

Rómska populácia a zdravie: Analýza situácie na Slovensku

Rómska populácia a zdravie: Analýza situácie na Slovensku



Financed by:



PDCS Partners
for Democratic
Change Slovakia

Rómska populácia a zdravie: Analýza situácie na Slovensku

Názov:

Rómska populácia a zdravie: Analýza situácie na Slovensku

Vydal:

Partners for Democratic Change Slovakia

Štúrova 13

811 02 Bratislava, Slovakia

tel: +421/2/5292 5016

fax: +421/2/5293 2215

web: www.pdcs.sk

email: pdcs@pdcs.sk

Autori:

Miroslav Popper, Petra Szeghy, Štefan Šarkozy

Rukopis recenzovala:

Jana Hažírová

Podakovanie:

Autori publikácie týmto vyjadrujú svoju vďaku všetkým, ktorí sa podieľali na výskume a interpretácii výsledkov. Za transformáciu dotazníka ďakujeme Elene Gallovej – Kriglerovej, všetkým anketárom ďakujeme za zber dát v náročných podmienkach a poskytnutie informácií o práci v teréne, Irene Myslíkovej za dizajn reprezentatívnej vzorky rómskej populácie, Marekovi Hojsíkovi za inšpiratívne rady a pripomienky pri interpretácii dát, Darine Sedlákovej, Andree Bučkovej, Dušanovi Ondrušekovi, a Jane Hažírovej za prečítanie rukopisu a poskytnutie cenných pripomienok a rád. Za grafickú úpravu ďakujeme Matejovi Mihalechovi.

Spracovanie dát a predbežná správa: Equipo de Investigación Sociológica S.A. (EDIS). Raúl Ruiz (management). Cristina Villar, Ángel L. Garcerán, Carmen Guerrero, Prados Fernández, Carla Martínez, M^a Nieves Mora (team work)

Redakčná úprava:

Fundación Secretariado Gitano

C/ Ahijones s/n

28018 Madrid (Spain)

Tel: 0034914220960

www.gitanos.org

fsg@gitanos.org

Grafická úprava a tlač: A.D.I.

ISBN: 978-84-692-5485-1

DP: GU-343/2009

©FSG

Madrid 2009

Cuaderno Técnico N° 92

This document arises from the project HEALTH AND THE ROMA COMMUNITY: ANALYSIS OF THE SITUATION IN EUROPE which received funding from the European Union, in the framework of the Public Health Programme.

The views expressed herein are those of individual authors and can therefore in no way be taken to reflect the official opinion of the Executive Agency for Health.

Obsah

Úvod	5
1. Metodológia	7
1.1. Metodologický prístup	7
1.2. Výberová sieť	7
1.3. Zber dát	12
1.4. Dotazník	12
1.5. Obmedzenia výskumu	13
2. Charakteristika rómskej populácie na Slovensku	15
2.1. Bývanie	16
2.2. Demografický opis	20
2.3. Domácnosť	24
2.4. Starostlivosť o neplnoletých	25
2.5. Obmedzenie bežných denných aktivít	25
3. Zdravotná situácia. Ochorenia	29
3.1. Vnímaný zdravotný stav	29
3.2. Ochorenia a zdravotné problémy	31
4. Úrazy	37
5. Obmedzenie hlavnej činnosti	41
6. Užívanie liekov	45
7. Návštevy lekára	47
7.1. Ostatná návšteva lekára	47
7.2. Dostupnosť zdravotníckych služieb	48
7.3. Zdravotnícka pomoc	48
7.4. Očkovanie u detí	50
8. Návštevy zubára	53
8.1. Frekvencia návštev zubára	53
8.2. Stav chrupu	54
9. Hospitalizácia	55
9.1. Hospitalizovaná populácia	55
9.2. Príčina hospitalizácie	56

10. Využitie pohotovostných služieb	57
11. Prevencia u žien	59
11.1. Návštevy gynekológa	59
11.2. Gynekologické testy	60
12. Sluchové a vizuálne charakteristiky	61
13. Životný štýl: konzumácia tabaku a alkoholu	63
13.1. Fajčiari a nefajčiari	63
13.2. Konzumácia alkoholu	65
14. Životný štýl: fyzická aktivita a odpočinok	67
14.1. Spánok	67
14.2. Fyzická aktivita	68
14.3. Sledovanie televízie neplnoletými	69
15. Životný štýl: výživa.	71
15.1. Dojčenie rómskych detí	71
15.2. Raňajky	74
15.3. Zloženie stravy	74
15.4. Index telesnej hmotnosti (BMI)	76
16. Závery a odporúčania	79
17. Bibliografia.	83
18. Príloha. Dotazník	85

Úvod

Táto publikácia vznikla v rámci projektu Zdravie a rómska komunita, analýza situácie v Európe, financovaného Európskou úniou v rámci programu „Public Health Programme“. Na projekte sa zúčastnilo sedem európskych krajín: Španielsko, Bulharsko, Česká republika, Grécko, Portugalsko, Rumunsko a Slovensko.

Podľa štatistík Európskeho parlamentu je 12 až 15 miliónov Rómov žijúcich v Európe znevýhodnených a v mnohých prípadoch sú vystavení vážnej štrukturálnej diskriminácii, chudobe a sociálnemu vylúčeniu. Nerovnosti v zdravotnej starostlivosti a v prístupe k zdravotníckym službám predstavujú jeden z hlavných faktorov, ktoré prispievajú k ich sociálnemu vylúčeniu. Zdravotný stav rómskej komunity nie je podložený štatistickými údajmi ani spoľahlivými aktuálnymi dátami. Preto bolo cieľom projektu získať čo najpodrobnejšie údaje o zdravotnom stave Rómov a ich prístupe a využívaní služieb zdravotnej starostlivosti a na ich základe identifikovať skutočné potreby a stanoviť správne priority v aktivitách. Tie majú slúžiť ako základ pre tvorbu na mieru šitých aktivít a politik v oblasti zdravia na národnej aj európskej úrovni s cieľom znížiť nerovnosť v prístupe Rómov k zdravotnej starostlivosti a podporiť ich sociálnu inklúziu.

V záujme naplnenia uvedených cieľov na Slovensku bol realizovaný kvantitatívny dotazníkový výskum zdravotného stavu rómskej populácie formou rozhovorov na reprezentatívnej vzorke rómskej populácie. Jednalo sa o 657 rozhovorov uskutočnených najmä v domácnostiach zo všetkých regiónov Slovenska. Jeho prostredníctvom sa získali údaje o chorobách, úrazoch, spotrebe liekov, poradenstve, dostupnosti a využiteľnosti zdravotných zariadení, hospitalizácii, využívaní služieb prvej pomoci, zdravej výžive o iné.

V tejto publikácii predkladáme čitateľom všetky relevantné výsledky, ktoré zároveň porovnávame s údajmi o celkovej slovenskej populácii všade tam, kde boli tieto údaje dostupné.

V závere ponúkame tematické aj procedurálne odporúčania predovšetkým pre Ministerstvo zdravotníctva SR. Veríme však, že tak výsledky, ako aj odporúčania budú inšpiratívne aj pre všetky iné lokálne a mimovládne organizácie a jednotlivcov, ktorí sa rómskou problematikou zaoberajú a snažia sa prispieť k zlepšeniu nielen zdravotnej, ale aj celkovej situácie Rómov.

1. Metodológia

1.1. Metodologický prístup

Metodológia výskumu je prevzatá od hlavného partnera projektu, organizácie Fundaci3n Secretariado Gitano. V záujme získania porovnateľných dát pre výslednú analýzu situácie zdravia R3mov v Eur3pe použilo všetkých sedem zapojených krajín rovnakú metodológiu.

Hlavným cieľom tohto výskumu bolo získať vhlád do súčasnej sociálno-zdravotnej situácie R3mskej populácie na Slovensku, identifikovať faktory ovplyvňujúce zdravotný stav R3mov a na základe aktuálnych a spoľahlivých údajov a analýzy situácie navrhnúť účinné stratégie, formulovať odporúčania v oblasti politiky, podpory, prevencie a monitorovania zdravia. Zmyslom takýchto opatrení je predovšetkým riešiť nerovnosť v prístupe a využívaní zdravotnej starostlivosti a zlepšiť tak zdravotnú situáciu v r3mských komunitách.

V záujme naplnenia uvedených cieľov bol realizovaný výskum založený na zbere aktuálnych dát „z prvej ruky“, teda priamo v r3mských domácnostiach. Keďže cieľovou skupinou bola r3mska populácia na Slovensku, uskutočnili sme 657 rozhovorov v domácnostiach zo všetkých regiónov Slovenska. Respondentmi boli R3movia a R3mky všetkých vekových kategórií. Snažili sme sa teda získať informácie, ktoré je po štatistickom spracovaní možné extrapolovať na celú R3msku populáciu na Slovensku.

Etický problém definovania R3mov bol riešený úvodnou otázkou: „Cítite sa byť R3mom/R3mkou?“ Rozhovor mohol byť uskutočnený len v prípade pozitívnej odpovede, pri negatívnej odpovedi rozhovor nepokračoval a anketár hľadal inú domácnosť.

1.2. Výberová sieť

Nasledujúca časť podrobne popisuje a dokladá reprezentatívnosť výskumu, preto je písaná odbornou štatistickou terminológiou.

Navrhnutá výberová sieť r3mskej populácie bola realizovaná na základe dostupných informácií o tejto komunite na Slovensku. Informácie o počte os3b a domácností r3mskej populácie sú neúplné. Z toho dôvodu je reprezentatívnosť vzorky závislá na dostupných informáciách a zobrazuje stav v súčasnom období poznania.

Výberová vzorka bola vytvorená na základe nasledujúcich metodologických východísk:

1. Hlavnými výsledkami projektu budú analytické výstupy o zdravotnom stave R3mov. Podkladom pre analýzy majú byť údaje zo zisťovania o chorobách, úrazoch, spotrebe liekov, poradenstve, hospitalizácii, využívaní služieb prvej pomoci, zdravej výžive a iné.
2. Zisťovanie sa podľa predpokladu má realizovať v teréne počas 4. štvrťroku 2008. (Táto informácia je potrebná na posúdenie aktuálnosti opory výberu.)

3. Referenčnou populáciou je rómska populácia s trvalým pobytom na území SR, táto populácia teda tvorí základný súbor pre zisťovanie. Výber sa má realizovať z opory výberu obsahujúcej istý typ zoznamu tohto obyvateľstva.
4. Jednotkami výberu môžu byť byty, resp. domy, prípadne hospodáriace, resp. cenzové domácnosti, pričom zisťovanie sa bude realizovať u každej osoby žijúcej vo vybranom byte, resp. dome alebo u každého člena zvoleného typu domácnosti.
5. Veľkosť výberovej vzorky je stanovená na základe finančných možností. Objem finančných prostriedkov umožní realizáciu zisťovania v cca. 700 domácnostiach. Daný počet umožní konštruovať vzorku tak, aby zisťovania poskytli reprezentatívne výsledky s čo najnižšou štandardnou chybou za kraje a podľa pohlavia.
6. Voľba výberového postupu je zvolená podľa možností, ktoré poskytuje opora výberu.

Postup vytvorenia výberovej siete

Najkomplexnejšiu a viac-menej jedinú databázu rómskych osídlení, resp. osídlení s rómskou populáciou v SR poskytujú výstupy projektu „Atlas rómskych komunít na Slovensku 2004“ (ďalej Atlas). Na základe výsledkov uvedeného projektu sa zistilo, že v sledovaných komunitách, ktoré majorita označuje za rómske, žije 281 379 obyvateľov. Na základe sociografického mapovania rómskych osídlení sa odhaduje, že počet Rómov na Slovensku sa približuje k dolnej hranici demografických odhadov, čo je približne 320 tisíc. Výskum sa realizoval v 1087 obciach, resp. mestách. V nich bolo identifikovaných 1575 osídlení rôzneho typu, v ktorých žijú komunity majoritou vnímané ako rómske. V 772 obciach alebo mestách žijú tieto komunity integrované v rozptyle medzi majoritnou populáciou. S veľkou pravdepodobnosťou platí, že na Slovensku existujú rómske osídlenia, ktorých počet obyvateľov sa nepodarilo zmapovať a v obciach, ktoré v rámci projektu neboli navštívené, tiež žije istý počet Rómov.

Na základe uvedených skutočností za pravdepodobný odhad pre referenčnú populáciu projektu považujeme cca. 320 tisíc obyvateľov rómskeho etnika s trvalým pobytom v SR. Zoznam rómskych domácností, resp. osôb neexistuje a preto sa konštrukcia výberovej siete realizovala podľa dostupných informácií o počtoch obydľí rómskeho obyvateľstva v obciach a mestách.

Počty obydľí, resp. domácností sa odhadli nasledovne:

- Vypočítali sa počty obydľí, resp. hospodáriacich domácností segregovaných a separovaných vrátane počtov osôb žijúcich v domácnostiach v obciach s podielom nad 10% a s minimálnym počtom 100 osôb za kraje z projektu „Atlas rómskych komunít na Slovensku 2004“ v intervaloch:
 - podiel rómskeho obyvateľstva nad 50 %
 - podiel rómskeho obyvateľstva v intervale 25 - 50 %
 - podiel rómskeho obyvateľstva v intervale 10 - 25 %.
- Vypočítali sa počty domácností rozptýlených v obciach s podielom rómskeho obyvateľstva nad 10 % a s minimálnym počtom osôb 100 z Atlasu.
- Odhadli sa počty rómskych domácností nezahrnutých do obcí v Atlase.

Tento spôsob implicitne zahŕňa osídlenia rôzneho typu a následne možnosti porovnania vplyvu faktorov zdravotného stavu, prístup k službám zdravotnej starostlivosti pre nasledovné typy domácností:

- rómske obyvateľstvo žijúce segregovane
- rómske obyvateľstvo žijúce separovane a
- rómske obyvateľstvo žijúce rozptýlene.

Tabuľka 1.1. Schéma vzorky pre proporcionálny výber

	osoby		obydlia		počet dom. vo vzorke
	Abs	%	Abs	%	
Dolná hranica odhadnutých počtov rómskeho obyvateľstva	320 000	100.0	50 448	100.0	700
Počet podľa „Atlas rómskych komún na Slovensku 2004“	281 379	87.9	40 793	80.9	566
v tom:					
v obciach s podielom nad 10 % rozptýlené	93 260	29.1	15 543	30.8	216
v obciach s podielom nad 10%, separované a segregované	188 119	58.8	25 250	50.1	350
v tom:					
v obciach s podielom 10-25 % a min. 100 osôb	64 991	20.3	8 170	16.2	113
v obciach s podielom nad 25-50 % a min. 100 osôb	71 087	22.2	9 622	19.1	134
v obciach s podielom nad 50 % a min. 100 osôb	52 041	16.3	7 458	14.8	103
Počet Rómov nezahrnutých do obcí v „Atlase ...“	38 621	12.1	9 655	19.1	134

Voľbu proporcionálneho výberu považujeme za vhodnú z dôvodu, že odhad ukazovateľov z takého zisťovania je najmenej náročný a pri vysokej návratnosti sú aj výpočty ukazovateľov bez preváženia reprezentatívne pre východiskový základný súbor (320 000).

Tabuľka 1.2. Počty separovaných a segregovaných obydľí v obciach s rôznym podielom rómskeho obyvateľstva za kraje

Kraj	nad 10 %		počty vo vzorke	abs. počty obydľí			rel. počty obydľí			počty obydľí vo vzorke		
	abs.	rel.		10-25%	25-50%	nad 50 %	10-25%	25-50%	nad 50 %	10-25%	25-50%	nad 50 %
Bratislavský	399	0.02	6	399	0	0	0.016	0.000	0.000	6	0	0
Trnavský	1 112	0.04	15	635	477	0	0.025	0.019	0.000	9	7	0
Trenčiansky	31	0.00	0	31	0	0	0.001	0.000	0.000	0	0	0
Nitriansky	1 534	0.06	21	943	274	317	0.037	0.011	0.013	13	4	4
Žilinský	159	0.01	2	121	38	0	0.005	0.002	0.000	2	1	0
Banskobystrický	5 544	0.22	77	1 188	2 526	1 830	0.047	0.100	0.072	16	35	25
Prešovský	7 544	0.30	105	2 557	2 626	2 361	0.101	0.104	0.094	35	36	33
Košický	8 927	0.35	124	2 296	3 681	2 950	0.091	0.146	0.117	32	51	41
SR	25 250	1.00	350	8 170	9 622	7 458	0.324	0.381	0.295	113	134	103

Na základe uvedenej tabuľky do vzorky sú vybrané dané počty separovaných a segregovaných obydľí, resp. domácnosti v ľubovoľnej obci v kraji, ktorá spĺňa požadovanú podmienku podielu rómskeho obyvateľstva v obci.

Nie všetky rómske domácnosti boli zmapované v rámci projektu „Atlas rómskych komún na Slovensku 2004“. V rámci výskumu však bolo potrebné realizovať zisťovanie aj v rómskych domácnostiach rozptýlených mimo obcí zahrnutých do Atlasu. S veľkou pravdepodobnosťou ide o taký počet rómskeho obyvateľstva, ktorý predstavuje rozdiel medzi počtom zisteným v Atlase a demografmi realizovaným odhadom počtu rómskej populácie. Ide o cca. 39 tisíc domácností, čo po prepočítaní na vzorku činí 134 domácností rozptýlených v obciach, ktoré v Atlase neboli zmapované. Tento počet sme rozdelili do krajov proporcionálne podľa počtu celkového počtu domácností v krajoch.

Nasledujúca tabuľka uvádza počty obydľí, resp. domácností, ktoré sa vyberú v teréne v jednotlivých krajoch vo vybraných obciach (ktoré sú určené podielom rómskeho obyvateľstva) a tiež v ľubovoľných obciach, resp. mestách nezarađených do Atlasu.

Tabuľka 1.3. Počty obydľí, resp. domácností, ktoré boli podľa požadovaných kritérií (v hlavičke tabuľky) vybrané do vzorky

Kraj	počty segregovaných a separovaných obydľí vo vzorke			počty rozptýlených obydľí vo vzorke	počty rómskych domácností v obciach mimo "Atlas..."	Počty vybraných obydľí, resp. domácností do vzorky v krajoch	
	10-25%	25-50%	nad 50 %			abs.	%
Bratislavský	6	0	0	4	16	26	3.7
Trnavský	9	7	0	10	14	40	5.7
Trenčiansky	0	0	0	0	15	15	2.2
Nitriansky	13	4	4	13	18	52	7.5
Žilinský	2	1	0	1	17	21	3.0
Banskobystrický	16	35	25	47	18	141	20.1
Prešovský	35	36	33	65	17	186	26.6
Košický	32	51	41	76	19	219	31.3
SR	113	134	103	216	134	700	100.00

Pri výbere obce/obcí sa postupovalo nasledovne:

- Z Atlasu sa za každý kraj náhodne vyberali obce s požadovaným podielom rómskeho obyvateľstva (10-25%, 25-50%, nad 50%).
- V obciach príslušného typu (kraj X podiel) sa v separovaných a segregovaných častiach náhodne vyberal určený počet obydľí, resp. domácností
- Z praktických dôvodov sa výber rozptýleného rómskeho obyvateľstva realizoval aj v obciach, v ktorých prebehol výber segregovaného a separovaného obyvateľstva.

Náhodnosť výberu umožní realizáciu výberu rozptýleného rómskeho obyvateľstva aj v iných obciach nachádzajúcich sa v Atlase.

Zo zoznamu „Najväčšie rómske komunity SR“ sa v jednotlivých krajoch náhodne vybrali obce. Vo vybraných obciach sa realizoval náhodný výber obydľí, resp. domácností podľa pravidla „každý piaty“. Z jednej komunity teda bolo vybraných najviac 20 % obydľí,

Ako už bolo spomenuté, očakávanú vzorku Rómskej populácie tvorilo 700 domácností. Kvôli obštrukciám v teréne však reálna vzorka pozostáva zo 657 domácností, čo predstavuje 657 respondentov a 3 760 členov domácností. To znamená, že návratnosť zisťovania v teréne bola takmer 94%-ná.

Nasledujúca tabuľka zobrazuje zloženie skúmanej vzorky **za všetkých členov domácností:**

Tabuľka 1.4.

	Muži	Ženy	Spolu
Členovia domácnosti			
0 až 4	213	200	413
5 až 9	268	248	516
10 až 15	328	333	661
16 až 29	414	445	859
30 až 44	369	367	736
45 až 64	236	260	496
65 a viac	42	37	79
Spolu	1.870	1.890	3.760
Percentá			
0 až 4	5,7	5,3	11,0
5 až 9	7,1	6,6	13,7
10 až 15	8,7	8,9	17,6
16 až 29	11,0	11,8	22,8
30 až 44	9,8	9,8	19,6
45 až 64	6,3	6,9	13,2
65 a viac	1,1	1,0	2,1
Spolu	49,7	50,3	100

Nasledujúca tabuľka zobrazuje zloženie respondentov a respondentiek podľa veku, teda **vybraných osôb**, na ktorých bol administrovaný komplexný dotazník o zdraví.

Tabuľka 1.5.

	Muži	Ženy	Spolu
Distribúcia respondentov			
0 až 4	32	34	66
5 až 9	41	44	85
10 až 15	83	87	170
16 až 29	22	31	53
30 až 44	45	44	89
45 až 64	85	81	166
65 a viac	14	14	28
Spolu	322	335	657
Percentá			
0 až 4	4,9	5,2	10,0
5 až 9	6,2	6,7	12,9
10 až 15	12,6	13,2	25,9
16 až 29	3,3	4,7	8,1
30 až 44	6,8	6,7	13,5
45 až 64	12,9	12,3	25,3
65 a viac	2,1	2,1	4,3
Spolu	49,0	51,0	100

1.3. Zber dát

Zber dát bol realizovaný v období od septembra do decembra 2008. Za účelom efektívneho zozbierania dát bolo vyškolených 39 anketárov zo všetkých regiónov Slovenska. Anketármi boli ľudia, ktorí pracujú priamo s rómskou populáciou, dobre poznajú lokality, v ktorých pôsobia a majú dosah aj na Rómov žijúcich integrované s majoritnou populáciou. Pre výskum sme získali terénnych pracovníkov pôsobiacich v lokalitách v oblasti podpory zdravia, pracovníkov vyškolených cez programy NOS-OSF Zdravie Rómov a taktiež zdravotných asistentov projektu Zdravé komunity, ktorý realizuje Asociácia pre kultúru, vzdelávanie a komunikáciu. Týmto spôsobom sme sa snažili zabezpečiť ochotu respondentov spolupracovať na výskume, prípadne eliminovať sociálne žiaduce odpovede, ktoré ako sme predpokladali, terénny pracovník dokázal identifikovať.

Rozhovory boli uskutočnené prednostne v domácnostiach respondentov, rozhovor mimo domácnosti sa mohol uskutočniť iba v ojedinelých prípadoch, ak vybraného respondenta nebolo možné zastihnúť doma v primeraných hodinách. Rozhovor sa konal počas dňa medzi 10:00 a cca 20:00 hodinou.

Výber domácností bol uskutočnený anketárom na základe pravidla „každý piaty“, to znamená, že skúmaná domácnosť bola identifikovaná anketárom na základe poradia obydlií, čím sa zabezpečila realizácia systematického náhodného výberu. V prípade obydlií typu bytovej výstavby bolo v rámci jedného bloku možné uskutočniť najviac 2 rozhovory. Medzi jednotlivými respondentmi bola náhodnosť výberu zabezpečená tak, že anketári menili profily (typy) respondentov. Napríklad, ak sa rozhovor uskutočnil v jednej domácnosti s mužom, rozhovor v ďalšej domácnosti bol realizovaný so ženou. Podobné pravidlo platilo aj v prípade vekových skupín.

1.4. Dotazník

Zber dát bol uskutočnený prostredníctvom dotazníka, ktorý bol prevzatý od hlavného partnera projektu a následne bol expertne preložený a transformovaný na slovenské podmienky. Proces transformácie dotazníka zahŕňal elimináciu otázok (14), ktoré nezodpovedali lokálnym pomerom, resp. boli v daných podmienkach irelevantné. Ďalšie otázky sa zjednodušili a preformulovali, keďže v pôvodnom znení boli podľa expertov problematické. Zároveň bola pridaná úvodná otázka, na základe ktorej bola identifikovaná etnická príslušnosť respondentiek a respondentov.

Samotný dotazník pozostáva z troch častí, pričom časť o domácnosti bola zodpovedaná v každej domácnosti a následne bola zodpovedaná iba jedna zo zvyšných dvoch častí, teda buď o neplnoletom alebo dospelom členovi domácnosti.

- 1. Časť dotazníka zameraná na domácnosť:** Súbor otázok poskytujúci informácie o rôznych aspektoch týkajúcich sa všetkých členov žijúcich v domácnosti a niekoľko všeobecných informácií o domácnosti. Informácie o všetkých členoch poskytoval jeden vybraný člen domácnosti, teda hlavný podporovateľ domácnosti, resp. osoba, ktorá má dostatočný prehľad o všetkých členoch domácnosti.
- 2. Časť dotazníka zameraná na deti/ maloletých:** Súbor otázok poskytujúcich informácie o jednom neplnoletom členovi domácnosti (vo veku od 0 – 15 rokov). Tieto informácie poskytol dospelý člen domácnosti, teda rodič dieťaťa alebo jeho opatrovník/čka.
- 3. Časť dotazníka zameraná na dospelých:** Súbor otázok poskytujúci informácie o jednom dospelom členovi domácnosti (vo veku od 16 rokov vyššie). V tomto prípade na všetky otázky odpovedal výhradne samotný dospelý člen domácnosti.

1.5. Obmedzenia výskumu

Konštrukcia výberovej siete rómskej populácie SR vychádzala zo všetkých dostupných informácií o rómskom obyvateľstve v SR. Kvalita opory výberu a z nej vytvoreného základného súboru rómskej populácie je preto priamo závislá na kvalite, presnosti a reprezentatívnosti týchto podkladov.

Vzhľadom na požiadavku nadnárodnej porovnateľnosti výsledkov nebolo možné dotazník postaviť na existujúcich dátach za celkovú slovenskú populáciu. Existujúce výskumy používali odlišnú metodológiu, preto vo väčšine prípadov nebolo možné porovnať výsledky získané na Rómskej populácii s údajmi o celkovej slovenskej populácii. Porovnateľnosť komplikuje aj skutočnosť, že údaje o slovenskej populácii zahŕňajú aj príslušníkov Rómskej menšiny.

Vekovo-pohlavné zloženie rómskeho obyvateľstva sa výrazne líši od vekovo-pohlavného zloženia obyvateľstva SR. V skutočnosti rozdiely vo vekovo-pohlavnom zložení rómskeho a väčšinového obyvateľstva sú väčšie, ako ukazujú hodnoty uvedené v nasledujúcej tabuľke, a to z dôvodu, že zloženie obyvateľov SR je vrátane rómskeho obyvateľstva.

Tabuľka 1.6.

	Obyvatelia SR k 31.12.2008			Členovia domácnosti			Vybraté osoby		
	Muži	Ženy	Spolu	Muži	Ženy	Spolu	Muži	Ženy	Spolu
0 až 4	2.6	2.5	5.0	5,7	5,3	11,0	4,9	5,2	10,0
5 až 9	2.5	2.4	4.8	7,1	6,6	13,7	6,2	6,7	12,9
10 až 15	2.8	2.7	5.6	8,7	8,9	17,6	12,6	13,2	25,9
16 až 29	12.0	11.5	23.5	11,0	11,8	22,8	3,3	4,7	8,1
30 až 44	11.5	11.2	22.7	9,8	9,8	19,6	6,8	6,7	13,5
45 až 64	12.6	13.6	26.3	6,3	6,9	13,2	12,9	12,3	25,3
65 a viac	4.5	7.6	12.1	1,1	1,0	2,1	2,1	2,1	4,3
Spolu	48.6	51.4	100.0	49,7	50,3	100	49,0	51,0	100

Dotazník je postavený na subjektívnych výpovediach respondentov a respondentiek.

Vzhľadom na to, že terénni pracovníci, ktorí realizovali rozhovory, majú dlhodobý vzťah s respondentmi, je možné, že sa v niektorých prípadoch snažili prezentovať svoju komunitu „v lepšom svetle“.

Reprezentatívnosť výsledkov realizovaného zisťovania je podmienená presnosťou dostupných informácií o rómskej populácii. Jedným z cieľov zisťovania bolo zabezpečenie reprezentatívnosti výstupov minimálne pre rómske obyvateľstvo zmapované v týchto podkladoch. Tento cieľ podporila zvolená metodika tvorby výberovej siete, zvolené pravidlá pozorovania v teréne a v neposlednom rade vysoká cca. 94%-ná miera návratnosti.

2. Charakteristika rómskej populácie na Slovensku

Kvalifikované odhady hovoria, že v Európe žije asi osem miliónov Rómov. Nemajú svoj vlastný štát a od ostatného obyvateľstva sa líšia predovšetkým kultúrou a jazykom. Slovensko patrí z demografického hľadiska ku krajinám s najvyšším percentuálnym zastúpením Rómov. Rôzne zdroje udávajú počty, ktoré sa pohybujú v rozmedzí zhruba od 320 000 do 500 000 Rómov žijúcich v SR. To predstavuje 8 až 10 % z celkového počtu obyvateľov. Tieto údaje sú však iba odhady, pretože na Slovensku sa vzhľadom na nejasný výklad zákona o zbere etnických dát nemôžu zbierať a ani viesť evidencie o Rómoch. Podľa ostatného sčítania obyvateľov, bytov a domov z roku 2001 sa však k rómskej národnostnej menšine prihlásilo iba 89 920 občanov SR. Z geografického hľadiska dlhodobo najviac Rómov žije na východnom Slovensku, ide o približne 60 percent.

Na Slovensku možno rozlíšiť podľa odlišných charakteristík spôsobu života tri hlavné skupiny Rómov. Prvú skupinu tvorí sociálne najvyspelejšia, najvzdelanejšia a pracovne najkvalifikovanejšia skupina, ktorá sa spôsobom života výrazne neodlišuje od majority. Patria do nej Rómovia, ktorí sú rozptýlení a/alebo integrovaní po celom území Slovenska, od vidieckych cez malomestské až po veľkomestské osídlenia. Najčastejší problém, s ktorým sa musia vyrovnávať je spojený s ich etnickou príslušnosťou. Často sú vystavení predsudkom a stereotypom, ktoré si majorita vytvára na základe ojedinelých negatívnych skúseností či mediálne prezentovaných prípadov a automaticky ich prenáša na celú minoritu. Druhú skupinu tvoria Rómovia čiastočne integrovaní. Osídlenia, v ktorých žijú, sa v niektorých prípadoch zásadne nelíšia od tých, v ktorých žije aj prvá skupina, často sa však približujú až k hraniciam životných podmienok tretej skupiny. Z hľadiska integrácie však nejde o vyložene problematickú skupinu a jej problémy možno chápať podobne ako problémy tej časti majority, ktorá sa nachádza na pomedzí chudoby. Navyše je oproti tejto majoritnej skupine znevýhodnená rasovou diskrimináciou. Napokon tretia skupina Rómov žije zväčša v rómskych lokalitách, osadách a getách úplne izolovane od majoritnej spoločnosti. Časť jej členov býva v chatrčiach a obydliach nižšieho štandardu, ktoré sú len provizórne postavené bez základov, vody, elektriny, bez stavebného povolenia, iná časť žije v mestských getách, do ktorých bola postupne sústredená prevažná väčšina Rómov z celého mesta. Značná časť žije na hranici alebo pod hranicou chudoby, zväčša len zo štátnych dávok a dávok v hmotnej núdzi. Situácia je o to komplikovanejšia, že samotný štát prispieva k prehľbovaniu tejto segregácie realizáciou programu výstavby bytov nižšieho štandardu, pričom prevažná väčšina takýchto bytov sa stavia práve na odlahlých častiach územia, mimo osídlenia majoritnej časti. Medzi základné determinanty zdravia nesporne patrí popri bývaní aj pitná voda. Vo viacerých osadách, je často iba jedna studňa pre všetkých obyvateľov. Voda nie je pravidelne kontrolovaná a o jej prípadnej kontaminácii sa používatelia dozvedia neraz až počas rozšírenej infekcie. Všetky tri skupiny, z ktorých prvá predstavuje zhruba 30%, druhá okolo 40% a tretia približne 30% rómskej populácie, sú objektom tohto výskumu.

Prvá písomná správa o Rómoch na našom území je z roku 1322 (Davidová, 1995). To je obdobie, kedy do spišského regiónu začali prichádzať rómske skupiny a usádzali sa tu. Postupne si vytvárali osady, uplatňovali sa ako kováči, kotlári, reťazári, korytári, kamenári, zberači lesných plodov, ale tiež ako hudobníci, tanečníci a komedianti. Tento údaj je z hľadiska postavenia Rómov veľmi dôležitý keďže dokladá ich približne sedemsto ročnú históriu života na tomto území.

Spoločensko-politické, ekonomické a sociálne postavenie väčšiny Rómov nebolo nikdy úplne bezproblémové. Z historického hľadiska sa dá konštatovať, že väčšinu času boli na pokraji spoločnosti. Pre majoritnú spoločnosť boli vždy vykonávateľmi manuálne náročných pomocných prác.

Hlavné negatívne dôsledky spoločenskej a ekonomickej transformácie po roku 1989, ktorým Rómovia museli čeliť, spočívali v tom, že veľká časť z nich stratila zamestnanie, čím sa výrazne zhoršilo sociálne postavenie tejto minority a prehĺbilo sa jej postavenie na okraji spoločnosti. Veľká časť rómskej populácie je dodnes dlhodobo nezamestnaná, pričom v niektorých izolovaných osadách dosahuje nezamestnanosť až 100%.

Základnou príčinou nezamestnanosti je extrémne nízka vzdelanosť rómskej menšiny. Školský systém je pritom nastavený tak, že až 12,4 % rómskych detí neprospieva (Hanzelová, 2000). Osobitnou kapitolou je špeciálne školstvo. Testy školskej zrelosti a iné výkonové testy nezohľadňujú sociálnu depriváciu rómskych žiakov a tí sú v nich preto často krát neúspešní. Do takýchto škôl sa tak nezriedka dostávajú deti, ktoré nemajú žiadny fyzický a ani mentálny postih, ale len sociálny.

Významným faktorom, ktorý ovplyvňuje postavenie Rómov v spoločnosti sú negatívne stereotypy a predsudky o Rómoch, ktoré vedú k otvorenej či skrytej diskriminácii zo strany majoritnej populácie. Pravidelné sú útoky pravicových extrémistov, ktoré sa ojedinele končia aj smrťou napadnutého. Diskriminácia má často inštitucionálny charakter. Okrem spomínanej bytovej výstavby boli zaznamenané aj prípady policajnej brutality voči príslušníkom rómskej menšiny. Značná časť trestných činov spáchaných na Rómoch býva zo strany polície vyhodnotená ako útoky, ktoré neboli rasovo motivované. Vďaka takémuto prístupu polície Slovensko patrí medzi krajiny s oficiálne nízkym počtom rasovo motivovaných trestných činov.

Životný štýl väčšiny Rómov je diametrálne odlišný od štýlu majoritnej populácie. Veľká časť Rómov žijúcich v marginalizovaných osídleniach nebola nikdy na dovolenke, nezvykne aktívne odpočívať a športovala len počas detstva. K nesprávnemu životnému štýlu je nutné pridať aj konzumáciu nezdravých, rýchlo zasycujúcich jedál. Tento stav je zapríčinený tradičnými zvyklosťami a najmä cenovou nedostupnosťou zdravých potravín. Medzi faktory ovplyvňujúce zdravotný stav Rómov je nutné zahrnúť aj hygienické návyky. Ide napríklad o hygienu ústnej dutiny, keďže časť rómskej populácie nie je zvyknutá vyčleňovať finančné prostriedky na nákup zubnej kefy a pasty. To isté sa týka aj kozmetických prípravkov, ktoré spadajú až na koniec zoznamu ich potrieb. Izolovanosť osídlení, v ktorých žijú, spôsobuje aj značnú neinformovanosť o dostupnosti a právach na zdravotnú starostlivosť, ako aj ich nedôveru k oficiálnym zdravotníckym inštitúciám. Z dôvodu sťaženého prístupu k zdravotnej starostlivosti zapríčineného rôznymi faktormi (veľká vzdialenosť zdravotného strediska, nedostatočná hygiena, prejavy diskriminácie v zdravotníckych zariadeniach, finančná nedostupnosť predpísaných liekov, komunikačné problémy medzi zdravotnými pracovníkmi a rómskymi pacientmi a pod.) časť rómskej populácie navštívi lekára až vo vážnom zdravotnom stave.

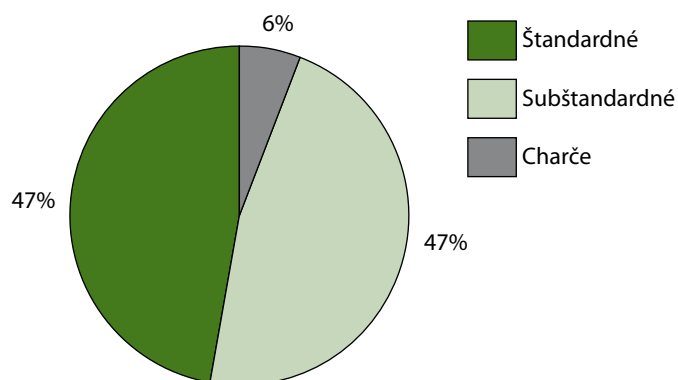
Nasleduje analýza **výsledkov výskumu**:

2.1. Bývanie

V rámci tejto kapitoly sa zaoberáme životnými podmienkami rómskej populácie, teda spôsobom bývania. Zaujíma nás typ obydli konkrétnych domácností, ako aj ich okolie, teda nakoľko je osídlenie integrované do obce a aké sú v ňom zdravotné podmienky. **Štandardné bývanie** znamená bývanie v bytoch, v murovaných alebo aj v dobre vybavených drevených domoch. **Bývanie nižšieho štandardu** znamená bývanie v bytoch alebo domoch, ktoré majú závady ovplyvňujúce celú budovu, alebo jej časť, napr. nedostatok základných služieb ako voda, elektrina, osvetlenie a pod., budova je preplnená. Sem patrí aj bývanie v unimobunkách. **Na úrovni chatrče** je aj bývanie v nebytových priestoroch ako pivnica, kočikáreň, stan a pod. Pod izolovanou obcou alebo jej časťou rozumieme, keď je táto obec oddelená od zvyšku obce umelou alebo prirodzenou bariérou, prípadne je na okraji

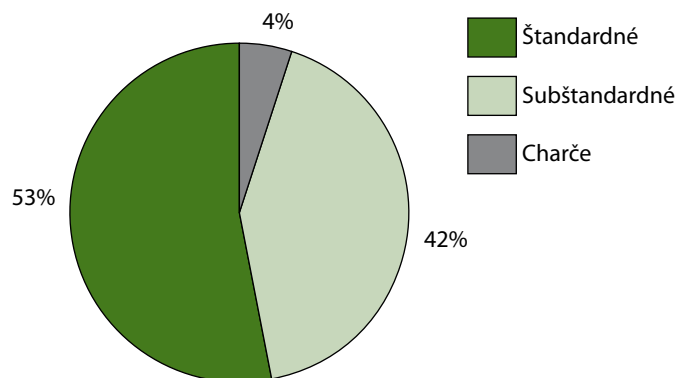
obce/ mesta (napr. samostatná ulica, kde žijú len Rómovia) alebo je v mestskej/ obecnej koncentrácii (viacero rómskych obydlií uprostred majoritnej časti mesta/ obce). **Dobré zdravotné podmienky** predpokladajú prístup k vodovodu v domácnosti (alebo k vlastnej studni s pitnou vodou), ku kanalizácii/ žumpe, pravidelnému odvozu odpadu, prípadne prítomnosť hygienického centra.

Graf 2.1. Zloženie Rómskej populácie – členov domácnosti podľa typu obydlií (N= 3760).

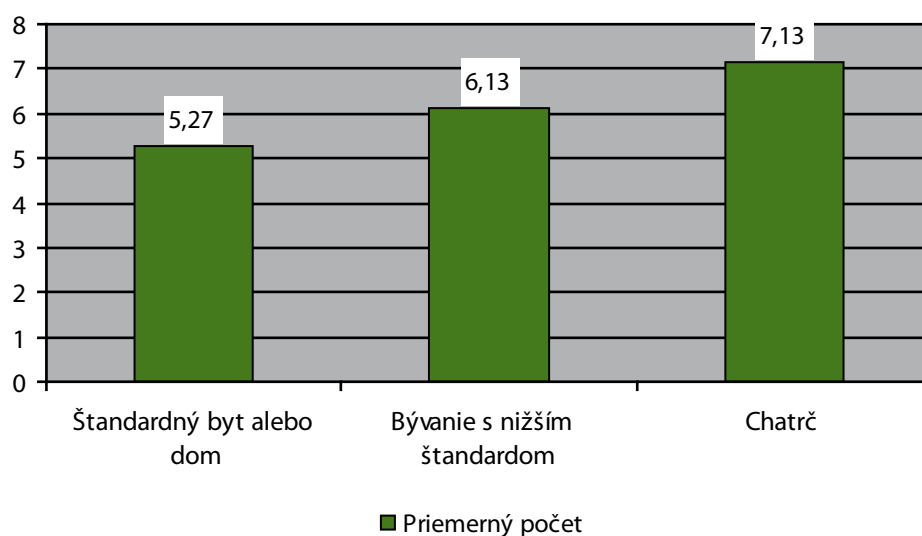


Podľa zistení tohto výskumu, iba menej ako polovica (46,5%) Rómov na Slovensku žije v štandardných bytových podmienkach. Väčšia časť žije v subštandardných bytoch (47,3%), či dokonca v chatrčiach (6,2%).

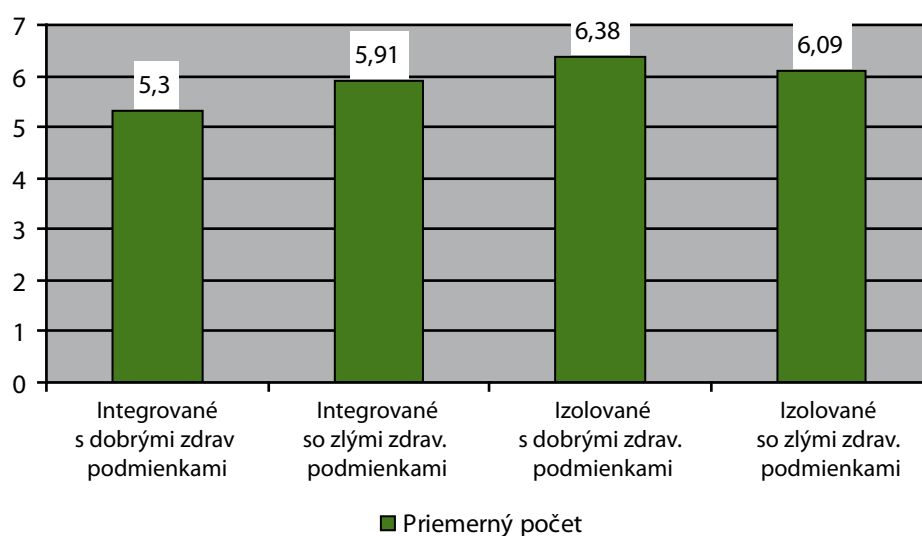
Graf 2.2. Zloženie rómskych domácností podľa typu obydlií (N= 657).



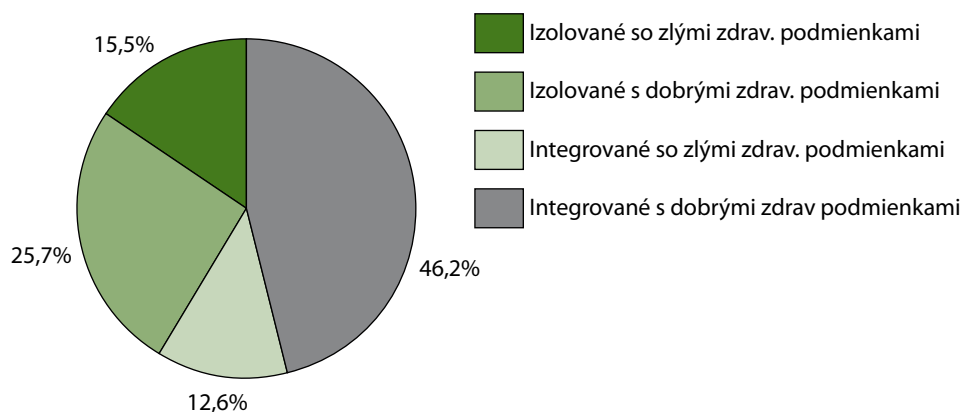
Čo sa však týka samotného bytového fondu obývaného Rómami (počtu domácností), ten je z väčšej časti (52,6%) tvorený štandardnými bytovými jednotkami. Subštandardné obydliá predstavujú 42,4% a chatrče iba 5,0% bytového fondu. Tento rozdiel ukazuje, že Rómovia žijúci v subštandardných podmienkach žijú zároveň vo vyššej obľožnosti, t. j. v jednej bytovej jednotke žije vyšší počet osôb.

Graf 2.3. Priemerný počet obyvateľov domácnosti (N= 3760) podľa typu obydli

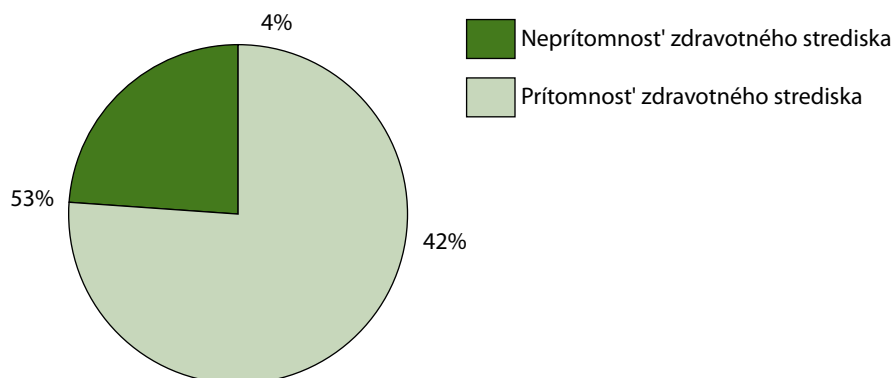
Výsledky výskumu ukazujú, že navzdory zlým životným podmienkam žije v chatrčiach priemerne 7,13 obyvateľov na jedno obydlie. Je to menej ako by sa dalo očakávať, ale aj tak je toto číslo vzhľadom na rozlohu chatrí, zhruba 25 metrov štvorcových, dosť vysoké. Výsledok, že značná časť Rómov žije v zlých neštandardných podmienkach potvrdzuje aj údaj o priemernom počte obyvateľov v obydliach s nižším štandardom s priemerom na obydlie 6,13 obyvateľov.

Graf 2.4. Priemerný počet obyvateľov domácnosti (N= 3760) podľa miesta bydliska

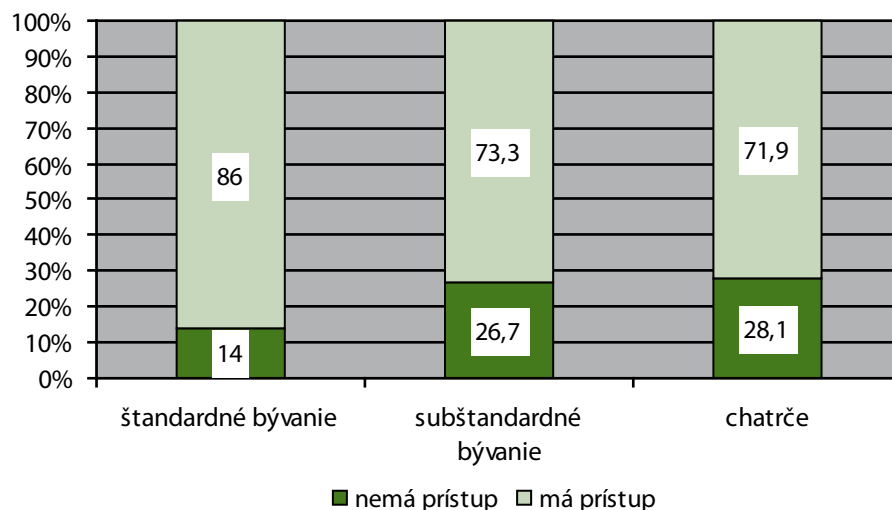
Celkovo možno usudzovať, že priemerný počet osôb žijúcich v jednej rómskej domácnosti je vyšší ako bežný štandard majoritnej populácie. Výsledky taktiež ukazujú, že v izolovaných obydliach žije vyšší počet obyvateľov ako v integrovaných. Rovnako, v obydliach s dobrými zdravotnými podmienkami žije menej obyvateľov ako v obydliach so zlými zdravotnými podmienkami.

Graf 2.5. Zloženie domácnosti podľa miesta bydliska (N=657).

Zo skúmanej vzorky domácnosti sa 46,2% nachádza v osídlení integrovanom do obce, pričom domácnosť má zabezpečené dobré zdravotné podmienky; 12,6% sa nachádza v osídlení integrovanom do obce, ale so zlými zdravotnými podmienkami. Ďalších 25,7% domácností je v osídlení izolovanom od materskej obce s dobrými zdravotnými podmienkami. Zvyšných 15,5% domácností sa nachádza v izolovanom osídlení so zlými zdravotnými podmienkami.

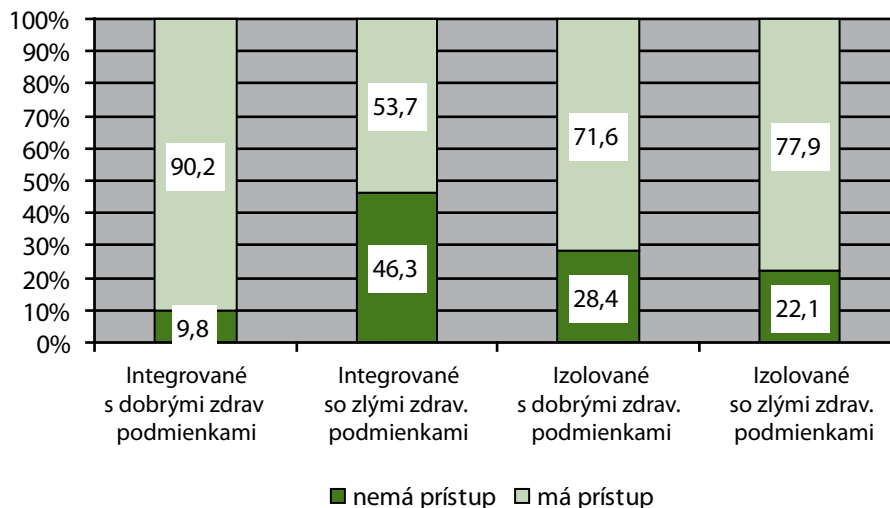
Graf 2.6. Zloženie členov domácnosti podľa prístupu k zdravotníckym službám (N=3760).

Približne tri štvrtiny členov domácnosti má prístup k zdravotnému stredisku a necelá štvrtina má prístup k zdravotnému stredisku sťažený.

Graf 2.7. Zloženie domácností podľa typu obydľia a prístupu k zdravotníckym službám (v percentách).

Prístup k zdravotníckym službám majú sťažený hlavne ľudia žijúci v subštandardných bytových podmienkach a chatrčiach; naopak lepší prístup majú obyvatelia štandardných bytov. Podobne horší prístup k zdravotníckym službám deklarovali obyvatelia izolovaných osídlení.

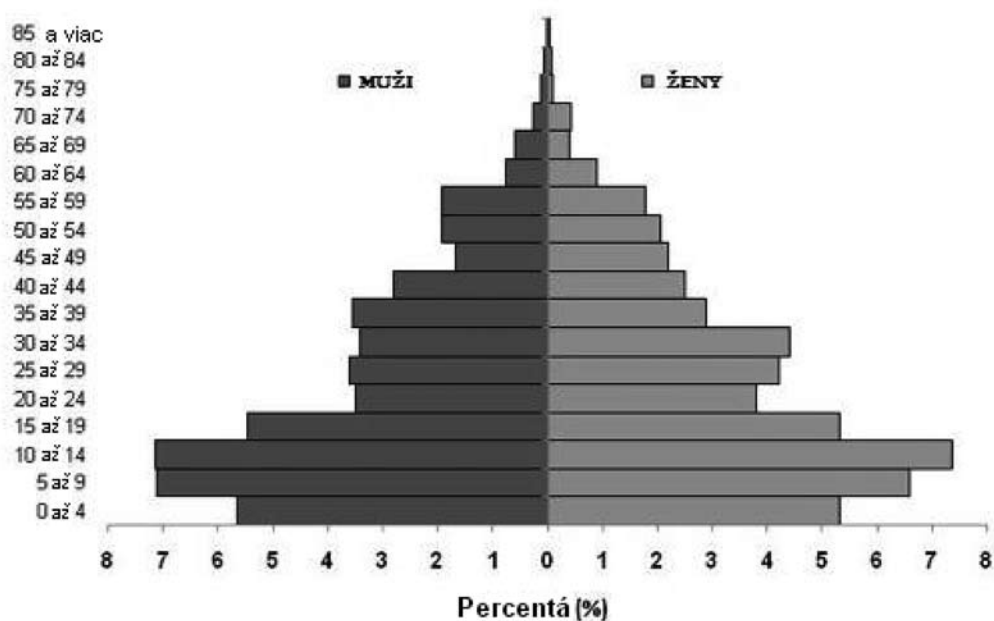
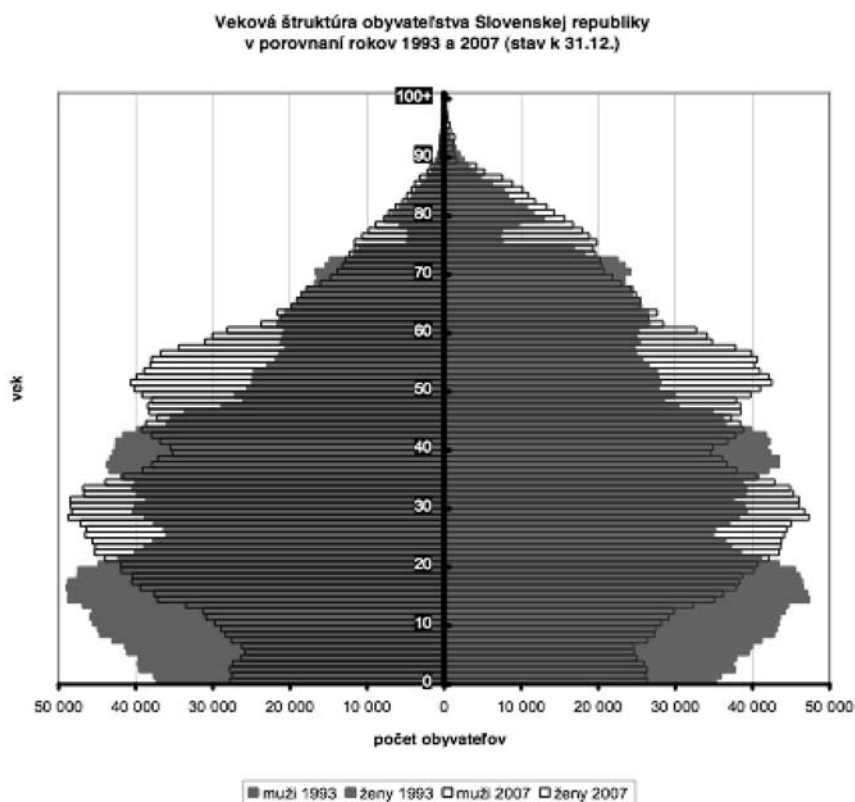
Graf 2.8. Zloženie domácností podľa miesta bydliska a prístupu k zdravotníckym službám.



Aj napriek očakávaniu, že najhorší prístup k zdravotníckym službám budú mať obyvatelia izolovaných obydľí so zlými zdravotnými podmienkami, percentuálny podiel tejto skupiny je 22,1%, čo je o polovicu menej ako u skupiny obyvateľov žijúcich v integrovaných obydľiach so zlými zdravotnými podmienkami. Tento výsledok je možné interpretovať vnímaním rozdielu poskytovaných služieb pre Rómov a nerómov, väčšou dostupnosťou informácií, všeobecným rozhľadom a poznaním svojich práv a možností, ktoré zdravotné služby ponúkajú.

2.2. Demografický opis

Výsledky výskumu potvrdzujú, že rómska populácia na Slovensku je relatívne mladá v porovnaní so všeobecnou populáciou a to z hľadiska vekovej štruktúry aj priemerného veku. Tento stav je z veľkej časti zapríčinený nízkym vekom mortality a vyššou natalitou Rómov oproti majoritnému obyvateľstvu. Podľa prieskumu uskutočnenom v Poprade (RÚVZ. 2008) je priemerná dĺžka života oproti majoritnej populácii o 10 až 15 rokov nižšia. Ohrozené sú najmä deti do 14 rokov, u ktorých je niekoľkokrát vyššia úmrtnosť v porovnaní s majoritou. Najčastejšími príčinami ich úmrtí sú vrodené chyby (28 % podiel) a vonkajšie príčiny (14%). Ochorenia dýchacej sústavy sú u nich podľa výskumu až 16 krát častejšie v porovnaní s majoritou a vyskytuje sa u nich aj syndróm náhleho úmrtia dojčiat (13 krát častejšie ako u majority). U dospelých sú najčastejšie príčiny úmrtia srdcovo-cievne a nádorové ochorenia. Podľa uvedeného prieskumu Regionálneho úradu verejného zdravotníctva je úmrtnosť Rómov v osadách 2-3 krát vyššia v porovnaní s integrovanou časťou Rómskej populácie. Rozdiel medzi vekovou štruktúrou rómskej a celkovej populácie zobrazujú grafy 2.9 a 2.10:

Graf 2.9. Veková štruktúra výskumnej vzorky rómskeho obyvateľstva (N=3 760).**Graf 2.10.** Veková štruktúra obyvateľstva Slovenskej republiky

Tabuľka 2.1. Zloženie Rómskej populácie (v percentách) podľa hlavnej aktivity a pohlavia-

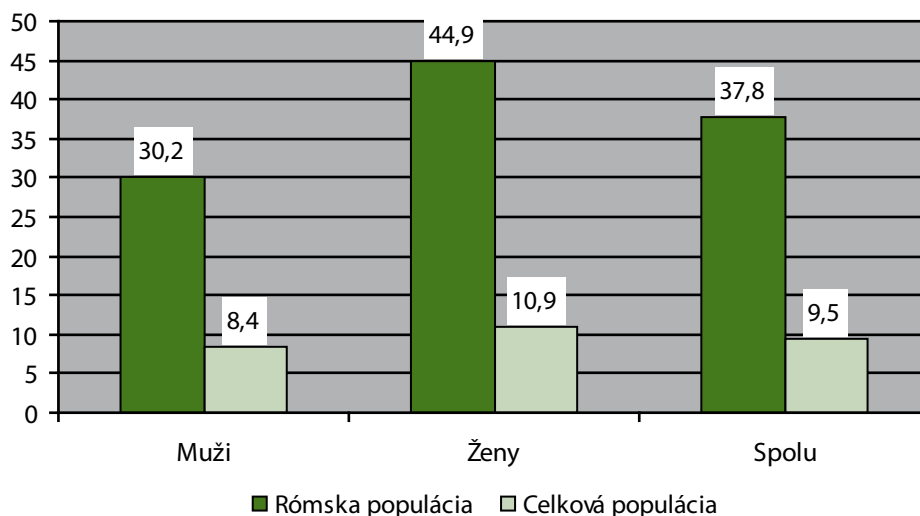
	Muži	Ženy	Spolu
Nepľnoletí (0 - 15)			
Škola	64,3	67,6	65,9
Škola a práca	7,1	5,9	6,5
Niž	5,0	5,9	5,4
Menej ako 6 rokov, nenavštevuje školu ani škôlku	23,6	20,6	22,1
Spolu	100	100	100
(N)	(141)	(136)	(277)
Dospelí (16 a viac)			
Trvalý pracovný pomer	26,5	7,2	16,6
Čiastočný úväzok (aj sezónne, aktivačné, dočasné práce)	28,1	28,9	28,5
Samostatne zárobkovo činná osoba, podnikanie	2,7	0,5	1,6
Nezamestnaný/á, ale v minulosti pracovali	18,4	18,6	18,5
Nezamestnaný/á, hľadá prácu po 1. Krát	5,9	6,2	6,1
Nezamestnaný/á, pracuje bez zmluvy	5,9	1,5	3,7
Študent/ka	1,6	1,5	1,6
Na dôchodku	5,9	9,8	7,9
V domácnosti	0,0	18,6	9,5
Invalidný dôchodok	4,9	7,2	6,1
Spolu	100	100	100
(N)	(186)	(194)	(380)

Vzhľadom na demografickú distribúciu rómskej populácie, najčastejšie sa vyskytujúcou hlavnou aktivitou skúmanej vzorky je školská dochádzka (27,8%). Zároveň zo skupiny detí do 15 rokov navštevuje školu 65,9%.

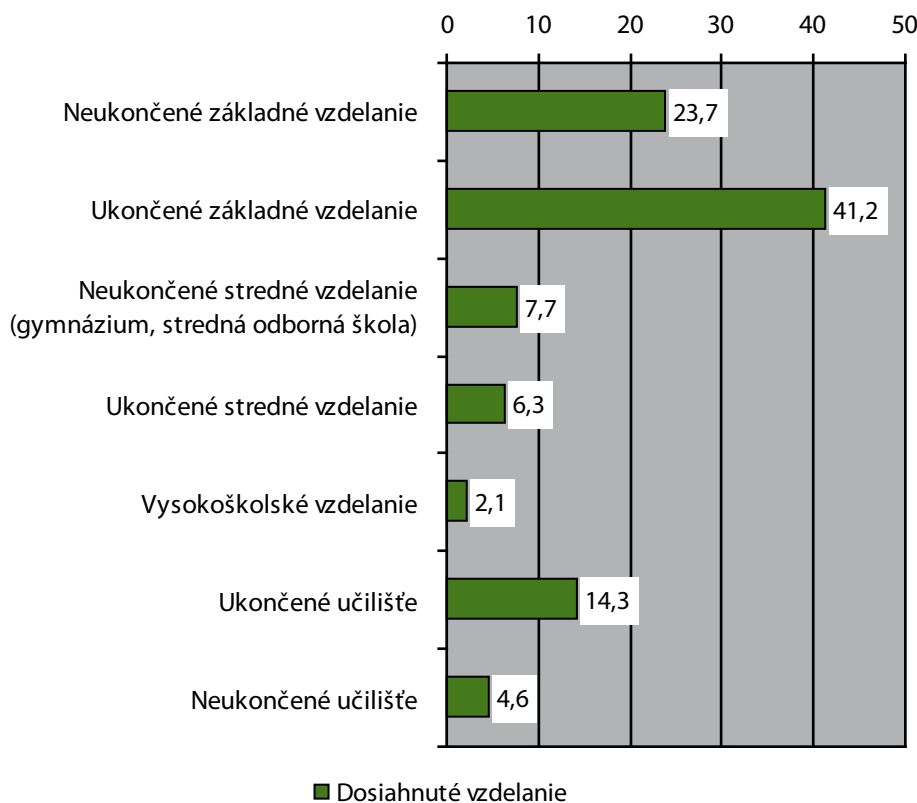
V rámci podskupiny dospelých je najčastejšie uvádzanou hlavnou aktivitou dočasné alebo sezónne zamestnanie, do ktorého patria aj aktivačné práce. Túto činnosť vykonáva 28,5% dospelých. Približne 18,5% respondentov uviedlo, že sú nezamestnaní, ale majú predchádzajúcu skúsenosť so zamestnaním a 6,1% dospelých si hľadá prácu prvý krát. Na kritickú situáciu v oblasti zamestnanosti poukazuje údaj, že na trvalý pracovný pomer je zamestnaných iba 16,6% dospelých populácie.

Môžeme pritom pozorovať významný rozdiel v hlavnej činnosti mužov a žien: zatiaľ čo ako hlavnú aktivitu uviedlo trvalé zamestnanie až 26,5% mužov, u žien to bolo iba 7,2%. Ešte výraznejší nepomer bol zaznamenaný v prípade samostatne zárobkovo činných osôb, ktorých je z celkovej mužskej populácie 2,7%, zatiaľ čo zo ženskej populácie je to iba 0,5%. Naopak, ako hlavnú činnosť uviedlo starostlivosť o domácnosť 18,6% žien, avšak žiaden muž. Zistený stav poukazuje na tradičné rozdelenie rodových rolí v rodine a patriarchálny spôsob života v rómskej populácii.

Nasledujúci graf porovnáva podiel nezamestnaných Rómov s podielom nezamestnaných z celkovej populácie Slovenska, pričom skutočný rozdiel v zamestnanosti medzi Rómami a nerómami je ešte väčší, keďže výrazný podiel na celkovej nezamestnanosti v SR predstavuje práve Rómska populácia.

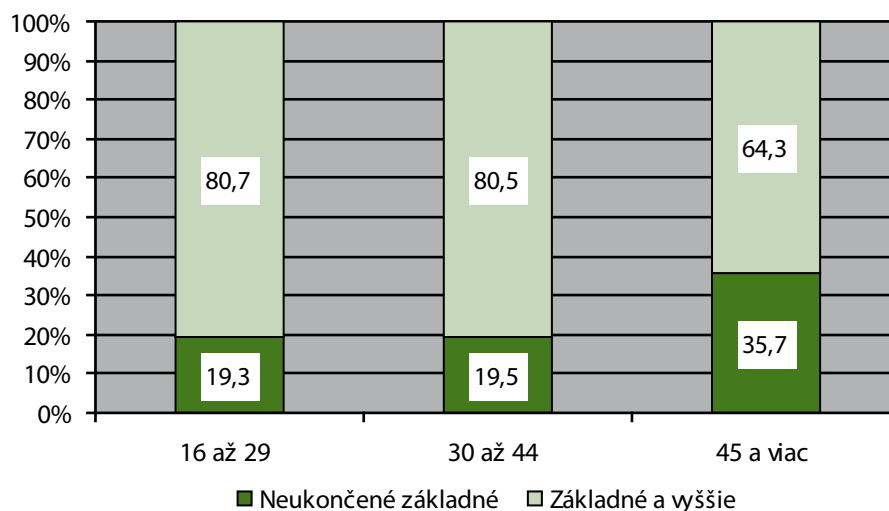
Graf 2.11. Porovnanie Rómskej populácie a celkovej slovenskej populácie podľa podielu nezamestnaných v r. 2008 (v percentách)

Hodnoty v grafe poukazujú na dlhodobo pretrvávajúci trend vysokej nezamestnanosti Rómov. Rozdiel medzi rómskou a celkovou populáciou by sa ešte prehĺbil, keby sme do skupiny nezamestnaných započítali aj osoby zamestnané sezónne alebo na aktivačné práce, ktoré predstavujú 28,1%. Týmto spôsobom by sme dostali údaj 65,9%, čo sa približuje odhadom, ktoré hovoria o 60 až 80 percentnej nezamestnanosti u Rómov, pričom v niektorých izolovaných osadách nezamestnanosť dosahuje 100% (Kumanová, 2008). Korene tohto javu spočívajú v pôsobení viacerých faktorov, ktoré súvisia s náhlou zmenou spoločenského systému po roku 1989. Kombinácia nedostatku pracovných príležitostí a systémových nastavení na pomoc dlhodobo nezamestnaným spôsobila úplnú závislosť veľkej časti Rómov od sociálneho systému štátu.

Graf 2.12. Zloženie Rómskej populácie (v percentách) podľa dosiahnutého stupňa vzdelania.

Z uvedeného grafu je zrejмый dlhodobý pretrvávajúci stav nízkej vzdelanostnej úrovne Rómskej populácie. Najväčšia časť dospelých zo skúmanej vzorky (41,2 %) má ukončené základné vzdelanie, stredoškolské vzdelanie s maturitou má 6,3% populácie, ukončené učilište má 14,3% a vysokoškolsky vzdelaní tvoria 2,1% populácie. Z uvedeného vyplýva, že iba 22,7% z celej populácie môže vykonávať kvalifikovanú prácu, keďže majú ukončené stredoškolské vzdelanie. Nízka vzdelanostná úroveň Rómskej populácie je popri diskriminácii hlavnou príčinou vysokej nezamestnanosti a jej negatívnych sprievodných javov, ako je chudoba, sociálne vylúčenie, extrémne nízka mobilita a zhoršené zdravotné podmienky. Zvyšovanie vzdelanosti je teda kľúčovým a východiskovým bodom v snahách o zlepšenie životných podmienok v Rómskej populácii.

Graf 2.13. Zloženie rómskej populácie podľa dosiahnutého stupňa vzdelania a vekových kategórií.



Je relatívne pozitívne, že kým vo vekovej kategórii nad 45 rokov je až 35,7 % osôb, ktoré neukončili základné vzdelanie, u mladších vekových kategórií je to radikálne nižšie číslo (19,5% v kategórii 30 až 44 rokov a 19,3% v kategórii 16 až 29 rokov). Tento výsledok naznačuje pozitívny trend vo vývoji vzdelanosti Rómov.

2.3. Domácnosť

Tabuľka 2.2. Zloženie Rómskej populácie podľa pohlavia a vzťahu ku hlavnému žiteľovi či žiteľke rodiny.

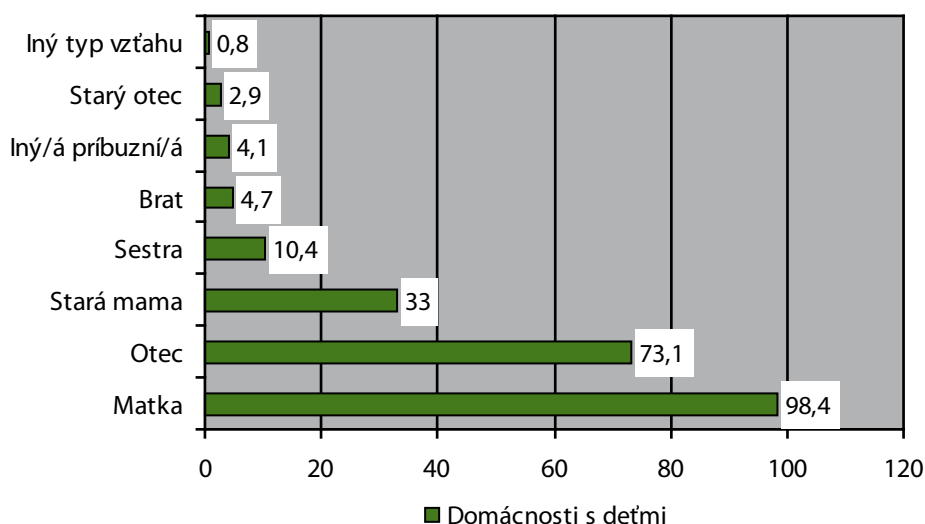
	Muži	Ženy	(N)
Hlavný žiteľ rodiny	77,2	22,8	(657)
Manžel/ka alebo partner/ka	14,3	85,7	(575)
Syn, dcéra	52,3	47,7	(1.728)
Zať, nevesta	42,2	57,8	(180)
Otec alebo matka	38,0	62,0	(71)
Brat, sestra	51,6	48,4	(31)
Vnuk, vnučka	50,7	49,3	(450)
Starý otec, stará mama	50,0	50,0	(22)
Iní príbuzní	35,1	64,9	(37)
Iný typ vzťahu	66,7	33,3	(6)

Výskum potvrdil tradičné rozdelenie rodových rolí v rómskych rodinách, kde je hlavným žiteľom rodiny muž v 77,2% prípadov. Zloženie členov domácnosti zároveň potvrdzuje viacgeneračné spolužitie v jednej domácnosti, čo je v celkovej populácii čoraz zriedkavejším javom. Tento fakt je

možné interpretovať dvojako. Na jednej strane môže ísť o vysoký stupeň pretrvávajúcej súdržnosti v rómskej rodine, no na druhej strane tieto výsledky poukazujú na závislosť jednotlivých členov rodiny od príjmov ostatných, čo predstavuje významnú bariéru osamostatnenia sa.

2.4. Starostlivosť o nepľnoletých

Graf 2.14. Percento domácností podľa osoby, ktorá sa najčastejšie stará o deti do 14 rokov. (Otázka pripúšťala viacnásobnú voľbu.)



V 98,4% domácností s deťmi do 14 rokov respondenti uviedli matku ako osobu, ktorá je hlavne zodpovedná za výchovu a starostlivosť o deti. V 73,1% takýchto domácností sa o deti stará aj otec, v 33% stará matka (ale starý otec iba v 2,9%) a v 10,4% sestra.

2.5. Obmedzenie bežných denných aktivít

Ťažkosti pri vykonávaní bežných denných aktivít (vychádzky von, obliekanie sa, osobná hygiena, stravovanie sa a podobne) sú spoľahlivým indikátorom zdravotného stavu osôb, u ktorých sa predpokladá obmedzený prístup k zdravotným službám.

Tabuľka 2.4. Zloženie rómskej populácie podľa stupňa ťažkostí, ktoré mala pri vykonávaní bežných denných činností

	Bez ťažkostí	Mierne ťažkosti	Vážne ťažkosti	Veľmi vážne ťažkosti	Spolu	(N)
Spolu	73,9	18,7	6,2	1,2	100	(3.760)
Pohlavie						
Muži	76,4	17,2	5,2	1,2	100	(1.875)
Ženy	71,4	20,1	7,2	1,3	100	(1.885)
Nepľnoletí / Dospelí						
Nepľnoletí	85,8	10,5	3,1	0,6	100	(1.546)
Dospelí	65,2	24,7	8,5	1,7	100	(2.214)
Vekové skupiny						
0 až 4	81,8	14,0	3,9	0,2	100	(413)
5 až 9	85,6	10,3	3,5	0,6	100	(516)
10 až 15	88,5	8,5	2,3	0,8	100	(661)
16 až 29	84,9	12,1	2,3	0,7	100	(859)
30 až 44	70,1	25,3	4,1	0,5	100	(736)
45 až 64	32,9	43,1	20,2	3,8	100	(496)
65 a viac	7,6	39,2	43,0	10,1	100	(79)

Až 26,1% respondentov trpí nejakým zdravotným problémom, ktorý im spôsobuje ťažkosti pri každodenných činnostiach. Iba mierne zdravotné ťažkosti má 18,7%, pomerne vážne ťažkosti 6,2% a veľmi vážne ťažkosti 1,2% skúmanej populácie. Ťažkosti deklarovalo viac žien (mierne 20,1%, pomerne vážne 7,2% a veľmi vážne 1,3%), než mužov (mierne 17,2%, pomerne vážne 5,2% a veľmi vážne 1,2%). Ťažkosti sa vyskytli častejšie u dospelých (34,4%) ako u neplnoletých (14,2%).

Výskyt zdravotných ťažkostí, ako aj ich závažnosť rastie u dospelých so stúpajúcim vekom. Mierne ťažkosti deklarovalo 25,3% respondentov vo veku od 30 do 44 rokov, ale až 43,1% respondentov vo veku od 45 do 64 rokov. Vážne ťažkosti uviedlo 20,2% respondentov vo veku od 45 do 64 rokov, ale až 43,0% respondentov vo veku 65 rokov a viac. Veľmi vážne ťažkosti udáva až 10,1% respondentov z najstaršej vekovej kategórie.

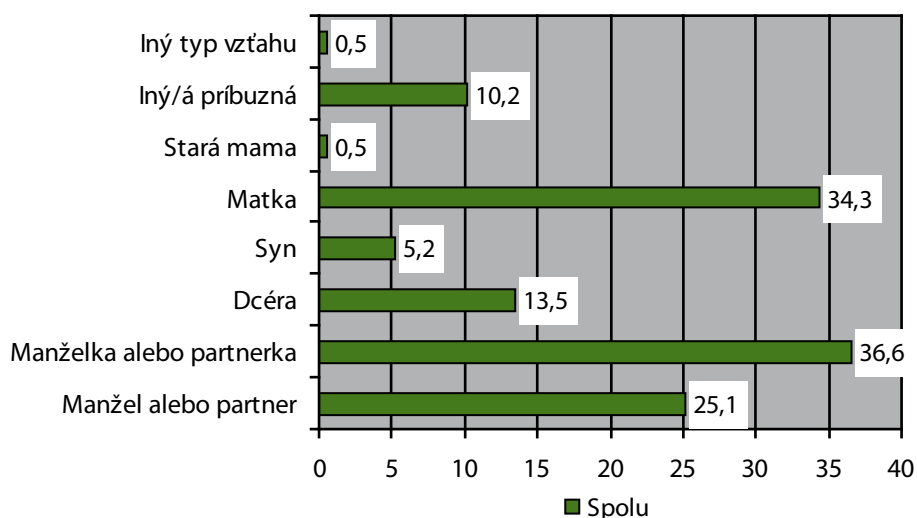
Tabuľka 2.5. Zloženie rómskej populácie, ktorá mala ťažkosti pri vykonávaní bežných denných činností podľa toho, či potrebuje pomoc.

	Nepotrebuje pomoc	Potrebuje pomoc a dostáva ju	Potrebuje pomoc a nedostáva ju	Spolu	(N)
Spolu	62,3	36,4	1,3	100	(981)
Pohlavie					
Muži	62,8	36,3	0,9	100	(441)
Ženy	61,9	36,5	1,7	100	(540)
Neplnoletí/Dospelí					
Neplnoletí	51,1	48,4	0,4	100	(225)
Dospelí	65,6	32,8	1,6	100	(756)
Vekové skupiny					
0 až 4	45,3	53,3	1,3	100	(75)
5 až 9	54,1	45,9	0,0	100	(74)
10 až 15	53,9	46,1	0,0	100	(76)
16 až 29	67,7	31,5	0,8	100	(130)
30 až 44	81,4	18,6	0,0	100	(220)
45 až 64	61,3	36,3	2,4	100	(333)
65 a viac	34,2	61,6	4,1	100	(73)

Čo sa týka potreby pomoci alebo starostlivosti, 62,3% respondentov pomoc nepotrebuje, 36,4% pomoc potrebuje a aj dostáva a 1,3% pomoc potrebuje, ale nedostáva ju. Potreba pomoci alebo starostlivosti zo strany iných ľudí sa najčastejšie vyskytla v prípade detí (53,3% detí do štyroch rokov, a približne 46% detí od 5 do 15 rokov) a ľudí vo veku 65 a viac rokov (61,5%).

Medzi respondentmi, ktorí uviedli, že by pomoc potrebovali, ale nie je im poskytovaná, je viac žien (1,7%) ako mužov (0,9%) a počet týchto odpovedí rastie s narastajúcim vekom: potrebná pomoc sa nedostáva až 2,4% respondentov vo veku 45 až 64 rokov a 4,1% respondentov vo veku 65 a viac rokov.

Graf 2.15. Zloženie rómskej populácie, ktorá má ťažkosti pri vykonávaní denných činností a dostáva pomoc (N=370), podľa pohlavia a osoby, ktorá pomoc poskytuje.



Spolu 84,9 % z celkového počtu poskytovateľiek pomoci je žien a 30,3 % mužov. Výsledky opäť potvrdzujú, že rola ženy je chápaná najmä v súvislosti so starostlivosťou o chorých členov rodiny a domácnosti ako takej.

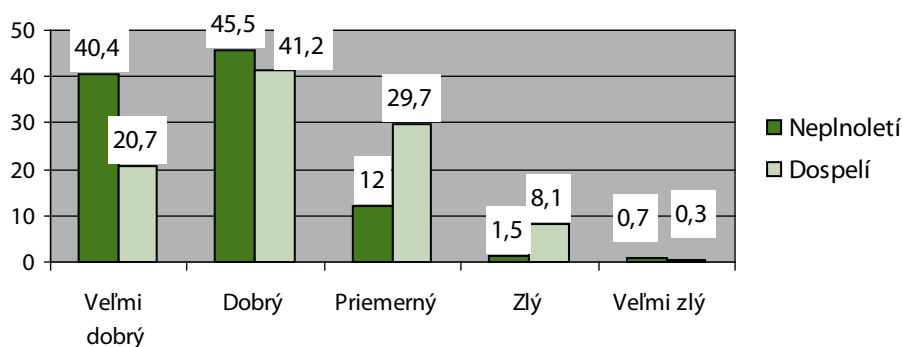
Zhrnutie: Rómska populácia na Slovensku je v porovnaní so všeobecnou populáciou pomerne mladá a to z hľadiska vekovej štruktúry aj priemerného veku. Viac ako polovica rómskej populácie býva v subštandardných životných podmienkach, či dokonca chatrčiach. Priemerný počet 5-6 osôb žijúcich v jednej rómskej domácnosti je vyšší ako bežný štandard majoritnej populácie, pričom platí nepriama úmernosť medzi kvalitou bývania a počtom členov domácností. Iba necelá polovica žije v osídlení integrovanom do obce a zároveň má dobré zdravotné podmienky. Štvrtina má obmedzený prístup k zdravotnej starostlivosti. V prístupe k zdravotnej starostlivosti platí priama úmernosť medzi kvalitou bývania a prístupom k zdravotníckym službám. Nezamestnanosť je extrémne vysoká, pričom sa dotýka viac žien ako mužov. Rovnako vzdelanostná úroveň rómskej populácie je mimoriadne nízka. Iba 22,6% z našej vzorky má ukončené stredné vzdelanie a teda je spôsobilá vykonávať kvalifikovanú prácu. Rómovia prevažne žijú vo viacgeneračných domácnostiach, v ktorých, sa o deti a chorých členov domácnosti starajú prevažne ženy, čo potvrdzuje tradičné rozdelenie rodových rolí. Viac ako jedna štvrtina respondentov trpí nejakým zdravotným problémom, ktorý im spôsobuje ťažkosti pri každodenných činnostiach.

3. Zdravotná situácia. Ochorenia.

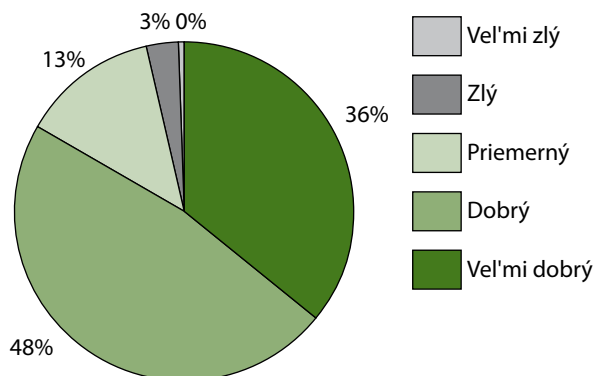
3.1. Vnímaný zdravotný stav

Subjektívne vnímané zdravie hovorí o tom, ako ľudia hodnotia svoj zdravotný stav. V medzinárodných prieskumoch sa často používa ako doplnkový indikátor verejného zdravia. Na subjektívnom vnímaní zdravia sa podieľa množstvo demografických, psychosociálnych a fyziologických faktorov. Ide najmä o vek, pohlavie, prístup k zdravotníckym službám, úroveň zdravotníctva, príjem, sociálne siete a celková životná situácia respondenta. Nezanedbateľným faktorom, ktorý ovplyvňuje hodnotenie vlastného zdravotného stavu je aj referenčný rámec, teda čo respondent chápe pod jednotlivými kategóriami zdravotného stavu a s akou skupinou ľudí sa respondent porovnáva. Respondenti tohto výskumu hodnotili svoje zdravie na škále 1 – 5, pričom 1 = veľmi dobrý, 2 = dobrý, 3 = priemerný, 4 = zlý, 5 = veľmi zlý.

Graf 3.1. Zloženie respondentov (N=657) podľa ich vnímania vlastného zdravotného stavu za posledných 12 mesiacov.

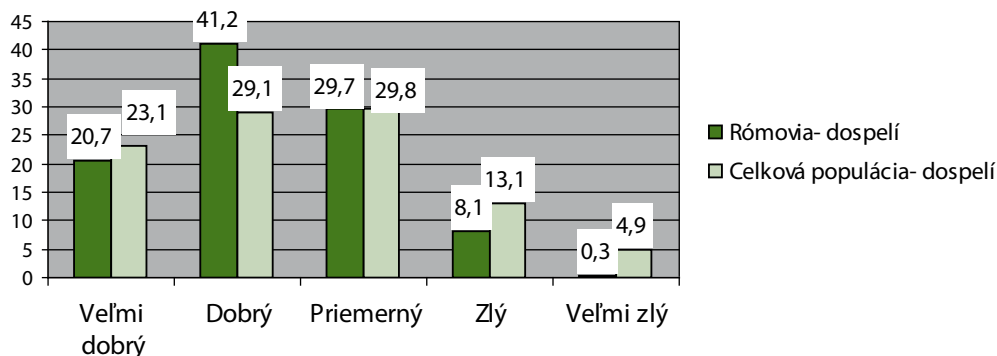


Graf 3.2. Zloženie členov domácnosti (N=3 760) podľa ich vnímania vlastného zdravotného stavu za posledných 12 mesiacov.



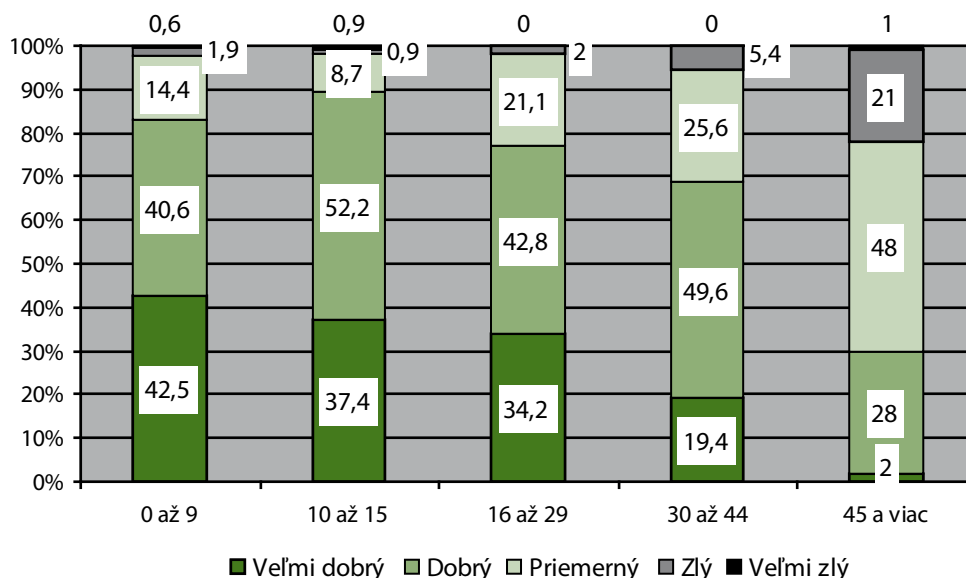
Z celkového počtu členov domácnosti vníma 96% svoj zdravotný stav ako priemerný alebo lepší od priemeru. U neplnoletých je zdravie hodnotené pozitívnejšie ako u dospelých, čo pochopiteľne súvisí s priamou úmernosťou medzi vekom a morbiditou. Podľa respondentov má 40,4% neplnoletých veľmi dobrý zdravotný stav, kým u dospelých je to 20,7%. Za zlý považuje svoj zdravotný stav 8,1% dospelých a v prípade neplnoletých je to iba 1,5%.

Graf 3.3. Porovnanie vnímaného zdravotného stavu medzi Rómskou populáciou (N=3760) a celkovou populáciou SR (EU SILC, 2006).



Pre porovnanie so všeobecnou populáciou uvádzame údaje z prieskumu EU SILC 2006. Svoj zdravotný stav vníma ako veľmi dobrý 23.1% populácie, kým vo vzorke Rómov je to až 29%. Najmarkantnejší rozdiel je pri dobrom zdravotnom stave, kde všeobecná populácia takto hodnotí svoje zdravie v 29,1% prípadoch, kým vo vzorke Rómskej populácie je to 41,2% prípadov. Zlý zdravotný stav udáva 13,1% celkovej populácie a iba 8,1% Rómskej populácie. Na základe tohto porovnania možno konštatovať, že Rómska populácia vníma svoje zdravie pozitívnejšie, ako všeobecná populácia. Podľa výsledkov viacerých výskumov je vnímané zdravie závislé od príjmu, teda čím vyšší je príjem, tým pozitívnejšie je hodnotený zdravotný stav. Rovnako, nezamestnaní majú tendenciu hodnotiť svoje zdravie negatívnejšie ako zamestnaná časť populácie. Vzhľadom na to, že skúmaná vzorka Rómskej populácie sa nevyznačuje vyšším príjmom ani zamestnanosťou oproti všeobecnej populácii, dôvody tohto javu je potrebné hľadať inde. Zrejme teda ide o odlišný referenčný rámec, ktorý obe skupiny používajú pri hodnotení zdravia. Rómska populácia zrejme neprpisuje jednotlivým symptómom taký význam ako zvyšok populácie, resp. ich na základe porovnania s okolím považuje za prirodzený stav.

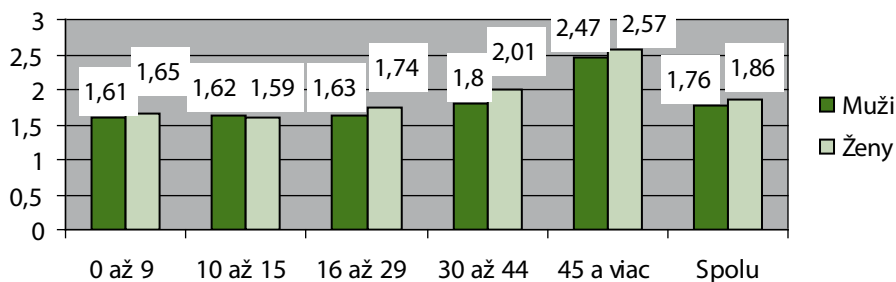
Graf 3.4. Zloženie populácie podľa vekovej kategórie, na základe vnímaného zdravotného stavu za ostatných 12 mesiacov.



Vnímaný zdravotný stav je najpozitívnejší v nižších vekových skupinách, s vyšším vekom sa vnímaný zdravotný stav prirodzene zhoršuje. Výrazný zlom sa objavuje medzi kategóriou 45 a starších ľudí a ostatnými vekovými skupinami, pričom 45 a viacroční hodnotia svoje zdravie negatívnejšie.

Významné rozdiely medzi pohlaviami sme nezaznamenali, s výnimkou zlého zdravotného stavu, ktorý udáva 3,7 % mužov a až 7% žien. Tieto údaje sú v zhode s výskumami všeobecnej populácie (EU SILC, 2006), ktoré poukazujú na mierne pozitívnejšie vnímanie zdravotného stavu u mužov a negatívnejšie u žien.

Graf 3.5. Priemerná hodnota vnímaného stavu zdravia členmi domácnosti (N=3 760) podľa pohlavia za ostatných 12 mesiacov na škále 1-5.



Priemerná hodnota vnímaného zdravotného stavu členov domácnosti je 1,76 u mužov a 1,86 u žien. Takto pozitívne hodnotený zdravotný stav vypovedá o slabom povedomí o zdraví a možnostiach liečby chorôb. Skutočnosť, že Rómovia hodnotia svoje zdravie v priemere ako dobré, je veľmi znepokojujúca vo svetle štatistík a výpovedí všeobecných lekárov, ktorí považujú zdravie najmä v rómskych osadách za priam katastrofálne (Slováková, 2008).

3.2. Ochorenia a zdravotné problémy

V záujme získania konkrétnejšieho obrazu o zdravotnom stave skúmanej populácie, pýtali sme sa respondentiek na najčastejšie chronické ochorenia a zdravotné problémy. Do úvahy sme pritom brali tie ochorenia, ktoré boli u respondentov diagnostikované lekárom.

Tabuľka 3.1. Percento populácie, ktorá udáva diagnostikované chronické ochorenie podľa diagnózy.

	Má ochorenie	Bez ochorenia	Spolu	Počet (N)
Nepľnoletí a dospelí				
Hypertenzia	10,2	89,8	100	(657)
Vysoký cholesterol	6,8	93,2	100	(657)
Diabetes	3,7	96,3	100	(657)
Astma, chronická bronchitída	8,3	91,7	100	(657)
Srdcové ochorenie	6,0	94,0	100	(657)
Žalúdočný vred	3,9	96,1	100	(657)
Alergia	7,1	92,9	100	(657)
Depresia	2,8	97,2	100	(657)
Iné duševné ochorenie	4,6	95,4	100	(657)
Migrény, bolesti hlavy	10,3	89,7	100	(657)
Pruh	4,6	95,4	100	(657)
Iba dospelí				
Problémy s krvným obehom	8,0	92,0	100	(336)
Artritída, reuma	7,3	92,7	100	(336)
Osteoporóza	4,3	95,7	100	(336)
Problémy s prostatou	4,7	95,3	100	(336)
Problémy spojené s menopauzou	7,0	93,0	100	(336)

Najčastejšími ochoreniami sú hypertenzia (10,2%), migrény a bolesti hlavy (10,3%), astma a bronchitída (8,3%) a problémy s krvným obehom (8%). Prekvapivo nízka je prevalencia diabetu (3,7%), ktorá vo všeobecnej populácii dosahuje okolo 8% (DG Health and Consumers, 2007), čo je však stále považované za podhodnotené. Celková morbidita sa oproti všeobecnej populácii javí dosť nízka. Napr. hypertenziou trpí podľa prieskumov MONIKA (Baráková, 2002) a CINDI (Avdičová, 2005) až 30% osôb, vysokým cholesterolom 10% až 72% v závislosti od veku, chorobami obehovej sústavy 28,3%. Kardiovaskulárne ochorenia sú pritom príčinou dvoch tretín úmrtí na Slovensku. Uvedené faktory patria spolu s fajčením, nedostatočným pohybom a nesprávnym zložením stravy medzi najvýznamnejšie rizikové faktory vzniku kardiovaskulárnych chorôb (WHO 2002, in: Jurkovičová, 2005), ktoré sú najčastejšou príčinou úmrtia. Nízka prevalencia chronických ochorení zistená v tomto výskume zrejme nesvedčí o lepšom zdravotnom stave Rómskej populácie, ale o nízkom povedomí o vlastnom zdravotnom stave a veľkom množstve nediagnostikovaných ochorení. Podľa skúseností terénnych pracovníkov väčšina Rómov žijúcich v osadách navštívi lekára až vo vážnom zdravotnom stave, resp. v ohrození života. Dôvodom je okrem chudoby aj nedôvera tejto skupiny ľudí k oficiálnym inštitúciám, teda aj k zdravotníckym zariadeniam a lekárom. Rómovia v segregovaných osadách zväčša ani nevedia, že majú právo na zdravotnícke služby, od návštevy lekára ich odrádza aj cena dopravy a doplatky za lieky. Mnohí Rómovia považujú za ochorenia iba také, ktoré sú zjavné a ktoré dokážu bezprostredne rozpoznať. Zväčša je to základná škála chorôb a ich sprievodných symptómov (zápalové ochorenia, horúčkové stavy, poranenia, úrazy, otravy, popáleniny a ich následky, bežné infekčné ochorenia, chrípka a podobne). Symptómy iných závažných chorôb (dedičné, degeneratívne ochorenia, autoimúnne, tumorové, či psychické ochorenia) bývajú podceňované, prehliadané a neliečené, riešia sa až v stave akútnosti. To samozrejme so sebou prináša i množstvo komplikácií, ktorým by sa pri včasnej diagnostike a adekvátnej liečbe dalo predísť.

Tabuľka 3.2. Percento populácie, ktorá trpí chronickým ochorením podľa diagnózy a pohlavia.

	Muži	Ženy	Nepľnoletí	Dospelí
Nepľnoletí a dospelí				
Hypertenzia	9,8	10,6	0,0	17,7
Vysoký cholesterol	6,8	6,7	0,5	11,3
Diabetes	2,8	4,6	0,6	6,0
Astma, chronická bronchitída	8,1	8,5	7,9	8,6
Srdcové ochorenie	6,4	5,5	1,4	9,3
Žalúdočný vred	4,6	3,2	0,0	6,7
Alergia	6,5	7,6	7,1	7,0
Depresia	2,1	3,4	0,5	4,4
Iné duševné ochorenie	4,5	4,8	3,7	5,3
Migrény, bolesti hlavy	5,9	14,7	1,3	16,9
Pruh	4,5	4,8	0,0	8,0
Iba dospelí				
Problémy s krvným obehom	8,1	8,2	-	8,0
Artritída, reuma	3,2	11,3	-	7,3
Osteoporóza	2,2	6,2	-	4,3
Problémy s prostatou	4,8	--	-	4,7
Problémy spojené s menopauzou	--	6,7	-	7,0
Base (N)	(322)	(335)	(321)	(336)

Výraznejšie rozdiely v prevalencii ochorení podľa pohlavia sa vyskytujú iba v niektorých prípadoch: ženy trpia častejšie migrénami a bolesťami hlavy (14,7%) ako muži (4,8%), artritídou a reumou - 11,3% oproti 3,2% u mužov, osteoporózou (6,2%) oproti 2,2% u mužov, diabetom (4,6%) oproti 2,8% u mužov. U mužov sa morbidita javí celkovo nižšia, mierne vyššie percento sme zaznamenali iba v prípade srdcových ochorení. Tieto výsledky sú omnoho nižšie ako výsledky prieskumu CINDI (Avdičová, 2005), kde napr. hypertenziou trpí až 39,7% mužov a 28,6% žien, vysokým cholesterolom 30,4% mužov a 32,2% žien. Podľa tohto prieskumu je prevalencia srdcovocievnych ochorení u mužov omnoho vyššia ako u žien.

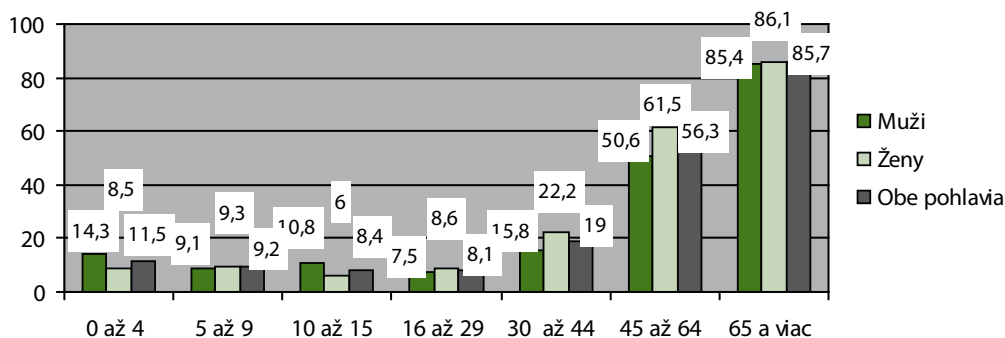
Tabuľka 3.3. Priemerný vek Rómskej populácie trpiacej chronickým ochorením podľa diagnózy a pohlavia.

	Muži	Ženy	Nepľnoletí	Dospelí	Spolu
Nepľnoletí a dospelí					
Hypertenzia	51,79	53,14	0,00	52,49	52,49
Vysoký cholesterol	46,37	52,30	13,99	50,43	49,32
Diabetes	56,20	52,22	8,32	57,11	53,72
Astma, chronická bronchitída	24,89	31,89	6,69	43,11	28,47
Srdcové ochorenie	39,31	48,23	6,63	47,56	43,43
Žalúdočný vred	40,04	44,30	0,00	41,81	41,81
Alergia	19,77	26,20	7,25	35,03	23,24
Depresia	32,98	40,58	14,51	39,56	37,69
Iné duševné ochorenie	20,17	30,91	8,46	34,46	25,71
Migrény, bolesti hlavy	42,06	37,91	10,96	40,70	39,09
Pruh	38,72	45,83	0,00	42,37	42,37
Iba dospelí					
Problémy s krvným obehom	38,72	45,83	--	42,37	42,37
Artritída, reuma	53,77	40,43	--	43,24	43,24
Osteoporóza	55,30	48,74	--	50,49	50,49
Problémy s prostatou	53,71	--	--	53,71	53,71
Problémy spojené s menopauzou	--	54,15	--	54,15	54,15

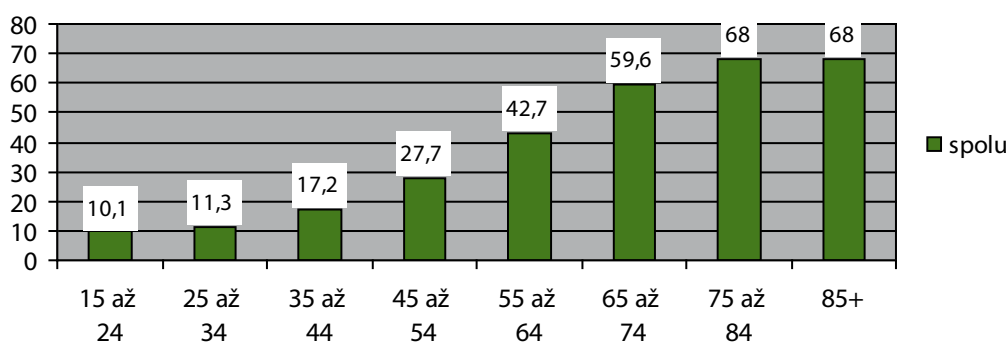
Priemerný vek ľudí trpiacich chronickými ochoreniami je pomerne vysoký, u hypertenzie je to 52,49, u zvýšeného cholesterolu 49,32, u diabetu 53,6 rokov. Podľa prieskumu Vieme zdravo žiť? (Jurkovičová, 2005) existuje rozdiel v priemernom veku mužov a žien trpiacich niektorými ochoreniami, výrazný rozdiel je najmä pri srdcovocievnych ochoreniach, v rámci ktorých ženy „zaostávajú“ za mužmi až o 10 rokov, čo sa však v rámci tohto výskumu nepotvrdilo, čo môže naznačovať nedostatočnú diagnostiku.

Tabuľka 3.4. Percento členov domácnosti, ktorí trpia chronickým ochorením podľa pohlavia a veku.

	Muži	Ženy	Obe pohlavia
Spolu	17,9	19,6	18,8
0 až 4	14,3	8,5	11,5
5 až 9	9,1	9,3	9,2
10 až 15	10,8	6,0	8,4
16 až 29	7,5	8,6	8,1
30 až 44	15,8	22,2	19,0
45 až 64	50,6	61,5	56,3
65 a viac	85,4	86,1	85,7
(N)	(1.870)	(1.890)	(3.760)

Graf 3.6. Percento členov domácnosti, ktorí deklarujú chronické ochorenie podľa pohlavia a veku.


Prevalencia chronických ochorení sa zvyšuje s vekom. Výrazný zlom nastáva vo vekovej skupine 45 až 64 ročných, v rámci ktorej trpí chronickým ochorením 61,5% žien a 50,6% mužov. V tejto vekovej skupine je prevalencia chronických ochorení významne vyššia u žien ako u mužov, vo vekovej skupine 65 a viac sa pomer vyrovnáva: 86,1% žien a 85,4% mužov.

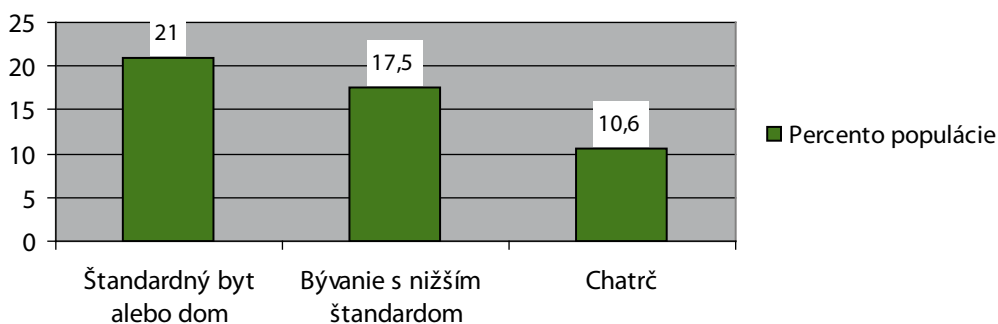
Graf 3.7. Percento celkovej populácie, ktorá deklaruje chronické ochorenie podľa pohlavia a veku (EU SILC 2006).


Keď sa pozrieme na deklarovanú prevalenciu chronických ochorení z hľadiska vekových skupín (vzhľadom na to, že výskumy rómskej aj celkovej populácie používajú odlišné vekové kategórie, porovnanie je orientačné), pri najmladších dospelých je výskyt ochorení nižší u rómskej, ako u celkovej populácie, tento pomer sa však vo vyššej vekovej kategórii mení v neprospech Rómov, čo sa najvýraznejšie prejavuje u najstarších osôb. Kým v celkovej populácii je deklarovaný výskyt najviac 68%, u Rómov je to až 85,7%.

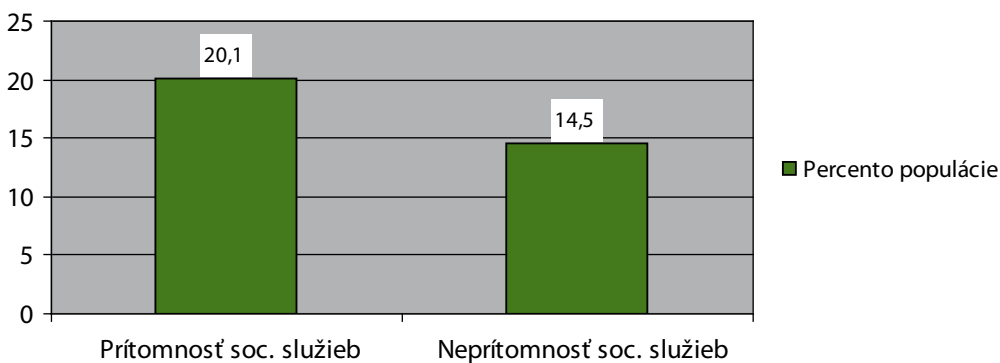
Tabuľka 3.5. Percento Rómskej populácie, ktorá deklaruje chronické ochorenie podľa bydliska.

Percento populácie	
Spolu	18,8
Veľkosť sídla	
Do 5000	18,7
Od 5001 do 10000	22,0
Od 10001 do 25000	15,1
Od 25001 do 50000	14,5
Od 100001 do 250000	30,1
Viac ako 250000	27,8
Miesto bydliska	
Integrované s dobrými zdrav. podmienkami	21,0
Integrované so zlými zdrav. podmienkami	15,5
Izolované s dobrými zdrav. podmienkami	19,4
Izolované so zlými zdrav. podmienkami	13,6

Podľa veľkosti sídla je najvyššia zistená prevencia chronických ochorení v mestách od 100 000 do 250 000 obyvateľov, čo je zrejme spôsobené lepším prístupom k zdravotníckym službám a teda aj vyšším počtom diagnostikovaných ochorení. Toto vysvetlenie sa vzťahuje aj na zistenie, že najvyšší počet chronických ochorení sa vyskytol v integrovaných oblastiach s dobrými zdravotnými podmienkami (21%) a najnižší v izolovaných oblastiach so zlými zdravotnými podmienkami (13,6%).

Graf 3.8. Percento deklarovaných chronických ochorení podľa typu bydliska.

Podľa typu bydliska je najnižší výskyt chronických ochorení v chatrčiach 10,6% oproti 20,1% v štandardných bytoch alebo domoch.

Graf 3.9. Percento deklarovaných chronických ochorení u Rómskej populácie podľa prístupu zdravotníckym službám, teda prítomnosti zdravotného strediska v rámci obce.

Deklarovaná prevalencia je nižšia v obciach s chýbajúcim zdravotným strediskom 14,5% ako v obciach, v ktorých sú tieto služby zabezpečené 20,1%. Tieto výsledky opäť poukazujú na to, že najzávažnejším problémom v oblasti zdravia Rómov je práve veľká priepasť medzi počtom diagnostikovaných a skutočných ochorení, čo je spôsobené najmä slabou dostupnosťou zdravotníckych služieb, nízkym povedomím o zdraví a právach na zdravotnú starostlivosť. Uvedené skutočnosti poukazujú na nutnosť zamerať sa na lokality, v ktorých chýbajú sociálne a zdravotné služby a to jednak preventívnymi programami, jednak systematickými výjazdmi lekárov do terénu.

Zhrnutie: Rómska populácia hodnotí svoj zdravotný stav pozitívnejšie ako celková populácia SR. Keďže toto hodnotenie nezodpovedá reálnemu stavu, tak ako ho poznáme, zrejme ide o odlišný referenčný rámec, ktorý používajú obe skupiny pri hodnotení vlastného zdravia. Relatívne nízka prevalencia chronických ochorení (okrem veku 45 a viac rokov) zistená v tomto výskume zrejme nesvedčí o lepšom zdravotnom stave Rómskej populácie, ale o nízkom povedomí o vlastnom zdravotnom stave a veľkom množstve nediagnostikovaných ochorení. Nami zistená prevalencia teda predstavuje skôr vrchol ľadovca, ako objektívny stav. Ide zrejme o prípady, ktoré boli diagnostikované v oblastiach s lepším prístupom k zdravotníckym službám, resp. prípady, kde k diagnostikovaniu došlo až v pokročilom štádiu ochorenia na základe vážnych symptómov, kedy sa pacient rozhodol navštíviť lekára.

4. Úrazy

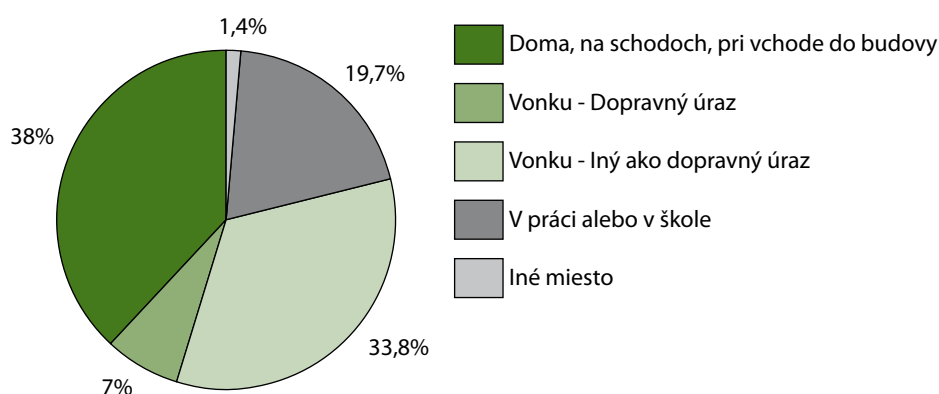
Úrazy patria medzi časté príčiny úmrtia u detí aj dospelých. Poznanie rizikových skupín obyvateľstva, najčastejších miest a dôsledkov úrazu umožní účinnejšie a cielene úrazom predchádzať. Táto kapitola pojednáva o distribúcii úrazov podľa veku, pohlavia a miesta výskytu a tiež o najčastejších druhoch úrazov, ktoré sa u výskumnej vzorky vyskytli za ostatných 12 mesiacov. Analyzuje sa v nej situácia v rómskej populácii, na porovnanie používame dáta o celkovej populácii za Slovensko a za krajiny Európskej únie.

Tabuľka 4.1. Zloženie populácie podľa toho, či utrpela nejaký úraz za posledných 12 mesiacov, podľa pohlavia a vekovej kategórie.

	Úrazy za ostatných 12 mesiacov	Žiaden úraz za ostatných 12 mesiacov	Spolu	(N)
Spolu	11,1	88,9	100	(657)
Deti a dospelí				
Deti	12,3	87,7	100	(321)
Dospelí	10,0	90,0	100	(336)
Pohlavie				
Muž	13,5	86,5	100	(322)
Žena	8,8	91,2	100	(335)
Vekové skupiny				
0 až 9	11,7	88,3	100	(151)
10 až 15	13,9	86,1	100	(170)
16 až 29	7,9	92,1	100	(53)
30 až 44	10,9	89,1	100	(89)
45 a starší	12,0	88,0	100	(194)

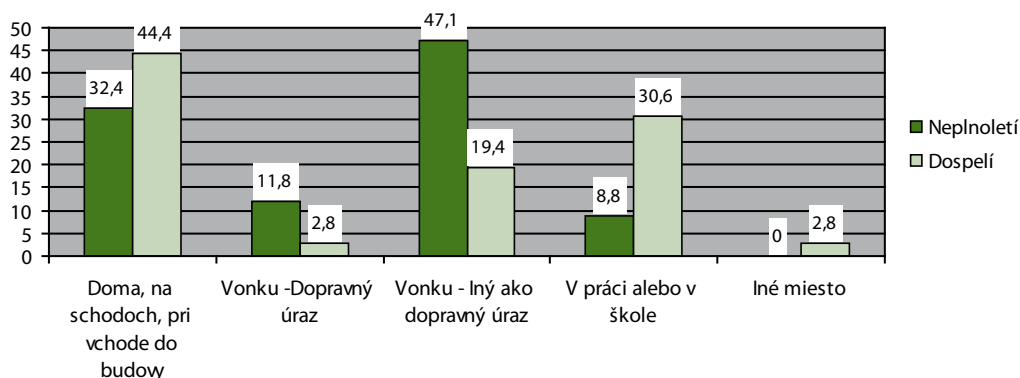
Ako je z tabuľky zrejmé, úrazy za ostatných 12 mesiacov sa v celkovej vzorke vyskytujú u 11,1% opýtaných, čo zásadný problém nepredstavuje. Najviac úrazov (13.9%) sme zaznamenali vo vekovej skupine od 10 do 15 rokov. Mierne vyšší je celkový výskyt úrazov u neplnoletých (12.3%) ako u dospelých (10%). Medzi dospelými je výraznejší rozdiel medzi pohlaviami, keď u mužov sa úrazy vyskytujú v 13.5%, kým u žien len v 8.8% výskumnej vzorky. Interpretáciu týchto výsledkov však treba chápať ako orientačnú, keďže ide o nízky počet prípadov, kedy sa úraz vyskytol.

Graf 4.1. Zloženie populácie, ktorá utrpela úraz za ostatných 12 mesiacov, podľa miesta, kde došlo k úrazu



Z hľadiska miesta výskytu úrazov je ich celkovo najviac doma (38%) a vo vonkajšom prostredí mimo dopravných nehôd (33.8%). Pozitívne je, že dopravné úrazy, ktoré patria medzi najťažšie a majú najvážnejšie dôsledky, sa v rómskej populácii vyskytli iba v siedmich percentách. Tento údaj je však nízky aj z toho dôvodu, že viac ako jedna tretina respondentov žije v izolovanom osídlení, v ktorom je nebezpečenstvo dopravných úrazov eliminované.

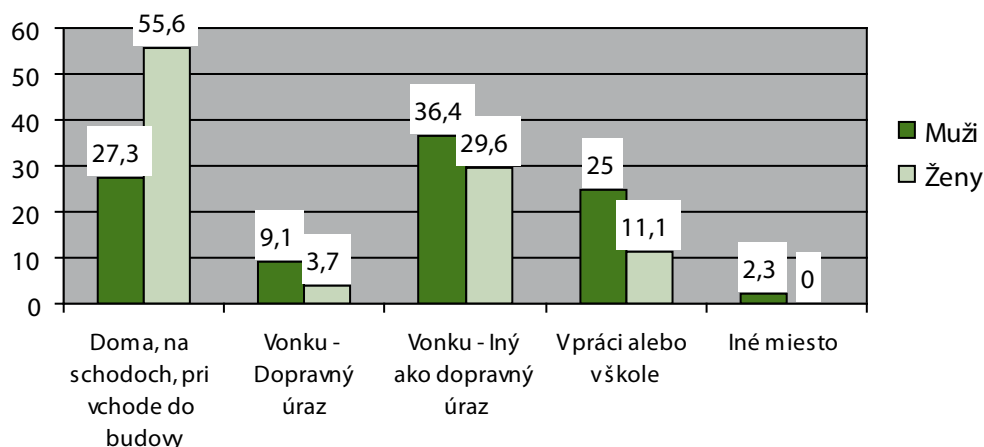
Graf 4.2. Zloženie populácie, ktorá utrpela úraz za ostatných 12 mesiacov, podľa miesta, kde došlo k úrazu a vekovej kategórie



Doma sa vyskytuje viac úrazov u dospelých (44.4%) ako u detí (32.4%). U dospelých vzorky populácie sa takmer 1/3 úrazov vyskytuje aj v pracovnom prostredí. U detí prevláda výskyt úrazov vo vonkajšom prostredí, pričom nie sú spôsobené dopravnými nehodami (47.1%).

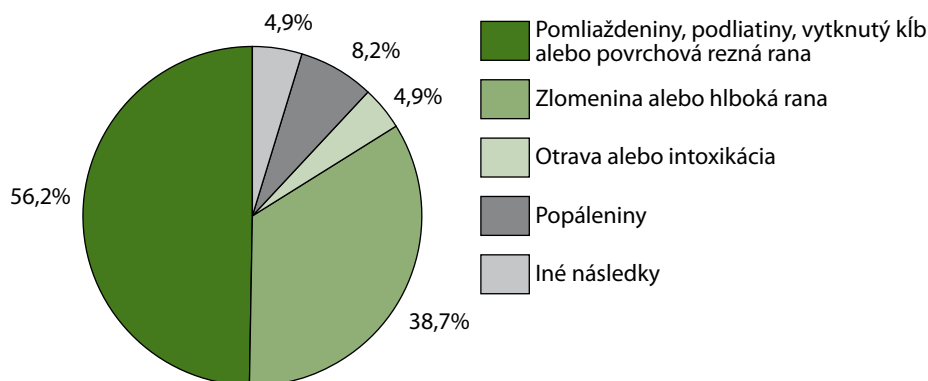
Pre porovnanie uvádzame aj údaje z celoslovenskej vzorky, ktoré ukazujú, že medzi najčastejšie miesta úrazov detí a mládeže patrí domáce prostredie (36%), ďalej športoviská (23%), cesta (21%) a škola, resp. predškolské zariadenia (17%) (Rovný, 2009).

Graf 4.3. Zloženie populácie, ktorá utrpela úraz za ostatných 12 mesiacov, podľa miesta, kde došlo k úrazu a pohlavia



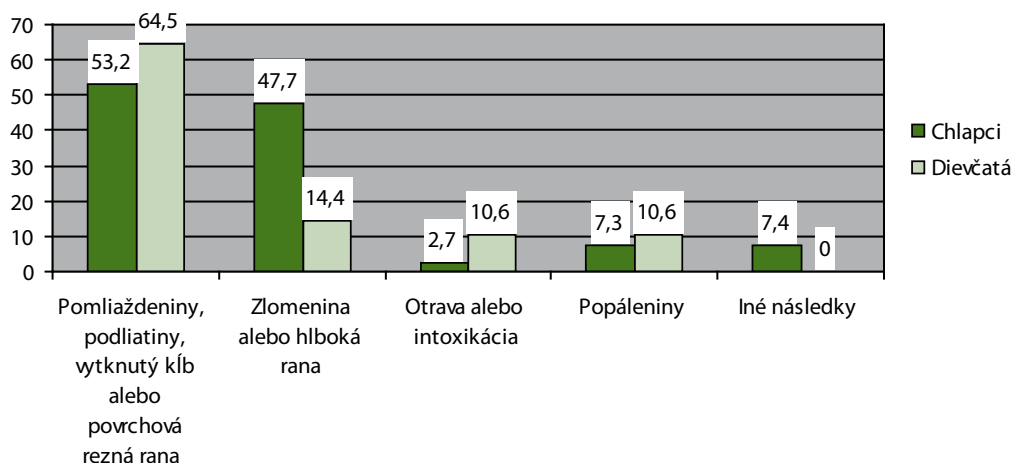
Doma sa tiež výrazne, zhruba dvakrát viac, vyskytujú úrazy u žien (55.6%) ako u mužov (27.3%). Pomerne vysoké percento výskytu úrazov doma u žien pravdepodobne naznačuje veľkú zaťaženosť mnohých rómskych žien domácimi prácami, pri ktorých sa úrazy môžu vyskytnúť. U mužskej populácie je najväčší výskyt úrazov vo vonkajšom prostredí mimo dopravných nehôd.

Graf 4.4. Percento populácie neplnoletých, ktorí utrpeli úraz za ostatných 12 mesiacov podľa typu následkov úrazu.



Z hľadiska typu úrazov sa u detí najčastejšie vyskytujú pomliaždeniny, modriny, výrony alebo povrchové rezné rany (56.2%) a na druhom mieste sú zlomeniny a hlbšie/vážnejšie rezné rany (38.7%). Aj u celkovej vzorky slovenskej populácie patria medzi najčastejší typ poranenia pohmoždeniny a otvorené rany (Rovný, 2009)

Graf 4.5. Percento populácie neplnoletých, ktorí utrpeli úraz za ostatných 12 mesiacov podľa typu následkov úrazu a pohlavia.



Najvýraznejší rozdiel medzi pohlaviami je v rámci fraktúr alebo hlbokých rezných rán, kde dochádza u chlapcov k viac ako trojnásobne vyššiemu výskytu týchto poranení oproti dievčatám (47.7%: 14.4%).

Údaje o celkovej situácii v členských krajinách EÚ, evidujúce úrazy na základe hlásení z vybraných nemocníc môžu poslúžiť na orientačné porovnanie s vyššie uvedenými štatistikami. Treba však mať pri tom na pamäti, že údaje z rómskej populácie boli získavané na základe výpovedí respondentov a sú v nich zahrnuté aj tie, ktoré neboli lekársky ošetrené.

Každoročne v EU 60 miliónov ľudí – alebo 12% z populácie 27 krajín EU – vyhľadá lekárske ošetrenie kvôli úrazom. Zo všetkých ošetrených prípadov bolo 3 860 000 (6.5%) dopravných, 4 810 000 (8.1%) pracovných, 46 500 000 (78.1%) spôsobených doma, vo voľnom čase a v škole (*WHO Mortality Database*, 2007). Je teda zjavné, že domáce, voľnočasové a školské úrazy predstavujú najväčšie percento všetkých úrazov, čo je v súlade so zisteniami v rámci rómskej populácie.

Z hľadiska pohlavia sú v EÚ celkovo muži a ženy takmer rovnako zastúpení v počte úrazov ošetrených v nemocniciach. Avšak viac mužov utrpí úraz v detstve a adolescencii a tento pomer sa otáča

v staršom veku (50+) v neprospech žien (EU Injury Database, 2007). Z hľadiska typu úrazu sa v rámci krajín EÚ najčastejšie vyskytujú pomliaždeniny a modriny (31%), otvorené rany (21%), fraktúry (20%) a vyvrtnutia (13%) (EU Injury Database, 2007). Tieto údaje nie sú v rozpore s údajmi získanými za rómsku populáciu.

Zhrnutie: Úrazy za ostatných 12 mesiacov sa v celkovej vzorke vyskytujú u 11,1% opýtaných, čo je v súlade s odhadom výskytu u celkovej populácie v EU. Z hľadiska úrazov patria medzi najzraniteľnejšie skupiny muži, dospelí aj nepľnoletí. Najviac úrazov sa vyskytuje v domácnosti, pričom ide najmä o ľahké poranenia.

5. Obmedzenie hlavnej činnosti

Ľudia sú veľa krát nútení obmedziť zo zdravotných dôvodov svoje hlavné denné aktivity, sú teda práceneschopní. Vzhľadom na to, že veľká časť rómskej populácie je nezamestnaná, pýtali sme sa na obmedzenie hlavnej dennej činnosti. V rámci tejto kapitoly teda analyzujeme nutnosť obmedzenia hlavných aktivít kvôli zdravotnému stavu za ostatné dva týždne podľa veku, pohlavia, typu/kvality obydli a sociálnych a zdravotných služieb poskytovaných v mieste bydliska. Tiež sa tu pojednáva o tom, kvôli akým druhom symptómov sú ľudia najčastejšie prinútení obmedziť svoje aktivity. Pre porovnanie uvádzame aj údaje za celkovú slovenskú populáciu. Tie sú dostupné z roku 2006 a sledujú nutnosť obmedzenia aktivít za omnoho dlhšie časové obdobie, konkrétne za ostatných 6 mesiacov.

Tabuľka 5.1. Percento rómskej populácie, ktorá musela obmedziť svoju dennú aktivitu v ostatných dvoch týždňoch kvôli nejakému symptómu, podľa pohlavia a vekovej kategórie.

	Obmedzená aktivita v ostatných 2 týždňoch	Neobmedzená aktivita v ostatných 2 týždňoch	Spolu	(N)
Spolu	17,0	83,0	100	(657)
Nepľnoletí a dospelí				
Nepľnoletí	19,1	80,9	100	(321)
Dospelí	15,5	84,5	100	(336)
Pohlavie				
Muži	14,7	85,3	100	(322)
Ženy	19,4	80,6	100	(335)
Vekové skupiny				
0 to 9	21,6	78,4	100	(151)
10 to 15	15,7	84,3	100	(170)
16 to 29	11,9	88,1	100	(53)
30 to 44	14,7	85,3	100	(89)
45 a starší	22,0	78,0	100	(194)

Počas ostatných dvoch týždňov muselo zo zdravotných dôvodov obmedziť svoju hlavnú dennú činnosť 19,1% detí a 15,5% dospelých. Z hľadiska pohlavia to bolo 14,7% mužov a 19,4% žien. Z hľadiska vekových skupín sa nutnosť obmedzenia aktivít najviac týkala detí vo veku 0-9 rokov (21.6%) a dospelých vo veku 45 a viac rokov (22%), čo zrejme súvisí s väčšou náchylnosťou na bežné choroby v ranom a neskoršom štádiu života.

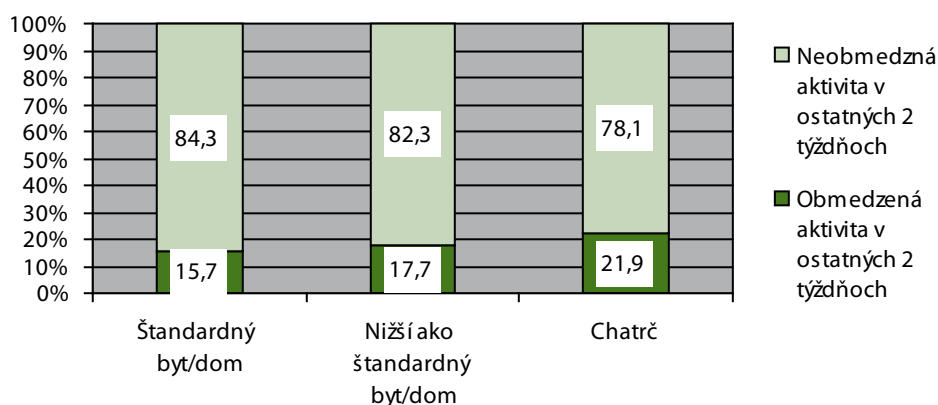
Tabuľka 5.2. Percento slovenskej populácie, ktorá musela obmedziť svoju dennú aktivitu v ostatných šiestich mesiacoch kvôli nejakému symptómu, podľa pohlavia (EU SILC 2006)

	Celková populácia	Muži	Ženy
Vážne obmedzenie aktivít	11,1	9,1	12,7
Obmedzenie aktivít do nejakého rozsahu	18,4	15,6	20,7
Aktivity bez obmedzenia	70,6	75,3	66,5

Údaje za celkovú slovenskú populáciu z roku 2006 ukazujú, že počas ostatných šiestich mesiacov muselo zo zdravotných dôvodov vážne obmedziť svoju dennú aktivitu spolu 11.1% osôb, pričom z hľadiska pohlavia ide o 9.1% mužov a 12.7% žien. Oproti rómskej populácii sa teda jedná o nižší počet osôb. Ak by sme však brali do úvahy aj tú časť celkovej vzorky slovenskej populácie, ktorá musela obmedziť svoje aktivity len čiastočne, tak by na tom boli Rómovia oproti celkovej populácii zdanlivo lepšie. Údaje zo vzorky rómskej populácie sú však mimoriadne vysoké, vzhľadom na to, že ide o obmedzenie aktivít za posledné 2 týždne oproti údajom za všeobecnú populáciu, kde sa uvedené percento týka posledných šiestich mesiacov.

Pomerne veľká časť rómskej populácie, ktorá musela obmedziť svoju hlavnú dennú činnosť kvôli zdraviu za ostatné 2 týždne však nekorešponduje so subjektívnym vnímaním zdravia u Rómov, ktoré je nadmieru pozitívne (pozri kapitola 3.1), ani s výsledkami celkovej morbidita (pozri kapitola 3.2), ktorá sa podľa výsledkov výskumu javí nižšia ako v celkovej populácii. Uvedené výsledky sú však v súlade s dátami uvádzanými v kapitole 2.5, ktorá pojednáva o nutnosti obmedzenia bežných každodenných aktivít. Zdá sa, že otázka na obmedzenie aktivít je teda lepším indikátorom zdravotného stavu u Rómov ako otázka na diagnostikované chronické ochorenia či subjektívne hodnotenie zdravotného stavu..

Graf 5.1. Percento rómskej populácie, ktorá musela obmedziť svoju dennú aktivitu v ostatných dvoch týždňoch kvôli nejakému symptómu, podľa veľkosti mesta/obce a typu obydla.



Z hľadiska **typu obydla** sa nutnosť obmedzenia hlavnej dennej činnosti v ostatných dvoch týždňoch zo zdravotných dôvodov zvyšuje priamo úmerne so zhoršujúcimi sa podmienkami a najviac sa týka bývania v najnižšom možnom štandarde – chatrčiach (21.9%).

Tabuľka 5.3. Percento rómskej populácie, ktorá musela obmedziť svoju dennú aktivitu v ostatných dvoch týždňoch kvôli nejakému symptómu, podľa typu obydla a prítomnosti, resp. neprítomnosti sociálnych služieb.

	Obmedzená aktivita v ostatných 2 týždňoch	Neobmedzená aktivita v ostatných 2 týždňoch	Spolu	(N)
Spolu	17,0	83,0	100	(657)
Miesto bydliska				
Integrované, dobré zdrav. podmienky	16,7	83,3	100	(331)
Integrované, zlé zdrav. podmienky	19,3	80,7	100	(77)
Izolované, dobré zdrav. podmienky	12,8	87,2	100	(151)
Izolované, zlé zdrav. podmienky	23,4	76,6	100	(95)
Zdravotné stredisko				
Prítomnosť zdrav. služieb	18,1	81,9	100	(518)
Neprítomnosť zdrav. služieb	13,0	87,0	100	(138)

Svoju hlavnú dennú činnosť museli obmedziť najviac ľudia žijúci v izolovaných obydliach so zlými zdravotnými podmienkami (23.4%) a najmenej ľudia z izolovaných osád s dobrými zdravotnými podmienkami (12.8%). Prekvapujúco viac sa nutnosť obmedzenia týkala oblastí, v ktorých sa nachádza zdravotné stredisko (18,1%) oproti osadám, v ktorých tieto služby chýbajú (13,0%). Prijateľné vysvetlenie tohto javu môže spočívať v tom, že ľudia v oblastiach s prítomnosťou zdravotníckych služieb majú viac možností starať sa o svoje zdravie, viac informácií a v prípade zdravotných problémov obmedzia svoje aktivity.

Tabuľka 5.4. Percento rómskej populácie, ktorá musela obmedziť svoju dennú aktivitu v ostatných dvoch týždňoch podľa typu symptómu.

	Nepľnoletí	Dospelí	Spolu
Bolesť kostí, chrbtice, alebo kĺbov	8,5	42,2	26,0
Nervozita, depresia, alebo problémy so spaním	6,9	16,4	11,8
Problémy s hrdlom, kašeľ, prechladnutie, chrípka	73,8	16,4	44,0
Bolesti hlavy	24,1	47,2	36,1
Pomliaždeniny, rezné rany alebo odreniny	1,3	0,9	1,1
Bolesti ucha	9,6	1,0	5,1
Hnačka alebo črevné problémy	15,5	3,5	9,3
Podráždenie kože, svrbenie, alergie	13,2	5,1	9,0
Problémy s obličkami, alebo bolesti pri močení	3,1	9,1	6,2
Problémy so žalúdkom, zažívaním, pečeňou, alebo žľazami	0,0	5,0	2,6
Horúčka	35,5	10,5	22,5
Problémy so zubami alebo ďasnami	3,8	11,5	7,8
Dýchavičnosť, ťažkosti s dýchaním (iba dospelí)	-	9,8	5,1
Únava bez zjavnej príčiny	-	21,1	10,9
Bolesti brucha (iba nepľnoletí)	20,2	-	11,5
Iná bolesť alebo symptómy	28,8	28,3	28,6
(N)	(60)	(62)	(122)

Obmedzenie činnosti bolo v najvyššej miere zapríčinené u detí bolesťami hrdla, kašľom, prechladnutím, chrípkou (73.8%) a tiež horúčkou (35.5%), kým u dospelých bolesťami hlavy (47.2%) a bolesťami kostí, chrbtice alebo kĺbov (42.2%). Pomerne veľký výskyt symptómov bolesti kostí, chrbtice a kĺbov u dospelých môže súvisieť s jednostranným zaťažením určitých častí organizmu (napr. v dôsledku ťažkej manuálnej práce) alebo aj s nedostatkom pohybu (napr. pri dlhodobej nezamestnanosti). Zrejme však ide najmä o symptómy chronických ochorení, ktoré neboli diagnostikované a preto ani adekvátne liečené.

Tabuľka 5.5. Percento rómskej populácie, ktorá musela obmedziť svoju dennú aktivitu v ostatných dvoch týždňoch podľa typu symptómu a pohlavia.

	Muži	Ženy	Spolu
Bolesť kostí, chrbtice, alebo kĺbov	18,0	31,9	26,0
Nervozita, depresia, alebo problémy so spaním	10,2	13,0	11,8
Problémy s hrdlom, kašeľ, prechladnutie, chrípka	55,5	35,6	44,0
Bolesti hlavy	25,2	44,0	36,1
Pomliaždeniny, rezné rany alebo odreniny	2,5	0,0	1,1
Bolesti ucha	7,4	3,5	5,1
Hnačka alebo črevné problémy	12,0	7,3	9,3
Podráždenie kože, svrbenie, alergie	6,4	10,9	9,0
Problémy s obličkami, alebo bolesti pri močení	8,6	4,5	6,2
Problémy so žalúdkom, zažívaním, pečeňou, alebo žľazami	2,1	3,0	2,6
Horúčka	23,9	21,4	22,5
Problémy so zubami alebo ďasnami	2,9	11,3	7,8
Dýchavičnosť, ťažkosti s dýchaním (iba dospelí)	4,1	5,8	5,1
Únava bez zjavnej príčiny	12,4	9,9	10,9
Bolesti brucha (iba neplnoletí)	8,5	13,7	11,5
Iná bolesť alebo symptómy	24,5	31,5	28,6
(N)	(52)	(70)	(122)

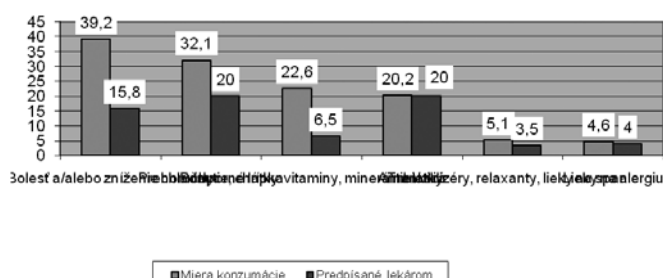
Z hľadiska pohlavia bolo obmedzenie hlavnej činnosti u mužov zapríčinené najmä bolesťami hrdla, kašľom, prechladnutím, chrípkou (55.5%), kým u žien sa tieto symptómy vyskytli až na druhom mieste (35.6%). U žien boli najčastejšou príčinou obmedzenia činnosti bolesti hlavy (44%) a to takmer dvakrát častejšie ako u mužov (25.2%). Bolestí kostí, chrbtice a kĺbov boli taktiež omnoho častejším príznakom u žien (31.9%) ako u mužov (18%). Tento posledne uvedený príznak pravdepodobne súvisí s náročnou fyzickou prácou v domácnosti, ale aj s príznakmi nediagnostikovaných ochorení, napr. osteoporózou, ktorou sú ohrozené predovšetkým ženy.

Zhrnutie: Na základe analýzy nutnosti obmedzenia hlavnej dennej činnosti možno konštatovať, že zvýšenú (zdravotnú) pozornosť treba venovať najmä ľuďom v ranom a zrelom období života a zlepšeniu zdravotných a sociálnych podmienok u ľudí žijúcich v obydliach s najnižším štandardom a v izolovaných oblastiach so zlými zdravotnými podmienkami. Najdôležitejším opatrením v tejto oblasti je včasná diagnostika a liečba chronických ochorení. Tiež je dôležité zlepšiť pracovné podmienky ťažko manuálne pracujúcim osobám a zlepšiť situáciu žien v rodine a domácnosti v zmysle väčšej rodovej rovnosti. Napokon je potrebné viesť ľudí k väčšiemu uvedomeniu si dôležitosti starostlivosti o vlastné zdravie.

6. Užívanie liekov

Celková spotreba liekov na Slovensku sa v ostatných rokoch zvyšuje. Preto je dôležité dozvedieť sa, čo sa za týmto faktom skrýva a získať prehľad o tom, aké lieky sa užívajú najviac a či je toto užívanie adekvátne. U rómskej populácie sa sledovalo užívanie rôznych typov a množstva liekov u detí aj dospelých v priebehu ostatných dvoch týždňov. V tejto kapitole venujeme pozornosť aj tomu, či sú rôzne druhy liekov užívané na základe predpisu lekára alebo ide o samoliečenie. V príslušných tabuľkách sú vždy uvedené dva stĺpce: „miera konzumácie“, ktorý označuje percento užívaných liekov a „predpísané lekárom“, ktorý označuje aké percento liekov bolo užívaných na lekársky predpis. Tieto údaje sme zisťovali prostredníctvom otázok: Aký typ liekov ste užili za ostatné 2 týždne? Predpísal vám ich lekár?

Graf 6.1. Indikátory konzumácie podľa typu liekov použitých nepľnoletými (miera konzumácie, miera samoliečenia).



Z hľadiska typu liekov deti najviac užívajú lieky na utlmenie bolesti a teploty (39.2%), lieky na zmiernenie príznakov nádchy a chrípky (32.1%), vitamíny a minerálne látky (22,6%) a antibiotiká (20.0%). Okrem antibiotík užívajú tieto typy liekov často aj bez lekárskeho predpisu. Medzi chlapcami a dievčatami sa v konzumácii liekov nevyskytujú žiadne výrazné rozdiely.

Tabuľka 6.1. Indikátory konzumácie podľa typu lieku, ktorí užili nepľnoletí a podľa veku.

	0 až 9		10 až 15	
	Miera konzumácie	Predpísané lekárom	Miera konzumácie	Predpísané lekárom
Prechladnutie, chrípka	34,4	23,4	28,9	15,3
Bolesť a/alebo zníženie horúčky	44,1	21,2	32,4	8,3
Podporné látky: vitamíny, minerálne látky	26,0	6,8	17,7	5,9
Antibiotiká	21,2	21,2	18,9	18,3
Trankvilizéry, relaxanty, lieky na spanie	7,8	5,2	1,2	1,2
Lieky na alergie	5,7	5,1	3,0	2,4

Takmer všetky typy liekov užívajú vo väčšej miere deti vo veku 0-9 rokov oproti vekovej skupine 10-15 rokov, a preto sa od tejto staršej vekovej skupiny líšia aj vo väčšom percente týchto liekov použitých na lekársky predpis. Pomerne alarmujúci je údaj o proporcií detskej populácie vo veku 0-9 rokov užívajúcej trankvilizéry, relaxanty a lieky na spanie (7.8%), pričom 2.6% ich užíva bez lekárskeho predpisu. Podľa informácií rómskych asistentov sa do značnej miery jedná o neadekvátnu metódu utlmovania detí, ak si rodičia potrebujú od nich oddýchnuť.

Tabuľka 6.2. Indikátory konzumácie podľa typu liekov požitých dospelými (miera konzumácie, miera samoliečenia).

	Miera konzumácie	Predpísané lekárom	(N)
Prechladnutie, chrípka	22,2	9,6	(82)
Bolesť a/alebo zníženie horúčky	42,1	10,3	(156)
Podporné látky: vitamíny, minerálne látky	13,4	3,4	(43)
Antibiotiká	11,0	10,1	(43)
Trankvilizéry, relaxanty, lieky na spanie	10,0	5,7	(47)
Lieky na alergiu	5,1	5,0	(16)
Lieky na reumu	3,8	3,7	(20)
Lieky na srdcové problémy	8,7	7,7	(47)
Lieky na úpravu krvného tlaku	15,0	14,9	(100)
Lieky na tráviaci systém	6,8	3,7	(33)
Antidepresíva	3,0	2,6	(11)
Antikoncepčné tabletky	1,9	1,9	(4)
Hormonálna substitučná liečba	0,3	0,3	(2)
Lieky na zníženie hmotnosti	1,1	0,1	(3)
Lieky na zníženie hladiny cholesterolu	5,6	4,7	(34)
Lieky na cukrovku	5,2	5,2	(35)
Iné lieky	9,1	5,5	(37)

Dospelí najčastejšie užívajú lieky proti bolesti a na zníženie teploty (42.1%), proti nádche a chrípke (22.2%) a na krvný tlak (15%). Bez lekárskeho predpisu najviac užívajú lieky na zníženie bolesti a teploty (31.8%) a lieky proti nádche a chrípke (12.6%). Informácie od terénnych zdravotných pracovníkov hovoria, že hlavne Rómske ženy užívajú lieky na utíšenie bolesti pravidelne a vo veľkom množstve. Svoje zdravotné problémy riešia takmer výhradne ibuprofenom, panadolom a inými analgetikami (tzv. lentilkami).

Z hľadiska pohlavia užívajú ženy takmer pri všetkých druhoch chorôb o niečo viac liekov ako muži. Najvýraznejší rozdiel medzi ženami a mužmi sa týka užívania antibiotík (ženy 14.8%, muži 7%). Výrazný rozdiel je tiež v užívaní antidepresív (ženy 4.9%, muži 1.0%). Najvýznamnejšou výnimkou je srdcovocievna oblasť, kde muži užívajú viac liekov ako ženy (10.3% : 7.2%). Muži tiež užívajú viac liekov na redukciu cholesterolu.

Tabuľka 6.3. Indikátory konzumácie podľa typu lieku užíteho dospelými a podľa veku.

	16 až 29		30 až 44		45 a viac	
	Miera konzumácie	Predpísané lekárom	Miera konzumácie	Predpísané lekárom	Miera konzumácie	Predpísané lekárom
Lieky na srdcové problémy	3,9	2,2	5,6	4,5	20,1	20,1
Lieky na úpravu krvného tlaku	0,0	0,0	6,7	6,7	48,3	47,9
Lieky na zníženie hladiny cholesterolu	2,2	0,0	1,1	1,1	16,5	16,5

Konzumácia najčastejšie užívaných typov liekov u dospelých narastá s vekom, pričom najvýraznejší je nárast užívania liekov po 45 roku. Predovšetkým ide o konzumáciu liekov na krvný tlak, na problémy so srdcom a na zníženie cholesterolu.

Zhrnutie: Uvedené údaje o užívaní liekov poukazujú na potrebu prevencie zameranej na objasnenie zdravotných rizík pri samoliečení a nadužívaní analgetík ženami a trankvilizérov, relaxantov a liekov na spanie deťmi, čo môže mať na ich ďalší zdravý vývin veľmi negatívne následky.

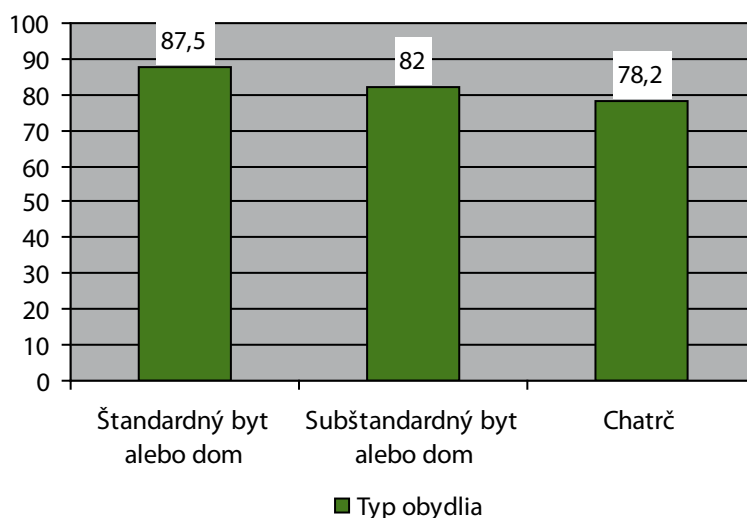
7. Návštevy lekára

Nielen správne užívanie liekov, ale aj akákoľvek iná účinná liečba do značnej miery súvisí s lekáorskymi prehliadkami a správnym stanovením diagnózy. Preto je dôležité zmapovať, aké možnosti a obmedzenia majú Rómovia z hľadiska dostupnosti zdravotnej starostlivosti. V tejto kapitole teda sledujeme témy súvisiace s vyhľadávaním zdravotnej pomoci. Zameriavame sa najmä na obdobie, ktoré uplynulo od ostatnej návštevy lekára, dostupnosť zdravotníckych služieb, dôvody, pre ktoré neboli pacienti ošetrení. Samostatnou a veľmi problematickou témou je vakcinácia, pretože odhaľuje relatívne veľké nenaplnenie programu očkovania u detí.

7.1. Ostatná návšteva lekára

V priebehu ostatného roka vyhľadalo pomoc lekára viac ako 90% detí a 80% dospelých.

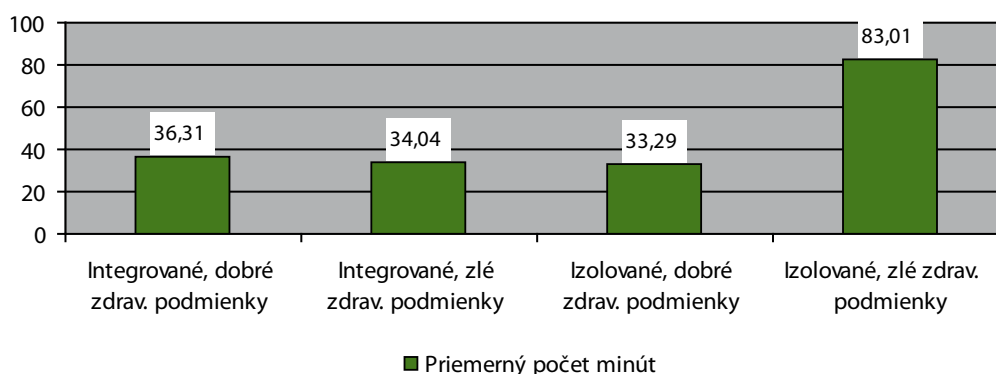
Graf 7.1. Zloženie populácie podľa vyhľadania zdravotnej pomoci za ostatný rok kvôli nejakému ochoreniu a podľa typu obydli.



Z hľadiska typu obydli možno konštatovať, že čím horší je štandard, tým menšie percento ľudí z neho vyhľadalo lekársku pomoc v kratšom časovom období ako jeden rok (ako to ukazuje graf). Teda ľudia s najnižším štandardom bývania chodia k lekárovi najmenej často. Tieto údaje vypovedajú zrejme o bariérach návštevy lekára, resp. o podceňovaní či zanedbávaní zdravotného stavu. Zároveň je treba pripomenúť fakt, že návšteva lekára so sebou prináša určitú prípravu (hygiena, výber šatstva a podobne), čo môže byť tiež jednou z prekážok návštevy zdravotného zariadenia. Ďalšie bariéry predstavujú: nedostatok finančných prostriedkov na dopravu a niekedy aj prístup zdravotného personálu, ako aj iných pacientov k rómskym pacientom, obzvlášť k tým, ktorí pochádzajú z obydli s nízkym sociálnym štandardom.

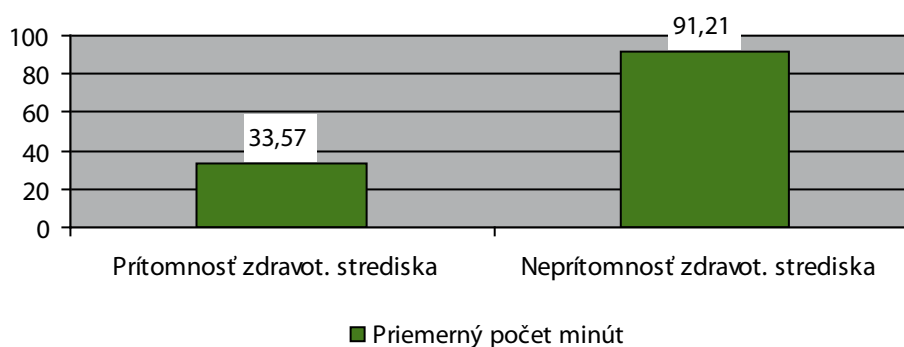
7.2. Dostupnosť zdravotníckych služieb

Graf 7.2. Priemerný počet minút potrebných na dopravu k lekárovi podľa miesta bydliska (týka sa populácie, ktorá navštívila lekára v ostatných 2 týždňoch)



Celkovo je dosah zdravotných zariadení v priemere 45 minút. Podrobnejší pohľad však ukazuje, že kým vo väčšine sídiel je dosah zdravotníckeho zariadenia okolo pol hodiny, neporovnateľne vyšší počet minút potrebujú na dosiahnutie lekára ľudia z izolovaných prostredí so zlými zdravotnými podmienkami (v priemere 83.01 minút).

Graf 7.3. Priemerný počet minút potrebných na dopravu k lekárovi podľa prítomnosti zdravotného strediska (týka sa populácie, ktorá navštívila lekára v ostatných 2 týždňoch)

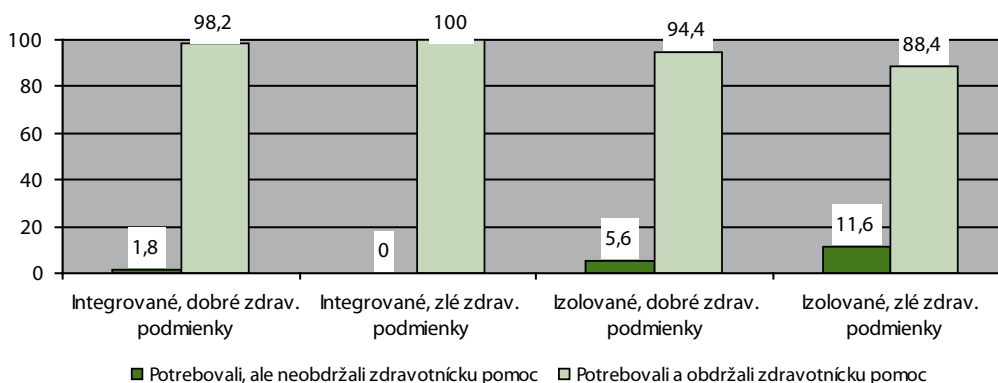


Ľudia žijúci v oblastiach, kde sa zdravotné stredisko nevyskytuje, potrebujú na dopravu k lekárovi zhruba trojnásobne vyšší počet minút (91,21) ako ľudia žijúci v lokalitách s prítomnosťou zdravotného strediska (33.57 minút).

7.3. Zdravotnícka pomoc

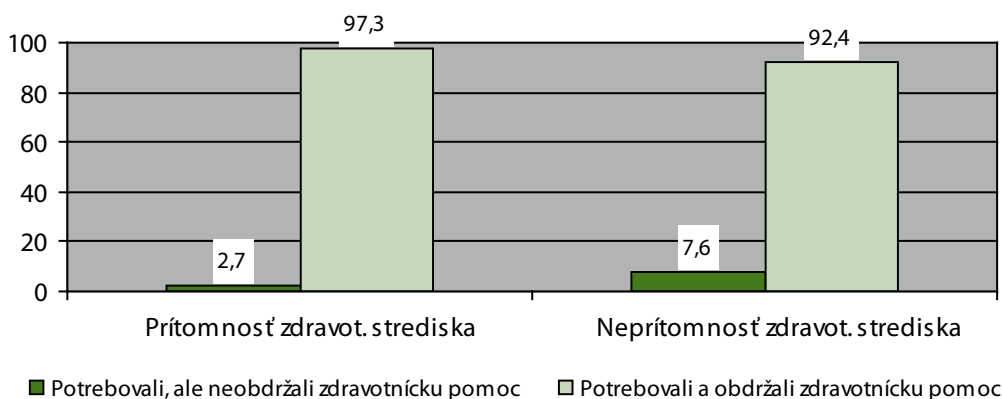
Celkovo 3.8% osôb pochádzajúcich z rómskej populácie nedostalo lekársku pomoc za ostatný rok vtedy, keď ju potrebovali. Toto percento sa výrazne nelíši od údajov získaných z celej slovenskej populácie za rok 2006. Podľa nich sa problém neposkytnutej pomoci týkal celkovo 2.8% populácie, pričom ženy predstavovali 3.5% a muži 2.0% (Eurostat, 2009).

Graf 7.4. Zloženie populácie podľa toho, či im bola poskytnutá potrebná pomoc v priebehu ostatného roku – rozdelenie podľa miesta bydliska.



Ak sa však pozrieme na vyššie uvedený graf detailnejšie, vidíme, že najhoršie na tom boli ľudia z izolovaných prostredí so zlými zdravotnými podmienkami. Až 11,6% osôb z nich nedostalo pomoc v priebehu ostatného roku.

Graf 7.5. Zloženie populácie podľa toho, či im bola poskytnutá potrebná pomoc v priebehu ostatného roku – rozdelenie podľa ne/prítomnosti zdravotného strediska



Tiež pomerne veľké percento ľudí (7,6%) z lokalít, v ktorých sa nevyskytuje zdravotné stredisko nedostali potrebnú zdravotnú pomoc v priebehu ostatného roku.

Tabuľka 7.1. Zloženie populácie podľa toho, či im bola poskytnutá potrebná pomoc v priebehu ostatného roku a podľa dôvodu, prečo im poskytnutá nebola (v percentách).

	0 až 15	16 a viac	Spolu
Nebolo možné sa objednať	7,7	0,0	3,8
Nemal kto odísť z práce, aby zobral dieťa k lekárovi	7,7	0,0	3,8
Bolo to príliš drahé (finančné dôvody)	38,5	46,2	42,3
Nemali možnosť dopravy	15,4	15,4	15,4
Čakacia doba bola príliš dlhá	7,7	7,7	7,7
Iný dôvod	23,1	30,8	26,9
Spolu	100	100	100
Počet osôb (N)	(13)	(16)	(29)

Medzi najčastejšími známymi príčinami neposkytnutia lekárskej pomoci dominujú u detí nedostatok financií (42.3%) a chýbajúca možnosť dopravy (15.4%). Dôvod nedostatku financií treba chápať skôr v zmysle nedostatku peňazí na dopravu (prípadne nedostatku financií na nákup liekov), keďže na Slovensku sú základné lekárske služby poskytované zadarmo.

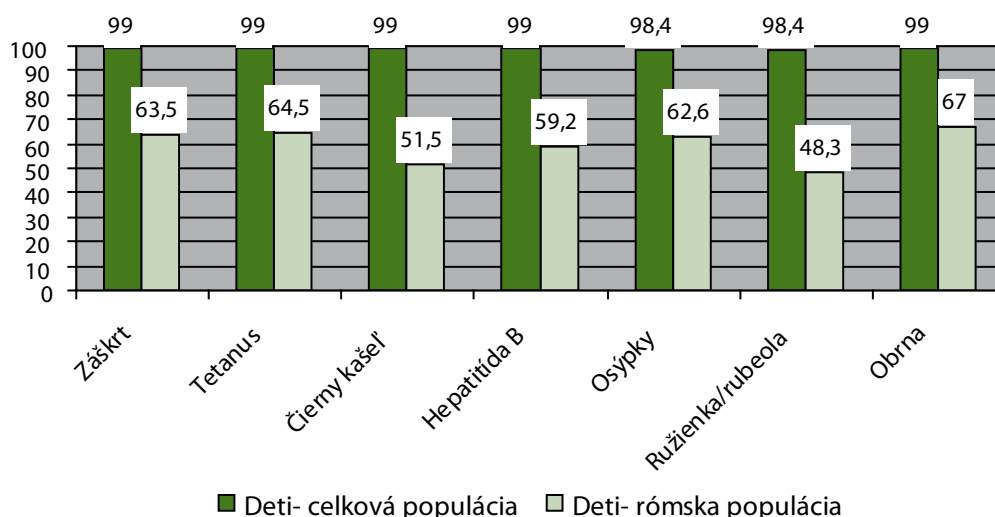
Pre porovnanie uvádzame údaje aj za celoslovenskú vzorku populácie. Podobné dôvody ako u rómskej populácie udáva (osoba nemala dostatok financií, alebo bol dlhý zoznam čakaťelov alebo bolo ďaleko cestovať za lekárom) 2.8% populácie (Eurostat, 2009).

Z tohto porovnania vychádza pomerne jednoznačne, že rómska populácia je oproti majorite znevýhodnená najmä v otázkach financií a mobility.

7.4. Očkovanie u detí

Očkovanie je kľúčovým spôsobom redukcie a eliminácie šírenia sa infekčných ochorení. Neprítomnosť zdravotníckych služieb vytvára pre segregované skupiny rómskej populácie prekážky, ktoré majú zásadný vplyv na dodržiavanie vakcinačného programu.

Graf 7.6. Podiel detí, ktoré boli riadne zaočkované, podľa typu očkovania. Počet zaočkovaných detí v rámci rómskej populácie (podľa výsledkov tohto výskumu) porovnaný s počtom zaočkovaných detí v rámci slovenskej populácie, rok 2006 (World Health Organization Regional Office for Europe, 2009)



Údaje v tejto tabuľke ukazujú, že pomerne vysoké percento rómskych detí nie je zaočkovaných v súlade s vakcinačným programom. Ak ich porovnáme s celoslovenskými údajmi o prehľade zaočkovanosti v SR za rok 2006, tak možno konštatovať, že rómska populácia je výrazne menej zaočkovaná proti základným typom chorôb a preto je vystavená oveľa väčšiemu riziku infikovania sa nimi a menej chránená proti ich lokálnemu šíreniu sa. Prehľady vakcinácie od epidemiológov však o takom veľkom podiele nezaočkovaných rómskych detí nehovoria.

Z hľadiska miesta bydliska je vakcinačný program najmenej naplnený v integrovaných oblastiach so zlými zdravotnými podmienkami (35.5%), ale aj v izolovaných oblastiach so zlými zdravotnými podmienkami (21.1%) a v lokalitách, v ktorých sa nenachádza zdravotné stredisko (25.8%). Treba tu však otvorene upozorniť na možnosť, že dáta o očkovaní môžu byť čiastočne skreslené, keďže podľa výpovedí anketárov mnohí respondenti nevedeli presne určiť, na ktorý typ ochorenia dieťa očkované bolo a na ktoré nie.

Zhrnutie: Ľudia s nižším štandardom bydliska, z izolovaných prostredí zo zlými zdravotnými podmienkami a z lokalít, v ktorých sa nenachádza zdravotné stredisko, menej často navštevujú zdravotné zariadenia a to najmä preto, lebo k nim majú zhoršený prístup, nemajú peniaze na dopravu a prípadne sa menej venujú vlastnému zdravotnému stavu. V týchto oblastiach by mali prebiehať preventívne programy, zdôrazňujúce dôležitosť dodržiavania vakcinačného programu z hľadiska zdravia. Je potrebné zabezpečiť tiež prístup všetkých detí k vakcinačnému programu. Úspešne realizované programy zabezpečované terénnymi pracovníkmi priamo v mieste bydliska poukazujú na zvýšenie zaočkovanosti detí zo segregovaných osád na viac ako 80%. Bolo by vhodné zaviesť ich systematicky do všetkých segregovaných osídlení.

8. Návštevy zubára

Mladiství do osemnásť rokov sú povinní zúčastňovať sa pravidelných preventívnych stomatologických prehliadok dvakrát ročne a dospelí raz ročne. Táto kapitola sa zameriava na sledovanie frekvencie návštev u stomatológa a zdravotný stav chrupu a ústnej dutiny u rómskej populácie.

8.1. Frekvencia návštev zubára

Tabuľka 8.1. Zloženie rómskej populácie podľa času, ktorý uplynul od ostatnej návštevy zubára ako aj podľa pohlavia a vekovej kategórie.

	Ostatné 3 mesiace	4 až 12 mesiacov	Rok a viac	Nikdy nebola/a u zubára	Spolu	(N)
Spolu	20,1	13,3	46,7	19,9	100	(657)
Nepľnoletí a dospelí						
Nepľnoletí	17,5	15,3	28,5	38,7	100	(321)
Dospelí	21,9	11,9	59,9	6,3	100	(336)
Vekové skupiny						
0 až 9	11,8	6,8	22,4	59,0	100	(151)
10 až 15	24,8	27,4	37,2	10,6	100	(170)
16 až 29	34,2	15,1	43,4	7,2	100	(53)
30 až 44	18,0	9,4	68,0	4,7	100	(89)
45 a viac	8,1	10,1	74,7	7,1	100	(194)
Pohlavie						
Muži	22,1	10,7	46,6	20,6	100	(322)
Ženy	18,1	15,6	46,6	19,6	100	(335)

Z celkového počtu nikdy nebola na vyšetrení u stomatológa jedna pätina osôb. Keďže sú v tom zahrnuté aj deti vo vekovej skupine od 0-9 rokov (z nich 59% nebolo nikdy u zubára) z ktorých mnohé ešte vôbec nemajú zuby, je tento celkový údaj pomerne skreslený. Ak sa pozrieme na všetky ostatné vekové kategórie, možno konštatovať, že 6.3% dospelých nechodí vôbec k zubárovi. Čo sa týka údajov detí v staršej vekovej skupine (10-15 ročných), z ktorých 10.6% nebolo nikdy u stomatológa, bolo by potrebné venovať príčinám tohto javu väčšiu pozornosť, obzvlášť, keď všetky deti na Slovensku v rámci povinnej školskej dochádzky chodia pravidelne k stomatológovi dvakrát do roka.

Takmer jedna polovica rómskej populácie za posledný rok nenavštívila stomatológa, pričom u dospelých toto percento stúpa priamo úmerne s vekom. Vo vekovej kategórii 30-44 ročných za ostatný rok nenavštívilo lekára až 68% a vo vekovej skupine staršej ako 45 rokov to boli až tri štvrtiny. To znamená, že väčšina dospelých rómskej populácie neabsolvuje pravidelné preventívne prehliadky.

8.2. Stav chrupu

Tabuľka 8.2. Percento nepľnoletých podľa stavu chrupu ako aj vekovej kategórie a pohlavia.

	Spolu	Vekové skupiny		Pohlavie	
		0 až 9	10 až 15	Chlapci	Dievčatá
Má zubné kazy	46,1	41,7	52,4	48,0	44,2
Má vytrhnuté zuby	24,4	18,3	32,9	23,7	25,1
Má plombu	27,0	10,2	50,6	23,5	30,5
Ďasná krvácajú	8,4	6,0	11,7	8,0	8,8
Dieťa má zdravé zuby	51,8	50,1	54,1	49,0	54,6
Dieťa ešte nemá zuby	9,3	14,7	1,8	9,2	9,5
Base (N)	(321)	(151)	(170)	(156)	(165)

Medzi najčastejšie indikátory poukazujúce na zdravotný stav ústnej dutiny a chrupu patrí u detí výskyt zubného kazu (zhruba u polovice), odstránenie zubu/ov (u ¼) a zubné výplne/plomby (tiež zhruba u ¼ detí). Zdravotný stav zubov je považovaný zhruba o polovicu detí za dobrý bez ohľadu na vek a pohlavie. Aj u dospelých sú najčastejšie zastúpené zubné kazy (68.7%), vytrhnuté zuby (71.4%) a plomby (60.4%). Takmer polovici dospelých chýba jeden alebo viac zubov. Iba tretina má všetky zuby pôvodné.

Zhrnutie: U stomatológa nikdy nebolo 6% dospelých a 10,6% detí vo veku od 10 do 15 rokov. U týchto detí je potrebné zistiť príčiny pre ktoré sa nezúčastňujú pravidelných preventívnych stomatologických prehliadok a tento stav je nevyhnutné zlepšiť. Väčšina dospelých rómskej populácie neabsolvuje pravidelné preventívne prehliadky. Preto je aj celkovo potrebné klásť väčší dôraz na prevenciu, aby sa prehliadok zúčastnila aspoň raz ročne každá osoba.

9. Hospitalizácia

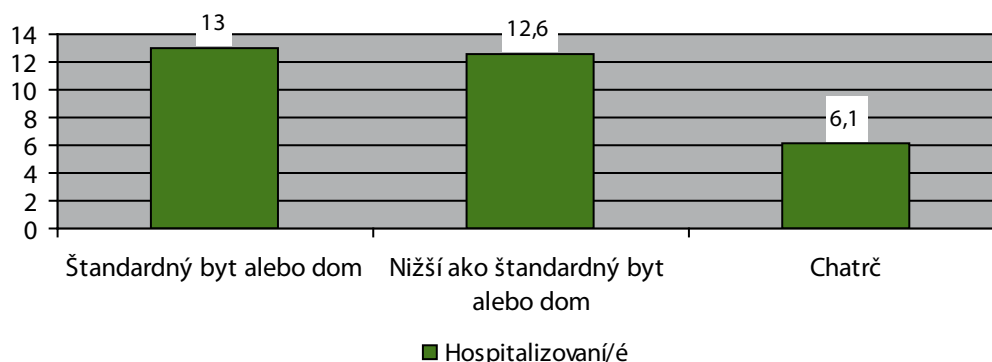
Možnosti hospitalizácie v prípade vážnejších zdravotných problémov sú na Slovensku na relatívne vysokej úrovni. Sú však u nás lôžkové oddelenia naozaj dostupné pre všetkých ľudí rovnako? Informácie získané od terénnych pracovníkov hovoria, že Rómovia sa snažia tráviť v nemocnici čo najmenej času a často krát sú prepustení domov aj nedoliečení na reverz. Rómske ženy „utekajú“ z nemocníc okrem iného aj preto, že doma ich čaká niekoľko nezaopatrených detí, o ktoré sa Rómovia muži takmer nikdy nepostarajú. To je dôvodom predčasných útekov rómskych žien z pôrodníc a gynekologických oddelení nemocníc. Druhým veľmi dôležitým dôvodom je opäť zlá komunikácia medzi rómskymi pacientkami a zdravotným personálom (jazykové bariéry, nedostatočné hygienické návyky rómskych pacientov v prostredí nemocníc, napr. používanie hygienických zariadení). Táto kapitola sa zaoberá hospitalizáciou za ostatných 12 mesiacov a jej príčinami.

9.1. Hospitalizovaná populácia

Tabuľka 9.1. Percento populácie, ktorá bola hospitalizovaná aspoň jednu noc počas ostatných 12 mesiacov, podľa vekovej kategórie a pohlavia.

	Hospitalizovaní/é	Neboli hospitalizovaní/é	Spolu	Base (N)
Spolu	15,5	84,5	100	(657)
Nepľnoletí a dospelí				
Nepľnoletí	10,8	89,2	100	(321)
Dospelí	13,7	86,3	100	(336)
Pohlavie				
Muži	9,2	90,8	100	(322)
Ženy	15,5	84,5	100	(335)
Vekové skupiny				
0 až 9	11,1	88,9	100	(151)
10 až 15	10,4	89,6	100	(170)
16 až 29	8,6	91,4	100	(53)
30 až 44	11,6	88,4	100	(89)
45 a viac	24,0	76,0	100	(194)

Za ostatných 12 mesiacov bolo aspoň na jednu noc hospitalizovaných v priemere 15.5% participantov. Hospitalizovaných bolo viac dospelých (13.7%) ako detí (10.8%), viac žien (15.5%) ako mužov (9.2%) a najviac osôb vo veku 45 a viac rokov (24%).

Graf 9.1. Percento populácie, ktorá bola hospitalizovaná aspoň jednu noc počas ostatných 12 mesiacov, podľa typu obydliia.

V súlade s doterajšími údajmi o (dostupnosti) zdravotnej starostlivosti bolo viac ľudí hospitalizovaných zo štandardných bytov ako z chatrčí. Opäť to však nepoukazuje na to, že by ľudia zo štandardných bytov mali horší zdravotný stav. Naopak, aj v tomto prípade možno konštatovať, že ľudia zo štandardných obydlií venujú viac pozornosti svojmu zdraviu. Tiež majú vytvorené lepšie podmienky pre to, aby sa dali hospitalizovať, ako ľudia z chatrčí, ktorí majú zhoršený prístup k zdravotníckym službám.

9.2. Príčina hospitalizácie

Tabuľka 9.2. Percento populácie hospitalizovanej v priebehu ostatných 12 mesiacov podľa príčiny ostatnej hospitalizácie.

	Chirurgický zákrok	Vyšetrenie kvôli stanoveniu diagnózy	Liečba bez chirurgického zákroku	Iný dôvod	Spolu	Base (N)
Spolu	30,1	28,9	21,7	19,3	100	(95)
Neplnoletí a dospelí						
Neplnoletí	30,0	33,3	30,0	6,7	100	(34)
Dospelí	28,8	25,0	19,2	26,9	100	(61)
Vekové skupiny						
0 až 9	27,8	38,9	27,8	5,6	100	(17)
10 až 15	36,4	27,3	27,3	9,1	100	(17)
16 až 29	23,1	0,0	0,0	76,9	100	(5)
30 až 44	42,9	28,6	21,4	7,1	100	(10)
45 a viac	24,0	36,0	28,0	12,0	100	(46)
Pohlavie						
Muži	35,5	35,5	25,8	3,2	100	(38)
Ženy	26,9	25,0	19,2	28,8	100	(57)

Medzi najčastejšie príčiny hospitalizácie patria chirurgické zákroky a vyšetrenia kvôli stanoveniu diagnózy (oba zhruba v 1/3 prípadov) a za nimi nasleduje liečba bez chirurgického zákroku (zhruba v 1/5 prípadov). Z dôvodov chirurgických zákrokov, diagnostických účelov a liečby bez chirurgického zákroku sú zhruba o 6 až 10% hospitalizovaní viac muži ako ženy.

Zhrnutie: V oblasti hospitalizácie je potrebné zabezpečiť ľuďom z najnižšieho štandardu bydliska lepší prístup do nemocníc v zmysle odstránenia sociálnych bariér, ktoré spôsobujú predčasný odchod pacientov z nemocníc, ako aj vyhýbanie sa návštevám zdravotníckych zariadení.

10. Využitie pohotovostných služieb

Pohotovostné služby sú spravidla určené pre situácie náhleho a rapídneho zhoršenia zdravotného stavu alebo pri vážnejších úrazoch. Preto by mali byť využívané vo výrazne menšej miere ako bežné návštevy zdravotníckych. Ukazuje sa však, že vždy tomu tak nie je. V tejto kapitole sa rozoberá využitie pohotovostných služieb, frekvencia využitia pohotovostných služieb a pohotovostných zariadení, ktoré participanti/ky navštívili za ostatných 12 mesiacov.

Tabuľka 10.1. Percento populácie, ktorá využila služby pohotovosti alebo RZP za ostatných 12 mesiacov podľa vekovej kategórie a pohlavia.

	Využili pohotovosť/RZP	Nevyužili pohotovosť/RZP	Spolu	Base (N)
Spolu	24,0	76,0	100	(657)
Nepľnoletí a dospelí				
Nepľnoletí	26,0	74,0	100	(321)
Dospelí	22,4	77,6	100	(336)
Pohlavie				
Muži	22,6	77,4	100	(322)
Ženy	25,5	74,5	100	(335)
Vekové skupiny				
0 až 9	30,9	69,1	100	(151)
10 až 15	19,1	80,9	100	(170)
16 až 29	20,5	79,5	100	(53)
30 až 44	19,4	80,6	100	(89)
45 a viac	30,0	70,0	100	(194)

Celkovo za ostatný rok využila služby pohotovosti alebo rýchlej záchrannej pomoci (RZP) zhruba jedna štvrtina participantov. Najviac navštevujú pohotovosť deti vo veku 0-9 rokov (30.9%) a dospelí vo veku 45 a viac rokov (30%), t.j. vekovo najzraniteľnejšie časti populácie.

Tabuľka 10.2. Priemerný počet využitia pohotovostných služieb za ostatných 12 mesiacov.

	Nepľnoletí	Dospelí	Spolu	(N)
Spolu	2,70	3,23	2,98	(164)
Pohlavie				
Muži	2,63	2,22	2,44	(77)
Ženy	2,78	3,92	3,47	(87)

V priemere využívajú pohotovostné služby deti aj dospelí zhruba trikrát ročne, čo je pomerne vysoké číslo (nepľnoletí 2,70 krát a dospelí 3,23 krát). Ženy využívajú tieto služby takmer dvakrát viac ako muži (3,92 ku 2,22).

Tabuľka 10.3. Percento populácie, ktorá využila služby pohotovosti alebo RZP za ostatných 12 mesiacov podľa veľkosti mesta/obce a typu obydlija.

	Využili pohotovosť/RZP	(N)
Spolu	24,0	(657)
Zdravotnícke stredisko		
Prítomnosť zdrav. Služieb	21,1	(518)
Neprítomnosť zdrav. Služieb	35,1	(138)
Miesto bydliska		
Integrované, dobré zdrav. podmienky	21,4	(331)
Integrované, zlé zdrav. podmienky	21,7	(77)
Izolované, dobré zdrav. podmienky	28,2	(151)
Izolované, zlé zdrav. podmienky	28,4	(95)

Z hľadiska miesta bydliska takmer dvakrát častejšie využívajú služby pohotovosti alebo RZP ľudia, ktorí žijú v lokalitách, kde sa nenachádzajú zdravotné služby (35.1%) oproti ľuďom žijúcim v lokalitách, kde sú zdravotné služby dostupné (21.1%). Keďže oblasti bez zdravotných služieb nevytvárajú štrukturálne podmienky pre preventívnu a systematickú zdravotnú starostlivosť, ich obyvatelia pravdepodobne často idú k lekárovi až pri akútnom zhoršení zdravotného stavu.

Zhrnutie: V priemere využívajú pohotovostné služby deti aj dospelí zhruba trikrát ročne, čo je pomerne vysoké číslo. Ženy využívajú tieto služby takmer dvakrát viac ako muži. Ľudia s obmedzeným prístupom k zdravotnej starostlivosti využívajú pohotovostné služby vo väčšej miere. Preto je potrebné systematicky podporovať primárnu prevenciu a zlepšiť prístup ľudí z izolovaných lokalít k bežnej zdravotnej starostlivosti.

11. Prevencia u žien

Problematika reprodukčného zdravia je špecifická, pretože ide o intímne záležitosti, ktoré sú často tabuizované. Napriek tomu ide o oblasť, kde je prevencia mimoriadne dôležitá vzhľadom na vysoké riziko nádorových ochorení u žien od určitého veku. Preventívna prehliadka sa vykonáva raz za rok ženám vo veku od 18 rokov alebo prvého tehotenstva. Doklad o absolvovaní preventívnej gynekologickej prehliadky je podmienkou kompletizácie preventívnej prehliadky u praktického lekára. Odber buniek z krčka maternice (skrining rakoviny krčka maternice) absolvujú ženy vo veku od 23 do 64 rokov v trojročnom intervale. Mamografické vyšetrenie prsníkov (skrining rakoviny prsníka) sa vykonáva ženám vo veku od 40 do 69 rokov v intervale raz za dva roky.

V tejto kapitole sa analyzujú návštevy u gynekológov a ich hlavné dôvody, mamografické testy a výtery buniek z krčka maternice u rómskej populácie. Absolvovanie gynekologických testov a vyšetrení sa porovnáva s celkovou vzorkou slovenskej populácie

11.1. Návštevy gynekológa

Z iných dôvodov ako je otehotnenie nebolo na gynekologickom vyšetrení 15.4% žien a nikdy na gynekologickom vyšetrení nebolo 8.7% žien. V takmer polovici prípadov keď boli ženy ostatný krát tehotné, navštevovali gynekológov jeden krát mesačne a to bez ohľadu na svoj vek.

Tabuľka 11.1. Zloženie dospelých žien, ktoré navštívili gynekológa z iného dôvodu ako tehotenstvo podľa dôvodu ostatnej návštevy.

	Gynekologický problém	Poradenstvo/plánované rodičovstvo	Pravidelná kontrola	Iný dôvod	Spolu	Base (N)
Spolu	50,4	12,1	24,1	13,5	100	(130)
Vekové skupiny						
16 až 29	35,3	25,5	19,6	19,6	100	(23)
30 až 44	56,0	6,0	32,0	6,0	100	(34)
45 a viac	62,5	2,5	20,0	15,0	100	(73)

Mimo tehotenstva ženy najčastejšie navštívili gynekológa kvôli gynekologickým problémom (50.4%) a pravidelnej kontrole (24.1%). Pozitívne je zistenie, že štvrtina žien vo veku 16 až 29 rokov navštívila gynekológa kvôli plánovanému rodičovstvu. Môže to poukazovať na nový trend starostlivejšieho plánovania rodiny, ktorý je v zhode s celoslovenským trendom.

11.2. Gynekologické testy

Tabuľka 11.2. Percento dospelých žien, ktoré absolvovali mamografiu na základe predpisu špecializovaného lekára.

	Áno	Nie	Spolu	Base (N)
Spolu	14,4	74,4	89	(170)
Vekové skupiny				
16 až 29	6,4	87,2	94	(31)
30 až 44	15,6	73,4	89	(44)
45 a viac	24,5	56,6	81	(95)

Na mamografii sa celkovo zúčastnilo 14.4% žien, pričom ich počet prirodzene narastá s vekom. Percento žien, ktoré toto vyšetrenie absolvovalo, sa zvyšuje s veľkosťou mesta, čo súvisí s lepšou dostupnosťou zdravotníckych služieb. Kým v obciach s veľkosťou do 5000 obyvateľov vyšetrenie absolvovalo iba 6,4% žien, v mestách s veľkosťou od 100 001 do 250 000 obyvateľov je to až 71,4%.

Tabuľka 11.3. Percento dospelých žien, ktoré absolvovali odber vzorky buniek z krčka maternice na základe predpisu špecializovaného lekára

	Áno	Nie	Spolu	Base (N)
Spolu	13,3	65,1	78	(170)
Vekové skupiny				
16 až 29	3,8	79,7	84	(31)
30 až 44	20,3	59,4	80	(44)
45 a viac	19,2	50,0	69	(95)

Odberu vzorky buniek z krčka maternice sa zúčastnilo celkovo 13.3% žien, z čoho najmenej (3.8%) boli vo veku 16-29 rokov.

Zhrnutie: Pomerne vysoké percento žien, ktoré nikdy nebolo u gynekológa z iného dôvodu ako je tehotenstvo (15.4%), prípadne aj tých, ktoré u gynekológa neboli vôbec nikdy (8.7%), je z hľadiska prevencie alarmujúce. Rovnako kritický stav môžeme konštatovať aj v prípade oboch druhov skríningov nádorových ochorení, vzhľadom na skutočnosť, že tieto vyšetrenia sa majú vykonávať povinne a v pravidelných intervaloch od určitého veku.

12. Sluchové a vizuálne charakteristiky

V rámci tejto kapitoly sa pokúšame identifikovať percento Rómskej populácie, ktorá má problémy so zrakom a sluchom. Vzhľadom na známu skutočnosť, že v rómskej populácii je veľké množstvo nediagnostikovaných porúch zraku či sluchu, sa v rámci dotazníka respondentov pýtame: Počujete televízny program, ak je hlasitosť nastavená na úroveň, ktorú ostatní považujú za normálnu? V prípade zraku sa kladla otázka: Vidíte dostatočne dobre, aby ste spoznali osobu na vzdialenosť štyroch metrov, napríklad na druhej strane ulice? Pri tomto spôsobe zisťovania pochopiteľne môže dôjsť k skresleniu a počiatočné či mierne poruchy nebolo možné zachytiť. Avšak pri takomto type výskumu považujeme tento spôsob zisťovania za optimálny.

Tabuľka 12.1. Percento dospelých populácie, ktorá má ťažkosti so sluchom.

	Bez ťažkostí	Sluchové ťažkosti	Spolu	(N)
Spolu	88,3	11,7	100	(336)
Pohlavie				
Muži	86,8	13,2	100	(166)
Ženy	89,7	10,3	100	(170)
Vekové skupiny				
16 až 29	93,9	6,1	100	(53)
30 až 44	92,7	7,3	100	(89)
45 a viac	74,2	25,8	100	(194)

Problémy so sluchom udáva 11,7% skúmanej vzorky, ide o 13,2% mužov a 10,3% žien. Podiel ľudí so sluchovými problémami narastá s vekom, pričom zlom nastáva u ľudí starších ako 45 rokov, kde narastá až na 25,8%.

Tabuľka 12.2. Percento dospelých populácie, ktorá má problémy so zrakom.

	Bez ťažkostí	Zrakové problémy	Spolu	(N)
Spolu	89,3	10,7	100	(336)
Pohlavie				
Muži	90,1	9,9	100	(166)
Ženy	88,6	11,4	100	(170)
Vekové skupiny				
16 až 29	96,5	3,5	100	(53)
30 až 44	92,7	7,3	100	(89)
45 a viac	73,2	26,8	100	(194)

Problémy so zrakom udáva 10,7% Rómskej populácie, pričom rozdiel medzi mužmi a ženami je zanedbateľný. Opäť, zlom nastáva vo vekovej skupine 45 a viac, kde percento populácie dosahuje 26,8.

Zhrnutie: Pomerne značná časť Rómskej populácie pociťuje problémy so zrakom a sluchom, ktoré im komplikujú každodenný život. Tieto poruchy či ochorenia však v mnohých prípadoch nie sú diagnostikované a liečené či korigované. Pre zlepšenie tejto situácie je potrebné realizovať skrining týchto ochorení priamo v teréne.

13. Životný štýl: konzumácia tabaku a alkoholu

Konzumácia tabakových a alkoholických výrobkov predstavuje rizikový faktor vzniku srdcovocievnych aj nádorových ochorení, ktoré sú najčastejšími príčinami úmrtia. V tejto kapitole sa teda zaoberáme konzumáciou týchto návykových látok v rómskej populácii.

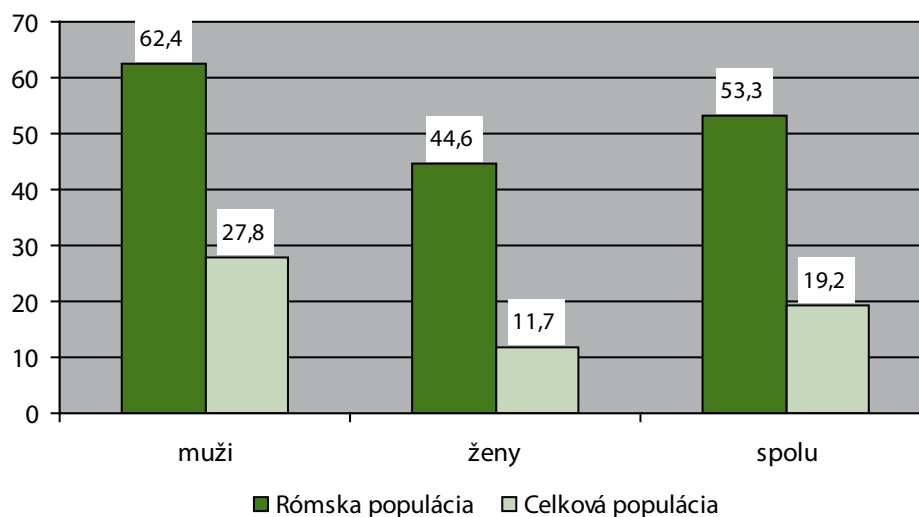
13.1. Fajčiari a nefajčiari

Tabuľka 13.1. Zloženie populácie podľa konzumácie tabaku, veku a pohlavia (v percentách).

	Áno, fajčí denne	Áno, ale nie každý deň	V súčasnosti nefajčí, v minulosti áno	Nefajčí a nikdy pravidelne nefajčil/a	Spolu	(N)
Spolu	53,3	6,6	13,7	26,4	100	(336)
Vekové skupiny						
16 až 29	53,0	7,9	12,6	26,5	100	(53)
30 až 44	58,6	5,5	10,2	25,8	100	(89)
45 a viac	47,0	6,0	20,0	27,0	100	(194)
Pohlavie						
Muži	62,4	5,4	12,4	19,9	100	(166)
Ženy	44,6	7,8	15,0	32,6	100	(170)

Analýza výsledkov výskumu potvrdzuje zistenia z predchádzajúcich štúdií (Uznesenie vlády, 2007) o vysokej prevalencii konzumácie tabakových výrobkov u Rómov. Prevalencia konzumácie tabakových výrobkov prevyšovala u všetkých skúmaných vekových skupín, ako aj u oboch pohlaví 50%. Konzumácia tabakových výrobkov je výrazne vyššia u mužov (dennými alebo príležitostnými konzumentmi je až 77,8% rómskych mužov), než u rómskych žien (dennými alebo príležitostnými konzumentkami je 52,5% žien). Relatívne najnižší výskyt konzumácie tabakových výrobkov bol zaznamenaný vo vekovej skupine nad 45 rokov, v ktorej je tiež vyšší podiel bývalých fajčiarov.

Graf 13.1. Porovnanie prevalencie fajčenia medzi rómskou a majoritnou populáciou.



Výskum zdravia rómskej populácie ukázal viac ako dvojnásobne vyššie zastúpenie denných fajčiarov a fajčiarok v skúmanej vzorke, než v celkovej populácii. Podľa ostatného výberového prieskumu zdravotného stavu slovenskej populácie denne fajčí 19,2% obyvateľov, 27,8% mužov a 11,7% žien (HIS, 2004). Oproti tomu 53,3% rómskej populácie denne konzumuje tabak, pričom u mužov je to 62,4% a u žien 44,6% (v skupine žien je prevencia fajčenia dokonca takmer štvornásobne vyššia, než v celkovej ženskej populácii). Na druhej strane v porovnaní so všeobecnou populáciou je medzi Rómami menej príležitostných fajčiarov.

Výsledky výskumu taktiež ukazujú, že muži sú silnejší fajčiari ako ženy. V skúmanom súbore bol zaznamenaný vyšší počet príležitostných a najmä pravidelných fajčiarov mužov ako u žien. Muži zároveň uvádzajú aj vyššiu spotrebu cigariet a nižší vek začiatku konzumácie cigariet, než ženy (pozri nižšie).

Podľa Špichalovej (2006) existuje nepriama úmernosť medzi socioekonomickým statusom a prevenciou fajčenia (teda čím nižší status, tým vyšší výskyt fajčenia). Uvedené výsledky svedčiacie o vysokej prevencii fajčenia medzi Rómami teda nemožno považovať za špecifikum rómskej menšiny, ale skôr nižšej socioeconomickej vrstvy.

Tabuľka 13.2. Priemerný vek začiatku pravidelnej konzumácie tabakových výrobkov.

	Muži	Ženy	Spolu
Spolu	16,82	17,45	17,09
16 až 29	16,58	18,38	17,48
30 až 44	16,71	16,06	16,48
45 a viac	17,39	17,40	17,39

Priemerný vek začínajúcich fajčiarov medzi Rómami je 17,09 roka, pričom muži začínajú s fajčením skôr (priemerne vo veku 16,83 roka), než ženy (17,45 roka). Vek začínajúcich fajčiarov v celkovej populácii sa znížil z 18 na 16 rokov (TASR, 2007). Pre vznik fajčiarskeho návyku je kritický adolescentný vek. Až 90% fajčiarov začalo fajčiť vo veku mladšom ako 18 rokov. Ak jedinec dovtedy nezačne fajčiť, je už len malá pravdepodobnosť že podľahne tomuto návyku v neskoršom veku. Na druhej strane platí pravidlo, že čím je vek začiatku fajčenia nižší, tým väčšia je pravdepodobnosť dlhoročného fajčenia. Pritom existuje aj súvislosť medzi vekom vzniku fajčiarskeho návyku a intenzitou fajčenia, t.j. počtom vyfajčených tabakových výrobkov za deň. Čím v skoršom veku začne jedinec pravidelne fajčiť, tým je intenzita jeho fajčenia väčšia v neskoršom veku (Baška et al., 2007).

Tabuľka 13.3. Priemerný počet cigariet, ktoré denne spotrebujú pravidelní fajčiari a fajčiarky.

	Priemerný počet cigariet
Spolu	17,73
Pohlavie	
Muži	19,60
Ženy	15,23
Vekové skupiny	
16 až 29	14,82
30 až 44	19,39
45 a viac	20,04

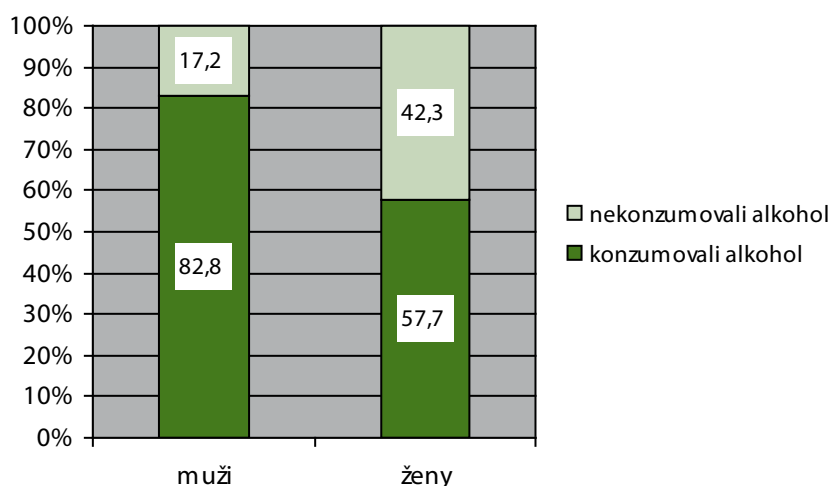
Priemerná denná konzumácia cigariet medzi fajčiarmi a fajčiarkami žijúcimi v skúmaných rómskych osídleniach je 17,73. Rómski muži vyfajčia denne priemerne 19,60 cigarety a ženy 15,23 cigarety. Množstvo denne skonsumovaných cigariet stúpa s narastajúcim vekom fajčiarov a fajčiarok.

13.2. Konzumácia alkoholu

Tabuľka 13.4. Percento populácie, ktorá konzumovala alkohol počas ostatných 12 mesiacov.

	Konzumovali alkohol	Nekonzumovali alkohol	Spolu	(N)
Muži				
Spolu	82,8	17,2	100	(166)
16 až 29	76,7	23,3	100	(22)
30 až 44	90,8	9,2	100	(45)
45 a viac	81,3	18,8	100	(99)
Ženy				
Spolu	57,7	42,3	100	(170)
16 až 29	64,1	35,9	100	(31)
30 až 44	60,9	39,1	100	(44)
45 a viac	44,2	55,8	100	(95)

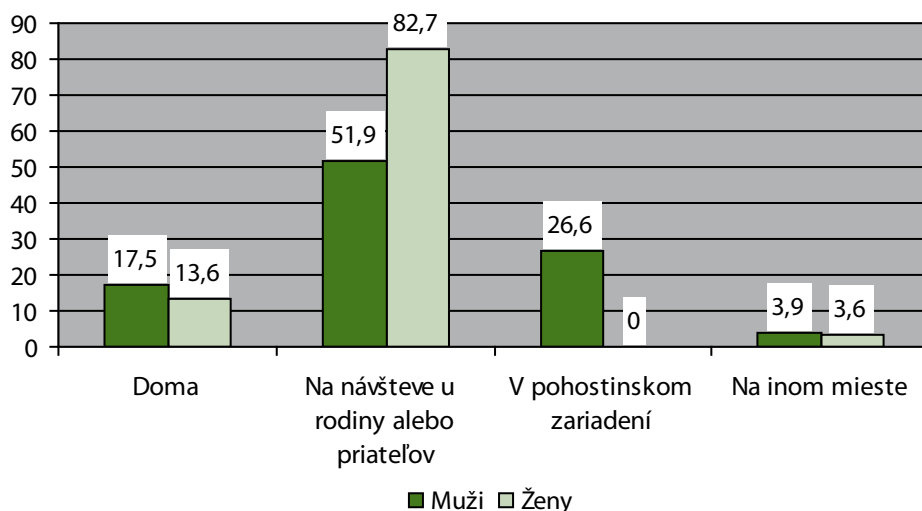
Graf 13.2. Percento populácie, ktorá ne/konzumovala alkohol počas ostatných 12 mesiacov.



Na otázku, či za ostatný rok aspoň raz konzumovali alkoholické nápoje, odpovedalo pozitívne 70,3% respondentov a 29,7% respondentov uviedlo, že v ostatných 12 mesiacoch alkohol nekonzumovalo. Medzi mužmi je výrazne viac konzumentov alkoholu (82,8%), než medzi ženami (57,7%). Za ostatný rok vôbec nekonzumovalo alkoholické nápoje iba 17,2% mužov, ale až 42,3% žien.

Najvyššia prevalencia konzumácie alkoholu je vo vekovej skupine respondentov 30 až 44 rokov. Iba 9,2% mužov v tejto vekovej skupine uviedlo, že za posledný rok nepilo alkohol vôbec. Najviac abstinentov je vo vekovej skupine 45 a viac rokov (celkovo 38%) a hlavne medzi ženami v tejto kategórii (55,8%).

Graf 13.3. Dospelá populácia, ktorá konzumovala alkoholické nápoje počas ostatných 12 mesiacov podľa miesta obvyklej konzumácie



Väčšina respondentov, v priemere 64,8%, ktorí uviedli, že konzumujú alkoholické nápoje, ich obvykle konzumuje na priateľských alebo rodinných návštevách, v menšej miere doma (15,9%) alebo v pohostinských zariadeniach (15,3%). Výrazne odlišné konzumentské správanie uvádzali muži a ženy: približne polovica mužov konzumuje alkohol najčastejšie na priateľských alebo rodinných návštevách, viac ako štvrtina v pohostinstvách a necelá pätina doma. Na druhej strane ženy alkohol obvykle v pohostinských zariadeniach nekonzumujú vôbec (túto odpoveď neuviedla žiadna respondentka). Iba 13,6% respondentiek uviedlo obvyklú konzumáciu doma a absolútna väčšina (82,7%) na priateľských alebo rodinných návštevách.

Takéto odlišné konzumentské správanie sa dá vysvetliť na jednej strane tradičnými rodovými sociálnymi normami (konzumácia alkoholu na verejnosti, či dokonca samotná návšteva pohostinských zariadení ženami je vnímaná ako spoločensky nežiaduca), na druhej strane aj tým, že ženy sú skôr príležitostnými konzumentkami alkoholických nápojov. Možno je tiež, že ženy sa k návštevám pohostinských zariadení pri výskume nepriznávali a to práve z toho dôvodu, že takéto správanie je považované za spoločensky nežiaduce.

Výpovedná hodnota týchto výsledkov spočíva výhradne v rozlíšení, aká časť rómskej populácie konzumuje alkohol a akú časť tvoria abstinentky. Výsledky totiž nerozlišujú príležitostných konzumentov alkoholu, pravidelných konzumentov, alebo problémových konzumentov alkoholu.

14. Životný štýl: fyzická aktivita a odpočinok

Zdravý životný štýl je pravdepodobne najdôležitejším opatrením v prevencii a liečbe civilizačných chorôb. Nedostatok pohybu, resp. sedavý spôsob života, sa stáva narastajúcim problémom verejného zdravotníctva. V dôsledku technologického vývoja sú nároky na fyzickú aktivitu čoraz menšie. Ľudia trávajú omnoho viac času pozeraním televízie ako športom. Tento stav vedie k mnohým zdravotným poruchám (srdcovocievne ochorenia, diabetes, osteoporóza). Odhaduje sa, že 70% osôb má nedostatočnú telesnú aktivitu a len 20% populácie sa venuje takej telesnej aktivite, ktorá môže viesť k zníženiu rizika srdcovocievnych ochorení (Jurkovičová, 2007). Nasledujúca kapitola analyzuje niektoré atribúty životného štýlu, konkrétne spánok, množstvo a frekvenciu fyzickej aktivity a na záver sledovanie televízie neplnoletými.

14.1. Spánok

Tabuľka 14.1. Zloženie populácie podľa počtu hodín spánku za deň.

	Neplnoletí a dospelí		Pohlavie		Spolu
	Neplnoletí	Dospelí	Muži	Ženy	
Do 6 hodín	1,8	23,7	13,3	15,4	14,5
7 hodín	2,9	16,6	11,4	10,3	10,8
8 hodín	15,5	35,6	27,2	27,2	27,1
9 hodín	23,8	12,1	18,2	16,3	17,1
10 a viac	56,0	11,9	29,9	30,8	30,5
Spolu	100	100	100	100	100
(N)	(321)	(336)	(322)	(335)	(657)

Podľa zistení tohto výskumu nie je nedostatok spánku problémom, ktorý by trápil rómsku populáciu. Väčšina dospelých rómskej populácie (52,2%) spí denne sedem až osem hodín. V prípade rómskych detí do 16 rokov respondenti najčastejšie uvádzali dĺžku spánku desať a viac hodín (56%). Iba 4,7% detí spí priemerne menej ako sedem hodín.

Tabuľka 14.2. Zloženie populácie podľa počtu hodín spánku za deň a podľa veku.

	0 až 9	10 až 15	16 až 29	30 až 44	45 a viac
Menej ako 6 hodín	0,6	2,6	23,5	17,6	32,3
7 hodín	1,9	4,3	17,0	13,6	20,2
8 hodín	11,2	21,6	37,3	44,0	23,2
9 hodín	19,3	31,0	14,4	10,4	11,1
10 a viac	67,1	40,5	7,8	14,4	13,1
Spolu	100	100	100	100	100
(N)	(151)	(170)	(53)	(89)	(194)

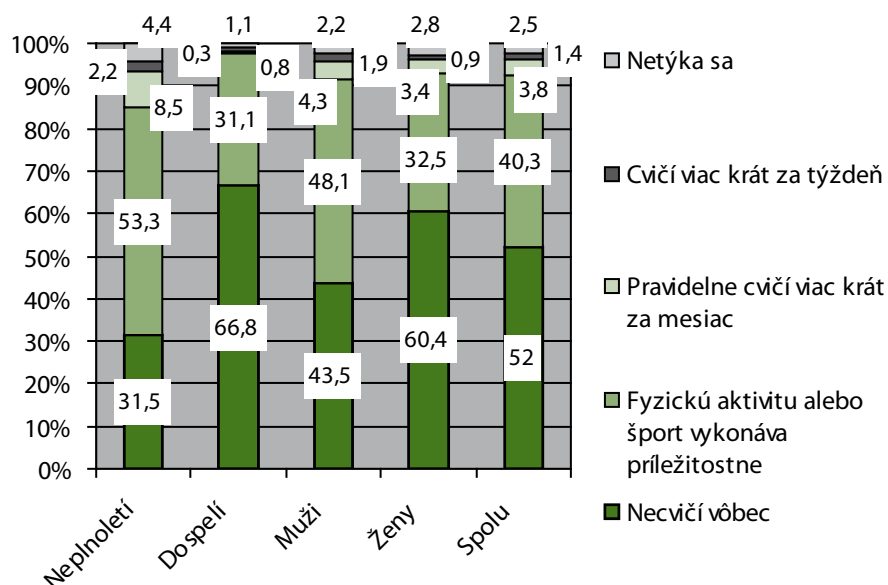
Viac ako dve tretiny detí do deväť rokov spí denne priemerne viac ako desať hodín. Viac ako polovica detí od desať do 15 rokov spí denne osem až deväť hodín a približne 40% detí v tomto veku spí viac ako desať hodín. Dospelí najčastejšie uvádzajú priemernú dĺžku spánku osem hodín. Zlom nastáva vo

vekovej skupine 45 a viac ročných, v ktorej je najčastejšie uvádzaná priemerná dĺžka spánku menej ako šesť hodín denne (32,3%).

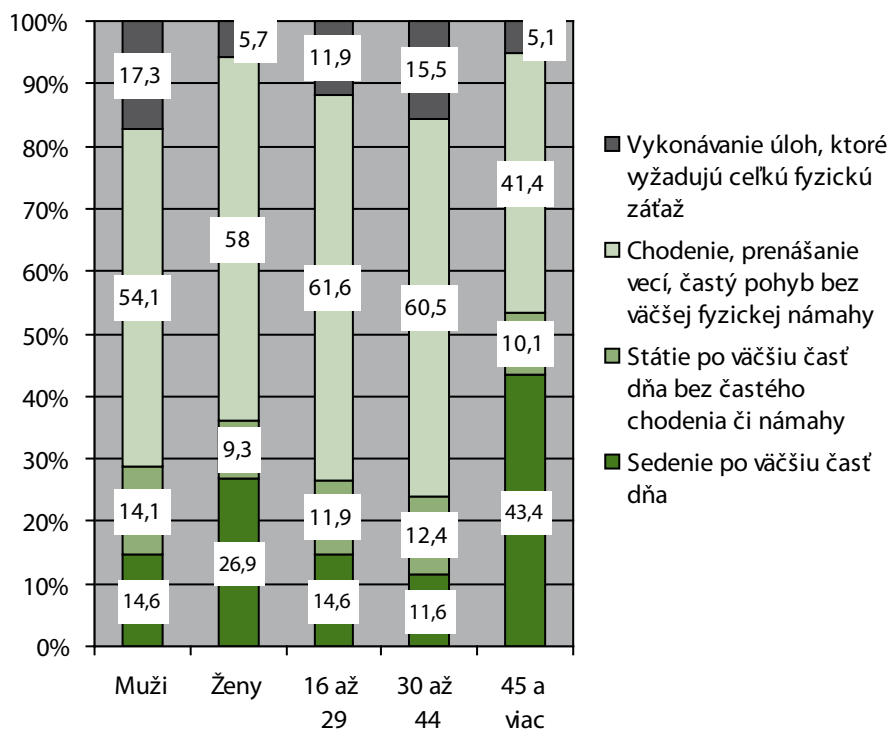
Priemerná doba spánku je celkovo 8,49 hodiny denne, z toho u dospelých je to 7,64 hodiny denne a u detí 9,64 hodiny denne. Medzi mužmi a ženami sú iba nevýznamné rozdiely.

14.2. Fyzická aktivita

Graf 14.1. Zloženie populácie podľa typu fyzickej aktivity.

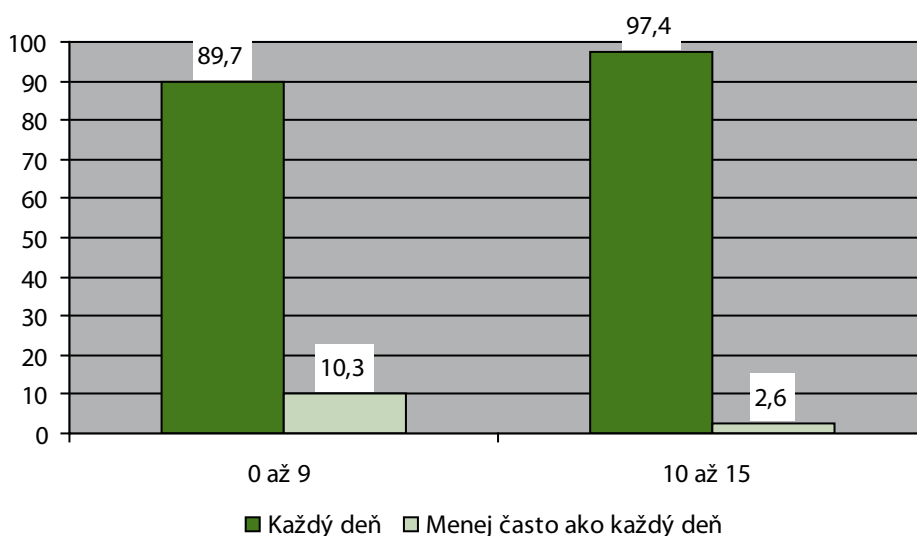


Väčšina dospelaj rómskej populácie sa podľa výskumu pravidelne nevenuje športu. Viac ako dve tretiny opýtaných sa športu alebo cvičeniu nevenuje vôbec, necelá tretina iba príležitostne a iba 1,1% pravidelne (niekoľko krát za mesiac alebo za týždeň). Odlišná situácia bola zaznamenaná u rómskych detí, z ktorých sa športu alebo cvičeniu nevenuje vôbec 31,5% a príležitostne 53,3%. Pravidelne sa venuje športu iba 10,7% detí. Ženy uvádzali výrazne častejšie, že sa športovým aktivitám nevenujú vôbec, než muži. Frekvencia športovania klesá u dospelaj populácie s vekom, pričom zlom opäť nastáva po 45 roku života.

Graf 14.2. Zloženie dospeljej populácie v súvislosti s fyzickou námahou v rámci ich hlavnej dennej činnosti.

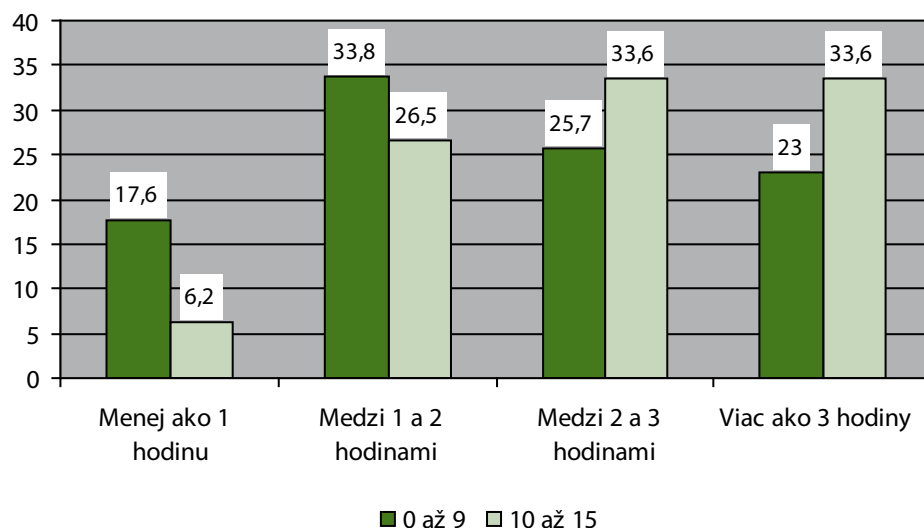
Na otázku o prevažujúcej fyzickej aktivite počas dňa všetky vekové podskupiny okrem najstaršej (od 45 rokov) uvádzali najčastejšie „chodenie, prenášanie vecí, častý pohyb bez veľkej fyzickej záťaže“. Druhou najčastejšou odpoveďou u mužov bolo „vykonávanie úloh, ktoré si vyžadujú veľkú fyzickú záťaž“ a u žien „sedenie počas väčšiny dňa“.

14.3. Sledovanie televízie nepľnoletými

Graf 14.3. Percento nepľnoletých, ktorí pravidelne sledujú televíziu podľa vekovej kategórie.

Sledovanie televízie u rómskych detí je celkovo excesívne. Až 93 percent detí sleduje televíziu každý deň. Každodenné pozeranie televízie je častejšie u podskupiny detí od desať do 15 rokov (97,4%) ako u mladších detí do deväť rokov (89,7%). Rozdiely medzi pohlaviami sú nevýznamné.

Graf 14.4. Zloženie nepľnoletých, ktorí pravidelne sledujú televíziu podľa počtu hodín denne.



Staršie deti od desať do 15 rokov strávia sledovaním televízie obvykle viac času, než podskupina mladších detí do deväť rokov. Až 67,2% starších detí (10 -15 rokov) pozerá televíziu viac ako 2 hodiny denne oproti 48,7% mladších detí (0 -9), pričom len 11,9% detí spolu strávi pri televízii menej ako 1 hodinu.

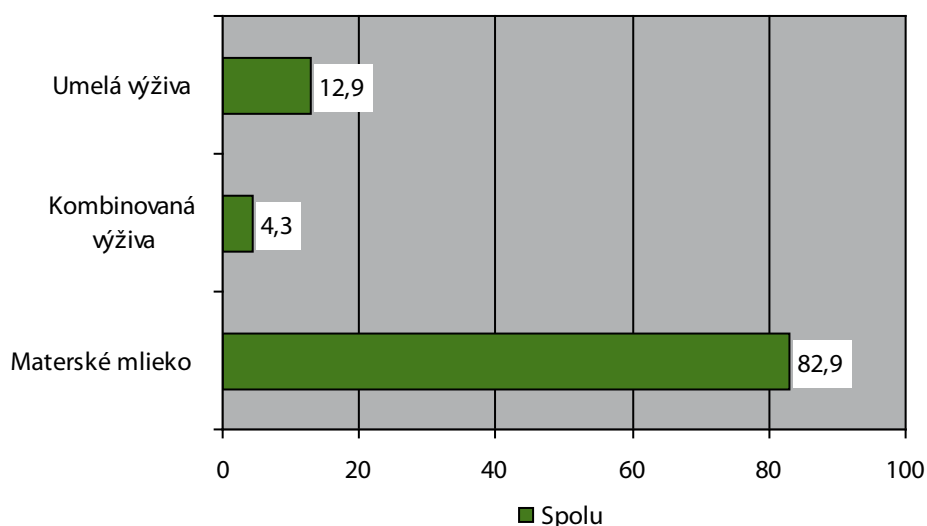
15. Životný štýl: výživa

Okrem fyzickej aktivity je z hľadiska zdravého životného štýlu v prevencii a liečbe civilizačných chorôb dôležitá aj výživa. U rómskej populácie sme vo výskume sledovali dojčenie detí, zloženie stravy u detí aj dospelých a index telesnej hmotnosti. Nadváhu a obezitu sme zisťovali pomocou výpočtu z indexu telesnej hmotnosti, ten sme získali na základe výšky a váhy, ktoré respondenti uviedli.

15.1. Dojčenie rómskych detí

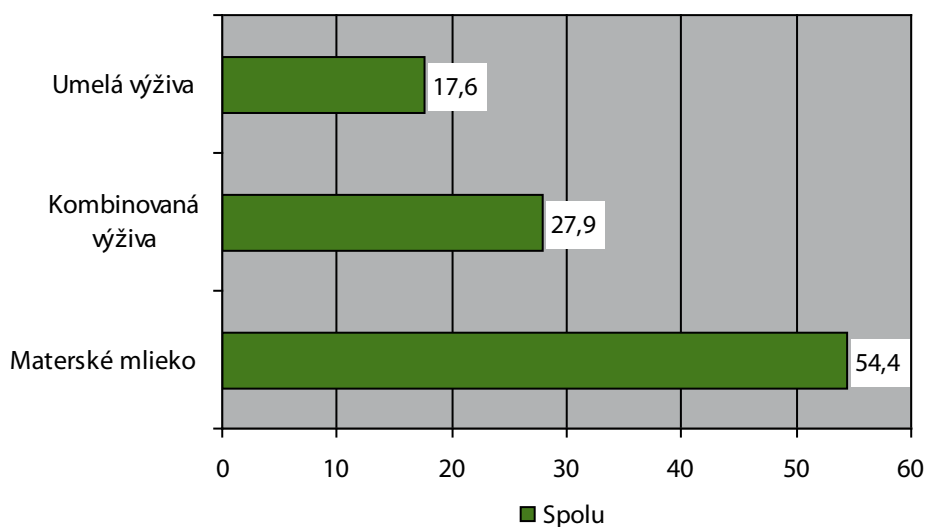
Správne kŕmenie detí v ranom veku má zásadný význam pre ich ďalší zdravý vývin. Svetová zdravotnícka organizácia odporúča výlučné dojčenie do 6 mesiacov života (WHO, 2001).

Graf 15.1. Typ výživy počas prvých 6 týždňov života.



Absolútna väčšina rómskych detí dostávala v prvých šiestich týždňoch života prirodzenú stravu (82,9%). Necelá osmina (12,9%) dostávala umelú stravu.

Graf 15.2. Typ výživy od 6 týždňov do 3 mesiacov života.

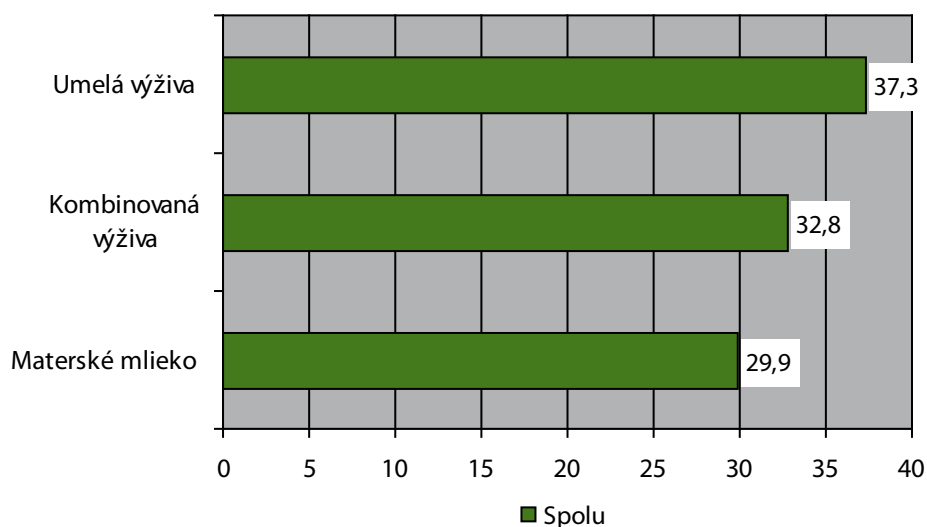


Vo veku od šesť týždňov do troch mesiacov života dostávala materské mlieko viac ako polovica detí a necelá pätina dostávala umelú výživu. Kombinovaná výživa v tomto období života stúpila sedemnásobne, takmer na jednu tretinu.

Graf 15.3. Porovnanie konzumácie materského mlieka medzi celkovou (zdroj: WHO HFA, 2006) a rómskou populáciou vo veku od 6 týždňov do troch mesiacov.



Pozitívne je, že viac ako štyri pätiny detí rómskej populácie dostávalo v období od 6 týždňov do troch mesiacov prirodzenú stravu oproti len dvom tretinám celkovej populácie. V prípade rómskej populácie sme pre tento údaj zlúčili podiel detí dostávajúcich prirodzenú a kombinovanú výživu, keďže údaj za celkovú populáciu sa týka detí, ktoré dostávali aspoň nejakú prirodzenú stravu.

Graf 15.4. Typ výživy od 3 do 6 mesiacov života.

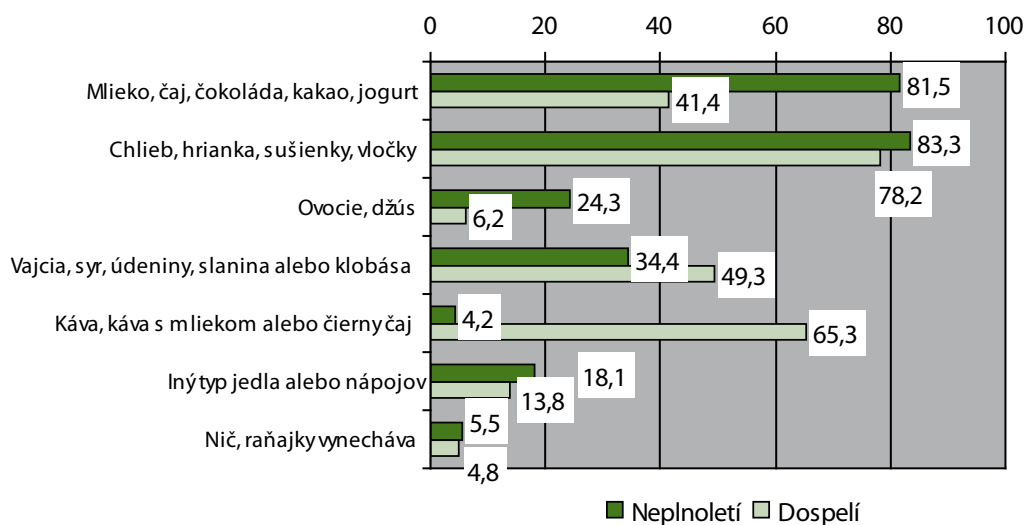
V období medzi tromi a šiestimi mesiacmi života výrazne stúpol podiel umelej výživy (37.3%), na úkor prirodzenej. Podiel kombinovanej stravy zostal takmer rovnaký ako v predchádzajúcom období.

Graf 15.5. Porovnanie konzumácie materského mlieka medzi celkovou (zdroj: WHO HFA, 2006) a rómskou populáciou vo veku od troch do šesť mesiacov.

Deti vo veku od troch do šiestich mesiacov dostávali v celkovej populácii prirodzenú stravu len v 37,3%, kým v rómskej populácii až 62,7%. Prirodzená strava je jeden z mála faktorov majú pozitívny vplyv na zdravie rómskych detí, pričom rómska populácia v tomto parametri výrazne prevyšuje celkovú populáciu.

15.2. Raňajky

Graf 15.6. Strava, ktorú respondenti obvykle konzumujú na raňajky (percentá).



Iba približne 5% respondentov medzi deťmi aj dospelými obvykle raňajky vynecháva.

Dospelí najčastejšie raňajkujú výrobky akými sú chlieb, hrianka, sušienky, vločky, pečivo s maslom alebo bez masla a podobne (v 78,2% prípadov) a kávu s mliekom alebo bez mlieka (65,3%). Približne polovica dospelých raňajkuje aj vajcia, syr, údeniny, slaninu alebo klobásu.

Deti najčastejšie raňajkujú chlieb, hrianky, sušienky, vločky, pečivo s maslom alebo bez masla a podobne (83,3%). Ďalšími najčastejšími potravinami sú mlieko, čaj, čokoláda, kakao, jogurt a podobné potraviny (81,5%), menej často aj vajcia, syr, údeniny, slaninu alebo klobásu (34,4%) a ovocie alebo džús (24,3%).

15.3. Zloženie stravy

Tabuľka 15.1. Frekvencia konzumovanej stravy (celá populácia).

	Denne	3 alebo viackrát do týždňa, ale nie denne	Raz alebo 2 krát do týždňa	Menej ako raz do týždňa	Nikdy alebo takmer nikdy	Spolu
Čerstvé ovocie	20,3	26,3	27,5	21,4	4,6	100
Mäso	28,9	38,5	27,1	4,8	0,8	100
Vajcia	4,5	21,0	43,5	22,4	8,7	100
Ryby	1,8	7,8	17,1	46,2	27,0	100
Cestoviny, ryža	49,7	32,4	13,6	3,7	0,6	100
Chlieb, obilniny	86,5	7,7	3,4	1,2	1,2	100
Zelenina	14,0	25,8	30,9	25,1	4,2	100
Strukoviny	2,3	24,8	36,5	28,4	8,0	100
Údeniny	12,7	28,2	29,3	21,9	7,9	100
Mliečne výrobky	32,4	25,6	21,9	17,4	2,6	100
Sladkosti	36,9	22,5	21,5	12,6	6,5	100

Čo sa týka stravovacích návykov, najčastejšie konzumovanou kategóriou potravín je chlieb a obilniny, ktorý denne konzumuje až 86,5% osôb z výberovej vzorky. Necelá polovica konzumuje denne aj cestoviny alebo ryžu. Približne tretina respondentov denne konzumuje aj sladkosti (36,9%), mliečne výrobky (32,4%) alebo mäso (28,9%). Iba asi pätina denne jedáva aj ovocie a iba približne sedmina aj zeleninu, pričom konzumácia týchto potravín je zo zdravotného hľadiska veľmi dôležitá. Najmenej raz do týždňa konzumuje ovocie 53,8% a zeleninu 56,7% respondentov. Najmenej preferovanou kategóriou sú ryby, ktoré nekonzumuje jedna tretina respondentov a zriedkavo ich konzumuje 26,7% respondentov.

Tabuľka 15.2. Frekvencia konzumovanej stravy (neplnoletí).

	Denne	3 alebo viackrát do týždňa, ale nie denne	Raz alebo 2 krát do týždňa	Menej ako raz do týždňa	Nikdy alebo takmer nikdy	Spolu
Čerstvé ovocie	27,3	32,5	24,0	14,8	1,5	100
Mäso	25,2	37,4	28,5	7,4	1,5	100
Vajcia	3,7	24,0	39,3	22,1	10,9	100
Ryby	1,9	8,5	19,6	41,5	28,5	100
Cestoviny, ryža	50,2	35,3	8,9	4,1	1,5	100
Chlieb, obilniny	85,9	5,9	4,1	1,9	2,2	100
Zelenina	13,3	29,2	30,3	21,0	6,3	100
Strukoviny	3,7	26,4	33,5	27,5	8,9	100
Údeniny	11,9	25,4	26,5	23,1	13,1	100
Mliečne výrobky	42,2	32,5	14,9	10,1	0,4	100
Sladkosti	53,0	28,9	11,9	5,6	0,7	100

Až 53% detí konzumuje sladkosti denne a 28,9% najmenej tri razy do týždňa. Iba 5,6% detí je sladkosti menej ako raz do týždňa. Pritom čerstvé ovocie konzumuje denne jedna tretina detí a zeleninu iba 13,3%. Menej ako raz do týždňa konzumuje zeleninu zhruba jedna pätina detí. Z hľadiska zdravej výživy nie je optimálne, že relatívne najmenej deti konzumujú ryby, vajcia, strukoviny a zeleninu a tieto dôležité zložky potravy nahrádzajú chlebom a sladkosťami.

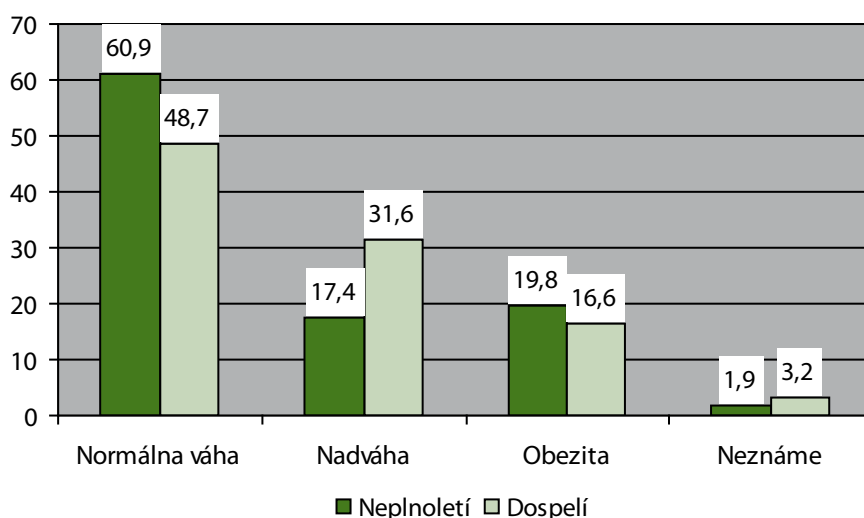
Tabuľka 15.3. Frekvencia konzumovanej stravy (dospelí).

	Denne	3 alebo viackrát do týždňa, ale nie denne	Raz alebo 2 krát do týždňa	Menej ako raz do týždňa	Nikdy alebo takmer nikdy	Spolu
Čerstvé ovocie	15,3	21,8	30,0	26,1	6,8	100
Mäso	31,6	39,2	26,1	2,9	0,3	100
Vajcia	5,0	18,8	46,4	22,5	7,2	100
Ryby	1,8	7,3	15,2	49,6	26,0	100
Cestoviny, ryža	49,3	30,3	16,9	3,4	0,0	100
Chlieb, obilniny	86,8	8,9	2,9	0,8	0,5	100
Zelenina	14,5	23,5	31,4	28,0	2,6	100
Strukoviny	1,3	23,7	38,7	28,9	7,4	100
Údeniny	13,2	30,3	31,3	21,1	4,2	100
Mliečne výrobky	25,5	20,8	26,8	22,6	4,2	100
Sladkosti	25,5	17,9	28,4	17,6	10,5	100

U dospelých sa prirodzene vyskytujú podobné nesprávne stravovacie návyky ako u detí, s tým rozdielom, že konzumujú menej sladkostí. Ženy konzumujú sladkosti častejšie ako muži (denne až 42,6% žien oproti 31,5% mužov). Na druhej strane ženy tiež konzumujú častejšie denne zeleninu (15,0%) ako muži (13%) a ovocie (23,2% : 17,3%). Treba mať pritom však na zreteli, že uvádzané údaje môžu byť skreslené sociálnou žiaducosťou odpovedí. Pri celkovom hodnotení zdravej výživy je tiež potrebné si uvedomiť, že cenová dostupnosť zeleniny na Slovensku je (podľa údajov z roku 2003) najnižšia v Európskej únii (European Commission, 2008).

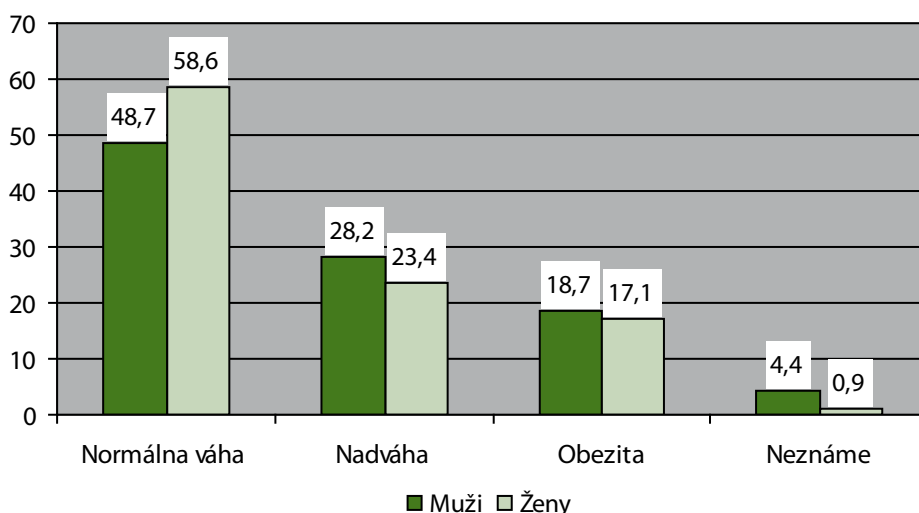
15.4. Index telesnej hmotnosti (BMI)

Graf 15.7. Zloženie rómskej populácie podľa BMI a rozdielov medzi dospelými a deťmi

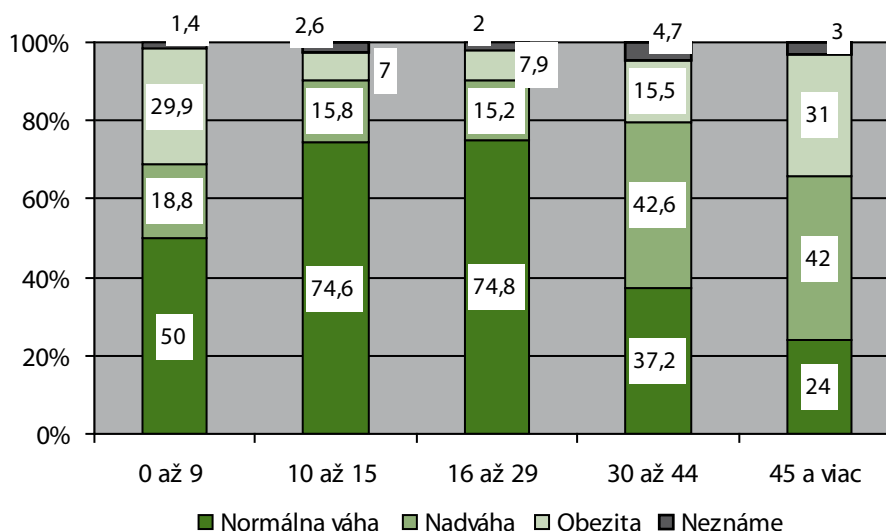


Výsledky výskumu ukazujú, že normálnu hmotnosť má 60,9% detí a 48,7% dospelých. Nadváha je takmer o polovicu vyššia u dospelých, kým obezita bola zistená mierne vyššia u detí.

Graf 15.8. Zloženie rómskej populácie podľa BMI a pohlavia.



Problémy s váhou postihujú častejšie mužov ako ženy. Normálnu váhu alebo podváhu má iba 48,7% mužov, zatiaľ čo nadváhu až 28,2% a obezitu 18,7% mužov. Na druhej strane nadváhou trpí len 23,4% a obezitou 17,1% žien. U celkovej populácie (Ministerstvo zdravotníctva SR, 2006) je výskyt obezity mierne nižší (16% žien a 17% mužov), avšak výskyt nadváhy je u nej značne vyšší (40% mužov a 31% žien).

Graf 15.9. Zloženie rómskej populácie podľa BMI a vekových kategórií.

Prekvapujúce je zistenie, že najčastejšie sú postihnuté obezitou deti do deväť rokov; v tejto skupine je obéznych až 29,9% osôb¹. Nadváha je najčastejšia u ľudí nad 30 rokov; v skupine od 30 do 40 rokov bola zaznamenaná u 42,6% a v skupine 45 a viac rokov u 42% osôb. Normálna váha alebo podváha bola zaznamenaná najčastejšie u ľudí vo veku desať až 29 rokov a najmenej často u ľudí vo veku 45 a viac rokov.

Zhrnutie: Všetky sledované indikátory s výnimkou dĺžky spánku a dojčenia detí poukazujú na nezdravý životný štýl rómskej populácie. Konkrétne ide o vysokú prevalenciu fajčenia, nedostatok aktívneho odpočinku a pohybu, nevyhovujúce zloženie stravy a u detí priveľa času stráveného pasívnym sledovaním televízie. Rozdiel v neprospech Rómov však môžeme s istotou konštatovať iba v prípade vysokého podielu fajčiarov, u ostatných indikátorov nie sú k dispozícii porovnateľné dáta, alebo rozdiel medzi oboma skupinami sme nezaznamenali. Naopak je pozitívna vysoká miera dojčenia detí oproti celkovej populácii.

¹ Tento údaj je potrebné brať s rezervou, keďže údaje od všeobecných lekárov naopak hovoria o nízkom výskyte obezity u detí, naopak, častejšie bola nameraná skôr podváha.

16. Závery a odporúčania

Výsledky výskumu hovoria o nerovnocennom postavení rómskej populácie oproti majoritnej spoločnosti. Vzdelávanie, bývanie, zamestnanosť a zdravotný stav sú najkritickejšie oblasti, v ktorých sa táto nerovnocennosť prejavuje. V oblasti zdravia Rómov je nutné vzhľadom na komplexnosť problému začať systematicky riešiť viacero vzájomne prepojených problémov. Kauzálny reťazec sa začína pri nízkej úrovni vzdelania, ktorá má za následok vysokú nezamestnanosť, závislosť na sociálnom systéme podpory/pomoci a chudobu. Časť rómskej populácie sa kvôli viacerým faktorom (segregácia, diskriminácia, násilne premiestnenie, chudoba) usadila na vidieku a okrajoch miest so slabou infraštruktúrou, často s provizórnymi podmienkami bývania. Týmto spôsobom vznikli tzv. rómske osady, izolované enklávy s nulovou sociálnou mobilitou – nemožnosťou prekonať súčasný stav chudoby a izolácie a získať adekvátne vzdelanie a následne vyšší spoločenský status. Pri vytváraní akýchkoľvek politík a stratégií je teda nevyhnutné porozumieť a vychádzať z komplexnosti a vzájomnej prepojenosti príčin súčasného stavu.

Takmer všetky sledované indikátory zdravotného stavu rómskej populácie pomerne jednoznačne poukazujú na to, že najväčším zdravotným problémom, navyše mnohokrát podceňovaným, sú vystavení ľudia žijúci v obydlíach s najnižším štandardom, v izolovaných, ale aj integrovaných lokalitách so zlými zdravotnými podmienkami a v lokalitách, v ktorých nie sú dostupné zdravotné služby. Ľudia z týchto oblastí potrebujú najväčšiu podporu a asistenciu z hľadiska zlepšovania ich zdravotného stavu.

V súvislosti so zdravím a zdravotnou starostlivosťou je potrebné zamerať sa najmä na nasledujúce oblasti:

(1) Prevencia v rámci ktorej je potrebné osloviť celú rómsku populáciu a zároveň sa systematickejšie zamerať na najzraniteľnejšie skupiny obyvateľstva, ktoré žijú v podmienkach bezprostredne ohrozujúcich ich zdravie. Ide o ľudí žijúcich v type bydliska s najnižším štandardom (chatrčiach) a/alebo v izolovaných oblastiach so zlými zdravotnými podmienkami, ktoré sú charakteristické obmedzeným či žiadnym prístupom k pitnej, teda zdravotne nezávadnej vode, neprítomnosťou kanalizácie a následne nízkym hygienickým štandardom. V rámci tejto skupiny obyvateľstva sú obzvlášť zraniteľné ženy, deti a starší ľudia.

Prevencia by sa mala zamerať predovšetkým na tieto **oblasti**:

- i. **Životné prostredie**: v prípade marginalizovaných rómskych komunít, ktoré trpia nevyhovujúcou úrovňou základných životných podmienok, je nevyhnutné zabezpečiť nápravu tohto stavu formou aktívnej pomoci a poskytovania chýbajúcich zdrojov. Akékoľvek snahy o zlepšenie bývania a infraštruktúry, ak majú byť efektívne a dlhodobé, vyžadujú aj priamu angažovanosť cieľových komunít a zvýšenie vlastnej zodpovednosti Rómov za svoje životné prostredie. Dôležitým východiskom je samotné vymedzenie pojmu sociálneho bývania, definovanie stratégie sociálneho bývania a nástrojov na implementáciu.
- ii. **Informovanosť**: je nevyhnutné zabezpečiť dostupnosť zrozumiteľných a jednoducho aplikovateľných informácií o zdraví, vrátane informácií o zdravom životnom štýle pre celú rómsku populáciu.

iii. Dostupnosť zdravotníckych služieb: je potrebné dosiahnuť stav, aby primárna prevencia prevažovala nad sekundárnou, t.j. aby sa predchádzalo vzniku ochorení a zdravotných komplikácií pred ich akútnym riešením. K tomu je potrebné prelomiť aj mentálne bariéry a odbúrať strach a nedôveru z pravidelných lekárskech prehliadok.

iv. Eliminácia a redukcia šírenia sa infekčných ochorení: Okrem vyššie uvedených štrukturálnych zmien je nevyhnutné zabezpečiť, aby sa vakcinačného programu zúčastňovali všetky nepľnoleté osoby bez ohľadu na spôsob bývania či etnickú príslušnosť.

v. Obmedzenie zneužívania liečiv: Je potrebné informovať ľudí o negatívnom vplyve pri voľnom užívaní liekov vydávaných na lekárske predpis a v prípade prejavov symptómov ochorenia uprednostnili návštevu zdravotných zariadení.

vi. Diskriminácia: Dôležité je aj zavedenie mechanizmov pre účinné predchádzanie, odstraňovanie a dôrazné postihovanie všetkých foriem diskriminácie v prístupe k zdravotnej starostlivosti zvýšením právneho povedomia Rómov a poskytovaním im právnej asistencie.

K dosiahnutiu uvedených zmien je žiaduce využiť potenciál danej komunity, vyrovnávať rodové nerovnosti a viesť diskusie medzi expertmi a aktivistami, vládnyimi a mimovládnyimi organizáciami, rómskymi asistentmi a ďalšími relevantnými subjektmi na lokálnej aj celonárodnej úrovni. Rovnako je potrebné vytvoriť priestor a iniciovať verejné diskusie o zdravotných záležitostiach a problémoch. V neposlednom rade je nevyhnutné scitlivovať majoritu voči potrebám a problémom rómskej menšiny.

Nasledujúce odporúčania sú adresované najmä Ministerstvu zdravotníctva SR ako iniciátorovi nevyhnutných a potrebných opatrení, avšak veríme, že budú inšpiratívne pre všetkých, ktorí sa angažujú v zlepšovaní kvality života rómskej populácie, a poslúžia aj ako námety pre Úrad splnomocnenkyne vlády pre rómske komunity:

1. Na základe vládneho programu z roku 2006: „Vláda naďalej považuje riešenie rómskej problematiky za svoju prioritu. Na jej realizáciu bude podporovať všetky rozvojové programy s cieľom zlepšovať život Rómov a integráciu rómskej komunity do spoločnosti pri efektívnom a cielenom využívaní finančných zdrojov do oblasti vzdelávania, kultúry, zdravotnej a sociálnej starostlivosti, infraštruktúry a bývania“. V rámci tohto vyhlásenia je však nevyhnutné vytvoriť adekvátne podmienky na prioritné riešenie zdravotného stavu marginalizovanej rómskej komunity v zmysle dosiahnutia rovnováhy medzi stavom *de jure* a *de facto* (t.j. stavom legislatívy a jej reálneho uplatňovania v praxi).
2. Zabezpečiť, aby poradný orgán z radov expertov zaoberajúcich sa problematikou rómskej menšiny, v spolupráci s kompetentnými inštitúciami aktívnejšie podporoval systémové riešenia na vyrovnanie nerovností v prístupe k zdravotníckym službám marginalizovaných skupín obyvateľstva a sfunkčniť preventívne programy zamerané na ich zdravie.
3. Zaradiť profesiu zdravotný asistent do katalógu profesií a navýšiť počty týchto pracovníkov, aby sa zabezpečila kontinuita a systémovosť pri ich každodennej činnosti v lokalitách s vysokým podielom rómskej populácie. Pri vytváraní pracovných miest pre zdravotných asistentov podporiť pracovníkov z radov komunity, s ktorou pracujú.
4. Vytvoriť akčný plán na základe programu podpory zdravia znevýhodnenej rómskej komunity a zabezpečiť jeho organizačné a finančné krytie.
5. V spolupráci s kompetentnými inštitúciami vytvoriť systém zberu etnických dát, na základe ktorých bude možné reálne vyhodnotiť zdravotný stav rómskej populácie. Podporovať realizáciu výskumných činností (kvalitatívne aj kvantitatívne výskumy) v oblasti zdravotnej problematiky s akcentom na sexuálne a reprodukčné zdravie s cieľom kvalitnejšieho a efektívnejšieho nastavenie programov tak, aby tieto programy prispeli k zlepšeniu kvality

zdraví rómských žen a mužů, zvýšení informovanosti v oblasti plánovaného rodičovství, poskytování zdravotní starostlivosti, včetně služeb sexuálního a reprodukčního zdraví bez diskriminace.

6. Nástř způsob, ako motivovať obyvateľov, najmä však marginalizované skupiny, aby sa zúčastňovali pravidelných lekárskech preventívnych prehliadok a v prípade maloletých aj dodržiavanie vakcinačného programu napr. formou predvolania.
7. Vytvoriť zdravotný podporný systém (príspevky na zdravotnú starostlivosť) pre sociálne znevýhodnené skupiny s dôrazom na prevenciu chronických a iných ochorení. Obzvlášť je potrebné vytvoriť finančnú podporu pre sociálne slabé skupiny obyvateľstva, najmä v oblasti stomatologických a iných služieb, ktoré vyžadujú doplácanie zo strany pacienta.
8. V súčinnosti s MŠSR odporučiť zahrnúť do školského vzdelávacieho programu pre sociálne znevýhodnené skupiny preventívny a osvetový program zameraný na zlepšenie zdravotnej situácie Rómov. K tomu je nevyhnutné vytvoriť adekvátne metodické materiály.
9. Vytvoriť podporný systém pre lekárov pracujúcich v spádových oblastiach s vyššou koncentráciou marginalizovaných rómskych komunít zameraný na zvýšenie motivácie lekárov aktívne sa starať o rómskych pacientov osvetovou a preventívnou činnosťou priamo v teréne. Dôraz tiež treba kľásť na zvyšovanie zodpovednosti za vlastné zdravie u marginalizovaných skupín obyvateľstva.
10. Vytvoriť efektívny, koordinovaný a funkčný systém komunikácie jednotlivých subjektov zapojených do poskytovania služieb pre marginalizované rómske komunity. Nevyhnutné je zvýšenie efektivity koordinačnej funkcie Úradu verejného zdravotníctva SR, Regionálnych úradov verejného zdravotníctva s mimovládnyimi organizáciami, ktoré v rámci Dekády Rómov 2005 – 2015 realizujú rôzne programy v oblasti zdravia Rómskych komunít.
11. Podporiť vznik akreditovaných programov zameraných na zdravie Rómov. Zabezpečiť celoživotné vzdelávanie zdravotníckeho personálu (lekárky, zdravotnícki pracovníci) prostredníctvom vzdelávacích inštitúcií, vytvoriť mechanizmy supervízie (prístupu lekárov k pacientom)
12. Aktívne podporiť spoluprácu medzi privátnym a neziskovým sektorom v zmysle zvyšovania spoločenskej zodpovednosti firiem pri financovaní programov zameraných na zdravie Rómov.

17. Bibliografia

- Avdičová, M.: *Prevenencia KVCH v rámci programu CINDI*, 2005
- Baráková, A., Blažíček, P., Námešná J.: *Prevalencia metabolického syndrómu a vybraných rizikových faktorov zdravia v populácii SR*, Diabetes a obezita 6, 2006, 18 -28, MONIKA 2002
- Baška, T., Ochaba, R., Šťastný, P.: *Vybrané aspekty kontroly tabaku*. Martin: Národná koalícia pre kontrolu tabaku v SR, 2007, s. 20.
- Davidová, E.: *Cesty Romů – Romano Drom 1945-1990*. Olomouc : PedF UP, 1995.
- Directorate - General Health and Consumers, *Major and Chronic Diseases Report*, 2007
- European Commission, Health & Consumer Protection Directorate-General, 2008.
- EU Injury Database (IDB, Home and Leisure Accidents), Data presentation: Kuratorium für Verkehrssicherheit (KfV), 2007).
- Eurostat (Online Database) Indicator No. 71-SILC (SL88) updated by SANCO.C.2, February 2009.
- Hanzelová, E. *Aktuálne otázky postavenia Rómov na trhu práce v SR*. In Práca a sociálna politika, 2000, roč. 8, č. 3, s. 2 – 6
- Jurkovičová, J.: *Vieme zdravo žiť?*, Lekárska fakulta UK, Bratislava 2005.
- Kuratorium für Verkehrssicherheit (KfV): *Injuries in European Union*, Summary 2003 - 2005
- Ministerstvo zdravotníctva SR, *Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR*, 2006
- Rovný, M.: *Úrazy detí a mládeže a prevencia pred nimi*. http://www.szu.sk/ine/verejnezdravotnictvo/urazy_Rovny.htm, (prístup 7.7.2009)
- Slovákova – Spáčilová, A.: *Zdravie Rómov – katastrofa*, SME, 2008 (prístup 7.7.2009)
- Statistical Office of the European Communities (Eurostat): *Health status: indicators from the national Health Interview Surveys (HIS)*, 2004.
- Statistics on Income and Living Conditions Surveys (EU-SILC), 2006, http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi (prístup 1.7.2009)
- Špíchalová A. et al. (2006): *Ukazatele zdravotného stavu a indikátory socioekonomické deprivácie v epidemiologických štúdiách*, In: Ághová Ľ. (ed.): *Životné podmienky a zdravie*. Bratislava: Úrad verejného zdravotníctva SR, ss. 114-123.
- TASR: *Priemerný vek začínajúcich fajčiarov sa na Slovensku znížil na 16 rokov*. 11.10.2007. <http://www.zzz.sk/?clanok=3436> (prístup 14.06.2009).
- Uznesenie vlády SR č. 680/2007: *Program podpory zdravia znevýhodnených komunit na Slovensku 1. etapa - Program podpory zdravia znevýhodnenej rómskej komunity na roky 2007 – 2008*, 2007

- WHO Health for all Database, 2006, http://www.euphix.org/object_document/o4709n27421.html (prístup 12.6.2007)
- World Health Organization Regional Office for Europe (Health for all database) Indicator No. 56 (SL88) updated by SANCO.C.2 in February 2009
- WHO: *The optimal duration of exclusive breastfeeding*, 2001, <http://www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html> (prístup 10.6.2007)

18. Dotazník

(dáta sa zapisujú do záznamového hárku, nie do dotazníka)

Dotazník pre domácnosti

(Otázky pre všetkých členov domácnosti)

Cítite sa byť Rómom?

1. áno
2. nie (**pre anketára: ukončíte rozhovor**)

Anketár: Odpoveď nezapíšujete do záznamového hárku, ale ukončíte rozhovor.

I. Údaje o lokalite

A. Štát

1. Grécko
2. Portugalsko
3. Česká republika
4. Slovensko
5. Rumunsko
6. Bulharsko

B. Vyšší územný celok

1. Banskobystrický kraj
2. Bratislavský kraj
3. Košický kraj
4. Nitriansky kraj
5. Prešovský kraj
6. Trenčiansky kraj
7. Trnavský kraj
8. Žilinský kraj

C. Veľkosť mesta/obce

(Uveďte názov obce len do **záznamového hárku**, nie do tohto dotazníka!)

Obec: _____

1. Do 5000 obyvateľov
2. Od 5001 do 10,000 obyvateľov
3. Od 10,001 do 25,000 obyvateľov
4. Od 25,001 do 50,000 obyvateľov
5. Od 50,001 do 100,000 obyvateľov
6. Od 100,001 do 250,000 obyvateľov
7. Nad 250,000 obyvateľov

II. Zloženie domácnosti¹

H1. Vek

(**Anketár:** ak ide o dieťa vo veku do 1 roka, použite kód „01“)

H2. Pohlavie

1. Muž
2. Žena

H3. Aký je váš vzťah k tomu členovi domácnosti, ktorý v nej má hlavné slovo? (Je buď hlavným živiťelom domácnosti, alebo v nej žije najdlhšie, prípadne robí najdôležitejšie rozhodnutia týkajúce sa domácnosti.)

1. členom s hlavným slovom /autoritou som JA
2. manžel/ manželka (prípadne partner/partnerka) hlavného živiťela rodiny
3. syn/ dcéra (alebo jeho/ jej partner/ka) hlavného živiťela rodiny
4. zať/ nevesta (alebo partner/ka syna alebo dcéry) hlavného živiťela rodiny
5. otec alebo matka (prípadne svokor/ svokra) hlavného živiťela rodiny
6. brat/ sestra hlavného živiťela rodiny
7. vnuk/ vnučka (prípadne ich partneri) hlavného živiťela rodiny
8. starý otec/ stará matka (prípadne starý rodič hlavného živiťela rodiny partnera/ky, manžela/ky)
9. iný príbuzný/ príbuzná hlavného živiťela rodiny
10. iný vzťah

H4. Aký typ zdravotného poistenia máte?

Pozor, nejde nám o životné/ úrazové poistenie, ale o klasické zdravotné poistenie (napr. poisťovne VZP, Dôvera, Apollo a pod.)

1. Zdravotné poistenie so zdravotnou starostlivosťou poskytovanou štátnym zdravotníckym systémom (má vybavenú kartičku poistenca)
2. prázdny riadok
3. prázdny riadok
4. prázdny riadok
5. prázdny riadok
6. Bez zdravotného poistenia, ale s MINIMÁLNOU (to znamená len akútne ošetrovanie a pod.) zdravotnou starostlivosťou poskytovanou štátnym zdravotníckym systémom (nikdy si kartičku poistenca nevybavil, nemal ju)
7. prázdny riadok

¹ Anketár – ak respondent nevie / nechce odpovedať na otázku, v záznamovom hárku použite kód 0.

H5. Mohli by ste povedať, či v poslednej dobe trpíte nejakým zdravotným problémom, ktorý Vám spôsobuje ťažkosti pri každodenných činnostiach, (vychádzky von, obliekanie sa, osobná hygiena, stravovanie sa, atď.)

1. Nemám žiaden zdravotný problém ⇒ *Pokračujte otázkou H9*
2. Mám mierne zdravotné problémy
3. Mám pomerne vážny zdravotný problém
4. Mám veľmi vážny zdravotný problém, ktorý mi spôsobuje takmer úplnú neschopnosť vykonávať každodenné aktivity

H6. Potrebujete kvôli týmto problémom nejakú pomoc alebo starostlivosť od iných ľudí? Ak áno, dostávate pomoc od iných ľudí?

1. Nepotrebujem pomoc ⇒ *Pokračujte otázkou H9*
2. Potrebujem a dostávam pomoc
3. Potrebujem, ale nedostávam pomoc

H7. Kto sa o vás hlavne stará?

1. Manžel alebo partner
2. Manželka alebo partnerka
3. Dcéra
4. Syn
5. Matka
6. Otec
7. Starý otec
8. Stará matka
9. Iný príbuzný (brat/sestra, zať/ nevesta, teta/ ujo, atď.)
10. Sociálna/ dobrovoľnícka služba (cirkev, Červený kríž, atď.)
11. Iný typ vzťahu

H8. PRÁZDNA OTÁZKA

H9. Ako by ste zhodnotili svoj zdravotný stav za posledných 12 mesiacov?

1. Veľmi dobrý
2. Dobrý
3. Priemerný
4. Zlý
5. Veľmi zlý

H10. PRÁZDNA OTÁZKA

H11. Trpíte postihnutím (napr. zrakové, sluchové alebo iné telesné postihnutie), alebo chronickým ochorením (napr. vysokým tlakom, cukrovkou, nádorovým ochorením alebo iným)? Ak áno, uveďte akým:

1. Áno ⇒ *Uveďte akým: _____*
2. Nie

Anketár: Po zodpovedaní otázok o každom členovi domácnosti položte otázky H12, H13, H14 a H15, ktoré sa týkajú celej domácnosti.

H13. Kto sa zvyčajne stará o deti vo veku do 14 rokov? (Pripravuje im jedlo, pomáha s úlohami do školy, pomáha s obliekaním, hygienou a podobne)?

(Anketár: je možné označiť viac ako jednu možnosť; označte všetky možnosti uvedené v odpovedi.)

1. Matka dieťaťa
2. Otec dieťaťa
3. Stará matka dieťaťa
4. Starý otec dieťaťa
5. Brat dieťaťa
6. Sestra dieťaťa
7. Iní príbuzní
8. Iný typ vzťahu
9. Žiaden člen rodiny nemá menej ako 15 rokov

H14. V akom type obydliia bývate?

(Anketár: odpoveď označte na základe vlastného posúdenia, ak sa rozhovor odohráva priamo v domácnosti.)

1. Byt alebo dom štandardnej kategórie (murovaný alebo kvalitný drevený dom)
2. Bývanie nižšej ako štandardnej kategórie (dom, byt nižšej kategórie, unimobunka)
3. Chatrč (sem patrí aj napr. stan, nebytové priestory ako pivnica, kočikáreň a pod.)

H15. Je časť obce, v ktorej žijete, integrovaná s obcou alebo je izolovaná? Sú zdravotné podmienky v nej dobré alebo zlé?

*(Anketár - tento aspekt zhodnotíte aj podľa toho, či sa v obci nachádza vodovod alebo studňa s pitnou vodou, kanalizácia alebo žumpa, pravidelný odvoz odpadu, hygienické centrum a pod./ **Vysvetlenie miery integrácie** je podrobne uvedené v manuáli pre anketárov.)*

1. Časť obce je integrovaná do obce a sú v nej dobré zdravotné podmienky
2. Časť obce je integrovaná do obce a sú v nej zlé zdravotné podmienky
3. Časť obce je izolovaná od obce a sú v nej dobré zdravotné podmienky
4. Časť obce je izolovaná od obce a sú v nej zlé zdravotné podmienky

H16. Nachádza sa vo vašom okolí zdravotné stredisko?

(Pod „okolím rozumieme“ vzdialenosť, kedy sa respondent dokáže dostať do zdravotného strediska v priebehu približne 20 minút.)

1. Áno
2. Nie

Anketár: Po zodpovedaní otázky H16 sa ďalej pýtajte otázky buď pre „Neplnoletých“, alebo pre „Dospelých“.

III. Ďalšie údaje o domácnosti

H12. Koľko osôb žije vo vašej domácnosti? (vrátane osoby, ktorá odpovedá na otázku)

DOTAZNÍK PRE NEPLNOLETÝCH

(Deti vo veku od 0 do 15 rokov)

I. Základné údaje

Poradové číslo nepľnoletého: _____

(Anketár: do záznamového hárku označte poradové číslo dieťaťa v záznamovom hárku už uvedené, t.j. číslo priradené údajom tohto dieťaťa v prvom stĺpci (čísla od 01 – 11) tabuľky/ mriežky pre členov domácnosti. **Je veľmi dôležité toto číslo označiť, pretože bez neho sa výsledky dotazníka maloletých nedajú použiť.**)

M1. Aká je v súčasnosti hlavná činnosť maloletého?

1. Škola alebo škôlka ⇒ Pokračujte otázkou M3
2. Škola (a prípadne aj práca popri štúdiu) ⇒ Pokračujte otázkou M3
3. Práca ⇒ Pokračujte otázkou M4
4. Žiadna ⇒ Pokračujte otázkou M4
5. Dieťa vo veku do 6 rokov nezapísané do školy alebo škôlky ⇒ Pokračujte otázkou M4

M2. PRÁZDNA OTÁZKA

M3. Ktorý ročník momentálne navštevujete?

1. Predškolské vzdelávanie (materská škola)
2. 1. ročník základnej školy
3. 2. ročník základnej školy
4. 3. ročník základnej školy
5. 4. ročník základnej školy
6. 5. ročník základnej školy
7. 6. ročník základnej školy
8. 7. ročník základnej školy
9. 8. ročník základnej školy
10. 9. ročník základnej školy
11. 1. ročník strednej školy/učilišťa

M4. Teraz sa budeme venovať zdraviu dieťaťa. Ako by ste zhodnotili jeho zdravotný stav za posledný rok?

1. Veľmi dobrý
2. Skôr dobrý
3. Priemerný
4. Skôr zlý
5. Veľmi zlý

II. Choroby

M5. Bolo dieťa za posledný rok choré tak, že nemohlo vykonávať bežné aktivity (napr. návšteva školy, škôlky) na dobu dlhšiu ako 10 dní bez prestávky?

1. Áno
2. Nie

M6. Informoval lekár vás alebo niekoho iného z rodiny o tom, že toto dieťa trpí dlhodobo (chronicky) na niektoré ochorenie?

(Anketár: nečítajte varianty, iba sa opýtajte, na aké choroby dieťa trpí a odpovede zaznamenajte spätne, môžete uviesť niekoľko ochorení ako príklad, aby respondent vedel, čo je to chronické ochorenie.)

- a. Vysoký krvný tlak
- b. Vysoká hladina cholesterolu
- c. Cukrovka (vysoká hladina cukru v krvi)
- d. Astma, chronický zápal priedušiek (bronchitída) alebo emfyzém (rozduťie pľúc/ chronické rozšírenie pľúc)
- e. Srdcové ochorenie
- f. Žalúdočný vred
- g. Alergia
- h. Depresia
- i. Iné mentálne ochorenie
- j. Migrény alebo bolesti hlavy
- k. Pruh

Záznamové kódy

1 = Áno
2 = Nie

III. Úrazy

M7. Stalo sa za posledný rok dieťaťu nejaké náhle zranenie? (Úraz, popálenie alebo otrava?)

1. Áno
2. Nie ⇒ Pokračujte otázkou M10

M8. Kde došlo k poslednému úrazu, ktorý sa dieťaťu za posledný rok stal?

1. Doma, na schodoch, pri vchode do budovy, atď.
2. Vonku – dopravný úraz
3. Vonku – iný ako dopravný úraz
4. V škole alebo škôlke, atď.
5. Na inom mieste

M9. Aký to malo na dieťa dopad alebo aké poškodenie dieťa utrpelo pri danom úraze?

(Anketár: označte maximálne dve možnosti)

1. Pomliaždeniny, podliatiny, vytknutý kĺb alebo povrchová rezná rana
2. Zlomenina alebo hlboká rezná rana
3. Otrava
4. Popáleniny
5. Iný dopad

IV. Obmedzenie dennej aktivity

M10. Stalo sa počas posledných dvoch týždňov, že dieťa kvôli úrazu, chorobe alebo bolestiam muselo obmedziť svoje bežné aktivity? (Návšteva školy, škôlky, hry vonku, prechádzky a pod.)

1. Áno
2. Nie ⇒ Pokračujte otázkou M12

M11. O aký typ zranenia, bolestí alebo choroby v tomto prípade išlo? Ide nám o tie príznaky alebo bolesti, ktoré dieťa čiastočne alebo úplne obmedzili v jeho bežných aktivitách.

(Anketár: nečítajte varianty, ale spätne označte všetky možnosti uvedené respondentom.)

1. Bolesť kostí, chrčtica alebo kĺbov
2. Nervozita, depresia alebo problémy so spaním
3. Bolesť hrdla, kašeľ, prechladnutie alebo chrípka
4. Bolesť hlavy
5. Pomliaždeniny, rezné rany alebo odreniny
6. Bolesť ucha
7. Hnačka alebo črevné problémy
8. Podráždenie kože, svrbenie, alergie
9. Problémy s obličkou alebo bolesti pri močení
10. Problémy so žalúdkom, trávením, pečeňou alebo žľazami
11. Horúčka
12. Problémy so zubami alebo ďasnami
13. Vracanie
14. Bolesť brucha
15. Iná bolesť alebo iné príznaky

V. Užívanie liekov

M12.-M20. Počas posledných dvoch týždňov:

- A. Užilo dieťa niektorý z nasledujúcich liekov?
- B. Predpísal tieto lieky v nejakom bode lekár?

(Anketár: zaznamenajte do záznamového hárku typ liekov, ktoré dieťa užívalo za posledné 2 týždne. Ak nevie daný liek zaradiť medzi uvedené kategórie, poznačte si do záznamového hárku jeho názov, liek potom spätne skategorizujeme. Taktiež v záznamovom hárku podľa nižšie uvedených kódov označte, či užívanie daného lieku predpísal alebo nepredpísal lekár.)

M12. Lieky na prechladnutie, chrípku, bolesť hrdla, bolesť na prieduškách (okrem antibiotík)

M13. Lieky proti bolesti a/alebo horúčke

M14. Podporné látky ako vitamíny či minerálne látky

M15. Preháňadlá (laxatíva)

M16. Antibiotiká

M17. Lieky na upokojenie, uvoľnenie a na spánok

M18. Lieky na alergiu

M19. Lieky na hnačku

M20. Lieku proti vracaniu

A: Užilo dieťa takýto liek?

- 1 = Áno
- 2 = Nie

B: Bol liek predpísaný?

- 1 = Áno
- 2 = Nie

VI. Návštevy lekára

M21. Kedy ste naposledy vyhľadali pomoc lekára (osobne alebo telefonicky) kvôli nejakým ťažkostiam, bolestiam alebo ochoreniu dieťaťa?

1. V posledných dvoch týždňoch
2. Pred viac ako dvomi týždňami, ale menej ako pred mesiacom
3. Pred viac ako mesiacom, ale menej ako pred rokom
4. Pred rokom alebo viac ako rokom
5. Dieťa nebolo nikdy na návšteve u lekára

Pokračujte na M26

(Anketár: Otázky M22 až M25 sa kladú v prípade, že dieťa navštívilo lekára v posledných dvoch týždňoch (položka 1 v otázke M21). V opačnom prípade pokračujte na otázku M26.)

M22. Kde prebiehala táto posledná návšteva lekára?

1. V zdravotnom stredisku, prípadne na poliklinike
2. V zdravotnom stredisku, prípadne na poliklinike u špecializovaného lekára
3. V nemocnici bez hospitalizácie (ambulantne)
4. Na pohotovosti na poliklinike alebo v zdravotnom stredisku
5. Na pohotovosti v nemocnici
6. V ordinácii súkromného lekára
7. Prázdny riadok
8. V domácnosti
9. Na inom mieste

M23. Aký bol hlavný dôvod tejto poslednej návštevy lekára?

1. Stanovenie diagnózy a/alebo liečba
2. Preventívna kontrola
3. Iba vyzdvihnutie predpisu na lieky
4. Iný dôvod

M24. PRÁZDNA OTÁZKA

M25. Ako dlho približne trvalo, kým ste sa dostali z domu k lekárovi?

(Anketár: uveďte čas v minútach. Ak návšteva prebiehala v domácnosti pacienta, označte ju „999“.)

M26. Stalo sa v posledných 12 mesiacoch, že dieťa potrebovalo lekársku pomoc, ale nedostalo ju?

1. Áno
2. Nie ⇒ *Pokračujte otázkou M28*

M27. Aký bol hlavný dôvod, prečo dieťa nedostalo lekársku pomoc?

(Anketár: nečítajte nahlas rôzne možnosti odpovede, zaznamenajte ich spätne na základe spontánnej odpovede respondenta.)

1. Nebolo možné sa objednať
2. Nemal kto odísť z práce, aby dieťa zobral k lekárovi
3. Bolo to príliš drahé / nemali dostatok peňazí
4. Nemali možnosť dopravy
5. Dieťa bolo príliš nervózne a vystrašené
6. Návštevu nebolo možné hradiť z poistenia
7. Nemali poistenie
8. Čakacia doba bola príliš dlhá
9. Iný dôvod

M28. Navštívilo vaše dieťa počas posledných troch mesiacoch zubára?

1. Áno
2. Nie ⇒ Pokračujte otázkou M31

M29. Koľkokrát dieťa navštívilo zubára v posledných troch mesiacoch?

(Anketár: uveďte počet návštev)

M30. PRÁZDNA OTÁZKA

Anketár: Otázku M31 položte iba tým, ktorí nenavštívili zubára v posledných 3 mesiacoch (položka 2 v otázke M28).

M31. Kedy potom navštívilo zubára naposledy?

1. Viac ako 3 mesiace, ale menej ako jeden rok
2. Jeden rok alebo viac
3. Zubára nikdy nenavštívilo

M32. Bez ohľadu na to, či dieťa navštívilo zubára v posledných troch mesiacoch, v akom stave má chrup?

(Anketár: označte áno alebo nie pre každú z nasledujúcich položiek)

- a. Má zubné kazy
- b. Má vytrhnuté zuby
- c. V niektorých zuboch má plombu
- d. Ďasná samé od seba krvácajú pri čistení zubnou kefkou
- e. Dieťa má zdravé zuby
- f. Dieťa ešte nemá zuby

Záznamové kódy

- 1 = Áno
2 = Nie

VII. Pobyt v nemocnici a návštevy na pohotovosti

M33. Strávil dieťa za posledný rok aspoň jednu noc v nemocnici?

1. Áno
2. Nie ⇒ Pokračujte otázkou M39

M34. Ak áno, ako dlho tam bolo?

(Uveďte počet nocí)

M35. Aký bol dôvod posledného pobytu v nemocnici?

(Anketár: nečítajte varianty, vypočujte si spontánnu odpoveď a následne ju zapíšte do hárku priradenú podľa nižšie uvedených možností.)

1. Chirurgický zákrok
2. Vyšetrenie kvôli stanoveniu diagnózy
3. Lekárske ošetrenie bez chirurgického zákroku
4. Iný dôvod

M36. PRÁZDNA OTÁZKA

M37. PRÁZDNA OTÁZKA

M38. PRÁZDNA OTÁZKA

M39. Muselo vaše dieťa počas posledného roka navštíviť lekársku pohotovosť?

1. Áno
2. Nie ⇒ Pokračujte otázkou M41

M40. Koľkokrát muselo dieťa využiť služby zdravotnej pohotovosti počas posledného roka?

(Uveďte približný počet)

VIII. Každodenné návyky

M41. Viete mi povedať približne koľko hodín dieťa zvyčajne v noci spí?

(Uveďte počet hodín)

Anketár: Otázky M42, M43 a M44 sa vzťahujú iba na deti vo veku minimálne 1 rok a vyššie. V prípade detí vo veku do 1 roka, pokračujte otázkou M45.

M42. Pozerá dieťa zvyčajne televíziu každý deň alebo takmer každý deň? (Vrátane sledovania videa a DVD.)

1. Áno
2. Nie

M43. Približne koľko hodín?

(Anketár: nečítajte varianty, vypočujte si spontánnu odpoveď a následne ju zapíšte do hárku podľa nižšie uvedených možností.)

1. Menej ako 1 hodinu
2. Od 1 do 2 hodín
3. Od 2 do 3 hodín
4. Viac ako 3 hodiny

M44. Ako často vaše dieťa vo voľnom čase cvičí alebo športuje?

(Anketár: nečítajte varianty, vypočujte si spontánnu odpoveď a následne ju zapíšte do hárku podľa nižšie uvedených možností.)

1. Vôbec necvičí. Voľný čas využíva na aktivity, ktoré sú takmer úplne sedavé (čítanie, sledovanie televízie, návšteva kina, atď.)
2. Občas športuje (chodenie alebo jazda na bicykli, hráva futbal, skáče „gumu“ a podobne.)
3. Cvičí pravidelne niekoľkokrát za mesiac (šport, gymnastika, behanie, tímové športy, atď.)
4. Venuje sa športu alebo fyzickému tréningu niekoľkokrát za týždeň.
5. Netýka sa (ešte nevie chodiť alebo je zdravotne postihnuté).

IX. Stravovacie návyky

Anketár: Otázku M45 položte, ak ide o dieťa vo veku od 6 mesiacov do 4 rokov.

M45. Aký typ stravy dostávalo dieťa počas prvých 6 mesiacov života? Prirodzenú, kombinovanú alebo umelú?

(Anketár: uveďte odpoveď pre každé z týchto období a typ stravy zaznamenajte podľa nižšie uvedených záznamových kódov.)

- V prvých 6 týždňoch
- Od 6 týždňov do 3 mesiacov
- Od 3 mesiacov do 6 mesiacov

Záznamové kódy

- 1 = Prirodzená
2 = Kombinovaná
3 = Umelá
0 = Nevie / bez odpovede

Anketár: Ak má dieťa vek aspoň jeden rok, položte otázky M46 a M47.

M46. Čo zvyčajne jedáva dieťa na raňajky?

(Anketár: nechajte respondenta vymenovať rôzne varianty a potom ich zapíšte do záznamového hárku podľa toho, čo vymenoval. Pri tejto otázke je možné zaznamenať viacero odpovedí.)

- Mlieko, čaj, čokoláda, kakao, jogurt, atď.
- Chlieb, hrianka, sušienky, vložky, pečivo s maslom alebo bez masla, atď.
- Ovocie, džús, atď.
- Vajcia, syr, údeniny, slanina alebo klobása
- Káva, káva s mliekom alebo čierny čaj
- Iný druh jedla alebo nápojov
- Žiadne raňajky - zvyčajne ich vynecháva

M47. Teraz sa zameriame na stravovanie dieťaťa. Ako často dieťa jedáva uvedené druhy potravín?

(Anketár: uveďte, ako často dieťa konzumuje nasledujúce typy jedla podľa nižšie uvedených záznamových kódov.)

- Čerstvé ovocie
- Mäso (kuracie, hovädzie, bravčové, jahňacie, atď.)
- Vajcia
- Ryby
- Cestoviny, ryža, zemiaky
- Chlieb, vložky
- Zelenina a šaláty
- Strukoviny
- Údeniny
- Mliečne výrobky (mlieko, syr, jogurt)
- Sladkosti (sušienky, marmeláda, atď.)

Záznamové kódy pre frekvenciu konzumácie

- 1 = Denne
2 = Tri alebo viackrát týždenne, ale nie denne
3 = Jeden alebo dvakrát týždenne
4 = Menej ako jedenkrát týždenne
5 = Nikdy alebo takmer nikdy

X. Očkovania a BMI („index telesnej hmotnosti“)

Anketár: Otázku M48 položte, ak má dieťa menej ako 6 rokov.

M48. Viete mi povedať, na ktoré choroby je vaše dieťa zaočkované?

(Anketár: najprv nechajte respondenta vymenovať ochorenia, ktoré si pamätá a ak ich nevie, tak s ním prejdite zoznam. Označte odpoveď Áno alebo Nie pre každé z nasledujúcich ochorení.)

- Záškrt
- Tetanus
- Čierny kašeľ
- Žltáčka typu B (hepatitída B)
- Osýpky
- Mumps
- Ružienka/ rubeola
- Obrna
- Ovčie kiahne
- Zápal mozgových blán (Meningitída typu C)

Záznamové kódy

- 1 = Áno
2 = Nie

Anketár: otázky M49, M50, M51 a M52 sa vzťahujú na všetky deti bez ohľadu na vek.

M49. Dodržiavate správne plán očkovaní?

- Áno ⇒ Pokračujte otázkou M51
- Nie

M50. Ak nechodíte na očkovania, alebo chodíte nepravidelne, aký je hlavný dôvod?

(Anketár: opýtajte sa a čakajte na spontánnu odpoveď. Iba ak respondent nebude vedieť odpovedať, prečítajte mu varianty.)

- Očkovanie nie je užitočné/ dôležité a môže byť nebezpečné.
- O očkovaní máme nedostatok informácií.
- Zabudol/ la som.
- Máme sťažený prístup do zdravotného strediska.
- Nemáme dostatok financií (na dopravu apod.).
- Iné dôvody.

M51. Povedzte mi, prosím, koľko dieťa približne váži bez topánok a oblečenia.

(Uveďte váhu v kilogramoch)

M52. Aké je dieťa približne vysoké bez topánok?

(Uveďte výšku v centimetroch)

KONIEC DOTAZNÍKA PRE NEPLNOLETÝCH

(do záznamového hárku uveďte nasledujúce údaje o rozhovore – deň, mesiac, rok, čas, dĺžka, atď.)

DOTAZNÍK PRE DOSPELÝCH
Populácia vo veku 16 rokov a viac

I. Základné údaje

Poradové číslo dospelého: _____

(Anketár: do záznamového hárku označte poradové číslo dospelého v záznamovom hárku už uvedené, t.j. číslo priradené údajom tohto dospelého v prvom stĺpci (čísla od 01 – 11) tabuľky/ mriežky pre členov domácnosti. Je veľmi dôležité toto číslo označiť, pretože bez neho sa výsledky dotazníka nedajú použiť.)

A1. Aká je v súčasnosti vaša ekonomická aktivita/ typ, spôsob zamestnania?

1. Trvalý pracovný pomer
2. Čiastočný pracovný úväzok (polovičný úväzok, sezónne práce, dočasná pracovná zmluva, aktivačné práce)
3. Podnikateľ, samostatne zárobkovo činná osoba
4. Prázdny riadok
5. Nezamestnaný/á, ale v minulosti pracoval/a
6. Nezamestnaný/á, hľadám si prácu po prvýkrát
7. Nezamestnaný/á pracujúci bez zmluvy
8. Študent/ka ⇒ *Pokračujte otázkou A2*
9. Na dôchodku, penzista/ka poberajúci/a starobný dôchodok (vrátane sociálnych výhod)
10. Materská dovolenka/ rodičovské voľno
11. Invalidný dôchodca/ dôchodkyňa

Anketár: ak respondent/ respondentka momentálne študujú (bod 8 v otázke A1), prejdite na otázku A2; v ostatných prípadoch pokračujte otázkou A3.

A2. V ktorom ročníku študujete?

1. Prvý ročník SŠ, SOU
2. Druhý ročník SŠ, SOU
3. Tretí ročník SŠ, SOU
4. Štvrtý ročník SŠ, SOU
5. Univerzitné vzdelanie
6. Postgraduálne vzdelanie (špecializácia, PhD a pod.)

A3. Ak v súčasnosti neštudujete, aké je vaše najvyššie dosiahnuté vzdelanie?

1. Prázdny riadok
2. Prázdny riadok
3. Neukončené základné vzdelanie (skončil/a základnú školu skôr ako v ôsmom/ deviatom) ročníku, alebo skončil/a špeciálnu školu)
4. Ukončené základné vzdelanie
5. Neukončené stredné vzdelanie (gymnázium, stredná odborná škola)
6. Ukončené stredné vzdelanie (má maturitu)
7. Vysokoškolské vzdelanie
8. Postgraduálne vzdelanie (špecializácia, vyšší technický titul alebo PhD)
9. Ukončené učilište
10. Neukončené učilište

A4. Teraz sa zameriame na zdravie. Ako by ste zhodnotili svoj zdravotný stav za posledný rok?

1. Veľmi dobrý
2. Skôr dobrý
3. Priemerný
4. Skôr zlý
5. Veľmi zlý

II. Choroby

A5. Informoval Vás niekedy lekár o tom, že trpíte na nejaké dlhodobé (chronické) ochorenie?

(Anketár: nečítajte varianty, iba sa opýtajte, na aké choroby dospelý trpí a odpovede zaznamenajte spätne, môžete uviesť niekoľko ochorení ako príklad, aby respondent vedel, čo je to chronické ochorenie.)

- a. Vysoký krvný tlak
- b. Vysoká hladina cholesterolu
- c. Cukrovka (vysoká hladina cukru v krvi)
- d. Astma, chronická bronchitída (chronický zápal priedušiek) alebo emfyzém (rozdutie, chronické rozšírenie pľúc)
- e. Srdcové ochorenie
- f. Žalúdočný vred
- g. Alergia
- h. Depresia
- i. Iné mentálne/ psychické ochorenie
- j. Migrény alebo bolesti hlavy
- k. Problémy s krvným obehom
- l. Pruh
- m. Artritída (zápal kĺbov), reuma
- n. Osteoporóza (rednutie kostí)
- o. *Iba u mužov:* problémy s prostatou
- p. *Iba u žien:* problémy spojené s prechodom (okrem osteoporózy)

Záznamové kódy

- | |
|---------|
| 1 = Áno |
| 2 = Nie |

III. Úrazy

A6. Stalo sa Vám za posledný rok nejaké náhle zranenie, ako napr. úraz, popálenina alebo otrava?

1. Áno
2. Nie ⇒ *Pokračujte otázkou A8*

A7. Kde došlo k poslednému zraneniu, ktoré sa Vám za posledný rok stalo?

1. Doma, na schodoch, pri vchode do budovy, atď.
2. Vonku – dopravný úraz
3. Vonku – iný ako dopravný úraz
4. V práci alebo v škole, atď.
5. Na inom mieste

IV. Obmedzenie dennej aktivity

A8. Stalo sa počas posledných dvoch týždňov, že ste kvôli úrazu, chorobe alebo bolestiam museli obmedziť svoje bežné aktivity? (Např. práca, starostlivosť o domácnosť, práca okolo domu, atď.)

1. Áno
2. Nie ⇒ *Pokračujte otázkou A10*

A9. O aký typ zranenia, príznakov alebo bolesti v tomto prípade išlo? Zaujímajú nás tie, ktoré vás čiastočne alebo úplne obmedzili vo vašich bežných činnostiach.

(Anketár: nečítajte varianty, ale spätne označte všetky možnosti uvedené respondentom.)

1. Bolesť kostí, chrbtice alebo kĺbov
2. Nervozita, depresia alebo problémy so spaním
3. Problémy s hrdlom, kašeľ, prechladnutie alebo chrípka
4. Bolesť hlavy
5. Pomliaždeniny, rezné rany alebo odreniny
6. Bolesť ucha
7. Hnačka alebo črevné problémy
8. Podráždenie kože, svrbenie, alergie
9. Problémy s obličkou alebo bolesti pri močení
10. Problémy so žalúdkom, zažívaním, pečeňou alebo žľazami
11. Horúčka
12. Problémy so zubami alebo ďasnami
13. Závrate alebo výpadky vedomia
14. Bolesť na hrudi
15. Opuch členkov
16. Dýchavičnosť, ťažkosti s dýchaním
17. Únava bez zjavnej príčiny
18. Iná bolesť alebo iné príznaky

V. Užívanie liekov

A10.-A28. Počas posledných dvoch týždňov:

- A. Užili ste niektorý z nasledujúcich liekov?
- B. Predpísal vám tieto lieky v nejakom bode lekár? Neuvádzajte homeopatické ani prírodné liečivá.

(Anketár: zaznamenajte do záznamového hárku typ liekov, ktoré respondent užíval za posledné 2 týždne. Ak neviete daný liek zaradiť medzi uvedené kategórie, poznačte si do záznamového hárku jeho názov, liek potom spätne skategorizujeme. Taktiež v záznamovom hárku podľa nižšie uvedených kódov označte, či užívanie daného lieku predpísal alebo nepredpísal lekár.)

- A10. Lieky na prechladnutie, chrípku, bolesť hrdla, bolesť na prieduškách (okrem antibiotík)
- A11. Lieky proti bolesti a/alebo horúčke
- A12. Podporné látky ako vitamíny či minerálne látky
- A13. Preháňadlá (laxatíva)
- A14. Antibiotiká
- A15. Lieky na upokojenie, uvoľnenie a na spánok
- A16. Lieky na alergiu
- A17. Lieky na hnačku
- A18. Lieky na reumu
- A19. Lieky na srdcové problémy
- A20. Lieky na úpravu krvného tlaku
- A21. Lieky na zažívacie ťažkosti
- A22. Antidepresíva (lieky proti depresii)
- A23. Iba u žien: Antikoncepčné tabletky (proti počatiu)
- A24. Hormonálna substitučná liečba (napr. počas prechodu)

A25. Lieky na zníženie telesnej hmotnosti

A26. Lieky na zníženie hladiny cholesterolu

A27. Lieky na cukrovku

A28. Iné

A: Užili ste takýto liek?

- 1 = Áno
- 2 = Nie

B: Bol takýto liek predpísaný?

- 1 = Áno
- 2 = Nie

VI. Návštevy lekára

A29. Kedy ste naposledy vyhľadali pomoc lekára (osobne alebo telefonicky) kvôli nejakým ťažkostiam, bolestiam alebo ochoreniu?

1. V posledných dvoch týždňoch
2. Pred viac ako dvomi týždňami, ale menej ako pred mesiacom
3. Pred viac ako mesiacom, ale menej ako pred rokom
4. Pred rokom alebo viac ako rokom
5. Respondent nebol nikdy na návšteve u lekára

Pokračujte na A34

A30. Kde prebiehala posledná návšteva lekára počas posledných dvoch týždňov?

1. V zdravotnom stredisku, prípadne na poliklinike
2. V zdravotnom stredisku, prípadne na poliklinike u špecializovaného lekára
3. V nemocnici bez hospitalizácie (ambulantne)
4. Na pohotovosti na poliklinike alebo v zdravotnom stredisku
5. Na pohotovosti v nemocnici
6. V ordinácii súkromného lekára
7. Prázdny riadok
8. V domácnosti
9. Na inom mieste

A31. Aký bol hlavný dôvod tejto poslednej návštevy lekára?

1. Stanovenie diagnózy a/alebo liečba
2. Preventívna kontrola
3. Iba vyzdvihnutie predpisu na lieky
4. Potvrdenie začiatku alebo ukončenia práceneschopnosti (PN)
5. Iný dôvod

A32. PRÁZDNA OTÁZKA

A33. V prípade poslednej návštevy lekára, ako dlho približne trvalo, kým ste sa dostali z domu k lekárovi?

(Anketár: uveďte čas v minútach. Ak návšteva prebiehala v domácnosti pacienta, označte ju kódom „999“.)

A34. Stalo sa v posledných 12 mesiacoch, že ste potrebovali lekársku pomoc, ale nedostali ste ju?

1. Áno
2. Nie ⇒ *Pokračujte otázkou A36*

A35. Aký bol hlavný dôvod, prečo ste nedostali lekársku pomoc?

(Anketár: **nečítajte** nahlas rôzne možnosti odpovede, zaznamenajte ich späť na základe spontánnej odpovede respondenta.)

1. Nebolo možné sa objednať
2. Nemali možnosť dopravy
3. Bolo to príliš drahé / nebol dostatok peňazí
4. Nemali možnosť dopravy
5. Respondent bol príliš nervózný a vystrašený
6. Návštevu nebolo možné hrať z poistenia
7. Nemali poistenie
8. Čakacia doba bola príliš dlhá
9. Iný dôvod

A36. Navštívili ste počas posledných troch mesiacov zubára?

1. Áno
2. Nie ⇒ Pokračujte otázkou A39

A37. Koľkokrát ste navštívili zubára v posledných 3 mesiacoch?

(Anketár: uveďte počet návštev)

A38. PRÁZDNA OTÁZKA

Anketár: Otázkou A39 položte iba tým, ktorí v posledných 3 mesiacoch zubára nenavštívili.

A39. Ak ste nenavštívili zubára v posledných 3 mesiacoch, kedy to bolo naposledy?

1. Viac ako 3 mesiacov, ale menej ako jeden rok
2. Jeden rok alebo viac
3. Zubára som nikdy nenavštívil

A40. V akom stave je Váš chrup?

(Anketár: označte áno alebo nie pre každú z nasledujúcich položiek.)

- a. Mám zubné kazy
- b. Mám vytrhnuté zuby
- c. V niektorých zuboch mám plombu
- d. Ďasná samé od seba krvácajú pri čistení zubnou kefkou
- e. Prázdny riadok
- f. Mám korunky, mostíky alebo iné typy zubných protéz, či umelých zubov
- g. Chýbajú mi zuby, ktoré neboli nahradené úplnými zubnými protézami
- h. Mám všetky zuby pôvodné

Záznamové kódy

1 = Áno
2 = Nie

VII. Pobyt v nemocnici a návštevy na pohotovosti**A41. Strávili ste za posledný rok aspoň jednu noc v nemocnici?**

1. Áno
2. Nie ⇒ Pokračujte otázkou A47

A42. Ak áno, koľko nocí ste tam strávili?

(Uveďte alebo odhadnite počet dní.)

A43. Aký bol dôvod posledného pobytu v nemocnici?

(Anketár: **nečítajte** varianty, vypočítajte si spontánnu odpoveď a následne ju zapíšte do hárku priradené podľa nižšie uvedených možností.)

1. Chirurgický zákrok
2. Vyšetrenie kvôli stanoveniu diagnózy
3. Lekárske ošetrenie bez chirurgického zákroku
4. Pôrod (vrátane cisárskeho rezu)
5. Iný dôvod

A44. PRÁZDNA OTÁZKA**A45. PRÁZDNA OTÁZKA****A46. PRÁZDNA OTÁZKA****A47. Museli ste počas posledného roka navštíviť lekársku pohotovosť?**

1. Áno
2. Nie ⇒ Pokračujte otázkou A50

A48. Koľkokrát ste museli využiť služby zdravotnej pohotovosti počas posledného roka?

(Uveďte počet a ak si respondent nevie presne spomenúť, nech to skúsi odhadnúť.)

A49. Keď ste v posledných 12 mesiacoch naposledy využili služby zdravotnej pohotovosti, o aký typ služby išlo?

1. Pohotovosť v štátnej nemocnici
2. Štátna zdravotná pohotovosť (nie v nemocnici)
3. Prázdny riadok
4. Prázdny riadok
5. Mobilná zdravotnícka služba (štátna služba)
6. Prázdny riadok

VIII. Fajčenie tabaku a konzumácia alkoholu**A50. Teraz prejdeme na ďalšiu tému – fajčíte v súčasnosti?**

1. Áno, denne
2. Áno, ale nie denne
3. Nefajčí denne, ale fajčil v minulosti
4. Nefajčí ani nemal v minulosti návyk fajčiť

Pokračujte na A53

Anketár: Ak fajčí denne (položka 1 v A50), položte otázky A51 a A52.

A51. Aké množstvo tabakových výrobkov (cigariet) denne vyfajčíte?

(Uveďte počet.)

- a. Cigarety
- b. Prázdny riadok
- c. Prázdny riadok

A52. Koľko ste mali rokov, keď ste začali fajčiť?

(Uveďte vek.)

A53. Zvyknete občas piť alkohol? Zaujímá nás hlavne, či ste pili alkohol (aj príležitostne) počas posledného roka.

1. Áno
2. Nie ⇒ Pokračujte otázkou A56

A54. PRÁZDNA OTÁZKA**A55. PRÁZDNA OTÁZKA**

X74. Kde obvykle zvyknete piť alkohol?

1. doma
2. na rodinnej alebo priateľskej návšteve
3. v krčme/ pohostinstve
4. na inom mieste

ANKETÁR – Dôležité!

Kolónka pre túto (X74) otázku je na konci záznamového hárku (po otázke A73). Buďte opatrní pri jej zapisovaní do príslušnej kolónky!!!!

IX. Každodenné návyky

A56. Približne koľko hodín zvyčajne v noci spíte?

(Uveďte počet hodín)

A57. Ktorá z nasledujúcich možností najlepšie vystihuje vašu hlavnú fyzickú aktivitu v práci, v škole, v domácnosti (domáce práce) atď.?

1. Sedenie po väčšiu časť dňa
2. Státie po väčšiu časť dňa bez častého chodenia či námahy
3. Chodenie, prenášanie vecí istej hmotnosti, častý pohyb bez veľkej fyzickej záťaže
4. Vykonávanie úloh, ktoré si vyžadujú veľkú fyzickú záťaž

A58. Skúste sa zamyslieť, či niekedy vo voľnom čase cvičíte, prípadne ako často?

(Anketár: nečítajte varianty, vypočujte si spontánnu odpoveď a následne ju zapíšte do hárku podľa nižšie uvedených možností.)

1. Necvičím. Voľný čas využívam takmer úplne sedavo (čítanie, sledovanie televízie, návšteva kina, atď.)
2. Občas vyvíjam fyzickú aktivitu alebo športujem (chodenie alebo jazda na bicykli, občas futbal alebo iný šport s priateľmi, , atď.)
3. Cvičím pravidelne, niekoľkokrát za mesiac (šport, behanie, tímové športy, atď.)
4. Venujem sa športu alebo fyzickému tréningu niekoľkokrát za týždeň
5. Netýka sa (invalid)

X. Stravovacie návyky

A59. Čo zvyčajne jedávate na raňajky?

(Anketár: nechajte respondenta vymenovať rôzne varianty a potom ich zapíšte do záznamového hárku podľa toho, čo vymenoval. Pri tejto otázke je možné zaznamenať viacero odpovedí.)

1. Mlieko, čaj, čokoláda, kakao, jogurt, atď.
2. Chlieb, hrianka, sušienky, vložky, pečivo s maslom alebo bez masla, atď.
3. Ovocie, džús, atď.
4. Vajcia, syr, údeniny, slanina alebo klobása
5. Káva, káva s mliekom alebo čierny čaj
6. Iný druh jedla alebo nápojov
7. Žiadne raňajky - zvyčajne ich vynecháva

A60. Teraz sa zameriame na vaše stravovanie. Ako často jedávate uvedené druhy potravín?

(Anketár: uveďte, ako často respondent konzumuje nasledujúce typy jedla podľa nižšie uvedených záznamových kódov.)

- a. Čerstvé ovocie
- b. Mäso (kuracie, hovädzie, bravčové, jahňacie, atď.)
- c. Vajcia
- d. Ryby
- e. Cestoviny, ryža, zemiaky
- f. Chlieb, vložky
- g. Zelenina a šaláty
- h. Strukoviny
- i. Údeniny
- j. Mliečne výrobky (mlieko, syr, jogurt)
- k. Sladkosti (sušienky, marmeláda, atď.)

Záznamové kódy pre frekvenciu konzumácie

- 1 = Denne
- 2 = Tri alebo viackrát týždenne, ale nie denne
- 3 = Jeden alebo dvakrát týždenne
- 4 = Menej ako jedenkrát týždenne
- 5 = Nikdy alebo takmer nikdy

Anketár: Otázky A61 až A67 sa vzťahujú iba na ženy. Ak je respondent muž, pokračujte priamo na A68.

XI. Prevencia u žien

A61. Rodili ste už?

1. Áno
2. Nie

A62. Navštívili ste niekedy gynekológa?

1. Áno
2. Nie ⇒ *Preskočte na otázku A66*

A63. Ako často ste navštevovali gynekológa počas vášho tehotenstva?

1. Viac ako jedenkrát za mesiac
2. Jedenkrát za mesiac
3. Jedenkrát za dva mesiace
4. Jedenkrát za celé tehotenstvo
5. Nikdy

A64. Kedy ste naposledy navštívili gynekológa z iného dôvodu ako tehotenstvo či pôrod?

(Anketár: opýtajte sa túto otázku len tých žien, ktoré už navštívili niekedy gynekológa.)

1. V posledných 6 mesiacoch
2. Viac ako pred 6 mesiacmi, ale menej ako pred rokom
3. Viac ako pred 1 rokom, ale menej ako pred 3 rokmi
4. pred 3 alebo viac rokmi
5. Respondentka nikdy nenavštívila gynekológa z iného dôvodu ako tehotenstvo či pôrod ⇒ *Pokračujte otázkou A66*

A65. Aký bol dôvod vašej poslednej návštevy (okrem tehotenstva/pôrodu)?

(Anketár: opýtajte sa túto otázku len tých žien, ktoré už navštívili niekedy gynekológa.)

1. Gynekologické ťažkosti (ochorenie, bolesť)
2. Poradenstvo / plánované rodičovstvo
3. Pravidelná kontrola
4. Iný dôvod

A66. Absolvovali ste niekedy vyšetrenie mamografom (röntgen prsníkov) na predpis špecializovaného lekára?

1. Áno
2. Nie
3. Neviem

A67. Predpísal vám niekedy špecializovaný lekár odber vzorky buniek z krčka maternice?

1. Áno
2. Nie
3. Neviem

XII. Ďalšie informácie

A68. Povedzte mi, prosím, vašu približnú telesnú hmotnosť bez topánok a oblečenia.

(Anketár: Ak je respondentkou tehotná žena, spýtajte sa na jej hmotnosť pred tehotenstvom. Uveďte hmotnosť v kilogramoch.)

A69. Aká je približne vaša telesná výška bez topánok?

(Uveďte výšku v centimetroch.)

A70. Počujete televízny program, ak je hlasitosť nastavená na úroveň, ktorú ostatní považujú za normálnu? (Ak používate sluchovú protézu, otázka sa vzťahuje na situáciu, keď ju nosíte.)

1. Áno
2. Nie

A71. Vidíte dostatočne dobre, aby ste spoznali osobu na vzdialenosť štyroch metrov, napríklad na druhej strane ulice? (Ak používate okuliare alebo kontaktné šošovky, otázka sa vzťahuje na situáciu, kedy ich nosíte.)

1. Áno
2. Nie

A72. PRÁZDNA OTÁZKA

Otázku A73 zodpovedá priamo anketár bez dopytovania respondenta.

A73. Odpovedal respondent (osoba vybraná na rozhovor) na celý dotazník alebo potreboval informácie od ďalšieho člena domácnosti?

1. Potreboval/ la pomoc pri menej ako 10 otázkach
2. Potreboval/ la pomoc pri viac ako 10, ale menej ako 20 otázkach
3. Potreboval/ la pomoc pri viac ako 20, ale menej ako 30 otázkach

ÚDAJE O ROZHOVORE – Vyplniť na konci záznamového hárku, nie do tohto dotazníka!!!

Deň _____ Čas začiatku rozhovoru (hod/min) _____

Mesiac _____ Trvanie (počet minút) _____

Anketár (meno a priezvisko): _____

