

# Národný program starostlivosti o deti a dorast v Slovenskej republike na roky 2008 – 2015

## **Prioritné oblasti pôsobenia**

Strategické direktívy na zlepšenie zdravia a vývoja detí a dorastu vychádzajú z implementácie Európskej stratégie, ktoré zdôrazňujú sedem hlavných priorít:

### **1. Zdravie matky a novorodenca**

Zdravie dieťaťa je neoddeliteľne spojené so zdravím matky odvíjajúc sa od jej reprodukčného zdravia, spôsobu života počas tehotenstva a postoja k dojčeniu. Antenatálna, perinatálna a následná zdravotná starostlivosť je dôležitá pre optimálny vývin dieťaťa až do dospelosti.

### **2. Výživa a fyzická aktivita**

Zdravá výživa je základom pre zdravý vývin dieťaťa. Veľmi dôležité je zabezpečenie dojčenia čo najväčšiemu počtu detí v čo najdlhšom čase. Nesprávna výživa vedie k narušeniu zdravia a zhoršeniu vyživovacieho stavu. Predstavuje čoraz väčší problém takmer vo všetkých európskych krajinách. Môže viesť k obezite u školopovinných detí a zvýšiť riziko kardiovaskulárnych a iných systémových ochorení v neskoršom veku.

Primeraná a vyvážená zdravotne orientovaná fyzická aktivita je podmienkou zdravého telesného a duševného vývoja detí a dorastu. Zároveň podporuje osobný rozvoj, je účinná v prevencii telesných i duševných chorôb, predovšetkým chronických neinfekčných a kardiovaskulárnych chorôb. Zmysluplné trávenie voľného času napomáha predchádzať závislostiam od tabaku, alkoholu, omamných a psychotropných látok.

### **3. Infekčné choroby**

Akútne respiračné choroby, hnačkové choroby a tuberkulóza sú príčinami smrti a zlého zdravotného stavu detí. V značnej miere im možno predchádzať alebo ich liečiť. Stále však predstavujú dôležité príčiny úmrtnosti v mnohých krajinách. Choroby, ktorým možno predchádzať očkovaním, sú vo všeobecnosti dobre kontrolované. V súčasnosti narastá výskyt pohlavne prenosných chorôb, chorôb z vnútrožilového podávania omamných a psychotropných látok, ktoré sa spájajú s prenosom mnohých infekčných chorôb.

### **4. Úrazy a násilie**

Úrazy a násilie počas detstva a dospievania nesú vysoké riziko dlhodobých fyzických a psychosociálnych následkov. Dopravné zranenia a domáce násilie významne zaťažujú zdravý vývin detí a dorastu.

### **5. Životné prostredie**

Detský organizmus je viac citlivý na pôsobenie nežiaducich faktorov životného prostredia, ako je nedostatok čistej vody, zlá, resp. nedostatočná hygiena, znečistené vonkajšie alebo vnútorné prostredie, ale aj mnohé chemické látky z prostredia. Tomuto problému sú vystavené najmä deti zo sociálne znevýhodnených skupín obyvateľstva.

### **6. Dorastový vek**

Je to vek experimentovania, niekedy aj rizikového správania sa. Počas tejto etapy vývoja dochádza k vytvoreniu celoživotných návykov, ktoré môžu ovplyvniť zdravie na celý život. Dorast by mal byť aktívne zapojený do riešenia svojich problémov a participovať na ochrane svojho zdravia.

## **7. Psychosociálny rozvoj a mentálne zdravie**

Chorobnosť v tejto oblasti stúpa. Je málo programov zameraných na prípravu na materstvo a rodičovstvo, na podporu rodičovských zručností zameraných na zlepšenie psychologických vyhliadok mladej generácie. Počet samovrážd a depresívnych stavov sa spája často so zlými výsledkami vzdelávania, neusporiadaným rodinným zázemím, užívaním tabaku, alkoholu, omamných a psychotropných látok, ako aj s poruchami výživy. Najväčší problém nachádzame u marginalizovaných a znevýhodnených skupín.

### **1. ZDRAVIE MATKY A NOVORODENCA**

Starostlivosť o tehotnú ženu, plod a dieťa po narodení patrí vo všetkých vyspelých krajinách medzi najdôležitejšie zdravotnícke projekty s vysokou celospoločenskou a ekonomickou návratnosťou. Dlhodobá starostlivosť o dieťa so zdravotným postihnutím je nielen finančne celoživotne náročná, ale často je príčinou rozpadu mnohých rodín.

#### **1. 1 Východiská**

V Slovenskej republike sa od roku 1996 realizuje projekt „Kvalita perinatálnej starostlivosti v Slovenskej republike“, ktorý bol schválený uznesením vlády Slovenskej republiky č. 389 zo dňa 4. 6. 1996 o štátnej rodinnej politike v rámci spolupráce s WHO, UNICEF a programom PHARE. V súvislosti s týmto projektom je zabezpečená pravidelná spoločná ročná analýza kvantitatívnych a kvalitatívnych ukazovateľov poskytovania perinatálnej a neonatálnej zdravotnej starostlivosti (tab. č. 1).

Zo 66 novorodeneckých pracovísk v Slovenskej republike len 23 zdravotníckych zariadení ústavnej zdravotnej starostlivosti splnilo kritériá WHO a UNICEF na získanie certifikátu Mother and baby friendly hospital initiative. Táto iniciatíva zdôrazňuje neoddeliteľnosť väzby matka - dieťa, význam kvality prenatálnej a perinatálnej starostlivosti nielen pre detský vek, ale pre celý život. Zahŕňa prvky programu podpory dojčenia, podporu fyziologického materstva a behaviorálny prístup pri spoločnom ošetrovaní novorodencov a matiek. Povinnosť podpory Mother and baby friendly hospital initiative bola daná podmienkami Výboru pre práva dieťaťa pri OSN.

V rámci skorej detekcie a liečby ochorení novorodencov v Slovenskej republike sa realizuje ultrazvukový skrining vrodenných vývinových chýb plodu, detekcia morbus down a iných genetických ochorení, u novorodencov skrining – cystickej fibrózy stanovením imunoreaktívneho trypsínu v suchej kvapke krvi, fenylyketrónúrie, vrodenej hypotyreózy, kongenitálnej adrenálnej hyperplázie, katarakty, porúch sluchu, ultrasonografické vyšetrenie obličiek a vrodenej luxácie bedrového kĺbu (tab. č. 2).

Na porovnanie úrovne zdravotnej a sociálnej politiky jednotlivých štátov sa ako jeden z hlavných ukazovateľov používa novorodenecká úmrtnosť. Ukazovateľ sa hodnotí vo všetkých štátoch Európskej únie, hodnotí ho i Svetová zdravotnícka organizácia, ktorá na jeho podklade vytyčuje programy starostlivosti o najmladšiu populáciu. Pri zhodnotení výsledkov, ktoré sa dosahujú v Slovenskej republike v porovnaní s inými krajinami Európy, je treba konštatovať výrazné zaostávanie v zmysle štatistík úmrtnosti novorodencov. Za posledných desať rokov eviduje Slovenská republika dvojnásobne vyššiu novorodeneckú úmrtnosť ako napr. v Čechách v dôsledku vyššej úmrtnosti novorodencov sociálne rizikových skupín, spájajúcich sa s nižším vekom prvoroďčiek a nižším uvedomením v oblasti prevencie, sexuálnej a reprodukčnej výchovy a starostlivosti o dieťa. Zo štatistických sledovaní vyplýva, že počas prvého týždňa života zomiera toľko detí, ako od dvadsiateho ôsmeho dňa prvého roku života do 40. roku života.

Na nepriaznivých trendoch novorodeneckej úmrtnosti v Slovenskej republike sa podieľa nedostatočná intrauterinná a postnatálna centralizácia vysokorizikových plodov a kriticky chorých novorodencov do špecializovaných pracovísk – perinatologických centier.

V starostlivosti o matku a dieťa a podpory komunitnej starostlivosti o matku a dieťa vláda Slovenskej republiky zatiaľ neprijala žiadny celospoločenský program. Obdobné programy už pred niekoľkými rokmi úspešne aplikovali v pôvodných členských krajinách Európskej únie a v roku 1992 aj v Českej republike. Boli zrušené pracovné miesta „rómskych asistentov pri lekárovi všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast“, „terénne“ pôrodné asistentky a sestry poskytujúce ošetrovateľskú starostlivosť novorodencom. Menovaní sa podieľali na vyhľadávaní a manažovaní starostlivosti o tehotné ženy a deti v sociálne rizikových skupinách a marginalizovaných rómskych komunitách. Efektivitu týchto druhov služieb upevňovala najmä znalosť externého a interného prostredia rodín/rodičiek, nadviazanie bezprostredného kontaktu, individuálny prístup, intenzívnejšie poskytovanie informácií v oblasti starostlivosti a prevencie o zdravie ženy – matky i dieťaťa.

Dnes je zdravotná starostlivosť poskytovaná ambulantnou zdravotnou starostlivosťou v odbore gynekológia a pôrodníctvo a všeobecnými lekármi pre deti a dorast.

## 1. 2 Ciele

1. Centralizácia žien s rizikovou graviditou pre poskytnutie špecializovanej zdravotnej starostlivosti novorodencovi, ktorého prognóza je ovplyvnená správnou a včasnou intrauterínnou, intrapartálnou a postnatálnou terapiou, ale najmä časovým faktorom transportu na špecializované neonatologické pracovisko alebo špecializované pracovisko neonatálnej a detskej chirurgie s cieľom znížiť neonatálnu morbiditu a mortalitu.

2. Zlepšenie ochrany zdravia počas tehotenstva, prevencia možného poškodenia plodu v súvislosti s užívaním tabaku, alkoholu, omamných a psychotropných látok počas tehotenstva a zvýšenie osvedy a propagácie. Prevencia možného poškodenia plodu a novorodenca u preventabilných a intrauterinne liečiteľných chorôb ako skupina malformácií vyvolaných najčastejšími teratogénmi mikrobiálneho pôvodu, ktorými sú Syfílís, Toxoplasma gondii, Rubeola, Cytomegalovírus a Herpes simplex vírus, pohlavne prenosné ochorenia, angl. Sexually Transmissible Diseases, hypoxia, vrodené vývinové chyby a iné infekcie.

3. Bezpečné materstvo - cieľom je zabezpečiť optimálnu starostlivosť o tehotnú ženu a novorodenca. Zahŕňa snahu o znižovanie materskej úmrtnosti a chorobnosti, ako aj zlepšovanie zdravotného stavu novorodencov organizáciou rovnocenného prístupu k zdravotnej starostlivosti vrátane plánovaného rodičovstva s dôrazom na marginalizované rómske komunity a ostatné znevýhodnené skupiny obyvateľstva. Pediater a všeobecný lekár pre deti a dorast podporujú dojčenie a zdravú výživu novorodenca. Tieto činnosti je potrebné zakomponovať do zdravotnej politiky štátu, na ktorej základe sa vypracujú programy na rozvoj, poskytovanie služieb, zabezpečenie vzdelávania vrátane informačných kampaní, ktorých cieľom je uvedomelé „zdravé“ správanie sa ľudí a eliminovanie nerovnosti v prístupe k zdravotnej starostlivosti prostredníctvom podpory komunitnej práce v oblasti zdravotnej výchovy.

4. Podpora princípov Mother and baby friendly hospital initiative - správneho postoja ženy k materstvu, zdôrazňovania dôležitosti dojčenia, účasti otca pri pôrode a jeho prístupu na pracoviská šestonedelia.

5. Rozvoj inštitucionalizovanej a neinštitucionalizovanej edukácie zdravotníckych pracovníkov v oblasti perinatológie, neonatológie a neonatálnej a detskej chirurgie a pediatrie.

6. Úpravy vo všeobecne záväzných právnych predpisoch spočívajúce vo vypracovaní návrhov na zmeny v rovine civilného a trestného práva v oblasti utajených pôrodov, adopcie a právnej ochrany detí a tehotných žien a matiek.

### **1. 3 Úlohy**

1. Vytvoriť podmienky na zabezpečenie kontinuálnej špecializovanej zdravotnej starostlivosti ženám s rizikovou graviditou a novorodencom v špecializovanom Národnom centre materno-fetálnej medicíny s pôsobnosťou pre celú SR v spolupráci s klinikou neonatálnej a detskej chirurgie Slovenská zdravotnícka univerzita.

**Termín: r. 2009 - 2012**

**Zodpovedný: MZ SR**

**Finančné krytie: kapitola MZ SR**

**Orientačná finančná potreba: 30 mil. Sk na každý rok**

2. Vytvoriť podmienky na realizáciu Národného neonatologického programu SR s materiálo-technickým zabezpečením perinatologicko-neonatologických centier.

**Termín: r. 2009 - 2015**

**Zodpovedný: MZ SR**

**Finančné krytie: kapitola MZ SR**

**Orientačná finančná potreba: 5 mil. Sk na každý rok**

3. Zabezpečiť ochranu a prevenciu tehotným ženám s dôrazom na marginalizované rómske komunity a ostatné znevýhodnené skupiny v súvislosti s užívaním tabaku, alkoholu, omamných a psychotropných látok a pri ostatných preventibilných a/alebo intrauterinne liečiteľných chorobách, ktoré znížia nielen neonatálnu morbiditu a mortalitu, ale presahujú až do detského a dorastového veku.

**Termín: r. 2009 a trvale**

**Zodpovedný: MZ SR**

4. Implementovať, kontrolovať a hodnotiť presadzovanie zásad Mother and baby friendly hospital initiative v perinatálnej a neonatálnej zdravotnej starostlivosti a pokračovať v podpore dojčenia po prepustení matky s dieťaťom z ústavného zdravotníckeho zariadenia.

**Termín: r. 2009 a trvale**

**Zodpovedný: MZ SR v spolupráci s UNICEF**

5. Ďalej podporovať realizáciu inštitucionalizovaného a neinštitucionalizovaného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov v perinatológii, neonatológii a neonatálnej chirurgii a pediatrii.

**Termín: r. 2009 a trvale**

**Zodpovedný: MZ SR a príslušné stavovské organizácie**

6. Upraviť všeobecne záväzné právne predpisy v oblasti právnej ochrany tehotných žien a matiek v súvislosti s utajenými pôrodmi.

**Termín: r. 2009**

**Zodpovedný: MZ SR**

7. Zabezpečiť dôsledné dodržiavanie zákonných lehôt určených pre rozhodovanie súdov v procese osvojenia, predosvojiteľskej starostlivosti, pestúnstva a náhradnej osobnej starostlivosti.

**Termín: r. 2009**

**Zodpovedný: MS SR**

8. Zabezpečiť štatistické spracovávanie porúch motorického a psychomotorického vývinu detí, osobitne vrodenných porúch a osobitne porúch získaných v priebehu detstva a v dorastovom veku v dôsledku metabolických, genetických alebo poúrazových zmien.

**Termín: r. 2009 - 2012**

**Zodpovednosť: MZ SR, MPSVR SR**

**Finančné krytie: kapitola MZ SR, kapitola MPSVR SR, granty**

**Orientačná finančná potreba: 1 mil. Sk**

9. Využívanie existujúcich mobilných ambulancií na poskytovanie zdravotnej starostlivosti aj pre deti a dorast marginalizovaných rómskych komunít

**Termín: r. 2009 a trvale**

**Zodpovednosť: poskytovatelia zdravotnej starostlivosti vlastníaci mobilné ambulancie, ÚV SRK SR**

**Finančné krytie: poskytovatelia zdravotnej starostlivosti vlastníaci mobilné ambulancie, ÚV SRK SR**

## **2. VÝŽIVA A FYZICKÁ AKTIVITA**

Nadmerná konzumácia stravy, ktorá svojím zložením nezodpovedá veku dieťaťa, jeho pohybovej aktivite vedie k stúpajúcemu výskytu obezity predovšetkým v školskom veku, ale aj v predškolskom veku. Poruchy výživy v detskom veku a nedostatok pohybovej aktivity vytvárajú výrazný predpoklad pre vznik tzv. civilizacyjnych chorôb a kardiovaskulárných chorôb. Rizikové faktory, ktoré urýchľujú vývoj kardiovaskulárných chorôb, pôsobia práve už od útleho detstva a odrážajú sa predovšetkým ako negatívne následky životosprávy a nesprávneho spôsobu života.

Dôraz na správnu výživu sa kladie od narodenia podporou dojčenia, racionálneho stravovania a zdravého životného štýlu v jednotlivých vývinových obdobiach dieťaťa.

### **2.1 Východiská**

Dňa 13. decembra 2006 OSN schválilo dokument Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím, ktorý v marci 2007 podpísali zástupcovia Európskej komisie a v septembri 2007 za Slovenskú republiku prezident SR, je isté, že bude blízkej budúcnosti tento dokument rozpracovaný a usmerní členské krajiny Európskej únie k jeho implementácii do národnej legislatívy. Vzhľadom k tejto skutočnosti je potrebné v Národnom programe starostlivosti a deti a dorast na roky 2008 - 2015 venovať viac pozornosti aj problematike zdravotného postihnutia u detí a dorastu. Včasnou diagnostikou a včasnou intervenciou je možné predchádzať závažným dôsledkom rôznych vrodenných vývinových chýb, resp. je možné dosahovať väčšie úspechy v príprave na budúce povolanie, na čo najsamostatnejší integrovaný život v spoločnosti.

V 11. a 17. roku života sa plošne v ambulanciách všeobecnej starostlivosti o deti a dorast sledujú hodnoty hladiny cholesterolu, lipidov, BMI index, krvný tlak a moč. Manažment detí a dorastu v špecializovaných endokrinologických ambulanciách v zmysle Metodického pokynu Ministerstva zdravotníctva SR č. 13010/2004 – OZS pre primárnu prevenciu srdcovo-cievnych ochorení u detí a dospelých usmerňujúci činnosť špecializovaných pracovísk pre poruchy látkovej premeny a výživy a v špecializovaných kardiologických ambulanciách je realizovateľný aj cez Kardiovaskulárny program pre deti a dorast, ktorý je súčasťou Národného kardiovaskulárneho programu.

Kardiovaskulárny program vychádza zo zmluvy o spolupráci medzi Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky a regionálnym úradom WHO pre Európu. Garantom Národného Kardiovaskulárneho programu bude vláda SR prostredníctvom Ministerstva zdravotníctva SR. Do realizácie a implementácie sú zapojení Ministerstvo školstva SR, Ministerstvo kultúry SR, Ministerstvo hospodárstva SR, Ministerstvo pôdohospodárstva SR.

## 2. 2 Ciele

1. Zabezpečenie správnej výživy u detí od narodenia až po dospelý vek s osobitným dôrazom na edukáciu detí a rodín z marginalizovaných rómskych komunít edukáciou v rodinách, školách, školských zariadeniach a vytvorenie aktívneho prístupu zodpovednosti za svoje zdravie.
2. Analyzovanie výskytu nadváhy a obezity u detí v jednotlivých vekových obdobiach.
3. Doplnenie vedomostí vzdelávaním detí o potravinách pomocou vzdelávacej pomôcky-sofтверu „Pyramída“ vhodného pre deti do 14 rokov, rozdelených do troch vekových kategórií, ktorý je určený na tvorbu správneho jedálnička, zodpovedajúceho zásadám zdravej výživy.
4. Vypracovanie odporúčania k determinantu fyzická aktivita pre deti a dospelých na zabezpečenie potrieb zdravého fyzického a duševného vývinu podľa vekových období.
5. Realizácia Kardiovaskulárneho programu „Zdravé srdce pre Slovensko“ pre deti a dospelých ako súčasť Národného kardiovaskulárneho programu SR s dôrazom na primárnu prevenciu vzniku kardiovaskulárnych chorôb a na včasné odhalenie rizikových faktorov a prvých príznakov.

## 2. 3 Úlohy

1. Inovovať Metodický pokyn MZ SR č. 13010/2004 pre primárnu prevenciu kardiovaskulárnych ochorení v súlade s pôvodným zámerom a doplnený o novorealizované úlohy a ciele Kardiovaskulárneho programu.

**Termín: r. 2010 a trvale**

**Zodpovedný: MZ SR**

**Finančné krytie: kapitola MZ SR**

**Orientačná finančná potreba: 5 mil. Sk**

2. Vykonať štatistiku o výskyte nadváhy a obezity (BMI + obvod pásu) štatistiku o výskyte hypercholesterolémie, artériovej hypertenzie, Diabetes mellitus typ II. a metabolického syndrómu.

**Termín: 31. 12. 2009**

**Zodpovedný: MZ SR**

**Finančné krytie: kapitola MZ SR, granty**

**Orientačná finančná potreba: 1 mil. Sk**

3. Realizovať celoslovenský výskum telesného vývinu detí a dospelých.

**Termín: 1. 9. 2011**

**Zodpovedný: MZ SR, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti**

**Finančné krytie: kapitola MZ SR**

**Orientačná finančná potreba: 0,5 mil. Sk**

4. Vytvoriť programy na podporu zdravej výživy pre deti vo včasnom veku presadzovaním dojčenia a podporou programu Mother and Baby Friendly Hospital Initiative s osobitným dôrazom na marginalizované rómske komunity a ostatné znevýhodnené skupiny obyvateľstva

**Termín: od r. 2009 a trvale**

**Zodpovedný: MZ SR**

5. Zabezpečiť metodické pokyny pre zdravotnícke zariadenia ambulantnej zdravotnej starostlivosti v špecializovaných odboroch pediatrika endokrinológia, (obezita, metabolický syndróm, diabetes mellitus), pediatrika kardiológia (artériová hypertenzia), pediatrika gastroenterológia, hepatológia a výživa (porucha lipidov a výživa) a pediatrika nefrológia (hypertenzia, obezitová

nefropatia).

**Termín: r. 2009-2010**

**Zodpovedný: MZ SR**

6. Vypracovať liečebný program obezity pre deti a dospelých.

**Termín: 31. 12. 2009**

**Zodpovedný: MZ SR**

7. Zabezpečiť kvalitu a bezpečnosť potravín pre racionálne stravovanie s dôrazom na zabezpečenie teplej stravy vo všetkých typoch škôl (materské, základné, stredné, vysoké) v spolupráci so zariadeniami školského stravovania. V nadväznosti na legislatívu EÚ podporovať Program „Školské mlieko“. Zrušiť v školách (základných a stredných) automaty na sladkosti.

**Termín: 1. 1. 2009**

**Zodpovedný: MŠ SR, MPSVR SR, MP SR**

8. Podporiť činnosť športových krúžkov vo voľnom čase, zvýšiť telesnú aktivitu aj pre chronicky choré deti v školských kluboch, sprístupniť po vyučovaní a cez víkendy telocvičňu, ihriská na školskom dvore.

**Termín: 30. 9. 2009 - 2015**

**Zodpovedný: MŠ SR, samosprávy obcí a miest, ÚVPŠ, VÚC**

9. Zabezpečiť finančné dotácie na žiaka, na podporu stravovania v škole, finančná podpora pre deti z nízkopříjmových rodín.

**Termín: r. 2008**

**Zodpovedný: MPSVR SR, MŠ SR**

**Finančné krytie: kapitola MPSVR SR, MŠ SR**

**Orientačná finančná potreba: 2 mil. Sk**

10. Aktualizovať softvér Pyramída.

**Termín: 31. 12. 2012**

**Zodpovedný: MPH SR**

**Finančné krytie: kapitola MPH SR**

**Orientačná finančná potreba: 2,5 mil. Sk**

11. Monitorovať fyzickú aktivitu detí a dospelých vrátane monitorovania stavu pohybového aparátu, zdravotne oslabených a zdravotne postihnutých detí a dospelých.

**Termín: r. 2009**

**Zodpovedný: MZ SR, MŠ SR**

12. Pripraviť všeobecne záväzný právny predpis, ktorý upraví povinnosť zabezpečiť primeranú úroveň fyzickej aktivity detí a dospelých podľa potrieb zdravého fyzického a duševného vývinu.

**Termín: 30. 9. 2009**

**Zodpovedný: MŠ SR, MZ SR**

### **3. INFEKČNÉ CHOROBY**

Prevenícia infekčných (prenosných) chorôb na Slovensku je realizovaná na základe poverenia Ministerstva zdravotníctva SR Úradom verejného zdravotníctva SR, ktorý plánuje, koordinuje a určuje rozsah a očkovačie schémy pomocou Národného imunizačného programu a očkovačieho kalendára.

### 3. 1 Východiská

V súčasnosti je očkovací kalendár na Slovensku progresívny svojou trojdávkovou schémou v prvom roku zaradením hexavakcíny s použitím acelulárnej zložky pertussis, avšak preočkovanie v 3. a v 6. roku sa vykonáva už obsolentnými celobunkovými a vysoko reaktogénnymi vakcínami. Mnohé krajiny sveta práve ako prvé zaraďovali do očkovacích kalendárov posilňovacie dávky acelulárnych pertusických vakcín. Situáciu je treba riešiť, keďže dieťa, ktoré dostalo acelulárnu pertusickú vakcínu, by nemalo byť preočkované celobunkovou. Platí, čím je dieťa staršie, tým viac negatívne reaguje na očkovanie. Pri neriešení stavu hrozia ťažké reakcie po očkovaní.

Výskyt pertussis stúpa v okolitých krajinách najmä medzi adolescentmi a dospelými. Je to dôsledok zníženia výskytu *Bordetelly pertussis*, ktorá zabezpečovala prirodzené dávkovanie pri výskyte ochorenia. *Bordetella pertussis* ohrozuje neočkovaných novorodencov (do 10 týždňa).

Po zavedení povinného očkovania dojčiat proti infekciám spôsobeným *Haemophilus influenzae typ b*) sa invazívne pneumokokové infekcie stali najčastejšou príčinou smrti, resp. trvalého poškodenia následkom infekcie v prvých dvoch rokoch života. Táto okolnosť bola rozhodujúcim motívom ochrany malých detí v prvých 5 rokoch života očkovaním konjugovanou vakcínou. Invazívne pneumokokové infekcie predstavujú najvyššie riziko pre skupinu najmladších detí a pre starých ľudí nad 60 rokov. Aj v štátoch EÚ, ktoré očkovali vybrané skupiny populácie sa masovo zavádza celoplošné očkovanie konjugovanou pneumokokovou vakcínou. Takáto forma je vysoko aktuálna aj u nás. Umožňujú to aj racionalizačné kroky, ako zníženie počtu dávok, čím sa zosúladiť očkovanie proti pneumokokom s očkovaním dojčiat hexavakcínou.

Vakcíny proti *Neisserii meningitidis* a proti rotavírusovým infekciám vyžadujú zo strany rodičov vysoké doplatky. Ich zníženie by viac podporilo ochotu rodičov doplatiť očkovanie, ktoré je v mnohých krajinách Európy zahrnuté v plošnom očkovaní. Zvyšovaním preočkovanosť populácie sa znižuje frekvencia výskytu ochorenia v populácii.

Infekcia papilomavírusom môže viesť k vzniku karcinómu krčka maternice. V Slovenskej republike je ročne diagnostikovaných viac ako 500 prípadov karcinómu krčku maternice a približne 120 žien ročne zomiera. Vývoj očkovacej látky proti papilomavírusom je v istom smere prelomovým objavom. Pri dokázanej 80 - 100 % kauzálnej súvislosti infekcie papilomavírusom a vývojom karcinómu krčku maternice je očkovacia látka proti tejto infekcii spolu so zlepšením skríningu žien jedinou cestou boja proti tejto zákernej chorobe.

V oblastiach s vyššou koncentráciou marginalizovaných rómskych komunít dochádza každoročne k výskytu lokálnych epidémií hepatitídy typu A, kedy sú zaočkované všetky kontakty na základe rozhodnutia regionálneho epidemiológa. V minulosti bolo očkovanie 2-ročných detí v týchto regiónoch štandardom. Pokračovaním kontinuálneho očkovania môže dôjsť k zníženiu výskytu epidémií v týchto regiónoch a k ďalšiemu obmedzeniu cirkulácie vírusu hepatitídy A na Slovensku.

V oblasti ústneho zdravia vychádzajúc z európskej stratégie nemá SR celoplošnú štúdiu u detí a dorastu vo vekových skupinách 5-ročných, 12-ročných a 15-ročných. Tieto údaje chýbajú v databáze WHO.

Zubný kaz a ochorenia parodontu predstavujú chronické neprenosné infekčné ochorenia, ktoré majú negatívny vplyv na zdravie a spôsobujú ochorenia iných orgánov ľudského tela, napr.: infekcie srdca, obličiek, ale sú aj príčinou rizikovej gravidity spojenej s predčasným pôrodom a nízkou hmotnosťou novorodenca.

Nemenej dôležitou súčasťou je liečba infekcií detí. Je všeobecne známe, že Slovensko patrí ku krajinám s najvyššou spotrebou antibiotík. Narastá tým problém rezistencie antibiotík na mnohé patogény. Veľká časť detských infekcií predovšetkým respiračného traktu sú spôsobené vírusmi, pri ktorých nemá antibiotická liečba účinok. Klinicky je niekedy veľmi ťažko rozlíšiť vírusovú a bakteriálnu infekciu, hlavne v ambulancii všeobecného lekára pre deti a dorast.

C-reaktívny proteín je jedným z pozitívnych proteínov akútnej fázy zápalu. Jeho vzostup v organizme je známkou bakteriálneho zápalu. Dosahuje vrchol v rozmedzí 24 - 48 hodín.



Monitorovanie C-reaktívny protein umožňuje sledovať intenzitu patologického procesu a tiež kontrolovať účinnosť liečebných postupov. Správne stanovenie ochorenia a cieleňá antibiotická liečba má výrazný ekonomický význam a úsporu spotreby antibiotík.

### 3. 2 Ciele

1. Zhodnotenie súčasného očkovacieho kalendára v súvislosti s rozšírením o povinné očkovania dojčiat proti pneumokokovým infekciám, očkovania adolescentných dievčat proti Infekcia papilomavírusom, očkovania detí proti pertussis, a to aj u adolescentov, očkovania proti pertussis acelulárnymi vaktínami (booster dávka) a v regiónoch s vyšším počtom marginalizovaných rómskych komunit o plošné očkovanie proti hepatitíde A.

2. Vytvoriť vhodné podmienky na vyššiu dostupnosť očkovacej látky, najmä u rotavírusových vaktín formou finančnej podpory pre deti z nízkopríjmových rodín s dôrazom na marginalizované rómske komunity a iné sociálne znevýhodnené skupiny obyvateľstva.

3. Redukovanie výskytu zubného kazu najúčinnjšou metódou prevencie, ktorá je ekonomicky nenáročná v porovnaní so samotnou liečbou. Na úrovni Ministerstva školstva SR pre materské a základné školy obnoviť už v r. 1998 schválený dodatok k učebným plánom o význame ústneho zdravia s použitím učebného textu odporúčaného WHO.

4. Edukovanie detí v materských školách a v 1.- 3. ročníku základných škôl v rámci zdravotnej výchovy o ústnom zdraví, o zdravej výžive s poukázaním na zdravé potraviny a dôležitosť ústneho zdravia pre zdravie tela.

5. Vytvorenie epidemiologickej štúdie stavu ústneho zdravia u detí a dorastu vo vekových skupinách 5-ročných, 12-ročných a 15-ročných na splnenie podmienok WHO, v 5-ročných intervaloch tieto údaje prehodnocovať.

6. Od útleho detstva vytvorenie povedomia o význame starostlivosti o ústne zdravie, najmä návykov zameraných na príslušný vek so zodpovedajúcim prístupom k ústnej hygiene a k zdravej výžive. V spolupráci so zubnými lekármi, dentálnymi hygieničkami postupným zavádzaním v SR realizovať metódy lokálnej fluoridácie v ZŠ a tento primárne preventívny účinok vyhodnotiť v rámci epidemiologických štúdií.

7. Zameranie sa na prevenciu a zníženie výskytu parazitov a infekčných ochorení detí z marginalizovaných rómskych komunit.

8. Umožniť v ambulanciách všeobecného lekára pre deti a dorast pri infekčných ochoreniach stanoviť C reaktívny protein na rozlíšenie bakteriálneho a vírusového zápalu a podanie cieleňej antibiotickej liečby.

### 3. 3 Úlohy

1. Analyzovať súčasný stav očkovacieho kalendára s dôrazom na rozšírenie povinného očkovania dojčiat proti pneumokokovým infekciám, proti pertussis u adolescentov, na použitie acelulárných vaktín proti pertussis, na plošné očkovanie proti hepatitíde A v určených regiónoch.

**Termín: r. 2009-2010 a trvale**

**Zodpovedný: MZ SR**

2. Vypracovať taktiku a stratégiu očkovania adolescentných dievčat proti humánnemu papilomavírusu .

**Termín: r. 2010**  
**Zodpovedný: MZ SR**  
**Finančné krytie: fondy EÚ, WHO**

3. Znížiť doplatok pacienta za očkovacie látky, najmä rota vírusových vakcín.

**Termín: r. 2009**  
**Zodpovedný: MZ SR**

4. Školiť deti v materských školách a základných školách o nutnosti dodržiavania dentálnej hygieny dentálnymi hygieničkami. V marginalizovaných rómskych komunitách v tejto oblasti využívať prácu komunitných pracovníkov.

**Termín: 31.12. 2009 a trvale**  
**Zodpovedný: MZ SR, MŠ SR, ÚSVRK**  
**Finančné krytie: kapitola MZ SR, kapitola MŠ SR, ÚSVRK**  
**Orientačná finančná potreba: 1 mil. Sk**

5. Vytvoriť softvér pre zber a vyhodnotenie údajov podľa indikátorov kvality WHO pre vyhodnotenie efektivity primárnej prevencie v ambulanciách zubného lekára.

**Termín: r. 2009 a v 5-ročných intervaloch**  
**Zodpovedný: MZ SR**  
**Finančné krytie: fondy EÚ, WHO**

6. Doplniť učebné osnovy zdravotnej výchovy na základných školách o edukáciu o ústnom zdraví.

**Termín: 31.12. 2009**  
**Zodpovedný: MŠ SR, MZ SR**  
**Finančné krytie: kapitola MŠ SR, kapitola MZ SR**  
**Orientačná finančná potreba: 0,25 mil. Sk**

7. Redukovať výskyt infekčných chorôb u rómskych detí (vši, svrab), prevenčnými a edukačnými programami, systematickou prácou s rodinami a deťmi v školách, využívajúc prácu komunitných pracovníkov v oblasti zdravotnej výchovy.

**Termín: r. 2009 a trvale**  
**Zodpovedný: ÚSVRK, MZ SR**

8. Umožniť v ambulanciách praktického lekára pre deti a dorast stanovenie C reaktívny proteín v súvislosti s antibiotickou liečbou infekčných chorôb.

**Termín: r. 2008**  
**Zodpovedný: MZ SR**

9. Vypracovať epidemiologickú štúdiu o výskyte infekčných chorôb u detí z rómskych marginalizovaných komunit .

**Termín: r.2009 - 10**  
**Zodpovedný: ÚSVRK, MZ SR**

#### 4. ÚRAZY A NÁSILIE

Úrazovosť je z dlhodobého pohľadu jednou z najčastejších príčin úmrtí v detskom veku. Zranenia počas detstva a dospelovania nesú vysoké riziko dlhodobých fyzických následkov a psychosociálnych škôd. Výskyt zranení a domáceho násillia je obzvlášť vysoký.

Kým celosvetovo klesá celková detská úmrtnosť, pokles úmrtí v súvislosti s úrazmi klesá len nevýznamne.

V štúdiu „Násillie proti deťom“, ktorú spracoval nezávislý expert Paul Sérgio Pinheir z poverenia generálneho tajomníka Spojených národov, je násillie definované ako zámerné použitie fyzickej sily, či už skutočnej alebo vo forme zastrašovania, ktorá má za následok, alebo je veľmi pravdepodobné, že bude mať za následok zranenie, smrť, psychickú ujmu, narušený vývoj alebo pocit odcudzenia. Násillie na deťoch zahŕňa fyzické a psychické násillie, diskrimináciu, zanedbávanie a týranie. Násillie detí delíme na 2 základné skupiny, a to domáce násillie a detské školské a mimoškolské šikanovanie.

Násillie u detí od 10 rokov môže eliminovať prevencia užívania tabaku, alkoholu, omamných a psychotropných látok, závislostí od počítačov, hracích automatov. V dorastovom veku býva spravidla neskoro a nezachytí sa „vnmávový“ vek. Taktiež násillie v detskom veku môže eliminovať výchova a vzdelávanie v oblasti psychického zdravia, spracovávanie hnevu, spracovávanie detských emócií, riešenie problémov a „krízových“ situácií.

Komerčné sexuálne zneužívanie detí je jednou z najhorších foriem zneužívania detí. Má nedezerne následky nielen pre psychický a fyzický vývoj dieťaťa, ale výrazným spôsobom dynamizuje celý rad asociálnych a antisociálnych javov v celej spoločnosti, a to doslova s globálnymi dôsledkami. Môžeme ho zasadiť do širšieho kontextu ekonomického vykorisťovania detí, ktorého ďalšími formami je napr. využívanie detskej práce, adopcia detí za odmenu, využívanie detí na páchanie trestnej činnosti a pod. Zároveň je potrebné ho tiež chápať ako špecifický typ sexuálneho zneužívania detí. Medzinárodne platná definícia komerčného sexuálneho zneužívania detí bola prijatá na I. svetovom kongrese proti komerčnému sexuálnemu zneužívaniu detí v Štokholme v dňoch 27. – 31. augusta 1996. Pod názvom „Komerčné sexuálne zneužívanie detí“ sa rozumie „použitie dieťaťa na sexuálne účely výmenou za peniaze alebo odmenu v naturáliách medzi dieťaťom a zákazníkom, sprostredkovateľom alebo agentom a inými, ktorí zarábajú na obchode s deťmi pre tieto účely“. Štokholmský kongres súčasne identifikoval tri formy komerčného sexuálneho zneužívania detí:

- detská prostitúcia – využívanie dieťaťa pri sexuálnych aktivitách za odmenu alebo za poskytnutie iného plnenia,
- obchodovanie s deťmi – akákoľvek transakcia, na ktorej základe je dieťa predané jednou osobou alebo skupinou osôb inej osobe alebo skupine osôb, a to za odmenu alebo za poskytnutie iného plnenia,
- detská pornografia – akékoľvek zobrazenie dieťaťa zúčastňujúceho sa na skutočnej alebo predstieranej explicitne sexuálnej aktivite, či už je to zobrazenie prevedené akýmkoľvek spôsobom a taktiež akékoľvek zobrazenie pohlavných orgánov dieťaťa určené primárne k sexuálnym účelom.

Slovenská republika je okrem iného viazaná protokolom k Dohovoru o právach dieťaťa o predaji detí, detskej prostitúcii a detskej pornografii z roku 2000, podpísaného v roku 2001 a ratifikovaným v roku 2004, uverejneným v Zbierke zákonov č. 424/2004 Z. z., ktorý okrem iného uznáva dôležitosť implementácie ustanovení Deklarácie a Akčného programu proti komerčnému sexuálnemu zneužívaniu detí prijatého na kongrese v Štokholme.

##### 4. 1 Východiská

V súčasnosti chýba jednotný monitorovací systém, ktorý by na základe rozboru príčin mechanizmu úrazu, závažnosti, socio-ekonomického statusu danej lokality, finančnej náročnosti na starostlivosť atď., výraznejšie upozornil na tento problém a uskutočňovaním medzirezortnej spolupráce umožnil efektívne a preventívne pôsobiť v danej oblasti.

Na Slovensku zomiera ročne približne 200 detí a mladistvých dôsledkom dopravných nehôd, utopení, rôznych pádov, udusení, popálenín a otráv.

Mortalita zranených a ošetrovaných v trauma centrách je 14% v porovnaní s ošetrovaním v bežných nemocniciach, kde úmrtnosť stúpa až na 45%. Štatistiky detskej úrazovosti a mortality v dôsledku úrazov jasne dokazujú nedostatočnosť doterajších foriem prevencie v našej krajine.

Výskyt dopravných zranení a domáceho násillia je obzvlášť vysoký. Napriek tomu sa málo robí pre efektívnu prevenciu, ako aj manažment a rehabilitáciu následkov.

Rada vlády SR pre bezpečnosť cestnej premávky schválila a postupuje z hľadiska infraštruktúry podľa Národného programu bezpečného značenia priechodov pre chodcov, ktorý je zameraný na bezpečnosť priechodov v blízkosti škôl, bezpečnosť školských zón, železničných priecestí a pod. Bezpečnosť cestnej premávky, ktorej predsedá minister dopravy, pôšt a telekomunikácií SR, je trvalým poradným a koordinačným orgánom a zabezpečuje realizáciu opatrení na zníženie úmrtnosti v cestnej premávke, a to aj s ohľadom na detskú úrazovosť. Ide predovšetkým o opatrenia týkajúce sa dopravnej výchovy, činnosti detských dopravných ihrísk, legislatívne opatrenia, infraštruktúru a ďalšie preventívne projekty.

K základným opatreniam patrí naplňovanie schválenej Konceptie rozvoja detských dopravných ihrísk vrátane možnosti ich aktivácie s ohľadom na zvýšenie bezpečnosti cestnej premávky na II. polrok 2005 s výhľadom do roku 2010. Do roku 2010 sa plánuje vybudovanie cca 55 – 60 detských dopravných ihrísk. Hlavná pozornosť sa venuje revitalizácii existujúcich dopravných ihrísk a po jej analýze sa predpokladá aj podpora výstavby nových detských dopravných ihrísk s cieľom, aby v roku 2010 mali všetci žiaci základných škôl možnosť navštíviť im blízke dostupné dopravné ihrisko.

V rámci Implementácie Európskej stratégie prerokovanej na zasadnutí vlády SR 25. 4. 2007 je vytvorený projekt Detského virtuálneho dopravného ihriska. Detské virtuálne dopravné ihrisko „S Martinom na ceste“ je animovaná počítačová hra, v ktorej sú deti vo veku od 6 - 12 rokov zábavnou formou vedené cez jednotlivé dopravné situácie, s ktorými sú denne konfrontované. Názornou formou sú ponúknuté i kritické situácie, v ktorých by sa mohli pri svojich aktivitách ocitnúť, ak nebudú dodržiavať základné pravidlá cestnej premávky a ponúkané prvky prevencie. Toto CD má charakter výučbovej hry s možnosťou preveriť si naučené vedomosti. Detské virtuálne dopravné ihrisko „S Martinom na ceste“ na CD nosiči posúdil Štátny pedagogický ústav a na základe odporúčania ho schválilo MŠ SR v októbri 2007 ako učebnú pomôcku pre vyučovanie dopravnej výchovy na základných školách na Slovensku.

K očakávaným legislatívnym opatreniam patrí pripravovaný návrh nového Zákona o premávke na pozemných komunikáciách, podmienkach vedenia vozidiel a o zmene a doplnení niektorých zákonov. v gescii MV SR. Legislatíva sa musí venovať aj otázkam zvýšenia bezpečnosti cestnej premávky so zameraním na chodcov, cyklistov a zraniteľných účastníkov cestnej premávky. Prioritne je orientovaný na viditeľnosť vodorovného a zvislého dopravného značenia. Realizácia projektu je ponechaná na správcov PK – cesty I. triedy – MDPT SR, cesty II. a III. triedy – vyššie územné celky a obce. Tento plán sa bude naplňovať priebežne aj v nasledujúcich rokoch.

MDPT SR bude v príprave nového cestného zákona (teraz platný zákon 135/1961 Zb.) pamätať na bezpečné zóny a preventívne stavebno-technické opatrenia z hľadiska bezpečnosti cestnej premávky.

Zvýšenie bezpečnosti cestnej premávky so zameraním na chodca sa upraví cez všeobecne záväzné právne predpisy o bezpečnosti chodca v doprave, obmedzenie rýchlosti v obciach na úroveň prežitia pri strete s motorovým vozidlom, preventívnymi opatreniami na zabránenie kolízie chodca a motorového vozidla cestou svetelných zariadení alebo mimoúrovňovou komunikáciou (nadchody, podchody) v miestach s vysokou koncentráciou detí.

V oblasti prevencie sa v Slovenskej republike realizujú preventívne projekty s celorepublikovou pôsobnosťou – „Jablko a citrón“ a „Správaj sa normálne“. V rámci jednotlivých

krajských riaditeľstiev sa v súčasnosti realizujú ďalšie projekty zamerané na bezpečnosť detí v cestnej premávke – „Póla radí deťom“, „Detský regulovčik“, „Sám do školy“, „Na ceste nie si sám“, „Na ceste bezpečne“, „Bezpečne v našom meste“, „Dopravná výchova trochu inak“, „Policať môj kamarát“, „Jazda zručnosti na bicykli“, „Automobil nie je výklad“, „Preukaz cyklistu“, „Pripraviť sa, pozor, štart“, „Autoškola pre deti“.

V slovenských materských, základných a stredných školách neexistujú komplexné informačné, edukačné a metodické materiály z oblasti prevencie úrazovosti. Materiály, ktoré sa v školách objavujú v rámci nekoordinovaných kampaní, majú krátkodobú a parciálnu pôsobnosť. Edukácia detí, ale aj rodičov je v oblasti prevencie detskej úrazovosti v našej krajine v úzadí. Témy z oblasti prevencie sa vyučujú fragmentárne, medzipredmetovo, sú bez kontextu a súvislostí nekompletné a nekomplexne zaradené do iných vyučovacích predmetov.

#### **4. 2 Ciele**

1. Prevencia úrazov v dopravnej situácii, vznikajúca počas pobytu doma a vo voľnom čase, v škole, počas vyučovania, hodín telesnej výchovy a prestávok.
2. Celoživotné vzdelávanie občanov v poskytovaní prvej pomoci.
3. Poskytovanie špecializovanej zdravotnej starostlivosti detskému pacientovi s polytraumou výlučne v sieti definovaných pracovísk.
4. Znižovanie počtu zneužívania a týrania detí, osobitne ich komerčného sexuálneho zneužívania zameraného na analýzu ich príčin a typológiu obetí.
5. Znižovanie detskej úrazovosti a mortality v dôsledku úrazov smerujúce k nulovej detskej úrazovosti a mortalite, zníženie kriminality detí a dorastu, zvýšenie informovanosti a zodpovednosti detí a dorastu v súvislosti so zmenou negatívnych návykov, eliminácia násillia detí a dorastu. V ambulanciách všeobecnej starostlivosti o deti a dorast sledovanie poúrazových stavov, sledovanie rehabilitácie a liečby.

#### **4. 3 Úlohy**

1. Vypracovať relevantné štatistiky detských úrazov a násillia porovnateľné s medzinárodnými databázami.

**Termín: 31. 12. 2009**

**Zodpovedný: MZ SR**

2. Vytvoriť štyri detské trauma centrá (Bratislava, Martin, Banská Bystrica, Košice).

**Termín: r. 2009 - 2014**

**Zodpovedný: MZ SR**

**Finančné krytie: kapitola MZ SR – rozpočet nemocníc**

**Orientačná finančná potreba: 10 mil. Sk na 1 rok**

3. Vytvoriť Národný koordinačný výbor pre prevenciu detských úrazov.

**Termín: r. 2009**

**Zodpovedný: MZ SR**

4. Ovplyvniť správanie sa účastníkov cestnej premávky prostredníctvom dobrovoľníkov cez realizáciu európskeho projektu VAMOS a budovanie siete dobrovoľníkov.

**Termín: 31. 12. 2009**

**Zodpovedný: MDPT SR**

**Finančné krytie: fondy EÚ, kapitola MDPT SR**  
**Orientačná finančná potreba: 6 mil. Sk**

5. Zaviest' projektové riešenie k dozoru pred základnými školami a školskými zariadeniami v čase začiatku a ukončenia vyučovania v prípade, že si to vyžaduje nebezpečnosť cestnej premávky v bezprostrednej blízkosti školy.

**Termín: 31. 12. 2010**

**Zodpovedný: samosprávy miest a obcí, MŠ SR, MV SR, zriaďovatelia škôl**

6. Zabezpečiť monitorovanie dopravy, inštalovať spomaľovače premávky v bezprostrednej blízkosti škôl a školských zariadení.

**Termín: 31. 12. 2010 a priebežne**

**Zodpovedný: MDPT, MV SR, správa pozemných komunikácií**

**Finančné krytie: Finančné krytie bude zabezpečované z prostriedkov štátneho rozpočtu formou dotácií prostredníctvom rozpočtov obcí a VÚC**

**Orientačná finančná potreba: 10 mil. Sk**

7. Upraviť všeobecne záväzné právne predpisy na používanie ochranných pomôcok pri športových aktivitách – prilby, chrániče a iné pomôcky a stanoviť represívne opatrenia.

**Termín: 31. 12. 2009**

**Zodpovedný: MZ SR, MV SR, MŠ SR**

8. Upraviť vo všeobecne záväzných právnych predpisoch bezpečnosť chodca v doprave, obmedziť rýchlosť motorových vozidiel v obciach na úroveň prežitia chodca (dieťaťa) pri strete s motorovým vozidlom.

**Termín: 31. 12. 2015**

**Zodpovedný: MV SR, MŠ SR**

9. Vytvoriť podmienky na výcvik žiakov na detských dopravných ihriskách a na vzdelávanie každého žiaka základnej školy o správaní sa v cestnej premávke s použitím pomôcky Detské virtuálne dopravné ihrisko.

**Termín: 31. 12. 2009 a trvale**

**Zodpovedný: MŠ SR**

10. Upraviť vo všeobecne záväzných právnych predpisoch povinnosť zdravotníckych pracovníkov ohlasovať prípady sexuálneho zneužívania detí.

**Termín: 31. 12. 2009**

**Zodpovedný: MZ SR, MV SR, MPSVR SR**

11. Upraviť štatistické zisťovania vykonávania opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately pre deti týrané, zanedbávané, zneužívané alebo pre deti u ktorých je podozrenie z týrania, zanedbávania lebo zneužívania aj komerčného, ak sa podstata trestného činu týrania, zanedbávania alebo zneužívania naplní.

**Termín: 31. 12. 2010 a trvale**

**Zodpovedný: MPSVR SR, MV SR, ÚSVRK**

**Finančné krytie: kapitola MPSVR SR, MV SR, ÚSVRK**

**Orientačná finančná potreba: 2 – 2,5 mil. Sk**

12. Zaviest' podrobnú evidenciu o obetiach (vek, pohlavie) v štatistikách a záznamoch orgánov sociálno – právnej ochrany detí a sociálnej kurately.

**Termín: 31. 12. 2010 a trvale**  
**Zodpovedný: podpredseda vlády SR, MPSVR SR**  
**Finančné krytie: kapitola MPSVR SR**  
**Orientačná finančná potreba: 1,5 mil. Sk**

13. Rozširovať informovanosť verejnosti o problematike násillia na deťoch s osobitným dôrazom na problematiku komerčného sexuálneho zneužívania detí, jej spoločenskej závažnosti a o službách a opatreniach, ktoré môžu slúžiť ohrozeným deťom, so zameraním sa hlavne na rizikové skupiny detí a dorastu.

**Termín: od r. 2010 a trvale**  
**Zodpovedný: podpredseda vlády SR, MK SR, MV SR, MPSVR SR, MŠ SR, MZ SR**  
**Finančné krytie: kapitola MK SR, MV SR, MPSVR SR, MŠ SR, MZ SR**  
**Orientačná finančná potreba: 2,5 mil. Sk**

14. Realizovať systém špecializovaného vzdelávania pre súdy a pre orgány činné v trestnom konaní, ako aj pre sociálnych, školských, komunitných, a zdravotníckych pracovníkov v oblasti násillia páchaného na deťoch vrátane domáceho násillia a sexuálneho zneužívania.

**Termín: 31. 12. 2015**  
**Zodpovedný: MV SR, MS SR, MPSVR SR, MŠ SR**  
**Na vedomie: Generálna prokuratúra**

15. Zaradiť problematiku komerčného sexuálneho zneužívania detí do sexuálnej výchovy v základných školách.

**Termín: 31. 12. 2009 a trvale**  
**Zodpovedný: podpredseda vlády SR, MŠ SR**

16. Podporovať činnosť centier a krízových liniek pedagogicko-psychologických služieb pri úradoch práce

**Termín: od r. 2009 a trvale**  
**Zodpovedný: podpredseda vlády SR, MŠ SR, MZ SR, MPSVR SR**

17. Doplniť zabezpečenie služieb školským psychologom pre základné a stredné školy.

**Termín: do 31. 12. 2010 a trvale**  
**Zodpovedný: podpredseda vlády SR, MŠ SR**

18. Zabezpečiť pre deti základných škôl vzdelávacie materiály „Mladý záchranár“ pre prevenciu detských úrazov a na správne riešenie rôznych krízových situácií.

**Termín: r. 2009 a trvale**  
**Zodpovedný: MŠ SR, MZ SR, mimovládne organizácie**  
**Finančné krytie: kapitola MŠ SR, kapitola MZ SR, mimovládne organizácie**  
**Orientačná finančná potreba: 1,5 mil. Sk na rok**

## **5. ŽIVOTNÉ PROSTREDIE**

Detský organizmus je viac ako dospelý citlivý na pôsobenie nežiaducich faktorov životného prostredia, ako je nedostatok čistej vody, zlá hygiena, nedostatočná infraštruktúra, znečistené vonkajšie alebo vnútorné ovzdušie chemickými látkami z prostredia. Tomuto problému sú najmä vystavené deti zo sociálne znevýhodnených skupín obyvateľstva.

## 5. 1 Východiská

Riziko ochorení zapríčinených environmentálnymi faktormi je väčšie u detí ako u dospelých. Vzhľadom na to, že deti sú veľmi zraniteľné, je potrebné zaručiť im mimoriadnu ochranu a zabezpečiť rast a život v zdravých podmienkach. Základným politickým a strategickým dokumentom v tejto oblasti je Európsky akčný plán pre životné prostredie a zdravie detí Childrens Environmental and Health Action Plan for Europe, ktorý prijali ministri zdravotníctva a životného prostredia z celého európskeho regiónu na Budapešťianskej konferencii v júni 2004 a zaviazali sa koordinovať a podporovať aktivity zamerané na ochranu zdravia detí.

Slovenská republika implementovala Childrens Environmental and Health Action Plan for Europe, do Akčného plánu pre životné prostredie a zdravie obyvateľov Slovenskej republiky III - National Environmental Health Action Plan, ktorý bol uznesením č. 10 zo dňa 11. 1. 2006 prijatý vládou SR. Cieľom National Environmental Health Action Plan III je znížiť, a kde je možné eliminovať, vystavenie detí rizikovým faktorom životného prostredia a umožniť im pozitívny vývoj. National Environmental Health Action Plan III vymedzuje najaktuálnejšie problémy životného prostredia a zdravia obyvateľov SR, hlavne detí. Určuje prioritné oblasti na riešenie v rokoch 2005 - 2010. Aktivity National Environmental Health Action Plan III sú zamerané na nasledovné ciele:

- redukciu ochorení a úmrtnosti detí spôsobenej gastrointestinálnymi poruchami v dôsledku nevyhovujúcej pitnej vody,
- prevenciu a redukciu zdravotných dôsledkov spôsobených nehodami a zraneniami detí,
- prevenciu a zníženie respiračných chorôb u detí spôsobených znečistením vonkajšieho a vnútorného ovzdušia,
- zníženie rizika poškodenia vývoja organizmu a vzniku chorôb a invalidity detí spôsobenej expozíciami nebezpečných chemických látok (napr. pesticídom, ťažkým kovom, polychlóvaným bifenylo a pod.) a biologickými činiteľmi v životnom prostredí.

Ciele National Environmental Health Action Plan III sa plnia prostredníctvom aktivít, na ktorých realizovaní sa podieľajú rezorty životného prostredia, pôdohospodárstva, dopravy, pôšt a telekomunikácií, práce, sociálnych vecí a rodiny, výstavby a regionálneho rozvoja, školstva a hospodárstva.

Realizovanie National Environmental Health Action Plan III má zabezpečiť kontinuitu procesu trvalej udržateľnosti environmentálneho zdravia obyvateľov SR so zreteľom na detskú populáciu v súlade s politikou EÚ a WHO v tejto oblasti a cieľov Európskeho akčného plánu pre životné prostredie a zdravie detí, ktorý schválili všetky členské štáty v EÚ.

## 5. 2 Ciele

1. Vytváranie zdravého a bezpečného prostredia pre deti a eliminovanie vystavenia detí rizikovým biologickými, fyzikálnymi a chemickými faktorom pochádzajúcim zo životného prostredia.
2. Minimalizovanie znečistenia vnútorného a vonkajšieho prostredia s cieľom znížiť výskyt chorôb dýchacieho systému.
3. Zvyšovanie bezpečnosti v domácnostiach, na pracoviskách, v sídliskách, na komunikáciách a v dopravných prostriedkoch.
4. Podporovanie programov a projektov enviromentálno–zdravotnej výchovy na rozvoj pozitívneho vzťahu detí a dorastu k životnému prostrediu a trvalému rozvoju osobností detí a dorastu.
5. Rozvoj osvetovej, vzdelávacej a výchovnej činnosti so zameraním hlavne na zdravé potraviny, trvale využiteľnú energiu, čistú vodu, bezpečnú a zdravú dopravu a odpady.



6. Podporovanie zdravého životného prostredia v školách a materských školách a stratégie „zážitkového učenia“ v lesnom prostredí v rámci Národného lesníckeho centra.

### **5.3 Úlohy**

1. Zvýšiť dostupnosť klimatoterapeutických pobytov včítane podpory klimatoterapie a všetkých speleoterapeutických pobytov detí aj vo vybraných sprístupnených jaskyniach SR (Jasovskej, Bystrianskej, Belianskej a Domici).

**Termín: r. 2009 - 2015**

**Zodpovedný: MŽP SR, MZ SR**

2. Rozvíjať osvetovú, vzdelávaciu a výchovnú činnosť detí a dorastu, s dôrazom na environmentálnu výchovu a vzdelávanie k trvale udržateľnému rozvoju prostredia, zameranú hlavne na zdravé potraviny, trvale využiteľnú energiu, čistú vodu, bezpečnú a zdravú dopravu, zvyšovanie povedomia v oblasti separácie odpadov, ich následnej recyklácie a zhodnocovania.

**Termín: r. 2009 - 2015**

**Zodpovedný: MŽP SR, MŠ SR**

**Finančné krytie: kapitola MŽP SR, kapitola MŠ SR**

**Orientačná finančná potreba: 1,0 mil. na 1 rok**

3. Podporiť vzdelávanie v rámci „Eko dni jar“, „Eko dni jeseň“, navštevovanie environmentálnych výstav, podujatí a múzeí deťmi materských a základných škôl a študentmi stredných a špeciálnych škôl, realizovanie projektov „Zelená nádej“ na celoživotné vzdelávanie v oblasti práce s hendikepovanými deťmi.

**Termín: r. 2009 - 2015**

**Zodpovedný: MŽP SR, MŠ SR**

**Finančné krytie: kapitola MŽP SR, kapitola MŠ SR**

**Orientačná finančná potreba: 0,6 mil. na 1 rok**

4. Zrealizovať vydanie odborných publikácií SZO „Prevencia detskej nehodovosti“, „Bezpečnosť v materských školách a základných školách“ „Hluk v školách“.

**Termín: 31. 12. 2015**

**Zodpovedný: MŠ SR**

**Finančné krytie: kapitola MŠ SR**

**Orientačná finančná potreba: 0,6 mil. Sk**

5. Monitorovať kvalitu vnútorného ovzdušia a hodnotiť vybrané parametre zdravotného stavu detí vo vybraných školách na Slovensku.

**Termín: 31. 12. 2015**

**Zodpovedný: MZ SR, MŽP SR**

6. Vytvoriť podmienky pre budovanie zelených trás (greenways) a cyklotrás. Realizovať grantový systém „Revitalizácia a elektronizácia zariadení školského stravovania“ a analyzovať súčasný stav zabezpečenia školských stravovacích zariadení pitnou vodou.

**Termín: 31. 12. 2015**

**Zodpovedný: MŠ SR, MŽP SR**

**Finančné krytie: kapitola MŠ SR, kapitola MŽP SR**

**Orientačná finančná potreba: 0,6 mil. Sk**

7. Vytvoriť komisiu na vypracovanie koncepcie predmetu „Výchova k zdraviu“ pre základné a stredné školy na Slovensku.

**Termín: 31. 12. 2015**  
**Zodpovedný: MŠ SR, MZ SR**

## **6. DORASTOVÝ VEK**

Dorastový vek a adolescencia je obyčajne najproblematickejším obdobím v živote jedinca. Počas tejto etapy vývoja sa ustáli životný štýl, ktorý môže ovplyvniť zdravie na celý život. V tomto období je mimoriadne ovplyvniteľná pri vytváraní závislosti od užívania návykových látok, pričom rozhodujúcu úlohu zohrávajú výchova a vplyv prostredia. Podpora somatického a mentálneho zdravia je prioritou u tejto rizikovej skupiny obyvateľstva. V Slovenskej republike je starostlivosť o túto vekovú skupinu na pomerne vysokej úrovni.

### **6.1 Východiská**

Koncepcia výchovy k manželstvu a rodičovstvu bola Ministerstvom školstva (MŠ SR) vypracovaná na základe uznesenia vlády SR č. 390 zo dňa 4. 6. 1996 s účinnosťou od 1. 9. 1998. Výchova k manželstvu a rodičovstvu je zaradená už od prvého ročníka základnej školy. Vyučuje sa v rámci predmetov etická výchova, náboženská výchova, prvouka a prírodoveda.

V tejto oblasti pracuje organizácia Národné osvetové centrum v zriaďovateľskej pôsobnosti Ministerstva kultúry SR. Vo svojej činnosti sa Národné osvetové centrum zameria predovšetkým na:

- problematiku ochrany a podpory práv detí a dorastu, ako je to zakotvené v Dohovore OSN o právach dieťaťa,
- problematiku zdravého životného štýlu predovšetkým predchádzanie obezite, propagáciu zdravej výživy, športových aktivít, sexuálnu a rodinnú výchovu,
- prevenciu užívania tabaku, alkoholu, omamných, psychotropných látok a pod.,
- problematiku mentálneho zdravia detskej populácie a dorastu a na prevenciu antisociálneho správania.

### **6.2 Ciele**

1. Zaisťovanie hodnotenia trendov užívania návykových látok (tabaku, alkoholu, omamných, dopingových a psychotropných látok) u mladých ľudí v SR.
2. Prevencia užívania návykových látok tabaku, alkoholu, omamných, dopingových a psychotropných látok so zameraním na ochranu pasívnych fajčiarov a podporu zdravého životného štýlu.
3. Podporovanie zdravotnej výchovy vzhľadom na reprodukčné zdravie dorastu. Podporou výchovy k manželstvu, rodičovstvu, plánovanému tehotenstvu, prevencii pohlavne prenosných chorôb (používanie kondómov) a sexuálneho zneužívania.
4. Zabezpečenie starostlivosti o zdravie dorastu do ukončenia prípravy na povolanie zaradením vzdelávania v subspecializácii v dorastovom lekárstve na miesto vzdelávania vo všeobecnej starostlivosti o deti a dorast.
5. Vykonávanie programov „harm reduction“ (zmenšovanie škôd spojených s užívaním omamných, dopingových a psychotropných látok) v otvorenom prostredí.
6. Úprava súčinnosti a postupov v oblasti zdravotného diagnostikovania porúch správania sa na sociálnu ochranu detí, sociálnu kuratelú a výkon súdnych rozhodnutí v zariadeniach.

### 6.3 Úlohy

1. Zrealizovať projekt „Prečo som na svete rád/rada“, ktorý je zameraný na prevenciu užívania tabaku, alkoholu, omamných a psychotropných látok a edukačné aktivity detí, ktorého cieľom je prevencia a podpora zdravého životného štýlu dorastu.

**Termín: r. 2008 a priebežne**

**Zodpovedný: MK SR**

**Finančné krytie: kapitola MK SR**

2. Uskutočniť celoslovenské epidemiologické štúdie zamerané na hodnotenie trendov v užívaní tabaku, alkoholu, omamných a psychotropných látok u mladých.

**Termín: 31. 12. 2009 a v 2-ročných intervaloch**

**Zodpovedný: MŠ SR, MZ SR**

**Finančné krytie: kapitola MŠ SR, kapitola MZ SR**

**Orientačná finančná potreba: 2 mil. Sk**

3. Inovovať učebné osnovy výchovy k manželstvu a rodičovstvu a navrhnúť zmenu všeobecne záväzných právnych predpisov na podporu výchovy k sexuálnemu a reprodukčnému zdraviu, plánovanému rodičovstvu, prevencii pohlavne prenosných chorôb (používanie kondómov), sexuálnemu zneužívaniu detí a mládeže a to aj s dopadom na žiakov I. stupňa ZŠ.

**Termín: 31. 12. 2009**

**Zodpovedný: MŠ SR**

4. Upraviť podmienky vykonávania programov „harm reduction“ tak, aby bol utvorený priestor na vykonávanie opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately a na poskytovanie zdravotníckych služieb v otvorenom prostredí.

**Termín: 31. 12. 2009 a trvale**

**Zodpovedný: MPSVR SR, MZ SR**

5. Upraviť súčinnosť a postupy v oblasti diagnostikovania porúch správania sa na účely vykonávania opatrení sociálnej ochrany detí a sociálnej kurately a výkonu súdnych rozhodnutí v školských zariadeniach.

**Termín: 31. 12. 2009 a trvale**

**Zodpovedný: MPSV SR, MZ SR**

6. Zaradiť dorastové lekárstvo ako samostatnú subspecializáciu v rámci vzdelávania zdravotníckych pracovníkov.

**Termín: r. 2008**

**Zodpovedný: MZ SR**

7. Podporiť programy zamerané proti negatívnym javom (agresivita, suicidálne činy, užívanie návykových látok tabaku, alkoholu, omamných, dopingových a psychotropných látok, šikanovanie, atď.) na zlepšenie mentálneho zdravia detskej populácie a dorastu.

**Termín: r. 2009 a trvale**

**Zodpovedný: MŠ SR, MZ SR**

**Finančné krytie: kapitola MZ SR, kapitola MŠ SR, granty**

**Orientačné finančné krytie: 2 mil. Sk ročne**

## 7. PSYCHOSOCIÁLNY ROZVOJ A MENTÁLNE ZDRAVIE

Na Slovensku vzrastá počet samovrážd a depresívnych stavov, najmä v dorasteneckom veku a v adolescencii. Príčinou sú často zlé výsledky v škole, užívanie tabaku, alkoholu, omamných a psychotropných látok, poruchy výživy a neusporiadané rodinné zázemie.

Využitie potenciálu fyzickej aktivity pre zdravý duševný vývoj a osobný rozvoj predstavuje jednu z kľúčových výziev a úloh verejného zdravotníctva.

### 7.1 Východiská

Úrad vlády SR pripravuje Strednodobú stratégiu pre rómsku národnostnú menšinu s dôrazom na sociálne znevýhodnené skupiny na roky 2008 – 2015. Príprava materiálov prebieha v koordinácii MŠ SR a Úradu splnomocnenkyne vlády SR pre rómske komunity a ďalších odborníkov z praxe.

V rámci vyrovnávacích opatrení je potreba vytvárania tzv. vzdelávacích komunikačných centier. Prostredníctvom navrhovaných vzdelávacích centier spojených so zdravotnou starostlivosťou a prevenciou bude snaha podchytiť a podporovať vzdelávanie a eliminovať zdravotné problémy v marginalizovaných rómskych komunitách, v jednotlivých komunitách spojených so zdravotnou starostlivosťou a prevenciou pre mladé matky a ich deti. V marginalizovaných rómskych komunitách sa často objavuje u nepľnoletých žien skoré materstvo a aj z tohto dôvodu mnohé z nich nedokončia ani povinnú školskú dochádzku a prirodzene nepokračujú v štúdiu na stredných školách.

Zameranie sa vzťahuje aj na rodovú rovnosť, pretože v segregovaných marginalizovaných rómskych komunitách sa vo vyššej miere vyskytujú rodové disparity v rámci svojich rodín a komunít. V uvedených centrách si budú môcť mladé matky, ktorých sa dotýka skoré materstvo, dokončiť povinnú školskú dochádzku, pokračovať v štúdiu vo vybranom učebnom odbore a tak získať kvalifikáciu, ktorá je dnes nevyhnutnosťou pre uplatnenie sa na trhu práce. Vo vyššej miere budú môcť využívať pomoc a podporu učiteľov, komunitných sociálnych pracovníkov, komunitných pracovníkov v oblasti zdravotnej výchovy, zdravotníckych pracovníkov pri výchove a starostlivosti o svoje deti. Pre tieto deti to bude súčasne aj tzv. predškolské zariadenie, ale bude špecifickejšie, pretože bude rozšírené o zdravotnú starostlivosť a prevenciu. Predškolské zariadenie bude prístupné pre všetky deti bez rozdielu. Túto zdravotnú starostlivosť budú môcť využívať všetci Rómovia a Nerómovia žijúci v uvedenom mikroregióne.

Cestou na zlepšenie zdravotnej starostlivosti o deti a dorast v marginalizovaných rómskych komunitách je posilnenie funkcie komunitných pracovníkov v oblasti zdravotnej výchovy pre všeobecného lekára pre deti a dorast. Spolu so psychológom a sociálnym pracovníkom uskutočňuje návštevy v rodinách, edukuje matku o dojčení, venuje sa nácviku praktických zručností v starostlivosti o dieťa, o hygienu a zabezpečuje očkovanie detí a dorastu.

V základných a stredných školách sa eviduje nárast verbálnej a fyzickej agresie, šikanovania, násillia, vandalizmu, užívania omamných a psychotropných látok, záškoláctva, týrania a zneužívania, suicidálnych pokusov, tehotenstva mladistvých či delikvencie a kriminality.

Problémy sa objavujú aj v oblasti sociálnych vzťahov v triedach, komunikácie so spolužiakmi alebo aj s učiteľmi, akceptácie a tolerancie odlišností u spolužiakov, adekvátneho riešenia konfliktov, zvládania záťaž a stresu, ale aj správneho samoštúdia, výberu vhodného štýlu učenia, profesijného rozhodovania a voľby vysokej školy a študijného odboru. Ide o problémy, ktoré sa týkajú duševného zdravia detí a dospelých a kvality ich života v školskom prostredí, ktoré úzko súvisia s ich úspešnosťou v štúdiu, školskou prístupnosťou a výkonnosťou.

Problémy môže v rámci psychologických služieb školám kompetentne a vysoko odborne riešiť školský psychológ, ako aj pedagogický zamestnanec školy alebo školského zariadenia.

Zdravý psychosociálny rozvoj a duševné zdravie detí a dorastu nie je iba záležitosťou marginalizovaných rómskych komunít, ale zdravú sociálnu klímu vytvára majoritná komunita bez ohľadu na sociálny status. Je najvyšší čas vytvárať synergické riešenia s celostným pohľadom na

zdravie. V rámci zdravotnej starostlivosti je problematika duševného zdravia riešená primárne na úrovni psychiatrickej starostlivosti bez toho, aby sme sa zameriavali na prevenciu, ktorá je účinnejšia a nepomerne lacnejšia. Existujúca sieť pedagogicko-psychologických poradenských zariadení rieši už vzniknuté problémy, ktorých väčšina by nemusela vôbec vzniknúť v prípade využitia poznatkov o zdravom spôsobe života, ktorých máme nadostač. Problematika zdravého štartu do života je riešená v rámci prvej priority (Zdravie matky a novorodenca), avšak týka sa života dieťaťa do veku max. 3 rokov. Ďalšie obdobie detstva je však nemenej významné, a preto je dôležité riešiť ho s rovnakou naliehavosťou ako obdobie novorodenecké a obdobie adolescencie. Predškolský vek, nástup do školy a obdobie základnej školskej dochádzky zahŕňa širokú paletu výziev pre rodinu a predstavuje výraznú záťaž.

Vplyvu sociálnych faktorov na vývoj detí sa v ostatnej dobe nevenuje dostatočná pozornosť, pritom transformácia spoločnosti priniesla veľa alarmujúcich negatívnych dopadov. Ide napr. o zmenu zriaďovateľa Dojčenských ústavov, pokles zdravotníckej starostlivosti v Ústavoch sociálnej starostlivosti, ekonomizácia činnosti PLDD so zníženým pediatickým dohľadom v teréne (pokles návštevnej služby), neexistujú „doliečovacie pediatické oddelenia“, nezachytil sa rozvoj dobrovoľníctva a charity za účelom spolupráce a podpory ochrany a upevňovania zdravia detí. Okrem iného sa na tomto zúčastňuje aj skutočnosť, že sociálna pediatria sa dostala na okraj záujmu odbornej aj laickej spoločnosti.

Detské a dorastové obdobie života je dôležité pre formovanie základov pre zdravý spôsob života v oblasti správneho stravovania, potreby fyzickej aktivity, zmysluplného trávenia voľného času, osobného rozvoja prostredníctvom života v rodine a širšej komunite, t. j. mimo školu. Rodina so školopovinnými deťmi je vystavená psychickým, finančným a sociálnym tlakom, ktorých zvládanie je v súčasnosti veľmi náročné a často vedie ku krízam a rozpadu rodiny. Deti sú touto situáciou zbytočne traumatizované a takýto model nefunkčnej rodiny transgeneračne prenášajú ďalej. So zmenou spoločenských pomerov došlo k oslabeniu vonkajších stabilizačných faktorov, čím sa zvýšili požiadavky na osobnostné faktory rodičov a ich pripravenosť na zabezpečenie zdravého vývoja detí v zdravej dobre fungujúcej rodine.

## 7. 2 Ciele

1. Zvýšenie záujmu o prevenciu, podporu zdravia, zodpovednosť za vlastné zdravie u všetkých detí a dorastu, najmä u marginalizovaných rómskych komunít a zvlášť ohrozených skupín obyvateľstva.
2. Ovplyvňovať zdravý duševný vývoj detí a dorastu.
3. Využiť metódy a prístupy sociálnej pediatrie pre výber intervencií na eliminovanie negatívnych faktorov na vývoj detí.

## 7. 3 Úlohy

1. Vytvoriť priestor a podmienky na vyššiu informovanosť verejnosti pre podporu zdravého životného štýlu s dôrazom na duševné zdravie.

**Termín: 31. 12. 2009 a trvale**

**Zodpovedný: MZ SR**

2. Zabezpečiť informovanosť príslušníkov marginalizovaných rómskych komunít o starostlivosti o dieťa formou zážitkového učenia sa.

**Termín: 31. 12. 2009**

**Zodpovedný: MŠ SR, MZ SR**

3. Zvýšiť priemerný vek prvorodičiek a počet návštev preventívnych gynekologických prehliadok u dievčat a žien z marginalizovaných rómskych komunit prostredníctvom formálneho a neformálneho vzdelávania sa a formou rozvojových komunitných podporných programov.

**Termín: 31. 12. 2010**

**Zodpovedný: MZ SR, MŠ SR**

4. Vzdelávať predstaviteľov samospráv (Vyššie územné celky, obce, mestá) o právnych normách súvisiacich s ochranou a podporou zdravia detí a dorastu v oblasti užívania tabaku, alkoholu, omamných a psychotropných látok.

**Termín: 31. 12. 2009**

**Zodpovedný: MZ SR**

**Finančné krytie: kapitola MZ SR**

**Orientačná finančná potreba: 0,5 mil. Sk**

5. Podporovať rozvoj mentálneho zdravia detí a dorastu prostredníctvom grantového systému Ministerstva kultúry SR, hlavne podpory projektov zameraných na rozvoj kultúry detí a dorastu vrátane kultúry detí a dorastu patriacich k národnostným menšinám a znevýhodneným skupinám obyvateľstva.

**Termín: r. 2008 a priebežne**

**Zodpovedný: MK SR**

**Finančné krytie: grantový zdroj**

6. Realizovať preventívne programy s využitím fyzickej aktivity detí v školách a školských zariadeniach ako účinného prostriedku podpory mentálneho zdravia detí a dorastu.

**Termín: r. 2009 a priebežne**

**Zodpovedný: MŠ SR, MZ SR**

7. Aplikovať zásady mentálnej hygieny a zdravia do vyučovacích osnov pre žiakov základných a stredných škôl zmenou v organizácii vyučovania a prepracovaním osnov tak, aby sa znížila intenzita preťažovania žiakov.

**Termín: r. 2009 a priebežne**

**Zodpovedný: MŠ SR, MZ SR, zriaďovatelia škôl**

8. Vytvárať deťom a dorastu adekvátne podmienky pre vzdelávanie a výchovu v rámci psychologických služieb a prednostne sa zamerať na zdravý osobnostný rozvoj žiakov a ich psychické zdravie.

**Termín: r. 2009 a trvale**

**Zodpovedný: MŠ SR, MZ SR**

9. Realizovať v základných a stredných školách profesionálnu orientáciu pri voľbe povolania žiakov a ich optimálny kariérový rozvoj a rast prostredníctvom odbornej práce školských psychológov na základe osobných predpokladov a schopností žiakov a ponúk a požiadavkám trhu práce.

**Termín: r. 2009 a trvale**

**Zodpovedný: MŠ SR**

10. Venovať systematickú psychologickú starostlivosť nadaným a talentovaným žiakom, žiakom s poruchami učenia a správania sa a žiakom integrovaným na základe telesného alebo mentálneho postihnutia vytvorením vhodných edukačných podmienok.

**Termín: r. 2009 a trvale**

**Zodpovedný: MŠ SR**

11. Smerovať psychologické služby školského psychológa aj pre učiteľov. Osobitne sa zamerať na ich psychické zdravie, osobnostný rozvoj, riešenie medziľudských vzťahov, riešenie interpersonalných konfliktov, predchádzanie psychickej záťaži, stresu a syndrómu vyhorenia. Venovať pozornosť aj ich profesijnému rastu v oblasti psychológie, edukácie a optimalizácie výchovno-vzdelávacieho procesu (výber obsahu učiva, vhodných didaktických foriem, metód a prostriedkov a zabezpečovanie psychohygieny vyučovacieho procesu).

**Termín: r. 2009 a trvale**

**Zodpovedný: MŠ SR**

12. Realizovať konzultačno-poradenské služby pre rodičov žiakov, zamerané na zlepšenie ich štýlov výchovného pôsobenia a starostlivosti o deti s poruchami učenia a správania sa a zabezpečovať kvalitnú kooperáciu školy a rodiny.

**Termín: 1. 9. r. 2009 a trvale**

**Zodpovedný: MŠ SR**

13. Národné osvetové centrum poskytne na požiadanie regionálnych osvetových stredísk a iných osvetových zariadení metodické školenia zamerané na utváranie zdravého životného štýlu detí a dorastu.

**Termín: r. 2009 a trvale**

**Zodpovedný: MK SR**

**Finančné krytie: komunitné zdroje, grantové zdroje, kapitola MZ SR**

**Orientačné finančné krytie: 1 mil. Sk na rok**

14. Rozšíriť počet komunitných pracovníkov v oblasti zdravotnej výchovy - koordinátorov pre osvetu v oblasti zdravia a pre komunikáciu medzi všeobecnými ambulantnými lekármi pre deti a dorast do viacerých osád s marginalizovanou rómskou komunitou.

**Termín: od r. 2009 a trvale**

**Zodpovedný: MPSVR SR, Úrad splnomocnenkyne vlády pre rómske komunity, MZ SR**

**Finančné krytie: ÚSVPRK SR, kapitola MPSVR SR, kapitola MZ SR, komunitné zdroje, grantové zdroje, UNICEF, ,**

**Orientačné finančné krytie: 0,5 mil. Sk na rok**

15. Vypracovať koncepciu sociálnej pediatrie so stanoveným harmonogramom úloh na r. 2009 - 2015.

**Termín: r. 2009**

**Zodpovedný: MZ SR,**

**Orientačné finančné krytie: kapitola MZ SR**

16. Predložiť štúdiu o zabezpečení logopedických vyšetrení detí v nadväznosti na preventívne prehliadky detí zo zákona.

**Termín: r. 2010**

**Zodpovedný: MZ SR**

## **Prílohy**



**Tab. č. 1 Vybrané ukazovatele z demografie v SR za rok 2006**

Územie	Narodení spolu	V tom		Živo-narod. spolu	V tom		Mŕtvo-narod. spolu	V tom		Dojčenská úmrtnosť	Novoro-denecká úmrtnosť
		chlap-ci	diev-čatá		chlap-ci	diev-čatá		chlap-ci	diev-čatá		
<b>Slovenská republika</b>	<b>54 122</b>	<b>27 792</b>	<b>26 330</b>	<b>53 904</b>	<b>27 682</b>	<b>26 222</b>	<b>218</b>	<b>110</b>	<b>108</b>	<b>6,59</b>	<b>3,53</b>
<i>v tom kraj</i>											
Bratislavský kraj	5 932	3 036	2 896	5 921	3 031	2 890	11	5	6	3,21	2,03
Trnavský kraj	5 071	2 550	2 521	5 059	2 544	2 515	12	6	6	3,95	2,37
Trenčiansky kraj	5 091	2 573	2 518	5 075	2 568	2 507	16	5	11	4,53	3,55
Nitriansky kraj	6 049	3 179	2 870	6 024	3 168	2 856	25	11	14	5,98	2,66
Žilinský kraj	7 010	3 611	3 399	6 980	3 595	3 385	30	16	14	4,30	3,44
Banskobystrický kraj	6 236	3 165	3 071	6 215	3 154	3 061	21	11	10	6,60	3,22
Prešovský kraj	9 629	4 945	4 684	9 576	4 918	4 658	53	27	26	8,46	4,28
Košický kraj	9 104	4 733	4 371	9 054	4 704	4 350	50	29	21	11,60	5,19

Zdroj: ŠÚ SR

**Tab. č. 2 Hlásené vrodené chyby podľa územia trvalého bydliska matky za r. 2006**

Územie	Spolu	v tom		
		Živonarodené deti	Mŕtvonarodené deti	UPT z dôvodu prenatálne zistenej vrodenej chyby plodu
<b>Slovenská republika</b>	1463	1416	10	37
<i>v tom kraj</i>				
Bratislavský kraj	142	140	1	1
Trnavský kraj	166	163	2	1
Trenčiansky kraj	114	111	-	3
Nitriansky kraj	176	175	1	-
Žilinský kraj	174	164	-	10
Banskobystrický kraj	109	105	-	4
Prešovský kraj	360	345	4	11
Košický kraj	222	213	2	7

Zdroj: NCZI