



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Ústav sociálních a speciálněpedagogických věd (USV)

Diplomová práce

Informovanost romského obyvatelstva v oblasti stomatologické péče

Vypracovala: Bc. Pavla Karásková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Bc. Alena Kajanová, Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Diplomová práce je zaměřena na problematiku zubní péče u romských pacientů. Hlavními sledovanými oblastmi byla informovanost Romů v různých aspektech péče o zuby a ochota zubních lékařů romské pacienty ve svých ordinacích registrovat.

Původně měl být pro tuto práci použit kvalitativní výzkum, ale předvýzkum ukázal, že kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření bude lepším řešením. Zubní lékaři z důvodu vyčerpání byli totiž ochotni vyplnit dotazníky, ale na rozhovory jim kvůli pracovnímu vytížení čas nezbýval. Dotazníky jsem nakonec zvolila i pro romské respondenty a díky nim získala informace od větší části populace, než by bylo v případě kvalitativního výzkumu. Pro každou dotazovanou skupinu jsem vyhotovila dotazníky zvlášť. Dotazníky pro Romy byly složeny ze 17 otázek orientovaných na zjištění péče o zuby a zubního zdraví v kontextu registrace u zubního lékaře. V dotaznících, určených pro zubní lékaře bylo celkem 11 otázek zjišťujících ochotu lékařů registrovat nové romské pacienty v komparaci se zkušenostmi s romskými pacienty již registrovanými. Dotazníky jsou vlastní konstrukce, zcela anonymní a byly předkládány pouze v tištěné podobě. Romských respondentů bylo celkem 237 a dotazníky jsem s nimi většinou vyplňovala pod vlastní supervizí. Pokud bylo třeba, otázku jsem jim upřesnila nebo jsem se doptala, abych získala adekvátní odpovědi. Zubním lékařům jsem po předchozí domluvě dotazníky donesla a zpátky je vyzvedla v domluveném termínu. Z celkem 89 oslovených zubních lékařů, jich odpovídalo pouze 37 cílové skupině, pro kterou byly dotazníky určené. Kritérium registrovaných romských pacientů nesplňovalo 52 lékařů.

Prvním cílem této práce bylo zjistit informovanost a ochotu romského obyvatelstva k preventivním zubním prohlídkám. Výsledky práce ukazují, že ochotu k absolvování preventivní prohlídky projevila nadpoloviční většina respondentů ve vzájemné shodě obou výzkumných souborů. Kladně odpovědělo 61 % dotazovaných registrovaných Romů a 57 % zubních lékařů odpovědělo, že Romové na preventivní prohlídky chodí.

Komparativním vyhodnocením jsem zjistila, že informovanost registrovaných a neregistrovaných romských respondentů vykazuje disproporce s vyšší skóre úspěšnosti u registrovaných respondentů, kdy např. informace o úhradě výkonů zdravotní pojišťovnou má z registrovaných romských respondentů celých 70 % a z neregistrovaných jen 30 % respondentů.

Druhým cílem bylo zjistit ochotu dotazovaných zubních lékařů Romy ve svých ordinacích registrovat. Předpokládala jsem, že převážná většina nepřijímá z kapacitních

důvodů pacienti žádné. Proto jsem položila v dotazníku otázku: „Pokud byste ještě přijímal/a pacienti, přijal/a byste Roma?“ 57 % dotázaných zubních lékařů uvedlo, že by Roma přijali. Za předpokladu spolupráce Roma a sociálního pracovníka ochota k přijetí do evidence zásadně roste a dosahuje hodnoty 84 %. Tento, celkem velký rozdíl, odpovídá negativním zkušenostem se spoluprací s Romy. To znamená, že pomoc sociálního pracovníka by mohla pozitivně ovlivnit vztahy i komunikaci mezi zubními lékaři a romskými pacienty.

Problém v komunikaci však není pouze na straně Romů. Všichni zdravotničtí pracovníci by se měli povinně vzdělávat v problematice multikulturní výchovy. Pokud pochopí historické hodnoty a zvyky různých kultur, mohou se eliminovat kulturní bariéry, nesnášenlivost, předsudky a diskriminace, které jsou často, třeba i ve skryté formě, důvodem odmítnutí pacienta. V případě účinné komunikace a vybudování vzájemné důvěry mohou romští pacienti lépe pochopit pravidla, která zubní lékař vyžaduje a získat informace, které jsou důležité pro předcházení problémům s bolestí zubů, finančními výdaji a v neposlední řadě také s estetikou.

Z výzkumu dále vyplynulo, že Romové (dle odpovědí dotazovaných zubních lékařů) zanedbávají zubní hygienu a péči o chrup u svých dětí. Zubní hygienu u romských pacientů označilo za nedostatečnou 54 % dotázaných zubních lékařů. Spokojeno s péčí u dětí je pouze 14 % z nich. Bylo by velmi vhodné využít v mateřských školách ve větším měřítku služeb zubních hygieniček, které mohou dětem pomoci osvojit si vhodné hygienické návyky a díky „domácím úkolům“ zprostředkovat tyto informace i ostatním členům rodiny.

Shrnutím možných řešení problémů zubní péče u Romů je tedy účinná komunikace mezi romským pacientem a zubním lékařem, která by byla možná realizovat povinným multikulturním vzděláváním všech zdravotnických pracovníků a spoluprací se sociálním pracovníkem jako mediátorem mezi nimi.

Klíčová slova: Romové; zdraví; informovanost; zubní péče; sociální pracovník; diskriminace

Abstract

The diploma thesis is focused on the issue of the dental care of the Roma patients. Major fields of interest were the awareness of Roma in different aspects of the dental care and the willingness of dentists to register Roma patients in their surgery.

For this thesis was originally planned to use the qualitative research but the pilot study showed that quantitative research would be better option. Dentists were willing to fill in questionnaires but they had no time for interviews due to the big amount of their work duties. I chose questionnaires also for Roma respondents. Thanks to them I gathered more pieces of information from majority of Roma population than if I had used the qualitative research. For each group involved in the research were created different questionnaires. Questionnaires for Roma were consisted of 17 questions. Questions were focused on the dental care and dental health in context of registration at the dentist. In questionnaires for dentists were in total 11 questions. Questions were focused on willingness of dentists to register new Roma patients in comparison with experiences with registered Roma patients. Questionnaires were created by me. They were presented only in printed form and were filled in anonymously. Roma respondents were in total 237. I mostly supervised them during the filling their answers. When it was necessary I specified them the question or I made another question to gain the appropriate answer. Questionnaires for the dentists I brought into surgeries with their agreement and collected filled questionnaires back in the agreed term. Addressed dentists were 89. Only 37 of them corresponded with the target group for which were questionnaires designed. Other 52 dentists did not meet the criterion of the registered Roma patients.

The first aim of this thesis was to find out how informed and how willing are Roma population in case of preventive dental examinations. Results show that the willingness to undergo preventive examinations has more than half of respondents. Positively answered 61 percent of registered Roma and 57 percent of dentists answered that Roma undergo preventive examinations.

When we compared the awareness of registered Roma respondents with unregistered Roma respondents, registered Roma respondents are more informed than unregistered Roma respondents. For example in the case of information about payments for medical acts which are paid by health insurance companies, 70 percent of registered

Roma respondents and only 30 percent of unregistered Roma respondents have awareness about it.

The second aim of this thesis was to find out the willingness of dentists to register Roma in their surgeries. It was obvious to me that most of the dentists don't accept new patients due to the capacity. For this reason I asked a question: "If you accept new patients, will you accept Roma?" 57 percent of dentists answered that they would register Roma. If there does exist cooperation between Roma and social worker, the willingness of dentists to register Roma increases and reaches 84 percent.

This big difference corresponds to negative experience which dentists have with Roma. It means that assistance of the social worker can positively affect relationships and communication between dentists and Roma patients.

Problem in communication is not only on the side of Roma population. All health workers should compulsorily study the issue of multicultural education. If they understand historical values and customs of different cultures, there is a possibility to eliminate culture barriers, intolerance, prejudice and discrimination. These facts perhaps in hidden form are mostly the main reason not to accept the patient. In case of effective communication and building mutual trust Roma patients can better understand rules which are required by dentist and gain information which are important to prevent problems with toothache, financial expenses, and ultimately, with esthetics.

The research revealed that Roma, according to answers of dentists, neglect dental hygiene and dental care of their children. Dental hygiene of Roma patients was identified as inadequate by 54 percent of dentists. Only 14 percent of dentists are satisfied with the dental hygiene of children. It would be very suitable to use in preschool facilities services of dental hygienists that can help children learn appropriate hygienic habits and through "homeworks" pass gained information to other family members.

A summary of possible solutions to problems of dental care of Roma is therefore effective communication between Roma patient and dentist which would be possible by implementation of multicultural education of all health workers and cooperation with the social worker as a mediator between them.

Keywords: Roma population, health, awareness, dental care, social worker, discrimination.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to – v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

Bc. Pavla Karásková

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala doc. PhDr. Bc. Aleně Kajanové, Ph.D. za odborné rady, cenné informace a trpělivé vedení.

OBSAH

1	TEORETICKÁ VÝCHODISKA	11
1.1	PREVENCE VE STOMATOLOGII	11
1.1.1	Primární prevence	13
1.1.2	Sekundární prevence	15
1.1.3	Terciární prevence	16
1.1.4	Souvislost stavu chrupu s celkovým zdravotním stavem	16
1.1.5	Zubní hygiena	17
1.2	ZUBNÍ PÉČE V ČR	19
1.2.1	Stomatologická péče hrazená zdravotní pojišťovnou	20
1.2.2	Stomatologická péče částečně hrazená zdravotní pojišťovnou	21
1.2.3	Stomatologická péče nehrazená zdravotní pojišťovnou	21
1.2.4	Vztah stomatolog – pacient	22
1.2.5	Možné konflikty ve vztahu Rom – stomatolog	26
1.2.6	Využití sociálních služeb pro eliminaci těchto konfliktů	28
1.3	ROMSKÁ POPULACE V ČESKÉ REPUBLICE	31
1.3.1	Romská kultura	33
1.3.2	Romové a zdraví	36
1.3.3	Romové a péče o chrup	40
1.3.4	Situace Romů v sociální oblasti	41
2	CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	42
3	METODIKA	45
4	VÝSLEDKY	46
4.1	POPISNÁ STATISTIKA	46
4.1.1	Poměr registrovaných a neregistrovaných respondentů	46
4.1.2	Potřeba neregistrovaných respondentů najít si zubního lékaře	47
4.1.3	Vliv pohlaví respondenta na registraci u stomatologa	47
4.1.4	Zájem Romů o spolupráci se sociálním pracovníkem	49
4.1.5	Vztah věku pacienta k vážnosti obtíží	49
4.1.6	Pravidelné zubní prohlídky	51
4.1.7	Návštěvnost Romů na zubní pohotovosti	51
4.1.8	Souvislost mezi příjmem Roma a jeho registrací u stomatologa	52
4.1.9	Informovanost Romů v oblasti úhrady výkonů v zubní ordinaci	54

4.1.10	Informovanost Romů v oblasti rizik při zanedbání zubní péče	55
4.1.11	Informovanost Romů o rizicích spojených se zanedbáním zubní péče v souvislosti s pohlavím.....	56
4.1.12	Zdroje informací Romů v oblasti stomatologické péče	58
4.1.13	Vliv registrace u stomatologa na vážnost obtíží respondentů.....	59
4.1.14	Zubní lékaři v Českých Budějovicích.....	60
4.1.15	Ochota zubních lékařů přijmout Roma v souvislosti s počtem již registrovaných.....	61
4.1.16	Spolupráce se sociálním pracovníkem.....	62
4.1.17	Spolupráce romských pacientů	63
4.1.18	Péče o chrup romských dětí	64
4.1.19	Preventivní prohlídky u romských pacientů	65
4.1.20	Vztah mezi ochotou registrace Romů a platbami nadstandardních materiálů již registrovanými Romy	66
4.2	TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ.....	67
4.2.1	Vliv pohlaví respondenta na registraci u stomatologa.....	67
4.2.2	Vztah věku pacienta k vážnosti obtíží	67
4.2.3	Návštěvnost Romů na zubní pohotovosti	68
4.2.4	Souvislost mezi příjmem Roma a jeho registrací u stomatologa.....	68
4.2.5	Informovanost Romů v oblasti úhrady výkonů v zubní ordinaci	69
4.2.6	Informovanost Romů v oblasti rizik při zanedbání zubní péče	69
4.2.7	Informovanost Romů o rizicích spojených se zanedbáním zubní péče v souvislosti s pohlavím.....	70
4.2.8	Zdroje informací Romů v oblasti stomatologické péče	70
4.2.9	Vliv registrace u stomatologa na vážnost obtíží respondentů.....	71
4.2.10	Ochota zubních lékařů přijmout Roma v souvislosti s počtem již registrovaných.....	71
4.2.11	Spolupráce se sociálním pracovníkem.....	72
4.2.12	Spolupráce romských pacientů	72
4.2.13	Vztah mezi ochotou registrace Romů a platbami nadstandardních materiálů již registrovanými Romy	73
5	DISKUSE.....	74
6	ZÁVĚR	77
7	POUŽITÉ ZDROJE.....	79

„Ještě nikdo nebyl takový filozof,
aby trpělivě snášel bolení zubů.“

(William Shakespeare)

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1.1 PREVENCE VE STOMATOLOGII

Nejčastějším onemocněním v zubním lékařství je onemocnění tvrdých zubních tkání a onemocnění parodontu (závěsný aparát zubu). Prevalence těchto onemocnění je v populaci velmi vysoká a kvalitní léčba je nákladná jak pro zdravotní pojišťovny, tak i pro samotné pacienty. Preventivní opatření jsou velmi žádoucí ve všech oborech medicíny a zubní lékařství není výjimkou. Navíc biomedicínský výzkum jde neustále dopředu a přináší další a další moderní technologie, které provádění preventivních opatření v zubním lékařství čím dál více usnadňují (Fait et al., 2008).

Nejčastějším onemocněním v dutině ústní a v podstatě i celkově je **zubní kaz**. Jedná se o mikrobiální proces popsaný již v roce 1889 jako Millerova chemicko-parazitární teorie. Základem této teorie je splnění tří podmínek. Jedná se o současnou přítomnost mikroorganismů v zubním plaku, sacharidů a zubů. Důležitou roli zde hraje i čas, po který jsou tyto faktory ve vzájemném působení. Bakteriím trvá 24–48 hodin, než se na zubu vytvoří plak, který je schopen zkvašovat sacharidy a produkovat kyseliny, enzymy a toxiny. Mikroorganismy přítomné v zubním plaku přilnou ke sklovině, zkvasí přítomné sacharidy, přičemž vzniknou organické kyseliny, které díky tomu, že sníží pH, působí na tvrdé zubní tkáň (Dostálová et al., 2008).

Pokud není zubní kaz léčený, postupuje blíže k dřevné dutině. Zde pak vznikají změny, které jsou buď reverzibilní (vratné), nebo ireverzibilní (nevratné). K reverzibilním změnám patří například hyperémie dřeně, kdy následkem kazu dojde k většímu prokrvení dřeně a ta se stává více citlivou. Po správném ošetření může být zachována vitalita (živost) zubu. Někdy je kaz však natolik hluboký, že dojde k zánětu dřeně – pulpitis, nebo jejímu odumření – nekróza, gangréna, periodontitida (Dostálová et al., 2008).

Zánět dřeně je velmi bolestivé onemocnění, které se projevuje hlavně v noci při větším prokrvení tkání hlavy. Analgetika často nezabírají. Toto onemocnění většinou pacienta donutí navštívit stomatologa. **Nekróza** může probíhat bez bolestivých příznaků. Jde o neléčenou pulpitudu nebo jako následek traumatu zubu. **Gangréna** vzniká infikací nekrotické tkáně mikroorganismy. Projevuje se velkou citlivostí

na teplo, nebo je bez příznaků. Typický je pro gangrénu silný hnilobný zápach (Dostálová et al., 2008).

Periodontitida může být akutní, chronická a akutně exacerbovaná. Periodontitida akutní vzniká přestupem infekce přes foramen apicale (otvor v hrotu kořene zubu, kterým vedou do zubu a zpět cévy a nervy) a postiženy jsou tkáně periapikální (v okolí kořenového hrotu). Subjektivně je udáván pocit povystouplého zubu, ten je pokleповě citlivý v dlouhé ose zubu. Chronická periodontitida nemusí být provázena významnými obtížemi, kdykoli však může exacerbovat (znovu přejít do akutní fáze) – akutně exacerbovaná periodontitida (Dostálová et al., 2008).

U všech případů, kdy dojde k odumření dřene (pokud ovšem není nutná extrakce zubu), je nutné endodontické ošetření, jehož cílem je hermetické zaplnění kořenového kanálku, a postendodontické ošetření. Předpokladem je odstranění kazivé tkáně, trepanování zubu, odstranění veškeré dřene, opracování zubního kanálku kořenovými nástroji a současně zabránění infekci chemicky výplachem a zaplnění kanálku (kanálků) speciálním materiálem. Zub se po zaplnění kanálku postendodonticky ošetří, a to buď výplní, nebo protetickou prací, jako například korunkou, popř. kořenovou nástavbou a korunkou (Dostálová et al., 2008).

Na onemocnění parodontu i tvrdých zubních tkání se podílejí jak faktory endogenní (celkové, vnitřní), tak faktory exogenní (místní, vnější). Z endogenních faktorů to jsou imunitní reakce organismu, dědičnost, pohlaví, věk, tvar zubů, žvýkání nebo některé celkové choroby imunitního systému nebo látkové výměny. Endogenní faktory vytvářejí podmínky pro působení exogenních faktorů, kterými jsou zejména mikroorganismy plaku a příjem kariogenní stravy, tj. strava se zvýšeným obsahem zkvasitelných cukrů. Dále jsou to vlastnosti slin a v neposlední řadě také všechny faktory zhoršující hygienické poměry, například ortodontické anomálie (Bencko, 2006).

Jako každý tvor, tak i člověk má daný standardní počet a tvar zubů. Dětský kompletně prořezaný chrup má 20 zubů, u dospělých je to 28, popř. 32 zubů. Může se však stát, že některé zuby nejsou vůbec založené – ageneze (často se jedná o horní postranní řezáky nebo první premoláry, ale ani jiné zuby nejsou výjimkou), nebo mohou být zuby nadpočetné. Pokud jde o patologii tvaru, nejčastější jsou tzv. čípkovité zuby. Tyto typy anomálií mohou někdy zůstat bez terapie, pokud nevadí ve skusu nebo výrazně esteticky neruší. Patologie prořezávání se však ve velkém procentu musí řešit fixním nebo snímatelným ortodontickým aparátem, protože se většinou jedná o vady funkčního charakteru (Koťová, 2008). Mezi patologie

prořezávání patří stěsnání, kdy se zuby nevejdou a různě se kříží, předkus, zákus, otevřený, převislý nebo hluboký skus. Ortodontické vady jsou často dědičnou záležitostí, proto je dobré při podezření na některou z výše uvedených anomálií znát i rodinnou anamnézu. Ideálním případem je, pokud celá rodina chodí ke stejnému stomatologovi. Některé anomálie však mohou mít na svědomí i okolní tkáň v dutině ústní, například uzdičky, což jsou slizniční řasy. Retní uzdička, pokud je zesílená a upíná se do okrajové části dásně mezi horními středními řezáky, může mít nepříznivý vliv na udržování mezery mezi těmito zuby (diastema), nebo na kvalitu parodontu těchto zubů (Koťová, 2008).

U těchto patologií je důležité včas diagnostikovat, znát příčiny, zajistit další ošetření buď ortodontistou nebo stomatochirurgem, podle typu anomálie. Pokud je třeba, tak konzultovat s ostatními odborníky a stanovit léčebný plán (Koťová, 2008).

1.1.1 Primární prevence

Primární prevence ve stomatologii je souborem specifických opatření a metod, které mají za cíl předcházet vzniku onemocnění typickým pro dutinu ústní (Dostálová et al., 2008). Zaměřuje se na redukci rizikových faktorů a zvyšování obranyschopnosti jedince (Fait et al., 2008). Velký důraz je kladen na pravidelné preventivní prohlídky, motivaci a instruktáž k provádění ústní hygieny, informování pacientů ohledně možností fluoridace, pečetění fisur, prevence ortodontických anomálií a výživové poradenství.

Preventivní stomatologické prohlídky u dětí by měly být zahájeny již při prořezání prvních zoubků (Dostálová et al., 2008). Každé dítě dostává při propuštění z porodnice zdravotní a očkovací průkaz, jehož součástí je i zubní průkaz dítěte. Rodiče si zde mohou sami zkontrolovat, zda je vývoj zubů u jejich dítěte v normě a mají zde také od 12 měsíců až do 6 let věku dítěte (nové typy průkazů dokonce až do 10 let) místo, kam ošetřující stomatolog při preventivní prohlídce dá každého půl roku razítko, že byla prohlídka uskutečněna. To by mělo vést rodiče k tomu, aby se svými dětmi chodili ke stomatologovi pravidelně. Razítko by měl kontrolovat i ošetřující pediatr a popřípadě rodiče upozornit na nutnost preventivní stomatologické péče. Pokud je tato péče u dětí zanedbána, mohou mít po nutných nepříjemných zákrocích traumatizující zážitky, kterých se pak jen těžko zbavují, nehledě na to, že se stav chrupu odráží i na celkovém zdravotním stavu. Informovanost rodičů je velmi důležitá, protože je hluboce zakořeněno tvrzení, že na dočasných zubech nezáleží,

protože vypadají, ale je to velký omyl, jelikož pro stálé zuby je prostředí, do kterého prořezávají a ve kterém se vyvíjí, velice důležité. V důsledku patologických změn dočasných zubů mohou být stálé zuby poškozené již v průběhu svého vývoje (Merglová et al., 2009). Preventivní vyšetření u dětí je základním výkonem, na jehož kvalitním provedení závisí jak správné stanovení diagnózy, naplánování ošetření, tak i navázání kontaktu stomatologa s dítětem a jeho doprovodem. Je velice důležité, aby vyšetření proběhlo v přátelské a uvolněné atmosféře. Zahrnuje celkový pohled na dítě, anamnézu, extraorální a intraorální vyšetření, rentgenové vyšetření (pokud je třeba), pomocná vyšetření, stanovení diagnózy a případný plán ošetření (Merglová et al., 2010).

Mezi základní výkony primární prevence patří prevence zubního kazu a prevence onemocnění měkkých tkání.

Prevence zubního kazu:

- *Preventivní prohlídky* – každý pojištěnec má nárok 2x ročně na bezplatnou preventivní prohlídku, která obsahuje kromě vyšetření zubů a ostatních tvrdých tkání i vyšetření měkkých tkání a může včas odhalit i velmi vážná onemocnění. Součástí vyšetření může být i intraorální rentgen nebo jednou za 2 roky rentgen panoramatický (OPG) (Merglová et al., 2010).
- *Preventivní vyšetření v těhotenství* – zahrnuje stanovení stupně infekce těhotné ženy (riziko přenosu na dítě), sanaci dutiny ústní těhotné ženy, poučení o možných cestách přenosu (dudlík, lžička, polibky), ústní hygieně, výživovém poradenství, fluoridech, pečetění fisur a chlorhexidinových preparátech (dočasný chrup může infikovat stálý chrup) (Merglová et al., 2010).
- *Základy ústní hygieny* – zahrnuje poučení o správné technice čištění zubů, výběr vhodné zubní pasty s obsahem fluoridu podle věku, podání informací o různých typech zubních kartáčků – klasické, mezizubní, speciální, poučení o důležitosti používání zubní nitě a ústní vody (Merglová et al., 2010).
- *Informace o účincích fluoridu* – před prořezáním zubů jde o optimalizaci mineralizace a po prořezání zubů o podporu remineralizace a ovlivnění metabolismu plaku. Z podávání fluoridu nejvíce profitují čerstvě prořezané zuby. Zubní kaz však není nemoc vzniklá v důsledku nedostatku fluoridů, jak se lidé často mylně domnívají (Merglová et al., 2010).

- *Pečetění fisur* – spočívá v utěsnění štěrbin mezi hrbolky na kousacích ploškách postranních zubů (hluboké fisury stálých molárů – stoliček a premolárů – třenových zubů). Zabrání se mechanickému ulpívání zubního plaku a tím i vzniku zubního kazu. K této metodě se přistupuje při nepříznivé morfologii zubu, která vede ke znesnadnění čištění, do dvou let po prořezání, nejlépe do 6 měsíců. Zub musí být bez kazu, musí být zajištěno suché pracovní pole (dítě musí velmi dobře spolupracovat) a musí být adekvátní ústní hygiena (Merglová et al., 2010).

Prevence onemocnění měkkých tkání:

- *Informace o riziku kouření* – kouření je nejrozšířenější závažný zdravotní problém, který je mimo jiných rizik nejdůležitějším etiologickým faktorem vzniku karcinomu ústní dutiny. Při kombinaci tabáku a alkoholu je riziko ještě významně vyšší – synergické působení alkoholu a tabáku. U matek kouřících v těhotenství je zvýšené riziko, že bude dítě postiženo rozštěpem rtu nebo patra (Weber, 2012).

Na důležitost primární prevence poukazuje i WHO, která v jejím rámci zavedla projekt „Zdravé zuby“, který je realizován již 20 let a stal se součástí výchovy ke zdraví. Jedná se o celoplošný výukový program péče o chrup určený pro prevenci zubního kazu u dětí prvního stupně ZŠ a děti v MŠ. Cílem tohoto programu je zlepšit zubní zdraví u dětí a mládeže, a tak vytvořit předpoklady k zajištění zdravých zubů i u dospělé populace v budoucích letech. Program buduje u dětí pozitivní vztah k zubnímu zdraví a vede je k pravidelným preventivním návštěvám stomatologa (Kubrichtová et al., 2006).

1.1.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence ve stomatologii obsahuje soubor postupů a metod, které mají včas zastavit nebo alespoň zpomalit progresi již vzniklého patologického procesu. Jedná se o včasnou diagnostiku patologického procesu v rámci preventivních vyšetření, rentgenování podezřelých zubů, jejich okamžitá terapie, extrakce zubů se špatnou prognózou a zmírňování faktorů přispívajících další progresi onemocnění. Při vyšetření lékař hledá známky patologického procesu na okrajích výplní nebo korunek a všímá si i prvních známek demineralizace tvrdých zubních tkání. Při diagnostikování patologického procesu je nutná okamžitá terapie, aby nedocházelo k jeho další progresi.

Sekundární prevence zahrnuje i opětovnou motivaci a instruktáž pacienta o ústní hygieně (Dostálová et al., 2008).

1.1.3 Terciární prevence

Neméně důležitá je i prevence terciární, která zahrnuje soubor metod a opatření odstraňující vzniklé komplikace, nebo zabraňující jejich další možné progresi. Do terciární prevence je ve stomatologii řazena léčba onemocnění zubní dřevě, periodoncia, chirurgická terapie, protetická sanace chrupu a psychoterapie, které nepřikládá mnoho lékařů takovou hodnotu, jakou by si zasloužila, ačkoliv je velice důležitou součástí, (Dostálová et al. 2008).

1.1.4 Souvislost stavu chrupu s celkovým zdravotním stavem

Lidské tělo je soustavou buněk, tkání, orgánů a orgánových systémů, které se mohou vzájemně ovlivňovat. A není to jinak ani v případě vztahu mezi chrupem a onemocněním jiné části těla. Ne nadarmo se říká, že zuby jsou zrcadlem zdraví. Není sice možné jednoznačně definovat vztah konkrétního zubu s konkrétním orgánem, jelikož v moderním vyšetřování ložisek nemocí není infekcí postižený zub považován za jedinou příčinu nemoci, může však vyvolat nemoc, která vznikne na základě tohoto ložiska (Mieg, 2009).

Na druhou stranu může mít onemocnění jiné části těla vliv na zdraví zubů, existuje několik příkladů. Známá je souvislost mezi mrtvým postranním řezákem a bolestmi zad, poruchami močového měchýře nebo onemocněním prostaty. Při dlouhodobém onemocnění tlustého střeva je s vysokou pravděpodobností postižena některá z dolních stoliček. Při její extrakci často nacházíme bakterie ze slepého střeva. Onemocnění způsobené rušivým ložiskem se v takových případech mění na chronické a nemůžeme si tudíž myslet, že se odstraněním tohoto ložiska zbavíme nemoci (Mieg, 2009). Další spojitost můžeme najít i u zubů moudrosti a srdečním infarktem, migrénou a depresí. Velmi zajímavá je i souvislost mezi horními zuby moudrosti a bezdětností. Zuby mohou také ovlivnit činnost ledvin a kůže (Mieg, 2009). Některé stavy, jako ateroskleróza, infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, diabetes mellitus, předčasné porody, revmatická artritida, respirační nemoci, chronická renální insuficience nebo osteoporóza, zase souvisí s paradontitidou (Straka, 2014). Nemoci zubů mohou se zdravím souviset i nepřímo, když například člověk s neúplným chrupem bez zubní náhrady není schopen sousto rozkousat tak dostatečně, jak by bylo potřeba. S tím pak

mohou souviset zažívací potíže, nebo například jednostranná strava, kdy pacient jí pouze to, co mu zbytkový chrup dovolí. Chrup je součástí trávicího systému člověka a je možné bez něj žít. Musí však být nahrazen adekvátní náhradou, aby byly zachovány jeho základní funkce, kterými jsou ukousnutí a rozmělnění potravy (Muratsu, 2009).

1.1.5 Zubní hygiena

Velkým a velmi přínosným trendem poslední doby je služba dentální hygieny. Jedná se o odborné poučení pacientů v oblasti ústní hygieny, které provádí dentální hygienistka, dentální hygienista (DiS. nebo Bc.), nebo zubní lékař. Dentální hygienista je zubní specialista, který úzce spolupracuje se zubním lékařem a pomáhá mu nejen s preventivní péčí o chrup, ale i s léčbou již vzniklých onemocnění v dutině ústní. Dentální hygienista poskytuje péči preventivní, terapeutickou a estetickou (Zubní hygiena Děčín, 2014).

Všeobecná zdravotní pojišťovna v rámci svého programu „Zdravý život“ přispívala ještě donedávna na zubní hygienu 1000 Kč za kalendářní rok. Tento příspěvek byl však prozatím z důvodu velkého zájmu klientů zrušen (VZP, 2015). I když není tato služba v současné době hrazena zdravotními pojišťovnami a pacient si ji musí hradit sám, může mu výhledově ušetřit peníze za náročné a finančně nákladné rekonstrukce chrupu. Ačkoliv zubnímu kazu, zánětu dásní a parodontóze lze úspěšně správnou hygienou předcházet, lidé často tuto prevenci podceňují, zřejmě kvůli nedostatku informací (Sladká, 2008).

Dobře odstranit zubní plak totiž není tak jednoduché, jak se zdá. Chceme-li mít jistotu, že si své zuby umíme čistit správně, měl by každý z nás projít odbornou instruktáží o ústní hygieně. Základem je motivace pacienta, protože pokud sám nebude chtít, instruktáž sama o sobě nepomůže (Sladká, 2008). V dnešní době existují velice kvalitní pomůcky pro zubní hygienu, jako jsou mechanické a elektrické zubní kartáčky, jednosvazkové kartáčky, mezizubní kartáčky, zubní nitě, zubní pasty pro různé věkové skupiny a s různým složením, ústní sprchy a ústní vody. Existují i speciální pomůcky pro fixní i snímatelné náhrady, pro pacienty s fixními rovnátky, nebo pro osoby s postižením či jiným znevýhodněním. Lidé si zkrátka mohou vybrat z velkého množství právě to, co jim vyhovuje. A pokud k tomu mají ještě správně podané informace, je to velký krok k úspěchu (Dlouhá, 2011).

Se zubní hygienou by se mělo začít již v brzkém věku. I dětem, které ještě nemají zuby, by měli rodiče alespoň otírat dásně po jídle. Mohou na to použít i gumové prstové

zubní kartáčky vyrobené speciálně pro tento účel. Dítě si tak na čištění zvykne a první zoubky se mohou prořezávat do čistého prostředí. Pokud je dítě zvyklé, že mu rodiče sahají do úst, jsou u nich většinou snazší i první zubní preventivní prohlídky (Vágnerová, 2014).

V rámci odborné zubní hygieny pro děti existuje kolektivně-vzdělávací program „Zdravý úsměv“, který je zaměřený na prevenci vzniku zubního kazu, nácvik správné techniky čištění zubů a posílení zubní skloviny pomocí opakované kolektivní fluoridace. Probíhá čtyřikrát ročně přímo v mateřských školách a koncept jednotlivých přednášek je volen přiměřeně věku dítěte. Děti aktivně spolupracují a formou hry plní dané úkoly. Jedná se o čtyři tématické bloky v jednom školním roce. V rámci těchto bloků informuje dentální hygienistka děti o důležitosti dočasných a stálých zubů, seznámí děti s vhodnými dentálními pomůckami, učí správné technice čištění zubů a poskytuje jim informace o výživě. Hravou formou informuje děti o vzniku zubního kazu, učí je dávkovat správné množství zubní pasty na kartáček, představuje zubního lékaře jako hodného a přátelského pana doktora, který jim pomáhá starat se o své zuby, a přibližuje jim i preventivní prohlídku ve stomatologické ordinaci. To vše provází praktické ukázky čištění zubů, zapojení dětí a pohádky. V každém z těchto bloků obdrží děti domácí úkol. Jedná se o pracovní list, který slouží mimo jiné i k informovanosti rodičů (Vágnerová, 2014).

Hlavním cílem tohoto programu je dostat již takto malým dětem do povědomí důležitost zubní prevence a hygieny, kdy potřebujeme děti upozornit na špatné stravovací návyky a poukázat na alarmující stav chrupu předškolních dětí (vysoká kazivost a předčasně extrahované dočasné zuby). K tomu slouží opakované předávání odborných informací týkajících se prevence vzniku zubního kazu dětem, jejich rodičům a pedagogům v mateřské škole a vytvoření přátelského prostředí pro uchování zdravého chrupu dětí (pitný režim, sladkosti, čištění zubů po obědě) v mateřských školách. Dále pak celoroční informování dětí pomocí přednášek na témata důležitosti dětského chrupu, jeho funkcí, vhodných dentálních pomůcek pro děti do šesti let věku, potravin přátelských a nepřátelských zubům a vzniku zubního kazu. A dále na témata fluoridů, návštěv u stomatologa, opakovaných praktických nácviků čištění zubů a kolektivní fluoridace pod dohledem dentální hygienistky čtyřikrát ročně (Vágnerová, 2014).

V každém moderním stomatologickém týmu jsou již dentální hygienistky nenahraditelnou a samozřejmou součástí. Znamenají velkou pomoc pro zubní lékaře, a to hlavně pro ty, kteří se specializují na parodontopatie (onemocnění parodontu).

Její příčinou je bakteriální zubní povlak neboli plak. Pokud ten není přítomen, nemohou parodontopatie vzniknout, ani se dále rozvíjet. To vše zubní hygienistka vyšetří, zhodnotí a dá pacientovi odborné instrukce. Tuto instruktáž o zubní hygieně by měl absolvovat každý, kdo má zájem o informace, vedoucí k umění se o své zuby starat tak, aby vydržely zdravé co nejdéle (Botticelli, 2002).

1.2 ZUBNÍ PÉČE V ČR

Platit pojistné na veřejné zdravotní pojištění je v České republice povinností. Osobní rozsah zdravotního pojištění je dán trvalým pobytem na území ČR, nebo zaměstnáním u zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území ČR. Pojištění tedy vzniká narozením, pokud zde má daná osoba trvalý pobyt, vznikem zaměstnaneckého poměru na území ČR u osob bez trvalého pobytu a nebo získáním trvalého pobytu. Pojištění zaniká úmrtím pojištěnce, zrušením trvalého pobytu, nebo pokud osoba bez trvalého pobytu přestane být na území ČR zaměstnaná (Zákon č. 48/1997 Sb.).

Plátcí pojistného jsou stát, zaměstnavatelé, zaměstnanci nebo OSVČ. Stát platí pojistné například za nezaopatřené děti, příjemce rodičovského příspěvku, ženy na mateřské a osoby na rodičovské dovolené, uchazeče o zaměstnání atd. Podrobné informace jsou v § 7 Zákona o veřejném zdravotním pojištění. Pokud osoba nespadá do žádné z těchto kategorií, musí si pojištění platit jako samoplátce (Zákon č. 48/1997 Sb.).

Pojistné se platí příslušné zdravotní pojišťovně (ZP), u které je daná osoba pojištěna. Změna ZP je možná jedenkrát ročně, vždy k prvnímu dni kalendářního pololetí. Provedení přeregistrace je možné ve dvou termínech během roku, vždy od začátku pololetí po dobu tří měsíců, což znamená od ledna do března, nebo od července do září. Pojištěncem nové zdravotní pojišťovny se stáváte po podání přihlášky od následujícího pololetí. Při termínu podání registrace k nové zdravotní pojišťovně v termínu 1. 1. 2016 – 31. 3. 2016 se člověk stává pojištěncem nové ZP od 1. 7. 2016. Podání v termínu 1. 7. 2016 – 30. 9. 2016 znamená registraci u nové ZP od 1. 1. 2017 (Zákon č. 48/1997 Sb.).

V České republice jsou zdravotní pojišťovny s celostátní působností nebo s regionální působností. Mezi zdravotní pojišťovny s celostátní působností patří:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna – kód 111,
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR – kód 211,
- Vojenská zdravotní pojišťovna – kód 201,
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna – kód 205,
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví – kód 207 (Zákon č. 48/1997 Sb.).

Pojišťovny s regionální působností jsou:

- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda – kód 209,
- Revírní bratrská pokladna, zdrav. pojišťovna – kód 213 (VZP, 2015).

V oblasti stomatologické péče jsou výkony, které jsou z veřejného zdravotního pojištění hrazené plně, na některé zdravotní pojišťovna připlácí částečně a některé si hradí sám pacient bez ohledu na to, zda je pojištěn, či nikoliv. Každá zdravotní pojišťovna má právo hradit pro své klienty něco navíc, ale to je záležitostí spíše nárazových akcí, nikoliv pravidlem (Zákon č. 48/1997 Sb.).

1.2.1 Stomatologická péče hrazená zdravotní pojišťovnou

Dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, se ze zdravotního pojištění hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení. Každý lékař je povinen nabídnout pacientovi ošetření plně hrazené ze zdravotního pojištění. Pokud je péče plně hrazená zdravotní pojišťovnou, znamená to, že pacient za daný výkon nedoplácí. Platí ho ošetřujícímu lékaři zdravotní pojišťovna, u které je pacient pojištěn z veřejného zdravotního pojištění. Jedná se o diagnostické a léčebné postupy za použití standardních materiálů. Všechny tyto výkony jsou obsaženy v úhradové vyhlášce, která je platná vždy na dané období. U těchto výkonů je nepřipustná jakákoliv úhrada pacientem. Jedná se například o preventivní prohlídky, výplně standardními materiály, extrakce zubů a jiné chirurgické výkony, zhotovení rentgenového snímku, lokální anestézie, léčba komplikací zubního kazu standardními materiály atp. (VZP, 2015). Obsah a časové

rozmezí zubních preventivních prohlídek je stanoveno v § 6 Vyhlášky ministerstva zdravotnictví o preventivních prohlídkách ze dne 29. února 2012.

U některých výkonů jsou pro úhradu zdravotní pojišťovnou stanoveny ještě další podmínky, jako například lokalizace zubu, věk pacienta nebo časové rozmezí daného výkonu. Pokud není jediná z těchto podmínek splněna, pacient si výkon hradí v plné výši (VZP, 2015).

1.2.2 Stomatologická péče částečně hrazená zdravotní pojišťovnou

Poskytovatel zdravotnických služeb by měl pacientovi nabídnout kromě základní i varianty náhradní, pokud existuje více možností ošetření, tyto splňují definici hrazené péče a mají totožný terapeutický účinek. Pacient musí být v tomto případě seznámen s tím, že zdravotní pojišťovna hradí pouze základní variantu (ekonomicky nejvýhodnější). Ostatní varianty pak hradí pouze do výše ceny varianty základní a finanční rozdíl mezi nimi si musí pacient hradit sám (Zákon č. 48/1997 Sb.).

Na co zejména pacienti připlácejí (a nejde rozhodně o zanedbatelné částky), jsou protetické výrobky. Jedná se o fixní nebo snímatelné náhrady částečně nebo úplně ztraceného zubu, případně zubů. Mezi fixní náhrady patří korunky, můstky, inleje, onleje, různé dlahy apod. Snímatelnými náhradami rozumíme celkové a částečné náhrady, které si pacient z úst vyjímá (snímá) (Zákon č. 48/1997 Sb.).

Samozřejmě jsou i zde varianty plně hrazené zdravotní pojišťovnou, ale vzhledem k používaným ekonomicky nejvýhodnějším materiálům se tato „výhoda“ negativně odráží v kvalitě nebo estetice výrobků a v neposlední řadě také na uchování dobrého biologického faktoru zubů do budoucna. Přehled výkonů a výrobků plně, částečně hrazených a nehrazených zdravotními pojišťovnami je možné nalézt mimo jiné i v příloze 4 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění.

1.2.3 Stomatologická péče nehrazená zdravotní pojišťovnou

Některé výkony v zubním lékařství zdravotní pojišťovna neproplácí vůbec. To znamená, že celou částku je pacient povinen uhradit sám. Jedná se například o preventivní pečetění fisur, aplikace koferdamu, augmentaci, řízenou tkáňovou regeneraci a implantaci, některé protetické výrobky zhotovené přímo v ordinaci, intraligamentární anestézie a použití nadstandardních materiálů u běžných výkonů (Zákon č. 48/1997 Sb.). Jako příklad je možno uvést zhotovení výplně stálého zubu. Při použití nedózovaného amalgámu v rozsahu celého chrupu a při použití

samopolymerujícího kompozitního materiálu v rozsahu špičáků včetně hradí zhotovení výplně zdravotní pojišťovna v plné výši. Pokud se použije amalgám dózovaný světlem tuhne kompozitní materiál do kteréhokoli úseku ústní dutiny nebo samopolymerující kompozitní materiál do zadních zubů, hradí celou částku pacient sám. Výjimky jsou pouze u dětí do 18 let, kdy zdravotní pojišťovna hradí v rozsahu špičáků i světlem tuhne kompozitní materiál. Přehled je možné nalézt také v příloze 1 Zákona o veřejném zdravotním pojištění, kde jsou stomatologické výkony uváděny pod odborností 014 (Zákon č. 48/1997 Sb.).

1.2.4 Vztah stomatolog – pacient

Vztah mezi stomatologem (i jakýmkoliv jiným lékařem) a pacientem je založen jak na legislativním, tak na osobním, lidském základu (nebo je to alespoň velice žádoucí). Legislativní vztah je samozřejmě jasný. Ten je dán zákony, vyhláškami a úmluvami, podle kterých se má každý povinnost řídit. Lidský vztah není vlastně nikde přesně definován. Ačkoliv se v povolání lékaře kladný vztah k lidem předpokládá a vlastně i Hippokratova přísaha je jakýmsi prvním oficiálním „etickým kodexem“, se kterým se lékař setká, neznamená to, že lékař zvládne přístup ke všem pacientům za všech okolností tak, jak by lidsky měl (Doležal, 2012). Není to snad proto, že by nechtěl, ale v naší multikulturní společnosti by musel mít lékař velmi široké spektrum znalostí o psychologii, kulturních zvyklostech, rozdílnostech, lidských povahách apod., aby mohl být praktikován žádoucí individuální přístup ke každému. Někteří lékaři se snaží radikálně držet svých zajetých kolejí přizpůsobených naší kultuře, ale přílišná radikálnost obvykle nepřináší požadovaný výsledek (Dominelli et al., 2002).

Vybraná legislativa, týkající se stomatologické péče:

- Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře,
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování,
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění,
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně,
- Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Z Úmluvy o lidských právech a biomedicině se k tématu této práce vztahuje článek 3, který pojednává o rovné dostupnosti zdravotní péče. Podle něj mají členské státy zajistit svými zákony rovnost v dostupnosti zdravotní péče patřičné kvality pro všechny své obyvatele (Rada Evropy, 2011).

Ze zákona o zdravotních službách bych vyzdvihla zejména § 49 – Povinnosti zdravotnického pracovníka, § 50 – Práva zdravotnického pracovníka a § 51 – Zachování mlčenlivosti v souvislosti se zdravotními službami.

Podle § 49 je zdravotnický pracovník povinen poskytovat zdravotní služby, ke kterým získal odbornou nebo specializovanou způsobilost podle jiných právních předpisů, v rozsahu odpovídajícím jeho způsobilosti a zdravotnímu stavu pacienta, a to na náležité odborné úrovni. Dále se řídit etickými principy a poskytovat neprodleně odbornou první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví, není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem. Dále mu zajistit podle potřeby poskytnutí zdravotních služeb a plnit další povinnosti stanovené tímto zákonem nebo jinými právními předpisy. Tato ustanovení se použijí obdobně i pro jiné odborné pracovníky vykonávající činnosti v přímé souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Podle § 50 má zdravotnický pracovník právo získat od pacienta informace o tom, že pacient, kterému má poskytovat zdravotní služby, je nosičem infekční nemoci podle zákona o ochraně veřejného zdraví, a o dalších závažných skutečnostech týkajících se pacientova zdravotního stavu. Má právo neposkytnout zdravotní služby v případě, že by došlo při jejich poskytování k přímému ohrožení jeho života nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví. Zdravotnický pracovník může odmítnout poskytnutí zdravotních služeb pacientovi i v případě, že by jejich poskytnutí odporovalo jeho svědomí nebo náboženskému vyznání. O této skutečnosti je povinen ihned informovat poskytovatele, který zajistí pacientovi jiného zdravotnického pracovníka. Nemůže-li poskytovatel zajistit jiného zdravotnického pracovníka, zajistí pacientovi jiného poskytovatele, který mu zdravotní služby poskytne, pokud pacient zajištění jiného poskytovatele neodmítne. Záznam o odmítnutí zajištění jiného zdravotnického pracovníka nebo poskytovatele je součástí zdravotnické dokumentace; záznam podepíše pacient a zdravotnický pracovník. Zdravotnický pracovník nemůže odmítnout poskytnutí zdravotních služeb pacientovi z důvodu uvedeného ve větě první tohoto paragrafu, pokud by odmítnutím došlo k ohrožení života pacienta nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví a poskytovatel není schopen zajistit poskytnutí zdravotních služeb jiným zdravotnickým pracovníkem.

Podle věty první až čtvrté tohoto paragrafu se postupuje obdobně, odmítne-li poskytnutí zdravotních služeb poskytovatel. Tato ustanovení se použijí obdobně i pro jiné odborné pracovníky vykonávající činnosti v přímé souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Podle §51, o zachování mlčenlivosti v souvislosti se zdravotními službami, je poskytovatel povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Povinná mlčenlivost platí také pro zdravotnické a jiné odborné pracovníky v souvislosti s výkonem jejich povolání. A to i v případě, že již toto povolání nevykonávají. Jsou však situace, které se za porušení povinné mlčenlivosti nepovažují. Jedná se o sdělování údajů nebo jiných skutečností poskytovatelem v nezbytném rozsahu pro ochranu vlastních práv v trestním řízení, občanskoprávním řízení, rozhodčím řízení a ve správním řízení a nebo sdělování skutečností soudu nebo jinému orgánu, pokud se spor vede v souvislosti s poskytováním zdravotnických služeb. Dále se za porušení povinné mlčenlivosti nepovažuje sdělování údajů nebo jiných skutečností zdravotnickým pracovníkem, který je členem komory, v nezbytném rozsahu pro účely řízení prováděných orgány komory (Zákon č. 372/2011 Sb.).

Jak již bylo napsáno výše, vztah mezi lékařem a pacientem nestojí pouze na legislativě. Pochopení, důvěra, vzájemná komunikace a v neposlední řadě i vzájemné sympatie jsou záležitostmi, bez kterých nemůže fungovat tento vztah, ani žádný jiný. A nejde pouze o vztah lidí stejné a všem dobře známé kultury. Tato práce se týká především vztahů mezi zubními lékaři a romskými pacienty. Romové však nejsou jedinou minoritou v naší zemi. Díky mobilitě a migraci je zde vytvořena interkulturní společnost (Lukešová, 2015). Aby byly v tak sociokulturně pestré společnosti možné soužití a vzájemná spolupráce jedinců, jsou na její členy kladeny vysoké nároky na toleranci, komunikační dovednosti a respekt k jinakosti. Z předsudků většinové společnosti k jiným kulturám pramení vysoké riziko nepochopení a konfliktů. Východiskem ke snížení těchto rizik je účinná a srozumitelná komunikace, v tomto případě komunikace interkulturní. K tomu, aby byla účinná, jsou potřeba interkulturní kompetence, které lze získat hlavně v praxi při práci s lidmi pocházejícími z kulturně odlišných prostředí a vzděláváním se v této problematice. Podstatou je shromažďování poznatků o jejich kulturních hodnotách a tradicích. V rámci interkulturních kompetencí

je člověk schopen posoudit, poskytnout a hodnotit intervence odpovídající dané kultuře (Lukešová, 2015).

Vzdělávání v této problematice však v České republice existuje víceméně pouze v rámci sociální práce. Na základních školách je sice multikulturní výchova zařazena v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání, ale je tam pouze velmi okrajově. Na středních a vysokých školách byl sice v roce 2014 Asociací vzdělavatelů v sociální práci stanoven Minimální standard vzdělávání v sociální práci, avšak není zde žádný autor, ani strategický dokument, který vymezuje rámcový program rozvoje interkulturních kompetencí sociálních pracovníků, či charakterizuje jejich obsah (Lukešová, 2015).

Protože v multikulturním prostředí nepracují s lidmi různých kultur pouze sociální pracovníci, měli by se v této problematice povinně vzdělávat pracovníci všech profesí pracujícími s lidmi. Vzhledem k povaze této práce bych chtěla vyzdvihnout potřebu umění komunikace, a to jak interkulturní, tak verbální, neverbální a jakékoli jiné u lékařů, zde speciálně u lékařů zubních. Jejich posláním není pouze léčit, ale také informovat své pacienty o prevenci, možnostech výběru léčby, o výkonech, na které mají, či nemají nárok v rámci veřejného zdravotního pojištění a v neposlední řadě s nimi hovořit i o běžných lidských starostech a radostech. Pokud toto lékař umí, lidé mu důvěřují, řídí se jeho radami a předávají je dál. Teprve když se lékař a pacient pochopí, mají lékařova slova ten správný smysl a dokáží společně eliminovat rizika zdravotního, finančního a sociálního dopadu (Kuzníková, 2011). Lékař musí umět být odborníkem ve své profesi a zároveň psychologem, sociologem, pedagogem, ekonomem a hlavně důvěryhodným člověkem, kterému bude pacient věřit a nebude se ho bát zeptat, pokud něčemu neporozumí (Ayer, 2005).

Někteří Romové se cítí být ze strany lékařů diskriminováni. Může to být způsobeno předsudky ze stran lékařů, nebo právě neporozuměním mezi odlišnými kulturami. Pokud není lékař v této problematice proškolený, byl by možným řešením v tomto směru vzdělaný sociální pracovník, který by zde fungoval jako mediátor (prostředník) mezi lékařem a romským pacientem a pomohl by ke vzájemnému porozumění a pochopení obou stran. (Thompson, 2006).

1.2.5 Možné konflikty ve vztahu Rom – stomatolog

Právo na zdraví je deklarováno Listinou základních práv a svobod. Na naplnění tohoto práva a na otázky rovného přístupu k odpovídající péči pro všechny občany státu se zaměřuje vládní politika v oblasti zdraví. Jejím cílem je zmírnění nerovností ve zdraví, zvýšení doby prožité ve zdraví, zajištění časové i místní dostupnosti zdravotních služeb a kvalitní lékařské péče. Tato vládní politika je zastřešena Ministerstvem zdravotnictví ČR a na úrovni samosprávních jednotek obcí a krajů je určována prostřednictvím oborů zdravotnictví (Rada vlády pro záležitost romské menšiny, 2014).

Ačkoliv se vládní politika snaží eliminovat rozdíly ve zdraví, výzkumy potvrzují přetrvávající, a někde dokonce i narůstající, rozdíly v ukazatelích zdravotního stavu mezi jednotlivými sociálními vrstvami a skupinami. Z výzkumu SASTIPEN, „Zdraví a romská komunita, analýza situace v Evropě“ vyplynuly velmi důležité faktory, které ovlivňují zdravotní stav romské populace. Jedná se o tyto:

- vztah k vlastnímu zdraví a ke zdraví okolí jako k hodnotě – sociokulturní charakteristiky,
- tradiční způsob života, který je odlišný od způsobu života majority,
- odlišný způsob stravování a výživové zvyklosti,
- odlišný přístup k nemoci a prevenci, odlišné chování v případě nemoci,
- zdravotně rizikové pracovní prostředí – nekvalifikované a fyzicky náročné zaměstnání (Rada vlády pro záležitost romské menšiny, 2014).

Jako nejvíce problematické okruhy nesnáží v oblasti péče Romů o své zdraví se jeví otázka komunikace mezi Romy a lékaři, sociální dopad onemocnění na jedince a jeho bezprostřední okolí a preventivní péče. Na kvalitu lékařské péče o romské pacienty, a to spíše negativní a způsobující konflikty, má vliv především kulturní bariéra mezi lékaři a Romy. Jedná se o rozdílné tradice, zvyky, způsob života, vztah k nemoci a prevenci. Dále pak i kulturně podmíněný způsob prezentace obtíží, nepochopení, emoce a problém diagnostiky a terapie při neznalosti sociálního pozadí onemocnění. Pro eliminaci těchto vlivů by bylo možné zřídit v obcích s rozšířenou působností funkci romské zdravotní asistentky, na kterou je možné žádat finanční prostředky u Rady vlády České republiky pro záležitosti romské komunity v rámci dotačního programu „Předcházení sociálnímu vyloučení Romů a odstraňování jeho důsledků“. Dále by byla

potřeba osvěta lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků v romské problematice (Rada vlády pro záležitost romské menšiny, 2014).

Podle zprávy Agentury EU pro základní práva je pro Romy specifickým problémem ze strany zdravotnických pracovníků diskriminace. Sedmnáct procent dotázaných uvedlo, že se v nedávné době s diskriminací v této oblasti setkala (Rada vlády pro záležitost romské menšiny, 2014). Přitom zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon), diskriminaci zakazuje. Konkrétně § 1 odstavec h) hovoří o zákazu diskriminace v přístupu ke zdravotní péči a v jejím poskytování. Antidiskriminační zákon konkretizuje v § 2 i přesné důvody a formy diskriminace. Dále informuje o prostředcích, kterými je možné se před diskriminací chránit, a to v § 10 a § 11. Dalším právním předpisem zakazujícím diskriminaci je Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (článek 14) a její dodatkové protokoly (článek 1 protokolu č. 12) (Rada Evropy, 1992; Rada Evropy, 2001).

Lidé žijící v sociálním vyloučení, nebo jsou-li jím ohroženi, však mají pouze velmi málo povědomí a informací (nebo dokonce nemají žádné) o svých právech a povinnostech jako pojištěnce a pacienta, s čímž mnohé problémy a konflikty ve zdravotní péči souvisejí (Rada vlády pro záležitosti romské menšiny, 2014). Každé odmítnutí Roma lékařem však nemusí být z důvodu diskriminace. Zákon zná situace, kdy je lékař, v tomto případě stomatolog, oprávněn kteréhokoli pacienta odmítnout registrovat, popřípadě ukončit péči o něj. Jedná se o situace stanovené zákonem 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Podle § 48 tohoto zákona může lékař odmítnout přijetí pacienta v případě, že by jeho přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení, nebo jeho přijetí brání provozní důvody, personální zabezpečení nebo technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení. Překročením únosného pracovního zatížení se rozumí stav, kdy by zajištěním zdravotních služeb o tohoto pacienta došlo ke snížení úrovně kvality a bezpečnosti zdravotních služeb poskytovaných pacientům již přijatým. Ukončit péči o pacienta může lékař například v případě, že pacient závažným způsobem omezuje práva ostatních pacientů, úmyslně a soustavně nedodrжуje navržený individuální léčebný postup, pokud s poskytováním zdravotních služeb vyslovil souhlas, nebo se neřídí vnitřním řádem a jeho chování není způsobeno zdravotním stavem (Zákon č. 372/2011 Sb.).

1.2.6 Využití sociálních služeb pro eliminaci těchto konfliktů

Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Mohou být poskytovány formou pobytovou, ambulantní nebo terénní. Základními činnostmi dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, při poskytování sociálních služeb jsou:

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- základní sociální poradenství,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- telefonická krizová pomoc,
- nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

Pro pomoc při řešení konfliktů mezi Romy a stomatology jsou velmi vhodné služby sociálního poradenství (§ 37), zvláště pak odborné sociální poradenství a služby sociální prevence (§ 53), konkrétně nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (§ 62) a terénní programy (§ 69). Všechny tyto služby jsou poskytované bez úhrady nákladů (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Služby odborného sociálního poradenství dle stejného zákona obsahují tyto základní činnosti:

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Služby nízkoprahových zařízení pro děti a mládež dle stejného zákona obsahují tyto základní činnosti:

- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Terénní programy dle stejného zákona obsahují tyto základní činnosti:

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Situací rovnosti ve zdraví v České republice (ČR) se zabývají jak různé celosvětové organizace, kupříkladu WHO, tak i vláda ČR. WHO vypracovala program „Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století“, který mimo jiné obsahuje v oblasti zdravotní politiky požadavek na redukci sociálních rozdílů ve zdraví (Rada vlády pro záležitosti romské menšiny, 2014).

Vláda ČR vypracovala „Strategii romské integrace do roku 2020“, jejímž ústředním koordinátorem na vládní úrovni je ministr pro lidská práva, rovné příležitosti a legislativu, který je současně předsedou Rady vlády pro záležitosti romské menšiny. Cílem strategie je zvrátit do roku 2020 negativní trendy ve vývoji situace Romů v ČR zejména ve vzdělávání, zaměstnanosti, bydlení a v oblasti sociální. Dalšími cíli jsou nastartovat pozitivní změny, urychlit je, dosáhnout pokroku při odstraňování neodůvodněných a nepřijatelných rozdílů mezi podstatnou částí Romů a většinovou populací, zajistit účinnou ochranu Romů před diskriminací, zajistit bezpečné soužití a povzbudit rozvoj romské kultury a jazyka. Strategie se zabývá například zajištěním rovného přístupu Romů k sociálním službám a ke zdravotní péči, zohledňuje potřebu různých typů sociálních služeb (sociální poradenství, služby sociální prevence, terénní práce v romských lokalitách, komunitní práce, nízkoprahové služby) a jejich rovnoměrné rozmístění. Poukazuje na to, že by bylo účelné zvýšit dostupnost programu zdravotně-sociálního pomocníka, který je v tomto ohledu jedinečnou příležitostí jak zvyšovat zdravotní uvědomění a realizovat tento cíl v konkrétních kulturních,

sociálních, ekonomických podmínkách a v kontextu běžného života Romů. Trendem by měl být posun klienta od terénní formy služeb k těm ambulantním, které vyžadují jeho větší odpovědnost a spolupráci (Úřad vlády ČR, 2015).

Strategie také zdůrazňuje problém týkající se zajištění přiměřené zdravotní péče pro Romy, související s diskriminací či předsudky na straně zdravotníků. Tomuto problému se věnovala již předchozí „Koncepce romské integrace“, která chtěla svým konkrétním opatřením – zavedením pozice zdravotně-sociálního pomocníka v rámci terénních programů – zlepšit dostupnost zdravotní péče a prevence (Úřad vlády ČR, 2015).

Velmi zajímavé je také začlenění tohoto tématu do vzdělávání všech zdravotnických pracovníků. Mělo by být osvětou pro práci s etnickou menšinou jako s osobami s typickými odlišnostmi. Výuka by měla být standardizovaná jak z hlediska obsahu, tak i rozsahu. Měly by být použity poznatky a praktické zkušenosti z práce s menšinami se zaměřením na oblast komunikace a znalost specifík dané menšiny (Úřad vlády ČR, 2015).

Česká stomatologická komora pořádá pro zubní lékaře různá velmi zajímavá a důležitá školení, například na témata orientace v komunikaci, komunikace s pacientem a etika, verbální a nonverbální komunikace s pacientem, konflikt v zubní ordinaci apod. (Česká stomatologická komora, 2007). Jsou to velmi zajímavé přednášky, ale jsou pro každého dobrovolné a nemohou nahradit standardizované povinné vzdělávání.

Prestižní nezisková organizace v ČR, jejíž cílovou skupinou jsou primárně Romové a Romky v nepříznivé životní situaci ohrožené sociálním vyloučením, je organizace IQ Roma servis z.s. Jejím hlavním posláním je být prostředníkem, který podporuje možnosti, příležitosti a odhodlání Romů na cestě jejich růstu a společenského uplatnění a chrání jejich práva a důstojnost v rámci společnosti. Tato organizace již pomohla velkému množství Romů v nepříznivé situaci, mimo jiné právě i při konfliktu v zubní ordinaci, kde byla odhalena rasová diskriminace. Pomáhá jak jednotlivcům, tak celým rodinám, a současně i společnosti jako takové. Organizace má v ČR celkem čtyři pobočky – ve Vyškově, Břeclavi a dvě v Brně. Jejich terénní aktivity zahrnují ještě několik obcí Jihomoravského kraje (IQ Roma servis, 2012).

Terénní služby poskytují organizace po celé republice. Jedná se o sociální práci poskytovanou prostřednictvím terénních programů podle § 69 zákona č 108/2006 Sb., o sociálních službách. Poskytuje se v přirozeném prostředí klientů.

Pro cílovou skupinu etnických menšin, osob z vyloučených lokalit nebo osob ohrožených sociálním vyloučením poskytují v Jihočeském kraji terénní sociální služby například tyto organizace:

- Diecézní charita České Budějovice,
- Farní charita Prachatice,
- Cheiron T, o.p.s. Tábor,
- KoCeRo – komunitní centrum Rovnost o.p.s. Český Krumlov,
- Městská charita České Budějovice,
- Oblastní Řeckokatolická charita v Českých Budějovicích – Boršov nad Vltavou (MPSV, © 2006-2016)

Terénní sociální programy lze využít mimo jiné i pro zprostředkování kontaktu klientů se společenským prostředím, tudíž i kontaktu se zubními lékaři. Je možné využít i jejich doprovodu k nim, popřípadě pomoci při vážnoucí komunikaci nebo eliminaci diskriminace (Zákon č. 108/2006 Sb.).

1.3 ROMSKÁ POPULACE V ČESKÉ REPUBLICCE

Romskou populací chápeme ty jedince, kteří se za Romy sami považují, nebo jsou tak vnímáni. Nemusí se nutně a za každých okolností k této minoritě hlásit (např. při sčítání lidu). Stačí, když jsou za Romy považováni významnou částí svého okolí na základě kulturních nebo sociálních indikátorů (Jakoubek et al., 2008).

Romové představují na našem území velice výraznou a početnou minoritu. První zmínky jsou již ve Starých letopisech českých z roku 1417 (Horváthová, 2002). Ačkoliv má většina z nich společný původ, v podstatě společný jazyk, podobný historický vývoj, kulturu, tradice a hodnotové orientace, nejedná se o homogenní a jednotný celek. Na jejich různorodosti se historicky podílelo například místo, kde se usadili, jejich způsob života, postavení a své vlastní vnitřní členění. Romská historie je velmi dlouhá a nelehká. Jejich kulturní bohatství je však zvláště velké, o čemž ovšem valná většina majoritní společnosti nemá nejmenší tušení (Kováčová, 2007). Dle reálných odhadů se početnost romské populace v České republice odhaduje mezi 250 000 až 300 000 obyvateli. Můžeme je rozdělit do pěti subetnických skupin – slovenští (nejpočetnější skupina Romů, kteří do Čech přišli

po 2. světové válce a představují 65–70% celkového počtu Romů v ČR), dále maďarští, čeští, moravští, olášští a Sinti (Šlechtová et al., 2009).

Historicky byli Romové v ČR spíše utlačováni. Ve veřejném a politickém životě se začali angažovat až po Sametové revoluci. V roce 1989 vznikla Romská občanská iniciativa (ROI), ze které se později stala politická strana v čele s Emilem Ščukou. V prvních svobodných volbách v roce 1990 slavila Romská strana úspěch. Poprvé v historii se Romové dostali do Parlamentu. V dalších letech se to ale už nikdy neopakovalo. Strana se totiž začala rozpadat (Bystrý, 2014). Ve snaze znovu sjednotit stranu, vznikl Romský demokratický kongres, který nejdříve působil při Romské občanské iniciativě (ROI) v čele s Emilem Ščukou a pak při Demokratickém svazu Romů (Michal Pulo). Rozdílné názory však vedly místo k sjednocení ke vzniku dalších organizací. Jednalo se o Hnutí angažovaných Romů (Vojtěch Žiga), Romské křesťanské sdružení Matice romská (Vlado Oláh) nebo Společenství Romů Moravy a Slezska (Karek Holomek) (Nečas, 2008).

Politicky se v této době Romům příliš nedařilo, začala však velice vzkvétat romská kultura. Vzniklo například Muzeum romské kultury v Brně, vydal se Česko-Romský slovník, romsky psaná literatura a na Karlově univerzitě se otevřel nový studijní obor „Romistika“. Vznikala také romská média a pořady o Romech, jako například magazín v České televizi „Romale“ nebo pořad v Českém rozhlase „O Roma vakeren“. Nové časy však Romům nepřinesly pouze samá pozitiva, ale i nové problémy. Kvůli zrovnoprávnění postupně zanikala všechna zvláštní sociální opatření pro Romy z minulých let. Způsobilo to jejich sociální propad, přicházeli o práci, o sociální pomoc a následně i o bydlení. Byty se vracely v restituci zpátky majitelům, kteří Romy ve svých bytech nechtěli a zaměstnavatelé nechtěli Romy zaměstnat. S těmito problémy bojují Romové stále. Kvůli nezaměstnanosti žijí ve špatných sociálních a bytových podmínkách, které se odrážejí i na jejich zdravotním stavu (Bystrý, 2014).

V Jihočeském kraji bylo v roce 2013 podle odhadů přibližně 9 160 osob romské národnosti, z toho v Českých Budějovicích přibližně 2 500. Zde jsou registrovaná i dvě romská občanská sdružení (Nevo dživipen – Nový život a Roma reflex), která jsou však podle posledních informací již neaktivní (Slivka, 2014).

1.3.1 Romská kultura

Kultura nebo kulturní představy jsou vlastně teoretickým nástrojem, který identifikuje hranice dané menšinové skupiny. Jedná se o kulturní zvyklosti a zvláštnosti, které bývají nezdědka zdrojem diskriminace. Tyto zvláštnosti se týkají různých aspektů života, jako například jazyka, vzhledu, historie, hodnot, zdroje obživy, náboženství, umění, rodinných zvyků, gastronomie, oblékání, zdobení těla atp. (Navrátil, 2003).

Jazyk bývá (hlavně v evropském kontextu) považován za jeden z hlavních znaků etnicity. Jeho role je nedílnou součástí ideologií, politických snah a dějin. Je částí kulturního kapitálu dané kultury. U některých etnických menšin, které přebraly jazyk většinové společnosti, má jejich původní jazyk spíše symbolickou a historickou hodnotu (Šatlava, 2009). Romský jazyk – romani Chin – patří mezi indoevropské jazyky. Jedná se o jazyk aglutinačního typu, tzn., že koncovky zde mají jednoznačný význam. Má základ ve starých slovech indického původu a tzv. staré výpůjčky (z íránských jazyků, arménštiny a řečtiny). Mezinárodní den romského jazyka připadá na pátý listopad (Šotolová, 2008). Dialekt českých Romů popsal v roce 1821 A. J. Puchmajer, který také sestavil jeho gramatiku a slovník. Snahy o rozvoj a užívání romského jazyka u nás jsou spojeny se jménem Mileny Hübschmanové, která v roce 1973 vydala učebnici *Základy romštiny*. Od tohoto roku vedla také výuku romštiny na Jazykové škole v Praze, a to až do roku 1991, kdy bylo otevřeno pětileté studium Romistiky (Kováčová, 2007). V ČR je romský jazyk pod ochranou ratifikované Evropské charty pro regionální a menšinové jazyky, vydané Radou Evropy v roce 1992 (Šotolová, 2008).

Nepřehlédnutelným identifikátorem romské menšiny je jejich *vzhled*, zvláště pak tmavá barva pleti. Na tomto základě je postaven i koncept diskriminace podle barvy pleti, upřednostňující ve všech ohledech bílou barvu. V romském jazyce znamená výraz *kalo* kromě významu černý, ještě zlý, ošklivý, krutý či zoufalý. To znamená, že čím tmavší barva pleti, tím pro Romy hůře, o čemž svědčí i jejich speciální výraz *kalemardo*, který znamená potrestaný černotou (Jakoubek, 2004). Barva pleti je u Romů i výrazným faktorem ovlivňujícím sociální status. O světlejší nevěsty je větší zájem bez ohledu na ostatní osobnostní charakteristiky, jako například dovednosti, inteligence a někdy dokonce i majetek rodiny. Pokud muž přivede rodičům domů tmavou nevěstu, mohou ji z domu i vyhnat s odůvodněním, že je „*černá jako bota*“. Obecně se má za to, že bohatství jde ruku v ruce s bělostí pokožky. Barva pleti vede i ke kategorizaci celých rodin a osad. Podle tohoto kritéria funguje i meziosadní

hierarchie. V tomto případě se již status netýká barvy pleti konkrétního jedince, ale příslušnosti k dané osadě. Například o Olaších se mluví jako o „bílých cikánech“, kteří se netají svým opovrhováním tmavšími Romy. Na úrovni samotných rodin může dojít i k vyloučení člena z důvodu, že se pošpinil, když si vzal „černou Cigánku“. Lze tedy říci, že barva pleti je u Romů velice významným stratifikátorem jak na úrovni samotného jedince, tak i rodiny a skupin (Jakoubek, 2004).

Pro Romy je hlavní **rodina**, hierarchie, narození a úmrtí. To dokazuje i staré romské přísloví „Oda dženo mardo, so ačhi'la, oda mek goreder, so hino korkoro.“ („Zle je tomu, kdo je chudý, ještě hůře tomu, kdo je sám“). Velký počet dětí a společné soužití vícegenerační rodiny je pro ně typické (Barányiová, Keresztes, 2014). Výchova dětí je u Romů rozdílná od klasických evropských rodin, kde je kladen důraz na výchovu k samostatnosti a budování osobnosti. U romských dětí se tyto vlastnosti tolik neočekávají, jelikož žijí ve velkých rodinách mezi mnoha příbuznými a předpokládá se, že nikdy nebudou muset rozhodovat sami za sebe, a proto tyto vlastnosti nebudou tolik potřebovat (Marádová, 2006). Rodina je pro Romy zajištěním sociálním (nikdo není sám, o všechny je postaráno), psychologickým (společné řešení vzniklých problémů) i ekonomickým (společné poskytování obživy) (Barányiová et al., 2014).

Pro adekvátnost informací bych chtěla podotknout, že většina údajů v této části práce se netýká Romů všech, ale týká se romského obyvatelstva v exkludovaných lokalitách, ve kterých jsou většinou výzkumy prováděny. Vysoce ceněnou vlastností je u Romů moudrost. Školnímu **vzdělávání** však nepřipisují velkou váhu. Naopak stojí na žebříčku hodnot na spodních příčkách. Životní moudrost, duchovní bohatství, etické normy a filosofie jsou u nich předávány prostřednictvím vyprávění a zkušeností starších. Často se jedná o hrdinské příběhy, humorné nebo strašidelné báchorky (Český rozhlas, 2000). Co se týče školního vzdělávání, mají rodiče na děti celkem záporný vliv. Nevedou je k překonání překážek, kterým jsou ve škole vystaveny. Často svým dětem ani nemohou s učením pomoci, jelikož sami absolvovali pouze zvláštní školu. Bylo to pro ně nutné zlo, takže pokud jejich děti do školy nechtějí, tak je rodiče, pokud zrovna nejsou pod tlakem sociální péče nebo soudu, ani nenutí. Často také Romové na vlastní žádost umísťují své děti do speciálních škol, aby je škola tolik nezatěžovala a možná i z důvodu, že by se s vyšším vzděláním mohly jejich děti rodině odcizit. Přístup a úroveň vzdělání velice ovlivňuje soužití Romů s majoritní společností (Mohyla, 2005).

JUDr. Holomek formuloval několik bodů, které jsou důvodem neúspěchu romských žáků na základních školách:

- nedostačující respekt české školy,
- nízká úroveň vzdělání romských rodičů,
- jazykový handicap,
- nepřipravenost učitelů na romské žáky,
- neexistence multietnické výchovy,
- absence systematické školské politiky zaměřené na podporu vzdělanostních šancí romských dětí (Kováčová, 2007).

Bydlení se odvíjelo podle toho, zda se jednalo o kočovné, či usedlé Romy. Romové usedlí žili převážně v osadách na okrajových čtvrtích větších měst, nebo na okraji vesnic či menších měst (Tůmová, 2007). V současnosti bydlí většina Romů v ČR v tzv. vyloučených lokalitách (Slivka, 2014).

Jako **způsob obživy** v dřívějších dobách Romové využívali spíše **tradiční řemesla**, jako například kovářství, kotlářství, zvonařství. Dále se živili překupnictvím, handlířstvím, různými léčitelskými praktikami nebo věštění budoucnosti (Tůmová, 2007). V současnosti vlivem průmyslové výroby zaniká zájem o romská řemesla. Je velmi vysoké procento nezaměstnaných Romů žijících ze sociálních dávek, hrazených státem z peněz daňových poplatníků. Někteří vykonávají hrubou, fyzickou a špatně placenou práci. Jsou však samozřejmě i tací, kteří mají dobrou práci, nebo podnikají a na své živobytí si bez problémů vydělají sami. Hlavním důvodem jejich vysoké nezaměstnanosti je vzdělání. Pro získání peněz se někdy uchylují (a to nejen Romové) i ke krádežím, trestným činům, prostituci či prodeji drog (Tůmová, 2007).

Dodržování tradic a zvyků se však postupem generací ztrácí. Tento fakt je ovlivněn školou a především televizí. Někteří nadšenci se však v rámci národního obrození snaží o obnovení tradic, tradičních hodnot romské kultury a znovuzavedení některých zvyků. V ČR jsou snahy o propagaci mezinárodního dne Romů za pomoci romských organizací (například Muzeum romské kultury, o.s. Romea apod.). Konají se oslavy, jejichž součástí bývá přehlídka romské hudby, ochutnávka tradičních jídel, ukázka řemesel, semináře, či výstavy. Hlavním cílem těchto oslav je pomoci Romům uvědomit si své kořeny, dobré tradice a hodnoty, aby se nikdo za svůj původ nestyděl (Marádová, 2006).

1.3.2 Romové a zdraví

Jako je pro každou společnost specifická nějaká kultura, je pro každou společnost typický i různý náhled a přístup ke zdraví. Pro většinu Romů není zdraví v žebříčku hodnot na prvním místě a nepřikládají mu velkou pozornost ani péči. Nechodí na preventivní prohlídky a do ambulantních zařízení chodí jen velmi zřídka. Pokud se u nich nemoc vyskytne, chtějí ji léčit okamžitě a někdy až neuváženě využívají pohotovostní služby, nebo volají rychlou zdravotnickou službu v obavě ze smrti (Mohyla, 2005). Až v této situaci jsou ochotni uznat lékaře jako profesionála, který se jim snaží pomoci. Ovšem zase jen do ústupu obtíží. Chceme-li pochopit přístup a vztah Romů ke zdraví, musíme si uvědomit následující kulturní prvky. Společenská organizace je založena na principu velké rodiny, zde se utváří všechny vztahy. Pokud jedinec onemocní, je s ním přítomna celá velká rodina. Převažuje skupina nad individualismem. Staří jsou pro komunitu velice důležití a je o ně vždy pečováno doma, je zde úcta ke starým lidem. Typický je vliv starších členů na mladší, hledání opory u vlivných a respektovaných členů komunity. Smutek ovlivňuje společenské a pracovní aktivity. Důležité je postavení zesnulých. Je nutné počítat s možnými reakcemi. Typická je zbožnost. Ženy jsou zodpovědné za léčení a péči o nemocné, je to jejich role. Ženy se vdávají velmi mladé, předpokládá se u nich, že na sebe převezmou reprodukční činnost. Je zde přehnaná ochrana mladých žen (Mohyla, 2005).

U olašských žen je spodní polovina těla považována za znečišťující. Chodí proto vždy od pasu dolů zahalené. V nemocnicích se s nimi setkáme jen velice zřídka, jelikož kontakt s ne-olašskou ženou nebo dokonce s mužem – lékařem, je jim kulturně zapovězeno. Pokud by ležely v nemocnici pouze v krátké košili a přišla by za nimi rodina, byly by zostuzeny jak před celou rodinou, tak i samy před sebou (Kašparová, 2014).

Vlivy, které na zdraví působí, byly popsány prostřednictvím tzv. **sociálních determinant**, které jsou velice významné při zjišťování příčin nerovnosti ve zdraví. Toto téma je velice aktuální i v celosvětovém měřítku, což dokazuje Světová zdravotnická organizace zřízením Výboru zaměřeného na sociální determinanty zdraví, i dokument přijatý v říjnu roku 2011 v Riu de Janeiru, kterým je Politická deklarace sociálních determinant zdraví (Rio Political Declaration on Social Determinants of Health) (Vacková, 2013). Mezi sociální zdraví patří sociální gradient, dětství, stres, doprava, nezaměstnanost, práce, sociální opora, závislosti, sociální vyloučení a výživa.

Sociální oporu můžeme chápat jako psychickou či hmotnou pomoc v různých oblastech života jednotlivce nebo kolektivu. Nejvíce se sociální opora projevuje v oblasti *emocionální*, která zahrnuje citové potřeby, jako je láska, víra atp., *hodnotící* – poskytuje náhled a zpětnou vazbu, *informační* – zprostředkuje potřebné informace, a *instrumentální* – poskytuje hmotnou pomoc. Nejdůležitější sociální oporou je u Romů rodina, která výrazně ovlivňuje jejich životní styl. Neméně významná je sociální opora poskytovaná městy nebo státem, kupříkladu finanční příspěvky, ubytování a další služby. Tyto služby sociální opory však Romové nevnímají jako přínos, ale jako vybojovanou kořist. Jako sociální opora slouží také jejich víra (Uherek et al., 2010).

Stres je ve své podstatě reakcí na nějakou zátěžovou situaci organismu. Ten na něj reaguje různými způsoby, jako například úzkostí nebo agresí. Předpokládá se, že u Romů je hlavní příčinou stresu socioekonomický status především z důvodu nezaměstnanosti (Urban, 2010).

Nezaměstnanost úzce souvisí s nižší úrovní *vzdělanosti* romské populace. Z oficiálních statistik vyplývá, že až 20 % Romů nemá ukončené základní vzdělání (zejména starší generace) a 70 % z nich má pouze základní vzdělání (Šlechtová, Bergerová, 2009). Pro Romy nikdy nepatřilo vzdělání k nejdůležitějším oblastem v životě. Starší generace se dokonce obávala, že jim škola děti odcizí. Jejich děti sedávaly na žádost rodičů ostatních dětí stranou, protože mívaly často svrab a vši. Do školy chodily nepravidelně často kvůli velké vzdálenosti od bydliště. A toto nebyl jediný důvod toho, že romské děti zůstávaly v učení pozadu. Důležitým faktorem byla také špatná jazyková vybavenost. Zpravidla proto ukončovaly školní docházku předčasně. Dříve nebyla pro romské děti školní docházka povinná, to až v šedesátých letech dvacátého století. Nejdříve končila většina romských dětí vzděláním na prvním stupni zvláštní školy. Postupem času se pro některé stávalo vzdělávání důležitým aspektem, ukončily celou základní školní docházku a některé se vyučily na středním odborném učilišti, střední škole nebo dokonce vystudovaly vysokou školu. V současné době mají romské děti lepší vzdělání než jejich rodiče nebo prarodiče (Urban, Kajanová, 2009). Vzdělání jde ruku v ruce s uplatněním na trhu práce. U Romů v exkludovaných lokalitách, ve kterých proběhly v roce 2006 výzkumy, dosahuje nezaměstnanost až k závratným 80 %. A Romové, kteří zaměstnaní jsou, obsazují pracovní místa nechráněná a nestabilní. Většinou se jedná o pozice manuálních pracovníků nebo pomocných pracovních sil, které jsou velmi špatně finančně ohodnocené. Tato skutečnost má pak za následek socioekonomické dopady, odráží

se v celkovém způsobu života a následně i horším zdravotním stavu Romů (Šlechtová et al., 2009).

Další sociální determinantou je *bydlení*. Je to místo, kde člověk přebývá společně se svou rodinou. Jedná se o jeden z nejdůležitějších prvků v uspokojování základních lidských potřeb, který velice ovlivňuje životní styl a je indikátorem životní úrovně. A není to pouze o stavu a velikosti bytu, ale také o lokalitě, ve které se nachází (Davidová et al., 2010). Bydlení zaujímá velmi významnou roli v procesu integrace, nebo sociální exkluze. U Romů jde o sociálně exkludované lokality, které vznikají na okrajích měst či obcí. Je zde většinou nízká úroveň infrastruktury, nízký standard bydlení a nedostatečné zázemí základních služeb. Úroveň bydlení je odrazem sociální situace, která opět souvisí s úrovní vzdělání a tím s nezaměstnaností. V romských domácnostech žije podle průzkumů více osob než v domácnostech většinové společnosti. Hovoří se o 2,4 osoby na jednu místnost (u majoritní společnosti o 1,2 osoby). Většina romských domácností žije v nájemních bytech (cca 78 %) (Šlechtová et al., 2009).

Dalším faktorem, který má vliv na zdravotní stav obyvatel je bezpochyby *výživa*. Obecně se doporučuje vyvážená a rozmanitá strava s dostatečným příjmem živin, vitamínů a minerálů s ohledem na individuální energetický výdej každého jednotlivce (Webster-Gandy et al., 2006). Romové mají horší stravovací návyky. Jsou zvyklí na velké množství moučných potravin a méně kvalitní maso. Velmi nedostatečný je u nich přísun mléčných výrobků, ovoce a zeleniny. Děti dostávají velké množství sladkostí a strava je velice nepravidelná, jelikož vždy záleží na aktuální ekonomické situaci dané rodiny (Šlechtová et al., 2009).

Závislosti také nejsou u Romů zanedbatelným fenoménem. Jedná se především o závislosti na výherních automatech a na drogách. Nikotin, alkohol, marihuana ani tvrdé drogy jim rozhodně nejsou cizí. Počátky experimentů s kouřením, alkoholem a marihuanou sahají u romských dětí až na první stupeň základní školy. Děti se pohybují v prostředí, kde je takové chování běžné, a proto ho berou jako přirozenou součást života. Z tvrdých drog jsou Romy nejvíce užívané toluen, pervitin a heroin. Počáteční zkušenosti s těkavými látkami spadají již do období kolem deseti let a vrchol užívání je před patnáctým rokem (Nepustil et al., 2012). Z výzkumné zprávy z roku 2009 vyplývá, že 60 % dotázaných jsou pravidelnými kuřáky a 9 % kouří nepravidelně. Výzkum se prováděl mezi Romy staršími šestnácti let (Nesvadbová et al., 2009).

Zhoršená zdravotní situace romské populace zpětně negativně ovlivňuje vzdělávání, následně uplatnění na pracovním trhu, finanční situaci, úroveň bydlení a životní úroveň. Romové žijí spíše přítomností, popř. minulostí, než budoucností. To se projevuje i v jejich vztahu k prevenci. Je to pro ně termín téměř neznámý, který své důležitosti nabývá společně s úrovní vzdělání (Šlechtová, Bergerová, 2009). V rámci evropského projektu „Zdraví a romská populace“ byla vypracována Národní zpráva 2009, která měla za úkol vytvoření analýzy zdravotního stavu romské populace. Získaná fakta mají sloužit jak k získání informací o aktuálním zdravotním stavu romské populace, tak k návrhu opatření k postupnému zmírňování nerovností ve zdravotnictví v členských státech EU (Nesvadbová et al., 2009).

V rámci České republiky sice není mnoho validních informací, co se týče zdravotního stavu zde žijící romské populace a jeho souvislostech, přesto zde některé výzkumy a analýzy proběhly a přinesly následující zjištění:

- Kojenecká úmrtnost u Romů je dvojnásobně vyšší než je celonárodní průměr.
- Romské děti představují 2,5 % všech živě narozených a 5 % mrtvě narozených.
- Střední délka života romské populace je zhruba o deset let nižší než u společnosti jako celku.
- V romské populaci je vyšší výskyt infekčních chorob, zejména žloutenky typu B a C, často dochází k přenosu z matky na dítě.
- V oblastech s nízkou socioekonomickou úrovní je nedostatečné očkování dětí.
- Zvláště v případě dětí jsou nedostatečné stravovací a vyživovací návyky, což také ovlivňuje stav chrupu.
- Nehody a úrazy se vyskytují ve vyšší míře, zejména popáleniny, pády, dopravní nehody, zlomeniny, tržné rány, intoxikace apod.
- Vysoká míra plodnosti začíná těhotenstvím a porodností v nízkém věku a pokračuje i do věku vyššího.
- S tím souvisí i špatná informovanost vzhledem k plánování rodiny a velmi špatná prevence gynekologických chorob.
- Předčasné stárnutí je v romské populaci spojené s výskytem chorob netypických pro danou věkovou skupinu – cukrovka, deprese, úzkost.

Vzhledem ke zjištěným skutečnostem je zjevné, že zdravotní stav romské populace je nedostatečný. Odborníci se většinou shodují na tom, že příčinou je spíše absence rovného přístupu Romů k životním příležitostem a zdrojům než genetické faktory (Nesvadbová et al., 2009).

1.3.3 Romové a péče o chrup

V rámci evropského projektu „Zdraví a romská populace“ byla vypracována analýza, kterou koordinovala španělská nadace Fundación Secretariado Gitano. Týkala se sociální a zdravotní situace romské populace a byla realizována v sedmi evropských zemích včetně ČR. Zde tento projekt realizovala kancelář Rady vlády pro záležitosti romské kultury a občanské sdružení Vzájemné soužití. Spolupracovaly také další neziskové organizace, krajsí koordinátoři romských poradců a Odbor pro sociální začleňování v romských vyloučených lokalitách. Výzkum se týkal konkrétně subjektivního vnímání zdravotního stavu, nemocí a zdravotních problémů, nehod a úrazů, omezení každodenní činnosti, užívání léků a návštěv u lékaře. Pro tuto práci postačí, podíváme-li se na výsledky návštěv u zubního lékaře a stav chrupu (Nesvadbová et al., 2009).

Co se týče návštěvnosti romské populace u zubních lékařů, nasvědčuje mnohé tomu, že důvodem návštěvy bývá spíše akutní problém než preventivní prohlídka. Z části respondentů (544 osob), kteří nebyli za poslední tři měsíce u zubního lékaře, jich 68 % u něj bylo před rokem a více, 9 % jich dokonce nebylo nikdy a 23 % v rozmezí tří a jedenácti měsíců. Ze 133 respondentů, kteří během posledních tří měsíců zubního lékaře navštívili, jich zhruba polovina musela návštěvu i několikrát opakovat, což naznačuje, že se nejednalo o cílenou preventivní prohlídku, ale že přišli již s problémem, který bylo nutno vyřešit v několika návštěvách. Velmi zajímavé je, že dosti podobné výsledky vycházejí u všech zkoumaných věkových skupin. Pouze o něco výraznější odchylky jsou u frekvence návštěv u mužů a žen, kdy ženy chodí pravidelněji. Pokud jde o typ zdravotnického zařízení, preferují Romové ve velké většině státní zdravotní systém (smluvní lékaře se zdravotními pojišťovnami) (Nesvadbová et al., 2009).

Stav chrupu romské populace je zde hodnocen podle počtu vad, jakými jsou výplně, extrahované (vytažené) zuby, parodontologické potíže (krvácení dásní, viklavost) a přítomnost protetických prací. V nejlepším stavu má zuby nejmladší zkoumaná generace ve věku 16–21 let, i když ne zcela jednoznačně. Každý pátý z nich

již nemá kompletní chrup a má i více než čtyři ze zkoumaných vad. Zajímavá je i existence vlivu prostředí na stav chrupu. Nejméně potíží mají Romové v malých městech a na vesnicích, naopak ve velkých městech mají potíže největší. Toto se týká i celkového zdravotního stavu (Nesvadbová et al., 2009).

Romové mají pouze malou tendenci o zachování kompletního chrupu. Často nemají zájem o protetickou náhradu chybějících zubů, což je možné přičíst jejich socioekonomické situaci. Sice některé typy náhrad hradí zdravotní pojišťovna plně, ale kvůli malé informovanosti v této oblasti může pojem náhrada vyvolat mylnou představu vysokých výdajů. Přístup Romů k péči o zuby je velice nedbalý a laxní. Dokud nenastane vážný problém, který je nutný řešit z důvodu bolesti (estetika není na prvním místě), nepřipadá převážné většině Romů nutné navštívit zubního lékaře (Nesvadbová et al., 2009).

1.3.4 Situace Romů v sociální oblasti

V Jihočeském kraji žije přibližně 9 000 Romů. Téměř pětina z nich žije v sociálně vyloučených lokalitách. V Českých Budějovicích se jedná hlavně o sídliště Máj, Okružní a Vrbenskou ulici. V těchto lokalitách je velký problém s nezaměstnaností, zadlužeností a bydlením. Ve vysoké míře se zde vyskytují i nežádoucí jevy, jako drogy, prostituce a gamblerství. Nezaměstnanost úzce souvisí s nízkým stupněm dosaženého vzdělání. Míra nezaměstnanosti Romů však není sledována, proto nejsou ani odhady velikosti tohoto problému. Bydlení je také velkým problémem. Pronajímatelé mají vůči Romům předsudky a většina z nich nastavuje vysoké kauce, které znemožňují pronájem bytu (Slivka, 2014).

V souvislosti s romskou otázkou byla schválena Koncepce romské integrace v Jihočeském kraji, která se pravidelně monitoruje a naplňuje. V místech s vysokou koncentrací Romů jsou realizovány sociální služby, jako například sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi a nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (Slivka, 2014).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cíle práce:

1. Zjistit informovanost a ochotu romského obyvatelstva k preventivním zubním prohlídkám.
2. Zjistit ochotu zubních lékařů Romy ve svých ordinacích registrovat.

Výzkumné otázky:

VO 1: „Mají romští obyvatelé dostatek informací o následcích zanedbání zubní péče?“

VO 2: „Jaké jsou příčiny neochoty registrace romských občanů u zubních lékařů?“

Hypotézy:

- H1: Registrovaní Romové mají více informací v oblasti stomatologické péče než neregistrovaní?
- H2: Spolupráce se sociálním pracovníkem zlepší ochotu zubních lékařů registrovat Romy.
- H3: Pohlaví nemá vliv na registraci u zubního lékaře.
- H4: Věk pacienta nemá vliv na vážnost jeho obtíží se zuby.
- H5: Registrace pacienta u stomatologa nemá vliv na jeho návštěvnost na zubní LSPP.
- H6: Typ příjmu pacienta nemá vliv na jeho registraci nebo neregistraci u stomatologa.
- H7: Na informovanost Romů v oblasti úhrady výkonů zdravotní pojišťovnou v zubní ordinaci nemá vliv jejich registrace či neregistrace.
- H8: Registrace romských pacientů u stomatologa nemá vliv na jejich informovanost o rizicích spojených se zanedbáním zubní péče.
- H9: Pohlaví nemá vliv na informovanost Romů o rizicích spojených se zanedbáním zubní péče.
- H10: Registrace pacienta u stomatologa nemá vliv na jeho zdroje informací v oblasti stomatologické péče.
- H11: Vážnost stomatologických obtíží Romů nemá vliv na jejich registraci či neregistraci u zubního lékaře.
- H12: Počet registrovaných Romů nemá vliv na ochotu registrování Romů dalších.
- H13: Na registraci Roma nemá vliv, pokud přijde sám, nebo ve spolupráci se sociálním pracovníkem.
- H14: Kvalita spolupráce s Romy nemá vliv na registraci dalších romských pacientů.
- H15: Zkušenosti s placením nadstandardních materiálů romskými pacienty nemá vliv na registraci dalších Romů.

Operacionalizace hypotéz:

Respondenti:

- R – Romové
- L – zubní lékaři

Hypotézy	Operacionalizace	Otázky v dotazníku	Respondent
Registrovaní Romové mají více informací v oblasti stomatologické péče než neregistrovaní	Jaké informace mají v oblasti rizik spojených se zanedbáním zubní péče?	Víte, co se může stát, když se nebudete o své zuby starat?	R
		Kdo Vám o těchto rizicích řekl?	R
		Víte, jaké stomatologické výkony Vám celé hraří zdravotní pojišťovna?	R
	Jaké informace mají v oblasti úhrady výkonů zdravotní pojišťovnou?	Jste ochoten/ochotna si u zubního lékaře připlatit za nadstandard?	R
		Jsou romští pacienti, kteří jsou u Vás registrovaní, ochotni připlatit za nadstandard?	L
		Jak se staráte o zdraví svých zubů?	R
	Jaké mají informace v péči o chrup?	Jak často chodíte na pravidelné zubní prohlídky?	R
		Jak moc dbají romští pacienti na zubní péči u svých dětí?	L

<p>Spolupráce se sociálním pracovníkem (SP) zlepšit ochotu zubních lékařů registrovat Romy</p>	<p>Jak jsou romští pacienti spolehliví?</p>	<p>Chodí na pravidelné preventivní prohlídky?</p>	L
		<p>Jak často ruší termíny objednání romští pacienti?</p>	L
		<p>Jak spolehliví (např. dochvilní, řídí se Vašimi radami...) jsou Vaši romští pacienti?</p>	L
	<p>Jsou zubní lékaři i Romové ochotní spolupracovat se SP?</p>	<p>Přijal/a byste Roma, který na své spolehlivosti a chování spolupracuje se sociálním pracovníkem?</p>	L
		<p>Uvítal/a byste při shánění zubaře a komunikaci s ním pomoc sociálního pracovníka?</p>	R
	<p>Jsou zubní lékaři ochotni přijmout Roma?</p>	<p>Kolik procent z celkového počtu registrovaných pacientů tvoří ve Vaší ordinaci Romové?</p>	L
		<p>Pokud byste ještě přijímal/a pacienty, přijal/a byste Roma?</p>	L
		<p>Máte svého zubního lékaře?</p>	R
		<p>Jak obtížné je podle Vás zubního lékaře sehnat?</p>	R

3 METODIKA

Původně měla být použita strategie kvalitativního výzkumu s využitím metody dotazování a techniky polostrukturovaného rozhovoru. Po provedení předvýzkumu se však ukázalo, že bude v tomto případě lepší použít metodu kvantitativního výzkumu, jelikož zubní lékaři nebyli z časových důvodů ochotni přistoupit na rozhovory a vyplnit dotazníky pro ně bylo přijatelnější. Metodu dotazníkového šetření jsem nakonec použila pro obě dotazované skupiny, jimiž byli zubní lékaři v Českých Budějovicích, kteří mají ve své evidenci Romy, a romští obyvatelé nad patnáct let tamtéž. Pro každou skupinu byly dotazníky vytvořeny zvlášť a otázky byly formulovány tak, aby korespondovaly s cílem práce a s výzkumnými otázkami. V obou případech se jednalo o otázky uzavřeného, polootevřeného i otevřeného typu. V dotaznících, určených pro zubní lékaře bylo celkem jedenáct otázek sledujících jak ochotu zubních lékařů registrovat nové romské pacienty, tak i jejich zkušenosti s romskými pacienty již registrovanými. V dotaznících určených pro Romy bylo celkem sedmnáct otázek, které jsem směřovala ke zjištění jejich informovanosti v oblasti zubního zdraví v souvislosti s tím, zda jsou u zubních lékařů registrováni, či nikoliv. Oba typy dotazníků byly pouze v tištěné podobě a byly zcela anonymní. Jejich celé znění přikládám v příloze.

Dotazníky určené pro zubní lékaře jsem roznesla po zubních ordinacích, většinou po předchozí telefonické domluvě, a v domluveném termínu jsem si je vyplněné zase vyzvedla. Seznam zubních lékařů jsem našla na internetových stránkách oblastní Stomatologické komory.

Dotazníky pro Romy jsem s respondenty většinou vyplňovala osobně. Používala jsem metodu sněhové koule, kdy jsem oslovila prvního, vyplnila s ním dotazník, a buď jsem dostala tip na dalšího, nebo mě dotyčný k dalšímu přímo zavedl. Jako pomocnou metodu výzkumu jsem používala ještě pozorování a dotazování, pokud dotazovaní nevěděli, jakou odpověď vybrat. S vyplňováním dotazníků mi pomohly i sociální pracovnice, které v dané oblasti pracovaly.

Vyplněné dotazníky jsem následně zadala, zpracovala, graficky znázornila a vyhodnotila pomocí programu Microsoft Office Excel.

4 VÝSLEDKY

4.1 POPIŠNÁ STATISTIKA

4.1.1 Poměr registrovaných a neregistrovaných respondentů

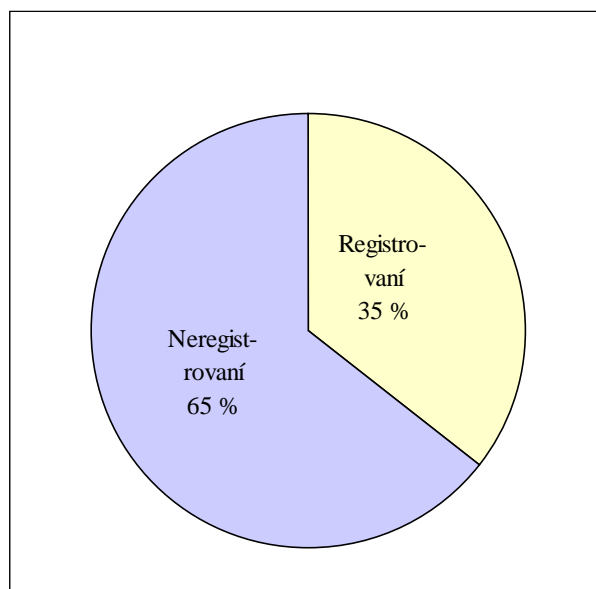
První typ dotazníků byl určen pro romské obyvatele, kterým bylo 15 let a více. Vyplnilo je celkem 237 Romů, z nichž 35 % bylo u zubního lékaře registrovaných a 65 % neregistrovaných (viz tab.1 a obr. 1).

Tab. 1: Poměr respondentů registrovaných a neregistrovaných

Registrace u stomatologa	Počet
ano	84
ne	153
celkem	237

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. 1: Rozdělení respondentů registrovaných a neregistrovaných

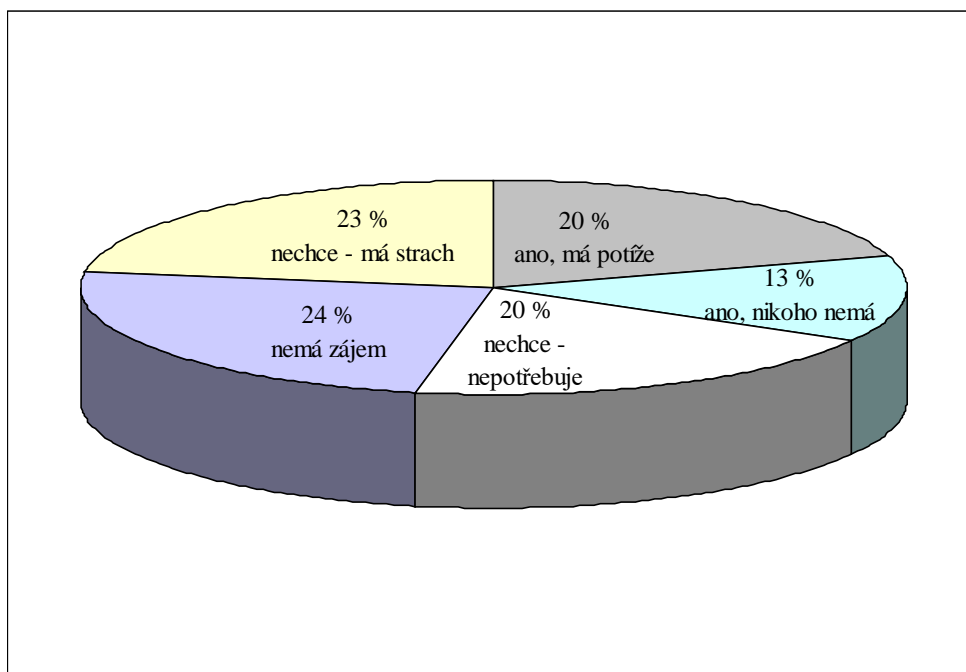


Zdroj: vlastní výzkum

4.1.2 Potřeba neregistrovaných respondentů najít si zubního lékaře

Téměř 2/3 dotazovaných (65 %) Romů nebyly v danou chvíli registrovány u zubního lékaře. Potřebu najít si ho má z nich však jenom 33 % a to z většiny (20 %) proto, že mají potíže. Ostatních 67 % k zubnímu lékaři chodit nechce. Buď proto, že mají strach (23 %), nemají zájem (24 %), nebo nemají žádné potíže, a tudíž si myslí, že zubního lékaře nepotřebují (viz obr. 2).

Obr. 2: Potřeba neregistrovaných respondentů najít si zubního lékaře



Zdroj: vlastní výzkum

4.1.3 Vliv pohlaví respondenta na registraci u stomatologa

Cílem této otázky bylo zjistit, zda má vliv pohlaví dotazovaných Romů na registraci, resp. neregistraci u zubního lékaře. Stanovila jsem si H3, která zní: „Pohlaví nemá vliv na registraci u zubního lékaře.“

Z výzkumu vyplynulo, že je pravděpodobnost menší než 5 % (viz obr. 3 a tab. 2, str. 48), že by takové četnosti měření vznikly náhodou. Proto hypotézu H3 nemůžeme potvrdit. Přijmeme tedy alternativní hypotézu.

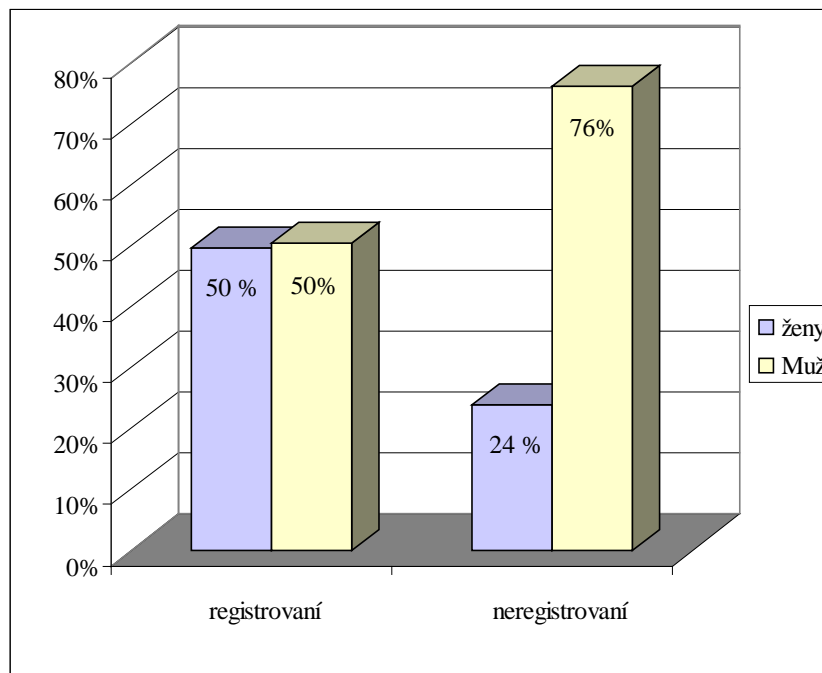
Alternativní hypotéza je: *Statisticky významný vliv pohlaví pacienta na registraci u stomatologa existuje a výsledky měření lze brát jako relevantní. Ženy mají svého zubního lékaře častěji, než je tomu u mužů.* Popis testování je v kapitole 4.2.1.

Tab. 2: Rozdělení respondentů podle pohlaví a registrace

Pacient	ženy	muži	celkem
Registrovaní	53	31	84
Neregistrovaní	54	99	153
Celkem	107	130	237

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. 3: Rozdělení respondentů podle pohlaví a registrace

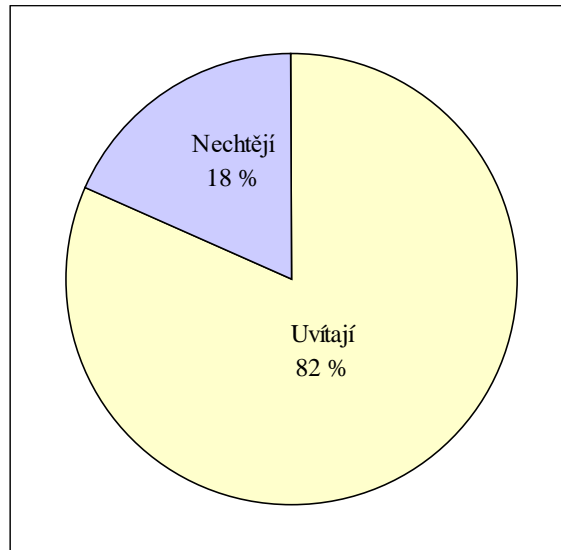


Zdroj: vlastní výzkum

4.1.4 Zájem Romů o spolupráci se sociálním pracovníkem

Na otázku, která se týkala neregistrovaných Romů, zda by uvítali při hledání zubního lékaře pomoc sociálního pracovníka, odpovědělo 82 % kladně. Pouze 18 % se vyjádřilo negativně (viz. obr. 4). Negativní odpověď se týkala hlavně dotazovaných, kteří nechtějí ani zubního lékaře, proto nepotřebují ani pomoc sociálního pracovníka.

Obr. 4: Zájem neregistrovaných respondentů o pomoc SP při shánění stomatologa



Zdroj: vlastní výzkum

4.1.5 Vztah věku pacienta k vážnosti obtíží

Zde jsem se zaměřila na věk pacienta a souvislost věku s vážností obtíží se zuby. Stanovila jsem si H4: „Věk pacienta nemá vliv na vážnost jeho obtíží se zuby.“

Z výsledků testování vyplynulo, že je pravděpodobnost menší než 5 % (viz tab. 3 a obr. 5, str. 50), že by takové četnosti měření vznikly náhodou. Proto hypotézu H4 nemůžeme potvrdit. Přijmeme tedy alternativní hypotézu.

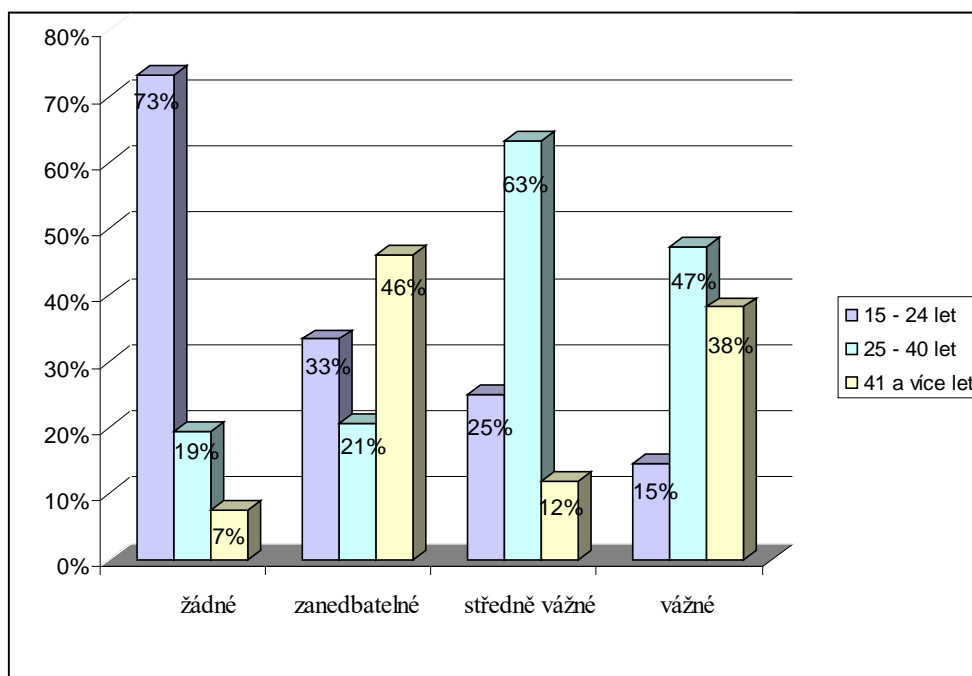
Alternativní hypotéza je: *Statisticky významný vliv věku pacienta na vážnost jeho obtíží se zuby existuje a výsledky měření lze brát jako relevantní. Pacienti ve věku 15 až 24 let nejčastěji uváděli, že žádné obtíže se zuby nemají. Nejvíce obtíží uvádějí pacienti ve věku 25 až 40 let. Je zajímavé, že nejstarší část dotazovaných (41 a více let) uváděla menší obtíže než zmíněná kategorie 25 až 40 let. Zřejmě je to tím, že postupně zuby ztrácejí, a proto s nimi mají méně potíží.* Popis testování je v kapitole 4.2.2.

Tab. 3: Vztah věku pacienta k vážnosti obtíží

Věk pacienta	15–24 let	25–40 let	41 a více	celkem
žádné obtíže	49	13	5	67
zanedbatelné nebo mírné	13	8	18	39
středně vážné až vážné	19	48	9	76
velmi vážné	8	26	21	55
celkem	89	95	53	237

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. 5: Vztah věku pacienta k vážnosti obtíží

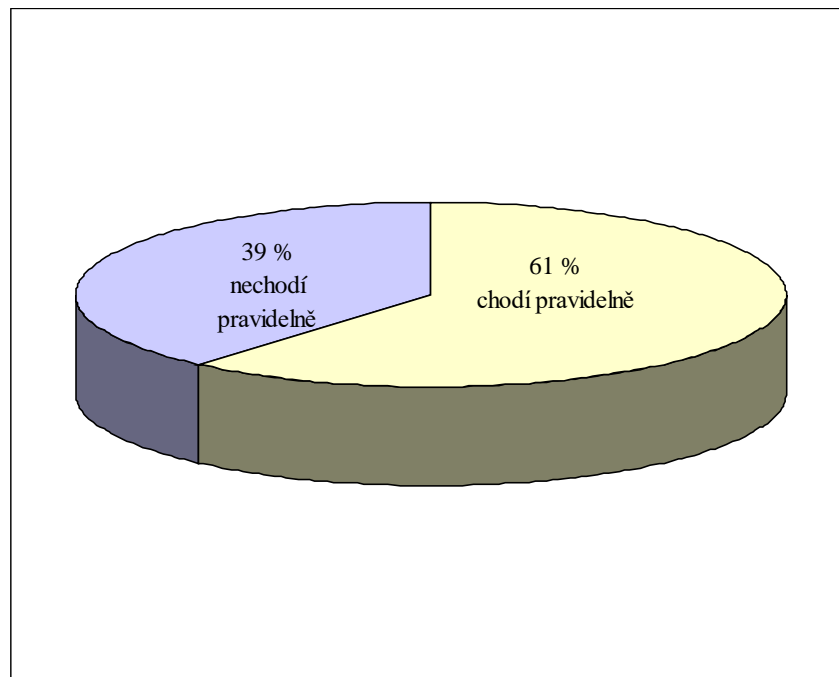


Zdroj: vlastní výzkum

4.1.6 Pravidelné zubní prohlídky

Z grafu, který představuje procentuální množství registrovaných pacientů chodících a nechodících na pravidelné zubní prohlídky vyplývá, že většina (61 %) dotázaných registrovaných romských pacientů na ně chodí (viz obr. 6).

Obr. 6: Znárodnění pravidelných zubních prohlídek



Zdroj: vlastní výzkum

4.1.7 Návštěvnost Romů na zubní pohotovosti

Záměrem této otázky bylo zjistit, zda navštěvují zubní pohotovost více romští respondenti neregistrovaní, nebo na tuto skutečnost nemá registrace vliv. Stanovila jsem si H5: „Registrace pacienta u stomatologa nemá vliv na jeho návštěvnost na zubní LSPP (lékařská služba první pomoci).“

Z výsledků vyplynulo, že je pravděpodobnost menší než 5 % (viz tab. 4 a obr. 7, str. 52), že by takové četnosti měření vznikly náhodou. Proto hypotézu H5 nemůžeme potvrdit. Přijmeme tedy alternativní hypotézu.

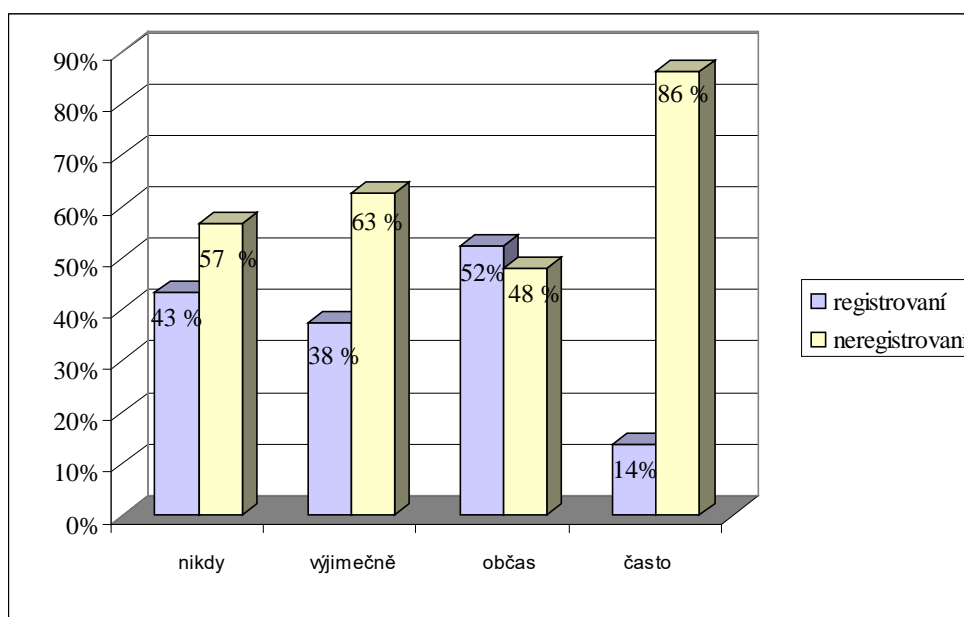
Alternativní hypotéza je: *Statisticky významný vliv registrace pacienta na návštěvnost zubní LSPP existuje a výsledky měření lze brát jako relevantní. Z výzkumu je zřejmé, že Romové, kteří nemají svého zubního lékaře, navštěvují zubní pohotovost mnohem častěji než ti, kteří zubaře mají.* Popis testování je v kapitole 4.2.3.

Tab. 4: Návštěvnost respondentů na zubní pohotovosti

Návštěvnost LSPP	nikdy	výjimečně	občas	často
Registrovaní	54	9	12	9
Neregistrovaní	71	15	11	56
Celkem	125	24	23	65

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. 7: Návštěvnost respondentů na zubní pohotovosti



Zdroj: vlastní výzkum

4.1.8 Souvislost mezi příjmem Roma a jeho registrací u stomatologa

Touto otázkou jsem sledovala, zda má typ příjmu dotazovaných Romů vliv na to, zda jsou, či nejsou registrovaní. Stanovila jsem si H6: „Typ příjmu pacienta nemá vliv na jeho registraci nebo neregistraci u stomatologa.“

Z výsledků vyplynulo, že je pravděpodobnost menší než 5 % (viz tab. 5 a obr. 8), že by takové četnosti měření vznikly náhodou. Proto hypotézu H6 nemůžeme potvrdit. Přijmeme tedy alternativní hypotézu.

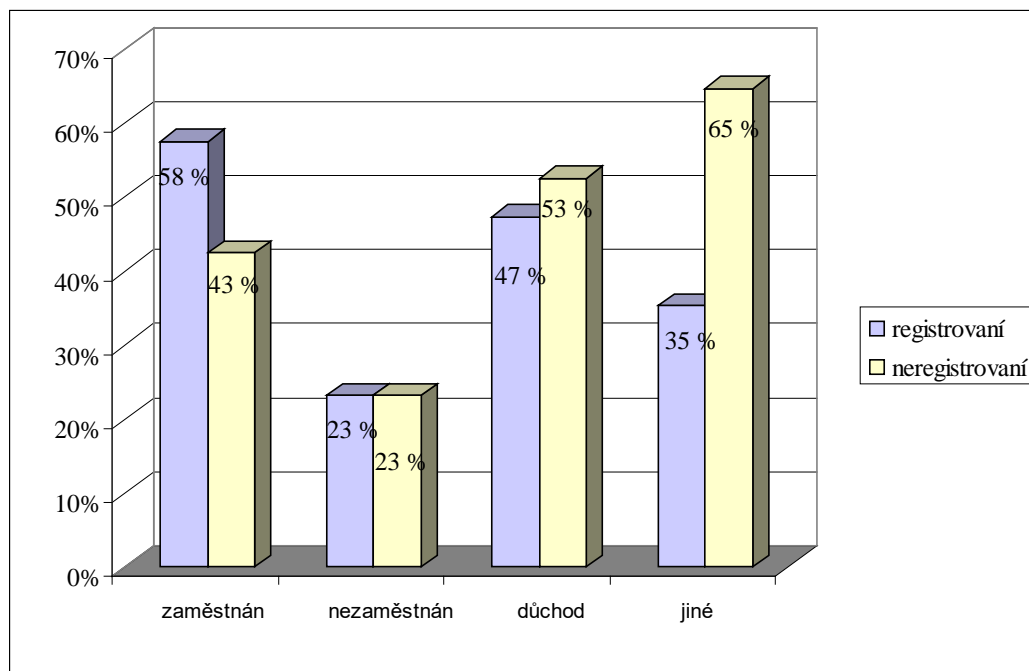
Alternativní hypotéza je: *Statisticky významný vliv typu příjmu pacienta na registraci u stomatologa existuje a výsledky měření lze brát jako relevantní. Nejvíce registrovaných dotazovaných bylo v zaměstnaneckém poměru. Neregistrovaní nejčastěji uváděli jiný zdroj příjmu (buď se jednalo o studenty bez příjmu, nebo o ženy na mateřské, nebo rodičovské dovolené).* Popis testování je v kapitole 4.2.4.

Tab. 5: Vliv typu příjmu na registraci pacienta

Příjem pacienta	zaměstnán	nezaměstnán	důchod	jiné
Registrovaní	23	25	18	18
Neregistrovaní	17	83	20	33
Celkem	40	108	38	51

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. 8: Vliv typu příjmu na registraci pacienta



Zdroj: vlastní výzkum

4.1.9 Informovanost Romů v oblasti úhrady výkonů v zubní ordinaci

Informace o úhradě, na kterou má pacient právo z veřejného pojištění, jsou celkem důležité. Proto jsem touto otázkou sledovala, zda na informovanost dotazovaných Romů v této oblasti má vliv registrace u stomatologa. Stanovila jsem si H7: „Na informovanost Romů v oblasti úhrady výkonů zdravotní pojišťovnou v zubní ordinaci nemá vliv jejich registrace či neregistrace“.

Z výsledků vyplynulo, že je pravděpodobnost menší než 5 %, že by takové četnosti měření vznikly náhodou. Proto hypotézu H7 nemůžeme potvrdit. Přijmeme tedy alternativní hypotézu.

Alternativní hypotéza je: *Statisticky významný vliv registrace romských pacientů na informovanost v oblasti úhrady výkonů zdravotní pojišťovnou v zubní ordinaci existuje a výsledky měření lze brát jako relevantní. O výkonech, které jim hradí zdravotní pojišťovna, mělo přehled 70 % registrovaných pacientů. Naopak 70 % neregistrovaných mělo velmi strohé informace (viz tab. 6 a obr. 9, str. 55).*

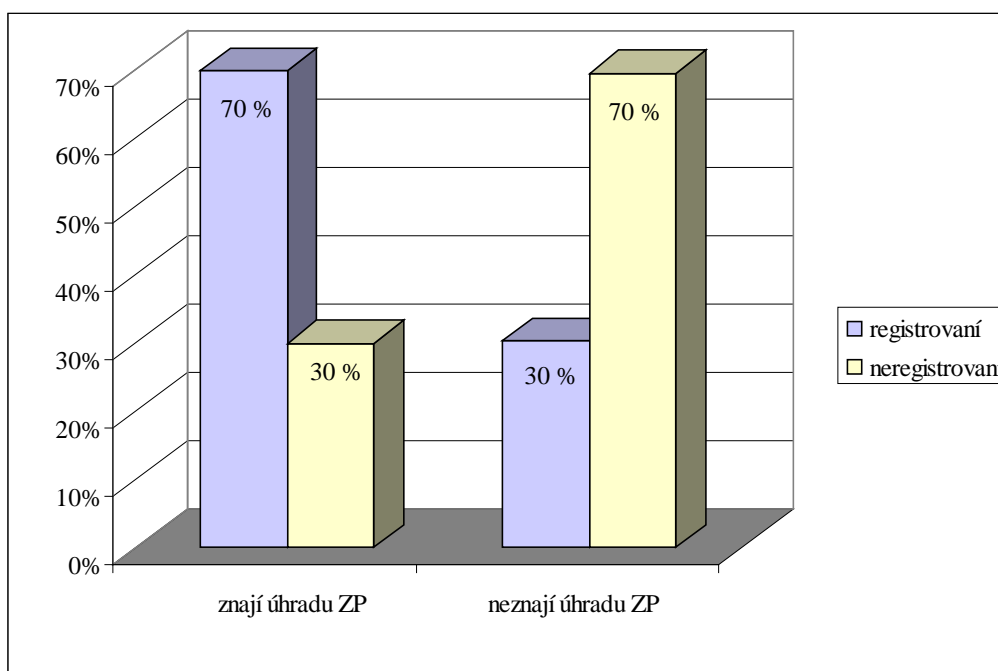
Statistické testování potvrzuje H1, která zní: „Registrovaní Romové mají více informací v oblasti stomatologické péče než neregistrovaní.“ Popis testování je v kapitole 4.2.5.

Tab. 6: Informovanost Romů v oblasti úhrady výkonů ZP v zubní ordinaci

Informace o úhradě ZP	mají informace	nemají informace
Registrovaní	21	63
Neregistrovaní	9	144
Celkem	30	207

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. 9: Informovanost Romů v oblasti úhrady výkonů ZP v zubní ordinaci



Zdroj:vlastní výzkum

4.1.10 Informovanost Romů v oblasti rizik při zanedbání zubní péče

Pro uvědomění nutnosti péče o chrup je nutné znát i rizika při jejím zanedbání. Proto jsem zjišťovala, zda romští respondenti tato rizika znají a zda je informovanost lepší v souvislosti s registrací u stomatologa, či nikoliv. Stanovila jsem si H8: „Registrace romských pacientů u stomatologa nemá vliv na jejich informovanost o rizicích spojených se zanedbáním zubní péče“.

Z výsledků vyplynulo, že je pravděpodobnost menší než 5 %, že by takové četnosti měření vznikly náhodou. Proto hypotézu H8 nemůžeme potvrdit. Přijmeme tedy alternativní hypotézu.

Alternativní hypotéza je: *Statisticky významný vliv registrace romských pacientů u stomatologa na informovanost o rizicích spojených se zanedbáním zubní péče existuje a výsledky měření lze brát jako relevantní. O rizicích zanedbání zubní péče mělo celkem slušný přehled 65 % registrovaných pacientů, zatímco neregistrovaní měli přehled pouze ve 35 % a tvořili 74 % všech, kteří o rizicích neví nic (viz tab. 7 a obr. 10, str. 56).*

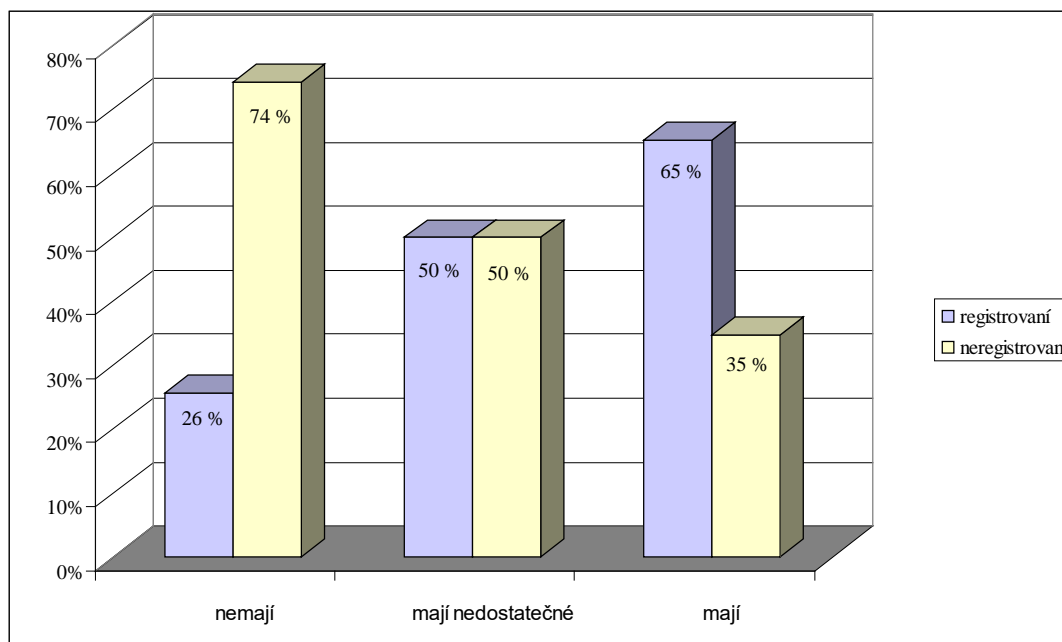
Statistické testování opět potvrzuje i H1, která zní: „Registrovaní Romové mají více informací v oblasti stomatologické péče než neregistrovaní.“ Popis testování je v kapitole 4.2.6.

Tab. 7: Informovanost Romů v oblasti rizik při zanedbání zubní péče

Informace o rizicích	nemají	mají nedostatečné	mají
Registrovaní	40	29	15
Neregistrovaní	116	29	8
Celkem	156	58	23

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. 10: Informovanost Romů v oblasti rizik při zanedbání zubní péče



Zdroj: vlastní výzkum

4.1.11 Informovanost Romů o rizicích spojených se zanedbáním zubní péče v souvislosti s pohlavím

Tato otázka byla směřována ke zjištění, zda má na informovanost o rizicích spojených se zanedbáním zubní péče vliv pohlaví respondentů. Stanovila jsem si H9: „Pohlaví nemá vliv na informovanost Romů o rizicích spojených se zanedbáním zubní péče.“

Z výsledků vyplynulo, že je pravděpodobnost menší než 5 % (viz tab. 8 a obr. 11), že by takové četnosti měření vznikly náhodou. Proto hypotézu H9 nemůžeme potvrdit. Přijmeme tedy alternativní hypotézu.

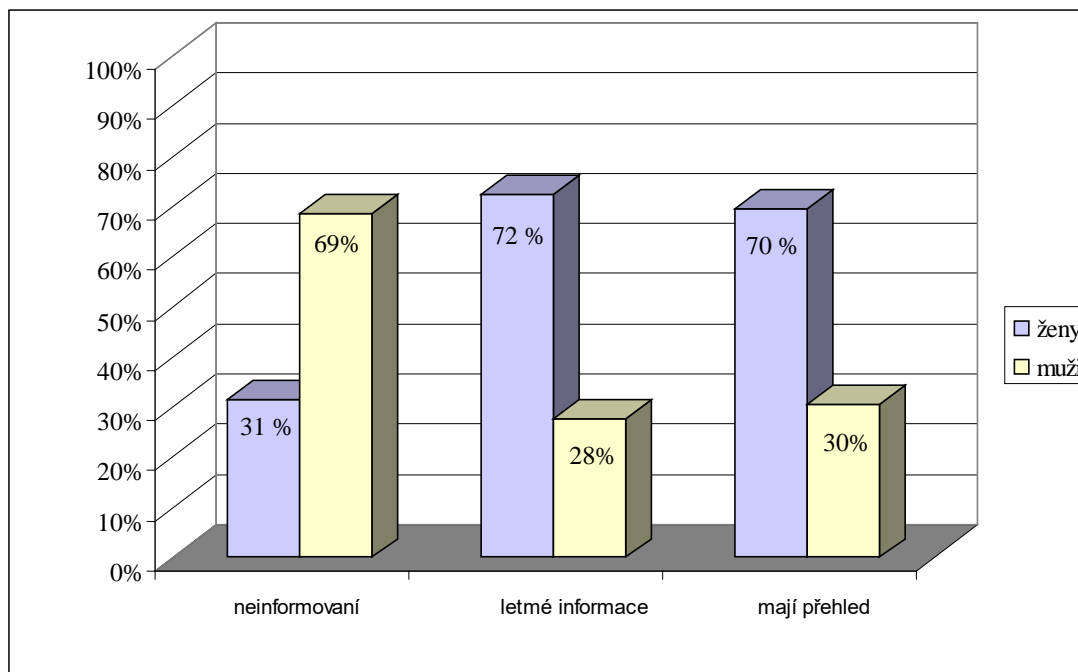
Alternativní hypotéza je: *Statisticky významný vliv pohlaví romských pacientů na informovanost o rizicích spojených se zanedbáním zubní péče existuje a výsledky měření lze brát jako relevantní. Ženy měly o rizicích mnohem větší přehled než muži.* Popis testování je v kapitole 4.2.7.

Tab. 8: Informovanost Romů o rizicích zanedbání zubní péče dle pohlaví

Pohlaví	nemá informace	má nedostatečné	má přehled
žena	49	42	16
muž	107	16	7
celkem	156	58	23

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. 11: Informovanost Romů o rizicích zanedbání zubní péče dle pohlaví



Zdroj: vlastní výzkum

4.1.12 Zdroje informací Romů v oblasti stomatologické péče

Testovala jsem, zda mají respondenti odpovídající informace, jaké jsou zdroje jejich informací a zda má registrace vliv na adekvátnost jejich informací. Stanovila jsem si H10: „Registrace pacienta u stomatologa nemá vliv na jeho zdroje informací v oblasti stomatologické péče.“

Z výsledků vyplynulo, že je pravděpodobnost menší než 5 % (viz tab. 9 a obr. 12), že by takové četnosti měření vznikly náhodou. Proto hypotézu H10 nemůžeme potvrdit. Přijmeme tedy alternativní hypotézu.

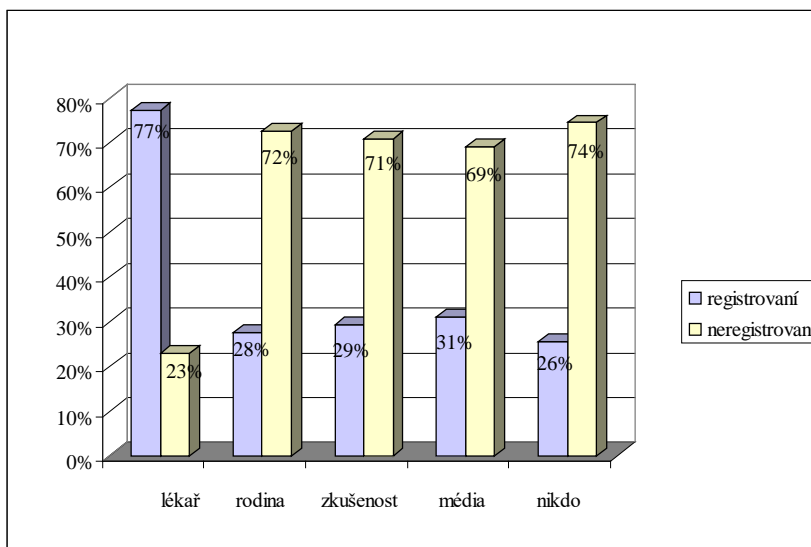
Alternativní hypotéza je: *Statisticky významný vliv registrace romských pacientů na zdroje informací v oblasti stomatologické péče existuje a výsledky měření lze brát jako relevantní. Registrovaní pacienti získávají adekvátní informace od svého registrujícího zubního lékaře, zatímco neregistrovaným nepodává informace nikdo, nebo vyhledají nějaký alternativní zdroj, jako rodinu, média a nebo mají vlastní zkušenost. Zde je opět potvrzena H1.* Popis testování je v kapitole 4.2.8.

Tab. 9: Zdroje informací Romů v oblasti stomatologické péče

Zdroj informací	lékař	rodina	zkušenost	média	nikdo
registrovaní	27	19	14	13	11
neregistrovaní	8	50	34	29	32
celkem	35	69	48	42	43

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. 12: Zdroje informací Romů v oblasti stomatologické péče



Zdroj: vlastní výzkum

4.1.13 Vliv registrace u stomatologa na vážnost obtíží respondentů

Další testovanou otázkou byl vliv registrace u stomatologa na vážnost obtíží respondentů. Stanovila jsem si H11: „Vážnost stomatologických obtíží Romů nemá vliv na jejich registraci či neregistraci u zubního lékaře“.

Z výzkumu vyplynulo, že je pravděpodobnost menší než 5 %, že by takové četnosti měření vznikly náhodou. Proto hypotézu H11 nemůžeme potvrdit. Přijmeme tedy alternativní hypotézu.

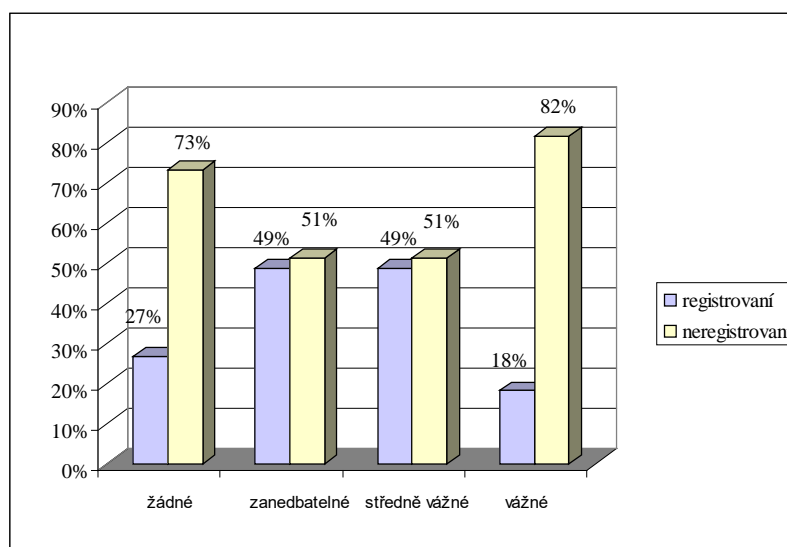
Alternativní hypotéza je: *Statisticky významný vliv registrace romských pacientů na vážnost jejich obtíží se zuby existuje a výsledky měření lze brát jako relevantní. Z dotazovaných, kteří měli tou dobou vážné potíže se zuby, jich bylo 82 % neregistrovaných a pouze 18 % registrovaných. Na druhou stranu ale z dotazovaných, kteří v danou chvíli neměli potíže žádné, byla také velká část (73 %) neregistrovaných.* (viz tab. 10 a obr. 13). Popis testování je v kapitole 4.2.9.

Tab. 10: Vážnost obtíží registrovaných a neregistrovaných Romů

Vážnost obtíží	žádné	zanedbatelné	středně vážné	vážné
registrovaní	18	19	37	10
neregistrovaní	49	20	39	45
celkem	67	39	76	55

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. 13: Vážnost obtíží registrovaných a neregistrovaných Romů



Zdroj: vlastní výzkum

4.1.14 Zubní lékaři v Českých Budějovicích

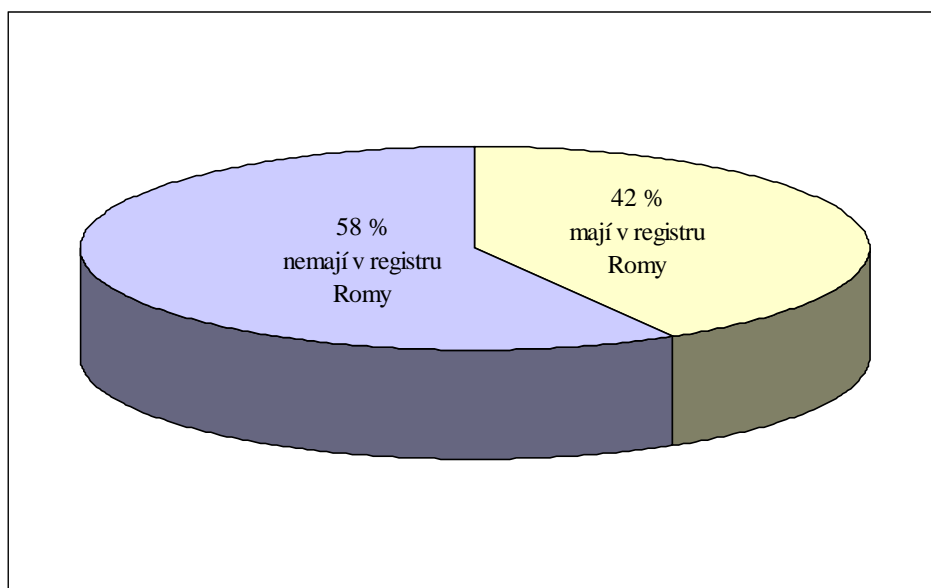
V Českých Budějovicích je přibližně 130 zubních lékařů. Podařilo se mi jich požádat o vyplnění dotazníku celkem 89. Z nich pouze 42 %, tzn. 37 zubních lékařů, bylo k vyplňování druhého typu dotazníků kompetentních, jelikož ostatních 58 %, tzn. 52 zubních lékařů, nemělo ve svém registru ani jednoho romského pacienta (viz tab. 11 a obr. 14).

Tab. 11: Zubní lékaři v Českých Budějovicích

Zubní lékaři	mají Romy	nemají Romy	celkem
počet	37	52	89

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. 14: Procentuální počet dotazovaných zubních lékařů v ČB



Zdroj: vlastní výzkum

4.1.15 Ochota zubních lékařů přijmout Roma v souvislosti s počtem již registrovaných

Pro zjištění, zda má ochota zubních lékařů přijmout Roma souvislost s počtem Romů již registrovaných, jsem si stanovila H12: „Počet registrovaných Romů nemá vliv na ochotu registrování Romů dalších“.

Z výzkumu vyplynulo, že je pravděpodobnost menší než 5 %, že by takové četnosti měření vznikly náhodou. Proto hypotézu H12 nemůžeme potvrdit. Přijmeme tedy alternativní hypotézu.

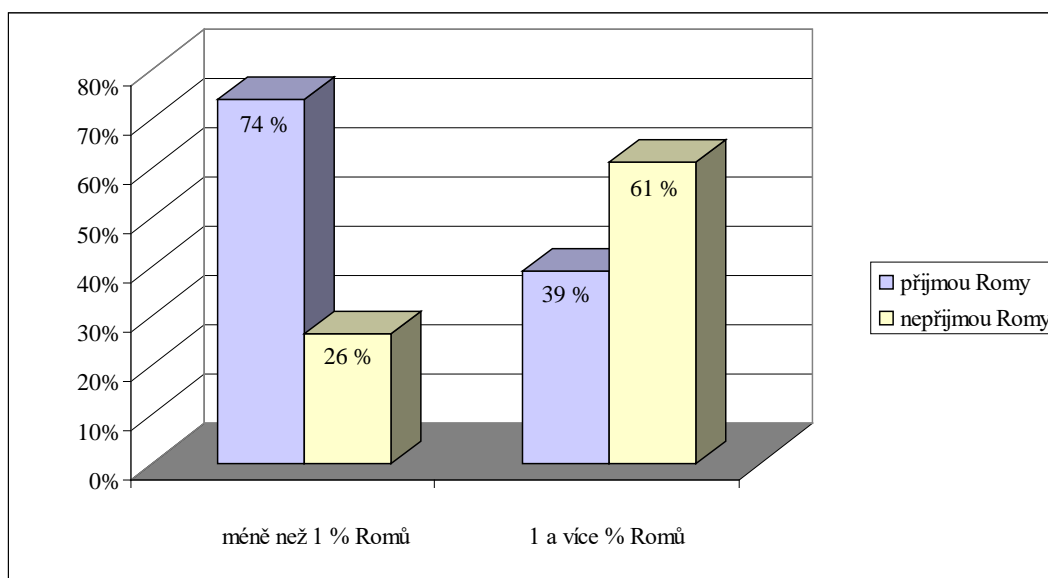
Alternativní hypotéza je: *Statisticky významný vliv počtu již zaregistrovaných Romů v zubní ordinaci na ochotu zubních lékařů registrovat Romy další existuje a výsledky měření lze brát jako relevantní. Zubní lékaři s počtem registrovaných Romů do 1 % jsou ochotnější zaregistrovat dalšího, než ti, kteří mají zaregistrovaný počet Romů větší (viz tab. 12 a obr. 15).* Popis testování je v kapitole 4.2.10.

Tab. 12: Počet romských pacientů v zubní ordinaci a ochota přijmout další

Počet	méně než 1 %	1 % a více
přijmou	14	7
nepřijmou	5	11
celkem	19	18

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. 15: Ochota přijmout Roma v závislosti na počtu již registrovaných



Zdroj: vlastní výzkum

4.1.16 Spolupráce se sociálním pracovníkem

Pro zjištění, zda má spolupráce Romů se sociálním pracovníkem vliv na větší ochotu lékařů registrovat nové romské pacienty jsem si stanovila H13: „Na registraci Roma nemá vliv, pokud přijde sám, nebo ve spolupráci se sociálním pracovníkem“.

Z výsledků vyplynulo, že je pravděpodobnost menší než 5 %, že by takové četnosti měření vznikly náhodou. Proto hypotézu H13 nemůžeme potvrdit. Přijmeme tedy alternativní hypotézu.

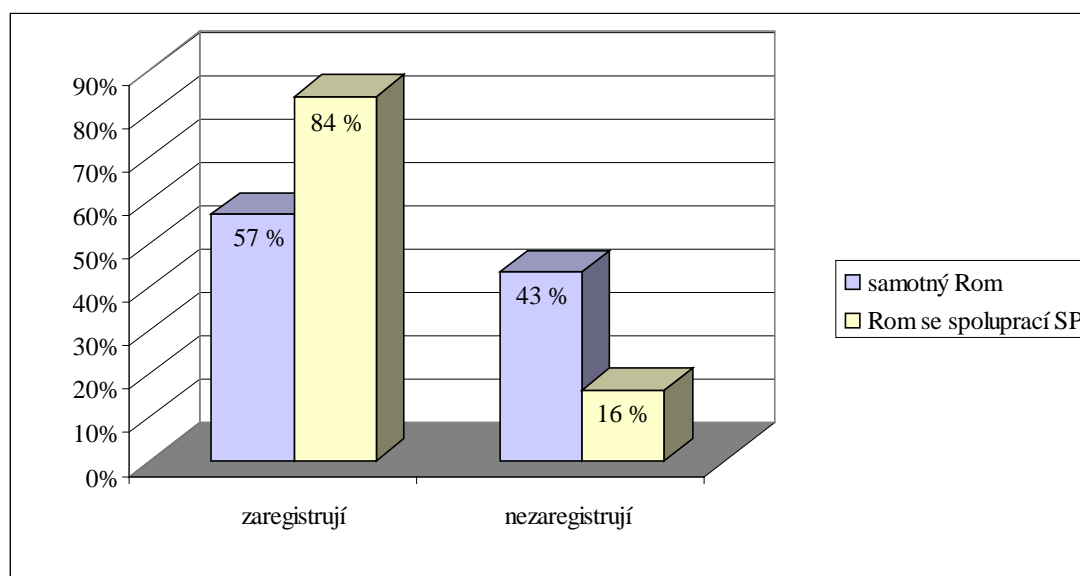
Alternativní hypotéza je: *Statisticky významný vliv ochoty zubních lékařů zaregistrovat Roma samotného nebo ve spolupráci se sociálním pracovníkem existuje a výsledky měření lze brát jako relevantní. Ve spolupráci se sociálním pracovníkem jsou zubní lékaři ochotni zaregistrovat Roma až v 84 %, zatímco Roma samotného zaregistrují pouze v 57 % (viz tab. 13 a obr. 16). Statistické testování potvrzuje H2, která zní: „Spolupráce se sociálním pracovníkem zlepšuje ochotu zubních lékařů registrovat Romy“.* Popis testování je v kapitole 4.2.11.

Tab. 13: Rozdíl v ochotě registrovat Roma samotného nebo ve spolupráci se SP

Zaregistruje Roma	ano	ne	celkem
samotného	21	16	37
se spoluprací SP	31	6	37

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. 16: Rozdíl v ochotě registrovat Roma samotného nebo ve spolupráci se SP



Zdroj: vlastní výzkum

4.1.17 Spolupráce romských pacientů

Spolupráce, resp. nespolupráce, romských pacientů se zubními lékaři může mít vliv na ochotu zubních lékařů registrovat nové Romy. Abych tento fakt zjistila, stanovila jsem si H14: „Kvalita spolupráce s Romy nemá vliv na registraci dalších romských pacientů“.

Z výsledků vyplynulo, že je pravděpodobnost menší než 5 %, že by takové četnosti měření vznikly náhodou. Proto hypotézu H14 nemůžeme potvrdit. Přijmeme tedy alternativní hypotézu.

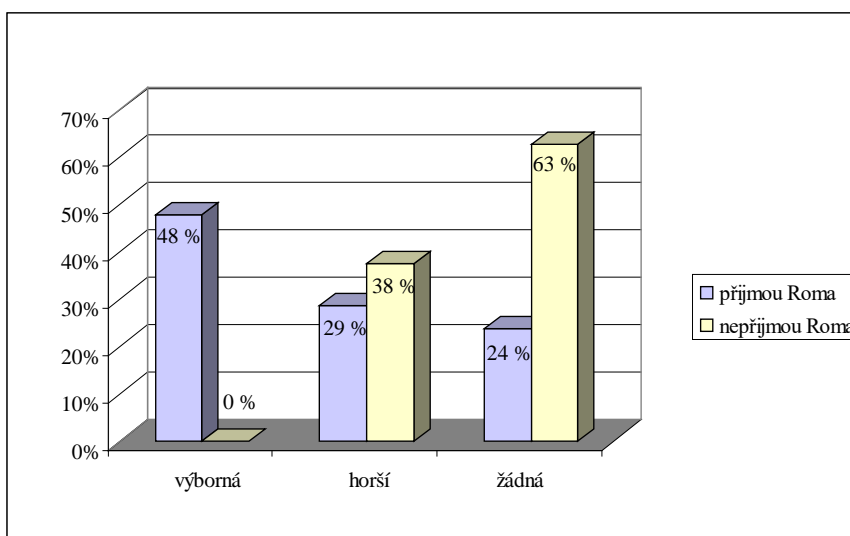
Alternativní hypotéza je: *Statisticky významný vliv spolupráce s Romy v zubní ordinaci na ochotu zubních lékařů registrovat Romy další existuje a výsledky měření lze brát jako relevantní. Zubní lékaři, kteří uvádějí výbornou spolupráci s romskými pacienty, jsou všichni ochotni dalšího Roma přijmout. Ti, kteří mají se spoluprací problémy, je přijmou pouze ve 24 %* (viz tab. 14 a obr. 17). Popis testování je v kapitole 4.2.12.

Tab. 14: Spolupráce s romskými pacienty

Zkušenost se spoluprací Romů	výborná	horší	nespolupracují	celkem
přijmou	10	6	5	21
nepřijmou	0	6	10	16
celkem	10	12	15	37

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. 17: Zkušenosti zubních lékařů s Romy a ochota registrovat další



Zdroj: vlastní výzkum

4.1.18 Péče o chrup romských dětí

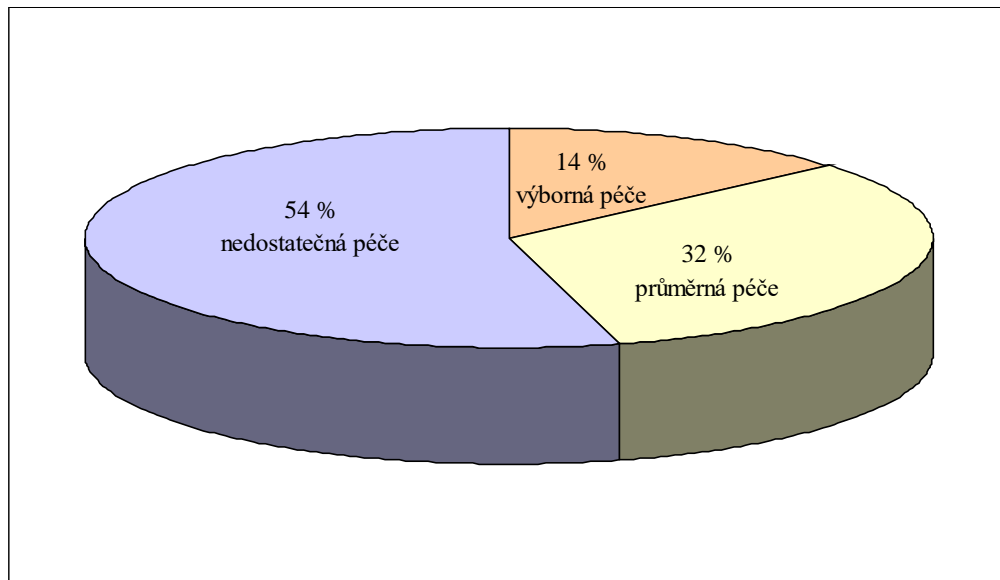
Většina dotázaných zubních lékařů (54 %) hodnotí péči o chrup romských dětí jako nedostatečnou, 14 % naopak jako výbornou a 32 % jako průměrnou (viz tab. 15 a obr. 18).

Tab. 15: Péče o chrup u romských dětí

Péče o chrup dětí	výborná	průměrná	nedostatečná	celkem
Počet	5	12	20	37

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. 18: Názory zubních lékařů na péči o chrup u romských dětí

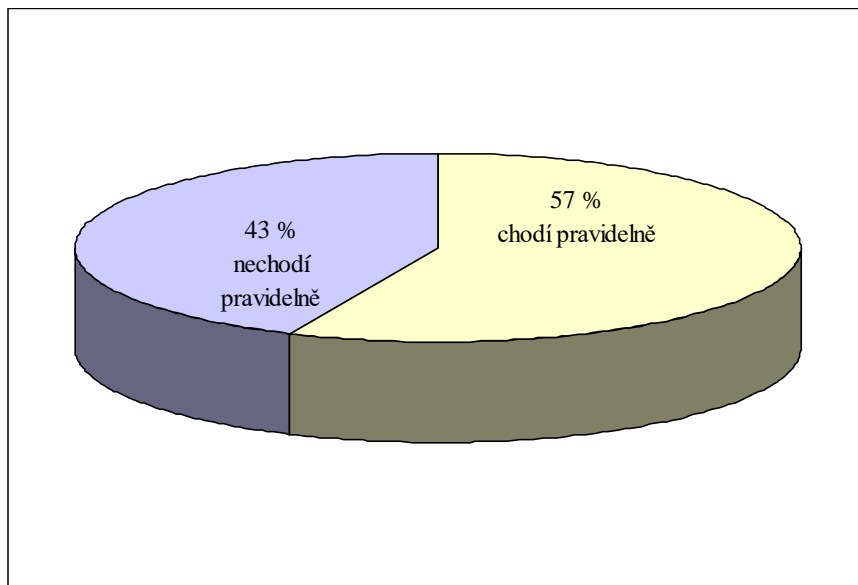


Zdroj: vlastní výzkum

4.1.19 Preventivní prohlídky u romských pacientů

Že Romové, kteří jsou u nich registrovaní, chodí na pravidelné preventivní prohlídky, uvedlo 57 % dotázaných zubních lékařů, 43 % naopak uvedlo, že Romové chodí pouze v případě bolesti, tudíž se o prevenci mluvit nedá (viz obr. 19).

Obr. 19: Preventivní prohlídky u romských pacientů



Zdroj: vlastní výzkum

4.1.20 Vztah mezi ochotou registrace Romů a platbami nadstandardních materiálů již registrovanými Romy

Pro otázku, zda má placení nadstandardních materiálů již registrovaných romských pacientů vliv na ochotu dotázaných zubních lékařů registrovat další Romy jsem stanovila H15: „Zkušenosti s placením nadstandardních materiálů romskými pacienty nemá vliv na registraci dalších Romů“.

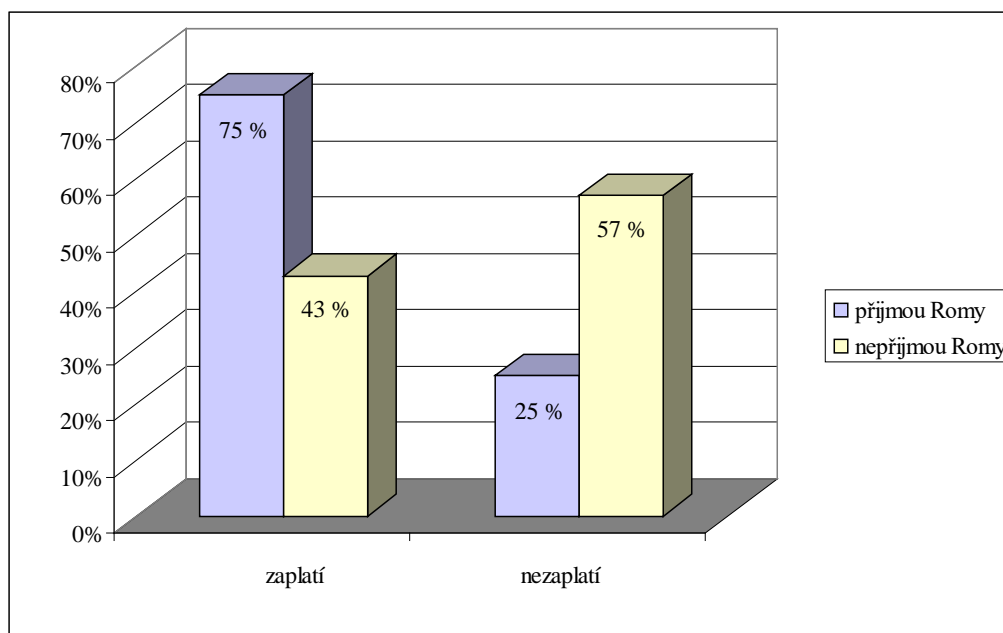
Z výzkumu vyplynulo, že je pravděpodobnost větší než 5 % (viz tab. 16 a obr. 20), že by takové četnosti měření vznikly náhodou. Proto hypotézu H15 můžeme potvrdit. *Statisticky významný vliv placení nadstandardních materiálů romskými pacienty na ochotu zubních lékařů registrovat Romy další neexistuje a výsledky měření nelze brát jako relevantní.* Popis testování je v kapitole 4.2.13.

Tab. 16: Souvislost mezi ochotou registrovat Romy a zkušeností v placení nadstandardních materiálů romskými pacienty

Nadstandard	přijmou	nepřijmou	celkem
zaplatí	12	4	16
nezaplatí	9	12	21

Zdroj: vlastní výzkum

Obr. 20: Souvislost mezi ochotou registrovat Romy a zkušeností v placení nadstandardních materiálů romskými pacienty



Zdroj: vlastní výzkum

4.2 TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ

4.2.1 Vliv pohlaví respondenta na registraci u stomatologa

Teoretické četnosti:

Pacient	ženy	muži
Registrovaní	37,92	46,08
Neregistrovaní	69,08	83,92

Testovací kritérium:

Pacient	ženy	muži
Registrovaní	5,99	4,93
Neregistrovaní	3,29	2,71

Chí kvadrát – 16,92

p value – 0,04 %

4.2.2 Vztah věku pacienta k vážnosti obtíží

Teoretické četnosti:

Věk pacienta	15–24 let	25–40 let	41 a více
žádné obtíže	25,16	26,86	14,98
zanedbatelné nebo mírné	14,65	15,63	8,72
středně vážné až vážné	28,54	30,46	16,99
velmi vážné	20,65	22,05	12,30

Testovací kritérium:

Věk pacienta	15–24 let	25–40 let	41 a více
žádné obtíže	22,59	7,15	6,65
zanedbatelné nebo mírné	0,18	3,73	9,87
středně vážné až vážné	3,19	10,09	3,76
velmi vážné	7,75	0,71	6,15

Chí kvadrát – 81,83

p value – 0 %

4.2.3 Návštěvnost Romů na zubní pohotovosti

Teoretické četnosti:

Návštěvnost LSPP	nikdy	výjimečně	občas	často
Registrovaní	44,30	8,51	8,15	23,04
Neregistrovaní	80,70	15,49	14,85	41,96

Testovací kritérium:

Návštěvnost LSPP	nikdy	výjimečně	občas	často
Registrovaní	2,12	0,03	1,82	8,559
Neregistrovaní	1,17	0,02	0,99	4,70

Chí kvadrát – 19,40

p value – 0,02 %

4.2.4 Souvislost mezi příjmem Roma a jeho registrací u stomatologa

Teoretické četnosti:

Příjem pacienta	zaměstnán	nezaměstnán	důchod	jiné
Registrovaní	14,18	38,28	13,47	18,08
Neregistrovaní	25,82	69,72	24,53	32,92

Testovací kritérium:

Příjem pacienta	zaměstnán	nezaměstnán	důchod	jiné
Registrovaní	5,49	4,61	1,52	0,00
Neregistrovaní	3,01	2,53	0,84	0,00

Chí kvadrát – 18,00

p value – 0,04 %

4.2.5 Informovanost Romů v oblasti úhrady výkonů v zubní ordinaci

Teoretické četnosti:

Informace o úhradě ZP	mají	nemají
Registrovaní	10,63	73,37
Neregistrovaní	19,37	133,63

Testovací kritérium:

Informace o úhradě ZP	mají	nemají
Registrovaní	10,11	1,46
Neregistrovaní	5,55	0,80

Chí kvadrát – 17,93

p value – 0,002 %

4.2.6 Informovanost Romů v oblasti rizik při zanedbání zubní péče

Teoretické četnosti:

Informace o rizicích	nemají	mají nedostatečné	mají
Registrovaní	55,29	20,56	8,15
Neregistrovaní	100,71	37,44	14,85

Testovací kritérium:

Informace o rizicích	nemají	mají nedostatečné	mají
Registrovaní	4,23	3,47	5,75
Neregistrovaní	2,32	1,90	3,16

Chí kvadrát – 20,83

p value – 0,003 %

4.2.7 Informovanost Romů o rizicích spojených se zanedbáním zubní péče v souvislosti s pohlavím

Teoretické četnosti:

Pohlaví	nemá informace	má nedostatečné	má přehled
žena	70,43	26,19	10,38
muž	85,57	31,81	12,62

Testovací kritérium:

Pohlaví	nemá informace	má nedostatečné	má přehled
žena	6,52	9,55	3,04
muž	5,37	7,86	2,50

Chí kvadrát – 34,84

p value – 0 %

4.2.8 Zdroje informací Romů v oblasti stomatologické péče

Teoretické četnosti:

Zdroj informací	lékař	rodina	zkušenost	média	nikdo
registrovaní	12,41	24,46	17,01	14,89	15,24
neregistrovaní	22,59	44,54	30,99	27,11	27,76

Testovací kritérium:

Zdroj informací	lékař	rodina	zkušenost	média	nikdo
registrovaní	17,17	1,22	0,53	0,24	1,18
neregistrovaní	9,43	0,67	0,29	0,13	0,65

Chí kvadrát – 31,51

p value – 0,00 %

4.2.9 Vliv registrace u stomatologa na vážnost obtíží respondentů

Teoretické četnosti:

Vážnost obtíží	žádné	zanedbatelné	středně vážné	vážné
registrovaní	23,75	13,82	26,94	19,49
neregistrovaní	43,26	25,18	49,06	35,51

Testovací kritérium:

Vážnost obtíží	žádné	zanedbatelné	středně vážné	vážné
registrovaní	1,39	1,94	3,76	4,62
neregistrovaní	0,76	1,07	2,06	2,54

Chí kvadrát – 18,14

p value – 0,04 %

4.2.10 Ochota zubních lékařů přijmout Roma v souvislosti s počtem již registrovaných

Teoretické četnosti:

Počet	méně než 1 %	1 % a více
přijmou	10,78	10,22
nepřijmou	8,22	7,78

Testovací kritérium:

Počet	méně než 1 %	1 % a více
přijmou	0,96	1,01
nepřijmou	1,26	1,33

Chí kvadrát – 4,56

p value – 3,27 %

4.2.11 Spolupráce se sociálním pracovníkem

Teoretické četnosti:

Zaregistruje Roma	ano	ne
samotného	26	11
se spoluprací SP	26	11

Testovací kritérium:

Zaregistruje Roma	ano	ne
samotného	0,04	2,27
se spoluprací SP	0,96	2,27

Chí kvadrát – 5,55

p value – 1,85 %

4.2.12 Spolupráce romských pacientů

Teoretické četnosti:

Zkušenost se spoluprací Romů	výborná	horší	nespolupracují
příjmou	5,68	6,81	8,51
nepříjmou	4,32	5,19	6,49

Testovací kritérium:

Zkušenost se spoluprací Romů	výborná	horší	nespolupracují
příjmou	3,29	0,10	1,45
nepříjmou	4,32	0,13	1,90

Chí kvadrát – 11,20

p value – 0,37 %

4.2.13 Vztah mezi ochotou registrace Romů a platbami nadstandardních materiálů již registrovanými Romy

Teoretické četnosti:

Nadstandard	přijmou	nepřijmou
zaplatí	9,08	6,92
nezaplatí	11,92	9,08

Testovací kritérium:

Nadstandard	přijmou	nepřijmou
zaplatí	0,94	1,23
nezaplatí	0,71	0,94

Chí kvadrát – 3,82

p value – 5,06 %

5 DISKUSE

Romové jsou v naší republice nejpočetnější menšinou, jak popsali i Davidová, Lhotka a Vojtová ve své knize z roku 2005. Vzhledem k okolnostem, že jsou v určitých oblastech života poněkud odlišní od majoritní společnosti, mohou se objevit spory, nebo odlišné názory a přístupy. Odlišné hodnoty můžeme vidět například v přístupu ke zdraví. Většinová populace uvádí zdraví v žebříčku hodnot nejčastěji na prvním místě, i když tento fakt nelze samozřejmě zobecňovat. I zde není přístup ke zdravotní péči shodný u všech. Romská populace má však zdraví již primárně na žebříčku hodnot níže. Proto lékaře často vyhledají pouze v nejnutejších případech a preventivní péči velice zanedbávají. Je to dáno jak jejich tradičním životem, kdy žijí spíše přítomností, tak jejich nedostatečnou informovaností o rizicích v oblasti zanedbání zdravotní péče.

Na téma informovanost romského obyvatelstva v oblasti stomatologické péče jsem narazila v souvislosti se svým zaměstnáním v zubní ordinaci. Proto jsem se rozhodla věnovat se tomuto tématu i v mé diplomové práci. Z mé zkušenosti vím, že jsou Romové, kteří se o zdraví svých zubů starají, pravidelně navštěvují zubního lékaře, u kterého jsou registrováni, a pokud od něj dostanou radu, jsou za ni rádi a vezmou si ji k srdci. Na druhou stranu jsou tací, kteří přijdou pouze v případě akutní bolesti – většinou na zubní pohotovost, a nejsou registrováni a ani o to nestojí. Tuto mou domněnku potvrzuje i Národní zpráva z roku 2009, která se zabývala tématem Romská populace a zdraví (Nesvadbová et al., 2009). Toto se však podle mého názoru netýká pouze romské populace. Záleží na konkrétním člověku, na jeho socioekonomické situaci, na vzorech v rodině a na jeho sociálním statutu.

Myslím si však, že pokud se Rom chce u zubního lékaře zaregistrovat, může se potýkat s určitým druhem diskriminace a předsudků, které jsou nejen u lékařů, ale i u většiny majoritní společnosti celkem hluboko zakořeněny, což potvrdila i analýza ve Zlínském kraji, týkající se koncepce romské integrace (Rada vlády pro záležitosti romské menšiny, 2014). Pokud má lékař s Romy dobré zkušenosti, nemusí být tyto předsudky tolik markantní, ale pokud má lékař ve svém registru několik Romů, kteří nechodí a nespolupracují, bude velmi váhat, zda dalšího přijme (tab. 14 a graf 17 zde). Pokud chce zaregistrovat pacient většinové populace, má podle mého názoru určitě větší šanci, že ho lékař zaregistruje. A to i v případě, že se o zdraví svých zubů nestará a chodí na vyšetření či ošetření velmi sporadicky.

Jsou tu tedy dva hlavní pilíře této problematiky. Prvním pilířem jsou Romové, kteří pečují o své zuby zanedbávají. Pak jsou nespravedlivě generalizováni i tací, kteří se starají nebo chtějí starat jak o zuby své, tak i o zuby svých dětí. Tím mají omezené možnosti rovného přístupu všichni. Druhým pilířem jsou zubní lékaři. Prvním důvodem, proč neregistrují, je fakt, že mají takové množství pacientů, že na další již kapacitně nestačí. Musí mít počet pacientů takový, aby mohli řádně a v rozumném termínu všechny své pacienty v případě potřeby ošetřit. Na registraci čekají pacienti mnohdy dlouhou dobu, než se místo uvolní. Proč by tedy registrovali Romy, o kterých kolují informace o nespolehlivosti? Informace, že chodí pouze v akutním stavu bolesti či otoku? To je podle mého názoru druhým důvodem, proč mají Romové, kteří mají o registraci zájem, velké problémy zubního lékaře najít. To je ve své podstatě zároveň i odpovědí na výzkumnou otázku 2, která zní: „Jaké jsou příčiny neochoty registrace romských občanů u zubních lékařů?“ O tom, že se dostupnost zubní péče bude zhoršovat, psal Mihalco již v roce 2007. Apeloval na vyšší věk stávajících zubních lékařů i na malý počet absolventů. Jeho obavy se naplnily. Na zubního lékaře připadá více než 2 500 pacientů, proto ve většině případů další již nepřibírají. A pokud ano, tak si vybírají, které přijmou. O různých aspektech ve vztahu lékař – pacient hovoří i Ptáček a Bartůněk ve své publikaci Lékař a pacient v moderní medicíně z roku 2015.

Dalším problémem, kterým jsem se v této práci zabývala, byla otázka, zda mají romští obyvatelé dostatek informací o následcích zanedbání zubní péče. Z výzkumu vyplynulo, že registrovaní Romové jsou od svých stomatologů poučeni o rizicích zanedbání zubní péče celkem nedostatečně a jen malé procento ví, jaká rizika jsou a jak jim předcházet. U neregistrovaných je neinformovanost ještě větší, což se dalo i předpokládat, jelikož informace o rizicích čerpali z různých alternativních zdrojů, popřípadě z vlastní často negativní zkušenosti. Procentuálně větší informovanost než o rizicích měli registrovaní respondenti v oblasti úhrady výkonů z veřejného zdravotního pojištění. Neregistrovaní neměli informace ani v této otázce.

Možným řešením problému v otázce procentuálního zvýšení počtu Romů, kteří mají svého zubního lékaře, a tím pádem i více informací, by bylo možné zapojit sociálního pracovníka jako mediátora mezi Romy a zubními lékaři. Byl by jakousi pojistkou pro stomatology, že romskému pacientovi například připomene termín objednání, poučí ho o autoritě lékaře a pomůže s komunikací mezi oběma stranami. Vznikla by lepší spolupráce a možná by alespoň částečně odstranila případné rasové předsudky, bariéry a nespravedlivou generalizaci (Dominelli, Camping, 2002).

Zavedení pozice zdravotně-sociálního pomocníka v rámci terénních programů se věnuje i „Strategie romské integrace do roku 2020“, kterou vypracovala vláda ČR (Úřad vlády ČR, 2015). Tato strategie také zdůrazňuje vzdělávání lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků pro práci s etnickou menšinou jako s osobami s typickými odlišnostmi. Výuka by měla být standardizovaná jak z hlediska obsahu, tak i rozsahu. S tímto názorem se plně ztotožňuji, jelikož vzdělávání formou dobrovolných přednášek nemá takový efekt jako standardizovaná a hlavně povinná výuka.

Dalším možným řešením by mohlo být celkové zvýšení počtu stomatologů, zlepšení zubní prevence dětí a jejich informovanosti v rámci povinné školní docházky. Například ve Švýcarsku se s preventivními programy v rámci školní stomatologické péče začalo již v letech 1956–1960. Po roce 1961 se zde konal seminář Švýcarské stomatologické společnosti, po kterém došlo ještě k rozšíření této činnosti, a výsledky na sebe nenechaly dlouho čekat. Velmi brzy začal klesat počet dětí se zubním kazem. Jak popisuje prof. Marthaler, švýcarský lékař, který se velmi intenzivně zubní prevencí zabývá, hlavními kroky, které k těmto výsledkům vedly, jsou instruktáže čištění zubů u jednotlivců prováděné dvakrát ročně, šestkrát ročně čištění zubů s fluoridovým gelem pod odbornou supervizí, dostatečný přísun fluoridů, zákaz sladkostí ve školách a v neposlední řadě pomůcky pro ústní hygienu, které děti dostávají za výrobní cenu. Díky těmto celkem jednoduchým krokům klesla pod Marthalerovým vedením kazivost u čtrnáctiletých od roku 1964 do roku 1996 o 90 %, za což dostal i několik mezinárodních cen (Marthaler, 2001). Informace z jeho publikací by mohly být dobrým příkladem pro všechny, kteří mají na účinné zubní prevenci zájem.

O zubní zdraví usiluje taktéž Světová zdravotnická organizace, která ve spolupráci s Malmö University ve Švédsku vytvořila projekt „Country/Area Profile Programme“ usilující o prezentaci informací o nemocech ústní dutiny a jejich prevenci (Tayanin, 2011). Podle statistik zubního kazu u dvanáctiletých dětí má prevalence zubního kazu v ČR klesající tendenci – v roce 1987 to bylo 3,3 kazu/os a v roce 2006 2,6 kazu/os. Tato čísla jsou sice povzbudivá, ale v komparaci například se Švýcarskem, kde se hodnota dlouhodobě pohybuje mezi 0,8–0,9 kazu/os nebo UK, kde jsou hodnoty 0,7 kazu/os (Anglie v letech 2008–2009) nebo 0,6 kazu/os (Skotsko v roce 2013) je stále ještě co vylepšovat (Wahlström, 2014).

6 ZÁVĚR

Pro téma diplomové práce Informovanost romského obyvatelstva v oblasti stomatologické péče jsem se rozhodla díky svému zaměstnání v zubní ordinaci. Všimla jsem si, že v dnešní době, kdy je zubních lékařů málo, je pro pacienty velkým problémem si sehnat toho, který ještě pacienty přijímá. To, že spousta lidí nemá svého zubního lékaře, není pouze záležitostí toho, že dlouho nikam nechodili. Často se jedná o pacienty, jejichž lékař z nějakého důvodu ukončil činnost. Těmito důvody bývá nejčastěji úmrtí, odchod do důchodu, přestěhování se nebo odchod do zahraničí. Mnoho stomatologů v současné době odchází do důchodu třeba i o něco dříve, jelikož nová legislativa vyžaduje (mimo jiných administrativních novinek) pro komunikaci se zdravotními pojišťovnami nové programy do počítačů, které jsou za prvé finančně nákladné a za druhé by se s nimi museli naučit pracovat, což hodně stomatologů odradilo od další činnosti.

Pokud mají problém sehnat zubaře pacienti majoritní společnosti, tak v dnešní době plné oprese a předsudků mají pacienti minority šanci velmi mizivou. Proto jsem se rozhodla zmapovat, zda jsou zubní lékaři ochotni Romy registrovat. Tato otázka byla také jedním z cílů celé práce. Romy by podle výsledků výzkumu zaregistrovala zhruba polovina z nich (57 %). Pokud by však spolupracovali se sociálním pracovníkem, který by byl jakýmsi mediátorem pomáhajícím v komunikaci mezi lékařem a pacientem, připomenul by termín objednání, dohlédl na dochvilnost a spolupráci, tak by romské pacienty zaregistrovalo již 84 % zubních lékařů. Spolupráce sociálního pracovníka by tedy mohla být řešením ke snížení procenta neregistrovaných Romů. I samotní Romové by v 82 % pomoc sociálního pracovníka při shánění zubaře a komunikaci s ním uvítali. Pokud by se ještě standardizovalo vzdělávání zdravotníků v oblasti práce s minoritami, aby lépe pochopili jejich zvyky a chování, které jsou někdy odlišné od chování majority, tak by mohl být etnický rozdíl celkem dost eliminován.

Dalším cílem bylo zjistit informovanost a ochotu romského obyvatelstva k preventivním zubním prohlídkám, respektive informovanost o rizicích spojených s jejich zanedbáním. Podle výsledků výzkumu informace nemají ani registrovaní pacienti, kteří by je měli u svého zubaře získat. Když jsem jim během vyplňování dotazníků některá rizika popsala, bylo na některých vidět, že o ničem takovém nikdy neslyšeli. A nebrali to úplně na lehkou váhu. Myslím si, že pokud by věděli o rizicích více, snažili by se jim předejít.

Výsledky získané pro tuto práci by mohly posloužit jako motivace zubních lékařů ke změně postoje k minoritám, ke studiu odlišných kultur a k otevření se spolupráci se sociálními pracovníky. Kvůli nedostatku zubních lékařů by bylo vhodné zvýšit počet přijímaných studentů pro obor zubní lékařství. Pro příští akademický rok je jich přijímáno v celé republice 240. To je velmi málo vzhledem k okolnostem a faktu, že všichni přijatí studenti studium nejspíš nedokončí.

Romové by si zase mohli uvědomit důležitost prevence, rizika spojená se zanedbáním zubní péče a důležitost spolupráce se zubními lékaři. Začlenění zubní hygieny a informací o prevenci onemocnění dutiny ústní do vzdělávacího programu v mateřských a základních školách je velmi vhodným řešením, které se začíná úspěšně v některých školách uplatňovat. Také spolupráce se zdravotně-sociálním pracovníkem by mohla být pozitivem ve vztazích a spolupráci mezi zubními lékaři a Romy.

7 POUŽITÉ ZDROJE

- 1) AYER, William A., 2005. *Psychology and dentistry: mental health aspects of patient care*. New York: Haworth Press. ISBN 0789022966.
- 2) BARÁNYIOVÁ, Magdaléna a Peter KERESZTES, 2014. Tradície v rómských rodinách. *Prohuman – vědecko-odborný recenzovaný internetový časopis* [online]. 2014 [cit. 2015-10-14]. ISSN 1338-1415
Dostupné z: <http://www.prohuman.sk/socialna-praca/tradicie-v-romskych-rodinach-orechov-dvor>.
- 3) BENCKO, Vladimír, 2006. *Hygiena a epidemiologie: učební texty k seminářům a praktickým cvičením pro studijní obor Zubní lékařství*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1129-5.
- 4) BOTTICELLI, Antonella Tani, 2002. *Dentální hygiena: teorie a praxe*. Praha: Quintessenz. Quintessenz bibliothek. ISBN 80-903181-1-8.
- 5) BYSTRÝ, Tomáš, 2014. Jak moc se po listopadu 1989 změnil život Romů v Česku? Co romské komunitě přineslo 25 let svobody? In: „*O Roma vakeren*“ – „*Romové hovoří*“ [rozhlasový pořad]. Český rozhlas 1 – Radiožurnál, 15.11.2014.
- 6) ČESKÁ STOMATOLOGICKÁ KOMORA, 2007. *Archiv vzdělávacích akcí* [online]. 2007 [cit. 2015-07-06]. Dostupné z: <https://domino.dent.cz/csk/akce.nsf/ArchivInet>.
- 7) ČESKO. *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění*.
- 8) ČESKO. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*.
- 9) ČESKO. *Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon)*.
- 10) ČESKO. *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*.
- 11) ČESKÝ ROZHLAS, 2000. Romové v České republice. *Tradiční způsob života Romů na území bývalého Československa* [online]. 26. únor 2000 [cit. 2015-09-12]. Dostupné z: <http://romove.radio.cz/cz/clanek/18197>.
- 12) DAVIDOVÁ, Eva, Petr LHOTKA a Petra VOJTOVÁ, 2005. *Právní postavení Romů v zemích Evropské unie*. V Praze: Triton. ISBN 80-7254-727-5.

- 13) DAVIDOVÁ, Eva, Stanislav MATULAY a Zdeněk UHEREK, 2010. Analýzy vybraných zkoumaných lokalit – základní údaje. In: DAVIDOVÁ, Eva a kol. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: Triton, 2010, str. 203–205. ISBN 978-80-7387-428-5.
- 14) DLOUHÁ, Marie 2011. Dentální hygiena – instruktáž, výběr pomůcek a metody. *Sestra* [online]. 2011, číslo 1. [cit. 2015-07-15] ISSN 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/archiv/sestra/?id=3926>.
- 15) DOLEŽAL, Tomáš, 2012. *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*. Praha: Leges. Praktik (Leges). ISBN 978-80-87576-24-3.
- 16) DOMINELLI, Lena a Jo CAMPLING, 2002. *Anti Oppressive Social Work Theory and Practice*. New York: Palgrave Macmillan. ISBN 1403914001.
- 17) DOSTÁLOVÁ, Taťjana a Michaela BEZNOSKOVÁ SEYDLOVÁ, 2008. *Stomatologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2700-4.
- 18) FAIT, Tomáš, Michal VRABLÍK a Richard ČEŠKA, 2008. *Preventivní medicína*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-160-8.
- 19) HORVÁTHOVÁ, Jana, 2002. *Kapitoly z dějin Romů*. Praha: Společenství Romů na Moravě a Muzeum romské kultury v nakladatelství Lidové noviny. ISBN 80-7106-615-X.
- 20) IQ ROMA SERVIS, 2012. *IQ Roma servis, z.s.* [online]. Brno, 2012 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <http://iqrs.cz/cs/iqrs>.
- 21) JAKOUBEK, Marek, Lenka JAKOUBKOVÁ BUDILOVÁ (eds.), 2008. *Romové a cikáni – neznámí i známí: interdisciplinární pohled*. Voznice: Leda. ISBN 978-80-7335-119-9.
- 22) JAKOUBEK, Marek, 2004. *Romové – konec (ne)jednoho mýtu: tractatus culturo(mo)logicus*. Praha: BMSS-Start. Sešity pro sociální politiku (Socioklub). ISBN 80-86140-21-0.
- 23) KAŠPAROVÁ, Irena, 2014. Nemoc a smrt tradičním pohledem Romů. In: *mojemedicina.cz*. 27. 11. 2014 [online]. [cit. 5.8.2015]. Dostupné z: <https://www.mojemedicina.cz/pro-lekare/praxe/praxe-v-primarni-peci/primarni-pece-o-onkologickeho-pacienta/nemoc-a-smrt-tradicnim-pohledem-romu/>.
- 24) KOŤOVÁ, Magdalena, 2008. *Atlas ortodontických anomálií*. Praha: Havlíček Brain Team. Edice zubního lékařství (Havlíček Brain Team). ISBN 978-80-87109-11-3.

- 25) KOVÁČOVÁ, Silvie, 2007. *Znalost romské kultury a tradic ve městě Tábor*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Eva Davidová.
- 26) KUBRICHTOVÁ, Lenka, Iva LEKEŠOVÁ a kol., 2006. O programu. *Zdravé zuby* [online]. 2006 [cit. 2015-07-08]. Dostupné z: <http://www.zdravezuby.cz/o-projektu/o-programu/>.
- 27) KUZNÍKOVÁ, Iva, 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
- 28) LUKEŠOVÁ, Michaela, 2015. Interkulturní kompetence jako faktor kulturně kompetentní praxe v sociální práci. *Sociální práce/Sociálna práca*. Číslo 1, str. 96–108. Brno: vyd. Asociace vzdělavatelů v sociální práci. ISSN 1213-6204.
- 29) MARÁDOVÁ, Eva, 2006. *Multikulturní porozumění*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-82-2.
- 30) MARTHALER, Thomas, 2001. Úspěchy prevence ve stomatologii. *I-zuby.cz* [online]. 25. 5. 2001 [cit. 2016-06-23]. Dostupné z: <http://www.rsivak.com/www/izuby.cz/financovani-stomatologie/uspechy-prevence-ve-stomatologii/>.
- 31) MERGLOVÁ, Vlasta a Hana HECOVÁ, 2010. *Praktická cvičení z dětského a konzervačního zubního lékařství*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1804-3.
- 32) MERGLOVÁ, Vlasta a Romana KOBEROVÁ IVANČAKOVÁ, 2009. *Zubní kaz a jeho prevence v časném dětském věku*. Praha: Havlíček Brain Team. Edice zubního lékařství (Havlíček Brain Team). ISBN 978-80-87109-16-8.
- 33) MIEG, Rosemarie, 2009. *Zuby jako zdroj nemocí: rychlé léčení pomocí poznatků z výzkumu ložisek nemoci*. Hodkovičky [Praha]: Pragma. ISBN 978-80-7349-189-5.
- 34) MIHALCO, Zdeněk, 2007. V Česku nebudou zubaři. Řešení není. *Aktuálně.cz* [online]. 2007 [cit. 2016-06-25]. Dostupné z: <http://zpravy.aktualne.cz/domaci/v-cesku-nebudou-zubari-reseni-neni/r~i:article:332611/>.
- 35) MOHYLA, Ondřej, 2005. *Hodnotový systém Romů* [online]. Poslední aktualizace r. 2005. [cit. 2015-12-03] Dostupné z < <http://drсны.net/?id=176> >.

- 36) MPSV ČR, © 2006–2016. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. © 2006–2016 [cit. 2016-02-17]
Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?pg=1&zaok=&sd=ter%C3%A9nn%C3%AD+programy&zak=&SUBSESSION_ID=1463157992836_1#results.
- 37) MURATSU, Kazumasa, 2009. *Teeth are our organs*. Fukuoka: KOS. ISBN 978-4-9900666-6-6.
- 38) NAVRÁTIL, Pavel, 2003. *Romové v české společnosti: jak se nám spolu žije a jaké má naše soužití vyhlídky*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-741-8.
- 39) NEČAS, Ctibor, 2008. *Historický kalendář: dějiny českých Romů v datech*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1747-9.
- 40) NEPUŠTIL, Pavel, Karel PANČOCHA, Magda FRIŠAUFOVÁ a kol., 2012. *Užívání drog ve skupinách s obtížným přístupem k drogovým službám: situace v ČR: analýza informačních zdrojů*. Praha: Úřad vlády České republiky. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-072-8.
- 41) NESVADBOVÁ, Libuše, Jiří ŠANDERA a Věra HABERLOVÁ, 2009. *Romská populace a zdraví: Česká republika – Národní zpráva 2009*. Madrid: FSG. ISBN 978-84-692-5535-3.
- 42) PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada Publishing. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-5788-9.
- 43) RADA EVROPY, 2001. *Dodatkový protokol 12 č. 97/2001 Sb. m. s. k Úmluvě o ochraně lidských práv a základních svobod*.
- 44) RADA EVROPY, 2011. *Úmluva o lidských právech a biomedicíně č. 96/2011 Sb., tzv. Bioetická konvence*.
- 45) RADA EVROPY, 1992. *Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod č. 209/1992 Sb. (Evropská úmluva o lidských právech)*.
- 46) RADA VLÁDY PRO ZÁLEŽITOSTI ROMSKÉ MENŠINY, 2014. *Koncepce romské integrace ve Zlínském kraji na léta 2015-2018* [online]. Duben 2014 [cit. 2015-08-05]. Dostupné z: <https://www.krzlinaky.cz/docs/clanky/dokumenty/5399/koncepce-romske-integrace-ve-zlinskem-kraji-2015-2018.pdf>.

- 47) SLADKÁ, Jaroslava, 2008. Trendem moderní stomatologie je zubní hygiena. In: *Ordinace.cz* [online]. 24. listopad 2008 [cit. 2016-01-21]. Dostupné z: <http://www.ordinace.cz/clanek/trendem-moderni-stomatologie-je-zubni-hygiena/>
- 48) SLIVKA, Roman, 2014. Zpráva o stavu romské menšiny v kraji za rok 2013. In: *Osnova pro vypracování Zprávy o stavu romské menšiny v kraji za rok 2013* [online]. 28. únor 2014 [cit. 2015-09-12]. Dostupné z: http://www.kraj-jihocesky.cz/file.php?par%5Bid_r%5D=95463&par%5Bview%5D=0.
- 49) STRAKA, Michael, 2014. *Etiopatogenéza parodontitid a ich vztah k systémovým ochoreniam*. Bratislava: S Graf, 2014. ISBN 978-80-971559-0-2.
- 50) ŠLECHTOVÁ, Dana a Olga BÜRGEROVÁ, 2009. Specifika romského etnika ve vztahu k poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče. *Kontakt* [online]. 2009, vol. 1. [cit. 2016-01-21]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: (<http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120330100015158247.pdf>).
- 51) ŠOTOLOVÁ, Eva, 2008. *Vzdělávání Romů*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1524-0.
- 52) TAYANIN, Gisela Ladda, 2011. About CAPP. In: *Malmö University* [online]. 2011 [cit. 2016-06-25]. Dostupné z: <http://www.mah.se/CAPP/About-CAPP/>.
- 53) THOMPSON, Neil, 2006. *Anti-discriminatory practice*. 4th ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan. Practical social work. ISBN 1-4039-2160-1.
- 54) TŮMOVÁ, Martina, 2007. *Tradice a zvyky Romů od minulosti po současnost*. Liberec. Diplomová práce. Technická univerzita v Liberci, přírodovědně-humanitní a pedagogická fakulta. Vedoucí práce David Václavík.
- 55) UHEREK, Zdeněk a Alena KAJANOVÁ, 2010. Sociální opora ve vztahu ke zdraví romských komunit. In: DAVIDOVÁ, Eva. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: Triton, str. 142–144. ISBN 978-80-7387-428-5.
- 56) URBAN, David, 2010. Stres ve vztahu ke zdraví romských komunit. In: DAVIDOVÁ, Eva. *Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-428-5.
- 57) URBAN, David a Alena KAJANOVÁ, 2009. Vzdelávání jako klíčová oblast integrace Romů v České republice. *Antropowebzin* [online]. 2009, č 1. [cit. 2015 – 08-05]. ISSN 1801-8807. Dostupné z: <http://www.antropoweb.cz/cs/vzdelani-jako-klicova-oblast-integrace-romu-v-ceske-republice>.

- 58) ÚŘAD VLÁDY ČR, 2015. *Strategie romské integrace do roku 2020* [online]. 6. leden 2015. [cit. 2015-10-12]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/roma_czech_republic_strategy2_cs.pdf.
- 59) VACKOVÁ, Jitka, 2013. Projekt ZSF JU: Sociální determinanty zdraví u vybraných cílových skupin. *Sociální práce/Sociálna práca* [online], číslo 2/2013 [cit. 2015-07-13] ISSN 1805-885X. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=6&podsekce=29&clanek=31>.
- 60) VÁGNEROVÁ, Lenka, 2015. *Dentální hygiena ve školce* [online]. 2014 [cit. 2015-08-23]. Dostupné z: <http://dentalnihygienistkaveskolce.webnode.cz/>.
- 61) VZP. *Stomatologická péče*. [online]. 25. leden 2015 [cit. 2015-07-06]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/klienti/informace-a-zivotni-situace/stomatologicka-pece>.
- 62) WAHLSTRÖM Samuel, 2014. Euro. In: *Malmö University* [online]. 2014 [cit. 2016-06-25]. Dostupné z: <http://www.mah.se/CAPP/Country-Oral-Health-Profiles/EURO/>.
- 63) WEBER, Thomas, 2012. *Memorix zubního lékařství*. 2. české vyd. Přeložila Magdalena KOŤOVÁ. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3519-1.
- 64) WEBSTER-GANDY, Joan, Angela MADDEN a Michelle HOLDSWORTH, 2006. *Oxford Handbook of Nutrition and Dietics*. Oxford: Oxford University Press. ISBN 10-0-19-856725-1.
- 65) *Zubní hygiena Děčín, 2014*. [online]. Děčín, 2014 [cit. 2015-07-06]. Dostupné z: <http://zubnihygienadecin.cz/>.

PŘÍLOHY

Příloha 1:

Dotazník určený pro zubní lékaře

Dobrý den, jmenuji se Pavla Karásková a jsem studentkou Zdravotně-sociální fakulty Jihočeské univerzity. Pro výzkum ke své diplomové práci na téma Informovanost romského obyvatelstva v oblasti stomatologické péče bych Vás chtěla poprosit o vyplnění dotazníku, který se Vám právě dostal do rukou. Tento dotazník je anonymní a poslouží jako podklad pro mou diplomovou práci, jejímž cílem je zjistit, jaké informace mají Romové v Českých Budějovicích o zubní péči, o rizicích spojených s její zanedbáním a Váš postoj k romským pacientům. Děkuji Vám předem za Váš čas při objektivním vyplňování dotazníku. (Tento dotazník je určen pro zubní lékaře v Českých Budějovicích, kteří mají registrovaného minimálně jednoho Roma.)

1.) Kolik procent z celkového počtu registrovaných pacientů tvoří ve Vaší ordinaci Romové? (Odhadněte)

.....

2.) Chodí na pravidelné preventivní prohlídky? (nehodící se škrtněte)

ano

ne

3.) Jak často ruší termíny objednání pacienti většinové společnosti? (vyberte ze škály – 1 nejméně, 5 nejvíce)

1 2 3 4 5

4.) Jak často ruší termíny objednání romští pacienti? (vyberte ze škály – 1 nejméně, 5 nejvíce)

1 2 3 4 5

5.) Chodí romští pacienti spíše při akutních potížích? (nehodící se škrtněte)

ano

ne

6.) Jak moc dbají romští pacienti na zubní péči u svých dětí? (vyberte ze škály – 1 nejlepší, 5 nejhorší)

1 2 3 4 5

7.) Pokud byste ještě přijímal/a pacienty, přijal/a byste Roma? (nehodící se škrtněte)

ano

ne

ano, pokud (prosím doplňte)

8.) Přijal/a byste Roma, který na své spolehlivosti a chování spolupracuje se sociálním pracovníkem? (nehodící se škrtněte)

ano

ne

ano, pokud (prosím doplňte)

9.) Jak spolehliví (např. dochvilní, řídí se Vašimi radami...) jsou Vaši romští pacienti? (vyberte ze škály –1 nejlepší, 5 nejhorší)

1 2 3 4 5

10.) Mají podle Vašeho názoru romští pacienti více problémů se zuby než majorita? (nehodící se škrtněte)

ano (a proč?)

ne

11.) Jsou romští pacienti, kteří jsou u Vás registrovaní, ochotni připlatit za nadstandard? (nehodící se škrtněte)

ano

ne

Příloha 2

Dotazník určený pro Romy

Dobrý den, jmenuji se Pavla Karásková a jsem studentkou Zdravotně-sociální fakulty Jihočeské univerzity. Pro výzkum ke své diplomové práci na téma Informovanost romského obyvatelstva v oblasti stomatologické péče bych Vás chtěla poprosit o vyplnění dotazníku, který se Vám právě dostal do rukou. Tento dotazník je anonymní a poslouží jako podklad pro mou diplomovou práci, jejímž cílem je zjistit, jaké informace mají Romové v Českých Budějovicích o zubní péči a o rizicích spojených s její zanedbáním. Děkuji Vám předem za Váš čas při objektivním vyplňování dotazníku. (Tento dotazník je určen pro romské obyvatele Českých Budějovic od 15 let.)

1.) Jak vážné jsou Vaše problémy se zuby? (0 – žádné, 5 – vážné)

0 1 2 3 4 5

2.) Máte svého zubního lékaře?

ano

ne

3.) Pokud ano, jste u něj spokojeni?

ano (proč?)

.....

ne (proč?)

.....

4.) Pokud ne, máte zájem si nějakého sehnat?

ano (proč?)

.....

ne (proč?)

.....

5.) Navštěvuje stejného zubního lékaře celá Vaše rodina?

ano

ne

6.) Jak obtížné je podle Vás zubního lékaře sehnat? (1 – lehké, 5 – velice obtížné)

1 2 3 4 5

7.) Uvítal/a byste při shánění zubaře a komunikaci s ním pomoc sociálního pracovníka?

ano

ne

8.) Jak často navštěvujete zubní pohotovost? (0 – nikdy, 5 – velice často)

0 1 2 3 4 5

9.) Jak se staráte o zdraví svých zubů? (možno zaškrtnout více odpovědí)

pouze čištění zubním kartáčkem

pouze čištění zubním kartáčkem se zubní pastou

používání i dalších pomůcek zubní hygieny (mezizubní kartáčky, zubní nit, ústní voda)

preventivní zubní prohlídka

jiné

.....

10.) Jak často chodíte na pravidelné zubní prohlídky?

.....

11.) Jste ochoten/ochotna si u zubního lékaře připlatit za nadstandard?

ano

ne

12.) Víte, co se může stát, když se nebudete o své zuby starat?

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

13.) Kdo Vám o těchto rizicích řekl?

.....

14.) Jste:

muž

žena

15.) Váš věk?

15–24

25–40

40 a více

16.) Jste:

zaměstnán/a

nezaměstnán/a

důchod

jiné (prosím uveďte)

17.) Víte, jaké stomatologické výkony Vám celé hradí zdravotní pojišťovna?

.....
.....