ROMOVÉ A SPECIFIKA ZDRAVOTNÍ EDUKACE

THE ROMA MINORITY AND SPECIFICS OF HEALTH EDUCATION

L. Šedová, V. Olišarová, V. Tóthová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

ABSTRACT

Czech Republic has adopted a number of strategic documents whose purpose is not to discriminate in health care. The largest ethnic groups are the Roma in the Czech Republic. Past studies mapping the health status of the Roma in the Czech Republic and elsewhere in the world describe polymorbidity of the members of this minority. The aim of this study is to describe the current state of knowledge concerning the health of the Roma ethnic group, an analysis of potential health educational practices applicable in the ethnically and culturally diverse groups. A content analysis was used as a method of data processing, which binds to the topic. The results show that the Roma suffer from a number of diseases that are related to their lifestyle mainly to inappropriate food, the incidence of smoking habits, overweight and obesity. This fact is reflected in premature morbidity and mortality in this group. A new space for nurses and doctors opens in providing culturally diverse health care, especially in promoting and maintaining health. As a framework for the use of cultural competence in health care are a number of model. Our team is focused on the description of the cultural assessment (Kline, Huff) and PEN-3 model (Airhihenbuwa). This post binds to the project dealing with the issue of overweight and obesity among the Roma minority in the South Bohemian Region.

Keywords: education; competence; cultural; Rom; health

SOUHRN

Česká republika přijala celou řadu strategických dokumentů, jejichž účelem je nediskriminovat v péči o zdraví. V České republice mezi nejpočetnější etnickou skupinu patří Romové. Proběhlé studie mapující zdravotní stav Romů u nás i jinde ve světě popisují polymorbiditu příslušníků této minority. Cílem této přehledové studie je popis současného stavu poznatků o zdravotním stavu romského etnika, dále analýza možných zdravotně edukačních postupů aplikovatelných v etnicky a kulturně odlišných skupinách. Jako metoda zpracování dat byla využita obsahová analýza zdrojů, která se váží k tématu. Z analýzy vyplývá, že Romové trpí celou řadou chorob, které se váží k životnímu stylu. Především jsou spojeny s nevhodným stravováním, výskytem kuřáckých návyků, výskytem nadváhy a obezity. Tento fakt se odráží na předčasné morbiditě a mortalitě v této skupině. Pro sestry i lékaře se tak otevírá nový prostor pro poskytování kulturně kompetentní zdravotní péče především v oblasti podpory a udržení zdraví. Jako rámec pro využití kulturní kompetence ve zdravotní péči se nabízí řada modelů, náš tým se zaměřil na popis rámce kulturního posouzení (Kline, Huff) a modelu PEN-3 (Airhihenbuwa). Příspěvek se váže k řešení projektu zabývajícího se problematikou nadváhy a obezity u romské minority v Jihočeském kraji.

Klíčová slova: edukace; kompetence; kulturní; Rom; zdraví

Úvod

Zdraví je jednou z nejdůležitějších potřeb každého člověka (Bártlová, 2005). Světová zdravotnická organizace v roce 1948 definovala zdraví „jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoli jen jako nepřítomnost nemoci nebo vady“ (Holčík, s. 13). Touto definicí se přikláníme k ná-

zoru, že zdraví je subjektivním pocitem pohody (well-being). Podpora zdraví u etnických skupin je velkou výzvou pro většinu států Evropské unie (Snižování nerovností v oblasti zdraví v Evropské unii, 2011). V současné době je přijat program Zdraví 2020. Účelem programu je příprava a realizace přístupů v podpoře zdraví se zaměřením na

různosti pojetí zdraví v kontextu genderu, věku, sociálního zázemí, tak aby došlo k dlouhodobému zlepšení zdravotního stavu populace (Zdraví 2020, 2014).

Zdravotní politika ve vztahu k menšinám není u nás bezproblémová. I přesto, že klíčové dokumenty zavazují stát k podpoře zdraví a jsou postavené na principu rovnosti (ekvity), existují rozdíly v přístupu ke zdraví a jeho podpoře z různých hledisek, které se váží k etnické odlišnosti (Kebza, 2005). Ukazatelé nerovnosti ke zdraví jsou: celkové zdravotní ukazatele (střední délka života, specifická úmrtnost, výskyt předčasného úmrtí a jeho příčin), životní styl a rizikové faktory, životní a pracovní prostředí, ukazatele kvality života, subjektivní pocit zdraví (Snižování nerovností v oblasti zdraví v Evropské unii, 2011). Programy na podporu a udržování zdraví se zaměřují na většinovou, majoritní populaci, čímž mohou prohlubovat rozdíly v přístupu a podpoře zdraví lidí v republice. Lidé nekvalifikovaní, se základním vzděláním, utečenci, přistěhovalci se o své zdraví nezajímají, o vyhlášených programech nevědí, čímž se rozdíly v oblasti zdraví mezi lidmi prohlubují (Mareš, 2005).

Evropská unie, Světová zdravotnická organizace, Česká republika stejně jako ostatní členské státy se zavázaly k eliminaci nerovnosti ve zdraví (Roma Health Report Health status of the Roma population, 2014). V etnických komunitách žijících v Evropské unii existují měřitelné rozdíly, které se podílejí na celkové úmrtnosti etnické skupiny – jsou to především dlouhodobá nemoc, pojetí zdraví, omezení pracovní činnosti v posledních šesti měsících (Zdraví 2020, 2014).

Romové patří v České republice mezi nejčtenější etnickou skupinu v České republice. I přesto, že známe tento fakt, celá řada autorů se přiklání k názoru, že tato etnická minorita není dostatečně popsána v kontextu podpory zdraví (Hajduchová & Urban, 2014).

O demografii této minority o nejčastěji se vyskytujících nemocech, příčinách úmrtí, kulturních odlišnostech v kontextu zdraví a nemoci víme velice málo. Rozdílnost ve střední délce života vidíme v údajích o demografii obyvatelstva (Zdravotnická ročenka ČR 2011, 2011). V roce 2011 střední délka života u mužů činí 74,69 let a u žen 80,74 let. U romských mužů střední délka života činí 64 let a u žen 70 let (European Union, 2014). Zpráva o zdravotním stavu Romů v Evropské unii ukazuje, že Romové žijící v České republice mají střední délku života o 10-15 let kratší (Roma Health Report Health status of the Roma population, 2014). Tyto demografické odhady mohou být do jisté míry zkreslené tím, kde se propočet udělá, např. nejvyšší rozdíl v naději na dožití v porovnání s běžnou populací je zřetelný na Slovensku a to díky segregovaným romským osadám, které se vyznačují špatnými životními podmínkami. Zde je úmrtnost dvakrát až třikrát vyšší v porovnání s integrovanými

Romy (Gecková et. al., 2014). Celá řada studií ukazuje, že příslušníci etnických skupin umírají v mnohem mladším věku a častěji se u nich vykytuje polymorbidita (Davidová, 2010). I přesto, že údaje o úmrtnosti romské populace nejsou k dispozici ze všech zemí EU, výsledky studie z 31 zemí, jasně prokazují rozdílnou úmrtnost ve vztahu k věku romského a neromského obyvatelstva (Roma Health Report Health status of the Roma population, 2014).

Úsilí vlád v celé Evropě řešit tyto nerovnosti v oblasti zdraví jsou poměrně slabé a Romové trpí horším přístupem ke zdravotní péči. Řadě členských zemí Evropské unie je vytýkaná špatná léčba nemocných z této menšiny a nerovný přístup ke zdraví (Perekh & Rose, 2011).

Zdravotní stav Romů

Romové jsou diskriminováni po celé Evropě, jejich zdravotní stav a profil vzdělání je výrazně horší v porovnání s ne-Romy. Výskyt přenosných i nepřenosných (infekčních i neinfekčních chorob je vyšší – vyskytuje se častěji TBC, hepatitis, kožní choroby, některé nemoci jsou vázané na výskyt horších podmínek bydlení a špatné hygieny. Existuje celá řada nemocí, které jsou vázané na životní styl – především kuřáctví, abúzus alkoholu, jídelní zvyklosti, abúzus nelegálních drog; navíc v celé řadě států je nízká imunizace dětí (Cook, 2013).

Zdravotní stav Romů žijících v České republice popisují následující studie: Determinanty zdraví romské populace v České republice (Projekt IGA MZ ČR No. 5513/3, 1999-2001); Kvalita života, střední a zdravá délka života z aspektu determinant zdraví u romského obyvatelstva v České a Slovenské republice (GAČR č. 403/07/0336; 2007-09); Romská minorita a zdraví – mezinárodní srovnávací studie 2008-09; Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace – HIS CR 1999; Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace – HIS CR 2002 (Davidová, 2010).

Ve studii Determinanty zdraví romské populace v České republice (1999-2001) bylo osloveno 1526 romských osob. Údaje o zdravotním stavu byly zjišťovány z výpisů ze zdravotnické dokumentace (n= 715 Romů). Více než polovina oslovených Romů uvedla, že trpí nějakým chronickým onemocněním – nejčastěji udávané choroby byly: srdeční (11 %), dýchacího ústrojí (8 %). Z této studie též vyplývá, že 75 % dotázaných kouří, studie odkrývá zvýšenou konzumaci alkoholu, způsob trávení volného času je spíše pasivní, zkušenost s užitím drog přiznává 2,5 % respondentů (Davidová, 2010).

Romská populace a zdraví (2008-09) byla součástí mezinárodního šetření v dalších sedmi členských státech EU. V České republice bylo osloveno 1 013 osob, z čehož bylo 681 osob dospělých. Studie odkrývá, že zhoršující se hodnocení zdravotního stavu se vyskytuje v generaci staršího střed-

ního věku (45-59 let). Výsledky o nadváze a obezitě z této studie neukazují na hromadný výskyt. Z hodnocených údajů (výšky a váhy) se ukazuje, že polovina respondentů je v kategorii normální váha a 27 % vykazuje nadváhu. I v této studii se ukazuje, že subjektivní hodnocení zdravotního stavu je horší v souvislosti s přibývajícím věkem. Biologická podmíněnost je přirozená, u romského etnika se vyskytuje již ve starším středním věku (45-59 let) a ve věku nad 60 let (Davidová, 2010; Babinská et al., 2014). Kuřácké návyky jsou zde hodnocené jako vyšší než v běžné populaci, jde především o výskyt kouření kategorie Romů starších 16 let. Z výsledků o pohybových aktivitách se dovidáme konkrétnější údaje, především to, že většina Romů „nad 16 let (70 %) nemá žádné pohybové aktivity a volný čas téměř výhradně tráví při sedavých činnostech nebo zcela pasivně“ (Davidová, 2010, s. 88).

Studie Romska populace a zdraví – mezinárodní studie, která byla realizována v Řecku, Španělsku, České republice, Slovensku, Portugalsku, Rumunsku a Bulharsku, přináší další závěry o zdravotním stavu Romů v Evropě. Ukazuje se, že většina Romů pravidelně kouří, více jak polovina oslovených pravidelně konzumuje alkohol, více jak polovina dotázaných se ve svém volném čase nevěnuje žádným fyzickým aktivitám, více jak polovina respondentů netrpěla nadváhou ani obezitou, přičemž respondenti z České republiky vykazovali nejčastěji míry určené obezitě (20 %). V porovnání výskytu nadváhy a obezity podle pohlaví se ukazuje, že nadváhou trpí častěji muži, výskyt obezity je u obou pohlaví stejný. Získané informace mohou mít významný vliv na sestavení intervencí vážící se ke zdravotní edukaci (Davidová, 2010, Dobranici et al., 2014).

Z literatury víme, že nadváha a obezita může činit celou řadu zdravotních komplikací, jako jsou: vysoký krevní tlak, diabetes, dyslipidémie, poškození svalového i kosterního aparátu (Fedacko et al., 2014).

Babinská et al. (2014) ve studii HepaMeta prokazují, že životní styl Romů žijících v osadách se odlišuje v kontextu rizik zdravotního stavu, jako je výskyt kouření, konzumace alkoholu, pohybová inaktivita v porovnání s většinovou populací. Autoři se shodují, že tyto faktory jednoznačně přispívají předčasné mortalitě a morbiditě v této etnické skupině.

Průzkumy realizované United Nations Development Programme z roku 2004 a 2012 ukazují, že 1/3 romských respondentů trpí ve věku 35-54 let zdravotními potížemi, které omezují každodenní život; 20 % dotázaných romských respondentů není pojištěných u zdravotní pojišťovny; 66 % Romů si nemůže dovolit léky ve srovnání s 29 % většinové populace; 15 % romských dětí není vakcinovaných v porovnání s 4 % dětí neromských (European Union, 2014).

Některé studie ukazují na vyšší výskyt cukrovky a kardiovaskulárních chorob, dále též nadváhy a obezity, což může mít následek v predispozici k metabolickému syndromu. Zajímavé výsledky (n=123) přináší Slovenská studie (Fedacko, et al., 2014), která potvrzuje výskyt markerů metabolického syndromu u mladší věkové populace Romů, což odpovídá zvýšené mortalitě a morbiditě pro kardiovaskulární choroby u Romů v porovnání s neromským obyvatelstvem.

Průřezová epidemiologická HepaMeta studie (rok 2011) realizovaná na reprezentativním vzorku Romů (n = 452, průměrný věk = 34,7; 35,2 % mužů) a ne-Romů (n = 403, průměrný věk = 33,5; 45,9 % mužů) ve věku 18 - 55 roky, prokázala, že Romové žijící v osadách mají odlišné stravovací návyky, které mohou negativně ovlivňovat zdravotní stav. Tento rozdíl je přičítán kulturním rozdílům, snížené dostupnosti některých potravin, dále nižší zdravotní gramotnosti a nízkému socioekonomickému statusu (Babinská et al., 2014).

Foldes a Covaci (2012) poukazují na nutnost posunu preventivních intervencí od prevence infekčních chorob k prevenci nepřenosných, chronických a civilizačních chorob vázaných na životní styl. Zdravotní intervence realizované v této komunitě musí zohledňovat sociokulturní odlišnosti a z nich vyplývající ke zdraví a nemoci a dále i zhodnocení socioekonomického statusu v kontextu zdravotního stavu jedince. Účinnost preventivních opatření je dána především realizací kulturně kompetentní zdravotní péče.

Kulturní kompetence ve zdravotní péči

Významnou roli ve zdravotní edukaci sehrává kulturní kompetence. Kulturní kompetence se stává součástí kvalifikované zdravotní péče. Lékaři i sestry jsou v rámci svého profesního vzdělávání seznámeni s multikulturní problematikou. Zakotvení výuky kulturní kompetence sester má svá objektivní odůvodnění (Nemcová & Hlinková, 2010). Naše společnost se stává heterogenní společností, co se týče etnického i náboženského složení, proto se předpokládá, že se mnohem častěji budeme setkávat s pacienty různých minorit (Mareš, 2005).

Kulturní kompetence je vývojový proces definovaný jako soubor hodnot, principů, chování a vztahů, které umožňují zdravotníkům pracovat efektivněji v kulturně odlišných skupinách. Interkulturní, kroskulturní nebo kulturní kompetence jsou zaměnitelné a nejasně odlišitelné pojmy (Peréz & Luquis, 2014).

Kulturní kompetenci můžeme pojmovit jako komplexní soubor kognitivních, afektivních a behaviorálních znalostí a charakteristik, které podporují patřičné interakce v různých kulturních kontextech zvláště u těch, které se kulturně odlišují.

Ruben (1976) identifikoval 7 dimenzí interkulturnálních kompetencí:

- 1) Ukazování respektu k ostatním individualitám
- 2) Schopnost odpovídat neodsuzující cestou
- 3) Orientace na znalosti
- 4) Empatie
- 5) Flexibilní a harmonizující chování
- 6) Vedení interakce
- 7) Tolerance nejistoty (Peréz, Luquis, 2014).

Kulturu lze v tomto kontextu definovat jako integrované vzory lidského chování, které zahrnují myšlenky, komunikaci, jazyk, praktiky, hodnoty, zvyky, rituály, role, vztahy a očekávané chování rasových, etnických, náboženských nebo sociálních skupin a jejich schopnost předávat výše zmíněné po další generaci (Peréz & Luquis, 2014). Míra zachování odkazu kultury úzce souvisí s mírou kulturního dědictví, tedy faktickou schopností dané minority si svou kulturu zachovat i v prostředí majoritní skupiny (Tóthová et al., 2010).

Každá kultura má své pojetí zdraví a nemoci. Příslušníci mohou mít odlišné představy o zdravém chování, rizikovém chování, kategoriích nemocí, chování v průběhu nemoci, péči o umírající či mrtvé (Nemcová & Hlinková, 2010).

Shrnutí charakteristik pojetí zdraví a nemoci v kontextu zdravotní péče jednoznačně ulehčuje možnost vzdělávání problematiky multikultury a etnické péče. Ovšem na druhou stranu může také vyvolávat jistý „stereotyp druhého řádu“, jenž může vést zdravotníky ke zjednodušení a generalizaci práce s příslušníkem jisté minority bez ohledu na individuální či rodinné zvláštnosti. Rom ve zdravotní péči pro většinu zdravotníků představuje problém, tím se dopouštíme zkrselení. (Mareš, 2005)

Pro Romy ve zdravotní péči je typické, že žijí dneškem, budoucnost je pro Romy vzdálenou skutečností; zdravotnické zařízení navštěvují, až když není zbytí; vyžadují, aby se jejich osobě personál plně věnoval, trpí někdy oprávněně předsudkem, že je personál považuje za pacienty „druhé kategorie“, mívají hlasitější a emočně nabitý projev, sdělované anamnestické údaje nemusí odpovídat pravdě, někdy se objevuje tendence zveličování (agrace) zdravotních obtíží. Takové jednání může být v některých případech výhodné. Romové mají tendenci nedodržovat stanovené termíny, dohodnuté kontroly a jejich čas, z toho důvodu je nutné dokumentovat záznamy, pozvánky, kontroly, data a hodiny. Problémem ve zdravotní péči při styku s příslušníkem romského etnika může být jazyk, rozsah slovní zásoby, problémem zůstává též dodržování léčebného režimu farmakoterapie a nefarmakologické postupy (Davidová, 2010; Mareš, 2005).

Edukace a edukační činnost zdravotnických pracovníků je nedílnou součástí kvalitní zdravotní péče. Zdravotnická edukace může mít primární, sekundární či terciální charakter, nedá se oddělit od kvalitní zdravotnické péče, a u minoritních skupin má specifickou podobu. V současné době existuje

celá řada modelů ve zdravotní péči, které dokáží pracovat s kulturní kompetencí a respektovat během péče kulturní odlišnosti. (Nemcová & Hlinková, 2010; Peréz & Luquis, 2014)

Modely kulturní kompetence v podpoře zdraví

V další části se orientujeme na vymezení rámce modelů spojených kulturní kompetencí v podpoře zdraví. Pro realizaci preventivních programů s kulturní kompetencí byly zvoleny modely: 1) *rámec kulturního posouzení (Cultural Assessment Framework – CAF)* a 2) *PEN-3 model* (Kline & Huff, 2007).

Oba modely CAF (Huff & Kline, 1999) a PEN-3 (Airhihenbuwa, 1995) popisují pracovní rámce, které musí být vzaty v úvahu při posuzování hodnot kulturně rozmanitých skupin jako součást vývoje podpory zdraví a prevence nemocí. Např. Shultz, Phillion, Noone a Tanner (2002) použili CAF model jako základ pro výzkumnou studii pro rozvinutí reliabilních a validních výsledků doporučeného postupu prevence násilí. Podobně i Scarinci et al. (2012) použili model PEN-3 pro rozvinutí teoreticky založených kulturně relevantních intervencí v prevenci karcinomu děložního čípku mezi latinskými imigranty.

1) *Rámec kulturního posouzení* byl vyvinut autory Huff a Kline (2007) a obsahuje 5 úrovní posouzení:

A. *Demografické charakteristiky kulturní nebo etnické skupiny* – zahrnují věk, pohlaví, sociální příslušnost, status, vzdělání, náboženství, jazyk, příjmy, podmínky bydlení, akulturace. Čím lépe edukátoři-zdravotníci tyto faktory znají, tím budou lepší v přizpůsobení edukačního programu v etnické nebo rasové skupině (Peréz & Luquis, 2014).

B. *Epidemiologické a environmentální vlivy kulturních nebo etnických skupin* – Huff a Kline (2007) navrhuje, aby se edukátoři-zdravotníci při sestavení edukačních programů více zaměřili na hodnocení environmentálních vlivů. Pokud uděláme širší analýzu epidemiologických dat, můžeme zjistit skryté zdravotní problémy v mnoha rasových i etických podskupinách (Peréz & Luquis, 2014).

C. *Charakteristiky kulturních nebo etnických skupin* – zdravotníci obhajují názor, že lidé v této profesi potřebují být více kulturně kompetentní a citliví k rasově a etnicky odlišným skupinám. Specifické kulturní nebo etnické charakteristiky jsou kulturní nebo etnická identita, časová orientace, vnímání sebe a společnosti, sociální normy, hodnoty a zvyky, komunikační vzory – styly. Spector (2004) definuje kulturu jako víru, praktiky, zvyky, normy atd., které individuality získávají ze svých rodin. Kulturní identita se může v čase měnit (Peréz & Luquis, 2014). Kulturní identita ovlivňuje chování člověka a jeho možnosti přístupu ke zdraví. Pro zdravotníky je důležité, aby součástí kroku kulturního posouzení cílová skupina identifikovala

sama sebe, protože tato identita bude ovlivňovat další kulturní odlišnosti skupiny (Kline & Huff, 2007).

D. *Obecné a specifické rasové a etnické praktiky zdravotní péče* – Během kulturního posouzení si zdravotníci musí být vědomi specifických rasových a etnických praktik, které ovlivňují interakci skupiny se západním biomedicínským modelem a podporou zdraví (Huff & Kline, 2007). Tato část rámce CAF zahrnuje posouzení vysvětlujícího modelu podpory zdraví a vzniku nemoci ve specifické kulturní nebo etnické skupiny – reakce na nemoc, vnímání a používání západní zdravotní péče – tradičního modelu a faktorů zdravotního chování. V západní medicíně převládá biomedicínský model, který je založen na jasné symptomatologii, diagnostice i léčbě. Rasové a etnické skupiny se s tímto modelem nemusí ztotožňovat. Proto je důležité, aby zdravotníci rozuměli pojetí zdraví a nemoci v kulturně odlišných skupinách, aby tyto znalosti mohli efektivně komponovat do podpory zdraví v kulturně i etnických skupinách (Peréz & Luquis, 2014).

E. *Způsob poskytování zdravotních služeb (západní medicína)* – Rámec CAF nabízí/navrhuje posouzení západního způsobu zdravotní péče jako systému, který poskytuje služby multikulturním skupinám. V této části jde o zhodnocení, do jaké míry se daří poskytovat kulturně odlišnou zdravotní péči (Peréz & Luquis, 2014).

2) PEN3 – model se původně věnuje intervenci v prevenci HIV v afrických zemích, pak byl adaptován na

užití preventivní intervence u afrických Američanů (Airhihenbuwa & Dewitt, 2004). Model zajišťuje funkční metody. Původně měl model 3 dimenze vzorců zdravotního chování: výchova ke zdraví, edukační diagnóza pro podporu zdraví, kulturní vhodnost zdravotního chování. Revidovaný PEN-3 model se skládá ze tří primárních domén - vztahy a očekávání; kulturní zplnomocnění-oprávnění-pověření a kulturní identita – a tří komponent v každé doméně. Jakmile edukátor identifikuje zdravotní problém, může sestavit sociokulturní záležitosti do 9-ti kategorií

PEN-3 se skládá:

- 1) Kulturní příslušnost: pozitivní, negativní a existenciální
- 2) Vztahy a očekávání: vnímání, umožnění, výchova – tato část vzešla z jiných modelů např. PRECEDE-PROCEED rámec
- 3) Kulturní identita: osoby, širší rodina, sousedé (Peréz, Luquis, 2014)

Model PEN-3 model byl aplikován v souvislosti s prevencí diabetu (Belue et al., 2013) a kardiovaskulárních chorob (Belue et al., 2009) v subsaharské Africe, kde se výskyt těchto onemocnění zvyšuje v souvislosti s urbanizací, která přináší celou řadu negativních dopadů na životní styl zde

žijící populace. PEN 3 model zde byl využit jako rámec v práci s kulturní kompetencí ve zdravotnických zařízeních.

Plánování a realizace zdravotní intervence v kontextu kulturních odlišností je velice náročné, setkáváme se s bariérami, které pramení z nedostatečného verbálního i nonverbálního projevu obou účastníků zdravotní péče, odlišně nahlížíme na slušné chování a společenské zvyky, dalšími bariérami může být hodnota zdraví, názory na zdraví a nemoc, přesvědčení o zvlátnostech léčebných nebo preventivních praktik (Nemcová & Hlinková, 2010). Některé studie ukazují, že zdravotníci příslušníkům minorit věnují mnohem méně času, menší část věnují vysvětlování a rozebírání detailů o nasazené léčbě, o průběhu a vážnosti onemocnění. To neznamená, že by zdravotníci edukační činnost opomíjeli, realizují ji v omezené podobě bez apelu na kulturní kontext stylu učení dané minority (Mareš, 2005).

Doporučení pro praxi

Při jednání se členy jiných etnických skupin se edukátor–zdravotník učí rozumět hodnotám, přesvědčení, víře v kontextu ovlivnění zdraví a chování ke zdraví u vybrané minority. Díky neustálému zvyšování kulturních rozdílů v populaci je důležité brát v úvahu kulturní a jazykové kompetence při plánování a implementaci programu podpory a udržení zdraví. Výše zmíněné modely aplikované do praxe tento požadavek splňují. Zdravotníci se musí pokusit o kulturní posouzení pro získání dat a informací, které budou přínosné pro rozvoj kulturního a jazykově příslušného programu podpory zdraví.

Postihnout všechny poznatky o minoritách, které se vyskytují na území České republiky, je nemožné, proto cestou ke zlepšení úrovně zdravotní edukace v kontextu kulturní kompetence je uplatnění edukace široké odborné veřejnosti v rámci celoživotního vzdělávání – kurzy, semináře, konference. Zdravotníci se tak mohou seznámit s problematikou kulturní kompetence ve zdravotní péči. Jednou z možností uplatnitelnosti je také realizace multikulturního poradenství ve zdravotní péči, které může být součástí každé větší nemocnice, nabízet specificky orientované zdravotní programy pro účastníky minorit s respektem k jejich kulturním odlišnostem i k odlišnostem, které se váží na jejich zdravotní stav, zdravotní gramotnost a pojetí zdraví jako takového.

Závěr

Výsledky populačních národních i mezinárodních studií jasně prokazují, že příslušníci romské minority trpí ve větší míře celou řadou civilizačních chorob, které vedou v této populaci k předčasné mortalitě a morbiditě. Někteří autoři již poukazují na zatím nedostatečnou realizaci zdravotní edukace v prevenci civilizačních chorob o příslušníky od-

lišného kulturního nebo etnického původu opomíjená. V praxi se nabízí realizace dvou rámcových modelů pro podporu a udržení zdraví u minority, jde o Rámec kulturního posouzení a model PEN-3. K opomíjení zdravotní prevence u romské minority vede řada faktorů, které stojí na straně zdravotníků i samotných pacientů – Romů.

Literatura

- Airhihenbuwa, C.O., & Dewitt Webster, J. (2004). Culture and African context of HIV/AIDS prevention, care, and support. *Journal of HIV/AIDS Research Alliance*, 1(1), 4-13.
- Babinská, I., Gecková, Am., & Hepameta Team. (2014). Does the population living in Roma settlements differ in physical activity, smoking and alcohol consumption from the majority population in Slovakia? *Cent Eur J Public Health*. Mar; 22 Suppl: S22-7.
- Bártlová, S. (2005). *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada.
- Belue, R., Diaw, M., Ndao, F., Okoror, T., Degboe, A., & Abiero, B. (2013). A cultural lens to understanding daily experiences with type 2 diabetes self-management among clinic patients in M'bour, Senegal. *Int Q Community Health Educ.*, 33(4), 329-347.
- Belue, R., Okoror, Ta., & C., Ogedegbe, G. (2009). An overview of cardiovascular risk factor burden in subsaharan African countries: a socio-cultural perspective. *Global Health*, 22, 5-10.
- Cook, B., Wayne, Gf., Valentine, A., Lessios, A., & Yeh, E. (2013). Revisiting the evidence on health and health care disparities among the Roma: a systematic review 2003-2012. *Int J. Public Health*, 58(6), 885-911.
- Davidová, E. et al. (2010). *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: Triton.
- Dobranici, M., Buzea, A., & Popescu, R. (2012). The cardiovascular risk factors of the Roma (gypsies) people in Central-Eastern Europe: a review of the published literature. *J. Med Life*, (4), 382-389.
- Fedacko, J., Pella, D., & Jarcuska, P., et al. (2014). Clinical and biochemical determinants of metabolic syndrome among Roma and non-Roma subjects in the eastern part of Slovakia. *Cent Eur J Public Health*. 22 Suppl., 75-80.
- Foldes, M.E., & Covaci, A. (2012). Research on Roma health and access to healthcare: state of the art and future challenges. *Int J. Public Health*, 57(1), 37-39.
- Gecková, Am., & Babinská, I., et al. (2014). Do eating habits of the population living in Roma settlements differ from those of the majority population in Slovakia? *Cent Eur J. Public Health*. Mar; 22 Suppl., 57-64.
- Hajduchová, H., & Urban, D. (2013). Sociální determinanty zdraví u romské populace. *Kontakt*. 16(1), 44-49.
- Holčík, J., Kaňová, P., & Prudil, L. (2005). *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Acedemia.
- Kline, V. M., & Huff, M. R. (2007). *Health Promotion in Multicultural Populations – A Handbook for Practitioners and Students*. California: SAGE Publications.
- Mareš, J., Hodačová, L., & Býma, S. (2005). *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství*. Praha: Karolinum.
- Nemcová, J., & Hlinková, E. et al. (2010). *Moderná edukácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta.
- Parekh, N., & Rose, T. (2011). Health inequalities of the Roma in Europe: a literature review. *Cent. Eur. J. Public Health*. Sep, 19(3), 139-42.
- Peréz, M. A., & Luquis, R. R. (2014). *Cultural Competence in Health Education and Health Promotion*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Roma Health Report Health status of the Roma population - Data collection in the Member States of the European Union*. (2014). [online] [cit.2014-11-10]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/social_determinants/publications/index_en.htm.
- Scarinci, I. C., Bandura, L., Hidalgo, B. & Cherrington, A. (2012). Development of a theory – based (PEN 3 and Health Belief Model), culturally relevant intervention on cervical cancer prevention among Latina immigrants using intervention mapping. *Health Promotion Practice*, 13(1), 29-40.
- Shultz, J., Phillion, N., Noone, J., & Tanner B. (2002). Listening to women: Culturally tailoring the violence prevention guidelines from the Put prevention into Practice program. *Journal of the American Academy of Nurse Practitiners*, 14(7), 307-315.
- Spector, R. E. (2006). *Cultural diversity in health and illness* (6th ed.), Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Snižování nerovností v oblasti zdraví v Evropské unii*. (2011). [online] [cit.2014-11-10]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/index_cs.htm.
- Tóthová, V., Michálková, H., Scholz, P., Šedová, L., & Trešlová, M. (2010). *Zabezpečení efektivní ošetrovateľské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton.
- Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. (2014). [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 31.5.2014]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html.

Zdravotnická ročenka ČR 2011. (2011). [online]
Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky
ČR.
[cit.2014-11-10]. Dostupné z: [http://www.uzis.cz/
katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-
republiky](http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky).

Mgr. Lenka Šedová, PhD.
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
U Výstaviště 26
37005 České Budějovice
lsedova@zsf.jcu.cz

Příspěvek se vztahuje k výzkumnému grantovému projektu číslo LD14114, který je realizován za finanční podpory Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy v rámci COST (Cooperation on Scientific and Technical Research) nesoucí název Obe-zita a nadváha u romské minority v Jihočeském kraji.