



**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛОВДИВ**

**ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**

*Катедра „Управление на здравни грижи“*

---

**Недялка Грозева Бойчева**

**Формиране на здравни умения и навици  
при деца от ромската общност**

## **АВТОРЕФЕРАТ**

*на дисертационен труд за присъждане на  
образователна и научна степен „Доктор“*

*ДОКТОРСКА ПРОГРАМА „УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“  
ОБЛАСТ НА ВИШЕТО ОБРАЗОВАНИЕ 7. ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ И СПОРТ  
ПРОФЕСИОНАЛНО НАПРАВЛЕНИЕ 7.4. ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ*

**Научни ръководители:**

**проф. д-р Мария Семерджиева, дм; проф. Биянка Торньова, дп**

**Пловдив, 2026 г.**

Дисертационният труд съдържа 246 страници и е онагледен с 48 фигури, 25 таблици, 1 схема и 6 приложения. Библиографската справка включва 186 литературни източника.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита пред Научно жури от разширен Катедрен съвет на катедра „Управление на здравните грижи“, Факултет по обществено здраве, Медицински университет – Пловдив, състоял се на 28.10.2025 г. Съставът на Научното жури е гласуван на разширен Катедрен съвет с Протокол № 5/28.10.2025 г. и утвърден на Факултетен съвет на Факултета по обществено здраве с Протокол № 07/11.11.2025 г.

Публичната защита ще се състои на 05.03.2026 г. от 11:00 часа във Втора аудитория на Аудиторния комплекс МУ – Пловдив, на открито заседание на **научно жури** в състав:

**Вътрешни членове:**

Проф. Десислава Бакова, дм  
Доц. Снежана Драгушева, дм

**Външни членове:**

Доц. Моника Обрейкова, дм  
Проф. Диана Иванова, дм  
Доц. Камелия Богданова, дм

**Резервни членове:**

Външен – Доц. Станислава Пенева, дм  
Вътрешен – Доц. Милена Сандева, дм

Материалите по защитата са на разположение в Научен отдел на Медицински университет – Пловдив, бул. „Васил Априлов“ 15А и на интернет страницата на МУ – Пловдив: <http://mu-plovdiv.bg>

\* Номерата на фигурите и таблиците в автореферата не съответстват на тези в дисертационния труд.

---

## СЪДЪРЖАНИЕ

<b>ВЪВЕДЕНИЕ .....</b>	<b>4</b>
<b>I. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ .....</b>	<b>7</b>
<b>II. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ.....</b>	<b>8</b>
<b>III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ .....</b>	<b>14</b>
<b>IV. ИЗВОДИ .....</b>	<b>50</b>
<b>V. ПРЕПОРЪКИ .....</b>	<b>53</b>
<b>VI. НАУЧНО-ПРИЛОЖНИ ПРИНОСИ .....</b>	<b>55</b>
<b>VII. СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИ И УЧАСТИЯ В НАУЧНИ ФОРУМИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....</b>	<b>56</b>

---

## ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

---

<b>ДКЦ</b>	ДИАГНОСТИЧНО КОНСУЛТАТИВНИ ЦЕНТРОВЕ
<b>МЗ</b>	МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО
<b>МОН</b>	МИНИСТЕРСТВО НА ОБРАЗОВАНИЕТО И НАУКАТА
<b>НИК</b>	НАЦИОНАЛЕН ИМУНИЗАЦИОНЕН КАЛЕНДАР
<b>НМЗМ</b>	НАЦИОНАНА МРЕЖА НА ЗДРАВНИТЕ МЕДИАТОРИ
<b>НПО</b>	НЕПРАВИТЕЛСТВЕНА ОРГАНИЗАЦИЯ
<b>НСРБИР</b>	НАЦИОНАЛНА СТРАТЕГИЯ НА Р.БЪЛГАРИЯ ЗА ИНТЕГРИРАНЕ НА РОМИТЕ
<b>ОДГ</b>	ОБЩИНСКА ДЕТСКА ГРАДИНА
<b>ОГРДВ</b>	ОБРАЗОВАНИЕ И ГРИЖИ В РАННА ДЕТСКА ВЪЗРАСТ
<b>ОПЛ</b>	ОБЩОПРАКТИКУВАЩ ЛЕКАР
<b>РДР</b>	РАННО ДЕТСКО РАЗВИТИЕ
<b>РЕСИ+</b>	ПРИБОЩАВАНЕ НА РОМИТЕ В РАННА ДЕТСКА ВЪЗРАСТ+

---

## ВЪВЕДЕНИЕ

---

Ромите са една от най-големите етнически групи в България. Специфичните им културни, социални и ценностни особености значително влияят върху техния начин на живот и здравно им поведение.

Здравето в ранна детска възраст е фундаментален фактор за пълноценното физическо, психическо и социално развитие на индивида. Периодът от раждането до 7-годишна възраст се характеризира с интензивни процеси на растеж и развитие. Формират се основни здравни умения и навици, които имат дългосрочно отражение върху здравния статус и качеството на живот на човека. През този период се полагат основите на здравословния начин на живот, изграждат се здравни навици, свързани с личната хигиена, храненето, двигателната активност, съня, профилакират се заболяванията. Липсата на здравно възпитание при децата води до ниска здравна култура и повишен риск от хронични заболявания в по-късна възраст.

В контекста на общественото здраве, децата от социално уязвими групи, в това число и от ромската общност, представляват особено рискована група. Социално-икономическите неравенства, ниското образователно равнище, ограничената здравна култура, както и специфичните културни и традиционни особености оказват съществено влияние върху начина на живот, здравното поведение и достъпа до здравни и образователни услуги. Всички тези фактори могат да доведат до повишена заболеваемост, непълноценно развитие и затруднена социална интеграция на децата още в ранна възраст.

Ромската общност в България се характеризира с вътрешно многообразие, специфична семейна структура и силно влияние на традициите и авторитетните фигури в семейството. Ранното майчинство, както и доминиращата роля на по-възрастните членове на семейството оказват влияние върху отглеждането, възпитанието и изграждането на здравни навици у децата. В този контекст ролята на родителите, педагозите, медицинските специалисти и здравните медиатори е от съществено значение за компенсиране на дефицитите и за създаване на условия за устойчиво подобряване на здравния статус на ромските деца.

Детските ясли и градини, като институционални образователни среди, участват в процеса на социализация и здравно възпитание. Всичко това е възможно чрез целенасочена педагогическа работа, подкрепена от медицински специалисти и съобразена с културните особености на децата.

Здравните специалисти работещи в ромските общности, ползващи се с доверието на общността, могат да постигнат значими резултати в изграждането и затвърждаването на здравни умения и навици. Като се променят нагласите и поведението на родителите чрез здравно обучение.

Държавните усилия са насочени към подобряване на имунизационния обхват, превенция на ранните бракове и раждания, както и развитие на здравни и социални услуги. Въпреки това остават някои сериозни предизвикателства – неефективна профилактика, липса на етно-културна компетентност сред медицинските специалисти и недостатъчно добра координация със здравните медиатори.

Настоящото изследване е насочено към проучване и анализ на здравните умения и навици на деца от ромската общност на възраст 0–7 години, както и на факторите, които ги определят. Чрез съпоставка на мненията и наблюденията на родители, педагози и медицински специалисти се цели постигане на цялостен и мултидисциплинарен поглед върху проблема. Въз основа на получените резултати е разработен концептуален модел на план за формиране на здравни умения и навици, съобразен с културните и социалните специфики на ромската общност. Всички дейности са насочени към устойчиво подобряване на здравната култура и качеството на живот на децата.

## I. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

---

### **ЦЕЛ:**

*Да се проучат и анализират здравните умения и навици на ромските деца от 0-7год. възраст с цел подобряване на здравния статус и повишаване здравната култура на ромската общност.*

### **ЗАДАЧИ:**

---

1. Да се изследват основните фактори, влияещи върху здравето на ромските деца във възрастовия диапазон 0–7 години, както и нивото на формиране на здравни умения и навици в ранна детска възраст.
2. Да се проучи мнението на педагозите, работещи с ромски деца, относно спецификата, предизвикателствата и затрудненията при изграждането на здравни умения и навици в мултикултурна среда.
3. Да се анализират вижданията на медицинските специалисти относно особеностите и проблемите, свързани с формирането на здравни навици при деца от ромски произход.
4. Да се разработи концептуален модел на план за формиране на здравни умения и навици при деца от ромската общност (0–7 години).

## II. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

---

---

### ДИЗАЙН НА ПРОУЧВАНЕТО

---

По своя характер проведеното наблюдение е ретроспективно анамнестично.

### ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕЖДАНЕ НА ПРОУЧВАНЕТО

---

**Предмет на проучването** – фактори и условия, влияещи върху формирането на здравни умения и навици при деца от ромски произход, както и възможностите за ефективно участие на медицински и педагогически специалисти в този процес.

**Обект на проучването** – здравните навици и умения при деца от ромска общност в предучилищна възраст (0–7 години).

#### Единици за наблюдение

- 1) кв. Столипиново – гр. Пловдив
- 2) ДКЦ-та в гр. Пловдив – ДКЦ „Изток“ кв. Столипиново; ДКЦ V-Пловдив ЕООД кв. Тракия
- 3) Общинска Детска Градина „Щастливо детство“ кв. Столипиново; ОДГ „Биляна“ кв. Столипиново; ОДГ „Наталия“ кв. Столипиново; ОДГ „Велимира“ кв. Тракия

#### Логически единици на наблюдение:

1. Семейства с деца на възраст от 0 – 7 г., живеещи в ромската общност.
2. Семейства с деца на възраст от 0 – 7 г., живеещи в българска етническа общност.
3. Медицински специалисти, работещи с преобладаващ контингент деца от ромски произход.
4. Специалисти педагози, работещи в детски градини и ясли предимно с ромски деца.

#### • Основни признаци на наблюдение

Всяко едно от проучваните семейства се различава и е уникален фокус, пресечна точка на различни линии на социалните неравенства в обществото – по равнище на образование, по професия, по социално-икономическия статус и т.н.

**Факториални признаци** – етническа принадлежност, финансова стабилност, възраст на децата в семейството до 7 г., практикувани традиции и обичаи.

**Резултативни признаци** – изградени здравни навици до определената възраст на детето, тенденции в храненето, спазване на дневен режим и физическа активност.

***За специалисти по здравни грижи:***

**Факториални признаци** – възраст, трудов стаж по специалността, образователно квалификационна степен.

**Резултативни признаци** – умения на медицинските специалисти за общуване с пациенти от ромски произход и деца роми; изпълнение на професионалните задължения, проблеми и трудности.

***За специалисти по педагогика:***

**Факториални признаци** – възраст, трудов стаж по специалността, образователно квалификационна степен.

**Резултативни признаци** – умения на специалистите педагози за общуване с деца роми и техните семейства; изпълнение на професионалните задължения, проблеми и трудности.

- **Органи на наблюдение**

Анкетното проучване сред семействата, живеещи в ромска общност е проведено от дисертанта с помощта на медиатор от общността. Невъзможно е да се осъществи качествено изследване без помощта на медиатори, живеещи в същият квартал. Ромите са много недоверчиви, избягват директен контакт с непознати, трудно споделят информация за себе си и семействата си. Ако по време на интервюто на близо има възрастен с авторитет (свекърва или съпруг) винаги те отговарят вместо младата жена. Много често младите роми твърдят, че не разбират български и се налага медиаторът да им превежда или да използваме турцизми, за да сме сигурни, че респондентите са разбрали правилно въпроса. Първоначално дават социално пожелателни отговори и е необходимо да им се отдели достатъчно време за да може да се „отсее“ реален отговор на поставения въпрос.

Анкетното проучване сред семействата от български етнически произход, медицинските специалисти и педагозите е проведено от дисертанта.

- **Време на проучването**
  - **Пилотно проучване**

Проведохме през април 2021г. пилотно проучване сред семейства с деца до 7год. възраст от ромски произход и живеещи в ромска общност. След анализ на резултатите, освен анкетният метод включихме и интервю поради затруднение от страна на респондентите да разберат смисъла на зададеният въпрос. Някои от въпросите бяха трансформирани, за да отговарят на замисъла на проучването.

За *медицинските специалисти* с пилотното проучване проверихме характера и вида на въпросите в анкетната карта, отговорите на отворените въпроси, а препоръките използвахме за изготвяне на окончателния модел на същинското проучване.

### ○ **Същинско проучване**

Изследването е реализирано чрез типологичен подбор. Беше изчислен необходимият брой единици на наблюдение при уровень на значимост 95%. Изчисленията бяха направени както за количествено, така и за качествено измеримите признаци. Бяха определени общия и реален брой деца, участващи в проучването.

### ● **Методи за събиране на информация**

#### ○ **Документален метод**

Разгледани и анализирани са налични научни публикации и доклади на наши и чужди експерти, автори, изследователи и анализатори на ромският етнос, традиции, начин на живот.

Проучени са програмите за обучение на медицинските сестри за работа с пациенти от различен етнос с културални различия.

#### ○ **Анкетен метод**

Анкетният метод е основен за набиране на емпирична информация от терен, заедно с полуструктурираните интервюта и мненията на експертите. Бяха интервюирани роми, живеещи „в собствената си среда”, в квартал населен изцяло или предимно от роми.

#### ➤ **Анкетна карта за родителите роми**

В общата информация на анкетата за родители се съдържат въпроси, засягащи социодемографските условия на семейството, в което се отглежда детето. Зададени са въпроси свързани с актуалното му и минало здравно състояние от периода на раждане до момента на изследването. Въпросникът е конструиран с цел да се получи информация за основните фактори, които влияят върху начина на

отглеждане на децата, изграждането на здравни навици и свързаните с това родителски практики. Въпросникът съдържа 48 въпроса (предимно закрити поради характеристиката на контингента). Групираны са в следните раздела:

1. социално-демографска характеристика на контингента;
2. хранителни навици на семейството и децата в него;
3. хигиенни навици на децата;
4. дневен режим на децата;
5. здраве и организация на семейния живот на ромите.

➤ *Анкетна карта за родителите от българска общност*

Въпросникът съдържа 45 въпроса (открити, закрити и смесени). Групираны са в следните раздела:

1. социално-демографска характеристика на контингента;
2. хранителни навици на семейството и децата в него;
3. хигиенни навици на децата;
4. дневен режим на децата;
5. здраве и организация на семейния живот на не ромите.

➤ *Анкетна карта за медицинските специалисти*

Бяха подбрани медицински специалисти от различни специалности и квалификации, работещи с деца и семейства от ромска общност. Това осигури по-точен анализ и се получи по-всеобхватно експертно мнение. Въпросникът съдържа 40 въпроса (открити, закрити и смесени). Групираны са в следните 5 раздела:

1. Социално-демографска характеристика на медицинските специалисти.
2. Мнение на медицинските специалисти относно здравните навици, които са изградили децата от ромски произход за съответната възраст–включващи хигиенни, хранителни, физиологични, общи навици.
3. Мнение на медицинските специалисти относно ежедневните проблеми и казусните ситуации, които срещат при обслужването на ромския етнос.
4. Мнение на медицинските специалисти относно организацията на семейния живот, традициите и обичаите на ромите, оказващи влияние върху формирането на навици при децата.

➤ *Анкетна карта за педагози*

За по-голяма обективност на резултатите от изследването беше използвана и експертната оценка на педагозите, работещи в детски градини и ясли ситуирани в най-големия ромски квартал на гр. Пловдив, кв. Столипиново, където групите са от смесен тип, но с преобладаване на

деца роми. Въпросникът съдържа 36 въпроса (открити, закрити и смесени). Групирани са в следните 5 раздела:

1. Социално-демографска характеристика на изследваните педагози;
2. Мнение на педагозите относно нивото на изградените здравни навици на децата в семейството при постъпването им в детската градина;
3. Мнение на педагозите и други специалисти, работещи с децата, относно здравните навици, които са изградили децата от ромски произход след посещение на детска градина – включващи хигиенни, хранителни, физиологични, общи навици;
4. Мнение на педагозите и други специалисти работещи с децата, относно ежедневните проблеми и казусните ситуации, които срещат при обслужването на ромския етнос;
5. Мнение на педагозите и други специалисти работещи с децата относно организацията на семейния живот, традициите и обичаите на ромите оказващи влияние върху развитието на децата.

### ○ Полуструктурирано интервю

Концентрацията на вниманието е върху отделното изследвано лице (респондента) и извличането на максимална информация по въпросите. Интервюто е директно общуване „лице в лице” (face - to - face) между интервюиращия и конкретното изследвано лице като усилията са насочени към това участниците да бъдат предразположени в максимална степен, да се изслушат внимателно и в детайли техните интерпретации на социалния и индивидуалния му свят. Отвореният характер на тези интервюта позволява на изследователите да придобият цялостно разбиране за темата на изследването. Осъществиха се пряко интервю с възрастните респонденти и индиректно интервю за децата и останалите членове на домакинството.

## СТАТИСТИЧЕСКИ МЕТОДИ

---

Изхождайки от целта и задачите на проучването, както и обема и вида на данните при провеждане на проучването бяха използвани следните статистически методи:

- Приложихме **дескриптивна статистика** за описание на резултатите. Резултатите са представени, чрез средна аритметична стойност и стандартна грешка (mean и Std.Error)
- Оценка на относителен дял и честотните разпределения при качествени (неметрирани) и групирани данни извършихме чрез **алтернативен анализ**.

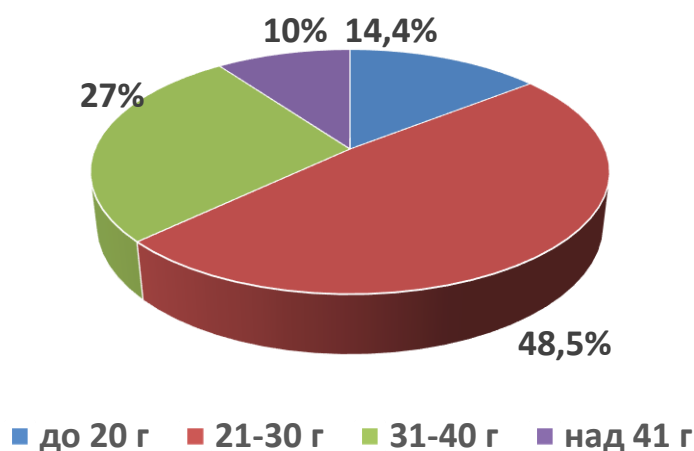
- За съпоставка на две независими извадки използвахме **и критерии и Mann Whitney test**
- За съпоставка на резултатите при двумерни разпределения приложихме **критерия  $\chi^2$**
- За търсене на зависимост между променливи **Pearson и Spearman`s rho.**
- За онагледяване на явленията са използвани възможностите на **графичния анализ.**
- За ниво на значимост на нулевата хипотеза бе прието  **$P < 0.05$ .**
- Данните са обработени чрез статистически програмен пакет **SPSS ver. 23.0.**

## III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

### СОЦИАЛНО-ДЕМОГРАФСКА ХАРАКТЕРИСТИКА НА КОНТИНГЕНТА

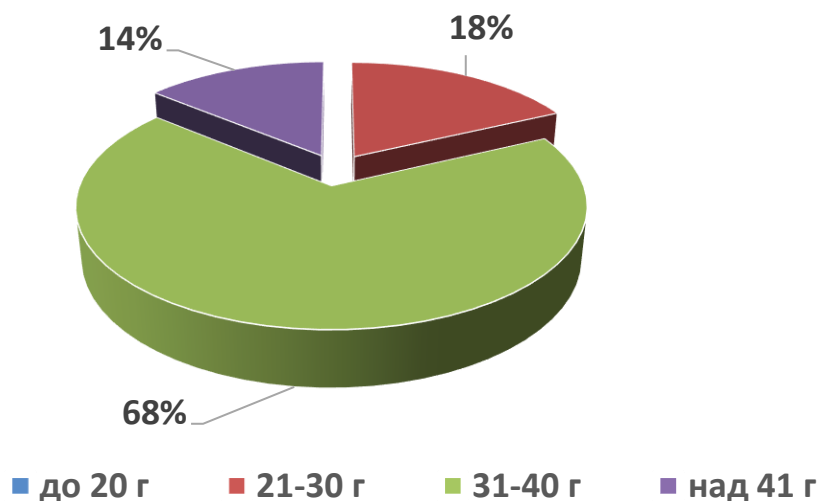
Проучването е проведено на терен в най-големия ромски квартал на гр. Пловдив (с население 367 214) кв. „Столипиново“. Столипиново е квартал в източната част на гр. Пловдив, на южния бряг на река Марица. Това е най-голямото градско гето в България с близо 40 000 души население от ромски етноси, християни и мюсюлмани. Ромите, самоопределили се като такива в кв. „Столипиново“ са от групата на дасикане-рома (бургуджи). Жителите на кв. „Столипиново“ имат лесен достъп до здравни, образователни и социални услуги в самия район. Поради тази причина това ги капсулира допълнително и на тях рядко им се налага да излизат извън рамките на квартала.

В анкетното проучване участват общо 270 роми. Възрастовата граница на анкетирания ромски етнос в проучването варира в широки граници – най-младият участник е 16-годишен, а най-възрастният 50 г. Средната възраст на изследвания контингент е  $28,76 \pm 0,46$  г. (фигура 1).



**Фигура 1.** *Разпределение по възраст при ромски етнос*

В настоящия труд са анализирани и отговорите на 200 участници от български произход, които попълват идентични анкетни карти. Получените резултати и направените сравнения са представени и обсъдени. Средната възраст при изследваните респондентите от български произход е  $35,09 \pm 0,39$  г. (фигура 2).



**Фигура 2.** Разпределение по възраст при български етнос

Социално-демографската характеристика на изследваните ромски и български семейства е представена на таблица 1.

**Таблица 1.** Социално – демографска характеристика на изследваните ромски и български семейства

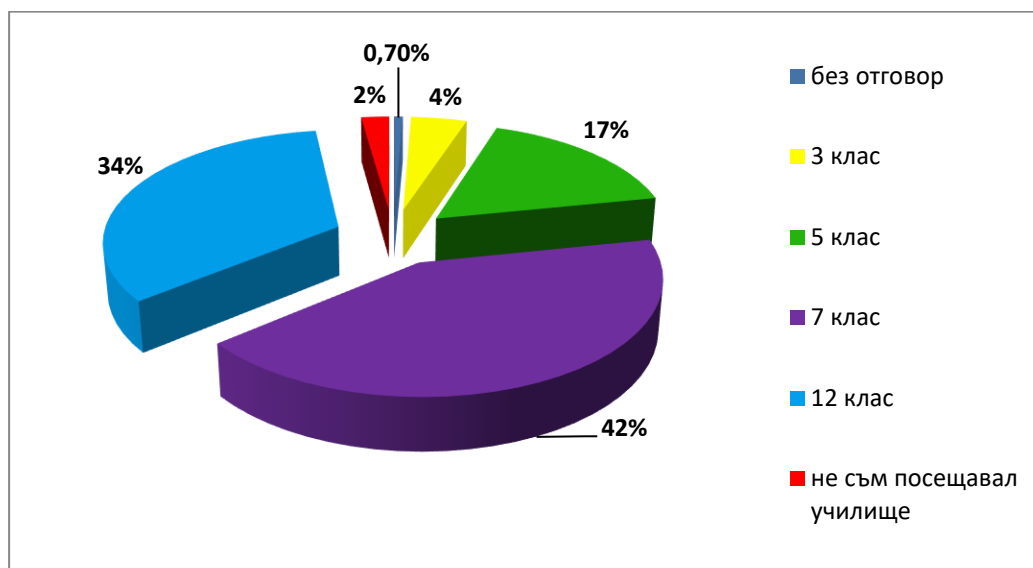
Показатели	роми		българи	
	Брой	%	Брой	%
<b>Пол</b>				
жена	250	92,6	180	90
мъж	20	7,4	20	10
<b>Етническо самоопределение</b>				
българи	38	14,1	190	95
роми	79	29,3	2	1
турци	136	50,4	4	2
други	17	6,3	4	2
<b>Образование</b>				
висше	27	10	160	80
полувисше	10	3,7	14	7
средно	65	24,1	20	10
основно	132	48,9	6	3
без образование	36	13,3	-	-
<b>Семеен статус</b>				
неженен	79	29,3	56	28
женен	178	65,9	130	65
разведен	13	4,8	10	5
вдовец	-	-	4	2
<b>Финансово състояние</b>				
мн. добро	25	9,3	42	21
добро	231	85,6	154	77
лошо	14	5,2	4	2
<b>Местоживеене – град</b>	270	100	200	100

Интересно е самоопределянето на изследвания ромски контингент. Независимо, че обществото ги определя с един общ етикет на етнос „роми“, прави впечатление, че те самите се самоопределят на две основни големи групи – роми (29,3%) и турци (50,4%). Не е изненадващ фактът, че само 14,1% се обявяват за българи. В категория „други“ (6,3%) влизат най-вероятно хора, които се самоопределят от групата на „милетите“. Всичко това показва многообразието и многоликостта на ромските подгрупи, които имат определени влияния върху ромските семейства, начин на мислене и поведение, стил на живот, характеризиращи се с една непостоянност.

От анкетираните респонденти прави впечатление, че 92,6% са жени, а мъжете са едва 7,4%. Напълно очаквано и естествено жените да са по-активни, при положение че в ромските семейства традиционно жената е тази която се грижи за децата и домакинството. Фигурата на мъжа се свързва основно с финансовото осигуряване на семейството.

Болшинството от ромските семейства смятат, че живеят добре, като 85,6% от анкетираните роми определят финансовото си състояние като „добро“. Това е характерно за ромския етнос, които се задоволява с по-ограничени материални ресурси. Социално-културните особености и адаптивността към ниски стандарти на живот допринасят за тази субективна представа за благосъстояние. Само 9,3% от анкетираните роми посочват „много добро“ състояние, а 5,2% като „лошо“. За разлика от българите, при които само 77% смятат, че финансовата осигуреност на семейството е добра, „много добра“ – 21% и лоша 2%. Очаквано при ромските семейства относителния дял на тези с „много добро“ финансово състояние е по-нисък спрямо българските семейства  $P=0,001$  ( $\chi^2=15,2$ ).

Относно образователния ценз на анкетираните роми, наблюдаваната тенденцията е, че 48,9% са с основно образование, 24,1% са със средно и едва 13,7% са с висше или полувисше образование (фигура 3). По време на проучването се наблюдаваше значителна неграмотност сред младите роми (13,3%), което оказваше влияние върху възможността им да четат и разбират текста, а така също и да формулират отговори.



**Фигура 3.** Образование на участниците от ромски произход

При съпоставката на двата етноса установихме, че при българите нивото на образование е по-високо  $P=0,001$  ( $\chi^2=256,5$ ). Значителна част от ромите са с основно образование или без образование, докато при българите 87% са с висше или полувисше образование.

Според ромските традиции подходящата възраст за брак е след половото съзряване на девойката. Това е периодът, в който родителите и започват да избират подходящо семейство за сродяване. Сватбата е издигната до институционализиращ семейството обичай и носи тази сила и до днес. От направеното проучване се установи, че възрастовата граница е с диапазон между 14 г. и 39 г. Средната възраст за женитба е  $18,15 \pm 0,47$  г. Не са изключение и браковете на 14 г. (5,6%) и на 15 г. (8,5%). При българите средната възраст за сключване на брак е значително по-висока –  $26,35 \pm 0,31$  г.  $P=0,001$  ( $u=14,5$ ).

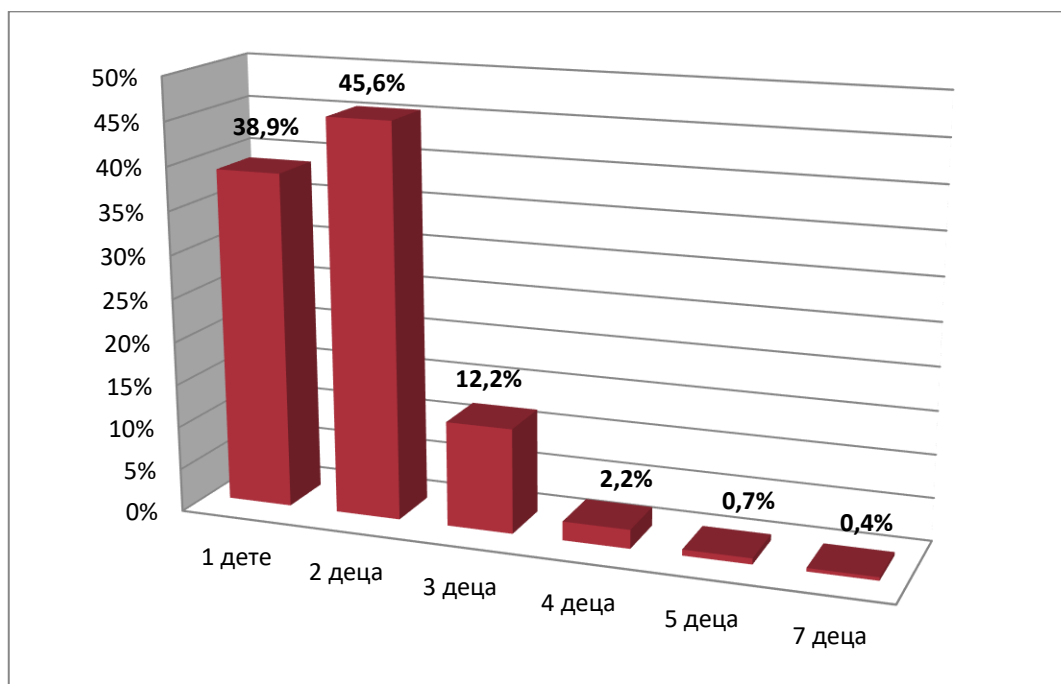
Резултатите от настоящето проучване показаха, че 22,2% от ромките са родили първото си дете преди 18-годишна възраст, като средната възраст за изследваните е  $20,01 \pm 0,50$  г. Родители в по-зряла възраст след 30 г. са едва 6,8%. Младата възраст на майката и липсата на готовност за родителстване, обясняват наблюдаваната намеса в семейния живот на свекървата, както и доминирането ѝ при отглеждането на децата. При българските семейства средната възраст за раждане на първо дете е значимо по-висока  $27,47 \pm 0,30$  г.  $P=0,001$  ( $u=12,8$ ).

Резултатите, които получихме относно броя на децата в ромските семейства, опровергават и всеобщото схващане, че са многобройни. В действителност от всички 270 анкетиращи роми само в едно семейство

### III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

има 7 деца (0,4%) и две семейства са с по 5 деца (0,7%). Основната част от изследваните ромски семейства имат по 2 деца (45,6%) и по 1 дете (38,9%); с 3 деца са 33 семейства от анкетираните (12,2%) (фигура 4).

Трябва да отчетем и факта, че са анкетирани предимно млади ромки в детеродна възраст, при които възпроизводството може да не е завършило. Динамичното време, в което живеем и желанието за осигуряване на по-добър живот за членовете на ромските фамилии повлиява и на фактора раждаемост, който е бил доста висок в минали времена.



**Фигура 4.** Брой деца в анкетираните ромски семейства

## 1. Анализ на факторите, влияещи върху здравето на деца, живеещи в ромска общност.

Факторите влияещи върху здравето се разделят на две големи групи:

**Ендогенни фактори** – към тях се включват всички анатомични особености на дихателната система и хроничните заболявания. Както и проблемите, които е имала майката по време на бременността и те са дали отражения върху здравето на детето. Такива въздействия могат да бъдат вредни навици на майката и злоупотреба с различни субстанции през периода на бременността.

**Екзогенни фактори** – към тях се причисляват факторите на околната среда, като здравословно хранене, семейна и социална среда, хигиенно-битови условия, здравна култура, посещение на детски ясли и градини и др.

За изграждането на един здрав организъм е необходимо пълноценно, балансирано и подходящо за съответната възраст и нужди хранене. То трябва да съдържа всички нутриенти, макронутриенти, минерали, витамини и соли, които да осигурят нормално развитието на физическия и интелектуален капацитет на подрастващите.

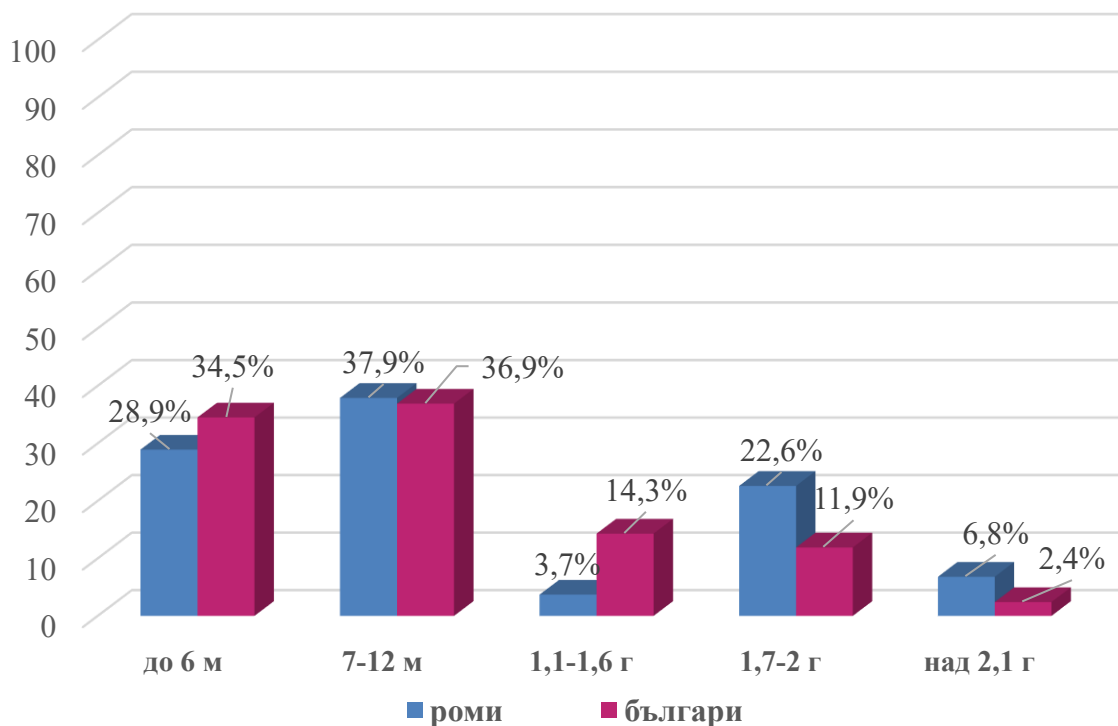
Пълноценното хранене започва още в кърмаческа възраст, за да се профилактира появата на рахит и усложненията от него. На кърмачето се осигурява естествено хранене и пълноценно захранване с добавка на жълтък, зеленчукови и плодови пюре, каши, необходимо количество белтъчини според възрастта.

Дефицитът на желязо и наличието на желязодефицитна анемия повлияват негативно когнитивното развитие на децата и имунитета. Национално проучване на хранителния статус на децата до 5-годишна възраст в България показва, че разпространението на желязодефицитна анемия при деца на възраст 1- 4 г. е 25,8%, като при деца от ромското малцинство достигат до 40%.

Затова изследването и анализа на хранителните навици на децата в ранна детска възраст, би дало възможност на по-късен етап от живота им да се предопредели здравословният им статус. Също така да се профилактира развитието на хронични заболявания, като захарен диабет, хипертония, ССЗ и други заболявания свързани с нарушението на метаболитния синдром.

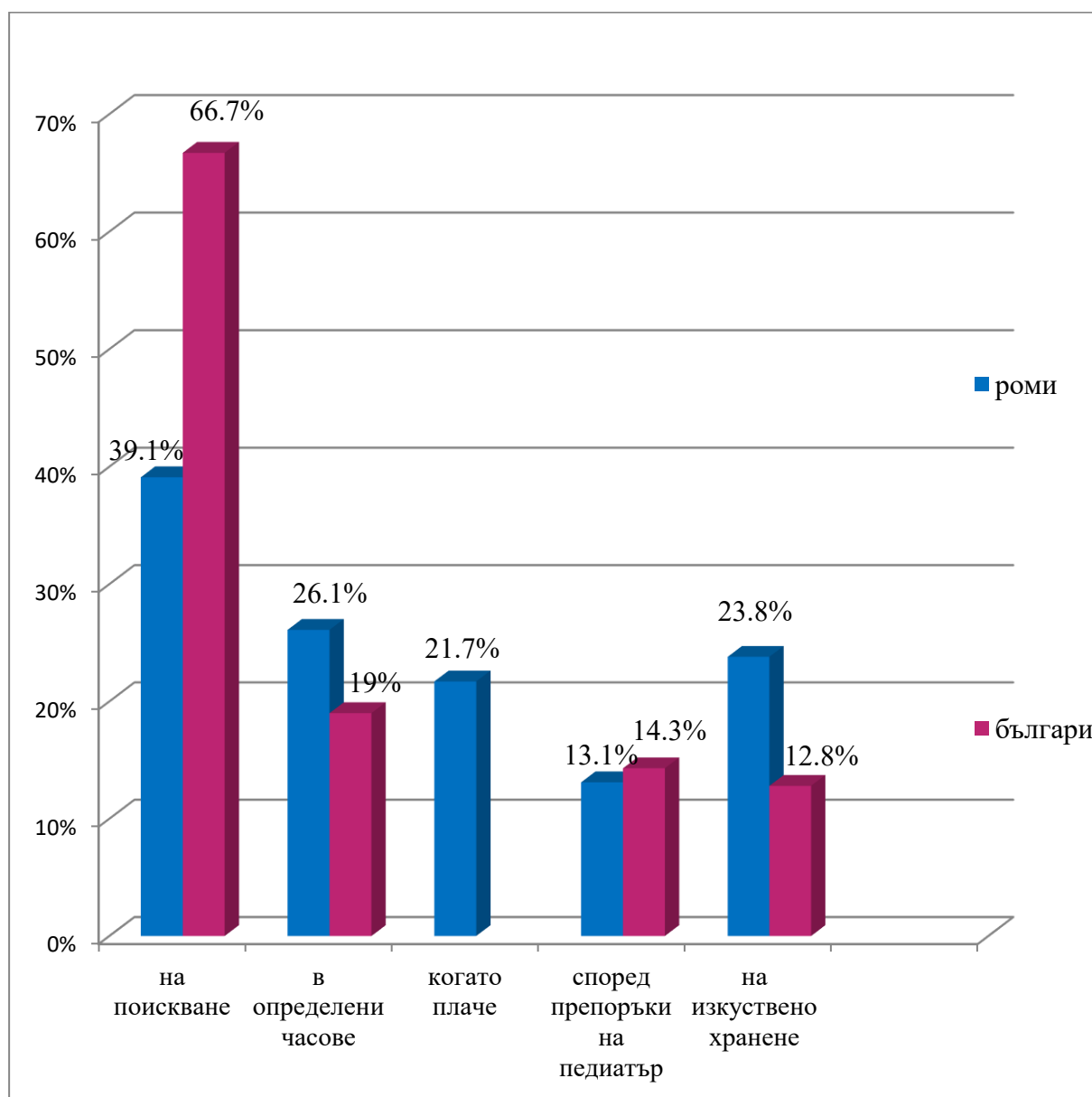
### III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Най-пълноценното хранене за новороденото е кърменето. Установихме съществена разлика в продължителността на кърмене между двата етноса (фигура 5).



**Фигура 5.** Продължителност на кърмене (съпоставка роми и българи)

Българските майки 28 (66,7%) кърмят на поискване, като при плач на бебето не се подава веднага майчина гърд, а се търсят други причини за плача. Установи се съществена разлика и по отношение спазване препоръките на педиатър и режима на почасово хранене. Наблюдава се предпочитание за хранене с адаптирани млека при ромите 23,8%, спрямо българи 12,8%. Ромските майки са повлияни от рекламни клипове за кърмаческо хранене и масово използват едни и същи марки адаптирано мляко (фигура 6).



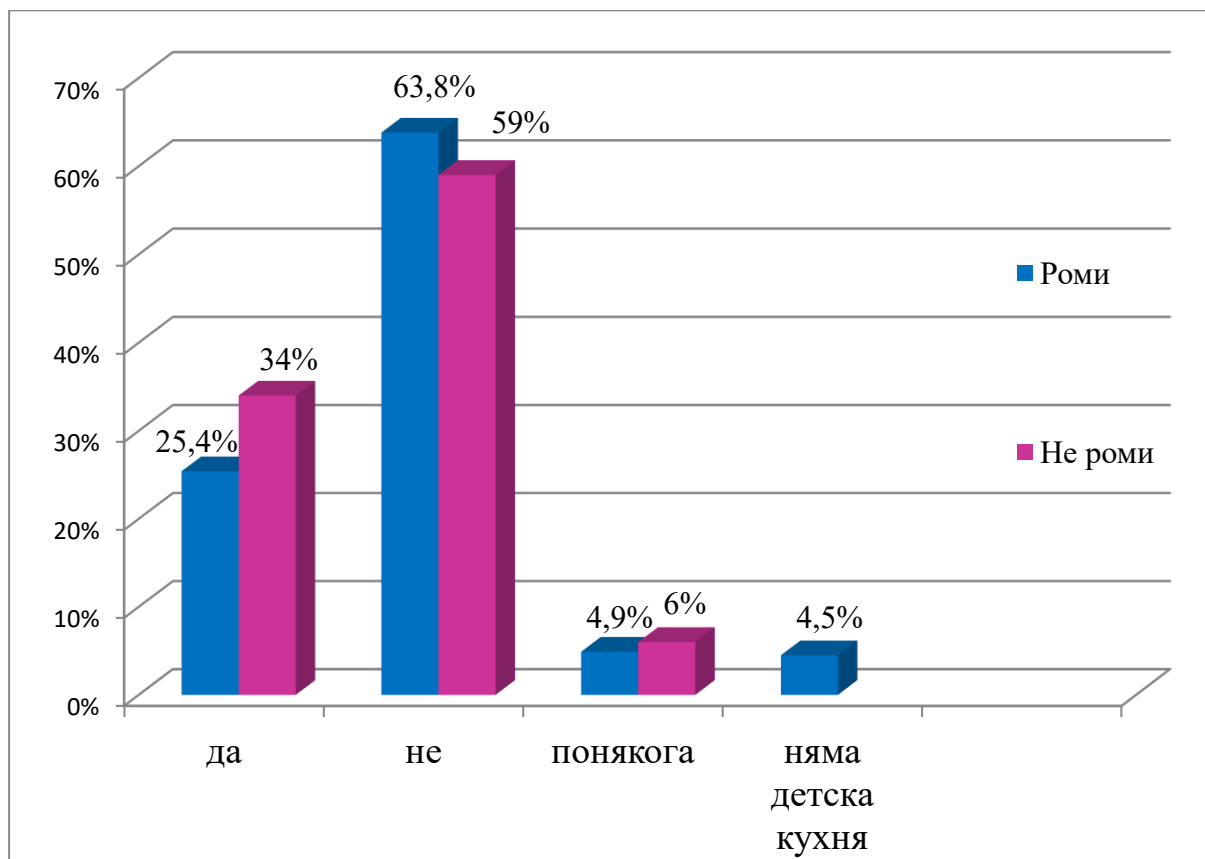
**Фигура 6.** Сравнителен анализ на кърменето между ромски и български жени

Периодът на захранване на кърмачето обхваща времето от 4 навършени до 6 навършени месеца. Той е особено рисков, защото захранващите храни често се дават в неподходящо време и/или в недостатъчно количество. При българските майки преобладаващата храна за захранване е фабрично закупена каша/пюре – (80%). Ромите предпочитат да захранват децата си с домашно приготвена каша от брашно и мазнина (т.нар. „балабан каша“) или кисело мляко, което е много по-икономичен вариант за тях, докато българите предпочитат готовите каши  $P=0,001$  ( $\chi^2=64.7$ ) (таблица 2).

**Таблица 2.** Съпоставка на използваните хранителни продукти за захранване при ромски и не ромски деца

			захранване				Общо
			кисело мляко	каша	попара	обща храна	
Групи	роми	абс. бр.	80	134	14	14	242
		отн. дял	33,1%	55,4%	5,8%	5,8%	100%
	българи	абс. бр.	10	144	26	0	180
		отн. дял	5,6%	80%	14,4%	0%	100%
<b>Общо</b>		абс. бр.	90	278	40	14	422
		отн. дял	21,3%	65,9%	9,5%	3,3%	100%

На въпроса дали ползват храна от детската млечна кухня, около 60% от двете изследвани групи не се възползват от тази услуга. Въпреки това, българските майки по-често взимат готова храна за децата си  $P=0,012$  ( $\chi^2=12,81$ ) (фигура 7).



**Фигура 7.** Сравнителен анализ за използване на детска млечна кухня за деца от 8 м. до 3 г. възраст

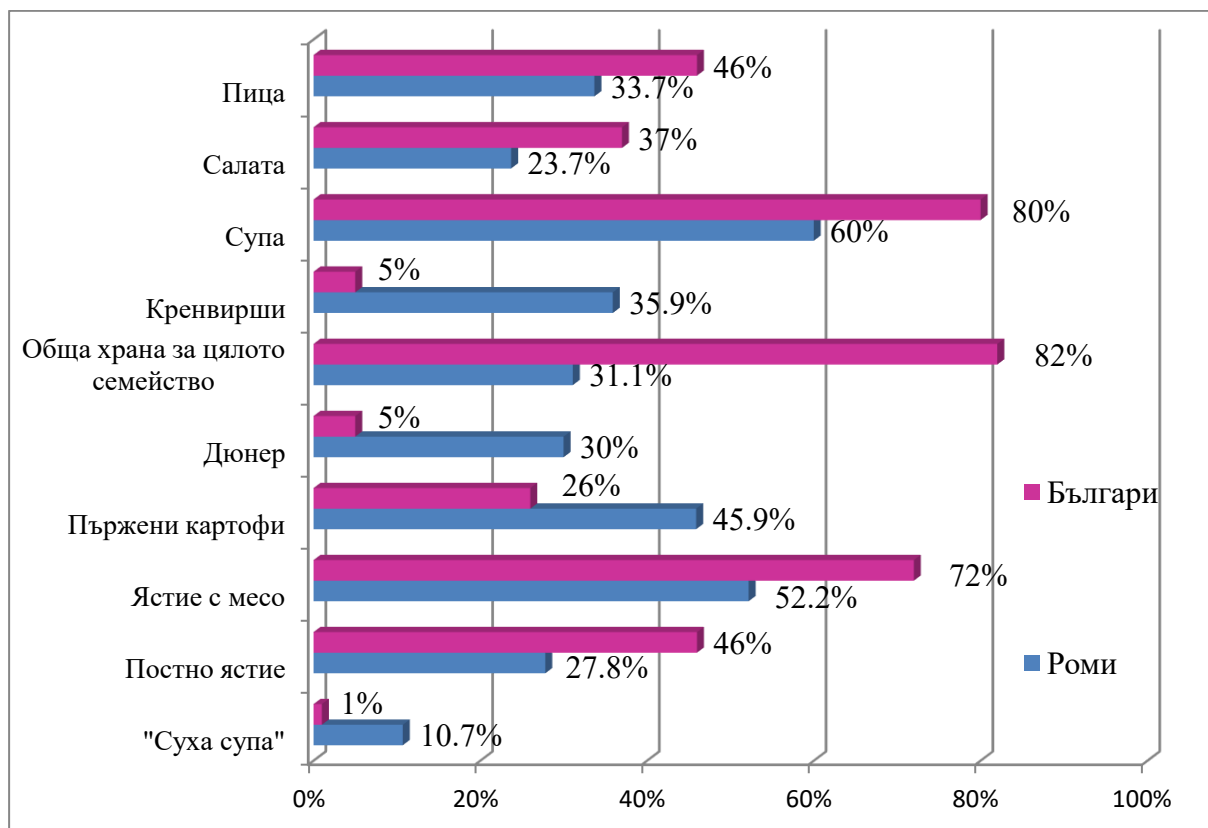
Несъмнено правилното и балансирано хранене при децата предопределя здравословното състояние на индивида на по-късен етап от неговото развитие. Нарушаването на основните принципи на здравословно хранене може да е предпоставка за развитие на социалнозначими хронични заболявания. При ромите дневното меню е много еднообразно и изцяло ориентирано към консумация на тестени изделия и въглехидрати.

Най-важният елемент от пълноценното хранене е закуската. При съпоставката на двете групи прави впечатление, че 56% от децата с български произход закусят в детската градина  $P=0,001$  ( $\chi^2=74,6$ ). Това можем да обясним с факта, че голям процент от ромските деца не посещават редовно детска градина. Българчетата консумират значително по-голямо количество кисело мляко (42%)  $P=0,001$  ( $\chi^2=15,6$ ) и плодове на закуска  $P=0,002$  ( $\chi^2=10,6$ ) (таблица 3).

**Таблица 3.** Съпоставка на използваните хранителни продукти за закуска при ромски и не ромски деца

Закуска	Роми	Българи	$\chi^2$ (p)
Баница	51,5%	39%	$\chi^2=7,2$ (p=0,007)
Филия с масло	27,8%	30%	$\chi^2=10,31$ (p=0,63)
Принцеса	39,6%	50%	$\chi^2=5,0$ (p=0,031)
Каша	29,3%	21%	$\chi^2=4,2$ (p=0,043)
Кисело мляко	24,8%	42%	$\chi^2=15,6$ (p=0,001)
Кифла	41,9%	19%	$\chi^2=27,5$ (p=0,001)
Вафли	13%	3%	$\chi^2=14,3$ (p=0,001)
Закуска в градина	17,8%	56%	$\chi^2=74,6$ (p=0,001)
Каквото намеря	8,9%	4%	$\chi^2=4,3$ (p=0,042)
Макарони	54,1%	61%	$\chi^2=2,2$ (p=0,15)
Мекици	25,9%	11%	$\chi^2=16,3$ (p=0,001)
Сандвич	28,9%	29%	-
Плодове	13,3%	25%	$\chi^2=10,5$ (p=0,002)

При другите две големи основни хранения обяд и вечеря, се наблюдават също специфични особености при ромите (фигура 8).



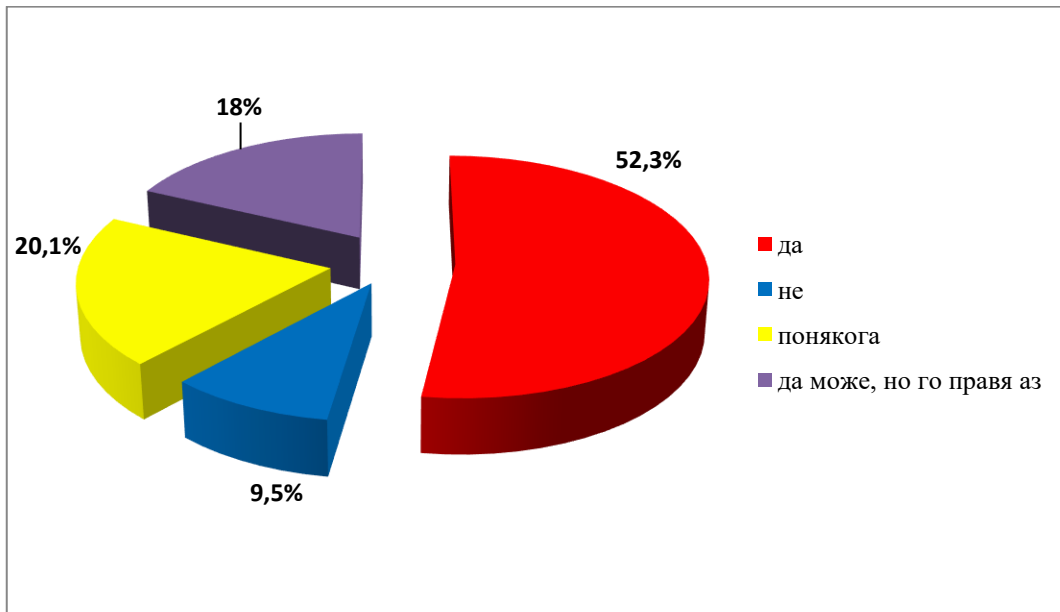
**Фигура 8.** Основни храни за обяд на деца роми и българи

Ромите са по-ограничени в избора си на храна. Те използват по-еднообразно меню, съобразено с по-евтини и лесно достъпни продукти. Предпочитат да хранят децата си с полуфабрикати – „суха супа“ (инстантна разтворима супа) или бързи храни (т.нар. fast food) – дюнери, пици, пържени картофи, кренвирши.

Българите хранят по-здравословно децата си, поради преобладаването на течна храна в менюто, която е лесно смилаема и лесно усвоима от организма.

#### **□ Анализ на хигиенните навици на децата роми, влияещи върху здравето**

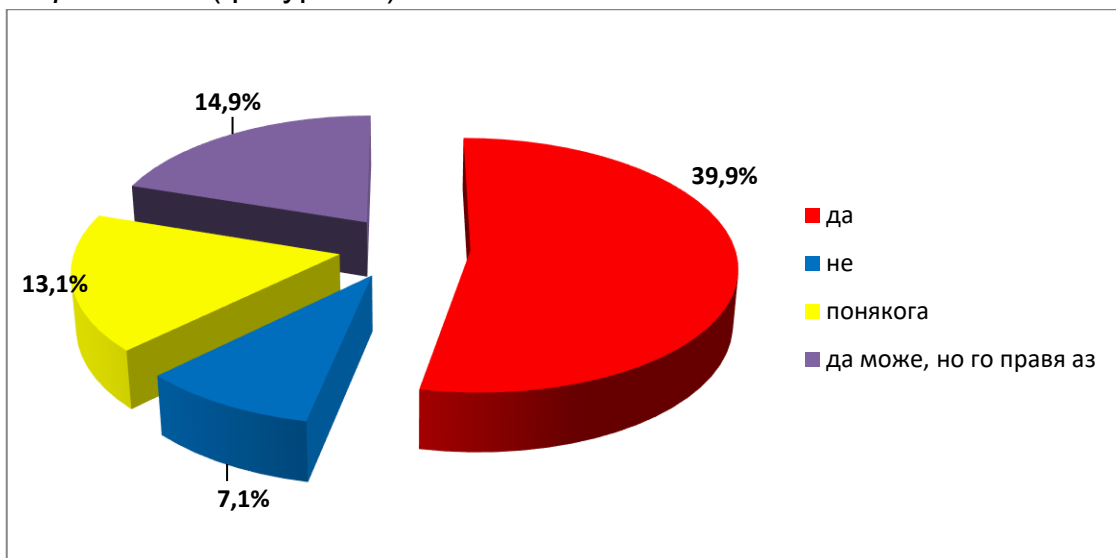
Основен стълб в изграждането на хигиенни навици при децата е приучването им да мият правилно ръцете и лицето. Старателното им измиване преди и след хранене, игра или извършване на физиологични нужди, значително намалява патогенната микрофлора, която се задържа по повърхността на ръцете. Това е ключов навик, който детето трябва да усвои още от най-ранна възраст, за да се предпази от редица инфекциозни заболявания и да се осигури доброто му здравословно състояние (фигура 9).



**Фигура 9.** Измиване на ръце след извършване на физиологични нужди от деца роми

Тревожен е фактът, че само половината от децата имат изграден постоянен навик да си измиват ръцете след извършване на физиологични нужди (52,3%). Наблюдава се едно опекунство от страна на ромската майка при 18% „...да, може, но го правя аз...“. В желанието си да го обгрижва, майката извършва вместо детето обичайни действия, които трябва да са изградени и да са превърнати в здравни навици.

Аналогични са резултатите и на въпроса „*Детето мие ли си ръцете преди хранене?*“ (фигура 10).



**Фигура 10.** Измиване на ръце преди хранене от деца роми

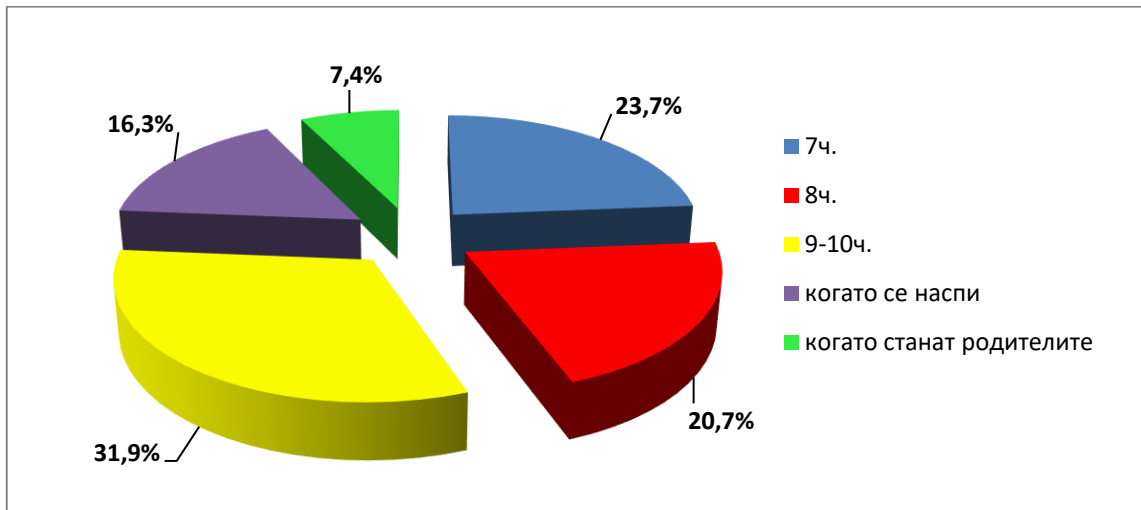
### III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

При анализа на съня се установи съществена разлика между двете изследвани групи. Съпоставката показва, че при българите 76% от децата си лягат до 22 ч., докато при ромите едва 43,3%  $\chi^2=87$  ( $p=0,001$ ). Прави впечатление съществуването на порочна практика при 26,6% от ромските деца да си лягат когато искат или когато си легнат възрастните (таблица 4).

**Таблица 4.** Относителен дял на нощно заспиване на деца роми и българи

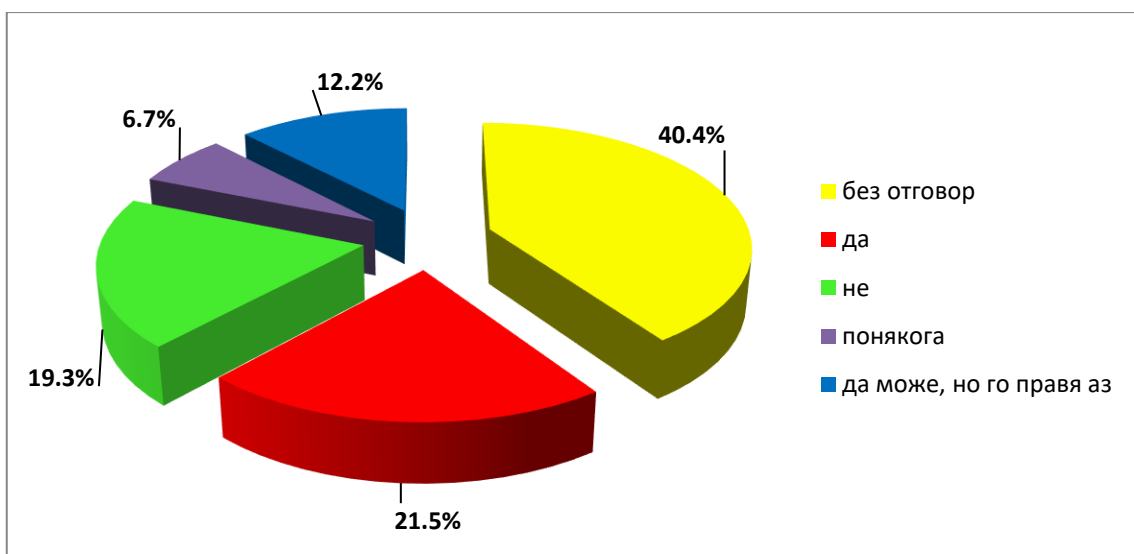
			В колко часа си лягат вечер децата?					Общо	
			20-21	21-22	22-24	не мога да преценя	когато си иска		когато лягат възрастните
групи	роми	абс. бр.		88	71	10	50	22	270
		отн. дял	10,7%	32,6%	26,3%	3,7%	18,5%	8,1%	100%
	българи	абс. бр.	22	130	48	0	0	0	200
		отн. дял	11%	65%	24%	0%	0%	0%	100%
<b>Общо</b>		абс. бр.	51	218	119	10	50	22	470
		отн. дял	10,9%	46,4%	25,3%	2,1%	10,6%	4,7%	100%

Късното заспиване вечер предопределя и късното ставане сутрин. Почти всички българчета (94,9%) стават между 7- 8ч, докато при деца роми, по-малко от половината стават в този диапазон, а около 16% когато се наспят (фигура 11).



**Фигура 11.** Часове за сутрешно събуждане на деца от ромски произход

Тревожни са и резултатите, които получихме относно оралната хигиена на деца роми. Почти половината родители – 109 (40,4%) отказаха да отговорят на въпроса. И около една пета (19,3%) от ромите дадоха категоричен отрицателен отговор (фигура 12).



**Фигура 12.** Орална хигиена на деца роми / самостоятелно измиване на зъбите

За физическото развитие на децата, освен пълноценният сън, друг важен фактор е закаляването. То трябва да започне още през първия месец от раждането, когато се развиват всички органи и системи. Използването на основните средства - въздух, слънце, вода, в комбинация с масаж и гимнастика, водят до желаните резултати. Анкетното проучване показва ниска здравна култура на родителите и от двете групи. Това означава, че не са достатъчно добре запознати с

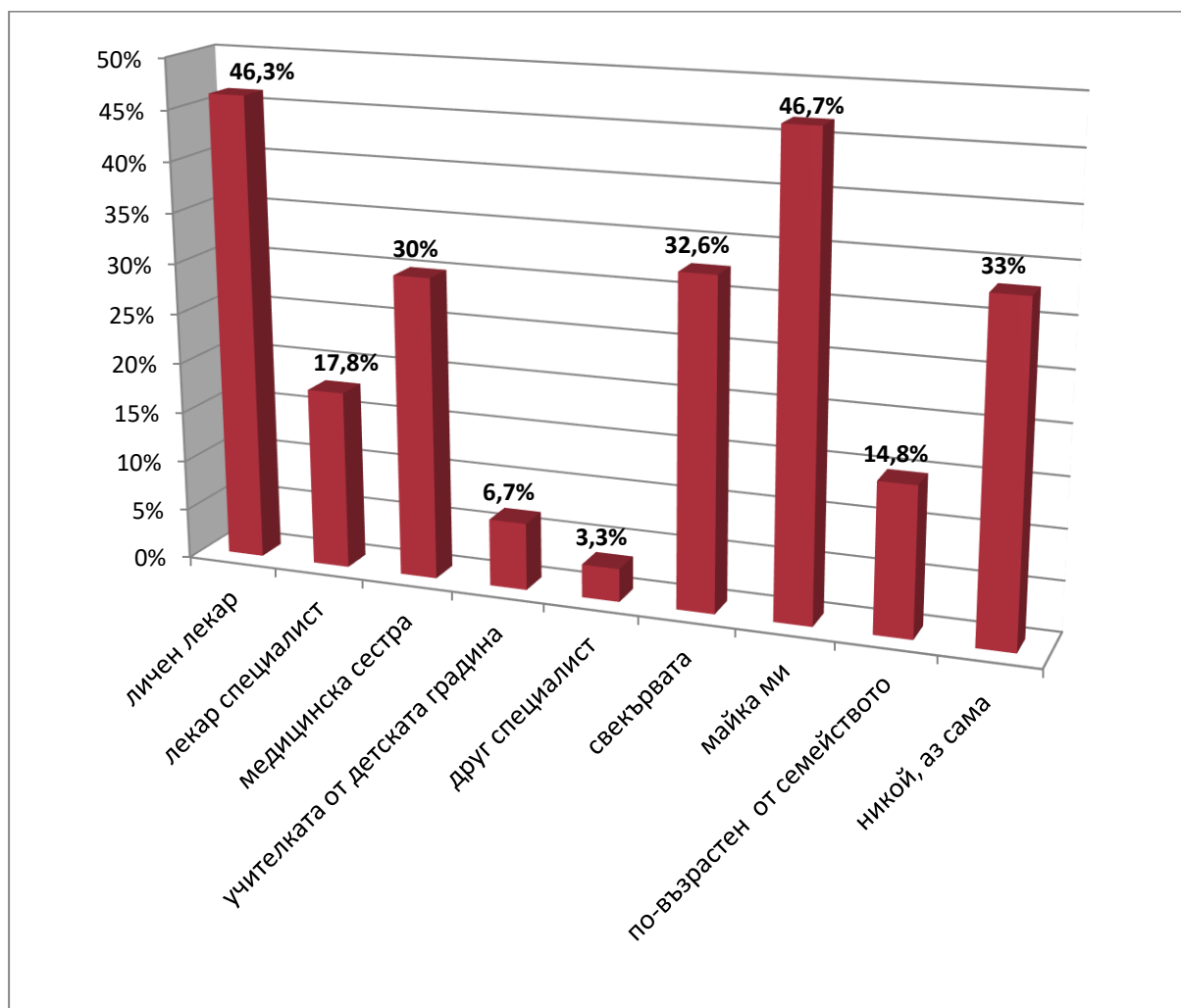
### III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

ефективността и благоприятното влияние на тези дейности върху детския организъм, поради което negliжират този процес (таблица 5).

**Таблица 5.** Сравнителен анализ на извършване на закалителни процедури при деца роми и българи

групи		Закалителни процедури на детето					Общо
		да	не	не винаги	не мога да преценя	само се закалява по улиците	
роми	абс. бр.	55	135	20	41	17	268
	отн. дял	20,5%	50,4%	7,5%	15,3%	6,3%	100%
българи	абс. бр.	80	82	14	20	2	198
	отн. дял	40,4%	41,4%	7,1%	10,1%	1%	100%
Общо	абс. бр.	135	217	34	61	19	466
	отн. дял	29%	46,6%	7,3%	13,1%	4,1%	100%

При проучване мнението на родителите, относно това от кого получават здравословни съвети, препоръки и подкрепа при отглеждането на детето си, при ромите се открояват два отговора с почти равни резултати, „майка ми“ и „личен лекар“. За ромския етнос е нормално възрастните в семейството да ръководят младата майка и да я наставляват. Запазено е матриархалното семейство при този етнос. Личният лекар се откроява с голям авторитет сред 46,3% от анкетираните, както и този на медицинската сестра 30%. Ромите често се допитват до личните си педиатри и медицински сестри. Здравните специалисти се ползват с голямо уважение сред ромската общност и са разпознаваеми личности в ромската махала (фигура 13).



**Фигура 13.** Персонажите, които влияят на ромската майка как да отглежда детето си

## 2. Анализ на здравните навици и умения на деца от 0–7 г. възраст, живеещи в ромска общност и на български деца, според мнението на педагозите в детските градини

Здравните умения и навици, изградени в ранна детска възраст, са ключови за формирането на здравословен начин на живот и превенция на болести в по-късните етапи от живота. Особено важна е ролята на детските градини като среда, в която децата не само се социализират, но и придобиват основни здравни знания и навици чрез взаимодействие с педагозите. Педагозите, работещи с деца-билингви, трябва да подхождат към тях с особено внимание, търпение и обич. За тези деца детската градина често е първата среща с нов език, нови социални норми и непозната среда на общуване.

В проучването участват общо 59 специалисти от различни детски градини, ситуирани в най-големия ромски квартал на гр. Пловдив – „Столипиново“, разпределени както следва:

- ✓ 22-ма (37,3%) педагози със специалност „Предучилищна и начална училищна педагогика“ (ПНУП);
- ✓ 22-ма (37,3%) педагози със специалност „Предучилищна педагогика“ (ПУП);
- ✓ 2-ма (3,4%) психолози;
- ✓ 4-ма (6,8%) директори на детски градини;
- ✓ 9 (15,2%) други специалисти – арттерапевти, музикотерапевти и помощен персонал.

Това разнообразие в професионалния профил позволява по-широк поглед върху практиките и предизвикателствата в работата с деца в предучилищна възраст, включително такива от билингвална или уязвима среда.

Средната възраст на изследвания контингент е  $44,4 \pm 1,35$  г. Прави впечатление, че 11,9% са с 10 г. професионален стаж, 6,8% с 20 г., а педагозите с над 30 г. стаж са 21,1%. Средният трудов стаж е  $16,9 \pm 1,48$  г., от които работа с деца роми е  $11,92 \pm 1,34$  г.

В изследваните детски градини децата са разделени на групи, като средният брой деца, посещаващи редовно детска градина във всяка група е  $20,34 \pm 0,65$ , а от тях средният брой ромски деца е  $10,39 \pm 0,92$ .

Обобщавайки резултатите от проучването, се установи, че анкетираните педагози притежават значителен професионален стаж и опит в работата с деца от ромската общност. Въпреки това, само 44,1% споделят, че не срещат затруднения при общуването с ромски деца. Почти същият дял 42,4% – посочват, че понякога изпитват трудности в

комуникацията, а 6,8% от респондентите заявяват, че имат сериозни затруднения в общуването с деца от тази етническа група.

Тези данни доказват, че дори при наличие на опит и професионална подготовка, ефективното общуване с деца от ромската общност може да бъде предизвикателство за част от педагогическия персонал. Това вероятно се дължи на културни различия, езикови бариери или липса на специфично обучение по интеркултурна комуникация. Резултатите подчертават необходимостта от допълнителна квалификация и подкрепа за учителите, работещи в мултикултурна среда.

Интеграцията и социализацията на ромските деца в обществото и овладяването на говорим български език е основен проблем за педагозите (фигура 14).



**Фигура 14.** Трудности които срещат педагозите при работата си с деца ромски

Други съществени проблеми, според педагозите, са езиковата бариера, неразбирането на български език и липсата на здравна култура. Образователните програми и стратегии за преподаване в ОГРДВ (образование и грижа в ранна детска възраст) не са адаптирани за деца, чийто първи език не е български. В ромските семейства се говори изключително само на ромски или на турски език. Гледа се предимно турска телевизия.

### III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

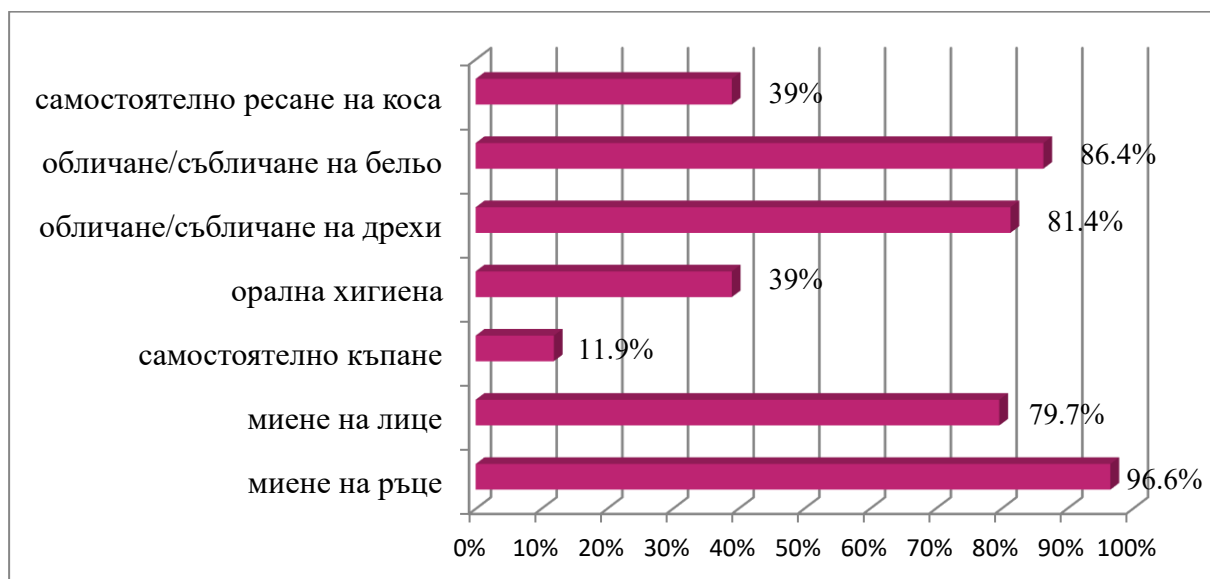
Педагозите споделят, че преди постъпването в детската градина, много малко от децата са изградили хигиенни навици в семействата си.

Много добър резултат се наблюдава по отношение на хигиенния навик „миене на ръце“ – 78% от ромските деца демонстрират умения да мият ръцете си самостоятелно при постъпване в детската градина (фигура 15).



**Фигура 15.** Изградени здравни навици при постъпването на децата в детската градина според педагозите

На фигура 16 са представени резултатите, които са постигнали педагозите при изграждането на здравни навици, след като децата са посещавали детска градина.



**Фигура 16.** Изградени здравни навици у деца роми след посещение на детска градина.

Безспорно се отчита ръст на увеличаване и затвърждаване на всички здравни навици на децата роми след посещенията им в детската градина и работата на педагозите с тях (таблица 6).

**Таблица 6.** Сравнение на изградени здравни навици при деца роми преди и след посещение на детска градина.

Хигиенен навик	ПРЕДИ посещение на ДГ	СЛЕД посещение на ДГ
Миене на ръце	78,%	<b>96,6%</b>
Миене на лице	52,50%	<b>79,7%</b>
Самостоятелно къпане	11,9%	11,9%
Самостоятелно ресане на коса	11,6%	<b>39,0%</b>
Орална хигиена	13,6%	<b>39,0%</b>
Самостоятелно обличане/ събличане на бельо	47,5%	<b>86,4%</b>
Самостоятелно обличане / събличане на дрехи	74,6%	81,4%

Нередовното посещение на детската градина и пропускането на заложените здравни теми в програмите на обучение водят до значителен дефицит на по-късен етап от развитието на децата. Пропускането на най-подходящия период и възраст, значително затруднява изграждането на хигиенни стереотипи у децата насочени към придобиване на здравни навици и социализиране.

Липсата на родителска ангажираност в допълнение, затруднява затвърждаването на здравните навици извън детската градина. При някои семейства здравната култура не е приоритет, което налага допълнителни усилия от страна на педагогическия екип.

Друг голям проблем, който се очертава, независимо, че детето посещава детска ясла или градина е липсата на достатъчно медицински сестри, психолози, логопеди, арт терапевти, сътрудници/ медиатори с ромски език и други специалисти. Те подпомагат създаването на приобщаваща среда, която да отговаря на различните потребности на децата - здравни и социални, изграждащи се в ранното детство.

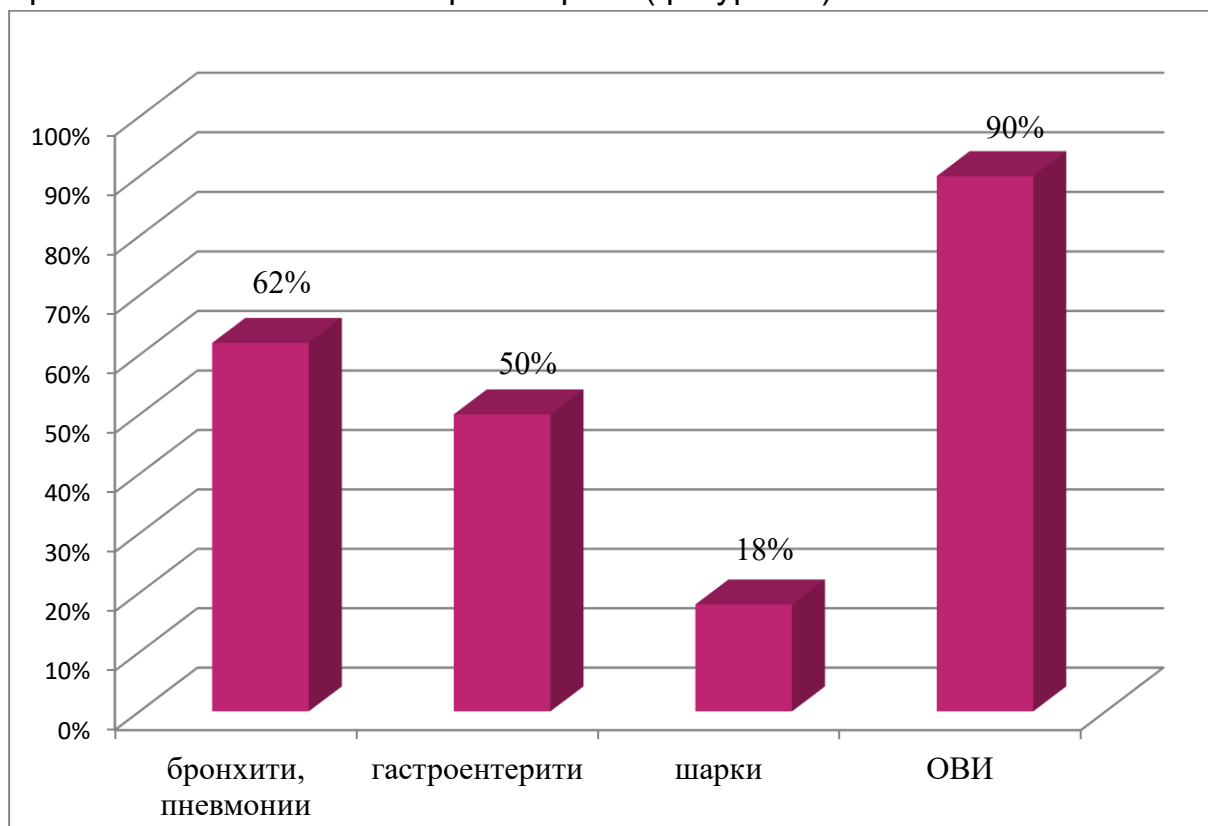
### 3. Анализ на здравните навици и умения на деца от 0–7-год. възраст, живеещи в ромска общност, според мнението на медицинските специалисти

В проучването са анкетирани общо 50 здравни специалисти, работещи основно с деца роми в ДКЦ-та, разположени в най-големия ромски квартал на гр. Пловдив, кв. Столипиново. Разпределението по професионални направления е следното:

- ✓ 18 лекари (36%), включително ОПЛ медицина/ педиатрия, физиотерапия, оториноларингология, дентална медицина
- ✓ 32 (64%) специалисти по здравни грижи – с ОКС “Магистър” са 68%, с бакалавърска степен 14%, полувисше образование 14% и средно специално 4%.

Средната възраст на участниците е  $53,92 \pm 1,71$  г., като 34% са над 60 г. Прави впечатление, че 14% са с 10 г. професионален стаж, 14% с 20 г., а с над 31 г. стаж са 44 %. Средният трудов стаж е  $28,4 \pm 1,8$  г.

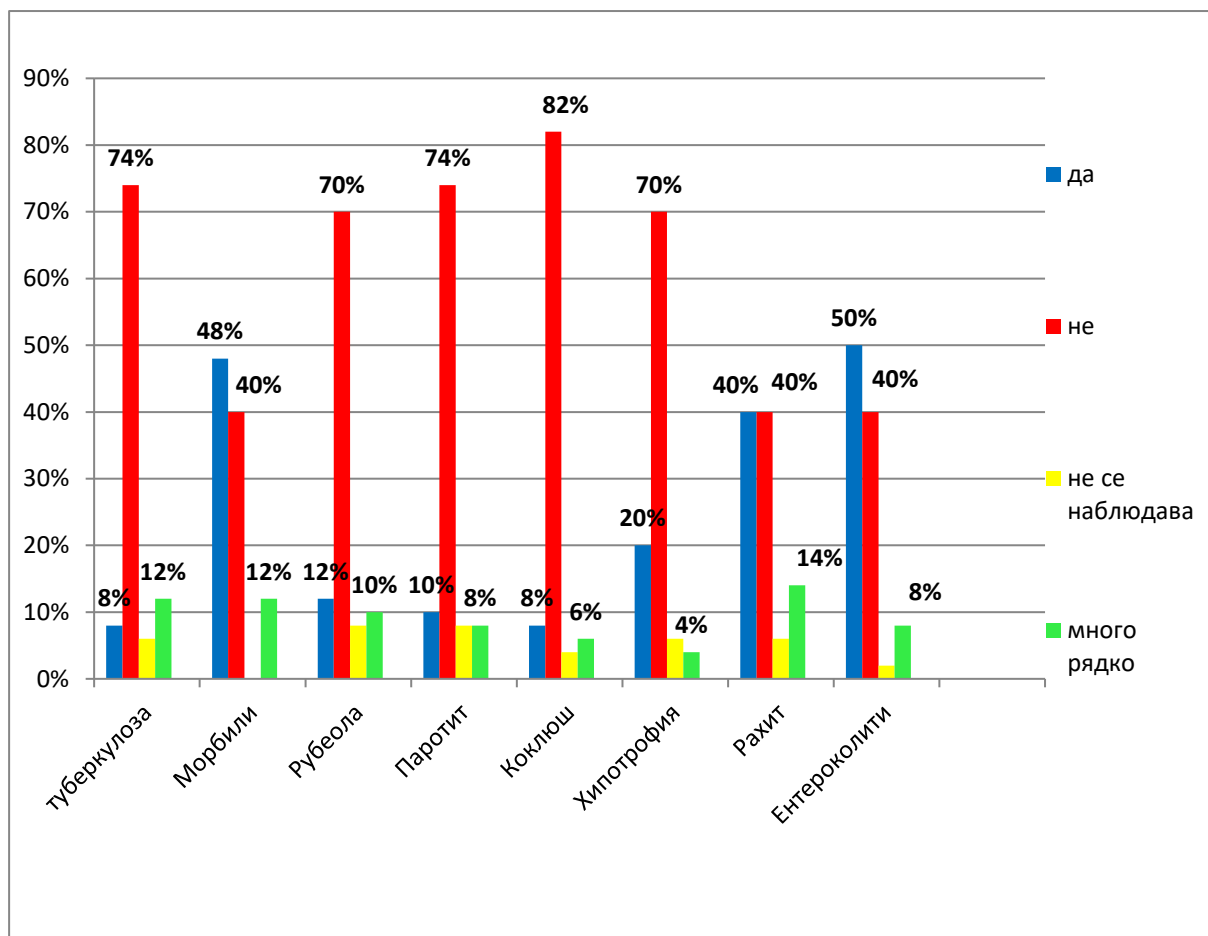
Според анкетираните здравни специалисти към настоящия момент, най-често срещани заболявания при деца роми на възраст 0-7 г. са ОВИ, бронхити/пневмонии и гастроентерити (фигура 17).



**Фигура 17.** Най-често срещани заболявания при деца роми от 0-7 г. според здравните специалисти

### III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Анкетираните медицински специалисти предоставят значима информация относно честотата на някои инфекциозни и социалнозначими заболявания сред детската популация (фигура 18).

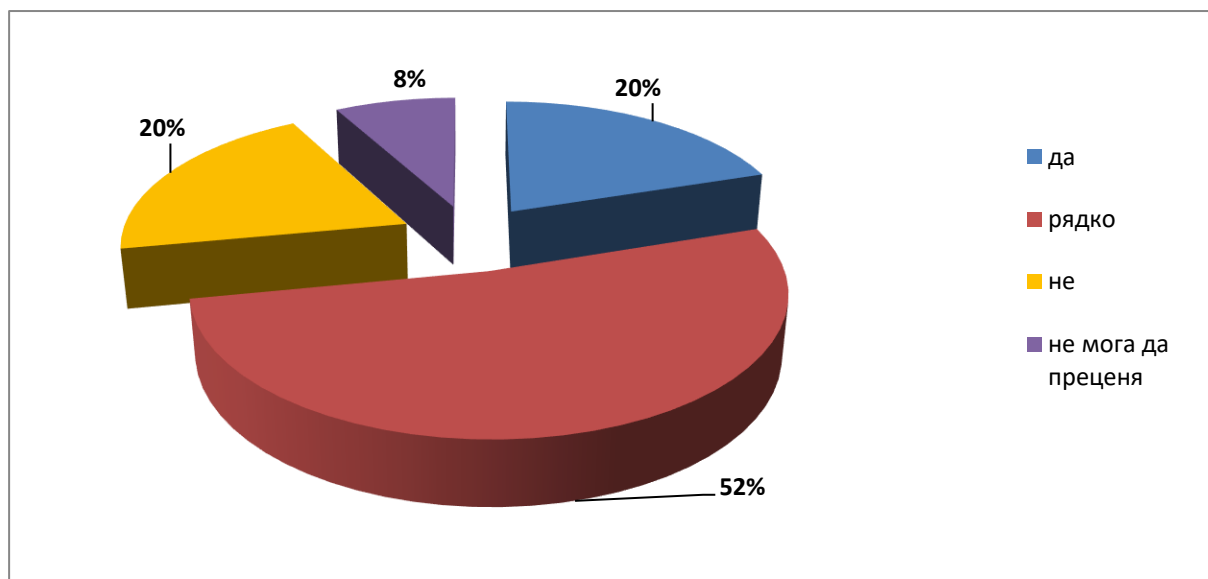


**Фигура 18.** Повишаване честотата на някои инфекциозни и социалнозначими заболявания през последните 5 г.

Резултатите очертават няколко тревожни тенденции, особено в контекста на мултикултурни и социално уязвими общности. Около половината (48%) от респондентите посочват, че наблюдават ръст в случаите на морбили. Това е значително по-висока стойност в сравнение с другите инфекциозни заболявания. Увеличението на морбили може да бъде индикатор за пропуски в имунизационния обхват, включително невявяване на деца на ваксинации, отказ от ваксини или лошо проследяване на имунизационните графици.

Следващият въпрос от проучването цели да установи нагласите на родителите спрямо имунизационния календар и честотата на отказите от

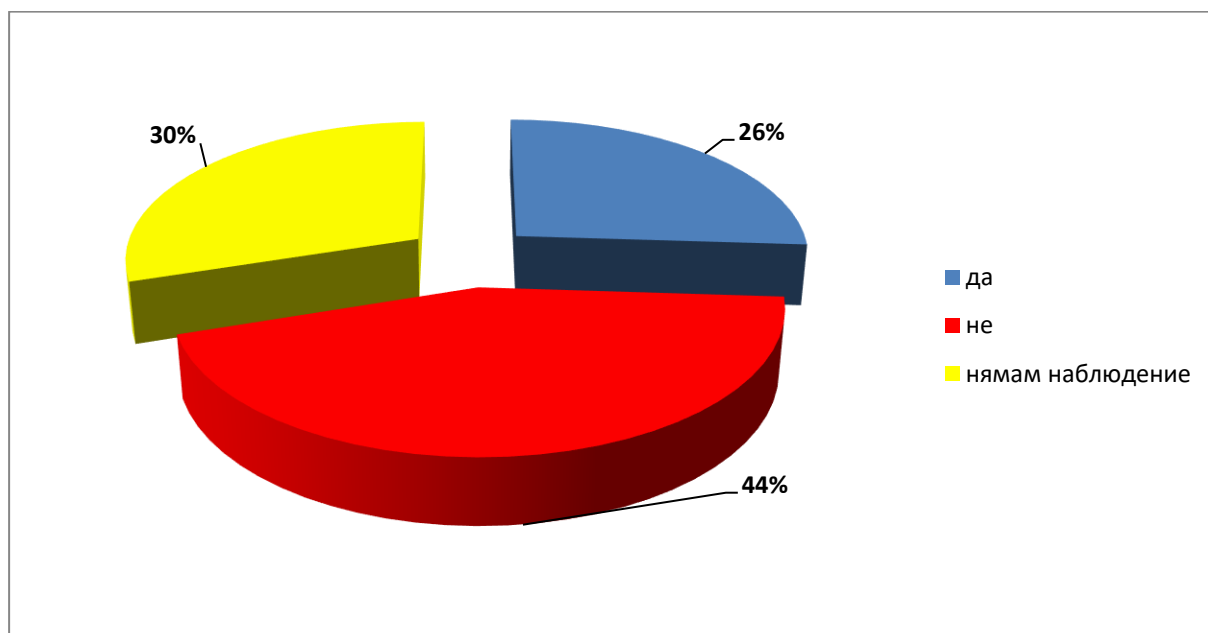
задължителните ваксинации при деца. Това е ключов показател за превенцията на инфекциозни заболявания и ефективността на общественото здравеопазване (фигура 19).



**Фигура 19.** Съгласие на ромските родители да имунизират децата

Преобладаващият отговор е „рядко“ при повече от половината респонденти (52%), което показва, че въпреки наличието на единични откази, масовото отхвърляне на имунизациите не е доминиращо явление. Този резултат предполага непостоянна ангажираност на родителите и наличие на съмнения или страхове, които могат да се засилят при липса на адекватна комуникация и здравна просвета. Категоричен отказ от имунизации посочват 20% от специалистите. Това е тревожен сигнал, особено в контекста на възраждане на предотвратими инфекции, като морбили и коклюш. Все пак 20% заявяват, че не срещат отказ, което показва положителна тенденция в някои среди – вероятно при родители с по-високо ниво на информираност или доверие към здравните институции.

Ниското участие в профилактичните прегледи ограничава възможността за ранно откриване и навременно лечение на детски заболявания. Необходимо е да се разработят целенасочени здравно-образователни кампании, насочени към родителите, особено в уязвимите общности (фигура 20).



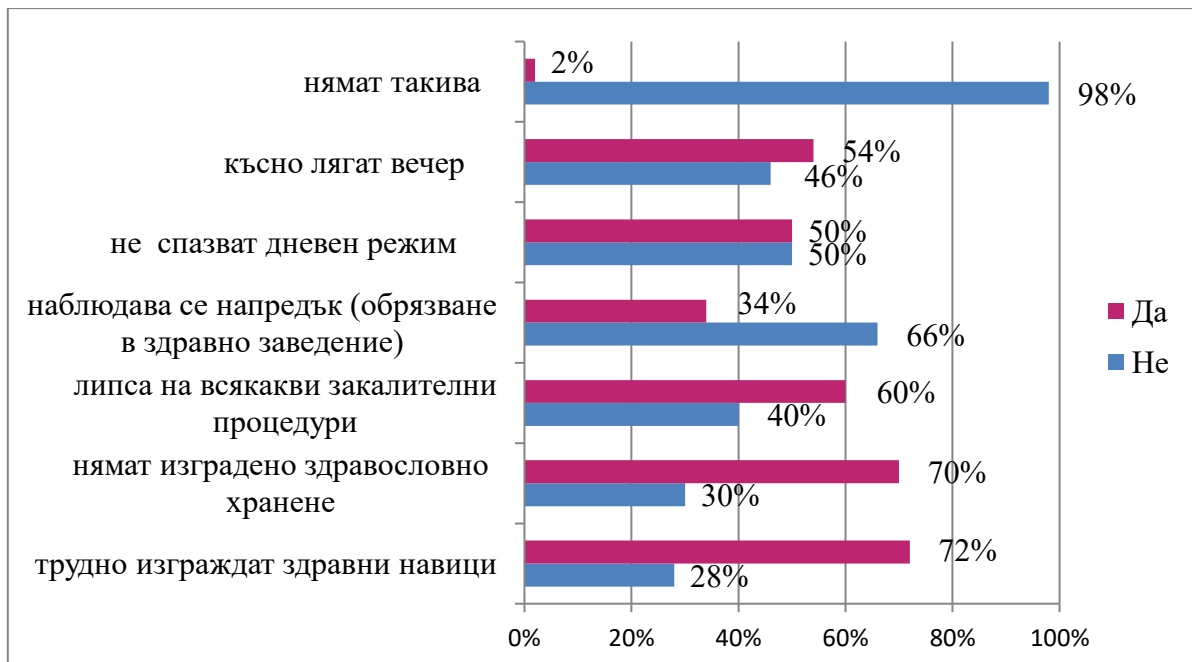
**Фигура 20.** Спазване на дните за консултация на детето

В рамките на настоящото изследване е направен опит да се оцени до каква степен родителите спазват предварително уговорените дни и часове за ваксиниране на децата си. Обработените данни ясно показват, че значително мнозинство от родителите не спазват стриктно графика за имунизация.

Само 10% от специалистите заявяват, че родителите винаги се придържат към предварително уговорените условия. 68% от анкетираните специалисти съобщават, че родителите не винаги се явяват в уговорения ден и час за имунизация; 12% посочват, че родителите категорично не спазват графика. Тези резултати поставят под въпрос ефективността на системата за предварително записване на часове за имунизация, особено в социално уязвими групи. Данните отразяват и ниско ниво на родителска ангажираност, което може да доведе до забавяне или пропускане на задължителни ваксини, а това до повишен риск от възникване на огнища на предотвратими инфекциозни заболявания.

При проучване на ключовите хигиенни навици и умения, изградени в ранна детска възраст, данните от анкетата, проведена сред 50 медицински специалисти, разкриват съществени дефицити в усвояването на основни лични хигиенни и самообслужващи умения при децата. Анализът разкрива социални и поведенчески дефицити, които пречат на

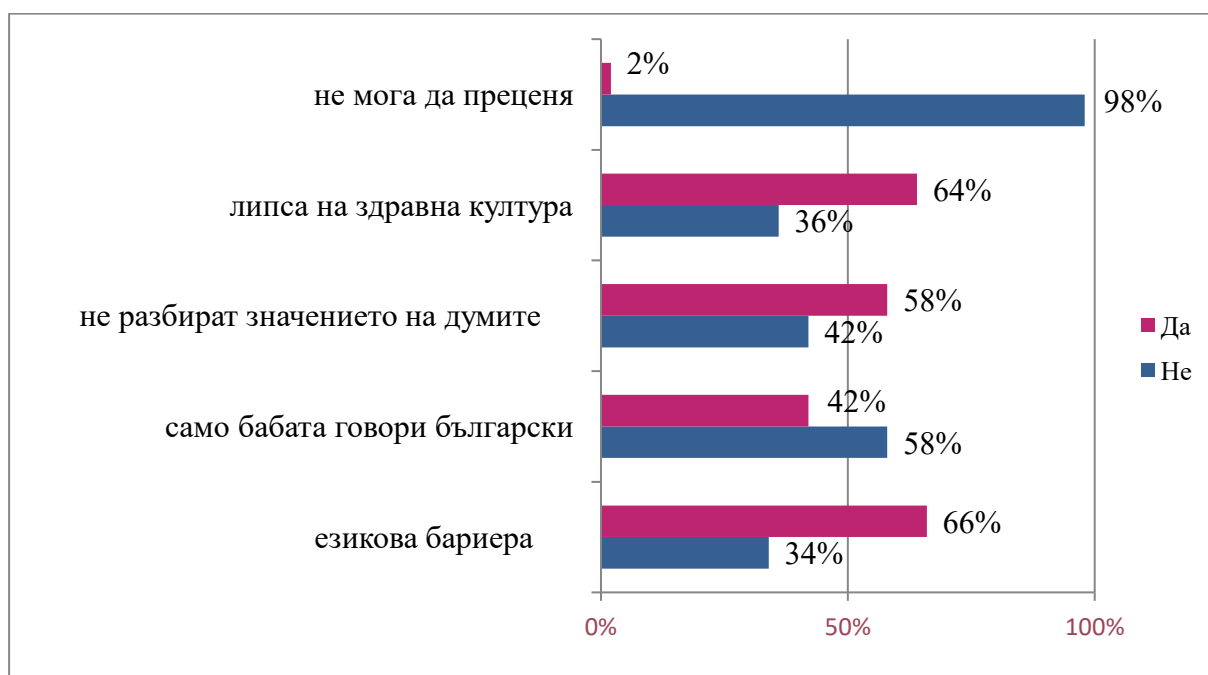
пълноценното развитие и възпитание на децата в тази възрастова група. Макар че 98% от респондентите заявяват, че децата имат поне някакви здравни навици, анализът на някои от тях (хранене, хигиена, дневен режим) показва че тези навици са слабо развити или непоследователно прилагани (фигура 21).



**Фигура 21.** Изградени общи навици при деца роми според медицинските специалисти

Здравните специалисти са абсолютно категорични (100%), че семейната среда влияе пряко върху изграждането на здравните навици у децата до 7-год. възраст. В семейството се полагат основите на възпитание на децата. На по-късен етап различните образователни институции (детска градина; училище) доизграждат и формират останалите навици.

Най-често срещаните трудности, с които се сблъскват в ежедневната си практика медицинските специалисти са езиковата бариера, липсата на здравна култура. Бабата е основният посредник в комуникацията, което води до загуба на пряка връзка между медицинския екип и родителите, а често и с детето (фигура 22).



**Фигура 22.** Трудности на медицинските специалисти при работа с родители роми

С цел идентифициране на социалните и професионални фигури, които оказват влияние върху изграждането на здравни навици у децата, беше проведен сравнителен анализ на отговорите в седем различни категории. Резултатите показват ясно изразени различия в степента на доверие и разпознаваемост на всяка от разглежданите личности.

„Медицинските сестри“ са посочени като най-влиятелна фигура (90%). Това високо ниво на доверие се свързва с честия и достъпен контакт както с децата, така и с родителите, особено в контекста на детски градини и профилактични прегледи. В ромската общност, където често се проявява резервираност към външни лица, медицинските сестри се възприемат като разпознаваеми и приети фигури, което ги прави ключов ресурс в здравното възпитание.

На второ място по влияние се нарежда фигурата на „личния лекар“, с 82% отговори „по-скоро да“. Това потвърждава ролята му на достъпен, авторитетен и доверен здравен посредник, особено важен в общности с по-ниска здравна култура. Личният лекар често е единственият представител на здравната система, с когото семействата поддържат редовна връзка.

Въпреки високото си ниво на медицинска компетентност, лекарите специалисти не се възприемат като особено влиятелни във формирането на здравни навици при децата. Високият дял на респондентите, които

избират отговора „не мога да преценя“ (46%), вероятно се дължи на ограничен достъп до специализирана помощ или липсата на директна и продължителна комуникация с децата. Това подчертава нуждата от по-ясна роля и видимост на специалистите в процеса на здравна профилактика, особено при работа с деца.

Педагозите от детските градини също се оценяват като значими възпитателни фигури - 66% от медицинските специалисти посочват отговор „по-скоро да“. Това е показателно за важната роля на предучилищното образование в процеса на социализация и изграждане на здравни навици. Въпреки това, почти една трета от анкетираните не могат да преценят влиянието на тази група, което може да отразява неясна представа за ролята на педагозите в здравното възпитание.

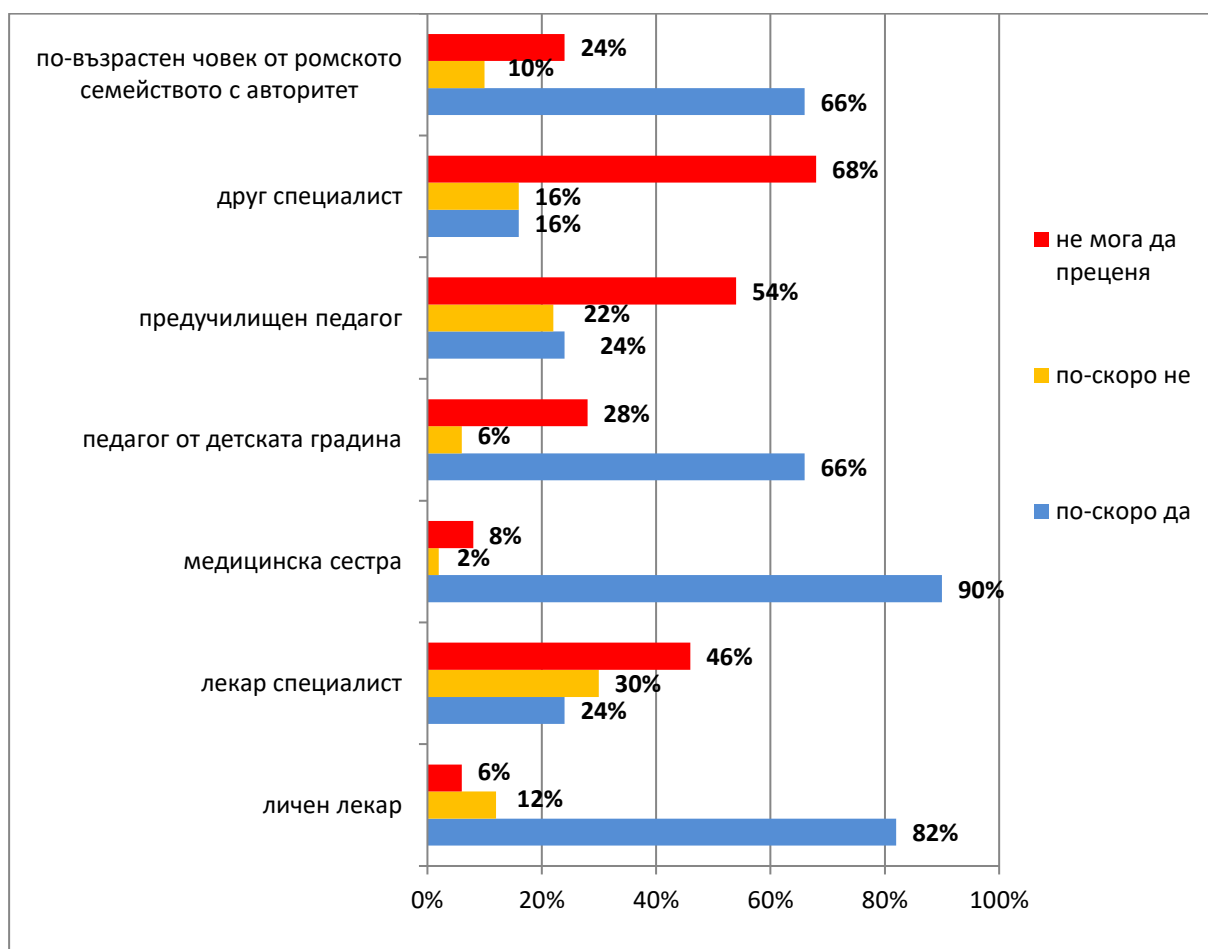
Фигурата на „предучилищния педагог“ се отличава с най-ниска степен на увереност от страна на анкетираните – само 24% дават положителен отговор, а 54% посочват „не мога да преценя“. Това може да се обясни вероятно с ограничен практически опит и взаимодействие с предучилищни педагози.

Резултатите от анализа показват, че най-влиятелните фигури в процеса на формиране на здравни навици у децата са тези, които са често и пряко свързани с ежедневието на детето и семейството – медицинските сестри и личните лекари.

Фигурите с по-ограничен достъп или по-слабо познати роли остават на заден план в съзнанието на родителите и специалистите, което подчертава нуждата от повишаване на информираността относно тяхната роля и засилване на сътрудничеството между институциите.

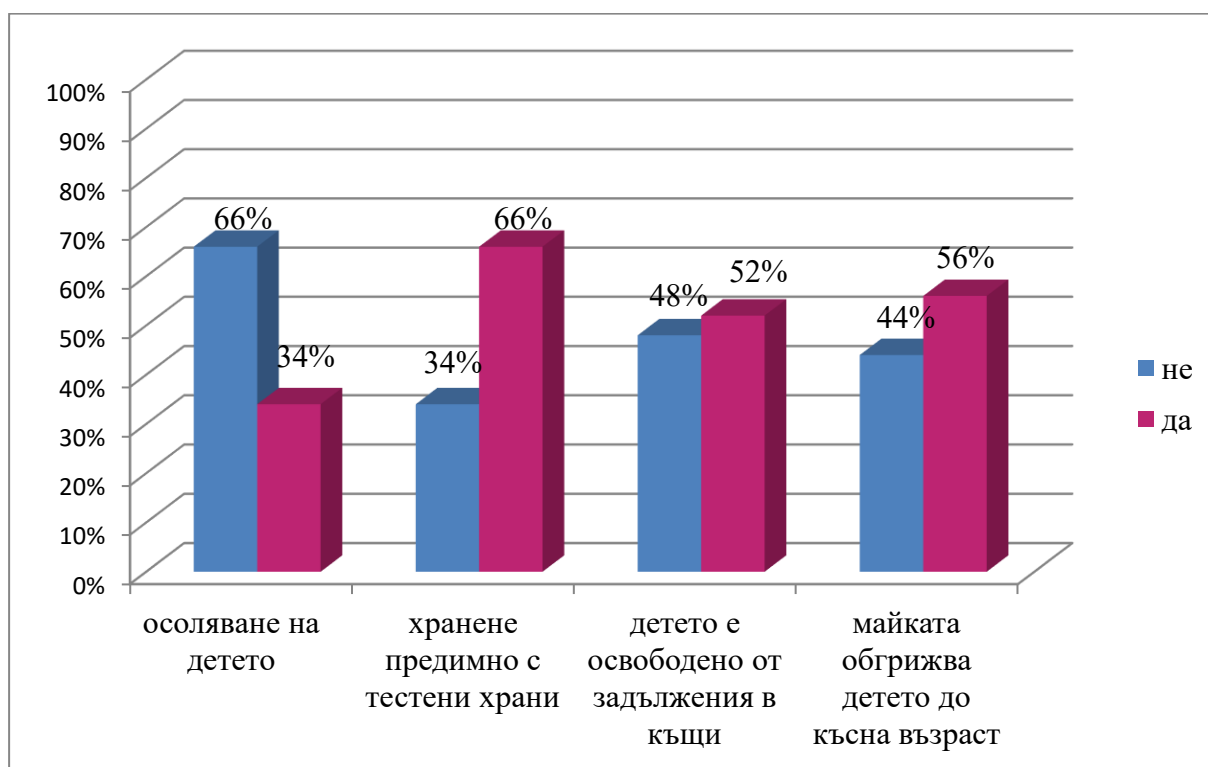
При изследване на влиянието на по-възрастният човек от ромското семейство с авторитет „по-скоро да“ са отговорили 66% от респондентите. Отговорите тук подчертават културния фактор във възпитанието. По-възрастният с авторитет в ромското семейство се възприема като ключова фигура в процеса на възпитание и изграждане на норми – включително и здравни. Това мнение на медицинските специалисти, които работят в ромска общност, показва доброто познаване на социо-културалните особености на ромите. Но потвърждава и необходимостта от културално съобразени подходи в здравната политика (фигура 23).

### III. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ



**Фигура 23.** Фигура която може да повлияе върху ромите за изграждане на здравни навици

При анализа на традициите и културните особености в ромската общност се идентифицират специфични културни модели на поведение, които оказват пряко или косвено влияние върху изграждането на здравни навици у децата. Тези модели са тясно свързани с начина на живот, семейната структура, традиционните вярвания и социалната организация на общността. Част от тези практики са дълбоко вкоренени в общността, предават се през поколенията и са резултат от съчетание на вярвания, социални модели и икономически реалности. Някои от тях обаче представляват потенциални рискове за детското здраве и изискват внимателен, културно съобразен подход при интервенции. На базата на събраните данни и наблюдения се открояват четири ключови практики, които са особено значими за детското здраве и благополучие (фигура 24).

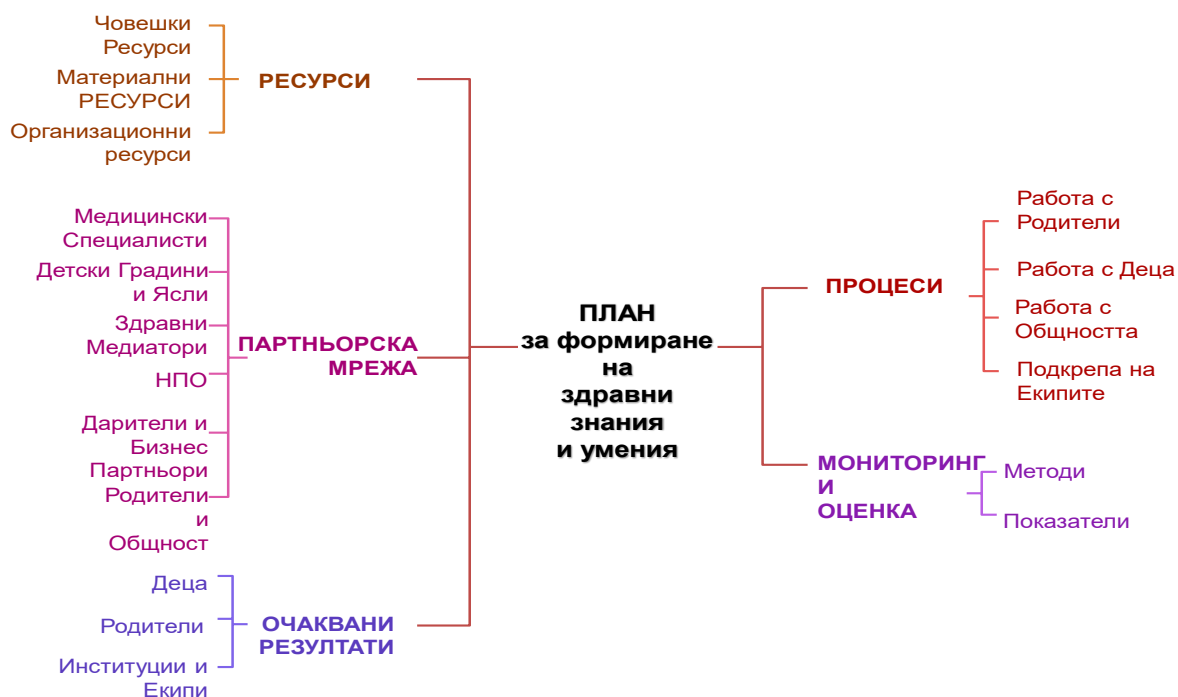


**Фигура 24.** Традиции, влияещи върху здравните навици на ромите

#### 4. Концептуален модел на план за формиране на здравни умения и навици при деца от ромската общност (0–7 години)

Здравето е ключов компонент от пълноценния и активен начин на живот на всяко дете. Изграждането на здравни умения и навици за децата от ромска общност е важен аспект в подобряване на общото им благосъстояние и интеграция в обществото. Настоящият концептуален модел, цели да предложи структуриран, практически ориентиран подход, за развитие на тези критични умения сред ромските деца. Съобразен е с културалните особености на тази етническа група. Той се основава на разбирането, че ефективното здравно образование изисква интердисциплинарно сътрудничество и ангажираност както от страна на семействата, така и на образователните и здравните институции. Чрез интегрирането на традиционни знания и съвременни здравни практики, ще се създадат устойчиви навици, които ще подпомогнат цялостното развитие на децата.

Планът включва пет основни компонента: осигуряване на необходимите ресурси; изграждане на партньорска мрежа включваща различни институции и организации; осъществяване на процеси с различни групи участници; анализ на получените резултати; непрекъснат мониторинг и оценка (схема 1).



**Схема 1.** Концептуален модел на план за формиране на здравни умения и навици при деца от ромската общност (0–7 години)

---

Чрез тези компоненти моделът ще осигури укрепване на физическото, психическото и социалното здраве на децата. Създаването на равни възможности за всички деца, независимо от техния произход, е в основата на този модел. Предложени са иновативни подходи и интердисциплинарно партньорство за изграждането на устойчива здравословна среда и подобро качество на живот.

## **1. Основни здравни навици, които трябва да се формират**

- 1.1 Лична хигиена** – хигиенни тоалети, сутрешен и вечерен, включващи измиване на ръце, тяло, орална хигиена, поддържане на чисти коса и дрехи.
- 1.2 Здравословно хранене** – редовно хранене, избор на полезни храни, ограничаване на сладки изделия и газирани напитки.
- 1.3 Физическа активност и сън** – дневен режим, ежедневни движения и игри, достатъчно време за сън и почивка.
- 1.4 Безопасност и превенция на болести** – избягване на рискови ситуации, познаване на основни правила за безопасност и значение на имунизационния статус.
- 1.5 Навици за посещение на здравни и образователни институции** – редовни прегледи, посещения на детска градина и участие в общностни здравни дейности.

## **2. Създаване на партньорства**

Създаването на партньорства между различни институции и общността е ключово за успеха на всяка програма, свързана със здравето и образованието на децата.

### **2.1. Медицински специалисти (лекари, педиатри, стоматолози, медицински сестри)**

- ✓ Провеждат профилактични прегледи в детските градини и яслите.
- ✓ Организируют информационни срещи за родителите относно необходимостта от ваксинации, здравословно хранене, лична хигиена и превенция на болести.
- ✓ Здравно-образователни дейности – изготвяне на брошури, плакати, презентации (на достъпен език).
- ✓ Сътрудничат със здравни медиатори за по-добра комуникация с ромските семейства, особено в случаи на недоверие към здравните институции.

### **2.2. Детски ясли и детски градини**

- ✓ Основната среда, в която се изграждат ежедневните здравни навици.
- ✓ Учителите работят чрез игри, песни и практични дейности – миене на ръце, зъби, подреждане, хранене с прибори и др.

- 
- ✓ Създават партньорства с местни лекари, стоматолози, медицински сестри и медиатори за провеждане на здравни дни и прегледи.
  - ✓ Насърчават включването на родителите в училищния живот и съвместните здравни инициативи.

### **2.3. Здравни медиатори**

- ✓ Изграждат мост между ромската общност и здравната система.
- ✓ Подпомагат родителите при записване на децата при личен лекар, получаване на имунизации и достъп до медицинска грижа.
- ✓ Участват в образователни занимания в детски градини и училища, като обясняват здравните теми на разбираем език.
- ✓ Насърчават положителни примери в общността – майки, които спазват хигиена, осигуряват балансирано хранене и водят децата си редовно на преглед.

### **2.4. Неправителствени организации НПО и Медицински университет**

- ✓ Разработват и изпълняват образователни и здравни проекти, финансирани от национални и международни програми.
- ✓ Осигуряват допълнителни ресурси – хигиенни пакети, витамини, спортни материали и др.

### **2.5. Дарители и бизнес партньори – осигуряване на хигиенни пакети, материали и награди.**

- ✓ Подкрепят инициативите чрез финансиране, дарения или материали – спортни уреди, хигиенни комплекти, плодове за децата и др.
- ✓ Могат да участват в кампании за корпоративна социална отговорност, насочени към здраве и образование.
- ✓ Насърчават устойчивостта на програмите, като помагат те да продължат и след края на проектното финансиране.

### **2.6. Родители и ромска общност – активна семейна подкрепа и помощ.**

- ✓ Имат ключова роля в затвърждаването на здравните навици у децата.
- ✓ Трябва да бъдат активно включвани, а не само информирани – чрез работилници, демонстрации и общи събития.
- ✓ Педагозите и медиаторите могат да насърчават родителите да бъдат положителен пример – когато децата виждат мама и татко да се грижат за себе си, те ги следват.
- ✓ Общностните лидери, духовните водачи и активните жители могат да подпомогнат приемането на здравните инициативи и да повишат доверието.

- 
- ✓ Организиран се срещи в махалата, където се обсъждат важни теми – ваксини, болести, здравословно хранене.
  - ✓ Включването на уважавани фигури с авторитет от ромската общност прави посланията по-убедителни.

Възможни форми на партньорство и координация могат да бъдат:

- създаване на местен координационен екип, включващ представители на всички партньори.
- редовни срещи (напр. веднъж месечно) за обсъждане на резултати и нужди.
- обмен на информация между институциите – за посещаемост, здравословни проблеми, нужди от подкрепа.
- проследяване и оценка на резултатите – колко деца посещават прегледи, имунизации, подобряване на хигиенни навици и т.н.

Успешното изграждане на здравословни навици при деца от ромската общност изисква цялостен, координиран и приобщаващ подход.

Този процес не може да бъде реализиран единствено от образователните или здравните институции – той изисква активно сътрудничество между родители, общността, медицински специалисти, здравни медиатори, местната власт и бизнеса. Партньорството осигурява устойчивост, доверие и реални промени в поведението и нагласите на децата и техните семейства.

### **3. Основни дейности (процеси) по реализацията на плана**

- 3.1. **Работа с родители и общността** – срещи, дискусии, определяне на нужди, ангажиране на здравен медиатор.
- 3.2. **Образователни и практически занимания** – тематични уроци и демонстрации, игри, приказки, рисунки и ролеви ситуации.
- 3.3. **Подкрепа и наблюдение** – посещения по домове, индивидуални здравни съвети, проследяване на напредъка.
- 3.4. **Обществени инициативи** – „Седмица на здравето“, кампании, театрални представления, раздаване на хигиенни пакети.
- 3.5. **Оценка и обратна връзка** – наблюдение на промяната в навиците, интервюта с родители, отчет на резултатите.

### **4. Очаквани резултати**

#### **4.1. За децата (0–7 г.)**

- усвоени основни здравни навици (хигиена, хранене, движение);
- повишена информираност и мотивация за здравословен начин на живот;

- 
- намаляване на случаите на нередовна имунизация и лоша хигиена;
  - подобро здравословно състояние на децата;
  - намаляване на честотата на заболявания и отсъствия.

#### **4.2. За родителите**

- по-добра информираност на родителите;
- повишена здравна култура и умения за грижа за децата;
- по-активно участие в образователни и здравни дейности;
- подобрена комуникация с институциите;
- повишено доверие на ромската общност към здравните и образователни институции.

#### **4.3. За екипа и партньорите**

- по-добра координация между институциите;
- устойчив модел за работа в общността;
- натрупан опит и добри практики за мултикултурна здравна работа;
- устойчив модел за здравно образование, който може да се прилага в различни населени места.

### **5. Мониторинг и оценка**

Мониторингът и оценката представляват системен процес на проследяване, анализ и оценяване на изпълнението на заложените дейности, резултати и въздействие. Целта е да се гарантира, че планът за изграждане на здравословни навици сред децата от ромската общност се реализира ефективно; води до реални и измерими подобрения в здравното поведение; позволява навременно коригиране на дейностите, когато се отклоняват от очакваните резултати.

Мониторингът и оценката са инструмент за подобряване на качеството, ефективността и устойчивостта на инициативите. И включват:

- наблюдение на участието и ангажираността на децата и родителите;
- регулярна оценка на постигнатите промени в навиците;
- водене на документация и изготвяне на периодични отчети;
- обратна връзка от родители и педагози.

Основни принципи са непрекъснатост, обективност и прозрачност, ефективно участие на всички заинтересовани страни. Резултатите от мониторинга и оценката ще се използват за:

- 
- актуализиране на плана за действие според изводите от мониторинга;
  - подобряване на методиките за здравно образование и работа с родителите;
  - споделяне на добри практики с други детски градини, училища и общини;
  - изготвяне на препоръки за устойчивост и бъдещи инициативи;
  - повишаване на качеството и ефективността на всички дейности;
  - навременна реакция при проблеми или пропуски;
  - повече доверие и прозрачност между партньорите и общността;
  - подобрени здравословни навици и по-добро здраве на децата.

Осъществяването на системен и непрекъснат мониторинг и оценка на плана за дейностите представлява ключов фактор за ефективността и устойчивостта на инициативите, насочени към изграждане на здравословни навици при децата от ромската общност. Чрез активното участие на всички партньори – образователни и здравни институции, неправителствени организации, родители, медиатори и местна общност – се гарантира не само прозрачност и отчетност, но и възможност за реално подобряване на качеството на живот на децата. Създаването на съвместна система за наблюдение, анализ и корекция осигурява основа за устойчиво въздействие и дългосрочна промяна в нагласите и поведението, като поставя здравето на децата в центъра на общностното развитие.

## IV. ИЗВОДИ

---

Въз основа на извършения анализ и обобщаването на събраните данни са формулирани основните изводи от проведеното изследване. С цел постигане на по-голяма яснота и системност, изводите са разпределени в няколко тематични групи.

### I. Оценка на здравния статус на ромските деца

- ✓ Установяват се съществени пропуски в имунизационното покритие при ромските деца, което създава риск от епидемично възстановяване на определени инфекциозни заболявания.
- ✓ Регистрира се повишена честота на заболявания сред изследвания етнос, като рахит, хипотрофия и ентероколити, което медицинските специалисти свързват с недохранване, хигиенни дефицити, недостатъчна информираност и ниска здравна култура.

### II. Здравни умения и навици

- ✓ Повечето деца от ромски произход постъпват в детската градина без формирани базови хигиенни умения и навици. След системно посещение на детската градина се наблюдава значителен напредък в тяхното усвояване.
- ✓ Най-устойчиво сред формираните хигиенни навици е миенето на ръце, но този навик все още не е трайно усвоен и ежедневно прилаган от всички деца от ромски произход.
- ✓ Около половината от децата от ромски произход не проявяват самостоятелност при удовлетворяване на физиологичните си нужди и не умеят да се обличат и събличат самостоятелно до 5-годишна възраст.
- ✓ Оралната хигиена не е възприета като приоритет при този етнос.
- ✓ Липсата на системно стимулиране на детската самостоятелност, представлява съществен дефицит в процеса на възпитание. В голяма част от семействата майките извършват хигиенни действия вместо децата, което ограничава развиването на здравни умения и навици.

### III. Културни особености и практики

- ✓ Младата и незряла възраст, на която ромите стават родители, липсата на здравно възпитание и пропуските в училищното образование водят до дефицит на родителски грижи.
- ✓ Установяват се съществени пропуски в хранителните практики на децата от ромски произход, включително отказ от кърмене, преждевременно и неподходящо захранване, липса на установен хранителен режим и преобладаване на полуфабрикати и бързи храни, което води до дългосрочни хранителни дефицити и повишен риск за здравето на децата.
- ✓ Българските семейства осигуряват по-балансирано хранене от ромските.
- ✓ Детската млечна кухня не се използва от повечето изследвани ромски и български семейства.
- ✓ Липсва режим и култура на хранене, сън и закаляване при ромските деца.
- ✓ Определени традиционни културни практики се свързват с повишен здравен риск.
- ✓ Децата не се ангажират в домакинството, поради което липсва възможност за формиране на лична отговорност.
- ✓ Бабата често играе ролята на авторитет и посредник в здравните решения, което в някои случаи води до пренебрегване на препоръките на специалистите.

### IV. Комуникация и образование

- ✓ Повече от половината медицински специалисти и педагози посочват езиковата бариера като основен проблем в общуването и изпълненията на своите задължения.
- ✓ Отчита се ниска здравна култура сред родителите от ромски произход, като половината от тях не разбират значението на медицинските обяснения или инструкции. Липсва разбиране за значението на профилактичните мерки.
- ✓ Липсват адаптирани образователни методики за деца билингви.
- ✓ Няма достатъчно визуални, практически и мултимедийни материали.
- ✓ Учителите не се възприемат от ромите като авторитет по здравни въпроси.

## **V. Роля на институциите и образователната среда**

- ✓ Посещението на детска градина от ромските деца е нередовно, което прекъсва възпитателния процес.
- ✓ Детските градини не включват системно здравно образование.
- ✓ Липсва методическа подготовка на учители за работа в мултикултурна среда.
- ✓ Родителското участие в образователния процес е слабо

## V. ПРЕПОРЪКИ

Резултатите от изследването дават основание за формулиране на следните препоръки, които биха могли да подпомогнат усъвършенстването на съществуващите подходи и политики.

### 1. Към Министерството на здравеопазването:

1. Провеждане на информационни и профилактични кампании, насочени към родители от уязвими общности, с акцент върху значението на имунизациите, храненето, хигиената и ранното детско развитие.
2. Подобряване на комуникацията с ромските семейства чрез работа със здравни медиатори и културни посредници.
3. Разширяване на мобилните здравни услуги и мрежата от здравни медиатори, които да работят съвместно с лекари, медицински сестри, социални работници и педагози по профилактика, скрининг и здравно образование на ромите.
4. Развитие на междуинституционално сътрудничество, чрез интегрирани екипи, осигуряващи цялостна грижа за деца от 0–7 години, с фокус върху рисковите общности.

### 2. Към Министерството на образованието и науката и Медицинските университети:

1. Интегриране на здравното образование в програмите на детските заведения, в райони с преобладаващо ромско население, чрез теми за хигиена, хранене и здравно поведение, адаптирани за билингвални деца.
2. Обучение на педагози и медицински специалисти за работа в мултикултурна среда и насърчаване на детската самостоятелност и здравна култура.
3. Въвеждане на учебни дисциплини и следдипломни програми в МУ, свързани с културните характеристики на ромската общност и практически умения за работа с етнически малцинства.

4. Подкрепа за научни изследвания в различни микрообщности и използване на резултатите за прецизно планиране на интервенции и политики.

5. Насърчаване на родителското участие и обучение, чрез достъпни програми за изграждане на родителски компетентности и отговорно здравно поведение.

## VI. НАУЧНО-ПРИЛОЖНИ ПРИНОСИ

### Научни приноси:

1. Проучени и анализирани са основните социални, културни и икономически фактори, които оказват влияние върху формирането на здравни навици при ромски деца във възрастовия диапазон от 0 до 7 години.
2. Направен е сравнителен анализ между ромски и български семейства относно грижата за децата, хранене, хигиенни навици и родителски практики, което разкрива специфични културни модели на поведение.
3. Изследвани са нагласите на медицинските специалисти и педагозите относно трудностите и спецификата на работа с ромски деца в контекста на здравното възпитание и мултикултурната комуникация.
4. Идентифицирани са водещи фигури с потенциал за здравно въздействие, сред които се открояват медицинската сестра, личният лекар и по-възрастни членове на семейството. Анализът подчертава нуждата от културно съобразени и междуинституционални подходи.

### Практико-приложни приноси:

1. Разработен е концептуален модел на план за формиране на здравни умения и навици при деца от ромската общност (0–7 години), който може да бъде използван като работещ инструмент за интервенция и подобряване на здравното поведение при уязвими групи. Той има значима практическа стойност както за образователната и здравната система, така и за работещите в мултикултурна среда специалисти.

2. Формирана е основа за разработване на образователни програми, насочени към повишаване на родителската компетентност и превенция чрез ранно изграждане на здравни навици.

## VII. СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИ И УЧАСТИЯ В НАУЧНИ ФОРУМИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

---

### Публикации в национални и международни списания:

1. **Бойчева Н.**, Величкова М. Ролята на семейството за формиране на здравословни навици на сън при деца в предучилищна възраст от ромска общност. Сестринско дело том 57 брой 4 2025 – под печат
2. **Бойчева Н.**, Величкова М. “Живеем здравословно” – технологичен модел за взаимодействие с родители. Сестринско дело том 57 брой 4 2025 – под печат
3. **Boycheva N.** The game – a basic method for building health habits of children living in a Roma community p. 99  
Wielowymiarowość edukacji XXI wieku tom I Edukacja przedszkolna i wczesnoszkolna Monografia wieloautorska pod redakcją naukową Anny Klim-Klimaszewskiej  
[i] WN IKRiBL Siedlce, 2022 Poland ISBN 978-83-66597-50-1

### Участия в научни прояви у нас и чужбина:

1. Wielowymiarowość edukacji XXI wieku tom I Edukacja przedszkolna i wczesnoszkolna, 2022 Poland