

JIHO ČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

SOCIÁLNÍ DETERMINANTY ZDRAVÍ VYBRANÝCH ROMSKÝCH KOMUNIT

Prevence, náprava a terapie zdravotní a sociální problematiky dětí, dospělých a seniorů

Autor: Mgr. Alena Kajanová

Školitel: PhDr. Eva Davidová, PhD.

České Budějovice 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci k státní doktorské zkoušce na téma Sociální determinanty zdraví vybraných romských komunit vypracovala samostatně a použila jen prameny, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii. Prohlašuji, že práce byla schválena v tomto znění školitelem PhDr. Evou Davidovou, PhD.

Prohlašuji, že v souladu s §47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to v nezkrácené podobě /v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotní sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Ve Českých Budějovicích 24.8.2009

Alena Kajanová

Podkování

Děkuji tímto své školitelce PhDr. Evě Davidové, PhD., konzultantce Mgr. Markétě Elichové, PhD. a PhDr. Zdeňkovi Uherkovi, PhD. za odborné vedení a cenné rady a kolegovi Mgr. Davidovi Urbanovi za včasně připomínky.

Dále bych ráda poděkovala svým rodičům a bratrovi za podporu, kterou mi po celou dobu studia a psaní práce poskytovali.

Speciální díky pak patří mému příteli Tomášovi Mrhálkovi za náhled, konzultaci psychologických témat, trpělivost, oporu a pochopení.

V neposlední řadě děkuji výzkumu ústavním rodinám za to, že mne přijaly, nechaly mne vedle sebe žít a svěřily mi své touhy a sny.

Abstract

This dissertation thesis titled “Social Determinants of Health in Selected Romany Communities” adverts to the issues of relationship between the health condition and social and economic factors, as well as other external or culture-conditioned influences affecting them. I have based my work on the concept of ten social determinants of health by Wilkinson and Marmot (2005). The theoretical section adverts to the interrelation of particular determinants in the Roma communities and the specific role of stress affecting all determinants. Thereat, I have based my study on generally available findings, primarily those acquired from research surveys, against which I have compared the results of my research section.

The objective of this presented thesis is to describe the influence of social determinants of health in the wider context of everyday living in selected Roma communities. In doing so, I have primarily focused on impediments to the full participation of the described target population in the living of the majority society due to social exclusion.

The target population consists of five multi-generation Romany families from two separate locations. Two families enjoy a higher stratification status (including a representative of the Romany elite) and three live in socially excluded locations. Having considered the specifics of the target population and orientation on the common day of the respondents, I have opted for socio-ethnographic field research, i.e. a qualitative by a research method, with the prevailing technique being participative observation and interviews.

Processed research data is presented, alongside discussions, in subchapters following upon the topics of the theoretical part of my thesis, i.e. particular groups of health determinants. The results indicate that it is not only the underprivileged socio-economic conditions that take a share in the worsened health condition of persons living in socially excluded locations but these also involve therefrom originating stressors, which are often specific (symbolic element of social exclusion, alternative sources of livelihood). I also attribute a special meaning to culture-conditioned norms and opinions that, in some cases, bear a negative influence on the health condition via behavioral

factors (such as a low number of Roma mothers lactating their children or attitude to the abuse of habit-forming substances).

Apart from the identification of the influence proportions breakdown by social determinants of health in Roma communities, I see the benefit of my thesis in its qualitative nature, predestining it for utilization in a wider, longitudinal quantitative research of the target Romany group.

PROLOG	10
ÚVOD	11
1. VYMEZENÍ PROBLEMATIKY	13
<i>1.1 Romské komunity v České republice v kontextu zdravotního stavu.....</i>	13
1.1.1 Zdravotní stav romských komunit v České republice.....	14
1.1.2 Objektivní hodnocení zdravotního stavu romských komunit.....	14
1.1.3 Subjektivní hodnocení zdravotního stavu romských komunit.....	16
<i>1.2 Koncept zdraví v souvislosti se sociálními determinanty zdraví.....</i>	17
2. SOCIÁLNÍ DETERMINANTY ZDRAVÍ VE VZTAHU K ROMSKÝM KOMUNITÁM	19
<i>2.1 Socioekonomická situace romských komunit v kontextu zdravotního stavu.....</i>	19
2.1.1 Práce.....	19
2.1.1.1 Zaměstnání a Romové.....	21
2.1.1.2 Pracovní podmínky a zdraví.....	22
2.1.2 Nezaměstnanost.....	23
2.1.2.1 Dlouhodobé nezaměstnanosti.....	24
2.1.3 Sociální exkluze.....	27
2.1.3.1 Příčiny sociální exkluze.....	28
2.1.3.2 Složky sociální exkluze.....	29
2.1.3.3 Zdravotní důsledky sociální exkluze.....	32
2.1.3.4 Struktura a deskriptory zkoumaných sociálně vyloučených lokalit.....	33
2.1.4 Sociální gradient, socioekonomický status.....	35
2.1.4.1 Socioekonomická deprivace a její vliv na zdraví.....	36
<i>2.2 Vybrané faktory životního stylu romské populace v kontextu zdravotního stavu.....</i>	37
2.2.1 Výživa.....	37
2.2.1.1 Zdravotní a sociální kontext výživy.....	37
2.2.1.2 Stravovací návyky Romů.....	39
2.2.2 Doprava.....	40
2.2.3 Užívání některých návykových látek a gamblerství.....	41
2.2.3.1 Užívání návykových látek a gamblerství v romských komunitách.....	41
2.2.3.2 Zdravotní dopady užívání návykových látek a gamblerství.....	44
2.2.3.3 Sociální a ekonomické dopady užívání návykových látek a gamblerství.....	45
<i>2.3 Romská rodina a komunita v kontextu zdravotního stavu.....</i>	46
2.3.1 Dětské prostředí.....	46
2.3.1.1 Romská rodina v kontextu základních funkcí rodiny a možnosti vlivu na zdravotní stav dítěte.....	46
2.3.1.2 Výchovný styl v romské rodině.....	49
2.3.1.3 Specifika romského dětského prostředí v kontextu zdravého vývoje a zdravotního stavu.....	49
2.3.2 Sociální opora.....	51
2.3.2.1 Sociální opora a zdraví.....	52
2.3.2.2 Možné negativní vlivy SO.....	52
2.3.2.3 Sociální opora v romských komunitách.....	53

3. STRES	54
3.1 Model stresu dle Lazaruse	54
3.2 Reakce na stres	55
3.3 Zvládnutí stresu	55
4. SHRNUTÍ A VÝCHODISKA PRO VÝZKUMNÉ ŠETĚNÍ	56
5. METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETĚNÍ	58
5.1 Cíl práce a hypotézy	58
5.2 Identifikace cílového souboru výzkumného šetění	58
5.2.1 Základní cílový soubor.....	58
5.2.2 Doplnkový soubor.....	60
5.3 Operacionalizace použitých pojmů	60
5.3.1 Faktor „romství“ p i výběru rodin.....	60
5.3.2 Faktor sociální vyloučenosti p i výběru rodin.....	61
5.3.3 Definice romské elity.....	61
5.3.4 Pojem „romská rodina“ jako specifikace cílového souboru	62
5.3.5 Komunita.....	62
5.4 Použité metody a techniky výzkumného šetění	63
5.4.1 Zúžená pozorování.....	64
5.4.2 Interview, narativní interview.....	64
5.4.3 Analýza sekundárních dat (Desk research)	64
5.4.4 Genealogie	64
5.4.5 SWOT analýza socioekonomického prostředí cílového souboru.....	65
5.5 Harmonogram práce	65
5.6 Stručná charakteristika jednotlivých zkoumaných rodin (k jaru 2009)	66
5.7 Vyhodnocování dat a komparační faktory v rámci interpretace dat	69
6. VÝSLEDKY A DISKUSE	70
6.1 Subjektivní zdravotní stav cílového souboru	70
6.1.1 Dlouhodobý zdravotní stav v době výzkumu.....	70
6.1.2 Jednotlivá onemocnění a zdravotní obtíže respondentů v průběhu výzkumu.....	75
6.1.2.1 Jednotlivá onemocnění a zdravotní obtíže respondentů – dospělí.....	76
6.1.2.2 Jednotlivá onemocnění a zdravotní obtíže respondentů – děti do 15 let.....	76
6.1.2.3 Specifika jednotlivých období romského dětství v kontextu zdravého vývoje	78
6.1.3 Návštěvy praktických lékařů a lékařů specialistů	80
6.1.3.1 Návštěvy praktického lékaře.....	80
6.1.3.2 Návštěvy lékařů specialistů	80
6.1.4 Souhrn výsledků a diskuse části „subjektivní zdravotní stav cílového souboru“	82

6.2 Výsledky a diskuse části „socioekonomická situace“	82
6.2.1 Interpretace výsledk a diskuse determinanty „práce“	83
6.2.1.1 Pracovní podmínky a spokojenost v zaměstnání	83
6.2.1.2 Souhrn výsledk a diskuse determinanty „práce“	87
6.2.2 Interpretace výsledk a diskuse determinanty „nezaměstnanost“	88
6.2.2.1 Důsledky dlouhodobé nezaměstnanosti	89
6.2.2.2 Souhrn výsledk a diskuse determinanty „nezaměstnanost“	95
6.2.3 Interpretace výsledk a diskuse determinanty „sociální exkluze“	98
6.2.3.1 Bytové podmínky	98
6.2.3.2 Hygienické podmínky	101
6.2.3.3 Ekonomické vyloučení a alternativní životní strategie	102
6.2.3.4 Kulturní vyloučení – nízká úroveň dosaženého vzdělání	105
6.2.3.5 Sociální vyloučení v užším slova smyslu	108
6.2.3.6 Symbolické vyloučení	112
6.2.3.7 Sociální exkluze a na které sociální patologické jevy	114
6.2.3.8 Souhrn výsledk a diskuse determinanty „sociální exkluze“	115
6.2.4 Interpretace výsledk a diskuse determinanty „sociální gradient“	118
6.2.4.1 Problematika vymezení socioekonomického statusu u cílového souboru	118
6.2.4.2 Pravidelné příjmy zkoumaných rodin	119
6.2.4.3 Pravidelné výdaje jednotlivých rodin	120
6.2.4.5 Subjektivně vnímaná socioekonomická situace	124
6.2.4.6 Další „objektivní“ ukazatele nízkého SES	126
6.2.4.7 Socioekonomická deprivace a její vliv na zdraví	127
6.2.4.8 Souhrn výsledk a diskuse determinanty „sociální gradient“	128
6.2.4 Souhrn interpretace výsledk a diskuse části „socioekonomická situace“	129
6.3 Interpretace výsledk a diskuse části „vybrané faktory životního stylu v kontextu zdravotního stavu“	129
6.3.1 Interpretace výsledk a diskuse determinanty „výživa“	130
6.3.1.1 Stravovací návyky	130
6.3.1.2 Kvantitativní hledisko stravování	131
6.3.1.3 Kvalitativní hledisko stravování	131
6.3.1.4 Pitný režim	134
6.3.1.5 Nejčastěji připravované pokrmy	135
6.3.1.6 Výživa dětí	136
6.3.1.7 Souhrn výsledk a diskuse determinanty „výživa“	136
6.3.2 Interpretace výsledk a diskuse determinanty „doprava“	138
6.3.2.1 Využívané typy dopravy	138
6.3.2.2 Tělesná aktivita	139
6.3.2.2 Souhrn výsledk a diskuse determinanty „doprava“	140
6.3.2 Interpretace výsledk a diskuse determinanty „užívání některých návykových látek a gamblersství“	140
6.3.3.1 Nikotinismus	140
6.3.3.2 Užívání alkoholu	142
6.3.3.3 Užívání marihuany	143
6.3.3.4 Užívání ostatních ilegálních drog	144
6.3.3.5 Gambling	145
6.3.3.6 Souhrn výsledk a diskuse determinanty „užívání některých návykových látek a gamblersství“	146
6.3.4 Souhrn interpretace výsledk a diskuse části „vybrané faktory životního stylu v kontextu zdravotního stavu“	148
6.4 Interpretace výsledk a diskuse části „romská rodina a komunita“	149
6.4.1 Interpretace výsledk a diskuse determinanty „důstojství“	149

6.4.1.1	<i>Specifika rodinného prostředí</i>	149
6.4.1.2	<i>Postavení dítěte v rodině</i>	150
6.4.1.3	<i>Socioekonomické podmínky a jejich vliv na dítě</i>	151
6.4.1.4	<i>Specifika výchovy v romské rodině</i>	152
6.4.1.5	<i>Preškolní výchova</i>	154
6.4.1.6	<i>Souhrn výsledků a diskuse determinanty „dítě“</i>	154
6.4.2	<i>Interpretace výsledků a diskuse determinanty „sociální opora (SO)“</i>	156
6.4.2.1	<i>Zdroje SO</i>	156
6.4.2.2	<i>Typy poskytované SO</i>	160
6.4.2.3	<i>Míra poskytované SO</i>	160
6.4.2.4	<i>Negativní aspekty SO</i>	162
6.4.2.5	<i>Interpretace výsledků a diskuse determinanty „sociální opora“</i>	162
6.4.3	<i>Souhrn interpretace výsledků a diskuse částí „rodina a komunita“</i>	164
6.5	<i>Interpretace výsledků a diskuse determinanty „stres“</i>	164
6.5.1	<i>Identifikace stresových situací (stresory) a jejich vliv na zdravotní stav</i>	166
6.5.2	<i>Reakce na stres</i>	167
6.5.3	<i>Způsoby vyrovnání se s dlouhodobým stresem</i>	169
7.	ZÁVĚREČNÁ VÝCHODISKA PRO KVANTITATIVNÍ VÝZKUM A MOŽNÁ ZKRESLENÍ VÝZKUMU	170
7.1	<i>Shrnutí rozdílů v komparačních kritériích</i>	177
7.2	<i>Klady kvalitativního výzkumu u cílové skupiny romských komunit</i>	178
7.3	<i>Možná zkreslení výzkumu</i>	180
8.	ZÁVĚR	182
9.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	184
10.	KLÍČOVÁ SLOVA	195
11.	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	195
12.	SEZNAM PŘÍLOH	196

Prolog

Impulzem pro mou disertační práci, zabývající se romskými komunitami a jejich životním stylem a strategiemi, mi byla má vlastní zvědavost a touha „pátrat po prázdninách“, pramenící ze zkušenosti sociální práce s dlouhodobě nezaměstnanými Romy na trhu práce v nejmenovaném projektu, kde jsem byla svedkem mnoha příběhů. V každém z nich na jedné straně stála postupem času slábnoucí snaha najít zaměstnání a na straně druhé řada překážek, jevící se jako neprokonatelná.

Mezi další podněty patřila diskuse s tazateli monitorujícími sociální vyloučené lokality v České republice pro *Analýzu sociálního vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů v sobících v této oblasti*. Koncept sociálního vyloučení se, poté co zmiňovaná zpráva spatřila světlo světa, stal natolik diskutovaným a mediálně známým, že se utvořil výchozí podklad mnoha dalších studií.

V neposlední řadě mě k hlubšímu studiu popisované problematiky nasměřovala nabídka PhDr. Evy Davidové PhD., mé pozdější školitelky, spolupracovat na projektu Kvalita života, státní a zdravá délka života z aspektu determinant zdraví u romského obyvatelstva v České a Slovenské republice (GA ČR . 403/07/0336), což by mi umožnilo srovnání dat mého výzkumu, a na oplátku poskytlo i některé mé dosavadní poznatky projektu.

Na počátku mé práce stálo odhodlání a ústřední znalost terénu. Rozhodla jsem se pro metodiku založenou především na kvalitativních technikách, zejména zúčastněným pozorováním, a kolidovala se nejednou s příliš tradiční metodou disertační práce. Nebylo ale jiného zbylí, šlo mi o to, pokusit se identifikovat hlubší souvislosti, ty, co mi v pracích na téma „sociální situace Romů“ chyběly. V průběhu mého pobytu v popisovaných romských komunitách jsem prošla i několika fázemi, kde mě, po počáteční euforii, postupně opouštěl optimismus, nadšení a nakonec i naděje, ne z hlediska sesbíraných dat, ale z vývoje situace a životních východisek sociálně vyloučených rodin. A zatímco odborný svět chrlil jednu studii o Romech a sociální okluzi za druhou, propadala jsem bezmoci, že je zbytečné psát o něčem, co stejně nelze vyřešit. Velice obtížné je v takových chvílích udržet odstup a do situace nezasahovat, vzdát se role „zachránce“ a udržet si statut nezávislého „výzkumníka“.

Ve své práci předkládám poznatky, které jsem získala po mnoha dnech společně strávených s romskými rodinami ve zkoumaných lokalitách. Má práce není vyerpávajícím pohledem sociálních determinant zdraví romské populace, ale snahou nastínit jejich vzájemnou provázanost a konkrétní dopady na každodenní život, tak jak je prožívají ti, kterých se týkají, i jejich okolí.

Úvod

O romské minoritě se v odborných kruzích, i široké veřejnosti, v naší republice hovořilo v různých historických etapách rozlišeně, převládaly však odmítavé tendence, snahy o segregaci, i asimilaci. Po vítězství demokracie se politické myšlenky orientovaly na integraci, Romové se stali národností a bylo učiněno mnoho kroků k potlačování diskriminace a eliminace následků přístupu minulého režimu.

Dnes se o Romech hovoří nejčastěji v souvislosti se sociálním vyloučením a stoupající vlnou extremismu (typickou pro situaci ekonomické krize, jíž procházíme), který je často namířený právě proti Romům. Hovoří se rovněž o nedostatečné kvalitaci, dlouhodobé nezaměstnanosti, vysokém podílu romských uživatelů drog a dalších sociálně patologických jevech, které postihly romské komunity. Fakt, že se jedná o jevy oboustranně si navzájem provázané, zesložituje hledání řešení.

Všechny výše popisované vlivy významně ovlivňují zdravotní stav Romů, který je obecně, ve srovnání s majoritní populací, hodnocen jako „horší“. Zdraví však, stejně jako sociální exkluze a další sociální jevy popisované v souvislosti s Romy, má multidimenzionální charakter, zahrnující značný podíl socioekonomických faktorů. Špatný zdravotní stav může stejně tak ovlivňovat sociální situaci, jako sociální situace zdravotní stav.

Cílem předkládané disertační práce je popsat vliv deseti sociálních determinantů zdraví (dle Wilkinsona, Marmota, 2005) u vybraných romských komunit v kontextu jejich každodenního života, se zaměřením především na předpoklady jejich plnohodnotné participace ve veřejném životě z důvodu sociální exkluze.

Práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části popisují, po základním vymezení problematiky zdravotního stavu romských komunit v České republice, jednotlivé sociální determinanty zdraví a to ve třech okruzích, vymezených na základě souvislosti s romskými komunitami: socioekonomická situace, na které faktory životního stylu a romská rodina komunita. Specifický okruh pak představuje determinanta stres, která všechny výše uvedené prolíná. Vedle teoretického konceptu jednotlivých determinant, vycházím dále z několika výzkumů, které se zabývaly zdravotním stavem romské populace, a snažím se zde rovněž o komparaci s majoritní populací. Touto částí, která má úhel základního uvedení tématu do popisované problematiky, si připravuji rovněž prostor pro výzkumnou část mé práce.

V druhé části se, po prezentaci použité metodiky, věnuji interpretaci a diskusi kvalitativních dat získaných v rámci terénního socioetnografického výzkumu, který probíhal v letech 2006-2009 u cílové skupiny pěti romských rodin ve dvou vybraných městech. Soubor zahrnuje jak sociálně vyloučené rodiny, tak zástupce výše sociálně stratifikovaných skupin (v etn. romské elity). Výsledky jsem rozložila do podkapitol vyplývajících z okruhů teoretické části s interpretací sociálních determinant zdraví tak, jak se promítají v každodenním životě respondentů a do různé míry jejich ovlivnění. Výsledky jsou doplněny o komparace s podobnými výzkumy.

Následuje kapitola „Diskuse výzkumných otázek a možná zkrácení výzkumu“, kde shrnuji analyzovaná data, odpovídám na stanovené výzkumné otázky a předkládám hypotézy. Upozoruji rovněž na možné rozdíly ve výsledcích mezi kvalitativním a kvantitativním výzkumným šetřením.

1. Vymezení problematiky

1.1 Romské komunity v České republice v kontextu zdravotního stavu

Romové tvoří v České republice nejpočetnější etnickou menšinu, od roku 2001 se stávají menšinou národnostní, dle zákona 273/2001 Sb. Ačkoli se při sčítání lidí, domů a bytů v roce 2001 přihlásilo k romské národnosti (z různých důvodů) jen malé procento osob, odhady počtu Romů v republice se v průměru pohybují okolo 250 tisíc (Navrátil et al., 2003).

Většina autorů hovoří o „Romech“, aniž by specifikovali, jakou konkrétní populaci popisují. Výsledný dojem je potom ten, že všichni Romové jsou stejní a dají se popsat několika charakteristickými rysy, což vytýkají například Budilová, Jakoubek (2007). S tímto názorem se ztotožňuji, protože Romové tvoří homogenní skupinu, nýbrž se dělí na skupiny subetnické¹ a dále na širší příbuzenské skupiny, které se mezi sebou mohou velmi významně lišit. Jednotlivé skupiny lze jen velmi obtížně srovnávat s dalšími, ačkoli se tomu bývá stejně jako je tendencí (především v médiích) spojovat Romy pod hlavičku sociální exkluze.

Cílem této práce není popsat podrobněji romské komunity, ani to není, vzhledem k rozsahu, možné. Operacionalizaci pojmů jako *Rom* i (tradiční) *romská rodina*, se využívá v praktické části, nebo je vymezují specificky pro svůj výzkum. Pokud hovořím o Romech v teoretické části, míním tím Romy jako etnickou skupinu z pohledu majority, především tedy slovenské Romy, kteří u nás tvoří naprostou většinu v rámci romské populace. Výše uvedené souvisí rovněž s tím, že od roku 1990 nejsou Romové jako samostatná skupina evidováni, tudíž neexistují žádná „tvrdá data“ vztahující se k romské populaci jako celku. V případě citací se odvolávám vždy na konkrétní výzkum (autora), který se tématem zabývá. Přesto je nutno podotknout, že takovýto přístup může přinést generalizaci, nebo dostatečně nezohledňuje některé specifické romské subskupiny, žijící odlišným životním stylem, které však nejsou ani předmětem mého výzkumu, ani jejich životní styl není dostatečně literaturou podložen.

¹Nejpočetnější skupinu (cca. 80 %) tvoří slovenští Romové, kteří k nám přicházeli v několika vlnách (především v poválečném období a devadesátých letech) (Davidová, 2005).

1.1.1 Zdravotní stav romských komunit v České republice

Po roce 1989 v České republice, v souvislosti se zdravotním stavem romské populace a jeho sociálními determinanty, doposud proběhly dva plošné projekty a to Determinanty zdraví romské populace v České republice (IGA MZ ČR NO 5516/3, 1999-2001)² a mezinárodní projekt Zdraví a romská populace, jehož výstup, národní zpráva *Sastipen*³, vyšla v červenci 2009. Dalším výzkumem, zaměřeným především na kvalitativní zhodnocení sociálních determinant zdraví u Romů v České a Slovenské republice, je probíhající projekt *Kvalita života, státní a zdravá délka života z aspektu determinant zdraví u romského obyvatelstva v České a Slovenské republice*.

Pro shrnutí základních poznatků o zdravotním stavu romské populace v České republice, budu vycházet právě z výše zmínovaných výzkumů.

1.1.2 Objektivní hodnocení zdravotního stavu romských komunit

Obecně je pro romskou populaci v těchto (ale i jinde) typická vysoká natalita a mortalita, s výškovým mediánem 24 let (u populace ČR se přibližuje hodnotě 40 let). Za problematický je považován přístup Romů ke zdraví. Nesvadbová et al. (2003) uvádí, že většina Romů zaujímá ke zdraví spíše instrumentální postoj, kdy nevnímá tolik význam prevence a atributů zdravého způsobu života. Zdraví sice je hodnotou, nicméně řeší se až v případě, projeví-li se jeho nedostatky. Zdravotní stav romské populace, ve srovnání s celkovým obyvatelstvem v ČR, vykazuje vyšší nemocnost⁴ a podíl invalidity. Plný invalidní důchod (PID) pobírá, dle lékařské dokumentace, 6,2 % a částečný invalidní důchod (ČID) 9,2 % zkoumaného romského souboru.

² N=1526 respondentů.

³ N=1004 respondentů.

⁴ Zajímavé je srovnání s českobudovickým výzkumem (Elichová, 2004), kde dotázaní praktičtí lékaři pro dospělou otázku zjišťující nemocnost a zdravotní stav Romů odpovídali, že se téměř neliší od ostatních obyvatel ČR. Mají stejné druhy nemocí, stejně často stonají, mají stejný výskyt kardiovaskulárních onemocnění. Častěji se u nich vyskytují respirační onemocnění (z důvodu velkého procenta Romů – kuřáků), obezita, narkomanie (dříve užívali toluen, dnes pervitin (České Budějovice) (Pešek, 2006) nebo heroin (v severních částech)), psychiatrická onemocnění, žaludeční vřed, lokomotorní onemocnění. Více než polovina lékařů sdělila fakt, že Romové často nemoc předsťrají a zvolí užívejte nejčastěji kvůli získání nemocenských dávek.

Signifikantními predikátory ID jsou i diagnózy: E11 – diabetes mellitus II. typu, I10 – hypertenzní choroba a M 545 – dorzalgie. Signifikantními predikátory PID jsou diagnózy E11 - diabetes mellitus II. typu, I 10 - esenciální hypertenze a F10 – duševní poruchy a poruchy chování spojené s užíváním alkoholu. Pro porovnání s údaji v celkové populaci České republiky se jednalo v případě PID o téměř dvakrát v tísí a v případě ID dokonce téměř osmkrát v tísí případů⁵.

Nesvadbová et al. (2003) monitorovala názor na zdravotní stav Romů u lékaře, kde 69,7 % dotazovaných lékařů jej ohodnotilo jako viditelně horší, přičemž asi ji se zde objevují právě skupiny chorob, pro něž je Romům nejčastěji přiznáván invalidní důchod (Nesvadbová et al., 2003). Nesvadbová, Šandera, Haberlová (2009) naproti tomu uvádí choroby, o nichž romští respondenti vypovědli, že jim byly lékaři diagnostikovány. Výsledky hovoří o tom, že žádnou ze sledovaných nemocí netrpí téměř polovina dotázaných (46 %), u 15 % diagnostikoval lékař jednu nemoc, nebo zdravotní problém a vážně ohrožených na zdraví (tj. a více nemocí) je v současné době zhruba čtvrtina respondentů (26 %). Výsledky souvisí s věkem, kdy multimorbidita stoupá, ale také s ekonomickým postavením, kde například podíl lidí a více chorob je u 25 % nezaměstnaných, oproti 15 % pracujících.

Zajímavou informací o zdravotním stavu romské populace jsou údaje o etnositě výskytu jednotlivých nemocí. Romové trpí nejčastěji migrénami nebo bolestmi hlavy (28 %) a vysokým krevním tlakem (19 %). Stejně jako k frekvencím diagnostikovaných nemocí (vyskytujících se u 10 % - 14 %) tvoří poměrně široká skupina chorob zahrnující deprese, vysokou hladinu cholesterolu, žaludeční vřed, onemocnění srdce, alergie, obdýchávací problémy, artritida nebo revmatismus a u žen problémy související s plynem (Nesvadbová, Šandera, Haberlová, 2009). Za povšimnutí stojí, že značná část těchto chorob bývá psychosomatického charakteru, tedy může mít souvislost s psychickou nepohodou.

⁵ *Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace 2002* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003 [cit. 2007-10-06]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=HIS®ion=100&kind=2&mnu_id=5300.

1.1.3 Subjektivní hodnocení zdravotního stavu romských komunit

V praktické části své práce se zabývám subjektivním pojetím zdravotního stavu, které úzce souvisí s konceptem Kvality života (QOL), vztahujícím se k celkové úrovni osobní pohody (well-being) jedince. Podle WHO, se jedná o „pocit jednotlivce nebo skupin obyvatelstva, že jsou uspokojeny jejich potěby, a že jim nejsou odnímány příležitosti k dosažení štěstí a naplnění života“ (Chulka, 2006, s. 587).

Subjektivní zdravotní stav, ve výzkumu Nesvadbové et al. (2003), hodnotilo 50,1 % romských respondentů jako dobrý a bez obtíží, 26,1 % se necítilo být úplně zdravými a 23,8 % uvedlo, že se cítí být nemocnými. Jednalo se především o problémy s páteří, žaludkem, o migrénu a psychické obtíže. Postoje ke zdraví byly rovnoměrně rozděleny. Pro polovinu souboru představovalo zdraví prioritu, další část souboru brala zdraví v potaz, ale měla priority jiné a 9 % souboru zdraví vůbec nevěnovalo. Zpráva Nesvadbové, Šandery, Haberlové (2009) uvádí údaje podobnější - téměř dvě třetiny Romů (64 %) považují svůj zdravotní stav za velmi dobrý, nebo dobrý, 24 % za kolísavý (někdy dobrý, někdy špatný). Jednoznačně negativně vnímá své zdraví 11 % Romů, kteří hovoří o špatném, nebo dokonce velmi špatném zdravotním stavu. Ve srovnání s celopopulačními studiemi se opět jedná o horší hodnocení ze strany romského souboru. Ve srovnání s objektivním hodnocením u romského souboru (viz výše) není rozdíl však tak výrazný.

Ukazatel subjektivního pocitu zdraví ale nemusí odpovídat reálnému zdravotnímu stavu, spíše vypovídá o tom, jak respondent svůj zdravotní stav vnímá a hodnotí. Hodnocení je často ovlivněno nejen skutečným zdravotním stavem, ale i vlivem aktuální psychické pohody i jinými sociodemografickými charakteristikami (Urban, Kajanová, 2008).

1.2 Koncept zdraví v souvislosti se sociálními determinantami zdraví

Zdraví⁶ je výsledkem komplikovaného působení mnoha vlivů, které obecně nazýváme determinantami zdraví⁷. Existuje více konceptů, zahrnujících v sobě větší i menší počet těchto determinantů, pro potřeby své práce budu vycházet z Wilkinsona a Marmota (2005), kteří pracují s 10 sociálními determinantami zdraví: dle tství, sociální gradient, sociální vyloučení, stres, závislosti, výživa, práce, nezaměstnanost, sociální opora a doprava. *Do jaké míry a jakým konkrétním způsobem se podílejí zkoumané sociální determinanty na zdravotním stavu cílového souboru?* je základní výzkumnou otázkou mé práce.

Všechny výše uvedené determinanty jsou však natolik vzájemně propojené, mnohdy i v oboustranné příčné souvislosti, že jsem se rozhodla popisovat je ve všech okruzích, které zahrnují nejprovázanější oblasti a zároveň přehledněji vystihují souvislosti s romskou populací, tedy cílovou skupinou mé práce. Zařazení determinantů do zmíněných okruhů vyplývá z jejich logického uspořádání, vzájemné provázanosti se v nich podrobněji v příslušných okruzích. Míra provázanosti a působení jednotlivých popisovaných determinantů jsou zahrnuty v dalších výzkumných otázkách, na něž hledám v praktické části práce odpovědi.

Prvním okruhem je **socioekonomická situace** romských komunit, zahrnující determinanty „nezaměstnanost“, „práce“, „sociální exkluze“ a „sociální gradient“, tedy okruhy navázané především na ekonomiku, trh práce a sociální stratifikaci.

Druhý okruh, **vybrané faktory životního stylu** romských komunit, zahrnuje ty, které faktory životní správy – „výživa“, „závislosti“ a „doprava“, tedy faktory, jež jsou, v rámci popisovaných, nejvíce ovlivnitelné jednotlivcem, přesto však u romských komunit mnohdy představují významnou problematickou oblast.

⁶ Pravděpodobně nejcitovanější a stále používanou definicí zdraví je definice WHO z r. 1948, kde je vymežováno jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne jako pouhá nepřítomnost nemoci nebo slabosti (Kebza, 2005).

⁷ Jedná se o kombinaci působení genetických vlivů (jejich podíl na zdraví je asi 20 %) a dále celá řada vlivů vnějších, především životního způsobu (50 % podíl na zdraví), které můžeme do jisté míry ovlivnit. Zbývající část konceptu zdraví tvoří vliv životního prostředí (20 %) a úroveň zdravotnických služeb (10 %) (Holík, Koupilová, 2001).

Romská rodina a komunita představuje tení okruh obsahující determinanty „d tství“ a „sociální opora“, tedy determinanty, které u Rom bývají majoritou hodnoceny jako pozitivní, vzhledem k romské rodinné a komunitní soudržnosti a lásce k d tem. V teoretické i praktické ásti se ale budu rovn ž zamýšlet nad možnými riziky, i negativními vlivy, tradi ní, a hlavn sou asné romské rodiny.

Determinantu **stres** vymezuji jako zvláštní kapitolu. Domnívám, že se jedná o spíše psychologický (i psychosociální), nežli sociální jev, který ovšem všemi sociálními determinantami významn prostupuje. Z mnoha p ístup ke stresu, ve své práci vycházím z kognitivního paradigma, modelu Lazaruse, který uvádím v záv ru teoretické ásti práce.

Výše uvedené okruhy, stejn jako jejich strukturu v teoretické ásti práce, používám i v její praktické ásti, tak aby tená i umož ovala vrátit se p ehledn k p ípadným teoretickým koncept m.

2. Sociální determinanty zdraví ve vztahu k romským komunitám

2.1 Socioekonomická situace romských komunit v kontextu zdravotního stavu

Hovoří o zhoršené socioekonomické situaci romských komunit v České republice bez souvislosti se sociální exkluzí a nezaměstnaností (případně špatnými pracovními podmínkami) nelze. Jedná se o jevy s oboustrannou příčinnou souvislostí. Například, ať se nezaměstnanost ujeví sociální exkluze a socioekonomické deprivace jeví jako centrální problém, situace je komplikovanější. Existence šedé ekonomiky a alternativních zdrojů obživy může, v kombinaci s erpáním výhod systému sociálního zabezpečení, umožnit vyšší finanční příjem, než by poskytovala minimální mzda nekvalifikované pracovní síly.

2.1.1 Práce

Determinanta „práce“ ovlivňuje zdravotní stav několika způsoby. Jednak již existence zaměstnání je protektivním faktorem zdravotního stavu (viz dále uváděný Giddens v modelu motivace k práci), kde tato nepředstavuje pouze zdroj peněz, ale rovněž uspokojení psychické a sociální. V souvislosti s výdělkem je práce samozřejmě ochranou před ekonomickou deprivací.

Na druhou stranu mohou zdraví negativně ovlivňovat nevyhovující pracovní podmínky (například riziková pracoviště), ale též pracovní stres, který se stále dostává do objevuje v rozrůstajícím se spektru pracovních pozic a nese sebou mnohé zdravotní důsledky (Sauter, 1997).

Podle Giddense (1999), představuje práce, vedle výdělku, dále základ pro získávání a zdokonalování dovedností a schopností, podporu rozmanitosti žití a podporu osobní identity, související se zdrojem sociálních kontaktů a v neposlední řadě strukturaci času v smysluplné organizování denních aktivit.

Z výše uvedených faktorů vycházejí rovněž **modely motivace k hledání zaměstnání**, kterým považuji za nutné se v novat z toho důvodu, že mohou významně ovlivňovat životní strategie, například preferenci pobírání sociálních dávek v kombinaci s alternativními zdroji obživy.

Dle **ekonomického modelu** motivace k hledání zaměstnání vychází z tzv. *pomru náhrady*. Jde o poměr mezi sociálními dávkami, jež nezaměstnaný přijímá v době nezaměstnanosti a mzdou, jež je mu nabízena, nebo kterou pobíral na pracovním trhu. Do tohoto vztahu vstupují ovšem i další proměnné, jako je rodinný stav a počet dětí, pracovní postavení, trvání nezaměstnanosti, lidský kapitál, zejména vzdělání, zdravotní stav, věk a pohlaví, i kvality systému sociální ochrany, a jiné.

Ekonomická motivace představuje výchozí modul pro koncepci poskytování sociálních dávek. Výše dávek musí být stanovena na takové úrovni, jež nebude relativně vysoká v poměru k celodenním mzdám, které by mohli mít příjemci s nízkou kvalifikací. Tito by pak měli jen malý nebo žádný zisk z celodenní práce. Přijem sociální pomoci navíc někdy opravuje k dalším dávkám a výhodám, například úhrad nájemného, poplatků za zdravotní péči atp. V souvislosti s tím, i v případech, kdy by zaměstnání přineslo malou výhodu, může existovat silná motivace setrvat v jistotě sociální pomoci, tzv. *pasti závislosti*. Dávky v českém sociálním systému byly až donedávna poměrně vysoké v porovnání se mzdami v málo kvalifikovaných nebo nekvalifikovaných povoláních, což fungovalo jako překážka ústupu na pracovním trhu. Mnoho Romů je ale na sociálních dávkách závislých a přechod od takového způsobu života k zaměstnání je velmi obtížný (viz podkapitola nezaměstnanost), navíc tuto situaci násobí další důvody, jako je rozsáhlá zadluženost romských domácností v sociálně vyloučených romských lokalitách, přechod jako překážka získání formálního zaměstnání (formální pracovní poměr umožňuje vymáhání, exekuci, částí jejich mzdy)⁸.

Psychologický model předpokládá, že aktuální motivace k hledání zaměstnání souvisí s hodnocením možnosti výsledku tohoto hledání, a proto i s minulou zkušeností s hledáním zaměstnání. U dlouhodobě nezaměstnaných Romů takové zkušenosti absentují.

Sociologicko-kulturní model vychází z hypotézy o *kultuře závislosti* zahrnující rezignaci a přizpůsobení se životu na dávkách a hypotézy o vzniku *kultury chudoby*. Kulturu chudoby formuloval americký antropolog O. Lewis (1966) jako specifický

⁸ *Česká republika - Šance na zlepšení zaměstnanosti Romů*. Světová banka, 2008. 41 s. ISBN 978-80-87041-52-9.

konceptuální model, který popisuje subkulturu západní společnosti, mající vlastní strukturu a vnitřní logiku a vlastní způsob života, který je předáván z generace na generaci. Tímto konceptu kultury chudoby tvoří předpoklad, že v sociálně vyloučených lokalitách dochází v průběhu času k ustavení specifického kulturního vzorce, který vzniká jako reakce a adaptace na dlouhodobou chudobu a tuto provázející jevy jako symbolické i prostorové vyloučení, přičemž základem tohoto vzorce je alternativní soubor hodnot, který obyvatelé takové lokality sdílejí. Zmíněné alternativní hodnoty a od nich odvozené jednání pak sice těmto lidem umožní v dané pozici přežít a obstát, zároveň jim však znemožní zpětnou integraci do struktur majoritní společnosti – tito lidé nejsou schopni „chopit se šance“ ani využít programů nabízených jim a již státem i nevládními organizacemi. Dotyčný soubor hodnot je navíc mezigeneračně předáván, takže následující generace je do něj již primárně socializována. Kultura chudoby je jedním z konceptů vysvětlujících současnou situaci sociálně vyloučených Romů⁹.

2.1.1.1 Zaměstnání a Romové

Romové za minulého režimu tradičně obsazovali méně kvalifikovaná a nekvalifikovaná místa, z nichž byla velká část transformací společnosti v devadesátých letech minulého století zrušena. Nekvalifikovaná místa jsou na současném trhu práce rovněž často obsazována pracovníky z Ukrajiny a ze Slovenska, kde tato „konkurence“ těží z nízkých životních nákladů svých rodin v zemi původu pracovníka. Nejvýznamnější část zaměstnaných Romů stále pracuje v oborech, nevyžadujících vyšší i odborné vzdělání, muži především jako pomocné síly ve stavebnictví, dřevnictví ve výrobě, v úklidových firmách a svozu odpadu, ženy jako pomocné síly v kuchyni, v úklidových službách a jako dřevnice ve výrobě (zde srovnávám s interními materiály projektu GA ČR . 403/07/0336). V rámci aktivní politiky zaměstnanosti jsou dále Romům často nabízeny veřejně prospěšné práce (VPP). Problémem takových míst je ovšem opět jejich krátkodobost, navíc není možné na VPP zaměstnat větší množství osob (Steiner, 2004).

⁹ V této souvislosti popisuje kulturu chudoby například Budilová, Jakoubek (2007).

Vzhledem k pracovním možnostem a nastavení sociálního systému (viz podkapitola nezaměstnanost) Romové také velice často využívají nestandardních pracovních poměrů. Šedé ekonomiky se účastní, dle odhadů, alespoň jednou ročně každý druhý romský muž, který nežije v sociálně vyloučené lokalitě, nebo oblasti s vysokou nezaměstnaností. Pro zaměstnavatele je totiž výhodné zaměstnat lidi, kteří nemají reálnou šanci získat práci legálně a jsou jen málo informováni o dlouhodobých sociálních dopadech této obživy. V sociálně vyloučených lokalitách je počet aktérů šedé ekonomiky ještě markantnější (Sirovátka, 2003).

2.1.1.2 Pracovní podmínky a zdraví

Pracovní podmínky mají nesporný vliv na kvalitu, kvantitu i bezpečnost práce. Pracovní podmínky nepříznivě zdravotnímu stavu evokují pracovní rizikové faktory (zejména chemické látky neurotoxické povahy atp.), případně nadměrnou fyzickou zátěží spojenou s některými, obecně spíše nekvalifikovanými, profesemi (Nováková, 2008), což se týká ve velké míře zaměstnaných romských mužů.

Mnozí zaměstnanci jsou však vystaveni i silnému psychickému zatížení, s následkem rostoucího výskytu nemocí, souvisejících s pracovní zátěží. Stres, způsobený například na výkonnost pracovníka a strach z nezaměstnanosti, to vše vyvolává u zaměstnaných lidí pocit psychické zátěže. Stresu jsou vystaveni nejcitelněji tzv. pomáhající profese, obdobnými problémy trpí ale také zaměstnanci ve výrobních halách, jejichž každodenní rytmus je určen chodem strojů. Faktory práce rizikové pro vznik stresu přitom nezahrnují pouze přetížení, těžkou fyzickou práci, vysokou odpovědnost, časový stres, ale rovněž podtláčení, nejednoznačné požadavky na pracovní roli, monotónní pracovní úkoly, vnucené pracovní tempo, špatné pracovní vztahy a smutnost provozu (Štikar et al., 2000).

Nejméně jasným následkem pracovního stresu jsou duševní obtíže – únava, emoční a náladové stavy (rozladění). Jako druhé v pořadí se umísťují onemocnění zad a pohybového aparátu a dále fyziologické případně i reaktivní stavy, projevující se například v oběhové nebo endokrinní soustavě. Přetrvávající pracovní stres tak v důsledku například zdvojnásobuje riziko infarktu (Sauter, 1997).

2.1.2 Nezam stnanost

„Registrace na úřadu práce je pro většinu romských uchazečů rituálem bez obsahu“ (Navrátil et al., 2003, s. 62).

Nezam stnanost, především ta dlouhodobá, ovlivňuje zdravotní stav negativně skrze ekonomické dopady a s nimi spojené sekundární následky (např. nezam stnaní se vedle nedostatku prostředků k jídlu stravují, často propadají různým závislostem, zadlužují se a tak zvyšují míru stresu). Nelze však opomíjet ani neméně závažné důsledky psychické a sociální, postihující společenské vztahy, hodnoty a sociálních instituce (zejména rodinu). Zdravotní stav ovšem může rovněž nezam stnanost determinovat.

Soudobá nezam stnanost v České republice (tzv. třetí vlna nezam stnanosti) je charakteristická následujícími rysy:

- nové zam stnaní je stále obtížnější získat než udržet¹⁰, dochází k nárůstu dlouhodobé nezam stnanosti¹¹
- marginalizace na trhu práce
- vznik geograficky etablovaných regionů s vyšší mírou chudoby (Mareš, 1994).

Dlouhodobá nezam stnanost¹² je považována za charakteristický rys nezam stnaných v romských komunitách. Zkušenost s nezam stnaností má, dle odhadů, 74 % ekonomicky aktivních Romů, přitom 35 % trpí opakovanou nezam stnaností a celých 39 % je opakovaně a dlouhodobě nezam stnaných (Winkler et al., 2005). Znamoňást, až 90 % dlouhodobě nezam stnaných, tvoří romské ženy (Navrátil, 2002, s. 43). Nejzávažnější je situace v sociálně vyloučených lokalitách, kde se nezam stnanost kombinuje s *neinností*, tzn. u kterých osoby zde žijící nejsou zam stnané, ale ani práci nehledají. Světová banka a kancelář Rady vlády pro záležitosti romské komunity realizovala v roce 2008 v sociálně vyloučených romských lokalitách,

¹⁰ Což zdrazňuje například Espign-Andersen (1999)

¹¹ V roce 2000 představil podíl dlouhodobě nezam stnaných v celkovém souboru nezam stnaných 50 % (Sirovátka, 2003).

¹² Dlouhodobá nezam stnanost je nezam stnanost trvající déle než 12 měsíců (Plesník et al., 2004).

kde působí Agentura pro sociální začleňování, expertní studii. Podle ní až 56 % Romů v produktivním věku (15-64 let) spadá do výše uvedené skupiny nejiných¹³.

Příčin vysokého podílu nezaměstnaných v romských komunitách je mnoho, a nejsou předmetem této práce, ráda bych ale uvedla, že je mezi nimi i zhoršený zdravotní stav a z něj vyplývající snížení pracovní schopnosti. Významný faktor představuje nízké vzdělání a kvalifikace. Především u sociálně vyloučených nedochází k mezigeneračnímu zvyšování vzdělanosti a úroveň dosaženého vzdělání Romů se od začátku přechodu k tržní ekonomice spíše zhoršila. Existují studie o tom, že pouze menší část dětí s rodiči se základním vzděláním získala vyšší než základní vzdělání. Jedním z hlavních důvodů malé participace (převážně sociálně vyloučených) Romů na trhu práce ztráta motivace: mnoho nezaměstnaných se po více neúspěšných pokusech (do jisté míry způsobených i diskriminací ze strany zaměstnavatele) vzdává snahy najít si zaměstnání.

Marginalizace na trhu práce představuje píazování určitých osob takovým pracovním pozicím, které jim neumožní jejich plnou integraci na tomto trhu a redukuje podstatně jejich šance výběru pracovních příležitostí, což se týká žádoucí stability zaměstnání, výše mzdy, osobního růstu a ostatních výhod. Pro marginalizované osoby to znamená také zvýšené riziko nezaměstnanosti a snížené riziko fragmentarizace jejich pracovních kariér. Pracovní marginalizace představuje jeden z hlavních faktorů sociální exkluze (Mareš, 2003).

2.1.2.1 Důsledky dlouhodobé nezaměstnanosti

Nezaměstnanost znamená různou zkušenost pro různé jedince i pro různé sociální kategorie, přesto jsou určité zkušenosti sdílené shodně, pouze snad s jinou intenzitou. V případě dlouhodobé nezaměstnanosti nejde pouze o pokles životní úrovně spojený s poklesem příjmů, ale stejně tak o hluboké důsledky v každodenním životě nezaměstnaného jedince, jeho společenských vztahů, hodnot a sociálních institucí

¹³ *Česká republika - Šance na zlepšení zaměstnanosti Romů*. Světová banka, 2008. 41 s. ISBN 978-80-87041-52-9.

(zejména rodin). Dlouhodobé nezaměstnanosti graduji v závislosti na její délce (Navrátil et al., 2003).

- **Ekonomické důsledky**

Ekonomické důsledky nezaměstnanosti souvisí s poklesem životní úrovně po ztrátě příjmu. Významným indikátorem dlouhodobé nezaměstnanosti jsou úsporná opatření, ke kterým muselo dojít v důsledku snížení příjmu domácnosti. První omezení se týká výdajů vztahených k volnému času (zábava, dovolená), ale také omezení výdajů za ošacení. Další omezení se týká úspor v oblasti uspokojování základních potřeb (snížení výdajů za stravu, topení, dle) a s tím souvisejících projektů. V tomto stádiu dochází k prodeji nemovitých a zároveň k prodeji auta i zařízením domácnosti. Tyto dopady jsou do určité míry mírně sociálním systémem, který umožňuje erpání podpory v nezaměstnanosti. Odhaduje se ale, že v romských komunitách je mnoho nezaměstnaných, kteří podporu nepobírají. Bu proto, že nesplňují podmínky pro její poskytování, nebo proto, že již vyčerpalí dobu, po níž se poskytuje (Navrátil et al., 2003). Mnozí dlouhodobě nezaměstnaní Romové, stejně jako ti, kteří jsou marginalizováni na trhu práce, si pak postupně utvářejí *alternativní životní strategie*, pomocí kterých zajišťují svoji obživu. Jedná se v první řadě o vytvoření faktické závislosti na sociálních dávkách, zadlužování, práci „na černo“ a jiné neformální ekonomické aktivity.¹⁴

- **Psychické a sociální důsledky**

Výzkumy v oblasti nezaměstnanosti ukazují, že ztráta práce postihuje ve svých důsledcích celou psychiku člověka, jeho intelektuální i citovou oblast i oblast vln. Podle některých studií (např. Murphy, Athanasou, 1999) je stav nezaměstnanosti odpovídán za 10 -16 % variance duševního zdraví. Prožívání a důsledky dlouhodobé nezaměstnanosti jsou individuálně podmíněné. Záleží na obranných reakcích jedince, na jeho vnitřní odolnosti a sociálním zázemí, stejně jako na kvalitě fungování jednotlivých

¹⁴ *Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů v sobcích v této oblasti*. 106 s. Praha: Gabal Analysys and Consulting, 2006.

složek psychického života. Nkte í jedinci jsou pravd podobn více disponováni k tomu, aby ztráta zam stnání postihla jejich psychickou rovnováhu.

Psychické d sledky nezam stanosti lze rozdlít do n kolika kategorií:

- zm ny ve vnímání asu, rozbití struktury denního asu, deprivace z absence pravidelných inností¹⁵
- psycho-sociáln patologické chování¹⁶
- dopad na psychické zdraví (psychosomatická onemocn ní, deprese a další)

Sociální d sledky nezam stanosti vycházejí p edevším ze sociální izolace, vyplývající z redukce sociálních kontakt , ztráty participace na cílech širších sociálních skupin, ztráty sociálního statusu s d sledkem snížení sebeúcty, rozkladu rodinných vztah a zm ny postavení v rodin ¹⁷ a ztráty hodnot a respektu k ve ejným autoritám, až asociálnímu chování v í spole nosti (Mareš, 1994, s. 62).

• **Zdravotní d sledky**

Zatímco v minulosti nezam stanost p edstavovala v otázce zdraví p edevším dopad na výživu, jejíž nedostate nost vedla k zvýšenému výskytu n kterých onemocn ní, v posledních letech se zmi uje spíše d sledek nezam stanosti ve spojení se zvýšeným stresem. Ztráta zam stnání p edstavuje životní událost, mnohdy nep edvídatelnou a neovlivnitelnou, tedy zna ný stresor.

Zhoršení zdravotního stavu dlouhodob nezam staných bylo prokázáno mnoha výzkumy (nap . Buchtová, 2002). Projevuje se v tší spot ebou zdravotnických služeb, mortalitou, a p edevším psychologicky podmín nými potížemi – psychosomatická

¹⁵ as nezam staného p estává hrát d ležitou roli, ubíhá pomaleji a je vypl ován pocitem nudy. Dramaticky roste podíl nestrukturovaného asu ke strukturovanému, spolu se strukturou se hrouť i jeho obsah. P evládají pasivní innosti, jako je sledování televizních po ad (asto d tských i seriál) a spánek nebo jen ležení v posteli (Buchtová, 2002).

¹⁶ Jedná se o zvýšení kriminality (zvlášt mladistvých), nár st konzumace alkoholu, kou ení a drogových závislostí a nár st pokus o sebevraždu (Komrsová, 2007).

¹⁷ „Dopady jsou v tší v p ípad nezam stanosti muže, p edevším pak v tradi n ji orientovaných rodinách, mezi n ž pat í rovn ž romské rodiny, kde je role muže siln ji spojována s rolí živitele rodiny. Je prokázána v tší míra domácího násilí v rodinách s nezam staným lenem stejn jako zvýšený výskyt rozvod “ (Buchtová, 2002, s. 82).

onemocnění a neurotické obtíže vykazovala, dle výzkumu Buchtové (2002), více než polovina dlouhodobě nezaměstnaných respondentů. Mezi další nejčastější onemocnění, kde psychosociální vlivy nezaměstnanosti působí jako jejich spouštěč, patří například ischemická choroba žil, hypertenze, astma, vedlová choroba žaludku a dvanáctníku a kožní choroby. Naopak výzkumy neprokázaly vyšší výskyt diabetu u nezaměstnaných (Vadmanis et al., 2001).

Zajímavé je, že zdravotní problémy se objevují již v době, kdy lidé poprvé pocítí, že jejich práce je ohrožena, tedy ještě dříve, než se fakticky stanou nezaměstnanými (Wilkinson, Marmot, 2005).

Nepřímo vliv na zhoršení zdravotního stavu má nadměrné požívání nikotinu, alkoholu a drog¹⁸ během doby nezaměstnanosti a samozřejmě také vzrůstající finanční nouze¹⁹, promítající se do stravování (Buchtová, 2002).

2.1.3 Sociální exkluze

„M j sladký, požehnaný a spravedlivý Bože, byl jeden král... Nenávidl Romy. Vystěhoval je daleko za vesnici, pod les. A navíc vydal zákon, že cikáni nemají právo vstupovat do města“ (Hübschmannová, 2003, s. 130, z pohádky Rom zůstal naživu).

Zdravotní dopady sociální exkluze vyplývají z jednotlivých jejích složek (viz níže). Nejčastěji uváděné jsou například dopady vyplývající ze špatných ekonomických a bytových podmínek, zvýšeného výskytu sociálně patologického chování a nedostupnosti zdravotní péče²⁰.

Evropská unie definuje sociální exkluzi jako „proces (případně stav), který určitě jednotlivce, rodiny, případně skupiny i celá lokální společenství (komunity) omezuje v přístupu ke zdrojům, které jsou potřebné pro participaci na sociálním, ekonomickém i politickém životě společnosti“ (Navrátil, 2002, s. 6). Sociální exkluze je nejčastěji

¹⁸ Výskyt závislostí souvisí s tzv. cestou nezdravého chování, kde stres může nepřímo ovlivnit zdraví tak, že v případě jeho expozice je omezeno zdravé chování na úkor nezdravého (Kebza, 2005).

¹⁹ „Výsledky statistických analýz Kesslera a kol. (1988) potvrdily, že při absenci finanční tísně v období nezaměstnanosti se zdravotní následky snižují na polovinu“ (Dohrenwend, 2000, s. 35).

²⁰ *Analýza sociální vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů v soběcích v této oblasti.* 106 s. Praha: Gabal Analysys and Consulting, 2006.

zkoumána jako objektivní sociální a ekonomický jev, který má být měřen pomocí statistických indikátorů.

V naší republice bývá sociální exkluze často spojována s Romy, ohrožuje a zasahuje však širší spektrum osob (například nedostatek vzdělání, osoby s mentálním i fyzickým handicapem, osoby trpící nějakým druhem závislosti, osamělé žijící seniory a další). U Romů se riziko sociálního vyloučení zvyšuje, nebo se zde rizikové faktory kumulují. V roce 2006 publikovaná *Analýza sociálního vyloučení lokalit a absorpční kapacity subjektů v soběcích v této oblasti* je dosud nejvyšším plošným monitoringem situace sociální exkluze v české republice. Uvádí, že v roce 2006 existovalo 300 lokalit s cca 80 tisíci obyvateli, převážně Romy. Dynamika sociálního vyloučení (na níž upozorňuje rovněž zmíněvaná Analýza) však počet lokalit zvyšuje.

Ačkoli je exkluze Romů u nás považována za jev převážně postrevoluční (v devadesátých letech minulého století vzniká rovněž v tšine vyloučených lokalit), tedy poměrně novodobý, již citací v úvodu podkapitoly jsem chtěla poukázat, že tomu tak zcela není. Určité prvky exkluze lze nalézt již v historických pramenech zakazujících například vstup Romů do města (např. Horváthová, 2002, Davidová 1995).

2.1.3.1 Příčiny sociální exkluze

Příčiny sociální exkluze jsou vždy multidimenzionální. Lze je rozdělit na vnitřní a vnější. Vnější vlivy jsou mimo dosah a kontrolu vyloučených osob. Jsou dány širšími společenskými podmínkami nebo vyplývají z jednání osob, které se nacházejí vně sociálního vyloučení (trh práce a jeho charakter, bytová politika státní správy a místní samosprávy, sociální politika státu, diskriminace atd.). Vnitřní vlivy jsou důsledkem jednání konkrétních lidí, jichž se vyloučení týká a kteří mohou vlastní situaci sociálního vyloučení přímou způsobovat, anebo posilovat její stávající existenci. Tebaže se jedná o příčiny individuální, jsou nakonec povětšinou důsledkem příčin vnějších (ztráta pracovních návyků při dlouhodobé nezaměstnanosti, dlouhodobá neschopnost hospodařit s penězi a dostát svým finančním závazkům, orientace na okamžité uspokojení potřeb atd.) (Mareš, 2003).

2.1.3.2 Složky sociální exkluze

Sociální exkluze se projevuje v mnoha oblastech života postižené skupiny obyvatel. Pro potřeby této práce je rozdělím na složku ekonomickou splývající s determinanty „sociální gradient“ a „nezaměstnanost“, složku prostorovou, kulturní, sociální a v neposlední řadě symbolické vyloučení.

• Ekonomické vyloučení

Ekonomické vyloučení souvisí především s *exkluzí na trhu práce*, která je chápána jednak jako dlouhodobá, opakovaná nezaměstnanost v důsledku omezení přístupu na trh práce, a dále jako přístup k nejistým a málo placeným pracovním místům. Její příčiny lze hledat v nízké úrovni lidského a sociálního kapitálu, stejně jako v důsledcích strukturálních charakteristik trhu práce, kde například technologické změny a modernizace vedou k substituci nekvalifikované práce prací kvalifikovanou.

V případě dlouhodobé nezaměstnanosti, kdy lidé ztrácejí pracovní návyky a sociální dovednosti, se jejich znevýhodněná pozice dále prohlubuje a uzavírá se kruh vyloučení z trhu práce. Hloubka problému je dále násobena skutečností, kdy v sociálně vyloučených lokalitách vyrůstá již téměř jedna celá generace dětí a mládeže, kteří ve svém okolí téměř dosavadního života nepoznali význam pracovního vztahu. Nezaměstnanost pro ně představuje běžný standard. Tato generace nejenže nemá žádné pracovní návyky, ale neměla dosud ani příležitost si je vybudovat²¹.

• Prostorové vyloučení (sociálně vyloučené lokality)

Prostorové vyloučení, projevující se právě v podobě *sociálně vyloučených lokalit*, může mít podobu fyzické bariéry, či lokalizace na okraji města se zhoršenou dopravní dostupností, nižšími a žádnými pracovními příležitostmi v okolí bydliště a minimální dostupností služeb²². Aby byla lokalita identifikována jako sociálně

²¹ *Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů v soběických v této oblasti*. 106 s. Praha: Gabal Analysys and Consulting, 2006.

²² V podstatě shledávám dvě vzájemně se prolínající souvislosti absence infrastruktury a služeb ve vyloučených lokalitách:

vylouená, nemusí být ovšem nutně vymezena prostorově. Symbolické prostorové vylouení sebou nese označení „špatné adresy“ (a následné stigmatizace na jejím podkladu), „domu hrůzy“ atp. (viz dále).

Bydlení v lokalitách je v mnohých případech nevyhovující z hlediska hygienických podmínek (domy mají vlhké zdivo, vyskytují se zde plísně, jsou špatně vytopitelné atd.) a přelidněné, souvisejícího s nedostatkem osobního a intimního prostoru pro jednotlivé členy domácnosti, prostoru pro hry a uvolnění atp. To se zákonitě odráží v horším zdravotním stavu obyvatel lokalit, kteří přitom mají obecně velmi malé šance se mimo lokalitu odstěhovat (Steiner, 2004).

• **Kulturní vylouení**

Kulturním vylouením je zpravidla méně omezený přístup ke vzdělání a znalostem, které jsou v tštinovou společnost uznávány a ceněny. Vnější příčinou je například zastřešení umístění dětí z „problémových romských“ rodin do zvláštních či speciálních škol, kde získávají méně kvalitní vzdělání, než zbytek jejich vrstevníků. Vnitřní příčinou může představovat například nízké vzdělání rodičů, kteří nenacházejí souvislost mezi vzděláním a přístupem k pracovním místům a své děti dostatečně nemotivují ke školní docházce a uvolnění.

Nedostatečné vzdělání opět uzavírá kruh souvislosti exkluze s nezaměstnaností, který podporuje také zjištění, že mobilitní potenciál potřebný k opuštění sociálně vylouené lokality vykazují jednotlivci, kteří dosáhli vyššího, než základního vzdělání (Steiner, 2004). Podpora vzdělávání Romů vedoucí k získání kvalifikace a následnému profesnímu uplatnění, má tedy zásadní význam při řešení problematiky sociálního vylouení Romů.

-
- lokality vznikají v místech, kde infrastruktura (služeb) není,
 - infrastruktura nevzniká, protože obyvatelé lokality by služby nevyužívali. Tedy jakýsi uzavřený kruh, kdy vylouenost lokality podporuje absence služeb a zároveň nevznikají služby, protože obyvatelé lokalit je nevyužívají (pozn. autorky).

• Sociální vyloučení

Sociální dimenze exkluze, v širším slova smyslu, souvisí s rozbitím tradičního typu romské domácnosti. Ve svém důsledku pak přináší zvýšený výskyt sociálně patologických jevů. Vedle drobné kriminality, která slouží především jako alternativní zdroj obživy, se v lokalitách objevuje užívání i dealování drog, gamblerství, ale také například prostituce, která byla tradičně mezi Romy tabu (Davidová, 1995). Problematika sociálně patologických jevů se ovšem nezdá obrátit i na obyvatele lokalit. Ti se často stávají „oběťmi“ lichvářů²³, případně firem poskytujících půjčky na vysoké úroky. Kriminalitou v sociálně vyloučených lokalitách se zabýval výzkum Ministerstva vnitra ČR v roce 2006. V závěrečné zprávě uvádí, že: „specifické jednání sociálně vyloučených osob, v etnickém jednání kriminálního a sociálně patologického, je výsledkem jejich přizpůsobení na specifické životní podmínky. Vyplývá z osvojení si vzorců jednání, které se v rámci tohoto prostředí utváří a mezigeneračně dává.“

Sociálním vyloučením v užším smyslu se rozumí fakt, že společenské styky vyloučených lidí se omezují na kontakty s těmi, kteří se nacházejí ve stejném postavení jako oni. Taktéž počet takovýchto kontaktů je zpravidla nižší, než počet kontaktů průměrného jedince z vnitřní společnosti (Steiner, 2004).

Mezi sociální dimenzi exkluze zahrnují rovněž vyloučení ze služeb, které je v sociálně vyloučených lokalitách obvyklé a uvést jej lze například služeb sociální péče. A kolik s Romy bývá spojován stereotyp dobré orientace v sociálním systému, realita ukazuje, že mnozí Romové, nejčastěji z důvodu své nevzdělanosti, neinformovanosti a sociální izolace od vnitřní společnosti, neumí využívat všech možností, které státní systém sociální pomoci poskytuje. K tomu velmi často přispívá vzájemná nedůvěra klientů romské komunity k institucím, které spravuje vnitřní společnost, a zároveň nedůvěra pracovníků institucí k těmto svým klientům²⁴.

²³Lichva je úmyslným majetkovým trestným činem (§ 253, Trestní zákoník č. 140/1961 Sb. ve znění pozdějších úprav), kdy je zneužita důvěra, rozrušení, nezkušenost nebo rozumová slabost oběti a je jí pachatelem nabídnuta a splněna služba, jejíž hodnota je v hrubém nepoměru k hodnotě závazku oběti.

²⁴Problémy začínají již s vyplňováním formulářů, jež jsou pro romského zájemce složité, přes neochotu úředníků ztrácet čas s méně komunikativními klienty až po nedostupnost informací o existenci služby.

Nevyužívání sociálních služeb ze strany Romů je ale také u mnoha typů těchto služeb dáno systémem hodnot, které romská komunita tradičně uznává. Členové romských rodin například poskytují ve velké míře svým příbuzným péči, kterou jsou poskytláčníci v tštinové společnosti zvyklí delegovat na profesionály (Navrátil et al., 2003).

• **Symbolické vyloučení**

Symbolická exkluze vyjadřuje marginalizaci a stigmatizaci některých sociálních skupin majoritní ve společnosti, veskrze vyjadřování různé míry odmítání a odporu, a může najít i svou reálnou odezvu v jednání, například v diskriminaci (Navrátil, 2002). Jednou z hlavních příčin symbolického vyloučení obyvatel sociálně vyloučených lokalit je *připsané romství*²⁵. Pokud je s někým nakládáno jako s „nepřípustivým“ (nepracovitým, málo snaživým a podobně), může se v důsledku této stigmatizace dostat do situace, kterou není schopen zvládnout, musí se na ni adaptovat, a v důsledku se mezi „nepřípustivé“ skutečnosti zařadí²⁶.

V popisování symbolického vyloučení nelze opomenout i podíl médií. Ve veřejném diskurzu, který zahrnuje i veřejnoprávní média, je v české společnosti silně frekventován stereotyp Romů, kteří zneužívají sociální dávky a preferují je před zaměstnáním, případně je kombinují s nelegálními příjmy v šedé ekonomice²⁷ (Sirovátka, 2003).

2.1.3.3 Zdravotní důsledky sociální exkluze

Jak již bylo uvedeno výše, zdravotní důsledky exkluze lze identifikovat v souvislosti s jednotlivými jejími složkami. Ekonomické vyloučení se projevuje zvýšenou mírou stresu, omezením výdajů za kvalitní stravu a jiné materiální prostředky, ale také sníženou možností financovat některé léky a typy zdravotnických služeb,

Sociální práce v podání státních institucí má převážně administrativní charakter a požívá s jistotou sociální vybaveností klientů, kteří jsou schopni využít všech nabízených možností (Navrátil et al., 2003).

²⁵ Termín *připsané romství* definuje označení určité osoby jako Roma na základě subjektivních domněnek oznamovatele (pozn. autorky).

²⁶ *Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů v sobičích v této oblasti*. 106 s. Praha: Gabal Analysis and Consulting, 2006.

²⁷ Dle výzkumu interetnických vztahů (Navrátil, 2002) je v majoritně nejsilnější skupině, jež se domnívá, že Romové zneužívají pomoc státu více než ostatní.

jejichž zhoršenou dostupnost představuje vyloučení prostorové. Prostorové vyloučení, v kombinaci s diskriminací, bohužel znamená i reálně menší šanci např. na zaměstnání. Kulturní a sociální vyloučení mohou determinovat nízké povědomí o možných rizicích, případně jiných souvislostech a následcích spojených se zdravotním stavem a dále o síti zdravotních a sociálních služeb v regionu. Symbolické a sociální vyloučení mohou zhoršovat pocit psychické pohody a přispívat tak vzniku stresu a psychosomatických obtíží.

Nevyhovující bytové a environmentální podmínky v lokalitách představují riziko zvýšeného výskytu přenosných chorob, především respiračních onemocnění, onemocnění infekčních a parazitárních, dále pak například výskyt alergií a dalších zdravotních obtíží (Kebza, 2005).

2.1.3.4 Stručná deskripce zkoumaných sociálně vyloučených lokalit

V následujícím textu se v krátkosti věnuji oběma vyloučeným lokalitám, které jsou předmětem mého výzkumu a zároveň slouží dobře pro ilustraci výše uvedených složek exkluze (viz Tabulka 1: Porovnání zkoumaných soc. vyloučených lokalit dle vybraných faktorů, v příloze).

• Sociálně vyloučená lokalita ve městě I²⁸

Lokalita se nachází v okrajové části města, oddělena symbolickou bariérou viaduktu. „*V těšíně místních obyvatel dle naší městské části "pod tunelem" (zde najdete obchody - v dnešní době 2/3 z nich vietnamských, školu, 2 školky, park, kaštanovou alej, M Ú, nádraží) a "za tunelem", kde bydlí cikáni.*“ (pers., Tereza, 20 let, žije od narození ve městě I, 2006)

Obchody jsou zde zastoupeny jednou masnou, sloužící jako večeře, a pekárnou. V ulici je rovněž továrna, kulturní dom, střední škola a noční klub. Cesta do centra města přes chůzi trvá asi 15 minut.

²⁸ Pro jednotlivé lokality a rodiny používám anonymní označení – viz metodika (pozn. autorky).

Dům byl po roce 1989 směrem prodán rakouskému podnikateli. V devadesátých letech se směrem postupně přirozeně sestavovaly jednotlivé příbuzenské větve rodiny A, mající ve směrem příbuzné. Jedná se tedy o lokalitu vzniklou dobrovolným sestavením, kde žije homogenní obyvatelstvo (Kajanová, 2009). Majitel slibuje renovaci domu, nicméně k tomuto kroku se dosud neuchýlil. Zároveň je postupně zvyšován nájem.

Dům je v ulici rozpoznatelný na první pohled - omítka je oprýskaná, chodník před domem rozbitý. Společné prostory jsou zanedbané, na chodbách se povalují odpadky, dříve zde bylo. K domu náleží zanedbaná zahrada, kde se v širším prádle a příležitosti pěstuje (pro osobní potřeby obyvatel) marihuana. Dvoupatrový dům sestává ze 7 bytů. Ve sklepních prostorech v době výzkumu dočasně bydlela neromská, sociálně slabá rodina, která se chovala agresivně k ostatním nájemníkům. Jednotlivé byty (velikostí od 1+1 po 3+1) nejsou označeny, nemají poštovní schránku, ani zvonek. Dveře byly vždy odemčeny.

• **Sociálně vyloučená lokalita ve směrem II**

Lokalitu představuje směrem stská ubytovna pro neplatiče. Nachází na periférii směrem sta, v příměstské zóně, s absencí služeb (s výjimkou lékárny a nízkoprahového klubu pro děti přímo v areálu) a jejich zhoršenou dostupností, vzhledem k infrastruktuře. Přes silnici se nachází zastávka MHD (cca. 15 min. do centra směrem sta), která však jednak jezdí v malých časových intervalech, jednak představuje pro obyvatele lokality nemalý finanční výdaj.

O ubytování rozhoduje bytová komise Rady směrem sta. Sestavení obyvatel se rekrutují jednak z řad neplatičů, jednak se jedná o občany na byt, tedy nehomogenní obyvatelstvo z hlediska sociální situace, i (sub)etnické příslušnosti (slovenští Romové, neromové, maďarští Romové). A pokud by směrem la ubytovna sloužit jako dočasně, krátkodobé řešení, není výjimkou, že nájemníci zde setrvávají po dobu přetrvání a více let.

V ubytovně funguje provozní řád, jehož dodržování je kontrolováno hlídací službou, sídlící na vrátnici v přízemí. Jednou z položek řádu je zapsání návštěv na

vrátnici, což má zamezit p est hovávání dalších p íbuzných. S v tším i menším v domím PCO, se toto však u n kterých obyvatel d je: *„Já se s tím vrátníkem znám, on to ví, že tu ... (synovec respondentky ze Slovenska) je, ale už aby si našel ubytovnu, on ho tu v n nechat nem že. Vždycky když jdu kolem, bojím, se, že mi ekne, že musí pry“* (pers., obyvatelka lokality, 2007).

Pracovníci hlídací služby též spolupracují s Policíí R v rámci pátrání po krimináln hledaných osobách.

„Cikáni jsou všichni stejní, tady i kdekoliv jinde. Kdybychom tady nebyli my a nedohlíželi na po ádek, tak je z toho za chvíli bordel. Ob as volají policajty, ale to pov tšinou oni sami na sebe. Jsou hlu ní, hlavn ve er, ale to už jsem si zvyknul. To je u nich normální“ (pers., zam stanec PCO, 2007).

Spole né prostory ubytovny byly, p es p sobnost najaté úklidové síly, pom rn zanedbané, povalovaly se zde odpadky, a dle slov obyvatel, as od asu i injek ní st íka ky (Urban, Kajanová, 2009).

Sou ástí pokoj není koupelna (v kuchyni te e pouze studená voda), spole né sprchy fungují na žetony á 10,- K /4 min, což p edstavuje pro obyvatele, kte í mají v tšinou více d tí, nemalý výdaj (Kajanová, 2009).

2.1.4 Sociální gradient, socioekonomický status

„To, co bohatí nazývají problémem chudoby, nazývají chudí stejn oprávn n problémem bohatství“ (Tawney, 1913).

Sociální gradient reprezentuje vztah mezi socioekonomickým statutem a zdravím, v jehož rámci je zdravotní stav každé sociální t ídy lepší, než zdravotní stav nižší t ídy a horší, než zdravotní stav t ídy vyšší. Socioekonomický status (dále jen SES) p edstavuje pozici jedince (p ípadn domácnosti) v sociální stratifikaci. Sociální stratifikace se, podle v tšiny pramen , skládá ze dvou základních komponent: t ídy a statusu (Kebza, 2005). SES je tak vlastn d sledkem nerovnosti ve spole nosti.

Dobrý SES p edstavuje protektivní faktor zdraví jedince. Finan ní možnosti umož ůjí lepší p ístup ke kvalitn jší léka ské pé i, dosažené vzd lání p edstavuje lepší informovanost a orientaci. Nízký SES je dáván do souvislosti se sníženou kontrolou,

sebev domím a schopnostmi zvládat náročné situace. To představuje významné rizikové faktory pro vznik stresu.

SES romských komunit lze vnímat dvěma způsoby – tak jak je vymezován v rámci majoritní společnosti, a jaký je v rámci samotných romských komunit.

Majoritní vnímání SES romských komunit se pohybuje na nižších úrovních, vzhledem k velkému podílu nezaměstnaných, etnickému podvodu mnohdy spojenému s diskriminací a celkovým životním podmínkám. Především v souvislosti se sociální exkluzí, bývají Romové majoritní populací obecně považováni za „chudší“. Pojem „chudoba“, v tomto slova smyslu, je objektivně vnímána (tedy nezávisle na míně těch, kdo jsou za chudé považováni). Jedná se o chudobu relativní²⁹, kterou představuje vzdálenost od jistého společenského standardu (Townsend, 1979).

Vymezit vnímání SES v rámci samotných komunit Romů je složitější, neboť v sobě, na rozdíl od majoritního pojetí, zahrnuje aspekt podvodu, který se týká konkrétní rodiny (komunity). Podvod je pro Romy mnohdy významnějším ukazatelem postavení, než například výše příjmů (srov. Davidová, 1995). SES určený majoritou se tak může odlišovat od SES přinejmenším romskými komunitami. To je patrné například v subjektivním vnímání chudoby, kde v rámci výzkumného šetření projektu Kvalita života, státní a zdravá délka života z aspektu determinant zdraví u romského obyvatelstva v České a Slovenské republice³⁰ uvedlo 30 % dotázaných Romů, že se cítí být subjektivně chudými.

2.1.4.1 Socioekonomická deprivace a její vliv na zdraví

Nízký SES, představuje zdroj socioekonomické deprivace. Ta se negativně podílí na zdravotním stavu osob, které postihuje. Jak uvádí Wilkinson, Marmot (2005, s. 11): „S poklesem na sociálním žebříku v jakékoli společnosti se zkracuje státní

²⁹ V průběhu historie diskuse o chudobě, se postupně akcent přesuval od chudoby jako výrazu třídní kulturní stratifikace společnosti (viz například Sahlins, 1974), k chudobě jako deprivaci životního stylu a potřeb zajištění minimálního příjmu, nutného k adekvátnímu životnímu standardu (Hagenaars, 1985).

³⁰ *Kvalita života, státní a zdravá délka života z aspektu determinant zdraví u romského obyvatelstva v České a Slovenské republice (GA R . 403/07/0336)*. České Budějovice: JU, Zdravotní sociální fakulta, 2007-2009.

délka života a i když se také setkáváme s v tšinou nemocí. Chudé sociální a ekonomické podmínky ovliv ují zdraví po celý život. Lidé, kte í jsou níže na sociálním žeb í ku, obvykle mají tém dvojnásobné riziko závažného onemocn ní a p ed asného úmrtí. Tento efekt se neomezuje jen na chudé: sociální gradient zdraví dopadá na celou spole nost, takže dokonce i mezi st edostavovskými ú edníky ti níže postavení trpí více nemocemi a d íve umírají než ti, kte í jsou výše postavení.“

Z hlediska konkrétních zdravotních obtíží, byla nalezena signifikantní asociace mezi socioekonomickou deprivací a vysokou perinatální úmrtností (Martuzzi, Grundy, Elliott, 1998) a mezi deprivací a úmrtností na ischemickou chorobu srde ní (Salomaa et al., 2001). Zajímavá je také souvislost mezi obezitou a nízkým sociálním gradientem. A koli je obezita nazývána chorobou z blahobytu, prostupuje celou populací od prahové úrovn socioekonomického dostatku (Kebza, 2005). S tímto jevem se setkáváme i u romských komunit, kde je obezita velmi rozší ená. Socioekonomické rozdíly se uplat ují i na v asné detekci a lé b zhoubných nádor , což má zásadní vliv na jejich prognózu a délku p ežití sociáln deprivovaní pacienti mají významn horší výsledky dob p ežití, než nemocní z bohatších sociálních t íd (Kogevinas, Portam, 1997).

Všechny výše zmín né zdravotní dopady mohou souviset se zvýšeným výskytem stresu u socioekonomicky deprivovaných jedinc . Ve výzkumu Muffels, Bergan, Dirven (1992) chudí vykazovali stres ve 29,9 %, oproti 7,6 % nechudých.

2.2 Vybrané faktory životního stylu romské populace v kontextu zdravotního stavu

Faktor ovliv ujících pozitivn , i negativn zdravotní stav, je v rámci životního stylu velké množství. Vzhledem k zam ení této práce, však vybírám pouze n které z nich, ty, které korespondují s determinantami Wilkinsona, Marmota (2005) a zárove je považuji u romských komunit za nejdůležitější.

2.2.1 Výživa

2.2.1.1 Zdravotn sociální kontext výživy

Složení stravy, její úprava a pravidelnost ve stravování, p edstavují významný faktor ovliv ující zdravotní stav. Stravovací návyky ovliv ují jedince jednak

formováním jeho tělesné konstrukce a s ní spojenými riziky, zejména v případě nadváhy i obezity, ale také vlivem nedostatku, nebo nadbytku některých látek.

Stravovací návyky a výživa mají silný sociální aspekt. Společnost (a především média a reklama) již v podstatě určuje chuťové preference, i závislosti na určitých potravinách, které se přenášejí do dalšího věku a významně determinují stravovací návyky jedince (Fraňková, Dvořáková-Janáčková, 2003).

Správné stravovací návyky lze charakterizovat z hlediska kvantitativního a kvalitativního. Kvantitativní hledisko představuje v současné době problém spíše v nadměrné konzumaci vedoucí (v kombinaci s dalšími faktory) k nadváze a obezitě, to i v socioekonomicky níže stratifikovaných vrstvách. Z kvalitativního hlediska by měla být strava vyvážená a rozmanitá, aby byl zajištěn dostatečný a vyvážený příjem živin, vitamínů a minerálů. Měla by rovněž odpovídat v kyselých skupinách. Speciálně by měla být upravený domácí jídelníček³¹. Dnes již klasickým obecným výživovým doporučením reprezentujícím zdravou výživu³² je nutriční (výživová) pyramida (Webster-Gandy, Madden, Holdsworth, 2006).

Kvalita stravování je významně ovlivněna finančními příjmy. Lidé s nízkými příjmy, mladé rodiny, senioři a nezaměstnaní jsou skupiny, které mají v této oblasti problém s tím, aby se stravovaly zdravě (Wilkinson, Marmot, 2005, s. 42). Níže stratifikované skupiny obyvatelstva vykazují například výskyt nadměrné konzumace energeticky bohatých tuků a cukru (Holíková, Koupilová, 2001).

Nesprávné stravovací návyky souvisí významně s výskytom tzv. civilizačních chorob. Mezi nejrozšířenější z nich, mezi dospělou i dětskou populací, patří obezita, která představuje rizikový faktor pro další onemocnění. Negativně se vliv stravy (odhaduje se, že ve 30-50 %) může projevit rovněž v protekci některých nádorových onemocnění, především v souvislosti s nadměrnou konzumací nenasycených tuků (Diensbier, Skala, 2001, Weinberg, 2003). V podstatě nemoci spojené s nesprávnou výživou, vedle obezity a dalších poruch příjmu potravy, zahrnují poruchy trávení

³¹ Pokrmu pro děti by se neměly přisolovat a příliškoenit, kvůli vysokému obsahu soli je dobré omezit také instantní potraviny a jídla ze stánků a restaurací rychlého občerstvení, děti by měly dodržovat pitný režim (Hanreich, 2001).

³² Zdravá výživa je taková, která jedinci prospívá ze zdravotního hlediska (pozn. autorky).

(zp sobené nap . nedostate ným p ísunem vlákniny) a poruchy kosterního aparátu, které mohou souviset s nedostatkem vápníku (Hanreich, 2001).

2.2.1.2 Stravovací návyky Rom

Jak již bylo výše e eno, výživa pat í mezi faktory, které jsou do velké míry společensky, kulturní, utvářeny. Existují pokrmy typické pro jednotlivé společnosti, stejně jako preferované zp soby jejich úpravy.

Tradiční romské pokrmy byly „chudé“ a sestávaly p edevším z bramborových (goja), moučných (pirohy, halušky) a luštinových (fazulja) jídel, maso se vyskytovalo spíše svátně, protože romská kuchyně byla určována sociální situací. V posledních desetiletích doznala romská kuchyně značných změn. Tradiční jídla sice p etrvávají dodnes, v každodenním jídelníku jsou však nahrazována polotovary a smaženými pokrmy. Základem romské kuchyně se stalo maso (hlavně levnější druhy) a uzeniny. V tšina Romů má v oblíbenou, z kvalitativního pohledu nezdravá jídla. Ovoce a zelenina jsou v jídelníku nedostatečně zastoupeny, stejně jako například tmavé pečivo. Nevyhovující je rovněž pitný režim s preferencí limonád a jiných slazených nápojů. Souasně Romové se tedy obvykle stravují zp sobem zdraví neprospěšným a vedoucím k obezitě (Elichová: 2004, s. 204-205), která p edstavuje v popisovaných komunitách častou diagnózu (viz podkapitola Zdravotní stav romské populace v České republice)³³.

Závažné nedostatky vykazuje též stravování romských dětí, které jsou nadměrně vybírány sladkostmi a jinými pochutinami (Sekyt, 2001).

Kvalitativní nedostatky ve výživě prokázala například studie Sivákové (2007), která poukazuje na vyšší příjem živočišných tuků a nízký příjem kyseliny linolenové, vitamínu E a železa ve vzorku romských respondentů na Slovensku, i studie výživy t hotné romské ženy (Mottlová, 2008), kde upravená životospráva absentuje a p edstavuje tak negativní vliv na zdraví matky i dítěte. O významnosti stravovacích návyků svědčí to, že je mnoho praktických lékařů považuje v podílu na špatném zdravotním stavu romské populace za významnější, než kouření cigaret a konzumaci alkoholu (Sekyt, 2001).

³³ Nadváhu má p ítom, dle šetření Elichové (2004), 62,5 % zkoumaného romského souboru.

2.2.2 Doprava

Determinant doprava se v této práci, vzhledem ke specifickým popisované cílové skupiny, budu v novat pouze okrajov . Její působení v souvislosti s romskou populací vymezují v následujících okruzích:

- „zdravá doprava“ (v souvislosti s dostatkem pohybu jako prevence řady onemocnění, ve své nadměrnosti jako zdroj environmentálního stresu)
- doprava jako problém (především v souvislosti s nedostatečnou infrastrukturou v některých lokalitách).

Doprava je poznamenána rychlým životním tempem, pohodlím, ale také potřebou dopravovat se do zaměstnání atp. Ve velkých městech se doprava stává zdrojem environmentálního stresu, ve spojení se znečištěným ovzduším, které způsobuje, nedostatkem parkovacích míst a dopravními zácpami. *Zdravá doprava* znamená méně časté používání automobilu, více chůze a jízdy na kole, a podpory lepší sítě veřejné dopravy (Wilkinson, Marmot, 2003, s. 45). Tělesný pohyb je přitom nezbytný pro prevenci nemocí a upevnění zdraví lidí. Současný trend doporučuje minimálně 30minutový aktivní pohyb denně, kterým by mohla být chůze nebo jízdní kolo jako dopravní prostředek, který zároveň představuje ekonomičtější způsob dopravy. Vedle toho, že pohyb znamená snížení rizika například metabolického syndromu a obezity, prospívá také zvýšením psychické pohody³⁴.

Doprava u Romů nebyla dosud tématem žádné samostatné výzkumné práce. Pohybovou aktivitou se zabývá například Elichová (2004), která uvádí závažné nedostatky a preferenci sedavého životního stylu, často spojeného s mnoha hodinami strávenými před televizní obrazovkou.

Do jaké míry má pohybová aktivita Romů souvislost s využíváním dopravy a jaká jsou specifika pohybové aktivity Romů vůbec, jsou otázky pro výzkumnou část práce. Dopravu bych zde ráda popsala rovněž z pohledu sociálně vyloučených osob, pro něž představuje problém často nedostatečná infrastruktura v lokalitě. Náklady na dopravu

³⁴ European Society of Cardiology. Guidelines for Cardiovascular Disease. European *Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 2007, ročník 14, číslo 4, Suppl. 2, s. 1-113. ISSN 1741-8267.

pak mohou i citelně zvyšovat nutné finanční výdaje rodiny (Urban, Kajanová, 2009). Vzdálenost může také omezovat dostupnost zdravotní služby.

2.2.3 Užívání n kterých návykových látek a gamblerství

Pro determinantu, kterou Wilkinson, Marmot (2005) shrnují pod pojem *závislosti*, jsem se rozhodla použít termín užívání n kterých návykových látek a gamblerství, který více odpovídá jev m, které chci v romských komunitách popisovat. A koli se zdá, že užívání návykových látek je problémem jedince, jehož se týká, celá problematika má rozsáhlejší celospole enské vazby. Hol ík, Koupilová (2001) upozor ují na to, že a koli je závislým jedinec, jeho chování je ovlivn no širšími sociálními okolnostmi (mnohdy se m že jednat i o únik ze sociálních nesnází) – je zde tedy jakási oboustranná p í inná vazba. A nejde pouze o p í inu, návykové látky (a další závislosti) se stávají celospole enským jevem v celém svém pr b hu, a již se jedná o narušení sociálních vztah u alkoholik , i kriminální aspekty drogové závislosti³⁵. V této souvislosti považuji za nutné zmínit, že neexistují pouze zdravotní dopady užívání návykových látek, nýbrž nemén závažné následky sociální a ekonomické.

2.2.3.1 Užívání návykových látek a gamblerství v romských komunitách

Nejrozší en ější návykovou látkou v romské populaci je **nikotin**. Nesvadbová et al. (2003) uvádí, že 75,5 % romských respondent kou í cigarety. Kou ení je, dle uvedeného výzkumu, bohužel asté i mezi t hotnými romskými ženami³⁶. Romové také za ínají kou it brzy – 28 % respondent výzkumu Sastipen (Nesvadbová, Šandera, Habaerlová, 2009) za alo kou it p ed 13tým rokem života, což m že být podpo eno vzory v rodin a okolí stejn tak, jako nedostate nými zákazy sm rem kd tem. Spot eba cigaret je u romských ku ák vysoká, nejobvyklejší jsou dv krabi ky cigaret denn (Nesvadbová, Šandera, Haberlová, 2009).

³⁵ *Droga* je obecné ozna ení pro velice široký okruh psychotropních látek, jejichž užívání m že vést k drogové závislosti. Abychom mohli látku, dle WHO, za adit pod pojem droga, musí spl ovat následující základní kritéria: látka musí mít psychotropní (tzn. ovliv ující psychiku lov ka) ú inek, je více i mén toxická pro organismus a musí být návyková.

³⁶ Kou ení p iznalo 78 % t hotných romských žen oproti 31 % neromských (Dejmek, 2002).

Naopak **alkohol** v romských komunitách je jevem poměrně novým, ve větší míře souvisejícím se špatnými sociálními podmínkami. Etné výskyty alkoholismu jsou v sociálně vyloučených lokalitách. Zpráva Sastipen (Nesvadbová, Šandera, Haberlová, 2009) uvádí asi polovinu žen a jednu třetinu mužů, kteří jsou úplnými abstinenty, a naopak třetinu Romů, kteří pijí alkohol víceméně pravidelně alespoň jednou týdně, což poukazuje na menší užívání oproti celkové populaci, kde je abstinentů pouze 7 % mužů a asi 20 % žen³⁷. Zajímavé je, že nejvyšší procento abstinentů je mezi nejstarší generací, a poté postupně s věkem klesá, což vypovídá o výše uvedeném nárůstu požívání alkoholu spolu s přebíráním některých majoritních vzorců. Obecně je ale pití alkoholu v romských rodinách stále spojeno především s oslavami (Sekyt, 2001)³⁸. Počet konzumace alkoholických nápojů jsou, oproti věku, ve kterém Romové začínají kouřit, o něco pozdější. Nesvadbová, Šandera, Haberlová (2009) uvádí, že největší část Romů začíná s pitím alkoholu mezi 15 a 16 lety (o požívání alkoholu ve věku 13 let a mladším hovoří jen 5 % Romů).

Gambling (patologické hráčství) definuje MKN 10 jako poruchu, která spoívá v častých opakovaných epizodách hráčství (tedy určité formy kompulze), kde vidina možné výhry představuje důležitý prvek závislosti. Gambling je často spojen se závislostí na alkoholu. Obzvláště ohroženými skupinami jsou nezaměstnaní a mladí muži, kteří vyplývají hrou volným časem (Nešpor, 2006). Ačkoli odborníci upozorují na vyšší výskyt závislosti na hracích automatech a sázkových hrách (v etnicky koupělos) v romské populaci, nejsou dostupná konkrétnější data týkající se procentuelního zastoupení.

³⁷ *Světové šetění o zdraví (6. díl). Kouření tabáku a spotřeba alkoholu.* Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 13.2.2004 [cit. 2007-10-06]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=alkohol®ion=100&kind=21&mnu_id=6200.

³⁸ Rozdílnost výsledků u obou pohlaví může vycházet z tradičního uspořádání. Zatímco opilost u mužů se nepovažuje za přestupek, pití romských žen je posuzováno přísněji. Alkohol dříve umožňoval Romům konzumovat jen zcela ojedinelé, ale jak mladistvý přebírá role dospělých, považuje se za samozřejmost i to, že bude s dospělými pít a přístup k nim mu je odlišný pro obě pohlaví (Sekyt, 2001).

Získat konkrétní data o použití romských uživatelů **ilegálních drog** (případně zneužívaných skupin farmak) je problém jednak z hlediska komunikačních bariér (nedostupnost pro většinu)³⁹, jednak z toho důvodu, že romští uživatelé příliš nevyužívají služby jim nabízené. Přitom představují vysoce rizikovou skupinu, díky velkému podílu problémových uživatelů a dále vzhledem k nízkému věku, sdílení materiálu, závislostem postihujícím celé rodiny a rozšíření užívání tukavých látek, které patří mezi nejproblematičtější z hlediska zdravotních dopadů. U Romů se také méně často objevují předstupňové fáze před užitím tvrdé drogy a i způsob užití je velmi brzy ten nejrizikovitější, tedy injekční aplikace. Mezi nejvíce ohrožené skupiny romského etnika patří oblaštění Romové, kteří se rovněž z romských subetnických skupin nejčastěji podílejí na výrobě a distribuci drog (Armád, 2008).

Začátek užívání drog bývá u Romů v mladším věku než u majority (mezi 10-12 rokem) a je většinou iniciován skupinou, která společně tráví čas venku, příbuznými a blízkými přáteli, nikoli tedy primárně sociální situací. Příčiny obecně zvýšeného užívání drog v současně romské populaci nebyly zmapovány, předpokládá se kombinace výchovných a socioekonomických faktorů. Stejně jako v majoritní populaci, pocházejí romští uživatelé drog převážně z velkých a příhraničních měst. Nejčastěji užívanou „tvrdou“ drogou je heroin, následují pervitin (v popisovaném Jihozápadním kraji ovšem pervitin dominuje), subutex, uklidňující léky a rozpouštědla v nejnižších sociálních vrstvách. Z „lehkých“ drog dominuje marihuana (Tumorová, Vrtbovská, 2004). Užívané látky se do jisté míry liší od celorepublikového průměru, kde jiné nelegální drogy, než konopné látky, představovaly nejčastěji lysohlávky, LSD a extáze⁴⁰.

³⁹ Například Nesvadbová et al. (2003) poukazuje na zkušenost s nějakou ilegální drogou u pouhých 2,5 % romského souboru, kdežto v celkové populaci mělo v roce 2007 zkušeností s ilegální drogou přibližně 35 % žáků posledních ročníků základních škol a 45 % studentů prvních ročníků středních škol, zatímco v dospělé populaci 20 % osob.

⁴⁰ *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007*. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Praha: Úřad vlády České republiky, 2008. 135 s. ISBN 978-80-87041-46-8.

2.2.3.2 Zdravotní dopady užívání návykových látek a gamblerství

Zdravotní dopady jednotlivých závislostí jsou odlišné dle jejich typu, ale rovněž závisí na době a délce užívání, v prostředí, ve kterém začaly být užívány.

Nikotinismus představuje závažný rizikový faktor, který nepříznivě ovlivňuje zdravotní stav kouření, a prostřednictvím pasivního kouření, i jeho okolí. Je hlavní příčinou vzniku a úmrtí na rakovinu plic a představuje rizikový faktor dalších forem rakoviny (Holík, Koupilová, 2001). Dále podstatně zvyšuje riziko výskytu srdečních chorob - poškozují srdce a cévy, vyvolávají zvýšení hladiny cholesterolu v krvi a vysoký krevní tlak. Rovněž bezprostředně zvyšuje hladiny glukózy a inzulínu a tak může přispívat k rozvoji diabetu 2. typu u nemocných s metabolickým syndromem a inzulínovou rezistencí. Kouřící často podléhají chronické bronchitidě a chronické plicní nemoci (Janzon et al., 1983).

Obzvláště nebezpečné je kouření v těhotenství, nebo zvyšuje riziko potratu a syndromu náhlého úmrtí novorozence a kojence. Děti kouřících matek mívají menší porodní váhu, oslabený imunitní systém, což vede k častějším zánětlivým dýchacím cestám, zánětlivým středního ucha, kašli a astmatu, a jsou náchylnější ke vzniku nádorových a srdečně-cévních onemocnění⁴¹. Kouření je v neposlední řadě považováno jako riziko vzniku závislosti na jiných psychoaktivních látkách a to u dětí, které začnou kouřit v útlém věku.

Alkohol, z hlediska somatického ovlivnění, představuje na prvním místě zvýšení krevního tlaku. Vliv alkoholu na oběhový systém je však komplikovanější, často jsou totiž zmiňovány i jeho pozitivní účinky (přímo i mírné spotřebou) na snižování rizika některých kardiovaskulárních onemocnění (např. ICHS). Nadměrné užívání alkoholu může dále narušit endokrinní systém a podílet se tak na vzniku diabetu. Dlouhodobá konzumace pak zvyšuje riziko výskytu nevyčlepených onemocnění, jako je například

⁴¹ Světové šetření o zdraví (6. díl). Kouření tabáku a spotřeba alkoholu. Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 13.2.2004 [cit. 2007-10-06]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=alkohol®ion=100&kind=21&mnu_id=6200.

mozková atrofie, cirhóza jater, změny nervového systému, pankreatitida, ale také riziko vzniku karcinomu jater, jícnu, žaludku a tenkého střeva. U těchto žen představuje nadměrné pití alkoholu riziko vzniku fetálního alkoholového syndromu u plodu (Smothers, Woodward, 2006).

Z hlediska psychických funkcí způsobuje pravidelná konzumace alkoholu deprese a fobie, spojené se zvýšeným rizikem sebevraždy, specifickým postižením je pak delirium tremens. Alkohol postihuje rovněž kognitivní funkce - zhoršení může vykazovat inteligence, manuální zručnost a svalové napětí Faust (1975).

Zdravotní následky **gamblerství** souvisejí se stresem, vycházejícím jednak ze samotné závažné situace, již hraní představuje, jednak z chaotického života gamblera, zadluženosti, vyerpání. Stres sebou nese především riziko srdečního onemocnění, žaludeční problémy, střevní nemoci, cukrovku a další. Gambleři také vykazují špatnou životosprávu, potíže s očníma a pohybovým aparátem, vzhledem k jednostranné poloze při hraní. Další oblastí, na niž hraje státní významnou roli, jsou duševní problémy (Nešpor, 2006).

Zdravotní dopady **ilegálních drog** jsou nejzávažnější v případě nitrožilní aplikace (především heroin a pervitin), spojené s riziky infekce, hepatitidy i AIDS. Abúzus drog dále způsobuje některá psychická onemocnění, například psychotické, depresivní nebo úzkostné poruchy. V případě nejčastěji užívaných marihuany dopady nejsou, ve srovnání s dalšími popisovanými tak značné, čímž ovšem nechceme její rizika snižovat.

2.2.3.3 Sociální a ekonomické dopady užívání návykových látek a gamblerství

Vedle zdravotních rizik, jsou nezanedbatelnou součástí závislosti⁴² sociální následky, které ovšem stejně tak mohou být příčinami jejich vzniku. Závislosti se podílejí na zvýšeném stresu rodin a blízkých osob, kterých se týkají. Časté je například rozrušení sociálních vztahů, které postihuje rodinu alkoholika, i narkomana, stejně jako

⁴² V případě popisovaných typů s výjimkou nikotinizmu (pozn. autorky).

jeho pracovní kariéru. U romských komunit je ale situace specifická v tom, že rodina se mnohdy snaží situaci závislého řešit svépomocí maximálně dlouho (viz kapitola sociální opora) a nezávislost tak končí v pasti závislosti i dalších členové.

Vzhledem k zvýšené afektivitě v intoxikaci alkoholem, se dostávají i kriminální dopady (Faust, 1975), především agresivní útoky atp. Kriminální činy jsou ještě výraznějším problémem v případě závislosti na ilegálních drogách, kde zahrnují především krádeže za účelem získat prostředky na drogu. V kombinaci s ekonomickými důsledky, vedou alkoholová a drogová závislost a závislost na hazardních hrách, k sestupné sociální mobilitě (Wilkinson, Marmot, 2005). Významný finanční dopad má v romských komunitách ovšem i kouření.

2.3 Romská rodina a komunita v kontextu zdravotního stavu

„Všichni experti se shodují na tom, že jeden z klíčů, jenž vysvětluje hodnotovou inkompatibilitu našich dvou populací a jenž by mohl otevřít cestu k produktivnímu soužití, leží v romské rodině, o níž my, gadžové, nic nevíme“ (Možný, 2002).

Rodina a komunita jsou sice dva odlišné pojmy, v romské populaci však mnohdy splývající, nebo romská rodina je dosud v nich kterých případech tak široká, že může komunitu vytvářet. Souhrnného nadpisu jsem použila rovněž pro to, že obě tyto skupiny zasahují významně do romského dětství i sociální opory, tedy determinant, kterým se v následující podkapitole věnuji.

2.3.1 Děťství

2.3.1.1 Romská rodina v kontextu základních funkcí rodiny a možnosti vlivu na zdravotní stav dítěte

Rodina hraje nejvýznamnější roli pro vývoj a socializaci jedince a určuje významně jeho osudovou cestu. Stabilní rodinné prostředí, láskyplný a emocionálně citový vztah, podmíní základní důvěru dítěte ve vlastní i zdravou sebevědomost. Naopak chudá emocionální podpora zvyšuje celoživotní riziko zhoršeného tělesného zdraví a oslabuje tělesné, kognitivní a emocionální funkce v dospělosti (Erikson, 2002). Stabilita

rodinného prostředí může být narušována špatnými sociálními a ekonomickými podmínkami, které u dítěte vedou ke zpomalení růstu, vyúsťují ve vyšší riziko emočních a výchovných problémů, stejně jako zdravotních nesnází a ve svém souhrnu významně determinují budoucí sociální úroveň dítěte (Holík, Koupilová, 2001).

Romská rodina tedy dítě ovlivňuje nejen svými kulturními specifiky, ale do velké míry rovněž vlivem socioekonomické situace, v níž se nachází. Práv v její souvislosti lze hovořit o krizi současných romských rodin - stabilita romských rodin je mnohdy výrazně ovlivňována nepřítomností některého z dospělých, který je ve výkonu trestu, popřípadě se dítě ocitá z různých důvodů v ústavní péči. Negativním faktorem jsou množící se sociální patologie (prostituce, gamblerství, drogy a alkohol), které se nijak neshodují s hodnotami tradiční romské rodiny (srov. např. Matoušek, 2003, Hirt, Jakoubek, 2006). Do jaké míry každá z těchto dvou složek působí na situaci v rodině a následně na vývoj dítěte, je otázka, kterou si kladu i pro potřeby vlastního výzkumu.

Primární rodičovskou rolí je bezesporu zabezpečení základních životních potřeb dítěte – potřeba čistého vzduchu, nezávadné vody, vhodné stravy, příjemného tepla a dalších. Rozdílnost v uspokojování těchto potřeb, tak jak ji vnímá majorita, vychází hlavně ze socioekonomického postavení Romů ve společnosti, kde především sociální vyloučení rodiče poskytují dětem jen to nezbytně nutné. To se projevuje například nevyvážeností stravy v týdnu vydávání sociálních dávek a po tomto krátkém období blahobytu, i v další typické oblasti základní péče, hygieny, v bytových podmínkách atp. (Olšovská, 2006). Se socioekonomickou situací souvisí také nedostatek prostoru a soukromí v často přeplněných bytech, ale také třeba málo knížek, i hraček, které by dítě stimulovaly. Otázkou zůstává, do jaké míry je absence soukromí a setrávání dětí spíše venku problémem bytových prostor a toho, že dítě nemá své místo, kde by si mohlo hrát i dělat úkoly, a kdy už se jedná o souvislost s tradičním uspořádáním v romských rodinách, kde je volbou členů rodiny trávit čas spolu s preferencí

venkovních prostor (což pravděpodobně souvisí s vodním životem Romů (Hirt, Jakoubek, 2006⁴³).

Další funkce rodiny zahrnují ochranu dítěte před fyzickým ohrožením a poskytování emočního bezpečí a podpory. Obě tyto funkce mohou být v romské rodině naplňovány navenek až nadměrně. Romští rodiče se dítě snaží co nejvíce začlenit do společnosti rodiny, která představuje ochranný prvek. Nepřiměně se může jevit například obrana před jakýmkoli napomínáním ze strany jiných lidí, i udržování distance v i jiným subetnických skupinách, ale i romským rodinám (Kovářová, 1998).

Ani o nedostatcích emoční podpory v tradiční romské rodině hovořit nelze. Atmosféra zde by se dala charakterizovat vyšší citovostí, bezprostředností, impulsivností a emotivností, která někdy může přibíhat až agresivně, ale přesto nenarušuje základní vzájemnost a sounáležitost. Komunikace je specifická právě fyzickým kontaktem mezi matkou a dítětem a tak se rozvíjí specifické pouto, které je v romských rodinách základem pospolitosti. Lásky k dítěti je také ovšem někdy necílev domá až nezodpovědná - vyznačuje se velkou pudovostí, zatímco sebekáze v ní hraje menší roli (Olšovská, 2006). Výše uvedené zajisté do jisté míry determinuje emotivitu romského dítěte, pro nějž je charakteristická snadná vzrušivost, impulsivnost a výbušnost, která se mnohdy vyznačuje i v těsné intenzitou prožívaných emocí s malou sebekontrolou, což může představovat problém, především při nástupu školní docházky⁴⁴ (Štěpánová, 2005). S tím souvisí i fakt, že romské děti navštěvují jen málo mateřskou školu, která by dítě ve výše uvedených směrech mohla na školní režim lépe připravit. Dle Nesvadbové et al. (2003), navštěvovala i navštěvuje mateřskou školu jen 31% romských dětí. Nejčastějším důvodem je péče matky, která je doma na mateřské dovolené s mladším sourozencem, případně babičky, až druhou důležitou ekonomické důvody.

⁴³ Pomineme-li život v Indii, i život v romské osadě na Slovensku, odkud většina souasných Romů v České republice pochází, se odehrává převážně venku (pozn. autorky).

⁴⁴ To dosvědčuje i zjištění Schneiberga (2002), že školní docházku v 6 letech nastupuje jen 32% romských dětí a roční odklad má 63% dětí.

2.3.1.2 Výchovný styl v romské rodině

Výchova v romské rodině je spojena s větší volností. To vyplývá z převládající skupinové sociální kontroly a dohledu nad dětmi, na úkor individuálního vedení. Rodiče tak podporují vzájemnou spolupráci, závislost na skupině a respekt ke kolektivním hodnotám. Romské děti nebývají systematicky vedeny k sebeutváření a tlaky i příležitosti z okolí přijímají pasivně. Volnost rovněž může vycházet z absence konání pravidelných aktivit a plánování v budoucnu, což ovšem předznamenává potíže se strukturací času v budoucnu. Se skupinovým charakterem výchovy souvisí nízká míra vymáhání pravidel a vymezení hranic v tradiční romské rodině. Pokud se trestá, tresty nebývají cílené a dlouhodobé. Typické je, že matka potrestá dítě ve chvíli, kdy jí přetečou nervy, a ne tehdy, kdy by to dítě nejvíce potřebovalo. V rodinách mnohdy chybí spolupráce a soulad rodičů při výchově ve stylu: „co jeden z rodičů zakáže, to druhý povolí“. A pokud nejvíce autoritu má otec, je to především matka, kdo se o dítě stará (Olšovská, 2006).

Stejně jako mnohých romských dětí se, ve srovnání s dětmi majority, brzy stává identickým se svými dospělými. Bývají dříve zapojovány do aktivit dospělých členů komunity, odmalička se zúčastňují rozhovorů o záležitostech dospělých. Vše prožívají společně s rodiči a dalšími dospělými, kteří před nimi nemají ani žádné tajnosti (Smákal, 2003).

2.3.1.3 Specifika romského dětství v kontextu zdravého vývoje a zdravotního stavu

V následující části se budeme zabývat specifickými prenatálními, natálními, kojeneckými a batolecími obdobími, která byla v minulosti výzkumně popsána a která jsou významná pro další vývoj romského dítěte.

Ve vyšší nemocnosti romských dětí (ve srovnání s celkovou populací), jejich častějších recidivách a delších průběhůch nemocí, hraje hlavní roli pravděpodobně sociální prostředí velké části romských rodin. U dětí, vyrůstajících v nevyhovujících podmínkách, je zvýšený předpoklad vzniku infekcí (především infekcí průjmová

onemocnění⁴⁵) a respiračních onemocnění (horních i dolních dýchacích cest), i jejich faktický výskyt. Výživové faktory mohou determinovat výrazně vyšší výskyt anemie. S nevyhovujícími hygienickými podmínkami souvisí dále zvýšený výskyt ekto- i endoparazitů u romských dětí⁴⁶. Příinnou souvislost lze hledat také v nedostatečném využívání lékařské pediatrické péče (Janečková, 2000).

• Prenatální a natální období

Vliv vnějších rizikových faktorů v prenatálním období vývoje dítěte je dobře známý. Optimální vývoj plodu mohou ohrožovat špatné podmínky bydlení, přítomnost deficitů ve výživě, mateřský stres, kouření matky, zneužívání alkoholu a drog, nedostatečné cvičení a neadekvátní prenatální péče. Zdravotní problémy vyplývající z těchto faktorů se pak u dítěte mohou projevit i v pozdějším věku (Wilkinson, Marmot, 2005, s. 18).

U romských těhotných žen spatujeme významný negativní faktor v podobě kouření matky (blíže viz podkapitola závislosti). Dále nelze opomíjet faktor socioekonomické situace, který může stát za zvýšeným stresem, stejně jako za nevhodnou i nedostatečnou výživou těhotné a dalšími vlivy, které jsou samy o sobě rizikové. Špatná socioekonomická situace je zmiňována konkrétně například jako příčina rozdílu porodní hmotnosti mezi romskými a neromskými novorozenci (o 133g a 0,57 týdnů nižší) (Bobak, Dejmek, Solansky, 2005)⁴⁷.

• Kojenecké období

Kojenecké zážitky jsou důležité pro pozdější zdraví vzhledem k pokračující tvárnosti biologických systémů. Wilkinson, Marmot (2005, s. 19) upozorují na to, „že pomalý i opožděný nástup v kojeneckém věku, je spojen se zpomaleným vývojem

⁴⁵ Nejzávažnější onemocnění jako například TBC i hepatitidy se týkají především sociálně nejslabších vrstev obyvatelstva, TBC je konkrétně problémem spíše východoslovenských romských osad (pozn. autorky).

⁴⁶ Naopak Schneiberg (2002) uvádí jako z medicínského hlediska pozoruhodný nízký výskyt alergických onemocnění ve všech věkových obdobích.

⁴⁷ Dle Mrázkové (1999) ale není nízká porodní hmotnost způsobena pouhou nedonošeností, nebo hypotrofií, ale základní biologickou konstitucí, která může souviset s nižším věkem romských rodičů.

a fungováním kardiovaskulárního a respiračního systému, pankreatu a ledvin, což zvyšuje riziko nemoci v dospělosti.“

V souvislosti s romskými kojenci se setkáváme se třemi významnými okruhy jevů, které představují odlišnost ve srovnání s majoritou:

- zvýšená míra kojenecké úmrtnosti⁴⁸
- proo kovanost, o níž se u jednotlivých autorů objevují diferenciace, týkající se nedostatečnosti i naopak bezproblémovosti, které vycházejí pravděpodobně z rozdílů sociálních skupin a lokalit, z nichž se rekrutoval vzorek⁴⁹
- častější diagnóza lehké mentální retardace⁵⁰.

• **Batoleci v k**

Nesvadbová et al. (2003) v batolecím v ku registrovala vzestup úrazů u romských dětí. Jako pozoruhodný hodnotila dále nález vitaminové karence, který souvisí především s nevhodnou stravou romských dětí (viz kapitola výživa). Se stoupajícím věkem (do školního věku) se u romských dětí projevuje častěji porucha psychomotorického vývoje.

2.3.2 Sociální opora

Sociální opora (dále jen SO) je souhrnným vyjádřením pro informace, nebo aktuální jednání, které vede jednotlivce k přesvědčení, že si její ostatní věží, stojí o něj a v případě potřeby jsou ochotni mu pomoci. V současné době je SO chápána především ve formě financí, které je někdo ochoten nám poskytnout (Heller, 1979 in Výrost, Slamník, 2001). SO je ale dynamický proces, jehož forma, úroveň a potřeba se mění v různých životních situacích a cyklech. Zdroje sociální opory jsou jedinci prostřednictvím systému jeho sociálních vztahů. Síť zahrnuje rodinu, blízké příbuzné, sousedy, spolupracovníky, komunitu, ale i profesionály – organizovanou formu

⁴⁸ Dunovský (1999) uvádí romských kojenců téměř dvojnásobnou míru kojenecké úmrtnosti ve srovnání s celkovou populací.

⁴⁹ Dle Nesvadbové et al. (2003), má kompletní povinnou očkovanost 91,2 % dětí z romských rodin.

⁵⁰ Jako děti s mentální retardací je hodnoceno 8 % romských dětí v roce v ku, 16 % ve 3 letech a 10 % v 6 letech v ku (Scheinberg, 2002).

SO, kterou ovšem n které skupiny obyvatel, mezi n ž pat í i Romové, využívají minimáln (Mareš et al., 2001).

Anticipovaná (o ekávaná) SO p edstavuje o ekávání, p esv d ení, že blízké osoby jsou p ipraveny pomoci, objeví-li se pot eba. Primárn tedy reflektuje sociální prost edí a reprezentuje pocit jedince, že je ostatními akceptován.

Získaná (obdržená) SO znamená konkrétní zkušenost ve specifické situaci, pomoc, jíž se jedinci skute n dostalo (Kebza, 2005).

2.3.2.1 Sociální opora a zdraví

Sociální opora byla jedním z prvních identifikovaných faktor vlivu nep íznivých životních událostí na psychickou pohodu a zdraví lov ka. Rozvinuté sociální vazby mají vliv na míru úmrtnosti i prodloužení st ední délky života a na celkov lepší fyzické⁵¹ a psychické zdraví u jedinc , kte í jimi disponují. Sociální vztahy mohou poskytnout zdroj identity, pozitivního hodnocení reality a sebeúcty a tak pomáhají lépe zvládat nemoc. SO je rovn ž v úzké souvislosti s ovliv ováním stresu a to jako faktor zamezující jeho vzniku, i faktor jej eliminující (Mareš et al., 2001).

Širší sociální sí v neposlední ad p edstavuje zárove snazší a v tší dostupnost informací o zdravých návycích i léka ské pé i, což je dob e patrné nap íklad u jedince se sociopatologickým chováním (užívajícího návykové látky, atp.), kde okolí vyvolává sociální tlak na zm nu chování (Kebza, 2005). Tento model však u romských komunit m že p sobit neproduktivn a to z více d vod , kterým bych se ráda v novala ve výzkumné ásti práce.

2.3.2.2 Možné negativní vlivy SO

Vedle protektivních faktor SO sm rem ke zdravotnímu stavu, byla popsána i možná rizika, se SO spojená. Ta mohou vycházet jednak z problematických interpersonálních vztah v sociální síti (nap . podce ování partnera, p etvá ka a další),

⁵¹ Nap . Wilkinson, Marmot (2005) upozor ují na nízký výskyt koronárních srde ních chorob u komunit s p vodn vysokou mírou sociální koheze.

nebo se jedná o tzv. sociální negativa, zahrnující situace, kdy interpersonální vztahy mohou být stejně tak ztrátou, jako přínosem (např. konflikty). Důsledkem takto negativně zaměřené SO mohou být pocity viny, úzkost a pocity závislosti ze strany příjemce. Mohou se objevit i negativní důsledky pro poskytovatele (pocity zatížení, syndrom vyhoření) (Kebza, 2005). Ukázkou takové situace může být domácí péče o dlouhodobě nemocného člena rodiny.

2.3.2.3 Sociální opora v romských komunitách

Pro Romy jsou typické široké rodinné a komunitní sociální sítě se silnou finanční solidaritou a sounáležitostí, která například zabraňuje umisťování seniorů do ústavní péče. Na druhou stranu je tato solidarita velmi dvojnásobná ve smyslu omezení samostatnosti a vlastního rozhodování tak, že může vytvářet určitou formu závislosti na komunitě. V kumulaci problémových faktorů v rámci rodiny (komunity) pak SO ztrácí některé své aspekty. Například, ačkoli se hovoří o zvýšení šance na získání zaměstnání prostřednictvím sociální sítě (informace o příležitostech zaměstnání, doporučení atp.), s koncentrací nezaměstnanosti do určitých sociálních skupin, však možnost této podpory klesá, protože se často celé rodiny stávají nezaměstnanými (Sirovátka, Mareš, 2006).

3. Stres

Stres představuje determinantu, který ve větší, i menší míře, zasahuje do všech výše popsaných sociálních determinant, kde některé z nich (nezaměstnanost, sociální exkluze atp.) jsou přímo stresory, jiné (např. dluh) mohou být stresory negativně ovlivňující a tak se nepříznivě podílejí na zdravotním stavu.

3.1 Model stresu dle Lazaruse

Lazarus ve svém transakčním modelu rozlišuje stres fyziologický a psychologický. Fyziologický stres charakterizuje jako vegetativní a neurohumorální reakce organismu na škodlivé podněty, tedy jakoukoli podmínku, která narušuje nebo zraňuje tkáňovou strukturu nebo funkci. Při psychologickém stresu je škodlivý podnět závislý na jednotlivci a jeho hodnocení situace. Osoby, které nepovažují stresovou situaci za ztracenou či beznadějnou a hodnotí ji jako zvladatelnou vlastními silami, mohou ovlivnit další průběh této situace (Folkman, Lazarus, 1980).

Stres je determinován jednak osobnostními dispozicemi, dále pak příčinami vnějšími, tzv. **stresory**. Stresory byly tradičně dávány do souvislosti s životními událostmi, pozitivními i negativními, později rovněž v kontextu jejich předvídatelnosti a časovým hlediskem. Vedle velkých životních událostí (traumatické události), je popisována dále existence menších epizodických příhod. Kumulace každodenních mrzutostí, především v dlouhodobějším životním horizontu přitom může mít na zdraví významnější dopad než životní události.

Vzhledem ke kumulaci stresorů (především v důsledku ekonomické situace, nezaměstnanosti a exkluze a s nimi související bezmocnosti), ale také například diskriminace, předpokládám v romských komunitách významný výskyt stresu⁵².

⁵² Např. výzkumná zpráva Sastipen (Nesvadbová, Šandera, Haberlová, 2009) uvádí u Romů nadprůměrný výskyt migrén nebo bolestí hlavy (28 %) a depresí (14 %), což může být právě důsledkem stresu, nebo se jedná o jedny z nejčastějších psychosomatických projevů jeho dlouhodobého působení, v případě deprese i reakce na něj.

3.2 Reakce na stres

Reakce organismu na stres lze rozdělit na psychické a fyziologické. Mezi **psychické reakce** patří:

- **Úzkost**, nejastější reakce na stresor. Syndromy úzkosti zahrnují širokou škálu projevů od otuplosti, nezájmu, pocitu odcizení a viny po poruchy spánku.
- **Vztek a agrese**, druhá nejastější reakce na stresor. Pokud není možné odreagování agrese přímo, může být přesunuta na jiný objekt. Agresivní reakce na stres je typičtější u mužů. Neadekvátní reakce se projevují rovněž podrážděností, netrpělivostí, v komunikaci pak příliš rychlým nebo hlasitým hovorem.
- **Apatie a deprese**, tedy opačná reakce na frustraci, než je agrese.
- **Oslabení kognitivních funkcí**, kde zpracování informací narušuje vysoká hladina emoční aktivity. Narušené soustředění a schopnosti logického uspořádání v cílech znamenávají zhoršený výkon zvláště ve složitějších úkolech. Chování bývá nepružné, u některých jedinců se objevuje vývojová regrese chování. Mohou se objevit výpadky paměti.

Fyziologická stresová reakce je v podstatě příprava organismu na zvládnutí nouzové situace (reakce boj, nebo reakce útěk), při níž probíhají hormonální a další fyziologické změny. Při dlouhodobém vystavení stresoru dochází k adaptivním změnám – zvětšení nadledvinek, zmenšení lymfatických uzlin, vznik žaludečních vředů, které snižují odolnost organismu jak proti stresorům, tak proti nemocem. Naproti tomu přerušované vystavování stresorům s následným zotavením přináší tzv. fyziologickou odolnost, vznik stresové tolerance (Dohrenwend, 2003).

3.3 Zvládnutí stresu

Z hlediska zvládnutí stresu (coping) se rozlišují dvě strategie. Coping zaměřený na řešení problému se snaží modifikovat problém, který stres představuje. Obvykle se jedná o hledání nových strategií. Naproti tomu coping zaměřený na emoci reguluje emoční stav, nejastěji vyhýbáním se stresoru, distancí od něj, či zmenšováním problému. Behaviorální strategií emočního copingu je například konzumace návykových látek.

Folkman a Lazarus (1980) uvádí, že coping zaměřený na problém je efektivnější v situacích, ve kterých jedinec ví v to, že daná situace může být ještě zvládnutelná. Na druhou stranu coping zaměřený na emoci by měl být použit spíše v situacích, které jsou považovány za obtížné, nebo nemožné zvládnout.

4. Shrnutí a východiska pro výzkumné šetření

V předchozích kapitolách jsem prezentovala jednak dostupné informace o zdravotním stavu romských komunit v České republice a dále pak jednotlivé sociální determinanty zdraví (dle Wilkinsona, Marmota, 2005) ve vztahu k této cílové skupině. Sociální determinanty jsem identifikovala jako natolik vzájemně provázané, že jsem se rozhodla popsat je v rámci tří hlavních bloků⁵³ a vedle stojící determinanty „stres“, která ostatní uvedené prostupuje.

V podkapitole „Socioekonomická situace“ se odráží v souvislosti s Romy nejdiskutovanější témata - sociální exkluze a nezaměstnanost. Sociální exkluzi považují rovněž za ústřední téma sociálních determinant, díky její multidimenzionalitě, kde v sobě zahrnuje determinanty sociální gradient, nezaměstnanost, užívání návykových látek, výživu, i další. Díky tomu jsem také do výzkumného souboru zahrnuje soubor rodin žijících v sociálně vyloučených lokalitách.

Podkapitola „Vybrané faktory životního stylu“ představuje shodu nejvýraznějších problémů romských komunit v této oblasti se sociálními determinantami výživa, doprava a užívání návykových látek (závislosti). Zároveň se jedná o faktory, které jsou ze souboru popisovaných determinant nejnázevnější jedince ovlivnitelné.

„Rodina a komunita“ je podkapitola, která zahrnuje dva determinanty – dává sociální oporu, která nejvýznamněji odráží kulturní a tradiční specifika Romů a majoritou bývají, na rozdíl od ostatních výše uvedených determinant, považovány za ukázkové, v pozitivním slova smyslu.

⁵³ Jako ještě vhodnější by se nabízel společný popis všech determinant, nicméně z důvodu výsledné malé přehlednosti jsem od tohoto ustoupila (pozn. autorky).

V romských komunitách se všechny popisované determinanty vyskytují ve zvýšené míře, díky jejich specifickému postavení v rámci společnosti a často nepříznivé socioekonomické situaci. Troufám si tvrdit, že u neromského souboru by situace nebyla tak zetelná.

Akoli v teorii cituji množství různých výzkumů zaměřených na jednotlivé determinanty, i jejich dílčí části a jsou známa i data o zdravotním stavu romských komunit, komplexní pohled na vliv sociálních determinantů na zdraví u Romů chybí. První snahou to změnit je zajisté projekt Kvalita života, střední a zdravá délka života z aspektu determinantů zdraví u romského obyvatelstva v České a Slovenské republice (GA ČR .403/07/0336), jehož hlavní řešitelka a zároveň školitelka této disertační práce (PhDr. Eva Davidová, PhD.), uvádí jako nutné, vnovat se dané problematice kvalitativní formou (citovaný projekt má podobu kvalitativně kvantitativní). Ve svém výzkumu jsem se rozhodla popsat sociální determinanty v kontextu každodenního života respondentů, za použití metody střednědobého terénního výzkumu, bez jakýchkoli standardizovaných technik (dotazník, atp.), tak abych odhalila jejich vzájemné propojení a případně ovlivnění zdravotního stavu cílového souboru.

5. Metodika výzkumného šetření

5.1 Cíl práce a hypotézy

Cílem mé práce je popsat vliv deseti sociálních determinant zdraví (dle Wilkinsona, Marmota, 2005) v širším kontextu každodenního života vybraných romských komunit. Zaměřovat se budu především na překážky plnohodnotné participace respondentů na život v tšínové společnosti z důvodu sociální exkluze.

Vzhledem ke kvalitativní povaze výzkumu, byly stanoveny níže uvedené základní **výzkumné otázky**. Konkrétní hypotézy byly postupně stanovovány během výzkumu⁵⁴ a jsou součástí kapitoly „Diskuse výzkumných otázek a možná zkrácení výzkumu“.

1. Do jaké míry a jakým konkrétním způsobem se podílejí zkoumané sociální determinanty na zdravotním stavu cílového souboru?
2. Je vzájemná provázanost popisovaných determinantů natolik významná, že je lze považovat za komplexní soubor, či lze identifikovat i míru působení jednotlivých determinantů?
3. a) Lze sociální exkluzi považovat skutečně za specifickou sociální determinantu zdraví, nebo se jedná o pouhou kumulaci jednotlivých determinantů?
b) Jaký je současný životní styl popisovaných romských komunit vzhledem k jejich sociálnímu postavení ve společnosti?
4. Abstenuje v popisovaných regionech cílené řešení problematiky, navzdory dostatečné kapacitě subjektů v ní působících?

5.2 Identifikace cílového souboru výzkumného šetření

5.2.1 Základní cílový soubor

Základní cílový soubor představují romské a romsko-české (smíšené) rodiny, vybrané úřadovými reprezentativním výběrem tak, aby splňovaly následující kritéria:

⁵⁴Jedná se o běžný postup v rámci kvalitativního výzkumu, jak uvádí například Hubík (2006).

rodina A: romská rodina žijící v sociálně vyloučené lokalitě ve městě I

rodina B: romsko- česká⁵⁵ rodina z města I (bez ohledu na sociální stratifikaci)

rodina C: romská rodina žijící v sociálně vyloučené lokalitě ve městě II

rodina D: romsko- česká rodina z města II (bez ohledu na sociální stratifikaci)

rodina E: romská rodina – zástupce romské elity z města I nebo II⁵⁶.

Obě města jsem zvolila z důvodu časové dostupnosti a znalosti terénu, v etnickém kontaktu na kterém romské rodiny, což umožnilo delší pobyt zde. Dále se jedná o města, která jsou významně rozdílná co do počtu obyvatel, ale i přístupu k řešení problematiky sociální exkluze.

Rodiny nebyly vybrány s ohledem na počet členů, do výzkumu byly zahrnuti všichni členové domácnosti, se kterými se podařilo navázat spolupráci, přičemž vzdálenější příbuzní ve výsledcích graficky odlišuji.

Úroveň výběru základního cílového souboru vycházela ze stratifikovaného zastoupení do skupin, jež sociologie běžně používá při klasifikaci tříd ve společnosti. Zaměřila jsem se přitom na vyšší vrstvy (elity) a osoby stratifikované ve spodních patrech společenského žebříku, tzv. underclasses, kteří v mém případě splývají se sociálně vyloučenými. Z podobného přístupu vychází například výzkum *Kvalita života, státní a zdravá délka života z aspektu determinant zdraví u romského obyvatelstva v České a Slovenské republice (GAR . 403/07/0336)*, který poukazuje na malé zastoupení státní třídy v romské populaci a zároveň jednotlivé skupiny definuje (viz dále).

Smíšené rodiny jsem zadržela z důvodu zkoumání možného ovlivnění neromskou kulturou a stylem života, či naopak (což předpokládám vzhledem k dominantní roli romského muže v rodině) a s ohledem na to, že v rámci romských komunit dochází k zakládání partnerských vztahů nezáměrně (Severová, 2007).

⁵⁵ Soustředila jsem se na rodiny, kde muž je Rom a žena neromka.

⁵⁶ Nakonec se mi ve městě I nepodařilo nalézt typického představitelce romské elity, ochotného na výzkumu participovat (pozn. autorky).

5.2.2 Doplnkový soubor

Doplnkový soubor byl vytvářen průběžně, dle potřeby, metodou snowball. Tvoří jej:

- odborná veřejnost – řídící sociální pracovníky a poradce pracující s respondenty základního cílového souboru, jejich lékaři a další,
- široká veřejnost, která je v bližším kontaktu s respondenty, například sousedé, přátelé a další.

5.3 Operacionalizace použitých pojmů

5.3.1 Faktor „romství“ při výběru rodin

Při výběru rodin jsem nevycházela z národnosti, kterou tyto rodiny uvedly při posledním šetření lidí, domů a bytů, v roce 2001, nebo jak vyplynulo z celorepublikových výsledků šetření, většina Romů se z různých důvodů přihlásila k české, případně slovenské národnosti (Frištenská, Víšek, 2002). Deklarovaná národnost tedy nemůže být jediným ukazatelem etnické příslušnosti a pocitu identity.

Příslušnost k romské menšině lze definovat těmito způsoby:

a) Romové jako nositelé romské kultury

Romem je míněn ten, kdo si osvojil a praktikuje určitý komplexní integrovaný systém hodnot, norem, principů sociální organizace, způsobů řešení problémů atd., systém, který identifikujeme jako romskou kulturu.

b) Romové ve smyslu sebeidentifikace

Romem je ten, kdo se za Roma považuje. Způsoby kolektivní sebeidentifikace, které nazýváme národností a etnicitou, jsou výtvorem modernity a ve společnostech, které neprošly procesem jejich tvorby a prosazováním se do povědomí lidí (tedy procesy národního obrození resp. etnicizace či etnické revitalizace), je v nám známé podobě nenajdeme. Právě to může být případ tradice romské kultury, a tedy i těch Romů žijících v České republice, které považujeme za nositele této kultury. Mnoho obyvatel České republiky se dost možná považuje za Romy, ale nevnímají své romství jako svou národnost, tj. necítí se být příslušníky jednotného romského národa.

c) Rom jako charakteristika p ípsaná zvn ějšku

Romem je ten, kdo je za Roma považován významnou ástí svého okolí. Protože v tšina lidí neuvažuje o druhých v kategoriích kultury nebo zvolené identity, jsou lidé identifikováni druhými jako Romové obvykle na základ ě jakéhosi typického vzhledu (Moravec, 2007).

P í výb ru respondent ě jsem se snažila zahrnout všechny t í výše uvedené charakteristiky.

5.3.2 Faktor sociální vylou enosti p í výb ru rodin

Sociální vylou ení je pojem, který zahrnuje subjektivní komponentu. Ozna ení n koho jako sociáln ě vylou eného m ěže být tedy zavád ějící, nesprávné až poškozující. P í výb ru rodin, které by m ěly reprezentovat rodiny žijící v sociálním vylou ení, jsem vycházela z n kolika kritérií.

- o Za objektivní identifikátor lokalizace sociáln ě vylou ených komunit je považována *Analýza sociáln ě vylou ených romských lokalit a absorp ní kapacity subjekt ě p sobících v této oblasti* (2006). P í výb ru lokalit jsem vycházela z tohoto dokumentu.
- o Sociální vylou enost daných lokalit jsem dále ov ěovala rozhovory se sociálními pracovníky p íslušných m stských ú ad ě, kte í objekty jako sociáln ě vylou ené rovn ěž ozna ěli.
- o Subjektivní pocit sociální vylou enosti jednotlivých respondent ě jsem ov ěovala p íb ěžn ě v rámci výzkumných rozhovor ě.

5.3.3 Definice romské elity

Skupina elit v romských komunitách zahrnuje zejména respondenty se st edoškolským vzd ěláním s maturitou. Je tvo ena Romy, kte í jsou vesm ěs spokojení se svými životními podmínkami. Mají dobré zkušenosti se školami, pro své d ěti by si p ěáli vysokoškolské vzd ělání. Nejvíce oce ůjí politické zm ěny roku 1989. Dob ě se orientují ve státních institucích, ale malý vliv p ísuzují romským institucím a romským

představitel m. Romské elity tvoří nejčastěji podnikatelé, političtí reprezentanti, romská inteligence⁵⁷.

5.3.4 Pojem „romská rodina“ jako specifikace cílového souboru

V rámci výzkumu jsem se zaměřila na práci s celými rodinami, protože popisovat jednotlivce v rámci romských komunit, by znamenalo úplné vytržení z kontextu souvislostí. Snažila jsem se pracovat s širší rodinou⁵⁸ v etnografických příbuzných, v téžinou v rámci lokální příbuzenské skupiny, která žije ve stejné lokalitě a kooperuje v rámci každodenních aktivit. Za rodinu jsem považovala i osoby žijící v nesezdaném svazku, ale podmínkou pro můj výzkum bylo jejich dlouhodobé společné soužití v jedné domácnosti (s jejich potomky).

5.3.5 Komunita

Budu-li za komunitu považovat skupinu lidí obývajících jednu lokalitu, které spojují společné podmínky nebo problém⁵⁹, bude takovéto vymezení, v užším slova smyslu, zahrnovat především popisované rodiny žijících v sociálně vyloučených lokalitách. V ostatních popisovaných lokalitách je obyvatelstvo natolik roznorodé, že o komunitě v tomto vymezení mluvit nelze. Komunita v mém výzkumu představuje tedy především v jednom místě žijící širokou rodinu, případně několik (málo) rodin příbuzných, provázaných především přátelskými vztahy mladé generace a bezvýchodností sociální situace.

V širším slova smyslu bych mohla pod pojem komunita zahrnout i všechny Romy v dané lokalitě žijící, kteří se navzájem znají a nejsou výrazněji rozepí, jak poukazuje respondentka 3/A: „*U nás ve ... (místě) nejsou žádné hádky mezi*

⁵⁷Dle *Zpráva o stavu romských komunit v České republice za rok 2007* [online]. Vláda ČR, 29. 10. 2008 [cit. 2009-03-26]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/zprava-o-stavu-romskych-komunit-v-ceske-republice-za-rok-2007-44502/>.

⁵⁸ Pojem širší příbuzenstvo zahrnuje všechny osoby, které jsou považovány za příbuzné (obvykle všichni kognáti do třetí až čtvrté generace a také příbuzní afinní). Pojem afinní příbuzný zahrnuje osoby příbuzné s atkem i celé jejich rodiny, které se s atkem stanou příbuznými (Budilová, Jakoubek, 2007).

⁵⁹ V souvislosti se používají tři kategorie vymezení pojmu komunity v moderní společnosti 1) Komunita definovaná lokalitou, teritoriem 2) Komunita zájmů 3) Komunita složená z lidí, které spojují společné podmínky nebo problém (Keller, 1992).

rodinami, bitky už v bec ne, ne ikám, že se ženský ob as nerafnou, ale pro to už musí být d vod a druhý den už je to zase dobrý. Ne eší se ani, že by byl n kdo lepší nebo horší, a i kdybych byla nevím jak bohatá, nebudu to nikomu dávat najevo. Žádná závist tady není.“ (ve skute nosti ale nemíní všechny Romy ve m st , pouze okruh osob žijících v sociáln vylou ené lokalit a její blízkosti).

5.4 Použité metody a techniky výzkumného šet ení

Jako výzkumná metoda byl použit **st edn dobý terénní výzkum** (*field research*), který se vyzna uje následujícími charakteristikami (Soukup, 2004):

- p ímou interakcí výzkumníka (etnografa) s informátory v jejich p írozeném prost edí
- participací výzkumníka na b žném život informátor
- intenzivním a osobním vztahem s informanty
- holistickým p ístupem
- flexibilitou a improvizací
- dlouhodobým stacionárním p sobením v terénu.

Výzkumná metoda byla zvolena vzhledem ke kvalitativní povaze celého výzkumu a s ohledem na atypi nost cílového souboru. Využití metody terénního výzkumu u Rom doporu uje nap . Budilová, Jakoubek (2007) i Davidová (1995).

Výzkum probíhal v souladu se zákonem 101/2000 Sb. o ochran osobních údaj . Všichni respondenti byli obeznámeni s cíli výzkumu a dali k n mu ústní souhlas. Zárove jsem postupovala v souladu s etickými principy výzkumu (Bullock, Panicker, 2003). Z d vodou zachování anonymity respondent jsem zvolila ozna ení rodin písmeny, jednotliví respondenti budou ozna ení ísly. Zárove lokality zna ím ímskými íslicemi. Názvy firem a organizací, jakožto i jména dalších osob (dopl kový soubor), které by mohly umožnit identifikaci, byly vynechány.

Získaná data jsem zaznamenávala formou terénních poznámek. Mén asto b hem pobytu, ast ji ihned po opušt ní lokality a dále jsem tyto p episovala do

elektronické podoby, již v selektivní podobě. V případě interpretovaných citací se tak nemusí vždy jednat o naprosto doslovné episy. Nepoužívala jsem diktafon k nahrávání dat, nebo nahrávky by mohly narušit důvěru respondentů ke mně.

V rámci výzkumného šetření byly použity následující techniky:

5.4.1 Zúčastněné pozorování

Jako základní techniku získávání dat jsem zvolila zúčastněné pozorování⁶⁰. Při zúčastněném pozorování se výzkumník účastní dění v sociální situaci s předem tem výzkumu, s nímž je v osobním vztahu (Gorman, Clayton, 2005).

5.4.2 Interview, narativní interview

Další použitou technikou byly polostrukturované a nestrukturované interview s oběma soubory respondentů a narativní interview⁶¹. Rozhovory probíhaly obvykle ve větších skupinách respondentů, i dalších osob.

5.4.3 Analýza sekundárních dat (Desk research)

Analýza sekundárních dat je přístup, který je založen na zpracování již existujících dat (Gorman, Clayton, 2005). Tato data měla v mém případě podobu odborných publikací, zpráv z médií, výstupů z výzkumných projektů, formálních i neformálních dokumentů a databází státních a nestátních organizací, výročních zpráv, osobních dokumentů základního souboru a slohových prací studentů a dalších oslovených osob.

5.4.4 Genealogie

Genealogie je analytický nástroj určený ke studiu příbuzenství, jehož základním výstupem je grafické vyobrazení příbuzenských vztahů, které může mít podobu

⁶⁰ Pozorování je základní metodou terénního výzkumu (Schatzman, Strauss, 1973).

⁶¹ Narativní rozhovor je typ nestandardizovaného kvalitativního dotazování, kdy respondent je ponechán, aby volně vyprávěl na téma určené výzkumníkem, aniž by se mu kladly přímé otázky. Zvolené téma vyprávění se přitom týká části i celku respondentovi biografie. Tento typ rozhovoru je založen na předpokladu, že volně vyprávění odhalí subjektivní zkušenosti, které by prostřednictvím přímého dotazování zůstaly skryté (Gorman, Clayton, 2005).

rodokmenu, resp. genealogického stromu. Jedná se o základní nástroj etnografa během terénního výzkumu při studiu těchto sociálních skupin, u nichž je přítomnost důležitým organizačním principem (Soukup, 2004). Tuto metodu jsem použila pro lepší přehlednost přítomných vztahů v cílovém souboru.

5.4.5 SWOT analýza socioekonomického prostředí cílového souboru

Analýzu SWOT je třeba vnímat jako nástroj, jehož pomocí dojde k uspořádání existujících informací. Nevede apriori k objevení zcela nových, netušených poznatků, ale k využití informací na kvalitativně vyšší úrovni, než jsou pouhé neformalizované diskuze o nich. Analýza sestává z charakteristiky silných a slabých stránek, příležitostí a rizik. Smyslem analýzy SWOT není pouhé popsání hrozeb a příležitostí, ale i jejich analýza, srovnání jejich míry a pozice. Prvotním krokem SWOT analýzy je formulace kritérií vnějších a vnitřních zdrojů. Soubor kritérií (hledisek hodnocení, charakteristik) musí být vždy úplný, tj. zahrnovat všechna relevantní kritéria a tato musejí být vzájemně disjunktní, tj. nesmí se překrývat, aby každý z aspektů byl zahrnut pouze jednou (Báča, 2006). Do své práce jsem SWOT analýzu začala provádět od prvního z důvodů doplnění obrazu socioekonomické situace respondentů.

5.5 Harmonogram práce

Vzhledem k povaze výzkumu jsem přesně nevymezovala jednotlivé etapy určitých činností. Vlastní pobyt v terénu probíhal především v období podzim 2006 až podzim 2008, ve kterém jsem však získala některá výzkumná data fakticky již o rok dříve, kdy jsem v lokalitě působila jako sociální pracovník. Zároveň, i přes oficiální ukončení výzkumu, obě lokality navštěvuji nárazově dosud, protože kontakt s rodinami nelze ukončit ze dne na den.

Během první poloviny prvního roku jsem se s rodinami blíže seznamovala, snažila se získat jejich důvěru a navštěvovala jsem je spíše nárazově. Navštěvuji je ve kterém jsem v domě především víkendy. Ve kterém jsem zpočátku hovořila spíše s jedním členem rodiny, kterého se mi podařilo nakontaktovat a to na neutrálních místech, pracovišti, různých kulturních akcích, atp., u rodiny ze sociálně vyloučené

lokality ve městě II, jsem dala např. doprovod probační a mediální pracovníci. Během druhé poloviny prvního roku jsem s rodinami byla v pravidelném kontaktu, v průměru jeden výzkumný den týdně v každé z lokalit. Jedním výzkumným dnem míním cca 3-4 hodiny istého času. Dny jsem volila různé, abych zamezila případnému zkreslení. V průběhu druhého roku jsem 1 den v týdnu vnovala návštěvám rodin, nejen v jejich domácím prostředí, ale také například v jiných místnostech mimo bydliště (pochůzky po ulicích, diskotéka, nákupy, plovárna, sběratelství, doprovod dětí do školy atp.). V případě rodiny C, jsem pak nejaktivnější jako dobrovolník při práci s dětmi v nízkoprahovém klubu, kam děti zkoumané rodiny docházely.

Souběžně s návštěvami rodin probíhaly rozhovory s doplňkovým souborem.

Studium odborné literatury převažovalo na počátku výzkumu, kdy byla potřeba vymezit výzkumné problémy, pokračovalo ale v celém jeho průběhu, vzhledem k tomu, že se, především během let 2007-2008, objevilo velké množství literatury zabývající se problematikou sociální exkluze, která dříve absentovala. Spolu se získanými teoretickými poznatky jsem postupně konstruovala teoretickou část práce.

Interpretaci a vyhodnocení získaných dat jsem stanovila na období od jara 2009.

5.6 Stručná charakteristika jednotlivých zkoumaných rodin (k jaru 2009⁶²)

Rodina A: romská rodina žijící v sociálně vyloučené lokalitě ve městě I

Rodina A představuje širokou rozvětvenou rodinu, žijící v jednotlivých bytech jednoho nájemního domu. Jedná se o 5 sester (rodníky 1967-1976), z nichž každá má svého partnera a děti (některé již žijící se svými partnery) a ve dvou případech i vnoučevnou. Dále se jedná o rodičty sester (rodníky 1939 a 1944). Celkem rodina čítá okolo 70 členů, v bližším kontaktu jsem byla s 21 z nich – tj. 4 domácnostmi. Přivodně jsem se zaměřovala na jednu konkrétní domácnost (primárně popisovanou), ale obyvatelstvo domu představuje natolik soudržnou komunitu, specifickou vysokou mírou sociální opory a vzájemné závislosti, že ji nelze do větší míry výzkumně „šťpit“. Proto byly do výzkumu zahrnuty i další domácnosti (jako sekundárně popisované).

⁶² Považuji za nutné uvádět vždy data vymezená určitým obdobím, nebo dynamika vývoje jednotlivých jevů byla v některých popisovaných rodinách známa (pozn. autorky).

Rodina má koeny ve slovenském Bardejov , migrovala ze pracovními příležitostmi do českého Krumlova, Prostějova a nakonec se jednotlivé nukleární rodiny postupně sestavovaly do souasných lokalit. Během mého pobytu v komunitě došlo k odstěhování jedné domácnosti zpět do Prostějova.

V rodině, z hlediska ekonomické aktivity, považovali dlouhodobě nezaměstnaní (převážně ženy) a ženy na rodičovské dovolené, včetně mužů pracujících pro místní stavební firmu. Převážná část osob pobírá sociální dávky. Dynamika změny v (ne)zaměstnanosti v rodině A byla výrazná a v níže se jí blíže v kapitole „interpretace výsledků determinanty práce“.

Z hlediska vzdělání u respondentů rodiny A převládá základní škola (případně nedokončená) a zvláštní škola. Ani jeden z respondentů nemá vyšší než základní vzdělání.

V lokalitě se vyskytuje zvýšená míra sociálně patologických jevů, kterým se budu dále věnovat ve vyhodnocení oblasti sociální exkluze.

Rodina A/B: romská rodina žijící v sociálně vyloučené lokalitě ve městě I

Rodinu A/B jsem do výzkumu zahrнула pro větší přehlednost zpracovávaných dat. Jedná se o jednu ze sester rodiny A, jejího manžela a 3 děti, kde nejstarší syn je hlavou rodiny B.

Rodina B: romsko-česká rodina z města I (bez ohledu na sociální stratifikaci)

Rodina B je příbuzensky spjata s rodinou A/B, družským vztahem syna (ro. 1988) z rodiny A/B a neromky (ro. 1986), která pochází z rozvedené rodiny (s velkým podílem sociálně patologických jevů v anamnéze, a s níž je pouze v minimálním kontaktu. Pár žil ve společné domácnosti s rodinou A/B. Během šetření se rodině narodil syn a pár s dítětem se osamostatnil a odstěhoval do podnájmu v centru města. Přesto je s rodinou A a A/B v každodenním intenzivním kontaktu. Otec je zaměstnán jako pomocný stavební dělník, matka je na rodičovské dovolené. Oba rodiče mají základní vzdělání, matka je nedoučenou prodáváčkou.

Z hlediska ekonomické situace lze rodinu hodnotit jako domácnost s podprůměrnými příjmy, subjektivně se však cítí být velmi chudá.

Rodina C: romská rodina žijící v sociálně vyloučené lokalitě ve městě II

Rodina C tvoří manželský pár a pět dětí (rodník 1992-2001), přičemž nejstarší dcera (rodník 1992) je těžhotná. Rodina se, po exekuci bytu, dostala do městské ubytovny pro neplatiče. Matka rodiny je ve velmi úzké citové vazbě na rodinu žijící ve vedlejší budově (vzdálen jí příbuzní - bratr matky této rodiny je manželem sestry matky z rodiny C), kterou proto i během interpretace dat zmíním jako sekundární. Oba rodiče mají základní vzdělání a jsou pobírateli plného invalidního důchodu. Děti jsou, pro alkoholismus a gamblerství matky, v péči otce, který byl stíhán za sexuální obtěžování nejstarších dcer. V rodině dochází k domácímu násilí. Po oficiálním skončení výzkumu došlo k pobodání otce matkou, která je t.č. ve vazbě.

Rodina D: romsko-česká rodina z města II (bez ohledu na sociální stratifikaci)

Rodina D tvoří mladý pár (muž ro. 1984, žena 1985) a jejich dvě děti. Matka je Čechka, t.č. na mateřské dovolené, je vyučena v oboru kuchařička, dříve pracovala jako uklízečka. Otec má středněškolské vzdělání, je zaměstnán v neziskovém sektoru a dále provozuje svobodné povolání. Rodina žije v nájemním bytě v centru města, nedaleko rodičů a sourozenců otce.

Rodina E: romská rodina – zástupce romské elity z města II

Rodinu E tvoří šestičlenná rodina žijící v jedné ze sociálně vyloučených lokalit ve městě. Ať se jedná o lokalizaci sociálně vyloučenou lokalitu, rodina představuje zástupce romské elity s nadstandardními příjmy. Otec (rodník 1969) pracuje jako pracovník ve státní správě, matka (rodník 1972) jako uklízečka. Oba rodiče pocházejí ze smíšených manželství, považují se ale za Romy, což uvedli i při SLDB 2001. Otec je původem z romské osady z východního Slovenska. Děti jsou narozeny v rozmezí ro. 1991-2001, nejstarší dcera, která během šetření otěhotněla a porodila dítě, bydlela po

hádce s otcem do asně u otce dítěte. Později ji vzal otec zpět. Otec má ve městě II ještě 3 sourozence, z nichž s jedním z nich jsem byla v bližším kontaktu.

Mapu jednotlivých zkoumaných rodin přikládám v příloze na elektronickém nosiči v podobě genealogických stromů. Základní údaje o respondentech: ročník narození, generace, ekonomická aktivita a souhrnný zdravotní stav v době výzkumu jsem zaznamenala do Tabulky 2: Mapa respondentů (v příloze).

5.7 Vyhodnocování dat a komparativní faktory v rámci interpretace dat

Získaná data byla vyhodnocována obsahovou analýzou. V interpretaci dat vztahujících se k jednotlivým zkoumaným determinantám zdraví se zaměřuji na komparativní faktory :

- Sociální stratifikace: rodiny žijící v sociálním vyloučení a rodiny vyšší třídy (případně elita)
- Generace:
 - nejstarší: ročníky do 1969
 - střední: obvykle dříve starší generace, ročníky mezi 1970-1984
 - mladá: obvykle vnoučata starší generace, ročníky mladší než 1984
- Pohlaví: muž a žena
- Etnicita: Romové, Romky a neromky
- Lokalita: město I a II

6. Výsledky a diskuse

6.1 Subjektivní zdravotní stav cílového souboru

Zdravotní stav respondent jsem zjišťovala rozhovory, kdy jsem se během návštěv v průběhu dotazovala, zda nemají (či neměly) zdravotní komplikace, případně jaké. Dále jsem se dotazovala, zda s uvedenými obtížemi navštívili praktického lékaře (případně specialistu), či zda se léčí sami a zda lékař navštíví preventivně. Získaná data jsem rozdělila do tří skupin, kde jsem se snažila zachytit:

- souhrnný zdravotní stav v době výzkumu z hlediska dlouhodobých a chronických obtíží, včetně subjektivně pociťovaných (tzn. ne lékařsky potvrzených) obtíží,
- jednotlivá onemocnění a zdravotní obtíže respondentů, průběh (u dospělých i dětí), včetně toho, zda s těmito chorobami navštívili lékaře, či nikoli.

Zároveň získaná data průběžně diskutuji s odbornou literaturou a výzkumy v dané oblasti. Předpokládané dopady jednotlivých determinantů na zdravotní stav respondentů jsou předmětem následujících podkapitol, ke kterým se vracím.

6.1.1 Dlouhodobý zdravotní stav v době výzkumu

Graficky dlouhodobý zdravotní stav respondentů za jednotlivé roky výzkumu zaznamenávám v Tabulce 2: Mapa respondentů (v příloze). Souhrnný zdravotní stav, tak jak jej popisují, plně nekoresponduje s termínem *dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav*, který je podle zákona o důchodovém pojištění vymezen jako: „nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok.“ Výše uvedené vymezení doplní dále o subjektivně pociťované obtíže, které přetrvávají déle než 1 rok a které respondentů subjektivně omezují v běžném životě, bez ohledu na to, zda se s nimi léčí, či nikoli.

Termínem „bez obtíží“ jsem označovala respondenty, kteří ve zkoumaném období nevykazovali ani subjektivně dlouhodobě zhoršený zdravotní stav, jednalo se

přítomnosti v tšinu respondentů mladé generace, s výjimkou několika dětí (konkrétně 18/C, 19/C a 21/C), které trpěly poruchou chování, zrakovou vadou a ADHD.

Popisu dlouhodobě přetrvávajících obtížů u konkrétních respondentů (rozděleno pro větší přehlednost do rodin) se věnuji níže, kde zároveň data dělím podle obtížů, které respondentům údajně diagnostikoval lékař a obtížů, které respondenti subjektivně pociťovali, ale lékaři s nimi nenavštívili.

Rodina A a A/B

Lékařem stanovené

Respondent 8/A/B

Po dobu výzkumu pobíral na diagnózu chronického selhávání ledvin plný invalidní důchod. Přidruženou chorobou byl vysoký krevní tlak. O respondentovi se starala jeho manželka. Respondent uvedl, že je v ID „několik let“, nedokázal však přesně vymezit kolik, zdravotní problémy měl již před přestěhováním se do současného místa bydliště (což by odpovídalo období min. 9 let). Respondent dle dotazníku dodržoval pokyny lékaře – držel dietu, klidový režim, užíval pravidelně předepsané léky, chodil na pravidelné kontroly. Na druhou stranu byl silným kouřákem, několikrát denně pil silnou kávu, denně pil pivo.

Subjektivní obtíže

Respondentka 1/A

Respondentka si stěžovala na přetrvávající zdravotní problémy spojené s obezitou (zhoršená pohyblivost, natékání nohou, dušnost atp.), kde jí tuto souvislost potvrdil obvodní lékař. Kvůli obezitě se respondentka psychicky trápila, a když jsem nezaznamenala, že by okolí mělo v jejímu případě výhrady, naopak, především ženy se jí snažily podporovat a užívaly hubnoucí přípravky s ní. Manželovi respondentky její vzhled nevadil.

2/A: *Každá ženská je krásná. A je tlustá nebo hubená.*

Tento postoj vychází z celkového pohledu na ženskou krásu v romských komunitách (srov. Davidová, 2005). P etrvávání tohoto postoje mi potvrdil i psychiatr z m sta II, který má velkou ást romských pacient . „*Romky necht jí v tšinou hubnout, ale naopak se mne chodí ptát, jak to ud lat, aby p ibraly*“. (pers., psychiatr, m sto II, 2009).

Popisovaná respondentka opakovan , ale z mého pohledu krátkodob a nesystematicky, držela p íbuznými doporu ené diety a kupovala p ípravky na hubnutí. Chyb la zde ale spolupráce s lékařem, p ípadn specializovanou poradnou zam enou na snižování nadváhy. Snahy respondentky vedly pouze k jo-jo efektu.

Jednou z p í in obezity mohl být, dle pozorování, zvýšený p íjem energeticky bohaté stravy a výrazný nedostatek pohybu, kdy respondentka v tšinu dne sed la u TV.

Respondentky 5/A a 3/A

V roce 2007 trp ly déle trvajícimi úpornými bolestmi zad, vyplývající, dle jejich názoru, z namáhavé práce uklíze ky, které v tomto období vykonávaly. S potížemi léka e navštívila respondentka 5/A, která posléze se zády byla m síc na nemocenské – dodržovala klidový režim a docházela na rehabilitace. Její sestra léka e nenavštívila, nebo se obávala, že by ji také nechal marodit a p išla by o zam stnání. Lé ily se proto voln prodejnými léky na bolest a léky, které jí sehnali p íbuzní (p edepsané na obdobné potíže). Obtíže samovoln vymizely poté, co respondentky byly ze zam stnání propušt ny z d vodu ukon ení innosti firmy.

5/A po nástupu do dalšího zam stnání trp la namožením ruky a kr ní páte e a dlouhodob jší potíže byly pravd podobn d vodem jejího propušt ní.

Rodina C

Léka em stanovené

Respondentka 15/C

Respondentka pobírala áste ný invalidní d chod na diagnózu epilepsie, zmínila ale také srde ní obtíže, které více nespecifikovala.

15/C: *Nikdy nevím, kdy to se mnou sekne. Chodím k doktorovi, po ád, i na nervový. Doktor taky chodí ke mn , dává mi injekce.*

Respondentka měla p edepsané užívání lék ráno a ve er, ale tento rozpis nedodržovala: 15/C: *Naopak. Léky neberu. Je mi po nich hrozn špatn . Bolí mn pak b icho jako bych m la rodit.*

Dle informací od soused a pracovník organizací, které byly s rodinou v kontaktu, spo íval zásadní problém v tom, že respondentka pravideln užívala alkohol: *„Ona dost pije, asto pro ni jede záchranka, n kolikrát m la pokus o sebevraždu – pod ezala si žily, p edávkovala Neurolem - poslední byl tento týden, ležela u XY (sestry).“* (pers. sociální pracovník, m sto II, 2007). Sama jsem se n kolikrát setkala s tím, že respondentka se mnou necht la hovo it, když byla zjevn opilá, i mi p išla vzkázat po d tech, abych p išla druhý den, protože jí *„bolí hlava ze sluní ka“*. Abusu alkoholu se v nuji blíže v interpretaci výsledk determinanty užívání n kterých návykových látek a gamblerství.

Respondent 16/C

Pobíral plný invalidní d chod na srde ní arytmií, vysoký TK, diabetes, obezitu a t žkou zrakovou vadu.⁶³ A koli užíval léka em p edepsané léky, byl silným ku ákem, pil denn kávu a alkohol, brigádn vykonával fyzicky náro né práce ve výkopech.

Respondentka 18/C

Trp la poruchou chování, pravd podobn související s hyperaktivitou (takto se projevovala i navenek). Konkrétní diagnózu se mi ale nepoda ilo zjistit ani od rodi , kte í sice opakovali, že má dcera „papíry od doktora na hlavu“, ale necht li mi sd lit nic bližšího.

⁶³ Nepoda ilo se mi zjistit, zda na všechny tyto choroby pobíral ID, každopádn u všech z nich byl chronický pr b h (pozn. autorky).

Respondent 19/C

Ml od raného dětství zrakovou vadu, údajně po otci. Nosil silné brýle na krátkozrakost (více než deset dioptrií), trpěl strabismem a amblyopií, díky čemuž byl astým terčem posměchu ostatních dětí. Pravidelně navštěvoval o něho lékaře.

Respondent 21/C

Ml lékařem diagnostikovanou hyperkinetickou poruchu (ADHD), která se velmi výrazně projevovala i na venek.

Koncentrace chronických onemocnění v rodině C stojí za povšimnutí především proto, že se určité potíže objevují již v dětském souboru (viz výše). A když se jedná o rodinu žijící v sociálně vyloučené lokalitě, přikláním se k názoru, že hlavním důvodem jsou zde genetické dispozice, případně spojená s onemocněním a alkoholismem matky. Některé autorky (Mrázková, 1999) upozorují na etnicky vývojové poruchy u romských dětí, které často vznikají na podkladě autozomálně dědičnosti, objevující se při endogamii. Naopak Schneiberg (2002) shledává výskyt vývojových vad mezi romskými dětmi, ve srovnání s majoritní populací, minimální. Rozpory jednotlivých autorů mohou svédit stejně tak o nedostatečném probádání popisované oblasti, jako o zkreslení, které může vzniknout volbou výzkumného vzorku. Ve svém výzkumu, podobně jako při tazatelské inštituci pro projekt Kvalita života, střední a zdravá délka života z aspektu determinant zdraví u romského obyvatelstva v České a Slovenské republice, jsem se setkala s lokalitami, kde se u romských respondentů různé vývojové poruchy, specificky pak smyslové, vyskytovaly s významnou etností.

Rodina D

Lékařem stanovené

Respondent 22/D

Ml v roce 2007 úraz nohy při sportu. Podstoupil operaci kolene a po 1 roku dodržoval klidový režim. V pracovní neschopnosti byl jeden měsíc.

Rodina E

Lékařem stanovené

Respondent 26/E

Trpěl v letním období v roce 2007 opakovanou angínou, která vznikla pravděpodobně po echozením předtím. Pravděpodobně v důsledku špatné imunity, měl respondent problémy s játry. Na nemocenskou byl 3 týdny, dále onemocněl kvůli rozšířením dovolené, ani nechodil do zaměstnání. Uvedl, že si nemůže, vzhledem k charakteru zaměstnání, dovolit delší dobu marodit.

Co se výskytu chronických onemocnění týče, výzkumná zpráva Sastipen (Nesvadbová, Šandera, Haberlová, 2009) uvádí invaliditu, či chronickou nemoc, u 21,5 % dospělých respondentů, tedy se výrazně neliší od mnoha zjištěných údajů. Liší se ale zastoupením nejzávažnějších nemocí (srov. teoretická část kapitola 1.). Ve srovnání s výše uvedeným výzkumem, je nejmarkantnější malé zastoupení chronických migrén a bolestí hlavy v mém souboru, kde jsem se se stížnostmi na bolesti hlavy setkala pouze u respondenty 15/C. Připomíná zde ale figuroval rovněž faktor alkoholismu, kdy bolest hlavy byla spojena s jeho předchozí konzumací. Otázkou zůstává, zda by respondenti bolesti hlavy uvedli, kdybych je navštívila jako tazatelka s dotazníkem obsahujícím tuto položku. Bolesti hlavy se totiž i u mého souboru vyskytovaly jako důsledek stresu (což není nic neobvyklého, srov. např. Dohrenwend, 2003), ovšem jednorázově, nikoli chronicky.

6.1.2 Jednotlivá onemocnění a zdravotní obtíže respondentů v průběhu výzkumu

Pro potřeby následujících kapitol dle věku soubor rozdělím na děti do 15 let a dospělé, vzhledem k odlišnému zastoupení chorob v jednotlivých věkových skupinách. V dále uvedené skupině navíc uvádím specifika perinatálního až kojeneckého období z hlediska možného ovlivnění zdravého vývoje a zdraví.

6.1.2.1 Jednotlivá onemocnění a zdravotní obtíže respondent - dospělí

V Tabulce 3: Onemocnění dospělých (v příloze) uvádím pohled jednotlivých onemocnění, která se u respondentů starších 15 let objevovala během výzkumu (zima 06 až léto 08). Onemocnění přitom nazývám tak, jakou informaci jsem obdržela od respondentů (jejich rodinných příslušníků). V závorce za onemocněním uvádím místo, v němž probíhalo. Kurzívou jsou označena onemocnění, s nimiž respondent navštívil lékaře.

Z tabulky vyplývá, že se v souboru nejčastěji vyskytovaly virózy, chřipky a méně často pak angína a jiné. Většina chorob se objevovala v zimních měsících, kdy je jejich vyšší incidence. Obvykle postihovaly celou rodinu, což bylo ještě výraznější u rodin žijících v periferních bytech (v sociálně vyloučených lokalitách). Tito rovněž vykazovali častější nemocnost, než respondenti z rodin D a E. Považuji ovšem za nutné uvést, že informace, které jsem získala na základě pozorování a rozhovorů, nemusejí být úplné. O tom svědčí například fakt, že jsem se dozvěděla až od informátora „zvení“ (bývalý streetworker) o výskytu syfilisu v sociálně vyloučené lokalitě ve městě I.

Z hlediska návštěvnosti lékaře v případě nemoci, byl navštěvován ve všech případech pouze rodinami D a E, což ovšem může být zapříčineno pracovním poměrem dospělých respondentů z těchto rodin. Potvrzovala by to rovněž u návštěvnosti lékaře u respondentů rodiny A, kteří byli momentálně zaměstnáni. Stejně chřipky nepovažovali respondenti za tolik významné, aby s nimi navštěvovali lékaře.

6.1.2.2 Jednotlivá onemocnění a zdravotní obtíže respondent - děti do 15 let

Onemocnění, která se vyskytovala v souboru dětí do 15 let uvádím v Tabulce 4: Onemocnění dětí do 15 let (v příloze).

Co se týče onemocnění dětí v cílovém souboru, nebyla zaznamenána výraznější nemocnost, než u dospělých respondentů. Vysvětlují si to absencí návštěv předškolních zařízení, kde mnohdy dochází k přenosu nemocí a naopak, setrvávání dětí převážně v rodinném prostředí, v těsnou malým prostorem omezeném, kde docházelo

k přenosu onemocnění na další členy rodin. Obecně se vyskytovala respirační onemocnění, především v podzimním a zimním období a dále onemocnění uší a střední potíže. V této nemocnost se prokázala u respondentů žijících v sociálně vyloučených lokalitách a u nejmladšího respondenta 14/B, který trpěl opakovanými dlouhodobými středními potížemi. Vyšší nemocnost dětí v sociálně vyloučených lokalitách si vysvětlují například dle vody: jednak již u dospělého souboru uváděnou přítomností bytů, kde dochází k nucenému kontaktu s nemocným a nemoc se snáze přenáší, jednak nedostatky ve výživě (více viz interpretace výsledků determinanty výživy) a v neposlední řadě nepříjemností domácích prostor v těchto rodinách (srov. Šmejkalová et al., 1999).

Nesvadbová, Šandera, Haberlová (2009) uvádí zdravotní problémy, které v posledním roce omezovaly obvyklou činnost déle než 10 pracovních dnů u 35,5 % romských dětí. Jednalo se například poměrně často o lékařsky diagnostikované choroby související s psychikou (deprese v 6,7 %, jiné duševní nemoci v 5,8 % a migrény nebo bolesti hlavy v 15 %), což, s ohledem na věk, považují za povážlivé. Takovéto potíže se v mém souboru vůbec nevyskytovaly, otázkou je, zda by respondenti neodpověděli jinak v případě svého dotazu.

U daného souboru jsem se dále často setkala s tím, že rodiny žijící v sociálně vyloučených lokalitách, dávaly dětem léky podle svého uvážení, například v případě, že se děti zdály být nachlazené, dostaly „preventivně“ Paralen. Velice oblíbený byl ve výše uvedených rodinách lék Ditiaden.

9/A/B: *Dávala jsem ho dětem běžně, dokonce po něm spí a uklidní se. Není to žádný sajt, jinak bych ti to ani nedoporučila.*

- **Parazitární onemocnění**

V rodině C se během výzkumu, v roce 2007, u dětí dříve vyskytly vši, které údajně přinesly ze školy. Pozorováním a rozhovory jsem žádné další parazitární onemocnění ve zbytku zkoumaného souboru nezaznamenala. Naproti tomu některé odborníci (srov. například Olšovská, 2006) hovoří o častém výskytu parazitů u romských dětí. Rozdíl může být například způsobem malým výzkumným vzorkem v mém případě.

- **Úrazy v dětství v ku**

S úrazy, které by vyžadovaly lékařské ošetření, jsem se během výzkumu nesetkala. Předpokládala jsem přitom naopak výskyt úrazů ve zvýšené míře, vzhledem ke komparaci s odbornou literaturou, kde u majority (Balharová, 2004) je incidence úrazovosti u školních dětí 16 % (N= 300 tisíc), speciálně u romských dětí pak 11 % (Nesvadbová, Šandera, Haberlová, 2009). Nepřítomnost úrazů v době výzkumu připisuji faktoru náhody.

6.1.2.3 Specifika jednotlivých období romského dětství v kontextu zdravého vývoje

- **Prenatální a natální období**

V ku romských prvorodiček z rodin A a C se pohyboval v rozmezí 16 až 26 let (nejméně jí kolem 18 roku v ku), u matky rodiny E v 19 letech a její dcery v 18 letech. Obě neromky (23/D a 13/B) byly prvorodičkami v 18 a 21 letech v ku.

V období těhotenství u všech zkoumaných žen probíhala adekvátní prenatální péče. Ženy navštěvovaly pravidelně gynekologa, absentovala však úprava životosprávy. Dle názoru romských žen těhotná nejenže měla jíst vše, ale i vše jíst má a to ve zvýšené míře – živí i dítě. Pravděpodobně v souvislosti s tím všechny ženy v popisovaném romském souboru přibíraly na váze neadekvátně těhotenství a po porodu se potýkaly s obezitou.

9/A/B: *Nic jsem nedělala jinak, co bych měla dělat jinak? Normálně jsem vařila, uklízela, kdo by to udělal?*

13/B: *Doktor mi zakázal (po dobu těhotenství) brát Paraleny a Brufeny a i masť na záda. Zbláznil se, nedá se ta bolest vydržet.*

Bez ohledu na komparativní ukazatele, se vyskytovalo ku účtví těhotných žen, avšak se snahou snížit alespoň počet vykouřených cigaret. Při dotazech na dýchání, jsem dostala následující odpověď, prezentovanou v tštinou žen ve zkoumaných komunitách.

13/B: *V těhotenství jsem chtěla přestat kouřit, ale že jsem těhotná jsem zjistila až ve 3. měsíci a ženské mi to rozmlouvaly, že je malý už zvyklý na nikotín a měl by být normální. To*

samé s kojením. Te kou ím tak 6 cigaret za den, d íve to bylo víc – krabí ka, tak aspo kou ím mí .

Na rozdíl od tabakismu, zneužívání alkoholu, p ípadn ílegálních drog, u t hotných p edstavovalo tabu:

5/A: *...t hotný bych ale nenabídla, nejsem blbá⁶⁴.*

Nesetkala jsem se ani s tím, že by t hotné ženy pily alkohol nap . b hem oslav.

B hem t hotenství, ani anamnesticky, jsem u žádné ze zkoumaných skupin žen, nezaznamenala vážn ější zdravotní potíže.

U t í žen z romských rodin, které byly v pr b hu výzkumu t hotné, probíhalo t hotenství fysiologicky. Jedna žena m la protražený porod, který musel být um le vyvolán. V anamnézách respondentek - rodi ek jsem zaznamenala ve 4 p ípadech potraty.

Porodní hmotnost d tí u romských matek z rodin A a C se pohybovala v rozmezí 2 800 – 4 200 g, u neromek pak byla 3 200 g a 3 500g (rodina D) a 3 800 g (rodina B). Rodina E necht la údaje poskytnout.

U novorozenc se anamnesticky objevila ve dvou p ípadech novorozenecká kýla a ve dvou p ípadech novorozenecká žloutenka. Jednalo se o d tí ze souboru sociáln vylou ených rodin. Data uvádím zpracovaná v Tabulce 5: Vybrané jevy u zkoumaných novorozenc (v p íloze).

Porodnici opoušt ěly matky pr m rn 4 den po porodu, dle doporu ení léka .

• **Kojenecké období**

Nesetkala jsem se s tím, že by ženy z n které zkoumané rodiny kojily, d tem byla ihned podávána um lá výživa. Kojení je u Romek málo obvyklé, jak potvrzuje výzkum Nesvadbová, Šandera, Haberlová (2009), kde kojilo 24 % všech dotázaných romských matek.

26/E: *Ony Romky moc nekojí, je to tím, že po Sunaru d tí p íbírají rychlejc, dávají jim do n j od malí ka cukr. Další d vod je, že jim p íjde, že mlíko není chutný, ochutnají ho a nechutná jim, je málo sladký.*

⁶⁴ Marihuanu (pozn. autorky).

13/B: *Po itám, že budu Dane ka hned p íkrmovat, myslím, že mléko nesta í.*

V období t hotenství u romských žen p íkládám, z hlediska ovlivn ní zdravotního stavu, význam absenci úpravy životosprávy, která, dle mých výzkumných poznatk , nevychází z neznalosti, ale spíše z nedohlédnutí následk a nedostate né v le zm ny p íjmout. Podobn je tomu s ku áctvím cigaret. Nízký podílem kojících matek v romských komunitách si vysv tluží nedostate nou informovaností o protektivních vlivech kojení, v etn jeho ekonomické výhodnosti.

6.1.3 Návšt vy praktických léka a léka specialist

V této ásti se v nuji respondent m starším 15 let (návšt vu léka u mladších respondent interpretuji v podkapitole „Interpretace výsledk determinanty d tství“).

6.1.3.1 Návšt vy praktického léka e

Všichni dosp lí respondenti zkoumaného souboru navšt vovali praktického léka e až v p ípad pot eby, tedy nikoli preventivn . Zárove všichni dotázaní projeví se svým praktickým léka em spokojenost, a koli d vody mohly být r zné:

2/A: *... (léka) je dobrej, když pot ebuju potvrzení, napíše mi ho, ani mne neprohlíží.*

Všechny d ti do 15 let v ku pravideln návšt vovaly pediatra v té mí e, že byly proo kované a dodržovaly pravidelné prohlídky.

6.1.3.2 Návšt vy léka specialist

- **Gynekologie**

Gynekologa navšt vovaly všechny ženy výzkumného souboru starší 15 ti let a to minimáln jednou ro n , z d vodu preventivní prohlídky. Respondentky mladé generace si dále nechávaly p edepisovat antikoncepci. Všechny respondentky v t hotenství a po narození dít te navšt vovaly gynekologa rovn ž pravideln (viz podkapitola interpretace výsledk determinanty d tství). S gynekologickými problémy se nesv íla žádná z respondentek.

Srovnám-li výsledky s výzkumem Satsipen (Nesvadbová, Šandera, Haberlová 2009), který uvádí návštěvu gynekologa minimálně 1x ročně u 3/5 romských žen, můžeme být maximální návštěvnost v mém vzorku zřejmě sobě sama minimálním zastoupením nejstarší v dané kategorii, která v případě Sastipenu návštěvu lékaře měla často.

Považuji za důležité dále uvést, že respondenty z rodiny A, A/B a B trápily zvýšenými obavami z rakoviny ženských orgánů, o tomto tématu se často v rodinách diskutovalo a uváděly se případy z okolí, kde touto rakovinou někdo onemocněl. Mohlo to představovat zvýšenou motivaci návštěvy preventivních gynekologických prohlídek a to i s ohledem na to, že gynekolog ve městě I nebyl respondentkami příliš oblíbený.

13/B: *Chodím na gyndu k..., je to debil, ale jinej tu není.*

- **Stomatologie**

V návštěvnosti stomatologa jsem zaznamenala zásadní rozdíl mezi rodinami žijícími v sociálně vyloučených lokalitách a rodinou D a E. Zatímco poslední jmenované rodiny návštěvy zubního lékaře pravidelně 1x za půl roku, ostatní je vyhledávaly až v případě potíží, s tím, že se snažili co nejdéle léčit bolest zubů sami volně dostupnými léky. Některé členové rodiny A (4/A, 6/A) a A/B (9/A/B) u zubního lékaře registrováni nebyli.

Potíže se zuby měly v době výzkumu respondent 22/D, který trpěl opakovanými záněty. Někdy jej jeho přítelkyně dokonce musela vézt na zubní pohotovost. Jednorázové bolesti zubů jsem zaznamenala rovněž u respondentů 1/A, 3/A, 5/A a 13/B, kteří měli zubní kaz a byli lékařem ošetřeni.

Malou návštěvnost stomatologa uvádí rovněž zpráva Sastipen (Nesvadbová, Šandera, Haberlová, 2009), kde v posledních 3 měsících navštívilo stomatologa pouze 18 % respondentů a 9 % u něj ještě nikdy nebylo. Jako důvod této malé návštěvnosti uvádí zpráva „romský přístup ke zdraví“ - „dokud mě něco nebolí, není třeba to řešit“. Domnívám se, že roli zde mohou hrát také poplatky, které se u stomatologa za výkon hradí, ať už jimi, než u jiných typů lékařů, a z nichž mohou respondenti mít obavy. Kolik stojí spravení zubu bylo jedno z témat, které se v rozhovorech rodiny A, A/B a B objevovalo.

Co se týče návštěvy stomatologa dítmi, nezaznamenala jsem žádnou návštěvu, s výjimkou rodiny E, kde děti chodily na pravidelné preventivní prohlídky. Opět se nejedná o neobvyklé zjištění, Nesvadbová, Šandera, Haberlová (2009) uvádí návštěvu stomatologa u dětí starší 1 roku i nikdy v 70 % případech.

- **Jiný specialista**

Dalšími specialisty, které respondenti navštívili, byli kardiolog (8A/B, 16/C), psychiatr (15/C), oční lékař (16/C) a neurolog (15/C). Tyto lékaře navštívili respondenti pravidelně, dle domluvených kontrol, během nichž jim byly zároveň předepisovány léky. Respondent 8A/B během roku 2007/2008 dále 8x využil služby lékařské pohotovosti (pers., sestra lékařské pohotovosti).

6.1.4 Souhrn výsledků a diskuse části „subjektivní zdravotní stav cílového souboru“

Výsledky výzkumného šetření poukazují na zhoršený zdravotní stav respondentů, kteří žili v sociálně vyloučených lokalitách a to jak chronických onemocnění (nadměrná kumulace chronických onemocnění se ovšem vyskytovala v rodině C), tak nemocnosti v průběhu jednotlivých let. Nemocnost dětí výrazněji nepřevyšovala nemocnost dospělých, přičemž převládala nemocnost virového původu. V souboru dospělých respondentů žijících v sociálně vyloučené lokalitě ve městě I, se zvýšeně vyskytovala psychosomatická onemocnění. Lékaře navštívili asi již zanedbatelní respondenti. Respondenti navštívili pravidelně pediatra a gynekologa, naopak stomatolog byl navštíván pouze respondenty rodiny D, E. Péče v tichotensství u respondentek sice splňovala pravidelné návštěvy lékaře, absentovalo však dodržování životosprávy, ženy v tichotensství kouřily. Děti nebyly kojeny, ale byla jim podávána umělá výživa.

6.2 Výsledky a diskuse části „socioekonomická situace“

V podkapitole zabývající se socioekonomickou situací, interpretuji výsledky vztahující se k determinantám: práce, nezaměstnanost, sociální exkluze a sociální

gradient. Jednotlivé determinanty jsou potom rozebrány samostatně, v etn diskuse, kterou uvádím vždy na závěr jedné determinanty.

A koli výše uvedené determinanty v podstatě výzkumný soubor rozdělují do kategorií: pracující x nezaměstnaní, sociální vyloučení x rodiny výše sociálně stratifikované, socioekonomicky deprivovaní x osoby s průměrnými příjmy, je mou snahou (s výjimkou determinanty práce) komparovat pohledy celého cílového souboru, bez ohledu na to, zda se jich popisovaný jev bezprostředně týká.

6.2.1 Interpretace výsledků a diskuse determinanty „práce“

V této části se vnují respondentům, kteří v době výzkumu měli zaměstnání, nezkoumám tedy pracovní zkušenosti retrospektivně. Zaměřuji se především na pracovní podmínky, v etn případně diskriminace v zaměstnání, a spokojenost respondentů se zaměstnáním. Nastavuji rovněž možnou souvislost pracovních podmínek se zdravotním stavem.

6.2.1.1 Pracovní podmínky a spokojenost v zaměstnání

Respondenti 2/A a 4/A pracovali v údržbářských a úklidových firmách v rámci veřejných prací pod městským úřadem. Se zaměstnáním byli spokojeni, kladně hodnotili jednosměnný provoz a pracovní kolektiv tvořený převážně Romy. Práci nepovažovali za fyzicky ani psychicky náročnou, během výzkumu nebyli na nemocenské, s výjimkou chřipkové epidemie. Omezení zaměstnání na dobu určitou (1 rok) si výrazně neprospoušeli, byli rádi, že zaměstnání mají a věřili, že n najdou.

Respondentky 3/A a 5/A byly zaměstnány v úklidové firmě, na pracovišti montážní továrny, kde měly na starost úklid kanceláří a sociálního zázemí. Práce byla dvousměnná, někdy i 12 hodinové směny, což hodnotily jako bezproblémové, vzhledem k předchozí nezaměstnanosti byly rády, že měly pracovní místo.

5/A: Je to lepší, než se doma flákat.

Práci považovaly za standardní, projevovaly ovšem i neopodstatněné obavy.

3/A: *Když jsme pracovaly v... (továrna), bály jsme se, že tam v hale spousta těžkých želez na paletách, kdyby nám to spadlo na hlavu, zabilo by nás to. V... (továrna) bylo i hodně pracovních úrazů, jednomu známému utrhl lis prsty na ruce.* Jednalo se přitom o halu, kterou pouze procházely.

Po dobu tohoto zaměstnání trpěly obě respondentky bolestmi zad, které ony i jejich rodiny přičítaly námaze v zaměstnání. Poté, co úklidová firma dostala výpověď, měly respondentky možnost úklidu v městě II, ale vykalkulovaly, že by se jim práce nevyplatila: 3/A: *projely bysme víc, než vydaly, proto nabídku odmítly.*

Respondentka 3/A posléze získala další zaměstnání v nejmenované montážní firmě, cca 15 km vzdálené. Práce byla na plný úvazek, respondentka dala přednost odpolední. S prací byla zpočátku spokojená, což bylo pravděpodobně ovlivněno i tím, že práce byla komunitou hodnocena jako „lepší“, především kvůli možnosti vysokého výdělku při úkolové mzdě.

3/A: *Každá mi závidí a říká, jak by tam chtěla taky, ale žádné volné místo tu zatím není.*

Později si respondentka začala stěžovat, že je práce náročná na oči a začala mít potíže s namožením ruky a krční páteří, kvůli kterému byla i na nemocenské. Rodina projevovala obavy.

1/A: *aby jí nevyhodili, když je ve zkušební době, budou si o ní říkat, že hned marodí a fláká se. Ale zase jí nemohou vyhodit, když bere nemocenskou.*

Otec (2/A) se domníval, že *je to prostě tím, že není zvyklá pracovat.* Problémy mohly být podtrženy stresem, který respondentka zažívala díky neshodám s vedoucí směny, která na ni byla přísná a respondentka se mi dále zmínila, že z ní měla strach. Problémy vygradovaly, když ze zaměstnání byla propuštěna tetá respondentky a ona tam zůstala jako jediná Romka. Vyprávěla, že se k ní všechny chovají arogantně, vůbec se s ní nebaví...

3/A: *V práci se bavím jen s tetou. Ty ostatní ženský jsou divný, ne že by mi nadávaly, že jsem cikánka, ale bavit se s nimi nedá.*

Situaci řešila tak, že zůstávala doma na nemocenské, což byl pro firmu důvod k jejímu propuštění.

Respondent 10/A/B pracoval v soukromé stavební firmě jako pomocný zedník, v době výzkumu na zakázkách zateplování panelových domů. Práce byla sezonní, s nepravidelnou pracovní dobou, která byla určována po počasí a docházkou ostatních zaměstnanců. V letních měsících pracoval často přesčas, v tísňové době i 12 hodin. Smlouva byla koncipovaná na období od jara do podzimu, v zimních měsících byl bez práce, ale odpracovaná doba mu nestačila na podporu v nezaměstnanosti. V posledním roce výzkumu dostal smlouvu i na zimní měsíce. Respondent byl spokojený s finančním oceněním, ale sezonní charakter práce považoval za výrazný problém, stejně jako i zbytek rodiny. Respondent uvažoval o změně zaměstnání, aktivně však jinou práci nehledal.

Matka 13/B: On (respondent 10A/B) se taky nesnaží najít si lepší práci. Říkala jsem mu, a jde do ... (montážní firmy). Měl by tam mnohem víc a hlavně je to stálá práce. U zedník je to navíc dle mého názoru i nebezpečný na tom ležení

Po celou dobu výkonu pracovní činnosti respondent nebyl na nemocenské (marodil ovšem v zimních měsících, kdy byl nezaměstnaný), snažil se přes sezonu vydělat co nejvíce peněz.

Respondent 22/D pracoval v sociálních službách, přivydělával si však jako profesionální sportovec v zahraničí. S oběma pracemi byl spokojený, přednost ovšem dával sportu (který představoval rovněž zálibu a jednorázově vyšší zdroj příjmů) před plným úvazkem v zaměstnání. To bylo během výzkumu příčinou i jedné vážnější nehody se zaměstnavatelem, která hrozila propuštěním, nakonec ale byla řešena napomenutím a odebráním odměn. Respondent považoval svou práci za nenáročnou, občasné nehody s kolegyní dával za vinu tomu, že byl v zaměstnání jediný muž, nikoli etnicitě. Respondenta ve velké míře podporovala jeho přítelkyně, která si přála, aby v zaměstnání setrval, „protože je na úrovni“. Během roku 2007 byl i on nemocný, nedomnívám se však, že by to mělo výraznější souvislost s nehodami

v zamstnání, respondent se dokonce několikrát vrátil do práce na přerušení nemocenské, problémem v této nemocnosti byla spíše přechyzená choroba.

Respondent 26/E pracoval v době výzkumu ve státní správě jako vedoucí úředník. Kariéru ovšem budoval postupně, když přišel po sametové revoluci do ech, pracoval nejprve 8 let manuálně, nejprve jako uklízeč, pak jako kopáč a nakonec se přihlásil do konkurzu na souasný post a doplnil si vzdělání.

26/E: Problém bylo to, že jsem obtížně hledal práci, protože jsem mluvil slovensky. Pak m jakým způsobem jsem si našel manuální práci. Kdyby táta v době, že pracuji jako kopáč, tak by mn přerazil obě ruce. Když se to později dozvěděl, tak s tím nemohl nic dělat. Vysvětlil jsem mu, jaká je tady situace, že to není jak na tom Slovensku. On řekl, že na tom Slovensku ze mn nic bude, tam s tím vzděláním jsem mohl nic... Já jsem to doma nikdy nedělal, jen na zahrádce s rýčem a tak. První den jsem přišel z práce a myslel jsem, že umím. Mám jsem takovouhle kůru v rukách (ukazuje) a šílený mozoly. No a vydržel jsem to 8 let. Ze zášťku jsem mohl dokonce dvě zamstnání, vedle výkop jsem jezdil s nákladním autem a vozil chlapy. Všem jsem se vypracoval, a když jsem byl nejmladší, byl jsem nominován na nejlepšího pracovníka (smích) a nabízeli mi práci mistra. To jsem ale uspěl v tom konkurzu. Zpošťku jsem tomu nevěřil, myslel jsem si, že si dělají srandu. Pak ale volali: No kde jste? Už máte být týden v práci! A já jsem byl s krumpáčem v dílně. Až tehdy mi to došlo....

Se souasnou prací byl respondent spokojen, vzhledem k jejímu sociálnímu charakteru, kde nacházel možnost seberealizace.

26/E: Rád pomáhám druhým lidem v nouzi a v tšinou, když mn navštíví nějakí lidé, tak vidíte, že to jsou lidé ze sociálně slabých rodin, v tšinou. A když mám tu sílu a když mám tu možnost jim pomoci, tak jim pomůžu.

Na druhou stranu negativně hodnotil nedostatek pravomocí.

26/E: Na souasně práci mi vadí, že nemám žádné rozhodovací pravomoci. Mohu pouze kontrolovat a psát projekty.

Respondent b hem výzkumu n kolikrát z stával v pracovní neschopnosti kv li angín a virovým onemocněním, v jednom p ípad na toto období volil rad ji možnost erpání dovolené.

Respondentka 27/E byla zam stnána jako uklíze ka v soukromém podniku, v n mž d íve pracoval i její manžel. S prací byla spokojená, považovala ji za st edn náro nou, pozitivn hodnotila, že „je pánem svého asu“, v práci ji nikdo nehoní, m že odejít d íve, má-li hotovo.

B hem výzkumu jsem se nesetkala s tím, že by respondentka byla na nemocenské.

6.2.1.2 Souhrn výsledk a diskuse determinanty „práce“

Zam stnání všech respondent objektivn odpovídala jejich vzd lání/kvalifikaci. P evládala zam stnání nekvalifikovaná, která jsou asto s romskou populací spojována (nap íklad Navrátil et al., 2003). Respondenti 22/D a 26/E, kte í zastávali nemanuální funkce vyžadující vyšší kvalifikaci, byli k práci motivováni více faktory, vedle finan ního p edevším možností seberealizace a společenským ocen ním jejich postu (srov. K ivohlavý, 2001). V rozhovoru s ostatními zam stnanými respondenty jsem jiné, než ekonomické motivy, ve významn jší mí e nezaznamenala, což souvisí samoz ejm z typem vykonávané práce.

Jak již bylo e eno v teoretické ásti práce, pracovní podmínky jako determinanta zdravotního stavu souvisí do zna né míry se stresem, jehož zdrojem mohou být. Vzhledem k tomu, že žádný z respondent nepracoval v prostředí, které by mohlo p ímo ovliv ovat zdravotní stav, v nuji se dále práv stresu, který s prací souvisí (srov. Sauter, 1997). S výjimkou respondentek 5/A a 3/A jsem výrazn jší míru pracovního stresu v cílovém souboru nezaznamenala. U obou respondentek byl pracovní stres zp soben kombinací n kolika faktor . Jednalo se o jejich první zam stnání, které nebylo pravd podobn hodnoceno jako p íliš uspokojivé. Dále, a koli byly rodinou podporovány, aby v zam stnání setrvaly, nejv tší ást vyd laných pen z jí odevzdávaly, tudíž jejich finan ní situace se objektivn p íliš nezmenila

například v tom smyslu, že by si mohly spojit (toto lze považovat za negativní důsledek sociální opory). Domnívám se, že svou roli hrálo rovněž to, že se obě sestry vzájemně podporovaly v negativních postojích, které v nich pracovní podmínky vyvolávaly.

V případě druhého zaměstnání respondentky 5/A, se tato cítila být vyřazená z kolektivu zaměstnanců, což představovalo významný stresor, který respondentka přešla útekem do nemoci (Štikar et al., 2000).

6.2.2 Interpretace výsledků a diskuse determinanty „nezaměstnanosti“

3/A a 5/A: *Mít práci by bylo fajn. Měly bysme peníze. Nikdo nás ale nevezme.*

V této podkapitole zaměřuji zkoumaný soubor především na respondenty, kteří byli v průběhu výzkumu nezaměstnaní (bez ohledu na délku trvání nezaměstnanosti). V Tabulce 6: Typy nezaměstnanosti v cílovém souboru (v příloze), uvádím soubor těchto respondentů, včetně délek trvání nezaměstnanosti.

Bez ohledu na výzkum došlo v několika případech k získání zaměstnání, ale také jeho ztrátě. Tato situace se týkala především respondentů z rodiny A, kde v únoru 2007 dvě respondentky (A/3 a A/5) získaly zaměstnání uklízeček v továrně, v červenci téhož roku však uklidová firma svou činnost ukončila a respondentky se staly nezaměstnanými. Respondentka A/5 posléze v srpnu získala novou práci ve výrobě součástek, její sestra však zůstala až do konce výzkumu nezaměstnaná. V roce 2007 byl rovněž zaměstnán otec této rodiny (A/2) pod MÚ a dále také přítel respondentky A/3 (resp. A/4) a to na dobu určitou 1 rok.

Ke konci výzkumu získala respondentka 3/A možnost zúčastnit se rekvalifikačního kurzu na pomocnou kuchařku, kterého využila. Ostatním respondentům tato možnost údajně dosud nabídnuta nebyla.

Sezonní nezaměstnanost se v průběhu dvou let týkala jednoho respondenta (10A/B), který pracuje ve stavebnictví.

10/A/B: *Nechodím přes zimu do práce, už druhý rok to tak dělám, že jdu na ÚP, než zase na jaře dostanu práci. ... prostě na zimu práci nemá a v létě nás takhle propustí.*

Z Tabulky 6 vyplývá, že nezaměstnanost se v cílovém souboru dotkla osob žijících v sociálně vyloučených lokalitách, bez ohledu na další komparativní kritéria. Nezaměstnaní byli zastupováni respondenti se základním (speciálním) vzděláním. Převažovala dlouhodobá nezaměstnanost a nezaměstnanost opakovaná.

6.2.2.1 Důsledky dlouhodobé nezaměstnanosti

Důsledky dlouhodobé nezaměstnanosti, které níže uvádím, vyplývají z nejčastěji se vyskytujících jevů u dlouhodobě nezaměstnaných. Kategorie, do nichž jsem je rozdělila pro větší přehlednost, jsou totožné s kategoriemi uváděnými v teoretické části práce. Možnost jejich použití svědčí o tom, že nejčastější důsledky nezaměstnanosti mají obecnou platnost.

- **Pokles motivace hledat dále místo na trhu práce**

34/A: Chodím na pracák, nic víc pro to dlat nejde. Tady jsou bez práce i bílí, natož my.

Respondenti, kteří byli dlouhodobě bez zaměstnání, volili pasivní přístupy hledání pracovního místa. Byli sice registrováni na úřadu práce, sami však práci nehledali. Uváděli však, že tomu tak vždy nebylo, na hledání práce spíše rezignovali v důsledku dlouhodobých negativních zkušeností:

1/A: Nehledám práci. Dáv jsem se třeba ráno chodila ptát, ale nemá to cenu. Práce tady není, už vbec ne pro ženskou a na to abych dojížděla, jsem už stará. Navíc, ta cesta vlakem stojí tolik, že se to ani nevyplatí.

3/A: Když jsem dáv dostala umístěnku, myslela jsem si, že je to prostě, že jdu do práce. Oni mi pak stejně řekli, že ta práce pro mne není.

Když jsem v roce 2006 pracovala jako sociální pracovnice, byla jsem svědkem mnoha situací, kdy se respondenti rodin A a B (tehdy klienti) o nabízené zaměstnání ucházeli, nicméně byli odmítnuti kvůli etnicitě. Modelovou situací představovala například slíbení místa po telefonu a odmítnutí poté, co klient firmu navštívil osobně. V některých případech ale byli zájemci odmítnuti již během telefonátu: *“Oni poznají, že je to cikán podle přízvuku nebo podle jména”* (pers., pracovnice Městského úřadu

m sta I, 2006). „*Ur ít existuje diskriminace Rom v zam stnání. Zam stnavatelé poznají Roma po telefonu. Jednak podle jména, když se p edstaví, jednak proto, že neumí tak dob e mluvit*“ (pers., terénní sociální pracovnice, m sto II, 12/2006).

V pr b hu jednoho roku práce s respondenty, byla ztráta motivace dob e patrná. Zpo átku klienti na doporu ená pracovní místa telefonovali sami, pozd ji se mnou, a ke konci roku, po n kolika neúsp ších, to považovali za naprosto zbyte né, a p estože m li možnost bezplatného telefonátu z M stského ú adu, nevyužívali ji. Zárove n kte í klienti p estali docházet na sch zky, když zjistili, že místo neseženou ihned.

Nezam stnanost se mnohdy projevovala pot ebou racionalizace, kdy byla

a) domn lá volná pracovní místa p edem odsuzována, aniž by respondent zkusil se zde na práci zeptat.

1/A: *Mohla bych jít d lat do masny, ale nechci. Ženský se tam moc rychle st ídají, asi tam málo platí.*

b) situace byla p ípisována symbolickému sociálnímu vylou ení – špatné adrese.

Ztráta motivace byla z chronologického hlediska individuální záležitostí, související pravd podobn s osobnostními dispozicemi⁶⁵.

- **Devastace lidského kapitálu ve smyslu nemožnosti inovace, ale i udržení pracovních dovedností, kvalifikace a pracovních návyk**

V p ípad cílového souboru, kde m la v tšina respondent jen minimální vzd lání a kvalifikaci, dopady dlouhodobé nezam stnanosti na snížení kvalifikace nem ly významn ější efekt.

U respondent , kte í b hem výzkumu práci znovuzískali, jsem zaznamenala zna né potíže vyplývající ze ztráty pracovních návyk . Respondenti m li problém s docházkou do zam stnání v as, p edevším v ranních hodinách, a koli rodina se snažila zam stnané maximáln podporovat.

⁶⁵ Sirovátka (2003) ve svém výzkumu strategií nezam stnaných Rom uvádí rezignaci (i kdybych hledal, stejn nenajdu) jako jednu z nej ast ějších reakcí na neúsp ch p í hledání pracovního místa, bylo tomu tak i u mého souboru.

1/A (o svých dvou dospělých dcerách, v době, kdy byly zaměstnané): *Dělám jim svačiny a vstávám s nimi, abych jim připravila ráno kávu. Taky je musím budít. Když to neudělám, zaspí.*

3/A (o zaměstnaném příteli): *Vstávám s P. každé den. On stává v 6 hodin ráno a já s ním, dáme si spolu kávu a jdu ho doprovodit až do práce.*

V případě, že zaspaly, respondenty z místa II volily raději variantu nejit ten den do práce vůbec, 5/A: *protože bych se styděla říct, že jsem zaspala.*

Problém představovaly rovněž omluvy absence.

3/A: *Nevolala jsem tam, nemám kredit na telefonu, řeknu mu to zítra, že jsem byla u zubáře.*

5/A: *Do práce jsem nevolala, nemám číslo.*

13/B: *5/A se nechala vyhodit z práce. Je blbá. Pořád chodila marodit, třeba když se neměla jak dostat do práce, neměla peníze na vlak. Pak byla opravdu nemocná a vedoucí jí vyhodil.*

U mužů jsem se setkala s tím, že přetahovali polední přestávky na oběd.

4/A: *Protože chodím jíst domů, tak to v tšinou nestíhnu včas, jen než tam dojdu popíjím mláčku, se zdržím. V tšinou to ale nevadí, zstanu pak v práci dýl, nadlat si to.*

Na druhou stranu se respondenti snažili chodit do zaměstnání, a pokud byli nemocní, nebo se báli, že by o práci mohli přijít.

3/A (o své sestře 5/A): *..(5/A) v era bylo blb, leze na ní chvilka. Doma nezstala, je tam teprve měsíc, mohli by jí vyhodit. Radší jsem to (práci) za ní udělala já, ona to přes víkend vyleží.*

• Stigmatizace

Vzhledem k tomu, že (dlouhodobá) nezaměstnanost v cílovém souboru postihovala v tšinou více osob v domácnosti (komunitě), byla stigmatizace nezaměstnaného člena v jejím rámci minimální. Nešetkala jsem se s tím, že by někdy docházelo ke stigmatizaci v rodině, v tšinou rodina negativně pohlížela na nezaměstnané osoby z „vnějšku“ (vrstevníky mimo komunitu).

10/A/B: *S... (kamarádem) se chce rozejít p ítelkyn , pokud si nesežene práci nebo neza ne n jak p ispívat na domácnost, protože ho nehodlá živít až do smrti. Sama je na mate ský. On nepracuje, ale permanentn . Byl zam stnaný dokonce v ... (továrn), ale ani tam nenastoupil, do poslední práce nebyl schopný chodít v as.... Má tulení nemoc. Prost d lat nechce a je línej... On nejde ani na brigádu, žijou z pen z jejich rodi , kam chodí na jídlo. Je to ostuda a nedívím se L., že chce od n j pry , protože to není chlap.*

K stigmatizaci dochází samoz ejm p edevším mimo komunitu, lze ale jen velmi obtížn identifikovat stigmatizaci ist kv li nezam stnanosti, která je propojena se sociální exkluzí, kde ve ejnost u sociáln vylou eného status nezam stnaného jaksi p edpokládá.

Matka 13/B: *Ona má dv zdravý ruce (rozum j resp. 9/A/B), ale ned lá, protože jí práce smrdí, stejn jako všem z ... (lokality).*

26/A (o nezam stnaných Romech ve m st I): *Oni jsou líní, nechce se jim d lat.*

Zaznamenala jsem, že ve chvíli, kdy respondenti nastoupili do zam stnání, se nezmníl pohled osob, které s nimi, jako nezam stnanými, byly v kontaktu (jakéhokoli typu) na n . Spíše p etrvala p edstava nízké kompetence respondent v zam stnání setrvat: „*Oni vydrží vždycky pracovat jen chvíli.*“ (pers., pracovník M Ú m sta I, 2007). I takové postoje mohou podporovat stigmatizaci, rezignaci a v d sledku nízkého sebev domí ztrátu motivace k hledání dalšího zam stnání.

- **Ekonomické d sledky**

Ekonomické d sledky nezam stnanosti bych ráda popsala na p íkladu rodiny A, kde v pr b hu výzkumu respondentky 3/A a 5/A práci našly a op tovn ztratily. Dotazovat se na situaci v minulosti za ú elem komparace, nem lo u cílového souboru v tší význam, nebo st ední a stará generace dlouhodob nezam stnaných obvykle ztratila zam stnání již v devadesátých letech a srovnání by tak bylo možné pouze s minulým režimem, který byl obecn respondenty hodnocen jako p ízniv jší.

Z rozhovor s rodinou vyplynulo, že v době, kdy bylo nezaměstnaných více, snížila se životní úroveň a nastala potřeba se v některých záležitostech uskromnit – to se týkalo především výdajů za ošacení a kosmetiku, tedy nikoli nezbytných výdajů (srov. Navrátil et al., 2003).

3/A: *Nezbývají nám peníze na nic. Když jsem chodila do práce, mohla jsem si koupit něco na sebe, nebo dárek šéfovi. Teď si nekoupím ani limonádu.*

1/A: *Jídla se to v žádném případě nedotklo. To jsme si vzali raději pro jít a nakoupili jsme maso.*

V době nezaměstnanosti rodina rovněž vyhledávala alternativní strategie finančního příjmu, které podrobněji popisují v části „Interpretace výsledků a diskuse determinanty sociální exkluze“ a které byly v době zaměstnanosti spíše výjimečné! Svědčí to o tom, že respondenti využívali alternativních zdrojů pouze v případě finanční nutnosti, nikoli primárně za účelem zvýšit příjmy.

- **Psychické důsledky**

Psychické důsledky dlouhodobé nezaměstnanosti se dotýkaly především těch respondentů, kteří neměli jinak strukturovaný volný čas – tzn. mladé generace a muži. Ženy střední a nejstarší generace nadále zastávaly své funkce v domácnosti a v péči o děti, ostatní však nedokázali volný čas relevantně využít (srov. Buchtová, 2002).

- Změny ve vnímání času, rozbití struktury denního času, deprivace z absence pravidelných činností

U dlouhodobě nezaměstnaných respondentů jsem se, na rozdíl od respondentů zaměstnaných, pravidelně setkávala s tím, že nevěděli, jaký je den v týdnu. Spolehlivě rozeznali víkend, ale pracovní dny jim splývaly.

Dlouhodobě nezaměstnaní si často stěžovali na pocit nudy, především pak respondenti mladé generace, kteří neměli tolik povinností v domácnosti atp.

5/A: *Je tu nuda. Dlouho spíme. Pro den pomáháme mámu, vaříme a tak. Kdybychom alespoň měli auto a mohli jít, jely bychom do města II na diskotéku.*

22/D: *Sem se prošel podívat ... co taky doma, když jsem bez práce.*

Režim dne nezaměstnaných respondentů byl nestrukturovaný, odlišný dle pohlaví a generace, obecně s vyšším podílem spánku. V průměru spal soubor nezaměstnaných 10 hodin, zaměstnaných 8 hodin denně.

Ženy mladší generace v létě chodily večer na diskotéky (v letních měsících každý den, po zbytek roku cca. 2x týdně) a poté později spát a vstávaly kolem poledne.
5/A: *Když je diskotéka u ..., vracíme se někdy ve dvě, někdy v pět, dneska jsem se vrátila až v sedm.*

Značná část dne patřila sledování TV⁶⁶ a hovoru s rodinou i přáteli. Nadměrné sledování TV je ale svým způsobem pro romské komunity charakteristické (jak uvádí například Elichová, 2004).

A/5: *Hodně spím, koukám na TV, chodím do města, za kamarádkami, sestřenkou, na disco. Pomáhám mám. Občas jdu na brigádu.*

Muži mladší generace trávili čas s vrstevníky, přítelkyněmi, spíše venku, než doma a podíleli se na alternativních zdrojích obživy. Objevovaly se pocity nudy, nenaplněnosti:

10/A/B: *Doma mi to nebaví, nudím se, na párty moc nejsem, max. zajdu za ... (6/A). Je to blbě, když jsem zvyklá chodit do práce, ale co mám dělat... Koukám v téšinu dne na TV, nebo si hraju s malým a se psem.*

Muži starší generace zůstávali spíše doma, nejčastěji sledovali TV a snažili se získat finance prostřednictvím alternativních zdrojů obživy.

Zástupkyně střední generace žen uvedla:

1/A: *Vstávám brzy, protože pírpravuju holce do školy svatěinu, pak jdu nakoupit a vařit, uklízím, povídám se sestrami. A hned je večer.*

Taková situace platila i u ostatních žen střední a starší generace. Na které z nich, vedle péče o rodinu a domácnost, ve městě nepravidelně docházely na brigády a v letních měsících sbíraly peníze.

Změny ve vnímání času se projevují negativně i jednáním s institucemi. Setkala jsem se s tím, že respondenti měli problém s pravidelností návštěv na úřadu práce (jakožto instituce, s níž byli nejčastěji v kontaktu).

⁶⁶ Která často bývá i jako kulisa (pozn. autorky).

1/A: *Nevím, kdy mám jít na pracák, sousedka tam jela dneska, tak se mi tam podívá, aby se nic nepropáslo a nevyškrtlí mne.*

- Dopad na psychické zdraví (psychosomatická onemocnění, deprese a další).

V souboru dlouhodobě nezaměstnaných jsem nezaznamenala případ, kdy by, v důsledku nezaměstnanosti, došlo k viditelnému dopadu na psychické zdraví. Depresemi trpěla jedna žena (34/A), příčiny však v jejím případě byly jednoznačně multifaktoriální a vyplývající především z rodinné situace.

- **Sociální důsledky**

Dlouhodobá nezaměstnanost může vést k postupné izolaci osob, kterých se týká. V případě sociálně vyloučených komunit se pak tato izolace prohlubuje⁶⁷.

V rámci rodiny jsem žádné sociální důsledky nezaměstnanosti nezaznamenala. Nijak výrazně se nezměnily vztahy v rodině, i role jednotlivých členů. Po nástupu do zaměstnání sice ubyly respondentkám 3/A a 5/A některé domácí povinnosti, které převzala matka, ale chodu domácnosti se to významněji nedotýkalo.

6.2.2.2 Souhrn výsledků a diskuse determinanty „nezaměstnanost“

Akolik známe část respondentů žijících v sociálně vyloučených lokalitách vykazovala dlouhodobou nezaměstnanost, popisované lokality mají celorepublikově nezaměstnanost nízkou. Kontaktovala jsem nejvíce zaměstnavatele, kteří mi potvrdili, že nekolik Romů zaměstnávají a náborů nových zaměstnanců realizují dle potřeby. Zároveň ale konstatovali, že se jedná o pracovní místa určená mužům. To by vysvětlovalo podivný podíl nezaměstnaných žen, které se ve výsledcích objevily.

Problém je rovněž s nízkou kvalitací respondentů. Akolik by se v tomto případě nabízela jako řešení rekvalifikace, fakticky byla nabídnuta pouze jedné respondentce. Na malou úroveň romských nezaměstnaných na rekvalifikaci poukazuje

⁶⁷ Srov. *Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů v této oblasti*. 106 s. Praha: Gabal Analysis and Consulting, 2006.

Sirovátka (2003), který dále uvádí, že sami Romové nemají příliš zájem o programy rekvalifikací v případě, že nemají jasnou perspektivu zaměstnání. Tentýž autor dále uvádí, že většina rekvalifikací není zaměřených na osoby bez kvalifikace. Toto zjednodušení by spíše odpovídalo mému případu, kdy se jednalo o nedostatečné příležitosti k rekvalifikaci.

Hlavní příčinou neúspěchu při hledání pracovního místa je, dle Sirovátka (2003), diskriminace na základě etnické příslušnosti (v 80,4 % dotázaných Romů), což potvrzují i moji respondenti. Mezi nejobvyklejší příčiny racionalizace neúspěchů patří položky: absence vhodných pracovních příležitostí v místě bydliště, žádaná příliš vysoká, nebo jiná kvalifikace, než uchazeč má a špatné finanční ohodnocení nabízených zaměstnání. Ve svém výzkumu jsem se nesešla s názorem nedostatečné kvalifikace, zatímco další dvě uvedené reakce zastoupeny byly.

Nezaměstnanost v romských komunitách vykazuje určité odlišnosti oproti, v literatuře prezentovaným, důsledkům nezaměstnanosti v majoritní populaci (srov. např. Kebza, 2005). Zatímco určité uváděné důsledky, jako je snížení životní úrovně, nárůst sociálně patologického chování (především jako průvodní jev alternativních zdrojů obživy), i sociální izolace, se ve zkoumaných rodinách objevily a další (například rozbití struktury dne), ještě navíc ve zvýšené míře, identifikovala jsem rovněž následující specifika.

1) Co se týká snížení sociálního statutu nezaměstnaného a s ním spojených problémů v rodinných vztazích (srov. např. Buchtová, 2002), na základě výše popsaného se domnívám, že status zaměstnaného a nezaměstnaného v romských komunitách není výrazně odlišný. To může být jedním z důvodů absence výraznějšího dopadu na psychické zdraví v důsledku stresu z nezaměstnanosti v souvislosti jednak s vysokou mírou sociální podpory poskytované komunitou, ale také s celkově vysokou nezaměstnaností v komunitě, kde tudíž není jedinec kvůli statutu nezaměstnaného stigmatizován. Podobný názor zastává Mareš (1994), který uvádí, že hloubka relativní deprivace souvisí rovněž s postoji sociálního okolí nezaměstnaného.

2) Naopak stigmatizace, se kterou se nezaměstnaní Romové potýkají „zvenčí“, tedy ze strany majority a která přetrvává mnohdy i po získání pracovního místa, představuje zásadní problém. Dotýká se rodin nejen ekonomicky (nemožností místo získat, i si je udržet), ale také snižuje sebevědomí a motivaci a v neposlední řadě působí jako stresor. Sirovátka (2003) naopak poukazuje na to, že nezaměstnanost nemá v ČR výrazně stigmatizující charakter, což ilustruje více než dvě matematickými zkoumaných nezaměstnaných Romů, kteří vypovědli, že nemají žádné, nebo jen malé obavy z budoucnosti. Otázkou je, zda se do takového názoru nemohou promítat také životní strategie Romů zaměřené na nepřetržité prožívání a jak autor dále uvádí, skutečnost, že se nezaměstnanost postižených jedinců tak výrazně nedotkla po ekonomické stránce.

3) Nezaměstnanost v romské rodině zasahuje méně do jejího ekonomického života, než v případě neromské. Vyplývá to z toho, že romské domácnosti nezaměstnaností nejvíce ohrožené (tzn. především rodiny ohrožené, i postižené sociální exkluzí) mají fixní výdaje nastavené obvykle níže a dále v nich existuje funkčně široká síť sociální opory (viz interpretace výsledků determinanty sociální opora). To potvrzuje zjištění Sirovátka (2003), který uvádí, že průměrné výdaje domácností zaměstnaných Romů jsou v průměru asi jen o 13 % vyšší než nezaměstnaných. Na druhou stranu výzkum potvrdil, že život ze sociálních dávek se oproti, by minimálnímu výdělku, nevyplatí, ale že v případě „nutnosti“ nastupují alternativní strategie.

4) Buchtová (2002) v důsledku nezaměstnanosti dále uvádí zvýšenou spotřebu nikotinu a dalších návykových látek. U svých respondentů jsem zaznamenala opačné chování, kdy kouří více cigaret v práci, z důvodu zvýšeného stresu.

5) Domnívám se, že stres významně zvyšují alternativní zdroje obživy, nebo se prolínají se sociopatologickým chováním, jehož patologičtější respondenti byli v domě.

Nezam staní respondenti nevykazovali vyšší míru nemocnosti, než zam staní a to ani z hlediska dlouhodobých obtíží. Zároveň ani významně ast ji nenavštvovali lékaři. To ovšem může být zkresleno velkým podílem invalidity v rodině C. (V případě, že bychom považovali osoby v ID za nezam stané, nemocnost této skupiny by byla vyšší.) Nesvadbová, Šandera, Haberlová (2009) uvádí, že u nezam staných Romů nikoli kvalitativně horší zdravotní stav, ale spíše etnicky vyšší kumulaci několika chorob, kterou jsem ve svém souboru nezaznamenala. I toto zjištění ovšem může být určeno dalšími faktory (včetně pracujících, invalidita v případě mnoha etnických chorob atp.).

6.2.3 Interpretace výsledků a diskuse determinanty „sociální exkluze“

Motto:

6/A: *Pocházím ze Slovenska, jestli znáš Sobrance. Je to ta nejhorší osada. Tam žijou lidé úplně strašně. Jedeš, je tam plechová bouda a v ní 100 lidí. Nemají vodu, elektriku, nic.*

T: *Proč neodejdou pryč?*

6/A: *Jím se to líbí, takovej život.*

T: *A nebo neznají jiné?*

6/A: *Necht je poznat.*

T: *Necht je nebo nemůžou? – Těba nemají možnost....*

6/A: *Každý má možnost. Každý se může rozhodnout, sebrat se a něco udělat. Někdo změní. Oni ale před ní zavírají oči...*

6.2.3.1 Bytové podmínky

- **Sociálně vyloučená lokalita ve městě I**

Byt 2+1 rodiny A obývalo 7 osob. Dvě nejstarší dcery a jejich partneři žili v samostatném pokoji. Rodiče s mladší dcerou spali v ložnici.

V případě rodiny A/B žilo v bytě 1+1 7 osob, než si mladý pár s dítětem (rodina B) našel vlastní bydlení. Rodiče spali v kuchyni na rozkládací lavici, syn s družkou

v obývacím pokoji, ještě spolu s malým bratrem syna, zbývající dříve v obývacím pokoji každé svou postel.

Byty v domě jsou vytápěny kamny na pevná paliva.

34/A: *Chlapi v tšinou přinesou dříví ze stavby, nebo z lesa... Máme ho přes léto na příd ... Stejně to ale nevytopíš celý, aby bylo všude teplo. Ne kdy se taky přikouří.*

Vzhledem k tomu, že stěchy zatéká, a obyvatelé se snaží příliš nevytrájet, aby nemrhnali teplem, jsou stropy a rohy bytu plísňivé. V domě se hojně vyskytují švábi.

9/A/B: *Nemáme prach, rozbila se nám, když nám do ní vlezli švábi. Je jich plný barák, nedá se jich zbavit, stíkali jsme to x krát.*

Přes nevyhovující bytové podmínky a poměrně vysoké nájemné (viz interpretace výsledků sociálního gradientu) je pouze malá šance odstoupit se mimo lokalitu⁶⁸.

13/B: *Sehnat jiné bydlení je pro ... (přítelevu) rodinu nereálné. Všude chtějí dopředu zaplatit dva nájemné, kde mají na to vzít?*

O přání odstoupit se, hovořili všichni obyvatelé domu. S výjimkou mladého páru, rodiny B, ale nikdo po celou dobu výzkumu nepodal žádost o byt. Rodina A a A/B čekaly na to, zda s jejich situací něco neudělá město.

1/A: *Nemůžou nás tady nechat bydlet, byl to dříví městské byt, město to koupí zpátky.*

Během roku 2008 se začaly šířit fámy, že město domy skutečně koupí, dá k demolici a obyvatelé přestěhují jinam. Koncem roku vše opět utichlo.

1/A: *S novým bydlením to nějak utichlo, dám si žádost na úřad, teď jsem si přinesla 2 prázdné žádosti, tak uvidíme, ale moc tomu nevěřím. Navíc oni mají dost malé byty, ty se sehnat dají, ale do 1+1 se nevejdeme.* (nakonec žádosti nevyplnila)

2/A: *Jsem tu rok a nezvyknou si tady, je to hrozný barák. Je k demolici, ne k bydlení. Jsme ale jediní, co chtějí odsud pryč, ostatním to tak nějak vyhovuje.*

⁶⁸ *Analýza sociálního vyloučení romských lokalit a absorpční kapacity subjektů v sobcích v této oblasti.* 106 s. Praha: Gabal Analysys and Consulting, 2006.

- **Sociální vyloučená lokalita ve městě II**

Rodina C vykazovala p elidn ní bytu, když 7 osob žilo v byt 2+1. Rodi e spali v kuchyni, d ti na zemi v pokoji. Byt byl v dobrém stavu, skromn za ízený. Velice negativn vnímali obyvatelé absenci teplé vody v byt :

44/C: *Chodíme se sprchovat k bráchovi na ..., nedoplatili bysme se, navíc - tady se stane, že nete e voda nebo te e studená.*

V p ízemí domu lze využít prádelnu. Rodina C, stejn jako sestra matky rodiny, ale sušila prádlo na sušáku doma, z obav p ed krádeží.

Stejn jako ve městě I, i zde obyvatelé hovo ili o své touze se odst hovat. *„Hlavní p ekážkou jsou však dluhy znemož ující získání bytu od města. Na nájem v tšinou nemají, nebo je ani ubytovat necht jí – romskou rodinu s deseti d tma...“* (pers. soc. pracovník města II, 2007).

Hlavním d vodem, pro Romové neopouští vylou ené lokality, je nedostatek finan ních prost edk (srov. nap . Stainer, 2004). Dle romského koordinátora, je ve městě II problém s byty obecn . *„Romové nemají prakticky šanci po ádný byt sehnat. Je to i tím, že m sto byty odprodává a už jich moc nemá. Není výjimkou, že rodiny ekají na byt 10 let a pak dostanou garsonku na ... (lokalita), t eba rodina s 5ti d tma. Z ... (lokality) se pak nemají šanci dostat, protože mají na to normáln smlouvu, je to na stálo. Do ... (lokality) jsou p edb žn posílání tí, kte í neplatí v městských bytech, cht lo by za ídit, aby se to týkalo všech, vždy v tšina Rom bydlí u soukromník . Nejlépe by bylo postavit sociální byty, to je nezbytnost. Další problém je, že Romy sest hovárají cílen , vem si t eba tu ... (lokalitu). D ív tam bydleli samý bílý a te je tam jediná bílá rodina. Takhle vznikají ghetta. D lají to i na ... (lokalita), všichni Romové v jednom vchod . Je to tím, že v bytové komisi není žádný Rom nebo alespo n kdo, kdo by na to dohlédl“* (pers., romský koordinátor, 2007).

6.2.3.2 Hygienické podmínky

- **Hygiena bytu**

Ve všech popisovaných rodinách jsem se setkala s čistými byty. Je to dobrá vizitka žen. Ženy jsou vedeny k úklidu domácnosti již od dětství a tím každý den n která z nich uklízí.

5/A: *Umejváme podlahu každéj den, st ídám se s mámou. Ségra má zase na starost uklízet v koupeln .*

Rozdíl v čistotě bytu mezi rodinami žijícími v sociálně vyloučených lokalitách a ostatními zkoumanými rodinami v podstatě nebyl. Pouze ve vyloučených rodinách bylo staré zařízením bytu, mnohdy opotřebované, což mohlo vytvářet dojem menší čistoty.

- **Hygiena společných prostor a okolí bydli**

U obou rodin žijících ve vyloučených lokalitách, byly společné prostory zanedbané a o úklid se nikdo nestaral, což pravděpodobně vychází z toho, že prostor patří dvěma bytům již nikomu konkrétnímu, kdo by za něj převzal zodpovědnost, nepatří. To rovněž uvádí například Davidová (2005).

15/C: *Nemá cenu tu chodbu uklízet. Udělají tam zase bordel. Uklízela bych to tu jenom já.*

13/B: *Ona si spousta lidí myslí, že mají cikáni doma bordel. Kouknou se, jak to vypadá před barákem a na zahradě, a myslí, že takový to budou mít i uvnitř. Tak jim říkám: pojďte se podívat, jak mají doma uklizeno, mají tam víc čisto než vy. Mají sice vybavení ze starších vchů, ale to nevadí. Aspoň se využijí.*

V případě smíšených rodin a rodiny E se ženy staraly o úklid společných chodeb v rámci rozpisu služeb nájemníkům. Otázkou zůstává, zda právní přítomnost nějakého právníka by udržování pořádku nenapomohla. Zkoušela jsem reflektovat názor žen z lokalit, které se ale domnívají, že by takové opatření bylo bez efektu:

15/C: *Ony by stejně neuklízely (míněno sousedky), uklízela bych jenom já a to dle latě teda nebudu.*

9/A/B: *Myslím, že to nemá cenu, ten bordel d laj d ti a ty fe áci. M žete uklízet po ád dokola a hned je to tam zas.*

D vod, pro se podmínky v bezprost edním okolí bydlišt rodiny nesnaží vylepšit, by mohl vycházet a) z romského pojetí „m j je jen byt“, co je za dve mi není ni í, b) víry, že se odst hují a n jaké vylepšování nemá smysl. Psychologicky to m že souviset s neochotou p íjmout status sociáln vylou eného.

- **Osobní hygiena respondent**

V osobní hygien dosp lých len vylou ených (i nevylou ených lokalit) jsem nezaznamenala žádné výrazn jší odchylky od standardního pojetí eské spole nosti. Všichni respondenti nap . vlastnili zubní kartá ek, pe ovali o vlasy, nehty, nosili ístý (a koli domácí) od v.

D ti v obou vylou ených lokalitách vykazovaly hygienické nedostatky p edevším v ístot od vu – i n kolik dní nosily jeden od v, a koli jej m ly umazaný od jídla, i z venku. U rodiny C nejmladší d ti chodily v letním období v zimním od vu a naopak. M ly rovn ž nevyhovující obuv. D ti rodin A/B a C v p edškolním v ku rovn ž v tšinou m ly ušpin né ruce a tvá e. P ed jídlem a po použití WC si nemyly ruce. D ti z rodiny C nevlastnily zubní kartá ek.

Hygiena d tí z rodin žijících ve vylou ených lokalitách, dle mého názoru, vyplývá p edevším z nedostate ných návyk , až mén pak ze sociálních podmínek – nap . na ubytovn pro neplatí e je placená voda na mytí.

6.2.3.3 Ekonomické vylou ení a alternativní životní strategie

Ve zkoumaných sociáln vylou ených lokalitách p evládali z hlediska ekonomické aktivity dlouhodob nezam stnaní (viz výše). Vedle pobírání sociálních dávek se objevovaly alternativní životní strategie zajiš ující obživu. V první ad se jednalo o brigádní ínnost, tak ka vždy beze smlouvy, s výplatou pen z na ruku, obvykle jednorázového charakteru (s výjimkou sb ru ku at v rodin A). O t chto „brigádách“ se obvykle respondent dozv d l od n koho z rodiny, který informaci získal „zven í“ (nej ast ji od p átel mladé generace).

Další zdroje obecně vycházely z možností, které lokalita poskytuje – například prostituce v p hrani ních oblastech, sb r plodin ve vesnických lokalitách, drobná kriminalita spíše ve m stech atp. V Tabulce 7: Alternativní životní strategie respondent žijících v sociálně vylou ených lokalitách (v p íloze) uvádím p ehled alternativních zdroj obživy. Práci „na erno“ vykonávalo 5 respondent , bez ohledu na kompara ní kriteria. U muž z m sta I se objevoval sb r železa (3 resp.), u žen z m sta I sb r lesních plodin (4 resp.). Spíše ojedin le a u mladé generace se vyskytovala prostituce (t i potvrzené a jeden domn lý p ípad). Popsaná kriminalita (2 potvrzené a jeden domn lý p ípad) se týkala drobných krádeží, ve dvou p ípadech pak „kšeftování“⁶⁹ – op t u mladé generace (Kajanová, Urban, 2008⁷⁰). Níže uvádím ilustrativní rozhovor s jedním z t chto respondent .

6/A: *Zm nu pobytu si za izovat nebudu, sice se kv lí tomu nem žu zaregistrovat na pracáku, ale to je jedno. Já si práci n jakou najdu.*

T: N jaký kšefty, brigády? Když jsi nezam stnaný?

6/A: *To se mn ptá každý a já neodpovídám, víš co - Te 3 m sice se mám fakt dob e a nem žu si st žovat. Ne ikám, že je to legální a že bych to cht l d lat furt.*

I takováto innost se promítá do b žného života rodin a slouží k uspokojení základních ekonomických pot eb.

13/B: *Mám posledních 20 plínek. K. bere až ve st edu, s tím nevydržíme. On posere i 4 plínky za noc.*

6/A: *N jak ty prachy seženu, tak bu v klidu.*

Z pozorování vyplynulo, že zmín né alternativní strategie pro respondenty p edstavují, v kombinaci se sociálními dávkami (p ípadn podporou v nezam stnanosti), relativn výhodn jší p íjem, než v práci za minimální mzdu. Zárove se jedná o „rychlý“ výd lek – za suroviny získají peníze p i výkupu ihned, na rozdíl od b žné mzdy, která je vyplácená m sí n . Alternativní strategie nevyžadují

⁶⁹ „Kšeftování“ je pojem, který používali sami respondenti a který jsem se nepokoušela blíže identifikovat z dvodu zachování nezávislého statutu výzkumníka. Pravd podobn se jednalo o prodej r zného zboží, například nekolkovaných cigaret, nikoli však ve velkém.

⁷⁰ Literaturu nelze citovat z dvodu možné identifikace lokality (pozn. autorky).

zvláštní režim, lze je aplikovat podle finanční potřeby, což do určité míry odpovídá strategii orientace na přítomnost, která je s Romy spojována (srov. Davidová, 2005).

- **Vysokourokové půjčky**

Popisované rodiny žijící v sociálně vyloučených lokalitách (bez dalších komparativních rozdílů) se potýkaly s velkou mírou zadluženosti, především u firem nabízejících půjčky bez ručení (Home Credit, Provident)⁷¹. Lichva, i když dávaná do souvislosti s ekonomickou situací sociálně vyloučených Romů⁷², se v žádném ze zkoumaných lokalit nevyskytovala. Osobně se domnívám, že se jedná spíše o záležitost velkoměst a ještě významnější pak slovenských osad (srov. Steiner, 2004).

Setkala jsem se s půjčkami na splácení jiných půjček. Tato situace není nijak výjimečná, vede ale v důsledku prohloubení zadluženosti, kdy nejsou finanční prostředky na měsíční splátky, narůstá dluh, ale rovněž poplatky za advokáty, které si firmy účtují obvykle v případě zvýšení částky půjčky. Situaci lze řešit splátkovým kalendářem, který může být v tísni firmy svolně. Z nepravidelného splácení se ale mnohdy stává precedent.

3/A: Občas neplatím. Z exekuce strach nemám, půjčku má celý barák a i když dluží, oni jen vyhrožují.

Výši jednotlivých půjček, měsíčních splátek a případné potíže se splácením, uvádím v Tabulce 8: Půjčky jednotlivých zkoumaných rodin (v příloze). Jednalo se o rodiny A-C. Rodina D žádnou půjčku neměla, rodina E pravidelně splácela leasing na auto, částku se mi zjistit nepodařilo.

Zadluženost představuje jeden z významných stresorů (srov. Holmes, Rahe, 1967), čímž samozřejmě ovlivňuje celkový zdravotní stav.

Podobně jako alternativní strategie, i půjčky do určité míry kopírují orientaci na současný prožitek, bez ohledu na budoucnost, což bylo typické pro Romy v minulosti (srov. Davidová, 2005).

⁷¹ Na bankovní půjčku, vzhledem k tomu, že absentuje pravidelný příjem, tyto rodiny obvykle nedosáhnou (jak uvádí například Steiner, 2004).

⁷² Srov. *Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů v těchto oblastech*. 106 s. Praha: Gabal Analysis and Consulting, 2006.

Vedle projektorů zných společností, fungovala ve všech popisovaných rodinách vysoká míra solidarity v rámci finančních výpomocí:

13/B: *Sest enice, tu neznáš, dostane možná p j ku od spo itelny 40.000,- K . P j í mi 10.000,-, dlužím M. 5.000,-, tak jí to budu moct splatit.*

Respondentka 34/A p išla se splátkovým kalendá em od E-onu po 1,750,- (4x) *od zít ka první splátka, ale nemám na ní, snad mi n kdo p j í?*

22/D: *P j il jsem si od tety, je to lepší než n kde. V tšinou si p j ujeme v rodin .*

Rodiny žijící v sociálně vylou ených lokalitách využívaly dále služeb zastaváren. Obvykle se zastavovala elektronika, p ípadn se m nila za mén kvalitní (plazmový televizor za ernobilý). B hem mého pobytu rodiny A, B a C zastavily n kolik spot ebi a mobilních telefon , p i emž v ani jednom p ípad je nevykoupily zp t.

- **Pobírání sociálních dávek**

Na sociální dávky dosahovaly rodiny A, A/B a C. Blíže se této problematice v nuji v interpretaci výsledk ásti sociálního gradient, kde specifikuji p íjmy domácností.

6.2.3.4 Kulturní vylou ení – nízká úrove dosaženého vzd lání

Kulturní vylou ení, obvykle spojované s nízkým dosaženým stupn m vzd lání⁷³, bylo patrné i u cílového souboru v sociálně vylou ených lokalitách. Na rozdíl od rodin D a E, žádný respondent z tohoto souboru nedosahoval vyššího, než základního vzd lání – 20 respondent ⁷⁴, tém stejný po et pak navšt voval speciální (d íve zvláštní) školy – 17 respondent .

Z hlediska generace a pohlaví lze hovo it o p evaze základního vzd lání u muž st ední a starší generace a speciálních škol u žen mladé generace. Z hlediska lokality jsem významný rozdíl nezaznamenala.

⁷³ Srov. *Analýza sociálně vylou ených romských lokalit a absorp ní kapacity subjekt p sobících v této oblasti*. 106 s. Praha: Gabal Analysys and Consulting, 2006.

⁷⁴ V etn sekundárn zkoumaného souboru (rodiny A a C).

D vody pro absenci vyššího vzdání byly u popisovaného souboru představovány kombinací n kolika faktor :

a) vlastní nízká motivace se dále vzdávat

- o potěba finančního zabezpečení

46/C: Škola mne nebavila, ani mi nejde. Chci ji už rychle dovést, chodit do práce, vydávat peníze a pak si ji třeba koupit vlastní byt.

- o založení rodiny, případně hotenství

13/B: *Chybí mi dovést jeden rok...Ale až malej vyrostne, chci ji bych se vrátit do školy, bez vzdání ti nikde nevemou.* (nepřerušila ale školu kvůli hotenství, ale protože ji nebavila)

- o vnější faktory (drogy, parta atp.)

6/A: *Chodil jsem do ... (obecně u iluži m) 3 týdnů a pak jsem odešel. U il jsem se jako pomocný kuchař, išník. Víš co, mohl za to ... (kamarád). Ten nikam do školy nechodil a zkou il mně. Mně se to zalíbilo a vykašlal jsem se na školu kvůli hulění. Te toho lituju.*

b) minimální podpora ze strany okolí (převážně rodiny)

38/A: Přitom jsou tam (v lokalitě msta D) všichni d sn hloupí, já budu jediná, kdo bude mít dovést lanou ZŠ všech 9 tříd. Bu mají zvláštní, nebo skončí v 6, 7 ce... Oni nkte i tam ani neumí hodiny, víš.

T: A co se dělo, když jsi řekla, že se chceš jít vyučit? Co na to třeba vaši?

38/A: To víš že jo, byli proti, rozmlouvali mi to, že je to zbytečné a daleko. Ale řekla jsem jim, že pak chci pracovat, ne sedět doma jako oni a nudit se a že i když jsem cikánka, myslím, že tu práci spíš dostanu, když ukážu výkon.

- o potěba finančního zabezpečení, případně nedostatek financí na vzdání

44/C: *On jako je šikovnej, talent má, říkala i u itelka, ale nemůžeme si dovolit, aby jezdil n kde na internát.*

- negativní zkušenost rodiny se školskou institucí
- zkušenost neuplatnění se na trhu práce, a kolik vyšší vzdělání nechybilo⁷⁵
- nedostatek schopnosti dítěte

34/A (o 38/A): Mluví o tom, že by se chtěla učit, ale vyjí neznáte, ona by to tam dlouho nevydržela.

U výše stratifikovaných rodin (D a E) dosáhli jejich členové vyššího vzdělání. Zatímco respondentovi 22/D vytvářela rodina podmínky pro studium, kdy jej motivovala a finančně podporovala, respondent 26/E, který dosáhl bakalářského vysokoškolského vzdělání, vyrůstal ve východoslovenské osadě, kde výchozí socioekonomické podmínky pro vzdělání lze srovnat s podmínkami sociálně vyloučených rodin. Respondent popisuje dosažené vzdělání motivaci ze strany matky a vlastní vůle, se kterou pokračoval v péči.

26/E: To vzdělávání na mně chtěla matka, v tom smyslu, že já jsem od útlého v ku navštěvoval všechny tyhle školy školní za izení, to znamená za čínil jsem od jeslí, až po mateřskou školu. Tam jsem nesměl chybět ani jeden den, když nic bylo, nic jaká kalamita, tak matka vždycky mně tam odnesla. Bylo to ve vsi, ale jako dva kilometry. Deno denně pšky. Takže jsem navštěvoval MŠ a ta MŠ mi pomohla v tom, že jsem nemluvil romským jazykem, mluvil jsem jenom slovensky... Pak po vstupu na ZŠ, kterou jsem také v té obci absolvoval, tak jsem neměl až takové problémy jako ostatní romský žáci, že neuměli po čídně slovensky mluvit. No a postupem času jsem měl prospěch vynikající a spolužáci a učitelé mne nebrali, jako že jsem Rom. Nevěděli až do 6. ročníku, že v obci pocházím z romské rodiny a já jsem se v obci takhle choval. No, ale ze strany Romů to bylo zle. Přestali se se mnou bavit kamarádi... Tak ale postupem času jsem se pak skamarádil s klukama, naučil jsem se i mluvit romsky, takže tam se to zlepšilo. Jak říkám, prospěch byl dobrý, já jsem skončil školu s dobrým prospěchem, snažil jsem se dostat na gymnázium, ale nevyšlo mi to z důvodu toho, že jsem měl na

⁷⁵ Srov. Steiner (2004), který uvádí, že v případě, že Romové očekávají, že jejich děti budou v budoucnu diskriminované na trhu práce, nevyplatí se jim příliš investovat do vzdělávání.

vysvětlil jen jednu trojku. Tak proto. Při přijímacích pohovorech jsem udělal všechno, ale byl tam i nával, takže mi dávalo k nepříjetí. Tak jsme urychleně museli najít nějaký odborný učitel s maturitou. No a tak jsme našli s pomocí tchýně uitelky SOU papírenské ve Vranově v oboru stroja, mechanik stroj. U tchýně bylo čtyři leté, studium s maturitou. V té době jsem trpěl, ještě na ZŠ že jsem ztratil matku... Uměla mi matka, tím pádem jsem se musel o veškerou domácnost starat sám, z toho důvodu, že táta byl alkoholik, nestaral se o domácnost. Sourozenci bydleli někde i v té obci, ale oni měli své rodiny... To období bylo pro mě velice problematické. Musel jsem se starat sám o sebe. Vydržel jsem to a když jako moji vrstevníci z romských rodin v tom momentu, kdy by ztratili někoho z rodiny, automaticky by jim rodina nějakým způsobem pomohla v tom smyslu, aby se urychleně oženi, aby ta žena pak dala do pořádku tu domácnost. Ale já jsem se nechtěl ženit, já jsem studoval, chtěl jsem tu školu dokončit a chtěl jsem splnit to, co jsem slíboval matce, že se vyžením a že to dokážu. Tak jsem tu školu navštěvoval do 19 let, odmaturoval jsem a hned po škole šla pozvánka na základní vojenskou službu⁷⁶.

1.2.3.5 Sociální vyloučení v užším slova smyslu

- **Společenské styky**

Pozorované sociální vyloučení rodiny společenské styky omezovaly především na osoby z příbuzenského okruhu. Vazby mimo rodinu byly minimální, dotýkaly se spíše mladé generace, která vyhledávala kamarádky a partnerské vztahy, především s Romy stejné sociální stratifikace. Příbuzenské vazby tchýně a starší generace hodnotím jako minimální.

Společenské styky, zjistitelné technikou pozorování, zahrnovaly vzájemné návštěvy příbuzných, vztahy s tchýní, kteří žili v těsné blízkosti (tj. jednotlivé domácnosti rodiny A, sestra matky rodiny C), ale bez ohledu na to, o jak vzdálené příbuzné se jednalo. Tyto návštěvy byly každodenní, časově nepravidelné, neohlášené, vesměs bezúplatné, pominuli rodinné oslavy, a týkaly se především žen všech generací.

⁷⁶ Tento rozhovor byl výjimkou nahráván na diktafon, se souhlasem respondenta. Jedná se tedy o doslovný popis (pozn. autorky).

Obsahem takovýchto návštěv byl rozhovor o běžných každodenních starostech (co se bude vařit, starosti s dětmi, manželem atp.). V případě, že se jednalo o vážnější téma, například exekuci, účastnili se takové návštěvy i muži.

S příbuznými, žijícími ve vzdálenější části města (v případě města D), i mimo město, docházelo k vzájemným kontaktům spíše ojediněle. Rodinu A navštívili během prázdnin několikrát příbuzní z jiného města. Rodina A sama během výzkumu návštěvovala pouze příbuzné v ... (nejmenovaná lokalita, cca 40 km vzdálená)⁷⁷ a to výlučně v sezóně borůvek, jejichž sběrem si obě rodiny přivydělávají. Dětí z rodiny A jezdily rovněž do této lokality na prázdniny a jednou navštívili příbuzné na druhé straně republiky.

Rodina C návštěvovala pouze příbuzné ve městě a rodinu žádní jiní příbuzní během výzkumu nenavštívili.

Vztahy mezi jednotlivými obyvateli vyloučené lokality ve městě II byly napjaté. Ačkoli se může vnějším pozorovateli jevit, že sociální a finanční situace obyvatel byla zhruba na stejné úrovni a objektivně tomu tak skutečně je, obyvatelé se rovnocennými necítili být v žádném případě. Jejich postoje vycházely z tradičního romského hierarchického systému, který je do velké míry srovnatelný s kastovním systémem (srov. Jakoubek, Hirt, 2004). Obyvatelé 3. patra (ekatelé na byt) se považovali za movitější, připisovali si nadřazenější nad ostatními – s neplatí i se nebaví, kávu by si u nich nedali.

15/C: *Lidé ze trojky dle lidí rozdíl, cítí se být něco víc. Je pravda, že lidé z 3. patra mají víc. Kamarádím se ale spíše se švagrovou a lidma z 1. patra.... Prý to tady ale takhle vždycky nebylo. Když tu dřív bydleli jiní lidé, všichni se spolu normálně bavili. Je to lidma.*

Paradoxně, ačkoli i ekatelé na byt měli problémy s drogami a zadlužeností a dostávali se tak do problémů, přesto stávající problémy neplatí, zůstával vzájemný odstup obou skupin stále stejný (Urban, Kajanová, 2009): „*Dalí*

⁷⁷ Jedná se rovněž o sociálně vyloučenou lokalitu (*Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů v soběcích v této oblasti*, 2006)..

nám do bytu lino a cikáni si toho hned všimli a m li e i. Závid li. P itom my nejsme žádní neplatí i“ (pers., ma arská Romka žijící v lokalit , 2007).

Rodina B, byla v kontaktu prakticky se stejnými osobami jako rodina A. Neromská respondentka se po porodu udob ila se svou matkou a bratrem a za ali se více navšt vovat. Navíc m la z d ív jších dob n kolik neromských kamarádek ve m st .

Otec i matka rodiny D vytvá eli mnoho p átelských vazeb s Romy i neromy, p evážn st ední a vyšší sociální stratifikace. Rodina byla rovn ž v astém kontaktu s p íbuzenstvem z obou stran. Za zajímavé považují, že neromská respondentka m la p evážn romské kamarádky, což si vysv tluji tím, že, jak uvedla, její primární rodina udržovala i v minulosti vztahy s Romy.

Rodina E vytvá ela p íbuzenské sociální vazby p edevším s rodinou ženy (více viz interpretace výsledk determinanty sociální opora), ze strany muže pouze s ástí rodiny, v etn p íbuzných na Slovensku, kte í byli pravideln , minimáln 1x za rok, navšt vování. Dále docházelo k celé ad kontakt s rodinnými p áteli z r zných sociálních vrstev, Rom i nerom .

- **Vylou ení ze služeb**

Vzhledem k zam ení práce, jsem pozorované užívání služeb rozd lila do následujících t í kategorií:

- a) služby poskytované m stským ú adem (p edevším sociálním odborem) a ú adem práce
- b) služby poskytované zdravotními institucemi
- c) ostatní služby.

Ad a)

Služby poskytované m stským ú adem (sociálním odborem) a p edevším pak ú ad práce, pat ily mezi asto a pravideln využívané nezam stanými, bez dalších rozdílů v kompara ních kritériích. Zárove se jednalo o dv instituce, v n ž m li respondenti malou d v ru a spíše než podp rné, je vnímali jako represivní. Obecn pak

vykazovali malou důvěru k majoritním institucím, především těm, které mohou představovat nějaké omezení.

V souvislosti s úřadem práce respondenti nejčastěji uváděli, že zde registrováni jsou, avšak neví, že by to pro ně mělo větší význam:

13/B: *Hledám si práci sama, na úřadu práce mi dávají doporučení a stejně mě nikde nevezmou.*

Setkala jsem se i s respondenty, kteří nevyžívali všech výhod, sociálním systémem poskytovaných. Respondenti 6/A a 42/A si po dobu několika let nevyhledali trvalé místo bydliště v městě a nemohli tak pobírat podporu v nezaměstnanosti, na niž by jinak měli nárok. Nejedná se o jev neobvyklý (srov. Sirovátka, 2003), ale překvapilo mne odvodnění.

6/A: *Nestojí mi to za to, jezdit do ... (místo trvalého bydliště) si to vyřizovat, stejně to nejsou žádné peníze.*

Zatímco výše uvedený autor uvádí jako důvod nevyžívání dávek u kterými Romův jejich neznalost, v mém případě se jednalo spíše o „oddálený prožitek“. Tedy v krátkodobé perspektivě se respondentovi nejevilo výhodné dávky o dávky žádat, když to představovalo vynaložení finančních a časových prostředků na cestu do úřadu, a dávky potom byly vypláceny až po reaktivně dlouhé době od zažádání (zpětně).

Ad b)

Nejvyžívanější zdravotnickou službou byl praktický lékař a pediatr. Respondenti žijící v sociálně vyloučených lokalitách navštěvovali častěji (než rodina D, E) praktického lékaře, stejně často pediatra a gynekologa, ale méně často stomatologa. Blíže se této problematice vracím v podkapitole Dlouhodobý zdravotní stav v době výzkumu.

Ad c)

Rodiny C a E využívali služeb nízkopražského klubu pro mládež. Co se ostatních služeb týče, tvořili zkoumaní respondenti žijící v sociálně vyloučených lokalitách soběstačnou skupinu.

21/C: *U holi ky jsem nikdy nebyla... koupíme si barvu a nabarví mi ségra. Vyjde t to na 50,- K .*

18/C: *Táta umí spravít všechno, te spravuje rádio tet .*

ast ji využívaná služba, se kterou jsem u mladé generace zkoumaného souboru v obou lokalitách setkala, jsou diskotéky:

9/A/B: *Diskotéka u ... (název diskotéky) je nejlepší ve m st . Všechny ostatní zkrachovaly nebo zkrachují, protože všichni chodí k Chodí tam i Rakušáci, Turkové. Diskotéka je tam v pátek, sobotu, o prázdninách i v týdnu. Za íná asi v osm hodin, my tam chodíme v 10 a zdržíme se až do rána (5,6 hod.) Dneska jsme p íšly v 7. Chodíme jenom tam.*

13/B: *Co mají d lat, tady není co d lat, kam jít.*

6.2.3.6 Symbolické vylou ení

Symbolické vylou ení⁷⁸ lze chápat jako vytvá ení p edsudk , marginalizaci až diskriminaci osob na základ místa bydlišt , p íslušnosti k ur íté komunit i konkrétní rodin , nikoli pouze z d vodu etnické p íslušnosti. Symbolické vylou ení je tedy vázáno p edevším na lokalitu. Vylou ené osoby si tento stav uv domovaly, ostatn setkávají se s ním v b žném život nespo etn krát.

13/B: *... (název lokality) je špatná adresa, když n kde ekneš, že jsi z, nikdo t nezam stná“.*

6/A: *Bydlet vedle je úpln jiný než na ... Máme elektrický topení. Už nás berou jinak, i když je to hned vedle.*

Symbolické vylou ování nevycházelo pouze ze strany široké ve ejnosti, ale bylo sdíleno rovn ž n kterými pracovníky státního i neziskového sektoru, kte í s cílovou skupinou pracovali.

„A pak se s uchla s cikánem, navíc ze sociáln vylou ené lokality“ (pers., sociální pracovnice o r. 13/B, 2008)

⁷⁸ Tak jak jej uvádí *Analýza sociáln vylou ených romských lokalit a absorp ní kapacity subjekt p sobících v této oblasti*. 106 s. Praha: Gabal Analysys and Consulting, 2006.

„Nejhorsí cikáni žijí ... (lokality m sto II)“ (pers., pracovník ve státní správě, 2008)

„Myslíš „d m hr zy“?“ (pers., bývalý streetworker na základě mého dotazu na sociálně vyloučenou lokalitu ve městě I., 2007)

29/E (po odchodu klientky – respondentky ze sociálně vyloučené lokality v práci): *Tyhleť cikáni smrdí! Kou em a tak, ty to necítíš? Její druh byl zavřený za vraždu, ale já pomáhám všem.*

Symbolické vyloučení, tak jak jej chápou sami poskytovatelé sociálních služeb v romských komunitách, souvisí zásadně s hierarchickým postavením dané komunity v systému ostatních („kastovní systém“), jehož pravidla jsou dosud silná (srov. Davidová, 2005). Existenci nejnižších kast – degeš – mi potvrdili i Romové žijící v sociálně vyloučených lokalitách. Sebe ale mezi ně neadili. *„íkají degeš jeden o druhým, je to nadávka, ale p ítom jsou na tom všichni v podstatě stejní“* (pers., romský koordinátor, 2007). Degeši byli pro rodinu A, A/B například jejich vzdálenější příbuzní v nejmenované vesnické lokalitě. Naopak pro obyvatele nejmenované vesnické lokality byli degeši rodina A a A/B. Nakonec pak sociálně vyloučeným že být v rámci komunity kdokoli, bez ohledu na lokalitu, kterou jsme jako vyloučenou popsali my, gadžové. Ve městě I jsem se seznámila se sestřenicí rodiny A, která byla rodinou vyloučená pro svou lesbickou orientaci. Ačkoli žila v centru městského spořádaným životem s dobrým ekonomickým zázemím, byla to ona, kdo se odlišoval a s kým byla ostuda se bavit. Během rozhovoru uvedla:

Nebavím se s lidmi z ... (lokality) a s Romama ve městě v bec, p íst hováli jsme se sem nedávno ze ..., ještě tu ty lidi po řádně neznám. A oni jsou jiní, mají jinou mentalitu, nechápu je, třeba jak neumí hospodařit s penězi nebo že nejdou do práce. Já ani neumím romsky a tak mně v bec neberou.

Respondentky z rodiny A se shodly na následujícím: *tý nev prosímt nic, je to lesba, žije s p esitým chlapem. Dít je její, ale kdoví s kým.*

6.2.3.7 Sociální exkluze a n které sociáln patologické jevy

- **Kriminalita**

Kriminalitu, s níž jsem se v sociálně vyloučených lokalitách setkala, lze rozdělit do dvou skupin – drobná kriminalita, především krádeže drobností v obchodech (o nichž rodí ve většinou nevědí) a „kšefty“ (viz podkapitola alternativní zdroje obživy).

- **Závislosti**

Oblasti závislostí se blíže v rámci vyhodnocování výsledků determinanty závislosti.

- **Prostituce**

Skutečnost, že prostituce u Romů byla a stále je tabuizovaná (srov. Davidová, 2005), potvrzuje fakt, že v průběhu výzkumu, kdy jsem s rodinami začala spolupracovat, se všichni respondenti k tomuto tématu stavěli jednoznačně odmítavě, především pak respondentky z rodiny A, případně souhlasili s tím, že ve městě prostituce existuje i mezi Romy, ale v žádném případě se netýká jejich rodiny.

3/A: *To my by sme nikdy nešly, to u nás (u Romů – pozn. autora) nedělají*

5/A: *Jo, šlapou tady, u hotelu, ale já je neznám.*

13/B: *Nejhorší nadávka mezi námi je šlapka a kurva.*

Jiné odpovědi se mi dostalo ze strany pracovníků městského úřadu. V souvislosti s rodinou A se pracovníci sociálního odboru, stejně jako příslušníci městské policie, domnívají, že dívky z lokality si například dávají prostituci: *„Chodí jak princezny. Copak by si mohly z dávek poídit tolik nového oblečení?“* (pers., sociální pracovníce M Ú I, 2007)

„Mám la jsem odstud (vyloučená lokalita msto I) hodně klientek – prostitutek. Asto je prodává jejich kluk. Chodí na borůvky, i ty šlapky. Muži je asto mlátí (že málo vydělaly)... Dávej si pozor, když tam p jdeš na záchod, je tam syfilis a tak “ (pers., bývalý streetworker, 2006).

„Stydím se za n ... Na ... (lokalita) šlapou nejen holky, ale i kluci. O tom se ale nemluví, je to n co strašného...“ (pers., sest enice rodiny žijící ve městě I, která s rodinou v kontaktu není, 2007)

Až v posledním roce výzkumu a po poté, co mne vidly ve chvíli, kdy nasedaly k zákazníkovi do auta, se dvě dívky z rodiny A svěřily, že si prostitucí občas napívají. Stydí se ale za to (Kajanová, 2009).

Co se rodiny C týká, dle pracovníků z odboru sociálních věcí magistrátu města, prostituce v lokalitě existuje, nicméně okruh osob je pouze otázkou dohadů:

„Mám osobní názor, že na ... (lokalita) šlape XY a její nejstarší dcera, dále také žena YZ - kde by jinak vzal na to zlato a z rodiny XZ, od 9-10 let spí všichni se všema.“ (pers., sociální pracovník, město II, 2007)

Rodina C se k tématu prostituce nechtěla vyjadřovat.

6.2.3.8 Souhrn výsledků a diskuse determinanty „sociální exkluze“

Sociální vyloučení v romských komunitách představuje v podstatě nejnižší status v hierarchii (degeš Roma), který ale nemusí s majoritou vymezeným sociálním vyloučením korespondovat. S tím souvisí také popisovaný a rovněž pozorovaný jev, že sociální vyloučení nevytváří společenské vazby mimo svou sociální stratifikaci, z čehož nepůjde (i o ekávaného nepůjde), který v podstatě romský kastovní systém, tak jak jej popisuje například Davidová (2005), reflektuje. Situaci podporuje participace na některých aktivitách, které romské komunity spojují právě s nejnižším statutem (např. prostituce).

Za stěžejní složku sociálního vyloučení považují vyloučení symbolické, jakožto složkou, která utváří tzv. bludný kruh sociálního vyloučení a propojuje ostatní jeho složky. Například i ve chvíli, kdy by vyloučení zvýšili své vzdělání, narazili by na symbolické vyloučení.

Zásadním důsledkem sociálního vyloučení, a specificky závislosti na sociálních dávkách, je vyrůstající generace dětí a mládeže, která nezažila záměrné stání svých rodičů a přebírá tak pasivní strategii pobírání dávek, v kombinaci s alternativními strategiemi

získávání finančních prostředků. Na tuto skutečnost upozorňuje Navrátil (2002), který porovnával socioekonomický status romské generace otce a souasník.

Výzkum zároveň potvrzuje, že vzdělání obyvatel sociálně vyloučených lokalit nemá generační rostoucí tendenci, spíše naopak⁷⁹.

Alternativní zdroje obživy nastupovaly u zkoumaného souboru vždy až v době nezaměstnanosti a obvykle v „minimálně nutné míře“, tedy například „kšefty“ nikdy nesměřovaly k většímu příjmu, spíše nastupovaly v případě, že byla nutnost nějakých jednorázových výdajů, na něž se z běžných zdrojů nedostávalo. Na základě výše uvedených výsledků se tedy nedomnívám, že alternativní zdroje obživy by byly cestou k vyšším příjmům, ale spíše snaha zvýšit příjmy ze sociálních dávek. Dále bych ráda poznamenala, že „patologičtější“ jevy, které alternativní strategie přináší, je nutno chápat relativně. Názory na to, co je ještě „normou“ a co už není, jsou silně kulturně a historicky determinovány (srov. Růžička, 2006), tudíž nemusí mít v majoritní a romské kultuře shodné pojetí.

Lidé žijící v sociálně vyloučených lokalitách se spoléhají jen sami na sebe. Pomoc a podporu zvenčí neerpají, ani ji neočekávají ve větší míře, než je jim zákonem garantována. Neoblíbenost sociálních a pracovních institucí u osob žijících v sociálním vyloučení, vychází z povinnosti je navštěvovat a byrokratického systému zde panujícího. Úřad práce není místem, kde získáš práci, ale kam musíš chodit, aby ti dali dávky. S nedvěrou vůči školské instituci, kterou jako nástroj u Romů uvádí například Štěpánková (2005), jsem se ale nesetkala. Vyloučení respondenti projevovali lítost z nedokončeného vzdělání, fakticky však učinili žádné kroky, aby jej zvýšili, což, dle mého názoru, souvisí s celkovou rezignací v důsledku sociální situace.

Ze SWOT analýzy (viz příloha na elektronickém nosiči) vyplývá, že v případě místa I absentují jakékoli programy, které by byly zaměřené na osoby ohrožené, a postižené sociální exkluzí. Považuji to za velký problém i s ohledem na celkově vyšší

⁷⁹ Srov. *Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů v soběcích v této oblasti*. 106 s. Praha: Gabal Analysis and Consulting, 2006.

výskyt sociálně patologických jevů ve městě, daný jeho lokalizací. Především práce s dětmi a mládeží by mohla být krokem jak eliminovat jejich problémy ve škole a poskytnout jim základní informace v oblasti sociálně patologických jevů. Dospělí by dále uvítali pomoc při řešení zadluženosti a komunikaci s úřady.

Zdravotní obtíže respondentů v sociálně vyloučených lokalitách lze souhrnně hodnotit jako etnicky, jedná se ovšem o příliš malý výzkumný vzorek pro takovou komparaci, a pokud by se rozdíl mohly na první pohled jevit. Respondenti žijící v sociálně vyloučené lokalitě ve městě I, vykazovali větší nemocnost, než obyvatelé vyloučené lokality města II, kteří naopak byli nemocní nejméně často, ale vykazovali mnoho chronických onemocnění. Obě sociálně vyloučené lokality vykazovaly v tísni kumulaci zdravotních obtíží na jedince v případě nemocnosti i chronických obtíží. To ovšem může být zkresleno tím, že v souboru sociálně vyloučených se vyskytuje vyšší podíl osob nejstarší generace, u nichž se předpokládá vyšší výskyt chronických onemocnění a multimorbidita.

Otázkou je, do jaké míry může sociální exkluze determinovat zdravotní stav přímo a do jaké míry jej determinují faktory z ní vyplývající, kde jako dominantní vidím zvýšenou míru stresu, vycházející z dlouhodobě nepříznivé životní situace: „*Oni jsou více ve stresu, jejich sociální a ekonomické situace jim přináší v tísni množství stresorů*“ (pers., psychiatr, město II, 2009). Sociální exkluze představuje také zvýšené riziko ohrožení zdraví, ale i jeho poškození, vzhledem k zvýšenému výskytu sociálně patologických jevů a závislostí⁸⁰. Souvislost zhoršeného zdraví v komparaci s bytovými podmínkami v lokalitách, které jsou jednoznačně nevyhovující, jsem zaznamenala ve formě přenosu jednotlivých chorob na ostatní členy v přírodních bytech. Přímé důsledky, které by vyplývaly například z výskytu plísní na stěnách bytu a podporovaly tak (v tomto případě) rozvoj alergií⁸¹, jsem nezaznamenala, dále bych ale mohla být malý cílový soubor v mém případě.

⁸⁰ Této problematice se blíže věnuji v interpretaci výsledků závislosti (pozn. autorky).

⁸¹ Srov. *Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů v soběcích v této oblasti*. 106 s. Praha: Gabal Analysis and Consulting, 2006.

Jednotlivá šetření v této oblasti u nás (z nejnovějších viz Nesvadbová, Šandera, Haberlová, 2009) hovoří o větší nemocnosti sociálně vyloučených Romů ve srovnání s Romy žijícími mimo vyloučené lokality, jednotlivé působící faktory však dále nerozebírají.

6.2.4 Interpretace výsledků a diskuse determinanty „sociální gradient“

V této části se nejprve soustředím na komparaci ekonomické situace rodin žijících v socioekonomické deprivaci, která v případě mého souboru v podstatě splývá se sociální exkluzí (tj. rodiny A, A/B, B a C), a rodin žijících v takových ekonomických podmínkách, které lze, z pohledu životní úrovně České společnosti, hodnotit jako průměrné, v rámci romské populace pak až jako nadprůměrné (rodina D, E). V popisu nevycházím pouze z údajů týkajících se bilance příjmů a výdajů zjištěnou na základě rozhovorů a pozorování, ale rovněž na subjektivně vnímanou ekonomickou situaci.

6.2.4.1 Problematika vymezení socioekonomického statutu u cílového souboru

Pro vyjádření socioekonomického statutu u Romů lze jen velmi obtížně aplikovat ukazatele, používané v majoritní společnosti. Například při identifikaci sociální třídy vyšší příjmy, i statutu úrovně vzdělání a povoláním, by u této skupiny většina osob spadala do nízkých, až marginalizovaných vrstev a naopak střední vrstvy by byly velmi úzké. Status u romských rodin vyplývá do velké míry z příslušnosti k (velko)rodině, což se mimo jiné v rámci výzkumu, kde jméno rodiny (tzn. určitý klanový systém) určoval příjetí, i naopak stigmatizaci v romské komunitě (více viz interpretace výsledků determinanty sociální exkluze). Výše příjmů je pak dalším ukazatelem statusu dokreslujícím. Majoritní vzdělání, dle mého názoru, hraje až vedlejší roli⁸². V praxi jsem se setkala s mnoha vysoce postavenými a movitými Romy, kteří byli naprosto bez vzdělání a postu dosáhli například dobře cíleným podnikatelským krokem.

⁸² O tom, že Romové nepovažují majoritní vzdělání za v praktickém životě uplatnitelné, hovoří například Navrátil et al. (2003).

Přes zkoumání výše příjmu a výdaj jsem se setkala s tím, že respondenti z výše stratifikovaných rodin se mnou o své finanční situaci nechteli hovořit. S tímto fenoménem jsem se pak setkala i jako tazatelka v rámci projektu GA ČR . 403/07/0336, čím bohatší byl respondent, tím méně se chtěl se svou finanční situací stýžovat. Mnozí nemajetní naopak své příjmy podhodnocovali.

6.2.4.2 Pravidelné příjmy zkoumaných rodin

V Grafu 1: Příjmy zkoumaných rodin z pracovní činnosti a sociální příjmy (příloha) uvádím také „legální“ příjmy jednotlivých rodin k 05/2007 v poměru příjmů z pracovní činnosti a sociálních příjmů.

- **Pobírání sociálních dávek**

Na sociální dávky ze zkoumaného souboru dosahovaly rodiny A, A/B, B a C. Ne všichni respondenti, kteří by mohli na dávky dosáhnout, však o ně požádali. V kapitole nezaměstnanost se v ní neúspěšně snažím podpořit v nezaměstnanosti, zde bych ráda ještě uvedla případ sociálních dávek.

12/B: *Mám si zajít na MÚ zažádat o příspěvek, ale nechce se mi.*

13/B: *Bude to stejně jen 1000,-, nebo 1.500,- a hned jak se tam objevím, tak mi sociálka⁸³ strhne za psa.*

13/B: *Paní na kontaktní místo SSP přijíždí vždy v pondělí, ale ještě nemám zařazené papíry od pracáku. Všechno mi ztratila tchýně.*

Respondentka by přitom měla možnost získat příspěvek na bydlení 3 měsíce zpět.

T: Proč jsi si to nezařídila hned od začátku?

13/B: *Nevědla jsem o tom, měla jsem dost starostí s malým a se stěhováním, v bečce mně nenapadlo, že mám na to co takového nárok.*

⁸³ Respondent nazývá „sociálkou“ téměř všechny úředníky (pozn. autorky).

- **Nepravidelné příjmy**

Nepravidelné příjmy se v případě rodin A, A/B a C týkaly alternativních zdrojů obživy, v případě rodin D a E pak příjmy muž (otec) z legálního zaměstnání (nad rámec běžné pracovní doby). Odhady příjmů z výše popsaných činností jsou pouze velice hrubé, navíc nepovažuji za ideální rozpočítávat je na měsíce (jedná se o nepravidelné příjmy). Odhaduji, že rodina A získala formou alternativních příjmů v letních měsících až 8000,- Kč, v zimních měsících pak zhruba 6000,- Kč.

1/A: *Dneska jsem na borůvkách vydělala 800 korun.*

Rodina A/B vydělala alternativními zdroji cca. 1000,- Kč /měsíc. Rodina B využívala alternativních příjmů pouze v období sezonní nezaměstnanosti živitele rodiny, příjmy činily cca. 2000,- Kč /měsíc. Rodina C si v rámci šedé ekonomiky měsíčně vydělala okolo 4000,- Kč.

6.2.4.3 Pravidelné výdaje jednotlivých rodin

Z hlediska pravidelných výdajů, se mi podařilo u všech rodin identifikovat pouze výdaje za bydlení (zde jsem měla možnost nahlédnout i do těch, kterých útěk) a výdaje za cigarety. Výdaje za nákupy potravin, které činí nejvyšší pravidelnou spotřební položku, nebylo možno identifikovat na základě dotazu, protože žádná z rodin si nevedla zápisy výdajů a podobné výdaje nedokázali respondenti identifikovat. Pokusila jsem se tedy určit podobné výdaje na základě pozorování (při nákupech, při návratu z nákupu) a dotazu na cenu některých nákupů⁸⁴.

- **Bydlení**

Všechny popisované rodiny, s výjimkou rodiny E, žily v nájemním bytě. Rodina E obývala byt družstevní. Pravidelné měsíční poplatky spojené s bydlením uvádím v Tabulce 9: Výdaje za bydlení (v příloze).

⁸⁴ Tyto údaje jsou velmi hrubé, neboť jsem nemohla asistovat u většiny množství nákupů v různých časových obdobích (pozn. autorky).

- **Potraviny**

Rodiny A a A/B nakupovaly denně menší nákup ve večeře a pekárně, cca. 1 x týdně pak větší nákup ve vietnamském supermarketu na druhé straně ulice.

1/A: *Tak 1x m s i n jezdíme do supermarketu v... (m sto cca 30 km vzdálené), p j íme si auto od ségry.*

U rodiny jsem také zaznamenala hojně využívání možností sehnat jednorázově jakoukoli v c levnější prostřednictvím sociálních sítí – rodina takto například kupovala maso (jedna ze sester byla zaměstnána brigádně v drážkách). Týdenní nákup se pohyboval v rozmezí 800-3500 Kč, denní kolem 100-200 Kč. Celková měsíční suma vynaložená za potraviny a v rámci denní spotřeby u rodiny A představovala částku cca. 12 tisíc/měsíčně.

Rodina A/B utratila za nákup sumu o něco nižší – cca. 9000,-/měsíčně, která vyplývá především z menšího počtu osob v této domácnosti.

Rodina B nakupovala každodenně v různých obchodech, dle aktuální nabídky.

13/B: *Sleduju letáky a jdu tam, kde je levněji. Te každý den utratím 200,- Kč za nákup, všechno je drahé, rohlík stojí 2,- Kč, navíc jsem nemá žádný zásoby.*

Měsíčně rodina vydala za potraviny a v rámci denní spotřeby cca. 6000,- Kč, další značnou část tvořily ale náklady na dítě.

Rodina C nakupovala obden v supermarketu, menší i větší nákup, dle potřeby. Problém byl s dopravou (viz interpretace výsledků determinanty sociální exkluze).

15/C: *Když toho kupujeme víc, jedeme všichni, abychom ty tašky odtáhli.*

Rodina utratila za měsíční nákup něco přes 10 000 Kč.

Rodina D dělala jeden větší nákup v supermarketu týdně a denně pak chodila do samoobsluhy pro

23/D: *..malí kosti, peřivo a to co jsem zapomněla.*

Měsíční suma vydaná za potraviny představovala cca. 8000,- Kč.

Rodina E nakupovala každodenně, což mohlo být ovlivněno blízkostí supermarketu vedle bydliště. Ani při bližnou vydanou sumu se mi nepodařilo identifikovat, vzhledem k tomu, že rodina se dále stravuje v restauracích atp.

26/E: *Za jídlo utratíme v tšinu pen z, co nám zbude po zaplacení poplatk , leasingu a takovýchhle pravidelných výdaj .*

- **Další pravidelné výdaje**

Mezi další pravidelné výdaje všech rodin, s výjimkou rod. E, patří výdaje za cigarety. Rodina A utratila za cigarety přibližně 8000,- Kč /měsíc, rodina A/B 3000,-; rodina B 2500,-; rodina C 2500,-; rodina D 2000,-. U rodiny E byla tato částka nižší, díky převaze nekuřáka, ale nepodařilo se mi ji identifikovat.

Pravidelné výdaje za léky (především na doplatecích) se týkaly rodiny A/B, kde dosahovaly částky 700,- Kč /měsíc a rodiny C – 800,- Kč /měsíc.

Výdaje za splátky uvádím v Tabulce 8: Přijímky jednotlivých zkoumaných rodin (v příloze).

Doprava představovala výraznější problém v případě rodiny C, nebo zde děti dojížděly do škol a matka na nákupy. Výdaje za lístky MHD by představovaly pro rodinu subjektivně vnímané obrovské zatížení, proto rodina často cestovala naerno, přestože již měla dluh u dopravního podniku, který z důvodu nesplácení stále narstával a v době výzkumu představoval částku 20 000. Na dotaz, proč si nepořídí cenově výhodnější průkazku mi respondentka 15/C odpovídala, že by jí děti ztratily, nebo že na ni nemají peníze. V případě, že by si rodina pravidelně kupovala jízdenky, stály by jí min. 80,- Kč denně. Takto rodina krátkozrace platbu za dopravu eliminovala.

Rodiny A, A/B a B pravidelně cestovaly vlakem na úvod práce, za lékaři a na nákupy do přilehlého vlašimského sta. Měsíční náklady vynaložené za cestovné na jednu domácnost představovaly cca. 500,- Kč.

Náklady na dopravu se v případě rodin D a E týkaly především provozu automobilu, jimiž muži dojížděli do práce. Částku si nedovolím odhadovat, vzhledem k tomu, že se mi nepodařilo získat potřebná data.

Přibližné pravidelné výdaje sociálně vyloučených rodin graficky znázornuji v Grafu 2: Pravidelné výdaje (v příloze), kde je rovněž srovnávám s průměrnými výdaji neromských rodin (průměrné a s minimálními). Je patrné, že romské rodiny vydávají, ve srovnání s majoritní rodinou s minimálními příjmy, zřejmě více peněz za cigarety a objevuje

se u nich rovněž specifická kategorie výdaj – za splátky. O nic co více také vydají za energie, naopak méně za bydlení, jídlo a dopravu, kde se spíše přibližují průměrné české rodině⁸⁵.

- **Nepravidelné výdaje**

Nepravidelné výdaje zahrnovaly například náklady na ošacení, kosmetické přípravky, vybavení domácnosti, ale také doplatky za energie atp. Nepravidelné výdaje byly v rámci rodin A, A/B a B hrazeny převážně z alternativních příjmů.

- **Hospodaření s financemi, bilance příjmů a výdajů**

Hospodaření s financemi obstarávala v rodinách A, A/B a E nejstarší žena. Žena dostávala veškeré získané finance i od muže a případně dalších členů rodiny, peníze byly „ve společné kase“ a žena z ní nakupovala, platila účty atp.

V rodinách B, C a D odpovídal muž ženám na společné výdaje dle svého uvážení, tzn. neodevzdával jí všechny své vydlaněné peníze. Navíc muž v těchto rodinách měl hlavní rozhodovací slovo, za co budou finance vynaloženy. Například pokud nakupovat chodila žena, muž určil, co se bude kupovat. Za povšimnutí stojí, že se jednalo o rodiny smíšené a rodinu C, kde muž vystupoval vůči ženám despoticky. Ženy z rodin B a C byly omezeny peníze, které mohly vynaložit na své osobní potřeby. Žena z rodiny D směla kupovat věci pro sebe až po svolení partnera: „*Myslím, že je 23/D na 22/D finančně závislá, jinak by se od něj nenechala mlátit, odešla by od něj*“ (pers. kolegyně resp. 22/D z práce, 2007).

U všech rodin žijících v sociálně vyloučených lokalitách, přesahovaly průměrné měsíční výdaje příjmy. Rodiny situaci řešily alternativními životními strategiemi, případně příjmy, tedy – primárně se snažily zvýšit příjmy, nikoli snížit výdaje.

⁸⁵ Jak uvádí český statistický úřad (2007).

6.2.4.5 Subjektivní vnímaná socioekonomická situace

Pohled okolní (majoritní) ve společnosti na míru chudoby popisovaných rodin se značně lišil. Vedle soucitu se objevovaly i názory, že obyvatelé sociálně vyloučené lokality disponují (nad)standardními finančními prostředky.

13/B: *Nedivím se, že máma a já který lidé nemají ty cigány rádi. Oni mají spoustu peněz. ... (9/A/B) se tím i chlubí, že nedělá, protože nemusí. Bere od sociálky celkem 10.000,-, pak opatrovnictví na manžela 5.000,- a ten má ID. Když moje máma zůstala sama s dítětem, tak jí sociálka nedala žádný příspěvek, protože chodila do práce, kde ale brala 8.000,-. Je to pro nás nespravedlivý. Doteď jsme nedostali ani zpátky alimenty.*

- **Cítíte se být chudý nebo bohatý v porovnání s...**

Základním způsobem, jak identifikovat subjektivní pocit chudoby, je dotaz, zdali zda se jednotliví členové cítí být chudí i bohatí, například v porovnání se sousedy, nebo jinými Romy.

Zatímco v rodině C se mi dostalo jednoznačné odpovědi, „cítíme se úplně chudí“, která se v průběhu výzkumu (při opakovaném dotazu) neměnila, v rodinách A a B nebylo možno subjektivní chudobu definovat na základě výše uvedeného dotazu, nebo pocity rodiny byly velmi proměnlivé, závislé na náladě respondentů a možnostech alternativních zdrojů obživy, obecně však byla nálada velmi negativní.

V rodině B byl pocit chudoby determinován sezónní proměnlivostí i absencí zaměstnání otce, který představovalo hlavní finanční příjem. Situace se stala nejneúspěšnější v době, kdy rodina byla závislá pouze na tomto příjmu.

13/B: *Tenhle muž už nemám podporu, a ještě nevíte, budou žít jen z ... (přítele) platu, ... (sociální pracovníce) mi nic nedá, ptala jsem se na příspěvek na výživu v domácnosti, ale nedostala jsem nic.*

Vzhledem k tomu, že zaměstnavatel muž byl soukromý podnikatel, stávalo se, že výplaty byly vypláceny nepravidelně.

13/B: *J. (podnikatel) mu (p íteli) necht l žádnou zálohu dát, prý kdyby to ud lal te , zvykli by si na to a chodili by takhle za ním všichni. Snad dostane už 15. peníze na ú et, nebo nevím, jak vyjdeme.*

13/B: *(P ítel) p inesl z práce jen 1.000,-. Dostane více další m síc, ale te je to zase naprd s pen zi. Doufám, že vyjde kamarádce ta p j ka, protože jinak nevím, jak zase vyjdeme. Nemyslím te tu, jak jsem tí vypráv la, ale tu, jak bydlí na hotelu s P. Cht jí tu p j ku ud lat p es podvod, protože sehnali chlapa, který jí dal razítko, že je u n j zam stnaná. Tak mi slíbil p j ít 4.000,-. Úroky prý nechce, když jsme kamarádky... Te p íšel ještě doplatek za plyn, ale to nem žeme dát najednou dohromady. Snažím se tam dovolat už týden, jestli by mi neud lali splátkový kalendá , ale po ád jsou zaneprázdn ní. Te mám 200,- K . Mám síce všechno nakoupený, ale vyjdeme s tím tak tejden.*

Rodina byla v takových p ípadech závislá na pomoci širší rodiny.

13/B: *Myslela jsem na tebe, jestli p ijedeš minulý týden, byli jsme úpln bez pen z, nem li jsme za co koupit jídlo pro malého ani plenky, nic. Nikdo nám necht l p j ít, ... (p ítelovo) rodi e sami nemají. Nakonec dal jeho táta do zastavárny v ž a dostal za ní 2.000,- tak ty nám dal. Vidiš, jak já jsem dopadla?! íkala jsem si, že kdybys p ijela, ur ít bys nám p j íla. Byla jsem všude možn , ale t eba Lucka (kamarádka), ta sama pot ebuje p j ít, je na tom h než my.*

Naopak ve chvílích, kdy muž práci m l, cítila se rodina solidn finan n zabezpe ená.

13/B: *Te se máme dobře, ... vyd lal dokonce 20 tisíc.*

U rodin D a E jsem subjektivn poci ovanou chudobu nep edpokládala, dotaz jsem ale p edložila, rodiny se nepovažovaly za chudé ani bohaté.

22/D: *Nest žiju si, máme se docela dobře, ale t eba na vlastní byt nemám.*

26/E: Určit je na tom naše rodina líp než t eba ti ze ... (sociálně vylou ených lokalit), ale tady na sídlišti taky žije dost lidí, co jsou na tom dobře. Když p ijdeš k v tšín , tak mají hezky za ízený byty, ti co byli v Anglii si tam vyd lali na dobrý auta.⁸⁶

6.2.4.6 Další „objektivní“ ukazatele nízkého SES

- **Úsporná opat ení**

Úsporná opat ení se v mém cílovém souboru v první ad týkala v cí, které nejsou pro život až tak potřebné, například dárky .

13/B: *Nem li jsme letos žádný dárky, hrozn moc jsme utratili za jídlo.*

10/B: *U nás (Rom) Ježíšek není, dárky nosí máma a je jich oproti u vás hrozn málo. Jak nemáme peníze, koupíme d tem jen n jakou hovadinu. Mrzelo mn to, že ostatní d tí ve škole mají od Ježíška dárky a já ne.*

Další úsporná opat ení se vztahovala na cigarety.

2007 rodina B: 10/B rozd luje p ítelkyni cigarety, 3 jí nechal.

10/B: *Sta í Ti, máš taky n jaký povinnosti.* , zbytek si vzal.

3/A: *D íve jsem kou íla Petry a segra Marlboro light, ale to je drahý, kou íme Red and White.*

5/A a 3/A: *Od Novýho roku bysme cht ly p estat kou ít, leze to d sn do pen z.*

Nakonec následovala snaha ušet it na energiích.

2/A: *Topíme až odpoledne.*

13/B: *Hrozn se zdražuje, musím šet ít s topením (plyn) a nemusí se svítit.* (Když p ítel odešel do práce, zhasla, aby to nevd l.)

Setkala jsem se i s p ípadem, kdy nedostatek financí determinoval plánování dít te.

13/B: *Nechci mít víc d tí než 2, je jiná doba, všechno je drahý a d tem bych se pak ani nemohla v novat, je t eba se jim v novat už od mali ka. N který rodiny mají d tí jen kv lí pen z m, myslím, ale je to blbost, je to naopak dražší.*

⁸⁶ Tento pohled m že být zkraslen tím, že respondent navšt vuje p evážn osoby výše stratifikované (pozn. autorky).

- **Alternativní zdroje obživy**

Alternativním zdroj m obživy se v nuji v ásti interpretace výsledk determinanty sociální exkluze.

- **P j ky na potraviny**

P j ky na potraviny považuji za jednozna ný objektivní ukazatel nep íznivé ekonomické situace. Jevu se blíže v nuji v ásti interpretace výsledk determinanty sociální exkluze.

- **Ukazatel kultury chudoby - statusový symbol**

Specifické prvky, pro kulturu chudoby typické (srov. Lewis, 1965), jsem zaznamenala i v rámci sociáln vylou ených rodin. Vedle psychických dopad a neformálních svazk byl nejviditeln ějším jevem tzv. statusový symbol – ukazatel snahy zvýšit sv j sociální status alespo navenek, obvykle prost ednictvím n jakého p edm tu, který ovšem nemá v daném kontextu významn ější užitnost (Urban, Kajanová, 2009).

13/B: *On (p ítel) by si cht l po ídit plasmovou TV. P ípadá mi to jako bláznivý, protože do te jsme nem lí ani na jídlo! Až dostane (p ítel) výplatu, dojdu si do zastavárny pro svojí starou TV.*

15/C: *Musíte tu mít DVD ko, kdo nemá DVD ko je ten nejv ěší chudák. Nemáme si na tom co pustít, ale máme DVD ko.*

6.2.4.7 Socioekonomická deprivace a její vliv na zdraví

K vyjád ení vlivu socioekonomické deprivace na zdraví jsem použila soubor ukazatel nep íznivých d sledk sníženého SES, dle Kebzy (2005), které se mohou projevat ve zhoršeném zdravotním stavu. Ty p sobí na zdraví jednak p ímo (hlad, špinavé obydlí), p edevším ale prost ednictvím zvýšené míry stresu, který podn ují. Výskyt t chto jev jsem jednak pozorovala (jedná se tedy o vlastní „objektivní“ pohled), a dále jsem monitorovala stížnosti respondent vztahující se k jednotlivým jev m. V Tabulce 10: Ukazatele socioekonomické deprivace (p íloha) uvádím výskyt

tchto ukazatel u zkoumaných rodin. Rodiny A, A/B a C byly jimi postiženy v relativně stejném množství, rodina B méně. U rodin D a E jsem nezaznamenala žádný z uvedených jevů.

Ukazatel *nízké sebehodnocení a sebedůvěry*, se mi nepodařilo identifikovat, nebo se jedná o jev psychologický, vyžadující použití specifické metody.

6.2.4.8 Souhrn výsledků a diskuse determinanty „sociální gradient“

Sociální status ve společnosti, z hlediska působení na zdravotní stav, v dnešní době není primárně spojen s nedostupností zdravotní péče určitým skupinám, ale spíše se stresem, který se dostavuje v případě pocitu méněcennosti a nespravedlnosti. Wallersteinová (2002) tyto pocity shrnuje pod pojem bezmoc. Rom má navíc sociální statuty dva, a ty se mohou vzájemně lišit, nebo je určuje majorita i romská komunita. Pokud tyto statuty představují odlišné požadavky na chování daného jedince, může tak docházet k jevu podobnému jako je střet rolí (srov. Coverman, 1989).

Asi nejjednodušší ji poukazují na ovlivnění zdravotního stavu důsledky socioekonomické deprivace, v níž se bezesporu nachází respondenti, kteří žijí v sociálně vyloučených lokalitách (viz bilance příjmů a výdajů, i soubor ukazatelů nepříznivých důsledků sníženého SES, výše). Budou-li vycházet z předpokladu, že zdraví negativně ovlivňuje kumulace jednotlivých nepříznivých důsledků sníženého SES, pak socioekonomická deprivace zdravotnímu stavu a výskytu stresových situací u jednotlivých rodin odpovídá.

Holík, Koupilová (2001) uvádí, že materiální deprivace, spolu s nízkou úrovní vzdělání, jsou faktory, které také významně negativně ovlivňují pocit zdraví, tedy subjektivní vnímání zdravotního stavu. I v tomto případě tomu odpovídají výsledky.

Za závažné považuji především to, že i asté zdravotní potíže a stres vykazují i velmi mladí respondenti, žijící v sociálně vyloučených lokalitách, na rozdíl od mladé generace respondentů z rodin D a E. Pravděpodobně je tomu tak také v důsledku socioekonomické deprivace. Nabízí se rovněž myšlenka, zda se nemůže, do určité

míry, jednat o chování převzaté ze sociálního okolí – tzn. stěžuje-li si někdo neustále na stres a zdravotní potíže, má, že tuto reakci okolí přejímá.

Socioekonomický status má, mimo jiné, významný vliv na životní styl (Šafr, 2008, s. 25), který je předmětem následující části mé práce.

6.2.4 Souhrn interpretace výsledků a diskuse části „socioekonomická situace“

V této části jsem se vnovala socioekonomickým faktorům, které ovlivňují přímou, nepřímou, zdravotní stav cílového souboru. Zároveň jsem přitom (již na základě analýzy odborné literatury) předpokládala determinantu „sociální exkluze“, přičemž výzkum potvrdil významnost především její symbolické složky (i ve smyslu velmi specifického stresoru, viz dále).

Vyjma sociální exkluze, která má pravděpodobně vliv na závažnější nemocnost dětí i dospělých (vzhledem k nevyhovujícím bytovým podmínkám), se přímé důsledky žádné z výše popisovaných determinant na zhoršeném zdravotním stavu respondentů po dobu výzkumu neprokázaly. Všechny však významně determinují vznik stresu, který posléze negativně ovlivňuje celkový zdravotní stav, podílí se na rozvoji psychosomatických onemocnění a zhoršuje průběh onemocnění stávajících (chronického charakteru). Stresory vyplývající z pracovních podmínek, alternativních zdrojů obživy, nezaměstnanosti, symbolické exkluze, i socioekonomické deprivace, patří mezi ty nejvýznamnější v sociálně vyloučených romských komunitách.

Stresory navíc podnětují copingové strategie, které u Romů dominují spíše v pasivní formě, kde se často jedná o užívání návykových látek (což je jedním z témat další části mé práce).

6.3 Interpretace výsledků a diskuse části „vybrané faktory životního stylu v kontextu zdravotního stavu“

V této podkapitole prezentuji výsledky determinantů: „výživa“, „doprava“ a „užívání některých návykových látek a gamblersství“, tedy faktory, které jsou do velké míry jedincem behaviorálně ovlivnitelné. Diskuse následuje za každou z determinantů.

6.3.1 Interpretace výsledků a diskuse determinanty „výživa“

Z hlediska výživy jsem pozorovala, jaké pokrmy a s jakou pravidelností se ve zkoumaných rodinách konzumují a zároveň jaké potraviny se nakupují. Toto pozorování jsem doplnila dotazy na oblíbenost jídel: jaká jídla se vaří nejčastěji atp. Následně jsem údaje zaznamenala do Tabulky 11: Nejčastěji zastoupená jídla konzumovaná ve zkoumaných rodinách (příloha).

6.3.1.1 Stravovací návyky

- **Pravidelnost ve stravování**

Z Tabulky 11 (v příloze) vyplývá, že nadpoloviční většina dospělých respondentů (rod. B, C, D - vyjma r. 23/D, E) konzumovala 3 jídla (snídaně-obědveče), 2 jídla denně (oběd-veče) pak rodina A a A/B a resp. 23/D, což je zřejmě v této věci podíl např. ve srovnání s výzkumem Sastipen (Nesvadbová, Šandera, Haberlová, 2009), kde pouze 13 % oslovených Romů uvedlo, že nesnídá. V pořadí jídel za den tedy ve zkoumaném souboru nebyl zaznamenán rozdíl v komparacích kritériích. Rozdíly však byly v místě stravování. Většina respondentů se v poledne stravovala doma, pouze respondenti 26/E a 27/E v zaměstnání.

Rodiny které nesnídaly, obědvaly dříve (cca. v 10 hodin).

Svaly převážně děti, případně respondenti, kteří chodili do zaměstnání. Tyto dvě skupiny respondentů se zároveň stravovaly pravidelněji, což vyplývá především z větší strukturovanosti dne. Ostatní respondenti se stravovali méně pravidelně, především pak ženy.

9A/B: *Když vařím, nebo sním pro itom, pak jim (dítě) dám najíst, a sama si vezmu až když mám hlad.*

1/A: *Jím ráno, jak mám chuť, hlavně večer, když už je klid a mám hotovo (domácí povinnosti).* (podobná odpověď také 15/C)

Žádná ze zkoumaných rodin, s výjimkou rodiny E, nestolovala alespoň 1x denně společně.

15/C: *On si vezme kdo jak má hlad. Tady ty (dítě) by jedly po jídle.*

O přípravu pokrm se ve všech zkoumaných rodinách starala žena (matka), v případě, že byly přítomny dcery, průměrně od 13ti let jí byly nápomocny.

6.3.1.2 Kvantitativní hledisko stravování

Z hlediska množství potravy, jsem ve zkoumaném souboru nezaznamenala nedostatek potravin. Naopak, u některých respondentů byl příjem potravy vyšší a determinoval tak vznik nadváhy až obezity, viz podkapitola „Subjektivní zdravotní stav cílového souboru“.

6.3.1.3 Kvalitativní hledisko stravování

„Oni Romáci tu výživu nikdy neešili, co je zdravý a nezdravý, jedí prostě to, co jim chutná.“ (pers., sociální pracovník, 2009)

Z hlediska kvality nakupovaných potravin, byly zaznamenány zásadní rozdíly v sociálně vyloučených rodinách a v rodinách D a E. Zatímco sociálně vyloučené rodiny a rodina B nakupovaly potraviny v zásadě podle ceny, rodina D a E nad tímto aspektem tolik nepřemýšlela a kupovala i potraviny dražší, ale kvalitnější. Dobrým příkladem může být nákup limonád, kde rodiny A-C kupovaly ty nejlevnější (2 l za 9,90 Kč), kdežto rodiny D, E výrobky firmy Coca Cola (2 l za min. 29,90 Kč). U rodiny A/B a C jsem se setkala také se snahou nakupovat potraviny s proslulou záruční dobou, z důvodu výrazných slev.

„Když jsem chodila na brigádu pokladní do Tesca, překvapilo mne, jak Romové nakupují všechno ve slevách. Takový v cí, co my bychom nekoupili, třeba úplně zelený maso“ (pers., studentka ZSF, JU, 2007).

Z hlediska skladby jídelníčku se, s výjimkou ovoce a zeleniny, však ekonomický aspekt rodin žádné skupiny potravin nedotkl – tzn. byly sice nakupovány levnější výrobky, nicméně ve všech kategoriích.

- **Podíl ovoce a zeleniny**

Rodina A a A/B konzumovala ovoce a zeleninu spíše sezonně, zatímco přes zimu kupovali obojí spíše výjimečně (pravidelně snad pouze mraženou krmivo zeleninu do polévky), s ohledem na vyšší cenu. Kupovali zeleninu v akcích v obchodě, chodili na borůvky, třešně a na jablka a na podzim na „sbr“ brambor.

36/A: Když je třeba pole kukuřice, tak ji chodíme trhat. Jíme jí vařenou s máslem a se solí... Je to krádež, no, ale to dělám skoro každě, i třešně.

1/A: ...hodně toho přes leto zavazím a dám do mrazáku, když jsou třeba levný rajčata, naděláme je do do sklenic a máme na zimu.

Rodina B nekonzumovala ovoce a zeleninu téměř vůbec, z důvodu jejich vysoké ceny.

13/B: Kupujeme ovoce jen občas, hlavně banány, pro malýho. Je to hrozný, kolik to stojí, i obyčejná jablka, jsou dražší i než ty banány.

Rodina C kupovala často zeleninu, než ovoce, spíše ale jako surovinu do připravovaných pokrmů. Ovoce kupovala matka pouze dle potřeby.

15/C: Vařím hodně zeleninu, v létě rajčata, do rizota, do polívek – fazole, okurky.

Rodina D jedla každodenně spíše různé druhy ovoce, zeleninu méně často, protože:

23/D: nemáme ji rádi. Ovoce kupujeme, také kvůli vitamínům, hlavně pro děti, ty ho mají navíc rádi.

Rodina E, dle slov otce, kupuje nějaké ovoce i zeleninu každodenně.

26/E: Jen děti dostávají každý den na svačinku jablko, nebo pomeranč. Máme ovoce rádi, ze zeleniny se zase hodně vaří.

Žádná ze zkoumaných rodin nekonzumovala první zeleninu, například v podobě zeleninových salátů. Z ovoce byly preferovány sezonní druhy, obecně ale nejvíce jablka, banány a pomeranče.

- **Podíl masa a uzenin**

Všechny dotazované rodiny, s výjimkou rodiny A/B, konzumovaly maso a uzeniny každodenně (rodina A/B ob den). Výrok „*bez masa není jídlo*“, který v podobném znění uvádějí všichni respondenti, nejlépe vystihoval příčinu jeho vysoké konzumace. Jídla bez masa byla u některými respondenty považována za méně cenná:

15/C: *musím vařit maso, kvůli manželovi, jiného jídla by se nenajel.*

Z hlediska druhu bylo preferováno maso vepřové a kuřecí, upřednostňována byla chuť a cena. 15/C: *Kupujeme kuřecí, protože je levný a dle mě chutná.*

8/A/B: *Jak chodíme na brigády do dráž, sežneme maso levněji, než kdybychom šli do obchodu.*

U vepřového masa jsem nezaznamenala rozdíl v preferenci určitých druhů v rámci jednotlivých komparací kritérií (například rodina E preferovala bůvek). Z uzenin byly nejčastěji kupovány salámy a párky.

- **Podíl cukr (cukrovinek) a tuk**

Podíl cukrů, v těsnosti přijímaných ve formě sladkostí, byl v jednotlivých zkoumaných rodinách specifický. Zaznamenala jsem v podstatě 3 modely konzumace s každodenní frekvencí (tzn. alespoň jeden kus sladkosti denně), které závisí na pohlaví, generaci a sociální stratifikaci:

- a) sladkosti konzumují převážně muži – A/B
- b) sladkosti konzumují převážně muži a ženy - A, B, C, D
- c) sladkosti jsou oblíbené v celé rodině - E.

Ostatní respondenti (s výjimkou rod. E) konzumovaly sladkosti ojedinele. V těsnosti rodin sladkosti převážně kupovala, pekla jen ojedinele. Nejoblíbenější byly sušenky, koláče a zákusky. Podíl cukrů ve stravě byl tedy výrazně vyšší u žen a dětí. To se shoduje i s jinými výzkumy, například Nesvadbová, Šandera, Haberlová (2009) uvádí spotřebu cukrovinek u dospělých každodenně spíše ve výjimečných případech, kdežto u dětí v 72,5 % souboru.

Podíl tuků ve stravě zkoumaných rodin vyplýval jednak z preference tučných jších druhů uzenin a vepřového masa, u nichž respondentův zvýšeným podílem sladkostí s vysokým obsahem tuku (viz výše), konzumací polotovarů, ale také oblibou některých jiných tučných pokrmů (majonézových salátů, chipsů) a dochucovadel (tatarské omáčky, másla), a to všemi respondenty. Za negativní lze rovněž považovat zvyšování podílu upravených pokrmů, kde dominovalo smažení na oleji.

- **Podíl mléka a mléčných výrobků**

Mléko představovalo pro mě jistě cílový soubor potravin, která je určena pouze malým dětem, rod. A, A/B a C nepíjely například ani mléko do kávy. Z mléčných výrobků kupovaly respondenti především pudinky a různé dezerty, minimálně pak zakysané výrobky a jogurty. Zároveň sýry se vykytovaly, v poměru s uzeninami, v minimálním množství.

- **Podíl vlákniny**

Rozpustná vláknina, kterou v potravě zastupují především luštěniny, některé ovoce (především jablka a banány) a některá zelenina (brambory, mrkev)⁸⁷, byla ve všech zkoumaných rodinách denně zastoupena s ohledem na to, že v těsně upravených hlavních jídel obsahovala v nějaké formě brambory. Některé rodiny (C, A) připravovaly několikrát týdně luštěninové pokrmy.

Ner rozpustná vláknina saturovaná v potravě především celozrnným pečivem, ořechy a semeny, se ve zkoumaných rodinách objevovala spíše výjimečně. Všichni respondenti mého souboru například kupovali pouze bílé pečivo.

6.3.1.4 Pitný režim

V pitném režimu jsem zaznamenala rozdíly mezi rodinami sociálně vyloučenými a nevyloženými.

Rodina D dodržovala pitný režim nejstriktněji, pravděpodobně proto, že otec je aktivní sportovec a má o pitném režimu silné povdomí. Zároveň v rodině E bylo

⁸⁷ Jak uvádí například Hanzalová (1997).

pomýšleno na pitný režim všech členů. Tyto dvě rodiny preferovaly minerální vody, šávy a čaj, u jednoho respondenta dominovala Coca Cola.

Rodiny B a C dodržovaly pitný režim dětí.

15/C: *Dávám jim i na svačtinu do školy pít kávu, doma je po jídle připravená šáva.*

Pitný režim dospělých byl ale opomíjen. V těchto rodinách pily děti nejčastěji šávu a limonádu, dospělí kávu a vodu.

Rodiny A a A/B nedodržovaly pitný režim ani u dětí. Situace v těchto rodinách vycházela z toho, zda byla zrovna koupěna limonáda, která se ihned vypila, a pak děti třeba po 1 dne nepily. Dospělí pít tekutin saturovali kávu a vodu z vodovodu, děti pily levné sladké limonády.

9/A/B: *Oni (dětí) by po jídle pily jen limonády, když jim eknu, a si napustí vodu, tak to nechtějí... Tak a nepijou, no.*

6.3.1.5 Nejčastěji připravované pokrmy

Jak ukazuje Tabulka 11 (v příloze), v jídelníčku respondentů dominovala „domácká kuchyně“⁸⁸, především řízky, pečené maso a různé omáčky. Poměrně hojně byly připravovány polotovary jako hranolky, pizza, párky, atp. *„Součástí Romové ve městě II jsou živi z levných jídel, vietnamských polévek, neumí vařit“* (pers., terénní sociální pracovnice, 2006).

• Tradiční romské pokrmy

Tradiční romská jídla připravovala nejčastěji rodina E, ostatní rodiny spíše výjimečně. Romská jídla znala spíše stědní a starší generace (bez ohledu na ostatní komparativní kritéria), která vzpomínala na to, že se v době jejich dětství připravovaly rozhodně častěji, než nyní. Nejčastěji připravovaným tradičním pokrmem byly halušky na rozlišené zpešobě.

Jako důvod malého zastoupení romských jídel v jídelníčku respondenti uváděli, že jim, nebo jejich dětem, tyto pokrmy tolik nechutnají (1/A, 2/A, 9/A/B, 10/A/B, 15/C,

⁸⁸ Kuchyně bývá žná u majority (pozn. autorky).

34/A, 36/A a 44/C). Další uváděné potraviny byly rozmanité. Sociální hledisko zahrnuje následující výrok.

33/A a 36/A: To byly chudý jídla, dřív nebyly na jídlo tolik peníze, nemohli jsme kupovat maso. Teď máme žemě.

V nichž některých případech nejsou dostupné suroviny,

33/A: Uvařila bych i goja, ale stěží tu neseženu, jindy jsou potraviny racionální.

15/C: *Kdo by se dělával s pirohami, to je pracný, pro tolik dělá cek.*

6.3.1.6 Výživa dětí

Dotazem matek mladé generace byla v batolecím věku podávána dětská strava (mléčné výrobky, pečivo, esnídávky, pokrmy), zatímco starší generace uváděly, že žádnou specializovanou stravu dětem nepodávaly.

Výživa dětí od mladšího školního věku se, v žádné ze zkoumaných rodin, výrazně nelišila od výživy dospělých. Dotazem ale byly zaznamenány různé pochutiny, hlavně sladkosti a slané pochoutky (chipsy), ale také ovoce.

Všechny děti zkoumaného souboru nosily do školy svačiny, v případě dostaly peníze na jejich koupi (rod. C, někdy E). Svačiny dostávaly i starší generace (retrospektivně dotázány). Na svačinách pro děti rodiny nešetily.

15/C: *Styděla bych se, kdyby neměla po žádnou svačinu.*

O jejich vhodném nutričním složení však lze polemizovat, neboť se z velké části jedná o sladkosti.

Obdobím byly všechny zkoumané děti doma a to ze dvou důvodů (tedy bez ohledu na komparativní kritéria).

C a E: *Ve škole jim nechutná, nemá cenu je nutit.*

A a A/B: *Stejně doma vařím.*

6.3.1.7 Souhrn výsledků a diskuse determinanty „výživa“

Kvalitativní složka výživy ve zkoumaných romských komunitách vykazovala významné odlišnosti z hlediska sociální stratifikace. Zatímco v cílovém souboru výše

sociálně stratifikovaných byla určována především chutí, cílový soubor respondentů žijících v sociálně vyloučených lokalitách se stravoval podle chuti a ceny jednotlivých potravin. Se socioekonomickou situací souvisel nejvýznamněji nákup ovoce a zeleniny, což si vysvětlují tím, že lehká jídla méně zasytí, nežli například oblíbené masité pokrmy. Na fenomén, kdy se nadměrná konzumace energeticky bohatých tuků a cukru stává častějším jevem u chudých než u bohatých, upozorňují Holíková, Koupilová (2001), kteří dále uvádějí, že ekonomicky slabší mají v této oblasti problém s tím, stravovat se zdravě, z důvodu vyšší ceny kvalitních potravin, což se u mého souboru jednoznačně potvrdilo. Zdravá výživa není pojem, kterým by se lidé žijící v sociálním vyloučení zaobírali, nebo v krátkodobé perspektivě, která určuje jejich životní rytmus, je důležitéjší, že je stravy dostatek. Na negativní posun ve stravování v romských komunitách, směrem ke kalorickým pokrmům a polotovarům upozorňuje rovněž například Elichová (2004), která rovněž poukazuje na chyby v denním stravovacím režimu.

Lze hovořit o tom, že kvantitativní složka převažuje nad kvalitativní a to u celého romského souboru.

Ve srovnání s výsledky výzkumu Sastipen (Nesvadbová, Šandera, Haberlová, 2009) se respondenti v mém souboru stravovali méně zdravě. Vykazovali menší příjem ovoce, zeleniny a mléčných výrobků, a naopak v této skupině spotřebovali masa a cukrovinek. Rozdíl mohl být způsoben menším podílem obyvatel sociálně vyloučených lokalit v cílové skupině, než v mém vzorku, kde naopak převládali.

Skutečnost, že jen minimum romských dětí navštěvuje předškolní zařízení a ve školním věku se rovněž stravují spíše výjimně, podporuje stravovací návyky z rodiny. Výživa dětí přitom, dle mého názoru, představuje obrovský potenciál z hlediska možnosti ovlivnění k zdravějšímu životnímu stylu. Výzkum potvrzuje, že romští rodiče dopřávají svým dětem to, co je v jejich možnostech. Když nechtějí chodit na školní obědy, nechodí, na cukrovinkách se nešetří. Do jaké míry jsou rodiče obeznámeni s pravidly zdravé výživy a riziky nevhodného stravování, jsem v rámci výzkumu nemapovala. Domnívám se však, že tato obeznámenost bude minimální v sociálně vyloučených komunitách a to nejen z důvodu samotné exkluze, ale rovněž proto, že osoby zde žijící

mají v tšinou pouze základní vzdání, s nímž souvisí menší pov domí o rizicích nevhodného stravování (srov. Vitale, Todorovi , Šulji , Džakula, 2008).

Dopady nevhodného stravování na zdravotní stav mohou být patrné ve výskytu obezity a dále ve významném výskytu p enosných chorob (viz interpretace výsledk zdravotního stavu), který m že být (mimo jiné) d sledkem oslabené imunity, v absenci vitamín a dalších d ležitých látek.

Stejn jako u ostatních popisovaných determinant, se ale d sledky nevhodného stravování mohou objevit až o mnoho let pozd ji. Nej ast ji se vyskytující choroby u Rom , tedy vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu, i diabetes (srov. Nesvadbová et al., 2003 a Nesvadbová, Šandera, Haberlová, 2009), bývají dávány do souvislosti práv s nevhodnou výživou.

6.3.2 Interpretace výsledk a diskuse determinanty „doprava“

6.3.2.1 Využívané typy dopravy

- **Automobilová doprava**

Ze zkoumaných rodin vlastnily pouze 2 osobní automobil. Jednalo se o rodiny D a E, tedy výše stratifikované romské rodiny. Ob rodiny využívaly automobil p evážn k p eprav otc (respondenti 26/E, 22/D) do zam stnání, p ípadn k dovezení v tšho nákupu, mén asto k jiným ú el m (cest za p íbuznými mimo m sto, i na dovolenou). Zatímco respondent 26/E, s ohledem na vzdálenost zastávky MHD od místa bydlišt a zam stnání a rovn ž dobré infrastruktury v míst bydlišt , automobil z „objektivního“ pohledu nepot eboval, respondent 22/D pracoval v lokalitách se špatnou dostupností ve ejné dopravy. Auto respondenta 22/D využívali rovn ž jeho rodi e a bratr, s ímž jsem se u resp. r.26/E nesetkala⁸⁹.

Rodina A a A/B m la možnost využívat automobil svých p íbuzných, žijících v jiné domácnosti v témže dom (jak uvádím v interpretaci výsledk podkapitoly výživa), p j ovala si jej na cestu za nákupy a na sb r bor vek.

Rodina B a C automobil v bec nevyužívala, nebo možnost jeho využití nem la.

⁸⁹ To m že být zp sobeno také neshodami v rodin respondenta (pozn. autorky).

- **Místská hromadná doprava (MHD)**

Zatímco ve městě I MHD neexistuje, ve městě II ji rodiny D, E využívaly dle potřeby, rodina C na ní pak byla, z důvodu špatné infrastruktury, závislá (blíže popisují v interpretaci výsledků kapitoly socioekonomická situace). Rodina D, žijící v centru města, používala MHD k dopravě lékaři, do obchodu atp., rodina E k dopravě dítěte do školy.

- **Pší ch ze**

Ch ze byla nejast jším způsobem dopravy všech rodin v případě krátkých vzdáleností. Rodiny A, A/B a B byly na pší ch ze v rámci města odkázány z ekonomických důvodů. Pracující dospělí takto docházeli i na druhou stranu města. Faktem je, že běžné obchůdky (nákupy, vyřízení vzkazu atp.) obstarávaly převážně děti.

V rodině C chodila matka každodenně několikakilometrovou trasu do centra města na nákup a pro dítě do školy pěšky, protože chtěla ušetřit na MHD. Rovněž otec a dítě této rodiny chodily pěšky v případě, že na lístek neměly peníze.

Matka rodiny D chodila na pší procházky s dětmi.

V rodině E se pěšky pohybovali především děti, nikoli však z nutnosti, ale preference před MHD.

U rodin A, A/B a B představovala pší doprava nutnost, u rodiny C způsob snížení nutných finančních výdajů a u rodin D a E spíše radost z pohybu.

6.3.2.2 T lesná aktivita

T lesnou aktivitu zahrnují do této podkapitoly záměrně. Ačkoli přímo nesouvisí s dopravou, považují za nutné ji zde uvést z důvodu souvislosti se životním stylem a jejím možným ovlivněním zdravotního stavu.

S výjimkou resp. 22/D, neprovozoval nikdo z dospělých respondentů aktivní sport, což mě překvapilo zejména u mladé generace. Naopak v tšina dětí, hlavně chlapců, se sportu věnovala. Děti rodiny E chodily do přímo do sportovních kroužků, ostatní děti neorganizovaně hrály různé kolektivní sportovní hry na ulici.

6.3.2.2 Souhrn výsledků a diskuse determinanty „doprava“

Pohybovou aktivitu dospělých respondentů, s výjimkou rodiny D, hodnotím jako nedostatečnou, což může být (spolu se stravovacími návyky) přímo souviset s velkým výskytem nadváhy (až obezity) u zkoumaných žen, které zároveň nevykonávaly žádnou fyzicky náročnou práci. Pohybovou aktivitou se ve svém výzkumu (N=30) zabývala Elichová (2004). Pochází na významnou souvislost s velkou časovou dotací, kterou Romové využívají sledování televizoru, kterou jsem zaznamenala i u mého souboru. Uvádí, že Romové sledují TV v průměru 5 hodin denně a tato činnost patří mezi nejobvyklejší způsob trávení volného času žen hned po času v novaném rodině a péči o domácnost. Naproti tomu jen 6 % žen a 7 % mužů ve volném čase sportuje.

Nahradit sledování TV pohybovou aktivitou, ideálně například chůzí, by přitom nedostavovalo žádnou překážku.

6.3.2 Interpretace výsledků a diskuse determinanty „užívání a některých návykových látek a gamblerství“

V této podkapitole se chci v novat užívání návykových látek (případně výskytu gamblerství), které se v romských komunitách často vyskytují. Mým snahou bylo vymezit nejen míru, ale i některá specifika tohoto chování, v etnické identifikaci jeho příčin, nebo se neobjevovalo u všech popisovaných rodin. Předpokládala jsem přitom výraznou souvislost nejen se socioekonomickou situací, ale i dalšími determinanty, kterým se ve své práci věnuji.

„Drogy a alkohol jsou u Romů nová věc. Oni dříve nefetovali, to bylo tabu. A ani alkohol jim nedělá dobře, podobně jak indiáni ho špatně šť pít. Fetují proto, že neví jak dál z jejich (sociální) situace“ (pers., psychiatr, město II, 2007).

6.3.3.1 Nikotinismus

„Všichni cikáni kouří“ (pers., psychiatr, město II, 2009).

Cigarety byly ve zkoumaných rodinách častým tématem rozhovorů. V sociálně vyloučených lokalitách slouží jako zdroj smůlny, ukazatel sociálního statutu (v případě

dražších značek), i jako nejvhodnější dárek. Cigarety jsou předmětem, který výzkumníkovi usnadňuje vstup do romské komunity.

Ve všech popisovaných rodinách, bez ohledu na další komparativní faktory, byly všechny osoby starší 15 let kouřáky, s výjimkou respondentky 1/A a mužských respondentů rodiny E. U rodin A, A/B, B, C a D se, na základě pozorování a rozhovorů, domnívám, že se jedná o závislost na nikotinu. Setkala jsem se i s abstinencí s příznaky v podobě nervozity, když byl nedostatek cigaret. Dopad kouření na zdravotní stav respondentů neešili, na otázku, co je špatného na kouření a co jim osobně kouření vadí, uváděli souhlasně, že „to leze do peněz“. U těchto respondentů jsem rovněž za dobu výzkumu nezaznamenala žádný pokus o odvykání kouření (srov. Wilkinson, Marmot, 2005), pouze 13/B v době hotenství po etvykouřených cigaret omezila (více viz interpretace výsledků determinanty d tství).

Respondenti z rodiny E nekouřili z důvodů zdravotních dopadů kouření.

Děti popisovaného souboru (s výjimkou rodiny E) začaly kouřit velice brzy, okolo 12tého roku věku, je zde ale patrný generační posun.

9/A/B: Děti jsou nezvladatelné čím dál víc, je problém, že jsou pořád s velkými a od těch se všechno naučí, i kouření. Když já byla malá, začaly s mě kouřit tak v 15ti a dneska kouří děti už ve 13. Kouří hlavně kluci, ale zjistili jsme, že i holka (11), sbírá na ulici vajíčky.

Postoj rodičů A/B byl zajímavý v tom, že situaci zlehčovali, dělali si z ní legraci, ale nevyvozovali žádné důsledky (postihy). Ve chvíli, kdy rodiče nemohou jít dále s předpokladem, je skutečně obtížné na ně v tomto směru preventivně působit. Rodiče, dle svých slov, ale nevědí, jak situaci řešit. Děti se setkávaly s cigaretami v raném věku i proto, že byly posílány je kupovat.

9/A/B: Posíláme je vedle do Besedy (restaurace a kulturní dům), protože tam už je znají a prodají jim.

Respondent mne nejprve nabídl první cigaretu sourozenci, i jiní v okolí blízcí příbuzní (bratřenci, sestřenice), pouze resp. 28/E poprvé kouřila s kamarádkou. Na otázku, pro kouření za peníze, mi respondenti nebyli schopni poskytnout žádnou relevantní odpověď. Vesměs odpovídali, že neví, nebo to zkusili a již u toho zůstali.

Respondenti ku áci pr m rn denn vykou ili t i tvrt krabi ky cigaret na osobu. Kou ily se p edevším levné zna ky cigaret, v rodinách žijících v sociáln vylou ených lokalitách se nej ast ji kupovaly nekolované cigarety u Vietnamc , rodina C si cigarety balila, protože to vyšlo levn ji.

Spot eba cigaret byla ovlivn na finan n jen u ur itých nukleárních rodin. Zatímco pro n které byly na prvním míst , 8/A/B: *Na cigára musí bejt vždycky*, u jiných p evažovaly jiné priority, p edevším výdaje na d ti: 13/B: *Nekou ím, když nejsou peníze*.

Více kou ili ti, kte í chodili do práce (Kajanová, 2009), což p íkládám za d vod zvýšenému stresu u zam staných respondent (viz podkapitola „Interpretace výsledk a diskuse determinanty práce“).

5/A: *Když chodím do práce, se to bez cigarety nedá.*

6.3.3.2 Užívání alkoholu

Alkohol je u Rom popisován jako mužská doména, v rámci mého výzkumu jsem se ale setkala s rozdílnými postoji jednotlivých rodin k n mu. Tyto jsem rozd lila do následujících kategorií:

a) p íležitostná konzumace, p edevším v rámci rodinných oslav: smíšená rodina, m sto II, obecn starší ženy ze všech skupin a výše stratifikovaná romská rodina,

b) konzumace 1- 3x týdn, p edevším muži:

1/A: *Chlapi chodí taky ob as do hospody, to je normální, nevadí mi to, když to není asto. Ob as si koupí lahvé pivo dom*, a svobodnými dívkami na diskotéce (smíšená a romská rodina žijící v sociáln vylou ené lokalit ve m st I),

c) závislost na alkoholu, každodenní konzumace u respondentky 15/C (Kajanová, 2009).

Dále lze rozlišit požívaný alkohol dle jeho typ. Ženy st ední a straší generace pily nej ast ji sladké likéry (vaje ný likér, griotku atp.), ženy mladé generace víno, sekt a vodku, muži (bez ohledu na generaci) preferovali pivo a tvrdý alkohol (vodku, pálenku). Z hlediska etnicity a lokality jsem žádné preferen ní zm ny nezaznamenala.

Ve zkoumaných rodinách jsem nezaznamenala podávání alkoholu dle tem „na ochutnání“ ani v rámci různých slavnostních příležitostí. Obvykle dle tem ochutnaly alkohol později, než vyzkoušeli cigaretu. Bohužel se mi nepodařilo zjistit, kde a s kým poprvé respondenti alkohol ochutnali, první opilost, se kterou se mi setkávali, však byla ve skupině vrstevníků mimo přítomnost rodičů (obvykle diskotéka).

6.3.3.3 Užívání marihuany

Zatímco nikotinismus je, bez rozdílu generace, rozšířený mezi velkou částí Romů, ilegální drogy jsou zde jevem poměrně novým (srov. např. Hawes, 1997). Marihuanu jsem se rozhodla popisovat jako specifickou skupinu návykových látek jednak proto, že bývá odlišena mezi tzv. lehké drogy (např. Oakley, Ksir, 1996), dále proto, že z hlediska spotřeby v cílovém souboru výrazně odlišná od ostatních ilegálních drog a převyšovala.

První užití marihuany mezi respondenty se pohybovalo v rozmezí 12 až 15 let a bylo iniciovanou skupinou vrstevníků (kamarádů). Důvodem byla zvědavost a snaha zapadnout do party.

6/A: *Hulili všichni, tak sem taky za al. Nevím proč.*

Postoje k marihuaně lze v popisovaném souboru rozlišit nejvýrazněji dle generací a lokality (tedy bez ohledu na sociální stratifikaci i etnicitu).

- a) mladá generace⁹⁰ konzumovala marihuanu více i méně pravidelně (muži a lokality města I) nebo ji vyzkoušela (ženy a město II) a měla k ní převážně pozitivní vztah: 13/B: *Tráva není až tak škodlivá, brzo jí udělají legální.*

Na druhou stranu existovaly určitě bariéry, například trestnost (Kajanová, 2009):

5/A: *Je to hotný bych ale nenabídla, nejsem blbá.*

- b) střední a starší generace marihuanu znaly, například v době, že ji konzumují někde i jejich přítelové, ale sami ji nezkoušeli.

⁹⁰ Zde uvádím respondenty starší 15 let (pozn. autorky).

Respondenti si marihuanu p stovali sami (n kte í p íbuzní rodiny A), i využívali služeb dealera. Na marihuan dotazovaní uživatelé hodnotili kladn snadnou dostupnost a p íjemný stav po jejím užití. Respondenti mladé generace z m sta I p itom tvo ili nejpravideln jší a nejpo etn jší skupinu uživatel .

6.3.3.4 Užívání ostatních ilegálních drog

„V lokalit bere hodn lidí drogy a tráva je to nejmenší, normálka“ (pers., bývalý streetworker, m sto I, 2007).

„Pervitin + tráva, na... (vylou ená lokalita, m sto I) letí“ (pers., sest enice rodiny A žijící ve m st I, mimo lokalitu, 2008).

Zatímco konzumaci marihuany mi n kte í respondenti p iznali tém íhned po seznámení, ostatní (tvrdé) drogy p edstavovaly dlouhou dobu tabu a byly presentovány s despektem. Až po dvou letech výzkumu mi n kte í respondenti potvrdili domn nky o užívání pervitinu (Kajanová, 2009). Vzhledem k citlivosti tématu, se mi nepoda ilo získat informace o v ku, kdy za ali respondenti drogy užívat, užívání bylo ale iniciováno skupinou vrstevník (kamarády, partou).

P íležitostně⁹¹ užívání pervitinu (cca. 3-5x/m síc) jsem zaznamenala u t í muž mladé generace (6/A, 10A/B a ~~41/A~~), které ale bylo bez výrazn jších zdravotních projev , pravd podobn nejen kv li etnosti užití, ale i jeho form – sniffing. Závislost na pervitinu, v etn nitrožilní aplikace, se objevovala u jedné nezletilé dívky (~~38/A~~). Výrazn jší problémy vyplývající z této závislosti vygradovaly koncem roku 2008, kdy utekla z domova, nebo jí hrozilo opakované umíst ní do ústavního výchovného za ízení. Dívka se živila prostitucí a m la za sebou 2 potraty. Trp la podvýživou a její zdravotní stav vykazoval známky dlouhodobého vy erpání. Komunita se k jejím problém m stav la shovívav , kladla vinu matce, že si našla nového p ítele, s nímž si dcera nerozumí a vy ítá jí dovolení umíst ní do ústavních za ízení.

⁹¹ Použila jsem len ní dle vývojových stup užívání psychotropních látek (Zábranský, 2003).

Užívání pervitinu se, v rámci mého cílového souboru, týkalo toliko pouze respondent žijících v sociálně vyloučené lokalitě ve městě I. Několik dalších respondentů mladé generace z výše uvedené lokality přiznalo, že pervitin vyzkoušelo - počet však nelze přesně stanovit, nebo užití středav potvrzovali a zapírali.

Mezi další ze skupiny tvrdých drog patřilo experimentální užití MDMA a LSD (na diskotékách) respondenty, kteří užívali pervitin (Kajanová, 2009). Ve zkoumaných rodinách ve městě II jsem užívání „tvrdých“ drog nezaznamenala, problémy s pervitinem však mají vzdálení příbuzní obou těchto rodin.

Snažila jsem se dále identifikovat příiny preference určité skupiny tvrdých drog, u zkoumaného souboru konkrétními stimulanty.⁹² Dostala jsem pověštinou odpovědi typu nevím, nepřemýšlel/a jsem nad tím (6/A + respondenti, kteří nejsou uživateli, ale otázku jsem u nich vznesla), nebo vyhovuje mi to tak (6/A, 41/A). Zajímavou odpověď mi poskytl respondent 10A/B. *Já jsem zkoušel všechno možný a z nich kterých v cí mi bylo špatný, nebo to na mně bylo prostě moc, třeba papíry (LSD). Měla jsem kdy papíry?... Takhle je mi nejlíp. Dokážu se bavit, jak nikdy.* Respondentka 38/A uvedla, že drogy užívá *aby mne nic nebolelo, netrápilo, abych to přežila... Nic už mám za sebou, jako v životě. Se vším jsem začala moc brzo, s diskotékami a tak.*

6.3.3.5 Gambling

S gamblerským jsem se setkala u rodiny C, kde pravidelně – minimálně 2x týdně - hráli oba rodiče (15/C, 16/C) hrací automaty, převážně v non stop barech v centru města. Frekvence hraní vycházela z finančních dispozic – vyšší byla v době pobírání důchodu a sociálních dávek. Vzhledem k tomu, že o tomto tématu se mnou členové rodiny C odmítali hovořit, nepodařilo se mi identifikovat částky, které byhem gamblerským vydali. Dle informací od sousedů a sociálních pracovníků lze usuzovat, že prohrané peníze se výraznou měrou podílí na špatné ekonomické situaci domácnosti.

⁹² Mezi Romy v české republice dominuje heroin, v Jiho českém kraji je však častější pervitin (viz teoretická část).

„Hned jak bere dávky, jde a prohraje všechno. Pak za mnou chodí, jestli bych jí nep j ıla cukr, že nemá dát co d tem do aje...“ (pers., sousedka o resp. 15/C, 2007).

U ostatních respondent jsem se s hrá stvím nesetkala. N kte í respondenti (muži mladší generace) uvedli, že hrát automaty zkoušeli, ale nep inášelo jim to ani výhru, ani pot šení, proto toho nechali.

Respondent 22/D pravideln sází na sportovní zápasy, nejedná se ovšem o závislost, spíše zábavu související s celkovým zájmem respondenta o sport.

22/D: Nejsem ale ani v plusu ani v mínusu. Spíš mn to baví kv li tomu sportu.

Pro se gamblerství týkalo práv jedné konkrétní rodiny nelze jednozna n ur it. Pravd podobn jde o souhru vícero osobnostních faktor .

6.3.3.6 Souhrn výsledk a diskuse determinanty „užívání n kterých návykových látek a gamblerství“

Z hlediska užívání návykových látek u cílového souboru p evládal nikotinismus a to tém u všech dosp lých respondent . Podobné výsledky získaly zdravotnické výzkumy zam ené na tuto cílovou skupinu (srov. Nesvadbová et al., 2003, Nesvadbová, Šandera, Haberlová, 2009). Zatímco alkoholismus se týkal spíše jedinc , než romských komunit, v mladé generaci Rom se objevuje nov abusus ilegálních drog, kde marihuana komunitou za drogu v pravém smyslu ani považována není.

Užívání návykových látek v romských komunitách je asto spojováno s její špatnou socioekonomickou situací, p ípadn sociálním vylou ením (srov. nap . Hawes, 1997). Dle mého názoru však situaci nelze p ítát pouze tomuto faktoru. Velký význam spat uji v p ístupu romské rodiny a komunity k problematice užívání návykových látek, kdy rodina je k t mto v cem benevolentn jší a poskytuje výraznou míru sociální opory, bydlení, stravu atp., takže závislý lov k neupadne tak rychle „na dno.“ Již kou ení cigaret u d tí m že být podporováno nedostate ným vyjád ením nesouhlasu ze strany rodiny. V romské rodin se hovo í otev en , lenové nemají mezi sebou takové zábrany, setkala jsem se s n kolika rozhovory na téma užívání drog, které nebyly odstrašujícího charakteru, ale spíše zvědavé.

Rodinní příslušníci (starší sourozenci, bratřenci, sestřenice) jsou zároveň nejčastějšími iniciátory užívání návykové látky (jak uvádí také Tumorová, Vrtbovská, 2004), což je ovšem ovlivněno také tím, že většina kamarádů se rekrutuje z ady příbuzenstva a starší sourozenci vystupují často v roli „dozoru“. Může tak fungovat model nápodoby, kdy se děti setkávají se ve svém sociálním prostředí často již s cigaretami, případně jinými návykovými látkami, než děti majority.

Souvislost mezi abusem návykových látek a sociální stratifikací, eventuálně exkluzí, je nutno hledat rovněž ve zvýšené míře stresu, který je důsledkem socioekonomické situace a návykové látky jej do určité míry tlumí, a má ji tlumit.

Nízká motivace k omezení nejčastější závislosti v romských komunitách – kouření cigaret (srov. Wilkinson, Marmot, 2005), souvisí s nedostatečným uvědoměním si dlouhodobých následků, vyplývajících z životního postoje zaměřeného na přítomnost (finanční dopad kouření x zdravotní dopad kouření – zdá se, že lidé spíše finanční, který je ihned patrný) (srov. Davidová, 2005). To platí výrazněji v sociálně vyloučených komunitách, které jsou ještě více orientovány na přítomnost.

Hovor o problémech s ilegálními návykovými látkami vyžadoval značnou důvěru respondentů ke mně jako výzkumníkovi. Domnívám se, že identifikace drogových závislostí formou dotazu od cizí osoby může být zkreslená, což by mohlo vysvětlovat nepoměrně nízký předpokládaný vysoký výskyt drogových závislostí mezi Romy⁹³ a výsledky, které v tomto směru přináší výzkumná šetření.

Zdravotní dopady, v přímé souvislosti s výše popsány závislostmi, lze, ve zkoumaném časovém horizontu, jen obtížně identifikovat. Respirační onemocnění, v etnicky respiračních onemocněních dříve a jejich nejčastější nemocností, se vyskytovala nejčastěji u rodin v sociálně vyloučených lokalitách, kde byl v té době podíl kuřáků, mohla však mít souvislost s dalšími jevy spojenými se sociálním vyloučením. Za závažný problém považují to, že se kouří doma, před dětmi, tzn. ty se stávají pasivními kuřáky (Kajanová,

⁹³ Srov. *Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů v soběcích v této oblasti*. 106 s. Praha: Gabal Analysys and Consulting, 2006.

2009). Karcinom plic, i jiné onemocnění přímo související s nikotinismem, se v uvedených rodinách nevyskytoval ani anamnesticky.

U respondentů, kteří byli uživateli marihuany, jsem nezaznamenala žádné příčné zdravotní důsledky vyplývající z její konzumace. Nad možnými psychickými následky, v rámci mnou použitých metod výzkumu, lze jen obtížně spekulovat.

U respondentky 15/C byly z etelně patrné negativní aspekty kontraindikace užívaných léků a alkoholu, které mi potvrdili i pracovníci NNO, jejichž klientkou respondentka byla a sousedé této respondentky: „*pije každý den, pivo, víno*“ (pers., sousedka respondentky, 2008). Sociální dopad alkoholismu se projevil ve svění dítí do péče otce. Lze ale jen velice obtížně určit, do jaké míry problémy s nadměrným pitím pramenily primárně ze sociální exkluze, v níž se respondentka nacházela a do jaké míry byla konzumace alkoholu ovlivněna závažnými problémy v partnerském vztahu, kde docházelo i k domácímu násilí.

6.3.4 Souhrn interpretace výsledků a diskuse část „vybrané faktory životního stylu v kontextu zdravotního stavu“

Výsledky týkající se determinanty „výživa“ odkazují na finanční podmínnost, v nichž některých stravovacích návyků, kdy sociální vyloučení si nemohou zdravou a kvalitní stravu díky nízkým příjmům dovořit. Roli zde ale hraje i neznalost zásad zdravého stravování u souboru rodin žijících v sociálně vyloučených lokalitách, kde jsou aplikovány ne vždy protektivní vzorce předávané v komunitě (např. že mateřské mléko novorozeněti nestačí). Problém představuje nevhodné stravování dítěte vyplývající z dobré vůle dát dítěti to nejlepší podle jeho představy. Výsledky rovněž mapují konkrétní dopady nevhodného stravování na zdraví v případě výskytu obezity. Tato choroba souvisí dále s determinantou „doprava“, kde jsem popisovala tělesnou aktivitu respondentů obecně a dospěla jsem k výsledkům, že dospělí respondenti, především pak nezaměstnané ženy, vykazují zásadní nedostatek tělesného pohybu, který by ovšem bylo možno saturovat například sportovní aktivitou (tím spíše u mladé generace).

„Doprava“ představuje také finanční zátěž u osob žijících v sociálně vyloučených lokalitách s nedostupnými službami, čímž může působit jako stresový faktor.

„Užívání některých návykových látek“ je determinanta podmíněná kombinací stresu a socioekonomické situace. To je navíc podpořeno postupem rodiny, která se k závislému jedinci nestaví odmítavě, jeho chování omlouvá a situaci se snaží řešit v rámci rodiny (tedy bez delegace na odborníka). Zároveň iniciace je často ze strany některého člena rodiny. Sociálně vyloučené rodiny pak ani mnohdy neznají rizika abusu některých látek, cítí se ale fakticky bezmocné. Zdravotní dopad závislostí je významný a zjevný i u legálních drog (především nikotismu), které rovněž představují obrovský výdaj pro sociálně slabé rodiny.

6.4 Interpretace výsledků a diskuse část „romská rodina a komunita“

6.4.1 Interpretace výsledků a diskuse determinanty „dětství“

Dětství je téma, které zaručuje dobrou komunikaci s respondenty, hovořili o něm rádi a otevřeně. Informace k okruhu dětství jsem zjišťovala

a) aktuálně – 4 respondentky mladší generace během výzkumu otěhotněly a porodily dítě, v rodinách byly dále zastoupeny děti všech věkových kategorií,

b) dotazem na dětství vlastní a svých dětí u respondentů střední a starší generace.

6.4.1.1 Specifika rodinného prostředí

Všechny děti cílového souboru vyrůstaly v domácím prostředí. Pevněly samostatně žijící nukleární rodiny, s výjimkou rodiny A, pravděpodobně z důvodů kombinace faktoru lokality a sociální exkluze rodiny sehnat vlastní byt se mladé generaci jevílo jako značně problematické.

Z hlediska generální komparace jsem zaznamenala manželské svazky u starších a středních generací a soužití druhá a družky u mladých generací⁹⁴, bez ohledu na

⁹⁴ Význam svatby v souasných romských komunitách je nejednoznačně vymezený. Na jednu stranu má-li být, musí být okázalá, na druhou stranu jsou tolerovány svazky nesezdané, přičemž ty jsou u mladých

přítomnost dětí. Pro soužití druhá a družky převažovaly racionální a ekonomické důvody, s pochopením i ze stran starších generací.

15/C: *Ono už je to dneska jedno, jestli jsou vzatí nebo ne. I d'ť mít m'žou, to je jedno.*

4/A: *Svatba je akorát drahá, je to zbytečnost.*

26/E: *Romská svatba je hodně nákladná, poítá se s tím, že se pozve hodně lidí a dlouho se hostí. Na svatbu jsme nebyli, ani nepamatuju. Jsou tu jen samý poh'by. Svatba se už moc nesto*

nedělá. Spíš mladý žijou spolu na hromádce. Pak se pohádají a jdou od sebe. Když je svatba, to už musí být. Nemže si to dovolit každý. Oni dneska ale zstávají bez manželství i proto, že se to vyplatí.

Za zajímavé považuji, že ačkoli byli mladí partneři i nesezdáni, používali často označení přibuzných jako „manžel, manželka, tchýně“ atp.

Zkoumané rodiny byly stabilní, absentovaly rozvody/rozchody rodičů a to v etnografických anamnézách respondentů (tzn. situace před výzkumem), s výjimkou ženy z rodiny B, která pocházela z rozvedené rodiny. Neznamená to ale, že jsou si manželé/partneři i absolutně věrni:

4/A: *To víš že mám ještě ženský bokem, a nejednu, to je normální u nás, u Romák ... Mám jí rád, to víš že jo, dy mám s ní děti.*

Určitá míra nevěry se u romského muže i předpokládá:

23/D: *Ženská musí být v'rná, byla by to ostuda, chlap je ale málokterej.*

6.4.1.2 Postavení dětí ve rodině

Ani v jedné ze zkoumaných rodin jsem se nesešla s tím, že by se dítě plánovalo. Hormonální antikoncepci užívaly sice všechny respondentky mladé generace, ale velmi nepravidelně a ženy ze sociálně vyloučených lokalit také s ohledem na to, zda zrovna mají peníze na antikoncepci finance⁹⁵. Přesto byly děti vítané a přijímané s láskou.

generací preferovanější. To potvrzuje například Navrátil et al.(2003), podle nějž je podíl v kategoriích soužití druh/družka, ve srovnání s majoritou asi trojnásobný.

⁹⁵ Srov. například Nesvadbová, Šandera, Haberlová (2009), kde hormonální antikoncepci užívalo pouze 9,6 % dotázaných respondentek.

13/B: *Neplánovali jsme ho, chtěla jsem mít dítě ve 23, chtěla jsem mít vlastní byt... Ale nikdy jsem neuvažovala o tom, že bych si ho nenechala.*

Souvislost vidím v kombinaci několika faktorů, které uvádí odborná literatura (Davidová, 2005 a další):

- v romských komunitách stále platí zvyšování sociální prestiže ženy s potomky (odpovídá všem popisovaným rodinám)
- lepší zařazení a vyšší prestiž ve skupinách vrstevníků, kteří již děti mají (odpovídá rod. A, B, D, E)
- v nesezdaných partnerstvích prostě udržet si partnera (odpovídá rod. B)

Na péči o dítě se podílela široká rodina - táje babičky, tety, starší sestry, ale i mužské příbuzné, kteří dítě umí přebalit, nakrmit a vnují mu poměrně mnoho času:

13/B: *Milan když jede s malým na procházku, neustále kontroluje kolečka, jestli má malej epici přes obušá a dudlíka... On se o něj dš bojí, nechce nám ho ani přejít na ruku.*

Dítě tak nebylo nikdy samo, důležitý byl fyzický kontakt, když jej neustále někdo choval, nosil na ruku, a se s ním mazlil. Na druhou stranu jsem se setkala s odmítáním tohoto jevu ze strany neromské matky (rodina B).

13/B: *Vadí mi, že tchýně a ostatní z baráku malého budí, když si s ním chtějí hrát.*

6.4.1.3 Socioekonomické podmínky a jejich vliv na dítě

Nevyhovující socioekonomické podmínky, jako významný faktor determinující dítě, se objevovaly specificky u sociálně vyloučených rodin, především z důvodu přelidněných bytů, kde nemá matka s dítětem soukromí a dítě naplněný klid na spánek (více viz interpretace výsledků determinanty sociální exkluze). Z důvodů nevyhovujících socioekonomických podmínek byly nezletilé děti rodin A/B, B a C pod dohledem Odboru sociální a právní ochrany dětí.

13/B: *Bojím se sociálky, že mi vezme dítě, když budeme, jak budeme. Šla bych bydlet do normálního podnájmu, ale žádnéj není.*

Stávající socioekonomická situace a výhled do budoucnosti, bez očekávaných změn k lepšímu, ovlivňoval negativně pedagogický stres.

13/B: *Porodu se nebojím, že to bude bolet a tak, v bec... Když nic neznáš, tak se toho nebojíš. Spíš se bojím, jak to bude pak s bydlením, abychom vyšli s penězi a tak.*

Rodičovská dovolená sice byla respondentkami z rodin A, B a C vnímána jako dobrý finanční zdroj, na druhou stranu si byly v domě toho, že dítě představuje subjektivně pociťované zvýšení nákladů, které lze z rodičovské dovolené pokrýt jen částečně:

13/B: *Dítě je v dnešní době luxus, pořád se zdražuje. Chtěla bych malému poйт choditko, ale nemůžeme si to dovolit, všechno je hrozně drahý, pleny, Sunar... Jsem ráda, že mám aspoň na ten Sunar a to třeba oblečky dostávám od Nikolky.*

Pravidelně z důvodu nepříznivé ekonomické situace u rodin žijících v sociálně vyloučených lokalitách absentovaly hračky rozvíjející kognitivní schopnosti dětí, a výskyt hraček obecně byl minimální (převládaly barbyny pro dívky a plyšové hračky pro chlapce). Preferovány byly hry venku. V domě tyto děti trávily maximum času před televizní obrazovkou, i v kolektivu starších sourozenců. Děti rodin D a E dostávaly pestřejší paletu hraček, včetně kostek, skládaček a sportovních pomůcek (míčky, jezdidla).

6.4.1.4 Specifika výchovy v romské rodině

Děti, do doby mladšího školního věku, bylo v popisovaných rodinách na první pohled vše dovoleno a okolí pak mnohdy považovalo děti za nevychované.

Matka neromské resp. 13/B o resp. 9/A/B: *Děti vychovat neumí, nenaučila je nic. Ten Kájů brácha hrozně zlobí, když jdou ze školy, tak se jich lidé normálně bojí, protože sprostě nadávají a dělají bordel. Na Mikuláše prý udělali jakou scénu. Já bych jí nic neekla, ale nemá cenu se hádat s takovýmhle jednoduchým člověkem.*

Děti byly ale hlídány a ošetrovány, hlavně, aby se jim nic nestalo. Také starší sourozenci byli vedeni k tomu, aby mladšímu dítěti neubližovali a poskytovaly mu péči. Ve zkoumaných rodinách však platil model, že čím jsou děti mladší, tím více jsou rozmazlovány. Uvádím příklad:

Matka respondentky 7/A dce i ušila top a sukni. Soused dcerka plá e, že chce také. Matka (1/A) to považuje za samoz ejmost, a protože nemá látku, vezme šaty starší dcery a rozst íhá je. Starší dcera (5/A) je uražená: *Byly to mý jediný šaty na léto, dostala jsem je od kamarádky jako dárek. D tí tu mají vždycky p ednost, vybere í si to.*

Matka: *Je velká, pochopí to. Malá by bre ela, když by to nem la.*

9/A/B: *Až se narodí 13/B malej, budu jí íkat, a ho nerozmazluje a ona to bude stejn d lat. Rozmazluje psi, bude rozmazlovat i d cko.*

Jak dít stárlo, p íbývalo povinností, p edevším pak pé e o mladší sourozence, u dívek pak rovn ě pomoc matce v domácnosti.

V Rodin ě jsem se setkala s p ísn ější výchovou ze strany otce, kteý m l strach, aby se d tí nedstaly do nevhodné vrstevnické skupiny a nesklouzly nap . k návykovým látkám. D vod vidím ve vyšším vzd lání otce a znalosti rizik vyplývající taktěž z jeho zam stnání.

26/E: *Chci aby z nich n co bylo, aby si ud laly školy a tak, nedovoluju jim t eba chodit ve er ven, aby se nechytly party.*

D tí byly na rodinu siln ě fixovány. P í inou spat ují v absenci vedení d tí k samostatnosti. Veškeré své aktivity provozovaly v interakci s rodinou.

39/A: *Na prázdniny se net ším, p es léto se budu nudit. Možná pojedu se ségrou na tábor, ale nechci, ješt jsem na žádným nebyla, a v bec takhle pry , a nechci od rodiny. Radší bych byla doma.*

U romských respondent dochází ke genera ní zm n respektu k rodi m. St ední a starší generace negativn vnímala nižší úctu k rodi m a starším len m rodiny u mladé generace a poukazovala na to, že za jejich mládí k n emu takovému nedocházelo. Situaci si vysv tluji postupným opoušt ním tradi ních romských norem v d sledku asimilace.

26/A: *Táta, to byl jako takový lov k, který si dal hrozn jako záležet na tom, aby rodina byla dob e vychovaná a slušná. Tím pádem jsme m lí hrozn jako takovej respekt od rodi . Dneska už je to dávno jinak.*

3/A: *Když jsem byla v pubertě a až do dospělosti jsem poslouchala rodiče na slovo, když mě kárali, přijížděla jsem tolik a tolik domů, nedovolila jsem si nepřijít, jako u některých mladších dětí. Kdybych to udělala, matka by tam pro mě přišla a od otce bych byla bítá. Poslouchám rodiče i teď, když si můžu dělat co chci, jsou to přece jen rodiče.*

13/B: *Mámu jsem vždycky poslouchala, neznám to, že ne, jak tady děláš. Sice v pubertě jsem byla drzá, ale abych se toulala nebo tak něco to ne.*

Specifika jednotlivých období romského dětství v kontextu zdravého vývoje a zdravotního stavu uvádím v části zdravotní stav.

6.4.1.5 Pedagogická výchova

Děti zkoumaného souboru jen výjimečně navštěvovaly mateřskou školu. Jako hlavní příčiny uváděly matky svou přítomnost doma (na rodičovské dovolené s mladšími sourozenci, i nezámlanost), neochotu dětí být ve školce, ale také nemožnost najít volné místo. S ekonomickými problémy jsem se ani v jednom případě nesešla. Z rodiny A mateřskou školu (MŠ) – žádná z generací nenavštěvovala. V rodině B a D navštěvovala MŠ žena neromka, muž, stejně jako jejich děti, nikoli.

23/D: *Chci je dát do školky, ale je s tím problém, všude je plno, slíbili mi to od ledna.*

V rodině C rodiče a starší děti MŠ nenavštěvovaly, mladší děti využívaly pedagogickou sekci nízkopražského klubu, kam zároveň chodily na odpolední program a doučování starší děti. Z rodiny E navštěvoval MŠ pouze otec.

26/E: *Já jsem chodil do MŠ, mě děti ne. Děti se tam necítí svobodně.*

6.4.1.6 Souhrn výsledků a diskuse determinanty „dětství“

Rodina pro Romy představuje stále tu nejvyšší hodnotu a důstojnost, a zároveň zajišťování určitého statusu jako ženy-matky (srov. Davidová, 2005). Domnívám se (a výše uvedené výsledky to rovněž potvrzují), že právě tato skutečnost je příčinou, pro kterou dosud velká část dětí je v romských rodinách neplánovaná, a kvůli antikoncepci již není v romských komunitách neznámou a postupem generací se stává běžnou – většina mých respondentek mladé generace, bez ohledu na další komparativní kritéria, jí užívala. Nemohu ovšem potvrdit, že tomu tak je ve všech romských komunitách, nebo naproti.

výzkum Nesvadbová, Šandera, Haberlová (2009) uvádí užívání hormonální antikoncepce pouze 9,6 % dotázaných respondentek.

Navzdory obecnému názoru, který v majoritě panuje, bych ráda upozornila na to, že romské dítě má jeden nesporně kladný faktor pro svůj psychický vývoj a tím je fakt, že romská rodina je stále velká a soudržná⁹⁶ a existuje tak nahraditelnost péče (srov. Matoušek, 2003).¹ Nepřítomností neúplných rodin v mém výzkumném vzorku v žádném případě nechci generalizovat nepřítomnost neúplných rodin v romských komunitách, které nkte i auto i zmi ují (srov. nap . Uherek, 2007, Scheffel, 2005). Považuji ale za nutné podotknout, že v případě, že se rodina rozbije, je tomu především důsledkem vnějších vlivů (nap . užívání otce).

V případě výchovy v romské rodině lze polemizovat o tom, kdo vlastně dítě fakticky vychovává a jak se jednotlivé styly výchovy podílí na jeho vývoji. Lebduška (2008) uvádí jako nejčastěji se vyskytující model výchovy v romských rodinách styl *pesimální výchova s velkým množstvím požadavků a zároveň značnou volností dítěte*, který se vyskytoval v 53 % zjištěných romských rodin, ale pouze u necelých 26 % rodin majoritní populace. Ostatní výchovné styly jsou zastoupeny spíše okrajově, u majoritní populace je v této rozmanitost výchovných stylů.

Naproti velkému počtu osob, které se o dítě starají, prakticky všichni respondenti považovali za nejvíce pečující osobu matku a s ní mají rovněž nejlepší vztah. Výzkum Nesvadbová, Šandera, Haberlová (2009) uvádí jako nejčastější pečovatele o dítě do věku 14 let babičku (31 %) a až poté matku (18,7 %), na třetím místě je jiný příbuzný, například teta (14,6 %). Na druhou stranu dítě dobře ví, kdo je primární pečující osoba, tedy osoba, ke které se vytváří zpravidla nejsilnější vazba, nebo žádný z respondentů neodpověděl, že neví.

Zastupitelnost péče o dítě ve vícegeneračních domácnostech a v souvislosti s vysokou mírou sociální opory, představuje protektivní faktor psychické pohody pro dítě i matku. Fixace romského dítěte na rodinu, budovaná v raném věku, se ale může projevit v pozdějších potížích odpoutat se od ní.

⁹⁶ Rodinné prostředí považují za stabilní, i v případě, že pár má neshody, poněvadž neeší situaci bez rozvodu, což ovšem může mít pro dítě v něm vyrůstající stejně tak pozitivní i negativní vliv (pozn. autorky).

Mužský podíl na péči o dítě v romských komunitách, pak má že spoluvytvářet silnější vazbu mezi dítětem a otcem (srov. Jonez, 2005). Delegace výchovy dítěte na starší sourozence představuje aplikaci jejich vlastního, specifického výchovného stylu, který se odráží ve vývoji dítěte a v případě nedostatečné kompetence (vyzrálosti) sourozence nemusí být vždy pozitivní. Zároveň dťství to, čto sourozenci, jsou-li sami dětmi, má že být p evzetím takovýchto povinností negativně ovlivněno.

Ve smíšených rodinách se žena - neromka ve stylu výchovy dítěte p izp sobuje romské komunitě, odlišné požadované normy pak pro ni mohou představovat zvýšenou míru stresu.

Výše uvedené faktory vyplývají p evážně z kulturních specifík (o tom sv d í to, že se neprojevily rozdíly v komparačním kritériu sociální vyloučenosti). Socioekonomické podmínky v sociálně vyloučených lokalitách ovšem dťství ovlivní rovněž významnou měrou. P edevším představují ambivalentní pohled na rodičovskou dovolenou, z hlediska zvýšených p íjm, ale i výdajů. Rodičovská dovolená má že být určitým způsobem do asného řešení ekonomické situace sociálně vyloučených rodin, vzhledem k tomu, že ženy z těchto rodin jsou ve většině případů dlouhodobě nezaměstnané, nicméně zvýšené náklady na dítě situaci v subjektivním pohledu respondentek vyrovnávají.

Dále se projevují nemožnosti zajistit podstatné prostředí (např. vybavenost vhodnými hračkami), které je důležité pro psychický rozvoj dítěte (srov. Olšovská, 2006).

Na socioekonomické situaci naopak neshledávám primárně závislou nízkou návštěvnost mateřských škol a ani absence soukromí v přírodních bytech (v sociálně vyloučených komunitách) neměla u zkoumaného souboru významnější negativní vliv na denní režim dítěte.

6.4.2 Interpretace výsledků a diskuse determinanty „sociální opora (SO)“

6.4.2.1 Zdroje SO

Využívané zdroje SO jsem rozdělila, dle významnosti a jejich zastoupení v rámci cílového souboru, do několika skupin, které uvádím níže:

- **Rodina**

Zdroje SO v popisovaných rodinách zahrnovaly převážně danou rodinu, rozšířenou o více či méně širší příbuzenskou skupinu. Šíře rodinných sítí skýtajících zdroj SO byla, z hlediska komparativních faktorů, významněji závislá na etnicitě, kde obě neromky využívaly výrazně méně široké síť, než romští respondenti. Obě neromské respondentky také spoléhaly více na SO v rámci romského příbuzenstva (rodiny svého přítele), nežli přírodní rodiny.

13/B: *Romové mají mezi sebou lepší vztahy než my a nejsou lakomí. Je běžné si v domě jít ovát peníze, hlavně na cigára. Oni jsou v nich kterých ohledech lepší než my. Podívej, (přítele) rodiče jak jsou spolu dlouho a po čem se mají rádi.*

U respondentky 13/B mohly být důvodem dlouhodobé neshody v přírodní rodině, v jejichž důsledku se stýkala pouze s matkou a bratrem. V rodině D měla neromská respondentka 23/D přírodní rodinu v jiném městě, vzdáleném 7 km od místa současného bydliště, což mohlo také představovat faktor, který zdroje SO omezoval.

U rodiny E byla situace specifická v tom, že otec rodiny udržoval vztahy více s rodinou manželky, než se svými vlastními sourozenci, a kolikrát žili v jednom městě. Důvodem, dle jeho slov, byly neshody s manželkou bratra a jeho dluhy, k neshodám se sestrou se nechtěl vyjádřit více než, že se jednalo o déletrvající spory.

26/E: *Nebavím se ani s bráchou ani se ségrou. S bráchou 2 roky, kvůli jeho ženě, která je bláznivá, ovládá ho (on je citlivá povaha) a zakazuje mu to. Zdeněk je o 20 let starší, mohl by být můj otec. Oba mají PID, on svému dluhu ještě nevidí, protože mají doma 2 zety, kteří jsou nezaměstnaní, leží doma a nechají se obskakovat od manželek. Protože žijí takhle po etnou rodinu, půjče si kde se dá, dříve třeba i ode mně, tu 5.000,- tu 1.000,- ale už mu nepůjču.*

S rodinou manželky měl respondent vztahy dobré již od dob jejich seznámení, domnívám se, že jí dosud viděl za podporu při přežívání za útok v novém prostředí (respondent emigroval do města II z východoslovenské osady po sametové revoluci).

26/E: *No, tak jsem vycestoval v roce 1990, v dubnu, no a hned ze za útku jsem zjistil, že to jsou těžké muka sehnat práci a těžké muka být na obtíž rodině, sourozenci. (Respondent doasně bydlel u nich.) No tak hned – do mě síce – jsem si našel*

n jakou známost, holku a s tou holkou jsem za al žít. Pak jsem se s ní oženil. Ta rodina mn p ivítala, dala si pod k ídla mn , tak jsem byl s nimi v rodin rodi manželky. A vydržel jsem tam 10 let.

- **Sousedé**

Sousedské vztahy, pomínu-li p íbuzné jako sousedy (v p ípad rodiny A, A/B), byly specifické rodina od rodiny.

Rodina A a A/B m la sousedy romské a udržovala s nimi dobré vztahy, náhodn se setkávali p ed domem a hovo ili spolu v pozitivním duchu, d ti si spolu hrály (nezaznamenala jsem ale žádné pozvání do bytu), tedy lze hovo it p edevším o emocionálním typu SO. Sociální opora instrumentální se zde po dobu mého pobytu nevyskytovala.

Rodina B si sousedy (všichni neromští) zpo átku chválila, po n kolika m sících si st žovala, že jim starší sousedka vybírá poštu ze schránky a bezd vodn tlu e na dve e.

Rodina C s žádnými sousedy, mimo p íbuzné, p átelský vztah neudržovala.

15/C: *Sousedí jsou hrozní, po ád si chodí n co p j ovat, žebrají o kafe, cukr, cigarety, vlezou mi do kredence.*

Sousedské vztahy v dom však obecn nelze hodnotit jako p íznivé (viz kapitola interpretace výsledk determinanty sociální exkluze).

Sousedé rodiny D byli neromové. Rodina s nimi udržovala neutrální vztah, p íliš se vzájemn nebavili, protože nem li takovou pot ebu.

Rodina E m la sousedy romské i neromské, vztahy byly obdobné jako u rodiny D.

- **P átelé**

Popisu p átelských vztah se áste n v nuji již v interpretaci výsledk determinanty sociální exkluze. Kdybych je m la zhodnotit ve vztahu k poskytované SO, p edstavují p edevším zdroj anticipované SO pro mladou generaci.

- **Komunita**

Také SO poskytovaná komunitou je spíše anticipačního charakteru, nezaznamenala jsem p ípad obdržené SO ze strany komunity (v širším slova smyslu), nebylo o ni ovšem ani žádáno. Nesetkala jsem se ani s tím, že by komunita představovala zdroj zm ny, který je jí p i ítán, má nicmén takový potenciál. Význam komunity v systému SO chápu p edevším v existenci dalšího možného zdroje (vyjma rodiny, p átel a dalších).

6/A: Kdyby p ijel n kdo ze Slovenska, nikomu by to v baráku nevadilo. Zapadl by. Sta ilo by, aby to byl n kdo z rodiny, t eba bratranec, když sem p ijel, hned se se všemi seznámil. Pomohl jsem mu.

- **Stát**

Stát poskytuje svým ob an m bezesporu významnou SO v podob sociálního systému, což je ještě významn ji patrné u respondent , kte í pobírají sociální dávky. Této problematice se blíže v nuji v ásti interpretující výsledky kapitoly sociální gradient.

- **Další zdroje SO**

Mezi další zdroje SO mohou u pracujících pat it kolegové v zam stnání, což byl p ípad respondent (22/D, 26/E). Kde každý z nich m l jednu kolegyni, která jim pomáhala i v mimopracovních záležitostech (nap íklad s dalším vzd láváním) a respondenti s ní hovo il i o soukromých záležitostech (nap . problémy v rodin). V jednom p ípad se p ítom jednalo o Romku, v jednom o neromku.

Mezi zdroje SO bych ráda zahrnula rovn ž víru (v náboženském slova smyslu), nebo Romové jsou tradi n v ícími (srov. Davidová, 2005). V mém souboru v il i v Boha všichni respondenti, ale žádný z nich nebyl praktikujícím k es anem (tzn., neú astnil se pravideln bohoslužeb v kostele). Náboženská víra byla u respondent genera n p edávána, p í emž starší generace se zmínily, že za dob svého d tství (p evážn na Slovensku) do kostela pravideln chodily. D vod, pro tomu tak dnes není, se mi nepoda ilo zjistit, respondenti odpovídali nej ast ji ve smyslu, že sami neví,

případně že jim stačí se pomodlit doma. Modlitba, kterou občas, v případě nesnáží nebo obav, praktikovali všichni respondenti, jim pomáhá spíše tak, že je dočasně uklidní, žádný z respondentů neviděl v ní jaký její zázračný efekt.

6.4.2.2 Typy poskytované SO

Ve své práci se zaměřuji především na instrumentální typ SO, který je pro pozorovatele nejviditelnější a zároveň představuje významnou provázanost se socioekonomickou situací. Uvědomuji si, že tím zdaleka nevyerpávám potenciál možností poskytnout SO, domnívám se však, že za použití mých výzkumných technik, nebylo možno získat relevantní data pro další typy SO. Emocionální a hodnotící složce se nicméně věnuji v podkapitole „interpretace výsledků – determinanty dle dťství“.

6.4.2.3 Míra poskytované SO

Určení míry SO vycházelo v mém výzkumu především z pozorování faktických (prokázaných) projevů této opory (tedy získané SO), případně výroky o tom, jaká jsou očekávání SO. Identifikovat míru anticipované SO pouhou otázkou „myslíš, že by ti rodina pomohla, kdyby bylo potřeba“, bylo nemožné, neboť již někteří respondenti považovali téma za urážlivou, protože je to pro ně natolik samozřejmé, že se o ní nediskutuje.

Anticipovaná SO tedy v popisovaných rodinách představovala jakýsi standart. Obecně se očekávalo, „rodina pomůže“, bude-li potřeba. Respondenti byli k tomuto trendu směřování od dťství, kdy dť jsou posílány k příbuzným pro jít to i ono, od potravin po cigarety. Svědkem podobné situace jsem byla velmi často v sociálně vyloučených rodinách, v rodině B a D minimálně a v rodině E vůbec.

V případě **obdržené SO** byly u cílového souboru nejviditelnější instrumentální zdroje SO, především finanční pomoc. V rámci domácností byly naprosto přirozené, že se finanční zdroje od jednotlivých členů shromažďovaly do „společné kasy“, což u sociálně vyloučených rodin byla zároveň existenční nutnost.

5/A a 3/A: *Z výplaty p íspíváme mám na jídlo 5000,-. P íspívaly jsme jí i z dávek a to nám pak nic nezbylo. Takhle si m žeme alespo n co koupit.*

Podpora funguje i v p ípad odd lených domácností, p íkladem by mohla být rodina B.

10/A/B: *Nedostal jsem podporu, chyb l mi jeden m síc... Táta mi te slíbil dát 1.000,-, táta nikdy nic nechce vrátet a peníze nevy ítá.*

Rodinu B podporovala finan n rodina A/B, rodina matky respondentky 13/B mladému páru poskytovala v p ípad nouze potraviny:

Matka 13/B: *P j ovat nebo dávat jim peníze nemá cenu, na to už jsem p íšla. Tak rad jí koupím n co malému, nebo jim koupím jídlo. P j ovat peníze je pak kolob h, uškodila bych jim tím.*

Širší rodina p edstavovala instrumentální zdroj SO ve chvíli, kdy již lenové domácnosti nemohli finan n pomoci.

13/B: *Na ... (lokality) jsou všichni zvyklí p j ovat sí... Kdo bere pozd jí, p j í sí od toho, kdo bere d ív, také jsem p j ovala, na cigarety, na sva iny. Je pravda, že oni to vždycky vrátí. N kdy postupn , n kdy rovnou celý. P j uje se v íšinou do 500,- K .*

Jako významné hodnotím poskytování bydlení a zázemí mladé generaci (mladý pár s d tmi í bezd tný) u rodi , s ímž jsem se setkala u sociáln vylou ených rodin. Situace sice vycházela z nedostatku kapitálu mladé generace pro získání vlastního bytu, ale domnívám se, že starší generace toto považovala za ur itý standart, s nímž je po ítáno. Za celou dobu jsem se nesečkala s tím, že by soužití vyvolávalo spory, vý itky, atp. Starší generace hovo íla o mladé ve smyslu „jsme rádi, že tu jsou“, nikoliv „nemají kam jít“. U rodin vyšší sociální stratifikace jsem se naopak setkala s tím, že mladí se cht íli co nejd íve osamostatnit, a koli z hlediska prostorového uspo ádání bytu by m íli více soukromí, než sociáln vylou ení. Jednalo se o vlastní rozhodnutí mladší generace, nikoli nutnost, í tlak rodi .

Vedle instrumentálních zdroj zahrnovala obdržená SO r zné formy pomoci s innostmi, nap íklad hlídání d tí, í pé e v p ípad nemoci. Všechny oslovené rodiny,

s výjimkou rodiny E, uvedly, že by svého příbuzného nedaly do domova dít chodit. Rodina E soudí, že v případě, že by se jednalo o závažnější zdravotní potíže, byla by k tomuto kroku nucena. Podobně odmítavý názor zastávali respondenti ohledně umístění dítěte do dětských domovů, přesto však každá, z těchto rodin měla v širším příbuzenstvu někoho, kdo v dětském domově je, či byl. Do této části patří také fakt, že sestra respondentky 1/A se stará o dítě postiženého syna, zbytek rodiny A je jí k dispozici pomoci, vystoupit jí.

V sociálně vyloučených rodinách se projevují se předem, například v automatické práci rodiny A pracoval v jednom období celý den, stejně jako v tšina rodin jezdila v případě potřeby autem domácnosti jedné příbuzné.

6.4.2.4 Negativní aspekty SO

Negativně SO vnímali její poskytovatelé v případě, že cítili určitou jednosměrnost, tzn. poskytovaná opora jim nebyla dostatečně oplácena.

38/A: *Mně nejde o ty dárky, ale o to, jak jsou lakomí a lůvka využívají. Já jim vždycky nic nedala k svátku i k narozeninám, alespoň nějakou hloupost a oni mně ani bonboniéru.*

13/B: *Je to tak, já jim vždycky dala nějaký šifro a ony mně k 20tinám koupily dohromady u Vietnamců tři kilo za 90,- Kč. Já chápu, že nemají peníze, já už jsem se do nich tolik navrážela, kupovala jsem jim cigarety, když neměly, kolikrát i svačtinu, když chodily do Magsy (je o 5/A a 3/A), ale ony když braly, nikdy mně nikam nepozvaly, bylo jim nepříjemné i to cigáro mi dát. Víš na ... (název lokality) jsou divné vztahy. Oni se tam všichni cítí být hrozně chytrý a nesnesou, když jim nic říkáš, s nimi nesouhlasí. Oni ví všechno nejlíp. Všude byli a všechno zažili.*

Měla jsem pocit, že se taková situace se týká opět především finanční podpory a sociálně vyloučených rodin.

6.4.2.5 Interpretace výsledků a diskuse determinantů „sociální opora“

Z výše uvedených interpretací výsledků se může jevit, že v rodinách, žijících v sociálním vyloučení, je vzájemně poskytovaná míra SO nižší, než u výše

stratifikovaných. Otázkou zůstává, do jaké míry je tato nevyváženost důsledkem sociální exkluze a s ní spojené špatné socioekonomické situace. Tedy určitou nutností (kde například výše stratifikovaní mají šanci získat půjčku od banky, kdežto vyloučení nikoli – srov. Steiner, 2004), která prohlubuje rodinné vazby, z důvodu vyšší potřeby pomoci. A do jaké míry se jedná o důsledek vyšší koncentrace příbuzenstva v těsné blízkosti vyloučených rodin (zatímco rodiny A, A/B a C mají příbuzné na jednom místě, nejbližší příbuzní ostatních rodin žijí sice v jedné čtvrti, nicméně i takové vzdálenost může hrát roli). Přikláním se spíše k variantě ekonomické nutnosti, vzhledem k tomu, že účelnost takového půjčování vycházela z toho, že nebyly (například) na cigarety peníze, mění se často z toho, že se pro někoho nechtělo jít. Tuto teorii podporuje zjištění, že SO výše stratifikovaných se neomezuje pouze na romské komunity, ale využívá i zdroje zvenčí, a pokud obecně lze hovořit o malé míře delegace SO na profesionální péči.

Poskytovaná sociální opora v sociálně vyloučených romských komunitách představuje určitou jistotu jedince, že se nedostane do neúnosné ekonomické situace, ale znemožňuje mu fakticky hromadit kapitál, který je přerozdělován mezi potřebné členy rodiny. Již v domě existence síť připravení v případě potřeby SO poskytnout, představuje faktor omezující stres. Do jaké míry jej ale na druhou stranu způsobuje výše uvedená potřeba SO rovněž poskytovat, nebo je v rodině (komunitě) očekávaná, a pokud s ní jedinec není úplně ztotožněný, by mohlo být předmětem samostatného výzkumu. Odborná literatura dále hodnotí jako negativní nadměrně přijímané SO, která snižuje šanci osamostatnit se. Například výsledky výzkumu Sastipen (Nesvadbová, Šandera, Haberlová, 2009) ukázaly, že jedinci, kteří pociťují nedostatek citové nebo jiné podpory, jsou mezi Romy v menšině, převažující část má naopak pocit, že podpory se jim dostává tak akorát nebo dokonce více než by chtěli. S takovou situací jsem se však v rámci výzkumu nesetkala.

6.4.3 Souhrn interpretace výsledků a diskuse části „rodina a komunita“

V interpretaci výsledků determinanty „dětství“ jsem identifikovala protektivní i negativní faktory ovlivňující zdraví. Z hlediska kulturních faktorů představuje psychologicky protektivní faktor již samotné kladné přijetí dítěte. Dále pak široká romská rodina s výhodou v zastupitelnosti péče o dítě a poskytování emocionální opory, která je významná pro jeho dobrý psychický vývoj a subjektivní spokojenost. Problém je, že představovat „roztrásenost výchovy“, na níž se podílí více členů, v etnicky nedospělých sourozencích. Specifická „romská výchova“ sama o sobě představuje spíše komplikace v integraci do majoritní společnosti (například při nástupu do školy), nikoli však ovlivňuje zdraví dítěte.

Vyslovené negativní faktory ovlivňující zdravotní stav vyplývají ze socioekonomické situace, která neumožňuje dítěti zajistit takové podmínky, které by byly pro žádoucí pro jeho rozvoj (například stísněné bytové podmínky).

Determinanta „sociální opora“ nese v názvu předpoklad pozitivního kontextu. Ve výsledcích se ale potvrdilo, že ne vždy tomu tak být musí (čímž samozřejmě nechci přiznávávat vliv SO zpochybňovat). Sociální opora, která je spojována s protistresovým účinkem, může být stejně tak stresorem v situacích, kdy jí rodina/komunita od jedince očekává, ale on není ztotožněný s tím, jí poskytnout. Negativní vliv SO spatřuji rovněž v tom, že může prohlubovat sociální exkluzi cirkulací peněz v rámci rodiny, kdy předstává být pro jedince výhodné vydávat více peněz, je-li předpoklad, že se následně „rozplynou“ v rodinném kruhu. Jestliže je obtížné vymanit se ze sociální exkluze, ještě obtížnější je vymanit se z kruhu poskytované finanční sociální opory v rodině.

6.5 Interpretace výsledků a diskuse determinanty „stres“

V této části si nekladu za cíl identifikovat míru stresu jednotlivých respondentů, ani jeho konkrétní podíl na zdravotním stavu cílového souboru. Pro takovou studii by bylo potencionálně použito psychologické metody. Ráda bych zde popsala reakce, které při vystavení stresu následují a způsobují jeho zvládnutí. **Stresorům a jejich působení se blíže věnuji v jednotlivých příslušných podkapitolách výzkumné části, na tomto**

míst bych však ráda shrnula ty, které vystupovaly jako nejvýraznější a nejastější.

Stres postihoval nejvíce respondenty střední generace, což logicky vyplývá z vyšší kumulace stresorů v tomto období (srov. nap. Dohrenwend, 2003). Projevoval se astěji u žen, než u mužů, což ovšem nemusí znamenat, že by u nich byl více zastoupen, jedná se spíše o souvislost s větším projevováním emocionality u romských žen na venek. Ženy často zmiňovaly, že „mají nervy“, o problémech otevřeně hovořily, na rozdíl od mužů :

6/A: Ony mají problém se vším, pořád se mezi sebou hádají kvůli blbostem a pomlouvají jedna druhou...

Stres byl výrazně viditelnější u souboru rodin ze sociálně vyloučených lokalit, než u rodiny D a E. Nic jaké projevy stresu se u rodin A, A/B, B a C vyskytovaly téměř u každé návštěvy. Souvislost zde byla především se socioekonomickými faktory, s nimiž se zbývající dvě rodiny nepotýkaly. Domnívám se, že právě tyto faktory byly spouštěči dalších stresových situací. Významnost vlivu socioekonomických faktorů na vznik stresu a kvalitu života zdůrazňuje i autor (viz teoretická část, nap. Wilkinson, Marmot, 2005). Ve chvíli, kdy celá rodina neustále řeší půjčky a dluhy, v ovzduší napětí snadno dojde k potyčce a rodinným neshodám. Jako „typický“ (astěji se opakující) případ uvádím následující situaci:

Rozhovoru předcházela debata o možnostech půjčky, z důvodu špatné finanční situace rodiny. Rodiče rodiny B byli až do 1 hod. v noci ve městě za zábavou a malého hlídala matka respondenta 10/A/B.

13/B: Už ho tam nikdy hlídat nedám, ona (tchyně) řekla, až se vrátíme a hned mi ho vrazila. Snažím se zjistit, jestli se nejedná o nedorozumění, zda se 9/A/B domlouvaly.

13/B: Nedomlouvaly, ale myslela jsem, že prostě si ho tam nechá až do rána. Na přítel: Oni už ho hlídat nebudou, když ho nemůžu hlídat moje rodina, nebude ani tvoje. (vytávně)

Tazatel: Oni ho vaši nemůžou hlídat?

13/B: Je to všechno kvůli němu (na přítel), on si mojí mámu rozhádal, je drzej.

Přítel se zdál být dostatečně vyprovokován, zvyšuje hlas.

10/A/B: *Když jsem viděl jak se k tobě máma chová?*

13/B: (ke mně) *Ona se chová dobře, je to jen jeho chyba. Jeho moje máma nikdy nemlátí a jeho máma mi dala facku. Pro nic za nic, kvůli pí ovin.*

Konflikt se zdá být vyhrocený dostatečně.

10/A/B: .. *neser mně.*

6.5.1 Identifikace stresových situací (stresory) a jejich vliv na zdravotní stav

Mezi nejčastější příčiny stresu, které jsem v celém cílovém souboru zaznamenala (bez ohledu na komparativní kritéria), patřily dlouhodobě pociťované problémy v rodině a to racionálního charakteru (v důsledku neshody s příbuznými).

U respondentů v sociálně vyloučených lokalitách byly častým a silným stresorem ekonomické faktory (nezaměstnanost, finanční situace, dluhy, sociální exkluze, ale také alternativní zdroje obživy), které se týkaly žen i mužů, v etnicky neromské respondentky. Podle názoru Matulayové, Matulaye (2002), je speciálním stresorem pro souasně romské komunity v minulosti nevídané množství zboží, které vidí ve výkladních skříních, i na obrazkách televize, ale které jsou pro ně nedostupné.

Bytové podmínky představovaly stresor pro všechny rodiny žijící v sociálně vyloučených lokalitách, subjektivně se pak jednalo o nejvýznamnější stresor pro respondenty rodiny B, po dobu, kdy žili ve společné domácnosti s rodinou A/B ve stísněných podmínkách.

Posledním rodiny žijící v sociálně vyloučené lokalitě ve městě I, se potýkaly s dlouhodobým vystavením stresoru diskriminačního charakteru, které do velké míry souvisely se sociální exkluzí. Odvodnost těchto obav by mohlo potvrzovat obecně neuspokojivé soužití české a romské populace, které v posledních dostupných údajích, 79 % lidí hodnotí jako špatné, což představuje mezirodinný nárost (Červenka, 2009) (pravděpodobně pod vlivem ekonomické krize).

Problémy v zaměstnání považovaly za významný stresor respondenti 5/A a 22/D.

Zdravotní stav, respektive jeho zhoršení, představoval stresový faktor pro respondenty 5/A, 22/D, kde v prvním případě se jednalo o závažnější obtíže a v druhém pak o pěkážku výkonu zaměstnání.

Orientaci ve vlivu působnosti různých stresorů umožňuje například pohled, který v roce 1967 vytvořili Holmes, Rahe a který umožňuje relativně snadné a rychlé orientování zhodnocení zdravotních rizik vycházejících z případného působení určité míry stresu. Nabízela se proto aplikace na můj cílový soubor. Po bližším zhodnocení jsem však dospěla k tomu, že některé ze situací ve škále uvedených (Vánoce, dovolená a další), Romové hodnotí jiným způsobem, než euroamerická populace, pro niž byla škála konstruována, a jiné, které se v romské komunitě často vyskytují (diskriminace, rasismus), zde naopak chybí. Ve chvíli, kdy se určitý negativní jev stává v dané komunitě normou (z důvodu etnického výskytu), nemusí mít jeho působení na stres tak výrazný vliv. To se, v mém cílovém souboru, týká například nezaměstnanosti. Kulturní podmínky stresorů i prožívání stresu uvádí například Kebza (2005).

6.5.2 Reakce na stres

V cílovém souboru jsem se setkala s několika typy reakce na stres. Ty se lišily především z hlediska pohlaví, ale rovněž etnicity. Typem stresoru nebyly ovlivněny.

Nejčastější typ reakce na stres u žen (1/A, 3/A, 5/A, 9/A/B, 13/B, 15/C, 17/C, 23/D, 27/E, 28/E) byla úzkost spojená s chováním jako je plá, výčitky směřované na osobu s problémem spojenou, obavami o budoucnost a strachem z ní, negativním sebehodnocením.

U mužů (6/A, 10/A/B, 16/C, 22/D) se jako nejčastější stresová reakce vyskytovalo agresivní chování, které se obracelo obvykle proti včemu, ale někdy též osobám s potenciálem stresoru (například například píděletrvajícím například mezi přáteli – 6/A) a ve těchto případech též vůči přítelkyni (22/D, 13/B), která se stresovou situací neměla nic společného, respondent 16/C svou manželku dokonce považoval za stresor, proto ji bil. Domnívám se, že pídětrávající stres byl tedy zásadní například jinou násilí ve výše

uvedených rodinách, zároveň všichni tito agresivní i vykazovali vyšší výskyt stresu, než ostatní mužští respondenti.

Fyzická agrese romského muže vůči své manželce je v určité míře ovšem podmíněna kulturou. V romských rodinách bylo a je běžné, že muž svou ženu bije, ta to ale nevnímá negativně, v některých situacích dokonce naopak, pokud se jedná například o důkaz lásky v případě podezření z nevěry (jak uvádí například Davidová, 2005). V mém výzkumu se mi staly s agresivitou svého partnera pouze výše uvedené ženy, kde dříve byly neromky. To, že ostatní respondentky o tom, že by je muž byl, nemluvily, nemusí nutně znamenat, že tomu tak nebylo. Mohly takovéto chování, na rozdíl od neromek, vnímat jako běžné.

Apatie a deprese, které patří mezi další stresové reakce, jsem zaznamenala u několika mužských respondentů (2/A, 4/A, 8A/B). Nedovolím si však odhadnout, do jaké míry mohly být důsledkem osobnostních dispozic (flegmatický typ temperamentu, nekonfliktnost...) a do jaké míry je mohl determinovat dlouhodobý stres. Zajímavé je, že všichni výše uvedení muži byli ve vztahu k partnerce spíše submisivní, zatímco ona byla „rázná“.

Za reakci na stres lze považovat také zvýšené užívání návykových látek, kdy respondenti ve stresu pokaždé kouřili více cigaret. Domnívám se, že za důsledkem stresu lze v mém cílovém souboru považovat také abusivní užívání drog u respondentů 6/A, 10/A/B.

Poměrně často se vyskytovala konzumace léků tlumících bolest hlavy (Ibalgin, Brufen...) a léků na nespavost. Tyto prostředky užívaly některé respondentky (1/A, 3/A, 5/A, 9/A/B, 13/B, 15/C, 27/E, 28/E) tedy výhradně ženy, aby zmírnily nepříjemné tělesné projevy, které patří k fyziologickým projevům stresu. Výzkum Nesvadbová, Šandera, Haberlová (2009) uvádí, že léky na uklidnění a spaní užívalo 17 % respondentů, tedy o něco méně, než v mém souboru, výzkum ovšem nehovoří blíže o etnositě tohoto užívání.

I v majoritě se jednotlivé typy stresových reakcí diferencují podle pohlaví, kde u mužů je zastoupenější agresivní forma a u žen úzkostná forma, odpovídá (jak uvádí například Dohrenwend, 2003). Naprosto jednoznačné rozdělení těchto reakcí dle pohlaví u mého výzkumného souboru, popisují tradičnímu uspořádání romské rodiny, kde dosud nedošlo k takové míře emancipace u žen a muž je považován za bezvýhradnou autoritu.

6.5.3 Způsoby vyrovnání se s dlouhodobým stresem

Respondenti neaplikovali cíleně žádnou techniku, která by měla eliminovat působení stresu, pravděpodobně, s výjimkou rodiny E, ani žádnou takovou techniku neznali. Na které faktory chování respondentů bych ale mohla označit za „tlumící stresu“. Nejedná se o vyvíjející se pohled všech způsobů zvládnutí stresu, ale spíše naznačení několika odlišných přístupů, se kterými jsem se u svých respondentů nejčastěji setkala. Obecně lze hovořit o tom, že v souboru převažovaly pasivní způsoby vyrovnávání se se stresem.

Jednalo se, v první řadě, o sociální oporu, která jednak tlumila socioekonomické stresory (u rodin žijících v sociálně vyloučených lokalitách), dále pak nabízela možnost vypovídat se, sít se s problémy (u všech respondentů). Sociální opora v tomto smyslu představovala pozitivní faktor, nicméně v některých případech její síla zaměřená výhradně na rodinu, neumožňovala působit na vztahové stresory (rodina C).

Negativním způsobem vypořádávání se se stresem byly závislosti (v etnografickém nadužívání léků), které se mohly stresem prohlubovat, nebo mohly být i jeho důsledkem (resp. 1/A, 3/A, 5/A, 6/A, 9/A, 10A/B, 13/B, 15/C, 17/C, 22/D, 23/D) (srov. Matulayová, Matulay, 2002).

Aktivní boj proti stresu představoval sport, bohužel pouze u jednoho respondenta (22/D).

U respondentů byly zaznamenány interpohlavní rozdílné reakce na stres i copingové strategie. Rovněž výzkumy prováděné u majority poukazují na interpohlavní rozdíly při volbě strategie copingu. Ženy více upřednostují strategii hledání pomoci/sociální opory a strategii instrumentální/samostatného řešení, muži

strategii vyhýbání. Strategie ovšem mají souvislost i se socioekonomickým postavením jedince. Na problém zaměřené coping mechanismy (sloužící k přímému odstranění příjiny stresu), lze použít tím lépe, čím větší moc, sociální postavení, inteligenci nebo čím více peněz má jednající osoba (Janata, 1997).

Matulayová, Matulay (2002) předpokládají nejúčastnější copingové strategie v závislostech na cigaretách, alkoholu, drogách, sexu, jídlu a v agresivitě u slabších v rodině. Jejich výzkumný soubor (N=102) tvořili ti nejchudší Romové z východoslovenských osad, čemuž přičítám za důsledek ještě extrémnějších způsobů copingu.

7. Závěrečná východiska pro kvantitativní výzkum a možná zkrácení výzkumu

V metodologické části si kladu výzkumné otázky, na něž bych v této části práce, po interpretaci výsledků a jejich diskusi, chtěla odpovědět. Podrobnější odpověď poskytlá v podstatě praktická část „výsledky a diskuse“, kde se v souvislosti rovněž s diskusi získaných dat. Zde bych však ráda základní poznatky shrnula.

Přikládám rovněž hypotézy, které z výše uvedených dat vyplývají (lze je na jejich základě verifikovat). Tyto považuji za vhodné ověřit v rámci kvantitativního výzkumného šetření, pro něž by mohl výzkum mohl být inspirativním.

Výzkumná otázka 1:

Do jaké míry a jakým konkrétním způsobem se podílejí zkoumané sociální determinanty na zdravotním stavu cílového souboru?

Zdravotní stav romských komunit je často prezentován jako důsledek působení nevyhovujících socioekonomických podmínek, především pak sociální exkluze a jevů s ní spojených⁹⁷. Hlavní význam však spatřuji v působení stresových faktorů, které jsou důsledkem působení těchto podmínek. Stres je zároveň determinantou, která všechny ostatní prolíná a propojuje. Hypotézy vztahující se k této problematice uvádím níže.

⁹⁷ Srov. např. *Analýza sociálně vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů v sociálních v této oblasti*. 106 s. Praha: Gabal Analysis and Consulting, 2006.

Za účelem identifikace konkrétního podílu jednotlivých determinant, by byl ideální kvantitativní, longitudinální výzkum. Zajímavé by bylo též identifikovat možné genetické vlivy (genetickou zátěž, i predispozici k některým chorobám), což nebylo u mého souboru možné, nebo respondenti většinou neznali přesný důvod úmrtí svých příbuzných (předek), ani v jaké věci jim k tomu došlo.

H1 Stres představuje důsledek všech (zkoumaných) sociálních determinant zdraví a je právě tou složkou, která nejvíce nepříznivě ovlivňuje zdravotní stav.

V rámci stresových faktorů pak největší váhu představují stresory symbolické složky sociální exkluze a alternativních strategií získávání obživy (nastupujících v případě dlouhodobé nezaměstnanosti).

H2 Symbolická složka exkluze působí jako specifický zdroj stresu, představuje významnější dopad na zdravotní stav sociálně vyloučených romských komunit, než konkrétní socioekonomické podmínky s exkluzí související (nap. špatná kvalita bydlení, atp.).

Symbolická složka exkluze však nezahrnuje „pouze“ diskriminaci na základě „špatné adresy“, ale rovněž očekávání vyloučených, že kvůli ní bude docházet k racionalizaci svých neúspěchů na základě přesvědčení o tom, že skutečně „horší jsou“.

U cílového souboru se dále vyskytovaly stresory, které bych označila jako specifické. Jedná se například o stres vznikající v důsledku symbolické exkluze a psychických následků dlouhodobé nezaměstnanosti. S popisem těchto stresorů jsem se nesešla dosud v žádné literatuře. Domnívám se, že u běžné majoritní populace a výše stratifikovaných Romů se nevyskytují, jedná se o specifikum sociálně vyloučených lokalit.

H3 Být v pracovním poměru je pro sociálně vyloučené (i dlouhodobě nezaměstnané) Romů podobně velkým stresorem jako nezaměstnanost

Nezam stnanost, vzhledem k etnosti výskytu v sociáln vylou ených lokalitách, nep edstavuje tak významný dopad na psychiku jedince, kterého zasáhne, jako je tomu u celkové populace. Ani ekonomické dopady pak nejsou tolik výrazné, s ohledem na nízké výd lky v málo kvalifikovaných profesích, které zna ná ást Rom zastává.

Naopak zam stnání je ásto spojeno se stigmatizací ze strany majority, která na vylou ené nahlíží s despektem i p i nástupu do zam stnání. Pokud zam stnání p edcházela dlouhodobá nezam stnanost, nese sebou riziko psychických dopad nap . v podob ztráty pracovních návyk a dalších adapta ních obtíží (projevuje se to nap . zvýšeným nikotinismem zam stnaných).

Stres pak sekundárn negativn ovliv uje rozší ení dalších jev , jako jsou závislosti, na jejichž p íkladu lze demonstrovat výše uvedenou propojenost stresu s dalšími sociálními determinantami zdraví.

H4 Na zvýšeném výskytu závislostí v romských komunitách se projevuje jako nejvýznamn jší faktor stres vyplývající ze socioekonomických podmínek (p edevším sociální exkluze).

Jedná se v podstat o únikovou stresovou reakci (blíže popisují v podkapitole „Interpretace výsledk a diskuse determinanty stres“).

Socioekonomické faktory jsou jednak nejvýznamn jšími stresory, mohou však zdraví ovliv ovat i dalším p sobením. Na tomto míst bych chtě la p edevším vyzdvihnout vliv výživy, která je v romských komunitách, práv v d sledku absence finan ních prost edk , mnohdy nedostate ná.

H5 Složení výživy v sou asných romských komunitách je primárn podmín né ekonomickými faktory.

Kulturní podmín nost n kterých determinant (p edevším výživa, závislosti, sociální opora, d tství) souvisí bezesporu s romskými etnickými aspekty (srov. Stronková in Kebza, 2005, která uvádí, že rizikovým materiálním podmínkám lze

přibližně 30-50 % zvýšeného rizika zdravotních problémů v nízkých socioekonomických podmínkách. Kulturním a behaviorálním faktorem pak přibližně autorka 30-40 % riziko zdravotních problémů (v těchto komunitách), ale také, v případě rodin žijících v sociálně vyloučených lokalitách, s kulturou chudoby (srov. Lewis, 1966). Propojení těchto konceptů se blíže v níže uvedené dále. Níže uvádím hypotézy, které vyplývají z výsledků výzkumného šetření a které vycházejí právě z kulturních charakteristik romské rodiny a komunity.

H6 Kulturní podmínky ná strategie orientace na přítomnost („tady a teď“) př sobě negativně na motivaci komezování, i odvykání (nadměrného) užívání návykových látek

H7 Kombinace nevyjádřeného jasněho nesouhlasu, benevolentního př istupu a míry poskytované sociální opory ze strany romské rodiny, je podpř rním faktorem závislosti na návykových látkách (hracích automatech).

H8 Nízký počet romských kojících matek je primárně podmíněn postojem komunity (mateřské mléko je výživou nedostačující, dítě je nechutná atp.)

H9 Absence vhodných stravovacích návyků romských dětí je podporována absencí docházky romských dětí do mateřských škol a školních jídelen.

Dalším nepopisovaným vnějším faktorem (například životní podmínky, nedostupnost lékařské péče atp.) pak nepř ikládám, ve srovnání s výše uvedenými faktory, tolik zásadní význam na ovlivnění zdravotního stavu, a kolik je rozhodně nelze opomíjet.

H10 Nízká návštěvnost lékaře specialistů obyvateli sociálně vyloučených lokalit není primárně důsledkem nedostupnosti těchto služeb, ale nízkého významu, který jim sociálně vyloučení nepř ikládají.

Sociální exkluze a na přítomnost zaměřená životní strategie („tady a teď“) se navzájem prohlubují. Tedy v případě, že mi nic nebolí, není potřeba lékaře (specialistu) navštívit. Pokud takový přístup zastává většina osob v sociálním okolí jedince, stírá

se pov domí např. o nutnosti preventivních prohlídek. Tento názor je navíc umocněn obavami z vysokých doplatek u t chto léka .

Výzkumná otázka 2:

Je vzájemná provázanost popisovaných determinant natolik významná, že je lze považovat za komplexní soubor, i lze identifikovat i míru působení jednotlivých determinant?

Popisované determinanty komplexní soubor tvoří, nicméně provázanost vidím spíše v jednotlivých blocích (v rámci kterých rovněž lením tuto práci): socioekonomické podmínky, faktory životního stylu a faktory kulturní podmíněné (blok, který nazývám rodina a komunita), přičemž tyto bloky jsou vzájemně propojeny determinantou stresu.

Míru působení jednotlivých determinant lze, dle mého názoru, identifikovat jen hrubě, právě díky jejich vzájemné provázanosti. Pro tuto identifikaci by bylo nutno použít kvantitativních metod a srovnávacích výzkumných souborů. Míra stresu je měřitelná psychologickými výzkumy, které by ovšem bylo nutno modifikovat na romský cílový soubor.

Výzkumná otázka 3:

a) Lze sociální exkluzi považovat skutečně za specifickou sociální determinantu zdraví, nebo se jedná o pouhou kumulaci jednotlivých determinant?

Sociální exkluze je, s ohledem na možné ovlivnění zdravotního stavu, specifická ve všech svých složkách. Jako příklad lze uvést, že ekonomická exkluze tak nepředstavuje například pouze snížení finančních prostředků vedlé sledku nezaměstnanosti a sledky s tím spojené, ale rovněž zvýšení stresu v rámci alternativních zdrojů obživy, které za těchto podmínek obvykle nastupují.

H11 Alternativní zdroje působení jsou významným stresorem, pokud jsou v rozporu s romskými kulturními normami, méně pak v případě rozporu s normami majority.

Symbolické složce, které přikládám výsadní význam a která zároveň exkluzi přidává nový rozměr, se vlnou výše.

Zajímavou dimenzí exkluze je její návaznost na strategie, které jsou s Romy kulturně spojovány, především pak na orientaci se na přítomnost. V tomto smyslu se ovšem prolínají se znaky typickými pro kulturu chudoby, s níž bývá sociální exkluze podle některých autorů (např. Jakoubek, Hirt, 2004) spojována.

H12 Kulturní podmínka strategie orientace na přítomnost („tady a teď“) prohlubuje sociální exkluzi

V majoritě rozšířený názor, že Romové neumí s penězi hospodařit, má, dle mého názoru, své opodstatnění právě v této orientaci. To se projevuje například ve velké zadluženosti díky půjčkám, které si rodiny v nich kterých případech berou na věc, jež nejsou úplně potřebné (plazmový televizor), ale které je momentálně třeba jen zaujaly a peníze pak chybí na základní zajištění chodu domácnosti. Ještě výraznější je popsána situace v sociálně vyloučených lokalitách, kde není žádná perspektiva pozitivní budoucnosti. Rodiny zde žijící se chovají v podstatě tržně - primárně se snaží zvýšit výdělky, nikoli snížit náklady (např. za cigarety), což by ovšem bylo v nich kterých ohledech efektivnější.

H13 Tradiční uspořádání romské rodiny v případě, že se ocitne v sociální exkluzi, tuto exkluzi prohlubuje

Jedná se o důsledek vysoké míry sociální opory, kterou rodina projevuje v instrumentální podobě, tedy především pomocí peněz. Systém je přitom nastaven tak, že ten, kdo má momentálně finanční možnosti, půjčuje příbuzným, kteří je nemají. Předpokládá se, že podobným způsobem se budou chovat všichni členové rodiny, avšak ve chvíli, kdy jeden pracující dlouhodobě dotuje na kolik nezaměstnaných členů rodiny, má že práci shledávat jako zbytečnou.

b) Jaký je současný životní styl popisovaných romských komunit vzhledem k jejich sociálnímu postavení ve společnosti?

Životní styl osob žijících v sociálně vyloučených lokalitách je tedy více zaměřený na přítomnost, čímž si často nevysvětlují i v lokalitách zvýšený výskyt mnohých jevů, které bývají spojovány se socioekonomickými podmínkami. Dle mého názoru, se oba popsané fenomény na výskytu například sociálně patologických jevů (v etnické závislosti a alternativních zdrojích obživy) podílejí zhruba stejnou měrou.

S ohledem na popisované determinanty zdraví je životní styl osob žijících v sociálně vyloučených lokalitách (ve srovnání s výše stratifikovanými Romy) dále patrný v nevyhovující výživě (viz výše) a problematické dopravní obslužnosti.

Zásadní odlišnost života v sociálně vyloučené lokalitě a mimo ní zachycují výsledky práce a jejich diskuse.

Výzkumná otázka 4:

Abstenuje v popisovaných regionech cílené řešení problematiky, navzdory dostatečné kapacitě subjektů v ní působících?

Ve městě I absentují jakékoli programy zaměřené na romskou menšinu, i osoby ohrožené sociální exkluzí, přestože se jedná o problém, který se městem významně dotýká. Ideální by byla aktivita ze strany nestátního neziskového sektoru (NNO), kterou by město (dle slov jeho zástupce) podporovalo. Problém vidím v tom, že přímě ve městě nepůsobí žádná sociálně zaměřená NNO, která by mohla rozšířit své služby i na popisovanou skupinu. Na úrovni kraje existuje střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, kde je popisovaná skupina zahrnuta (kraj má též romského koordinátora), v komunitním plánu města však chybí⁹⁸.

Město II nabízí dostatečné pokrytí služeb zaměřených na romské (populaci sociálně exkluzí ohrožené) děti a mládež, chybí však dostatek služeb zaměřených na dospělé osoby. Město by uvítalo například specializovanou poradnu, romského asistenta policie atp. Cílová skupina osob ohrožených sociální exkluzí je zahrnuta jak ve střednědobém rozvojovém plánu sociálních služeb na úrovni kraje, tak v komunitním plánu na úrovni města, působí zde romský koordinátor na úrovni města i kraje.

⁹⁸ Komunitní plány jsem do literatury nezahrnula, ani je na tomto místě necituji, vzhledem k tomu, že by tak byla porušena anonymita popisovaných lokalit (pozn. autorky).

Ani v jednom z popisovaných měst neprobíhá v sociálních službách romská organizace, která by mohla být partnerem města, a kdyby ji samosprávné celky uvítaly. Svídí to o nedostatném komunitním potenciálu romského obyvatelstva, cílem řešit svou situaci.

O cíleném řešení problematiky lze hovořit na základě zmíněných plánů kraje a města, které poukazují i na chybějící články v systému péče o romskou minoritu a především její sociální vyloučené komunity. Jedná se tedy o různé fáze řešení problematiky, kde v případě města I je situace stále ve fázi plánování, kdežto ve městě II se již cílem řeší.

7.1 Shrnutí rozdílů v komparačních kritériích

Pro lepší orientaci a možnost srovnání, jsem v metodické části vymezila několik komparačních faktorů, podle nichž jsem následně porovnávala prezentovaná výzkumná data.

Mám-li shrnout zásadní rozdíly, které se vyskytovaly v rámci těchto faktorů, nejvýznamnější se projevoval faktor sociální exkluze a to v rámci všech zkoumaných determinantů. Bohužel jsem neměla možnost porovnat data sociálně vyloučených rodin s daty rodin stejně ekonomicky stratifikovaných, avšak nevyloučených, což by mohlo přinést jistě podstatné informace. Zdravotní stav rodin žijících v sociálně vyloučených lokalitách byl významně horší (jak z hlediska výskytu chronických onemocnění, tak etnosti chorob během doby výzkumu u dospělých i dětí).

Z hlediska generačních rozdílů jsem zaznamenala socioekonomický pokles u těchto rodin, které byly v současnosti sociálně vyloučené (tzn. současná nejstarší generace před rokem 1990 žila, dle výpovědí respondentů, v lepších socioekonomických podmínkách, než současná střední a mladá generace). Rodiny, které byly v době výzkumu výše stratifikované, naopak zaznamenaly generaci z hlediska socioekonomických podmínek zlepšení (před rokem 1990 žila rodina E v chudých podmínkách, rodina D v podmínkách nikoli chudých, avšak horších než v současnosti). V mladém generaci se objevují osoby bez pracovních návyků a bez vzdělání. Generační rozdíl vykazovala také výživa (postupný úpadek tradičních romských pokrmů),

užívání ilegálních drog mladou generací a výskyt stresu (s nejvyšší četností u střední generace). Starší generace vykazovala, v souladu s předpoklady, vyšší míru chronické nemoci a multimorbiditu.

Komparace faktor pohlaví se projevovat v reakcích na stres i copingových strategiích. Zdravotní stav byl u obou pohlaví v podstatě vyrovnaný.

Faktor etnicity (tzn. komparace s dvěma neromskými respondentkami, které v rodinách žily) se projevovat v obou případech tak jako absolutním případem se chodu romské domácnosti, (bez ohledu na to, zda žily ve společné domácnosti s rodiči a partnerem, či nikoli) což jsem zároveň předpokládala, vzhledem k předstávanému dominantnímu postavení romského muže v rodině. Rozdíly v jednotlivých determinantách se pak ovšem lišily, což odpovídá rozdílné sociální stratifikaci obou rodin a to i ve výchozích podmínkách (jinými slovy – dříve než se žena seznámila s romským partnerem). S výjimkou determinanty sociální opory, nespojuji rozdílné výsledky u obou neromek s faktory etnicity, ale spíše sociální situací, v jejich dalších životních i současných rodinách.

Z hlediska lokality jsem zaznamenala rozdíl především v nabídce sociálních služeb zaměřených na popisovanou cílovou skupinu (viz analýza SWOT, příloha) a dále v alternativních zdrojích obživy, které byly ovšem určeny typem lokality.

7.2 Klady kvalitativního výzkumu u cílové skupiny romských komunit

Na tomto místě bych ráda popsala další přínos své práce, který spatřuji v nich, kterých zjištění týkajících se aplikace kvalitativních výzkumných metod ve výzkumu s cílovou skupinou romských komunit. Chtěla bych v krátkosti vystihnout smysl dlouhodobějšího pobytu v romských komunitách za použití techniky pozorování a jeho výhody oproti metodám kvantitativním, především dotazování. Většina z následujících bodů byla již v nich, kterými autory (Davidová, 2005, Jakoubek, Hirt, 2004,

i Hawes, 1997) zmíná, přesto cítím důležitost prezentovat je zde jako celek a v souvislosti s mým šetřením.

- V romských komunitách se dlouho buduje důvěra mezi respondenty a jakoukoli osobou „zvenčí“. V mém případě u které citlivá data (především týkající se sociálních patologií) byla respondenty sdělena až po dvou letech výzkumu. Myslím, že to znamená, že tazateli, kterého vidí poprvé v životě, u kterých skutečnost prostě zamlčí (srov. Hawes, 1997).
- Mnoho respondentů zkresluje více, i méně závažné informace, aby se zalíbili, zavdali a tímto způsobem se dokonce snaží výzkumníkovi udělat radost. Informace je potřeba ověřovat, například u ostatních členů rodiny, porovnávat odlišnosti. Dotazníkové šetření má naopak informace pouze od jednotlivce, nikterak neověřené.
- Romské komunity jsou specifické obrovskou dynamikou⁹⁹. Během výzkumu došlo i u jednotlivců k mnoha životním změnám, které podnětovaly různé názory.
- Rozdílnost ve výpovědích během jednotlivých období roku. Někdy bývá v literatuře zmiňována rozdílnost odpovědí před a po výplatě (případně výplatě sociálních dávek)¹⁰⁰, setkala jsem se ale i s výrazně odlišným pocitem spokojenosti obyvatel sociálně vyloučených lokalit v létě a zimu, kdy v zimě byl nejen nedostatek pracovních příležitostí, ale i děva na otop a celé rodiny zasahovala depresivní nálada. Bylo by jistě zajímavé ověřit shodu odpovědí na dotazníkové šetření v těchto komunitách v letních a zimních měsících.
- V tšine Rom odpovídá pouze na aktuální stav (co bylo dnes). Táže-li se výzkumník na to, zda respondent snídá a on dnes snídál, odpoví, že ano, a když se jednalo o výjimečný stav (např. snídá pouze v neděli, nebo na návštěvu u rodiny). S tímto fenoménem jsem se během výzkumu dlouho potýkala, nebo jsem měla zpočátku dojem, že mi respondenti lžou, když tvrdili něco, co posléze chováním popřeli.

⁹⁹ *Zpráva o stavu romských komunit v České republice za rok 2008* [online]. Vláda ČR, červenec 2009 [cit. 2009-08-23]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/zprava-o-stavu-romskych-komunit-v-ceske-republice-za-rok-2008-60515/>.

¹⁰⁰ Srov. Olšovská (2006).

- Jiný způsob orientace se v úseku u romských respondentů (srov. Davidová, 2005), který umožňuje výzkum zkreslit například v tom smyslu, že respondent nedokáže odhadnout, zda byl u lékaře před 14 dny, nebo před měsícem.
- Pro Romů (především ze sociálně vyloučených lokalit) nejsou srozumitelné některé české výrazy, respektive mohou je chápat v jiném významu. V rámci ústního rozhovoru není obtížné tyto výrazy odhalit a objasnit, například dotazníkovém šetření mohou představovat problém.
- Neochota vyplňovat jakékoli papírové formuláře dospělými romskými respondenty, naopak velká ochota vyplňovat je dětmi, v případě, že s nimi tazatel spolupracuje.

7.3 Možná zkreslení výzkumu

V případě výzkumu se společenským dním (sociologickým) zaměřením, se zkreslení prakticky vyhnout nelze (Schatzman, Strauss, 1973). Zkreslení vycházející z využití metody terénního výzkumu, ke kterým mohlo dojít v rámci mého výzkumu, jsem rozdělila do následujících skupin.

- Efekt pozorovatele, kdy se respondenti chovají jinak, protože vědí, že jsou pozorováni.
- Efekt tazatele, kdy respondenti odpovídají záměrně, a nezáměrně zkresleně, například toto zkreslení je u Romů specifické, jak již potvrdilo mnoho dosavadních výzkumů (srov. například Hawes, 1997). Respondenti odpovídají tak, jak chce tazatel slyšet, je-li jim tazatel sympatický a chtějí-li se mu zalíbit.
- Zkreslení tazatelem, kdy například delším pobytem v terénu tazatel začne s respondenty sympatizovat, a naopak, v případě výzkumu ovlivní další zkreslení, která vycházejí z osobních charakteristik tazatele (Gorman, Clayton, 2005).

Po nějakém úseku výzkumu (2 roky) se mně týkalo především těchto uvedených zkreslení, nebo první dvě byly do jisté míry eliminovány úsekem. Jak již bylo výše řečeno, zkreslení v takovémto typu výzkumu, se prakticky vyhnout nelze. Zkreslení tazatelem jsem se snažila eliminovat zvýšením povědomí o jejich existenci (tak abych s jeho možnostmi počítala), vedením terénních poznámek se zápisem vlastních emocí a přítomností těchto osoby například v některých návštěvách.

Efekty tazatele a pozorovatele do jisté míry eliminuje sama doba pobytu v terénu, kdy výzkumník získá v tšíd v ru.

Další zkreslení výzkumu vycházejí také z ší e výzkumu, kdy popisovaná problematika byla tak široká, že neumožovala jeho detailnější popis. Výzkum dále vyžadoval omezení co do po tu respondent , kdy n která zjištění mohla být malým vzorkem zkreslena a vzniká tak pot eba ov it je na v tším vzorku kvantitativními metodami. Od toho si slibuji taktěž kvantifikaci zdravotního p sobení jednotlivých popisovaných determinant, která nebyla mnou použitelnými metodami uchopitelná.

Omezení asem p edstavovalo zkreslení v tom smyslu, že mnohé d sledky p sobení sociálních determinant na zdraví se projeví až po více letech, tudíž by bylo vhodné výzkum nap . po deseti letech zopakovat, což mám rovn ž v úmyslu.

Troufnu si rovn ž tvrdit, že výzkum mezily do ur ité míry i etické principy, které mi nedovolovali hloub ji zjiš ovat n které informace, nebo by mohly poškodit respondenty (nap . „kšefty“).

& Záv r

P edkládaná diserta ní práce poukazuje na složitost vzájemného propojení zdravotního stavu se socioekonomickými faktory a dalšími vn jšími, i kulturními podmínkami vlivy, které jej ovliv ují a které lze jen velmi obtížn za adit do škatulek s názvem jednotlivých determinant.

V sou asné době se, v souvislosti se zdravotním stavem Rom , diskutuje především o negativních dopadech sociální exkluze, p evážn v souvislosti s špatnými bytovými podmínkami a ekonomickými faktory. P i pohledu na nej ast jší onemocnění v romské minorit , se ovšem nabízí domn nka o psychosomatickém ovlivn ní. Na základ výsledk výzkumu, považuji za centrální sociální determinantu zdraví „stres“, který všemi ostatními prostupuje a prohlubuje tak jejich negativní vliv na zdraví. Poukazuji také na ur ité specifické strory, které sice ze socioekonomických faktor vyplývají, avšak jejich p sobení není dosud komplexn popsáno.

Pobyt mezi romskými komunitami mi umožnil popsat jejich každodenní život v kontextu p sobení popisovaných determinant a identifikovat tak n které souvislosti, které mohou vysv tlovat rozdílnost výsledk kvalitativních a kvantitativních výzkum u cílové skupiny.

P ínos své práce shledávám jednak v identifikaci rozvrstvení míry, kterou p sobí sociální determinanty zdraví u romských komunit a v popisu vzájemné souvislosti mezi kulturní a socioekonomickou složkou podmí ující ur ité chování. Dalším p ínosem je ilustrativní popis implementace sociálních determinant zdraví do každodenního života romských komunit, který m že být obohacním poznatk o sou asném život a jeho subjektivním prožívání touto minoritou.

Kvalitativní charakter mé práce ji p edur uje roli p edvýzkumu pro rozsáhlejší kvantitativní (longitudinální) šet ení, které by verifikovalo, i vyvrátilo uvedené hypotézy.

V neposlední ad považuji svou práci p ínosnou ve shrnutí zhodnocení „jednotlivých“ kvalitativního výzkumu u popisované cílové skupiny, které mi b hem

šetění vyplynuly a které by mohly být cenné pro další výzkumná šetění, jež budou využívat kvalitativní metodu.

Na závěr bych ráda podotkla, že vnímání zdravotního stavu, stejně jako pocit spokojenosti, i kvalita života, záleží vždy významně na postoji jedince, kterého se týká a který jej hodnotí. A jsou to právě sociální determinanty zdraví, které toto hodnocení do velké míry ovlivňují. Ve chvíli, kdy se však stane o kterýžlivý jev v daném prostředí z důvodu vysoké četnosti výskytu normou, toto vnímání zkresluje.

Život v romské komunitě je ovlivněn celou řadou faktorů a sociální determinanty zdraví představují jen jejich zlomek, velká část z nich majoritami zůstává utajena. Pohled na sociálně vyloučené lokality vzbuzuje různé pocity, ať už v kolektivní i v osobní rovině a to jak z pohledu majority, tak samotných jejích obyvatel, kteří již pozbyli v tšinu svých kulturních charakteristik, aniž by převzali nové. Sociálně vyloučení Romové se tak v mnohém spíše podobají marginálním skupinám, než nevyloučeným Romům. Řešení problematiky není otázkou jedné, ani dvou generací, vždy mnoho jevů ve vyloučených lokalitách (např. absence vzoru zaměstnaných rodičů, i nedostatečné vzdělání a motivace k tomu) má generační přesah. O to složitější je přijmout fakt, že na řešení se musí podílet obě strany, majorita (v níž bohužel stále převládá stereotyp Roma, podpořený medií prezentovanými obrazy romských ghett a která je orientovaná na okamžité, statisticky vykazatelné výsledky) i romská minorita (orientovaná na přítomnost).

9. Seznam použitých zdroj

1. *Analýza sociální vyloučených romských lokalit a absorpční kapacity subjektů p sociálních v této oblasti.* 106 s. Praha: Gabal Analysys and Consulting, 2006.
2. ARMÁD, Petr. *Patologické jevy a kriminalita Romů ve městě Brno*. Brno: MUNI, 2008.
3. BĀ A, Milan. *Praktická aplikace analýzy SWOT v rámci evaluačních procesů*. Praha: Raabe, 2005.
4. BALHAROVÁ, Jana. Nemocnost dítěte. In *Dítě na prahu dospělosti*. Brno: Barrister and Principal, 2004. ISBN 80-86598-84-5. s. 67-78.
5. BOBAK, Martin - DEJMEK, Jan - SOLANSKY, Ivo. Unfavourable birth outcomes of the Roma women in the Czech Republic and the potential explanations: a population – based study. *BMC Public Health*, 2005, ročník 10, číslo 5, s. 106.
6. BUDILOVÁ, Lenka – JAKOUBEK, Marek (eds.). *Cikánská rodina a p řibuzenství*. 1. vyd. Plzeň: Dryada, 2007. 207 s. ISBN 978-80-87025-11-6.
7. BULLOCK, Merry – PANICKER, Sangeeta. Ethics for all: Differences across scientific society codes. *Science and Engineering Ethics*. 2003, ročník 9, číslo 2. ISSN1353-3452. s. 159-170.
8. BUCHTOVÁ, Božena et al. *Nezaměstnanost psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-9006-8.
9. COVERMAN, Shelley. Role Overload, Role Conflict, and Stress: Addressing Consequences of Multiple Role Demands. *Social Forces*, 1989, ročník 4, číslo 67. s. 965-971.
10. ERVENKA, Jan. *Oběť o soužití s Romy a o jejich možnostech ve společnosti*. Tisková zpráva. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., Centrum pro výzkum ve veřejném mínění, 2009. 5s.
11. *Česká republika - Šance na zlepšení zaměstnanosti Romů*. Světová banka, 2008. 41 s. ISBN 978-80-87041-52-9.
12. DAVIDOVÁ, Eva. *Romano drom - Cesty Romů 1945-1990: změny v postavení a způsobu života Romů v echách, na Moravě a na Slovensku*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 273 s. ISBN 80-244-0524-5.

13. DEJMEK, Jan - GINTER, Emil - SOLANSKY, Ivo. Vitamin C, E and A levels in Maternal and fetal blood for Czech and Gypsy ethnic groups in the Czech Republic. *Int Vitam Nutr Res*, 2002, ro . 3, . 72, s. 183 – 90.
14. DIENSBIER, Zdeněk - SKALA, Evžen. *Pedcházíme rakovin* . 1. vyd. Praha: Computer Press, 2001. 105 s. ISBN 80-7226-375-7.
15. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 2002. 3. vyd. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
16. DOHRENWEND, Bruce. The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for Tudory and research. *Journal of Health and Social Behavior*; 2000, . 1. s. 365-392.
17. ELICHOVÁ, Markéta. Sonda do zdravotního stavu a životního stylu eskobud jovických Rom . *Kontakt*, 2004, . 6, s. 203 – 246. ISSN: 1212-4117.
18. ERIKSON, Erik. *Dtství a spole nost*. 1. vyd. Praha: Argo, 2002. 383 s. ISBN 80-7203-380-8.
19. ESPING-ANDERSEN, Gosta. *Social Foundation of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford, University Press, 1999. ISBN 0-19-874291-0.
20. European Society of Cardiology. Guidelines for Cardiovascular Disease. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 2007, ro . 14, . 4, Suppl. 2, s. 1-113. ISSN 1741-8267.
21. FAUST, Volker. *Drogen Ausdruck unserer Zeit. Teil III Alkohol*. Hamm: Hoheneck-Verlag GmbH, 1975. 152 s. ISBN 377810691-0.
22. FOLKMAN, Susan. - LAZARUS, Richard. S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*; 1980, . 21, s. 219-239.
23. FRA KOVÁ, Slávka - DVO ÁKOVÁ-JAN , V ra. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003. 256 s. ISBN 80-246-0548-1.
24. FRIŠTENSKÁ, Hana – VÍŠEK, Petr. *O Romech, na co jste se cht li zeptat (manuál pro obce). Pro obce a jejich samosprávy*. Praha: Vzd lávací centrum pro veřejnou správu R, o.p.s., 2002.

25. FRITZSCHE, Siegfried. *Schnelles Glück, hoher Preis*. Treptower: Verlagshaus GmbH, 1990. 58 s. ISBN 3-7303-0613-8.
26. GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. 1. vydání. Praha: Argo, 1999. 595s. ISBN 80-7203-124-4.
27. GORMANN, G.E., CLAYTON, Peter. *Qualitative research for the information professional*. 2. vyd. London: Facet Publishing, 2005. 282 s. ISBN 1-85604-472-6.
28. HAGENAARS, Aldi. *The Perception of Poverty*. Alblasterdam: Proefschrift Offsetdrukkerij Kantorss B. V., 1985. ISBN 044487898X.
29. HANREICH, Ingeborg. *Jídlo a pití malých dětí*. Praha: Grada Publishing, 2001. 106 s. ISBN 80-247-0106.
30. HANZALOVÁ, Jana. *Vláknina a její zdroje ve výživě dospívající populace, populace středního věku a ve stáří*. České Budějovice: JU ZSF, 1997. 41 s.
31. HAWES, Derek. *Gypsies, Travellers and the Health Service*. Bristol: Policy Press, 1997. 56 s. ISBN 1861340664.
32. HIRT, Tomáš - JAKOUBEK, Marek, 2006. *Romové v osídlech sociálního vyloučení*. Plzeň: Aleš Benčík, 2006. 414 s. ISBN 80-86898-76-8.
33. HNILICOVÁ, Helena. *Dopad společenských změn po roce 1989 na kvalitu života v ČR*. In Kvalita života a zdraví, Payne J. (ed.) 1. vyd. Praha: Triton, 2005. s. 512-523.
34. HOLÍK, Jan - KOUPILOVÁ, Ilona. Sociální determinanty zdraví. Základní fakta a doporučení pro praxi v kontextu programu Zdravá města. *časopis lékařských věd*, 2001, ročník 1, číslo 140, s. 3 - 7.
35. HOLMES, Thomas - RAHE, Richard. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 1967, číslo 11, s. 213 – 218.
36. HORVÁTHOVÁ, Jana. *Kapitoly z dějin Romů* [online]. Praha: Ústav pro studium totalitních režimů, 2002. [cit. 2007-07-12]. Dostupné z: <<http://www.varianty.cz/cdrom/podkapitoly/d01kapitoly.pdf>>.
37. HUBÍK, Stanislav. Hypotéza. Metodologický nástroj výzkumu ve společnosti. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotní sociální fakulta, 2006. 80 s. ISBN 80-7040-842-1.

38. HÜBSCHMANOVÁ, Milena. *Hin man Ajsí haj, so Romské hádanky*. Praha: Fortuna, 2003. ISBN 80-7168-42-8.
39. JAKOUBEK, Marek - HIRT, Tomáš (eds.). *Romové: Kulturologické etudy*. Plzeň : Aleš Benk, 2004. 384 s. ISBN 80-86473-83-X.
40. JANATA, Jaromír. *Dvojí svít*. Praha: Maxdorf, 1997. 157 s. ISBN 80-85800-65-9.
41. JANEKOVÁ, Hana. The State of Health of Romany Population in the Czech Republic. *Central European Journal of Public Health*, 2000, ro. 8, . 3, s. 141 -147.
42. JANZON, Ellis et al.. Glucose tolerance and smoking: a population study of oral and intravenous glucose tolerance tests in middle-aged men. *Diabetologia*, 1983, . 25, s. 86-88.
43. JONEZ, Kim. The Role of Father in Psychoanalytic Theory: Historical and Contemporary Trends. *Smith College Studies in Social Work*, 2005, ro. 75, . 1. s. 7-28.
44. KAJANOVÁ, Alena. Sociálně patologické chování a sociální exkluze. In Hejdiš, M., Kozol, A. (eds.), *Sociální a ekonomická núdza – bezpe nos jedinca a spole nosti. Zborník príspevkov*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety n.o., 2009. s. 522 – 527.
45. KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
46. KELLER, Jan. Úvod do sociologie. 2. upr. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1992. 186 s. ISBN 80-901059-7-1.
47. KIINAMAA, Kalervo. *Alkohol a d d nost*. [online]. National Public Health Institute, 10.3.2007 [cit. 2008-10-14]. Dostupné z: www.a-klinikka.fi/english/.
48. KOGEVINAS, Manolis - PORTAM Miguel. *Socioeconomic differences in cancer survival: a review of the evidence*. IARC Sci. Publ., 1997. s. 177-206.
49. KOMRSOVÁ, Jitka. *Výskyt sociáln patologických jev u d tí ve vztahu k zam stanosti len rodiny*. eské Bud jovice: Jiho eská univerzita, ZSF, 2007, 88 s.

50. KOVA ÍKOVÁ, Marie. *Pedagogicko-psychologická problematika romských žák ve vztahu k jejich školní úspěšnosti*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyn , 1998. 105 s. ISBN 80-7044-225-5.
51. K IVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
52. *Kvalita života, st ední a zdravá délka života z aspektu determinant zdraví u romského obyvatelstva v eské a Slovenské republice. Projekt GA R . 403/07/0336 (2007-2009)*.
53. LEBDUŠKA, Vojt ch - SVOBODA, Mojmír. *Styly rodinné výchovy a agresivní tendence u romských a neromských pubescent* . Brno: Masarykova univerzita, Filozofická fakulta Psychologický ústav, 2008. 79 s.
54. LEWIS, Oscar. The Culture of Poverty. *Scientific American*, 1966, ro . 4, . 215.
55. MARTUZZI, Marc - GRUNDY, Chris - ELLIOTT, Paul. Perinatal mortality in an English health region: geographical distribution and association with socio-economic factors. *Paediatr. Perinat. Epidemiol.*, 1998, ro . 3, . 12, s. 263-76.
56. MAREŠ, Ji í et al. *Sociální opora u d tí a dospívajících I*. Hradec Králové: Nucleus, 2001. ISBN 80-86225-19-4.
57. MAREŠ, Petr. *Nezam stnanost jako sociální problém*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. ISBN 80-901424-9-4.
58. MAREŠ, Petr. Romové: Sociální exkluze a inkluze. In *Sociální práce*, 2003, . 4, s. 65-75. s. 66-67.
59. MATOUŠEK, Old ich. *Rodina jako instituce a vztahová sí* . 3.vyd. Praha: Slon, 2003. 161 s. ISBN 80-86429-19-9.
60. MATULAYOVÁ, Eva – MATULAY, Stanislav. Sociálna situácia Rómov na Slovensku a jej odraz v psychike Rómov do 30 rokov. In *lov k – D jiny – Hodnoty*. Ostrava: OV PdF OU, 2002. s. 216-221. ISBN 80-7042-219-X
61. *MKN – 10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a p idružených zdravotních problém* . Desátá revize. sv.1. Tabešní seznam. 2. aktualizované vydání. Praha: Czech Edition Ústav zdravotnických informací a statistiky R, 2007. ISBN 92 4 154649 2.

62. MORAVEC, Št pán. *Samý známý v cí (Nástin problému sociálního vylou ení romských populací)* [online]. Polís, Podpora sociáln ínegracích politik a služeb. lov k v tísni, 2008 [cit. 2008-12-20]. Dostupné z: http://www.epolis.cz/download/pdf/materials_85_1.pdf.
63. MOTTLOVÁ, Alena. *Porovnání výživy u eské a jiné národní/etnické populace*. Brno: MUNI, 2008. Diserta ní práce.
64. MOŽNÝ, Ivo. *Sociologie rodiny*. Praha: SLON, 1999. s. 193. ISBN 80-85850-75-3.
65. MRÁZKOVÁ, M. *Zdravotní stav romských d tí*. eské Bud jovice: Jiho eská univerzita, ZSF, 1999.
66. MUFFELS, Ruud – BERGAM, Jos - DIRVEN, Henk-Jan. A Multi-method approach to monitor the evolution of poverty. *Journal of european social policy*, 1992, ro . 2, .3, s.193-213.
67. MURPHY, Gregory - ATHANASOU, James. The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organisational Psychology*, 1999, ro . 72, . 1, s. 83-99.
68. NAVRÁTIL, Pavel et al. *Výzkum interetnických vztah : zpráva*. 84 s. Brno: FSS MUNI, 2002.
69. NAVRÁTIL, Pavel. *Strategie sociální inkluze Rom v Brn (východiska)* [online]. Brno: Masarykova univerzita, FSS, 2002 [cit. 2007-07-16]. Dostupné z: <http://www.iqrs.cz/cz/dokumenty.phtml?kid=109>.
70. NAVRÁTIL, Pavel et al.. *Romové v eské spole nosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 223 s. ISBN 80-7178-741-8.
71. NESVADBOVÁ, Libuše et al. Determinanty zdraví romské populace v eské republice 1999-2001. *Praktický léka*, 2003, ro . 3, . 83, s. 139-145.
72. NESVADBOVÁ, Libuše - ŠANDERA, Ji í - HABERLOVÁ, V ra. *Sastípen. Romská populace a zdraví*. Národní zpráva. Praha, 2009.
73. NEŠPOR, Karel. *Jak p ekonat problém s hazardní hrou*. Praha: Sportpropag, 1996.

74. NOVÁKOVÁ, Zde ka. *Pracovní podmínky n kterých skupin zam stnanc a jejich postavení na trhu práce*. Brno: Masarykova univerzita, 2008.
75. OAKLEY, Ray - KSIR, Charles. *Drugs, Society, and Human Behavior*. WCB McGraw-Hill, 1996. 462 s. ISBN 0-8151-7116-1.
76. OLŠOVSKÁ, Helena. *Rodi ovství v sociáln vylou ených romských komunitách* [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2006. Studie pro projekt Asistent do rodiny Centra praktických studií p i Fakult sociálních studií Masarykovy univerzity [cit. 2009-04-06]. Dostupné z: <https://www.socialnipracovnik.cz/asistent/view.php?navezvclanku=rodicovstvi-v-socialne-vyloucenych-romskych-rodinach-vychodiska-pro-socialni-praci&cislocclanku=2006050011>.
77. PEŠEK, Tomáš. *Jiho eský streetwork* [online]. 2006 [cit.2006-12-19]. Dostupné z: http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=538.
78. SAHLINS, Marshall. The Origin of Society. In Hammond, Peter. (eds.) *Physical Anthropology and Archeology*, 1964, s. 59 - 65.
79. SALOMAA, Veikko et al. Relation of socio-economic position to the case fatality, prognosis and treat-ment of myocardial infarction events; the FINMONICA MI Register Study. *J. Epidemiol. Community Health*, 2001, . 55, s. 475 - 482
80. SAUTER, Steven. Psychosocial and organizational factors. In Stellin, Jeanne, eds. *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety*. Geneva, Switzerland: International Labour Office, 1997.
81. SEKYT, Viktor. *Dospívající Romové a rizikové chování. Rizikové chování dospívajících a jeho prevence*. [online]. 2001. odborný seminá , SZÚ. [cit. 2009-04-06]. Dostupné z: <http://www.freeteens.cz/default.php?&ID=25&publ=2&cl=28>.
82. SEVEROVÁ, Marcela. *Smíšená manželství romsko- eská jako (ne)problematická zkušenost*. Brno, MUNI, FSS, 2007. Diserta ní práce.
83. SCHATZMAN, Leonard - STRAUSS, Anselm, L. *Field research. Strategies for a Natural sociology*. Dentice-Hall, Inc., Engelwood Clils, N.J. , 1973. ISBN 0-13-31451-1.

84. SCHEFFEL, David, Z. *Svinia in Black & White: Slovak Roma and their Neighbours*. Ontario: Broadview Press, 2005. 1. vyd. 244 s. ISBN 1-55111-607-3.
85. SCHNEIBERG, František. *Zdravotní stav a vývoj romských dětí v závislosti na prostředí, kde vyrůstají*. Závěrečná zpráva grantu IGA MZ ČR . NO 5516/3. Interní materiál. Praha, 2002.
86. SIROVÁTKA, Tomáš – MAREŠ, Petr. Chudoba, deprivace, sociální vyloučení: nezaměstnanost a pracující chudí. *Sociologický časopis/Czech Sociological review*, 2006, ročník 42, číslo 4, s. 627-655.
87. SIROVÁTKA, Tomáš. Otázky sociální inkluze romské komunity. Exkluze Romů na trhu práce a šance na jejich inkluzi. *Sociální studia*, 2003, ročník 3, číslo 10. ISSN 1212-365X. s. 11-34.
88. SMÁKAL, Vladimír (eds.) *Podpora optimálního rozvoje osobnosti dětí z prostředí minorit. Sociální, pedagogické a psychologické aspekty utváření osobnosti romských dětí a dětí z prostředí jiných minorit*. Brno: Barrister and Principál, 2003. ISBN: 80-85947-82-X.
89. SMOTHERS, Thetford - WOODWARD, John. Effects of Amino Acid Substitutions in Transmembrane Domains of the NR1 Subunit on the Ethanol Inhibition of Recombinant N-Methyl-d-aspartate Receptors. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2006, ročník 30, číslo 3, s. 523-530.
90. SOUKUP, Václav. *Přehled antropologických teorií kultury*. Praha: Portál, 2004. 2. vyd. 229 s. ISBN 80-7178-929-1.
91. STEINER, Jakub. *Ekonomie sociálního vyloučení*. In Hirt, T. – Jakoubek, M. (eds.) Romové. Kulturologické etudy. Plzeň: Aleš Beníšek, s.r.o., 2004. s. 218–229.
92. ŠAFR, Jiří. *Životní styl a sociální třídy: vytváření symbolické kulturní hranice diferenciací vkusu a spotřeby*. 1. vyd. Praha: Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., 2008. ISBN 978-80-7330-154-5.
93. ŠMEJKALOVÁ, Jindra et al. *Závěrečná zpráva grantu 281/1998/CLFHK. Vliv pasivního kouření na nemocnost dětí předškolního a mladšího školního věku* [online]. 1999 [cit. 2009-07-30]. Dostupné z: http://www1.cuni.cz/cuni/ruk/gauk/zz1999/281_98-c.htm.

94. ŠTĚPAŇOVÁ, Ema. *Specifika romské rodiny* [online]. Brno: Masarykova univerzita, PF, 2005 [cit. 2008-12-10]. Dostupné z: <http://www.ped.muni.cz/wsocedu/virtual/pdf/rodina.pdf>.
95. ŠTIKAR, Jíří. *Metody psychologie práce a organizace*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2000. 188 s. ISBN 80-246-0048-X.
96. *Světové šetření o zdraví (6. díl). Kouření tabáku a spotřeba alkoholu. Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 13.2.2004 [cit. 2007-10-06]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=alkohol®ion=100&kind=21&mnu_id=6200.
97. TOWNSEND, Peter - GORDON, David (eds.) *World poverty: New policies to defeat an old enemy*. Bristol: Policy Press, 1979. ISBN 9781861343956.
98. TUMÍŇOVÁ, Renata - VRBOTSKÁ, Petra. *Závěry a doporučení z projektu Baterie. Vzájemný romský výzkum o užívání drog v romské komunitě (2002-2004)* [online]. Občanské sdružení DOM, Společnost Hvězda, 2004 [cit. 2009-04-06]. Dostupné z: <http://www.dom-os.cz/index.php?page=downloads&typ=sablony>.
99. UHEREK, Zdeněk. Romské migrace ze Slovenska v kontextu evropských migračních trendů. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 2007, ro. 43, č. 4, s. 747-774.
100. URBAN, David, KAJANOVÁ, Alena. Sociální práce v sociálně vyloučených lokalitách se zaměřením na prevenci sociálních patologií v praxi – české Budějovice. *Sociální práce/Sociální práce*, 2009, č. 2, s. 56-61.
101. URBAN, David - KAJANOVÁ, Alena. Vliv sociálních podmínek na zdravotní stav Romů v České republice. In *Sborník z mezinárodní konference Interra 5, 2007*. Nitra, 2008. s. 516-522. ISBN 978-80-8094-314-1.
102. VITALE, Ksenia, TODOROVIC, Goran, ŠULJIĆ, Petra, DŽAKULA, Aleksandar. How Socio-economic Status Affects Health Intervention in Primary Health Care setting. *Materia Socio Medica*, 2008, ro. 20, č. 4, s. 219-221.
103. *Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace 2002* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2003 [cit. 2007-10-06]. Dostupné z:

http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=HIS®ion=100&kind=2&mnu_id=5300.

104. *Výroční zpráva o stavu ve vcech drog v České republice v roce 2007*. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Praha: Úřad vlády České republiky, 2008. 135 s. ISBN 978-80-87041-46-8.
105. VÝROST, Josef - SLAMNÍK, Ivan (eds.) *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada, 2003. 260 s. ISBN 80-24700-425.
106. WALLERSTEIN, Nina. Empowerment to reduce health disparities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2002, . 30, s. 72-77.
107. WEBSTER-GANDY, Joan - MADDEN, Angela - HOLDSWORTH, Michelle. *Oxford Handbook of Nutrition and Dietetics*. Oxford: Oxford University Press, 2006. 730 s. ISBN 0-19-856725-1.
108. WEINBERG, Robert. *Jediná odrodilá buňka. Jak vzniká rakovina*. 1.vyd. Praha: Academia, 2003. 156 s. ISBN 80-200-1071-8.
109. WILKINSON Richard - MARMOT, Michael. *Sociální determinanty zdraví - Fakta a souvislosti*. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2005. 52 s. ISBN 80-86625-46-X.
110. WINKLER, Jiří et al. Analýza potřeb integrace Romů na českém trhu práce. In *Účelové programy na lokálních trzích práce*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3867-5. s. 104 -121.
111. ZÁBRANSKÝ, Tomáš. *Drogová epidemiologie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 86 s. ISBN 80-244-0709-4.
112. Zákon . 151/1991 Sb., o důchodovém pojištění v platném znění.
113. Zákon . 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, §4, v platném znění.
114. Zákon . 273/2001 Sb. o právech píšlůšníků národnostních menšin, v platném znění.
115. *Zpráva o stavu romských komunit v České republice za rok 2007* [online]. Vláda ČR, 29. 10. 2008 [cit. 2009-03-26]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a->

poradni-organy-vlady/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/zprava-o-stavu-romskych-komunit-v-ceske-republice-za-rok-2007-44502/.

116. *Zpráva o stavu romských komunit v České republice za rok 2008* [online]. Vláda ČR, červenec 2009 [cit. 2009-08-23]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/zalezitosti-romske-komunity/dokumenty/zprava-o-stavu-romskych-komunit-v-ceske-republice-za-rok-2008-60515/>.

10. Klíčová slova

sociální determinanty zdraví – romské komunity – sociální exkluze – socioekonomická situace - stres

11. Seznam použitých zkratk

ADHD	hyperaktivita s poruchou pozornosti (Attention Deficit Hyperactivity Disorders)
ID	částečně invalidní důchod
GAŘ	Grantová agentura České republiky
ID	invalidní důchod
LSD	diethylamid kyseliny lysergové
MDMA	3,4-methylen-dioxy-N-metyl-amfetamin (extáze)
MÚ	městský úřad
MKN 10	mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize
PID	plně invalidní důchod
SES	socioekonomický status
SO	sociální opora
TK	krvinný tlak
VPP	veřejně prospěšné práce
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

12. Seznam příloh

Tabulky

Tabulka 1: Porovnání zkoumaných soc. vyloučených lokalit dle vybraných faktorů

Tabulka 2a: Mapa respondentů – cílový soubor

Tabulka 2b: Mapa respondentů – příbuzenstvo cíl. souboru

Tabulka 3: Onemocnění dospělých

Tabulka 4: Onemocnění dětí do 15 let

Tabulka 5: Vybrané jevy u zkoumaných novorozenců

Tabulka 6: Typy nezaměstnanosti v cílovém souboru

Tabulka 7: Alternativní životní strategie respondentů žijících v sociálně vyloučených lokalitách

Tabulka 8: Příjmy jednotlivých zkoumaných rodin

Tabulka 9: Výdaje za bydlení

Tabulka 10: Ukazatele socioekonomické deprivace

Tabulka 11: Nejčastěji zastoupená jídla konzumovaná ve zkoumaných rodinách

Grafy

Graf 1: Legální příjmy zkoumaných rodin

Graf 2a: Vybrané pravidelné výdaje průměrné české rodiny

Graf 2b: Vybrané pravidelné výdaje české rodiny s minimálními příjmy

Graf 2c: Vybrané pravidelné výdaje rodiny A

Graf 2d: Vybrané pravidelné výdaje rodiny D

Další přílohy na elektronickém nosiči

SWOT analýza

Genealogické diagramy

Tabulka 1: Porovnání zkoumaných soc. vyloučených lokalit dle vybraných faktorů

Popisovaná l.	Lokalizace	Symbol. vyl.	Vznik	Vlastník	Byt. podm.	Obyvatelstvo
Město I	okraj města	„ti za	dobrovolné	soukromý	nevyhovující	homogenní
	průmysl. zóna	viaduktem	sestěhování	podnikatel	-rozbitá	-příbuzenství
		„dům			-plísň	
					-způsob	
					- problémy s	
					vodou, šváby	
					- přelidněné	
Město II	okraj města	„neplatiči“	ubytování	Správa	- společné	nehomogenní
	průmysl. zóna		neplatičů	domů města	sociály	-různé rodiny
				II s.r.o.	- přelidněné	

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 2a: Mapa respondentů - cílový soubor

č. resp.	kód rod.	pohlaví	roč. naroz.	generace	etnická příslušnost	vzdělání	zdravotní stav v době výzkumu			
							ekonomická aktivita*	2006	2007	2008
1	A	Ž	1970	střední	romská	ZŠ	nezaměstnaná	bez potíží	bez potíží	bez potíží
2	A	M	1969	nejstarší	romská	ZŠ	zaměstnaný	bez potíží	bez potíží	bez potíží
3	A	Ž	1987	mladá	romská	ZvlŠ	nezaměstnaná	bez potíží	bolesti zad	bez potíží
4	A	M	1987	mladá	romská	ZŠ	nezaměstnaný	bez potíží	bez potíží	bez potíží
5	A	Ž	1989	mladá	romská	ZvlŠ	nezaměstnaná	bez potíží	bez potíží	bez potíží
6	A	M	1986	mladá	romská	ZŠ	nezaměstnaný	bez potíží	bez potíží	bez potíží
7	A	Ž	1997	mladá	romská	žákyně ZŠ	žákyně	bez potíží	bez potíží	bez potíží
8	A/B	M	1970	střední	romská	ZŠ	plný invalidní důchod	vysoký TK, chron. selhávání ledvin	vysoký TK, chron. selhávání ledvin	vysoký TK, chron. selhávání ledvin
9	A/B	Ž	1968	nejstarší	romská	ZvlŠ	nezaměstnaná	bez potíží	bez potíží	bez potíží
10	A/B	M	1988	mladá	romská	ZŠ	zaměstnaný	bez potíží	bez potíží	bez potíží
11	A/B	Ž	1995	mladá	romská	x	x	bez potíží	bez potíží	bez potíží
12	A/B	M	2000	mladá	romská	x	x	bez potíží	bez potíží	bez potíží
13	B	Ž	1986	mladá	neromská	ZŠ	rodičovská dovolená	bez potíží	bez potíží	bez potíží
14	B	M	2007	mladá	romská	x	x	bez potíží	bez potíží	bez potíží
15	C	Ž	1971	střední	romská	ZvlŠ	částečný invalidní důchod	epilepsie	epilepsie	epilepsie
16	C	M	1965	nejstarší	romská	ZŠ	plný invalidní důchod	obezita, vysoký TK, srdeční arytmie, diabetes, zraková vada	obezita, vysoký TK, srdeční arytmie, diabetes, zraková vada	obezita, vysoký TK, srdeční arytmie, diabetes, zraková vada
17	C	Ž	1992	mladá	romská	ZvlŠ	nezaměstnaná	bez potíží	bez potíží	bez potíží
18	C	Ž	1996	mladá	romská	ZvlŠ	žákyně	porucha chování (bliže nezjištěno)	porucha chování (bliže nezjištěno)	nezjištěno
19	C	M	1998	mladá	romská	ZvlŠ	žák	zraková vada	zraková vada	zraková vada
20	C	M	2000	mladá	romská	ZvlŠ	žák	bez potíží	bez potíží	bez potíží
21	C	M	2001	mladá	romská	ZŠ	žák	bez potíží	ADHD	ADHD
22	D	M	1983	mladá	romská	SŠ	zaměstnaný	bez potíží	úraz nohy	bez potíží
23	D	Ž	1984	mladá	neromská	vyučená	rodičovská dovolená	bez potíží	bez potíží	bez potíží
24	D	Ž	2002	mladá	romská	x	x	bez potíží	bez potíží	bez potíží
25	D	Ž	2004	mladá	romská	x	x	bez potíží	bez potíží	bez potíží
26	E	M	1969	nejstarší	romská	VŠ	zaměstnaný	bez potíží	vleklá angína	bez potíží
27	E	Ž	1972	střední	romská	ZŠ	zaměstnaná	bez potíží	bez potíží	bez potíží
28	E	Ž	1991	mladá	romská	vyučení (nedok.)	žákyně	bez potíží	bez potíží	bez potíží
29	E	M	1993	mladá	romská	ZŠ	žák	bez potíží	bez potíží	bez potíží
30	E	M	1995	mladá	romská	ZŠ	žák	bez potíží	bez potíží	bez potíží
31	E	M	2001	mladá	romská	ZŠ	žák	bez potíží	bez potíží	bez potíží

N = 31 respondentů primárně zkoumaných (cíl. soubor)

Zdroj: Vlastní výzkum

Vysvětlivky:

ekonomická aktivita* k roku 2009, během výzkumu se častěji měnila, bliže v kapitole výsledků k determinantě práce

ZvlŠ*** respondenti navštěvovali zvláštní školu, až později přejmenovanou na speciální

zdravotní stav souhrnně v době výzkumu**

vzorkem ve sloupcích dlouhodobého zdravotního stavu ve zkoumaném období jsou označeni ti respondenti, kteří kvůli zmíněné obtíži nenavštívili lékaře

x = netýká se

Tabulka 2b: Mapa respondentů - příbuzenstvo cíl. souboru

č. resp.	kód rod.	pohlaví	roč. naroz.	generace	etnická příslušnost	vzdělání	zdravotní stav v době výzkumu			
							ekonomická aktivita*	2006	2007	2008
32	A	M	1939	nejstarší	romská	ZŠ	starobní důchod	vysoký TK, diabetes, artróza	vysoký TK, diabetes, artróza	vysoký TK, diabetes, artróza
33	A	Ž	1944	nejstarší	romská	ZŠ	starobní důchod	vysoký TK, diabetes, obezita	vysoký TK, diabetes, obezita	vysoký TK, diabetes, obezita
34	A	Ž	1967	nejstarší	romská	ZŠ	nezaměstnaná	deprese	deprese	Deprese
35	A	M	1962	nejstarší	romská	ZŠ	nezaměstnaný	bez potíží	bez potíží	bez potíží
36	A	Ž	1968	nejstarší	romská	ZvlŠ***	nezaměstnaná	bolesti zad (ploténky)	bolesti zad (ploténky)	bolesti zad (ploténky)
37	A	M	1965	nejstarší	romská	ZŠ	nezaměstnaný	vysoký TK	vysoký TK	vysoký TK
38	A	Ž	1993	mladá	romská	žákyně ZvlŠ	žákyně	bez potíží	bez potíží	bez potíží
39	A	Ž	1997	mladá	romská	žákyně ZŠ	žákyně	bez potíží	bez potíží	bez potíží
40	A	Ž	2003	mladá	romská	žákyně ZŠ	žákyně	bez potíží	bez potíží	bez potíží
41	A	M	nezjištěno	mladá	romská	ZvlŠ	nezaměstnaný	bez potíží	bez potíží	bez potíží
42	A	Ž	1986	mladá	romská	ZvlŠ	nezaměstnaná	bez potíží	bez potíží	bez potíží
43	A	M	1994	mladá	romská	žák ZŠ	žák	bez potíží	bez potíží	bez potíží
44	C	Ž	nezjištěno	střední	romská	ZŠ	nezaměstnaná	bolesti zad	bolesti zad	nezjištěno
45	C	M	1952	nejstarší	romská	vyučen	nezaměstnaný	nezjištěno	bez potíží	nezjištěno
46	C	Ž	1989	mladá	romská	ZvlŠ	nezaměstnaná	nezjištěno	bez potíží	nezjištěno
47	C	M	1994	mladá	romská	ZŠ	žák	nezjištěno	bez potíží	nezjištěno
48	C	M	1995	mladá	romská	ZvlŠ	žák	nezjištěno	bez potíží	nezjištěno
49	C	Ž	1996	mladá	romská	ZvlŠ	žákyně	nezjištěno	bez potíží	nezjištěno
50	C	M	1997	mladá	romská	ZvlŠ	žák	nezjištěno	bez potíží	nezjištěno
51	C	Ž	1998	mladá	romská	ZvlŠ	žákyně	porucha chování (blíže nezjištěno)	porucha chování (blíže nezjištěno)	nezjištěno
52	C	Ž	2000	mladá	romská	ZŠ	žákyně	nezjištěno	bez potíží	bez potíží

N = 21 respondentů příbuzenstva cíl. souboru

Zdroj: Vlastní výzkum

Vysvětlivky:

ekonomická aktivita* k roku 2009, během výzkumu se častěji měnila, blíže v kapitole výsledků k determinantě práce

ZvlŠ*** respondenti navštěvovali zvláštní školu, až později přejmenovanou na speciální

vzorkem ve sloupcích dlouhodobého zdravotního stavu ve zkoumaném období jsou označeni ti respondenti, kteří kvůli zmíněné obtíži nenavštívili lékaře

Tabulka 3: Onemocnění dospělých

Č. resp./rod.	zkoumané období (v závorce měsíc)		
	2006	2007	2008
1/A	Viróza (11)	Chřipka (03)	Chřipka (01)
	Viróza (12)	Viróza (09)	
		Viróza (12)	
2/A	Viróza (11)	Chřipka (03)	0
	Viróza (12)	Viróza (09)	
		Viróza (12)	
3/A	Viróza (11)	Chřipka (03)	Chřipka (01)
	Viróza (12)	Zánět zubů (08)	Střevní chřipka
		Viróza (09)	
4/A	Viróza (12)	Chřipka (03)	Chřipka (01)
5/A	Viróza (12)	Chřipka (03)	Chřipka (01)
		Angína (08)	Střevní chřipka
		Namožená ruka	
		Viróza (09)	
		Viróza (12)	
6/A	Viróza (12)	Chřipka (03)	nezjištěno
		Viróza (12)	
8/A/B	Nezjištěno	Chřipka (02)	Chřipka (01)
		Chřipka (03)	Viróza (02)
			Viróza (05)
9/A/B	Nezjištěno	Chřipka (02)	Viróza (02)
		Chřipka (03)	
10/A/B	Viróza (12)	Chřipka (03)	Viróza (01)
13/B	Viróza (11)	Viróza (03)	0
	Viróza (12)		
15/C	Nezjištěno	Chřipka (01,02)	0
16/C	Nezjištěno	Viróza (12)	0
17/C	Nezjištěno	Chřipka (02)	0
22/D	Nezjištěno	Angína (02)	0
		Zánět zubů (09, 10)	
		Viróza (11,12)	
23/D	Nezjištěno	0	0
26/E	Viróza (12)	Angína (06)	Viróza (01)
		Jaterní problémy	Viróza (02)
27/E	Viróza (12)	Angína (06)	0
28/E	Viróza (12)	0	0

N = 18

Zdroj: Vlastní výzkum

Vysvětlivky:

0 = zkoumaný jev nebyl zaznamenán

Tabulka 4: Onemocnění dětí do 15 let

Č. resp./rod.	Zkoumané období		
	2006	2007	2008
7/A	Viróza (11) *	Chřipka (03)	Chřipka (01)
	Viróza (12)	Angína (08)	
14/B	Netýká se	Dlouhodobé střevní	Střevní chřipka (04)
		sřevní obtíže (02)	Ekzém (07)
		Viróza (12)	dl. střev. obtíže (09-11), viróza
18/C	Nezjištěno	Chřipka (02)	0
19/C	Nezjištěno	Chřipka (02)	0
		Střevní chřipka (07)	
20/C	Nezjištěno	Chřipka (02)	0
29/E	Viróza (12)	0	0
30/E	Viróza (12)	Střevní chřipka (05)	0
31/E	Viróza (12)	Střevní chřipka (05)	0

N=8

Zdroj: Vlastní výzkum

Vysvětlivky:

0 = zkoumaný jev nebyl zaznamenán

* v závorce měsíc onemocnění

Tabulka 5: Vybrané jevy u zkoumaných novorozenců

Zkoumaný jev	Četnost jevu / velikost souboru	Sociální stratifikace	Generace	Etnicita	Lokalita
Nezletilé prvorodičky	1/14 rodiček	Soc. vyl.	střední	romská	Č. Velenice
Potraty	4/18 žen ≤15	Soc. vyl.	0	romská	Č. Velenice
Novor. žloutenka/kýla	4/52 resp.	Soc. vyl.	0	romská	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Vysvětlivky:

0 = zkoumaný jev nebyl zaznamenán

Tabulka 6: Typy nezaměstnanosti v cílovém souboru

Č. resp./rod.	Pohlaví	Generace	Etnicita	Dosaž. vzdělání	Dlouhodobá nezam.	Opakovaná nezam.	V době výzkumu
1/A	Ž	střední	romská	ZŠ	1 (7)*	1	0
2/A	M	nejstarší	romská	ZŠ	0	1	1 (VPP)
3/A	Ž	mladá	romská	mladá	1	1	1
4/A	M	mladá	romská	ZŠ	0	1	1 (VPP)
5/A	Ž	mladá	romská	ZvlŠ	1	1	1
6/A	M	mladá	romská	ZŠ	1 (4)	0	0
9/A/B	Ž	nejstarší	romská	ZvlŠ	1 (3)	1	0
10/A/B	M	mladá	romská	ZŠ	1	1	1
13/B	Ž	mladá	neromská	ZŠ	1 (2)	0	0 – mateřská a rod. dov.
15/C	Ž	mladá	romská	ZvlŠ	0	0	0 – mateřská a rod. dov.

N = 10 nezaměstnaných rodin

Zdroj: Vlastní výzkum

Vysvětlivky:

VPP = veřejně prospěšné práce

* v závorce = doba nezaměstnanosti v letech

0 = zkoumaný jev nebyl zaznamenán

1 = přítomnost zkoumaného jevu

Tabulka 7: Alternativní životní strategie respondentů žijících v soc. vyloučených lokalitách

C. resp /rod.	Pohl.	Generace	Práce „na černo“	Sběr surovin	Sběr plodin	Prostituce	Kriminalita
1/A	Ž	střední	1	0	1	0	0
2/A	M	nejstarší	0	1	0	0	0
3/A	Ž	mladá	1	0	1	1	0
4/A	M	mladá	0	1	0	0	0
5/A	Ž	mladá	0	0	1	1	0
6/A	M	mladá	1	0	0	0	1
8/A/B	M	střední	0	1	0	0	0
9/A/B	Ž	nejstarší	1	0	1	0	0
10/A/B	M	mladá	1	0	0	0	1
13/B	Ž	mladá	0	0	0	1	0
15/C	Ž	střední	0	0	0	0	?
17/C	Ž	mladá	0	0	0	?	0
CELKEM			5	3	4	3 (4)	2 (3)

N = 12 (respondenti starší 18ti let)

Zdroj: Vlastní výzkum

Vysvětlivky:

? = podezření na přítomnost ukazatele

0 = zkoumaný jev nebyl zaznamenán

1 = přítomnost zkoumaného jevu

Tabulka 8: Půjčky jednotlivých zkoumaných rodin

Č. resp./rod.	Výše půjčky	Výše měs. splátek	Účel	Splácení
A	10.000,-	1.000,-	potraviny	pravidelné
3/A	10.000,-	220,-	TV	nepravidelné
A/B	15.000,-	1.200,-	splátka dluhů	nepravidelné, dluh 28000,-
B	0,-	0,-	0,-	0,-
C	25.000,-	nezjištěno	nábytek, pračka	nepravidelně
	20.000,-	0,-	dluh doprav.	nesplácení

N = 4 rodiny

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 9: Výdaje za bydlení

Rodina	Velikost bytu	Nájem	Poplatky za energie	Pronajímatel
A	2+1	8000,- *	3000,-	soukromá os.
A/B	1+1	7000,- *	1500,-	soukromá os.
B	1+1	4000,- **	1500,-	město
C	2+1	1500,-	1500,-	město
D	2+1	7500,-	nezjištěno	soukromá os.
E	4+1	4500,- *	2000,-	družstvo

N = 6 domácností

Zdroj: Vlastní výzkum

Vysvětlivky:

* včetně poplatku za vodu

** včetně poplatků za energie

Tabulka 10: Ukazatele socioekonomické deprivace

pozorovaný ukazatel	rod. v níž se během výzkumu objevil *
a) silný nedostatek fyzického komfortu	
hlad	0
obydlí, které neposkytuje odpovídající ochranu před živly, je špatně osvětleno či větráno, je přeplněné či špinavé	A, A/B, C
nepříjemné sousedství (hluk, provoz, smetí)	C
nepříjemné pracovní prostředí (extrémní teploty a zápach, omezený prostor atd.)	0
nedostatečně vybavený šatník vzhledem k počasí	C ¹
b) nedostatek zdraví	
vysoká pravděpodobnost krátké délky života	X
vysoká frekvence onemocnění	A
chronická onemocnění	A/B, C
trvalá fyzická či mentální neschopnost	A/B, C
c) nedostatek bezpečí a jistoty	
nejisté bydlení	C ²
nejisté sousedství	0
nedostatečná ochrana před ztrátou majetku	A, A/B, C ³
nebezpečné pracovní prostředí	B ⁴
závadné ovzduší či voda	X
nedostatečná ochrana před poklesem reálného příjmu	A, AB, B, C ⁵
d) nedostatek „welfare values“	
osobně neakceptovatelný poměr příjmu a výdělku	A, A/B, C
stigmatizující forma finanční závislosti	B ⁶
neschopnost udržet si sociálně ceněné funkce (např. zaměstnání)	A, A/B ⁷
nedostatek kvalitního vzdělávání	A, A/B, B, C
nízké sebehodnocení a sebedůvěra	X
nízká aspirace na socioekonomickou mobilitu	A, A/B, C ⁸
určité formy instability rodiny	C ⁹
e) nedostatek úcty	
omezení ekonomických a sociálních příležitostí a aktivit	A, A/B, B, C ¹⁰
vyloučení z participace na politickém procesu	11
šikana	X
nedostatek sociálně ceněných dovedností	A, A/B, B, C

N = 6 domácností

Zdroj: Vlastní výzkum

Vysvětlivky:

* výskyt zkoumaného jevu alespoň v jednom případě

X – zkoumaný jev se mi nepodařilo identifikovat

¹ „Respondent 21/C chodí oblečen a obut neadekvátně počasí. V zimě nosí sandály a v létě se potí ve sněžulích.“ (pers., sociální pracovnice, 2008).

² Typ bydlení je v podstatě koncipován na přechodnou dobu.

³ A, A/B: Dům nemá uzamykatelné hlavní vchodové dveře, jednotlivé byty rovněž nemají zámky. C: Byty jsou, vzhledem k existenci vrátnice, fakticky zabezpečeny proti vniknutí zvenčí, ale ve skutečnosti se na ubytovně krade v rámci obyvatel.

⁴ Práce ve výškách, 10/A/B.

⁵ Ano i ne – na jednu stranu jsou státem garantovány sociální dávky, na druhou stranu je velká část nesociálních příjmů z negarantované (sezónní práce, šedá ekonomika).

⁶ 13/B: *Stydím se, že jsem na dávkách. Jak sociální případ... Moje máma to taky zvládla bez nich*. U ostatních rodin nebyla prokázána.

⁷ Otázkou je, jak jsou ale v těchto komunitách sociálně ceněné.

⁸ Ale pouze vzestupného směru (hledání zaměstnání).

⁹ Vazba matky.

¹⁰ 13/B: *Chodila jsem se ptát na byty já, protože jsem bílá*.

¹¹ Zkoumané rodiny spíše neprojevovali o politiku zájem, například volit chodili pouze členové rodiny E.

Tabulka 11: Nejčastěji zastoupená jídla konzumovaná ve zkoumaných rodinách

Rodina	Snídaně	Oběd	Večeře	Nápoje	Přesnídávky/svačiny	Poznámka
A	nesnídají	knedlo vepřo zelo	zbytky od oběda	káva (dospělí)	sušenky, oplatky *	
		segedínský guláš	karbanátky, bram.	limonáda	brambůrky	
		hořčicová omáčka, maso, knedlík	kukuř. vařené s máslem (sezóně v létě)	čaje		hubnoucí čaje (matka - dieta)
		párky, pečivo	obložené pečivo (salám, máslo)			
		vepřová pečeně s omáčkou				
		maso s rýží				
A/B	nesnídají	polévka hustá (maso, nudle), pečivo	zbytky od oběda	káva (dospělí)		
		karbanátky s bram. nebo pečivem	párky, pečivo	voda		
		slepice na paprice	smažená vajíčka, pečivo			
		omáčka, knedlík, vařené maso	polévka ze sáčku/kuřecí vývar			
B	kobilhy rohlík s máslem	těstoviny (šunkofleky, či zapéčené)	obložené pečivo	voda	jogurt	
		kuře pečené/smažené, bram. n. kaše	smaž. polotovary (rybí prsty, sýr)	káva	sušenky, oplatky	
		polévka ze sáčku				
		smažené polotovary (rybí prsty, sýr)				
		knedlo vepřo zelo				
C	krupičná kaše (pouze děti)	kuřecí maso, guláš	obložené pečivo	šťáva	sladkosti	děti si kupují svačiny samy
		přírodní nebo smažený řízek	těstoviny s omáčkou	limonáda	rohlík se salámem	
		koláč, sladké pečivo	omáčka, knedlík, vařené maso	zbytky od oběda	káva (dospělí)	
			těstoviny s omáčkou	smaž. polotovary, hranolky		
D	Milan jak stíhá, Valina nesnídá děti koláč, jogurt, rohlík	přírodní nebo smažený řízek	obložené pečivo	min. voda	oblož. bageta, tyčinka	
		kuřecí maso, minutky	pizza	šťáva		
		pizza		coca cola		
E	obložený chléb	bram. na všechny způsoby	obložené pečivo	čaje	ovoce	
		balené zeli (holubki)		min. voda		
		halušky				
		pečený bůček, knedlík				
		polévky				

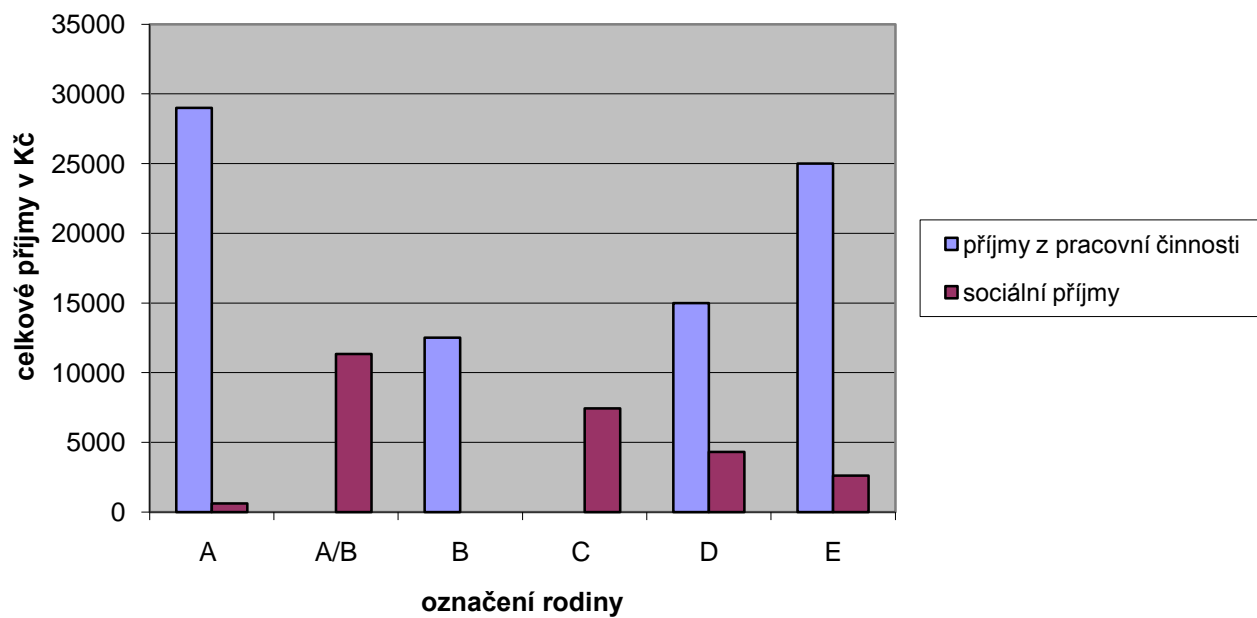
N = 6 domácností

Zdroj: Vlastní výzkum

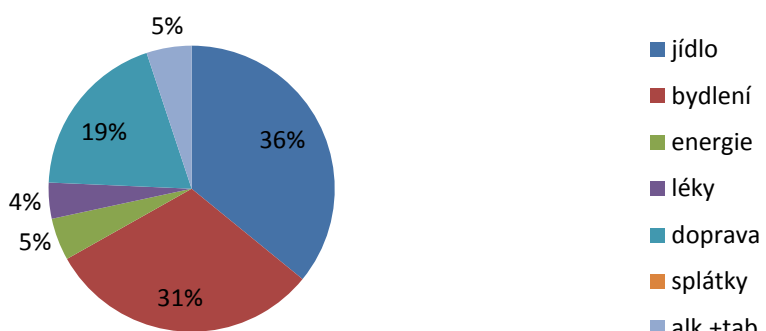
Vysvětlivky:

* svačí pouze mladší děti a dospělí, kteří chodí do zaměstnání

Graf 1: Legální příjmy zkoumaných rodin (rok 2007)

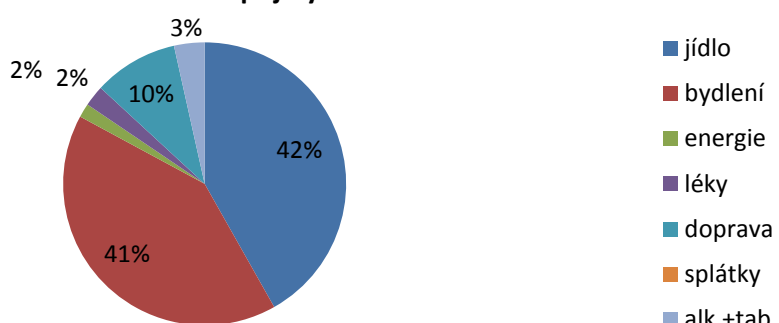


Graf 2a: Vybrané pravidelné výdaje průměrné české rodiny



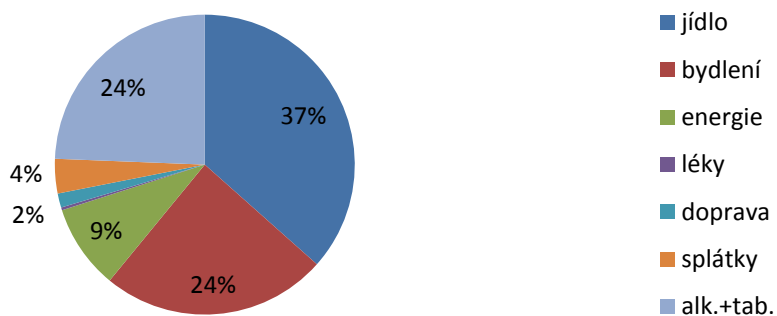
Zdroj: ČSSÚ

Graf 2b: Vybrané pravidelné výdaje české rodiny s minimálními příjmy



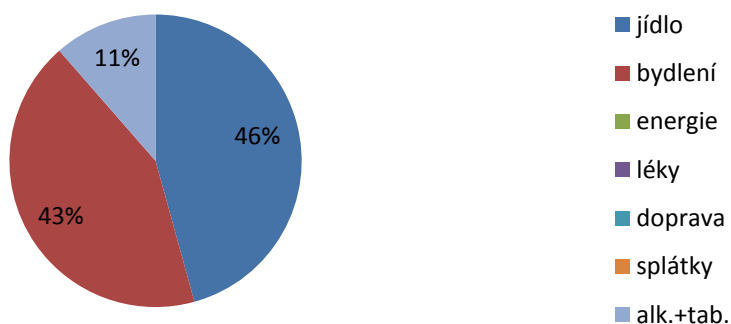
Zdroj: ČSSÚ

Graf 2c: Vybrané pravidelné výdaje rodiny A



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 2d : Vybrané pravidelné výdaje rodiny D



Zdroj: Vlastní výzkum