



ЗАПОЗНАТОСТ С НАЦИОНАЛНАТА ПРОГРАМА ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКОТО ЗДРАВЕ 2014 – 2020 Г.

ИНФОРМАЦИОННИ И ЗДРАВНИ НУЖДИ НА НАСЕЛЕНИЕТО В БЪЛГАРИЯ

АНАЛИТИЧЕН ДОКЛАД

ВЪЗЛОЖИТЕЛ: СДРУЖЕНИЕ „ЛАРГО“

ИЗПЪЛНИТЕЛ: АЛФА РИСЪРЧ

МАРТ 2019 Г.



ЛАРГО

Сдружение Ларго – Кюстендил

Съдържание

I.	МЕТОДОЛОГИЯ И ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ПРОУЧВАНЕТО	2
II.	ПРОФИЛ НА ЦЕЛЕВИТЕ ГРУПИ	7
1.	Социално-демографски профил на пълнолетното население на страната	7
2.	Социално-демографски профил на жените във фертилна възраст 18–40 г. от пълнолетното население на България.....	7
3.	Социално-демографски профил на жените от ромски произход във фертилна възраст 13–40 г.	9
4.	Наличие на потенциални ползватели на Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве сред пълнолетното население и целевите групи	12
III.	РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОВЕДЕНОТО ПРОУЧВАНЕ СРЕД ЦЕЛЕВИТЕ ГРУПИ	15
1.	Оценка за най-важните проблеми в областта на майчиното и детското здраве в България	15
2.	Обществена запознатост с Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014–2020г. и със Здравно-консултативните центрове	21
1)	Обществена запознатост с Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014–2020г.	21
2)	Обществена запознатост със Здравно-консултативните центрове на майчиното и детското здраве	27
3.	Здравни нужди на целевите групи и ползване на здравни услуги, свързани с подобряване на майчиното и детското здраве	39
4.	Информираност и информационни нужди на целевите групи по въпросите на майчиното и детското здраве.....	52
IV.	ОСНОВНИ ИЗВОДИ И НАСОКИ ЗА ПОДПОМАГАНЕ НА ЗАСТЪПНИЧЕСКАТА КАМПАНИЯ	63
V.	ПРИЛОЖЕНИЕ (ВЪПРОСНИК ОТ ПРОУЧВАНЕТО)	67

I. МЕТОДОЛОГИЯ И ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ПРОУЧВАНЕТО

Настоящият доклад представя резултатите от национално представително проучване на тема „Запознатост с Националната програма за майчино и детско здраве 2014 – 2020г. Информационни и здравни нужди на населението“, реализирано от агенция за социологически и маркетингови изследвания „Алфа Рисърч“ по задание на Сдружение ЛАРГО.

Съгласно заданието, основна цел на настоящото проучване е да набави надеждни доказателства за здравните и информационни нужди на населението във връзка с реализацията на НППМДЗ и функционирането на ЗКЦ.

Заложено в заданието изискване бе да се реализира национално представително проучване, което включва акцент върху ромски жени във фертилна възраст (13 – 40г.).

За постигане на посочените в запитването цели и изпълнение на задачите най-подходящо бе реализирано национално представително проучване сред пълнолетното население на страната с подсилена извадка от специфичната таргет група – ромски жени във фертилна възраст (13 – 40г.). Проведеното от „Алфа Рисърч“ проучване има следните параметри:

- Териториален обхват и представителност: територията на цялата страна;
- Обем на извадката: общо N=1225
 - Представителната за пълнолетното население на страната извадка, обхваща мъже и жени, представители на пълнолетното население в страната. Те са представени в извадката с тежестта, която имат в населението. Обемът на национално-представителната извадка е N=1018 души.
 - Подсилена извадка (бустер) от представители на специфичната таргет група – жени от ромски произход във фертилна възраст (13 – 40г.) с обем от N=207 души.
- Метод на съставяне на извадката:
 - Представителната за пълнолетното население на страната извадка е реализирана по метода на квота, стратифицирана по признаците регион, тип населено място, пол и възраст. Извадката е базирана на официалните данни за структурата на населението от Националния статистически институт и гарантира, че основните социално-демографски групи присъстват в нея с тежестта, която имат в населението на страната. Това осигурява възможността за надеждна екстраполация на резултатите от проучването върху пълнолетното

население на страната, т.е., те са представителни за хората на възраст над 18 години в цялата страна.

- Максималното стандартно отклонение в резултатите при този обем на извадката е +/- 3.2% при 50-процентните дялове.
- Национално-представителната извадка бе стратифицирана по следния начин:

Основна извадка					
Област	областен град	малък град	село	София	Общо
Благоевград	12	10	20		42
Бургас	20	10	20		50
Варна	20	20	20		60
Велико Търново	12	10	10		32
Видин	10		10		20
Враца	12		10		22
Габрово	10	10			20
Добрич	12	10	10		32
Кърджали	10		10		20
Кюстендил	10		10		20
Ловеч	10	10			20
Монтана	10	10	10		30
Пазарджик	12	10	20		42
Перник	10	10			20
Плевен	12	10	10		32
Пловдив	48	20	20		88
Разград	10		10		20
Русе	12	10	10		32
Силистра	10		10		20
Сливен	10	10	10		30
Смолян	12	10			22
София				200	200
Стара Загора	12	20	20		52
Търговище	12		10		22
Хасково	12	10	10		32
Шумен	12		10		22
Ямбол	10		10		20
Общо	342	200	280	200	1022

- Подсилена извадка от жени от ромски произход във фертилна възраст (13 – 40г.). Поради липсата на статистически данни за броя и структурата на целевата група Алфа Рискърч използва методологията на типологична извадка, стратифицирана по региони (въз основа на достъпните данни за разпределението на ромското население в страната), а след това на място респондентите са рекрутират посредством скрининг въпросник, който установява принадлежността им към целевата група.
- Подсилената извадка от жени от ромски произход във фертилна възраст бе стратифицирана по следния начин:

Допълнителна извадка (жени от ромски произход на възраст от 13 до 40 години)						
Областни градове		Малки градове		Села		
Областен град	брой анкети	Малък град	брой анкети	Село	брой анкети	Общо анкети
Пловдив	8			село	10	18
Сливен	8	Котел	7			15
Стара Загора	8			село	8	16
Пазарджик	7	Пещера	7			14
Монтана	8	Лом	5			13
Бургас	6	Айтос	5			11
Добрич	5			село	6	11
София	10					10
Хасково		Димитровград	10			10
София област		Самоков	9			9
Шумен	5					5
Варна	4			село	5	9
Враца				село	9	9
Благоевград	5	Петрич	6			11
Търговище				село	6	6
Ямбол	3					3
Видин	4					4
Плевен				село	5	5
Русе				село	6	6
Разград				село	5	5
Кюстендил	5	Дупница	5			10
Общо (обл.град)	86	Общо (м.град)	54	Общо (села)	60	200

- Метод на интервюиране: пряко стандартизирано ТАPI (Tablet Assisted Personal Interview) интервю по домовете на респондентите. Провеждането на интервютата посредством ТАPI методология позволи по-добро администриране на въпросника, оптимизиране на времето за провеждане на проучването и неутрализиране на грешки от анкетьорите.
- Въпросник: за провеждане на проучването беше използван разработен в сътрудничество с възложителя въпросник (приложен към настоящия доклад), който включва индикатори за:
 - Оценка за най-сериозните проблеми в областта на майчиното и детско здраве;
 - Запознатост на българските граждани с НППМДЗ и функционирането на ЗКЦ;
 - Ползвани и предпочитани комуникационни канали;
 - Подходящи послания;
 - Канали за по-ефективен достъп до целевите групи;
 - Здравни нужди на населението и на специфичната таргет група;
 - Запознатост с изградените ЗКЦ;
 - Причини за ползване услугите на ЗКЦ и бариери пред ползването им;
 - Очаквани и предпочитани услуги

Проучването бе проведено на терен в периода 16 януари – 3 февруари 2019г. Интервютата бяха проведени от екип от 63 анкетьори от местните екипи на агенцията в цялата страна.

В процеса на реализиране на проучването на всеки етап бе приложена стриктна политика по контрол на качеството на информацията, която включваше:

- Общ инструктаж за всички анкетьори и супервайзери, в рамките на който им бяха обяснени целите на изследването, подбора на респондентите и процеса на интервюиране.
- Персонален инструктаж, проведен от супервайзерите за всеки анкетьор;
- Предварително тестване на въпросника;
- Ежедневен контрол върху изпълнението на извадката;
- Повторна проверка от супервайзерите и завеждащия работата на терен на:

- 10% от работата на всеки анкетьор
- 20% от цялата извадка
- *Повторната проверка на реализираните интервюта не установи нарушения и проблеми с качеството на събраната информация.*

II. ПРОФИЛ НА ЦЕЛЕВИТЕ ГРУПИ

1. Социално-демографски профил на пълнолетното население на страната

По основни характеристики (регион, тип на населеното място, пол, възраст и образование) извадката от представители на пълнолетното население на страната възпроизвежда структурата на генералната съвкупност.

СОЦИАЛНО-ДЕМОГРАФСКИ ХАРАКТЕРИСТИКИ (%)					
ПЪЛНОЛЕТНО НАСЕЛЕНИЕ					
		(%)			(%)
Тип населено място	София	19.4	Доход на член от домакинството	Под 200лв.	5.4
	Областен град	33.9		201 – 300 лв.	18.3
	Малък град	19.5		301 – 500 лв.	32.6
	Село	27.2		501 – 800 лв.	25.0
Пол	Мъж	47.2	Етнос	Над 800 лв.	18.7
	Жена	52.8		Българин	86.3
Възраст	18-30 г.	18.7		Турчин	7.4
	31-40 г.	16.5		Ром	5.2
	41-50 г.	17.5		Друго	1.1
	51-60 г.	18.2	Социална група	Служащ, неръчен труд	25.7
	61 г.+	29.2		Работник, ръчен труд	25.0
	Средна възраст	48.74 г.		Пенсионер	24.8
Образование	Висше и полувисше	23.3		Безработен	8.7
	Средно	53.7		Частен собственик, самонает	5.6
	Основно	21.8		Учащ	3.8
	Начално	1.1		Интелигенция, свободни професии	3.7
	Без образование	0.1		Земеделски стопанин	1.3
Здравно осигурителен статус	Осигурен	91.9		Друго	1.4
	Неосигурен	8.1			

2. Социално-демографски профил на жените във фертилна възраст 18–40 г. от пълнолетното население на България

Важна подсъвкупност за Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014–2020 г. (наричана в доклада за краткост „Националната програма“) са жените във фертилна възраст 18–40 г., попаднали в проучването

на пълнолетното население на България. Именно те в най-голяма степен могат да се възползват от дейностите и мерките в програмата.

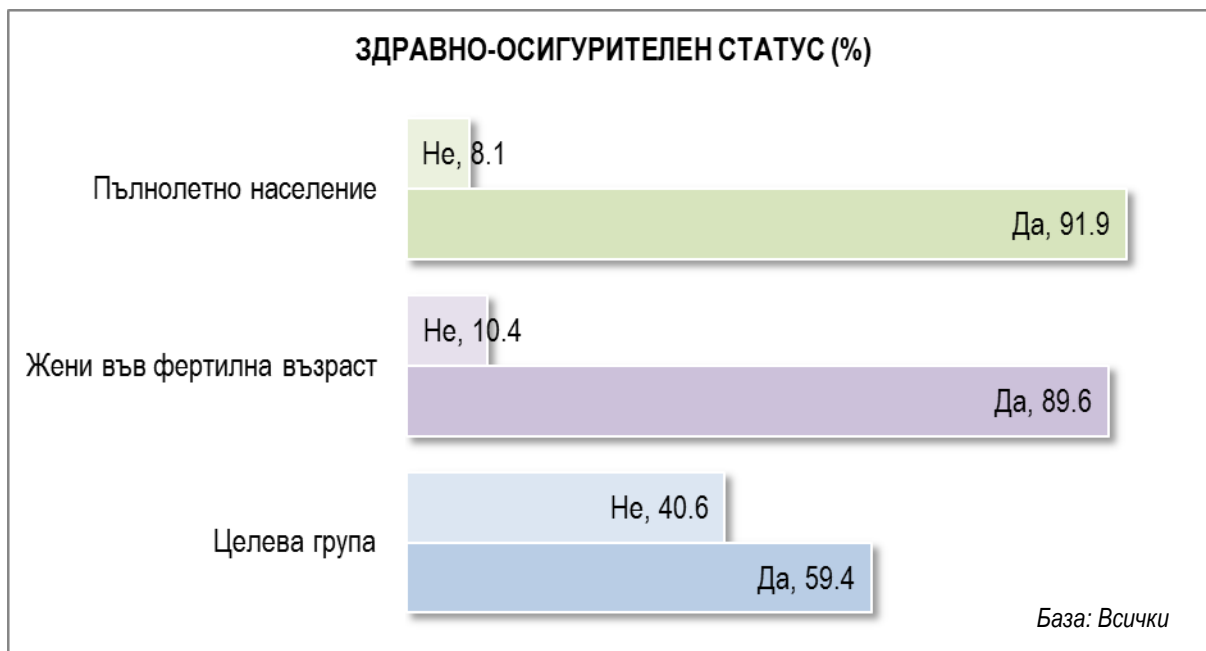
По редица социално-демографски показатели (етнически състав, здравно-осигурителен статус) тази социална група е със сходни характеристики на пълнолетното население на България.

В двата профила обаче има и разминавания в полза на жените във фертилна възраст 18–40 г. Те са по-високо образовани, с по-високи доходи и по-голям дял от тях живеят в областни градове за сметка на селата (39% от жените до 40 г. живеят в областни градове спрямо 34% от цялото пълнолетно население; 21% живеят в селата за разлика от 27% от пълнолетното население).

Средната възраст на жените във фертилна възраст 18–40 г. е 29,9 г., като лицата във възрастовата група 18–30 г. са 55,4% от тази подсъвкупност, а тези между 31 и 40 г. представляват 44,6%.

СОЦИАЛНО-ДЕМОГРАФСКИ ХАРАКТЕРИСТИКИ (%)					
ЖЕНИ ВЪВ ФЕРТИЛНА ВЪЗРАСТ					
		(%)			(%)
Тип населено място	София	21.2	Етнос	Българин	86.0
	Областен град	38.9		Турчин	6.2
	Малък град	19.2		Ром	6.2
	Село	20.7		Друго	1.6
Пол	Жена	100	Социална група	Служащ, неръчен труд	36.3
Възраст	18-30 г.	55.4		Работник, ръчен труд	24.9
	31-40 г.	44.6		Учащ	11.4
	Средна възраст	29.92 г.		Безработен	11.4
Образование	Висше и полувисше	34.2		Интелигенция, свободни професии	5.7
	Средно	50.3		Частен собственик, самонает	3.6
	Основно	14.5		Земеделски стопанин	1.0
	Начално	1.0		Друго	5.7
Здравно осигурителен статус	Осигурен	89.6	Доход на член от домакинството	Под 200 лв.	6.7
	Неосигурен	10.4		201 – 300 лв.	10.4
				301 – 500 лв.	33.7
				501 – 800 лв.	27.5
				Над 800 лв.	21.8

Всяка десета жена във фертилна възраст е здравно неосигурена (10%), като тези нива са сходни с нивата на здравно неосигурените сред пълнолетното население на страната (8%). Много по-тревожни са нивата на здравно неосигурените жени от ромски произход 13–40 г. в настоящото проучване (41%), обясними с много по-високите нива на безработица сред представителите на тази целева група.



Според Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014-2020 г. (стр. 7) делът на здравно неосигурените бременни жени от ромски произход в България е около 60%, което ги възпрепятства при проследяване на бременността и получаване на адекватни перинатални грижи.

Именно поради тези причини мерките и дейностите по Националната програма, както и Наредба 26 за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени са от изключителна важност както за жените от ромски произход, така и за всички бременни и майки с прекъснати здравноосигурителни права в България.

3. Социално-демографски профил на жените от ромски произход във фертилна възраст 13–40 г.

Средната възраст на представителите в тази група е 25,8 г. По-ниската възраст в сравнение с жените във фертилна възраст от пълнолетното население се обяснява с това, че в целевата група по проучването долната възрастова граница е 13г. Една четвърт от анкетираните са под 18г.; 42% са във възрастовия диапазон 18–30г., а в най-високата група (между 31 и 40г.) попадат 34% от целевата група от ромски произход.

Профилът на жените във фертилна възраст от ромски произход показва, че те са много по-слабо образовани и с много по-ниски доходи от пълнолетното население, което ограничава социалните им шансове и създава предпоставки за по-ниската им информираност по редица касаещи ги въпроси, включително по здравни теми.

31% от представителите на тази социална група са с начално образование или без образование (спрямо 1% от пълнолетното население и жените във фертилна възраст). Под 1% от ромските жени имат завършено университетско образование спрямо 34% от жените във фертилна възраст от пълнолетното население.

Идентични са контрастите и при нивата на доходите, породени от високите нива на безработица сред целевата група от ромски произход (43% спрямо 9% безработни сред всички български граждани). Докато 5% от пълнолетното население и 7% от жените във фертилна възраст 18–40 г. са с месечен доход на член от домакинството под 200 лв., то всеки 4 от 10 ромски жени (44%) имат подобни нива на доходи под линията на бедност. Същевременно, едва 7% от целевата група са с високи месечни доходи – над 500 лв. (спрямо 34% от пълнолетното население и 49% от жените 18–40 г.).

СОЦИАЛНО-ДЕМОГРАФСКИ ХАРАКТЕРИСТИКИ (%)					
ЦЕЛЕВА ГРУПА ЖЕНИ ОТ РОМСКИ ПРОИЗХОД					
		(%)			(%)
Тип населено място	София	4.8	Здравно осигурителен статус	Осигурен	59.4
	Областен град	38.6		Неосигурен	40.6
	Малък град	25.6	Доход на член от домакинството	Под 200лв.	44.4
	Село	30.9		201 – 300 лв.	32.9
Пол	Жена	100.0		301 – 500 лв.	15.9
Възраст	Под 18 г.	24.2		501 – 800 лв.	4.3
	18-30 г.	42.0	Етнос	Над 800 лв.	2.4
	31-40 г.	33.8		Ром	100.0
	Средна възраст	25.80 г.	Социална група	Безработен	42.5
Образование	Висше и полувисше	0.5		Работник, ръчен труд	25.6
	Средно	10.1		Учащ	19.3
	Основно	58.5		Служащ, неръчен труд	1.4
	Начално	25.1		Земеделски стопанин	1.0
	Без образование	5.8		Друго	10.1

ЗДРАВНИ И ИНФОРМАЦИОННИ НУЖДИ НА ЖЕНИТЕ ВЪВ ФЕРТИЛНА ВЪЗРАСТ В ОБЛАСТТА НА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКОТО ЗДРАВЕ

ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ПРОУЧВАНЕТО

- ❖ Национално представително проучване за населението на страната 18+ г.: **1018 респонденти**
- ❖ Важна подсъвкупност от населението: жени във фертилна възраст 18-40 г.: **193 респонденти или 19% от пълнолетното население**
- ❖ Допълнителна съвкупност (бустер извадка; отделно от пълнолетното население): жени във фертилна възраст от ромски произход 13-40 г.: **207 респонденти**
- ❖ Период на провеждане: **16 януари-3 февруари 2019 г.**

ДЕМОГРАФСКИ ПРОФИЛ НА ЦЕЛЕВИТЕ ГРУПИ

ЖЕНИ ВЪВ ФЕРТИЛНА ВЪЗРАСТ 18-40 Г. ОТ НАСЕЛЕНИЕТО

29,9 г. Средна възраст

1% без/ с начално образование
15% с основно образование

7% Месечен доход под 200 лв. на член от домакинството

10% Здравно неосигурени



От домакинствата имат потенциален ползвател на Националната програма за майчино и детско здраве (НПМДЗ)

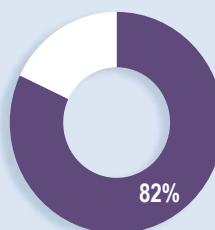
ЖЕНИ ОТ РОМСКИ ПРОИЗХОД ВЪВ ФЕРТИЛНА ВЪЗРАСТ 13-40 Г.

25,8 г. Средна възраст

31% без/ с начално образование
59% с основно образование

44% Месечен доход под 200 лв. на член от домакинството

41% Здравно неосигурени



От домакинствата имат потенциален ползвател на Националната програма за майчино и детско здраве (НПМДЗ)

База: целевите групи

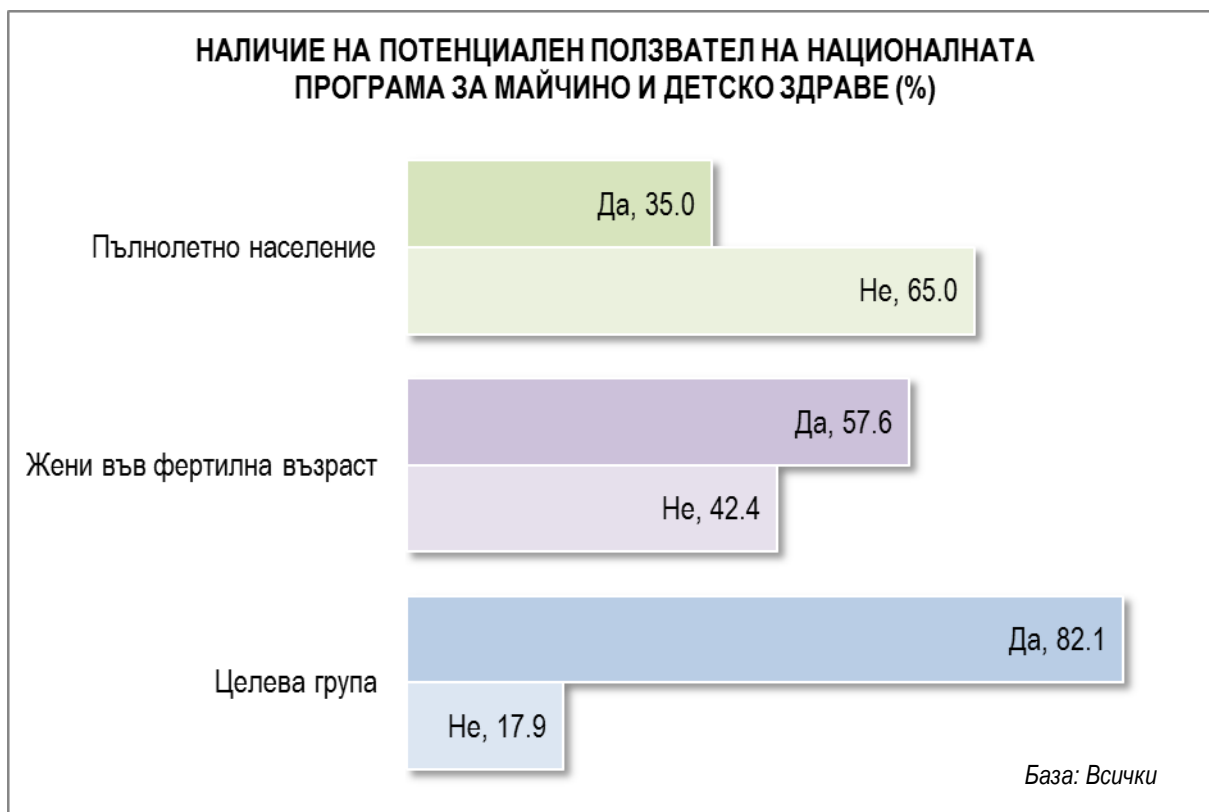


ЗАПОЗНАТОСТ С НАЦИОНАЛНАТА ПРОГРАМА ЗА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКОТО ЗДРАВЕ. ИНФОРМАЦИОННИ И ЗДРАВНИ НУЖДИ НА НАСЕЛЕНИЕТО

4. Наличие на потенциални ползватели на Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве сред пълнолетното население и целевите групи

Проучването регистрира висок дял на потенциални бенефициенти на Националната програма както сред пълнолетното население, така и сред целевите групи във фертилна възраст.

Докато 35% от всички граждани (между 1,9 млн. и 2,1 млн.) декларираат, че в домакинството им има потенциален ползвател на програмата, то сред жените във фертилна възраст 18–40 г. и целевата група от ромски произход се увеличава дялът на таргет групите на Националната програма (съответно 56% сред жените във фертилна възраст от пълнолетното население и 82% от жените роми между 13 и 40 г.).



По този начин високата честота в домакинствата на потенциален ползвател на Националната програма и услугите на Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве (Здравно-консултативните центрове), както и социалната значимост на проблемите, които Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014–2020г. адресира, показват важността на програмата за пълнолетното население на страната и по-специално за целевите групи във фертилна възраст.

За обществената значимост на програмата са категорични и интервюираните служители, работещи в Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве. Макар и да са пристрастни към програмата поради собствената си въввлеченост в нея, от опита си като медицински лица или специалисти в социалната сфера те имат богат опит и наблюдения за пречките и проблемите в областта на репродуктивното, майчиното и детското здраве:

„Въпросът не е дали имаме нужда от такава програма, а защо тази програма се появи чак сега”. (стр. 37, Доклад „Граждански мониторинг върху изпълнението на „Националната програма на майчиното и детското здраве 2014–2020г.“, Сдружение „Ларго“)

„От 30 години съм в родилно отделение. Много пъти съм си мислела какво може да се направи, за да се подобрят нещата. Когато прочетох програмата, веднага я приех. Тя просто отговори на всичките ми притеснения и съмнения. Просто това е бъдещето. Ние или трябва да вървим в тази посока, или просто нямаме друг ход. Трябва да се осигуряват интегрирани грижи за майките, бебетата и децата, трябва да има холистичен подход.“ (стр. 37, Доклад „Граждански мониторинг върху изпълнението на „Националната програма на майчиното и детското здраве 2014–2020г.“, Сдружение „Ларго“)

Най-висок дял от пълнолетното население и целевата група от ромски произход имат деца между 2 и 18 г. (28% от пълнолетното население, 49% от жените във фертилна възраст 18–40 г. и 73% от целевата група от ромски жени). Въпреки че редица дейности с информационен, консултативен и превенционен характер в Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве са насочени към деца до 18 г., те не са във фокуса на най-ключовите дейности по скрининг и превенция на Здравно-консултативните центрове в страната.



Следващи по честота както сред пълнолетното население, така и сред целевите групи на програмата (всички жени във фертилна възраст от българското население, както и целевата група на Сдружение „ЛАРГО“) са бременните жени/ наскоро родилите; децата до 1 г. възраст, както и младите семейни двойки. Важна част от предлаганите услуги по скрининг, превенция и ранна интервенция в Здравно-консултативните центрове (установяване на генетични заболявания, неонатален слухов скрининг, биохимичен скрининг по време на бременността) са насочени именно към бременните жени, младите майки и децата до 1г. В тези области са инвестирани или ще бъдат инвестирани средства за апаратура на програмата:¹

¹ Данните са от Приложение 2 (Финансов разчет) на Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве, стр. 30.

Области на интервенция в програмата	Планиран бюджет в съответната област	% от общия бюджет на програмата
Оборудване на неонатологични отделения на областно и национално ниво с апаратура	7,8 млн. лв.	6,1%
Оборудване на структури по акушерство и гинекология с високо технологична апаратура за ехографска диагностика	5,1 млн. лв.	4,0%
Провеждане на обучение на лекари за ехография за фетална морфология	4,6 млн. лв.	3,6%
Обновяване на апаратурата за диагностика на генетични заболявания	2 млн. лв.	1,6%
Дооборудване с апаратура за целите на скрининга и лечението при ретинопатия при недоносените	1,1 млн. лв.	0,9%
Общ бюджет на програмата за периода 2014-2020 г.	128,6 млн. лв.	

III. РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОВЕДЕНОТО ПРОУЧВАНЕ СРЕД ЦЕЛЕВИТЕ ГРУПИ

1. Оценка за най-важните проблеми в областта на майчиното и детското здраве в България

Проучването установява няколко основни тенденции в обществената оценка за най-сериозните проблеми в сферата на майчиното и детско здраве в страната. Преди всичко, **мненията на хората са фрагментирани, а не фокусирани в един или няколко проблема.** Мнозинството от споделените притеснения тревожат между една пета и една трета от пълнолетните граждани.

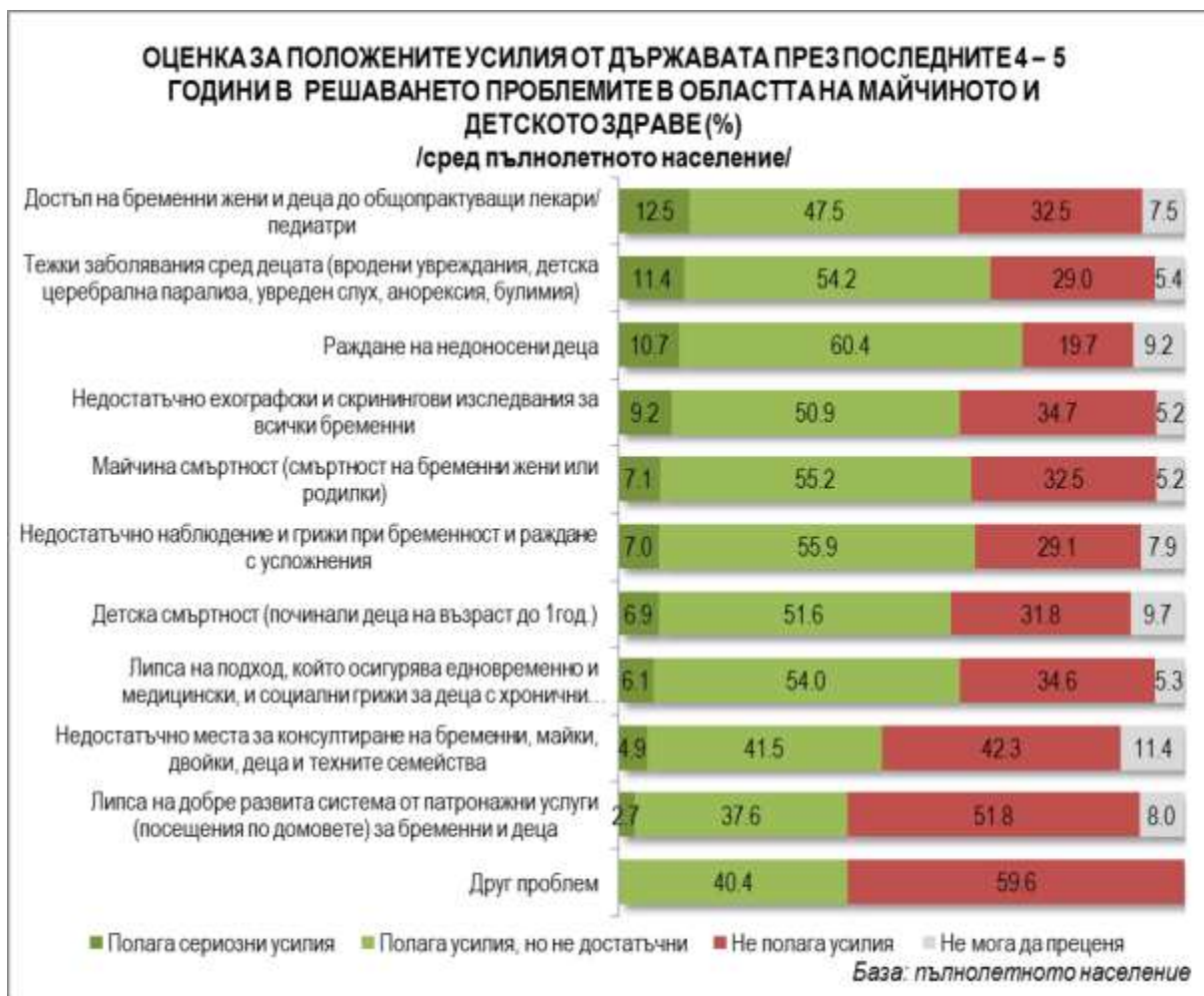
Ако все пак трябва да бъдат йерархизирани, като най-важни се открояват загрижеността за тежките заболявания сред децата – вродени увреждания, детска церебрална парализа, увреден слух, анорексия, булимия (36%); раждането на недоносени деца (34%); липсата на подход, осигуряващ едновременно и медицински, и социални грижи за деца с хронични заболявания и увреждания (26%). Майчината, детската смъртност и недостатъчното наблюдение и грижи при бременност и раждане с усложнения са идентифицирани като сериозни предизвикателства от между 21% и 25% от пълнолетните жители на страната. **Тази йерархия до голяма степен съответства на идентифицираните и в самата Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014 – 2020г. проблеми, върху които е базирана цялостната концепция на програмата.** Иначе казано – наблюдава се съответствие в констатациите на обществено мнение и държавни институции по този въпрос.

ОЦЕНКА ЗА НАЙ-СЕРИОЗНИТЕ ПРОБЛЕМИ В ОБЛАСТТА НА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКОТО ЗДРАВЕ В БЪЛГАРСКОТО ОБЩЕСТВО (%)			
	Пълнолетно население	Жени във фертилна възраст	Целева група
Тежки заболявания сред децата (вродени увреждания, детска церебрална парализа, увреден слух, анорексия, булимия)	36.2 (1)	37.3 (2)	27.5 (2)
Раждане на недоносени деца	34.0 (2)	43.0 (1)	28.0 (1)
Липса на подход, който осигурява едновременно и медицински, и социални грижи за деца с хронични заболявания и увреждания	25.8 (3)	29.5 (3)	14.0
Майчина смъртност (смъртност на бременни жени или родилки)	24.8	28.5	25.6
Недостатъчно наблюдение и грижи при бременност и раждане с усложнения	22.3	28.0	26.1 (3)
Липса на добре развита система от патронажни услуги (посещения по домовете) за бременни и деца	22.2	26.9	14.0
Детска смъртност (починали деца на възраст до 1 год.)	21.3	24.9	25.1
Недостатъчно ехографски и скринингови изследвания за всички бременни	17.0	23.8	18.4
Недостатъчно места за консултиране на бременни, майки, двойки, деца и техните семейства	12.1	17.6	18.4
Достъп на бременни жени и деца до общопрактикуващи лекари/ педиатри	7.9	10.4	15.0
Друг проблем	4.6	3.6	3.4
Не знам, не мога да преценя	20.9	11.4	22.7
(1) (2) (3) - Трите най-значими проблема по % споменавания			
База: всички			

Най-висока загриженост по проблемите на майчиното и детско здраве е налице сред по-информираните, образовани, относително добре осигурени материално пълнолетни българи: жители на София и големите градски центрове, жените, 31–50 годишните, работещи, хора със средни и високи доходи. Подобна нагласа имат също семейните с непълнолетни деца и потенциалните ползватели на програмата (т.е., домакинства, в които има принадлежащ към някоя от целевите групи на програмата член).

Проучването обаче установява съществена разлика между откритите на национално равнище като най-сериозни проблеми и споделените от целевата група на проучването (жени от ромски произход във фертилна възраст 13–40г.) притеснения. **За разлика от пълнолетното население на страната, което поставя акцент върху постнаталните грижи, представителките на целевата група открояват на преден план и свързани с перинатални грижи въпроси** като наблюдения на бременността (особено при усложнения), недостатъчния брой места за консултиране на бременни, майки, двойки, деца и семействата им, недостатъчни ехографски и скринингови изследвания за всички бременни, достъпа на бременни жени и деца до общопрактикуващи лекари. По-силна загриженост в това отношение споделят ромските жени от малките населени места, на възраст между 18 и 30 години, с ниски доходи, но особено открояващо се е притеснението на тези от тях, които имат деца в домакинството си, съжителстват без брак или са разведени/разделени и са здравно неосигурени.

Предвид факта, че самите институции в лицето на Министерство на здравеопазването залагат откритите проблеми като предизвикателства, чието преодоляване цели Националната програма за подобряването на майчиното и детско здраве 2014 – 2020г., важен въпрос е и степента, в която държавата работи за действителното постигане на тази цел.



В тази връзка, проучването установява **умерено критична оценка на хората за действията на институциите**. За преобладаваща част от очертаните проблеми пълнолетното население **разпознава полагането на усилия, но те се оценяват като недостатъчни на този етап**. Такова е мнението за справяне с детската смъртност (52%), майчината смъртност (55%), наблюдение и грижи при бременност и раждане с усложнения (56%), ехографски и скринингови изследвания за всички бременни (51%), интегриран медико-социален подход при деца с хронични заболявания и увреждания (54%).

Действията в три от направленията се припознават като по-сериозни, макар в тях също да доминира разбирането за все още недостатъчни усилия: достъп на бременни жени и деца до ОПЛ, тежки заболявания и увреждания сред децата, раждане на недоносени деца.



Според пълнолетните българи съществени все още са дефицитите в осигуряване на достатъчно места за консултиране на бременни, майки, двойки, деца и семействата им и патронажните услуги. И ако за пълнолетното население тези две направления не са сред водещите проблеми и нужди, то за целевата група на проучването (жени от ромски произход във фертилна възраст) те са сред услугите, от които изтъкват, че се нуждаят (както е по-подробно разгледано в следваща част от анализа).

Анализът на резултатите показва, че умерено критична е оценката на социалните слоеве, открили се по-горе като по-информирани и загрижени за състоянието на проблемите: жители на столицата и големите градове, жени, високо образовани, икономически активни, със средни и по-високи доходи. Те са и хората, които повече от всички останали са склонни да признават резултатите на държавната политика в част от направленията.

Обратно, представители на уязвими социални групи – най-вече ниско доходни, икономически неактивни и представители на етнически малцинства (турци, роми) се открояват с доминираща критичност и неудовлетвореност от усилията на институциите за подобряване на майчиното и детско здраве.



Респективно, **сред целевата група в проучването (жени от ромски произход във фертилна възраст) негативизмът в оценките за дейността на държавата се задълбочава.** За мнозинството от проблемите мненията са силно поляризирани между позицията за недостатъчни действия и липса на каквито и да било усилия, а по отношение на достъпа на бременни жени и деца до ОПЛ ясно доминира позицията, че по въпроса не се прави нищо.

Най-силна поляризация, с тенденция към силна критика е мнението на ромските жени към работата по:

- развитието на патронажни грижи (45% недостатъчни и 48% никакви усилия)
- места за консултиране на бременни, майки, деца (45% недостатъчни и 47% никакви усилия)
- намаляване на майчината смъртност (42% недостатъчни и 45% никакви усилия)
- ехографски и скринингови изследвания за всички бременни (42% недостатъчни и 47% никакви усилия)

Тези мнения се споделят от ромските жени независимо от техния социално-демографски профил и населено място, в което живеят. Колкото по-уязвими са те обаче (и особено здравно неосигурени), толкова по-силна е критиката им.

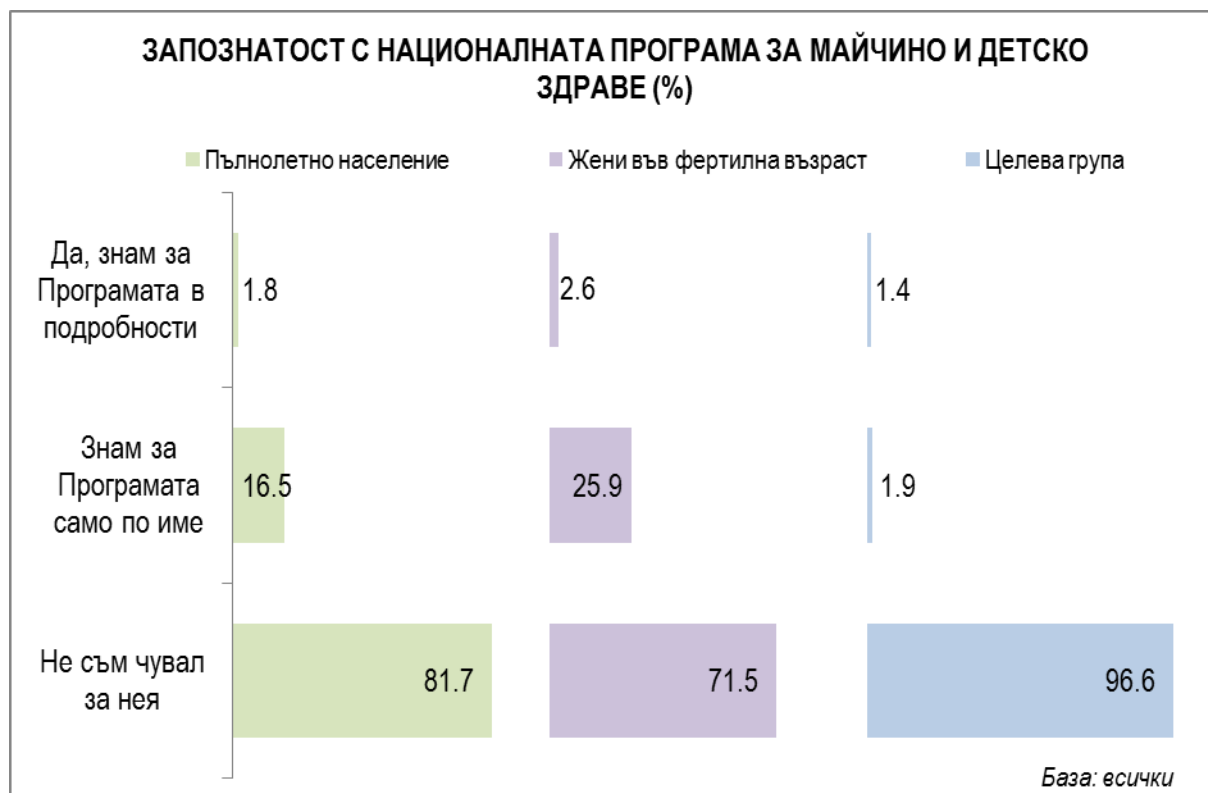
Предвид общото за страната мнение, че властите все пак полагат някакви (макар и малки) усилия, **задълбочената критика сред целевата група от ромски жени във фертилна възраст вероятно се дължи както на по-затруднен достъп до здравни услуги, така и на по-слабата информираност за услугите, на които имат право.**

2. Обществена запознатост с Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014–2020г. и със Здравно-консултативните центрове

1) Обществена запознатост с Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014–2020г.

Въпреки обществената значимост на проблемите, с които Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014–2020г. се бори и големия брой възможни ползватели, **проучването установява много ниска запознатост на пълнолетното население и потенциалните бенефициенти с Националната програма и Здравно-консултативните центрове.**

Едва 2% от българите (или приблизително 116 хил. души) декларираат, че са запознати с програмата в детайли. Други 17% (или около 957 хил. души) са чували за Националната програма за майчино и детско здраве само по име. Сходни са данните за обществената запознатост с програмата и сред жените 18–40 г. във фертилна възраст.



Сред добре запознатите с програмата тя се идентифицира правилно. Основните спонтанни асоциации с нея се отнасят до областта ѝ на действие (грижа за бременни, майки и деца), както и с уязвимите групи, към които е насочена и с изградените Здравно-консултативни центрове, чрез които програмата се реализира на местно ниво.



Имайки предвид специфичния характер на програмата и това че обхваща не всички групи от населението, подобни нива на обществена осведоменост могат дори да се възприемат като позитивен индикатор. Както ще видим от различни индикатори за обективни факти, свързани с осъществяването на програмата обаче, реалната запознатост с програмата и Здравно-консултативните центрове е много по-ниска. Възможна причина за по-високата ѝ декларативна спрямо реална разпознаваемост е самото име – Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014–2020г., което ясно и категорично насочва към целевите групи и проблемите, които програмата разглежда.

Българските граждани, в чиито домакинства има лица от потенциалните целеви групи на програмата, имат повече знания за нея. 3% от тях я познават в детайли, а една четвърт (26%) имат само обща представа. По-висока разпознаваемост на програмата демонстрират и семействата с деца, както и живеещите в областните градове, където са и ситуирани централните за предоставяне на услуги на целевите групи. Затова и те са потенциалните бенефициенти, които могат в по-голяма степен да се възползват от услугите, които програмата предлага.

Не по този начин стои въпросът с осведомеността на **жените във фертилна възраст от ромски произход. От позицията си на силно уязвима група, чиито представители са често с прекъснати здравноосигурителни права, те имат по-малко възможности за достъп до здравни услуги.** Затова и Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве е един от малкото им шансове за безплатно качествено здравеопазване. Тяхната обща запознатост с програмата (комбинацията от отговорите „познавам програмата в подробности“ и „знам за програмата само по име“) (3,3%) е шест пъти по-ниска спрямо пълнолетното население (18,3%), което означава, че те имат по-малка вероятност да се обърнат за услуги в Здравно-консултативните центрове. Едва 1,4% от жените роми на възраст между 13 и 40 г. споделят, че са запознати с програмата в детайли, а други 1,9% имат само най-обща представа.

Важен е фактът, че най-малко информация за програмата демонстрира най-уязвимата част от ромската общност – момичетата под 18 г. възраст, живеещите в селата, с ниски доходи и без почти никакво образование. Именно сред тях съществува по-висок риск за проблемна бременност, преждевременни раждания и отклонения в ранното детско развитие.

Заедно с по-слабата си информираност младите ромски момичета са податливи на външно въздействие от неформалния кръг, най-вече роднинската общност. Опитът от различни проучвания на „Алфа Рисърч“ сред тази социална група показва, че входът към тях става през техните роднини – майки, свекърви и по-големи сестри, на които момичетата имат огромно доверие.

Представителите на този доверен кръг също така служат за преводачи, тъй като или самите момичета не знаят достатъчно добре български език, или темите около сексуалността и репродуктивното здраве са неразбираеми за тях.

Декларирана цел на програмата е „активното издирване на целевите групи за обхващане с комплекс от здравни и социални услуги в зависимост от потребностите“ (стр. 18 от документа) и приоритетното използване на възможности за промотиране на програмата чрез общопрактикуващите лекари и гинеколози.

Също така, при проведения деск рисърч на уебсайтове и страници в социалните мрежи на Здравно-консултативните центрове, който е част от „Гражданския мониторинг върху изпълнението на „Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014–2020“ от Сдружение „ЛАРГО“ (Гражданския мониторинг)², се установява, че в много случаи на интернет страниците на тези центрове се обявява, че достъпът до техните услуги е през личния лекар. Това, от своя страна, е потенциална пречка за ползване на услугите от представители на целевата група на програмата.

За разлика от тези заявени цели на програмата в проучването на първите места като канали на информация за програмата се нареждат медиите (29% от телевизията; 14% от интернет; други 11% посочват по-общо медии), както и неформалните мрежи (приятели, познати, колеги – посочени от 22% от знаещите за програмата, както и най-близкото обкръжение – съпруг/а; снаха – 7,5%).

Едва като трети тип източник на информиране се посочва контактът с лекар (6,5% – при профилактичен преглед; 2,2% – гинеколог или др. медицински специалист и 1,6% - брошури в поликлиниката).

Парадоксално е, че според проучването един от основните източници на информация по здравни теми са личните лекари (за 77% от пълнолетното население и жените 18–40 г. в страната; 59% за жените роми във фертилна възраст), но това не резултира в по-висока запознатост с програмата сред потенциалните целеви групи и/или в начин за научаване за нейното съществуване чрез общопрактикуващите лекари.

² Доклад „Граждански мониторинг върху изпълнението на „Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014–2020“, осъществен от Сдружение „ЛАРГО“ през август 2017 г. от екип в състав: Венелин Л. Стойчев – ръководител на екипа, Светла Енчева – старши изследовател, Боряна Петрова – изследовател, Александър Костадинов – младши изследовател, Християн Дудев – младши изследовател, Юлия Колева – технически сътрудник



Въпреки сравнително ясната целева публика на Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве (видима още от наименованието на самата програма), между 12% и 38% от пълнолетното население правилно идентифицират различните ползватели на програмата.

Съвсем закономерно, първите две асоциации с ползватели на програмата са групите, залегнали косвено в нейното име. Те са и тези, към които са насочени най-голям брой услуги и дейности по Националната програма. 38% от българските граждани и 29% от жените от ромски произход 13–40 г. смятат, че програмата е насочена към бременни жени. От друга страна, съответно 35% и 27% от всички българи и целевата група на Сдружение „ЛАРГО“ идентифицират в програмата възможност за ползване от майките на деца до едногодишна възраст.

Сред пълнолетното население (и в много по-малка степен сред самите жени от ромски произход) програмата се разпознава като ромска програма поради безплатния характер на дейностите, които се извършват и услугите на социалните работници, работещи в Здравно-

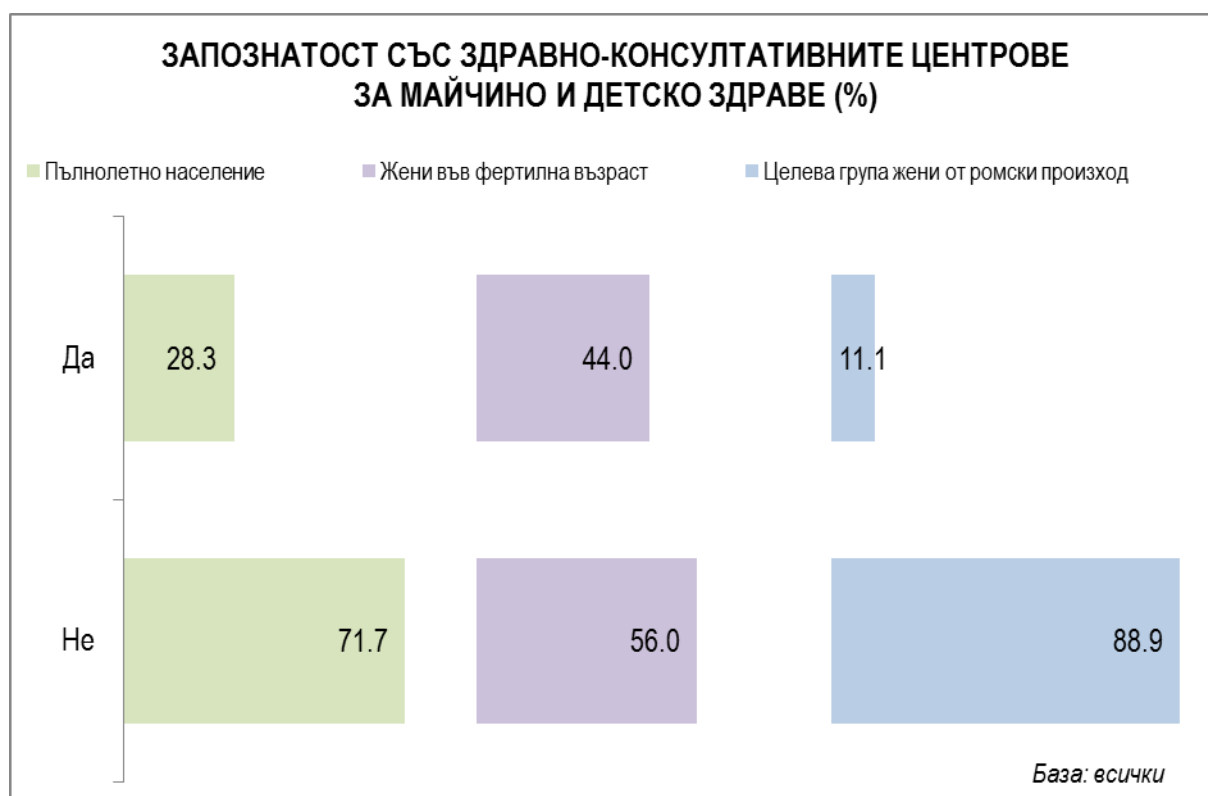
консултативните центрове. Възможност услугите по програмата да се ползват от малцинствени общности е посочено от една трета от пълнолетното население на страната (33%).

И макар че домакинствата с деца между 2 и 18 г. възраст преобладават спрямо останалите потенциални целеви групи на програмата, предоставянето на интегрирана здравна грижа по програмата за родители на именно подобни деца е най-слабо разпознаваемо както за пълнолетното население (13%), така и за жените от ромски произход във фертилна възраст (10%).



2) Обществена запознатост със Здравно-консултативните центрове на майчиното и детското здраве

Проучването регистрира по-висока степен на запознатост със здравно-консултативни центрове сред пълнолетното население и целевите групи спрямо Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве. Тази закономерност е нормална с оглед на факта, че услугите по Националната програма се осъществяват практически на местно ниво именно чрез Здравно-консултативните центрове. За тях са чували 28% от българските граждани, 44% от всички жени във фертилна възраст 18–40 г. и едва 11% от ромските жени между 13 и 40 г.



По-големи познания за Здравно-консултативните центрове демонстрират по-високо образованите и доходни социални прослойки на населението, здравно осигурените, живеещите в София и големите градски центрове, както и по-младите българи (30–40 г.). Същевременно, по-уязвимите социални кръгове са по-слабо запознати със Здравно-консултативните центрове и едновременно с това имат по-ограничени възможности за допълнително заплащане за прегледи, което увеличава риска при тях за ненавременно откриване на заболявания и по-тежки последици в бъдеще.

Най-запознати със Здравно-консултативните центрове са жителите на Хасково, Ловеч и Ямбол. Това потвърждава и наблюденията от доклада на Гражданския мониторинг на програмата, че когато представянето на услугите по програмата е направено на „човешки“, а не на „административен“ език, повече

представители на целевите групи се възползват реално от възможностите, които тя предоставя:

„Страницата на Хасково, впрочем, е единствената, в която към потребителите е използвано второ лице, в изречението: „Достатъчно е предварително да се обадите на посочените телефони, за да можем да предвидим съответния специалист, както и деня и часа на срещата“.“ (стр. 27, Доклад „Граждански мониторинг върху изпълнението на „Националната програма на майчиното и детското здраве 2014–2020г.“, Сдружение „ЛАРГО“).

От друга страна, проучването регистрира слаба запознатост със Здравно-консултативните центрове в регионите, където има големи общности с компактно ромско население – Пловдив, Пазарджик, Стара Загора. Поради по-голямата затвореност на тези групи има **риск потенциалните ползватели на програмата от тези социални общности да останат встрани от възможностите на услугите по въпросите за майчиното и детското здраве.**

Тук идва ролята на организации като Сдружение „ЛАРГО“ да влязат в тези общности и да проведат информационна кампания за същността на тези центрове, услугите, които се предлагат, както и важността на тези дейности върху развитието на децата, родителите и семейното планиране.

Предизвикателство пред здравните политики в страната и в частност за мерките в областта на майчиното и детското здраве са и здравно-неосигурените лица, които са като цяло от по-уязвими социални групи, предимно роми. Според Наредба 26 за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени, лица, които са бременни и са с прекъснати здравноосигурителни права, имат право на един преглед при гинеколог, едно вземане на кръвни изследвания и микробиологични изследвания на влагалищен секрет.

Резултатите от настоящото проучване обаче показват, че много малка част от неосигурените жени във фертилна възраст и най-вече от жените роми, сред които като цяло има много повече здравно неосигурени, са запознати с тези свои права по време на бременност – 35% от здравно неосигурените жени 18–40 г. и 16% от здравно неосигурените жени от ромски произход 13–40 г.

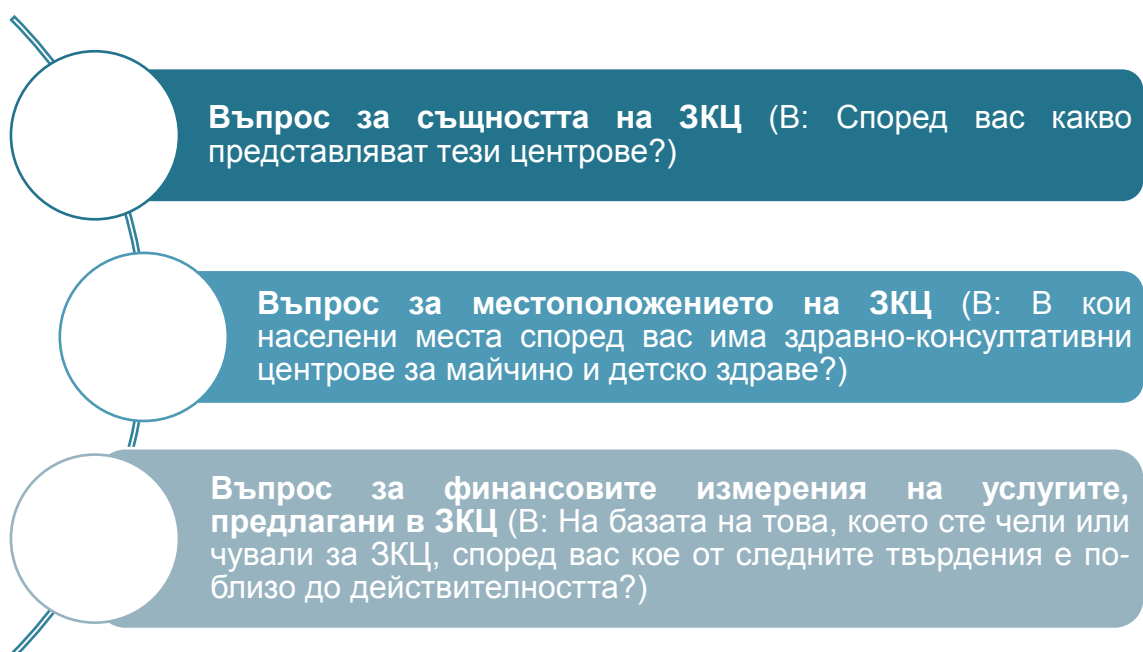


Ако съдим по заключенията по темата в Доклада „Граждански мониторинг върху изпълнението на „Националната програма на майчиното и детското здраве 2014–2020г.“ на Сдружение „ЛАРГО“, тази ниска запознатост на здравно неосигурените бременни е не само поради лична вина и неграмотност, но и поради по-цялостни структурни проблеми с прилагане на Наредба 26 в страната. Някои медицински лица или координатори на програмата не са запознати с Наредбата и с условията за нейното прилагане. Като резултат, за да бъде прегледана жена с прекъснати здравноосигурителни права, тя бива хоспитализирана (стр. 83: Доклад „Граждански мониторинг върху изпълнението на „Националната програма на майчиното и детското здраве 2014–2020г.“, Сдружение „ЛАРГО“).

„Аз лично не съм чувала досега за тази наредба. Казвам, че аз не съм чувала, но може би директорът знае. Ние поне засега не сме я ползвали. (...) Ние нямаме бюджет за изследвания. Само университетските болници имат. Ние ги консултираме и ги препращаме към социалните, ако констатираме, че има такъв проблем, или пък към специалист от болницата. С това можем да помогнем ние...” (анкетиран служител в ЗКЦ, Доклад „Граждански мониторинг върху изпълнението на „Националната програма на майчиното и детското здраве 2014–2020г.“, Сдружение „ЛАРГО“, стр. 56)

Положителна тенденция, видима в ромската общност е, че по-висока осведоменост за Здравно-консултативните центрове има сред жените роми във фертилна възраст, живеещи в малки градове. Т.е., макар че услугите в Здравно-консултативните центрове се предлагат в областни центрове, за представители на уязвимите целеви групи необходимостта за пътуване до областния град не е прекалено силна бариера, за да се възползват от съответната услуга, когато им е необходима.

Тъй като името на програмата и центровете, чрез които се осъществява, могат лесно да се сбъркат с други мерки и институции от здравната политика на страната, в настоящото проучване бяха включени няколко обективни въпроса, свързани с дейността на здравно-консултативните центрове. Чрез тях се установи нивото на реалната запознатост с програмата. Тези въпроси са следните:



И докато грешен отговор на въпросите за местоположението и финансовия достъп до услугите в здравно-консултативните центрове не предполагат, че респондентът не е наясно с дейността на тези звена, то объркване в дефиницията на Здравно-консултативните центрове означава, че гражданите не са реално осведомени за тях.

Най-честото объркване е със звучащите по сходен начин диагностично-консултативните центрове (ДКЦ) (бившите поликлиники), посочени от близо една четвърт от българските граждани и 16% от целевата група от жени роми. Друга по-разпространена грешка е приравняването на здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве на акушеро-гинекологични отделения в болниците (съответно за 6% от населението на страната и 9% от ромските жени във фертилна възраст).

Всеки четвърти българин (25%) и 9% от целевата група на проучването правилно разпознават Здравно-консултативните центрове чрез функцията им да предлагат услуги по превенция и консултиране, диагностика и лечение на заболявания на бременни жени, майки и деца.



По-наясно със същността на тези медицински звена са живеещите в областните градове, където именно са разположени Здравно-консултативните центрове и затова са по-видими, както и по-младите, по-високо образованите и тези с по-високи доходи, които са и потенциални ползватели на услугите.

Ако обаче се преизчисли каква част от посочилите, че знаят за Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве, дават вярна дефиниция на този въпрос, ще установим, че това са приблизително половината от запознатите с тях български граждани и от жените роми на възраст 13–40 г. Т.е., реалната запознатост със здравно-консултативните центрове е 14% от българските граждани (или приблизително 812 хил. души), 24% от жените във фертилна възраст 18-40 г. и 4% от целевата група на програмата от ромски произход.

27% от жителите на страната и 17% от жените във фертилна възраст от ромски произход разпознават правилно местоположението на Здравно-консултативните центрове във всички областни градове на България.

Любопитно е обаче да проследим логиката на мислене зад посочените грешни отговори за местоположението на здравно-консултативните центрове.

Поради специфичните целеви групи (бременни жени, майки, малки деца) и необходимостта от високо специализирана апаратура най-малко граждани са склонни да считат, че са налични Здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве във всеки град. Тези здравни институции се мислят като по-скоро ограничени до най-големите градове на страната или дори само до територията на София.



Приблизително сходен дял от пълнолетното население и жените от ромски произход между 13 и 40 г. (съответно 39% и 43%) са наясно с безплатния характер на предлаганите услуги в здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве. Съответно други 30% от българските граждани и 22% от целевата група от ромски произход са убедени, че при ползването на здравно-консултативните центрове се заплаща, макар и на символична цена.

Интересно е да проследим профила на хората, посочили, че услугите в тези центрове са безплатни. Макар и това да е верният отговор на въпроса, в случая има доза предположения, догадки и пожелателност. Убедени в това са повече граждани, разчитащи на социалната система като цяло, за които предлагането на една услуга има смисъл, ако тя е достъпна за максимално широк кръг от

хора, т.е. безплатна – възрастните хора, живеещите в малките населени места, пенсионерите, както и най-ниско образованите и с ниски доходи от представителите на целевата група на Сдружение „ЛАРГО“.



За да могат потенциалните ползватели да се обръщат към Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве, те следва да са информирани за кръга услуги, от които могат да се възползват. От ниската обществена степен на запознатост с програмата и Здравно-консултативните центрове можем да допуснем, че и **целевите групи са слабо осведомени за услугите, предлагани в тези медицински звена.**

Това наблюдение е особено валидно за жените във фертилна възраст от ромски произход, които са между 1,5 и 2 пъти по-слабо запознати от пълнолетното население на България с това дали съответните услуги, тествани в проучването, се предлагат в Здравно-консултативните центрове. Ако сравним тяхната осведоменост по въпроса за различните услуги с тази на жените във фертилна възраст от пълнолетното население, разликата се увеличава на три пъти в полза на жените на национално равнище.

Това, което прави впечатление, е, че целевите групи са най-запознати с дейностите по скрининг и превенция – изследвания за бременни жени за откриване на генетични болести, идентифициране на проблемни бременности, проследяване и медицинско обслужване на деца с увреждания или хронични заболявания. Това са и услугите, до които най-често са прибягнали потенциалните бенефициенти по програмата през последни една-две години.

ЗНАНИЕ/ОЧАКВАНИЯ КОИ УСЛУГИ СЕ ПРЕДЛАГАТ В ЗДРАВНО-КОНСУЛТАТИВНИТЕ ЦЕНТРОВЕ ЗА МАЙЧИНО И ДЕТСКО ЗДРАВЕ (%)

■ Пълнолетно население ■ Жени във фертилна възраст ■ Целева група жени от ромски произход

Дял на посочилите "Тази услуга се предлага"



База: всички

Услугите по скрининг и превенция както за идентифициране и проследяване на проблемни бременности, така и при ранна диагностика на различни увреждания в детското развитие са и оценявани като безспорен успех от страна на анкетираните служители в Здравно-консултативните центрове по време на осъществения граждански мониторинг на програмата от Сдружение „ЛАРГО“ (стр. 12: Доклад „Граждански мониторинг върху изпълнението на „Националната програма на майчиното и детското здраве 2014–2020г.“, Сдружение „ЛАРГО“). Над 80% от анкетираните лица, работещи в Здравно-консултативните центрове, оценяват високо приноса на Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве в областта на

оптимизацията и разширяването на скрининговите програми при бременните и децата.



„Скринингът, профилактиката са най-важните. Има проблеми, които, като ги хванеш навреме, ги лекуваш с едно аспириноче или блистерче с витамини. Цялото ни общество има интерес от профилактика, от информирани родители, от редовен скрининг. Като хванеш на време една инфекция, например, можеш да я излекуваш за 5 лв. или за 10 лв. Ако я изпуснеш и възникнат усложнения, отиваш на 100 лв. за лечение, понякога на 1000 и повече. А да не говорим, че може да възникнат такива усложнения, че и плода, и майката да си заминат...“ (социален работник, ЗКЦ, интервюиран като част от „Граждански мониторинг върху изпълнението на „Националната програма на майчиното и детското здраве 2014-2020г.“, Сдружение „ЛАРГО“, стр. 38 от доклада)

От друга страна, по-нишови услуги като курсове за родители, помощ от психолог или от социален работник и патронажна грижа в много по-малка степен се възприемат като предлагани в Здравно-консултативните центрове.

Това обаче не означава, че тези услуги не са нужни на целевите групи. Така например 18% от ромските жени във фертилна възраст считат, че ще прибегнат до услугите на социален работник за попълване на документи в следващите няколко години, докато сред жените във фертилна възраст от пълнолетното население курсовете за родители и посещенията по домовете са на първите места като нужни услуги редом с по-разпространени дейности като откриване на генетични заболявания по време на бременността.

За важността на социалните работници за целевата група от ромски произход споменават и интервюираните служители от Здравно-консултативните центрове:

„Ходим на терен поне веднъж в седмицата. Нашият социален работник си е от махалата. Хората я познават, тя ги познава. Няколко часа тя е тук, в болницата, а следобед слиза в махалата. Работим на терен. Когато има нужда, социалният ни работник се свързва с психолога и те двете слизат в махалата. Ако има нужда, веднага сезираме социалните и те също отиват на терен.” (интервюиран служител от ЗКЦ, Доклад „Граждански мониторинг върху изпълнението на „Националната програма на майчиното и детското здраве 2014–2020г.“, Сдружение „ЛАРГО“, стр. 55)



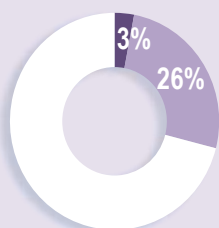
На фона на тези данни е любопитна високата оценка на служителите от Здравно-консултативните центрове, участвали в допитването от Гражданския мониторинг, за силното въздействие на Националната програма в областта на психологическата подкрепа на родителите – оценена с втора най-висока комбинирана оценка след скрининговите програми за бременни и деца. Обяснение за тази „куриозност“ се открива в начина на осъществяване на програмата, както е посочено в Доклада на гражданския мониторинг на Сдружение „ЛАРГО“ (стр. 57): „*приоритетите на работа на централите се оказват функция на личната биографична траектория на служителите, а не на конкретните нужди на целевите групи от съответното населено място*“ или да възпроизвеждат единна методика на работа. Т.е., тъй като на много места координаторът на програмата е и психолог или социален работник, той счита за най-съществен принос на Националната програма дейностите, които попадат в неговите компетенции и съответно легитимират собствената му дейност в центъра.

ЗДРАВНИ И ИНФОРМАЦИОННИ НУЖДИ НА ЖЕНИТЕ ВЪВ ФЕРТИЛНА ВЪЗРАСТ В ОБЛАСТТА НА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКОТО ЗДРАВЕ

ЗАПОЗНАТОСТ С НАЦИОНАЛНАТА ПРОГРАМА (НПМДЗ) И ЗДРАВНО-КОНСУЛТАТИВНИТЕ ЦЕНТРОВЕ (ЗКЦ)

ЖЕНИ ВЪВ ФЕРТИЛНА ВЪЗРАСТ 18-40 Г. ОТ НАСЕЛЕНИЕТО

29% ОБЩА ЗАПОЗНАТОСТ С НЦМДЗ



Знаят за програмата в подробности

Знаят за програмата само по име

ЗАПОЗНАТОСТ СЪС ЗКЦ

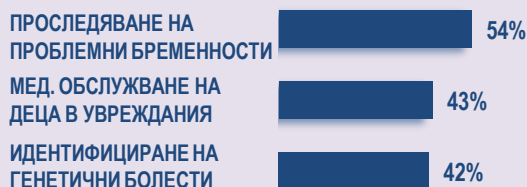
44% декларирана запознатост със ЗКЦ

24% реална запознатост със ЗКЦ

40% знаят за безплатния характер на ЗКЦ

ОЧАКВАНИЯ КАКВИ УСЛУГИ СЕ ПРЕДЛАГАТ В ЗКЦ

Първите три посочени



Най-слабо очакване патронажната грижа да се предлага в ЗКЦ: **20%**

ЖЕНИ ОТ РОМСКИ ПРОИЗХОД ВЪВ ФЕРТИЛНА ВЪЗРАСТ 13-40 Г.

3% ОБЩА ЗАПОЗНАТОСТ С НЦМДЗ



Знаят за програмата в подробности

Знаят за програмата само по име

ЗАПОЗНАТОСТ СЪС ЗКЦ

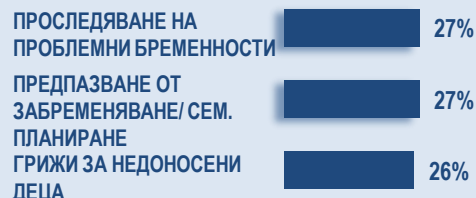
11% декларирана запознатост със ЗКЦ

4% реална запознатост със ЗКЦ

43% знаят за безплатния характер на ЗКЦ

ОЧАКВАНИЯ КАКВИ УСЛУГИ СЕ ПРЕДЛАГАТ В ЗКЦ

Първите три посочени



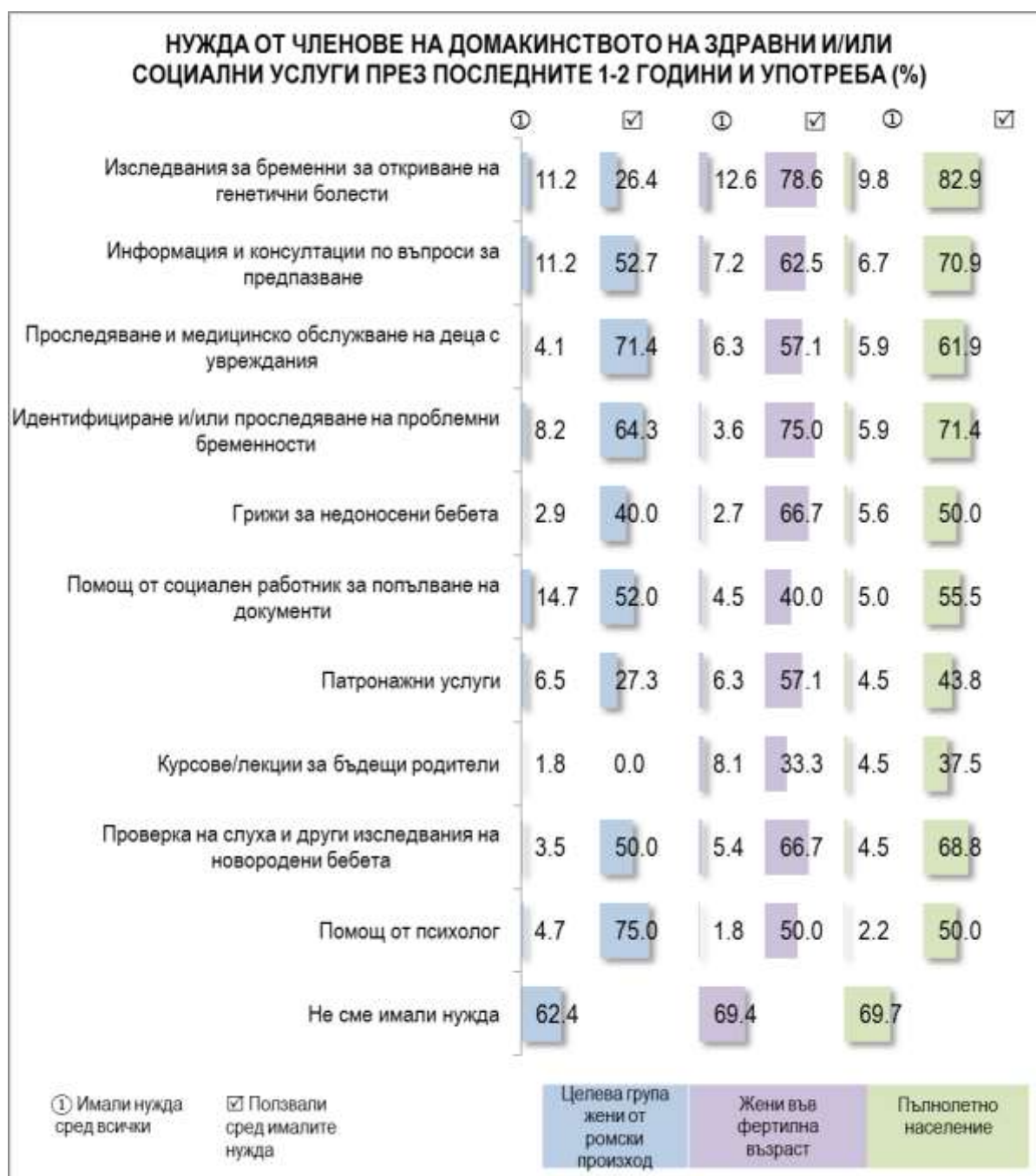
Най-слабо очакване курсове/ лекции за бъдещи родители да се предлагат в ЗКЦ : **9%**

3. Здравни нужди на целевите групи и ползване на здравни услуги, свързани с подобряване на майчиното и детското здраве

Проучването установява, че сред домакинствата, в които има член, принадлежащ към таргет групите на Националната програма за подобряване на майчиното и детско здраве 2014 – 2020г. (които съставляват 35% от пълнолетното население), е налице **относително идентична степен на нужда от здравни услуги, независимо от техния социален и/или материален статус**. Така например, 30 на сто от тези домакинства на национално равнище споделят, че през последните 1-2 години са имали някаква здравна и/или социална нужда, а сред целевата група на жените от ромски произход във фертилна възраст този дял е 38%. По-високият дял нуждаещи сред ромските жени е резултат от естественото съсредоточаване на повече таргетирани по програмата представители в тази групи (82% при средно 35% на национално равнище). В случаите на идентифицирани нужди, обикновено става дума за необходимост от 1 до 2 услуги.

Налице е също **висока степен на припокриване в йерархията на видовете здравни услуги, от които се нуждаят потенциалните ползватели на програмата**. За разлика от идентифицираните по-горе проблеми, нуждите са съсредоточени в перинаталните грижи. И за пълнолетното население, и за жените от ромски произход във фертилна възраст, сред най-често посочваните услуги са изследвания за бременни за откриване на генетични болести, информация и консултации по въпроси за предпазване, проследяване на проблемни бременности.

В нуждите на пълнолетното население и на целевата група от ромски жени се открояват и някои различия – индикатор за специфики във здравните нужди. На национално равнище хората поставят акцент също върху проследяване, медицинско обслужване на деца с увреждания и грижата за недоносени бебета. Жените от ромски произход поставят на първо място необходимостта от помощ от социални работници за попълване на документи и патронажни грижи.



Проучването обаче **установява съществена разлика в ползването на необходимите услуги**. Преобладаваща част от представителите на пълнолетното население са получили услугите, от които са нуждаели, предимно чрез направление от НЗОК, особено когато се отнася до здравни услуги в предродилния период. Услугите, от които не са успели да се възползват, са свързани с постнатални грижи.

Сред ползваните от пълнолетното население здравни услуги по линия на НЗОК са идентифициране и проследяване на проблемни бременности (57% от нуждаещите се), информация и консултации (54% от нуждаещите се), изследвания за бременни за откриване на генетични болести (40% от

нуждаещите се), проследяване и медицинско обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания (57% от нуждаещите се).



Въпреки, че като цяло хората са успели да достигнат до нужните им здравни услуги, очертават се и значими дефицити. За повечето от обхванатите от Националната програма услуги, около една трета от нуждаещите се не са успели да ги ползват. Проблемът се задълбочава, когато се стигне до открили се като необходими за по-малък дял от населението услуги, които мнозинството от нуждаещите се не са ползвали: курсове за бъдещи родители (63% от нуждаещите се не са ползвали), грижа за недоносени бебета (50% от нуждаещите се не са ползвали), помощ от психолог (50% от нуждаещите се не са ползвали), патронажни услуги (56% от нуждаещите се не са ползвали).



Дефицитът на здравни грижи се проявява по-остро сред целевата група ромски жени във фертилна възраст. Мнозинството от тях не са ползвали услугите, от които са се нуждаели, нито в перинаталния, нито в постнаталния период: 74% от ималите нужда от изследвания за откриване на генетични болести не са ги ползвали, 73% не са ползвали патронажна грижа, 60% - грижи за недоносени бебета, 50% - проверка на слуха и други изследвания на новородени бебета, 48% - помощ от социален работник за попълване на документи, 47% - информация и консултации:

- Така, донякъде абсурдно (но всъщност логично предвид цялостното неползване) ромските жени са имали най-добър достъп до проследяване и медицинско обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания (57% от нуждаещите се са ги ползвали по линия на НЗОК).
- Три други услуги е възможно да са били по-активно предоставени на жените от целевата група през възможностите на Националната програма: без направление, но безплатно 50% от нуждаещите се са получили помощ от психолог, 33% - проверка на слуха и други изследвания на новородени бебета, 32% - помощ от социален работник за попълване на документи.



Сред причините за неползване на необходимите здравни услуги в най-голяма степен се изтъкват финансови затруднения. На национално равнище, втора по тежест е незапознатостта дали имат право на съответните услуги, следвана от липса на специалисти. За целевата група жени от ромски произход във фертилна възраст втора по значимост бариера пред ползването е невъзможността да намерят къде биха могли да получат тези услуги. **И пълнолетното население като цяло, и целевата група от ромски жени колкото повече принадлежат към уязвими социални слоеве (малки населени места, ниски доходи, ниско образование), толкова по-сериозно се сблъскват с трудности пред достъпа до необходимите здравни услуги.**

Мнозинството от пълнолетните граждани на страната (75%), както и от целевата група жени от ромски произход (62%) **не са в състояние да определят от какви здравни услуги ще имат нужда в краткосрочен план.** Както показват резултатите, попадайки по-често сред таргет групите по националната програма, жените от ромски произход изглеждат по-ориентирани в близките си нужди. Това впечатление обаче се създава от очакването на най-голяма част от тях, че ще се нуждаят от помощ от социален работник за

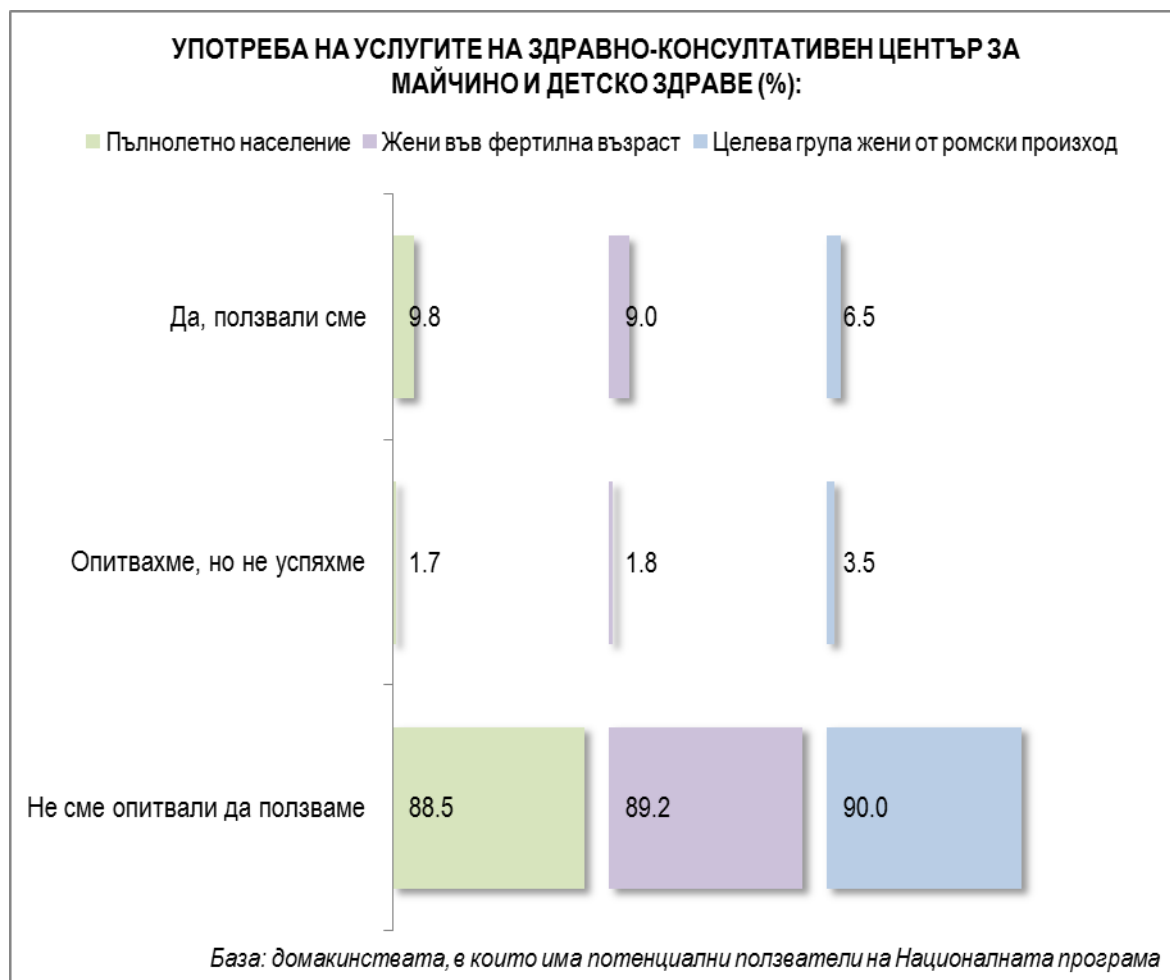
попълване на документи (18%). За всички останали здравни услуги, делът на очакванията им надвишава съвсем леко средното за страната равнище.



Така, например, сред домакинствата в страната, които имат таргетиран по Националната програма член, най-открити са очакванията за нужда от информация и консултации за предпазване и/или планиране на забременяване (7%), следвани от помощ от социален работник за попълване на документи (5%) и изследвания за бременни за откриване на генетични болести и забавяния в развитието на плода (5%).

Сред жените от ромски произход във фертилна възраст първостепенно е притеснението за попълването на документи (18%), следвано от информация и консултации (13%), патронажни грижи (9%), изследвания за генетични заболявания (8%), проверка на слуха и други прегледи за новородени бебета (7%).

Предвид относително ниската степен на запознатост със Здравно-консултативните центрове (ЗКЦ) и сред пълнолетното население (28%), и сред целевата група жени от ромски произход (11%), **ползването на техните услуги също е силно ограничено**. Едва 10% от пълнолетните жители на страната и 7% от ромските жени заявяват, че са ги ползвали. Други 2% в национален мащаб и 4% сред жените от ромски произход са се опитали да стигнат до тях, но неуспешно.



Сред потребителите на ЗКЦ в страната се открояват представителите на уязвими социални слоеве от столицата и големите градски центрове, включително здравно неосигурени, с деца в домакинството. Аналогичен е и профилът на ползвалите ги жени от ромски произход.

Проучването идентифицира две основни групи бариери пред ползването за ЗКЦ:

- В случаите, когато е направен опит, причините той да е неуспешен са, че условията не са били безплатни (всеки втори случай на неуспешен опит) или специалистите са отсъствали (всеки пети случай на неуспешен опит). Тази ситуация е валидна както на национално равнище, така и сред целевата група жени от ромски произход. Предвид ниският дял на подобни случаи в

извадката обаче, този резултат трябва да се разглежда по-скоро качествено, отколкото количествено.

- В случаите на липса на каквато и да е инициатива за ползване услугите на ЗКЦ, основните причини за това поведение са незапознатост с центровете и предлаганите от тях услуги, следвани от липса на нужда. В това отношение се очертава разлика между мненията на пълнолетното население (съсредоточено в посочените две причини) и целевата група жени от ромски произход във фертилна възраст. Ромските жени също изтъкват като водеща причина незапознатостта, но сред тях тя има няколко измерения: незапознатост със съществуването на ЗКЦ (48%), дали имат право да ги ползват (14%), какви услуги предлагат (9%). Десет на сто от представителките на целевата група добавят към причините да не ползват ЗКЦ и отдалечеността от населеното място, в което живеят.

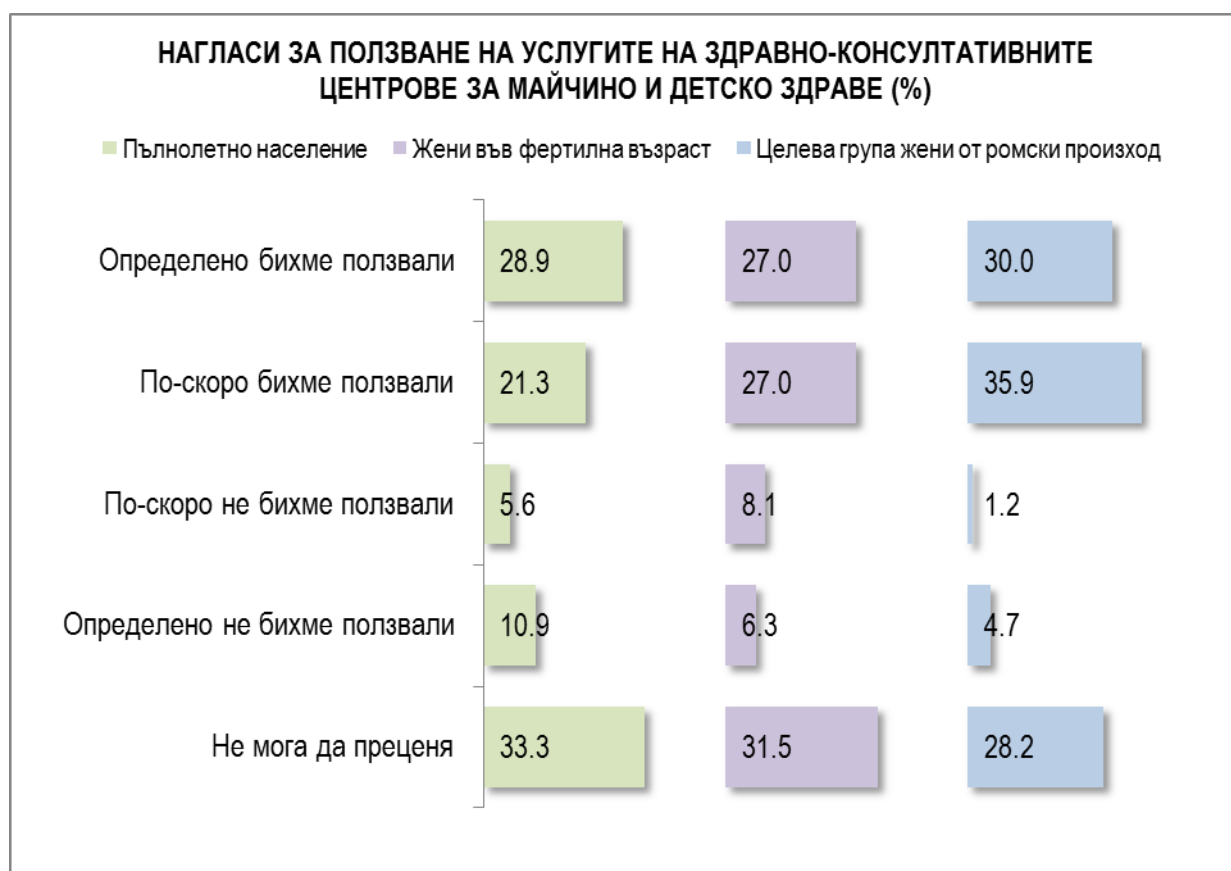


Същевременно, проучването установява **умерено висока готовност за ползване на ЗКЦ**: всеки втори представител на пълнолетното население и 66% от ромските жени са повече или по-малко склонни на това:

- Позитивна нагласа към ползване услугите на ЗКЦ в национален мащаб е налице сред жителите на областните и особено по-малките градове (където

наличието на медицински услуги въобще е по-ограничено) и представителите на уязвими социални слоеве като най-младите, ниско доходните, ниско образованите граждани на страната. Особено висока е и сред несемейни, разведени, здравно неосигурени. Макар и индиректна, но положителна обратна връзка е готовността на мнозинството от ползвалите преди услугите на ЗКЦ да се обърнат отново към тях.

- Аналогичен е профилът на споделящите позитивна нагласа жени от ромски произход: склонност да се обърнат към ЗКЦ в най-голяма степен имат живеещите в областните и по-малки градове, 18–30 годишни, с ниски доходи, ниско образование, съжителстващи без брак, разведени, здравно неосигурени и ползвали вече услугите на ЗКЦ.



Комбинацията от предлагани от ЗКЦ възможности, а не толкова някой отделен стимул се откроява като по-силно мотивиращ фактор за ползване на услугите им. Пълнолетното население на страната е привлечено най-вече от услугите (24%), специалистите (13%) и апаратурата (10%). Жените от ромски произход също поставят най-силен акцент върху услугите (25%), но следващ по значение фактор е безплатното обслужване (24%).

Кръгът от предлагани от ЗКЦ услуги са най-силно мотивиращи за жителите на малките населени места и хората в уязвимо положение: най-младите поколения, ниско доходните, ниско образовани, етнически роми, здравно неосигурени пълнолетни граждани на страната. Аналогичен е профилът на

ромските жени, привлечени от този фактор. Специалистите и апаратурата са най-силен стимул за жителите на областните центрове.



**БАРИЕРИ ПРЕД ПОТЕНЦИАЛНО ПОЛЗВАНЕ НА УСЛУГИТЕ НА
ЗДРАВНО-КОНСУЛТАТИВНИТЕ ЦЕНТРОВЕ (%)**
/сред пълнолетното население/



База: домакинствата, в които има потенциални ползватели на Националната програма сред пълнолетното население

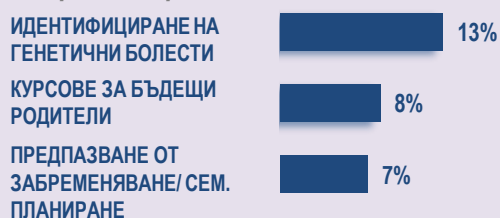
ЗДРАВНИ И ИНФОРМАЦИОННИ НУЖДИ НА ЖЕНИТЕ ВЪВ ФЕРТИЛНА ВЪЗРАСТ В ОБЛАСТТА НА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКОТО ЗДРАВЕ

ЗДРАВНИ НУЖДИ НА ЦЕЛЕВИТЕ ГРУПИ

ЖЕНИ ВЪВ ФЕРТИЛНА ВЪЗРАСТ 18-40 Г. ОТ НАСЕЛЕНИЕТО

НУЖДА ОТ ЗДРАВНИ УСЛУГИ ПРЕЗ ПОСЛЕДНИТЕ 2 Г.

Първите три посочени



НАЙ-ПОЛЗВАНИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ ПРЕЗ ПОСЛЕДНИТЕ 2 Г.

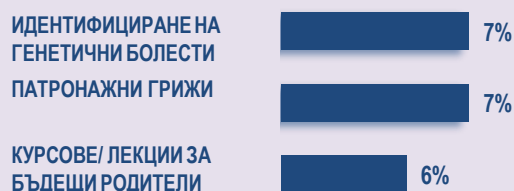
8% Идентифициране на генетични болести

5% Предпазване от забременяване/ сем. планиране

4% Идентифициране на проблемни бременности

ОТ КАКВИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ ОЧАКВАТЕ ДА СЕ НУЖДАЕТЕ В СЛЕДВАЩИТЕ 2 Г.?

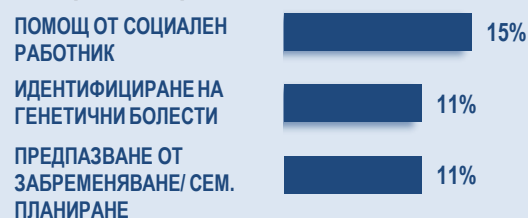
Първите три посочени



ЖЕНИ ОТ РОМСКИ ПРОИЗХОД ВЪВ ФЕРТИЛНА ВЪЗРАСТ 13-40 Г.

НУЖДА ОТ ЗДРАВНИ УСЛУГИ ПРЕЗ ПОСЛЕДНИТЕ 2 Г.

Първите три посочени



НАЙ-ПОЛЗВАНИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ ПРЕЗ ПОСЛЕДНИТЕ 2 Г.

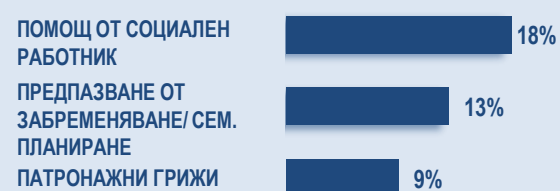
8% Помощ от социален работник

6% Предпазване от забременяване/ сем. планиране

5% Идентифициране на проблемни бременности

ОТ КАКВИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ ОЧАКВАТЕ ДА СЕ НУЖДАЕТЕ В СЛЕДВАЩИТЕ 2 Г.?

Първите три посочени



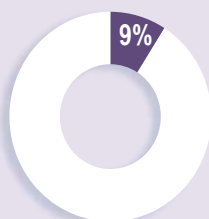
База: представители на целевите групи с потенциални ползватели на ЗКЦ

ЗДРАВНИ И ИНФОРМАЦИОННИ НУЖДИ НА ЖЕНИТЕ ВЪВ ФЕРТИЛНА ВЪЗРАСТ В ОБЛАСТТА НА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКОТО ЗДРАВЕ

УПОТРЕБА НА ЗДРАВНО-КОНСУЛТАТИВНИТЕ ЦЕНТРОВЕ (ЗКЦ)

ЖЕНИ ВЪВ ФЕРТИЛНА ВЪЗРАСТ 18-40 Г. ОТ НАСЕЛЕНИЕТО

УПОТРЕБА НА ЗКЦ

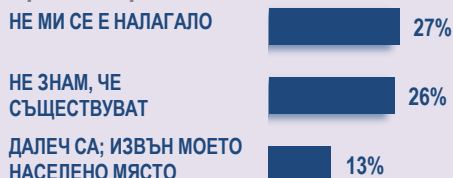


Ползвали услугите на ЗКЦ

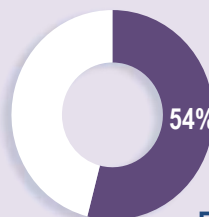
ПРИЧИНИ ЗА НЕПОЛЗВАНЕ НА ЗКЦ

/СРЕД НЕПОЛЗВАЛИТЕ УСЛУГИТЕ НА ЗКЦ/

Първите три посочени



НАГЛАСИ ЗА ПОЛЗВАНЕ НА ЗКЦ



Биха ползвали услугите на ЗКЦ

Причини:

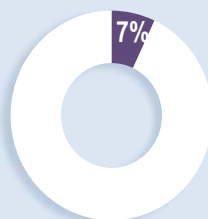
Услуги, от които се нужда

Добри специалисти

Добра апаратура

ЖЕНИ ОТ РОМСКИ ПРОИЗХОД ВЪВ ФЕРТИЛНА ВЪЗРАСТ 13-40 Г.

УПОТРЕБА НА ЗКЦ

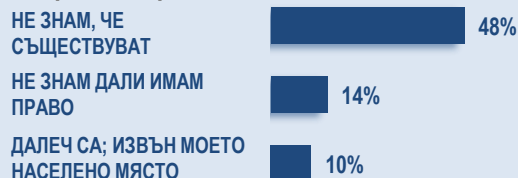


Ползвали услугите на ЗКЦ

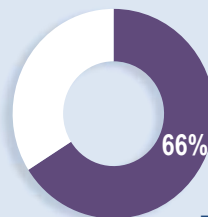
ПРИЧИНИ ЗА НЕПОЛЗВАНЕ НА ЗКЦ

/СРЕД НЕПОЛЗВАЛИТЕ УСЛУГИТЕ НА ЗКЦ/

Първите три посочени



НАГЛАСИ ЗА ПОЛЗВАНЕ НА ЗКЦ



Биха ползвали услугите на ЗКЦ

Причини:

Безплатни

Услуги, от които се нужда

Добри специалисти

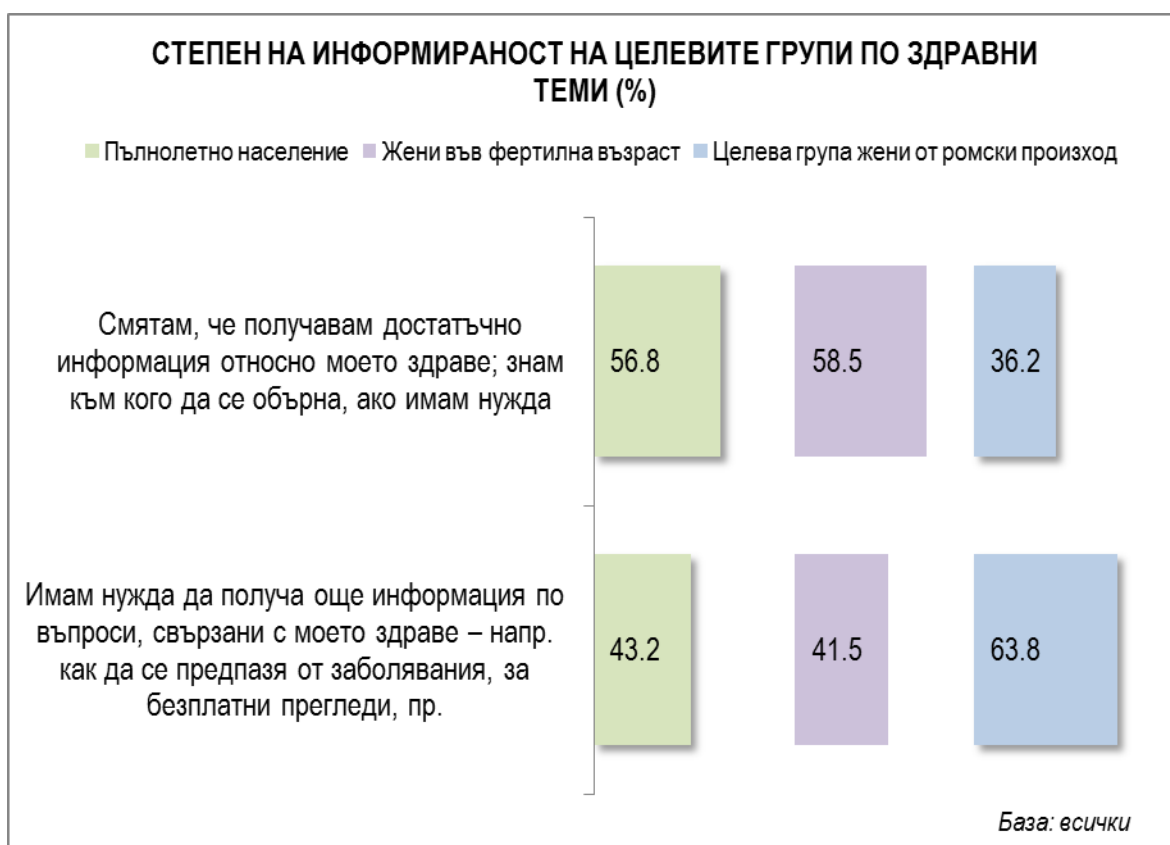


База: представители на целевите групи с потенциални ползватели на ЗКЦ

4. Информираност и информационни нужди на целевите групи по въпросите на майчиното и детското здраве

Въпросите на здравето са едни от най-чувствителните теми за всеки, тъй като засягат човешкото благополучие. Затова и хората имат високи изисквания към информацията по здравни теми и демонстрират стремеж за повишаване на здравната си информираност. Лошото здраве води след себе си поредица от лични и социални проблеми; нараства и чувството на неудовлетвореност от живота.

В този контекст следва да се разглеждат и резултатите от настоящото проучване. **Българското общество като цяло и целевите групи във фертилна възраст са взискателни към темата и им е нужна допълнителна информация по здравни въпроси**, вкл. по аспекти на майчиното и детското здраве. 43% от гражданите на страната, аналогичен дял сред жените във фертилна възраст (42%), както и 64% от целевата група от ромски произход са на мнение, че не са достатъчно информирани по въпроси от здравен характер.

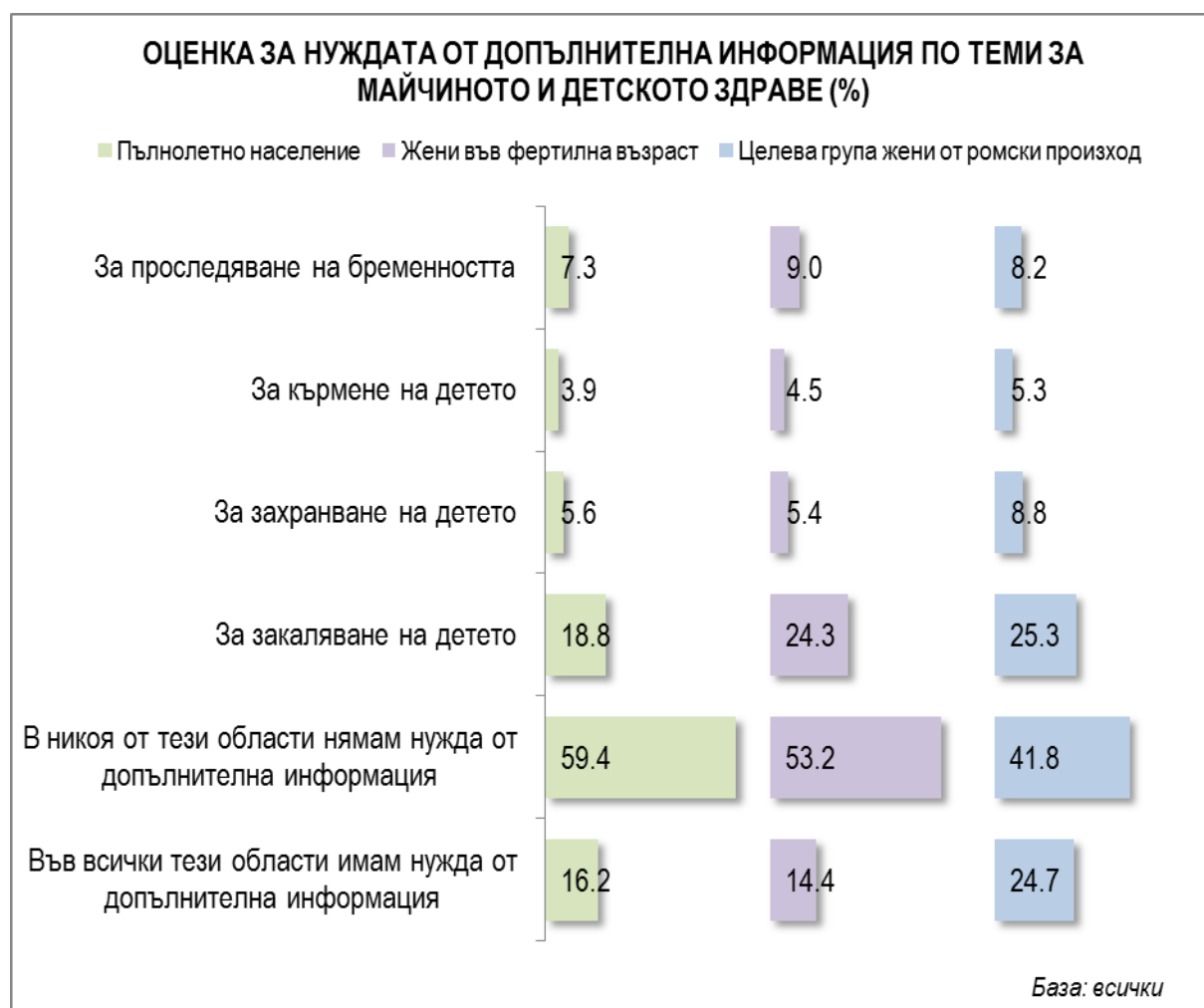


По-силна е нуждата от допълнителна здравна информация сред по-уязвимите социални групи, при които проблеми със здравето биха имали по-значителни финансови ефекти – по-ниско образованите социални кръгове, здравно неосигурените и лицата, живеещи в малките населени места. Тази закономерност е валидна както за пълнолетното население, така и за целевите групи във фертилна възраст.

Нуждата от допълнително осведомяване се отнася и по въпросите за майчиното и детското здраве. Макар че тези казуси са много специфични и не са приложими към цялото население на страната, те са изключително важни за социалните групи, които засягат.

14% от пълнолетното население, 27% от жените във фертилна възраст 18-40г. и 48% от жените от ромски произход между 13 и 40г. имат нужда от допълнителна информация по различни аспекти, свързани с бременността, кърменето, храненето или закаливането на детето.

Поради наличието на най-голям дял на деца между 2 и 18г. както сред пълнолетното население, така и сред целевите групи във фертилна възраст е най-голяма необходимостта от получаване на информация, свързана със закаливане на детето – за 19% от пълнолетното население, в чиито домакинства има потенциални ползватели на програмата и около 25% за жените във фертилна възраст 18–40 г. и целевата група на Сдружение „ЛАРГО“.



Информационните дефицити по здравни въпроси се запълват главно чрез допитване до личния лекар. Този източник на информация е водещ

както за пълнолетното население, така и за целевите групи във фертилна възраст (посочен от 77% от пълнолетното население и 59% от целевата група от жени роми 13–40 г.). Силно е и значението и на други медицински специалисти – за 14% от българските граждани и 5% от целевата група от ромски произход.

Следващи по важност канали на информация по здравни въпроси са националните телевизии (за 30% за пълнолетното население и за 27% от ромските жени във фертилна възраст), както и приятелският кръг (съответно посочен от 15% и 20% от двете групи).



**ИЗТОЧНИЦИ НА ИНФОРМАЦИЯ И ИЗТОЧНИЦИ С НАЙ-ГОЛЯМО
ДОВЕРИЕ ПО ТЕМИ СВЪРЗАНИ С ЛИЧНОТО ЗДРАВЕ (%)**
/сред жените във фертилна възраст 18-40 г./

■ Източници на информация по здравни теми ■ Източници на информация по здравни теми с най-голямо доверие



База: Жени във фертилна възраст

**ИЗТОЧНИЦИ НА ИНФОРМАЦИЯ И ИЗТОЧНИЦИ С НАЙ-ГОЛЯМО
ДОВЕРИЕ ПО ТЕМИ СВЪРЗАНИ С ЛИЧНОТО ЗДРАВЕ (%)**
/сред целевата група жени от ромски произход 13-40 г./

■ Източници на информация по здравни теми ■ Източници на информация по здравни теми с най-голямо доверие

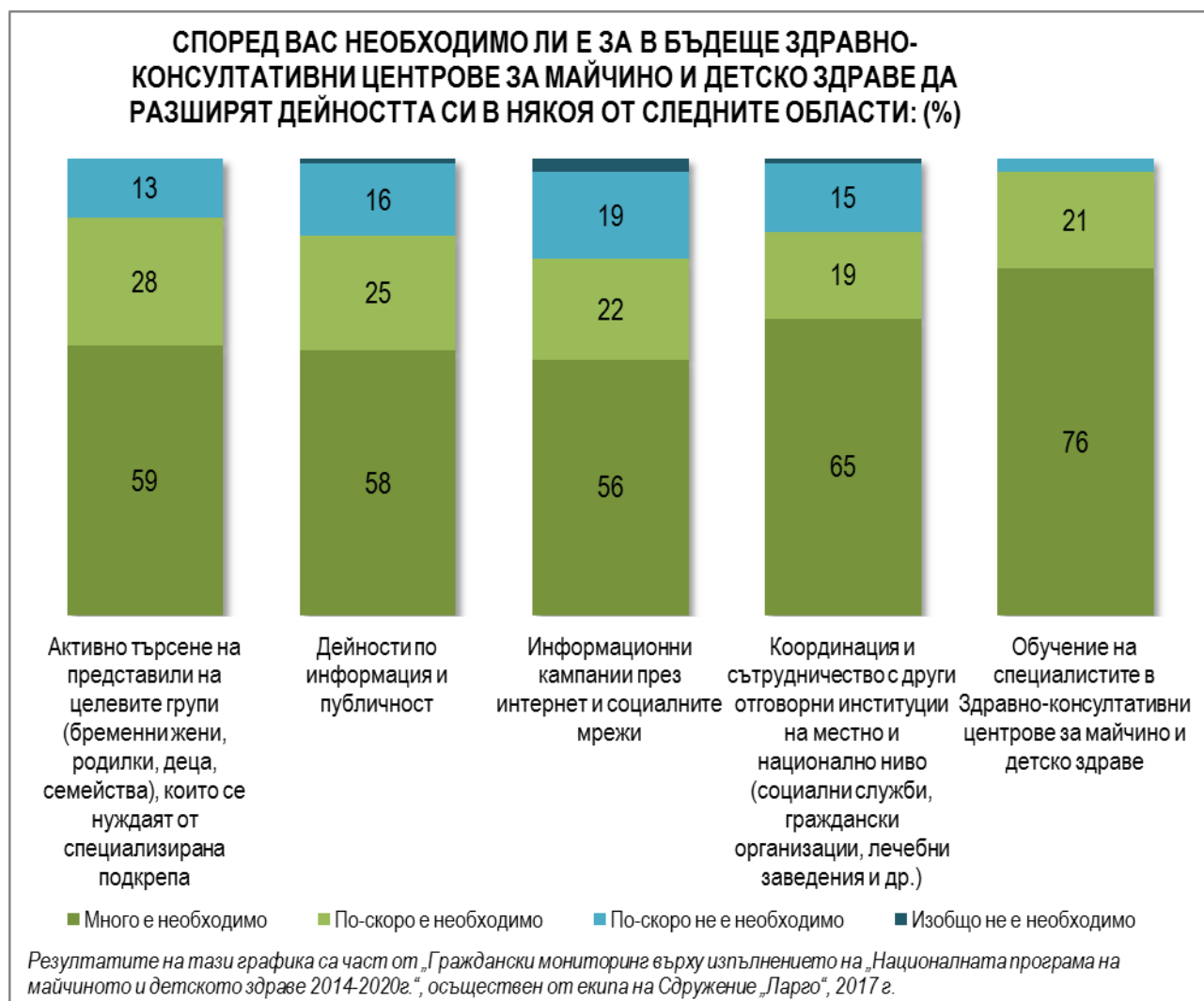


База: жени във фертилна възраст от ромски произход 13-40г.

И докато тези данни показват безапелационното доверие в личния лекар по всякакви здравни теми, както посочихме по-горе в доклада, в този контекст фактът, че малка част от запознатите с Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве научават за нея именно чрез личния лекар буди съществени въпроси за взаимодействието между ОПЛ и координаторите по програмата.

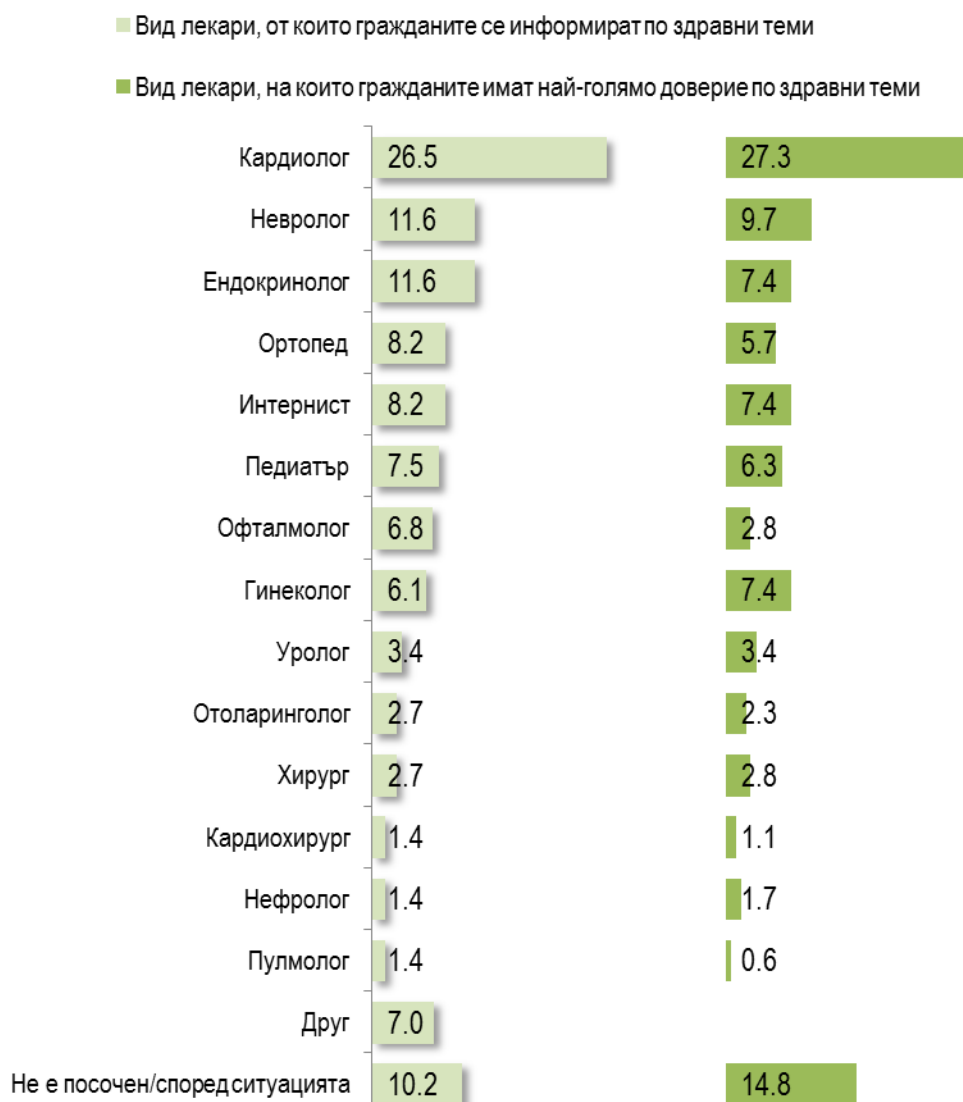
Тъй като взаимодействието между личните лекари и координаторите по програмата не е едностранен процес, а е свързан с много усилия от всички страни, логична стъпка в посока към подобряването му е по-активното въвличане на всички заинтересовани страни в процеса. В Доклада „Граждански мониторинг върху изпълнението на „Националната програма на майчиното и детското здраве 2014-2020г.“ на Сдружение „ЛАРГО“ е широко споделено мнението за необходимостта за подобно по-тясно сътрудничество – според 84% от анкетираните служители в Здравно-консултативните центрове (стр. 16).

Друго по-дългосрочно решение, което обаче изисква по-стратегически мерки, е минимизирането на потенциални конфликти на интереси между лични лекари и Здравно-консултативните центрове. Пренасочването на случаи от общопрактикуващите лекари към тези медицински звена по програмата отнема от ресурса на личните лекари, което и намалява тяхната изначална мотивация да го правят (стр. 76 от Доклад „Граждански мониторинг върху изпълнението на „Националната програма на майчиното и детското здраве 2014–2020г.“, Сдружение „ЛАРГО“).



Отвъд експертизата на личния лекар други важни медицински специалисти, посочени от пълнолетното население, са кардиолози, ендокринолози и невролози. Тази своеобразна класация се променя сред жените във фертилна възраст, при които лекарите, ползващи се с най-високо доверие, са гинеколози и педиатри.

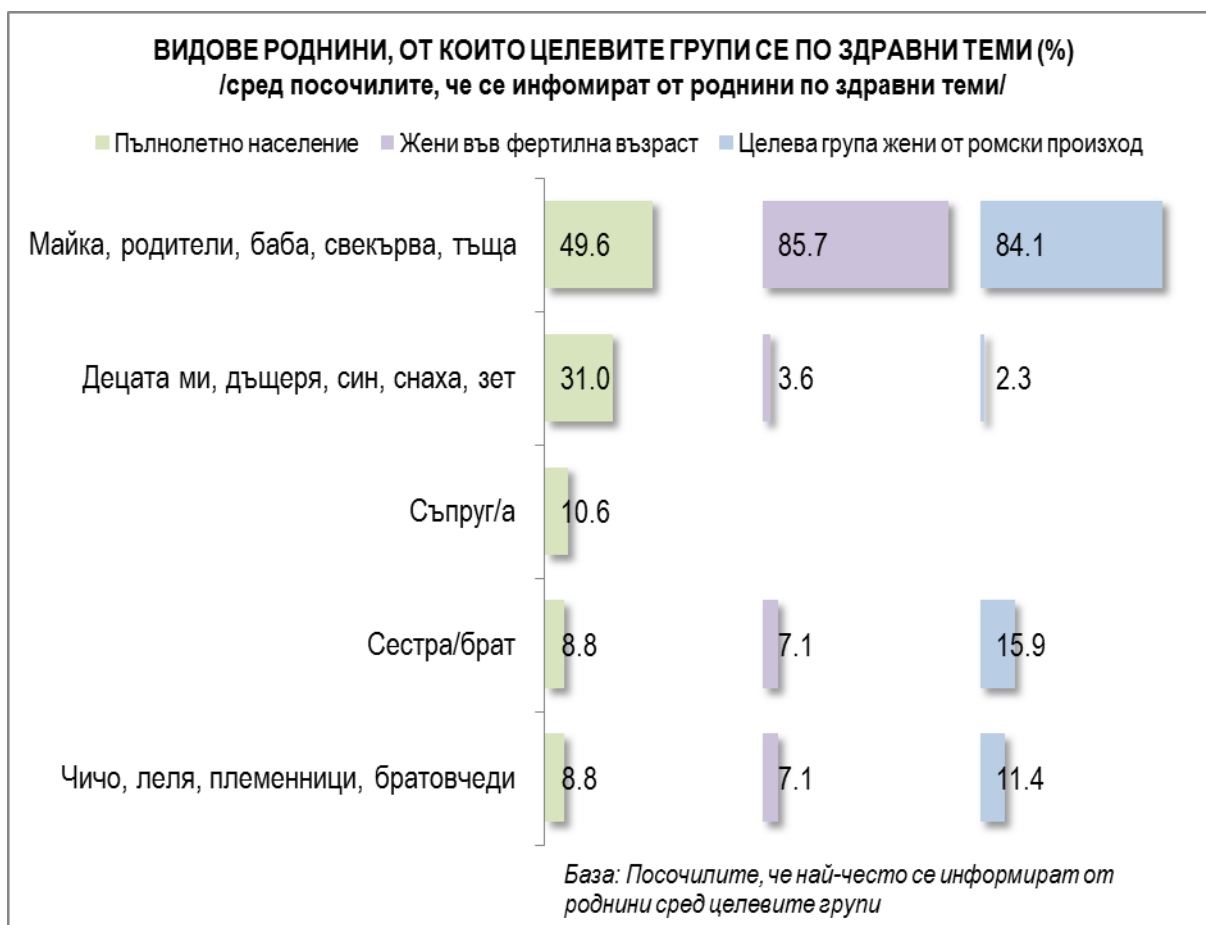
ВИДОВЕ ЛЕКАРИ, ОТ КОИТО ГРАЖДАНТЕ СЕ ИНФОРМИРАТ И НА КОИТО ИМАТ ДОВЕРИЕ ПО ЗДРАВНИ ТЕМИ (%)
/сред посочилите от пълнолетното население, че се информират от лекари по здравни теми/



База: Посочилите сред пълнолетното население, че най-често се информират от друг лекар по здравни теми

Редом с медицинската експертиза и медиите, друг важен източник на информиране по здравни въпроси са неформалните мрежи. Медицинските въпроси се споделят с приятели и познати, които са преживели или в момента преминават през подобна ситуация или здравен казус. Приятелският кръг е важен за 15% от пълнолетното население и 20% от ромските жени във фертилна възраст. **При тази специфична целева група е особено важна и думата на роднините поради традиционния характер на ромските общности.** Роднините, които са лидери на мнение по темите на майчиното и детското здраве, са главно майки и свекърви. Те могат да вземат както финалното решение в определена ситуация, свързана със здравето на

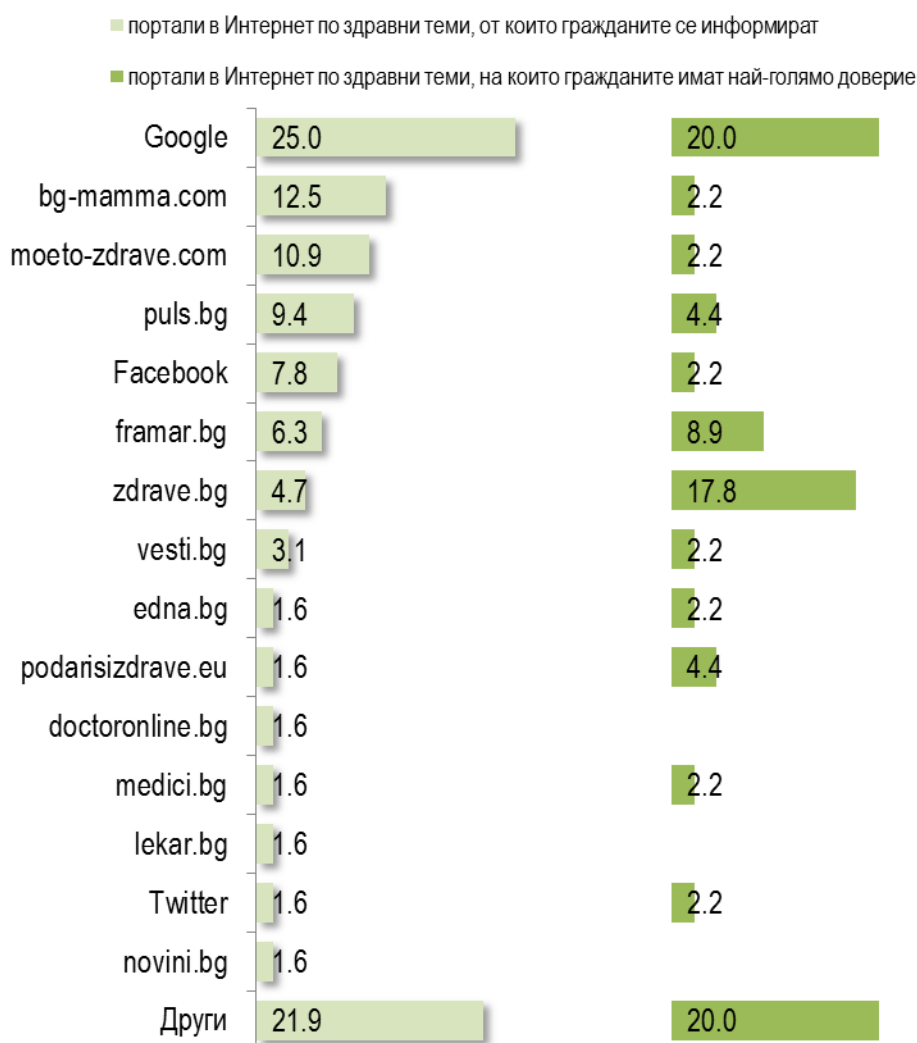
младите ромски момичета, така и да бъдат медиатори – да присъстват при лекарски прегледи или да превеждат на младите при незнание на български език/ неразбиране на сложната проблематика около репродуктивното здраве.



Страници и портали в Интернет по здравни теми са по-рядко важна референтна точка – за 6% от пълнолетното население, 8% от жените във фертилна възраст и едва 1% от целевата група жени от ромски произход. Сходно е отношението и към социални мрежи като Фейсбук и Туитър, предпочитани от 7% от българските граждани и жените роми между 13 и 40 г.

Когато здравна информация се търси онлайн, най-често няма конкретен портал или уебсайт, който да се ползва с най-голямо доверие. В повечето случаи информацията, свързана със здраве, се търси в Google, като в много случаи не се обръща внимание на изведените резултати от търсенето и посетените Интернет страници. Все пак уебсайтове и портали, които се запечатват в съзнанието на гражданите като надеждни източници на здравни сведения, са: moeto-zdrave.com; форумът bg-mamma.com; framar.bg и puls.bg.

**ИНТЕРНЕТ ПОРТАЛИ ПО ЗДРАВНИ ТЕМИ, ОТ КОИТО ГРАЖДАНТЕ СЕ
ИНФОРМИРАТ И НА КОИТО ИМАТ ДОВЕРИЕ ПО ЗДРАВНИ ТЕМИ (%)**
/сред посочилите, че се информират от портали в Интернет по здравни теми
от пълнолетното население/



База: Посочилите, че най-често се информират от интернет сайтове по здравни теми от пълнолетното население

Стремешът към получаване на по-подробна здравна информация се отразява и нагласите на гражданите и целевите групи към рекламни послания със здравна тематика. На информационни кампании и реклами по здравни теми, вникващи в дълбочина в проблемите, биха обърнали внимание 61% от българското население, сходен дял от жените 18–40 г. във фертилна възраст (58%), както и малко над половината (54%) от жените роми в интервала между 13 и 40 г.

Кратките послания, снимки и видео, макар и визуално атрактивни, притежават по-слаба притегателна сила (всяко с дял от около 25%) както поради ниската употреба на новите технологии (вкл. социалните мрежи) сред уязвими групи

като ромите, така и поради по-голямата възискателност по отношение на здравната информация – тя трябва да е подробна и ясно представена.

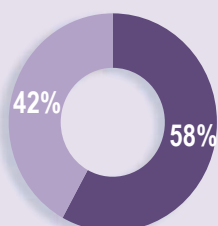


ЗДРАВНИ И ИНФОРМАЦИОННИ НУЖДИ НА ЖЕНИТЕ ВЪВ ФЕРТИЛНА ВЪЗРАСТ В ОБЛАСТТА НА МАЙЧИНОТО И ДЕТСКОТО ЗДРАВЕ

ИНФОРМАЦИОННИ НУЖДИ НА ЦЕЛЕВИТЕ ГРУПИ

ЖЕНИ ВЪВ ФЕРТИЛНА ВЪЗРАСТ 18-40 Г. ОТ НАСЕЛЕНИЕТО

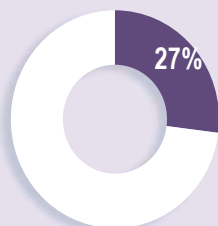
ОЦЕНКА НА ОСВЕДОМЕНОСТТА ПО ЗДРАВНИ ТЕМИ



Достатъчно информиран

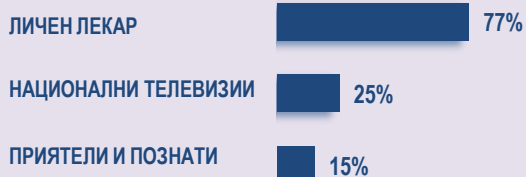
Недостатъчно информиран

НУЖДА ОТ ИНФОРМАЦИЯ ПО ВЪПРОСИ ЗА БРЕМЕННОСТТА И ХРАНЕНОТО НА ДЕЦАТА

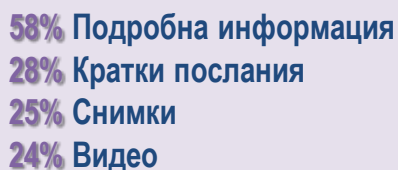


Имат нужда от информация по въпроси, свързани с бременността и храненето на децата

ТОП 3 ИЗТОЧНИЦИ НА ИНФОРМАЦИЯ ПО ЗДРАВНИ ТЕМИ

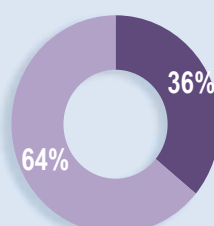


Предпочитания към формати на рекламни послания по здравни теми:



ЖЕНИ ОТ РОМСКИ ПРОИЗХОД ВЪВ ФЕРТИЛНА ВЪЗРАСТ 13-40 Г.

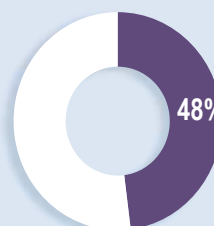
ОЦЕНКА НА ОСВЕДОМЕНОСТТА ПО ЗДРАВНИ ТЕМИ



Достатъчно информиран

Недостатъчно информиран

НУЖДА ОТ ИНФОРМАЦИЯ ПО ВЪПРОСИ ЗА БРЕМЕННОСТТА И ХРАНЕНОТО НА ДЕЦАТА

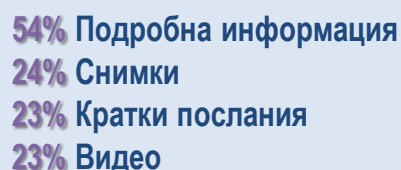


Имат нужда от информация по въпроси, свързани с бременността и храненето на децата

ТОП 3 ИЗТОЧНИЦИ НА ИНФОРМАЦИЯ ПО ЗДРАВНИ ТЕМИ



Предпочитания към формати на рекламни послания по здравни теми:



IV. ОСНОВНИ ИЗВОДИ И НАСОКИ ЗА ПОДПОМАГАНЕ НА ЗАСТЪПНИЧЕСКАТА КАМПАНИЯ

- Резултатите от проведеното проучване показват, че проблемите, които Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014–2020г. адресира, се оценяват като изключително важни от българското население и целевите групи. Налице са много потенциални бенефициенти на програмата както сред пълнолетното население, така и сред жените във фертилна възраст от ромски произход, които биха могли да се възползват от услугите, предлагани чрез програмата.
- Проучването установява, че дори в случаите когато услугите по Националната програма се отнасят за строго специфични социални групи (напр. грижи за недоносени бебета), то проблемите, които стоят зад тези услуги, се разглеждат като социално значими от българското население, независимо от личния им досег с този проблем.
- Същевременно обаче, проучването регистрира ниска степен на информираност за Националната програма и Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве. Тази слаба осведоменост води и до много ниски нива на ползване на услугите на тези медицински звена от целевите групи, за които те са предназначени.
- Националната програма може да бъде от съществена полза за представителите на уязвимите групи – жените от ромски произход във фертилна възраст и младите здравно неосигурени. Именно сред жените роми на възраст между 13 и 40г. се наблюдават и най-много потенциални представители на групи, които могат да се възползват от услуги по програмата. Причини за това са раждания на ранна възраст, които увеличават и риска от проблемни бременности и аномалии при развитието на плода.
- От друга страна, представителите на ромската общност са и няколко пъти (между 1,5 и 3 пъти) по-слабо осведомени за възможностите си да ползват услугите на Здравно-консултативните центрове и за конкретните услуги, от които могат да се възползват спрямо пълнолетното население и жените във фертилна възраст от 18 до 40 г.
- Поради факта, че Националната програма се осъществява на местно ниво чрез Здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве, центровете се ползват с по-висока разпознаваемост спрямо Националната програма. 28% от пълнолетните граждани на страната и 11% от жените от ромската общност между 13 и 40г. декларират, че са чували за Здравно-консултативните центрове. Тези резултати изглеждат високи, имайки предвид, че програмата и медицинските услуги в центровете не са насочени към всички социални групи. Високите дялове

могат да се обяснят както с изглеждащото сякаш познато име на програмата, така и с близко звучащото наименование на Здравно-консултативните центрове с ДКЦ (диагностично-консултативните центрове)/ бившите поликлиники. Затова и действителната запознатост със Здравно-консултативните центрове (преизчислена чрез няколко обективни индикатора, свързани с тези центрове) е двойно по-ниска. 14% сред българското население и 4% сред жените от ромски произход във фертилна възраст действително са наясно с функциите на Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве.

- Българското население и представителите на уязвимите групи разглеждат здравето като важно лично благо. Затова те са изключително взискателни към информацията по здравни теми, която получават. Същевременно, целевите групи очакват да запълнят своите информационни дефицити по различни здравни теми, вкл. аспекти, свързани с майчиното и детското здраве чрез допълнителна информация. В областта на репродуктивното и детското здраве най-голяма е нуждата от информация за закаляване на децата поради наличието на повече деца в подобна възраст.
- Съответно, по-голяма информираност за Здравно-консултативните центрове и най-вече за услугите, които се предлагат там, ще доведе до по-висока употреба на тези медицински звена. Този процес обаче не е лесен и изисква съвместните усилия на всички заинтересовани страни в процеса – Министерство на здравеопазването, местни власти, координаторите на Здравно-консултативните центрове, лични лекари, гинеколози и други специалисти, както и неправителствения сектор. Граждански организации като Сдружение „ЛАРГО“ са от изключителна важност за повишаване на здравната култура на представители на уязвимите социални групи като ромската общност, така и за предаване на практическа информация и насоки за ползване на услугите на Здравно-консултативните центрове за майчиното и детското здраве сред представителите на уязвимите групи.
- Проучването регистрира и следния парадокс – докато по различни здравни теми общопрактикуващите лекари са безапелационен източник на информиране, то те са периферен начин за научаване за Националната програма за подобряването на майчиното и детското здраве и Здравно-консултативните центрове, чрез които тя се реализира.
- Информационна кампания е необходима най-вече за представителите на ромската общност във фертилна възраст. Подобна кампания за програмата, насочена към жените във фертилна възраст от ромски произход, следва да съдържа подробна информация за Здравно-консултативните центрове (същност, местоположение) и най-вече за

услугите, които тази целева група може да ползва. Имайки предвид високата безработица сред жените роми, в кампанията следва да се наблегне и върху безплатния характер на тези услуги.

- За да бъдат успешни усилията по популяризиране на Здравно-консултативните центрове сред уязвимите групи, всяка информация за услуги и начин на ползване следва да бъде представена на ясен и разбираем за тях, „човешки“ език. Начин за достигане до най-младите момичета от ромската общност е чрез лични посещения на място в общността. Проучването установява, че входът към младите ромски момичета може да се осъществи чрез разясняване и убеждаване на по-възрастни роднини (майки, свекърви), които се ползват с огромно доверие от тази уязвима група и служат за медиатор на посланията по здравни теми към тях.
- И макар новите типове медии – социални мрежи, Интернет портали да набират популярност по различни социални теми, резултатите от настоящото проучване са категорични, че по здравни теми сред българското население и сред уязвимите групи по-голяма успешност за достигане на посланията биха имали традиционните медии като телевизия, лични лекари и неформални приятелски и роднински кръгове.
- Като цяло, налице е високо съвпадение между проблемите на майчиното и детското здраве, идентифицирани в самата Национална програма, Гражданският мониторинг на Сдружение „ЛАРГО“ и настоящото национално-представително проучване. Нещо повече, сравнението между заключенията в трите документа очертава нуждата от интегриране на мерки от различни области на интервенция, оптимизиране на координацията и сътрудничеството между отделните заинтересовани групи в процеса по подобряване на майчиното и детско здраве – здравни институции, ЗКЦ, лекари, потенциални ползватели.
- Важни предизвикателства пред реализиране на политиката по подобряване на майчиното и детско здраве и съответно пред бъдещата застъпническа кампания са фрагментираността на здравните нужди на целевите групи (липсват една или няколко открояващи се като приоритетни), слабата запознатост на потенциалните ползватели с предлаганите от НППМДЗ възможности, слабата мотивация на ангажираните с реализацията на Националната програма специалисти и лекарите. Тази ситуация вместо да решава проблемите, ги задълбочава и създава затруднения пред бъдещите действия в тази посока.
- В този смисъл, застъпническа кампания, която цели по-ефективно прилагане и постигане на заложените в НППМДЗ цели би могла да вземе предвид следните насоки:

- Реализиране на действия на повишаване на запознатостта с възможностите на Националната програма и ЗКЦ-ве сред потенциалните ползватели.
- Инициране на действия по консенсусно интегриране на усилията на отделните заинтересовани страни по НППМДЗ. Необходимо условие за постигане на този консенсус е осъзнаването на собствения интерес (в положителния смисъл на думата) на всяка заинтересована страна: за институциите е важно да осъзнаят, че това ще доведе до преодоляване на проблеми, които иначе на по-късен етап „увисват“ значително по-тежко (и социално, и финансово) на техен гръб; за медицинското съсловие – че така биха могли да се „разтоварят“ от нереалистичните очаквания да провеждат лечение, което след това НЗОК няма основание да им заплати; за потенциалните ползватели – че не са лишени от права, дори когато не са здравно осигурени.

V. ПРИЛОЖЕНИЕ (ВЪПРОСНИК ОТ ПРОУЧВАНЕТО)

ВЪПРОСНИК

Здравейте! Казвам се и съм сътрудник на агенция Алфа Рисърч. В момента провеждаме проучване за мнението на българските граждани по въпросите на майчиното и детско здраве. Вашето участие в проучването е напълно доброволно. Резултатите ще бъдат използвани само в обобщен вид и нито един от отговорите Ви няма да бъде свързан конкретно с Вашето име.

Мнението Ви е много важно за нас и ще спомогне за подобряване на грижите за майките и децата в страната.

Съгласни ли сте да отделите около минути, за да отговорите на нашите въпроси?

Служебно: задължителната част то GDPR

I. СКРИНИНГ

ИНТ.: Отбележете без да задавате

Sample: Извадка

ИНТ.: Проверете извадката

1/ Основна извадка

2/ Допълнителна извадка (жени от ромски произход на възраст 13 - 40 години)

Region. Регион, в който се провежда интервюто:

Списък с регионите

Type. Тип на населеното място:

1/ София

2/ Областен град

3/ Малък град

4/ Село

Location: Населено място:

.....

В началото, искам да Ви задам няколко въпроса, които ще ни помогнат след това при анализа на резултатите.

Age. Моля, първо кажете ми каква е Вашата възраст в навършени години?

..... години

Sex. Пол:

1/ Мъж

2/ Жена

Target. Имате ли във Вашето домакинство: (скала: 1 – да, имаме; 2 – нямаме; 3 – не може да прецени/ не желае да посочи)

1/ Бременна жена/ наскоро родила жена

2/ Деца на възраст под 1 год.

3/ Деца на възраст 2 – 18 год.

4/ Дете/деца до 18г. възраст с трайно физическо или ментално увреждане

5/ Дете/деца до 18г. възраст с друго хронично заболяване

6/ Млада семейна двойка

NI. Вие лично, здравно осигурен(а) ли сте?

1/ Да

2/ Не

II. ОЦЕНКА ЗА НАЙ-СЕРИОЗНИТЕ ПРОБЛЕМИ

Едни от често обсъжданите проблеми в страната са свързани със здравето на хората и по-специално с майчиното и детско здраве. Затова сега искаме да поговорим малко именно по тези въпроси.

P1. Моля, посочете кои от изброените по-долу проблеми на майчиното и детско здраве смятате, че засягат най-сериозно българското общество?

(ИНТ.: Възможен е повече от един отговор. Ротирайте проблемите)

1/ Детска смъртност (починали деца на възраст до 1год.)

2/ Майчина смъртност (смъртност на бременни жени или родилки)

3/ Раждане на недоносени деца

4/ Достъп на бременни жени и деца до общопрактикуващи лекари/ педиатри

5/ Недостатъчно наблюдение и грижи при бременност и раждане с усложнения

6/ Недостатъчно ехографски и скринингови изследвания за всички бременни

7/ Липса на подход, който осигурява едновременно и медицински, и социални грижи за деца с хронични заболявания и увреждания

8/ Тежки заболявания сред децата (вродени увреждания, детска церебрална парализа, увреден слух, анорексия, булимия)

9/ Недостатъчно места за консултиране на бременни, майки, двойки, деца и техните семейства

10/ Липса на добре развита система от патронажни услуги (посещения по домовете) за бременни и деца

11/ Друг проблем /моля посочете какъв.../

99/ Не знам, не мога да преценя

P2. За решаването на кои от проблемите, които открихте, смятате, че държавата полага усилия през последните 4 – 5 години?

(Показват се само посочените във въпрос P1 проблеми. Проблемите се ротират. За всеки се отговаря по скала: 1 – полага сериозни усилия; 2 – полага усилия, но не достатъчни; 3 – не полага усилия; 99 – не мога да преценя)

1/ Детска смъртност (починали деца на възраст до 1год.)

2/ Майчина смъртност (смъртност на бременни жени или родилки)

3/ Раждане на недоносени деца

4/ Достъп на бременни жени и деца до общопрактикуващи лекари/ педиатри

5/ Недостатъчно наблюдение и грижи при бременност и раждане с усложнения

6/ Недостатъчно ехографски и скринингови изследвания за всички бременни

7/ Липса на подход, който осигурява едновременно и медицински, и социални грижи за деца с хронични заболявания и увреждания

8/ Тежки заболявания сред децата (вродени увреждания, детска церебрална парализа, увреден слух, анорексия, булимия)

9/ Недостатъчно места за консултиране на бременни, майки, двойки, деца и техните семейства

10/ Липса на добре развита система от патронажни услуги (посещения по домовете) за бременни и деца

11/ Друг проблем /моля посочете какъв.../

III. ЗАПОЗНАТОСТ

A1. Чували ли сте за Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014-2020 г.?

1/ Да, знам за програмата в подробности

2/ Знам за програмата само по име

2/ Не съм чувал за нея

ИНТ.: Задайте, ако на A1 е посочен код 1

A2. Какво знаете за програмата?

Свободен въпрос, моля запишете.....

ИНТ.: Задайте, ако на A1 е посочен код 1 или 2

A3. Откъде разбрахте за програмата?

Свободен въпрос, моля запишете.....

A4. Според Вас, към кои групи е насочена програмата за подобряване на майчиното и детското здраве? За всяка група посочете: 1 – да, програмата е насочена към тази група; 2 – не, програмата не е насочена към тази група; 3 – не знам; не мога да преценя

1/ Жени в детеродна възраст

2/ Бременни жени

3/ Майки на деца до 1 г.

4/ Майки на деца до 18 г.

5/ Родители на деца до 1 г.

6/ Родители на деца до 18 г.

7/ Здравно неосигурени бременни и майки

8/ Групи от малцинствени общности (роми, турци, пр.)

9/ Деца с установени увреждания или хронични заболявания

10/ Бременни жени или майки от уязвими групи – с ниски доходи, безработни, социално-слаби, хора от етническите малцинства

A5. А чували ли сте за Здравно-консултативните центрове за майчино и детско здраве?

1/ Да

2/ Не

A6. Според вас какво представляват тези центрове? САМО ЕДИН ОТГОВОР

1/ Това са диагностично-консултативни центрове (ДКЦ) /бившите поликлиники/, които преглеждат майки, бременни и деца

2/ Това са здравни услуги, предоставяни по домовете на бременни и родители

3/ Това са изградени центрове към големи болници, които осъществяват дейности по превенция и консултиране, диагностика и лечение на заболявания за бременни, майки и деца

4/ Това е друго име на акушеро-гинекологичните отделения в болниците

99/ Не мога да преценя

A7. В кои населени места, според вас, има здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве в страната?

1/ Само в София

2/ Само в най-големите областни градове

3/ Във всеки областен град има такъв център

4/ Почти във всеки град има по няколко такива центрове независимо от населението

99/ Не мога да преценя /ДА НЕ СЕ ЧЕТЕ/

A8. Според вас, кои от следните услуги се предлагат в тези здравно-консултативни центрове? За всяка услуга, моля посочете: 1 – тази услуга се предлага в здравно-консултативните центрове; 2 – тази услуга не се предлага в здравно-консултативните центрове; 3 – не знам; не мога да преценя

1/ Изследвания за бременни за откриване на генетични болести, забавяния в развитието на плода и др.

2/ Идентифициране и/или проследяване на проблемни бременности

3/ Информация и консултации по въпроси за предпазване от или планиране на забременяване, по време на бременност, раждане, отглеждане на дете

4/ Проследяване и медицинско обслужване на деца с увреждания или хронични заболявания (като диабет, наднормено тегло, астма, т.н.)

5/ Проверка на слуха и други изследвания на новородени бебета

6/ Курсове/ лекции за бъдещи родители

7/ Грижи за недоносени бебета (бебета, които при раждане тежат под 2,5 кг. или са родени преди 8-мия месец)

8/ Помощ от психолог

9/ Помощ от социален работник за това как да се попълнят документи за социални помощи, молби до община и др. институции

10/ Патронажни услуги

A9. На базата на това, което сте чели или чували за здравно-консултативните центрове, според вас кое от следните твърдения, е по-близо до действителността? В случай че не знаете нищо за здравно-консултативните центрове, моля дайте предположение.

1/ Услугите в здравно-консултативните центрове са безплатни за всички потребители

2/ Услугите в здравно-консултативните центрове се заплащат, макар и на символична цена

3/ За услугите в здравно-консултативните центрове се плаща толкова, колкото струва услугата

Въпрос A10 се задава само на здравно неосигурените, т.е. посочилите код 2 на Н1.

A10. Според вас кои от следните услуги по време на бременност могат да ползват безплатно бременните жени, които не са здравно осигурени? (възможен е повече от един отговор)

1/ Един преглед при акушер-гинеколог

2/ Едно вземане на кръвни изследвания

3/ Едно микробиологично вземане на влагалищен секрет

4/ Имат право и на трите посочени по-горе прегледи и изследвания

5/ На никое от тези прегледи и изследвания, защото не са здравно осигурени

IV. ЗДРАВНИ НУЖДИ И ПОЛЗВАНЕ НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ

Въпросите в тази част се задават само на интервюирани, които имат в домакинствата си представител на някоя от целевите групи – т.е., посочили са отговор „да” на някоя от опциите във въпрос Target)

N1. От кои от следните здравни и/или социални услуги сте имали нужда Вие или член на Вашето домакинство през последните 1-2 години?

(ИНТ.: Възможен е повече от един отговор. Ротирайте услугите.)

- 1/ Изследвания за бременни за откриване на генетични болести, забавяния в развитието на плода и др.
- 2/ Идентифициране и/или проследяване на проблемни бременности
- 3/ Информация и консултации по въпроси за предпазване от или планиране на забременяване, по време на бременност, раждане, отглеждане на дете
- 4/ Проследяване и медицинско обслужване на деца с увреждания или хронични заболявания (като диабет, наднормено тегло, астма, т.н.)
- 5/ Проверка на слуха и други изследвания на новородени бебета
- 6/ Курсове/ лекции за бъдещи родители
- 7/ Грижи за недоносени бебета (бебета, които при раждане тежат под 2,5 кг. или са родени преди 8-мия месец)
- 8/ Помощ от психолог
- 9/ Помощ от социален работник за това как да се попълнят документи за социални помощи, молби до община и др. институции
- 10/ Патронажни услуги
- 99/ Не сме имали нужда

N2. Кои от услугите, които посочихте, сте ползвали през последните 1-2 години?

(Посочват се само изброените в N1 услуги. Услугите се ротират. За всяка от тях се отговаря по скала: 1 – ползвахме с направление по НЗОК, 2 – ползвахме без направление, но безплатно, 3 – ползвахме срещу заплащане, 4 – не сме ползвали)

- 1/ Изследвания за бременни за откриване на генетични болести, забавяния в развитието на плода и др.
- 2/ Идентифициране и/или проследяване на проблемни бременности
- 3/ Информация и консултации по въпроси за предпазване от или планиране на забременяване, по време на бременност, раждане, отглеждане на дете
- 4/ Проследяване и медицинско обслужване на деца с увреждания или хронични заболявания (като диабет, наднормено тегло, астма, т.н.)
- 5/ Проверка на слуха и други изследвания на новородени бебета
- 6/ Курсове/ лекции за бъдещи родители

7/ Грижи за недоносени бебета (бебета, които при раждане тежат под 2,5 кг. или са родени преди 8-мия месец)

8/ Помощ от психолог

9/ Помощ от социален работник за това как да се попълнят документи за социални помощи, молби до община и др. институции

10/ Патронажни услуги

N3. А кои от услугите, за които посочихте, че сте имали нужда, НЕ сте ползвали през последните 1-2 години?

(Посочват се изброените в N1, но не и в N2 услуги. Услугите се ротираат. За всяка от тях се отговаря по скала: 1 – не ползвахме, защото нямаше/не намерихме къде, 2 – не ползвахме, защото няхахме финансова възможност, 3 – не ползвахме, защото нямаше нужните специалисти, 4 – не ползвахме, защото не знаехме дали имаме право, 99 – не мога да преценя)

1/ Изследвания за бременни за откриване на генетични болести, забавяния в развитието на плода и др.

2/ Идентифициране и/или проследяване на проблемни бременности

3/ Информация и консултации по въпроси за предпазване от или планиране на забременяване, по време на бременност, раждане, отглеждане на дете

4/ Проследяване и медицинско обслужване на деца с увреждания или хронични заболявания (като диабет, наднормено тегло, астма, т.н.)

5/ Проверка на слуха и други изследвания на новородени бебета

6/ Курсове/ лекции за бъдещи родители

7/ Грижи за недоносени бебета (бебета, които при раждане тежат под 2,5 кг. или са родени преди 8-мия месец)

8/ Помощ от психолог

9/ Помощ от социален работник за това как да се попълнят документи за социални помощи, молби до община и др. институции

10/ Патронажни услуги

N4. От кои от следните здравни и/или социални услуги очаквате, че ще се нуждаете през следващите 1-2 години?

(ИНТ.: Възможен е повече от един отговор. Ротирайте услугите.)

1/ Изследвания за бременни за откриване на генетични болести, забавяния в развитието на плода и др.

2/ Идентифициране и/или проследяване на проблемни бременности

3/ Информация и консултации по въпроси за предпазване от или планиране на забременяване, по време на бременност, раждане, отглеждане на дете

4/ Проследяване и медицинско обслужване на деца с увреждания или хронични заболявания (като диабет, наднормено тегло, астма, т.н.)

5/ Проверка на слуха и други изследвания на новородени бебета

6/ Курсове/ лекции за бъдещи родители

7/ Грижи за недоносени бебета (бебета, които при раждане тежат под 2,5 кг. или са родени преди 8-мия месец)

8/ Помощ от психолог

9/ Помощ от социален работник за това как да се попълнят документи за социални помощи, молби до община и др. институции

10/ Патронажни услуги

99/ Не мога да преценя

В областните градове в страната са изградени Здравно-консултативни центрове за майчино и детско здраве, чиято цел е да осигуряват комплексно обслужване на бременни жени и деца. Това обслужване трябва да се осъществява чрез информационни, логистични и координационни дейности от лекари-специалисти, психолог и социален работник. Дейността им е насочена към децата с увреждания и с хронични заболявания, недоносените деца, родилките и бременните с патология на бременността в хода на тяхното болнично лечение и/или амбулаторно проследяване и лечение.

N5. Вие или член на Вашето домакинство използвали ли сте услугите на такъв здравно-консултативен център?

1/ Да, ползвали сме

2/ Опитвахме, но не успяхме

3/ Не сме опитвали да ползваме услугите на здравно-консултативен център

ИНТ.: Задайте въпрос N6 само на тези, които са опитвали, но не са успели да ползват услугите на ЗКЦ, т.е., N5=2

N6. Защо не успяхте да ползвате услугите на здравно-консултативния център? (възможен е повече от един отговор; отговорите се ротират)

- 1/ Не успяхме да го открием
- 2/ Трябваше да платим, не беше безплатно
- 3/ Апаратурата не работеше
- 4/ Специалистите ги нямаше
- 5/ Друго (посочете какво.....)
- 6/ Не мога да преценя

ИНТ.: Задайте въпрос N7 само на тези, които не са се опитвали да ползват услугите на ЗКЦ, т.е., N5=3

N7. Какви са причините, поради които не сте ползвали услугите на здравно-консултативен център? (възможен е повече от един отговор)

- 1/ Не сме знаели, че съществува
- 2/ Не знаем какви услуги предлага
- 3/ Не знаем дали имаме право да го ползваме
- 4/ Далече е, не е в нашето населено място
- 5/ Нямаат добри специалисти
- 6/ Друго (посочете какво.....)
- 7/ Не мога да преценя

N8. А бихте ли ползвали услугите на такъв здравно-консултативен център за майчино и детско здраве?

- 1/ Определено бихме ползвали
- 2/ По-скоро бихме ползвали
- 3/ По-скоро не бихме ползвали
- 4/ Определено не бихме ползвали
- 99/ Не мога да преценя

ИНТ.: Задайте въпрос N9 само на тези, които биха ползвали услуги на ЗКЦ, т.е., N8=1 или 2

N9. Защо бихте ползвали услугите на здравно-консултативните центрове? (възможен е повече от един отговор; отговорите се ротират)

- 1/ Близко е до вкъщи

- 2/ Безплатно е
- 3/ Имат добра апаратура
- 4/ Имат добри специалисти
- 5/ Предлагат услугите, от които се нуждаем
- 6/ Познавам хора, които са ползвали и са доволни
- 7/ Друго (посочете какво.....)
- 99/ Не мога да преценя

ИНТ.: Задайте въпрос N10 само на тези, които НЕ биха ползвали услуги на ЗКЦ, т.е., N8=3 или 4

N10. Защо не бихте ползвали услугите на здравно-консултативните центрове? (възможен е повече от един отговор; отговорите се ротират)

- 1/ Далече е
- 2/ Трябва да се заплаща
- 3/ Няма добра апаратура
- 4/ Няма добри специалисти
- 5/ Не предлагат услугите, от които се нуждаем
- 6/ Познавам хора, които са ползвали и не са доволни
- 7/ Друго (посочете какво.....)
- 99/ Не мога да преценя

V. ИЗТОЧНИЦИ НА ИНФОРМАЦИЯ

ИНТ.: Въпросите в тази част се задават на всички интервюирани

I1. Кое от следните твърдения се отнася в по-голяма степен за Вас?

- 1/ Смятам, че получавам достатъчно информация относно моето здраве; знам към кого да се обърна, ако имам нужда
- 2/ Имам нужда да получа още информация по въпроси, свързани с моето здраве – напр. как да се предпазя от заболявания, за безплатни прегледи, пр.

I2. От къде най-често научавате информация по теми, свързани с вашето здраве? (възможен е повече от един отговор)

- 1/ От национални телевизии

2/ От местни кабелни телевизии

3/ От вестници и списания

4/ От страници/ портали в Интернет по здравни теми /моля посочете кои/.....

5/ От новинарски Интернет сайтове

6/ От социални мрежи като Фейсбук и Туитър

7/ От моя личен лекар

8/ От друг лекар специалист /моля посочете какъв специалист – напр. педиатър, кардиолог, пр./.....

9/ От служителите в аптеката

10/ От здравен, ромски или друг медиатор

11/ От религиозни водачи и др. представители на църквата

12/ От познати и приятели

13/ От роднини /моля посочете роднинската връзка...../

14/ От рекламни материали и брошури

15/ От местни власти – районната здравна инспекция, общината и пр.

16/ От другаде /моля посочете кое...../

99/ Не получавам никаква информация по теми, свързани с моето здраве

13. А на кои ТРИ източника на информация имате най-голямо доверие по теми, свързани с вашето здраве? (до 3 отговора)

1/ На национални телевизии

2/ На местни кабелни телевизии

3/ На вестници и списания

4/ На страници/ портали в Интернет по здравни теми /моля посочете кои/.....

5/ На новинарски Интернет сайтове

6/ На социални мрежи като Фейсбук и Туитър

7/ На моя личен лекар

8/ На друг лекар специалист /моля посочете какъв специалист – напр. педиатър, кардиолог, пр./.....

9/ На служителите в аптеката

10/ На здравен, ромски или друг медиатор

11/ На религиозни водачи и др. представители на църквата

12/ На познати и приятели

13/ На роднини /моля посочете роднинската връзка...../

14/ На рекламни материали и брошури

15/ На местни власти – районната здравна инспекция, общината и пр.

16/ Друго /моля посочете кой...../

99/ Нямам доверие на никой източник по здравни теми

Въпрос 14 се задава само на интервюирани, които имат в домакинствата си представител на някоя от целевите групи – т.е., посочили са отговор „да“ на някоя от опциите във въпрос Target)

14. В кои от следните области смятате, че имате нужда от допълнителна информация? (Всеки верен отговор)

1/ За проследяване на бременността

2/ За кърмене на детето

3/ За хранене на детето

4/ За закаляване на детето (повишаване на имунитета му и предпазване от инфекции)

5/ В никоя от тези области нямам нужда от допълнителна информация

6/ Във всички тези области имам нужда от допълнителна информация

15. На кои от следните начини на реклама бихте обърнали най-голямо внимание по въпрос, пряко свързан с вашето здраве? (възможен е повече от един отговор)

1/ Кратки послания

2/ Подробна информация и разяснения

3/ Снимки

4/ Видео

5/ Друго /моля посочете.../

VI. ДЕМОГРАФИЯ

ИНТ.: Въпросите в тази част се задават на всички интервюирани

Edu. Каква е най-високата степен на образование, която сте завършили?

1/ Висше или полувисше

2/ Средно

3/ Основно

4/ Начално

5/ Без образование

group: Вие сте:

1/ Учащ

2/ Работник, ръчен труд

3/ Служащ, неръчен труд

4/ Интелигенция, свободни професии

5/ Частен собственик, самонает

6/ Земеделски стопанин

7/ Безработен

8/ Пенсионер

9/ Друго

civil.status: Вашето семейно положение

1/ Несемеен

2/ Семеен,

3/ Съжителство без официален брак

4/ Разведен, разделен

5/ Вдовец/вдовица

ethnos: Вашата етническа принадлежност

1/ Българин

2/ Турчин

3/ Ром

4/ Друго

income: Месечен доход на член от домакинството

1/ Под 200лв.

2/ 201 – 300 лв.

3/ 301 – 500 лв.

4/ 501 – 800 лв.

5/ 801 – 1000 лв.

6/ Над 1000 лв.