

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství**

**Navazující magisterské studium
učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Zvyky a životní styl současných Romů

2006/2007

Bc. Barbora Dostálová

Vedoucí práce: PhDr. Marie Hlaváčová

Poděkování

Děkuji vedoucí této diplomové práce PhDr. Marii Hlaváčové za odborné rady a za vedení práce. Dále za její nadstandardně tolerantní a chápavý přístup. Děkuji Petře Bímanové a Romanu Jirešovi za to, že mi zprostředkovali setkání s Romy. Dále patří můj dík Anně Tomášové za cenné informace z praxe porodní asistentky, které mi velmi ochotně poskytla, a Evě Hilčerové, koordinátorce terénních sociálních pracovníků, která mi sdělila své zkušenosti z dlouholeté práce s Romy. Mé poděkování patří i mému příteli a rodině za podporu během studia.

Obhajoba diplomové práce dne:

Jméno oponenta:

Hodnocení:

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem při její realizaci použila pouze těch pramenů, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

Praha, 16.1. 2007

.....

Obsah:

ABSTRAKT	10
ABSTRACT	11
I. ÚVOD	12
II. TEORETICKÁ ČÁST	14
1 Pojmosloví	14
1.1 Kultura a subkultura	14
1.2 Multikulturní, transkulturní	15
1.3 Rasa a etnikum	16
1.4 Víra.....	16
1.5 Hodnoty a normy, etnocentrismus.....	17
1.6 Stereotypizace	18
1.7 Ošetrovatelský model	19
2 Modely transkulturního ošetrovatelství	20
2.1 Úvod.....	20
2.2 Model kulturních kompetencí Campinha-Bacoteové	21
2.3 Purnellův model kulturních kompetencí.....	24
2.4 Teorie kulturně různorodé a univerzální péče Madeleine Leiningerové	25
2.5 Model transkulturního ošetrovatelství Gigerové a Davidhizarové	27
2.6 Model kulturní ochrany Ramsdenové.....	30
3 Romská kultura, romství, zvyky	32
3.1 Rodina	32
3.2 Zdraví a životní styl Romů.....	38
3.3 Náboženství a víra, hodnoty Romů	41
3.4 Jazyk a komunikační styl Romů.....	43
4 Závěr	45
III. PRAKTICKÁ ČÁST	46
1 Úvod	46
2 Výzkumná metoda	47
3 Charakteristika výzkumného vzorku	48
4 Výsledky výzkumu	51
4.1 Rodina	51
4.2 Zdraví a životní styl.....	59
4.3 Náboženství a víra, hodnoty Romů	69
4.4 Jazyk a komunikační styl Romů.....	73
5 Diskuse	75
6 Závěr	79
IV. SEZNAM LITERATURY	84
V. PŘÍLOHY	87

Abstrakt

Autor: Bc. Barbora Dostálová

Instituce: Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Ústav teorie a praxe ošetrovatelství
Studničkova 5, 121 00 Praha 2

Obor: Navazující magisterské studium oboru učitelství zdravotnických předmětů pro střední školy

Název práce: Zvyky a životní styl současných Romů

Vedoucí práce: PhDr. Marie Hlaváčová

Počet stran: 114 včetně příloh

Počet příloh: 16

Rok obhajoby: 2007

Klíčová slova: kultura, transkulturní ošetrovatelství, modely ošetrovatelské péče, Romové, romské zvyky a tradice

Abstrakt: Transkulturní ošetrovatelství se v dnešní době dostává do popředí zájmu. V praxi zdravotníci stále častěji ošetrojí příslušníky jiného etnika. V těchto případech musí být často uplatňovány specifické přístupy odlišné od způsobu ošetrování člena většinové kultury. Tato práce zkoumá metodami kvalitativního výzkumu příslušníky romského etnika ve vybraných regionech České republiky. Výzkum byl zaměřen na zjištění hodnotového žebříčku Romů, životního stylu, dodržování tradic, způsobu péče o zdraví a zkušenost Romů s pobytem v nemocnici. V závěru je doporučeno, jak by se výsledky výzkumu měly odrazit v ošetrovatelské praxi.

Abstract

Author's name: Barbora Dostálová

School: Charles University, Prague
1st Faculty of Medicine
Institute of Theory and Practice of Nursing

Program: Health Care Administration

Title: Customs and life style of contemporary Roma

Consultant: PhDr. Marie Hlaváčová

Number of pages: 114 including attachments

Number of attachments: 16

Year: 2007

Keywords: culture, transcultural nursing, models of nursing, Roma, Romani customs and traditions

Abstract: Transcultural nursing is becoming a commonly used concept. More frequently than ever healthcare professionals have to provide care to members of different ethnic groups. Specific approach different from one used for members of major society is necessary. Lifestyle, folk traditions, ways of good health maintaining and experiences with hospitalization of Roma in selected parts of the Czech Republic is studied by the means of qualitative research. Possible contribution of the research for healthcare practice is discussed at the end of the work.

I. Úvod

Zdravotnické povolání patří mezi ty profese, ke kterým neodmyslitelně patří komunikace s lidmi. Zdravotníci přicházejí do kontaktu s různými klienty a potřebují znát jejich kulturní zázemí, protože v dnešní době, kdy se stále více hovoří o „praxi založené na důkazech“ (evidence based practice), není možné ošetřovat pacienty pouze na základě intuice. V západním ošetřovatelství zdomácněl pojem „transkulturní ošetřovatelství“ (transcultural health care practice), u nás se pomalu usídluje termín „multikulturní ošetřovatelství“. Teoretici transkulturního ošetřovatelství se snažili vytvořit modely tohoto ošetřovatelství. Utvořili teoretický rámec pro práci s cizinci, respektive s lidmi jiného etnika či jiného kulturního zázemí.

Tyto ošetřovatelské teorie nevznikly samoúčelně. Poskytují informace ke zlepšení péče, představují rámec, oporu pro zdravotníky, díky níž mohou pracovat samostatně a kompetentně. I v naší zemi, ve které se nesečkáváme s takovým množstvím lidí různých národností, jaké můžeme vidět například v Americe, je nutné mít povědomí alespoň o základech kulturního zázemí Romů, Asiatů, Arabů nebo obyvatel bývalého Sovětského svazu.

Téma diplomové práce zní „Zvyky a životní styl současných Romů“. Navazuji na svoji bakalářskou závěrečnou práci na téma „Jak zdravotní sestry vnímají romského pacienta“. Zaměření je odlišné. Pomocí metod kvalitativního výzkumu (hloubkový rozhovor, pozorování) jsem nyní zjišťovala, nakolik Romové v současné době dodržují své tradiční zvyky. Zaměřila jsem se obzvláště na ty zvyky, které nějakým způsobem souvisí se zdravotnickým prostředím: například na narození dítěte, smrt nebo životní styl. Dalším tématem rozhovorů byly zkušenosti Romů se zdravotnictvím, co jim v nemocnici vadí nejvíce a s čím mají největší potíže. Během realizace výzkumu jsem hovořila s romskými rodinami z Litoměřic, Lovosic a s Romy žijícími na kladenském předměstí.

Cílem práce tedy je:

- zmapovat současné zvyky Romů v některých regionech,
- zjistit, jaké tradice Romové v současné době dodržují, jakým pověrám věří,
- zjistit, jestli některé zvyky mohou ovlivňovat pobyt Roma v nemocnici,
- zjistit jejich priority.

Práce pomáhá zdravotníkům orientovat se v metodice poznání odlišných kultur a ve zvycích a životním stylu Romů. Přála bych si, aby vedla čtenáře k zamyšlení nad vlastním pohledem na tyto odlišnosti.

Text je strukturován následovně:

První, teoretická část, je rozdělena na tři oddíly. V prvních dvou se věnuji teorii multikulturního ošetřovatelství. Nejprve vysvětluji pojmy, které se v práci vyskytují, následuje popis pěti modelů multikulturního ošetřovatelství. Cílem není detailní kritický pohled na každý model, ale ukázka pěti odlišných pohledů na dané téma, a poodhalení toho, jak je toto téma v zahraničí diskutované a jak bohaté má teoretické zázemí. Třetí oddíl teoreticky rozebírá romskou kulturu a romské zvyky.

Druhá, praktická část práce, je založena na dvou metodách kvalitativního výzkumu: na pozorování a na hloubkovém rozhovoru s Romy. Zjišťovala jsem, nakolik jsou dnes Romové věrni své kultuře, zvyklostem a tradicím, o kterých se můžeme dočíst v literatuře, jaký mají životní styl, jaké zkušenosti se zdravotnictvím získali a jaký si k němu vybudovali postoj.

II. Teoretická část

1 Pojmosloví

V celé první části práce používám termíny jako jsou kultura, multikulturní, transkulturní atp. Považuji za nezbytné je alespoň krátce v následující kapitole vysvětlit.

1.1 Kultura a subkultura

Pojem *kultura* má mnoho definic. Pro širší představu uvedu některé z nich: „Kultura je celek společností přenášených zvyků, umění, přesvědčení, hodnot, životního stylu a produktů lidské činnosti vůbec. Kultura je primárně získávána v rodině.“¹ Jiná definice zní: „Kultura je historicky podmíněný souhrn hmotných a duchovních hodnot vytvořených a vytvářených lidstvem v procesu společenské a historické praxe a charakterizující historicky dosažený stupeň ve vývoji společnosti“.² Poslední, v podstatě totožná, definice kulturu vymezuje jako „souhrn duchovních i materiálních hodnot, jakož i zařízení, opatření a činností vztahujících se zejména k umění, kulturně osvětové činnosti, kulturním památkám, apod.“³

Kulturu si zpravidla neuvědomujeme, a přitom náš život silně ovlivňuje. Má také velký vliv na úroveň našeho zdraví a na vznik a vývoj nemoci. Poskytovatelé zdravotnických služeb by měli znát a respektovat kulturní rozdíly obyvatel své země. Kulturní citlivost a znalosti odlišných kultur by měly být součástí znalostní výbavy každého profesionálního zdravotníka. Tyto znalosti musí být integrovány jak do plánování léčby a ošetrovatelské péče, tak do preventivní činnosti zdravotníků.

Ke kulturnímu povědomí patří také “politicky korektní” vyjadřování. Některé výrazy mohou působit na člena odlišné kulturní či etnické skupiny ofensivně, proto staráme-li se o člena jiné kulturní skupiny, než je naše, je vhodné a je výrazem kulturní citlivosti, když tomu přizpůsobíme způsob své mluvy. Vnímání toho, co je ještě politicky korektní a co je již za hranicí, se mění. Například pojmenování “Cikán” dnes není korektní, naproti tomu slovo “Rom” je, i když někteří Romové o sobě sami hovoří jako o Cikánech.⁴

Mít kulturní povědomí znamená:

- mít znalosti o klientově kultuře, jeho zdravotních potřebách a o jeho porozumění pojmům zdraví a nemoc,

¹ Purnell, L.: Purnell Model for Cultural Competence, Journal of Multicultural Nursing and Health, http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3919/is_200507/ai_n14825638/

² Klimeš, L.: Slovník cizích slov, SPN, Praha 1993

³ Madar, Z. a kol.: Slovník českého práva, Linde, Praha

⁴ Jako odkaz č. 1

- akceptovat a respektovat jeho kulturní odlišnosti,
- nepředpokládat, že klientovy hodnoty jsou totožné s mými,
- vyvarovat se soudů typu „odlišné není dost dobré”,
- být otevřený a smířený se setkáváním s jinými kulturami,
- přizpůsobit péči odlišnostem klienta⁵.

Znalosti o odlišných kulturách jsou nutné pro jednotlivé zdravotníky, nicméně záleží i na organizaci, ve které zdravotník působí. Pro organizaci, která má ve své filosofii a misi zahrnuto vnímání a respektování odlišností, která organizuje pro své zaměstnance pravidelné vzdělávací akce, zajišťuje překladatelské a duchovní služby atp., užíváme termín *kulturně kompetentní organizace*.⁶

K cizím kulturám můžeme přistupovat relativisticky nebo etnocentricky. *Kulturní relativismus* vnímá každou kulturu jako unikátní fenomén, *etnocentrismus* poměruje jiné kultury podle svých etnických hodnot a idejí.⁷

V každé kultuře nalézáme *subkulturu*, skupinu, která je nějakým způsobem odlišná od dominantní kultury. Může se lišit jazykem, socioekonomickým statutem, vzděláním, regionem atd. Pojem subkultura zatím nemá přesnou definici. Stručně snad lze říci, že subkultura je skupina, která je součástí širší kultury, ale má své odlišné normy, hodnoty a životní styl.⁸ Je to kultura dílčí skupiny, která se od převládající (většinové, „oficiální“) kultury více či méně odlišuje. Od dominantní kultury však není zcela izolovaná. Právě pojem subkultura používáme při zkoumání určitých sociálních a etnických vrstev nebo například při zkoumání životního stylu skupin mládeže.⁹

1.2 Multikulturní, transkulturní

Termíny jsou v české literatuře považovány v podstatě za synonyma, mezi jejich významy jsou však rozdíly. Pojem *multikulturalismus* se začal používat v 60. letech 20. století během silných migrantských vln. Multikulturalismus podporuje zachování odlišností různých etnik a uchování jejich kulturní identity. V dnešních podmínkách globalizace a časté mobility lidí je zřejmé, že tento koncept uchování odlišností nefunguje. Dokonce se v 80. letech dospělo k názoru, že naopak prohlubuje izolaci cizinců, a od těchto let začal vznikat koncept

⁵ Purnell, L.: Purnell Model for Cultural Competence, Journal of Multicultural Nursing and Health, http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3919/is_200507/ai_n14825638/

⁶ Chen, A.: Culturally competent organisations, <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=9.1.htm&module=provider&language=English>

⁷ Ivanová, K., Špirudová, L., Kutnohorská, J.: Multikulturní ošetrovatelství I, Grada Publishing, Praha 2005, str. 27

⁸ Jako odkaz č. 5

⁹ Jandourek, J.: Úvod do sociologie, Portál, Praha 2003, str. 180

transkulturalismu. Pro něj je charakteristické, že do centra zájmu staví komunikaci mezi majoritní a menšinovou kulturou a oboustrannou interakci (schéma viz příloha č. 1).¹⁰

Pojem multikulturalismus je v naší zemi v souvislosti s Romy a s „romskou otázkou“ často používán. Obecně je cílem multikulturních snah rozvíjet (romskou) kulturu.¹¹ V této práci budeme ale v souvislosti s ošetrovatelskými modely používat termín *transkulturalismus*, nebude-li pojem *multikulturní* použit přímo autorem modelu.

1.3 Rasa a etnikum

Pojem *rasa* se v některých zemích stal velmi kontroverzním a nepoužívaným, přesto ho zde budeme definovat. Rasa zahrnuje fyzické charakteristiky, které jsou shodné pro určitou skupinu lidí. Jedná se například o barvu kůže, krevní skupinu, barvu očí, vlasů. Rozdíly mezi rasami jsou zřejmé i z hlediska zdraví a nemoci, dědičných a genetických nemocí. Lidé ze stejné rasové skupiny mohou, ale nemusí sdílet stejnou kulturu.¹² I když to vypadá jednoduše, není vždy snadné jednotlivé rasy odlišit. „Dnes badatelé rozlišují tři až třicet základních ras, přičemž vazba mezi fyzickými znaky a psychickými vlastnostmi je značně zastřena kulturními vlivy. Snad pro nejasnost pojmu *rasa* se dnes stále více používá pojem *etnikum*.“¹³

Etnikum je skupina jedinců, kteří se od jiných skupin liší svojí etnicitou, tedy souhrnem faktorů kulturních, rasových, teritoriálních a jazykových, dále pak svou historií, sebepojetím a vědomím společného původu. Jako etnickými odlišnými jsou také okolím vnímání. Důležitá není ani tak odlišnost fyzických znaků, ale spíše odlišnost hodnot, norem, chování a jazyka.¹⁴ Etnikum tedy znamená kulturně definovanou a diferencovanou skupinu lidí. Ve stejném významu se používá termín *etnická skupina*.¹⁵ Členem etnické skupiny se člověk obvykle stane narozením a s ostatními členy jej váže pocit sounáležitosti.

1.4 Víra

Pro efektivní práci s pacientem je nezbytné respektovat jeho víru, přesvědčení. *Víra* je něco, co je individuem či skupinou bráno jako pravda. Běžně se v různých kulturách setkáváme s názorem, že zdraví, dobré či špatné, je v rukou Boha. Víra nemusí být podložena

¹⁰ Ivanová, K., Špirudová, L., Kutnohorská, J.: Multikulturní ošetrovatelství I, Grada Publishing, Praha 2005, str. 15-16

¹¹ Jakoubek, M.: Romové – Konec (ne)jednoho mýtu, BMSS-Start, Praha 2004

¹² Purnell, L.: Purnell Model for Cultural Competence, Journal of Multicultural Nursing and Health, http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3919/is_200507/ai_n14825638/

¹³ Jandourek, J.: Úvod do sociologie, Portál, Praha 2003, str. 100

¹⁴ Jako odkaz č. 12, str. 100

¹⁵ Jako odkaz č. 9

důkazy, je zkratka brána jako pravda a musí být do péče o pacienta (do jeho individuálního plánu) zahrnuta bez ohledu na to, jaké víry je zdravotník.¹⁶

Nemocný člověk může během nemoci přesunout potřebu víry před potřeby biologické. Zdravotníci často nemají potřebné vzdělání k tomu, aby se dostatečně věnovali spirituálním potřebám nemocných, tím méně spirituálním potřebám nemocných jiného etnika. Dnes je ve většině nemocnic umožněn kontakt pacienta s duchovním a tyto potřeby nemocných bývají uspokojovány jím.

1.5 Hodnoty a normy, etnocentrismus

Hodnoty jsou názory na to, jaké jednání je správné. *Norma* je požadavek týkající se nějakého chování. Nemusí být stanovena výslovně.

Mezi nejdůležitější kulturní hodnoty, mezi kterými lidé různých kultur balancují a odlišně je vnímají, bývají například zahrnovány:

- individualismus-kolektivismus,
- společnost hierarchizovaná-egalitářská,
- upřednostňování mladých-starých lidí,
- kooperace-soutěžení,
- tradice-změna,
- formálnost-neformálnost.¹⁷


Čím více má člověk hodnoty zvnitřněny, tím větší má tendence k etnocentrismu. *Etnocentrismus* je tendence lidí domnívat se, že jejich způsob myšlení a jednání a jejich přesvědčení je jediná správná cesta. Etnocentrismus může představovat hlavní bariéru zdravotníků v provádění transkulturní ošetrovatelské péče. Pokud se nám to, co se markantně odlišuje od našeho přesvědčení, zdá divné, bizarní, nepokrokové, a proto špatné, znamená to, že uvažujeme etnocentricky. Etnocentrické tendence se projevují v chování a v komunikaci lidí. Následující tabulka ukazuje intenzitu etnocentrismu ve vztahu ke komunikační vzdálenosti a kvalitě i kvantitě komunikace.

¹⁶ Purnell, L.: Purnell Model for Cultural Competence, Journal of Multicultural Nursing and Health , http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3919/is_200507/ai_n14825638/

¹⁷ Jako odkaz č. 15

Tabulka č. 1

Intenzita etnocentrismu

Stupeň etnocentrismu	Komunikační vzdálenost	Komunikace
<p>NÍZKÝ</p>  <p>VYSOKÝ</p>	rovnost	Jedná s druhými jako se sobě rovnými. Odlišnosti považuje za rovnocenné svým vlastním hodnotám
	citlivost	Má zájem na snižování odstupů mezi sebou a druhými
	lhostejnost	Postrádá zájem o druhé. Dává přednost komunikaci ve světě sobě podobných.
	vyhýbání	Vyhýbá se a omezuje komunikaci (zejména intimní) s kulturně odlišnými lidmi.
	znevažování	Chová se nepřátelsky, podceňuje druhé, znevažuje, devalvuje... Odlišné kultury a způsoby chování považuje za podřadnější než vlastní.

Dle této tabulky se každý člověk nachází na určitém stupni etnocentrismu.¹⁸ Pojem etnocentrismus je většinou zmiňován s negativními konotacemi. Pozitivní stránkou tohoto jevu je skutečnost, že díky němu přežily různé zvyky odlišných kultur.¹⁹

1.6 Stereotypizace

Stereotypizace je zjednodušující představa, názor nebo přesvědčení, že určitý projev jedince či skupiny lidí je běžný u všech lidí. Stereotypizace je normální a nemusí mít nutně rasistický podtext. Lidé mají tendenci rozdíly mezi skupinami zveličovat a rozdíly uvnitř skupiny minimalizovat. Stereotyp může být pozitivní i negativní (např. pozitivním stereotypem je výrok, že Romové nedávají staré lidi do domova důchodců, negativním stereotypem pak je tvrzení, že žádní Romové nechtějí pracovat).

Ačkoli lidé běžně stereotypně uvažují, zdravotníci by měli své stereotypní myšlení korigovat. Někdy je možné brát generalizace jako počáteční bod a poté je na zdravotníkovi, aby se rozhodl, nakolik pacient či rodina odpovídá kulturní charakteristice.²⁰

¹⁸ Bursová, J., Průchová, E., Špirudová L., Tomanová, D.: Multikulturní ošetrovatelství ve vzdělávání sester na středních a vyšších zdravotnických školách, Olomouc, 2002, http://www.cizinci.cz/files/clanky/115/osetrovatelstvi_vzdelavani.pdf

¹⁹ Purnell, L.: Purnell Model for Cultural Competence, Journal of Multicultural Nursing and Health, http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3919/is_200507/ai_n14825638/

²⁰ Jako odkaz č. 18

1.7 Ošetřovatelský model

Ošetřovatelský model je modelem pojmovým. Pomáhá sestřám sbírat informace o pacientech a plánovat péči tím, že poskytuje rámec jejich práci. Všechny ošetřovatelské modely zahrnují metody ke sběru informací o pacientových potřebách a k provádění péče. Nezbytnou součástí každého modelu jsou měřitelné cíle. Téměř všechny modely jsou používány k tomu, aby podpořily vznik ošetřovatelského plánu. Model je abstraktním vyjádřením reality. Ověřuje určitou teorii.²¹

²¹ Archalousová, A.: Přehled vybraných ošetřovatelských modelů, Nucleus HK, Hradec Králové 2003, str. 9

2 Modely transkulturního ošetrovatelství

2.1 Úvod

Ošetrovatelství je vědním oborem a jako takový má svoji teorii. Během rozvoje oboru vzniklo mnoho ošetrovatelských teorií a koncepcí. S nárůstem poznatků z lékařské i ošetrovatelské péče se zvyšoval i nárok na jejich kvalitu. Sestry hledaly co nejlepší a nejvíce vyhovující modely ošetrovatelské péče. Modely se snaží odrážet podstatu ošetrovatelství.²² V 50. letech 20. století se začaly vyvíjet modely péče, které se zabývají problematikou přístupu zdravotníků ke klientům jiného etnika. Myšlenkou kulturně uzpůsobené péče se začala jako první na světě zabývat Madeleine Leiningerová. Hlavním zaměřením *multikulturních* teorií je studium kulturních hodnot, přesvědčení, počínání, a jejich promítání do oblasti zdraví, nemoci a péče. Cílem multikulturní péče je poskytovat péči, která respektuje kulturní zázemí, ze kterého pacient pochází.²³

Obor *transkulturního* ošetrovatelství se začal v západních zemích formovat v 80. letech 20. století. Sestry zjistily, že je důležité mít vytvořené různé varianty ošetrovatelské péče v závislosti na kulturním zázemí klienta. Cílem transkulturního ošetrovatelství je „poskytnout kulturně specifickou a univerzální praktickou péči pro podporu zdraví a k prospěchu lidí, případně pomáhat čelit svízelným situacím, onemocněním nebo smrti smysluplnými kulturně podmíněnými postupy.“²⁴

Pokud se budeme krátce věnovat kritice modelů transkulturního ošetrovatelství, najdeme tyto výhrady:

„Transkulturní teorie byly kritizovány za to, že se zabývají společenskými a politickými nerovnostmi, kterým menšiny čelí, ale že neberou v potaz skutečné rozložení sil ve společnosti. Hlavními limity modelů transkulturního ošetrovatelství je nedostatečná představa o tom, jak model uvést do praxe, a nedostatečná analýza předsudků a diskriminace ve společnosti.“²⁵ Dalším předmětem kritiky je to, že společnost není vnímána jako společnost složená z různých rovnocenných etnik, ale jedno etnikum je porovnáváno k jinému (které je považováno za majoritní, „hlavní“ nebo „normální“).

V této práci se budeme zabývat následujícími modely multikulturního ošetrovatelství:

1. Model kulturních kompetencí Campinhy-Bacoteové (Campinha-Bacote's Model of Cultural Competence),

²² Archalousová, A.: Přehled vybraných ošetrovatelských modelů, Nucleus HK, Hradec Králové 2003, str. 7

²³ Anionwu, E., Sookhoo, D., Adams, J.: Models of Transcultural Care, RCN online public area, <http://www.rcn.org.uk/resources/transcultural/foundation/sectionthree.php>

²⁴ Ivanová, K., Špirudová, L., Kutnohorská, J.: Multikulturní ošetrovatelství I, Grada Publishing, Praha 2005, str. 17

²⁵ Jako odkaz č. 22

2. Purnellův model kulturních kompetencí (Purnell's Model for Cultural Competence),
3. Teorie kulturně odlišné a univerzální péče Madeleine Leiningerové (Madeleine Leininger's Cultural Care Diversity and Universality Theory),
4. Model transkulturního ošetřovatelství Gigerové a Davidhizarové (Giger and Davidhizar's Model of Transcultural Nursing),
5. Model kulturní ochrany Ramsdenové (Ramsden's Cultural Safety model).

Záměrně jsem vybrala výše jmenované modely, protože každý z nich představuje poněkud odlišný a osobitý pohled na problematiku transkulturní péče. Všechny lze dobře aplikovat na romskou kulturu. Model Campinhy-Bacoteové je zařazen z toho důvodu, že dobře popisuje kroky, jakými si zdravotníci zvyšují své kulturní kompetence. Purnellův model zajímavě a velmi detailně rozpracovává atributy kultury, které mohou být vodítkem k provedení ošetřovatelské anamnézy. Teorie Madeleine Leiningerové je holistická, hledá shodné a odlišné znaky různých kultur. Je nejznámější a nejpoužívanější teorií. Podobně rozpracovanou teorii najdeme u modelu Gigerové a Davidhizarové, který také poskytuje dobrý rámec k hodnocení pacienta. Odlišný pohled poskytuje teorie Ramsdenové, která se zabývá širším politickým a společenským kontextem života minority.

Všechny výše uvedené modely budou krátce představeny, popíšeme jejich pozitiva i limity.

2.2 Model kulturních kompetencí Campinha-Bacoteové

Koncept kulturních kompetencí Josephy Campinha-Bacoteové (schéma modelu viz příloha č. 2, fotografie Campinhy-Bacoteové viz příloha č. 3) je klíčovým modelem vzhledem ke zlepšování kulturních kompetencí zdravotníků. Model se zaměřuje na popsání kulturní způsobilosti zdravotníků.

Aby mohli zdravotníci (stejně jako zdravotnické instituce) projevit své kulturní kompetence, musí nejprve ukázat vnitřní motivaci (přání poznat odlišnou kulturu), aby se vůbec mohli procesem kulturních kompetencí zabývat.

Model rozlišuje pět fází:

Kulturní povědomí

Sestra se stává citlivou k hodnotám, víře, životnímu stylu a chování pacienta. Dokáže vysvětlit své vlastní hodnoty a předsudky. Dokud sestra vědomě neprojde touto fází, hrozí u ní, že bude klientovi během interakce vnucovat svůj vlastní pohled. *Vnucování* své kultury

ostatním je tendence předkládat svému okolí své vlastní hodnoty, přesvědčení a vzorce chování.

Během této první fáze, fáze kulturního povědomí, si zdravotník uvědomí vlastní tendence k etnocentrismu a stereotypnímu chování. Nakonec se stane citlivějším ke kulturním odlišnostem a změní své postoje.²⁶

Na základě hodnocení úrovně dosaženého kulturního uvědomění můžeme zařadit zdravotníka do jednoho z pěti typů kulturního uvědomění:

- naivní typ: není si vědom předsudků a jejich dopadů,
- zaběhnutý pracovník: uvědomuje si předsudky, ale pokračuje ve svém chování beze změn,
- únikář: uvědomuje si předsudky, ale vědomě se rozhoduje jednat tak, že ignoruje vhodné chování,
- stavitel mostů: je vzorem pro ostatní, jedná vhodně a přiměřeně,
- bojovník: konfrontuje veškeré dění úhlem pohledu bezpráví a nespravedlnosti, napadá všechny činy.²⁷

Znalosti o kultuře

Tato fáze představuje proces, kdy sestra nachází více informací o jiných kulturách a odlišných světonázorech. Znalosti hodnot, přesvědčení a jednání lidí s jiným kulturním zázemím umožní sestře získat pro setkání s nimi potřebnou sebedůvěru.

Znalosti o kultuře obsahují informace o demografii, epidemiologii, socio-ekonomické a politické situaci, stravovacích návycích a ostatní informace, které jsou k porozumění rozdílům napříč kulturami nezbytné.²⁸ Zdravotníky zajímají především tyto tři oblasti: zdravý životní styl a kulturní hodnoty, incidence a prevalence chorob, účinnost léčby.²⁹

Kulturní dovednosti

Kulturní dovednosti představují schopnost systematicky sbírat takové informace o klientovi, které jsou nezbytné pro poskytnutí kulturně citlivých intervencí. Tato fáze se týká provedení kulturní analýzy. Sestra využívá k analýze znalostí, které získala během fáze b), a je nyní k pacientovi schopna přistupovat partnersky. Dovednosti v mezilidských vztazích,

²⁶ Anionwu, E., Sookhoo, D., Adams, J.: Models of Transcultural Care, RCN online public area, <http://www.rcn.org.uk/resources/transcultural/foundation/sectionthree.php>

²⁷ Špirudová, L., Tomanová, D., Kudlová, P., Halmo, R.: Multikulturní ošetřovatelství II, Grada Publishing, Praha 2006, str. 18

²⁸ Jako odkaz č. 25

²⁹ Jako odkaz č. 26, str. 19

akceptace, důvěra, respekt, empatie a informace o odlišné kultuře se kladně projeví v praxi („*reflective practice*“).³⁰

K tomu, aby zdravotník lépe pochopil svého pacienta, mají pomoci následující otázky, které jsou pokládány pacientovi samotnému či jeho rodině:

- Co považujete za váš zdravotní problém?
- Kde je podle vás jeho příčina?
- Proč k tomu podle vás došlo?
- O jakou nemoc myslíte, že se jedná?
- Jak moc je to bolestivé? Jak se to dá řešit?
- Jaký druh léčby byste měl dostat? Co dobrého vám tato léčba přinese?
- Co vám nemoc způsobuje?
- Čeho se v souvislosti s nemocí nejvíc obáváte?³¹

Setkání s kulturou

Kulturní setkávání je běžnou realitou zdravotnické praxe a je potřeba připravit se na kulturně sporné oblasti (na specifické potřeby a požadavky klientů).

Přání poznat odlišnou kulturu

Přání poznat odlišnou kulturu je jakousi přídatnou komponentou modelu. Představuje vlastní motivaci jedince a organizace chtít se zapojit do procesu kulturních kompetencí. Jedná se o otevřenost k druhým, akceptování rozdílů, stavění na podobnosti, ochotu učit se, odvahu odhalovat nepříjemná témata. Vnitřní motivace k poznávání cizí kultury je považována za esenciální.³² Podle výzkumu, který jsem prováděla za účelem vypracování své bakalářské práce, mají české sestry nedostatek informací o zvycích a kultuře lidí jiných etnických skupin. Vzdělat se v této oblasti se však nechtějí.³³

Zhodnocení kultury je potřebné vždy a u každého pacienta. Každý pacient má své vlastní hodnoty, víru a jednání, které musíme zvažovat při plánování ošetrovatelské péče. Proto zhodnocení kultury nemusí být prováděno pouze u klientů odlišné etnické skupiny, ale může být vedeno u každého klienta.³⁴

³⁰ Jako odkaz č. 25

³¹ Špirudová, L., Tomanová, D., Kudlová, P., Halmó, R.: Multikulturní ošetrovatelství II, Grada Publishing, Praha 2006, str. 20-21

³² Jako odkaz č. 30, str. 22

³³ Dostálová, B.: Jak zdravotní sestry vnímají romského pacienta, Bakalářská práce, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, Praha 2004

³⁴ Anionwu, E., Sookhoo, D., Adams, J.: Models of Transcultural Care, RCN online public area, <http://www.rcn.org.uk/resources/transcultural/foundation/sectionthree.php>

Stojí za povšimnutí, že kulturní analýza Campinha-Bacoteové může být použita jako rámec k ostatním modelům multikulturní péče popsanych níže.

2.3 Purnellův model kulturních kompetencí

Purnellův model (schéma modelu viz příloha č. 4, fotografie Larryho Purnella viz příloha č. 5) začal vznikat v roce 1991. Model měl být pomocným rámcem pro studenty (ale nejen pro ně), kteří se učili o své kultuře a o kultuře svých pacientů a jejich rodin. Purnellův model je holistický se specifickými otázkami a strukturou pro definování odlišností jednotlivých kultur. Model je vymyšlen tak, aby byl použitelný v různých teoretických oborech i v praxi.

Účelem vzniku modelu je:

- poskytnout rámec pro zdravotnické pracovníky, kteří se učí charakteristiky jednotlivých kultur (viz příloha č. 4 – překlad atributů kultury),
- definovat okolnosti, které pomáhají utvářet kulturní rozhled v historickém kontextu,
- poukázat na vztahy různých aspektů kultury ,
- dát kulturní charakteristiky do souvislostí,
- poskytnout pohled na jedince, rodinu nebo skupinu v jejím jedinečném etnokulturním prostředí.

Purnellův model je postaven na přesvědčení, že:

- všichni zdravotníci potřebují informace o kulturních odlišnostech,
- jedna kultura není lepší než druhá, pouze jsou odlišné,
- existují shodné oblasti ve všech kulturách,
- jsou rozdíly mezi jednotlivými kulturami i uvnitř jedné kultury,
- kultura se neustále pomalu mění,
- mají-li pacienti možnost spolupodílet se na plánování léčby, jejich ochota spolupracovat vzrůstá,
- každý má právo na to, aby byla respektována kultura, ze které vyšel,
- pracovníci pomáhajících profesí potřebují znát informace o kulturním pozadí svých klientů proto, aby mohli poskytovat kvalitní služby.

Zdravotník se během svého vzdělávání v odlišných kulturách a během střetávání se s nimi pohybuje z fáze *nevědomé nezpůsobilosti* přes *vědomou nezpůsobilost* a *vědomou způsobilost* k *neuvědomované způsobilosti*.

Zdraví je vnímáno jako něco, co je kulturou neustále ovlivňováno.³⁵

³⁵ Purnell, L.: Purnell Model for Cultural Competence, Journal of Multicultural Nursing and Health, http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3919/is_200507/ai_n14825638/pg_2.

Kritický pohled

Pokud se model použije s jiným teoretickým rámcem pro stanovení ošetřovatelské anamnézy, plánování péče a její hodnocení, je cenným nahlédnutím na všechny části kulturních potřeb jedince. Dále poskytuje vysvětlující vzor pro pochopení zdraví a nemoci napříč kulturami.

V modelu se mohou jednotlivé součásti kultury překrývat. Model se snaží být všezahrnující a rizikem je, že nebude vhodný pro zdravotníky – praktiky, pokud nebudou mít navíc hlubší znalosti, které pro poskytování kvalitní péče potřebují.³⁶

2.4 Teorie kulturně různorodé a univerzální péče Madeleine Leiningerové

Teorie Madeleine Leiningerové a její Model vycházejícího slunce je pravděpodobně nejvíce citovanou teorií transkulturního ošetřovatelství. (Schéma modelu viz příloha č. 6, fotografie Madeleine Leiningerové viz příloha č. 7.) Teorie čerpá z antropologického pozorování a ze studií kultury, kulturních hodnot, přesvědčení a jednání (viz příloha č. 8). Je odvozena od ošetřovatelských a antropologických konceptů a metod zkoumání.³⁷

Název teorie napovídá, že Madeleine Leiningerové šlo o to najít společné a shodné znaky kultur pro poskytování ošetřovatelské péče.

Model vycházejícího slunce zobrazuje světonázorové a sociální faktory, které mohou ovlivňovat ošetřovatelskou péči. Jedná se o následující složky:

1. Rozměr kulturní a sociální struktury: jedná se o faktory technologické, náboženské, filosofické, politické, právní, ekonomické, vzdělávací a rodinné, a dále o kulturní hodnoty a životní styl. Ovlivňují vnímání zdraví a nemoci a způsob péče. Jsou propojeny a nelze je vnímat odděleně.
2. Systémy péče: péče tradiční (lidová, laická) a profesionální.
3. Typy péče:
 - a) Kulturní péče pomáhající uchovat nebo získat zdraví: je zaměřená na zdravého i nemocného člověka, aktivity sestry jsou podporující.
 - b) Péče umožňující adaptaci: intervence sestry pomáhající klientovi adaptovat se na nové kulturní způsoby péče, na novou životní situaci (chronickou nemoc, mateřství).

³⁶ Anionwu, E., Sookhoo, D., Adams, J.: Models of Transcultural Care, RCN online public area, <http://www.rcn.org.uk/resources/transcultural/foundation/sectionthree.php>

³⁷ Jako odkaz č. 35

- c) Péče pomáhající uskutečnit změnu: je-li potřeba podpořit člověka ve změně životního stylu.³⁸

Leiningerová popisuje pojmy jako kulturní slepota, kulturní šok, kulturní vnucování, etnocentrismus a kulturní relativismus a kulturní bolest jako bariéry rozvoje znalostí o jiné kultuře.

Pojem *kulturní slepota* se dostal do povědomí v 50. letech minulého století. Označujeme jím stav, kdy člověk nevnímá, že jeho konání je kulturně předpojaté. Termín *kulturní šok* byl do ošetrovatelství přejat z antropologie. Hovoříme o něm tehdy, ocitne-li se člověk mimo své kulturní prostředí a není schopen na něj adekvátně reagovat, je dezorientován. *Kulturní vnucování* označuje tendence člověka vnucovat jednotlivci či skupině víru a hodnoty jiné kultury. Je výsledkem ignorace jiných kultur, profesní slepoty, etnocentrických tendencí, předsudků a rasismu. *Kulturní relativismus* je předpoklad, že jednotlivé kultury jsou jedinečnými a neopakovatelnými entitami. Z tohoto důvodu je nutné posuzovat každou kulturu pouze v jejím vlastním kontextu, v souvislostech jejích vlastních hodnot, idejí, norem a tradic. V krajním případě se jedná až o popření společných rysů kultur a společných hodnot. *Kulturní bolest* je novým pojmem, který Leiningerová rozpracovala. Pojem vznikl na základě stížností pacientů na bolest, způsobenou z toho důvodu, že lékaři a sestry nedokázali rozpoznat jejich kulturní diskomfort. Dochází k ní, pokud si zdravotníci neuvědomují, že některé jejich výroky (týkající se například barvy pleti) mohou u pacientů vyvolat pocity ponížení. Další rovinou kulturní bolesti je specifické reagování na fyzickou a emocionální bolest. Důležitým bodem je otázka, jak kultura ovlivňuje reakce lidí na nepříjemné pocity, tělesné postižení atd.³⁹

Kritický pohled

Model je komplexní, holistický. Spojuje klasické, univerzální prvky ošetrovatelství s unikátními. Leiningerová totiž rozpoznává shodné ošetrovatelské prvky pro všechny lidi bez ohledu na kulturní příslušnost, ale vidí i odlišnosti v péči. Teorie ovlivňuje náš přístup ke sběru dat, plánování péče, realizaci péče a k jejímu hodnocení.

Model se svým důrazem na kulturní citlivost a kulturní shodu (kongruenci) byl kritizován za předpoklad, že znalosti o rozdílných kulturách budou zlepšovat ošetrovatelskou péči a služby. Kulturní přístup selhává, snaží-li se vysvětlovat strukturální a politické aspekty nerovnosti etnických menšin. Zacílením na kulturní odlišnosti a nedostatky dělá z kultury

³⁸ Archalousová, A.: Přehled vybraných ošetrovatelských modelů, Nucleus HK, Hradec Králové 2003, str. 34-35

³⁹ Špirudová, L., Tomanová, D., Kudlová, P., Halmó, R.: Multikulturní ošetrovatelství II, Grada Publishing, Praha 2006, str. 32-34

problém a dává vzniknout postoji „victim blaming“ (obviňování oběti). Kulturní analýza je založena na postoji „kulturní odlišnost je nedostatek kultury“. Tím může posílit stereotypy a podpořit odstup mezi ošetřovatelem a ošetřovaným. Dále bylo diskutováno, že nebrat na zřetel strukturální a politicky sporné otázky, které ovlivňují lidi z menšinové etnické skupiny, je ponižující a oslabující, a dělá péči méně než kulturně bezpečnou.⁴⁰

2.5 Model transkulturního ošetřovatelství Gigerové a Davidhizarové

Model navazuje na práci Leiningerové, navíc rozpracovává hodnocení stavu potřeb klienta a ošetřovatelské intervence. Základním předpokladem modelu (schéma viz příloha č. 9) je, že každý jedinec je kulturně unikátní bytostí. Tuto jedinečnost podpírají tři pilíře: kultura, etnicita a náboženství.⁴¹

Z literatury o kulturních hodnotách, přesvědčení a jednání převzaly a vysvětlily Joyce Newman Gigerová (fotografie viz příloha č. 10) a Ruth Elaine Davidhizarová ve svém modelu 6 oblastí, které dělají z lidí odlišné individuality. Patří sem komunikace, prostor, čas, kontrola prostředí, biologické variace a organizace společnosti.

Komunikace

Komunikace je jev, který prostupuje celým světem lidské interakce. Je základem bytí, a proto je důležitou součástí našich profesionálních dovedností. Abychom mohli k člověku přistupovat jako k unikátní kulturní bytosti, musíme provést detailní analýzu a plán péče.⁴² Faktory, které komunikaci provázejí, se mohou zdát jako univerzální pro každého. Kulturně specifické rozdíly však existují. Jsou vázány na neverbální i verbální komunikaci stejně jako na osobní rozdíly mezi lidmi.

Hovoříme-li o komunikaci, bereme v potaz také sociokulturní a osobní aspekty komunikace (hlas, rytmus a rychlost řeči, výslovnost, význam ticha, význam doteků během komunikace), nikoli pouze znalost cizího jazyka.

Pacient, který hovoří cizím jazykem nebo nechce mluvit o tématech, která jsou pro něj citlivá, potřebuje přístup, který se setkává s jeho kulturními očekáváními.⁴³

⁴⁰ Anionwu, E., Sookhoo, D., Adams, J.: Models of Transcultural Care, RCN online public area, <http://www.rcn.org.uk/resources/transcultural/foundation/sectionthree.php>

⁴¹ Špirudová, L., Tomanová, D., Kudlová, P., Halmo, R.: Multikulturní ošetřovatelství II, Grada Publishing, Praha 2006, str. 51

⁴² Jako odkaz č. 40, str. 52

⁴³ Jako odkaz č. 39

Prostor

To, co vidíme, slyšíme, cítíme, ochutnáváme a pociťujeme, interpretujeme podle toho, jak jsme se to naučili v průběhu socializace. To, jaký význam svému vnímání dáváme, je důležitý faktor v předurčení našich odpovědí na podněty okolí.

Pravidla osobní distance jsou v jednotlivých kulturách odlišná. Nerespektování soukromého prostoru či vstupování do intimní zóny mohou být příčinou diskomfortu a vést k odmítnutí léčby nebo péče.⁴⁴

Když získáváme o pacientovi informace, pozorujeme jeho reakce na kontakt, jeho způsob chování na oddělení a v nemocnici nebo během vyšetření, jeho vnímání přítomnosti spolupacientů, blízkost členů rodiny.

Organizace společnosti

To, jak je společnost zorganizována, ovlivňuje kulturu i jednání jedince. Do této kategorie zahrnujeme mnoho komponent. Patří sem v první řadě rodina a její uspořádání, náboženství, zaměstnání a trávení volného času. Vše je dále ovlivňována politickou situací a ekonomickou situací. Tyto jednotlivé separované části dohromady tvoří jeden fungující celek.

Vliv organizace společnosti na jednotlivce a skupinu nemůže být podceňován. Co se týká životních možností, systém organizace společnosti může diskriminovat skupiny lidí na základě etnicity, náboženství nebo politického a sociokulturního statutu.

Porozumění tomu, jak je společnost organizována a jaký má dopad na životy lidí, nám může umožnit poskytovat péči, která je posilující a citlivá k potřebám jedince.

Čas

Čas je vnímán a měřen v různých kulturách různě. Odlišně je vnímána i jeho hodnota. Model Gigerové a Davidhizarové na čas pohlíží z hlediska délky životních cyklů (délka období dětství, dospívání atd.) Čas je entitou, kterou člověk nemá pod kontrolou.⁴⁵

Kultury se různí také ve svém vztahu k minulosti, přítomnosti a budoucnosti.

Kontrola prostředí

Prostředí je podle autorem modelu více než jen místo, které jedinec obývá. Zahrnuje systémy a procesy, které ovlivňují jedince a skupiny, a jsou jimi na druhou stranu samy ovlivňovány. Kontrola prostředí (environmental control) podle teoretiček znamená schopnost člověka nebo lidí plánovat činnosti, které ho ovládají. Společnost a procesy ve společnosti

⁴⁴ Špirudová, L., Tomanová, D., Kudlová, P., Halmó, R.: Multikulturní ošetřovatelství II, Grada Publishing, Praha 2006, str. 52

⁴⁵ Anionwu, E., Sookhoo, D., Adams, J.: Models of Transcultural Care, RCN online public area, <http://www.rcn.org.uk/resources/transcultural/foundation/sectionthree.php>

vzájemně reagují s okolím. Prostředí, ve kterém určitá kultura žije, ovlivňuje i její vnímání zdraví a nemoci.⁴⁶

Lidové léčitelství a způsoby zdravotní péče, které jsou důležité pro určité kulturní skupiny, se rodily po generace, a jsou součástí prostředků uplatňovaných při ovládnání prostředí během nemoci.

Náboženství a spiritualita ovlivňují víru v uzdravení a v moc uzdravení. Náboženství ovlivňuje každodenní život lidí. V náboženských skupinách můžeme vyzorovat široké spektrum rituálů a tabu. Náboženství má vliv na to, jak lidé vnímají člověka a přírodu, jaký mají postoj k lékařským zákrokům (např. k transfuzi krve) i jejich způsob oblékání a stravování.⁴⁷

Biologické variace

Gigerová a Davidhizarová načrtávají biologické variace jednotlivých etnických skupin. Potřeba porozumět biologickým variacím je nezbytná k tomu, abychom se vyhnuli generalizacím a stereotypnímu uvažování. Autorky se domnívají, že znalosti o rozdílech mohou umožnit sestře provádět péči, která je kulturně kompetentní a nezraňuje. Popisují například tyto biologické rozdíly: tělesná stavba, hmotnost, barva kůže, genetické a enzymatické predispozice k nemocem, lékové interakce nebo metabolismus.⁴⁸

Kritický pohled

Model představuje ucelenou strukturu šesti oblastí, ve kterých můžeme spatřit kulturní rozdíly i shody. Tyto oblasti umožňují porozumět individuálním i skupinovým charakteristikám, a vysvětlují je bez ztráty pohledu na různost a univerzalitu, která existuje jak uvnitř, tak napříč určitými etnickými/kulturními skupinami.

Model navrhuje rámec, který umožňuje posouzení pacienta. Byla vypracována sada otázek ke každé ze šesti oblastí popsaných výše. Otázky pomáhají při plánování péče, která je ušitá na míru podle pacientových potřeb (doporučená struktura a obsah ošetřovatelské anamnézy viz příloha č. 11).

V jednotlivých kategoriích jsou zahrnuty oblasti, které by mohly být zahrnuty jinak nebo ve vlastních kategoriích. Například v kategorii organizace společnosti je zahrnuto náboženství. Z pohledu transkulturalismu náboženské přesvědčení určuje a proniká do mnoha

⁴⁶ Eggenberger, S., Grassley, J., Restrepo, E.: Culturally competent nursing care for families, http://www.nursingworld.org/ojin/topic20/tpc20_5.htm

⁴⁷ Anionwu, E., Sookhoo, D., Adams, J.: Models of Transcultural Care, RCN online public area, <http://www.rcn.org.uk/resources/transcultural/foundation/sectionthree.php>

⁴⁸ Špirudová, L., Tomanová, D., Kudlová, P., Halmo, R.: Multikulturní ošetřovatelství II, Grada Publishing, Praha 2006, str. 53

činností, které nesouvisí pouze s náboženskými obřady, ale také s tím, jak ovlivňují zdraví a nemoc. Náboženství a spiritualita a jejich vyjádření mohou být oddělenou kategorií.

Šest oblastí je převzato ze sociálních disciplín. Šíře a hloubka porozumění konceptu nemusí sama o sobě vést k jeho využití, jestliže člověk není plně obeznámen se všemi jeho oblastmi. Například představa o čase a jeho významu nemusí být plně postihnuta.

Posouzení a intervence požadují předcházející znalosti o kulturním dědictví, hodnotách, přesvědčení a jednání pacienta. Zde mohou vyplout na povrch limity jednotlivých sester, i když potřeba učit se může být silným stimulem.⁴⁹

2.6 Model kulturní ochrany Ramsdenové

Model kulturní ochrany vznikl na Novém Zélandu koncem 80. let. Skupina domorodých sester vyvinula koncept, který má sloužit jako prostředek pro analýzu sesterské práce z perspektivy minoritních domorodců. Koncept je zakotven v redefinování post koloniální identity, redistribuce zdrojů a rozložení moci. I když byl vymyšlen pro situaci na Novém Zélandu, Ramsdenová (fotografie viz příloha č. 12) se domnívá, že je model kulturní ochrany použitelný pro jakékoli prostředí, kde je mezi lidmi nerovné rozložení moci a distribuce zdrojů.

Model kulturní ochrany se objevil jako reakce na modely transkulturní péče, obzvláště na model Leiningerové. Ramsdenová upozorňuje na to, že model Leiningerové nebere na zřetel širší sociokulturní a politicky sporné otázky v transkulturní péči. Namítá, že její model nebere v úvahu rozdíly mezi kulturami, rozdíly mezi konzervativci a liberály, mladými a starými, lidmi z města a z vesnice, bohatými a chudými a gender rozdíly.

Při rozvoji svého konceptu dbala Ramsdenová na přirozenost interakcí v prostředí, kde vedle sebe žijí dvě kultury. Navíc jako důležitý aspekt kulturního bezpečí vidí možnost vyjádřit se k tomu, jaké služby členové kultury potřebují, a možnost se na těchto službách podílet a ovlivňovat je. Ramsdenová dále popisuje termín *kulturní riziko*. Kulturní riziko upozorňuje na to, že lidé jedné kulturní skupiny mohou pociťovat, že jsou systémem péče druhé kultury zbavováni moci, devalvováni. Ošetřovatelství, které není kulturně bezpečné, zahrnuje veškeré praktiky, které redukuje, snižují nebo oslabují kulturní identitu a pohodu jedince. Naproti tomu kulturu ochraňující péče zohledňuje odlišnosti jednotlivých etnických skupin, které jsou transkulturními teoriemi opomíjeny. Zdravotní péče není poskytována

⁴⁹ Anionwu, E., Sookhoo, D., Adams, J.: Models of Transcultural Care, RCN online public area, <http://www.rcn.org.uk/resources/transcultural/foundation/sectionthree.php>

pouze jednotlivci, ale členu etnické skupiny, a tato péče odráží postavení etnické (kulturní) skupiny jedince ve společnosti.⁵⁰

Ochrana kultury není totéž jako kulturní citlivost. Chránit kulturu znamená umět rozpoznat a zhodnotit:

- vliv sociálních struktur na interakci lidí různých kultur,
- mocenský vztah v poskytovaných službách.

Služby, které mohou být nazvány jako kulturu ochraňující, berou v potaz potřeby, očekávání a práva všech lidí, a projevují unikátní kulturní identitě uznání, respekt a podporu.

Koncept kulturní ochrany vyžaduje, aby byly při plánování a poskytování služeb zohledňovány nerovnosti v rozložení moci mezi skupinami. Diskriminace, rasismus, nerovnost možností a stereotypizace jsou jevy, které tento koncept pomáhá odstranit.

Kritický pohled

Je otázkou, zda-li není pro kulturní ochranu důležitější chování sester nežli jejich postoje. Další výtky se týkají nejednoznačnosti v tom, na jaké úrovni kulturní ochrana pracuje. Jestli se ochrana týká individua či jestli nejde spíše o ochranu kolektivní identity menšinové etnické skupiny. Model Ramsdenové se nezabývá společenskou oblastí (institucionální rasismus), a má limity v metodologii. Můžeme nalézt rozpory mezi společenskou a osobní rovinou v aplikaci modelu.⁵¹

⁵⁰ Jako odkaz č. 48

⁵¹ Anionwu, E., Sookhoo, D., Adams, J.: Models of Transcultural Care, RCN online public area, <http://www.rcn.org.uk/resources/transcultural/foundation/sectionthree.php>

3 Romská kultura, romství, zvyky

V poválečných letech a ještě výrazněji nyní probíhají u Romů změny ve způsobu jejich života a v hodnotové orientaci celého společenství. Romská národnost se značně změnila svojí strukturou, počtem a územním rozložením, prohloubením vnitřní diferenciací. Důsledky těchto změn jsou spíše negativní. Tradiční romské společenství bylo rozbito, ale staré zákony a tradiční hodnotový systém nebyl ničím nahrazen. Na jedné straně větší část Romů dosáhla vyššího sociálně-ekonomického postavení, na druhé straně však narůstají jiné problémy: konzumní a maloměšťácký způsob života začíná u řady Romů převažovat, mnozí přitom opouštějí své pozitivní tradiční hodnoty a projevují se i tak, jak by bylo neslučitelné s jejich předchozími hodnotami a vnitřními zákony skupiny, jimiž se romské komunity dříve řídily. „Zcela v rozporu s nimi je v současnosti časté tzv. odkládání dětí do kojeneckých a dětských ústavů, prostituce, podvádění jeden druhého apod. Tradice bývají, obzvláště u rodin, které nežijí v komunitě, zapomínány.“⁵² Na našem území ještě najdeme lokality romských komunit, kde je život lidí markantně odlišný od života majoritních obyvatel. V následující části práce popíšeme způsob života Romů, kteří jsou nositeli zbytků tradičního romského života.

3.1 Rodina

Pojem „rodina“ lze do romštiny přeložit dvěma výrazy: famel'ija a fajta. Famel'ija (komplexní rodina) znamená příbuzenskou pospolitost v rozsahu tří až pěti generací se všemi přivdanými a přiženěnými, má rozměr především horizontální, „do šířky“. Fajta má důraz na linii vertikální ze strany otce i matky.⁵³ Přejít mezi komplexní rodinou a fajtou není vždy zřetelné a může s ním být podle aktuálních potřeb manipulováno. U romského etnika rozlišují etnografové i romské kmeny. Kmenů je v České republice nejméně šestnáct. Každý z nich má u Romů samých jinou společenskou prestiž. Za nejváženější jsou považováni Romové se světlejší pletí a hudebníci. Naopak nejmenší prestiž mají mezi Romy ti s tmavší pletí. „Není možné a správné hovořit o Romech jako o homogenní národnostní skupině, o nějakém specifickém způsobu života, chování, kultuře, společné všem.“⁵⁴

Dodnes je téměř pro všechny Romy specifický jejich vztah k rodině a příbuzenstvu. Mají vysoce vyvinutý smysl pro rodinu a pospolitost. Příslušníci velkých, rozvětvených rodin mají dodnes výsadní postavení a těší se větší autoritě u ostatních. U olašských rodin dodnes platí zákon „čisté krve“, který povoluje manželství pouze mezi partnery z jiných olašských rodin.

⁵² Davidová, E., Co se zachovalo a co se ztratilo, <http://romove.radio.cz/cz/clanek/18571>

⁵³ Jakoubek, M.: Romové – Konec (ne)jednoho mýtu, BMSS-Start, Praha 2004, str. 102

⁵⁴ Jako odkaz č. 51

Tato rodová endogamie u ostatních Romů mizela už v uplynulých letech a dnes se takřka nevyskytuje. Bývají povoleny také sňatky Roma a gádža („bílého“).⁵⁵

„Příslušnost k určité rodině můžeme odhadovat podle některých zajímavých indicií. Například v rámci komplexní rodiny (obvykle společné příjmení, hloubka 3 - 4 generace) „kolují“ rychlovarné konvice, pračka, žehlička. Můžeme ji sledovat také podle okruhu, ve kterém se půjčuje sekera, či který je napojen na jeden zdroj elektřiny. Pokud má člen této skupiny něco luxusnějšího (cigarety, alkohol), musí se podělit.“⁵⁶ Tradiční romská rodina byla velká a značně soudržná, vřelá k dětem. Někteří romští spisovatelé popisující život romské rodiny situaci idealizují, nicméně jimi popisované pozitivní rysy často odpovídají skutečnosti dodnes.

Za poslední generace romská rodina zeslábla. Hlavní problém je její vytržení z tradiční velkorodiny, která často fungovala i v nuzné osadě. Také dobře myšlená pomoc sociálních pracovníků, které odebíraly hladové a špinavé děti rodičům do ústavní péče, byla pohromou. Dětský domov zajistil stravu, hygienu, ošacení, ale nebylo možné, aby nahradil rodinu. Nejnápadnější následek spočívá v tom, že romská matka si neutvoří patřičný vztah ke svému dítěti, uteče od něj z porodnice, dítě je vychováváno v dětském domově a vše se dále opakuje. Procento romských dětí v dětských domovech je i dnes, kdy už si veřejnost lépe uvědomuje význam rodiny než dříve, mnohonásobně vyšší, než odpovídá procentu Romů v populaci.⁵⁷

Dnes můžeme v romských rodinách zaznamenat násilí na dětech, jež bývalo podle pamětníků naprostou výjimkou, a jejich těžké zanedbávání v důsledku alkoholu a drogové závislosti. Vztahy mezi členy velkorodin slábnou. Výjimku snad stále ještě tvoří velkorodiny olašské.

V následující části popíši některé staré romské rituály a tradice. Jejich dodržování bylo společenskou událostí, které se museli účastnit všichni členové fajty (nejširší rodiny, viz výše). Neúčast na takové akci byla hrubým sociálním prohřeškem.

a) Rituály prováděné při narození dítěte

Narození dítěte bývala vždy zvláštní událost v životě rodiny. Dítě znamenalo pokračování rodu, a jeho narození dodalo rodině větší respekt. Už jen ohlášení toho, že rodina očekává narození potomka, znamená, že pro zdraví dítěte musí být vykonány zvláštní obřady.

Mnoho z rituálů je založeno na přesvědčení, že žena je během těhotenství a krátce po porodu (do křtu dítěte) nečistá. Jakmile žena zjistí, že je těhotná, oznámí to manželovi a jiné

⁵⁵ Davidová, E., Co se zachovalo a co se ztratilo, <http://romove.radio.cz/cz/clanek/18571>

⁵⁶ Jakoubek, M.: Romové – Konec (ne)jednoho mýtu, BMSS-Start, Praha 2004, str. 106-107

⁵⁷ Říčan, P.: S Romy žít budeme – jde o to jak, Portál, Praha 1998, str. 103 - 104

ženě žijící v komunitě. Tím okamžikem se stává nečistou a mezi ostatními tráví co nejméně času. Starají se o ni jen ženy, a manžel s ní tráví jenom málo času. Tradičně romské ženy nerodily doma, protože tím by se jejich obydlí (stan, maringotka) stalo nečistým. Z tohoto důvodu rodily ve velké míře v nemocnicích; nechtěly znečistit vlastní domov.⁵⁸

Je mnoho rituálů, které provázejí zrození dítěte. Například musí být rozvázány nebo přeřezány veškeré uzly, aby se neudělaly na pupeční šňůře. Novopečená matka se po určitou dobu smí dotýkat pouze nezbytných věcí, protože vše, co s ní přijde do styku, se stane nečistým a musí být zničeno. Dalším symbolickým rituálem je oficiální představení dítěte otci. Matka položí dítě na zem, otec jej zvedne a uváže mu kolem krku červenou tkaničku. Tím potvrdí, že dítě je jeho.⁵⁹

Křest je prováděn nejčastěji ve dvou až třech týdnech života dítěte. V kostele kněz dítě pokropí svěcenou vodou, a tím smyje nečistotu porodu. „Křest v kostele byl jakýsi mechanický čin očisty dítěte od ducha „Nečistého“. Nikdo nikdy nezmínil teologický důvod křtu.“⁶⁰ Před křtem není vyslovováno jméno dítěte, nemělo by být fotografováno a někdy není dovoleno, aby se dítě ukazovalo ostatním lidem. Během křtu dojde k očištění, a z dítěte se oficiálně stane lidská bytost, která může mít své jméno. Jméno je ale často pouze jedno z mnoha. První jméno zůstává tajemstvím navždy. Zná ho pouze matka, která jej po porodu pošeptá. Toto jméno není nikdy používáno. Důvodem tajného jména je zkrátka zlé duchy a odvést jejich pozornost od pravé identity dítěte. Druhé jméno je jméno, které je Romy běžně používáno. Je to spíše přezdívka, a často nebývá totožné se třetím jménem, uvedeným v rodném listě.⁶¹ Při křtu nelze nezmínit fenomén kmotrovství. Po narození dítěte je vybrán kmotr, který podstoupí předepsaný církevní obřad, na jehož základě se kmotrem v plném slova smyslu stane. Kmotrovství mimo jiné dovoluje také rozšířit rodinu, protože Romové považují své kmotry za své příbuzné, na které se velmi často (obzvláště ve slovenských osadách) vztahuje sňatkové tabu.⁶²

b) Sňatek

Sňatek partnerů se v romské komunitě předpokládá. Tím, že se dva lidé rozhodnou uzavřít manželství, se pozvedne jejich společenský statut. Romové tradičně vyžadovali, aby dívka vstupovala do manželství jako panna a byla manželovi do smrti věrná. Dříve docházelo k sňatkům lidí i ve věku 14 let. Dolní hranice byla 9 let. Domluvená manželství nebyla

⁵⁸ Courbet, M., Romani Customs and Traditions: Birth, <http://www.geocities.com/~patrin/>

⁵⁹ Jako odkaz č. 57

⁶⁰ Stewart, M.: Čas Cikánů, Barrister a Principal, Brno 2005, str. 195

⁶¹ Jako odkaz č. 57

⁶² Jakoubek, M.: Romové – Konec (ne)jednoho mýtu, BMSS-Start, Praha 2004, str. 162

výjimkou, dnes ale obvykle stačí, když rodiče sňatku požehnají.⁶³ Pravdou ovšem zůstává, že výběr manželského partnera je pro celou skupinu zásadní záležitostí. Je limitován rodinou, do které se člověk narodil. Narozením do určité rodiny je totiž určen okruh lidí, se kterými je dovoleno se stýkat.

„Manželské svazky Romů sloužily k tomu, aby se rodiny propojily, a tím aby vzrostla jejich síla a prestiž. Jsou tedy nástrojem k vytvoření širší rodové skupiny - komplexní rodiny. Svazek muže a ženy slouží jako prostředek pro ukotvení jedince v širší sociální skupině, která tvoří jeho životní prostor a zakládá jeho identitu.“⁶⁴

V minulosti bylo běžné, že manželství uzavírali dva lidé ze stejného klanu, dnes nejsou výjimkou sňatky Roma s gadžem. Žádný problém nebývá v případě, když si muž–Rom bere neromskou dívku (bývá to naopak prestižní záležitostí). Romství se na potomka přenáší z otcovy strany. V opačném případě (sňatku Romky a gadža) mnoho rodin nepřijme dítě těchto manželů jako Roma. V olšských rodinách jsou stále ještě smíšená manželství zakázána. Fungují zde i nadále dohodnutá manželství, kdy rodina pečlivě vybírá nevěstu pro svého ženicha. Občas s ním svoji volbu konzultují, ale na jeho mínění nemusí být brán zřetel.

Některé rodiny platí za nevěstu jejím rodičům. Cena má být kompenzace za to, že z rodiny odchází dcera, a pojistka toho, že o ženu bude dobře postaráno. Rodiny hrají při vyřizování formalit aktivní roli. Velká pozornost je věnována dohodnutí věna, stejně jako „ceně“ nevěsty. Vzhled nevěsty nehraje tak velkou roli, jako její zdraví, životní síla, vlastnosti.

Když je sňatek domluven, sejdou se obě rodiny a tančí a zpívají. Rodina nevěsty předstírá smutek nad tím, že se rodina rozpadá, ženichovi rodiče si zase stěžují na výšku sumy, kterou musí za nevěstu zaplatit.⁶⁵

c) Výchova a postavení dítěte v romské rodině

Romští rodiče se mohou jevit při výchově jako neobvykle tolerantní. Dítě má v rodině zvláštní postavení, je milováno a ochraňováno. Je ale zodpovědností celé rodiny pomoci ho vychovat.⁶⁶ Výchova dětí v Romské (velko) rodině je odlišná od výchovy dětí v rodině gadžovské. Odlišná výchova se velkou měrou podílí na častých neúspěších romských dětí ve škole. Mimo to byla zaznamenána snaha některých rodičů prohlásit své děti za nevzdělatelné, aby nemusely chodit do školy a rodiče na ně pobírali důchod. Romové se často spokojí s tím, že jejich děti absolvují základní školu či základní školu speciální (dříve „zvláštní škola“).⁶⁷ Romské děti jsou často diagnostikovány jako psychomotoricky retardované. Při testování

⁶³ Courbet, M., Romani Customs and Traditions: Birth, <http://www.geocities.com/~patrin/>

⁶⁴ Jakoubek, M.: Romové – Konec (ne)jednoho mýtu, BMSS-Start, Praha 2004, str. 109 a 126

⁶⁵ Jako odkaz č. 62

⁶⁶ Jako odkaz č. 62

⁶⁷ Řičan, P.: S Romy žít budeme – jde o to jak, Portál, Praha 1998, str. 109 - 110

inteligence je ale dobré mít na paměti, že standardní testy IQ byly určeny k tomu, aby měřily znalosti, intelektuální dovednosti a kognitivní schopnosti ceněné v západních zemích. Toto měření mohou dobře splňovat. Ale nemůžeme předpokládat, že ostatní kultury a společnosti sdílejí stejné hodnoty, jaké uznáváme my. Zadávání takových testů lidem z jiných kultur nám může říci, zda se přizpůsobili našemu pojetí inteligence či nikoli, ale o jejich hodnotě IQ nám mnoho povědět nemusí.

Od dětí se v romské velkorodině neočekává, že budou individualitami a že za sebe budou bojovat v konkurenčním prostředí neromské společnosti. Pro Romy stále platí pravidlo, že celek (rodina, rod) je důležitější než zájmy jednotlivce. Způsob života v romské rodině, její ochrana a ritualizované role jejích členů nenutí dítě převzít plně odpovědnost za sebe sama. Dítě není vedeno k plnění povinností, což mu ve škole chybí.⁶⁸ V romských rodinách panuje poměrně volná, nedirektivní výchova. U romských dětí zřídka pozorujeme neurotické rysy. Nejsou pod tlakem vysokých nároků jako gadžovské děti, je méně tabuizovaných témat a vnitřních konfliktů.⁶⁹ O výchovu se do značné míry stará vedle nukleární rodiny rodina komplexní. Děti většinu dne tráví v prostoru vymezeném pro komplexní rodinu („dvoreček“). Příbuzní mají právo dítě napomínat, trestat, dávat jim nejrůznější úkoly. Starší děti se do značné míry účastní výchovy mladších dětí a mají za ně jistou odpovědnost. Obecně může matka dítě dočasně svěřit do péče jakékoli ženy z komplexní rodiny, která se o něj ve všech směrech postará.⁷⁰

Dítě je podle romských přísloví „bohatstvím rodiny“, „nejsou děti, není štěstí“ atd. Byla-li rodina početná, rostla její síla. Vysoce ceněná plodnost žen v romských rodinách má svůj kořen v potřebě ekonomického zázemí, které právě děti pomáhaly budovat. Romské dětství je kratší, protože děti jsou brzy zapojovány do aktivit dospělých.

d) Rituály spojené se smrtí člověka

Všechny romské kmeny mají tradiční rituály, které se pojí se smrtí. Víra v nadpřirozeno je běžná pro všechny Romy. Romové věří, že nás neustále obklopují duchové, před kterými se musíme chránit. Smrt je pro Romy nepříjemná událost, která zemřelého musí nutně rozhněvat. Když Romové očekávají smrt, nebojí se jenom bolesti z odchodu člověka, kterého milují, ale také možnosti pomsty mrtvého, který pátrá po těch, kteří ještě žijí.

Pokud Romové cítí, že někdo umírá, dají ihned vědět veškerým příbuzným. Romové mají kontaktní osoby, přes které mohou najít takřka každého (i bez stálé adresy). Každý, kdo může, se přijde s umírajícím rozloučit a usmířit. Umírající nikdy nesmí být sám. Nejen, že je to

⁶⁸ Frištenská, H., Víšek, P.: O Romech – Na co jste se chtěli zeptat, manuál pro obce, Spolu-CZ, Brno 2002, str. 64

⁶⁹ Říčan, P.: S Romy žít budeme – jde o to jak, Portál, Praha 1998, str. 45

⁷⁰ Jakoubek, M.: Romové – Konec (ne)jednoho mýtu, BMSS-Start, Praha 2004, str. 108

k němu bezcitné; Romové se také obávají jeho hněvu. Slzy a lamentace jsou projevovány veřejně.

Když smrt nastane, vše se až do pohřbu podřídí truchlení. Zrcadla by měla být zakryta a v žádné nádobě by neměla zůstat voda. Romové se neradi dotýkají těla zemřelého, protože mají strach ze znečištění. Z tohoto důvodu je umírající umýván a převlékán před smrtí. Při náhlé smrti je volán například zaměstnanec z pohřební služby, který tuto práci vykoná.

Zemřelému jsou do rakve přinášeny věci, které by mohl potřebovat při své cestě ze světa: oblečení, pokrmy, šperky, peníze. Při cestě na hřbitov hraje romská kapela a nárek pozůstalých vzrůstá.

Tradiční barvou oděvů, které pozůstalí oblékali na pohřeb, byla bílá a červená. Symbolizovaly čistotu (bílá) a ochranu proti zlým duchům (červená). Dnes už Romové převzali černou barvu jako smuteční, i když červená zůstala dominantní barvou smutečních dekorací.

Pozůstalost by měla být zničena. V dnešních podmínkách bývají věci zemřelého spíše prodávány, a nikoli zničeny. Neměly by však být prodány jinému Romovi, ani by na smrti člověka neměly být vydělány enormně velké částky peněz.

Romové věří na život po smrti. Velmi se však bojí, že se mrtví mohou vrátit v nějaké nadpřirozené formě a honit živé. Z tohoto důvodu by jméno mrtvého nemělo být vyslovováno, těla by se neměl nikdo dotýkat a věci mrtvého by měly být zničeny. Ti, kteří přežili, se musí co nejvíce bránit negativním duchům, které může mrtvý vysílat.⁷¹ Toto téma je aktuální také ve vztahu k případné humanitární pomoci, podpoře romských osad. Nezřídka se stává, že darované šatstvo je Romy po pár dnech používání vyhozeno, používáno jako rohožky atd. Nemusí to vždy znamenat opovržení pomocí. Obdarovaný Rom má sny o bývalém majiteli oblečení, který se mu zjevuje jako duch, popřípadě má od chvíle, kdy věc obdržel, smůlu a provází ho neštěstí. Takový předmět pak samozřejmě zahodí a nepoužívá. Tento akt je často interpretován jako nevděk, pohrdání, ignorace pomoci.⁷²

Víra v nadpřirozeno hraje v životě Romů velkou roli. Nicméně, ze všech romských rituálů, zvyky a rituály spojené se smrtí jsou naplněny strachem a pověrami více, než jiné.⁷³

⁷¹ Courbet, M., Romani Customs and Traditions: Death Rituals and Customs, <http://www.geocities.com/~patrin/>

⁷² Jakoubek, M.: Romové – Konec (ne)jednoho mýtu, BMSS-Start, Praha 2004, str. 181

⁷³ Jako odkaz č. 70

3.2 Zdraví a životní styl Romů

a) Zdravotní situace Romů

Stav zdraví v romské komunitě není dobrý. Šetření v minulosti prokázala, že zdravotní stav Romů je horší než u většinové populace. Přesné statistiky však nejsou. V Česku žije pod hranicí chudoby čtvrtina romské populace. Horší životní podmínky zvyšují riziko výskytu infekčních a jiných chorob. Podle zdravotnické ročenky z roku 2000 pobírá plný invalidní důchod 3,2 % a částečný 1,2 % obyvatel. Mezi Romy podle šetření celý invalidní důchod bere 9,4 % a částečný 9,2 % lidí. Ročenka udává, že tuberkulózou v ČR onemocnělo 12 ze 100.000 osob. V romské populaci to bylo 1200 na 100.000 lidí, tedy stokrát víc. Výraznější je i výskyt infekčních chorob.⁷⁴ „Pracovní neschopnost dospělých Romů je podstatně vyšší, než je tomu u gadžů, romských invalidních důchodů je šestkrát více, než by odpovídalo jejich zastoupení v populaci, průměrný věk, jehož se Romové dožívají, je zřetelně nižší, než je tomu u ostatního obyvatelstva.“⁷⁵ Důvodů tohoto stavu je několik:

- neochota navštěvovat lékaře,
- zhoršená dostupnost lékaře (izolace, nedostupná doprava, neznalost jazyka),
- horší péče o Romy,
- nevyhovující hygienické podmínky v romských komunitách,
- nevyhovující stravování.

„Onemocnění diabetem, vysoká hladina cholesterolu a vysoký krevní tlak byly diagnostikovány u lidí mladších třiceti let. V oblastech, kde se tyto problémy vyskytly, je to důsledkem špatné, nedostatečné výživy, a samozřejmě také tím, že romské pokrmy jsou tradičně velmi tučné a zároveň nedochází k vyváženému výdeji kalorií.“⁷⁶

Další otázkou je, nakolik je špatný zdravotní stav způsoben dědičností. Je smutným faktem, že se romské děti často rodí nějakým způsobem poškozené.

Některé tělesné a smyslové poruchy, s nimiž se romské děti rodí častěji než gadžovské, například dětský glaukom, jsou skutečně dědičné. Je to způsobeno *endogamií*, která je u Romů častější, i když už se neobjevuje tak často, jako v minulosti. Ne všechny vrozené choroby jsou však dědičné. Vrozené jsou i ty nemoci, které jsou zaviněny poškozením plodu v děloze, například v důsledku matčina kouření či pití alkoholu. Romský genofond tedy není horší. Vlastnosti vedoucí k tomu, že se romské dítě většinou hůře učí nebo že dospělý Rom

⁷⁴ Ke zlepšení zdraví Romů by mohli přispět zdravotničtí asistenti, <http://romove.radio.cz/cz/clanek/20392>

⁷⁵ Říčan, P.: S Romy žít budeme – jde o to jak, Portál, Praha 1998, str. 38

⁷⁶ Hancock, I.: We are Romani people, University of Hertfordshire shire Press, Hatfield, 2002

bývá nespolehlivým zaměstnancem nebo to, že romské děti jsou více nemocné je dáno prostředím, v němž Romové žijí, nikoli dědičností.⁷⁷

b) Romské vnímání zdraví a nemoci

Romové rozdělují nemoci do dvou kategorií. Do první patří nemoci, které mohou postihnout *kteřéhokoli člena* skupiny, jako jsou například srdeční nemoci, zvracení nebo vyrážka. Do druhé pak patří nemoci, které si jedinec způsobí svým *nevhodným chováním sám*. Sem patří například všechny sexuálně přenosné nemoci. Pro léčbu těchto nemocí je nutné navštívit neromského lékaře. Potíže náležející do první skupiny mohou být léčeny romským léčitelem a nebo pomocí tradičních metod přímo v komunitě.

Pokud nastane situace, kdy Rom musí být přijat do nemocnice, není neobvyklé, přijde-li s ním skupina příbuzných a známých. Ti berou jako svoji povinnost doprovodit nemocného a pomoci mu vyrovnat se s touto situací. Opačná situace nastane, když je nemocný hospitalizován pro léčbu nemoci „z druhé skupiny“. To pacienta nemusí do nemocnice doprovázet nikdo, komunita jej může zavrhnout. Toto vidíme například u nemoci syfilis nebo AIDS.

Tak jako v jiných kulturách, i v romské je patrná jasná linka mezi jídlem a zdravím. Některé rostliny jsou užívány přímo jako medicína. Bohužel, dnes se již znalost tradiční medicíny vytrácí, protože komerčně vyráběná léčiva jsou velmi dobře dostupná.⁷⁸

c) Romský zdravotnický asistent

Zdravotně sociální pomocník (romský zdravotnický asistent) je prostředníkem, který na podkladě svých zkušeností a znalostí z oblasti zdravotnictví pomáhá a radí potřebným osobám v oblasti péče o zdraví, případně na žádost jednotlivých osob pomáhá i při vlastním kontaktu se zdravotnickými zařízeními.

Těžištěm jeho činnosti je:

a) Motivace spoluobčanů

- motivace k využití práva na preventivní prohlídky hrazené ze zdravotního pojištění, doprovody k preventivním prohlídkám, sledování očkování a termínů očkovacího kalendáře především u dětí,
- motivace k péči o správný životní styl a životosprávu žen v období těhotenství a v období hned po porodu, zvláště o nutnosti vyloučení kouření a požívání dalších návykových látek,

⁷⁷ Říčan, P.: S Romy žít budeme – jde o to jak, Portál, Praha 1998, str. 38 - 39

⁷⁸ Hancock, I.: We are Romani people, University of Hertfordshire shire Press, Hatfield, 2002

- motivace nezletilých dívek a chlapců k vyloučení rizikového sexuálního chování, včetně poučení o možnostech antikoncepce jako prevence předčasného mateřství a otcovství a o riziku pohlavních nemocí.
- b) Spolupráce s terénními sociálními pracovníky, s kurátory, s protidrogovými koordinátory
- vytipování rizikových skupin obyvatelstva a rodin, jejich aktivní vyhledávání a práce s nimi přímo v místě, kde žijí,
 - osvěta v oblasti hygienických návyků, životosprávy a životního stylu jak u mladistvých, tak u dospělých (kouření, alkohol, nelegální drogy, zdravé stravování, plánované zodpovědné rodičovství, antikoncepce, komunikace mezi matkou a zdravotnickým personálem atd.), hygienické podmínky života a jejich sledování.
- c) Spolupráce se zdravotnickými zařízeními, především
- s praktickými lékaři,
 - s gynekology,
 - se zubními lékaři,
 - s hygienickými stanicemi a s jinými zdravotnickými zařízeními, zejména zdravotnickými zařízeními zabývajícími se problematikou návykových látek.

Zdravotnický asistent je také prostředníkem mezi lékařem a pacientem, pomáhá vysvětlit jeho obtíže. Asistuje při objednávání k lékaři, informuje o možnosti sociální podpory rodinám pečujícím o chronicky nemocného (příspěvek při péči o osobu blízkou) atd. Informuje o právech pacientů a pojištěnců, o problematice doplatků za léčebné přípravky a prostředky, o nutnosti pravidelného užívání léků a kontrol zdravotního stavu dle pokynů lékaře, o nutnosti dodržování režimu práce neschopného a podobně.

Od působení zdravotnických asistentů si ministerstva slibují i to, že se Romové začnou aktivněji o své zdraví starat. Pomocníci budou muset mít důvěru lidí v romských komunitách. Podmínkou k výkonu funkce by měly být znalosti a zkušenosti z oboru zdravotnictví. Hlavním úkolem zdravotně sociálního pomocníka je pomáhat, radit a předávat všeobecně známé informace z oblasti péče o zdraví osobám nebo skupinám obyvatel, které je postrádají.⁷⁹

⁷⁹ Ke zlepšení zdraví Romů by mohli přispět zdravotničtí asistenti, <http://romove.radio.cz/cz/clanek/20392>

3.3 Náboženství a víra, hodnoty Romů

Čtyřicet let komunismu způsobilo rozpad tradičních hodnot. Průměrnému Romovi v Čechách dnes nic neříkají termíny jako romský soud, zádušní hostina, společenství. Snad pouze s výjimkou olašských Romů, u nichž tradiční zvyky přetrvávají dodnes. To, co dělá olašského Roma olašským Romem, je romský jazyk, křest, svatba, kmotrovství, rodina, romské zákony, romský soud, romské písně a tanec, úcta, chování, oblékání, domy, byty, držení stráže u mrtvého (vartování) a pohřeb. Neolašští Romové dnes příliš nedodržují ani dřívější tabu, kterými bylo například hovoření o sexualitě.

a) Religiozita

Z Indie si Romové nesli náboženství hinduistické, ale dnes už po něm zůstaly jen slabé stopy. V literatuře se dočteme, že většina Romů zakotvila v křesťanství a že jejich náboženské představy mohou být ovlivněny právě prvky indické náboženské a kulturní tradice: křesťanství Romové přizpůsobili svým představám a potřebám. Slova „většina Romů zakotvila v křesťanství“ nejsou přesná; mnoho Romů se dnes nachází v duchovním vakuu.⁸⁰

Romské společenství (obzvláště společenství romských osad) můžeme považovat za magické. V literatuře o Romech se často dočteme, že Romové přijali takové náboženství, které převažovalo v zemi, ve které se usídlili. Toto přijetí je spíše formální, Romové jsou spíše pohany. Romové „nemají ucelený náboženský systém, jejich víra nemá písemnou podobu, není zakódována v náboženských textech tak, jako je křesťanství zakotveno v Bibli.“⁸¹ Hlavním rysem religiozity Romů jsou magické praktiky, křesťanství je pouze „přikrývá“, je vnější fasádou. Například strach z duchů mrtvých je s křesťanstvím jen těžko slučitelný. Romové snadno přejali křesťanské symboly a často se za křesťany považují, ale zůstávají věrni tradičnímu typu religiozity.⁸² Boha Romové většinou oslovují formou proseb a chvalozpěvů. O tom, že Romové pevně věří v určitou vyšší sílu, která člověka přesahuje, svědčí i množství neosobních vazeb v romštině. Romové říkají např. „ono mě bolí nohy“ namísto „bolí mě nohy“.⁸³

Romové věří, že duše člověka přesahuje a existuje i po odchodu těla na onen svět. Důkazem toho je tradiční nesmírně velká víra v duchy mrtvých předků (tzv. *mule*), kteří jsou pro Romy prostředníkem Boha. Duše zesnulých se podle Romů vrací mezi živé, ty dobré navštěvují příbuzné ve snech a dávají rady, ty zlé škodí (například při narození dítěte).

⁸⁰ Říčan, P.: S Romy žít budeme – jde o to jak, Portál, Praha 1998, str. 57

⁸¹ Jakoubek, M.: Romové – Konec (ne)jednoho mýtu, BMSS-Start, Praha 2004, str. 178-179

⁸² Jako odkaz č. 80, str. 180

⁸³ Balážová, J., Kaštánková, M.: Náboženství Romů, Romové v České republice, <http://romove.radio.cz/cz/clanek/18147>

b) Zaměstnání Romů

Mezi lidmi se často hovoří o tom, že romská tradiční řemesla upadají. Pravdou je, že košíkářstvím, hrnčířstvím nebo vyřezáváním se živí naprosto mizivý vzorek Romů. Ani dříve však nebyla romská řemesla obecně na vysoké úrovni. Mnohá z nich byla pouze sezónní nebo měla příležitostný charakter. Některé tradiční způsoby obživy byly často majoritním obyvatelům spíše na obtíž. Jedná se hlavně o žebrání. Poněkud odlišná situace byla v případě romských hudebníků, i když ani v jejich případě nepanovala idylická situace. Hudebě se totiž věnovalo i mnoho hudebníků, jejichž výkony byly „hluboko pod průměrnou úrovní.“⁸⁴ Přesto měly romské hudebnické kmeny mezi Romy vyšší postavení.⁸⁵ Po roce 1945 došlo k úbytku řemeslných prací všeobecně.⁸⁶ Mnoho Romů začalo pracovat na výstavbě silnic a spolupracovalo i při jiných velkých stavebních projektech. Pro Romy je ale „práce pod někým“ vnímána jako hanba a potupa (ladž), a být samostatný je snad stejně důležité, jako být volný.

Koncem 19. století začali Romové obchodovat s recyklovatelným odpadem (sběr šrotu, železa). Kromě toho byli zdatnými obchodníky s koňmi. Dnes obchodují s auty, starožitnostmi nebo (bohužel také) s drogami. Velké procento německých Romů se i u nás dodnes živí jako provozovatelé lunaparků nebo cirkusovní artisté.

Typická řemesla a hudebnost poskytuje obživu jen malému procentu romské populace. Většině Romů nezbývá nic jiného, než hledat obživu v hrubé fyzické práci. Ta je však pro některé rody, obzvláště hudebnické, a pro všechny Olachy, nepřijatelná a ponižující. Z toho vyplývá obrovská nezaměstnanost Romů, která se podle odborníků pohybuje mezi 70–80%. Romové tento stav někdy bez rozpaků přijímají, ačkoli je pro jejich komunitu katastrofální, demoralizuje ji a kriminalizuje.⁸⁷

c) Stolování a jídelníček

Romové nemají jedno pravé tradiční romské jídlo; v Evropě, kde se Romové usadili, konzumovali podobné pokrmy jako Evropané okolo. Několik zvyků si však Romové během kočování zachovali. Jedním z nich je to, že nejedí „nečistá“ zvířata. Mezi ně patří ta, která se sama čistí, jako je například pes a kočka. Mezi zvířata, která Romové nekonzumují, patří také kůň. Během druhé světové války, kdy koňské maso bylo relativně nejdostupnějším masem, bylo mnoho Romů raději o hladu, než aby jej jedli. Dnes Romové, často tváří v tvář nepříznivým podmínkám, porušují kulturní tabu, a koňskému masu se nevyhýbají. Pokrmy

⁸⁴ Horváthová, E.: Cigáni na Slovensku, in Jakoubek, M.: Romové – Konec (ne)jednoho mýtu, BMSS-Start, Praha 2004, str. 101

⁸⁵ Davidová, E., Co se zachovalo a co se ztratilo, <http://romove.radio.cz/cz/clanek/18571>

⁸⁶ Acton, T., Gallant, D., Vondráček, P.: Romové, Svojtka a Co., Praha 2000

⁸⁷ Řičan, P.: S Romy žít budeme – jde o to jak, Portál, Praha 1998

jsou v romské domácnosti podávány dušené či smažené, a vždy jsou k dispozici také hostům. Nenabídnout hostu něco k jídlu (nebo odmítnout pozvání ke stolu) je vážné porušení etikety, protože je tím naznačeno, že host je pro Roma nečistý. Hostí-li nás Rom, je zvykem nechávat malý zbytek na talíři. Ulehčíme tak hostiteli situaci: kdybychom dojedli vše, musel by nám dále nabízet, i kdyby již neměl co.⁸⁸

Všechny potraviny, které spadly na zem, do kterých spadl vlas nebo ty, které byly znovu ohřívané, byly považovány za nečisté.⁸⁹ Nádoby určené na mytí nádobí a na praní prádla byly striktně oddělené. Romky nepoužívaly utěrky, protože se mohly vyprat s ostatními nečistými oděvy. Nádobí se místo toho nechávalo uschnout.⁹⁰ Může se stát, že Rom odmítne pokrm od gadžy ze strachu ze znečištění. Řečeno slovníkem slovenských Romů, „gadžové jsou degeši“ (nečistí).⁹¹

3.4 Jazyk a komunikační styl Romů

Základ romštiny je tvořen staroindickými jazyky. Dodnes Romové užívají některá slova, která nalezneme v hindštině. Dialekty romštiny obsahují slova, která mají původ v perštině, řečtině, maďarštině – podle toho, kudy Romové migrovali.

V České republice Romové svůj jazyk ke komunikaci stále ještě používají, kvalita však klesá. Prarodiče současných romských dětí hovořili romsky více než česky, ale dnešní děti (a hlavně jejich rodiče) používají romský etnolekt češtiny (romská výslovnost pro česká slova, romské mluvnické tvary používané na česká slova).⁹²

Velmi zajímavá jsou zamyšlení nad výrazem „děkuji“. Romština sice toto slovo zná (pal'ikerav), používá jej však jen zřídka. V literatuře najdeme dvě vysvětlení. Hübschmannová uvádí, že zvyk neděkovat je důsledkem toho, že předkové Romů věřili v princip karmy, a vše dobré, co uděláme, bude později započítáno k dobru, svoji karmu si tím vylepšíme, a nepotřebujeme žádné díky.⁹³ Druhé vysvětlení tohoto faktu vidí jiné souvislosti, které mají základ ve vnímání postavení jedince v romské komunitě. „Člověk v romské komunitě nepatří sám sobě, ale rodině. Totéž lze říci o jeho majetku. Jeho majetek náleží rodině a o vlastnictví se hovoří v termínech rodiny. Pokud člověk v romské komunitě něco dává, neočekává adekvátní či okamžitý protidar. Chybí výraz pro „děkuji“ a nebo je jen

⁸⁸ Hancock, I.: We are Romani people, University of Hertfordshire shire Press, Hatfield, 2002

⁸⁹ Šišková, T. (ed.): Menšiny a migranti v České republice, Portál, Praha 2001, str. 122

⁹⁰ Stewart, M.: Čas Cikánů, Barrister a Principal, Brno 2005, str. 187

⁹¹ Jakoubek, M.: Romové – Konec (ne)jednoho mýtu, BMSS-Start, Praha 2004, str. 138-139

⁹² Frištenská, H., Šišková, T., Víšek, P., Řetízek II O Romech, R Mosty, Praha 2004, str. 17 - 18

⁹³ Hübschmannová, M.: Šaj pes dovakeras, Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc 1998, str. 109-114

zřídka kdy používán, protože vyjádření díky by zpochybnilo akt sdílení, který je pro společnost tohoto typu klíčový.⁹⁴

Romové nepoužívají pouze jiný jazyk, ale vytvořili si i specifický komunikační styl v používání řeči těla (mimika, gestika, využití prostoru, taktilní podněty, oční kontakt). Způsob, jakým Romové komunikují, může vést a často vede k nedorozuměním. Romové mají silně vyvinutou intuici a dobře odhadují člověka pouhým pohledem. Nepotřebují ke komunikaci tolik slov; odtud možná pramení pocit Čechů, že Romové mají malou slovní zásobu. Romové však umějí „přečíst“ člověka z pohledu očí, pohybů rukou, postoje, gest. Cítí se v přítomnosti člověka podle jeho nálady buď příjemně, či vnímají ohrožení.⁹⁵ Tato informace je pro sestru velmi důležitá, protože bude-li slovně ujišťovat Roma o tom, že mu chce pomoci, ale nonverbální komunikace bude svědčit o opaku, Rom jí neuvěří a nebude spolupracovat. Vznikne komunikační bariéra.

S emocemi souvisí další specifikum romské komunikace, totiž jejich vysoký podíl během jednání. Málokterý Rom komunikuje navenek chladně, když uvnitř chladným není. V rozčilení není schopen nadhledu, proto je nutné některé informace, pronesené v tomto stavu, brát jako relativní.

Ke komunikačnímu stylu Romů patří impulzivita, okamžitá reakce. Tento styl vidí Romové ve svých rodinách a ukazují tak, že jim na věci či člověku opravdu záleží. Majorita není na takové jednání zvyklá, nerozumí mu pouze jako zaangažovanosti, ale jako ohrožení. Vhodné je při takovéto komunikaci romského pacienta uklidnit a počítat se silnou emotivní reakcí. Vhodnými klidnými otázkami a odpověďmi ukázat směr, jakým se následná komunikace bude odvíjet. Následující seznam poskytuje rady, jak podpořit efektivní komunikaci s Romem:

1. Respektovat hodnotový systém romského etnika: profesionál ví, že by měl nejprve pochopit klienta a teprve po uklidnění druhé strany žádat pochopení sebe (norem, zákonů, předpisů).
2. Nespěchat, být trpělivý.
3. Vnímat mimoslovní komunikaci a umět dávat informace i řečí těla.
4. Nekritizovat negativně před velkým kolektivem, spíše v soukromí a zpětnou vazbu dávat vždy s návrhem jak to udělat lépe.
5. Ověřovat si sjednané termíny.
6. Nebát se blízkosti, dotyku.
7. Nebát se emocí, hovoří o zaangažovanosti člověka, nikoliv o výzvě k souboji.

⁹⁴ Jakoubek, M.: Romové – Konec (ne)jednoho mýtu, BMSS-Start, Praha 2004, str. 121-122

⁹⁵ Frištenská, H., Višek, P.: O Romech – Na co jste se chtěli zeptat, manuál pro obce, Spolu-CZ, Brno 2002, str. 99-100

8. Mluvit jasně, věcně, stručně a konkrétně a žádat ověření, jak tomu druhá strana rozuměla.
9. Nespoléhat, že náš časový plán se stane okamžitým modelem.
10. Diferencovat, ke každému přistupovat dle individuálních potřeb.
11. Spolupracovat s poradci, terénními pracovníky a asistenty, protože umějí vytvářet most mezi majoritou a romskou minoritou.

Profesionál by měl umět naslouchat, ptát se, uklidnit (mnohdy křičí jedinec na bídu světa a kde jinde, než u vás?) a vysvětlovat svoje možnosti.⁹⁶

4 Závěr

V teoretické části jsem se zaměřila na popis transkulturních ošetrovatelských modelů, které jsou vhodné k rozboru romské kultury. Dále byla popsána specifika romské kultury a životního stylu. Z jejich popisu je zřejmé, že naše česká kultura se od romské v mnoha oblastech značně liší. Použití transkulturních ošetrovatelských modelů v praxi je tedy více než na místě. Domnívám se, že pro rozbor romské kultury v ošetrovatelské praxi se velmi dobře hodí Model transkulturního ošetrovatelství Gigerové a Davidhizarové. Je jednoduchý, má vypracované vodící otázky ke sběru ošetrovatelské anamnézy a poskytuje základní orientaci v odlišné kultuře. Nezabíhá do podrobností, ale zaměřuje se na základní odlišnosti, se kterými se sestra v praxi běžně setkává. Sestra například zjišťuje způsob pacientovy komunikace (jazyk, síla hlasu, mlčení), jeho vnímání času nebo osobního prostoru. Všechna tato zjištění může sestra použít každý den během vykonávání ošetrovatelské péče. Ačkoli se nejedná o hluboké poznání kultury, může sestra s využitím těchto poznatků přistupovat k pacientovi citlivěji a tím nejen zpříjemnit jeho pobyt v nemocnici, ale hlavně zefektivnit léčbu .

⁹⁶ Frišenská, H., Víšek, P.: O Romech – Na co jste se chtěli zeptat, manuál pro obce, Spolu-CZ, Brno 2002, str. 100 - 104

III. Praktická část

1 Úvod

Svoji diplomovou práci jsem zaměřila na zmapování současné situace Romů v některých regionech. Sledovala jsem, zda a v jaké míře dodržují své tradice a to, jaké zkušenosti mají se zdravotnictvím. Zajímalo mne, nakolik je *romství* popsané v teoretické části živé a žité.

Můj pohled na Romy prošel několika proměnami. Nejprve jsem v rámci své bakalářské práce zkoumala postoje zdravotních sester k romským pacientům a měla jsem snahu Romy a jejich kulturu před majoritou bránit. Chyběla mi ale hlubší zkušenost přímého kontaktu s Romy a můj pohled byl idealizovaný. Při zpracování této práce jsem byla nejprve ovlivněna teoretickými informacemi, které jsem získávala z knih a dalších zdrojů. Následně se mé postoje měnily v reakci na návštěvu v romských sociálně vyloučených lokalitách: po teoretickém studiu jsem se těšila na podnětné setkání s Romy a obohacení svých informací o jejich zvycích a tradicích. Po návštěvách u Romů doma jsem byla zpočátku nemile překvapena stavem, v jakém jsem je našla. Zdálo se mi, že ztratili své romství, které jsem si studiem literatury oblíbila. Později při analýze nahrávek rozhovorů se mi přece jenom začal objevovat specifický svět jiného etnika. Nemohu sice potvrdit, že veškeré výše popsané tradice Romové z mého výzkumného vzorku dodržují, ale otevřely se mi jiné pohledy, které se pokusím ukázat v praktické části. Jedná se často o věci, které nejsou zřetelné na první pohled, ale musí být hledány mezi řádky. Romové například nevyjadřovali explicitně pocit sounáležitosti, ale během rozhovorů se v bytě či obytné buňce zpravidla sešlo více lidí (nejen členů rodiny) a svojí přítomností ovlivňovali průběh rozhovoru. Na shlukování a pospolitost Romů poukazyvaly v mém výzkumu pro bakalářskou práci i zdravotní sestry.⁹⁷

Zamýšlela jsem se také nad tím, jestli mi Romové jako gadžovi a jako cizímu člověku sdělovali opravdu to, co měli na mysli. Konkrétně se jedná o popis zkušeností Romů se zdravotnickým prostředím. Při zpracovávání nahrávek jsem si všimla jejich snahy nepůsobit jako někdo, kdo si neustále stěžuje. A opět, mezi řádky, lze vysledovat nejistotu a nedostatek informací. Co se týká zdraví a péče o zdraví, nijak mě nepřekvapilo zjištění, že Romové nemají informace o svém zdraví a nejsou zvyklí o něj výrazněji pečovat.

Myslím si, že tato práce přináší zajímavý pohled na jednu skupinu Romů žijících v České republice. Diplomová práce jistě má vypovídající hodnotu, i když nemapuje životy a názory více vrstev romské populace, jako jsou například asimilovaní Romové nebo Olaši.

⁹⁷ Dostálová, B.: Jak zdravotní sestry vnímají romského pacienta, Bakalářská práce, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství, Praha 2004

2 Výzkumná metoda

Jako výzkumné metody jsem zvolila hloubkový rozhovor a pozorování. Hloubkový rozhovor je technika v kvalitativním výzkumu nejpoužívanější. Vedla jsem nestandardizované rozhovory, tzn. nepracovala jsem při nich s přesným seznamem otázek. Šlo o rozhovory strukturované: obsahovaly a zaměřovaly se na níže uvedená témata, která byla diskutována podle této osnovy:

- hodnotový žebříček tázaného Roma,
- jeho péče o zdraví,
- chápání pojmu „zdravý životní styl“,
- popis jeho běžného dne,
- děti (počet dětí, představa o jejich budoucnosti, zdraví dětí),
- vnímání pobytu v porodnici, nemocnici (hospitalizace dětí),
- dodržování tradic (obzvláště při narození dítěte, smrti člověka),
- romština, komunikace,
- vize budoucnosti.

Písemný materiál, který je níže analyzován, vznikl na základě rozhovorů a pozorování vybraných Romů. Navštívila jsem a hovořila s rodinou litoměřických Romů, s romskou matkou z ubytovny v Lovosicích, a s Romy žijícími na okraji Kladna.

Zdařilost hloubkového rozhovoru závisí do značné míry na atmosféře, která během setkání vznikne. Snažila jsem se navozovat přátelskou atmosféru nastolující pocit důvěry, který je pro vztah tazatel-informátor nepostradatelný. Nyní se dostávám k etickým dilematům svých rozhovorů. S každým informátorem jsem se sešla pouze jednou a ve snaze zjistit co nejvíce informací bylo pro mě nastolování takové atmosféry do značné míry „hraním“, předstíráním. Moji situaci dále ztěžovalo to, že pro Romy jsem byla někým, u koho hledali pomoc. Má role tazatele se často měnila v roli dotazovaného. Byla jsem člověkem, u kterého Romové předpokládali ochotu naslouchat jejich steskům. Tento fakt, jakkoli mi práci nezlehčoval a neurychloval, do určité míry vypovídá o tom, že se mi povedlo nastolit důvěrnou atmosféru. Roli tazatele jsem také často mimoděk zaměňovala s rolí zdravotní sestry. Měla jsem tendence „opravovat“ představy Romů o zdraví a nemocech. Bylo pro mě také až nemožné být empatická k patnáctileté kouřící matce čtyřměsíčního dítěte...

Vědomí o pozdějším zpracování dat pro mě představovalo další obtížnou etickou otázku. Ačkoli mé přátelské úmysly nebyly vždy pouze předstírané, bylo mé ponoukání k hovoru vedeno s úmyslem získat co nejvíce informací, a bylo mi jasné, že v mé diplomové práci

budou zmíněny stereotypy mých informátorů, o kterých budu psát často spíše negativně a kriticky.

Do výzkumu jsem vstupovala s jasnou představou, že potřebuji shromáždit několik rozhovorů, které budu dále interpretovat. Mé záměry byly částečně egoistické⁹⁸ (od lidí jsem potřebovala získat informace pro osobní účely, tj. pro zpracování své diplomové práce.) Zároveň jsem se snažila vést (a doufám, že vedla) výzkum z důvodů „vyšších“: se snahou přispět k pochopení romského etnika.

Svým informátorům jsem vždy sdělila, kdo jsem, proč jsem za nimi přišla, na co se jich budu ptát a jak informace zpracuji. Vždy jsem měla svolení rozhovor nahrávat. Jména svých informátorů, až na výjimky, neznám. V textu pracuji s audio nahrávkami a se svými terénními poznámkami (pozorování). Ve výzkumné praxi se často spojuje pozorování s osobním dotazováním, což umožňuje využívat výhody obou metod. Hlavní funkcí pozorování je získávání informací o nových jevech, objevovaných teprve v jeho průběhu. Mé pozorování bylo nestrukturované, tzn. neměla jsem předem vypracovány pozorovací škály a kategorie. Mezi Romy jsem však šla s představou vypořádat co nejvíce jevů, které budu moci v práci uvést.⁹⁹ Po ukončení rozhovorů jsem vždy co nejdříve zapsala své dojmy a postřehy (viz příloha č. 13 – terénní poznámky).

Pro zajištění diverzity pohledů na zkoumanou otázku jsem zvolila dvě výše vyjmenované metody kvalitativního výzkumu. Metoda rozhovoru a pozorování byly zvoleny s cílem maximalizovat validitu sebraných dat. Své závěry jsem také konzultovala s porodní asistentkou a sociální pracovníci (viz charakteristika výzkumného vzorku). Použití různorodých zdrojů informací patří k jednomu ze základních doporučení, jejichž cílem je zvýšit důvěryhodnost výsledků. Subjektivnímu pohledu jsem se kromě konzultace svých postřehů se sociální pracovníci a porodní asistentkou bránila také dodržením standardního postupu práce s nahrávkami rozhovorů. Všechny nahrávky jsem přepsala a provedla *obsahovou analýzu*. Hledala jsem četnosti jednotlivých jevů, ze kterých jsem vyvozovala závěry. Ke všem závěrům jsem se důsledně snažila vyhledat protipříklady, což je další taktika k předcházení subjektivního zkreslení výsledků výzkumu.¹⁰⁰

3 Charakteristika výzkumného vzorku

Do mého výzkumného vzorku patřili Romové žijící v Litoměřicích, Lovosicích a Kladně. Výzkum jsem prováděla také s porodní asistentkou, jejíž praxe probíhala na porodnickém

⁹⁸ Termín převzat: Nosková, J. (2004): Tazatel, dotazovaný – dočasní "přátelé"? *Biograf* (35), http://biograf.institut.cz/clanky/clanek_pp?clanek=3511

⁹⁹ Gavora, P.: Výzkumné metody v pedagogice: příručka pro studenty, učitele a výzkumné pracovníky, Paido, Brno 1996, str. 130

¹⁰⁰ Hendl, J.: Kvalitativní výzkum, Základní metody a aplikace, Portál, Praha 2005, str. 147 - 148

oddělení Nemocnice Kladno (rozhovor č. 10, příloha 13/10). Dále jsem o rozhovor požádala sociální pracovníci společnosti Člověk v tísni. Pracovala jako terénní sociální pracovník v Praze – Žižkově (rozhovor č. 11, příloha 13/11).

Mí informátoři byli Romové, kteří žijí spíše na okraji společnosti. Rozhovory nebyly uskutečňovány s tzv. romskou elitou. Romům jsem byla představena svými přáteli, kteří mě k nim zavedli.

Do výzkumného vzorku patří žena z lovosické ubytovny pro neplatiče nájemného. Je vdaná a má dvě děti. Žena je na mateřské dovolené, manžel nezaměstnaný (viz rozhovor č. 1, příloha 13/1). Druhý rozhovor byl veden s manželským párem z Litoměřic. Tito Romové pocházejí ze Slovenska a v České republice žádají o občanství. Jsou osmičlennou rodinou, čtyři děti žijí s nimi v ubytovně v České republice, dvě nejstarší děti zůstaly na Slovensku. Hovořila jsem s oběma manželskými partnery. Oba jsou nezaměstnaní. Jeden syn je mentálně postižený. Rozhovor probíhal v jednopokojovém bytě za přítomnosti dvou synů (rozhovor č. 2, příloha 13/2).

Následovala série rozhovorů s kladenskými Romy. Navštívila jsem je v místě jejich bydliště – U Masokombinátu, Kladno. Jedná se o místo, které bylo v projektu Ministerstva práce a sociálních věcí „Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti“ označeno jako sociálně vyloučená romská lokalita.¹⁰¹ Romové zde obývají třípatrový panelový dům a deset obytných buněk (unimobuněk). Od lokalit obývaných majoritními obyvateli jsou Romové odděleni lesem. Budova obývaná Romy je ve zdemolovaném stavu, venkovní zdi jsou pomalované nápisy, pod schodištěm jsou pohozené odpadky. Byty sdílí společné sociální zařízení. Podle výše zmiňovaného projektu má 99 % obyvatel této lokality maximálně základní vzdělání a většina z nich je závislá na sociálních dávkách.

První „kladenský“ rozhovor byl veden s matkou šesti dětí. Bydlí v obytné buňce s manželem a čtyřmi dětmi (rozhovor č. 3, příloha č. 13/3). Následoval rozhovor s maďarskou Romkou ze Slovenska, která v Kladně žije s druhem. Obývají rovněž unimobuňku. Mají spolu pětiletého chlapce, který má srdeční vadu. Dítě má odklad školní docházky (rozhovor č. 4, příloha 13/4). Další rozhovor probíhal v nedalekém panelovém domě s patnáctiletou matkou čtyřměsíčního kojence. Dokončila základní školu. Žije s rodiči a sourozenci v jednopokojovém bytě (rozhovor č. 5, příloha 13/5). Hovořila jsem i se skupinou šesti dětí, s chlapci i dívkami. Rozhovor s nimi byl obtížný, protože děti nedokázaly v klidu odpovídat na mé otázky, překřikovaly se (rozhovor č. 6, příloha 13/6). Další informátorkou byla matka

¹⁰¹ Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti, www.esfcr.cz

dvou dětí, která žije v domě s nimi a se svým manželem. Jedno dítě je psychomotoricky retardované. Žena je dnes nezaměstnaná, dříve pracovala jako zahradnice. Nyní jí hrozí za neplacení nájemného vystěhování (rozhovor č. 7, příloha 13/7). Mým jediným samostatným mužským respondentem byl dvacetiletý muž, který v Kladně žije se svými rodiči. Má zaměstnání, je zedníkem. Snaží se osamostatnit se od rodiny (rozhovor č. 8, příloha 13/8). Poslední rozhovor byl veden s matkou čtyř dětí (dvě adoptovala). Bydlí s nimi a manželem v jednopokojovém bytě panelového domu (rozhovor č. 9, příloha 13/9).

Romové, se kterými jsem prováděla rozhovory, obývali zpravidla jednopokojový byt či obytnou buňku o jedné místnosti. Pouze jedna rodina měla v ubytovně k dispozici místnosti dvě. V jedné buňce nebo v bytě žilo pohromadě až šest lidí. Byty byly vždy, na rozdíl od venkovního prostředí, čisté a uklizené. Rozhovory, až na výjimky, vždy probíhaly za přítomnosti více lidí, ve skupině. Rozhovory doplňovali příbuzní a známí mých informátorů.

Celkem jsem vedla jedenáct rozhovorů. Jejich délka se pohybovala od 45 minut do 90 minut. Další informace o lidech z mého výzkumného vzorku viz příloha č. 13 – terénní poznámky.

4 Výsledky výzkumu

Citace z rozhovorů jsou psány *kurzívou*. Číslo v závorce odkazuje na číslo rozhovoru. Závěry výzkumu se týkají mnou zkoumaného vzorku Romů.

4.1 Rodina

a) Rituály prováděné při narození dítěte

Narození dítěte bylo u romského etnika vždy spojeno s řadou rituálů. I v mnou zkoumaném vzorku Romů je takovým okamžikem v životě rodiny, u kterého Romové stále ještě dodržují nějaké tradice. Nejznámějším a nejčastěji dodržovaným zvykem je uvazování červené mašličky kolem zápěstí novorozence. Důvody, proč tak Romové činí, se rozcházejí: „*aby nebylo špatně dítěti*“ (3), nebo: „*To se dává, aby neměly zoč, no, aby nebyly uhranutý.*“ (9) Děti tento zvyk znaly, ale nevěděly, proč se dělá:

„*Mašličky se dávaj na ruku, červený...*“

„*Nevíš, kvůli čemu?*“ *Kroutí hlavou, neví.* (6)

Patnáctiletá matka podala vysvětlení, že mašle se dává „*u cigánů, aby nebrečel. Aby ho nebolela hlava.*“ (5) Mašle by na ruce měla zůstat až šest měsíců. Porodní asistentka, se kterou jsem hovořila, o tomto zvyku nevěděla. Podle jejího názoru matky tento zvyk (v porodnici) neprovádějí: „*Mašličku červenou? Ne, to jsem si nevšimla, že by dávaly... Ony tam hlavně často nejsou... Utečou...*“ (10) Naproti tomu sociální pracovnice na otázku, jestli zná nějaké dodnes prováděné zvyky Romů při narození dítěte, odpověděla: „*O červený mašličky ti určitě říkali, že jo? To hodně dělaj.*“ (11)

Zajímavou pověrou je házení vypálených sirek do skleničky s vodou. Návody k této činnosti se lišily člověk od člověka. Romové měli potíže s vysvětlením podstaty tohoto jevu: „*Do skleničky vodu a čtyři zápalky, jako hodí se to, a ty černý padaj do vody, a padá to tomu dítěti z očí... Když dítě pláče a nechce si vzít dudlíka ani mlíko, tak to znamená, že je to tohle...*“ (3). Dítěti „*padá z očí*“ uhrnutí, nemoc, něco zlého, co Romové nazývají „*zoč*“. „*No proti tomu uhrnutí jsou zvyky dělat prostě... Když vám je dítě neklidný hodně, nespí, brečí, tak se dělá, že do skleničky vodu, zapálíte prostě sirky, hodíte tam do té vody a když vám spadnou až dolu nebo něco, tak prostě mají ten zoč... Jsou uhranutý... Tou vodičkou je pomažete a něco tam říkaj, a vono to pak není...*“ (9) Konečné vysvětlení podala sociální pracovnice: „*Když sirky klesnou ve sklence s vodou až na dno, má člověk zoči. To znamená, že je očarovanej. Dospělí lidi, aby se toho zbavili, musej tu vodu vypít. A aby to očarování skončilo, skřížej nohu přes nohu směrem ven ze dveří.*“ (11)

I když není snadné pochopit způsob provádění rituálů, jsou veškeré tyto činnosti provozovány z důvodu ochrany novorozence proti uhrnutí a proti zlým duchům nebo nemocem.

Romové stále dávají své děti pokřtít. **Křest** je pouze formalitou v tom smyslu, že rodiče své děti nevychovávají „ve víře“. Je však pro Romy velmi důležitý. Je spojen s přesvědčením, že pomůže dítěti ke zdraví: „...aby byly zdravý... My jsme všechny pokřtěný...“(3) Jedna matka měla se křtem problémy: „... tady ten farář ani holku mi nechtěl pokřtít.“(1) Křest dítěte je mezi Romy stále živou záležitostí, je důvodem k tomu se sejít nebo navštívit své příbuzné: „Súsedka, její babička (informátorka ukazuje na přihlížející dítě), ted' pokrštila ty malé děti, co majú, to jsou jako dvojčata ty vedle. Já ho chci taky pokrštít, ale ne tady, chtěla bych na Slovensku.“(4)

Děti jsou pro romskou rodinu velmi důležité (viz níže). Pověřivost a strach o děti vedou rodiče k jejich ochraně, která má často podobu symbolických rituálů. Stejně tak křest nebyl mými informátory vnímán prvotně jako odpuštění dědičného hříchu, ale jako další „pojistka“ proti všemu zlému.

b) Sňatek

V minulosti měli Romové určeného svého budoucího partnera ještě dlouho předtím, než byli oddáni. Často byli ještě v dětském věku, když jim rodiče našli vhodného manžela nebo manželku. Romové, se kterými jsem prováděla rozhovory, o tomto jevu nehovořili.

Svatba je v tradiční romské společnosti záležitostí pro celou rodinu. Velké svatby trvající několik dní nebývaly výjimkou. Z mých dotazovaných měla velkou svatbu pouze jedna žena: „No byla velká... Pomalu přes sto padesát... Na to, že jsme z chudý rodiny voba dva, tak se to jakž takž udělalo... Třicet tisíc padlo, ted'ka toho lituju, že jsem si mohla něco koupit za to...“(1) Ostatní ženy měly svatbu malou:

„A jakou jste měla svatbu?“

„Na to... Moc dobrý vzpomínky nejsou.“

„Ne?“

„Já jsem jako nechtěla udělat velkou veselku...“(7)

Romové, kteří spolu žijí jako druh a družka jsou bráni jako manželé. Křesťanský nebo civilní sňatek podle zákona, který uznává majorita, může být uzavřen až po několika letech trvajícím soužití. Následuje citace matky tříletého chlapce. Dítě má se svým nynějším partnerem, s manželem se rozvádí:

„... já som si vzala Ukrajince nejdřív, ten upláchnul, tak ted' sa s ním rozvádím jako... A potom teda, byla som sama, pak som začala s tím, s jeho tátou...“ (ukazuje na syna).

„Jo jo jo... Spolu nejste ještě svoji...“

„Ne, já sa s ním rozvádím teď, vono to dlouho trvá...“ (4)

Zodpovědně ke sňatku přistupoval dvacetiletý Rom. Nejprve chce vybudovat pro budoucí rodinu zázemí:

„Rodinu ještě neplánuješ?“

„Ještě ne. Chci bydlet sám, od rodičů, a až budu bydlet sám, tak...“ (8)

Až na jednu ženu z mého výzkumného vzorku, která podstupuje rozvodové řízení a žije s druhem, byly rodiny úplné. Patnáctiletá matka byla svobodná. Nízká rozvodovost může souviset s tím, že pro ženu je v romské komunitě výhodnější statut vdané ženy. Sociální pracovnice k tomu poznamenává: „Rozvody jsou už i tam (mezi Romy). Já jsem asistovala u spousty rozvodů. Ale vím ze zkušenosti z praxe, že jim to spíš vydrží. Ženská po rozvodu může mít problémy v komunitě, že ji třeba nevezmou, nerozumí tomu, proč to udělala. Může tam pak mít horší postavení. Ale obecně se dá říct, že tam je málo rozvodů...“ (11)

Nemohu potvrdit, pořádají-li dnes Romové menší svatby než dříve. Ve svých rozhovorech jsem se na tuto problematiku nezaměřovala. Pokud o sňatku nezačali Romové mluvit sami, cíleně jsem se neptala. Poznatek o nižší rozvodovosti, který sdělila sociální pracovnice, se v mém výzkumu potvrdil. Pouze u jedné ženy probíhalo rozvodové řízení. V ostatních případech byly rodiny úplné.

c) Výchova a postavení dítěte v romské rodině

Romské děti většinou nenavštěvují mateřskou školu a nemívají tedy hlubší zkušenost s jinými než romskými dětmi, natož s organizovanou kolektivní činností. Romské dítě bývá vychováváno v širší rodině s větším počtem sourozenců, než je běžné u většinového obyvatelstva. Romské rodiny mají tradičně hodně dětí, ženy často otěhotní v nízkém věku. Třicetičtyřletá matka osmnáctiletého syna, tedy žena, která měla první dítě ve svých šestnácti letech, není výjimkou. Setkala jsem se i s patnáctiletou matkou.

Děti mají v rodině svoje pevné místo a jsou vedeny od útlého věku k samostatnosti. Brzy s nimi rodiče jednájí jako s dospělými lidmi, rovnocennými partnery. Rovnocenné postavení a vedení k samostatnosti také znamená, že starší sourozenci (obzvláště dívky) převezmou do značné míry péči o své mladší sourozence: „Mám ještě jednoho mladšího bráchu a tomu je devět. Já jsem ho vychovávala. Malá, mladá. Máma ještě spala, a já jsem mu dávala jíst.“ (1)

Děti jsou zasvěcovány do problémů dospělých lidí v rodině. To je také jeden z důvodů, kromě rasových somatických znaků, proč dříve (tělesně) dospívají. V některých ohledech dospívající mládež převezme brzy roli dospělých – například tím, že se stanou sami rodiči:

„A vám je teda patnáct, jste říkala...“

„Patnáct, no...“

„A vy jste ho plánovali, nebo ne?(informátorka kroutí hlavou) Ne...“(5) Dospívající však nemají vybudované zázemí, nevystudují, nevyučí se, nemají zaměstnání.

Do dětí jsou vkládány naděje rodičů. Děti (a zdraví pro ně) jsou také velmi často považovány za to, co je pro Romy v životě nejdůležitější. Rodiče velmi často hovořili o tom, že chtějí pro své děti lepší osud, než mají oni sami: „*Nechci, aby skončil jako tyhle ty lidi tady kolem nás, že... Vlastně ani neumí nic, jo, ani do práce jich něk nechtějí, protože když nic neuměj, kam ich zaměstnaj. No, já nevím, no... A budu pro to dělat všechno, aby, abych ho mohla dát na tu základní školu...*“(4) Jiná matka také doufá v lepší osud pro své syny: „*Nejdůležitější jsou pro mě ty děti... Aby se měly dobře, aby nebyly zvědavý, prostě aby nežily chudobnu, prostě tak, jak jsme žili my, se o nás rodiče nestarali.*“(7) Na základě mého pozorování mohu ale konstatovat, že děti nebyly vedeny alespoň k základní disciplíně. Obzvláště u dětí kladenských Romů jsem zaznamenala nekultivovaný vulgární projev a dokonce pokus o krádež. Během mých rozhovorů v bytech Romů bouchaly na dveře a pokřikovaly. Nikdo z dospělých na to nereagoval.

Romové obecně vychovávají své děti k „přežití“ v civilizovaném světě. Jejich výchova se vyznačuje značnou emocionalitou a současně neschopností rodičů děti učit je čemukoli jinému, než je nezbytně nutné. Vše ostatní je považováno za nepotřebné (viz teoretická část, kapitola 3.1) Někteří Romové se domnívají, že není možné dítě v podmínkách, v jakých žijí, dobře vychovat. Uváděli, že jejich veškerá snaha vychovat ze svého dítěte slušného člověka se mívá účinkem kvůli špatnému okolnímu prostředí. I když se o výchovu pokusí, přesto se špatnému chování naučí od ostatních přítomných dětí: „*Tady ty děti nenaučíte ničemu, ani k výchově, protože nás tady je hodně, jo? A třeba kdo ty děti vychovává, pak (dítě) půjde na chodbu, se to naučí od toho druhýho, a... prostě tady ty děti nedokážete vychovat... Aby se chovaly dobře... Jsou všechno rozjívený, a... Je toho hodně. Hlavně co neuměj: pozdravit, poděkovat, udržovat trošku tu čistotu...*“(7)

Romové si myslí, že není dobré, aby bylo více romských rodin pospolu. Domnívají se, že situaci by pomohlo, kdyby byly rodiny rozděleny: „*Oni chybu robia, že hážú Romy do kupy. Romovia by nemali byt na kupe... Aby spolu neboli. Aby děti vyrůstaly s bielymi...*“(2) Nebo: „*Ať ten člověk bude jakýkoli, rozumíte, jako, tolika rodin tady pohromadě taky nedělá dobrotu.*“(4)

Děti navštěvují „zvláštní školu“ (dnes „základní škola speciální“). Často na přání rodičů, často jim je doporučena učiteli a sociálními pracovníky:

„Že jak ke mně chodil (sociální pracovník), když mu bylo těch pět, tak ke mně chodil připravovat ty děti do školy. No a tejdén, a hned ho vyhodili... Potom jsem ho dala zpátky do zvláštní, tam taky že ještě je pomalej, že zase vodklad, takže do tý školy nastoupil od devíti.“

„Máte jedno dítě ve škole, jo, a druhý dítě už taky chodí do školy?“

„Taky chodí, a ten chodí do pomocný... Obě dvě.“(7)

Ale i děti s normálním vývojem navštěvují základní školu speciální, třebaže by mohly docházet do školy základní. *„Do speciálnej školy sme ich dali, všetkých pet, lebo putujeme z miesta na miesto. Aby se pomalejšie učili.“(2)* Někteří rodiče si uvědomují, že „zvláštní škola“ někdy nepřipraví dítě do života tak, jak by si přáli: *„Já tady vidím podle těch dětí, co sou tady, že jako, většina z nich chodí do zvláštní školy, a tam teda nic prostě nenaučej... Ono neumí počítat, neznajú hodinky, neznajú absolutně nic... V základní škole, tam, tam děti aspoň něco naučej. I kdyby mal učit hůř, tak furt víc naučí než těch, co chodí do zvláštní školy.“(4)* Podle projektu Ministerstva práce a sociálních věcí „Analýza sociálně vyloučených romských lokalit“ je odhad podílu romských žáků z kladenské komunity, kteří docházejících do základní školy, do 10 %.

Z rozhovorů jsem měla často pocit, že se lidé neorientují v dnešním světě, že neznají vzdělávací systém, že nemají představu, co je reálné a co nikoli. Jedna matka chce přeradit své děti do základní školy až poté, co se nebudou stěhovat z místa na místo. Její syn, o kterém hovoří, je dítě s mentálním postižením. *„Ten mentálny, čo mám, ten je veľmi šikovný. Tomu to ide lepšie ako tým, čo niesú mentálny...“(2)*

Přání, aby se dětem dařilo lépe, projeví téměř všichni rodiče, kteří o svých dětech hovořili. Blíže specifikovat jejich budoucnost však uměli málokterí z nich. Často se představa budoucnosti upíná na vychození školy: *„Chci, aby chodily do školy, aby se něco naučily.“(3)* Ještě častěji nebývá budoucnost vykreslena nijak. Níže je citována patnáctiletá matka (syn Patrik je v péči jejího otce):

„A co máte v plánu pro Patrika časem? Jak ho chcete vychovávat?“

„Až mně bude osmnáct, tak bych si ho chtěla vzít zpátky k sobě. Ale táta mi ho asi už nedá...“

„A potom?... (ticho) Se školou?...“

„No...“(6)

Děti nemají zájmy, koníčky. Nejsou k tomu vedeny. Jediná matka mi sdělila: *„Chtěla bych, aby kluk hrál na klavír, a nebo spíš... Manžel hraje na harmoniku. A on už jako malej, kolem roku a půl, měl zájem. Takže až bude trošku větší, až bude chodit do školy, počítám s tím, že ho dám do hudebniny, na co chce... Byla bych ráda, kdyby něco uměl...“(1)*

Jak již bylo uvedeno, pro romskou rodinu mají děti velký význam. Přesto se ale v řadě případů setkáváme s tím, že jim rodiče nevytváří podnětné prostředí, které je nezbytné nejen pro přípravu do školy. V kladenské komunitě to ani není možné, protože mnohočlenná rodina obývá pouze jeden pokoj či obytnou buňku o jedné místnosti. Problémem je zaštiťování se diagnózou mentálního postižení svých dětí. Jak uvádí Řičan (viz teoretická část, str. 35), pro některé Romy je vlastně výhodné mít doma dítě s postižením, protože na něj mohou pobírat důchod. Nadějně je, že matky uvádějí důležitost vzdělání alespoň proklamativně.

Výchova dětí je kladenskými Romy považována za utopii z důvodu nevhodného prostředí. Z jejich výpovědí je cítit rezignace. Hlavní překážkou výchovnému působení je zmiňováno velké množství Romů na jednom místě.

d) Rituály spojené se smrtí člověka

V předcházející teoretické části textu jsem uvedla, že Romové umírali většinou doma, obklopeni svými blízkými (viz teoretická část, kapitola 3.1). Bylo zvykem, že se celá rodina přišla s umírajícím rozloučit a vyprovodit ho na poslední cestě. Romové věří ve zmrtvýchvstání. Podle literatury se i ty nejchudší rodiny snažily pořídit rodinnou hrobku, kterou pro mrtvého příbuzného zařizovali téměř jako obytný pokoj. Mrtvému Romové vkládali do rakve všechny předměty, které měl za života oblíbeny. Na žádný z nich nesměli zapomenout.

Rituály spojené se smrtí člověka bývaly Romy dodržovány donedávna. Dnes už jsou velké a bohaté pohřby vypravovány spíše jen zemřelým Romům olašským. Slovenští Romové se více přizpůsobili našim českým rituálům.

Romové podle informací z literatury neradi převlékají mrtvého člověka. Můžeme se dozvědět, že umírající člověk byl převlékán ještě živý krátce před svou smrtí, aby se rodina nemusela mrtvého dotýkat. Strach z mrtvých a duchů mi během mých rozhovorů potvrdil pouze jeden člověk. Hovořil ale o ostatních Romech, sám z mrtvých strach nemá:

„Taky jsem četla, že Romové mají strach z duchů... Je to pravda nebo ne?“

„No je, voni říkaj, že to je mulo (pousmání).“

„Co to je?“

„To je duch. Mrtvola jako...“

„Ty se taky bojíš?“

„Ne. Já jsem žádnou neviděl jako.“ (8)

I ostatní Romové tvrdili, že z mrtvých strach nemají: *„Ne, proč? Mrtví neubližujú...“ (9)* Také informace, podle které byli mrtví Romové převlékáni do pohřebního oděvu ještě za svého života, se mi nepotvrdila. Stejně tak tvrzení, že zemřelého Roma převlékala do

pohřebních šatů cizí gadžovská osoba, mi nebyla potvrzena. Podle sdělení mých informátorů si Romové své mrtvé obstarávali sami: „*To vždycky dělali Romi, oblíkali si sami, ale to teďko není povolený...*“ (3) nebo: „*To už teď (Romové) nedělaj, to převlíkaj v márnici lidi, co tam pracujou... No většinou to dělali cigáni. Dávali padesátikorunu a oblíkali si sami.*“ (7)

Dříve běžně prováděné vartování (držení stráže u mrtvého) zmínil pouze jeden muž. Domnívá se, že je tento zvyk stále ještě prováděn:

„*Taky, to dělaj naši taky. Dělaj se tam velký pohřby. Chodí se třeba, tomu říkaj vartování.*“
„*Aha. Co to je?*“

„*Choděj uctívat toho člověka, kterej zemřel, než... ho pohřbí. Tam se chodí, pije, povídá se a hrajou se nějaký hry...*“

„*A to pořád je?*“

„*To pořád je.*“ (8)

Vartování potvrdila i sociální pracovnice: „*Vartují... Schází se a povídaj si...*“ (11)

Podle informace jedné Romky se tradice spíše nedodržují. Není dodržováno ani období smutku: „*...Tady ne (se nedodržují tradice). Tady susedka... Jedna umřela, jeden den bol pohřeb a ona (sousedka) druhej šla na zábavy nebo co, takže asi pravděpodobně už nic moc tady není, no.*“ (4) Ale i v této otázce se výpovědi Romů do značné míry rozcházel. Jiná Romka (taktéž z kladenské komunity jako autorka předešlého citátu) sdělila:

„*Třeba když někdo zemře, nám zemřel teďka, tak se u nás nesmí pustit televize, prostě žádný zvuk, žádná hudba, nic... Do té doby, než ho pohřběj. A v den pohřbu ještě se to dodržuje. Ještě třeba, když manželka ztratí manžela, tak třeba půl roku musí taky...*“

„*A myslíte, že lidi to ještě dodržujou, nebo že se to pomalu už ztrácí?*“

„*Ne, dodržujou... Nesmí se chodit rok na zábavy, no... Po tom pohřbu se třeba může mít ta televize, ty písničky, pomalý...*“ (7)

Jako důvod toho, proč dnes lidé umírají spíše v nemocnici než doma, je sdělováno, že není povoleno mít mrtvého doma z hygienických důvodů:

„*A lidi umíraj spíš v nemocnici nebo tady, doma?...*“

(Následuje rozhovor dvou Romek): „*Dřív to bylo jako tady, doma, ale teď už ne, teď už...*“

„*Teď už to ani nejde, ne?*“

„*Hygienici to nechtěj jako povolit...*“ (9)

Můj výzkum nepotvrdil, že se Romové obávají zemřelého člověka. Pouze jeden informátor uvedl, že mají Romové z mrtvých strach. O dodržování období smutku za mrtvého nepanoval mezi Romy jednoznačný názor. Absence veselí a zábavy alespoň do pohřbu je však i nadále vnímána jako potřebná. Skepse, kterou lze vnímat z některých sdělení („*tady už se*

nic moc nedodrží“), může pramenit z faktu, že se situace pomalu mění. Romové nedrží smutek celý rok, jak tomu bylo dříve a nemají mrtvého člověka do pohřbu doma. Vartování neprobíhá jako v minulosti u těla mrtvého, ale Romové se schází bez jeho přítomnosti. Vyšší hygienické nároky znesnadňují přechování lidských ostatků do pohřbu v domácím prostředí. Romové se domnívají, že je zakázáno doma tělo zesnulého mít. V teoretické části je uvedeno, že se Romové bojí mrtvého natolik, že člověka do pohřebního oděvu převlékali ještě za živa. Mrtvého pak za úplatu odíval gadžo. Tato informace se mi nepotvrdila. Mrtvého podle sdělení mých informátorů vždy převlékali příbuzní Romové.

4.2 Zdraví a životní styl

a) Romové a zdraví jako hodnota

Pro většinu lidí bývá zdraví hodnotou, která je v žebříčku důležitosti kladena na horní příčky jako hodnota nejcennější. Nejinak je tomu v romské komunitě. Hodnota vlastního zdraví byla zmiňována jako nejdůležitější spolu s přáním zdraví pro děti: *„Asi zdraví... Zdraví pro moje děti a pro mě i pro manžela...“*(1) „Zdraví“ je spíše chápáno jako nepřítomnost nemoci. Vždy jsem hovořila s mladými lidmi nebo s lidmi ve středním věku. Z jejich slov je cítit názor, že starost o zdraví je věcí spíše starých a nemocných lidí, že „starost o zdraví“ nastupuje, až když přijdou nemoci. *„No, snažím se (starat se o své zdraví) , ale je mi zatím třicet čtyři roků... Cejtim se zdravá, no...“*(3)

Romové „se snaží“ pečovat o své zdraví, ale často nedokáží specifikovat, co tato snaha obnáší. Jedna žena na moji otázku, jestli se snaží nějak o své zdraví starat, se smíchem odpověděla:

„No... (smích) Jo, pravidelná strava, hygiena, všechno v pořádku...“(9)

Kladenští Romové jsou často navštěvováni sociálními pracovníky. Z jejich odpovědí jsem měla mnohdy pocit, že jsou „naučeni“, jak mají na otázky odpovídat. Vědí, co chce sociální pracovník slyšet, ale jejich odpovědi jsou často frázemi bez obsahu. Například jedna žena upřesnila svoji představu o zdravém životním stylu následovně:

„A vy nějak dbáte o svoje zdraví, nebo snažíte se žít zdravě?“

„To jó...“

„Jo. A co to pro vás znamená? Zdravě žít...“

„No, já nevím, abysme byli v pořádku, aby se nám nic nestalo...“(5)

Slova o tom, že zdraví je nejdůležitější hodnotou, jsou spíše často opakovaným klišé. Romové nemají ve zvyku o zdraví pečovat. Navíc například i žena nemocná astmatem kouří: *„Já jsem taky astmatik, a když je fakt ošklivo venku, třeba větší mlha, špatně se mi dechá...“*
„Vidím, že kouříte...“

„Já vím, že bych neměla, ale ono to nejde...“(1)

Romové uváděli, že je pro ně zdraví nejdůležitější hodnotou. Ženy ještě výše cenily zdraví svých dětí. Mí informátoři tvrdili, že se snaží žít zdravě, ale neuměli přesně popsat, co si pod tímto termínem představují.

b) Romové a jejich zdravotní stav

Romové se průměrně dožívají nižšího věku než majoritní obyvatelstvo. Je to dáno horšími životními podmínkami, tzn. zhoršenou hygienickou situací, nedostatky v životosprávě, nedostatkem informací. Dotazovaní ve sledované skupině často uváděli různé druhy zranění. Zvláště ohroženou skupinou jsou (hlavně ve velkých komunitách) děti, které jsou většinu dne, pokud nejsou ve škole, bez dozoru dospělých lidí: „*To je..., jak se řekne lidově, vo držku tady... Každou chvíli se něco stane na tý chodbě...*“ (1) O zkušenosti se zraněními se podělily hlavně děti: „*Tady mně rozsekli hlavu, když na mě pustili lopatu, tady z toho patra, z druhýho...* (rozhovor probíhal na schodišti vícepatrové budovy). *Hodili mi tam lopatu železnou... Byl jsem v nemocnici a chovali se na mě tam dobře...*“ Jiný chlapec vzpomíná: „*Já jsem se spálil na olej, záda, tady to ještě mám, aj dole...*“ (6) Dalšími často zmiňovanými potížemi byly záněty průdušek, pneumonie, hepatitidy.

Rodiče mi často sdělovali, že mají alespoň jedno dítě nějakým způsobem nemocné (psychomotoricky retardované): „*Ten mentálny, čo mám...*“ (2), „*On je opožděný, jeho vezmú do školy až od sedmi.*“ (4), „*u toho prvního, toho nemocnýho, jsem zkoušela základní, tam chodil tejden, že prostě na to nemá*“ (7). Alespoň jedno dítě s takovýmto poškozením se objevilo ve třech rodinách. Nevím, nakolik je příčina vzniku psychomotorické retardace dána okolními podmínkami a nakolik se jedná o poškození vrozené. Podle vyjádření porodní asistentky je možné dát do spojitosti kouření během těhotenství a poškození mozku plodu. Zdravotní sestra se vyjádřila: „*Kouřej neuvěřitelně moc, a placenta je pak neprokrvená a možná proto jsou ty děti neokysličený v tý děloze...*“ (10) O kouření v romské komunitě viz níže.

Provozovat sport jako takový, ať už pro radost či pro udržení kondice, nebylo u mnou dotazovaných Romů zvykem: „*To ne, to není pro mě...* (smích).“ (1) Nebyli zvyklí nějak o své zdraví pečovat. Na otázku, jestli se nějak o zdraví starají, odpovídali: „*Keď mám pravdu vám povedať - nie...*“ (2)

Ke zlepšení situace nepřispívá ani nedostatečná informovanost Romů. O té viz samostatná kapitola.

c) Kouření v romské komunitě

Kouření byl mezi lidmi, se kterými jsem hovořila, velmi rozšířený zlovyk. Cigarety a popelník byly součástí všech bytů a obytných buněk:

„*A vy takhle nějak zkoušíte dbát o svoje zdraví? Nebo... Koukám, že tady máte cigarety...*“
„*Jo... To je zvyk... Vod devíti...*“ (7)

Kouření je pochopitelně rozšířeným zlozvykem i u většinové populace. V České republice kouří 37 – 40 % lidí, tedy zhruba třetina obyvatel.¹⁰² Mezi lidmi, u kterých jsem prováděla výzkum, však kouřily i děti školního věku a těhotné ženy. Sociální pracovníce k tomu poznamenává: „*Jich snad kouří tak 90 %, odhaduju... Tam člověku ani nepřijde divný, že těhotná žena kouří. Tam je to normální, stejně jako kouřit před malým dítětem.*“⁽¹¹⁾ Také podle sdělení romských informátorů kouří i těhotné a kojící ženy:

„*A vy jste třeba kouřila, i když jste byla těhotná?*“

„*Taky.*“

„*To není úplně dobrý...*“

„*Není to dobrý, proto jsem taky takhle dopadla... Já si radši zapálím, než abych se najedla.*“⁽⁷⁾

Další žena sdělila:

„*No já kouřím, no. To prostě nejde dolu...*“

„*A když jste čekala děti?*“

„*Ne, to jsem nesměla kouřit, jako já jsem to ztlumila, ne, že bych přestala úplně, to ne, ale jako míň jsem kouřila, no... To si zvyknete kouřit, a vono to nejde přestat... Gynekolog, co jsem chodila do poradny, tvrdil, že ani není dobrý, abych přestala ihned kouřit, že by to mohlo ublížit i tomu dítěti, že to tělo je na to zvyklý...*“⁽⁹⁾

V romské komunitě se velmi rychle šíří informace. Rodiny zde jsou početnější než gadžovské rodiny a ženy jsou často velkou část svého života těhotné nebo kojící. S touto informací však jen ztěží přestanou kouřit. Lékař je vnímán jako autorita a ženy nechtějí svému dítěti ublížit. Proto, po rozšíření této informace, kouřit nepřestanou. Podle názoru sociální pracovníce je v romské komunitě zvykem, že těhotná žena si nemá odpírat nic, na co má chuť. Tedy ani cigarety: „*V těhotenství si nesměj nic odepřít, takže když mají chuť na cigaretu, tak si prostě zapálej.*“⁽¹¹⁾ Přestat kouřit nejde i z důvodu slabé vůle:

„*Už to nejde. To už je zvyk.*“⁽⁵⁾

„*Snažili jsme sa přestat, ale...*“⁽²⁾

„*Já vím, že bych neměla, ale ono to nejde...*“⁽¹⁾

Názor porodní asistentky na kouření Romek v těhotenství byl jednoznačný: „*...Neuvěřitelně kouřej... To dítě pak má až absťák, křičí, až se mu udělá kýla...*“⁽¹⁰⁾

Kouření byl během mých rozhovorů všudypřítomný jev. Závislost u žen je tak vysoká, že kouří i před dětmi a během těhotenství. Lidé jsou informováni o rizicích kouření, ale závislost

¹⁰² Informace získána na www.dokurte.cz

na nikotinu vzniká už od dětských let a není tedy jednoduché s kouřením skončit. Přestat kouřit je obtížné také z důvodu slabé vůle.

d) Zkušenosti romských žen s péčí v porodnici a s nemocniční péčí

Všechny ženy, se kterými jsem hovořila, měly děti a měly tedy zkušenosti s pobytem v nemocnici (porodnici). Zážitky, které mi vyprávěly, se týkaly hlavně popisu porodu a péče porodníků a porodních asistentek, ale zaznamenala jsem také zkušenosti matek z dětských oddělení nemocnic.

Matky popisující své zážitky z porodnice a z hospitalizace svých dětí hovořily o péči a přístupu personálu většinou kladně. Nejčastěji uváděly, že byly spokojeny a že si nemohou stěžovat: *„V porodnici se chovali dobře, jako ty lidi nejsou jako že zlí... Byla jsem spokojená.“*(3)

Pouze jedna matka uvedla, že se k ní porodní asistentka nechovala profesionálně. Své špatné zkušenosti popsala slovy:

„Přišla jsem do porodnice, víte, prvorodička, všechno by měli vysvětlit, co se bude dít, jo, a nic... Sepsali se mnou porodopis, já v bolestech jí odpovídám teda, a řekla, že bych se měla převlíknout a že si mám lehnout. A já jsem dostala křížový bolesti, že jsem šilela. Sestra odešla, zůstaly jsme tam samy. Dvě jsme tam byly... Pak přišla po hodině a já jí říkám, že mám šílený bolesti zad, já nevěděla, že jsou to křížový bolesti, říkám, dejte mi něco na bolesti zad, protože to nevydržím... A víte, co mi řekla? Když to šlo dovnitř, tak to musí ven... Prej neměla jste roztahovat... A pak jsem šla císařákem...“(1)

Většinou však ženy hovořily o péči velmi pozitivně. Dokonce i žena, jejíž negativní zkušenost je citována výše, se v porodnici setkala i s příkladným přístupem zdravotníků: *„On (lékař) mě hladil, utěšoval, že to nebude bolet, jo, že to přejde za chvíličku...“*(1)

I sdělení o zkušenostech mužského zástupce Romů vyznělo kladně:

„Tak nějaký zážitky z nemocnice přece jen máš?“

„Jo, to bylo v pohodě, úplně normální... Nijak se ke mně zle nechovali, úplně v pohodě.“(8)

Z rozhovoru s porodní asistentkou vyplynulo, že zdravotníci se k romským matkám chovají korektně často ze strachu: *„Sestry se k Romům chovají mnohdy líp, než k bílej, protože mají strach, aby někoho nezažalovali.“*(10)

Bylo až nevěšdné, kolik chvály na nemocnice vychází z úst matek. Teprve později jsem si uvědomila, že se ženy snažily nepůsobit jako ty, co si věčně na někoho stěžují:

„Jsou hodný ty sestry, doktor je taky hodnej, celá nemocnice...“

„Aha, jste spokojená...“

„Jako stěžovat ne...“

„To já neberu jako stížnost, spíš člověk vidí třeba, že něco mu nesedí... Nějaký chování třeba...“

„No právě...“ (3) Ale podrobnosti o tom, co se ženě nelíbilo, jsem se nedozvěděla. Jedna žena vypověděla, že v kladenské nemocnici mají pokoj pro romské rodičky, a pokoj pro rodičky gadžovské. Byla ale jedinou ženou, která si na tuto skutečnost postěžovala (konstatování o rasismu na konci citace je věta jiné ženy, která se zapojila do našeho rozhovoru):

„My jsme byly zvlášť na porodnici...“

„Romský ženy zvlášť, jo? A nevadilo vám to?“

„Tak... Vadilo, no, protože...“

„To už je rasismus...“

„My jsme byli všichni na jednom pokoji, normálně, cikánky...“ (9)

K tomuto faktu se vyjadřuje porodní asistentka, která v Nemocnici Kladno pracovala: *„Je to pravda... A říká se tomu čokoládovej pokoj.“ (10)*

Nepříjemný zážitek si z pobytu v porodnici odnesla i jiná těhotná Romka. Slovy sociální pracovnice: *„Když jsem byla v Krči na praxi (praxe žákyně Střední zdravotnické školy), byla tam jedna těhotná, a ta brečela, že k ní nechtěj žádnou bílou maminku dát... Tak se ptala, jestli to je tím, že je Romka. A brečela, protože měla strach, že její miminko je mrtvý, protože necítila pohyby. Pak ji dokonce napadlo, že k ní nechtějí nikoho dát, protože to dítě je mrtvý.“ (11)*

Z výpovědí Romů se dá vyčíst, že si v nemocnici či během péče zdravotníků všimají spíše porušování obecných pravidel, než že by zaznamenali nějaké problémy specifické:

„Voni na něco pospíchaj, maj na to třeba dvě hodiny, ale voni na to pospíchaj, aby to měli co nejdřív hotový, a i vás jako, si připadáte tam jako že vás odbývají... Vy si to udělejte sami, a třeba - první druhý den, si to udělejte sami, to dávkování, jak tam bylo na injekční stříkačku to bylo, vlastně ty léky... Ani vám neřeknou jak...“ (9) Je-li tato informace pravdivá a žena skutečně sama podávala dítěti injekční léky, jednalo se ze strany sestry o přístup non lege artis.

Nejvíce spontánních stesků matek bylo na nedostatek lidského přístupu sester, na to, že zdravotníci příliš spěchají, aniž by vysvětlili proč. *„Byla jsem s klukem, když mu byl rok, měl zánět průdušek, tak tam ležel asi tejdén. Já jsem tam ležela den s klukem. Ptali se mě, jestli tam chci zůstat. Tak jsem tam zůstala... Bylo tam miminko, asi roční, který mělo astma, a nechali ho třeba hodinu brečet. Tak jsem k němu šla já, pochovala jsem ho, až se uklidnilo... No, ale jinak jsem neměla problémy. Že by z nemocnice přišly děti zavšivený, to ne...“ (1)* Matky byly v případě hospitalizace svých dětí v nemocnici s nimi. *„Já som s ním bola*

pokaždý, když bol v nemocnici.“(4) nebo: „pokaždý som si zůstala já, jak jsme tam ležely, nikdy jsem ji tam samotnou nenechala, jo, a takže vlastně, když jsem něco potřebovala nebo to, tak jako vyšli vstříc...“(9)

Naproti tomu, zdravotníci shledávají problémů více. Jedním z nich jsou útky matek z porodnice krátce po porodu: *„Ony normálně to dítě opouštěj... Mají nějaký pravidlo, že se musí s chlapem vyspat do určitý hodiny, tak utečou. My ze zákona musíme mít dítě v porodnici sedmdesát dva hodin, a ony se pak pro něj vrací. Někdy až po pěti dnech, protože pátý den je očkování proti tuberkulóze a tak, tak aby nemusely chodit dvakrát.“(10)* Tuto informaci jsem konzultovala se sociální pracovníci. Skutečnost, že mívají romské ženy se svým partnerem brzy po porodu pohlavní styk, znala. Nedomnívá se však, že jde o pravidlo nebo zvyk či tradici. Její vysvětlení tohoto jevu je prozaické: *„Nerada bych zevšeobecňovala, že se s nima všechny spěj nebo že je to zvyk... To ne. Spíš bych řekla, že mají strach, aby neutek za jinou ženskou.“(11)*

Pravidlem bývají podle porodní asistentky potíže s mnohočlennými návštěvami Romů a návštěvami v nevhodnou dobu: *„Zažila jsem, že přišla skupina lidí na návštěvu v sedum večer. Babičky a tety, a chlapi. A teď tam okukovali pokoje a hledali tu svoji maminku... A řekly jsme jim, ať počkají v jídelně, že ji zavoláme. A pak chodili i maminkám na záchod... No dělej si, co chtěj... Já jsem se v Kladně na nočních bála, tam je sice všechno zamčený, aby neutekly, ale ony stejně utečou... Bála jsem se, aby nám něco ty návštěvy neudělaly. Je nepříjemnej pocit, když přijde skupina chlapů v kloboucích, a ty jejich oči... a víš, že jsme znaly Lucku (naše společná přítelkyně – Romka) a její rodinu a bylo to v pohodě, ale jich jsem se bála.“(10)*

Romové z mého výzkumného vzorku byli obecně s péčí v nemocnici spokojeni. Kladně hodnotili i tak samozřejmé věci, jakým je to, že se z nemocnice vrátilo dítě bez vší. Jako negativum uváděli přístup některých zdravotníků: jejich spěch a nedostatek laskavé péče. Spokojenost Romek s péčí zdravotníků během porodu byla prezentována slovy „nemohu si stěžovat“. Tato formulace může být interpretována jako obava romských žen z toho, aby nepůsobily jako někdo, kdo má neustále nějaké potíže. Z příkladu, který uvedla sociální pracovníce, vidíme nezájem sestry o pacientku. Zdravotníci se stále nemohou smířit s pospolitostí romské rodiny a s tím, že pacienta navštěvuje více lidí najednou (viz také výsledky výzkumu mé bakalářské práce¹⁰³). Sestry také nerozumí jednání některých romských matek, které mají brzy po porodu pohlavní styk se svým partnerem.

¹⁰³ Dostálová, B.: Jak zdravotní sestry vnímají romského pacienta, Bakalářská práce, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, Praha 2004

e) Porody císařským řezem

Vysoký počet matek, které rodily své dítě císařským řezem, mě velmi překvapil:

„Von sa mi narodil brzy, narodil sa mi císařákem...“ (4)

„Já jsem měla oba kluky rizikový, no, a dvakrát císařským jsem je měla...“ (7)

„Obě dvě jsou vlastně císařským řezem.“ (9)

Ženy rodily v Nemocnici Kladno. Zajímalo mne, kolik procent žen rodí v této nemocnici své dítě císařským řezem. Z informací Národního referenčního centra zdravotních pojišťoven je možné se dozvědět, že v této porodnici je počet císařských řezů pouze o 2 % vyšší, než je průměr v České republice. (Procentuální zastoupení porodů vedených císařským řezem v Nemocnici Kladno viz tabulka č. 2, příloha č. 14). Průměrný počet porodů císařským řezem v ČR je 16,5 %.¹⁰⁴

Porodní asistentka sdělila, že romské rodičky ne vždy během porodu adekvátně spolupracují: *„To záleží... Někdy musíme ty děti „chytat“, jak jde porod rychle, a někdy ty ženský pořádně netlačí, nespolupracují... Pak musí rychle císařem...“ (10)* Nevšimla si však, že by romské matky rodily císařským řezem výrazně častěji než ostatní ženy. Na otázku, jestli mají romské ženy průběh těhotenství častěji diagnostikovaný jako rizikový, odpověděla: *„Rizikový děti... Nevím. Cikánky nechodí moc často do poraden, tak nevím, jak moc jsou rizikový, ale je fakt, že když rodí mladý cikánky, třeba čtrnáctiletou jsem zažila, tak jsou malinký a jdou císařem.“ (10)*

Zjistit přesný počet romských matek, které rodily císařským řezem, není možné. Statistiky neexistují. Nelze zevšeobecnit a říci, že Romky obecně při porodu špatně spolupracují. Slovy sociální pracovnice: *„Říká se, že Romky naopak roděj snadno, ne? Ale víš co, bílá maminka může mít přece taky těžkej porod...“ (11)*

Z mého výzkumného vzorku rodily alespoň jedno své dítě císařským řezem čtyři ženy. O třech ostatních nemám informaci. Porodní asistentka během své praxe výraznější výskyt porodů císařským řezem nezaznamenala. Sociální pracovnice poukazuje na obecné mínění, že Romky mívají naopak snazší porody.

f) Romové a porozumění informacím o zdraví

Až na výjimky, Romové rozumí proudu řeči rodilého českého mluvčího pouze částečně. Obsah řečeného si dávají dohromady intuitivně tak, jak oni řečenému rozuměli – někdy z takto nesprávně nebo částečně pochopené myšlenky může vzniknout nová informace, kterou

¹⁰⁴ Zpráva o rodičce, www.uzis.cz/download_file.pgp?file=1872

mluvčí nikdy nevyslovil. Je nutné počítat s tím, že tato dezinformace za krátký čas bude kolovat v celé komunitě.¹⁰⁵

Z rozhovorů jsem měla pocit, že matky mají nedostatek informací a že nerozumí termínům, které zdravotníci pokládají za obecně známé:

„...On už se dusil (syn), pak přišel doktor Šálek a viděl, jak mi tekla zkalená voda, tak mě vyšetřil a řekl, že musím okamžitě na sál... Já jsem myslela, že budu normálně rodit. A teď vidím, že mě dávají lehnout, a říkám, jak já budu rodit, když budu ležet? A pak řekl doktor, že budu císařákem.“(1) Porodní asistentka hájila nemocnici tím, že v akutní situaci není čas vysvětlovat: „Když je ta maminka otevřená a pak nespolupracuje, není čas něco vysvětlovat. Musí se pracovat rychle...“(10)

Žena, která byla v pátém měsíci těhotenství, dostala od lékaře informaci, že „*dítě bude asi pravděpodobně hodně nemocný.*“(4) Více informací neobdržela nebo je nepochopila. Ženy s nedostatkem informací si domýšlejí vlastní teorie vzniku nemoci i její léčby. Matka chlapce s vrozenou srdeční vadou se domnívá, že srdce se dítěti „*natrhlo*“ o její vysoký krevní tlak, kterým trpěla v těhotenství:

„Gynekolog ma poslal v úterý do nemocnice, vyskočil mi krevný tlak a našli mi hodně bílkovin v moči. A ten doktor, už v nemocnici, mi řekl, že to miminko bude hodně malinký, a že bude lepší, kdybysme počkali s porodem, aby to dítě přibralo. Jenomže následkem toho potom, v sobotu, už mu nahrávalo to srdíčko špatně na ten přístroj, jak dělají přes to břicho... A už potom, potom už bolo, že sa mu natrhlo to srdíčko... víte, že mu srdíčko sa natrhlo o ten můj vysoký krevný tlak... Ale do tej doby bol zdravý, možná kdyby mi to udělali mezi uterým a sobotú, možná, že by, jako, že by sa narodil jako úplně zdravý.“(4)

Z citovaného výroku je zřejmé, že jeho autorka není jasně a srozumitelně informována o srdeční vadě svého syna, má pocit, že její vysoký krevní tlak způsobil zhoršení stavu jejího nenarozeného dítěte. Jiná žena měla obě svá těhotenství riziková, ale neví, proč:

„Já jsem měla oba kluky rizikový, no, a dvakrát císařským jsem je měla...“

„Aha, aha, a proč byli rizikoví?“

„To nevím taky dodneška, proč...“

„Hm...“

„Při tom prvním jsem šla tady do Kladna, tam vůbec mi neřekli, vo co mi jde, akorát mě dali někam na pokoj, tam ležte a vydržte do zejtrka, protože pan doktor tady není.“(7)

Otázkou zůstává, jestli matky informace dostaly a nezapamatovaly si je (či jim neporozuměly), nebo jestli jim informace nebyly podány. Výpovědi matek, ze kterých je jasně

¹⁰⁵ Osobní sdělení, Lydie Poláčková, přednáška na FHS UK: Specifické potřeby Romů ve zdravotních a sociálních službách, 28. – 29. 4. 2006

čitelná neinformovanost, podle mého názoru kontrastují s jejich předchozími sděleními o tom, že jsou s péčí v nemocnici spokojené.

Zdraví a nemoc nebo některé zlozvyky související se zdravím (například kouření) jsou přímo spojeny s mnoha polovičatými informacemi:

„Já, když jsem byla u mámy, bylo mi asi čtrnáct, tak jsem nechtěla kouřit, a moje máma, že jsem tlustá, a už nevěděla rady, jak zhubnout, tak mě až mlátila, že nechci kouřit, tak mě k tomu nějak donutili... Myslela si, že když budu kouřit, že zhubnu.“ (1)

Pravidelné návštěvy lékařů (obzvlášť zubního lékaře) nejsou u dospělých Romů časté. „K zubaři, to je dost problém...“ (2) Na vině je strach z bolesti, pocit, že lékař je nedostupný a také to, že je v komunitě běžně za zdravého člověka považován ten, koho nic nebolí. Tento postoj je svázán s nedostatečnou informovaností Romů. Svůj význam bude mít také určitá neukázněnost Romů:

„No, marjá panno, ne... Já mám doktorku až ve Švermové, takže je daleko, a já zas, víte co, já, celý roky nepamatuju... Já jdu k doktorce, jenom když jsem hodně nemocná.“ (4) Tato žena dále uvedla, že má pozitivní rodinnou anamnézu diabetu, má velkou žízeň, zvýšeně se potí, a její sestra jí naměřila glykémii (hladinu cukru v krvi) 26 mmol/l (normální hodnota glykémie je 3,1 – 5,6 mmol/l).

Situace je poněkud jiná, jedná-li se o zdraví dětí. Každá žena, se kterou jsem hovořila, sdělila, že s dítětem na pravidelné prohlídky či na očkování dochází:

„Zase když se jedná o kluka, tak to utíkám hned, když je nemocný, ale se sebou nejdu.“ (4)

„S dětma jsem chodila, očkovaný proti všemu zaplatpánbu jsou.“ (1) Nebo: *„Na dětech si dám záležet.“ (2)* Jiná matka přiznává, že sama k lékařům nejde, když jí není hodně zle, ale s dětmi lékaře navštěvuje:

„Jo, na tu gynekologii chodím, já jsem měla jako problémy, takže jako jo... Tam jako chodím, ale k tomu praktickému, když se cejtím nějak hodně špatně, ale když mě nic nebolí, tak nechodím. Ale s dětma jako jo, to chodím na to vočkování...“

„A co třeba zubaře, máte?“

„To si radši koupím za pět set nebo za čtyři stovky prášky, aby mě to nebolelo, a pak stejně tam budu muset jít...“ (7)

Citované výroky naznačují, že se dnes romské matky alespoň elementárním způsobem (návštěvou lékaře) snaží pečovat o zdraví svých dětí.

Činnost zdravotně sociálního asistenta, který začal působit v Ostravě od roku 2002, by mohla napomoci nejen k odstranění pověr, ale také k vyšší informovanosti Romů a k tomu, aby se Romové lépe orientovali v systému zdravotnictví v České republice.

Romské lidové léčitelství již není ve zkoumaném vzorku Romů používáno. Lidové rady ženy samy nezmiňovaly, a na cíleně položenou otázku odpovídaly negativně: neznám, nepoužívám:

„Co vám na to pomáhá, třeba nějaký recepty, bylinky...?“

„Brufen...“

„A nějaký babský rady... Neznáte?“

„Ne ne ne...“(3)

Skutečnost, že Romové češtině hůře rozumí, hodnotím jako informaci, která je pro zdravotníky velmi závažná. Široké pole působnosti je také v preventivní péči a prevalenci chorob. Na Moravě byly vyvěšeny plakáty v romštině, které informují Romy v jejich rodném jazyce o hygieně, nemocech a jejich prevenci. Ukázka plakátů viz příloha č. 15. Činnost romského zdravotního asistenta popsanou v teoretické části (kapitola 3.2) vnímám po rozhovorech s Romy jako nezbytnou. Dospělí Romové navštěvují lékaře spíše kvůli obtížím svých dětí. Své vlastní obtíže bagatelizují a nevěnují jim dostatečnou pozornost.

4.3 Náboženství a víra, hodnoty Romů

a) Religiozita

Setkala jsem se s Romy, kteří „jsou věřící“, ale bohoslužeb se pravidelně neúčastní:
„Já jsem teda věřící, ale neumím se modlit. Já jsem mladá, a teď jít do kostela... Když to vidím v televizi, tak je mi to k smíchu... A je mi to blbý přímo v kostele sedět a smát se jim, takže tam nejdu... Mně to přijde trošku směšný, voni opakují desatero božích přikázání po něm, a kdybych tam měla sedět...“ (1) Jediná rodina sdělila, že chodí do kostela: „Ked' ideme do charity, bez toho neodejdeme, abysme nezašli do kostela.“ (2) I v jejich případě jde ale o návštěvu „osobní“ a nikoli v době společné bohoslužby. Víra je věcí intimní, ne skupinovou. Na druhou stranu v obytných buňkách či bytech nechyběly obrazy s náboženskou tematikou a kříže: „My sme náboženský, vidíte, mám tady samý obrazy... Ale říkám, tady nic moc nedodržuju.“ (4) Z nepříjemné a nevyhovující situace může pomoci Bůh: „Pán Bůh nám može pomociť. Ked' on posvěti, pak sa može zadariť.“ (2)

Romské křesťanství má v sobě prvky jiných náboženství. Je to dáno indickým původem Romů a jejich migrací: „Jejich křesťanství je promíchaný s jinejma náboženstvima. Ale ke katolíckému kostelu maj blízko. Ted' se jich ale v mým okruhu hodně dáva k jehovistům. Že je tam někdo přijímá.“ (11)

Romové z mého výzkumného vzorku se pravidelně neúčastní organizovaného náboženského života. Ačkoli o sobě tvrdí, že jsou věřící, nenavštěvují pravidelně bohoslužby. Jejich víra je spíše intimní, nesdílejí ji s ostatními věřícími.

b) Dodržování tradic a zvyků, romská pospolitost

Většina Romů, se kterými jsem dělala rozhovor, nedodrжуje původní tradice:

„A takhle dodrжуjou se tady nějaký tradice? Nebo... starý cikánský tradice...“

„Tradice... Moc né, no. Slaví se tu svátky, jako slaví každej. Vánoce...“ (8)

Romové tedy nepředávají staré romské zvyky ani svým dětem. Například „o vánocích se jí, chlastá... Oslavuje...“ (3)

Z citovaných výroků je zřejmé, že jejich autoři neudrжуjí romské tradice popisované v literatuře. Z mých rozhovorů spíše vyplynulo, že Romové nechtějí vybočovat dodržováním odlišných zvyků:

„A dodrжуjete nějaký tradice?“

„Jak, tradice?“

„Tradiční zvyky, třeba když se narodí dítě...“

„Jenom křtiny...“

„Tak vidím, že tady už se tradice nijak moc nedodržují...“

„Ne, tady se žije normálním životem...“ (9)

Dětem není předávána romská kultura (písňe, tance, jazyk); tradiční písňe leckdy neumí ani jejich rodiče. Děti „nechtějí, od malička vyrůstaly mezi bílými, mezi cigány nebývaly...“ (2)

Karhanová¹⁰⁶ naopak uvádí, že Romové sami sebe představují jako tradiční společenství, které vyznává konzervativní hodnoty, které jsou od hodnot většinové společnosti méně zkažené. Romové podle jejího výzkumu vyzdvihují svoji pohostinnost, vztah k dětem a k rodině, nelpění na osobním majetku, upřednostňování kolektivu nad zájmy individua, sounáležitost. Oproti mé výzkumné skupině však kvalitativně zpracovávala informace podávané romskými mluvčími, romskou elitou, s veřejně se angažujícími Romy. Jednalo se o Romy, kteří si uvědomovali svoji funkci jakýchsi mluvčích romského etnika. Já jsem hovořila s neznámými “bezejmennými” Romy, kteří o jiných Romech hovořili negativně a ve třetí osobě (ve smyslu „oni cikáni“):

„...je to blbý, ten barák... Jsou tady samý... cigáni... Právě, že když je strčí na hromadu, tak si dělá každej, co chce... A to není dobře... Kdyby je rozsadili, tak je to úplně v pohodě... Kdyby, já nevím, do jednoho paneláku třeba jednu rodinu nebo dvě, to by se sneslo, ale když žijou pohromadě...“ (8) I z následující věty, kdy žena hovoří o tom, že nechce, aby jejího syna postihl stejný osud, jako obyvatele kladenského předměstí, je patrný určitý odstup od ostatních Romů: „Nechci, aby skončil jako tyhlety lidi tady kolem nás.“ (4)

Ani v literatuře tradičně vyjmenovávané romské vlastnosti (například tradiční pospolitost a pocit sounáležitosti) mí informátoři nepopisovali:

„A myslíte si, že tady lidi držejí pospolu?“

„No, záleží na tom, o co sa jedná, víte? Když treba někdo cizí přide, že by sa chtěl s někým bit, tak to sa drží pohromadě... To chrání jeden druhýho a svý rodiny, tak to jo, ale... Jako já nevím no... Každý na to máme jiný názor... Víte, zase když sa pohádají mezi sebou, tak zatajej, že sou rodina. Kedy jak sa jim to hodí...“ (4)

Mezi kladenskými Romy je možné zaznamenat pocit závisti a srovnávání životní úrovně. Nejednotnost Romů byla patrná už v Indii. I když Romové tvořili jednu kastu, byly mezi nimi společenské rozdíly. Například o něco lepší postavení měli chovatelé koní, hudebníci, cvičitelé zvířat nebo akrobati (viz teoretická část str. 42) Ani v dnešní době se Romové sami nepovažují za homogenní etnikum. Kladenští Romové sami sebe dělí na Romy žijící v domě a

¹⁰⁶ Karhanová, K.: Sebeobraz a obraz Romů v dialogu s majoritní společností, Biograf 27, 2002, <http://biograf.institut.cz/clanky/clanek.pp?clanek=2711>

Romy obývající obytné buňky. Mezi oběma skupinami existuje rivalita a pocit závisti. Níže citát ženy, která bydlí v panelovém domě, tzn. je v hierarchii výš:

„Každý tady žijeme svůj život, závist je tady hodně mezi náma, jeden na druhého si chodí stěžovat... Přitom žijou jako já třeba, jo?... Nikdo z nás líp nežije. Nebo kdyby třeba měli jiný to bydlení, tak bych to pochopila jinak, bydlíš líp, než já, nebo... Bydlíme tady, nejsme si cizí, skoro každé k někomu patříme...“(7) Autorka citátu nerozumí tomu, proč je mezi kladenskými Romy tolik závisti. Závist by pochopila, kdyby se rodiny v životní úrovni výrazně lišily.

Romové z mého výzkumného vzorku sami vypovídají v tom smyslu, že staré romské tradice nejsou nadále předávány dalším generacím. Při popisu romské pospolitosti jsou spíše skeptičtí a domnívají se, že Romové nedrží pospolu tak, jak tomu bývalo dříve. Podle mých zkušeností, z pozorování a ze sdělení porodní asistentky ale mohu napsat, že pospolitost je nadále dominantní vlastností Romů (hromadné návštěvy v nemocnicích).

c) Zaměstnání

Většina žen, se kterými jsem hovořila, byly ženy na mateřské dovolené. Jedna byla nezaměstnaná. Muži byli nezaměstnaní:

„A manžel je kde teďka?“

„Šel tomu druhému (synovi) něco koupit.“

„Nechodí pracovat?“

„Ne, ten je na úřadu práce.“(7)

Na otázku, co dělají během dne, když nemají práci, odpovídali: *„Rozpráváme sa, o životě, čo nás čaká, ako dopadneme, ako vychováme deti, bojíme sa, trápime sa... Modlíme sa k pánu bohu, aby pomohol...“*(2) Jedna Romka byla na Slovensku zaměstnána jako sanitářka v nemocnici, zde v Čechách je bez práce. Tvořila výjimku v tom, že měla představu, jak by mohla být v budoucnu zaměstnána její dcera: *„Zde je katolická škola pro opatrovníčky... Aspoň trochu sa vzdělávať.“*(2) Způsob života v romské rodině vede u jednotlivce ke ztrátě pocitu zodpovědnosti za svůj život. Tento postoj je v kontrastu s evropskou kulturou, která vede jedince k zodpovědnosti za sebe sama a svůj osud. Kolektivní rozhodování a zodpovědnost v romské rodině vede k tomu, že jednotlivec nemá jakékoli vlastní individuální životní ambice. Mimo jiné tento přístup poznamenává práci dětí ve škole i budoucí profesionální orientaci.

Systém udílení sociálních dávek také nepůsobí motivačně: *„Na něho беру pečovatelské peníze 5300 Kč. A chtěla som původně, že bych nastoupila do Kauflandu do práce na polovičný úvazek, protože nemožu víc vydělávat než 5900 Kč, aby jemu nevzali ty peníze.“*(4)

Navíc tento postoj spojený s nedostatkem informací a s tradičním rodinným uspořádáním (žena má být doma s dětmi) nevede Romy k tomu, aby si práci hledali: „*No a takže když budu těhotná, tak to bych jako nemohla (nastoupit do práce). Ale jako, jak som dozvěděla, že mám tu cukrovku, tak nevím, jestli by ma ve skutečnosti vzali do práce, kvůli tomu, nebo nevzali...*“ (4)

Vzhledem k tomu, že u uchazečů o zaměstnání se podle zákona nesmí evidovat etnická příslušnost, nelze uvést přesné počty nezaměstnaných Romů. Nicméně podle kvalifikovaných odhadů je v současné době v České republice 80 % nezaměstnaných práce schopných Romů.

d) Stolování a jídelníček

Pohybovala jsem se mezi Romy, kteří měli jídelníček totožný s našimi pokrmy. Často jsou zastoupena slovenská jídla (halušky):

„*Vaří se všechno, halušky,... a ještě jedno jídlo je. Goja, to jsou střeva vod prasete, jinak se dělají všelijaký jídla...*“ (1)

„*Normální český jídla... Svičkovou, knedlíky, halušky, goja, řízek...*“ (9)

„*Halušky s masem, segedín, knedlíky... Goja rádi taky, to jsou střeva, vod prasete střeva. To tady jedí hodně... Vobalený zeli... To je romský jídlo, no...*“ (7)

Většina romských žen, se kterými jsem hovořila, vařila jídlo doma. Jedna rodina jedla to, co jim nosili. Nezaznamenala jsem, že by ženy (vařily výhradně ženy) zmínily zákaz ohřívání jídla. Podmínky, ve kterých žijí, je pravděpodobně donutily ustoupit od svých stravovacích zásad, kdy se například vyhodilo jídlo, do kterého spadl vlas, jako „nečisté“.

4.4 Jazyk a komunikační styl Romů

Vlastní jazyk je důležitou součástí národní identity. Učitelé dětí indických emigrantů v Anglii doporučují rodičům, aby na své děti mluvili jen rodným jazykem. Mají k tomu dva důvody: dítě ovládající dobře mateřský jazyk se ve škole snadno naučí cizímu jazyku a nebude si osvojovat nestandardní angličtinu od svých rodičů.¹⁰⁷

Základem jazykové výbavy většiny romských dětí přicházejících do prvního ročníku základní školy je, až na výjimky, romský etnolekt češtiny. Jejich čeština není spisovná a obsahuje romskou gramatiku: „*My jsme šest sestry.*“⁽⁴⁾ Tyto děti jsou znevýhodněny ve srovnání s dětmi ostatními především tím, že neovládají spisovnou češtinu. Pro řadu romských dětí představuje vstup do první třídy základní školy verbální šok. Ve škole se totiž spisovnou češtinou, která je pro romské děti cizí, hovoří.

Romských rodičů, kteří by mluvili na své děti jen romsky, je málo. Většina rodičů učí děti češtině. Ovšem takové, jakou se naučili oni – tzn. učí je romskému etnolektu češtiny. Vyjadřovací schopnosti dětí mého výzkumného vzorku byly vesměs špatné: „*Vemeš ty sirky, ty hlavičky pak sundáš, nesmíš je rozbít, dáš je do vody, voni se roztopěj, pak vezmeš tu vodu a takhle uděláš... Křížek...*“ Děti odposlouchávají vulgární výrazy, které běžně ve své mluvě používají.

Z mých rozhovorů vyplynulo, že Romové mají strach učit své děti romsky. Chtějí, aby dítě umělo dobře česky a znalost romštiny je tomu podle nich překážkou. Mladí dospělí (20 – 30 let) často sami romsky neumí. Na otázku, jestli umí romsky, odpovídali:

„*Ne... Jako pár slov umím, a když někdo mluví, tak mu jako rozumím... Ale jako neumím to... A kdybych to uměla, ani bych děti neučila... Protože když děti naučíte romsky mluvit, tak pak umějí špatně česky... Když budou chtít, teď už prodávají knížky... Mezi cigánama se to naučej.*“⁽¹⁾

Dvě matky, které samy romsky hovoří, naučily i své děti: „*Děti umí perfektně... I zpívat umí cigánsky. Umí i česky i romsky.*“⁽³⁾ „*Já mluvím s nima romsky...*“⁽⁷⁾

Neúspěšnost romských dětí ve škole je často přičítána jejich dvojjazyčnosti, respektive nedostatečné znalosti vyučovacího jazyka. To je omyl. Bilingvální děti nemívají ve škole větší problémy. Neúspěšnost romských dětí je způsobena neznalostí jazyka vůbec. Nejenže je slovní zásoba proti ostatním dětem poloviční, ale i chápání slov je méně přesné. Škola, taková jaká je, zpravidla nedokáže tento nedostatek napravit, a tak je dítě, byť inteligentní, přeřazeno do zvláštní školy. Zde se jeho vývoj zpomalí a problém se přesouvá do další generace.

¹⁰⁷ Osobní sdělení, Lydie Poláčková, přednáška na FHS UK: Specifické potřeby Romů ve zdravotních a sociálních službách, 28. – 29. 4. 2006

Dnešní romské děti jsou v naší zemi většinou třetí nebo čtvrtou generací Romů, kteří žili původně na Slovensku a mluvili spolu romsky. Postupně se jejich romština promísila s češtinou. To, že Romové dnes čím dál méně hovoří svým jazykem, neznamená, že zdravotníkům vše rozumí. Jazyková bariéra by neměla být podceňována, ani když všichni hovoříme stejným jazykem (v našem případě česky). Pokud chceme, aby komunikace probíhala, je nutné přizpůsobit slovní zásobu a zjednodušit řeč. „Vzhledem ke skutečnosti, že Romové nevnímají český jazyk ve všech jeho intencích, reagují někdy jako Češi komunikující nedokonalou angličtinou s rodilým Angličanem. Když mluví Angličan, přikyvují, a přitom rozumí každému třetímu slovu a intuitivně, částečně rozumějí obsahu řečeného. Když se o nic nejedná, je to v pořádku. V případě, že jde o něco vážného nebo důležitého, intuitivní, nepřesné porozumění sdělení obsahu řečeného, nemusí mít dobré následky.“¹⁰⁸

¹⁰⁸ Osobní sdělení, Lydie Poláčková, přednáška na FHS UK: Specifické potřeby Romů ve zdravotních a sociálních službách, 28. – 29. 4. 2006

5 *Diskuse*

Kvalitativní výzkum romského etnika byl zajímavější, než jsem původně předpokládala. Na rozdíl od původní představy a proti kvantitativnímu výzkumu, pomocí kterého jsem vypracovávala svoji bakalářskou práci, však byl také nesrovnatelně obtížnější.

Nejprve bylo třeba zvolit vzorek romské populace. Rozhovory jsem mohla provádět s tzv. romskou elitou, s Romy asimilovanými nebo s Romy žijícími spíše na okraji společnosti. Zvolila jsem třetí variantu. Neučinila jsem tak bezdůvodně. Domnívám se, že s Romy, kteří nepatří ani mezi elitu ani nejsou asimilovaní, se zdravotníci ve své praxi setkávají nejčastěji a že pro ně představují nejvíce problémovou skupinu. Je třeba mít na zřeteli, že závěry, které budou následovat, se týkají pouze této skupiny Romů. Problém s výběrem výzkumného vzorku nastává vždy, když chceme romské etnikum „popsat“. Jak je v práci několikrát zmíněno, Romové netvoří jeden homogenní celek, ale jsou rozdrobeni do několika nestejných skupin, což vytvoření jednoznačných závěrů vylučuje.

Další otázkou je, nakolik je možné získat validní informace od lidí, kteří se mají před „bílými“ na pozoru. Fakt, že moji informátoři hovořili před neznámým (bílým) člověkem, mohl ovlivnit jejich výpovědi. Ostychu a strachu hlouběji se rozhovět jsem chtěla čelit navozením přátelské atmosféry během rozhovorů. Myslím si, že naše rozhovory byly vedeny v přátelském duchu, ale dlouhodobá spolupráce s vybranými Romy by jistě vedla k rozšíření a prohloubení získaných informací.

Při vyhledávání dalších výzkumů romského etnika jsem neobjevila žádný, který by se zabýval totožnou problematikou (tj. vztah Romů ke zdraví a dodržování tradic). Mohu však svoji práci porovnat s ostatními výzkumy Romů, které byly zaměřeny odlišně, ale jejichž části se dotýkaly naší problematiky. Koutný¹⁰⁹ zkoumal sociální jednání Romů ve slovenské osadě Velká Ves (název obce je pozměněn autorem). Koutný pobýval týden v romské komunitě. Podobně jako v mém výzkumu došel k závěru, že pro Romy jsou nejdůležitější děti a rodina. Zdraví jako hodnotu, která byla důležitá pro Romy našeho výzkumného vzorku, neuvádí. Koutný dále popisuje, že Romové nesnášejí samotu a preferují společenský život. Žijí-li v osadě, od svého dětství do dospělosti díky životu ve velkorodinách málokdy okusí samotu. Další oblast zájmu Koutného, která koreluje s mým výzkumem, je zaměření na vztahy Romů v komunitě. Uvádí, že mu informátoři sdělili zhoršení vzájemných vztahů v osadě. Romové z Velké Vsi, kterou zachvátily povodně, si podle jeho výzkumu vzájemně záviděli humanitární pomoc. Také podle mého výzkumu Romové nezmiňovali vysokou míru

¹⁰⁹ Koutný, J.: Osada ve Velké Vsi: S romskou rodinou na východním Slovensku, Biograf 23, 2000, http://biograf.institut.cz/clanky/members/clanek_pp?clanek=v2303

soudržnosti, která je popisována v literatuře. Okrajově Koutný zmiňuje závislost Romů z Velké Vsi na tabáku. Tamní Romové nejsou spokojeni s vyplácením sociálních dávek, kdy jejich polovinu obdrží formou potravinových poukázek, protože na ně dostanou omezené množství cigaret. Shodným bodem obou výzkumů je zjištění, že Romové žijí přítomností. Koutný uvádí, že s finančními zdroji (polovina sociálních dávek je Romům vyplácena v hotovosti) je zacházeno velmi nevhodně.

Jiný zajímavý výzkum o zdraví Romů probíhal také na Slovensku. Výsledky výzkumu byly publikovány v časopise Vesmír.¹¹⁰ Autoři výzkumu zjišťovali příčiny toho, proč je zdravotní stav Romů horší než u majoritního obyvatelstva. Podle jejich výsledků mají Romové tzv. „spořivý“ genotyp. „*Spořivé geny*“ vznikly u našich prapředků v situaci, kdy se střídala období s dostatkem potravy s obdobími nedostatku až hladu. „Spořivý“ genotyp způsobuje poruchy ve využívání krevního cukru tkáněmi, což vede ke zvýšenému ukládání tuků (obezitě) a k poškození Langerhansových ostrůvků v pankreatu. Celkovým výsledkem je tzv. metabolický syndrom (syndrom X), který podstatným způsobem ohrožuje integritu srdečně-cévního systému. (Světová zdravotnická organizace definuje syndrom X jako souběžný výskyt cukrovky druhého typu s nejméně dvěma dalšími kardiovaskulárními rizikovými faktory: obezitou, vysokým krevním tlakem, nízkou hladinou HDL cholesterolu.) Cílem výzkumníků bylo získat komplexní obraz o životním stylu, somatometrických parametrech, výživě, biochemických procesech a psychosociálních faktorech Romů, kteří žijí v poměrně příznivých sociálních podmínkách na západě Slovenska. Hlavním výsledkem jejich výzkumu je zjištění, že velkou část Romů ohrožuje syndrom X popsaný výše. Výskyt obezity u romských mužů (38 %) a žen (33 %) je podstatně vyšší, než u majoritní populace SR. Výzkumníci Romům naměřili vyšší hladinu inzulínu v krvi. Naměřený systolický krevní tlak byl signifikantně vyšší u Romek, diastolický byl vyšší u obou pohlaví. Výzkumníci potvrdili korelaci mezi nadváhou či obezitou a diastolickým krevním tlakem. Z výzkumu vyplynulo, že v období hojnosti Romové inklinují k vysoké spotřebě živočišných tuků. Příjem ochranných faktorů (vitaminů, vlákniny) v potravě je u nich naopak nízký. Výsledkem je vysoký výskyt centrální obezity (vysoký obsah tuku v oblasti vnitřních orgánů). Dalšími důsledky jsou inzulínová rezistence, poškození slinivky břišní, diabetes druhého typu, poškození cévního systému, infarkt nebo mozková mrtvice a vysoká úmrtnost v poměrně nízkém věku. Studium funkce spořivého genu u Romů je důležité pro zlepšení jejich zdravotního stavu v budoucnosti. Životní úroveň Romů se bude pravděpodobně zvyšovat. Zvýšení životní úrovně však představuje pro Romy vážné zdravotní ohrožení, které vyplývá

¹¹⁰ Ginter, E.: Sporivé geny a naši Rómovia, Vesmír, <http://www.vesmir.cz/clanek.php3?CID=6523>

právě z výskytu „spořivých“ genů. Bez intenzivní preventivní zdravotní výchovy (úprava jídelníčku, zvýšení tělesné aktivity, snížení spotřeby alkoholu a cigaret) je romské obyvatelstvo vystavené vysokému riziku vzniku diabetu a předčasnému úmrtí z důvodu infarktu myokardu, mozkové mrtvice nebo rakoviny.

Další výzkum s názvem „Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti“ proběhl v České republice.¹¹¹ Výzkum byl proveden na objednávku pro Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (dále jen MPSV). Projekt probíhal v období od 1. 11. 2005 do 15. 8. 2006. Analyzuje situaci sociálně vyloučených Romů. Romové z vyloučených lokalit obývají často nevyhovující domy a byty. I přes nízkou kvalitu a vybavenost jsou byty pronajímány za vysoké nájemné. Často chybí přípoj elektřiny a vody, sociální zařízení je mnohdy společné pro více rodin. Domy jsou vlhké, s plísněmi na zdech. Nevyhovující hygienické podmínky se odráží ve zhoršeném zdravotním stavu obyvatel. Byty jsou přeplňovány. Lokality, v nichž se byty či ubytovny nacházejí, jsou často *prostorově vyloučeny*, tzn., že v okolí se nenachází domy a byty sociálně nevyločených obyvatel. Romská komunita je postižena vysokou mírou nezaměstnanosti. Ve většině analyzovaných lokalit se pohybovala mezi 90 – 100 %. Pokud Romové v daných lokalitách pracují, vykonávají spíše sezónní nebo příležitostné práce. Příčinami stávající situace jsou nízké vzdělání (a tedy nízká kvalifikace obyvatel vyloučených lokalit), nízké sociální kompetence a špatný zdravotní stav. Bariérou k získání zaměstnání tvoří také solidární příbuzenské sítě, v jejichž rámci členové této sítě rovnostářsky sdílejí hmotné statky. Rom, který si najde lépe placenou práci, se musí o výdělek rozdělit s členy této sítě, což působí demotivačně. Dalšími bariérami jsou nemotivující systém sociální pomoci, diskriminace ze strany zaměstnavatelů a další.

Výzkum MPSV ukázal, že většina Romů ve vybraných lokalitách má ukončené maximálně základní vzdělání. Nízká úspěšnost romských žáků ve škole je podle terénního šetření dána nepřipraveností dětí na školní docházku a nízkou motivací ke vzdělání.

Analýza situace v romských vyloučených lokalitách se zabývala také zdravotní situací obyvatel. Zpráva obsahuje sdělení, že Romové z těchto oblastí mají často zhoršený zdravotní stav. Pobírají invalidní důchod častěji než majoritní obyvatelé, ve zvýšené míře se zde vyskytuje alkoholismus, drogová závislost, epidemie žloutenky či úplavice. Obyvatelé vyloučených lokalit mají zhoršený přístup ke zdravotní péči. Na zdraví sociálně vyloučených má negativní vliv špatná životospráva (tučná či sladká jídla, kouření, konzumace alkoholu).

¹¹¹ Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti, http://www.mpsv.cz/files/clanky/3043/Analýza_romskych_lokalit.pdf

Poslední výzkum, který uvedu v této práci, je rozsáhlý výzkum Evropské unie o situaci Romů v zemích, které se k Unii připojily v poslední vlně („Situace Romů v rozšířené Evropské unii“¹¹²). Zkoumána byla i situace Romů v České republice. Výzkum byl zacílen na zmapování situace Romů v oblastech školství, bydlení, zaměstnání, zdravotní péče. Zjišťoval také způsob ochrany romské minority. Výzkum byl zahájen v listopadu roku 2003 a trval do srpna 2004. V oblasti školství a vzdělávání vyplynul z tohoto výzkumu závěr, že přibližně 75 % romských dětí nenavštěvovalo základní školu s normálním vyučovacím programem, ale základní školu speciální. To koresponduje s našim zjištěním, že děti našich informátorů navštěvovaly speciální základní školy. V oblasti zaměstnání, které patří k rozhodujícím faktorům napomáhajícím začlenění člověka do společnosti, výzkum potvrdil, že jsou často markantní rozdíly v počtech nezaměstnaných u Romů a u majoritních obyvatel. Romové uváděli zkušenost, že jim byla práce odmítána se slovy, že pracovní místo již není volné. Výzkum dále upozorňuje na to, že mnoho Romů žije v nestandardních podmínkách, někdy dokonce ve slumech a ghettech. Můj výzkum probíhal pouze v ubytovnách nebo místech vyčleněných na okraj společnosti, kde úroveň bydlení nedosahovala standardní úroveň (jednalo se o tzv. „sociální ubytování“). Nejzajímavějším bodem rozsáhlého výzkumu EU pro nás je oblast zdraví. Nejohroženější věkovou skupinou mezi Romy je věk 9 – 16 let. Děti jsou nejvíce ohroženy abusem alkoholu a cigaret. Druhou zmiňovanou skupinou jsou Romové ve věkovém rozmezí 19 – 40 let, u nichž je vysoké riziko závislosti na tvrdých drogách. Náš výzkum zaznamenal vysoký podíl lidí kouřících cigarety mezi dětmi i mládeží. Výzkum EU neměl k dispozici data pro Českou republiku, která by obsahovala pravděpodobnou délku života Romů. V roce 1994 však Romové umírali o dvanáct let dříve, než majoritní obyvatelé. Dnes se 69 % obvodních lékařů domnívá, že zdravotní stav Romů je očividně horší, než zdravotní stav většinového obyvatelstva.

Tolik k porovnání výsledků. Na závěr diskuse bych se chtěla zaměřit na to, co mohlo být v mém výzkumu uděláno jinak. Při svých závěrečných rozhovorech, které jsem vedla s porodní asistentkou a sociální pracovnící, jsem si uvědomila, že by z hlediska množství informací bylo zajímavé, kdybych nejprve hovořila s nimi a teprve potom s Romy. Obě ženy mi sdělily informace, které přede mnou Romové (resp. Romky) utajily. I takto jsou však nasbírané informace relevantní a mají svou vypovídající hodnotu.

Co se týká vytvoření důvěrné atmosféry při rozhovoru, myslím si, že se mi ji ve většině případů podařilo vytvořit, ale pro příští práci bych zvolila více návštěv v romské komunitě, abych se s Romy, se kterými jsem hovořila, lépe poznala.

¹¹² The situation of Roma in an Enlarged European Union, http://ec.europa.eu/employment_social/publications/2005/ke6204389_en.html

Během analýzy nahrávek jsem si uvědomila, jak obtížné je mlčet a naslouchat sdělení druhých lidí. K provádění hloubkového rozhovoru je nutná určitá zkušenost, kterou jsem neměla. Leckdy se mi podařilo získat velmi zajímavé informace, ale také jsem mohla svými rychlými otázkami o leccos zajímavého přijít.

Jsem ráda za možnost provádět výzkum mezi Romy. Hovořit s nimi a pohybovat se v jejich prostředí mne velmi obohatilo. Doufám, že jsem čtenářům této práce předala to nejdůležitější z toho, co se mi podařilo zjistit.

6 Závěr

Diplomovou práci jsem zpracovávala na téma „Zvyky a životní styl současných Romů“. Romové, které jsem navštívila, nejsou ve stavu, kdy by rozvíjeli své staré tradice a dělili se o svoji kulturu s ostatními. Naopak, našla jsem je v nejistotě a skepsi. Na tradice si lidé, se kterými jsem hovořila, vzpomněli pouze po mých připomenutích a povětšinou je nedodržují. Z lidí nebyla cítit energie, mnohdy jsem měla jako výzkumník pocit, že má role je chápána jako role člověka, který poskytuje pomoc. Nebylo pro mě jednoduché navracet Romy k tématům výzkumu, když mě žádali o pomoc s hledáním bytu nebo se dotazovali na věci ohledně zdravotního stavu sebe a svých dětí.

Mezi nejčastěji zmiňované zvyky, které Romové dodnes dodržují, jsou činnosti spojené s ochranou novorozence před zlem a nemocemi. Vázání červené mašličky na zápěstí dítěte je činností prováděnou dodnes. Romské děti jsou stále křtěny, ale nebývají vedeny k víře ve smyslu pravidelných návštěv bohoslužeb. Křest je vnímán jako další ochrana dítěte. Ženy kladly důraz na správnou výchovu svých dětí. Současně se však domnívají, že v prostředí, ve kterém žijí, je nemožné z dětí slušné lidi vychovat. Problémem může být také brzké přijetí rodičovské role a fakt, že dozorem nad malými dětmi jsou často pověřováni jejich starší nedospělí sourozenci.

Jako nejdůležitější hodnoty jsou vnímány děti a zdraví. Povědomí Romů o zdravém životním stylu není veliké. Romové udávají, že se snaží zdravě žít, ale nedokáží blíže specifikovat, co to pro ně znamená. Časté je kouření již od školního věku. Závislost na nikotinu je tak velká, že ženy kouří i během těhotenství a kojení. Romové vnímají své zážitky z pobytu v nemocnici spíše pozitivně. Péči a léčbu Romové subjektivně hodnotí jako kvalitní. Nejvíce stížností bylo na osobní přístup sester a lékařů. Nepřehlédnutelnými byla častá sdělení matek, že své dítě porodily císařským řezem. Ze sedmi rodiček absolvovaly porod jinou než přirozenou cestou čtyři ženy. Tři matky dále uvedly, že alespoň jedno jejich dítě je psychomotoricky retardované či jinak nemocné. Toto číslo vnímám jako velmi vysoké i

vzhledem k tomu, že rozhovor byl veden celkem se sedmi matkami. Od dalších dvou z nich nemám o zdraví jejich dětí bližší informace, jedna matka má děti zdravé a jedna se stará o kojence. Ženy sdělovaly, že se svými dětmi docházejí pravidelně k lékaři na kontroly a očkování, samy však odkládají návštěvu lékaře na poslední chvíli. Z mého pohledu je pravděpodobně nejvíce alarmující nízká informovanost Romů o svém zdravotním stavu i o zdravotním stavu dětí.

Dalším bodem mého zájmu byl postoj Romů k umírání a smrti. Informátoři mi sdělili, že Romové dnes umírají povětšinou v nemocnicích. Domnívají se, že hygienikem není povoleno, aby mrtvý člověk zůstal do pohřbu doma. Období smutku není dodržováno jako dříve, ale Romové zmiňovali, že by pozůstali alespoň do pohřbu měli uctívat památku zesnulého tím, že dodržují pietní atmosféru.

Následuje analýza kultury zkoumané skupiny Romů s využitím **Modelu transkulturního ošetřovatelství Gigerové a Davidhizarové** (pomocné schéma modelu viz příloha č. 9). Romská kultura tu bude rozebrána na základě teoretických vědomostí i na základě zjištění výzkumu. Model Gigerové a Davidhizarové dobře rozpracovává jednotlivé aspekty kultury, je jednoduchý a nabízí otázky k utvoření ošetřovatelské anamnézy. Níže uvedený rozbor romské kultury může být pro všeobecné sestry vodítkem, ale je samozřejmě důležité, aby k pacientům přistupovaly individuálně a u každého jedince provedly samostatnou analýzu.

a) Komunikace: použitý jazyk, výslovnost

Romové hovoří romským etnolektem češtiny, velmi často také slovensky (resp. romským etnolektem slovenštiny), romsky a také maďarsky. Romština není zkoumanou skupinou Romů vnímána jako jazyk, kterým by měly jejich děti hovořit.

Romové, se kterými jsem prováděla rozhovory, mluvili ponejvíce česky a slovensky. Hovořili nesouvisle, větám bylo ztíženě rozumět. Česká slovní zásoba je nedostatečná a pro posluchače je namáhavější porozumět smyslu věty. Češtině rozumí částečně, při komunikaci jsem musela volit jednodušší výrazy a bylo nutné přizpůsobit volbu slov komunikačnímu partnerovi. Z výzkumu vyplynulo, že medicínské terminologii Romové nerozumí a problémy mají i s běžně používanými slovy. S touto skutečností je nutné během kontaktu s Romy počítat. Zdravotníci se musí při své práci s Romy přizpůsobit tomuto faktu a přesvědčovat se, jestli Romové jejich sdělení správně porozuměli.

b) Prostor: pozorovaný stupeň pocitu pohodlí/útulna, blízkost k ostatním

Romové jsou zvyklí na stálou přítomnost lidí kolem sebe. Mé rozhovory byly až na jednu výjimku prováděny vždy za přítomnosti více lidí. Obvykle šlo o děti mých informátorů, ale

přítomni byli také členové širší rodiny, kteří náš dialog poslouchali a přidávali své názory a zkušenosti. Všichni Romové výzkumného vzorku žijí ve stísněných prostorech jednopokojového bytu nebo jedné místnosti v obytné buňce, kde nemají žádné soukromí a jejich osobní prostor je minimální. O pořádek v obytné místnosti přísně dbají. Veřejné prostranství je oproti soukromým bytům často zdemolované a v nepořádku.

V případě, že Rom onemocní a léčení by mělo probíhat doma, mohou malé obytné prostory ztěžovat léčbu. Nedostatek klidu může uzdravovací proces výrazně zpomalit a nemocný člověk může v malém prostoru nemoc snáze přenášet na ostatní.

c) Společenská organizace: kultura, rodina, volný čas, náboženství, zaměstnání

Rodinu zmiňovali Romové jako věc v jejich životě nejdůležitější. Jsou zvyklí být stále v blízkosti svých příbuzných. Tento fakt je umocňován také tím, že jen málo z nich pravidelně dochází do zaměstnání. Veškerý volný čas je tráven ve společnosti vlastní rodiny a rodin žijících ve stejné komunitě. Ženy den vyplňují péčí o své děti a o domácnost. Muže jsem zastihla, ačkoli byl v dobu mé návštěvy romské komunity běžný pracovní den, posedávající doma nebo před obytnými buňkami. Pro mnou zkoumané Romy je v podstatě veškerý čas „volným časem“, protože nemají zaměstnání a nemají tedy žádné pracovní povinnosti. V domácnostech, ve kterých jsem rozhovory vedla, byly zapnuté televizory, z čehož usuzuji, že jejich sledování je častou odpočinkovou aktivitou.

Tito Romové jsou lidé s určitým náboženským cítěním, které se ale neprojevuje aktivním členstvím v nějaké církvi. Víra je spíše intimní, v kruhu rodiny. Na vyšší bytost Romové spoléhají jako na něco, co jim může pomoci ze svízelné situace. Dodnes vyhledávaným náboženským rituálem je *křest*. Dalšími tradičními činnostmi vázanými na narození dítěte jsou činnosti vykonávané z pověrčivosti. Jejich smyslem je ochránit novorozence před nemocemi a neštěstím. Nejčastějším způsobem ochrany je vázání červené stužky na zápěstí dítěte.

Vázanost na rodinu může být leckdy pro zdravotníky zdrojem nepříjemností během hospitalizace romského pacienta. S tím souvisí i *často projevované emoce* Romů, které v kruhu rodiny mohou být zvýrazněny. Rady pro usnadnění komunikace jsou v teoretické části na str. 44. Dále se zdravotníci potýkají se skutečností, že některé romské matky *zanechávají novorozence v porodnici* krátce po porodu. Matky utíkají z nemocnice domů za ostatními dětmi a za manželem, se kterým mívají pohlavní styk. Jejich počínání může být vysvětleno strachem z nevěry manžela. Pro novorozence se vracejí následující, ale někdy až pátý, den. K pochopení romského jednání zdravotníky pomůže znalost těchto pověr a zvyků a otevřená komunikace s Romy.

Během hospitalizace vidím možné potíže Romů v jejich chybějícím kontaktu s rodinou. Silná vazba i na širší rodinu může představovat problém pro zdravotníky, kteří nejsou například zvyklí podávat informace o nemocném většímu množství lidí. Široká rodina může po zdravotnících vyžadovat informace o svém nemocném příbuzném a problém může nastat, když se zdravotníci budou zdráhat tyto informace podat (povinnost mlčenlivosti).

d) Čas: sociální doba, pracovní doba, časová orientace, budoucnost, přítomnost

Čas je Romy vnímán odlišněji, než jak je vnímán západní společností. Většina Romů, se kterými jsem hovořila, byly matky na mateřské dovolené. Režim dne měly spíše rozvolněný a řídil se potřebami dětí. Romové se orientují na přítomnost. Plány do budoucna měli mí informátoři zpravidla povrchní a týkaly se spíše dětí.

S pojetím času dále souvisí období životních cyklů. Dle výsledků mého výzkumu mají Romové zkrácené období dětství a dospívání. Děti školního věku, obvykle dívky, mají na starosti mladší sourozence. Ženy se brzy stávají matkami. V našich kulturních podmínkách jsou takto mladé matky spíše výjimkami.

Orientace na přítomnost může negativně ovlivnit léčebný režim. Obzvláště některé nemoci, mezi něž patří například diabetes mellitus, vyžadují celoživotní dodržování přísné diety. Romové se svým vnímáním času mohou mít potíže s přijetím faktu, že i když jsou nyní relativně bez obtíží, za několik let jim nynější nedodržování rad lékaře může způsobit zdravotní nesnáze. Časté jsou stížnosti zdravotníků na fakt, že Romové nedodržují dohodnuté termíny návštěv.

e) Kontrola prostředí: vnímání zdraví a nemoci, hodnoty

Nejdůležitějšími hodnotami jsou Romy zmiňovány děti a zdraví. O zdraví ale nejsou Romové zvyklí pečovat. Obvykle nebyli schopni mi popsat, jakým způsobem se o své zdraví starají. Pro dospělé Romy není běžné, že by pravidelně sportovali, navštěvovali zubního lékaře. Zdraví je vnímáno jako nepřítomnost nemoci, obtíží nebo bolesti. Dítě bez zjevných vad je považováno za zdravé, ačkoli je u něj diagnostikována mentální retardace.

Velkým problémem je kouření. Tomuto zlozvyku podléhají i děti školního věku a těhotné a kojící ženy. Zde mají zdravotníci široké pole působnosti v oblasti prevence. Nenahraditelnou úlohu by zde podle mého názoru sehrál romský zdravotnický asistent.

f) Biologické variace: populačně specifická onemocnění, náchylnost k nemocím, psychologické charakteristiky

Statistiky zaznamenávající, jakými specifickými nemocemi Romové trpí, neexistují. Děti z rodin, u kterých jsem prováděla výzkum, měly často diagnostikovanu psychomotorickou retardaci, což ale neznamená, že by se jednalo o dědičný znak. Tento fakt je spíše výsledkem nezodpovědného chování žen během těhotenství, popřípadě nedostatkem informací. Často během těhotenství kouří a nenavštěvují poradnu.

Tolik k nástinu aplikace výzkumu na Model transkulturního ošetřovatelství. Pomocí modelového schématu a seznamu návodných otázek (příloha č. 9 a 11) je možné analyzovat kulturu jakéhokoli pacienta, se kterým v nemocnici přijdeme do kontaktu.

Podle mého názoru je nejdůležitějším závěrem tohoto výzkumu informace, že Romové plně nerozumí sdělením zdravotníků. To, že Rom používá český jazyk neznamená, že češtině dokonale rozumí. Na tento fakt je potřeba při komunikaci s členy romského etnika pamatovat a přizpůsobit jim způsob svého vyjadřování. Nezbytné je míru pochopených informací ověřovat zpětně položenými otázkami. Preventivní a osvětová činnost v romské komunitě je podle mých zjištění nedostatečná. Romové však během mé návštěvy o informace zájem projevovali. Vedle zdravotníků by je mohli poskytovat i romští zdravotničtí asistenti.

IV. Seznam literatury

1 Knižní publikace

1. **Acton, T., Gallant, D., Vondráček, P.:** *Romové*, Svojtka a Co., Praha 2000, ISBN 80-7237-249-1
2. **Andrews, M. M., Boyle, J. S.:** *Transcultural Concepts in Nursing Care*, Lippincot Williams and Wilkins, 2003, ISBN 0-7817-3680-3
3. **Archalousová, A.:** *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*, Nucleus HK, Hradec Králové 2003, ISBN 80-86225-33-X
4. **Crowe, D. M.:** *A history of The Gypsies of Eastern Europe and Russia*, I.B. Tauris and Co Ltd, London 1995, ISBN 1 85043 911 7
5. **Dostálová, B.:** *Jak zdravotní sestry vnímají romského pacienta*, Bakalářská práce, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, Praha 2004
6. **Frištenská, H., Šišková, T., Víšek, P.:** *Řetízek II O Romech*, R Mosty, Praha 2004
7. **Frištenská, H., Víšek, P.:** *O Romech – Na co jste se chtěli zeptat, manuál pro obce*, Spolu-CZ, Brno 2002
8. **Gavora, P.:** *Výzkumné metody v pedagogice: příručka pro studenty, učitele a výzkumné pracovníky*, Paido, Brno 1996, ISBN 80-85931-15-X
9. **Hendl, J.:** *Kvalitativní výzkum, Základní metody a aplikace*, Portál, Praha 2005, ISBN 80-7367-040-2
10. **Hancock, I.:** *We are Romani people*, University of Hertfordshire shire Press, Hatfield, 2002, ISBN 1-902806 19 0
11. **Hilčerová, E.:** *Život rodiny v romském etniku*, Bakalářská práce, Pedagogická fakulta, Ústav sociálních studií, Hradec Králové 2001
12. **Hűbschmannová, M.:** *Šaj pes dovakeras*, Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc 1998, ISBN 80-7067-905-0
13. **Ivanová, K., Špirudová, L., Kutnohorská, J.:** *Multikulturní ošetrovatelství I*, Grada Publishing, Praha 2005, ISBN 80-247-1212-1
14. **Jakoubek, M.:** *Romové – Konec (ne)jednoho mýtu*, BMSS-Start , Praha 2004, ISBN 80-86140-21-0
15. **Jandourek, J.:** *Úvod do sociologie*, Portál, Praha 2003, ISBN 80-7178-749-3
16. Kolektiv autorů, *Romové v České republice*, Socioklub, Praha 1999, ISBN 80-902260-7-8

17. **Liégeois, J. P.:** *School Provision for Ethnic Minorities: The Gypsy Paradigm*, University of Hertfordshire Press, Hatfield, 1998, ISBN 0 900458 88 7
18. **Marek, J., Kalvach, Z., Sucharda, P.,** a kolektiv: *Propedeutika klinické medicíny*, Triton, 2001, ISBN 80 7254 174 9
19. **Říčan, P.:** *S Romy žít budeme – jde o to jak*, Portál, Praha 1998, ISBN 80-7178-250-5
20. **Stewart, M.:** *Čas Cikánů*, Barrister a Principal, Brno 2005, ISBN 80-7364-017-1
21. **Šišková, T.:** *Výchova k toleranci a proti rasismu*, Portál, Praha 1998, ISBN 80-7178-285-8
22. **Šišková, T. (ed.):** *Menšiny a migranti v České republice*, Portál, Praha 2001, ISBN 80-7178-648-9
23. **Špirudová, L., Tomanová, D., Kudlová, P., Halmo, R.:** *Multikulturní ošetrovatelství II*, Grada Publishing, Praha 2006, ISBN 80-247-1213-X

2 **Webové stránky**

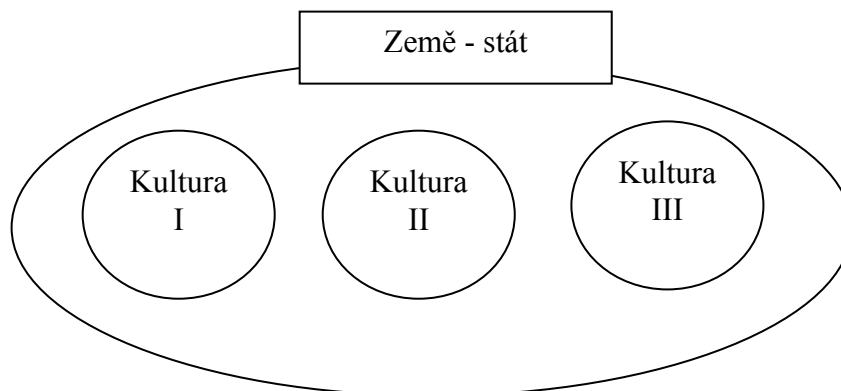
24. **Anionwu, E., Sookhoo, D., Adams, J.:** *Models of Transcultural Care*, RCN online public area, <http://www.rcn.org.uk/resources/transcultural/foundation/sectionthree.php> 21.6. 2006
25. **Ashmore, M., Reed, D.:** *Nevinnost a nostalgie v konverzační analýze: Dynamické vztahy mezi nahrávkou a jejím přepisem*, Biograf 25, 2001, <http://biograf.institut.cz/clanky/clanek.pp?clanek=2501>, 5.11.2005
26. **Balážová, J., Kaštánková, M.:** *Náboženství Romů, Romové v České republice*, 2000, <http://romove.radio.cz/cz/clanek/18147>, 20.7.2006
27. **Bursová, J., Průchová, E., Špirudová L., Tomanová, D.:** *Multikulturní ošetrovatelství ve vzdělávání sester na středních a vyšších zdravotnických školách*, Olomouc, 2002, http://www.cizinci.cz/files/clanky/115/osetrovatelstvi_vzdelavani.pdf, 26.7.2006
28. **Courbet, M.:** *Romani Customs and Tradicions: Death Rituals and Customs*, <http://www.geocities.com/~patrin/>, 25.6.2006
29. **Courbet, M.:** *Romani Customs and Tradicions: Birth*, <http://www.geocities.com/~patrin/>, 25.6.2006
30. **Courbet, M.:** *Romani Customs and Tradicions: Marriage*, <http://www.geocities.com/~patrin/>, 27.6.2006
31. **Davidová, E.:** *Co se zachovalo a co se ztratilo*, <http://romove.radio.cz/cz/clanek/18571>, 12. 4. 2006

32. **Eggenberger, S., Grasslev, J., Restrepo, E.:** *Culturally competent nursing care for families*, http://www.nursingworld.org/ojin/topic20/tpc20_5.htm, 20. 8. 2006
33. **Ginter, E.:** *Sporivé gény a naši Rómovia*, Vesmír 84, 2005/11, <http://www.vesmir.cz/clanek.php3?CID=6523>, 9.10. 2006
34. **Chen, A.:** *Culturally competent organisations*, <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=9.1.htm&module=provider&language=English>, 8. 4. 2006
35. **Karhanová, K.:** *Sebeobraz a obraz Romů v dialogu s majoritní společností*, Biograf 27, 2002, <http://biograf.institut.cz/clanky/clanek.pp?clanek=2711>, 5.11.2005
36. **Koutný, J.:** *Osada ve Velké Vsi: S romskou rodinou na východním Slovensku*, Biograf 23, 2000, <<http://biograf.institut.cz/clanky/members/clanek.pp?clanek=v2303>>, 28. 10. 2005
37. Ministerstvo práce a sociálních věcí: *Analyza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů působících v této oblasti*, <http://www.esfcr.cz/mapa/index.html>, <http://www.mpsv.cz/cs/3052>, 5.10.2006
38. *Plakáty v romském a českém jazyce upozorňují na zdravotní potíže*, zpráva ČTK z 15. 8. 2000, <http://romove.radio.cz/cz/clanek/18849/limit>, 7.9.2006
39. *Projekt výzkumu v rámci VZ integrace Romů v kontextech jejich životních situací*, http://spsp.fss.muni.cz/cpsims/projekty/mamiet_02_2004.pdf, 7. 9. 2006
40. **Purnell, L.:** *Purnell Model for Cultural Competence*, *Journal of Multicultural Nursing and Health*, http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3919/is_200507/ai_n14825638/pg_2, 22.6.2006
41. **Seale, C.:** *Kvalita kvalitativního výzkumu*, Biograf 27, 2002, <http://biograf.institut.cz/clanky/clanek.pp?clanek=2701>, 5.11.2005
42. **Starostová, O.:** *Tradice v romské osadě*, Biograf 23, 2000, <http://biograf.institut.cz/clanky/clanek.pp?clanek=2306>, 28. 10. 2005
43. **Šmídová, O.:** *Metodologické ohlédnutí: jak si z vad udělat přednosti*, Biograf 10-11, 1997, <http://biograf.institut.cz/clanky/clanek.pp?clanek=1006>, 5.11.2005
44. *The situatuin of Roma in an Enlarged European Union*, http://ec.europa.eu/employment_social/publications/2005/ke6204389_en.html, 2. 10. 2006
45. **Trávníková, B.:** *Řeknem to tak, jak to je...*, Biograf 10-11, 1997, <http://biograf.institut.cz/clanky/clanek.pp?clanek=1004>, 5.11.2005
46. Zpráva ČTK, *Ke zlepšení zdraví Romů by mohli přispět zdravotníci asistenti*, <http://romove.radio.cz/cz/clanek/20392> 19.11.05

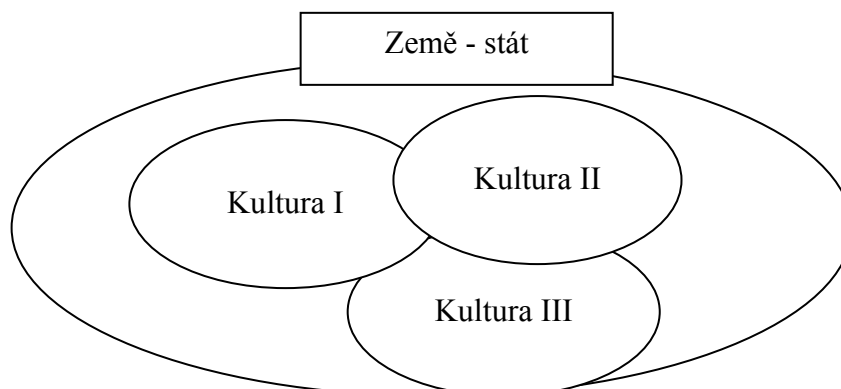
V. Přílohy

Příloha č. 1: Grafické znázornění pojmů multikulturalismus a transkulturalismus¹¹³

Multikulturalismus:



Transkulturalismus:



¹¹³ Ivanová, K., Špirudová, L., Kutnohorská, J.: Multikulturní ošetřovatelství I, Grada Publishing, Praha 2005, str. 14 - 15

Příloha č. 2: Schéma modelu kulturních kompetencí Campinha-Bacoteové¹¹⁴



Překlad anglických pojmů:

Cultural Desire – přání poznat odlišnou kulturu

Cultural Awareness – kulturní povědomí

Cultural Knowledge – znalosti o kultuře

Cultural Skill – kulturní dovednosti

Cultural Encounter – setkání s kulturou

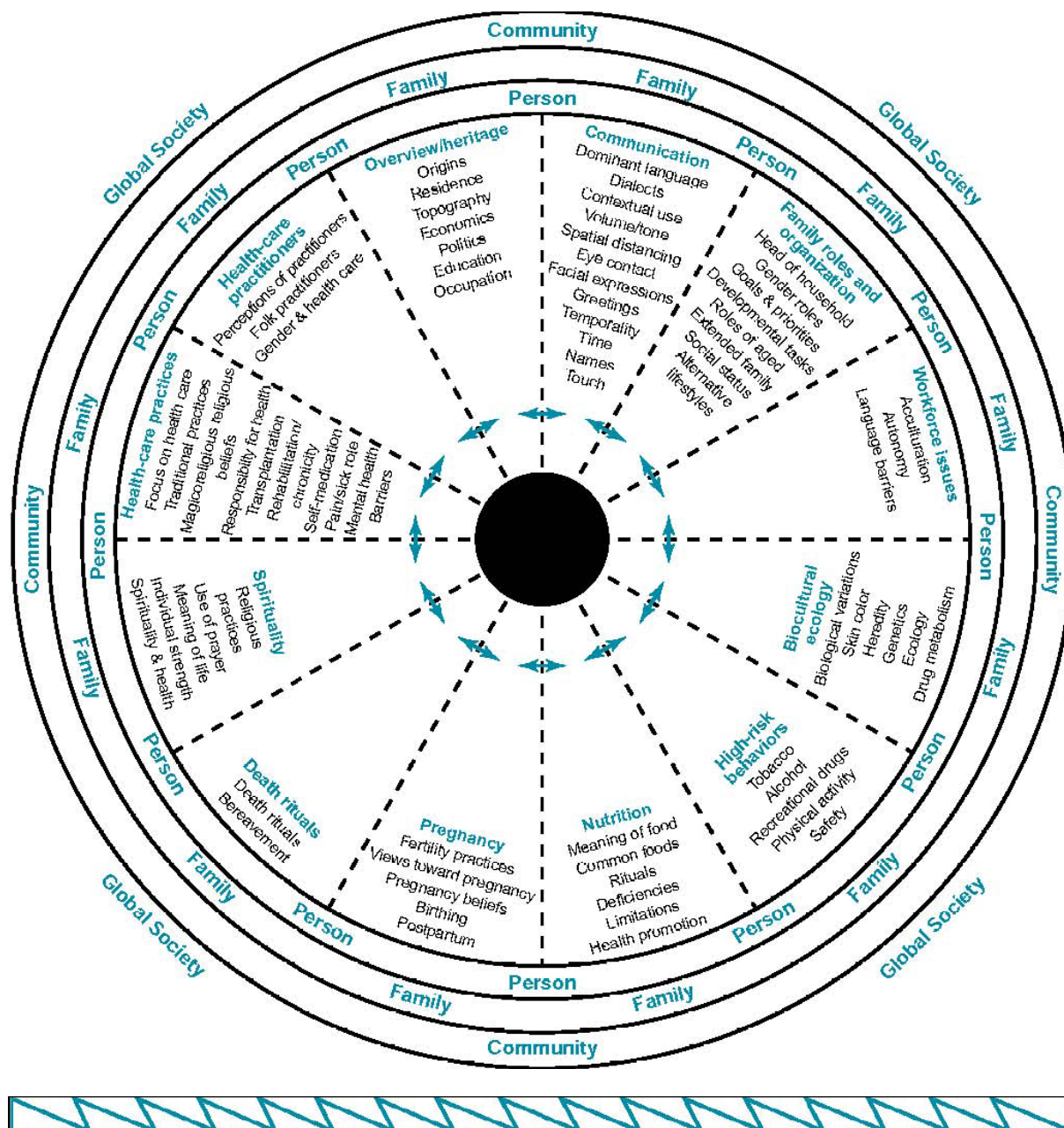
Cultural Competence – kulturní kompetence

Příloha č. 3: Fotografie Campinha-Bacoteové



¹¹⁴ Anionwu, E., Sookhoo, D., Adams, J.: Models of Transcultural Care, RCN online public area, <http://www.rcn.org.uk/resources/transcultural/foundation/sectionthree.php>

Příloha č. 4: Schéma Purnellova modelu kulturních kompetencí¹¹⁵



Unconsciously Incompetent - Consciously incompetent- Consciously competent - Unconsciously competent

Dvanáct atributů kultury dle Purnella – překlad¹¹⁶:

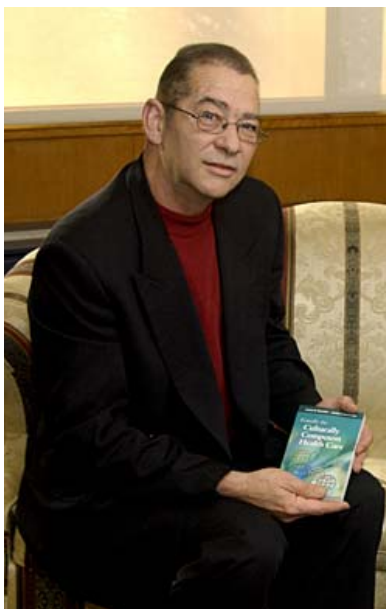
1. Celkový pohled: původ, ekonomická a politická situace, vliv topografie.
2. Komunikace: dominantní jazyk i dialekty, paralingvistika (hlasitost řeči, intonace, nonverbální komunikace, oční kontakt, doteky,...).

¹¹⁵ Purnell, L.: Purnell Model for Cultural Competence, Journal of Multicultural Nursing and Health, http://www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3919/is_200507/ai_n14825638/pg_2.

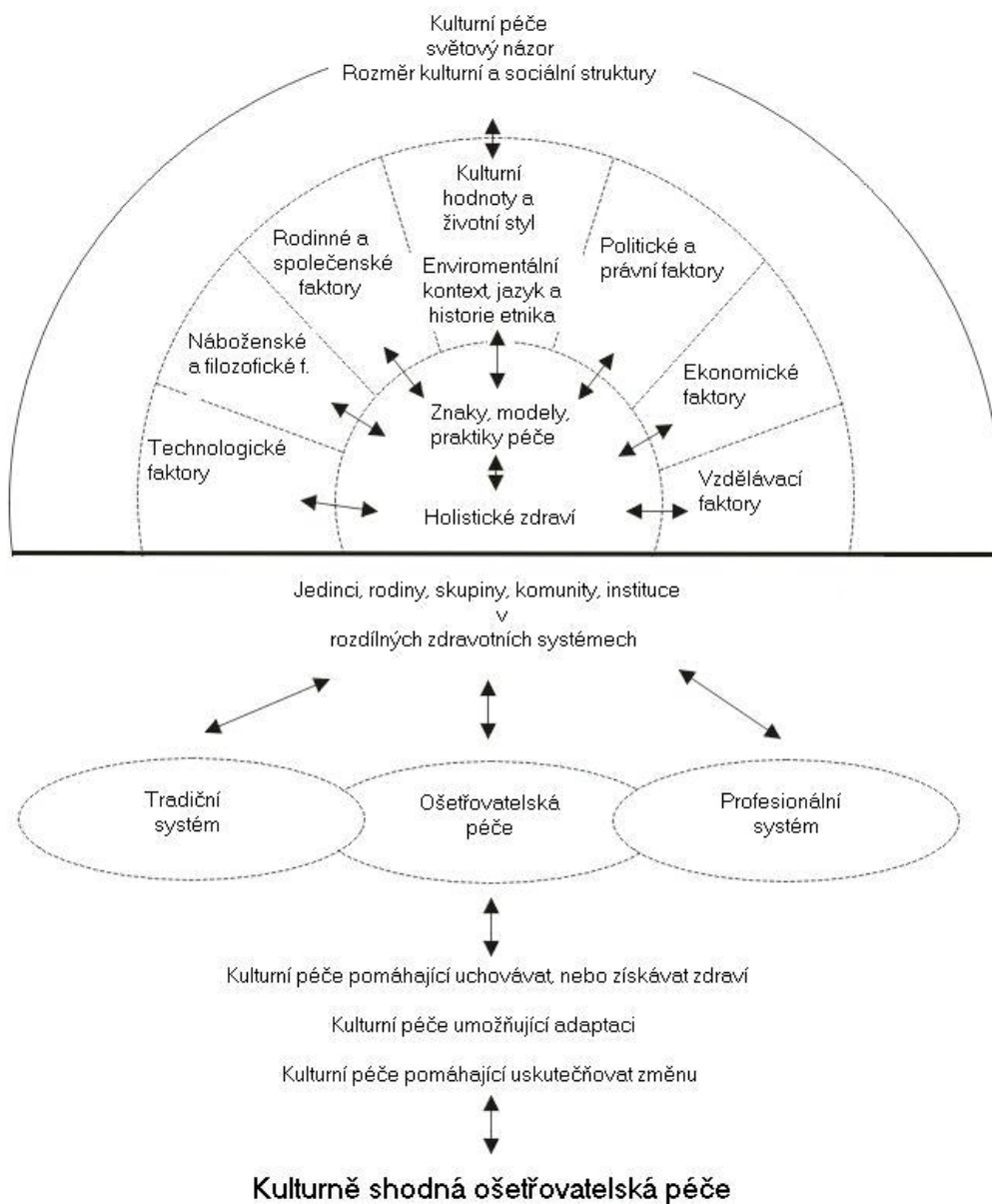
¹¹⁶ Tamtéž.

3. Rodina: rozdělení rolí, výchova dětí, status rodiny v komunitě, pohled na alternativní životní styl (nesezdání partneři ve společné domácnosti, sexuální orientace, nemanželské děti, rozvody).
4. Potíže, které se týkají pracovní činnosti: nedostatek samostatnosti, jiná kultura, jazyková bariéra
5. Biologické aspekty, specifika etnických skupin a ras: barva kůže, rozdíly ve fyziognomii, genetické a vrozené choroby, endemický výskyt chorob, změny v působení léků vzhledem k fyzickým odlišnostem
6. Riskantní chování: kouření, abus alkoholů, užívání jiných drog, nedostatek fyzické aktivity, zvýšený příjem potravy/obezita, zvyklosti v používání ochranných pomůcek - např. helma, záchranné pásy, rizikové sexuální praktiky
7. Stav výživy: ne/dostatek potravy a tekutin, hladomor, vnímání jídla, rituály a tabu během stravování, jak je jídlo užíváno během nemoci, k prevenci nemoci
8. Těhotenství: porod, společensky únosné/neúnosné metody kontroly porodnosti
9. Rituály spojené s úmrtím: pohled na umírání a smrt, příprava na smrt, pohřby, truchlení
10. Spiritualita: náboženské praktiky, smysl života, způsob nabývání životní síly, význam duchovního
11. Zdravotní služby: míra zaměření na prevenci, tradiční medicína, individuální zodpovědnost za zdraví, darování orgánů, pohled na psychické nemoci, přístup ke zdravotním službám, bariéry
12. Poskytovatelé zdravotnických služeb: status zdravotníka, používání a vnímání tradiční nebo západní medicíny, pohlaví zdravotníka

Příloha č. 5: Fotografie Larryho Purnella



Příloha č. 6: Model vycházejícího slunce M. Leiningerové¹¹⁷



Příloha č. 7: Fotografie M. Leiningerové



¹¹⁷ Bursová, J., Průchová, E., Špirudová L., Tomanová, D.: Multikulturní ošetrovatelství ve vzdělávání sester na středních a vyšších zdravotnických školách, Olomouc, 2002, http://www.cizinci.cz/files/clanky/115/osetrovatelstvi_vzdelavani.pdf

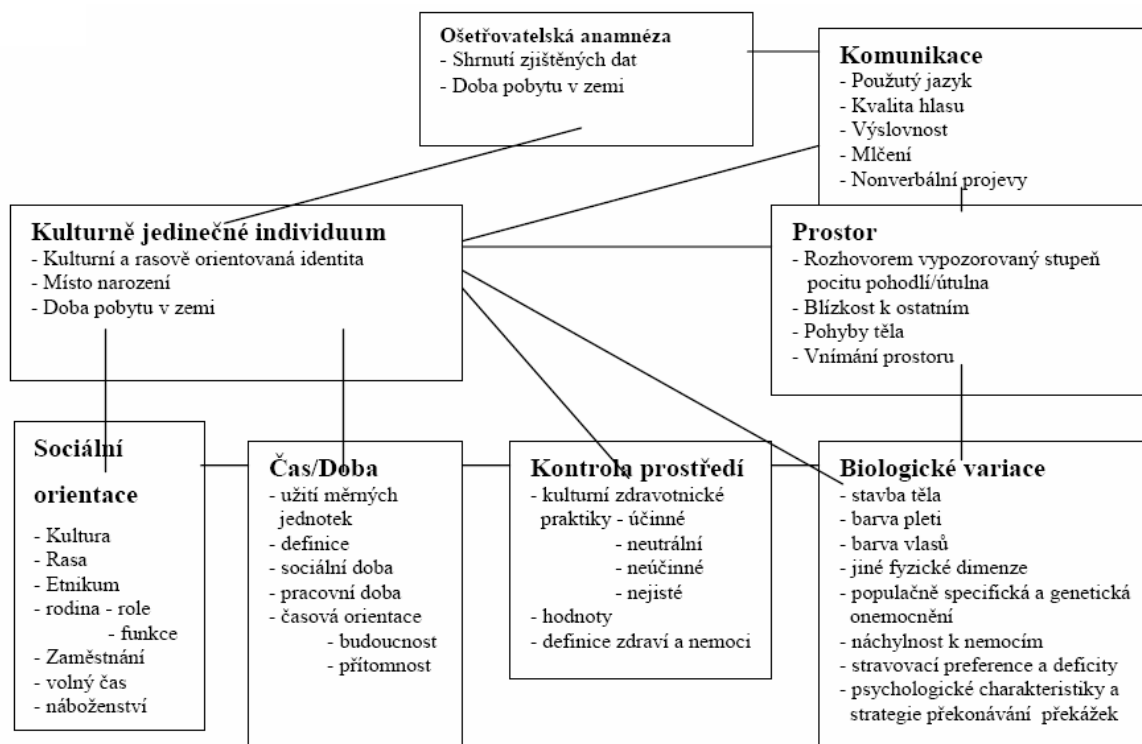
Příloha č. 8: Východiska teorie kulturně různorodé a univerzální péče M.Leiningerové¹¹⁸

Východisky teorie (jejími předpoklady), jsou:

1. Péče je podstatou ošetřovatelství. Je jeho dominantním zaměřením.
2. Kulturně orientovaná péče (KOP) je nezbytná pro pohodu, zdraví, růst a vývoj, přežití, vyrovnání se s handicapem, čelení smrti.
3. KOP je holistická.
4. Transkulturní ošetřovatelství je věda a profese o humánním rozměru pečování, v jehož centru stojí služba jedinci, skupinám, komunitám, společnostem a institucím.
5. KOP je nezbytná pro léčení a vyléčení. Nemůže být vyléčení bez péče, ale může být péče bez léčby.
6. Kulturní péče se odvíjí od kulturních rozdílností, ale také od kulturní univerzality.
7. Každá kultura má lidovou péči, a zpravidla má profesionální péči. Péče se liší transkulturně a individuálně.
8. Hodnoty kulturní péče a její praktiky jsou zakořeněny ve světonázorových, jazykových, filozofických, náboženských, rodinných, společenských, politických, právních, vzdělávacích, kulturních, ekonomických, technologických, etnohistorických a environmentálních dimenzích kultury.
9. Prospěšná, uzdravující a uspokojující kulturní péče ovlivňuje zdraví, pohodu jedinců, rodin, skupin, komunit v jejich environmentálním prostředí.
10. KOP bude existovat jen tehdy, když její hodnoty vědomosti či vzory budou vnímány a užívány pro přiměřenou, bezpečnou a účelnou péči.
11. Kulturně univerzální a diferencovaná péče existuje v lidských kulturách světa mezi profesionální péčí a klientovou lidovou, tradiční péčí.
12. Kulturní konflikty, kulturně nepřijatelné praktiky, kulturní stres a kulturní bolest odrážejí nedostatky ve vědomostech o kulturní péči, která má vést ke vhodné, odpovědné, bezpečné a citlivé péči.
13. Etnoošetřovatelské výzkumné kvalitativní metody představují důležité nástroje pro přesná zjištění a interpretaci relevantních, komplexních a strukturovaných laických i odborných profesionálních dat pro kulturní péči.

¹¹⁸ Špirudová, L., Tomanová, D., Kudlová, P., Halmo, R.: Multikulturní ošetřovatelství II, Grada Publishing, Praha 2006, str. 25 - 27

Příloha č. 9: Schéma modelu transkulturního ošetřovatelství Gigerové a Davidhizarové



Příloha č. 10: Fotografie Joyce Newman Gigerové



Příloha č. 11: Doporučená struktura a obsah ošetřovatelské anamnézy dle modelu Gigerové a Davidhizarové¹¹⁹

I. Kulturně svébytný jedinec

1. *Místo narození*
2. *Popis kultury, k níž jedinec patří, jak tuto kulturu chápe*
3. *Rasa, jak tuto rasu chápe*
4. *Délka pobytu v zemi (pokud je to vhodné uvést).*

¹¹⁹ Špirudová, L., Tomanová, D., Kudlová, P., Halmo, R.: Multikulturní ošetřovatelství II, Grada Publishing, Praha 2006, str. 54 - 58

II. Komunikace

1. *Jazyk, kterým hovoří*

- A) mateřský jazyk
- B) úřední jazyk
- C) znalosti dalšího jazyka/jazyků

2. *Charakteristika hlasu*

- A) silný, zvučný
- B) tlumený
- C) průměrný, běžný
- D) pronikavý, ostrý

3. *Výslovnost a způsob vyjadřování*

- A) zřetelná
- B) nezřetelná
- C) nářečí

4. *Použití pauz a mlčení*

- A) zřídka
- B) často
- C) v délce krátké, střední, dlouhé, neurčeno

5. *Použití neverbální komunikace*

- A) pohyby rukou
- B) pohyby očí, pohledy
- C) pohyby celého těla
- D) průvodní pohyby (gesta, mimika, postoj)

6. *Reakce na dotek*

- A) při doteku se ulekne nebo uhýbá
- B) dotek přijímá s obtížemi
- C) bez obtíží

III. Prostor

1. *Pocit pohody či nepohody*

- A) při narušení osobního prostoru klient uhýbá
- B) při narušení osobního prostoru klient neuhýbá

2. *Odstup při konverzaci*

- A) 0 – 45 cm
- B) 45 – 90 cm
- C) více než 90 cm

3. *Vymezení vlastního prostoru*

- A) Uveďte vzdálenost, při které se cítí klient v přítomnosti jiné osoby příznivě
- B) Jak jeho vnímání prostoru ovlivňují neživé věci (například nábytek)?

IV. Organizace společnosti

5. *Zdravotní stav*

- A) výrazně zhoršený
- B) mírně zhoršený
- C) dobrý
- D) vynikající

6. *Rodinný stav*

7. *Počet dětí*

8. *Žijí rodiče, nebo již zemřeli?*

V. Čas

1. *Zaměření na*

- A) minulost
- B) přítomnost
- C) budoucnost

2. *Vnímání času*

- A) sociálně zaměřené
- B) podřízené hodinám

3. *Reagování na čas*

- A) v noci spí 8 a více hodin
- B) uléhá a vstává v pravidelném denním rytmu
- C) uvědomuje si důležitost přijímat léky a terapeutické intervence v určenou dobu

VI. Kontrola prostředí

1. *Kontrola nad vlastním životem*

- A) je kladena dovnitř osobnosti (klient věří, že změny a vliv na okolnosti má on sám)
- B) je kladena vně osobnosti (klient věří, že jeho osud ovlivňuje především osud, náhoda)

2. *Hodnotová orientace*

- A) věří v nadpřirozené síly
- B) spoléhá na kouzla, zařikání nebo modlitbu
- C) nevěří v nadpřirozené síly
- D) nespolečá na kouzla, zařikání nebo modlitbu

VII. Biologické variace

1. *Proveďte komplexní fyzikální vyšetření a všimněte si:*

- A) tělesné postavy, konstituce
- B) barvy pokožky
- C) neobvyklých změn v barvě kůže
- D) barvy vlasů a jejich hustoty v různých místech
- E) dalších viditelných znaků (keloid, chloasma)
- F) hmotnosti a výšky
- G) hodnoty krevního obrazu

2. *Klad'te otázky jako:*

- A) Která onemocnění jsou běžná ve vaší rodině?
- B) Ví někdo ve vaší rodině, že by mohl mít genetický sklon k některým chorobám?
- C) Popište typické chování vaší rodiny, když někdo onemocní.
- D) Jak reagujete, když jste podrážděný/á?
- E) Kdo nebo co vám obvykle pomáhá vyrovnat se s problémy?
- F) Jakým jídlům dáváte ve vaší rodině přednost?

Příloha č. 12: Fotografie Ramsdenové



Příloha č. 13: Terénní poznámky¹²⁰

13/1 ROZHOVOR Č. 1 – údaje o rozhovoru:

Popis konverzačního partnera: žena z Lovosic, dvě děti

Typ kontaktu (jak byl získán): kontakt od Petry Bímanové, která mě s paní seznámila a zajistila prostory k rozhovoru

Datum rozhovoru: prosinec 2005

Místo rozhovoru: Lovosice, sklad ubytovny

Osoby přítomné: informátorka, tazatelka a její dcera

Jak se s ním podařilo navázat kontakt: dobrý kontakt, sdílná paní, inteligentní

Jaká byla jeho první reakce: rozhovor přislíbila, ale musela jsem počkat, až dovaří oběd

Jak byste popsal/a spolupráci v průběhu rozhovoru: příjemně jsme si povídaly

Popište prostředí (jak vypadal byt, jaké bylo jeho zařízení): rozhovor probíhal ve skladu ubytovny, škaredé prostředí, neuklizeno, žádné okno

Popište atmosféru při rozhovoru: příjemná, zasmály jsme se, rozhovor byl přerušen tím, že dcera informátorky potřebovala jít na WC a sama se bála (bylo po Mikuláši a dítě se bálo čerta)

Pokud bylo při rozhovoru více osob, popište, jak spolu komunikovaly a co dělaly

v průběhu Vaší přítomnosti: dcera informátorky, našla a rozbalovala vánoční dárky, které měly připravené vychovatelé pro děti z ubytovny (v ubytovně funguje něco jako školní družina)

Co Vás při rozhovoru zaujalo jako významné, zajímavé nebo důležité: paní má negativní zážitek z porodnice, byla zmatená prvorodička a zůstala bez informací, první dítě narozeno císařským řezem, chtěla by, aby syn chodil do ZUŠ

Vytvořilo něco komunikační bariéry (bylo něco tabu)? neuvědomuji si

Co působilo nevěrohodně: myslím, že informace jsou věrohodné, paní vzbuzovala důvěru

Shrňte nejdůležitější body rozhovoru: porod SC, popisovala arogantní chování porodníků, astmatička, zkušenosti i z hospitalizace syna (měl bronchitidu)

Jak obtížné bylo rozhovor vést? rozhovor volně plynul, bez obtíží, byl bohužel přerušen, když paní odešla s dcerou na WC, pak pokračoval bez přerušení

¹²⁰ Základ pro vedení terénních poznámek převzat z internetové stránky http://spsp.fss.muni.cz/cpsims/projekty/mamiet_02_2004.pdf

13/2 ROZHOVOR Č. 2 - údaje o rozhovoru:

Popis konverzačního partnera: rodina z Litoměřic, slovenští Romové žádající o české občanství

Typ kontaktu (jak byl získán): kontakt od Petry Bímanové

Datum rozhovoru: prosinec 2005

Místo rozhovoru: Lovosice, sklad ubytovny

Osoby přítomné: informátorka, tazatelka, její manžel a jejich dva synové

Jak se s ním podařilo navázat kontakt: paní od začátku sdílá, její manžel byl obezřetný, ptal se, kdo jsem, proč rozhovor nahrávám a za jakým účelem. Poté poslouchal a ke konci se zapojil do rozhovoru.

Jaká byla jeho první reakce: věděli, že přijdu, čekali na mě

Jak byste popsala/a spolupráci v průběhu rozhovoru: byl to můj úplně první rozhovor s Romy, neuměla jsem je navracet k tématu (často odbíhali), ale působili na mě velmi kultivovaně

Popište prostředí (jak vypadal byt, jaké bylo jeho zařízení): zapnutá televize, uklizeno, čisto, pani ležela na rozestlané posteli, protože byla nemocná

Popište atmosféru při rozhovoru: pán z počátku nedůvěřivý, já nejistá, neměla jsem utříděné otázky, přeskakovala jsem z tématu na téma

Pokud bylo při rozhovoru více osob, popište, jak spolu komunikovaly a co dělaly v průběhu Vaší přítomnosti: manžel informátorky zprvu obezřetně naslouchal, pak si bral slovo, děti poslouchaly, pak hrály na malé piáno (na nahrávce to přehlušuje rozhovor), dívaly se na televizi, četly mi ze slabikáře

Co Vás při rozhovoru zaujalo jako významné, zajímavé nebo důležité: můj první rozhovor, hovořili slovensky, uvědomila jsem si, že mi Romové nemusí rozumět, ačkoli se snažím hovořit jednoduše

Vytvořilo něco komunikační bariéru (bylo něco tabu)? ne

Co působilo nevěrohodně: věrohodné informace

Shrňte nejdůležitější body rozhovoru: sdělili, že jako rodina vždy žili mezi „bílými“, působili na mě velmi dobře, mají sedm dětí (dvě doma na Slovensku), jedno dítě „opozdžené“, děti dali dobrovolně do pomocné školy, často se stěhovali z místa na místo, žena pracovala jako sanitářka v nemocnici, chtěla by, aby její dcera byla ošetřovatelkou

Jak obtížné bylo rozhovor vést? vzhledem k tomu, že byli mojí první rodinou, bylo pro mne vedení rozhovoru obtížné, rodinu jsem nechala zabíhat od tématu a neměla jsem přesně roztríděné otázky

13/3 ROZHOVOR Č. 3 - údaje o rozhovoru:

Popis konverzačního partnera: matka šesti dětí, 34 let

Typ kontaktu (jak byl získán): první kontakt od Romana Jireše, za paní mne dovedla známá
Romka Romana Jireše

Datum rozhovoru: 14. 8. 2006

Místo rozhovoru: Kladno, U Masokombinátu, obytná buňka

Osoby přítomné: informátorka, tazatel, několik přihlížejících dětí a dospělých Romů

Jak se s ním podařilo navázat kontakt: dobrý kontakt, ale sama se nerozhovořila,
odpovídala na otázky, byla trochu nervózní

Jaká byla jeho první reakce: souhlasila, pozvala mě dál

Jak byste popsal/a spolupráci v průběhu rozhovoru: odpovídala na otázky, nepodařilo se
mi paní „rozhovořit“

Popište prostředí (jak vypadal byt, jaké bylo jeho zařízení): malá obytná buňka, dokonale
uklizeno

Popište atmosféru při rozhovoru: nervozita prvního rozhovoru

**Pokud bylo při rozhovoru více osob, popište, jak spolu komunikovaly a co dělaly
v průběhu Vaší přítomnosti:** děti i dospělí poslouchali, do rozhovoru nijak nezasahovali,
děti jen na začátku vyjmenovávaly jména ženiných dětí

Co Vás při rozhovoru zaujalo jako významné, zajímavé nebo důležité: plno
naslouchajících lidí okolo (během dalších rozhovorů to bylo pravidlem)

Vytvořilo něco komunikační bariéry (bylo něco tabu)? paní byla v průběhu
celého rozhovoru v mírných rozpacích

Co působilo nevěrohodně: tvrzení, že vše je v Nemocnici Kladno v pořádku, všichni jsou
hodní, celá nemocnice...

Shrňte nejdůležitější body rozhovoru: šest dětí, dnes Romové spíše umírají v nemocnici,
dříve mrtvé zaopatřovali Romové sami, o vánocích se chlastá a oslavuje

Jak obtížné bylo rozhovor vést? bylo obtížné, první rozhovor po několika měsících + paní
sama nehovořila, jen odpovídala na mé otázky

13/4 ROZHOVOR Č. 4 - údaje o rozhovoru:

Popis konverzačního partnera: matka syna se srdeční vadou, maďarská Romka ze Slovenska

Typ kontaktu (jak byl získán): první kontakt od Romana Jireše, dále mne na ni odkázali kladenští Romové

Datum rozhovoru: 14. 8. 2006

Místo rozhovoru: Kladno, U Masokombinátu, obytná buňka

Osoby přítomné: informátorka, tazatel, syn informátorky, ostatní děti, neznámá Romka

Jak se s ním podařilo navázat kontakt: kontakt dobrý, paní otevřeně hovořila, přátelské

Jaká byla jeho první reakce: nervozita (zprvu u sebe doma postávala, posadila se až na moji prosbu), poté vstřícné chování, velmi přátelské

Jak byste popsala/a spolupráci v průběhu rozhovoru: hovořila sama a k věci, dobrá spolupráce

Popište prostředí (jak vypadal byt, jaké bylo jeho zařízení): obytná buňka, malá místnost, puštěná televize, čisto, uklizeno, na zdech obrazy s náboženskou tematikou, které paní sama vyšívala

Popište atmosféru při rozhovoru: sdílná, otevřená, příjemný rozhovor

Pokud bylo při rozhovoru více osob, popište, jak spolu komunikovaly a co dělaly

v průběhu Vaší přítomnosti: syn informátorky polehával po posteli, křičel do diktafonu, ostatní děti mlčky přihlížely, dospěla Romka poslouchala rozhovor

Co Vás při rozhovoru zaujalo jako významné, zajímavé nebo důležité: paní se zájmy, vyšívá obrazy s náboženskými motivy, chtěla by na půl úvazek do práce

Vytvořilo něco komunikační bariéru (bylo něco tabu)? nejsem si vědoma

Co působilo nevěrohodně:

Shrňte nejdůležitější body rozhovoru: informace o těhotenství, průběh, porod císařským řezem, syn po operaci srdce, paní diabetička – neléčená, o nemoci neinformovaná, manuálně zručná (po stěnách její krásné výšivky)

Jak obtížné bylo rozhovor vést? Situaci jsem měla značně usnadněnou tím, že žena, se kterou jsem rozhovor vedla, byla velmi vstřícná a hovorná.

13/5 ROZHOVOR Č. 5 - údaje o rozhovoru

Přezdívka konverzačního partnera: Patnáctiletá matka čtyřměsíčního syna

Typ kontaktu (jak byl získán): první kontakt od Romana Jireše, v Kladně jsem matku oslovila sama

Datum rozhovoru: 14. 8. 2006

Místo rozhovoru: Kladno, U Masokombinátu, vybydlený panelový dům, byt informátorčiných rodičů

Osoby přítomné: tazatel, informátorka a její syn, dvě další dospělé Romky, děti

Jak se s ním podařilo navázat kontakt: kontakt horší

Jaká byla jeho první reakce: Do rozhovoru se jí nechtělo, nejistota, stud

Jak byste popsal/a spolupráci v průběhu rozhovoru: sama nehovořila, odpovídala pouze na otázky, odpovídala jednoslovně či jednou větou, často pouze kýváním hlavou

Popište prostředí (jak vypadal byt, jaké bylo jeho zařízení): jednopokojový byt, čisto, uklizeno

Popište atmosféru při rozhovoru: rozpačitá

Pokud bylo při rozhovoru více osob, popište, jak spolu komunikovaly a co dělaly

v průběhu Vaší přítomnosti: poslouchaly, občas se zapojily do rozhovoru a pomáhaly odpovídat na otázky (ale zasahovaly pouze v případě, že žena neuměla odpovědět nebo měla obtíže s formulací odpovědi)

Co Vás při rozhovoru zaujalo jako významné, zajímavé nebo důležité: velmi mladá matka

Vytvořilo něco komunikační bariéru (bylo něco tabu)? celý rozhovor byl veden v mírně nervózní atmosféře, sama jsem se necítila dobře, naprosto jsem se nemohla do mladé matky vcítit, na mé otázky často jen kývala nebo kroutila hlavou, takže jsem si nahlas odpovídala sama

Co působilo nevěrohodně: informace, že se snaží žít zdravě (nedokázala popsat, co si pod tím představuje)

Shrňte nejdůležitější body rozhovoru: mladá matka, nevzdělaná, nejasná (žádná) představa o budoucnosti

Jak obtížné bylo rozhovor vést? velmi obtížné, nesdílný informátor

13/6 ROZHOVOR Č. 6 - údaje o rozhovoru

Přezdívka konverzačního partnera: děti z kladenské sociálně vyloučené lokality

Typ kontaktu (jak byl získán): první kontakt od Romana Jireše, v Kladně mě děti oslovily samy

Datum rozhovoru: 14. 8. 2006

Místo rozhovoru: Kladno, U Masokombinátu, vybydlený panelový dům, schodiště

Osoby přítomné: sedm dětí a tazatel

Jak se s ním podařilo navázat kontakt: kontakt zhoršený, děti mi velmi chtěly něco sdělit, ale obtížně se mi dařilo udržet je, aby hovořily k věci. Nakonec relevantní informace od třech dětí školního věku, cca 10 – 12 let

Jaká byla jeho první reakce: výkřiky „Já chci taky něco říct!“, moc chtěly být nahrány na diktafon

Jak byste popsal/a spolupráci v průběhu rozhovoru: Děti jsou bohužel nedisciplinované, proto byla spolupráce špatná. Nadšení a touha hovořit jim nechybělo.

Popište prostředí (jak vypadal byt, jaké bylo jeho zařízení): špinavé schody vybydleného domu, pod schody kupa odpadků, oprýskané pomalované zdi

Popište atmosféru při rozhovoru: nadlehčená, děti nadšené, byla jsem pro ně vytržením ze stereotypu

Pokud bylo při rozhovoru více osob, tak popište jak spolu komunikovaly a co dělaly v průběhu Vaší přítomnosti: děti mluvily jeden přes druhého, pokřikovaly na sebe, hovořily vulgárně

Co Vás při rozhovoru zaujalo jako významné, zajímavé nebo důležité: z hlediska důležitosti byl tento rozhovor spíše ztrátou času, dozvěděla jsem se (v porovnání s jeho délkou) jen málo relevantních informací, bylo ale zajímavé hovořit i s dětmi, a bylo to důležité z hlediska dokreslení celkového obrazu života kladenských Romů

Vytvořilo něco komunikační bariéru (bylo něco tabu)? na tabuizovaná témata jsem se neptala

Co působilo nevěrohodně: veškeré informace je nutné brát s rezervou

Shrňte nejdůležitější body rozhovoru: popis některých romských rituálů, popis pobytů v nemocnici, výčet dětských zranění, špatné vyjadřovací schopnosti dětí

Jak obtížné bylo rozhovor vést? celkem obtížné, není jednoduché děti zklidnit

13/7 ROZHOVOR Č. 7 - údaje o rozhovoru

Přezdívka konverzačního partnera: žena, dvě děti, jedno z nich psychomotoricky retardované,

Typ kontaktu (jak byl získán): první kontakt od Romana Jireše, v Kladně mě k ženě zavedly děti

Datum rozhovoru: 14. 8. 2006

Místo rozhovoru: Kladno, U Masokombinátu, byt ve vybydleném panelovém domě

Osoby přítomné: tazatel, informátor

Jak se s ním podařilo navázat kontakt: dobrý kontakt, z počátku jsem byla brána jako člověk, který jí může pomoci, ukazovala mi dokumenty o soudním vystěhování

Jaká byla jeho první reakce: zvala mě dál, hned mi ukazovala úřední dopisy

Jak byste popsal/a spolupráci v průběhu rozhovoru: žádala ode mě rady, bylo mi nepříjemné rozhovor vracet k mým tématům. Když se to ale povedlo, velmi příjemně se mi s ní hovořilo.

Popište prostředí (jak vypadal byt, jaké bylo jeho zařízení): uklizeno, čisto, na pohovce spalo štěně.

Popište atmosféru při rozhovoru: bylo mi nepříjemné, že paní nemohu pomoci, snažila jsem se ji alespoň povzbudit.

Pokud bylo při rozhovoru více osob, popište, jak spolu komunikovaly a co dělaly v průběhu Vaší přítomnosti: nikdo další přítomen nebyl, venku na chodbě byly pokřikující děti, které čas od času bušily na dveře bytu

Co Vás při rozhovoru zaujalo jako významné, zajímavé nebo důležité: obě děti císařským řezem, jeden syn opožděný psychomotorický vývoj, paní vyučená zahradnice (před mateřskou dovolenou pracovala), kouří od devíti let

Vytvořilo něco komunikační bariéry (bylo něco tabu)? neuvědomuji si

Co působilo nevěrohodně: žena na mě působila věrohodným dojmem

Shrňte nejdůležitější body rozhovoru: popis zážitků z porodnice, brzy začala kouřit (9 let), informace o škole – obě děti v pomocné, popisovala závist mezi Romy

Jak obtížné bylo rozhovor vést? bylo nepříjemné vracet ženu k tématu, ale jinak bez problémů

13/8 ROZHOVOR Č. 8 - údaje o rozhovoru

Přezdívka konverzačního partnera: dvacetiletý muž

Typ kontaktu (jak byl získán): první kontakt od Romana Jireše, v Kladně jsem muže sama oslovila a požádala o rozhovor

Datum rozhovoru: 14. 8. 2006

Místo rozhovoru: Kladno, U Masokombinátu, zápraží panelového domu

Osoby přítomné: děti, náhodní kolemjdoucí

Jak se s ním podařilo navázat kontakt: mladého muže jsem oslovila před panelovým domem, chvíli ho přemlouvala k rozhovoru, ale nakonec se podařilo, že rozhovor probíhal v přátelské atmosféře, jediný dospělý romský respondent, se kterým jsem si tykala

Jaká byla jeho první reakce: zdráhal se, ale zdálo se mi, že se mu do rozhovoru chtělo

Jak byste popsal/a spolupráci v průběhu rozhovoru: bezproblémová, odpovídal na mé otázky mile a upřímně, hovořil sám

Popište prostředí (jak vypadal byt, jaké bylo jeho zařízení): seděli jsme na obrubníku před panelovým domem, kolem odpadky, hraje si děti, špína

Popište atmosféru při rozhovoru: úvodní obezřetnost informátora, pro mě z počátku nezvyklé, protože jsem poprvé hovořila se svým vrstevníkem – mužem

Pokud bylo při rozhovoru více osob, popište, jak spolu komunikovaly a co dělaly v průběhu Vaší přítomnosti: okolo nás si hrály děti a pokřikovaly, ale téměř jsem je nevnímala

Co Vás při rozhovoru zaujalo jako významné, zajímavé nebo důležité: jediný mladý muž, se kterým jsem hovořila, jako jediný sdělil, že sportuje a má zaměstnání, zdálo se mi, že má naději opustit tamější prostředí a dostat se „ven“, má koníčka – hraje na zábavách, má vizi budoucnosti – najít si vlastní bydlení

Vytvořilo něco komunikační bariéru (bylo něco tabu)? nezaměřovala jsem se na tabuizovaná témata, otevřeně jsme hovořili o jeho rodině a potenciální budoucí rodině

Co působilo nevěrohodně: mám jisté pochyby o jeho zaměstnání, ale snažím se mu tuto informaci věřit

Shrňte nejdůležitější body rozhovoru: touha dostat se z prostředí Masokombinátu, pochybuje o tom, že by Romové dodržovali staré tradice

Jak obtížné bylo rozhovor vést? středně obtížné, hlavně proto, že mě samotnou činilo rozpaky hovořit s vrstevníkem

13/9 ROZHOVOR Č. 9 - údaje o rozhovoru

Přezdívka konverzačního partnera: Sára, matka dvou dětí, dvě „si vzala na sebe“, dcera Bětčiny babičky

Typ kontaktu (jak byl získán): první kontakt od Romana Jireše, pak mě k ní zavedla žena, kterou jsem také žádala o rozhovor

Datum rozhovoru: 14. 8. 2006

Místo rozhovoru: Kladno, U Masokombinátu, byt v panelovém domě

Osoby přítomné: tazatelka, informátorka a její děti, dva mladí muži, žena, babička

Jak se s ním podařilo navázat kontakt: o kvalitě kontaktu si jsem jistá ze všeho nejméně, můj poslední rozhovor toho dne, byla jsem unavená

Jaká byla jeho první reakce: bez problémů mě pozvala dál, uvařila kávu

Jak byste popsal/a spolupráci v průběhu rozhovoru: na otázky odpovídala, ale hodně hovořila sama a ne k věci, musela jsem ji vracet k tématu

Popište prostředí (jak vypadal byt, jaké bylo jeho zařízení): byt, zapnutá televize, mnoho lidí (a tím dojem chaosu), jinak uklizeno, otevřená skříň s komínky oblečení, když jsem vcházela, muži odklízeli jakási železa

Popište atmosféru při rozhovoru: neformální, zapojovali se ostatní Romové

Pokud bylo při rozhovoru více osob, popište, jak spolu komunikovaly a co dělaly

v průběhu Vaší přítomnosti: aktivně se do rozhovoru zapojovaly

Co Vás při rozhovoru zaujalo jako významné, zajímavé nebo důležité: informace o pokojích pro Romky v kladenské porodnici, při tomto rozhovoru na mě padla největší tíseň z jejich situace + pocit, že se s tím nedá nic dělat, žena na mě působila spokojeně

Vytvořilo něco komunikační bariéru (bylo něco tabu)? cítila jsem, že jsem na tenkém ledě, žena působila sebevědomě a nemohla jsem si dovolit ptát se na intimnější témata, okolo bylo mnoho dalších poslouchajících lidí a cítila jsem se tím pádem v ohrožení

Co působilo nevěrohodně: ženě jsem její informace věřila, vše konzultovala s ostatními Romy

Shrňte nejdůležitější body rozhovoru: v kladenské porodnici je pokoj pro Romky, žena má pocit, že v nemocnici podávají zdravotníci málo informací

Jak obtížné bylo rozhovor vést? vést tento rozhovor bylo pro mě obtížné, Romů okolo bylo opravdu hodně a bála jsem se, abych je například nevhodně formulovanou otázkou neiritovala

13/10 ROZHOVOR Č. 10 - údaje o rozhovoru

Přezdívka konverzačního partnera: Porodní asistentka Anna, praxe v Kladně, Opočně

Typ kontaktu (jak byl získán): bývala spolubydlící z internátu, na zdravotní škole o dva ročníky níže

Datum rozhovoru: 1. 9. 2006

Místo rozhovoru: Nové Město nad Metují

Osoby přítomné: tazatel, informátorka

Jak se s ním podařilo navázat kontakt: velmi dobrý kontakt

Jaká byla jeho první reakce: velmi ochotně mi přislíbila pomoc

Jak byste popsal/a spolupráci v průběhu rozhovoru: dobrá, překvapilo mě, kolik zkušeností má

Popište prostředí (jak vypadal byt, jaké bylo jeho zařízení): rozhovor probíhal venku na lavičce

Popište atmosféru při rozhovoru: příjemná, přátelská, poté, co nebyl zapnut diktafon, i uvolněná

Pokud bylo při rozhovoru více osob, tak popište jak spolu komunikovaly a co dělaly v průběhu Vaší přítomnosti: jiné osoby nebyly přítomny

Co Vás při rozhovoru zaujalo jako významné, zajímavé nebo důležité: množství informací a zkušeností, naprostá odlišnost od informací, které mi podali Romové

Vytvořilo něco komunikační bariéru (bylo něco tabu)? bariéru působil zapnutý diktafon, informátorka neodpovídala uvolněně, proto jsem nahrávat přestala a informace v rychlosti zapisovala na papír, který jsem Anně dala k autorizaci

Co působilo nevěrohodně: pro mě vše věrohodné, informacím naprosto důvěřuji

Shrňte nejdůležitější body rozhovoru: strach porodních asistentek z Romů, rodící romské maminky nespolupracují, nechodí do poraden, velmi kouří, krátce po porodu opouští své dítě, ale většinou se pro něj vrací, mají během těhotenství často pohlavní styk se svým partnerem, to samé krátce po porodu

Jak obtížné bylo rozhovor vést? nebylo těžké, porodní asistentka spontánně hovořila

13/11 ROZHOVOR Č. 11 - údaje o rozhovoru

Přezdívka konverzačního partnera: terénní sociální pracovnice v Praze - Žizkově

Typ kontaktu (jak byl získán): spolužačka z FHS

Datum rozhovoru: 8. 9. 2006

Místo rozhovoru: Praha, kavárna

Osoby přítomné: tazatel, informátorka

Jak se s ním podařilo navázat kontakt: velmi dobrý kontakt

Jaká byla jeho první reakce: nevěděla, jestli mi její informace k něčemu budou, ale slíbila, že mi sdělí, co ví

Jak byste popsal/a spolupráci v průběhu rozhovoru: velmi dobrá spolupráce

Popište prostředí (jak vypadal byt, jaké bylo jeho zařízení): kavárna

Popište atmosféru při rozhovoru: přátelská atmosféra, z informátorky byla cítit snaha o objektivnost

Pokud bylo při rozhovoru více osob, tak popište jak spolu komunikovaly a co dělaly

v průběhu Vaší přítomnosti: jiné osoby se rozhovoru neúčastnily

Co Vás při rozhovoru zaujalo jako významné, zajímavé nebo důležité: jiný pohled, než poskytla porodní asistentka, snaha o objektivitu, znalost Romů

Vytvořilo něco komunikační bariéru (bylo něco tabu)? ne

Co působilo nevěrohodně: velmi věrohodné informace podložené praxí terénního sociálního pracovníka

Shrňte nejdůležitější body rozhovoru: nechtěla paušalizovat, zastávala se Romů, měla zkušenost z porodnice (před prací v terénu vystudovala zdravotní školu a měla zážitky z praxí)

Jak obtížné bylo rozhovor vést? jednoduché, byl to přátelský rozhovor, uvolněný

Příloha č. 14: Procentuální zastoupení operačních porodů (porody císařským řezem)
v Nemocnici Kladno¹²¹

Tabulka č. 2:

Město	Název zdrav. zařízení	Počet ve vybrané skupině/ vybraných skupinách	Průměrná délka hospitalizace (dny)	Procento porodů císařským řezem
Kladno	Nemocnice Kladno	3434	7,1	18,70 %

¹²¹ Informace dostupná na www.jaksekdeleci.cz

Příloha č. 15: Plakáty v českém a romském jazyce upozorňující na zdravotní nebezpečí¹²²

Jak má vypadat hygiena pohlavních orgánů?
Sar kampil te kerel o žužipen le pohlavnone organenca?

Avral bi peske džuvli kamelas te morel e pochva (mindž) sako džives. Andral na kampil e pochva te morel, odoj pes oda žužarel korkoro. Te hin tumen tumare čhona (měsíčky) ta kampil furt žuži vložka abo tampona, a aspoň duvar tel o džives pes te morel.



Co jsou protilátky?
So hin oda profilatki?

Oda hin obrana latki so peske o čalos kerel avri, so brajinen oleske, kaj te na chuden infekcia – žitačka (šargipen).



¹²² <http://romove.radio.cz/cz/clanek/18849/limit>

Příloha č. 16: Fotodokumentace



Romská dívka na schodech panelového domu
Kladno, srpen 2006



Mladá matka se svým synem
Kladno, srpen 2006



Malá slečna
Kladno, srpen 2006



Pózování
Kladno, srpen 2006



Děti se starají o mladší sourozence
Kladno, srpen 2006



Dva chlapci před svým domovem
Kladno, srpen 2006



Panelový dům „U Masokombinátu“
Kladno, srpen 2006



Všední den s rodinou
Kladno, srpen 2006