

**Program podpory zdravia znevýhodnených komún na Slovensku na roky 2009-2015**  
**Druhá etapa programu**

### Úvod

Súčasný pokrok a rast ekonomiky Slovenskej republiky, tak ako aj pokrok iných krajín sveta, je nerozlučne spojený s dobrým zdravotným stavom populácie, ktorý je predpokladom k hospodárskemu rastu a trvalo udržateľnému rozvoju.

Dosiahnuť dobrý zdravotný stav obyvateľov Slovenskej republiky je spoločná zodpovednosť, ktorá si vyžaduje spoluprácu, synergiu a partnerstvo na všetkých úrovniach a medzi všetkými zložkami spoločnosti.

V súčasnosti sa rozdiely medzi jednotlivými regiónmi Slovenskej republiky výrazne prehlbujú. Obyvatelia v sociálno-ekonomicky znevýhodnených oblastiach sú často frustrovaní. Vznikajú a postupne narastajú rozdiely medzi jednotlivými skupinami obyvateľov. Zväčšujú sa aj rozdiely medzi bežnou populáciou a znevýhodnenými skupinami obyvateľov.

Rozdiely medzi jednotlivými skupinami obyvateľov prerastajú do rôznych foriem nerovností. V súčasnej spoločnosti môžeme pozorovať rôzne formy nerovnosti. Z pohľadu zdravotného stavu spomenieme len tie formy, ktoré priamo ovplyvňujú zdravie a to:

- nerovnosť v zdraví (v prístupe k prevencii, k zdravotnej starostlivosti, v súčasnom, zdravotnom stave, morbidite, mortalite, atď.),
- príjmová nerovnosť,

- nerovnosť v spotrebe a životnom štýle (nerovnosť životných šanci),
- nerovnosť statusová (symbolické vyjadrenie nerovnosti),
- nerovnosť v schopnostiach a na trhu práce,
- nerovnosť vo vzdelaní a v prístupe k vzdelaniu,
- nerovnosť v rozdelení vplyvu a moci.

Tieto nerovnosti sa prejavujú v každej európskej krajine, vrátane vyspelých štátov. Aj napriek rozsiahlym intervenčným opatreniam má výskyt nerovností v jednotlivých krajinách stúpajúci charakter a významný vplyv na zdravie.

Jednou z priorit verejného zdravotníctva je znižovať nerovnosti v zdraví. Toto úsilie je realizované predovšetkým prostredníctvom cieľených stratégií podpory zdravia a zdravotnej politiky cieľenej na najviac ohrozené skupiny populácie (vulnerable groups).

Preukázateľne najviac ohrozenou skupinou populácie na Slovensku sú predovšetkým obyvatelia segregovaných a separovaných rómskych osídlení a lokalít, ktorá u nás patrí medzi najviac znevýhodnenú. Hovorí sa o nej ako o najchudobnejšej z chudobných. Nízky príjem je spravidla hlavným znakom chudoby. Ale aj nízke vzdelanie, menšia šanca zamestnať sa, zlý zdravotný stav a narušené životné prostredie ich vylučuje z minimálne akceptovaného života spoločnosti.

Zhoršený zdravotný stav obyvateľov segregovaných a separovaných rómskych osídlení a lokalít, oproti majoritnej populácii, sa vo zvýšenej miere podieľa na zvýšených nákladoch

spoločnosti na liečbu, pracovnú neschopnosť, hospitalizáciu a invaliditu.

V súlade s uznesením vlády SR č. 680/2007 k Programu podpory zdravia znevýhodnených komunit na Slovensku 1. etapa – Program podpory zdravia znevýhodnenej rómskej komunity na roky 2007 - 2008 a na základe ukončenej 1. etapy programu predkladáme 2. etapu Programu podpory zdravia znevýhodnených komunit na Slovensku na roky 2009 – 2015 (ďalej len „program“). Program je zameraný na obyvateľov segregovaných a separovaných rómskych osídlení a lokalít, v ktorých je zdravotno-hygienická situácia najkritickejšia.

2. etapa programu nadväzuje na predchádzajúcu prvú etapu (realizovanú v rokoch 2007 – 2008), v rámci ktorej pracovalo v teréne – v segregovaných a separovaných rómskych osídleniach a lokalitách 30 Komunitných pracovníkov v oblasti zdravotnej výchovy (ďalej len KPZV). V 2. etape navrhujeme postupné rozšírenie počtu KPZV, v závislosti od efektivity práce, a počtu segregovaných a separovaných rómskych osídlení a lokalít, v ktorých sa bude program realizovať.

Predkladaná 2 etapa programu je jedným z nástrojov ako riešiť nedostatočnú zdravotno-hygienickú situáciu cieľovej skupiny prostredníctvom zdravotno-výchovného pôsobenia KPZV.

## 1. VÝCHODISKÁ

### Východiská pre 2. etapu programu

#### **1. 1. Zdravotno-hygienická situácia v segregovaných a separovaných rómskych osídleniach a lokalitách**

Najproblémovejšia sa javí životná situácia obyvateľov segregovaných a separovaných rómskych osídlení a lokalít, kde je zdravotno-hygienická situácia najhoršia.

#### **a) Zhodnotenie zdravotno-hygienickej situácie zrealizovalo 36 regionálnych úradov verejného zdravotníctva na Slovensku (ďalej len „RÚVZ“) vo svojich spádových oblastiach, v rámci štátneho zdravotného dozoru v roku 2008.**

Najväznejšie zistené problémy sú:

1. Nedostatočná infraštruktúra a nedostatočné napojenie na inžinierske siete.
2. Nedostatočné zásobovanie pitnou vodou, zároveň tiež odmietavý postoj k používaniu upravenej chlóranej vody zo strany rómskej komunity. Významný podiel obyvateľov je zásobovaný z technicky neupravených studní, prípadne i priamo vodných tokov. Závažná je skutočnosť odstavovania vody verejných vodovodov z dôvodu neplatenia spotrebiteľov za vodu.
3. Nedostatočná kanalizácia – nedostatočný spôsob odvádzania odpadových vôd. Vo väčšine rómskych osád sú využívané suché

toalety so vsakovacími jamami, resp. i bez nich. Sú však i osady bez akýchkoľvek toaliet.

#### 4. Nedostatočná plynofikácia.

5. Problematická likvidácia komunálneho odpadu. V niektorých prípadoch sa hromadí a rozkladá neodstraňovaný a neodvázaný odpad v osadách. V niektorých prípadoch rómski občania nevyžívajú zabezpečené smetné koše a veľkokapacitné kontajnery. Zhromažďovanie tuhého komunálneho odpadu je najčastejšie riešené do veľkoobjemových kontajnerov, mene do kuka nádob so zabezpečeným odvozom. Zhromažďovanie tekutého odpadu vo veľkokapacitných kontajneroch je najmä v teplých dňoch spojené s rizikom rozkladu odpadu, nakoľko tento obsahuje aj odpad podliehajúci rýchlemu rozkladu a frekvencia vývozu je až po naplnení kontajnerov. Často však i napriek zabezpečeniu odvozu odpadu dochádza k znečisteniu prostredia osád jeho priamym vyhadzovaním v okolí obydí. Vo väčšine prípadov za odvoz odpadu obyvatelia neplatia.

6. Nevyhovujúce podmienky bývania: nízka úroveň hygieny bývania a nízky štandard bývania - zlý stavebno-technický stav bývania, preľudnenosť obydí, chýbajúce zariadenia pre osobnú hygienu. K uvedenému problému prispieva nekoordinovaná a legislatívne nezabezpečená živelná výstavba domov, chatrčí

ako aj sústavná devastácia existujúcich stavieb určených na bývanie samotnou rómskou komunitou. Na hygiene bývania sa negatívne odráža vplyv prostredia, t.j. nedostatočné zásobovanie vodou, neriešené odkanalizovanie, ale i spôsob života a správanie sa obyvateľov. V niektorých prípadoch sú obyvatelia obytných blokov neplatiči.

7. Nadmerný výskyt hmyzu (šváby, vši...), hlodavcov a premnoženie túlavých psov v rómskych osadách, čo súvisí so zvýšeným rizikom vzniku infekčných ochorení. Premnožené psy nie sú očkované proti besnote, ani preliečené proti parazitom, čím predstavujú zdravotné nebezpečenstvo nie len pre obyvateľov segregovaných a separovaných rómskych osídlení a lokalít ale aj pre ostatné obyvateľstvo.

#### 8. Znečistené životné prostredie a podzemné vody spôsobené:

- rozoberaním starých áut a vypúšťaním starých olejov a chladiacich kvapalín do pôdy a tým do podzemných vôd,
- rozoberaním a rozbíjaním drevených okien,
- pálením káblov a pneumatík,
- hromadením odpadu v okolí obydí samotnými obyvateľmi rómskych osád.

9. Zdevastované životné prostredie. Súvisí so systematickou likvidáciou porastov najmä lesných (napr. oblasť národného

parku Slovenský raj), neudržiavaním až devastáciou objektov, nadmerných znečisťovaním terénu komunálnym odpadom.

10. Sociálna a priestorová izolovanosť rómskych komún

11. Vysoká migrácia rómskeho obyvateľstva

12. Nedôvera rómskej komunity voči oficiálnym inštitúciám, vrátane lekárov

13. Vysoká miera odkázanosti na sociálne dávky

14. Nízka úroveň pracovných návykov

15. Vysoký podiel nezamestnaných (vo väčšine segregovaných osád až 100 %)

16. Vysoká úmrtnosť v nízkom veku, chorobnosť, zlý zdravotný stav

17. Nedostatočná starostlivosť o deti

18. Nízka miera sociálnych návykov u detí a rodičov v oblasti hygieny

19. Neschopnosť dlhodobého plánovania a neschopnosť viesť rodinný rozpočet

20. Kriminalita – krádeže, násilné činy, úžera

21. Problémy s účasťou rómskych rodičov na preventívnych prehliadkach a na základnom očkovaní detí. Príčinami nižšieho percenta zaočkovanosti sú napr. dlhodobý pobyt rómskych detí v zahraničí, zvýšená migrácia rómskeho etnika do zahraničia s tým, že zdravotná dokumentácia zostáva u príslušného pediatra a tiež pre nedisciplinovanosť alebo neinformovanosť rodičov

22. Rómska populácia sa naďalej významne podieľa na chorobnosti na infekčné ochorenia, hlavne – dýzentérie, ostatné črevné infekcie, vírusové hepatitídy, svrab a infekčné ochorenia dýchacích ciest.

23. Zanedbávanie povinnej školskej dochádzky – záškoláctvo

**b) Východiskom sú tiež podnety, ktoré vyplynuli z práce KPZV v segregovaných a separovaných rómskych osídleniach a lokalitách v rámci realizácie 1.etapy programu**

Medzi najzávažnejšie aktuálne problémy v osadách, ktoré treba v súvislosti so zlepšením zdravotno-hygienickej situácie aj naďalej riešiť, možno na základe zistení z práce KPZV v teréne

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.

V rámci realizácie 1. etapy programu v rokoch 2007 – 2008 je potrebné pozitívne 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 KPZV

v segregovaných a separovaných rómskych osídleniach a lokalitách. Zároveň udržateľnosť získaných pozitívnych výsledkov je podmienená dlhotrvajúcim, sústavným a systematickým zdravotnovýchovným pôsobením KPZV, ktoré by malo pokračovať v rámci 2. etapy programu.

**c) Východiskovú situáciu z hľadiska ochrany a podpory zdravia vytvárajú aj najdôležitejšie výsledky Monitoringu životného štýlu a zdravotného stavu:**

Charakteristickým znakom sledovanej vzorky rómskej populácie je nízka vzdelanosť a vysoká nezamestnanosť. Nezamestnanosť dosahuje 61 %, z čoho 28 % nevykonáva ani menšie obecné a dobrovoľnícke služby. 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). Zistenie, že štvrtina respondentov nemá záujem o prácu, považujeme za vážny problém.

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.

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 pedikulózy.

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, čo sú hodnoty porovnateľné s majoritnou populáciou. Pri hodnotách systolického tlaku je situácia mierne odlišná. V rómskej populácii má vysoký systolický tlak (nad 140 mmHg) 27 % mužov, čo je zhodné s percentom vysokého tlaku zisteného aj u majoritnej populácie. 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). 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 kardiovaskulárných 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 41 rokov pri úmrtí rómskych mužov žijúcich v neintegrovanej osadách, 30%-ný podiel úmrtí 0-14 ročných z celkového počtu úmrtí, nízke percentuálne zastúpenie osôb starších ako 65 a pod.

#### **d) Východiskom sú aj odporúčania z 1. etapy realizácie programu**

Ukázalo sa, že u znevýhodnenej rómskej komunity je nízka vzdelanostná úroveň – nízka všeobecná gramotnosť, čo súvisí aj s nízkou zdravotnou a informačnou gramotnosťou, s nízkym zdravotným uvedomením. 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:

- osobnú hygienu,
  - prevenciu infekčných ochorení,
  - sexuálne a reprodukčné zdravie – zodpovedné rodičovstvo,
  - manipuláciu s potravinami, orientáciu v označovaní potravín,
  - ochranu životného prostredia,
  - prevenciu úrazov a nehôd,
  - zdravotnú starostlivosť (práva a povinnosti pacienta, zdravotné poistenie, preventívne prehliadky a pod.),
  - starostlivosť o dieťa.
2. Dôležité je, aby bola zdravotná výchova realizovaná zrozumiteľným a primeraným spôsobom vzhľadom ku kultúrnej a vedomostnej úrovni znevýhodnenej rómskej komunity.
  3. Potrebné je tiež zamerať sa a podporovať zvýšenie zainteresovanosti občanov rómskej komunity, aby sa aktívne podieľali 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 2. etapu programu je potrebné iniciovať maximálne možnú súčinnosť medzi KPZV, terénnymi sociálnymi pracovníkmi a asistentmi učiteľa v základných a špeciálnych základných

školách. Vzájomná súčinnosť všetkých zainteresovaných zložiek by mala existovať predovšetkým na úrovni gestorov jednotlivých programov zameraných na komunitnú prácu a riešenie problematiky rómskej populácie.

5. V ďalšej etape u je potrebné sa viac zamerať na cieľovú skupinu obyvateľov 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 za prítomnosti odborných pracovníkov RÚVZ. Dotazník bude formulovaný a vyhodnocovaný v spolupráci s Úradom splnomocnenca vlády Slovenskej republiky pre rómske komunity.

## **2. Záver**

Prvá etapa programu preukázala užitočnosť sústavného pôsobenia KPZV a jeho priaznivý dopad na zvýšenie zdravotného uvedomenia, budovanie pocitu prichádzajúcej pomoci a rozširovania vedomostí o správnych hygienických a zdravotných návykoch. Výraznejšia zmena v zdravotnom stave a životnom štýle cieľovej skupiny si vyžaduje dlhotrvajúce, sústavné a systematické zdravotno-výchovné pôsobenie, čo by malo byť tiež úlohou 2. etapy programu.

## **3. Najnaliehavejšie úlohy pre 2. etapu programu na roky 2009 - 2015:**

### **a) Rozšírenie počtu Komunitných pracovníkov v oblasti zdravotnej výchovy**

Druhá etapa bude v súvislosti s počtom KPZV a lokalitou osád nadväzovať na 1. etapu programu. Od roku 2009 navrhujeme zvýšiť počet RÚVZ o 2 na celkový počet 12. Počet KPZV, osád a lokality osád sa bude rozširovať, resp. meniť, a to v závislosti od efektívnosti dosahovaných výsledkov programu. Počet a zoznam RÚVZ a osád, v ktorých sa 2. etapa programu začne realizovať, je uvedený v prílohe č. 3. Vyššie uvedené sa bude riešiť v súčinnosti so Splnomocnenkyňou vlády SR pre rómske komunity.

### **b) Vyčlenenie finančných prostriedkov**

Finančné prostriedky na realizáciu 2. etapy Programu podpory zdravia znevýhodnených komunit na Slovensku na roky 2009 – 2011 budú zabezpečené z rozpočtovej kapitoly Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky. O realizácii programu v rokoch 2012 až 2015 rozhodne vláda SR v nadväznosti na zhodnotenie efektívnosti výsledkov získaných plnením programu v rokoch 2009 – 2011. Rozpis požadovaných finančných prostriedkov na realizáciu 2. etapy programu je uvedený v prílohe č.1.

### **c) Systematická a dlhotrvajúca elementárna zdravotná výchova**

V súvislosti s uvedeným je potrebné aj **naďalej realizovať** sústavnú a systematickú elementárnu zdravotnú výchovu obyvateľov segregovaných a separovaných rómskych osídlení a lokalít.

Zdravotnú výchovu budú vykonávať KPZV pod odborným dohľadom verejných zdravotníkov – zdravotníckych pracovníkov príslušných RÚVZ.

Zdravotná výchova v rómskej komunite bude 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.).

Dôležité je, aby bola zdravotná výchova realizovaná zrozumiteľným a primeraným spôsobom vzhľadom ku kultúrnej a vedomostnej úrovni znevýhodnenej rómskej komunity.

Cieľom je zvýšenie zdravotného uvedomenia cieľovej skupiny so zameraním na osvojenie si návykov zdravého životného štýlu a starostlivosti o zdravie, a tým zvýšenie zainteresovanosti cieľovej

skupiny aktívne sa podieľať na riešení problémov súvisiacich so životným štýlom a starostlivosťou o zdravie.

#### **d) Cielené vyhľadávanie prirodzených lídrov vnútri komunity**

Táto úloha tesne nadväzuje na predchádzajúcu a zavádza k rómskym komunitám diferencovaný prístup v zabezpečovaní zdravotnej výchovy, v skvalitňovaní postupov v podpore zdravia. Táto úloha je orientovaná na postupné preberanie starostlivosti o zdravotné pôsobenie vnútri komunity niektorými jej členmi. Lídri budú v rámci komunit vyberaní tí, ktorí majú prirodzené nadanie, vôľu pozdvihnúť zdravotnú úroveň komunity a majú tiež potrebnú autoritu v rámci komunity. Táto úloha prebehne v roku 2009 len v niektorých vybraných komunitách a na základe získaných skúseností sa bude rozširovať na ďalšie.

#### **e) Spolupráca všetkých zainteresovaných zložiek**

Pre 2. etapu programu je potrebné iniciovať maximálne možnú súčinnosť medzi KPZV, terénnymi sociálnymi pracovníkmi a asistentmi učiteľa v základných a špeciálnych školách. Vzájomná súčinnosť všetkých zainteresovaných zložiek by mala existovať predovšetkým na úrovni gestorov jednotlivých programov zameraných na komunitnú prácu a riešenie problematiky rómskej populácie. Zo strany zúčastnených RÚVZ je garantom spolupráce medzi KPZV a terénnymi sociálnymi pracovníkmi Úrad verejného zdravotníctva Slovenskej republiky, ktorý dňa 23.2.2007 v rámci

metodického školenia v súvislosti s realizáciou 1. etapy Programu usmernil regionálnych hygienikov a pracovníkov RÚVZ v otázkach nutnosti a spôsobu vzájomnej spolupráce.

#### **f) Aktivity a programy cielene zamerat' na aktuálne problémové oblasti**

**Uvedené problémové oblasti, ktoré vyplynuli na základe realizácie 1. etapy programu, na ktoré sa treba zamerať v rámci pokračovania 2. etapy:**

- osobná hygiena
- prevencia infekčných ochorení,
- sexuálne a reprodukčné zdravie – zodpovedné rodičovstvo
- manipulácia s potravinami, orientácia v značení potravín
- ochrana životného prostredia,
- prevencia úrazov a nehôd
- zdravotná starostlivosť (práva a povinnosti pacienta, zdravotné poistenie, preventívne prehliadky...)
- starostlivosť o dieťa.

#### **4. Finančné zabezpečenie**

Pracovno-právny vzťah medzi KPZV a RÚVZ sa bude riešiť formou Príkaznej zmluvy uzavretej podľa § 724 a nasl. Občianskeho zákonníka. Na realizáciu 2. etapy programu na roky 2009 – 2015 je

potrebné včleniť finančné prostriedky z rozpočtovej kapitoly  
Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky.