

Ралица Димитрова
Алексей Пампоров

**Лонгитюдно проучване
на приложимостта
и приемливостта
на пилотния проект
„Заедно – здраво бебе,
здраво бъдеще“
в България**

ЗАКЛЮЧИТЕЛЕН ДОКЛАД

2022



Ралица Димитрова, Алексей Пампоров

Лонгитюдно проучване на приложимостта и приемливостта на пилотния проект **„Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“** в България

Заклучителен доклад

Юни 2022

Екип

Ралица Димитрова

Доц. Алексей Пампоров

Д-р Боян Захариев

Илко Йорданов

Превод от английски: Лука Пищалова

Институт Отворено общество, София

Година на предаване на доклада за печат: 2021 г.

Година на публикуване на доклада: 2022 г.

Отказване от права: Настоящият доклад е разработен в рамките на проект Разработване и прилагане на лонгитюдно проучване за приложимост и приемливост за целите на бъдещото адаптиране на прилотноя проект „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ в България, изпълняван в партньорство между Институт “Отворено общество” – София и Фондация „Тръст за социална алтернатива“.

Работният документ представя мненията на авторите и е продукт на професионално изследване. Докладът няма за цел да представя позицията или мненията на ИОО-С, ТСА, или разработчиците на програмата „Nurse-Family Partnership“.

1. Резюме	
1.1. Цел, включително целева аудитория	7
1.2. Цели и кратко описание на интервенцията	7
1.3. Методология	10
1.4. Основни заключения	10
1.5. Препоръки	12
2. Основна информация и обосновка	13
2.1. Цели и задачи на изследването	19
2.2. Контекст на политиките	21
2.3. Ограничения на изследването	26
3. Методология	29
3.1. Управление на изследването	29
3.2. Методи за събиране на данни	30
3.3. Стратегии за изготвяне на извадките и подбор на респонденти/целеви групи	31
3.3.1. Количествена извадка	31
3.3.2. Качествена извадка	32
3.4. Инструменти за събиране на данни	32
3.4.1. Проучване на ЗНП на потребители по програмата	32
3.4.2. Насоки за провеждане на полуструктурирано интервю	33
3.5. Ограничения по отношение на методологията	34
3.6. Възможни отклонения от данните	36
4. Етични аспекти на проучването	37
4.1. Липса на злоупотреби	37
4.1.1. Осигуряване на психологическия комфорт на респондентите	37
4.1.2. Осигуряване на защита на личните данни	38
4.2. Корекции от етично и културно естество	38
5. Резултати от изследването	41
5.1. Уместност	41
5.2. Ефективност	47
5.2.1. Материали по програмата	48

5.2.2. Справяне с изтощението на потребителите и сестрите	49
5.2.3. Партньорство и застъпничество	51
5.2.4. Очаквани положителни резултати от програмата	55
5.3. Ефикасност	64
5.4. Въздействие	67
5.4.1. Население в нужда	67
5.4.2. Население в риск	68
5.4.3. Необходимо население	68
5.5. Устойчивост	69
5.5.1. Трансфер на знания	69
5.5.2. Необходимост от човешки ресурси	70
5.6. Резултати по отношение придържането към модела на програмата	70
5.6.1. Потребители с ниски доходи	71
5.6.2. За всеки потребител отговаря конкретна патронажна сестра.	71
5.6.3 Всеки потребител трябва да бъде посещаван по време на бременността си и докато детето ѝ навърши 2 години	72
5.6.4. Всяка патронажна сестра на пълен работен ден трябва да работи с не повече от 20 потребителя по едно и също време	72
5.6.5. Всеки ръководител екип на пълен работен ден трябва да предоставя супервизия на не повече от 8 патронажни сестри по едно и също време	73
5.6.6. Включване на здравен медиатор в екипа за домашни посещения, който помага при набирането на потребители и представя програмата на всеки потребител и нейното семейство като поставя акцент върху безопасността за културата на общността, в която се изпълнява програмата	73
5.6.7. Покриване на медицинските разходи на потребителите в нужда, включително здравно неосигурени потребители, и премахване на финансовата бариера пред спазването на медицинските съвети	74
6. Заключение и препоръки	75
6.1. Заключение	75
6.1.1. Добро общностно и организационно планиране	76
6.1.2. Интензивно обучение на патронажните сестри	77
6.1.3. Насоки за провеждане на домашни посещения	78
6.1.4. Система за събиране и отчитане на данни по програмата	78
6.1.5. Здравни медиатори по програмата	79
6.1.6. Покриване на медицинските разходи на потребители в нужда	79

6.1.7. Преглед на мненията на заинтересованите страни	80
6.2. Препоръки	84
6.2.1. Общностно и организационно планиране	84
6.2.2. Интензивно обучение на медицински сестри	84
6.2.3. Система за събиране и отчитане на данни по програмата	85
6.2.4. Здравни медиатори по програмата	85
6.2.5. Необходим е ясен и прозрачен финансов стандарт	85

7. Библиография **87**

8. Приложение **91**

Приложение 1. Рамка на матрица за количествена извадка на заинтересованите страни (2018)	91
Приложение 2.1А. Брой патронажни сестри по райони за планиране (NUTS-2) и области (NUTS-3) в България за периода 2010-2018	92
Приложение 2.1Б. Брой акушерки по райони за планиране (NUTS-2) и области (NUTS-3) в България за периода 2010-2018	93
Приложение 2.1В. Процент акушерки по райони за планиране (NUTS-2) и области (NUTS-3) в България за периода 2010-2018	94
Приложение 2.2: Проучване за ЗНП с потребители	96

Списък на използваните съкращения

СГР	Среден годишен ръст
BGN	Български лев (национална валута)
ГИД	Главен изпълнителен директор
КОВИД-19	Заболяването от корона вирус 2019
КПР	Комитет за подпомагане на развитието
ПУУ	Патронажна услуга УНИЦЕФ
ОГРДВ	Образование и грижи в ранна детска възраст
ЕС	Европейски съюз
ЕС-СДУЖ	Статистика на доходите и условията на живот на ЕС
ГТР	Генерализирано тревожно разстройство
НОП	Насилие, основано на пола
ОПЛ	Общопрактикуващ лекар
ХЕСЕД	Фондация „Здраве и социално развитие“
НИП	Насилие от страна на интимния партньор
ВМС	Вътрематочна спирала
ЗНП	Знания, нагласи, практики
МОН	Министерство на образованието и науката
МЗ	Министерство на здравеопазването
МТСП	Министерство на труда и социалната политика
МУ	Медицински университети
НКС	Национален консултативен съвет
НАРД	Национален алианс за работа с доброволци
НПО	Неправителствени организации
ЗЗБЗБ	Програма „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“
НСИ	Национален статистически институт
NUTS 2	Класификация на териториалните единици за статистически цели – основни региони за прилагане на регионални политики (съответства на районите за планиране в България)
NUTS 3	Класификация на териториалните единици за статистически цели – малки региони за конкретна диагностика (съответства на административните области в България)
АГ	Акушер-гинеколог
ОИСР	Организация за икономическо сътрудничество и развитие
ИОО-С	Институт „Отворено общество“ – София
РКП	Рандомизирано контролирано проучване
СБАГ	Специализирана болница по акушерство и гинекология
ТСА	Тръст за социална алтернатива
УДК	Университетът в Денвър, Колорадо
ПРООН	Програмата за развитие на Организацията на обединените нации
УНИЦЕФ	Детският фонд на ООН
УМБАЛ	Университетска многопрофилна болница за активно лечение
САЩ	Съединени американски щати

1. Резюме

1.1. Цел, Включително целеви аудитории

Целта на проучването е да се оцени приложимостта и приемливостта на пилотната фаза на програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ (Nurse-Family Partnership) в България. Фондация „Тръст за социална алтернатива“ (ТСА) започва да прилага програмата през 2016 г. с цел пилотиране на модела и събиране на данни за неговата приложимост и приемливост в национален контекст. В случай, че моделът се докаже като осъществим и приемлив, ТСА ще предостави неговото прилагане и по-нататъшното възпроизвеждане на българското правителство с цел осигуряване на превантивни здравни услуги и различни форми на подкрепа за млади майки, които живеят в сегрегирани градски райони и в домакинства с ниски доходи. Моделът „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ (ЗЗБЗБ) е многокомпонентен и в този смисъл изпълнението му на практика и приспособяването му към българския контекст изисква сътрудничество между различни професионални групи: медицински специалисти в различни области, представители на академичните среди, гържавни институции, политици на национално и местно ниво, гоставчици на здравни и социални услуги в гържавния и неправителствения сектор.

1.2. Цели и кратко описание на интервенцията

Приемлива ли е програмата „Заедно - здраво бебе, здраво бъдеще“ (ЗЗБЗБ) по отношение на обществения и институционален контекст в България, и осъществима ли е тя, и кои са основните фактори за постигане на положителни резултати? Основният въпрос е свързан с четири теоретично обусловени хипотези:

1. програмата е едновременно осъществима и приемлива;
2. програмата е осъществима, но не е приемлива;
3. програмата е приемлива, но не е осъществима;
4. програмата не е нито осъществима, нито приемлива.

Тъй като програмата е многокомпонентна, се очакват различни нюанси на приемливост и приложимост, като поради тази причина са разработни няколко индикатора, които да бъдат използвани на различни нива. След консултация с централния екип на ТСА, през септември 2016 г. изследователският екип на Институт „Отворено общество“ приема критериите за оценка на ОИСП (известни като критерии на Комитета за подпомагане на развитието (КПР)) като основен подход при оценката, който отговаря на най-високите международни стандарти*. В контекста на ЗЗБЗБ, критериите на КПР са операционализирани под формата на пет отделни изследователски въпроса, както следва:

* През декември 2019 г. КПР на ОИСП публикува преработените и подобрени критерии за оценка на свързани с политики интервенции, главно чрез изясняване на дефиницията на първоначалните 5 критерия и добавяне на шести – „Съгласуваност“. За да не се повлияе на първоначалния дизайн на оценката и събирането на данни, „съгласуваността“ не е официално включена в доклада. Въпреки това, по своята дефиниция („Съвместимостта на интервенцията с други интервенции в гържава, сектор или институция“ (ОИСП, 2021)), тя съответства на идеята за приемливост и приложимост и де факто се разглежда в текущата оценка.

1. Подходяща ли е ЗЗБЗБ за здравната и социалната система? (Уместност)
2. До каква степен са постигнати целите на програмата? (Ефикасност)
3. Приемливи ли са разходите по програмата, или са твърде високи за приложението ѝ в голям мащаб? (Ефективност)
4. Подобрено ли се положението на целевите групи? (Въздействие)
5. Може ли е програмата да се превърне в дългосрочна обществена политика? (Устойчивост)

В рамките на българското проучване за приложимост и приемливост са включени осем от общо дванадесетте основни елемента на ЗЗБЗБ, които са оценени на базата на критериите на КПР, като с оглед по-доброто отразяване на националния контекст, са добавени два допълнителни елемента:

- Към момента на записване в програмата потребителите трябва да имат ниски доходи;
- Всяка патронажна сестра отговаря за потребителите, с които работи;
- Потребителите трябва да бъдат посещавани както по време на тяхната бременност, така и до навършване на 2 години на техните деца;
- Патронажните сестри и ръководител екипите трябва да преминат успешно началното обучение, изисквано от NFP International;
- Патронажните сестри трябва да прилагат Ръководството за работа по Програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ като вземат предвид индивидуалните силни страни и предизвикателства на всяко семейство, и разпределят времето си между зададените програмни области;
- Всяка патронажна сестра на пълен работен ден трябва да работи едновременно с не повече от 20 потребители;
- Всеки ръководител екип на пълно работно време трябва да осигурява супервизия на не повече от 8 патронажни сестри по едно и също време;
- Ръководител екипите осигуряват на патронажните сестри рефлексивна клинична супервизия;

За да може пилотната програма да работи в контекста на икономически необлагодетелстваните и уязвими общности в страната*, към нея са добавени два допълнителни елемента:

- Включване на здравен медиатор или теренен асистент** в екипите за домашни посещения;

* Въз основа на проучване от 2015 г., проведено от Алфа Рисърч с Тръста за социална алтернатива, се стига до заключението, че общностите, които отговарят на критериите за уязвимост и икономическо неравностойно положение, са предимно ромски и турски общности, живеещи в сегрегирани райони в страната.

** Медиаторите по програмата в Пловдив изпълняват допълнителна роля на преводачи, когато е необходим превод за патронажната сестра или потребител на услугата.

- Покриване на ключови медицински нужди за потребители в крайна бедност (майки и техните деца), нуждаещи се от достъп до пренатални грижи и лекарства и/или добавки с рецепта.

Елементите на основния модел на Nurse – Family Partnership са преработени през 2017 г. от NFP International, една година след началото на българското проучване за приложимост и приемливост на програмата. В резултат на прегледа някои от основните изисквания за изпълнение на програмата са добавени към основните елементи на модела, докато други елементи, които са считани за основни през 2016 г., са премахнати. Добавените основни елементи на модела не са включени в проучването за приложимост и приемливост, но се вземат предвид като изисквания за патронажните сестри, потребителите и централния екип на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ и са внедрени в пълно съответствие с основните елементи на модела от 2017 г. Основните елементи на модела, които не се включени в анализа, но се прилагат изцяло от българския екип, който изпълнява програмата, са:

1. Потребителите участват доброволно в програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“;
2. Потребителите очакват първото си дете;
3. Потребителите са включени в програмата в началото на своята бременност и получават първото си домашно посещение не по-късно от края на 28-та гестационна седмица;
4. Потребителите се посещават лично в техните домове, или в отделни случаи в друга обстановка (съвместно определена от патронажната сестра по програмата и потребителя), когато домашното посещение не е възможно.
5. Патронажните сестри и ръководител екипите, които работят по програмата са регистрирани медицински сестри или акушерки със завършена бакалавърска степен.
6. Патронажните сестри и ръководителите на екипи в рамките на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ прилагат теоретичната рамка, залегнала в основата на програмата (самоефикасност, човешка екология и теории за привързаността) при изпълнението на клиничната си работа и постигането на трите цели на програмата.
7. Екипите по програмата, изпълнителните агенции и националните звена събират и използват данни с оглед изготвяне на насоки за изпълнението на програмата, предоставяне на информация за непрекъснато подобряване на качеството, придържане към модела на програмата, оценяване на индикативните резултати за потребителите и насочване на клиничната практика/рефлексивната супервизия.
8. Висококачественото изпълнение на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ се осигурява и поддържа чрез организирана подкрепа на национално и местно ниво*.

* <https://nfpinternational.ucdenver.edu/nfp-model>

1.3. Методология

Изследването се основава на подход на смесени методи на участие и триангулация между качествени и количествени данни. Няколко представители на ромската общност са обучени да работят като преброители, а анкетните карти са консултирани с представители на местната общност в процеса на използването им. Всички инструменти на проучването и насоките за провеждане на интервюта са консултирани и одобрени от екипа на ТСА преди изпълнението на теренната работа. Въпреки това, не всеки инструмент е тестван първоначално с членове на общността. Всички инструменти за събиране на данни са изготвени така, че да отговарят на критериите за текуща оценка на трите основни фази на участие на потребителите: „бременност“, „бебе“ и „малко дете“*. Идентифицирани са и са анкетирани/интервюирани около шест основни групи заинтересовани страни:

- представители на общността в риск
- представители на изпълнителната агенция
- хора, взимащи решения
- представители на системата на здравеопазване
- специалисти по здравно образование
- организации от гражданското общество
- конкуренти** (други субекти, предоставящи подобни услуги в България).

Количествената извадка от потребители е изчерпателна. Качествената извадка се основава на подхода на множеството случаи.

Изследователската етика се основава на принципа за недопускане на злоупотреби, като се обръща специално внимание на психологическия комфорт на респондентите и се подхожда отговорно към защитата на личните данни. Освен това, са направени някои културно обусловени корекции с оглед отчитане на специфичните потребности на местната общност.

1.4. Основни заключения

Установява се, че програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ е много подходяща за българския контекст и съответства на дългосрочните политики на Министерството на труда и социалната политика (МТСП) и Министерството на здравеопазването (МЗ).

След първите две години от изпълнението на проекта се оказва, че индивидуалната цена на услугата, предоставяна в рамките на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ е относително по-висока от тази на другите социални услуги. Тъй като това се дължи на

* Етапите са дефинирани от модела за приложение.

** Единствената организация, която се счита за конкурент на ЗЗБЗБ в България е програмата, изпълнявана от УНИЦЕФ. Повече информация по този въпрос е налична в раздел 5.3.

първоначалните разходи, свързани с коригиране на методологията, обучението на екипа и други, коефициентът на използване (отчитан като брой потребители спрямо общата годишна цена) непрекъснато се увеличава, т.е. услугата по програмата е станала по-достъпна за период от пет-шест години. Въздействието на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ може да бъде измерено само с експериментално или квази-експериментално проучване*. Според изчисленията на настоящото изследване, в страната са налице 8 региона**, притежаващи необходимата комбинация от достатъчно потенциални потребители като абсолютен брой граждани на целевата възраст, които живеят в радиус от не повече от 50 км от градовете, на територията на които се предоставя услугата, и относително високо съотношение на брой медицински сестри спрямо общото население.

Кризата в сектора на здравеопазването (както по отношение на липсата на медицински сестри на национално ниво, така и от гледна точка на натиска върху здравната система в резултат от пандемията, причинена от КОВИД-19) е основният фактор, който допринася за констатацията, че ЗЗБЗБ е устойчива за сегашния си мащаб, но не би била устойчива, в случай че се прилага в по-голям национален мащаб. Въпреки това централният екип на програмата предприе стъпки за задържане на медицинските сестри от програмата и демонстрира ориентиран към проблемите подход за справяне с наложените от КОВИД-19 ограничения по отношение на личните срещи. Българската програма остава вярна на всеки основен елемент на модела „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“.

Според критериите на КПР, всички основни елементи на модела се считат за приемливи. Комуникационното и организационното планиране се оценяват като осъществими. Патронажните сестри реагират положително на интензивните обучения, през които преминават през годините, и централният екип на програмата работи в посока повишаване на устойчивостта на обученията чрез изграждане на вътрешен капацитет. Заинтересованите страни подкрепят програмата като биха искали да бъдат разширени критериите за допустимост и регионите, в които тя се изпълнява. Насоките за провеждане на посещенията също се оценяват като осъществими. Системата за събиране и отчитане на данни по програмата се оценява като „по-приложима“ в сравнение с предходни доклади, като патронажните сестри я намират за приемлива. Идеята за здравните медиатори също се оценява като приемлива и приложима. Те се приемат добре в общностите, успяват да посредничат по отношение на различни аспекти на теренната работа, и се оказват от съществено значение за функционирането на програмата по време на пандемията. Покриването на някои медицински нужди на потребителите (лекарства, медицински прегледи за потребители по време на бременността и други) е широко приета практика, но изглежда не толкова осъществима в случай на разрастване на програмата на национално ниво. Новоизбраното правителство***, обаче, заявява намерението си за предоставяне на безплатни лекарства за деца, така че този елемент от програмата може потенциално да стане осъществим, ако бъдат въведени нови национални политики.

* Към момента на публикуването на доклада се провежда експериментално проучване от изследователски екип в Университета в Утрехт, Нидерландия, с данни, събирани от Алфа Рисърч през 2022 г.

** София (локация 1) и Пловдив (локация 2) са изключени от този брой.

*** Става въпрос за коалиционното правителство, оглавено от Кирил Петков, съставено на 13.12.2021 г.

1.5. Препоръки

Някои от настоящите препоръки са направени с оглед на потенциално прилагане на програмата в национален мащаб, и може да не са напълно подходящи за двете локации, в които програмата се изпълнява в момента.

Настоящото изследване препоръчва изготвянето на ефективна комуникационна стратегия, която да спомогне за справяне с недоверието на сегрегираните уязвими общности. Докато работата в рамките на общността е от ключово значение, помощта за справяне с първоначалните притеснения и намирането на вътрешен застъпник за програмата, също може да се окаже от полза. Може също да се създаде по-широко обединение на неформални или религиозни лидери в общността, в случай, че това е възможно и необходимо.

Проучването препоръчва теренното ноу-хау на медиаторите, които понастоящем работят по „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“, да бъде обобщено и използвано за бъдещи медиатори в рамките на програмата, тъй като тяхната дейност изисква не само теоретични познания, но и опит в работата на терен.

Проучването препоръчва всички изчисления на цената на услугата за един бенефициент по „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ да се правят съгласно изискванията на Държавните стандарти за бюджетите на социалните услуги с оглед по-точното тълкуване на степента на приемливост на програмата.

Проучването установява, че усилията по застъпничеството и създаване на по-широка мрежа от съюзници на идеята за предоставяне на национална услуга за патронажна грижа притежават потенциал да променят съществуващите политики, и следователно трябва да продължат.

„Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ има място на картата на националните социални/здравни услуги и трябва да бъде популяризирана в рамките на други институции за социални/здравни услуги, в случай, че програмата има капацитет да привлече повече потребители. Услугата, предоставяна в рамките на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“, има място и като социално-медицинска услуга и може да бъде част от националните структури за образование и грижи в ранна детска възраст.

2. Основна информация и обосновка

Програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ е базирана на доказателства здравна програма в общността, предоставяща услуга под формата на посещения на патронажни сестри по домовете за уязвими бременни жени, които очакват първото си дете. Програмата има за цел да предостави подкрепа на млади майки в риск с ниски доходи като им помогне да се включат в превантивни практики за подобряване на здравето и детското развитие чрез предоставяне на подкрепа и знания на родителите относно начините, по които могат да помогнат на децата си да развият по-добри когнитивни способности и емоционални характеристики. Освен това, програмата има за цел да помогне на младите майки и техните партньори да развият визия за своето бъдеще като ги насърчава да получат по-висока степен на образование или да завършат образованието си, което поради една или друга причина са изоставили, както и да станат икономически независими чрез самоовластяване и заетост.

За да постигне тази цел, програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ наема медицински специалисти (акушерки и медицински сестри), които участват в различни обучения за прилагане на програмата като остават верни на оригиналния модел, разработен от проф. Дейвид Олс* от Университета в Денвър, Колорадо.

Програмата Nurse-Family Partnership е разработена в Съединените щати с намерението да подпомогне създаването на подкрепящи взаимоотношения между обучени медицински сестри и млади жени в риск, които са станали майки за първи път**. През годините програмата приема много форми и е адаптирана спрямо нуждите на различни общности. Научно доказано е, че всеки път тя подобрява качеството на живот на децата и техните родители като намалява проявите на пренебрегване и малтретиране на деца, появата на интелектуални и поведенчески проблеми при деца на 6-годишна възраст, и води до по-малко хипертонични разстройства по време на бременността и увеличаване на продължителността на заетостта на майката.

Програмата на професор Дейвид Олс (Nurse-Family Partnership) стартира през 1976 г. като идеята за патронажни сестри, които се грижат за жени и деца, е дълбоко вкоренена в американската медицинска практика. Паралелно с тази програма, през 1975 г. Националният комитет за превенция на насилието над деца стартира конкурентна програма за патронажни сестри, насочена срещу малтретирането и пренебрегването на деца в САЩ. Въпреки това, от своя старт в началото на 70-те години на миналия век, моделът на програмата е стриктно тестван и редица проучвания са доказали, че е една най-ефективната програма за домашни посещения на уязвими жени, които стават майки за първи път. В момента този конкретен модел на домашни посещения се прилага и изследва на много места в САЩ, Канада, Австралия, Англия, Шотландия, Северна Ирландия и Норвегия***.

* Проф. Дейвид Олс е професор по педиатрия в Университета в Денвър, Колорадо, и е създател на модела на програмата Nurse-Family Partnership.

** <https://www.nursefamilypartnership.org/about/program-history/>

*** По-детайлна информация е налична на: <https://nfpinternational.ucdenver.edu/international-program>

Българският контекст се различава значително. След Освобождението на България от османско владичество (1878 г.), поради недостиг на каквато и да е медицинска помощ, военновременните „фелдшери“ * стават медицински специалисти, които отговарят за различни медицински услуги, свързани със спешно и амбулаторно лечение, включително здравни грижи по домовете (Врачева, 2017). С развитието на здравната система през 1900 г. е създадено първото училище за медицински сестри към Българския червен кръст. През 1924 г. в това училище стартира тригодишна програма за придобиване на професионална квалификация „патронажна сестра“. Патронажните сестри са обучавани да посещават домакинства с новородени бебета и да консултират и съветват майките за необходимите грижи. В този момент директорът на Училището за медицински сестри е американската медицинска сестра Рейчъл Торънс, като програмата за обучение е изготвена в съответствие с наложилата се по това време учебна програма и методически подход на Найтингейл** (BRC 2014: 36-37). В началото на социалистическия режим в България между 1945 и 1960 г. е възприета нова организация на здравната система, според която общопрактикуващите лекари отговарят за здравето на населението в дадена област. Към медицинските сестри на общопрактикуващите лекари са прикрепени патронажни сестри, които посещават домакинствата в областта, за да осигурят ваксини, да извършат медицински прегледи (например, да измерят кръвно налягане), както и да проверят условията на живот в домакинствата с новородени бебета. Няма данни тези сестри да са били част от системата за пренатално здравеопазване. През 60-те години на миналия век и до 1989 г. родилните сестри, работещи в местната болница, отговарят за посещенията при на майката и новороденото в продължение на няколко седмици след раждането, за да дадат напътствия по отношение грижите за бебето.

През 1989 г. е извършена поредната реформа в системата на здравеопазването. Пренаталните грижи и следродилните грижи се осигуряват от общопрактикуващите лекари (ОПЛ) през първите няколко години след реформата, а по-късно следродилните грижи са пренасочени към педиатрите, които посещават новороденото и неговата майка у дома през първите няколко месеца от неговия живот. Не е възприет официален начин за обучение на майките, и особено на жените, които стават майки за първи път, как да се грижат за новороденото си. Жените обикновено могат да се обърнат към своя гинеколог или общопрактикуващ лекар за съвет относно собственото си здраве.

Патронажната грижа като здравна услуга предлага серия от консултации от страна на патронажна сестра или родилна сестра за бременни жени или млади майки в домовете им. Родилната сестра, медицинската сестра или патронажната сестра посещават семейството до навършване на определена възраст на новороденото (в програмата Nurse-Family Partnership майката излиза от програмата, когато детето ѝ навърши две години). Както беше посочено, тази здравна практика не е съвсем нова за България, но не е широко прилагана след здравната реформа от 1989 г. Опитът на САЩ показва, че патронажната грижа е осъществима и адекватна практика, дори в рамките на свободен здравен

* Фелдшерите (основно значение „бръснари на бойното поле“) са военни хирурзи, които се грижат за ранените войници в случай на подушване, кръвене, разкъсвания, рани от куршуми и ампутации.

** На името на англичанина Флорънс Найтингейл (1820-1910)

пазар. Ефектът от патронажната грижа е видим най-вече след 20-25 години (проявява се като третична превенция на тийнейджърската бременност, но е и първична интервенция за настоящите новородени в рисковите групи). **Освен че представлява превантивна интервенция за тийнейджърска бременност и особено за повторна тийнейджърска бременност, патронажната грижа има дългосрочна добавена стойност по отношение намаляване преждевременната раждаемост и детска смъртност.**

С оглед приспособяването на програмата спрямо контекста в България, бихме искали да подчертаем факта, че има няколко вида програми за домашни посещения от страна на патронажни сестри, категоризирани според основните теоретични модели. Авторите Landy и Мепна (2006) твърдят, че всеки от тези подходи има своите предимства, като най-ефективни са интегративните подходи, които комбинират силните страни на различни методи и предлагат най-подходящите решения за конкретното дете и семейство (Landy & Мепна, 2006).

Пилотната фаза на програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ в България стартира през 2016 г. в София с централен екип* към Тръст за социална алтернатива и теренен екип от 5 патронажни сестри и един ръководител екип, които започват работа в една от най-големите сегрегирани общности в страната – квартал „Факултета“. Общността във „Факултета“ се състои от роми – етническо малцинство в България (около 10% от общото население на страната**), което живее в лоши условия. Ромската общност също е социално и икономически маргинализирана от общото население, като често е изложена на риск от развитие на здравословни проблеми поради качеството на въздуха през есента, зимата и пролетта***.

Спечелването на доверието на общността е трудна задача, тъй като много от членовете ѝ познават моделите на други програми, прилагани през последните 30 години на демократично управление в страната. Общността е свикнала с програми, които осигуряват материални ползи, докато тези, които осигуряват подкрепа по различни, дългосрочни начини и предоставят услуги, се считат за странни. В този смисъл „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ се нуждае от вътрешни хора, които работят във „Факултета“, затова и здравните медиатори/асистентите при теренната работа се превърнаха в неразделна част от изпълнението на програмата. Тяхната роля е да се свързват с хората в общността, да разясняват целите на програмата, и да търсят потенциални нейни потребители. Работата им се оказва от решаващо значение, и след период от една година програмата вече беше добре позната в общността и дори са налице потребители, които искат да бъдат включени в програмата. Този факт, както и миграцията на потребители в различни квартали на София, прави възможно включването на други общности и квартали. Потребителите, които са благодарни на патронажните сестри, също имат своята роля, тъй

* Централният екип се състои от клиничен ръководител, административен ръководител и анализатор данни, каквото е и изискването по лиценз.

** Според някои неофициални експертни оценки.

*** Поради сравнително по-ниската цена на твърдите горива, те са основен източник на отопление през зимата за общността във „Факултета“. Това води до влошаване на качеството на въздуха и увеличаване на броя на респираторните проблеми при деца и възрастни.

като те ги препоръчват, наред с програмата, на свои приятели и членове на семейството. След първоначалните стъпки по представяне на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ и придобиване на знания за теренната работа, програмата е допълнително адаптирана както по отношение на нейните инструменти*, така и по отношение на предлаганите от нея допълнителни услуги и ползи**. Увеличен е и кръгът от потребители поради по-малкия брой на рогилките с първо дете до 19 години, като програмата е насочена към всички бъдещи майки в риск до 22 години.

Стартът на прилагане на програмата в Пловдив през 2019 г. идва с нов набор от предизвикателства. Целевата група се състои от жени от квартал „Столипиново“ – най-голямата сегрегирана ромска общност в Пловдив, която отговаря на същия профил на потребителите като този в София (локация 1). Местната общност и местните потребители обаче почти не говорят български, което прави необходимо наемането на асистенти за теренна работа, които също могат да осигуряват превод за патронажните сестри по време на домашните посещения. Първоначално патронажните сестри посещават курсове, за да научат турски, но тази дейност се оказва неефективна, тъй като по-голямата част от общността говори местен турски диалект. Въпреки това сътрудниците на терен и понякога свекървите на потребителите от квартал „Столипиново“ изпълняват ефективно ролята на преводачи.

Поради силната миграция от квартала към други гържави местният набор от потребители започва да намалява. За да привлече повече потребители в Пловдив, централният екип предоставя възможност за участие в програмата на всички уязвими или рискови жени на възраст до 22 години, които са рогилки за първи път и са записани в програмата най-късно до 28-мата гестационна седмица от своята бременност. Необходимостта от потребители за услугата по програмата в Пловдив води и до друго решение за тяхното привличане. Местният екип успява да изгради механизъм за сътрудничество с местните общопрактикуващи лекари и гинеколози за насочване на отговарящи на условията млади жени към „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“.

Квартал „Столипиново“ е предимно мюсюлманска общност, в която се ценят традиционните ценности и начин на живот. Съществува изискване момичетата, които обикновено сключват традиционни бракове, когато са 14-15-годишни, да бъдат девствени. Браковете са уредени и момичетата забременяват на много по-ниска възраст от средната за страната (средната възраст за забременяване на потребителите на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ от двете локации, в които се провежда програмата е 16 години). По традиция новото семейство живее с разширеното семейство на съпруга – майка, баща, братя и сестри (и техните съпруги и съпрузи, ако имат такива). Свекървите играят важна роля в начина, по който се отглежда бъдещото поколение – те учат младите булки как да вършат домашна работа и да отглеждат децата си. Младите булки обикновено нямат

* Информационните материали за потребителите трябва да бъдат адаптирани, за да отговарят на нивото на грамотност на повечето от тях.

** Патронажните сестри също трябва да консултират и насочват потребителите към наличните социални услуги, когато те се нуждаят от някоя от тях. Освен това за потребителите и техните деца са осигурени лекарства и/или добавки, предписани от лекар.

основно образование и не се срещат с много хора извън семейството.

Пилотната програма „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ е адаптирана спрямо условията в България като на децата и техните майки се предоставят безплатни лекарства и добавки (предписани от техния общопрактикуващ лекар или педиатър), както и медицински прегледи за здравно неосигурени жени и контрацептиви. Това адаптиране е необходимо, тъй като непреките плащания от страна на пациентите в България, включително плащания за прегледи при специалисти, лекарства с рецепта, пътни разходи и др., са сред най-високите в ЕС (46,6% в България при средно ниво от 15,8% в ЕС през 2017 г.). Високите разходи на пациентите засягат непропорционално ромските семейства поради тяхната бедност, високо ниво на безработица и свързаната с нея липса на здравно осигуряване. Тези фактори имат негативен ефект особено върху жените в риск, тъй като силно ограничават достъп на здравно неосигурените бременни жени до здравни грижи допълнително създава рискове за здравето на много майки и деца *. Като се има предвид липсата на достъп до основни здравни услуги, финансирани от гържавата, „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ не би могла да работи за изграждане на родителски капацитет и други дългосрочни цели. В този смисъл адаптирането на програмата се използва и като инструмент за увеличаване на процента на жените, които се включват в нея в началото на изпълнението ѝ. Проблемът бе допълнително изострен от пандемията от КОВИД-19, която оставя много семейства без регулярен доход поради невъзможност да работят от вкъщи.

Контекстуалните корекции по „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ в България са жизненоважни за постигане на бъдещите цели на програмата и централният екип успява да ги реализира с подкрепата и насоките на експертите от Университета от Денвър, Колорадо, както и на местни експерти.

Първата корекция, която трябваше да бъде направена, е свързана с ролята на теренните работници/здравните медиатори, които създават връзката между патронажните сестри по програмата и местната общност, и способстват за изграждане на чувство за културна безопасност в средата, в която се изпълнява програмата.

Освен това, тъй като много от потребителите на възраст над 18 години не са здравно осигурени, централният екип включва елемента „покриване на ключови медицински нужди за някои потребители, включително здравно неосигурени лица, които могат да включват, но не се ограничават до разходи за лекарства с рецепта за майки и деца, хоспитализация, медицински изследвания и други“, с оглед премахване на финансовата бариера пред следването на медицинските съвети и регулярното посещение на медицински прегледи по време на бременността.

С развитието на теренната работа и записването на повече потребители, патронажните сестри в рамките на програмата споделят, че опитът им показва, че първоначално разработените информационни материали трябва да бъдат допълнително адаптирани поради по-ниската грамотност сред потребителите. Централният екип адаптира информационните материали чрез опростяване на езика и добавяне на още снимки. Тази

* Включване на ромите в ранна детска възраст + Доклад за България (2020)

промяна е полезна за втората локация, в която се изпълнява програмата, тъй като грамотността на български език сред потребителите в квартал „Столипиново“ е по-ниска от тази на потребителите в квартал „Факултета“ в София.

През 2020 г. програмата е допълнително адаптирана, за да отговори на предизвикателствата на пандемията от КОВИД-19 и да предостави на потребителите онлайн и телефонни посещения в момент, в който личните посещения са невъзможни поради мерките за безопасност.

През март 2020 г. българското правителство обявява извънредно положение за един месец, което по-късно бива удължавано всеки следващ месец. Налага се програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ да функционира в състояние на несигурност, тъй като липсва дългосрочно планиране на правителствено ниво относно продължителността на нововъведените ограничения за лични събирания, отлагането на непланови операции и медицински прегледи. Програмата трябва да намери начин да се адаптира спрямо новия начин на живот и онлайн работа. Първоначално патронажните сестри по програмата започват да общуват с потребителите по телефона или по интернет по всеки възможен за тях начин*. Това обаче не е напълно възможно за всеки потребител по програмата, тъй като много от тях са с ниски доходи и не притежават личен мобилен телефон или друг телефон. Винаги в такива случаи медиаторите по програмата правят опит да посетят семействата и да предоставят своите лични телефони на потребителите, за да им дават възможност се консултират с патронажните сестри.

Достъпът до здравни специалисти е изключително важен за потребителите по „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“, тъй като по този начин те се чувстват по-добре информирани какво всъщност представлява КОВИД-19, и какво означава това заболяване за тях, за семействата и ежедневието им. Потребителите по програмата разполагат с доверени лица, които им предоставят съвети, съгласувани с насоките на правителството и Световната здравна организация по това време.

В периода март – юни 2020 г. патронажните сестри продължават провеждането на онлайн консултации, и при възможност, лични консултации. През това време има патронажни сестри, които напускат програмата и потребителите, за които отговарят трябва да бъдат пренасочени към някоя от другите патронажни сестри в съответната локация. Патронажните сестри, към които са били пренасочени потребители споделят, че в началото е имало моменти, в които им е било трудно да изградят доверие с потребител, обслужван от друга патронажна сестра. Тези проблеми възникват в резултат от ограниченията за лични посещения като впоследствие е намерен начин за преодоляването им.

Между юни и ноември 2020 г. патронажните сестри в рамките на програмата провеждат предимно лични посещения, а през ноември, по време на втората вълна на КОВИД-19, те трябва да се върнат към онлайн посещенията. През това време централният екип успява да реализира проект, финансиран от Столична община, който позволява закупуването на таблети и достъп до интернет за всички потребители в София, така че всеки един от тях да може да се среща онлайн със своята патронажна сестра в удобно за тях време.

* Комуникацията се случва с помощта на всяка една платформа, която е на разположение на потребителите.

Патронажните сестри успяват да осигурят посещения на своите потребители онлайн и присъствено в зависимост от динамиката на вълните от КОВИД-19 в страната.

Към момента на публикуване на изследването, „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ се изпълнява от централния екип към ТСА и двата местни екипа в София и Пловдив, като всеки от тях се състои от четири патронажни сестри/акушерки, един ръководител екип и двама здравни/общностни медиатори. Местните екипи също така работят със социален работник и психолог, назначени към партньорските НПО.

2.1 Цели и задачи на изследването

Основните цели на изследването са свързани с:

- изготвяне на оценка на приложимостта на програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ в София (локация 1) и Пловдив (локация 2), и в национален контекст;
- изготвяне на оценка на приемливостта на програмата на местно ниво (локация 1 и локация 2);
- изготвяне на оценка на приемливостта на програмата на национално ниво;
- изготвяне на оценка на достоверността на изпълнението на програмата в страната;
- предоставяне на информация за целите, поставени от централния екип.

Изследването има за задача да установи:

- Как патронажните сестри възприемат програмата във всеки етап от нейното изпълнение?
- Как потребителите възприемат програмата?
- Какви са изискванията на местно ниво от самите общности за предоставяните от програмата услуги и стимули?
- Какви са посочваните от потребителите ползи от програмата по време и след тяхното участие в нея?
- Променили ли са потребителите на програмата някои от своите поведенчески или психологически модели, докато преминават през нейните етапи и запазват ли тези модели след като приключи участието им в нея?
- Подготвени ли са системите на здравеопазването и социалните грижи и разполагат ли с ресурсите за прилагане на програмата на територията на цялата страна?

Изпълнението на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ в София и Пловдив е свързано с известни предизвикателства. През 2016 и 2017 г. се налага централният екип и местният екип в квартал „Факултета“ (София) да преодолеят културни предизвикателства и предизвикателства по отношение на грамотността на местната общност. В общността битува вярването, че всяка дейност, насочена към майките и техните деца, може да доведе до отнемане на децата от родителите им заради лошите условия на живот, в

които ги отглеждат. В общността се прави връзка между дейностите на Държавната агенция за закрила на детето (ДАЗД) и дейностите по програмата. Въпреки това, в резултат от активната работа на медиаторите, патронажните сестри по програмата, и местните НПО партньори, както и благодарение на споделения от потребителите опит в рамките на програмата, общността започва да възприема този мит като неоснователен. Между 2018 г. и 2022 г. програмата се приема много добре от местните общности, които по-късно са включени в допълнение към първата локация, квартал „Факултета“. Някои от потребителите в рамките „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ се местят от „Факултета“ в други (предимно) сегрегирани общности в София и споделят своя положителен опит с програмата със своите приятели и семейства. Това създава по-добра среда за записване на нови потребители и увеличава процента на включилите се в програмата в рамките на населеното място.

Поради живота в бедност, повечето от членовете на общността във „Факултета“ свързват идеята за реализиране на „програма“ с материалната подкрепа осигурявана от нея. Тъй като „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ предоставя нематериална подкрепа, е трудно да се убеди общността на „Факултета“ в ползите от записването в програмата. Въпреки това, благодарение на непрекъснатата работа на местния екип, общността започва да осъзнава нематериалните ползи, като всяка материална подкрепа (разходи за ключови медицински услуги, покриващи нуждите на майките и децата и т.н.) се възприема от потребителите като важно допълнение към по-широкия обхват на предоставяната от програмата нематериална подкрепа.

Тъй като „Факултета“ (София) е първата локация за тестване на адаптираните материали, насочени към потребителите, това е и мястото, където възникват предизвикателства по отношение на тези материали. Първоначалното очакване на екипите за адаптиране и превод е, че някои от потребителите във „Факултета“ ще могат да четат материалите сами. Работата на терен обаче показва, че начинът, по който първоначално е представена информацията в материалите, е предизвикателство за потребителите. Обратната връзка от потребителите и патронажните сестри в рамките на програмата е отразена бързо в по-късната версия на материалите, които са по-кратки, по-добре илюстрирани и написани на гостъпен език. След тази адаптация материалите се приемат по-добре от повечето потребители, включително такива с много ниско ниво на грамотност, както и от техните семейства.

Предизвикателствата при спечелването на доверието на общността в „Столипиново“ (Пловдив) са сходни и са преодолени с интензивна работа от страна на здравните медиатори, патронажните сестри и местните НПО партньори. Пловдивският екип трябва да реши проблема, свързан със задържането на потребители, тъй като се оказва, че от „Столипиново“ се надига миграционна вълна към Западна Европа. Много хора, които са работили в Германия, Франция и Обединеното кралство, са натрупали достатъчно капитал, за да се преместят в Западна Европа с целите си семейства и младите жени, които стават майки за първи път, се местят в чужбина с тях. „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ отговаря на това предизвикателство като задържа потребителите в програмата за период от три месеца, в случай че семейството и младата майка решат да се върнат.

В повечето случаи, обаче, семействата остават в чужбина.

Друг проблем пред пловдивския екип е свързан със задържането на патронажните сестри в програмата. Патронажните сестри, които първоначално са назначени, обучени и стартират работа, започват да отпадат, като за централния екип е трудно да намери нови медицински сестри и акушерки, които да наеме и обучи. Този проблем се дължи най-вече на липсата на медицински персонал в страната и политиката на местните болници за увеличаване на заплатите на медицинските сестри с оглед поддържането и наемането на допълнителен персонал. По този начин много конкурентните в началото заплати на патронажните сестри в програмата се изравняват със средните заплати на медицинските сестри в Пловдив.

Окончателният доклад има за цел да опише как заинтересованите страни на национално ниво възприемат необходимостта от програма за патронажна грижа и какви пречки и възможности виждат при прилагането подробна програма, както и какви алтернативи съществуват в национален контекст. Алтернативните програми за домашни посещения са важни, тъй като политиците са длъжни да вземат решения въз основа на ефективността на програмата и нейната ефикасност*.

2.2 Контекст на политиките

Програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ първоначално е насочена към жени и семейства от сегрегирани общности, които са изложени на риск от бедност и са по-уязвими в социално отношение. Намерението е програмата да обхваща бъдещи майки в риск на възраст под 22 години. След базово проучване** данните показват, че повечето жени, които биха могли да се възползват от програмата, живеят в сегрегирани общности. Най-големите рискови сегрегирани общности в страната се намират в най-големите градове в страната – София и Пловдив.

Когато програмата стартира през 2016 г., почти 24% от населението на страната живее под прага на бедността***, като дялът на жените, живеещи в бедност е по-голям от този на мъжете. През 2017 г. относителният дял на бедните в страната е около 22%, но се запазва разпределението по пол, повечето от бедните са жени. Същото важи и за 2018 г., когато дялът на бедните в страната е 22,6%, като тенденцията на повече бедни жени от мъже се запазва. България е и страната с най-висок процент хора, живеещи в риск от бедност и социално изключване в ЕС. По данни на Евростат за 2020 г. ****, 33,65% от хората в страната са живели в риск от бедност. Все още не е ясно как настоящата пандемия е повлияла на нивата на бедност в страната, но има някои данни, според които 12,4% от населението в страната остава без доходи в резултат от пандемията.*****

* Ефикасността се използва като термин, който описва ефекта, постигнат от всяка една от програмите спрямо необходимите обществени ресурси за постигане на този ефект.

** Проведено от Агенция Алфа Рисърч.

*** Данни от НСИ, ЕС-СДУЖ

**** [https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20220915-1#:~:text=The%20risk%20of%20poverty%20or%20social%20exclusion%20varied%20across%20the,and%20Spain%20\(both%2028%25\).](https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20220915-1#:~:text=The%20risk%20of%20poverty%20or%20social%20exclusion%20varied%20across%20the,and%20Spain%20(both%2028%25).)

***** <https://alpharesearch.bg/post/976-godina-sled-nachaloto-na-kovid-pandemiata-kak-se-promeni-jivotut-ni.html>

Таблица 1. Дял на хората, които живеят под националната линия на бедност по пол и регион на изпълнение на проекта в периода 2016-2019 г.

Относителен дял на бедните	София – град			Пловдив		
	Общо	Мъже	Жени	Общо	Мъже	Жени
2016	20.6	19.4	21.6	21.9	20.1	23.6
2017	20.1	18.1	21.9	21.9	20.2	23.4
2018	20.8	18.3	23.1	21.0	20.3	21.6
2019	22.5	19.5	25.4	25.3	25.2	25.3

Източник: НСИ, 2021*

През 2021 г. пред обществеността е представена Националната стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване. В документа се посочва, че „Бедността в семейството може да бъде пречка за провеждането на превантивни дейности, въпреки факта, че те са безплатни за лица под 18 години и за част от хората с увреждания и хронични заболявания. Често тези лица нямат избран общопрактикуващ лекар или зъболекар. Това от своя страна често води до усложняване на здравословното им състояние, което се отразява на способността им да се интегрират на пазара на труда и да водят пълноценен живот. Бедността има отрицателно въздействие върху децата и върху тяхното нормално физическо и психическо развитие. Провеждането на превантивни мерки, наред с ранната интервенция, гарантират здравословния растеж и развитие на децата.“**

Въпреки признаването на връзката между бедността и липсата на достъп до здравеопазване, проектът на документа предлага мерки за подобряване на достъпа до здравеопазване за уязвимите групи, като здравните медиатори в уязвимите общности работят в тясно сътрудничество с медицинските институции и „извършват определени действия“***. В проекта на документа не се намеква, че правителството има намерение да реализира с помощта на медицински специалисти програма за здравеопазване в уязвими общности.

В същия проект на Националната стратегия правителството изглежда признава необходимостта от по-добри социални услуги, насърчаващи образованието и грижите в ранна детска възраст: „Усилията са насочени към развитието и насърчаването на услуги за ранно детско развитие с оглед превенция на риска и ранна интервенция, включително ранна интервенция в случай на увреждания, по-добър обхват и подобряване на готовността на децата за включване в образователната система, насърчаване на отговорното родителство, и други.“ **** В допълнение към това, Националната здравна стратегия 2021 – 2030 г. разпознава „патронажните грижи в общността“ (т.е. здравни услуги по домовете) като ре-

* Latest available data is on 2019 obtained in 2020.

** Draft of the National Strategy to combat child poverty, p.45

*** В оригиналния документ конотацията на текста предполага, че може да има определени медицински услуги, които могат да бъдат предоставени на общностите от здравен медиатор.

**** Проект на Национална стратегия за борба с детската бедност, стр. 48

шаваща форма на допълнителна подкрепа към доболничните медицински услуги*. Това означава, че като комплексна социално-здравна програма „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ има шанс да бъде популяризирана, като е вероятно да се превърне в една от програмите, които правителството ще подкрепи, след като ефектите от програмата бъдат изследвани съгласно оригиналната методология на програмата на Университета в Денвър, Колорадо.

В Националната стратегия за подобряване на майчиното и детското здраве 2021 – 2030 г. се посочва, че не са налице достатъчно пренатални грижи за майките, както и че липсват патронажни грижи в първите няколко дни след като детето се прибере вкъщи от болницата. Стратегията отчита значението на неравномерното разпределение на педиатрите и медицинските сестри в различните региони на страната. За решаването на този и много други проблеми, една от предвижданите мерки в Стратегията е създаването на интегрирани здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве (Центрове). Те са създадени във всеки регион по NUTS 2 в страната като начинът, по който функционират се различава в различните региони** и не е последователен по отношение на предлаганите услуги и групите, на които се предлагат. Съгласно стратегията, тези центрове предоставят медицински и социални услуги на млади хора, майки, техните семейства, бременни жени и деца на възраст между 0 и 18 години***. Стратегията обаче признава, че етническите малцинствени групи**** имат по-малък достъп до медицински грижи, тъй като живеят в сегрегирани общности, където липсват педиатри и акушер-гинеколози, и където 60%***** от жените са здравно неосигурени. В Стратегията не са предложени други мерки за справяне с посочените проблеми.

През 2021 г. е въведено допълнение към Наредба № 9 от 2019 г., с което домашните посещения на новородени и техните семейства от медицински сестри, акушерки и фелдшери***** стават безплатни за семействата. Услугите обаче се предвиждат за период до 14 дни след изписването от родилния дом. Това е абсолютно недостатъчен период на наблюдение и подкрепа за майки и бебета, които живеят в икономически неравностойни домакинства или принадлежат към уязвими групи, тъй като те са изложени на по-големи социални рискове и обстоятелства, и се нуждаят от допълнителни грижи, както показва наскоро проведено цялостно проучване (De Sousa et al., 2020).

Според интервюта с преподаватели от медицинските университети*****, програмите за патронажна грижа са традиционни за българското здравеопазване и са били широко използвани в миналото. Преди тези патронажни грижи са били организирани по кварта-

* Проект на Национална здравна стратегия 2021 – 2030, стр. 34

** Ниво NUTS 2

*** Уязвими майки, или майки и деца в риск, не са експлицитно споменати сред целевите групи на тези центрове.

**** Термин, използван в Стратегията.

***** Националната стратегия за подобряване на майчиното и детското здраве 2014 – 2020, стр.7

***** Медицинските асистенти са обучени да работят самостоятелно или като част от медицински екип от 2014 г. насам. Преди 1999 г. те са се наричали фелдшери (подобно на други постсоциалистически страни и са класифицирани от СЗО като практикуващи парамедици).

***** Изготвено за целите на проучването с преподаватели по медицина в МУ-София и МУ-Варна.

ли* като майките са посещавани от медицински сестри и акушерки неколнократно. Според професор от медицински университет, в настоящите условия има начин майките, които са родили за първи път, да поискат домашно посещение от акушерка или медицинска сестра за съвет относно майчинството, но не е сигурен какви са конкретните стъпки, за да поиска подобно посещение чрез техния общопрактикуващ лекар или гинеколог**.

Интервютата с преподаватели от медицинските университети показват също, че в болниците няма достатъчно акушерки и медицински сестри, които да се грижат за родилките и техните бебета в първите дни от болничния им престой. Последните данни за броя на медицинските сестри в страната все още показват, че на 10 000 жители се пагат 43 медицински сестри като този брой прогължава да намалява.



Фигура 1. Общ брой на медицинските сестри и дял на медицинските сестри на 10 000 жители в България в периода 2010-2020 г.

Източник: НСИ и изчисления на авторите



Фигура 2. Общ брой и дял на акушерките на 10 000 жители в България в периода 2010 - 2020.

Източник: НСИ и изчисления на авторите

Друг показател за дълбочината на проблема с намаляващия брой медицински сестри в България, е съотношението между медицински сестри и лекари, което намалява от 2,1 през 1980 г. на 1,0 през 2018 г. ОИСР класифицира България като една от страните с най-висока диспропорция между лекари и медицински сестри, която се нарежда на второ място сред страните от ОИСР с най-ниска гъстота на медицински сестри***. В тази връзка е много важно да се подчертае, че този процес вероятно е воден от логиката на пазарната икономи-

* Кварталът се състои от няколко махали, организирани според тяхната географска близост.

** По думите ѝ има задължително посещение на педиатър, след като майката се прибере от болницата, а как се получава то е разписано в Наредба 17 на МЗ.

*** ОИСР (2019), "Състояние на здравеопазването в ЕС – България – Здравен профил на гържавата", стр. 12

ка и смяната на професията с цел получаване на по-високи доходи. По данни на системата за рейтинг на българските университети за последните 10 години около 9 000 лекари и 10 000 медицински сестри и акушерки са завършили висши учебни заведения в България, като наред с това средната възраст на професионалните медицински сестри в страната е 53 години. Въпреки липсата на данни за миграцията на здравни специалисти от България, има много доклади и интервюта със здравни специалисти – както лекари, така и медицински сестри - които твърдят, че са напуснали страната, заради по-високите заплати, по-високото обществено уважение към професията, и по-доброто състояние на здравната система и болниците. Следователно, както е показано в Таблица 3, броят на лекарите и зъболекарите се увеличава, докато броят на медицински персонал с по-нисък престиж намалява.

Таблица 2. Брой медицински персонал през годините (1980-2020) в България

	1980	1990	2000	2010	2015	2018	2019	2020
Лекари	21796	28497	27526	27997	29073	29667	29612	29717
Зъболекари	4839	6109	6778	6355	7512	7240	7376	7312
Парамедици	7355	7617	3158	2417	2315	2145	2011	1919
Акушерки	7897	7544	4131	3247	3274	3155	3269	3251
Медицински сестри	45449	53810	31479	31786	31397			29160
Съотношение медицински сестри/лекари	2.1	1.9	1.1	1.1	1.1	1.03	1.03	0.98

Източник: Национален център за обществено здраве и анализи (за 1980-2000); НСИ (за 2010-2018)

Липсата на медицински специалисти може да доведе на по-късен етап до намаляване на процента на майките, които кърмят през първите 6 месеца, както и до по-голям дял на майките, които използват адаптирано мляко, за да хранят децата си. Друг наблюдаван страничен ефект, е свързан с вероятността майките от уязвими общности да развият следродилна депресия. Интервюираните преподаватели от медицински университети осъзнават необходимостта от патронажни сестри с профил близък до предлагания в програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“. Ситуацията в по-малките градове е различна, тъй като близостта на домакинствата до болница може да допринесе за по-ефективни графици на посещения от страна педиатри, медицински сестри и/или акушерки*.

*„Въпреки че медицинските университети имат капацитета да записват достатъчно студенти** в медицински програми, все по-малко младежи са готови да преминат през четири години интензивно медицинско образование, за да се окажат недостатъчно добре платени и претоварени поради липсата на персонал в сферата на здравеопазването.“****

* Според интервю с професор в МУ-Варна.

** Според националния план прием на студенти.

*** Професор от МУ-София (март 2021).

Те споделят, че се наблюдава тенденция хора с висше образование и опит в други сфери да се записват в медицински програми.

„Няма как да мотивираме повече млади хора да се записват в специалности за акушерки и медицински сестра, защото те трябва да плащат 400 лв. на семестър за 4 години, след това трябва да вземат 4 наистина тежки държавни изпита, за да започнат да работят в болница с основна заплата от 700 лева на месец. Ако има държавна политика за по-високи заплати на медицинските сестри и акушерките, ще има повече мотивация и търсене за тези специалности“.*

Според Министерството на образованието и науката (МОН) професионалните области в здравеопазването са класифицирани както следва: „Медицина“, „Дентална медицина“, „Здравни услуги“ и „Обществено здраве“. Въпреки това, де факто са налице два вида специализации: практикуващи медицински лица (предоставяне на здравни услуги) и експерти по обществено здраве (здравни мениджъри и анализатори).

Според наличните данни, се наблюдава лек спад в броя на обучаващите се в „Здравни услуги“. Тази тенденция остава непроменена, въпреки политиката на МОН за финансово стимулиране на университетите в страната с оглед привличане на повече студенти в това професионално направление. Политиката на МОН има положителен ефект върху акушерките и медицинските сестри, които завършват програмите за здравни услуги в страната, тъй като се увеличава броят на записаните в тях студенти.

Таблица 3. Брой на студентите, записани в програми за здравни услуги**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Брой студенти, записани в програми за здравни услуги	4722	5261	5920	6215	6505	6486	6361	6468	6808
Брой студенти, записани в програми за обществено здравеопазване	4055	3999	3915	3528	3464	3404	3255	3173	2873

Източник: Система за оценяване на университетите в България, 2021

2.3. Ограничения на изследването

По време на 5-годишния период на изследването за приложимост и приемливост на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ са използвани най-малко три различни инструмента за проучване на потребителите на програмата. В периода на въвеждане на първите инструменти някои от потребителите на програмата смятат, че въпросите са твърде

* Професор от МУ-Варна (март 2021).

** „Здравни услуги“ и „Обществено здраве“ са професионални сфери в българската образователна система, които се състоят от различни специализации. Повечето от студентите в тези сфери са медицински сестри или акушерки. Това означава, че сестра, учеща в даден университет в страната може да завърши „Здравни услуги“, докато друга може да завърши „Обществено здраве“. Лекарите могат да учат в друга професионална сфера – „Медицина“.

лични или смятат, че даването на отговор може по някакъв начин да им навреди. Това се дължи на необходимостта от събиране на данни за текущото здравословно състояние и икономическото състояние на семействата. За да се избегне неудобството от страна на потребителите, тези въпроси са пропуснати, като на тяхно място се използва инструмент, който в крайна сметка измерва само нагласите и чувствата на потребителите по време на участието им в програмата. Това означава, че всички данни, получени с помощта на първия инструмент, трябва да бъдат премахнати поради липса на сравнение с променливите в по-късните версии на въпросника, използван за изследването. Според дизайна на изследването, един потребител трябва да участва в три проучвания с един и същ инструмент по време на трите различни етапа на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“. Проведеният на три етапа въпросник е попълнен от 9 потребителя, които участват в трите етапа на програмата, и от 7 потребителя, които участват в два етапа на програмата*.

Количественото проучване в София е извършено изцяло на български език като за целите на теренната работа се използва ясен, опростен език. Тъй като потребителите на програмата в Пловдив не владеят български език, се налага проучването да бъде администрирано с помощта на теренния асистент по програмата и/или свекървите на потребителите. В резултат на това е възможно да са налице различни тълкувания и въпросите да не са преведени по един и същи начин за всички потребители в Пловдив. В допълнение, включването на асистента по теренна работа и/или свекървата на потребителя може да е накарало потребителя да отговори по начин, различен от този, по който би отговорил, ако беше сам с интервюиращия.

Проучването събира допълнителна качествена информация от потребителите за техния опит, потребности и участие в програмата, за да опише по-добре техните преживявания в различните общности, в които функционира „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“. Използват се качествени данни от други заинтересовани страни, за да се достигне до по-добро разбиране на мястото на програмата в контекста на националното здравеопазване.

Друго ограничение на изследването идва от пандемията от КОВИД-19 и политическата ситуация в България. В периода април-декември 2021 г. гържавата се управлява от служебно правителство, тъй като двата последователно избрани парламента (през м. април и през м. юли) не успяват да съставят правителство и биват разпуснати. Служебното правителство няма мандат за въвеждане на нови политики (тъй като политиките трябва да се гласуват от парламента, който не е избран), което води до стагнация по отношение прилагането на социалните и здравни услуги, предвидени в приетите от преходното правителство Стратегии. Не бе възможно да се намерят респонденти от МЗ и МТСП за последващо интервю**.

* Има 17 несдвоени интервюта от първи етап, 16 несдвоени интервюта от втори етап и 1 несдвоено интервю от трети етап.

** Членовете на МТСП и МЗ са интервюирани за целите на проучването за приложимост и приемливост през 2019 г.

3. Методология

3.1. Управление на проучването

Изследователският екип на Институт Отворено общество – София (ИОО-С) използва подход за събиране на данни, базиран на смесен метод. Изследователската философия се основава на техники за събиране на данни на базата на участие и меки психологически подходи спрямо потребителите на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“. Намирането на теренни изследователи се оказва една от най-трудните части от изследването. Само по себе си провеждането на проучване на базата на въпросник, който е лесен за разбиране от потребителите, но се характеризира с много вътрешни филтри и специфики, не е лесна задача, но също така изисква и много специфичен набор от меки умения (и демографски характеристики), които теренните работници трябва да притежават. Те трябва да бъдат от женски пол, да не създават психологически дискомфорт за младите жени в рамките на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“, както и да се съобразяват с културните специфики на участващите в програмата общности. По-добре се приемат теренните работници, които са част от по-широкия контекст на общността. Въпреки това, поради малкия брой хора с опит в провеждането на теренни проучвания и притежаващи горепосочените специфични характеристики, проучването е проведено от няколко различни теренни работници.

Членовете на изследователския екип провеждат повечето от качествените интервюта, като интервютата с някои от потребителите са проведени от обучени интервюиращи, които са членове на общността и са запознати с техниките и подходите при качественото интервюиране за целите на проучването за приложимост и приемливост на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ в България. В предварителния етап на проучването работата е съобразена с чувствителността по отношение на пола като всички качествените интервюта с бременни жени и млади майки са проведени от жена, завършила социология/социална работа, на възраст близка до тази на респондентите*. Съгласно първоначалния план за провеждане на проучването, няколко фокус групи са планирани за последния етап от изследването с цел обобщаване на опита на майките и по-възрастните членове на семейството. През това време не са провеждани фокус групи поради ограниченията, свързани със събирането на хора**.

Качествените насоки се основават на предварителен анализ на заинтересованите страни, одобрен от централния екип. За различните видове заинтересовани страни са разработени различни насоки за интервюта, като в основния модул са налице сравними елементи.

* От началото на пандемията от КОВИД – 19 всички качествените интервюта с държавни институции, образователни институции, неправителствени организации, акушер-гинеколози са правени или онлайн, или чрез мобилен телефон.

** Първият локдаун в България бе наложен през март 2020 г. и оттогава има постоянни препоръки, или периодично забрани, за струпвания на хора. Жителите на Факултета са много чувствителни по темата, тъй като за тях локдаунът започна с контролно-пропускателни пунктуве на входовете на квартала, и пълни ограничения на движението.

3.2. Методи за събиране на данни

Изследователският екип идентифицира шест основни групи заинтересовани страни, във всяка от които има няколко типа ключови участника. Групата „Общност в риск“ представлява целевата група на интервенциите по проекта и се състои от потребителите, по-възрастните членове на техните домакинства и неформалните лидери на общността. Групата на „Изпълнителната агенция“ се състои от ТСА като притежател на лиценза за програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“, местните екипи за изпълнение*. Групата на „Вземашите решения“ се състои от експерти, които представляват ключови министерства или агенции в сферите на интервенция на проекта: здравеопазване, социални грижи, закрила на детето и медицинско образование. Местните власти, отговорни за тези сфери на общинско, областно и регионално ниво, също са посочени като ключови заинтересовани страни. Групата на заинтересованите страни в системата на здравеопазването се състои от медицински университети, болници по акушерство и гинекология, общопрактикуващи лекари и педиатри (с оглед децата в общността), гинеколози (с оглед бременните жени в общността) и здравни медиатори (лицензирани доставчици на социални услуги, свързани с достъпа до здравеопазване и овластяването главно на неграмотни членове на общността, както и на лица без достъп до здравеопазване).

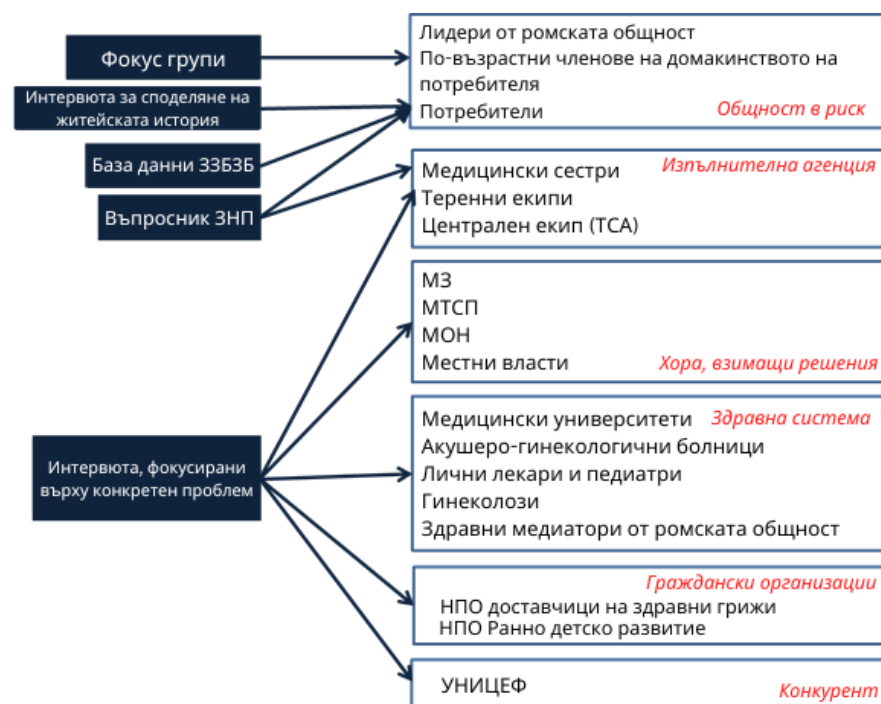
В групата на „Организациите на гражданското общество“, изследователският екип разграничава два вида НПО – тези, които работят за подобряване на здравеопазването, и тези, фокусирани върху ранното детско развитие. Поради горепосочените причини** УНИЦЕФ се разглежда като конкурент. Необходим е сравнителен анализ на двете програми, за да се оцени приемливостта и приложимостта на програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ в конкурентна среда.

Методите за изготвяне на извадките и методите за събиране на данни са подбрани специално за всяка от групите заинтересовани страни. Тъй като съставлява целевата популация на интервенцията, общността в риск се триангулира чрез повечето методи: фокус групи, интервюта с житейски истории (относно избора за забременяване и родителство), количествено проучване на знанията (осъзнаване), нагласите и практиките (опит и поведение), както и анализ на данни от базата данни на програмата. Патронажните сестри участват в качествени интервюта, базирани на проблемите, опита и научените уроци по време на трите етапа от изпълнението на програмата. Към всички останали заинтересовани страни се подхожда на базата на интервюта, фокусирани върху определен проблем, разработени на модулен принцип (сравнителен елемент), и прилагани на гъвкав принцип (съобразен със спецификите на съответната заинтересована страна)***. Връзката между метода за събиране на данни и заинтересованите страни е илюстрирана във Фигура 3 по-долу.

* Местните екипи включват патронажните сестри/акушерки, здравни/общностни медиатори, ръководители на екип, социален работник, психолог, координатор проект на ниво болница

** Тези причини могат да бъдат намерени в частта от доклада озаглавена „ Контекст на политиките“.

*** Най-чувствителни и следователно по-отворени/гъвкави в този случай са насоките за интервюта за УНИЦЕФ, които не трябва да правят компромис с елементите нито на ЗЗБЗБ, нито на модела на УНИЦЕФ, за да предоставят неутрално и обективно сравнение.



Фигура 3.
Връзка между метода за събиране на данни и групите заинтересовани страни. Стратегии за изготвяне на извадки и подбор на респонденти/целеви групи

3.3 Стратегии за изготвяне на извадки и подбор на респонденти/целеви групи

3.3.1. Количествена извадка

Поради малкия размер на целевата популация (N=100 на място на провеждане на програмата), изследователският екип решава да изготви изчерпателна извадка на потребителите.

Поради липса на предварително съгласие от страна на информантите за провеждане на проучването за приложимост и приемливост, и поради новите разпоредби на Общия регламент относно защита на данните (ОРЗД), на ИОО-С не е предоставен списък с потребителите на програмата и техните домашни адреси. Въпреки това, за да се избегне необходимостта от вторична процедура по скрининг на квартал (която е осъществима, но не е ефективна по отношение както на необходимите средства, така и на необходимото време), ТСА и ИОО-С разработват и анонимизират процедура за целенасочена (т.е. нерандомизирана) теренна разходка в квартала. Тереният медиатор посочва жилищата, в които живеят потребителите, като преброителят посещава тези жилища без да е наясно с името на потребителя(ите), техния статус в проекта (бременна-бебе-малко дете) и няма абсолютно никаква информация по отношение условията на живот, състава на домакинството и гр. Тази процедура намалява необходимостта от провеждане на рандомизиран скрининг в квартала, като същевременно не разкрива никакви лични данни за дадата, домакинството и семейните проблеми.

На по-късен етап процедурата е адаптирана. За да се завърши целият набор от три проучвания с един и същ потребител, централният екип предоставя база данни с номер

на участие и име на потребителя в програмата, които се попълват от изследователския екип. Потребителите са посочени за анкетиране въз основа на продължителността на тяхното участие в програмата. Проучването се извършва от член на изследователския екип, който се представя на потребителя от патронажната сестра по програмата. Когато потребителите помолят за това, патронажната сестра остава по време на проучванията и/или интервюта, за да осигури техния емоционален комфорт, и/или за да се грижи за децата им.

През последните две години от проучването членът на изследователския екип и патронажната сестра по програмата носят защитни маски по време на проучването и интервюто. Въпреки че са предварително снабдени с маски, някои от потребителите по програмата предпочитат да не ги използват. Изискванията за социално дистанциране са изпълнени през по-голямата част от времето, но създават неспокойна атмосфера по време на интервюирането и проучването на потребителите на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“.

3.3.2. Качествена извадка

Качествената извадка е целенасочена и е изготвена след анализ на заинтересованите страни. Философията на структурата на извадката се основава на разбирането за подход за изготвяне на извадка с множество случаи (Miles & Huberman, 1994). Обхващат се всички групи заинтересовани страни, както са изброени, но също така се търси максимално разнообразие от случаи в рамките на потребителите и другите заинтересовани страни. Извадката е изградена така, че да осигури доказателства не само за нормативното поведение и консенсусните нагласи, но и да намери „клиничните граници“ – нормативни изключения и контрастни отклонения, които да обхванат многообразието от мнения, и които са необходими поради нехомогенността на ромските общности (Пампоров, 2008).

Матрицата с първоначална рамка за анализ на заинтересованите страни с цел избор на респонденти е представена в Приложение 1.

3.4. Инструменти за събиране на данни

3.4.1. Въпросник за потребителите в рамките на проучването на знания, нагласи и практики (ЗНП)

Новото проучване на ЗНП на потребителите се основава на меки психологически подходи при измерване на развитието на самоефикасността на потребителите, тяхната социална среда, доверието им в хората около тях, както и на други важни фактори в контекста на теорията на Бронфенбенер за човешката екология*. Голяма част от информацията за демографските фактори е изключена, главно за да се елиминират всякакви страхове и ди-

* Bronfenbrenner, U. (1977). Experimental toward an Ecology of Human Development. *American Psychologist*, 32, 513-531. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>

скомфорт у потребителите*. Съдържанието на въпросника не е традиционно в смисъл, че всяка тема се въвежда под формата на модул, в рамките на който се изчерпват всички въпроси по темата. Въпросникът има отворена структура и темите в него се въвеждат в последователност, която позволява провеждането му да наподобява разговор. Това е важно, тъй като потребителите на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ не се чувстват комфортно в ситуация, която изглежда като разследване на техния живот (затворена структура на въпросника), а не като обмен на мнения и опит (отворена структура на въпросника).

Тем, Включени в проучването на знанията, нагласите и практиките (ЗНП) на потребителите:

1. Канали за получаване на информация за програмата
2. Търсене на услуги – социални, здравни, образователни, други
3. Социална мрежа и мрежа на доверени лица на потребителя
4. Достъп до и необходимост от услуги – социални, здравни, образователни
5. Вземане на решения, поставяне на цели, отстояване на себе си, лична рефлексия за добри и лоши качества
6. Опит с програмата и елементи от програмата
7. Лично отношение и отношение към образованието, свързано с пола
8. Отношение към системата на здравеопазването и социалните грижи в страната
9. Социални концепции за семейството и какво означава семейството за потребителите
10. Основна оценка на икономическото състояние на домакинството.

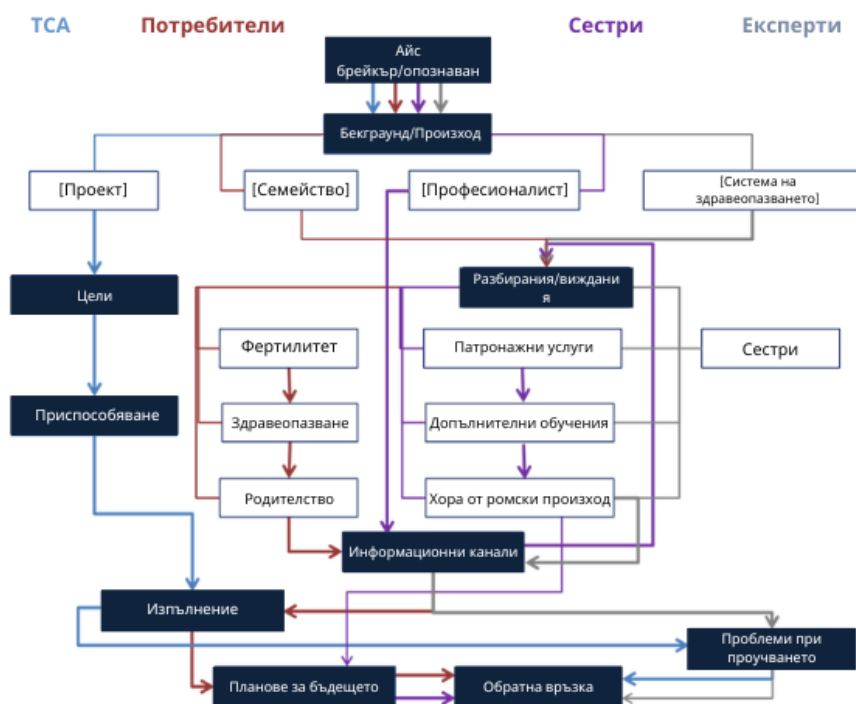
Текущата версия на въпросника е включена в Приложение 2.1

3.4.2. Насоки за провеждане на полуструктурирано интервю

Изготвени са няколко насоки за провеждане на интервюта – всички съобразени със спецификата на заинтересованите страни, изброени по-горе във Фигура 3. Въпреки това, всички насоки имат сходна основа и следват същия методологичен принцип. Следователно са налице някои ключови пресечни точки и съответствие между различните насоки, както е илюстрирано на Фигура 4.

За целите на провеждането на интервюта по телефона през 2020 г. и 2021 г., е възможно някои от уводните въпроси да са пропуснати по искане на участника в интервюто. Телефонните интервюта са по-кратки от нормалното интервю – около 20-25 минути, но са наситени с информация, обратна връзка, предложения и идеи.

* Обикновено потребителите на ЗЗБЗБ са млади жени, омъжени за малко по-възрастни мъже. Това означава, че в някои случаи тези потребители ще се считат за деца според българския „Закон за закрила на детето“. Потребителите знаят това и не са склонни да говорят за състава на семейството си и възрастта си с някой, който все още не е спечелил доверието им.



Фигура 4. Пътека на полуструктурираните качествени насоки за провеждане на присъствени интервюта с екипа на ТСА (синьо), потребители (червено), медицински сестри (лилаво), и други експерти (сиво), с ключови общи модули (синя основа, бял шрифт) и специфични модули (бяло, черно)

3.5. Ограничения по отношение на методологията

Основното методологично ограничение в настоящия доклад е, че не са налице достатъчно на брой триетапни анкети, проведени с потребителите. Статистическият анализ, базиран на t-тест за зависима извадка при изследване на разликите между потребителите в етап 1 (бременност), етап 2 (бебе) и етап 3 (малко дете), би бил статистически разумен, ако са налични поне 30 триетапни интервюта за всяка от локациите, в които се провежда програмата. 30-те триетапни интервюта за всяка локация също биха позволили статистическо сравнение с t-тест на независима извадка между двете локации (София и Пловдив). Независимият t-тест на извадката би дал възможност статистически да се изследват промените, които могат да настъпят в оценката на потребителите (въпроси, които включват скала) относно техния собствен опит като жени, тяхната самоефикасност, и би позволил изследване на възможни промени в отношението към ранните бракове и последващите бременности. Това се дължи най-вече на тежките логистични процедури на теренната работа, които изискват интервюиращият, патронажната сестра и потребителят да бъдат на едно и също място, по едно и също време. Някои от потребителите не спазват насрочените им часове при патронажните сестри, което налага разместване на графика. Профилът на провеждащия проучването също трябва да бъде доста специфичен – повечето от потребителите не реагират добре на интервюиращи, които са по-възрастни от тях. Въпреки обучението, предоставено от екипа на ИОО-С, провеждащият изследването трябва като начало да има безупречна лична етика. Ако и когато подобно проучване се провежда за целите на ЗЗБЗБ в бъдеще, е много важно да е налице механизъм за уведомяване на интервюиращия екип, когато потребители са навлезли в етап 1, етап 2 или етап 3 и отговарят на условията за интервю за гадения етап. Това би помогнало на интервюиращите да следят целите си по отношение събирането на дан-

ни. Друго възможно решение може да бъде въпросниците да бъдат попълнени от самите потребители (ако имат такава възможност), или с помощта на патронажната сестра по програмата. Тежката логистична процедура е допълнително утежнена от пандемията от КОВИД – 19, тъй като има изтегляне на теренни работници и не се спазват здравните ограничения в квартал „Факултета“ (локация 1) и квартал „Столипиново“ (локация 2). Спазването на ограниченията (носене на маска, спазване на социална дистанция от 1,5 м) често води до по-ниска степен на доверие между патронажните сестри и потребителите, както и между интервюиращите и потребителите.

Аналитична рамка и развитие на данните

Фокусът на лонгитюдното изследване е проучването на приемливостта и приложимостта на услугите и интервенциите, предоставяни от програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ в български контекст. Оценката на приемливостта се фокусира върху начина, по който потребителите на програмата, техните семейства и общности, както и националните органи (като МЗ, МТСП), НПО доставчиците на здравни услуги, доставчиците на медицинско образование, общопрактикуващите лекари, педиатри и други заинтересовани страни, реагират на интервенциите и услугите, предоставяни в рамките на ЗЗБЗБ в България.

Пред проектното проучване е проведено съгласно критериите на ОИСР* за оценка на подпомагане на развитието**, поради тяхното международно признание и всеобхватност***. Критериите на ОИСР (или КПР) до 2016 г. включват:

- **Уместност:** степеня, в която дейността за подпомагане отговаря на нуждите, приоритетите и политиките на целевата група, получателя на услугата и донора.
- **Ефективност:** Мярка за степеня, в която дадена дейност за подпомагане постига своите цели.
- **Ефикасност:** Ефикасността измерва резултатите – качествени и количествени – на фона на вложените ресурси. Това е икономически термин, който означава, че подкрепата използва възможно най-евтините ресурси за постигане на желаните резултати. Обикновено се изисква сравняване на алтернативни подходи за постигане на същите резултати, за да се види дали е възприет най-ефективният подход.
- **Въздействие:** Положителните и отрицателните промени в резултат от дадена интервенция за развитие, които са преки или непреки, предвидени или непреднамерени. В тези промени се включват основните въздействия и ефекти, произтичащи от дейността върху местните социални, икономически, екологични и други показатели за развитие. Проверката трябва да се занимава както с предвидени, така и с непредвидени резултати, и трябва да включва положителното и отрица-

* Повече за методологията може да бъде намерено на стр. 38 от „Доклад от работата на терен 1“

** <http://www.oecd.org/dac/evaluation/daccriteriaforevaluatingdevelopmentassistance.html>

*** Някои от институциите, които използват критериите КПР за ПРООН, УНИЦЕФ и Световната банка.

телното въздействие на външни фактори, като промени в търговските и финансовите условия*.

- **Устойчивост:** Устойчивостта е свързана с измерване дали има вероятност ползите от дадена дейност да продължат след оттеглянето на донорското финансиране. Проектите трябва да бъдат екологично и финансово устойчиви.

3.6. Възможни отклонения в данните

В настоящото проучване може да има някои отклонения, които се дължат на отказа на респондентите да участват в проучването или качествените интервюта (отклонения в резултат от техния личния избор).

Друго възможно отклонение идва от факта, че анкетите и интервюта в квартал „Столипиново“ са проведени от лице, което говори български език. Много от потребителите „Столипиново“ обаче не говорят и не могат да четат на български. Това означава, че потребители, които не владеят български език, са отговорили на въпросите в анкетата и интервюта с помощта на преводачи (роля, която обикновено се изпълнява от съкървата на потребителя и/или от медиатор в рамките на програмата). В подобна ситуация е възможно отговорите на потребителите да бъдат погрешно интерпретирани от преводача, както и, потребителите да не са в състояние свободно да изразят мислите си поради динамиката на социалната власт в домакинството. Тези фактори правят интервюирането на потребители в „Столипиново“ по-голямо предизвикателство от интервюирането на потребители в други квартали както в Пловдив (локация 2), така и в София (локация 1).

* Настоящото проучване не е проучване за оценка на въздействието, а описва въздействието на проекта на база на критериите на ОИСР.

4. Етични аспекти на проучването

Тъй като настоящото изследване и доклад се основават на чувствителни случаи в сферата на здравеопазването, които включват малки деца и родителски грижи, изследователската етика на екипа на ИОО–С се основава на Процедурата на УНИЦЕФ за етични стандарти в изследванията, оценката, събирането и анализа на данни*.

4.1 Липса на злоупотреби

Дизайнът на изследването и изпълнението на настоящото проучване следват изискванията на принципа „Не нанасяй вреда“, който включва два основни компонента, обсъдени и приети от изпълнителната агенция:

4.1.1. Осигуряване на психологическия комфорт на респондентите

Като респонденти на проучването за приложимост и приемливост, потребителите на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ могат да участват в него само доброволно. Те имат право да се оттеглят от количественото проучване или да прекъснат фокусираното интервю за споделяне на житейската история на всеки етап от интервюирането, както и да не отговарят на въпросите, които намират за неудобни или неподходящи по отношение на техните нагласи и преживявания.

Отказът или участието в проучването не са и не могат да бъдат причина за промяна в броя или в качеството на очакваните интервенции и предлагани услуги в рамките на проекта „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ в България.

Препоръчително е както количественото, така и качественото интервюиране да се провеждат в присъствен формат. Въпреки това, ако респондентът не харесва този формат, както и ако изрично пожелае друго лице да присъства на интервюто, това не трябва да е причина за отказ на интервюто. Интервюиращият, обаче, трябва да опише тези обстоятелства в регистрационния файл на изследването след интервюто (не в присъствието на респондента) и, ако е възможно, да посочи социалната роля на третата страна, присъстваща на сесията – интимен партньор или съпруг, майка или свекърва, приятел и др.

Тереният работник и интервюиращият не трябва да спорят или да противоречат на изказванията и твърденията на респондента. Когато възникне някакво съмнение, то трябва да бъде отбелязано в регистрационния файл като бележка след края на интервюто (т.е. не пред респондентката или нейните роднини).

4.1.2. Осигуряване на защита на личните данни

Нито изследователският екип, нито теренните работници имат право да обсъждат проблемите на текущото изследване пред откритата, т.е. неспециализирана аудитория, тъй като то е свързано с добре познати сегрегирани райони, и е възможно да създаде или засили негативни стереотипи спрямо местното население. Единственият приемлив

* <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/unicf-procedure-ethical-standards-research-evaluation-data-collection-and-analysis>

начин е изследването да бъде обсъждано с целеви експертни аудитории след консултация с централния екип.

Имената на респондентите, точните им адреси, етническата им самоидентификация (включително религия и роден език), ежедневните им навици, доходите на домакинството и психологическите им нагласи трябва да се разглеждат като изключително чувствителни данни и не трябва по никакъв начин да бъдат публикувани или разкривани от изследователския екип или теренните работници. Единственият приемлив начин за публикуване или обсъждане на данни е анонимно и чрез обобщени цифри (за да се избегне разпознаването на респондентите).

Експертните интервюта могат да бъдат цитирани като име и/или позиция, ако изявлението е направено на публично събитие (излъчено от медиите или по време на среща на местен или национален консултативен съвет), или ако има изрично информирано съгласие, погнисано на хартия или налично под формата на запис. Съгласието на информатор се определя и разглежда съгласно дефиницията на УНИЦЕФ: „Доброволното съгласие на физическо лице или негов/неин упълномощен представител, който има юридическата правоспособност да даде съгласие и който упражнява свободен избор, без неправомерно стимулиране или каквото и да е друга форма на ограничение или принуда за участие в изследване. Лицето трябва да има достатъчно познания и разбиране за естеството на предложената дейност за генериране на доказателства, очакваните рискове и потенциални ползи, както и изискванията за дейността, за да може да вземе информирано решение“.

Тъй като в момента на участието си в програмата децата са много малки и не могат да разберат и изразят собствената си воля, те и техният личен опит няма да бъдат директно адресирани на този етап от изследването.

4.2. Корекции от етично и културно естество

Изследователският екип напълно променя първоначалния подход към общностите, които са част от изследването. Указанията за интервюта са опростени, така че да помогнат на екипа и респондентите да водят по-естествени разговори, проучването (както беше споменато по-горе) е променено, и е възприет нов по-мек подход към анкетирането на потребителите.

Потребителите не считат интервюта и анкетата за обидни или по друг начин негативни. Някои въпроси, свързани с емоциите, които потребителите изпитват, не са широко разбрани от респондентите, тъй като липсата на образование и специфични форми на комуникация могат да повлияят на саморефлексията и разбирането на емоциите. Всеки път, когато потребителите не са в състояние да разберат напълно даден въпрос, това се отбелязва от теренния работник, като всички последващи промени в тяхното разбиране на въпроса също трябва да бъдат отбелязани. Пример за това е въпросът, свързан с чертите на техния характер, които харесват и съответно, не харесват. Повечето потребители не успяват да анализират характера си или начина, по който се възприемат, и съответно отговорите им са „Всичко“ или „Нищо“.

Настоящият инструмент не е адаптиран за потребителите от квартал „Столипиново“, които не разбират български език и е използван от терения работник с помощта на здравния медиатор, който изпълнява ролята на преводач, ако и когато това е необходимо. Това обстоятелство потенциално би могло да повлияе и на отговорите на въпросите от анкетата.

5. Резултати от изследването

5.1. Уместност

В предходните три предварителни доклада програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ в България получава оценка „много уместна“ по критерия на ОИСП. Тази оценка е от значение за контекста в страната, предвид относително високите нива на детска и неонатална смъртност, които се дължат на много високите специфични за възрастта процент на фертилитет и аборти, както и процента на абортите в България за възрастовите групи 10-14 и 15-19. България остава една от страните с най-висок дял на пушачи, лица употребяващи наркотични вещества и алкохол. Тенденциите не са се променили положително, така че програмата остава много актуална за контекста на страната*.

Стремежът към намаляване на броя на инфекциите по време на бременност и спонтанни аборти се счита за уместен, тъй като потребителите на възраст 18-22 години нямат право на безплатно здравеопазване, и предвид тяхното икономическо неравностойно положение (което е един от критериите за уязвимост за записване в програмата), са изложени на риск от липса на достъп до здравни услуги по време на бременността си. Проучване в Пловдив по данни от УМБАЛ „Св. Георги“ ** показва, че по-младите майки (до 20 години) страдат повече от спонтанни аборти и раждат повече деца с по-ниско от нормалното тегло, отколкото майките в по-високите възрастови групи (възраст 20+)***.

Програмата е съобразена и с политическата воля на действащото в съответния момент правителство и желанието за възстановяване на патронажните услуги в България (познати още от периода между края на 20-те и края на 80-те години на 20 век). Но политическият контекст в това отношение се променя значително в периода 2018-2019 г., когато няколко консервативни граждански организации, Българската православна църква заедно със Съюза на евангелските геноминации, както и някои националистически партии****, демонизират дейността на УНИЦЕФ (включително тази на патронажните сестри). Така те успяват да отложат приемането на Стратегията за детето, както и да постигнат отлагане с шест месеца на приемането на Закона за социалните услуги, който има за цел да регламентира всички видове социални услуги за уязвими групи. Социалната работа и патронажните услуги често се описват в публичния дискурс като елемент от „механизъм за отвлечане на деца“, което сериозно застрашава по-нататъшното прилагане на патронажните услуги на национално ниво. Нито правителството, нито прокуратурата предприемат своевременно действия, за да спрат демонизирането на

* Повече данни се съдържат в „Доклад от работата на терен 1“ и „Доклад от работата на терен 2“ (стр. 31).

** Програмата ЗЗБЗБ в Пловдив си партнира с УМБАЛ „Свети Георги“.

*** Сандева, М. (2019), резюме на дисертация „Честота, социални и медицински аспекти на раждане преди термин“, МУ-Пловдив. (<https://mu-plovdiv.bg/wp-content/uploads/2019/03/Avtoreferat-ons-doktor-Sandeva.pdf>)

**** Обикновено се обозначават като „крайно десни“ движения.

УНИЦЕФ и стигматизирането на службите за закрила на детето (включително патронажните сестри).

През последните години обаче има значителен тласък в посока образование и грижи в ранна детска възраст в стратегическите документи в ЕС, включително Детската гаранция за уязвими деца, която има за цел да осигури безплатно здравеопазване, образование и грижи в ранна детска възраст, достойни жилища и адекватно хранене*. Проектът за Национална стратегия за преодоляване на детската бедност признава необходимостта от разработване и прилагане на национална рамка за качество на ОГРДВ, която да позволи самооценка и мониторинг на напредъка в качеството на институционално, регионално и национално ниво. Насочена към борбата с детската бедност, една от предложените мерки в проекта за Стратегия е да се подобри съществуващата структура на управление по отношение обхвата и качеството на образованието и грижите в ранна детска възраст като се предложи интегрирана система за постигане на по-балансиран подход между грижите и образованието, както и за предоставяне на достъпни услуги за всички нуждаещи се домакинства. **Тази мярка не е уточнена допълнително, но „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ може да бъде част от разширяващия се обхват на грижите в ранна детска възраст.**

Потребителите на програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ обикновено са хора с ниски доходи и други фактори на уязвимост. През 2019 г. България има един от най-високите дялове на лица, живеещи в риск от бедност и социално изключване (33,9%) в ЕС, както и един от най-високите дялове на деца, живеещи в риск от бедност и социално изключване (22,55%). Общият коефициент на участие на деца на възраст от 4 до 6 години в детските градини в България от 84% остава под средното за ЕС ниво от 95,4%**.

Участието на деца от ромски произход в ранни детски грижи и образование все още е значително по-ниско от участието на децата от български произход. През 2016 г. около 66 % от ромските деца са получили услуги за ОГРДВ***.

*„Все още имаме много по-висок процент на майчината и детската смъртност в ЕС и това в голяма степен се дължи на факта, че бедните и уязвими жени нямат достъп до здравни грижи“ ****.*

* Повече информация за Детската гаранция за уязвими деца е налична на: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1428&langId=en>

** Европейска комисия, Обзор на образованието и обучението, 2019 България.

*** Пампоров, А. (2016) Мониторингов доклад на гражданското общество

**** Интервю с професор от МУ-София, проведено за целите на проучването за приложимост и приемливост на програмата ЗЗБЗБ в България.

Професор от Медицински университет – Варна споделя, че програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ е много подходяща за нуждите на ромите и други уязвими жени, но намира изискването за записване на бременни не по-късно от 28-ма гестационна седмица* за рестриктивно, и счита, че е необходима промяна на критериите за допустимост, така че програмата да бъде отворена за бременни жени до 34-та гестационна седмица. *„Програмата трябва да се прилага и в други региони на страната – особено Сливен, където има много бедни и уязвими млади майки и филиал на МУ – Варна“.*

В края на 2019 г. и началото на 2020 г. централният екип на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ тества записването на потребители по-късно от тяхната 28-ма гестационна седмица, тъй като програмата позволява това в други държави. Тестът се провежда, за да се разбере дали това ще доведе до увеличаване на групата на потребителите. Оказва се, че потребителите, записани след 28-та гестационна седмица показват по-малък интерес към програмата, нямат време да изградят доверителна връзка с патронажната сестра и е по-вероятно да се откажат от програмата. Поради това екипът на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ в България решава да се придържа към критериите за записване на потребители до 28-та гестационна седмица от бременността.

Според интервю с Агенцията за закрила на **детето програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ и работата по нея не само с майките, но и с техните семейства, е един от ключовите фактори за дългосрочен успех в подпомагането на семействата в борбата с проблеми като домашно насилие и изоставянето на деца.**

Местните общности също намират програмата за много подходяща. Жените в квартал „Факултета“ (София) споделят в интервюта, че често имат усещането, че сякаш патронажната сестра от програмата е единствения човек, който наистина се грижи за благополучието на децата им и се чувстват по-сигурни, когато тя е наблизо. Осигуряването на допълнителни лекарства (ако са предписани от педиатър или личен лекар), както и на добавки за преодоляване на анемията, също е важно за общностите.

Медиаторите по „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ и тяхната роля в теренната работа също се оказват изключително подходящи за общностите, в които се провежда програмата. Според данни, базирани на проучване за целите на изследването на приложимост и приемливост, жените посочват ролята на медиатора като един от факторите за включването им в програмата.

* Според документите на ЗЗБЗБ, ранното записване дава възможност на потребителите и патронажните сестри да изградят доверителна връзка преди раждането на детето, както и да се обърне внимание на пренаталното здравословно поведение, което има отношение към безпроблемното раждане и неврологичното развитие на детето. Освен това данните за разпространението на програмата показват, че по-ранното влизане в програмата е свързано с по-дълъг престой по време на ранна детска възраст, което увеличава периода на участие на потребителите в програмата и предлага повече възможности за промени в поведението.

Кой или какво Ви убеди да се включите в ЗЗБЗБ?

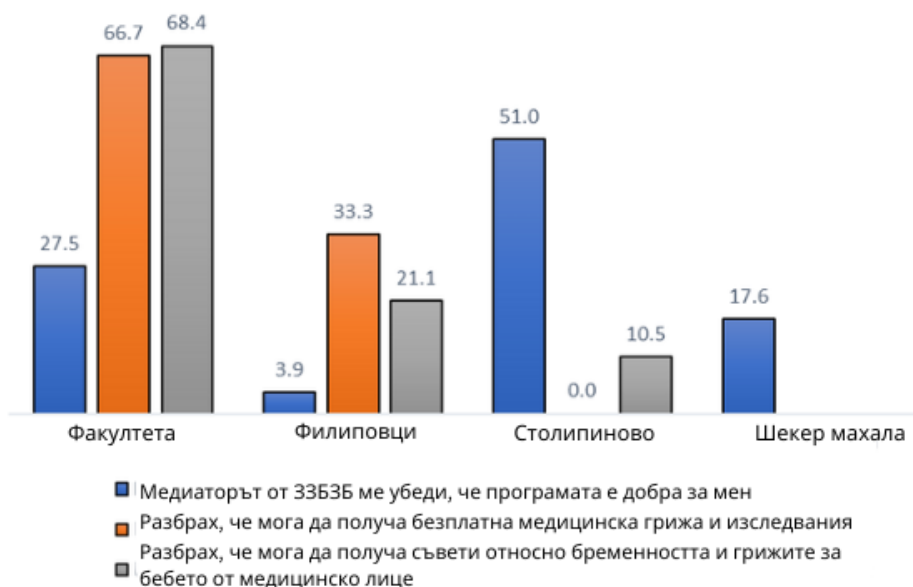


Фигура 2. Разпределение на отговорите на потребителите за всеки един от етапите на количествено проучване по програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“

Източник ИОО-С, проучване на ЗНП

Фигурата на медиатора обаче е релевантна в различна степен в зависимост от локацията, в която се прилага „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“. Данните показват, че значително по-голям дял от жените в квартал „Столипиново“ (Пловдив) решават да се запишат благодарение на работата на медиатора. Възможно отклонение на данните може да е причина за тези резултати, тъй като жените в локация 2 (Пловдив) са анкетираны веднага след началото на изпълнението на ЗЗБЗБ в тяхната общност. Това означава, че много от тях не са имали друг начин да разберат за програмата, тъй като никой от техните връстници, приятели и членове на семейството не е преминал през всички нейни етапи и не е участвал в нея преди тях. Потребителите на програмата в локация 1 (София – квартали „Факултета“ и „Филиповци“) са анкетираны с настоящия инструмент след като програмата се прилага в техните общности повече от година, и е възможно повече техни приятели, членове на семейството или други връстници вече да са участвали в нея в момента на провеждане на проучването.

Кой или какво те убеди да се включиш в ЗЗБЗБ?



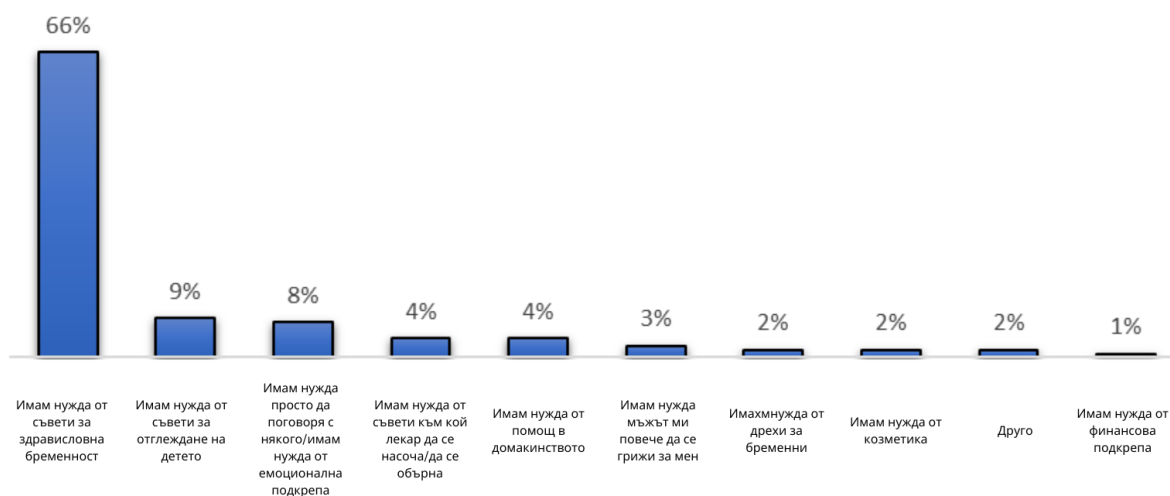
Фигура 3. Разпределение на отговорите на потребителите за всеки от етапите на количествено проучване по програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“

Източник ИОО-С, проучване на ЗНП

Потребителите на програмата изразяват мнение, че имат нужда от съвет относно своята бременност и грижите за детето си. Огромен брой потребители споделят нуждата от съвети за постигане на здравословна бременност. Ако ЗЗБЗБ не беше достъпна за тях, те биха поискали съвет от своите приятели и семейство. Тъй като имат достъп до програмата, могат да получат съвет от медицински специалисти. Предвид здравната система в страната, медицинските специалисти рядко правят домашни посещения и би било почти невъзможно да се оцени жизнената среда в дома на пациентите, техните хранителните навици или консумацията на цигари и алкохол. **Програма за патронажна грижа като „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ има предимството да обърне внимание на проблемите, които биха могли да доведат до по-нездравословна бременност в домашната среда на потребителя, техните нормални хранителни навици или навици за консумация на цигари/алкохол и т.н.** Потребителите се нуждаят от съвет относно своята бременност и са нетърпеливи да ги получат.*

Фигура 4. Разпределение на отговорите на потребителите за всеки от етапите на количественото проучване по програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“

Кои са нещата, за които чувствате, че имате нужда от подкрепа/помощ от вашите близки - семейство, приятели?



Източник: ИОО-С, проучване на ЗНП

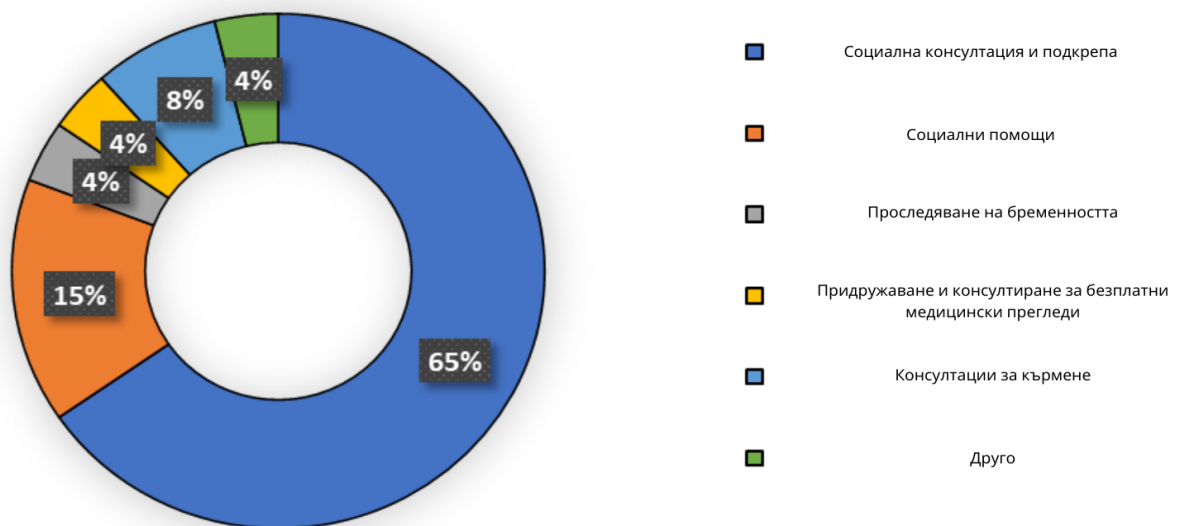
Като се има предвид социално-икономическият профил на потребителите на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“, програмата работи и за предоставяне на консултации относно социални услуги, от които потребителите могат да имат нужда. Наред с това, ЗЗБЗБ предоставя подкрепа за потребители, които се нуждаят от помощ при попълване на документи или намиране на подходящата институция, която да адресира техните про-

* На базата на проведени с патронажните сестри по програмата интервюта в периода между 2017 и 2021 г.

блеми. Установено е, че социалният аспект на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ е много релевантен за общностите, в които услугата работи, тъй като много потребители споделят нуждата си от подкрепа за получаване на социална помощ или консултация относно социалните услуги, които са достъпни за тях. **По този начин програмата постига две цели – осигурява социална подкрепа за семействата, които участват в нея, но също така успява да създаде мрежа от хора и институции, които трябва да работят заедно, за да осигурят социална подкрепа за уязвими семейства.** Патронажните сестри и персонал на ЗЗБЗБ създават канали, които техните потребители могат да използват дори на по-късен етап и помагат за изграждане на по-добра самоефикасност при взаимодействие с институциите.

Фигура 5. Разпределение на отговорите на потребителите за всеки от етапите на количественото проучване по програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“

А имате ли нужда от друга помощ/подкрепа, която не могат да Ви осигурят Вашето семейство и приятели?



Източник: ИОО-С, проучване на ЗНП.

Следователно патронажната услуга, или подобна на патронажната услуга, е много подходяща за общностите, в които се пилотира. Наред с това, **тази услуга може да бъде подходящо допълнение към един по-цялостен подход по отношение на политиките на българското правителство, свързани както с борбата с детската бедност, така и с ОГРДВ.**

5.2. Ефективност

5.2.1. Материали по програмата

Повечето от използваните в програмата материали са адаптирани за първи път през 2015 г. преди началото на нейното изпълнение през 2016 г. Адаптирането е извършено от екип от експерти по майчино здраве, кърмене и ранно детско развитие.

След като първоначално адаптираните материалите попадат в ръцете на патронажните сестри, които имат възможност да ги изпробват по време на реалната си ежедневна работа на терен, те осъзнават необходимостта от по-нататъшно им преработване. По време на качествени интервюта някои от патронажните сестри посочват, че материалите са написани по начин, който остава неразбираем за хора с по-ниско образование. *„Някои от нашите потребители са напълно неграмотни и не всеки материал работи, защото все още по-голямата част от него се състои от текст, който също не е достатъчно разбираем“.* Материалите по различни теми, свързани с майчино здраве, раждането и много други, обикновено се опростяват допълнително от патронажните сестри и тяхното разбиране за това, което техните потребители искат и трябва да чуят.

Въпреки тези мнения, споделени през 2016 и 2017 г., в интервюта, проведени през 2019 г. в София (локация 1), патронажни сестри и потребители споделят, че материалите са много полезни за тях. *„Моите потребители се интересуват от материалите и аз ги използвам много в моята работа. Разбира се, някои от потребителите не могат да прочетат материалите, но гледат снимките и си припомнят за какво сме говорили. Когато ги попитам дали са използвали материалите след последното ми посещение, те започват да ми разказват всичко, което си спомнят от последния ни разговор. Това означава, че материалите са полезни“.**

*„Харесвам материалите, които тя (патронажната сестра) ми оставя, защото има какво да чета. Казах ѝ да ми остави още, за да мога да чета на детето си преди лягане. Ние нямаме книги и ми омръзна да ѝ разказвам едни и същи стари приказки. Тя (детето) ме кара всяка вечер да ѝ чета.“***

Някои потребители споделят, че не четат материалите, защото не могат. Една от патронажните сестри в Пловдив (локация 2) посочва: *„Не можем да адаптираме допълнително материалите. Те не могат да четат и това е краят. Не съм сигурна, че дори и да преведем материалите на турски, те ще могат да ги четат, тъй като в квартала турският език се ползва предимно говоримо.“ **** Изследователският екип се интересува от начините, по които материалите могат да бъдат допълнително адаптирани, за да отговарят на езиковите потребности на общността в квартал „Столипиново“ (локация 2), независимо дали чрез използване на повече снимки или чрез използване на опростен език.

* Интервю с патронажна сестра № 4 по програмата, която работи в София, локация 1. (Интервюто е проведено през 2020 г.)

** Интервю с потребител № 1, който е завършил участието си в програмата през 2019 г. (Интервюто е проведено през 2020 г.)

*** Патронажна сестра по програмата в Пловдив, която е завършила етап 2 (ранно детство), интервюирана през 2020 г.; Четири нови патронажни сестри в София, интервюирани след втория етап на програмата (2019 г.).

Но според медицинските сестри и в София и Пловдив, най-добрият начин да се използват материалите с потребители, които не могат да четат, е те да им бъдат обяснявани по разбираем начин на езика, който използват, ако това е възможно.*

*„Другите материали са много полезни. Имаме тези красиви кукли, които потребителите харесват. Тъй като не са ходили на училище, те не могат да си представят как изглежда бебето в телата им. Задават всякакви въпроси и като им покажеш куклите започват да разбират. Освен това нашите кукли имат тегло сходно с това на бебетата – дори имаме една недоносена кукла. Имаме и кукла с прикрепена към нея плацентата. Потребителите са очаровани от нея.“ ***

Първоначалната реакция на патронажните сестри по отношение на материалите по програмата се променя след като имат възможност на работят с тях. *„Понякога ги използвам само заради снимките, и това ми помага и на мен – знам кои са най-важните неща, които трябва да кажа на потребителите. И, разбира се, мога да ги променя, ако забележа нещо в дома дом и средата на потребителите, или дори в тяхното отношение, за което преценя, че е важно да се говори.“****

Според данните от количественото изследване, всеки потребител е получил материали за четене от своята патронажна сестра. Повечето потребители (90%) намират материалите за полезни. Основната причина, поради която не ги намират за полезни, е че не могат или нямат време да ги прочетат.

Това важи особено за квартал „Столипиново“ (Пловдив, локация 2), където мнозинството от потребителите не могат да прочетат материалите сами, но през по-голямата част от времето получават помощ от техните свекърви.

Освен материалите за четене, куклите с определено тегло също се радват на голям интерес сред потребителите на програмата. Куклите се използват като инструмент за подобряване на родителските умения, както и за опровергаване на традиционни начини за грижа за новородените, които доказано представляват опасност за тях.

*„Свекървите имат навика да повдигат новородените нагоре и надолу, за да ги успокоят. Тези движения могат да бъдат вредни за мозъка на децата и затова молим жените да използват куклите, за да ни покажат как обикновено успокояват бебетата, и ако видим нещо, което ни притеснява, им показваме, отново с помощта на куклите, как да се коригират. Освен това имам усещането, че жените са по-добре подготвени, когато държат собственото си дете на ръце. Показваме им и как да правят масаж на новороденото, ако има колики и плаче.“*****

* Патронажна сестра по програмата в Пловдив, която е завършила етап 2 (ранно детство), интервюирана през 2020 г.

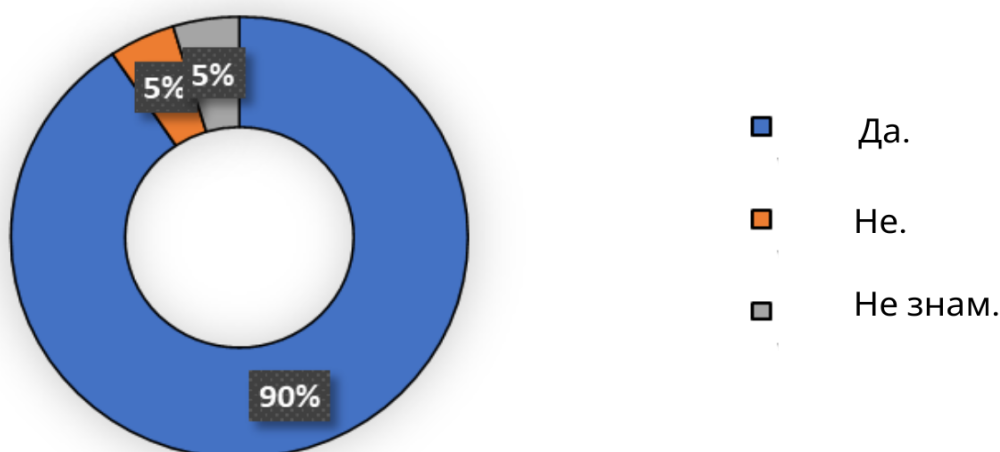
** Патронажна сестра по програмата в Пловдив, която е завършила етап 2 (ранно детство), интервюирана през 2020 г.

*** Патронажна сестра № 1 по програмата в София. Интервюто е проведено през 2019 г.

**** Патронажна сестра, Пловдив, интервю 2020

Фигура 6. Разпределение на отговорите на потребителите за всеки от етапите на количественото проучване по програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“.

Полезни ли са ви материалите за четене, оставени от патронажната сестра?



Културната норма за отглеждане на деца в турско езичната част на „Столипиново“ не насърчава използването на играчки. Съобщава се, че след като патронажната сестра по програмата покаже куклата-бебе с определено тегло на потребителите, които са били отгледани в тази конкретна културна традиция, някои от тях се разплакват от радост, други започват да се смеят, но като цяло възприемат играчките много добре. Куклите с определено тегло се използват и в София, като патронажните сестри там ги оценяват като важен инструмент за подобряване на родителските умения. Отзивите на потребителите в София по отношение на куклите не са толкова емоционални, колкото на тези в „Столипиново“.

5.2.2 Справяне с изтощението на потребителите и медицинските сестри

Изтощението на потребителите и медицинските сестри е регистрирано като проблем в различни случаи по време на изпълнението на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“. В локация 1 има стабилен брой потребители, патронажни сестри и здравни медиатори като цяло, но след старта на програмата в локация 2 (Пловдив) екипът на програмата се изправя пред няколко проблема. В квартал „Столипиново“ (Пловдив) се наблюдава нарастване на емиграцията на семейства към Западна Европа (Германия, Великобритания и Франция). Това означава, че е по-вероятно потребителите да напуснат програмата поради заминаването си в чужбина, отколкото поради друга причина. Някои потенциални клиенти също не са склонни да се запишат в програмата, тъй като имат планове да живеят в чужбина.

Задържането на медиатори в локация 2 (Пловдив) се оказва предизвикателство. Трудно е да се наемат работници на терен, които са готови да се ангажират с програмата*. Има и теренни работници, които са приети от част от общността, но не от всички. В някои затворени общности често може да се появи стигма около участието в програма, тъй като общността е свикнала да мисли, че „програмите“ са насочени към хората, живеещи в бедност. В този смисъл, записването в „програма“ от какъвто и да е вид би означавало, че потребителите ще бъдат възприемани като бедни от други членове на общността. На работниците на терен, които са част от общността, също понякога (най-вече в началото на изпълнението на програмата) се гледа като на хора, които могат да разпространяват лична информация сред другите членове на общността. По-късно, обаче, тези опасения са преодолени с интензифицирането на теренната работа. Теренните работници в Пловдив също оказват голяма подкрепа при устния превод от български на турски, така че патронажните сестри по програмата да могат да общуват със своите потребители.

От началото на пандемията в предизвикателство се превръща и задържането и наемането на патронажни сестри в Пловдив. *„Когато започнахме изпълнението на програмата в Пловдив, заплатите, които можехме да осигурим, бяха сравними със заплатите в частна болница**.* Сега обаче заплатите растат поради липса на медицински персонал и това, което предлагаме вече не е толкова конкурентно***“.

Една от идеите в централния екип е да се наемат патронажни сестри и акушерки, които са разочаровани от сегашно състояние на здравната система в България, но все още имат интерес да работят в сферата на медицината и здравеопазването. Освен, че са опитни, те биха предпочели да имат структуриран 8-часов работен ден, да могат да прекарват празниците със семействата си, да не приемат повече нощни смени, и да не работят повече за минималната заплата в региона.

В София не се наблюдава проблем със задържането или текучеството. Нормално е някоя от патронажните сестри да напусне програмата, да излезе в отпуск по майчинство и т.н. Това означава, че понякога трябва новите патронажни сестри да бъдат обучени и включени в екипите за работа на терен. Централният екип на програмата развива капацитет, както за провеждане на обученията****, така и за тяхното разпространение онлайн, ако е необходимо. Въпреки това, мнението на членовете на централния екип е, че онлайн обученията не са достатъчни за най-добро представяне, тъй като има някои практически упражнения и други елементи от обученията, които изискват присъствие, и които не могат да бъдат научени правилно по време на онлайн сесиите.

Централният екип на програмата притежава изграден капацитет за обучение на нови патронажни сестри с помощта на интернет ресурси, като по този начин се гарантира устойчивостта на обучението в дългосрочен план.

* Някои от хората, които са подходящи за тази работа, трябва да имат определено ниво на образование и да говорят както български, така и местния турски диалект. Те не са много и има много организации, служби и институции, които имат интерес да работят с тях.

** Частните болници обикновено плащат на медицинските сестри и лекарите по-високи заплати от държавните или общинските болници.

*** Клиничен ръководител на програмата, 2022 г.

**** Клиничният ръководител по програмата е сертифициран обучител от Nurse-Family Partnership.

5.2.3 Партньорство и застъпничество

След успешното приключване на пилотната фаза и оценката на резултатите, основната застъпническа цел на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ в България е да се постигне устойчивост на програмата чрез местни и национални агенции като по този начин се отговори на нуждите от по-добро образование и грижи в ранна детска възраст, и се подобри майчиното здраве за най-уязвимите общности.

Като част от целите за застъпничество и видимост, централният екип на програмата създава Национален консултативен съвет (НКС) и местни консултативни съвети (за всяка локация). Целта на екипа по отношение на Националния консултативен съвет е да представи програмата и нейните цели пред заинтересованите страни на национално ниво – МЗ, МТСП, Световната здравна организация в България, медицински експерти от различни агенции, които работят за осигуряване на майчино и детско здравеопазване, образователни експерти в областта на ОГРДВ и медицинските области във висшето образование. След всяка среща на Националния консултативен съвет се изготвя доклад за развитието на програмата, постигнатите резултати и адаптирането ѝ, и се инициира дискусия по отношение на необходимостта от услуги за майчино и детско здраве и възможностите за прилагане на програмата на национално ниво. Домакин на срещите на НКС е МЗ, като в тях участват заместник-министри и експерти на национално ниво. Срещите на НКС се организират два пъти годишно.

Местните консултативни съвети се организират с цел информиране на местните заинтересовани страни (общини, доставчици на услуги, образователни и медицински експерти, както и местни общности) за програмата и предоставяните от нея услуги. Идеята е да се създаде местна мрежа за пренасочване, която да даде възможност за по-бързо идентифициране и записване на потенциални потребители, както и по-добро сътрудничество между услугите, които тези потребители могат потенциално да използват. Местните консултативни съвети се провеждат на всеки четири месеца в София и Пловдив. Членовете на съветите получават информация за постигнатия по програмата напредък, като им се предоставят данни за ключови показатели за изпълнение. Тази информация обикновено се използва като начало на дискусия във връзка с проблемите, които патронажните сестри срещат при насочването на своите потребители към социални услуги, като се обсъждат някои сложни случаи на потребители*.

„Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ също изгражда дългосрочни партньорства с реномирани болници и в двете локации. В София програмата работи в сътрудничество с II САГБАЛ „Шейново“, като теренният екип е разположен в офис на територията на болницата. В проведено по-рано интервю изпълнителният директор на II САГБАЛ „Шейново“ г-р Румен Велев споделя, че болницата има страхотни работни отношения с централния екип на програмата. По думите му и двете страни са заинтересовани от провеждане на застъпничество за по-добри услуги за майчино здраве в България.

* Всички случаи се обсъждат при спазване на анонимността на потребителите.

В Пловдив (локация 2) е установено сътрудничество с УМБАЛ* „Св. Георги“, която е по-голяма от II САГБАЛ „Шейново“, вследствие на което комуникацията с централния екип не е толкова регулярна. Това обаче не се отразява на качеството на партньорството.

Програмата изгражда и стабилна връзка с Националния център по обществено здраве и анализи към МЗ. Експерт от центъра участва в изготвянето на становище за практическото интегриране на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ в списъка на националните здравни услуги.

Един от най-близките партньори на централния екип в София (локация 1) е Фондация „Здраве и социално развитие“ (ХЕСЕД), която е много активна в овластяването на малцинствата чрез постигане на самоефикасност, и която успява да установи присъствие в общността в локация 1. ХЕСЕД работи с общността в квартал „Факултета“ (локация 1) през последните 20 години. Фондацията има добра репутация сред общността и предоставя различни услуги в своите центрове в кварталите „Факултета“ и „Филиповци“, като например храна за деца (на възраст от 0 до 3 години). С нея е сключен договор за предоставяне на психологическа подкрепа и супервизия на екипа на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ в локация 1.

Откакто функционира програмата, медицинските сестри се натъкват на широко разпространен проблем сред нейните потребители на възраст над 18 години – ако не са здравно осигурени, те трябва да заплащат всичките си медицински прегледи, което е голям разход за техните домакинства. „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ предоставя безплатни медицински прегледи на всички свои потребители в нужда, но като стъпка към устойчивостта на програмата, централният екип искаше да предостави на потребителите медицински кабинет в рамките на общността. Центърът на ХЕСЕД в квартал „Факултета“ разполагаше с място за гинекологичен кабинет, но не и с необходимото оборудване, така че през 2018 и 2019 г. централният екип работи за набиране на средства за закупуване на медицинско оборудване за този кабинет. Идеята е да се осигурят безплатни консултации и медицински прегледи на бременни жени, които не са здравно осигурени. Кабинетът е официално открит през 2019 г. Екипът на ТСА успява да набере повече от 20 000 USD за медицинското оборудване.

В Пловдив централният екип на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ си партнира с Фондация „Национален алианс за работа с доброволци“ (НАРД), който предоставя психологическа подкрепа на екипа на програмата в локация 2. Партньорската НПО е ангажирана и с предоставянето на ключови обучения за екипа на програмата в Пловдив. Освен това НАРД управлява финансите по отношение на разходите, свързани с потребителите на програмата – лекарства, медицински прегледи, здравно осигуряване, контрацепция и др.

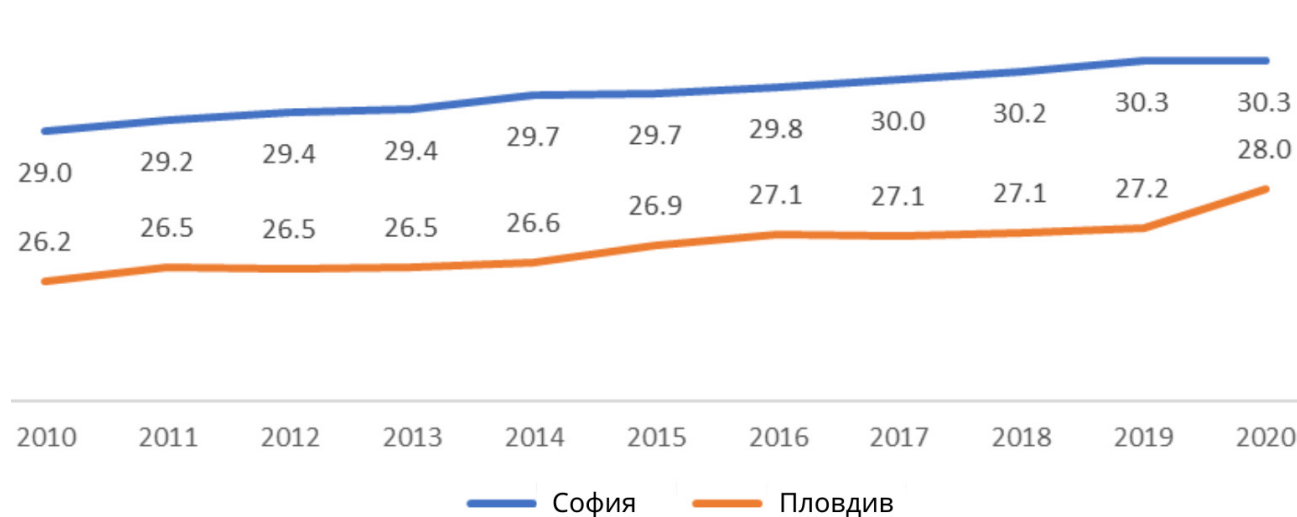
„Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ в България също така успява да развие мрежа от работещи с членове на общността общопрактикуващи лекари и гинеколози, които да насочват отговарящи на условията потребители към програмата. Тази мрежа работи по-добре в Пловдив, с повече препращания към програмата, но също има няколко медицински специалисти, които са част от мрежата в София. Фактор, който трябва да се вземе

* Университетска многопрофилна болница за активно лечение

предвид с оглед на по-високия процент на насочвания в Пловдив в сравнение със София, е че средната възраст за първо раждане в Пловдив е по-ниска, отколкото в София. Тенденцията жените да раждат в по-напреднала възраст е налице и в двата града, но все още е по-слабо изразена в Пловдив.

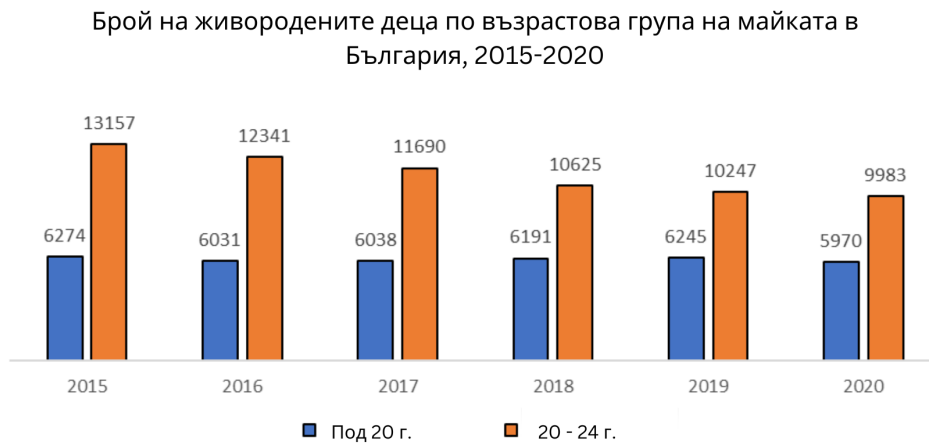
Фигура 7. Данни за средната възраст на жените, които раждат за първи път в София (локация 1) и Пловдив (локация 2)

Средна възраст на жените, ставащи майки за първи път



Източник: НСИ

Делът на ражданията по възрастови групи на майката е стабилен между 2015 и 2019 г., но се наблюдава намаляване на броя на родените деца в трите най-ниски възрастови групи (15-19, 20-24, 25-29). Това означава, че като цяло в страната се свиwa броят на потенциалните потребители на програмата, както и че това се случва по-бързо на определени места. Така може да се окаже, че в Пловдив има повече потенциални потребители, които могат да бъдат насочени към „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“, което не обяснява по-високия процент на насочени ползватели в Пловдив в сравнение със София. Следователно според проучването, по-високият процент на насочване към програмата в Пловдив може да се дължи на официалното сътрудничество между програмата и общопрактикуващите лекари.



Фигура 8. Брой живородени първи деца по възрастова група на майката в България, 2015-2020 г.

Източник: НСИ

Екипът по изпълнение на програмата се застъпва и за приемане на проекта на „Национална стратегия за детето“ в частта му относно задължителната патронажна грижа за деца. В допълнение се посочва, че е необходима по-интензивна програма за уязвимите семейства. По-нататъшното изследване на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ с помощта на експериментално или полу-експериментално проучване ще бъде най-убедителният начин да се илюстрира и защити мястото на програмата сред социалните и здравни услуги за уязвими общности в страната. Това е начин да бъдат убедени МЗ и МТСП, че „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ е ефективна програма за подобряване на благосъстоянието на уязвимите общности по отношение на техния здравен статус и дългосрочното здраве, както и за укрепване на техните родителски умения.

В опит да повиши видимостта на програмата на национално ниво и да се реши проблем, с който обикновено се сблъскват патронажните сестри, през 2019 г. централният екип иницира национална кампания за даряване на книги. Тъй като малко бедни семейства притежават книги и играчки за децата си, и предвид факта, че играчките и книгите са важна част от човешкото развитие през първите 1000 дни, се заражда идеята за инициативата, наречена „Подари приказка“ за събиране на книги и играчки за семействата на потребители на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“. От този момент тази инициатива става ежегодна (провежда се около коледните празници) и привлича вниманието както на медиите, така и в социалните мрежи.

Освен това екипът стартира и друга дарителска кампания. От началото на пандемията общностите, в които работи програмата са силно засегнати – много техни представители остават без работа или тези, които издържат семейството, са принудени да се върнат в страната. Някои семейства са засегнати повече от други. Екипите започват кампания чрез платформата Global Giving, за да осигурят на семействата храна и други продукти от първа необходимост.

5.2.4. Очаквани положителни ефекти от програмата

Таблица 4. Индикатори за ефективност и източници на информация съгласно методологията на изследването

Очаквани положителни ефекти от програмата	Очаквани източници на информация за очакваните ефекти от програмата
По-добра връзка майка-дете и успешно приспособяване на майките към ролята им на родители	Интервюта с майките Дълбочинни интервюта и фокус групи с възрастните членове на домакинствата на потребителите на програмата
Подобвени модели на родителство	Интервюта с патронажните сестри, майките и възрастните членове на семейството
Подобвена учебна среда	Интервюта с патронажните сестри, майките и възрастните членове на семейството
Намалена употреба на тютюн и алкохол сред родителите	База данни на ТСА
Намален брой последващи бременности до 24 месеца след раждането	База данни на ТСА
Намаляване на случаите на насилие от страна на интимния партньор по време на бременността и две години след раждането сред млади високорискови жени	Не могат да се съберат количествени данни по тази тема; качествените данни няма да са цел на изследването, въпреки че информация по темата може да излезе от качествените интервюта с патронажните сестри и потребителите; основен въпросник на ИОО-С; други налични вторични данни
Намалено използване на детска спешна помощ	Интервюта с патронажните сестри, родителите и възрастните членове на семейството, и база данни на ТСА
Намален процент на тревожност сред майките	База данни на ТСА, основен въпросник на ИОО-С
Увеличен процент на ваксинация	База данни на ТСА

5.2.4.1. По-добри здравни резултати и успешно приспособяване на майките към ролята им на родители, подобвени модели на родителство.

Измерването на по-добрите взаимоотношения майка-дете и успешното приспособяване на майките към ролята им на родители е операционализирано в количествените проучвания чрез измерване на интереса на майката към теми, свързани с подобряването на здравето по време на бременност, както и такива, свързани с грижата за бебето и/или детето. Програ-

Имате ли нужда да разговаряте със семейната сестра за бременността и отглеждането на дете?



Фигура 9. Разпределение на отговорите на потребителите за всеки от етапите на количественото проучване по програмата

мата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ разполага с много инструменти за измерване на взаимодействието между майките и техните деца, както и такива за оценка на домашната среда. Целта на проучването е да се изследва отношението на жените към теми като здраве и отглеждане на деца.

По време на анкетирването потребителите на програмата споделят, че са имали необходимост да разговарят със своите патронажни сестри относно своята бременност и грижите за децата си. По време на качествени интервюта някои потребители (в локация 1, София) споделят, че разговорите с патронажната сестра са особено важни за тях по време на бременността, тъй като тогава имат нужда от повече информация какво трябва и какво не трябва да правят. Наред с това, патронажните сестри понякога разговарят с партньорите на потребителите, техните майки и/или свекърви относно здравето и нуждите на жените по време на бременността. Тези разговори са полезни за справяне с насилието (ако има признаци за такова), нездравословна домашна среда (пушене в спалнята или хола) или справяне с културните митове около бременността и правилното хранене на жените през този период.

В интервюта патронажните сестри от програмата споделят, че им е трудно да обсъждат много теми с потребителите по време на етапа на бременност, тъй като те изглежда мислят най-вече за раждането и процеса на раждане. Една от темите, които обсъждат с потребителите по време на бременността, е храненето и как то се отразява на бебето и майката. Патронажните сестри обаче споделят, че винаги им е трудно да намерят решение на проблемите с храненето, тъй като те обикновено са свързани с бедността. Въпреки това, колкото по-опитни са патронажните сестри, толкова по-практични съвети могат да дадат на жените как да купуват и приготвят зеленчуци, плодове и други групи храни, които според тях потребителите не консумират достатъчно. „Трябва да се намери баланс между това, което е постижимо предвид домашната среда и икономическото състояние на семейството, и това, което е здравословно.“ Причината някои потребители да не намират съветите на патронажните сестри за полезни, е че те вече знаят как трябва да се грижат за здравето си по време на бременност, или са получили съвети от свои приятели и членове на семейството.

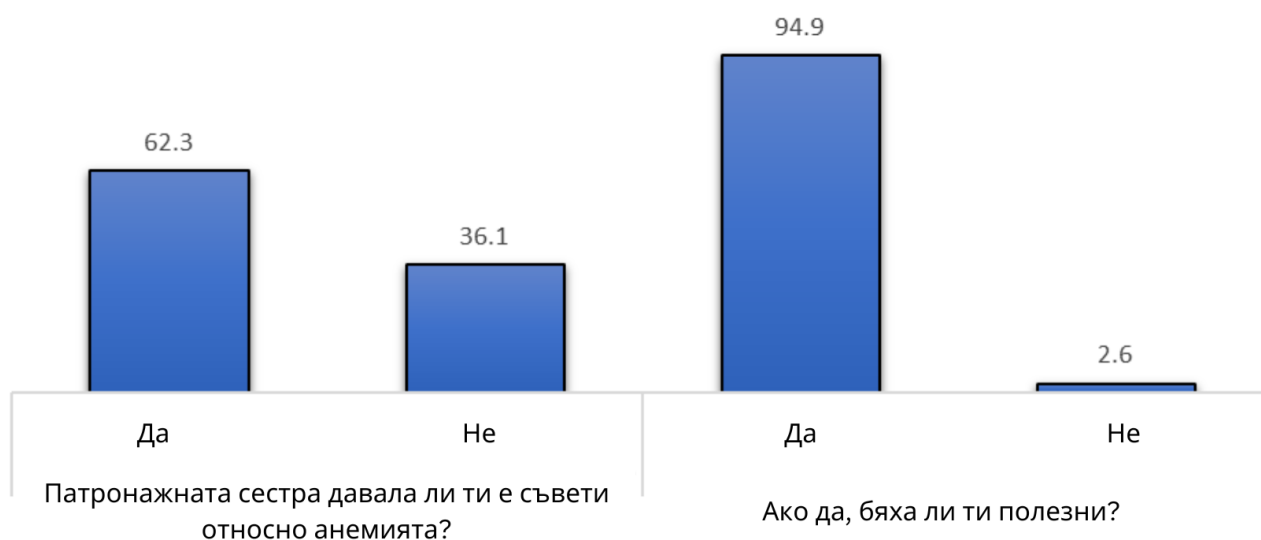
Фигура 10. Разпределение на отговорите на потребителите за всеки от етапите на количественото проучване по програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“



Източник: ИОО-С, проучване ЗНП

Повечето потребители получават съвет как да се борят с анемията по време на бременността си, но темата обикновено се засяга само ако конкретната жена проявява някакви симптоми или ако кръвните ѝ изследвания показват, че има анемия. Когато потребител има анемия, обикновено му се предписват добавки, които се осигуряват от „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“. Това е особено важно допълнение към основните елементи на програмата в България. Много семейства не са в състояние да си позволят да си закупят добавки, и дори лекарства, за справяне с хранителни дефицити, така че предоставянето им е важно за потребителите на програмата.

Фигура 11. Разпределение на отговорите на потребителите за всеки от етапите на количественото проучване по програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“

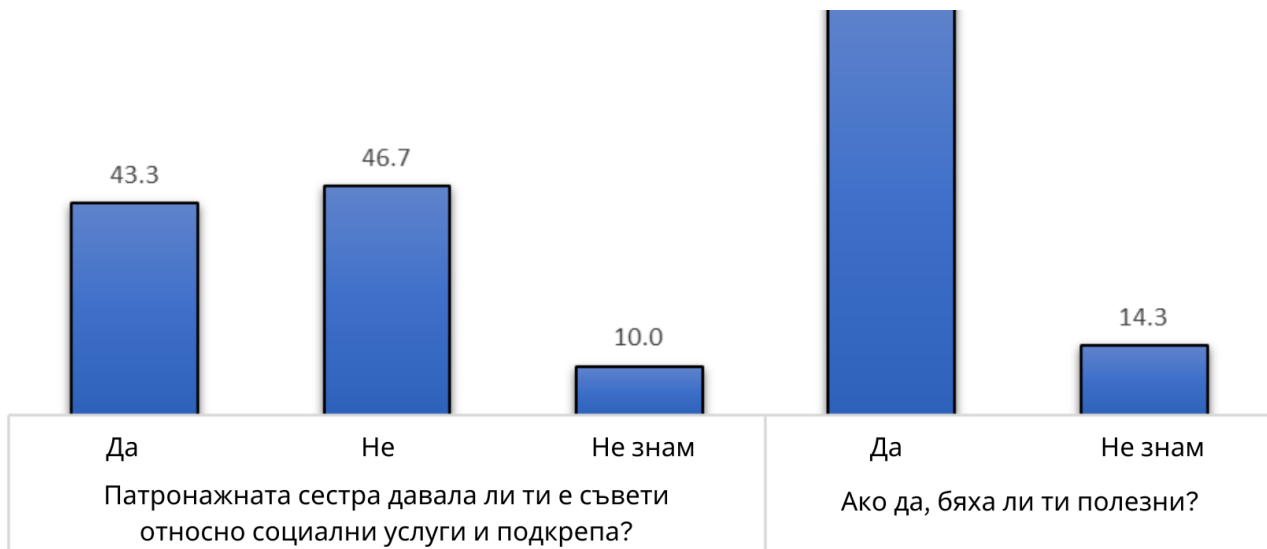


Източник: ИОО-С, проучване на ЗНП

Почти 92% от анкетираните потребители потвърждават, че са водили разговор за промените, през които тялото им преминава по време на бременността, като 98,2% от тях намират тези разговори за полезни. Темите, свързани с консумацията на стимуланти – кафе, алкохол, цигари и/или наркотици са засегнати от почти 92% от жените в програмата, като 95% от тях намират проведените разговори за полезни. Причината някои потребители да не намират разговорите за полезни е на първо място, че не са консумирали нито едно от тези вещества.

След периода на бременността някои жени установяват, че имат нужда от достъп до определени социални услуги. Много от тях обаче не знаят какви социални услуги са достъпни за тях. Това е друга роля, която изпълняват патронажните сестри. Те могат да консултират своите потребители относно наличните социални услуги и да им предоставят съвети, логистична и всякакъв друг вид подкрепа с оглед осигуряване на достъп до тези услуги. Според резултатите от проучването около 43% от потребителите на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ са получили съвет относно наличието на социални услуги, като почти 86% от тях намират съветите за полезни.

Фигура 12. Разпределение на отговорите на потребителите за всеки от етапите на количественото проучване по програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“



Източник: ИОО-С, проучване на ЗНП

В интервю с представител на Националния център по общественото здраве и анализи „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ е описана като програма, която не само подобрява здравните показатели на бременни жени, майки, рогилки, новородени и малки деца, но води и до други положителни промени, свързани с отношението към собственото здраве, раждането и възпитанието, приемането и осъзнаването на ползите от здравни грижи, изграждане на доверие в здравеопазването. Интервюираният служител също споделя, че една от най-важните характеристики на програмата е, че нейните резултати вече са научно тествани по целия свят.

„Подобряването на здравето се разглежда като част от цялостна трансформация на живота на родителите и семейството, респективно на детето (в социален, икономически, образователен и други аспекти).“

5.2.4.2. Подобрена среда за учене у дома

Тъй като на различни етапи от програмата се появяват различни проблеми, обусловени от бедността в семействата – невъзможност за закупуване на памперси (на етап 1), липса на играчки и книги за децата (етап 2 и 3), през 2016 г. централният екип решава да въведе подаръчни пакети за семействата. Първият пакет се получава след раждането и съдържа памперси, козметика за бебе, комплект грехи за новородено, хавлии, термометър, одеяло и играчка. Вторият пакет съдържа книга, която е подарък за първия рожден ден на детето.

Повечето от интервютата са проведени от изследователския екип в домовете на потребителите. В много от тези домове не са налице елементарни условия за живот, в тях обикновено липсва място за игра на децата, или място, където да бъдат прибирани техните книги или играчки. Обикновено инфраструктурата на кварталите е в лошо състояние и децата могат да излизат и да играят навън само през пролетта и лятото.

В Пловдив, по време на проведените интервюта с патронажните сестри, те споделят, че децата не се забавляват и не учат чрез играчки и книги. Повечето жени водят децата си с тях по време на работа или социални посещения. „Майките им не им дават кукли, както ние го правим. Когато дадох на една потребителка куклата на новородено бебе, която изглежда

много реалистично, тя се разплака и каза: „Толкова е истинска! Искам да я прегръщам цял ден.“ Подходът на патронажните сестри се състои в това да обясняват на семействата колко е важно да играят с децата си, и да оставят децата си да играят. Те молят майката да окачи цветната играчка, която е подарък от програмата наг креватчето на детето, за да привлече по този начин вниманието му и да му помогне да фокусира погледа си, или да използва ежедневен предмет за играчка. Обикновено свекървите нямат проблем с присъствието на играчки около бебето, въпреки традиционната практика за отглеждане на деца без играчки.

5.2.4.3. Намалена употреба за никотин и алкохол от страна на майките

Според данните, предоставени от централния екип, 44% от потребителите в локация 1 са пушили преди да забременеят. Процентът постепенно намалява до 38% в късните етапи на бременността, като след като родят, средно същият процент потребители отново започват да пушат (между 41 и 44%). Данните от 2021 г. показват по-нисък процент на жените, които пушат преди бременността – 35%, като този процент постепенно намалява до 30% в късните етапи на бременността.

Промяната се дължи най-вече на включването на потребители от локация 2 (Пловдив), които традиционно са непушачи. В квартал „Столипиново“ малко от потребителите на програмата пушат, когато се присъединяват към нея, така че не са много тези, които трябва да се откажат. Според данни на ТСА, само 6 от 78 потребители са пушили преди да забременеят. Както беше споменато по-горе, локациите, в които се провежда програмата, се характеризират с различни културни разбирания по отношение на семейството, традициите и ценностите, така че по-малкият брой потребители, които пушат в локация 2 може да се обясни по този начин. Близкото наблюдение от страна на майката и свекървата може също да оказва влияние. Ефектът от включването на тези потребители намалява средния процент пушачи, но не означава, че в локация 1 има по-малко пушачи.

Данните от 2020 г. показват, че въпреки че не са много потребителите, които отказват пушенето, тези, които продължават да пушат, намаляват средно три пъти приема на никотин по време на бременност и продължават да пушат средно същото количество след раждането. Това означава, че в дългосрочен план те са намалили средно приема си на никотин. Данните от 2021 г. потвърждават това заключение.

Данните от 2021 г. показват, че 4% от потребителите са употребявали алкохол по време на бременност, като са консумирали средно по 1 питие на ден. Въпреки това, до 36-та гестационна седмица, 0% от потребителите на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ са употребявали алкохол ежедневно.

5.2.4.4. По-нисък брой последващи бременности до 24 месеца след раждането

По данни на НСИ възрастовият коефициент на раждаемост в София за жените на възраст между 10 и 24 години е около 14 (между 2016 и 2018 г.) или около 7, ако границата във възрастта е 19 години. Официалната статистика не разполага с данни за брой бременности на една жена в конкретната възрастова група, но резултатите от програмата са около средните за София – град за жени от 10 до 19 години.

Данните от екипа по изпълнение показват, че 33% от преминалите през програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ са имали последваща бременност средно 14 месеца след раждането на първото си дете.

Според данни от количествено проучване с потребители на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“, между 70 и 78% от жените, записани в програмата, знаят колко деца искат да имат. Тези, които знаят колко деца искат да имат, искат средно по две деца, докато около 10% от жените искат три деца. Приблизително същият процент от жените споделят, че са обсъждали с партньорите си колко деца биха искали да имат (около 70%), като повечето от тях споделят, че партньорите им също биха искали да имат средно по две деца. Регистрирани са само 4 случая на потребители по програмата, които искат по-малък брой деца от партньора си.

Въпреки това има много специфични макро фактори, които допринасят за решението за друго дете. В квартал „Факултета“ (локация 1) някои от потребителите на програмата живеят със семейството на съпруга си, най-вече поради икономически причини (бедност, липса на жилище за новото семейство, възможност за споделяне на разходите и членове на семейството, които могат да се грижат за децата, когато родителите работят). Тези обстоятелства понякога могат да доведат до оказване на натиск върху потребителите на програмата да имат второ дете скоро след първото. Финансовите бариери и здравословното състояние също са допринасящи фактори, тъй като има изискване за преглед и лечение, преди да се използва спирала като контрацептивен метод. В квартал „Столипиново“ (локация 2) контрацепцията изобщо не е приета. Традиционно потребителите на програмата, които са членове на мюсюлманската общност, живеят със свекървата и свекъра си и са изложени на натиск за последваща бременност скоро след раждането на първото си дете, особено ако първото дете е момиче, тъй като момчетата се възприемат като бъдещите наследници на рода.

5.2.4.5. Намаляване на проявите на насилие от страна на интимния партньор (НИП) по време на бременността и две години след раждането сред млади жени във висока степен на риск

Българските власти все още не са отговорили адекватно на необходимостта от подробни данни за случаите на НИП и насилие, основано на пола (НОП) в страната, като са налице полицейски регистри само за някои случаи на домашно насилие. Данните от национално представително проучване на ИОО-С, проведено през 2018 г., показват, че мъжете като цяло са по-склонни да приемат за нормални както по-меките, така и по-тежките форми на насилие от страна на интимния партньор. Един от примерите е, че около 12,3% от мъжете намират за нормално да ударят шамар на половинката си, ако са били провокирани, в сравнение с около 5% от жените. Лицата с начално и основно образование намират тази конкретна форма на физическо насилие за приемлива много повече от всяка друга група. Повече от 28% от лицата с начално образование и около 12% от тези с основно образование намират шамарите за приемливи. Според данни от ТСА, средно жените са жертва на НИП по-често след бременност, отколкото по време на бременност.

Като се има предвид, че повечето потребители на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ живеят в домакинства, чиито членове имат начално или основно образование, те може да са изложени на по-голям риск от НИП, отколкото други жени. Данните от 2016 г. до 2020 г. показват, че 8% от потребителите на програмата преживяват НИП по време на бременност, докато след раждането процентът достига до 9%. Отчетеният процент на НИП е най-нисък в по-късните етапи на бременността – 4%. Това може да се дължи на липса на разпознаване на насилието, като е възможно потребителите да са възприели насилието като „норма“. Възможно е и да се докладват и разпознават само много агресивни форми на насилие.

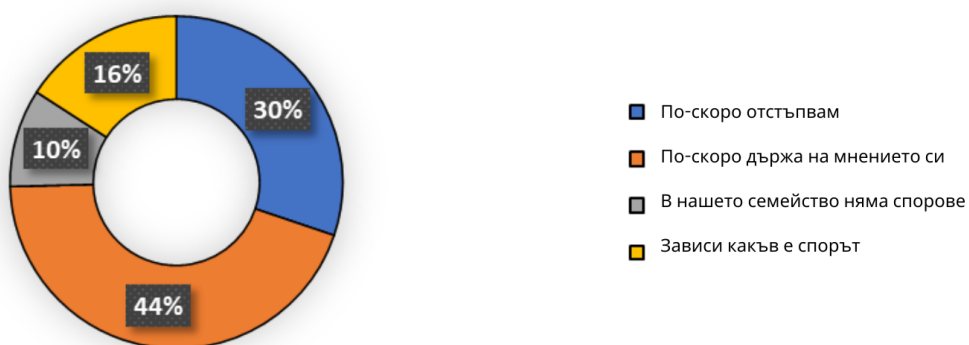
Второто обяснение е, че е възможно като цяло жените да са по-внимателни да избягват с поведението си реакции на насилие от страна на съпрузите си по време на бременност, за да запазят както себе си, така и бебетата си, или съпрузите да са наясно, че могат да наранят бебето и да се въздържат от насилие.

НИП е много труден за решаване проблем, тъй като жертвите обикновено защитават извършителите и/или се чувстват така, сякаш нямат друг избор освен да останат заедно с тях. Една от патронажните сестри споделя, че има потребители, които са принудени от съпрузите си да имат второ дете скоро след първото, за да бъдат още по-ангажирани с домакинството. „Ако ходиш на работа, значи изневеряваш на съпруга си.“ – споделя една от потребителите. „Това ми казва съпругът ми. „Защо искаш да работиш? За да ми изневеряваш ли?“

Въпросникът ИОО-С не съдържа изричен въпрос за преживяване на каквато и да е форма на насилие, но включва въпрос относно вземането на семейни решения при наличие на някаква форма на несъгласие.

Фигура 13. Разпределение на отговорите на въпроса “Във всяко семейство понякога има неща, които пораждаат несъгласие. Когато мнението ти се различава от това на другите, какво си по-склонна да направиш?”

Във всяко семейство се случва хората да имат различни мнения понякога. Когато сте на различно мнение един от друг, тогава по-скоро отстъпвате или по-скоро държите на мнението си?



Източник: ИОО-С, проучване за ЗНП

Повечето са жените, които биха предпочели да отстояват позицията си по време на спор, от тези, които биха предпочели да отстъпят. Жените, които казват, че в семейството им няма неразбирателство или кавги, обикновено не биха искали да говорят по този въпрос, или са много пасивни спрямо повечето неща, които се случват, и не смятат, че имат свободата да бъдат част от дискусията или да формират мнение. По време на проучванията, когато се задава този въпрос, обикновено присъства друг член на семейството. Също така жените в Пловдив (локация 2) са по-склонни да отстъпят от тези в София (локация 1). Въпреки това, тъй като няма достатъчно съвоени триетапни проучвания, както в локация 1, така и в локация 2, тези резултати не са достатъчно убедителни по отношение на ефекта от програмата върху способността на жените да отстояват себе си. Освен това са налице някои културни специфики и в двете локации, които може да са допринесли за този първоначален резултат. Традиционно в мюсюлманската общност снахите (потребителите по програмата) трябва да бъдат послушни, да уважават традициите на конкретното семейство и да правят това, което им е казано от техните свекърви. Ако не успеят да изпълнят критериите, те могат да бъдат върнати при семействата си, и да бъдат възприемани като „позор“ и маргинализирани фигури за останалата част от общността. Ос-

вен това насилието и кавгите се считат за много личен семеен въпрос, който не трябва да се споделя с външни лица. Както в ромската, така и в мюсюлманската общност, е възможно жените да се страхуват от дискриминация от страна на властите в случай, че подадат жалба.

5.2.4.6. Намаляване на процента на приетите в болница след нараняване (включително след поглъщане на предмети и изгаряния)

Няма официална публична статистика за годишния брой на хоспитализираните или лекуваните в спешни кабинети деца в страната. Екипът на ТСА съобщава за три случая на деца, които са били отведени в спешни отделения между 2016 г. и 2021 г.

Жилищните условия на семействата, които участват в програмата в повечето случаи са лоши. Някои от потребителите живеят в незаконни жилища, които не отговарят на изискванията на законодателството и строителните критерии. Тази ситуация може потенциално да доведе до опасни аварии в електрическата и водопроводната система, и т.н. Семействата обикновено живеят около прага на бедността и не могат да задоволят основните си нужди, така че са принудени да използват материали, които намират, или които са им подарени. Понякога в жилищата има електрически кабели, които са опасно ниско, или щепсели, които не са добре закрепени. Съществува и риск от изгаряне на деца през зимата и по-студените дни на есента и пролетта, тъй като отоплителните уреди обикновено са много горещи и не са по никакъв начин обезопасени срещу докосване от деца, и обикновено се намират в стаята, обитавана от децата през по-голямата част от времето, за да я затоплят. Патронажните сестри разговарят с потребителите си за всички вътрешни рискове, които отчитат като се опитват да им дадат съвет как да ги редуцират и премахнат.

Една от патронажните сестри в Пловдив споделя, че сред по-възрастните поколения е на лице разбиране, че детето трябва да се повдига нагоре-надолу, когато плаче. Патронажните сестри съветват това да не се прави, тъй като може да доведе до внезапна детска смърт в резултат от мозъчно увреждане, но промяната на традиционните методи за полагане на грижи не е лесна задача.

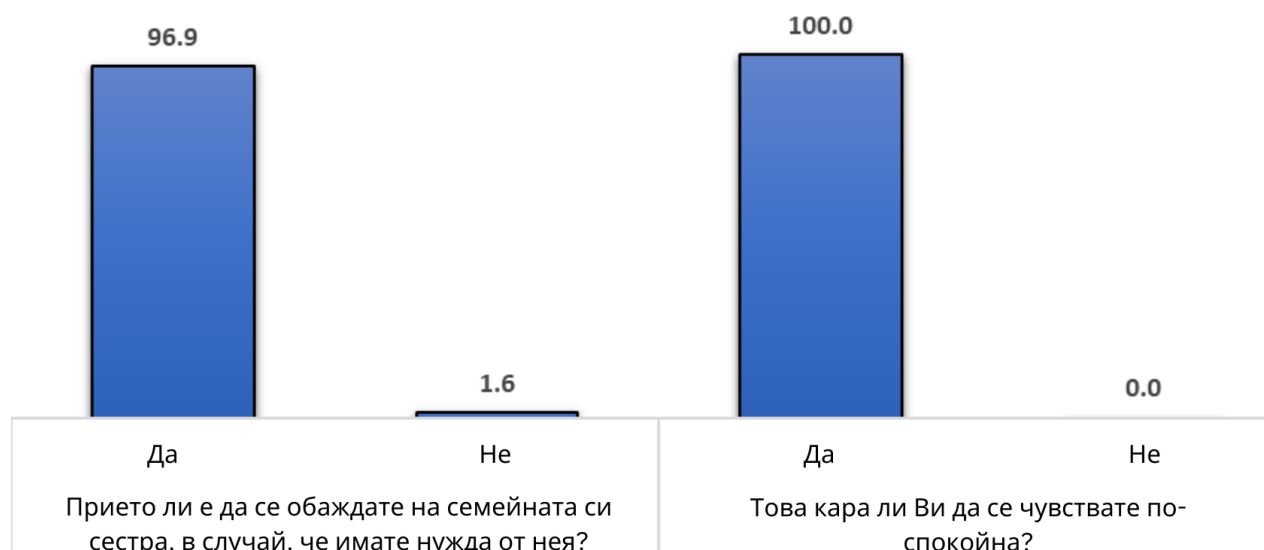
5.2.4.7. По-нисък процент на тревожност сред майките

Данните от централния екип показват, че повечето потребители, записани в програмата, изпитват някаква форма на генерализирано тревожно разстройство (ГТР), повечето от тях в по-лека форма. Много жени продължават да изпитват подобно разстройство до 8 седмици след раждането. Данните показват значителен спад в броя на жените, изпитващи ГТР 12 месеца след раждането като само две жени изпитват тежка, а две, лека тревожност 18 месеца след раждането.

„Тя (патронажната сестра) много ми липсва. На никой не му пука за мен и няма кого да попитам какво се случва с детето ми. Толкова свикнах тя да е тук и да ми помага.“ Дори след приключването на интервюта с потребителите, някои от тях искат да останат и да поговорят или да се консултират с патронажната сестра по програмата. „С нея се чувствам по-сигурна.“, казва друг потребител.

Патронажните сестри съобщават, че по време на пандемията от КОВИД-19 потребителите са по-спокойни от първоначалните очаквания, тъй като имат на разположение медицински специалист, когото могат да потърсят за съвет. По време на интервюта и анкетирването потребителите посочват, че не изпитват безпокойство по отношение на пандемията. Някои от тях обаче съобщават, че се чувстват пренебрегнати в болниците поради притеснението и претоварването на лекарите в пандемичната ситуация.

Фигура 14. Разпределение на отговорите на въпроса „Приемливо ли е за теб да се обадиш на патронажната сестра, в случай, че имаш нужда от нея?“ и „Това кара ли те да се чувстваш по-малко „притеснена“?“



Източник: ИОО-С, проучване на ЗНП

Потребителите на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ намират за полезни разговорите по програмата в 96% от случаите. Възможността да се обадят на патронажната сестра, когато имат нужда да говорят с нея, е приемлива за почти всички потребители на програмата, като тази възможност ги кара да се чувстват по-малко тревожни в 100% от случаите. Този ефект допринася както за изграждането на доверие между патронажната сестра и потребителя, с когото работи, така и за достъпа на потребителите до медицински специалист в момент на нужда. По време на интервюта потребителите споделят, че възможността да се обадят на патронажната сестра, когато детето им има температура или проявява друг тревожен симптом, е много успокояваща за тях. Дори ако патронажната сестра ги посъветва да се обадят на своя педиатър и да говорят с него за симптомите, те високо оценяват факта, че са обгрижени и разбрани.

5.2.4.8 Повишаване нивата на ваксиниране:

Според данните на ТСА, процентът на имунизациите от етапа „бебе“ до етапа „малко дете“ не се променя съществено. Около 56% от децата са ваксинирани навреме в кърмаческата възраст като този процент нараства до 65% в етапа „малко дете“. Между 3 и 4% от потребителите не са запознати с имунизационния календар за етапа „бебе“ и „малко дете“. Педиатър от София споделя: *„Децата не могат да бъдат ваксинирани, когато са болни. Когато някои от майките идват при мен и искат ваксина, аз отказвам, защото детето кашля. Определяме друг час, но като цяло децата им кашлят през по-голямата част от годината. Това сигурно се дължи на отоплението в квартала.“**

Друг нововъзникнал проблем с ваксинирането в Пловдив е свързан с големите миграционни вълни от „Столипиново“ към други части на Европа. *„Те се местят заедно с цялото семейство.“*

* Педиатър от София, интервюиран през 2019 г.

*Повечето от тях остават там и не знаем кога ще се върнат, ако изобщо това се случи.** Ако обаче семействата се върнат, имунизационният календар и задължителните ваксинации са различни в различните части на Европа. Това може да създаде повече от една пречка при записването на децата в училище/детска градина.

Това не е проблем за „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“, тъй като програмата позволява на потребителите да бъдат записани обратно в програмата, ако са били в чужбина или са отсъствали от локацията до три месеца. В този случай наваксването с имунизациите на децата би било по-лесно.

Възможно е пандемията от КОВИД -19 да е повлияла на планирането на ваксинациите и желанието на родителите да заведат децата си при педиатър или друг медицински специалист, но няма данни, събрани от екипа за изследване или изпълнение, за да се тества тази хипотеза.

5.3. Ефикасност

Анализ, базиран на симулация, проведена през 2015 г., и данни от рандомизирани контролирани проучвания, показват, че „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ трябва да се разглежда като инвестиция в политики, особено когато се прилага при майки във висока степен на риск**. На по-ранните етапи от анализа авторите на настоящия доклад подчертават факта, че ефикасността на интервенцията не може да бъде точно измерена, тъй като са налице текущи корекции на програмата, като процесът на адаптиране и коригиране повишава допълнително както финансовите разходи, така и вложеното от страна на експертите време. Прегледът на литературата относно разликите в разходите между рандомизираните проучвания и пълномащабните репликации показва, че обикновено при репликациите има по-малко домашни посещения на семейство и по-ниски разходи за посещение, като се наблюдава и значителна разлика в цената на посещение между пилотираната и изпълнената програма в зависимост от локацията на изпълнение***.

В първоначалния доклад за приложимост и приемливост Патронажната услуга на УНИЦЕФ (ПУУ) се считат за важна част от оценката на ефикасността на тази програма в България. Това се дължи на двете програми за домашни посещения, които стартират през 2016 г. Основните елементи на интервенционните модели на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ и ПУУ са изброени в Таблица 5.

* Патронажна сестра по програмата, обучена за етап „бременност“, Пловдив, интервюирана през 2020.

** Wu J, Dean KS, Rosen Z, Muennig PA. The Cost-effectiveness Analysis of Nurse-Family Partnership in the United States. *J Health Care Poor Underserved*. 2017;28(4):1578-1597. doi: 10.1353/hpu.2017.0134. PMID: 29176115

*** Miller, T.R., Hendrie, D. Nurse Family Partnership: Comparing Costs per Family in Randomized Trials Versus Scale-Up. *J Primary Prevent* 36, 419–425 (2015). <https://doi.org/10.1007/s10935-015-0406-3>

Таблица 5. Сравнение между някои от елементите на модела за патронажна грижа, пилотиран от УНИЦЕФ (ПУУ) и модела „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“

Основни елементи	Модел ПУУ	Модел ЗЗБЗБ
Философия на модела	Индивидуален риск	Фактори на общността
Подход при изпълнението	Гъвкав	Структуриран
Коригиращ подход	Изграден на базата на съществуващите структури	Въвежда нови елементи (услуги, добавки и лекарства, медиатори)
Целева популация	Цялото население в риск	Уязвими групи
Ниво на интервенция	Региони NUTS-3	Фокус върху сегрегираните общности, но включва и другите части на градовете
Възрастов критерий за записване	Всички възрасти	Пог 22 години
Критерий за записване според етапа на развитие	Раждане	Бременност преди 28 ГС
Критерий за записване според реда на раждането	Всяко раждане	Първо раждане
Критерий за завършване	Дете на възраст 3	Дете на възраст 2
Фокус на интервенцията	Родителски умения Достъп до здравеопазване	Роля на майката/отзивчиви родителски грижи Майчино и детско здраве; Личностно/ професионално развитие на майката
Очаквани положителни резултати	Превенция на изоставяне, насилие и negliжиране; По-ниска детска смъртност Отзивчиви родителски грижи	Повишени знания и осведоменост за достъпа до услуги и безопасна среда Понижаване на нивата на преждевременни раждания и броя на деца, родени с ниско тегло за гестационната възраст Погобрено детско развитие; Самоефикасност и икономическа стабилност на родителите
Родители, интелектуални права и изисквания за лицензи	Безплатна, не е нужен лиценз	Очаква се заплащане на лиценза

УНИЦЕФ (ПУУ) и модела „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“

Пилотната програма ПУУ е оценена, като основните констатации са на разположение на изследователския екип. Въпреки че не е изрично посочено в мониторинговия доклад на ПУУ, моделът ПУУ не постига целите си по отношение на своята философия и обхват на целевата група. Оказва се, че интервенциите не са много приемливи за населението от средната и горната средна класа, и по този начин уязвимите групи са прекалено представени в програмата (което доближава ПУУ до целевата група на ЗЗБЗБ, поради факта, че потребителите на ПУУ сами решават да участват в програмата).

* Анализът е на база проведени интервюта с екипа на УНИЦЕФ през 2016 г.

Таблица 6. Постигане на първоначалната цел за покриване на целите (както е посочено в Приложение 7*).

Критерий	Локация	База 2014	2017	Цел 2018	Статус	
Процент обхванати бременни жени (на база на ражданията за дадена година или очаквания брой бременности)	Шумен	35%	29%	50%	Не е вероятно	СГР** (- 0.02%)
	Сливен	11%	14%	50%	Не е вероятно	СГР (0.01%)
Процент здравно неосигурени бременни жени	Шумен	50%	51%	25%	Постигната	Надхвърля целта два пъти
	Сливен	8.6%	27.5%	25%	Постигната	Надхвърля целта с 2.5%

Мониторинговият доклад на УНИЦЕФ*** също не предоставя статистически значими данни за ефективността на модела, тъй като тя се измерва с неясно дефинирани показатели. Пример за това е: „Индикатор: Ресурсите са използвани по най-ефективния начин“ с опции „Да/Частично/Не“. Методологията не отчита отклоненията поради даване на социално желателни отговори и включване по собствен избор. Тя е разработена по този начин поради липса на отчетност и правилно проследяване на решенията за разходи, вземани от УНИЦЕФ. Оценителският екип твърди, че „оценката не е в състояние да посочи дали резултатите от демонстрационния проект оправдават направените разходи поради липса на необходимите финансови и количествени данни, като анализът е се ограничава само до получените качествени данни. Въпреки че е налична финансова информация, използваната от УНИЦЕФ система ограничава задълбочения анализ по вид разходи“. По-ниската ефикасност е свързана с „липса на ефективно правителство“ и необходимост от набиране на служители, които да работят „от врата на врата“, което повишава разходите. Изглежда, че за ЗБЗБ точно подхождат „от врата на врата“ повишава ефективността на обхвата и ефикасността на програмата.

Следователно, анализът на ефикасността на базата на алтернативния модел е невъзможен, и настоящият доклад ще се съсредоточи само върху ефикасността на проекта сам по себе си. ЗБЗБ разполага с ясна вътрешна процедура за оценка на „Разходи на бенефициент“, която взема предвид трите фази на изпълнение на програмата в България:

1. Пилотиране и адаптиране;
2. РКП или друго проучване за оценка на въздействието, базирано на квази-експериментален дизайн;
3. Изпълнение в национален мащаб.

На базата на приетите от Министерството на финансите финансови стандарти за 2020 г. разходът за един бенефициент за държавно финансираните социални услуги (годишен разход за един бенефициент за потребителите на Общностните центрове за деца и семейства) е 3985 лв., докато същевременно услугата НФП струва 2117 лв. на бенефициент годишно, което

* Оценка на Патронажната услуга на УНИЦЕФ за семейства с малки деца в България за периода 2013-2018 г.

** СГР – средният годишен ръст показва средното увеличение в стойността на индивидуална инвестиция на годишна база.

*** “Evaluation of the UNICEF Demonstration Home Visiting Services for Families with Young Children in Bulgaria in the period of 2013-2018”, 2019

е около 53,1% от посочената сума. Подходът обаче е различен от подхода на ПУУ. Финансираните от гържавата услуги за деца (включително ПУУ) се основават на индивидуален подход, т.е. на дете се падат 3985 лв. Изчислението по ЗЗБЗБ се приравнява не само към диадата майка-дете, но и включва „партньор“ като по този начин се оформя „основната триада на семейството“. Това изчисление има смисъл в контекста на дефиницията на бенефициентите на ЗЗБЗБ, но няма да съвпадне с изчислението на МТСП. По-точно изчисление, което би могло да бъде приложено от МТСП е 6351 лв. или 1,6 от цената за услугата, която е най-близка до ЗЗБЗБ. Ако вземем предвид всички възможни и свързани разходи, включително всички изследвания, обучение, оборудване, поддръжка на база данни, транспорт и режийни разходи, общата цена нараства до 2,5 от националния стандарт (9859,4 лв. на дете).

Новите изчисления на текущите разходи до 2021 г. обаче показват, че цената варира между 2200 и 3400 лв., ако в нея не се взема предвид обучението на екипа и първоначалната корекция на методиката. Настоящите изчисления са базирани и на някои случайни фактори, и за да може да се изчисли ефикасността, са необходими стандарти за предоставяните услуги (вж. Препоръка 6.2.5.)

5.4. Въздействие

Окончателното въздействие на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ трябва да се оцени едва след приключване на пилотната фаза на програмата, а според вътрешния принцип на ЗЗБЗБ – след провеждане на експериментално или квазиекспериментално проучване. Тъй като изследването има за фокус само пилотната фаза, то няма да може да измери каквито и да е дългосрочни ефекти в резултат от интервенциите по програмата – нито преки, нито косвени, преднамерени или непредвидени. *Популацията в нужда, популацията в риск и необходимата популация*, върху които програмата ЗЗБЗБ въздейства, са определени както следва:

5.4.1. Популация в нужда

Лицата, които потенциално биха могли да се възползват от програмата, се считат за „популация в нужда“. Тъй като първоначалните критерии за възраст са разширени, за да включват жени до 22-годишна възраст, групата от потенциални потребители става по-голяма, и е достатъчно голяма, за да осигури максимален капацитет за патронажните сестри в локация 1 и локация 2.

Преподавател от Медицинския университет във Варна предлага допълнително разширяване на кръга от потенциални потребители с включване на бременни жени до 34-та гестационна седмица*. Според философията на ЗЗБЗБ обаче включването в програмата в по-късните етапи на бременността може да попречи на положителното ѝ въздействие върху бременността и резултатите от раждането.

Пловдив е един от трите региона с най-висока раждаемост сред жените до 20 години. От 6191 раждания в страната на майки под 20-годишна възраст, 689 са в Пловдив, което означава, че всяка десета жена в тази възрастова група ражда в Пловдив. Централният екип решава да отвори програмата за всяка жена в града, покриваща критериите за възраст и ниски доходи, която желае да участва, но въпреки това потребителите са предимно от сегрегирани квартали. Независимо от това, системата за насочване в Пловдив работи много по-добре и 23% от препоръките за участие в ЗЗБЗБ идват от общопрактикуващи лекари, акушер-гинеколози или други институции в локация 2. Възможно е стимулите**, които общопрактикуващите ле-

* Интервю МУ-Варна, 2020

** Докато локация 2 все още се установяваше, централният екип на програмата подписа договори с лекари от Пловдив, които получават малък финансов стимул, за да насочват потребители към програмата.

кари и акушер-гинеколозите получават, за да работят с програмата и да насочват потребители към нея, да са допринесли за това. Тази организация може да бъде устойчива за приложение на програмата на национално ниво, ако правителството вземе решение да стимулира нивата на записване в началото на програмата, или създаде регистър на бременностите, което би премахнало необходимостта от насочване.

В интервюто също се предлага* програмата да се прилага и в други региони на страната. Сливен е посочен като една от най-подходящите локации поради няколко фактора – най-висока раждаемост в страната; един от най-високите дялове на населението, живеещо в риск от бедност и социално изключване, както и наличието на филиал на факултет на МУ – Варна, който може да бъде потенциален източник на патронажни сестри.

5.4.2. Популация в риск

Популация в риск представлява групата потребители, които в момента са включени в програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“. Техните демографски характеристики – възраст, етническа принадлежност, религия (ако има такава), състав на домакинството, домашни условия, степен на образование и икономическо положение на членовете в домакинството, са важни при планирането на оценката на въздействието.

5.4.3. Необходима популация

Необходимата популация отразява набора от потребители, необходими за правилното по-нататъшно изпълнение на проекта след пилотната фаза, и според философията на ЗЗБЗБ, за базираната на РКП оценка. Необходимата популация включва две групи популация в нужда: първата група се състои от потребителите, които ще бъдат включени в програмата, превръщайки се в популация в риск, а втората група ще служи като група за сравнение в евентуално проучване. Не е трудно да бъде определена потенциалната популация в риск въз основа на съществуващата национална статистика на ниво община и населено място, както и въз основа на количествено определена процедура за скрининг (използвана за избор на локация 1 и локация 2 по време на текущата пилотна фаза). Централният екип е създал списък с потенциални локации и разполага с по-подробно проучване на демографията в някои от тях. Двете потенциални локации, които разполагат с необходимата популация, но не са избрани за локация 2, са Стара Загора и Варна. Стара Загора е специфичен случай, тъй като там популацията в нужда е разпръсната из целия град и не е изцяло концентрирана по неговите граници.

Както беше посочено по-рано, всяка година раждат около 6200 жени на възраст под 20 години. Жените във възрастовата група между 20 и 24 години раждат 10 625 деца** годишно. Като се има предвид динамиката на раждаемостта според възрастовите групи на майките, може да предположим, че жените на възраст между 20 и 22 години са родили по-малко от половината бебета, родени от жени във възрастовата група 20-24.

Ако се предположи, че жените на възраст между 20 и 22 години са родили ¼ от бебетата (за да се отрази описаната по-горе тенденция), родени от майки на възраст 20-24 години, това добавя 2656 бебета, които потенциално отговарят на условията за участие в „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“***. С други думи са налице около 8 856 бебета, раждани всяка година от жени под 22-годишна възраст. В зависимост от начина, по който централният екип на програ-

* Интервю с професор от МУ-Варна.

** На базата на данни за 2018 г.

*** Изчисленията са направени в брой бебета, отговарящи на условията, тъй като не се знае колко майки са родили спрямо броя родени бебета. Потенциално една жена може да роди 3 пъти за 4 години.

мата определя критериите за допустимост по отношение на уязвимостта и неравностойното икономическо положение, потенциалният набор от потребители може да се свие.

За да започне работа по програмата в нова локация, централният екип се нуждае от достатъчно голям потенциален набор от потребители в даден град, или в селските райони в радиус от около 50 км около него, за да бъде услугата икономически оправдана. Данните на НСИ показват, че обикновено повече жени в тази възрастова група (пог 22 години) раждат в селските райони, което означава, че ще бъдат по-трудни за проследяване и по-трудни за посещение. Възможно е тези жени да се намират на повече от 50 км от град, в който има достатъчно голям потенциален набор от потребители, което би било предизвикателство за всяка една патронажна услуга.

5.5. Устойчивост

5.5.1. Трансфер на знания

Централният екип на програмата работи по създаването на „Наръчник за откриване на нови локации“ * и е придобил опит в провеждането на обучения за патронажни сестри, които се присъединяват към програмата. Възможността за трансфер на знания за нуждите на програмата е една от важните теми по отношение на устойчивостта. Централният екип също изготвя доклад за научените уроци от досегашния опит.

Медиаторите на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ са един от най-важните елементи от адаптирането на програмата към българския контекст. Те са използвани са като ключ към общностите в София и Пловдив. В София медиаторите по програмата осъществяват връзката между патронажните сестри и потребителите по време на локдаун вследствие на пандемията от КОВИД-19, и имат особено важна роля за най-бедните и уязвими потребители на програмата, които нямат друг начин за комуникация с патронажните сестри, освен чрез телефоните на медиаторите.

В Пловдив медиаторите са не само ключ към общностите, но в някои случаи изпълняват ролята на преводачи между потребителите и патронажните сестри по програмата.

Медиаторите в рамките на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ минават обучение по програмата, но голяма част от знанията си получават на терен и при взаимодействието си с потребителите и институциите. Би било много полезно това знание да се използва, за да се подпомогнат бъдещите медиатори по програмата. Необходимо е да се създаде „Наръчник за медиатори по ЗЗБЗБ“ с ноу-хау за теренната работа и съвети за различни проблеми, които са възниквали или могат да възникнат. Наръчникът може също така да включва информация за основните медицински и социални услуги, до които потребителите имат достъп, както и основна информация, свързана със законодателството, получаването на първа помощ и взаимодействието с институциите.

Централният екип предприема стъпки за включване на медиаторите по програмата в националната мрежа от медиатори, които работят към общините. Това е важна стъпка, тъй като медиаторите вече биха били част от системата и биха имали по-широк поглед върху проблемите и темите, които са интересни за техните общности по местност.

* Финализирана версия на този наръчник ще бъде достъпна, след като има сигурност относно инфраструктурата за социални услуги, която потенциално може да стане приемник на патронажната грижа по ЗЗБЗБ в бъдеще.

5.5.2. Необходимост от човешки ресурси

В момента най-голямото предизвикателство пред програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ е недостигът на медицински сестри и акушерки в България. Данните сочат, че средната възраст на медицинските сестри в страната е 53 години, но се увеличава броят на студентите, записани в университетски програми за медицински сестри* и акушерки. До юни 2020 г. няма законен начин медицинските сестри да работят самостоятелно, но оттогава на сам те могат да практикуват независимо от други медицински специалисти.

Ситуацията с пандемията от КОВИД – 19 също е доста динамична и е трудно да се правят прогнози за ефектите, които ще има върху системата на гържавното здравеопазване, като един от най-големите работодатели на медицински специалисти, както и върху готовността на бъдещите студенти да запишат медицински специалности.

*„Има гържавни изисквания за учебните програми на медицинските университети, но действителното им съдържание може да бъде тълкувано в широк контекст – няма изискване акушерките да могат да предоставят патронажни грижи или да работят с уязвими общности. Щеше да бъде по-добре, ако имаше изискване за включване на тези предмети в учебната програма като по този начин щеше да има по-подготвени специалисти за програмата. ЗЗБЗБ може също така да бъде включена в учебното съдържание като допълнителен курс, който не е задължителен за всички, и дори да засяга теми, свързани с работата с жени в риск и с жени от уязвими общности.“ ***

Преподавателите от МУ – Варна и МУ – София са съгласни, че има възможност за добавяне на обучителен модул, ориентиран към високо специализирана програма за домашни посещения на бременни жени и майки с малки деца, каквато е ЗЗБЗБ. Едно от подходящите места за въвеждане е като част от следдипломното обучение на медицинските сестри и акушерките, за вече завършилите или като част от свободноизбираемите дисциплини по време на редовното обучение. Акушерките и медицинските сестри в страната в днешно време не са мотивирани да участват в допълнителни курсове, тъй като дефицитът на кадри е огромен, и не е необходимо да имат допълнително обучение, за да бъдат наети. Наред с това, придобиването на специализация и/или допълнителна квалификация няма положително отражение върху техните заплати при сега действащата законодателна рамка.***

Съгласно изчислението в Доклад за теренната работа 2****, изпълнението на ЗЗБЗБ на национално ниво ще изисква наемането на около 122 медицински сестри/акушерки, за да се покрият нуждите на групирани на географски принцип жени в тези райони, които ще стават майки за първи път, като се предположи, че е налице достатъчно голям брой такива жени, които имат ниски доходи и са на възраст под 22 години за една кохорта от потребители.

Това е доста сериозно изискване по отношение на човешки ресурси, предвид липсата на медицински сестри в страната. Според професор от МУ – Варна този проблем може да се реши с помощта на интензивна учебна програма за вече обучените национални здравни медиатори.

„Те, разбира се, не могат да осигуряват патронажна грижа, но могат да бъдат използвани, докато се опитваме да излезем от тази трудна ситуация. Здравните медиатори биха могли да бъдат съветници по отношение на храненето, спирането на тютюнопушенето и пиенето, превенцията на домашното насилие и дори кърменето, което също е част от програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“. Медиаторите също така са част от превантивното здра-

* Всички представени тук аргументи са представени в раздела от доклада озаглавен „Контекст на политиките“, наред с необходимите данни.

** Интервю с професор от МУ-София, 2020.

*** Интервюта с професори от МУ-София и МУ-Варна.

**** Доклад от теренната работа 2, стр. 50

*веопазване и могат да бъдат обучени да извършват тези дейности. Има примери за хора без медицинско образование, които дават съвети относно кърменето *, така че защо медиаторите да не могат да правят това?“ ***

Въпреки това, ако програмата се провежда в 8 – 10 локации в страната, необходимостта от човешки ресурси няма да бъде толкова голяма, и може да бъде сведена до около 60 медицински сестри. Локациите могат да бъдат намалени на 8 или 6, в зависимост от начина, по който се реши, че ЗЗБЗБ ще бъде интегрирана в другите медицински или социални услуги в рамките на тези общини.

„Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ е специализирана програма, която има за цел не само наемането на здравни специалисти, но и предоставянето на интегрирана медицинска и социална услуга. В образователната система има медицински специалисти, които не са медицински сестри или акушерки, но имат експертния потенциал да работят за програмата.

Факултетът по обществено здравеопазване на МУ – Варна вече е разработил и адаптирал програми за обучение, съобразени както с програмата за патронажна грижа на УНИЦЕФ, така и със „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“, като обучението на желаещите парапрофесионалисти може да започне всеки момент. Подобно развитие би допринесло значително за устойчивостта на програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“.

5.6. Резултати по отношение придържането към модела на програмата

5.6.1. Потребители с ниски доходи

„Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ в България се състои от 15 основни програмни елемента. Настоящото проучване за приложимост и приемливост се фокусира само върху 10 от тях. Според изискванията на Университета в Колорадо, Денвър, всеки потребител, който влиза в програмата, трябва да има нисък доход. Тереният екип работи в сегрегирани общности, които традиционно се считат за бедни от общността извън сегрегираните квартали (в София), но програмата в Пловдив е достъпна за всяка жена, която е бременна за първи път или няма предходни живи раждания преди да навършването на 22 години, и която не е достигнала 28 гестационна седмица. Това решение е взето, за да се даде възможност на екипа на ЗЗБЗБ в Пловдив да работи на по-пълен капацитет. Въпреки това, няма жени, записали се в програмата, които да не се считат за уязвими. Повечето участници са от две населени места – кварталите „Шекер махала“ и „Столипиново“.

5.6.2. За всеки потребител отговаря конкретна патронажна сестра

В момента за всеки потребител отговаря само една патронажна сестра. След като една от патронажните сестри в Пловдив напуска екипа, потребителите, с които работи, са прехвърлени на друга патронажна сестра, която се опитва да изгради взаимоотношения базирани на доверие с тях. Един от потребителите, пренасочени към другата патронажна сестра, се отказва от ЗЗБЗБ, но в личен разговор споделя, че просто е уморена от програмата и решението ѝ няма нищо общо със самата патронажна сестра***. И в локация 1 (София) потребителите се преразпределят от една патронажна сестра към друга, ако това е необходимо.

* Консултантите по кърмене са акредитирани професионалисти от Националния комитет по кърмене и са доброволци.

** Интервю с професор от МУ-Варна.

*** Интервю с член на екипа на програмата в Пловдив.

5.6.3 Всеки потребител трябва да бъде посещаван по време на бременността си и докато детето ѝ навърши 2 години

Всяка потребителка по програмата получава посещения, чиято регулярност в повечето случаи се спазва, като се изпълняват повече от 70% от посещенията във фазата „бебе“ и „малко дете“, и повече от 100% от посещенията във фазата „бременност“. *„Вървим бавно от самото начало. Понякога е трудно за момичетата да свикнат да спазват графика за нашите срещи. Те имат навика да забравят кога трябва да се срещнем и дори не се обаждат. В крайна сметка свикват да ни уведомяват, ако не могат да присъстват, но в началото е трудно.“** Потребител сподели *„Трябва да ѝ се извиня (на патронажната сестра, бел. ред.), защото не исках да се срещам с нея в началото, мислех, че това е ужасно. Сега ми липсва ми толкова много и ми се иска да не бях пропускала нашите разговори. Но знам, че ми прощава, защото се обичаме.“***

Всички медицински сестри и ръководители екипи трябва да преминат през първоначално обучение, изисквано от Университета в Денвър, Колорадо, и трябва да вършат работата си, следвайки възможно най-близо модела „Nurse-Family Partnership“***. Всички патронажни сестри са преминали своето обучение.

Използвайки собствените си натрупани знания и умения, патронажните сестри трябва да прилагат ръководството за изпълнение на програмата като вземат предвид индивидуалните силни страни и предизвикателства за всяко семейство и разпределят времето си между загадените програмни области. Патронажните сестри успяват да разпределят времето между темите, загадени в рамките на областите по програмата.

Таблица 7: Време, прекарано по всяка от загадените програмни области в България, в сравнение с целите по програмата.

Сфера	Време, прекарано по съответната тематична област в България****	Цел на програмата:
Лично здраве	52%	35-40%
Роля на майката	22%	23-25%
Безопасност на средата	7%	5-10 %
Семейство и приятели	8%	10-15%
Житейско развитие	11%	10-15%

Източник: База данни на ТСА, Годишен доклад на данните 2021.

5.6.4 Всяка патронажна сестра на пълен работен ден трябва да работи с не повече от 20 потребителя по едно и също време

Нито една патронажна сестра не трябва да работи с повече от 20 потребителя по едно и също време. Това условие се спазва от екипите.

* Патронажна сестра по програмата, Пловдив, 2020.

** Потребители по програмата, които са я завършили през 2019 г., и са интервюирани през 2020 г..

*** Оригинално наименование на ЗЗБЗБ на английски.

**** Последни налични данни.

5.6.5 Всеки ръководител е една екип на пълен работен ден трябва да предоставя супервизия на не повече от 8 патронажни сестри по едно и също време

Тъй като няма екипи с повече от 8 патронажни сестри, нито един ръководител на екип не осигурява супервизия на повече от 5 патронажни сестри наведнъж. Ръководителите на екипи получават супервизии от клиничния лидер. Обикновено сестрите не се чувстват напрегнати или притеснени от супервизията, а я приветстват като начин да изяснят случилото се през седмицата и да получат подкрепа. *„Също така се чувствам по-спокойна, защото ако имам проблем, мога да я помоля (клиничния лидер) да дойде с мен на посещение и след това да говорим за нуждите на потребителите и моите притеснения, свързани с тях. Наистина е полезно.“**

Ръководителят на екип предоставя на всяка патронажна сестра рефлексивна клинична супервизия, демонстрира прилагането на теорията на практика и подпомага професионалното развитие на сестрите, което има решаващо въздействие върху тяхната кариера и включва индивидуална клинична супервизия, екипни срещи, супервизия на терен.

Екипът в Пловдив работи под ръководството на опитна патронажна сестра по програмата, която е била част от екипа в София. Като цяло, патронажните сестри са доволни от супервизиите.

Централният екип също така добавя рефлексивна супервизия по отношение работата с Информационната система на програмата, което спомага за по-доброто адаптиране на системата към потребностите на теренните екипи.

В резултат от молба от страна на патронажните сестри и здравните медиатори, медиаторите също започват да получават супервизия на всеки две седмици. За да може пилотната програма да функционира в контекста на сегрегирани общности в България**, са направени две допълнения към основните елементи на програмата.

5.6.6. Включване на здравен медиатор в екипа за домашни посещения, който помага при набирането на потребители и представя програмата на всеки потребител и нейното семейство като поставя акцент върху безопасността за културата на общността, в която се изпълнява програмата.

Медиаторите имат решаваща роля за приемането на програмата в техните общности и в процеса на набиране на потребители. *„Повярвах ѝ, защото беше със З* (здравен медиатор в София), и ако З* не ме беше уверила, че програмата ще бъде полезна за мен и бебето, никога нямаше да повярвам на никого.“**** Здравните медиатори извършват по-голямата част от набирането на потребители в София и значителна част от набирането в Пловдив.

Данните от качествено проучване**** показват, че медиаторите допринасят за по-достъпен имидж на програмата в началните етапи от изпълнението и в нови локации. Това важи особено за по-затворените общности, които нямат предходен опит с каквито и да било

* Интервю с патронажна сестра по програмата – София, 2020.

** Съществува дискурс по отношение на взаимодействията с програми и институции сред сегрегирани общности в България. Наративът обикновено е: „Те (институциите) ще получат пари, за да правят неща за нас, но всъщност няма да направят нищо за нас. Ще вземат парите и после ще ни обвиняват, че не искаме да се интегрираме“ (Общински здравен медиатор).

*** Потребител №3, завършил програмата в края на 2019 г. и интервюиран през 2020 г.

**** По-детайлна информация може да се намери в Раздел 5.1 Уместност, стр.34 и 35 от настоящия доклад.

програми за домашни посещения.

Друга важна функция на медиаторите, особено в Пловдив (локация 2), където потребителите говорят предимно турски, е предоставянето на превод. Въпреки, че преводът помага патронажната сестра и потребителя да се разбират, в него има известни недостатъци. *„Не се чувствам свързан с тези потребители, и те не се чувстват свързани с мен. Не говорим много, защото знаем, че медиаторът трябва да преведе разговора. Искане ми се да мога да говоря с тях насаме. И то на същия език. Чувствам, че езиковата бариера създава и бариера по отношение на доверието.“ **

Ситуацията в София е различна. Много от момичетата говорят повече от елементарен български и рядко се налага патронажната сестра да има нужда от преводач за своите потребители. Патронажните сестри работят с медиатори при набиране на потребители, като обикновено те са гаранция пред общността, че казаното е вярно и ще има положителен ефект върху общността и самата жена.

5.6.7 Покриване на медицинските разходи на потребителите в нужда, включително здравно неосигурени потребители, и премахване на финансовата бариера пред спазването на медицинските съвети.

Централният екип продължава да предоставя на потребителите на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ достъп до здравни услуги, като се опитва да включи възможно най-много институции и ресурси, за да гарантира, че потребителите разбират как работи обществената система и не биха се страхували да използват тези услуги в бъдеще**.

На майките и децата се предоставят хранителни добавки с цел намаляване на риска от анемия при децата и подобряване изхода на бременността и неонаталния период на детето. В рамките на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ също така на потребителите и техните деца се осигуряват лекарства, които са предписани от личен лекар или педиатър. Това е много важен аспект на модела, тъй като в България разходите за лекарства заемат един от най-големите дялове от разходите на потребителите в ЕС. В България няма система за възстановяване на закупените лекарства за деца и това представлява заплаха за личното и общественото здраве, според интервю с педиатър, работещ с потребители на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“.

*„Предписвам антибиотик на едно дете. Това е специфичен антибиотик за специфичен проблем, който е малко по-скъп от всеки друг широкоспектърен антибиотик. Това, което обикновено се случва, е, че родителите ще отидат до аптеката и ще вземат по-евтин антибиотик. Тъй като са бедни, 2 или 5 лева означават много за тях. Общността е бедна и всички постъпват по един и същи начин. Случва се така, че с течение на времето цялата общност изгражда резистентност към определени антибиотици и когато имат нужда от тях, не знам как да ги лекувам.“****

Провежда се известно застъпничество за прилагането на тази мярка в системата на здравеопазването като в този момент правителството посочва, че би искало да работи за въвеждането на безплатни лекарства за деца до 18 години.

* Патронажна сестра по програмата, обучена за етап „Ранно детство“, която работи в Пловдив – интервюирана през 2020.

** Това знание също е част от усилията за подпомагане на потребителите на ЗЗБЗБ да развият по-добра самоефикасност.

*** Педиатър, София, 2020.

6. Заключение и препоръки:

6.1. Заключение

Таблица 8. Текуща оценка на приложимостта и приемливостта на коригираните ключови елементи на изпълняваната в България програма „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ до м. декември 2021 г.*

Критерии на КПР Основен елемент	Приложимост					Приемливост
	Уместност	Ефективност	Ефикасност	Въздействие	Устойчивост	
Добро общностно и организационно планиране	+	+	н.г.	+	+	+
Интензивно обучение на патронажни сестри	++	++	++	н.п.	+	+
Насоки за провеждане на домашни посещения	++	+	++	++	++	++
Система на ЗЗБЗБ за събиране на данни и докладване	+	++	+	++	++	++
Стандартизирана оценка и доклади	н.г.	н.г.	н.г.	н.г.	н.г.	++
Процеси за подобряване на качеството	+	+	н.г.	н.г.	+	++
Здравни медиатори	++	+	+	++	++	++
Покриване на основните медицински нужди на потребители в крайна бедност	++	++	=	+	=	++

*Забележка: Резултатите трябва да се интерпретират както следва: ++ осъществим/ПРИЕМЛИВ, + по-скоро осъществим /приемлив, 0 нито осъществим, нито приемлив, = не осъществим /неприемлив, н.п – не е приложим към този индикатор; н.г.- няма данни на текущия етап от изследването

Както е посочено в теоретичната глава, текущата оценка на ЗЗБЗБ в България се основава на гъвкавото разбиране на многокомпонентния характер на проекта и възможните промени по отношение на нивата на приемливост и приложимост на пилотния проект. Следователно

приложимостта на всеки основен елемент е оценена чрез критериите на КПР за разработване на програма. Обобщението на резултатите е представено в Таблица 8, а обосновката на резултатите е както следва:

6.1.1. Добро общностно и организационно планиране

Общностното и организационното планиране получават добра цялостна оценка за приложимост. Проучването повдига въпроса за избора на квартал „Факултета“ (локация 1) като първото населено място за провеждане на програмата в страната в първия доклад за теренната работа. Оттогава „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ е достъпна в още 8 квартала в София, като следва движението на потребители от един квартал към друг.

Със старта на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ в локация 2 в Пловдив, централният екип и теренните екипи работят за създаване на публична и институционална среда за програмата. Последните споделени от централния екип данни* за броя на насочванията към програмата от страна на медицински специалисти и институции в Пловдив (23% от всички насочвания) са пряк резултат от тези усилия.

Столична община и Община Пловдив са домакини на Местните консултативни съвети, а МЗ е домакин на последните три Национални консултативни съвета. По този начин се заявява ангажимента на съответните институции за изслушване на заинтересованите страни и екипа на програмата, и създават необходимите предпоставки за развиване на по-добра комуникация с МЗ и двете общини. Заместник-министри от МТСП също участват в сесиите на НКС и изразяват подкрепа за устойчивостта на програмата.

По отношение на „ефективността“, екипът е много ефективен при разпределянето на ресурси към локация 2, както и много активен по отношение развитието на институционалната среда в Пловдив. Въпреки първоначалните проблеми, с които се сблъсква всяка работа на терен, екипът на програмата в Пловдив изглежда успява да намери по-ефективен начин за набиране на потребители като работи с членове на общността, които са близки до най-големите общности в „Столипиново“ и „Шекер махала“ и разработва поощрителен механизъм, с който да се стимулира насочването към програмата.

Не са налични данни за ефикасността, тъй като няма на базата на какво да се сравнява ефикасността на екипите. Важна забележка е, че за трите години работа по програмата екипът в Пловдив, в сравнение с екипа в София, се сблъсква с повече проблеми по отношение набирането на потребители и задържането им. Въпреки това, локацията отбеляза известно подобрение през последната година. Това е нормален ефект, тъй като повечето програми, включително „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“, имат нужда от първоначален период от година, година и половина, за да станат разпознаваеми в рамките на общността и да създадат мрежа от заинтересовани страни (включително потребители), които ги подкрепят. Квартал „Столипиново“ е едно от засегнатите от миграция населени места в страната, и там като цяло работата е по-трудна, защото местното население не говори български език и комуникацията не е толкова директна, колкото в другите населени места, където се изпълнява ЗЗБЗБ. Много семейства заминават в чужбина в търсене на по-добри икономически условия и емигрират с разширеното си семейство, което води до по-висок дял на отпаднали поради миграция потребители на програмата в Пловдив в сравнение със София.

Реалното въздействие на проекта изисква проучване, но въз основа на качествените изследвания и количествените данни „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ допринася не само за по-добрия живот на майките и техните деца, но и като цяло за семействата и общностите, включени в локация 1.

* Март 2021 г.

Устойчивостта получава положителна оценка, тъй като екипите за изпълнение на програмата и работата на терен се адаптират към свързаните с КОВИД-19 ограничения с помощта на „Телездраве“ и други средства, и успяват да предоставят на своите потребители услуги по време на пандемията.

Като цяло оценката за приемливостта на ЗЗБЗБ е положителна – общностите в София са свикнали с програмата и я приветстват. Данните за насочване на нови потребители от настоящи или бивши потребители показват ясно тази тенденция. Програмата е приемлива за повечето от членовете на общностите в локация 1 и локация 2.

6.1.2. Интензивно обучение на патронажните сестри

Обученията на патронажните сестри са оценени като „осъществими и приемливи“. Патронажните сестри с нетърпение очакват обученията и ги намират за интересни. Обучението отговаря на актуалните нужди на общностите и проблемите, с които патронажните сестри по програмата трябва да се справят всеки ден.

„Програмата притежава всички характеристики за предоставяне на услуги чрез домашни посещения като ефективна форма на грижа за бременни жени и малки деца с оглед постигане на резултати в ключови области на въздействие, като изход на бременността, родителски умения, здраве и развитие на децата в ранна детска възраст;

ЗЗБЗБ е разработена като цялостен базиран на доказателства модел (теоретична рамка и изследване); има регулирана структура; предоставя се от квалифицирани специалисти – медицински сестри и акушерки; екипите преминават специално обучение по програмата; води се стандартизирана документация; събира се и се поддържа база данни с интервенции и резултати и др.“*

Патронажните сестри смятат, че могат свободно да споделят какви са потребностите им по отношение на обучение и знания, както и че централният екип е направил необходимото, за да им осигури подходящи обучения.

Екипът на програмата също полага усилия, за да направи обучението на своите членове по-устойчиво и да изгради своя капацитет, като определен член на екипа е натоварен с обучение на патронажните сестри въз основа на изискванията на програмата „Nurse-Family Partnership“. По този начин се осигурява по-добър международен и местен трансфер на знания и се намаляват разходите за обучение.

Може да е полезно да бъде добавен модул към обучението на бъдещите патронажни сестри по програмата, който се основава на споделяне на опит с патронажни сестри с по-дълъг опит в програмата, особено ако двата екипа работят на различни места. Част от случващото се по време на теренната работа не би могло да бъде предвидено и част от знанията за ежедневна работа на терен трябва да се споделя между екипите.

Въпреки че телездравео не е един от основните елементи на модела, то е много важно допълнение към услугите, предоставяни от патронажните сестри по програмата. За тях е осигурено обучение за предоставяне на телездравео, но върху него не се поставя голям акцент. От началото на пандемията обаче международната общност на програмата Nurse-Family Partnership разписва по-подробни насоки за предоставяне на телездравео.

* Интервю с член на Националния център за общественото здравео и анализи.

6.1.3. Насоки за провеждане на домашни посещения

Доказано е, че насоките за провеждане на домашни посещения работят много добре по отношение събирането на информация, като помагат на патронажните сестри да анализират нуждите на своите потребители и да управляват времето, което отделят за различни теми и области, които са важни за програмата.

*„Не разглеждам насоките като нещо задължително. Знам, че в тях има добри предложения, но ако моите потребители имат някакъв проблем, който искат да обсъдят, и в къщата няма никой и можем да говорим по-свободно, ще се радвам да променя плана, който сме имали. Важно е да изслушваме потребителите, да разберем какви са техните проблеми и трудности.“ **

Трудностите, които патронажните сестри имат първоначално с попълването на онлайн формулярите, вече не съществуват. Те са свикнали с тази дейност и са намерили начин да я включат в ежедневната си работа.

Материалите, които патронажните сестри използват при своите посещения са високо оценени както от сестрите, така и от потребителите**. За някои от неграмотните потребители сестрите използват материалите предимно като повод за разговор, предвид цветните им картинки. Други потребители споделят, че четат материалите във времето между посещенията на патронажните сестри. Група потребители също използват материалите по програмата, за да забавляват децата си и да им четат на български, тъй като някои от децата говорят само ромски в рамките на своите общности и родителите им полагат усилия, за да ги социализират и на български език.

6.1.4. Система за събиране и отчитане на данни по програмата

Изследователският екип оценява системата за събиране на данни и докладване на централния екип като осъществима и приемлива. Както бе споменато по-горе, сега патронажните сестри приемат тази част от работата си и не възразяват срещу необходимостта от събиране на данни за програмата. Системата за събиране на данни също допринася за осигуряване и оценка на качеството на услугата. Анализът на данните също дава възможност на патронажните сестри да набележат важни теми за обсъждане със семействата.

Системата за събиране на данни е ефективна, тъй като отговаря на потребностите от анализ на данни и докладване за програмата. Тя позволява бърза и прецизна обработка на данните, които се предоставят на изследователския екип навреме и в необходимия технически формат. Няма данни за ефикасността, тъй като няма налична информация за цената на системата. Тъй като тя е създадена, за да отговори на нуждите на тази специфична програма, е трудно е да се прецени каква би могла да бъде алтернативната цена.

Въпреки това е важно да се отбележи, че подадената обратната връзка за системата от страна на теренните екипи е взета предвид от централния екип, който също прилага рефлексивна супервизия по отношение на взаимодействията, впечатленията и опита на теренните екипи при работата с информационната система, което води до извършването на по-осведомени промени в системата, когато това се налага.

* Патронажна сестра, обучена за етап „Малко дете“, която работи в Пловдив – интервюирана през 2020 г.

** Повече количествени данни за материалите и оценката на потребителите на материалите можете да намерите в раздел 5.2 „Ефективност“, 5.2.1. „Програмни материали“

6.1.5 Медиатори по програмата

Здравните медиатори се доказват като почти неразривен компонент от „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ в България. Тяхната работа е много важна както за общностите в рамките на програмата, така и за програмните екипи. Здравните медиатори доказват, че в тях се крие ключът към общността и тяхната работа е в основата на успеха при набирането на нови потребители за локации, в които програмата все още не е станала част от нормалния живот на общността. Доказано е, че медиаторите в София работят активно като говорят за програмата, набират потребители и оказват съдействие за справяне с проблеми с комуникацията между програмата, общността и изследователския екип.

В Пловдив „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ стартира с двама медиатори, които напускат и впоследствие са заместени от нови техни колеги. Ползата и въздействието им върху програмата се изразяват по още един начин – осигуряват превод между патронажните сестри и потребителите, когато има нужда от това. Здравните медиатори оказват съдействие на потребители, които не говорят български език и по този начин правят работата с тези потребители възможна за патронажните сестри. Те също така посредничат между общността и програмата и осигуряват легитимност на ценностите на програмата, когато това е необходимо. **Изследването оценява тяхната ефикасност като „осъществима и приемлива“, тъй като данните от количественото проучване говорят за тяхната ефикасност при набирането на потребители.**

Работата на медиаторите както в София, така и в Пловдив също има важна роля по време на пандемията от КОВИД-19, тъй като често свързват потребители без достъп до телефон или интернет с техните патронажни сестри по програмата.

Следващата стъпка в посока осигуряване на устойчивост на здравните медиатори в програмата ще бъде предприета, когато Столична община* и Община Пловдив наемат на работа работещите в момента медиатори в рамките на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“. Подобно действие не само би намалило част от разходите по програмата, но би създавало по-добра основа за национално мащабирание в тези общини. Важно е обаче да се има предвид, че наетите от общините медиатори може да имат допълнителни задачи и цели в ежедневната си работа. Възможността медиаторите да работят с по-голям дял от населението в общностите, в които работят в момента, може да има положителен общ ефект върху процента на записване в програмата, в случай че и когато проблемите със записването са резултат от по-ниското доверие на общността в програмата.

Централният екип предприема стъпки за включване на медиатори по програмата в националната мрежа от медиатори, които работят към общините. Това е важно, тъй като медиаторите вече биха били част от системата и биха имали по-широк поглед върху проблемите и темите, които са от интерес за общностите, в които работят.

6.1.6. Покриване на медицинските разходи на потребителите в нужда

Покриването на медицинските разходи на потребителите е много важен елемент от програмата. Повечето от общностите, към които е насочена „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ са в неравностойно икономическо положение, имат ограничен достъп до качествено образование и са изложени на много рискове за здравето в резултат от тяхната бедност. Тези общности са непропорционално засегнати от анемия и респираторни проблеми, наред с

* В София Столична община наема здравни медиатори. В момента това не е случаят в Пловдив.

другите проблеми, с които се сблъскват. Програмата осигурява медицински прегледи на бременни жени, както и добавки и медикаменти, ако това е необходимо. Това е важно не само за отделните потребители, но и за цялата общност, която (например) трябва да избира между по-скъпо лекарство, насочено към специфичен проблем, и по-евтино широкоспектърно такова.

Въпреки това осигуряването на лекарства и добавки все още не се счита за устойчива дейност, тъй като българската здравна система не предоставя парична помощ за деца и бременни жени. Данните от количественото проучване показват, че основните причини за записване в програмата са, че потребителите смятат, че програмата ще им бъде от полза (87,2%)*, както и, че ще получат съвет относно бременността си (31,9%)**. Само един потребител е заявил, че се е записал в програмата, защото иска да се възползва от безплатните лекарства и/или хранителни добавки. ***

Не са налични данни по разгледаната по-късно тема, свързана с използването на лекарства в ромската общност в България, но интервюта с общопрактикуващи лекари показват, че все още има проблем с използването на широкоспектърни антибиотици вместо предписания специфичен антибиотик.

В зависимост от конкретните нужди на потребителите и лекарства и/или добавките, които се предоставят по програмата, може да варира процентът на потребителите, които се нуждаят от подобна подкрепа. Много е вероятно този процент да е по-висок сред популацията на програмата, тъй като потребителите се намират в етап от живота си, в който повечето жени се нуждаят от някои добавки (преди и след бременност). ****

Последните политически събития сочат, че има повишена вероятност за въвеждане на държавна политика за безплатни лекарства с рецепта за малки деца.

6.1.7. Преглед на мненията на заинтересованите страни

Мненията, изразени в тази част от доклада, принадлежат на членове на групите на заинтересованите страни, които отделят време и усилия за разговор с представители на изследователския екип. Тези членове имат висока репутация сред своите собствени професионални общности и мненията им са от значение за оценката на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“. Тези мнения, обаче, трябва да се разглеждат като лични мнения на членовете на групите на заинтересованите страни, а не като изявления, направени от името на цялата група, която представляват. Мненията може да се различават между членовете на една и съща професионална общност и групите на заинтересованите страни.

МЗ и МТСП

Политическата ситуация в страната е нестабилна, като през последната година (2021 г.) три пъти се провеждат парламентарни избори, които са свързани с политически

* Това е най-обобщеният отговор на въпроса „Защо решихте да се запишете в програмата“? Този резултат вероятно се дължи на факта, че програмата е много комплексна и хората, които не са запознати с нея, може да не си спомнят повечето елементи, които са им били представени в началото.

** На въпроса може да се отговори с повече от една опция, ако е приложимо. Това означава, че 31,9% от потребителите на програмата са посочили това като една от причините да се запишат в програмата.

*** Все пак трябва да се отбележи, че в социологията е правило, че хората рядко дават отговори, които не са социално приемливи или биха могли да ги представят по негативен начин в техните собствени културни или социални интерпретации.

**** Въз основа на наличната информация от базата данни на изпълнителната агенция, изследователският екип може да направи обобщено изчисление на процента на хората от общото население, които биха се нуждаели от лекарства и/или добавки в случай на прилагане на ЗЗБЗБ в национален мащаб.

интервенции от страна на две редовни и две служебни правителства в една и съща година. Всяко следващо българско правителство трябва да се ръководи от Стратегическите документи, изготвени от предходното правителство. Всички национални стратегически документи са съобразени със стратегиите на ЕС в секторите „Здравеопазване“ и „Социални грижи“. Мерките в тези стратегически документи се финансират от националния бюджет и от структурните фондове на ЕС. Това означава, че всяко бъдещо правителство би трябвало да може да получава средства за мерките в секторите „Здравеопазване“ и сектор „Социални услуги“ в Стратегическите документи.

Услугите за ОГРДВ са част от стратегическите документи на МЗ и МТСП. Налице са усилия от страна на НПО на национално ниво за приемане на Стратегия за образование и грижи в ранна детска възраст, като тези усилия имат потенциала да доведат до Национална стратегия за ОГРДВ, която да отразява най-добрите практики и да предоставя услуги с доказан положителен ефект върху децата и техните семейства.

Членове на МЗ в последното правителство обаче твърдят, че услуга като предоставяната патронажна грижа по програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ трябва да бъде достъпна за всяка жена в страната и не трябва да бъде насочена към определена група жени. Проведени са дискусии дали всяка жена се нуждае от толкова сложна и дългосрочна услуга като ЗЗБЗБ, или дали са необходими различни пакети услуги, достъпни за жени с различни нива на уязвимост.

Болници

Програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ е приемлива и осъществима за САГБАЛ* и УМБАЛ**. Програмата си сътрудничи с две болници в страната и има много стабилни отношения с административния персонал в тях. Болниците предоставят медицинска помощ за потребителите на „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“, в случай че е необходимо, или когато те са избрани от потребителите. Според болниците, през по-голямата част от времето те предоставят медицински консултации и административна помощ по програмата. Домашните посещения се считат за много ценни за жените, но въз основа на техния опит и комуникация с МЗ е много трудно да се осигури медицински персонал за предоставяне на услуги за патронажна грижа на бременни жени и малки деца. Често се стига до претоварване на акушерките в болниците, въпреки че патронажните услуги, по начина, по който са замислени и предоставяни от ЗЗБЗБ, са перфектния пример за това защо и как ролята на патронажните сестри и акушерките трябва да бъде обособена в отделна медицинска професия – те се грижат за семействата в домовете им и могат да оценят рисковете за здравето на децата в домашна среда и да предоставят консултации на родителите. Установено е, че самата програма е много полезна за обучението на медицински сестри в предоставянето на патронажни грижи, но необходимостта от заплащане на лиценз за ЗЗБЗБ***, в случай че се изпълнява на национално ниво, се оказва един от недостатъците на програмата. Друг недостатък, който се отчита, е свързан с липсата на достатъчно

* Специализирана акушеро-гинекологична болница за активно лечение

** Университетска многопрофилна болница за активно лечение

*** Цената на лиценза обаче може да варира в зависимост от мащаба на изпълнение на програмата на национално ниво.

медицински специалисти, които да прилагат ЗЗБЗБ на национално ниво.

Общопрактикуващи лекари и педиатри

Личните лекари и педиатрите намират програмата за много полезна. Те споделят, че пациенти с по-нисък социално-икономически профил обикновено не се хранят правилно по време на и след бременността, в резултат на което техните новородени обикновено страдат от респираторни заболявания и анемия. Предоставянето на добавки и лекарства, когато са предписани на потребителите на ЗЗБЗБ от личен лекар или педиатър, също се разглежда като ценен аспект на програмата. Осигуряването на предписаното лекарство или добавка е много важно, тъй като повечето от потребителите на програмата обикновено купуват по-евтина алтернатива на лекарството. Според общопрактикуващите лекари това е много опасно, тъй като закупуването и употребата на широкоспектърни антибиотици води до резистентност при употреба на антибиотици в бъдеще.

Гинеколози

Осигуряването на пренатална грижа е много важно за гинеколозите, и представлява един от най-важните елементи на програмата ЗЗБЗБ. Предоставянето на съвети и подкрепа за жени, които не са здравно осигурени е важно, тъй като повечето от проблемите са резултат от липсата на проследяване на бременността. Програмата е важна и за по-младите жени, които са здравноосигурени, но не разполагат с информация как и кога трябва да ходят на прегледи, и какви амбулаторни услуги трябва да получат. Патронажните сестри по програмата предоставят съвети и информация по темата и понякога придружават потребителите по време на прегледите.

Медицински университети

Медицинските университети в страната подкрепят изпълнението на програмата. Тяхното основно притеснение е дали програмата ще успее да намери и наеме достатъчно медицински сестри и акушерки за прилагането ѝ в национален мащаб. Университетите имат различни подходи за намиране на решение на този проблем. Някои предлагат създаването на специален избираем курс за патронажни грижи в уязвими общности за всяка медицинска сестра и акушерка по време на тяхното университетско образование. Други предлагат създаване на програма за специализация на завършилите, която се фокусира върху предоставянето на патронажни грижи за уязвими общности. Липсата на адекватно заплащане в сектора отблъсква студентите от професията на медицински сестри и акушерки*, като единственото дългосрочно решение за подготовка на повече медицински специалисти е увеличението на заплатите на медицинските специалисти на национално ниво. Предложеното от медицинските университети краткосрочно решение за намиране на повече професионалисти, които да бъдат наети по програмата, е свързано с наемането на социални работници и други медицински специалисти, които да бъдат обучени да предоставят услугата. Предвид оригиналния модел на програмата, обаче, това решение не е приемливо.

НПО доставчици на здравни услуги

Съществува широк консенсус в общността на НПО доставчиците на здравни услуги относно важността на образованието и грижите в ранна детска възраст. През последните години са подети много спорадични проекти и инициативи от сектора във връзка с темата, но нито един от тях не се превръща в устойчив модел за ОГРАД. НПО секторът

* Според интервюта с представители на медицинските университети в София и Варна.

покрепя застъпническите усилия по ЗЗБЗБ за предоставяне на грижи преди и след раждането за родилки и деца до двегодишна възраст. Някои неправителствени организации, обаче, биха искали да видят програма, която подкрепя всички уязвими майки и деца, въпреки че това не е част от модела на ЗЗБЗБ. Според НПО гоставчиците на здравни услуги, жените в уязвими общности все още ще изпитват уязвимост на много различни нива, дори след като са преминали през програмата ЗЗБЗБ и ще се нуждаят от непрекъсната подкрепа. Усилията на централния екип за осигуряване на медицинско оборудване за кабинет, където здравно неосигурените потребители на ЗЗБЗБ да посещават гинекологични прегледи, са високо оценени от общността на НПО гоставчиците на здравни услуги.

Здравни медиатори от ромски произход

Общинските здравни медиатори в София (локация 1), които работят в кварталите „Факултета“ и „Филиповци“ (където живеят повечето потребители на програмата) са включени в „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ от самото начало. Представител на наетия от общината екип от здравни медиатори присъства на почти всяка среща на местния консултативен съвет, като членове на екипа на общинските медиатори в даден момент също са наемани по програмата. По този начин се подпомага работата в локация 1, тъй като общностите вече познават медиаторите и могат да им се доверят. Самите медиатори смятат, че ЗЗБЗБ има много по-големи ползи за потребителите от другата програма, по която работят общинските медиатори. Медиаторите в София (локация 1) харесват работата си и я намират за отговорна, но едновременно с това удовлетворяваща.

В Пловдив (локация 2) в началото е приложен подобен подход, който обаче не се оказва работещ за ЗЗБЗБ, тъй като някои от медиаторите имат твърде много допълнителни задължения, които не могат да бъдат съчетани с работата им по програмата. Друг фактор за промяна на първоначалната стратегия за набиране на медиатори в Пловдив се дължи на езиковата бариера между потребителите и патронажните сестри. Медиаторите в Пловдив трябва да присъстват и да превеждат по време на повечето от посещенията, извършвани от патронажните сестри, което означава, че тяхната работа е по-трудна и отнема повече време от тази на медиаторите в София. След първоначалната смяна на медиаторите, настоящите медиатори в Пловдив са много ефективни и намират ЗЗБЗБ за осъществима и приемлива за местните общности.

Патронажни сестри

Екипите от патронажни сестри са сърцето на екипите на терен – ежедневната им работа се простира от онлайн и лични посещения и работа с роднини, до справяне с езикови бариери и културни различия. Патронажните сестри харесват, приемат и разбират ЗЗБЗБ в дълбочина, но тъй като виждат сблъсъка между теорията и практиката в ежедневната си работа, понякога изпитват трудности при прилагането в пълна степен на определени части от теорията, която усвояват. Някои от тях споделят, че да говорят задълбочено за храненето и да се опитват да убедят някой, който живее в ужасни лишения, че рибата е здравословна, е безсмислено, тъй като някои от потребителите живеят в крайна бедност и понякога гладуват. Патронажните сестри споделят, че въпреки това водят разговори за храненето, но понякога усещат емоционалната тежест от работата с потребители, живеещи в лишения.

Патронажните сестри осъзнават необходимостта от програмата и споделят, че начинът, по който потребителите, преминали през нея, се грижат за себе си по време на втора бременност, им дава надежда, че това, което са научили по време на първата им бременност, ще остане с тях за цял живот.

Патронажните сестри харесват обученията и ги намират за важни. Споделят, че обичат да учат и развиват нови умения и знания.

Потребители на програмата

Мненията на потребителите по програмата се различават значително. Почти всички потребители от локация 1 намират програмата за приемлива и осъществима. Те обаче смятат, че срещите с патронажната сестра в определен ден и час са прекалено задължаващи. Някои от потребителите не успяват да спазват графика, въпреки че самите те са казали, че определен ден и час са приемливи за тях.

Въпреки това, потребителите намират съветите, които са получили от патронажните сестри по програмата за много ценни, и оценяват възможността да говорят с някой извън най-близкото си семейство и приятели за това, през което преминават. Майките споделят, че за тях е много успокояващо, че има кой да претегли бебето им и да поговори с тях как е минало посещенията им при педиатъра. Възможността да получат добавките и лекарствата, от които се нуждаят, също се оценява високо от най-уязвимите потребители.

В Пловдив (локация 2) голяма част от потребителите споделят, че не са били склонни да участват в програмата, тъй като повечето от тях са смятали, че когато външни хора влязат в домовете им, те ще искат да им отнемат бебетата. Полезно е, че повечето от потребителите познават и вярват на медиаторите по програмата, и затова решават да опитат. Повечето от свекървите присъстват по време на домашните посещения, за да помагат с превода в разговора между патронажните сестри и потребителите. Някои от тях споделят, че според тях ЗЗБЗБ е полезна за по-младите жени, тъй като патронажните сестри им дават актуални медицински съвети, а повечето от свекървите нямат време да водят всички разговори, които патронажните сестри провеждат с техните потребители. Някои от потребителите в Пловдив намират посещенията за твърде натоварващи, тъй като програмата продължава и след раждането. Те обаче споделят, че се чувстват по-спокойни и по-уверени в ролята си на майки, след като разговарят с патронажната сестра от програмата.

6.2 Препоръки

6.2.1. Общностно и организационно планиране

Необходимо е да се работи с общността на квартал „Столипиново“ по отношение на тяхното културно разбиране за необходимостта от кърмене и осигуряване на книги и играчки за децата. В този разговор могат да се включат авторитетни местни фигури, ако това би било полезно. Трябва да се осъзнае културната чувствителност на общността в квартал „Столипиново“.

По време на интервютата и проучването на изследователския екип, преминали програмата потребители изявяват желание да говорят с патронажните сестри по програмата и да общуват с тях по-често. Те искат да споделят много от нещата, които са се случили с тях и техните семейства и все още имат нужда от съвет. Някои от тях са бременни с второ дете и искат да имат достъп до патронажна сестра по програмата през това време. Необходимо е да се обърне внимание на това какво чувстват потребителите. Една от формите може да бъде събиране веднъж годишно, след приключване на пандемията от КОВИД-19.

6.2.2. Интензивно обучение на патронажните сестри

Изследователският екип няма препоръки по отношение на устойчивостта на обучението на патронажните сестри и трансфера на знания, тъй като централният екип успява да създаде силен и устойчив модел за трансфер на знания, въпреки текучеството по програмата през последната година.

Съществува обаче препоръка от членове на теренните екипи относно необходимостта от обучение между колеги в рамките на програмата. Предложението е опитните патронажни сестри да споделят своя опит по отношение на конкретните специфики на работата в кварталите „Столипиново“ и „Факултета“.

6.2.3. Събиране и отчитане на данни по програмата

Предприети са много стъпки за подобряване и обогатяване на системата за събиране и отчитане на данни по програмата. Патронажните сестри събират информация за нивата на доходите на семействата и това е много важно по отношение на бъдещото експериментално или квази-експериментално проучване на програмата. Важно е програмата да разполага с най-новите данни, така че тяхното въвеждане трябва да се осъществява на регулярен принцип.

6.2.4. Здравни медуатори по програмата

Настоящите здравни медуатори и асистенти за работа на терен са много обвързани с общността и в двете локации, в които се провежда ЗЗБЗБ. Те се нуждаят от поредица от обучения за изграждане на капацитет, за да могат да работят с различни общности в София, и за да преодолеят собствените си предразсъдъци към макрообществото. Овластяването на медуаторите чрез активно участие трябва да се насърчава.

За да стане обучението на нови медуатори по-добро и по-ориентирано към работата на терен, изследователският екип предлага създаването на „Наръчник за медуаторите“, който да включва срещаните проблеми и намерените за тях решения, аспекти, които трябва да се вземат предвид, съвети за работа с уязвими общности, и др. По този начин ще създаде банка от знания не само за формалното обучение на медуаторите, но ще им бъде дадена възможност да създават знания на базата на техния опит.

6.2.5. Необходим е ясен и прозрачен финансов стандарт

Не на последно място, едно от най-важните условия за приемането на ЗЗБЗБ ще бъде създаването на ясен и прозрачен финансов стандарт за услугата. Екипът на ИОО-С получава както предварителни разширени, така и окончателни опростени сметки за разходите по проекта. Настоящите оценки, обаче, се основават на реални разходи, но реалните разходи зависят от непредвидими пречки (брой здравно неосигурени лица, необходимост от медицинско лечение при остри състояния и т.н.). ТСА трябва да може да предостави минималните и максимални разходи (поради минимален и оптимален стандарт на услуга) на локация, за да убеди заинтересовани страни в ефективността на програмата. Пример е представен в таблицата по-долу.

Бюджетът трябва да бъде предвидим. Следователно не е добре програмата да бъде обвързана с щатски долари, а с някаква разумно фиксирана еднократна сума в лева, която да може да се актуализира ежегодно с оглед на инфлацията или колебанията на обменния курс.

Таблица. 9 Пример за таблица за оценка, необходима за определяне на минималния и оптималния стандарт за очаквани разходи

	1 локация		2 локации	3 локации	8 локации
	Максимум потребители (125) Максимум патронажни сестри (5)	Минимум потребители (?) Минимум патронажни сестри (?)			
Фиксирана еднократна сума за лиценз и 6 часа консултации	13 000				33 000
Груби разходи на година за заплати на патронажните сестри	145 000				1 160 000
Други служители					
Здравни осигуровки за неосигурени лица (очаквана дял 1/3)					
Контрацепция (очаквана дял 1/2)					
Датско хранене	22500				
Лекарства за деца ...					
Поддръжка на база данни	8 000	8 000			8 000
Транспорт до локацията	6 000	1 825			
Режийни разходи	10 000	10 000			
Обучение на медицински сестри	60 000				

7. Библиография

- Alonso-Marsden S, Dodge KA, O'Donnell KJ, Murphy RA, Sato J, Christopoulos C (2013) . Family Risk as a Predictor of Initial Engagement and Follow-Through in a Universal Nurse Home Visiting Program to Prevent Child Maltreatment. *Child abuse & neglect*. 2013;37(8):555-565. doi:10.1016/j.chiabu.2013.03.012
- Aslam H & Kemp L. (2005) Home visiting in South Western Sydney: An integrative literature review, description and development of a generic model. Sydney: Centre for Health Equity Training Research and Evaluation, 2005.
- [BRC 2014] *The sisters of mercy of the Bulgarian Red cross [in Bulgarian, orig. title: Милосърдните сестри на Българския червен кръст]*, available via URL: <https://www.redcross.bg/files/23780-sestrinstvo-2.pdf>, last visited 11.04.2022
- Catherine, Nicole; Andrea Gonzalez, Michael Boyle, et al. (2016) Improving children's health and development in British Columbia through nurse home visiting: a randomized controlled trial protocol *BMC Health Services Research* BMC series – open, inclusive and trusted 2016 **16**:349 <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1594-0>
- [CSMR 2018] *Civil Society Monitoring Report on Implementation of the National Roma Integration Strategy in Bulgaria*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2018. URL: doi:10.2838/48589
- Daro, Deborah A. & Kathryn A. Harding (1999) Healthy Families America: Using Research to Enhance Practice. *The Future of Children HOME VISITING: RECENT PROGRAM EVALUATIONS* Vol. 9 • No. 1 – Spring/Summer 1999, pp.152-176
- De Sousa Machado, T., Chur-Hansen, A., & Due, C. (2020). First-time mothers' perceptions of social support: Recommendations for best practice. *Health psychology open*, 7(1), 2055102919898611. <https://doi.org/10.1177/2055102919898611>
- Dodge KA, Goodman WB, Murphy RA, O'Donnell K, Sato J.(2013a) Randomized Controlled Trial of Universal Postnatal Nurse Home Visiting: Impact on Emergency Care. *Pediatrics*. 2013;132(Suppl 2):S140-S146. doi:10.1542/peds.2013-1021M
- Dodge KA, Goodman WB, Murphy R, O'Donnell K, Sato J. (2013b) Toward Population Impact from Home Visiting. *Zero to three*. 2013;33(3):17-23
- Dodge KA, Goodman WB, Murphy RA, O'Donnell K, Sato J, Guptill S. (2014) Implementation and Randomized Controlled Trial Evaluation of Universal Postnatal Nurse Home Visiting. *American journal of public health*. 2014;104(0 1):S136-S143. doi:10.2105/AJPH.2013.301361
- Duggan, Anne K.; Elizabeth C.McFarlane,Amy M.Windham, Charles A. Rohde, David S. Salkever, Loretta Fuddy, Leon A. Rosenberg, Sharon B. Buchbinder, Calvin C.J. Sia (1999) Evaluation of Hawaii's Healthy Start Program. *The Future of Children HOME VISITING: RECENT PROGRAM EVALUATIONS* Vol. 9 • No. 1 – Spring/Summer 1999, pp. 66-90
- Eckenrode J, Ganzel B, Henderson, Jr CR, et al. (2000) Preventing Child Abuse and Neglect With a Program of Nurse Home Visitation *The Limiting Effects of Domestic Violence*. *JAMA*. 2000;284(11):1385-1391. doi:10.1001/jama.284.11.1385
- Ferreira H. G, Gignoux J.,(2011) *The Measurement of Educational Inequality: Achievement and Opportunity*, IZA DP No. 6161;

- FRA 2016. *Second European Union Minorities and Discrimination Survey Roma – Selected findings*. European Union Agency for Fundamental Rights, 2016, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2018 doi:10.2811/469
- Goldfeld S, Price A, Bryson H, et al (2016) ‘right@home’: a randomised controlled trial of sustained nurse home visiting from pregnancy to child age 2 years, versus usual care, to improve parent care, parent responsivity and the home learning environment at 2 years *BMJ Open* 2017;7:e013307. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013307
- Grekova, M., Ts. Petkova (2012) *Surveying local policies in the area of healthcare*. Sofia: EMHP Foundation and Integro Association
- Hopewell S, Dutton S, Yu LM, Chan AW, Altman DG (2010). “The quality of reports of randomised trials in 2000 and 2006: comparative study of articles indexed in PubMed”. *BMJ*. 340: c723. doi:10.1136/bmj.c723.
- Horowitz JA, Murphy CA, Gregory K, Wojcik J, Pulcini J, Solon L. (2013) Nurse Home Visits Improve Maternal-Infant Interaction and Decrease Severity of Postpartum Depression. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN / NAACOG*. 2013;42(3):287-300. doi:10.1111/1552-6909.12038.
- [Housing memorandum 2017] = MEMORANDUM TO THE EUROPEAN COMMISSION on Violations of EU Law and Fundamental Rights by Bulgaria’s Discriminatory Treatment of Roma in the Area of Housing. Feb. 2017. Open Society European Policy Institute and the Equal Opportunities Initiative Association. Available at URL: <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/bulgaria-roma-infringement-memo-20170214.pdf.pdf>
- Kolev, D., T. Krumova, A. Pamporov, R. Sechkova, S. Enache, J. Kacso, K. Szikszai, N. Arapidou (2011) Preventing Early Marriages. Plovdiv: Astarta
- Landy, S., & R. Menna (2006). Early Intervention with Multi-Risk Families: An Integrative Approach. Baltimore, Maryland, Paul H. Brookes. Quoted through: McDonald, M., Moore, T.G. and Goldfeld, S. (2012).
- McDonald, M., Moore, T.G. and Goldfeld, S. (2012). Sustained home visiting for vulnerable families and children: A literature review of effective programs. *Prepared for Australian Research Alliance for Children and Youth*. Parkville, Victoria: The Royal Children’s Hospital Centre for Community Child Health, Murdoch Childrens Research Institute
- Miles M. B, Huberman A. M, 1994. *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook* (2nd ed.), SAGE Publications
- Mejdoubi, Jamila; Silvia C. C. M. van den Heijkant, Frank J. M. van Leerdam, Martijn W. Heymans, Remy A. Hirasing, Alfons A. M. Crijnen (2013) Effect of Nurse Home Visits vs. Usual Care on Reducing Intimate Partner Violence in Young High-Risk Pregnant Women: A Randomized Controlled Trial <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0078185>
- Mejdoubi, Jamila et al. (2014) Effects of nurse home visitation on cigarette smoking, pregnancy outcomes and breastfeeding: A randomized controlled trial *Midwifery*, Volume 30, Issue 6, 688 – 695
- Mejdoubi J, van den Heijkant SCCM, van Leerdam FJM, Heymans MW, Crijnen A, Hirasing RA (2015) The Effect of VoorZorg, the Dutch Nurse-Family Partnership, on Child Maltreatment and Development: A Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE* 10(4): e0120182. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120182>
- OECD (2021), *Applying Evaluation Criteria Thoughtfully*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/543e84ed-en>.

- Olds, D. L., et al. (1986). Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 78(1): 65-78
- Olds D, Henderson Jr CR, Kitzman H. (1994) Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life? *Pediatrics*.1994;93:89-98
- Olds D, Henderson Jr CR, Kitzman H, Cole R. (1995) Effects of prenatal and infancy home visitation on surveillance of child maltreatment. *Pediatrics*.1995;95:365-372
- Olds D, Henderson, Jr CR, Cole R, et al. (1998) Long-term Effects of Nurse Home Visitation on Children's Criminal and Antisocial Behavior15-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 1998;280(14):1238-1244. doi:10.1001/jama.280.14.1238
- Olds, David & Robinson, JoAnn & Pettitt, Lisa & W Luckey, Dennis & Holmberg, John & K Ng, Rosanna & Isacks, Kathy & Sheff, Karen & R Henderson, Charles. (2005). Effects of Home Visits by Paraprofessionals and by Nurses: Age 4 Follow-Up Results of a Randomized Trial. *Pediatrics*. 114. 1560-8. 10.1542/peds.2004-0961
- Olds DL, Holmberg JR, Donelan-McCall N, Luckey DW, Knudtson MD, Robinson J. (2014a) Effects of Home Visits by Paraprofessionals and by Nurses on Children Follow-up of a Randomized Trial at Ages 6 and 9 Years. *JAMA Pediatr*. 2014;168(2):114-121. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.3817
- Olds DL, Kitzman H, Knudtson MD, Anson E, Smith JA, Cole R. (2014b) Effect of Home Visiting by Nurses on Maternal and Child Mortality: Results of a 2-Decade Follow-up of a Randomized Clinical Trial. *JAMA pediatrics*. 2014;168(9):800-806. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.472
- Pamporov, A. (2006) *The Romany Everyday Life in Bulgaria*. Sofia: IMIR [in Bulgarian]
- Pamporov, A. (2008) Sampling Roma (gypsy) population in Bulgaria problems and approaches, *Sociological Problems*, issue XXXX-I/2008, pages: 52-65
- Pamporov, A. (2009) "Roma/Gypsies in Bulgaria". In: *Roma in Central and Eastern Europe*. (Eds.) Schleinstein, N.; Sucker, D.; Wenninger, A.; Wilde, A. THEMATIC Series 2009/02 Social Sciences Eastern Europe. GESIS Leibniz Institute for the Social Sciences. Berlin: p.31
- Pamporov, A (2014) "The cyclic employment of Roma people: reasons and social consequences". In: *Demographic situation and development of Bulgaria*, pp.351-359 (in Bulgarian, summary in English)
- Prosman, Gert-Jan; Sylvie H, Lo Fo Wong, Johannes van der Wouden and Antoine Lagro-Janssen (2015) Effectiveness of home visiting in reducing partner violence for families experiencing abuse: a systematic review. *Family Practice*, 2015, Vol. 32, No. 3, 247-256 doi:10.1093/fampra/cmu091
- Reason, P. and Bradbury, H. (2008) *The Sage Handbook of Action Research: Participative Inquiry and Practice*
- Reidpath, D., & Allotey, P. (2003). Infant mortality rate as an indicator of population health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(5), 344-346. <http://doi.org/10.1136/jech.57.5.344>
- Robling, Michael, Marie-Jet Bekkers, Kerry Bell, Christopher C Butler et. al. (2016) Effectiveness of a nurse-led intensive home-visit program for first-time teenage mothers (Building Blocks): a pragmatic randomised controlled trial *LANCET*, VOLUME 387, ISSUE 10014, P146-155, JANUARY 09, 2016
- Sawyer MG, Frost L, Bowering K, et al (2013) Effectiveness of nurse home-visiting for disadvantaged families: results of a natural experiment *BMJ Open* 2013;3:e002720. doi: 10.1136/bmjopen-2013-002720
- Spieth, P. M., Kubasch, A. S., Penzlin, A. I., Illigens, B. M., Barlinn, K., & Siepman, T. (2016).

Randomized controlled trials - a matter of design. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 1341-9. doi:10.2147/NDT.S101938

- Tomova, I. (2009) "The Health Status of Roma in Europe. Preliminary National Report on Bulgaria", Sliven: The Romany Health Foundation
- Vitale A, Mandal A, Mandal PK (2016) Infant Mortality: A Leading Health Indicator. *J Bioprocess Biotech* 6:291. doi: 10.4172/2155-9821.1000291
- Vracheva, P. (2017) *The professional occupations Medical feldscher and Physician Assistant in Bulgaria historical development, current education and professional realisation*. An autoreferate of PhD thesis [in Bulgarian]. Available at URL: <http://uni-sz.bg/wp-content/uploads/truni/file/avtoreferatPV.pdf>
- WHO 2006. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates. World Health Organization 2006, Available at URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563206_eng.pdf
- Relevant national legislation, quoted in the report
- ORDINANCE № 9 OF DECEMBER 10, 2019 FOR DETERMINATION OF THE PACKAGE OF HEALTH ACTIVITIES GUARANTEED BY THE BUDGET OF THE NATIONAL HEALTH INSURANCE FUND, available at URL: <https://www.lex.bg/bg/laws/ldoc/2137198316>

Приложение 1. Рамка на матрица за количествена извадка на заинтересованите страни (2018)

Общо базово проучване, локация 1 и локация 2			
Заинтересована страна	Метод за събиране на данни	Размер на извадката	Изготвено до 2022
Централен екип	Полуструктурирано интервю	5	10
Теренни екипи – медиатори, психолози и др.	Полуструктурирано интервю	8	11
Патронажни сестри	Полуструктурирано интервю	28	17
По-възрастни членове на семейството на потребителите	Фокус група	1	0
МЗ и МТСП	Полуструктурирано интервю	1	2
Специализирани болници по акушерство и гинекология	Полуструктурирано интервю	6	1
ОПЛ и педиатри	Полуструктурирано интервю	4	1
Гинеколози	Полуструктурирано интервю	4	0
Здравни медиатори от ромски произход	Полуструктурирано интервю	10	(6)*
Ромски общностни лидери	Полуструктурирано интервю или Полуструктурирано интервю	4 (1)	0
Доставчици на здравни услуги от НПО сектора**	Полуструктурирано интервю	4	3
Медицински университети	Полуструктурирано интервю	4	2
Потребители	Полуструктурирано интервю	24	20
Доставчици на социални услуги на национално ниво***	Полуструктурирано интервю	0	1

* Медиаторите са включени в теренните екипи, които включват клинични лидери и медиатори.

** НПО, които си партнират с програмата или с други НПО в сферата на грижите за майката и детето.

*** Първоначално не е включен в дизайна на изследването, но е добавен като член на Националния консултативен съвет. Интервюто засяга теми като насилие и състояние на домакинствата в ромската общност.

Приложение 2.1. Брой медицински сестри по райони за планиране (NUTS-2) и области (NUTS-3) в България за периода 2010-2018 г.

Патронажни сестри	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Общо	31786	31609	32059	32455	31917	31397	30976	30955	30589
Северозападен	3853	3689	3665	3654	3637	3554	3512	3487	3395
Видин	325	311	310	307	309	262	269	241	232
Враца	921	847	882	881	876	887	817	810	725
Ловеч	644	588	595	565	550	534	521	489	485
Монтана	537	523	483	501	490	476	514	526	533
Плевен	1426	1420	1395	1400	1412	1395	1391	1421	1420
Северен- централен	3367	3352	3291	3278	3273	3225	3119	3014	2987
Велико Търново	1063	1055	1004	981	976	976	936	900	896
Габрово	556	581	574	567	592	577	546	511	498
Разград	414	424	396	417	409	372	343	334	327
Русе	933	886	895	902	884	893	890	872	883
Силистра	401	406	422	411	412	407	404	397	383
Североизточен	3838	3779	3664	3681	3600	3573	3535	3471	3446
Варна	1904	1918	1858	1893	1801	1888	1854	1858	1837
Добрич	657	634	623	569	605	546	537	514	517
Търговище	486	476	487	509	492	444	445	422	422
Шумен	791	751	696	710	702	695	699	677	670
Югоизточен	4269	4236	4238	4341	4430	4303	4202	4126	4054
Бургас	1330	1370	1455	1510	1612	1542	1564	1525	1484
Сливен	687	664	657	660	656	672	670	662	666
Стара Загора	1747	1694	1635	1682	1690	1640	1528	1512	1510
Ямбол	505	508	491	489	472	449	440	427	394
Югозападен	8945	8952	9646	9927	9552	9403	9248	9460	9294
Благоевград	1189	1186	1157	1153	1133	1193	1134	1169	1109
Кюстендил	554	517	510	521	506	484	449	438	423
Перник	352	371	321	373	390	373	371	385	377
София област	1076	1083	1033	1019	998	917	868	855	851
София град	5774	5795	6625	6861	6525	6436	6426	6613	6534
Южен- Централен	6083	6002	5959	6022	5958	5885	5970	5973	5952
Кърджали	615	618	620	584	573	566	571	566	562
Пазарджик	935	906	874	885	858	886	1048	1015	1021
Пловдив	3144	3156	3208	3242	3244	3199	3137	3208	3178
Смолян	532	506	452	479	485	448	404	398	396
Хасково	857	816	805	832	798	786	810	786	795

Приложение 2.1а. Процент на медицинските сестри по райони за планиране (NUTS-2) и области (NUTS-3) в България за периода 2010-2018 г.

Процент	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Общо	42.2	43.0	43.9	44.7	44.2	43.7	43.5	43.7	43.5
Северозападен	43.1	43.8	44.2	44.7	45.2	45.0	45.2	45.7	45.3
Видин	30.4	31.0	31.5	31.8	32.7	28.4	29.9	27.4	27.0
Враца	47.2	45.6	48.2	48.9	49.6	51.1	48.0	48.4	44.2
Ловеч	43.1	41.8	42.9	41.3	40.9	40.3	40.0	38.2	38.5
Монтана	34.8	35.5	33.4	35.1	34.9	34.4	37.8	39.4	40.7
Плевен	49.4	52.9	52.7	53.6	54.8	54.9	55.6	57.7	58.6
Северен- централен	37.1	39.1	38.8	39.0	39.4	39.3	38.5	37.7	37.8
Велико Търново	38.9	41.0	39.4	38.9	39.1	39.6	38.4	37.4	37.7
Габрово	43.1	47.6	47.6	47.6	50.5	50.0	48.2	45.9	45.6
Разраг	31.5	34.1	32.2	34.4	34.1	31.5	29.5	29.2	28.9
Русе	37.6	37.8	38.5	39.1	38.6	39.4	39.6	39.2	40.1
Силистра	31.6	34.1	35.8	35.2	35.7	35.7	35.9	35.7	34.8
Североизточен	38.9	39.2	38.2	38.5	37.8	37.7	37.5	37.1	37.0
Варна	40.9	40.4	39.2	40.0	38.0	39.9	39.2	39.3	38.9
Добрич	33.1	33.5	33.3	30.7	32.9	30.0	29.9	29.0	29.5
Търговище	37.7	39.5	40.8	43.0	42.0	38.3	38.9	37.3	37.7
Шумен	41.0	41.7	38.8	39.8	39.6	39.4	39.9	39.0	38.8
Югоизточен	38.4	39.4	39.6	40.7	41.7	40.8	40.0	39.6	39.1
Бургас	31.5	33.0	35.1	36.4	38.9	37.2	37.8	37.0	36.1
Сливен	33.8	33.7	33.5	33.9	33.9	35.0	35.2	35.0	35.5
Стара Загора	50.0	51.0	49.5	51.1	51.7	50.5	47.4	47.2	47.5
Ямбол	36.8	38.8	38.0	38.2	37.3	36.0	35.8	35.2	32.9
Югозападен	42.3	42.0	45.3	46.6	44.9	44.3	43.7	44.8	44.1
Благоевград	36.4	36.7	36.0	36.1	35.8	38.0	36.4	37.8	36.2
Кюстендил	38.4	38.0	38.1	39.6	39.2	38.1	36.0	35.8	35.2
Перник	26.0	27.9	24.5	28.8	30.5	29.5	29.8	31.3	31.0
София област	42.7	43.9	42.3	42.1	41.7	38.6	36.8	36.7	37.0
София град	46.0	44.8	51.0	52.5	49.7	48.8	48.6	49.9	49.2
Южен- Централен	40.0	40.7	40.6	41.3	41.1	40.8	41.7	42.0	42.1
Кърджали	39.9	40.5	40.9	38.7	37.9	37.3	37.8	37.5	37.0
Пазарджик	32.3	33.0	32.0	32.7	32.0	33.4	40.0	39.1	39.8
Пловдив	45.0	46.3	47.2	47.8	47.9	47.4	46.7	47.8	47.5
Смолян	43.0	41.8	37.8	40.8	42.1	39.7	36.6	36.7	37.2
Хасково	33.6	33.3	33.2	34.6	33.5	33.2	34.5	33.8	34.6 ⁹³

Приложение 2.16. Брой акушерки по райони за планиране (NUTS-2) и области (NUTS-3) в България за периода 2010-2018 г.

Акушерки	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Общо	3247	3270	3291	3276	3263	3274	3254	3207	3155
Северозападен	388	406	405	402	390	385	398	418	375
Видин	48	46	40	42	43	40	37	34	38
Враца	69	77	79	78	78	80	96	83	79
Ловеч	52	54	53	52	50	45	45	39	30
Монтана	55	53	54	55	57	58	57	63	58
Плевен	164	176	179	175	162	162	163	199	170
Северен-централен	288	277	274	279	289	306	287	306	303
Велико Търново	66	53	44	43	45	43	40	36	38
Габрово	37	39	38	37	37	40	35	39	38
Разград	29	33	30	31	25	29	34	25	26
Русе	103	103	107	109	122	136	118	143	138
Силистра	53	49	55	59	60	58	60	63	63
Североизточен	491	488	510	483	459	459	455	447	466
Варна	303	305	327	309	302	303	296	291	311
Добрич	70	65	68	63	59	54	61	56	50
Търговище	50	47	46	46	45	49	46	48	51
Шумен	68	71	69	65	53	53	52	52	54
Югоизточен	372	365	374	380	396	393	376	368	358
Бургас	128	121	124	124	132	138	121	123	110
Сливен	47	49	51	54	68	53	53	57	57
Стара Загора	153	150	161	163	162	165	171	157	164
Ямбол	44	45	38	39	34	37	31	31	27
Югозападен	1069	1090	1077	1088	1089	1074	1092	1032	1017
Благоевград	85	77	74	77	79	85	84	72	72
Кюстендил	41	50	55	52	52	53	56	48	46
Перник	32	32	32	30	26	32	34	31	31
София област	108	102	104	104	100	79	80	72	67
София град	803	829	812	825	832	825	838	809	801
Южен-Централен	599	602	617	593	603	621	609	597	597
Кърджали	76	74	72	76	78	76	79	74	64
Пазарджик	91	88	106	86	94	97	91	83	79
Пловдив	268	276	276	277	283	307	295	289	297
Смолян	46	50	45	46	45	42	45	46	47
⁹⁴ Хасково	118	114	118	108	103	99	99	105	110

Приложение 2.1в. Процент акушерки по райони за планиране (NUTS-2) и области (NUTS-3) в България за периода 2010-2018 г.

Акушерки	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Общо	4.3	4.4	4.5	4.5	4.5	4.6	4.6	4.5	4.5
Северозападен	4.3	4.8	4.9	4.9	4.9	4.9	5.1	5.5	5.0
Видин	4.5	4.6	4.1	4.4	4.6	4.3	4.1	3.9	4.4
Враца	3.5	4.1	4.3	4.3	4.4	4.6	5.6	5.0	4.8
Ловеч	3.5	3.8	3.8	3.8	3.7	3.4	3.5	3.0	2.4
Монтана	3.6	3.6	3.7	3.9	4.1	4.2	4.2	4.7	4.4
Плевен	5.7	6.6	6.8	6.7	6.3	6.4	6.5	8.1	7.0
Северен-централен	3.2	3.2	3.2	3.3	3.5	3.7	3.5	3.8	3.8
Велико Търново	2.4	2.1	1.7	1.7	1.8	1.7	1.6	1.5	1.6
Габрово	2.9	3.2	3.1	3.1	3.2	3.5	3.1	3.5	3.5
Разград	2.2	2.7	2.4	2.6	2.1	2.5	2.9	2.2	2.3
Русе	4.2	4.4	4.6	4.7	5.3	6.0	5.3	6.4	6.3
Силистра	4.2	4.1	4.7	5.1	5.2	5.1	5.3	5.7	5.7
Североизточен	5.0	5.1	5.3	5.1	4.8	4.8	4.8	4.8	5.0
Варна	6.5	6.4	6.9	6.5	6.4	6.4	6.3	6.2	6.6
Добрич	3.5	3.4	3.6	3.4	3.2	3.0	3.4	3.2	2.9
Търговище	3.9	3.9	3.9	3.9	3.8	4.2	4.0	4.2	4.6
Шумен	3.5	3.9	3.8	3.6	3.0	3.0	3.0	3.0	3.1
Югоизточен	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.7	3.6	3.5	3.5
Бургас	3.0	2.9	3.0	3.0	3.2	3.3	2.9	3.0	2.7
Сливен	2.3	2.5	2.6	2.8	3.5	2.8	2.8	3.0	3.0
Стара Загора	4.4	4.5	4.9	5.0	5.0	5.1	5.3	4.9	5.2
Ямбол	3.2	3.4	2.9	3.0	2.7	3.0	2.5	2.6	2.3
Югозападен	5.1	5.1	5.1	5.1	5.1	5.1	5.2	4.9	4.8
Благоевград	2.6	2.4	2.3	2.4	2.5	2.7	2.7	2.3	2.3
Кюстендил	2.8	3.7	4.1	4.0	4.0	4.2	4.5	3.9	3.8
Перник	2.4	2.4	2.4	2.3	2.0	2.5	2.7	2.5	2.5
София област	4.3	4.1	4.3	4.3	4.2	3.3	3.4	3.1	2.9
София град	6.4	6.4	6.2	6.3	6.3	6.3	6.3	6.1	6.0
Южен-Централен	3.9	4.1	4.2	4.1	4.2	4.3	4.3	4.2	4.2
Кърджали	4.9	4.9	4.7	5.0	5.2	5.0	5.2	4.9	4.2
Пазарджик	3.1	3.2	3.9	3.2	3.5	3.7	3.5	3.2	3.1
Пловдив	3.8	4.0	4.1	4.1	4.2	4.6	4.4	4.3	4.4
Смолян	3.7	4.1	3.8	3.9	3.9	3.7	4.1	4.2	4.4
Хасково	4.6	4.6	4.9	4.5	4.3	4.2	4.2	4.5	4.8 ⁹⁵

Приложение 2.2: Проучване за ЗНП с потребителите

Интервюирац: Здравей! Аз съм Срегнахме се, когато ни запозна твоята патронажна сестра по програмата ЗЗБЗ Тогава те попитахме дали може да отговориш на няколко въпроса, свързани с програмата. Това ще ни помогне да разберем дали програмата е от полза за теб. Имаш ли желание да участваш?

1.1. Откъде научи за съществуването на програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ за първи път? (Спонтанен отговор)

1. От здравните медиатори/теренни работници? (НЕ ЧЕТЕТЕ)	1
2. От патронажната сестра по програмата (НЕ ЧЕТЕТЕ)	2
3. От здравния медиатор в квартала (НЕ ЧЕТЕТЕ)	3
4. От твоя общопрактикуващ лекар (НЕ ЧЕТЕТЕ)	4
5. От съсед/приятел от квартала (НЕ ЧЕТЕТЕ)	5
6. От съсед/приятел извън квартала (НЕ ЧЕТЕТЕ)	6
7. От близък роднина (напр. майка, свекърва, снаха, сестра на съпруга) (НЕ ЧЕТЕТЕ)	7
Кой роднина по-точно? (Спонтанен отговор)	
(запишете!)	
8. От брошура (НЕ ЧЕТЕТЕ)	8
9. От интернет (НЕ ЧЕТЕТЕ)	9
10. Друго (запишете)	10

1.2. Имаше ли някакви колебания преди да се включиш в програмата, или взе решението бързо? (Спонтанен отговор)

1. Бързо взех решение (НЕ ЧЕТЕТЕ)	1
2. Имах известни колебания (НЕ ЧЕТЕТЕ)	2
3. Друго (запишете) (НЕ ЧЕТЕТЕ)	3

1.3. Какво те убеди да кандидатстваш за участие в програмата (ВСЕКИ СПОМЕНАТ спонтанен отговор)

1. Здравният медиатор/теренният работник ме убеди като ми каза, че програмата ще ми бъде от полза. (НЕ ЧЕТЕТЕ)	1
2. Съсед/приятел ми каза, че са много доволни от програмата (НЕ ЧЕТЕТЕ)	2
3. Разбрах, че мога да получа безплатна медицинска грижа и/или прегледи (НЕ ЧЕТЕТЕ)	3
4. Разбрах, че мога да получа безплатни съвети по отношение моята бременност и грижите за детето ми от медицински специалист (НЕ ЧЕТЕТЕ)	4
5. Разбрах, че мога да получа безплатни неща за моето бебе (памперси, кърпички, храна) (НЕ ЧЕТЕТЕ)	5
6. Друго (запишете!)	6
99. Не мога да преценя (НЕ ЧЕТЕТЕ)	99

1.4. За кои неща смяташ, че имаш нужда от помощ от твоето семейство и приятели? (ВСЕКИ СПОМЕНАТ Спонтанен отговор)	
1. Имам нужда от съвет как да протече здравословно бременността ми. (НЕ ЧЕТЕТЕ)	1
2. Имам нужда от съвет как да отглеждам детето си. (НЕ ЧЕТЕТЕ)	2
3. Имам нужда от съвет към кой лекар да се обърна. (НЕ ЧЕТЕТЕ)	3
4. Имам нужда от някой, с когото да разговарям/имам нужда от емоционална подкрепа. (НЕ ЧЕТЕТЕ)	4
5. Имам нужда от финансова подкрепа. (НЕ ЧЕТЕТЕ)	5
6. Имам нужда съпругът ми да се грижи по-добре за мен. (НЕ ЧЕТЕТЕ)	6
7. Имам нужда от грехи за бременни. (НЕ ЧЕТЕТЕ)	7
8. Имам нужда от креватче/люлка за бебето. (НЕ ЧЕТЕТЕ)	8
9. Имам нужда от помощ в домакинството. (НЕ ЧЕТЕТЕ)	9
10. Имам нужда от козметика. (НЕ ЧЕТЕТЕ)	10
11. Друго (запишете) (НЕ ЧЕТЕТЕ)	11

1.5. Кой е човекът, на когото разчиташ най-много? (ВСЕКИ СПОМЕНАТ Спонтанен отговор)	
1. Партньора ми /съпруга ми (НЕ ЧЕТЕТЕ)	1 --> 1.7
2. Бащата на детето (в случай, че той не е настоящият партньор/съпруг) (НЕ ЧЕТЕТЕ)	2 --> 1.7
3. Майка ми (НЕ ЧЕТЕТЕ)	3 --> 1.7
4. Баща ми (НЕ ЧЕТЕТЕ)	4 --> 1.7
5. Свекърва ми (НЕ ЧЕТЕТЕ)	5 --> 1.7
6. Свекър ми (НЕ ЧЕТЕТЕ)	6 --> 1.7
7. Сестра(ите) ми (НЕ ЧЕТЕТЕ)	7 --> 1.7
8. Брат(ята) ми (НЕ ЧЕТЕТЕ)	8 --> 1.7
9. Цялото ми семейство (НЕ ЧЕТЕТЕ)	9 --> 1.6
10. Друго (запишете) (НЕ ЧЕТЕТЕ)	10 --> 1.7

1.6. Добре, но все пак, има някой на когото разчиташ най-много. Кой е този човек за теб? (ВСЕКИ СПОМЕНАТ Спонтанен отговор)	
1. Партньорът ми /съпругът ми (НЕ ЧЕТЕТЕ)	1
2. Бащата на детето (в случай, че той не е настоящият партньор/съпруг) (НЕ ЧЕТЕТЕ)	2
3. Майка ми (НЕ ЧЕТЕТЕ)	3
4. Баща ми (НЕ ЧЕТЕТЕ)	4
5. Свекърва ми (НЕ ЧЕТЕТЕ)	5
6. Свекър ми (НЕ ЧЕТЕТЕ)	6
7. Сестра(ите) ми (НЕ ЧЕТЕТЕ)	7
8. Брат(ята) ми (НЕ ЧЕТЕТЕ)	8
9. Цялото ми семейство (НЕ ЧЕТЕТЕ)	9
10. Друго (запишете) (НЕ ЧЕТЕТЕ)	10

1.7. Знаеш ли вече дали бебето ще е момче или момиче? (Спонтанен отговор)	
1. ДА (НЕ ЧЕТЕТЕ)	1
2. НЕ (НЕ ЧЕТЕТЕ)	2 --> 1.9

1.8. Беше ли щастлива, когато научи, че бебето ще бъде момче/момиче? (Спонтанен отговор)	
1. ДА (НЕ ЧЕТЕТЕ)	1
2. НЕ (НЕ ЧЕТЕТЕ)	2

1.9. На кого каза първо, че си бременна? (Спонтанен отговор)	
1. На партньора ми/съпруга ми (НЕ ЧЕТЕТЕ)	1
2. На бащата на детето (В случай, че той не е настоящият партньор/съпруг) (НЕ ЧЕТЕТЕ)	2
3. На майка ми (НЕ ЧЕТЕТЕ)	3
4. На баща ми (НЕ ЧЕТЕТЕ)	4
5. На свекърва ми (НЕ ЧЕТЕТЕ)	5
6. На свекър ми (НЕ ЧЕТЕТЕ)	6
7. На сестра(ите) ми (НЕ ЧЕТЕТЕ)	7
8. На брат(ята) ми (НЕ ЧЕТЕТЕ)	8
9. На приятел (НЕ ЧЕТЕТЕ)	9
10. Друго (запишете) (НЕ ЧЕТЕТЕ)	10

1.10. Как се почувства, когато разбра, че си бременна? (ВСИЧКО СПОМЕНАТО Спонтанен отговор)	
1. Зарадвах се (НЕ ЧЕТЕТЕ)	1
2. Бях изненадана/шокирана (НЕ ЧЕТЕТЕ)	2
3. Бях изплашена (НЕ ЧЕТЕТЕ)	3
4. Бях притеснена (НЕ ЧЕТЕТЕ)	4
5. Други емоции (запишете) (НЕ ЧЕТЕТЕ)	5

1.11. Знаеш ли колко деца искаш да имаш? (Спонтанен отговор)	
1. ДА (НЕ ЧЕТЕТЕ)	1--> 1.12
2. НЕ (НЕ ЧЕТЕТЕ)	2 --> 1.13
3. Не знам (НЕ ЧЕТЕТЕ)	3 --> 1.13

1.12. Колко деца искаш да имаш? (Спонтанен отговор)	
(запишете!)	

1.13. Знаеш ли колко деца иска твоя партньор? (Спонтанен отговор)	
1. ДА (НЕ ЧЕТЕТЕ)	1 --> 1.14
2. НЕ (НЕ ЧЕТЕТЕ)	2 --> 1.15
3. Не знам (НЕ ЧЕТЕТЕ)	3 --> 1.15

1.14. Колко деца иска той? (Спонтанен отговор)

(запишете!)

1.15. В някакъв момент във всяко семейство има разногласия. Когато не си съгласна с нещо, отстъпваш ли, или отстояваш мнението си? (Спонтанен отговор)

1. Обикновено отстъпвам (НЕ ЧЕТЕТЕ)	1
2. Обикновено отстоявам мнението си (НЕ ЧЕТЕТЕ)	2
3. В нашето семейство няма разногласия/не спорим (НЕ ЧЕТЕТЕ)	3
4. Зависи от спора (НЕ ЧЕТЕТЕ)	4

1.16. По твое мнение, кои са най-добрите ти качества?

(запишете)

1.17. Какво искаш да промениш в себе си?

(запишете)

1.18. Когато някой се сблъска с трудна за решаване ситуация, казваме, че има проблем. Би ли казала, че можеш да се справиш с проблемите, с които обичайно се сблъскваш?

1. Да, обикновено мога (НЕ ЧЕТЕТЕ)	1
2. Не, обикновено не мога (НЕ ЧЕТЕТЕ)	2
3. Не знам (НЕ ЧЕТЕТЕ)	3
99. Друго (запишете!).....	99

1.19. Говорихме дали имаш нужда от подкрепа от твоето семейство? Има ли друг тип подкрепа/помощ, която не може да бъде предоставена от твоето семейство? (НЕ ЧЕТЕТЕ! Напр. разговор с медицински специалист, медицински преглед, социални услуги, образователни услуги)

1. ДА (НЕ ЧЕТЕТЕ)	1 --> 1.20
2. НЕ (НЕ ЧЕТЕТЕ)	2 --> 1.21
3. Друго (запишете!)	3 --> 1.21

1.20. От какъв тип подкрепа/помощ се нуждаеш?

1. Социални консултации и подкрепа (НЕ ЧЕТЕТЕ)	1
2. Социални помощи (НЕ ЧЕТЕТЕ)	2
3. Достъп до информация за здравословна бременност (НЕ ЧЕТЕТЕ)	3
4. Психо-социална подкрепа (НЕ ЧЕТЕТЕ)	4
5. Наблюдение на бременността (НЕ ЧЕТЕТЕ)	5
6. Съпровождане и консултации по отношение на безплатни медицински прегледи (НЕ ЧЕТЕТЕ)	6
7. Достъп до личен лекар (НЕ ЧЕТЕТЕ)	7
8. Консултации по отношение на кърменето (НЕ ЧЕТЕТЕ)	8

9. Кинезитерапевт (НЕ ЧЕТЕТЕ)	9
10. Правни консултации (НЕ ЧЕТЕТЕ)	10
11. Друго (запишете!)	11

1.21. Имаш ли: ЕДИН отговор на ВСЕКИ рег (Спонтанен отговор)	ДА (НЕ ЧЕТЕТЕ)	НЕ (НЕ ЧЕТЕТЕ)	НЕ ЗНАМ (НЕ ЧЕТЕТЕ)
1. ОПЛ	1	2	99
2. Гинеколог	1	2	99

1.22. Програмата е комплексна и аз не знам всичко за нея. Може ли да поговорим за нещата, от които имаш нужда, дали си ги получила, и били ли са ти от полза?			
1. Имаш ли нужда да говориш с патронажната сестра за бременността си и отглеждането на детето? (Спонтанен отговор)	Да	Не --> 3	Не знам --> 3
2. Бяха ли разговорите с патронажната сестра за бременността и отглеждането на детето полезни за теб? (Спонтанен отговор)	Да	Не	Не знам
3. Приемливо ли е да се обадиш на патронажната сестра, когато имаш нужда от нея? (Спонтанен отговор)	Да	Не --> 5	Не знам --> 5
4. Това кара ли те да се чувстваш по-сигурна? (Спонтанен отговор)	Да	Не	Не знам
5. Приемливо ли е да се обадиш на здравния медиатор, когато имаш нужда от него? (Спонтанен отговор)	Да	Не --> 7	Не знам --> 7
6. Това кара ли те да се чувстваш по-сигурна? (Спонтанен отговор)	Да	Не	Не нам
7. Приемливо ли е здравния медиатор да присъства по време на срещата ти с патронажната сестра? (Спонтанен отговор)	Да	Не --> 9	Не знам --> 9
8. Това кара ли те да се чувстваш по-сигурна? (Спонтанен отговор)	Да	Не	Не знам
9. До този момент патронажната сестра по програмата оставяла ли ти е някакви информационни материали? (Спонтанен отговор)	Да	Не --> 12	Не знам --> 12

10. Бяха ли тези материали полезни за теб? (Спонтанен отговор)		Да	Не -->11	Не знам -->12
11. Ако не, защо? (Спонтанен отговор)	Защото нямам време да ги чета	Защото не ги разбирам	Защото не мога да чета	Друго (запишете!)
12. До този момент патронажната давала ли ти е съвет как да бъдеш здрава по време на бременността ти? (Спонтанен отговор)		Да --> 13	Не --> 15	Не знам --> 15
13. Бяха ли съветите полезни? (Спонтанен отговор)		Да -->15	Не -->14	Не знам -->15
14. Ако не, защо? (Спонтанен отговор)	Защото роднините ми са ми казали как да бъда здрава докато съм бременна	Защото не ме е грижа	Защото не мисля, че съветите са добри	Друго (запишете!)
15. До този момент патронажната давала ли ти е съвет как да се справиш с анемията? (Спонтанен отговор)		Да	Не -->18	Не знам -->18
16. Ако е така, бяха ли полезни съветите? (Спонтанен отговор)		Да -->18	Не-->17	Не знам -->18
17. Ако не, защо? (Спонтанен отговор)	Знам от роднините ми как да се справя с анемията	Защото не ме е грижа	Защото не мога да си позволя подходящата храна/хранителни добавки	Друго (запишете)
18. До този момент говорила ли си с патронажната сестра по програмата за промените, които настъпват с твоето тяло? (Спонтанен отговор)		Да	Не --> 20	Не знам --> 20
19. Бяха ли полезни тези разговори? (Спонтанен отговор)		Да	Не	Не знам
20. До този момент патронажната сестра по програмата говорила ли е с теб как консумацията на кафе, алкохол и пушенето на цигари влияят върху бебето? (Спонтанен отговор)		Да --> 21	Не --> 23	Не знам --> 23

21. Беше ли полезен този разговор? (Спонтанен отговор)		Да	Не -->22	Не знам -->23
22. Ако не, защо? (Спонтанен отговор)	Защото не употребявам подобни субстанции	Защото вече знам	Защото не ме е грижа	Друго (запишете)
23. До този момент патронажната сестра по програмата давала ли ти е съвет къде да търсиш безплатни социални услуги и подкрепа? (Спонтанен отговор)		Да --> 24	Не --> 1.23	Не знам --> 1.23
24. Беше ли този съвет полезен? (Спонтанен отговор)		Да	Не	Не знам

1.23 Вярно ли е, че: (ЕДИН отговор на рег)	ДА (НЕ ЧЕТЕТЕ)	НЕ (НЕ ЧЕТЕТЕ)	НЕ ЗНАМ (НЕ ЧЕТЕТЕ)	НЕ МИ Е ДА- ВАН СЪВЕТ ПО ТОЗИ ВЪПРОС (НЕ ЧЕТЕТЕ)
1. Съветите, които получаваш от твоето семейство по отношение на твоята бременност са полезни (Спонтанен отговор)	1	2	3	4
2. Съветите, които получаваш от твоите приятели по отношение на твоята бременност са полезни (Спонтанен отговор)	1	2	3	4
3. Съветите, които получаваш от лекарите по отношение на твоята бременност са полезни (Спонтанен отговор)	1	2	3	4
4. Съветите, които получаваш от твоята патронажна сестра по програмата по отношение на твоята бременност са полезни (Спонтанен отговор)	1	2	3	4

	ДА (НЕ ЧЕТЕТЕ)	НЕ (НЕ ЧЕТЕТЕ)	НЕ ЗНАМ (НЕ ЧЕТЕТЕ)	
1. От полза ли ти е мегиторът по програмата? (Спонтанен отговор)	1	2	99	

2. От полза ли ти е патронажната сестра по програмата? (Спонтанен отговор)	1	2	99	
3. От полза ли ти е здравният медиатор в квартала? (Спонтанен отговор)	1	2	99	
4. От полза ли ти е гинекологът, при който се преглеждаш? (Спонтанен отговор)	1	2	99	98. Нямам гинеколог
5. От полза ли ти е личният лекар? (Спонтанен отговор)	1	2	99	98. Нямам личен лекар

1.25. Всяка жена има различни потребности по време на своята бременност, и по-късно, когато се грижи за бебето си. Моля, кажи ни дали: (ЕДИН отговор на ред)

1. Имаш ли нужда от по-чести срещи с твоята патронажна сестра по програмата?(Спонтанен отговор)	Да	Не	Не знам	
2. Колко често обикновено се срещате с твоята патронажна сестра по програмата (Спонтанен отговор)	Веднъж седмично	През седмица	Веднъж месечно	Друго (запишете)
3. Имаш ли нужда срещите ти с патронажната сестра по програмата да бъдат по-дълги? (Спонтанен отговор)	Да	Не	Не знам	
4. Колко дълго обикновено продължава една ваша среща? (Спонтанен отговор)	По-малко от час	Около час	Повече от час	Друго (запишете)
5. Имаш ли нужда от допълнителни информационни материали, които да ти предостави твоята патронажна сестра по програмата? (Спонтанен отговор)	Да	Не	Не знам	

2.1. По твое мнение, каква степен на образование трябва да има един мъж, за да може да се грижи за семейството си (Оградете избрания отговор, Спонтанен отговор, ЕДИН отговор)

1. Основно образование (завършен 4 ^{ти} клас) (НЕ ЧЕТЕТЕ)	1
2. Първи етап на средно образование (завършен 7 ^{ми} /8 ^{ми} клас) (НЕ ЧЕТЕТЕ)	2
3. Втори етап на средно образование (НЕ ЧЕТЕТЕ)	3

4. Професионална гимназия (НЕ ЧЕТЕТЕ)	4
5. Полувисше образование (НЕ ЧЕТЕТЕ)	5
6. Висше образование (НЕ ЧЕТЕТЕ)	6
99. Не знам (НЕ ЧЕТЕТЕ)	7

2.2. По твое мнение, каква степен на образование трябва да има една жена, за да може да се грижи за семейството си (Озградете избрания отговор, Спонтанен отговор, ЕДИН отговор)

1. Основно образование (завършен 4 ^{ти} клас) (НЕ ЧЕТЕТЕ)	1
2. Първи етап на средно образование (завършен 7 ^{ми} /8 ^{ми} клас) (НЕ ЧЕТЕТЕ)	2
3. Втори етап на средно образование (НЕ ЧЕТЕТЕ)	3
4. Професионална гимназия (НЕ ЧЕТЕТЕ)	4
5. Полувисше образование (НЕ ЧЕТЕТЕ)	5
6. Висш образование (НЕ ЧЕТЕТЕ)	6
99. Не знам (НЕ ЧЕТЕТЕ)	99

	В цифри:	Не знам (НЕ ЧЕТЕТЕ)	
2.3. На каква възраст трябва да се женят мъжете? (Спонтанен отговор)	...2.	99	
2.4. На каква възраст трябва мъжете да имат първото си дете? (Спонтанен отговор)	...2.	99	
2.5. На каква възраст трябва да се омъжават жените? (Спонтанен отговор)	...2.	99	
2.6. На каква възраст трябва жените да имат първото си дете? (Спонтанен отговор)	...2.	99	
2.7. Важно ли е: (ЕДИН отговор на ред)			
	ДА (НЕ ЧЕТЕТЕ)	НЕ (НЕ ЧЕТЕТЕ)	НЕ ЗНАМ (НЕ ЧЕТЕТЕ)
1. Младите жени трябва да завършат средно образование преди да родят (Спонтанен отговор)	1	2	3
2. Младите жени трябва да завършат висше образование преди да родят (Спонтанен отговор)	1	2	3

3. Младите жени трябва да имат постоянна работа и трудов договор (Спонтанен отговор)	1	2	3
4. Жените трябва да имат здравна осигуровка и да са работили по трудов договор преди да забременеят и излязат в отпуск по майчинство? (Спонтанен отговор)	1	2	3
5. Жените трябва да преминат гинекологичен преглед преди да забременеят (Спонтанен отговор)	1	2	3
6. Жените трябва да посещават гинекологични прегледи по време на цялата си бременност (Спонтанен отговор)	1	2	3
7. Жените трябва да имат патронажна сестра, която да посещава дома им по време на бременността и след раждането (Спонтанен отговор)	1	2	3

2.8. Моля, да споделиш твоите наблюдения:	ДА (НЕ ЧЕТЕТЕ)	НЕ (НЕ ЧЕТЕТЕ)	НЕ ЗНАМ (НЕ ЧЕТЕТЕ)
2.8_1 Лекарите в България добри специалисти ли са? (Спонтанен отговор)	1	2	99
2.8_2 Медицинските сестри в България добри специалисти ли са? (Спонтанен отговор)	1	2	99
2.8_3 Здравните медиатори в ромския квартал добри специалисти ли са? (Спонтанен отговор)	1	2	99
2.8_4 Ако е необходимо, линейката пристига ли навреме? (Спонтанен отговор)	1	2	99
	ДА (НЕ ЧЕТЕТЕ)	НЕ (НЕ ЧЕТЕТЕ)	НЕ ЗНАМ (НЕ ЧЕТЕТЕ)
2.8_5 Ако се налага, екипът за спешна помощ ще се погрижи ли за теб? (Спонтанен отговор)	1	2	99
2.8_6 Ще бъдеш ли приета по спешност в болница без да е необходимо да плащаш допълнително? (Спонтанен отговор)	1	2	99
2.8_7 Ако си в болница, ще се промени ли отношението към теб след като се разбере, че живееш във Факултета/Христо Ботев/Филиповци? (Спонтанен отговор)	1	2	99

2.9. Представи си стълба с 9 стъпала. На най-ниското е най-бедният човек от вашия квартал, а на най-високото – най-богатият. Къде понастоящем би поставила твоето семейство? (ЕДИН ОТГОВОР)									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	Без отговор = 100

2.10. Всяко домакинство има различни разходи – напр. за грехи, храна, лекарства, режийни разходи като електричество, вода, телефон. Колко средно харчите на месец за тези неща?			 лв.
				100 = Не знам --> 2.11
2.11. Ако не знаеш, кой е човекът във вашето домакинство, който обикновено се грижи за семейните разходи?				
(Спонтанен отговор)				

Благодаря Ви за отделилото време! Ако искате да споделите нещо допълнително, можете да се свържете с нас на:

Институт „Фондация Отворено общество“
Улица „Солунска“ № 56

Телефон: 02/930 66 39
Ралица Димитрова - социолог

Следващите въпроси са предназначени за интервюиращия и трябва да им бъде даден отговор в края на интервюто.

2.12 Моля, посочете квартала, в който е интервюиран потребителя:
.....

2.13. Присъстваше ли някой друг освен потребителя по време на интервюто?	
1. Не	1
2. Да, роднина/приятел на потребителя	2
3. Да, патронажната сестра и/или здравния медиатор/теренния работник	3

2.14. Моля, посочете дали по Ваше мнение къщата на потребителя, която посетихте е в по-добро или в по-лошо състояние в сравнение със средностатистическите къщи в квартала:	
1. В по-лошо състояние	1
2. В по-добро състояние	2
3. В сходно състояние със средностатистическата къща в квартала	3
4. Друго (посочете!)	4

