

**Hodnotiaca správa o výsledkoch 1. etapy Programu podpory zdravia
znevýhodnenej rómskej komunity za roky 2007 - 2008**

**Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky
Bratislava, 25. augusta 2008**

OBSAH

1. Cieľ programu a harmonogram aktivít	4
2. Činnosť komunitných pracovníkov zdravotnej výchovy	6
2.1. Oblasti činnosti komunitných pracovníkov zdravotnej výchovy v teréne	7
2.1.1. Oblasť zdravotnej výchovy	7
2.1.2. Oblasť asistencie príslušným lekárom	7
2.1.3. Sledovanie životného štýlu a zdravotného stavu	8
2.1.4. Spolupráca so školami	8
2.1.5. Spolupráca so zainteresovanými partnermi	8
2.1.6. Organizovanie športových aktivít.	8
2.2. Realizované aktivity v rámci plnenia programu v roku 2007.	9
2.3. Podnety, problémy, návrhy, postrehy komunitných pracovníkov zdravotnej výchovy z práce v teréne, pozitívne dopady ich práce	10
2.3.1. Podnety a problémy súvisiace s podmienkami a výkonom práce	10
2.3.2. Podnety súvisiace s problémami v osadách	10
2.3.3. Podnety a problémy súvisiace s neochotou spolupracovať	11
2.3.4. Podnety a problémy súvisiace s realizovaním Monitoringu	11
2.3.5. Podnety a problémy súvisiace s pitnou vodou	11
2.3.6. Pozitívne dopady práce KPZV	11
2.4. Prehľad činnosti komunitných pracovníkov zdravotnej výchovy v jednotlivých RÚVZ	12
3. Monitoring životného štýlu a zdravotného stavu	12
3.1. Charakteristika sledovaného súboru	13
3.2. Monitoring životného štýlu	14
3.2.1. Vzdelanie, zamestnanosť, rodinný stav	14
3.2.2. Školská dochádzka, gramotnosť, znalosť jazyka	16
3.2.3. Výživa a stravovacie návyky	16
3.2.4. Rizikové faktory zdravia	16
3.2.5. Špeciálna časť pre ženy	17
3.2.6. Hygiena	17
3.2.7. Sociálne zázemie	17
3.2.8. Iné sledované charakteristiky	18
3.3. Monitoring zdravotného stavu	18
3.3.1. Pocit zdravia	18
3.3.2. Ukazovatele sledovania zdravotného stavu	19
3.3.2.1. Nadváha a obezita	19
3.3.2.2. Krvný tlak	20
3.3.2.3. Celkový cholesterol	20
3.3.2.4. HDL cholesterol	20
3.3.2.5. LDL cholesterol	20
3.3.2.6. Triglyceridy	21
3.3.2.7. Glykémia	21
4. Zhrnutie	21
4.1. Zhrnutie podnetov, ktoré vyplynuli z práce KPZV	21
4.2. Zhrnutie výsledkov z monitoringu životného štýlu	21
4.3. Zhrnutie výsledkov z monitoringu zdravotného stavu	22
5. Návrh odporúčaní	23
6. Záver	24
Prílohy	

Zoznam skratiek

DVD	digitálny video disk
HDL cholesterol	High-density lipoprotein cholesterol
KPZV	komunitní pracovníci v oblasti zdravotnej výchovy
LDL cholesterol	Low-density Lipoprotein cholesterol
Monitoring	monitoring životného štýlu a zdravotného stavu
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
OcÚ	obecný úrad
program	Program podpory zdravia znevýhodnenej rómskej komunity
R MŠ	rómska materská škola
RÚVZ	regionálny úrad verejného zdravotníctva
RÚVZ BB	regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v B. Bystrici
RÚVZ BJ	regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Bardejove
RÚVZ KE	regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Košiciach
RÚVZ MI	regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Michalovciach
RÚVZ PP	regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Poprade
RÚVZ PO	regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Prešove
RÚVZ RS	regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v R. Sobote
RÚVZ RV	regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Rožňave
RÚVZ SNV	regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Sp. N. Vsi
RÚVZ SL	regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v St. Ľubovni
ŠÚ SR	Štatistický úrad Slovenskej republiky
TK	krvný tlak
ÚVZ SR	Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky
ZŠ	základná škola

1. Cieľ programu a harmonogram aktivít.

Program podpory zdravia znevýhodnenej rómskej komunity na roky 2007 – 2008 (ďalej len „program“) sa realizuje prostredníctvom Komunitných pracovníkov zdravotnej výchovy (ďalej len „KPZV“) na základe príkaznej zmluvy medzi príslušným regionálnym úradom verejného zdravotníctva a KPZV.

Cieľom programu je zlepšenie zdravotného stavu a zvýšenie zodpovednosti za vlastné zdravie znevýhodnenej rómskej komunity.

Cieľovou skupinou je znevýhodnená rómska komunita - obyvatelia segregovaných a separovaných rómskych osídlení a lokalít.

Separované rómske komunity – sú skupiny, ktoré žijú koncentrovane v obci, alebo v osade v blízkosti obce obývanej prevažne nerómskym obyvateľstvom.

Segregované rómske komunity – predstavujú skupinu ľudí, ktorá žije oddelene od ostatnej populácie, je čiastočne alebo úplne uzavretým systémom len s minimálnymi vonkajšími vzťahmi.

Koordinátorom realizácie programu je Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej len „ÚVZ SR“).

Na realizácii programu sa v roku 2007 podieľalo 10 regionálnych úradov verejného zdravotníctva (ďalej len „RÚVZ“): RÚVZ so sídlom v Banskej Bystrici, Bardejove, Košiciach, Michalovciach, Poprade, Prešove, Rimavskej Sobote, Rožňave, Spišskej Novej Vsi a Starej Ľubovni.

Výber RÚVZ sa uskutočnil na základe nasledovných kritérií:

- oblasti s najväčšou nezamestnanosťou (podľa Štatistického úradu SR – ďalej len ŠÚ SR, 2005),
- oblasti s najnižším sociálno – ekonomickým hodnotením regiónu (podľa ŠÚ SR),
- oblasti s najvyšším počtom rómskych obyvateľov (podľa ŠÚ SR),
- oblasti s najnižšou vzdelanostnou úrovňou (podľa ŠÚ SR),
- najnižšou strednou dĺžkou života (podľa ŠÚ SR),
- vysokou mortalitou v produktívnom veku (podľa ŠÚ SR).

Harmonogram aktivít realizovaných pri plnení programu je uvedený v tab. č. 1.

Tab. č. 1 Harmonogram realizovaných aktivít v rámci Programu podpory zdravia znevýhodnenej rómskej komunity v rokoch 2007 – 2008

Čas	Aktivita	Zodpovednosť
Rok 2007 Február	<ul style="list-style-type: none">- vypracovanie metodiky riešenia programu pre zapojené RÚVZ- vypracovanie vzorov výkazov pre KPZV- 1. metodické školenie pracovníkov 10-tich RÚVZ participujúcich na realizácii programu “Metodika riešenia programu“, Poprad 23. 2.	ÚVZ SR a 10 RÚVZ participujúcich na realizácii programu
Rok 2007 Marec – december	<ul style="list-style-type: none">- výber 18 KPZV- zaškolenie (3 – 5 denný adaptačný program v príslušnom RÚVZ)- monitorovanie životného	ÚVZ SR a 6 RÚVZ: Košice, Poprad, Prešov, Rimavská Sobota, Rožňava, Spišská Nová Ves

	<p>štýlu a zdravotného stavu v príslušnom regióne</p> <ul style="list-style-type: none"> - realizácia zdravotnej osvedy v komunite 	
Rok 2007 Apríl	<ul style="list-style-type: none"> - vypracovanie Dotazníka životného štýlu a zdravotného stavu, metodiky k vyplňaniu Dotazníka a mustry k zadávaniu Dotazníka v programe Microsoft Excel - 2. metodické školenie pracovníkov 10-tich RÚVZ participujúcich na realizácii programu „Metodika monitorovania zdravotného stavu znevýhodnenej rómskej komunity“, Poprad 20. 4. - 1. školenie pre KPZV v „Prevencii infekčných chorôb“, Poprad 20. 4. - vydanie a distribúcia letáka na tému „Očkovanie“ v rómskom, maďarskom a slovenskom jazyku 	ÚVZ SR a 10 RÚVZ participujúcich na realizácii programu
Rok 2007 Jún – december	<ul style="list-style-type: none"> - výber a doplnenie ďalších 12 KPZV - zaškolenie (3 – 5 denný adaptačný program v príslušnom RÚVZ) - monitorovanie životného štýlu a zdravotného stavu v príslušnom regióne - realizácia zdravotnej osvedy v komunite 	Doplnenie o 4 RÚVZ: Bardejov, Banská Bystrica, Stará Ľubovňa, Michalovce
Rok 2007 Október	<ul style="list-style-type: none"> - 2. školenie pre KPZV v „Zdravotnej výchove“ a „Stomatohygiene“, Modra – Harmónia 3. – 4. 10 	ÚVZ SR a 10 RÚVZ participujúcich na programe
Rok 2007 November	<ul style="list-style-type: none"> - 3. školenie pre KPZV „Tréning pracovných a komunikačných zručností“, Levoča 21. – 23. 11 	ÚVZ SR v spolupráci s Asociáciou komunitných pracovníkov a 10 RÚVZ participujúcich na realizácii programu
Rok 2007 December	<ul style="list-style-type: none"> - štatistické spracovanie a vyhodnocovanie výsledkov monitoringu životného štýlu a zdravotného stavu 	ÚVZ SR a 10 RÚVZ participujúcich na programe
Rok 2008	<ul style="list-style-type: none"> - činnosť 30 komunitných pracovníkov zdravotnej výchovy v teréne (segregovaných a separovaných rómskych osídleniach a lokalitách) - príprava a realizácia programov podpory zdravia - realizácia zdravotnej osvedy v komunite - vydanie a distribúcia rozprávok so zdravotnovýchovnou 	ÚVZ SR a RÚVZ: Košice, Poprad, Prešov, Rimavská Sobota, Rožňava, Spišská Nová Ves, Bardejov, Banská Bystrica, Stará Ľubovňa, Michalovce

	tematikou „Rozprávky z čistého lesa“ v slovenskom a rómskom jazyku - zaočkovanie KPZV proti hepatitíde typu A	
--	--	--

2. Činnosť komunitných pracovníkov zdravotnej výchovy.

Komunitní pracovníci zdravotnej výchovy, zapojení do programu, boli vyberaní na základe výberového konania v jednotlivých RÚVZ, príp. na základe predchádzajúcej spolupráce (bez výberového konania). Ďalej boli využití už vyškolení terénni zdravotní asistenti z predchádzajúcich projektov MZ SR, Krajskej asociácie rómskych iniciatív a Nadácie otvorenej spoločnosti.

Zoznam KPZV a lokality v jednotlivých regiónoch, v ktorých pôsobili, je uvedený v príl. č. 1.

V každom RUVZ zmluvne pôsobili 3 KPZV formou dohody o vykonaní práce (prvé tri mesiace), neskôr formou Príkaznej zmluvy (do 31. 12. 2007). V rokoch 2007 a 2008 pracovalo v rámci 10-tich RÚVZ 30 KPZV.

V rámci realizácie programu prebiehala terénna práca KPZV v nasledujúcich 127 rómskych osídleniach a lokalitách:

Sútor, Sútor – osada, Hačava – Skálie, Hačava, Teplý Vrch, Slizké, Hostišovce, Muráň, Rimavská Sobota-Dúžavská cesta, Varhaňovce, Kojatice, Svinia, Chmiňany, Chminianske Jakubovany, Osada- Jarovnice, Osada- Hermanovce, Mirkovce, Rakúsy, Rakúsy – Slovenská, Spišský Štiavnik, Vydrník, Veľká Lomnica, Huncovce, Výborná, Nálepko, Bystrany, Rudňany, Hájik, Podskala, Hrabušice, Letanovce, Arnutovce, Spišské Tomášovce, Švedlár, Slavošovce, rómske osídlenie v Slavošovciach – Hirsch, Kasáreň, Krásnohorské Podhradie, Roštár, Slavec, Rankovce, Boliarov, Bidovce, Vtáčkovce, Kecerovce, Vyšná Kamenica, Čakanovce, Kráľovce, Spišská Nová Ves – Vilčurňa, Markušovce, Betlanovce, Varadka, Cígeľka, Sveržov, Frička, Rokyto, Kurov, Lenartov, Malcov, Snakov, Hrabské, Zborov, Poštárka, Nižný Tvarožec, Petrová, Lukov, Raslavice, Andrejova, Šarišské Čierne, Becherov, Holumnica, Ihľany, Toporec, Jakubany, Kolačkov, Podsadok, Ľubotín, Šarišské Jastrabie, Lomnička, Košice, Ratková, Hnúšťa, Telgárt, Pohrelská Maša, Senica – Na hrbe, Podlavice, Sásová - Na Skalici, Hámor, Cementárenská, Veľké Kapušany – osada Tehelňa, Strážske, Michalovce – Mlýnska, Šasova, Kurima, Marhaň, Lascov, Ortutova, Smižany, Poráč, Hnúšťa, Klenovec, Husina, Banská Bystrica – Kotva, Hrochoť, Vlkanová, Čirč, Stará Ľubovňa - ul. Továrenská, Kyjov, Jánovce, Kežmarok, Brzotín, Družstevná pri Hornáde, Čaňa, Žehra, Richňava, Hranovnica, Hostice, Jesenské, Šumiac, Uľanka, Ľubica, Švabovce, Podolíne, Nová Ľubovňa, Angy Mlyn – Michalovce, Laborec - Strážske.

Výkon činnosti KPZV v príslušnom RÚVZ:

Týždenne:

- a) 4 dni: výkon činnosti v komunitách - osadách
- b) 5. deň: výkon činnosti na príslušnom RÚVZ:
 - zdokladovanie cestovných lístkov,
 - príprava týždennej správy o činnosti, ktorá obsahuje:
 - informácie, v ktorej osade pôsobil,
 - aké aktivity vykonával,
 - koľkých ľudí z osady edukoval,
 - koľko ľudí z osady navštívilo na jeho podnet lekára – dôvod (očkovanie, preventívna prehliadka, liečba chorôb, a pod.),
 - u koľkých prebehlo monitorovanie zdravotného stavu (v súčinnosti s Poradňou Zdravia),

- iné zistenia, prípadne potreby komunity,
- informácie od príslušného lekára:
 - zistenie potrieb lekára (potrebné očkovania, preventívne prehliadky a iné),
- konzultácie s nadriadeným pracovníkom (pracovníkom podpory zdravia príslušného RÚVZ), ktorý zhodnotil jeho týždennú činnosť a navrhol plán činnosti na ďalší týždeň.

Mesačne:

Každý KPZV mesačne vypracovával správu o svojej činnosti a podpísanú príslušným vedúcim odborom podpory zdravia a riaditeľom RÚVZ (od septembra 2007 regionálnym hygienikom) ju zasielal písomne a e-mailom k 6. nasledujúceho mesiaca) na ÚVZ SR.

2.1. Oblasti činnosti komunitných pracovníkov zdravotnej výchovy v teréne.

V priebehu realizácie programu vykonávali KPZV činnosť v nasledovných oblastiach:

2.1.1. Oblasť zdravotnej výchovy.

Klasická zdravotnovýchovná osвета v rómskej komunite, bola rozdelená na zdravotnú výchovu v osadách, v Komunitných centrách a školách.

Bola realizovaná:

- a) formou poradenstva (individuálneho a skupinového) – riešenie aktuálnych problémov v osadách prípadne u individuálnych klientov :
 - poradenstvo v oblasti základných hygienických návykov,
 - poradenstvo pri bežných ochoreniach a pri ošetrovaní drobných poranení,
 - poradenstvo zamerané na zlepšovanie životného prostredia osád (odstraňovanie divokých skládok, úprava okolia vodných zdrojov a pod.),
 - poradenstvo zamerané na správnu starostlivosť o dieťa,
 - poradenstvo v oblasti zvyšovania informovanosti o zdravotnej starostlivosti, právach a povinnostiach pacienta.
- b) formou prednášok (v Komunitných centrách, školách, osadách a pod.). Témy prednášok sú uvedené v príl. č. 2.

2.1.2. Oblasť asistencie príslušným lekárom.

Realizované aktivity:

- identifikácia osôb s neuskutočnenými preventívnymi prehliadkami – podnecovanie týchto osôb k preventívnej prehliadke (u všeobecného lekára, stomatóloga, gynekológa, pediatra),
- identifikácia osôb s neuskutočnenými povinnými očkovaniami – podnecovanie týchto osôb k očkovaniu – detí aj dospelých,
- identifikácia osôb bez zdravotných preukazov – poskytnutie pomoci pri ich vybavovaní

Lekári v regiónoch boli spoločne so starostami obcí prioritnými relevantnými partnermi pre realizáciu aktivít KPZV. KPZV mali informácie o lekároch, lekári mali dokonalú znalosť o pôsobení KPZV. Prioritou ich spolupráce boli očkovania. Zdravotnícki pracovníci pripravovali pre KPZV aktualizované zoznamy nezaočkovaných detí, aj dospelých osôb. KPZV následne kontaktovali klientov, vysvetľovali im dôležitosť očkovania a uvádzali ordinačné hodiny u lekára. Situácia v tejto oblasti sa podľa vyjadrenia lekárov výrazne zlepšila.

V rámci spolupráce s lekármi prvého kontaktu navštevovali KPZV na ich podnet aj osoby s liečenou hypertenziou, chorobami srdca, pohybového ústrojenstva a pod., ktoré sa nedostavovali na pravidelné kontroly. Po intervenčnom pôsobení KPZV sa zvýšil počet kontrolných návštev pacientov u lekárov, avšak kontinuálne pôsobenie na problémové rodiny je v tejto oblasti nevyhnutné.

KPZV na základe pokynov lekárov v niektorých prípadoch sprevádzali chorých pacientov do nemocnice podľa pokynov lekára, tiež zabezpečovali doručenie oznamu o prepustení dieťaťa z nemocnice rodičom. Taktiež v prípade nutnosti doprevádzali dlhodobo chorých pacientov pri návšteve lekára vo svojej obci za účelom predpisania liekov a absolvovania potrebných vyšetrení.

KPZV priebežne realizovali monitoring krvného tlaku priamo v komunite, v prípade zvýšeného TK alebo hypertenzie oznámili túto skutočnosť lekárovi prvého kontaktu a poučili klientov o správnej životospráve. V rámci návštev jednotlivých rodín v osadách sledovali dodržiavanie režimu chorých – kontrolovali užívanie ordinovanej liečby, vykonávali kontrolné merania TK a pod.).

2.1.3. Sledovanie životného štýlu a zdravotného stavu.

Monitoring životného štýlu realizovali KPZV a odborní pracovníci RÚVZ prostredníctvom Dotazníka životného štýlu a zdravotného stavu. V osadách sa vykonával zber údajov, presvedčanie a motivovanie respondentov, vrátane informovania o priebehu monitoringu. Získané údaje zadávali pracovníci RÚVZ do vzorového protokolu (tzv. „Mustra“) v programe Microsoft Excel.

Zdravotnícki pracovníci v rámci monitoringu odoberali respondentom kapilárnu krv na vyšetrenie 4 biochemických parametrov prístrojom Reflotron (sledované parametre: celkový cholesterol, glukóza, HDL cholesterol, triacylglyceroly). Zároveň boli uskutočnené antropometrické merania (telesnej výšky, hmotnosti, obvodu pásu a bokov), meranie krvného tlaku a percenta tuku v tele. Celkovo bolo do monitoringu zapojených 2014 respondentov – obyvateľov segregovaných a separovaných rómskych osád z toho 941 mužov a 1073 žien. Vek respondentov bol od 18 vyššie – neohraničene.

2.1.4. Spolupráca so školami.

Podstata spolupráce so školami spočívala v realizácii zdravotno – výchovných aktivít v školách. Zistené skutočnosti prenášali KPZV po konzultáciách s pedagogickými pracovníkmi priamo do rómskych rodín. Tam následne realizovali poradenstvo, prípadne zdravotnú výchovu, ktorá vo väčšine prípadov viedla k zlepšeniu daného stavu.

2.1.5. Spolupráca so zainteresovanými partnermi.

Zainteresovanými partnermi boli starostovia, pedagogickí pracovníci, lekári, terénni sociálni pracovníci. Spolupráca spočívala v návrhoch a realizácii opatrení pri zistení výskytu parazitov u detí, zabezpečovaní účasti detí na povinnom očkovaní, zabezpečovaní zdravotnej starostlivosti v prípadoch akútnych infekčných ochorení, úprave životného prostredia v rómskych osadách s cieľom zlepšenia hygienických podmienok v osadách, v pomoci pri vybavovaní dokladov a pod.

V rámci programu sa vo vybraných obciach okresu Košice – okolie začal realizovať projekt „Primárna prevencia črevných nákaz u detí predškolských zariadení“, ktorého hlavnými riešiteľom bol RÚVZ Košice a spoluriešiteľmi materské školy a obecné úrady. Hlavným cieľom bolo zistiť aktuálnu prevalenciu črevných parazitárnych nákaz u detí predškolského veku vo vybraných obciach obvodu Košice – okolie, organizačne zabezpečiť preliečenie pozitívnych prípadov, navrhnúť a realizovať cieleňú zdravotnovýchovnú intervenciu pre deti a kontaktnú dospelú populáciu – najmä matky. S výsledkami o výskyte črevných parazitárnych nákaz u detí boli oboznámené príslušné materské školy, príslušní praktickí lekári pre deti a dorast, u ktorých sú deti zmluvne evidované v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti, a rodičia.

2.1.6. Organizovanie športových aktivít.

V niektorých obciach KPZV organizovali športové aktivity pre obyvateľov segregovaných a separovaných rómskych osád: aerobic, kalanetika, bicyklovanie.

2.2. Realizované aktivity v rámci plnenia programu v roku 2007.

V roku 2007 boli uskutočnené nasledovné aktivity:

- 23. 2. 2007 sa uskutočnilo 1. metodické školenie pracovníkov z 10 - tich RÚVZ (participujúcich na realizácii programu) v Poprade, na ktorom bola prezentovaná Metodika k riešeniu programu,
- marec 2007: výber prvých 18 – tich KPZV v 6 – tich RÚVZ, vytvorenie pracovno-právneho vzťahu formou dohody o vykonaní práce (odpracovaných 100 hodín mesačne), neskôr formou Príkaznej zmluvy (odpracovaných 150 hodín mesačne), zaškolenie KPZV (formou 3 dňového až týždenného adaptačného programu v príslušnom RÚVZ), participácia KPZV na monitorovaní zdravotného stavu a životného štýlu a na príprave a realizácii programov podpory zdravia,
- 20. 4. 2007 sa uskutočnilo 2. metodické školenie pracovníkov 10 RÚVZ (participujúcich na programe) v Poprade zamerané na metodiku monitorovania zdravotného stavu znevýhodnenej rómskej populácie – dotazník životného štýlu a zdravotného stavu a 1. školenie pre KPZV v prevencii infekčných chorôb,
- jún 2007: výber ďalších 12 – tich KPZV v štyroch RÚVZ, vytvorenie pracovno-právneho vzťahu formou dohody o vykonaní práce (odpracovaných 100 hodín mesačne), neskôr formou Príkaznej zmluvy (odpracovaných 150 hodín mesačne), zaškolenie KPZV (formou 3 dňového až týždenného adaptačného programu v príslušnom RÚVZ), participácia KPZV na monitorovaní zdravotného stavu a životného štýlu a na príprave a realizácii programov podpory zdravia; spolu bolo v roku 2007 zapojených do programu 10 RÚVZ a 30 KPZV,
- 3. – 4. 10. 2007 sa uskutočnilo 2. školenie pre KPZV v Modre – Harmónii na tému Zdravotná výchova so zameraním pre deti, mládež, seniorov rómskych komunít na tému Stomatohygiena; KPZV boli poskytnuté zdravotnovýchovné filmy na DVD (s využitím na zdravotnú osvetu): Maškrtná veverička (k stomatohygieni), Rodina a medziľudské vzťahy, Starostlivosť o vlastné zdravie, Starostlivosť o dieťa, Sex a zdravie určené pre rómskych občanov na edukačné účely,
- 21. – 23. novembra 2007 sa uskutočnilo 3. školenie pre KPZV v Levoči – Tréning pracovných a komunikačných zručností; školenie realizovalo ÚVZ SR v spolupráci s Asociáciou komunitných pracovníkov,
- január – august 2007: príprava, spracovanie a predkladanie programu na: VPK, GP2, MPK, Rady vlády SR pre národnostné menšiny a etnické skupiny a do vlády,
- ÚVZ SR vydal leták na tému Očkovanie v rómskom, maďarskom a slovenskom jazyku, ktorý bol distribuovaný prostredníctvom KPZV v rómskej komunite (zároveň jednotlivé RÚVZ spracovali a vydali vlastné zdravotno-výchovné materiály),
- spracovanie, resp vydanie:
 - metodiky k riešeniu programu pre zapojené RÚVZ,
 - dotazníka životného štýlu a zdravotného stavu,
 - metodiky k dotazníku životného štýlu a zdravotného stavu,
 - vzorového protokolu („mustry“) k dotazníku životného štýlu a zdravotného stavu,
 - vzoru Príkaznej zmluvy pre KPZV,
 - usmernenia pre RÚVZ v súvislosti s riešením programu,
 - pokynu pre RÚVZ v súvislosti s riešením programu,
 - vzory tlačív pre KPZV: Mesačná správa, Týždenný plán práce, Týždenná správa, Potvrdenie o návšteve, Záznamový hárok klientských stránok.

2.3. Podnety, problémy, návrhy, postrehy komunitných pracovníkov zdravotnej výchovy z práce v teréne, pozitívne dopady ich práce.

2.3.1. Podnety a problémy súvisiace s podmienkami a výkonom práce.

a) Personálne

- Rozšírenie siete KPZV v teréne z dôvodu snahy o zvýšenie intenzity práce v osadách a zabezpečenie pozitívneho dopadu ich zdravotno-výchovného pôsobenia.

b) Technické

- Rozšírenie siete Komunitných centier v osadách – v niektorých osídleniach nie sú k dispozícii (resp. sú v nevyhovujúcom stave) priestory pre výkon aktivít súvisiacich s programom.
- Sťažný prístup do osád predovšetkým v zimnom období.
- Chýbajúce dopravné spojenie do segregovaných osád.
- Problémy pri vyúčtovaní cestovných dokladov.

c) Organizačné

- Podľa skúseností KPZV je najefektívnejšia práca na úrovni mikroregiónu, resp. intenzívne pôsobenie v malom počte osád. Prácou vo viacerých osadách v jednom týždni sa stráca možnosť vybudovania vzájomnej dôvery medzi KPZV a obyvateľmi osád.
- Preferovanie tímovej práce KPZV (podľa metodiky programu – koordinátor a dvaja asistenti), ktorá zosilňuje účinok intervenčných aktivít (väčší rešpekt u obyvateľov osád).
- Posilňovanie spolupráce so zainteresovanými stranami na všetkých úrovniach (národnej, regionálnej, lokálnej).
- Využívanie už jestvujúcich multisektorálnych partnerstiev (dobrá spolupráca so školami, komunitnými centrami, obcami).
- Spolupráca pri organizovaní a zabezpečovaní aktivačných prác zameraných na zlepšovanie životného prostredia (likvidácia divokých skládok, upratovanie bezprostredného okolia obydli a pod.).

d) Materiálne

- Zabezpečenie lekárničiek na ošetrovanie menších poranení.
- Zabezpečenie primeraných informačných materiálov o právach a povinnostiach pacientov.
- Flexibilita zabezpečovania edukačných a praktických pomôcok pri jednotlivých intervenčných aktivitách.

2.3.2. Podnety súvisiace s problémami v osadách.

- Neschopnosť hospodárenia v domácnosti, potreba zabezpečenia kurzov varenia a hospodárenia pre ženy.
- Náročná spolupráca s mentálne zaostalými obyvateľmi osád.
- Neschopnosť prevziať zodpovednosť za vlastnú životnú situáciu u obyvateľov osád – riešenie zlej hygienickej situácie (podľa ich názoru) spočíva vo výstavbe nových domov (zodpovedný je štát, obec, „tí druhí“).
- Nadmerný výskyt voľne sa pohybujúcich agresívnych psov v osadách – priame ohrozenie zdravia KPZV.
- Absencia hygienických návykov, nízka úroveň hygieny bývania, nedostatočná resp. žiadna infraštruktúra, osobitne v spojitosti s prístupom k zdroju pitnej vody, zvýšený výskyt parazitov, hlodavcov, vysoký výskyt pedikulózy, nízka úroveň poznatkov a vedomostí z oblasti sexuálneho a reprodukčného zdravia, prehlbujúca sa drogová závislosť hlavne u mládeže atď.

- Absencia platných preukazov poistenca, nevyhnutná pomoc KPZV pri ich vybavovaní (negratnosť obyvateľov, dezorientácia v systéme poisťovníctva).
- Nedostatočné vedomosti o právach a povinnostiach pacienta a o preventívnych prehliadkach u rómskej komunity.
- Absencia pravidelných preventívnych prehliadok rómskych detí u zubných lekárov.
- Zvýšené riziko výskytu infekčných ochorení z dôvodu výskytu parazitov: blch, hlíst a vši a hlodavcov.
- Významný nárast počtu mladých ľudí užívajúcich omamné látky (predovšetkým fetovanie).
- Agresivita Rómov v čase vyplácania sociálnych dávok súvisiaca s nadmernou konzumáciou alkoholu práve v čase vyplácania sociálnych dávok.
- Vysoká absencia detí v školách, predovšetkým v zimných mesiacoch, čo môže byť čiastočne spôsobené chýbajúcimi vhodnými odevmi a obuvou.
- Na základe skúseností KPZV, obyvatelia z osád skôr poslúchnu prosbu ako príkaz.
- Vysoký výskyt čiernych skládok, nelegálnych stavieb, nárast počtu domácich zvierat (ošipané, kozy).

2.3.3. Podnety a problémy súvisiace s neochotou spolupracovať.

- Odmietavý postoj niektorých obyvateľov osád k odporúčaniam a pokynom lekára, ako aj KPZV.
- Negatívny postoj k práci a pôsobeniu KPZV zo strany niektorých Komunitných sociálnych pracovníkov.
- Odmietavý postoj a neochota niektorých lekárov spolupracovať s KPZV, odmietanie vydávania potvrdení o návšteve KPZV, resp. sprevádzaní obyvateľa osady k lekárovi (vydávané pre potreby RÚVZ).
- Nedôvera obyvateľov osád voči lekárom, strach z návštev lekára a predovšetkým lekárskeho prehliadok spôsobený najmä obavami zo zistenia ochorenia.
- Závažným a ťažko riešiteľným problémom sú rodiny s veľmi nízkym hygienickým štandardom, ktoré nejavia záujem o pomoc a riešenie ich situácie.

2.3.4. Podnety a problémy súvisiace s realizovaním Monitoringu.

- Veľký záujem obyvateľov rómskych osád o zapojenie sa do Monitoringu, čo je na prvý pohľad v rozpore so skutočnosťami uvedenými v predchádzajúcej časti, avšak je možné konštatovať, že významnú úlohu zohrala dôvera vybraných obyvateľov osád ku KPZV (ktorých už poznali a v minulosti im nejakým spôsobom pomohli), ako aj motivačné balíčky, ktoré boli súčasťou „stratégie“ získavania záujemcov o Monitoring.
- Vyplňanie Dotazníka životného štýlu a zdravotného stavu, ktorý bol súčasťou Monitoringu, bol podľa vyjadrení KPZV aj vhodnou formou osvetu pre obyvateľov osád.

2.3.5. Podnety a problémy súvisiace s pitnou vodou.

- Vo viacerých osadách sú problémy súvisiace s kvalitou pitnej vody, sťaženým prístupom k zdroju pitnej vody (aj z vlastnej nebanlivosti), poškodením výtokového stojana či zdevastovaním studne.

2.3.6. Pozitívne dopady práce KPZV.

Napriek mnohým problémom, predovšetkým na individuálnej úrovni v segregovaných osadách, ktoré súvisia s výkonom práce v rómskych komunitách, je možné vzhľadom k relatívne krátkej dobe trvania programu (v čase vypracovávaní hodnotiacej správy sa program realizoval 1 rok) konštatovať, že sa podarilo:

- vytvoriť vzťahy vzájomnej dôvery a rešpektu medzi KPZV a komunitami, v ktorých pôsobia,
- zapojiť obyvateľov týchto komunit do mnohých intervenčných aktivít a zvýšiť tak záujem o ich zdravie a faktory, ktoré ho zásadným spôsobom ovplyvňujú,

- vyhľadať proaktívnych miestnych obyvateľov, prostredníctvom ktorých je možné ľahšie sprostredkovať informácie a zapojiť ďalších členov komunity,
- nadviazať spoluprácu predovšetkým na miestnej úrovni so zainteresovanými partnermi,
- zabezpečiť lepší prístup dotknutej populácie k poskytovateľom zdravotnej starostlivosti (využívanie sanitných vozidiel poskytnutých zdravotníckym zariadeniam prostredníctvom projektu PHARE, vybavovanie preukazov poistenca),
- vyhľadávanie rodín s deťmi zaradenými do očkovacieho programu (presťahované, premiestnené rodiny), resp. intervencia v rodinách, ktoré o očkovanie nejavia záujem, čo malo pozitívny dopad na zvýšenie percenta zaočkovanosti v niektorých osadách,
- v menšej miere zlepšenie starostlivosti matiek o novorodencov a malé deti, pôsobenie v oblasti zlepšovania osobnej hygieny a hygieny bývania, čo sú však dlhodobé procesy a vyžadujú kontinuálne a intenzívne niekoľkoročné pôsobenie.

2.4. Prehľad činnosti komunitných pracovníkov zdravotnej výchovy v jednotlivých RÚVZ.

Prehľad o počte osôb, resp. klientov zúčastnených na aktivitách poriadaných KPZV je uvedený v tab. č. 2.

Tab. č. 2 Prehľad činnosti komunitných pracovníkov zdravotnej výchovy za rok 2007 v jednotlivých RÚVZ

P. Č.	Aktivita KPZV	Počet osôb/klientov									
		RÚVZ BB	RÚVZ BJ	RÚVZ KE	RÚVZ MI	RÚVZ PP	RÚVZ PO	RÚVZ RS	RÚVZ RV	RÚVZ SNV	RÚVZ SL
1.	Preventívna prehliadka Na podnet KPZV	352	26	518	137	756	1510	205	62	791	42
2.	Očkovanie Na podnet KPZV	28	136	1026	170	1782	2049	402	238	850	174
3.	Odber krvi/na podnet KPZ	212	-	192	56	236	409	71	11	13	-
4.	Detské poradne Na podnet KPZV	3	26	279	136	636	1003	249	18	268	7
5.	Liečba choroby u lekára Na podnet KPZV	9	39	209	232	67	580	368	11	41	-
6.	Kontrola/na podnet KPZV	27	201	192	97	112	559	321	6	-	-
7.	Vybavenie zdravotného preukazu poistenca/na podnet KPZV	56	-	123	152	277	935	163	124	166	5
8.	Prieskum monitorovania zdravotného stavu a životného štýlu	947	210	1132	200	208	446	201	200	202	201
9.	Edukácia /Zdrav. Výchova	245	210	4092	1388	4751	6855	1415	2477	3977	572

3. Monitoring životného štýlu a zdravotného stavu.

Nevyhnutnou požiadavkou na zlepšenie zdravotného stavu a zvýšenie zodpovednosti občanov znevýhodnenej rómskej komunity za vlastné zdravie je získanie spoľahlivých údajov o sociálno-zdravotnej situácii v rómskej populácii.

Monitoring životného štýlu a zdravotného stavu sa realizoval prostredníctvom Dotazníka životného štýlu a zdravotného stavu. Respondentmi boli obyvatelia segregovaných a separovaných rómskych osád.

KPZV uskutočnili v osadách výber, presvedčanie a motivovanie respondentov, informovanie o priebehu monitoringu a zber dát. Získané údaje zadávali pracovníci RÚVZ do pripravenej mustry v programe Microsoft Excel.

Zamestnanci RÚVZ v rámci monitoringu odoberali respondentom kapilárnu krv na vyšetrenie 4 biochemických parametrov pomocou prístroja Reflotron (sledované parametre: celkový cholesterol, glukóza, HDL cholesterol, triacylglyceroly) a zároveň boli uskutočnené antropometrické merania (výška, váha, obvod pásu a bokov), meranie krvného tlaku a percenta tuku v tele. Celkovo bolo do monitoringu zapojených 2014 respondentov – obyvateľov segregovaných a separovaných rómskych osád z toho 941 mužov a 1073 žien. Vek respondentov bol od 18 vyššie.

3.1. Charakteristika sledovaného súboru.

Zámerom monitoringu životného štýlu a zdravotného stavu bolo získať objektívne informácie o rómskej populácii žijúcej v segregovaných a separovaných osadách resp. v okrajových častiach obcí. Napriek snahe KPZV sa nepodarilo do monitoringu zapojiť obyvateľov rómskych osád situovaných mimo obec. Monitoringu životného štýlu a zdravotného stavu sa zúčastnili Rómovia žijúci v okrajových častiach obcí. Táto skutočnosť výrazne ovplyvnila výsledky monitoringu životného štýlu a zdravotného stavu. Okrajové časti obcí obývané rómskym obyvateľstvom sa úrovňou bývania a infraštruktúrou približujú k majoritnej populácii, preto výsledky získané monitoringom životného štýlu a zdravotného stavu je nutné chápať ako stav, ktorý nezodpovedá typickým podmienkam segregovaných rómskych osád. Charakteristika úrovne bývania, zásobovania pitnou vodou, odkanalizovanie sa preto približuje skôr k majoritnej populácii. Rovnako priaznivé sú aj vybrané ukazovatele životného štýlu.

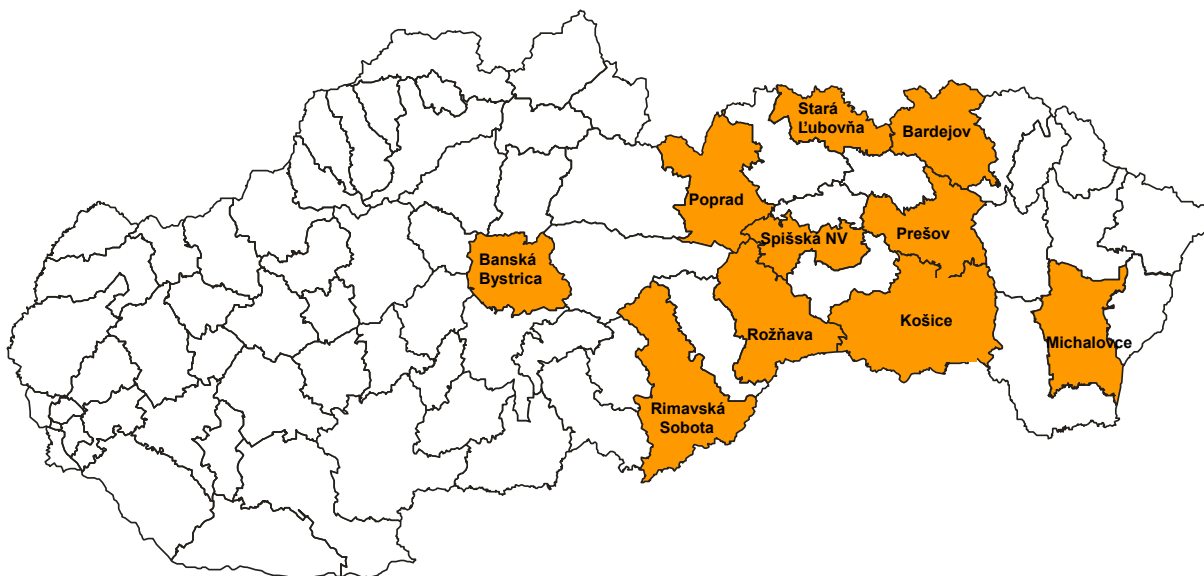
Sledovaný súbor pozostával z 2014 respondentov (obyvatelia segregovaných a separovaných rómskych osád) a tvorilo ho 47 % mužov a 53 % žien.

Jednotlivé vekové kategórie boli zastúpené nasledovne:

18 - 24 rokov	17% respondentov,	z toho:	17,2 % mužov	17,0 % žien
25 - 34 rokov	18 % respondentov,	z toho:	18,3 % mužov	18,0 % žien
35 - 44 rokov	18 % respondentov,	z toho	18,4 % mužov	18,0 % žien
45 - 54 rokov	19 % respondentov,	z toho	18,0 % mužov	19,0 % žien
55 - 64 rokov	16 % respondentov,	z toho	16,1 % mužov	16,0 % žien
65 – 74 rokov	10 % respondentov,	z toho	9,7 % mužov	9,7 % žien
75 rokov a viac	2 % respondentov,	z toho	2,3 % mužov	2,3 % žien

Najviac respondentov bolo vo vekovej skupine 45 až 54 rokov. Pomerne početné bolo aj zastúpenie 25 až 44 ročných. Na druhej strane, počet respondentov vo vekových kategóriách nad 65 rokov je pomerne nízky.

Program sa realizoval v regiónoch Banská Bystrica, Rimavská Sobota, Rožňava, Poprad, Spišská Nová Ves, Stará Ľubovňa, Bardejov, Prešov, Košice a Michalovce (obr. č. 1).



Obr.č.1 Regióny Slovenska zaradené do monitoringu

Vo vybraných regiónoch boli do programu vybrané nasledovné segregované a separované rómske lokality:

<u>Banská Bystrica:</u>	Telgárt, Pohorelá, Hrochoť, B. Bystrica-Cementáreň, Na hrbe, Sásová, Podlavice, Šumiac, Zvolen – spolu 200 respondentov,
<u>Rimavská Sobota:</u>	Sútor, Hačava mesto, Hačava - Skálie, Hostišovce, R. Sobota, R. Sobota - Dúžavská cesta, Hostice – spolu 201 respondentov,
<u>Poprad:</u>	Spišský Štiavnik, Rakúsy, Veľká Lomnica, Holumnica, Ihľany, Toporec – spolu 209 respondentov,
<u>Stará Ľubovňa:</u>	Ľubotín, Jakubany, Podsadok, Lomnička, Šarišské Jastrabie, Kyjov, Kolačkov – spolu 202 respondentov,
<u>Bardejov:</u>	Poštárka, Zborov, Snakov, Lenartov, Kurov, Malcov – spolu 200 respondentov,
<u>Spišská Nová Ves:</u>	Spišské Tomášovce, Hrabušice, Rudňany, Nálepko, Bystrany, Betlanovce, Poráč, Smižany – spolu 202 respondentov,
<u>Rožňava:</u>	Roštár, Slavec, Krásnohorské Podhradie, Slavošovce, Brzotín – spolu 200 respondentov,
<u>Košice:</u>	Vtáčkovce, Rankovce, Kecerovce-Pecha, Bidovce, Boliarov – spolu 200 respondentov,
<u>Prešov:</u>	Varhaňovce, Jarovnice, Svinia, Chminianske Jakubovany – spolu 200 respondentov,
<u>Michalovce:</u>	Michalovce - Mlynská, Strážske, Veľké Kapušany – spolu 200 respondentov.

Slovenskú národnosť uviedlo 54 %, maďarskú 41 % a rómsku 5 % respondentov.

3.2. Monitoring životného štýlu.

3.2.1. Vzdelanie, zamestnanosť, rodinný stav.

V rámci programu sa sledovalo ukončenie, resp. neukončenie základnej školy (ZŠ) a strednej školy (SŠ) a absolvovanie vysokej školy (VŠ):

ukončená ZŠ	48 % respondentov
neukončená ZŠ	34 % respondentov

ukončená SŠ	8 % respondentov
neukončená SŠ	9 % respondentov
VŠ vzdelanie	1 respondent

Na túto otázku neodpovedalo 1 % respondentov. Z uvedeného vyplýva, že len 8 % sledovaných respondentov (ukončená SŠ) bolo kvalifikovaných a až 91 % respondentov bolo na trhu práce nekvalifikovaných, veľmi ťažko uplatňujúcich sa na trhu práce. V tejto súvislosti sa žiada podotknúť, že značná časť respondentov navštevovala osobitnú školu.

Úroveň dosiahnutého vzdelania (ZŠ, SŠ) vo vzťahu k zamestnanosti (príl. č. 3, obr. č. 2) sa sledovala z dvoch hľadísk:

Počet zamestnaných respondentov podľa dosiahnutého vzdelania:

neukončená ZŠ	14 % zamestnaných
ukončená ZŠ	18 % zamestnaných
neukončená SŠ	27 % zamestnaných
ukončená SŠ	19 % zamestnaných

Počet nezamestnaných respondentov podľa dosiahnutého vzdelania:

neukončená ZŠ	86 % nezamestnaných
ukončená ZŠ	82 % nezamestnaných
neukončená SŠ	73 % nezamestnaných
ukončená SŠ	51 % nezamestnaných

Pri hodnotení nezamestnanosti možno konštatovať, že najviac nezamestnaných osôb (73 – 86 %) je v skupine s ukončenou ZŠ a neukončenou ZŠ a SŠ. Z uvedeného vyplýva, že kvalifikovaní Rómovia (s ukončenou SŠ) majú väčšie šance sa zamestnať. Ukázalo sa, že zamestnaných s pravidelným zdrojom príjmov je iba 8 %. Nezamestnaných je 28 %. Najpočetnejšiu skupinu tvoria Rómovia vykonávajúci verejnoprospešné práce (33 %). V tejto súvislosti si však treba uvedomiť, že skutočný počet nezamestnaných Rómov je 61 %, nakoľko aj Rómovia vykonávajúci verejnoprospešné práce sú nezamestnaní (príl. č. 3, obr. č. 3). Veľmi nízke percento zamestnaných Rómov spolu so všeobecne nízkou vzdelanostnou úrovňou zároveň znamená nízky príjem, čoho priamym dôsledkom je vyššia úmrtnosť a chorobnosť a prehlbovanie socio-ekonomických nerovností v zdraví. Edukačné aktivity, ktoré boli v hodnotnom období vo významnej miere súčasťou programu, majú priamy pozitívny dopad na zvyšovanie vzdelanostnej úrovne, a tým ovplyvňujú aj ďalšie socio-ekonomické determinanty zdravia.

V súvislosti s počtom rokov, počas ktorých sú Rómovia nezamestnaní, bolo v sledovanej vzorke 26 % respondentov nezamestnaných 5 až 10 rokov. Viac ako 10 rokov (11 až 20 rokov) bolo nezamestnaných 38 % a viac ako 20 rokov 6 %. Z uvedeného vyplýva, že u rómskej populácie je problém dlhodobej nezamestnanosti - 70 % (príl. č. 3, obr. č. 4).

Pri zisťovaní subjektívnych pocitov nezamestnaných sa zistilo, že 76 % respondentov trápí skutočnosť, že sú nezamestnaní. Touto skutočnosťou sa netrápilo 19 % a 5 % respondentov uviedlo, že im je to jedno. Zistenie, že štvrtina respondentov nemá záujem o prácu, považujeme za vážny problém. Intenzívne pôsobenie KPZV a zvyšovanie vzdelanostnej úrovne intervenčnými aktivitami, však môže mať pozitívny vplyv aj na zmenu tohto postoja.

V dôsledku nezamestnanosti vysoký počet Rómov (50 %) poberá sociálnu podporu, t. j. nemá žiaden iný pravidelný príjem. Invalidný dôchodok poberá 11 % sledovaných respondentov.

Najviac sledovaných respondentov žije v manželstve 74 %, 13 % je slobodných, 11 % sú vdovci/vdovy a len 2 % je rozvedených (príl. č. 3, obr. č. 5). Možno konštatovať, že Rómovia dávajú prednosť klasickému rodinnému usporiadaniu – manželstvu.

Pôrodnosť Rómov v porovnaní s majoritnou časťou obyvateľstva je veľmi vysoká (príl. č. 3, obr. č. 6).

3.2.2. Školská dochádzka, gramotnosť, znalosť jazyka.

Zistilo sa, že pravidelne do školy nechodí 28 % detí.

V súvislosti s gramotnosťou respondentov sa sledovala úroveň písania, počítania a čítania. Sledovalo sa 5 úrovní písania (vrátane schopnosti podpísania sa). Veľmi dobre píše 13 %, dobre 51 % a nie dobre 22 %. Zo sledovanej vzorky nevie písať 9 % a 5 % opýtaných sa vie iba podpísať. Čo sa týka vekových skupín a písania, vekovo mladšie skupiny respondentov vedia lepšie písať než skupiny staršie (nad 44 rokov).

Podobné výsledky sa zistili aj pri hodnotení úrovne počítania. Veľmi dobre vie počítať 14 %, dobre 51 %, nie dobre 26 % a 9 % respondentov nevie počítať. Možno konštatovať, že viac ako 1/3 respondentov má väčšie alebo menšie problémy pri rátaní. Vekovo mladšie skupiny respondentov vedia lepšie rátať než skupiny staršie (nad 44 rokov)

Čítanie dobre ovláda 61 %, slabo 26 % a nevie čítať 13 % respondentov. Problémy s čítaním má 39 % respondentov.

Vyhodnotením otázky „Ktorý jazyk ovládáte, hovoríte ním?“ sa zistilo, že rómsky jazyk ovláda 93 %, slovenský 92 %, maďarský 15 % a iný 8 % opýtaných.

3.2.3. Výživa a stravovacie návyky.

Vyhodnotením otázky „Bývate niektoré dni bez jedla?“ sa zistilo, že 11 % respondentov býva niektoré dni bez jedla a 5,5 % sa vyjadrilo, že iba niekedy. Každý deň konzumuje stravu 83,5 % opýtaných (príl. č. 3 obr. č. 7).

Pri hodnotení dennej frekvencie konzumácie jedál sa zistilo, že 40 % opýtaných jedáva 4 až 5 krát denne, 44 % 3 krát denne a 16 % 1 až 2 krát denne.

Frekvenciu konzumácie bravčového mäsa, hovädzieho mäsa a hydiny uvádzajú obr. č. 8a a 8b (príl. č. 3). Viac ako polovica respondentov (73 %, resp. 86 %) konzumuje bravčové a hovädzie mäso a hydinu denne, príp. takmer denne, alebo 1-3 krát týždenne.

Pri sledovaní konzumácie rýb sa zistilo, že vysoký počet respondentov vôbec nekonzumuje ryby. Denne, resp. takmer denne konzumuje ryby 6 %, 1 až 3 krát týždenne 23 %, 1 až 3 krát mesačne 31 % a zriedka alebo nikdy 40 % opýtaných.

U Rómov prevláda častá a vysoká spotreba údenín, čo možno považovať za chybu v stravovacích návykoch (príl. č. 3, obr. č. 8c).

Väčšina Rómov (60 %) konzumuje mlieko a mliečne výrobky 1 až 3 krát týždenne, nikdy, resp. zriedka, tieto výrobky nekonzumuje 13 % respondentov (príl. č. 3, obr. č.9).

Konzumácia ovocia a zeleniny je u Rómov pomerne nízka. Vysoká denná spotreba zemiakov nie je prehreškom proti racionálnej výžive. Túto informáciu by bolo dobré v budúcnosti doplniť o zistenia získané sledovaním množstva tejto potraviny konzumovanej denne jedincom (príl. č. 3 obr. č. 10a, 10b a 10c).

V sledovanej vzorke sa zistila vysoká denná spotreba bieleho chleba a pečiva, čo je výraznou dietetickou chybou (príl. č. 3 obr. č. 11).

Najviac Rómov konzumuje strukoviny 1 až 3 krát týždenne (príl. č. 3 obr. č. 12).

Múčne jedlá sú u Rómov vo veľkej obľube (príl. č. 3 obr. č. 13).

Vysoká je aj konzumácia malinoviek, limonád a kofoly (príl. č. 3 obr. č. 14) a sladkostí (príl. č. 3 obr. č. 15).

V sledovanej vzorke respondentov 92 % Rómov uviedlo, že pijú alkoholické nápoje zriedka alebo nikdy (príl. č. 3 obr. č. 16a, 16b a 16c).

3.2.4. Rizikové faktory zdravia.

K fajčeniu sa priznalo 58 % respondentov. Fajčenie je najviac rozšírené vo vekovej skupine 25 až 54 rokov (príl. č. 3 obr. č. 17a, 17b). Skoro polovica respondentov (41 %) fajčí viac ako 20 rokov, 29 % fajčí 20 rokov, 15 % 10 rokov, 13 % 5 rokov a 2 % fajčí 1 rok.

Podobne, ako pri hodnotení odpovedí v súvislosti s konzumáciou alkoholických nápojov, je problematické posúdiť pravdivosť odpovedí súvisiacich s fetovaním, hraním na hracích automatoch a užívaním drog. Na otázku „Fetujete?“ odpovedalo „nefetujem“ 99 %, „fetujem“ 0,5 % a „prestal som fetovať“ 0,5 % opýtaných.

Na otázku „Hrávate na výherných automatoch?“ 97 % respondentov odpovedalo, že nehráva.

Na otázku „Užívate nejakú drogu?“ 99,5 % respondentov odpovedalo, že nedroguje.

3.2.5. Špeciálna časť pre ženy.

U rómskych žien je niekoľkonásobne vyššia pôrodnosť. Najviac žien (26 %) rodilo 6 až 10 krát. Celoštátny priemerný počet pôrodov na jednu ženu v r. 2006 – 1,2 (príl. č. 3 obr. č. 18). Takmer polovica - 49 % rómskych matiek 1. krát rodila maloletá, pred 18. rokom života, z toho 6 % pod hranicou 15. roku. Väčšinu pôrodov absolvovali Rómky do dvadsiatich piatich rokov života (príl. č. 3 obr. č. 19).

V sledovanej vzorke respondentov bolo zistené vysoké percento úmrtí detí. Skoro 1/4 respondentiek (20,3 %) uviedla, že im zomreli 2 deti. Jedno dieťa zomrelo 71,3 %-tám a tri deti 8,4 %-tám respondentiek.

Väčšina respondentiek (95 %) uviedla, že navštevovali gynekologickú poradňu, resp., že rodili v nemocnici pod dohľadom lekára a 5 %, že rodili doma.

Na otázku „Dojčili ste svoje dieťa?“ 89 % žien odpovedalo „áno“.

Zo sledovanej vzorky rómskej ženskej populácie 4 % priznalo pitie alkoholu počas tehotenstva.

Fajčenie počas tehotenstva priznalo 33 % rómskych žien a 9 % na túto otázku neodpovedalo.

Väčšina respondentiek (71 %) uviedla, že k nim do osady detský lekár nechodí a 29 %, že detský lekár ich osadu navštevuje.

3.2.6. Hygiena.

V súvislosti so spôsobom bývania sa sledovalo bývanie v chatrči, rodinnom dome, unimobunke a v byte (príl. č. 3 obr. č. 20). Väčšina respondentov (65 %) uviedla, že býva v rodinnom dome, 15 % v chatrči, 19 % v byte a 1 % v unimobunke. V súvislosti s výrazom „rodinný dom“ však treba upozorniť, že ide o murované stavby.

Polovica respondentov (51 %) uviedla, že čerpá vodu z vodovodu, 28 % zo studne, 11 % zo spoločného vodovodu a 2 % z vodovodu pred domom (príl. č. 3 obr. č. 21). Je všeobecne známe, že pre všetky chudobné minority je jednou z najdôležitejších životných podmienok prístup k zdravotne neškodnej vode. Naše výsledky poukazujú na to, že tento problém je treba v súvislosti s rómskou populáciou veľmi rýchlo riešiť a vyriešiť.

Na otázku „Kde chodíte na záchod?“ 43 % respondentov odpovedalo, že používa splachovacie WC a 52 % používa latrínu. Na záchod za dom chodí 5 % opýtaných. Z uvedeného vyplýva, že nadpolovičná väčšina Rómov (57 %) nemá doma splachovacie WC. V súvislosti s chýbaním zdravotne neškodnej vody, zistenou nízkou hygienickou kultúrou ide o veľký a ťažko riešiteľný zdravotný problém. Podľa odpovedí 83 % dospelých rómskych respondentov dodržiava hygienu čistých rúk po použití záchodu.

Väčšina respondentov (92 %) uviedla, že sa kúpe aspoň raz týždenne, 8 % sa priznalo, že sa nekúpe, resp. nemá možnosť sa kúpať aspoň raz týždenne.

Umývanie zubov priznáva 69 % Rómov, 12 % si zuby neumýva a 19 % si umýva zuby iba niekedy.

3.2.7. Sociálne zázemie.

Viac ako polovica opýtaných (54 %) uviedla, že v domácnosti býva do 5 osôb. Do 10 osôb býva v 29 %-tách, do 15 ľudí v 5 %-tách a viac ako 15 osôb býva v 1 % domácností

(príl. č. 3 obr. č. 22). Pomerne vysoký počet ľudí (dospelých aj detí) v jednotlivých domácnostiach možno dať do súvisu s mnohopočetnosťou rómskych rodín.

Viac ako tretina zo sledovaného súboru (37 %) obýva domácnosť s dvomi izbami, 22 % s tromi izbami, 18 % s 1 izbou a 23 % má k dispozícii 4 a viac izieb (príl. č. 3 obr. č. 23).

Ako parameter kvality bývania rómskych rodín sme si stanovili počet osôb obývajúcich jednu izbu (príl. č. 3 obr. č. 23a). Približne štvrtina rómskych rodín, ktorých sociálne podmienky sa zisťovali v rámci tohto prieskumu, má optimálnu kvalitu bývania (t. j. jedna izba pripadá na jedného člena domácnosti). Najviac rodín (22,9 %) býva tak, že na jednu izbu pripadajú 3 osoby a približne pätina rodín býva pri veľmi vysokom počte 5 a viac ľudí v jednej izbe.

Rómovia dávajú 96 % všetkých príjmov na potraviny (príl. č. 3 obr. č. 24). Ide o veľkú čiastku. Pri posudzovaní odpovedí na túto otázku treba zobrať do úvahy výšku ich príjmov.

Chladnička, práčka, televízor, rádio a video sú vo väčšine rómskych domácností, polovica vlastní telefón alebo mobil. Vybavenie domácností počítačom je nízke (3 %). Dôvody môžu byť viaceré, napr. cenová nedostupnosť, počítačová gramotnosť a pod. (príl. č. 3 obr. č. 25).

3.2.8. Iné sledované charakteristiky.

Na prvé miesta dávajú Rómovia vo svojom živote zdravie, rodinu a domov (príl. č. 3 obr. č. 26). Zaujímavosťou je, že iba 5 % z nich dávajú na prvé miesto deti. Uvedené však môže byť spôsobené skutočnosťou, že v odpovediach určených dotazníkom boli deti uvedené zvlášť, pričom deti sú súčasťou rodiny. Otázkou je, do akej miery ponuky odpovedí, ktoré dotazník poskytoval, viedli k tomu, že väčšina respondentov dala na 1. miesto zdravie.

Väčšina respondentov vo voľnom čase pozerá TV, video, počúva rádio alebo upratuje (príl. č. 3 obr. č. 27).

Na otázku „Niektorí ľudia žijú dobre, niektorým sa darí menej dobre. Ako sa darí vám?“ 3 % respondentov odpovedalo, že sa im darí veľmi dobre, 71 %, že sa im darí dobre, 23 %, že nie dobre a 3 %, že sa im darí zle. Z uvedeného vyplýva, že 74 % opýtaných uviedlo, že sa im darí veľmi dobre a dobre, čo je obrazom ich značného optimizmu.

V lepšiu budúcnosť verí 46 % opýtaných. Väčšina respondentov (60 %) sa nezaujíma o politiku.

3.3. Monitoring zdravotného stavu.

3.3.1. Pocit zdravia.

Pocit, že sa cíti byť zdravý, udáva 55 % respondentov.

Na otázku „Trpíte dlhodobo nejakou chorobou?“ kladne odpovedalo 44 % respondentov.

Väčšina (96 %) Rómov má záujem sa starať o svoje zdravie a v čase potreby navštevuje lekára. V čase choroby nenavštevuje lekára 4 % respondentov, a to z dôvodov: bojí sa lekárov (9 %), nemajú peniaze (8 %), neveria lekárom (2 %), sami si poradia (3 %) a 13 % nevedelo uviesť žiaden dôvod.

Najčastejšie priznané ochorenia boli u rómskej populácie vysoký krvný tlak a kardiovaskulárne ochorenia (príl. č. 3 obr. č. 28). Prehľad o ďalších ochoreniach rómskych respondentov ukazuje obr. č. 29 v prílohe č. 3.

Na otázku „Užívate lieky na srdce?“ kladne odpovedalo 16 % a na otázku „Užívate lieky na vysoký tlak?“ 25 % respondentov. Väčšina respondentov užíva lieky podľa odporúčania lekára.

Na otázku „Liečili ste sa niekedy na pohlavnú chorobu?“ odpovedalo kladne 16 z 2 014 respondentov, 7 neodpovedalo (percentuálny výskyt pohlavných chorôb u Rómov sa nepodarilo zistiť). Možno však konštatovať, že nedostatočné hygienické návyky vedú k možnosti nakazenia sa pohlavnými ochoreniami.

Na otázku „Mali ste niekedy žltacku?“ kladne odpovedalo 10 % opýtaných a 9 % respondentov odpovedalo „neviem“.

3.3.2. Ukazovatele sledovania zdravotného stavu.

Zvolené biochemické parametre umožňujú sledovanie zdravotného stavu, na ich základe je možné hodnotiť dopady životného štýlu na zdravotný stav a súčasne je možné hodnotiť zvýšené riziko srdcovo-cievnych ochorení.

V tabuľke 3 sú uvedené referenčné dolné a horné hranice, ktoré sú odporúčané pre koncentráciu cholesterolu, triacylglyceridov a glukózy v krvi:

Tab. 3 Hodnoty sledovaných biochemických parametrov

Látka	Dolná hranica	Horná hranica
Celkový cholesterol	2,9 mmol/l	5,2 mmol/l
HDL cholesterol, muži	0,9 mmol/l	2,1 mmol/l
HDL cholesterol, ženy	1,2 mmol/l	2,7 mmol/l
LDL cholesterol	1,2 mmol/l	3,4 mmol/l
Triacylglyceroly	0,45 mmol/l	1,7 mmol/l
Glykémia	3,35 mmol/l	6,10 mmol/l

Tieto hodnoty nie sú ustanovené ako záväzné. Z tohto dôvodu sa môžu líšiť podľa literárnych prameňov, z ktorých sú čerpané.

Niektoré údaje získané z oblasti zdravotného stavu sme porovnali s údajmi získanými pri sledovaní zdravotného uvedomenia a správania občanov Slovenska v rokoch 2004-2005 (Správa o zdravotnom uvedomení a správaní občanov SR v rokoch 2004-2005. ÚVZ SR Bratislava, 2006).

3.3.2.1. Nadváha a obezita.

Viac ako polovica sledovanej rómskej populácie má nadváhu ($BMI > 25 \text{ kg/m}^2$). Ide o 57 % mužov a 58 % žien (príl. č. 3 obr. č. 30). Zvlášť varovný je výskyt veľkého počtu osôb s rôznymi stupňami stupňom obezity, t. j. miera zvýšenia hodnoty BMI nad 30 kg/m^2 . Extrémne vysoký je výskyt druhého a tretieho stupňa obezity (hodnota BMI prevyšuje 35, resp. 40 kg/m^2). Táto kategória obsahuje dvakrát viac žien ako mužov. Pravdepodobne to súvisí so stravovacími návykmi a spôsobom života, hoci genetická predispozícia sa nedá úplne vylúčiť. Výskyt osôb s extrémne nízkymi hodnotami BMI (podvyživených) sa pohybuje na úrovni 8 % u mužov a 13 % u žien. Celkovo je výskyt extrémnych hodnôt BMI početnejší u rómskych žien než u rómskych mužov (okrem kategórie $>30\text{-}35 \text{ kg/m}^2$).

V rámci sledovaného súboru dosiahla priemerná telesná výška 168 cm u mužov a 157 cm u žien. Priemerná hmotnosť bola 76 kg u mužov a 68 kg u žien.

Porovnanie hodnôt BMI pre rómske ženy a ženy z majoritnej komunity ukazuje, že v mladších vekových skupinách (do 34. roku veku) sú hodnoty BMI podobné pre obe komunity. Vo vyšších vekových skupinách (nad 35 rokov veku) sú priemerné hodnoty pre ženy z majority blízke strednej hodnote 26 kg/m^2 . Po dosiahnutí 35 roku veku dochádza u rómskych žien k výraznému nárastu hodnôt BMI, ktoré vykazujú znaky nadmernej hmotnosti a obezity. Pravdepodobne je to dôsledok stravovacích návykov v spojení s výrazne vyššou pôrodnosťou vyskytujúcou sa v rómskej komunite. Tento rozdiel je štatisticky významný (príl. č. 3 č. 31).

Podobné je aj rozloženie výskytu obezity u rómskych mužov. Vo vekových skupinách nad 25 rokov sú hodnoty BMI vyššie ako u majority. Všetky stredné hodnoty sú vyššie ako 25

kg/m², čo znamená, že priemerní rómski muži v týchto vekových kategóriách majú nadmernú hmotnosť (príl. č. 3 obr. č. 32 v prílohe).

3.3.2.2. Krvný tlak.

Hodnoty diastolického tlaku sa u 81 % mužov a 84 % žien nachádzajú pod hodnotou 90 mmHg (príl. č. 3 obr. č. 33). Vysoký systolický tlak (nad 140 mmHg) má 27 % mužov a 22 % žien.

3.3.2.3. Celkový cholesterol.

Vzhľadom na zistenie nadmernej hmotnosti a obezity u veľkej časti rómskej populácie zo sledovaných oblastí bola venovaná pozornosť aj sledovaniu cholesterolu u skúmanej populácie. Sledovala sa celková hladina cholesterolu, ako aj hodnoty HDL a LDL cholesterolu u mužov a žien.

Ako vyplýva z vyhodnotenia celkovej hladiny cholesterolu u rómskych mužov a žien (príl. č. 3 obr. č. 34 a č. 35), je stredná hodnota cholesterolu rómskych mužov a žien (okrem žien starších ako 45 rokov) v rámci povoleného rozpätia (2,9 až 5,2 mmol/l, vid' tab. č. 3). Rómske ženy vekových skupín nad 45 rokov majú stredné hodnoty cholesterolu nad 5 mmol/l. Tento stav korešponduje so zisteniami týkajúcimi sa zistenia nadmernej hmotnosti a obezity u tejto časti sledovanej populácie.

Pri porovnaní priemerných hodnôt cholesterolu zistených u rómskej populácie s výskytom cholesterolu u majoritnej populácie zistíme, že rozloženie podľa vekových skupín je veľmi podobné a stredné hodnoty sú u majoritnej populácie mierne vyššie (príl. č. 3 obr. č. 36).

3.3.2.4. HDL cholesterol.

Porovnaním zistených stredných hodnôt a smerodajných odchýliek výskytu HDL cholesterolu u rómskych mužov a žien (príl. č. 3 obr. č. 37) sme zistili, že stredné hodnoty HDL cholesterolu sa pre všetky vekové kategórie, ako aj obe pohlavia, nachádzajú v rámci odporúčaného rozpätia. Na druhej strane, poloha stredných hodnôt HDL cholesterolu v blízkosti dolnej hranice odporúčaného rozpätia naznačuje, že nezanedbateľná časť populácie môže mať hladiny HDL cholesterolu nižšie ako je odporúčaný dolný limit.

Pri hodnotení percentuálneho výskytu osôb, ktorých hodnota HDL cholesterolu nižšia, ako je odporúčaná hodnota (príl. č. 3 obr. č. 38), sme zistili, že ide o 23 % rómskych mužov a 34 % rómskych žien. Vzhľadom na funkciu, ktorú HDL cholesterol v organizme zohráva, je možné tieto osoby zaradiť do kategórie osôb s potenciálne ohrozeným zdravím z hľadiska výskytu kardiovaskulárnych ochorení.

3.3.2.5. LDL cholesterol.

Zvýšené hodnoty LDL cholesterolu sú najvýznamnejším rizikovým faktorom rozvoja ischemickej choroby srdca. Jednoznačnú súvislosť medzi vysokými hodnotami LDL cholesterolu a ischemickou chorobou preukázalo viacero štúdií, napr. Framinghamská¹ alebo prieskum MRFIT². Z tohoto pohľadu sú nadmerné hodnoty LDL cholesterolu, ktoré boli zistené v rámci tohto programu u rómskej populácie, varovné a upozorňujú, že tento rizikový faktor sa vo význačnej miere vyskytuje aj u Rómov. Hodnoty LDL cholesterolu vyššie ako 3,4 mmol/l má 26 % rómskych mužov a 25 % rómskych žien (príl. č. 3 obr. č. 39), čím sa stávajú rizikovou skupinou.

Rómovia (muži) všetkých sledovaných vekových kategórií majú strednú hodnotu LDL cholesterolu rovnakú alebo nižšiu ako majorita. Tento rozdiel je výrazný najmä pre mužov

¹ Kannel WB, Castelli WP, McNamara PM, et al. Role of blood pressure in the development of congestive heart failure. The Framingham Study. N Engl J Med 1972; 287: 781-787.

² MRFIT- Stamler J, Vaccaro O, Neaton JD et al.: Diabetes, other risk factors and 12-years cardiovascular mortality for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Diabetes Care 1993;16:434-444

nad 45 rokov života, čo sú štatisticky najčastejšie skupiny ohrozované srdcovo-cievnyimi chorobami (príl. č. 3 obr. č. 40).

Podobná situácia je aj u rómskych žien (príloha č. 3 obr. č. 41). Vyššie vekové kategórie majú hodnoty LDL cholesterolu výrazne nižšie ako ženy z majoritnej populácie. Navyše aj v najnižšej vekovej skupine je stredná hodnota LDL cholesterolu nižšia ako u majoritnej populácie. To je rozdiel aj oproti mužskej populácii.

3.3.2.6. Triglyceridy.

Stredné hodnoty triglyceridov u rómskych mužov aj žien sú nižšie alebo rovné hodnote 1,8 mmol/l, čo priamo signalizuje, že značná časť populácie musí mať hodnoty triglyceridov vyššie ako je referenčná hodnota (príl. č. 3 obr. č. 42 až 44). V nižších vekových kategóriách je stredná hodnota podstatne nižšia ako 1,7 mmol/l (u mužov do 35 rokov, u žien až do 45 rokov veku). Tento stav koreluje s percentom osôb, ktoré majú vysokú hodnotu triglyceridov (príl. č. 3 obr. č. 42). Z obrázka č. 42 v prílohe č. 3 vyplývajú dve dôležité informácie: a) v každej vekovej kategórii je veľký rozptyl nameraných hodnôt triglyceridov medzi mužmi a ženami, b) v niektorých vekových kategóriách je až 1/3 osôb s hodnotami triglyceridov nad referenčnou úrovňou, čo signalizuje potenciálne nebezpečenstvo rozvoja aterosklerózy.

3.3.2.7. Glykémia.

Približne 12 % rómskych mužov a 12 % rómskych žien majú vysoké hodnoty glukózy v krvi (príl. č. 3 obr. č. 45). To naznačuje možný výskyt diabetu. Stredné hodnoty glukózy u mužov sú porovnateľné s majoritnou populáciou, u rómskych žien vo veku nad 40 rokov sú výrazne vyššie (príl. č. 3 obr. č. 46 a 47).

4. Zhrnutie.

4.1. Zhrnutie podnetov, ktoré vyplynuli z práce KPZV.

Medzi najzávažnejšie aktuálne problémy v osadách, ktoré treba riešiť v súvislosti so zlepšením zdravotno-hygienickej situácie, možno zaradiť nedostatočnú hygienu a hygienu bývania, sťažený prístup k zdroju pitnej vody, problémy so zdravotnými preukazmi poistenca, vysoký výskyt pedikulózy, záškoláctvo, zvýšený výskyt parazitov a hlodavcov, nízku úroveň vzdelania, vysokú pôrodnosť spojenú s nedostatočnou starostlivosťou o deti, slabú účasť na preventívnych, gynekologických prehliadkach a na povinných očkovaníach detí, nezamestnanosť a zlé bytové podmienky.

Zistili sa problémy so zdravotnými preukazmi poistenca. Niektorí obyvatelia majú viac preukazov poistencov, pričom nevedia, ktorý je platný, resp. v ktorej poisťovni sú poistení, príp. nemajú žiaden preukaz poistenca.

Úroveň znalostí o právach a povinnostiach pacienta (oblasť preventívnych prehliadok a pod.) je nízka. Respondenti vo všeobecnosti preukázali nízke zdravotné uvedomenie. Nemajú vypestované dostatočné návyky zdravého životného štýlu a starostlivosti o zdravie.

Prax poukázala na nutnosť rozšírenia siete KPZV pracujúcich v osadách z dôvodu zvýšenia efektivity ich zdravotno-výchovného pôsobenia vzhľadom na vysoký počet obyvateľov segregovaných a separovaných rómskych osídlení a lokalít.

Pozitívne je potrebné hodnotiť zvýšenie návštevnosti v ambulanciách pediatrov, všeobecných lekárov, gynekológov, stomatólogov, zvýšenie zaočkovanosti detí, zlepšenie osobnej hygieny, zvýšenie starostlivosti matiek o zdravie svojich detí. Tieto zistené skutočnosti sú pozitívnym dôsledkom zdravotno-výchovného pôsobenia komunitných pracovníkov zdravotnej výchovy v sledovanej rómskej komunite.

4.2. Zhrnutie výsledkov z monitoringu životného štýlu.

Charakteristickým znakom sledovanej vzorky rómskej populácie je nízka vzdelanosť a vysoká nezamestnanosť. Nezamestnanosť dosahuje 61 %, z čoho 28 % nevykonáva ani verejnoprospešné práce. Z hľadiska získania správnych pracovných návykov ide o veľmi

nepriaznivú okolnosť. Ďalšou závažnou skutočnosťou je, že ide o dlhodobú nezamestnanosť (26 % je nezamestnaných 5 až 10 rokov).

Viac ako tretina respondentov má problémy s písaním, počítaním a čítaním.

Väčšina respondentov je nekvalifikovaných na trhu práce, čo súvisí s malou možnosťou uplatniť sa v pracovnom procese.

Nadpolovičná väčšina Rómov (58 %) fajčí, pričom muži fajčia viac ako ženy.

Výsledky získané sledovaním výživy a stravovacích návykov poukazujú na to, že u sledovanej populácie prevláda nepravidelné stravovanie a konzumácia energeticky a nutrične nevyváženej stravy.

Zásobovanie pitnou vodou je nevyhovujúce, iba 51 % respondentov uviedlo čerpanie vody z vodovodu. Okolie individuálnych vodných zdrojov je zanedbané. Chýba kanalizácia, smetiská alebo odpadové jamy, odvoz smetí. Hygienickú situáciu v osadách zhoršujú aj nesprávne návyky súvisiace s osobnou hygienou a hygienou prostredia.

Pri porovnaní výsledkov monitoringu s výsledkami získanými sledovaním samotných rómskych osád, ktoré bolo vykonané mimo realizácie programu, možno konštatovať, že situácia v osadách je v skutočnosti horšia a poukazuje na podstatný rozdiel jednotlivých ukazovateľov úrovne bývania a občianskej vybavenosti v porovnaní s údajmi získanými Monitoringom. Ide predovšetkým o percentuálne zastúpenie bývania v chatrči bez vody a kanalizácie, percento domácností zásobovaných pitnou vodou, percento splachovacích záchodov, počet osôb bývajúcich v jednej domácnosti a vo vybavení domácností elektrospotrebičmi (chladnička, práčka, televízor, rádio, video).

V súvislosti s reprodukčným zdravím je treba spomenúť zistenú vysokú pôrodnosť a nízky vek prvoroďčiek. Charakteristický je skorý začiatok sexuálnej aktivity a prvého pôrodu (49 % rómskych matiek 1. rodilo pred 18. rokom života, z čoho 6 % pred 15. rokom).

Na jednej strane je pre túto skupinu populácie charakteristická vysoká pôrodnosť, na druhej strane je u tejto skupiny obyvateľstva vysoká novorodenecká a dojčenská úmrtnosť. Príčinou môžu byť viaceré činitele, napríklad biologické, sociálne, environmentálne, nevhodný životný štýl a nevyhovujúca starostlivosť o deti a pod.

4.3. Zhrnutie výsledkov z monitoringu zdravotného stavu.

Najčastejšími ochoreniami udávanými respondentmi boli ochorenia infekčnej etiológie, na ktorých vznik a šírenie majú rozhodujúci vplyv zlé hygienické podmienky života, ako aj nízke zdravotné uvedomenie. Pomerne často udávaným infekčným ochorením u sledovanej populácie bola vírusová hepatitída typu A. K často uvádzaným ochoreniam možno priradiť aj ochorenia dýchacej sústavy, a to najmä astmu a chronický zápal priedušiek. Nedostatočné hygienické podmienky sú príčinou kožných a parazitárnych ochorení, najmä svrabu a pedikolózy.

Obezita a jej dôsledky na zdravotný stav je významným faktorom ovplyvňujúcim zlý zdravotný stav rómskej populácie. Špecificky u rómskych žien, kde je obezita sprevádzaná vysokým krvným tlakom, ktorý sa u nich vyskytuje častejšie ako u majority.

Hodnoty diastolického tlaku sú u väčšiny rómskej populácie pod hodnotou 90 mmHg. Vysoký systolický tlak (nad 140 mmHg) má 27 % mužov a 22 % žien.

Hodnoty celkového cholesterolu sú u Rómov nižšie ako u majoritnej populácie. Ako vyplýva z vyhodnotenia celkovej hladiny cholesterolu u rómskych mužov a žien je stredná hodnota cholesterolu rómskych mužov a žien (okrem žien starších ako 45 rokov) v rámci povoleného rozpätia (2,9 až 5,0 mmol/l, vid'. Tab.3). Rómske ženy vekových skupín nad 45 rokov majú stredné hodnoty cholesterolu nad 5 mmol/l. Tento stav korešponduje so zisteniami týkajúcimi sa zistenia nadmernej hmotnosti a obezity u tejto časti sledovanej populácie.

LDL cholesterol je významným faktorom pri vzniku a ochrane pred ischemickou chorobou srdca a inými kardiovaskulárnymi ochoreniami. Z tohto pohľadu sú nadmerné hodnoty LDL cholesterolu, ktoré boli zistené v rámci tohto programu u rómskej populácie,

varovné a upozorňujú, že tento rizikový faktor sa vo význačnej miere vyskytuje aj u Rómov. Z vyšetrení vzoriek krvi vyplynulo, že 26 % rómskych mužov a 25 % rómskych žien má hodnoty LDL cholesterolu vyššie ako 3,4 mmol/l, čím sa stávajú rizikovou skupinou.

Hladina HDL cholesterolu bola nižšia, ako je referenčná hodnota. Ide o 23 % rómskych mužov a 34 % rómskych žien. Vzhľadom na funkciu, ktorú HDL cholesterol v organizme zohráva, je možné tieto osoby zaradiť do kategórie osôb s potenciálne ohrozeným zdravím z hľadiska výskytu kardiovaskulárnych ochorení.

Typickým znakom skúmanej rómskej populácie bolo, že u niektorých biochemických parametroch je vysoký rozptyl nameraných hodnôt, čo potom spôsobuje, že priemerné hodnoty skúmanej vzorky sú síce v rámci normy, ale existuje dosť početná skupina, u ktorej sú referenčné hodnoty vysoko prekročené a tá je potom aj vysokorizikovou.

Pri posudzovaní zdravotného stavu rómskej populácie žijúcej v segregovaných komunitách je potrebné venovať veľkú pozornosť kritériám, ktoré sa použijú na posudzovanie stavu. Pri výbere kritérií je potrebné uvážiť špecifiká životného štýlu (striedanie bohatých a chudobných období, nárazový príjem vysoko kalorickej stravy, výrazne vyššia pohybová aktivita oproti majorite, iný genotyp a pod.).

Štúdie zamerané na objektivizáciu vybraných ukazovateľov zdravotného stavu segregovaných Rómov vykonané mimo realizácie programu poukazujú na extrémne hodnoty ukazovateľov, napr. priemerný vek pri úmrtí rómskych mužov 41 rokov žijúcich v neintegrovaných osadách, 30%-ný podiel úmrtí 0-14 ročných z celkového počtu úmrtí, percentuálne zastúpenie osôb starších ako 65 a pod.

5. Návrh odporúčaní.

1. Charakteristickým znakom segregovanej rómskej komunity je najmä nízka vzdelanostná úroveň a nízka všeobecná gramotnosť, čo má priamy dopad na zdravotné uvedomenie a je príčinou nezájmu o vlastné zdravie. Uvedené spolu s nízkym štandardom bývania, ekologickou rizikovosťou prostredia, nízkym štandardom osobnej a komunálnej hygieny a sťaženou dostupnosťou niektorých zariadení a služieb, ako sú zdravotné strediská, lekári, školy a pod., má nepriaznivý vplyv na zdravotný stav znevýhodnenej rómskej komunity. V súvislosti s uvedeným treba aj naďalej realizovať sústavnú a systematickú zdravotnú výchovu obyvateľov segregovaných a separovaných rómskych osídlení a lokalít, s cieľom zvýšenia zdravotného uvedomenia, zameranú na viaceré problémové oblasti:
 - osobná hygiena,
 - prevencia infekčných ochorení,
 - sexuálne a reprodukčné zdravie – zodpovedné rodičovstvo,
 - manipulácia s potravinami, orientácia v označovaní potravín,
 - ochrana životného prostredia,
 - prevencia úrazov a nehôd,
 - zdravotná starostlivosť (práva a povinnosti pacienta, zdravotné poistenie, preventívne prehliadky a pod.),
 - starostlivosť o diéta.
2. Dôležité je, aby bola zdravotná výchova realizovaná zrozumiteľným a primeraným spôsobom vzhľadom ku kultúrnej a vedomostnej úrovni znevýhodnenej rómskej komunity.
3. Je potrebné sa zamerať a podporovať zvýšenie zainteresovanosti občanov rómskej komunity s cieľom aktívnej spolupráce na riešení svojich zdravotných problémov. Dobrým východiskom v súvislosti s realizovaním zdravotnej výchovy je zistená skutočnosť, že väčšina Rómov má záujem starať sa o svoje zdravie.

4. Pre nasledovnú etapu programu je potrebné iniciovať maximálne možnú súčinnosť medzi Komunitnými pracovníkmi v oblasti zdravotnej výchovy (KPZV), Komunitnými pracovníkmi (KP), resp. koordinátormi Komunitných pracovníkov. Vzájomná súčinnosť všetkých zainteresovaných zložiek by mala existovať predovšetkým na úrovni gestorov jednotlivých programov zameraných na komunitnú prácu a riešenie problematiky rómskej populácie. Problémy medzi jednotlivými „skupinami“ terénnych komunitných pracovníkov, či už zdravotníckych, sociálnych alebo asistentov učiteľa, vyplývajú predovšetkým z neexistencie vzájomných dohôd o spolupráci uzavretých na národnej, resp. regionálnej úrovni.
5. V ďalších etapách projektu je potrebné sa viac zamerať na cieľovú skupinu Rómov žijúcich v segregovaných osadách a pomocou KPZV získať objektívne údaje o tejto skupine. Z dôvodu získania objektívnych podkladov je nutné, aby zber údajov zabezpečovali KPZV pod dohľadom odborných pracovníkov RÚVZ na základe riadeného rozhovoru s obyvateľmi segregovaných osád. Dotazník bude formulovaný v spolupráci s Úradom splnomocnenca vlády SR pre rómske komunity tak, aby bol svojou formuláciou a úrovňou vhodný pre neintegrovanú časť rómskej populácie aj napriek tomu, že informácie budú získavané na základe riadeného rozhovoru s respondentmi.

6. Záver.

Realizácia programu bola prínosom predovšetkým v zlepšení stavu zaočkovanosti časti detskej populácie a zvýšení zdravotného uvedomenia u obyvateľov segregovaných a separovaných rómskych osídlení. Pozitívne výsledky získané v súvislosti s realizáciou programu je možné udržať len v súčinnosti s cieľovou skupinou – obyvateľmi segregovaných a separovaných rómskych osídlení, a to dodržiavaním zásad pri udržaní zdravého životného štýlu a aktívnej spolupráci pri zmene svojej zdravotnej a životnej situácie. Pri pasívnom postoji zo strany cieľovej skupiny, nebudú pozitívne výsledky, získané na základe realizácie programu v zlepšení zdravotnej a životnej situácie, udržateľné. Výraznejšia zmena v zdravotnom stave a životnom štýle cieľovej skupiny si vyžaduje dlhotrvajúce, sústavné a systematické zdravotnovýchovné pôsobenie.

Prínosom bol aj realizovaný monitoring zdravotného stavu a životného štýlu, na základe ktorého sa získali informácie o kardiovaskulárnom riziku sledovanej populácie.

