

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Nikola Malá

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Romské ženy a reprodukční zdraví

Nikola Malá

Bakalářská práce

2019

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Nikola Malá**  
Osobní číslo: **Z15328**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Název tématu: **Romské ženy a reprodukční zdraví**  
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. DAVIDOVÁ, Eva. Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-428-5.
2. DAVIDOVÁ, Eva a Zdeněk UHEREK. Romové v československé a české společnosti v letech 1945-2012: národnostní struktura, specifika romské rodiny a migrací. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2014. Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky, 5/2014. ISBN 978-80-86729-98-5.
3. HORVÁTHOVÁ, Jana. Kapitoly z dějin Romů. Praha: Lidové noviny, 2002. ISBN 80-7106-615-X.
4. ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT a Petr WEISS. Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví. Praha: Maxdorf, c2011. ISBN 978-80-7345-238-4.
5. URBANOVÁ, Eva. Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy v dimenziách ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie. Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-343-1.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Zuzana Škorničková**  
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2019**

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 4. února 2019

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012, bude práce zveřejněna v Univerzitní knihovně a prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 6. 5. 2019

Nikola Malá

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych vyjádřila poděkování především vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Zuzaně Škorníčkové za odborné vedení, cenné rady, připomínky, ochotu a čas, který mi věnovala při zpracování. Poděkování patří i zdravotnickému zařízení, ve kterém mi bylo umožněno provedení dotazníkového šetření a všem zúčastněným respondentkám. Děkuji také mému příteli a rodině, kteří mě po celou dobu studia podporovali.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce na téma Romské ženy a reprodukční zdraví je prací teoreticko-průzkumnou, přičemž teoretická část je zaměřena na původ a historii Romů, postavení romských žen v rodině, reprodukční zdraví a ochranu zdraví. Výzkumná část je zaměřena na zjišťování znalostí romských žen v oblasti gynekologické prevence, zda romské ženy plánují rodičovství a připravují se na těhotenství. Závěrem práce je prezentace výsledků z dotazníkového šetření a její závěrečné zhodnocení.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Gynekologická prevence, reprodukční zdraví, romská rodina, romská žena

## **TITLE**

Roma women and reproductive health

## **ANNOTATION**

Bachelor thesis about Roma women and reproductive health is theoretical-explorative work where the theoretical part is focused on the origin and history of Roma, the position of Roma women in the family, reproductive health and health protection. Explorative part is focused on finding knowledge of Roma women in the field of gynecological prevention, whether Roma women plan parenthood and prepare for pregnancy. In conclusion of the work is presentation with the results of survey and its final evaluation.

## **KEYWORDS**

Gynecological prevention, reproductive health, Roma family, Roma woman

# OBSAH

Úvod.....	10
Cíl práce.....	11
Teoretická část.....	12
1 Romské etnikum.....	13
1.1 Rozdělení Romů.....	13
1.2 Původ a historie Romů.....	13
1.3 Romská rodina.....	15
1.4 Postavení romské ženy.....	16
1.5 Romská kultura, tradice a specifika.....	17
1.6 Romové a přístup ke zdraví.....	18
2 Reprodukční zdraví.....	20
2.1 Plánované rodičovství.....	20
2.2 Těhotenství.....	21
2.3 Prenatální péče.....	22
2.4 Perikoncepční a prenatální životospráva.....	23
2.5 Antikoncepce.....	25
3 Ochrana zdraví.....	27
3.1 Preventivní gynekologická prohlídka.....	27
3.2 Prevence rakoviny děložního hrdla.....	28
3.3 Prevence rakoviny prsu.....	29
Průzkumná část.....	30
4 Metodika průzkumu.....	31
4.1 Výzkumné cíle a otázky.....	31
4.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	31
4.3 Zpracování dat.....	32
5 Prezentace výsledků průzkumu.....	33



6	Diskuze .....	48
7	Závěr .....	52
8	Použitá literatura .....	53
9	Přílohy.....	57

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Absolvování preventivních gynekologických prohlídek.....	33
Obrázek 2 Znalost náplně preventivní gynekologické prohlídky .....	35
Obrázek 3 První gynekologická prohlídka .....	36
Obrázek 4 Očkování proti HPV infekci.....	37
Obrázek 5 Užívání návykových látek .....	41
Obrázek 6 Změna životního stylu v těhotenství .....	42
Obrázek 7 Romské tradice a zvyky spojené s těhotenstvím.....	43
Obrázek 8 Navštěvování prenatální poradny.....	44
Obrázek 9 Předporodní kurzy a cvičení.....	45
Obrázek 10 Užívání antikoncepce .....	46
Obrázek 11 Názor na interrupci.....	47
Tabulka 1 Četnost odpovědí týkající se absolvování gynekologických prohlídek.....	34
Tabulka 2 Četnost odpovědí týkající se plánování těhotenství.....	38
Tabulka 3 Četnost odpovědí související s otázkou č. 8 .....	39
Tabulka 4 Četnost odpovědí související s otázkou č. 8 .....	40
Tabulka 5 Četnost odpovědí související s otázkou č. 9 .....	41
Tabulka 6 Četnost odpovědí související s otázkou č. 13 .....	45

## ÚVOD

Reprodukčním zdravím se v základním pojetí rozumí schopnost oplodnit, otěhotnět, donosit a porodit zdravé dítě, ale také zajistit jeho dostatečné zdraví. Nelze však k této problematice přistupovat pouze po stránce medicínské, ale také po stránce psychologické a sociální. Pojem reprodukční zdraví postupně vznikl z dnes již jen zúžených pojmů, jako je plánování rodičovství, příprava k odpovědnému rodičovství, sexuální výchova a podobně (Dunovský, 2005, s. 327). Co se týče romské komunity, děti vždy patřily mezi nejvyšší hodnoty v životě Romů, proto bylo mateřství vnímáno vždy velmi kladně v jakémkoli věku. Z hlediska reprodukce v porovnání s ostatním obyvatelstvem se u romské populace jedná o podstatně vyšší plodnost. Příčinou je především skutečnost, že romské ženy vždy využívaly k rození dětí celé své reprodukční období, které je v průměru vyšší než u ostatních žen (Davidová, 2014, s. 53).

Bakalářská práce je zaměřena na určité oblasti reprodukčního zdraví, romské ženy a jejich postavení v rodině, přístup k těhotenství a prevenci. Zabývá se plánovaným rodičovstvím a faktory, jež ovlivňují prenatální období a zdraví ženy. Snaží se poukázat na historii a specifika Romů, které mohou vysvětlovat určité vzorce chování. Důvod výběru bakalářské práce na téma „Romské ženy a reprodukční zdraví“ byl zájem o poznání romské kultury a nahlédnutí do jejich přístupu a chování v reprodukčním období. Jelikož jsou Romové nejpočetnější menšinou u nás, tak se i porodní asistentka často s romskými ženami setkává a poskytuje jim zdravotní péči. Setkává se s nimi během gynekologických prohlídek, v období těhotenství i během hospitalizace. Podle mého názoru je důležité zajímat se i o jiné kultury a menšiny, abychom je lépe pochopili a v rámci možností přizpůsobili zdravotní péči.

## **CÍL PRÁCE**

Cíle teoretické části:

1. Charakterizovat romské etnikum.
2. Popsat postavení romských žen v rodině v minulosti a současnosti.
3. Popsat vybrané oblasti reprodukčního zdraví a gynekologické prevence.

Cíle průzkumné části

1. Zhodnotit informovanost romských žen v oblasti gynekologické prevence.
2. Zjistit přístup romských žen k plánovanému rodičovství a následnému těhotenství.

## **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 ROMSKÉ ETNIKUM

O Romech nelze uvažovat jako o jednotném etniku, ale jako o společenství, které je vnitřně diferencované podle jednotlivých skupin či rodových linií. Jedná se o nejpočetnější národnostní menšinu u nás (Davidová, Uherek, 2014, s. 10). Dle zprávy o stavu romské menšiny v České republice za rok 2017, zde žije 240 300 Romů, z toho 60 % v Ústeckém kraji (Vláda ČR, 2018, s. 4).

## 1.1 Rozdělení Romů

Na území České republiky lze rozlišit romské etnikum na šest skupin. Skupiny čeští Cikáni-Romové (za první republiky polokočovní), moravští Cikáni-Romové (převážně usedlí na jižní Moravě) a němečtí Cikáni-Sintové (specifická skupina) dnes žijící pouze v malých počtech, jelikož většina Romů z těchto skupin zahynula za druhé světové války. Další skupinou žijící na našem území jsou olašští Romové (Vlachike), kteří dodnes udržují svůj jazyk, kulturu, zvyky a s ostatními Romy se příliš nestýkají. Největší skupinu tvoří slovenští Romové (Servike), kteří k nám migrovali po druhé světové válce. Poslední skupinou jsou maďarští Romové (Ungrike), kteří dnes žijí převážně na Slovensku (Davidová, Uherek, 2014, s. 10-11).

Romy lze dělit dle různých hledisek. Mimo subetnického dělení, se Romové začali vnitřně členit na bohaté a chudé neboli na úspěšné či neúspěšné. Za nejchudší jsou považováni Romové z osad na východním Slovensku a za úspěšné romští podnikatelé a mladá inteligence, která se kvůli získané vyšší společenské a ekonomické pozici s většinou Romů, která je nezaměstnaná a žijící v problémech nestýká a ani se k ní nehlásí. Nazývání slovem Rom, lze pojmenovat jen ty, kteří se hlásí k romské národnosti. Větší část se však sama nazývá Cikáni, a tak je nutno toto pojmenování psát s velkým C, protože se jedná o etnickou/národnostní skupinu (Davidová, Uherek, 2014, s. 12,14).

## 1.2 Původ a historie Romů

Původ Romů lze určit na základě jazykového srovnávacího studia, jímž bylo koncem 18. století prokázáno, že Romové pocházejí z Indie. Za nejbližší příbuzné Romů jsou považováni Domové, kteří patřili z původních obyvatel mezi samostatná etnika. Dnes v Indii existují tzv. dómské kasty, ze kterých lidé nezaujímalí vždy tak nízké sociální postavení jako dnes. Příchod Romů do Evropy probíhal v několika migračních vlnách směrem na západ s různým časovým odstupem. Důvody odchodů bylo především sestupné postavení v kastovním systému, dále také migrace za obživou a lepším životním či kočovným způsobem života. Pomocí kočovnictví se Romové rozvíjeli v řemeslech a dovednostech kejkličského umění. Odchod z pravlasti probíhal

přibližně mezi 3. – 9. stoletím n. l. Romové putovali do Evropy přes Malou Asii a Balkán. Během cest někteří Romové nechtěli putovat dál, a tak se vytvářely základy romských osídlení v zemích na západ od Indie (Horváthová, 2002, s. 5-10).

Od 16. století začali být Romové z evropských zemí vyháněni a pronásledováni. Byli označováni za tzv. „zemské zrádce“. Z důvodu, že se Romové do evropských zemí stále vraceli, rokem 1706 započaly přísnější postihy pro obyvatele, kteří poskytovali Romům úkryt a pomoc. V době největšího pronásledování v 18. století se příčinou stíhání stalo tzv. potulování či potulka neboli „cikánská chůze“. Zde byly položeny základy nedůvěry mezi majoritní společností a romskou minoritou, kdy většinová společnost představovala úhlavního nepřítele Romů (Horváthová, 2002, s. 20-23; Schuster, 2013).

První změny přicházely s panovnicí Marií Terezií v 18. stol., kdy vydala první protiromský dekret, který představoval potrestání jen cizích Romů, nikoliv domácích. Asimilační pokusy představovaly toleranci určitých romských rodin či spíše rodů výměnou za mnohá omezení. Regulování Romové dostávali povolení k pobytu, nicméně jejich další pohyb na daném území podléhal přísné kontrole (Nečas, 2017).

Během druhé světové války přišla fašistická genocida s cílem úplného vyhubení Romů. V roce 1942 byla protektorátní policií vydána opatření zaměřená výhradně na Romy. Byl proveden soupis všech Romů, ve kterém se nebral ohled na jejich způsob života (usedlíci, kočovníci, míra začlenění do majoritní společnosti). Rozhodující byl pouze etnický původ. Všem byl odebrán občanský průkaz a přidělena cikánská legitimace, která znázorňovala nerovnoprávnost (Frydryšková, 2011).

Po válce byla oblast Čech a Moravy téměř bez Romů, a tak od konce války postupně Romové přicházeli ze Slovenska. Náboráři vyzývali Romy k obydlování vysídleného pohraničí, čímž se jim naskytlá příležitost práce sloužící k obnově zničeného průmyslu. Od druhé poloviny 20. století se začala řešit tzv. cikánská otázka, kdy dostává přednost řízená asimilace, jenž mělo za následek změnu života Romů, a to především z hlediska tradic a způsobu života. Aby mohli být Romové lépe zařazeni do společnosti, byla jejich specifika násilně potlačována. Vykořeněnost Romů způsobila páchání kriminálních přestupků, dále také možnost využívání odkládání dětí do dětských domovů, či sklouzávání k podřadným způsobům obstarání obživy, jako je prostituce. Kvůli nekontrolované migraci Romů ze Slovenska docházelo k izolovaným shromažďováním, dnes podobným ghettům. Koncem 60. let vytvořili Romové vlastní organizaci Svaz Cikánů-Romů za účelem rovnoprávnosti. Bohužel v roce 1973 byl svaz

rozpuštěn a řízená asimilace dále pokračovala. Romové nebyli považováni za svébytnou etnickou skupinu, nýbrž za minoritu, kterou je třeba převychovat, a to až do roku 1989. Často docházelo ke sterilizaci romských žen bez jejich vědomí a souhlasu. Po sametové revoluci se zakládaly různé romské organizace. Bohužel dodnes romské aktivity stojí mimo většinovou společnost, a tak je její většina prozatím nedostatečně informována (Horváthová, 2002. s. 50-54).

Dle Štěpařové (2005) většina obyvatelstva českého národa stále oplývá obavami z neznámého, a tak především z těchto, ale i dalších důvodů nemají své romské spoluobčany rádi. Tvrdí, že většinová averze vyvíjející se v nenávist stále stoupá, což způsobuje násilí a sociální problémy s vysokou kriminalitou, zničenými byty, nezaměstnaností, nízkou vzdělaností a velmi často nezájmem zlepšit situaci. Domnívá se, že vše by se změnilo, kdyby majoritní společnost znala jejich historii, kořeny, tradice a zvyky, a tak lépe pochopila jejich vnímání a mentalitu.

### **1.3 Romská rodina**

Romové považují svou rodinu za jednu z nejvýznamnějších vztahových institucí. Funkce, které v majoritní společnosti přebírají částečně nebo zcela jiné instituce, u Romů zůstávají v kompetenci širší rodiny a blízkých. Z důvodu působení trendů a vzorců chování majoritní společnosti je romská rodina oslabována.

Romská rodina je rodinou monogamní, jejímž základem jsou páry složené z jednoho muže a jedné ženy, tak jako u rodiny české. Donedávna byla pro Romy charakteristická patriarchální velkorodina, což znamená rodina s výrazně dominantním postavením muže. Rozšířená rodina je pro Romy velmi důležitá, a to především z hlediska sociálního, kdy blízcí a příbuzní pomáhají dospívajícím členům rodiny finančně, tak i péčí o děti. Umožňuje jim to uzavírat sňatek v nízkém věku a brzké první těhotenství. Mladé manželské páry často bydlí nějakou dobu u rodičů ženicha či nevěsty a následně s postupem času se osamostatňují. Co se týče sňatku a výběru vhodného partnera, stále hrají významnou roli rodičovské preference a diskuze o potencionálních sňatcích, což vede k jejich brzkému uzavírání. I v dnešní době je zcela běžné, že se v romských rodinách vyskytuje vícegenerační soužití, a to zejména v současných problémových bytových poměrech. Někdy tento faktor svede vzdálenější příbuzné dohromady, a to například z důvodu výdělků či bytového komfortu.

Tak jako česká či jiná rodina, tak i ta romská prochází postupem času vývojem a změnami. Tyto změny mají vliv pozitivní i negativní. Například tradiční romská řemesla, která svým významem stoupla především během hospodářské krize, nyní přestala hrát v životě rodiny roli.



I když se z velké části pracovní činnost přesunula mimo rodinu, tak rodinné pracovní kolektivy, organizace či společné cesty do zahraničí naznačují, že v obživných aktivitách vystupuje romská rodina stále jako celek. „*Romové si zachovávají dvojitý komunikační systém, a to z důvodu zabránění ztráty vlastní identity. Na druhou stranu však tento mechanismus brání vnitřně se sžívat s okolní neromskou populací*“ (Davidová, Uherek, 2014, s. 53-59).

Podle Štěpařové (2005) existuje ve městech tzv. optický klam. Člověku připadá, že je Romů více, než jich doopravdy je. Oproti většině, Romové tráví velice málo času ve svých domovech a jsou stále na ulicích, tak jak tomu bylo i dříve, kdy bylo zcela běžné trávit veškerý čas venku, kde se pořádaly různé zábavy a oslavy a ženy venku vařily a praly. Co se týče prestiže rodiny, ta se posilovala počtem narozených dětí, především chlapců. Dle romského přísloví „o čhave hin zor“, tzn. „v chlapcích je síla“. Dívky byly zase přáním matek, jelikož už od útlého věku pomáhaly s domácími pracemi. Každé narozené romské dítě bylo vítáno a obklopeno několika generacemi rodiny. Veškeré problémy se vždy řešily společně, a to jak po stránce psychologické, tak ekonomické.

Postupem času se v romských rodinách změnila tradice a pravidla. Dříve bylo zcela vyloučeno, aby romské dítě mluvilo vulgárně před dospělými. Rodiče přísně dbali na to, aby před dětmi nechodili odhalením, a to ani ve spodním prádle a pohlavní styk se musel vždy odehrávat v ústraní. V současné době lze v některých romských rodinách zaznamenat násilí na dětech, jejich zanedbávání, a to například v důsledku alkoholu a drogové závislosti. Není ojedinělé, že romská matka odloží své dítě již v porodnici, či zapříčiní jeho odebrání do dětského domova, ve kterých právě žijí převážně děti romské. Důležitým faktorem jsou i socioekonomické podmínky rodiny a zdraví dětí, které je ovlivněno často nezodpovědným přístupem rodičů (Štěpařová, 2005).

Co se týče období stáří Romů, v tomto ohledu se příliš nezměnilo. Jak tomu bylo dříve i dnes je starším projevována úcta a váženost. Nejstarší lidé jsou nejmoudřejší, přirozenou autoritou a mají největší životní zkušenosti. Ostatní členové rodiny se o starší starají a jen zřídka jsou umístováni do domů pro seniory (Davidová, 2010, s. 66).

#### **1.4 Postavení romské ženy**

Dle Davidové (2010, s. 65-66) bylo donedávna postavení romské ženy v rodině nízké a podřadné. Žena byla považována za méně důležitou, kde jejím hlavním úkolem bylo rodit a vychovávat děti, obstarávat jídlo a starat se o domácnost. Některé rodiny jsou i dodnes patriarchální, a tak dominantní postavení stále zaujímá muž. Pokud probíhaly nějaké oslavy či

obřady, kde muži společně seděli, vyprávěli, zpívali a pili, žena k nim neměla přístup, což je dodržováno i dnes v olašských rodinách. Žena vyšší sociální status získávala postupně v souvislosti s mateřstvím, a to po dvou či více dětech.

Romská žena vždy musela a stále musí být především dobrou manželkou a matkou. Její povinností je projevovat svému manželovi úctu, poslouchat ho a starat se o něj. Pokud se žena zachová jinak je to vina muže, který si ženu špatně vychoval. Konkrétně u olašských Romů, musí žena jít krok za mužem, nosit pouze sukni nikoli kalhoty, na společenských událostech sedět zvlášť od mužů, neměla by se příliš vzdělávat a podobně. Co se týče vztahu k muži, musí být oddaná a věrná. Pokud se zjistí, že byla svému muži nevěrná, je v celé komunitě zostuzena. U olašských Romů lze vyzorovat i dnes vysoce konzervativní postoj vůči nevěře, a tak pokud je žena nevěrná, manžel jí může ostříhat, zbit a podobně. Naopak pokud je nevěrný muž, padá vina na hlavu ženy, která není schopná se o muže v tomto směru postarat, a tím je muž nucen hledat sexuální uspokojení jinde. Z hlediska výchovy dívek, veškeré domácí práce se dívky učily pouhým odpozorováním, protože se předpokládalo brzký odchod dcery do rodiny manžela, kde byla její povinnost naučit se domácí práce a vaření podle své tchýně. V minulosti bývaly vztahy mezi snachou a tchýní velice napjaté a výjimkou nebyly ani fyzické tresty. V současnosti žijí mladé páry často samostatně a rodinné vztahy jsou srovnatelné s majoritní společností (Poláková, 2014).

Co se týče financí, které jsou pro rodinu důležité, dříve (především před rokem 1989) se staral o finanční příjem muž. Dnes se role romské ženy v tomto směru do jisté míry otáčí, jelikož žena chodí na příslušné úřady a vyřizuje sociální dávky, tudíž přináší do rodiny finance na obživu ona. S tím souvisí i přejímání některých funkcí, které dříve tradičně náležely pouze ženám. Muž zůstává s rodinou doma, vaří a pomáhá s dětmi. Nicméně některé činnosti zůstávají pro muže nadále tabuizované (Kajanová, Urban, 2014, s. 53).

## **1.5 Romská kultura, tradice a specifika**

Na území České republiky žije více skupin Romů, kteří se navzájem od sebe liší zvyky a dialektem. Jak již bylo zmíněno, skupina Romů, která dodnes nejvíce drží tradiční život jsou olašští Romové. Mezi tradiční zvyklosti patří romský jazyk, křest, svatby, kmotrovství, romské zákony, romské pojetí svátků, ale také vartování neboli držení strážce při mrtvém a pohřeb. Co se týče romské kultury, velkou část tvoří romská hudba a výtvarná řemesla. Romská hudba vznikala přejímáním, kde Romové zrovna přebývali. S hudbou souvisí i tradiční řemeslo houslařství, které se stále udržuje na území Moravy. Dále jsou známé romské humoresky, vtipy

či historky. Dodnes se nejčastěji vyprávějí historky „pal o mule“, tedy o přízracích a duších mrtvých. Romové jsou často pověřiví a mají tendenci věřit v nadpřirozené síly a čary. S tím souvisí i jejich potřeba se shlukovat do větších skupin a trávit čas s širokou rodinou, jelikož jako jedinci se cítí slabší a bezmocnější. Romové také mívají strach ze tmy, a tak není neobvyklé, že v noci svítí alespoň malým světlem. Donedávna měla u Romů důležité postavení tzv. „čarodějka“, která byla přirozenou autoritou mezi ženami. Uměla léčit a „čarovat“ na základě znalosti různých bylin. Jelikož se za ní mnozí chodili radit v různých životních situacích, měla velký vliv na rodinný a společenský život v romských komunitách (Acton, 2000, s. 40-45; Davidová, 2014, s. 43).

S vírou v nadpřirozeno a duchy zemřelých úzce souvisí tradice spojené s posledním rozloučením. Dodnes je u Romů zachována představa, že pro umírajícího přichází někdo z dříve zesnulých členů rodiny a odvádí ho na „onen svět“. Většinou Romové umírají doma a obklopeni rodinou. Pokud člen rodiny zemře doma, je zvyklostí jej tak nechat až do pohřbu. S posledním vydechnutím se musí zakrýt zrcadla, aby se ochránil svět živých. Znamé je tzv. vartování, tedy bdění u mrtvého, kterým je zemřelý chráněn před zlými duchy. Pozůstalí nesmějí zpívat a tancovat, ale hrají karty a vyprávějí si příběhy o zesnulém. Pokud zemře žena, jsou jí odebrány šperky a rozpuštěny vlasy, aby duše opustila tělo. Pokud zemře žena těhotná, je jí do rakve položena část výbavičky pro dítě. Dokud není zesnulý řádně pochován, nesmí se v domácnosti vařit ani větrat. Romové své zemřelé většinou chtějí vypravovat na poslední cestu sami. Vodu, kterou ho umyjí vylévají kudy nechodí, aby se ubránili nemocem, mrtvému zatlačí mince na oči, aby si nikoho s sebou nevzal a oblečeného ve svátečním ho uloží do otevřené rakve. Do rakve se vkládají osobní předměty, například prsteny, hodinky, housle, kytara či cigarety nebo brýle a pokud byl zesnulý věřící, tak i růženec s knížkou. Do kapsy mu jsou vloženy peníze. Během pohřbu se pozůstalí shromáždí kolem rakve a poprosí zesnulého o odpuštění. Rodina by měla držet smutek po celý rok. U olašských Romů si i dnes vdovy a dcery zemřelého stříhají vlasy a v období svátků a výročí připravují jídlo i pro zesnulého na hrob (Štěpařová, 2005; Koptíková 2013).

## **1.6 Romové a přístup ke zdraví**

Zdraví a prevence nejsou u Romů považovány za prioritu. Zdraví se dostává do popředí až v době rozvoje nemoci. Až symptomy během léčby odezní, všechna doporučení lékařem a opatření přestávají být dodržována, jelikož je nemoc považována za vyléčenou. Zvýšená pozornost Romů by měla být věnována primární a sekundární prevenci, dále také očkování a životosprávě dětí. Co se týče interakce zdravotníků s Romy, hlavní by měl být proces edukace

s dostatečným vysvětlením nemoci a zásad terapie s ohledem na cílovou skupinu. Základem navázání efektivní komunikace je vzbuzení důvěry, respektování romských zvyků a pravidel a porozumění konkrétnímu problému. Důležitá je také neustálá zpětná vazba, která například může zabránit nepochopení druhé strany. Mezi základní pravidla komunikace s Romy patří jasný, jednoduchý, srozumitelný jazyk, schopný vysvětlit veškeré odborné termíny. Dále je důležité se vyhnout zobecňování chování určité skupiny Romů nebo jedné romské rodiny na celou romskou komunitu (Maryšková 2010).

Velký vliv na zdraví má beze sporu i užívání návykových látek. Mezi nejvíce rozšířené patří kouření. Romové jsou nejen častými, ale také dost silnými kuřáky. S kouřením začínají velmi brzy, není nijak neobvyklé již v dětském věku (Davidová, 2010, s. 88). Výskyt duševních onemocnění je v romské populaci také vyšší a značnou část tvoří duševní choroby spojené s nadměrným pitím alkoholu. Z hlediska reprodukčního zdraví, kojenecká úmrtnost se snižuje, ale stále zůstává dvojnásobná, ve srovnání s majoritní populací, kde je velmi nízká. Sociálně-ekonomické determinanty, podmínky prostředí, horší životní styl a jeho následky jsou hlavní příčiny nepříznivého zdravotního stavu této populace (Janata 2015).

Maryšková (2010) ve svém článku uvádí přehled proběhlých výzkumů a analýz v ČR, které například zjistily, že střední délka života romské populace je zhruba o 10 let nižší, než je u společnosti jako celku. Dále, že předčasné stárnutí je spojené s výskytem chorob, které nejsou typické pro dané věkové skupiny, vyšší výskyt infekčních chorob, zejména žloutenky typu B a C a nedostatečné očkování dětí. Ohledně zdraví žen byla zjištěna vysoká míra plodnosti začínající těhotenstvím a porodností v nízkém věku, špatná informovanost vzhledem k plánování rodiny a velmi špatná prevence gynekologických chorob.

## 2 REPRODUKČNÍ ZDRAVÍ

Zdraví je velice široký pojem, jehož definice se stále vyvíjí a mění. Každý si tento pojem může vykládat trochu jinak. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1948 je zdraví definováno jako „*stav plné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoli jen nepřítomnost nemoci či vady.*“ Definice reprodukčního zdraví se začala vyvíjet až v posledních desetiletích. Dle Dunovského společně s Machovou a Hamanovou pojem reprodukční zdraví lze chápat jako „*schopnost oplodnit, otěhotnět, donosit a porodit zdravé dítě, ale také zajistit jeho dostatečné zdraví v období prekoncepčním, koncepčním, během těhotenství, porodu a v době poporodní.*“ Tento pojem postupně vznikl z již dříve užívaných pojmů, a to příprava k odpovědnému rodičovství, sexuální výchova, plánování rodičovství a podobně.

Další definice reprodukčního zdraví byla stanovena na Káhirské konferenci organizované Společností národů v roce 1944 jako „*stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a nikoli jen nepřítomnost nemoci či vady, ve všech případech vztahujících se k reprodukčnímu systému, k jeho funkcím a procesům.*“ Oblast reprodukčního zdraví úzce souvisí se sexuálním zdravím, a tak zahrnuje i lidskou schopnost mít uspokojení ze sexuálního života, schopnost rozmnožovat se a svobodně se rozhodnout kdy a jak často, tak konat. Z toho vyplývá, že ženy a muži mají právo na informovanost, přístup k bezpečným a efektivním metodám plánovaného rodičovství podle vlastního výběru a tím i k metodám, které plodnost regulují. Dále mají také právo na přístup k zdravotním službám, které umožní ženám bezpečné těhotenství, mateřství, ale i zdravý vývoj dítěte (Urbanová, 2010, s. 9-11).

### 2.1 Plánované rodičovství

„*Jako plánované rodičovství označujeme snahu partnerského páru mít děti v období pro rodinu z nejrůznějších důvodů optimálním, a naopak snahu zamezit nežádoucímu otěhotnění*“ (Velemínský, 2011, s. 14). Rozlišují se dva typy plánovaného rodičovství, pozitivní plánování a negativní plánování. Pozitivní plánování rodičovství představuje cílenou snahu o otěhotnění, naproti tomu negativní plánování znamená snaha a opatření vedoucí k zábraně nežádoucího početí.

V minulosti vznikala mnohá těhotenství náhodou, tzn. i v době, která nebyla pro partnery z nějakého důvodu vhodná. Velký obrat nastal v polovině minulého století, kdy se začala používat nová antikoncepční metoda – hormonální pilulky. Tato metoda je mnohem spolehlivější než dřívější metody, a tak dává možnost páru zvolit si vhodnou dobu, kdy počít dítě. Ale nejen antikoncepční metody spadají do plánovaného rodičovství. Postupným vývojem

byly zdokonaleny zásady zdravé stravy a životního stylu těhotných žen, cvičení těhotných pro udržení dobré tělesné kondice, účast partnera u porodu apod. Plánované rodičovství začíná již v době přípravě na těhotenství. Za nejvhodnější dobu otěhotnění se považuje věk ženy mezi 20. a 25. rokem života. V tomto období většinou probíhá těhotenství s nejnižším výskytem nepravidelností a patologií a porod mívá lehčí průběh. Vzhledem k okolnostem, jako je vlastní bydlení, finanční zajištění a podobně, mnoho párů těhotenství odkládá, a tak se věková hranice prvního otěhotnění posouvá. S přibývajícím věkem ženy se zvyšuje riziko nepravidelností a poškození plodu během nitroděložního vývoje (Trča, 2009, s. 11, 13).

Dle Polákové (2014) romští rodiče stále zaujímají tabuizovaný postoj vůči diskuzi na téma sexuální výchova, což má za následek, že děti přivádí na svět další děti. Z důvodu nedostatku informací a téměř absence jakékoliv antikoncepce, mladé romské dívky obvykle poprvé otěhotní ještě před dovršením plnoletosti, nejčastěji mezi 15. a 17. rokem života.

## **2.2 Těhotenství**

Dle Velemínského je těhotenství životní etapa, kterou lze považovat za naplnění smyslu biologické podstaty ženy, kdy dochází ke zázraku početí a daru nového života. Těhotenství a nitroděložní vývoj zárodku začíná splnutím ženské a mužské pohlavní buňky (Velemínský, 2011, s. 13).

Těhotenství je zlomové období v životě ženy, a tak spousta žen sbírá jakékoliv informace o životosprávě v těhotenství, při kojení, o porodu a šestinedělí. Dnešní doba přináší mnoho edukačních materiálů v různých podobách, jako jsou internet, literatura, ale také kurzy. Záleží na každé ženě, jakou přípravu na toto období zvolí. V nabídce služeb jsou i předporodní kurzy a cvičení, u nichž je doporučeno jejich absolvování ve druhé polovině těhotenství a většinou jsou vedeny porodními asistentkami. Mezi nejčastější témata těchto kurzů patří co vše je potřeba zařídit v těhotenství, výbava, co si vzít s sebou do porodnice, kdy jet do porodnice, jak probíhá porod a jednotlivé doby porodní, období šestinedělí, kojení a péče o novorozence (Šulová, 2011, s. 43-45, 50).

V minulosti, pokud si romská žena byla jistá, že je těhotná, oznámila to nejprve ženám v rodině a poté svému manželovi a ostatním. Od potvrzení těhotenství musela dodržovat tzv. „pravidla na ochranu plodu“, které pro ženu znamenaly spousty omezení. Nesměla se například koukat na magicky zneužitelná zvířata jako jsou plazi, na tělesně postižené lidi, na zesnulé a tak podobně. Bylo zvykem, že do poslední chvíle pracovala a když nastal čas porodu, byla zavolána porodní bába, jenž měla funkci porodnickou a funkci magickou. Zvyklostí byla příprava

kouzelného nápoje či zapalování ohně před domem na zahánění démonů, které by mohly do dítěte vstoupit. Následoval oficiální křest, jenž představoval ochranu před působením zlých sil, jež byly duše zemřelých matek či žen, které porodily mrtvé dítě a chodí si vybírat dítě narozené. Důležitou tradicí bylo vkládání ochranných předmětů do postýlky a zavázání červené stužky na zápěstí novorozence. Budoucnost dítěte určoval den a doba, kdy se dítě narodilo. Pokud se rodině narodilo dítě se světlejší pletí, bylo považováno za krásné, a naopak dítě narozené s tmavší pletí, než bylo v dané komunitě obvyklé, bylo spojováno s Kainovo znamením, které představovalo nepříznivou budoucnost (Štěpařová, 2005).

### **2.3 Prenatální péče**

Na území České republiky je rozložena ambulantní síť prenatálních poraden. Vlastní ambulantní a lůžková péče je členěna na péči základní a superkonziliární v intermediárních zařízeních nebo v regionálních porodnických centrech. Těhotná žena, která s těhotenstvím souhlasí je zařazena do prenatální poradny dle vlastního výběru, zpravidla do nejbližší ke svému bydlišti. Zvolený lékař poskytuje péči tehdy, splňuje-li podmínky dle svých vlastních možností, dle své kvalifikace a zdravotního stavu těhotné. Po založení dokumentace je těhotné vystavena těhotenská průkazka, kam lékař zaznamenává veškerá vyšetření a údaje těhotné. Jelikož základem prenatální péče je včasný záchyt odchylek od fyziologického průběhu gestace a zajištění zabezpečení zdraví ženy, jsou těhotenství rozdělena na fyziologická, riziková a patologická (Čech, 2006, s. 104).

Dle doporučeného postupu Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství schváleného výborem ČGPS ČLS JEP (2015, s. 456-457), je těhotná po prvním vyšetření v prenatální poradně, dle anamnestických údajů a aktuálního klinického nálezu o míře případného rizika zařazena do některé ze tří následujících skupin. První skupinou jsou těhotné s malým rizikem, kde jsou zařazeny všechny ženy bez rizikových faktorů v anamnéze a výsledky všech klinických i laboratorních vyšetření v průběhu gravidity jsou normální, tzn. gravidita je fyziologická. Dispenzární prenatální péče je poskytována do 36. týdne gravidity v intervalu 4-6 týdnů a od 37. týdne gravidity do termínu porodu 1x týdně. Druhou skupinou jsou těhotné se středním rizikem, kam patří ženy s anamnézou zatíženou rizikovými faktory. Výsledky klinických a laboratorních vyšetření jsou normální, ale vyžadují opakování, proto tuto graviditu označujeme jako rizikovou. Četnost a frekvence návštěv prenatální poradny závisí na aktuálním vývoji zdravotním stavu ženy. Nakonec poslední skupinou jsou těhotenství patologické, do kterých spadají těhotné s vysokým rizikem, jež mohou (ale nemusí) mít rizikové faktory v anamnéze. Typické jsou patologické výsledky klinických a laboratorních vyšetření, které

určují konkrétní riziko. Frekvence návštěv a vyšetření u lékaře jsou zcela individuální dle závažnosti stavu těhotné ženy.

## **2.4 Perikoncepční a prenatální životospráva**

Těhotenství klade na organismus ženy velké nároky. Pokud žena dodržuje správnou životosprávu, snižuje tím možnost vzniku zdravotních komplikací. Základem správné životosprávy je pravidelná zdravá strava, pravidelný a dostatečný spánek, zajištění dostatečného pohybu, duševní pohoda a možnost odpočinku kdykoliv ho žena potřebuje. Žena by se měla vyvarovat nadměrné námaze, stresu a nevhodnému prostředí, které by mohlo ohrozit její zdraví i zdraví plodu. Společně s graviditou nastávají změny na úrovni metabolismu živin, minerálů, vitamínů i stopových prvků. Žena by se neměla přejídat, ale ani hladovět. Dlouhodobá malnutrice může způsobit retardaci intrauterinního růstu nebo abortus. Naproti tomu obezita vede k zátěži kloubů, hypertrofii plodu, preeklampsii, tromboembolii a komplikacím po porodu. Obecně se doporučuje strava přiměřená a lehce stravitelná (Čech, 2006, s. 74).

V současné době existuje mnoho multivitaminových přípravků určených pro ženy plánující těhotenství nebo těhotné a kojící. Většina z nich je prodávána jako potravinové doplňky či léčivé přípravky. Tyto preparáty jsou vhodné pro všechny ženy. Průměrný energetický příjem těhotné by se měl pohybovat průměrně kolem 2400 kcal. Zvýšený příjem vitamínů a minerálů, jež většinu z nich je organismus schopen získat z vyvážené stravy, by měla obsahovat rostlinné a živočišné bílkoviny, listovou zeleninu, ovoce, obilniny, celozrnné pečivo, ryby a mléčné výrobky (Fait, 2011, s 43).

Co se týče množství jednotlivých složek stravy, pro zajištění optimálního růstu plodu se doporučuje 1,3 g/kg bílkovin za den, a to především živočišné bílkoviny bohaté na vzácné aminokyseliny. Konzumace masa se pohybuje kolem 180–250 g denně a vhodné je vyloučit uzeniny a do jídelníčku zařadit maso drůbeží, hovězí, telecí, ale také ryby. Další důležitou složkou je vápník kolem 1200 mg denně, jehož dostatečné množství zabezpečuje normální neuromuskulární dráždivost, krevní koagulaci, i kostní metabolismus matky a plodu. S dobrou resorpcí vápníku souvisí dostatečný příjem hořčíku, kolem 300–400 mg denně. Nutný je i zvýšený příjem železa. Často přísun 80 mg železa denně nelze splnit, a tak je těhotným ve 2. trimestru podáváno železo v podobě tablet o množství 30 mg denně. Výjimkou jsou ženy anemické, kde je dávka železa zvýšena až na 100 mg denně. Mezi další důležité složky se řadí dostatečný příjem jódu, který ovlivňuje psychoneurologický vývoj dítěte a jeho nedostatek



může způsobit potrat či předčasný porod, proto se doporučuje zvýšená konzumace mořských ryb a v případě jeho nedostatku ve stravě, lze ho užívat ve formě tablet v dávce nejméně 100 µg denně (Čech, 2006, s. 75). Často zmiňovaná složka v období těhotenství je kyselina listová, již denní dávka by měla být 0,4 mg po 3 měsíce před otěhotněním a 0,6 – 0,8 mg v první třetině těhotenství. Je prokázáno, že při dostatku kyseliny listové se snižuje riziko rozštěpu páteře (Fait, 2011, s. 44).

Těhotná žena by se měla přiměřeně hýbat a dostatečně odpočívat. Mezi vhodné pohybové aktivity patří plavání, procházky či cvičení určené pro těhotné. Doporučuje se cvičit vzhledem ke graviditě pod dohledem, a to v rámci psychoprofylaktické přípravy. Nutno se vyvarovat sportům, kde hrozí riziko pádu či úderu na břicho. Z hlediska dostatečného odpočinku se doporučuje spánek minimálně 8–9 hodin denně. Co se týče pohlavního styku během těhotenství není nijak omezený, pokud jsou zachovány hygienické požadavky a zdravotní stav ženy to dovoluje. Nedoporučují se polohy, při nichž muž leží na ženě ležících na zádech (Čech, 2006, s. 75).

Obecně platí, že těhotná žena by neměla kouřit, pít alkohol a užívat jiné návykové látky. Alkohol je nejrozšířenější společensky tolerovanou drogou, jenž působí toxicky především na játra. Z hlediska užívání alkoholu, dle odborníků není známo, jak velké množství alkoholu je pro plod ještě bezpečné, tudíž nelze definovat přiměřené množství. S jistotou ale lze říci, že alkohol způsobuje nevratné poškození plodu. U žen, které pijí alkohol v graviditě byl prokázán rozvoj tzv. fetálního alkoholového syndromu. Typickými symptomy dětí narozených s fetálním alkoholovým syndromem jsou například nízká porodní hmotnost, malá velikost hlavy, úzké oční štěrbiny, nízký hřbet nosu, chybějící rýha mezi nosem a horním rtem, mentální retardace, slabý sací reflex, poruchy spánku, defekty srdce a pohlavní soustavy, ale také problémy s učením a udržením pozornosti (Šulová, 2011, s. 312-313).

U užívání drog před či během gravidity je největším rizikem infekční onemocnění matky jako jsou syfilis, AIDS a žloutenka typu B, C. Drogově závislé ženy většinou pochází z narušeného sociálního prostředí, a tak lze předpokládat, že těhotenství nebude plánované. Při potvrzení gravidity je důležité vyhledat okamžitou pomoc a vyhledat specializované odborníky, kteří jsou schopni snížit následky, které způsobuje droga již v děloze (Pařízek, 2014). Co se týče kouření v těhotenství, nikotin snižuje průtok krve dělohou a u kuřáček je prokázán vyšší počet samovolných potratů a perinatální úmrtnosti. Novorozenci se rodí s nízkou porodní hmotností, mají častěji astma a respirační infekce a častěji umírají na syndrom náhlé smrti. Stejně jako u

novorozenců kuřaček, tak i u drogově závislých lze vypožorovat abstinenci příznaky (Čech, 2006, s. 76).

Dle výsledků studií Mottlové, na kterou odkazuje Stávková (2014, s. 92) v časopise *Výživa a potraviny* se dle výzkumu stravovaly těhotné romské ženy stejně jako těhotné české ženy pravidelně minimálně 3x denně. Zajímavostí je, že denní příjem zeleniny byl u romských žen vyšší a například konzumace mléčných výrobků byla nižší než u českých žen. U romské populace byl zjištěn vyšší příjem potravin bohaté na cukry, tuky a sůl. Zneklidňující byly výsledky ohledně návykových látek jako je kouření. Až 63 % romských žen ve studii Mottlové přiznalo, že v těhotenství kouřilo více než 1 cigaretu denně. Dle studií Rambouskové, na kterou také odkazuje Stávková, romské těhotné ženy oproti ženám majoritní společnosti konzumovaly častěji potraviny jako jsou paštiky, játra, uzeniny, hranolky a slazené nápoje. Také ve vyšší míře kouřily před, ale i během těhotenství. Nutno podotknout, že s dlouhodobým nežádoucím stravováním souvisí nadměrná tělesná hmotnost a nedostatek potřebných výživových prvků, které mohou vyústit v celou řadu zdravotních komplikací.

## **2.5 Antikoncepce**

Antikoncepce neboli kontracepce je každá metoda, která způsobí dočasnou a vratnou ztrátu schopnosti oplodnění. Spolehlivá antikoncepce patří do moderního života a párům umožňuje těhotenství naplánovat. V České republice je dostupných spousta antikoncepčních metod, tak s pomocí gynekologa lze vybrat právě tu nejvhodnější. Běžně dostupné antikoncepční metody se užívají před souloží, nebo během ní. Důraz je kladen na spolehlivost jednotlivých antikoncepčních metod, která se uvádí jako Pearlův index. Pearlův index představuje počet otěhotnění na 100 žen během jednoho roku pravidelného sexuálního života, jež danou antikoncepční metodu užívají jako jedinou. Nutno podotknout, že hodnoty Pearlova indexu lze brát jako přibližné. Přestože antikoncepce nesleduje léčebný cíl, vztahují se na ni obecná ustanovení o poskytování zdravotní péče. Lékař je povinen informovat o způsobu užívání, spolehlivosti, možných komplikacích a podléhá povinné mlčenlivosti. Pokud antikoncepce způsobí poškození zdraví, postupuje se podle obecných zásad jako při jiných úkonech léčebně preventivní péče a lékař je zodpovědný za vzniklou škodu v důsledku postupu *non lege artis* (Roztočil, 2011, s. 106-107).

Antikoncepční metody lze základně rozdělit dle uživatele, tedy ženské a mužské, nebo dle mechanismu účinku a spolehlivosti. Mezi metody přirozené patří přerušovaná soulož, jejímž principem je ejakulace mimo pochvu a metoda plodných a neplodných dnů, vhodná pro ženy

s pravidelným menstruačním cyklem. Tuto metodu lze provádět dle Ogino-Knause – kalendářní metoda, dle křivky měření bazální teploty a dle Billingsovy metody, tzn. dle tažnosti hlenu děložního hrdla. Přirozené antikoncepční metody vyžadují vysokou sebekontrolu a nároky na techniku provedení, což představuje nízkou účinnost. Do těchto metod lze zařadit i kojení, které má antikoncepční účinek pouze tehdy, když žena plně kojí, a to minimálně každé 4 hodiny přes den a každých 6 hodin v noci (Fait, 2011, s. 268-269).

Vyšší účinnost, než metody přirozené mají metody bariérové a spermicidy, jež kromě antikoncepčního účinku snižují riziko přenosu pohlavně přenosných chorob. Do této skupiny patří prezervativy, vaginální pesar a spermicidy, jejichž smyslem je imobilizace spermií v ejakulátu. Oblíbenou antikoncepční metodou jsou nitroděložní tělíška, jež se vyznačují nemožností opomenutí antikoncepční metody, či způsobení chyby v užívání. Nitroděložní tělíško se zavádí skrz děložní hrdlo a může být hormonální nebo nehormonální. Dominantní skupinou antikoncepce je právě antikoncepce hormonální, která se rozlišuje na gestagenní a kombinovanou, přičemž kromě perorální formy (pilulky) lze užívat i neperorální. Do gestagenních se řadí nitrosvalové a podkožní injekce a do kombinované náplasti a vaginální kroužky. Známostou metodou poslední pomoci zabránění otěhotnění je tzv. „pilulka po“ (postkoitální), kterou lze podat do 72 hodin po nechráněném pohlavním styku. Obecně je však doporučeno se této metodě, pokud možno vyvarovat a neužívat ji plánovaně, či pravidelně (Fait, 2011, s. 270-273).

Co se týče romské populace a rozšiřování, používání antikoncepčních prostředků, jedná se o dlouhodobý proces. Mladé romské ženy mají stále své první dítě většinou před 20. rokem věku a jsou plodné dále i v době, kdy se stávají jejich dcery matkami (Davidová, 2014, s. 54).

### **3 OCHRANA ZDRAVÍ**

Hlavním prvkem v současné péči je prevence a zvýšení celkové úrovně zdraví. Důležité je posilování duševní, fyzické i sociální pohody a pozvednutí odolnosti vůči nemocem. Nejdůležitější činitelé v péči o zdraví jsou lidé a jejich přístup ke zdraví, způsobu života a ochotě aktivně se podílet na péči o zdraví. Prevence zdraví je zaměřena proti nemocem a snaží se jim předcházet. Může být zaměřena na jedince, ale i na celou společnost. Zpravidla se dělí dle času, a to na primární, sekundární a terciární. Primární prevence se týká období, kdy nemoc ještě nevznikla a jejím cílem je právě zabránit vzniku nemoci. Zabývá se především činnostmi posilující zdraví a odstraňováním rizikových faktorů. Patřím sem i očkování, která jsou zaměřena přímo proti určitým nemocem. Sekundární prevence zahrnuje včasnou diagnostiku nemoci a účinnou léčbu. Snaží se zabránit komplikacím a nežádoucímu vývoji onemocnění. Sem patří preventivní prohlídky, které slouží k časnému zjištění stadia nemoci. Poslední prevencí je terciární prevence, jenž se zaměřuje na prevenci následků nemocí či vad, které by vedly ke snížení kvality života. Do této skupiny spadá například rehabilitace, která se snaží zmírnit následky nemocí (Machová, Kubátová, 2015, s. 12-13).

Dle zprávy o stavu romské menšiny za rok 2017 (2018, s. 37) vyplývá, že přístup některých Romů k preventivním prohlídkám je nezodpovědný. Tento fakt souvisí také s intersociálními bariérami, kdy vyhledávání lékařské péče je často zatíženo nízkým sebevědomím Romů. Někteří Romové nemají ani svého praktického lékaře.

#### **3.1 Preventivní gynekologická prohlídka**

Hlavním úkolem pravidelných gynekologických prohlídek je nabídka preventivních vyšetření a doporučení vhodné metody k plánování rodiny. Kdy má žena poprvé navštívit gynekologa a absolvovat první gynekologickou kontrolu je diskutabilní. Převládá názor, že pokud dochází k normálnímu vývoji sekundárních pohlavních znaků a nástupu menstruačního cyklu, je dostačující navštívit gynekologa rok po zahájení pohlavního života anebo ve 20 letech. Avšak z hlediska edukace o antikoncepci a prevenci přenosně pohlavních chorob včetně možného očkování proti infekci lidskými papilomaviry, by vhodná doba první kontroly u gynekologa měla probíhat mezi 13. a 15. rokem života (Fait, 2011, s. 258).

Z formálního hlediska jsou preventivní gynekologické prohlídky regulovány vyhláškou. Dle vyhlášky se první preventivní prohlídka provádí v 15 letech věku a dále v intervalu jedenkrát ročně. Při přijetí do péče se zakládá zdravotnická dokumentace. Preventivní gynekologická prohlídka by měla obsahovat sběr rodinné, osobní a pracovní anamnézy a její aktualizaci,

klinické vyšetření prsů, prohlídka kůže a palpační vyšetření mízních uzlin v oblasti pohlavních orgánů, vyšetření v zrcadlech a kolposkopii, odběr materiálu z děložního čípku k cytologickému, popřípadě bakteriologickému či virologickému vyšetření, palpační bimanuální vyšetření a poučení o významu preventivní protirakovinné prohlídky (Vyhláška č. 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách).

### **3.2 Prevence rakoviny děložního hrdla**

Mezi časté karcinomy u žen patří karcinom děložního hrdla, který je prokazatelně způsoben infekcí určitými typy lidských papilomavirů (HPV). Jde o nejčastější pohlavně přenosnou infekci s celoživotním rizikem infekce až 70 %, kdy se maximální výskyt pohybuje mezi 18. a 25. rokem života. Z pohledu lidského zdraví má význam 40 typů, které infikují sliznici a kůži, a to zejména anogenitální oblast. Přenos je výhradně sexuálním stykem. Dle onkogenního potenciálu se dělí na vysoce rizikové a nízké rizikové. Nízké rizikové se projevují genitálními bradavicemi a výrůstky neboli papilomy v dýchacích cestách. Genitální bradavice se vyvíjí několik měsíců a mají tendenci se vracet. Více než 90 % nízké rizikových je spojeno s typy 6 a 11, které způsobují 10 % nezhoubných lézí děložního hrdla. Vysoce rizikové současně s rizikovými faktory jako například časné zahájení sexuálního života a střídání partnerů vedou až k rozvoji karcinomu děložního hrdla (Fait, 2011, s. 259).

Primární prevencí karcinomu děložního hrdla je očkování. Aby očkování mělo maximální efekt, je třeba zahájit vakcinaci ještě před zahájením pohlavního života kolem 13. roku. V současné době jsou dostupné dvě vakcíny. Kvadrivalentní vakcína proti HPV 6/11/16/18 Silgard a bivalentní vakcína Cervarix proti HPV 16 a 18, přičemž vakcína Silgard má širší spektrum účinku, tzn. že není jen vakcínou proti karcinomu děložního hrdla, ale i proti benigním afekcím. Účinnost vakcinace u žen pohlavně aktivních je otázkou vývoje, jelikož výrobce bivalentní vakcíny uvádí účinnost u žen mezi 15–25 lety a u kvadrivalentní mezi 16–45 lety. Obě očkovací látky se aplikují do ramena nitrosvalově, a to ve třech dávkách (Lacheta, 2019; Fait, 2011, s. 260).

K prevenci karcinomu slouží také cytodiagnostický stěr z děložního hrdla, který se provádí během preventivní gynekologické prohlídky. Za prekancerózy jsou považovány dysplazie děložního hrdla a cervikální intraepiteliální neoplazie označované CIN. Rozlišují se tři typy dysplazií: lehká dysplazie (CIN I) se změnami v dolní třetině epitelu, která je schopna stagnace, nebo dokonce regrese a k odhojení dochází po chirurgickém odstranění léze. Střední dysplazie (CIN II) se změnami dosahující dvou třetin epitelu, jejíž nárůst je podobný jako u lehké

dysplazie, ale v kratším časovém intervalu. Posledním stupněm je těžká dysplazie nebo již karcinom in situ (CIN III). Asi tři čtvrtiny těžkých dysplazií, které nejsou léčeny přechází v invazivní karcinom (Roztočil, 2011, s. 338).

### **3.3 Prevence rakoviny prsu**

Mezi další velmi častá onkologická onemocnění žen patří rakovina prsu a každoročně je v České republice diagnostikována téměř u 6000 žen. Nutno podotknout, že možnost vzniku tohoto onemocnění je i u mladých žen a dívek. Mezi varovná znamení, která mohou upozornit na vznik nádoru v prsu patří tuhá bulka v prsu nebo podpaží, změna tvaru či zabarvení povrchu prsu, výtok z bradavky nebo bradavka vpáčená. Pokud žena zjistí nějakou změnu na prsu či v podpaží, měla by okamžitě navštívit lékaře a specializovanou ambulanci pro nemoci prsu (Projekt 35).

Samovyšetření prsu by ženy měly provádět nejlépe v první polovině menstruačního cyklu. Žena by měla být jednou ročně od 35. roku věku vyšetřena lékařem pohmatem a od 39. roku vyšetřena mamografem, což je rentgenologická metoda. Ženy, jež mají v rodinné anamnéze příbuzné s karcinomem prsu je doporučeno zahájit každoroční mamografické vyšetření o 5 let věku dříve, než v jakém byl nádor zjištěn u příbuzných. Co se týče zavedeného screeningu karcinomu prsu, představuje pravidelné mamografické kontroly každé dva roky od 45 let. Jelikož je mamografie jediná metoda schopná odhalit mikrokalciфикации, jejím hlavním úkolem je odhalit nehmatné tumory prsu a zachytit časná stadia zhoubného nádoru. Doba, za kterou je nádorová buňka schopná vytvořit ložisko o průměru 1 cm trvá průměrně 10 let (Fait, 2011, s 258).

Důležité je také sledování rizikových faktorů, což jsou určité události v životě ženy, které zvyšují nebo naopak snižují pravděpodobnost rozvoje onemocnění v průběhu života. Tyto faktory se mohou dělit na faktory ovlivnitelné změnou životního stylu nebo faktory dispoziční. Mezi faktory ovlivnitelné patří například kouření, alkohol, strava, obezita, životní prostředí či psychologické aspekty a do dispozičních faktorů spadá kupříkladu věk, krevní tlak, nezhojné onemocnění prsu, hormonální léčba, antikoncepce nebo také počet porodů či věk prvního porodu (Abrahámová, 2003, s. 41-43).

## **PRŮZKUMNÁ ČÁST**

## **4 METODIKA PRŮZKUMU**

K dosažení výzkumných cílů teoreticko-průzkumné práce na téma Romské ženy a reprodukční zdraví byl zvolen dotazník vlastní konstrukce. Dotazník, jenž spadá do kvantitativního výzkumu, byl předložen v písemné podobě (viz Příloha A). Výhodou této techniky sběru dat je možnost spolupráce s velkým počtem respondentů. Nevýhodou může být nízká návratnost. Dle Vojtíška by měl dobře vypracovaný dotazník pokládat jednoznačné a jazykově srozumitelné otázky s ohledem na výběr respondentů (Vojtíšek, 2012, s. 27-28). Dotazník obsahuje stručný úvod, ve kterém je představeno téma bakalářské práce, včetně mé osoby, její cíl a informace o anonymitě respondentek. Do dotazníku bylo zařazeno celkem 15 otázek, z toho 3 uzavřené, 8 polouzavřených, 3 otevřené a jedna tabulka, která obsahuje 2 uzavřené otázky s výběrem odpovědi ano či ne a 1 otevřenou, ve které respondentky uvádějí svůj věk.

Průzkum byl prováděn ve zdravotnickém zařízení oblastního typu v Královéhradeckém kraji na gynekologicko-porodnickém oddělení po předchozím souhlasu hlavní a vrchní sestry. Průzkumné šetření probíhalo od začátku února do konce března roku 2019. Celkem bylo rozdáno 33 dotazníků, z nichž se vrátilo řádně vyplněných 30. Celkový počet zařazených dotazníků do průzkumné práce byl tedy 30.

### **4.1 Výzkumné cíle a otázky**

Jako výzkumné cíle bakalářské práce byly stanoveny následující:

Cíl 1: Zhodnotit informovanost romských žen v oblasti gynekologické prevence.

Cíl 2: Zjistit přístup romských žen k plánovanému rodičovství a následnému těhotenství.

Na základě výše uvedených cílů byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

VO 1: Jaká je informovanost romských žen o gynekologické prevenci?

VO 2: Jak se připravují romské ženy na těhotenství?

### **4.2 Charakteristika zkoumaného souboru**

Respondentkami byly romské ženy na gynekologicko-porodnickém oddělení v Královéhradeckém kraji. Základní podmínkou pro zařazení do průzkumného šetření byla ochota respondentek se průzkumu zúčastnit. Všechny respondentky souhlasily s účastí průzkumného šetření zcela dobrovolně. Nejvíce respondentek bylo ve věkové skupině 25-29 let v počtu 11 žen, což odpovídá 36,67 % průzkumné skupiny. Druhou nejpočetnější skupinu tvořily ženy ve věku 20-24 let v počtu 7 respondentek (23,33 %). Dále se vyskytoval stejný



počet respondentek ve dvou věkových skupinách, a to v počtu 6 žen ve věkové skupině 15-19 let (20 %) a 30-34 let (20 %).

Druhá otázka v dotazníku se týkala nejvyššího dosaženého vzdělání respondentek. Zde byly respondentkami zvoleny pouze dvě možnosti, a to základní vzdělání a střední bez maturity/ vyučení. Početnější skupinu tvořily respondentky se základním vzděláním v počtu 20 dotazovaných (67 %). Skupina tvořena ženami se středním vzděláním bez maturity/ vyučení byla v počtu 10 žen (33 %).

### **4.3 Zpracování dat**

Data získaná z dotazníkového šetření byla zpracována pomocí počítačového programu Microsoft Excel. Nejprve byly vytvořeny tabulky a grafy, které byly následně převedeny do textového editoru Microsoft Word, kde k nim byl přiřazen popis výsledných dat. Pro znázornění některých výsledků byly využity četnostní veličiny. Symbolem  $n_i$  je popisována absolutní četnost, která udává počet respondentek. Symbol  $f_i$  znázorňuje relativní četnost, kterou lze definovat jako podíl celkové a absolutní četnosti. Symbol  $n$ , představuje celkovou četnost, tzn. celkový počet všech respondentek, které byly zařazeny do průzkumného šetření. A nakonec symbol  $\Sigma$ , který znázorňuje celkový počet odpovědí. Relativní četnost byla vypočtena za použití následujícího vzorce  $f_i(\%) = \frac{n_i}{n} \times 100$  (Kladivo, 2013, s.11).

## 5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

V této kapitole jsou znázorněny výsledky kvantitativního výzkumu. Otázka č. 1 a č. 2 z dotazníku dotazující se na věk a vzdělání respondentek je zpracována v kapitole 4.2 Charakteristika průzkumného souboru. Analýza a interpretace výsledků proto začíná od otázky číslo 3.

### Otázka č. 3: Jak často byste měla absolvovat preventivní gynekologickou prohlídku?

- a) 1x za půl roku
- b) 1x za rok
- c) 1x za rok a půl
- d) 1x za dva roky
- e) 1x za tři roky a déle
- f) nevím



Obrázek 1 Absolvování preventivních gynekologických prohlídek

V otázce č. 3 byly respondentky dotazovány ohledně intervalu absolvování gynekologických preventivních prohlídek. Z průzkumného souboru 30 žen odpovědělo 17 respondentek (56,67 %), že by žena měla absolvovat preventivní gynekologickou prohlídku 1 x za půl roku. Zbytek respondentek v počtu 13 žen (43,33 %), označily odpověď 1 x za rok, což je dle Vyhlášky č. 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách správná odpověď. Výsledky této otázky jsou zobrazeny na Obrázku 1 výše.

#### Otázka č. 4: Jak často chodíte na gynekologické prohlídky?

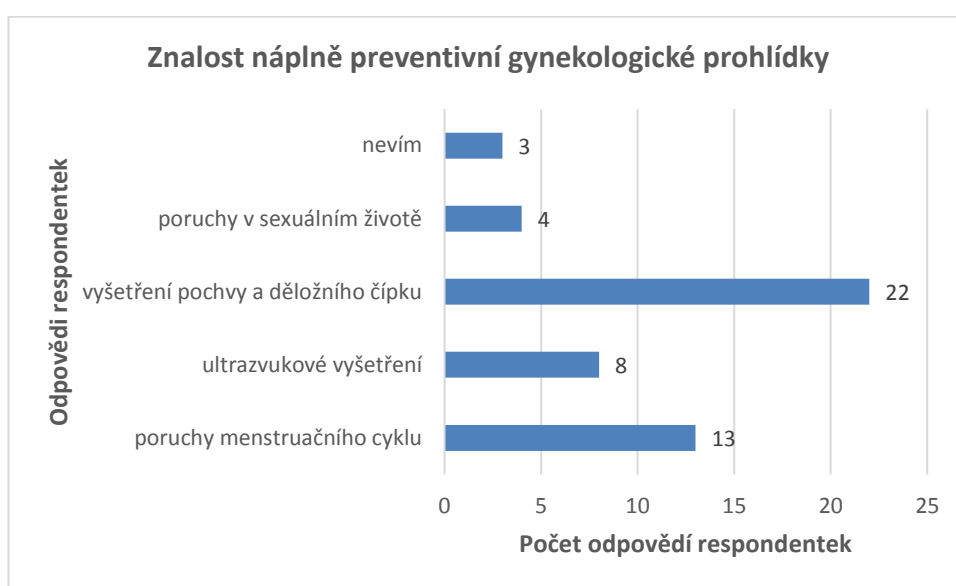
Tabulka 1 Četnost odpovědí týkající se absolvování gynekologických prohlídek

Typy odpovědí:	$n_i$	$f_i(\%)$
"1x až 2x do roka"	12	40,00
"1x za rok"	7	23,33
"2x za půl roku"	5	16,67
"3x za rok"	3	10,00
"1x za měsíc"	1	3,33
"3x za půl roku"	1	3,33
"7 let nechodím"	1	3,33
$\Sigma$	<b>30</b>	<b>100</b>

Otázka č. 4 je otevřená a zjišťuje, jak často dotazované ženy chodí na gynekologické prohlídky. V tabulce č. 1 jsou zobrazeny typy odpovědí respondentek. Nejčastější odpověď byla „1x až 2x do roka“ a to v počtu 12 žen (40 %). Sedm respondentek (23,33 %) napsalo, že chodí na prohlídky „1x za rok“, z čehož vyplývá, že absolvují pouze roční preventivní gynekologickou prohlídku. V počtu 5 žen (16,67 %), se objevila odpověď „2x za půl roku“ a v počtu 3 žen (10 %), byla uvedena odpověď „3x za rok“. Z celkového průzkumného souboru 30 respondentek, nejčastěji chodí ke gynekologovi 1 žena (3,33 %), a to „1x za měsíc“. Z typů odpovědí lze usuzovat, že respondentky chodí na prohlídku minimálně jednou ročně, což je uspokojivé zjištění. Nicméně jednu výjimku (3,33 %) představovala respondentka, která napsala, že už 7 let z hlediska obtíží na žádné gynekologické prohlídce nebyla.

### Otázka č. 5: Co je náplní preventivní gynekologické prohlídky?

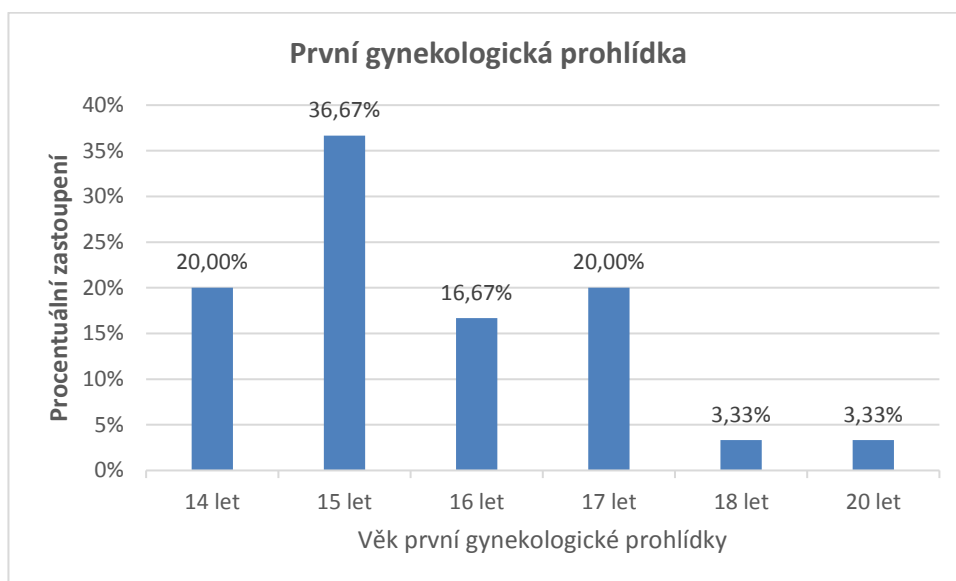
- a) poruchy menstruačního cyklu
- b) ultrazvukové vyšetření
- c) vyšetření pochvy a děložního čípku
- d) vyšetření prsů
- e) poruchy v sexuálním životě
- f) potíže v klimakteriu
- g) jiné (prosím, napište):
- h) nevím



Obrázek 2 Znalost náplně preventivní gynekologické prohlídky

Možnost více odpovědí dovozovala otázka č. 5, která se zabývá znalostmi dotazovaných romských žen ohledně náplně preventivní gynekologické prohlídky. Nejčastěji byla zvolena odpověď vyšetření pochvy a děložního čípku, kterou uvedlo 22 respondentek (44 %), z čehož vyplývá, že 8 dotázaných nevědělo, že součástí preventivní gynekologické prohlídky je cytodiagnostický stěr z děložního hrdla. Jako druhou respondentkami nejčastěji označenou problematikou, kterou se prohlídka zabývá byla zvolena odpověď poruchy menstruačního cyklu, a to v 13 případech (26 %). Celkem 4 respondentky (8 %) uvedly, že se během prohlídky řeší poruchy v sexuálním životě. Ultrazvukové vyšetření jako součást gynekologické prevence označilo 8 respondentek (16 %) a z celkového počtu dotázaných 3 respondentky (6 %) vůbec neví, čím se gynekologická prevence zabývá. Grafické znázornění výsledků představuje Obrázek 2.

**Otázka č. 6: V kolika letech jste byla poprvé na gynekologické prohlídce?**

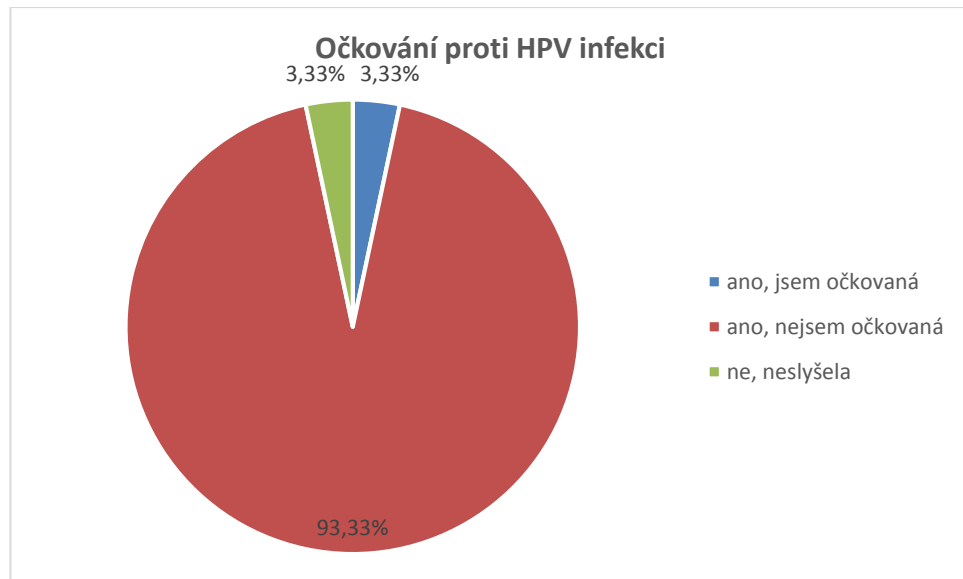


**Obrázek 3 První gynekologická prohlídka**

V otázce č. 6 respondentky udávaly svůj věk, kdy poprvé navštívily gynekologa. Z průzkumného souboru 30 žen, 11 respondentek napsalo (36,67 %), že absolvovaly svou první gynekologickou prohlídku v 15 letech. Dále byl nejčastěji zmíněn věk 14 a 17 let, a to v počtu 6 žen (20 %) v obou případech. Nižším počtem byl zastoupen věk 16 let, uveden 5 respondentkami (16,67 %) a věk 18 let, napsán 1 respondentkou (3,33 %). Z celkového počtu dotazovaných 1 respondentka (3,33 %) uvedla, že poprvé navštívila gynekologa až ve 20 letech (viz Obrázek 3).

**Otázka č. 7: Slyšela jste o možnosti očkování proti HPV infekci (vyvolávající faktor rakoviny děložního čípku)?**

- a) ano, jsem očkovaná
- b) ano, nejsem očkovaná
- c) ne, neslyšela



**Obrázek 4 Očkování proti HPV infekci**

Otázka č. 7 se dotazuje respondentek, zda slyšely o možnosti očkování proti HPV infekci a zároveň zjišťuje, zda je některá z nich očkovaná. Z průzkumného šetření bylo zjištěno, že očkovaná je pouze 1 respondentka (3,33 %). Nejpočetnější skupinu tvoří ženy v počtu 28, které o očkování slyšely, ale samotné očkované nejsou (93,33 %). Tento výsledek lze považovat za uspokojivý z hlediska informovanosti žen ohledně možnosti očkování proti HPV infekci, s tím související rakoviny děložního čípku. Pouze 1 respondentka (3,33 %) uvedla, že o možnosti očkování neslyšela (viz Obrázek 4).

**Otázka č. 8: Plánovala jste Vaše těhotenství? Vyskytly se u Vás obtíže související s počtím dítěte? V kolika letech jste rodila?**

**Tabulka 2 Četnost odpovědí týkající se plánování těhotenství**

<b>Plánovala jste Vaše těhotenství?</b>	<b>Odpovědi respondentek</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub>(%)</b>
<b>1. dítě</b>	ano	17	56,67
	ne	13	43,33
<b>Σ</b>		<b>30</b>	<b>100</b>
<b>2. dítě</b>	ano	12	66,67
	ne	6	33,33
<b>Σ</b>		<b>18</b>	<b>100</b>
<b>3. dítě</b>	ano	11	84,62
	ne	2	15,38
<b>Σ</b>		<b>13</b>	<b>100</b>
<b>4. dítě</b>	ano	7	87,50
	ne	1	12,50
<b>Σ</b>		<b>8</b>	<b>100</b>
<b>5. dítě</b>	ano	1	100
	ne	0	0,00
<b>Σ</b>		<b>1</b>	<b>100</b>

Otázka č. 8 je více rozsáhlá, a tak jsou výsledky pro lepší přehlednost zobrazeny v jednotlivých tabulkách. Respondentky byly dotazovány ohledně plánování těhotenství. Z celkového průzkumného souboru 30 žen, první těhotenství plánovalo 17 respondentek (56,67 %). Z tabulky lze také zjistit paritu dotazovaných žen. Dotazováno bylo 12 prvorodiček (40 %), 5 druhorodiček (16,67 %), 5 žen rodilo potřetí (16,67 %), 7 žen rodilo počtvrté (23,33 %) a 1 žena po páté (3,33 %). Výsledná data otázky č. 8 jsou zaznamenána v Tabulce 2 výše.

Tabulka 3 Četnost odpovědí související s otázkou č. 8

Vyskytly se u Vás obtíže související s početím dítěte?	Odpovědi respondentek	$n_i$	$f_i(\%)$
1. dítě	ano	9	30,00
	ne	21	70,00
$\Sigma$		<b>30</b>	<b>100</b>
2. dítě	ano	2	11,11
	ne	16	88,89
$\Sigma$		<b>18</b>	<b>100</b>
3. dítě	ano	2	15,38
	ne	11	84,62
$\Sigma$		<b>13</b>	<b>100</b>
4. dítě	ano	2	25,00
	ne	6	75,00
$\Sigma$		<b>8</b>	<b>100</b>
5. dítě	ano	0	0,00
	ne	1	100
$\Sigma$		<b>1</b>	<b>100</b>

Tabulka 3 zobrazuje doplňující informaci ohledně početí dítěte. Z celkového průzkumného souboru 30 žen, mělo obtíže s početím prvního dítěte pouze 9 respondentek (30 %). Dle procentuálních výsledků u jednotlivých těhotenství lze usuzovat, že výrazně více respondentek nemělo žádné obtíže s početím dítěte.



Tabulka 4 Četnost odpovědí související s otázkou č. 8

Věk respondentek	1. dítě	f <sub>i</sub> (%)	2. dítě	f <sub>i</sub> (%)	3. dítě	f <sub>i</sub> (%)	4. dítě	f <sub>i</sub> (%)	5. dítě	f <sub>i</sub> (%)
	n <sub>i</sub>		n <sub>i</sub>		n <sub>i</sub>		n <sub>i</sub>		n <sub>i</sub>	
16	1	3,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
17	5	16,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
18	7	23,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
19	5	16,67	3	16,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00
20	5	16,67	2	11,11	1	7,69	0	0,00	0	0,00
21	4	13,33	2	11,11	1	7,69	0	0,00	0	0,00
22	0	0,00	0	0,00	1	7,69	0	0,00	0	0,00
23	1	3,33	3	16,67	1	7,69	1	12,50	0	0,00
24	1	3,33	3	16,67	2	15,38	0	0,00	0	0,00
25	1	3,33	1	5,56	1	7,69	0	0,00	1	100
26	0	0,00	4	22,22	0	0,00	2	25,00	0	0,00
27	0	0,00	0	0,00	2	15,38	0	0,00	0	0,00
28	0	0,00	0	0,00	1	7,69	0	0,00	0	0,00
29	0	0,00	0	0,00	1	7,69	1	12,50	0	0,00
30	0	0,00	0	0,00	1	7,69	2	25,00	0	0,00
31	0	0,00	0	0,00	1	7,69	1	12,50	0	0,00
32	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	12,50	0	0,00
<b>Σ</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>
<b>Ø</b>	<b>19</b>		<b>23</b>		<b>25</b>		<b>28</b>		<b>25</b>	

Poslední část otázky č. 8 zjišťovala, v kolika letech respondentky rodily. Průměrný věk porodu 1. dítěte z celkového počtu 30 respondentek je 19 let. Nejmladší rodičkou 1. dítěte byla respondentka ve věku 16 let a nejstarší rodičkou žena ve věku 25 let (3,33 %). Nejčastěji zastoupený věk porodu 1. dítěte bylo 18 let, v počtu 7 respondentek (23,33 %). Průměrný věk porodu 2. dítěte z celkového počtu 18 respondentek je 23 let. Nejmladšími rodičkami 2. dítěte byly 3 ženy (16,67 %) ve věku 19 let a nejstaršími 4 rodičky (22,22 %) ve věku 26 let. Průměrný věk porodu 3. dítěte z celkového počtu 13 respondentek je 25 let. Nejmladší rodičkou 3. dítěte byla respondentka ve věku 20 let a nejstarší rodičkou respondentka ve věku 31 let (7,69 %). Průměrný věk porodu 4. dítěte z celkového počtu 8 respondentek je 28 let. Nejmladší rodičkou 4. dítěte byla respondentka ve věku 23 let a nejstarší rodičkou 4. dítěte respondentka ve věku 32 let. Porod 5. dítěte uvedla jen 1 respondentka ve věku 25 let (viz Tabulka 4).

### Otázka č. 9: Užívala jste během těhotenství nějaké návykové látky?

- a) ano, kouřila jsem cigarety (prosím, napište, kolik kusů za den):
- b) ano, pila jsem alkohol
- c) ano, jiné (prosím, napište jaké):
- d) ne, vůbec



Obrázek 5 Užívání návykových látek

Otázka č. 9 se zabývá užíváním návykových látek během těhotenství a dovolovala možnost více odpovědí. Z celkového počtu 30 dotazovaných byly zvoleny jen dvě možnosti odpovědi. Převážná většina respondentek v počtu 19 žen (63,33 %) přiznala, že během těhotenství kouřila cigarety. Zbývajících 11 (36,67 %) žen odpovědělo, že neužívaly žádné návykové látky. Pití alkoholu nebo užívání jiných návykových látek nevedla žádná z respondentek (viz Obrázek 5).

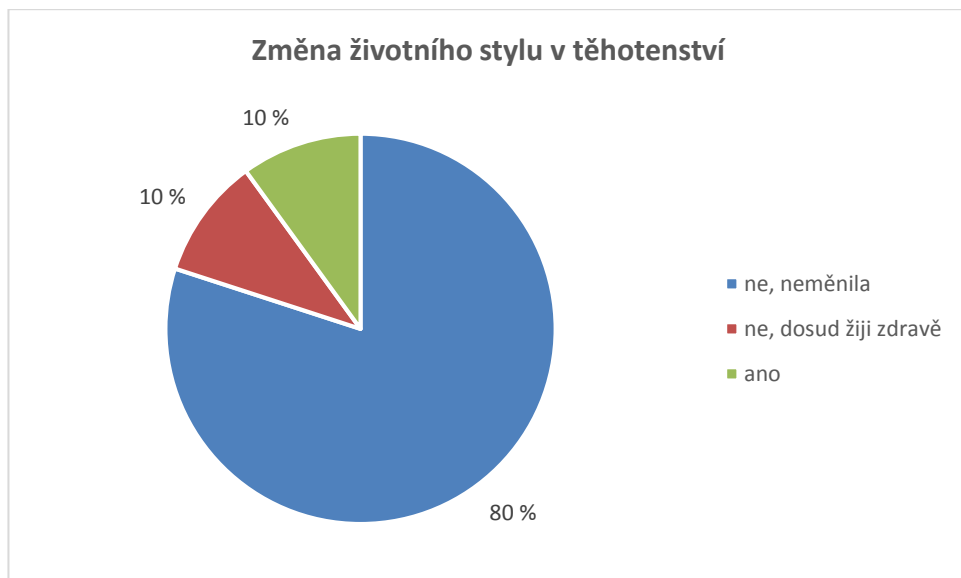
Tabulka 5 Četnost odpovědí související s otázkou č. 9

Ano, kouřila jsem (prosím, napište, kolik kusů za den):	$n_i$	$f_i(\%)$
"5"	4	21,05
"6"	4	21,05
"3"	3	15,79
"8"	3	15,79
"4"	2	10,53
"10"	1	5,26
"15"	1	5,26
"20"	1	5,26
$\Sigma$	<b>19</b>	<b>100</b>

Pokud respondentky uvedly v otázce č. 9, že během těhotenství kouřily, byly dotazovány na počet vykouřených kusů cigaret za den (viz Tabulka 5). Nejčastější odpověď byla „5“ a „6“ vykouřených cigaret za den, kde každá z těchto odpovědí byla zastoupena 4 respondentkami (21,05 %). Počet „4“ a „8“ cigaret denně byl uveden 3 respondentkami (15,79 %), a to v obou případech. Počet „10“ vykouřených cigaret denně během těhotenství bylo zastoupeno 1 respondentkou (5,26 %), stejně jako odpověď „15“ a „20“ cigaret denně.

**Otázka č. 10: Změnila jste kvůli těhotenství svůj životní styl?**

- a) ne, svůj životní styl jsem neměnila
- b) ne, dosud žiji zdravě
- c) ano (prosím, napište jak):



**Obrázek 6 Změna životního stylu v těhotenství**

Otázka č. 10 zjišťovala, zda respondentky z důvodu otěhotnění nějak změnily svůj životní styl. Z celkového průzkumného souboru 30 žen, 24 respondentek (80 %) uvedlo, že svůj životní styl neměnilo. Oproti tomu pouze 3 respondentky (10 %) odpověděly, že dosud žijí zdravě. Možnost, kde mohly respondentky uvést vlastními slovy, jak svůj životní styl změnily, zvolily celkem 3 ženy (10 %), které uvedly, že přestaly kouřit (viz Obrázek 6).

**Otázka č. 11: Dodržovala jste typické romské tradice a zvyky spojené s těhotenstvím?**

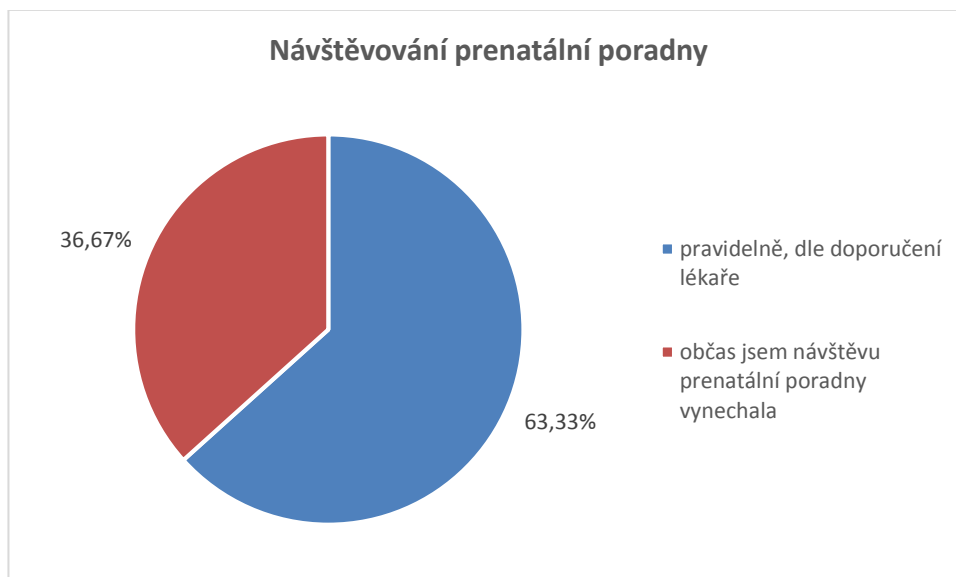


**Obrázek 7 Romské tradice a zvyky spojené s těhotenstvím**

Obrázek 7 zobrazuje dodržování romských tradic a zvyků spojených s těhotenstvím. Z celkového průzkumného souboru 30 žen, pouze 5 respondentek (16,67 %) odpovědělo „ano“. Zbývajících 25 dotazovaných (83,33 %) uvedlo, že žádné romské tradice či zvyky spojené s těhotenstvím nedodržovaly. Pokud některá z žen zvolila možnost „ano“, byla dále požádána o doplňující odpověď, jaké konkrétní romské tradice či zvyky dodržovala. Jedna z respondentek uvedla: „U nás se říká, že se žena při leknutí nesmí chytit za břicho nebo dítě bude mít flek“. Další respondentka zmínila: „Nesmíme mít zvířata, může být miminko chlupaté“. Další 3 respondentky konkrétní romské tradice či zvyky spojené s těhotenstvím neuvedly, pouze sdělily, že je dodržovaly.

**Otázka č. 12: Jak často jste během těhotenství navštěvovala prenatální poradnu?**

- a) pravidelně, dle doporučení lékaře
- b) občas jsem návštěvu prenatální poradny vynechala
- c) nenavštěvovala jsem ji (prosím, napište proč):

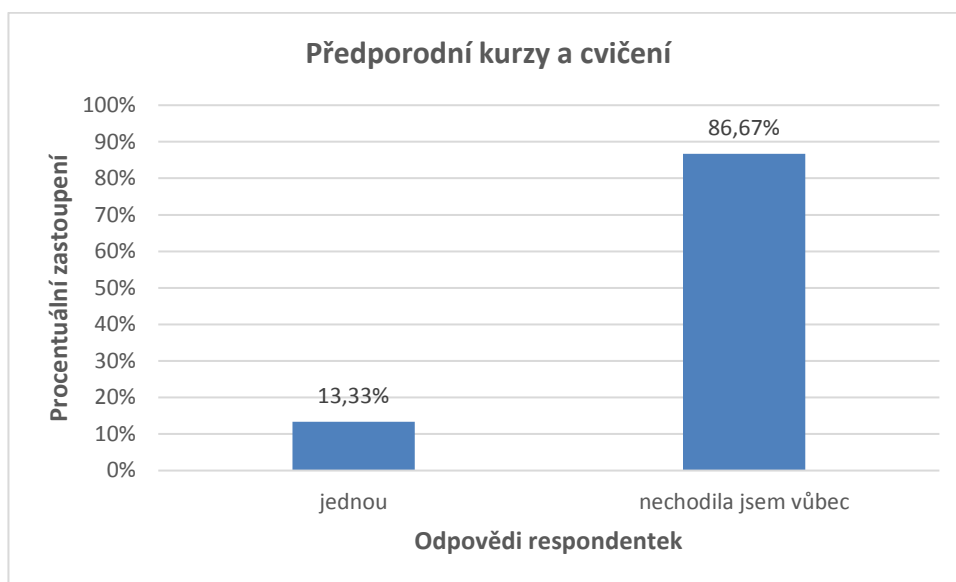


**Obrázek 8 Návštěvování prenatální poradny**

Otázka č. 12 slouží ke zjištění, zda byly respondentky zodpovědné ohledně návštěv prenatálních poraden během těhotenství. Skupina v počtu 19 dotazovaných (63,33 %) odpověděla, že navštěvovala prenatální poradnu pravidelně, dle doporučení lékaře. Počet respondentek, které občas návštěvu prenatální poradny vynechaly představoval 11 žen (36,67 %). Jelikož žádná z respondentek neuvědla, že by prenatální poradnu během těhotenství vůbec nenavštěvovala, lze považovat tento výsledek za uspokojivý. Grafické znázornění výsledků této otázky je na Obrázku 8 výše.

**Otázka č. 13: Jak často jste během těhotenství chodila na cvičení pro těhotné či předporodní kurzy?**

- a) jednou
- b) více než jednou
- c) nechodila jsem vůbec (prosím, napište proč):



**Obrázek 9 Předporodní kurzy a cvičení**

V otázce č. 13 byly respondentky dotazovány ohledně účasti předporodních kurzů a cvičení. Z celkového průzkumného souboru v počtu 30 žen, byly zvoleny pouze dvě možnosti. Většina respondentek uvedla, že na předporodní kurzy a cvičení během těhotenství vůbec nechodila, a to v počtu 26 respondentek (86,67 %). Pouze 4 respondentky (13,33 %) odpověděly, že předporodní kurz navštívily, a to pouze jednou (viz Obrázek 9).

**Tabulka 6 Četnost odpovědí související s otázkou č. 13**

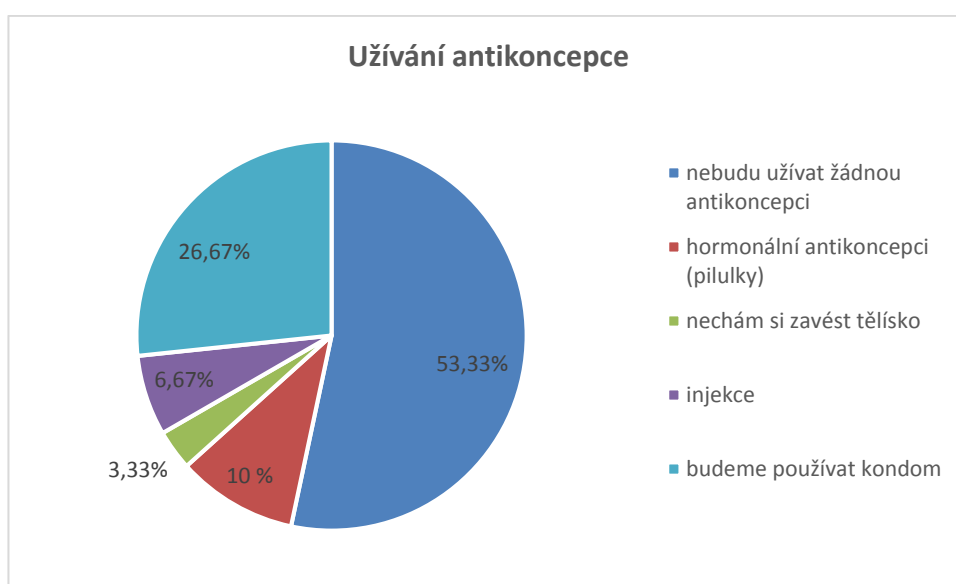
Typy odpovědí:	$n_i$	$f_i(\%)$
"Nevím proč."	24	92,30
"Není to nutné."	1	3,85
"Nepřišlo mi to důležité."	1	3,85
$\Sigma$	<b>26</b>	<b>100</b>

Pokud respondentky v otázce č. 13 zvolily odpověď „nechodila jsem vůbec“ byly dále dotazovány na důvod, proč se žádné předporodní přípravy nezúčastnily. Podobné odpovědi byly sloučeny pod výraz uvedený jako první. Nejvíce zastoupená odpověď byla „nevím proč“,

a to ve 24 případech (92,3 %). Názor, že návštěva předporodních kurzů „není nutná“, byl zastoupen 1 respondentkou (3,85 %), stejně tak jako názor, že absolvování předporodní přípravy „není důležité“ (viz Tabulka 6).

**Otázka č. 14: Pokud nebudete plánovat další těhotenství, budete užívat nějaký druh antikoncepce?**

- a) nebudu užívat žádnou antikoncepci
- b) hormonální antikoncepci (pilulky)
- c) nechám si zavést tělísko
- d) injekce
- e) budeme používat kondom
- f) přerušovanou soulož
- g) metodu plodných a neplodných dnů
- h) jinou (prosím, napište jakou):



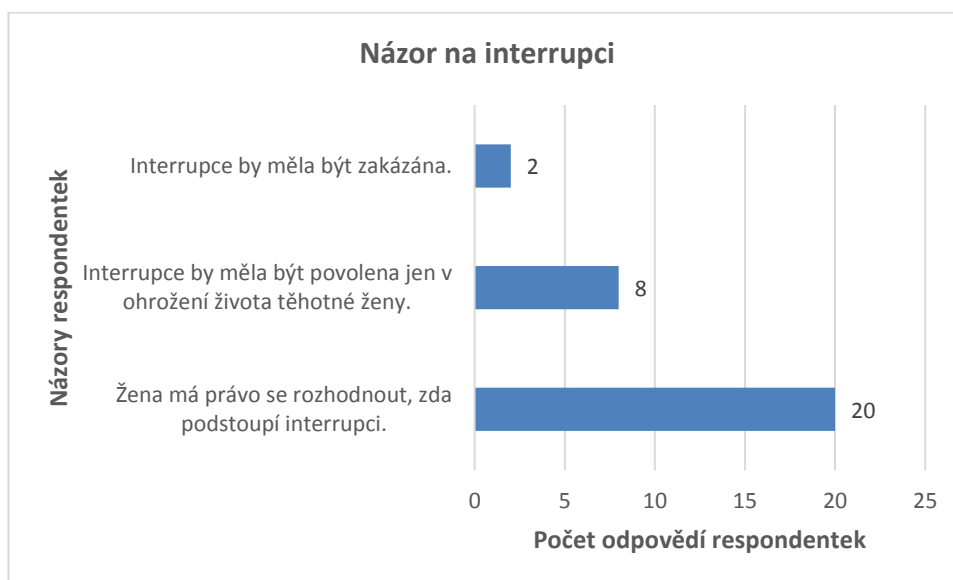
**Obrázek 10 Užívání antikoncepce**

Otázka č. 14 měla za úkol zjistit, zda budou respondentky užívat nějaký druh antikoncepce, pokud nebudou plánovat další těhotenství. Tato otázka má poukázat na přístup respondentek k plánovanému rodičovství. Z průzkumného souboru 30 žen bylo zjištěno, že nejpočetnější skupinu tvořilo 16 respondentek (53,33 %), které uvedly, že v budoucnu žádnou antikoncepci užívat nebudou. Druhou nejčastější odpovědí bylo používání kondomu v počtu 8 respondentek (26,67 %). Vzhledem k tomu, že obecně dominantně užívaným druhem antikoncepční metody je antikoncepce hormonální (pilulky), tuto možnost zvolily pouze 3 ženy (10 %). Zbývající

respondentky v počtu 2 žen (6,67 %), vybraly možnost aplikace injekce a pouze 1 dotazovaná uvedla, že si nechá zavést tělísko (3,33 %). Přestože byla možnost zvolit více odpovědí, každá z respondentek zakroužkovala pouze jednu možnou odpověď. Grafické znázornění těchto výsledků je uvedeno na Obrázku 10 výše.

**Otázka č. 15: Jaký je Váš názor na interrupci (potrat)? Vyberte, který z těchto názorů je Vám osobně nejbližší:**

- a) Žena má právo se rozhodnout, zda podstoupí interrupci.
- b) Interrupce by měla být povolena jen v ohrožení života těhotné ženy.
- c) Interrupce by měla být zakázána.
- d) Jiný (prosím, napište):



**Obrázek 11 Názor na interrupci**

V poslední otázce č. 15 byly ženy dotazovány na jejich osobní názor na interrupci. K snadnějšímu vyhodnocení dat byly na výběr 3 různé pohledy na tuto problematiku a možnost napsání vlastního názoru. Z celkového počtu 30 respondentek se 20 z nich ztotožnilo s názorem, že žena má právo se rozhodnout, zda podstoupí interrupci (66,67 %). Druhá volba, že by měla být interrupce povolena jen v ohrožení života ženy, byla potvrzena 8 respondentkami (26,67 %). Pouze 2 dotazované (6,67 %) se přiklonily k názoru, že by měla být interrupce zakázána (viz Obrázek 11). Žádná z respondentek nezvolila možnost napsat jiný názor.



## 6 DISKUZE

Tato kapitola je věnována výsledkům průzkumu, na jejichž základě jsou zodpovězeny výzkumné otázky, které jsou uvedeny na počátku průzkumné části práce. Výsledky jsou dále porovnávány s již publikovanými texty.

### **Výzkumná otázka č. 1: Jaká je informovanost romských žen o gynekologické prevenci?**

Pod první výzkumnou otázkou spadají 4 otázky z dotazníku, a to otázka 3, 5, 6 a 7. Otázka č. 3 zjišťovala, zda respondentky vědí, jak často by měly absolvovat preventivní gynekologickou prohlídku. Výsledky této otázky byly téměř vyrovnané. Většina respondentek (56,67 %) uvedla, že by žena měla absolvovat preventivní gynekologickou prohlídku 1x za půl roku. Správnou odpověď 1x za rok, zvolilo 43,33 % respondentek. Na tuto otázku dále navazovala otevřená otázka č. 4, jak často romské ženy chodí ke gynekologovi. Zde byla nejvíce zastoupená odpověď (40 %) 1x až 2x do roka. Zbývající respondentky uváděly kratší interval. Z výsledků lze usuzovat, že dotazované romské ženy gynekologickou prevencí a obecně gynekologické prohlídky nezanedbávají a navštěvují gynekologa minimálně jednou ročně. Také dle výzkumu Klimkové (2016), který se zabýval postojem romských žen k reprodukčnímu zdraví, informovanost ohledně potřeby pravidelné návštěvy gynekologa byla mezi romskými ženami na dobré úrovni.

Otázka č. 5 se zabývala znalostmi romských žen z hlediska náplně preventivní gynekologické prohlídky a dovolovala možnost více odpovědí. Zde byla nejčastěji zastoupená odpověď (44 %) vyšetření pochvy a děložního čípku v počtu 22 respondentek. Naopak ani jednou nebyla vybrána možnost vyšetření prsou, které je dle Vyhlášky č. 70/2012 Sb., také součástí preventivní gynekologické prohlídky. Z výsledků lze říci, že se respondentky s vyšetřením prsou u gynekologa vůbec nesetkaly. Dle výzkumu Treppeschové (2009) vyšetření prsou ještě není zcela běžné v českých gynekologických ordinacích.

S předchozí otázkou úzce souvisí otázka č. 7, která zjišťovala, zda mají romské ženy povědomí ohledně očkování proti HPV infekci a zda jsou proti ní očkované. Z průzkumného šetření je patrné, že výrazná většina žen (93,33 %) o možnosti očkování slyšela. Přímou očkovanou však byla pouze 1 respondentka (33,33 %). Nicméně lze tento výsledek hodnotit kladně, a to z důvodu většinového povědomí o možnosti očkování. Klimková (2016) ve své práci uvádí, že informovanost žen ohledně této oblasti je nedostačující a že se romské ženy problematice případné rakoviny děložního čípku vůbec nevěnují. Co se týče zdroje informací ohledně očkování proti karcinomu děložního čípku, ve výzkumu Treppeschové (2009) byly romské

ženy nejčastěji informovány u svého gynekologa. Zajímavostí je, že na otázku, zda by se ženy nechaly očkovat proti karcinomu děložního čípku, většina z nich odpověděla, že ano. Bylo by dobré zjistit, z jakého důvodu dotazované ženy očkování tedy nepodstoupily.

Součástí gynekologické prevence je také první návštěva gynekologa, kterou se zabývala otázka č. 6. Z výsledků dotazníkového šetření 36,67 % žen uvedlo, že absolvovaly první prohlídku ve věku 15 let, což je dle Vyhlášky č. 70/2012 Sb. doporučený věk pro první návštěvu gynekologa. Dále byl nejčastěji zmíněn věk 14 a 17 let. Víceméně výsledek této otázky lze považovat za uspokojivý, jelikož většina žen absolvovala první gynekologickou prohlídku ve vhodnou dobu ve věku 14-17 let, z hlediska edukace o antikoncepci a prevenci přenosně pohlavních chorob včetně možného očkování proti infekci lidskými papilomaviry. Treppeschová (2009) ve své práci uvádí shodné výsledky průzkumu, a to absolvování první gynekologické prohlídky v 15 letech.

### **Výzkumná otázka č. 2: Jak se připravují romské ženy na těhotenství?**

Cílem druhé výzkumné otázky bylo zjistit, zda se romské ženy nějak na těhotenství připravují. Tato výzkumná otázka zahrnuje druhou část dotazníku, a to otázky 8, 9, 10, 11, 12, 13 a 14. Rozsáhlý sběr dat představuje tabulka u osmé otázky sestavená ze tří dalších otázek. Úkolem zde bylo zjistit, jaké ze svých těhotenství ženy plánovaly či neplánovaly. Dle výsledků dotazníkového šetření první těhotenství plánovalo 56,67 % respondentek. To znamená, že 43,33 % své první těhotenství vůbec neplánovalo. S tím souvisí i věk prvního porodu, který byl v průměru 19 let. Lze říci, že romské ženy poprvé otěhotní v poměrně v nízkém věku oproti většinové společnosti. Výzkumu Treppeschové (2009) se zúčastnily dokonce i respondentky, které uvedly, že poprvé otěhotněly už ve 14 letech, což je dle trestního zákoníku pod věkovou hranicí legálního pohlavního styku.

S přípravou na těhotenství souvisí i celková životospráva ženy. Touto problematikou se zabývaly otázky č. 9 a 10. Celkem 63,33 % žen uvedlo, že během těhotenství kouřilo, což je velice nepříznivé, jak pro zdraví ženy, ale zejména pro stav plodu. Nikotin totiž snižuje průtok krve dělohou a je prokázán vyšší počet samovolných potratů a perinatální úmrtnosti (Čech, 2006, s. 76). V otázce č. 10 pouze 3 ženy (10 %) uvedly, že po zjištění těhotenství přestaly kouřit. Nepříjemné bylo také zjištění počet vykouřených cigaret za den. Mezi respondentkami se objevily i ženy, které během těhotenství vykouřily 10 až 20 cigaret denně, což považuji za alarmující číslo. Vzhledem k negativnímu vlivu cigaret je nutné těhotným více zdůrazňovat

negativní dopad kouření na organismus matky i dítěte. Domnívám se, že nekomplikovaná gravidita a zdravé dítě jsou významnou motivací proč nekouřit.

Specifickou otázkou vzhledem k výzkumnému souboru byla otázka č. 11, která se dotazovala na romské tradice a zvyky spojené s těhotenstvím. Z celkového počtu respondentek pouze 5 z nich uvedlo (16,67 %), že romské tradice a zvyky během těhotenství dodržovaly. Vlastními slovy konkrétní romské tradice a zvyky popsaly pouze 2 z nich. Tento výsledek lze přikládat k obecnému oslabování romských tradic a zvyků vlivem působení většinové společnosti. Šídlová (2010) ve své práci uvádí, že změny v dodržování a uchovávání tradic a zvyků u Romů jsou více patrné u starší romské populace než u mladších generací. Tradice a zvyky jsou více dodržovány na území Slovenska než v Čechách, kde se zachovala jen jejich část. Hodně respondentů také zmínilo, že se z jejich života postupně vytrácí i užívání romského jazyka.

Pro příznivý zdravotní stav těhotné ženy a plodu je nezbytná adekvátní prenatalní péče v prenatalních poradnách. Otázka č. 12 sloužila ke zjištění, zda byly respondentky zodpovědné ohledně návštěv prenatalních poraden během těhotenství. Většina respondentek uvedla (63,33 %), že navštěvovala prenatalní poradnu pravidelně, dle doporučení lékaře. Počet respondentek, které občas návštěvu prenatalní poradny vynechaly byl 36,67 %. Jelikož žádná z respondentek neuvedla, že by prenatalní poradnu během těhotenství vůbec nenavštěvovala, lze považovat tento výsledek za uspokojivý. Co se týče návštěvnosti předporodních kurzů a cvičení, kterou se zabývala otázka č. 13, téměř všechny respondentky (86,67 %) odpověděly, že se žádné předporodní přípravy nezúčastnily. Důvod proč se žádné předporodní přípravy nezúčastnily, většina respondentek (92,3 %) sama nevěděla a pouze dvakrát se objevila odpověď, že tuto formu přípravy na porod považují za nenutné a nedůležité.

Otázka č. 14 také souvisela s tématem plánované rodičovství a zajímala se o užívání antikoncepčních metod. Z celkového počtu dotazovaných žen téměř polovina (53,33 %) sdělila, že v budoucnu žádnou antikoncepci užívat nebudou. Druhou nejčastější odpovědí (26,67 %) byla antikoncepční bariérová metoda kondom, což vidím jako příjemné zjištění z hlediska snížení rizika přenosu pohlavně přenosných chorob. Shodně hovořil i výzkum Treppeschové (2009), kde výrazná většina respondentek uvedla, že žádnou antikoncepci neužívají. Z obecného hlediska považuji tento výsledek za nepříznivý, jelikož pokud žena žádné další těhotenství neplánuje, měla by nějakou antikoncepční metodu užívat. Bylo by zajímavé zjistit, z jakého důvodu romské ženy žádnou antikoncepci užívat nechtějí. S neužíváním antikoncepce také souvisí poslední otázka č. 15, která prezentuje názory na interrupci a byla zvolena spíše

pro zajímavost. Zde se většina respondentek (66,67 %) ztotožnila s názorem, že žena má právo se rozhodnout, zda podstoupí interrupci. Méně se respondentky (26,67 %) přikláněly k názoru, že by měla být interrupce povolena jen v ohrožení života ženy.

## 7 ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma Romské ženy a reprodukční zdraví se skládá z teoretické a průzkumné části. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol zabývajících se romským etnikem, určitými oblastmi reprodukčního zdraví a ochranou zdraví zahrnující prevence nemocí související s reprodukčním zdravím ženy. Tyto kapitoly byly sepsány na základě prostudování odborné literatury v uvedené seznamu, čímž došlo k naplnění předem stanovených teoretických cílů práce.

Průzkumnou část práce tvoří výsledky a reakce získané pomocí dotazníkového šetření od romských žen na gynekologicko-porodnickém oddělení v Královéhradeckém kraji. Hlavním cílem bylo zhodnotit informovanost romských žen v oblasti gynekologické prevence a zjistit jejich přístup k plánovanému rodičovství a následnému těhotenství. Průzkumná část ukázala, že romské ženy mají povědomí o hlavním smyslu preventivních gynekologických prohlídek a očkování proti infekci HPV. Zároveň bylo zjištěno, že romské ženy absolvují první návštěvu gynekologa v doporučeném věku a dále ho navštěvují pravidelně. Z hlediska přístupu k těhotenství jsem byla znepokojena v oblasti životosprávy. Většina romských žen i přes obecně známá rizika a negativní vlivy kouření, nepřestala v graviditě kouřit a ani ho nijak neomezila. Přestože si Romové snaží zachovat svou kulturu a stýkají se většinou jen s lidmi ze své komunity, překvapilo mě, že jen naprosté minimum žen se drželo romských zvyků či tradic souvisejících s těhotenstvím. Z toho vyplývá, že je romská populace stále více ovlivňována většinovou společností. Z hlediska plánování rodičovství bylo zjištěno, že větší část dotazovaných žen svá těhotenství plánovala, přestože otěhotní v poměrně brzkém věku. Objevilo se však i hodně respondentek, které své první těhotenství neplánovaly. Problém vidím v užívání antikoncepčních metod, kde většina dotazovaných žen uvedla, že žádnou antikoncepční metodu užívat v budoucnu nebudou, i když další těhotenství neplánují. Myslím si, že by romské ženy měly být ohledně této problematiky více informované.

Jako doporučení do budoucna by bylo vhodné romským ženám vytvořit edukační materiál, kde by byly zahrnuty základní informace ohledně antikoncepčních metod a jejich spolehlivosti, dále také ohledně správné životosprávy během těhotenství, včetně negativních dopadů návykových látek. Tento výzkum byl pro mě vzácnou zkušeností. Měla jsem při něm možnost nahlédnout do kultury, která mě zajímá a setkávám se s ní v běžném životě poměrně často. Dle mého názoru je pro budoucí profesi porodní asistentky nezbytné, zajímat se i o jiné kultury menšin žijících u nás. Jejich obecná znalost a pochopení je tak základem pro poskytování kvalitnější péče.

## 8 POUŽITÁ LITERATURA

1. ABRAHÁMOVÁ, Jitka a Ladislav DUŠEK. *Možnosti včasného záchytu rakoviny prsu*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0499-4.
2. ACTON, T.A, Pavel VONDRÁČEK a David GALLANT. *Romové*. Praha: Svojtka & Co., 2000. ISBN 80-7237-249-1.
3. ČECH, Evžen. *Porodnictví*. 2. Praha 7: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1303-8.
4. DAVIDOVÁ, Eva. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-428-5.
5. DAVIDOVÁ, Eva a Zdeněk UHEREK. *Romové v československé a české společnosti v letech 1945-2012: národnostní struktura, specifika romské rodiny a migrací*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2014. Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky, 5/2014. ISBN 978-80-86729-98-5.
6. GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3081-3.
7. HORVÁTHOVÁ, Jana. *Kapitoly z dějin Romů*. Praha: Lidové noviny, 2002. ISBN 80-7106-615-X.
8. KLADIVO, Petr. *Základy statistiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3841-2.
9. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.
10. NEČAS, Ctibor. *Romové v České republice včera a dnes*. 5., dopl. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0497-4.
11. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
12. ŠULOVÁ, Lenka, Tomáš FAIT a Petr WEISS. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, c2011. ISBN 978-80-7345-238-4.
13. TRČA, Stanislav. *Plánované rodičovství: Nejlepší cesta k narození zdravého dítěte*. Praha 7: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2794-3.
14. URBANOVÁ, Eva. *Reprodukční a sexuální zdraví ženy v dimenziích ošetrovatelstva a pôrodnej asistencie*. Martin: Osveta, c2010. ISBN 978-80-8063-343-1.

## Elektronické zdroje:

1. ČESKO. *Vyhláška č. 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách* [online]. [cit. 2019-03-21]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-70/zneni-20161017>
2. ČESKO. *Zpráva o stavu romské menšiny v České republice za rok 2017* [online]. [cit. 2019-03-26]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/Zprava-o-stavu-romske-mensiny-2017.pdf>
3. FRYDRÝŠKOVÁ, Kristýna. *Osudy Romů za druhé světové války. Romano vod'ori: Časopis pro multikulturní mládež* [online]. Praha 1: Sdružení ROMEA, 2011 [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <http://www.romanovodori.cz/clanky/osudy-romu-za-druhe-svetove-valky/>
4. Chraňte svá prsa. *Projekt 35* [online]. [cit. 2019-03-24]. Dostupné z: <http://www.projekt35.cz/pro-zdravi.php>
5. DUNOVSKÝ, Jiří. Reprodukční zdraví. *Kontakt* [online]. 2005, 7(3-4), 327-329 [cit. 2019-04-11]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2005/03/24.pdf>
6. JANATA, Hana. Podpora zdraví ve vyloučených lokalitách - snižování zdravotních nerovností [online]. Jihlava: Státní zdravotní ústav, 2015 [cit. 2019-04-21]. Dostupné z: [http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/nerovnosti/2016/Podpora\\_zdravi\\_ve\\_vyloucenych\\_lokalitach\\_jip\\_005\\_.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/nerovnosti/2016/Podpora_zdravi_ve_vyloucenych_lokalitach_jip_005_.pdf)
7. KAJANOVÁ, Alena a David URBAN. Změny v pojetí role muže v romské rodině. *Zdravotnictví a sociální práce* [online]. 2014, 9(2), 53 [cit. 2019-03-26]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/329377843\\_Zmeny\\_v\\_pojeti\\_role\\_muze\\_v\\_romske\\_rodine](https://www.researchgate.net/publication/329377843_Zmeny_v_pojeti_role_muze_v_romske_rodine)
8. KLIMKOVÁ, Marta. Postoj romských žen k reprodukčnímu zdraví [online]. Brno, 2016 [cit. 2019-04-20]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/ovjuq/Postoj\\_romskych\\_zen\\_k\\_reprodukcnimu\\_zdravi\\_bpvp.pdf](https://is.muni.cz/th/ovjuq/Postoj_romskych_zen_k_reprodukcnimu_zdravi_bpvp.pdf)  
f. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita. Vedoucí práce Mgr. Blanka Trojanová, Ph.D.
9. KOPTÍKOVÁ, Jana. Umírání a smrt v romské kultuře. *Umírání.cz: informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé* [online]. Praha 7, 2013 [cit. 2019-03-25]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/umirani-a-smrt-v-romske-kulture>

10. LACHETA, Jan. Očkování proti rakovině děložního čípku. *Program Health Plus* [online]. Praha 5: Program H plus, c2019 [cit. 2019-03-24]. Dostupné z: <https://programhplus.cz/ockovani-proti-rakovine-delozniho-cipku>
11. MARYŠKOVÁ, Andrea. Specifika poskytování zdravotní péče romskému pacientu. *Zdravotnictví a medicína* [online]. Praha 4: Mladá fronta, 2010 [cit. 2019-04-21]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/specifika-poskytovani-zdravotni-pece-romskemu-pacientu-449664>
12. NEČAS, Ctibor a Marta MIKLUŠÁKOVÁ. Romové za vlády Marie Terezie a Josefa II. *Romové.cz* [online]. Praha 2: Český rozhlas, 2017 [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: [https://www.rozhlas.cz/romove/historie/\\_zprava/1728723](https://www.rozhlas.cz/romove/historie/_zprava/1728723)
13. PAŘÍZEK, A. Drogy a těhotenství. *Porodnice.cz: Deník pro těhotné a rodiny s dětmi* [online]. Kamenice: Mother-Care-Centrum, c2014 [cit. 2019-04-11]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/tehotenstvi-a-z/drogy-a-tehotenstvi>
14. POLÁKOVÁ, Jana. *Romská rodina – základní normy chování, principy výchovy, specifika komunikace* [online]. [cit. 2019-03-21]. Dostupné z: [http://skip.knihovnahk.cz/sites/default/files/aktuality/prilohy/materialy\\_romska\\_rodina\\_0.pdf](http://skip.knihovnahk.cz/sites/default/files/aktuality/prilohy/materialy_romska_rodina_0.pdf)
15. STÁVKOVÁ, J. Výživa romské populace. *Výživa a potraviny* [online]. 2014, (4), 92 [cit. 2019-03-26]. Dostupné z: [http://www.vyzivaspol.cz/wp-content/uploads/2016/07/Vyziva4\\_2014.pdf](http://www.vyzivaspol.cz/wp-content/uploads/2016/07/Vyziva4_2014.pdf)
16. SCHUSTER, Michal. Pronásledování Romů má kořeny až v 16. století. *National Geographic Česko* [online]. Praha 5: VLTAVA LABE MEDIA, 2013 [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <https://www.national-geographic.cz/romove-znami-i-neznami/pronasledovani-romu-ma-koreny-az-v-16-stoleti.html>
17. ŠÍDLOVÁ, Kateřina. Změny v dodržování romských tradic a zvyků [online]. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2010 [cit. 2019-04-20]. Dostupné z: [https://theses.cz/id/qvi8hi/downloadPraceContent\\_adipIdno\\_13809](https://theses.cz/id/qvi8hi/downloadPraceContent_adipIdno_13809). Bakalářská práce. Masarykova Univerzita. Vedoucí práce Mgr. David Urban.
18. ŠTĚPAŘOVÁ, Eva. *Specifika romské rodiny* [online]. [cit. 2019-03-21]. Dostupné z: <https://www.zkola.cz/rodice/socpatologievy/rasismus/Documents/%C5%A0%C4%9Bpa%C5%99ov%C3%A1,%20Ema%20Specifika%20romsk%C3%A9%20rodiny.pdf>
19. TREPPESCHOVÁ, Adéla. Romské ženy a reprodukční zdraví [online]. České Budějovice, 2009 [cit. 2019-04-20]. Dostupné z: [https://theses.cz/id/462kq9/downloadPraceContent\\_adipIdno\\_13066](https://theses.cz/id/462kq9/downloadPraceContent_adipIdno_13066). Bakalářská



práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce PhDr. Vlasta Koudelková, Ph.D.

20. UNZEITIG, V., A. MĚCHUROVÁ, M. LUBUŠKÝ, P. VELEBIL a V. DVOŘÁK. Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství. *Česká gynekologie* [online]. 2015, (6), 456-457 [cit. 2019-03-26]. ISSN 1805-4455. Dostupné z:  
<http://www.perinatologie.cz/dokumenty/doc/doporucene-postupy/p-2015-zasady-dispenzarni-pece-ve-fyziologickem-tehotenstvi.pdf>
21. VOJTÍŠEK, Petr. Výzkumné metody [online]. [cit. 22.4.2018]. Dostupné z:  
[http://skoly.praha.eu/files/=84121/Skripta+++V%C3%BDzkumn%C3%A9\\_metody.pdf](http://skoly.praha.eu/files/=84121/Skripta+++V%C3%BDzkumn%C3%A9_metody.pdf)

## 9 PŘÍLOHY

Příloha A <i>Dotazník</i> .....	58
---------------------------------	----

## Příloha A *Dotazník*

Dobrý den,

jmenuji se Nikola Malá, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Porodní asistentka na Univerzitě Pardubice. Ve svých rukou držíte dotazník vztahující se k mé bakalářské práci na téma Romské ženy a reprodukční zdraví. Cílem tohoto dotazníku je zjistit přístup romských žen ke svému zdraví, plánovanému rodičovství a následnému těhotenství. Vyplnění dotazníku je zcela anonymní a nemělo by Vám zabrat více než 10 min. Pokud není psáno jinak, prosím, zakroužkujte pouze jednu odpověď.

Mnohokrát děkuji za Váš čas a spolupráci.

1. Kolik Vám je let?  
Prosím, napište: .....
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
  - a) základní
  - b) střední bez maturity/ vyučení
  - c) střední s maturitou
  - d) vyšší odborné
  - e) vysokoškolské
3. Jak často byste měla absolvovat preventivní gynekologickou prohlídku?
  - a) 1x za půl roku
  - b) 1x za rok
  - c) 1x za rok a půl
  - d) 1x za dva roky
  - e) 1x za tři roky a déle
  - f) nevím
4. Jak často chodíte na gynekologické prohlídky?  
Prosím, napište: .....
5. Co je náplní preventivní gynekologické prohlídky?  
(Můžete zakroužkovat více odpovědí)
  - a) poruchy menstruačního cyklu
  - b) ultrazvukové vyšetření
  - c) vyšetření pochvy a děložního čípku
  - d) vyšetření prsů
  - e) poruchy v sexuálním životě
  - f) potíže v klimakteriu
  - g) jiné (prosím, napište): .....
  - h) nevím
6. V kolika letech jste byla poprvé na gynekologické prohlídce?  
Prosím, napište: .....
7. Slyšela jste o možnosti očkování proti HPV infekci (vyvolávající faktor rakoviny děložního čípku)?
  - a) ano, jsem očkovaná
  - b) ano, nejsem očkovaná
  - c) ne, neslyšela

8. Prosím, vyplňte následující tabulku:

	1. dítě	2. dítě	3. dítě	4. dítě	5. dítě
Plánovala jste Vaše těhotenství? (ANO/ NE)					
Vyskytly se u Vás obtíže související s početím dítěte? (ANO/ NE)					
V kolika letech jste rodila?					

9. Užívala jste během těhotenství nějaké návykové látky? (Můžete zakroužkovat více odpovědí)

- a) ano, kouřila jsem cigarety (prosím, napište, kolik kusů za den): .....
- b) ano, pila jsem alkohol
- c) ano, jiné (prosím, napište jaké): .....
- d) ne, vůbec

10. Změnila jste kvůli těhotenství svůj životní styl?

- a) ne, svůj životní styl jsem neměnila
- b) ne, dosud žiji zdravě
- c) ano (prosím, napište jak): .....

11. Dodržovala jste typické romské tradice a zvyky spojené s těhotenstvím?

- a) ne
- b) ano (prosím, napište jaké):  
.....  
.....

12. Jak často jste během těhotenství navštěvovala prenatální poradnu?

- a) pravidelně, dle doporučení lékaře
- b) občas jsem návštěvu prenatální poradny vynechala
- c) nenavštěvovala jsem ji (prosím, napište proč): .....

13. Jak často jste během těhotenství chodila na cvičení pro těhotné či předporodní kurzy?

- a) jednou
- b) více než jednou (prosím, napište kolikrát): .....
- c) nechodila jsem vůbec (prosím, napište proč): .....

14. Pokud nebudete plánovat další těhotenství, budete užívat nějaký druh antikoncepce?

(Můžete zakroužkovat více odpovědí):

- a) nebudu užívat žádnou antikoncepci
- b) hormonální antikoncepci (pilulky)
- c) nechám si zavést tělísko
- d) injekce
- e) budeme používat kondom
- f) přerušovanou soulož
- g) metodu plodných a neplodných dnů
- h) jinou (prosím, napište jakou): .....

15. Jaký je Váš názor na interrupci (potrat)? Vyberte, který z těchto názorů je Vám osobně nejbližší:

- a) Žena má právo se rozhodnout, zda podstoupí interrupci.
- b) Interrupce by měla být povolena jen v ohrožení života těhotné ženy.
- c) Interrupce by měla být zakázána.
- d) Jiný (prosím, napište): .....