

Univerzita Karlova v Praze
Fakulta humanitních studií

Obor: Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických zařízeních

Romové a péče o zdraví

Autor práce: Marie Čížková

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.

Praha 2006

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením PhDr. Zuzany Havrdové, CSc. a uvedla v seznamu literatury všechny použité literární a odborné zdroje.

V Praze dne 17. září 2006

.....
Marie Čížková

Děkuji PhDr. Zuzaně Havrdové, CSc. za odborné vedení práce, poskytování rad a kontaktů. Dále děkuji pracovnícím nejmenovaného občanského sdružení za podporu při práci s jejich klienty v romské komunitě a také všem respondentům za jejich ochotu zúčastnit se výzkumu.

OBSAH

OBSAH	3
1 ABSTRAKT	5
2. úvod.....	7
3. Formulace a vstupní diskuse problému.....	8
4. Metodika a proces sběru dat	11
4.1. Výzkumný vzorek.....	13
.....	15
4.2. Sebereflexe výzkumníka.....	15
5. Vlastní výzkum	16
V následujícím textu budu probírat jednotlivé kategorie a podkategorie. Uvedu zde názory a zkušenosti respondentů i poznatky z literatury, abych ukázala a vysvětlila některé zvyky, přesvědčení, jednání a prožívání Romů související s péčí o zdraví.	17
5.1. Péče o zdraví.....	17
5.1.1. Domácí medicína	17
5.1.2. Prevence	18
5.1.3. Kdy k lékaři	21
5.1.4. Děti	23
5.1.5. Dodržování léčebného režimu	25
5.1.6. Léky.....	26
5.1.7. Nedostatek srozumitelných informací	28
5.1.8. Zdravotně sociální pomocník.....	30
5.2. Odlišné prožívání.....	33
5.2.1. Rodina.....	33
5.2.2. Strach.....	35
5.2.3. Bolest.....	40
5.2.4. Emoce.....	42
5.2.5. Pobyt v nemocnici	43
5.3. Komunikace.....	44
6 závěr.....	55
7. použitá literatura	60
8. seznam tabulek.....	62
9. seznam příloh.....	63
Příloha č. 1.....	64
Metodické doporučení Ministerstva zdravotnictví pro pozici zdravotně sociální pomocník.....	64
Příloha č. 2.....	67
Příloha č. 3.....	68
.....	68
Marie Čížková	
.....	68
Imatrikulační ročník: 2003.....	68
Projekt diplomové práce	68
Formulace a vstupní diskuse problému	68
Metodika.....	70
Harmonogram prací.....	72
Rozbor problému na základě relevantní literatury.....	72

1 ABSTRAKT

Klíčová slova:

- Romové
- Péče o zdraví
- Komunikace
- Multikulturní ošetřovatelství
- Kvalitativní výzkum

Tato práce se zabývá problematikou péče o zdraví v populaci Romů neintegrováných do většinové společnosti, žijících na nízké sociální úrovni. Jedná se o kvalitativní výzkum zaměřený na zvyky a přesvědčení spojená s péčí o zdraví (tj. domácí medicína, prevence, dodržování lékařských doporučení, ...), odlišné prožívání a komunikaci se zdravotníky.

Romové až na výjimky nemocem nepředcházejí, k lékaři přichází často až v pokročilých stádiích onemocnění. Impulzem k návštěvě lékaře bývá bolest. Romové se bojí diagnózy závažného onemocnění a invazivních zákroků. Vysoká míra emotivity se promítá do jejich prožívání a jednání. Své emoce bez zábran ventilují. Odlišné prožívání, odlišný komunikační styl, nízká úroveň vzdělání a špatný přístup k informacím mají velký vliv na úroveň péče o zdraví v romské populaci. Klíčem ke zlepšení stávající situace je kvalitní komunikace mezi Romy a zdravotníky. V praxi to znamená nepoužívat odborné výrazy, srozumitelně a názorně vysvětlovat, být trpělivý, používat zpětnou vazbu.

The key words:

- Romanies
- Health care
- Communication
- Multicultural nursing
- Qualitative research

This thesis is engaged in health provision problems in non integrated Romany population who live at the low social level. This is the qualitative research focused on practices and beliefs associated with health provision (it means family treatment, prevention, adherence to physician recommendation,), a different perception and a communication with health care providers.

Romanies do not practice prevention of illnesses and they come to the physician when a disease is far gone. Usually reason for seeing a doctor is a pain. Romanies fear serious diagnosis and an invasive examination or treatment. Romanies are very emotional and it gets manifested in their behaviour. They ventilate their emotions without scruples. A different perception, a style of communication, a low level of education and a hard approach to information have an influence on a level of health provision in some Romany population. The key to positive change is well developed communication between the health providers and Romany patients and their families. It means not to expert language, to explain everything comprehensively and clearly, to be patient, to support feedback from the patient.

2. ÚVOD

V diplomové práci se zabývám přístupem Romů k péči o zdraví, odlišnostmi v prožívání a problémy, které mohou nastat při komunikaci se zdravotníky, snažím se najít možná řešení zlepšení současného stavu. Téma zpracovávám formou kvalitativního výzkumu. Výpovědi respondentů konfrontuji s dostupnou literaturou.

Tuto problematiku jsem si zvolila proto, že pro poskytování kvalitní ošetrovatelské i léčebné péče Romům je důležité znát jejich tradice, jednání a prožívání související se zdravím a nemocí, které jsou v každé kultuře více či méně odlišné. Jak uvádí Mareš (13, s. 401) „*každá kultura a etnikum mívá své pojetí toho, co považuje za „normální jednání“ v případě akutní či chronické nemoci, ale také ve vypjatých situacích.*“ Aby se předešlo nedorozuměním a pacientovi byla poskytnuta co nejlepší péče, je důležité znát tyto odlišnosti.

Cílem diplomové práce je ukázat a vysvětlit některé zvyky a přesvědčení Romů související se zdravím a péčí o něj. Získané informace by mohly být použity pro seznámení zdravotníků s možnými odlišnostmi v prožívání, myšlení a jednání Romů ve vztahu k péči o zdraví, se kterými se mohou lékaři a sestry během praxe setkat a

jejichž znalost jim pomůže pochopit jednání určité skupiny romských pacientů a jejich rodinných příslušníků. Znalost těchto odlišností by měla snížit pravděpodobnost nedorozumění mezi zdravotníky a romskými pacienty. Volba správného přístupu k romskému pacientovi by měla vést k vytvoření důvěry k lékaři / sestře.

Úvodem bych chtěla upozornit na to, že Romové jsou velice heterogenní skupina. Proto v žádném případě nelze názory a zkušenosti respondentů ani závěry této práce generalizovat na všechny Romy. Jiný přístup je třeba zvolit k Romovi vzdělanému, integrovanému do majoritní společnosti a jiný k Romovi žijícímu ve více méně uzavřené romské komunitě. Tato práce je zaměřena na Romy, kteří nejsou integrováni do české společnosti a žijí na nízké sociokulturní úrovni. Pokud tedy z důvodu stručnosti v práci hovořím o „Romech“, mám na mysli právě jen tuto skupinu Romů a to i tehdy, jestliže to výslovně neuvádím.

3. FORMULACE A VSTUPNÍ DISKUSE PROBLÉMU

„Základní podmínkou pro koncipování všech snah zaměřených na zlepšení zdravotní situace jakékoliv skupiny obyvatelstva je dostatek informací o ní“ (31, s.27). Tato myšlenka a nedostatek odborné literatury mě inspirovaly k výzkumu zabývajícímu se postoji Romů ke zdraví a péči o něj, prožíváním nemoci a hospitalizace, zkušenostmi a názory romských pacientů na zdravotní péči, atd.

Ve světě se problematikou ošetřování pacientů jiné kultury začala, již v 50. letech minulého století, zabývat Madeleine Leiningerová (11). U nás se toto téma stalo aktuálním až v poslední době, zejména ve spojitosti s přílivem uprchlíků do země a se vstupem do Evropské unie. Bohužel se pozapomíná na příslušníky *„nejvýznamnější etnické menšiny v České republice“* (17, s.11) – na Romy. Podle Českého statistického úřadu se při sčítání lidu v roce 2001 k romské národnosti přihlásilo 11 746 obyvatel (22, s. 2). Rada vlády pro národnostní menšiny však uvádí, že *„podle kvalifikovaných odhadů se počet příslušníků romské komunity v ČR pohybuje v rozmezí mezi 150 000 - 300 000 osob.“* (21)

Dostupné publikace a články, zabývající se transkulturním ošetřovatelstvím, se věnují převážně kultuře Hispánců, Afroameričanů, Asiatů a Arabů, tj. kulturám

menšin, které se hojně vyskytují v USA. U zahraniční literatury je to zcela pochopitelné, protože se jedná převážně o publikace amerických autorů (např. *Transcultural Nursing Basic Concepts & Case Studies* (29)). Ve slovenské učebnici ošetřovatelství (10) je popis kulturních odlišností Indiánů, Hispánců a Afroameričanů, podle mého názoru, poněkud zarážející, tím spíše, že o menšinách žijících na Slovensku není v textu ani zmínka.

Přesvědčeními a zvyky Romů spojenými s nemocí a péčí o zdraví, zdravotními riziky a kulturními odlišnostmi Romů se zabývají články *Gypsy (Roma): Health Care Beliefs and Practices* (9) a *Cross-cultural Medicine: A Decade Later* (25).

V Anglii proběhla v letech 1999 – 2002 kvalitativní studie zabývající se zdravotním stavem kočujících Romů. Cílem výzkumu bylo porovnat zdravotní stav kočující romské a neromské populace, popsat přesvědčení související se zdravím, subjektivní i skutečné bariéry v přístupu ke zdravotní péči (30). Přesto, že se studie zabývá kočujícími Romy, domnívám se, že některé poznatky jsou aplikovatelné i na Romy žijící v České republice.

Další studie zabývající se zdravotní péčí poskytovanou Romům proběhla v Maďarsku. Neményi (18) ve studii dotované Maďarským úřadem pro etnické a národnostní menšiny sledoval vzájemný vztah mezi těhotnými ženami či mladými matkami s malými dětmi a zdravotnickými pracovníky. Cílem výzkumu bylo prokázat, že „*vnímání, nedorozumění a kulturní rozdíly mezi zdravotnickými pracovníky a tradičními Romy ovlivňují kvalitu zdravotní péče.*“

Českých publikací s tematikou multikulturního ošetřovatelství je velmi málo, jedná se spíše o učební texty (např. *Multikulturní ošetřovatelství* 2002 (16)), články nebo příspěvky z konferencí (např. *Transkulturní péče – podněty z praxe* (2) nebo *Integrace cizinců aneb překonávání komunikačních a kulturních bariér při péči o pacienty odlišných etnik a kultur* (28)) zaměřené více méně na teorii multikulturního ošetřovatelství.

Výjimkou je učební text Ostravské univerzity *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu* (14), který kromě těchto teoretických poznatků obsahuje i „*sociologickou sondu postojů k multikulturní zdravotní péči*“. Tato studie se však zabývá pouze cizinci nikoliv menšinami žijícími trvale na území České republiky.

O zdravotním stavu romské populace se zmiňuje *Zpráva o stavu romských komunit v České republice 2004* (31, s.25-27, 80). V závěru části věnované zdravotnímu stavu Romů autoři konstatují, že „*Vzorové chování vztahující se ke zdraví a svým způsobem i zdravotní stav minorit je dán jak jejich sociálním postavením, tak kulturně. Oba faktory by bylo možno odlišit teprve tehdy, došlo-li by k vyrovnání sociálního postavení.*“ (31, s. 27) Autoři vycházeli především ze dvou studií MUDr. Nesvadbové: *Determinanty zdraví romské populace v České republice* (19) a *Zdravotní stav romské populace v ČR* (20).

Podobným tématem jsem se zabývala již v bakalářské práci (4), kterou jsem zpracovávala kvantitativní metodou – řízeným rozhovorem. Tato metoda však poskytovala malý prostor k vyjádření názoru respondentů, spíše jen potvrdila nebo vyvrátila mnou předpokládané problémy, ale nebyl zde již prostor pro vysvětlení příčin těchto problémů a návrh jejich řešení. Například jsem zjistila jak reagovaly sestry v případě, kdy jim respondent nerozuměl (9,3 % sester informaci vysvětlilo bez požádání, 41,8 % vše znovu vysvětlilo až po té, co ji respondent o to požádal, 14 % sester nijak nereagovalo, 9,3 % sester se na pacienta zlobilo), nezeptala jsem se však na to, jak dal respondent sestře najevo, že nerozuměl. Řekl jí, že nerozumí? Udělal něco špatně? Sestra si sama po podání informace ověřila, zda jí respondent správně rozuměl? Příčinou těchto nedostatků byla moje nezkušenost v provádění výzkumu, ale i omezení kvantitativního výzkumu ve zjišťování pocitů a prožívání lidí. Strauss a Corbinová (24, s. 11) uvádí, že pro výzkum zkoumající podstatu něčích zkušeností, chování a prožívání a k získání detailních informací a nových názorů se hodí spíše kvalitativní výzkum. Proto jsem se rozhodla ve své práci pro kvalitativní metodologii.

4. METODIKA A PROCES SBĚRU DAT

Výzkum jsem prováděla kvalitativní metodou - nestandardizovanými rozhovory zaměřenými na péči o zdraví, zkušenosti ze zdravotnických zařízení, prožívání nemoci a hospitalizace, očekávání spojená s návštěvou lékaře. Tato metoda spočívá ve vedení rozhovoru podle předem připraveného „*obecného plánu, který nezahrnuje výčet otázek, jejich znění ani pořadí*“ (3, s.308). Její výhodou je možnost rozvíjení respondentových odpovědí a tedy, v případě mého výzkumu, hlubší poznání pocitů a zkušeností respondenta. Jednotlivé rozhovory tedy neprobíhaly stejně, otázky se vyvíjely podle respondentových odpovědí. Rozhovory jsem po předchozím souhlasu respondentů nahrávala na diktafon a posléze přepsala. Přepsané rozhovory jsem analyzovala pomocí otevřeného kódování (24, s.42-51), tj. jednotlivé jevy jsem označila pojmy a ty následně na základě podobnosti utřídila do kategorií. Stejně tak jsem analyzovala odbornou literaturu. Po provedení a zanalyzování 16 rozhovorů i odborné literatury data nepřinášela nové informace, vzorek byl teoreticky saturován (6, s.304).

Při plánování sběru dat jsem využila svých zkušeností ze seminární práce, které zde pro ilustraci popíši.

Zkušenost ze seminární práce

Respondenta pro seminární práci jsem oslovila přímo, bez „gatekeepera“. Ukázalo se, že to není tak jednoduché. Původně jsem měla dohodnutý rozhovor se starším Romem - prodávčem Nového prostoru ve stanici metra. Vysvětlila jsem mu kdo jsem, čím se ve výzkumu zabývám, proč ho dělám. Muž s rozhovorem souhlasil a domluvili jsme si schůzku na podvečer až bude mít prodané všechny noviny. Před tím, než jsme se rozloučili, jsem dodala, že je výzkum anonymní a že od něj může kdykoliv odstoupit. To se také stalo. Odpoledne jsem dorazila na místo schůzky o něco dříve, aby mi respondent, v případě, že by měl vyprodáno, neutekl. Uvítal mě se slovy „To bych byl v televizi?“. Znovu jsem mu tedy všechno vysvětlila. Po chvilce přemlouvání se neurčitě uvolil, že se mnou tedy ten rozhovor udělá, ale až prodá ještě poslední troje noviny. Po nějaké době přišel společně s kolegou, který se mne vyptával na rozhovor a řekl, že starší kolega ho se mnou dělat nechce, ale on mi rozhovor rád poskytne. Seznámila jsem ho s cílem výzkumu, s předpokládanou délkou, že je výzkum anonymní a že může kdykoliv rozhovor ukončit. Po té jsem se zeptala, zda souhlasí s nahráváním rozhovoru na diktafon. Souhlasil. Rozhovor jsem také použila pro účely diplomové práce.

Tato zkušenost mne utvrdila v přesvědčení, že získávání respondentů prostřednictvím organizace pracující s Romy, eventuálně jiného zprostředkovatele, bude nejvhodnější.

K usnadnění přístupu k respondentům jsem požádala o kontakt spolužáka spolupracujícího s Romem, který je mezi ostatními Romy v okolí vážený. Ten se však nemohl na schůzku dostavit a tak se ujala role „gatekeepera“ jeho manželka. Při výběru výzkumného vzorku jsem použila tzv. techniku sněhové koule („snowball technique“) (6, s.114, 115, 304), kdy jsem si od respondentů, se kterými jsem provedla rozhovor, nechala doporučit další možné respondenty. Rozhovory s těmito respondenty probíhaly v jejich domácnosti. Přesto, že rozhovor s respondenty domlouvala moje romská „průvodkyně“, některé potencionální respondenty se nám nepodařilo pro rozhovor získat. Jednalo se především o Romy starší, sociálně slabší a o muže. Domnívám se, že velký podíl na nezdaru měla skutečnost, že moje průvodkyně není mezi Romy takovou autoritou jako její manžel. Touto cestou jsem získala šest respondentů.

Od paní doktorky Havrdové, vedoucí mé diplomové práce, jsem dostala kontakt na tři respondenty, z nichž dva jsou vzdělaní Romové a třetí je sociální pracovníce – neromka. Ta mi zprostředkovala rozhovory s dalšími respondenty - obyvateli sociálně

vyložené komunity v jedné západočeské obci. Ještě před mým příjezdem byli obyvatelé komunity seznámeni s výzkumem a osloveni, zda by mi neposkytli rozhovor. Bohužel mezi nimi opět nebyl nikdo vyššího věku. Mezi těmi, kteří souhlasili s rozhovorem byl pouze jeden muž. Rozhovor jsem s ním nakonec neprovedla, protože v den mé návštěvy byl mimo komunitu. Po dohodě se sociální pracovníci, která se obávala, že by se respondenti necítili dobře, pokud by mě měli uvést do svých bytů, probíhaly nestandardizované rozhovory se čtyřmi ženami v prostorách občanského sdružení, které se zdejšími Romy pracuje a pomáhá jim začlenit se do většinové společnosti.

4.1. Výzkumný vzorek

Různorodost výzkumného vzorku by měla vést k teoretické nasycenosti, což v kvalitativním výzkumu znamená, že „další data nepřinášejí nic nového“ (6, s.304). Pro účely svého výzkumu jsem plánovala provést rozhovory s Romy různého sociálního postavení a vzdělání, Romy žijícími v romské komunitě i mimo ni, s Romy různého věku, s muži i ženami.

V rámci výzkumu jsem provedla 14 rozhovorů, z nichž pouze 3 respondenti byli muži. Jedna respondentka byla neromka – sociální pracovníce pracující v romské komunitě. Respondenti byli různého vzdělání – od nedokončeného základního po vysokoškolské, žijící v různých sociálních podmínkách, ve věkovém rozmezí 17 – 49 let. Pro rozhovor se mi nepodařilo získat žádného starého respondenta. (tab.1)

Tab. 1 Výzkumný vzorek

	Věk	Vzdělání	Bydliště	Zaměstnání	soc.podmínky + poznámky
Z1	29	neukončené základní	sociálně vyloučená romská komunita, Západní Čechy	mateřská dovolená	vdaná, 5 dětí
Z2	34	vysokoškolské	Západní Čechy	sociální pracovníce, výkonná ředitelka občanského sdružení	není Romka
Z3	17	nedokončené střední odborné	město, Východní Čechy	na mateřské dovolené	vdaná, žije s rodiči, manželem a synem v malém rodinném domě

Z4	52	základní	město, Východní Čechy	dělnice	žije s manželem a nejmladším synem ve dvoupokojovém bytě
Z5	33	středoškolské	vesnice, Východní Čechy	kvalitářka na pile	žije v podnájmu společně s manželem a 2 dětmi
Z6	49	základní	město, Východní Čechy	nezaměstnaná	žije v RD společně s manželem a nejmladší dcerou, stýká se více s Čechy než s Romy
Z7	45	základní vzdělání	sociálně vyloučená romská komunita, Západní Čechy	nezaměstnaná	vdaná, 5 dětí
Z8	48	neukončené základní	sociálně vyloučená romská komunita, Západní Čechy	nezaměstnaná	vdaná, 3 dětí

Pokračování tab. 1

Z9	30	Základní	město, Východní Čechy	na mateřské dovolené	žije ve dvou nepřilíživých bytech, celkem o třech obytných místnostech v polorozpadlém domě patřícím městu společně s rodiči, sestrou a její rodinou, manželem a třemi dětmi
Z10	48	základní	sociálně vyloučená romská komunita, Západní Čechy	nezaměstnaná	vdaná, 2 děti
Z11	47	vysokoškolské	město, Severní Morava	romský poradce	o Romech většinou mluví ve třetím pádě („oni“), málokdy řekne „my Romové“
M1	38	Základní	Praha	prodejce Nového prostoru	Rozvedený, žije na ubytovně
M2	32	středoškolské, studuje vysokou školu	město, Severní Čechy	asistent primátora pro otázku menšin	žije v RD, za manželku má Češku, má 1 dítě
M3	49	základní	město, Východní Čechy	dělník	žije v RD společně s manželem a nejmladší dcerou, stýká se více s Čechy než s Romy

Vysvětlivky k tab. 1: Z = žena

M = muž

Problémy se získáním respondentů starších 65 let a mužů měli i autoři již výše zmiňované anglické studie (30, s.7), kteří provedli 27 kompletních rozhovorů, z nichž pouze 7 bylo s muži. 7 respondentů bylo ve věku 16 – 25 let a 3 byli starší 65 let.

K analýze přepsaných rozhovorů jsem použila metodu otevřeného kódování, která je jednou z metod, vedoucích k tzv. zakotvené teorii (grounded theory) (24, s.42-52). Každý rozhovor jsem okódovala a na základě podobností utřídila údaje do kategorií. Při analýze jsem pracovala nejen s úryvky rozhovorů, ale i s výsledky jiných výzkumů a texty zabývajícími se stejnou či podobnou problematikou.

Pro relevantnost výzkumu bych měla rozhovory a jejich analýzu provádět tak dlouho, dokud bych nedosáhla teoretické nasycenosti, tj. dokud by rozhovory přinášely nové informace vztahující se k některé z kategorií. Domnívám se, že jsem sice dosáhla teoretické nasycenosti, ale pouze v rámci výše uvedeného výzkumného vzorku. Pokud by se mi podařilo získat rozhovory od Romů vyššího věku nebo od sociálně slabých Romů žijících ve městech, je možné, že by tyto rozhovory přinesly nová zjištění. K získání důvěry těchto potenciálních respondentů, kteří nebyli ochotni zúčastnit se výzkumu (muži, staří, méně přizpůsobiví) bych potřebovala více času.

4.2. Sebereflexe výzkumníka

Před prováděním jednotlivých rozhovorů jsem měla vždy velké obavy, aby mě respondenti nevnímali jako „vetřelce“. Musím však přiznat, že po počátečním vzájemném „otřukávání“ se většina respondentů spontánně rozovídala a atmosféra rozhovorů byla velice příjemná. Někteří se uvolnili natolik, že mi začali vyprávět o sobě, o své rodině a měla jsem velké potíže vrátit rozhovor zpět k výzkumnému tématu. Před rozhovory jsem se také obávala, abych se nevhodně formulovanou otázkou respondentů nedotkla.

K výzkumu jsem nepřicházela bez předpokladů. Byla jsem ovlivněna prostudovanou literaturou i předchozími zkušenostmi s Romy. Například jsem očekávala, že si respondenti budou stěžovat na zdravotní péči a zdravotníky a že budou zmiňovat problémy s komunikací. Předpokládala jsem, že příliš nedbají o své zdraví, užívají lidovou medicínu, nesnáší hospitalizaci a upřednostňují to, aby příbuzní umírali doma. Některá tato očekávání se potvrdila, jiná ne. V každém případě jsem se během provádění rozhovorů, jejich analýzy i konečného zpracování

výzkumu snažila oprostit od těchto předpokladů a nedělat předčasné závěry, abych co nejméně ovlivnila výsledky práce.

5. VLASTNÍ VÝZKUM

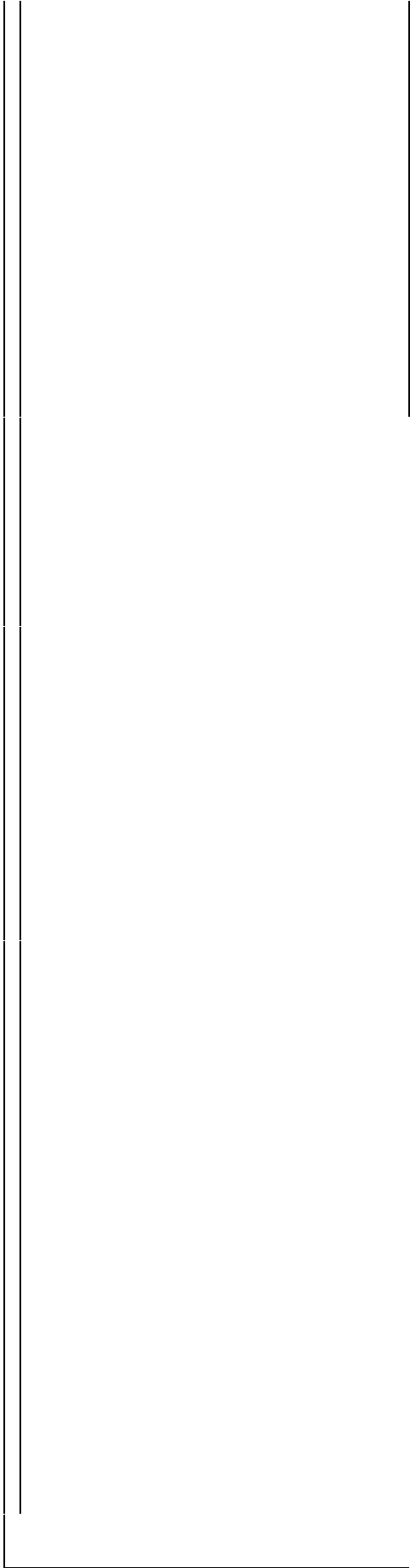
Hlavními tématy, kterými jsem se chtěla ve výzkumu zabývat byly:

- domácí medicína - tradice, předcházení nemocem
- tradice spojené s těhotenstvím a narozením dítěte
- tradice spojené s umíráním a se smrtí
- zkušenosti ze zdravotnických zařízení
- co je impulzem k tomu, aby šli k lékaři (rozdíl děti X dospělí?)
- očekávání od lékaře; podle čeho hodnotí, že je lékař dobrý nebo špatný
- návštěvy v nemocnici
- co dělají, když se musí rozhodnout, zda půjdou na nějaký výkon
- nemocnice - co jim chybí při pobytu; jak by mělo vypadat ideální zdrav. zařízení
- co by, podle názoru respondenta, mohli pro zlepšení situace udělat lékaři a co Romové; co by se mělo změnit

Po zanalyzování rozhovorů jsem utřídila data do tří hlavních kategorií s podkategoriemi. (tab.2)

Tab 2. Kategorie a podkategorie pro třídění dat z rozhovorů

KOMUNIKACE



V následujícím textu budu probírat jednotlivé kategorie a podkategorie. Uvedu zde názory a zkušenosti respondentů i poznatky z literatury, abych ukázala a vysvětlila některé zvyky, přesvědčení, jednání a prožívání Romů související s péčí o zdraví.

5.1. Péče o zdraví

K tomuto tématu se mi nepodařilo nalézt téměř žádnou literaturu. Většina dostupné literatury týkající se zdraví Romů se zabývá spíše jejich zdravotním stavem než tím, zda a jak Romové o své zdraví pečují. Snad jen *Metodika zdravotnej výchovy romských obyvatelov* (1) se zabývá problematikou výchovy ke zdraví u Romů.

5.1.1. Domácí medicína

Během provádění výzkumu jsem dospěla k několika, pro mě překvapivým, zjištěním. Jedno z nich se týká i domácí medicíny. Do té doby než jsem začala dělat rozhovory s Romy, vše, co jsem o Romech věděla, bylo jen z knih. Domnívala jsem se, že Romové hodně užívají různé bylinky, čaje a masti. Při rozhovorech si ale většina Romů nedokázala vzpomenout na žádný domácí recept a uvedli, že pokud jim není dobře, tak si vezmou nějaký lék, s dětmi jdou k lékaři.

Většina domácích praktik, které respondenti zmínili, je podobná těm, které znám sama.

Z7: ... když třeba je kašel, tak co slyšíme tady od starších ženských. To je cibule s medem. Nebo kopřivovej čaj nebo lipovej čaj. Předcházet tomu. No teď tady máme (*jmenuje sousedku*) ta má léčivou bylinu na zahradě, nevím jak se jmenuje. Tak ona nám jí dá, tak z toho si děláme taky čaj. Ta je na močový cesty, tak to taky (...)

Z7: (...) doktor mi bral cukr a řekl, že teďko jako, že se diví, že nemám cukr. Ale to dělá ten kopřivovej čaj. Já to srážím. Já vypiju denně tři, čtyry hrnky, ale větší (*ukazuje na hrnek s čajem*), toho čaje kopřivovýho. Bez cukru. A když to sladký sním, tak jako se mi nevyvine nahoru (...)

Zajímavé je, že dva vzdělaní respondenti mají na romskou domácí medicínu vzájemně úplně opačný názor. Jedna respondentka sbírá recepty domácí medicíny a věří na ni. Pro zajímavost bych uvedla několik příkladů: silná vrstva povidel na zánět prsu; pavučiny na odřeniny a malé ranky; zábal na krk plenou navlhčenou dětskou močí nebo s kyselým zelím na bolení v krku či angínu; „šampri“ čistého alkoholu s pepřem na bolest břicha; borůvky na průjem atd. Druhý respondent je toho názoru, že romské lidové léčitelství už neexistuje.

Z2: Já bych neřekl, že by existovala nějaká zvláštní domácí romská medicína. Je to hodně podobný jako u neromů. Co kdo poradí a tak (...) sáhne se po práškách, sáhne se po obvazu, prostě klasicky. To, co dům dá. Neznám žádné specifické způsoby léčby, domácí (...) bylinky, čaje vůbec ne. Myslím si, že spíš sáhnou po lécích. Protože do tajů bylinek, si myslím, že pokud předkové někdy viděli..... je napsáno v nějaké literatuře, že by romové měli znát taje bylinek, tak v současné době to neplatí. Protože neznám žádného Roma, ani z těch starých, který by chodili do lesa a sbírali bylinky a sušili je a potom používali na nějakou léčbu. Nic takového není nebo aspoň v mém okolí nikoho neznám. Ani vlastně z praxe.

Názor respondenta potvrzují i Marek, Kalvach a Sucharda (12, s.142), kteří uvádějí, že *„předcházející generace Romů, které si nemohly dovolit lékařskou péči, měly sice své osvědčené recepty a zázračné bylinkářky, ale dnešní Romové svou tradiční medicínu převážně už zapomněli a sklony k samoléčitelství jsou u nich menší než u většiny obyvatelstva.“* Podle těchto autorů se Romové také poměrně málo obrací na léčitele, a to až v případech, kdy ztratí důvěru v lékaře. Tato ztráta důvěry bývá zpravidla způsobená nevhodným přístupem lékaře. Podrobněji se budu přístupem zdravotníků zabývat později.

Na základě provedených rozhovorů se domnívám, že mezi Romy je to s domácí medicínou podobně jako u Čechů. V některých rodinách se používají osvědčené babiččiny recepty na to, jak se zbavit kašle, bolení v krku či břicha nebo horečky, jak ošetřit popáleniny či odřeniny. V jiných rodinách se uchylují spíše k lécům či radám lékaře.

5.1.2. Prevence

Podle Kempa (9, s.5) Romové věří, že ten, kdo je zdravý byl obdařen šťastným osudem, naopak nemocný o své štěstí přišel. I tak by se dala vysvětlit nedostatečná

péče o zdraví mezi Romy. Prostě věří, že pokud onemocní, byl to osud a nemohli tomu nijak předejít. Pravdou je, že někteří respondenti nedělají, pro to, aby nebyli nemocní, nic. Když onemocní, vezmou si nějaké léky nebo jdou k lékaři.

Z8: No když sem nemocná, tak vezmu si Paralen nebo Brufen (...)Když jsem moc nemocná, tak to už mě odvezou. Tam mě vyléčí, ale když nejsem tak....(...)

Většina respondentů se snaží pro své zdraví něco udělat. Domnívám se, že úroveň prevence odpovídá tomu, k jakým informacím mají Romové přístup. Škála preventivních opatření je pestrá. Od hygieny a hezkého oblečení, po zdravou výživu, pohyb, odpočinek.

Z7: (...) já jím zdravě. Podívejte! *(vytahuje z kapsy jablko a mandarinku)* Tady mám jabka, mandarinku. Já jako jím zdravě. Já se snažím. Zelenina furt. Jak se říká i ovoce. Ale maso především. Já musím, já mám potřebu jako. A sladký teda taky.

(...) že se pomodlím. Za své děti, za sebe, za svou rodinu. Hodím si relax, jak se říká, opravu si odpočinu. A je mi fajn. Já doma cvičím. (...)

Z10: Koupili jsme si v lékárně to celý balení, mi poradila paní doktorka. Pro děti, ty celaskony, ty vitamíny (...)

Když jsme s respondenty hovořili o předcházení nemocem, měla jsem pocit, že většina z nich měla na mysli nemoci typu akutních respiračních onemocnění, případně zažívací potíže. Troufám si tvrdit, že na kardiovaskulární onemocnění, diabetes či nádorová onemocnění nepomyslel téměř nikdo z nich. Jednou z výjimek byl respondent, který o prevenci chronických onemocnění mluvil, avšak v tom smyslu, že Romové nemocem nepředchází.

M2: Není žádný předcházení nemocí. Nepředchází se nemocem. Je obecně známo, že Romové trpějí cukrovkou, obezitou a problémy související s krevním oběhem a tak. Ale nikoho neznám, že by nějak předcházel tomu, že by jedl nebo upřednostňoval zdravou výživu. Možná že je to tak u mladých a hlavně u dívek a to spíš pro nějaký udržování vizuální krásy a nikoliv pro přesvědčení, že toto je ten zdravý a jediný způsob života.

Důvodem je podle respondenta neznalost, ale i vliv okolní společnosti. Romové, včetně těch kteří žijí v komunitě, přichází každý den do styku s většinou společností a přejímají její vzory. Jací jsou však představitelé většinové společnosti, se kterými

přichází do styku průměrný Rom? Jedná se o Čechy, kteří jsou na stejné socioekonomické úrovni a žijí ve stejných podmínkách jako Romové.

Janečková (8, s.14) uvádí, že „*pojmem prevence je vzdálen myšlení a hodnotám romské kultury, která žije v přítomnosti v krátkodobé perspektivě s cílem přežít v podmínkách, které ji obklopují. Vzdálenější výhled a orientaci na budoucnost vlastních dětí nelze většinou od romské rodiny, kde důraz je kladen na skupinu a ne na jednotlivce, očekávat*“. Souhlasím s autorkou, že Romové se díky podmínkám, ve kterých žijí, orientují na přítomnost. Budoucnost je něco velmi vzdáleného a nejistého. Proto argument, že budou-li žít zdravěji, sníží tak riziko výskytu kardiovaskulárních onemocnění, diabetu, nádorových onemocnění atd., pro ně není žádnou motivací. Proč by si měli odepřít věci, které mají rádi (tj. např. tučná a moučná jídla, cigarety, alkohol, atd.), když je v současné době nic nebolí a cítí se dobře. Pěkný příklad uvedl jeden respondent.

M2: ...možná je to společný pro Romy a neromy, obecně, že řešíme svůj zdravotní stav až tehdy, když opravdu máme nějaký zdravotní problémy. Takže, když on sám pocítí na sobě, že něco je s ním v nepořádku, tak potom začne uvažovat o změně stávajících návyků, o změně způsobu života. Kde je to pouze na rovině informativní, třeba, že někdo někomu řekl, v tomhle případě lékař pacientovi řekl, že má problémy se srdcem, tak dokud je to v týhle rovině, tak to ten Rom nějak neřeší. Má tu informaci, ale nijak to neřeší, protože zatím mu je hej, zatím je v pohodě, zatím si může dát, zatím nemá důvod měnit nějak svůj způsob života.

M2: (...) kdybys třeba ke mě přišla ty a řeklas mi „kouření škodí zdraví“, pokud já nebudu chrchlat, pokud já nebudu mít problémy s plícema, tak já tu informaci nepřijmu. A zavřou se za tebou dveře a já si znovu zapálím.(...)

Ano, také Češi nedbají varování před některými škodlivými návyky. Většina neromů, ale i vzdělaných, integrovaných Romů, má však větší možnost volby. Mají dostatek informací, umí si představit následky do budoucnosti, mají prostředky k tomu, aby žili zdravěji. Jednoduše jenom kalkulují, že jich se to netýká, že oni tu rakovinu nebo infarkt nedostanou. Romové však myslí jinak. Oni nekalkulují s tím, zda jí dostanou nebo nedostanou. Oni, jak jsem uvedla výše, na budoucnost nemyslí. Podle Hübschmannové (7, s.35-39) to je dáno historickým vývojem. Hübschmannová uvádí, že dříve žili Romové ze dne na den. Placení byli za práci odvedenou ten den a to, co si vydělali, také ten den projedli. Toto dědictví z historie přetrvává do současnosti. Některé skupiny Romů stále neumí plánovat, peníze utratí hned jak je

dostanou. Proč by měli peníze rozpočítat na celý měsíc, když teď si mohou koupit, to co se jim líbí? (7, s.35-39) Tato orientace na přítomnost se, podle mého názoru, promítá i do péče o zdraví.

Podobně jako Janečková (8, s.14) vysvětluje jeden respondent orientaci na přítomnost a nedostatečnou péči Romů o své zdraví chudobou.

M2: Pokud chceš poznat Romy, nehledej lidi s tykadýlkama, ale vrať se zpátky jakoby u vás a najdeš to tam. A spoj to ještě s chudobou. Zkoumej život chudejch lidí, jak se chovali. A zkus se podívat na to, jak žili v té době. Jestli se starali o svoje zdraví. Jestli jejich základní potřebou nebylo přežít. A to samý maj dnes Cigáni.

Respondent popisuje historický vývoj Romů a Čechů.

M2:A tady ty velký sociální sítě rovná se banda.hele (*kreslí*)... To jsou gádže.A každej jakoby vývoj a pokud půjdu v nějaký historický linii, tak zjistím, že tady gádže měli osm dětí. Postavení ženy taky nebylo nějak jakoby dobrý, že jo. Taky do nemocnice možná...

.... Takže by tam taky chodilo možná deset lidí a byla by to taky banda. Že jo. Ten vývoj šel nějakým způsobem jinak Tady se to nějak vyvíjelo a za komoušů byla optimální rodina dvě děti..... ..a tohle je třeba rok 2000. A u Romů....osm – ale tady mluvím o roku třeba začátkem dvacátého století.....1970, 1980, ...čtyry pět dětí, 2000 u mladých lidí, si všimni, tendence tři děti.

M2: (...) pokud Romové maj problém se zdravím, tak ho nemají proto, že by to bylo nějak spjatý bytostně s romskou kulturou, která vlastně už neexistuje, ale protože to je spojený s chudobou. Chudej člověk se neřídí plánem. Rom se řídí pravidlem: dneska nějak žiju a zejtra jak budu žít, uvidím až zítra. Takže on neplánuje (...)

(...) Proč já bych měl dbát o svoje zdraví ve světě, kterej mi nic nedává a vyžaduje jenom ode mě, abych já něco dával. Tak vnímá ten chudej svět (...)

Tato poslední poznámka, byla pro mě zpočátku zarážející. Jsem toho názoru, že pokud pečuji o své zdraví, dělám tím nejvíc sama pro sebe. Nedělám to pro lidi nebo svět kolem mě. Ale když jsem se nad tím zamyslela hlouběji, uvědomila jsem si, že to má svou logiku. Vcítíme-li se do myšlení člověka, který přesto, že ví, že je nemocný, začne dodržovat lékařská doporučení až v okamžiku, kdy se cítí opravdu špatně, nemůžeme očekávat, že by změnil svůj životní styl v době, kdy je zdravý. S tím souvisí otázka, co Romy vede k návštěvě lékaře, co je ten impuls?

5.1.3. Kdy k lékaři

V dostupné literatuře se setkáváme s konstatováním, že Romové přicházejí k lékaři až v pokročilých stádiích onemocnění. Kemp (9, s.5) ve své studii uvádí, že „Romové využívají systému zdravotní péče pouze v krizových situacích, tj. v akutních stavech nebo když selže lidová medicína“ (vlastní překlad). Janečková (8, s.14) ve svém článku zmiňuje dva názory odborné veřejnosti. Jeden názor tvrdí, že některé zdravotní služby „jsou Romy nadužívány či spíše zneužívány,...“, druhý naopak upozorňuje na to, že Romové „.....odkládají návštěvu zdravotnického zařízení až do okamžiku, kdy se nemoc stává z hlediska subjektivního nesnesitelnou a z hlediska medicínského obtížně zvladatelnou“. Tyto dva extrémy v jednání Romů zmiňují také Marek, Kalvach a Sucharda (12, s.141, 142), kteří upozorňují na „tendenci přeceňovat akutní stavy – bolest břicha, krvácení, horečku, zvracení“ a naopak na nevíšimavost k příznakům chronických onemocnění: „Dlouho chodí bez povšimnutí s vyrážkami, s poruchami trávení, ale i s dušností způsobenou srdečním selháváním.“

Domnívám se, že tato skutečnost souvisí s prožíváním Romů a jejich emocionalitou. Akutní onemocnění se projevují dramatičtěji než počáteční stadia chronických onemocnění. Pacient se necítí, ani nevypadá dobře a proto jde k lékaři a to buď z vlastní vůle nebo po domluvě příbuzných.

Co je tedy ten impulz? Kdy jdou Romové k lékaři?

Nejčastěji zmiňovanými důvody byly bolesti a horečka, na které nezabírají dostupné léky nebo, jak jsem se zmínila výše, naléhání příbuzných.

Jedna respondentka popisovala, že když měla revmatickou horečku, přestože měla horečky a nebylo jí dobře, nechtěla jít k lékaři. K návštěvě lékaře jí přimělo až naléhání její sestry.

Z1: ...takže jako můžu říct že když nemusím, tak k těm doktorům vážně nechodím, jo. Ale když už to musí bejt, tak ne sama, ale příčinou toho druhého.

V některých případech nepomáhá ani domluva příbuzných. Takovou zkušenost popsala sociální pracovnice pracující v romské komunitě.

Z2: (...) někteří teda nejdou k doktorovi, ani kdyby byli skoro na smrt. Tím bych teď asi začla, protože to je pro nás teď aktuální, že jsme tady měli teď jednu paní, která je taková matka rodu, má teda manžela a jejich pět dcer je tady vdaných a bydlí všichni tady v tom jednom domě, takže je to taková

matka rodu a ona má silnou cukrovku a slabý srdce a blběj tlak a všechno možný, ale k doktorovi nepůjde ani za nic. Takže když jí volali sanitku, tak na revers prostě, dostala nějakou uklidňovací injekci a zůstala doma, prostě podepsala revers že nejede, i když jí říkali, že musí, jako tam jet a druhý den ráno jí zavolali rychlou, protože už nemohla ani stát ani nic (...)

Jiný respondent upozornil na další možnou příčinu, proč ženy, zejména z tradičnějších rodin, chodí k lékaři „až, když nemůžou“. Jsou jimi „ženské“ práce v domácnosti.

M2: (...) Takže ta žena, vlastně ať jí bolí něco nebo ne, tak se musí starat o svých pět, šest děcek, chodit s nima ven a ještě se starat o toho manžela. I tehdy, když je jí špatně. Ona musí prostě vykonat tuhle práci.

M2: (...) Až když ostatní vidí, že nemůže, tak to funguje, si myslím, u těch lidí, co jsem viděl, že teprve tehdy říkají tomu muži, například, hele s tvojí ženou není něco v pořádku. Je to na ní opravdu vidět a měl by si s tím něco udělat. A teprve tehdy muž řekl ženě, běž k doktorovi. A to je impuls, kdy žena opravdu jde k tomu doktorovi. Ta žena to drží a řekne ne, prosím tě to je jenom tak, to přejde za chvíli, to bude v pořádku. Ale nechodí k tomu doktorovi s každou blbostí, v uvozovkách.

M2: (...)...když ta žena fakt jako vrávorá, je to vidět, že je jí špatně, tak tehdy ten muž řekne, hele běž k doktorovi a já s těma dětma jakoby tady nějak zacvičím, aby to fungovalo. Ale pokud to není...pokud je to nějaká bolest, která není vidět, která je ještě snesitelná, tak ten mužnebo ta žena řekne bolí mě záda a ten muž to přechází, jakoby. Protože to není viditelná. Bolej jí záda. Co to je? Mě taky bolejí záda a jako je to v pohodě.

Co se týče péče o zdraví a návštěv lékaře, všimla jsem si odlišného přístupu v případech, kdy se jedná o dospělého a když je nemocné dítě.

5.1.4. Děti

Podle Kempa (9, s.5) jsou děti středem zájmu romské kultury. Výše zmiňovaná anglická studie (30, s.76) poukazuje na netrpělivost a vyžadování okamžité pozornosti a péče o nemocné dítě v kontrastu s laxním přístupem k vlastním zdravotním potížím a pozdnímu příchodu k lékaři.

V případě, že je dítě nemocné, rodiče většinou neodkládají návštěvu lékaře, tak jako to dělají, jsou-li nemocní sami.

Z1: (...) Doktory prostě nemusím. Ale jako o děti se postarám. (...) když se něco děje a já si nevím rady a třeba momentálně není paní doktorka k zastížení nebo já si nevzpomenu, že ona tam ten den není, tak jako volám třeba i záchranku nebo pohotovost nebo prostě něco. Ale prostě říkám, dětem všechno, sobě ne.

Velký strach a úzkost, v případě, že onemocní děti, popisuje další respondentka. Také v její rodině, v případě, že jsou nemocné děti, neváhají volat sanitku.

Z9: (...) A hlavně, když je něco dětem, tak se moc bojíme. Tak to zas jo, to jako dáme najevo, že jo. Rychle voláme a křičíme, ať jako přijede okamžitě sanita.

Respondentka anglické studie (30, s.76) popisuje, jak šla s nemocným dítětem do nemocnice, kde jí personál sdělil, že stav dítěte není akutní a aby přišli druhý den. Maminka oznámila personálu, že klidně budou spát na zemi, ale zůstanou tak dlouho, dokud dítě neošetří.

Většina maminek by udělala cokoliv, aby jejich dítě netrpělo a bylo šťastné. To platí bez ohledu na to, jaké jsou národnosti, rasy, etnika. Následující slova jedné respondentky to potvrzují.

Z1: (...) Když trpí děti, tak trpím já. Protože vím, že ta bolest bolí. Protože jsem si třeba tou bolestí prošla a vím, že je to bolí. Takže jako hodně mě bolí děti, když jsou hodně nemocný nebo, když prostě to (...) Takže jako vím, že ty děti trpěj víc. Takže jako spíš trpím s dětma. Protože dětská bolest je víc než dospělá bolest.

Děti mají také velký vliv na rozhodování matek, zda půjdou k lékaři, do nemocnice nebo na operaci. Varianta, kdy děti jsou pro ženu motivací k péči o zdraví však není asi příliš častá. Během rozhovorů jsem se s ní setkala jen jednou.

Z7: (...) ještě mám vychovat děcka. Tři už jsou dospělí, maj už svoji rodinu, ale ještě pořád mám dvanáctiletou holku a šestiletýho kluka. Já potřebuju, abych se z toho dostala.

Děti jako motivaci k udržení dobrého zdravotního stavu zmínila také jedna respondentka anglické studie. Ta se obává komplikací vysokého krevního tlak, proto chodí pravidelně na kontroly a dodržuje lékařská doporučení, jako je cvičení a dietní opatření. Své jednání zdůvodňuje slovy: „*jako ochrana před mrtvicí, může se to stát znovu....Nechci, aby se mi to stalo, když mám pět dětí.*“ (vlastní překlad) (30, s.44)

Častěji jsem se během rozhovorů setkala s tím, že respondentky ze strachu z hospitalizace odkládaly návštěvu lékaře, protože se obávaly toho, co by v takovém případě bylo s dětmi, kdo by se o ně postaral. To potvrzuje i sociální pracovníce pracující v romské komunitě.

Z2: (...) a někdy to odkládají kvůli dětem. Protože tady máme paní, která měla jít už několikrát na operaci, taky s nějakýma jako ženskýma orgánama a nejde, protože má doma pět dětí a manžel chodí do práce, takže by se o ty děti nikdo nemohl postarat.

Samozřejmě velký podíl na odmítnutí hospitalizace a operace má strach, kterým se budu zabývat později.

5.1.5. Dodržování léčebného režimu

Kemp (9, s.8) uvádí, že Romové „*mnohem lépe tolerují léčebná opatření v naléhavých stavech než doporučení týkající se změny stravovacích návyků či životního stylu*“ (vlastní překlad) Pokud se pacient cítí dobře, nemá potřebu dodržovat dietu, brát léky apod. Teprve v okamžiku, kdy se opravdu necítí dobře, začne dodržovat pokyny lékaře. Pro ilustraci uvádím citace dvou respondentek. Obě se léčí s diabetem. První má sice diagnostikovaný diabetes, ale nikdy neměla žádné subjektivní potíže, o kterých by si myslela, že jsou způsobené diabetem.

Z7: (...) a že sladký bych neměla. A že mám jíst, ale ne sladký. Ale když mě zrovna tahá na sladký.(...) neodolám mu. (...)

Popsala jsem respondentce komplikace dekompenzovaného diabetu. A zeptala se jí, zda nyní začne dodržovat dietní režim.

Z7: Ale ještě se to nestalo, tak až se to začne stávat, tak to přestanu jíst. Mě to donutí. Strach (*směje se*) (...) Jinak jako nedělá mi to zatím žádný problémy, ale sladký jako... určitě jím sladký, já se přiznám. (...) Ale zakázat se to úplně nedá, ne? Moje sestra měla kolikrát i sedmnáct a vzala si dort? (...)

Druhá respondentka se snaží dodržovat dietní opatření, ale až od té doby, kdy zjistila, že pokud je poruší, není jí dobře.

Z10: (...) ale je to hrozně těžký, když vám zakážou: „to nesmíte, tamto nesmíte jíst“ A když jsem doma, tak mě to strašně táhne prostě na jídlo.(...) snažím se. A taky nemyslete si, ukradnu třeba holce půl sušenky. A nesmím. Prostě to je takovej chtíč hroznej, nedá se to ovládat. Prostě musíte si aspoň kousek vzít. A třeba než jsem přestala ten cukr a udělala sem si kafe a já sem hrozně za to brečela, já sem nechtěla žrát černý chleba, já sem nechtěla ty sušenky, protože mě chybí ty zuby a mě to pískalo pod zubama a já sem prostě furt měla hlad. Protože, když máte devadesát kilo a zhubnete na sedmdesát pět a je vám fakt zle a když třeba si dáte to, co nemáte jíst a je vám zle a víte proč je vám zle, tak si to hrozně moc rozmyslíte. (...) A mě pak bylo zle. A já jsme si říkala „Máš to vole za potřebí? Vykašli se na to!“. Ale než se s tím smíříte, to je pane něco.

5.1.6. Léky

Samostatnou kapitolou v dodržování lékařských doporučení je užívání léků.

Romové připisují lékům velký význam a podle toho, zda jim lékař předepíše léky nebo ne, hodnotí jeho kvality.

M2: (...) Myslím si, že pokud jsou léky, tak je to příznak toho, že ten člověk ví, že se s tebou něco děje a dává ti něco, aby tě toho zbavil. Takže pokud ti doktor předepíše nějaký léky, tak je to braný pozitivně.(...)

Z8: (...) Já jsem ráda, že mi napíše ty prášky, jo, a vyzvednu si je.

Pokud léky nezačnou dostatečně rychle účinkovat nebo se dokonce příznaky zhorší, považují to za chybu nebo nedbalost lékaře.

Z9: ne že by se k nám chovali špatně doktoři, ale prostě, když jdeme s dětmama, tak třeba jim předepíšou slabý kapky, nepomáhá to. Jo? Pak musíme s nima znova (...) Prostě oni jim předepíšou co nemaj, že jo, a třeba za dva nebo tři dny se jim to zhorší, takže zpátky s nima musíme jít, víte jak, zase aby mu dali nějaký sirup aby jim na ten kašel zabral nebo na rýmu.

Z3: Praktická doktorka neléčí děti dobře, kor romský děti. Nelíbí se nám, jak je, jak to říct...jak je odflákne, prostě. To dítě tam musí jít třikrát, aby ho pořádně vyléčila. No prostě nedánějaký dražší léky nedá, i když si to zaplatíme sami. Nedá.

M2: Pokud předepisuje ty stejný léky a já ho upozorňuju, že nemají žádný účinek a on mi nechce předepsat nový, tak je to vnímaný negativně.

Van Cleemput a kol. (30, s.67) upozorňují na to, že nedostatečná komunikace může být příčinou nedorozumění ohledně předepsaných léků, účelu léčby a správného užívání.

Příkladem může být vyprávění respondentky, které předepsané léky nepomáhaly. Léky vysadila, ale k lékaře znovu nešla, protože se na ni zlobila, že jí předepsala špatné léky. Po delší době jí zdravotní potíže donutily jít k lékaře znovu. Tehdy si vše vysvětlily a dnes už jí respondentka důvěřuje.

Z1: (...) Já teď mám svoji doktorku. Ta je taky moc hodná. Ona mě zná dost dlouho, takže ví co a jak. Ale můžu říct, že když mi ze začátku dávala prášky, tak mi nepomáhaly. Pak jsem k ní třeba nešla. A pak když už mi fakt bylo šoufl a museli jsme, když už mě tam pak třeba dotáhly, tak jsem jí řekla, ty prášky mi nepomohly, já jsem je nebrala, protože mi nedělaly dobře (...) A pak jako jsem jí říkala, že mi ty prášky nepomáhají dobře. A ona, že jsem měla okamžitě přijít, že prostě by mi dala jiný a takový. A prostě už víte, že ten doktor o vás má zájem.

V případě, že se jedná o antibiotika, měl by lékař vysvětlit pacientovi nebo rodičům dítěte důležitost užívání v pravidelných intervalech, a to i po odeznění příznaků. Mnoho Romů totiž přestane léky užívat v okamžiku, kdy odezní příznaky. Pokud se onemocnění vrátí, zlobí se na lékaře, že je špatně vyléčil.

Z1: Já myslela, že to nemusím, když už to jako zmizí, tak že to nemusím brát. Já to dělám u všech prášků. Jakmile mi někdo řekne „Jo, už to odchází, doberte to nebo to“, tak já si myslím: „tak už je to pryč, už to brát nemusím“ a ty prášky odložím prostě. Takže jako nerada. (...) pak jsem znovu onemocněla, protože se mi vrátil zpátky, protože jsem nedobrala ty další prášky (...)

Tato respondentka už ví, že musí využívat antibiotika do konce. Prošla si zkušeností a už si to bude pamatovat. Stejně jako další respondentka

Z7: (...) já je musím dobrat, protože by se mi automaticky vrátila ta nemoc. Celý balení dobrat.

Jiná respondentka si upravila užívání léků tak, že léky, která má užívat ráno, užívá večer, protože ráno nemá čas na to, aby si je vzala.

Z7: (...) Ale když mi doktor řekne budete jíst prášky, tak já je jím. A všechno...Třeba řekne „v šest hodin tohle, v sedm hodin tohle, hodinu, abyste to neměli na to“ No a já si řeknu „Tak já si to nebudu brát ráno, ale vezmu si to večer.“ Přehodím si to. (...) Protože večer je to lepší než ráno. (...) Já ráno vstanu a oblíkám děti do školky, malýho Káju a vnuka, a já se musím starat, aby sem jim namazal chleba, čaj, aby to stihli snít a ještě je nahnout do auta, aby je odvez do školky. A mezi tím už je sedm hodin pryč, takže bych to nestihla na čas, protože se starám o děcka. A v osm hodin máte klid. Přijdu domů večer, třeba po mši nebo ještě něco dělám, podívám se na hodiny, je za pět osm, já si vytáhnu prášky, já je sním a je mi dobře.

Ani dostatek informací o důležitosti pravidelného užívání však není zárukou správného užívání. Níže citovaný respondent ví, že pokud neužívá antibiotika pravidelně, nejsou účinná. Ví, že není schopen dodržet pravidelnost, proto je raději neužívá vůbec. Zde se však jedná o jeho svobodné rozhodnutí, s tím, že ví o důsledcích svého jednání.

M2: Pokud mi doktor řekne, užívejte třikrát denně po šesti hodinách a já zrovna, pokud mi dovolí, abych měl vycházky, tu šestou hodinu netrávím doma, tak se to posune na osmou hodinu, že jo. Takže to je jakoby nepravidelný. Já osobně třeba si nenastavuju budíka, aby mi každou šestou hodinu zazvonil a tím mi říkal, tak vstaň a polkni prášek, kterej ti předepsal ten hodnej pan doktor. Takže v noci třeba antibiotika neberu. Prostě spím. Neužívám je pravidelně. A i když je mám předepsaný, tak je moc neužívám. Protože právě nutěj k tý pravidelnosti a pokud se říká, že jednou vynecháš, tak už to nemá takovej účinek, takže pokud to vynecháš častěj, tak už si říkáš sám pro sebe jakej to mělo účinek.

V oblasti užívání léků se jeví dva hlavní problémy. Jednak v nevyužívání léků pacientem do konce, ale také v nutnosti pravidelného užívání nebo užívání léků v určitou denní dobu. Pokud nevybere pacient antibiotika do konce a onemocnění se mu vrátí, musí znovu navštívit lékaře, který se většinou doptává na to, zda pacient využíval všechny léky a dodatečně ho poučí o nutnosti využívání antibiotik. Pokud však pacient nedodrží časový rozpis užívání léků, např. užívá-li perorální antidiabetika po jídle místo před jídlem atd., může to mít vliv na účinek léků. Lékař pak předepisuje léky silnější. Přitom by stačilo pacientovi vysvětlit, proč musí harmonogram dodržet a jaké to může mít důsledky, pokud ho nedodrží. Zde vidím opět nedostatky v komunikaci. Pokud by lékař, nebo s jeho pověřením sestra, s pacientem dostatečně komunikoval, vysvětlil jim, proč musí dodržovat určitý harmonogram užívání léku, jaké může mít jeho nedodržení důsledky, za jak dlouho by měly začít léky účinkovat, kdy mají přijít, pokud léky nezaberou a hlavně je na tuto variantu upozornil, předešlo by se častým nedorozuměním a nedůvěře pacientů v lékaře. Komunikací se budu podrobněji zabývat později.

5.1.7. Nedostatek srozumitelných informací

Podle mého názoru nedodržování lékařských doporučení souvisí i s nedostatkem srozumitelných informací. Na potřebu edukace romských pacientů o souvislostech

mezi stravovacími návyky, kouřením, pitím alkoholu a nedostatkem pohybu a zdravotními problémy upozorňuje Sutherland (25, s.8). Na nedostatek kvalitních informací souvisejících s péčí o zdraví upozorňují také autoři anglické studie (30, s.72). Jejich respondenti získávají informace převážně od rodiny či členů komunity. Dalším zdrojem informací je televize. Příběhy z médií jsou však podle autorů spíše než zdrojem kvalitních informací, zdrojem obav.

Na intenzivní sledování televize upozorňuje i jeden respondent, který v televizi vidí prostředek, jak rozšířit osvětu mezi Romy.

M2: (...) Romové s „hustou krví“¹ příliš nečtou. V chudých čtvrtích, sociálních teritoriích, většina volného času je věnována sledování televize. Nastartovat cyklus pořadů, který, jestliže osloví tohohle člověka, osloví všechny. Pokud jsou jako srozumitelný.(...)

V literatuře se můžeme také setkat s konstatováním „*nedostatečného zájmu rodičů o prevenci a očkování*“ (8, s.14). Domnívám se, že se nejedná o nedostatečný zájem rodičů, ale o špatný přístup zdravotníků. Ti nejspíš předpokládají, že Romové mají stejné znalosti o prevenci a očkování, jako ostatní rodiče. Romské maminky v komunitách však často nemají základní informace, o kterých se dětští lékaři zřejmě domnívají, že jsou všeobecně známé. Například dodržování očkovacího kalendáře považuje většina maminek za samozřejmé. Informace týkající se péče o dítě získávají od své maminky, z knih a časopisů. Tyto informace však některé romské maminky postrádají.

Zkušenost respondentky je příkladem toho, že pokud by maminka měla dostatek informací, nemuselo dojít ke zdravotním komplikacím dítěte ani k zařazení matky mezi neukázněné a nespolupracující rodiče. Situaci mi popisovala babička dítěte.

Z4: (...) Lucka (*dcera*) měla dávat Infadin kapičky... Měla dávat, nedávala. Proto holka měla křivou nožičku, jo? Ale tak, snažím se nějak ji vysvětlit, že jí to musí dávat... Nějak jí vystrašit, prostě aby to dávala. No tak Lucka, že jo, že jí to bude dávat, že ona nevěděla, že sou takový problémy a to.. A ona hned na ní, že se nestará o holku, že je horší než Ledečáci (*Romové z nedaleké vesnice*), prostě (...)

Z4: (...) Ona má první, tak nevěděla jaký je riziko. Jednou dala, jednou ne. No a tím vzniklo, že to (...)

¹ Romové „s hustou romskou krví“ = pojem, který použila jedna respondentka, a který se během rozhovorů ujal, pro označení Romů, kteří nejsou integrováni, jsou sociálně vyloučení, žijí „tradičnějším“ životem, mají nejvíce problémů při interakci s majoritou

Během rozhovorů jsem se setkala s maminkou, z jejíhož vyprávění bylo poznat, že má své děti hodně ráda a že jí na nich opravdu záleží. Později jsem se od její tety dozvěděla, že její děti „nemaj pořádně vybraný injekce“.

Je otázkou, zda při správném podávání informací by tito Romové více dbali o svou životosprávu a dodržovali lékařská doporučení. To, nakolik se na nedodržování lékařských doporučení podílí romská mentalita či podmínky, ve kterých žijí, a nakolik je to otázka míry zodpovědnosti každého jedince, můžeme začít zkoumat teprve po té, kdy Romové budou mít přístup k dostatku srozumitelných informací.

Kde by však měli tyto informace získat? Populárně naučné knížky pro rodiče sociálně vyloučené Romy míjejí, protože takový Rom nečte. Totéž se týká i letáčků v ordinaci lékaře. Řešením nejsou ani letáčky v romštině, protože velká část Romů dnes již romsky neumí, ti co umí, tj. staří, zase neumí číst.

Většinu volného času tráví Romové sledováním televize. Jeden respondent navrhoval osvětu prostřednictvím televize, otázkou však zůstává, jak by měl takový pořad vypadat, aby ho Romové sledovali. Jak nalákat Romy, aby si takovýto pořad v televizi pustili?

Jako nejefektivnější se mi v současné době jeví individuální přístup zdravotníků k romským, a ostatně i k neromským, pacientům a jejich rodinám. Důležitá je kvalitní komunikace, kterou se budu zabývat níže.

5.1.8. Zdravotně sociální pomocník

Podle Zprávy o stavu romských komunit v České republice 2004 patří „ *mezi základní bariéry při zlepšování zdravotního stavu romské populace provázanost sociálních problémů s problémy zdravotními a rizikový životní způsob.*“ Při řešení těchto problémů by mohla být nápomocná „ *činnost sociálně zdravotního pracovníka, který bude v úzké spolupráci s terénními sociálními pracovníky působit na příslušníky romské komunity v oblasti prevence nemocí, zejména v podpoře zdravého životního stylu a životosprávy.*“ (31, s.80) Implementace programu „zdravotně sociálního pracovníka je zahrnuta do Akčního plánu dekády romské inkluze 2005 – 2015 pro Českou republiku (5, s. 16).

V současné době probíhá v 7 krajích (20 pracovních pozic) pilotní projekt „Sastipen ČR – Zdravotně sociální pomocníci ve vyloučených lokalitách“. Náplň

práce sociálně zdravotnického pracovníka je, dle metodického doporučení Ministerstva zdravotnictví pro pozici zdravotně sociální pomocník (15) (Příloha č.1), „pomáhat, radit a předávat povšechně známé informace z oblasti péče o zdraví osobám nebo skupinám obyvatel, které, dle jemu dostupných informací a zkušeností krajského koordinátora romských poradců, tyto informace postrádají.“ Funkci zdravotně sociálního pracovníka může, po absolvování kurzu v problematice prevence a právního minima, vykonávat prakticky kdokoliv, kdo má alespoň základní vzdělání, je trestně bezúhonný. Důležitým předpokladem je úzký kontakt uchazeče s Romy, který je předpokladem úspěšnosti v získávání si jejich důvěry (15).

Během rozhovorů jsem se respondentů ptala, zda by přijali někoho, kdo by jim radil v oblasti prevence a péče o zdraví a byl prostředníkem mezi nimi a zdravotníky. Většina respondentů by tuto možnost uvítala, obzvláště v situacích, kdy zdravotníkům nerozumí.

Z1: (...) Myslím, že lidi by byli rádi. Protože máme tetu, která třeba přijde od doktorky a řekne, ta mi zase říkala tam takový blbosti, že nevím, co mi říkala. A jako jo, já si myslím, že by to přijmuli. (...)

M2: (...) zavádět osvětu do rodin a říkat jak je důležitý dbát o své zdraví z těch a těch důvodů. A nebo ten člověk tam funguje taky proto, aby vysvětlil to, co jim je nesrozumitelný z té medicíny nebo tak.

Také sociální pracovnice pracující v romské komunitě si myslí, že by bylo dobré, aby např. u praktického lékaře byl někdo, kdo by měl dostatek času a trpělivosti romským pacientům a jejich příbuzným vše názorně vysvětlit.

Z2: (...) Nebo potom si představuju, že u lékaře, třeba u dětského, že bude mít ten doktor víc času nebo tam bude mít někoho, kdo to bude moct vysvětlovat. (...) Že tam bude někdo, kdo může tak dlouho s nima mluvit až to pochopí, že to je pro ně užitečný nebo nějak využitelný. Takže s nějakou větší trpělivostí nebo, když bude někdo, kdo se těm lidem bude víc věnovat, aby se to k nim dostalo.

Respondenti by také uvítali někoho, kdo by je přiměl jít do nemocnice a zároveň jim byl oporou.

Z1: (...) nebo kdyby nám byl spíš oporou, aby nás tam dotlačil. Jo? (...) Já mám takovej pocit, že kdyby se tady třeba někdo objevil a řekl by, já vám budu pomáhat tady v tom nebo já budu s váma, když půjdete támhle. Nebo třeba jaké já, konkrétně. Půjdu s tebou do té nemocnice, tam se objednáš, pak si dám pozor, aby jsi tam byla včas. Třeba já bych šla, protože bych věděla, že za mnou je.

M2: (...) tohle je ta cesta. Zpřístupnit cestu do zdravotnictví způsobem, kterej bude srozumitelnej pro toho Roma s hustou krví.

Respondent však také upozorňuje na problémy spojené s tím, že zdravotně sociální pomocníci mají v oblasti péče o zdraví pouze základní vědomosti.

M2:(...) Opravdovej expert dokáže přeložit ty pojmy do obecný roviny. Do tý jakoby jednoduchý. Protože tam může nastat vlastně problém v tom, že ten člověk, kterej si projde jenom tím základním kurzem špatně vysvětlí tomu člověku to, co mu ten lékař řekl. A ten člověk si pak špatně jakoby vyloží ten svůj osud.

Jak již jsem uvedla výše, v současné době probíhá dvouletý pilotní projekt, jehož výsledky ukáží nakolik se činnost zdravotně sociálního pracovníka promítne v oblasti péče o zdraví mezi Romy a co bude třeba změnit např. v kritériích pro výběr uchazečů, v jejich odborné přípravě, atd.

Jako shrnutí bych uvedla, že sledovaní Romové se spíše než k lidové medicíně obracejí k lékům, kterým připisují velkou důležitost v procesu léčby. Předepsání „správného“ léku je jedním z kritérií hodnocení lékaře. Pokud se snaží předcházet nemoci, tak se jedná spíše o nemoci ve smyslu akutních respiračních onemocnění atd. Chronickým onemocněním více méně nepředcházejí. K preventivním opatřením nebo spíše k dodržování doporučení lékaře, se uchylují až v době, kdy se u nich projeví příznaky onemocnění. Rodinné povinnosti a strach, kterým se budu zabývat v kapitole „Prožívání“, bývají příčinou toho, že tito Romové chodí k lékaři až v pokročilých stádiích chronických onemocnění. Míra prevence a dodržování léčebných doporučení jsou, podle mého názoru, poznamenány nedostatkem informací, které k Romům proniknou a kterým správně porozumí. Také Van Cleemput a kol. (30, s.72) uvádějí, že péče o zdraví u sociálně vyloučených Romů je ovlivněna nedostatkem znalostí o lidském těle, zdravotním stavu, prevenci nemocí a vnějších faktorech ovlivňujících zdraví.

Myslím si, že velmi zajímavá by mohla být studie zkoumající vliv české a romské mentality na dodržování lékařských doporučení, pravidelné užívání léků, souhlas s invazivním zákrokem atd. u Čechů a Romů žijících na stejné socioekonomické úrovni a se stejným přístupem k informacím.

5.2. Odlišné prožívání

Odlišnost přístupu k péči o zdraví je do určité míry ovlivněna odlišným vnímáním a prožíváním nemoci. Sami respondenti během rozhovorů zmiňovali různé odlišnosti v prožívání Romů.

Z6: (...) ty naši lidi, to jsou takový víc citlivější. (...) Neberou to na lehkou váhu, všechno to berou vážně. A bojejí se tych nemocí. Ze všech nemocí se bojejí. (..) A jsou takový, že se bojejí k tomu doktorovi jít.

Z9: Romové jsou takový víc...no jak bych Vám to vysvětlila...nedůvěřivý, u některých.

Z3: No Rom víc.....Rom se do toho víc vžije. On cítí víc tu bolest. On má to srdce takový měkčí než Čech

Odlišné vnímání a prožívání nemoci může být způsobeno jak odlišným žebříčkem hodnot, tak větší emotivitou.

V rámci výzkumu interetnických vztahů, uskutečněným na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně, byla provedena studie žebříčku hodnot. Romští respondenti na otázku co je pro ně nejdůležitější odpověděli, že rodina a komunita (43,8 %), zdraví (14,8 %), rovnoprávnost, humanitní ideály (13,9 %), materiální hodnoty, sociální jistoty (12,5 %), práce (8,6 %), příjemný a pohodlný život (5,9 %), rasismus (0,5 %) (26, s.121, 122). Hodnotovým systémem Romů se také zabývá Šišková. (27, s.121, 122). Ta uvádí jako nejvyšší hodnotu Romů život. Za ním následují starší generace a předci, děti, romství a peníze.

5.2.1. Rodina

Důležitost rodiny pro romského pacienta dokazuje také výzkum, který jsem prováděla v rámci bakalářské práce. Respondenti na otázku, co je pro ně nejdůležitější v době nemoci, odpověděli v 60,5%, že podpora rodiny. Na otázku, čeho se nejvíce obávají v době nemoci, respondenti nejčastěji odpověděli, že samoty a odloučenosti od rodiny, o děti a rodinu, o zdraví (4, s. 95-97, 117).

Rodina je pro Romy hodně důležitá. Představuje pro ně jistotu a bezpečí. Většina rozhodnutí probíhá kolektivně v rodinném kruhu. Domnívám se, že s touto silnou

vazbou na rodinu úzce souvisí početné návštěvy romských pacientů a také množství příbuzných doprovázejících pacienta na ambulantní vyšetření, protože, jak uvádí Kemp (9, s.5), „*Nemoc není záležitostí jednotlivce, nýbrž problém sdílený celým rodem.*“ (vlastní překlad) O této skutečnosti se také zmiňují Marek, Kalvach a Sucharda (12, s.141), kteří doporučují vyzozorovat, kdo je v rodě přirozenou autoritou, toho pak oslovit a získat si jeho důvěru. Získá-li lékař nebo sestra pro spolupráci tuto autoritu, získá si i důvěru pacienta a celé rodiny.

Důležité je, uvědomit si skutečnost, že pojem rodina představuje pro Romy trochu něco jiného než pro Čechy. Jak uvádí Marek, Kalvach a Sucharda (12, s.141) „*Romové vnímají jako své blízké příbuzné nejen strýce, tety, bratrance, sestřenice, ale i takové příbuzné, pro které bychom k těmto slovům museli přidávat i předpony pra-pra.*“

Rozdíl mezi pojetím české a romské rodiny mi popsal jeden respondent.

M2: (*kreslí*) Gádžovská...Znáš ten pojem nukleární rodina. Táta, plus máma, plus potomci. Romská rodina rovná se soustava nukleárních rodin v příbuzenském vztahu.....jsou to ty sestřenice a tak, plus (*kreslí*) mající společný původ. A tím myslím, že tady, Předlice se dělí na starousedlíky a novousedlíky a starousedlíci tvoří tu skupinu, která se tam přestěhovala někdy v sedmdesátých letech....Hanušovští.... protože pochází z Hanušovic. A jsou to ty rodiny Horvátových, Husákových, Cedrikových, Pečových. A tohle, když se zeptáš, oni si říkají amare Hanušov – my, jako naši hanušovští Romové. A mezi sebou se brali, domlouvali si sňatky.

Silné rodinné vazby jsou příčinou početných návštěv, které chodí za romským pacientem. Pokud je někdo z rodiny v nemocnici, navštívit ho, znamená vyjádřit mu podporu, úctu.

M2: Tímhle se projevuje, já jsem tady jakoby za sebe a říkám ti, že mi je líto, že seš nemocnej. Když tam jsou všichni, tak my všichni ti říkáme, že je nám líto, že si nemocnej a v případě, že se něco stane, tak my všichni se budeme snažit postarat o tvou manželku, o tvé dítě. Jo? To je i spojený i s tím způsobem života.

Z6: Jinak my chodíme fakt v těch větších houfech. To když u nás je někdo nemocnej nebo to, tak to douhodně z rodin, že jo? To jsou dcery, tety, strejdy, babičky, když máme, že jo. A to je celou dobu, co ten člověk leží, ... my máme ve zvyku, že se naš...že se musíme jít navští...., ne musíme, jako z vlastní vůle, že? Ale je to taková, že rádi za ním chodíme. A to i kdyby bylo denně ty návštěvy, jo.(....) Neexistuje, aby u nás bylo tak, že je někdo v nemocnici a nejde na návštěvu, jo? To je prostě ...

já nevím, jak to mám říct. To je jako kdyby se udělal nějaký hřích nebo se zklamalo v něčem, že... Prostě máme to ve zvyku, že se navštěvujeme.

Návštěvy znamenají pro pacienta velkou psychickou podporu. Pomoci mohou také personálu a to nejen tím, že se podílejí na péči o pacienta. Početné návštěvy také mohou být výhodou při komunikaci s rodinou, kterou se budu zabývat později. Podle toho, jak početná je rodina, která pacienta navštěvuje, může personál usoudit na statut rodiny. Čím početnější skupinky ho navštěvují, tím je tradičnější rodina.

5.2.2. Strach

Často zmiňovaným pocitem, v souvislosti s nemocí, byl strach. Romové mají velký strach z rakoviny. Tolik se obávají diagnózy, že raději k lékaři nejdou.

Z3: Se bojím. Lékaře. A toho, čeho se dozví. (...) Spíš co to bude za tu nemoc. (...) Toho čeho se dozví, s čím nepočítá.

Z11: Romové mají panický strach z rakoviny. Když jdou k lékaři, tak už je pozdě.

Strach z diagnózy popisovali také respondenti již výše zmiňované anglické studie (30, s.42-44): „*Myslel jsem, že bych mohl zjistit něco, co nechci vědět.*“ (vlastní překlad) Autoři studie poukazují na to, že diagnóza rakoviny, je vnímána jako rozsudek smrti a že nic, včetně prevence a včasné diagnózy nemůže zabránit nevyhnutelnému konci (30, s.42). Tento postoj je navíc podporován vírou v osud: „*Jestliže vás Bůh stvoří pro krátký život, budete žít krátce, jestliže vás stvoří pro dlouhý život, budete žít dlouho – nic to nemůže změnit.*“ (vlastní překlad) (30, s.43) Víra v Boha a osud mají velký vliv na prevenci a dodržování doporučení lékaře. Lidé vnímající nemoc stejně jako respondentka, která věří, že člověk žije tak dlouho, jak mu vyměřil Bůh, považují prevenci za zbytečnou. Podle jejich názoru nemůže nic ovlivnit pravděpodobnost výskytu onemocnění srdce, mozkové příhody nebo rakoviny. Výše zmíněná respondentka, reagovala na zmínku o tom, že někteří lidé, se snaží předcházet onemocnění tím, že cvičí nebo zdravě jí, slovy: „*to nemá žádný význam*“ (vlastní překlad) (30, s.43) Jiný věřící respondent, vnímá „Boží vůli“ odlišně. Respondent trpí diabetem a výzkumníkům popisoval, že kontrolu hladiny cukru v krvi vnímá jako závazek. „*Musím se chovat rozumně, jinak bych zabíjel sám sebe,*

že ano. A já vím, že Bůh si to nepřeje.... Bůh stvořil lékaře, že ano?“ (vlastní překlad) (30, s.55)

Angličtí výzkumníci se setkali ještě s jedním zajímavým postojem. Tím je přesvědčení, že závažná prognóza je způsobena diagnózou rakoviny. „*Mnoho kočovníků tomu dává vinu (diagnóze rakoviny), pokud by nevěděli, že ji mají, mohli by žít dalších třicet let a všichni ten.... mnoho lidí, kteří jdou na vyšetření a zjistí to, okamžitě zemře, víte. Ale pokud by nešli, to je to, co oni žádají..... Mohl by žít dalších deset nebo dvacet let.*“ (vlastní překlad) (30, s.43) Slova respondenta potvrdil další respondent, kterému zemřelo na rakovinu již několik příbuzných a který o svém strýci řekl, že „*byl diagnostikován v pondělí a měl rakovinu a v pátek zemřel. Žil pět dní.*“ (vlastní překlad) (30, s.43)

To potvrzují i slova respondenta, který mi popisoval to, jak podle jeho názoru prožívají stanovení diagnózy rakoviny Romové.

M1: (...) A Rom, když to ví, tak on dřív umře, protože se už ví, že má rakovinu, že už umírá, tak on vlastně neví, on se už nestará o sebe jak by se mohl starat. Neupraví se, už ani se neupraví prostě, už je mu jedno jak to bude ten život. On na to už čeká když to přijde na něj. Takže tohle to taky tak mezi náma je. (...)

Strach z diagnózy závažného onemocnění způsobuje, že Romové nejdou k lékaři včas a chronická onemocnění, která by se v časných stádiích dala dobře léčit, jsou diagnostikována až v pokročilém stádiu. O tom, že strach z vážného onemocnění a smrti může být příčinou „*netečnosti k řadě závažných chronických onemocnění*“, se zmiňují také Marek, Kalvach a Sucharda (12, s.141).

Téma strachu ze smrti se během rozhovorů objevovalo poměrně často. Jeden respondent byl toho názoru, že se Romové bojí smrti víc než Češi. Dokazuje to následující úryvek.

M1: (...) bojí se, že má náků vážnou nemoc, i když má zápal plic a nebo obyčejně nemoc, já nevím, všechno, tak už bedákuje, že umírá. Myslí si on, že už je konec světa pro něho. Já znám lidi, který Romové mají rakovinu, nádor teda a ty se hrozně bojí toho, že umřou. A kolikrát znám taky hodně Čechů, a když se s nima bavím a zeptám se ji: „Vy máte paní nádor?“, „Ano mám.“, „A máte to hodně?“, říká: „Jo.“ Říkám: „tak to je ale špatný.“, „Já vím, no tak co mám dělat? Ještě ten čas vydržím mezi námi, mezi vámi lidma.“(...)

Strach ze smrti je také jednou z příčin toho, proč Romové odmítají jít na operační zákrok. Podle Kempa (9, s.5) se Romové bojí celkové anestezie, protože „*věří, že člověk v celkové anestezii prožije „malou smrt“*“. (vlastní překlad) S tímto názorem jsem se během rozhovorů nesešla, ale s obavami respondentů, že by se nemuseli po operaci již probudit, ano. Respondentka, která by měla podstoupit gynekologickou operaci mi popisovala své pocity:

Z1: (...) spíš mám takovej ten pocit, že kdybych šla a já bych třeba druhej den...nevstala bych....jo, pocit toho, že už někde něco nehraje tak, jak by mělo.....Ale spíš mám strach z toho, že bych se druhej den nezbudila. Ten pocit jenom z toho strachu.

Maminka respondentky je v současné době hospitalizována v těžkém stavu na ARO. Respondentka se ještě více začala bát, má strach, aby nedopadla jako maminka.

Z1: (...) A teď kon se rozkouknete po tom ARU a teď vidíte támhle ten člověk, támhle ten, Jo? Ten pocit strachu. Dopadnu tak já? Nebo bude to se mnou ještě horší? Neprobudím se vůbec? Jo? A tak mi to lítá v hlavě.....Takže spíš strach z toho, že to tak nějak dopadne špatně.

Respondentka má rakovinu a ví, že pokud nepůjde na operaci, že zemře. Ona, se však bojí, že zemře během operace nebo těsně po ní. V současné době se cítí vcelku dobře a na budoucnost nemyslí. To, že by mohla zemřít během operace nebo přijít o dělohu je pro ní aktuální a toho se bojí.

Z1: (...) nechci být řezaná, nejsem si jistá, že umřu až po několika nebo že prostě zůstanu někde rozřezaná na tom stole nebo to. Když mám umřít, tak ať umřu, když to přijde, tak to přijde.

Svémi slovy to potvrzuje teta respondentky.

Z7: (...) má jít na operaci, má rakovinu čípku, nechce jít ani na operaci, už dvě operace odložila. No a řekla, že než aby jí vybrali celou, že radši umře. (...) umře. Ví to. Oni jí dávali.....řekli „půjdete na operaci, budete žít, vychováte děti, všechno v pořádku a když ne, tak během dvou, třech let nebudete“

Strach z narušení integrity těla má i další respondentka, která by měla jít na operaci mozku.

Z8: A oni vám potom sáhnou na hlavu. Oni vám z ničeho nic otevřou hlavu, třeba chápu, něco mi tam špatně udělají, jo, přijdu domů, vydržím tak týden, dva a umřu. No tudyto se člověk bojí. (...) Stejně třeba umřu. Tak ať umřu takhle a nemusí mi nikdo šahat do hlavy.

Pro někoho, jak jsem uvedla výše, mohou být velkou motivací k překonání strachu dětí, perspektiva toho, že je bude moci vychovat, uvidí je vyrůstat.

Z7: Když mě řekne doktor „musíte jít, jestli chcete vychovat děcka. A jestli ne, tak zkrátka pojдете.“ A já říkám, jestli mám pojít na stole a nebo takhle, tak mi to je jedno. (...) Jdu. Mě to je jedno, zkrátka. Když mám umřít, tak umřu.

V případě této respondentky, hraje velkou roli důvěra v lékaře a možná i předchozí dobrá zkušenost.

Z7: Já si myslím, že doktoři jsou chytřejší než já. (...) A on je někdo a on mi řekne „je to s váma tak a tak a půjdete. Když nepůjdete, zkrátka okrníte na ruce nebo něco na noze“. Tak jo. Pošle mě „udělejte si ekg, přineste mi výsledky“, já to udělám, on se na to podívá. (...) jak mě to udělal minule, já jsem tam šla.

Respondentka s rakovinou čípku však zkušenost s operací nemá a bojí se tolik, že ani představa dětí vyrůstajících bez maminky jí nepřesvědčí, aby operaci podstoupila. Během rozhovoru mi vyprávěla, že by chtěla, aby se její děti měly lépe než ona, aby měly vzdělání a krásné dětství. To mohou mít, podle jejího názoru, i pokud zemře, protože se o děti postarají příbuzní.

Z1: Tak si myslím, že maj kmotry, který by jim asi taky daly, to co svým.

Jiná respondentka se, narozdíl od výše citované respondentky a respondentů anglické studie, více bojí bolesti a nepříjemných prožitků při invazivních vyšetřeních a zákrocích prováděných při vědomí a naopak dává přednost celkové anestezii.

Z10: Tam (*na invazivní vyšetření*) by mě nikdo nedostal. Já nevím. Už to, že mi budou možná...to by bylo trauma na celý život, kdyby mi něco epali do krku, že jo. To bych asi... Ježkovi voči! Na tu operaci bych možná šla, protože tam vás uspí, ale takovýhle. Ne, ne, ne. To bych nešla. (...) Kdyby mi měli něco operovat, tak víte, že vás uspějí a jenom se vzbudíte a je to.

Když jsem respondentce vysvětlila, že některé menší výkony se provádí pouze v lokální anestezii, upřímně se zděsila.

Z10: Tak na to by mě nikdo nedostal.

Po krátkém rozhovoru naznala, že pokud by jí bylo opravdu hodně špatně, že by možná šla.

Z10: Kdyby to bylo nějaký festovní. Jako kdyby jsem lapala po dechu. Kdyby už to bylo fakt nutný.....kdyby sem asi už opravdu třebas nemohla lapat už po tom vzduchu.....Až by mi bylo tak zle, na kahánku, tak jo.

Co mě velice překvapilo je strach z mrtvých. Domnívala jsem se, že Romové, kteří žijí tradičnějším životem, chápou smrt jako něco přirozeného a proto by dávali přednost, aby jejich blízcí zemřeli doma. O velkém strachu ze smrti se zmínila i sociální pracovnice pracující v romské komunitě. Vzpomínala na reakce obyvatel komunity, když někdo z jejich blízkých zemřel.

Z2: (...) Ale myslím si určitě, že se hrozně bojí smrti. Jako hrozně.(...) Takže bych řekla, že ten strach z toho, že někdo zemře je daleko větší, než bych si třeba uměla představit, že ho třeba budu mít já. (...) To bych nečekala tak ohromnou paniku, protože bych čekala, že jsou trošku smířený s tím, že lidi umírají. Jo? Že třeba, kdo žije víc přirozeně, že je s tím smířený, ale tady bych řekla, že to je jako o mnoho horší. Že jak bych to čekala, že to nějak vezmou, že to patří k životu, tak se mi zdá, že to je úplnej opak, že to vůbec nevezmou a že pak hledají mezi sebou viníka, kdo to jako zavinil víc, že se tohleto stalo a ... (...) Teď když si to vzpomínám, tak mi přijde ještě, že to fakt je panika hrozná a strach z té smrti je hrozně velkej. Větší než bych třeba si... nebo než znám třeba ze své rodiny nebo od nějakých dalších lidí.

Pouze jedna respondentka by byla raději, kdyby její blízcí mohli zemřít doma. S lítostí vzpomínala na to, že zdravotní stav její maminky nedovolil, aby mohla zemřít doma.

Z7: Já jsem chtěla doma. To jako moje maminka chtěla umřít doma. Stejně jako můj táta. Tátovi se to povedlo, že umřel doma. (...) Ale maminka se hodně dusila a nemohla popadnout dech, tak zavolala sanitu a oni ji odvezli...devátého a jedenáctého na Dušana umřela.

Většina respondentů by si nepřála, aby někdo z jejich blízkých zemřel doma. Představa, že by ho viděli umírat, v nich vzbuzuje velkou úzkost

Z10: To já bych radši v tý nemocnici. Naděje umírá poslední. To je prostě moje takovej, víte co. Doma bysme to neunesli. Ježíšmarja! (...) To je zážitek na celý život. Tohleco si myslím To jako bych nechtěla vidět si svoji sestru jak opravdu....prostě má na kahánku, tak to ne. To opravdu ne.

Z1: Ale jako nelíbí se mi pohled, když umře člověk v bytě, protože ten pocit pak zůstává s váma dost dlouho. Protože to cejtíte, vlastně vidíte to. A každej ten krok v bytě vám připomíná to, že on tam byl a že on tam umřel.

(...) Takže vlastně jako nechtěla bych, aby sem viděla další smrt někoho, kdo mi je dost blízkej a nebo prostě nějakýho člověka, kterej mi třeba dost pomohl nebo koho mám ráda, aby sem viděla, že umřel doma.

Romové také věří, že duše zemřelých se k nim vrací. Nevnímají to vůbec pozitivně, ve smyslu, že někdo koho máme rádi je stále s námi, naopak oni se toho bojí.

Z11: Romové se bojí mrtvých.

Z1: A vím, že vždycky říkávala babička, když umřeš doma, tak ta duše zůstává a ta s tebou zůstane pořád. Takže vlastně ten pocit tam je.

O strachu z mrtvých se zmiňuje i Kemp (9, s.7), který uvádí, že Romové „*mají velký strach z toho, že se zemřelý může v nadpřirozeném stavu vrátit a navštěvovat živé*“ (vlastní překlad)

5.2.3. Bolest

Romy nejčastěji přivede k lékaři, jak jsem se zmínila v kapitole péče o zdraví, bolest nebo horečka, na které nezabírají volně dostupné léky. Marek, Kalvach a Sucharda (12, s.141) zmiňují „*tendenci přeceňovat akutní stavy, jako jsou bolest, krvácení, horečka, zvracení*“. Autoři jsou toho názoru, že přeceňování příznaků může být způsobeno zkušeností romských pacientů, že jim personál nevěří. Podle mého názoru přehánění příznaků souvisí s větší emotivitou Romů, ale i s tím, že v romské kultuře je běžné projevit navenek, co člověk cítí, nemusí se stydět za projevení emocí. Jedna respondentka v souvislosti s bolestí a prožíváním nemoci řekla:

Z3: No Rom víc.....Rom se do toho víc vžije. On cítí víc tu bolest. On má to srdce takový měkkí než ten Čech. (...) ne, víc cítí. Ne, že by to dal najevo, to ne, ale....ta bolest v něm dělá.....(respondentka nemůže nalézt slova)

Sociální pracovnice pracující v romské komunitě se domnívá, že se Romové bojí bolesti a to může být i důvod, proč nejdou k lékaři.

Z2: (...) já třeba vím, u.....když se to týkalo tý gynekologie, tak tam byl strach z toho, že to bude hrozně bolet.

Další dvě respondentky se v souvislosti se strachem z bolesti zmiňují o strachu ze zubaře. Jedna z nich vyprávěla, jak její manžel trpěl nesnesitelnou bolestí zubů, užíval obrovské dávky analgetik, která mu nezabírala, doma stále chodil a naříkal, jak ho to bolí, ale k zubaři odmítal jít i přesto, že zubařský zákrok by pro něj znamenal úlevu.

Z1: (...) on tu bolest úplně prožívá (...) On radši prášky než zubaře.

Z11: Hodně se bojí bolesti. (...) Mají hrůzu ze zubaře.

Podle názoru jiného respondenta Romové naopak, na základě předešlého způsobu života a současných životních podmínek většiny Romů, snáší bolest lépe.

M2: Já si myslím možná.....možná, že Romové snášejí ty bolesti jakoby lépe a to pro předešlý způsob života. Jak žili....Když se podíváte do těch romských osad, do těch sociálních teritorií, v kterých Romové žijí, tak vidíte často polonahé děti, který tam běhají v mrazu a nikdo se nad tím nepozastavuje příliš a ty děti vypadají zdravě. (...) Je to tak, že to tělo je zvyklý na ledasco. Žijí v nuzných podmínkách, nehygienických. A tohle všechno se nějakým způsobem projevuje na odolnosti toho organismu. Takže si myslím, že Romové možná i pro tohle, pro to všechno, nějakým způsobem dokáží víc snášet nějakou bolest. Protože se považuje za ponižující pokud byste až příliš projevovale, že vás něco bolí. Spíš to uchováváte v sobě a v tom nejhorším, teprve, když už ty bolesti jsou nesnesitelný, tak teprve jako se snažíte informovat ostatní a zaktivovat je k tomu, aby vám vyhledali pomoc.

Respondent opět upozorňuje: „*To jsou věci, které jsem vnímal ve svém okolí. Není to pravidlo.*“ Mohu s ním jen souhlasit a dodávám, že nic, co je uvedené v této práci nemůže být vztahováno na všechny Romy. Jedná se jen o ukázky jednání a prožívání a návrhy řešení co s nimi.

5.2.4. Emoce

Šišková (27, s.146) poukazuje na velký podíl emocí v jednání Romů a upozorňuje, že je nutné „brát některé informace jako relativní a umět s nimi pracovat“. To je velice důležité právě v medicíně, kdy příznaky udávané pacientem, jsou nezbytnou součástí stanovení diagnózy. Marek, Kalvach a Sucharda (12, s.142) se ve své knize zmiňují o sugestibilitě romských pacientů. Podle jejich názoru může být sugesce pro lékaře překážkou, například v případě vsugerování příznaků, které mohou zmást při stanovování diagnózy. Na druhé straně upozorňují na možnost využití sugestibilitu v léčbě.

Přeceňování příznaků nebo naopak jejich přehlížení může být také způsobené nedůvěrou Romů. Myslím si, že nedůvěře Romů ve zdravotnický systém by se mohlo zabránit kvalitní komunikací. Mnoha nedorozuměním, z nichž pramení nedůvěra, by se dalo předejít důkladným vysvětlením zdravotního stavu pacienta a jeho prognózy. Vysvětlit, kdy jsou která vyšetření přínosná, kdy je lepší s vyšetřením počkat, jaké jsou možnosti léčby, ale i například proč určitá léčba byla vhodná v případě, se kterým se pacient setkal, ale není vhodná pro něj. V těchto situacích je vhodné navázat kontakt a získat si důvěru přes autoritu rodiny. Komunikací se budu podrobněji zabývat později.

Silné emoce se, stejně jako v prožívání nemoci, projevují v reakcích a jednání jak pacientů, tak jejich příbuzných. Příkladem by mohla být situace, kdy sestra jedné respondentky nemohla dýchat a rodina zavolala sanitku. Sanitka podle jejich názoru nepřijela dostatečně brzy. Když přijela, rodina byla nervózní, plná emocí. Respondentka vysvětluje, že přesto, že křičeli, nemysleli to špatně.

Z9: (...) Tak právě sanitka přišla pozdě, tak táta jim řek, že co jako tam tolik dělali. Jsme si mysleli, že holka nám tady umře jako. (...) Sme rádi, že jako přijdou, že jo. Protože člověk nikdy neví, co se může stát. Sme rádi, že sem choděj, prostě. Jako bysme doktorům neublížili. (...) Jako proti nim nic nemáme. Proti doktorům....Ale jako....No někdy člověk nikdy neví. Když voláme, tak sme rozčilení a voni si myslí, že na ně nadáváme, ale není to tak. My jako se bojíme. Hlavně, aby došli.

Nejvypjatější jsou situace, kdy se jedná o zdraví dětí. Rodina často volá pohotovost nebo záchranou službu i v případech, kdy by to nebylo nutné. Všichni jsou plni emocí, nejsou schopni objektivně posoudit stav dítěte. Chtějí, aby jejich dítěti byla poskytnuta okamžitá pomoc, křičí.

Z9: (...) A hlavně, když něco je dětem, tak se moc bojíme. Tak to zas jo. To jako dáme najevo, že jo. Rychle voláme a křičíme, ať přijede okamžitě sanita. (...) tak jsme rozklepaní z toho, že jo...tak ani nevíme, co mluvíme do toho telefonu. Já třeba křičím do telefonu, že ať přijedou. (...) Někdě třeba začne zas nadávat.

Své emoce neovládla také jedna respondentka výše zmíněné anglické studie.(30, s.49) Popisuje zkušenost z prvního porodu, kdy neměla téměř žádné informace o tom, jak porod probíhá a hodně se ho bála. Vypráví jak už dva týdny přenášela, nevěděla co se děje a už chtěla porodit. Když personál nevyhověl její prosbě, aby jí byl porod vyvolán, začala pravděpodobně na porodní asistentku křičet. „*Byla jsem na ní hrozně naštvaná. Křičela jsem na ní, ječela jsem na ní....protože jsem byla vyčerpaná.*“ (vlastní překlad) Dle anglických výzkumníků je zkušenost této respondentky příkladem situací, kdy dojde k selhání komunikace a k následnému nedorozumění.

Ve chvíli, kdy Romové nekontrolují své emoce a křičí, je vhodné řídit se radou romské asistentky: „*Roma či romskou maminku musíte nechat vykřičet, chvíličku se jen dívat a chlácholivě popisovat stav jeho duše. Pak si sedněte a věcně začněte řešit problém. Jejich emoce patří k jednání, buďte připraveni a nebojte se. Bude to sice o pár minut delší, ale pak uspějete na dlouhou dobu...*“ (27, s.146)

5.2.5. Pobyt v nemocnici

S prožíváním také souvisí to, jak Romové snášejí pobyt v nemocnici. Respondenti, kteří již byli v nemocnici, většinou snášeli hospitalizaci špatně. Všichni se shodli v tom, že jim chyběla rodina. To potvrzují i Marek, Kalvach a Sucharda (12, s.141): „*vazba na rodinu je také jedním z hlavních důvodů horší tolerance hospitalizace*“. Následující ukázka je z rozhovoru s respondentkou, která popisovala, jak jí v nemocnici chyběl každodenní ruch a množství lidí, na které je zvyklá doma.

Z7: (...) já nemám ráda klid. Tam (v nemocnici) byl děsnej klid. Já mám ráda hlahol. Nebo já mám furt v bytě plnej barák. Kolem sebe furt hodně lidu. Já nechci být samotář. To mi tam vadilo. Klid.

Další respondent popisuje, jak neutěšeně na něj působí nemocniční prostředí.

M2: To nemocniční prostředí je většinou bílý, kachličkovaný, dlouhý chodby, hrozně neosobní a je to takový prostředí, který je něco mezi nemocnicí a márnicí. Takový hrozně studený, neosobní a tak. Takže v tomhle prostředí se cítí člověk blbě a navíc tam vidí i ty šokující, jako pro něj, obrazy. Ty

lidi hodně nemocný a tak. A tohleto prostředí v něm vyvolává stres a touhu odejít z tohoto prostředí. Vrátit se do toho prostředí těch zdravých lidí, do toho prostředí mě známého, teplejšího, přijatelnějšího.

Když respondent popisoval, jak by měla vypadat ideální nemocnice, zmínil i chování personálu.

M2: Ale jsou nemocnice, teď třeba ty nový, kde už to nejsou ty chodby do metr a půl latexem bílý a pak nahoru bílý, ale kde už jsou barevný, třeba, ty pokoje jsou po dvou, maximálně po třech, už to není ten pokoj po šesti, sedmi lidech. Je tam televize k dispozici. Sestry jdou příjemný, jsou příjemný i doktoři. Úsměv není nějaká vymoženost nebo něčím co by jim dělalo problémy. Tak v tomhleto prostředí si myslím, že má člověk větší šanci tam zůstat delší dobu.

Jako shrnutí bych zopakovala, že Romové vnímají a prožívají nemoc odlišně od českých pacientů. Je to dané tím, že každá kultura má své vlastní pojetí zdraví a nemoci, tj. v každé kultuře je „normální“ jiné chování v nemoci a vyjadřování pocitů (13, s.67). Svou roli hraje i žebříček hodnot. V případě Romů se jedná hlavně o silnou rodinnou vazbu. Myslím si, že právě rodinná vazba by se dala v péči o romské pacienty dobře využít, a to v zapojení rodinných příslušníků do péče. Jednak by to vedlo k větší psychické pohodě pacienta a tím i snížení počtu konfliktů mezi ním, jeho rodinou a zdravotnickým personálem, ale i ke zkrácení doby hospitalizace, protože by se rodina naučila o nemocného starat a mohla by o něj pečovat dále i v rodinném prostředí. Domnívám se, že na prožívání nemoci i hospitalizace jako takové má velký vliv i kvalitní komunikace, která může pozitivně ovlivnit strach z diagnostických a terapeutických výkonů nebo vyvrátit některé mýty vázané k některým onemocněním.

5.3. Komunikace

Pro poskytování kvalitní zdravotní péče je nezbytná spolupráce pacienta a zdravotnického personálu. K tomu je nutná dobrá komunikace mezi nimi. Pokud pacient správně neporozumí informacím, které mu sestra nebo lékař podávají, je často považován za neukázněného, nespolupracujícího, může docházet k nedorozuměním. Někdo by mohl namítnout, že Romové žijí na našem území již dost dlouho na to, aby

se naučili česky. Komunikace ale není pouze o slovech, ale i o komunikačním stylu. Právě ten má každá kultura jiný.

Romština je příbuzná s indickými jazyky, které na rozdíl od evropských jazyků používají více citoslovcí a mnohoznačných slov. K porozumění významu věty je potřeba slova doplnit gesty, mimikou, různou intonací hlasu (23, s.73). Z toho vyplývá, že v komunikaci Romů hraje neverbální komunikace větší roli než v komunikaci středoevropanů. Sekyt (23, s.73) uvádí, že romské děti „*přijímají jen jednu třetinu informací z obsahu slov*“. Šišková (27, s.145) zase upozorňuje na „*i více než 95 % zpracování mimoslovních informací*“ Romy. Romové jsou velice empatičtí, dokáží vycítit, co si druzí myslí a zda mluví upřímně (27, s.146). O vyšší schopnosti empatie mluvil i jeden z respondentů.

M2: (...)Rom si všímá maličkostí. Podíváš se, jak se na mě dívá ten člověk, jak se směje, jak na mě působí neverbálně a tak. Tak toho si hodně jako všímá Rom a na základě toho usuzuje o tom druhém.Co si vlastně o něm ten druhý myslí. Jestli je tak upřímněj, jak říká, nebo není. (...)

M2: (...) Protože ty mi můžeš říkat, že mě máš ráda, ale já pokud se budu dívat pozorně, tak poznám,„jestli to myslíš dobře nebo ne. Nebo takhle, není to objektivní poznání, ale určitý předešlý zkušenosti mi říkaj, měj se před tímhle člověkem na pozoru, to není až tak pravda, že by tě měl rád. Možná, že tě má rád jenom pro tenhle konkrétní okamžik, protože něco od tebe potřebuje.

Zaměření na neverbální projevy při komunikaci můžeme nalézt i ve výpovědi respondentky, která popisoval zážitky z nemocnice, kam chodila navštěvovat svoji maminku.

Z1: (...) To člověk vycejtí. Poznáte. Tam se dívá jinak, s tím mluví zase jinak. Tam hodí úsměv, tam se mračí. Tam mávne rukou nebo tak. (...)

To, že problémy v komunikaci Romů a zdravotníků nejsou způsobeny pouze neznalostí češtiny, ale i rozdílným komunikačním stylem, dokazují i výsledky výzkumu, který byl součástí mé bakalářské práce. 93,1% respondentů umělo dobře česky. Při komunikaci ve zdravotnických zařízeních nemělo problémy pouze 76,8% respondentů a informacím sestry vždy rozumělo pouze 62,8% respondentů (4, s.91-92, 116). Také respondenti tohoto výzkumu měli, i přes poměrně dobrou znalost češtiny při pobytu v nemocnici nebo návštěvě lékaře, problémy všemu porozumět.

Z6: (...) Tak to sou slova takový, který fakt jsou odborný slova, že jo? On na vás vychrlí takovým způsobem (...)

Z1: (...) Protože máme tetu, která třeba přijde od doktorky a řekne, ta mi zase říkala tam takový blbosti, že nevím, co mi říkala. (...)

M1: A už já osobně jako Slovák, tedy žijící 17 let v Praze, jsem hodně věcí nerozuměl taky jim tady. (...) Hodně věcí jsem nerozuměl jim (...) Hodně jsem nerozuměl a chtěl jsem se zeptat, co bude se mnou, jak to se mnou bude (...)

Na otázku, jestli se zeptal lékaře a požádal ho o vysvětlení, odpověděl respondent, že ano. Jak reagoval lékař popsal respondent slovy:

M1: „Měli jste chodit do školy“ a nebo my to zase vysvětlili, co se to, furt jenom v tý latinčině nebo jiný řeči a já tomu nerozumím prostě. Odejdu ocaď pryč a nevím co se děje.

Velký problém vidím i v tom, že někteří pacienti se, v případě, že nerozumí, nezeptají. K tomuto problému jsme se dostali s respondentem, který popisoval své zkušenosti z práce terénního sociálního pracovníka. V jedné domácnosti četl romské rodině soudní rozhodnutí. Na dotaz, zda rozuměli, všichni odpověděli, že ano. V okamžiku, kdy jim začal překládat dopis do srozumitelné formy, začali se ozývat, že to není pravda, že nesouhlasí. Stejná situace může nastat i ve zdravotnictví.

M2: (...) A ta osvěta ve zdravotnictví, tam se používaj pojmy, kterým běžnej Rom, ne běžnej Rom, ale ten co je nejvíc chudej, tak jim nerozumí. A ty by ses divila jakým termínům nerozumí.(...)

Respondent se zamýšlel nad tím, proč tomu tak je. Proč řeknou, že rozumí, se vším souhlasí, i když neví o čem se mluví? Příčinu vidí v tom, jak se na Romy pohlíží, jak se o nich přemýšlí a mluví.

M2: Ten člověk, o něm se mluví jako o sociálně vyloučeným a Rom rovná se nejen špinavej, potřebnej a já nevím co všechno, ale taky hloupej.(...) Takže hloupej člověk, proč by ještě ukazoval na svou hloupost? (...)

Všichni dotazovaní, v případě, že nerozuměli, požádali lékaře o vysvětlení. Setkali se s různým přístupem, ale většinou popisují dobré zkušenosti.

Z1: Když nerozumím, tak se zeptám. Stalo se mi, že jsem třeba nerozuměla. On mi tam řekl nějakou.....A já jsem se zeptala, a co to jako je? A on mi řekl třeba, to je takovýhle. Nebo to musíte takový mít Nebo já vám napíšu takovýhle. Ono se to jmenuje takhle, ale píše se to takhle, takže vám to připadá jako cizí. To jsou doktoři, kteří vám opravdu vysvětlí, na co to je, k čemu je to dobrý, jak vám to pomůže, nebo tohle vám uškodí, tohle nesmíte.

M3: Zeptal jsem se třeba dvakrát, abych se ujistil a oni mi dvakrát odpověděli slušnou formou.

Z6: (...) pokud mě něco řekli, všemu jsem rozuměla. A když ne, tak jsem se voptala, abych věděla vo co de, že jo, abych nevypadala jak.....

Slova posledních dvou respondentů, kteří patří mezi Romy stýkající se více s Čechy než s Romy, mě přiměly k myšlence, zda právě Romové, kteří mají větší šanci rozumět, protože jsou vzdělaní nebo se pohybují ve většinové společnosti, nemají menší zábrany dát najevo, že nerozuměli než Romové žijící převážně v romské komunitě, bez vzdělání. Na tento problém poukázal i jeden respondent, který vidí řešení v aktivním ověřování si, zda pacient porozuměl.

M2: (...) A taky by tam měla nastat jakoby změna, nečekat jestli se mě ten člověk zeptá, ale já se ptám, jestli mi ten člověk opravdu rozuměl. A nějakým jakoby způsobem si to testuju. Ale ne způsobem, kterým dávám najevo, ty seš hloupej, ty to nevíš a já ti to tady celou dobu vysvětluju. Ale nějakou přijatelnou, pro něj přijatelnou formou.

Názor, že Romové (znovu předesílám, že ne všichni), pokud nerozumí, málo kdy požádají lékaře o vysvětlení, vyjádřila i sociální pracovnice pracující v romské komunitě.

Z2: (...) oni někdy třeba přijdou a řeknou „jsem nerozuměla, co to bylo za slovo.“ A tak trošku popíšu, třeba o co se jednalo. To si myslím, že je pro ně častej problém, že oni nerozuměj tomu, co ten doktor říká. (...) Doktor řekne tři latinský slova a neví vůbec nic a oni nemaj odvahu se zeptat, co to znamená. Protože vím, že moje ségra, když byla v porodnici, tak se ptala na každej prášek, co to znamená a to oni by určitě nedělali. Protože maj strach, že je někdo hned okřikne a taky si myslím, že se to snadněji stane, že je zrovna někdo okřikne, že co tomu potřebujou rozumět nebo tak.

Používání lékařské terminologie je v komunikaci velkou bariérou a to nejen v komunikaci s pacienty jejichž mateřštinou není český jazyk. Odborným lékařským termínům často nerozumí ani čeští pacienti. Zdravotníci by si toto měli uvědomit a dát si na její užívání pozor. To, že používání odborných výrazů si často ani

neuvědomují, dokazuje i výše citovaná zkušenost respondenta, který řekl lékaři, že nerozumí tomu, co řekl. Lékař mu to sice znovu vysvětlil, ale opět odbornými termíny.

Následující úryvek poukazuje na to, že ne vždy mají zdravotníci dostatek trpělivosti vysvětlovat laikovi význam odborných termínů, kterými ho zaplavují.

M1: (...) Když jsem požádal doktorku o vysvětlení, aby mi to blíž, normálně lidově vysvětlila, co to je za nemoc, tak řekla, že sem si měl vystudovat a že jsem to měl vědět. Pokud to nevím, že to ona nebude opakovat, že má na starosti pacientů víc, než jsem já tam (...)

Ze své praxe zdravotní sestry vím, že vysvětlit odborné výrazy, které jsou pro mě naprosto samozřejmé, tak, aby jim pacient porozuměl, není vůbec jednoduché. Při vysvětlování různých vyšetření, léčebných zákroků, důsledků nedodržování léčebného režimu se sestrám a lékařům vkrádají do úst odborné výrazy. Několikrát se mi stalo, že jsem požádala lékaře, aby šel vysvětlit pacientovi, co pro něj obnáší výkon, který má podstoupit. Lékař ochotně šel, někdy si vzal dokonce i tužku a papír, aby vše mohl pacientovi názorně ukázat. Bohužel během popisování zákroku používal jeden odborný výraz za druhým, aniž by si to uvědomil. Od pacienta odcházel s pocitem, jak mu vše pěkně vysvětlil. Když jsem se, po odchodu lékaře pacienta zeptala, zda panu doktorovi rozuměl, většinou jsem dostala zápornou odpověď a to i přes to, že většina pacientů měla minimálně středoškolské vzdělání. Na to, že lékařům často nerozumí ani čeští pacienti poukazuje jeden z respondentů.

M2: (...) Takže tady je hrozná propast. To co vypráví ten doktor tomu středoškolákovi, bílýmu, je...kdyby chtěl to samý vysvětlit tomu Romovi, tak by musel zvolit úplně jinou terminologii, úplně jinak by musel s ním mluvit, aby mu ten Rom porozuměl A to je umění....

Respondent začal popisovat to, jak vnímá komunikaci lékaře s průměrným Romem.

M2: (...) Já, když jsem používal nesrozumitelné, to je tak, že on to vnímá, jakoby, ale rozumí a nerozumí. Některý termíny si přebere.....Nepochopené je úplně zcela. Že člověk prostě vnímá doktora tak, že otvírá pusou. Takže tady vlastně dochází k nějaký jako interakci nebo tady taky dochází, že jo, ale tady dochází k nějaký komunikaci oboustranné, ale tady dochází jenom k jednostranný komunikaci. Ale jestli to je komunikace to je jakoby v uvozovkách.

Jak ukázala anglická studie (30, s.66-68), kterou jsme zmiňovala již výše, problémy s porozuměním zdravotníkům mají i kočovní Romové v Anglii. Výzkum ukázal, že mnoho respondentů „nemělo jasno o své diagnóze a v některých případech ani o závažnosti svého zdravotního stavu“ Autoři uvádějí, že naopak „mnoho zdravotníků věří, že jejich vysvětlení jsou srozumitelná“. (vlastní překlad) O opaku však svědčí výpověď jednoho z respondentů anglické studie: „řekli mi, ale já jsem nevěděl; vysvětlili mi, ale já jsem nerozuměl“ (vlastní překlad)

V komunikaci lékař-pacient, vždy velmi záleží na pochopení a trpělivosti lékaře. Na kolik je lékař schopen vcítit se do pacienta a pochopit jeho prožívání (viz výše). Respondenti v rozhovorech často zmiňovali rozdílný přístup různých lékařů.

Z3: (...) Tady (mluví o praktické lékařce) se musím ptát, jako co ode mě chce. Ale v Hradci mi to vysvětlí.(...) Někdy mi to neumí vysvětlit a někdy mi to vysvětlí tak, abych to pochopila. Když má dobrou náladu (praktická lékařka), tak mi to vysvětlí dobře a když ne, tak se se mnou nebaví, prostě.

Z1: (...) je vidět, že má opravdu zájem o toho člověka (dětská lékařka)

Z4: (...) i jak se chová (...) Prostě nepovídá si s náma jako....normálně s bílými.

Rozdílnost v přístupu zmiňuje i sociální pracovníce pracující s Romy v komunitě.

Z2: (...) ale řekla bych, že třeba paní doktorka v (jmenuje obec) tohle chápe a že jim to říká několikrát a trochu se ptá, jestli tomu rozumějí a neříká jim to třeba cizíma slova. Ale setkej se i s třeba, že jdou na pohotovost a doktor řekne tři latinský slova a neví vůbec nic (...)

To, že kvalita komunikace závisí na osobnosti člověka, potvrzuje i Milena Hübschmannová (7, s.12), která nalézá podstatu úspěchu komunikace mezi lidmi s odlišnou kulturně-komunikační symbolikou v ochotě a schopnosti dorozumět se. To samozřejmě předpokládá ochotu a schopnost pochopit a tolerovat toho druhého.

Pravidlo „*něspěchat a být trpělivý*“ je jednou ze zásad komunikace s Romy, které popsala Šišková (27, s.148). Toto pravidlo by ve zdravotnictví mělo platit dvojnásob, a to nejen při komunikaci s romským pacientem. Správné porozumění informacím je důležité pro dodržení léčebného režimu a předejití nedorozuměním.

Některá nedorozumění bychom mohli, s trochou nadsázky, pokud by se nejednalo o zdraví, považovat za komická. Jako příklad bych uvedla to, jak si jedna z respondentek poradila s odlišným doporučením dvou lékařů. Respondentka se léčí

na endokrinologii s hyperthyreózou a diabetem II. typu a současně na gynekologii pro myomy. Oběma lékařům se svěřila s tím, že jí to večer a v noci „*tahá na jídlo*“.

Z7: (...) On (*gynekolog*) mi jako řek pubertu, že ještě dostanu. Já jsem na něj koukala. Říkám, abych ještě nezačala hejřit. Nebo něco takovýho. Ten mi to řek na ženským. Tenhle (*praktický lékař*) zase, že to mi pracuje ta štítná žláza, že můžu pociťovat hlad a že ta cukrovka to dělá. (...) Tak nevíte komu máte věřit. Ženskej doktor řekne nejezte a normální doktor řekne jezte. Tak teď nevím komu mám věřit.

Respondentka neřekla lékaři, že od jeho kolegy dostala odlišné doporučení a s nedostatkem informací si poradila po svém. Protože jí jeden lékař řekl, ať jí a druhý ať nejí, tak když dostane večer chuť na jídlo, vezme si méně než by si dala dříve.

Z7: (...) Třebas, když si udělám piškoty a namažu si to marmeládou a nebo si to udělám s tou čokoládou, tak sním třebas jenom deset a jindy jsem snědla třebas celý pytlík.

V tomto případě se jedná „pouze“ o dietní opatření, ale v případě, kdy by si pacient podobně poradil s nejasnostmi např. v užívání léků, mohl by mít nedostatek informací způsobený nedostatečnou komunikací vážné následky.

Další příklady nedostatečné komunikace a z ní pramenící nedorozumění uvedl jiný respondent. V rozhovoru vzpomínal na zkušenost z léčebného zařízení, kde bylo běžnou praxí, že se krabičky s léky, popsané jménem, dávaly na jeden stůl a pacienti si je sami brali. Podobný systém s jmenovkami byl i v jídelně. Jaké z toho mohou vyplynout problémy popisují následující ukázky.

M1 (...) A kdybych neuměl psát, teda číst, tak já si ten prášek nevemu, protože nevím. A hodně sú Romů takových. (...) A přišla tam Cigánka a hovorí mi po cigánsky, že „Jak ty tabletky, když já nevím, kde mám svoje tabletky“. Tak říkám: „Tam máte svoje méno.“. „Ale já neumím číst“. Říkám: „Tak já vám to ukážu paní“. Takže kdyby sem tam nebyl já, teda jako pacient na tý ... (*název zařízení*), tak ta paní ty prášky neví si vzít.

M1: (...) Ani u oběda, teda my jsme chodili na oběd. Taky to jsem musel já ukázat, protože každý měl svou menovku, kde sedí u toho stolu, tam byly číšníčky, rozdávaly jídlo, a ona tam, když neuměla číst, tak nevěděla, který patří jej to jídlo. Kolikrát si vzala nějaký cizí jídlo a to jídlo vlastně nebylo její. Takže jsem jí to musel vzít. „To není váš oběd. Tam toho pána je to“. A takhle ho musela vrátit. Toto je normálna věc. Běžná. Tam, co se děje. (...)

Respondent neví, zda personál věděl, že výše zmiňovaná spolupacientka neumí číst. Neví, zda to někomu řekla. Celou dobu jejich společného pobytu v léčebném zařízení respondent ukazoval spolupacientce, které jsou její léky. Nebudu zde soudit, zda způsob podávání léků v tomto zařízení je správný, každopádně si myslím, že při přijímacím pohovoru s pacientem by sestry měly informovat pacienty o chodu oddělení, tedy i o poněkud nezvyklém způsobu podávání léků, ale také zjistit jak dalece rozumí česky, jaké mají vzdělání. Ve výše uvedeném případě by tak předešly mnoha nedorozuměním, ale i psychickému stresu pacientky. Informace o úrovni znalosti češtiny a o vzdělání pacienta napoví personálu, jakým způsobem mají pacienti vysvětlovat princip vyšetření a léčebných procedur, které má pacient podstoupit. Pokud pacientovi personál pouze sdělí název vyšetření nebo léčebného výkonu a nevysvětlí mu, co to pro něj obnáší, je to pro pacienta velice stresující. Takové situace popisuje respondent v následujících úryvcích.

M1:(...) A když, že sou ty procedury, který mu mají dělat? Tak on to neví. No a někdo mu řekne a někdo ne. Ráno mu řekne: „Pudete na bronchoskopii“ On co to je neví. Co to znamená? A když se zeptá, tak „ráno se dovíte“. (...) „A co to je“ se zeptá. „Pudete tam a tam musíte jít“. A nebo co to je sono, neznají vůbec co to je sono. (...)

M1: (...) „Ráno uvidíte, netrapte, nebojte se. To ráno uvidíte.“ A co to je , a jestli to může být nějaká, pro něj to může být nějaká operace. A ten člověk neví, tak zkolabuje s nervami nebo psychicky. On to neví, co to znamená. (...) Tak přišla za mnou na pokoj a brečela. Říkám: Co vám je?“ „No, pudu na bronchoskopiu nějakú“ Říkám: „To je nic, tam vám vůbec nic nedělají“ „Tam nebudú operovat?“ (...)

Pokud pacient něčemu nerozumí a obrátí se s prosbou o radu nebo vysvětlení na spolupacienty či své okolí, je zde riziko, že „odborné“ rady a eventuelní patřičné zveličení např. nepříjemného zákroku bude mít za následek odmítnutí vyšetření pacientem. Během rozhovorů jsem se setkala s něčím podobným. Pracovně jsem tento fenomen nazvala „tamtamý“. V rodině či komunitě kolují „zaručené zprávy“ o průbězích porodu, vyšetření, operací, o tom, kdo po jaké operaci zemřel, atd. Věřím, že se tyto zprávy zakládají na pravdě, ale postrádají jakékoliv souvislosti, které by vysvětlily, proč např. někdo zemřel po podání injekce. Přesto vedou k rozšíření strachu, který může vést k odmítání vyšetření a léčebných výkonů

Z9: Člověk nikdy neví, co ten doktor s tebou může dělat, nevíš co vám může taky píchnout, že jo? Já tomu nerozumím co třeba.... Víte co jednomu se klukovi tudyto stalo, jako.....No prej mu píchl

nějakou špatnou injekci, jsem slyšela. (...) Prostě bylo po něm. (...) Neměla jsem prostě zkušenosti, ale jako člověk se bojí, že jo, když takové věci slyší.

Dalším příkladem „tamtamů“ a jejich důsledků je mladá žena, která má rakovinu čípku a přesto, že ví, že bez operace zemře, již několikrát odložila operaci a jedním z důvodů je smrt kamarádky, která podstoupila stejnou operaci.

Z1: Mám strach. Protože mám jít na operaci čípku (...) A doktor říkal, že to musí ven. Že je to tak akutní, že to musí prostě na operaci a že by sem to... Jenomže se stalo taky to, že jsme měli kamarádku, sice to byla starší paní, ale byly jsme jako kamarádky. Jsme jí znala jako holka. A ta měla to samý co já. Šla na operaci, pak s tím měla problémy a během toho měsíce umřela. Jo? (...)

Následující ukázka je z rozhovoru s respondentkou, u které, jak jsem z rozhovoru vyrozuměla, lékaři diagnostikovali nádor na mozku.

Z8: (...) a oni Vám potom sáhnou na hlavu. Oni vám z ničeho nic otevřou hlavu, třeba chápu, něco mi tam špatně udělají, jo, přijdu domů, vydržím tak týden, dva a umřu. No. Tudyto se člověk bojí. (...) Takhle jako znám věci, tak asi to takhle je. Já si myslím, že skutečnost to je asi.

K tématu vzájemného předávání si informací o vyšetřeních jsme se dostaly i při rozhovoru se sociální pracovníci pracující v romské komunitě.

Z2: (...) tak jako třeba vím, že něco si řeknou mezi sebou, tam se to týkalo gynekologie, něco si řeknou mezi sebou, že ti ten doktor bude dělat a ti ostatní už se bojí tam jít a nejdou (...)

Respondentka také vyprávěla o jedné mladé ženě, která čekala první miminko a neměla o porodu žádné informace.

Z2: (...) Takže třeba ty mladší mamky, který jsou trochu modernější, jí říkají, jak to tam vypadá, ale myslím si, že ona nedostala ty bezpečný zprávy, který by jí řekly „dobře to dopadne“ nebo jak to probíhá. Protože já, co jsem se dozvěděla, tak to bylo tak, že dostala takový, že „budou tam kleště“, takový jako hrůzostrašný věci. A to dostala od těch různých maminek, který rodily dřív. (...)

Odmítnutí vyšetření či léčebného zákroku se dá předejít srozumitelným vysvětlením toho, jak výkon probíhá a co bude při něm pacient cítit. Pokud je vyšetření nepříjemné, je důležité to nezatajovat. Mohlo by dojít ke ztrátě důvěry pacienta. Také je důležité se vždy přesvědčit, zda vše pacient správně pochopil a případná nedorozumění si vysvětlit.

Důležitost kvalitní komunikace pro spolupráci pacienta s lékařem, tj. dodržování léčebných doporučení, zdůrazňují také Marek, Kalvach a Sucharda (12, s.139). Upozorňují na odlišná očekávání na straně romského pacienta a lékaře, která jsou dána odlišností kulturních vzorců. Proto nestačí k romskému pacientovi přistupovat „*korektně a bez předsudků jako ke každému jinému pacientovi*“, ale je důležité seznámit se s možnými odlišnostmi romských pacientů. Zároveň však zdůrazňují individuální přístup ke každému romskému pacientovi a varují před zobecňováním, protože „*mezi Romy jsou dnes často větší kulturní rozdíly než mezi po staletí se mísícími evropskými národy. Rozdíly jsou však i uvnitř jednotlivých skupin Romů*“.

Sutherland (25, s.8) uvádí, že „*důležitou roli v rozhodování romského pacienta mají starší příbuzní*“. Doporučuje projevit k nim respekt, komunikovat s nimi. „*Mohou být velkými pomocníky v získání si důvěry mladších rodinných příslušníků*.“ (vlastní překlad) (25, s.8) Romové mají ke starým lidem velkou úctu. Váží si jich pro jejich životní zkušenosti, jsou přirozenou autoritou. Opět však upozorňuji – všichni Romové nejsou stejní, musíme k nim přistupovat individuálně jako ke každému jinému pacientovi a mít vždy na paměti možné odlišnosti.

Jeden z respondentů upozorňuje na výhodu mezi zdravotníky ne příliš oblíbených početných návštěv, které chodí za romským pacientem.

M2: (...) Když vysvětluješ to, co s tím člověkem děje v nemocnici jednomu člověku, tak je zcela možný, že to špatně pochopí a tak to vyloží i tý ostatní skupině. A potom se může obávat toho, že ho všichni budou bombardovat dotazama, co se vlastně stalo a co ten doktor vlastně vypustil z pusy. Když to řekne tý velký skupině, tak každé to pochopí tím svým rozumem a vyvodí nějaký kompromis. Kompromis jakoby přijatelný pro všechny. Jo, to je...o to je to lepší.

M2: (...) Vždycky tam je někdo, kterej se myslím si, že najde, aby se zeptal, co se s ním děje. (...)

Naopak autoři anglické studie (30, s.67) upozorňují na to, že přítomnost příbuzných při komunikaci lékaře s pacientem může být i překážkou efektivní komunikace. Pokud rodinní příslušníci nejdou za lékařem společně, ale každý zvlášť, může nastat situace, že přesto, že všichni dostanou od lékaře stejné informace, každý si je vyloží jinak a tak je také doma interpretuje. Rodina se potom zlobí na lékaře, že každému podal jiné informace. A nebo, jak uvedl jeden anglický respondent, dostávají příbuzní informace od různých lékařů. „*Je nás jedenáct jednomu řekli něco a potom každému řekli něco jiného a byli tam asi tři nebo čtyři chirurgové*.“ (vlastní překlad) (30, s.67) V takovém případě může dojít k nedorozumění ještě snáze.

Každý lékař podává informace jinou formou. Pokud příbuzní dobře nerozumí, konečná verze informací, která se dostane ke zbývajícím členům rodiny, se může hodně lišit.

Respondenti anglické studie (30, s.67) také často uváděli, že si na schůzku s lékařem berou příbuzné, aby jim pomohli při komunikaci. Jeden respondent se však zmínil o zadržování informací od praktického lékaře, pokud jsou přítomni příbuzní: *„pokud jde se mnou do nemocnice rodina, nikdy bych neřekl, že mám (diagnóza) nebo něco takového.“* (vlastní překlad) (30, s.67)

Marek, Kalvach a Sucharda (12, s.141) zmiňují, že pokud přijde s romským pacientem do ordinace rodina *„je třeba vypořádat, kdo má hlavní slovo ,a toho oslovit a požádat o spolupráci.“* Získá-li lékař důvěru této přirozené autority, nejčastěji staršího muže či v rodině vážené starší ženy, získá si důvěru a spolupráci pacienta i zbývajících rodiny.

O autoritách se zmiňuje také jeden z respondentů. Upozorňuje však na to, že záleží na statutu rodiny.

M2: (...) Ale nefunguje to v každém tom, těch. To jak jsem ti říkal, tak jsou lidi s hustší (*tj. ti co žijí tradičnějším romským životem*) a řidší krví. U těch s řidší tam asi těžko budeš hledat někoho. Tam bych se obrátil asi na tu rodinu. U těch s tou hustší, tam bych hledal tu autoritu a ptal bych se asi po nejstarším sourozenci. (...) tak ten nejstarší brácha, si myslím, že má větší vliv než ta jeho rodina. Pokud jsou spolu zadobře, pokud spolu mluvěj, má větší vliv na toho otce než jeho starší syn nebo manželka. Pokud ale maj dobrý vztahy(...)

Návrhy řešení problémů v komunikaci Romů se zdravotníky padly i během rozhovorů s respondenty. Některé, jako například, aby se zdravotníci naučili romsky, jsou nereálné. Jiné jsou velice inspirativní a myslím si, že stojí za zamyšlení. V následujících ukázkách jsou názory respondentů, co by pro zlepšení komunikace mezi zdravotníky a Romy mohli udělat zdravotníci.

Z6: To je jasný, každý.....Kdyby nás líp znali, tak by s námi i jinak jednali. (...) Protože líp by nás pochopili, jo jako.... A ne hned odsoudili.

Z3: Tak ona by měla nejdřív vyslechnout, naslýchat nám, co vod ní vůbec chceme, že?

M1: (...) že nejsme vystudovaní, nemáme svoje školy, jenom máme základní, spousta nemá základní školy. Takže měli by nám podrobnější vysvětlit o nemoci a nebo přístupní by k nám měli být. (...)

M1: (...) alebo by měl byť poradňa pro ty lidi. Osobně si myslím. Pro ty Romy. Teda takový už slabší.

M2: (...) Takže, oprostít se od všech jakoby, a to říkám, já používám slovo oprostít, což je slovo, kterému nerozumí, takže zbavit se všech termínů, nebo zbavit se všech slov, který jsou nesrozumitelný, nebo který nepochopí člověk s hustou krví. Jo? A nedávat je na papír, protože Romové s hustou krví příliš nečtou (...)

M1: (...) Měli by mu takto podrobněji vysvětlit, co to je, jaká to je nemoc vlastně, co z toho může vzniknout, co se dál může s ním dít, jak to pomale bude, jak jeho život bude kon... (*zarazil se*) Vysvětlit mu vlastně, když je rakovina plic, tak by měl vysvětlit co to je vlastně vevnitř. Ukázat, jsou snímky, jsou nějak ty cetěčka, tak se to ukáže. I když tomu nerozumí, on ale má spoustu obrázků, k tym Romům. Má spoustu obrázků, ukáže mu to. Tak a tak jsou vaše plíce, to a to ve vás prostě je, prostě, měl by mu to říct a dá se to vyléčit a nebo dá vám se zlepšit ten zdravotní stav. (...)

Na výpovědích respondentů bylo vidět, že se setkávají i s lékaři, kteří jim dokáží vše vysvětlit. Takových lékařů není málo. Myslím si však, že zcela paradoxně tento přístup nevolí u romských pacientů. Důvodem je možná právě náročnější komunikace s romskými pacienty, která vyžaduje více popisování a vysvětlování. K podobnému závěru došli i výzkumníci, kteří prováděli ve Velké Británii šetření u praktických lékařů zabývajících se profesionálním jednáním s příslušníky etnických menšin. Výsledky ukázaly, že lékaři „s příslušníky menšin jednali kratší dobu. Autoři vysvětlují zjištěný rozdíl tím, že kratší čas zřejmě lékaři postačí k probrání biomedicínských problémů pacienta. Do jeho psychosociálních problémů se lékař – pro jazykové aj. bariéry – raději nepouští“ (12, s.402)

Na závěr zopakují nejčastější problémy při komunikaci Romů se zdravotníky. Jedná se o rozdílný komunikační styl romské a české kultury – více neverbální komunikace a emocí v romské kultuře, užívání odborné terminologie, netrpělivost a neochota vysvětlovat. Při komunikaci s romským pacientem je důležité „*nespěchat, být trpělivý, vnímat, ale i používat mimoslovní komunikaci (řeč těla, intonace hlasu,...), používat zpětnou vazbu, nebát se emocí*“ (27, s.148) (Doporučení pro komunikaci s Romy viz příloha č. 2)

6 ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo ukázat a vysvětlit některé zvyky a přesvědčení Romů související s péčí o zdraví, s odlišnostmi v prožívání a komunikaci Romů, kteří nejsou integrováni do většinové společnosti a žijí na nízké sociokulturní úrovni. Jejich znalost by měla pomoci zdravotníkům pochopit jednání a myšlení určité skupiny romských pacientů a jejich příbuzných a díky tomu zvolit vhodný přístup v jednání s nimi.

Práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumu, tj. nestandardizovanými rozhovory se čtrnácti respondenty. Při analýze jsem pracovala nejen s rozhovory, ale i s dostupnou literaturou zabývající se podobnou tematikou. V rozhovorech došlo k teoretické nasycenosti výzkumného tématu, protože v posledních se již neobjevovaly nové informace.

Z rozhovorů vyšlo najevo, že v současnosti Romové již většinou zapomněli na tradiční medicínu. V některých rodinách sice používají domácí recepty, které se nijak neliší od domácí medicíny, kterou znám ze svého okolí, v jiných rodinách dávají přednost užití volně dostupných léků. Podle Marka, Kalvacha a Suchardy (12, s. 142) jsou u Romů „*sklony k samoléčitelství menší než u většiny obyvatelstva.*“

Zdravotní prevence Romů se na základě analýzy rozhovorů a odborné literatury jeví jako nedostatečná. Někteří nedělají pro to, aby nebyli nemocní, nic. Teprve když onemocní, vezmou si některý z volně dostupných léků nebo jdou k lékaři. Zdá se, že se na tom do určité míry může podílet víra v osud, tj. pokud mají onemocnět, tak onemocní a nic na tom nemohou změnit. Pokud se Romové snaží předcházet onemocněním, jedná se především o nemoci typu akutních respiračních onemocnění. Chronickým onemocněním v podstatě nepředchází. Jako důvody nedostatečné prevence autoři uvádějí nedostatek informací (25, s.8; 30, s.72) a myšlení a hodnoty orientované na přítomnost, ev. blízkou budoucnost, a tedy neschopnost domyslet důsledky svého současného jednání do budoucna (8, s.14).

Tyto skutečnosti společně se strachem jsou příčinou toho, proč chodí Romové k lékaři často až v pokročilých stádiích chronických onemocnění. Podle Janečkové (8, s.14) zdravotníci uvádějí dva přístupy Romů ke zdravotní péči. Těmi jsou nadužívání zdravotní péče nebo naopak odkládání návštěvy lékaře až do doby, kdy jsou příznaky onemocnění pro pacienta nesnesitelné. Podle Marka, Kalvacha a Suchardy (12, s.141,142) mají Romové „*tendenci přeceňovat akutní stavy*“ a naopak jsou nevíšaví k příznakům chronických onemocnění. Na základě provedených rozhovorů

a prostudované literatury jsem došla k závěru, že tato skutečnost úzce souvisí s prožíváním Romů a jejich emocionalitou. Akutní onemocnění se projevují dramatičtěji, dojde k náhlé změně zdravotního stavu, kdežto počáteční stádia chronických onemocnění se projevují často nenápadně, plíživě. Proto Romové vyhledávají lékaře převážně při akutních potížích. V rozhovorech se ukázalo, že Romy přivede k lékaři nejčastěji bolest, horečka nebo naléhání příbuzných.

Výpovědi respondentů dokazují odlišný přístup v případech, kdy se jedná o dítě. V takové situaci neodkládají návštěvu lékaře tak, jako to dělají, jsou-li nemocní sami, neváhají zavolat sanitku i v situacích, kdy to není nezbytné. Jejich jednání je ovlivněno silnými emocemi. Také autoři anglické studie zabývající se zdravotním stavem kočujících Romů (30, s.76) upozorňují na netrpělivost a vyžadování okamžité pozornosti a péče o nemocné dítě v kontrastu s laxním přístupem k vlastním zdravotním potížím.

V rozhovorech se ukázalo, že děti mohou mít také vliv na přístup matky ke svému zdraví, a to jak v pozitivním, tak v negativním slova smyslu. Pro některé ženy jsou děti motivací k péči o zdraví. Chtějí být zdravé, aby mohly o své děti pečovat a viděly je vyrůstat. Jiné ženy ze strachu z hospitalizace odkládají návštěvu lékaře, protože se obávají toho, kdo by se o jejich děti postaral v době, kdy by byly v nemocnici.

Podle Kempa (9, s.8) Romové *„mnohem lépe snášejí léčebná opatření v naléhavých stavech než doporučení týkající se změny stravovacích návyků či životního stylu.“* To také potvrdili respondenti. Většina z nich začne dodržovat doporučení lékaře až v době, kdy se necítí dobře, a to nejen v případě preventivních opatření, ale i u chronických onemocnění, která byla diagnostikována v době, kdy respondent neměl žádné větší potíže, o kterých by se domníval, že souvisí s diagnostikovaným onemocněním.

Z rozhovorů vyplynulo, že Romové připisují v léčbě velký význam lékům. Podle toho, zda jim lékař předepíše léky nebo ne, hodnotí jeho kvality. Nedostatečný účinek, popřípadě zhoršení příznaků, považují za chybu lékaře. V rozhovorech se ukázalo, že Romové často přestanou užívat předepsaný lék v okamžiku, kdy příznaky nemoci ustoupí. Velký význam nepřipisují ani předepsanému harmonogramu (př. ráno X večer, po jídle X před jídlem, v určitém časovém intervalu) užívání léku. Dobu užívání si přizpůsobí svým potřebám. Řešením je správná komunikace, kdy lékař, popř. sestra, vysvětlí pacientovi důležitost pravidelného užívání léku, jaké důsledky může mít jeho nepravidelné užívání nebo

předčasné ukončení léčby. Seznámením pacienta s tím, za jak dlouho by měl lék začít účinkovat, ale také podáním informace, že se může stát, že léky nezaberou, a že má v takovém případě pacient znovu přijít, může lékař předejít nedorozuměním a nedůvěře pacienta.

Rozhovory ukázaly, že nedodržování lékařských doporučení souvisí i s nedostatkem srozumitelných a kvalitních informací. Na potřebu edukace romských pacientů o spojitostech mezi špatnou životosprávou a zdravotními problémy upozorňuje Sutherland (25, s.8). Van Cleemput a kol. (30, s. 72) zase poukazuje na souvislost úrovně péče o zdraví u Romů s nedostatečnými znalostmi o lidském těle, zdravotním stavu, prevenci a vnějších faktorech ovlivňujících zdraví. Jako problematické se jeví nalezení vhodné cesty edukace romské populace v péči o zdraví. Podle Van Cleemputa a kol. (30, s.72) získávají Romové informace převážně od rodiny, členů komunity či televize. Podobně tomu je i v případě mých respondentů mého výzkumu.

Respondenti v rozhovorech uvedli, že by uvítali někoho, kdo by měl dostatek času jim srozumitelně vysvětlit to, čemu u lékaře nerozuměli, někoho, kdo by je „dotlačil“ jít do nemocnice, kdo by jim byl oporou. Zdá se, že tuto roli by mohli v budoucnu plnit zdravotně sociální pomocníci, kteří by ve spolupráci s praktickými lékaři a terénními sociálními pracovníky měli pracovat v oblasti osvěty, prevence, poradenství v péči o zdraví. V současné době probíhá v sedmi krajích pilotní dvouletý projekt, který má za úkol ověřit dopad zavedení zdravotně sociálních pomocníků na úroveň péče o zdraví.

Podle Mareše (13, s.401) má každá kultura své pojetí zdraví a nemoci, tj. v každé kultuře je „normální“ jiné chování v nemoci a vyjadřování pocitů. Velký vliv na prožívání nemoci má silná rodinná vazba. Romové špatně snáší hospitalizaci, kdy jsou vytrženi z rodinného prostředí. Návštěvy pro ně znamenají velkou psychickou podporu. Navštívit nemocného příbuzného v nemocnici je projevem úcty a podpory. Přítomnost příbuzných se dá využít při péči o nemocného, v některých případech i při komunikaci s pacientem. Marek, Kalvach a Sucharda (12, s.141) doporučují vyzorovat, kdo je přirozenou autoritou, toho oslovit, získat si jeho důvěru. Pokud zdravotník získá pro spolupráci tuto autoritu, získá si i důvěru pacienta a celé rodiny. V rozhovorech se ale ukázalo, že toto pravidlo zdaleka neplatí ve všech romských rodinách. Záleží na statutu rodiny a na rodinných vztazích.

Romové mají panický strach z rakoviny a to takový, že pokud si myslí, že mají rakovinu, tak raději k lékaři nejdou. Bojí se také invazivních vyšetření a léčebných zákroků. Zdá se, že tento strach je do velké míry podmíněn nedostatkem kvalitních informací. Často jedinými informacemi jsou zkreslené informace příbuzných, známých. Příběh respondentky s rakovinou, která ví, že bez operace zemře, ale na operaci nejde ze strachu, že se nevzbudí z celkové anestezie ilustruje i jistý vliv orientovanosti na přítomnost v rozhodování, zda podstoupit operaci či ne. Z rozhovorů je ale také patrné, že pokud si lékař svým přístupem získal důvěru pacienta, vše srozumitelně vysvětlil, pacient vyšetření nebo zákrok podstoupil.

Jak dokládají rozhovory, Romové se bojí bolesti. Bolest byla často zmiňována jako důvod návštěvy lékaře. Na druhou stranu je strach z bolesti i důvodem, proč Romové k lékaři nejdou. To se týká zejména návštěvy zubaře.

Prožívání nemoci je u Romů silně ovlivněno vysokou mírou emocionality, která ovlivňuje jednání romských pacientů i jejich příbuzných. To, že Rom křičí, nemusí znamenat, že se na zdravotníky zlobí, on pouze ventiluje své emoce.

Podle Van Cleemputa a kol. (30, s.72) je pro zlepšení úrovně péče o zdraví v romské populaci důležitý dostatek kvalitních a srozumitelných informací. Jak dokládají rozhovory, ale i odborná literatura (30, s.72) má komunikace Romů se zdravotníky několik bariér. Těmi jsou rozdílný komunikační styl romské a české kultury (větší podíl neverbální komunikace v komunikačním stylu romské kultury), užívání odborné terminologie, netrpělivost a neochota vysvětlovat ze strany zdravotníků, nízká úroveň vzdělání některých Romů. Mnohé bariéry by zřejmě byly překonány, pokud by se zdravotníci naučili komunikovat (nejen) s romskými pacienty bez použití odborných výrazů, vyjadřovat se co nejjednodušeji, při vysvětlování používat názorné pomůcky, obrázky lidského těla, rentgenové snímky a hlavně používat zpětnou vazbu.

Jako velice důležitý se jeví individuální přístup ke každému pacientovi. Romové jsou heterogenní skupina, s rozdílnou úrovní vzdělání, sociálními podmínkami, přesvědčeními, zvyky atd. Někteří Romové mohou mít větší znalosti o zdraví než některý nerom a naopak jiní Romové nemají povědomí o věcech, které zdravotníci považují za samozřejmé.

Přístup Romů k péči o zdraví je ovlivněn odlišností vnímání a prožívání, ale i dostupností srozumitelných informací týkajících se péče o zdraví. Na to, abychom mohli říci, jakou měrou se na zodpovědném přístupu k péči o zdraví podílí mentalita

Romů a jaký podíl má socioekonomická úroveň, by bylo nutné provést výzkum porovnávající Romy a Čechy žijící ve stejných životních podmínkách a se stejným přístupem k informacím.

7. POUŽITÁ LITERATURA

1. ADAMÍK, A., ADAMÍKOVÁ, Z. *Metodika zdravotnej výchovy romských obyvateľov*. Bratislava: Ústav zdravotnej výchovy, 1990.
2. ANASTASSIADOU, H. *Transkulturní péče – podněty z praxe*. V Multioborová interdisciplinární a mezinárodní konference v ošetřovatelství – neperiodická recenzovaná publikace; Olomouc 3. – 4. září 2002, Praha: Grada, 2002.
3. BABBIE, E.R. v DISMAN, M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002, s. 308.
4. ČÍŽKOVÁ, M. *Uspokojování potřeb pacientů jiné kultury*. Bakalářská práce. Brno: LF MU, 2003.
5. *Dekáda romské inkluze 2005 – 2015*. Praha: Kancelář Rady vlády ČR pro záležitosti romské komunity, 2005.
6. DISMAN, M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002.
7. HÜBSCHMANNOVÁ, M. *Šaj pes dovakeras – Můžeme se domluvit*. Olomouc: Pedagogická fakulta UP, 1993.

8. JANEČKOVÁ, H.: „Naše znalosti o zdraví Romů a jiných etnických minorit“ *Zdravotnické noviny* 46, Lékařské listy 18, s.14, 1997.
9. KEMP, CH.: *Gypsy (Roma): Health Care Beliefs and Practices*.
http://www3.baylor.edu/~Charles_Kemp/gypsy_health.htm/, 21. října 2005.
10. KOZIEROVÁ, B. – ERBOVÁ, G. – OLIVIEROVÁ, R.: *Ošetrovatelstvo I*. Martin: Osveta, 1995.
11. LEININGER, M. *What Is Transcultural Nursing?* The Transcultural Nursing Society, 1998.
<http://www.tcn.org/introduction/tcnursing.htm/>, 4. října 2002.
12. MAREK, J., KALVACH, Z, SUCHARDA, P A KOL. *Propedeutika klinické medicíny*. Praha: Triton, 2001.
13. MAREŠ, J. *Příprava lékařů na jednání s menšinami*. Praktický lékař 81, č.7, 2001, s.400-403.
14. MASTILIAKOVÁ, D. a kol.: *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní / multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu. Implementace multikulturního přístupu do výuky ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2002.
15. *Metodické doporučení Ministerstva zdravotnictví pro pozici zdravotně sociální pomocník*
<http://rs.drom.cz/aktualita.php/17-metodicke-doporuceni-ministerstva-zdravotnictvi-pro-pozici-zdravotne-socialni-pomocnik.html/>, 19. srpna 2006.
16. *Multikulturní ošetrovatelství – soubor materiálů z kurzu. Ústav teorie a praxe ošetrovatelství při LF Olomouc*. 14., 21., 28. ledna 2002.
17. NAVRÁTIL, P. A KOL.: *Romové v české společnosti*. Praha: Portál, 2003.
18. NEMÉNYI, M.: *Gypsy Mothers and the Hungarian Health Care System*.
<http://www.geocities.com/~patrin/health-hungary.htm>, 21. října 2005.
19. NESVADBOVÁ, L.: Determinanty zdraví romské populace v České republice, v *Analýza sociálně ekonomické situace romské populace v České republice s návrhy opatření*. Praha: Socioklub 2003.
20. NESVADBOVÁ, L. a kol.: *Zdravotní stav romské populace v ČR*,. Praha: IGA MZ ČR 1998.
21. *Romská národnostní menšina*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005.
<http://web2006.vlada.cz/scripts/detail.php?id=16149/>, 25. září 2006.
22. *Sčítání lidu, domů a bytů 2001. Základní informace o vývoji obyvatelstva, domácností, domů a bytů. Národnost a mateřský jazyk*. Praha: Český statistický úřad, 2005.
[http://www.scitani.cz/csu/edicniplan.nsf/t/D6002FD8F5/\\$File/kap_I_05.pdf/](http://www.scitani.cz/csu/edicniplan.nsf/t/D6002FD8F5/$File/kap_I_05.pdf/), 25. září 2006.
23. SEKÝT, V. v ŠIŠKOVÁ, T. *Výchova k toleranci a proti rasismu*. Praha: Portál, 1998.
24. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J.: *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 1999.
25. SUTHERLAND, A.: *Cross-cultural Medicine: A Decade Later*.
<http://www.geocities.com/Paris/5121/health/>, 21. října 2005.
26. ŠIMÍČKOVÁ a kol. v NAVRÁTIL, P. a kol.: *Romové v české společnosti*. Praha: Portál, 2003.

27. ŠIŠKOVÁ, T. *Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. století*. Praha: Portál, 2001.
28. ŠPIRUDOVÁ, L a kol.: *Integrace cizinců aneb překonávání komunikačních a kulturních bariér při péči o pacienty odlišných etnik a kultur*. V Multioborová interdisciplinární a mezinárodní konference v ošetrovatelství – neperiodická recenzovaná publikace; Olomouc 3. – 4. září 2002, Praha: Grada, 2002.
29. *Transcultural Nursing Basic Concepts & Case Studies*. <http://www.culturediversity.org/>, 14. října 2002.
30. VAN CLEEMPUT, P. et al.: *The Health Status of Gypsies and Travellers in England Report of Qualitative findings*. 2004.
<http://www.shef.ac.uk/content/1/c6/02/55/71/GT%/20report.pdf/>, 21. října 2005.
31. *Zpráva o stavu romských komunit v České republice 2004. Koncepce romské integrace*. Praha: Úřad vlády České republiky – Kancelář Rady vlády ČR pro záležitosti romské komunity. 2004.

8. SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Výzkumný vzorek.....	14
Tabulka 2	Kategorie a podkategorie pro třídění dat z rozhovorů.....	17

9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Metodické doporučení Ministerstva zdravotnictví pro pozici zdravotně sociální pomocník.....	66
Příloha 2 Doporučení pro komunikaci s Romy.....	69
Příloha 3 Projekt diplomové práce	70

Příloha č. 1

Metodické doporučení Ministerstva zdravotnictví pro pozici zdravotně sociální pomocník

2006-02-01 17:00 - Dagmar Červenková, [Zdravotně sociální pomocníci v sociálně vyloučených lokalitách \(SASTIPEN ČR\)](#)

Metodické doporučení Ministerstva zdravotnictví pro pozici zdravotně sociální pomocník ve vyloučených lokalitách

Zdravotně sociální pomocník

I. Úvod

V rámci grantových projektů Ministerstva zdravotnictví byla v letech 1999-2001 prováděna Studie zdravotního stavu romské populace, která upozornila na některé specifické zdravotní problémy, které mohou mít souvislost s životním stylem, se vztahem k vlastnímu zdraví jako hodnotě i se sociálním postavením a stupněm vzdělání. Součástí studie bylo šetření v komunitách a šetření mezi zdravotnickými pracovníky, především praktickými lékaři pro dospělé, praktickými lékaři pro děti a dorost a pracovníky dětských oddělení nemocnic, kteří se dle svých vlastních zkušeností vyjadřovali k problémům zdraví romské populace. Z šetření vyplynul závěr, že v dostupnosti zdravotní péče a kvalitě při jejím poskytování romským občanům a občanům většinové populace není rozdíl, ale že je nutné věnovat zvýšenou pozornost primární i sekundární prevenci, zejména očkování a životosprávu dětí.

Z aktivity Rady vlády pro záležitosti romské komunity v návaznosti na výsledky grantové studie Ministerstva zdravotnictví z let 1998-2000 byla v Ostravě ověřována odůvodněnost a potřebnost funkce „romského zdravotního asistenta“ (dále jen asistent). Asistent pomáhal a i nadále pomáhá v úzké spolupráci s terénními sociálními pracovníky řešit především problematiku primární prevence. Projekt se velmi osvědčil, zvýšil se zájem rodičů o zdravotní stav jejich dětí ve smyslu větší péče o životosprávu, zájem o pravidelné preventivní prohlídky dětí u praktických lékařů a o očkování, výrazně se zlepšila jejich spolupráce s praktickými lékaři.

II. Doporučení

Na základě těchto výrazně pozitivních výsledků dospěla Rada vlády pro záležitosti romské komunity k rozhodnutí, že asistenti by měli působit i v dalších krajích, v nichž je romská komunita početnější a v nichž by bylo jejich využití přínosem. Usnesením vlády č. 607 z června 2004 byl v návaznosti na výsledky uložen ministru zdravotnictví úkol předložit návrh na zřízení funkce zdravotnického

asistenta. Zadáním Rady vlády pro záležitosti romské komunity pro tuto funkci není činnost odborného zdravotnického pracovníka, ale laika, pro Romy důvěryhodného pomocníka a rádce ve věcech týkajících se péče o zdraví, zejména prevence.

III. Návrh řešení

Zajištění pomocníků se doporučuje zejména krajům s většími romskými komunitami jako možné řešení problémů Romů dotýkající se oblasti zdravotnictví. Povinnost k jejich zajištění nebo užívání takovéto funkce v systému kraje se nenavrhuje, protože dle velikosti komunit a jejich sociálního složení může mít kraj sice počet zdravotně sociálních pomocníků i vyšší než jeden, naopak se ale předpokládá, že některý kraj nebude potřebovat pomocníka žádného. Navrhované řešení není v rozporu s platnými právními předpisy a ve své podstatě na ně navazuje (§67 odst.1 písm.f) zákona č. 129/2000 Sb., o krajích, s odkazem na ust. §6 odst.7 zákona č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů).

IV. Náplň činnosti zdravotně sociálního pomocníka.

Hlavním úkolem zdravotně sociálního pomocníka je pomáhat, radit a předávat povšechně známé informace z oblasti péče o zdraví osobám nebo skupinám obyvatel, které, dle jemu dostupných informací a zkušeností krajského koordinátora romských poradců, tyto informace postrádají. Jeho činnost musí být podložena důvěrou cílových osob, jejich zájmem a naprostou dobrovolností. Jakékoliv předávané informace nesmí obsahovat žádná osobní data a konkrétní údaje o zdravotním stavu jednotlivých osob, kterým je pomáháno, pokud k nim tyto osoby nedají výslovný souhlas. Zdravotně sociální pomocník je pouze prostředníkem, který na podkladě svých znalostí z oblasti zdravotnictví a zkušeností 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

1) motivace spoluobčanů

- motivace k využití práva na preventivní prohlídky hrazené ze zdravotního pojištění a seznámení s jejich intervaly dle vyhlášky MZ č.56/1997 Sb., v platném znění, objednávání a 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, včetně edukace ke zdravému životnímu stylu v tomto období života – zvláště o nutnosti vyloučení kouření a požívání dalších návykových látek
- motivace k respektování očkovacích schémat v dětském věku, nutnosti jejich dodržování, informace o negativním dopadu neproočkovanosti
- 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
- motivace žen k podpoře jejich sebedůvěry a úcty k sobě samým, rozhovory a porady na téma fyzického a psychického zdraví žen

2) spolupráce s terénními sociálními pracovníky, s kurátory, s protidrogovými koordinátory a se sociálními pracovníky místní samosprávy

- vytipování rizikových skupin obyvatelstva a rodin, jejich aktivní vyhledávání a práce s nimi přímo v místě, kde žijí, včetně sledování jejich migrace tak, aby nedocházelo k přerušování péče
- preventivní aktivity zaměřené na důsledky zdravotního zanedbávání, minimalizace dopadu zanedbávání
- 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 maminkou a zdravotnickým personálem atd.), hygienické podmínky života a jejich sledování

3) Spolupráce se zdravotnickými zařízeními, především

- s praktickými lékaři pro děti a dorost
- s praktickými lékaři pro dospělé
- s praktickými gynekology
- s praktickými zubními lékaři

s krajskými hygienickými stanicemi a jejich územními pracovišti a s jinými zdravotnickými zařízeními, zejména zdravotnickými zařízeními zabývajícími se problematikou návykových látek :

- pomocná role prostředníka mezi lékařem a pacientem, včetně vysvětlení jeho obtíží a sociálního postavení, při dodržování povinnosti mlčenlivosti ze strany zdravotnických pracovníků a v souladu s přáním klienta/pacienta
- činnost související s objednáváním a doprovody k návštěvám vyhledaných chronicky nemocných a bezmocných pacientů k vyšetření, nejen pro potřebu řádné léčby, ale i pro potřeby jejich sociálního zabezpečení, pomoc rodinám při péči o nemocné, o osoby se zdravotním postižením a seniory ve smyslu informací o možnostech sociální podpory (zvýšení důchodu pro bezmocnost, příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu) apod.
- informace o právech pacientů a pojištěnců, o problematice doplatků za léčivé přípravky a prostředky, o nutnosti pravidelného užívání léků a kontrol zdravotního stavu dle pokynů lékaře, o nutnosti dodržování režimu práce neschopného ap.

V. Doporučení předpokladů k výběru zdravotně sociálního pomocníka

doporučované:

absolvování kurzu v problematice prevence a právního minima s ohledem na náplň činnosti, na akreditovaném pracovišti Ministerstvem školství mládeže a tělovýchovy, minimálně základní vzdělání, výhodou je střední

bezúhonnost – za bezúhonného se považuje ten, kdo nebyl pravomocně odsouzen za úmyslný trestný čin

bez závislosti na návykových látkách

doplňující:

několik let práce v pracovních vztahu v libovolném oboru nebo zkušenosti ze spolupráce s majoritní společností např. v občanských sdruženích zabývajících se romskou problematikou ap. dlouhodobý úzký kontakt s romským etnikem, jenž zakládá předpoklad důvěry romských občanů v tuto osobu

VI. Realizace

S ohledem na smysl funkce a činnost tohoto navrhovaného terénního pracovníka se jeví jako mnohem pružnější řešení mimo státní správu a mimo organizační strukturu krajů, nejlépe prostřednictvím nestátních institucí jako jsou občanská sdružení, nadace, veřejně prospěšné společnosti apod.

Tento způsob řešení umožňuje kromě jiného čerpání finančních prostředků ze strukturálních fondů EU, a to konkrétně prostřednictvím Operačního programu Rozvoj lidských zdrojů (gestorem je Ministerstvo práce a sociálních věcí), který umožňuje realizaci a financování aktivit v oblasti terénní sociální práce. Výsledkem řešení předloženého projektu může být jednotný akreditovaný vzdělávací program a stanovené kompetence zdravotně sociálního pomocníka. Vzdělávací program bude k dispozici pro další vzdělávání pomocníků.

Ministerstvo práce a sociálních věcí, odbor sociálních služeb, vyhláší v rámci opatření 2.1 Operačního programu Rozvoj lidských zdrojů koncem roku 2004 výzvu k předkládání projektů do dvou oblastí (dvou programů podpory):

1) Odborné vzdělávání pracovníků sociálních služeb

2) Integrace specifických cílových skupin

Projekty zaměřené na Integraci specifických cílových skupin musí být předloženy v tzv. „národním měřítku“, tedy nesmí být pouze regionálního charakteru, ale s dosahem na celou cílovou skupinu či její většinou část, nebo výsledky projektu (metodické příručky, návody apod.) musí být použitelné i v dalších regionech v celé ČR. Konečné podmínky pro podávání žádostí budou stanoveny ve výzvě.

Další možností, jak ekonomicky podpořit vznik zdravotně sociálních pomocníků, která přichází v úvahu po vytvoření jednotného systému vzdělávání, je využití Společného regionálního operačního programu (SROP), jehož garantem je Ministerstvo pro místní rozvoj. Program je zaměřený na řešení regionálních problémů. Výzvy k předkládání projektů do sociální integrace (opatření 3.2) budou vyhlášovat kraje. Mezi aktivitami podporovanými tímto programem jsou i intervenční programy ve prospěch osob ohrožených sociální exkluzí a jiné, které umožní regionální řešení zmiňovaného problému.

Všechny výše zmíněné projekty mohou předkládat občanská sdružení nebo obce z regionů, zejména těch, kde je podle romských koordinátorů zjevná potřeba zdravotně sociálních služeb.

Příloha č. 2

Doporučení pro komunikaci s Romy (27, s.148)

1. Nespěchat, být trpělivý.
2. Vnímat mimoslovní komunikaci a umět dávat informace i řečí těla.
3. Nekritizovat negativně před velkým kolektivem, spíše v soukromí.
4. Ověřovat si sjednané termíny.
5. Nebát se blízkosti, dotyku.
6. Nebát se emocí – svědčí o angažovanosti člověka, nikoliv o výzvě k souboji.
7. Mluvit jasně, věcně, stručně, konkrétně.
8. Diferencovat, ke každému přistupovat podle individuálních potřeb.
9. Používat zpětnou vazbu.
10. Respektovat hodnotový systém romského etnika.

Příloha č. 3

Marie Čížková
Osobní číslo: 9539
Imatrikulační ročník:

2003

Projekt diplomové práce

Název: Romové a zdravotní péče - prožívání, zkušenosti, názory

Formulace a vstupní diskuse problému

Diplomová práce by se měla zabývat zkušenostmi, názory a pocity Romů, které prožívají ve zdravotnických zařízeních. Výzkum budu provádět kvalitativní metodou - nestandardizovanými rozhovory zaměřenými na přístup zdravotníků k Romům, komunikaci se zdravotníky, prožívání nemoci a hospitalizace. Toto téma jsem si zvolila proto, že pro poskytování kvalitní ošetrovatelské, ale i léčebné péče, Romům je důležité znát jejich tradice, jednání a prožívání související se zdravím a nemocí, které jsou v každé kultuře více či méně odlišné.

Ve světě se problematikou ošetřování pacientů jiné kultury začala již v 50. letech minulého století zabývat Madeleine Leiningerová (Leininger 1998). U nás se stala aktuální až v poslední době a to zejména ve spojitosti s přílivem uprchlíků do země a se vstupem do Evropské unie. Bohužel se pozapomíná na příslušníky „nejvýznamnější etnické menšiny v České republice“ – na Romy. (Navrátil a kol. 2003; 11). Dostupné publikace a články, zabývající se transkulturním ošetrovatelstvím, se věnují kultuře Hispánců, Afroameričanů, Asiátů a Arabů, tj. kulturám menšin, které se hojně vyskytují v USA. U zahraniční literatury je to zcela pochopitelné, protože se jedná převážně o publikace amerických autorů (např. *Transcultural Nursing Basic Concepts & Case Studies*, 2002). Českých publikací s tematikou multikulturního ošetrovatelství je velmi málo, jedná spíše o učební texty (Mastiliaková a kol. 2002, *Multikulturní ošetrovatelství* 2002), články nebo příspěvky z konferencí (Anastasiadou 2002; Špirudová a kol. 2002) zaměřené více méně na teorii multikulturního ošetrovatelství.

Výjimkou je učební text Ostravské univerzity *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní/multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu* (Mastiliaková 2002;68-72). Kromě těchto

teoretických poznatků obsahuje i „sociologickou sondu postojů k multikulturní zdravotní péči“. Tato studie se však zabývá pouze cizinci nikoliv menšinami žijícími trvale v naší republice. Nedostatek odborné literatury na toto téma je jeden z důvodů, který mě inspiroval k výzkumu zabývajícím se péčí o romské pacienty a zkušenostmi a názory romských pacientů na tuto péči.

Podobným tématem jsem se zabývala již v bakalářské práci (Čížková 2003), kterou jsem zpracovávala kvantitativní metodou – řízeným rozhovorem. Tato metoda však poskytovala malý prostor k vyjádření názoru respondentů, spíše jen potvrdila nebo vyvrátila mnou předpokládané problémy, ale nebyl zde již prostor pro vysvětlení příčin těchto problémů a návrh jejich řešení. Například jsem zjistila jak reagovaly sestry v případě, kdy jim respondent nerozuměl (9,3 % sester informaci vysvětlilo bez požádání, 41,8 % vše znovu vysvětlilo až po té, co ji respondent o to požádal, 14 % sester nijak nereagovalo, 9,3 % sester se na pacienta zlobilo), nezeptala jsem se však na to, jak dal respondent sestře najevo, že nerozuměl. Řekl jí, že nerozumí? Udělal něco špatně? Sestra si sama po podání informace ověřila, zda jí respondent správně rozuměl? Dalším příkladem otázky, kterou by bylo třeba rozvinout, byla otázka, zda se respondenti setkali s neochotou zdravotnického zařízení ošetřit jeho nebo někoho z rodiny. Tato otázka měla v podstatě nulovou výpovědní hodnotu, protože jsem již nezjišťovala situaci, za které k tomu došlo. Příčinou těchto nedostatků byla moje nezkušenost v provádění výzkumu, ale i omezení kvantitativního výzkumu ve zjišťování pocitů a prožívání lidí. Strauss, Corbinová (1999; 11) uvádí, že pro výzkum zkoumající podstatu něčích zkušeností, chování a prožívání lidí, a k získání detailních informací a nových názorů se hodí spíše kvalitativní výzkum. Proto se domnívám, že pro zkoumání mnou zvoleného tématu je kvalitativní výzkum vhodnější.

Diplomová práce navazuje ne seminární práci z druhého semestru, ve které jsem provedla kvalitativní analýzu rozhovoru s příslušníkem romské menšiny. Rozhovor byl zaměřen na respondentovy zkušenosti, názory a pocity, které prožíval při pobytu ve zdravotnickém zařízení. Analýzou rozhovoru jsem došla k závěru, že kvalitní komunikace je podmínkou dobré spolupráce a prevence nedorozumění. V komunikaci s Romy je důležitá neverbální komunikace, nepoužívat odbornou terminologii, trpělivost, vysvětlování a názornost. Aby se předešlo nedorozuměním je nezbytné ověřit si, zda pacient všemu správně porozuměl. Vlivem častých nedorozumění může vzniknout nedůvěra pacienta ke zdravotníkům, která negativně

ovlivňuje i prožívání nemoci. Na prožívání a vnímání nemoci má vliv míra emocionality, ale i vzorce chování a žebříček hodnot.

V diplomové práci bych se kromě komunikace, prožívání nemoci a přístupu zdravotníků k Romům, chtěla zaměřit na názory respondentů, jak současný stav zlepšit. Co pro to mohou udělat Romové a co zdravotníci. V tomto mě inspiroval respondent, s nímž jsem dělal první rozhovor, který už nějaká řešení navrhoval. Při dalších rozhovorech bych se chtěla pokusit více rozvíjet respondentovi odpovědi a tak získat více užitečných informací.

Metodika

Ke zkoumání problému jsem zvolila metodu nestandardizovaného rozhovoru. Tato metoda spočívá ve vedení rozhovoru podle předem připraveného „obecného plánu, který nezahrnuje výčet otázek, jejich znění ani pořadí“ (Babbie v Disman, 2000; 308) Výhodou této metody je možnost rozvíjení respondentových odpovědí a tedy, v případě mého výzkumu, hlubší poznání pocitů a zkušeností respondenta.

K usnadnění navázání kontaktu s respondenty budu kontaktovat organizaci spolupracující s romskými spoluobčany, např. Romské kulturní centrum v Brně, Romské středisko v Pardubicích apod., jehož pracovníky po seznámení s výzkumem požádám o zkontaktování s respondentem. Další respondenty se budu snažit získat prostřednictvím tohoto respondenta, eventuálně opět přes organizaci pracující s Romy. Tato technika výběru vzorku, kdy jeden respondent výzkumníkovi doporučí dalšího respondenta, se nazývá technika sněhové koule („snowball technique“). (Disman, 2002; 114, 115, 304) V navazování kontaktu s Romy přes organizaci, kterou navštěvují a v jejíž pracovníky mají důvěru, se mi osvědčilo již při získávání respondentů pro kvantitativní výzkum v rámci bakalářské práce. Po několika neúspěšných pokusech získání romského respondenta jsem navštívila Romské kulturní centrum v Brně, jehož pracovnice mi ochotně pomáhaly se získáváním respondentů. Také někteří respondenti mě doporučili ke svým známým. O obtížnosti získat romského respondenta bez zprostředkovatele, jsem se přesvědčila i při práci na již výše zmiňované seminární práci. Tyto zkušenost mne utvrdily v přesvědčení, že získávání respondentů prostřednictvím organizace pracující s Romy, eventuálně jiné zprostředkovatele, bude nejvhodnější.

Vzorek respondentů by měl být co nejpestřejší, tak abych získala rozhovory od Romů různého sociálního postavení a vzdělání, od Romů žijících v romské komunitě

i mimo ni. Dále bych chtěla požádat o rozhovor některou z romských osobností. Různorodost výzkumného vzorku by měla vést k teoretické nasycenosti.

Po navázání kontaktu seznámím respondenta s výzkumem, tj. vysvětlím mu kdo jsem, čím se výzkum zabývá a proč jej dělám. Upozorním ho, že výzkum je anonymní a že od něj může kdykoliv odstoupit. Požádám o souhlas s nahráváním rozhovoru na diktafon a zeptám se, zda v případě potřeby bude ochoten setkat se se mnou opakovaně. Bude-li s výzkumem souhlasit, domluvíme se na místě a termínu rozhovoru a na čase, který bude respondent ochoten rozhovoru věnovat.

K analýze přepsaného rozhovoru použiji metodu otevřeného kódování, která je jednou z částí grounded theory (Strauss, Corbinová 1999; 42-52). Každý rozhovor okóduji a na základě podobností utřídím údaje do kategorií. Při analýze budu pracovat nejen z úryvky rozhovorů, ale i s výsledky jiných výzkumů a texty zabývající se stejnou problematikou. Rozhovory a jejich analýzu budu provádět tak dlouho, dokud nedojde k teoretické nasycenosti, tj. dokud budou rozhovory přinášet nové informace vztahující se k některé z kategorií.

Literatura

1. ANASTASSIADOU, H. *Transkulturní péče – podněty z praxe*. V Multioborová interdisciplinární a mezinárodní konference v ošetrovatelství – neperiodická recenzovaná publikace; Olomouc 3. – 4. září 2002, Praha: Grada, 2002
2. ČÍŽKOVÁ, M. *Uspokojování potřeb pacientů jiné kultury*. Bakalářská práce. Brno: LF MU, 2003.
3. DISMAN, M *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002.
4. LEININGER, M. *What Is Transcultural Nursing?* The Transcultural Nursing Society, 1998. <http://www.tens.org/introduction/tenursing.htm>, 4. října 2005.
5. MAREK, J., KALVACH, Z, SUCHARDA, P A KOL. *Propedeutika klinické medicíny*. Praha: Triton, 2001.
6. MAREŠ, J. *Příprava lékařů na jednání s menšinami*. Praktický lékař 81, č.7, 2001.
7. MASTILIAKOVÁ, D. a kol.: *Komunikace s cizinci při poskytování zdravotní péče a respektování jejich transkulturní / multikulturní odlišnosti v rámci českého právního řádu. Implementace multikulturního přístupu do výuky ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2002.

8. *Multikulturní ošetřovatelství – soubor materiálů z kurzu. Ústav teorie a praxe ošetřovatelství při LF Olomouc. 14., 21., 28. ledna 2002,*
9. NAVRÁTIL, P. a kol. *Romové v české společnosti.* Praha: Portál, 2003.
10. STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a metody zakotvené teorie.* Boskovice: Albert, 1999.
11. ŠIŠKOVÁ, T. *Menšiny a migranti v České republice: my a oni v multikulturní společnosti 21. století.* Praha: Portál, 2001.
12. ŠIŠKOVÁ, T. *Výchova k toleranci a proti rasismu.* Praha: Portál, 1998.
13. ŠPIRUDOVÁ, L. a kol.: *Integrace cizinců aneb překonávání komunikačních a kulturních bariér při péči o pacienty odlišných etnik a kultur.* V Multioborová interdisciplinární a mezinárodní konference v ošetřovatelství – neperiodická recenzovaná publikace; Olomouc 3. – 4. září 2002, Praha: Grada, 2002
14. *Transcultural Nursing Basic Concepts & Case Studies.* <http://www.culturediversity.org/>, 14. října 2005.

Harmonogram prací

Rozbor problému na základě relevantní literatury Formulace výzkumní otázky Popis metodiky	Do 30.9.2005
Sběr dat + analýza rozhovorů	1.10. 2005 – 28.2. 2006
Závěry	1.3. – 30.4. 2006

16. května 2005

Marie Čížková

.....

