

Ako vyrovnáť šance detí z marginalizovaných rómskych komunit na zdravý raný vývin? Mapovanie konceptov

Shoshana Chovan, Daniela Fiľakovská, Lucia Bosáková, Zuzana Dankulinová

V období od počatia približne do 3 rokov sa psychomotorické funkcie dieťaťa vyvíjajú najrýchlejšie (Shonkoff & Phillips, 2000), pretože sa rýchlo vyvíja architektúra mozgu (Rebello Britto a kol., 2013). Vývin je nepretržitý proces. Aby dieťaťko mohlo získavať schopnosti a zručnosti potrebné pre naplnenie jeho potenciálu v neskoršom živote, musia byť napĺňané jeho potreby (Irwin a kol., 2007). Práve intervencie a protektívne faktory, ktoré sa k dieťaťku dostanú v ranom detstve majú najväčší pozitívny vplyv na jeho celoživotný vývin. Intervencie v tomto období sú zároveň finančne najefektívnejšie v porovnaní s tými poskytnutými v neskoršom veku (Shonkoff & Richter 2013). Okrem toho, politiky zamerané na poskytovanie účinných opatrení pre najzraniteľnejšie skupiny obyvateľstva, prinášajú najväčšie finančné výnosy a najsilnejšie účinky (Shonkoff & Richter, 2013).

Rómovia žijúci na Slovensku sú veľmi rozmanitou skupinou. Pre účely tohto výskumu hovoríme o Rómoch žijúcich v marginalizovaných komunitách, teda približne o polovici všetkých Rómov žijúcich na Slovensku. Ide o jednu z najzraniteľnejších skupín, ktorá je ohrozená viacerými formami znevýhodnenia naraz. Marginalizovanými komunitami myslíme „oddelené alebo segregované komunity, vylúčené z hlavného prúdu sociálneho, ekonomického, vzdelávacieho a kultúrneho života“ (Sevelius a kol., 2020). Charakteristiky prostredia, v ktorom vyrastajú deti z marginalizovaných rómskych komunit (MRK), môžu ohroziť zdravý vývin v ranom detstve (Ursache & Noble, 2016; Duncan a kol., 2012).

Z obmedzeného množstva dostupných dát vieme, že sa nepriaznivé podmienky v ranom detstve odrážajú na horšom zdravotnom stave rómskych detí (Rimárová, 2017). Rozdiely v zdraví je možné pozorovať už od narodenia. Napríklad perinatálna a dojčenská úmrtnosť je výrazne vyššia v okresoch s vyšším podielom populácie žijúcej v marginalizovaných rómskych komunitách (Rosičová a kol., 2011). Rómske deti tvoria 24,2 % všetkých prípadov syndrómu náhleho úmrtia dojčiat na Slovensku (Koupilová a kol., 2001), teda oveľa viac, ako je odhadovaný podiel rómskych detí v bežnej populácii, t. j. 13,3 % (Vaňo, 2002). Častejšie trpia infekčnými chorobami,

úrazmi, otravami, popáleninami, respiračnými chorobami a chronickými ochoreniami ako ostatné deti (Bartošovič, 2016).

K horšiemu zdravotnému stavu rómskych detí prispieva okrem vyššie uvedených kontextových charakteristík prostredia aj zlá dostupnosť zdravotnej starostlivosti. Bariéry v prístupe k zdravotnej starostlivosti, akými sú nedostatok financií na cestovné náklady alebo lieky, zlé cestovné spojenie, zlé predchádzajúce skúsenosti pri využívaní zdravotnej starostlivosti, strach alebo nedôvera (Jarčuška a kol., 2013), majú za následok o 36 % nižšie využívanie zdravotnej starostlivosti medzi marginalizovanými Rómami v porovnaní s bežnou populáciou (Ministerstvo školstva, 2020). Horší zdravotný stav a nižšia miera využívania zdravotnej starostlivosti prispievajú k celkovému znevýhodneniu, ktorému čelia ľudia žijúci v MRK. Podobným bariéram totiž čelia i pri iných službách, vzdelávaní a včasnej diagnostike a intervencii (Ministerstvo školstva, 2020; Vančíková a kol., 2017; Gatti a kol., 2016). Okrem toho čelia najmenšie rómske deti z MRK nedostatočnému prístupu k programom ranej starostlivosti. Pre Rómov je k dispozícii len niekoľko programov ranej starostlivosti, ktoré sú dostupné len v niekoľkých MRK a takmer výlučne ich ponúkajú mimovládne organizácie (OdPerinky.sk, 2019).

Rozdiely v zdraví medzi Rómami a nerómami sú dobre zdokumentované, stále však chýbajú dôkazy o tom, ako zvýšiť šance na zdravý raný vývin detí v MRK (Vančíková a kol., 2017; Gatti a kol., 2016). Cieľom našej štúdie preto bolo v spolupráci s odborníkmi z rôznych oblastí pracujúcich s MRK preskúmať opatrenia, ktoré majú potenciál zlepšiť zdravý raný vývin detí žijúcich v MRK a identifikovať prioritné opatrenia na základe naliehavosti a uskutočniteľnosti z pohľadu týchto odborníkov. Štúdia bola realizovaná v rámci projektu RomaREACH (Research on Early Childhood in Marginalized Roma Communities).

Pre uskutočnenie cieľa našej štúdie sme použili metodiku, ktorá sa nazýva Mapovanie konceptov (z angl. Concept mapping). Mapovanie konceptov kombinuje kvantitatívny a kvalitatívny prístup ku zberu a spracovaniu dát. Ide o participatívnu metodiku, ktorá umožňuje zozbierať pohľady rôznych skupín na určitú tému a pomáha tieto pohľady organizovať a štruktúrovať. Vychádza z predpokladu, že rôzni ľudia majú na základe svojich vedomostí, životných a pracovných skúseností odlišný pohľad na skúmanú problematiku. Mapovanie konceptov je metodika vhodná na dosiahnutie konsenzu o tom, ako postupovať, na plánovanie a hodnotenie rôznych programov, intervencií a politík a na vizualizáciu vzťahov medzi rôznymi konceptmi.

Zámerom Mapovania konceptov v rámci našej štúdie bolo identifikovať také návrhy opatrení, ktoré by pomohli vyrovnáť šance detí z MRK na zdravý raný vývin, a ktoré sú podľa jednotlivých zainteresovaných aktérov naliehavé a uskutočniteľné. Mapovanie konceptov bolo realizované v júni až septembri 2020 a jeho výsledky boli overené a interpretované s relevantnými aktérmi v marci 2021.

Respondentky a respondenti

Do Mapovania konceptov sme oslovili 79 profesionálok a profesionálov z rôznych oblastí a úrovni pracovnej hierarchie, ktorí sa vo svojej práci priamo alebo nepriamo venujú zlepšovaniu podmienok pre raný vývin detí žijúcich v MRK. S účasťou napokon súhlasilo 54 profesionálok a profesionálov, ktorí sa taktiež zúčastnili fázy brainstormingu. Na následnej fáze triedenia a hodnotenia sa zúčastnilo 40 z nich a interpretačného stretnutia 17 profesionálok a profesionálov. Pri oslovovaní účastníčok a účastníkov sme použili zámerný výber tak, aby boli zastúpené profesionálky a profesionáli pracujúci vo sférach zdravotníctva, sociálnej práce, komunitnej práce, špeciálneho, predprimárneho a primárneho vzdelávania, podpory zdravia, odborníčky a odborníci na raný vývin a tvorkyne a tvorcovia politik. Počet účastníkov štúdie bol v každej fáze Mapovania konceptov dostatočný na zabezpečenie relevantných a validných výsledkov.

Keďže fáza brainstormingu bola anonymná, údaje o zložení vzorky sme nezberali. Údaje o vzorke vo fáze triedenia a hodnotenia sa nachádzajú v Tabuľke 1.

Tabuľka 1 – Charakteristika účastníkov štúdie (fáza triedenia a hodnotenia)

| | N | % | |
|-----------------------------|-----|--------|---------|
| Pohlavie | | | |
| Ženy | 31 | 77,5 % | |
| Muži | 9 | 22,5 % | |
| Dosiahnuté vzdelanie | | | |
| Základné | 1 | 2,5 % | |
| Stredoškolské | 6 | 15 % | |
| Vysokoškolské | 33 | 82,5 % | |
| Práca priamo s MRK | | | |
| Áno | 34 | 85 % | |
| Nie | 6 | 15% | |
| | Min | Max | Priemer |
| Vek | 27 | 59 | 42,5 |

Postup

Štandardný postup Mapovania konceptov pozostáva z piatich krokov: 1. príprava, 2. brainstorming, 3. triedenie a hodnotenie, 4. analýza a 5. interpretácia (Schröter a kol., 2012, Kane a Trochim, 2007).

1. Príprava

Štúdiu sme sa vzhľadom na epidemiologickú situáciu rozhodli realizovať online. Využili sme konferenčné hovory a platformu Groupwisdom™. V prípravnej fáze sme formulovali výskumnú otázku: „Čo je potrebné urobiť, aby sa vyrovnali šance detí z marginalizovaných rómskych komunít na zdravý vývin v ranom detstve v porovnaní s majoritnou populáciou?“. Túto otázku sme najskôr testovali v rámci výskumného tímu. Identifikovali a oslovili sme potencionálne účastníčky a účastníkov a dohodli sa na časovom rámci. Pred začiatkom zberu dát sme zorganizovali konferenčný hovor, na ktorom sa zúčastnil výskumný tím a účastníčky a účastníci, a na ktorom boli predstavené ciele a postup Mapovania konceptov. Hlavným cieľom tohto rozhovoru bolo zabezpečiť, aby všetky účastníčky a účastníci jednoznačne chápali zámer a priebeh štúdie.

2. Brainstorming

Fáza brainstormingu prebiehala online prostredníctvom online platformy Groupwisdom™. Účastníckam a účastníkom sme položili výskumnú otázku: „Čo je potrebné urobiť, aby sa vyrovnali šance detí z marginalizovaných rómskych komunít na zdravý vývin v ranom detstve v porovnaní s majoritnou populáciou?“ a požiadali sme ich, aby vygenerovali čo najviac odpovedí. Výsledkom bolo 178 návrhov. Keďže niektoré odpovede obsahovali viac ako jeden návrh opatrení a niektoré návrhy sa opakovali, zoznam návrhov sme zredukovali tak, aby každá položka obsahovala iba jeden návrh a aby sa žiadne návrhy neopakovali. Touto syntézou sme získali finálny zoznam 90 opatrení (Príloha 1). Tento zoznam sme následne zaslali účastníckam a účastníkom na kontrolu a komentovanie.

3. Triedenie a hodnotenie

Vo fáze triedenia a hodnotenia sme účastníčky a účastníkov požiadali o roztriedenie návrhov do skupín tak, aby boli v každej skupine výroky, ktoré spolu obsahom a významom súvisia. Pre každú skupinu mali zároveň navrhnúť čo najvýstižnejší názov podľa tém, ktoré majú jednotlivé návrhy v skupine spoločné.

Následne mali za úlohu ohodnotiť jednotlivé návrhy na 7-bodovej škále podľa dvoch kritérií: naliehavosť (1 – vôbec nie je naliehavé, 7 – veľmi naliehavé) a uskutočniteľnosť (1 – veľmi ťažko uskutočniteľné, 7 – veľmi ľahko uskutočniteľné).

4. Analýza

Na analýzu sme použili platformu Groupwisdom™. Dáta z triedenia boli analyzované Multidimenzionálnym škálovaním, ktorého výstupom je tzv. Bodová mapa. V rámci tejto mapy sú opatrenia zakreslené na základe toho, ako ich účastníčky a účastníci zoskupovali (tie, ktoré boli často triedené spolu, boli umiestnené blízko seba) (Vives-Cases a kol., 2017). Následne boli na základe Hierarchickej klastrovej analýzy vygenerované tzv. Klastrové mapy, kde boli opatrenia zoskupené do klastrov na základe ich vzájomnej blízkosti v Bodovej mape (Vives-Cases a kol., 2017). Zistenia z týchto analýz sme diskutovali vo výskumnom tíme, v súlade s metodikou Mapovania konceptov (Kane a Trochim, 2007). Zvolili sme finálne klastrové riešenie, identifikovali témy v rámci každého z klastrov a priradili názvy klastrov a tém podľa obsahu v nich zoskupených návrhov. Vo vygenerovaných Klastrových-ratingových mapách je zohľadnené už aj hodnotenie naliehavosti a uskutočniteľnosti jednotlivých návrhov. Viac vrstiev naznačuje vyššiu naliehavosť a uskutočniteľnosť. Na identifikáciu prioritných opatrení, pre ktoré bola vygenerovaná Go-zone mapa, boli použité priemery hodnotenia naliehavosti a uskutočniteľnosti pre každé opatrenie spoločne s kombinovaným skóre naliehavosti a uskutočniteľnosti. Táto mapa predstavuje X-Y graf, ktorý porovnáva položky naprieč dvoma hodnotiacimi kritériami, a je rozdelená do kvadrantov nad a pod priemernou hodnotou každej hodnotiacej premennej (Bosáková a kol., 2019).

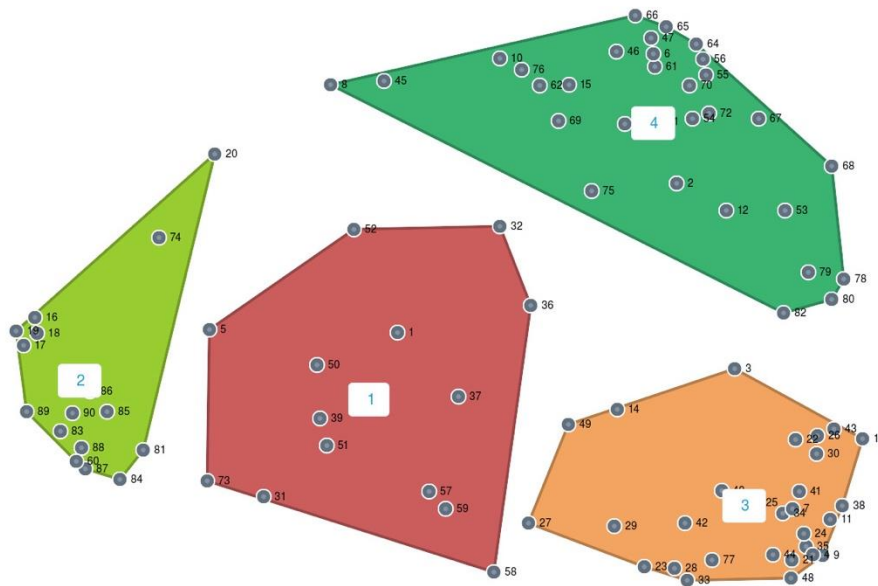
5. Interpretácia

Výstupy analýzy sme odprezentovali skupine 17 profesionálok a profesionálov, s ktorými sme následne diskutovali o prioritných návrhoch opatrení v tzv. Go-zone.

Výsledky

Vo fáze brainstormingu vyprodukovali účastníčky a účastníci spolu 178 návrhov opatrení, z ktorých po syntéze vznikol zoznam 90 unikátnych návrhov. Návrhy roztriedili do 3 až 13 skupín, z ktorých sme vybrali najkonzistentnejšie 4-klastrové riešenie, obsahujúce tieto štyri skupiny opatrení: 1. Verejné zdroje inštrumentálnej podpory, 2. Zlepšovanie životných podmienok, 3. Kvalita a dostupnosť zdravotnej starostlivosti a 4. Komunitné intervencie zamerané na prenos kultúrneho kapitálu. Toto riešenie je zobrazené na Obrázku 1. Každý bod na obrázku predstavuje jeden konkrétny návrh opatrenia. Vzdialenosť medzi dvomi bodmi určuje, ako často dávali

účastníčky a účastníci tieto návrhy do spoločnej skupiny. Každý klaster zoskupuje navrhované opatrenia, ktoré na základe triedenia účastníčok a účastníkov spolu súvisia. Veľkosť klastrov (skupín) naznačuje veľkosť vytvorených konceptov, čím väčší klaster, tým väčší koncept.



Obrázok 1- Klastrová bodová mapa - finálne riešenie so 4 skupinami opatrení

Vysvetlivky: 1 = klaster 1 – Verejné zdroje inštrumentálnej podpory; 2 = klaster 2 – Zlepšovanie životných podmienok; 3 = klaster 3 – Kvalita a dostupnosť zdravotnej starostlivosti; 4 = klaster 4 – Komunitné intervencie zamerané na transfer kultúrneho kapitálu.

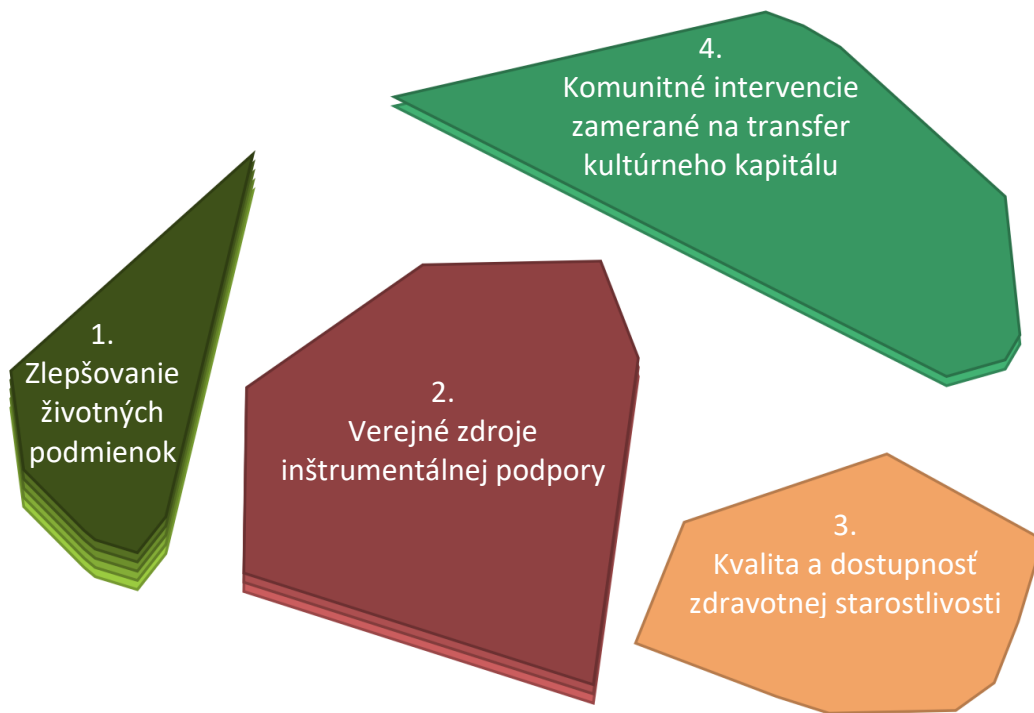
V každej skupine boli identifikované aj tzv. podtémy, ktoré pre prehľadnosť uvádzame v Tabuľke 2. V klastri 1 – Verejné zdroje inštrumentálnej podpory, to boli a) Finančné a inštitucionálne rámce a b) Nástroje inštrumentálnej podpory. Tento klaster obsahoval opatrenia znižujúce prekážky v prístupe k službám, poskytovanie financovania programom zameraným na deti žijúce v MRK a poskytovanie základného vybavenia a adekvátnej výživy. V klastri 2, Zlepšovanie životných podmienok, sme identifikovali podtémy a) Prístup ku zamestnaniu, b) Prístup ku bývaniu a c) Prístup k základnej infraštruktúre. V tomto klastri sa nachádzali opatrenia zamerané na základné potreby ako sú bývanie, zdravé životné prostredie a zamestnanie rodičov. Klaster 3, Kvalita a dostupnosť zdravotnej starostlivosti, obsahuje podtémy a) Prenatálnej starostlivosti, b) Perinatálnej starostlivosti, c) Postnatálnej starostlivosti, d) Pediatrickej starostlivosti, e) Reprodukčného zdravia a f) Terénnej zdravotnej starostlivosti. Klaster 4 reprezentuje Komunitné intervencie zamerané na transfer kultúrneho kapitálu a obsahuje podtémy, resp. odpovede na otázky a) Kto by sa mal vzdelávať, b) Kým by

mal byť vzdelávaný, c) Kde by sa toto vzdelávanie malo uskutočňovať, d) Ako by malo vzdelávanie prebiehať a e) Čo by malo byť obsahom vzdelávania.

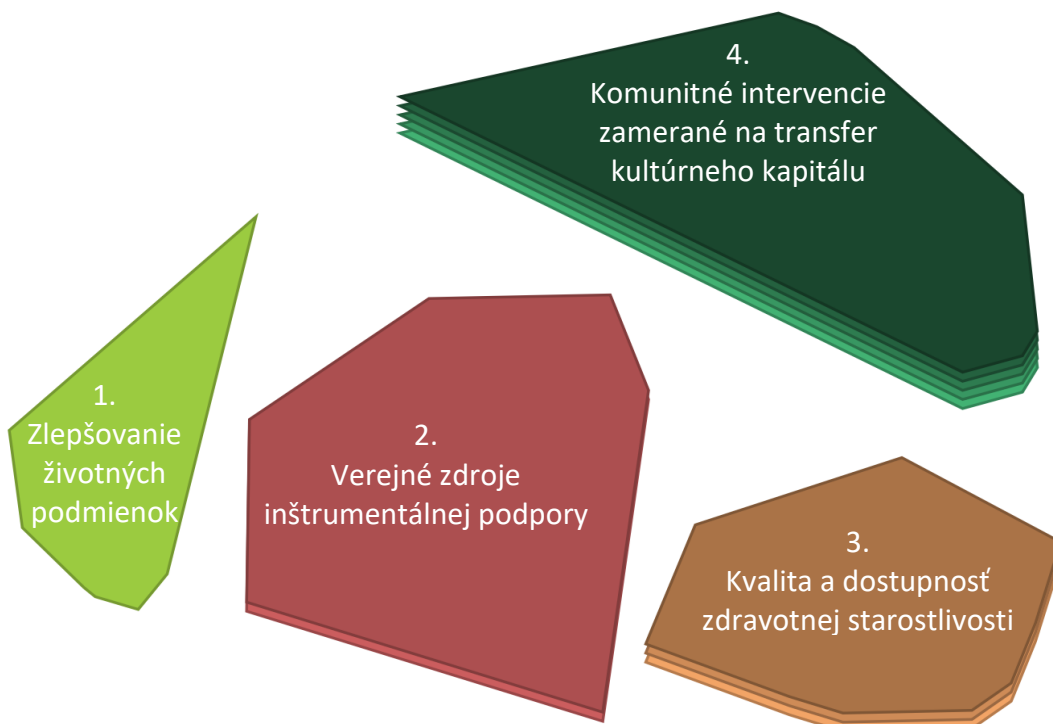
Tabuľka 2. Klastre opatrení a intervencií zameraných na zlepšovanie zdravia a vývinu v ranom detstve v MRK podľa profesionálok a profesionálov pracujúcich s cieľovou populáciou.

| Číslo a názov klastra | Identifikované podtémy |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Verejné zdroje inštrumentálnej podpory | <ol style="list-style-type: none"> 1. Finančné a inštitucionálne rámce 2. Nástroje inštrumentálnej podpory |
| 2. Zlepšovanie životných podmienok | <ol style="list-style-type: none"> 1. Prístup k príjmu 2. Prístup k bývaniu 3. Prístup k základnej infraštruktúre |
| 3. Kvalita a dostupnosť zdravotnej starostlivosti | <ol style="list-style-type: none"> 1. Prenatálna starostlivosť 2. Perinatálna starostlivosť 3. Postnatálna starostlivosť 4. Pediatrická starostlivosť 5. Reprodukčné zdravie 6. Terénna zdravotná starostlivosť |
| 4. Komunitné intervencie zamerané na transfer kultúrneho kapitálu | <ol style="list-style-type: none"> 1. Komunitné intervencie zamerané na transfer kultúrneho kapitálu 2. Kým by mal byť vzdelávaný 3. Kde by sa toto vzdelávanie malo uskutočňovať 4. Ako by malo vzdelávanie prebiehať 5. Čo by mal byť obsahom vzdelávania. |

Výsledky hodnotenia naliehavosti a uskutočniteľnosti jednotlivých klastrov sú zobrazené prostredníctvom Klastrovej ratingovej mapy, (Obrázky 3 a 4). V Klastrovej ratingovej mape (Obrázky 3 a 4) značí viac vrstiev vyššie hodnotenie, teda väčšiu naliehavosť a väčšiu uskutočniteľnosť jednotlivých skupín opatrení. Účastníčky a účastníci považovali za najnaliehavejšiu skupinu opatrení reprezentovanú v klasteri 2, teda *Zlepšovanie životných podmienok*. Ako najmenej naliehavý hodnotili klaster 3, *Kvalita a dostupnosť zdravotnej starostlivosti*. Hodnotenie uskutočniteľnosti prinieslo opačné výsledky. Najnaliehavejší klaster 2 bol zároveň podľa účastníčok a účastníkov najmenej uskutočniteľný. Ako najuskutočniteľnejší bol vnímaný klaster 4, *Komunitné intervencie zamerané na transfer kultúrneho kapitálu*, ktorý však bol hodnotený ako menej naliehavý.

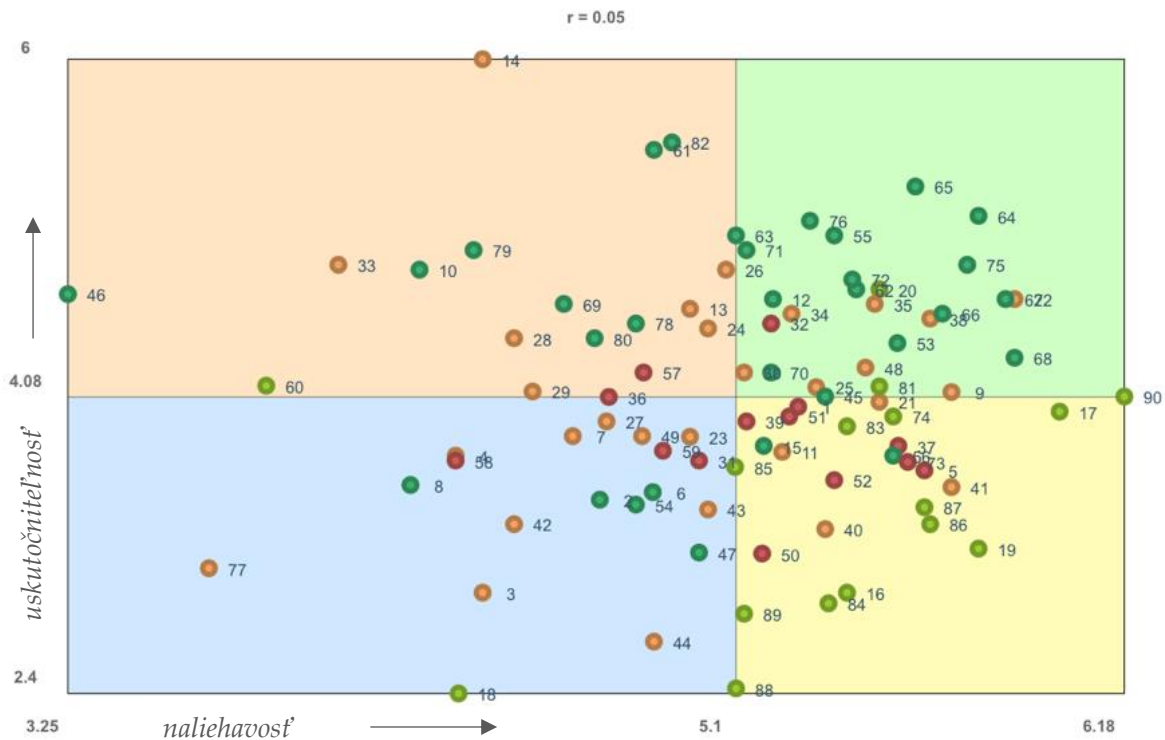


Obrázok 2 - Klastrová ratingová mapa naliehavosti



Obrázok 3 - Klastrová ratingová mapa uskutočniteľnosti

Výsledky hodnotenia naliehavosti a uskutočniteľnosti jednotlivých opatrení sú zobrazené pomocou Go-Zone mapy (Obrázok 2). Súčasne sme identifikovali aj tzv. prioritné opatrenia, teda také, ktoré sú podľa účastníčok a účastníkov najnaliehavejšie a zároveň najľahšie uskutočniteľné (Obrázok 2 – pravý horný kvadrant označený zelenou farbou). Farba jednotlivých bodov poukazuje na klaster, ku ktorému dané opatrenie patrí. Dohromady bolo identifikovaných 27 opatrení, ktoré boli následne diskutované na interpretačnom stretnutí (Tabuľka 3).



Obrázok 4 - Go-Zone mapa, naliehavosť a uskutočniteľnosť navrhovaných opatrení

Tabuľka 3 – Zoznam prioritných návrhov opatrení

| Číslo klastru | Číslo návrhu | Znenie návrhu opatrenia |
|---------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. | 9. | Zabezpečiť reálnu zdravotnú starostlivosť v obvodných pediatrických ambulanciách. Veľa detí z MRK nie je v sledovaní pediatra a zdravotné problémy ich rodičia riešia cestou pohotovostí. Prevencia u nich nie je dostupná. |
| 4. | 12. | Vytvoriť vzdelávacie programy pre odborníkov poskytujúcich ranú starostlivosť. |
| 2. | 20. | Realizovať mediálne kampane zamerané na zmenu postojov majority voči MRK, scitlivovanie verejnej mienky, kritické myslenie, hoaxy a dezinformácie. |
| 3. | 22. | Zlepšiť dostupnosť antikoncepcie. |
| 3. | 25. | Rómsky asistent v každej nemocnici, ako spojovací most medzi MRK a personálom. |
| 3. | 30. | Dôkladnejšia práca s matkami v poradniach, napr. prostredníctvom zdravotných sestier. |
| 1. | 32. | Posilnenie kapacít vyškolených sociálnych pracovníkov a pracovníčok v teréne, ktorí poznajú zvyky, kultúru a mentalitu MRK. |
| 3. | 34. | Zabezpečiť asistentky v pôrodniciach, ktoré by podali informácie k prvej starostlivosti o dieťaťo, laktačné poradenstvo, životospráve. |
| 3. | 35. | Pracovať s pediatriami, podporovať realizáciu skríningov, odosielanie k špecialistom pri podozreniach na vývinové oneskorenia. |
| 3. | 38. | Podporovať prítomnosť zdravotníckych asistentov v MRK a ich spoluprácu s pediatriami, aby zaškolovali matky v oblasti správneho rozoznávania potreby návštevy obvodného lekára a volania záchranej služby, o správnom podávaní a dávkovaní liekov, prvej pomoci pri život ohrozujúcich stavoch a o potrebách dieťaťa. |
| 4. | 45. | Učiť príslušníkov MRK hospodáriť s peniazmi, zvyšovať ich finančnú gramotnosť a učiť ich samostatnosti. |
| 3. | 48. | Zabezpečiť prístup rómskych detí k lepšej preventívnej starostlivosti, ktorá odfiltruje vrodené problémy, s ktorými sa dá začať okamžite pracovať. |
| 4. | 53. | Individuálna podpora, vzdelávanie a osвета v domácnostiach tehotných žien v oblasti starostlivosti o vlastné zdravie a |

| | | |
|----|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | zdravie ešte nenarodeného dieťaťa (zdravý životný štýl, užívanie návykových látok) s využitím zážitkových metód. |
| 4. | 55. | Vzdelávacie stretnutia – besedy, prednášky, zaujímavé aktivity pre tehotné ženy a budúcich otcov z MRK (napr. v spolupráci s Asistentami Podpory Zdravia) za aktívnej účasti detského lekára a gynekológa zameraných na prenatálnu starostlivosť žien, význam šesťonedelia, starostlivosť o novorodenca, psychomotorický vývin, správnu výživu, hygienu. Praktické ukážky na spoločných stretnutiach. |
| 4. | 62. | Rozšíriť pôsobnosť komunitných centier, aby v nich mohli matky s deťmi tráviť čas ako alternatívu k predškolskému vzdelávaniu. |
| 4. | 64. | Vzdelávanie a osвета mladistvých o reprodukčnom zdraví na školách v spolupráci s asistentmi/kami podpory zdravia. |
| 4. | 65. | Vzdelávanie a osвета mladistvých o reprodukčnom zdraví v rámci komunitných centier. |
| 4. | 66. | Pripraviť programy vzdelávania, mentoringu a motivačné programy pre mladých zo základných škôl s cieľom ukázať alternatívu k skorému rodičovstvu. |
| 4. | 67. | Plošné vzdelávanie v oblasti pripravenosti na budúce rodičovstvo a o zdravom prenatálnom vývine. |
| 4. | 68. | Plošné vzdelávanie v oblasti reprodukčného zdravia zabezpečujúce prevenciu pred neželaným otehotnením, ale aj o pripravenosti na budúce rodičovstvo a zdravom prenatálnom vývine. |
| 4. | 70. | Vytvoriť vzdelávacie programy pre rodičov vrátane otcov zamerané na starostlivosť o deti v ranom veku (s obsahom napr. podpora rodičovských kompetencií, starostlivosť, vývin, výživa, rozvoj detí bez finančne náročných vzdelávacích pomôcok, zážitkové učenie, citová väzba, prvky Montessori pedagogiky, čítanie a spievanie s deťmi, hra, kreslenie, výroba jednoduchých hračiek a pod.). |
| 4. | 71. | Podporovať rodičovské kluby, kde sa stretávajú rodičia či už na báze svojpomoci a podporujú sa vzájomne, vymieňajú si skúsenosti, alebo na báze podporných skupín s odborníkmi, typu pediatri, laktačné poradkyne, pracovníci centier včasnej intervencie. |

| | | |
|----|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. | 72. | Podpora a vzdelávanie rodičov o rodičovských zručnostiach, starostlivosti o dieťa a výžive dieťaťa terénymi pracovníkmi v prirodzenom domácom prostredí. |
| 4. | 75. | Podporovať projekty, kde ženy priamo z komunity prichádzajú do rodín a pracujú s deťmi. |
| 4. | 76. | Zapájať do realizácie programov pre rodičov najmä ľudí z komunity, vrátane ich zaškoľovania a prípravy. |
| 2. | 81. | Umožniť prístup k vode a hygiene - cez komunitné centrá alebo miestne úrady - formou odpracovania "poplatku" za vodu a pod. |
| 2. | 90. | Zlepšiť prístup k bývaniu formou mikropôžičiek na svojpomocnú výstavbu nových bytov/domov. |

Interpretácia

Na základe výsledkov analýz sme, v súlade s metodikou, s užšou skupinou účastníčok a účastníkov diskutovali, kto by mal byť zodpovedný za uvedenie navrhovaných prioritných opatrení z Go-Zóny do praxe a ako by malo toto uvedenie do praxe prebiehať. V nasledujúcej časti približujeme výsledky diskusie o jednotlivých návrhoch prioritných opatrení. Niektoré položky boli interpretované individuálne, iné v skupinách, ak spolu úzko tematicky súvisia.

53. Individuálna podpora, vzdelávanie a osвета v domácnostiach tehotných žien v oblasti starostlivosti o vlastné zdravie a zdravie ešte nenarodeného dieťaťa (zdravý životný štýl, užívanie návykových látok) s využitím zážitkových metód.

Interpretačná skupina videla pri tomto opatrení priestor pre Asistentky a asistentov podpory zdravia (APZ), ktorí sú už teraz prítomní v teréne a ktorí poskytujú individuálnu osvetu v domácnostiach v MRK. APZ majú výhodu v tom, že sú už zabehnutou službou v komunitách, často samy/i z komunity pochádzajú, zdieľajú s cieľovou skupinou jazyk, poznajú detailne situáciu tej-ktorej rodiny a v komunitách si už získali rešpekt. Keďže ide o veľmi citlivé témy, „peer“ vzdelávanie poskytované niekým z komunity by mohlo prekenuť mnohé bariéry. Za prínosnú bola vnímaná aj možná spolupráca s RÚVZ. Dôraz by mal byť pri tomto opatrení kladený na nedirektívnosť, podanie informácie zaujímavým spôsobom a na spätnú väzbu od samotných tehotných žien, ako aj od zdravotníkov, ktorí sledujú zdravotný stav ich, aj ich detí. APZ však nepôsobia vo všetkých komunitách a preto je dôležité hľadať iné pomáhajúce profesie, ktoré by mohli takúto formu individuálnej pomoci poskytovať. Jedna z možností, ktorú navrhovala interpretačná skupina, by bolo znovuzavedenie terénnych zdravotných sestier. Za veľmi dôležité považovali, aby bola táto služba

poskytovaná niekým, kto má geograficky blízko k cieľovej populácii. Zodpovednosť za tréning, zamestnávanie a financovanie tejto služby by mal na seba prevziať štát, aby mohlo ísť o skutočne celoplošnú službu. Interpretačná skupina však identifikovala problém, ktorým je nastavovanie príliš prísnych kvalifikačných kritérií na to, kto môže takúto činnosť vykonávať. Na jednej strane tu proti sebe stojí snaha zabezpečiť kvalitu služby a na druhej strane vylúčenie mnohých ľudí z terénu, pre ktorých sa kvalifikačné predpoklady stali bariérou. Ako jedno z možných riešení vnímali spoluprácu človeka z terénu a zdravotnej sestry alebo pediatričky/a, pričom jeden by mal výhodu väčšej blízkosti k cieľovej skupine a druhý by zas garantoval odbornosť.

64. *Vzdelávanie a osвета mladistvých o reprodukčnom zdraví na školách v spolupráci s asistentkami/mi podpory zdravia.*

65. *Vzdelávanie a osвета mladistvých o reprodukčnom zdraví v rámci komunitných centier.*

66. *Pripraviť programy vzdelávania, mentoringu a motivačné programy pre mladých zo základných škôl s cieľom ukázať alternatívu k skorému rodičovstvu.*

67. *Plošné vzdelávanie v oblasti pripravenosti na budúce rodičovstvo a o zdravom prenatálnom vývine.*

68. *Plošné vzdelávanie v oblasti reprodukčného zdravia, zabezpečujúce prevenciu pred neželaným otehotnením, ale aj o pripravenosti na budúce rodičovstvo a zdravom prenatálnom vývine.*

70. *Vytvoriť vzdelávacie programy pre rodičov vrátane otcov zamerané na starostlivosť o deti v ranom veku (s obsahom napr. podpora rodičovských kompetencií, starostlivosť, vývin, výživa, rozvoj detí bez finančne náročných vzdelávacích pomôcok, zážitkové učenie, citová väzba, prvky Montessori pedagogiky, čítanie a spievanie s deťmi, hra, kreslenie, výroba jednoduchých hračiek a pod.).*

72. *Podpora a vzdelávanie rodičov o rodičovských zručnostiach, starostlivosti o dieťa a výžive dieťaťa terénnymi pracovníkmi v prirodzenom domácom prostredí.*

71. *Podporovať rodičovské kluby, kde sa stretávajú rodičia ci už na báze svojpomoci a podporujú sa vzájomne, vymieňajú si skúsenosti, alebo na báze podporných skupín s odborníkmi, typu pediatri, laktáčne poradkyne, pracovníci centier včasnej intervencie.*

55. *Vzdelávacie stretnutia – besedy, prednášky, zaujímavé aktivity pre tehotné ženy a budúcich otcov z MRK (napr. v spolupráci s Asistentami Podpory Zdravia) za aktívnej účasti detského lekára a gynekológa zameraných na prenatálnu starostlivosť žien, význam šestonedelia, starostlivosť o novorodenca, psychomotorický vývin, správnu výživu, hygienu. Praktické ukážky na spoločných stretnutiach.*

Pri týchto opatreniach diskutovali účastníčky a účastníci o tom, akú rolu by mala pri plošnom vzdelávaní zaujať škola, akú komunitné centrum, prípadne akí ďalší aktéri by doň mohli byť zapojení. Panovala zhoda na tom, že súčasné vzdelávanie v oblasti

sexuálneho a reprodukčného zdravia je nepostačujúce, prichádza neskoro, a ak je navyše realizované výkladovou formou zo strany učiteľov, tak je neefektívne. Otváranie kurikula a kurikulárne zmeny sú vhodnou príležitosťou na zmenu obsahu vzdelávania. Jedným z predostretých príkladov je napríklad model aplikovaný v Českej republike, kde takéto vzdelávanie realizujú súkromné spoločnosti, čo však so sebou nesie aspekt nejednotného obsahu vzdelávania a jeho kvality. Inou možnosťou je dochádzanie poradenských zamestnancov (napr. z centier pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie, teda CPPaP) priamo do škôl. Aj pri týchto opatreniach je dôležité, aby ich vykonával niekto, kto má vybudovaný vzťah s cieľovou populáciou, preto môže byť v individuálnych prípadoch nápomocné, ak je nositeľom vzdelávania práve učiteľ/ka, ktorého/ú deti poznajú. Riešením by mohlo byť, aby štát vyčlenil financie na tento typ opatrení a určil základné kritériá, ktoré ak by občianske združenia, školské kluby, terénni sociálni pracovníci, prípadne iné subjekty splnili, mohli by sa akreditovať a poskytovať takéto vzdelávanie v lokalite, kde pôsobia. Momentálny problém pri poskytovaní vzdelávania o reprodukčnom zdraví vo všetkých jeho aspektoch (fyzické, mentálne a sociálne) je v štiepení zodpovednosti a nedostatočnej komunikácii medzi rezortmi. Vytvorenie nadrezortnej stratégie sa objavilo medzi opatreniami navrhovanými vo fáze brainstormingu, bolo však hodnotené ako málo uskutočniteľné. Interpretačná skupina tiež poukázala na dôležitosť citlivého prístupu a na to, aby akékoľvek vzdelávacie aktivity nemali charakter vnucovania hodnôt a vzorcov správania skupine s iným kultúrnym pozadím (aby nemali kolonizátorský charakter). Ako funkčné tiež označili prizývanie odborníkov/kov (z Centier včasnej intervencie, pediatričiek/rov, regionálnych hygieničiek/ikov) do už fungujúcich programov, služieb a centier.

9. Zabezpečiť reálnu zdravotnú starostlivosť v obvodných pediatrických ambulanciách. Veľa detí z MRK nie je v sledovaní pediatra a zdravotné problémy rieši cestou pohotovostí. Prevencia u nich nie je dostupná.

38. Podporovať prítomnosť zdravotníckych asistentov v MRK a ich spoluprácu s pediatriami, aby zaškolovali matky v oblasti správneho rozoznávania potreby návštevy obvodného lekára a volania záchrannej služby, o správnom podávaní a dávkovaní liekov, prvej pomoci pri život ohrozujúcich stavoch a o potrebách dieťaťa.

48. Zabezpečiť prístup rómskych detí k lepšej preventívnej starostlivosti, ktorá odfiltruje vrodené problémy, s ktorými sa dá začať okamžite pracovať.

35. Pracovať s pediatriami, podporovať realizáciu skrýningov, odosielanie k špecialistom pri podozreniach na vývinové oneskorenia.

Za najvýznamnejšie problémy pri zabezpečovaní zdravotnej starostlivosti označila interpretačná skupina geografickú vzdialenosť od pediatickej ambulancie, zlé vzťahy

medzi rodičmi a poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a nedôveru rodičov v poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Práca, ktorú robí APZ, napomáha prekonávať niektoré z bariér spôsobených vyššie uvedenými problémami.

Zdravotnú starostlivosť môžeme rozdeliť na dve základné zložky: preventívnu zdravotnú starostlivosť a kuratívnu zdravotnú starostlivosť. Pri preventívnej zdravotnej starostlivosti existuje už dnes povinnosť absolvovať preventívne prehliadky v konkrétnom týždni/mesiaci života dieťaťa, ktorá ak nie je splnená, poisťovňa neprepláca úkony pre daného pacienta, čím vzniká motivácia aj na strane poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Pediatrička, ktorá bola súčasťou interpretačnej skupiny ocenila vznik štandardu pre hodnotenie psychomotorického vývinu, avšak aj pri tomto štandarde podľa nej existujú problematické body, súvisiace s vysvetľovaním jednotlivých položiek rodičom, s porozumením a s asistovaným vyplňaním. Ako problém tiež uviedla, že ak aj identifikujú dieťa ako rizikové z hľadiska omeškaní alebo odchýlok vo vývine, a odkážu ho na vyšetrenie ku špecialistovi, nie vždy rodič na toto vyšetrenie ide.

Pri kuratívnej zdravotnej starostlivosti identifikovala interpretačná skupina problém s objednávaním sa, ktorý vzniká pre nedostatočný kredit na telefonovanie, prípadne častou zmenou telefónneho čísla rodičov detí z MRK. Niektorým pediatrom/ččkám sa tento problém darí prekonávať komunikáciou s rodičmi pacientov pomocou bezplatných služieb, ako napríklad prostredníctvom messengeru. APZ môžu tiež slúžiť ako kontaktné osoby, plnia funkciu mediátorov tam, kde už boli v minulosti narušené vzťahy medzi poskytovateľmi a rodičmi, zároveň dokážu vysvetliť pochopiteľnou formou predpísanú liečbu cieľovej populácii a v komunite majú rešpekt.

Jedným z navrhovaných riešení v Mapovaní konceptov bola terénna zdravotná starostlivosť, pri ktorej interpretačná skupina identifikovala problém transportu všetkého potrebného zdravotného vybavenia pre zabezpečenie štandardu zdravotnej starostlivosti a riešenia prípadných nežiadúcich účinkov a alergických reakcií na podávané lieky. Možným riešením by podľa interpretačnej skupiny mohlo byť zriadenie ordinácie pri obecnom úrade, prípadne pri komunitnom centre, kde by mohla pôsobiť komunitná zdravotná sestra, ktorá by zároveň robila triáž, pomáhala riešiť menej závažné zdravotné stavy a tie závažnejšie by odkazovala potom do starostlivosti lekára/ky. Súčasná legislatíva však neumožňuje využívať komunitné centrá na iné účely, než tie, ktoré sú im určené, ak boli budované zo štrukturálnych fondov. Interpretačná skupina tiež upozornila, že pri zlepšovaní geografickej dostupnosti dobudovávaním infraštruktúry treba dbať na to, aby nevznikali paralelné štruktúry a neprehlbovala sa segregácia medzi Rómami a nerómami, tieto služby by mali vznikať na úrovni obce a slúžiť všetkým obyvateľom obce.

V prípade bariér ku zdravotnej starostlivosti označila interpretačná skupina za jedno z možných riešení zriadenie sociálneho fondu, z ktorého by mohli byť refundované napríklad náklady na cestu k lekárovi.

Interpretačná skupina sa zhodla na preťažnosti kapacít pediatrov/ičiek, ktorá spôsobuje, že samotní pediatri/ičky nie sú schopní odkontrolovať dodržiavanie povinných preventívnych prehliadok.

V prípade, že sa pediater/rička rozhodne pre prax na dvoch miestach, aby tak znížil bariéru geografickej dostupnosti, musí sa vysporiadať s mnohými administratívnymi a legislatívnymi požiadavkami, ktoré môžu byť odradzujúce. Z toho dôvodu by sa mali legislatívne požiadavky nastaviť tak, aby neboli v prípade záujmu zlepšovať geografickú dostupnosť, poskytovatelia zdravotnej starostlivosti odradení a doby vybavenia všetkých potrebných administratívnych záležitostí skrátiť.

25. Rómsky asistent v každej nemocnici, ako spojovací most medzi MRK a personálom.

34. Zabezpečiť asistentky v pôrodniciach, ktoré by podali informácie k prvej starostlivosti o dieťaťo, laktčné poradenstvo, životospráva.

Podľa interpretačnej skupiny, ak je ponechaná možnosť zamestnania APZ v nemocnici na vedenie nemocnice, vedenie túto možnosť nevyužije, aj napriek tomu, že mu z toho nevyplýva žiadna finančná záťaž, a že týchto zamestnancov platí, školí a zamestnáva organizácia Zdravé regióny. Zavedenie takejto funkcie by teda malo byť organizované na úrovni štátu a nariadené buď plošne, alebo všade tam, kde je určité percento populácie zastúpené Rómami žijúcimi v sociálnom vylúčení.

30. Dôkladnejšia práca s matkami v poradniach napr. prostredníctvom zdravotných sestier.

Interpretačná skupina sa zhodla, že to, ako dôkladne sa s tehotnými mamičkami pracuje je individuálne a záleží od konkrétnych poskytovateľov, avšak ako problém uvádzali účastníčky a účastníci krátkosť doby vyhradenej pre preventívnu prehliadku ako aj to, že je v rámci preventívnej prehliadky veľmi úzko vymedzené, aké činnosti majú byť presne jej náplňou. Mnohí poskytovatelia zdravotnej starostlivosti tiež realizujú preventívne prehliadky čo najrýchlejšie, pretože nemajú kapacitu na dôkladnejšiu prácu s jednotlivými pacientkami.

22. Zlepšiť dostupnosť antikoncepcie.

Toto opatrenie interpretačná skupina nediskutovala z dôvodu zhodnotenia vlastnej nekompetentnosti v danej téme. Napriek tomu sme sa rozhodli priblížiť aspoň súčasnú situáciu týkajúcu sa dostupnosti antikoncepcie.

Dostupnosť antikoncepcie ovplyvňuje nakoľko sú ženy schopné plánovať svoje rodičovstvo, a ako psychologickú, tak aj materiálnu pripravenosť na rodičovstvo. Ak ženy nemajú prístup k antikoncepcii, zvyšuje sa riziko neželaných tehotenstiev,

v podmienkach generačnej chudoby majú potom matky viac detí než pre koľko by sa rozhodli, čo priamo znižuje ich kapacitu naplňať vlastné ideály o rodičovstve a starostlivosti. Dostupná antikoncepcia znižuje tiež zdravie ohrozujúce praktiky, po ktorých siahajú ženy, ktoré zažívajú bariéry v prístupe k plánovanému rodičovstvu, aby prerušili neželané tehotenstvá. Tieto praktiky ohrozujú ako ich zdravie, tak aj zdravie ich nenarodených detí.

Na Slovensku momentálne môže antikoncepciu predpísať gynekológ, prípadne detský gynekológ. Hormonálna antikoncepcia môže byť pacientke do 18 rokov na základe slovenskej legislatívy predpísaná len so súhlasom rodiča alebo zákonného zástupcu, aj keď podľa legislatívy EÚ je možné adolescentným pacientkám predpísať antikoncepciu aj bez súhlasu zákonného zástupcu.

Gynekológovia/ičky ako aj farmaceuti/ky si môžu na Slovensku uplatňovať výhradu svedomia, na základe ktorej nemusia predpísať, zaviesť alebo vydať antikoncepciu alebo vykonať sterilizáciu alebo umelé prerušenie tehotenstva, o ktoré si pacientka zažiada, ak je to v rozpore s ich svedomím alebo s náukou viery. V prípade, že žena žije v geograficky odľahlej lokalite a pediater/rička, ktorého navštevuje, sa rozhodne uplatniť výhradu svedomia, môže sa pre takúto ženu stať antikoncepcia úplne nedostupnou.

Ďalšou bariérou v prístupe k antikoncepcii je aj jej finančná nedostupnosť pre ženy zažívajúce chudobu. Momentálna legislatívna úprava neumožňuje hradenie antikoncepčných metód zo zdravotného poistenia, celá suma leží teda na pleciach pacientiek. Pre mnohé ženy žijúce v marginalizovaných rómskych komunitách ide o neúnosnú finančnú záťaž.

12. Vytvoriť vzdelávacie programy pre odborníkov poskytujúcich ranú starostlivosť.

32. Posilnenie kapacít vyskolených sociálnych pracovníkov a pracovníčok v teréne, ktorí poznajú zvyky, kultúru a mentalitu MRK.

Interpretačná skupina pri týchto položkách diskutovala najmä o tom, kto sú poskytovatelia ranej starostlivosti, včasnej intervencie a sociálnej práce v MRK. Pri týchto položkách sa ukázala nejednotnosť pri používaní pojmov a absencia jasného vymedzenia činností jednotlivých odborníkov/ičok. Závažným problémom je štiepenie kompetencií medzi rezortmi školstva, zdravotníctva a sociálnych vecí a rodiny, čím sa rezorty zbavujú čiastkovej zodpovednosti. V téme raného detstva však nie je možné oddeliť od seba jednotlivé formy pomoci a podpory a preto je nevyhnutná spolupráca všetkých rezortov, ktorá by mohla byť zabezpečená vytvorením a prijatím už spomínanej nadrezortnej stratégie. V súčasnosti je sieťovanie jednotlivých aktérov zabezpečované prevažne neziskovým sektorom na lokálnej úrovni a závisí od snáh jednotlivcov, než aby zaň prebrali zodpovednosť štátne inštitúcie.

Akokoľvek vzdelávanie týkajúce sa ranej starostlivosti a špeciálne ranej starostlivosti v MRK by malo mať garanta, ktorý bude zabezpečovať obsah a kvalitu vzdelávania. Do školení týkajúcich sa zvykov, kultúry a mentality by mali byť zapojení samotní Rómovia/ky, ktorí dokážu hodnovernejšie sprostredkovať informácie o špecifikách života v rómskych komunitách.

45. Učiť príslušníkov MRK hospodáriť s peniazmi, zvyšovať ich finančnú gramotnosť a učiť ich samostatnosti.

Príkladmi dobrej praxe, ktoré zazneli na interpretačnom stretnutí, boli projekty Aflatoun, FinQ a Proxikova akadémia. Interpretačná skupina navrhla inšpirovať sa príkladmi dobrej praxe. Napríklad projekt Aflatoun pracuje už s deťmi v materských školách, kde je jeho hlavným cieľom osobnostný a sociálny rozvoj spojený s neskoršou finančnou gramotnosťou. Projekt FinQ je program zameraný na učenie žiakov a žiakov ZŠ a SŠ, ako sa správne rozhodovať v kontexte financií. Proxikova akadémia je vzdelávací projekt, určený primárne pre deti predškolského veku.

62. Rozšíriť pôsobnosť komunitných centier, aby v nich mohli matky s deťmi tráviť čas ako alternatívu k predškolskému vzdelávaniu.

Pri tomto opatrení identifikovala interpretačná skupina ako bariéru legislatívne vymedzenie činností komunitných centier. Na to, aby mohla byť rozšírená pôsobnosť komunitných centier, musela by nastať legislatívna zmena Zákona o sociálnych službách.

75. Podporovať projekty, kde ženy priamo z komunity prichádzajú do rodín a pracujú s deťmi.

76. Zapájať do realizácie programov pre rodičov najmä ľudí z komunity, vrátane ich zaškolenia a prípravy.

Pri diskutovaní vzdelávacích aktivít vyvstala otázka legitimacy vzdelávacích opatrení a intervencií v MRK. Podľa interpretačnej skupiny musíme citlivo definovať ciele, ktoré chceme dosiahnuť a čo chceme rodinám ponúknuť „bez toho, aby sme ich kolonizovali víziami a životným štýlom“ privilegovanej väčšinovej populácie. Aby mohli byť naplnené tieto opatrenia, interpretačná skupina sa zhodla na potrebe vytvorenia grantových schém na celonárodnej úrovni.

Bola tiež zdôraznená potreba nielen projektov, ale aj ich evaluácií.

81. Umožniť prístup k vode a hygiene - cez komunitné centrá alebo miestne úrady - formou odpracovania "poplatku" za vodu a pod

Pri tomto opatrení sa interpretačná skupina zhodla na tom, že takáto formulácia má reštriktívny charakter. Prístup k vode je základné ľudské právo a pri budovaní

infraštruktúry by mala byť zachovaná variabilita prístupov vzhľadom na lokálne špecifiká samospráv a lokalít.

90. *Zlepšiť prístup k bývaniu formou mikropožičiek na svojpomocnú výstavbu nových bytov/domov.*

Zlepšovanie životných podmienok považovala interpretačná skupina za kľúčový predpoklad úspešnej realizácie všetkých druhov vzdelávacích a osvetových intervencií. Vzdelávanie a osвета v prostredí charakterizovanom nevhodným bývaním, nedostatkom tečúcej pitnej vody a nestabilným príjmom bola vnímaná ako „čerešnička na torte, ktorá neexistuje“. Zdôraznila sa potreba aktívneho zapojenia samospráv a vyšších územných celkov. Umožňuje to v nasledujúcom programovom období žiadosť o štrukturálne fondy a z pozície Úradu splnomocnenca vlády SR pre rómske komunity je to jedna z priorit.

20. *Realizovať mediálne kampane zamerané na zmenu postojov majority voči MRK, scitlivovanie verejnej mienky, kritické myslenie, hoaxy a dezinformácie.*

Potreba zmeny spoločenského diskurzu o marginalizovaných Rómoch sa prelínala celou diskusiou interpretačnej skupiny. Mediálne kampane, ktoré boli účastníkmi mapovania konceptov hodnotené ako naliehavé aj uskutočniteľné, neboli interpretačnou skupinou vnímané ako najmocnejší nástroj pre scitlivovanie majoritnej populácie. Interpretačná skupina vníma väčší zmysel vo vzdelávaní na všetkých úrovniach, s cieľom odstraňovať predsudky a stereotypy.

Príloha 1 – Finálny zoznam všetkých položiek podľa klastrov

Klaster 1 – Verejné zdroje inštrumentálnej podpory

Podtémy: Finančné a inštitucionálne rámce a Nástroje inštrumentálnej podpory.

1 Zavedenie inštitútu rómskeho asistenta (aspoň na telefóne) a vytvorenie siete/databázy takýchto asistentov, na ktorých sa môže v prípade potreby obrátiť akákoľvek inštitúcia, kde je komunikácia elementárnou podmienkou úspešnej intervencie - materská a základná škola, ambulancie prvého kontaktu, nemocnice, zariadenia náhradného domova, azylové domy, mestská a štátna polícia, a pod.

31 Zvýšiť množstvo kontrol zo strany sociálne-právnej ochrany detí, mapovanie starostlivosti o dieťa v období pred a po pôrode, dozor nad rodinami s deťmi, pravidelná návšteva rodín.

32 Posilnenie kapacít vyškolených sociálnych pracovníkov a pracovníčok v teréne, ktorí poznajú zvyky, kultúru a mentalitu MRK.

36 Zaviesť do prostredia zariadení pre deti vo veku 0 - 6 rokov pozície rodičovských asistentov/dôverníkov, ktorí by pomáhali premošťovať potreby/bariéry rodiny s obsahom náplne týchto inštitúcií.

37 Zabezpečiť štátom platených rómskych terénnych asistentov v každej MRK, aby bolo dieťa podchytené už pri príchode z pôrodnice a následne sledované, aby rodičia boli sledovaní, či má dieťa zdravotnú poisťovňu, rodný list, obvodného pediatra, preventívne prehliadky. Realizovať dohľad nad rodinami

39 Vytvoriť grantový program na podporu mimovládnych organizácií poskytujúcich terénnu ranú starostlivosť.

50 Finančne a inštitucionálne podporiť Centrá včasnej intervencie a vytvoriť regionálne dostupnú sieť centier, ktoré sú schopné poskytovať intervencie aj priamo v teréne a špecificky v MRK (rozšírenie siete, posilnenie ľudských zdrojov, technického a materiálneho zabezpečenia a stratégie ďalšieho rozvoja).

51 Garantovať právny nárok na prístup k službám ranej starostlivosti pre všetky deti v riziku (zdravotné, sociálne).

52 Vytvoriť nadrezortnú stratégiu vzdelávania a starostlivosti v ranom detstve ako medzisektorový a multidisciplinárny systém (v oblasti zosúladenia pracovného a rodinného života, zdravia, sociálnych služieb a vzdelávania), vrátane štandardov poskytovania ranej starostlivosti, systému monitoringu ich dodržiavania a naviazať na ňu systém financovania.

73 Zabezpečiť kontinuitu financovania programov ranej starostlivosti zo štátneho rozpočtu v rámci sociálnej politiky štátu napr. cez obecné podniky alebo Úrad splnomocnenca vlády pre rómske komunity.

5 Štát by mal zvýšiť celkovú alokáciu financií na oblasť vzdelávania, finančne podporiť vytváranie a chod programov pre deti do 3 rokov.

57 Štartovacie balíčky základnej výbavy pre novonarodené dieťa namiesto finančného príspevku pri narodení dieťaťa podmienené gynekologickými prehliadkami počas tehotenstva.

58 Zavedenie mliečnych desiat a prídeltov ovocia a zeleniny deťom do troch rokov prostredníctvom samospráv.

59 Príspevok na stravu pre tehotné ženy a matky detí do 3 rokov vo forme kupónov na mlieko, ovocie, zeleninu, náhrady materského mlieka, vitamíny (po vzore Veľkej Británie).

Klaster 2 – Zlepšovanie životných podmienok

Podtémy: *Prístup k príjmu, Prístup k bývaniu a Prístup k základnej infraštruktúre*

16 Zlepšiť prístup k príjmom u Rómskej populácie (zavádzaním programov chráneného zamestnávania v podnikoch, vzdelávaním na strane zamestnávateľov, vytváraním daňových zvýhodnení a motivačných bonusov).

17 Zvyšovať zamestnanosť Rómov cez sociálne podniky.

18 Zavedenie "povinnnej kvóty" pre zamestnávanie Rómov, podobne ako je to u zdravotne znevýhodnených a v prípade neplnenia požadovať náhradné plnenie vo forme finančnej podpory programov MVO, ktoré sa venujú problematike a supľujú štát.

19 Vytvárať čo najviac pracovných príležitostí pre rodičov, aby si mohli zvýšiť životnú úroveň.

20 Realizovať mediálne kampane zamerané na zmenu postojov majority voči MRK, scitlivovanie verejnej mienky, kritické myslenie, hoaxy a dezinformácie.

60 Vyplácanie rodičovského príspevku v týždenných intervaloch (nie raz mesačne).

74 Zamestnať ženy z komunit poskytujúce ranú starostlivosť na plný úväzok.

81 Umožniť prístup k vode a hygiene - cez komunitné centrá alebo miestne úrady - formou odpracovania "poplatku" za vodu a pod.

83 Vyjednávať so starostami o zabezpečení prístupu k pitnej vode, teplu, odvozu odpadu a pod.

84 Špeciálna legislatíva o prístupe k pitnej vode a legislatívne odstránenie prekážok pre vedenie infraštruktúry pre vodovodné siete vrátane zákona o odstránení všetkých prekážok pre prívod pitnej vody do všetkých domácností bez ohľadu na to, či ide o legálnu alebo nelegálnu stavbu.

85 Zaisťovať súčinnosť relevantných aktérov (obec, samosprávny kraj, súkromný sektor) pri odvoze odpadu.

86 Zaisťovať súčinnosť relevantných aktérov (obec, samosprávny kraj, súkromný sektor) pri budovaní infraštruktúry (voda, kanalizácia, inžinierske siete, cesty a chodníky).

87 Z úrovne vlády podporiť motiváciu obcí riešiť otázku bývania v MRK.

88 Zabezpečiť legalizáciu pozemkov.

89 Zabezpečiť výstavbu sociálnych bytov.

90 Zlepšiť prístup k bývaniu formou mikropôžičiek na svojpomocnú výstavbu nových bytov/domov.

Klaster 3 – Kvalita a dostupnosť zdravotnej starostlivosti

Podtémy: Prenatálna starostlivosť, Perinatálna starostlivosť, Pediatrická starostlivosť, Reprodukčné zdravie a Terénna zdravotná starostlivosť.

3 Zabezpečiť matkám po pôrode podporu a pomoc so staršími deťmi, domácnosťou a pod., aby sa mohli zregenerovať, a úspešne začať dojiť.

4 Zaviesť povinné poradne pre ženy na gynekologických ambulanciách. Zaviesť meranie alkoholu v krvi matiek. V prípade pozitívneho výsledku, udeľovať sankcie. Týmto opatrením sa predídve veľkému požitiu alkoholu matiek a taktiež možnému výskytu FAS (fetálny alkoholový syndróm).

7 Vytvoriť program zameraný na odstránenie anémie detí po vzore programov z WHO (včasná detekcia a manažment, podpora výživy a podávanie suplementov najmä u detí s nízkou pôrodnou hmotnosťou a tehotných žien a matiek s nízkym BMI, rutinná vakcinácia a odčervovanie, poradenstvo pre rodičov).

9 Zabezpečiť reálnu zdravotnú starostlivosť v obvodných pediatrických ambulanciách. Veľa detí z MRK nie je v sledovaní pediatra a zdravotné problémy rieši cestou pohotovostí. Prevencia u nich nie je dostupná.

11 Po pôrode hneď poskytnúť multidisciplinárnu podporu (zdravotná sestra spolu s lekárom, sociálny pracovník, terénny pracovník).

13 Realizovať vyšetrenie psychomotorického vývinu za účasti pracovníkov osvetly zdravia alebo za účasti pracovníčok poskytujúcich ranú starostlivosť.

14 Preložiť dotazník zameraný na vyšetrenie psychomotorického vývinu do jazyka národnostných menšín.

21 Zlepšiť dostupnosť prenatálnej starostlivosti tým, že príslušný obvodný lekár by mal povinnosť každú ženu zo svojho obvodu prijať do starostlivosti. Zabezpečiť pomoc terénnych pracovníkov v tomto procese, aby žena nemohla byť odmietnutá.

22 Zlepšiť dostupnosť antikoncepcie.

23 Žiadosť o určitú formu antikoncepcie/klientka si druh zvolí sama/ by mala byť súčasťou žiadosti o dávku v hmotnej núdzi. Zvolená forma antikoncepcie by nemala byť zadarmo ale za určitý symbolický poplatok primeraný druhu antikoncepcie.

24 V zdravotníctve zaviesť povinný kódex rovného a spravodlivého prístupu od personálu smerom k MRK.

25 Rómsky asistent v každej nemocnici, ako spojovací most medzi MRK a personálom.

26 Preškoliť lekárov a nemocničný personál o právach menšín a o komunikácii na odstránenie diskriminačného správania.

28 Urobiť výskum týkajúci sa pôrodnického násillia na rómskych ženách a porušovania ľudských práv rómskych žien a detí pri pôrode a hospitalizácii s cieľom odstrániť traumatizujúce a diskriminačné praktiky.

29 Na základe zákona ukončiť rozličné stigmatizujúce praktiky na pediatrických oddeleniach - napríklad holenie hláv rómskych detí, ktoré majú vši a podobne.

30 Dôkladnejšia práca s matkami v poradniach napr. prostredníctvom zdravotných sestier.

33 Umožniť ženám skorší odchod z pôrodnice s dieťaťom, ak to zdravotný stav dieťaťa umožňuje bez stigmatizácie a bez finančných bariér.

34 Zabezpečiť asistentky v pôrodniciach, ktoré by podali informácie k prvej starostlivosti o dieťaťo, laktačné poradenstvo, životospráva.

35 Pracovať s pediatrami, podporovať realizáciu skríningov, odosielanie k špecialistom pri podozreniach na vývinové oneskorenia.

38 Podporovať prítomnosť zdravotníckych asistentov v MRK a ich spoluprácu s pediatrami, aby zaškolovali matky v oblasti správneho rozoznávania potreby návštevy obvodného lekára a volania záchranej služby, o správnom podávaní a dávkovaní liekov, prvej pomoci pri život ohrozujúcich stavoch a o potrebách dieťaťa.

40 Zaviesť systém terénnej pediatickej a ošetrovateľskej činnosti.

41 Zavedenie terénnych sestier, ktoré by matky v domácnostiach navštevovali počas šestonedelia, učili a pomáhali s jednotlivými aspektami starostlivosti o novorodenca.

42 Na obecnej úrade alebo v komunitnom centre zriadiť ordináciu na určený čas v týždni (napr. ambulancia pre deti a dorast, gynekologická ambulancia).

43 Každodenné navštevovanie matiek v šestonedelí zdravotníckou asistentkou, ktorá matku týmto obdobím prevedie, doučí všetko potrebné, podporí.

44 Vytvoriť mobilné gynekologické, pediatrické a zubné ambulancie a tím zabezpečiť dodržiavanie prehliadok, očkovaní, potrebných vyšetrení aj vo vzdialených MRK.

48 Zabezpečiť prístup rómskych detí k lepšej preventívnej starostlivosti, ktorá odfiltruje vrodené problémy, s ktorými sa dá začať okamžite pracovať.

49 Zaviesť mobilnú službu, resp. terénnu službu včasnej intervencie, ktorá nebude zameraná len na zdravotné znevýhodnenie ale aj sociálne znevýhodnenie a prevenciu.

77 Vybudovať širokú sieť bánk materského mlieka.

27 Prijatť legislatívu brániacu pôrodnickemu násiliu.

Klaster 4 – Komunitné intervencie zamerané na prenos kultúrneho kapitálu

Podtémy: *Kto by mal byť vzdelávaný, Kým by mal byť vzdelávaný, Kde by toto vzdelávanie malo prebiehať, Ako by sa malo odohrávať a Čo by malo byť obsahom vzdelávania.*

2 Zaviesť a podporiť pôsobenie špeciálnych terénnych pedagógov pre deti vo veku do 3 rokov pod CPPPaP.

6 Vzdelávanie rómskych žien- matiek. Učiť ich samostatnosti, nezávislosti od partnera. Učiť ich remeslu aby sa vedeli začleniť po rodičovskej dovolenke do pracovného procesu. Počas MD a RD môžu prechádzať nejakým osobnostným výcvikom.

8 Budovanie komunitných záhrad. Viesť rodiny k pestovaniu plodín, čím zabezpečia zeleninu a ovocie pre seba aj deti.

10 Zabezpečiť zapožičiavanie vzdelávacích pomôcok do domácností s deťmi v MRK.

12 Vytvoriť vzdelávacie programy pre odborníkov poskytujúcich ranú starostlivosť.

15 Vytvárať prípravné triedy pre deti, ktoré sú mladšie (mohli by sa vytvárať napr. na úrovni komunitných centier), kde by s deťmi pracovali vyškolené pracovníčky a pripravili by ich na nástup do materskej školy.

45 Učiť príslušníkov MRK hospodáriť s peniazmi, zvyšovať ich finančnú gramotnosť a učiť ich samostatnosti.

46 Naučiť rodičov vyrobiť jednoduché hračky.

47 Dovzdelatť rodičov v slovenskom jazyku, viesť ich k rozprávaniu sa s deťmi, čítaniu.

53 Individuálna podpora, vzdelávanie a osveta v domácnostiach tehotných žien v oblasti starostlivosti o vlastné zdravie a zdravie ešte nenarodeného dieťaťa (zdravý životný štýl, užívanie návykových látok) s využitím zážitkových metód.

54 Zavedenie povinnej rodinnej výchovy (poučenie o psychomotorickom vývine dieťaťa, vzťahovej väzbe a citovej deprivácii ale aj povinnostiach vyplývajúcich z legislatívy) všetkým rodinám /vrátane bielych/, ktoré čakajú prvý prírastok.

55 Vzdelávacie stretnutia – besedy, prednášky, zaujímavé aktivity pre tehotné ženy a budúcich otcov z MRK (napr. v spolupráci s Asistentami Podpory Zdravia) za aktívnej účasti detského

lekára a gynekológa zameraných na prenatalnú starostlivosť žien, význam šestonedelia, starostlivosť o novorodenca, psychomotorický vývin, správnu výživu, hygienu. Praktické ukážky na spoločných stretnutiach.

56 Povinné vzdelávacie aktivity (o vývine dieťaťa a starostlivosti oň, zodpovednom rodičovstve...) pre všetky neplnoleté matky bez ohľadu na etnicitu počas tehotenstva a po pôrode.

61 V komunitnom centre vzdelávať rodičov, ako sa hrať s deťmi, ako kresliť s pastelkami a kriedami.

62 Rozšíriť pôsobnosť komunitných centier, aby v nich mohli matky s deťmi tráviť čas ako alternatívu k predškolskému vzdelávaniu.

63 Do činnosti komunitných centier zaradiť vytváranie klubov matiek s deťmi do 3 rokov ako povinnú aktivitu komunitného centra.

64 Vzdelávanie a osveta mladistvých o reprodukčnom zdraví na školách v spolupráci s asistentmi/kami podpory zdravia.

65 Vzdelávanie a osveta mladistvých o reprodukčnom zdraví v rámci komunitných centier.

66 Pripraviť programy vzdelávania, mentoringu a motivačné programy pre mladých zo základných škôl s cieľom ukázať alternatívu k skorému rodičovstvu.

67 Plošné vzdelávanie v oblasti pripravenosti na budúce rodičovstvo a o zdravom prenatalnom vývine.

68 Plošné vzdelávanie v oblasti reprodukčného zdravia zabezpečujúce prevenciu pred neželaným otehotnením, ale aj o pripravenosti na budúce rodičovstvo a zdravom prenatalnom vývine.

69 Podporiť vznik materských centier, s knižnicou, hračkami, možnosťami cvičenia pre budúce mamičky ale aj mamičiek s deťmi.

70 Vytvoriť vzdelávacie programy pre rodičov vrátane otcov zamerané na starostlivosť o deti v ranom veku (s obsahom napr. podpora rodičovských kompetencií, starostlivosť, vývin, výživa, rozvoj detí bez finančne náročných vzdelávacích pomôcok, zážitkové učenie, citová väzba, prvky Montessori pedagogiky, čítanie a spievanie s deťmi, hra, kreslenie, výroba jednoduchých hračiek a pod.).

71 Podporovať rodičovské kluby, kde sa stretávajú rodičia či už na báze svojpomoci a podporujú sa vzájomne, vymieňajú si skúsenosti, alebo na báze podporných skupín s odborníkmi, typu pediatri, laktáčne poradkyne, pracovníci centier včasnej intervencie.

72 Podpora a vzdelávanie rodičov o rodičovských zručnostiach, starostlivosti o dieťa a výžive dieťaťa terénymi pracovníkmi v prirodzenom domácom prostredí.

75 Podporovať projekty, kde ženy priamo z komunity prichádzajú do rodín a pracujú s deťmi.

76 Zapájať do realizácie programov pre rodičov najmä ľudí z komunity, vrátane ich zaškoľovania a prípravy.



Report: Mapovanie konceptov

78 Realizovať individuálne predpôrodné kurzy o dojčení v domácnostiach tehotných žien a čerstvých matiek v MRK.

79 Osveta a podpora a propagácia dojčenia vytváraním podporných skupín dojčiacich matiek.

80 Vyškoliť laktačné poradkyne z radov matiek z MRK, ktoré majú skúsenosť s dojčením, pre poskytovanie kvalifikovaného laktačného poradenstva v MRK.

82 Realizovať osvetu o hygiene nádob používaných na vodu ako prevenciu črevných ťažkostí.