojem „neplatič“ (ve spojení s neplacením nájemného), který vytěsnil slovo „Rom“. Díky tomuto kroku média pomohla, aby si diváci, čtenáři nebo posluchači spojili pojem „neplatič“ se slovem „Rom“ a pokud média hovoří o takových „neplatičích“, jedná se zejména o varování před nebezpečím spojeným s existencí takových „neplatičů“ a následně s existencí sociálně vyloučených lokalit. Média ale využívají jako zdroj těchto varování mlhavé informace, protože pro většinu médií není cílem informovat o skutečném stavu. (Radostný, 2005)

Život v sociálně vyloučené lokalitě se netýká pouze romské populace, jak je mediálně prezentováno, ale nachází se zde i členové majoritní populace. Kajanová a Hajduchová (2014) uvádí, že v České republice v sociálně vyloučených lokalitách žije 80% Romů a Romek a zbylých 20% připadá na neromskou, tedy majoritní populaci.

Ovšem za Roma může být označen i člověk svým okolím, který obývá prostor s osobami, které se za Romy samy považují a prezentují se tak a to na základě reálných, ale i domnělých kulturních nebo sociálních indikátorů. Skutečnost, že je někdo označen za Roma, může vést k sociálnímu vyloučení označené osoby. (GAC, 2006)

1.2.1 Segregace a separace

Se sociálně vyloučenou lokalitou souvisí pojmy „separace“ a „segregace“. Separace je stav, kdy určitá skupina obyvatel se dobrovolně odděluje od zbytku společnosti a to na základě svých preferencí. Segregace nastává v okamžiku, kdy minorita je od majority diskriminována. (Sýkora, Temelová, 2005)

Segregace není jev, který by byl nový, ale už se objevuje ve všech kulturách celé věky a do určité míry se jedná o jev přirozený. Kultyry už i dříve rozdělávaly své členy na základě ekonomických, sociálních nebo etnických charakteristik. Segregace je nejviditelnější v městech a metropolích. V tradičních městech v orientálních zemích segregace probíhala zejména na základě náboženských a etnických charakteristik nebo v evropských městech ve středověku docházelo především k segregaci sociální. Dnes se v evropských a amerických zemích prolínají sociální a etnická segregace. (Baršová, 2002)

Segregace neboli prostorové vyloučení je stav nebo proces vyloučení určitých skupin obyvatelstva do segregovaných (vyloučených) lokalit a to z důvodu jejich charakteristik (sociokulturních) nebo na základě ekonomické statusu segregovaných osob. Segregace na základě ekonomického statusu je z části důsledkem neregulované nerovnosti v populaci. Pokud však segregace probíhá na základě sociokulturních

charakteristik, kterými je např. etnicita nebo národnost, může se jednat o diskriminační chování. Extrémní formou prostorové segregace jsou ghetta. V ghettu dochází k nedobrovolné segregaci jedinců a to na základě již zmíněných sociokulturních charakteristik. V minulosti se jednalo o židovská ghetta, kam byli jedinci kvůli vyznávání judaismu uzavíráni. (Růžička, Toušek, 2014)

Růžička a Toušek (2014) v publikaci dále zmiňují, že ghetto jako pojem má historické kořeny už v Benátské republice, kdy senát této republiky umožnil židovské populaci se přesídlit na opuštěný ostrov. Tento ostrov obklopovala vysoká zeď a padací mosty, které spojovaly ostrov s pevninou, na noc se zvedaly a okolo ostrova hlídkovaly i čluny s ozbrojenou posádkou. Už koncem 19. století byly však slovem ghetto označovány všechny lokality, ve kterých byla segregována židovská populace a tím byla odříznuta od té křesťanské. Velký význam pro pojetí pojmu ghetto měla Chicágská škola, kde vznikala sociologie města. Na ghetto jako na nejen lokalitu segregované židovské populace, ale i na lokalitu, kde se mohou nacházet i přistěhovalecké skupiny, poukázal Louis Wirth ve své studii *The Ghetto*. Za druhé světové války využívali ghetta zejména nacisté a to jako přechodné stanice pro cestu do koncentračních táborů.

Giddens (2006) uvádí, že v dnešní době existují převážně „černošská ghetta“, která se nachází ve většině velkých měst v USA.

Černošská ghetta (black ghetta) vznikala v reakci na velkou vlnu přílivu dříve otrocké populace do velkoměst kvůli velké ekonomické expanzi. Takto nově příchozí pracovní migranti byli segregováni do vyloučených lokalit, kde si Afroameričané vytvářeli vlastní instituce v paralele s již zavedenými institucemi jako obranu proti vylučování z majoritní strany. Americká společnost se poté díky tomu rozdělila na „bílou“ a „černou“ společnost. Obecně lze říci, že příčinou vzniku ghetta je diskriminace a to konkrétně rasová, ale na druhou stranu ghetta, zejména v poválečném období, poskytovala svým obyvatelům určitý ekonomický zdroj a také jakýsi rámec pro jejich sociální a morální existenci. Ovšem v druhé polovině 20. století, vlivem masivní

deindustrializace a reorganizace ekonomiky a trhu práce, se z ghett stala území, která se hroutí a kde se kumuluje řada sociálně patologických jevů. (Růžička, Toušek, 2014)

Příčiny segregace uvádí Burjánek (1997) podle Williama Schwaba a ten jako první příčinu vidí ekologickou segregaci. Ekologická segregace nastává, když se skupiny odlišují od ostatních na základě svého životního stylu, rasy nebo kultury. Skupiny se segregují od ostatních kvůli rozdílným nákladům spojeným s bydlením anebo kvůli vysoké vzdálenosti od městského centra. Další příčiny uvádí dobrovolnou nebo nedobrovolnou segregaci. Dobrovolnou segregací se rozumí rozhodnutí jedinců, stejně kulturně nebo jazykově spřízněných, minimalizovat kontakty se skupinou kulturně nebo jazykově odlišnou a sestěhování se do vzdálenějšího místa bydliště. Nedobrovolná segregace jako příčina znamená, že dochází k sestěhování např. „nepřízřívobivých“ občanů do čtvrtí s holobytty apod.

Segregace obsahuje negativní i pozitivní stránky. Negativní stránku segregace lze spatřit v tom, že nedobrovolně segregovaní jedinci žijí v těch nejhorších podmínkách v bytech ve zdevastovaném stavu v nejhorších čtvrtích. Lidé v takových částech města mají velmi omezené možnosti ve využívání služeb jako např. vzdělávací instituce a tím dochází k dalšímu prohlubování a posilování jejich segregace. Segregace naproti tomu může poskytovat dotčeným osobám pocit sounáležitosti a bezpečí, v takovém případě se jedná o dobrovolnou segregaci neboli separaci. (Burjánek, 1997)

Růžička a Toušek (2014) k pojmu separace uvádí, že pokud se jedinci prostorově vylučují dobrovolně na základě své volby, tak se jedná o separaci. Extrémní formou separace jsou etnické enklávy, které se označují jako rezidenční oblast a jsou složeny z výhradně etnicky nebo národnostně homogenního obyvatelstva.

Etnické enklávy působí pozitivně k příslušníkům takové komunity, ale mohou pomáhat i k rozvoji multikulturní společnosti, protože mohou kladně působit i na členy majoritní populace. Jedná se o úplnou komunitu, kde se nachází různé společenské třídy a nachází se zde převážně jen jedna etnická skupina. (Baršová, 2002)

Burjáněk (1997) k etnickým enklávám uvádí, že etnická enkláva má pro své obyvatele i výhody jako např. ekonomické, protože v enklávách se relativně často vytváří samostatná ekonomika, kde obyvatelé podnikají uvnitř enklávy a poskytují zaměstnání dalším obyvatelům a také jim poskytují možnost využívat služby a spotřebovat vyprodukované zboží.

1.2.2 Sociálně patologické jevy v sociálně vyloučené lokalitě

V sociálně vyloučené lokalitě je možné se setkat s celou řadou sociálně patologických jevů. Takovými jevy můžou být např. alkoholismus, zneužívání narkotických látek anebo domácí násilí. Sociálně vyloučená lokalita je též spojená s vyšší mírou kriminality. Kriminalita v sociálně vyloučené lokalitě je zapříčiněna zejména chudobou, vysokým zadlužením nebo různými druhy závislostí. Většina kriminální činnosti se v lokalitě odehrává skrytě a policie se o těchto skutečnostech ani nedozví, protože osoby, které se staly oběťmi nějaké trestné činnosti, mají nízkou důvěru v instituce, jako je policie a proto trestní čin nenahlásí. (Švec, 2009)

Při neřešení situace sociálního vyloučení může dojít v komunitě se sociálně vyloučenou lokalitou k tvorbě napětí a extrémistických aktivit, které mohou vyústit až v násilné akce a nepokoje. (Pilát, Červinková, Sonntagová, 2010)

1.2.2.1 Alkoholismus

Od roku 1951 Světová zdravotnická organizace (WHO) uznává závislost na alkoholu jako nemoc, kterou Mezinárodní klasifikace nemocí diagnostikuje pomocí fenoménů, jako např. tělesný odvykací stav při snížení nebo vysazení obvyklé dávky nebo silná potřeba látku získat a užívat atd. (Kavenská, 2009). Světová zdravotnická organizace v roce 1974 v návaznosti na závislost na alkoholu zavedla termín „problémy související s alkoholem“, který zahrnuje negativní dopady nadměrné konzumace na zdravotní a sociální sféru člověka (Popov, 2003).

Závislost na alkoholu a její vznik lze vysvětlit mnoha teoriemi. Jedná se například o teorie biologické, které v sobě zahrnují genetickou predispozici, teorie sociologické a v nich obsaženou teorii anomie (rozklad norem ve společnosti) a psychologické teorie, která obsahují teorii tenze. (Kavenská, 2009)

Jak jsem již uvedl, nadměrná konzumace alkoholu má negativní dopady na zdravotní stav konzumenta a k této skutečnosti Sandorová, Samková, Holejšovský a Vodvářka (2006) uvádí, že dlouhodobá konzumace alkoholu a jeho vysoké dávky mají vliv na vznik různých onemocnění, jako vysoký krevní tlak, CMP (cévní mozková příhoda), vředová choroba žaludku a duodena, cirhóza jater nebo může významně přispět k rakovině dutiny ústní nebo žaludku. Alkohol má i velký dopad na duševní stav závislého člověka, zejména se výrazně podílí na vzniku depresivních stavů (Racková, Janů, 2008).

1.2.2.2 Drogy

Drogy mohou být látky, které jsou na přírodní bázi (např. části rostlin) nebo na syntetické bázi, které jsou chemicky vyrobené. Drogy působí na psychiku uživatele tím, že ovlivňují jeho prožívání a i chování, avšak mohou u uživatele vyvolat závislost. Jedinec se s drogou prvně setká většinou v dospívání a to konkrétně ve skupině, ale tento experiment je pro většinu mladistvých první a poslední. Může však dojít k tomu, že jedinec začne experimentovat s různými typy drog, protože chce patřit do určité sociální skupiny nebo drogu využívá k úniku od reality. Od fáze experimentování může dojít k fázi rekreačního užívání drogy nebo k pravidelnému užívání. Poslední fází užívání drog je závislost, kdy uživatel ztratí svobodu a kontrolu nad svým životem a není schopen si přiznat pravdu, že je na droze závislý. (Marádová, 2006)

Uživatelé drog se potýkají s celou škálou problémů, mezi které patří nezaměstnanost, nízké vzdělání a špatná bytová situace, což může mít za následek bezdomovectví a sociální vyloučení uživatele. (Mravčík a kol., 2010)

1.2.2.3 Gamblerství

„Hráčství je vsazení částky určité hodnoty s rizikem a s očekáváním zisku větší hodnoty, než je vsazená částka. Hráčství obecně lze dělit na hráčství, problémové hráčství a patologické hráčství.“ (Šerý, s. 161, 2001). Podle Mezinárodní klasifikace nemocí je gamblerství (patologické hráčství) charakterizováno opakovanými epizodami hráčství, které zasahuje významně do rodinné a materiální sféry (Šerý, 2001).

Rozvoj patologického hráčství se dá rozdělit do třech stádií. Prvním stádiem je stádium „vyhrávací“, kdy hráč vyhrává a díky výhrám zvyšuje sázky. Druhým stádiem je „prohrávací“ stádium, v tomto stádiu hráč prohrává vysoké sázky, na které si půjčuje stále víc, a narůstají mu dluhy. V posledním stádiu hráč nad sebou ztrácí kontrolu úplně a zanedbává všechny povinnosti, jako např. práci, rodinu, zdraví atd. a uchyluje se k trestné činnosti. V posledním stádiu nejsou výjimkou deprese a sebevražedné myšlenky a pokusy. Hazardní hry, na které se nejčastěji gambleři zaměřují, jsou hrací automaty, stírací losy, sportovní sázky a v neposlední řadě kasina. (Krejčířová, Skopalová, 2007)

Nešpor a Csémy (2005) uvádí některé důsledky patologického hráčství, takovými důsledky mohou být ztráta bydlení a s tím spojené bezdomovectví, rozpad partnerského a rodinného života. U patologického hráčství není výjimečná ani trestná činnost, jak je zmíněno výše, jako např. krádeže, různé podvody, neplacení výživného a i násilné trestné činy. Patologické hráčství nepostihuje jen závislého jedince, ale i široké okolí a je spojené se zneužíváním návykových látek.

Gambleři mají určitý sklon k pověřivosti a k vysvětlování svých opakovaných proher. Někteří gambleři musí pro štěstí sedět u určitého herního automatu a někteří se za výhru modlí. Gambleři k vysvětlování opakovaných proher využívají zejména racionalizaci a to tak, že si řekne, že momentální prohra znamená pro něj budoucí velkou výhru. Kvůli používání racionalizace si gambler nachází důvody, proč by měl v hraní pokračovat. (Šerý, 2001)

1.2.2.4 Prostituce a kuplířství

Prostituce je poskytování sexuálních služeb za úplatu, ale může se jednat o poskytnutí tzv. protislужby, kdy prostituující osoba poskytuje sexuální služby za drogy. Prostituující osoby zákazníky neberou jako své sexuální partnery, ale snaží se spíše o vytvoření odstupů a vnímání celého kontaktu a zejména sexuálního jako práci nebo obchodu. Takový odstup je patrný např. v zásadě nelíbání se s klienty. (Kajanová, Mutlová, 2012)

Kajanová a Mutlová (2012) uvádí, že prostituce má mnoho forem a že nejrozšířenější je forma ženské prostituce. Prostituci lze rozdělit i např. na bytovou, pouliční anebo hotelovou, tedy podle místa kde se poskytované sexuální služby odehrávají.

V sociálně vyloučených lokalitách probíhá většinou bytová prostituce, která se provozuje přímo v bytech ve vyloučené lokalitě a je určena především pro stálou klientelu, kterou tvoří většinou němečtí zákazníci. Organizace prostituce v sociálně vyloučené lokalitě je především v režii členů nejsilnějších rodin v lokalitě. Důvodem takového chování a zacházení je především ekonomická situace, která panuje uvnitř lokality. V sociálně vyloučené lokalitě je vysoká nezaměstnanost, obyvatelé mají velmi nízké vzdělání a často zejména u Romů je důvodem i odlišný postoj k ženským právům. S prostitucí jde ruku v ruce kuplířství neboli obchod s lidmi. Obchod s lidmi a nucená prostituce, která se týká především žen, se odehrává skrytě a je velmi obtížné jí odhalit. Žena k prostituci může být nucena svou rodinou, nejčastěji svým manželem nebo spolu s dalšími ženami patří pasákovi, který je pase a vykořisťuje. Problémem je ale i vysoká neinformovanost žen o obchodování s lidmi a nucené prostituci. Neinformovanost je ještě větší v sociálně vyloučených lokalitách a romských osadách, kde obyvatelé mají velmi omezený přístup k takovým informacím. Obchod s lidmi a nucená prostituce je trestný čin, který má v České republice a ve světě různou trestní sazbu a mezinárodní dokument, který je významný v boji proti obchodu s lidmi a nucené prostituci je

Úmluva o potlačování a zrušení obchodu s lidmi a využívání prostituce druhých osob z roku 1951. (Křištof, 2012)

Dle Kutákové (2009) je obchod s lidmi přemísťování lidí za účelem vykořisťování a to pomocí různých forem nátlaku.

Definice podle platného trestního zákoníku č. 40/2009 §168 je obchodníkem s lidmi ten, kdo najme, dopraví nebo vydá dítě či jinou osobu k tomu, aby bylo s takovou osobou nebo dítětem využíváno k pohlavnímu styku nebo k jiné formě sexuálního zneužívání, k odběru orgánů, k otroctví nebo k nuceným pracím a k jiným formám vykořisťování atd.

Česká republika kvůli své geografické poloze a také ekonomickému postavení je zemí tranzitní, cílovou a i zemí, kterou mají obchodovaní lidé jako svou zemi původu. Oběťmi obchodování s lidmi v České republice jsou nejčastěji ženy, které tvoří i největší skupinu identifikovaných obětí ve světě. Žen se nejčastěji týká obchod kvůli nucené prostituci. V České republice je v této problematice nejvíce aktivní organizace La Strada Česká republika, která s oběťmi obchodování s lidmi pracuje, vyhledává je a poskytuje jim širokou škálu sociálních služeb. (Kutáková, 2009)

1.3 Zdravotní situace osob žijících v sociálně vyloučené lokalitě

Zdravotní situace osob žijících v sociálně vyloučené lokalitě se ve velké míře odvíjí od kvality bydlení. Bydlení má v takové lokalitě velmi nízkou kvalitu a vybavenost často s nevyhovujícími hygienickými podmínkami. Jedná se zejména o špatně vytopitelné bytové jednotky, kde se nachází vysoká vlhkost a s tím spojené plísně, tyto skutečnosti se poté odrážejí na zdravotním stavu obyvatel těchto lokalit. V některých sociálně vyloučených lokalitách nemají obyvatelé k dispozici vlastní toaletu nebo zdroj teplé vody a proto musí tyto věci sdílet se svými sousedy nebo se obejít bez nich. V nejhorším případě se v lokalitách nenachází ani pitná voda. (GAC, 2006)

Faktor, který negativně přispívá ke špatnému zdravotnímu stavu obyvatel sociálně vyloučených obyvatel, je ten, že tyto osoby mají jednoznačně horší přístup ke zdravotní péči potažmo ke zdravotním službám obecně. Dalším neméně důležitým faktorem je to, že obyvatelé sociálně vyloučených lokalit žijí v nezdravém životním stylu. Jedná se zejména o špatné stravovací návyky a s tím spojenou nadměrnou konzumaci tučných nebo sladkých potravin. Ve velké míře se oddávají nadměrné konzumaci alkoholu, nadměrné spotřebě tabákových výrobků či jiných návykových látek. (GAC, 2006)

Kouření a jiné formy spotřeby tabáku přispívají k časnému úmrtí spotřebitele. Toxické složky, které se v cigaretě respektive v tabáku nachází, mohou způsobit až ochrnutí dýchacího svalstva a tím následnou smrt a kvůli karcinogenním látkám je i vysoké riziko vzniku nádorového onemocnění. V tabákovém kouři se nachází dráždivé látky, které mohou vyvolat akutní nebo chronické záněty cest. Pasivního kouření, tedy vdechování kouře v blízkosti jiné kouřící osoby, může vyvolávat bolesti hlavy, podráždění očí nebo plic a u astmatiků může kouř vyvolat záchvat. (Kastnerová, Žižková, 2007)

Zdravotní stav sociálně vyloučených osob je ovlivněn nejen prostorovým vyloučením a bytovou situací, ale i vyloučením ekonomickým. Toto se projevuje například zvýšenou mírou stresu nebo nedostatkem finančních prostředků na zdravou stravu. (Kajanová, 2009)

1.3.1 Zdraví a determinanty zdraví

Definice zdraví podle Havelkové a Kučery (s. 89, 2005) – „*Zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody*“.

Šolcová (2007) uvádí, že zdraví a nemoc jsou termíny, které neodmyslitelně k sobě patří. Zdraví lze definovat „jako nepřítomnost nemoci, nemoc jako nedostatek zdraví“ (Šolcová, s. 423, 2007). Definovat zdraví nebo nemoc je velmi obtížná

záležitost kvůli vysoké proměnlivosti v prožívání zdraví a nemoci. Lze ale definovat zdraví a nemoc např. jako proměnnou ve statistice. (Šolcová, 2007)

Existují tzv. modely zdraví, které každý jinak chápe pojem zdraví. Těmi modely jsou: biomedicínský model zdraví, ekologicko-sociální model zdraví, holistický model zdraví a behaviorální model zdraví. (Nováková, 2011)

Biomedicínský model zdraví se orientuje na příčinu nemocí a na podklady pro léčbu vzniklé nemoci a výchozím systémem pro tento model je Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN -10), ale s vývojem nových paradigmat ve zdravotnictví se projevuje nedostatečnost a neúplnost tohoto modelu. (Kálová, Petr, Soukupová, Vondrouš, 2005)

Holistický model zdraví neboli také biopsychosociální model zdraví se zabývá biologickými, psychickými a sociálními faktory, které se podílí na nemoci, přičemž základní myšlenkou tohoto modelu je celostní/holistický přístup při léčbě nebo prevenci nemocí (Raudenská, Javůrková, 2001). Suls a Rothman (2004) ale uvádí, že tomuto modelu je třeba lépe porozumět a lépe využít vazby, které jsou mezi biologickými, psychologickými, sociálními a kulturními složkami.

Odborníci, kteří aplikují behaviorální model zdraví, vidí určité projevy chování, které významně zasahují do integrity zdraví jedince. Tento model využívá zejména poznatky a postupy z psychologických disciplín. Takovými disciplínami jsou psychopatologie, klinická psychologie nebo psychologie zdraví a nemoci (Nováková, 2011).

Behaviorální model zdraví zdůrazňuje, že je důležitá úzká spolupráce lékaře a psychologa (Pelcák, 2014). Odborně se o tento model/přístup zajímal např. Andersen v článku *National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use* (2008).

1.3.1.1 Ekologicko-sociální model zdraví

Snahou ekologicko-sociálního modelu zdraví je vystihnout zdraví jedince v celém kontextu. Orientuje se na něj jako na člena různých sociálních skupin např. člena rodiny, člena společnosti. Tento model se zajímá o všechny charakteristiky zdraví člověka, zejména o věk, vzdělání atd. (Holčík, 2008)

Holčík dále ve své publikaci „ZDRAVÍ 21 Výklad základních pojmů – Úvod do evropské zdravotní strategie“ (2003) uvádí, že zdraví jedince je propojeno s jeho prostředím, jak přírodním, tak i sociálním. Ekologicko-sociální model klade důraz na opatření, které jsou realizovány na společenské úrovni, které mohou mít negativní dopad na zdraví jedince a přitom zachovává v centru svého zájmu zdraví jedince jako takové. U ekologicko-sociálního modelu se usiluje o rovnováhu mezi léčbou, prevencí a občanskými aktivitami. Ekologicko-sociální model má celou řadu modifikací. Takovou modifikací je např. celostní model zdraví nebo model zdraví populace.

1.3.2 Determinanty zdraví

Nejčastěji se determinanty rozdělují do čtyř skupin, jak uvádí Holčík (2008) jsou jimi životní styl, genetické predispozice, zdravotnictví a péče o zdraví a životní prostředí, jak kulturní, tak i ekonomické a sociální.

Životní styl

Životní styl lze definovat jako propojení mezi jednotlivými složkami životního způsobu a také životní způsob je systémem životních projevů nebo životních zvyklostí, které vystihují určitého jedince nebo skupinu (Duffková, 2006). Můžeme ho chápat jako vnitřní jednotu jedince k celistvému a průkaznému vyjádření. Pojmy, které se vztahují k životnímu stylu, jsou životní postoj, sebeprojekce, sebeuplatnění, sebeprožívání, životní harmonie a další. (Kubátová, 2010)

Duffková (2006) k životnímu stylu dodává, že se jedná o společné rysy životního způsobu. Tyto rysy jsou určující pro velkou část členů určité skupiny např. životní styl vysokoškolských studentů atd. Životní styl existuje v různých variantách a to jako diferenciaci životního způsobu nebo jako jeho alternativa. Diferenciaci životního způsobu je založena na životních podmínkách jedince. Jedná se často o dichotomie v životním způsobu např. životní způsob muže x životní způsob ženy a další.

Alternativní způsob života nebo také alternativní životní styl je volba mezi dvěma a více způsoby řešení a tato řešení jsou ve většině případů protikladná. Pro existenci alternativního životního stylu je nutné, aby existovaly i styly jiné a proto je alternativní životní styl volbou daného jedince. (Duffková, 2006)

Dědičnost/genetické predispozice

Genetické predispozice jsou předpoklady, faktory a vlastnosti, které jedinec díky vrozené výbavě získá. Může se jednat např. o náchylnost k různým poruchám nebo vadám. Vlivem dědičnosti a genetických predispozic se zabývá genetika resp. klinická genetika. Klinická genetika a genetika obecně se snaží porozumět vlastnostem předaných genů – gen je základní kód pro tvorbu různých látek, které v těle vykonávají různé funkce. Gen určuje např., jakou bude mít jedinec barvu vlasů, očí, ale také ovlivňuje celkové zdraví. Existuje celá řada geneticky podmíněných onemocnění, které vznikají na základě poškození určitých genů. Takovým geneticky podmíněným onemocněním může být například cystická fibróza. (*Státní zdravotní ústav*, 2009)

Zdravotnictví a péče o zdraví

Zdravotnictví je souborem postupů a opatření, který tvoří systém zdravotní péče dané společnosti resp. státu. Zdravotní péče je soubor činností a opatření, který slouží k prevenci, diagnostice a léčbě nemocí. (EUC, 2013)

Podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování je zdravotní péče souborem preventivních, diagnostických, ošetrovatelských, léčebně rehabilitačních a léčebných činností, které poskytuje zdravotnický pracovník.

Životní prostředí

Životní prostředí a jeho kvalita se významně promítají do zdraví člověka s tím, že člověk a životní prostředí na sebe vzájemně působí, do životního prostředí člověka patří tyto složky: přírodní (voda, vzduch,...), umělé (umění, obydlí,...) a sociální složky, do kterých patří ostatní lidé okolo zkoumaného jedince (rodina, sociální skupiny,...). Příkladem sociálního prostředí může být prostředí nějakého sídliště nebo příměstské části města. (Havlík, 2015)

1.3.2.1 Sociální determinanty zdraví

V dnešní době je sociálním determinantům zdraví dáována velká pozornost. Používá se rozdělení dle Wilkinsona a Marmota, kteří sociální determinanty rozdělili do deseti oblastí a těmi jsou sociální gradienty, sociální vyloučení, práce, stres, dětství, sociální podpora, výživa, sociální opora, doprava a závislost. (Brabcová, Vacková, 2013)

Podle Komise pro sociální determinanty zdraví jsou sociální determinanty důležité pro nalezení příčin nerovností ve zdraví, protože sociální a ekonomické prostředí významně ovlivňuje zdraví člověka a to po celý jeho život. Vliv úrovně socioekonomických faktorů na zdraví, tedy sociálních gradientů, má významný vliv na nerovnosti ve zdraví v populaci, takovými gradienty je např. zaměstnání, vzdělání a další. (Brabcová, Vacková, 2003)

Sociální determinant - výživa se odráží ve zdraví zejména tím, že chudí lidé trpí obezitou, protože si nemohou dovolit kvalitnější a zdravější stravu z důvodu vysoké nákladovosti takových potravin. (Hajduchová, Urban, 2014)

1.3.3 Zdraví a kvalita života

V současné době se medicína nezaměřuje jen na záchranu a prodlužování lidského života, ale zaměřuje se také na kvalitu života jako takového. Pohled na problém už není jen pod kompetencí profesionálních lékařů, ale je doplněn o pohled pacienta a jeho rodinných příslušníků. Kvalita života se týká poskytování odborné zdravotní péče a je ukazatelem výsledku poskytnuté péče. (Mareš, Marešová, 2008)

Kvalita života má své specifické označení tedy HRQL (Health Related Quality of Life). Obecně vzato kvalita života, potažmo označení HRQL, nemá jednotné vymezení. HRQL chápou autoři velmi rozdílně, ale obecně jde o vliv nemoci na fungování člověka a na další aspekty života (fyzické zdraví, psychické zdraví atd.). (Mareš, Marešová, 2008)

Kvalita života se může zjišťovat u všech skupin lidí, např. dětí, mladistvých, dospělých, seniorů nebo se kvalita života může specifikovat více (kvalita života lidí s nádorovým onemocněním, kvalita života lidí v sociálně vyloučené lokalitě). (Křivohlavý, 2004)

V České republice se kvalita života lidí po roce 1989 drasticky změnila a to díky společenským změnám, který s sebou tento rok přinesl. Takovou společenskou změnou mohla být změna politické situace nebo změny v socioekonomických stavech velké části populace. Kvůli přílivu kapitálu ze zahraničí a rozvoji svobodného podnikání vznikla velká propast mezi lidmi extrémně bohatými a extrémně chudými. (Hnilicová, 2004)

Kvalita života se týká i lidí v sociálně vyloučených lokalitách a podle Kotýnkové (2004) aby byla zajištěna dostatečná kvalita života sociálně vyloučených

jedinců, je třeba snižovat právě rozsah jejich sociálního vyloučení a rozsah chudoby, která je se sociálním vyloučením spjata.

1.3.4 Stres

Člověk potřebuje k životu neustálý přísun podnětů, které zpracovává a vyhodnocuje. Stupeň reakce na podnět je buď pod bodem pomyslného středu, nebo nad středem. Tendence organismu směřují vždy k větší aktivitě nebo vzrušení a na člověku je, pomocí copingových strategií, tyto stresové mechanismy zvládat. Stresové mechanismy mají za úkol v ohrožujících situacích zachraňovat anebo v menší míře stimulovat, pokud by však nastalo, že organismus dostává jen omezené množství podnětů, to může vést až k deprivaci jedince, jedinec je pak paradoxně ve větším stresu, protože i takový „odpočinek“ může být velkým stresorem. (Večeřová-Procházková, Honzák, 2008)

Stres lze rozdělit na tzv. eustres a distres. Eustres je spojen s dosahováním velkých výkonů a cílů a působí jako motivační síla. Oproti tomu distres je chronický často traumatický stres, který je pro zdraví jedince, jak fyzické, tak i psychické, poškozující a může ohrozit jeho život. Zda jedinec bude reagovat eustresem nebo distresem, záleží na tom, jak podnět/situaci vyhodnotí. Vnímání stresujících situací je velmi individuální a každý člověk má jinak intenzivní stresor. (Večeřová-Procházková, Honzák, 2008)

Stresory lze rozdělit na vnitřní a vnější a dále se dají rozdělit podle původu a to na sociální stresory, psychické stresory a fyzické stresory. Jako fyzické stresory lze uvést např. hluk, hlad nebo nadměrné množství podnětů. Psychickým stresorem může být vysoké psychické zatížení a i velké množství změn v krátkém časovém rozestupu. Sociální stresory pak mohou být např. konflikty s pracovním kolektivem, ale i ztráta nějakého blízkého člověka. (Stock, 2010)

Jak člověk zvládá zátěžové situace, se odvíjí od již zmíněných copingových strategií. Dříve autoři rozlišovali zvládání stresové zátěže na vlastní zvládání, řešení problému a obranné reakce. Nyní se spíše zaměřují na rozlišování postupů, které jsou orientované na problém, poté na postupy orientované na zvládnutí emocí spojených se stresovou situací a poslední skupiny zvládání někteří autoři rozlišují jako vyhýbavé zvládání, které znamená, že jedinec se záměrně vyhýbá stresovým situacím např. převedením pozornosti. (Kebza, 2005)

Kebza (2005) dále ke zvládání stresových situací uvádí, že obranné mechanismy člověka mají spíše povahu náhradního způsobu zvládání, protože se nejedná o vyřešení situace, ale o vykonstruovanou náhradu, kterou jedinec provádí na nevědomé úrovni. Postupy orientované na zvládnutí problému se zabývají identifikací a definicí problému a jeho řešením. Postupy, které jsou orientované na zvládání emocí při stresové situaci, jsou rozdělené na behaviorální (jedincovo chování, které využívá ke zmírnění stresu) a kognitivní. Zdroje zvládání stresu lze rozdělit na zdroje intrapersonální a extrapersonální. Interpersonálními zdroji jsou schopnosti, osobnostní předpoklady a dovednosti jedince, zatímco extrapersonálním zdrojem může být sociální podpora a i finanční zdroje.

Stres má i velký vliv na imunitní systém stresovaného jedince a na jeho duševní zdraví. Nejčastěji se vlivem silného stresoru rozvíjí posttraumatická stresová porucha a další duševní onemocnění. Takovým silným stresorem, který rozvíjí posttraumatickou stresovou poruchu, může být např. dopravní nehoda, přírodní katastrofy, ale i teroristické útoky. Pomoc v takovém případě přichází od psychologů a to ve formě krizové intervence. Chronický stres může u jedince vyvolat i funkční poruchu jako syndrom vyhoření, u kterého se na vzniku podílí i spousta dalších příčin. (Kebza, 2005)

1.4 Zaměstnanost a ekonomická situace osob žijících v sociálně vyloučené lokalitě

Podle Mareše a kol. (2008) se odborníci shodují, že ztráta nebo odchod ze zaměstnání je významným zdrojem sociálního vyloučení, který je spojen se ztrátou kontaktu s trhem práce. Obecně práce slouží jako nástroj k zajištění sebe a své rodiny po ekonomické stránce, ale slouží i k pocitu potřebnosti, ke komunikaci s druhými nebo k pocitu nezávislosti. Problémy, které vyplývají z dlouhodobé nezaměstnanosti, jsou špatná finanční situace rodiny, konflikty v rodině, ale i mimo ní, nebo sociálně patologické jednání a díky těmto problémům se prohlubuje sociální vyloučení. V minulosti existovala velká poptávka po dělnících bez dostatečného vzdělání či kvalifikace, ale se změnou národního hospodářství došlo k výraznému úbytku poptávky po dělnické profesi a tyto pracovníci se ocitají bez zaměstnání a velmi často dlouhodobě a dochází tak k marginalizaci na trhu práce.

Marginalizace na trhu práce je chápána jako dlouhodobá nezaměstnanost a přístup jen k pracovním místům, které jsou velmi málo placené. V současné společnosti pozice na trhu práce dává i sociální status a s tím spojené možnosti spotřeby. Nízká pozice na trhu práce má dopady na psychický stav člověka, ale i na jeho sociální vztahy. (Sirovátka, 2003)

Podle Mareše (2000) je možné proti vyloučení z trhu práce bojovat tvorbou nových pracovních příležitostí nebo setrvat solidární s lidmi, kteří jsou s trhu práce vyloučení a to charitativní prací nebo pomocí redistribuce v rámci sociální politiky.

1.4.1 Nezaměstnanost

Nezaměstnanost je v současnosti jedním z nejdiskutovanějších jevů na trhu práce a příčiny nezaměstnanosti jsou podrobně sledovány, protože pojetí nezaměstnanosti a jejich příčin se neustále vyvíjí (Buchtová, 2012). Nezaměstnanost významně ovlivňuje

politiku daného státu a rozhodování, kterou činí veřejnost vládnoucí politici a na psychiku a kohezi společnosti, protože dlouhodobá nezaměstnanost má výrazný vliv na vznik značné části sociálně patologických jevů např. kriminality, alkoholismu, sebevražd atd. (Červenka, 2003).

Rozsah nezaměstnanosti se vyjadřuje mírou nezaměstnanosti, kde se započítává počet nezaměstnaných (většinou jsou v této skupině zařazeni nezaměstnaní, kteří aktivně zaměstnání hledají) a počet pracovních sil. Přirozená míra nezaměstnanosti nastává, když je počet nezaměstnaných osob roven nebo nižší počtu volných pracovních míst. Od ledna 2013 schválilo Ministerstvo práce a sociálních věcí nový ukazatel, kterým se bude zobrazovat míra registrované nezaměstnanosti. Tento nový ukazatel bude vyjadřovat podíl nezaměstnaných osob ve věku 15-64 let a pracovní sílu nahradil celkový počet obyvatel ve věku 15-64 let. (Holý, Plívová, 2012)

Rozlišují se následující typy nezaměstnanosti, a to nezaměstnanost dobrovolná a nedobrovolná.

Buchtová (2012) k dobrovolné nezaměstnanosti uvádí, že se vyznačuje tím, že nezaměstnaný raději upřednostňuje volný čas před prací. Tito lidé hledají takové místo, které je lépe placené než dostávají nabídky. Do nedobrovolné zaměstnanosti se řadí nezaměstnanost frikční, strukturální a cyklická. Frikční nezaměstnanost vzniká proto, že na trhu práce je neustálý pohyb lidí, kteří byli propuštěni z důvodu zanikání firem, technologických nebo organizačních změn, ale také lidí, kteří dobrovolně opustili svoje pracovní místo a hledají si místo s lepším platovým ohodnocením. Strukturální nezaměstnanost je vyvolána klesající poptávkou po určitém statku a právě z toho důvodu dochází k úbytku poptávky po práci, díky které se tyto statky vyrábí. Lidé postižení strukturální nezaměstnaností ale získávají uplatnění v jiném odvětví, protože s úbytkem výroby jednoho statku se zvyšuje produkce jiného statku. Cyklická nezaměstnanost je spjatá s cyklickými výkyvy ve výkonnosti ekonomiky. V době, kdy je vysoký hospodářský pokles, cyklická nezaměstnanost narůstá a v období růstu výkonnosti ekonomiky klesá.

Nezaměstnanost je důsledkem regulace na trhu práce. Pokud by trh nebyl regulován, tak by teoreticky neexistovala nezaměstnanost, protože by byla rovnováha s rovnovážnou mzdou, ta by ovšem mohla být velmi nízká a nebyla by pro pracující přijatelná. Z toho důvodu vlády států regulují trh pomocí cenové podlahy, to znamená, že vláda stanoví výši minimální mzdy, která má ale za následek vyšší nezaměstnanost. Další regulací na trhu práce mohou být kolektivní smlouvy. Pro správnou funkčnost kolektivní smlouvy je třeba, aby obsahovala mzdový růst, který je v souladu s rovnovážnou situací na trhu práce, pokud tomu však není a rovnovážná mzda je vyšší, zvedá se nezaměstnanost. (Keřkovský, 2004)

Rok 1997 znamenal výrazný vzestup nezaměstnanosti a tím se i posunul názor veřejnosti na ní. Dříve veřejnost vnímala nezaměstnanost jako neochotu nezaměstnaných pracovat, ale právě po roce 1997 veřejnost vzala v úvahu i existenci nedobrovolné nezaměstnanosti a stala se vůči nezaměstnanosti a jejímu vývoji značně skeptická. (Červenka, 2003)

1.4.2 Práce

Práce je činnost, která je nutnou podmínkou pro existenci člověka a obecně existenci celé společnosti. Práci definuje každý obor, který se jí zabývá jinak. Technicky zaměřené obory nebo obory přírodní vnímají práci jako činnost člověka, ale i jako činnost některých zvířat a přírodních sil (větru, vody), díky které dochází ke změnám v přírodě. Fyziologie vnímá práci jako funkci tělesných orgánů a filozofie bere práci jako činnost, díky které člověk vytváří hodnoty. Práci lze chápat i jako sociální proces, kdy člověk práci uskutečňuje ve společenském prostředí a o práci jako sociální proces se zajímá sociologie. (Nový, Surynek, 2002)

Nový a Surynek (2002) dále k práci uvádí, že jí člověk potřebuje k uspokojení základní biologické potřeby, ale i díky práci člověk uspokojuje potřeby sociální. Takovými sociálními potřebami je seberealizace, sociální kontakty nebo potřeba uznání od ostatních. Práce má velkou hodnotu pro společnost a ovlivňuje postoje a chování

vůči ní a vztah k ní si člověk vytváří pomocí názorů, které má prostředí, ve kterém se nachází. Pracující člověk znamená pro společnost určitý produkt, který byl utvořen svým okolním prostředím a také vzděláním a kvalifikací, kterou mu toto prostředí poskytlo.

Postoje k práci se formulují už v dětství, kdy děti přemýšlí, čím se stanou, až vyrostou. Poté nastává období přípravy na profesní život, které je spojeno se vzděláváním a ukončeno absolvováním. V tomto období je důležité, jaké budou mít zkušenosti s prací. Psychickou zátěž může vyvolávat možnost, že absolventi zůstanou bez uplatnění, protože pak hrozí, že si nevypěstují potřebné pracovní návyky a hrozí i riziko asociálního chování z důvodu nudy a nadbytečného času. (Fedáková, 2004)

1.4.3 Pracovní úrazy

Pracovní úraz nastává ve chvíli, kdy v důsledku nedostatečné bezpečnosti práce a ochrany zdraví dojde k poškození zdraví člověka. Následky pracovního úrazu mohou být dočasné nebo trvalé. Pracovní úraz je takové poškození nebo smrt, které nastaly nezávisle na pracovníkovi a kvůli vnějším vlivům, které panovaly, když pracovník vykonával zadané pracovní úkony. Příčinou vzniku pracovních úrazů může být sám druh vykonávané práce, kdy právě charakter vykonávané práce významně ovlivňuje frekvenci pracovních úrazů. Nejčastější příčinou pracovních úrazů je zanedbání ochranných pomůcek a nevhodné chování pracovníka. Takovým chováním je např. neopatrnost, chybné rozhodnutí v rizikových situacích nebo použití nevhodných pracovních postupů. (Hrabětová, 1998)

S pracovními úrazy souvisí rizikové práce, to jsou takové práce, při nichž hrozí nebezpečí úrazu nebo nemoci z povolání či jiné. Práce se podle rizikovitosti řadí do čtyř kategorií, kdy v první kategorii jsou takové práce, u kterých není znám nepříznivý stav na zdraví a oproti tomu ve čtvrté kategorii jsou práce, při kterých je riziko ohrožení zdraví vysoké a toto riziko nelze vyloučit ani ochrannými opatřeními. (Trsová, 2015)

1.4.4 Osoby žijící v sociálně vyloučené lokalitě jako riziková skupina nezaměstnaných

Osoby, které žijí v sociálně vyloučené lokalitě, musí vynaložit nemalé náklady na překonání prostorové bariéry. Náklady na překonávání bariér se zvyšují, pokud se v rodině nachází vyšší počet ekonomicky neaktivních osob, zejména děti a nezaměstnaní. Finanční situace rodin s dětmi žijících v sociálně vyloučených lokalitách je těžká, protože rodina musí vynaložit finanční prostředky na dopravu do nejbližší vzdělávací instituce, na úřad práce či do jiné formální instituce. V sociálně vyloučených lokalitách nebo v jejich blízkosti se také většinou nenacházejí obchody ani jiné služby, proto rodiny musí vynaložit prostředky i na dopravu k těmto službám. Sociálně vyloučené lokality jsou z velké části majetkem místních samospráv a jsou vymezeny poměrně nízkým nájmem, ale celkové náklady na život v takových lokalitách jsou vyšší než náklady na život v lokalitě, která je „integrována“. Obyvatelé sociálně vyloučených lokalit proto často hledají krátkodobé zaměstnání, které sahá až za hranici zákona. (Růžicka, 2011)

Obyvatelé sociálně vyloučených lokalit se snaží nahradit stálý příjem například sběrem železa a jiných cenných kovů, ale častěji dochází k nedostatku těchto kovů a obyvatelé se uchylují ke krádeži a jiným ilegálním činnostem jako je prostituce nebo distribuce drog. (Radostný, 2005)

K zaměstnanosti osob žijících v sociálně vyloučené lokalitě Sýkora uvádí, že „*stav sociálního vyloučení charakterizovaný minimální šancí na získání řádného zaměstnání a tak zapojení do majoritní společnosti vede k určitým strategiím a formám adaptace sociálně vyloučených a segregovaných obyvatel. Vytváří se svébytné často neoficiální ekonomické struktury, které jsou vůči majoritní populaci do značné míry nezávislé. Uzavřený systém kvazipracovních příležitostí supluje oficiální pracovní trh, který je většině sociálně vyloučených obyvatel segregovaných lokalit nepřístupný.*“ (Sýkora, s. 54, 2010)

Melková (2012) uvádí příčiny, které se mohou významně podílet na nezaměstnanosti osob ze sociálně vyloučených lokalit. Rozlišuje příčiny vnější a vnitřní, kdy do vnějších příčin nezaměstnanosti lze zařadit různé formy diskriminace na trhu práce, neefektivní používání nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti nebo sociální systém, který je demotivující. Vnitřní příčiny nezaměstnanosti osob ze sociálně vyloučené lokality mohou být nízká kvalifikace a vzdělání, ale i chybění nebo ztráta pracovních návyků. Příčinou nezaměstnanosti může být i vysoká zadluženost těchto osob, protože získáním formálního pracovního vztahu se mzda z toho plynoucí stává předmětem exekučního vymáhání dluhů.

1.4.5 Vliv nezaměstnanosti na zdraví

Ztrátou zaměstnání a jejím vlivem na psychické zdraví se již zabýval Brenner, který ve svých studiích našel vztah mezi změnou míry nezaměstnanosti a tím spojenou vyšší mírou psychických onemocnění. Pro lidi, kteří ztratili práci, je tato ztráta důvodem ke starostem a obavám a tím dochází k narušení jejich psychické rovnováhy. Nezaměstnanost může ovlivnit duševní zdraví tím, že nezaměstnaná osoba má nedostatek příležitostí k rozvoji nových dovedností, schopností a také nedostatek interpersonálních kontaktů. Zásahem do duševního zdraví je i hledání nového zaměstnání a s tím související odmítání u pohovorů. Nezaměstnaný člověk může tak nabýt dojmu, že je někdo, kdo selhal, je podřadný a proto si nemůže najít práci. (Mareš, 1994)

Wágnerová a kol (2011) uvádí, že psychická a zejména emocionální zátěž, která se pojí ke ztrátě zaměstnání, může mít za následek frustraci nebo může dojít až k iracionálnímu chování. Tyto špatné dopady ztráty nezaměstnanosti jsou v důsledku pozitivního působení práce a to v oblasti peněz, sociálních kontaktů a i statusu a identifikace se společností, které se k práci pojí.

Riegel v publikaci *Psychologie ve světě práce* (2003) uvádí, kterých funkcí se ztráta zaměstnání nebo nezaměstnanost dotýkají. Člověk, který přišel o zaměstnání a je

nezaměstnaný, přijde z toho důvodu o strukturu pracovního času a tím dochází ke ztrátě životní orientace. Kvůli dlouhodobé izolaci, kterou s sebou nezaměstnanost nese, ztratí nezaměstnaný prostor pro sdílení svých zkušeností a také ztratí sociální podporu. Nezaměstnaný člověk ztratí též pocit tvořivosti a smyslu života, který mu práce poskytovala a v neposlední řadě přichází o zdroj aktivity.

2 Cíl práce a výzkumné otázky

Cílem mé práce je popsat, jaký je život osob žijících v sociálně vyloučené lokalitě „Stalingrad“, se zaměřením na zdravotní a sociální oblast. Dílčím cílem mé práce je zjistit, jaké vztahy jsou mezi obyvateli „Stalingradu“ a jejich sousedy. Po stanovení si výše uvedeného hlavního cíle následovalo stanovit si výzkumnou otázku a ta zní:

VO1: Jaká je životní historie osob v exkludované lokalitě „Stalingrad“ ve zdravotně sociálním kontextu?

VO2: Existuje vztah mezi sociální a zdravotní situací osob žijících v exkludované lokalitě „Stalingrad“?

3 Metodika

3.1 Použité metody

V této práci jsem použil kvalitativní metody sběru dat a to narativní rozhovory. Rozhovory byly se souhlasem informantů zaznamenávány na diktafon, poté doslovně přepsány a zakódovány, zařazeny do kategorií a poté bylo použito axiální kódování, při kterém jsem hledal vztahy mezi kategoriemi resp. kódy.

Pro výzkum jsem použil kvalitativní metody sběru dat z toho důvodu, že pomocí kvalitativního výzkumu, lze více hloubkově poznat zkoumaný jev. Jak uvádí Surynek, Komárková, Kašparová (2001) kvantitativní výzkum se používá, pokud se jedná o jevy (sociální nebo sociálně psychologický), které jsou relativně jednoduché a poznané. Mají jednoznačný výraz, jsou dostatečně popsány a nesleduje se u nich, zda existují, co obsahují a jaké jsou faktory, které s danými jevy souvisí. Oproti tomu kvalitativní výzkum se snaží zachytit dynamiku zkoumaných jevů a jejich podmíněnost. Ve větší míře odhaluje souvislosti a závislosti mezi jevy. Cíle kvalitativního výzkumu je popis nebo konstrukce sociální nebo sociálně psychologického jevy jako celku a díky kvalitativnímu výzkumu lze vyjádřit složitost zkoumaného jevu a jeho proměnlivost.

Narativní rozhovor je typ rozhovoru, který se opírá o předpoklad, že existují subjektivní struktury, které se při cíleném dotazování neprojeví. Jedná se o rozhovor (interview), kdy informantovi nejsou kladeny standardizované otázky, ale informant je pouze povzbuzován k volnému vyprávění. Výzkumník má proto za úkol určit předmět vyprávění (téma rozhovoru) a též hledá takové subjekty (informanty), u kterých bude jisté, že budou schopni se zúčastnit rozhovoru (vyprávět). Narativní rozhovor se skládá ze čtyř fází. Konkrétně se jedná o fázi stimulace, vyprávění, kladení otázek pro vyjasnění nejasností a poslední fází jsou zobecňující otázky. Nejčastěji se tento rozhovor používá v biografických výzkumech. (Hendl, 2005)

Na začátku každého rozhovoru jsem informanta seznámil s tématem práce a zároveň ubezpečil, že rozhovory jsou zcela anonymní a budou použity pouze pro účely Studentské vědecké a odborné činnosti a následně do mé diplomové práce. Protože jak uvádí Ferjenčík (2000) je důležité, aby výzkumník před každým rozhovorem informanta seznámil s tím, kdo je, o co mu v rozhovoru jde a měl by tyto informace podat tak, aby stimuloval jeho zájem o spolupráci a zároveň je by měl dbát na vytvoření takové atmosféry, která bude vzbuzovat důvěru a porozumění.

Bylo stanovené téma rozhovoru pro osoby žijící v exkludované lokalitě „Stalingrad“, které jsem stanovil otázkou – „Vyprávějte mi o Vašem životě na

„Stalingradu“ od doby, co jste se nastěhoval/a až do teď.“. Pro osoby žijící v blízkosti lokality bylo téma stanoveno otázkou – Vyprávějte mi o Vašich vztazích se sousedy ze „Stalingradu“. Rozhovory se odehrávali v jejich přirozeném prostředí a za podmínek, které si informanty stanovily.

Pro analýzu dat jsem v práci použil otevřené kódování a axiální kódování. Švaříček a Šedová (2007) k otevřenému kódování uvádí, že je to technika, které má široké využití v kvantitativních výzkumech. Jedná se o proces operacionalizace, kdy jsou informace obsažené např. v rozhovoru rozebrány a poté nově složeny. Analyzovaný text se nejprve rozdělí na jednotky, kterým jsou poté přidělena jména. Takovým jménem jednotky může být krátká fráze, která jednotku odliší od ostatních. Techniku, kterou jsem použil v návaznosti na otevřené kódování je axiální kódování.

Axiální kódování navazuje, jak již bylo řečeno, na techniku otevřeného kódování a cílem axiálního kódování je nalézání a vytváření vztahů (spojení) mezi subkategoriemi a kategoriemi (Švaříček, Šedová, 2007). Hendl (2005) uvádí, že výzkumník pomocí axiálního kódování hledá příčiny, důsledky a interakce a procesy, který by mohly propojit vytvořené kategorie. Pro odhalení vztahů mezi kategoriemi musí zkoumat, pomocí jaké kombinace znaků jsou spojené s jinou kombinací znaků.

V rámci výzkumu byl proveden i předvýzkum a to proto, aby byla zajištěna srozumitelnost tématu rozhovoru a zda obsažené informace korespondují s cílem této práce. Předvýzkum se týkal jednoho informanta ze sociálně vyloučené lokality „Stalingrad“ a s jednoho informanta, který žije v blízkosti vyloučené lokality. Oba rozhovory byly po přepsání zařazeny do výzkumu.

3.2 Výzkumný soubor

Jako výzkumný soubor bylo osloveno pět osob z exkludované lokality „Stalingrad“ a tři osoby, které žijí v blízkosti této lokality. Informanti byli osloveni přímo ve svém bydlišti. Dva informanti si spolupráci rozmysleli a jeden informant

v době rozhovorů nebyl v takovém zdravotním stavu, aby mohl rozhovor poskytnout. Celkově se rozhovory uskutečnily s pěti informanty. Genderové rozložení informantů bylo následující: jeden muž a jedna žena ze sociálně vyloučené lokality „Stalingrad“ a jeden muž a dvě ženy, kteří žijí poblíž vyloučené lokality (sousedí). Věkové rozpětí informantů bylo 35 – 84 let.

3.3 Etika výzkumu

Nedílnou součástí všech výzkumů, jak kvantitativního tak i kvalitativního je jeho etický kontext, který musí dodržet každý výzkumník.

Hendl (2005) uvádí jako důležité obecné etické zásady výzkumu potřebu získat informovaný souhlas od respondentů/informantů. V praxi výzkumník musí účastníky výzkumu předem informovat o výzkumu, o tom jak bude výzkum probíhat a jaké jsou jeho okolnosti.

Proto jsem informanty, jak jsem již zmínil v metodice, seznámil s obsahem výzkumu, na co se jich budu ptát a jak bude s rozhovory resp. s výsledky z rozhovorů nakládáno.

Mezi další etické zásady můžeme zařadit přístup k nezletilým, pasivní a aktivní souhlas, svobodu odmítnutí a anonymitu (Hendl, 2005). Přístup k nezletilým se netýká tohoto výzkumu. Zda informanti souhlasili s nahráváním a uskutečněním rozhovoru jsem nahrál na diktafon a je obsažen na začátku každého přepsaného rozhovoru. Informanty jsem též poučil, že podílet se na výzkumu mohou kdykoliv během trvání rozhovoru a i po ukončení. Anonymitu jsem zajistil, tak že jsem jména od informantů nezjišťoval a v prepisech bylo použito označení IN1 až IN5. Informace o jiných lidech nebo formálních organizacích a firmách jsem záměrně při prepisu pozměnil nebo označil jako „(jméno firmy)“, aby byla zachována nejen anonymita informantů, ale i anonymita informanty zmíněných spoluobčanů a institucí.

Při rozhovorech hrozí, že se výzkumník narazí na silně emočně citlivou záležitost a proto je na výzkumníkovi informanta na takovou otázku připravit a dávat mu prostor pro uvolnění svých pocitů (Hendl, 2005). Při rozhovorech s informanty, jak ze sociálně vyloučené lokality „Stalingrad“, tak i s jejich sousedy jsem na žádné silně emoční téma nenarazil. Důvodem mohlo být to, že se jednalo o narativní rozhovory a informanti si volili sami, co mi sdělí a co ne.

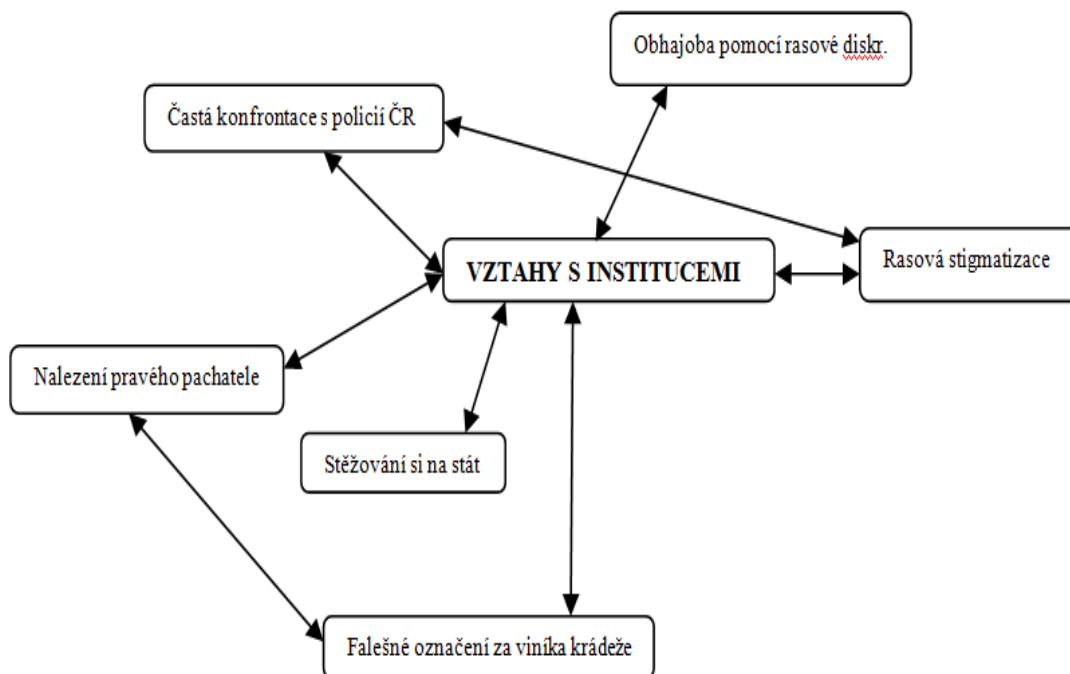
4 Analýza dat a interpretace

V této kapitole budou analyzována data, která byla získaná z přepsaných a zakódovaných rozhovorů. Jedná se o vztahové sítě, které obsahují identifikované kategorie a k nim přiřazené kódy tedy informace, které informanti zmínili v rozhovoru a jimž byly kódy přiřazeny.

4.1 Axiální kódování - „Stalingrad

4.1.1 Interpretace diagramu č. 1

Diagram č. 1. – Vztahy s institucemi-

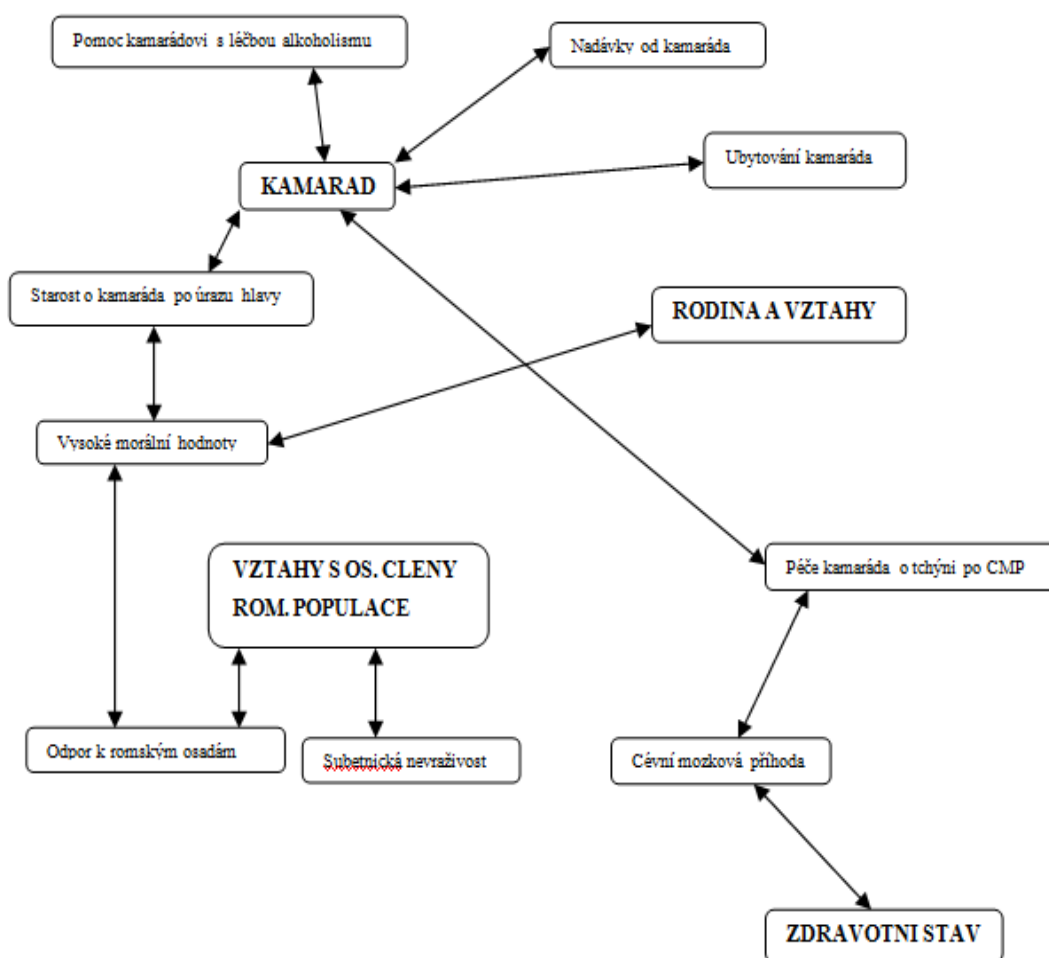


Zdroj: Vlastní výzkum

Diagram č. 1 ukazuje kódy, které jsem shrnul do kategorie „**Vztahy s institucemi**“. Informant v rozhovoru uvedl, že Policie České republiky je navštěvovala až příliš často a to protože si myslí, že je to kvůli tomu, že na „Stalingradu“ bydlí osoby romské národnosti. Problémem bylo, že informanti byli bez důkazů označeni za viníka krádeže a to do té doby dokud nebyl nalezen pravý pachatel krádeže. Zajímavou skutečností je, že informant na obranu sebe a svého syna při výslechu použil rasovou diskriminaci - „*Tam jsem jim začal jako do takovejch těch rasovejch diskrimin a podobně že jo samozřejmě a říkám „ani nezkoušejte tady říct Róm, protože je to můj syn a urazíte tím mě a to je pak velký zle“.*“ (IN1)

4.1.2 Interpretace diagramu č. 2

Diagram č. 2. – Vztahy s ostatními členy romské populace, kamarád, rodina a vztahy, zdravotní stav



Zdroj: Vlastní výzkum

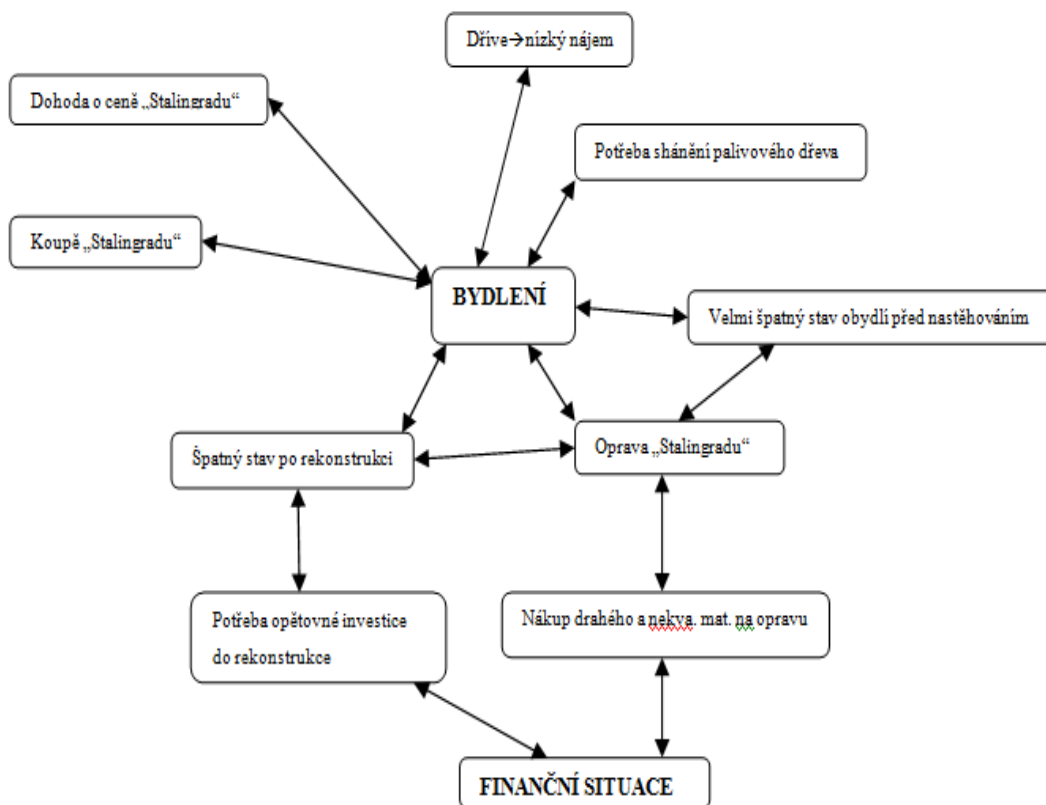
V tomto diagramu jsou kategorie „**Vztahy s ostatními členy romské populace**“, „**Zdravotní stav**“, „**Rodina a vztahy**“ a „**Kamarád**“.

Obyvatelé „Stalingradu“ a jejich příbuzní nejsou v dobrých vztazích s ostatními členy romské populace. To dokazuje výpověď informanta, který v rozhovoru řekl: „Ale

je to prostě v lidech. Je to v lidech. Prostě neříkám. Kluk je taky cigán, nesnáší Olašský cigány, protože ty sou jiný. Na ně nadává. Voni jdou a řvou a von na ně řve: „Neřvěte tady, ste mezi lidma“. Rozumíš? Nemá to taky rád prostě sou jinak vychovaný“ (IN1). Obdobný postoj má i manželka informanta k romským osadám a ostatním Romům, kteří nežijí spořádaně. Informant se o své manželce a jejím postoji zmínil v rozhovoru, kdy pronesl: *„A manželka, když vidí v televizi, jak cigáni dělaj bordel. Ty prasata. Ty hnusáci. Ty hovada, voni nejsou normální a podobně, takže cigán nadává na cigána ... Na stejným principu a manželka by řekla, že by do romský osady, jako je Větřný a spol. v životě se nenastěhovala, že se radši zabije“ (IN1).* Překvapivým zjištěním bylo, že informant se ujal péče o svého kamaráda, který měl úraz hlavy na stavbě, zároveň mu pomohl s léčbou alkoholismu a to přes to, že mu kamarád nadával. V současné době se kamarád stará o informantovo tchýni, která je po cévní mozkové příhodě.

4.1.3 Interpretace diagramu č. 3

Diagram č. 3 – Bydlení a finanční situace



Zdroj: Vlastní zdroj

Obecně vzato jsou obydlí v sociálně vyloučených lokalitách ve velmi špatném stavu, a proto informant před odkoupením musel „Stalingrad“ opravit a teprve poté se s majitelem dohodl na ceně a dům koupil. Informant mi sdělil, že materiál, který na opravu domu použil, byl drahý, ale zároveň nekvalitní proto je stav domu i po rekonstrukci špatný. Z toho důvodu je potřeba do rekonstrukce opět investovat, ale to bude velký zásah do finanční situace obyvatel. Obyvatelé „Stalingradu“ jsou v zimě odkázáni na topení dřevem, proto musejí shánět palivové dřevo. O tomto problému informant řekl: „...ale je to trošku jinej život než ve městě, musí se tady topit 11 měsíců z roku, takže je to furt vo dřevu, vo práci, vo kravinách.“ (IN1). Informanti si chválili, že dříve byl velmi nízký nájem, ale to souviselo s bytovou politikou minulého režimu.

4.1.4 Interpretace diagramu č. 4

Diagram č. 4 – Zdravotní stav, finanční situace, práce, vztahy se sousedy, rodina a vztahy

Zdroj: Vlastní výzkum

Diagram č. 4 zobrazuje kategorie „**Zdravotní stav**“, „**Finanční situace**“, „**Práce**“, „**Vztahy se sousedy**“ a „**Rodina a vztahy**“.

Ohledně časté nemocnosti, o které mi hovořila informantka, lze přepokládat, že je tomu tak z důvodu vysokého věku informantky. Kvůli pracovnímu úrazu, který měl informant v lese, musel podstoupit těžkou operaci zad a pánve, po které potřeboval kompenzační pomůcku konkrétně invalidní vozík. Informant též odmítl pomoc od rodiny po úrazu, tuto skutečnost znázorňuje výrok: „*Nedalo mi to volat manželce do lesa prostě, jako ležákovi „Hele potřebuju na záchod přijď“, to nešlo*“. (IN1) Informant také uvedl, že odmítl navštěvovat rehabilitační zařízení a spolehl se pouze na vlastní síly a z toho důvodu došlo ke zkrácení šlach u dolní končetiny a tím následně ke snížení kvality života. Informantovi byl proto přiznán invalidní důchod prvního stupně právě z důvodu snížení kvality života.

Informantka mi sdělila, že měla celkově 9 dětí a pobírala přídavky na děti, ale zhodnotila svou tehdejší situaci, jako těžkou. Informantka mi také zmínila, že její manžel propil peníze, které dávala na vkladní knížku, protože měl problémy s alkoholem. Díky dobrým vztahům a morálním hodnotám ubytovali expřítelkyni syna, protože neměla kam jít a nechtěli, aby skončila někde na ulici. Dcera, která zůstala na „Stalingradu“ s rodinou se stará o svou matku po cévní mozkové příhodě, kterou nechtěla předat do péče někoho jiného.

Kvůli povinnosti placení zdravotního a sociálního pojištění a výdajům za domácnost si musel informant sehnat tři zaměstnání, s tím jsou ale spojené vysoké výdaje za dojíždění do těchto prací. Informant mi také vyprávěl o své náročné pracovní době, o které mi řekl: „*A tam se vlastně dělají 24h, takže projedu míň, takže jedu jenom 7x do práce, do toho jdu vlastně hlídat rekreačku, dvanácky, ranní, noční, jak kdy. Přijdu z noční skočím do auta a jedu dělat zedničinu nebo auta vyvažovat, stříkat,*

všechno prostě.“ (IN1). Z tohoto výroku je vidět, že informant je v neustálém vysokém pracovním nasazení.

Informant mi dále vyprávěl o tom, jaké vztahy měli v minulosti se svými sousedy, že se potýkali s častými krádežemi, a proto museli investovat do zabezpečení domu. *„Když jsem měl dole támhle prasata a slepice, tak nám přes noc ukradli malý prasátka, 30cet slepic, 12 hus... Kačeny. Pepík, jsem mu ustříhal křídla, aby neulítl a ten poslouchal na slovo, jak pes (smích) a nakonec i toho mi ukradli.“* (IN1)

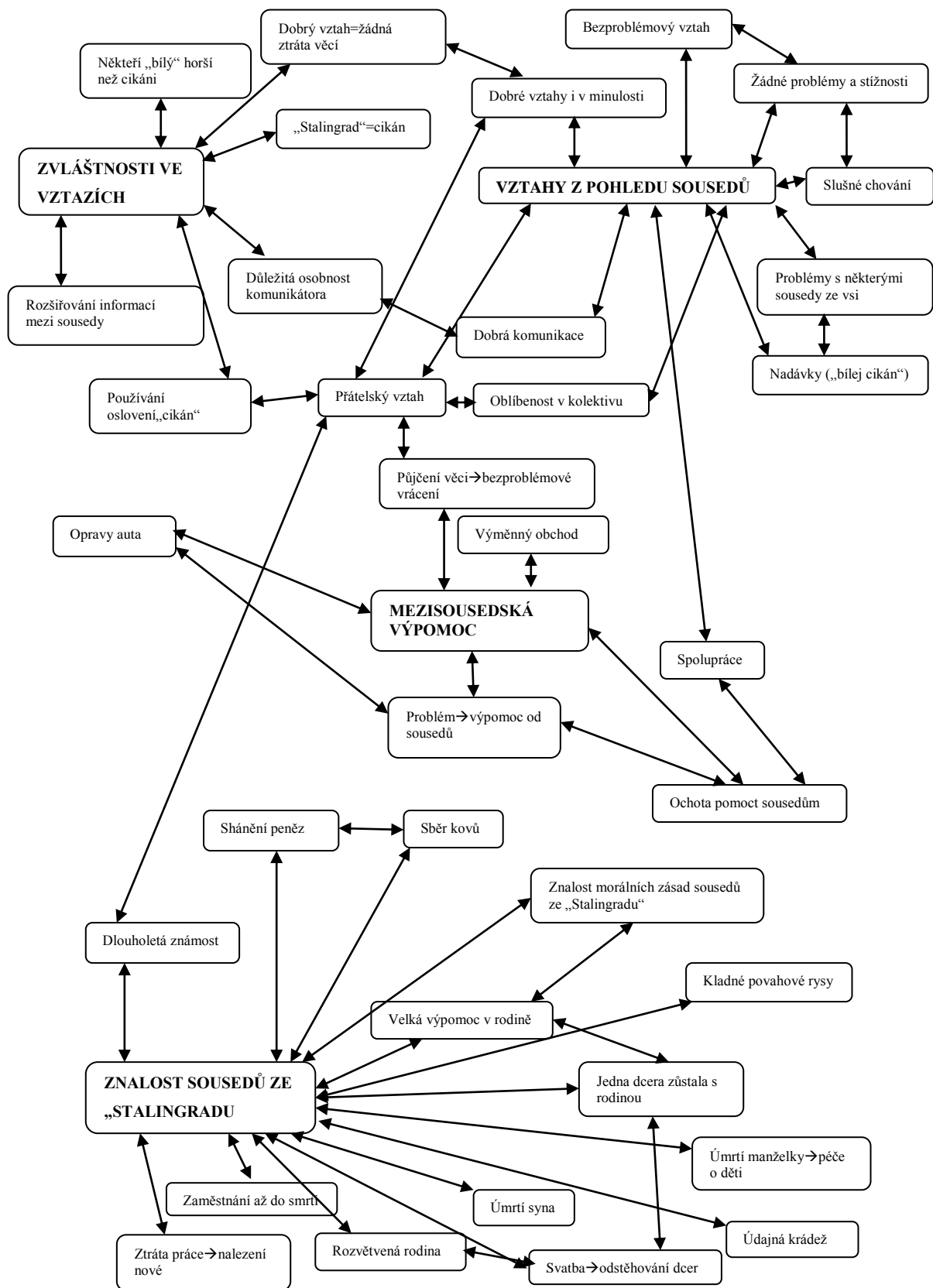
Díky vysokému pracovnímu nasazení manžela informantky se manželovi dostávala chvála za jeho pracovitost, ale bohužel se setkali s okrádáním od zaměstnavatele – *„Účetní. Von vobíral nás. Sme šli na okres. Přivezli sme z okresu pánové všechny, přišli s náma do kanceláři.“* (IN2)

Informanti vyprávěli o tom, že na začátku nastěhování na „Stalingrad“ měli problém s přijetím do vesnického života a vesnice jako takové. Neúčastnili se na různých akcích vesnice a všimli si i nezájmu sousedů na navázání kontaktů (vztahů). Někteří sousedi i obyvatelé ze „Stalingradu“ napadali a to jak fyzicky, tak i slovně např. označováním za „bílého cikána“ nebo je falešně označovali za viníky krádeže. Největší konflikty, ale podle informantky měli se sousedkou, se kterou měli konflikt kvůli dceři a později tato sousedka napadla i syna informantky. Informantka vztah s touto sousedkou zhodnotila takto: *„Ale kráva jedna (smích). To je kráva a už chcípla (smích) už není. Už chcípla. Ona byla najhorší ženská na Křišťanově. S každým se hádala.“* (IN2) Dostalo se jim ale zastání od souseda, se kterým vztahy mají dobré. Informanti uvedli, že teď se svými sousedy mají vztahy dobré, pořádají různé společné akce a i informant některé sousedy zaměstnával ve své firmě, ale nejdřív se na ně sousedi museli zvyknout.

4.2 Axiální kódování – „Sousedí“

4.2.1 Interpretace diagramu č. 5

Diagram č. 5 – Vztahy z pohledu sousedů, zvláštnosti ve vztazích, mezisousedská výpomoc, „znalost sousedů ze Stalingradu“



Zdroj: Vlastní výzkum

Na diagramu č. 5 se nachází kategorie „**Vztahy z pohledu sousedů**“, „**Zvláštnosti ve vztazích**“, „**Mezisousedská výpomoc**“, „**Znalost sousedů ze Stalingradu**“.

Sousedí v rozhovorech uvedli, že obyvatelé „Stalingradu“ mají rozvětvenou rodinu a když se jejich dcery vdaly, odstěhovaly se, kromě jedné dcery, která na „Stalingradu“ zůstala a vypomáhá v rodině. Dále vypověděli, že díky dlouholeté známosti si vypěstovali se sousedy ze „Stalingradu“ přátelský vztah. Někteří informanti zmínili, že sousedi ze „Stalingradu“ shánějí peníze sběrem kovů a že jim s tím pomáhají – „*No nikdy mi nic nevzali, když něco potřebovali, sbírali železo, že jo ... sbíral železo. Přišel, jestli máme, jestli mu dáme, tak proč ne.*“ (IN5)

V kategorii „**Zvláštnosti ve vztazích**“ jsou zmíněny kódy, které se objevily během vyprávění a zaujaly mě. Jeden informant uvedl, že díky přátelskému vztahu sousedy ze „Stalingradu“ normálně oslovovali „cikáni“ a nikomu to nevadilo. Při komunikaci se sousedy informanti uvedli, že s nimi mají dobrou komunikaci, ale že je důležité, kdo s nimi hovoří. Nejzajímavějším kódem v této kategorii je kód „dobrý vztah = žádná ztráta věcí“, protože informanti mi řekli: „*Když s nima kamarádíš, nic se ti neztratí, nic ti neudělají*“... (IN5) a „*Ehm, kdo je s nima zadobře, tak musím teda říct, že se jim ani nic neztratí, kdo s nima zadobře není, tak říkají, že se ztrácí věci*“ (IN3)

Informanti uvedli, že si jsou vědomi toho, že někteří sousedi měli s obyvateli „Stalingradu“ problémy a používali nadávky typu – „bílej cikán“, ale díky slušnému chování sousedů informanti zhodnotili vztah s nimi jako bezproblémový.

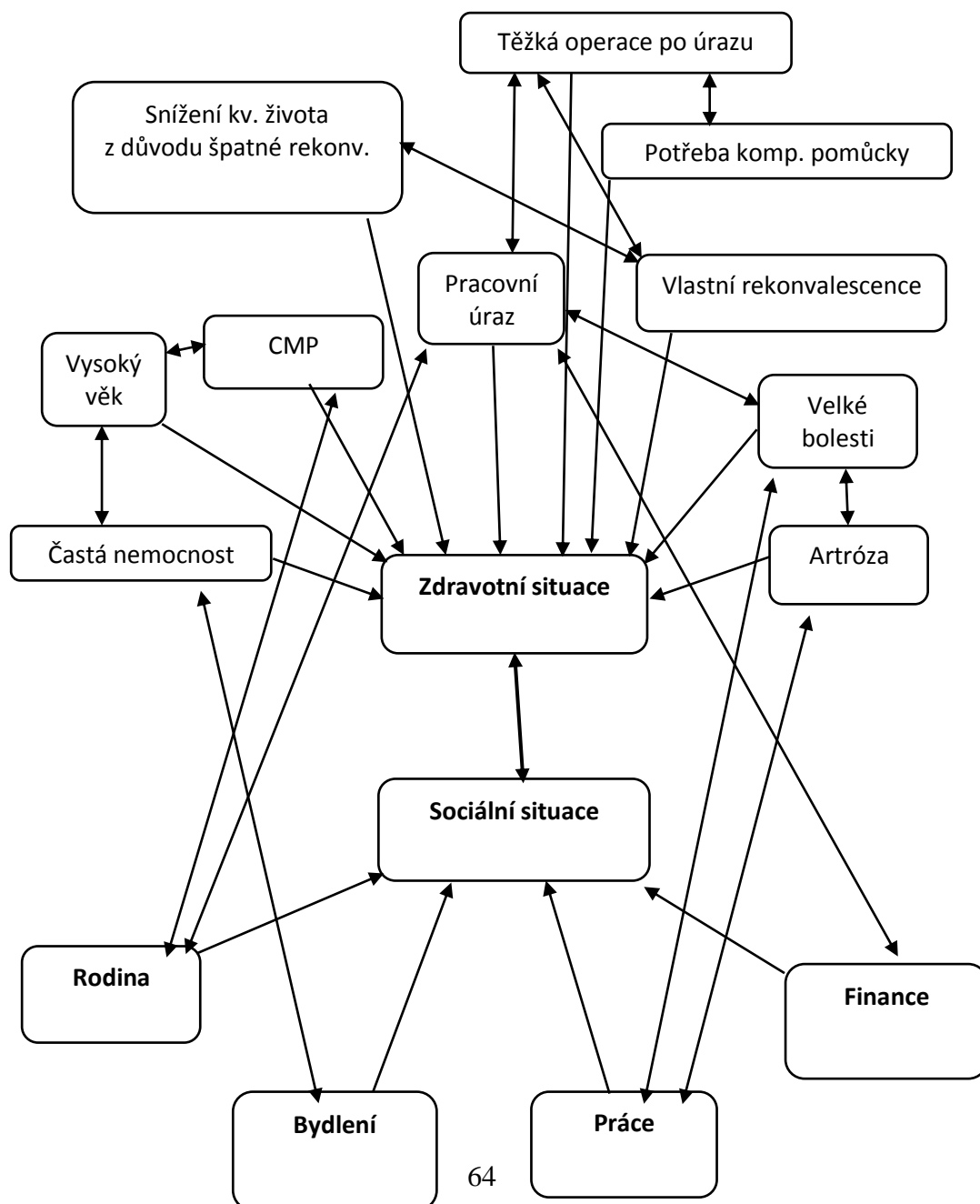
Informanti v rozhovorech zmínili, že pokud se objeví nějaký problém například s autem, tak jsou ochotní spolupracovat a pomoci s opravou auta, navíc pokud potřebují vypůjčit nějakou věc, pak není problém s jejím vrácením. Někdy praktikují i výměnný obchod, což dokazuje tato výpověď: „*Samozřejmě ne zadarmo, že jo. Něco za to chtějí. Jednou sme s ním vyměnili křepelky za autorádio (smích). Strašně je chtěl. Pak říkal: „Co sem to udělal? Viš, jak to doma řve?“ A jako manžel mu říká: „No dyť mně doma taky řvaly, tak sem to s tebou vyměnil. Chtěls je, máš je.“ (smích). Ale říkal, že sou*

dobrý vejce, tak no aspoň tak byl spokojen. No to rádio bylo autorádio jen na kartu, takový to starý. Jen aby hrálo rádio.“ (IN3)

4.3 Axiální kódování – „Vztah mezi zdravotní a sociální situací“

4.3.1 Interpretace diagramu č. 6

Diagram č. 6 – Vztah mezi zdravotní a sociální situací



Zdroj: Vlastní výzkum

Diagram č. 6 znázorňuje kategorie „**Zdravotní situace**“ a „**Sociální situace**“, subkategorie „**Rodina**“, „**Bydlení**“, „**Práce**“, „**Finance**“ a kódy, které se vztahují ke zdravotní situaci. Tento diagram je snahou o nalezení vztahů mezi zdravotní a sociální situací osob žijících v sociálně vyloučené lokalitě „Stalingrad“.

Informant, který utrpěl při práci v lese velmi vážný pracovní úraz, ztratil možnost přispívat do finanční situace své rodiny, protože prodělal těžkou poúrazovou operaci, která informanta připoutala na lůžko, a tím přišel o své zaměstnání a zároveň byl odkázán na pomoc vlastní a pomoc od rodiny, kterou podle svých slov odmítl viz.

Diagram č. 4.

Vztah mezi zdravotní a sociální situací osob v sociálně vyloučené lokalitě „Stalingrad“ lze hledat i mezi informantkou uvedou častou nemocností a špatným stavem „Stalingradu“ po rekonstrukci (subkategorie „**Bydlení**“), kdy do obydlí prosakuje voda, která ztéká po zdi kvůli špatně konstruovaným svodům vody.

Ovlivnění zdravotní situace situací sociální můžeme najít v subkategorii „**Práce**“ s kódem „**Artróza**“ a kódem „**Velké bolesti**“, protože informant v rozhovoru sdělil, že má tři zaměstnání a z toho dvě jsou velmi fyzicky namáhavé (viz. **Diagram č. 4**) Konkrétně se jedná o práci v lese a práci ve vlastní stavební firmě. Z důvodu třech zaměstnání a zejména fyzicky namáhavé práce trpí informant osteoartritidou (artrózou), kterou doprovází silné bolesti. Bolesti mohou být způsobeny nejen touto nemocí, ale i tím, že informant si nedopřává skoro žádný odpočinek a jezdí de facto ze zaměstnání do zaměstnání.

Prolínání a vztah mezi zdravotní situací shledávám i v tom, že kvůli cévní mozkové příhodě, kterou prodělala informantka, je v péči své dcery a kamaráda informanta. Kamarád informanta se o informantku stará v době, kdy je její dcera v zaměstnání a tudíž se o ní nemůže starat. Právě zdravotní situace a komplikace

spojené s prodělanou cévní mozkovou příhodou nedovoluje informantce dostačující sebeobsluhu.

5 Shrnutí výsledků a diskuze

V této kapitole shrnu výsledky, které vyšly po analýze výsledků a interpretaci a následně je budu porovnávat s dostupnou literaturou a jinými zdroji. Pro zpřehlednění sociální situace a vztahů jsou použity tabulky.

5.1 Zdravotní situace

Z analýzy výsledků je patrné, že pracovní úraz, který informant měl, kdy na informanta spal strom, je spojen s nebezpečností této práce. Tento typ práce je velmi nebezpečný a fyzicky náročný, ale osoby žijící v sociálně vyloučených lokalitách mnohdy nemají na výběr a musí tyto těžké práce vykonávat.

Podle Státního úřadu inspekce práce je kácení stromů a likvidace polomů jednou z nejrizikovějších prací, při které dochází každoročně k vysokému počtu pracovních úrazů (Šalamon, 2011).

Těžba v lese nese spousty rizik, které nelze předem odhadnout nebo předpokládat. Dříve tuto práci by vykonávali profesionálně vyškolení pracovníci, ale s rozvojem živnostenských oprávnění drasticky klesla kvalita těžebních pracovníků. Příčinou velkého počtu úrazů v lese může být nedůsledná příprava před těžbou, neodpovídající pracovní nebo bezpečnostní prostředky. Někdy pracovníci vědomě porušují nebo nedodržují povinnosti a předepsané prostředky a pracovní postupy. (Tourek, 2009)

V rozhovoru mi informant ohledně pracovního úrazu sdělil, že se jednalo o těžké poranění pánve. Nestrojil (2002) uvádí, že poranění pánve jsou velmi závažná poranění,

kteřá vznikají kvůli působení velkého násilí (pád stromu na informantu) a k takovému zranění se přidruží velké množství následků. Léčení poranění pánve je velmi obtížné, protože poranění pánve je často součástí polytraumatu to znamená, že toto poranění je součástí závažných poranění. Při poranění pánve se rozlišují dva druhy a to poranění pánevního kruhu nebo poranění kyčelního kloubu.

Pracovní úraz měl i kamarád informantu, který spadl při práci na stavbě z lešení a utrpěl těžký úraz hlavy. Tento úraz hlavy se podle vyprávění informantu podepsal na jeho psychickém stavu. Při rozhovorech jsem možnost tohoto kamaráda poznat a z mluveného projevu bylo zřejmé, že má problémy s vyslovováním, slovosledem a udržením pozornosti, když se ho informant na něco ptal.

K poranění mozku a jeho následcích uvádí organizace Cerebrum v projektu *Postavení a diskriminace osob po poranění mozku České republiky (2007)*, že poranění hlavy resp. mozku kromě tělesného postižení zanechává i jiné deficity, jako např. zejména poruchy kognitivních a exekutivních funkcí, takovými funkcemi jsou poruchy paměti, pozornosti, plánování nebo náhledu. Dalšími následky, které vznikají v návaznosti na poranění hlavy, mohou být poruchy fyzických a smyslových funkcí nebo poruchy řeči, fyzických a smyslových funkcí.

Informant v rozhovoru uvedl, že trpí velkými bolestmi, které mohou mít spojitost s tím, že informant pracuje v lese a vlastní stavební firmu. Se skutečností, že jsou obyvatelé odkázáni na tyto náročné práce, trpí nejčastěji nemocemi pohybového aparátu (bolesti zad, kloubů). K tomuto výsledku se přiklání Kašparová a kol. (2008), která uvádí, že lékařky, kterých se ve svém výzkumu dotazovala, uvedly, že onemocnění pohybového aparátu jsou u těchto obyvatel spojeny se zastávanou prací například s prací na stavbách, kde je pohybový aparát velmi namáhán.

Velké bolesti mohou mít souvislost i s artrózou neboli osteoartritida, o které se také v rozhovoru informant zmínil. Osteoartritida je degenerativní onemocnění kloubů, při kterém se rozpadá chrupavka zejména v nosní a prstních kloubech a tím dochází k tření kosti o kost. Při tomto onemocnění se jedinec potýká s velkými bolestmi a otoky

a někdy se bolest přenáší i do okolních svalů. Nadměrný pohyb, kterým může být i namáhavá práce, osteoartritickou bolest zhoršuje, ale i nedostatečná aktivita vede ke zhoršení nemoci a to zvýšeným tuhnutím kloubů a následným omezením pohybu. (Arnstein a kol, 2006)

Problém ohledně snížené kvality života informanta je ten, že informant odmítl navštívit rehabilitační zařízení a to může být z důvodu, který je uveden v *Analýze sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti* (2006), kde je napsáno, že osoby žijících v sociálně vyloučených lokalitách mají nedůvěru k lékařům a ostatnímu zdravotnickému personálu.

Nestrojil (2002) uvádí, že při poranění pánve, které informant měl, je důležité, aby při konzervativním tak i při operačním řešení poranění pánve se spolupracovalo s rehabilitačními pracovníky a prováděla se pasivní a aktivní rehabilitace. Pasivní rehabilitace je zejména cvičení s motorovou dlahou a aktivní rehabilitace se začíná nejprve na lůžku a poté se pacient pokouší stavět na berle.

Cévní mozková příhoda uvedená informantkou mohla být způsobena vysokým věkem, který Bar a Chmelová (2011) uvádí, jako neovlivnitelné riziko vzniku takového onemocnění. K tomu se přiklání i Seidl a Obenberger (2004), kteří jako neovlivnitelné riziko též uvádí věk a mimo něj i pohlaví nebo rasu (větší riziko cévní mozkové příhody má černá rasa) a vlivy jako např. socioekonomické, klimatické atd. Mezi ovlivnitelné faktory řadí silné a slabé faktory. Silným faktorem může být již dříve prodělaná cévní mozková příhoda, vysoký krevní tlak (hypertenze), angína pectoris nebo nemoci srdce a aorty. Mezi slabé faktory řadí pak hlavně životní styl a životosprávu, do které lze zahrnout tabák resp. nikotin, kofein, nedostatek pohybových aktivit a kardiovaskulární zákroky.

Častá nemocnost informantky může být způsobena vysokým věkem, protože se stoupajícím věkem klesá imunita jedince. Podle Krejska, Kudlové a Koláčkové (2005) je v seniorské populaci zvýšený výskyt infekčních onemocnění, onkologických

onemocnění a onemocnění imunitního systému. Senioři se obecně potýkají se sníženou funkcí imunitního systému a pro tento jev se používá termín imunosenescence.

Imunosenescence je pojem, který obsahuje změny, které se týkají morfologických a funkčních změn, které se týkají imunitního systému stárnoucího člověka. Změny, které se odehrávají v imunitě stárnoucího člověka, jsou hluboké a komplexní. Imunitní systém člověka s narůstajícím věkem ochabuje a často reaguje na podněty neadekvátně a nedostatečně. (Rychlíková, Šterzl, 2004)

Další příčinu časté nemocnosti můžeme hledat i ve stavu obydlí, které je i přes rozsáhlou rekonstrukci ve špatném stavu a v plísni, které se objevují ve vlhkých místech obydlí. Klánová (2013) říká, že vlhkost je jedním z nejdůležitějších faktorů, který ovlivňuje vznik a růst plísní. Další faktor, který přispívá k tvorbě plísní, je teplota. Různé druhy plísní potřebují k růstu teplotu vyšší, ale plísním, které se nachází např. na domech a fasádách nebo v bytech stačí i nízká teplota. Plísně mají velmi negativní vliv na zdraví jedince, který obývá prostor, kde se plíseň nachází. Jedná se zejména o inhalaci spor, které plísně produkují a které jsou pro lidský organismus často toxické. Při vysoké koncentraci takových spor v ovzduší a jejich inhalaci dochází k patologickým stavům. Nejčastějšími patologickými stavy jsou alergie a onemocnění dýchacích cest. Plísně mohou způsobovat i bolesti hlavy, únavu a ve výjimečných případech může intoxikace způsobit i smrt jedince.

5.2 Sociální situace

Tab. 1 – Sociální situace

BYDLENÍ	RODINA	FINANCE	PRÁCE
Koupě „Stalingradu“	Kladné hodnocení	Vysoký nájem → přestěhování	Manželka

	života s Romy	autoservisu	pracuje v lese
Velmi špatný stav obydlí před nastěhováním	Odmítnutí pomoci od rodiny po úrazu	Invalidní důchod 1. stupeň	Vlastní stavební firma
Oprava „Stalingradu“	Vysoké morální hodnoty	Potřeba více zaměstnání	Opravování aut (vlastní autoservis)
Dohoda o ceně „Stalingradu“	Odstěhování dětí z domu	Dojíždění do práce → vysoké výdaje	Návrat do pracovního procesu po úrazu
Potřeba shánění palivového dřeva	Péče o manželku a její rodiče	Povinnost placení pojistného	Tři zaměstnání
Špatný stav po rekonstrukci	Přijetí expřítelkyně syna do domu	Nákup drahého a nekvalitního materiálu na opravu	Náročná pracovní doba
Dříve → nízký nájem	Důraz na výchovu dětí	Potřeba opětovné investice do rekonstrukce	Okrádání od zaměstnavatele
	Narození vnuka s PAS a zvykání	Přídavky na děti	Vysoké pracovní nasazení

	si		manžela
	Velký počet dětí (9)	Deputát od zaměstnavatele manžela	Chválení manžela za pracovitost
	Manžel propil úspory	Velká investice do zabezpečení	Dobré vztahy s pracovním kolektivem
	Problémy manžela s alkoholem		
	Matka v péči dcery		

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 1 znázorňuje shrnutí kódů, které se vztahují k sociální situaci osob žijících v sociálně vyloučené lokalitě „Stalingrad“.

Jak jsem již zmínil v předešlé kapitole, osoby žijící v sociálně vyloučených lokalitách jsou často odkázáni pouze na fyzicky náročné práce, proto jsou informant a jeho manželka zaměstnání v lese, vlastní stavební firmu a autoservis, který musel kvůli vysokému nájmu přestěhovat do svého domu, ale auta už neopravuje pro širokou veřejnost, ale pouze pro své známé.

Problém, který vzniká z existence tří zaměstnání, sledávám v náročné pracovní době, která má velký vliv na psychický a následně na zdravotní stav, protože jedinci v neustálém pracovním vypětí jsou pod velkým tlakem. Zátěžové situace a zejména

stres mají podstatný vliv na psychickou stránku jedince a tím může dojít k narušení psychiky a to nejen dočasně, ale i trvale. Takové narušení se může projevit rozvojem či vznikem psychické poruchy nebo jiných zdravotních potíží. (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

Nicméně s přihlédnutím k povinnosti placení pojistného, vysokým výdajům za dojíždění do práce, výdajům na chod domácnosti, výdajům na uspokojení potřeb a potřebě velké investice do opětovné rekonstrukce není divu, že informant musí vykonávat tři zaměstnání.

Do finanční situace resp. sociální situace osob žijících v sociálně vyloučené lokalitě přispívá i invalidní důchod pro invaliditu 1. stupně, který informant pobírá ve výši podle zákona č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění, § 41 a) *0,5 % výpočtového základu měsíčně, jedná-li se o invalidní důchod pro invaliditu prvního stupně.* Významnými prvky, které se také odrážely ve finanční situaci informantů, byly deputát od zaměstnavatele manželka informantky, který je ale po smrti a přídavky na děti konkrétně na 9 dětí, které jsou už dospělé a mají vlastní rodiny.

Ohledně analýzy bydlení, tak stav obydlí bohužel mohu ohodnotit pouze zvenčí a z informací podaných informanty, protože rozhovory se odehrávaly na zahradě u domu. Esteticky je „Stalingrad“ celkem v pořádku až na pár prasklin ve fasádě, které mohou být způsobeny nekvalitním materiálem, který informant byl nucen použít na opravu. Problémem, ale nejspíš bude špatná konstrukce svodů vody, protože dešťová voda zničila strukturu garáže, kde má nyní informant umístěný autoservis a odtud nyní prosakuje vlhkost, proto musí obyvatelé „Stalingradu“ opětovně do rekonstrukce investovat. Obecně vzato je ale „Stalingrad“ oproti jiným sociálně vyloučeným lokalitám obyvatelný a bez nějakých velkých nedostatků, jak například uvádí Uherek a kol. (s. 30, 2010) o sociálně vyloučené lokalitě v obci Holohlavy v Královohradeckém kraji, *„jedná se o blok pěti dvoupatrových domů rozdělených do několika bytových jednotek o velikosti 1+1 nebo 2+1. Byty jsou bez sociálního zařízení, někteří nájemníci si vybudovali koupelnu sami, ostatní jsou bez koupelny a sdílí společný suchý záchod na*

dvorku. Topí se kamny na tuhá paliva, na pozemek je zavedena nová kanalizace, kterou vybudovala obec, nicméně objekt na ni není napojen. V domech žije 82 osob, 14 rodin, z toho cca 2/3 jsou děti do 15 let. Stav domů je velmi špatný (špatná střecha, plesnivé popraskané zdi, vymlácená okna), majitel neinvestuje do oprav objektu.“

Rodina osob žijících na „Stalingradu“ je podle vyprávění informantu velmi rozvětvená. Informantka uvedla, že měla celkově 9 dětí. Tato skutečnost není nijak zvláštní, protože informantka je členkou romské minority a u této minority je velký počet dětí zvykem a dokonce i nutností. K této skutečnosti uvádí Jakoubek (2005), že se žena v romské kultuře hodnotí, jen podle toho, jak se umí postarat o domácnost a hlavně, kolik může mít dětí. Pokud žena děti mít nemůže, tak se dostává do situace, kdy je zesměšňována a její postavení v rodině se dramaticky zhoršuje. Posměch se ovšem netýká jen ženy, která je bez dětí, ale i celé její rodiny.

Informantka zmínila problémy svého manžela s alkoholem, které mohly být způsobeny mnoha příčinami, ale problém nastal, když manžel propil peníze, které informantka spořila pro děti. Alkoholismus nebo případně nadměrná konzumace alkoholu není v sociálně vyloučených lokalitách žádnou výjimkou. Nadměrná konzumace alkoholu způsobuje celou řadu zdravotních problémů, které mohou vyústit až ve smrt. Kromě zdravotních problémů nadměrná konzumace alkoholu zasahuje právě i do finanční situace.

Sociální důsledky závislosti na alkoholu popisuje např. Vágnerová (1999), která uvádí jako důsledky alkoholismu 3 sféry a to rodinu, zaměstnání a společnost. Jedinec závislý na alkoholu vykazuje zhoršenou pracovní morálku, je celkově pomalejší, má problémy s koncentrací a odvádí práci s chybami. Velký problém je i docházka do zaměstnání, kdy závislý člověk nedokáže dodržovat pravidelnou a včasnou docházku, což v poslední fázi vyústí ve ztrátu zaměstnání a nezaměstnanost. Po ztrátě zaměstnání má jedinec problémy další zaměstnání sehnat, a proto zůstává dlouhodobě nezaměstnaný a ztrácí svou profesní roli.

Závislost na alkoholu významně zasahuje i do rodinného života závislého. Závislost jedince postupně narušuje mezilidské vztahy v rodině, protože závislý jedinec bývá často výbušný a agresivní. Rodina se na takového člena nemůže spolehnout z důvodu lži a nedodržování slibů. Závislý člen se chová velmi bezohledně k ostatním členům rodiny a páchá na nich fyzické i slovní násilí v konečném důsledku dochází k rozpadu rodiny a závislý člen je z rodiny vyloučen, nebo začnou konzumovat alkohol i ostatní členové rodiny. Závislost obecně ovlivňuje sociální, ekonomickou a kulturní situaci rodiny, protože ke konzumaci alkoholu spotřebuje závislý člen velké množství finančních prostředků a rezerv, které rodina má. (Vágnerová, 1999)

Informantka, která prodělala cévní mozkovou příhodu, uvedla, že je v péči své dcery. Jak uvádí Slezáková (2006) pacienti po cévní mozkové příhodě (CMP) potřebují zvýšenou péči, protože mají problémy s polykáním, problémy s inkontinencí a celkově s vyprazdňováním. Mají omezenou hybnost kvůli časté hemiparéze nebo hemiplegii. Samostatnost pacientů po cévní mozkové příhodě je velmi omezená a pacient může být částečně nebo úplně závislý na péči druhé osoby. Pacientům po CMP se často střídá nálada a to v rozmezí od euforie až po deprese. Deprese může souviset s tím, že se jim snížila sebeúcta a mohou se objevit pocity méněcennosti a další nepříjemné pocity, které souvisí zejména s omezenou schopností pohybu.

Důležitou součástí následné péče po cévní mozkové příhodě je rehabilitace jedince s tímto poškozením. Řady pacientů po cévní mozkové příhodě se při správné rehabilitaci plně zotaví. Faktory, které ovlivňují takové zotavení jsou – kvalita rehabilitační léčby, motivace pacienta a jeho rodiny, věk pacienta a přetrvávání fáze ochabnutí a odklad léčby. Kvalitou rehabilitační péče se rozumí jak péče ve zdravotnickém zařízení, tak i doma a jedná se zejména o prevenci komplikace spojených s následky CMP (dekubity, střevní potíže, kontrakce atd.). Pro úspěšnou rehabilitaci jsou nejdůležitější první týdny po prodělání CMP. Důležitou součástí rehabilitace je i motivace jedince a podpora jeho rodiny. Věk pacienta se také významně podílí na úspěšné rehabilitaci, protože lidé mladšího věku se pravděpodobně snadněji

zotaví než lidé, kterým je 60+ u kterých se mohou vyskytovat další nemoci jako např. oběhové nebo dýchací soustavy anebo problémy rodinného rázu atd. (Šeclová, 2004)

5.3 Vztahy

Tab. 2 – Vztahy mezi sousedy

Z pohledu obyvatel „Stalingradu“	Z pohledu obyvatel žijících v blízkosti „Stalingradu
Hanlivé označování – „bílej cikán“	Žádné problémy a stížnosti
Zvyknutí si sousedů	Přátelský vztah
Problémové přijetí	Dobré vztahy i v minulosti
Bezproblémové soužití s komunitou	Nekonfliktní vztah
Dobré vztahy se sousedy	Bezproblémové soužití
Napadání od členů komunity	Spolupráce
Krádeže od členů komunity	Bezproblémový vztah
Nezájem od sousedů	Slušné chování

Špatný vztah se sousedkou	Oblíbenost v kolektivu
Zastání od souseda	Dobrá komunikace
Napadení syna sousedkou	Problémy s některými sousedy ze vsi
Konflikt kvůli dceři (sousedská rvačka)	Nadávky („bílej cikán“)
Zaměstnávání ostatních členů z komunity	Ochota pomoci sousedům
Strach ze stigmatizace	Půjčení → bezproblémové vrácení
Zezačátku špatné vztahy	
Neúčast na akcích vesnice	
Nezájem od sousedů	
Společné akce se sousedy	

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 2 jsou shrnuty kódy, které se týkají vztahů mezi osobami žijícími v sociálně vyloučené lokalitě „Stalingrad“ a osobami žijícími v blízkosti této lokality.

V minulosti byly vztahy mezi obyvateli sociálně vyloučené lokality „Stalingrad“ a některými sousedy dosti vypjaté. Obyvatelé „Stalingradu“ si všimli nezájmu od

sousedů navazovat vztahy, objevily se krádeže a konflikty a celkově hodnotili své přijetí jako problémové. Takové problémové přijetí může být způsobeno, kombinací toho, že bydlí právě na „Stalingradu“ a že tam bydlí i členové romské minority. „Podle dotázaných ve všech sledovaných lokalitách je pro sociální vyloučení Romů příznačná prostorová segregace, fenomén běžně zakotvený v myšlení české společnosti. Místa, ve kterých dochází ke koncentraci romských občanů, bývají respondenty často popisována jako ghetta – v některých případech jsou pak také slangově, s odkazem na jedno z nejznámějších amerických černošských ghett, označována jako bronx (brněnský bronx, krnovský bronx), případně jako „dům hrůzy““. (Mareš, s. 51, 2008)

Některé konflikty vyústily i ve fyzický konflikt mezi informantkou a jednou sousedkou, ale takové extrémní konflikty se objevují i v obcích a městech, kde se sociálně vyloučená lokalita nenachází.

Zajímavou skutečností je, že informant, který je členem majoritní společnosti a přiřazenil se k rodině ze „Stalingradu“, hodnotí soužití s Romy velmi kladně. Největší problém měli s přijetím informanta ostatní sousedi ze vsi, kteří nazývali informanta hanlivě a to konkrétně jako „bílého cikána“.

V dnešní době všichni dotázaní informanti hodnotí své vztahy mezi sebou jako dobré a nekonfliktní. Někteří sousedi se považují i za přátele. Nyní spolu pořádají společné akce, kde se schází, baví, půjčují si mezi sebou věci, a když jde o navrácení, tak nikdo nemá žádný problém. Sousedi chválí obyvatele „Stalingradu“ za slušné chování a jejich oblíbenost v kolektivu.

Červenka (2003) v reakci na publikovaná výzkum CVVM o hodnocení občanů vzájemného soužití mezi romskou a neromskou populací v ČR uvádí, že je patrné, že velká část společnosti v ČR hodnotí a vnímá soužití mezi romskou a neromskou populací za problémové. Velký vliv na toto hodnocení má, zda se jedná o občany, které s Romy žijí v místě bydliště, a tudíž mají přímou zkušenost a ta může být negativní, ale i pozitivní anebo zda se jedná o celorepublikové hodnocení, které je ve velké míře zprostředkované médii a obecně média prezentují zejména negativní zkušenosti.

Významný faktor, který mohl přispět k takovým vztahům, jen ten, který uvedl informant, že si sousedi museli na ně zvyknout a poznat je. Možným vysvětlením toho, že obyvatelé v komunitě vnímali obyvatele ze sociálně vyloučené lokality negativně, je že se potýkali s předsudky a stereotypy, které o takovýchto obyvatelích měli. Průcha (2004) k předsudkům a stereotypům uvádí, že se jedná o představy, názory nebo postoje, které mají jednotlivci nebo skupiny vůči jiným skupinám a jednotlivcům. Dále uvádí, že právě stereotypy a předsudky obsahují velmi silný emocionální podtext, ale velmi málo racionálních úvah. Lidé předsudky nebo stereotypy přijímají jako neověřené zevšeobecnující představy o určitém etniku, rase nebo jiné národnostní skupině. Takové představy jsou velmi stabilní a vztahují se na všechny příslušníky skupiny, které se stereotyp nebo předsudek týká, místo to aby jedinec hodnotil jedince podle jeho reálných charakteristik.

6 Závěr

V diplomové práci Zdravotní a sociální situace osob žijících v exkludované lokalitě „Stalingrad“ jsem se věnoval zdravotní a sociální situaci osob žijících v sociálně vyloučené lokalitě „Stalingrad“ a vztahům mezi nimi a jejich sousedy. Cílem této práce bylo popsat život osob žijících v sociálně vyloučené lokalitě „Stalingrad“, s jakými zdravotními problémy se tyto obyvatelé potýkají a jaká je jejich sociální situace. Dílčím cílem této práce bylo zjistit, jaké jsou vztahy s ostatními členy komunity a to, jak ze strany osob žijících v sociálně vyloučené lokalitě, tak i ze strany sousedů.

Zdravotní situace těchto osob ze „Stalingradu“ je ztížena zejména díky fyzicky náročné práci (práce v lese, ve stavební firmě, autoservisu). Na zdravotní situaci se podepsaly i pracovní úrazy, které utrpěl informant a jeho kamarád. Tyto úrazy se bezesporu trvale podepsaly i na kvalitě života těchto osob. Zásahem do zdravotní a zároveň do sociální situace osob byla i cévní mozková příhoda informantky. Potencionálním ohrožením zdravotního stavu je vlhkost, která se do obydlí dostává kvůli zničené struktuře garáže.

Sociální situace je taková, že osoby žijící na „Stalingradu“ musí vykonávat práce, které jsou vyznačovány vyšší mírou nebezpečnosti. Informant má kvůli vysokým výdajům tři zaměstnání, které mají ale náročnou pracovní dobu. Do sociální situace zasahuje i fakt, že obyvatelé „Stalingradu“ musí do práce dojíždět a také to, že musí investovat větší finanční obnos do opětovné rekonstrukce obydlí. V sociální situaci osob se též odráží přiznaný invalidní důchod informanta. Obyvatelé „Stalingradu“ navzájem o sebe pečují, zejména o kamaráda, který měl úraz hlavy a o tchýni/matku, která je po cévní mozkové příhodě a která vyžaduje neustálý dohled o který se během pracovní doby stará právě kamarád informanta. Dříve se na „Stalingradu“ nacházelo více osob, ale nyní je zde pouze 5 osob.

V minulosti se objevily určité konflikty a problémy s přijetím obyvatel „Stalingradu“ do vesnické komunity. Ovšem dnes jsou vztahy mezi obyvateli

„Stalingradu“ a jejich sousedy již bezproblémové a nekonfliktní, spolupracují spolu a pořádají společné akce.

Pro zlepšování vztahů mezi obyvateli komunity, kde se nachází i sociálně vyloučená lokalita by se měla využívat komunitní práce, protože jedním z úkolů komunitní práce je zlepšovat vztahy v komunitě a to tím, že posiluje identitu menšiny, která je v komunitě obsažena. Cílem komunitní práce je snížit pocit její ohroženosti a snížit její izolaci a vytvářet lepší prostor pro zlepšení soužití s majoritou. Pokud je komunitní práce odborně vykonávaná dochází k procesu sbližování mezi členy komunity, k odstraňování konfliktů a markantních rozdílů v pochopení situací mezi majoritní a minoritní společností. (Baumruková a kol., 1997)

Výsledky této práce mohou pomoci romským poradcům nebo sociálním pracovníkům k řešení zdravotní a sociální situace, která v sociálně vyloučené lokalitě „Stalingrad“ panuje. Práce také poukazuje na to, že vztahy v komunitě, kde sociálně vyloučená lokalita nachází, nemusí být vždy konfliktní, ale že obyvatelé takových lokalit mohou být ostatními kladně vnímáni.

7 Literatura

ANDERSEN, M. Ronald. National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. *Medical Care*, 2008, 46(7), 647-653. ISSN 0025-7079.

ARNSTEIN, M. Paul a kol. *Vše o léčbě bolesti – příručka pro sestry*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2006, 356 s. ISBN 80-247-1720-4.

BAHENSKÝ, František. *Etnicita v historické perspektivě*. Prolegomena ke vzniku, vývoji a proměně etnické kolektivní identity. Praha: Etnologický ústav Akademie věd České republiky, v. v. i., 2010, 118 s. ISBN 978-80-87112-44-1.

BAJER, Pavel. Málo pozornosti v nás a v našem okolí a příčiny chudoby. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2010, 10(1), 7-8. ISSN 1213-6204.

BAR, Michal a CHMELOVÁ, Irina. Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě. *Postgraduální medicína*, 2011, 13(2), 128-135. ISSN 1212-4184.

BARŠOVÁ, Andrea. Problémy bydlení etnických menšin a trendy k rezidenční segregaci v České republice. In: VÍŠEK, Petr ed. *Romové ve městě*. Praha: Socioklub, 2002, 161 s. ISBN 80-86484-01-7.

BAUMRUKOVÁ, Pavla a kol. *Obce, města, regiony a sociální služby*. 1. vyd., Praha: SOCIOPRESS, 1997, 271 s. ISBN 80-902260-1-9.

BLAŽEJOVSKÁ, Markéta. Praktické problémy s integrací v České republice. *Liga lidských práv* [online]. Brno, 2012 [cit. 14. 2. 2016]. Dostupné z: http://www.llp.cz/wp.../INTEGRATION_Practicke_problemy_integrace_v_CR.pdf

BOUČKOVÁ, Pavla, HUBÁLEK, Michal, KŘÍSTEK, Adam a ŠTĚPÁNKOVÁ, Martina. *Manuál pro vedení pracovní v oblasti rovného odměňování mužů a žen za stejnou práci či práci stejné hodnoty*. Praha: Poradna pro občanství/Občanská a lidská práva, 2007. ISBN 9778-80-903331-9-2.

BRABCOVÁ, Iva a VACKOVÁ, Jitka. Koncepce deseti sociálních determinant zdraví. *KONTAKT*, 2013, 15(4), 406-412. ISSN 1212-4117.

BUCHTOVÁ, Božena a kol. *Nezaměstnanost*. Psychologický, ekonomický a sociální problém. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2002, 240 s. ISBN 80-247-9006-8.

BURJÁNEK, Aleš. Segregace. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 1997, 33(4), 423-434. ISSN 0038-0288.

CENTRUM JEDNODENNÍ CHIRURGIE. *Artróza* [online]. 2010 [cit. 12. 8. 2015]. Dostupné z: <http://www.1chirurgie.cz/artroza.htm>

CEREBRUM. Postavení a diskriminace osob po poranění mozku v České republice. *Cerebrum* [online]. Praha, 2013 [cit. 11. 4. 2016]. Dostupné z: <http://www.cerebrum2007.cz/projekty/ukoncene-projekty/postaveni-a-diskriminace-osob-po-poraneni-mozku-v-ceske-republice/>

ČERVENKA, Jan. Veřejné mínění a soužití mezi Rómy a neromskou populací v ČR. *SOCIOWEB* [online]. Praha, 2003 [cit. 12. 4. 2016]. Dostupné z: <http://www.socioweb.cz/index.php@disp=temata&shw=132&lst=113.html>

ČESKO. Zákon č. 155/1995 Sb. ze dne 30. června 1995, o důchodovém pojištění. In: *Sbírka zákonů* 4. 8. 1995, ročník 1995, částka 41. ISSN 1802-8012.

ČESKO. Zákon č. 40/2009 Sb. ze dne 8. ledna 2009, trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů* 9. 2. 2009, ročník 2009, částka 11. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů* 8. 12. 2011, ročník 2009, částka 131. ISSN 1211-1244.

DUFFKOVÁ, Jana. Životní způsob/styl a jeho variantnost (Malé zamyšlení nad tím, co všechno se může skrývat pod označením „alternativní životní styl“). In: *Aktuální*

problémy životního stylu. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Filozofická fakulta, 2006. ISBN 80-7308-131-8.

EUROCLINICUM. Definice zdravotní péče. *EUC* [online]. Praha, 2013 [cit. 6. 4. 2016]. Dostupné z: <http://www.euc.cz/definice-zdravotni-pece/>

EXNEROVÁ, Věra a VOLFOVÁ, Andrea. Chudoba. *Rozvojovka* [online]. Praha, 2008 [cit. 7. 2. 2016]. Dostupné z: <http://www.rozvojovka.cz/chudoba>

FEDÁKOVÁ, Denisa. Postoj k práci. In: FRANKOVSKÝ, Miroslav a KENTOŠ, Michal eds. *Psychológia práce před vstupom Slovenska do Európskej únie*. Košice: Spoločenskovedný ústav SAV, 2004, 100 s. ISBN 80-967182-3-1.

FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 256 s. ISBN 80-7178-367-6.

GABAL ANALYSIS & CONSULTING. Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti [online]. Praha, 2006 [cit. 12. 8. 2015]. Dostupné z: http://www.gac.cz/userfiles/File/nase_prace_vystupy/GAC_MAPA_analyza_SVL_aAK_CJ.pdf?langSEO=documents&parentSEO=nase_prace_vystupy&midSEO=GAC_MAPA_analyza_SVL_aAK_CJ.pdf.

GIDDENS, Anthony. *Sociology*. 5. vyd., United Kingdom: Polity Press, 2006, 1094s. ISBN 978-07456-3378-7.

HAJDUCHOVÁ, Hana a URBAN, David. Sociální determinanty zdraví u romské populace. *KONTAKT*, 2014, 9(1), 44-49. ISSN 1212-4147.

HAVLÍK, Radomír. *Úvod do sociologie*. 6. vyd., Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2015, 131 s. ISBN 978-80-246-2843-1.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HIRT, Tomáš a JAKOUBEK, Marek. Souhrnná zpráva o realizaci výzkumného projektu HS 108/03 „Dlouhodobý stacionární terénní výzkum sociálně vyloučených romských komunit“ realizovaného Katedrou antropologie FHS ZČU v Plzni [online]. Praha, 2004 [cit. 19. 2. 2016]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/1727/zprava.pdf>

HNILICOVÁ, Helena. Dopad společenských změn po roce 1989 na kvalitu života lidí v ČR. In: HNILICOVÁ, Helena ed. *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE – Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, 122 s. ISBN 80-86625-20-6.

HOLČÍK, Jan. Podpora veřejného zdraví: teorie a praxe. *Hygiena*, 2008, SUPPLEMENTUM 53(1), 4-7. ISSN 1802-6281.

HOLČÍK, Jan. *Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny ve 21. století*. 1. vyd., Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2004, 160 s. ISBN 80-85047-33-0.

HOLÝ, Dalibor a PLÍVOVÁ, Viktorie. Společná tisková zpráva Českého statistického úřadu a Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Změna výpočtu ukazatele registrované nezaměstnanosti. *České statistický úřad* [online]. Praha, 2012 [cit. 16. 3. 2016]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/zmena_vypoctu_ukazatele_registrovane_nezamestnanosti_20121107

HRABĚTOVÁ, Eva. *Organizace práce*. 1. vyd., Praha: Vysoká škola ekonomická, 1998, 86 s. ISBN 80-7079-837-8.

HUGHES, Michael a KROEHLER, J. Carolyn. *Sociology: The Core*. 11. vyd., New York. McGraw-Hill, 2013, 534 s. ISBN 978-0-07-802676-8.

JAKOUBEK, Marek. *Romové – konec (ne)jednoho mýtu*. 1. vyd. Praha: Socioklub, 2005, 320 s. ISBN 80-86140-21-0.

JEKLOVÁ, Marta a REITMAYEROVÁ, Eva. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd., Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 34 s. ISBN 80-86991-74-1.

KAJANOVÁ, Alena. *Sociální determinanty zdraví vybraných romských komunit*. České Budějovice, 2009. Dizertační práce. Jihočeské univerzita v Českých Budějovicích.

KAJANOVÁ, Alena a HAJDUCHOVÁ, Hana. Romská minorita a návykové látky v České republice a na Slovensku. *Adiktologie*, 2014, 14(2), 168-172. ISSN 1213-3841.

KAJANOVÁ, Alena a MUTLOVÁ, Milena. Prostituce jako profese (pohled žen pracujících v sexbyznysu). *KONTAKT*, 2012, 14(2), 171-176. ISSN 1212-4117.

KÁLOVÁ, Hana, PETR, Petr, SOUKUPOVÁ, Alexandra a VONDROUŠ, Pavel. Kvalita života u chronických onemocnění ve světle nejnovějších modelů zdraví a nemoci. *Klinická farmakologie a farmacie*, 2005, 19(3), 165-168. ISSN 1212-7973.

KASTNEROVÁ, Markéta a ŽIŽKOVÁ, Blanka. Kouření jako zdravotně sociální problém. *Prevence úrazů, otrav a násilí*, 2007, 3(2), 183-191. ISSN 1804-7858.

KAŠPAROVÁ, Irena a kol. *Dlouhodobý monitoring situace romských komunit v České republice – moravské lokality*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2008, 374 s. ISBN 978-80-87041-56-7.

KAVENSKÁ, Veronika. Smysl života v kontextu závislosti na alkoholu. *E-psychologie* [online]. Praha, 2009, 3(1) [cit. 26. 12. 2015]. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/kavenska.pdf> . ISSN 1802-8853.

KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd., Praha: Academia, 2005, 264 s. ISBN 80-200-1307-5.

KEŘKOVSKÝ, Miloslav. *Ekonomie pro strategické řízení: teorie pro praxi*. 1. vyd., Praha: C. H. Beck, 2004, 184 s. ISBN 80-7179-885-1.

KLÁNOVÁ, Kateřina. *Plísň v domě a bytě: odstraňování a prevence*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2013, 104 s. ISBN 978-80-247-4790-3.

KOLÁŘOVÁ, Marta. Na křižovatkách nerovností. Gender, třída a rasa/etnicita. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, 2008, 8(2), 1-10. ISSN 1213-0028.

KOTÝNKOVÁ, Magdalena. Rozsah a průběh sociálního vyloučení v české společnosti. In: *Sborník prací Fakulty sociálních studií brněnské univerzity*, Sociální studia 5, 2000, 93-103. ISSN 1214-813X.

KREJČÍŘOVÁ, Olga a SKOPALOVÁ, Jitka. *Deviace a sociální patologie: vybrané jevy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 66 s. ISBN 978-802441698-4.

KREJSEK, Jan, KUDLOVÁ, Manuela a KOLÁČKOVÁ, Martina. Imunitní systém a stárnutí. *Česká geriatrická revue*, 2005, 3(4), 36-42. ISSN 1214-0732.

KRIŠTOF, Roman. *Příručka pro obce – Agentura pro sociální začleňování. Bezpečnost a prevence kriminality*. 1. vyd., Praha: Úřad vlády České republiky – Odbor pro sociální začleňování, 2012. ISBN 978-80-7440-068-1.

KŘÍVOHLAVÝ, Jaro. Kvalita života. In: HNILICOVÁ, Helena ed. *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE – Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, 122 s. ISBN 80-86625-20-6.

KUBÁTOVÁ, Helena. *Sociologie životního způsobu*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2010, 272 s. ISBN 978-80-247-2456-0.

KUČERA, Zdeněk a HAVELKOVÁ, Jana. Podpora zdraví: vývoj teoretických základů. *Zdravotnictví v České republice*, 2005, 7(3), 89-91. ISSN 1213-6050.

KUTÁLKOVÁ, Petra. Obchodování s lidmi a drogy. In: PRESLOVÁ, Irena, MAXOVÁ, Veronika a kol. *Ženy a drogy*. Praha: SANANIM, 2009, 112 s. ISBN 978-80-254-5133-5.

LEWIS, Oscar. The Culture of Poverty. *Scientific American*, 1966, 215(4), 19-25. ISSN 0036-8733.

LINDNER, Tomáš a STRNAD, Michal. Světová banka a vývoj jejích strategií v boji proti chudobě. *Mezinárodní vztahy*, 2006, 41(2), 120-142. ISSN 0323-1844.

MARÁDOVÁ, Eva. *Prevence závislostí*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 28 s. ISBN 80-86991-70-9.

MAREŠ, Petr. *Faktory sociálního vyloučení*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2006. ISBN 80-87007-15-8.

MAREŠ, Petr. Chudoba, marginalizace, sociální vyloučení. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 2000, 36(3), 285-297. ISSN 0038-0288

MAREŠ, Petr. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. 1. vyd., Praha: SLON, 1994, 151 s. ISBN 80-901424-9-4.

MAREŠ, Petr a kol. *Sociální exkluze na lokální úrovni*. 1. vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i, 2008, 77 s. ISBN 978-80-7416-014-1.

MAREŠ, Jiří a MAREŠOVÁ, Jana. Paradoxy kvality života, která souvisí se zdravím (HRQL). In: ŘEHULKOVÁ, Oliva, ŘEHULKA, Evžen, BLATNÝ, Marek a MAREŠ, Jiří a kol. *Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, 2008, 153 s. ISBN 978-80.7392-073-9.

MAREŠ, Petr a SIROVÁTKA, Tomáš. Sociální vyloučení (exkluze) a sociální začleňování (inkluzie) – koncepty, diskurz, agenda. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 2008, 2(44), s. 271–294. ISSN 0038-0288.

MELKOVÁ, Gabriela. *Příručka pro obce – Agentura pro sociální začleňování. Zaměstnanost*. 1. vyd., Praha: Úřad vlády České republiky – Odbor pro sociální začleňování, 2012, 60 s. ISBN 978-80-7440-068-1.

MINISTERSTVO VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY. *Kancelář ombudsmana Ministerstva vnitra* [online]. Praha, 2016 [cit. 16. 1. 2016]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/sekce-a-kancelare-kancelar-ombudsmana-ministerstva-vnitra.aspx?q=Y2hudW09NQ%3D%3D>

MRAVČÍK, Viktor a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2010, 148 s. ISBN 978-80-7440-034-5.

NAVRÁTIL, Pavel a kol. *Romové v české společnosti*. Praha: Portál, 2003, 222 s. ISBN 80-7178-741-8.

NESTROJIL, Petr. Poranění pánve. *Sanquis*, 22/2002. 45. ISSN 1212-6535.

NEŠPOR, Karel a CSĚMY, Ladislav. Kolik je v České republice patologických hráčů?. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2005, 101(8), 433-435. ISSN 1212-0383.

NOVÁK, Karel. Chudoba – globální problém. In: VESELÝ, Marek ed. *Úvod do terénní sociální práce* [online]. Brno: DROM, 2002 [cit. 11. 12. 2015]. Dostupné z: http://aa.ecn.cz/img_upload/ac73df0652aad2b828f9cf53d867ecf4/brozura_DROM.pdf

NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka 2. díl*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2011, 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6.

NOVÝ, Ivan a SURYNEK, Alois. *Sociologie pro ekonomy a manažery*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2002, 288 s. ISBN 80-247-0384-X.

OSN. *Mezinárodní úmluva o odstranění všech forem rasové diskriminace* [online]. New York, 1965 [cit. 16. 12. 2015]. Dostupné z: www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/03/umluva-ras.diskriminace.pdf

PELCÁK, Stanislav. *Psychologie zdraví a nemoci*. [online]. 1. vyd., Univerzita Hradec Králové, 2014 [cit. 2. 3. 2016]. Dostupné z: http://inpdf.uhk.cz/wp-content/uploads/2014/03/Psychologie_zdravi_a_nemoci.pdf

PILÁT, Miroslav, ČERVINKOVÁ, Iva a SONNTAGOVÁ, Irena. Sociální politika obce. In: ČERNOHORSKÝ, Jiří ed. *Příručka pro člena zastupitelstva po volbách v roce 2010*. Praha: Svaz měst a obcí České republiky, 2010. ISBN 978-80-8660-3.

POPOV, Petr. Závislost na alkoholu. *Psychiatrie pro praxi*, 2003 (1), 4-7. ISSN 1213-0508.

PRŮCHA, Jan. *Interkulturní psychologie: sociologické zkoumání*. 1. vyd., Praha: Portál, 2004, 200 s. ISBN 80-7178-885-6.

QADEER, Mohammad. Ethnic Enclaves and Social Cohesion. *Canadian Journal of Urban Research*, 2006, 15(2), 1-17. ISSN 1188-3774.

RACKOVÁ, Sylva a JANŮ, Luboš. Antidepresiva, deprese a závislost na alkoholu. *Psychiatrie pro praxi*, 2008, 9(3), 126-129. ISSN 1213-0508.

RADOSTNÝ, Lukáš. Faktory sociálního vyloučení. In: SÝKORA, Lukáš a TEMELOVÁ, Jana. *Prevence prostorové segregace* [online]. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Ministerstvo pro místní rozvoj, 2005 [cit. 12. 8. 2015]. Dostupné z: <https://web.natur.cuni.cz/ksgrrsek/novyurrlab/user/documents/jajinek/Jana/Prevence%20prostorove%20segregace.pdf>

RAUDENSKÁ, Jaroslava, JAVŮRKOVÁ, Alena. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2001, 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.

RIEGEL, Karel. Práce a organizace. In: HOSKOVEC, Jiří, RIEGEL, Karel, RYMEŠ, Milan a ŠTIKAR, Jiří. *Psychologie ve světě práce*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2003, 461 s. ISBN 80-246-0448-5.

RŮŽIČKA, Michal. Časoprostorové a infrastrukturní aspekty procesu sociální exkluze. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 2011, 47(2), 273-295. ISSN 0038-0288.

RŮŽIČKA, Michal a TOUŠEK, Laco. Sociální exkluze: její prostorové formy a měnící se podoby. In: ŠUBRT, Jiří a kol. *Soudobá sociologie VI. Oblasti a specializace*. 1. vyd., Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 2014, 402 s. ISBN 978-80.246-2558-4.

RYCHLÍKOVÁ, Jana a ŠTERZL, Ivan. Imunisenescence – vymezení pojmu a možné souvislosti, *Alergie*, 2004, 4(1), 240-247. ISSN 1212-3536.

SANDOROVÁ, Radka, SAMKOVÁ, Jaroslava, HOLEJŠOVSKÝ, Jan a VODVÁŘKA, Stanislav. Droga jménem alkohol. *KONTAKT*, 2006, 8(2), 358-365. ISSN 1212-4117.

SCHURINGA, Leida. *Komunitní práce a inkluze Romů*. 1. vyd., Ostrava: Radovan Goj, 2007. ID: ID0004.

SIROVÁTKA, Tomáš. Exkluze Romů na trhu práce a šance na jejich inkluzi. *Sborník prací Fakulty sociálních studií brněnské univerzity*, Sociální studia 10, 2003, 11-34. ISSN 1214-813X.

SPOUSTOVÁ, Ivana. Diskriminace a rovné příležitosti žen a mužů na trhu práce. In: FIALOVÁ, Eva, HAVELKOVÁ, Barbara a SPOUSTOVÁ, Ivana. *Diskriminace a právo*. Praha: Gender Studies, o.p.s., 2007. ISBN 978-80-86520-20-9.

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. Genetika a genomika. *SZÚ* [online]. Praha, 2009 [cit. 5. 4. 2016]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/genetika>.

STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2010, 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.

SEIDL, Zdeněk a ODENBERGER, Jiří. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2004, 363 s. ISBN 80-247-0623-7.

SLEZÁKOVÁ, Zuzana. *Neurologické ošetřovatelství*. Martin: Osveta, 2006, 165 s. ISBN 80-8063-218-9.

SULS, Jerry a ROTHMAN, Alex. Evolution of the Biopsychosocial Model: Prospect and Challenges for Health Psychology. *Health Psychology*, 2004, 23(2), 119-125. ISSN 0278-6133.

SURYNEK, Alois, KOMÁRKOVÁ, Růžena a KAŠPAROVÁ, Eva. *Základy sociologického výzkumu*. 1. vyd., Praha: Management Press, 2001, 160 s. ISBN 80-7261-038-4.

ŠÝKORA, Luděk ed. *Rezidenční segregace*. 1. vyd., Praha: Univerzita Karlova v Praze, Ministerstvo pro místní rozvoj, 2010, s. 54. ISBN 978-80-86561-34-9.

ŠÝKORA, Luděk a TEMELOVÁ, Jana. Segregace: Definice, příčiny, důsledky, řešení. In: *Prevence prostorové segregace* [online]. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Ministerstvo pro místní rozvoj, 2005 [cit. 12. 8. 2015]. Dostupné z: <https://web.natur.cuni.cz/ksgrrsek/novyurrlab/user/documents/jajinek/Jana/Prevence%20prostorove%20segregace.pdf>

ŠALAMON, Pavel. *Bezpečnostní práce v lesnictví (BOZP při práci v lese a na pracovištích obdobného charakteru)*. 3. vyd., Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce, v. v. i., 2011, 16 s. ISBN 978-80-86973-72-2.

ŠECLOVÁ, Simona. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě. Průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2004, 199 s. ISBN 80-247-0592-3.

ŠERÝ, Omar. Patologické hráčství. *Psychiatrie pro praxi*, 2001 (4), 161-164. ISSN 1213-0508.

ŠIMÍKOVÁ, Ivana. Romové jako sociálně vyloučená skupina. In: NAVRÁTIL, Pavel. *Romové v české společnosti*. Praha: Portál, 2003, 222 s. ISBN 80-7178-741-8.

ŠOLCOVÁ, Iva. Zdraví z pohledu filosofie. *Československá psychologie*, 2007, 51(4), 423-431. ISSN 0009-062X.

ŠVARŤÍČEK, Roman, ŠEDOVIÁ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd., Praha: Portál, 2007, 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

ŠVEC, Jakub. *Průručka pro sociální integraci*. Praha: Úřad vlády ČR, 2009, 26 s. ISBN 978-80-7440-014-8.

TOUŠEK, Ladislav. Sociální vyloučení a prostorové segregace. *AntropoWEBZIN*, 2-3/2007, 12-27. ISSN 1801-8807.

TOUREK, Václav. Úraz při práci v lese a hodnocení rizik. *MPSV* [online]. Praha, 2009 [cit. 12. 4. 2016]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/6306>.

TRSOVIÁ, Ludmila. Kategorizace prací z hlediska zaměstnavatele je zákonem uložená povinnost. *TZB-info* [online]. 2015 [cit. 15. 3. 2016]. Dostupné z: <http://www.tzb-info.cz/bozp/12933-kategorizace-praci-z-hlediska-zamestnavatele-je-zakonom-ulozena-povinnost>

UHHEREK, Zdeněk a kol. *Průzkum potřeb v sociálně vyloučených lokalitách Královéhradeckého kraje*. Praha: Etnologický ústav AV ČR, v. v. i, 2010, 110 s. ISBN 978-80-87112-32-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd., Praha: Portál, 1999, 872 s. ISBN 80-7178-678-0.

VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, Alena a HONZÁK, Radkin. Stres, eustres a distres. *Interní medicína pro praxi*, 2008, 10 (4), 188-192. ISSN 1212-7299.

VIDOVIČOVÁ, Lucie. *Věková diskriminace – ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh* [online]. Praha: VÚPSV, 2005 [cit. 17. 12. 2015]. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_158.pdf

VÁGNEROVÁ, Irena a kol. *Psychologie práce a organizace*. Nové poznatky. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2011, 160 s. ISBN 978-80-247-3701-0.