

ДОКЛАД ЗА ОЦЕНКА НА
„ЗАЕДНО – ЗДРАВО БЕБЕ,
ЗДРАВО БЪДЕЩЕ“
В БЪЛГАРИЯ

ПОДКРЕПА ЗА УЯЗВИМИ МЛАДИ МАЙКИ С ПЪРВА БРЕМЕННОСТ И ТЕХНИТЕ ДЕЦА

2023



Utrecht University

CENTRE FOR
GLOBAL
CHALLENGES

ПОДКРЕПА ЗА УЯЗВИМИ МЛАДИ МАЙКИ С ПЪРВА БРЕМЕННОСТ И ТЕХНИТЕ ДЕЦА

Доклад за оценка
1 ноември 2023 г.

Екип

Докладът и съпътстващите анализи са изготвени от:

Де Лаат, Й. , Краус, Х., MPP. & Ван дер Харст, А.М.Р., MScs;

Утрехтски университет – Център за глобални предизвикателства

ISBN: 978-619-7482-11-9

Благодарности:

Настоящият доклад е разработен в резултат на сътрудничество между авторите, фондация „Тръст за социална алтернатива“ (ТСА) и международния екип на Nurse-Family Partnership в Центъра за превантивни изследвания за семейното и детското здраве към Университета на Колорадо, Денвър. Авторите са благодарни за многобройните коментари и наблюдения, споделени от колегите от двете институции, включително проф. Дейвид Олдс (Университета в Колорадо, Денвър), Ан Роу (Ann Rowe Consulting), Иванка Пулева (ТСА), Искра Стойкова (ТСА), Петя Зейнелова (ТСА), Мария Евгениева (ТСА), Любка Георгиева (ТСА) и Камелия Ценева (ТСА). Авторите са също благодарни на ТСА и Алфа Рисърч ООД за събирането на данните, използвани в това изследване, и за анонимното им предоставяне за анализ от Университета в Утрехт. Не на последно място, авторите с благодарност отчитат финансовия принос за извършването на анализа от ТСА, направление „Динамиките на младостта“ в Университета в Утрехт и Утрехтския център за глобални предизвикателства.

04	Акроними
05	Резюме на доклада
13	1. Въведение
13	1.1 Описание на програма „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“
17	2. Презлед на литературата
25	3. Методология на събиране на данни
25	3.1 Описание на извадката
27	3.2 Описание на данните
28	Описание на въпросника за майките
29	Описание на оценката на гецага
33	4. Сравнение на извадката от ромски майки, не участвали в ЗЗБЗБ, с извадката от майки от общото население
33	4.1 Демографски и социално-икономически характеристики
34	4.2 Резултати на гецага: ASQ (детско развитие)
35	4.3 Резултати на майките
35	Семейно планиране
36	Бременност
39	След раждането
40	Кърмаческа възраст и ранно детство
45	5. Оценка на въздействието на ЗЗБЗБ: Сравнение между потребителите на ЗЗБЗБ с майки с първо дете от същите квартали
45	5.1 Методология на оценка на въздействието
47	5.2 Резултати на гецага ЗЗ
50	5.3 Резултати на бременните и майките
50	Семейно планиране
51	Бременност
55	След раждането
56	Резултати относно родителските практики в ранното детство
61	6. Впечатленията на потребителките на ЗЗБЗБ за програмата
63	7. Интерес към ЗЗБЗБ сред майките от ромски произход и от общото население
65	8. Дискусия и заключителни гуги
69	Източници

Акроними

ASQ	Ages and Stages Questionnaire (Въпросници по етапи и възрасти)
КАР	Knowledge, Attitudes and Practices Questionnaire (Въпросник за знанията, нагласите и практиките)
ОГРДР	Образование и грижи в ранна детска възраст
NFP	Nurse Family Partnership
ЗЗБЗБ	Програма „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“
ТСА	Тръст за социална алтернатива

Резюме на доклада

Целта на настоящото изследване е да се направи оценка на програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ (ЗЗБЗБ) и на очакваните резултати след шест години от нейното прилагане. ЗЗБЗБ е здравна програма, предназначена за подпомагане на уязвими семейства в България. Изследването обхваща периода на изпълнение между 2016 и 2022 г. ЗЗБЗБ е програма, базирана на доказателства, първоначално разработена в подкрепа на уязвими семейства в САЩ. Тя свързва млади майки, очакващи първото си дете, с медицинска сестра или акушерка (семейна сестра), която ги посещава редовно от бременността до втората година на детето.

Проучванията от други страни, в които се прилага ЗЗБЗБ, са установили ефекти, които включват:

- Подобро пренатално здраве;
- По-добри резултати от бременността;
- Намаляване на детската смъртност;
- По-малко злополуки и наранявания сред децата;
- По-малко случаи на малтретиране и negliжиране на деца;
- По-гълги интервали между бременностите;
- По-висока степен на заетост сред майките;
- По-добра готовност за училище;
- Намалена вероятност за участие в престъпни дейности (за децата и майките);
- Намалено използване на социални помощи.

Фондация „Тръст за социална алтернатива“ (ТСА) адаптира ЗЗБЗБ към българския контекст, за да подкрепи непривилегированите семейства, които се сблъскват с различни предизвикателства, когато очакват първото си дете. Чрез редовни посещения от медицински сестри и акушерки в домовете на семействата, програмата предоставя превантивни здравни грижи, както и различни видове подкрепа и насоки по време на бременността и ранното детство (до навършване на втората година на детето). Целта на програмата е да помогне на родителите да станат по-компетентни в грижите за себе си и за децата си, да практикуват отзивчиво родителство и да си поставят цели за бъдещето. Тези усилия имат за цел да допринесат за по-добро здраве на майките и децата, да подобрят готовността за училище и в крайна сметка да спомогнат за намаляване на бедността.

България е първата страна в Източна Европа, получила лиценз за тестване на програмата ЗЗБЗБ. Към момента на изследването програмата се реализира от ТСА в сътрудничество със Специализираната акушеро-гинекологична болница за активно лечение „Шейново“ в София и Университетска многопрофилна болница за активно лечение „Свети Георги“ в Пловдив. Около две трети от потребителките на ЗЗБЗБ се намират в София, а около една трета – в Пловдив.

Семейните сестри от ЗЗБЗБ провеждат домашни посещения за до 20 потребителки всяка и извършват между 50 и 64 (със средна стойност 57) домашни посещения на всяко семейство, участващо в програмата. През последните 6 години тя е обхванала над 350 млади (предимно тийнейджърки) майки от уязвими групи с първо дете и техните семейства.

За целите на изследването за оценка на резултатите данни бяха събрани в периода 16 май 2022 г. – 27 юли 2022 г. от агенция „Алфа Рисърч“ сред три групи майки:

1. **159 потребителки на ЗЗБЗБ от уязвими общности (с нисък социално-икономически статус и предимно от ромски произход).** Тази група включва потребителки, записани в програмата към момента на събиране на данните (чиито деца са на възраст от 6 месеца до 2 години), и такива завършили ЗЗБЗБ, чиито деца са на възраст от 2 до 5 години към момента на събиране на данните.
2. **301 майки с първо раждане от същите уязвими общности, които не участват в ЗЗБЗБ.** Интервюираните са подбрани въз основа на три критерия: да живеят в същите квартали, в които се предоставя услугата на ЗЗБЗБ, да са на същата възраст като майките от програмата по време на първата бременност (първото им дете да е родено пог 22-годишна възраст) и децата им да са в същата възрастова група (първото им дете е родено между 2017 и 2021 г.).
3. **305 майки с първо раждане сред общото българско население,** които са родили първото си дете в периода 2017-2021 г.

Събрани са подробни данни за резултатите на майките и децата. Беше разработен специален въпросник за знанията, нагласите и практиките (КАР), който да събере информация за демографските данни, образованието и заетостта (и плановете за такава) на майките, географската мобилност, социалните мрежи (семејство, домакинство, общност), благосъстоянието на майката, знанията, нагласите и практиките свързани с бременността и отглеждането на деца, достъпа до и използването на обществени услуги, както и впечатленията за програмата ЗЗБЗБ. За събиране на информация за развитието на децата бяха използвани Въпросниците по възрасти и етапи (ASQ-3). Чрез ASQ-3 се проверяват 5 области на развитие: комуникация, груба моторика, фина моторика, решаване на проблеми и личностно-социална. Бяха приложени и Въпросниците за социално-емоционални умения ASQ-SE.

В този доклад се стига до заключението, че съществува ясна разлика между извадката от уязвими общности и извадката от общото население по отношение на резултатите от развитието на детето, а различни показатели подчертават, че семействата от първата група в това изследване са в по-уязвимо положение от семействата от общото население. Това общо твърдение е разгледано по-подробно, като са сравнени извадката от уязвимите общности (без потребителите на ЗЗБЗБ) с извадката на общото население.

Изследването установява също така, че при сравняване на извадката от потребители на ЗЗБЗБ със сравнителната извадка от майки и деца от уязвими общности, които не са включени в ЗЗБЗБ, и като се контролира за демографски и социално-икономически характеристики, децата от ЗЗБЗБ постигат значително по-високи резултати в редица области на детското развитие, като резултатите са по-близки до тези на децата, включени в извадката от общото население. Тези констатации са обобщени по-долу.

Сравнение на извадката от уязвими общности (без потребителите на ЗЗБЗБ) с общото население

Извадката от майки от уязвими общности с първо раждане е значително по-слабо образована и по-бедна в сравнение с майките с първо раждане от общото население от същите два града. Извадката от майките от уязвими общности е много по-слабо образована (само 11% са завършили средно образование в сравнение с 99% от извадката на общото население). Докато майките от уязвими общности говорят различни основни езици вкъщи (42% български, 40% ромски и 18% турски), 99% от извадката на общото население говори български като основен език вкъщи. Освен това 82% от майките от уязвими общности съобщават, че са домакини на пълен работен ден (грижат се за гома/децата/роднините) или са в официален отпуск по майчинство, в сравнение с 42% от извадката на общото население. Извадката от уязвими общности е и значително по-бедна: само 39% потвърждават, че живеят в домакинство над прага на бедност, при който всеки член на домакинството разполага с поне 400 лв. на месец (204 евро), в сравнение с 98% от майките от общото население. Освен това 12% от майките от уязвими общности нямат течаща вода у дома, а 26% нямат тоалетна в дома, в сравнение с нито една от майките от общото население.

Децата на майки от уязвими общности имат средно по-ниски резултати относно развитието в сравнение с децата на майки от общото население, измерени чрез въпросниците ASQ-3 и ASQ-SE, въпреки че това варира в различните изследвани области. В петте области на ASQ-3 – общуване, груба моторика, фина моторика, решаване на проблеми и личностно-социална, децата на майки от уязвими общности получават средно 73% от максималния възможен брой точки. Това е с 9,2 процентни пункта по-малко от общото население, което означава, че е по-малко вероятно тяхното развитие да е „в норма“ за възрастта им. Най-големи са различията в областите фина моторика и решаване на проблеми, следвани от областите общуване, личностно-социална и социално-емоционална сфера (ASQ-SE). Разликата е най-малка в областта на грубата моторика.

Що се отнася до теглото при раждане, установяваме, че децата от уязвими общности се раждат значително по-леки – 3006 грама срещу 3262 грама, и е по-вероятно да имат ниско тегло при раждане (под 2500 грама): в тази категория попадат 12% от децата от уязвими общности в сравнение с 4% от децата в извадката на общото население. Гестационната възраст при раждане е почти еднаква в двете групи.

Що се отнася до показателите преди забременяването сред майките, среднестатистически майките от уязвими общности са значително по-малко склонни да назоват различни методи за контрацепция в сравнение с майките от общото население, като най-големи са разликите при назоваването на противозачатъчни хапчета и вътрематочни спирали. Най-често срещаната форма на контрацепция, назовавана от майките от уязвими общности, са презервативите: 66% (срещу 74% сред общото население). По-малко от една трета обаче посочват някой от другите методи: 28% посочват противозачатъчни хапчета (спрямо 60%), 26% – вътрематочни спирали (спрямо 59%), 12% – прекъснат полов акт (спрямо 32%), 1% – семейно планиране (спрямо 18%), и 0% – спешна контрацепция (спрямо 19%).

В показателите, свързани със самата бременност, също има разлики. Първо, знанията на майките от уязвими общности за факторите, които влияят върху благосъстоянието на бебето по време на бременността, и за това какво да очакват по време на раждането са по-ниски, отколкото сред майките от общото население. Второ, майките от уязвими общности съобщават, че по-рядко се хранят с питателни храни по време на бременността, и е по-вероятно да са пушили по време на бременността си. Процентът на майките, които съобщават за консумация на алкохол по време на бременността, е малък и сходен в двете групи (8% от майките от уязвими общности спрямо 9% от майките от общото население).

Освен това значителна част (23%) от майките от уязвими общности съобщават, че не са били здравноосигурени по време на бременността, и макар че честотата на пренаталните прегледи като цяло е висока, тя е по-ниска от тази на общото население. Значителна част от тях не отговарят на националния критерий от 8 прегледа. Не всички майки от уязвими общности са здравноосигурени по време на бременността: 77% от тях съобщават, че са били осигурени, в сравнение със 100% от майките от общото население. Средно, майките от уязвими общности се чувстват комфортно да се обърнат към личния лекар с въпроси относно бременността, въпреки че се чувстват по-малко комфортно от извадката от майки от общото население. За огромното мнозинство (95%) от майките от уязвими общности – първата им бременност е проследявана от личен лекар, акушер-гинеколог или акушерка.

В някои области различията между майките от уязвими общности и майките от общото население продължават да се запазват след бременността, но не и в групи. Например майките от уязвими общности и майките от общото население съобщават за сходни благоприятни предпочитания към задължителните ваксини за тяхното бебе, а продължителността на кърменето е сходна, макар и пог препоръчителната. От друга страна, има няколко показателя, които сочат, че децата на майки от уязвими общности са в по-уязвимо положение, отколкото децата на майки от общото население. Това включва голяма разлика по отношение на здравноосигурителния статус на майката в момента (41% здравноосигурени майки от уязвими групи спрямо 99%, от майките от общото население на възраст 18 и повече години), по-висока честота на посещения в спешно отделение през първата година от живота на бебето, по-високи нива на пушене от страна на майката (49% спрямо 27%), а също и значително по-високи средни резултати по Скалата за самотност/социална изолация и по-ниски резултати по скалата за Контрол и умения за справяне (скала на Pearlin и Schooler), оценяваща дали човек смята, че шансовете му за реализация са под негов личен контрол.

Освен това, тъй като ранната стимулация от страна на родителите играе съществена роля за развитието на детето, във въпросника се пита за дейностите, които членовете на домакинството извършват с бебетата и малките деца. Майките от уязвими общности съобщават за значително по-ниска честота, когато става въпрос за четене на книги на децата, разказване на приказки, назоваване на предмети, броене и рисуване, както и за игра с играчки. Честотата на пеене на песни и прекарване на време с детето навън е сходна между двете групи, докато времето, прекарано пред екран на ген, е значително по-високо при уязвимите групи, отколкото при децата от общото население.

Оценка на въздействието на ЗЗБЗБ

Резултатите от оценката на въздействието в настоящия доклад дават представа за това къде може да бъдат концентрирани ефектите от програмата ЗЗБЗБ, но трябва да се внимава при тълкуването на връзките като причинно-следствени. За да оценим въздействието на програмата ЗЗБЗБ върху различни резултати на децата и майките, използвахме (OLS) регресионен анализ, който сравнява резултатите на потребителките на ЗЗБЗБ и техните деца с резултатите на майки от същите квартали, които не са участвали в програмата ЗЗБЗБ, като се контролира за демографски и социално-икономически характеристики. Както стратегията за подбор на извадката, така и контролираните променливи помагат да се елиминират факторите, които могат да изкривят оценката на ефекта от програмата ЗЗБЗБ. Въпреки това е необходимо да се внимава при интерпретирането на резултатите като причинно-следствени, тъй като все още може да има ненаблюдавани характеристики, които не можем да контролираме в нашите изчисления, влияещи както върху участието в ЗЗБЗБ, така и върху резултатите.

По отношение на резултатите от оценката на развитието на децата, извадката от деца на потребителки на ЗЗБЗБ („деца от ЗЗБЗБ“) има почти същите резултати, като децата от общото население по областите на развитие измерени с ASQ-3 и значително по-високи резултати от извадката от деца на майки от същите квартали, които не са участвали в ЗЗБЗБ, след като се контролира за демографски и социално-икономически характеристики. Според резултатите от оценките 3,30 процентни пункта от разликата в средните резултати от ASQ-3 (по области) между децата от уязвими общности, участващи в ЗЗБЗБ, и децата от уязвими общности, които не участват в ЗЗБЗБ, не могат да бъдат обяснени с разликите в контролираните характеристики, което предполага, че ЗЗБЗБ може да повишава резултатите по ASQ. При разглеждане на резултатите от оценките по области, децата от ЗЗБЗБ постигат 2,97 процентни пункта по-високи резултати при груба моторика и 5,98 процентни пункта по-високи резултати при решаване на проблеми в сравнение с децата на майки от уязвими общности, които не са участвали в ЗЗБЗБ (и двете статистически значими). Въз основа на изследването на майките, когато става въпрос за езиците, които детето може да говори или разбира, регресионният анализ установява, че вероятността децата, които участват в ЗЗБЗБ, да говорят или разбират български език е с 5 процентни пункта по-висока от тази на децата от сравнителната извадка, като отново се контролира за демографски и социално-икономически характеристики. Резултатите от регресионния анализ не показват съществени разлики между децата от уязвими общности, участващи в ЗЗБЗБ, и тези, които не участват в ЗЗБЗБ, що се отнася до теглото и гестационната възраст при раждане.

Установяваме, че ефектът от програмата ЗЗБЗБ върху резултатите от развитието на децата (измерени чрез ASQ) зависи от езика, на който се говори вкъщи, като резултатите от ASQ са особено по-високи сред децата на майки, участвали в ЗЗБЗБ, които говорят ромски или турски език вкъщи (в сравнение с ефекта сред майките от уязвими общности, които говорят български вкъщи). Възможно е семействата, които не говорят български език вкъщи, да са по-уязвими от тези, които използват български, като основен говорим език в дома.

Що се отнася до резултатите на бременните и майките ЗЗБЗБ майките демонстрират по-големи познания за методите на контрацепция, но има и разнопосочни резултати свързани с бременността. Както и при анализа на резултатите за децата, при всички анализи на резултатите на майките се контролира за редица демографски и социално-икономически характеристики.

Резултатите от регресионния анализ сочат, че програмата ЗЗБЗБ може би намалява различията в познанията за контрацепцията. По-конкретно, средно със 17 процентни пункта по-вероятно е майките, които участват в ЗЗБЗБ, да посочат противозачатъчни хапчета и е с 30 процентни пункта по-вероятно да посочат вътрематочни спирали в сравнение с майките от уязвими общности, които не участват в ЗЗБЗБ. Майките, участващи в ЗЗБЗБ, демонстрират и по-добри познания за развиващия се плод, но няма доказателства, че храненето по време на бременността се подобрява, нито пък консумацията на алкохол е по-ниска от тази на майките от уязвими общности, които не участват в ЗЗБЗБ (въпреки че средно консумацията на алкохол по време на бременността и при двете уязвими групи е по-ниска от тази на майките от общото население). Тютюнопушенето по време на бременност е по-ниско (както честотата, така и броят на цигарите), но тази разлика не е значителна.

Има несъществени разлики между участничките в ЗЗБЗБ и сравняваната група майки от уязвими общности по отношение на групи резултати свързани с бременността, включително наличието на здравни осигуровки по време на бременността, броят на пренаталните прегледи, както и усложненията по-време на бременността. Изключенията, при които разликите са значителни, се отнасят до използване на услуги и до това колко комфортно се чувстват майките, когато се свързват с личния лекар. Например, майките от ЗЗБЗБ съобщават, че са ползвали повече услуги за психологическа подкрепа. Макар че семейните сестри от ЗЗБЗБ не представят психологическа помощ, тази констатация може да се обясни с това, че респондентите възприемат домашните посещения като източник на психологическа подкрепа. Майките от ЗЗБЗБ също така съобщават, че по-малко разчитат на финансова помощ/обезщетения по време на бременността. И накрая, майките от ЗЗБЗБ съобщават, че се чувстват значително по-некомфортно да се свържат с личния си лекар относно бременността.

Резултатите относно периода след раждането са окуражаващи. ЗЗБЗБ майките имат по-добри практики за хранене на детето през първата година от живота му и показват по-високи резултати относно родителството след раждането в по-широк план, особено по отношение на дейностите за ранната стимулация от страна на родителите. Що се отнася до практиките за хранене на детето през първата година от живота на бебето, майките от ЗЗБЗБ са кърмили първото си дете поне 0,79 месеца по-дълго от сравнителната група майки от уязвими общности. Съществуват и доказателства, че участието в програмата ЗЗБЗБ може да подобри както симптомите на депресия, така и чувството за самота и социална изолация сред майките от уязвими общности. Няма доказателства, че програмата намалява тютюнопушенето след раждането или води до подобряване на чувството за контрол и умения за справяне. Анализът установява, че майките участвали в ЗЗБЗБ имат по-благоприятни нагласи, свързани с отглеждането на деца, особено относно осигуряването на подходяща семейна среда, в която родителите могат да полагат грижи, ориентирани към детето, и не очакват от децата да задоволяват собствените си потребности.

Регресионният анализ установява, че майките от ЗЗБЗБ са много по-ангажирани с дейности с децата, отколкото майките от уязвими общности, които не участват в ЗЗБЗБ, което може да обясни по-високите резултати по ASQ, наблюдавани по-горе. Майките, които участват в ЗЗБЗБ, са с 23 процентни пункта по-склонни да четат книги с детето си, със 17 процентни пункта по-склонни да им разказват приказки, с 16 процентни пункта по-склонни да назовават предмети, броят и рисуват и с децата си и с 8 процентни пункта по-склонни да играят с децата с играчки. Също така, децата от ЗЗБЗБ прекарват значително по-малко време пред екрани в сравнение с децата от сравнителната извадка.

Няма доказателства, че програмата ЗЗБЗБ е увеличила честотата на пеене на песни или излизане навън с детето, но и двете дейности вече са много разпространени сред децата от уязвими общности. Също така, регресионният анализ не дава доказателства, че програмата ЗЗБЗБ спомага за преодоляване на разликата между децата от уязвими общности и децата от общото население по отношение на посещаването на детски ясли или детски градини. Когато извадката се ограничи до деца на възраст 2 години и повече, заключението остава същото – програмата не изглежда да води до разлика в посещаването на ясли или детски градини.

Тези констатации повдигат няколко допълнителни въпроса:

Въз основа на констатациите, представени в настоящия доклад, могат да бъдат зададени няколко последващи въпроса. Те могат да информират текущото наблюдение на целите на програмата и непрекъснатото подобряване на качеството на изпълнението – важни направления в модела и подхода на програмата.

Какво може да се направи за укрепване на онези области, в които констатациите не показват значителен напредък? Например подобряване на теллото при раждане, подобряване на храненето на майките по време на бременността, намаляване на тютюнопушенето, комфорт и честота на контактите с личния лекар относно бременността, подкрепа за по-широко участие на децата в предучилищното образование и повишаване на чувството за самоефикасност по отношение на житейската ситуация на майките?

Какво може да се направи, за да се подкрепят младите жени и мъже от уязвими общности, живеещи в лоши социално-икономически условия, така че да отложат първата бременност (и първо да завършат поне средно образование)? Индикациите за положително въздействие на програмата ЗЗБЗБ върху резултатите от развитието на децата предполагат, че програмата може да помогне да се създаде основа за следващото поколение млади мъже и жени, които да постигнат по-добри образователни резултати. Освен това положителните индикации по отношение на знанията за семейно планиране показват, че разликата в знанията за контрацепцията, по-специално по отношение на противозачатъчни хапчета и вътрешматочни спирали сред младите жени от уязвими общности може да бъде преодоляна. Тъй като ЗЗБЗБ е предназначена да достигне до уязвимите жени след като забременеят, преодоляването на тази разлика в знанията на момичетата и младите жени преди първата им бременност ще изисква информационни дейности, които надхвърлят ЗЗБЗБ, например информационни кампании в училищата и в уязвимите общности.

Какви допълнителни публични програми биха могли да спомогнат за подобриенето на

резултатите на ниво деца и майки? ЗЗБЗБ е замислена така, че да създаде безопасно пространство, което да позволи провеждането на напътствия и консултации, базирани на доверителни отношения между семейните сестри и уязвимите млади майки. За да се постигне това, програмата включва до 64 домашни посещения от сертифицирана медицинска сестра или акушерка. Броят на посещенията се договаря между семейната сестра и потребителката, в зависимост от нуждите на майката. На практика сред участниците в ЗЗБЗБ в България са се провеждали средно 57 такива посещения. Кои публични програми и услуги биха могли да допълнят подобни взаимодействия между семейната сестра и потребителката? Например програми, насочени към повишаване на знанията и осведомеността на младите мъже и жени, особено на уязвимите, относно семейното планиране, бременността и развитието на детето. Такива могат да бъдат училищни и или общностни програми, информиращи юношите и (бъдещите) родители за методите на семейното планиране, рисковото поведение по време на бременност, достъпът до здравно осигуряване, създаването на безопасна домашна среда, детското хранене и значението на дейностите за ранната стимулация от страна на родителите.

Тези въпроси насочват към допълнителни области на изследване, които могат да дадат информация за това каква комбинация от икономически ефективни политики може най-добре да подкрепи децата от уязвими общности и техните родители, за да се постигнат по-добри резултати в развитието на децата и да се намалят многобройните неравенства, установени от този анализ.

1. Въведение

Целта на това изследване е да се направи оценка на програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ (ЗЗБЗБ) и на очакваните резултати от нея след шест години прилагане в България.

ЗЗБЗБ е основана на доказателства здравна програма, предназначена за подкрепа на уязвими семейства. Първоначално ЗЗБЗБ е разработена за подкрепа на уязвими семейства в САЩ, а в България се прилага от 2016 г.

Оценката на програмата ЗЗБЗБ се основава на данни, които са събрани от „Алфа Рисърч България“ в периода 16 май 2022 г. – 27 юли 2022 г. За оценката на резултатите са събрани подробни данни за майките и децата сред три групи майки с първо дете: потребители на ЗЗБЗБ в ромски общности, майки с първо дете от същите общности, които не са участвали в ЗЗБЗБ, и майки с първо дете сред общото население на България.

1.1. Описание на програма „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“

Nurse-Family Partnership (NFP)* е здравна програма в общността, която първоначално е създадена в подкрепа на уязвими семейства в САЩ (Olds 2006). NFP свързва бременни жени с ниски доходи, очакващи първото си дете, с медицински сестри и акушерки, които ги посещават редовно от бременността до втората година на детето. Въпреки че NFP е разработена с цел да бъде насочена предимно към майките, програмата приветства участието на бащи, партньори, членове на семейството и близки приятели. Целта е да се гарантира, че всички, които ще подкрепят бебето и в идеалния случай ще създават близки връзки с него, ще бъдат добре подготвени за това. Програмата се основава на три основни теории, които се допълват взаимно и полагат основите на програмата – теория на привързаността, човешката екология и самоефикасността (Olds, Hill, O'Brien et al. 2003).

Трите цели на програмата са подобряване на резултатите от бременността, подобряване на здравето и развитието на децата и подобряване на икономическата самостоятелност на семействата. Изследванията в САЩ показват, че NFP има дългосрочно въздействие както върху детето, така и върху майката. Програмата е тествана в продължение на 20 години, преди да бъде широко разпространена в САЩ през 1997 г. До момента моделът на NFP е приложен в повече от девет държави. Въз основа на експерименти със случайно разпределение (Randomized Control Trials) доказаните резултати от програмата включват: намаляване на малтретирането и negliжирането на деца (повторен анализ на Olds, Eckenrode и др. 1997 г.), намаляване на посещенията в спешна помощ заради злополуки и отравяния (Olds, Henderson и др. 1986 г.), намаляване на случаите на забавено езиково развитие на 21-месечна възраст на детето (Olds, Robinson и др. 2002 г.), по-малко поведенчески/интелектуални проблеми на 6-годишна възраст (Olds, Kitzman, et al. 2004 г.), по-малко последващи бременности

* Оригиналното наименование на ЗЗБЗБ на английски език.

(Olds, Eckenrode, et al. 1997 г.), увеличаване броя на месеците заетост на майките (Olds, Henderson, et al. 1988 г.), по-малко арести на майките (Olds, Eckenrode, et al. 1997 г.), по-малко арести на децата до 15-годишна възраст (повторен анализ на Olds, Henderson, et al. 1998 г.).

През 2016 г. ТСА започва адаптиране на NFP за българския контекст, кръщавайки програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“, като така България става първата страна в Източна Европа, която получава лиценз да тества програмата. Моделът на ЗЗБЗБ е адаптиран към българския контекст, за да подкрепя семейства с ниски доходи, които се сблъскват с редица проблеми при очакване на първото си дете. Чрез редовни посещения по домовете от медицински сестри и акушерки (общо наричани семейни сестри) програмата осигурява превантивни здравни услуги и различни видове подкрепа по време на бременността и в ранното детство (до навършване на втората година на детето). Целта на ЗЗБЗБ е да помогне на родителите да станат по-компетентни в грижите за себе си и за децата си, да се включат в подкрепящи родителски дейности и да си поставят цели за бъдещето. Тези усилия се стремят да допринесат за подобряване на здравето на майките и децата, за насърчаване на готовността за училище на децата и за намаляване на межпоколенческата бедност.

Към момента на изследването програмата е реализирана от ТСА в сътрудничество със II САГБАЛ „Шейново“ в София и УМБАЛ „Свети Георги“ в Пловдив. Критериите за допустимост за включване в програмата са:

- Бременност до 28-а гестационна седмица при записване;
- Майката да е на възраст под 22 години при зачеването;
- Майката да очаква първото си дете (без предишни живи раждания);
- Потребителките са с ниски доходи към момента на записване;
- Потребителката да живее в районите, в които се предоставя програмата.

ЗЗБЗБ е подходяща за в България. За да таргетира семейства с ниски доходи, ТСА прилага програмата в бедните квартали на София и Пловдив. Около две трети от потребителките на ЗЗБЗБ са в София, основно в кварталите Факултета, Филиповци и Христо Ботев. Около една трета от потребителките са в Пловдив, основно в кварталите Столипиново и Шекер махала. През последните 6 години ЗЗБЗБ е достигнала до над 370 млади (предимно тийнейджърки) майки с първо дете, и техните семейства. Преобладаващата част от потребителките са етнически ромски семейства с ниски доходи (232 семейства), следвани от 126 семейства от турски произход и 16 семейства от български произход.

Теренните екипи на ЗЗБЗБ в София и Пловдив се състоят от общо от 10 семейни сестри (медицински сестри и акушерки, преминали специално обучение) и 4 здравни медиатори. ТСА си сътрудничи и с две местни неправителствени организации – Фондация „Здраве и социално развитие“ в София и Национален алианс за работа с доброволци в Пловдив, които подпомагат екипите с психологическа супервизия и консултации със социален работник. Централният екип, отговорен за изпълнението на ЗЗБЗБ в България, се състои от програмен ръководител, анализатор на данни и клиничен ръководител. Допълнителна подкрепа се осигурява от програмния директор на програма „Първите 1000 дни“ в ТСА. Същевременно, международният

екип за изпълнение на програмата в Университета в Колорадо, Денвър, под ръководството на проф. д-р Дейвид Олс, който е разработил програмата NFP, предоставя насоки за адаптирането и имплементирането на програмата. На национално ниво, ЗЗБЗБ получава подкрепа от Национален консултативен съвет към програмата, който допринася за нейното качество и устойчивост, и предоставя подкрепа за внедряването на услугата в здравната система.

Всяка семейна сестра извършва домашни посещения на до 20 потребителки във всеки даден момент и до 64 домашни посещения на всяко семейство, участващо в програмата, като се съобразява с нуждите на семейството. В домашните посещения се прилага индивидуален подход основан на доверие, който придава холистичния и многоизмерен характер на програмата. Теренните екипи предоставят пряко менторство и подкрепа на майките, но също така включват партньора на потребителката и разширеното ѝ семейство. Изграждането и поддържането на доверителни връзки с потребителките и техните семейства се счита за ключово при този подход.

Участието на семейството и взаимоотношенията, основани на доверие, са централни характеристики на програмата, тъй като работата се простира до интимни и лични сфери на живота като родителството, семейното планиране и репродуктивното здраве, и включва разговори по теми, които по принцип са трудни за обсъждане, и дори могат да се смятат за табу от някои.

ТСА адаптира ЗЗБЗБ, така че да е подходяща за българския контекст, което включва:

- Включване на здравни медиатори в теренните екипи на програмата – за насърчаване на ангажираността на общностите, улесняване на записването на потребителките, осигуряване на културна чувствителност при изпълнението на програмата, превод по време на домашните посещения, когато е необходимо, и подпомагане на достъпа на потребителките до други услуги;
- назначаване на максимум 20 потребителки (вместо 25) на всяка патронажна сестра въз основа на предположението, че ще са необходими повече домашни посещения на потребителка поради високото ниво на неграмотност, липсата на достъп до здравни услуги и дълбоката бедност;
- покриване на някои медицински разходи за нуждаещите се потребителки – по време на бременността, за да се намалят инфекциите, които могат да доведат до преждевременно и/или усложнено раждане;
- покриване на някои медицински разходи за нуждаещи се деца – тъй като много от семействата живеят в дълбока бедност, те не могат да си позволят предписаните лекарства, когато детето е болно, а това може да доведе до много усложнения, хронични заболявания и смърт при бебетата и малките деца, причинени от лечими заболявания;
- изискване медицинските сестри и акушерките да имат завършено образование, което им дава право да практикуват в България – това не включва непременно бакалавърска степен, тъй като медицинските сестри и акушерките в България получават бакалавърска степен едва от 2008 г. насам;

- разширяване на учебните програми за продължаващо обучение, за да се осигурят достатъчно познания в съответствие с международните изисквания за ЗЗБЗБ – това е необходимо, тъй като медицинските сестри и акушерки в България не притежават всички знания, специфични за програмата, поради разлики в образователните програми между двете специалности през последните няколко десетилетия.

В резултат на Ковид-19 пандемията медицинските сестри трябваше да прибегнат до онлайн консултации, извършвани чрез метода теле-здраве (Telehealth). Това позволи на медицинските сестри да извършват дистанционни посещения в съответствие с насоки, одобрени от Университета на Колорадо, Денвър. Въпреки това беше трудно да се достигане, тъй като не притежават мобилен телефон. Здравните медиатори от общността подпомагаха медицинските сестри в достигането до потребителките, а в Пловдив изпълняваха и допълнителна роля на преводачи.

2. Презлед на литературата

Животът в тежки условия се отразява на ранното гетство и има дълготрайни негативни последици.

Ранното гетство е широко признато като критичен и следователно потенциално уязвим етап от живота. Доказателствата от широк кръг дисциплини сочат, че годините от нула до три са формиращи и в този диапазон се случва най-бързото развитие в човешкия живот. Изследванията показват, че съзряването на мозъка и развитието на важни невронни пътища и връзки се случват постепенно след раждането и в ранното гетство (EPHA 2018; Johnson et al 2016). В този чувствителен период на интензивен растеж влиянията на околната среда оказват важно въздействие върху развитието на мозъка и нервната система (Shonkoff, Gardner et al. 2012). Рисковите фактори в ранна гетска възраст – като тези, причинени от неблагоприятни обстоятелства – могат да имат необратими отрицателни последици за когнитивното, социалното и емоционалното развитие, академичните постижения и адаптацията на поведението (Amso & Lynn 2017; Blair & Raver 2016; Leseman & Slot 2014).

Съществуващата литература показва, че неравностойното положение може да повлияе на ранното развитие по различни начини. Например продължителният стрес в ранна възраст може да повлияе на биологичния отговор на стреса, което може да доведе до промени в префронтално-хипокампадно-амигдалните вериги. Тези вериги играят важна роля в автономната нервна система, регулацията на емоциите, саморегулацията, паметта и ученето (Smith & Pollak 2020). Когато системите за реакция на стрес се активират за продължителни периоди от време, това може да доведе до дисрегулация и негативни психологически и поведенчески резултати (Smith & Pollak 2020). Тези процеси могат също така да увеличат уязвимостта към нарушения на психичното и физическото здраве на по-късен етап от живота (Amso & Lynn 2017; Smith & Pollak 2020). Освен това литературата представя доказателства за негативните последици от бедността в много области на мозъка (Hair et al 2015; Hanson et al. 2013; Leijser et al. 2018). Например Blair и Raver (2016 г.) установяват, че децата, израснали в бедност, имат намален обем на сивото вещество в областите на мозъка, свързани с готовността за училище и училищните постижения.

През последните две десетилетия научните изследвания в областта на ранното гетско развитие напреднаха значително (Daelmans, Darmstadt et al. 2017), което доведе до по-добро разбиране на последиците от неблагоприятните фактори върху развитието на гетето и как те могат да бъдат смекчени. Има все повече доказателства, че неблагоприятните фактори подкопават здравословното развитие на мозъка с дългосрочни и широко простиращи се последици. Децата, живеещи в неблагоприятни условия, не разполагат с необходимата среда, за да изградят добра основа за здраве, учене и развитие през целия живот (Black, Walker et al. 2017; Daelmans, Darmstadt et al. 2017). Установено е, че пропуските се появяват още на две-тригодишна възраст и ако не бъдат преодолени в този момент, тенденцията е те да се задълбочават (Daelmans et al. 2017). Проучванията на дългосрочните ефекти показват, че дефицитите могат дори да се предават на следващото поколение, което води до поро-

чен кръг на загубен човешки капитал и увековечаване на бедността (Daelmans, Darmstadt et al. 2017:9).

Невронауката за т.нар. чувствителни периоди и пластичността разширява разбирането ни за развитието на уменията и взаимодействията между генетиката и околната среда, което е от решаващо значение за оптималното определяне на времето за интервенция, така че тя да е съобразена с периода, в който развитието на детето е податливо към специфичните преживявания и условия на околната среда. Периодът от зачеването до две-тригодишна възраст е от особено значение. През този период подобренията, например в храненето или грижите, могат (все още) да отслабят ефектите от неблагоприятните фактори (Black, Walker и др. 2017 г.).

Ромските общности са в особено голям риск

Въпреки членството на България в Европейския съюз, високите нива на детска смъртност, ражданията и абортите сред тийнейджърите, ограниченият достъп до пренатални грижи за здравно неосигурени бременни жени, както и високите разходи за здравни грижи и предписани лекарства, са сред най-неотложните проблеми, пред които страната е изправена в областта на благосъстоянието на майките и децата. Справянето с тези предизвикателства е част от приоритетите на правителството от 2008 г. насам и е включено в демографските стратегии стратегиите за здравеопазване, както и в плановете за действие в областта на образованието. С лошото майчино и детско здраве и благосъстояние се сблъскват предимно най-уязвимите семейства в България – тези, които живеят в бедност и/или социална сегрегация, често от ромски произход.

По-голямата част от потребителите на ЗЗБЗБ са ромски семейства с ниски доходи, наред с турските семейства с ниски доходи. Ромите са сред най-маргинализираните етнически малцинства в Европа, които са изправени пред високи нива на бедност, системно социално изключване, високи нива на безработица, нискокачествени жилища и неравен достъп до жизненоважни услуги (Агенция на ЕС за основните права 2021 г., RECI 2020 г., Европейски център за правата на ромите 2020 г.). Проучванията последователно установяват, че здравният статус на ромите е по-лош от този на мнозинството от населението, като средната продължителност на живота е по-ниска от средната за страната, детската смъртност е по-висока в сравнение с населението, което не е от ромски произход (ЕРНА 2018 г.), а честотата на инфекциозните и незаразните болести е по-висока (Petraкі et al. 2021 г.).

Подобна е и картината с данните за ромските общности в България. В разпределението на българските граждани, страдащи от сериозни материални лишения, ромското население съставлява най-голям дял (81%), а сред ромите около 90% са изложени на риск от бедност и социално изключване (УНИЦЕФ 2018 г.). Ромските родители често нямат достъп до ресурси, подкрепа и здравни грижи, за да постигнат добро здраве и благосъстояние за себе си и децата си.

По този начин ромските деца са изложени на особено голям риск да прекарат първите години от живота си в неблагоприятни условия. Наличието на един или два рисков фактора в семейството не е задължително да бъде пагубно за развитието на детето. Установено

е обаче, че рисковите фактори действат кумулативно и съчетаването на повече от два фактора значително увеличава вероятността от негативни последици (Atzaba-Poria, Pike и Deater-Deckhard 2004; Vauman, Silver и Stein 2006). Децата от ромски произход често се сблъскват с натрупване на рискови фактори, което увеличава вероятността от неблагоприятни последици за тяхното ранно развитие.

Данни за ранното развитие на ромските деца

Въпреки че наличните проучвания и доклади показват широкото разпространение на рискови фактори за ромските деца, липсват данни за резултатите от развитието на децата в ранна възраст. Какво знаем за здравния статус на ромските деца в ранна възраст? Кои деца са изложени на най-голям риск от негативни резултати? Има ли разлики в ранното развитие на ромските деца в сравнение с техните връстници от мнозинството от населението? Ако е така, в кои области на развитие са най-силно изразени? Какви са (ранните) прояви на тези различия? По-году първо ще направим преглед на наличните данни за ромските деца в Европа, а след това ще разгледаме по-подробно данните за (ранното) развитие на ромските деца в България.

Ромските деца в Европа

Данните за здравния статус на ромите, и по-специално на децата, са оскъдни. Проучванията на здравето при раждане в Централна и Източна Европа показват, че при ромите се наблюдават по-широко разпространение на ниско тегло при раждане и повече преждевременни раждания (Balázs & Rákóczi et al. 2013; Vobak, & Dejtek, et al. 2005; Diabelková & Rimárová et al. 2018), както и по-високи нива на детска смъртност в някои държави (Европейска комисия 2015). Повечето от тези проучвания обаче са проведени преди повече от 8 години и не могат да дават точна представа за здравния статус на ромските деца днес.

Също толкова трудно е да се намерят измервания на (ранното) развитие и учене на ромските деца, особено за по-ранните възрастови групи. Оскъдните данни за децата в училищна възраст сочат, че по отношение на ученето ромските ученици често изостават от връстниците си от неромски произход и че ромските ученици са в по-голям риск от развиване на увреждания или когнитивни забавяния.

Международните инструменти за оценяване, като например Програмата на ОИСР за международно оценяване на учениците (PISA), която измерва резултатите от обучението на 15-годишните ученици, допринесоха значително за поставянето на въпроса за равенството в образованието на дневен ред, особено като разкриха съществуващите различия в постиженията на учениците от семейства с нисък социално-икономически статус или с миграционен произход. Понастоящем обаче тези инструменти не предоставят данни за резултатите от обучението на малцинствата, които не са мигранти. С този инструмент специфичните за ромите данни могат да бъдат събрани само чрез въпрос за езика,

говорен вкъщи (и то само ако „ромски“ е включен като опция за отговор на този въпрос). В миналото само Словакия е включвала тази опция за отговор, което позволява повторен анализ на данните от PISA, за да се получат констатации за учениците, говорещи ромски език (макар и въз основа на малка извадка) (Brüggemann & Bloem 2013). Резултатите от PISA в Словакия показват, че ромските ученици постъпват в училище на по-късна възраст, по-често повтарят класове (и следователно по-често са в по-ниски класове) и са свръхпредставени в професионалните направления в сравнение с техните връстници, които не са роми. Освен това учениците, говорещи ромски език, се представят значително по-зле във всички дисциплини. Ако резултатите от PISA се интерпретират като години на обучение, ромските ученици биха изоставаха с почти четири години от редовното обучение от своите връстници (Brüggemann & Bloem 2013).

Неотдавнашно изследване, базирано на данни от проучвания в четири страни от Западните Балкани (Косово, Черна гора, Република Северна Македония и Сърбия), има за цел да оцени разпространението на уврежданията и когнитивните забавяния, сравнявайки ромското и неромското ученическо население (Emmerson & Llewellyn 2022) чрез вторичен анализ на данни от проучвания, събрани от УНИЦЕФ (Multiple Indicator Cluster Surveys), включващи $n=6\,290$ ромски и $n=13\,005$ неромски ученици. В това изследване се установява, че при ромските деца под петгодишна възраст „вероятността да имат леки увреждания е с 60% по-голяма, малко над два пъти по-голяма е вероятността да имат увреждания, четири пъти по-голяма е вероятността да имат множество увреждания и пет пъти по-голяма е вероятността да имат значително когнитивно забавяне в сравнение с техните връстници, когато рискът е коригиран, за да се вземат предвид разликите между групите по отношение на възрастта и пола“ (2022:3). За определянето на детското увреждане изследването разчита единствено на докладваното от родителите, което е на база тяхната преценка за възможностите на тяхното дете в сравнение с други деца на същата възраст.

Ромските деца в България

Данни за зравните показатели по етнически произход в България, до голяма степен липсват, но са налични някои данни за здравето при раждане. В периода 2005-2020 г. майчината и детската смъртност в България като цяло показват постоянно намаляване, но въпреки това съществуват големи различия в рамките на населението. Липсват официални дезагрегирани данни, но Индексът на ромското включване показва, че през 2015 г. коефициентът на детска смъртност сред ромите в България все още е два пъти по-висок от този на общото население в България (Секретариат за ромското включване 2015 г.). Съобщава се, че през същия 15-годишен период (2005-2020 г.) преждевременните раждания бавно са се увеличили. Не са налични етнически дезагрегирани данни нито за преждевременните раждания, нито за ниското тегло при раждане.

Наличните проучвания за разпространението на основните инфекциозни болести показват, че ромите са изложени на по-висок риск от инфекции в сравнение с мнозинството от населението (Tombat et al., 2020), а това изглежда е валидно и сред българските роми. Неот-

гавнашните епидемии от морбили например са засегнали непропорционално много ромски общности. През 2017 г. епидемия от морбили засяга Пловдивския регион и по-специално ромските жители, като най-голям брой случаи е имало сред малките деца на възраст под четири години (Levtterova et al., 2018).

Освен това едно от малкото проучвания на психичните заболявания сред ромските деца в България предполага наличието на сериозни различия в психичното здраве в сравнение с общото население (Lee, 2014 г.). Децата съобщават, че изпитват много по-голяма тежест от психичноздравни проблеми, като вероятността за интернализиращи разстройства (като фобии, генерализирани тревожни разстройства и големи депресивни разстройства) е между два и шест пъти по-висока.

Що се отнася до образованието, резултатите от неотгавнашно изследване на Агенцията на ЕС за основните права (FRA 2022) дават представа за записването в образователната система и образователните постижения. Делът на ромските деца, записани в системата за образование и грижи в ранна детска възраст (ОГРДВ) в България, е 58%, докато 80% от децата на общото население посещават ОГРДВ (FRA 2022: 37). Делът на ромите на възраст между 20 и 24 години, които са завършили поне средно образование, е 28%, докато 85% от техните връстници от общото население завършват поне средно образование (FRA 2022: 38). В сравнение с други държави от ЕС училищната сегрегация в България е особено силно изразена. Повече от половината (64%) от ромските деца посещават училище, в което повечето деца са роми. Делът на децата, посещаващи сегрегирано образование, също се е увеличил с 6 процентни пункта през последните години (FRA 2021). Родители и ученици от ромски произход съобщават, че при контакт с училищната управа изпитват дискриминация поради това, че са роми. В последното изследване на FRA 11% от респондентите в България са се чувствали дискриминирани през последните 12 месеца (2021 г.). Липсват данни за резултатите от обучението по етнически произход.

Скорошно изследване на образователните реформи в България изследва възприятията на педагози в предучилищна и начална училищна възраст сред 21 учители в три общности и установява, че всички участващи учители, които не са от ромски произход, с изключение на един, изразяват антиромски възгледи (Lambrev et al., 2020). Тези учители подкрепят училищната сегрегация и са изразили мнението си за (врогените) ниски академични и езикова способности на ромските деца. Според други наблюдения за институционализирана дискриминация ромските деца често (систематично) са погрешно диагностицирани с умствени увреждания и поради това са свръхпредставени в специалното образование за ученици с увреждания (Lee et al. 2014; Bruggeman & Vloet 2013). Въпреки позитивните промени в политиките на правителството, образователните реформи се описват като неефективни за постигане на приобщаване на ромските ученици и за подкрепа на техния образователен успех (Lambrev et al. 2020).

Все още съществува значителна празнина в доказателствената база за ранното развитие, както и за образователните резултати. Като цяло има недостиг на данни по етнос за ромското население и е трудно да се направят заключения от наличната информация, тъй като много от тези проучвания работят с приблизителни изчисления и съдържат голямо поле за грешки (Van Caeneghem 2019). През последните няколко години се наблюдават някои

обещаващи развития във връзка със събирането на данни относно положението на децата в България, например стартирането на интегрирана информационна система на Агенцията за социално подпомагане, ангажиментът на омбудсмана на Република България да провежда независими проучвания около правата на най-уязвимите деца и засиления капацитет на неправителствените организации да дават представа за прилагането на правата на децата (УНИЦЕФ 2018). Въпреки това липсата на дезагрегирани данни и ограничените изследвания в подкрепа на разбирането за положението на ромските деца представляват сериозна пречка за разработването на политики, основани на доказателства.

Ранни интервенции

Ранното детство е не само уязвим период, в който метафоричното „състезание“ може да бъде загубено, но и критичен прозорец от възможности за справяне със социалните, когнитивните и икономически неравенства, преди те да започнат да се задълбочават с времето и да станат по-трудни за промяна (Gantenio Gabel 2009). Здравето, благосъстоянието и подкрепящата среда в периода на ранното детство са ключови фактори, определящи здравето, образователния статус и възможностите на по-късен етап в живота. Широко признато и подкрепено от изследвания е твърдението, че висококачественото образование и грижи в ранна детска възраст е едно от най-ефективните средства за прекъсване на цикъла на неравностойното положение (Leseman & Slot 2014), особено когато успява да включи най-рисковите групи от населението. Достигането до и включването на ромските деца в услугите за ранно детско развитие обаче продължава да бъде особено голямо предизвикателство за Европа (FRA 2022).

Включване на ромските деца в услугите за ранно детско развитие

Сред предишни инициативи в Централна и Източна Европа има различни програми, които успешно са включвали ромските деца в услугите за ранно детско развитие. Много малко от тези инициативи обаче са документирани, оценени цялостно или разширени отвъд първоначалните пилотни етапи. Въпреки това, както от тези инициативи, така и от по-широката литература могат да се извлекат няколко ключови елемента, които да послужат като основа за нови и бъдещи усилия в подкрепа на развитието на малките ромски деца. Описано е, че успешните услуги са тези, които дават приоритет на силни компоненти за подкрепа на родителите (напр. чрез домашни посещения), включват ангажираност на общността или културно посредничество (напр. чрез включване на ромски специалисти и практики в услугите за ранно детско развитие) и на тези, които предоставят услугите в самите общности (Klaus & Marsh 2014; UNICEF 2011; Roma Education Fund 2013).

Лицата, полагащи грижи, играят изключително важна роля в ранното развитие на децата. Установено е, че родителските програми, фокусирани върху изграждането на умения или

предоставянето на подкрепа, са високоефективни средства за подобряване на когнитивно-то и социално-емоционалното развитие на децата (Britto, Proulx, Yousafzai et al. 2017; Attansio, Cattan and Meghir 2021). Съществуват три допълнителни причини, които дават основание да се предположи, че може да се очаква значителна полза, особено от подкрепата на родителите в общности в неравностойно положение. Първо, интервенциите, които осигуряват подкрепа на лицата, полагащи грижи, могат да имат още по-голям потенциал за родителите в общности в неравностойно положение, тъй като лицата, полагащи грижи, са незаменими и за формирането на човешкия капитал на техните деца (например Attanasio, Cunha и др. 2019 г.; Attanasio, Voneva и др. 2022 г.; Attanasio, Cattan и Meghir 2022 г.). На второ място, родителите, които са изправени пред широк спектър от стресови фактори, причинени от бедността, може да не са в състояние винаги да осигурят на детето нужното внимание. Хроничният стрес може да подкopaе мотивацията на лицата, полагащи грижи, да стимулират детето или да следят за неговата безопасност и благополучие (Shonkoff и др. 2012 г.). При такива обстоятелства мрежите за подкрепа могат да бъдат съществен ресурс за намаляване на стреса сред родителите и да им помогнат да поддържат положителни емоции към детето (Leseman & Slot 2014). Третият ракурс в полза на подкрепата за родители и семейства изтъква семейството като най-важният източник на идентичност, от която младите роми могат да извлекат чувство за колективна идентичност. Колективната идентичност и чувството за принадлежност представляват важен ресурс за справяне с проблемите и са важни предпоставки за цялостното благосъстояние (Dimitrova, Chasiotis, Bender 2014). Когато групите са подложени на социална изолация и потисничество, е възможно основните и етническите идентичности вече да не са положителни източници на идентификация. Други източници на идентификация, като например тези, произтичащи от семейни връзки, които не се оспорват от мнозинството, придобиват значение (Dimitrova et al. 2014). Ромите със „силни семейни идентичности се чувстват по-свързани със социалната си среда и е по-малко вероятно да изпитват психологически дистрес“ (idem 2014:382).

В тази връзка различни автори твърдят, че услугите са най-успешни в достигането до ромските деца и семейства, когато се предоставят в общността, са културно и езиково адаптирани за роми и работят на базата на отношения на доверие (Khalfaoui, García-Carrión, & Villardón-Gallego 2020). В различни пилотни програми участието е улеснено чрез доближаване на услугите до общностите – физически, чрез предлагане на услуги в ромските квартали, или междуличностно, чрез ангажиране на ромски медиатори или специалисти (Klaus & Marsh 2014). Такива подходи не само правят записването в програмите по-вероятно, но също така могат да допринесат чрез положително утвърждаване на ромската идентичност и да помогнат на децата да изградят увереност, преди да се сблъскат с това, което обикновено се възприема като неприветлива среда към ромите в по-широкото общество (Klaus & Marsh 2014 г.).

Един от начините за предоставяне на услуги за подкрепа на семейството в ранна възраст е чрез редовни домашни посещения от квалифицирани специалисти. Услугите за домашни посещения позволяват индивидуален подход, установяване на отношения на доверие и гъвкавост, за да се предвидят нуждите на родителите. Въпросът дали универсален или таргетиран дизайн би бил най-подходящ за тази цел, заслужава самостоятелно изследване и пълното обсъждане на този въпрос не попада в обхвата на настоящия доклад. Въпреки

това едно неотдавнашно изследване, в което се прави преглед на твърденията за универсални и целенасочени подходи към пропуските в ранното образование, показва, че интервенциите, които целенасочено се стремят да подкрепят родители и семейства в неравностойно положение и да се справят с неравнопоставеността в ранното развитие, може би са най-ефективни, когато са с таргетиран дизайн (Leseman & Slot 2020). Налице е широка подкрепа за благоприятните, трайни ефекти (с висока възвръщаемост на инвестициите) на програмите за ранно детско развитие, насочени към групи в неравностойно положение (Heckman 2006; Heckman et al. 2010; Reynolds et al. 2011). За разлика от тях, констатациите за универсалните, нецелови услуги не са убедителни (примери за такива услуги показват положителни ефекти, липса на ефекти или дори отрицателни ефекти). Нещо повече, последователна е констатацията, че децата в неравностойно положение имат най-малка полза от универсалните модели на програми за ранно детско развитие. Според Leseman & Slot е установено, че таргетираните услуги за ранно развитие са икономически по-ефективни (Leseman & Slot 2020).

3. Методология на събиране на данни

Данните, на които се базира тази оценка, са събрани от Алфа Рисърч България, а етичното одобрение е получено от Българската асоциация на професионалистите в маркетинговите изследвания и проучванията на общественото мнение. Интервютата са проведени в периода между 16 май 2022 г. и 27 юли 2022 г. Напълно анонимизираните данни са предоставени на Университета в Утрехт за анализ.

3.1. Описание на извадката

За целите на изследването за оценка са събрани данни от три групи майки в София и Пловдив, които са с първо дете:

1. потребителки на ЗЗБЗБ в предимно ромски общности. Тази група включва потребителките, включени в програмата по време на събирането на данни (чиито деца са на възраст от 6 месеца до 2 години по това време), и майки, които са участвали в ЗЗБЗБ и са завършили или отпаднали (прекъснали участието си) от програмата (чиито деца са на възраст от 2 до 5 години).
2. Майки, които не са участвали в ЗЗБЗБ и живеят в същите уязвими, предимно ромски общности („ромски майки, не участвали в ЗЗБЗБ“). Извадката е подбрана въз основа на три критерия: да живеят в същите квартали, в които функционира ЗЗБЗБ, да са на една и съща възраст с потребителките на ЗЗБЗБ по време на първата бременност (да са родили първото си дете под 22-годишна възраст) и децата им да са на една и съща възраст (първото им дете да е родено между 2017 и 2021 г.).
3. Извадка от майки сред общото българско население, които са родили първото си дете между 2017 и 2021 г.
4. Както се вижда от този списък, мнозинството от Група 1 и Група 2 се идентифицира като роми, но в тази група има и други етноси. За улеснение в текста продължаваме да описваме тези групи като „роми“, но трябва да се отбележи, че пълните групи не се идентифицират като такива.

Алфа Рисърч се свърза с всички активни потребителки и всички завършили ЗЗБЗБ. По време на събирането на данни имаше приблизително 70 активни потребителки, 48 прекъснали участието си и 115 завършили потребителки. Повечето от тях бяха достигнати: 50 активни потребителки, 21 прекъснали потребителки и 88 завършили.

За да се направи сравнителната извадка от групата ромски майки, които не са участвали в ЗЗБЗБ, беше избрана начална точка на случаен принцип за всеки от кварталите в София и Пловдив, където ЗЗБЗБ е активна. В гъсто населените райони на кварталите беше посетено всяко пето домакинство, а в по-слабо населените райони – всяко трето домакинство.

За третата група (майки с първо дете сред общото население) респондентите са подбрани чрез прилагане на квотна извадка, за да се осигури представителна извадка въз основа на два демографски критерия на целевата група във всеки град (София и Пловдив): 1. Възраст на детето по време на интервюто (от 6 месеца до 5 години) и 2. образователно равнище на майката.

Извадката доведе до следното разпределение по етническа принадлежност в трите групи:

Кое най-точно описва етническата ти принадлежност?

	Група 1: Майки от ЗЗБЗБ	Група 2: Сравнителна извадка от ромски майки не участвали в ЗЗБЗБ	Група 3: Майки от общото население в ЗЗБЗБ
Ромска	79%	71%	0%
Турска	12%	16%	0%
Българска	9%	11%	99%
Друго	0%	1%	1%

Проведени са общо следния брой интервюта (в двата града и за всяка целева група):

Град	Целева група	Брой интервюта с майки
София	Група 1: Настоящи и завършили потребители на ЗЗБЗБ	127
София	Група 2: Сравнителна извадка от майки от кварталите, в които ЗЗБЗБ функционира	201
София	Група 3: Представителна извадка от майки от общото население	205
Пловдив	Група 1: Настоящи и завършили потребители на ЗЗБЗБ	32
Пловдив	Група 2: Сравнителна извадка от майки от кварталите, в които ЗЗБЗБ функционира	100
Пловдив	Група 3: Представителна извадка от майки от общото население	100

Интервюта, проведени в София, са разпределени между основните квартали, в които функционира програмата, както следва:

Квартал	Целева група	Брой интервюта с майки
Факултета	Група 1: Настоящи и завършили потребители на ЗЗБЗБ	107
Филиповци	Група 1: Настоящи и завършили потребители на ЗЗБЗБ	19
Христо Ботев	Група 1: Настоящи и завършили потребители на ЗЗБЗБ	1
Факултета	Група 2: Сравнителна извадка от майки от кварталите, в които ЗЗБЗБ функционира	89
Филиповци	Група 2: Сравнителна извадка от майки от кварталите, в които ЗЗБЗБ функционира	72
Христо Ботев	Група 2: Сравнителна извадка от майки от кварталите, в които ЗЗБЗБ функционира	40

Интервюта, проведени в Пловдив, са разпределени между основните квартали, в които функционира програмата, както следва:

Квартал	Целева група	Брой интервюта с майки
Столипиново	Група 1: Настоящи и завършили потребителки на ЗЗБЗБ	28
Шекер махала	Група 2: Сравнителна извадка от майки от кварталите, в които ЗЗБЗБ функционира	4
Столипиново	Група 2: Сравнителна извадка от майки от кварталите, в които ЗЗБЗБ функционира	93
Шекер махала	Група 1: Настоящи и завършили потребителки на ЗЗБЗБ	7

Броят деца, за които са събирани данни с инструмента ASQ (Ages and Stages Questionnaire), е малко по-висок, тъй като групите включват четири двойки близнаци*:

Град	Целева група	Брой приложени ASQ-3 скрининга	Брой приложени ASQ:SE скрининга
София	Група 1: Деца във възрастовата група 6 мес. – 5 год. на майки, участващи в или завършили ЗЗБЗБ	127	127
София	Група 2: Деца във възрастовата група 6 мес. – 5 год. на майки от сравнителната извадка от квартали, в които ЗЗБЗБ функционира	202	202
София	Група 3: Деца във възрастовата група 6 мес. – 5 год. на майки от общото население	207	207
Пловдив	Група 1: Деца във възрастовата група 6 мес. – 5 год. на майки, участващи в или завършили ЗЗБЗБ	32	32
Пловдив	Група 2: Деца във възрастовата група 6 мес. – 5 год. на майки от сравнителната извадка от квартали, в които ЗЗБЗБ функционира	101	101
Пловдив	Група 3: Деца във възрастовата група 6 мес. – 5 год. на майки от общото население	100	100

3.2. Описание на данните

С всеки респондент са проведени две интервюта: с въпросник за майката и въпросник за оценка на детето – Въпросник по възрасти и етапи (ASQ-3). Интервюта с въпросниците ASQ-3 са проведени в същия ден и непосредствено след въпросниците за майката, съобразно предпочитанията на респондентите.

* В набора от данни има четири майки, всяка от които е имала по една двойка близнаци (общо осем деца). Тъй като резултатите на майката се представят така, че да отразяват обстоятелствата, в които растат всички деца, тези четири майки се появяват два пъти във всички анализи, направени за настоящия доклад, тъй като отразяват обстоятелствата на две отделни деца (близнаци).

Описание на въпросника за майките

Беше разработен специален въпросник за знанията, нагласите и практиките (КАР), за да се съберат данни за всички области на програмата. В подробния въпросник за майката се събира информация за демографските данни, образованието и заетостта, географската мобилност, социалните мрежи (семејство, домакинство, общност), благосъстоянието на майката, включително психичното здраве, въпроси, свързани с бременността, знанията, нагласите и практиките за отглеждане на деца, като например дейности, свързани с ангажираността на родителите (пеене, четене и гр. с детето), практиките за хранене на децата, достъпа до и използването на социални услуги, свързани с децата, и впечатления за ЗБЗБ. КАР въпросникът събира информация и за теглото и гестационната възраст на детето при раждане.

Във въпросника за майката бяха включени няколко вече съществуващи инструмента: въпросник за депресия (PHQ-9), инструмент за измерване на индивидуалното чувство за контрол и умения за справяне (скала на Pearlin и Schooler), инструмент за измерване на самотата и социалната изолация, както и оценка на родителските практики и нагласите, свързани с отглеждането на деца (AAP).

Въпросник за здравето на пациента (PHQ-9)

Този въпросник от девет елемента е стандартен инструмент за измерване на депресия. Инструментът се използва и в рамките на програмата ЗБЗБ, за да се наблюдава психичното благосъстояние и да се сигнализира за потенциални проблеми, свързани с психичното здраве. Респондентите са помолени да посочат колко често през последните две седмици са били притеснени заради всеки от деветте въпроса (елемента) по скала от 0 (изобщо не) до 3 (почти всеки ден).

Контрол и умения за справяне (скала на Pearlin и Schooler)

Скалата за контрол и умения за справяне на Pearlin и Schooler, съдържаща 7 въпроса, отразява степента, в която човек смята, че неговият/нейният собствен живот е под негов/нейн контрол. Повечето твърдения са формулирани отрицателно, а две – положително. Например: „Наистина няма начин да реша някои от проблемите, които имам“, или: „Могам да постигна почти всичко, което си намисля“. Ниските нива на това усещане за контрол се свързват с проблеми с психичното здраве и с общото лошо здравословно състояние. Високите нива на чувството за контрол могат да функционират като медиатори между стресовите фактори и различните здравни последици.

Скала за самота и социална изолация

Тези три стандартизирани въпроса изследват колко често респондентите имат приятел, към когото да се обърнат, дали се чувстват изоставени и дали се чувстват изолирани от другите. Въпросите се оценяват по скала от едно до три (където „Почти никога“ = 1, „Понякога“ = 2 и „Често“ = 3).

Въпросник за оценка на родителските практики и нагласите, свързани с отглеждането на деца (AAPi)

Този инструмент се използва широко за оценка на родителските нагласи, свързани с малтретирането и negliжирането на деца, като това е първото изследване, което го прилага към българския контекст. AAPi е диагностичен инструмент за прогнозиране на нивото на риска от малтретиране. Общо 40 въпроса изследват пет области на нагласите и очакванията на родителите към техните деца. Първата област измерва дали очакванията на родителите отговарят на възможностите за развитие на децата, втората област е насочена към емпатията и способността на родителите да разбират нуждите на децата и да разпознават техните чувства. Третата област е свързана с телесните наказания. Например, смятат ли родителите, че е подходящо и задължително да се използват телесни наказания? Или пък познават и ценят алтернативи на телесното наказание? Друга област изследва семейните роли и до каква степен родителите осигуряват подходяща семейна среда, в която родителите могат да полагат грижи, ориентирани към детето, и не очакват от децата да задоволяват собствените си потребности. Последната област е насочена към степента на автономия на децата, която родителите ценят (предоставянето на пространство за решаване на проблеми на децата и насърчаването им да правят добри избори), в противовес на по-строгия стил на възпитание, при който се очаква децата да бъдат послушни. За всяка от петте области е представена оценка на риска по десетобалната скала, където оценка на риска 1-3 означава висок риск, 4-7 – среден риск и 8-10 – нисък риск.

Описание на оценката на децата

Въпросници ASQ

Инструментът, избран за измерване на детското развитие, е Въпросникът по възрасти и етапи (ASQ-3). Използвани са два вида въпросници – стандартният скрининг ASQ-3 и скрининговият инструмент за социално и емоционално развитие ASQ-SE. Въпросниците ASQ са попълвани от интервюиращия*, въз основа на отговорите, предоставени от майката, и наблюденията на детето. Интервюиращите са подготвени за използване на инструментите чрез обучение на фондация „Карин дом“.

Валидността на ASQ-3 е широко проучена. Психометрични изследвания, основани на извадка за нормиране от над 18 000 въпросника, показват висока надеждност, вътрешна съгласуваност, чувствителност и специфичност. ASQ-3 се цитира в голям брой статии като точен, рентабилен и удобен за родителите инструмент за скрининг и наблюдение на малки деца.

ASQ-3 е инструмент за скрининг на развитието на деца на възраст между 1 месец и 5 години. Съществуват различни версии на въпросника за различните възрастови групи – общо 21 версии, 18 от които са използвани за настоящото изследване. За възрастовите групи до 2-годишна възраст версиите на ASQ-3 са на интервали от 2 месеца, за възрастовите групи между 2 и 3 години версиите са на интервали от 3 месеца, а за последните възрастови групи

* В няколко случая (приблизително 10) сред извадката от общото население скрининговите формуляри бяха попълнени директно от майките.

(>3 години, до 5 години) версиите са на интервали от 6 месеца. Въпросите са съобразени с възрастовите интервали и със средното ниво на умения, което се очаква от децата в съответните възрастови групи. Например за 6-месечна възраст въпросът за общуване може да бъде: „Вашето бебе издава ли звуци като „га“, „га“, „ка“ и „ба“?“, а за 24-месечна възраст въпросът за общуване може да бъде: „Детето ви използва ли правилно поне две гуми като „мен“, „аз“, „мой“ и „ти“?“

ASQ-3 изследва 5 области на развитие: общуване, груба моторика, фина моторика, решаване на проблеми и личностно-социална сфера. Всяка област се измерва чрез 6 въпроса с три възможности за отговор: „да“, „понякога“, „все още не“. Областта на общуване включва въпроси, свързани с взаимодействието с родителя/полагащия грижа и езиковото развитие (например: „Когато бебето Ви иска нещо, дава ли знак като го посочва?“ и „Детето Ви казва ли осем или повече гуми в допълнение към „мама“ и „татко“?“). Въпросите, свързани с решаването на проблеми, изследват например дали детето може да повтори стъпките на родителя/полагащия грижа, за да извади троха от шише или да граска с пастел. Въпросите, свързани с личностното и социалното развитие, отразяват например как детето играе с играчките, дали търси помощ, за да реши проблем, или дали имитира дейности (напр: „Подражава ли детето ви на дейностите, които извършвате, като например избърсване на разлята течност, метене, бръснене или сресване на косата?“).

Допълнителен раздел „обща информация“ (състоящ се от 4 до 10 въпроса) има за цел да установи оценката на родителите за качеството на уменията (напр. „Използва ли бебето ви двете си ръце еднакво добре?“) и да установи притесненията на родителите относно развитието на детето им в определени области (напр. „Имате ли притеснения относно зрението на бебето?“ или „Смятате ли, че детето ви ходи, тича и се катери като другите малки деца на неговата възраст?“).

Инструментът за скрининг е разработен така, че да се попълва от родителите/полагащите грижа, но може да се прилага и от професионалист, който напътства родителя/полагащия грижа по време на скрининга. В резултат на скрининга се посочва дали развитието на детето е в „в норма“ за възрастта му или изостава (в този случай детето може да бъде насочено към интервенция). Ниските резултати на ASQ-3 са причина за безпокойство.

Въпросници ASQ-SE

Проведени са проучвания за валидност, надеждност и полезност на ASQ-SE в международен план, за да се определят точно психометричните свойства на скрининговия инструмент. Резултатите потвърждават способността на ASQ-SE да разграничава децата със социално-емоционални забавяния от тези, които се развиват типично за възрастта си в социално-емоционалните области.

Съществуват общо 9 версии на ASQ-SE, като в това изследване бяха използвани 8 от тях (за възрастовите интервали от 8 месеца до 5 години). Всеки въпросник съдържа 16-36 елемента за оценка на 7 ключови социално-емоционални области: саморегулация, спазване на правилата, адаптивно функциониране, автономност, афект, социално общуване и взаимодействие с хора. За разлика от стандартният скрининг ASQ-3, въпросите в ASQ-SE не са разделени на подобласти. Отделните въпроси се оценяват с точки и се сумират, за да се из-

числи една обща оценка. За тези въпросници възможностите за отговор са следните: „често или винаги“, „понякога“ и „рядко или никога“. Освен това всеки въпрос има допълнително поле – „отбележете гали това ви притеснява“, в което родителите могат да отбележат, ако дадена област (поведението на детето в тази област) ги притеснява. Три „обща въпроса“ измерват общите притеснения или впечатления на родителите (например: „Притеснява ли ви нещо във вашето бебе?“). Високите резултати на ASQ-SE са причина за безпокойство.

За оценяването са използвани норми, базирани на контекста на САЩ. Въпреки че в момента се разработват нови норми за българския контекст, по време на провеждането на това изследване те все още не са налични. За да стандартизираме въпросниците ASQ-3 и ASQ-SE и да ги направим годни за сравнение за различните възрасти/версии, разделихме процента на точките, получени за всяка област на ASQ-3, на общия брой възможни точки, които могат да бъдат получени, като това се различава в зависимост от версията. Така се получи променливата „процент от максимално възможните точки по ASQ“, която използвахме като резултат. Тази непрекъсната променлива също така предостави повече вариации за анализ в сравнение с по-ясните бинарни категории за резултатите от развитието – „в норма“ и „за насочване“. Освен това, променливата даде възможност да се изчисли и сравни средната стойност за всичките пет области на ASQ-3.

ASQ-SE обикновено се кодира така, че по-ниският резултат е „по-добър“, означавайки развитие, което е в норма. В моделите в настоящия доклад ние кодирахме ASQ-SE обратно, така че по-високите резултати да са „по-добри“ (това съответства на кодирането на областите на ASQ-3, при които по-високият резултат също е „по-добър“). След това преизчислихме резултата и изключихме точките от полето „отбележете гали това ви притеснява“ (обикновено те получават 5 точки и се включват в общия резултат на ASQ-SE). След това изчислихме променливата „процент от максимално възможните точки по ASQ-SE“.

4. Сравнение на извадката от ромски майки, не участвали в ЗЗБЗБ, с извадката от майки от общото население

4.1. Демографски и социално-икономически характеристики

Извадката с ромски майки е със значително по-ниско ниво на образование и е по-бедна.

В този раздел сравняваме демографските и социално-икономическите характеристики на сравнителната извадка от майки от (преимно) ромски етнически произход, живеещи в същите квартали като участниците в ЗЗБЗБ („ромски майки“), и майки от общото население („майки от общото население“) в същите два града (Пловдив и София).

Първо, около две трети (67%) от двете извадки живеят в София, а останалата една трета – в Пловдив. Извадката от ромски майки има много по-ниско ниво на образование (само 11% са завършили средно образование в сравнение с 99% от извадката от общото население). Освен това, докато ромските майки говорят различни основни езици вкъщи (42% български, 40% ромски и 18% турски), 99% от извадката от общото население говори български език. Също така, 82% от ромските майки съобщават, че са домакини на пълен работен ден (грижат се за дома/децата/рогнините) или официално са в отпуск по майчинство, в сравнение с 42% от извадката от общото население. 91% от ромските майки живеят с партньор, в сравнение с 98% от майките от общото население.

Извадката от ромски майки също е значително по-бедна: между 29% и 61%* от ромските майки съобщават, че живеят в домакинства, които са под прага на бедността, т.е. разполагат с под 400 лв. на месец на член от семейството, в сравнение със само 2% от майките от общото население. 12% нямат течаща вода вкъщи, а 26% нямат тоалетна в къщата, в сравнение с нито една майка от общото население. 55% отопляват домовете си с печка на дърва/въглища, в сравнение с 6% от майките от общото население. За щастие обаче гладът е рядкост, като 4% от ромските майки съобщават, че някой от живеещите в дома им си ляга гладен, в сравнение с 1% от майките от общото население.

Ромските майки са както по-ниски на ръст, така и по-леки; медианите са съответно 160 см срещу 167 см и 55 kg срещу 60 kg.

И накрая, извадката от ромски майки е и много по-млада (медиана на възрастта 22 години в сравнение с 32 години за извадката от общото население). Все пак трябва да се отбележи, че разликата във възрастта е резултат от подхода при изготвянето на извадката, тъй като ромските майки са подбрани така, че да са сходни с участниците в ЗЗБЗБ, и съответно са подбрани въз основа на тяхната възраст и възрастта на детето им (за повече информация: глава 3.1).

* Горната граница от 61% включва 32% от респондентите, които отговарят с „не знам“ на въпроса: „Доколкото Ви е известно, всеки член на Вашето домакинство разполага ли с поне 400 лв. на месец?“

4.2. Резултати на децата: ASQ (детско развитие)

Децата на ромски майки имат средно по-ниски резултати в детското развитие в сравнение с децата на майки от общото население, измерени чрез въпросниците ASQ-3 и ASQ-SE, въпреки че това варира в различните области. Разликите в средните резултати от оценяването са най-големи в областите „Фина моторика“ и „Решаване на проблеми“, следвани от областите „Общуване“, „Личностно-социална сфера“ (ASQ-3) и „Социално-емоционална сфера“ (ASQ-SE). Разликата е най-малка в областта „Груба моторика“. Децата от ромски произход са изложени на най-голям риск да попаднат в зоната за насочване в областта на социално-емоционалните умения.

Средната възраст на децата е много сходна, като децата от извадката на ромските майки са само малко по-възрастни от децата от извадката на майките от общото население (3,0 години спрямо 2,9 години). В петте области на ASQ-3 – общуване, груба моторика, фина моторика, решаване на проблеми и личностно-социална сфера – децата на ромските майки получават средно 73% от максималния възможен брой точки. Това е с 9,2 процентни пункта по-малко от общото население, което означава, че е по-малко вероятно тяхното развитие да е „в норма“ за възрастта им. Разликата е по-голяма в някои области на ASQ-3, отколкото в други: например децата от ромски произход постигат средно с 14,5 процентни пункта по-нисък резултат в областта „Фина моторика“ (61,2% спрямо 75,6%) и с 13,2 процентни пункта по-нисък резултат в областта „Решаване на проблеми“ (71,2% спрямо 84,4%), отколкото децата от общото население. Разликите в „Комуникация“ (76,5% спрямо 86,9%) и „Личностно-социалната сфера“ (74,9% спрямо 81,7%) са по-малки, а тези в „Груба моторика“ (81,2% спрямо 82,4%) са незначителни. Разликата в ASQ:SE (83,8% срещу 89,4%) е подобна на разликата в личностно-социалната сфера.

Таблицата показва, че в петте области на ASQ-3 между 8% („комуникация“) и 22% („фина моторика“) от ромските деца имат резултат, който дава основание за насочване на детето към интервенция. За сравнение, в извадката на общото население това са съответно 1% и 8% от децата. При социално-емоционалния скрининг ASQ:SE, цели 23% от ромските деца попадат в категорията за насочване в сравнение с 4% от децата от общото население.

Накрая, по отношение на теглото при раждане установяваме, че средно ромските деца са по-леки – 3 006 грама спрямо 3 262 грама, и е по-вероятно да имат ниско тегло при раждане (пог 2 500 грама): 12% от ромските деца се раждат с ниско тегло при раждане в сравнение с 4% от децата в извадката от общото население. Гестационната възраст е почти идентична при двете групи.

Резултати за детско развитие

Име на резултата	Средна стойност – деца на майки от ромски произход	Средна стойност – деца на майки от общото население	F-тест
% от максималния брой точки			
Комуникация	76.5%	86.9%	***
Груба моторика	81.2%	82.4%	
Фина моторика	61.2%	75.6%	***
Решаване на проблеми	71.2%	84.4%	***
Личностно-социална сфера	74.9%	81.7%	***
Средна стойност на областите на ASQ-3	73.0%	82.2%	***
Социално-емоционална сфера (ASQ:SE)	83.8%	89.4%	***
% в зона за насочване			
Комуникация	8%	1%	***
Груба моторика	13%	11%	
Фина моторика	22%	8%	***
Решаване на проблеми	16%	4%	***
Личностно-социална сфера	13%	6%	***
Социално-емоционална сфера (ASQ:SE)	23%	4%	***
Тегло при раждане (грамове)	3,006	3,262	***
Ниско тегло при раждане (<2500 г)	12%	4%	***
Гестационна възраст (продължителност на бременността в седмици)	39.5	39.2	*

В таблицата са показани средните резултати от Въпросниците по възраст и етапи (ASQ) за децата от двете извадки. Тъй като въпросникът ASQ варира в зависимост от възрастта на детето, средният резултат, посочен в таблицата, е изчислен или като (1) процент от максималния възможен брой точки в съответната област на ASQ за този въпросник ASQ, или (2) дали резултатът е под специфичния праг на ASQ, който би означавал, че детето има резултати в така наречената „зона за насочване“. F-тест: *** ($p < 0,01$), ** ($p < 0,05$), * ($p < 0,1$).

4.3. Резултати на майките

Семейно планиране

Ромските майки са значително по-малко склонни да назоват различни методи за контрацепция в сравнение с майките от общото население, като най-големи са пропуските при назоваването на противозачатъчни хапчета и вътрематочни спирали.

На респондентите беше зададен отворен въпрос „Кои са някои начини да се предпазите от забременяване?“ Най-често посоченият начин от ромските майки са презервативите: споменават ги 66% срещу 74% от общото население. По-малко от една трета обаче посочват

някай от другите методи: 28% споменават противозачатъчни хапчета (срещу 60%), 26% – вътрематочни спирали (срещу 59%), 12% – прекъснат полов акт (срещу 32%), 1% – семейно планиране (срещу 18%) и 0% – спешна контрацепция (срещу 19%).

В заключение, на въпроса колко време биха искали да изчакаат след раждането на последното си дете, преди да имат друго, огромното мнозинство от двете групи майки (92% срещу 98%) съобщават за поне две години.*

	Средна стойност		F-тест
	майки от ромски произход	майки от общото население	
Контрацептивни методи:			
презерватив	66%	74%	**
противозачатъчни хапчета	28%	60%	***
вътрематочна спирала	26%	59%	***
прекъснат полов акт	12%	32%	***
семейно планиране	1%	18%	***
спешна контрацепция	0%	19%	***
не знам	6%	1%	***
Времеви период между бременностите:			
искам да изчакам поне 2 години от раждането на последното дете	92%	98%	***

Бременност

Познанията за факторите, които влияят върху благосъстоянието на бебето по време на бременността, са по-ниски сред ромските майки, отколкото сред майките от общото население. По време на бременността ромските майки съобщават, че по-рядко се хранят с питателни храни и е по-вероятно да пушат. Дяловете, които консумират алкохол по време на бременността, са много малки и сходни в двете групи.

На първо място, при оценката на знанията за бременността значително по-малко ромски майки (74% спрямо 96%) отговарят правилно, че бебетата чуват, докато се развиват в майката, и по-малко ромски майки (77% спрямо 98%) отговарят, че тяхното физическо и емоционално състояние се отразява на бебето по време на бременността. Що се отнася до храненето по време на бременността, ромските майки съобщават за по-ниска честота на

* На въпроса „Ако ще имате още едно дете, колко години бихте изчакали?“ много майки отговарят с „Не планирам да имам повече деца“ (45% от майките от общото население, 29% от майките от ромски произход, 18% от потребителките на ЗЗБЗБ). В таблиците и моделите в настоящия доклад тези отговори са изключени и са анализирани само тези, които са дали отговор в години.

консумация на зеленчуци, плодове, месо, риба и млечни продукти, като същевременно съобщават за по-висока честота на консумация на боб и зърнени храни в сравнение с общото население (в обобщената таблица по-долу, по скалата от 0 до 3, „0“ е никога, „1“ е 1-2 пъти седмично, „2“ е 3 или повече пъти седмично, а „3“ е ежедневно).

Що се отнася до тютюнопушенето, почти половината (46%) от ромските майки и една трета (33%) от майките от общото население са пушили преди бременността. По-голяма част от ромските майки съобщават, че са пушили по време на първата си бременност (28% спрямо 12%), и ако пушат, пушат повече цигари (средно 7,37 спрямо 6,11 цигари на ден). Делът на майките, употребяващи алкохол по време на бременността, е почти еднакъв и сред двете групи (8% спрямо 9%). Въпреки това ромските майки, които са консумирали алкохол по време на бременността, съобщават, че са консумирали значително по-малко напитки на седмица, отколкото майките от общото население (средно 1,56 срещу 2,34 напитки на седмица).

	Средна стойност – майки от ромски произход	Средна стойност – майки от общото население	F-тест
Да: бебетата чуват, докато са в теб	74%	96%	***
Да: физическото и емоционалното ти състояние влияят на бебето по време на бременността	77%	98%	***
Хранене по време на първата бременност:			
честота на ядене на зеленчуци	2.05	2.59	***
честота на ядене на плодове	2.01	2.65	***
честота на ядене на месо	1.78	2.18	***
честота на ядене на риба	1.27	1.88	***
честота на ядене на яйца	2.00	2.11	
честота на ядене на бобови култури	2.34	2.00	***
честота на ядене на млечни продукти	2.36	2.63	***
честота на ядене на зърнени храни	2.58	2.4	***
Пушене преди първата бременност	46%	33%	***
Изпушени цигари на ден преди първата бременност	12.67	13.59	
Пушене по време на първата бременност	28%	12%	***
Изпушени цигари на ден по време на първата бременност	7.37	6.11	
Консумация на алкохол по време на първата бременност	8%	9%	
Алкохолни напитки на седмица по време на първата бременност	1.56	2.34	***

Съществува значителна разлика в здравното осигуряване по време на бременността и макар че честотата на пренаталните прегледи като цяло е висока, ромските майки ходят на по-малко прегледи от общото население, а значителна част от тях не достигат националния критерий. Има различия при двете групи майки по отношение на услугите, които съобщават, че са използвали по време на бременността, а ромските майки съобщават, че знаят по-малко за това какво да очакват по време на раждането, отколкото майките от общото население.

Здравното осигуряване по време на бременността не е универсално явление сред ромските майки: 77% съобщават, че са били осигурени, в сравнение със 100% от майките от общото население. Средно, ромските майки се чувстват комфортно да се обърнат към личния лекар с въпроси относно бременността, макар и с известни колебания („3“ е „Нито комфортно, нито некомфортно“, „4“ е „По-скоро комфортно“), а първите бременности на огромното мнозинство – 95% – са проследявани от личен лекар, акушер-гинеколог или акушерка. Пренаталните прегледи също са много разпространени, но средно ромските майки посещават с 3,31 по-малко пренатални прегледа по време на бременността, отколкото майките от общото население (9,60 срещу 12,91). Ромските майки по-рядко достигат българския критерий от минимум 8 прегледа (74% спрямо 96% от майките от общото население).

В изследването майките са попитани и за услугите, които са ползвали по време на бременността. Майките от общото население са значително по-склонни да използват училище за родители и услуги за подкрепа на децата (включително дневен център, детска кухня, специална терапия за развитие на детето), докато ромските майки по-често съобщават, че са използвали финансова подкрепа.

Майките от ромски произход значително по-рядко съобщават, че са имали усложнения по време на бременността (5% спрямо 10%). В сравнение с майките от общото население, ромските майки съобщават, че знаят по-малко за това какво да очакват по време на раждането. По скалата от 1 до 5 („3“ е „знаех някои неща“, „4“ е „знаех повечето неща“, а „5“ е „знаех всичко“) ромските майки съобщават средно 3,08 спрямо 3,69 за майките от общото население.

	Средна стойност		F-тест
	майки от ромски произход	майки от общото население	
Здравни осигуровки по време на първата бременност	77%	100%	***
Чувствам се комфортно да се свържа с личния ми лекар с въпроси относно бременността	3.84	4.33	***
Първата бременност е проследена от личен лекар/акушер-гинеколог/акушерка	95%	100%	***
Брой пренатални прегледи по време на бременността	9.60	12.91	***
Достигнат критерий за брой пренатални прегледи: български стандарт (8)	74%	96%	***
Услуги по време на бременността:			
гържавна/общинска услуга	21%	27%	*
финансова подкрепа	45%	24%	***
училище за родители	1%	17%	***
патронажна сестра	5%	10%	**
психологическа подкрепа	2%	3%	
подкрепящи услуги за деца	9%	31%	***
кризисна интервенция/център	0%	0%	
услуги, свързани с образованието и заетостта	2%	1%	
Усложнения по време на бременността/раждането	5%	10%	**
Усложнения, които са разтревожили майката	4%	13%	***
(ако е отговорила с „да“ на предходния въпрос), консултира ли се със специалист? Отговорили с „да“:	73%	97%	***
Преди да влезеш в болница за да родиш, колко знаеше за това какво да очакваш по време на раждането?	3.08	3.69	***

След раждането

Ромските майки и майките от общото население съобщават за сходни предпочитания към ваксините за бебето, въпреки че ромските майки по-рядко отговарят правилно, че посещенията за профилактика на бебето трябва да се провеждат ежемесечно през първите 6 месеца. Продължителността на кърменето е сходна между двете групи, въпреки че ромските майки хранят детето си с твърда храна малко по-рано. На въпроса дали задължителните ваксини са полезни или вредни за бебето, и двете групи се отнасят положително – 4,25 срещу 4,32 („4“ „добро“, а „5“ – „много добро“). Значително по-малък дял от ромските майки обаче отговарят правилно, че посещенията за профилактика на бебето трябва да се извършват ежемесечно през първите 6 месеца (85% от ромските майки отговарят правилно в сравнение с 98% от майките от общото население). По отношение на кърменето средната продължителност е сходна между двете групи (около 4,2-4,3 месеца) и е под препоръката на

СЗО за 6 месеца*. Ромските майки захранват детето си с твърда храна малко по-рано (на 5,14 месеца в сравнение с 5,37 месеца за общото население).

	Средна стойност – майки от ромски произход	Средна стойност – майки от общото население	F-тест
Колко често трябва да ходите на детска консултация (педиатър) през първите 6 месеца от живота на детето? (% правилен отговор „ежемесечно“)	85%	98%	***
Мислиш ли, че задължителните ваксини са полезни или вредни за твоето бебе?	4.25	4.32	
Колко месеца кърмиш/кърмеше първото си дете? – майки с деца на 2 или повече години	4.19	4.30	
Възраст на захранване с твърди храни (месеци)	5.14	5.37	***

Кърмаческа възраст и ранно детство

Съществуват няколко показателя, които сочат, че малките деца на ромски майки са в по-уязвимо положение от децата на майки от общото население. Това включва голяма разлика в броя на майките, които са здравноосигурени, по-висока честота на случаите на водене на деца в спешното отделение през първата година от живота, по-висок процент на пушене от страна на майките, значително по-високи средни резултати по скалата за самота и по-ниски резултати по скалата на Pearlin и Schooler, оценяваща чувството за контрол и умения за справяне.

В България правителството осигурява здравноосигурителна помощ за всички до 18-годишна възраст. Докато 77% от ромските майки съобщават, че са имали здравни осигуровки по време на първата си бременност, само 41% от ромските майки наг 18 години съобщават, че са осигурени в момента, в сравнение с почти 100% от майките от общото население. 82% съобщават, че самите те са регистрирани при общопрактикуващ лекар в града, в който живеят (в сравнение с 99% от майките от общото население), а от децата им са регистрирани 96% (в сравнение с 99% от децата от общото население). Средно, майките се чувстват комфортно да се свържат с личния лекар по повод въпроси, свързани с отглеждането на детето, докато майките от общото население съобщават, че се чувстват малко по-комфортно в това отношение (3,94 срещу 4,4, където „4“ означава „По-скоро комфортно“).

* Средният период на кърмене представлява минимална или долна граница на броя на месеците, така че действителният среден брой на месеците може да е по-висок. Зададеният въпрос беше: „Колко месеца кърмите/кърмехте първото си дете?“ и данните бяха събрани в категоричен формат („по-малко от 3 месеца“, „по-малко от 6 месеца“, „повече от 6 месеца“, „повече от 12 месеца“). Тези данни бяха прекодирани в числови, за да представят долната граница на категорията: „По-малко от 3 месеца“ = 0, „По-малко от 6 месеца“ = 3, „Повече от 6 месеца“ = 6, „Повече от 12 месеца“ = 12. От тази прекодирана цифрова променлива беше взета средна стойност.

В изследването са зададени два въпроса относно хоспитализацията. Първо, майките бяха попитани колко пъти през първата година от живота на бебето им то е било откарано в спешно отделение, болница или е била повикана линейка заради нараняване или опасения, че е погълнало нещо опасно. Беше зададена и вариация на същия въпрос, за това колко пъти бебето е било прието в болница (прекарало е поне една нощ там) поради същите проблеми през първата година от живота си. През първата година от живота си бебетата на ромски майки са били отведени в спешното отделение или в болница средно 0,23 пъти, което е над три пъти повече от честотата при бебетата на майки от общото население (0,07 пъти). Освен това те са били приети в болница, за да прекарат там поне една нощ, 0,25 пъти, или над 8 пъти по-често от бебетата от общото население (0,03 пъти).

	Средна стойност – майки от ромски произход	Средна стойност – майки от общото население	F-тест
Здравноосигурена в момента	43%	99%	***
Здравноосигурена в момента – майки над 18 г.	41%	99%	***
Регистрирана при личен лекар по местоживееене – майка	82%	99%	***
Регистриран/а при личен лекар по местоживееене – дете	96%	99%	**
Чувство на комфорт: контакт с личен лекар по въпроси, свързани с отглеждането на детето	3.94	4.4	***
Брой пъти на отвеждане на детето в спешно отделение или болница	0.23	0.07	***
Брой пъти на прием на детето в болница (с поне 1 нощувка)	0.25	0.03	***

Друг показател за здравните рискове, тютюнопушенето при майките, показва, че процентът на пушене преди и след бременността е почти еднакъв и много висок, съответно 46% и 49% сред ромските майки, и значително по-висок от този сред майките от общото население (съответно 33% и 27%).

Няколко въпроса в това изследване имаха за цел да оценят настоящото благосъстояние на майките по отношение на симптомите на депресия, самотата и чувството за контрол над собствения живот.

За оценка на симптомите на депресия е използван въпросникът PHQ-9, който дава резултат от 0 до 27 точки, като по-високият резултат показва по-тежки симптоми на депресия. Средно и двете групи отбелязват резултати в категорията „без до минимална депресия“, като ромските майки не отбелязват значителни разлики по скалата в сравнение с майките от общото население.

Използвана е и скала за самота и социална изолация с 3 въпроса, която варира от 3 до 9, като по-високият резултат показва по-висок риск от самота и социална изолация. Средно и двете групи са получили резултати в категорията „нисък риск“ (пог 4). Средната стойност за ромските майки обаче е значително по-висока (3,90) и по-близка до границата за следва-

щата категория („умерен риск“), отколкото за майките от общото население (3,49).

Скалата на Pearlin и Schooler от 7 въпроса измерва степента, в която човек смята, че развитието на собствения му живот е под негов личен контрол. Диапазонът на скалата е от 7 до 28 точки, като по-високият резултат означава, че човек има по-голямо усещане, че животът му е под негов контрол. В сравнение с общото население ромските майки имат средно 3,51 точки по-нисък резултат по тази скала, което е значителна разлика, показваща, че те смятат, че житейските им шансове са по-малко под техен контрол.

Майките бяха попитани дали имат цели или планове свързани с допълнително обучение и работа през следващите две години (търсене на работа, смяна на работата и т.н.). Припомняме, че процентът на завършилите средно образование е много нисък сред извадката от ромски майки. Само малък процент, 17%, от ромските майки съобщават, че имат цел или план за допълнително обучение, което е почти идентично с това на майките от общото население (16%). Значително по-малка част от ромските майки обаче, имат цел или план, свързани с работа, отколкото майките от общото население (33% спрямо 49%).

	Средна стойност – майки от ромски произход	Средна стойност – майки от общото население	F-тест
Пуши в момента	49%	27%	***
Цигари на ден, в момента	13.02	13.98	
Скала за депресия (PHQ-9)	2.02	1.81	
Скала за самота	3.90	3.49	***
Контрол над собствения живот (Скала на Pearlin и Schooler)	18.53	22.04	***
Цел или план за допълнително образование	17%	16%	
Цел или план за работа през следващите 2 години (търсене на работа; смяна на работа и др.)	33%	49%	***

Бащите естествено могат да имат важен принос за развитието на детето, както пряко чрез взаимодействието си с него, така и непряко, например чрез споделяне на домакинските задачи. В изследването бяха зададени няколко въпроса относно участието на биологичния баща и отношенията с него. Майките бяха попитани „през последния месец колко често биологичният баща прекарва време с бебето/детето? (играе с или се грижи за бебето)“, а вариантите за отговор варираха от „по-малко от веднъж седмично“ до „(почти) ежедневно“. И в двете групи майките съобщават, че биологичните бащи прекарват средно между „няколко пъти седмично“ („3“) и „(почти) ежедневно“ („4“), играейки или грижейки се за детето, като бащите роми прекарват средно малко по-малко време, отколкото бащите от общото население: 3,62 срещу 3,82. За да се оцени динамиката в отношенията на майката с нейния партньор, майките бяха попитани как реагират, когато мнението им се различава от това на партньора им. Майките от ромски произход са много по-склонни (49,6% спрямо 2,7%) да съобщят „Обикновено отстъпвам“ и много по-рядко (35,1% спрямо 76,7%) да съобщат „Обикновено обсъждаме“. Няма голяма разлика в това колко често майките съобщават „Обикновено отстоявам позицията си“ (15,2% срещу 20,6%).

	Средна стойност – майки от ромски произход	Средна стойност – майки от общото население	F-тест
Време с биологичния баща през последния месец	3.62	3.82	***
Отговор при мнение, различно от това на партньора: Обикновено отстъпвам	50%	3%	***
Обикновено обсъждаме	35%	77%	***
Обикновено отстоявам позицията си	15%	21%	*

Ранната стимулация от страна на родителите играе съществена роля за развитието на детето. Майките от ромски произход съобщават за значително по-ниска честота на четене на книги на децата си, разказване на приказки, назоваване, броене и рисуване, както и на игра с играчки. Честотата на пеене на песни и излизане навън с децата е сходна при двете групи, докато времето, прекарано пред екрана, е малко повече при ромските деца. Посещаването на детска градина е много по-рядко срещано.

Майките бяха попитани дали през последните три дни те или някой от членовете на семейството на възраст над 15 години са участвали в различни дейности за ранна стимулация с най-малкото дете. Средно децата на ромски майки са били ангажирани със значително по-малко дейности за ранна стимулация през последните три дни в сравнение с децата от общото население, по-конкретно: четене на книги (46% спрямо 90%), разказване на приказки (62% спрямо 89%) и назоваване, броене, рисуване (55% спрямо 81%). Разликите са по-малки по отношение на играта с играчки заедно с детето (82% срещу 93%). Няма разлики по отношение на пеенето на песни (84% спрямо 83%) и излизането навън (98% спрямо 99%).

Майките бяха попитани колко часа на ден детето им прекарва пред екран; отговорите бяха в категорийна скала и можеха да варират от 0 („не гледа телевизия, телефон, таблет и т.н.“) до 3 („повече от 2 часа на ден“). Средно децата на майки от ромски произход прекарват малко повече време пред екраните на ден, въпреки че и двете групи посочват отговор между „1“ („по-малко от един час“) и „2“ („1-2 часа на ден“).

Отпускът по майчинство в България е две години (с неплатена трета година по избор) и това е годината, в която децата обикновено биват записани в детска градина. Въпреки това делът на децата на възраст над две години, които в момента посещават официални детски ясли или детски градини, е значително по-нисък сред децата на ромски майки в сравнение с децата от общото население (15% срещу 75%). На майките бяха зададени и серия от въпроси относно нагласите, свързани с родителството и отглеждането на деца чрез въпросника AAPI. Този диагностичен инструмент има пет области. За всяка от областите се предоставя оценка на риска по десетобалната скала, където резултат от 1-3 означава висок риск, 4-7 - среден риск и 8-10 - нисък риск. В различните области резултатите от AAPI за ромските майки не участвали в ЗЗБЗБ показват средно или високо ниво на риск. Оценката на риска за областта емпатия, както и за областта, свързана със семейните роли, показват висок риск, докато за областите очаквания, телесни наказания и автономия на

детето рискът е среден. И за петте области оценките на риска са значително по-високи за ромските майки в сравнение с оценките на риска за майките от общото население, докато резултатите от тестовете като цяло, включително за общото население, показват високи или средни нива на риск. Доколкото ни е известно, това е първият път, в който този инструмент се използва в България, и респондентите имаха затруднения при разбирането на въпросите и даването на отговори.

	Средна стойност – майки от ромски произход	Средна стойност – майки от общото население	F-тест
Дейности през последните 3 дни:			
четене на книги	46%	90%	***
разказване на приказки	62%	89%	***
пеене на песни	84%	83%	
излизане навън	98%	99%	
игра с играчки	82%	93%	***
назоваване, броене, рисуване	55%	81%	***
Количество екранно време на ден (телевизия, телефон, таблет)			
	1.73	1.37	***
Детето посещава ясла или детска градина	11%	53%	***
Детето посещава ясла или детска градина (деца на 2 г или повече)	15%	75%	***
ААPI: Сфера А: очаквания	4,64	5,64	***
ААPI: Сфера В: емпатия	2,29	3,55	***
ААPI: Сфера С: телесни наказания	4,1	4,89	***
ААPI: Сфера D: семейни роли	3,76	4,56	***
ААPI: Сфера Е: автономия на детето	4,05	5,16	***

5. Оценка на въздействието на ЗЗБЗБ: Сравнение между потребителите на ЗЗБЗБ с майки с първо дете от същите квартали

5.1. Методология на оценка на въздействието

За да оценим въздействието на програмата ЗЗБЗБ върху различни резултати на децата и майките, използвахме регресионен анализ, който сравнява резултатите на потребителките на ЗЗБЗБ и техните деца с резултатите на майки от същите квартали, които не са участвали в програмата ЗЗБЗБ (групи 1 и 2).

За да се елиминират факторите, които могат да изкривят оценката на ефекта от ЗЗБЗБ, се контролира за демографски и социално-икономически характеристики, които могат да определят както самото участие в програмата ЗЗБЗБ, така и резултатите, независими от участието в ЗЗБЗБ. Например, въпреки че майките в двете групи произхождат от едни и същи квартали и са родили първото си дете в рамките на един и същи период 2017-2021 г. (осигурен от стратегията за подбор на извадката), може да се окаже, че потребителите на ЗЗБЗБ все пак се различават от неучастващите по ниво на образование или жилищни условия.

Необходимо е да се внимава при интерпретирането на резултатите като причинно-следствени, тъй като все още може да има ненаблюдавани характеристики, които не можем да контролираме в нашите изчисления, влияещи както върху участието в ЗЗБЗБ, така и върху резултатите. Като се има това предвид, резултатите по-году дават представа за това къде е вероятно да са концентрирани ефектите от програмата ЗЗБЗБ.

Във всички регресионни анализи, представени по-году, използвахме един и същ набор от контролни променливи:

- Град (София срещу Пловдив)
- Възраст на майката в завършени години
- Образователна степен на майката (завършено средно или по-високо образование срещу незавършено средно образование)
- Основен език, говорен вкъщи (български или ромски/турски/груз)
- Дали в дома има отделна стая за майката и детето (и партньора на майката)
- Дали в дома има тоалетна

- Източници на отопление, които обикновено се използват в дома: ток/електрическа енергия
- Източници на отопление, които обикновено се използват в дома: печка на гърва/въглища
- Фиксирани ефекти за всички въпросници ASQ-3 (които на практика действат и като фиксирани ефекти за възрастта на децата) *
- Дали майката е пушила преди първата бременност

Горепосочените контролни променливи са подбрани от по-широк набор от такива, които са били включени първоначално. Съкратихме списъка на контролните променливи, за да се съсредоточим върху тези, които са статистически значими определящи фактори на резултатите на ниво майка и дете. Освен това, когато сравняваме средните стойности на тези контролни променливи между майките от ЗЗБЗБ и тези, които не са участвали в ЗЗБЗБ, някои от тях също се различават значително между двете групи, което подкрепя включването им като контроли. Например, въпреки че най-високите нива на образование са много сходни, по-голям дял от ЗЗБЗБ майките говорят български език вкъщи и е по-вероятно да разполагат с тоалетна и електрическо отопление.

Контролни променливи	Средна стойност – майки от ЗЗБЗБ	Средна стойност – майки от ромски произход (не от ЗЗБЗБ)	F-мест
Град: София (вместо Пловдив)	80%	67%	***
Възраст на майката	20.6	21.3	***
Най-висока степен на образование: гимназиално или по-високо	13%	11%	
Основен език вкъщи: български	63%	42%	***
Разполагате ли с отделна стая за теб и детето (и твоя партньор)? Да	74%	71%	
Имате ли тоалетна в къщата? Да	90%	74%	***
Основен източник на отопление: климатик/друг ел. уред	75%	59%	***
Основен източник на отопление: печка на гърва/въглища	33%	55%	***
Пушене преди бременността	40%	46%	

*** $p < 0.01$

* Средната възраст на децата на участниците в ЗЗБЗБ е 3,05 години в сравнение с 3,01 години на сравнителна извадка от майки от същите квартали, не участвали в ЗЗБЗБ. Скрининговият инструмент за социално и емоционално развитие ASQ-SE е използван като фиксиран ефект при анализа на променливите за резултатите от ASQ-SE. За всички останали резултати е използван ASQ-3.

5.2. Резултати на децата

Изважката от деца на майки, потребителки на програмата ЗЗБЗБ („деца от ЗЗБЗБ“), постига значително по-високи резултати на оценките ASQ-3 и ASQ-SE след контролиране на социално-икономическите и демографски характеристики, което показва, че тяхното развитие е по-вероятно да е в норма за възрастта им. Средно децата от ЗЗБЗБ постигат почти същите резултати в областите на ASQ-3 като децата от общото население (81,4% спрямо 82,2% от максималния възможен резултат) и значително по-високи от децата от майки от ромски произход, които не са от ЗЗБЗБ (73,0%). Според резултатите от скрининговия инструмент 3,30 процентни пункта ($p < 0,01$) от разликата между децата от ромски произход, участващи в ЗЗБЗБ, и децата от ромски произход, които не участват в ЗЗБЗБ, не могат да бъдат обяснени с разликите в социално-икономическите и демографските характеристики, което предполага, че ЗЗБЗБ може да повишава резултатите по ASQ. При разглеждане на резултатите по области, децата от ЗЗБЗБ постигат между 1,46 процентни пункта по-високи резултати в сферата на комуникацията (не е статистически значимо) до 5,98 процентни пункта ($p < 0,01$) по-високи резултати в решаване на проблеми в сравнение с децата на ромски майки, които не са участвали в ЗЗБЗБ. Резултатите са статистически значими за три По отношение на зоните за насочване, от петте области: груба моторика, фина моторика и решаване на проблеми.

Резултатите от отделния скринингов инструмент ASQ-SE са сходни с общите резултати от ASQ: средно децата от ЗЗБЗБ постигат сходни резултати с децата от общото население (88,5 спрямо 89,4% от максималния възможен резултат) и с 2,77 процентни пункта ($p < 0,01$) по-високи резултати от децата от ромски произход, които не са участвали в ЗЗБЗБ, след контролиране на социално-икономическите и демографски характеристики.

Що се отнася до вероятността резултатите на децата да попаднат в зоната за насочване за петте области на ASQ-3 и за ASQ-SE, оцененото въздействие на ЗЗБЗБ е най-голямо и значимо по отношение на социално-емоционалното развитие на детето: тук резултатите на децата от ЗЗБЗБ са почти същите като тези на децата от общото население (5% попадат в зоната за насочване в сравнение с 4% от общото население). След контролиране на социално-икономическите и демографски характеристики, вероятността децата от ЗЗБЗБ да попаднат в зоната за насочване по ASQ-SE е много по-малка – с 11,4 процентни пункта ($p < 0,01$), отколкото при децата от ромски произход, които не участват в ЗЗБЗБ. От петте области на ASQ-3 оцененото въздействие на програмата ЗЗБЗБ е (единствено) значимо за областта решаване на проблеми, където социално-икономическите и демографски характеристики не могат да обяснят 7,7 процентни пункта ($p < 0,05$) от 12-те процентни пункта по-ниска вероятност децата от ЗЗБЗБ да бъдат в зоната за насочване за тази област в сравнение с ромските деца, които не са участвали в ЗЗБЗБ.

Резултатите от регресионния анализ не показват съществени разлики между ромските деца, участващи в ЗЗБЗБ, и децата, които не участват в ЗЗБЗБ, що се отнася до теглото и гестационната възраст при раждане.

Име на резултата	ЗЗБЗБ коефициент†		Станд. грешка	p	Средна стойност		N
					деца от ЗЗБЗБ	деца не от ЗЗБЗБ	
% от максимален възможен брой точки Средна стойност на ASQ областите	3.30	***	1.220	0.0071	81.4	73.0	462
Комуникация	1.46		1.565	0.3514	82.5	76.5	462
Груба моторика	2.97	*	1.57c5	0.0597	88.4	81.2	462
Фина моторика	3.95	*	2.019	0.0512	72.1	61.2	462
Решаване на проблеми	5.98	***	1.737	0.0006	81.3	71.2	462
Личностно-социална	2.14		1.530	0.1622	82.5	74.9	462
Социално-емоционална сфера (ASQ:SE)	2.77	***	0.762	0.0003	88.5	83.8	462
Зона за насочване							
Комуникация	-0.7%		0.025	0.7932	4%	8%	462
Груба моторика	-3.3%		0.029	0.2559	4%	13%	462
Фина моторика	-1.3%		0.034	0.6901	13%	22%	462
Решаване на проблеми	-7.7%	**	0.031	0.0124	4%	16%	462
Личностно-социална	-3.2%		0.029	0.2704	4%	13%	462
Социално-емоционална сфера (ASQ:SE)	-11.4%	***	0.036	0.0016	5%	23%	462
Тегло при раждане (грамове)	-51.79		54.302	0.3408	2996.6	3006.2	462
Ниско тегло при раждане (<2500 г)	0.8%		0.034	0.8133	11%	12%	462
Гестационна възраст (продължителност на бременността – седмици)	-0.06		0.161	0.7144	39.4	39.5	462

† майки от ЗЗБЗБ спрямо ромски майки, които не са участвали в ЗЗБЗБ

И накрая, въз основа на изследването на майките, когато става въпрос за езиците, които детето може да говори или разбира, регресионните анализи установяват, че майките на деца, които участват в ЗЗБЗБ, са с 5 процентни пункта ($p < 0,1$) по-склонни да съобщят, че детето им говори или разбира български език, отколкото децата от ромската сравнителна извадка (както и при всички други оценки, след като се контролира за основния език, говорен вкъщи). Същевременно не е установена статистически значима разлика относно комфорта на детето при говоренето или разбирането на ромски или турски език.

	ЗЗБЗБ кое-фициент†		Станд. грешка	P	Средна стойност – майки от ЗЗБЗБ	Средна стойност – майки (не от ЗЗБЗБ)	N
Детето свободно говори/разбира: български	0.050	*	0.029	0.0893	83%	63%	462
ромски	-0.057		0.047	0.2261	52%	60%	462
турски	0.008		0.027	0.7836	11%	18%	462

†майки от ЗЗБЗБ спрямо ромски майки, които не са участвали в ЗЗБЗБ

Установяваме, че резултатите от скрининга на развитието на детето (измерени чрез ASQ-3 и ASQ-SE) зависят от езика, на който се говори вкъщи, като резултатите са значително по-високи сред децата на майки от ЗЗБЗБ, които говорят ромски или турски език вкъщи.

Изследвахме това, като допълнително включихме член за взаимодействие (interaction term) между фиктивната променлива за групата на ЗЗБЗБ и променливата за това дали българският език е основният език, който се говори вкъщи (наред с включването на двете променливи без тяхното взаимодействие – резултатите са на разположение при поискване). Този член на взаимодействие е статистически значим ($p < 0,05$) и отрицателен: при сравняване на ромските деца, които говорят български като основен език вкъщи, децата от ЗЗБЗБ постигат средно с 1,23 точки по-високи резултати по областите на ASQ-3, отколкото децата, които не са от ЗЗБЗБ. При сравняване на ромските деца, които не говорят български като основен език вкъщи, ефектът е много по-голям: децата в ЗЗБЗБ постигат средно с 6,03 точки по-високи резултати в областите на ASQ-3. С други думи, регресионният анализ показва, че подобрението на резултатите по ASQ-3 между ромските деца от ЗЗБЗБ и тези, които не са от ЗЗБЗБ, е по-голямо сред децата, които не говорят български език вкъщи. Това предполага, че положителното въздействие на ЗЗБЗБ може да е концентрирано сред децата, говорещи вкъщи езици, различни от българския (т.е. ромски, турски и др.).

Същата тенденция е очевидна, когато разглеждаме резултатите от ASQ-SE. Когато се включи взаимодействието между групата от ЗЗБЗБ и българския език, то също е статистически значимо ($p < 0,05$) и отрицателно. В сравнение с ромските деца, които не говорят български като основен език вкъщи, децата от ЗЗБЗБ постигат средно с 4,90 точки по-високи резултати на ASQ-SE. При разглеждане на ромските деца, които говорят български език като основен вкъщи, децата в ЗЗБЗБ също постигат по-високи резултати, но средно само с 1,17 точки.

5.3. Резултати на бременните и майките

В следващата секция разглеждаме резултатите на майките от ЗЗБЗБ и сравнителната извадка от майки от същите квартали.

Семейно планиране

По-голямата част от ромските майки, които не са се възползвали от ЗЗБЗБ (92%), съобщават, че искат да изчакат поне две години след раждането на последното си дете преди следващата си бременност. Въпреки че ЗЗБЗБ сестрите комуникират с майките, че изчакването на поне две години е най-здравословно, не изглежда да има доказателства, че ромските майки, които участват в ЗЗБЗБ, са още по-склонни да го направят; разликата е малка и не е статистически значима.

Семейните сестри по ЗЗБЗБ предоставят на майките информация за семейното планиране. Резултатите от регресионния анализ показват, че програмата ЗЗБЗБ може би преодолява пропуските в познанията за контрацепцията. По-конкретно, средно със 17 процентни пункта по-вероятно е майките, които участват в ЗЗБЗБ, да назоват противозачатъчните хапчета ($p < 0,01$) и с 30 процентни пункта по-вероятно е да назоват вътрематочните спирали ($p < 0,01$) в сравнение с ромските майки, които не участват в ЗЗБЗБ, винаги след контролиране на социално-икономическите и демографски характеристики. Майките, участващи в ЗЗБЗБ, също така с 6,1 процентни пункта по-рядко споменават прекъснатия полов акт като форма на контрацепция ($p < 0,1$) и с 3,4 процентни пункта по-рядко съобщават, че не познават никакви методи за предпазване от бременност ($p < 0,1$).

	ЗЗБЗБ коэффици- ент*		Станд. грешка	P	Средна стойност – майки от ЗЗБЗБ	Средна стойност – ромски майки (не от ЗЗБЗБ)	N
Контрацептивни методи:							
Презерватив	-0.040		0.045	0.3770	55%	66%	462
Противозачатъчни хапчета	0.170	***	0.048	0.0004	52%	28%	462
Вътрематочна спирала	0.303	***	0.047	0.0000	64%	26%	462
Прекъснат полов акт	-0.061	*	0.032	0.0598	8%	12%	462
Семейно планиране	-0.006		0.012	0.6123	1%	1%	462
Спешна контрацепция	0.006		0.008	0.4783	1%	0%	462
Не знам	-0.034	*	0.020	0.0948	1%	6%	462
Времеви периоди между бременностите: би искала да изчака поне две години след раждането на последното дете							
	-0.013		0.035	0.7127	92%	92%	344

*майки от ЗЗБЗБ спрямо ромски майки, които не са участвали в ЗЗБЗБ

Бременност

Семейните сестри в програмата ЗЗБЗБ предоставят на (бъдещите) майки информация за плода, храненето и рисковете от тютюнопушене и пиене по време на бременност. Резултатите са смесени.

Резултатите от оценките показват, че участниците в ЗЗБЗБ като цяло демонстрират по-големи познания за плода, отново след контролиране на социално-икономическите и демографски характеристики. В сравнение с ромските майки, които не участват в ЗЗБЗБ, майките, участващи в ЗЗБЗБ, са с 11 процентни пункта ($p < 0,01$) по-склонни да съобщят правилно, че бебетата могат да чуват, докато са в тях, и с 9,6 процентни пункта ($p < 0,01$) по-склонни да съобщят правилно, че тяхното физическо и емоционално състояние влияе на бебето по време на бременността.

Що се отнася до храненето обаче, майките от ромски произход, които не са потребителки на ЗЗБЗБ, съобщават, че по време на бременността значително по-рядко (стойностите на p варират от $< 0,01$ до $< 0,1$) консумират зеленчуци, плодове, месо, яйца, боб, млечни продукти и зърнени храни, отколкото майките от ромски произход, които не са участвали в ЗЗБЗБ. Изключение прави рибата, при която няма значима разлика. Този резултат е изненадващ, тъй като програмата предоставя информация за храненето. Възможно обяснение може да бъде, че потребителките на ЗЗБЗБ са придобили по-добра представа какво обикновено ядат в резултат на редовните разговори с семейните сестри на ЗЗБЗБ и по този начин биха могли да направят по-реалистична оценка, отколкото майките, които не са участвали в програмата. Така или иначе, няма индикации, че програмата може да подобри хранителните резултати по време на бременността. Тъй като обаче майките като цяло са бедни, може би не е изненадващо, че не могат да си позволят по-скъпи храни.

И накрая, регресионният анализ не дава доказателства, че майките, участващи в ЗЗБЗБ, е по-малко вероятно да пушат или да употребяват алкохол по време на бременността в сравнение с ромските майки, които не участват в ЗЗБЗБ.

	ЗЗБЗБ коэффициент*		Станд. грешка	P	Средна стойност – майки от ЗЗБЗБ	Средна стойност – ромски майки (не от ЗЗБЗБ)	N
Да: бебетата чуват, докато са в теб	0.110	***	0.038	0.0042	87%	74%	462
Да: физическото и емоционалното ти състояние влияят на бебето по време на бременността	0.096	***	0.036	0.0080	90%	77%	462
Хранене по време на първата бременност: колко често са консумирани:							
Зеленчуци	-0.183	**	0.083	0.0286	2.04	2.05	462
Плодове	-0.209	**	0.084	0.0137	1.99	2.01	462
Месо	-0.241	***	0.084	0.0043	1.69	1.78	462
Риба	-0.108		0.096	0.2637	1.33	1.27	462
Яйца	-0.278	***	0.087	0.0015	1.86	2.00	462
Бобови	-0.267	***	0.075	0.0004	2.12	2.34	462
Млечни	-0.252	***	0.072	0.0005	2.23	2.36	462
Зърнени	-0.116	*	0.070	0.0961	2.51	2.58	462
Пушене по време на първата бременност	-0.035		0.035	0.3143	18%	28%	462
Изпушени цигари на ден по време на първата бременност	-1.284		1.407	0.3641	5.52	7.37	113
Консумация на алкохол по време на първата бременност	-0.006		0.026	0.8036	4%	8%	462
Алкохолни напитки по време на първата бременност	-0.258		0.556	0.6563	1.29	1.56	32

*майки от ЗЗБЗБ спрямо ромски майки, които не са участвали в ЗЗБЗБ

Следващият набор от регресионни анализи изследва резултатите, свързани със здравето осигуряване по време на бременността, контролните прегледи и по-общо казано, услугите, използвани по време на бременността, както и преживяванията на майките, свързани с усложненията.

На първо място, вероятността майките от ЗЗБЗБ да са здравноосигурени по време на бременността е с 5,5 процентни пункта по-висока от тази на сравнителната извадка от майки от ромски произход, но това не е статистически значимо.

Второ, вероятността майките от ЗЗБЗБ да съобщят, че се чувстват комфортно да се

свържат с личния си лекар по повод на бременността си, е по-малка ($p < 0,01$), което може да отразява известно чувство на замяна на личните лекари със семейните сестри. Всъщност няма доказателства, че майките в ЗЗБЗБ посещават повече пренатални прегледи в сравнение със сравнителната група от ромски майки; важно е обаче да се има предвид, че медицинските сестри и акушерки в програмата ЗЗБЗБ вече наблюдават бременността много често. Припомняме, че честотата на пренаталните прегледи като цяло е висока, но по-ниска от тази на общото население, а значителна част от ромските майки (26%) не отговарят на националния критерий от поне 8 прегледа.

Регресионният анализ показва, че вероятността майките от ЗЗБЗБ, да изпълнят националния критерий е с 5,6 процентни пункта по-голяма, но това не е статистически значимо. Вероятността те да са преминали 12 пренатални прегледа е с 8,6 процентни пункта ($p < 0,05$) по-малка. Това показва, че сред ромската сравнителна извадка има по-голям дял жени с много висока честота на посещенията. Трябва да се има предвид, че много високата честота може да е отражение на това, че бременните майки изпитват усложнения, които изискват редовни прегледи.

Трето, що се отнася до различните видове услуги, използвани по време на бременността, има малко съществени разлики. Майките от ЗЗБЗБ съобщават, че е с 94 процентни пункта ($p < 0,01$) по-вероятно да са получили подкрепа от медицинска сестра/акушерка, посещаваща ги вкъщи, отколкото ромските майки от извадката за сравнение, и с 30 процентни пункта по-вероятно да са получили психологическа подкрепа ($p < 0,01$) (вероятно е потребителките да имат предвид подкрепата на същите семейни сестри). Както се вижда по-нататък, вероятността майките от ЗЗБЗБ да проявят симптоми на депресия и самота е значително по-малка. Освен това, вероятността да са получили финансова подкрепа е с 16 процентни пункта ($p < 0,01$) по-малка.

И накрая, няма съществени разлики в съобщаването на усложнения по време на бременността, нито пък е значително по-вероятно майките от ЗЗБЗБ да съобщят, че са знаели повече за това какво да очакват по време на раждането, когато са отишли в болницата, за да родят бебето си. По отношение на последния въпрос едно от възможните обяснения е, че след като са придобили повече знания за раждането чрез програмата, майките от ЗЗБЗБ може да са по-наясно с пропуските в знанията си и със сложността на темата.

	ЗЗБЗБ коефициент*	Станг. грешка	P	Средна стойност – майки от ЗЗБЗБ	Средна стойност – ромски майки (не от ЗЗБЗБ)	N	
Здравноосигурена по време на първата бременност	0.055	0.041	0.1857	85%	77%	462	
Чувство на комфорт: контакт с личен лекар по въпроси, свързани с бременността	-0.246	***	0.085	0.0039	3.78	3.84	462
Първа бременност наблюдавана от личен лекар/акушер-гинеколог/ акушерка	0.014		0.019	0.4550	99%	95%	462
Брой пренатални прегледи по време на бременността	-0.348		0.470	0.4586	9.91	9.60	456
Достигнат критерий за брой пренатални прегледи: български стандарт (8)	0.056		0.040	0.1671	85%	74%	456
Услуги по време на бременността:							
гържавна/общинска услуга	-0.060		0.042	0.1489	14%	21%	430
финансова подкрепа	-0.156	***	0.049	0.0016	29%	45%	456
училище за родители	-0.001		0.007	0.8625	0%	1%	453
патронажна сестра	0.936	***	0.019	0.0000	100%	5%	460
психологическа подкрепа	0.297	***	0.031	0.0000	37%	2%	458
подкрепящи услуги за деца	-0.022		0.032	0.4991	11%	9%	456
кризисна интервенция/ център	0.000	NA	0.000	NA	0%	0%	457
Услуги, свързани с образованието и заетостта	0.008		0.016	0.6377	3%	2%	453
Усложнения по време на бременността/раждането	0.011		0.023	0.6356	5%	5%	462
Усложнения, които са разтревожили майката	0.035		0.022	0.1071	6%	4%	453
Да: (Ако да), консултира ли се със специалист?	-0.225		0.702	0.7794	100%	73%	20
Преди да влезеш в болница за да родиш, колко знаеше за това какво да очакваш по време на раждането?	0.148		0.104	0.1574	3.13	3.08	462

*майки от ЗЗБЗБ спрямо ромски майки, които не са участвали в ЗЗБЗБ

Резултати след раждането

Има индикации, че ЗЗБЗБ може да подобрява практиките за хранене на децата и знанията за детските профилактични прегледи през първата година от живота на детето.

Първо, 94% от майките, участвали в ЗЗБЗБ, правилно съобщават, че профилактичните прегледи на бебето трябва да се случват ежемесечно през първите 6 месеца, в сравнение със само 85% от ромските майки, които не са участвали в ЗЗБЗБ. При контролиране на социално-икономическите и демографски фактори, майките в ЗЗБЗБ значително по-често отговарят правилно за честотата на профилактичните прегледи на бебето през първите 6 месеца, с 9,7 процентни пункта повече от ромските майки в сравнителната извадка ($p < 0,01$). Когато са запитани дали задължителните ваксини са добри или лоши за бебето (отговорите могат да варират от 1 – „много лошо“, до 5 – „много добро“), резултатите от регресията не показват статистическа разлика при сравняване на отговорите на ромските майки в ЗЗБЗБ с тези на ромските майки, които не са в ЗЗБЗБ.

Важно е да се отбележи, че майките в ЗЗБЗБ са кърмили първото си дете поне 0,79 месеца по-дълго в сравнение със сравнителната група ромски майки ($p < 0,1$). Те също така съобщават, че са въвели твърди храни 0,39 месеца по-късно от сравнителната група майки от ромски произход ($p < 0,01$).

	ЗЗБЗБ коефициент*		Станг. грешка	P	Средна стойност – майки от ЗЗБЗБ	Средна стойност – ромски майки (не от ЗЗБЗБ)	N
Колко често трябва да ходите на детска консултация (педиатър) през първите 6 месеца от живота на детето? (% правилен отговор „месечно“)	0.097	***	0.032	0.0026	94%	85%	462
Мислиш ли, че задължителните ваксини са полезни или вредни за твоето бебе?	0.011		0.090	0.9008	4.28	4.25	413
Колко месеца кърмиш/кърмеше първото си дете? – майки с деца на 2 или повече години	0.791	*	0.473	0.0958	5.94	4.19	321
Възраст на захранване с твърди храни (месеци)	0.387	***	0.118	0.0011	5.55	5.14	462

*майки от ЗЗБЗБ спрямо ромски майки, които не са участвали в ЗЗБЗБ

Резултати относно родителските практики в ранното детство

Има индикации, че ЗЗБЗБ може да е подобрила резултатите, свързани с родителството по време на ранното детство в по-широк план. Първата група резултати е свързана с достъпа до здравни услуги и тяхното използване.

На първо място, майките от ЗЗБЗБ на възраст 18 и повече години, които като пълнолетни вече не се осигуряват безплатно за сметка на гържавния бюджет, са с 12 процентни пункта по-склонни ($p < 0,05$) да съобщят, че понастоящем са здравноосигурени, отколкото ромската сравнителна извадка. Като се има предвид, че 41% от последната съобщават, че имат осигуровки, това представлява увеличение с повече от една четвърт. Регресионните анализи не показват статистически значими разлики във вероятността майката или детето да са регистрирани при общопрактикуващ лекар в града, в който живеят.

Както и при въпросите, свързани с бременността, майките от ЗЗБЗБ съобщават ($p < 0,05$), че им е малко по-неудобно да се обърнат към личния си лекар с въпроси, свързани с отглеждането на детето, което би могло да е резултат от интензивната грижа, която вече получават от семейните сестри.

Както вече бе споменато, въпросниците съдържаха два въпроса относно използването на болнични услуги. Тези въпроси често се използват като индикатори за малтретиране или negliжиране на деца, или като индикатори за опасни и трудни условия на живот. Програмата предоставя на потребителките информация за подкрепящи родителски практики и за това как най-добре да се предпазва детето и да се обезопаси домашната среда. Това евентуално би могло да намали честотата на инцидентите, които водят до медицински проблеми, налагащи посещение в болница. Както беше споменато по-рано, майките бяха попитани колко пъти през първата година бебето им е било отведено в спешно отделение, болница или е била извикана линейка поради нараняване или опасения, че бебето е погълнало нещо опасно. Същият въпрос беше зададен и с малка промяна, за това колко пъти бебето е било приемано в болница (прекарало е поне една нощ там) поради същите проблеми през първата година от живота си.

Регресионният анализ установява, че майките от ЗЗБЗБ съобщават за по-малко случаи на водене на детето си в спешно отделение или в поликлиника и за по-малко случаи на приемане в болница, но тези разлики не са статистически значими. Статистически значими резултати обаче биха били рядкост при толкова малки извадки, тъй като тези събития са редки в групите (със средни случаи далеч по-малко от 1 събитие).

	ЗЗБЗБ коэффици- ент*	**	Станд. грешка	P	Средна стойност – майки от ЗЗБЗБ	Средна стойност – ромски майки (не от ЗЗБЗБ)	N
Здравноосигурена в момента	0.108	**	0.051	0.0361	61%	43%	462
Здравноосигурена в момента – майки над 18 г.	0.123	**	0.052	0.0185	60%	41%	430
Регистрирана при личен лекар по местожиене – майка	0.035		0.037	0.3396	89%	82%	462
Регистриран/а при личен лекар по местожиене – дете	-0.010		0.019	0.5754	97%	96%	462
Чувство на комфорт: контакт с личен лекар по въпроси, свързани с отглеждането на детето	-0.165	**	0.080	0.0387	3.94	3.94	462
Брой пъти на отвеждане на детето в спешно отделение или болница	-0.047		0.063	0.4580	0.18	0.23	462
Брой пъти на прием на детето в болница (с поне 1 нощувка)	-0.105		0.077	0.1750	0.14	0.25	462

*майки от ЗЗБЗБ спрямо ромски майки, които не са участвали в ЗЗБЗБ

Регресионният анализ не доказва, че ЗЗБЗБ е намалила вероятността майката да пуши след раждането. Майките от ЗЗБЗБ, които пушат, пушат с 1,4 цигари на ден по-малко в сравнение със сравнителната група на ромските майки, но това не е статистически значимо ($p < 0,14$).

Съществуват обаче доказателства, че участието в ЗЗБЗБ може да подобри както симптомите на депресия, така и усещането за самота и социална изолация. Това би съответствало на дизайна на ЗЗБЗБ, при който семейните сестри са обучени да разпознават симптомите на депресия и съответно да насочват към здравни специалисти. Майките, които участват в ЗЗБЗБ, получават около половин точка по-малко (-0,48) по скалата за оценка на депресията PHQ-9 ($p < 0,1$) и -0,25 точки по-малко по скалата за самота и социална изолация ($p < 0,1$), което вероятно е свързано с горната констатация, че майките, участващи в ЗЗБЗБ, съобщават, че са получавали повече психологическа подкрепа по време на бременността.

И накрая, регресионният анализ не показва, че майките, които участват в ЗЗБЗБ, съобщават за различно усещане за контрол върху собствения живот в сравнение с ромските майки, които не участват в ЗЗБЗБ. Това може да отразява контекста на това, че те са млади, с ниско образование и живеещи в икономически уязвими ситуации, върху които самата ЗЗБЗБ има слабо влияние. Вероятно по подобни причини няма и доказателства, че майките, които участват в ЗЗБЗБ, е по-вероятно да имат цели или план за допълнително обучение или свързани с работа. Дори когато извадката се ограничи до майки, които не са завършили средно образование, или майки, чиито деца са на възраст над 2 години (така че е по-малко вероятно

да са в отпуск по майчинство), няма статистически значими разлики между майките, участващи в ЗЗБЗБ, и ромските майки, които не участват в ЗЗБЗБ.

	ЗЗБЗБ кое-фициент*		Станг. грешка	P	Средна стойност – майки от ЗЗБЗБ	Средна стойност – ромски майки (не от ЗЗБЗБ)	N
Пуши в момента	-0.008		0.032	0.7943	45%	49%	462
Цигари на ден, в момента	-1.431		0.956	0.1359	10.31	13.02	218
Скала за депресия (PHQ-9)	-0.480	*	0.264	0.0695	1.22	2.02	462
Скала за самота	-0.245	*	0.125	0.0502	3.53	3.90	462
Контрол над собствения живот (Скала на Пиърлин)	-0.307		0.339	0.3669	19.04	18.53	462
Цел или план за допълнително образование	-0.061		0.039	0.1178	13%	17%	462
Цел или план за работа през следващите 2 години (търсене на работа; смяна на работа и др.)	0.012		0.048	0.8055	33%	33%	462

*майки от ЗЗБЗБ спрямо ромски майки, които не са участвали в ЗЗБЗБ

Няма доказателства, че децата на майки, които не са се възползвали от услугите на ЗЗБЗБ, прекарват повече време с биологичните си бащи. Регресионният анализ показва, че вероятността майките, които не са се възползвали от услугите на ЗЗБЗБ, да започнат дискусия с партньора си, когато имат различно мнение ($p < 0,01$) е с 16 процентни пункта по-голяма в сравнение със сравнителната извадка от ромски майки. Няма доказателства, че майките, участващи в ЗЗБЗБ, се различават от ромските майки, които не участват в ЗЗБЗБ, по отношение на съобщаването на „обикновено отстъпвам“, когато мненията на партньора им се различават от техните.

	ЗЗБЗБ коэффициент*	Станд. грешка	Р	Средна стой- ност – майки от ЗЗБЗБ	Средна стой- ност – ром- ски майки (не от ЗЗБЗБ)	ЗЗБЗБ коэффициент (майки от ЗЗБЗБ спрямо ромски май- ки, не уч. в ЗЗБЗБ)	
Време с биологичния баща през последния месец	-0.010	0.089	0.9136	3.64	3.62	462	
Отговор при мнение, различно от това на партньора:							
Обикновено отстъпвам	-0.037	0.052	0.4774	41%	50%	421	
Обикновено обсъждаме	0.157	***	0.053	0.0030	53%	35%	421
Обикновено отстоявам позицията си	-0.121	***	0.035	0.0007	6%	15%	421
ААPI: Сфера А: очаквания	-0.153	0.176	0.387	4.69	4.64	462	
ААPI: Сфера В: емпатия	0.076	0.139	0.585	2.56	2.29	462	
ААPI: Сфера С: телесни наказания	0.163	0.132	0.215	4.64	4.1	462	
ААPI: Сфера D: семейни роли	0.472	***	0.182	0.010	4.54	3.76	462
ААPI: Сфера E: автономия на детето	-0.030	0.192	0.876	4.3	4.05	462	

*майки от ЗЗБЗБ спрямо ромски майки, които не са участвали в ЗЗБЗБ

И накрая, регресионният анализ дава обнадеждаващи доказателства, че ЗЗБЗБ може да доведе до повече дейности на родителите с детето, което може да обясни по-високите резултати за развитието от ASQ-3, наблюдавани по-горе. Майките, които участват в ЗЗБЗБ, са с 23 процентни пункта ($p < 0,01$) по-склонни да четат книжки с децата, със 17 процентни пункта ($p < 0,01$) по-склонни да разказват приказки, с 16 процентни пункта ($p < 0,01$) по-склонни да назовават, броят и рисуват и с 8 процентни пункта по-склонни да играят с детето с играчки ($p < 0,01$). Също така, децата от ЗЗБЗБ прекарват значително по-малко време пред екрани в сравнение с децата от ромската сравнителна извадка ($p < 0,1$). Няма доказателства, че майките от ЗЗБЗБ пеят повече песни с детето или излизат повече навън, но и двете дейности вече са много разпространени сред ромските деца. Няма доказателства от регресионния анализ, че ЗЗБЗБ помага за преодоляване на различията в посещаването на детски ясли или детски градини, включително при ограничаване на извадката до деца на възраст 2 години и повече. Регресионният анализ показва, че ЗЗБЗБ спомага за премахването на разликата в една от петте сфери на ААPI, а именно тази, която се отнася до семейните роли.

	ЗЗБЗБ кое-фициент*		P		Средна стойност – майки от ЗЗБЗБ	Средна стойност – ромски майки (не от ЗЗБЗБ)	N
Дейности през последните 3 дни:							
четене на книги	0.231	***	0.046	0.0000	78%	46%	451
разказване на приказки	0.171	***	0.041	0.0000	87%	62%	460
пеене на песни	0.036		0.032	0.2673	94%	84%	459
излизане навън	0.018		0.011	0.1082	100%	98%	462
игра с играчки	0.078	***	0.028	0.0061	97%	82%	460
назоваване, броене, рисуване	0.160	***	0.042	0.0001	81%	55%	447
Количество екранно време на ден (телевизия, телефон, таблет)							
	-0.162	*	0.091	0.0767	1.58	1.73	454
Детето посещава ясла или детска градина							
	0.014		0.032	0.6691	11%	11%	462
Детето посещава ясла или детска градина (деца на 2 г. или повече)							
	-0.002		0.045	0.9564	15%	15%	325

*майки от ЗЗБЗБ спрямо ромски майки, които не са участвали в ЗЗБЗБ

6. Впечатленията на потребителките на ЗЗБЗБ за програмата

Потребителките на ЗЗБЗБ също бяха попитани как са преживели програмата, и като цяло отговорите бяха положителни. Всички потребителки на ЗЗБЗБ, интервюирани за целите на изследването за оценка, отговориха на тези въпроси.

Мотиви на потребителките да се запишат в програмата

Потребителките бяха попитани „Какво те мотивира да се запишеш в програмата?“, а отговорите им бяха кодирани по теми. Отговорите можеха да имат няколко теми. Най-често споменаваните мотиви за записване в програмата бяха:

- Получаване на подкрепа/съвети по въпросите на родителството и бременността (споменато от 30%);
- Срещи със семейната сестра – добро отношение, грижа, осигуряване на прегледи (споменато от 28%);
- Научаване на нови неща (14%)
- Осигуряване на спокойствие/сигурност за здравето на бременната жена/детето (7,5%)
- Програмата ми беше препоръчана (от здравни медиатори/приятели) (7,5%)
- Да се науча как да се грижа по-добре за бебето (3,1%)
- От любопитство/интерес (3,1%)

11 респонденти (6,9%) посочват, че не знаят каква е била мотивацията им.

Удовлетвореност на потребителките от програмата

Потребителките бяха попитани също така: „Какво ти е впечатлението от програмата (положително/отрицателно)? Защо?“ и отговорите отново бяха кодирани по теми. Като цяло 158 от 159 потребителки посочиха, че са доволни от програмата (като цяло или от конкретен елемент в програмата). По-конкретно, 133 потребителки (84%) посочват, че са имали положително преживяване и са били много доволни от програмата като цяло. Десет от интервюираните са били удовлетворени по-специално от съветите, насоките и ценната информация, които програмата им е предложила, а девет са били удовлетворени по-специално от постоянната подкрепа на посещаващата ги медицинска сестра.. Един интервюиран е бил доволен заради подаръците. Едно интервюирано лице съобщава за отрицателен опит.

Най-ценени елементи на програмата

Интервюираните потребителки изтъкват „съветите, подкрепата и контакта със семейната сестра“ като най-ценен елемент на програмата (споменато от 30%). Други споменати ценни елементи включват:

- Подходът към детето (научих се как да се грижа/възпитавам детето си) (21%)
- Отношението, вниманието и грижите към мен и бебето (14%)
- Всичко (13%)
- Научаването на нови неща, представянето на информация (6,9%)
- Здравето и правилното развитие на детето (споменати 6,3%)
- Приятелството със семейната сестра (2,5%)
- Резултатите (като цяло) (1,9%)

7 респонденти (4,4%) посочват, че не знаят кой елемент от програмата ценят най-много.

Препоръчване на програмата на други жени

Мнозинството от потребителките (83%) биха препоръчали програмата.

Би ли препоръчала програмата на други жени?	N=159
Да	132 (83%)
Не	1 (0.6%)
Не знам	(16%)

7. Интерес към ЗЗБЗБ сред майките от ромски произход и от общото население

Майките, които не са участвали в ЗЗБЗБ (както ромски майки, така и майки от общото население), бяха попитани дали познават програмата и за интереса им към нея. Отговорите им показват, че малко майки са чували за програмата, но изглежда, че има широк интерес към програма като ЗЗБЗБ.

Всички респонденти в изследването за оценка (N=606), които не са участвали в ЗЗБЗБ, са дали отговори на четирите въпроса в този раздел.

Въпрос	Да	Не	Не знам
Някога предлагана ли ти е услуга за домашни посещения по време на бременността и след раждането?	52 (8.6%)	520 (86%)	34 (5.6%)
Знаеш ли дали подобни услуги се предлагат в града?	180 (30%)*	48 (7.9%)*	378 (62%)
Мислиш ли, че услуги за домашни посещения от медицински сестри и акушерки биха били полезни за майките и децата?	511 (84%)	46 (7.6%)	49 (8.1%)
Би ли се записала в такава услуга, ако ти беше предложена?	341 (56%)	109 (18%)	156 (26%)

*За втория въпрос опциите за отговор бяха: „да, има такива“, „не, няма такива“ и „не знам“.

8. Дискусия и заключителни думи

Целта на това изследване е да се оцени програмата „Заедно – здраво бебе, здраво бъдеще“ след шестгодишно прилагане в България. ЗЗБЗБ е здравна програма, предназначена за подкрепа на уязвими семейства в България, която се прилага от 2016 г. насам. Подробни данни за резултатите за майчино благогенствие и детско развитие са събрани между май и юли 2022 г. в Пловдив и София, България, сред три групи майки с първо дете: 159 потребителки на ЗЗБЗБ в (предимно) ромски общности; 301 майки с първо дете в същите ромски общности, които не участват в ЗЗБЗБ и които също са родили първото си дете на възраст под 22 години; и 305 майки с първо дете сред общото население на България.

Сравнението на децата на младите ромски майки с първо дете с тези на майките с първо дете от общото население, показва, че първите имат средно по-ниски резултати в детското развитие, отколкото децата на майките от общото население. Измерени чрез оценките ASQ и ASQ-SE, децата на ромските майки получават средно 73% от максимално възможните точки, което е с 9,2 процентни пункта по-малко от общото население. Най-големи са различията в областите фина моторика и решаване на проблеми, следвани от областите комуникация, личностно-социална (ASQ) и социално-емоционална (ASQ-SE). По отношение на теглото при раждане установяваме, че децата от ромската извадка са значително по-леки – 3006 грама спрямо 3262 грама, и е по-вероятно да имат ниско тегло при раждане (под 2500 грама): 12% от тях попадат в тази категория в сравнение с 4% от децата на майки от общото население.

Сравнението между младите ромски майки с първо дете и тези от общото население показва значителни пропуски в знанията, нагласите и практиките за развитие на децата преди, по време и след бременността в някои, но не във всички области. Например има големи пропуски в познанията за семейното планиране, свързани с противозачатъчните хапчета и вътрематочните спирали, по-висока вероятност за тютюнопушене по време на бременност и по-ниски нива на здравно осигуряване. В някои области различията между ромските майки и майките от общото население продължават да съществуват и след бременността. Например има голяма разлика в достъпа до здравно осигуряване след раждането, по-висока честота на отвеждане на децата в спешното отделение, по-високи нива на тютюнопушене от страна на майката, по-висок риск от чувство на самота и социална изолация и по-ниска вероятност да се чувстват в състояние да контролират собствения си живот. Ромските майки съобщават също така за значително по-ниска честота на четене на книги на децата, разказване на приказки, назоваване, броене и рисуване, както и за игра с играчки. Честотата на пеене на песни и излизане с децата навън е сходна при двете групи, докато времето, прекарано пред екрана, е малко по-високо при ромските деца в сравнение с общото население. По-малко вероятно е ромските майки да знаят, че профилактичните прегледи на бебето трябва да се провеждат ежемесечно през първите 6 месеца от живота на бебето. И двете групи майки съобщават

за сходни благоприятни мнения за задължителните ваксини за бебето, проследяване на бременността от личен лекар/акушер-гинеколог/акушерка и подобна прогължителност на периода на кърмене.

Резултатите от оценката на въздействието в настоящия доклад дават представа за това къде може да са концентрирани ефектите от ЗЗБЗБ. Оценката на въздействието се основава на сравнението на потребителки на ЗЗБЗБ с майки на сходна възраст с първо дете от същите квартали, като се контролират социално-икономическите и демографски характеристики. Макар че оценката е замислена така, че да се намали рискът от отклонение заради пропуснати променливи (omitted variable bias), той не може да бъде елиминиран напълно и поради това е необходимо да се внимава при тълкуването на резултатите като причинно-следствени.

По отношение на резултатите за развитието на децата, извадката от деца на майки, участвали в ЗЗБЗБ, постига значително по-високи резултати на скрининговия инструмент за развитие на детето ASQ, особено в областите решаване на проблеми, груба моторика и фина моторика, след като се контролира за социално-икономическите и демографски характеристики. Установяваме също така, че резултатите за детско развитие (измерени чрез ASQ) зависят от езика, на който се говори вкъщи, като резултатите от ASQ са особено по-високи сред децата на майки от ЗЗБЗБ, които говорят ромски или турски език вкъщи, дори след контролиране за основния език, на който се говори вкъщи.

Що се отнася до резултатите за майката, потребителките на ЗЗБЗБ, често имат по-добри знания, нагласи и практики по отношение на развитието на детето. В сравнение с ромските млади майки с първо дете от същите квартали, и при контролиране за социално-икономическите и демографски характеристики, майките от ЗЗБЗБ демонстрират по-добри познания за семейното планиране, имат по-добри практики за хранене на детето през първата година от живота му, включително по-прогължително кърмене, по-вероятно е да са здравноосигурени и показват по-добри резултати по отношение на родителските практики след раждането на детето в по-общ план, особено по отношение на дейностите за ранна стимулация от страна на родителите.

Тези констатации са окуражаващи. Естествено, тази оценка повдига и няколко въпроса. Например:

Какво може да обясни липсата на резултати в някои области, в които програмата работи и какво може да се направи за подобряване на резултатите в тези области? Както беше споменато по-горе, има области, в които констатациите не показват подобрене чрез ЗЗБЗБ, например по отношение на подобряване на теглото при раждане, подобряване на храненето по време на бременността, намаляване на тютюнопушенето, чувство на комфорт при контакт с личния лекар относно бременността, повишено посещаване на ясла и детска градина и вишено чувство за контрол над собствения живот. При тълкуването на резултатите от изследването е важно да се отбележи, че програмата се изпълнява от едва шест години и за някои програмни области може да отнеме повече време, преди планираните резултати да станат видими. Освен това майките от ЗЗБЗБ са на различни етапи от

програмата, което означава, че някои от тях може да не са преминали през всички модули, включени в програмата. Това може например да повлияе на резултатите относно поставянето на цели и самооценката, тъй като тези модули се предлагат на по-късните етапи от програмата. И накрая, може да има променливи, като например фактори на околната среда или структурни бариери, които не са били наблюдавани или контролирани в това изследване и които могат да определят или повлияят на резултатите.

Какво може да се направи, за да се подкрепят младите ромци, живеещи в трудни условия, така че да отложат първата си бременност и да завършат поне средно образование? Положителните индикации за резултатите от програмата ЗЗБЗБ върху развитието на децата предполагат, че програмата може да помогне да се осигури основа за следващото поколение млади мъже и жени, които да имат по-добри образователни резултати. Освен това положителните индикации по отношение на знанията за семейното планиране показват, че разликата в знанията за семейното планиране, по-специално по отношение на противозачатъчните хапчета и вътрешматочните спирали, може да бъде преодоляна сред младите жени от ромски произход. Тъй като ЗЗБЗБ е предназначена да достигне до уязвимите жени след като забременеят, преодоляването на тази разлика в знанията на момичетата и младите жени преди първа бременност ще изисква информационни дейности, които отиват отвъд ЗЗБЗБ, например чрез информационни дейности в училищата и общностни инициативи сред младите мъже и жени.

Какви допълнителни публични програми биха могли допълнително да подобрят резултатите на ниво деца и майки? ЗЗБЗБ е проектирана така, че да създаде безопасно пространство, което да позволи споделяне и консултиране, основани на доверителни отношения между семейните сестри и уязвимите млади майки. Кои публични програми биха могли да допълнят тези взаимодействия между семейни сестри и потребителки? Възможно е една от сферите да включва програми, насочени към повишаване на знанията и осведомеността на младите мъже и жени, особено на уязвимите, относно семейното планиране, бременността и развитието на детето. Например училищни и или общностни програми, информиращи юношите, младите хора и (бъдещите) родители за методите на семейното планиране, рисковото поведение по време на бременност, достъпа до здравно осигуряване, създаването на безопасна домашна среда, практиките на хранене и значението на ранната стимулация от страна на родителите.

Тези въпроси насочват към допълнителни области на изследване, които могат да дадат информация за това каква комбинация от икономически ефективни политики може най-добре да подкрепи уязвимите деца и техните родители, за да се постигнат по-добри резултати в развитието на децата и да се намалят многобройните неравенства, установени от този анализ.

Библиография

- Attanasio, O., Boneva, T., & Rauh, C. (2022). Parental beliefs about returns to different types of investments in school children. *Journal of Human Resources*, 57(6), 1789-1825.
- Attanasio, O., Cunha, F., & Jervis, P. (2019). *Subjective parental beliefs. their measurement and role* (No. w26516). National Bureau of Economic Research.
- Amso, D., & Lynn, A. (2017). Distinctive mechanisms of adversity and socioeconomic inequality in child development: a review and recommendations for evidence-based policy. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 4(2), 139-146.
- Attanasio, O., Cattan, S., & Meghir, C. (2022). Early Childhood Development, Human Capital, and Poverty. *Annual Review of Economics*, 14, 853-892.
- Atzaba-Poria, N., Pike, A. & Deater-Deckard, K. (2004). *Do risk factors for problem behaviour act in a cumulative manner? An examination of ethnic minority and majority children through an ecological perspective. Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (4). pp. 707-718.
- Balázs, P., Rákóczi, I., Grençzer, A., & Foley, K. L. (2013). Risk factors of preterm birth and low birth weight babies among Roma and non-Roma mothers: a population-based study. *The European Journal of Public Health*, 23(3), 480-485.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84, 191-215.
- Bauman, L. J., Silver, E. J., & Stein, R. E. (2006). Cumulative social disadvantage and child health. *Pediatrics*, 117(4), 1321-1328.
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., ... & Grantham-McGregor, S. (2017). Early childhood development coming of age: science through the life course. *The Lancet*, 389(10064), 77-90.
- Blair C, Raver CC. (2016). Poverty, Stress, and Brain Development: New Directions for Prevention and Intervention. *Acad Pediatr*. 2016 Apr;16(3 Suppl):S30-6.
- Bobak, M., Dejmek, J., Solansky, I., & Sram, R. J. (2005). Unfavourable birth outcomes of the Roma women in the Czech Republic and the potential explanations: a population-based study. *BMC Public Health*, 5: 1-6.
- Britto, P. R., Lye, S. J., Proulx, K., Yousafzai, A. K., Matthews, S. G., Vaivada, T., Perez Escamilla, R., Rao, N., Ip, P., Fernald, L. C., et al. (2017). „Nurturing care: promoting early childhood development“ *The Lancet*, 389.10064, pp. 91-102.
- Brüggemann, C. & Bloem, C. B. S. (2013). The Potential of International Student Assessments to Measure Educational Outcomes of Roma Students. *Sociológia*, 45(6), 519-541.
- Daelmans, B., Darmstadt, G. L., Lombardi, J., Black, M. M., Britto, P. R., Lye, S., ... & Richter, L. M. (2017).

-
- Early childhood development: the foundation of sustainable development. *The Lancet*, 389(10064), 9-11.
- Decade of Roma Inclusion Secretariat (2015). *Roma Inclusion Index 2015*. Budapest: Roma Inclusion Secretariat.
- Diabelková J, Rimárová K, Urdzík P, Dorko E, Bušová A. (2018). Risk factors of preterm birth and low birth weight neonates among Roma and non-Roma mothers. *Cent Eur J Public Health*. 26 Suppl:S25-S31.
- Dimitrova, R., Chasiotis, A., Bender, M., & Van de Vijver, F. J. (2014). Collective identity and well-being of Bulgarian Roma adolescents and their mothers. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(3), 375-386.
- Emerson, E., & Llewellyn, G. (2022). The prevalence of disability among Roma and non-Roma children in four West Balkan countries. *Disability and Health Journal*, 101338.
- European Commission, Directorate-General for Health and Consumers, (2015). *Roma health report, health status of the Roma population : data collection in the Member States of the European Union*, Publications Office.
- European Public Health Alliance (2018). *Closing the Life Expectancy Gap of Roma in Europe: Roma Health and Early Childhood Development Study*. Brussels: EPHA.
- European Roma Rights Centre (2020). *Cause of Action; (a series by the European Roma Rights Centre). Reproductive Rights of Romani Women in Bulgaria*. Brussels: ERRC.
- European Union Agency for Fundamental Rights (2022). *Roma Survey 2021, Roma in 10 European Countries: Main Results*. Vienna: European Union Agency for Fundamental Rights (FRA).
- Gatenio Gabel, S. (2009). The growing divide: the marginalisation of young Roma children in Bulgaria. *International journal of social welfare*, 18(1), 65-75.
- Hair, N. L., Hanson, J. L., Wolfe, B. L., & Pollak, S. D. (2015). Association of child poverty, brain development, and academic achievement. *JAMA pediatrics*, 169(9), 822-829.
- Hanson, J. L., Hair, N., Shen, D. G., Shi, F., Gilmore, J. H., Wolfe, B. L., & Pollak, S. D. (2013). Family poverty affects the rate of human infant brain growth. *PloS one*, 8(12), e80954.
- Heckman, J. (2006). Investing in Disadvantaged Young Children Is an Economically Efficient Policy. Paper presented at the Committee for Economic Development/Pew Charitable Trusts/PNC Financial Services Group Forum, „Building the Economics Case for Investments in Preschool,“ New York, January 10. http://jenni.uchicago.edu/Australia/invest-disadv_2005-12-22_247pm_awb.pdf.
- Heckman, J. J., Moon, S. H., Pinto, R., Savelyev, P. A., & Yavitz, A. (2010). The rate of return to the High/Scope Perry Preschool Program. *Journal of Public Economics*, 94(1-2), 114-128.
- Johnson, S. B., Riis, J. L., & Noble, K. G. (2016). State of the art review: poverty and the developing brain. *Pediatrics*, 137(4).
- Khalfaoui, A., García-Carrión, R. & Villardón-Gallego, L. (2020). Bridging the gap: engaging Roma and migrant families in early childhood education through trust-based relationships. *European Early Childhood Education Research Journal*, 28:5, 701-711.
-

- Klaus, S., & Marsh, A. (2014). A Special Challenge for Europe: The Inclusion of Roma Children in Early Years Education and Care. *European Early Childhood Education Research Journal*, 22 (3), 336–346.
- Lambrev, V., Kirova, A., & Prochner, L. (2020). Education reforms for inclusion? Interrogating policy-practice disjunctions in early childhood education in Bulgaria. *Education Inquiry*, 11(2), 126-143.
- Lecerf, M. (2022). *Understanding EU action on Roma inclusion*. Briefing. European Parliament.
- Lee, E. J., Keyes, K., Bitfoi, A., Mihova, Z., Pez, O., Yoon, E., & Masfety, V. K. (2014). Mental health disparities between Roma and non-Roma children in Romania and Bulgaria. *BMC psychiatry*, 14(1), 1-7.
- Leijser, L. M., Siddiqi, A., & Miller, S. P. (2018). Imaging evidence of the effect of socio-economic status on brain structure and development. In *Seminars in pediatric neurology* (Vol. 27, pp. 26-34). WB Saunders.
- Leseman, P. P., & Slot, P. L. (2020). Universal versus targeted approaches to prevent early education gaps. The Netherlands as case in point. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 23(3), 485-507.
- Leseman, P. P., & Slot, P. L. (2014). Breaking the cycle of poverty: challenges for European early childhood education and care. *European Early Childhood Education Research Journal*, 22(3), 314-326.
- Levterovaa, B., Uchordjivab, T., Illievab, T. (2018). A measles outbreak in Plovdiv: ethnic and age differences, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, Volume 66, Supplement 5, pages S278-S279.
- Olds, D. L. (2006). The Nurse-Family Partnership: An Evidence-based Preventive Intervention. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 5-25.
- Olds, D. L., Hill, P. L., O'Brien, R., Racine, D., & Moritz, P. (2003). Taking preventive intervention to scale: The nurse-family partnership. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2003;10(4), 278-290.
- Olds, D. L., Henderson Jr, C. R., Chamberlin, R., & Tatelbaum, R. (1986). Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*, 78(1), 65-78.
- Olds, D. L., Robinson, J., O'Brien, R., Luckey, D. W., Pettitt, L. M., Henderson Jr, C. R., ... & Talmi, A. (2002). Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 110(3), 486-496.
- Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D. W., ... & Holmberg, J. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*, 114(6), 1550-1559.
- Olds, D. L., Eckenrode, J., Henderson, C. R., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., ... & Luckey, D. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *Jama*, 278(8), 637-643.
- Olds, D. L., Henderson Jr, C. R., Tatelbaum, R., & Chamberlin, R. (1988). Improving the life-course development of socially disadvantaged mothers: a randomized trial of nurse home visitation. *American journal of public health*, 78(11), 1436-1445.
- Olds, D., Henderson Jr, C. R., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., ... & Powers, J. (1998). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year fol-

low-up of a randomized controlled trial. *Jama*, 280(14), 1238-1244.

- Petraki, I., Kalpourtzi, N., Terzidis, A., Gavana, M., Vantarakis, A., Rachiotis, G., ... & Hprolipsis Study Group. (2021). Living in Roma Settlements in Greece: Self-Perceived Health Status, Chronic Diseases and Associated Social Determinants of Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8403.
- RECI (2020). Roma Early Childhood Inclusion+; Special Report on Roma Inclusion in Early Childhood Education and Care, Republic of Bulgaria. Roma Early Childhood Inclusion (RECI), Open Society Foundations, ROMA Education Fund, UNICEF.
- Reynolds, A. J., Temple, J. A., White, B. A.B., Ou, S.R., & Robertson, D. L. (2011). Age 26 cost-benefit analysis of the Child-Parent Center early education program. *Child Development*, 82(1), 379-404.
- Roma Education Fund (2013). *A good start: mainstreaming the access of disadvantaged Romani children to quality early childhood education and care*. Budapest: Roma Education Fund.
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., (2012). Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, and Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., ... & Wood, D. L. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232-e246.
- Smith, K. E., & Pollak, S. D. (2020). Early life stress and development: potential mechanisms for adverse outcomes. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 12(1), 1-15.
- Tombat K, van Dijk JP. (2020). Roma Health: An Overview of Communicable Diseases in Eastern and Central Europe. *Int J Environ Res Public Health*. 20;17(20):7632.
- UNICEF (2018). *Situation analysis of women and children in Bulgaria*. Sofia: UNICEF.
- UNICEF (2011). *The right of Roma children to education: a position paper*. Geneva: UNICEF.
- Van Caeneghem, J., & Van Caeneghem, J. (2019). Challenges to Collecting Ethnic Data on the Roma Minority in Europe. *Legal Aspects of Ethnic Data Collection and Positive Action: The Roma Minority in Europe*, 333-437.

