

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ZVLÁŠTNOSTI JEDNÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ
S PŘÍSLUŠNÍKY ROMSKÉ KOMUNITY**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

LADA KOBRLOVÁ

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

HRADEC KRÁLOVÉ

2006

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

**THE HEALTH WORKERS' DEALING
WITH MEMBERS OF ROMANY COMMUNITY**

PECULIARITIES OF COMMUNICATION

BACCALAUREATE DISSERTATION

LADA KOBRLOVÁ

Leader of dissertation: Doc. PhDr. Jana Kutnohorská, CSc.

HRADEC KRÁLOVÉ

2006

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím citované literatury.

V Hradci Králové, dne

.....
vlastnoruční podpis

PODĚKOVÁNÍ:

Děkuji Doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za odborné vedení bakalářské práce,
MUDr. Jitce Koblíkové za poskytnutí studijních materiálů a za pomoc při distribuci dotazníků,
Mgr. Lence Holubičkové za jazykovou korekturu práce,
všem respondentům šetření za vzornou spolupráci při vyplňování dotazníků.

Motto: Prohlubujme to, co nás spojuje.

Překonávejme to, co nás rozděluje.

Uchovávejme to, co nás rozlišuje.

Sv. Bernard z Clervaux

OBSAH

	str.
ÚVOD	7
1. Cíle práce	8
2. TEORETICKÁ ČÁST	9
2.1 Vymezení pojmů	9
2.1.1 Etnikum, etnicita, etnické vědomí	9
2.1.2 Rasa, rasismus	9
2.1.3 Národ, národnost, národnostní menšina	10
2.1.4 Menšina a dominantní skupina, marginalita a segregace	11
2.1.5 Kultura, subkultura	11
2.1.6 Multikulturní, interkulturní a transkulturní přístupy	13
2.2 Komunikace s příslušníky národnostních menšin	14
2.2.1 Faktory komunikace	14
2.2.2 Zásady pro jednání v konfliktní situaci v interetnických vztazích.....	16
2.3 Romské etnikum v České republice	17
2.3.1 Kdo jsou Romové	17
2.3.2 Stručná zmínka o historii Romů	18
2.3.3 Romové v ČR po druhé světové válce	20
2.3.4 Struktura romské komunity v ČR	22
2.3.5 Geodemografické charakteristiky romské populace v ČR	23
2.3.6 Vztah Romů k majoritě	23
2.3.7 Tradiční hodnoty	24
2.3.8 Některé tradiční zvyky a praktiky	27
2.3.9 Jazyková specifika	30
2.3.10 Komunikační styl	31
2.3.11 Kontakt Romů se systémem zdravotní péče ve zdraví a nemoci	33
2.3. Výzkumná šetření zkoumající postoje majority k Romům	35
2.4.1 Romská komunita a její situace (1997)	35
2.4.2 Zkušenosti českých sester (2000)	36
2.4.3 Evropský hodnotový systém – tolerance (1991-2001)	36
2.4.4 Koho by měli Češi nejraději za souseda (2005)	37

3. EMPIRICKÁ ČÁST	38
3.1 Cíle výzkumu	38
3.2 Metodika vlastního šetření	39
3.2.1 Výzkumný nástroj	39
3.2.2 Pilotní šetření	39
3.3.3 Sběr dat	39
3.3.4 Charakteristika zkoumaného vzorku	40
3.3.5 Způsob vyhodnocování odpovědí	40
3.3. Výsledky šetření	41
3.3.1 I. Část dotazníku	41
3.3.2 II. Část dotazníku	42
4. DISKUSE	71
4.1 Kontakt s Romy	71
4.2 Jednání zdravotníků s Romy	72
4.3 Zkušenosti s romskými pacienty/jejich rodinnými příslušníky	74
4.4 Změna vztahu k Romům	75
4.5 Informovanost o kulturních odlišnostech Romů	77
4.6 Zájem o další informace	78
5. ZÁVĚR	79
6. LITERATURA A PRAMENY	82
7. SEZNAM TABULEK	84
8. SEZNAM GRAFŮ A SCHÉMAT	86
9. PŘÍLOHY	88
10. RESUMÉ	

ÚVOD

Zdravotníci jednají s Romy v situacích, kdy jde o skutečné či domnělé ohrožení zdraví nebo života. Setkávají se lidé s různými hodnotami, názory, s odlišnou výchovou. Do tradičních rolí zdravotník – pacient se někdy promítají i role příslušník většiny – příslušník menšiny. Na obou stranách stojí určitá, často neuvědomovaná předpojatost, někdy až ve vystupňované formě předsudků.

Globalizace a celosvětové změny znamenají mimo jiné i příliv cizinců - turistů, zahraničních pracovníků, uprchlíků, lidí z nejrůznějších konců světa. Do povědomí se dostávají pojmy multikulturalismus, transkulturalismus. Při jednání s cizincem, zvláště pokud mluví zcela odlišným jazykem, se většinou automaticky předpokládá, že bude třeba přizpůsobit svůj přístup kulturním zvláštnostem tohoto člověka s ohledem na zemi původu a prostředí, z nichž dotyčný vzešel.

Pokud jde o člena romské komunity, nebývá nutnost změny přístupu tak zřejmá. Romové žijí v naší zemi již dlouhý čas, jsou občany tohoto státu, většinou mluví i rozumí česky, tak proč měnit přístup? Proč by nemělo stačit profesionální chování bez neznevýhodňování či naopak neopodstatnělého zvýhodňování? Stejně, jednotné, rovnoprávné zacházení předejde pocitům méněcennosti, obviněním z předpojatosti, diskriminace.

Nebo ne? Co když i přes dobrou snahu jednat stejně, neodpovídá výsledek jednání původnímu očekávání.

Téma zvláštnosti jednání zdravotníků s příslušníky romské komunity jsem zvolila na základě vlastních, téměř patnáctiletých, zkušeností s těmito pacienty. V počátku mnohých konfliktů, kterých jsem byla svědkem, stál někdy jen odlišný pohled na stejnou situaci. Stačil běžný dotaz, žádost, poznámka či gesto ze strany zdravotníka, které si dotyčný Rom či dotyčná Romka špatně vyložili, a původní běžná komunikace přerostla v konflikt. Následná reakce se zdála neopodstatněná, nepřiměřená vyvolávajícímu podnětu, zahrnovala hrubá slova, nepublikovatelné urážky, vyhrožování fyzickým násilím. Zvláště negativně působily urážky s rasovým podtextem a kletby ve smyslu přivolávání nemoci a smrti na nejbližší rodinné příslušníky. Pocity křivdy zůstaly na obou zúčastněných stranách a je pravděpodobné, že ovlivnily i další vzájemný vztah.

Zajímalo mne, zda by hlubší znalosti a informace o tomto etniku ozřejmily někdy obtížně pochopitelné reakce a chování některých Romů, zda by mohly pomoci zdravotníkům při jednání s příslušníky tohoto etnika.

1. Cíle práce

Cílem teoretické části práce bylo:

- obeznámit s problematikou komunikace s menšinami
- přiblížit historii romského etnika;
- seznámit s kulturními specifiky Romů;
- obeznámit se zvláštnostmi komunikačního stylu Romů;
- nastínit možné problémové oblasti ve vztahu k zdravotnictví.

Cílem empirické části práce bylo zjistit:

- jak častý je pracovní a mimopracovní kontakt zdravotníků s Romy;
- jak se zdravotníci snaží jednat s příslušníky romské komunity;
- jaké mají zdravotníci zkušenosti s romskými pacienty a jejich rodinnými příslušníky;
- zda práce ve zdravotnictví ovlivnila vztah zdravotníků k Romům;
- informovanost zdravotníků o problematice menšin se zřetelem na romské etnikum;
- zájem o informace týkající se kulturních specifík romského etnika.

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. Vymezení pojmů

2.1.1. Etnikum, etnicita

Teorie o etnické diferenciaci lidstva mají velmi staré kořeny. Výraz „*etnikum*“ pochází z antické řečtiny, v níž pojem „*ethos*“ znamenal „kmen, rasa, národ“, a následně latinského *ethnicus*, což znamená pohan, pohanský.

Etnická skupina je historicky vzniklý sociální celek se společnými a specifickými etnickými rysy, jakými jsou jazyk, kultura, náboženství, barva pokožky, národní a geografický původ předků aj. Její členové z generace na generaci udržují a šíří jedinečné kulturní a sociální dědictví.

Etnicita je vzájemně provázaný systém kulturních, rasových, jazykových a teritoriálních faktorů, historických osudů a představ o společenském původu, které působí v interakci a utvářejí etnické vědomí jedince.

Etnická příslušnost znamená sounáležitost jedince s etnickým společenstvím na základě objektivních (teritorium, jazyk) a subjektivních (postoje, zvyklosti, hodnotový systém) složek jeho etnicity.

Etnické vědomí je vědomí sounáležitosti s určitou etnickou skupinou na základě společně sdílených objektivních složek etnicity nebo rodového původu. Představuje souhrn názorů na původ, etnický prostor (vlast), historické osudy, postavení, úlohu a povahu vlastního etnika a na jeho místo mezi ostatními etniky. (Ivanová, 2005, s. 19-21)

2.1.2. Rasa, rasismus

Rasa z pohledu biologického jsou lidé sdílející genetické dědictví projevující se odlišnými fyzickými rysy. V současnosti se nejčastěji užívá toto dělení:

1. plemeno euroasijské (europoidní) = bílé; rozšířené v Evropě a Malé a Přední Asii, na Kavkaze a v severozápadní Indii;
2. plemeno asijsko-americké (mongoloidní) = žlutohnědé; obývající většinu asijské pevniny, ostrovy v jihovýchodní Asii, k této rase patří i původní obyvatelstvo Ameriky;
3. plemeno ekvatoriální (negroidní) = černé; rozšířené zejména v Africe na jih od Sahary a zahrnující i některé malé skupiny v jihovýchodní Asii. (Ivanová, 2005, s. 35)

Existuje také pojetí ras v kulturní antropologii, sociologii, interkulturní psychologii a filozofii, které se odvozuje z kulturních fenoménů, jakými jsou vzorce chování, jazykové a náboženské a jiné charakteristiky. Mluví se např. o rase germánské, románské, nordické, židovské, arabské nebo slovanské, není však spolehlivě vysvětlen vztah mezi somatickými znaky členů určité rasy a kulturními příznaky jejich chování.

Rasismus je ideologií spojující psychologické kvality jednotlivců s viditelnými fyzickými rysy, jež se nikdy nemohou změnit. Lidstvo dělí do přesně vymezených ras, z nichž některé jsou lepší a jiné horší. (Ivanová, 2005, s.36)

2.1.3. Národ, národnost, národnostní menšina

Národ je osobité a vědomé kulturní a politické společenství, na jehož utváření mají největší vliv společné dějiny a společné území.

Národy se identifikují podle kulturních kritérií (jazyk, náboženství, společná dějinná zkušenost), politických kritérií (vlastní stát nebo autonomní postavení v mnohonárodnostním či federativním státě) a podle psychologických kritérií (jedinci sdílejí společné vědomí o své příslušnosti k určitému národu).

Národnost znamená příslušnost k určitému národu nebo etniku. (Ivanová, 2005, 21-22)

Národnostní menšina

Zákon č. 273/2001 Sb., o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů vymezuje pojem národnostní menšina v paragrafu 2 takto:

1. Národnostní menšina je společenství občanů České republiky žijících na území současné České republiky, kteří se odlišují od ostatních občanů zpravidla společným etnickým původem, jazykem, kulturou a tradicemi, tvoří početní menšinu obyvatelstva a zároveň projevují vůli být považováni za národnostní menšinu za účelem společného úsilí o zachování a rozvoj vlastní svébytnosti, jazyka, kultury a za účelem vyjádření a ochrany zájmů jejich společenství, které se historicky vytvořilo.
2. Příslušníkem národnostní menšiny je občan ČR, který se hlásí k jiné než české národnosti a projevuje přání být považován za příslušníka národnostní menšiny spolu s dalšími, kteří se hlásí ke stejné národnosti. (Ivanová, 2005, s. 169-170)

2.1.4. Menšina a dominantní skupina

Dominantní skupina tvoří v dané společnosti většinu (majoritu).

Minorita (menšina) obecně znamená jakoukoli skupinu lidí vymezenou nějakým sociologicky významným společenským znakem, která je početně menší než jiná skupina. Nejčastěji jde o skupinu podřízenou, členové menšiny si jsou vědomi jistého sociálního znevýhodnění. Nejdůležitější charakteristikou menšiny jsou skupinové vazby, pravidla a společenské zvyklosti. Vazby uvnitř skupiny jsou buď posilovány zájmem členů o udržení své integrity nebo naopak rozměňovány, pokud si skupina přeje svou odlišnost.

Marginalita znamená okrajovost, vyloučenost. Menšinová skupina bývá často marginální. Sociální skupiny v důsledku vyloučení nucené žít na okraji společnosti se uzavírají a vytvářejí si uvnitř skupiny negativní strategie přežití. Výsledkem často bývá výrazné chudnutí těchto skupin v důsledku nezaměstnanosti a omezenějších životních příležitostí.

Segregace znamená fyzické oddělení dvou skupin. (Ivanová, 2005, s. 33-34)

2.1.5. Kultura, subkultura

Pod pojem kultura lze zahrnout vše, co člověk během svého historického vývoje vytvořil a dále vytváří, celý komplex myšlenek, názorů a postojů, prvků posvátných i světských, každodenních i svátečních, statků hmotných i nehmotných, předmětů uměleckých i užitečných. Patří sem instituce, jimž se člověk podřizuje nebo které sám vytváří, způsoby chování a reakce na chování druhých. Kultura prostupuje všechny oblasti života, podléhá změnám v prostoru i v čase. (Buryánek, 2002)

Socializace je proces začleňování jedince do sociálního prostředí. Týká se pravidel, norem a institucí jako hlavních nástrojů organizování společností, které jsou spojeny s hodnotami kulturními. Člověk si osvojuje skupinové normy a hodnoty a učí se sociálním rolím, které jsou spojeny s určitými pozicemi, a dalším schopnostem a dovednostem.

Enkulturation je proces, předávání a objasnění kulturní vize společnosti, především kulturních hodnot, z generace na generaci.

Akulturation znamená nevědomé i vědomé změny v kulturních vzorech, způsobených intenzivním kontaktem dvou odlišných autonomních sociokulturních systémů.

Asimilace je postupné včleňování jednoho etnika a jeho kultury do jiné kultury. Znaky původní kultury se ztrácejí a nahrazují je znaky přejímané kultury. Přirozená, nenásilná asimilace může vzájemně obohacovat participující společenství. (Ivanová, 2005, s. 29-30)

„Neexistují kultury horší či lepší, vyšší či nižší, rozvinutější či primitivnější, stejně jako nelze podobným způsobem srovnávat třeba jazyky“.

(Buryánek, 2002, s. 34)

Kulturní relativismus považuje každou kulturu za jedinečný fenomén. Není možné zcela pochopit cizí skupinu, pokud člověk není jejím příslušníkem.

Etnocentrismus stojí v protikladu ke kulturnímu relativismu, dle svých etnických hodnot a idejí hodnotí všechny ostatní skupiny a společnosti. V negativním smyslu se projevuje jako neschopnost vnímat jiné kultury jako stejně hodnotné.

(Ivanová, 2005, s. 27)

Kulturní šok je způsoben nečekanými nebo překvapujícími zjištěními, která vyvolává kontaktem s cizí, neznámou kulturou. Lidé, vstupující do neznámého prostředí zakoušejí pocity dezorientace a stresu.

(Ivanová, 2005, s. 30)

Subkultura

Hodnoty uznávané jedincem vychází jednak z nabídky možností, poskytovaných kulturou, jednak z individuálních předpokladů a zkušeností. Proto se kulturní celek dělí na podskupiny zvané **subkultury**, které sice v podstatě ze souhrnného celku vycházejí, avšak odlišují se v jednotlivostech.

(Buryánek, 2002)

Systém zdravotnické péče představuje subkulturu s vlastními pravidly, zvyky a jazykem, které mohou být pro laiky, zvláště pokud pochází z jiné kultury, matoucí. V tomto systému patří diagnostika a léčba do kompetence lékařů, léčebné metody, často komplikované a nepříjemné, se vždy musí zakládat na vědeckých poznatcích. Terapeutický proces však často postrádá emocionální složku. Lékařská terminologie či výrazy zdravotnického žargonu nemusí být pacientům a jejich rodinám srozumitelné.

Pokud zdravotníci proniknou do této subkultury a pochopí její hodnoty, mohou si snáze uvědomit rozdíly mezi vlastními hodnotami a hodnotami pacientů.

(Špirudová, 2002)

2.1.6. Multikulturní, interkulturní a transkulturní přístupy

Multikulturalismus je:

- stav společnosti, v níž vedle sebe žijí různé sociokulturní skupiny s osobitými systémy institucí, tradicí, postojů a hodnot, avšak koexistence různých skupin nemusí automaticky znamenat toleranci a respekt ve vzájemných vztazích.
- proces, při němž dochází k výměně kulturních statků, k vzájemnému ovlivňování kulturních systémů, eventuálně k vytváření nových systémů.
- vědecká teorie zkoumající a srovnávající odlišné náhledy na svět, rozdílná pojetí reality, rozmanité vzorce jednání, komunikační kódy, kulturní odlišnosti.
- společenský cíl, kterým je vědomé úsilí o vytvoření pluralitní společnosti zahrnující množství rozdílných sociokulturních skupin, jejichž soužití má být založeno na rovnosti, toleranci, respektu, dialogu a konstruktivní spolupráci.

(Buryánek, 2002, s. 11-12)

Interkulturalismus směřuje k přijímání a respektování rozdílů. Lidé by se měli učit a mít užitek z poznávání jiných kultur prostřednictvím vlastních zkušeností. Různí lidé by měli být schopni žít společně s lidmi jiných kultur.

(Kutnohorská, 2005, s. 236)

Transkulturalismus staví do centra pozornosti nikoliv kulturu, ale obousměrnou integraci a komunikaci mezi většinovou společností a menšinovými skupinami.

(Ivanová, 2005, s. 16)

Transkulturní ošetřovatelství, jehož základ tvoří úzké propojení kultury a péče ve smysluplných vztazích, se rozvíjí především zásluhou profesorky Madeleine Leiningerové, která je autorkou teorie kulturně diverzifikované (různorodé) a univerzální (shodné a všestranné) péče, jež spočívá v poznání, pochopení a využívání společných i rozdílných znaků kultur při poskytování ošetřovatelské péče.

K vytvoření této zajímavé teorie vedly M. Leiningerové vlastní zkušenosti z dob, kdy jako sestra specialista pečovala o dětské psychiatrické pacienty pocházející z různých kultur, kteří se lišili prostředím, z něhož pocházeli, způsobem komunikace, zvyky, výchovou, postoji k léčbě, režimem spánku a odpočinku, druhy her. Na základě těchto poznatků vytvořila svoji teorii, jež se stala základem transkulturního ošetřovatelství.

(Špirudová, 2006)

2.2. Komunikace s příslušníky minorit

Chování české majority se v mnohém liší od chování a jednání příslušníků různých menšin. Velké riziko nepochopení může představovat komunikace, neboť se střetávají často zcela odlišné komunikační styly.

Z hlediska lingvistiky znamená komunikace „vysílání a přijímání vzkazů“. V každém kroku komunikačního procesu lze chybovat. Pokud se vysílající (mluvčí) správně nevyjádří nebo použije nevhodná slova a mimoslovní komunikaci, může si příjemce (naslouchající) jeho vzkaz chybně vysvětlit. Na druhé straně může vysílající podat přesný a jasný vzkaz, avšak příjemce si kvůli nepozornému naslouchání může z jeho sdělení vyvodit nesprávné závěry a následně neadekvátně reagovat.

Lidé pocházejí z různých míst, liší se kulturou, etnickým původem, očekáváními, představami, zkušenostmi, tudíž se liší i jejich reakce a schopnost správného pochopení informací, které vysílá druhá strana. V důsledku těchto vzájemných odlišností může docházet k mnoha nechtěným nedorozuměním a konfliktům. (Šišková, 2001)

2.2.1. Faktory komunikace

Existuje mnoho faktorů, jež mohou komunikaci ovlivnit. Profesor Dean Barnlund ze Státní univerzity v San Francisku považuje za hlavní faktory komunikace hodnoty, percepce, předpojatost a komunikační styl. Výsledek komunikačního procesu tedy záleží na tom, nakolik se zúčastnění shodnou či neshodou v těchto čtyřech bodech.

Hodnoty

Své hodnoty přijímá jedinec v rámci socializace, učí se jim od dětství, představují názory rodičů a společnosti, kterých si člověk váží a považuje je za významné a důležité. Hodnotový systém vymezuje kritéria, podle kterých člověk žije a v případě, že se dotýčný podle těchto hodnot neřídí, následují patřičné sankce. Kvůli odlišnému pojetí hodnot vznikají mnohá nedorozumění a konflikty. Když žijí dvě skupiny s odlišnými vzorci chování v těsné blízkosti, může se rozdílný hodnotový systém stát příčinou konfliktů.

Rozdílný život některých minorit, jejich tradice, hodnoty a zkušenosti jsou natolik odlišné od hodnot většinové společnosti, že mohou značně zkomplikovat vzájemné soužití. Např. hodnota běžné romské rodiny kontrastuje s normou mít jen 1 – 2 děti. Hodnota žít dnes a zajistit vše v přítomnosti kontrastuje s orientací na dosažení perspektivního cíle v budoucnosti a nutností dlouhodobé přípravy na něj, což je typické pro majoritu.

(Šišková, 1999, 2001)

Percepce (vnímání)

Faktor percepce upozorňuje na možnost vidět jednu situaci, zážitek, věc z různých úhlů, tedy odlišně. Každý vidí situaci jinak, a aby nedocházelo ke konfliktu či nedorozumění, je nutné si vyjasnit názory a pokusit pohlédnout na situaci také očima toho druhého. Naše vnímání ovlivňují předchozí zkušenosti, získané informace, námi uznávaný systém hodnot, atmosféra situace.

Například člen majority může vnímat problémy česko-romského soužití v devastaci bytů, kriminalitě, záškoláctví, hluku v okolí, zneužívání systému sociálních dávek. Romové mohou problémy spatřovat v diskriminaci, nedostatku vhodných bytů, obtížnému a nerovnému přístupu ke vzdělání, nezaměstnanosti. (Šišková, 1999, 2001)

Faktor „předpojatost“

Předpojatost vyplývá z hodnotových vzorců chování, tradic, zkušeností, informací či dezinformací a ze sociální percepce. Vede k závěrům a interpretacím, které se berou za pravdivé bez dalších důkazů. (Šišková, 2001)

Obecně platí, že čím je nám nějaká subkultura bližší, čím více informací o ní máme, tím kladněji ji hodnotíme. Naopak čím nepochopitelnější se nám zdá, čím méně toho o ní víme, tím se nám jeví nebezpečnější a ohrožující. Jinou variantou může být přítomnost nesprávné, zkreslené informace. To nastane, pokud člověk přejímá hodnocení ostatních, aniž by si je ověřoval v každodenním životě. (Buryánek, 2002)

Mnohé předsudky a předpoklady často společně sdílí široký okruh lidí. Tito jedinci si ani nemusí uvědomit, že jde o zobecněné informace, představy a stereotypy. Generalizace může v současném složitém světě zahlceném informacemi pomoci, protože jejím prostřednictvím lze značně zjednodušit pohled na osoby, věci i jevy. Může však také škodit a ubližovat, pokud se druzí hodnotí na základě jednoho rysu – barvy pleti, oděvu, momentálního chování a když se právě kvůli příslušnosti k určité skupině odsoudí. Kvalitní a fundované informace, pozitivní příklady mohou generalizovaný model narušit a vést k diferenciaci a konkretizaci. (Šišková, 2001)

Faktor „komunikační styl“

Projev člověka ovlivňuje pouze asi ze 7% verbální komunikace, 38% informací se vnímá tónem hlasu, způsobem sdělení, 55% informací podá mimoslovní sdělení. Účastníci komunikace tedy nezpracovávají pouze slova, ale vnímají i tón, upřímnost a přesvědčivost hlasu. Vnímají také držení těla, pohyby, gesta, přesvědčivost očí, tváře, celého těla.

Každý má svůj osobitý komunikační styl, který ovlivňují kulturní zvyklosti a tradice každé skupiny obyvatel. Interetnická komunikace překonává řadu bariér, vyžaduje čas a trpělivost, aby nedocházelo ke zbytečným konfliktům. Důležité je nezobecňovat negativní zkušenost, mluvit vždy konkrétně, rozlišovat. Také je vhodné zamyslet se nad nebezpečnými důsledky stereotypů, neposuzovat člověka podle zevnějšku, ale podle jeho nitra. (Šišková, 2001)

2.2.2. Zásady pro jednání v konfliktní situaci v interetnických vztazích

- Brát v úvahu:
 - jazykové rozdíly;
 - odlišná očekávání;
 - jiný přístup ke konfliktu;
 - je-li to možné, mít k ruce někoho, kdo se vyzná v obou kulturách;
 - zkoumat neznámou kulturu a opatřit si o ní dostatek informací.
- Informovat se o hodnotách a zvycích vlastní kultury.
- Nespěchat, zpomalit proces vyjednávání nebo řešení konfliktu.
- Vyjasnit si stanoviska a očekávání.
- Uplatnit své komunikační techniky, užívat technik aktivního naslouchání, brát v potaz čtyři hlavní faktory komunikace.
- Nevyhýbat se odlišnostem, snažit se vnést světlo do témat, kterým některá ze stran nerozumí.
- Pokusit se o analýzu toho, jak věci fungují, nikoli proč jsou takové, jaké jsou.
- Změnit hodnocení v dotazy.
- Zajistit zpětnou vazbu. (Šišková, 2001, s. 184 – 185)

2.3. Romské etnikum v České republice

2.3.1. Kdo jsou Romové

Etnická skupina Romů tvoří přirozenou lidskou pospolitost, která je vymezena:

- sociálně politicky, což znamená rozvrstvení skupiny ve společenské strukturu a její postavení ve větším celku,
- etnokulturně, což se projevuje ve vlastním jazyce, tradicích, komunitním životě, vzájemné soudržnosti,
- historicky, tj. postupným rozvojem skupiny v čase a prostoru. (Nečas, 1999)

K etnickému jménu Rom se hlásí většina Romů na světě. Slova „Rom“- muž, „Romni“- žena a „Roma“ lidé vymezují ve vlastním chápání těchto lidí jejich různorodé romské pospolitosti. Přívlastky jedné subetnické skupiny se měnily podle pohybu jejich příslušníků různými územními celky. Autonomní přívlastky používala skupina k vlastní identifikaci od jiných podskupin, přívlastky apelativními je nazývaly jiné skupiny Romů či neromové.

Romové v Anglii sebe označují jako „Romaničel“, ve Francii jsou „Manušové“, ve Španělsku „Kale“, v Německu „Sinti“.

Dále se Romové mezi sebou dělí na *žuže Roma*, „čisté“, a *degeša*, „nečisté“, na městské a vesnické, bohaté a chudé. V současné době se ještě rozlišuje, zda jsou Romové asimilovaní či neasimilovaní, integrovaní či neintegrování, vzdělaní či nevzdělaní. Neplatí tedy, že jsou všichni Romové stejní. (Hübschmannová, 1998, Frištenská, Víšek, 2002)

Výraz „Cikán“ vznikl z řeckého výrazu *Atsinganoi*, což bylo jméno kacířské sekty, která působila v 11. století v maloasijské Frýgii a věnovala se věštění a čarování. Když Romové procházeli územími, kde takto sekta působila, byli považováni za její členy, protože se věnovali podobným činnostem. Ze jména *Atsinganoi* vzniklo nejrozšířenější pojmenování Romů, které proniklo do jazyků různých národů. V němčině a holandštině se užívá označení *Zigeuner*, v italštině *Zingaro*, v rumunštině *Tsigan*, v polštině a ruštině *Cygan*.

Průchod a krátké zastavení v tzv. Malém Egyptě na Peloponésském poloostrově vedlo k záměně s africkým Egyptem, a tak byli Romové nazýváni *Egyptians*. Z tohoto pojmenování se přeneslo do angličtiny (*Gypsy*), španělštiny (*Gitanos*) či portugalštiny (*Egyptios*), v jiných jazycích se toto jméno používá v přezdívkách. (Nečas, 1998)

Mezi označením Cikán a Rom je podobný rozdíl jako mezi označením Němec a Deutche. Výrazem Němec (člověk jakoby němý, protože jeho řeči není rozumět) označili Slované lid, který sám sebe nazývá der Deutcher. (Buryánek, 2002)

Romové objektivně nejsou národem ve smyslu evropského chápání tohoto pojmu, ale tvoří nespojité komunity. Při hledání jejich identity a vymezování jejich skupin a podskupin není možné přemýšlet v zeměpisných či politických souvislostech jednotlivých evropských států, protože subetnická příslušnost Romů jde napříč těmito kategoriemi. Základní a tradiční jednotkou těchto komunit, ať žijí kdekoli a patří ke kterékoli subetnické skupině, je rodina ve smyslu rodu. (Frištenská, Víšek, 2002)

2.3.2. Stručná zmínka o historii Romů

Dějiny Romů jsou z větší části rekonstrukcí, protože Romové svou historii nezapisovali a také hmotných památek se mnoho nezachovalo. Zprávy v archivech a kronikách ostatních národů jsou útržkovité, o Romech se často píše v různých nařízeních, ediktech a zákonech evropských národů, které se z dnešního pohledu jeví jako nehumánní. (Sekyt, 1998)

Prapředkové Romů patřili zřejmě k původnímu obyvatelstvu Indie, které kolem poloviny 2. tisíciletí př. n. l. podmanili a včlenili do složitého sociálního systému indoevropských árijců dobyvatelů. Árijové se dělili na čtyři hlavní stavy (varny), k nimž přibyla i podmaněná etnika, jejichž členové se stali tzv. nedotknutelnými, což znamenalo, že se nesměli dotknout příslušníků čtyř hlavních stavů. S rozvojem hinduismu se stavy dále vnitřně dělily na kasty.

Kastu – džátí tvoří rozšířené rodiny nebo rody, které dědičně vykonávají určitou profesi, dodržují závazná pravidla a předpisy jednání a chování, od příslušnosti ke kastě se odvozuje společenský status jejich členů. Některé kasty jsou vyšší a jiné nižší, podřadnější. V ekonomické sféře se kasty vzájemně doplňují, ale v jiných oblastech života se projevuje sociální distance např. zákazem volby partnera z jiné kasty, pravidly stolování.

Předkové Romů příslušeli zřejmě k nejnižším a opovrhovaným kastám původního obyvatelstva, označovaným majoritní společností jako Domové. Členové těchto kast se věnovali kovářství a kotlářství, obchodu, podvodům a krádežím dobytka, uklízení a odstraňování nečistot, hudební, taneční a kejklířské produkci.

K opuštění Indie mohla Romy vést monoprofesnost, únik z území s přísným kastovním systémem, vnější vlivy či kombinace všech zmíněných faktorů. O zemích, kterými Romové putovali, svědčí převzaté výrazy z místních jazyků. Procházeli a na nějaký čas i pobývali v perské říši, dostali se do Arménie, z Malé Asie pokračovali do Evropy.

Do Evropy se nejprve postupně dostávaly menší skupiny, které většinou nepůsobily větší potíže. V průběhu roku 1417 pronikaly na evropská území náhle a soustředěně daleko početnější romské pospolitosti. Z této doby pocházejí také první doložené prameny o pobytu Romů u nás. Během svého putování se Romové obeznámili s křesťanskými tradicemi. V té době bylo povinností dobrých bohabojných křesťanů poskytnout almužnu kajícím poutníkům. Na základě znalostí těchto tradic se Romové prezentovali jako kajícníci putující světem, aby odčinili hříchy svých předků, kteří neposkytli útulek Marii s Ježíškem, když přechali do Egypta. Romští kováři také údajně vykovali hřeby, jimiž byl Ježíš ukřižován.

(Hübschmannová, 1998, Nečas, 1998)

„Romové neusilovali o včlenění do socioekonomické struktury středověké společnosti, a pokud by tak i chtěli učinit, nenašli zemi, která by jim poskytla trvalé útočiště, ani místo, kde by se mohli na delší dobu usadit. Zůstávali proto lidmi bez domova, kteří žili ze dne na den a pohybovali se z jednoho místa na druhé do okamžiku, do kterého byla okolní společnost ochotna tuto jejich životní výjimku nadále akceptovat.“ (Nečas, 1999, s.22)

Městské i vesnické obyvatelstvo vyčerpávalo neustálé vymáhání almužen, proto začalo dávat Romům milodary ve formě úplaty, jenž je měla přimět k odchodu. Pokud tak neučinili, začali být vyháněni násilím – z měst, vesnic i z jednotlivých zemí, přičemž si nikdo nekladl otázku, kam vlastně mají jít.

Romy začala pronásledovat jak církev, která je vinila z nevěrectví a čarodějnictví, tak světská moc, podle níž byli špióni, loupežníci, žháři. Pronásledování a útlak provázal Romy celými evropskými dějinami. Nejvyššího rozsahu dosáhlo pronásledování Romů ve 20. letech 18. stol., kdy bylo doloženo 182 protiromských procesů a vyneseno 93 trestů smrti. Důvodem k postihům nebyla etnická příslušnost, ale způsob života, který se vymykal kontrole mocenského aparátu a průvodními delikty (drobné krádeže, polní a lesní pych, žebrota, věštění a hádání z ruky) narušoval strukturu pozdně feudální společnosti.

Relativně mírnější útlak v jihovýchodní Evropě umožnil některým romským rodům trvalé usazení, ale v zemích západní Evropy byli Romové neustále odevšad vyháněni, většinou jim nebylo umožněno usadit se a tudíž byli stále nuceni kočovat. (Nečas, 1998, Sekyt, 2001)

V 18. století byla ve většině západních zemí politika vyhánění (eliminace) vystřídána politikou více či méně násilné asimilace. V době druhé světové války velká část západoevropských Romů skončila v nacistických koncentračních táborech. V poválečném období se stali Romové na východě i západě objektem nedobrovolné asimilační politiky a manipulace. Teprve od devadesátých let 20. století docházelo ke změnách, které přinesly Romům základní politická práva: byli uznáni jako menšina, neteritoriální národ. (Sekyt, 2002)

2.3.3. Romové v České republice po druhé světové válce

Většina Romů žijících v současnosti v České republice přišla v letech 1945-1993 ze Slovenska a mnozí stále přicházejí. Z původních českých a moravských, většinou dobrovolně asimilovaných Romů, zůstalo po válce přibližně 600 osob. Ostatní stihla smrt v nacistických koncentračních táborech.

První přistěhovalci přišli na základě vlastního rozhodnutí brzy po válce hledat pracovní uplatnění a bydlení. Většinou šlo o mladé muže, kteří během své vojenské prezenční služby působili v Čechách, následně se vrátili na Slovensko pro své rodiny a ukazovali cestu dalším příbuzným – tak docházelo k řetězové migraci. Tyto skupiny, tvořené celými velkorodinami, si zachovaly své tradice a většinou i jazyk. V místech, kde se tito Romové usadili, jsou v dnešní době již považováni za starousedlíky, s ostatním obyvatelstvem se sžili a většinou nemají vážné problémy.

Romové se usazovali v pohraničí, v oblastech po odsunutých Němcích a v průmyslových městech, jako jsou Most a Ostrava. Uplatnění nacházeli ve stavebnictví, při výkopových pracích, v komunálních a technických službách. (Nečas, 1998, Sekyt, 2001)

Záměrem státní politiky v letech 1958-1970 bylo sociální a kulturní vyrovnání romské populace s většinovou společností až po jejich vzájemné splynutí s kompletním potlačením romské etnicity. Politické byro ÚV KSČ ve svém usnesení z 8.4. 1958 zamítlo požadavky romské inteligence na uznání romské národnosti, kodifikaci romštiny a zakládání romských škol, protože by prý tato opatření vedla k posílení společenské marginalizace Romů a zpomalila jejich převýchovu. O Romech se hovořilo jako o „občanech cikánského původu“. Řešení romské problematiky spatřovala tehdejší vláda hlavně v hmotném zajištění, zaměstnanosti, bytové politice, zdravotní péči a vzdělání. (Nečas, 1998, Sekyt, 2001)

„Svůj materiální a sociální vzestup přijímala romská populace jako samozřejmost, kterou takřka samočinně a bez jejího vlastního přičinění zajišťoval stát. Podporování v těchto postojích skutečností, že rodiče a prarodiče se jenom sporadicky podíleli na výrobě a žili často i na úkor společnosti, utvářeli si Romové komplikovaný vnitřní vztah k práci a institutům sociálního zabezpečení“.

(Nečas, 1998, s. 91)

Mezi lety 1965-1970 se uplatňovala politika tzv. politiky organizovaného rozptylu, jejíž podstatou byl přesun Romů ze Slovenských do Čech a souběžná likvidace romských osad. Romové byli motivováni výkupní cenou svých většinou bezcenných chatrčí. Tito lidé se stěhovali pod nátlakem, některým byly zbořeny domky přímo před očima. Z kulturního šoku, který prodělali při radikální změně prostředí, bydlení, práce i trávení volného času, se mnozí dosud nevzpamatovali.

Léta života v osadách bez elektřiny, kanalizace, často i zdroje pitné vody je nepřipravila na život v sídlištních bytech a používání výtahů civilizace, které předtím neznali a nedovedli s nimi zacházet. Lidé z jedné osady byli záměrně rozptylováni do různých oblastí, často do míst, kde předtím žádní Romové nežili. Z velké části ztráceli a ztrácejí své tradice i jazyk. Rodinné klany z různých osad, často oddělené hlubokou kastovní propastí, byly náhle nuceny k vzájemnému soužití na jednom sídlišti, v jednom domě.

(Nečas, 1998, Hübschmannová, 1998, Sekyt, 2001)

V letech 1970-1989 státní politika přešla od koncepce asimilace k programu společenské integrace. Romové byli poprvé označeni jako zvláštní etnická skupina a potírání etnických specifik nedosahovalo tak vyhrčené podoby, jakou měla striktně asimilační koncepce předcházejícího období.

Vzhledem k počátečnímu stavu doznala romská komunita po druhé světové válce nejdynamičtější sociální vzestup ze všech skupin obyvatelstva, přesto zůstávala její obecná sociální pozice a životní úroveň poměrně nízká. Po listopadu 1989 se tato situace ještě zhoršila. Sociální propad zapříčinila kombinace tradičních faktorů s dosud neznámými jevy jako snížení poptávky po neodborné a někdy problematické pracovní síle, konkurence zahraničních dělníků, neochota zaměstnávat Romy. Nevyhovující bydlení spolu se špatnou životosprávou, nevhodnou stravou, neochotou podílet se na péči o vlastní zdraví spolu s dalšími faktory mají za následek špatný zdravotní stav romské populace.

Značná část veřejnosti spatřuje v Romech jedince, kteří se vyhýbají práci, zneužívají sociální dávky, demolují byty, mají laxní přístup ke vzdělání a péči o zdraví, a také sklony k nepoctivosti, podvodům a násilí. Takováto negativní hodnocení týkající se jednotlivců nebo určitých skupin bývají zevšeobecňována a vztahována na všechny příslušníky romské komunity. Zvyšující se napětí mezi majoritou a romskou menšinou vykrytalizovalo do mnoha konfliktů a rasově motivovaných trestných činů.

Současnost ovšem znamená pro Romy také sebeuvědomování, hledání a nacházení vlastní identity, obnovu kulturního dědictví, větší zájem o vzdělání, angažovanost v politice. Romové byli uznáni národnostní menšinou, takže Ústava jim zaručuje všechna práva a povinnosti z tohoto statutu vyplývající, vznikla také řada organizací, jak romských tak proromských, v nichž se Romům snaží pomáhat občané z řad majority. (Nečas, 1998, Buryánek, 2002)

V pohledu na romské etnikum přežívá stále mnoho polopravd a mýtů, romantických obhajob namísto objektivního vysvětlení, nepravdivých obvinění a paušalizací. Chybí také otevřené a nezaujaté posouzení některých problémových jevů na straně romské menšiny, což znesnadňuje vzájemnou komunikaci. (Frištenská, Víšek, 2002)

2.3.4. Struktura romského společenství v České republice

V České republice žije pět skupin Romů, z nichž pouze Sinti nepoužívají etnické jméno Rom. Přívlastky jako čeští a moravští, slovenští, maďarští a olašští naznačují svébytnost těchto subetnických skupin, odlišnou historickou zkušenost, jiný dialekt.

Kořeny většiny Romů, žijících na našem území se nacházejí na Slovensku, proto tvoří romské subetnické komunity určitý celek v rámci bývalého Československa. Největší skupinu představují slovenští Romové (Rumungra), pocházející ze slovenských romských osad, kde vedli po staletí usedlý život a k nám přišli po roce 1945. Dále zde žijí maďarští Romové, pocházející z jižního Slovenska.

Olašští Romové, subetnická komunita se specifickou a dobře zachovanou kulturou i jazykem, jsou co do početnosti na třetím místě. V podstatě pouze této nejdéle kočující romské skupiny se týkal zákon o zákazu kočování z roku 1958.

Na našem území přebývá pouze malý počet původních subetnických skupin Sinti a českých a moravských Romů, kteří zde žili před druhou světovou válkou a vyznačovali se vysokým stupněm integrace do české společnosti. Většina těchto Romů byla vyvražděna v nacistických koncentračních táborech. (Frištenská, Víšek, 2002)

2.3.5. Geodemografické a demografické charakteristiky romské populace v ČR

Při sčítání lidu v roce 2001 se k romské národnosti přihlásilo celkem 11 746 osob, avšak podle kvalifikovaných odhadů se počet příslušníků romské menšiny v ČR pohybuje v rozmezí 150 000 – 300 000 osob. Tímto počtem se Česká republika řadí na zhruba osmé místo v Evropě. Absolutně nejvíce Romů se zřejmě nachází v Rumunsku, avšak pokud by se vztáhl počet Romů na počet obyvatel státu, držela by prvenství Slovenská republika.

(Frištenská, Víšek, 2002, Buryánek, 2002)

Více než čtvrtina Romů žije v Severočeském kraji, v Severomoravském kraji žije stabilně asi pětina romské populace, tento kraj je však v relativním zastoupení až na třetím místě za Západočeským krajem. Nejméně Romů žije v Jihočeském kraji - až na okres Český Krumlov, kde je relativní zastoupení Romů téměř totožné s okresy Severočeského kraje.

Věková struktura romské populace představuje tzv. progresivní typ věkové struktury, pro který je charakteristický vysoký podíl dětí a velmi nízké zastoupení starých osob.

Česká republika patří v současnosti k zemím s nejnižší úrovní porodnosti na světě. Průměrný počet dětí na jednu ženu dosahuje hodnot 1,2 a nezaručuje tak prostou početní obnovu populace. Romské etnikum doposud zachovává vysokou úroveň porodnosti, která je jen omezeně regulovaná, romské ženy mají obvykle děti během celého reprodukčního období. Struktura romské populace zůstává mladá, s vysokým zastoupením dětí, které se v blízké budoucnosti dostanou do reprodukčního věku. I v případě snížení průměrného počtu dětí na jednu ženu bude absolutní počet narozených dětí velmi vysoký, a tudíž bude i početní růst zachován.

(Kalibová, 2005)

2.3.6. Vztah Romů k majoritě

Postoje majority k Romům mapují různé průzkumy veřejného mínění, ale žádný z dostupných výzkumů se nezabýval vztahem Romů k příslušníkům většinové společnosti.

Mezi Romy a členy většinové společnosti se uskutečňuje velmi omezená výměna informací na úrovni běžných lidských a sousedských vztahů. Také u Romů se traduje řada předsudků a stereotypního hodnocení vůči majoritě – např. malá láska k dětem, protože jsou nuceny dělat věci, které je nebaví, neveselý způsob života kvůli emočnímu chladu a malému zájmu o rodinu. Romové by si přáli, aby také majorita neznevažovala jejich hodnoty.

(Frištenská, Víšek 2002)

2.3.7. Tradiční hodnoty

Determinace indickým původem, pozůstatky kastovní hierarchie, historická zkušenost po staletí kočujících pospolitostí utvářely některé romské postoje a hodnoty, jako například vztah k majetku, rodině, budoucnosti či schopnost žít dlouhá léta v provizoriu, neukotvení k půdě, větší připravenost ke změně bydliště. Tradiční systém kulturních a etických norem romské komunity, udržovaných a přenášených po generace, se nazývá *romipen*.

(Hübschmannová, 1999, Frištenská, Víšek, 2002)

Život

„Život je pro Romy nejvyšší hodnotou. Vše, co vede k zachování, zmnožení a pokračování života se velmi cení a to, co život ohrožuje nebo omezuje, je vnímáno negativně. „Hlavně že žije,“ je reakce Romů na zprávu, že byl někdo vážně zraněn a že zůstane do smrti invalidní“.

(Sekyt, 2001, s. 120)

Víra v Boha

Vládne obecné přesvědčení, že Romové nemají vlastní náboženství, protože nechodí do kostela a nedovedou se modlit. Manifestování hodnot a proklamování norem ještě neznamená, že se v každodenním životě dodržují.

Bůh představuje svrchovanou hodnotu, nejvyšší sílu, k níž se člověk ve své slabosti obrací. K bezprostřednímu vztahu s touto mocí není třeba kněz ani kostel.

Pokud Romové potřebovali služby profesionálního obřadníka (při křtu, pohřbu, vymítání zlého ducha), obrátili se na toho představitele duchovní moci (faráře, kněze, popa), kterého poskytovala náboženská instituce majority.

Romové se „modlí“ neustále. Prostřednictvím modliteb s Bohem rozmlouvají, Bohu děkují, Boha prosí, chválí a oslavují, dokonce i kletby se zajišťují prosbou k Bohu. Neoprávněná kletba se však může obrátit proti proklínajícímu, a tak je lepší vložit trest do rukou Božích.

(Hübschmannová, 1999)

„Bůh pomáhá žít, anebo: Bůh pomáhá člověku udržovat ty etické hodnoty a normy, které mu pomáhají žít. Činí tak ovšem skrze bytosti, věci a jevy, které je člověk schopen vnímat“.

(Hübschmannová, 1999, s. 42)

Rodina

Základní a tradiční jednotkou romské komunity kdekoli na světě je příbuzenská pospolitost v rozsahu tří až pěti generací – famel'ija. Výraz „famel'ija“ znamená horizontální rodinu, tj. rodinu žijících příbuzných, výraz „fajta“ označuje vertikální rodinu, tj. pokrevní pouto předků a potomků. Tradiční rodina je patriarchální, muž stojí v hierarchii výše než žena, jejíž vážnost a úcta stoupá s věkem. Postavení ženy ovlivňuje i počet dětí, hlavně synů. Pokud žena nemohla mít děti, byla v očích ostatních ubohá a manželovi nikdo nezazlíval, když ji opustil. (Hübschmannová, 1999, Frištenská, Višek, 2002)

Harmonické udržování příbuzenských vztahů bylo velmi důležité, účast širokého příbuzenstva na oslavách jako jsou křtiny, svatba či pohřeb, byla závazná. Návštěva příbuzných, kteří se dlouho neviděli, je zcela závazný obřadný ceremoniál a hostitel má povinnost návštěvu uctít, i kdyby si na jídlo musel vypůjčit. (Hübschmannová, 1999)

Děti

Romská rodina je početnější, v bytě či domě žijí zpravidla i další příbuzní, proto jsou vztahy přísně hierarchizovány, ale přesto má slovo každého svou váhu, děti nevyjímaje. Děti se proto nebojí říci, co mají na srdci, aniž by musely čekat na udělení slova.

Romská matka není zvyklá na dítě neustále hovořit, proto romské děti začínají obvykle mluvit později a většinou nemají stejnou jazykovou zásobu jako české děti. Romská matka svému dítěti rozumí beze slov, vzájemné pouto se upevňuje především blízkým fyzickým kontaktem – mazlením a chováním. Dětský mluvený projev nebývá korigován, upřesňován, opravován. České děti dovedou jazykem lépe sdělovat obsahy, romské děti cizí.

Malé děti, zejména chlapci nebývají vedeny k samostatnosti v sebeobsluze, vše obstará matka nebo starší sestra. Děti nebývají vedeny ani k samostatnosti při rozhodování, k samostatné práci či hře – vše se děje společně, v kolektivu. Mají také jiné návyky kázně a pořádku, jejich výchova není založena na systému příkazů a zákazů, dítě se učí pozorováním počínání druhých, není nuceno do věcí, které mu nejdou.

(Hübschmannová, 1999, Sekyt, 2001)

Takto tradičně vychované romské dítě pak může mít problémy jak ve škole, tak například i během hospitalizaci v nemocnici, kde musí dodržovat léčebný režim.

Solidarita

Hodnota solidarity se projevovala především jako dělba o jídlo i různá vybavení domácnosti, která bývala v chudých romských osadách nedostatková.

K solidaritě patřila i vzájemná ochrana proti „cizí (gádžovské) moci“. U olašských Romů byla součástí tradiční obživy krádež, ovšem pouze krádež vůči gádžovi. Usedlí Romové si krádeže v zájmu bezproblémového soužití s vesničany nemohli dovolit.

Provinění Roma vůči Romům, porušení norem, příkazů či zákazů se řešilo veřejným komunitním soudem. Trestem bývalo veřejné zostuzení, ještě horší variantu znamenala obecná ostrakizace – provinilce se všichni stranili, dotyčný byl obvykle nucen opustit osadu. Když komunita vycítila upřímnou lítost a pokání, mohlo být člověku odpuštěno. Funkčnost trestů spočívala tedy i v tom, že veřejná porota dovedla v pravý čas odpustit.

(Hübschmannová, 1999)

Zdvořilost

Těsné soužití v uzavřené osadní komunitě muselo být regulováno pravidly, zabraňujícími vzniku konfliktů. Každý se střežil, aby druhého neurazil, neponížil, nezesměšnil. Urazit se dalo i nesouhlasem, odmítnutím, říci „ne“ se považovalo za nezdvořilé. Proto se i vyslovený nesouhlas musel umět vhodně podat.

V romské kultuře, podobně jako v kultuře indické, se méně děkuje, není zvykem děkovat za běžné věci, děkovat za nabízené jídlo se pokládá za neslušné. Hostitel by měl být spíše vděčný hostu, že přijme nabízené jídlo, protože tím mu pomůže zlepšit karmu. Také není obvyklé prosit ve smyslu běžných zdvořilostních obrátů typu „prosím, podej mi ..“ .

(Hübschmannová, 1998, 1999)

Postavení starých lidí

Romové si starých lidí velice váží a prokazují jim patřičnou úctu. Umístění romského dědečka či babičky v domově důchodců je pro Romy něčím nemyslitelným, jelikož péči o staré rodiče považují za samozřejmost.

(Hájková, 2001)

Budoucnost

Historickou zkušenost Romů vyjadřuje přísloví: *bachtali ora, savi pes predžal* – šťastná hodina, která minula. Převažovala orientace na přítomnost, tady a teď, protože budoucnost byla nejistá. Zvláště pro starší generaci dosud nemá budoucnost takovou hodnotu, jakou má pro členy většinové společnosti.

(Hübschmannová, 1999)

2.3.8. Některé tradiční zvyky a praktiky

Tradiční romské zvyky, podobně jako romština, podléhaly mnoha vlivům, měnily se v závislosti na území, kterým Romové procházeli, u různých skupin se zachovaly v různé podobě. Zvyky slovenských Romů ovlivnilo prostředí tamního venkova, 400 let usedlého života v symbiotickém vztahu s místním obyvatelstvem. Některé zvyky zanikají, u jiných se aktivní dodržování mění pouze v pasivní znalost. Tento proces ovlivňují obecné vnější vlivy, vnitřní hodnotový systém rodin, četnost styků se členy majority, míra asimilace či integrace do většinové společnosti. (Hájková, 2001)

Těhotenství

Těhotná žena se podřizuje systému zákazů, příkazů a opatření zajišťujících její zdraví, řádný vývoj plodu a nekomplikovaný porod. Těhotné se nesmí dívat na postižené lidi (aby dítě nemělo stejné postižení), na hady, žáby, slimáky či jinak odpudivé tvory. Pohled na zesnulého či návštěva hřbitova mohly ohrozit zdravý vývoj plodu, účast na křtinách mohla přivodit nenarozenému dítěti smrt. Budoucí matka se měla vystříhat kontaktu se zvířaty porostlými srstí, zejména psy a kočkami, aby pokožka dítěte neporostla srstí těchto zvířat. Tato romská tabu mají praktický význam, protože působí jako prevence antropozoonóz.

Těhotná vykonávala všechny domácí práce, protože kdyby se šetřila, měla by těžký porod. Žena by měla být veselá, zpívat si, vyvarovat se sprostých slov, nadávek, proklínání a hněvu.

Co se týče stravování, budoucí matce mělo být dopřáno vše, na co právě dostala chuť, včetně alkoholu. Pokud by se tak nestalo, jídlo by se jí stále zjevovalo před očima, objevily by se teploty, nespavost a mohlo by dojít až k potratu. Některé skupiny mají jistá omezení, např. omezení masa a mléka mělo ochránit nenarozené dítě před nemocemi. (Hájková, 2001)

Tradice, historické a kulturní kořeny spolu s faktory ekonomickými mohou ovlivňovat postoje a přístup některých těhotných Romek k péči o zdraví. Z šetření zkoumajícího životospřávu těhotných vyplynuly značné rozdíly mezi Romkami a ženami z řad majority. Těhotné Romky výrazně méně dodržovaly zásady racionální výživy, častěji jedly uzeniny, smažená jídla, slazené limonády a lahůdkářské výrobky, preferovaly bílé pečivo před celozrnnými výrobky. Nutriční doplňky užívalo jen 22,4% romských matek oproti 74,7% matek z většinové populace. Mezi romskými ženami byl zjištěn větší počet kuřáček (85,5% vs. 52,5%) v době před těhotenstvím. Kouření v těhotenství přiznávalo 57,9% Romek oproti 20,3% matek z řad majority. (Kraus, Pokorný, Rambousková, 2004)

Narození dítěte

Při tradičních porodech doma pomáhaly těhotným starší ženy, které se řídily rituálními postupy. Rodiče omývaly tvář svčcenou vodou, na zmírnění bolesti se dával čaj či alkohol. Všechny předměty používané při porodu, se spolu s placentou zakopaly do země. Dítěti se nejpozději do tří dnů po porodu uvázala na zápěstí barevná šňůrka (nejlépe červená), aby děťátko ochránila před duchy zemřelých. Tuto ochranu měl zabezpečit rovněž brzký křest novorozeněte.

Při hodnocení dítěte se Romové zaměřují na oči, barvu pleti a vlasy. Za nejkrásnější považují vlasaté dítě s velkýma očima a světlou pletí, protože tmavá barva je pro Roma prokletím. I mezi sebou se totiž Romové kastují na světlé a tmavé, přičemž světlá barva je privilegovaná.

Romské ženy dnes obvykle kojí 12 měsíců, avšak dříve bylo pro Romky běžné kojit tři roky i déle. Na podporu laktace jedla žena hodně polévek a udržovala ňadra v teple.

(Hübschmannová, 1998, Hájková, 2001)

Romské matky se podvolily majoritní společnosti a rodí nyní v porodnicích. Odloučení od široké rodiny, absenci jejich blízkosti a podpory těžce nesly zvláště v dobách, kdy platily přísné zákazy návštěv v porodnicích. Bývalo typické, že se většina rodiny shromažďovala před nemocnicí a dorozumívala se s rodičkou přes okno. (Ivanová, 2005)

V dnešní době již většina nemocnic umožňuje přítomnost otce či jiné blízké osoby u porodu a také návštěvy nejsou tak striktně zakazovány. Přesto bývá někdy spolupráce s rodinou problematická.

Úmrtí

Romové věřili, že k lůžku umírajícího přicházejí duchové zemřelých příbuzných, aby ho odvedli na onen svět. Když člověk naposledy vydechl, všechna zrcadla se svésila nebo zakryla, aby byli živí ochráněni před záhrobním světem duchů.

Tradičním zvykem bylo držet u otevřené rakve po tři dny stráž. Romové sedávali v místnosti u zesnulého, vyprávěli si romské pohádky, vzpomínali na mrtvého nebo hráli karty. Nebylo dovoleno zpívat ani tancovat, alkohol se pít mohl, nikdo se však nesměl opít.

V den pohřbu bylo zvykem, aby každý ze smutečních hostů poprosil zesnulého o odpuštění a také mu sám odpustil. Smutek se držel asi po dobu jednoho roku, ženy nosily černý oděv, muži mívali černou pásku. (Hájková, 2001)

Čistota v domácnosti

V tradiční domácnosti spadala rituální čistota především na prostor, kde se připravovalo jídlo, podlaha musela být dočista zametená, místnost uklizená. Čistý interiér nemusí korespondovat s čistotou a pořádkem za dveřmi bytu. Podle kastovních tradic bylo dotýkání se cizích odpadků považováno za poskvřňující a čistota vnějších prostranství se dodržovala většinou v osadních komunitách, jejichž členové tvořili jednu velkorodinu.

(Hübschmannová, 1999)

Jídlo

Příprava jídla podléhala řadě pravidel, s jídelními zvyklostmi úzce souvisí postavení rodiny v celé komunitě. Při přípravě pokrmů se dodržovala rituální čistota: omytí rukou před vařením, vlasy ukryté pod šátkem, nádoby určené k přípravě jídla nesměly být použité k jinému účelu. Jídlo měla žena vařit v dobrém psychickém rozpoložení, protože negativní vibrace by mohla přenést do pokrmu.

Nespotřebované zbytky se vyhazovaly, protože podle tradičních pověr v nich mohla sídlit nemoc. Tyto zvyky mají zřejmě prapůvod v Indii, kde v důsledku klimatu potraviny rychle podléhaly zkáze, a tudíž mohly být skutečně příčinou nemocí. Tento zvyk je tedy podmíněn praktickými zkušenostmi přenesenými do obecně platných skupinových norem. Pevně stanovené zásady týkající se jídelních zvyklostí uchránily Romy, žijící ve špatných hygienických podmínkách, před infekčními chorobami.

Jídlo se podle tradic dělilo na „čisté“ a „nečisté“, například koňské a psí maso patřilo k „nečistým“ pokrmům. Romové, kteří takové maso jedli, byli ostatními „čistými“ Romy nazýváni *degešové*. Na jídelníčku minulých generací se maso objevovalo dvakrát, třikrát do měsíce, Romové jedli hlavně brambory, zelí, tvaroh. Proto je dnes důležitou součástí pohoštění maso a alkohol jako prestižní potraviny. (Hübschmannová, 1999, Hájková, 2001)

Lidová slovesnost

V romských osadách bývala vrcholnou kulturní událostí *pro paramisa* – vyprávěcí seance, při níž se vyprávěly romské pohádky a hrdinské příběhy. Takovéto seance, regulované vlastními pravidly, integrovaly komunitu a tříbily kulturní chování, pohádky pak samy o sobě prezentovaly skupinové i obecné etické normy.

Neoddělitelnou součástí každodenního života byla hudba a samozřejmě píseň. Zpěv dokázal vyjádřit radost i smutek, pocity i názory, obžalobu i zpověď. Zkrátka, pokud měli Romové cokoli na srdci, sdělili to písní.

(Hübschmannová, 1999)

2.3.9. Jazyková specifika Romů

Český mluvní projev proto bývá poznamenán romským přízvukem a intonací, odlišnou výslovností dlouhých samohlásek, nepřesnou výslovností dvojhlásek ou, au, souhlásky ř a vícečetných souhláskových seskupení. Romská gramatika se od české značně odlišuje, což dává opět mnoho příležitostí k chybování.

Jazyk se v mluvené řeči projevuje také stylem, což je organizovaný jazykový projev založený na výběru a využití vhodných jazykových prostředků. Volba slov se řídí mluvní situací, která ovlivňuje výběr slov i způsob použití dalších jazykových prostředků – intonace, výslovnosti, gramatiky. Člověk se od narození učí na základě příkazů a poučení, jak se kdy a s kým může bavit, jak mluvit s vrstevníky, rodiči, cizími lidmi.

Romština nemá tolik jazykových stylů jako čeština, protože ani tradiční romská komunita se nečlenila na tolik sociálních vrstev a tříd jako česká společnost. Až literární romština, standardizovaný pravopis, zobecňující jazyk a další stylistické roviny obohacují a vymaňují romštinu z uzavřené formy sociolektu tj. jazyka, kterým hovoří jedna sociální vrstva.

Lidé reagují velmi citlivě na hrubá slova a nadávky, avšak v různých kulturách se za nadávku považuje něco jiného. Výraz „kráva“ by například v Indii nebyl považován za nadávku.

Romské nadávky pocházejí z oblasti sexuální. Slovo *macharimel* znamená: osočovat někoho z obcování s blízkými příbuznými anebo na něho toto zneuctění přivolávat. Takový výraz čeština nemá, lze jej přeložit pouze víceslovně. Obdobný způsob nadávání se běžně používá v maďarštině či ruštině.

Etnolekt představuje neustálenou formu ne-vlastního jazyka, kterou používá bilingvní populace jako druhý jazyk Prarodiče dnešních romských školáků hovořili lépe romsky než slovensky natož česky, ale většina Romů nyní používá v komunikaci především romský etnolekt češtiny, což je česká fonetika poznamenaná romskou výslovností, jsou to romské gramatické modely a významová pole romských slov vyjadřovaná českými výrazovými prostředky. (Hübshmannová, 1998)

“Češi i Romové mají stejné přísloví: Ptáka poznáš podle peří, člověka podle řeči, *Čirikles pal o pora, manušes pal e duma prindžares*. Ale nepoznáme náhodou podle českého projevu Romů spíše Čechy, kteří jsou ochotni se s nimi stýkat?“. (Hübshmannová, 1998, s. 103)

2.3.10. Komunikační styl

V rámci romského systému norem a hodnot se vytvořil svébytný komunikační styl, který se značně odlišuje od komunikačního stylu příslušníků většinové společnosti. Zakládá se na slovní a zejména na mimoslovní komunikaci. Řeč těla (výraz obličeje, pohyby rukou, využívání prostoru, dotýkání se, oční kontakt, symbolika barev, oblékání se, apod.) představuje účinný způsob, jak projevit pocity a emoce, doplnit a podpořit slovní projev a také jak při komunikaci zacházet s časem. (Šišková, 1998, 1999)

Intuitivní komunikace a empatie

V blízkém, těsném kontaktu členů rodiny se posiloval zvláštní druh mimoslovního dorozumění, tzv. coenestetická (intuitivní) komunikace. Vznikaly jakési vnitřní komunikační vlny, po nichž bylo možno odeslat sdělení (případně sdělení jiné, než v tu chvíli podávala slova) a příjemce dovedl takový vzkaz rozluštit. Empatie zaujímá v komunikačním stylu Romů významné postavení. Romové se velmi brzy dokáží vcítit do pocitů druhého člověka a představit si, co asi druhý prožívá, protože při jakékoli komunikaci zpracovávají více než 95% informací nonverbálně. Dokážou vycítit rozpoložení druhého člověka, „přečíst pravdu z nitra“, i když je slova ujišťují o opaku. Pokud zní tón hlasu formálně, chladně a neupřímně, Rom to vycítí a nemusí již adekvátně spolupracovat.

(Hübschmannová, 1999, Šišková, 1999, Buryánek, 2002)

Blízký kontakt a dotyk zajišťují Romům pocit jistoty a bezpečí. Potřeba blízkého kontaktu při vzájemné komunikaci je vlastní i příslušníkům jiných kultur či etnických skupin. Obecně platí, že obyvatelé jižních zemí mají větší potřebu blízkého kontaktu než obyvatelé severovýchodních zemí. Blízkostí druhého získává Rom jistotu, ale pro člena majority může pocit jistoty zajistit větší vzdálenost a přiblížení Roma může vnímat jako ohrožení, protože dochází k narušení jeho osobního prostoru. (Šišková, 1999)

Senzitivita a vysoký podíl emocí při jednání jsou dalším specifickým znakem. Pro většinovou kulturu je příznačný chlad navenek v kontrastu s rozháraným nitrem. Romové toto neznají, stavy radosti i zoufalství jsou čitelné na dálku. Kvůli přemíře emocí často nejsou schopni změnit vlastní přístup, pohlédnout na situaci z jiného úhlu. Emoce, jen obtížně překonávané rozumovou úvahou, je limitují v jednání. K tomu je nutné přihlížet a některé informace brát jako relativní. (Šišková, 1999)

Impulzivita, okamžitá nekontrolovaná reakce patří ke každodennímu životu romské komunity. Hádky a rvačky zpestřovaly jednotvárný osadní život a bývaly většinou doménou žen. Hádky se transformovaly do roviny představení, v němž se aktérky předháněly ve volbě nejbarvitějších nadávek, doprovázených patřičnou mimikou, pantomimou, případně fyzickým útokem (tahání za vlasy). (Hübschmannová, 1999, Šišková, 1999)

Majorita není na takové extrémní projevy v jednání zvyklá. Náš komunikační styl velí držet emoce na uzdě, ovládat se. Příslušník majoritní společnosti tak může impulzivní chování vnímat jako vyšší stupeň ohrožení a zaujmout k němu obranný postoj, ačkoli se výbuch emocí nemusí přímo vztahovat na něho, ale na situaci, v níž se Rom zrovna nachází. Roma či romskou maminku je třeba nechat vykřičet, chvílku se jen dívat a popisovat stav jejich duše (parafrázovat a zrcadlit pocity), uklidnit je a teprve poté se pokusit o věcné a racionální řešení problému.

V situacích, kdy se racionální, klidné a věcné vysvětlování míjí účinkem, má často větší váhu jasné, důrazné sdělení, podpořené kongruentní mimoslovní komunikací i tónem hlasu. Na takovéto formě sdělení ocení Romové upřímnost a pravdivost. Emoce k životu patří, k životu Romů ještě více, a proto se s nimi musí umět pracovat a být na ně připravený. Pokud se sdělí upřímně, jsou přijaty, i když se týkají negativního hodnocení. Pro příslušníky romské komunity je samozřejmý život plný vzájemně provázaných kladných i záporných emocí, pláče i smíchu.

Romové velmi citlivě reagují na veřejné zostuzení, negativní hodnocení, kárání. Mezi Romy (jako mezi mnoha dalšími kulturami světa) je podávání kritiky uměním, výtky se nemá týkat osoby, ale problému. Veřejné pokárání by mělo být podáno taktní formou pozitivní a konstruktivní kritiky a následné zpětné vazby. Pokud je to možné, snažit se o negativní hodnocení v soukromí. Budování dobrého vzájemného vztahu je zdlouhavý proces vyžadující mnoho trpělivosti a tolerance. (Šišková, 1999)

Nízká míra generalizace je pro mnoho Romů charakteristická. Romština postrádá obecné termíny (např. nemá slovo „rodiče“, jen otec a matka, nemá výraz „příbory“, jen nůž a vidlička). Romové lépe pochopí konkrétní, názorný příklad než obsáhlou teorii, v obecných modelech se špatně orientují. Důležitá je zpětná vazba – ověřit si, zda Rom sdělení porozuměl, nechat jej parafrázovat sdělení vlastními slovy.

(Šišková, 1999, Hübschmannová, 1999)

2.3.11. Kontakt Romů se systémem zdravotní péče ve zdraví a nemoci

Jiné pojetí hodnot, tradice, zvyky, a rovněž svébytný komunikační styl se podílí nemalou měrou na postojích Romů k péči o zdraví a dodržování léčebného režimu v době nemoci. Názory a priority zdravotníků a Romů se tudíž mohou značně lišit a vyústit v mnoho nechtěných konfliktů.

Romové jsou spontánní, mají rádi humor, ale nechápou ironii, vyznačují se živým temperamentem a značnou vnímavostí vůči skutečné či domnělé nespravedlnosti. Nejedná se o patologii, nýbrž o psychické zvláštnosti a svébytný komunikační styl. Zdraví podle nich znamená nejen fyzickou odolnost, ale také psychickou pohodu, určité sociální zajištění a toleranci majoritní společnosti, tedy komplexní hodnotu.

V období nemoci mohou někteří romští pacienti projevovat slabší vůli, vytrvalost a trpělivost. Bez své rodiny jsou často nesamostatní, úzkostní, vystrašení, mohou se stranit ostatních pacientů a uzavřít se do sebe. Tyto pocity a komplexy méněcennosti se mohou manifestovat také zvýšenou agresivitou a neochotou spolupracovat. V naší republice se praktikuje tzv. západní medicína a k běžným projevům patří touha po separaci, individualismu, tělesné odtažitosti, nesdělování informací všem členům rodiny. V zemích s jiným pojetím medicíny by takovéto projevy mohly být považovány za neobvyklé a naopak chování příslušníků romské menšiny za zcela přirozené a normální.

Potřeba blízkosti rodiny se může projevovat častými a dlouhými návštěvami mnoha rodinných příslušníků, eventuálně vyžadováním samostatného pokoje. Pocity ohrožení a nedůvěra mohou vyústit v kontrolování práce zdravotníků členy rodiny nebo vyžadování přednostního ošetření. Komunikace s širokou rodinou pacienta bývá často obtížná, důležité je zjistit, komu mohou zdravotníci podávat informace o zdravotním stavu pacienta. Romové se někdy nepřesně orientují v mocenské hierarchii zdravotnických pracovníků a mohou například vyžadovat sdělování informací či poskytování péče od nejvýše postavené osoby.

(Ivanová, 2005, Špirudová, 2006)

„Pro některé skupiny (např. *Sinti, Manuš*) je nepřijatelná nejen gádžovská práce, nýbrž povolání lékaře. Dotyk s částmi těla od pasu dolů a dotyk s lidskými výměšky je *prasto = marime* „poskvřující, znečišťující“, a pochopitelně znečištěn je i ten, komu se takový dotyk stane povoláním“.

(Hübschmannová, 1999, s.125)

Ošetřování romských pacientů bývá pro zdravotníky po psychické stránce poměrně náročné. Často nedůvěřují zdravotnickému personálu a léčebným postupům. Romové pocíťují značný strach z bolesti a ze smrti, i když jejich zdravotní stav není vážný. Bývají velmi emotivní, často a nahlas sténají, bývají úzkostní. Rady, požadavky a doporučení mohou pocíťovat jako nespravedlnost a cítit se dotčeni. (Ivanová, 2005)

Romové se ve zdravotnickém zařízení mohou setkat s devalvujícím přístupem, podezíráním a obavami jak ze strany ostatních pacientů (např. odmítnutí sdílet s Romem společný pokoj), tak i některých zdravotníků. (Špirudová, 2006)

Lékař by měl počítat s tím, že krátkodobě nemocný romský pacient bude zřejmě užívat léky a dodržovat doporučení pouze do ustoupení příznaků choroby. S touto variantou je třeba počítat a pacienta upozornit na následky takového chování. Rodiče malých pacientů by měl lékař řádně poučit, vysvětlit nebezpečí plynoucí z přerušování léčby, případně zajistit dohled.

Ke každému romskému pacientovi je nutno přistupovat individuálně. Zdravotníci by se mu měli snažit vysvětlit příčinu a předpokládaný průběh onemocnění, taktně nabádat ke změně životního stylu v rámci možností rodiny a zdůraznit případné negativní následky, které z nedůsledného plnění zdravotnických opatření vyplývají. Vysvětlování a edukace by měly být srozumitelné, pokud možno názorné, volba výrazů se má přizpůsobit možnostem pacienta. Následným dotazováním si má zdravotník ověřit, zda pacient instrukce správně pochopil.

(Ivanová, 2005)

Jak jednat s příslušníky romské menšiny:

- Nespěchat, být trpělivý.
- Vnímat mimoslovní komunikaci a umět dávat informace i řečí těla.
- Nekritizovat negativně před velkým kolektivem, spíše v soukromí.
- Ověřovat si sjednané termíny (plánovaných vyšetření, kontrol).
- Nebát se blízkosti, dotyku.
- Nebát se emocí – svědčí o angažovanosti člověka, nikoliv o výzvě k souboji.
- Mluvit jasně věcně, stručně, konkrétně.
- Diferencovat, ke každému přistupovat podle individuálních potřeb.
- Používat zpětnou vazbu.
- Respektovat hodnotový systém romského etnika.

(Šišková, 2001, s.148)

2.4. Výzkumná šetření zkoumající postoje majority k Romům

2.4.1. Romská komunita a její situace (1997)

Šetření se konalo na jaře 1997 formou strukturovaných rozhovorů. Osloveni byli pracovníci sociálních, bytových, živnostenských a kulturních odborů a romští poradci (pokud byla tato funkce zřízena) všech bývalých okresních úřadů, městských úřadů okresních měst a několika vybraných měst s početnější romskou komunitou, dále reprezentanti školských úřadů a úřadů práce, zástupci policie a představitelé romských či proromských organizací.

Většina postojů reprezentovala názory pracovníků státní správy, kteří se sice pracovně stýkali s touto menšinou, zároveň však měli všechny atributy příslušníků majority. Zástupci romských a proromských organizací (obvykle sami Romové) tvořili necelých 6%.

Předem byla přijata hypotéza, že romské etnikum vytváří specifickou sociální skupinu, která se svými projevy odlišuje od majority.

Celý soubor respondentů byl na základě analýzy odpovědí rozdělen do tří skupin:

1. **skupina (25%)** viděla příčiny problémů v neschopnosti komunikace a porozumění z důvodu mentálních a kulturních rozdílů, vzájemné nedůvěry a jazykových odlišností, jež vedou ke vzniku problémů. Vzájemná spolupráce Romů a představitelů většiny by podle nich mohla vést k překonání bariér a budoucímu nekonfliktnímu soužití. Romové by měl mít možnost žít po svém, zachovat si identitu.
2. **skupina (37%)** spatřovala hlavní zdroje problémů ve vlastnostech Romů, které jsou pro většinu nepřijatelné, protože jsou považovány za negativní (odlišný systém hodnot, rozdílný způsob života, laxní přístup k dodržování zákonů, nezájem a neochota pracovat. Lidé z této skupiny si myslí, že problémy budou dále narůstat, a to bez ohledu na snahy o jejich řešení. Dle mínění této skupiny by se měli Romové co nejvíce přizpůsobit majoritě.
3. **skupina (38%)** nerozlišovala prvotní a druhotné příčiny problémů. Romské obyvatelstvo se dle nich společenským normám postupně přizpůsobuje a problémů bude spíše ubývat. Obě strany by se měly stejným dílem snažit o zlepšování vzájemného soužití, neboť Romové jsou (ač svébytnou) integrální součástí společnosti.

Společnou charakteristikou pro všechny tři skupiny bylo negativní hodnocení systémů sociálních dávek ve vztahu k Romům. (wtd.vlada.cz)

2.4.2. Evropský hodnotový systém – tolerance (1991, 1999)

V rámci výzkumu Evropský hodnotový systém prováděném v letech 1991 (2109 dotázaných) a opakovaně 1999 (1908 dotázaných) byl každému respondentovi předložen seznam čtrnácti skupin lidí s dotazem, které z nich by nechtěl mít za souseda.

Za toto období vzrostla tolerance k Romům, homosexuálům, nemocným AIDS, lidem odlišné rasy a Židům. U třetiny populace se zvýšila tolerance k Romům, avšak dle hlášení tazatelů někteří dotazovaní „mimo záznam“ přiznávali, že by Romy za sousedy nechtěli, ale báli se to uvést, ačkoli se jednalo o anonymní dotazování.

Hlavní důvody odmítání některých skupin:

1. strach z nepochopení, obtížné komunikace, cizoty;
2. strach z ohrožení fyzické bezpečnosti.

Odmítání Romů se nedá přiřadit zcela jednoznačně k některému z těchto důvodů. Většinová společnost vnímá Romy současně jako lidi, s nimiž je obtížné komunikovat a současně i jako ohrožení bezpečnosti a pořádku. Odstranění prvního problému spočívá v ochotě a zájmu většinové populace (naučit se znát, rozumět, komunikovat), druhý důvod může mít příčinu v častějším výskytu některých typů asociálního chování v romské populaci, a jeho odstranění předpokládá také změnu na straně Romů. (www.scas.cz)

2.4.3. Zkušenosti českých sester (2000)

V průběhu ošetrovatelské konference v Olomouci v září roku 2000 proběhlo orientační šetření, které zjišťovalo zkušenosti a znalosti českých sester v oblasti péče o pacienty jiných etnik a kultur. Sestry považovaly za největší problémy: komunikaci a kulturní rozdíly – nerozuměly některým hodnotám a chování.

Z celkového počtu 46 výpovědí se jich 37 (tj. 80,4%) vyjadřovalo k péči o romské pacienty. Ze 37 výpovědí bylo negativních 29 (tj. 78,4%) a jen 4 (tj. 10,8%) výpovědi byly pozitivní. Ačkoli romská komunita žije na našem území dlouhou dobu, pro zdravotníky je mnohdy stejně neznámá jako ostatní kultury. Péče o romské pacienty by se proto měla odvíjet podle stejných etických a kulturně společenských pravidel a principů jako o péči pacienty ostatních odlišných kultur. (Špirudová, 2002)

2.4.4. Koho by měli Češi nejraději za souseda? (2005)

Ve dnech 4. – 10. 4. 2005 provedla agentura STEM výzkumné šetření na souboru 1668 občanů reprezentujících obyvatelstvo ČR starší 18 let. Byl hodnocen vztah k jiným národům a etnikům. Podle tohoto výzkumu měli obyvatelé České republiky nejhorší vztah k Romům.

Ačkoli ve vztahu k příslušníkům jiných národů a etnik jsou lidé s vyšším vzděláním tolerantnější, při hodnocení vztahu k Romům a Rusům panovala mezi členy různých vzdělanostních skupin největší shoda.

Věk při hodnocení nehrál významnou roli, s výjimkou vztahu k Američanům a Němcům, kde s přibývajícím věkem klesá podíl příznivých odpovědí. (www.stem.cz)

Uvedená výzkumná šetření naznačují spíše negativní postoje české majoritní společnosti k příslušníkům romské komunity. Zkušenosti zdravotních sester s romskými pacienty, popisované ve výzkumném šetření L. Širudové byly převážně negativní (viz. 2.4.3., s. 37).

3. EMPIRICKÁ ČÁST

3.1. Cíle výzkumu

Úkolem tohoto výzkumného šetření bylo zjistit:

- Jak často přicházejí zdravotníci do kontaktu s Romy v zaměstnání a běžném životě.
- Jak jednají zdravotničtí pracovníci s příslušníky romské menšiny.
- Jaké mají zdravotníci zkušenosti s romskými pacienty a jejich rodinnými příslušníky.
- Zda se změnil vztah respondentů k Romům během praxe ve zdravotnictví.
- Zda mají zdravotníci dostatek validních informací o romské menšině
- Zda zdravotníci mají zájem získat další informace.

Očekávané výsledky:

1. Předpokládám, že zdravotníci přicházejí při výkonu povolání do kontaktu s Romy častěji než v běžném životě (o 30%).
2. Předpokládám, že se zdravotníci snaží s romskými pacienty jednat stejně jako s pacienty z řad majority (více než 60% odpovědí).
3. Předpokládám, že zdravotníci mají s romskými spoluobčany spíše negativní zkušenosti (více než 60% odpovědí).
4. Předpokládám, že se vztah zdravotníků k Romům v průběhu praxe zhoršil (více než 60% odpovědí).
5. Předpokládám, že většina zdravotníků nemá dostatek informací o romské menšině (více než 60%).
6. Předpokládám, že by zdravotníci uvítali více informací o typických odlišnostech romské menšiny (více než 50% odpovědí).

K vytvoření těchto hypotéz mě vedly osobní zkušenosti s romskými pacienty a jejich rodinnými příslušníky a výzkumná šetření uvedená v teoretické části (viz. 2.4., s. 35-37).

3. 2. Metodika výzkumného šetření

3.2.1. Výzkumný nástroj

Jako výzkumný nástroj byl použit dotazník obsahující 17 položek, při jehož tvorbě jsem se částečně inspirovala dotazníkem použitým ve výzkumném šetření L. Špirudové z roku 2002, které mapovalo situaci v oblasti výuky transkulturního/multikulturního ošetřovatelství na středních a vyšších zdravotnických školách. (Špirudová, 2002, s. 181- 182)

První čtyři položky dotazníku hodnotily základní sociometrické údaje: pohlaví, věk, pracovní zařazení a délku praxe ve zdravotnictví.

Druhá část byla zaměřena konkrétně, tvořily ji převážně uzavřené položky, v nichž respondenti volili jednu z nabízených variant. Částečně otevřené položky 8 a 15 dávali respondentům možnost k vyjádření vlastního názoru. Formulář dotazníku je uveden v přílohách (viz. příloha A).

3. 2.1. Pilotní šetření

Cílem pilotního šetření bylo ověřit srozumitelnost jednotlivých položek dotazníku. Zkoumaný vzorek tvořili 4 lékaři a 6 středních zdravotnických pracovníků, kteří byli dotazováni formou strukturovaných rozhovorů. Obsahová část zůstala zachována, pouze byla zjednodušena formulace některých položek. Údaje získané v pilotním šetření byly zahrnuty do výsledků hlavního šetření.

3.2.3. Sběr dat

Na počátku ledna 2006 jsem rozdala 60 dotazníků v semilské nemocnici na těchto odděleních: interním, chirurgickém, ORL, kožním a na výjezdovém stanovišti zdravotnické záchranné služby. Poučená kolegyně rozdala 70 dotazníků v jilemnické nemocnici na těchto odděleních: interním, chirurgickém, porodnickém, dětském, ARO, RTG a výjezdovém stanovišti ZZS. Návratnost dotazníků činila 94% (tj. 122), k tomuto počtu byly přiřazeny odpovědi deseti účastníků pilotního šetření. Do výzkumu byly zahrnuty všechny vyplněné dotazníky.

3.2.4. Charakteristika souboru respondentů

Soubor respondentů tvořilo 132 pracovníků nemocnic Semily, Jilemnice a výjezdových stanovišť ZZS Libereckého kraje v Semilech a Jilemnici. Z nemocničních pracovišť byla zastoupena tato oddělení: ARO, dětské, interní (2x), chirurgické (2x), kožní, ORL, porodnické a RTG. Dotazování byli vybráni na základě dobrovolnosti a dostupnosti.

3.2.5. Způsob vyhodnocování dotazníkového šetření

Nejprve jsem vyhodnotila odpovědi všech respondentů. Potom jsem srovnávala odpovědi mužů a žen, odpovědi lékařů a středních zdravotnických pracovníků (dále SZP). Vzhledem k výrazně vyššímu zastoupení žen ve zdravotnických profesích a také vyššímu podílu SZP lze považovat tato srovnání pouze za orientační.

Dále jsem hodnotila odpovědi respondentů podle věku a podle délky jejich praxe ve zdravotnictví.

Ačkoli jednotlivé subkategorie v kategoriích věk a délka praxe spolu zcela nekorrespondovali (např. některé osoby s vyšším věkem měli kratší délku praxe, než bylo obvyklé u většiny respondentů), výsledky odpovědí a tudíž i grafické zobrazení údajů z kategorií věk a délka praxe se značně podobaly. Z tohoto důvodu jsem v grafické podobě uvedla pouze údaje respondentů z kategorie délka praxe, jelikož rozdělení respondentů v jednotlivých subkategoriích lépe odráželo pracovní zkušenosti dotazovaných. Výsledky odpovědí respondentů podle věku jsou uvedeny v přílohách (viz. příloha B).

Tento výzkum byl zaměřen na jednání, postoje, zkušenosti a informovanost zdravotnických pracovníků obecně, porovnávání odpovědí respondentů v jednotlivých kategoriích slouží k dokreslení situace.

3. 3. Výsledky dotazníkového šetření

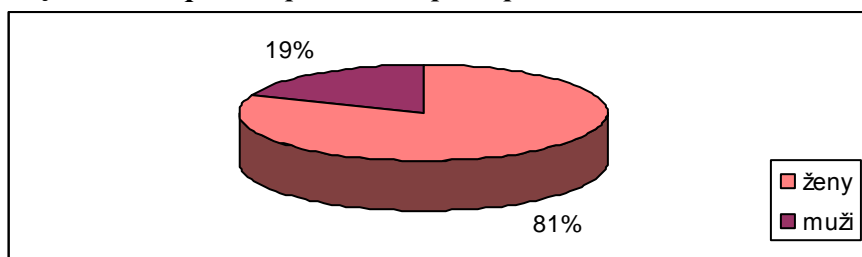
3.3.1. I. ČÁST DOTAZNÍKU

Položka č.1: Zastoupení respondentů podle pohlaví

Tabulka 1: Zastoupení respondentů - podle pohlaví

ženy	81%	(tj. 107)
muži	19%	(tj. 25)

Graf 1: Zastoupení respondentů - podle pohlaví



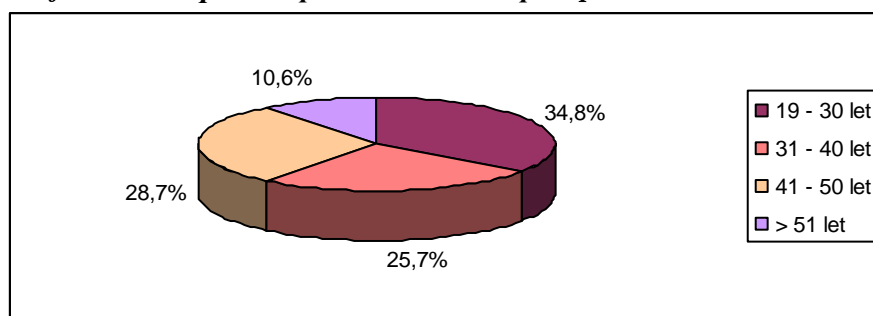
Z celkového počtu 132 dotazovaných odpovídalo 81% (tj. 107) žen – zdravotních sester a lékařek a 19% (tj. 25) mužů – zdravotnických záchranářů a lékařů.

Položka č. 2: Zastoupení respondentů podle věku

Tabulka 2: Zastoupení respondentů – podle věku

19 - 30 let	31 - 40 let	41 - 50 let	51 let a více
34,8% (tj. 46)	25,7% (tj. 34)	28,7% (tj. 38)	10,6% (tj. 14)

Graf 2: Zastoupení respondentů - zastoupení podle věku.



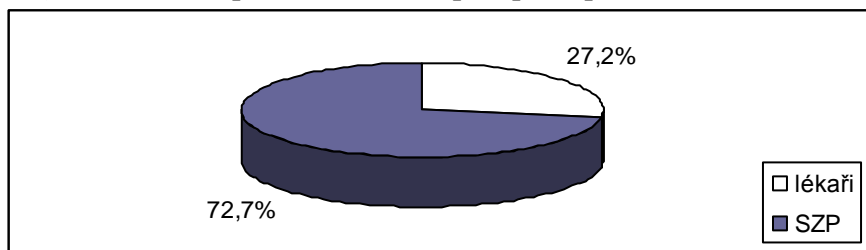
Tento graf zobrazuje zastoupení respondentů podle věku. V kategorii 19-30 let bylo zastoupeno 34,8% (tj. 46) osob, kategorii 31-40 let zastupovalo 25,7% (tj. 34) respondentů, v kategorii 41-50 bylo 28,7% (tj. 38) respondentů, v kategorii 51 let a více odpovídalo 10,6% (tj. 14) respondentů.

Položka č. 3: Zastoupení respondentů podle povolání

Tabulka 3: Zastoupení respondentů – podle povolání

lékaři	27,2%	(tj. 96)
SZP	72,7%	(tj. 36)

Graf 3.: Soubor respondentů – zastoupení podle povolání



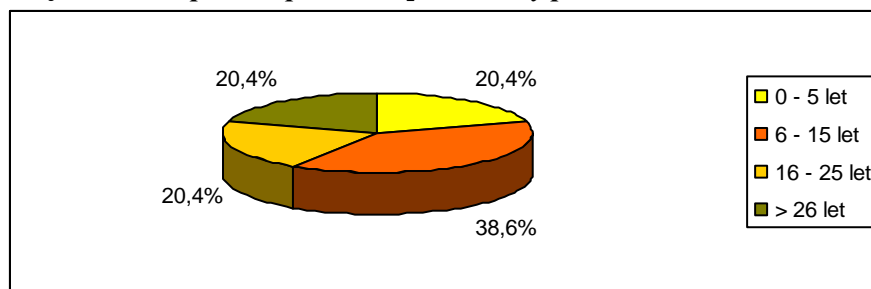
Šetření se zúčastnilo 72,7% (tj. 96) SZP a 27,3% (tj. 36) lékařů, bez dalšího rozlišení oddělení, která zastupovali.

Položka č. 4: Zastoupení respondentů podle délky praxe

Tabulka 4: Zastoupení respondentů podle délky praxe

0 - 5 let	6 - 15 let	16 - 25 let	26 let a více
20,4% (tj. 27)	38,6% (tj. 51)	20,4% (tj. 27)	20,4% (tj. 27)

Graf 4: Zastoupení respondentů podle délky praxe



V kategorii 0-5 let praxe bylo 20,4% (tj. 27) respondentů, v kategorii 6-15 let praxe odpovídalo 38,6% (tj. 51) respondentů, v kategorii 16-25 let praxe bylo 20,4% (tj. 27). Zdravotníků s praxí 26 let praxe a delší odpovídalo 20,4% (tj. 27).

3.3.2. II. ČÁST DOTAZNÍKU

Položka č. 5

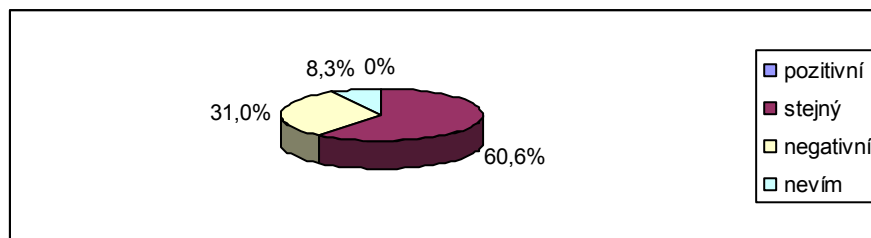
Váš vztah k Romům je :

- a) pozitivní
- b) stejný jako k ostatním
- c) negativní
- d) nevím

Tabulka 5.1.: Vztah zdravotníků k Romům – všichni respondenti

	a) pozitivní	b) stejný	c) negativní	d) nevím
všichni	0%	60,6% (tj. 80)	31% (tj. 41)	8,3% (tj. 11)

Graf 5.1.: Vztah zdravotníků k Romům – všichni respondenti

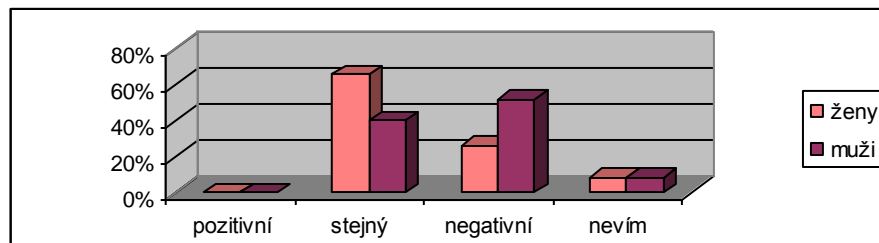


Stejný vztah k Romům jako k majoritě uvádělo 60,6% (tj. 80) osob, negativní vztah mělo 31% (tj. 41) osob a 8,3 % (tj.11) dotazovaných nevědělo, jak se vyjádřit. Žádný z dotazovaných nehodnotil svůj vztah k Romům jako pozitivní.

Tabulka 5.2.: Vztah zdravotníků k Romům – ženy a muži

	a) pozitivní	b) stejný	c) negativní	d) nevím
ženy	0 %	65,4 % (tj. 70)	26,1 % (tj. 28)	8,4 % (tj. 9)
muži	0 %	40 % (tj. 10)	52 % (tj. 13)	8 % (tj. 2)

Graf 5.2.: Vztah zdravotníků k Romům – muži a ženy

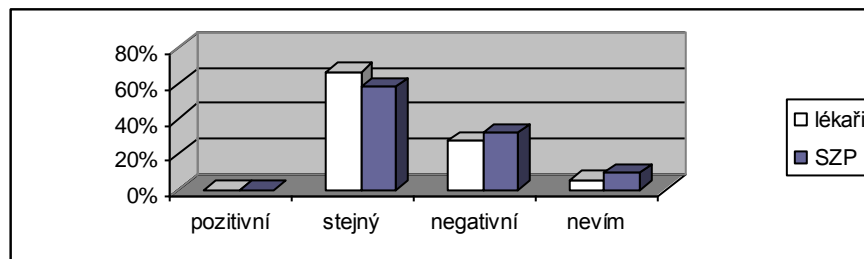


Tento graf znázorňuje rozdílný vztah k Romům podle pohlaví. Muži popisovali svůj vztah k Romům jako negativní o 25,9% častěji než ženy, které svůj vztah k Romům hodnotily jako stejný o 26,4% častěji než muži.

Tabulka 5.3.: Vztah zdravotníků k Romům – lékaři a SZP

	a) pozitivní	b) stejný	c) negativní	d) nevím
lékaři	0 %	66,6 % (tj. 24)	27,7 % (tj. 10)	5,5 % (tj. 2)
SZP	0 %	58,3 % (tj. 56)	32,2 % (tj. 31)	9,3 % (tj. 9)

Graf 5.3.: Vztah zdravotníků k Romům – lékaři a sestry

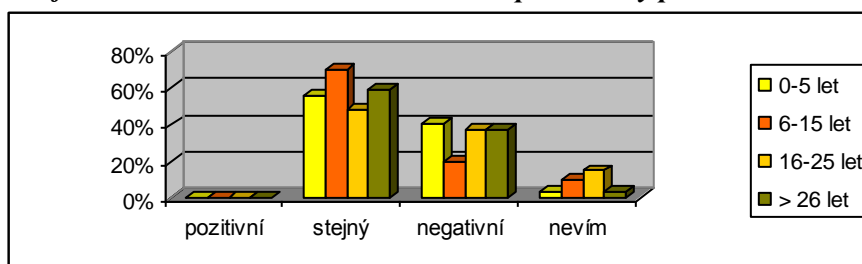


Odovědi lékařů a SZP se výrazněji nelišily, lékaři uváděli stejný vztah k Romům jako k ostatním o 8,3% častěji než SZP, kteří nevěděli, jak se vyjádřit o 3,8% častěji než lékaři.

Tabulka 5.4.: Vztah zdravotníků k Romům – podle délky praxe

	a) pozitivní	b) stejný	c) negativní	d) nevím
0-5 let	0 %	55,5 % (tj. 15)	40,7 % (tj. 11)	3,7 % (tj. 1)
6-15 let	0 %	70,5 % (tj. 36)	19,6 % (tj. 10)	9,8 % (tj. 5)
16-25 let	0 %	48,1 % (tj. 13)	37 % (tj. 10)	14,8 % (tj. 4)
> 26 let	0 %	59,2 % (tj. 16)	37 % (tj. 10)	3,7 % (tj. 1)

Graf 5.4.: Vztah zdravotníků k Romům – podle délky praxe



Zdravotníci s praxí 6-15 let hodnotili svůj vztah k Romům nejčastěji jako stejný. Nejvíce negativní vztah k Romům měli zdravotníci s praxí 0-5 let, nejméně často popisovali svůj vztah k Romům jako negativní dotazovaní s praxí 6-15 let. Jak by svůj vztah k Romům hodnotili nevěděli nejčastěji zdravotníci s délkou praxe 16-25 let.

Položka č. 6

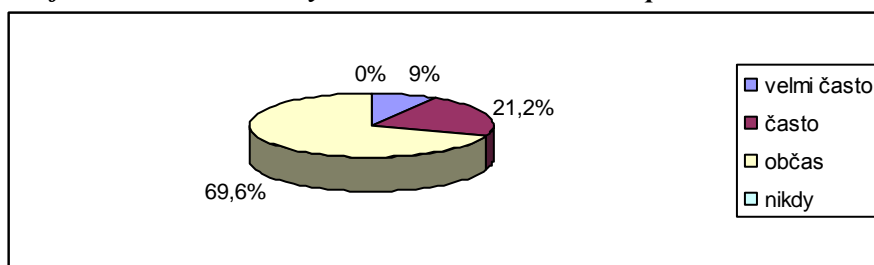
Při své práci přicházíte do styku s romskými pacienty:

- a) velmi často
- b) často
- c) občas
- d) nikdy

Tabulka 6.1.: Kontakt s Romy v zaměstnání – všichni respondenti

	a) velmi často	b) často	c) občas	d) nikdy
všichni	9 % (tj. 12)	21,2 % (tj. 28)	69,6 % (tj. 92)	0 %

Graf 6.1.: Kontakt s Romy v zaměstnání – všichni respondenti

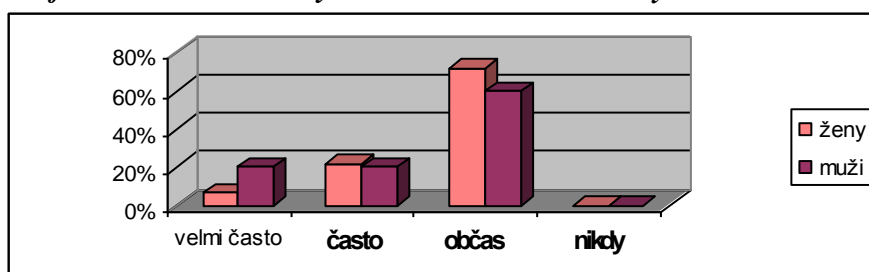


V této položce uvedlo 69,6% (tj. 92) osob, že občas přichází do kontaktu s romskými pacienty. Častý kontakt uvedlo 21,2% (tj. 28) dotazovaných a velmi častý kontakt uvedlo 9% (tj. 12) dotazovaných. Žádný z dotazovaných ne zvolil variantu d) nikdy.

Tabulka 6.2.: Kontakt s Romy v zaměstnání – muži a ženy

	a) velmi často	b) často	c) občas	d) nikdy
ženy	6,5 % (tj. 7)	21,4 % (tj. 23)	71,9 % (tj. 77)	0 %
muži	20 % (tj. 5)	20 % (tj. 5)	60 % (tj. 15)	0 %

Graf 6.2.: Kontakt s Romy v zaměstnání – muži a ženy

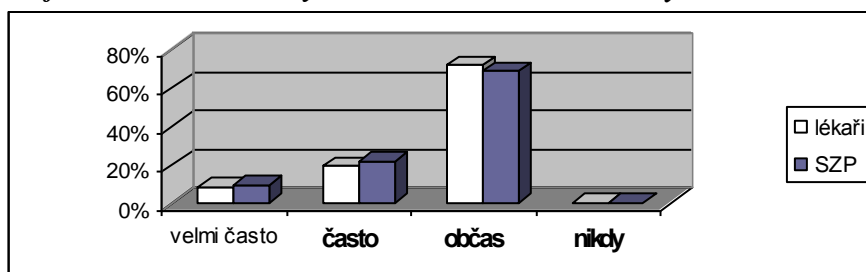


Muži uváděli velmi častý kontakt s romskými pacienty o 13,5% častěji než ženy a občasný kontakt o 11,9% méně často než ženy. Častý kontakt s Romy udávala obě pohlaví téměř stejně.

Tabulka 6.3.: Kontakt s Romy v zaměstnání – lékaři a sestry

	a) velmi často	b) často	c) občas	d) nikdy
lékaři	8,3 % (tj. 3)	19,4 % (tj. 7)	72,2 % (tj. 26)	0 %
SZP	9,3 % (tj. 9)	21,8 % (tj. 21)	68,8 % (tj. 66)	0 %

Graf 6.3.: Kontakt s Romy v zaměstnání – lékaři a sestry

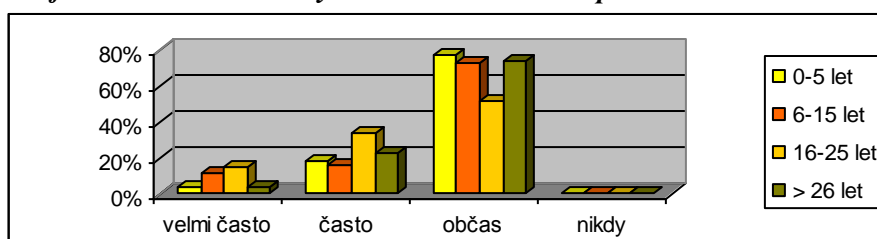


V této položce se odpovědi lékařů a SZP významně nelišili. SZP uváděli velmi častý kontakt o 1% častěji než lékaři a častý kontakt o 3,4% častěji než lékaři.

Tabulka 6.4.: Kontakt s Romy v zaměstnání – podle délky praxe

	a) velmi často	b) často	c) občas	d) nikdy
0-5 let	3,7 % (tj. 1)	18,5 % (tj. 5)	77,7 % (tj. 21)	0%
6-15 let	11,7 % (tj. 6)	15,6 % (tj. 8)	72,5 % (tj. 37)	0%
16-25 let	14,8 % (tj. 4)	33,3 % (tj. 9)	51,8 % (tj. 14)	0%
> 26 let	3,7 % (tj. 1)	22,2 % (tj. 6)	74 % (tj. 20)	0%

Graf 6.4.: Kontakt s Romy v zaměstnání – délka praxe



Tento graf zobrazuje kontakt s Romy při výkonu povolání podle délky praxe. Nejčastěji přišli v zaměstnání do kontaktu s Romy zdravotníci s praxí 16-25 let, dále zdravotníci s praxí 6-15 let. Zdravotníci s praxí 0-5 let nejčastěji uváděli, že v zaměstnání občas přijdou do kontaktu s příslušníky romské komunity.

Položka č. 7

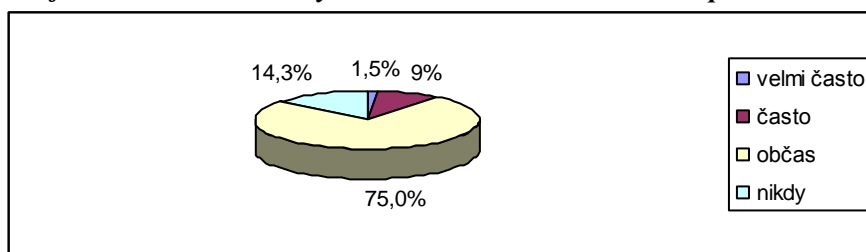
Mimo své zaměstnání přicházíte do styku s Romy:

- a) velmi často
- b) často
- c) občas
- d) nikdy

Tabulka 7.1.: Kontakt s Romy mimo zaměstnání – všichni respondenti

	a) velmi často	b) často	c) občas	d) nikdy
všichni	1,5 % (tj. 2)	9 % (tj. 12)	75 % (tj. 99)	4,4 % (tj. 19)

Graf 7.1.: Kontakt s Romy mimo zaměstnání – všichni respondenti

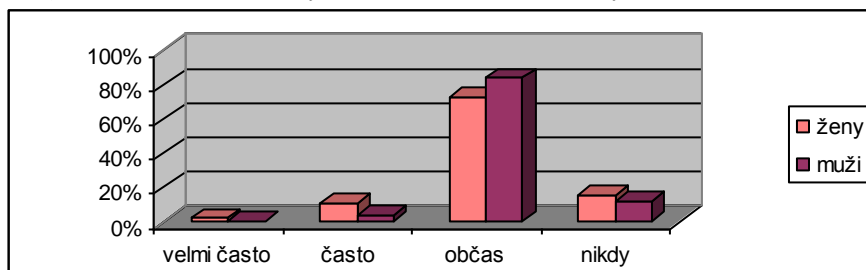


Občas přijde do kontaktu s Romy mimo zaměstnání 75 % (tj. 99) dotazovaných, často 9 % (tj.12) dotazovaných a velmi často 1,5 % (tj. 2) dotazovaných. Mimo zaměstnání do styku s Romy nepřichází 14,3 % (tj. 19) dotazovaných.

Tabulka 7.2.: Kontakt s Romy mimo zaměstnání – ženy a muži

	a) velmi často	b) často	c) občas	d) nikdy
ženy	1,8 % (tj. 2)	10,2 % (tj. 11)	72,8 % (tj. 78)	14,9 % (tj. 16)
muži	0 %	4 % (tj. 1)	84 % (tj. 21)	12 % (tj. 3)

Graf 7.2.: Kontakt s Romy mimo zaměstnání – ženy a muži

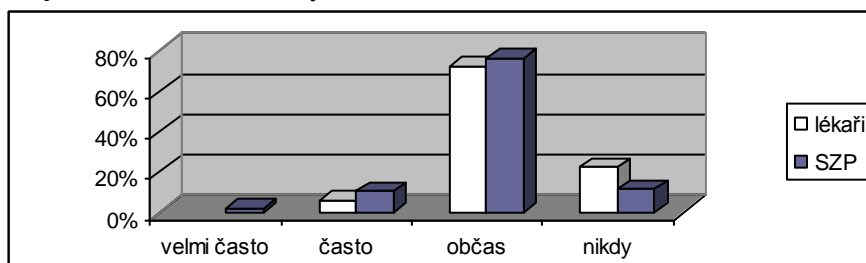


Občasný kontakt s Romy mimo zaměstnání uvádělo o 11,2% více mužů než žen, které udávaly časný kontakt o 6,2% častěji než muži. Do kontaktu s Romy nepřišlo o 2,9% více žen než mužů. Žádný muž neuvědl, že by přicházel do kontaktu s Romy velmi často.

Tabulka 7.3.: Kontakt s Romy mimo zaměstnání – lékaři a SZP

	a) velmi často	b) často	c) občas	d) nikdy
lékaři	0%	5,5 % (tj. 2)	72,2 % (tj. 26)	22,2 % (tj. 8)
SZP	2 % (tj. 2)	10,4 % (tj. 10)	76 % (tj. 73)	11,4 % (tj. 11)

Graf 7.3.: Kontakt s Romy mimo zaměstnání – lékaři a SZP

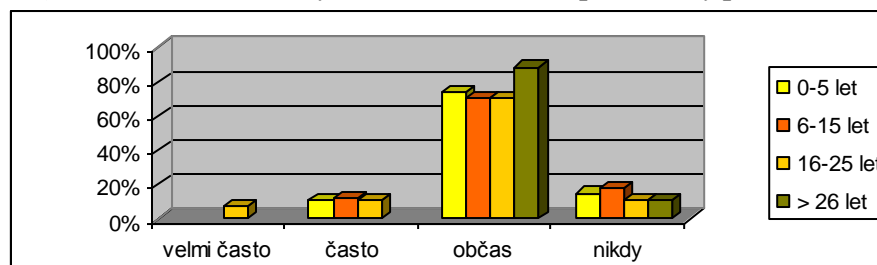


Lékaři se mimopracovně setkávali s Romy méně často než SZP, žádný kontakt mimo zaměstnání udávalo o 10,8% více lékařů než SZP.

Tabulka 7.4.: Kontakt s Romy mimo zaměstnání – podle délky praxe

	a) velmi často	b) často	c) občas	d) nikdy
0-5 let	0 %	11,1 % (tj. 3)	74 % (tj. 20)	14 % (tj. 4)
6-15 let	0 %	11,7 % (tj. 6)	70,5 % (tj. 36)	17,6 % (tj. 9)
16-25 let	7,4 % (tj. 2)	11,1 % (tj. 3)	70,3 % (tj. 19)	11,1 % (tj. 3)
> 26 let	0 %	0 %	88,8 % (tj. 24)	11,1 % (tj. 3)

Graf 7.4.: Kontakt s Romy mimo zaměstnání – podle délky praxe



V této položce se odpovědi respondentů příliš nerůznily, pouze zdravotníci s praxí delší než 26 let uváděli občasný mimopracovní kontakt s Romy o 18% častěji než ostatní. Velmi častý kontakt udávali pouze zdravotníci s praxí 16-25 let, častý mimopracovní kontakt neměli zdravotníci s praxí 26 let a více.

Položka č. 8

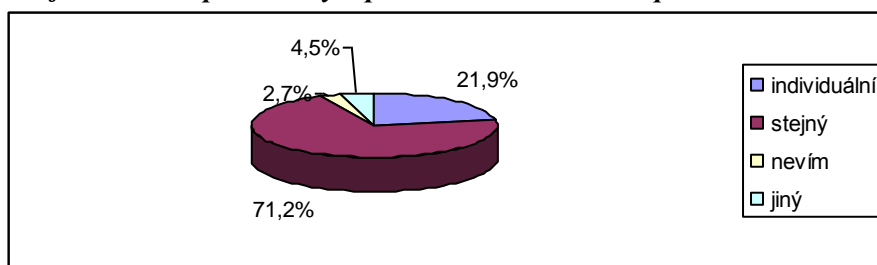
K romským pacientům přistupujete:

- individuálně, s ohledem na zvláštnosti jejich etnika
- stejně jako k ostatním pacientům
- nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom
- jinak (prosím, popište):

Tabulka 8.1.: Přístup k romským pacientům - všichni respondenti

	a) individuálně	b) stejně	c) nevím	d) jinak
Všichni	21,9 % (tj. 29)	71,2 % (tj. 94)	2,7 % (tj. 3)	4,5 % (tj. 6)

Graf 8.1.: Přístup k romským pacientům - všichni respondenti

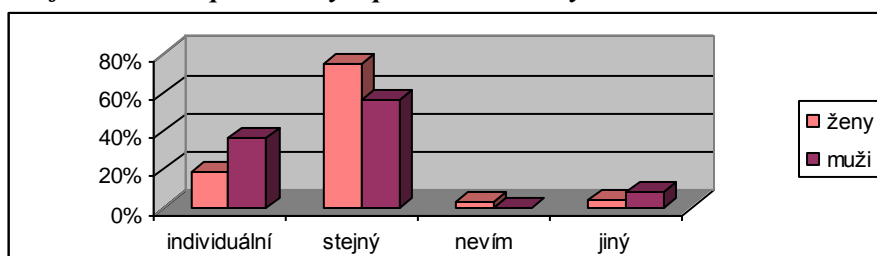


Stejný přístup jako k ostatním pacientům uvádělo 71,2 % (tj. 94), individuální přístup uvádělo 21,9 % (tj. 29) dotazovaných, 4,5% (tj. 6) dotazovaných volilo jiný přístup a 2,7 % (tj.3) dotazovaných o svém přístupu k Romům nepřemýšlelo.

Tabulka 8.2.: Přístup k romským pacientům – ženy a muži

	a) individuálně	b) stejně	c) nevím	d) jinak
Ženy	18,6 % (tj. 20)	74,7 % (tj. 80)	2,8 % (tj. 3)	3,7 % (tj. 4)
Muži	36 % (tj. 9)	56 % (tj. 14)	0 %	8 % (tj. 2)

Graf 8.2.: Přístup k romským pacientům – ženy a muži

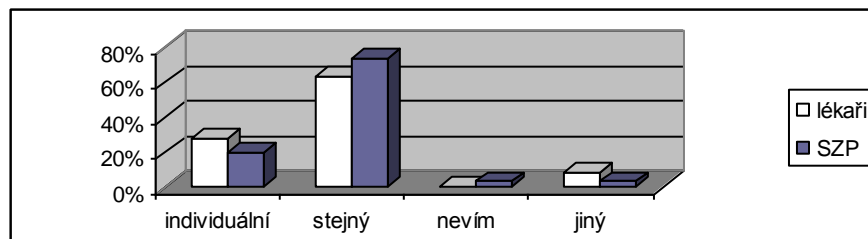


Ženy přistupovaly k romským pacientům stejně o 18,7% procent častěji než muži. Muži volili individuální přístup o 17,4% častěji než ženy a jiný přístup o 4,3% častěji než ženy.

Tabulka 8.3.: Přístup k romským pacientům – lékaři a SZP

	a) individuálně	b) stejně	c) nevím	d) jinak
lékaři	27,7 % (tj. 10)	63,8 % (tj. 23)	0 %	8,3 % (tj. 3)
SZP	19,7 % (tj. 19)	73,9 % (tj. 71)	3,2 % (tj. 3)	3,2 % (tj. 3)

Graf 8.3.: Přístup k romským pacientům – lékaři a sestry

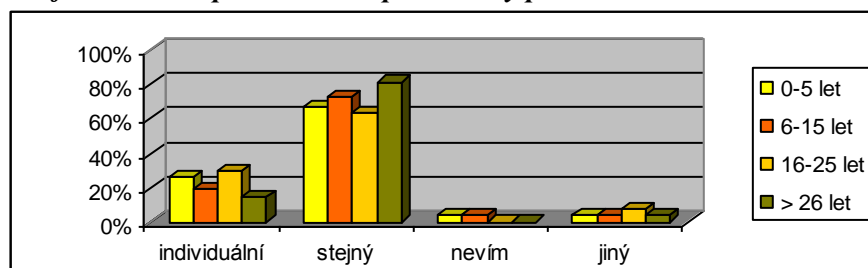


Podle tohoto grafu volili lékaři o 8% častěji individualizovaný přístup než SZP. Jiný přístup volili lékaři o 5,1% častěji než SZP.

Tabulka 8.4.: Přístup k Romům – podle délky praxe

	a) individuálně	b) stejně	c) nevím	d) jinak
0-5 let	25,9 % (tj. 7)	66,6 % (tj. 18)	3,7 % (tj. 1)	3,7 % (tj. 1)
6-15 let	19,6 % (tj. 10)	72,5 % (tj. 37)	3,9 % (tj. 2)	3,9 % (tj. 2)
16-25 let	29,6 % (tj. 8)	62,9 % (tj. 17)	0 %	7,4 % (tj. 2)
> 26 let	14,8 % (tj. 4)	81,4 % (tj. 22)	0 %	3,7 % (tj. 1)

Graf 8.4.: Přístup k Romům – podle délky praxe



Individuálně přistupovali k Romům nejčastěji zdravotníci s praxí 16-25 let a dále zdravotníci s praxí 0-5 let. Nejméně často volili tento přístup zdravotníci s praxí 26 let a delší. Stejný přístup volili nejčastěji zdravotníci s praxí 26 let a delší a zdravotníci s praxí a s praxí 6-15 let, nejméně často jej volili zdravotníci s praxí 16-25 let. Jiný přístup volily nejčastěji osoby s praxí 16-25 let.

Položka 8.1:

4,5% (tj. 6) dotazovaných uvedlo, že s Romy jedná jinak:

- Opatrněji, snažím se nevyvolat konflikt - tři respondenti.
- S větší opatrností při podávání informací kvůli často neadekvátní až hysterické reakci – jeden respondent.
- Opatrněji, s obavami, jak zareagují na mé požadavky – jeden respondent.
- Většinou stejně, záleží na konkrétním člověku a jeho přístupu – jeden respondent.

Položka č. 9:

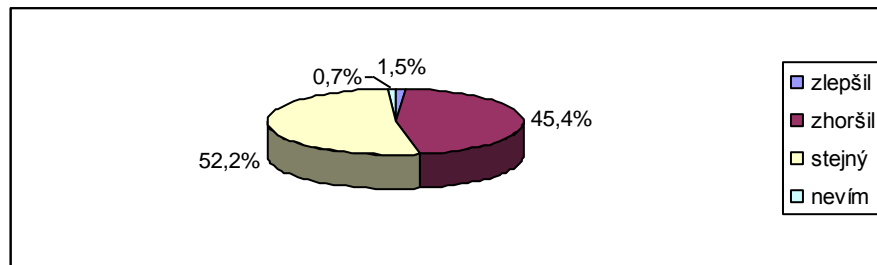
Váš vztah k Romům se prací ve zdravotnictví:

- a) zlepšil
- b) zhoršil
- c) je stejný
- d) nevím

Tabulka 9.1.: Vývoj vztahu k Romům – všichni respondenti

	a) zlepšil	b) zhoršil	c) je stejný	d) nevím
všichni	1,5 % (tj. 2)	45,4 % (tj. 60)	52,2 % (tj. 69)	0,7 % (tj. 1)

Graf 9.1.: Vývoj vztahu k Romům – všichni respondenti

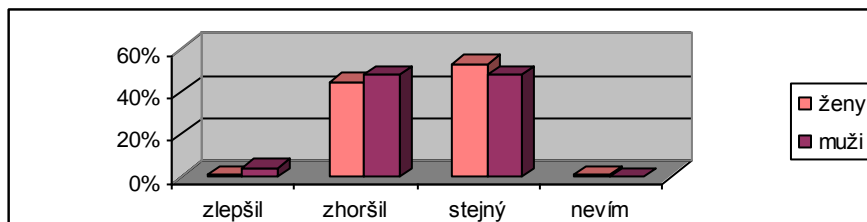


Stejný vztah k Romům udávalo 52,2% (tj. 69) dotazovaných, zhoršení vztahu k Romům udávalo 45,4% (tj. 60) dotazovaných, zlepšení vztahu udávalo 1,5% (tj.2) dotazovaných a 0,7% dotazovaných (tj. 1) nevědělo, zda jejich vztah k Romům ovlivnila práce ve zdravotnictví.

Tabulka 9.2.: Vývoj vztahu k Romům – ženy a muži

	a) zlepšil	b) zhoršil	c) je stejný	d) nevím
ženy	0,9 % (tj.1)	44,8 % (tj. 48)	53,2 % (tj. 57)	0,9 % (tj. 1)
muži	4 % (tj. 1)	48 % (tj. 12)	48 % (tj. 12)	0 %

Graf 9.2.: Vývoj vztahu k Romům – ženy a muži

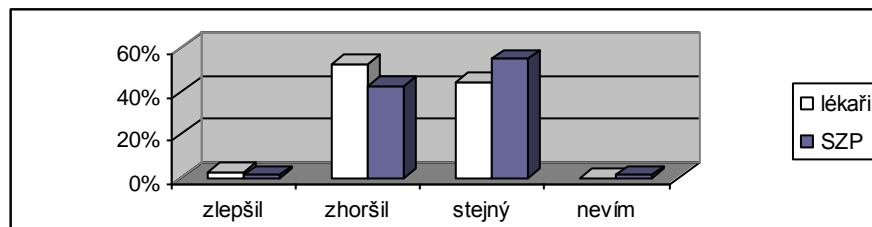


Názory mužů a žen se příliš nelišily, ženy udávaly stejný vztah o 5,2% častěji než muži, kteří popisovali zhoršení vztahu k Romům o 4,8% častěji než ženy.

Tabulka 9.3.: Vývoj vztahu k Romům – lékaři a SZP

	a) zlepšil	b) zhoršil	c) je stejný	d) nevím
lékaři	2,7 % (tj. 1)	52,7 % (tj. 19)	44,4 % (tj. 16)	0 %
SZP	1 % (tj. 1)	42,7 % (tj. 41)	55,2 % (tj. 53)	1 % (tj. 1)

Graf 9.3.: Vývoj vztahu k Romům – lékaři a SZP

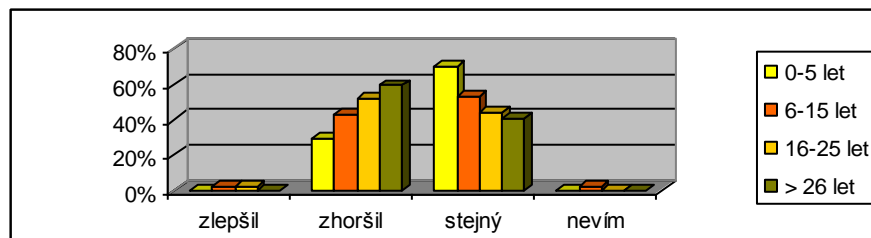


Lékaři uváděli zhoršení svého vztahu k Romům o 10% častěji než SZP, zlepšení vztahu bylo hodnoceno téměř stejně.

Tabulka 9.4.: Vývoj vztahu k Romům – podle délky praxe

	a) zlepšil	b) zhoršil	c) je stejný	d) nevím
0-5 let	0%	29,6 (tj. 8)	70,3 % (tj. 19)	0%
6-15 let	1,9 % (tj. 1)	43,1 % (tj. 22)	52,9 % (tj. 27)	1,9 % (tj. 1)
16-25 let	1,9 % (tj. 1)	51,8 % (tj. 14)	44,1 % (tj. 12)	0%
> 26 let	0%	59,2 % (tj. 16)	40,7 % (tj.11)	0%

Graf 9.4.: Vývoj vztahu k Romům – podle délky praxe



Tento graf názorně ukazuje postupné zhoršování vztahu zdravotníků k Romům v závislosti délce praxe. Zlepšení vztahu uvedl pouze jeden respondent s praxí 6-15 let a jeden respondent s praxí 16-25 let. Jeden respondent s praxí 6-15 let nevěděl, jak jeho vztah k Romům ovlivnila práce ve zdravotnictví.

Položka č. 10

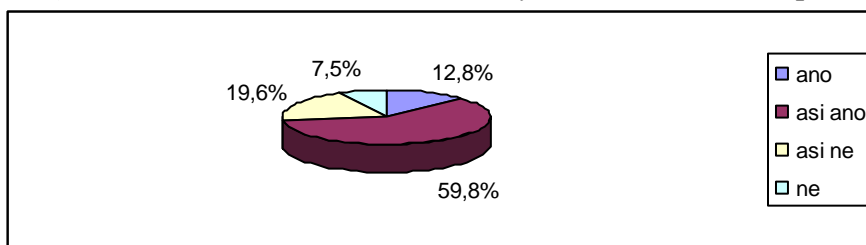
Víte, co je typické pro komunikační styl Romů?

- a) ano
- b) asi ano
- c) asi ne
- d) ne

Tabulka 10.1.: Povědomí o komunikačním stylu Romů – všichni respondenti

	a) ano	b) asi ano	c) asi ne	d) ne
všichni	12,8 % (tj. 17)	59,8 % (tj. 79)	19,6 % (tj. 26)	7,5 % (tj. 10)

Graf 10.1.: Povědomí o komunikačním stylu Romů – všichni respondenti

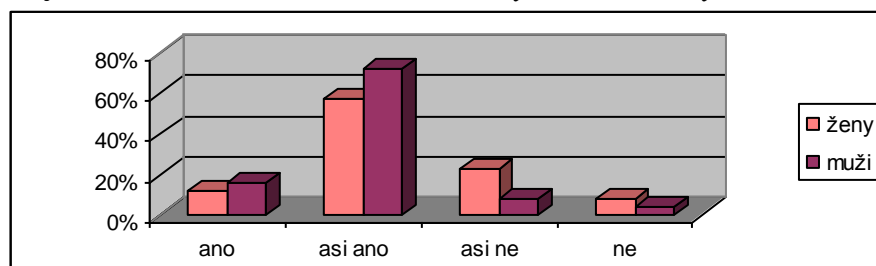


59,8% (tj. 79) dotazovaných se domnívalo, že asi zná specifika komunikačního stylu Romů, tato specifika spíše neznalo 19,6% (tj. 26) dotazovaných, 12,8% (tj. 17) dotazovaných uvedlo, že tato specifika zná a 7,5% (tj. 10) dotazovaných tato specifika neznalo.

Tabulka 10.2.: Povědomí o komunikačním stylu Romů – ženy a muži

	a) ano	b) asi ano	c) asi ne	d) ne
ženy	12,1% (tj. 13)	57% (tj. 61)	22,4% (tj. 24)	8,4% (tj. 9)
muži	16% (tj. 4)	72% (tj. 18)	8% (tj. 2)	4% (tj. 1)

Graf 10.2.: Povědomí o komunikačním stylu Romů – ženy a muži

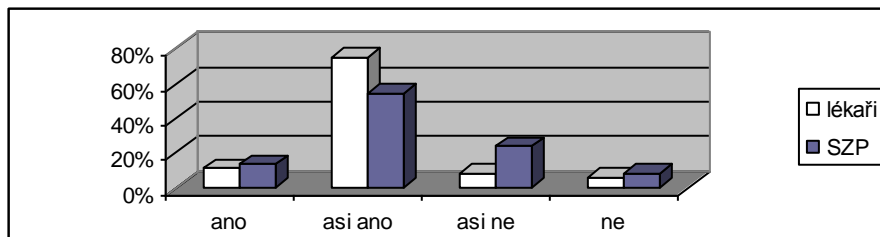


V této položce si muži byli jistější svou znalostí komunikačního stylu Romů než ženy. V součtu odpovědí z obou kladných variant si byli muži o 18,9% jistější než ženy.

Tabulka 10.3.: Povědomí o komunikačním stylu Romů – lékaři a SZP

	a) ano	b) asi ano	c) asi ne	d) ne
lékaři	11,1 % (tj. 4)	75 % (tj. 27)	8,3 % (tj. 3)	5,5 % (tj. 2)
SZP	13,5 % (tj. 13)	54,1 % (tj. 52)	23,9 % (tj. 23)	8,3 % (tj. 8)

Graf 10.3.: Povědomí o komunikačním stylu Romů – lékaři a SZP

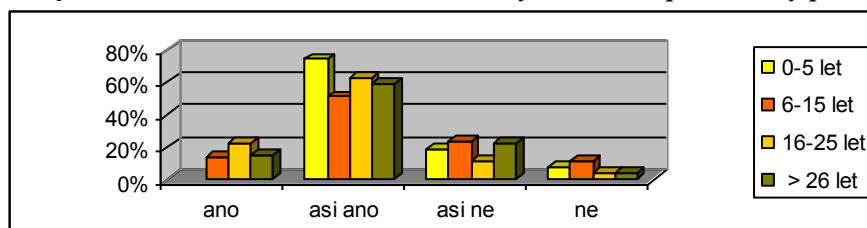


Podle součtu odpovědí z obou kladných variant si byli lékaři znalostí specifík romského komunikačního stylu o 18,5% jistější než SZP.

Tabulka 10.4.: Povědomí o komunikačním stylu Romů – podle délky praxe

	a) ano	b) asi ano	c) asi ne	d) ne
0-5 let	0 %	74 % (tj. 20)	18,51% (tj. 5)	7,4 % (tj. 2)
6-15 let	13,7 % (tj. 7)	50,9 % (tj. 26)	23,5 % (tj. 12)	11,7 % (tj. 6)
16-25 let	22,2 % (tj. 6)	62,9 % (tj. 17)	11,1 % (tj. 3)	3,7 % (tj. 1)
> 26 let	14,8 % (tj. 4)	59,2 % (tj. 16)	22,2 % (tj. 6)	3,7 % (tj. 1)

Graf 10.4.: Povědomí o komunikačním stylu Romů – podle délky praxe



V znalosti komunikačního stylu Romů si byli nejjistější zdravotníci s praxí 16-25 let, součet jejich odpovědí z obou kladných variant činil 85,1%. Nejméně jisti si byli zdravotníci s praxí 6-15 let, součet jejich odpovědí z obou záporných variant byl 35,2%.

Položka č. 11

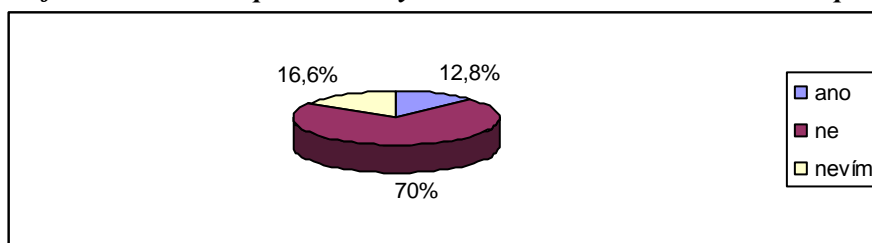
Byl při vašem studiu na střední / vysoké škole věnován prostor problematice menšin žijících v našem státě?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nevzpomínám si

Tabulka 11.1.: Zmínění problematiky menšin během studia – všichni respondenti

	a) ano	b) ne	c) nevím
všichni	12,8 % (tj. 17)	70,4 % (tj. 93)	16,6 % (tj. 22)

Graf 11.1.: Zmínění problematiky menšin během studia – všichni respondenti

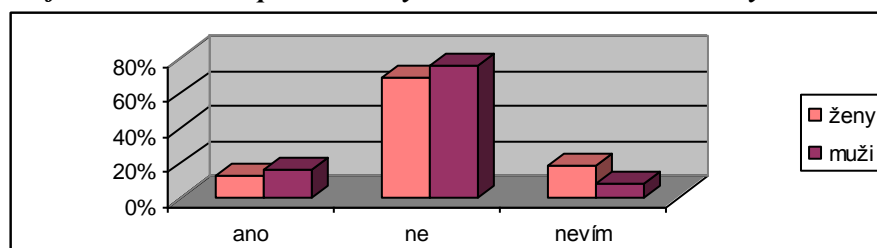


V této položce 70,4% (tj. 93) dotazovaných uvedlo, že během jejich studia nebyla zmíněna problematika menšin žijících na našem území, 16,6% (tj. 22) dotazovaných nevědělo nebo si nevzpomínalo a 12,8% (tj. 17) dotazovaných uvedlo kladnou odpověď.

Tabulka 11.2.: Zmínění problematiky menšin během studia – ženy a muži

	a) ano	b) ne	c) nevím
ženy	12,1 % (tj. 13)	69,1 % (tj. 74)	18,6 % (tj. 20)
muži	16 % (tj. 4)	76% (tj. 19)	8 % (tj. 2)

Graf 11.2.: Zmínění problematiky menšin během studia – ženy a muži

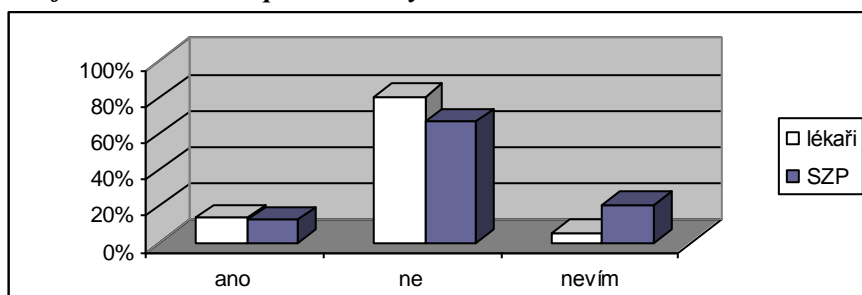


Muži uvedli, že problematika menšin byla během jejich studia zmíněna o 3,9% častěji než ženy, ale zároveň uvedli, že tato problematika zmíněna nebyla o 6,9% častěji než ženy, které si nebyly jisty o 10,6 % častěji než muži.

Tabulka 11.3.: Zmínění problematiky menšin během studia – lékaři a SZP

	a)	b)	c)
Lékaři	13,8 % (tj. 5)	80,5 % (tj. 29)	5,5 % (tj. 2)
SZP	12,5 % (tj. 12)	66,6 % (tj. 64)	20,8 % (tj. 20)

Graf 11.3.: Zmínění problematiky menšin během studia – lékaři a SZP

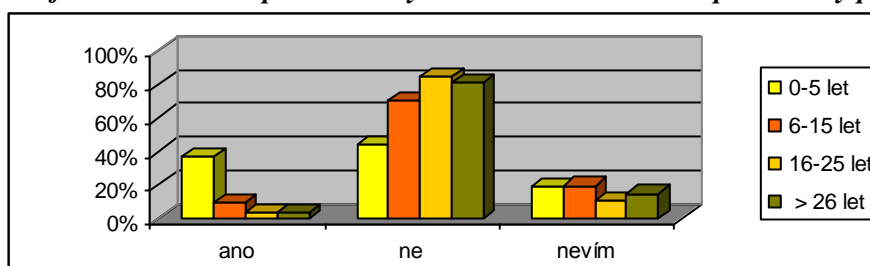


SZP si nebyli jisti o 15,3% častěji než lékaři, zda byla během jejich studia zmíněna problematika menšin. Lékaři uváděli o 13,9 % častěji než SZP, že problematika menšin během jejich studia nebyla zmíněna, v kladné variantě nebyly významné rozdíly.

Tabulka 11.4.: Zmínění problematiky menšin během studia – podle délky praxe

	a) ano	b) ne	c) nevím
0-5 let	37 % (tj. 10)	44,4 % (tj. 12)	18,5 % (tj. 5)
6-15 let	9,8 % (tj. 5)	70,5 % (tj. 36)	19,6 % (tj. 10)
16-25 let	3,7 % (tj. 1)	85,1 % (tj. 23)	11,1 % (tj. 3)
> 26 let	3,7 % (tj. 1)	81,4 % (tj. 22)	14,8 % (tj. 4)

Graf 11.4.: Zmínění problematiky menšin během studia – podle délky praxe



Nejvíce kladných odpovědí bylo v kategorii 0-5 let praxe, nejméně kladných odpovědí shodně uváděli zdravotníci s praxí 16-25 let praxe a s praxí 26 let a déle. Nejvíce záporných odpovědí udávali zdravotníci s praxí 16-25 let.

Položka č. 12:

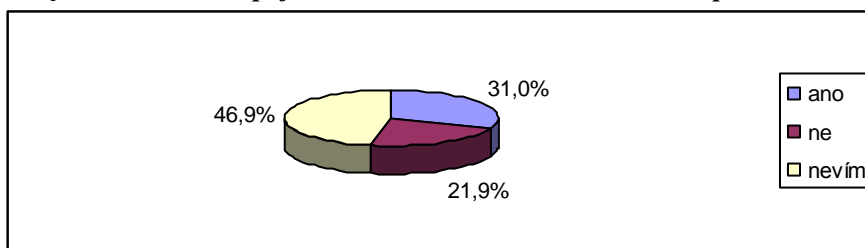
Víte, co znamenají pojmy „transkulturní/multikulturní péče“ ?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nejsem si jist /a

Tabulka 12.1.: Znalost pojmů „transkulturní / multikulturní péče“ – všichni respondenti

	a) ano	b) ne	c) nevím
všichni	31% (tj. 41)	21,9% (tj. 29)	46,9% (tj. 62)

Graf 12.1.: Znalost pojmů „transkulturní / multikulturní péče“ – všichni respondenti

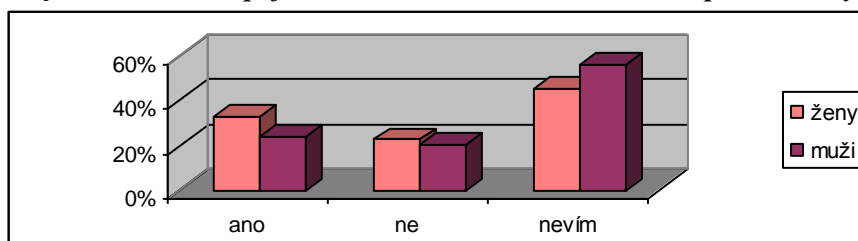


V této otázce si 49% (tj. 62) dotazovaných nebylo jisto, co pojmy „transkulturní/multikulturní péče“ znamenají, 31% (tj. 41) dotazovaných tyto pojmy znalo a 21,9% dotazovaných tyto pojmy neznalo.

Tabulka 12.2.: Znalost pojmu „transkulturní / multikulturní péče“ – ženy a muži

	a) ano	b) ne	c) nevím
ženy	32,7 % (tj. 35)	22,4 % (tj. 24)	44,8 % (tj. 48)
muži	24 % (tj. 6)	20 % (tj. 5)	56 % (tj. 14)

Graf 12.2.: Znalost pojmu „transkulturní / multikulturní péče“ – ženy a muži

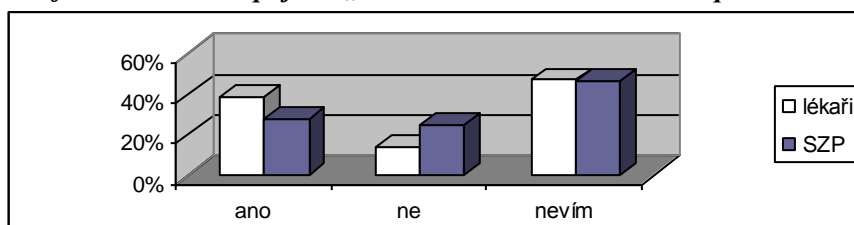


Muži odpovídali, že nevědí, co tyto pojmy znamenají o 11,2% častěji než ženy, které měly o 8,7% více kladných odpovědí a o 2,4% více záporných odpovědí než muži.

Tabulka 12.3.: Znalost pojmů „transkulturní / multikulturní péče“ – lékaři a SZP

	a) ano	b) ne	c) nevím
lékaři	38,8% (tj. 14)	13,8% (tj. 5)	47,2% (tj. 17)
SZP	28,1% (tj. 27)	25% (tj. 24)	46,8% (tj. 45)

Graf 12.3.: Znalost pojmů „transkulturní / multikulturní péče“ – lékaři a SZP

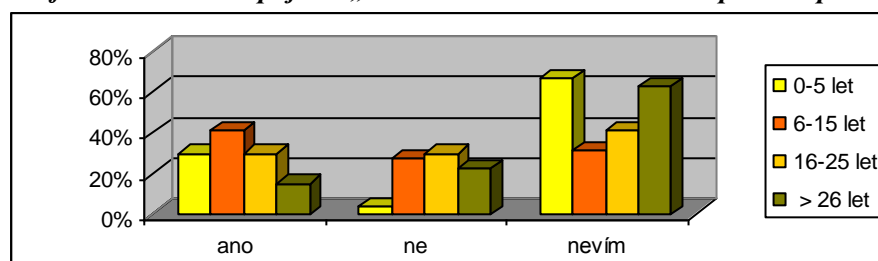


Pojmy transkulturní/multikulturní péče znalo o 10,7% více lékařů než SZP. Významem těchto pojmů si nebylo jisto téměř shodné procento lékařů i SZP.

Tabulka 12.4.: Znalost pojmů „transkulturní / multikulturní péče“ – podle délky praxe

	a) ano	b) ne	c) nevím
0-5 let	29,6% (tj. 8)	3,7% (tj. 1)	66,6% (tj. 18)
6-15 let	41,1% (tj. 21)	27,4% (tj. 14)	31,3% (tj. 16)
16-25 let	29,6% (tj. 8)	29,6% (tj. 8)	40,7% (tj. 11)
> 26 let	14,8% (tj. 4)	22,2% (tj. 6)	62,9% (tj. 17)

Graf 12.4.: Znalost pojmů „transkulturní / multikulturní péče“ – podle délky praxe



Nejvíce kladných odpovědí uváděli dotazovaní s 6-15 lety praxe, nejméně uváděli zdravotníci s praxí 26 let a delší. Nejvíce záporných odpovědí měli zdravotníci s praxí 16-25 let, nejméně zdravotníci s praxí 0-5 let, kteří současně nejčastěji uváděli, že si nejsou jisti, co tyto pojmy znamenají.

Položka č. 13

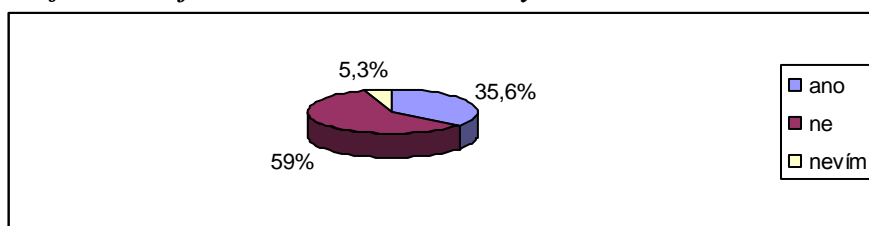
Byl/ a jste někdy informován/ a o kulturních zvyklostech Romů?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nevzpomínám si

Tabulka 13.1.: Informovanost o kulturních zvyklostech Romů – všichni respondenti

	a) ano	b) ne	c) nevím
Všichni	35,6% (tj. 47)	59% (tj. 78)	5,3% (tj. 7)

Graf 13.1.: Informovanost o kulturních zvyklostech Romů – všichni respondenti

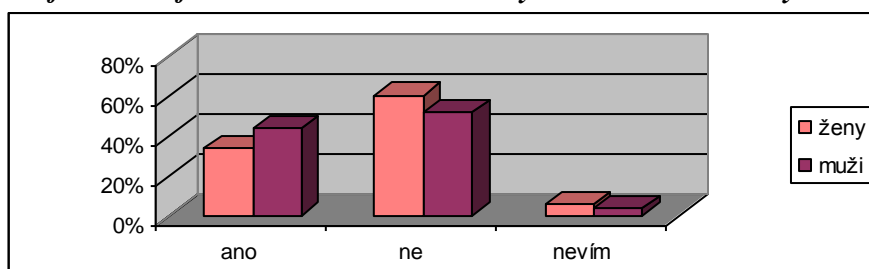


V této položce uvedlo 59% (tj. 78) respondentů, že nebyli informováni o kulturních zvyklostech Romů, 35,6% (tj. 47) respondentů informováno bylo a 5,3% (tj. 7) respondentů si již nevzpomíná.

Tabulka 13.2.: Informovanost o kulturních zvyklostech Romů – ženy a muži

	a) ano	b) ne	c) nevím
Ženy	33,4% (tj. 36)	60,7% (tj. 65)	5,6% (tj. 6)
Muži	44% (tj. 11)	52% (tj. 13)	4% (tj. 1)

Graf 13.2.: Informovanost o kulturních zvyklostech Romů – ženy a muži

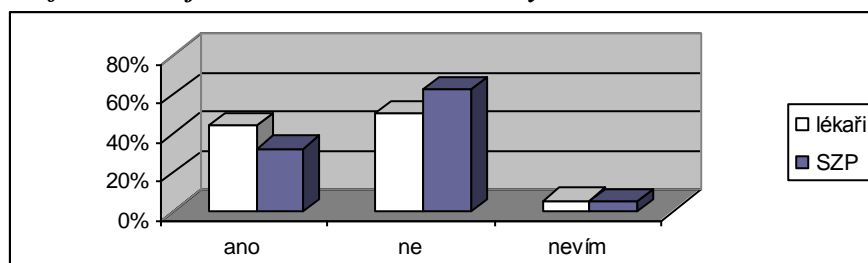


Muži uváděli, že byli informováni o kulturních zvyklostech Romů o 10,6% častěji než ženy, jinak se odpovědi obou pohlaví příliš nelišily.

Tabulka 13.3.: Informovanost o kulturních zvyklostech Romů – lékaři a SZP

	a) ano		b) ne		c) nevím	
Lékaři	44,4 %	(tj. 16)	50 %	(tj. 18)	5,5 %	(tj. 2)
SZP	32,2 %	(tj. 31)	62,5 %	(tj. 60)	5,2 %	(tj. 5)

Graf 13.3.: Informovanost o kulturních zvyklostech Romů – lékaři a SZP

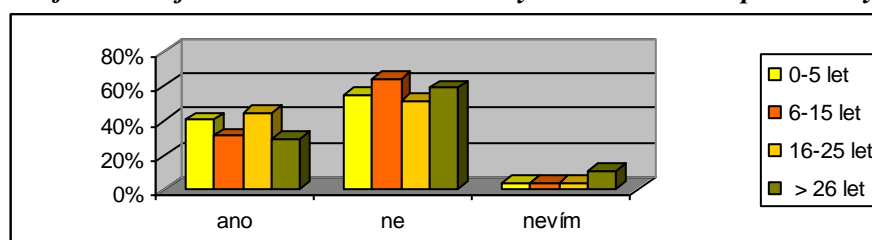


V této položce lékaři uváděli, že byli informováni o kulturních zvyklostech Romů o 12,2% častěji než SZP. Lékařů i SZP téměř shodně nebyli jisti, zda byli někdy o kulturních zvyklostech Romů informováni.

Tabulka 13.4.: Informovanost o kulturních zvyklostech Romů – podle délky praxe

	a) ano		b) ne		c) nevím	
0-5 let	40,7 %	(tj. 11)	55,5 %	(tj. 15)	3,7 %	(tj. 1)
6-15 let	31,3 %	(tj. 16)	64,7 %	(tj. 33)	3,9 %	(tj. 2)
16-25 let	44,4 %	(tj. 12)	51,8 %	(tj. 14)	3,7 %	(tj. 1)
> 26 let	29,6 %	(tj. 8)	59,2 %	(tj. 16)	11,1 %	(tj. 3)

Graf 13.4.: Informovanost o kulturních zvyklostech Romů – podle délky praxe



Nejvíce kladných odpovědí bylo u zdravotníků s praxí 16-25 let a u zdravotníků s praxí 0-5 let, nejméně u zdravotníků s praxí 26 let a delší. Nejvíce záporných odpovědí uváděli zdravotníci s praxí 6-15 let, nejméně záporných odpovědí uváděli zdravotníci s praxí 16-25 let. Možnost c) nevím volili nejčastěji zdravotníci s praxí 26 let a delší.

Položka č. 14

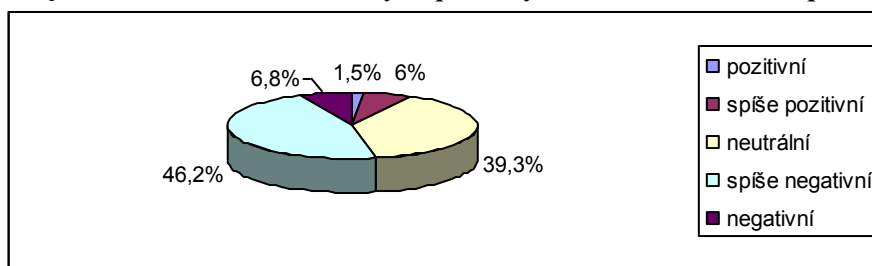
Vaše zkušenosti s romskými pacienty / jejich rodinnými příslušníky jsou většinou:

- a) pozitivní
- b) spíše pozitivní
- c) neutrální
- d) spíše negativní
- e) negativní

Tabulka 14.1.: Zkušenosti s romskými pacienty/ rodinou – všichni respondenti

	a) pozitivní	b) spíše +	c) neutrální	d) spíše -	e) negativní
všichni	1,5% (tj. 2)	6% (tj. 8)	39,3% (tj. 52)	46,2% (tj. 61)	6,8% (tj. 9)

Graf 14.1.: Zkušenosti s romskými pacienty/ rodinou – všichni respondenti

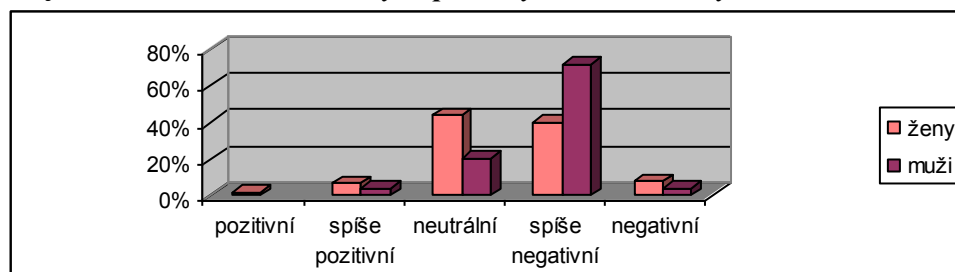


Jako spíše negativní hodnotilo své zkušenosti 46,2% (tj. 61) dotazovaných, neutrální zkušenosti uvedlo 39,3% (tj. 52) osob, spíše negativní zkušenosti mělo 6,8% (tj. 9) osob, spíše pozitivní zkušenosti uvádělo 6% (tj. 8) osob a pozitivní zkušenosti uvedlo 1,5% (tj. 2) dotazovaných.

Tabulka 14.2.: Zkušenosti s romskými pacienty/ rodinou – ženy a muži

	a) pozitivní	b) spíše +	c) neutrální	d) spíše -	e) negativní
ženy	1,8% (tj. 2)	6,5% (tj. 7)	43,9% (tj. 47)	40,1% (tj. 43)	7,4% (tj. 7)
muži	0%	4% (tj. 1)	20% (tj. 5)	72% (tj. 18)	4% (tj. 1)

Graf 14.2.: Zkušenosti s romskými pacienty/ rodinou – ženy a muži

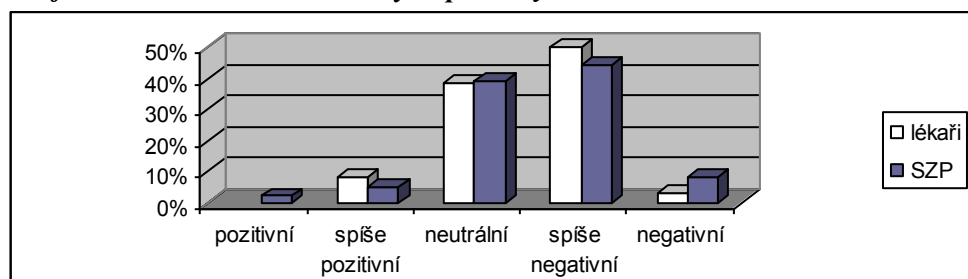


Muži uváděli o 31,9% více spíše negativních zkušeností než ženy, které udávaly neutrální zkušenosti o 23,9% častěji, negativní zkušenosti o 3,4% častěji, spíše pozitivní zkušenosti o 2,5% častěji než muži. Žádný muž neuvadl pozitivní zkušenost.

Tabulka 14.3.: Zkušenosti s romskými pacienty / rodinou – lékaři a SZP

	a) pozitivní	b) spíše +	c) neutrální	d) spíše -	e) negativní
lékaři	0%	8,3 % (tj. 3)	38,8% (tj. 14)	50% (tj. 18)	2,7 % (tj. 1)
SZP	2 % (tj. 2)	5,2 % (tj. 5)	39,5% (tj.38)	44,7% (tj. 43)	8,3 % (tj. 8)

Graf. 14.3.: Zkušenosti s romskými pacienty / rodinou – lékaři a SZP

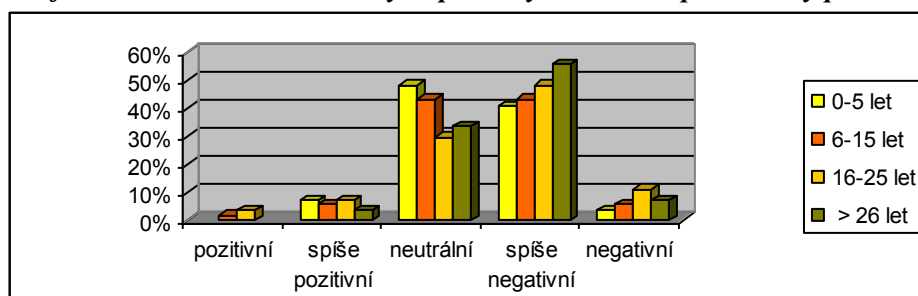


Při součtu výsledků obou pozitivních a obou negativních variant se zkušenosti lékařů a SZP výrazněji neliší: negativní zkušenosti mělo 52,5% (tj. 19) lékařů a 53% (tj. 51) SZP, pozitivní zkušenosti uvádělo 8,3% (tj. 3) lékařů a 7,2% (tj. 7) SZP.

Tabulka 14.4.: Zkušenosti s romskými pacienty / rodinou – podle délky praxe

	a) pozitivní	b) spíše +	c) neutrální	d) spíše -	e) negativní
0-5 let	0%	7,4 % (tj. 2)	48,1 % (tj. 13)	40,7 % (tj. 11)	3,7 % (tj. 3)
6-15 let	1,9 % (tj. 1)	5,8 % (tj. 3)	43,1 % (tj. 22)	43,1 % (tj. 22)	5,8 % (tj. 3)
16-25 let	3,7 % (tj. 1)	7,4 % (tj. 2)	29,6 % (tj. 8)	48,1 % (tj. 13)	11,1% (tj. 3)
> 26 let	0 %	3,7 % (tj. 1)	33,3 % (tj. 9)	55,5 % (tj. 15)	7,4 % (tj. 2)

Graf 14.1.: Zkušenosti s romskými pacienty/ rodinou – podle délky praxe



Tento graf ukazuje, jak počet negativních zkušeností vzrůstá s délkou praxe. Neutrální zkušenosti měli nejčastěji zdravotníci s praxí 0-5 let a s praxí 6-15 let. Při součtu obou pozitivních a negativních variant měli nejvíce převážně pozitivních zkušeností zdravotníci s praxí 16-25 let a nejvíce převážně negativních zkušeností měli téměř shodně zdravotníci s praxí 26 let a delší a zdravotníci s praxí 16-25 let.

Položka č. 15

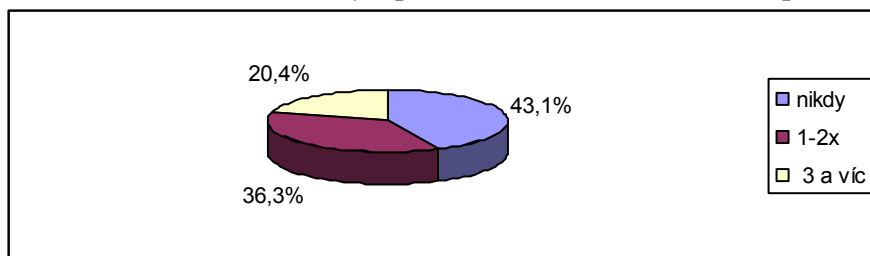
Měl/a jste při výkonu svého povolání konflikt s rómským pacientem/jeho rodinnými příslušníky?

- a) nikdy
- b) 1 – 2 x
- c) 3 x a více

Tabulka 15.1.: Konflikt s rómským pacientem/rodinou – všichni respondenti

	a) nikdy	b) 1-2 x	c) 3 a více
všichni	43,1% (tj. 57)	36,3% (tj. 48)	20,4% (tj. 27)

Graf 15.1.: Konflikt s rómským pacientem/rodinou – všichni respondenti

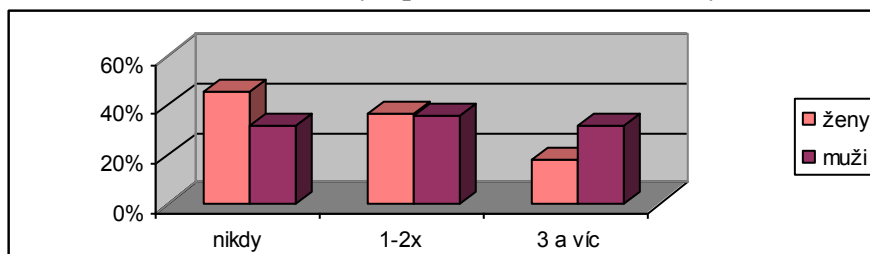


43,1% (tj. 57) respondentů se s rómskými pacienty ani jejich rodinnými příslušníky nedostalo do konfliktu, 36,3 % (tj. 48) respondentů udávalo 1-2 konflikty a 20,4% (tj. 27) respondentů mělo tři a více konfliktů.

Tabulka 15.2.: Konflikt s rómským pacientem/rodinou – ženy a muži

	a) nikdy	b) 1-2 x	c) 3 a více
ženy	45,7 % (tj. 49)	36,4 % (tj. 39)	17,7 % (tj. 19)
muži	32 % (tj. 8)	36% (tj. 9)	32% (tj. 8)

Graf 15.2.: Konflikt s rómským pacientem /rodinou – ženy a muži

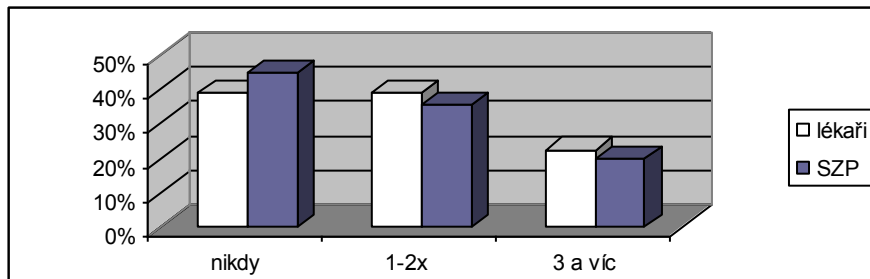


V této položce uvádělo tři konflikty a více o 15,7% více mužů než žen. To, že neměly s rómskými pacienty žádný konflikt udávaly ženy o 13,7% častěji než muži. V počtu konfliktů 1-2 byly zkušenosti obou pohlaví stejné.

Tabulka 15.3.: Konflikt s romským pacientem /rodinou – lékaři a SZP

	a) nikdy	b) 1-2 x	c) 3 a více
lékaři	38,8 % (tj. 14)	38,8 % (tj. 14)	22,5 % (tj. 8)
SZP	44,7 % (tj. 43)	35,4 % (tj. 34)	19,7 % (tj. 19)

Graf 15.3.: Konflikt s romským pacientem /rodinou – lékaři a SZP

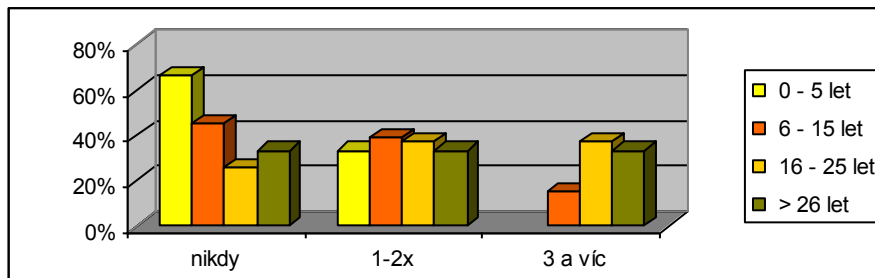


Lékaři uváděli, že měli 1-2 konflikty o 3,4% častěji než SZP, tři konflikty a více udávali lékaři o 2,8% častěji než SZP. Absenci konfliktu uváděli SZP o 5,9% častěji než lékaři.

Tabulka 15. 4: Konflikt s romským pacientem/ rodinou – podle délky praxe

	a) nikdy	b) 1-2 x	c) 3 a více
0-5 let	66,6% (tj. 18)	33,3% (tj. 9)	0%
6-15 let	45% (tj. 23)	39,2% (tj. 20)	15,6% (tj. 8)
16-25 let	25,9% (tj. 7)	37% (tj. 10)	37% (tj. 10)
> 26 let	33,3% (tj. 9)	33,3% (tj. 9)	33,3% (tj. 9)

Graf 15. 4: Konflikt s romským pacientem /rodinou – podle délky praxe



Zdravotníci s praxí 0-5 let nejčastěji uváděli, že nikdy neměli s romskými pacienty konflikt, tato kategorie měla zároveň celkově nejméně konfliktů. Absenci konfliktu udávali nejméně často zdravotníci s praxí 16-25 let. V kategorii 1-2 konflikty byli nejčastěji zastoupeny osoby s praxí 6-15 let. Tři a více konfliktů udávali nejčastěji respondenti s praxí 16-25 let, tato skupina zdravotníků měla zároveň celkově nejvíce konfliktů.

Položka č. 15. 1.

Pokud jste odpověděl/a kladně, můžete popsat, co bylo dle Vašeho mínění příčinou/ příčinami?

Tabulka 15.1.: Příčiny či podmínky konfliktů

četnost	příčina / podmínka konfliktu
14 x	Nedodržování léčebného režimu, doporučení
10 x	Agresivita (nespecifikováno)
8 x	Hrubé nadávky, urážky
5 x	Vulgární chování (nespecifikováno)
	Vyhrožování fyzickým násilím
	Obviňování zdravotníků z rasismu po vznesení běžných požadavků
	Nespokojenost se zdravotní péčí (poskytnutou aktuálně či v minulosti)
	Opakované zneužívání záchranné služby kvůli banalitám
4 x	Domáhání se přednostního ošetření
	Opilost
3 x	Nerespektování provozního řádu oddělení
	Neochota spolupracovat
	Špatná komunikace (nespecifikováno)
	Nadávky zdravotníkům s rasovým podtextem („ bílá svině“, atp.)
2 x	Předpojatost Romů k „bílým gádžům“
	Běžná nedorozumění jako s jinými lidmi
	Ignorance racionálních argumentů
	Agresivita v souvislosti s psychickou změnou podmíněnou nemocí
	Lhaní
	Nepochopení nutnosti léčebného zákroku
	Obviňování zdravotníků z dlouhodobých zdravotních potíží
	Nereálné požadavky na zdravotní služby (obecně)
	Nereálné požadavky na individuální péči
1 x	Simulování a zveličování obtíží
	Arogantní chování
	Opačné reagování (zdání, že chápou požadavky a pak udělají opak)
	Hlučnost
	Krádeže
	Konflikty kvůli povahovým rysům Romů
	Agresivita v opilosti – pacient se potom přišel omluvit

Možnost podělit se o své zkušenosti využilo 35 z 48 dotazovaných, kteří udávali 1-2 konflikty, a 19 z 27 dotazovaných, kteří udávali tři a více konfliktů. Někteří respondenti se vyjádřili pouze heslovitě, jiní napsali kratičké kasuistiky.

Položka č. 16:

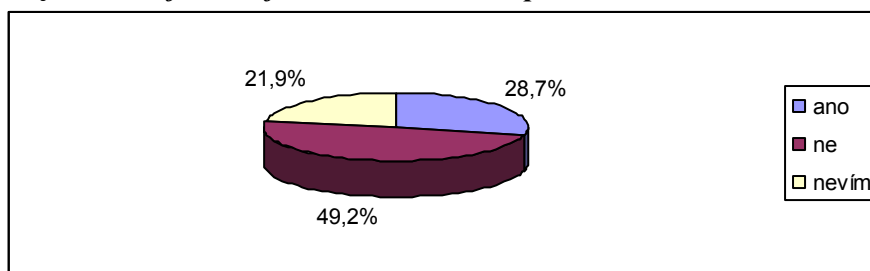
Uvítal/a byste více informací o kulturních zvyklostech romské menšiny?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Tabulka 16.1.: Zájem o informace – všichni respondenti

	a) ano	b) ne	c) nevím
Všichni	28,7% (tj. 38)	49,2% (tj. 65)	21,9% (tj. 29)

Graf 16.1.: Zájem o informace – všichni respondenti

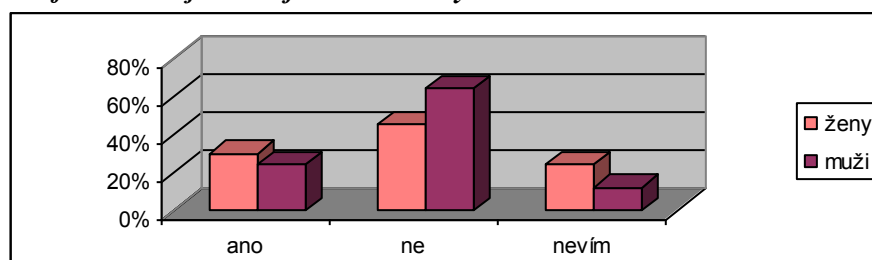


28,7% (tj. 38) dotazovaných by uvítalo více informací o kulturních zvláštnostech romské menšiny, 49,2% (tj. 65) dotazovaných by tuto možnost neuvítalo a 21,9% (tj. 29) dotazovaných nevědělo, zda by tyto informace uvítalo.

Tabulka 16.2.: Zájem o informace – ženy a muži

	a) ano	b) ne	c) nevím
ženy	29,9% (tj. 32)	45,7% (tj. 49)	24,2% (tj. 26)
muži	24% (tj. 6)	64% (tj. 16)	12% (tj. 3)

Graf 16.2.: Zájem o informace – ženy a muži

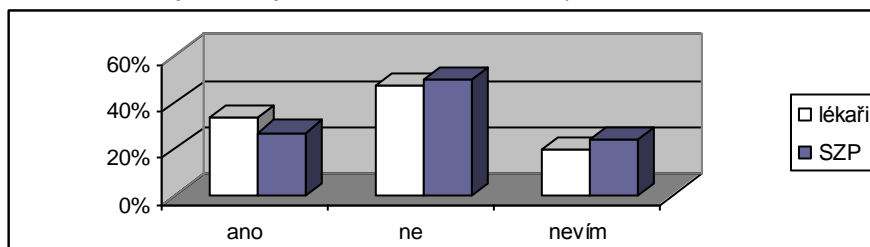


Nezájem o informace byl u žen o 18,3% menší než u mužů, zájem o informace projevovaly ženy o 5,9% častěji než muži. O 12,2% více žen než mužů nevědělo, zda by o měli o další informace zájem.

Tabulka 16.3.: Zájem o informace o kulturních zvyklostech Romů – lékaři a sestry

	a) ano	b) ne	c) nevím
lékaři	33,3% (tj. 12)	47,2% (tj. 17)	19,4% (tj. 7)
SZP	27% (tj. 26)	50% (tj. 48)	24,2% (tj. 22)

Graf 16.3.: Zájem o informace o kulturních zvyklostech Romů – lékaři a sestry

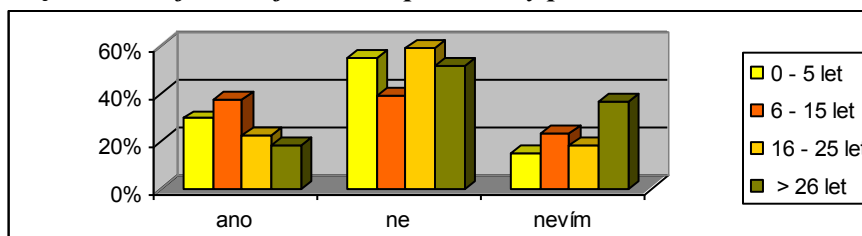


Názory lékařů a SZP se výrazně nelišily, lékaři uváděli, že by uvítali další informace o kulturních zvláštlostech Romů o 6,6% častěji než SZP, kteří odpovídali o 4,8% častěji, že si nejsou jisti, zda by měli o další informace zájem.

Tabulka 16.4.: Zájem o informace – podle délky praxe

	a) ano	b) ne	c) nevím
0-5 let	29,6% (tj. 8)	55,5% (tj. 15)	14,8% (tj. 10)
6-15 let	37,2% (tj. 19)	39,2% (tj. 20)	23,5% (tj. 12)
16-25 let	22,2% (tj. 6)	59,2% (tj. 16)	18,5% (tj. 5)
> 26 let	18,5% (tj. 5)	51,8% (tj. 14)	29,6% (tj. 8)

Graf 16.4.: Zájem o informace – podle délky praxe



Největší zájem o informace týkající se specifík romské menšiny projevili zdravotníci s praxí 6-15 let, nejmenší zájem jeví zdravotníci s praxí delší než 26 let. Největší nezájem projevovali osoby s praxí 16-25 let. Zdravotníci s praxí 26 let a delší oproti ostatním skupinám nejčastěji uváděli, že nevědí, zda by měli o více informací zájem.

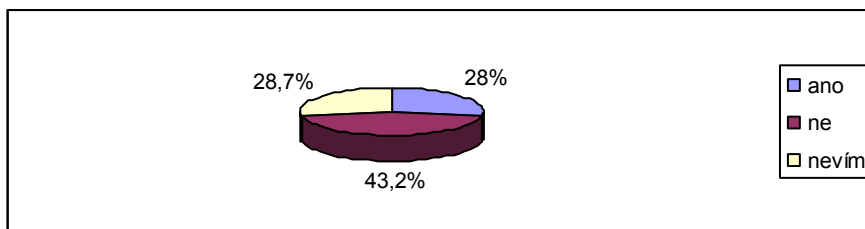
Položka č. 17:

Myslíte si, že lepší znalost typických odlišností této menšiny by pomohla v komunikaci zdravotníků s Romy?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Tabulka 17.1.: Souhlas s tvrzením – všichni respondenti

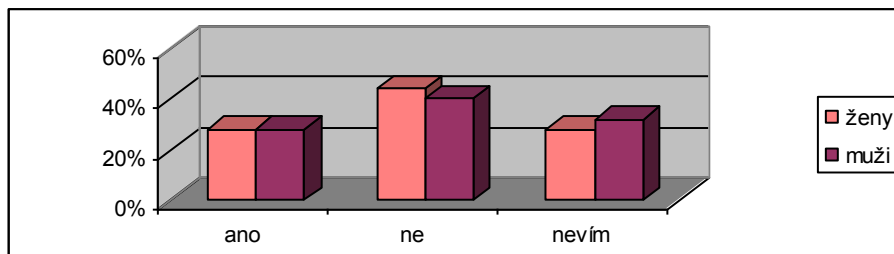
	a) ano	b) ne	c) nevím
Všichni	28% (tj. 37)	43,1% (tj. 57)	28,7% (tj. 38)

Graf 17.1.: Souhlas s tvrzením – všichni respondenti

Podle 28% (tj. 37) dotazovaných by lepší znalost odlišností romské menšiny mohla zlepšit vzájemnou komunikaci, 43,1% (tj. 57) dotazovaných tento názor nesdílelo a 28,7% (tj. 38) dotazovaných nevědělo, zda by lepší znalost romských specifík pomohla zlepšit komunikaci.

Tabulka 17.2.: Souhlas s tvrzením – ženy a muži

	a) ano	b) ne	c) nevím
Ženy	28% (tj. 30)	43,9% (tj. 47)	28% (tj. 30)
Muži	28% (tj. 7)	40% (tj. 10)	32% (tj. 8)

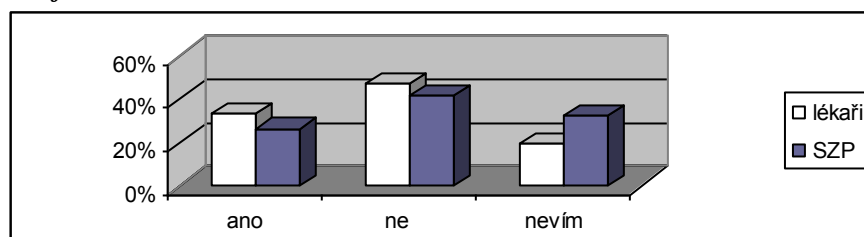
Graf 17.2.: Souhlas s tvrzením – ženy a muži

Na tuto položku odpovídali ženy i muži podobně. S tvrzením nesouhlasilo o 3,9% více žen než mužů, v kladných odpovědích se obě pohlaví shodla. Muži uváděli o 4% častěji než ženy, že nevědí, zda by lepší znalost romských specifík mohla vést k lepší komunikaci.

Tabulka 17.3.: Souhlas s tvrzením – lékaři a SZP

	a) ano	b) ne	c) nevím
Lékaři	33,3% (tj. 12)	47,2% (tj. 17)	19,4% (tj. 7)
SZP	26% (tj. 25)	41,6% (tj. 40)	32,2% (tj. 31)

Graf 17.3.: Souhlas s tvrzením – lékaři a SZP

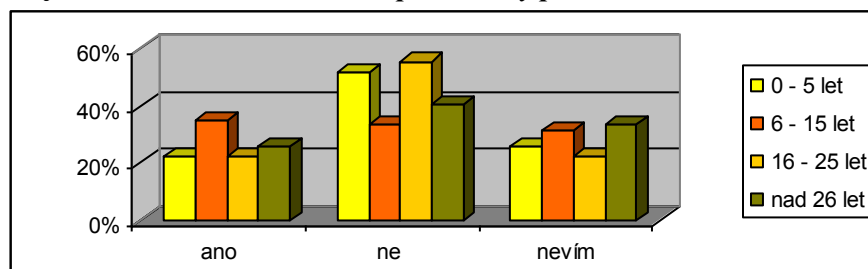


Lékaři projevili větší míru souhlasu (o 7,3%) i nesouhlasu (o 5,6%). SZP uváděli o 12,8% častěji než lékaři, že nevědí, zda by větší informovanost mohla zlepšit vzájemnou komunikaci.

Tabulka 17.4.: Souhlas s tvrzením – podle délky praxe

	a) ano	b) ne	c) nevím
0-5 let	22,2% (tj. 6)	51,8% (tj. 14)	25,9% (tj. 7)
6-15 let	35,2% (tj. 18)	33,3% (tj. 17)	31,3% (tj. 16)
16-25 let	22,2% (tj. 6)	55,5% (tj. 15)	22,2% (tj. 6)
> 26 let	25,9% (tj. 7)	40,7% (tj. 11)	33,3% (tj. 9)

Graf 17.4.: Souhlas s tvrzením – podle délky praxe



Největší souhlas i nejmenší nesouhlas s tvrzením projevili zdravotníci s délkou praxe 6-15 let. Zdravotníci s praxí 16 – 25 let a s praxí 0-5 let projevili naopak nejmenší souhlas a největší nesouhlas s tvrzením, že by lepší znalost odlišností Romů mohla zlepšit komunikaci zdravotníků s příslušníky této menšiny.

4. Diskuse

4.1. Kontakt zdravotníků s Romy

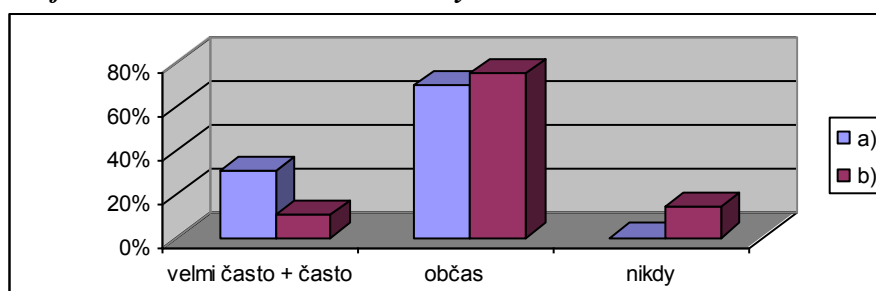
Hypotéza č. 1: Předpokládám, že zdravotníci přicházejí do kontaktu s Romy při výkonu povolání častěji než v běžném životě (více než o 30%).

Tato hypotéza se zcela nepotvrdila. Zdravotníci přicházeli do kontaktu s Romy o 19,7% častěji než v běžném životě, což bylo o 10,3% méně než původní předpoklad.

Tabulka 18: Kontakt zdravotníků s Romy v zaměstnání a mimo zaměstnání

Kontakt s Romy	velmi často + často	občas	Nikdy
a) v zaměstnání	30,2% (tj. 40)	69,6% (tj. 92)	0%
b) mimo zaměstnání	10,5% (tj. 14)	75% (tj. 99)	14,3% (tj. 19)

Graf 18: Kontakt zdravotníků s Romy v zaměstnání a mimo zaměstnání



Častý a velmi častý kontakt v zaměstnání byl uváděn o 19,5% častěji než mimo zaměstnání. Občasný mimopracovní kontakt byl udáván 5,4% častěji než občasný pracovní kontakt. Tato varianta byla v obou položkách volena nejčastěji. 14,3% dotazovaných uvedlo, že mimopracovně s Romy do kontaktu nepřichází.

Položka č. 7 nespecifikovala situace, za kterých se obě zúčastněné strany mimopracovně setkávaly, ani jakou povahu kontakt měl. Lze se pouze domnívat, že vzhledem ke specifikům povolání lékaře či středního zdravotnického pracovníka přijdou dotazovaní v zaměstnání s Romy do užšího kontaktu než v běžném mimopracovním životě. Situace, za kterých se v rámci pracovního procesu setkávají, pro zdravotníky již běžné až rutinní, mohou být výrazně stresující pro laika, který je ovlivněn jinými kulturními hodnotami, sociálním prostředím a často také vzdělanostním handicapem.

4.2. Jednání zdravotníků s Romy

Hypotéza č. 2: Předpokládám, že se zdravotníci snaží s romskými pacienty jednat stejně jako s pacienty z řad majority (více než 60%).

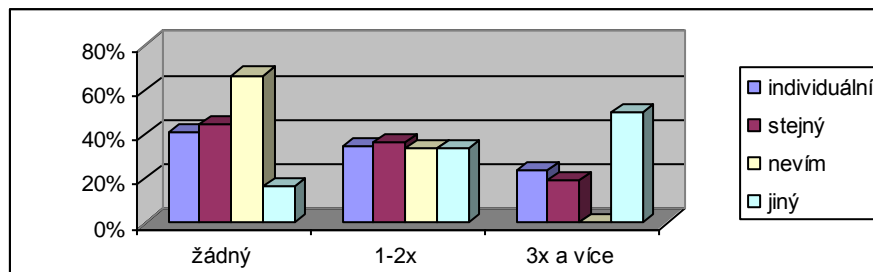
Tato hypotéza se potvrdila. Stejně se s Romy snažilo jednat 71,2 % (tj. 94) dotazovaných, individuálně k Romům přistupovalo 21,2% (tj. 29) dotazovaných, jinak s Romy jednálo 4,5% (tj. 6) dotazovaných a 2,7% dotazovaných nedokázalo svůj přístup k Romům popsat.

Stejný přístup volily častěji ženy než muži, SZP častěji než lékaři. Nejčastěji uplatňovali stejný přístup zdravotníci s praxí 26 let a delší, zdravotníci s praxí 16-25 let volili uplatňovali individuální přístup častěji než zástupci dalších tří subkategorií.

Tabulka 19.1.: Jednání Romy versus počet konfliktů

jednání s Romy	konflikty s romskými pacienty/rodinnými příslušníky					
	žádný		1-2x		3x a více	
individuálně	41,3%	(tj. 12)	34,4%	(tj. 10)	24,1%	(tj. 7)
stejně	44,6%	(tj. 42)	36,1%	(tj. 34)	19,1%	(tj. 18)
nevím	66,6%	(tj. 2)	33,3%	(tj. 1)	0%	
jinak	16,6%	(tj. 1)	33,3%	(tj. 2)	50%	(tj. 3)

Graf 19.1.: Přístup k Romům versus počet konfliktů

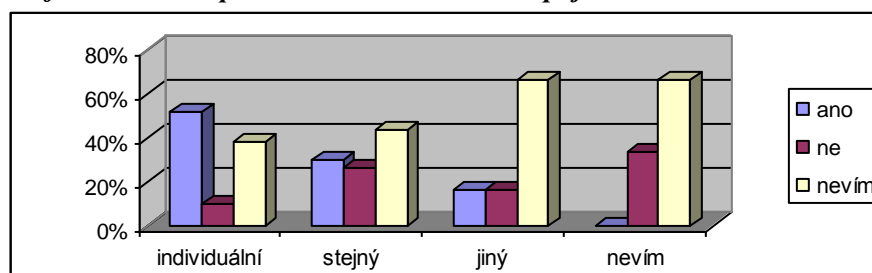


Zdravotníci s individuálním i stejným přístupem uváděli absenci konfliktů téměř shodně. Výrazně převažovali ti zdravotníci, kteří o přístupu neuvažovali, avšak vzhledem k malému počtu respondentů v této kategorii nemá údaj větší význam. U všech skupin dotazovaných se vyskytovaly 1-2 konflikty celkem shodně, u zdravotníků se stejným přístupem byly o 2,3% častější než u zdravotníků uplatňujících individuální přístup. Tři a více konfliktů udávalo výrazně více dotazovaných s jiným přístupem. Dotazovaní s individuálním přístupem měli o 5% častěji 3 a více konfliktů než zdravotníci, kteří se s Romy snažili jednat stejně.

Tabulka 19.2.: Přístup k Romům versus znalost pojmů transkulturní/ multikulturní péče

přístup k Romům	znalost pojmů transkulturní/ multikulturní péče					
	ano		ne		nevím	
individuální	51,7%	(tj. 15)	10,3%	(tj. 3)	37,9%	(tj. 11)
stejný	29,7%	(tj. 28)	26,5%	(tj. 25)	43,6%	(tj. 41)
Jiný	16,6%	(tj. 1)	16,6%	(tj. 1)	66,6%	(tj. 4)
nevím	0%		33,3%	(tj. 1)	66,6%	(tj. 2)

Graf 19.2.: Přístup k Romům versus znalost pojmů transkulturní/multikulturní péče



Volbu přístupu jsem dále porovnávala se znalostí pojmů transkulturní/multikulturní péče. Zdravotníci, kteří uplatňovali při jednání s Romy individuální přístup, měli oproti ostatním skupinám největší povědomí o pojmech transkulturní/multikulturní péče. Dotazovaní, kteří s Romy jednali stejně, měli přibližně stejně kladných i záporných odpovědí. Zdravotníci, kteří udávali jiný přístup a také ti, kteří o svém přístupu nepřemýšleli, si významem těchto pojmů byli nejméně jisti.

Stejně jednali zdravotníci s Romy patrně na základě přesvědčení, že se jedná o správný, nediskriminující přístup. Tento postoj také může souviset s deficitem informací o kulturních odlišnostech menšin a nezmiňováním této problematiky v době jejich studia, o čemž bude pojednáno dále. Jak ukazují výsledky, stejný přístup nemusí znamenat větší počet konfliktů než individuální přístup.

Volba individuálního přístupu mohla vyplynout z větší informovanosti. Také je možné, že po předchozích negativních zkušenostech tito zdravotníci přehodnotili svůj přístup k Romům.

U zdravotníků, kteří s Romy jednali jinak, lze vzhledem k popisovaným postupům předpokládat, že uváděné taktiky volili na základě předchozích negativních zkušeností (viz. položka 8.1., s. 51).

4.3. Zkušenosti s romskými pacienty\jejich rodinnými příslušníky

Hypotéza č. 3: Předpokládám, že zdravotníci mají s romskými spoluobčany spíše negativní zkušenosti (více než 60%)

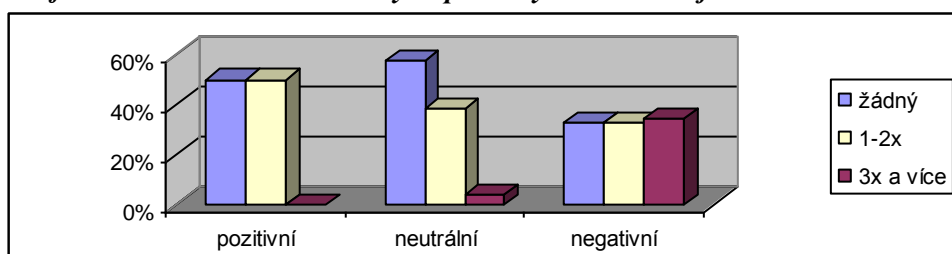
Tato hypotéza se zcela nepotvrdila. Z údajů po sloučení odpovědí z obou pozitivních i negativních variant u položky č. 10 vyplynulo, že 53% (tj. 70) dotazovaných mělo s romskými pacienty převážně negativní zkušenosti, což bylo pouze o 7% méně oproti původnímu očekávání. 39,3% (tj. 52) osob označilo své zkušenosti jako neutrální. Převážně pozitivní zkušenosti uvedlo pouze 7,5% (tj. 10) dotazovaných.

Muži a lékaři udávali více převážně negativních zkušeností než ženy a SZP. Nejvíce převážně negativních zkušeností uváděli zdravotníci s praxí 26 let a delší a s praxí 16-25 let.

Tabulka 20.1.: Zkušenosti s romskými pacienty versus četnost konfliktů

zkušenosti	konflikt s romským pacientem		
	žádný	1-2x	3x a více
pozitivní	50% (tj. 5)	50% (tj. 5)	0%
neutrální	57,6% (tj. 30)	38,4% (tj. 20)	3,8% (tj. 2)
negativní	32,8% (tj. 23)	32,8% (tj. 23)	34,2% (tj. 24)

Graf 20.1.: Zkušenosti s romskými pacienty/ četnost konfliktů



Tento graf zobrazuje četnost konfliktů u zdravotníků, kteří své zkušenosti hodnotili jako pozitivní, neutrální či negativní. Pro zjednodušení jsou sloučeny odpovědi z obou kladných i záporných variant položky č. 14.

U osob s převážně negativními zkušenostmi se počty odpovědí u všech tří variant téměř shodovaly. Polovina osob s převážně pozitivními zkušenostmi uváděla absenci konfliktů. Druhá polovina osob udávala 1-2 konflikty, přesto tyto respondenti hodnotili své zkušenosti jako spíše pozitivní. Téměř 58% osob s neutrálními zkušenostmi uvádělo absenci konfliktu. 42,2% dotazovaných mělo s Romy konflikt, z těchto osob téměř 4% dokonce tři a více konfliktů. Přesto tyto dotazovaní hodnotili své zkušenosti jako neutrální. Tyto údaje svědčí o schopnosti zdravotníků z těchto dvou kategorií nezevšeobecňovat negativní zkušenosti.

Tabulka 20.2.: Příčiny/podmínky konfliktů

Oblast	Podmínka/příčina
Chování a jednání	agresivita, hrubé nadávky a urážky, vulgární chování, vyhrožování fyzickým násilím, nadávky zdravotníkům s rasovým podtextem, arogantní chování, lhaní, hlučnost, krádeže
Spolupráce	nedodržování léčebného režimu, doporučení, nerespektování provozního řádu oddělení, neochota spolupracovat, zneužívání ZZS kvůli banalitám, domáhání se přednostního ošetření, obviňování zdravotníků z dlouhodobých zdravotních obtíží, nereálné požadavky na zdravotní péči
Komunikace	běžná nedorozumění, špatná komunikace, předpojatost Romů vůči majoritě, ignorace racionálních argumentů, nepochopení nutnosti léčebného zákroku, opačné reagování

Příčiny/podmínky vzniku konfliktů z pohledu zdravotníků jsem rozdělila do tří kategorií. Do tabulky nebyly zařazeny konflikty zapříčiněné agresivitou v souvislosti se změnou zdravotního stavu a opilostí.

Chování a jednání:

Popisované projevy dle mého názoru úzce souvisí se specifiky romského komunikačního stylu, zejména vysokou emotivitou, popisovanými v teoretické části práce (2.9., s. 31).

Agresivní jednání může být pouze maskováním pocitů strachu a nejistoty, impulzivní stresovou reakcí typu „útok“.

Každá situace je jedinečná, na vzniku konfliktu se podílí více činitelů, svou roli hrají osobnostní rysy, výchova, předchozí zkušenosti i momentální rozpoložení romského pacienta a rovněž zdravotníka.

Spolupráce:

Značná část popisovaných problémů by mohla souviset s odlišným pojetím hodnot, nízkou vzdělaností, určité situace mohly opět vzniknout na základě svébytného komunikačního stylu.

Komunikace:

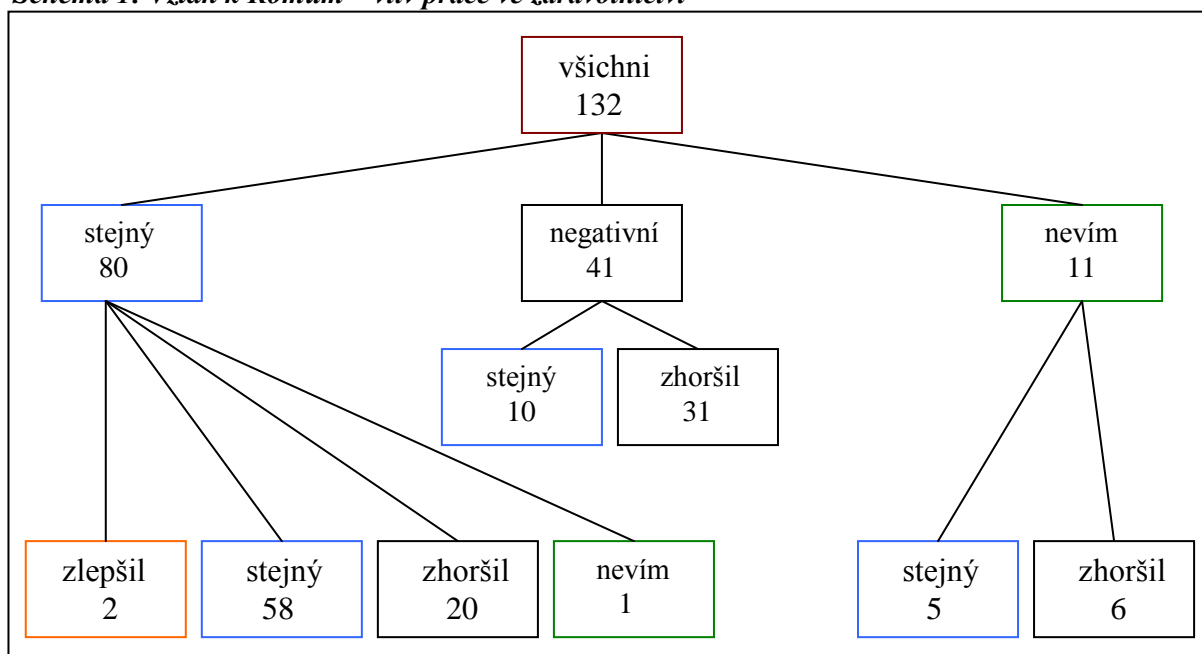
Zmíněné projevy zřejmě opět mohou souviset se specifiky romského komunikačního stylu (např. nízká schopnost generalizace) i s faktory ovlivňujícími komunikaci, především faktor percepce, projevující se zvýšenou vnímavostí k projevům skutečné či domnělé diskriminace.

4.4. Ovlivnění vztahu k Romům praxí ve zdravotnictví

Hypotéza č. 4: Předpokládám, že se vztah zdravotníků k Romům v průběhu praxe zhoršil (více než 60%).

Tato hypotéza se nepotvrdila. Zhoršení vztahu k Romům za dobu praxe uvedlo 45,4% (tj.60) respondentů, což bylo o 14,6% méně oproti původnímu očekávání. 52,2% (tj.69) dotazovaných si nemyslelo, že by na jejich vztah k Romům měla práce ve zdravotnictví vliv. Zlepšení vztahu uvedly jen dvě osoby a jeden respondent nevěděl, jak jeho vztah k Romům ovlivnila zdravotnická praxe. Muži a lékaři udávali zhoršení vztahu častěji než ženy a SZP. Vztah zdravotníků k Romům se léty praxe postupně zhoršoval. (viz. graf 9.4., s.53).

Schéma 1: Vztah k Romům – vliv práce ve zdravotnictví



Toto schéma zobrazuje, jak se zdravotníkům změnil či nezměnil vztah k Romům.

Z osmdesáti osob, jež měly k Romům stejný vztah jako k majoritě, zůstal tento vztah u 58 osob nezměněn, u dvaceti osob se vztah k Romům zhoršil, dva dotazovaní uvedli zlepšení vztahu a jeden dotazovaný nevěděl, zda se jeho vztah k Romům prací ve zdravotnictví změnil.

Negativní vztah k Romům uvádělo 41 dotazovaných. U deseti z nich neměla práce ve zdravotnictví na tento negativní vztah vliv, 31 osob uvedlo, že se jejich vztah zhoršil v souvislosti s prací ve zdravotnictví. Jedenáct osob nevědělo, jak svůj vztah k Romům hodnotit. Z těchto jedenácti dotazovaných pět popsal svůj vztah jako stejný a šesti osobám se vztah k Romům prací ve zdravotnictví zhoršil.

4.5. Informovanost zdravotníků

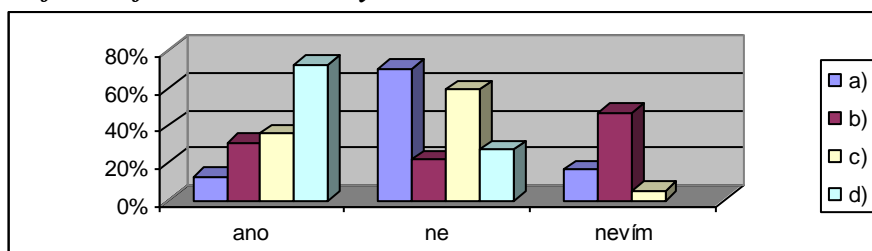
Hypotéza č. 5: Předpokládám, že většina zdravotníků nemá dostatek informací o romské menšině (více než 50%).

Tato hypotéza se potvrdila. 59% (tj. 78) osob uvedlo, že o zvláštностech romské kultury nebylo informováno a 5,3% (tj. 7) dotazovaných nevědělo, nebo si nevzpomínalo, zda bylo informováno. 35,6% (tj. 47) osob informováno bylo.

Tabulka 21: Informovanost v daných oblastech

informovanost	ano	ne	nevím
a) během studia	12,8%	70,4%	16,6%
b) transkulturní péče	31,0%	21,9%	46,9%
c) kultura Romů	35,6%	59%	5,3%
d) komunikační styl	72,6%	27,1%	

Graf 21: Informovanost v daných oblastech



Tento graf zobrazuje informovanost zdravotníků v uvedených oblastech. V kategorii komunikační styl byly pro zjednodušení sloučeny odpovědi z obou kladných i záporných variant položky č. 10.

Nejvíce si byli zdravotníci jisti znalostí specifík romského komunikačního stylu, dále téměř shodně uváděli, že byli seznámeni s kulturními specifiky Romů a že vědí, co znamenají pojmy „transkulturní/multikulturní“ péče. Na otázku, zda byla při jejich studiu věnován prostor otázce národnostních menšin žijících v ČR, odpovědělo kladně necelých 13% osob.

Zatímco informovanost o kulturních zvyklostech uvedlo 35,6% dotazovaných, specifiky komunikačního stylu Romů si bylo jisto přes 70% zdravotníků. Velká míra jistoty zřejmě pramení z osobních zkušeností, protože každý zdravotník přišel ve větší či menší míře v zaměstnání s Romy do kontaktu. Pojem komunikační styl je široký a může asociovat rozdílné představy. Velká část zdravotníků dle mého mínění posuzuje specifika romského komunikačního stylu pouze na základě jejich projevů, ale není si vědoma širších souvislostí, které stojí v jejich pozadí.

4.6. Zájem o další informace

Hypotéza č. 6: Předpokládám, že by zdravotníci uvítali více informací o kulturních zvláštностech romské menšiny (více než 50%).

Tato hypotéza se nepotvrdila. Více informací o kulturních zvláštностech romské menšiny by uvítalo pouze 28,7% (tj. 38) osob, o další informace nejevilo zájem 49,2% (tj. 65) osob, a 21,9% (tj. 29) dotazovaných nevědělo, zda by mělo o více informací zájem.

Podobné byly i reakce na tvrzení uvedené v položce č. 13, zda by lepší znalost typických odlišností mohla vést k lepší komunikaci mezi zdravotníky a Romy. Souhlas s tvrzením vyslovilo pouze 28% (tj. 37) dotazovaných, 41,1% s tvrzením nesouhlasilo a 18,7% (tj. 38%) dotazovaných si nebylo jisto, zda by lepší znalost specifik Romů pomohla ve vzájemné komunikaci.

Malý zájem o další informace i skeptický pohled na hladký průběh komunikačního procesu díky lepším znalostem romských odlišností může pramenit z negativních zkušeností zdravotníků, nebo prostě jen z antipatií vůči Romům a nechuti získat jakékoli informace.

Možná by mnoho zdravotníků souhlasilo spíše s tvrzením, že pokud nebude dobrá vůle a zájem zlepšit vzájemné vztahy také na romské straně, lepší informovanost zdravotníků komunikační proces neovlivní.

Přes dvacet procent respondentů nevědělo, zda by mělo o více informací zájem. Pokud by k těmto zdravotníkům pronikly kvalitní, zajímavě podané informace, nemuseli by je ihned kategoricky zavrhnout, ale třeba jen z pouhé zvědavosti přijmout a vstřebat.

ZÁVĚR

Romové dlouhá staletí kočovali, putovali z místa na místo, domov v našem chápání tohoto pojmu měli všude a zároveň nikde. Domov v jejich pojetí představovala *famel'ija*, uvnitř které nacházeli jistotu a pocit bezpečí. Díky neuvěřitelné adaptabilitě přežili období plná vyhánění, pronásledování, pasivní tolerance i pokusů o násilnou asimilaci. Přizpůsobili se každé době, či spíše každou dobu se snažili přizpůsobit svým potřebám. V dobách socialismu museli vyměnit tradiční rodová řemesla za nekvalifikované práce pomocných dělníků. Když po sametové revoluci o práci většinou přišli, a najít novou se stalo obtížné a nevýhodné, naučili se využívat (a někteří zneužívat) systém sociálních dávek, což z nezaujatého pohledu opět svědčí o jejich adaptabilitě.

Príslušníci romské komunity byli, jsou a ve stále větším počtu budou součástí naší společnosti. Patří mezi občany tohoto státu, mají stejná práva i povinnosti. Jejich emoční ladění, jazyk, komunikační styl, hodnoty, zvyky a historické zkušenosti se od těch našich značně liší. Romové jsou ovlivňováni sociálním prostředím, svým postavením uvnitř velkorodiny, vztahy se členy majority. Záleží na stupni jejich asimilace či integrace, dosaženém vzdělání, ekonomické situaci. To, co může platit pro většinu Romů, nemusí platit obecně, protože každý člověk je jedinečná neopakovatelná osobnost.

Chování a jednání některých Romů může zdravotníky, většinou typické představitele střední vrstvy většinové společnosti, udivovat, iritovat, vzbuzovat v nich strach či obavy. Přesto je třeba i k takovým pacientům přistupovat profesionálně a eventuální negativní zkušenosti nezobecňovat a nevztahovat paušálně na všechny ostatní Romy.

Z tohoto výzkumného šetření vyplynulo, že při výkonu povolání přicházeli zdravotníci s romskými občany do kontaktu asi o 20% častěji než v běžném životě. Přes 70% zdravotníků se s romskými pacienty snažilo jednat stejně jako se členy majority.

Většina zdravotníků měla k Romům stejný vztah jako k občanům z řad majority, zhoršení vztahu k Romům za dobu praxe ve zdravotnictví uvedlo téměř o 15% méně osob, než byl původní předpoklad.

Více než polovina respondentů hodnotila své zkušenosti s romskými pacienty jako negativní, počet negativních zkušeností byl pouze o 7% nižší než původní předpoklad. Převážně pozitivní zkušenosti uváděl pouze zlomek dotazovaných.

Hlubší analýza odhalila rozporuplnost v některých oblastech. Vyskytli se zdravotníci, kteří neudávali žádný konflikt ani negativní zkušenosti, a přesto měli k Romům negativní vztah. Tyto postoje by mohly pramenit např. z negativních mimopracovních zkušeností, nebo ze stereotypního usuzování v důsledku deficitu validních objektivních informací.

Ani postoje zdravotníků tedy nelze hodnotit paušálně, vždy záleží na osobnosti, postojích a zkušenostech určitého člověka a na mnoha dalších okolnostech. Stejná situace může být různými lidmi vnímána a prožívána různě.

Popisované příčiny nebo spolupůsobící faktory vzniku konfliktu zahrnovaly především agresivitu v různých podobách, nedodržování léčebného režimu a problémy v komunikaci. Zmíněna byla i obvinění zdravotnického personálu z rasismu a diskriminace, které bylo z jejich pohledu neoprávněné. Objevily se i opačné případy, kdy Romové uráželi zdravotníky rasově motivovanými nadávkami.

Nízká informovanost o problematice menšin a zvláště romského etnika se vzhledem k zastoupení respondentů podle délky praxe či věku dala předpokládat. Velká část nynějších zdravotnických pracovníků se připravovala na výkon povolání v době, kdy se ve společnosti a potažmo ani ve školách problematika menšin nezmiňovala. Zdravotníci byli vedeni k tomu, aby ke všem pacientům přistupovali stejně, vyvarovali se zvýhodňování či znevýhodňování určitých skupin. Donedávna nebyla k dispozici ani vhodná literatura zabývající se tematikou národnostních či jiných menšin. Materiály, z nichž jsem čerpala v teoretické části, nebyly (s výjimkou jedné publikace) starší deseti let! Nevím, jaká situace panuje v současnosti ve vzdělávání lékařů, ale nastupující sestry by už s transkulturní problematikou měly být seznámeny, tato tematika by se měla prolínat většinou předmětů.

Nezájem o informace může pramenit jak z negativních zkušeností s tímto etnikem, ze stereotypních, generalizovaných hodnocení i z všeobecné neochoty informovat se. Pokud jde o oblast zájmu o informace a názoru na jejich význam, mnoho zdravotníků si nebylo jisto, zda by lepší znalost typických odlišností pomohla ve vzájemné komunikaci.

Získaná data nabízejí další možnosti k zevrubnějšímu rozboru odpovědí podle jednotlivých kategorií, či hledání souvislostí mezi dalšími položkami, takováto analýza však překračuje rámec tohoto sdělení. Bylo by rovněž zajímavé zjistit, zda by se různily odpovědi respondentů podle různých oddělení. Domnívám se, že hodnocení zdravotníků z oblasti přednemocniční neodkladné péče, jednotek intenzivní péče či např. chirurgických ambulancí by byla negativnější než hodnocení zdravotníků ze standardních oddělení, což by mohlo být předmětem dalšího výzkumného šetření.

Podněty pro praxi

Myslím si, že lepší znalost typických odlišností romského etnika by pomohla pochopit určité projevy, které souvisí s jinými hodnotami a specifickým komunikačním stylem, který je založen převážně na mimoslovní komunikaci. Při jednání s Romy by si měl člověk více uvědomovat jak projevy toho druhého, tak i své vlastní. Rozpor mezi slovní a mimoslovní komunikací, nevhodná grimasa, gesto, tón hlasu či ironická poznámka ze strany zdravotníka mohou u Roma vyvolat nečekanou odezvu. Vyšší podíl emocí při jednání je třeba přijímat jako specifický rys tohoto etnika a eventuální agresivní výpady nebrat osobně (ačkoli je to často velmi obtížné).

Nové poznatky by zdravotníkům rozšířily obzor, umožnily vidět konkrétní situace z různých úhlů pohledu, chápat věci a jevy v širších souvislostech. Na základě těchto informací by zřejmě volili individuální přístup vzhledem k specifickým tohoto etnika, ale také vzhledem k zvláštnostem každého konkrétního pacienta.

Jak tedy dopravit informace k zdravotníkům? Ideálním řešením spatřuji v rubrice v odborném periodiku, věnované transkulturním tématům. Zde by mohly být publikovány jak obecné informace, tak např. rozborů krátkých kasuistik, modelových problémových situací z různých úhlů pohledu.

Faktem zůstává že osoba, která bude chtít získat více poznatků, si jistě dokáže opatřit příslušné materiály, a naopak ten, kdo o informace zájem nemá, se ze svobodné vůle vzdělávat zřejmě stejně nebude.

Hypotetickou možnost zlepšení vzájemných vztahů, ale i celkového postoje Romů ke zdravotnictví spatřuji také ve větším zastoupení Romů v řadách zdravotnického personálu. Za dobu své patnáctileté praxe jsem se setkala pouze s jedním lékařem romského původu, avšak romskou zdravotní sestru jsem nepoznala žádnou. Tento deficit zřejmě souvisí s nízkou vzdělaností, většími obtížemi při jeho dosahování, ale možná i s tím, že povolání zdravotní sestry není pro romské etnikum tak prestižní.

Na závěr bych uvedla myšlenku PhDr. Tatjany Šiškové.

**„Pamatujte na to, že jste zodpovědní za proces dorozumění, nikoliv za jeho výsledek“
(Šišková, 2001, s. 183).**

LITERATURA A PRAMENY

1. BURYÁNEK, J. ad. *Interkulturní vzdělávání – příručka nejen pro středoškolské pedagogy*. 1. vydání. Projekt Varianty, financovaný programem PHARE Evropské unie, realizovaný společností Člověk v tísni, společnosti při ČT [online]. Praha: Člověk v tísni, společnost při ČT, 2002 [cit. 2006-03-13]. Dostupný z WWW: <<http://www.varianty.cz/downBooks.php>>. ISBN 80-7106-614-1.
2. FRIŠTENSKÁ, H., VÍŠEK, P. *O Romech, na co jste se chtěli zeptat: manuál pro obce a jejich samosprávy* [online]. Vydání neuvedeno. Praha: Vzdělávací centrum pro veřejnou správu ČR, 2002 [cit. 2006-03-14]. Dostupný z WWW: <<http://www.vcvscr.cz/mensiny/manual/manual.htm>>. (ISBN neuvedeno).
3. HÜBSCHMANNOVÁ, M. Několik poznámek k hodnotám Romů. In. *Romové v České republice (1945-1998)*. 1. vydání. Praha: Socioklub, 1999. ISBN 80-902260-7-8.
4. HÜBSCHMANNOVÁ, M. *Šaj pes dovakeras – Můžeme se domluvit*. 3. nezměněné vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 1998. ISBN 80-7067-905-0.
5. IVANOVÁ, I., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetřovatelství I*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1212-1.
6. KALIBOVÁ, K. Romové z pohledu statistiky a demografie. In. *Romové v České republice (1945-1998)*. 1. vydání. Praha: Socioklub, 1999. ISBN 80-902260-7-8.
7. KRAUS, I., POKORNÝ, R., RAMBOUSKOVÁ, J. Některé aspekty těhotenské životosprávy. *Sanquis* [online]. 2004, č. 3. [cit. 2006-04-11]. Dostupný z WWW: <<http://www.sanquis.cz/clanek.php?id-clanek=437>>. (ISSN neuvedeno).
8. NEČAS, C. *Romové v České republice včera a dnes*. 4. doplněné vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 1999. ISBN 80-7067-952-2.
9. *Romové v České republice (1945-1998)*. 1. vydání. Praha: Socioklub, 1999. ISBN 80-902260-7-8.
10. SEKYT, V. Romové. In. *Menšiny a migranti v České republice*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-648-9.
11. ŠIŠKOVÁ, T., ed. *Menšiny a migranti v České republice*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-648-9.
12. ŠIŠKOVÁ, T. Zkušenosti se vzděláváním dospělých Romů na nevládní úrovni po roce 1990. In *Romové v České republice (1945-1998)*. 1. vydání. Praha: Socioklub, 1999. ISBN 80-902260-7-8.

14. ŠÍŠKOVÁ, T., ed. *Výchova k toleranci a proti rasismu*. 1. vydání. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-285-8.
15. ŠPIRUDOVÁ, L. et al. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1213-X.
16. ŠPIRUDOVÁ, L., et al. *Multikulturní ošetrovatelství ve vzdělávání sester na středních a vyšších zdravotnických školách*. Výzkum 1. roku práce, pracovní materiál [online]. Olomouc: Univerzita Palackého 2002 [cit. 2006-03-13]. Dostupný z WWW: <<http://www.cizinci.cz/clanek.php?lg=1&i115>>. (ISBN neuvedeno).
17. <http://wtd.vlada.cz/scripts/detail.php?id=1428> [cit. 2006-03-13].
18. http://www.scan.cz/EVS/web_a/tolerance/tolerance.htm [cit. 2006-03-13].
19. <http://www.stem.cz/tisk.php?id=915>[cit.2006-03-13]

Tabulka 1: Zastoupení respondentů – podle pohlaví	41
Tabulka 2: Zastoupení respondentů – podle věku	41
Tabulka 3: Zastoupení respondentů – podle povolání.....	42
Tabulka 4: Zastoupení respondentů – podle délky praxe	42
Tabulka 5.1: Vztah zdravotníků k Romům – všichni respondenti	43
Tabulka 5.2: Vztah zdravotníků k Romům – ženy a muži.....	43
Tabulka 5.3: Vztah zdravotníků k Romům – lékaři a SZP.....	44
Tabulka 5.4: Vztah zdravotníků k Romům – podle délky praxe.....	44
Tabulka 6.1: Kontakt s Romy v zaměstnání – všichni respondenti.....	45
Tabulka 6.2: Kontakt s Romy v zaměstnání – muži a ženy.....	45
Tabulka 6.3: Kontakt s Romy v zaměstnání – lékaři a SZP.....	46
Tabulka 6.4: Kontakt s Romy v zaměstnání – podle délky praxe.....	46
Tabulka 7.1: Kontakt s Romy mimo zaměstnání – všichni respondenti	47
Tabulka 7.2: Kontakt s Romy mimo zaměstnání – ženy a muži	47
Tabulka 7.3: Kontakt s Romy mimo zaměstnání – lékaři a SZP	48
Tabulka 7.4: Kontakt s Romy mimo zaměstnání – podle délky praxe	48
Tabulka 8.1: Přístup k romským pacientům - všichni respondenti	49
Tabulka 8.2: Přístup k romským pacientům – ženy a muži	49
Tabulka 8.3: Přístup k romským pacientům – lékaři a SZP	50
Tabulka 8.4: Přístup k Romům – podle délky praxe	50
Tabulka 9.1: Vývoj vztahu k Romům – všichni respondenti	52
Tabulka 9.2: Vývoj vztahu k Romům – ženy a muži	52
Tabulka 9.3: Vývoj vztahu k Romům – lékaři a SZP	53
Tabulka 9.4: Vývoj vztahu k Romům – podle délky praxe	53
Tabulka 10.1: Znalost komunikačního stylu Romů – všichni respondenti	54
Tabulka 10.2: Znalost komunikačního stylu Romů – ženy a muži	54
Tabulka 10.3: Znalost komunikačního stylu Romů – lékaři a SZP	55
Tabulka 10.4: Povědomí o komunikačním stylu Romů – podle délky praxe	55
Tabulka 11.1: Zmínění problematiky menšin během studia – všichni respondenti.....	56
Tabulka 11.2: Zmínění problematiky menšin během studia – ženy a muži	56
Tabulka 11.3: Zmínění problematiky menšin během studia – lékaři a SZP	57
Tabulka 11.4: Zmínění problematiky menšin během studia – podle délky praxe	57

Tabulka 12.1: Znalost pojmů transkulturní/multikulturní péče – všichni respondenti	58
Tabulka 12.2: Znalost pojmu transkulturní/multikulturní péče – ženy a muži	58
Tabulka 12.3: Znalost pojmů transkulturní/multikulturní péče – lékaři a SZP	59
Tabulka 12.4: Znalost pojmů transkulturní/multikulturní péče – podle délky praxe	59
Tabulka 13.1: Informovanost o kulturních zvyklostech Romů – všichni respondenti	60
Tabulka 13.2: Informovanost o kulturních zvyklostech Romů – ženy a muži	60
Tabulka 13.3: Informovanost o kulturních zvyklostech Romů – lékaři a SZP	61
Tabulka 13.4: Informovanost o kulturních zvyklostech Romů – podle délky praxe	61
Tabulka 14.1: Zkušenosti s romskými pacienty/rodinou – všichni respondenti	62
Tabulka 14.2: Zkušenosti s romskými pacienty/rodinou – ženy a muži	62
Tabulka 14.3: Zkušenosti s romskými pacienty/rodinou – lékaři a SZP	63
Tabulka 14.4: Zkušenosti s romskými pacienty/rodinou – podle délky praxe	63
Tabulka 15.1: Konflikt s romským pacientem/rodinou – všichni respondenti	64
Tabulka 15.2: Konflikt s romským pacientem/rodinou – ženy a muži	64
Tabulka 15.3: Konflikt s romským pacientem/rodinou – lékaři a SZP	65
Tabulka 15.4: Konflikt s romským pacientem/rodinou – podle délky praxe	65
Tabulka 15.5: Příčiny či podmínky konfliktů	66
Tabulka 16.1: Zájem o informace – všichni respondenti	67
Tabulka 16.2: Zájem o informace – ženy a muži	67
Tabulka 16.3: Zájem o informace o kulturních zvyklostech Romů – lékaři a sestry	68
Tabulka 16.4: Zájem o informace – podle délky praxe	68
Tabulka 17.1: Souhlas s tvrzením – všichni respondenti	69
Tabulka 17.2: Souhlas s tvrzením – ženy a muži	69
Tabulka 17.3: Souhlas s tvrzením – lékaři a SZP	70
Tabulka 17.4: Souhlas s tvrzením – podle délky praxe	70
Tabulka 18: Kontakt zdravotníků s Romy v zaměstnání a mimo zaměstnání	71
Tabulka 19.1: Jednání s Romy versus počet konfliktů	72
Tabulka 19.2: Přístup k Romům versus znalost pojmů transkulturní/multikulturní péče....	73
Tabulka 20.1: Zkušenosti s romskými pacienty versus četnost konfliktů	74
Tabulka 20.2: Příčiny/podmínky konfliktů	75
Tabulka 21: Informovanost v daných oblastech	77

SEZNAM GRAFŮ

	str.
Graf 1: Zastoupení respondentů podle pohlaví	41
Graf 2: Zastoupení respondentů podle věku	41
Graf 3: Zastoupení respondentů podle povolání	42
Graf 4: Zastoupení respondentů podle délky praxe	42
Graf 5.1: Vztah zdravotníků k Romům – všichni respondenti	43
Graf 5.2: Vztah zdravotníků k Romům – muži a ženy	43
Graf 5.3: Vztah zdravotníků k Romům – lékaři a SZP.....	44
Graf 5.4: Vztah zdravotníků k Romům – podle délky praxe	44
Graf 6.1: Kontakt s Romy v zaměstnání – všichni respondenti	45
Graf 6.2: Kontakt s Romy v zaměstnání – muži a ženy	45
Graf 6.3: Kontakt s Romy v zaměstnání – lékaři a SZP	46
Graf 6.4: Kontakt s Romy v zaměstnání – délka praxe	46
Graf 7.1: Kontakt s Romy mimo zaměstnání – všichni respondenti.....	47
Graf 7.2: Kontakt s Romy mimo zaměstnání – ženy a muži	47
Graf 7.3: Kontakt s Romy mimo zaměstnání – lékaři a SZP	48
Graf 7.4: Kontakt s Romy mimo zaměstnání – podle délky praxe	48
Graf 8.1: Přístup k romským pacientům - všichni respondenti	49
Graf 8.2: Přístup k romským pacientům – ženy a muži	49
Graf 8.3: Přístup k romským pacientům – lékaři a SZP	50
Graf 8.4: Přístup k Romům – podle délky praxe	50
Graf 9.1: Vývoj vztahu k Romům – všichni respondenti	52
Graf 9.2: Vývoj vztahu k Romům – ženy a muži	52
Graf 9.3: Vývoj vztahu k Romům – lékaři a SZP	53
Graf 9.4: Vývoj vztahu k Romům – podle délky praxe	53
Graf 10.1: Znalost komunikačního stylu Romů – všichni respondenti	54
Graf 10.2: Znalost komunikačního stylu Romů –ženy a muži	54
Graf 10.3: Znalost komunikačního stylu Romů – lékaři a SZP	55
Graf 10.4: Povědomí o komunikačním stylu Romů – podle délky	55
Graf 11.1: Zmínění problematiky menšin během studia – všichni respondenti	56
Graf 11.2: Zmínění problematiky menšin během studia – ženy a muži.....	56
Graf 11.3: Zmínění problematiky menšin během studia – lékaři a SZP	57

Graf 11.4: Zmínění problematiky menšin během studia – podle délky praxe	57
Graf 12.1: Znalost pojmů transkulturní/multikulturní péče – všichni respondenti	58
Graf 12.2: Znalost pojmu transkulturní/multikulturní péče – ženy a muži	58
Graf 12.3: Znalost pojmů transkulturní/multikulturní péče – lékaři a SZP	59
Graf 12.4: Znalost pojmů transkulturní/multikulturní péče – podle délky praxe	59
Graf 13.1: Informovanost o kulturních zvyklostech Romů – všichni respondenti	60
Graf 13.2: Informovanost o kulturních zvyklostech Romů – ženy a muži	60
Graf 13.3: Informovanost o kulturních zvyklostech Romů – lékaři a SZP	61
Graf 13.4: Informovanost o kulturních zvyklostech Romů – podle délky praxe	61
Graf 14.1: Zkušenosti s romskými pacienty/rodinou – všichni respondenti	62
Graf 14.2: Zkušenosti s romskými pacienty/rodinou – ženy a muži	62
Graf 14.3: Zkušenosti s romskými pacienty/rodinou – lékaři a SZP	63
Graf 14.4: Zkušenosti s romskými pacienty/rodinou – podle délky praxe.	63
Graf 15.1: Konflikt s romským pacientem/rodinou – všichni respondenti	64
Graf 15.2: Konflikt s romským pacientem/rodinou – ženy a muži	64
Graf 15.3: Konflikt s romským pacientem/rodinou – lékaři a SZP	65
Graf 15.4: Konflikt s romským pacientem/rodinou – podle délky praxe	65
Graf 16.1: Zájem o informace – všichni respondenti	67
Graf 16.2: Zájem o informace – ženy a muži.....	67
Graf 16.3: Zájem o informace o kulturních zvyklostech Romů – lékaři a sestry	68
Graf 16.4: Zájem o informace – podle délky	68
Graf 17.1: Souhlas s tvrzením – všichni respondenti	69
Graf 17.2: Souhlas s tvrzením – ženy a muži	69
Graf 17.3: Souhlas s tvrzením – lékaři a SZP	70
Graf 17.4: Souhlas s tvrzením – podle délky praxe..	70
Graf 18: Kontakt zdravotníků s Romy v zaměstnání a mimo zaměstnání... ..	71
Graf 19.1: Přístup k Romům versus počet konfliktů	72
Graf 19.2: Přístup k Romům versus znalost pojmů transkulturní/multikulturní péče	73
Graf 20: Zkušenosti s romskými pacienty/četnost konfliktů	74
Graf 21: Informovanost v daných oblastech	77
Schéma 1: Vztah k Romům – vliv práce ve zdravotnictví	76

PŘÍLOHY

A. Dotazník

B. Tabulky: Výsledky šetření dle věku respondentů

C. Romové v ČR (přehled)

D. Klíčová slova

PŘÍLOHA A: Dotazník

Vážená kolegyně, Vážený kolego,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, jenž bude použit pro výzkumné šetření zkoumající postoje zdravotníků k romské menšině. Dotazník je zcela anonymní, jeho vyplnění zabere maximálně 10 minut Vašeho času. Zvolenou položku, prosím, označte křížkem, případně napište vlastní odpověď.

I. ČÁST

1. Jste:

- žena muž

2. Váš věk je:

- 19 – 30 let 31 – 40 let 41 – 50 let 51 a více

3. Pracujete jako:

- lékař/ lékařka SZP

4. Délka praxe ve zdravotnictví:

- 0 – 5 let 6 – 15 let 16 – 25 let 26 a déle

II. ČÁST

5. Váš vztah k Romům je ?

- pozitivní stejný jako k ostatním negativní nevím

6. Při své práci přicházíte do styku s romskými pacienty :

- velmi často často občas nikdy

7. Mimo své zaměstnání přicházíte do styku s Romy:

- velmi často často občas nikdy

8. K romským pacientům přistupujete:

- individuálně, s ohledem na zvláštnosti jejich etnika
 stejně jako k ostatním pacientům
 nevím, nepřemýšlel/a jsem o to
 jinak (prosím, popište): _____
-

9. Váš vztah k Romům se prací ve zdravotnictví:

- zlepšil zhoršil je stejný nevím

10. Víte, co je typické pro komunikační styl Romů?

- ano asi ano asi ne ne

11. Byl při vašem studiu na střední / vysoké škole věnován prostor problematice menšin žijících v našem státě?

- ano ne nevím, nevzpomínám si

12. Víte, co znamená pojem „transkulturní / multikulturní péče“ ?

- ano ne nevím, nejsem si jist /a

13. Byl/ a jste někdy informován/ a o kulturních zvyklostech Romů?

- ano ne nevím, nevzpomínám si

14. Vaše zkušenosti s romskými pacienty / jejich rodinnými příslušníky jsou většinou:

- pozitivní spíše pozitivní neutrální spíše negativní negativní

15. Měl /a jste při výkonu svého povolání konflikt s romským pacientem / jeho rodinnými příslušníky?

- nikdy 1 – 2 x 3 x a více

Pokud jste odpověděl / a kladně, můžete popsat, co k němu vedlo?

16. Uvítal / a byste více informací o kulturních zvyklostech romské menšiny?

- ano ne nevím

17. Myslíte si, že lepší znalost typických odlišností této menšiny by pomohla v komunikaci zdravotníků s Romy?

- ano ne nevím

Děkuji za Vaši spolupráci!

Lada Koblrová,
IV. ročník bakalářského studia ošetrovatelství
Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

PŘÍLOHA B: Výsledky šetření dle věku respondentů

Tabulka B.1.: Vztah zdravotníků k Romům - podle věku

položka 1	a) pozitivní	b) negativní	c) stejný	d) nevím
19 - 30 let	0%	65,2% (tj. 30)	32,6% (tj. 15)	2,1% (tj. 1)
31 - 40 let	0%	58,8% (tj. 20)	26,4% (tj. 9)	14,7% (tj. 5)
41 - 50 let	0%	60,5% (tj. 23)	28,9% (tj. 11)	10,5% (tj. 4)
> 51 let	0%	50% (tj. 7)	42,85% (tj. 6)	7,1% (tj. 1)

Tabulka B.2.: Kontakt zdravotníků s Romy v zaměstnání – podle věku

položka 2	a) velmi často	b) často	c) občas	d) nikdy
19 - 30 let	4,3% (tj. 2)	19,5% (tj. 9)	76% (tj. 35)	0%
31 - 40 let	17,6% (tj. 6)	17,6% (tj. 6)	64,7% (tj. 22)	0%
41 - 50 let	7,8% (tj. 3)	26,3% (tj. 10)	65,7% (tj. 25)	0%
> 51 let	7,1% (tj. 1)	21,4% (tj. 3)	71,4% (tj. 10)	0%

Tabulka B.3.: Kontakt zdravotníků s Romy mimo zaměstnání – podle věku

položka 3	a) velmi často	b) často	c) občas	d) nikdy
19 - 30 let	0%	8,6% (tj. 4)	71,7% (tj. 33)	19,5% (tj. 9)
31 - 40 let	2,9% (tj. 1)	17,6% (tj. 6)	70,5% (tj. 24)	8,8% (tj. 3)
41 - 50 let	2,6% (tj. 1)	5,2% (tj. 2)	78,9% (tj. 30)	13,1% (tj. 5)
> 51 let	0%	0%	85,7% (tj. 12)	14,2% (tj. 2)

Tabulka B.4.: Přístup k Romům – podle věku

položka 4	a) individuální	b) stejný	c) nevím	d) jiný
19 - 30 let	21,7% (tj. 10)	71,7% (tj. 33)	4,3% (tj. 2)	2,1% (tj. 1)
31 - 40 let	29,4% (tj. 10)	64,7% (tj. 22)	2,9% (tj. 1)	2,9% (tj. 1)
41 - 50 let	15,7% (tj. 6)	73,6% (tj. 28)	0%	10,5% (tj. 4)
> 51 let	21,4% (tj. 3)	78,5% (tj. 11)	0%	0%

Tabulka B.5.: Vývoj vztahu k Romům – podle věku

položka 5	a)	b)	c)	d)
19 - 30 let	0%	32,6% (tj. 15)	65,2% (tj. 30)	2,1% (tj. 1)
31 - 40 let	2,9% (tj. 1)	47% (tj. 16)	50% (tj. 17)	0%
41 - 50 let	2,6% (tj. 1)	52,6% (tj. 20)	44,7% (tj. 17)	0%
> 51 let	0%	64,2% (tj. 9)	35,7% (tj. 5)	0%

Tabulka B.6.: Povědomí o komunikačním stylu Romů – podle věku

položka 6	a)	b)	c)	d)
19 - 30 let	2,1% (tj. 1)	63% (tj. 29)	26% (tj. 12)	8,6% (tj. 4)
31 - 40 let	26,4% (tj. 6)	44,1% (tj. 15)	17,6% (tj. 6)	11,7% (tj. 4)
41 - 50 let	15,7% (tj. 6)	63,1% (tj. 24)	18,4% (tj. 7)	2,6% (tj. 1)
> 51 let	7,1% (tj. 1)	78,5% (tj. 11)	7,14% (tj. 1)	7,1% (tj. 1)

Tabulka B.7.: Zmínění problematiky menšin během studia – podle věku

položka 7	a)	b)	c)
19 - 30 let	28,2% (tj. 13)	54,3% (tj. 25)	17,3% (tj. 8)
31 - 40 let	8,8% (tj. 3)	70,5% (tj. 24)	20,5% (tj. 7)
41 - 50 let	0%	89,4% (tj. 34)	10,5% (tj. 4)
> 51 let	7,1% (tj. 1)	71,4% (tj. 10)	28,5% (tj. 3)

Tabulka B.8.: Znalost pojmů transkulturní/multikulturní péče – podle věku

položka 8	a) ano	b) ne	c) nevím
19 - 30 let	34,7% (tj. 16)	13% (tj. 6)	52,1% (tj. 24)
31 - 40 let	47% (tj. 16)	26,4% (tj. 9)	26,4% (tj. 9)
41 - 50 let	13,1% (tj. 5)	31,5% (tj. 12)	55,2% (tj. 21)
> 51 let	28,5% (tj. 4)	14,2% (tj. 2)	57,1% (tj. 8)

Tabulka B.9.: Informovanost o kulturních zvyklostech Romů – podle věku

položka 9	a) ano	b) ne	c) nevím
19 - 30 let	34,7% (tj. 16)	58,6% (tj. 27)	6,5% (tj. 3)
31 - 40 let	38,2% (tj. 13)	61,7% (tj. 21)	0%
41 - 50 let	34,2% (tj. 13)	60,5% (tj. 23)	5,2% (tj. 2)
> 51 let	35,7% (tj. 5)	50% (tj. 7)	14,2% (tj. 2)

Tabulka B.10.: Zkušenosti s romskými pacienty/jejich rodinami – podle věku

položka 10	a) pozitivní	b) spíše +	c) neutrální	d) spíše -	e) negativní
19 - 30 let	0%	6,5% (tj. 3)	52,1% (tj. 24)	34,7% (tj. 16)	4,3% (tj. 3)
31 - 40 let	5,8% (tj. 2)	5,8% (tj. 2)	32,3% (tj. 11)	50% (tj. 17)	5,8% (tj. 2)
41 - 50 let	0%	5,2% (tj. 2)	36,8% (tj. 14)	47,3% (tj. 18)	10,5% (tj. 4)
> 51 let	0%	7,1% (tj. 1)	21,4% (tj. 3)	71,4% (tj. 10)	0%

Tabulka B.11. Konflikt s romskými pacienty/jejich rodinami – podle věku:

položka 11	a) nikdy	b) 1-2 x	c) 3 a více
19 - 30 let	60,8% (tj. 28)	34,7% (tj. 16)	4,3% (tj. 2)
31 - 40 let	41,1% (tj. 14)	32,3% (tj. 11)	26,4% (tj. 9)
41 - 50 let	26,3% (tj. 10)	44,7% (tj. 17)	28,9% (tj. 11)
> 51 let	35,7% (tj. 5)	28,5% (tj. 4)	35,7% (tj. 5)

Tabulka B.12.: Zájem o informace – podle věku

položka 12	a) ano	b) ne	c) nevím
19 - 30 let	39,1% (tj. 18)	39,1% (tj. 18)	21,7% (tj. 10)
31 - 40 let	38,2% (tj. 13)	52,9% (tj. 18)	8,8% (tj. 3)
41 - 50 let	13,1% (tj. 5)	57,8% (tj. 22)	28,9% (tj. 11)
> 51 let	14,2% (tj. 2)	50% (tj. 7)	35,7% (tj. 5)

Tabulka B.13.: Souhlas s tvrzením – podle věku

položka 13	a) ano	b) ne	c) nevím
19 - 30 let	32,6% (tj. 15)	39,1% (tj. 18)	28,2% (tj. 13)
31 - 40 let	26,4% (tj. 9)	50% (tj. 17)	23,5% (tj. 8)
41 - 50 let	28,9% (tj. 11)	42,1% (tj. 16)	28,9% (tj. 11)
> 51 let	14,2% (tj. 2)	42,8% (tj. 6)	42,8% (tj. 6)

PŘÍLOHA C:

Romové v ČR (přehled)

- **Romové** – souhrnný název pro příslušníky národnostní menšiny, kteří se k tomuto označení hlásí. Romové spolu se skupinou Sintí mají indický původ. K romské národnosti se hlásí příslušníci několika etnických skupin.
- **Čeští Romové** – etnikum, které žilo do druhé světové války na území Čech, několik rodin zde dosud žije.
- **Moravští Romové** – etnikum, které žilo do druhé světové války na území Moravy, několik rodin zde dosud žije.
- **Maďarští Romové** – etnikum, které žilo do druhé světové války na území Maďarska a na jižním Slovensku v oblasti obývané maďarskou menšinou.
- **Slovenští Romové** – etnikum, které žilo do roku 1945 na Slovensku.
- **Olašští Romové** – etnikum, které kočovalo ve střední Evropě až do roku 1959, kdy bylo násilně sedenterizováno.
- **Sintí** – etnikum žijící rozptýleně v západní Evropě. Až do druhé světové války žili Sintí v pohraničních oblastech Čech, dnes zde žije pouze několik rodin.
- **Cikáni** – takto zazývaly Romy slovanské a germánské národy. Romové vnímají toto označení jako hanlivé a neztotožňují se s ním. (Sekyt, 2001, s.124)

PŘÍLOHA D: Klíčová slova

Akulturance: Sociální proces, v němž dochází ke kulturním změnám trvalým stykem dvou nebo více kultur. Akulturance zahrnuje jak přebírání určitých prvků z jiné kultury, tak vylučování jiných nebo jejich přetváření.

Antropologie: Nauka o člověku.

Asimilace: Postupné včleňování jednoho etnika a jeho kultury do jiné kultury tak, že znaky původní kultury se ztrácejí a jsou nahrazovány znaky dominantní přijímané kultury.

Diskriminace: Rozlišování mezi osobami v podobných situacích na základě rasy, pohlaví, náboženství, politického názoru, národnosti nebo sociálního původu, spojení s národnostní menšinou či osobní antipatie.

Enkulturance: Včlenění se do dané kultury – spočívá v plném poznání a osvojení si hodnot jiné kultury.

Etnikum (etnická skupina): Skupina lidí, kteří mají společný rasový původ, obvykle společný jazyk a sdílejí společnou kulturu. Etnikum se vyznačuje svojí vlastní etnicitou.

Etnicita: Vzájemně provázaný systém kulturních (materiálních i duchovních), rasových, jazykových a teritoriálních faktorů, historických osudů a představ o společném původu, působících v interakci a formujících etnické vědomí člověka a jeho etnickou identitu.

Etnická příslušnost: Sounáležitost jednotlivce s etnickým společenstvím na základě objektivních a subjektivních komponentů jeho etnicity.

Etnické vědomí: Vědomí sounáležitosti s určitou etnickou skupinou na základě společně sdílených objektivních komponentů etnicity nebo rodového původu. Jako forma společenského vědomí je souhrn názorů na původ, etnický prostor (vlast), historické osudy, postavení, úlohu a povahu vlastního etnika a na jeho místo mezi ostatními etniky. Etnické vědomí je psychickým stavem prožívání, má v sobě složku emociální a racionální. S tímto pojmem je shodný pojem etnická identita.

Etnické klima: Postoje a představy majoritní společnosti o soužití s etnickými odlišnými komunitami.

Etnocentrismus: Přesvědčení, že vlastní osobní založení je tím nejkvalitnějším či nejvhodnějším v celém výběru životních cest.

Etnologie: Věda o rozdílnostech a společných rysech kultur a společností v současnosti i minulosti.

Extrakulturní variabilita: Variabilita ve vzájemném srovnávání.

Interkulturní kompetence: Souhrnný pojem označující způsobilost jedince realizovat ve vlastním jednání respekt k hodnotám a společenským normám příslušníků jiných kultur.

Interkulturalismus: Směřuje k přijímání a respektování rozdílů. Zastánci tohoto názoru věří, že se mohou učit a mít užitek z poznávání jiných kultur.

Komunita: Společenství, společenstvo. Pospolitost lidí obývajících určitý prostor, kde vykonávají činnosti.

Komunikace: Sdělování obsahů prostřednictvím jazyka, dnes přenos nejrůznějších informačních obsahů v rámci různých komunikačních systémů.

Kultura: I. Souhrn prostředků a mechanismů specificky lidské adaptace k vnějšímu prostředí. Představuje program činností jednotlivců a skupin, který je fixovaný sociokulturními stereotypy a předávaný prostřednictvím kulturního dědictví. Kultura vystupuje v podobě a) výtvorů lidské práce, b) sociokulturních regulativů (norem, hodnot, kulturních vzorců), idejí (kognitivních systémů), d) institucí organizující lidské chování.

II. Celistvý systém významů, hodnot a společenských norem, kterými se řídí členové dané společnosti a které prostřednictvím socializace předávají dalším generacím.

III. Souhrn duchovních a materiálních hodnot vytvořených a vytvářených lidstvem v celé jeho historii.

Duchovní kultura: Soubor výsledků činnosti lidské společnosti v oblasti vědy, umění a společenského života vůbec v určitém historickém období.

Materiální kultura: Soubor materiálních hodnot lidské společnosti vytvořených zejména výrobní činností, zkušenostmi, nástroji, technikou.

Kulturně specifická péče: Přístup vzniklý ze spojení ošetrovatelství a původně antropologického pojmu kultury.

Kulturně svébytná osobnost: Každý jedinec s vlastním kulturním profilem, vlastní sumou prožitků a zkušeností a vlastním inventářem kulturních norem.

Kulturně zaměřená péče: Kognitivně zpracované a předané profesní i lidově tradiční hodnoty, přesvědčení a navyklá životní schémata, která mají pomáhat jednotlivci nebo skupině a podporovat je v udržení a zlepšení zdraví, zkvalitnění životního stylu i životních podmínek.

Kulturní diverzita: Pojem označuje rozmanitost kulturních skupin a rozdíly mezi nimi, které se týkají životního stylu, jazyka, hodnot, norem a dalších aspektů.

Multikulturní: Znamená respektování více kultur - jejich tradic a způsobu života.

Multikulturní výchova: Vyjadřuje snahy vytvářet prostřednictvím vzdělávacích programů způsobilost lidí chápat a respektovat i jiné kultury než svou vlastní. Má praktický význam vzhledem k vytváření postojů vůči imigrantům, příslušníkům jiných národů, ras apod.

Multikulturalismus: Liberální filozofický názorový proud: představuje ideál harmonické koexistence odlišných kulturních a etnických skupin v pluralitní společnosti.

Národ: Osobité a uvědomělé kulturní a politické společenství, na jehož utváření mají největší vliv společné dějiny a společné území.

Národnost: Příslušnost k určitému národu nebo etniku. Příslušnost ke skupině osob se společným původem, kulturou případně jazykem, náboženstvím nebo jinou charakteristikou, kteří ji odlišují od ostatní populace. Rozlišuje se národnost etnická a politická.

Národnostní menšina: Shoduje se s vymezením etnika či etnické skupiny. Dokumenty mezinárodních organizací jednoznačně národnostní menšiny nevymezují.

Předsudky: Soustava přejatých myšlenek, představ a názorů na určitého jednotlivce, skupinu či kulturu, které mnohdy nežádoucím způsobem zužují a zkreslují vidění těchto osob a celé situace.

Rasa: V populárním užití se zplošťuje na barvu pleti, tedy fenotypický vzhled, bez zřetele ke genetickým a kulturním kořenům.

Socializace: Jde o proces společenského začleňování; znamená naučit se běžnému pracovnímu a jinému fungování v rámci větší společnosti nebo v rámci určité země.

Subkultura: Dílčí skupina v rámci dominantní kultury, která se zřetelněji odlišuje svými normami a způsobem života.

Trans: Vyjadřuje: 1) přesahování, překročení určité hranice 2) směřování z jedné strany na druhou, z jedné oblasti do druhé 3) pronikání něčím 4) přetvoření, přepracování, přeměna.

Transkulturní ošetřovatelství: (TO) Význačná oblast teorie a praxe zdravotnictví soustředěná na porovnávání hodnot, přesvědčení a zvyklostí jednotlivců nebo skupin náležejících do různých kulturních prostředí.

TO se dá definovat jako (komparativní) praktický a teoretický obor zaměřený na podobnosti a rozdíly v péči o různé kultury s jejich souborem hodnot, životních zvyklostí a přesvědčení, jehož cílem je poskytovat vhodnou, smysluplnou, účinnou a individualizovanou podporu ve zdraví a nemoci. TO je konkrétní odborná služba pro lidi různých kulturních profilů.

(Kutnohorská, 2005, str. 234 – 241)

ZVLÁŠTNOSTI JEDNÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ S PŘÍSLUŠNÍKY ROMSKÉ KOMUNITY RESUMÉ

Teoretická část práce informovala o historii, hodnotách, tradicích a specifickém komunikačním stylu příslušníků romské menšiny. Nedostatečné porozumění těmto faktorům může vést k zbytečným nedorozuměním mezi Romy a zdravotníky. Empirická část práce zkoumala jednání zdravotníků s Romy, jejich zkušenosti s těmito pacienty a informovanost o kulturních zvláštnostech Romů. Dotazníky vyplnilo 132 osob.

Potvrdila se hypotéza o uplatňování stejného přístupu k Romům jako k pacientům z řad majority. Přes 50% zdravotníků udávalo negativní zkušenosti. Hypotéza o nedostatečné informovanosti o kulturních zvyklostech Romů se potvrdila, avšak jen 20% osob mělo zájem o další informace.

Zdravotníci by měli při jednání s Romy uplatňovat individuální přístup v souladu s transkulturními principy. Lepší informovanost zdravotníků by mohla zlepšit vzájemnou komunikaci a snížit výskyt konfliktů.

THE HEALTH WORKERS' DEALINGS WITH MEMBERS OF ROMANY COMMUNITY - PECULIARITIES OF COMMUNICATION SUMMARY

The theoretical part of this work informed about history, traditions, values, and the specific communication style of Romany ethnic minority. Lack of understanding to these factors can lead to unnecessary misunderstanding between Romany patients and health workers.

The main targets of empirical part were to find out how the health workers dealt with the Roma and what experience they attained with these patients. Further aim of this research were to learn about their foreknowledge of Romany minority. There were 132 health workers who filled in the questionnaire.

The hypothesis of applying an equal approach was confirmed. Over 50% of interviewed had predominantly negative experience. The hypothesis of lack of information about cultural customs of Romany minority was confirmed, but only about 20% of interviewed wanted more information.

Health workers should applied an individual approach to Roma patients in accordance with transcultural principles. Better foreknowledge could improve mutual communication and reduce amount of conflicts between the members of Romany community and health workers.

