

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2019

Bc. Natálie Rišková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Klientka z odlišné minoritní skupiny v českém zdravotnickém zařízení

Bc. Natálie Rišková

Diplomová práce

2019

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Natálie Rišková**  
Osobní číslo: **Z16392**  
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**  
Název tématu: **Klientka z odlišné minoritní skupiny v českém zdravotnickém zařízení**  
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 průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 50 stran

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. BITTNEROVÁ, Dana et al. Etnické komunity. Romové. Praha: Fakulta humanitních studií, 2014. ISBN 978-80-87398-45-6.
2. JAROŠOVÁ, Darja. Ošetrovatelské teorie a modely. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7464-214-2.
3. KUTNOHORSKÁ, Jana. Multikulturní ošetrovatelství pro praxi. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4413-1.
4. PLEVOVÁ, Ilona et al. Ošetrovatelství II: komunikace-etika-člověk, jeho motivace a potreby-paliativní péče-transkulturní ošetrovatelství-výchova ke zdraví. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.
5. PRŮCHA, Jan. Interkulturní komunikace. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3069-1.
6. VRUBLOVÁ, Yvetta. Kultura a zdravotní péče. Ostrava: Opts, spol. s.r.o., 2011. ISBN 978-80-7464-086-5.
7. ZELENÍKOVÁ, Renáta. Transkulturní ošetrovatelství. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2014. ISBN 978-80-7464-549-5.

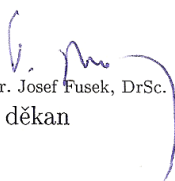
Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Zuzana Škorničková


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: 1. prosince 2016

Termín odevzdání diplomové práce: 2. května 2019

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Móravcová, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. 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 2.5. 2019

Bc. Natálie Rišková

## **PODĚKOVÁNÍ**

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Zuzaně Škorníčkové, za odborné vedení, věnovaný čas a ochotu při tvorbě této diplomové práce. Dále děkuji zdravotnickému zařízení, které mi umožnilo provedení průzkumného šetření, a také všem respondentkám, které byly ochotny se podílet na zpracování praktické části diplomové práce.

## **ANOTACE**

Diplomová práce s názvem „Klientka z odlišné minoritní skupiny v českém zdravotnickém zařízení“ je rozdělena na část teoretickou a průzkumnou. V první části teoretické práce je věnována pozornost kulturně diferencované péči se zaměřením na transkulturní a multikulturní přístup v ošetrovatelství, interkulturní komunikaci a organizace transkulturní péče. Druhá část teoretické práce se zaměřuje na osobnosti transkulturního ošetrovatelství a třetí část popisuje minoritní skupiny v České republice se zaměřením na romské obyvatelstvo. V průzkumné části diplomové práce je popsáno vyhodnocení výsledků sběru dat a doporučení pro praxi. Průzkumná část diplomové práce probíhala metodou kvantitativního šetření. Data byla získávána od vybraných respondentů romské minority pomocí dotazníku vlastní konstrukce.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

interkulturní komunikace, národnostní menšiny, romská minorita, transkulturní ošetrovatelství

## **TITLE**

A client from a different minority group in the Czech health care facility

## **ANNOTATION**

The diploma thesis entitled "A client from a different minority group in the Czech health care facility" is divided into a theoretical and exploratory part. In the first section of the theoretical part, attention is paid to culturally differentiated care with a focus on transcultural and multicultural approach in nursing, intercultural communication and transcultural care organization. The second section of the theoretical part focuses on the personalities of transcultural nursing and the third section describes the minority groups in the Czech Republic with a focus on the Roma population. The exploratory part of the thesis describes the evaluation of the collected data and recommendations for practice. The exploratory part of the thesis was carried out by the method of quantitative investigation. Data were collected from Roma minority respondents using a self constructed questionnaire.

## **KEYWORDS**

intercultural communication, national minorities, Roma minority, transcultural nursing

## Obsah

Úvod.....	13
1 kulturelne diferencovaná péče .....	16
1.1 KULTURA.....	16
1.2 MULTIKULTURALISMUS .....	17
1.3 MULTIKULTURNÍ A TRANSKULTURNÍ PŘÍSTUP .....	18
1.4 INTERKULTURNÍ KOMUNIKACE .....	18
1.5 TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	19
1.6 ORGANIZACE TRANSKULTURNÍ PÉČE .....	20
2 Osobnosti transkulturního ošetřovatelství .....	21
2.1 MADELEINE LEININGER .....	22
2.2 Model kulturních kompetencí dle L. Purnella.....	23
3 národnostní menšiny .....	28
3.1 NÁRODNOSTNÍ MENŠINY V ČR .....	28
3.2 ROMSKÁ MINORITA.....	29
3.2.1 Charakteristika romské populace.....	29
3.2.2 Historie Romů.....	30
3.2.3 Krize Romství.....	30
3.2.4 Dělení Romů .....	31
3.2.5 Romské organizace .....	32
3.2.6 Hodnoty, zvyky.....	32
3.2.7 Životní styl.....	32
3.2.8 Náboženské vyznání .....	33
3.2.9 Umírání .....	33
3.2.10 Rodina.....	33
3.2.11 Stravování .....	34
3.2.12 Komunikace .....	34



3.2.13	Těhotenství a porod .....	34
3.2.14	Romové ve zdravotnickém zařízení.....	35
3.3	VIETNAMSKÁ MINORITA .....	35
3.3.1	Charakteristika .....	36
3.3.2	Vietnamská minorita ve zdravotnickém zařízení.....	37
3.4	UKRAJINSKÁ MINORITA.....	38
3.4.1	Charakteristika .....	39
3.5	SLOVENSKÁ MINORITA .....	40
3.5.1	Charakteristika .....	40
3.6	POLSKÁ MINORITA .....	41
3.6.1	Charakteristika .....	41
3.7	Další minority v ČR .....	42
4	Průzkumné otázky.....	44
5	Metodika PRŮZKUMU.....	45
5.1	Metodika sběru a zpracování dat.....	45
5.2	Charakteristika zkoumaného vzorku.....	46
5.3	Interpretace výsledků .....	51
5.4	Tvorba edukačního materiálu.....	67
	Diskuze .....	69
	ZÁVĚR .....	76
	POUŽITÁ LITERATURA .....	78
	Přílohy.....	86

## SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Schéma Purnellova modelu kulturních kompetencí (Purnell, 2005, s. 11) .....	27
Obrázek 2 Graf věkového rozložení respondentek .....	47
Obrázek 3 Vzdělání respondentek .....	49
Obrázek 4 Parita .....	50
Obrázek 5 Gravidita .....	50
Obrázek 6 Hlava rodiny v domácnosti .....	53
Obrázek 7 Ošetřování ve vztahu k pohlaví .....	54
Obrázek 8 Etnikum pacientů ve sdíleném pokoji .....	57
Obrázek 9 Počet lůžek na pokoji .....	58
Obrázek 10 Náboženská víra .....	59
Tabulka 1 Popisná statistika věku respondentek .....	46
Tabulka 2 Věk respondentek .....	46
Tabulka 3 Etnická příslušnost .....	47
Tabulka 4 Rodinný stav .....	48
Tabulka 5 Nejvyšší dosažené vzdělání .....	48
Tabulka 6 Povinnosti romských žen .....	51
Tabulka 7 Rozhodnutí, která vykonávají romské ženy .....	52
Tabulka 8 Doprovázení k vyšetření .....	55
Tabulka 9 Doprovázení k porodu .....	56
Tabulka 10 Neplánované početí .....	60
Tabulka 11 Tradice, zvyky a pověry v období dospívání ženy .....	61
Tabulka 12 Tradice, zvyky, pověry v romské kultuře v období těhotenství .....	62
Tabulka 13 Tradice, zvyky, pověry v romské kultuře v období po porodu .....	63
Tabulka 14 Jídla v těhotenství .....	64
Tabulka 15 Jídla, konzumovaná v období po porodu .....	65
Tabulka 16 Aktivity a činnosti, kterým se vyhýbá těhotná romská žena .....	66

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

ČLR – Čínská lidová republika

ČR – Česká republika

ČSR – Československá republika

ČSSR – Československá socialistická republika

ČSÚ – Český statistický úřad

EU – Evropská unie

ETNA – European Transcultural Nurses Association

ISBN – International Standard Book Number

ISSN – International Standard Serial Number

IUD – Nitroděložní tělísko

PZKO – Polski Związek Kulturalno-Oświatowy

Sb. – Sběrka zákonů

SSSR – Svaz sovětských socialistických republik

TČM – Tradiční čínská medicína

USA – Spojené Státy Americké

WHO – Světová zdravotnická asociace

## **CÍLE DIPLOMOVÉ PRÁCE**

Cíle teoretické části práce:

1. Popsat problematiku kulturně diferencované péče.
2. Charakterizovat modely transkulturního ošetrovatelství, se zaměřením na model kulturních kompetencí dle Purnella.
3. Popsat specifika minoritních skupin žijících v České republice, se zaměřením na romské etnikum.

Cíle průzkumné části práce:

1. Hlavním cílem diplomové práce je zjistit požadavky na péči a kulturní specifika klientek z minoritní společnosti, které mohou mít vliv na realizaci a zkvalitnění ošetrovatelské péče.
2. Na základě získaných informací vytvoření edukačního materiálu pro zdravotnické pracovníky.

## ÚVOD

V současné době žije v ČR (Česká republika) 526 811 cizinců. Vzhledem k celkovému počtu obyvatel to je 4,8 %. Nejpočetnější minoritní skupinu tvoří Ukrajinci (117 061), Slováci (111 804), Vietnamci (59 761), Rusové (36 642), Němci (21 261) a Poláci (20 669). Jejich počet každým rokem stoupá. V roce 2017 vyhledalo lékařskou péči ve všech zdravotnických zařízeních celkem 117 287 cizinců (Český statistický úřad, 2017). Čeští lékaři, zdravotní sestry i další pracovníci se v nemocnicích i ambulancích již běžně setkávají s pacienty odlišných národností. Je potřeba přizpůsobit péči těmto pacientům, často s odlišnými kulturními zvyklostmi, jak medicínsky, tak i eticky. V praxi se často vyskytují překážky na obou stranách (Dobiášová, Hnilicová, 2011, s. 590).

Stále rostoucí počet pacientů z různého kulturního prostředí vytváří pro zdravotnický personál velkou výzvu, aby byli schopni poskytnout individualizovanou a holistickou péči každému pacientovi na základě jeho kulturních potřeb. K tomu je potřeba, aby zdravotní sestry chápaly kulturní rozdíly v hodnotách, přesvědčeních a zvycích zdravotní péče. Zdravotnický personál musí mít pozitivní zájem, touhu a být otevřený k učení se odlišných kulturních způsobů. Transkulturní ošetřovatelství je pro denní ošetřovatelskou praxi nezbytné. Znalosti transkulturního ošetřovatelství jsou pro zdravotní sestry důležité, aby byly empatické, a schopny vnímat potřeby pacientů z různých kultur, zejména proto, že se společnosti stávají stále globálnějšími (Maier-Lorentz, 2008, s.42).

Vzhledem k tomu, že sestry mají nejužší a důvěrný kontakt s pacienty, jsou odpovědné za správné formulování plánů péče, které uspokojují individuální potřeby klientů. Je nezbytné, aby zdravotní sestry porozuměly, uvědomovaly si a správně reagovaly na kulturní potřeby pacientů. Nejúčinnější způsob, jak tohoto docílit je, aby sestry zvýšily své povědomí o možných kulturních odlišnostech a získaly znalosti o kulturních potřebách svých pacientů. Docílit získání těchto znalostí lze díky zařazení transkulturního ošetřovatelství do učebních osnov při výuce ošetřovatelství (Maier-Lorentz, 2008, s. 42).

Diplomová práce je rozdělená na část teoretickou a průzkumnou. Na základě studia odborné literatury je v teoretické části práce popsána základní terminologie týkající se kulturně diferencované péče, multikulturního a transkulturního přístupu v ošetřovatelství. Dále obsahuje základní informace o menšinách žijících v České republice, se zaměřením na romské etnikum. Tato etnická skupina byla vybrána záměrně, protože Romové jsou nejpočetnější národnostní menšinou v ČR. Podle kvalifikovaných odhadů koordinátorů pro záležitosti

romské menšiny žilo v roce 2017 v České republice přibližně 240 300 Romů, což je 2,2 % z celkového počtu populace (usnesení vlády č. 539/18 ze dne 22.srpna 2018). V průzkumné části je popsána metodika průzkumného šetření a prezentace získaných výsledků.

## **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 KULTURNĚ DIFERENCOVANÁ PÉČE

Aby bylo zajištěno rovnoprávného přístupu při poskytování kvalitní zdravotnické péče veškerému obyvatelstvu, musí být podporovány postoje, chování, znalosti a dovednosti potřebné pro práci v kulturně odlišném prostředí, a to všemi poskytovateli zdravotní péče. K tomu jsou potřeba dostatečné znalosti a dovednosti zdravotnických pracovníků při poskytování kulturně diferencované péče. Tato péče by měla být kulturně vhodná, kulturně citlivá a kompetentní (Tóthová, 2010, s. 15–16). V sektoru zdravotnických služeb, lékařské a ošetrovatelské péče se stále více uplatňuje interkulturní komunikace. Zdravotnický personál se stále více setkává s cizinci, zástupci odlišných národnostních kultur, jazykových systémů. Ke kontaktu dochází v domácím prostředí zdravotníků, tak v zahraničí, kam čeští lékaři a sestry odjíždějí pracovat (Průcha, 2010, s.163).

## 1.1 KULTURA

Pojem kultura je mnohohvrstevný, lze jej užívat v různých a navzájem odlišných významech. Existuje mnoho definic kultury, které vycházejí z teorií, které mají svůj základ v několika odvětvích např. v antropologii, sociologii. Každá kultura vlastní danou víru, má své hodnoty, zvyky, způsoby léčby a péče. Tyto vlastnosti je potřeba zjistit a pochopit, aby jich bylo dále využíváno při pečování o lidi, pocházejících z odlišného kulturního prostředí (Kutnohorská, 2013, s. 22)

Zeleníková (2014, s. 7-8) uvádí, že pojem kultura vychází z latinského cultura, cultus = vzdělávání, způsob života, zušlechťování. Kultura je na časovém a prostorovém úseku vymezený souhrn životních forem, hodnotových představ a životních podmínek obyvatel. Je to souhrn spirituálních a materiálních hodnot, které vytváří lidstvo v celé jeho historii. Ovlivňuje vzorce myšlení a chování. Mezi kritéria kultury patří společný jazyk, náboženství a dějinná zkušenost. S kulturou se člověk nerodí, ale musí se ji naučit. Člověk sám nic nevytváří, ale přejímá od starších. Kultura je anonymním, kolektivním a nastřádaným dílem mnoha generací. Je nutno se o ni starat a pečovat. Je to věc, která danou skupinu lidí spojuje a zároveň odděluje od ostatních skupin.

Podle Plevové (2011, s. 137) jsou obsahy kultur, ať už se jedná o produkty materiální či nemateriální, pro každou z kultur unikátní a přenášejí se učením.

Vrublová (2011, s. 11) za zakladatele pojetí kultury jako charakteristiky lidského vzdělání uvádí římského filozofa Marcuse Tulliusa Cicera (106–43 př. Kristem).



Podle Novákové (2008, s. 11–12) má kultura (colo, colere) svůj původ v antickém středověku, původně je pojem spojován s obděláváním zemědělské půdy. Kultura je produktem učení, není geneticky podmíněná, přijímá se až v průběhu života dle zkušeností. Je produktem vyučování, předávána z generace na generaci. Za hlavního nositele kultury je považován jazyk. Kultura je sociální, rozvíjí se v důsledku vztahů mezi lidmi. Dále je přizpůsobivá. Zvyky, přesvědčení a praktiky se postupně mění v závislosti na potřebách lidí a sociálnímu prostředí. Kultura je integrující, jednotlivé prvky kultury tvoří integrovaný systém. Například rodinná organizace, hodnoty ekonomické či zdravotnické praktiky ovlivňují náboženské přesvědčení a naopak. Měla by přinášet uspokojení. Kulturní zvyky mají smysl jen do chvíle, kdy uspokojují potřeby lidí, v opačném případě se od ní upouští.

Kultura může být charakterizována podle tří vrstev, tzv. kulturní cibule. Zevní vrstvu tvoří věci, které lze vidět na první pohled. Patří zde řeč, strava, oblečení a architektura. Střední vrstvu tvoří prvky, které jsou viditelné až po bližším poznání dané kultury. Řadí se zde normy a hodnoty. Otázky existence, stereotypy a archetypy jsou součástí vrstvy vnitřní, která je pro cizince těžko pochopitelná (Nováková, 2008, s. 11–17).

Kutnohorská (2013, s. 23) zase kulturu popisuje jako ledovec. Špička, kterou lze vidět, představuje symboly a rituály každé kultury. Větší část ledovce, kterou na první pohled nevidíme, představuje hodnoty a normy. Pro úspěšnou interkulturní komunikaci je potřeba se i s touto částí seznámit.

## 1.2 MULTIKULTURALISMUS

„*In varietate concordia*“ – jednota v různorodosti, to je motto, které má ve svém štítě Integrovaná Evropa. Obsahovou náplní motto je tolerance, respekt k různorodosti, za podmínky, že navzájem je uznáváno stejné základní hodnoty. Ideálem multikulturality je souhra kultur a vzájemná tolerance. Každá kultura má prostor pro předání a přijetí něčeho nového (Kutnohorská, 2011, s. 84).

Součástí dějin lidské společnosti je migrace obyvatelstva. Česká republika je průmyslově a kulturně vyspělý stát. Byla a je cílem migrací pro osoby jak ze vzdálených, tak z blízkých zemí. V roce 1918 vznikla Československá republika jako mnohonárodnostní stát. S největší převahou Čechů a Slováků, dále s menšinou německou, německo-židovskou, polskou, maďarskou, rumunskou a velkým počtem romského obyvatelstva.

Velký přesun obyvatel proběhl po 2. světové válce. Emigrovalo přes dva miliony Němců, naopak imigrovali např. Řekové. Po roce 1989 se do České republiky přistěhovali obyvatelé ze států bývalého SSSR, především z Ukrajiny. Dále válka v Jugoslávii zvýšila imigraci obyvatel z Balkánu. Přistěhovali se zde skupiny osob z Asie-z Vietnamu, Mongolska a Číny. Především lázeňské, ale i zdravotní péče využívají bohatí Arabové, a další, kulturně odlišní jedinci.

Národnostní menšiny v České republice se vyskytují jak ve Slezsku, severní Moravě, tak v celém pohraničí. Roste počet dětí, které se narodily cizincům v ČR. Nejvíce potomků Vietnamcům, pak Ukrajincům a Slovákům (Kutnohorská, 2013, s. 15–16).

### **1.3 MULTIKULTURNÍ A TRANSKULTURNÍ PŘÍSTUP**

Na setkání v Amsterdamu roku 1994 schválila Evropská Porada WHO o právech pacientů dokument *Principy práv pacientů v Evropě: Všeobecný rámec*. Lze zde nalézt požadavek na respektování kultury pacienta v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Protože je Česká republika součástí Evropské unie, tak lze předpokládat, že se bude postupem času měnit národnostní, etnická a kulturní struktura obyvatelstva. S tím souvisí důležitost připravenosti zdravotnického systému např. při poskytování zdravotnické péče těmto klientům (Ivanová, 2005, s. 12–13).

Multikulturní a transkulturní přístup vychází z etnocentrismu, respektuje odlišnou národnost, kulturu, rasu, etnikum a náboženství. Základ tvoří teorie kulturního relativismu. Pojmy multikulturalismus a transkulturalismus jsou často chybně užívány jako synonyma. Požadavek na jednotné uznání všech lidí a jejich kultur se nazývá multikulturalismus, chápe kulturu jako homogenní, ohraničený celek. Jádrem kultury se stává jazyk, proto multikulturalismus nevede k rovnoprávnému soužití, neboť nepochopení státnímu jazyku cizince z komunikace vylučuje, a vede k jeho izolovanosti. Naopak základem transkulturalismus je obousměrná komunikace a interakce mezi majoritní a minoritní společností (Ivanová 2005, s. 39–40).

### **1.4 INTERKULTURNÍ KOMUNIKACE**

Průcha (2010. s. 16) popisuje interkulturní komunikaci jako proces interakce a sdělování probíhající v různých situacích, kdy jsou komunikačními partnery příslušníci jazykově nebo kulturně odlišných etnik, národů, rasových a náboženských skupin. Komunikace je ovlivněna jazykem, kulturou, mentalitou, hodnotovým systémem komunikujících. Například v České republice komunikace mezi Čechy a Vietnamci je silně ovlivněna lišícím se jazykem, tak

i kulturou. Komunikace mezi Čechy a Romy je determinována především odlišnou kulturou, jelikož současná generace Romů obvykle mluví česky. Interakce mezi Čechy a Slováky je naopak ovlivněna jazykovou odlišností i přes velkou podobnost těchto dvou jazyků, kulturní odlišnost je minimální.

Interkulturní komunikace zahrnuje určité faktory, které je potřeba brát v úvahu, když jsou sestry v interakci s pacienty a jejich rodinnými příslušníky z odlišného kulturního prostředí. Je však důležité, aby sestry nejprve porozuměly vlastním kulturním hodnotám, postojům, praktikám, a přesvědčení, než se dozvědí o dalších kulturních zvycích. Pomáhá to sestřím získat náhled na vlastní předsudky, které mohou existovat. Tyto předsudky mohou vést ke stereotypům a diskriminaci, a mohou ohrozit schopnost sester poznat a přijímat různá kulturní přesvědčení a praktiky, zejména v otázkách týkajících se zdraví. Je potřeba si uvědomit, že ne všichni lidé ze stejného kulturního prostředí sdílejí stejné názory a postoje. Je důležité vidět každého pacienta jako jedince, a respektovat jeho kulturní přesvědčení, a tím předejít stereotypům. Interkulturní komunikace zahrnuje několik aspektů, které je třeba chápat, aby bylo dosaženo kulturních kompetencí, což je nezbytné pro zajištění optimální ošetrovatelské péče. Je proto nutné zkoumat způsoby komunikace lidí z různorodého kulturního prostředí. To zahrnuje více než ústní a písemnou komunikaci. Nonverbální komunikace hraje zásadní roli při přijímání informací, které se mohou mezi různými kulturami značně lišit. Pochopení těchto komunikačních podnětů a jejich významu je potřeba pro udržování kulturních kompetencí (Maier-Lorentz, 2008, s. 38).

## **1.5 TRANSKULTURNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

Transkulturní ošetrovatelství se dá definovat jako srovnávací teoretický a praktický obor, který se zaměřuje holisticky na kulturu, péči, vzorce zdraví a nemoci lidí. Bere ohled na rozdíly a podobnosti v kulturních hodnotách, přesvědčeních a životních zvyklostech. Cílem transkulturního ošetrovatelství je poskytování kulturně shodné a kompetentní péče, podpora ve zdraví a v nemoci, zkoumání a aplikování vědomostí s cílem poskytnutí kulturně shodné péče. Za zakladatelku transkulturního ošetrovatelství je považována Madeleine Leininger, jež přišla s myšlenkou transkulturního ošetrovatelství koncem 50. a začátkem 60. let 20. století v USA. V Evropě se o rozvoj transkulturního ošetrovatelství postarala Irena Papadupoulos spolu s Mary Tilki a Ginou Taylor, a to v 80. letech 20. století (Plevová, 2011, s. 129, 133).

Není překvapením, že zrovna v USA vzniklo transkulturní ošetrovatelství, jelikož se zde rychle rozrůstalo kulturně odlišné obyvatelstvo. V průběhu 2. světové války přicházeli do

USA lidé z jiných kontinentů. Zdravotní sestry byly nuceny se zajímat o pozadí života těchto lidí. Odhadem se v USA vyskytuje okolo 330 různých jazyků (Zeleníková, 2014, s. 7).

## **1.6 ORGANIZACE TRANSKULTURNÍ PÉČE**

Mezi nejdůležitější organizaci na celosvětové úrovni, která se zabývá transkulturním ošetrovatelstvím je Společnost transkulturního ošetrovatelství – Transcultural Nursing Society. Organizace byla založena M. Leininger v roce 1973. Rokem 1989 začala společnost vydávat Časopis transkulturního ošetrovatelství – Journal of Transcultural Nursing.

Další významná organizace byla založena v Modeně v Itálii roku 2005. Nazývá se Evropská transkulturní asociace sester – European Transcultural Nurses Association (ETNA). Sjednocuje pětadvacet zemí Evropy. Zabývá se podporou transkulturní péče v Evropě, spolupracuje na mezinárodních výzkumných projektech, koordinuje evropskou transkulturní péči, pořádá mezinárodní vědecká sympozia a workshopy a také se zabývá publikační činností (Plevová, 2011, s. 135–136).

Mezi další odborné publikace, které se zabývají transkulturním ošetrovatelstvím patří Journal of Cultural Diversity, Journal of Multicultural Nursing and Health, Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare, International Journal of Intercultural Relations, Journal of Immigrant Health, Theory, Culture and Society (Zeleníková, 2014, s. 19).

## 2 OSOBNOSTI TRANSKULTURNÍHO OŠETŘOVATELSTVÍ

Nejvíce osobností, které se zabývaly transkulturním ošetřovatelství, pochází z USA. Řadí se mezi ně *Madeleine Leininger*, která je zakladatelkou transkulturního ošetřovatelství. Vyvinula model vycházejícího slunce. Zasloužila se o rozvoj etnoošetřovatelství jako výzkumné metody (Leininger, McFarland, 2006, s. 5–6).

*Josepha Campinha Bacote* založila model rozvoje kulturní způsobilosti při poskytování služeb zdravotní péče. Autorka navazuje na transkulturní ošetřovatelství Madeleine Leininger a na multikulturní rozvoj Penderson. Dosažení a rozvoj kulturních způsobilostí je proces, v němž sestra neustále usiluje o schopnosti pracovat efektivně v oblasti kulturního kontextu pacienta, rodiny, komunity (Bacote, 2009, s. 49).

*Joyce Newman Giger* a *Ruth Elaine Davidhizar*, model transkulturního posouzení. Model dvou autorek byl vytvořen v době osmdesátých let dvacátého století pro potřeby studentů pregraduálního ošetřovatelského studijního programu. Model ulehčuje hodnotit a poskytovat péči klientům jiného etnika, a dále urychluje hodnocení pacientových potřeb a tím zefektivňuje péči v praxi. Autorky vycházely z modelu vycházejícího slunce od Madeleine Leininger. Navazuje na tento model, navíc obsahuje hodnocení potřeb klienta a ošetřovatelské intervence. Model bere jedince jako unikátního člověka, a hodnotí ho v šesti bodech. Těmi jsou komunikace, interpersonální prostor, sociální začlenění, čas, ovládání prostředí a biologické variace (Davidhizar, 1995, s. 33–34).

Model kulturních kompetencí dle *L. Purnella*, byl vyvinut jako organizační rámec s přesnými otázkami a formátem, který by mohl být použit k posuzování kultury i v klinické praxi. *Margaret M. Andrews* a *Joyceen S. Boyle*, zabývaly se kulturním posouzením při poskytování zdravotní péče. *Rachel E. Spector*, kulturní péče. *Marilyn Ray*, známá pro model dynamiky transkulturní péče v ošetřovatelství a zdravotní péči. *Marianne Jeffreys* vytvořila model kulturních kompetencí a jistoty, tzv. CCC model (Andrews, Boyle, 2008, s. 5; Jeffreys, 2016, s. 161; Purnell, 2005, s. 10; Ray, 2016, s. 4; Spector, 2016, s. 9).

Z Velké Británie pochází *Aru Narayanasamy* známá pro ACCESS model, dále *Irena Papadopoulos*, *Mary Tilki* a *Gina Taylor*, které zavedly model rozvíjejících kulturních kompetencí v roce 1994. Model vznikl po výzkumné studii transkulturního ošetřovatelského vzdělávání. Cílem modelu je prosazení transkulturního vzdělávání do profesní přípravy sestry. Model má několik fází. Prvotní fází je kulturní uvědomění. Jedná se o prověření hodnotové

základny a postojů každého jedince. Dále srovnání hodnot jedince z odlišného kulturní skupiny s našimi, tzv. kulturní identita. Roli zde hrají i tradiční představy a etnohistorie. Druhou fází jsou kulturní znalosti, které mohou být odvozovány od mnoha vědních oborů, např. antropologie, sociologie a ošetrovatelství. Třetí fáze, kulturní citlivost, má vliv mezilidských vztahů. Poslední fáze je fáze kulturní kompetence. Jedná se o syntézu předchozích fází modelu (Papadopoulos et al., 2004, s. 108–113; Narayanasamy, 2004, s. 185).

*A Irihapeti Merenia Ramsden*, z Nového Zélandu, je zakladatelkou modelu kulturního bezpečí (Ramsden, 2002, s. 5).

## **2.1 MADELEINE LEININGER**

Je považována za zakladatelku transkulturní péče. O vliv kultury na chování jedince ve zdraví a v nemoci se začala zajímat již v 50 letech 20. století na základě vlastní zkušenosti. Pracovala na dětské psychiatrii s postiženými dětmi, kde si všimla vlivu kultury na péči o děti. Tyto děti pocházely s odlišných kultur (africká, německá, anglo-americká, židovská, appalašská), a vyžadovaly rozdílnou péči a potřeby např. při hře, jídle, spánku, a interakci každodenního života. Jako mnoho dalších teoretiček v ošetrovatelství byla ovlivněna jinou vědní disciplínou. Jednalo se o antropologii (Jarošová, 2013, s. 43; Plevová, 2011, s. 130).

Jako cíl ošetrovatelství uvedla poskytování lidem různých kultur kulturně specifickou a všestrannou péči. Teorie transkulturní péče včetně koncepce má své grafické vyjádření, tzv. model vycházejícího slunce. Obsahuje čtyři úrovně. První rovina je nejabstraktnější. Obsahuje filosofický a světový názor, etnohistorii, sociální faktory. Druhá rovina popisuje konkrétní poznatky o rodinách, skupinách a jedincích. Určuje vztahy k péči o zdraví a nemoci. Třetí rovina obsahuje charakteristiky každého systému a péče. Popisuje tradiční a profesionální systém péče, který je zásadní pro vznik zdraví a blahobytu. Poslední čtvrtá rovina je nejkonkrétnější. Zahrnuje poskytování určitého typu kulturně shodné péče. K dosažení poskytování kulturně shodné péče vedou tři činnosti. První je zachování a udržení péče o kulturu. Druhá zahrnuje vyjednávání a přizpůsobení kulturní péče. Třetí popisuje restrukturalizaci a znovuvytvoření péče o kulturu (Burell, 2018, s. 108; Nováková, 2018, s. 72; McFarland et al., 2012, s. 262).

Sociokulturní kontext je na grafickém vyjádření modelu zaznamenáno jako sluneční paprsky. Jejich propojení symbolizuje vliv na jedince. Dále sluneční paprsky jsou ve spojení se

slunečním jádrem, které symbolizuje znaky, modely, praktiky, zdraví. Společně tyto faktory mají vliv na vnímání zdraví a nemoci, způsob péče jedince (Jarošová, 2013, s. 46).

Znalost a pochopení klientovy kultury by mělo zdravotním sestřám pomoci při zlepšení péče o tyto pacienty. Podle Leininger se pohled na svět, hodnoty lidí, společenská struktura liší na základě jejich kultury. Stejně tak vnímání zdraví, nemoci a léčby (Kutnohorská, 2013, s. 41).

Model Madeleine Leininger lze využít ke sběru kulturních dat. Madeleine Leininger vypracovala principy, které by měly pomoci sestřám získat kulturní kompetence a zajistit celkové hodnocení klienta. Mezi principy patří např. projevování nefalšovaného a upřímného zájmu o klienta, dbát na komunikační potřeby a mezilidský prostor, uchovávat si plné vědomí vlastní orientace, představ a předsudků, respektovat a chápat práva ostatních (Tóthová, 2010, s. 25).

## **2.2 Model kulturních kompetencí dle L. Purnella**

Autorem modelu kulturních kompetencí je Larry Purnell. Model byl vytvořen v roce 1991, kdy Larry Purnell vyučoval na vysoké škole, kde si uvědomil potřebu studentů a zaměstnanců školy, znát svou kulturu a dále kulturu svých pacientů a jejich rodin. Na základě jejich připomínek byl Purnell přesvědčen, že kulturní kompetence a etnocentrické chování neexistuje. V důsledku toho, byl Purnellův model pro kulturní kompetence vyvinut, jako organizační rámec s přesnými otázkami a formátem, který by mohl být použit k posuzování kultury i v klinické praxi (Purnell, 2005, s. 10).

Purnell (2005, s. 7–8) definuje kulturu jako kompletní předávání behaviorálních vzorů, umění, přesvědčení, hodnot, zvyků, životního stylu a všech produktů lidské činnosti a myšlenkové charakteristiky lidí. Tyto vzorce mohou být explicitní nebo implicitní, primárně se vyučují v rámci rodiny, dále ve škole, komunitě a dalších organizacích např. v církvi. Jsou sdíleny se členy dané kultury, podléhají vlivu vnějších faktorů a procesu globalizace.

Přestože se kultura může vnitřně lišit, díky koexistenci subkultur, etnických skupin a dominantní kultury může vykazovat i shodné znaky např. národnost, jazyk a socioekonomický status. Soudržnost a funkčnost skupin může hodně ovlivnit znalost a sdílení některých charakteristik. Kultura je též faktorem ovlivňujícím zdraví a nemoc. Poskytovatelé zdravotních služeb by měli integrovat znalosti o různých kulturách svých klientů do poskytované péče. Proto je nutné rozvíjet podvědomí i o vlastní kultuře a zvycích, tím napomout k respektování a přijímání kultur odlišných (Olišarová, 2012, s. 16).

Purnellův model kulturních kompetencí je etnografický model, který umožňuje porozumět lidem s ohledem na jejich kulturu při prevenci a podpoře zdraví a v léčbě nemoci. Primárním znakem kultury je státní příslušnost, rodový původ, rasa a náboženství. Zatímco vzdělání, socioekonomický status, povolání, rodinný stav, pohlaví a bydliště patří mezi sekundární charakteristiky. Jedná se o teoretický model. Obsahuje domény, které nestojí samostatně, ale navzájem se propojují (Doğu, 2016, s. 45).

Model kulturních kompetencí lze užít při provádění kulturního hodnocení, má 12 domén, které jsou společné pro všechny kultury. Přehled, obydlené lokality a topografie, dále komunikace, rodinné role a komunikace, problematika pracovních sil, biokulturní ekologie, vysoce riziková chování, výživa, praktiky těhotenství a porodů, rituály spojené s úmrtím, spiritualita, praktiky zdravotní péče a poskytovatelé zdravotní péče (Tóthová, 2010, s. 26).

**Přehled / dědictví / topografie**, pojmy týkající se země původu, současného bydliště, důsledků topografie země původu a stávajícího bydliště, ekonomie, politiky, důvodů emigrace, vzdělávacího statusu a povolání.

**Komunikace** je doména, která obsahuje pojmy týkající se dominantního jazyka a dialektů (kontextové používání jazyka), jazykové variace, jako je hlasový objem, tón a intonace, a ochotu sdílet myšlenky a pocity. Neverbální komunikace, jako je použití očního kontaktu, výrazů obličeje, dotyku, jazyka těla, postupů prostorové orientace a přijatelných pozdravů, dočasnost z hlediska minulé, současné nebo budoucí světové orientace.

**Rodinné role** a organizace v rodině se týkají problematiky hlavou rodiny v domácnosti, role v rodině podle pohlaví, priority a vývojové úkoly dětí a dospívajících, postupy pro výchovu dětí, role příslušníků patřící do širší rodiny. Sociální postavení a názory na alternativní způsoby života, jako je osvojení rodičovství, sexuální orientace, bezdětná manželství a rozvod.

**Problematika pracovních sil** se zabývá se autonomií, akulturací, asimilací, rolí pohlaví, etnickými styly komunikace, individualismem a postupy zdravotní péče podle země původu.

**Biokulturní ekologie** zahrnuje rozdíly v etnickém a rasovém původu, jako je zbarvení kůže a fyzické rozdíly v tělesném postavení, genetická, dědičná, endemická a topografická onemocnění, a rozdíly v tom, jak tělo metabolizuje léky.



**Vysoce rizikové chování** se zabývá užíváním tabáku, alkoholu, rekreačních drog a vysoce rizikových sexuálních praktik, nedostatek fyzické aktivity, nevyužívání bezpečnostních opatření, jako jsou bezpečnostní pásy a helmy.

**Výživa** se zabývá především stravou, významem jídla, výběry jídla, rituály a tabu, jaké potraviny se užívají v průběhu nemoci a na podporu zdraví.

**Těhotenství a porod** zahrnuje praktiky plodnosti, metodami antikoncepce, pohledem na těhotenství, normativními, restriktivními a tabuovými praktikami léčby, týkající se těhotenství, porodu a šestinedělí.

**Rituály smrti** ukazují, jak jednotlivec a kultura pohlíží na smrt a jak se na ní připravují. V této doméně je také zahrnuto chování jedince při poranění.

**Spiritualita** zahrnuje náboženské praktiky a užití modlitby, chování, která dávají smysl životu a jednotlivé zdroje síly.

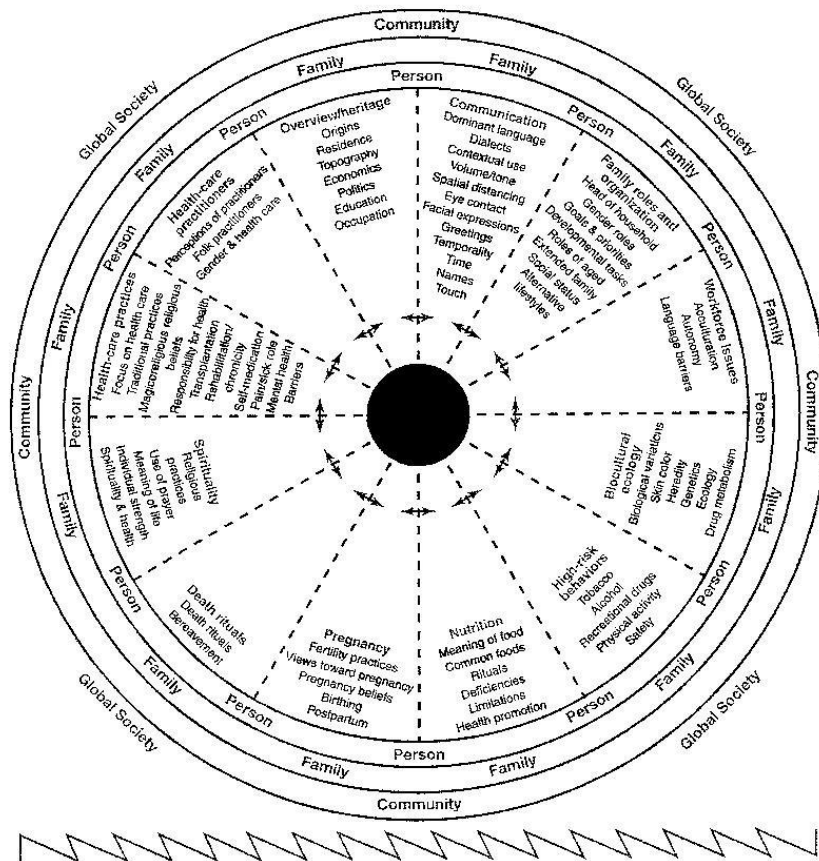
**Praktiky zdravotní péče** se zaměřují na zdravotní péči (akutní, preventivní), tradiční, magicko-náboženskou a biomedicínskou víru, individuální odpovědnosti za zdraví. Dále na praktiky samoléčby, a názory na duševní choroby, chronicitou a dárcovství a transplantaci orgánů. V této oblasti jsou zahrnuty překážky v péči o zdraví a reakce člověka na bolesti a nemoc.

**Poskytovatelé zdravotní péče.** Koncepce zahrnuje stav, použití a vnímání tradičních, magicko-lingvistických a alopatických poskytovatelů biomedicínské zdravotní péče. Kromě toho může mít význam také pohlaví poskytovatele zdravotní péče (Purnell, 2005, s. 13–14).

Model kulturních kompetencí je postaven na několika předpokladech:

- všechny zdravotnické obory vyžadují stejné informace týkající se kulturní rozmanitosti,
- všechny zdravotnické obory využívají stejné meta-paradigmatické pojmy,
- neexistuje žádná kultura, která by byla lepší než druhá. Místo toho jsou jen odlišné,
- existují jádrové podobnosti mezi všemi kulturami,
- existují rozdíly uvnitř, i mezi kulturami,

- úroveň, kterou se kultura liší od dominantní kultury, je určena sekundární a primární charakteristikou kultury,
- pokud jsou pacienti spoluvlastníkem zdravotní péče a mají možnost zvolit si zásahy, plány a cíle týkající se zdraví, pak dochází ke zlepšení zdravotních výsledků,
- kultura má významný vliv na interpretaci zdravotní péče jedincem, a na to, jak tento jedinec reaguje na péči,
- každá osoba si zaslouží být respektována základě své kulturní jedinečnosti,
- poskytovatelé péče vyžadují jak specifické, tak i obecné kulturní informace, aby nabízely péči, která je kulturně kompetentní a citlivá,
- hodnocení, plány a intervence, které jsou kulturně kompetentní, mají tendenci zlepšit péči o pacienty,
- předpojatosti a předsudky mohou být zmírněny kulturním porozuměním,
- účinnost péče může být zlepšena tím, že dojde k porozumění způsobu života, přesvědčení a hodnot dané kultury (Purnell, 2002, s. 193).



Obrázek 1 Schéma Purnellova modelu kulturních kompetencí (Purnell, 2005, s. 11)

Schéma Purnellova modelu se skládá ze série soustředných kruhů spočívajících na zubaté čáře. Kruh obsahuje čtyři vnitřní kružnice. Vnější okraj představuje globální společnost. Druhá kružnice popisuje komunitu. Třetí kružnice představuje rodinu. Vnitřní okraj znázorňuje jedince. Interiér zobrazuje 12 domén, které vytvářejí strukturu modelu. Vnitřní tmavý kruh je prázdný. Zobrazuje to, co ještě neznáme o dané kultuře. Pásová zubová linka představuje pojetí kulturního vědomí (Purnell, 2005 s. 11).

### 3 NÁRODNOSTNÍ MENŠINY

Minorita, či menšina, je pojmenování pro skupinu obyvatel, která disponuje etnickými, náboženskými nebo jazykovými charakteristikami lišící se od charakteristik majoritní společnosti. Ve srovnání s dominantní skupinou v dané společnosti disponuje menším počtem osob. Většinou se jedná o podřízenou skupinu, mající menší kontrolu či moc nad svými životy než skupina dominantní. Minorita je sociálně znevýhodněná. Příslušnost k dané minoritní společnosti je dána geneticky, jedince ve skupině spojují skupinové vazby, pravidla a společenské zvyklosti. V dnešní době je většina menšin utlačována a zároveň ochraňována. V České republice existuje poradní orgán *Rada pro národnostní menšiny*, která zastupuje celkem 11 menšin, mezi která patří menšina bulharská, chorvatská, maďarská, německá, polská, romská, rusínská, ruská, řecká, slovenská a ukrajinská (Nováková, 2008, s. 22; Průcha, 2006, s. 39–40; Zeleníková, 2014, s. 9).

V ČR je národnostní menšina definována zákonem č. 273/2001 Sb., §2 jako *společenství občanů České republiky žijících na území současné České republiky, kteří se odlišují od ostatních občanů zpravidla etnickým původem, jazykem, kulturou a tradicemi, tvoří početní menšinu obyvatelstva a zároveň projevují vůli být považováni za národnostní menšinu za účelem společného úsilí o zachování a rozvoj vlastní svébytnosti, jazyka a kultury a zároveň za účelem vyjádření a ochrany zájmů jejich společenství, které se historicky utvořilo. Příslušníkem národnostní menšiny je občan České republiky, který se hlásí k jiné než české národnosti a projevuje přání být považován za příslušníka národnostní menšiny spolu s dalšími, kteří se hlásí ke stejné národnosti* (In Sběrka zákonů ČR).

Ve světě existuje téměř 5000 různých etnik. Počet příslušníků každé skupiny se liší. V Severní a Jižní Americe žijí stovky etnických skupin Indiánů, podobně je tomu v Asii a Africe. V Evropě žije přibližně 72 původních etnik. Celkový počet kultur ve světě se neví, přestože existují etnologické archivy a databáze obsahující přehledy lidských kultur (Průcha, 2010, s. 32).

#### 3.1 NÁRODNOSTNÍ MENŠINY V ČR

Česká republika je země, ve které menšiny patří k důležitým otázkám vnitřní i zahraniční politiky. Československá republika vznikla v roce 1918 jako mnohonárodnostní stát. Intenzivněji se národnostními menšinami začala zabývat ihned po svém ustanovení roku 1993. Usídlují se zde lidé z různých kontinentů, kultur, náboženství i barvy pleti, kteří se stávají součástí společnosti. Česká republika není jen tranzitní zemí, ale také zemí cílovou.

Nejčastějším důvodem k nastěhování je pracovní migrace či studium, jedná se o osoby nejčastěji ve věku 20–45 let, převažuje mužské pohlaví. Podíl cizinců v ČR je přibližně 4 % z celkového počtu obyvatelstva. Počet cizinců, žijících v ČR, stále roste. Nejvíce zastoupenou skupinou jsou obyvatelé Ukrajiny, Slovenska, Vietnamu, Polska, Ruska, jejichž cílem jsou převážně velká města, především Praha (Nováková, 2008, s. 22; Šídlo, 2013, s. 294–295; Vrublová, 2011, s. 7).

## **3.2 ROMSKÁ MINORITA**

Jsou nejpočetnější národnostní menšinou v ČR. Podle kvalifikovaných odhadů koordinátorů pro záležitosti romské menšiny žilo v roce 2017 v České republice přibližně 240 300 Romů, což je 2,2 % z celkového počtu populace (usnesení vlády č. 539/18 ze dne 22. srpna 2018). K romské národnosti se hlásí jen malé procento těch, kteří jsou za Romy považováni. V České republice existuje dvojí pojmenování těchto obyvatel. Do roku 1969, než vznikla první romská společenská organizace s názvem Svaz Cikánů-Romů, byli označováni jako Cikáni. V roce 1971 bylo na prvním mezinárodním sjezdu Romů v Londýně přijato pojmenování Romové. V roce 1989 byli Romové začleněni mezi ostatní národnostní menšiny tehdejší Československé federativní republiky (Weinerová, 2013, s. 33–34).

### **3.2.1 Charakteristika romské populace**

Romové jsou nomádského původu. Pro některé z nich je stále problém se usadit. Rodiny drží pohromadě. Je pro ně problém plánovat hodně dopředu, kladou vliv a naplňují aktuální potřeby, sledují krátkodobé cíle, je pro ně obtížné představit si dalekou budoucnost. Mají velmi rádi slavnosti, jsou dobří hudebníci. Velice si váží svých starých lidí. Spousta z nich je nezaměstnaných a žijí ze sociálních dávek. Nemají příliš velké abstraktní uvažování. Vyskytují se mezi nimi, jak chudí, tak bohatí obyvatelé. Je u nich častější drobná kriminalita než v jiných složkách obyvatelstva. Často vycítí, jaký k nim má člověk vztah, a podle toho se k danému jedinci chovají. V porovnání s českým obyvatelstvem jsou více emotivní a temperamentní. Je pro ně typická impulzivnost, výbušnost. Mají nedostatek sebereflexe, nemají tendenci k sebepoznání a sebehodnocení. Při plnění úkolu mají nižší motivaci, malá trpělivost a svědomitost. Romská osobnost se může jevit z pohledu majoritní společnosti jako abnormální a psychopatologická, nejedná se však o patologii či odchylku (Bouzek, 2008, s. 34–35; Kelnarová, Matějková, 2014, s. 82).

### **3.2.2 Historie Romů**

Historie Romů byla již v minulosti spjata s lingvistickým bádáním a zařazováním romského jazyka do klasifikace jazykových rodin. V 18. století byla poukázána příbuznost romštiny s indickými jazyky. Za pravlast Romů byla označena oblast dnešního státu Indie (Rádžasthán, Paňdžáb). Důvod odchodu Romů z této oblasti není jistě znám. Uvádí se např. že byli Romové vyhnáni vyššími stavy společnosti, nebo vlivem územní expanze sousedních států (Arabů a Mongolů), či sociální důvody. Dále monoprofesnost, obavy ze sucha a následného hladomoru. Migrace probíhala ve dvou vlnách. První ve třetím až pátém století, druhá v devátém až desátém století. První velkou migrační zastávkou byla oblast Íránu (Perské říše), odtud jsou dochované nejstarší záznamy o romském obyvatelstvu. Romové se po-té rozdělili na dvě skupiny. Jedna skupina (menší) směřovala na Pyrenejský ostrov, druhá (větší) do Byzantské říše. Z Balkánských oblastí přicházeli Romové na území dnešního Slovenska a České republiky v období 13. až 15. století. Zpočátku přijímala majoritní společnost skupiny většinou pozitivně, později začala měnit názor kvůli vymáhání a poskytování materiální pomoci. Se vznikem samostatného Československého státu v roce 1918 byli Romové oficiálně uznáni jako svébytná národnostní menšina (Kaleja, Knejp, 2009, s. 21–29).

Jak vyplývá z mnoha výzkumů, Romové po příchodu do Evropy žili, až na výjimky, na okraji společnosti s nízkým sociálním statusem a na nízké životní úrovni. Tato skutečnost většinou přetrvává v současnosti, a to i přes snahu o integraci Romů majoritní i romskou skupinou. V kontextu s Romy se setkáváme se sociálním vyloučením. Člověk, rodina, domácnost a společenství jsou vyloučeny ze sociálních vztahů, interakcí, institucí. Romské obyvatelstvo má ztížený přístup ke kvalitnímu bydlení, vzdělání, na trh práce. Žijí často v izolovaných lokalitách s nedostatečnou občanskou vybaveností, vznikají vyloučené lokality tzv. ghetta (Knejp, 2009, s. 162).

### **3.2.3 Krize Romství**

Krizi Romství lze pozorovat především sdílením ztráty etnického sebevědomí Romů a nevírou ve vlastní jedinečnost a neopakovatelnost. Je způsobené jak ze strany Romů a to dobrovolným, tak majoritní společností vynucováním a opuštěním tradičních fenoménů sebeidentifikace. Krize má za důsledek společenský negativismus a nihilismus Romů, které se projevují jako nepřizpůsobivost a nechota sdílení životního stylu společnosti. Mezi hlavní a tradiční prvky romství patří rasové a jazykové znaky a fenomény ústně předávaného kulturního dědictví. Respektování těchto jevů je ze strany majority nízké, což je dáno minimální osobní zkušeností neromského obyvatelstva s pozitivními projevy romství. Existují

vzájemné intenzivní předsudky a stereotypy mezi českou majoritou a Romy, stejně také sociální izolovanost obou skupin. Ve ztrátě původní kulturní rozmanitosti se odráží proces vnitřní dezintegrace romství a také globalizační trend, jež je důsledkem homogenizace světové kultury. Na počátku nového milénia bylo výrazným problémem měnící se české společnosti hledání transkulturního porozumění na základě vzájemného poznávání a tolerance sociokulturních specifik (Kaleja et al, 2012, s. 43).

### **3.2.4 Dělení Romů**

Pojem Rom je název pro několik etnických skupin, které mají společný původ, jazyk a rysy. Romské obyvatelstvo se dělí do různých skupin. Obecně existují tři způsoby dělení.

**Vnitřní – Romské dělení, česko-moravští Romové a němečtí Romové,** kteří po druhé světové válce téměř vymizeli. Sintové před 2. světovou válkou žili v příhraničních oblastech Československa, kde se prolínali s českými Romy. Do Čech se přistěhovali *Romové slovenští*. Tvoří nejpočetnější skupinu Romů u nás. V této skupině panují obrovské rozdíly, jak sociální, tak kulturní. Jsou zde vysoce vzdělaní a schopní odborníci na světové úrovni, tak i sociálně vyloučení lidé. V roce 1959 po zákazu kočování se v Čechách usadili *Romové olašští*. Kteří přišli z Rumunska, Valašska a Moldávie. Svoje zvyky i jazyk si udržují dále, přestože i u nich dochází k postupnému zániku tradičních hodnot.

Dále se Romové dělí *podle profese*, jež vykonávají. Hudebníci, ti měli vždy výjimečné postavení, z Indie si Romové přinesli profese košíkářství, výrobu cihel, kovářství, nožířství. Romové olašští jsou odborníci na koňské handlířství, ženy na věštění z ruky.

Další dělení je na *Romy venkovské*, ti si zachovali mnoho ze své kultury a tradičního života, a *městské*. Romové *čistí* a *špinaví*. Špinaví jsou ti, kteří jedí koňské maso, jelikož kůň je posvátné zvíře, jedí ohřívána jídla či porušili skupinovou endogamii. Podle majetku se dělí na *chudé* a *bohaté*. V dnešní době nejbohatší nejčastěji olašští Romové, kvůli hromadění majetku překupnictvím, pololegálním i legálním aktivitám, uzavíráním sňatků uvnitř skupiny.

**Vnější dělení.** Slušní a neslušní. Podle barvy, kdy olašští Romové mají světlejší barvu kůže a vlasy.

**Etnicko-jazykové dělení.** Romština je mateřským jazykem, kterým mluví většina Romů na světě. Existují dialektické skupiny. Skupina balkánsko-karpatsko-baltská, grubertsko-ahmarská, čerharská a skupina kalderašsko-lovarská (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 82; Somnaka, 2016, s. 55–69).

### 3.2.5 Romské organizace

Za účelem prospěchu romských komunit existuje řada organizací (proromská sdružení). Patří mezi ně *IQ Roma servis*, *DROM* v Brně, *Demokratická aliance Romů* ve Valašském Meziříčí, *Společenství Romů na Moravě v Brně*. Dále *Romea* v Praze, ta vydává i časopis s názvem *Romano vodi*, sdružení *Athinganoi Praha*, které sdružuje mladé romské intelektuály a mnoho dalších. Romská sdružení vydávají měsíčník pro děti a mládež *Kereka*, noviny *Romano hangos*, internetový portál *Romea* a rádio *Rota*. Periodika vycházejí jak v češtině, tak romštině. Romská národnostní menšina má 14 zástupců v Radě vlády ČR pro záležitosti romské komunity, dále tři zástupce v Radě vlády pro národnostní menšiny (Šišková, s. 2008, 109–110).

### 3.2.6 Hodnoty, zvyky

Nejvýznamnější hodnotou je pro Romy život, a vše co vede k jeho zachování, zmnožení a pokračování. Pokud něco život ohrožuje nebo omezuje, vnímají to negativně. Na prvním místě v pomyslném žebříčku hodnot stojí tedy život, za ním rodina a pak zdraví.

Zvyky romské populace jsou často odlišné, podle toho, o jakou skupinu Romů se jedná. Mají v krvi rytmus, jsou dobří hudebníci i tanečníci. Nahrávky romských hudebníků se na hudebním trhu nazývají jako tradiční romská hudba, romská hudba, gypsy music, Roma music apod. V roce 1971 na Světovém romském kongresu byla přijata tradiční romská píseň *Djelem, Djelem*, za romskou hymnu, a také schválená romská vlajka. Dále také krásně malují, vyřezávají ze dřeva, modelují z hlíny.

Nemají vlastní tradiční svátky, Mezinárodní den Romů se slaví 8. dubna. Zatím nemá velkou tradici, ale začíná se dostávat do kulturního života mnohé romské populace (Nováková, 2012, s. 27, 31; Radostný, 2013, s. 205–207).

Kdysi při kočovném životě, nosili Romové svůj majetek při sobě, nejčastěji ve formě šperků (vhodná varianta pro uložení hodnot). Šperk nebyl jen dekorace, ale i záruka přežití a pojistka na lepší časy. Ke klenotům po předcích navazovali citově laděný vztah, nesli energii předchozího majitele. Šperkům přičítali zvláštní sílu, ochranu proti zlu, nesou také svou symboliku např. moc, historie, ochrana, svoboda (Somnaka, 2016, s. 8).

### 3.2.7 Životní styl

Životní styl Romů je rozdílný od českého obyvatelstva, vychází to z rozdílného chápání života, a tím může vznikat určité nepochopení. Dožívají se nižšího věku života než Češi. Je pro ně důležité zaměření na rodinu, více než na práci. Původní romský životní cyklus zaniká,



hodně je uchovaný ještě ve východoslovenských romských osadách, přesto lze nalézt některé prvky i u městských Romů (Plevová, 2011, s. 165).

### **3.2.8 Náboženské vyznání**

Říká se, že romské náboženství je sloučeninou náboženství majoritní společnosti a jejich vlastních pověr a magie. Jejich náboženské představy jsou ovlivněny přírodními silami. Je možné, že se jedná o uchované prvky z buddhistické a hinduistické filozofie. V České republice je hlavním náboženstvím křesťanství, proto vyznání Romů je většinou římskokatolické. Jsou velice oddáni Bohu, a náboženství chápou v širším významu než křesťané, víra je pro ně způsob života. Soubor příkazů a zákazů, který určuje, jak se má člověk chovat, a který dává životu řád nazývají *romipen*. Boha oslovují ve formě proseb a chvalozpěvů. Věří v posmrtný život, v duchy svých předků (Nováková, 2012, s. 31; Plevová, 2011, s. 164).

### **3.2.9 Umírání**

Nejvíce tradičních zvyků je v romské kultuře uchováno při úmrtí. Dbají na pohřební rituály, věří v ducha a posmrtný život. Věří, že pro nebožtíka si přichází někdo z dříve zemřelých příbuzných. Do rakve vkládají oblíbené předměty zesnulého, aby mu zpříjemnili pobyt na onom světě, např. dýmku, cigarety, alkohol, šperky a peníze. Během umírání odebírají dotyčnému polštář s peřinou a ženám odebírají šperky a rozpouštějí vlasy, aby se duše snadněji odpoutala od těla. Zakrývají zrcadla v místnosti, až do posledního výdechu umírajícího, k ochraně živých před duchy. Až do pohřbu u mrtvého vartují (v dnešní době již bez těla nebožtíka), přesto na něj pozůstali vzpomínají, hrají karty, vyprávějí příhody ze života zesnulého. Po pohřbu navštěvuje nebožtík své pozůstalé, aby jim dal najevo svou spokojenost s pohřbem, a to pomocí různých znamení, zvuků, zjevení se ve snech. U olašských Romů jsou pohřby velice nákladné a okázalé. Úmrtí blízké osoby Romové sdílejí s širokým okruhem lidí, nikoliv jen s blízkými příbuznými. Na pohřeb chodí každý, kdo zemřelého znal, přestože s ním byl ve zlém vztahu. Po smrti dochází k usmíření všech pozemských negací (Nováková, 2012, s. 30; Somnaka, 2016, s. 48).

### **3.2.10 Rodina**

Rodina je pro Romské obyvatelstvo základ. V kočovném období byla zdrojem obživy, měla vzdělávací funkci, ochrannou. Počet narozených dětí, zejména chlapců (dle přísloví je v chlapcích síla), zvyšuje prestiž rodiny (Vrublová, 2011, s. 50–51). Kelnarová a Matějková (2014, s. 83) uvádějí, že výchovu dětí má na starost žena, ale pomáhají i ostatní členové

rodiny, zajišťuje chod domácnosti, poslouchá svého muže. Muž je hlavou rodiny, nese odpovědnost za rodinu, zajišťuje finanční příjem rodiny. Často žijí pohromadě i čtyři generace, navzájem si všichni pomáhají. Vyhnání z domova by pro Roma bylo největším trestem. Romské ženy jsou poměrně mladé prvoroďičky. Těhotná žena je požeňnaná, přináší štěstí. Aby byl plod zdravý musí se řídit určitými pravidly, např. se nesmí se koukat na postižené lidi, na zesnulé či hady.

### **3.2.11 Stravování**

Příprava pokrmů je pro Romy rituálem, řídící se určitými pravidly. Jídlo se připravuje v nádobách, které jsou určeny pouze k účelu vaření. Potraviny, které se nespotřebují se vyhazují. Při vaření by hospodyně měla mít dobrou náladu, aby se pak strávníci cítili příjemně. V dospělosti konzumují nadměrné množství kávy a tučných jídel. Mezi tradiční jídla patří holubki (plněné zelné listy), mačanka (romská polévka), štrúdl po maďarsku, bramborový guláš, bramborový kotlík s klobásou. Nekonzumují koňské maso, zbytky jídel, ohřívána jídla, jídlo, které spadlo na zem, či v něm byl vlas (Nováková, 2012, s. 28).

### **3.2.12 Komunikace**

Neverbální komunikace je velice živá, projevují hodně své city, radost i agresi. Jejich momentální city popisuje jejich mimika, gestika a posturologie. Velice dobře ovládají češtinu, ale ve verbální komunikaci upřednostňují romštinu, jedná se o indoevropský jazyk, má mnoho dialektů. Na území České republiky jsou nevíce rozšířené tři dialekty, slovenský, maďarský, olšský (Vrublová, 2011, s. 50). Šišková (2008, s. 110–111) uvádí, že nejvíce rozšířeným dialektem je slovenská romština, mluví jí přibližně 70 % – 80 % Romů v ČR. Maďarským nářečím tzv. ahi-dialektem, mluví Romové na jihu a jihozápadě Slovenska, místy i v Čechách. Společné prvky s balkánským jazykem má nářečí olšské. Jím hovoří podle jejích mluvčích asi 23 tisíc Romů, což je jen malé procento z celkové romské populace. Romština není tradičně překládána, nemá ani kodifikovanou psanou formu jazyka. Je nástrojem pro ústní komunikaci užívanou především v soukromém životě.

### **3.2.13 Těhotenství a porod**

Ve srovnání s neromským obyvatelstvem mají Romové kratší délku těhotenství. Přes 70 % romských žen navštěvuje prenatální poradnu, přesto mnoho žen rodí předčasně. Narozené děti mají nižší porodní váhu než neromské. Předčasně narozeným novorozencům romského etnika se ve srovnání s neromskými o stejné váze daří lépe. U romských dívek nastupuje menses později, a délka reprodukčního období je delší, než u neromských žen. Romské ženy málokdy

užívají antikoncepci, proto je také interval mezi porodem dalšího dítěte krátký, mnohdy okolo 1,5 roku. Těhotná žena má určité výhody, k jídlu dostává vše, na co má chuť. Když ve větším společenství někdo kolem těhotné ženy prochází, musí jí nabídnout jídlo, a tato žena naopak jídlo nesmí odmítnout. Také nesmí koukat na nic ošklivého např. na žábu či hada, a na postižené lidi, aby se dítě také nenarodilo postižené. Neměla by se lekat, a pokud se lekne, neměla by se dotýkat žádné části těla, protože by na tom místě mohlo mít dítě skvrnu. Ze stejného důvodu se nesmí koukat do ohně.

Při porodu nesmí mít žena žádné ozdoby na sobě, šperky, sponky a kovové předměty, aby neměla těžký porod. Po porodu následují křtiny, důležitou roli mají kmotři. Dítě je přijato do společenství lidí, jsou nad ním řečena blahopřání (Nováková, 2012, s. 29).

### **3.2.14 Romové ve zdravotnickém zařízení**

Komunikace s romskými pacienty bývá často obtížná. Romové jako pacienti chtějí být ošetřeni co nejdříve, jsou nedůvěřiví, často si přejí získávat informace od nejvyššího představitele oddělení. Nebojí se užívat silné verbální i neverbální komunikace, často agresivní. Mívají strach z diskriminování. Při hospitalizaci člena rodiny se snaží setrvat poblíž po celou dobu, jsou typičtí častými a četnými návštěvami, tím mohou narušovat chod oddělení. Ženy v průběhu porodu jsou velice hlasité, prožívají porod silně verbálně i neverbálně. Jsou velmi citlivé na bolest. Po porodu odcházejí ke své rodině a vrací se až pro novorozence. Sikorová a Závěšická (2012, s. 343) ve svém výzkumu s názvem *Přístup romských a neromských matek k péči o novorozence* popisují nejčastější důvody odchodu romských žen z porodnice. Na první místě uvádějí nezajištěnou péči o děti, které mají doma, nutnost postarat se o chod domácnosti. Dalším důvodem je nechut' zůstat v nemocnici nebo nechtějí doma nechat partnera samotného, či jim odchod z nemocnice poradil někdo z rodiny. Romové mají obrovský strach ze smrti, přestože jejich zdravotní stav není až tak vážný. Při péči o takového pacienta je potřeba individualizovaný přístup, srozumitelné vysvětlení příčiny a průběhu onemocnění. Být trpělivý, nebýt ironický (Romové často ironii nechápou) a empatický (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 84–86; Plevová, 2011, s. 166).

## **3.3 VIETNAMSKÁ MINORITA**

Podle ČSÚ žilo v České republice v roce 2017 téměř 60 000 obyvatel vietnamské národnosti. Podle získaných dat, ČSÚ (2012) uvádí, že u nás Vietnamci ze všech cizinců žijí dlouhodobě nejdéle, v průměru osm let. Většina z nich má partnera, děti, a další členy rodiny.

Vietnamské obyvatelstvo patří mezi imigranty, kteří neohrožují přímou konkurenci na trhu práce majoritnímu obyvatelstvu, ale pracovní příležitosti vytvářejí. V dnešní době Vietnamci žijící v České republice, jsou vietnamské národnosti. Zde mají trvalé nebo dlouhodobé povolení k pobytu. S českým občanstvím jich je jen malé procento.

Vietnamci začali do Čech imigrovat jako vzájemná družba od roku 1956 v rámci komunistického bloku. Šlo o spolupráci na základě mezistátních dohod, do ČR přicházeli vietnamští učni, stážisté a pracovníci. Po roce 1989 státem řízený import skončil, ale Vietnamci do nově svobodné země proudili dál. Mnoho Vietnamců využilo možnost získat živnostenský list a začít podnikat (Tóthová et al., 2010, s. 46).

V České republice má vietnamská komunita několik desítek reprezentujících organizací. Řadí se mezi ně *Svaz Vietnamců v ČR*, *Svaz vietnamských podnikatelů*, *Česko-vietnamská společnost*, *Svaz vietnamské mládeže a studentů*. Organizace jsou zaměřeny na pomoc vietnamské komunitě, podpoře podnikatelům či rodné zemi. Dále existuje spolek *Van Lang*, který je zaměřen na literaturu, kulturu a lidská práva. Mezi nábožensky založené spolky patří *Vietnamský klub sympatizantů s buddhismem v EU*, *Vietnamské misie*, *Vietnamské buddhistické společenství*. Na sport se zaměřuje *Honk khi Dao* (škola kug-fu) a *Vietnamsko-česká sportovní asociace*. Čeští vietnamisté a studenti založili *Klub Hanoi*, druhou skupinou shlukující též členy majoritní společnosti je *Info-Dráček*. (Tóthová et al., 2010, s. 47; vláda ČR).

### 3.3.1 Charakteristika

Ve Vietnamu je hlavním náboženstvím Buddhismus, Konfucianismus a Taoismus. Někteří Vietnamci jsou křesťané, mnoho z nich katolíci, potom vyznavači hinduismu, islámu a animismu. Mnoho Vietnamců věří, že božstva a duchové ovládají vesmír, a že duchové mrtvých příbuzných zůstávají v domě. Uctívají své předky, věří, že po smrti duše žije dál a ochraňuje potomky. Ve vietnamských domácnostech lze nalézt rituální oltáře, které se dědí z generace na generaci (Purnell, 2008, s. 65; Tóthová et al., 2010, s. 53–55).

Pro Vietnamce je rodina velmi důležitá, uctívají předky. Struktura rodiny je patriarchálního charakteru. Hlavní slovo má otec nebo prvorozený syn, ten dědí také majetek, manželka je podřízená. Především muž zajišťuje rodinu, je schopen vykonávat těžké a psychicky náročné práce. Při výchově dětí se klade důraz na dodržování pravidel společenského chování, rodiče šetří chválou. Učí děti se usmívat na své okolí, lpí na úspěšnost, samostatnost a nezávislost více než majoritní obyvatelstvo v Čechách. Podle nich není vhodné dávat druhým najevo, že

se mýlili, stejně tak veřejně upozornit na chyby ostatních. Páry se na veřejnosti nelíbají, také na veřejnosti není vhodné smrkání. Při setkání se nejprve zdraví muž, pak až žena (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 86–87).

Jméno vietnamských rodin se skládá ze tří částí. Osobní jméno, příjmení a spojovací slabika. Příjmení bývají často stejná, orientují se dle osobního jména, stejně tak může mít muž i žena stejné jméno, rozlišujícím znakem je pak prostřední jméno. Pro muže *Van*, ženu *Thi*. Po svatbě žena nepřijímá manželovo jméno (Tóthová et al., 2010, s. 109).

U vietnamských obyvatel má význam stolování, během přípravy jídla se schází celá rodina a diskutuje o obchodu, vzdělání dětí a o domácnosti. Obědvají dlouho, mlaskání a říhání je pochvalou pro hostitele. Potraviny spadlé na zem se uklízí až po jídle. U jídla relaxují, polévka se jí na závěr pro doplnění tekutin a soli v těle. Nejdůležitější používanou surovinou je rýže, dále ryby, drůbež, ovoce a zelenina. Minimálně jedí mléčné výrobky. Stravují se třikrát denně, nepřijímají studené věci, pijí teplé nápoje (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 87).

### **3.3.2 Vietnamská minorita ve zdravotnickém zařízení**

Věří v rovnováhu jin a jang. Narušení této harmonie je příčinou nemoci. Při léčbě je potřeba důkladně vysvětlovat postup vyšetření a procedury, kývají hlavou, že souhlasí, ale nemusí rozumět. Závažný stav pacienta se konzultuje společně s hlavou rodiny. Je potřeba brát na vědomí stud pacienta. Hygienu včetně sprchování provádějí ráno, při neschopnosti žádají pomoc člena rodiny stejného pohlaví. Bolesti snášejí bez léku, mají strach ze závislosti. O zaživačích problémech informují personál až je situace problematická. Pro příslušníky vietnamské minority může mít velký význam tradiční čínská medicína (TČM), a to jak v období zdraví, tak i v nemoci. Tradiční čínská medicína má historii starou několik tisíc let. Jedná se o nahromaděné poznatky a zkušenosti tisíce lékařů a terapeutů. TČM není nic mystického a šarlatánského, na člověka je pohlíženo jako na součást celku. Lidský organismus je propojen vnitřními a vnějšími vazbami, jednotlivé orgány jsou vzájemně ovlivňovány. Komplexní léčba pomocí TČM v sobě zahrnuje několik léčebných postupů individuálně zaměřených na potřeby daného jedince. V léčebných postupech dominuje fytoterapie (bylinná léčba). Ta je považována za původní kořen, z něhož tradiční čínská medicína vyrůstá. Do léčebných metod dále patří akupresura, akupunktura, moxování, úprava stravování, cvičení a metoda přikládání baněk. (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 87; Rolantová, Tóthová, 2009, s. 201; Tóthová et al., 2010, s. 61–62).

V případě smrti je ve Vietnamu preferován kostrový pohřeb, barva smutku je bílá. Mají tzv. Den vzpomínek, kdy uctívají zesnulého. V Číně po smrti převlékají nebožtíka do civilního oděvu, ve kterém bude pohřbe. Rodina je s ním co nejvíce pohromadě. Na pohřeb nesou lístky květin, listy, kde jsou popsány činy zemřelého a přání, vše je hozeno na místo, kde je následně pochován (Tóthová et al., 2010, s. 125).

Těhotná vietnamská žena je obdarována pozorností. Důraz kladou na zdravé stravování se (dostatek masa, vitamínů a vajec), na dostatek odpočinku. Žena by se neměla namáhat. V průběhu těhotenství nevykonává těžkou práci, musí být v teple. Před porodem se vykoupe, ale po porodu první dny ne, jejich tradiční kultura to zakazuje. U porodu je otec rád přítomen. Ženy nejsou u porodu vůbec hlučné, ale tiše trpí. Upřednostňují porod vaginálně. V případě komplikací se informace sdělí otci či jinému členu rodiny, a ten rozhodne, kdo zprávu ženě sdělí. Jsou stydlivé, citlivé na soukromí v souvislosti s cizími muži. Vietnamci lékaře respektují, chodí na preventivní prohlídky jen při upozornění zdravotnického personálu.

Tóthová (2007, s. 221–229) společně s dalšími autory provedla výzkumné šetření zabývající se zmapováním jednotlivých aspektů životního stylu vietnamské minority v ČR z hlediska jejich kulturních odlišností. V šetření bylo potvrzeno, že příslušníci vietnamské minority pečují o své zdraví, dbají o správný životní styl, mají zájem o své stravování, udržují optimální hmotnost svého těla a mají dostatek pohybových aktivit. Překvapením pro autory bylo zjištění, že velký počet respondentů (74 %) pravidelně užívá tabákové výrobky.

### **3.4 UKRAJINSKÁ MINORITA**

Podle ČSÚ (2018, s. 13) z hlediska státního občanství jsou občané Ukrajiny dominující skupinou cizinců žijící v České republice. V roce 2017 zde žilo 117 061 osob ukrajinské národnosti. Nejvíce Ukrajinců žije v hlavním městě. V roce 2017 bylo v Praze evidováno 48 731 Ukrajinců, což představuje více než 40 % z celkového počtu cizinců tohoto státního občanství žijících v ČR. Dále žije velký počet Ukrajinců ve Středočeském s Jihomoravským krajem.

Migrace Ukrajinců do Čech probíhala v několika vlnách. Ukrajinci začali přicházet do Čech již v 16. století za Rakouska-Uherska, na konci 19. století přibývala migrace zejména z politických důvodů. Na počátku 20. století přijížděli ukrajínští studenti, chtěli si zvýšit vzdělání a následně získat odpovídající práci. Společně s nimi přibývali také dělníci, kteří pracovali na zemědělských statcích a v uhelných dolech. Po skončení 1. světové války, v době první Československé republiky proběhla velká migrace Ukrajinců do Čech z důvodu

neúspěšného boje za svobodu nového národa s Polskem a Sovětským svazem. Po 2. světové válce byla ukrajinská menšina pronásledována Státní bezpečností, sovětskou tajnou policií a později i československým komunistickým režimem. Po komunistickém převratu byly zakázány veškeré aktivity ukrajinských organizací. Až na výjimku *Kulturního svazu ukrajinských pracujících v ČSSR*, byly všechny zrušeny. Dále bylo potlačováno náboženské cítění ukrajinské menšiny a pronásledování řeckokatolických věřících.

Po pádu komunismu docházelo k obnovování organizací, vzniklo *Občanské fórum Ukrajinců* a *Sdružení Ukrajinců v České republice*, dále organizace *Ukrajinská iniciativa v ČR*, *Sdružení Ukrajinek v ČR* a *Fórum Ukrajinců* (Hudáčková, 2012, s. 60; Lhoťan, 2012, s. 10–11).

### 3.4.1 Charakteristika

Oficiálním jazykem na Ukrajině je ukrajinština. Původní jazykem byla staroslovenština, úředním jazykem je také ruština. Nejrozšířenějším náboženstvím je pravoslavné křesťanství. Prvním proudem je Kyjevský patriarchát, druhým Moskevský zahrnující většinu věřících, třetím proudem je Ukrajinská autokefální pravoslavná církev. Na západě Ukrajiny se vyskytují také řečtí katolíci. Za menšinové náboženství je považováno také židovství. Většina Ukrajinců je dnes křtěna. Slavení svátků se odvíjí od pravoslavného Juliánského kalendáře, svátky jsou církevní a občanské. Tradiční ukrajinské zvyky jsou typické pro starší generaci. Při setkání je potřeba se vzájemně přivítat a seznámit, žena podává ruku jako první. Ukrajinci jsou pohostinný národ, pokud je host pozván předem do domu, měl by přinést malý dar, nabídnuté pití se neodmítá, před jídlem si přeje „dobrou chuť“ a na talíři se nenechávají zbytky. Ukrajinská národní kuchyně vychází z evropského stravování a částečně z kuchyně asijské. Tradičním pokrmem je ukrajinský boršč.

Rodiny si velice váží a je pro ně moc důležitá. Bývá důvodem odchodu z Ukrajiny do neznámé země, a také důvodem proč v České republice nesetrvávají natrvalo. Důvodem migrace je nejčastěji ekonomická situace, s cílem zajistit rodinu po materiální stránce. Tradiční ukrajinská svatba bývá v říjnu či v listopadu po žních. V případě úmrtí je tělo vystaveno v otevřené rakvi, aby se s ním blízcí mohli rozloučit. Největším zlozvykem je pro ně kouření (Hudáčková, 2012, s. 62–71; Pavlíková et al., 2009, s. 20, 67).

V roli pacientů jsou ukáznění, nemají obvykle speciální požadavky. Příliš neprojevují emoce. Při snášení bolesti bývají klidní a vyrovnaní. Snaží se přizpůsobit chodu oddělení. Rodina většinou není přítomná v ČR, proto nemají rodinné návštěvy při hospitalizaci. Při poskytování

zdravotní péče může být překážkou jazyková bariéra a nevlastnění pojištění (Zeleníková, 2014, s. 38).

### 3.5 SLOVENSKÁ MINORITA

Slováci jsou druhou nejpočetnější skupinou cizinců žijících v České republice. Podle údajů z roku 2017 jich na našem území žilo 111 804. Kromě Prahy, kde jich žije asi 27 % z celkového počtu Slováků v ČR, se vyskytují v hojném počtu ve Středočeském, Jihomoravském a Moravskoslezském kraji. Z hlediska přechodného pobytu, tvoří Slováci nejpočetnější skupinu cizinců u nás, přes 30 % žijících Slováků v ČR (ČSÚ, 2018, s. 14).

Na území České republiky přicházeli historicky v několika migračních vlnách. První vlna probíhala v letech 1945–1947, vztahovala k osidlování česko-německého pohraničí, následovaly vlny, motivované pracovní migrací do průmyslových oblastí např. Ostravska a severočeské uhelné oblasti. Již v době minulého režimu někteří Slováci každodenně dojížděli do Čech za prací. Po sametové revoluci imigrovali do ČR z politických důvodů vysokoškoláci, politici i umělci. Slováci jsou v dnešní době geograficky rozptýleni po celém území České republiky. Existuje mnoho smíšených česko-slovenských manželství, která jsou ukazatelem dobrých mezietnických vztahů s českou majoritou (Kajanová, 2015, s. 150). Slováci představují minoritu, která je českým obyvatelstvem nejvíce oblíbená a akceptovaná. Je to dáno především stejnou kulturou, jazykovou a geografickou blízkostí a společnou historií. Na druhé straně, je to právě jazyk, který je znakem základní etnoidentifikace.

Existuje několik slovenských organizací v ČR, např. *Obec Slovákov v ČR*, která vydává časopis *Korene*. Jedná se o první slovenský časopis v ČR. Obsahuje články o politické situaci, slovenské historii, kulturním životě, sportu atd. Dále časopis česko-slovenská revue *Zrkadlenie/Zrcadlení*, který vydává *Slovensko-český klub*, Český Pen klub a Slovenské centrum Pen klubu, magazín *Slovenské dotyky* (vydáván Slovensko-českým klubem), Slovenské rozhľady vydávané *Zväzem Slovákov* a Listy 2000, které vydává *Klub slovenskej kultúry* (Ezzeddine-Lukšíková, Pažejová, 2006, s. 19–21; Vrublová, 2011, s. 36).

#### 3.5.1 Charakteristika

Ze všech cizích jazyků je slovenština češtině nejvíce podobná. Češi a Slováci dokáží spolu plnohodnotně komunikovat, přestože každý hovoří svým jazykem, i když někteří, především děti a mladí lidé mají občas problém s porozuměním slovenštiny. Při hospitalizaci slovenského pacienta v ČR není jazyk vnímán jako komunikační bariéra. Problém v komunikaci může nastat s názvy měsíců či orgánů, jelikož se říkají odlišně, např.



Leden–Január, játra–pečeň. Ve vztahu ke zdravotnickému personálu se chovají slušně, ochotni spolupracovat a dodržovat daná doporučení. Když v České republice žijí Slováci delší dobu, postupně nahrazují některá slovenská slova českými, až začnou česky mluvit úplně. V rámci neverbální komunikace v průběhu rozhovoru navozují oční kontakt, který signalizuje zájem o mluvčího. Při komunikaci se svými blízkými udržují krátkou vzdálenost, s cizími lidmi vzdálenost větší. Otevřeně projevují emoce, tón hlasu je mírný, slovenština je považována za melodický jazyk. Důvěrné informace neprobírají s cizími lidmi, dodržují stanovený čas a termíny. Rodina je považována za stabilní, nejedná se jen o rodiče a děti, ale i o širší příbuzenství. Znakem rodiny je společné bydlení, stolování, rozdělení práce a majetku, společné trávení času. (Vrublová, 2011, s. 38–39; Zeleníková, 2014, s. 40).

### **3.6 POLSKÁ MINORITA**

Data z roku 2017 ukazují, že na území České republiky žilo 20 669 Poláků. Nejvíce z nich se nacházelo v Moravskoslezském kraji (5 462 osob), na druhém místě v Praze (3 298 osob) (ČSÚ, 2018, s. 13)

Po první světové válce v roce 1920 vznikla na dnešním území ČR polská menšina v rámci státoporných procesů v důsledku rozdělení Těšínska. Na území Těšínska, které bylo připojeno k Československu žilo 120 tisíc Poláků. I v dnešní době, se na tomto území nachází největší část polské menšiny v ČR. Kromě původních polských obyvatel existovali také polští přistěhovalci, např. z Haliče, jednalo se jak o sociálně slabé vrstvy, tak o intelektuály, inženýry a techniky, usazující se na Ostravsku. Další skupina Poláků žije v Praze, kterou osidlují od 19. století. V Praze vznikl Polský Klub. Největšími organizacemi polské národnostní menšiny jsou Polský kulturně osvětový svaz v ČR – PZKO a Kongres Poláků v ČR (Vrublová, 2011, s. 43–44).

#### **3.6.1 Charakteristika**

Nejvyšší hodnotu má u polského obyvatelstva rodina a národ. Jsou patriotičtí. Polsko je silně katolickým státem, Poláci v České republice kladou důraz na duchovní život a osobní hledání víry. V oblasti Slezska se nacházejí také protestanti. V životě člověka je důležitým okamžikem křest a sňatek. Nejdůležitějšími křesťanskými svátky jsou Vánoce a Velikonoce. V ČR je pro polskou menšinu charakteristický vysoký podíl žen, přibližně 3/5. Poláci jsou pohostinní. Mezi nejčastěji užívaná jídla patří jateční maso, ryby, zelenina a brambory, mléko. Národním jazykem je polština, jazyk představuje viditelné potvrzení národní identity. Přímým očním kontaktem vyjadřují naslouchání, používají výrazná gesta rukou.

Mnoho Poláků přijímá roli nemocného velmi těžko. Svůj stav mohou zlehčovat, aktivity denního života provádějí tak dlouho, dokud to lze. Z počátku využívají domácí léky, až po-té vyhledávají odbornou pomoc. Snesitelnější je akutní onemocnění než chronická nemoc. Při onemocnění se o péči o daného jedince zapojují i členové rodiny (Zeleníková, 2014, s. 43–46).

### 3.7 Další minority v ČR

**Rusové** se ve zdravotnickém zařízení chovají slušně, jsou trpěliví a klidní. Je pro ně důležité mít dobrý zdravotní stav. Je pro ně typické, že často chodí pozdě a nedodržují stanovené termíny. Při stolování potraviny nevkládají na talíře, ale do mísy, aby se každý obsloužil sám. Hlavními potravinami jsou maso a obiloviny. Mají vysokou toleranci k alkoholu (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 93).

**Židé** jsou národem židovského náboženství, judaizmu. Židovské náboženství se dělí do tří skupin: ortodoxní, konzervativní a reformní. Podle židovského zákona by měli Židé vyhledávat kvalifikovanou lékařskou péči. Smí užívat léky, přijímat krev a vakcíny. Vyžadují pochování do země jakéhokoliv orgánu, proto je pro ně nepřijatelné dárcovství orgánů. Nesouhlasí s kremací. Potrat na žádost ženy nepřijímají, pouze ze zdravotních důvodů. Často se řídí tzv. košer stravováním (nejedí vepřové maso, maso měkkýšů, mléčné výrobky s masem). U novorozenců 8. den života se vykonává obřízka na znamení abrahámovského svazku mezi Bohem a jeho lidem. S obřízkou je spojeno vyhlášení jména, u dívek se tak děje první sobotu po narození, bez obřízky (Kelnarová, Matějková, 2014, s. 90–91).

**Muslimové** jsou vyznavači islámského náboženství. Ústřední autoritou je Korán. Modlení je pro muslimy jedním z pěti sloupců islámu, modlí se pětkrát denně. Modlení se řídí přísnými rituály. Na veřejnosti musí mít ženy zahalené vlasy, na ulici se nesmí bavit s cizím mužem, který není příbuzný. Muži nesmějí být homosexuálové. Při jídle se setkává celá rodina, při hospitalizaci člena rodiny se snaží zabránit jedení o samotě, často si rodina přeje nemocnému sama vařit. Hovoření o intimních a rodinných problémech je tabu. Stydí se mluvit o fyziologických funkcích (močení, stolice, výtok). Žena s mužem nehovoří o těhotenství. Upřednostňují péči od zdravotníka stejného pohlaví. Podávání věcí levou rukou je považováno za neslušné. K záchraně a prodloužení života je možno využívat všech prostředků např. transfuze krve. Smrt není konec, ale přestup k věčnému životu s Bohem (Kutnohorská, 2013, s. 93–103; Ryšlinková, 2009, s. 21–22).

## **PRŮZKUMNÁ ČÁST**

## 4 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit požadavky na péči a kulturní specifika klientek z romské minority, která mohou mít vliv na realizaci a zkvalitnění ošetrovatelské péče. Dalším úkolem je na základě získaných informací vytvoření edukačního materiálu pro zdravotnické pracovníky.

Na základě stanovených cílů průzkumu a studia odborné literatury byly stanoveny v diplomové práci s názvem „Klientka z odlišné minoritní skupiny v českém zdravotnickém zařízení“ následující průzkumné otázky.

**Průzkumná otázka č. 1:** Jaké je postavení ženy v romské rodině?

**Průzkumná otázka č. 2:** Jaké jsou požadavky romských žen v průběhu hospitalizace v českém zdravotnickém zařízení?

**Průzkumná otázka č. 3:** Jaký je životní styl romských žen v průběhu těhotenství a po porodu?

## 5 METODIKA PRŮZKUMU

V průzkumné části práce byla zvolena metoda sběru dat, časové rozmezí, ve kterém bude průzkum probíhat, místo sběru dat a také kritéria pro zařazení respondentek do průzkumného šetření.

### 5.1 Metodika sběru a zpracování dat

Průzkumné šetření probíhalo metodou kvantitativního šetření v období od září 2018 do ledna 2019, metodou sběru dat byl dotazník vlastní konstrukce. Průzkumu předcházelo schválení žádosti s provedením průzkumného šetření.

Průzkum probíhal ve vybraném zdravotnickém zařízení, na oddělení šestinedělí, v období od září 2018 do ledna 2019. Dotazníky byly rozdávány vybraným respondentkám autorkou diplomové práce. Vyplněné dotazníky byly vhazovány do připraveného boxu. Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků, z nichž se správně a úplně vyplněných vrátilo 59. Návratnost činila 84,3 %.

Dotazník vlastní konstrukce obsahuje 20 otázek, z toho 3 otázky jsou uzavřené, 4 otázky otevřené, a 13 otázek polouzavřených. Dotazník obsahuje nejprve identifikační otázky (věk, příslušnost k etniku, rodinný stav, vzdělání, parita/gravidita). S první průzkumnou otázkou, jsou spojeny dotazníkové otázky č. 6–8. Následující otázky č. 9–13 se zabývají druhou průzkumnou otázkou. S průzkumnou otázkou č. 3 jsou spjaty otázky 14–20. Úvodní část obsahuje popis a význam dotazníku, dále poděkování za spolupráci. Dotazník je přiložen v Příloze A.

Získaná data byla zanalyzována a zpracována v programu Microsoft Office Word a Microsoft Office Excel a dále byl využit pro vyhodnocení získaných dat program STATISTICA 12. Výsledky byly zpracovány do jednotlivých přehledových tabulek a grafů. V tabulkách jsou údaje vyjádřeny pomocí absolutní četnosti ( $n_i$ ), která udává počet odpovídajících respondentek, dále relativní četnosti ( $f_i$ ), vyjadřuje četnost pomocí relativních hodnot, je dána podílem jednotlivých absolutních četností  $n_i$  k rozsahu souboru  $n$  (celkový počet respondentek). V otázkách s možností zvolení více odpovědí je součet shodných odpovědí na danou otázku označen symbolem  $n_o$ , Dále symbol  $f_o$  udává podíl absolutní četnosti  $n_o$  k celkovému počtu odpovědí. (Kladivo, 2013, s. 11).

## 5.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Průzkumného šetření se účastnilo 59 respondentek, které byly ochotny odpovědět na otázky v předloženém dotazníku. Kritériem pro zařazení žen do průzkumného šetření bylo, že respondentky byly romského původu. K romskému etniku se dobrovolně přihlásily. Tato minoritní skupina byla vybraná záměrně. Jedná se o specifickou minoritu, nejpočetnější národnostní menšinu v ČR. Ženy musely být schopny se dorozumět českým jazykem a byly starší osmnácti let.

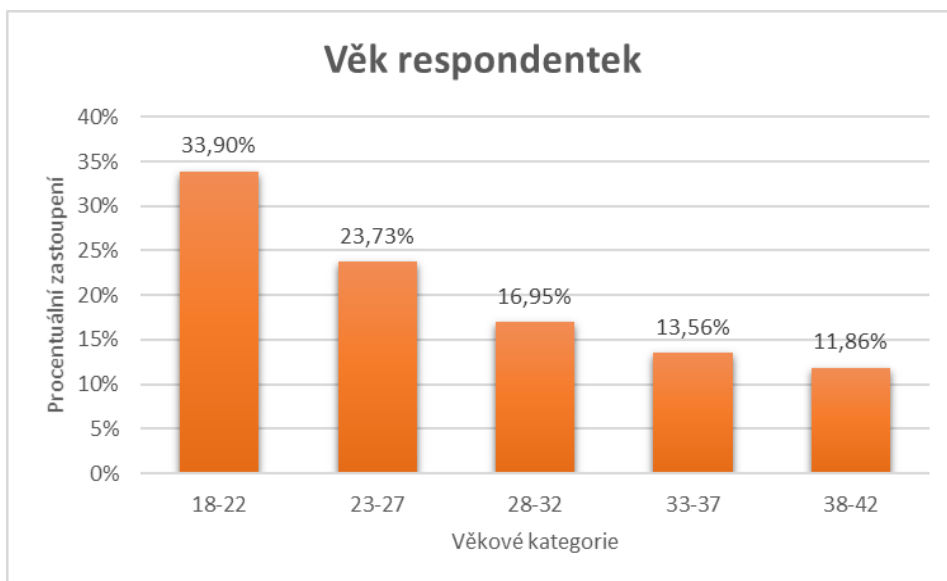
**Tabulka 1** Popisná statistika věku respondentek

Proměnná	Popisná statistika						
	N platných	Průměr	Medián	Modus	Četnost modu	Minimum	Maximum
Věk	59	26,90	25	18	6	18	42

Průzkumu se účastnilo celkem 59 respondentek. Všechny oslovené ženy byly ve věkovém rozmezí od 18 let do 42 let. Průměrný věk respondentek byl 26,90 let. Střední hodnota (medián) byla 25 let. Modus, tedy nejčastější věková kategorie byla 18 let, a to u 6 respondentek.

**Tabulka 2** Věk respondentek

Věk respondentek	$n_i$	$f_i$ (%)
18–22 let	20	33,90
23–27 let	14	23,73
28–32 let	10	16,95
33–37 let	8	13,56
38–42 let	7	11,86
<b>Celkem</b>	<b>59</b>	<b>100</b>



**Obrázek 2 Graf věkového rozložení respondentek**

Pro lepší přehlednost byly respondentky rozděleny do věkových kategorií. Z celkového počtu 59 respondentek bylo jejich největší zastoupení v kategorii 18–22 a to dvacet žen (33,90 %), v kategorii 23–27 čtrnáct žen (23,73 %), v rozmezí 28–32 se u této skupiny respondentek nacházelo deset žen (16,95 %), v kategorii 33–37 to bylo osm žen (13,56 %), v posledním věkovém rozhraní 38–42 bylo 7 žen (11,86 %). Vše je obsaženo v tabulce číslo 2 a pro lepší orientaci je procentuální zastoupení respondentů v jednotlivých skupinách ještě znázorněno na grafu číslo 2.

**Tabulka 3 Etnická příslušnost**

Etnická příslušnost	$n_i$	$f_i$ (%)
Romové	59	100
Češi	0	0
Jiné	0	0
<b>Celkem</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Respondentky uváděly, k jakému etniku se ony samy řadí (viz Tabulka 3). Celkem se k romskému etniku řadí 59 respondentek (100 %). Možnost odpovědi, řadím se k českému a jinému etniku, nezvolila žádná žena.

**Tabulka 4 Rodinný stav**

<b>Rodinný stav</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> (%)</b>
svobodná	44	74,58
vdaná	15	25,42
rozvedená	0	0
vdova	0	0
<b>Celkem</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Na údaj o rodinném stavu odpovědělo 44 žen (74,58 %), že jsou svobodné, 15 (25,42 %) žen je vdaných. Žádná žena není rozvedená ani ovdovělá (viz Tabulka 4).

**Tabulka 5 Nejvyšší dosažené vzdělání**

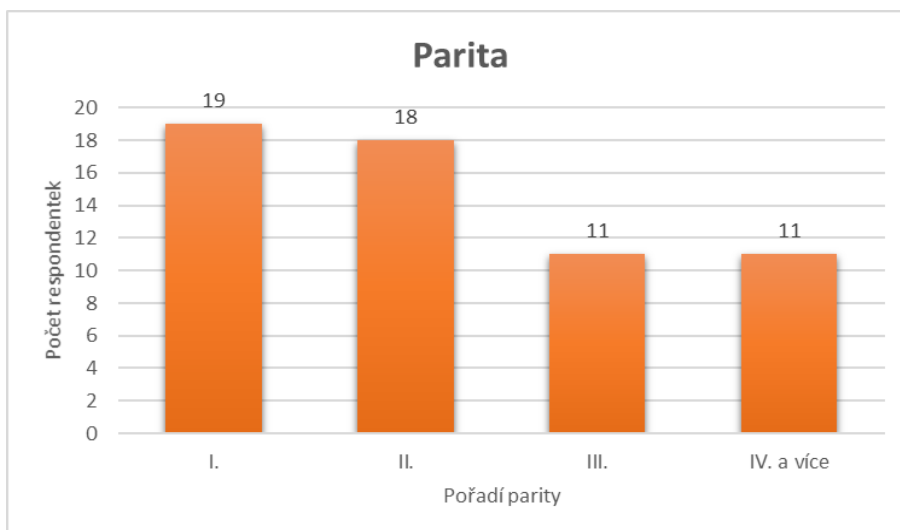
<b>Nejvyšší dosažené vzdělání</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> (%)</b>
Neukončené	8	13,56
Základní	26	44,07
Střední bez maturity	20	33,90
Střední s maturitou	5	8,47
Vyšší odborné	0	0
Vysokoškolské	0	0
<b>Celkem</b>	<b>59</b>	<b>100</b>



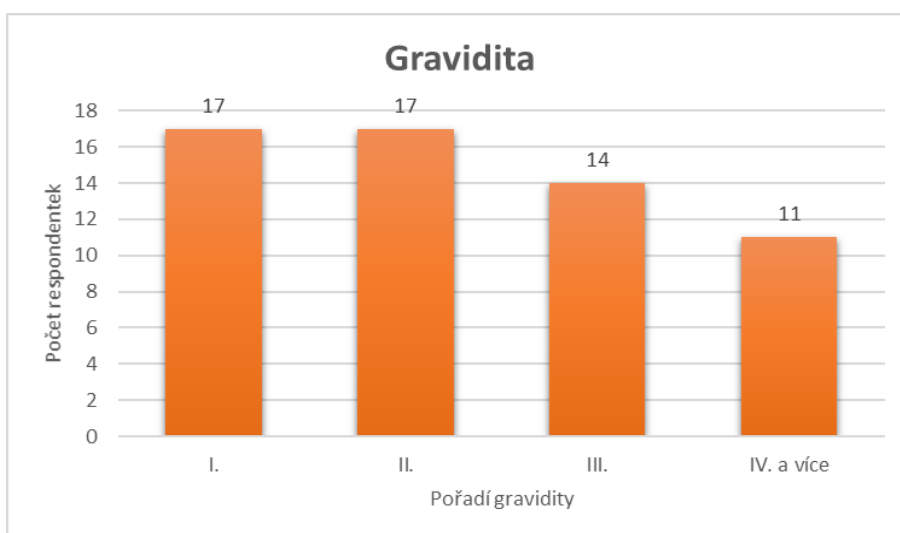


**Obrázek 3 Vzdělání respondentek**

Další položkou v dotazníku související s charakteristikou výzkumného souboru bylo nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Nejvíce jich uvedlo základní vzdělání, a to 26 žen (44,07 %), 20 respondentek (33,90 %) uvedlo, že mají střední školu bez maturity, střední školu s maturitou má 5 respondentek (8,47 %), neukončené vzdělání 8 žen (13,56 %), a vyšší odborné a vysokoškolské vzdělání neuvedla ani jedna respondentka (viz Tabulka 5). Pro lepší orientaci je procentuální zastoupení respondentů v jednotlivých skupinách ještě znázorněno na grafu číslo 3.



**Obrázek 4 Parita**



**Obrázek 5 Gravidita**

Ve vyplňovaném dotazníku se otázka č. 5 týkala výše gravidity, kolikrát byla žena těhotná, a parity, kolikrát žena porodila nebo bude rodit. Wágner (2017) uvádí, že v dnešní době mají integrované romské páry pouze 2 děti, ale drtivá většina romských párů má od 3 do 8 dětí (www.parlamentnilisty.cz). V daném průzkumu se nacházelo nejvíce prvorodiček a to celkem 19 (32,21 %), dále 18 druhorodiček (30,51 %), 11 (18,64 %) třetirodiček a 11 (18,64 %) žen, které rodily čtyřikrát a více. Průzkumu se účastnila i respondentka, která porodila své desáté dítě, ale těhotá byla dokonce čtrnáctkrát. Sedmnáct respondentek uvedlo, že jsou těhotné poprvé, sedmnáct podruhé, čtrnáct žen bylo třikrát gravidních, těhotných více než čtyřikrát bylo jedenáct žen (viz Obrázek 4 a Obrázek 5). V této skupině žen, vychází na jednu ženu 2,58 dětí, tzn. že průměrně mají respondentky dvě až tři děti. To je více, než uvádějí údaje ČSÚ z roku 2016, kdy byla výše plodnosti v České republice 1,63 dítěte na jednu ženu.

### 5.3 Interpretace výsledků

Tato kapitola zpracovává výsledky jednotlivých otázek dotazníku. Výsledky jsou zpracovány ve formě tabulek, grafů a popisné statistiky.

#### Otázka č. 6: Jaké jsou povinnosti žen ve Vaší rodině?

Tabulka 6 Povinnosti romských žen

Odpovědi	$n_o$	$f_o$ %
Pečovat o děti, vychovávat děti.	42	31,82
Starat se o domácnost, uklízet (prát, žehlit, utírat prach, luxovat).	35	26,51
Vařit, nakupovat potraviny.	29	21,97
Starat se o partnera, manžela.	13	9,85
Žádné.	6	4,55
Pracovat.	5	3,79
Poslouchat muže.	2	1,51
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>132</b>	<b>100</b>

V této otázce respondenty vypisovaly, jaké povinnosti vykonávají ve své rodině. Na otázku odpovídalo 59 žen. Některé respondenty zmínily pouze jednu povinnost, jiné ženy vypsaly několik povinností, které vykonává romská žena u nich v rodině. Získané odpovědi jsou zaznamenány v tabulce č. 6 Pro lepší přehlednost výsledku bylo vytvořeno sedm kategorií podle příbuznosti a podobnosti odpovědí respondentek. Pečovat o děti, vychovávat děti / starat se o domácnost, uklízet / vařit, nakupovat potraviny / starat se o partnera, manžela / žádné / pracovat / poslouchat muže. Počet shodných odpovědí na danou otázku označuje symbol  $n_o$ , Dále symbol  $f_o$  (relativní četnost) udává podíl absolutní četnosti  $n_o$  k celkovému počtu všech odpovědí. Povinnosti žen v romské rodinně jsou v tabulce seřazeny podle četností odpovědí respondentek. Celkem bylo zaznamenáno 132 odpovědí.

## Otázka č. 7: Jaká rozhodnutí dělají obvykle ženy ve Vaší rodině?

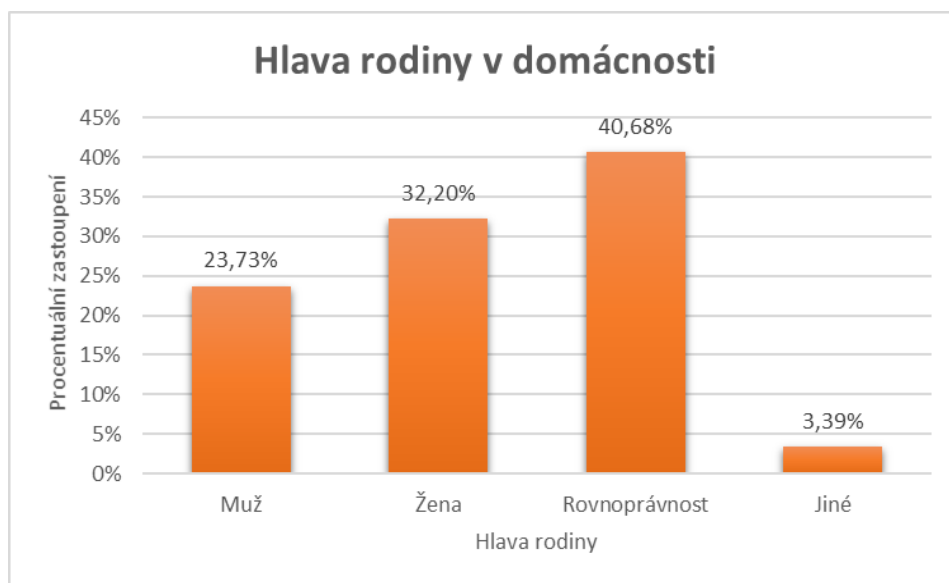
Tabulka 7 Rozhodnutí, která vykonávají romské ženy

Rozhodnutí, která dělají romské ženy	n <sub>o</sub>	f <sub>o</sub> %
Rozhodnutí týkající se výchovy dětí. Určení povinností a příkazů dětem. Zvolení jména narozenému dítěti. Pomoc při výchově vnoučat.	31	43,06
Co se bude vařit. Co se bude kupovat za jídlo.	19	26,39
Rozhodnutí týkající se chodu domácnosti, úklidu.	14	19,44
Všechny.	8	11,11
<b>Celkový počet odpovědí</b>	<b>72</b>	<b>100</b>

Rozhodnutí, která vykonávají v rodině romské ženy, souvisí s povinnostmi, které sdělily respondentky v předchozí otázce. Taktéž v této otázce některé z žen vypsaly pouze jednu odpověď, jiné vypsaly odpovědi více. Výsledky jsou zaznamenány v tabulce č. 7, jsou seřazeny podle četností odpovědí, a seřazeny do kategorií podle podobnosti odpovědí. Rozhodnutí týkající se výchovy dětí. Určení povinností a příkazů dětem. Zvolení jména narozenému dítěti. Pomoc při výchově vnoučat. / Co se bude vařit. Co se bude kupovat za jídlo. / Rozhodnutí týkající se chodu domácnosti, úklidu. / Všechny. Celkem bylo zaznamenáno 72 odpovědí.

### Otázka č 8: Kdo je v domácnosti hlavou rodiny?

- a. Muž
- b. Žena
- c. Rovnoprávnost, oba dva stejně
- d. Jiná odpověď

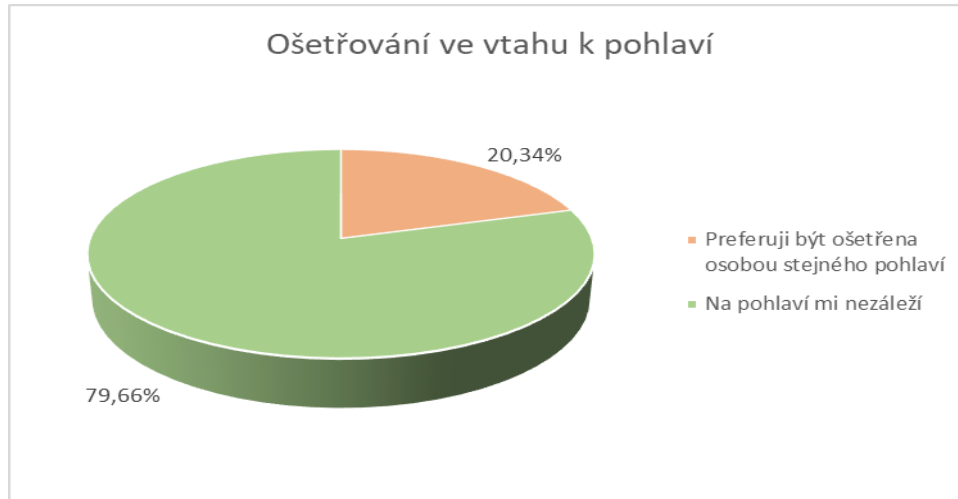


**Obrázek 6 Hlava rodiny v domácnosti**

U otázky zabývající se hlavou rodiny v domácnosti nejvíce respondentek 24 (40,68 %) odpovědělo, že jejich rodina je rovnoprávná, muž i žena mají stejně vysoké postavení. Dále 19 žen (32,20 %) uvedlo, že jsou ony hlavou rodiny, muže za hlavu rodinu označilo 14 žen (23,73 %). Dvě ženy zvolily jinou možnost odpovědi, zaznamenaly, že v jejich domácnosti je hlavou rodiny tchýně. Tato získaná data se liší od informací, které se nacházejí v teoretickém východisku práce, a to, že muž má v rodině hlavní postavení. Lze se domnívat, že tato skutečnost je výsledkem integrace Romů do české společnosti, a jak uvádí Jechová (2013) v článku Emancipace shora v revue *Paměť a dějiny*, také důsledkem emancipace žen, která se do Čech dostala ve 20. století.

**Otázka č. 9: Preferujete být ošetřována osobou stejného pohlaví?**

- a. Ano
- b. Ne, na pohlaví mi nezáleží



**Obrázek 7 Ošetřování ve vztahu k pohlaví**

V otázce preferování ošetřování zdravotníkem stejného pohlaví, 47 žen, což představuje 79,66 % uvedlo, že jim na pohlaví nezáleží. Naopak 12 (20,34 %) romských žen by preferovalo být ošetřena zdravotnickým personálem stejného pohlaví.

**Otázka č. 10: Chcete, aby Vás při vyšetření v nemocnici někdo doprovázel?**

a. Ano, kdo?

b. Ne

**Tabulka 8 Doprovázení k vyšetření**

<b>Odpovědi</b>		<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> %</b>
Ne, nechci.		22	37,29
Ano, chci.		37	62,71
<b>z toho</b>			
<b>Doprovod</b>	Příbuzný/rodina	6	16,22
	Druh/manžel	16	43,24
	Kamarádka	3	8,11
	Matka	5	13,51
	Sestra	6	16,22
	Teta	1	2,70

Z 59 respondentek by si doprovod k vyšetření přálo 37 (62,71 %), 22 žen (37,29 %) by doprovod nechtěly. Ženy, které označily odpověď „Ano“ dále zapisovaly konkrétní osoby. Každá z těchto respondentek zaznamenala jednu odpověď. Celkem bylo zaznamenáno 37 různých odpovědí, které byly zařazeny do šesti kategorií: příbuzný/rodina, druh/manžel, kamarádka, matka, sestra a teta (viz Tabulka 8).

**Otázka č. 11: Přejete si, aby Vás při porodu někdo doprovázel? (Chtěla jste mít doprovod při porodu?)**

- a. Ano, kdo
- b. Ne

**Tabulka 9 Doprovázení k porodu**

Odpovědi		ni	fi %
Ne, nechci.		8	13,56
Ano, chci.		51	86,44
<b>z toho</b>			
<b>Doprovod</b>	Sestra	19	37,25
	Matka	12	23,53
	Kamarádka	7	13,73
	Příbuzný	6	11,77
	Sestřenice	5	9,80
	Tchýně	2	3,92

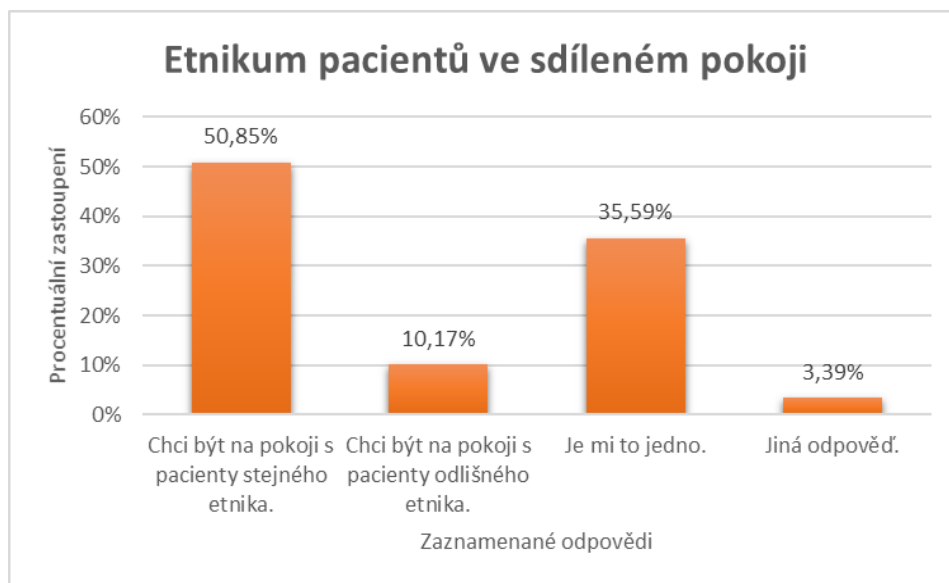
Z 59 respondentek 51 (86,44 %) odpovědělo, že by si přálo mít (nebo mělo) nějaký doprovod při porodu. Osm žen, by chtělo být (nebo bylo) u porodu samo. Ženy, které zvolily odpověď „Ano“ dále zaznamenávaly konkrétní osoby, které by chtěly mít při svém porodu přítomny. Každá z žen uvedla jednu osobu. Nejčastější odpovědí byla sestra, celkem devatenáctkrát, potom matka dvanáctkrát, kamarádka sedmkrát. Někoho z příbuzných, bez konkrétního určení zaznamenalo šest žen, sestřenici uvedlo pět žen, a dvě ženy chtějí/chtěly u porodu svou tchýni. Výsledky jsou zaznamenány v tabulce č. 9. Zajímavostí je, že žádná z žen si nepřeje mít u porodu přítomného otce svého dítěte, a až na neutrální odpověď „někoho z rodiny“ všechny respondentky uvedly osobu přítomnou u porodu ženského pohlaví.



**Otázka č. 12: Kdybyste si mohla vybrat skladbu pacientů a počet lůžek na pokoji, co byste preferovala?**

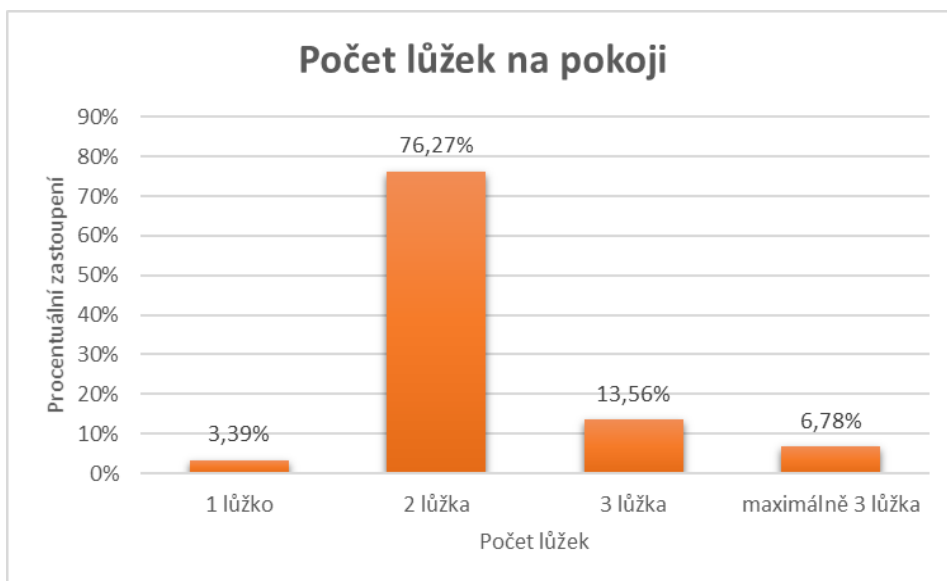
- a. Chtěla bych být umístěna na pokoji s pacienty stejného etnika.
- b. Chtěla bych být umístěna na pokoji s pacienty odlišného etnika.
- c. Je mi to jedno.
- d. Jiná odpověď.

Na pokoji preferuji počet lůžek:



**Obrázek 8 Etnikum pacientů ve sdíleném pokoji**

V problematice týkající se skladby pacientů na pokoji z pohledu jejich etnika odpovědělo 30 žen (50,85 %), že by chtělo být hospitalizováno na pokoji s pacientkami stejného etnika, tedy s Romkami. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že je to respondentkám jedno, s kým na pokoji budou ležet, celkem takto odpovědělo 22 žen (35,59 %). Šest žen (10,17 %) by preferovalo být na pokoji s pacienty jiného etnika než romského, a dvě ženy (3,39 %) napsaly, že by chtěly být samotné na nadstandardním pokoji.



**Obrázek 9 Počet lůžek na pokoji**

V druhé části otázky vypisovaly ženy, jaký je podle nich ideální počet lůžek na pokoji. Celkem byly zaznamenány čtyři možnosti odpovědi. S velkou převahou byla nejčastější odpověď dvě lůžka, celkem takto odpovědělo 45 žen, dvě ženy (ty které upřednostňují nadstandardní pokoj) odpověděly jedno lůžko, 8 žen napsalo tři postele, a 4 ženy maximálně tři postele.

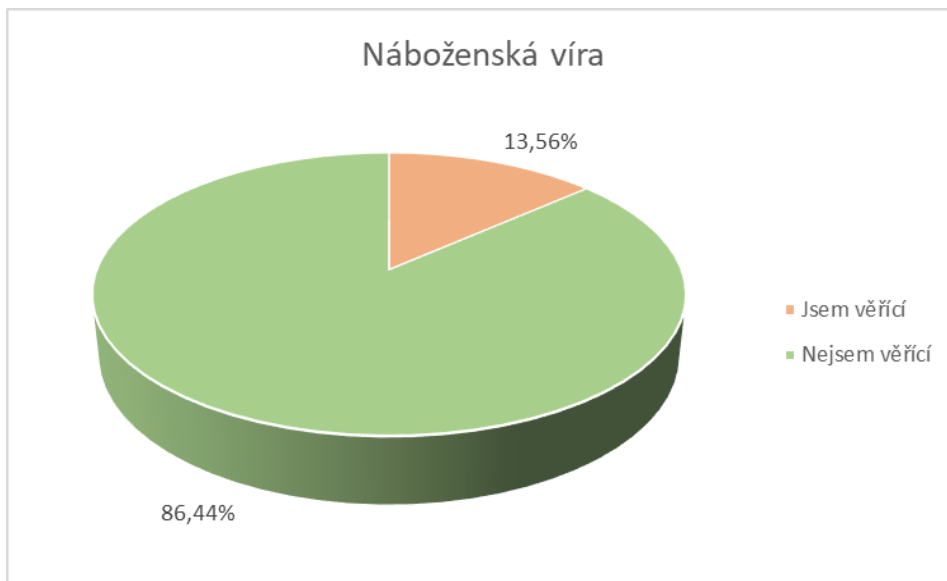
**Otázka č. 13: Pokud jste věřící, může nemocnice pro Vás zajistit něco, co byste potřebovala k modlitbě?**

13.1 Ano, co?

Ne?

13.2 Mé náboženské vyznání je?

Nejsem věřící.



**Obrázek 10 Náboženská víra**

Další oblastí, ve které se zjišťovaly požadavky romského obyvatelstva při hospitalizaci, bylo náboženství. Respondentky odpovídaly, zda jsou věřící či nikoli, a pokud věřící jsou, jaké je jejich konkrétní náboženské vyznání, a zda pro ně může nemocnice něco zajistit, co by potřebovaly k modlitbě. Padesát jedna žen (86,44 %) označilo odpověď „Nejsem věřící“. Osm žen, které uvedly, že jsou věřící dále označily odpověď, že k modlitbě od nemocnice nic nepotřebují. Všechny tyto ženy uvedly, že jsou katolíci.

**Otázka č. 14: Chráníte se proti neplánovanému početí?**

a. Ano, jak?

b. Ne

**Tabulka 10 Neplánované početí**

<b>Odpovědi</b>		<b>n<sub>i</sub></b>	<b>f<sub>i</sub> %</b>
Ne, nechráním.		43	72,88
Ano, chráním.		16	27,12
<b>z toho</b>			
<b>Způsob ochrany před neplánovaným početím</b>	Dana (IUD)	7	43,75
	Hormonální antikoncepce	4	25,00
	Kondom	3	18,75
	Přerušovaná soulož	2	12,50

V problematice neplánovaného početí, 43 žen (72,88 %) uvedlo, že se proti neplánovanému početí nijak nechraní, naopak 16 žen (27,12 %) odpovědělo, že ano. Těchto 16 respondentek dále odpovídaly, jakým způsobem se proti neplánovanému početí chrání. Nejčastější odpověď „Dana“, což je nitroděložní tělísko, napsalo 7 žen (43,75 %), 4 respondentky (25 %) odpovědělo, že užívá/užívala hormonální antikoncepci. Tři ženy (18,75 %) k ochraně před neplánovaným početím používá kondom, a dvě ženy (12,5 %) spoléhají na přerušovanou soulož (viz Tabulka 10).

**Otázka č. 15: Váží se dle Vašeho názoru k období dospívání ženy v romské kultuře nějaké specifické tradice, zvyky nebo pověry?**

- a. Ano, jaké?
- b. Ne

**Tabulka 11 Tradice, zvyky a pověry v období dospívání ženy**

<b>Odpovědi</b>	<b>n<sub>o</sub></b>	<b>f<sub>o</sub> %</b>
Ne	50	84,74
Ano, pomáhat s úklidem.	4	6,78
Ano, pomáhat s péčí o mladší sourozence.	3	5,10
Ano, facka, plácnutí přes pozadí při první menstruaci.	2	3,39
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Respondentky odpovídaly na otázku, zda se podle jejich názoru váží k období dospívání ženy v romské kultuře nějaké specifické tradice, zvyky nebo pověry. Celkem bylo zaznamenáno 59 odpovědí. Každá z žen vypsala jednu odpověď. Padesátkrát byla zaznamenána odpověď „Ne“. Ostatní odpovědi byly rozděleny do tří kategorií: Pomáhat s úklidem / Pomáhat s péčí o mladší sourozence. / Facka, plácnutí přes pozadí při první menstruaci. Jejich odpovědi jsou zaznamenány výše v tabulce č. 11.

**Otázka č. 16: Váží se dle Vašeho názoru k období těhotenství v romské kultuře nějaké specifické tradice, zvyky nebo pověry?**

- a. Ano, jaké?
- b. Ne

**Tabulka 12 Tradice, zvyky, pověry v romské kultuře v období těhotenství**

<b>Odpovědi</b>	<b>n<sub>o</sub></b>	<b>f<sub>o</sub> %</b>
Ne, neváží.	40	53,33
Ano, nesmí se dopředu kupovat oblečení pro dítě a kočár. Značí neštěstí.	9	12,00
Ano, těhotná žena by neměla chodit na hřbitov a pohřby, aby dítě nebylo smutné.	7	9,33
Ano, těhotná žena by neměla koukat na ošklivé věci, postižené lidi. Aby se dítě nenarodilo samo postižené a ošklivé.	6	8,00
Ano, když je těhotná žena krásná a těhotenství jí sluší, narodí se jí kluk.	4	5,34
Ano, když má těhotná žena škaredou pleť, vlasy, a kulaté břicho narodí se jí holka.	4	5,34
Ano, když se těhotná žena lekne a sáhne si na břicho, tak v tom místě bude mít dítě flek.	3	4,00
Ano, těhotná žena by měla nosit volné oblečení, aby neškrtila dítě. Rozpuštěné vlasy při porodu a žádné řetízky, aby se nezamotala pupeční šňůra při porodu.	2	2,66
<b>Celkový počet odpovědí</b>	<b>75</b>	<b>100</b>

Respondentky odpovídaly na otázku, zda se podle jejich názoru váží k období těhotenství v romské kultuře nějaké specifické tradice, zvyky nebo pověry. Čtyřicetkrát odpověděly „Ne“, tzn. že neznají žádné tradice, zvyky či pověry, nebo se jimi neřídí a nevěří na ně. Všechny odpovědi jsou zaznamenány v tabulce č. 12, seřazeny dle četnosti odpovědí. Každá z žen vypsala různý počet konkrétních odpovědí, ty jsou uspořádány do sedmi kategorií: Nesmí se dopředu kupovat oblečení pro dítě a kočár-značí neštěstí. / Těhotná žena by neměla chodit na hřbitov a pohřby, aby dítě nebylo smutné. / Těhotná žena by neměla koukat na ošklivé věci, postižené lidi-aby se dítě nenarodilo samo postižené a ošklivé. / Když je těhotná žena krásná a těhotenství jí sluší, narodí se jí kluk. / Když má těhotná žena škaredou pleť, vlasy, a kulaté břicho narodí se jí holka. / Když se těhotná žena lekne a sáhne si na břicho, tak v tom místě bude mít dítě flek. / Těhotná žena by měla nosit volné oblečení, aby neškrtila dítě. Rozpuštěné vlasy při porodu a žádné řetízky-aby se nezamotala pupeční šňůra při porodu.

**Otázka č. 17: Váží se dle vašeho názoru k období po porodu v romské kultuře nějaké specifické tradice, zvyky nebo pověry?**

- a. Ano, jaké?
- b. Ne

**Tabulka 13 Tradice, zvyky, pověry v romské kultuře v období po porodu**

<b>Odpovědi</b>	<b>n<sub>o</sub></b>	<b>f<sub>o</sub> %</b>
Ne	48	81,36
Ano, křtiny.	8	13,56
Ano, uvázání provázku na zápěstí, k ochraně před uhranutím.	3	5,08
<b>Celkový počet odpovědí</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Tradice, zvyky a pověry, které jsou spjaty s obdobím po porodu v romské kultuře už zná méně žen. Byly zaznamenány pouze tři typy odpovědí (viz Tabulka 13). Každá z respondentek zaznamenala jednu odpověď. Osm žen uvedlo, že je u nich zvykem dítě po

porodu pokrýt, tři ženy se zmínili o ochranné funkci provázku, uvázaného na zápěstí dítěte. Čtyřicet osm žen nenapsalo žádnou tradici, zvyk či pověru typickou pro romskou kulturu.

**Otázka č. 18: Existují dle Vašeho názoru ve Vaší kultuře speciální jídla, které by žena měla jíst během těhotenství?**

- a. Ano, jaká?
- b. Ne

**Tabulka 14 Jídla v těhotenství**

<b>Odpovědi</b>	<b>n<sub>o</sub></b>	<b>f<sub>o</sub> %</b>
Ne, neexistují.	25	38,46
Ano, na co má žena chuť, aby dítě nestrádalo.	13	20,00
Ano, všechno.	10	15,38
Ano, vše, co jí je nabídnuto, aby nepotratila.	6	9,23
Ano, zdravé potraviny.	5	7,69
Ano, nepít kávu.	3	4,62
Ano, nejíst kyselé potraviny.	3	4,62
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

V otázce týkající se konzumace jídel v průběhu těhotenství v romské kultuře odpovědělo 25 žen, že neexistují dle jejich názoru speciální jídla, které by žena měla jíst v těhotenství. S výjimkou odpovědi „Nepít kávu“ nebyla zaznamenána žádná konkrétní potravina či nápoj, pouze obecné odpovědi. Nejčastější odpovědí bylo, že žena by měla jíst vše, na co má chuť. Tako odpověď byla zaznamenána celkem třináctkrát. Celkem bylo zjištěno 7 typů odpovědí (Ne, neexistují. / Na co má žena chuť, aby dítě nestrádalo. / Všechno. / Vše, co jí je nabídnuto, aby nepotratila. / Zdravé potraviny. / Nepít kávu. / Nejíst kyselé potraviny.) viz Tabulka 14.



**Otázka č. 19: Existují dle Vašeho názoru ve Vaší kultuře speciální jídla, které by žena měla jíst po porodu?**

- a. Ano, jaká?
- b. Ne

**Tabulka 15 Jídla, konzumovaná v období po porodu**

<b>Odpovědi</b>	<b>n<sub>o</sub></b>	<b>f<sub>o</sub> %</b>
Ne, neexistují.	41	69,50
Ano, čerstvé jídlo. Neohřívané jídlo.	2	3,39
Ano, hovězí a kuřecí polévku, Mačanka (tradiční romská polévka).	3	5,08
Ano, maso.	2	3,39
Ano, vše, na co má chuť.	4	6,78
Ano, mléko, mléčné výrobky, jogurty.	3	5,08
Ano, jí všechno, stravuje se normálně (běžně), jako před tím.	4	6,78
<b>Celkový počet odpovědí</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

V otázce týkající se konzumace jídel v průběhu těhotenství v romské kultuře odpovědělo 41 žen, že neexistují dle jejich názoru speciální jídla, které by žena měla jíst po porodu. Naopak 18 žen zaznamenalo vždy jednu kladnou odpověď. Tyto odpovědi byly rozděleny do šesti kategorií pro lepší přehlednost získaných dat (Ne, neexistují. / Čerstvé jídlo. Neohřívané jídlo. / Hovězí a kuřecí polévku, mačanka (tradiční romská polévka). / Maso. / Vše, na co má chuť. / Mléko, mléčné výrobky, jogurty. / Jí všechno, stravuje se normálně (běžně), jako před tím.) Získané odpovědi jsou zaznamenány v tabulce č. 15.

**Otázka č. 20: Jsou aktivity, činnosti, kterým by se těhotná žena dle Vašeho názoru ve Vaší kultuře měla vyhýbat?**

- a. Ano, jaké?
- b. Ne

**Tabulka 16 Aktivity a činnosti, kterým se vyhýbá těhotná romská žena**

<b>Odpovědi</b>	<b>n<sub>o</sub></b>	<b>f<sub>o</sub> %</b>
Ne, neexistují.	11	15,07
Ano, měla by dělat běžné činnosti, když nebude nic dělat, tak bude mít těžký porod.	7	9,58
Ano, těhotná žena by neměla tahat těžké věci.	16	21,92
Ano, neměla by hodně pracovat, přetěžovat se.	10	13,70
Ano, neměla by dělat aktivity u kterých dochází k otřesům, skákat, běhat.	11	15,07
Ano, neměla by kouřit.	9	12,33
Ano, neměla by pít alkohol.	8	10,96
Ano, neměla by chodit na diskotéky.	1	1,37
<b>Celkem odpovědí</b>	<b>73</b>	

Poslední otázka se týkala aktivit a činností, které by těhotná žena neměla vykonávat podle tradic romské kultury. Celkem bylo zaznamenáno 73 odpovědí, které se nacházejí v tabulce č. 16. Nejčastěji ženy odpověděly, že by těhotná žena neměla tahat těžké věci. Zajímavou odpovědí je pověra, že pokud žena nebude nic dělat, bude mít těžký porod. Dalšími

odpověďmi bylo, že by neměla hodně pracovat a přetěžovat se, neměla by vykonávat aktivity při kterých dochází k otřesům jako např. skákat a běhat, neměla by kouřit, pít alkohol a chodit na diskotéky. Jedenáctkrát byla uvedena odpověď, že neexistují v romské kultuře žádné speciální aktivity či činnosti, kterým by se těhotná žena měla vyhýbat.

#### **5.4 Tvorba edukačního materiálu**

Pojem edukace pochází z latinského slova *educare*, což znamená vést vpřed, vychovávat. Cílem edukace je vytvoření pozitivních změn v jednání a chování jedince. Jedná se o změny v jedincových znalostech, postojích, návycích a dovednostech. (Juřeníková 2010, s. 9). Při edukaci je důležitá komunikace mezi sestrou a pacientem, musejí navzájem spolupracovat. Podstatou není jen předávání informací, ale také společné vytváření edukačního programu. Bariérou v jejich komunikaci se může stát např. odlišná kultura, jazyková bariéra či ignorování potřeb pacienta (Svěráková 2012, s. 24, 37). Sestry a porodní asistentky by měly myslet na to, že špatně připravená, realizovaná a hodnocená edukace může mít iatrogenní účinek. Těmto komplikacím lze předcházet důkladnou přípravou (Kuberová 2010, s. 30). Podle Juřeníkové (2010, s. 48) je možné k dosažení a stanovení edukačních cílů využít podpůrných prostředků, např. textové učební pomůcky (knihy, letáky, časopisy, brožury, pracovní listy a časopisy).

Jedním z cílů práce bylo vytvoření podpůrného prostředku – edukačního materiálu (viz příloha B), který je určen zdravotním sestram a porodním asistentkám, které se ve své praxi setkávají s pacienty romského etnika. Cílem materiálu je přiblížit romskou minoritu sestram či porodním asistentkám, aby se lépe seznámily s touto etnickou skupinou. Když bude mít zdravotnický personál dostatek informací o jiném etniku, v tomto případě romském, bude moci lépe a kvalitněji poskytovat kulturně ohleduplnou péči. Bude vědět, co od dané etnické skupiny očekávat, bude schopen předvídat oblasti a situace, ve kterých může dojít ke konfliktům, a na základě těchto poznatků bude schopen se těmto problémům vyhnout. Dále bude zdravotnický personál vědět, jak správně s romskou skupinou komunikovat, jak dané etnikum co nejlépe edukovat, aby bylo dosaženo co nejlepších léčebných výsledků.

Tento edukační materiál ve formě letáčku nese základní znalosti o romském etniku a mohl by být zdravotnímu personálu oporou a osnovou při poskytování péče romskému obyvatelstvu. Edukační letáček byl vytvořen na základě znalostí o romském obyvatelstvu, které byly získány při tvorbě teoretické části diplomové práce, a dále dle informací, které byly zjištěny průzkumným šetřením této diplomové práce.

Informace v letáčku je možné rozdělit do dvou částí. V první části se nacházejí informace o romském etniku. Tyto informace jsou uspořádány do dvanácti domén podle modelu kulturních kompetencí dle L. Purnella. Mezi zmíněné domény patří: Přehled/dědictví/topografie, komunikace, role a organizace v rodině, problematika pracovních sil, biokulturní ekologie, vysoce rizikové chování, výživa, těhotenství a porod, rituály smrti, spiritualita, praktiky zdravotní péče a poskytovatelé zdravotní péče. V druhé části jsou vypsány cíle kulturně kompetentní péče a je zde popsáno, jak by měla sestra/porodní asistentka jednat při poskytování ošetrovatelské péče romskému etniku. V závěru nejsou opomenuty zdroje, ze kterých bylo při tvorbě edukačního materiálu čerpáno.

## DISKUZE

Tato kapitola diplomové práce, se zaměřujeme na shrnutí nejdůležitějších poznatků z provedeného průzkumného šetření. Výsledky vlastního průzkumu jsou srovnávány s výsledky jiných šetření, které již byly na dané téma provedeny a uveřejněny v různých publikacích a pracích.

Průzkumu se účastnilo celkem 59 žen romského etnika, které byly ochotny spolupracovat na vyplnění dotazníku na oddělení šestinedělí ve vybrané nemocnici. Otázky z dotazníku vlastní konstrukce byly inspirovány Modelem kulturních kompetencí podle L. Purnella. Tímto modelem se také inspirovala např. autorka Smilková (2018) ve své diplomové práci s názvem „Poskytování kulturně kompetentní péče“, avšak se jednalo o kvalitativní výzkumné šetření prováděné pomocí rozhovorů u klientů vietnamského původu.

Věkové rozmezí respondentek bylo mezi 18 až 42 let, kdy nejpočetnější skupinu tvořily ženy v kategorii 18–22 let, a to konkrétně dvacet žen (33,90 %). Přestože průměrný věk respondentek byl 26,90 let, nacházely se mezi nimi i ženy ve věku nad 40 let, což potvrzuje již zmíněná fakta v teoretické části práce, že romské ženy rodí své potomky po celou dobu svého reprodukčního období.

Zjištěné výsledky také potvrzují tvrzení, že prestiž rodiny zvyšuje počet narozených dětí, jelikož průzkum dále zjišťoval paritu a graviditu respondentek. Přestože se průzkumu účastnilo nejvíce prvorodiček v celkovém počtu 19 žen (32,21 %), tak se šetření účastnilo i jedenáct žen (18,64 %), které porodily čtyřikrát a více. Wágner (2017) uvádí, že v dnešní době mají integrované romské páry pouze 2 děti, ale drtivá většina romských párů má od 3 do 8 dětí ([www.parlamentnilisty.cz](http://www.parlamentnilisty.cz)). Ve zkoumané skupině žen, vychází na jednu ženu 2,58 dětí, tzn. že průměrně mají respondentky dvě až tři děti. To je více, než uvádějí údaje českého statistického úřadu z roku 2016, kdy byla výše plodnosti v České republice 1,63 dítěte na jednu ženu. Hynková (2014) došla ve svém výzkumu ke zjištění, že dochází ke snižování počtu členů v romské domácnosti, což je také trendem u dnešní majoritní společnosti.

V oblasti nejvyššího dosaženého vzdělání tvořilo nejpočetnější skupinu respondentky se vzděláním základním, a to 26 žen (44,07 %), vyšší odborné a vysokoškolské vzdělání neuvedla žádná z respondentek. Nejvyšším dosaženým vzděláním u romského obyvatelstva se zabývala také autorka Kopecká (2006, s. 47), ve své práci s názvem „Postoje Romů ke vzdělání“. Autorka uvádí, že nízká kvalifikační struktura romského obyvatelstva je všeobecně

známá a vyplývá z řady příčin, avšak posouzení vzdělanostní úrovně romské populace je omezeno na údaje ze sčítání lidu, kde jsou však zahrnuty pouze osoby, které se k romské národnosti přihlásily. Přesná interpretace takto získaných dat je obtížná, protože je v ní zahrnuta pouze část romské populace a nelze určit, zda romskou národnost deklarovali spíše Romové s nižším či vyšším vzděláním. Dále autorka interpretuje data z roku 2001, kdy uvádí, že Romové v ČR ve srovnání s ostatním obyvatelstvem mají výrazně nižší vzdělanostní úroveň s vyšším zastoupením osob s nedokončeným základním vzděláním či dokonce bez vzdělání, zastoupení osob se středoškolským a VŠ vzděláním je mizivé.

### **1. Průzkumná otázka: Jaké je postavení ženy v romské rodině?**

K průzkumné otázce č. 1 se vztahují otázky z dotazníku č. 6–8. Cílem této průzkumné otázky bylo zjistit, jaké je postavení ženy v romské rodině z pohledu hlavy rodiny v domácnosti, z pohledu povinností, která doma romské ženy zastávají a rozhodnutí, která vykonávají v jejich rodině.

V teoretickém východisku této diplomové práce je uvedeno, že muž má v romské rodině hlavní postavení. Tomuto výroku tento průzkum odporuje, jelikož 40,68 % respondentek uvedlo, že jejich rodina je rovnoprávná, a 32,20 % respondentek zaznamenalo odpověď, že v jejich domácnosti jsou ony hlavou rodiny. Odpověď, že je hlavou rodiny muž, byla zaznamenána pouze ve 14 případech (23,73 %). Lze se domnívat, že tato skutečnost je výsledkem integrace Romů do české společnosti, a jak uvádí Jechová (2013) v článku Emancipace shora v revue *Paměť a dějiny*, také důsledkem emancipace žen, která se do Čech dostala ve 20. století. Autorka Čížková (2012) se ve své bakalářské práci s názvem „Postavení romských žen v rodině a komunitě“ taktéž zabývala postavením romských žen. Ve své práci uvádí, že v dnešní době se postavení romské ženy liší od původního tradičního postavení, k čemuž přispěla modernizace celé naší doby a dále i bojovníci a bojovnice za ženská práva. Romské ženy již nejsou ve své rodině a komunitě brány jako podřadní tvorové. V některých romských rodinách mívá hlavní slovo muž, v některých žena a v jiných jsou oba partneři rovnoprávní. Z jejího výzkumného šetření vyplývá, že romský muž už není nutně ten, který má v rodině hlavní slovo a výsadní postavení. Dvě z pěti žen dokonce vypověděly, že hlavami rodiny jsou spíše ony.

Autorka Hynková (2014) ve svém výzkumu od romských respondentek zjistila, že ženám v romské komunitě přísluší starost o děti a domácnost (úklid a čistota domácnosti). Kelnarová a Matějková (2014, s. 83) taktéž uvádějí, že výchovu dětí má na starost žena, ale pomáhají i

ostatní členové rodiny, dále žena zajišťuje chod domácnosti. Ke stejnému zjištění dospěl i tento výzkum, kdy byly respondentkám pokládány otázky, které směřovaly na jejich povinnosti v domácnosti a rozhodnutí, která v jejich rodině vykonávají. Nejčastěji zaznamenanou povinností bylo pečování o děti a výchova dětí (31,82 %). Rozhodnutí, která vykonávají v rodině romské ženy souvisí již se zmíněnou povinností. Ve 43,06 % odpověděly respondentky, že vykonávají rozhodnutí týkající se výchovy dětí, určení povinností a příkazů dětem. Mají hlavní slovo při volení jmen narozených dětí a napomáhají při výchově vnoučat.

Otázky z dotazníku ukázaly, že ve zkoumané skupině respondentek, je postavení romské ženy v rodině rovnoprávné, ve srovnání s postavením muže, a hlavní povinností romské ženy je pečování a výchova dětí. Nejčastější rozhodnutí činní právě v oblasti výchovy dětí a vnoučat, určení povinností a příkazů dětem a v pojmenovávání dětí.

## **2. Průzkumná otázka: Jaké jsou požadavky romských žen v průběhu hospitalizace v českém zdravotnickém zařízení?**

K průzkumné otázce č. 2 se vztahují otázky z dotazníku č. 9–13. Cílem této průzkumné otázky bylo zjistit, jaké jsou požadavky romských žen v průběhu hospitalizace v českém zdravotnickém zařízení, v oblasti ošetřování ve vztahu k pohlaví, dále v doprovázení při vyšetření v nemocnici a při porodu. Byla kladena otázka na ideální počet lůžek na pokoji pro tuto minoritní skupinu a dále skladbu pacientů na pokoji z hlediska etnického původu. Požadavky na péči v českém zdravotnickém zařízení byly také zjišťovány v oblasti víry a náboženství.

V diplomové práci autorky Trávníčkové (2015) s názvem „Těhotenství a porod romských žen v kontextu transkulturní péče“ je možné se dočíst, že romské ženy, které jsou zvyklé na komunitní způsob života, při hospitalizaci nechtějí být samy, často se bojí tmy, nechávají si po celý den rozsvícené světlo a pootevřené dveře od pokoje. Autorka se dále vyjadřuje k problematice přisuzování romství a stereotypizace ze strany pacientů majoritní společnosti. Tito pacienti většinou nechtějí být umístěni na pokoji s pacientkou jiného, v tomto případě romského etnika. V jejich podvědomí si nesou informaci např. o tom, že romské pacientky mají velký počet návštěv a ony by tak přišly o své soukromí. Na pacientku romského původu se pak hospitalizované pacientky z majoritní společnosti mohou nepěkně koukat, a tento jev má po té negativní dopad na pacientky romského etnika. Problém může nastat i v situaci, kdy je žena označena majoritní společností za pacientku romského etnika, ta se ale sama za Romku nemusí vůbec považovat. Proto některá z respondentek výzkumu uvedla, že by

z tohoto důvodu chtěla být na pokoji raději sama. V průzkumném šetření této diplomové práce bylo nejčastěji zaznamenáno, že by si romské ženy přály být nejčastěji umístěny nejlépe na dvojlůžkovém pokoji s pacientkou taktéž romského etnika.

Dále by si přály mít při vyšetření přítomnou osobu blízkou, nejčastěji svého partnera. Pro autora práce bylo zajímavým zjištěním, že přesto, že si romské ženy, již ve zmíněném procentu přály mít, své manžely a druhy přítomny při vyšetření v nemocnici, jako doprovod při porodu si je nepřála ani jedna z žen. Avšak ke stejnému výsledku došla i autorka Trávníčková (2015), která se zabývala přítomností otce u porodu u romského obyvatelstva. Její respondentky romského původu uváděly, že romské ženy málokdy doprovází muž, jedná se o výjimky. Často ženu nedoprovází nikdo, nebo při dobrých vztazích třeba matka. Jedna z respondentek dává doprovázení k porodu do souvislosti s tradičním způsobem života Romů. V tradiční romské rodině je přítomnost otce u porodu dle jejich slov nepřipustná, v modernější rodině se porodu účastní např. sestra, matka, tety. Celkově z výzkumu vyplývá, že ačkoliv se v dnešní urbanizované společnosti původní tradiční způsob života Romů mění, tak v případě porodu se u řady romských rodin, dodržují spíše původní normy romské kultury a porod zůstává stále převážně záležitostí žen. V průzkumné části této diplomové práce bylo dosaženo velmi podobných výsledků. Většina romských žen by si přála mít umožněn doprovod při porodu, kdy nejčastěji uváděly svou sestru. Stackeová a Böhmová (2010, s. 254–255) uvádějí, že historicky bývalo doprovázení k porodu výsadou žen bez ohledu na to, o jaké etnikum se jednalo. Dnešní zvyk, že ženu k porodu doprovází nastávající otec dítěte, se začal v porodnictví prosazovat teprve v sedmdesátých letech minulého století. Předpokládalo se, že se účast otce u porodu kladně promítne, jak do samotného průběhu porodního děje, tak zároveň do následného vztahu mezi otcem a dítětem.

V oblasti víry a náboženství nemají respondentky tohoto průzkumného šetření žádné speciální požadavky. K odlišnému výsledku došla autorka Koptíková (2012) ve své bakalářské práci s názvem „Specifika ošetrovatelské péče u romských klientů“. Svých respondentů se taktéž dotazovala na oblast náboženství a víry ve vztahu k pobytu v nemocničním zařízení. Její respondenti uvedli, že jsou věřící, ze strany nemocnice by uvítali možnost navštívení nemocniční kaple, nebo návštěvu kněze na oddělení.



### **3. Průzkumná otázka: Jaký je životní styl romských žen v průběhu těhotenství a po porodu?**

K průzkumné otázce č. 3 se vztahují otázky z dotazníku č. 14–20. Cílem průzkumné otázky bylo zjistit, jaký je životní styl romských žen v průběhu těhotenství a po porodu s ohledem na romské tradice, zvyky a pověry.

V otázce chránění se před neplánovaným početím bylo zjištěno, že 72,88 % respondentek se před neplánovaným početím nijak nechrání. U sedmi žen z šestnácti, které odpověděly, že se před neplánovaným početím chrání převládla odpověď ochrany pomocí nitroděložního tělíska (Dana). Závorková (2008, s. 284) ve výzkumu s názvem „Dlouhodobý monitoring situace romských komunit v České republice“ zjistila, že její romské respondentky mají představu o tom, kolik by chtěly mít dětí, ale jejich muži na ně často vyvíjejí tlak, aby měly dětí více. Počet dětí se často omezuje tak, že po prvním porodu začínají ženy používat nějakou formu antikoncepce, nejčastěji nitroděložní tělísko, hormonální antikoncepci používá pouze jedna z informátorek, protože je výrazně nákladnější. Některé z žen si dokonce nechávají zavést nitroděložní tělísko tajně, protože jejich manželé chtějí další děti. V rámci stejného výzkumu Ripka (2008, s. 97) uvádí, že romské dívky chodí ke gynekologovi nejčastěji od 9. ročníku základní školy, neužívají hormonální antikoncepci, protože je pro ně drahá, a navíc jim lékař před 15. rokem antikoncepci nepředepíše. Se sexuálním životem začínají asi v patnácti letech (chlapci i o 2 roky dříve). Mezi mládeží chybí osvěta o sexuálním životě a formách antikoncepce. Některé Romky, které mají již tři či čtyři děti, volí jako formu antikoncepce nitroděložní tělísko.

Otázky z dotazníku ukázaly, že životní styl romských žen v období dospívání, těhotenství a porodu v dnešní době již tolik nevychází z tradic, zvyků a pověr romské kultury, jelikož většina respondentek, uváděla odpovědi, že podle jejich názoru neexistují tradice, zvyky a pověry, které se váží k období dospívání, těhotenství, šestinedělí. Stejně tak převládal názor, že neexistují speciální jídla, kterými by se měla stravovat těhotná žena a žena po porodu v romské kultuře. Ke stejnému výsledku ve svém výzkumu dospěla autorka Čížková (2012), kdy z odpovědí vyplývá, že se mezi dnešními Romy tradice již příliš nedodržují. Tuto skutečnost přisuzuje komunistickému období, kdy došlo k přerušení tradic, které nemají v dnešní době na co navázat. Z mladých Romů původní tradice skoro nikdo nezná, natož aby byly dodržovány.

Další autorka Kožíšková (2013) se ve své bakalářské práci věnovala přechodovým rituálům v rámci romské rodiny. V práci bylo např. zjištěno, že pověru, která říká, že by těhotná žena neměla koukat na cokoli ošklivého, ať už na lidi nebo na samotná zvířata, protože by dítě mohlo získat jejich podobu, znala pouze starší generace informátorek, avšak tímto zákazem se samy neřídili, protože nejsou pověřivé. Dvě z nejmladších respondentek o této pověře neslyšely. Všechny respondentky se shodly v tom, že by se těhotná žena neměla zúčastňovat pohřbů, ani chodit na hřbitov. O rituálu, kdy se dítěti uvazuje provázek kolem ruky, který má chránit dítě po dobu, než dojde ke křtinám znali všechny respondentky, ne všechny však tento rituál dodržovaly. Některé z respondentek v tomto průzkumném šetření taktéž odpověděly, že se novorozenci uvazuje provázek na zápěstí, k ochraně před uhranutím, a také, že je pro romské etnikum typické dítě pokřtít. To, že je pokřtění dětí pro romskou rodinu velice důležité, zjistily také autorky Kožíšková (2013) a Koptíková (2012) ve svých bakalářských pracích.

V oblasti stravovacích rituálů získaly tyto autorky také stejné odpovědi, jaké uvedly některé z respondentek v této diplomové práci. Těhotná žena by se měla stravovat podle toho, na co má chuť, v ničem by se neměla omezovat, aby dítě nezemřelo. Dále bylo zjištěno tvrzení, že Romové nejedí ohřívána jídla, ale vaří každý den.

Lze se pouze domnívat, proč respondentky takto odpovídaly. Je možné, že v dnešní době vlivem asimilace Romů do české společnosti upadají původní romské zvyky a tradice, že se již tyto tradice a zvyky tolik nepřenášejí z generace na generaci jako tomu bylo dříve. Možná, že respondentky nějaké tradice, zvyky či pověry znaly, ale samy se jimi neřídí, nebo jim nevěří, a proto na tyto otázky neodpovídaly konkrétními příklady. Nebo se romská kultura pouze mění, stejně jako kultury ostatní, např. v naší české kultuře taktéž upadají původní staročeské zvyky, které mnoho z českých obyvatel již také nezná. Také je nutno podotknout, že získaná data jsou odpověďmi pouze 59 respondentek, a nelze zjistit, do jaké míry zůstává původní romská kultura zachována u zbylého romského obyvatelstva v České republice. Na druhou stranu průzkumné šetření ukázalo i mnoho odpovědí, které jsou specifické pro romské etnikum, a českému obyvatelstvu je tak romská kultura více přiblížena. Podle mého názoru byl předem vytyčený cíl diplomové práce splněn.

Na základě získaných informací uvedené v teoretické části diplomové práce a získaných informací od respondentek účastnících se průzkumného šetření byl vytvořen edukační letáček určený porodním asistentkám a sestrám, které se ve své praxi setkávají s pacienty romského

etnika. Letáček obsahuje schéma ošetrovatelského modelu podle L. Purnella, které je zaměřené na romskou minoritu. Nachází se v něm informace o romském etniku. Letáček slouží jako opora pro porodní asistentky a sestry při poskytování kulturně diferencované péče romskému etniku. (viz Příloha B).

## ZÁVĚR

Diplomová práce s názvem „Klientka z odlišné minoritní skupiny v českém zdravotnickém zařízení“ měla za hlavní cíl průzkumného šetření zjistit požadavky na péči a kulturní specifika klientek z minoritní společnosti, které mohou mít vliv na realizaci a zkvalitnění ošetrovatelské péče.

Jak uvádí Ivanová (2005, s. 13-17), přesto, že je v České republice zdravotnická péče poskytovaná cizincům a migrantům dána zákonem, ne vždy je v praxi dodržována. Často se vyskytují situace, kdy speciální kulturní požadavky daného pacienta či skupiny, nejsou dodržovány. Zdravotnický personál není na tyto požadavky připraven z důvodu neznalosti této problematiky. Jedná se např. o požadavky spojené s vyšetřením, s prováděním diagnosticky-terapeutických výkonů, s praktikováním náboženských rituálů, rituály spojené s umíráním a smrtí, s porodem, s péčí o novorozence či s jídlem. Kvalitně poskytovaná péče ve zdravotnictví vyžaduje dobrou připravenost zdravotníků. Jeden z hlavních požadavků transkulturního ošetrovatelství je výchova sester, které jsou vybaveny patřičnými znalostmi, vnímavostí a pochopením, jelikož se po-té mohou lépe orientovat v multikulturním světě.

Z tohoto důvodu je podle mého názoru téma diplomové práce aktuální. V České republice se počet cizinců (minoritních skupin) každým rokem zvyšuje, a tím se zvyšuje i pravděpodobnost kontaktu zdravotních sester a porodních asistentek s pacienty z odlišné minoritní skupiny. Myslím si, že pokud chce zdravotnický personál všem pacientům dobře poskytovat lékařskou i ošetrovatelskou péči, měl by mít základní znalosti o minoritních skupinách, s kterými přichází do kontaktu, aby byl schopen poskytovat kulturně kompetentní péči. Doporučila bych pro praxi, aby potřebné vědomosti získával zdravotnický personál na vzdělávacích kurzech či seminářích týkající se této problematiky. Podle mého názoru by tyto vzdělávací kurzy a semináře mohla zajišťovat ta organizace, která daný zdravotnický personál zaměstnává, jelikož by mělo být v zájmu této organizace jak spokojenost pacientů, tak kvalitně poskytovaná zdravotnická péče. Také si myslím, že by zdravotníci měli přistupovat ke každému pacientovi individuálně, ať už je českého, romského či jiného původu. Nelze soudit jednoho pacienta podle druhého, a předpokládat, že péče, která byla pro jednoho pacienta dostačující, bude dostačující i pro jiné pacienty. Zdravotnický personál by se měl vyhnout stereotypizaci pacientů.

V teoretické části diplomové práce byla popsána problematika kulturně diferencované péče, vysvětlen rozdíl mezi transkulturním a multikulturním přístupem v ošetrovatelství. Součástí

byla také kapitola zabývající se organizacemi a osobnostmi transkulturní péče se zaměřením na L. Purnella a jeho model kulturních kompetencí. Dále popsány národnostní menšiny, které se nejčastěji vyskytují v České republice. Podrobněji byla zpracována romská menšina, na kterou je zaměřena praktická část práce. Tato minoritní skupina byla vybrána záměrně. Jedná se o nejpočetnější národnostní menšinu v České republice, a o minoritní skupinu, s níž se autorka práce ve své praxi nejčastěji setkává.

V průzkumné části práce byla popsána metodika výzkumu, charakteristika průzkumného vzorku a průzkumný nástroj. Dále v ní byly prezentovány výsledky získané průzkumným šetřením. Data byla sbírána pomocí dotazníku vlastní konstrukce. Průzkum probíhal ve vybraném zdravotnickém zařízení, na oddělení šestinedělí, v období od září 2018 do ledna 2019. Celkem se průzkumu účastnilo 59 respondentek ve věku od 18 do 42 let, které byly romského etnika a souhlasily s průzkumným šetřením.

Jako praktický výstup práce byl vytvořen edukační letáček, který je určen zdravotním sestřám a porodním asistentkám, které přicházejí do kontaktu s pacientem romského etnika.

V závěru práce bych se ráda vyjádřila k limitům této diplomové práce. Protože byla průzkumná část diplomové práce realizována pouze v jednom vybraném zdravotnickém zařízení, nelze získané poznatky zobecňovat na jiná pracoviště.

## POUŽITÁ LITERATURA

- ANDREWS, M., J. BOYLE. *Transcultural Concepts in Nursing Care*. 5. vydání. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2008. ISBN 978-0-7817-9037-6.
- BACOTE, J. A Culturally Competent Model Of Care for African Americans. *Urologic nursing*. [online]. 2009; 29(1): 49–54. [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/24c8/3f29eebf9f9fb8ce29f2264248a8334274dd.pdf>
- BOUZEK, J. *Jak se domluvit s jinými. Úvod do mezikulturní komunikace*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-043-0.
- BURELL, P. Cultural Competence in Nursing: Transcultural Nursing Self-Efficacy. *7 th Annual Global Healthcare Conference (GHC 2018)*. 2018. 108-110. ISSN 2251-3833.
- ČESKO. Zákon č.273/2001 Sb. ze dne 10. července 2001: Zákon o právech příslušníků národnostních menšin a o změně některých zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2001 Dostupné také z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-273#p2>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Cizinci v ČR: Vietnamci u nás zakořenili*. [online]. [cit. 2019-02-04]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/czso/cizinci\\_v\\_cr\\_vietnamci\\_u\\_nas\\_zakorenili20120214](https://www.czso.cz/csu/czso/cizinci_v_cr_vietnamci_u_nas_zakorenili20120214)
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Aktuální populační vývoj v kostce*. [online]. [cit. 2019-03-01]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Počet cizinců*. [online]. [cit. 2019-01-24]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cizinci-v-cr-2018>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Život cizinců v ČR*. [online]. Praha. 2018. [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/60622068/29002618.pdf/00c1ea97-36a6-4ed2-b27c-5f5689b46614?version=1.5>
- ČÍŽKOVÁ, A. *Postavení romských žen v rodině a komunitě*. [online]. Brno, 2012. [cit. 2019-04-10] Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/foakk/bp\\_Postaveni\\_romskych\\_zen\\_v\\_rodine\\_a\\_komunite.pdf](https://is.muni.cz/th/foakk/bp_Postaveni_romskych_zen_v_rodine_a_komunite.pdf).  
Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Vedoucí kvalifikační práce Mgr. Martina Vodičková.

DAVIDHIZAR, R. et al. Delegating to a transcultural Team. *Nursing Management*. [online]. 1995; 28(5): 34–35. [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: [https://journals.lww.com/nursingmanagement/Abstract/1995/08000/Delegating\\_to\\_a\\_Transcultural\\_Team\\_.13.aspx](https://journals.lww.com/nursingmanagement/Abstract/1995/08000/Delegating_to_a_Transcultural_Team_.13.aspx)

DOBIÁŠOVÁ, K., H. HNILICOVÁ. Migranti a zdravotní péče z pohledu praxe v České republice. *Praktický lékař*. 2011; 91(10): 590-595. ISSN 1803-6597.

DOĞU, Ö. et al. Purnell Model for Cultural Competence: Nursing Care of an Afghan Patient. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*. [online]. 2016; 5(5): 44-48. [cit. 2017-12-03]. Dostupné z: <http://www.iosrjournals.org/iosr-jnhs/papers/vol5-issue5/Version-7/F0505074448.pdf>

EZZEDINE-LUKŠÍKOVÁ, P., L. PAŽEJOVÁ. Slovenská menšina a migranti v ČR. In LEONTIYEVA, Y. et al. *Menšinová problematika v ČR: Komunitní život a reprezentace kolektivních zájmů (Slováci, Ukrajinci, Vietnamci a Romové)*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2006. 14–31. ISBN 80-7330-098-2.

HYNKOVÁ, M. *Výzkumná zpráva. Romská žena: identita, role, postavení*. [online]. Brno: Genderové informační centrum NORA, o.p.s., 2015. [cit. 2019-04-15]. Dostupné z: <http://hledejmespolecnenovoucestu.cz/wp-content/uploads/2014/10/V%C3%BDzkumn%C3%A1-zpr%C3%A1va-k-tisku.pdf>

IVANOVÁ, K., L. ŠPIRUDOVÁ, J. KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1212-1.

JAROŠOVÁ, D. *Ošetřovatelské modely a teorie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7464-214-2.

JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada. 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.

JEFFREYS, M. *Teaching Cultural Competence in Nursing and Health Care. Inquiry, Action, and Innovation*. Third Edition. New York: Springer Publishing Company, 2016. ISBN 978-0-8261-1996-4.

JECHOVÁ, K. Emancipace shora. Ženské organizace v českých zemích v druhé polovině 20. století. *Paměť a dějiny*. [online]. 2013; 7(4): 3–18. [cit. 2019-02-28] Dostupné z: <https://www.ustrcr.cz/data/pdf/pamet-dejiny/pad1304/003-018.pdf>

JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.

KAJANOVÁ, A. Užívání návykových látek a gamblerství u slovenských imigrantů v České republice. *Kontakt*. [online]. 2015; 17(4): 249-253. [cit. 2019-02-20] Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2015/04/07.pdf>

KALEJA, M. et al. *Mluvme o Romech*. Brno: Ostravská univerzita v Ostravě, 2009. ISBN 978-80-7368-708-3.

KALEJA, M. *Romové-otázky a odpovědi v českém a slovenském kontextu*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2012. ISBN 978-80-7464-175-6.

KAŠPAROVÁ, I. et al. *Dlouhodobý monitoring situace romských komunit v České republice*. [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2008. [cit. 2019-04-19] Dostupné z: [https://www.vlada.cz/assets/ppov/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/monitoring\\_morava.pdf](https://www.vlada.cz/assets/ppov/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/monitoring_morava.pdf). ISBN 978-80-87041-56-7.

KLADIVO, P. *Základy statistiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3841-2.

KELNAROVÁ, J., E. MATĚJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty–4.ročník*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-5203-7.

KNEJP, J. Romové v České republice-migrace v období komunismu a vybrané aspekty společenského postavení. In KALEJA, M. *Mluvme o Romech*. Brno: Ostravská univerzita v Ostravě, 2009. 151–165. ISBN 978-80-7368-708-3.

KOPECKÁ, Š. *Postoje Romů ke vzdělání*. [online]. Brno, 2006. [cit. 2019-04-10] Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/scsrl/Postoje\\_Romu\\_ke\\_vzdelavani.pdf](https://is.muni.cz/th/scsrl/Postoje_Romu_ke_vzdelavani.pdf). Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí kvalifikační práce PhDr. Věra Vojtová, Ph.D.

KOPTÍKOVÁ, J. *Specifika ošetrovatelské péče u romských klientů*. [online]. Plzeň, 2012. [cit. 2019-04-10] Dostupné z: <https://otik.zcu.cz/bitstream/11025/3842/1/Bakalarska%20prace%20Jana%20Koptikova.pdf>. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí kvalifikační práce Mgr. Moučková Miroslava.



- KOŽÍŠKOVÁ, G. *Přechodové rituály v rámci romské rodiny*. [online]. Plzeň, 2013. [cit. 2019-04-11] Dostupné z: [https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/11025/14262/1/BP\\_Koziskova\\_Gabriela\\_2013.pdf](https://otik.uk.zcu.cz/bitstream/11025/14262/1/BP_Koziskova_Gabriela_2013.pdf).  
Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta filozofická. Vedoucí kvalifikační práce Mgr. Tomáš Hirt Ph.D.
- KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál, 2010. ISBN 97880-7367-684-1.
- KUTNOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4413-1.
- LEININGER, M., M. McFARLAND. *Culture Care Diversity and Universality. A Worldwide Nursing Theory*. 2. vydání. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers. 2006. ISBN 978-0-7637-3437-4.
- LHOŤAN, L. *Rozmanitosti proti předsudkům: Romové, Vietnamci, Muslimové a Ukrajinci v České republice*. Pstruží: Lukáš Lhoťan, 2012. ISBN: 978-80904932-2-3.
- MAIER-LORENTZ, M.M. Transcultural nursing: Its importance in nursing practice. *Journal of Cultural Diversity*. 2008; 15(1): 37-43. ISSN: 1071-5568.
- McFARLAND, M. et al. Ethnonursing: A Qualitative Research Method for Studying Culturally Competent Care Across Disciplines. *International Journal of Qualitative Methods*. [online]. 2012; 11(3): 259-279. [cit. 2019-01-23]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/160940691201100306>
- NOVÁKOVÁ, D. Romská minorita. In TÓTHOVÁ, V. et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, 2012. 21–52. ISBN 978-80-7387-645-6.
- NOVÁKOVÁ, I. *Kapitoly z multikulturního ošetrovatelství*. Liberec: Vysokoškolský podnik Liberec s. s r.o., 2008. ISBN 978-80-7372-404-7.
- NARAYANASAMY, A. Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs? *British Journal of Nursing*. [online]. 2003; (12) 3: 185–194. [cit. 2019-03-23]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/10880197\\_Transcultural\\_nursing\\_how\\_do\\_nurses\\_respond\\_to\\_cultural\\_needs](https://www.researchgate.net/publication/10880197_Transcultural_nursing_how_do_nurses_respond_to_cultural_needs)
- OLIŠAROVÁ, V. Multikulturalismus, transkulturalismus a jejich odraz v současné ošetrovatelské péči. In TÓTHOVÁ, V. et al. *Kulturně kompetentní péče u vybraných minoritních skupin*. Praha: Triton, 2012. 13–20. ISBN 978-80-7387-645-6.

- PAPADOPOULOS, I. et al. Promoting cultural competence in health care through a research based intervention. *Journal of Diversity in Health and Social Care*. 2004; 1(2): 107–115. [cit. 2019-03-23]. Dostupné z: <http://diversityhealthcare.imedpub.com/promoting-cultural-competence-in-healthcare-through-a-research-based-intervention-in-the-uk.pdf>
- PAVLÍKOVÁ, E. et al. *Sociální situace a religiozita ukrajinských migrantů v ČR*. Červený Kostelec: nakladatelství Pavel Mervart, 2009. ISBN 978-80-86818-95-5.
- PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
- PLEVOVÁ, I. et al. *Ošetrovatelství II*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.
- PRŮCHA, J. *Interkulturní komunikace*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3069-1.
- PRŮCHA, J. *Multikulturní výchova. Příručka (nejen) pro učitele*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-866-2.
- PURNELL, L. The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing*. [online]. 2002; 13(3): 193-196. [cit. 2017-12-03]. Dostupné z: <http://esdhweb.ucl.dk/217435.The%20Purnell%20Model%20for%20Culture%20Competence.pdf>
- PURNELL, L. The Purnell Model for Cultural Competence. *The Journal of Multicultural Nursing & Health*. [online]. 2005; 11(2): 7-15. [cit. 2017-12-02]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/profile/Larry\\_Purnell/publication/11265758\\_The\\_Purnell\\_Model\\_for\\_Cultural\\_Competence/links/00b495330173a7096d000000/The-Purnell-Model-for-Cultural-Competence.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Larry_Purnell/publication/11265758_The_Purnell_Model_for_Cultural_Competence/links/00b495330173a7096d000000/The-Purnell-Model-for-Cultural-Competence.pdf)
- PURNELL, L. Culture and Diversity Issues. Traditional Vietnamese Health And Healing. *Urologic nursing*. 2008; 28(1): 63–67. ISSN 1053-816X.
- RADOSTNÝ, L. Vnímání věkových stupňů u Romů a jeho vliv na dosahované vzdělání. In BITTNEROVÁ, D. *Etické komunity Romové*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2013. 205-210. ISBN 978-80-87398-45-6.
- RAMSDEN, I. *Cultural Safety and Nursing Education in Aotearoa and Te Waipounamu*. [online]. Victoria University of Wellington, 2002. [cit. 2019-04-04]. Dostupné z: [https://croakey.org/wp-content/uploads/2017/08/RAMSDEN-I-Cultural-Safety\\_Full.pdf](https://croakey.org/wp-content/uploads/2017/08/RAMSDEN-I-Cultural-Safety_Full.pdf)

RAY, M. *Transcultural Caring Dynamics in Nursing and Health Care*. 2. vydání. Philadelphia: F.A. Davis Company. 2016. ISBN 978-0-8036-4470-0.

RIPKA, Š. Výzkum životních trajektorií sociálně vyloučených obyvatel. In KAŠPAROVÁ, I. et al. *Dlouhodobý monitoring situace romských komunit v České republice moravské lokality*. Praha: Úřad vlády České republiky. 2008. 90–102. ISBN 978-80-87041-56-7.

ROLANTOVÁ, L., V. TÓTHOVÁ. Používání tradiční čínské medicíny příslušníky čínské a vietnamské minority. *Kontakt*. [online]. 2009; 11(1): 201-209. [cit. 2019-02-04]. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2009/01/36.pdf>

RYŠLINKOVÁ, M. *Česká sestra v arabském světě – Multikulturní ošetřovatelství v praxi*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2856-8.

SIKOROVÁ, L., J. ZÁVĚŠICKÁ. Přístup romských a neromských matek k péči o novorozence. *Pediatric pro praxi*. [online]. 2012; 13(5): 342–344. [cit. 2019-02-01] Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/05/14.pdf>

SMILKOVÁ, Z. *Poskytování kulturně kompetentní péče*. [online]. Pardubice, 2018. [cit. 2019-04-10] Dostupné z: [https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/70720/SmilkovaZ\\_KompetentniPece\\_ZS\\_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/70720/SmilkovaZ_KompetentniPece_ZS_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Diplomová práce. Univerzita Pardubice. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí diplomové práce Mgr. Zuzana Škorníčková.

SOMNAKA, A. *Poklad Romů. Tajemství romského šperku*. Brno: Muzeum romské kultury, 2016. ISBN 978-80-86656-29-8.

SPECTOR, R. Cultural Competence. *Cultura de los Cuidados*. [online]. 2016; 20(44): 9–14. [cit. 2019-02-01] Dostupné z: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/54601>

STACKEOVÁ, D., M. BÖHMOVÁ. Psychologické aspekty přítomnosti otců u porodu. *Psychosom*. [online]. 2010; 8(4): 253–278. [cit. 2019-04-16] Dostupné z: <https://www.psychosom.cz/images/archiv/Psychosom-2010-4.pdf>

SVĚRÁKOVÁ, M. *Edukační činnost sestry: Úvod do problematiky*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠÍDLO, L. Obyvatelstvo České republiky na počátku nového tisíciletí. *Kontakt*. [online]. 2013; 15(3): 289-304. [cit. 2019-02-06] Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2013/03/09.pdf>

ŠÍŠKOVÁ, T. *Výchova k toleranci a proti rasismu*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-182-2.

TÓTHOVÁ, V. et al. Aspekty životního stylu vietnamské a čínské minority. *Kontakt*. [online]. 2007; 9(2): 221-229. [cit. 2019-02-01] Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2007/02/03.pdf>

TÓTHOVÁ, V. et al. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-414-8.

TRÁVNÍČKOVÁ, M. *Těhotenství a porod romských žen v kontextu transkulturní péče*. [online]. Praha, 2015. [cit. 2019-04-15] Dostupné z: [file:///C:/Users/Nat%C3%A1lka/Downloads/DPTX\\_2014\\_1\\_11240\\_0\\_421379\\_0\\_160648%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Nat%C3%A1lka/Downloads/DPTX_2014_1_11240_0_421379_0_160648%20(1).pdf). Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze. Fakulta humanitních studií. Vedoucí diplomové práce Mgr. Blanka Tollarová, Ph.D.

VLÁDA ČR. *Dokumenty: Zpráva o stavu romské menšiny v České republice za rok 2017*. usnesení vlády č. 539/18 ze dne 22. srpna 2018. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/zprava-o-stavu-romske-mensiny-za-rok-2017-168061/>

VLÁDA ČR. *Národnostní menšiny: Vietnamská národnostní menšina*. 2013. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/rnm/mensiny/vietnamska-mensina-108870/>

VRUBLOVÁ, Y. *Kultura a zdravotní péče*. Ostrava: Opts, spol. s r. o., 2011. ISBN 978-80-7464-086-5.

WÁGNER, K. Žije u nás jeden milion Romů? 2017. [www.parlamentnilisty.cz](http://www.parlamentnilisty.cz). [online]. [cit. 2019-03-01]. Dostupné z: <https://www.parlamentnilisty.cz/arena/nazory-a-petice/Karel-Wagner-Zije-u-nas-jeden-milion-Romu-472784>

WEINEROVÁ, R. Stereotypy v pojmenování Romů v České republice. In BITTNEROVÁ, D. *Etické komunity Romové*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2013. 33-53. ISBN 978-80-87398-45-6.

ZÁVORKOVÁ, P. Výzkum životních trajektorií sociálně vyloučených obyvatel. In KAŠPAROVÁ, I. et al. *Dlouhodobý monitoring situace romských komunit v České republice moravské lokality*. Praha: Úřad vlády České republiky. 2008. 274–289. ISBN 978-80-87041-56-7.

ZELÉNÍKOVÁ, R. *Transkulturní ošetřovatelství*. Ostrava – Vítkovice: X-MEDIA servis s.r.o. 2014. ISBN 978-80-7464-549-5.

## **PŘÍLOHY**

Příloha A: *Nestandardizovaný dotazník*

Příloha B: *Edukační letáček*

Příloha A: *Nestandardizovaný dotazník*

Dobrý den,

mé jméno je Natálie Rišková, jsem studentkou 2.ročníku oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví, Fakulty zdravotnických studií, Univerzity Pardubice. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku. Chci Vás ujistit, že informace, které mi poskytnete, budou použity výhradně pro zpracování v mé diplomové práci. Data, která budou zveřejněna, budou anonymní, a tudíž nebudou spojena s Vaší osobou. Dotazník můžete v průběhu vyplňování kdykoli ukončit a pokud nebudete chtít na některé otázky odpovídat, nemusíte. U otázek s možností odpovědi zvolte vždy jen jednu odpověď.

Pokud byste měla nějaké připomínky k otázkám, či chtěla sdělit další informace týkající se romské kultury, na které se dotazník neptá, využijte prosím volného místa na konci dotazníku.

**1. Kolik je Vám let?**

.....

**2. K jakému etniku se řadíte?**

Češi

Romové

Jiné:

.....

**3. Jaký je Váš rodinný stav?**

Svobodná

Vdaná

Rozvedená

Vdova

**4. Jaká je úroveň Vašeho vzdělání?**

Neukončené

Základní

Střední škola bez maturity

Střední škola s maturitou

Vyšší odborné

Vysokoškolské

**5. Po kolikáté jste (jste již byla) těhotná? / Po kolikáté budete rodit (jste již rodila)?**

.....

**6. Jaké jsou povinnosti žen ve Vaší rodině?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**7. Jaká rozhodnutí dělají obvykle ženy ve Vaší rodině?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**8. Kdo je v domácnosti hlavou rodiny?**

- Muž
- Žena
- Rovnoprávnost, oba dva stejně
- Jiná  
odpověď: .....

**9. Preferujete být ošetřována osobou stejného pohlaví?**

- Ano
- Ne, na pohlaví mi nezáleží

**10. Chcete, aby Vás při vyšetření v nemocnici někdo doprovázel?**

- Ano  Kdo?  
.....
- Ne

**11. Přejete si, aby Vás při porodu někdo doprovázel? (Chtěla jste mít doprovod při porodu?)**

- Ano  Kdo?  
.....
- Ne

**12. Kdybyste si mohla vybrat skladbu pacientů a počet lůžek na pokoji, co byste preferovala?**

- Chtěla bych být umístěna na pokoji s pacienty stejného etnika.
- Chtěla bych být umístěna na pokoji s pacienty odlišného etnika.
- Je mi to jedno.
- Na pokoji preferuji počet lůžek: .....
- Prostor pro vlastní odpověď:  
.....  
.....



.....  
**13. Pokud jste věřící, může nemocnice pro Vás zajistit něco, co byste potřebovala k modlitbě?**

13.1. Ano  Co?

.....  
.....

Ne

13.2 Mé náboženské vyznání je:

.....

Nejsem věřící

**14. Chráníte se proti neplánovanému početí?**

Ano  Jak?

.....

Ne

**15. Váží se dle Vašeho názoru k období dospívání ženy v romské kultuře nějaké specifické tradice, zvyky nebo pověry?**

Ano  Jaké?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ne

**16. Váží se dle Vašeho názoru k období těhotenství v romské kultuře nějaké specifické tradice, zvyky nebo pověry?**

Ano  Jaké?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ne

**17. Váží se dle vašeho názoru k období po porodu v romské kultuře nějaké specifické tradice, zvyky nebo pověry?**

Ano  Jaké?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ne

**18. Existují dle Vašeho názoru ve Vaší kultuře speciální jídla, které by žena měla jíst během těhotenství?**

Ano  Jaká?

.....  
.....  
.....  
.....

Ne

**19. Existují dle Vašeho názoru ve Vaší kultuře speciální jídla, které by žena měla jíst po porodu?**

Ano  Jaká?

.....  
.....  
.....  
.....

Ne

**20. Jsou aktivity, činnosti, kterým by se těhotná žena dle Vašeho názoru ve Vaší kultuře měla vyhýbat?**

Ano  Jaká?

.....  
.....  
.....  
.....

Ne

Velice Vám děkuji za vyplnění dotazníku.

## Kulturně kompetentní péče

### Cíl:

- ⇒ Sestra/ Porodní asistentka poskytuje příslušným romské minoritě kulturně ohleduplnou péči.
- ⇒ Sestra/ Porodní asistentka důkladně zaznamenává všechny údaje související s ošetrovatelskou péčí do ošetrovatelské dokumentace.
- ⇒ P/ K je informovaný, spolupracuje, podílí se na realizaci ošetrovatelského plánu.
- ⇒ Sestra/ Porodní asistentka komunikuje s P/ K a reaguje na jeho potřeby; včetně specifických potřeb souvisejících s jeho kulturními specifiky.
- ⇒ **Sestra/ Porodní asistentka při poskytování ošetrovatelské péče:**
  - ⇒ Má základní znalosti týkající se specifik romského etnika na území ČR.
  - ⇒ Respektuje práni a potřeby jedince v souvislosti s jeho kulturními zvyklosti.
  - ⇒ Při komunikaci hovoří pomalu, srozumitelně, dbá na správné užití neverbálních výrazů. Ví, že Romové jsou velmi temperamentní a umí se velmi rychle vešít do prožívání druhého. Někdo kritika vyslovovat s taktem a upřímností.
  - ⇒ Je si vědoma, že v hodnotách P/ K zaujímá první místo rodina a potomci.
  - ⇒ Respektuje pojetí času z pohledu Romů, postoj k vlastnímu zdraví.
  - ⇒ Zná vztah Romů k užívání léků (pouze při výskytu obtíží).
  - ⇒ Orientuje se v odlišnostech stravování romské minoritě.

### Bibliografické zdroje

- KALEJA, M. *Romové otázky a odpovědi v českém a slovenském kontextu*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2012. ISBN 978-80-7464-175-6.
- KELNAROVÁ, J., E. MATEJKOVÁ. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty 4.ročník*. Praha: Gaďa, 2014. ISBN 978-80-5203-7-7.
- KUNDOHORSKÁ, J. *Multikulturní ošetrovatelská praxe*. Praha: Gaďa, 2013. ISBN 978-80-247-4413-1.
- MARKOVÁ, K. *Hudba a tanec motion díky souboru Kesařů Clave symbolizování i raději pro mladá Romky*. *Www.romove-radio.cz*, 2015. Dostupné z: <http://www.romove-radio.cz/clane/k/5893>
- PLEŇOVÁ, I. et al. *Ošetrovatelská II*. Praha: Gaďa, 2011. ISBN 978-80-247-3558-0.
- TOŇHOVÁ, V. et al. *Kulturně kompetentní péče u ughranyh minoritních skupin*. Praha: Triton, 2012. 21–52. ISBN 978-80-7387-045-6.
- VRUBLOVÁ, Y. *Kultura a zdravotní péče*. Ostrava: Opts, spol. s r. o., 2011. ISBN 978-80-7464-086-5.
- ZELENÍKOVÁ, R. *Transkulturní ošetrovatelská Ostrava – Víkovice: X-MEDIA servis s.r.o.* 2014.



[www.romove-radio.cz](http://www.romove-radio.cz)

## Ošetrovatelská péče o příslušníka romské minoritě



Bc. Natálie Říšková

## Model kulturních kompetencí dle L. Purnella zaměřený na péči o příslušníky romské minoritry

### Přehled / dědictví / topografie

- ◊ Původně žili kočovným životem, většina z nich se v ČR již narodila.
- ◊ Žijí ze dne na den, většinou neplánují dopředu, vzdělání není příliš preferovanou hodnotou.

### Kommunikace

- ◊ Je dána komunikací úrovní jedince, který může hovořit česky, slovensky nebo romským dialektem.
- ◊ Romové jsou velice empaticí a temperamentní.
- ◊ Neverbální komunikace je velice živá, projevíjí hodně své city, radosti i agrese.
- ◊ Při vyslovení kritiky je třeba myslet na to, že Romové ji mohou vnímat jako projev agrese, a jejich reakce mohou být nepřiměřené.

### Role a organizace v rodině

- ◊ Rodina je pro Romské obyvatelstvo základ. Často žijí pohromadě i čtyři generace, navzájem si všichni pomáhají.
- ◊ V typické romské rodině je muž hlavou rodiny, čímž dležíá rozhodnutí, stará se o výchovu starších dětí. Žena zajišťuje chod domácnosti, stará se o výchovu malých dětí a pokračování rodu - postavení ženy je dáno počtem porozených dětí.
- ◊ Výchova dívek a chlapců je v romských rodinách dána jejich budoucími rolami muže a ženy, a proto se liší.

### Problematika pracovních sil

- ◊ V ČR se v dnešní době nacházejí Romové jak asimilováni (již si nezachovávají své původní tradice a hodnoty, zcela se začlenili do společnosti), tak integrovaní (své původní tradice a hodnoty si zachovávají, i přes začlenění se do společnosti).
- ◊ Spousta z nich je nezaměstnaných a žijí ze sociálních dávek.

- ◊ V běžném životě jsou schopni se dorozumět českým jazykem.

### Biokulturní ekologie

- ◊ Romové jsou nomádského původu.
- ◊ Typická je tmavší barva pleti.
- ◊ Dožívají se nižšího věku než Češi.

### Vysoce rizikové chování

- ◊ Mnoho z nich často kouří cigarety.

### Výživa

- ◊ Mezi tradicí jídla patří Holubkvi (plněné zelné listy), Mačanka (romská polévka), štrudl po mačarsku, bramborový guláš, bramborový šutlik s klobasou.
- ◊ Nekonzumují koňské maso, zbytky jídel, ohřívána jídla, jídlo, které spadlo na zem, či v něm byl vlas.
- ◊ V dospělosti konzumují nadměrné množství kávy a tučných jídel, preferují jídla sladká.

### Těhotenství a porod

- ◊ U romských dívek nastupuje meneses později, a délka reprodukčního období je delší než u nemomských žen.
- ◊ Romské ženy málokdy užívají antikoncepci.
- ◊ Ve srovnání s nemomským obyvatelstvem mají Romové kratší délku těhotenství.
- ◊ Narození dětí mají nižší porodní váhu než nemomské.
- ◊ Při porodu nesmí mít žena žádné ozdoby na sobě, šperky, sponky a kovové předměty, aby neměla těžký porod. Po porodu následují kritiky.
- ◊ Ženy v průběhu porodu mohou být velice hlasité, prožívají porod silně verbálně i neverbálně. Jsou velmi citlivé na bolest. Po porodu oddalávají ke své rodině a vradí se až pro novorozence.

### Rituály smrti

- ◊ Dbají na pobřežní rituály, věří, že pro nebožtka si přichází někdo z díve zemřelých příbuzných.
- ◊ Do rakve vkládají oblíbené předměty zesnulého, aby mu zprůjemňli pobyt na onom světě, např. dýmku, cigarety, alkohol, šperky a peníze.
- ◊ Až do pohřbu u mrtvého varují.

### Spirtualita

- ◊ Romské náboženství je sloučeninou náboženství majoritní společnosti a jejich vlastních pověr a magie.
- ◊ Jejich náboženské představy jsou ovlivněny přírodními silami.
- ◊ V ČR je vyznání Romů většinou římskokatolické.
- ◊ Věřt v posmrtný život.

### Praktiky zdravotní péče

- ◊ Romové jako pacienti chtějí být ošetřeni co nejdříve, jsou nedůvěřiví, často si přejí získávat informace od nejvyššího představitel oddělení.
  - ◊ Mají strach z diskriminování.
  - ◊ Při hospitalizace děna rodiny se snaží setrvat poblíž po celou dobu, jsou typičtějšími a četřtými návštěvami, tím mohou narušovat chod oddělení.
  - ◊ Romové mají obrovský strach ze smrti.
- ### Poskytovatelé zdravotní péče
- ◊ Lékaře navštěvují pouze při výskytu symptomů nemoci.
  - ◊ Hospitalizaci a s ní spojenou odbornou péči mohou vnímat negativně, nedůvěřivost vůči zdravotnickému personálu.
  - ◊ Z důvodu soustředění se na přítomnost může být pro Romy problematické dodržení stanoveného časového rozvrhu léčby, užívání léků apod.