



**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ-ПЛОВДИВ  
ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ“**

---

**КАТЕДРА „СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА И ЗДРАВЕН МЕНИДЖМЪНТ“**

**Доц. д-р Мариела Стефанова Камбурова, дм**

**ЗДРАВЕ НА МИГРАНТИТЕ И РОМСКИЯ ЕТНОС  
В БЪЛГАРИЯ:  
МЕДИКО-СОЦИАЛНИ АСПЕКТИ**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

на дисертационен труд за присъждане  
на образователна и научна степен „доктор на науките“

**Научна специалност**

“Социална медицина и организация на здравеопазването и фармацията”

**Плевен  
2022**

Д-р Мариела Стефанова Камбурова, дм работи като доцент в катедра „Социална медицина и здравен мениджмънт“ при Факултет „Обществено здраве“, Медицински университет – Плевен.

Дисертационният труд е написан върху 373 стандартни машинописни страници и е онагледен с 25 таблици, 74 фигури, 3 снимки и 9 приложения.

Библиографският списък включва 366 литературни източника, от които 68 на кирилица и 298 на латиница.

Във връзка с дисертационния труд са направени 5 публикации в научни списания у нас и в чужбина и 11 научни съобщения на международни научни форуми, публикувани в списания, реферирани и индексирани в световноизвестни бази данни с научна информация.

Дисертационният труд е одобрен и насочен за публична защита от разширен катедрен съвет на катедра „Социална медицина и здравен мениджмънт“ при Факултет „Обществено здраве“, Медицински университет – Плевен, проведен на 10.05.2022 г. (Протокол №5/10.05.2022 г.)

Официалната защита на дисертационния труд ще се състои на 30.09.2022 г. от 15 часа в зала 113 на факултет „Фармация“ на Медицински университет – Плевен.

Материалите по защитата са достъпни на сайта на МУ-Плевен: <http://mu-pleven.bg/index.php/bg/>

# **СЪДЪРЖАНИЕ**

<b>ВЪВЕДЕНИЕ .....</b>	<b>5</b>
<b>I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО .....</b>	<b>8</b>
<b>II. ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ .....</b>	<b>24</b>
1. Рискови за здравето фактори и здравен статус на лица от ромския етнос в България ..	24
2. Потребление на здравни услуги и бариери при здравното обслужване на лицата от ромски произход.....	30
3. Ефекти на епидемията от COVID-19 и на прилаганите противоепидемични мерки върху лица от ромски произход, жители на кв. „Надежда“, гр. Сливен.....	34
4. Обществени нагласи относно медико-социалните проблеми на мигрантите .....	46
5. Мнение на работещи на първа линия специалисти относно медико-социалните проблеми на мигрантите.....	55
6. Сравнителен анализ на резултатите на обществото и специалистите относно медико-социалните проблеми на мигрантите в България .....	60
7. Програма за обучение по „Здраве на мигрантите и малцинствата“ в специалности от факултет „Обществено здраве“ на Медицински университет – Плевен .....	64
<b>ИЗВОДИ.....</b>	<b>67</b>
<b>ПРЕПОРЪКИ.....</b>	<b>69</b>
<b>ПРИНОСИ.....</b>	<b>70</b>
<b>СПИСЪК НА НАУЧНИТЕ ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....</b>	<b>71</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>72</b>

## Използвани съкращения:

<b>АН</b>	Артериално налягане
<b>АХ</b>	Артериална хипертония
<b>БАОЗ</b>	Българска асоциация по обществено здраве
<b>БОК</b>	Болести на органите на кръвообращението
<b>БВП</b>	Брутен вътрешен продукт
<b>БП</b>	Болнична помощ
<b>БЧК</b>	Български червен кръст
<b>ВКБООН</b>	Върховен комисариат за бежанците на ООН
<b>ГЦУР</b>	Глобални цели за устойчиво развитие
<b>ДАБ</b>	Държавна агенция за бежанците
<b>ЕИП</b>	Европейско икономическо пространство
<b>ЕК</b>	Европейска комисия
<b>ЕС</b>	Европейски съюз
<b>ЕСДС</b>	Европейски център за контрол на заболяванията
<b>ИТМ</b>	Индекс на телесната маса
<b>МЕМ</b>	Мигранти и етнически малцинства
<b>МРЕХ</b>	Индекс на политиката за интеграция на мигрантите
<b>МОМ</b>	Международна организация за миграция
<b>МПИСКП</b>	Международен пакт за икономически, социални и културни права
<b>HBV</b>	Вирус на хепатит В
<b>НИЗ</b>	Неинфекциозни заболявания
<b>НМЗМ</b>	Национална мрежа на здравните медиатори
<b>ОЕСД</b>	Организацията за икономическо сътрудничество и развитие
<b>ООН</b>	Организация на обединените нации
<b>ОПЛ</b>	Общопрактикуващ лекар
<b>РПЦ</b>	Регистрационно-приемателен център
<b>СДЗ</b>	Социални детерминанти на здравето
<b>СПЗП</b>	Специализирана здравна помощ
<b>СПИН</b>	Синдром на придобита имунна недостатъчност
<b>СПЖ</b>	Средна продължителност на предстоящия живот
<b>ССЗ</b>	Сърдечно-съдови заболявания
<b>ТЦ</b>	Транзитен център
<b>ХИВ</b>	Човешки имунно-дефицитен вирус

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Светът се променя бързо и въздействието, което социалните, икономическите, политическите и екологичните промени оказват върху здравето като цяло и върху неравенствата в здравеопазването в рамките на отделните държави или уязвими групи е трудно за оценка.

Здравето, като един от основните компоненти на добрия живот, е широко застъпено в Целите за устойчиво развитие и Европейската политическа рамка „Здраве 2020“. Тези стратегически документи предоставят ориентири за разработване на държавни политики и подходи за създаване на по-здрави общества и намаляване на здравните неравенства, като посочват, че цялото население, вкл. уязвимите групи, има право на най-висок постижим стандарт на здраве.

Мигрантите и представителите на етническите малцинства (МЕМ) често изпитват сериозни неравенства както по отношение на тяхното здравословно състояние, така и по отношение на достъпа до качествени здравни услуги.

Макар здравните проблеми на бежанците и мигрантите да са подобни на тези на останалата част от населението на приемащата и/или транзитна държава, някои общества възприемат миграцията като предизвикателство или дори като заплаха. Тя е предизвикателство за общественото здраве и здравните системи в страните. Според Индексът на политиката за интеграция на мигрантите имигрантите в България се ползват с основни права и сигурност, но не и с равни възможности, като пречки се установяват в почти всички области на живота им, вкл. здравето.

Като цяло ромите и у нас са силно дискриминирани и страдат от негативни стереотипи: високите нива на бедност и безработица, лишенията, ниското ниво на образование и здравно обслужване, с които се облъскват, често са подобни на тези в най-бедните държави в света. Лошото здравно състояние на ромите е тясно свързано със социалните детерминанти на здравето. Предизвикателствата за подобряване на здравето на ромите включват разбиране на специфичните нужди за тази популация и подобряване на достъпа на ромите до здравни услуги. Успешните инициативи в тази посока трябва да се съсредоточат върху изграждането на чувство за пълноправни граждани у ромите чрез внимателен подход, целящ да насърчи пълноценното им включване в образователната система, осигуряване на сигурни жилища, достъп до заетост и здравни услуги.

Поради тежкото социално-икономическо положение мигрантите и представителите на етническите малцинства са изправени пред много по-висок риск от тежко засягане и смърт от COVID-19, а предприетите мерки за сигурност срещу разпространението на пандемията допълнително влошават медико-социалното положение на тези уязвими групи в обществата.

Въпреки така описаните значими здравни предизвикателства сред мигрантите и представителите на ромския етнос, емпиричните изследвания и доказателства за тези проблеми на общественото здраве не са чест обект на научни изследвания у нас и в контекста на нашата страна са ограничени и недостатъчни.

Представеното научно проучване отговаря на необходимостта от обхватен, задълбочен и комплексен анализ на здравните проблеми на мигрантите и представителите на ромския етнос и на готовността на здравната ни система да отговори на тези нужди с качествени и достъпни здравни услуги.

## Становище на Европейската асоциация по общественото здраве (EUPHA) по отношение на здравето на мигрантите и етническите малцинства<sup>1</sup>



„Мигрантите и представителите на етническите малцинства (МЕМ) често изпитват сериозни неравенства както по отношение на тяхното здравословно състояние, така и по отношение на достъпа до качествени здравни услуги. Тези неравенства все по-често се извеждат най-вече от изследователите в областта на общественото здравеопазване, но действията за преодоляването им изостават. За да се гарантира, че се обръща необходимото внимание на детерминантите на здравето на МЕМ и проблемите, с които се сблъскват тези групи при предоставянето на здравни услуги, е необходимо здравните системи да станат по-приобщаващи.

Нарастването на популизма и национализма в европейската политика създава неблагоприятна среда за такива реформи. Независимо от това, налице е готовност за спешна защита на правата на мигрантите на ниво международни организации. Организации като Международна организация по миграция (МОМ), Световна здравна организация (СЗО), Международна организация на труда и Върховния комисариат на Организацията на обединените нации (ООН) за бежанците (ВКБООН) допринесоха за разкриването на Център по миграция в ООН, където в момента се разработват "Глобални споразумения" по отношение на мигрантите и бежанците. Те са свързани с Целите за устойчиво развитие (ГЦУР), които определят програмата на ООН за развитие за периода 2015-2030 г.

Целите за устойчиво развитие, с техния постулат "*никой да не бъде изоставен*" и акцентът им върху равенството във всички държави (не само в "развиващите се"), предоставят положителна и категорична подкрепа за усилията в борбата с неравенствата по отношение на здравето на МЕМ.

За тези, които не са склонни да разглеждат научните изследвания върху здравето на МЕМ, само като ограничени до чисто академични дейности, това са окуражаващи ходове. Политиките обаче могат да бъдат добри, само ако данните, на които се опират са достатъчни и надеждни.

По тази причина Европейската асоциация по Обществено здраве (EUPHA) отправя призив за намаляване на пропастта между изследователите и политиките, особено тези, които определят приоритетите в научните изследвания и прилагането на техните резултати.

Становището акцентира върху следните ключови въпроси, които са разгледани по-подробно в Обяснителен меморандум:

**1. Необходимост от основани на доказателства политики за здравето на МЕМ.**  
*Как да се укрепи базата с доказателства за реформи на политиките?*

**а. Основни понятия и събиране на данни.** *Необходимостта от повече и по-добри данни трябва да бъде първият приоритет в здравето на МЕМ.*

**б. Състоянието на здравето на МЕМ и неговите детерминанти.** *Липсват епидемиологични доказателства, базирани главно не на популационни, а на клинични данни, по отношение на много въпроси.*

---

<sup>1</sup> Становището е преведено от автора и е публикувано на български език на сайта на Българската асоциация по общественото здраве, а информация за осъществения превод е представена в ежемесечен бюлетин на EUPHA, публикуван през март 2019г.

**в. Въпроси, свързани с предоставянето на здравни услуги.** *Взаимодействието между здравните служби и техните МЕМ потребители, включващо въпросите за достъпа, качеството, потреблението и комуникацията, се превърна в основна област на научните изследвания в рамките на ЕУРНА.*

**2. Целевата група.** *Докато повечето международни организации насочват вниманието си главно към мигрантите, позицията на ЕУРНА винаги е била, че етническите малцинства трябва също да се обхванат.*

**3. Разнообразието на групите МЕМ.** *Свърхгенерализираните подходи, които не представят разнообразието в групите, трябва да бъдат заменени от "междусекторни" анализи, които едновременно разглеждат ефектите на социално-икономическото положение, пол, възраст и много други променливи, както и техните взаимодействия.*

**4. Необходимост от по-широко определяне на миграцията.** *Притокът на неоторизирани лица в Европейския съюз (ЕС) през 2015-2016г. (така наречената "мигрантска криза") доведе до едностранчив фокус върху потребностите на лицата, мигриращи принудително и нелегално, игнорирайки "рутинната" миграция.*

**5. Борба с фрагментирането на здравната политика за МЕМ в Европа.** *В допълнение към съществуващите разделения между европейските страни и езиковите общности, регионалните и международни организации често се конкурират помежду си, вместо да си сътрудничат, което води до загуба на усилия и възможности за сътрудничество. Приоритетите трябва да се основават на най-новите виждания в общественото здраве и позицията на МЕМ в днешна Европа.*

**6. Повишено внимание в изследователските програми на ЕС по отношение на здравето на МЕМ.** *ЕУРНА изразява загриженост относно липсата на внимание в тази програма по отношение на здравните неравенства като цяло и тези, които засягат в частност МЕМ.*

**7. По-добро осигуряване на образование и обучение по отношение на здравето на МЕМ.** *Въпреки че това Становище се отнася основно до връзките между научните изследвания и разработването на политики в областта на здравето на МЕМ, изграждането на капацитет в двете области трябва да бъде подкрепено от образование и обучение, насочено към всички здравни специалисти, изследователи, мениджъри и политици. То не трябва да се предоставя само в избираеми курсове, а да бъде част от основните учебни програми.*

Разработването на дисертационния труд е в отговор на представеното Становище и се реализира след над десетгодишен теоретичен, научен и практически опит на автора в сферата на медицинските и социални проблеми на етническите малцинства (ромите) и мигрантите в България.

# I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

## 1. ЦЕЛ НА ПРОУЧВАНЕТО

Да се установят вижданията на специалисти, работещи на първа линия с МЕМ, по отношение на **медико-социалните проблеми на мигранти<sup>2</sup> и лица от ромски произход, аспектите на здравното им обслужване, въздействията на епидемията от COVID-19** и на прилаганите противоепидемични мерки сред ромския етнос в България, както и да се анализират вижданията на обществото и лицата от ромски произход по изследваните проблеми с оглед на **подобряване на обучението на студентите по обществено здраве и обосноваване на препоръки** към страните, отговорни за решаването на здравните и социални проблеми на МЕМ.

## 2. ЗАДАЧИ НА ПРОУЧВАНЕТО

За постигане на така представените цели са формулирани следните **основни задачи**:

1. Да се проучат и анализират литературни източници, в това число нормативни документи, относно медико-социалните детерминанти на здравето на МЕМ.

2. Да се изследват и анализират рисковите за здравето фактори и здравния статус на лица от ромския етнос в България.

3. Да се проучи потреблението на здравни услуги и бариерите при здравното обслужване на лицата от ромски произход.

4. Да се анализират въздействията на епидемията от COVID-19 и на прилаганите противоепидемични мерки сред ромския етнос в България.

5. Да се изследва общественото мнение относно медико-социалните проблеми на мигрантите и готовността на здравната система на страната за обслужването им.

6. Да се проучат вижданията и опита на работещи на първа линия специалисти, относно медико-социалните проблеми на мигрантите и готовността на здравната система на страната за обслужването им.

7. Да се направи сравнителен анализ на резултатите в различните изследвани групи относно медико-социалните проблеми на мигрантите в България.

8. Да се разработи и апробира програма за обучение по „Здраве на мигрантите и малцинствата“ в специалности от факултет „Обществено здраве“ на Медицински Университет – Плевен.

## 3. ХИПОТЕЗИ НА ПРОУЧВАНЕТО

Научноизследователският труд проверява достоверността на следните хипотези:

**Хипотеза 1.** Ромското население се характеризира с неблагоприятна рискова констелация и неблагоприятен здравен профил

**Хипотеза 2.** Здравните услуги, оказвани на лицата от ромски произход, са неадекватни на потребностите им.

**Хипотеза 3.** Мнението на гражданите от ромски произход за ефекта на противоепидемичните мерки върху техния живот е негативно.

---

<sup>2</sup> За целите на емпиричното проучване и при обсъждането на резултатите се използва обобщеното определение на МОМ мигрант вместо термина имигрант.



*Хипотеза 4.* Сред обществото и специалистите, работещи на първа линия с мигранти, преобладава мнението, че здравния статус на мигрантите не застрашава здравето на българското население.

*Хипотеза 5.* Според мнението на обхванатите здравната система в страната не е подготвена да отговори на здравните нужди на мигрантите.

#### **4. ОБЕКТ, ПРЕДМЕТ, ВРЕМЕ И МЯСТО НА ПРОУЧВАНЕТО**

В първите етапи научното изследване започва и се концентрира основно върху здравните проблеми на населението от ромски произход в България. След разгръщането на безпрецедентната мигрантска и бежанска криза в Европа от 2015 – 2016г. и засилване на научния интерес на световната и европейска общност по проблемите на здравето на мигрантите, обхвата на проучването е разширен и включва и здравни проблеми на мигрантите в България.

В съответствие с виждането на ЕУРНА (представено във въведението на дисертационния труд) в изследването са обхванати и анализирани предизвикателствата пред общественото здраве и здравната система в страната, свързани с медико-социалните проблеми на двете групи – мигранти и роми, като най-уязвимата малцинствена група в България.

##### **4.1. Обект на проучването**

Обект на настоящата научна разработка е здравето и здравното обслужване на мигрантите и ромското малцинство в Р България.

##### **4.2. Предмет на проучването**

Предмет на изследването са мигрантския и малцинствен статус на обхванатите лица като детерминанти, обуславящи разпространението на рискови за здравето фактори и влошен здравен статус сред представителите на тези популационни групи от една страна и от друга страна, готовността на здравната система в Р България да отговори на специфичните здравни проблеми на мигрантите и малцинствата.

##### **4.3. Време на проучването**

**Време:** Проучването обхваща десетгодишен период от 2012 до 2021г. (Табл. 1).<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Проучването не обхваща текущата мигрантска вълна в Българи и Европа, резултат от войната в Украйна

Табл. 1 *Етапи на научното проучване*

Етапи	Задача	Място	Времеви период
Постоянен	Задача № 1	ФОЗ МУ-Плевен	2012 – 2021 г.
Първи етап Проучване №1	Задача № 2	Котел, Кнежа	2015 – 2018 г.
	Задача № 3	Котел, Кнежа	2015 – 2018 г.
Втори етап Проучване №2	Задача № 5	ФОЗ МУ-Плевен	2017 – 2019 г.
	Задача № 6	гр. Правец България	2017 – 2019 г.
	Задача № 7	ФОЗ МУ-Плевен	2019 – 2020 г.
Трети етап Проучване №3	Задача № 4	гр. Сливен, кв. „Надежда“	2020 – 2021 г.
Постоянен	Задача № 8	ФОЗ МУ-Плевен	2016 – 2021 г.

#### 4.4. Място на проучването

**Място:** Различните етапи на проучването са проведени в градовете Котел и Кнежа, а третия етап – в гр. Сливен, кв. „Надежда“.

**Град Котел** е разположен в Източна България. Той е административен център на община Котел, област Сливен. Броят на населението в община Котел е 19 391, а в града – 5329 души (2016 г.). Основните малцинствени етноси в града и района са роми, турци и каракачани. По данни от 2011 г., 3 667 души от населението на града се самоопределят като българи, 1 177 души като роми, а 61 души – турци.

Община Котел е общината с най-висока концентрация на роми в държавата като всеки 4-и жител е от ромски произход.

**Кнежа** е град в област Плевен, Централна Северна България. Той е административен и стопански център на едноименната община Кнежа. Населението на града към 2011 година е 13 803 жители. По данни от последното преброяване като роми се самоопределят 948 жители или 6,9% от населението на града.

**Сливен** е град в Югоизточна България. Той е осмият по големина в страната и е административен център на община и област Сливен. Според последното преброяване към 1 февруари 2011 г. в гр. Сливен живеят 91 620 души. В града живеят представители на различни етнически групи: българи, арменци, каракачани, цигани, турци и руснаци. Двете основни вероизповедания са православно християнство и ислям. Градът се намира на второ място сред областните градове по брой на ромите – 11,8% от цялото ромско население за страната или 38 390, а област Сливен е сред най-малко грамотните и най-слабо икономически активните области в страната.

**Квартал „Надежда“** в гр. Сливен е един от най-разпознаваемите в България квартали, населен изключително с ромско население. Кварталът е „опасен“ с дълга тухлена стена, изградена още по времето на социализма, която регулира и ограничава достъпа до квартала. За последните няколко години населението на квартал „Надежда“ се е удвоило. През 2011 година в тази част на града са живели близо 12 000 души, а днес - между 20 000 и 25 000. В „Надежда“ живеят четири малцинствени ромски общности: турци, музиканти, власи и градешки цигани.

## **5. ПОСТАНОВКА И МАТЕРИАЛ НА ПРОУЧВАНЕТО**

### **5.1. Характеристики на проучваните групи лица**

Комплексността на обекта на научното изследване налага провеждането на три срезови проучвания и едно базирано в общността включено проучване, с прилагането на разнообразие от изследователски методи и обхващане на разнообразни популационни групи както следва:

**5.1.1. Проучване №1:** Обхванати са пълнолетни граждани от ромски произход както следва:

- Жители на гр. Кнежа – **общо 59 лица**;
- Домакинства от гр. Кнежа и гр. Котел – **18 семейства (50 лица)**;

**5.1.2. Проучване №2:** Обхванати са пълнолетни граждани както следва:

- Студенти от МУ-Плевен и членове на техните семейства: **общо 388 лица**;
- Специалисти: **общо 22 лица** сред които: здравни работници – 5, социални работници – 2, служители в правоохранителните органи – 13, представители от НПО – 2.

**5.1.3. Проучване №3:** Обхванати са пълнолетни граждани както следва:

- Жители на кв. „Надежда“ в гр. Сливен – **8 души**;
- Специалисти, работещи в кв. „Надежда“: **общо 7 лица**, сред които: специалисти РЗИ-Сливен, отдел „Обществено здраве“ – 2, служител на община Сливен, експерт по проблеми на ромската общност – 1, общопрактикуващ лекар – 1, здравен медиатор – 1, пастор – 1, представител на НПО – 1.
- Експерти по обществено здраве: **общо 13 университетски преподаватели**.

**Общ брой лица, включени в проучването – 547.**

## **5.2. Постановка на проучването**

Проведено е комплексно наблюдателно епидемиологично медико-социално проучване на групи от населението в страната, включващо събиране и анализ на количествени и качествени данни.

### **5.2.1. Проучване №1 (Задачи № 2 и № 3)**

➤ През май 2015 г. в рамките на здравно-промотивна програма е приложен базиран в общността подход при провеждане на здравни проучвания сред уязвими групи, при който целта, методологията и провеждането на проучването са обсъдени, планирани и разработени съвместно с представители на ромската общност на гр. Кнежа.

В проучването, като организатори, изпълнители и изследователи взимат участие здравен медиатор, пет студенти от ромски произход, обучаващи се в специалност „медицина“ на МУ-Плевен, лекар-клинист и автора на проучването и дисертационния труд като техни ментори. Двама от студентите са жители на обхванатия квартал, което гарантира устойчивост на резултатите от проведената съвместно с проучването здравно-промотивна програма.

Поканени за участие са всички пълнолетни жители на квартала чрез нагледни материали, представящи целта, мястото и времето на провеждане на проучването. Изследваната група е сформирана чрез метода на отзовалите се т.е. включени са само лицата (59), които са се съгласили да участват или около 9% от пълнолетните жители на гр. Кнежа от ромски произход.

Набирането на първичната информацията се осъществи от автора на проучването и студентите от ромски произход, чрез **измерване на базисни жизнени показатели**.

➤ В периода април-май 2016 г. са изследвани 18 семейства от ромски произход, жители на гр. Котел и гр. Кнежа. Градовете са представителни за населени места от среден за страната размер, разположени съответно в северна и южна България, с обособени квартали от население от ромски произход. Покана за участие е отправена към всички жители над 18-годишна възраст на ромските квартали в обхванатите градове, чрез устно предоставена от изследователите подробна информация за същността на проучването. Изследваната група/извадка се самосформира чрез метода на отзовалите се. Включени са само семействата и лицата, които са се съгласили да участват т.е. около 50 представители на ромския етнос.

Интервюиращите са студенти от ромски произход специалност „медицина“ на МУ-Плевен, жители на същите квартали (двама студенти). В етапа на планиране на проучването те са обучени да набират информация от респондентите по стандартизирана методика и чрез **полуструктурирано интервю (Приложение № 3)**, проведено лице в лице в дома на интервюираните лица. Средна продължителност на интервюто е около 1 час и 30 минути.

### **5.2.2. Проучване №2 (Задачи № 5, № 6 и №7)**

➤ В периода септември 2017 – април 2018 г. е проучено мнението на български студенти от различни специалности и структурни звена на Медицински университет-Плевен и членове на техните семейства както следва:

- Помощник фармацевт, 1 курс – 27 студента;
- Социални дейности, 2 курс – 10 студента;
- Медицински лаборант, 2 курс – 16 студента;

- Медицински лаборант, 3 курс – 14 студента;
- Медицинска сестра, 3 курс – 44 студента;
- Медицинска рехабилитация и ерготерапия, 4 курс – 30 студента;
- Опазване и контрол на общественото здраве, 2 курс – 11 студента.

Поканени за участие са всички студенти от съответните курсове или общо 152 студента. На всеки студент са предоставени необходимия брой анкетни карти, които да бъдат попълнени от пълнолетни членове на неговото семейство. Анкетните карти са връщани на автора лично от студентите в запечатани пликове, с цел гарантиране на анонимността. Набрана е информация от общо 388 респондента – студенти и членове на техните семейства.

Набирането на информация от обхванатите лица е реализирано чрез **пряка индивидуална анкета (Приложение № 1)**.

➤ През март 2019 г. в гр. Правец, в рамките на проект TRAIN4M&H, финансиран от Европейската комисия, се проведе проучване сред здравни работници, социални работници, служители в правоохранителните органи и представители от НПО, работещи на първа линия с мигранти и бежанци в Р България. Всички експерти са поканени и се включват в изследването.

Проучването е проведено в просторна конферентна зала. С цел гарантиране на анонимността на респондентите е осигурена необходимата физическа дистанция между тях. Всеки респондент лично поставя попълнената анкетна карта в специално подготвена за целта кутия.

Набирането на информацията се осъществи чрез **пряка групованкета**, проведена от докторанта (**Приложение № 2**).

### **5.2.3. Проучване №3 (Задача № 4)**

В периода октомври – ноември 2020 г. в рамките на национално изследване „Взаимодействия между жителите на ромски квартали и местните институции в ситуация на пандемия“, по проект „Оценка на въздействието на COVID-19 върху населението в ромските квартали“, финансиран от Институт Отворено общество–София, авторът на дисертационния труд проведе проучване в кв. „Надежда“ на гр. Сливен, като един от ромските квартали в България, които са напълно „затворени“ в периода на извънредно положение.

Организаторите предоставят разрешение за използване на набраната от автора информация за научните цели на дисертационния труд (**Приложение № 9**).

➤ С цел да се провери дали и доколко наложените протиепидемични мерки в ситуация на извънредно положение поради пандемия са довели до търсените резултати и какви са последиците за гражданите се проведе проучване, в което според методиката на националното проучване, от здравния медиатор на квартал „Надежда“ бяха поканени и се включиха: 8 пълнолетни жители на квартала, от различни възрастови групи и равномерно разпределени по пол. Първичната информация от жителите на квартал „Надежда“ е набрана чрез **колективно дълбочинно интервю – фокус-група (Приложение № 5)**. Интервюто е проведено от автора в специално подготвена за целта зала в най-голямата църква в квартала, на български език и при спазване на протиепидемичните мерки.

Продължителността на интервюто е 1 час и 40 минути. Изказванията на участниците по време на дискусията във фокус-групата са записани на електронен носител и обработени

под формата на анонимни транскрипти. Транскриптите текстове са подложени на анализ и са кодирани. С цел минимизиране на субективното мнение на автора, при изработването на кодовете са привлечени 13 експерта по обществено здраве, които да подпомогнат анализа (отзовали се – 8).

➤ Обхванати са и специалисти в областта на ромското здраве като: служители на РЗИ-Сливен, общински служител, общопрактикуващ лекар, здравен медиатор, пастор, представител на неправителствения сектор.

Първичната информация от специалистите е набрана чрез **индивидуално неструктурирано интервю (Приложение № 4)**. Дълбочинните интервютата са проведени от автора лице в лице и в удобно за интервюирания време и място. Поради съображения за сигурност, в условия на пандемия от COVID-19, интервюто с представителите на РЗИ-Сливен е проведено в електронна среда чрез платформата ZOOM.

Продължителността на интервютата е средно 1 час и 15 минути. Интервютата са записани на електронен носител и са обработени под формата на анонимни транскрипти.

➤ В хода на проучването дисертанта проведе **тайно, включено наблюдение** на квартала с продължителност около 6 часа (**Приложение № 6**).

## **6. МЕТОДИ НА ПРОУЧВАНЕТО**

В дисертационния труд е използван широк спектър от изследователски методи за анализ на количествени и качествени данни, прилагани при постановката на комплексни социално-медицински проучвания в уязвими общности както следва:

### **6.1. Исторически метод**

Приложен е за изучаване от една страна на миграционните процеси в исторически план, вкл. придвижването на ромите и заселването им в Европа, на Балканския полуостров и в Р България, и от друга страна на миграционните процеси и ефекта на миграцията върху здравето на мигриращите популации и общественото здраве на приемащите ги общества.

### **6.2. Социологически методи**

#### **6.2.1. Анкетен метод**

##### **Приложение № 1**

**Пряка индивидуална анкета:** със студенти и членове на техните семейства, относно медико-социални проблеми на мигрантите, обществени нагласи и предизвикателства пред здравната система на страната, чрез **създаден за целите на проучването въпросник**, включващ **31 закрити, открити и полуоткрити въпроса**.

- **7 въпроса**, свързани с информираността на обхванатите, относно мигрантския поток в страната и някои демографски характеристики на мигрантите;
- **6 въпроса**, анализиращи политиката на страната за интеграция на мигрантите;
- **9 въпроса**, обхващащи здравните и социални проблеми на мигрантите;
- **4 въпроса**, относно здравното обслужване на мигрантите в страната;
- **5 идентификационни въпроса**.

## Приложение № 2

**Пряка групова анкета:** със специалисти, работещи на първа линия относно медико-социални проблеми на мигрантите, обществени нагласи и предизвикателства пред здравната система на страната, чрез **създаден за целите на проучването въпросник**, включващ **39 закрити, открити и полуоткрити въпроса**.

- **11 въпроса**, свързани с условията на работа на експертите;
- **6 въпроса**, анализиращи политиката на страната за интеграция и решаване на проблеми на мигрантите;
- **13 въпроса**, обхващащи здравните и социални проблеми на мигрантите;
- **4 въпроса**, относно здравното обслужване на мигрантите в страната;
- **5 идентификационни въпроса**.

### 6.2.2. Социологическо интервю:

## Приложение № 3

**Полу-структурирано интервю** – проучване на социално-икономически и здравен статус на представители на ромския етнос, проведено лице в лице по местоживееене и в дома на обхванатите лица в гр. Котел и гр. Кнежа и с участието на студенти от ромски произход, обучаващи се в специалност „медицина“ на МУ-Плевен, чрез **създаден за целите на проучването въпросник**, включващ **165 въпроса закрити, открити и полуоткрити въпроса**.

**Въпроси за домакинството (21 въпроса)**, разглеждащи:

- **9 въпроса** – демографски характеристики;
- **3 въпроса** – здравни потребности;
- **9 въпроса** – условия на живот, вкл. битови условия.

**Въпроси за семейството (144 въпроса)**, анализиращи:

- **22 въпроса** – демографски и социални характеристики на семейството;
- **19 въпроса** – здравен статус на възрастните лица (над 15 г.);
- **32 въпроса** – потребление на здравни услуги като: лечение и употреба на лекарства, посещение при лекар, ваксинации на децата, стоматологично здраве, болнична помощ, спешна помощ, женско здраве
- **15 въпроса** – женско здраве;
- **48 въпроса** – фактори от стила и начин на живот;
- **8 въпроса** – здравно-осигурителен статус.

### 6.3. Качествени изследвания

Приложени са качествени методи на научно изследване с цел изучаване в дълбочина на специфични за културата на ромския етнос ценности, мнения, поведение и социален контекст при развитието на епидемията от COVID-19 и приложените противоепидемични мерки.

### 6.3.1. Дълбочинно интервю

#### Приложение № 4

**Дълбочинно интервю** със специалисти по проблеми на *ромския етнос* относно ефекта на протиепидемичните мерки, срещу разпространението на COVID-19. Интервютата са полу-структурирани, проведени лице в лице в удобно за интервюирания време и място, като са използвани **въпросници, създадени за целите на проучването (15 въпроса отворени, полуотворени и затворени)** и предоставени на автора от организатора на проекта – Институт „Отворено общество“.

\* Като протиепидемична мярка, срещу разпространението на COVID-19, интервюто със служителите в РЗИ-Сливен (2 участника) се проведе дистанционно, чрез платформата ZOOM.

- **3 въпроса**, относно профила на експерта;
- **4 въпроса**, анализиращи ефектите от Ковид-19;
- **3 въпроса**, свързани с мерките за преодоляване на въздействието от епидемията от Ковид-19;
- **5 въпроса**, разглеждащи очакванията на експерта за развитието на епидемията и последствията от нея.

### 6.3.2. Колективно интервю (фокус-група)

#### Приложение № 5

**Колективно интервю (фокус група)** – с представители на ромския етнос, относно ефективността на протиепидемичните мерки срещу разпространението на COVID-19 (**16 въпроса**). Приложеният въпросник е **сздаден за целите на проучването и предоставен на автора от организатора на проекта – Институт „Отворено общество“**.

Дата на провеждане: 14 ноември 2020 г., 10.00 ч.

Име на модератора: Доц. д-р Мариела Стефанова Камбурова, дм

- **4 въпроса** за демографски характеристики;
- **3 въпроса** за общото въздействие на COVID-19 върху квартала/населеното място и спазване на протиепидемичните мерки;
- **3 въпроса** за трудова заетост, образование и други обществени услуги;
- **2 въпроса** относно затруднения и подпомагането в ситуация на извънредно положение – и след него;
- **4 въпроса** свързани с очаквания и страхове за разпространението на епидемията.

При провеждане на колективното интервю са приложени обобщени критерии за докладване на качествени изследвания [75]: COREQ – чек-лист с 32 въпроса (Табл. 2).



**Табл. 2 COREQ - чек-лист за анализ и докладване на провеждането на фокус група**

№.	Характеристики	Въпроси	Описание
<b>Област 1: Изследователски екип и безпристрастност</b>			
Лични характеристики			
1.	Интервюиращ / фасилитатор	Кой е автор / и проведе интервюта, наблюдението и фокус групата?	<i>Доц. д-р Мариела Стефанова Камбурова, дм</i>
2.	Удостоверения	Какви бяха пълномощията на изследователя?	<i>Доктор по медицина Официално упълномощаване</i>
3.	Занимание	Каква е била дейността им по време на проучването?	<i>Набиране на първична информация</i>
4.	Пол	Изследователят е мъж или жена?	<i>Жена</i>
5.	Опит и обучение	Какъв опит или обучение е имал изследователят?	<i>Над 10-годишен опит с уязвими групи Специализации в България и чужбина</i>
Взаимоотношения с участниците			
6.	Връзка/ контакт	Беше ли установен контакт преди началото на обучението?	<i>Да, беше установен контакт със здравния медиатор и с всички участници, включени в интервюта и фокус-групата</i>
7.	Информираност на участниците за изследователя	Какво са знаели участниците за изследователя?	<i>Изследователят се представя в началото на всяко интервю и фокус-групата</i>
8.	Характеристики на интервюиращия	Какви характеристики на интервюиращия / фасилитатора са представени?	<i>Лекар, работещ в МУ-Плевен, с дългогодишен опит в работата с ромския етнос, емпатия, съпричастност</i>
<b>Област 2: Дизайн на проучването</b>			
Теоретична рамка			
9.	Методологическа база	Каква методологическа база беше поставена в основата на изследването?	<i>Етнография на ромския етнос Анализ на литературата за произхода и разпространението на пандемията от COVID-19 и противоепидемичните мерки</i>
Подбор на участниците			
10.	Подбор на извадката	Как бяха избрани участниците?	<i>Участниците бяха подбрани от здравния медиатор сред жителите на кв. „Надежда“ гр. Сливен</i>
11.	Метод на провеждане	Как се проведе интервюто с участниците?	<i>Колективното интервю/ фокус група се проведе лице в лице, при спазване на противоепидемичните мерки</i>

№.	Характеристики	Въпроси	Описание
12.	Размер на извадката	Колко участници бяха включени в проучването?	8
13.	Отпаднали от участие	Колко души отказаха да участват или отпаднаха? Причини?	<i>Няма отказали/отпаднали от участие</i>
<b>Среда</b>			
14.	Място на събиране на данните	Къде бяха събирани данните?	<i>На терен, в квартал „Надежда“, гр. Сливен</i>
15.	Присъствие на неучастващи	Присъствал ли е някой друг освен участниците и изследователите?	<i>Да, здравен медиатор от кв. „Надежда“, гр. Сливен</i>
16.	Описание на участниците	Кои са важните характеристики на участниците?	<i>Равномерно разпределени по пол и възраст, пълнолетни, жители на кв. „Надежда“, гр. Сливен</i>
<b>Събиране на данните</b>			
17.	Ръководство за интервю	Има ли въпроси, указания, ръководства, предоставени от авторите? Пилотно беше ли тествано проучването?	<i>Предварително разработен въпросник и указания за провеждане на интервюто. Тествано е сред други участници.</i>
18.	Повторни интервюта	Извършвани ли са повторни интервюта? Ако да, колко?	<i>Не са извършени повторни интервюта</i>
19.	Аудио / визуален запис	Използва ли се при изследването аудио или визуален запис за събиране на данните?	<i>Да, след предварително получено съгласие е използван аудиозапис и са правени снимки.</i>
20.	Теренни бележки	Правени ли са бележки по време, и / или след фокус групата?	<i>Да, след провеждане на фокус-групата</i>
21.	Продължителност	Каква беше продължителността на фокус групата?	<i>90 минути</i>
22.	Насищане с данни	Обсъждани ли са допълнителни данни?	<i>Да, обсъждани са и допълнителни въпроси</i>
23.	Върнати стенограми	Върнати ли са стенограми на участниците за коментар и / или корекция?	<i>Не, но са представени на организаторите на проучването</i>
<b>Област 3: Анализ и констатации</b>			
<b>Анализ на данните</b>			
24.	Брой кодове на данните	Колко кода на данни са използвани?	<i>14</i>
25.	Описание на кодиращото дърво	Предоставили ли са авторите описание на кодиращото дърво?	<i>Да, кодиращото дърво е базирано на въпросника и е изработено с подкрепата на експерти по обществено здраве</i>
26.	Извеждане на теми	Бяха ли предварително идентифицирани или извлечени от данните теми?	<i>Да, бяха изведени 7 приоритетни теми</i>
27.	Софтуер	Какъв софтуер, ако е приложим, е използван за управление на данните?	<i>Кодирането е извършено ръчно, а за изображение на йерархичната рамка е</i>

№.	Характеристики	Въпроси	Описание
			<i>използван достъпен софтуер <a href="https://www.wordclouds.com/">https://www.wordclouds.com/</a></i>
28.	Проверка на участниците	Предоставена ли е на участниците обратна информация за констатациите?	<i>Обратна информация е предоставена на организаторите и предстои да се публикува обобщен доклад, който да се представи пред участниците</i>
<b>Докладване</b>			
29.	Представени цитати	Представени ли бяха цитати на участниците, за да илюстрират темите / констатациите? Идентифициран ли е всеки цитат? напр. с номер на участник	<i>Да, представени са цитати. Участниците са идентифицирани с номер и по пол.</i>
30.	Съгласуване на данните и констатациите	Има ли последователност между представените данни и констатациите?	<i>Да</i>
31.	Яснота на основните теми	Бяха ли ясно представени основните теми в констатациите?	<i>Да</i>
32.	Яснота на второстепенните теми	Има ли описание на различни случаи или обсъждане на второстепенни теми?	<i>Да</i>

### **6.3.3. Социологическо наблюдение**

Методът е използван за наблюдение на жителите от ромския етнос в естествената им среда. По време на наблюдението изследователят, автор на дисертационния труд, е съпроводен и подпомаган от здравен медиатор, представител на ромската общност от кв. „Надежда“, гр. Сливен.

#### **Приложение № 6**

За да се избегне субективизъм и да се гарантира събиране на автентична информация, наблюдението е тайно и включено, проведено в периода 13 – 16 октомври 2020 г. Въпросникът за наблюдение на кв. „Надежда“ в гр. Сливен съдържа **11 въпроса** и е създаден за целите на проучването, като е предоставен на автора от организатора на проекта – Институт „Отворено общество“.

- **3 въпроса** за описание на квартала с неговите външни и вътрешни граници;
- **3 въпроса** за техническата инфраструктура на квартала;
- **4 въпроса** за социалната инфраструктура;
- **1 въпрос** за социалния живот в квартала.

#### **6.4. Експертна оценка при изработване на кодове за анализ на качествени данни**

За обсъждане на качествените данни по отношение на изказаните мнения на включените във фокус-групата участници от ромския етнос е приложен методът на ръчно кодиране с изграждане на приоритетни теми за анализ.

Приоритетните теми, зададени от методологията на проучването и намерили отражение във въпросника (**Приложение № 5**) са както следва:

1. Общо въздействие на епидемията от COVID-19;
2. Противоепидемични мерки;
3. Затруднения при ползване на услуги;
4. Трудности, предизвикани от извънредното положение;
5. Мерки за подпомагане;
6. Очаквания за бъдещето;
7. Чувства, изпитвани от интервюираните.

С цел минимизиране на субективното мнение на автора, при изработването на кодовете са привлечени **13 експерта по обществено здраве, които да подпомогнат анализа (отзовали се – 8)**.

На всеки един от тях е предоставен текстов материал от проведеното, записано на електронен носител и транскрибирано от автора на дисертационния труд колективно интервю. Предоставена е възможност експертите да формулират от **3 до 5 ключови думи или изрази - кодове** по част от предварително формулираните приоритетни теми.

За нагледно представяне на резултатите предложените от експертите ключови думи-кодове са обработени с безплатен софтуер генератор на облаци от думи, достъпен на: <https://www.wordclouds.com/>.

Полученото изображение/облак представлява йерархична рамка на най-често срещаните ключови думи/кодове. Най-значимите послания по съответната тема, които са повторени най-често от експертите, се изобразяват с най-голям размер на шрифта. Те отразяват обективно и в най-голяма степен мнението на интервюираните, което е подкрепено с цитати на обхванатите лица.

#### **6.5. Базирано в общността здравно изследване (Participatory health research)**

През май 2015 г. в гр. Кнежа е приложен базиран в общността подход при провеждане на здравни проучвания сред уязвими групи, при който целта, методологията и провеждането на проучването са обсъдени, планирани и разработени съвместно с представители на обхванатата в проучването общност. Базираното в общността изследване, като иновативен подход на изследване, с цел подобряване на здравето на маргинализираната общност и намаляване на здравните различия с преобладаващата част от населението, се организира съвместно със здравно-промотивна програма. Членове на общността са включени като партньори и активно участват в изследователския процес.

В хода на проучването бяха реализирани някои от елементите на включеното проучване като:

- **консултация** – проучено е мнението на жителите от квартала, а студентите от МУ-Плевен, автора на изследването и лекар-клинист, като външни изследователи, проведеха проучването и взеха решение то да се комбинира с провеждането на здравно-образователна програма под мотото „Спри и се прегледай“ за рисковите фактори от стила и начина на живот сред възрастното население и провеждане на скрининг за водещи рискови фактори.

- **сътрудничество** – провеждането на проучването е планирано съвместно с пастора, лидери от ромския квартал в гр. Кнежа и студенти от ромски произход, жители на квартала и обучаващи се в специалност „медицина“ в МУ-Плевен.

- **съвместно обучение** – местната общност и външните изследователи споделиха познания по проблема на здравните детерминанти, за да направят проучването полезно и адекватно на потребностите на населението от квартала.

- **колективни действия** – жителите на квартала, съвместно с пастора и лидерите на общността определиха темите, обсъдени в хода на здравно-образователната програма и мобилизираха жителите на квартала да се включат в проучването и скрининга на някои основни жизнени показатели.

С цел анализ на основни рискови фактори е набрана информация за: демографски характеристики (**2 въпроса**); фактори от стила и начина на живот (**2 въпроса**) и са измерени антропометрични данни: ръст и тегло (**2 въпроса**), кръвно налягане (**2 въпроса**) и ниво на кръвна захар (**1 въпрос**) на включилите се в проучването жители на квартала от ромски произход (**59 участници**).

## **6.6. Клиничен метод**

В процеса на базираното в общността здравно изследване на терен са проведени клинични прегледи, антропометрия и скрининг на жизнени показатели на обхванатите 59 лица. Прегледите са извършени от лекари (ментори на студентите от ромски произход) и студентите по медицина от ромски произход, обучени за целта.

В рамките на клиничния преглед са измерени:

### **6.6.1. Ръст в право положение**

Извърши се с ръстомер, градуиран в см., състоящ се от стойка и подвижна дъска, която се плъзга по стойката и се поставя над главата. Измерването се осъществява като пациента е добре облегнат на ръстомера в стойка „мирно”, докосвайки се в три основни точки: пети, седалище и лопатки. Главата е в такова положение, че трагуса на ухото и долния край на очите се намират в една хоризонтална линия. Отчита се ръста в сантиметри по долния край на дъската.

### **6.6.2. Тегло на гладно**

Преди измерването се проверява теглилката. Измерването се извършва на гладно и без обувки. Лицето стъпва в центъра на теглилката, застопорява се теглилката, измервания слиза като се отчита стойността в килограми.

### **6.6.3. Индекс на телесната маса**

С помощта на он-лайн калкулатор [223] е изчислен индекс на телесна маса, съобразен с възрастта и пола.

Оценката на индекса на телесната маса (в  $\text{кг}/\text{м}^2$ ), съобразен с пола и възрастта, се осъществи по следната скала:

- Под нормата – под  $19 \text{ кг}/\text{м}^2$ ;
- Норма –  $19 - 25 \text{ кг}/\text{м}^2$ ;
- Над нормата –  $25 - 30 \text{ кг}/\text{м}^2$ ;
- Затлъстяване – над  $30 \text{ кг}/\text{м}^2$ .

#### **6.6.4. Кръвно налягане в седнало положение**

Кръвното налягане е измервано според изискванията на European Society of Hypertension Guidelines Committee с апарат за измерване на артериалното налягане, състоящ се от стетоскоп и сфигмоманометър, чрез маншет, който се увива около дясната ръка, свързан с ръчна помпа и с манометър или цифрова скала, която показва стойностите на налягането в mmHg.

Измерването се осъществява на нивото на мишницата в седнало положение, след 5 минутна почивка, чрез притискане на брахиалната артерия до степен на прекратяване на артериалните пулсации.

Нивото на налягане отразено на манометъра, при появата на първия тон е регистрирано като систолно налягане или т.нар. „горна граница” на артериалното налягане, а нивото на налягането, при което тоновете се преустановяват са регистрирани като диастолно налягане или т.нар. „долна граница” на артериалното налягане.

При оценка на стойностите на кръвното налягане сме се ръководили от класификацията на хипертонията според СЗО (табл.3), като оценяваме променливата според следната скала:

- Нормално – под 129 на 84 mmHg;
- Високо – от 130 на 85 до 139 на 89 mmHg;
- Хипертония – над 140 на 90 mmHg.

#### **6.6.5. Нива на кръвна захар на гладно**

Измерването се осъществи с глюкомер чрез фабрични лентички т.е. чрез бърз тест, приложим в домашни или амбулаторни условия. Стойностите на кръвната захар са измерени със Система за мерене на серумна глюкоза в кръвта „Contour plus”. Методът е бърз скринингов тест с фабрични тест-ленти (до 10% грешка), който не се използва за окончателно поставяне на диагноза, но е показател за риска и необходимостта от по-прецизни изследвания.

След убождане на върха на някой от пръстите, капка кръв се накапва върху специална лентичка, която се вкарва в апарат. След секунди на дисплея на апарата се появява стойността на кръвната захар в mmol/l.

Резултатите по Диагностичните критерии за диабет на СЗО (2006) са както следва [65]:

- нормални стойности на кръвна захар – до 6,0 mmol/l;
- нарушен глюкозен толеранс – 6,1-7,0 mmol/l;
- захарен диабет – над 7 mmol/l.

### **6.7. Статистически методи**

Статистическата обработка на първичните данни е извършена със софтуерни пакети Microsoft Office Excel 2019 и STATGRAPHICS-19 centurion.

За представяне и анализ на събраните количествени и качествени данни са използвани набор от класически статистически методи.

Обсъдените отговори от събраните въпросници са прегледани и прекодирани съгласно изискванията на статистическата програма.

В зависимост от вида на променливата и типа на разпределението на данните при анализа на резултатите са приложени следните параметрични тестове за проверка на

хипотези при нормално и близко до нормалното разпределение на случаите:  $t$ -test, ANOVA и непараметричните тестове при различно от нормалното разпределение на случаите: Pearson'  $\chi^2$  - test, Mann-Whitney, Kruscal-Wallis H-test.

Значимостта на резултатите, изводите и заключенията е определяна при  $p < 0,05$ .

Приложен е сравнителен анализ за статистическо сравняване на резултатите за да се представят разликите между изследваните групи признаци.

За анализ на качествени данни са приложени метод на обобщени критерии за докладване на качествени изследвания (COREQ): чек-лист с 32 въпроса и индуктивен метод на ръчно кодиране с изграждане на йерархична рамка/облак.

Резултатите са описани чрез таблици, графики и числови показатели за структура, честота, средни стойности, корелационни коефициенти и др.

### **Разрешения от КЕНИД при МУ-Плевен и Институт „Отворено общество“**

Комплексното медико-социално изследване разглежда здравни проблеми на две уязвими групи от населението – българи от ромски етнос и мигранти. За провеждане на проучванията е получено разрешение от *Комисията по етика на научно-изследователската дейност при Медицински университет – Плевен*:

1. Решение № 375 КЕНИД/08.02.2016 г. за провеждане на проучване №1 (**Приложение №7**);
2. Решение № 477 КЕНИД/21.06.2017 г. за провеждане на проучване №2 (**Приложение №8**);
3. Разрешение за провеждане на проучване №3 и използване на събраните от докторанта данни е получено от Институт „Отворено общество“ през 2021 г. (**Приложение №9**).

### **Ограничения**

В името на научната обективност признаваме някои вероятни ограничения при провеждането на комплексното многофазово социално-епидемиологично изследване.

1. Ромският етнос не е еднороден и е труднодостъпен за проучвания, дори и по отношение на здравния статус и потреблението на здравни услуги. Поради този факт принципът за репрезентативност при провеждане на срезовите проучвания е трудно приложим, което поставя въпроса за външната валидност на резултатите. За повишаване на достоверността на резултатите и тяхната вътрешна валидност при набиране на първичните данни са привлечени студенти от МУ-Плевен от ромски произход, а при организиране на фокус-групата сред жители от квартал „Надежда“ в гр. Сливен – здравния медиатор в квартала.

2. Първоначалната идея на автора беше здравния статус на мигрантите да бъде проучен ретроспективно, чрез анализ на медицинската им документация. За целта беше организирана среща с представители от ДАБ, но поради невъзможност за получаване на информирано съгласие от самите мигранти, разрешение за достъп до документите им не ни беше дадено. Това наложи аспектите на здравния статус на мигрантите и готовността на системата в РБългария за здравното им обслужване да бъдат проучени косвено, чрез обхващане на представители на обществото и на специалисти, работещи на първа линия с мигранти.

## II. ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ

### 1. РИСКОВИ ЗА ЗДРАВЕТО ФАКТОРИ И ЗДРАВЕН СТАТУС НА ЛИЦА ОТ РОМСКИЯ ЕТНОС В БЪЛГАРИЯ

Проучени са в рамките на две изследвания, обхващащи както следва:

1. Пълнолетни граждани от ромски произход, жители на гр. Кнежа (общо 59 лица).
2. Домакинства от гр. Кнежа и гр. Котел (18 домакинства – общо 50 лица).

#### 1.1. Рискови фактори за здравето на лица от ромския етнос

На Табл. 3 са представени основни демографски характеристики на обхванатите пълнолетни лица от ромски произход, жители на гр. Кнежа (пол, възраст, образователен и трудов статус), чието въздействие върху здравния статус на респондентите е обект на проведеното проучване. В проучването са включени 59 лица, които представляват 9% от ромското население в гр. Кнежа.

Установява се относителен дял на жените (38 лица - 64,4%) и на лицата на възраст над 65 г. (20 лица - 33,9%) по-високи от обичайните разпределения по възраст и пол за страната и за ромския етнос, като 22 (37,3%) са без образование или с начално образование.

Ромските жени имат по-ниско ниво на образование от мъжете роми. Подобна зависимост е установена и в нашето проучване ( $\chi^2=7.250$ ,  $df=2$ ,  $p=0.03$ ). Установява се и високо ниво на безработни сред обхванатите в проучването лица – 23 (38,9%).

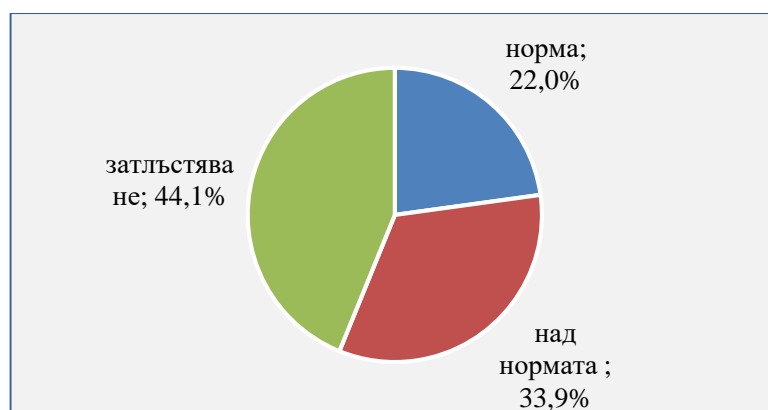
Табл. 3 Демографски характеристики на обхванатите в проучването лица

Характеристики	Брой	Отн. дял (%)
<b>Пол</b>	<b>59</b>	<b>100</b>
Жена	38	64,4
Мъж	21	35,6
<b>Възраст</b>	<b>59</b>	<b>100</b>
18 – 39 г.	15	25,4
40 – 64 г.	24	40,7
Над 65 г.	20	33,9
<b>Образование</b>	<b>59</b>	<b>100</b>
До 4 клас	22	37,3
Основно	15	25,4
Над основно	22	37,3
<b>Работна позиция</b>	<b>59</b>	<b>100</b>
Безработни	23	38,9
Работещи	9	15,3
Пенсионери	27	45,8

#### 1.1.1. Индекс на телесната маса

На Фиг. 1 са представени данни за разпределението на обхванатите лица според измерения ИТМ.





**Фиг. 1** Разпределение на лицата според ИТМ (в %)

Над две трети от обхванатите (46 лица - 78,0%) са със стойности на ИТМ над нормата. Прави впечатление високият относителен дял, съответно 26 (44,1%), на лицата с ИТМ над 30 кг/м<sup>2</sup> (затлъстяване). Съответно само под една четвърт, или 13 (22,0%) от обхванатите в проучването, са с нормални показатели за ИТМ. Подобни резултати, но по-ниски от установените от нас данни, съобщава Борисова и кол. (2015а).

В нашето проучване се установява по-висок относителен дял и честота на разпространение на затлъстяване сред жените от ромски произход (Табл. 4), докато сред мъжете се наблюдава по-широко разпространение на ИТМ над нормата ( $\chi^2=6.440$ ,  $df=2$ ,  $p<0.05$ ).

**Табл. 4** Разпределение на обхванатите според ИТМ (в % и честота на 100 мъже/жени)

Индекс на телесна маса	Общо	Брой (%)		Честота	
	Брой (%)	Мъже	Жени	на 100 мъже	на 100 жени
Норма 19 – 24,9 кг/м <sup>2</sup>	14 (23,7%)	2 (3,4%)	12 (20,3%)	9,5	31,6
Над нормата 25 – 29,9 кг/м <sup>2</sup>	19 (32,2%)	11 (18,6%)	8 (13,6%)	52,4	21,1
Затлъстяване > 30 кг/м <sup>2</sup>	26 (44,1%)	8 (13,6%)	18 (30,5%)	38,1	47,4
<b>Общо</b>	59 (100,0%)	21 (35,6%)	38 (64,4%)	-	-

Подобни резултати за по-висок ИТМ при жените в по-млада (18–34 години) възраст и с лош социално-икономически статус съобщават и други автори.

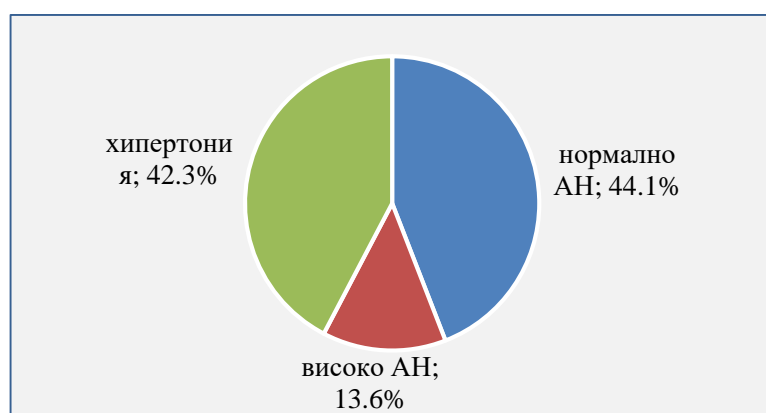
Възрастта се проявява като значим фактор за ИТМ на лицата от ромски произход ( $\chi^2=14.170$ ,  $df=4$ ,  $p<0.01$ ). Сред младата възрастова група преобладават лицата с нормално тегло (8 лица - 53,3%), но особено тревожно е разпределението в другите две възрастови групи. С напредване на възрастта нараства и честотата на наднорменото тегло. Това се наблюдава още в средната възрастова група и леко прогресира в третата възрастова група. Във възрастовата група 40 – 65 г. с наднормено тегло са 9 (37,5%), а половината от лицата са със затлъстяване (12 лица - 50,0%), а почти 90,0% от лицата над 65 г. са с проблеми в теглото – съответно над нормата (9 лица - 47,4%) и затлъстяване (8 лица - 42,1%). Подобни резултати за влияние на възрастта върху ИТМ сред българското население съобщава и Борисова и кол.

Докато образованието на лицата не оказва значимо влияние върху техния ИТМ

( $p > 0.05$ ), то наличието на работа играе сигнификантно значима роля ( $\chi^2 = 13.780$ ,  $df = 4$ ,  $p < 0.01$ ). Сред лицата без работа преобладава дялът на тези с нормални стойности на ИТМ – 9 (39,1%). Относителният дял на работещите лица сред проучваната група, които страдат от затлъстяване, е седем пъти по-висок от този на работещите хора с нормално тегло, а дялът на пенсионерите с нормално тегло е над три пъти по-нисък от този на пенсионерите със затлъстяване и четири пъти по-нисък от дела на възрастните лица с тегло над нормата.

### 1.1.2. Кръвно/артериално налягане

Докато някои проучвания съобщават, че ромското население е генетично по-малко податливо на есенциална хипертония от общото, в нашето проучване се установява висок относителен дял на лицата с хипертония – 25 (42,3%) от обхванатите. Преобладаващата част (26 лица - 44,1%) от представителите на ромския етнос са с нормално АН, а 8 (13,6%) са с високи стойности (Фиг. 2).

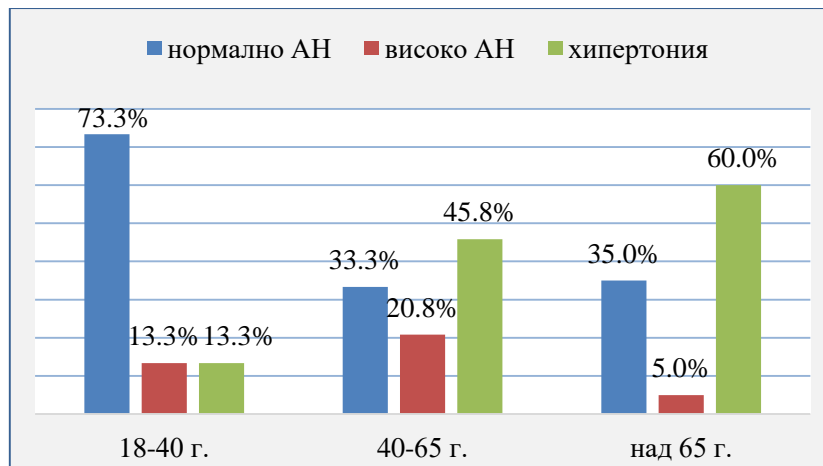


**Фиг. 2** Разпределение на обхванатите според АН (в %)

Резултатите от проучването съвпадат със съобщените по-високи нива на АХ в балканските страни и България – средно около 38-44%.

Нашето проучване не потвърждава съобщеното от Борисова и кол. (2015б), в представително за страната проучване, разпределение на АХ между двата пола в българската популация: значимо по-висока честота при мъжете 45,1% в сравнение с жените – 33,5%. Подобно разпределение на АХ между двата пола се установява и в данните на NHANES – жени – 28,6% (95% CI: 27,4 – 29,7) срещу мъже – 30,5% (95% CI: 29,0 – 30,9). През 1997-98 г. представително изследване страната, в рамките на програма СИНДИ, съобщава за честота на хипертонията ( $\geq 140/90$  mmHg) при 43,0% от мъжете и 39,0% от жените на възраст 25-64 г. Изследване отново в рамките на същата програма през 2007 г. установява хипертония ( $\geq 140/90$  mmHg) у всеки 3-ти мъж и всяка 4-та жена в тази възраст. Нашето проучване установява по-висока честота на разпространение на АХ при жените – 17 (44,7%) спрямо мъжете – 8 (38,1%) ( $p > 0.05$ ). Наблюдаваните различия най-вероятно се дължат на самосформирането на извадката, която се характеризира с по-висок относителен дял на жените.

Установява се по-висок от обичайния ефект на възрастта върху АН ( $\chi^2 = 10.450$ ,  $df = 4$ ,  $p = 0.02$ ).



**Фиг. 3** Разпределение на обхванатите според АН по възраст (в %)

С повишаването на възрастта стойностите на АН се повишават (Фиг. 3). Сред лицата в младата възрастова група преобладава дялът на тези с нормални стойности на кръвното налягане (11 лица - 73,3%), докато сред обхванатите лица над 65 г. – този на лицата с АХ (12 лица - 60,0%). Особено тревожно е разпределението на лицата с високо АН или предхипертония, която най-вероятно не е контролирана и лекувана. 5 (20,8%) от лицата във възрастовата група 40-65 г. са с високо АН и дялът им е над 4 пъти по-висок от този на лицата над 65 г. с високо кръвно налягане (1 лице - 5%).

Установените в настоящето проучване резултати говорят за по-широко разпространение на АХ сред различните възрастови групи на ромската популация в сравнение с българската, съответно 13,3% срещу 9,3% сред младите, 45,8% срещу 12,3% за средната възраст и 60,0% спрямо 17,4% сред третата възрастова група. В същото време те не потвърждават публикуваните данни от изследване сред унгарското население, в което се съобщава, че рискът от централно затлъстяване, хипертония и повишено ниво на триглицериди сред възрастните роми не се различава от този на унгарското население.

Образованието оказва сигнификантно влияние върху АН ( $\chi^2=10.260$ ,  $df=4$ ,  $p=0.02$ ). При преобладаващата част от обхванатите в проучването с начално и по-ниско образование се открива хипертония (12 лица - 54,6%), докато сред другите две сравнявани групи с хипертония са както следва: при лицата с основно образование 5 (33,3%), а при тези с по-високо образование – 8 (36,4%). Сред лицата с основно и по-високо образование преобладават тези с нормално кръвно налягане – съответно 7 (46,7%) и 14 (63,6%). От така изнесените данни се установява, че с повишаването на образователната степен намалява вероятността от разпространението на повишени стойности на АН и хипертония.

По-високият образователен статус предполага по-добри възможности за реализация на трудовия пазар. Наличието на работа не се явява значим фактор за стойностите на АН в нашето проучване ( $\chi^2=9.470$ ,  $df=4$ ,  $p=0.05$ ).

В проучването е изследвано влиянието на детерминантите на здравето – пол, възраст, образователен и трудов статус върху диастоличното АН. Установихме сигнификантно влияние на възрастта т.е. с напредване на възрастта диастоличното налягане се повишава ( $\chi^2=13.280$ ,  $df=4$ ,  $p=0.01$ ), но такова не беше доказано за пола, образователния и трудов статус на обхванатите лица ( $p>0.05$ ).

### 1.1.3. Кръвна захар/ серумна глюкоза

При скрининг за нивата на кръвна захар, сред жителите от ромски произход от гр. Кнежа, се установяват повишени нива на показателя при почти 40,0% (22) от обхванатите: в равни относителни дялове са представени лицата с нарушен глюкозен толеранс и захарен диабет – съответно по 11 (18,7%).

Докато пола и работния статус на обхванатите лица от ромски произход не оказват статистически значимо влияние върху нивата на кръвната захар ( $p > 0.05$ ), то според нашите резултати сигнификантно значение оказват възрастта ( $\chi^2 = 11.120$ ,  $df = 4$ ,  $p = 0.025$ ) и образователната степен ( $\chi^2 = 9.590$ ,  $df = 4$ ,  $p = 0.04$ ).

Според нашите данни лицата с нарушен глюкозен толеранс са предимно жени в средна възраст, с основно образование, безработни или пенсионери, докато профила на лицата със захарен диабет се оформя предимно от жени над 65 г., без или с начално образование и пенсионери.

Нашите резултати са особено тревожни по отношение на здравето на жените от ромски произход, а именно: ***по-висок относителен дял и честота на разпространение на затлъстяване, по-висока честота на разпространение на АХ и по-висок риск от развитие на захарен диабет, което ги поставя в ситуация на повишен риск от развитие на социално-значими заболявания.***

## Резултати от изследване 2

### 1.2. Здравен статус на лицата от ромски произход

#### 1.2.1. Фактори от стила и начина на живот

##### Хранене

В нашето проучване само 16 (32,0%) от обхванатите лица консумират плодове 2-3 пъти седмично, но ежедневно консумират зеленчуци 34 (68,0%) от респондентите. Установява се небалансиран и нездравословен хранителен профил на лицата от ромските семейства с преобладаваща консумация на въглехидрати и липса на диетични продукти:

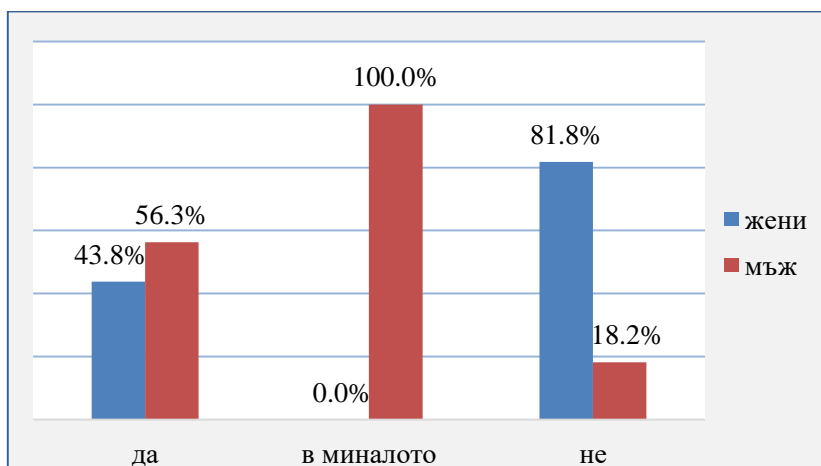
- 2-3 пъти седмично (16 лица - 32,0%), консумация на плодове, но ежедневна консумация на зеленчуци (34 лица - 68,0%);
- Над три пъти седмично употреба на боб/леща (25 лица - 50,0%) и яйца (28 лица - 56,0%);
- Ежедневна консумация на месо (22 лица - 44,0%) и 2-3 пъти седмично риба (22 лица - 44,0%);
- 100% консумират ежедневно хляб;
- Почти никога не консумират диетични продукти 47 (94,0%) от обхванатите;
- Ежедневна консумация на сладкиши сред 31 (62,0%);
- Над три пъти седмично консумация на макарони и ориз (28 лица - 56,0%).

Според CINDI HEALTH MONITOR (2007) зона Велико Търново приблизително две трети от анкетираните – 64,0% консумират сладкиши и този резултат съвпада с установените от нас нива.

##### Тютюнопушене

Установява се по-широко разпространение на тютюнопушенето сред пълнолетните мъже от ромския етнос в сравнение с жените. Сред редовно употребяващите цигари 10

(56,3%) са мъже, а и всички употребявали в миналото, но не и в момента цигари, също са от мъжки пол – 6 (100,0). Сред неупотребяващите цигари значително преобладава относителният дял на жените – 9 (81.8%) (Фиг. 4).



**Фиг. 4** Разпространение на тютюнопушенето сред обхванатите по пол (в %)

Нашите резултати потвърждават значими разлики по отношение на броя цигари, които представителите на двата пола, употребяват на ден ( $\chi^2=7.420$ ,  $df=2$ ,  $p=0.02$ ). Броят цигари, които употребяват на ден мъжете средно –  $19,5 \pm 9,5$  (6-40) е над два пъти по-висок от броя цигари, употребявани от жените – съответно  $8,6 \pm 6,2$  (1-20).

Мъжете от ромски произход започват да пушат средно на 17 (15-18) годишна възраст, а жените на 22 (14-40).

Установените от нас резултати са подобни на съобщените в проучването „Европейско здравно интервю“ данни, според които в Чешката република 56% от жените и 65% от мъжете от ромското население пушат всеки ден, а децата установяват навици за редовно тютюнопушене от 16-годишни, но понякога и в по-млада възраст.

### **Употреба на алкохол**

По отношение на консумацията на алкохол се съобщават противоречиви данни и в повечето проучвания се предполага, че ромското население консумира по-малко алкохол от неромската популация.

Всички мъже, включени в проучването, употребяват алкохол. Сред ежедневно употребяващите алкохолни напитки 100% (9) са мъже. Техният относителен дял преобладава и сред пиещите алкохол само при специални поводи (8 лица - 53,3%). Неупотребяващи алкохол са само жени (9 лица - 100,0%) и те са по-малко от половината сред употребяващите алкохол при специални поводи – съответно 7 (46,7%) ( $\chi^2=6.560$ ,  $df=2$ ,  $p=0.04$ ).

Макар да не се установи значима разлика във възрастта, в която са започнали да употребяват алкохол двете сравнявани групи ( $p>0.05$ ), мъжете започват да пият на по-ранна възраст –  $18,6 \pm 1,4$  (16-20), докато всички обхванати жени са започнали да употребяват алкохол на 20 годишна възраст.

Всички обхванати твърдят, че няма член от семейството им, който да има проблеми, свързани с употребата на алкохол.

## Сън

Не се установява значима разлика в средната продължителност на съня на мъжете и жените, включени в проучването ( $p>0.05$ ). Мъжете спят средно  $7,9 \pm 1,05$  (6-10) часа в денонощието, а средната продължителност на съня на жените е по-кратка –  $7,5 \pm 1,03$  (5-8) часа.

## Спорт

Налице са данни, че незначителен дял от ромите (възрастни и/или деца) регулярно се занимават с физически дейности, с цел запазване на здравето.

Подобни резултати установяваме и в нашето проучване. Над 70,0% (42) от обхванатите в проучването не спортуват изобщо, а само една жена е отговорила, че спортува редовно. Не се установяват значими разлики между сравняваните групи по пол ( $p>0.05$ ). Тези резултати могат да се дължат на липсата на достъп до места за отдих и открити пространства, но могат да се разглеждат и като специфичен за ромската общност културен феномен, както се съобщава и в налични в литературата проучвания.

### 1.2.2. Самооценка на здравното състояние и здравен статус

Самооценката на здравния статус на обхванатите в проучването е представена на Табл. 5.

**Табл. 5 Самооценка на здравното състояние на обхванатите по пол (в брой и %)**

Самооценка	Мъже	Жени
Много добър	6 (27,3%)	5 (17,9%)
Добър	8 (36,4%)	11 (39,3%)
Среден	6 (27,3%)	11 (39,3%)
Лош	2 (9,0%)	0 (0,0%)
Много лош	0 (0,0%)	2 (7,1%)
Общо	22 (100,0)	28 (100,0)

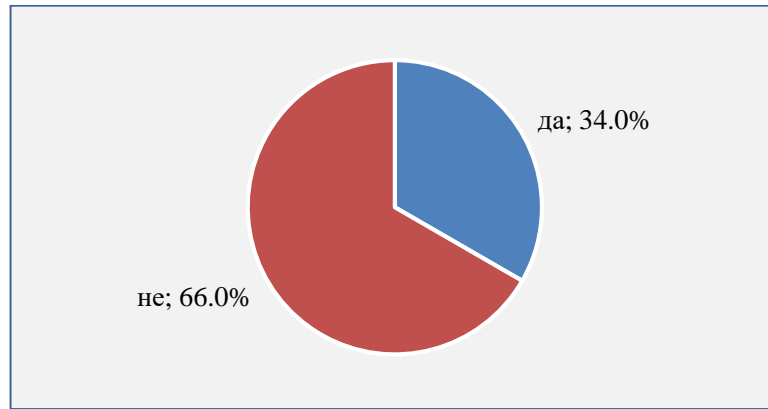
Преобладаващата част от обхванатите оценяват положително здравния си статус като добър и много добър. Прави впечатление по-високият относителен дял на мъжете (6 лица – 27,3%) с много добра здравна самооценка спрямо жените и съответно наличието само на жени (2 лица - 7,1%), които оценяват здравето си като много лошо, но не се установява сигнификантна разлика в самооценката на здравния статус, свързана с пола на обхванатите лица ( $p>0.05$ ).

## **2. ПОТРЕБЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ И БАРИЕРИ ПРИ ЗДРАВНОТО ОБСЛУЖВАНЕ НА ЛИЦАТА ОТ РОМСКИ ПРОИЗХОД**

### **2.1. Здравно-осигурителен статус**

По международни данни ромите в България са с ниски нива на здравно осигуряване (45-48%) в сравнение с 85% в общата популация. Подобни данни, за 55-60% относителен дял на неосигурените сред ромския етнос, се съобщават и в проучвания у нас.

В нашето изследване установяваме по-висок относителен дял на неосигурени лица от цитираните по-горе проучвания (Фиг. 5).



**Фиг. 5** Разпределение на обхванатите според здравно-осигурителния им статус (в %)

Над две трети (33 лица - 66,0%) от обхванатите лица от ромски произход не са здравно осигурени, което предполага сериозни затруднения при ползването и достъпа до навременни и качествени здравни услуги, заплащани от НЗОК.

Средният брой на неосигурените лица в домакинствата е представен на Табл. 6.

**Табл. 6** Среден брой неосигурени лица в домакинство

Домакинства	Общо
<b>n</b>	18
<b>Средна стойност ± SD</b>	1,8 ± 0,8
<b>Минимална стойност</b>	1
<b>Максимална стойност</b>	3

Във всяко домакинство се откриват средно 1,8 неосигурени лица, но в някои от семействата почти всички (трима) от възрастните членове не са здравно осигурени. Липсата на здравно-осигурително покритие на голяма част от ромските жители води до чести откази от страна на здравните специалисти при оказване на здравна помощ.

В 3 (16,7%) от домакинствата се е случвал отказ от предоставяне на здравна помощ, поради липса на здравно осигуряване. Обхванатите съобщават за отказ от предоставяне на здравна помощ най-често от страна на ОПЛ и специалисти в доболничната помощ.

В четири пети (15 домакинства - 83,3%) от обхванатите домакинства се е налагало директно заплащане за предоставяне на здравна услуга, което кореспондира с високия дял на неформални плащания в здравеопазването у нас – 46,6% за 2017 г., но сред ромското население този дял на неформални плащания е значително по-висок.

Най-често на обхванатите в проучването домакинства им се налага да заплащат при нужда от оказване на специализирана доболнична помощ (12 домакинства - 66,6%). Значителен е и относителният дял на семействата заплащали за услуги, предоставяни от ОПЛ – 4 (22,2%), а 1 (5,6%) споделят за плащания при нужда от спешна помощ, която е гарантирана на всеки гражданин от държавата, независимо от неговия осигурителен статус. Тези данни потвърждават съобщенията от Баев и Манов през 2018г.

## 2.2. Потребление на здравни услуги от възрастните членове в семейството

### Здравни услуги

Редица проучвания посочват, че болничната и спешната помощ са по-често използвани от ромите в сравнение с населението като цяло, други съобщават за по-високо потребление на услугите на общопрактикуващия лекар, а трети за заобикаляне на ОПЛ и директно обръщане към спешна помощ.

Три четвърти от обхванатите в проучването ромски семейства са ползвали здравни услуги през годината предхождаща проучването. Една трета от обхванатите са ползвали здравна помощ в рамките на месеца, преди проучването, докато две трети – в рамките на последната година. Нашите данни кореспондират със съобщенията от Nesvadbová (2009), според които в Чехия 23% от ромите по-рядко от веднъж годишно посещават личен лекар или специалисти.

Най-често здравна помощ е търсена по повод на:

- високо кръвно налягане – 7 семейства;
- остра вирусна инфекция – 6 семейства;
- проблеми със слуха – 4 семейства и др.

В 10 (55,6%) от семействата причина за обръщане към здравен специалист е диагностика и лечение, в 5 (27,8%) от семействата повод за посещение при лекар е необходимостта от предписване на медикаменти, само в две от семействата възрастен член е посещавал лекар за профилактичен преглед и в едно от семействата причина е била издаване на лист за временна нетрудоспособност. Пет семейства са търсили здравна помощ за повече от една здравна услуга.

Повече от половината от обхванатите (10 домакинства - 55,5%) съобщават за наличие на здравословен проблем в семейството, за който не е търсена здравна помощ.

Анализирани са и причините, поради които не е търсена необходимата здравна помощ, които се ранжират по значимост както следва:

- „липса на здравна осигуровка“ – 8 семейства;
- „услугите са скъпи и нямаме достатъчно пари“ – 7 семейства;
- „на работа сме и няма кой да заведе детето“, „не бяхме приети от лекаря“ и други причини – по 1 семейство.

Една трета от семействата (6 домакинства - 33,3%) съобщават като причини за нетърсене на здравна помощ комбинация от фактори. Най-често това е съвместното действие на липсата на здравна осигуровка и висока цена на услугите, които семействата не могат да си позволят поради липса на средства.

Нашите резултати се подкрепят от съобщенията данни за най-високите регистрирани в ЕС (57,9%) затруднения при потреблението на лекарства и здравни услуги в България, особено сред домакинствата с ниски доходи, като този дял е дори по-висок при потребление на стоматологична помощ.

### Потребление на лекарства

Жените приемат ежедневно средно по 2,9 лекарства, предписани от лекар, докато при мъжете броят на приеманите медикаменти е по-нисък – 1,7 ( $p < 0.05$ ). Нашите резултати потвърждават установения факт, че жените по-често търсят здравна помощ от мъжете.



### **Стоматологична помощ**

Стоматологична помощ през последната година са ползвали 8 (44,4%) от интервюираните семейства, а при 2 (11,1%) от тях никога възрастен член на семейството не е посещавал стоматолог. Притеснителен е установения от нас резултат, че в последната година в 8 (44,4%) от обхванатите семейства възрастен член на семейството е имал стоматологичен проблем, за който не е потърсена стоматологична помощ поради:

- „Услугите са скъпи и нямаме достатъчно пари“ – 8 семейства;
- „Липса на здравна осигуровка“ – 6 семейства;
- Други причини – 3 семейства.

В пет от семействата водещите две причини са посочени като комбинация от фактори, представляващи пречки пред потреблението на стоматологична помощ.

### **Болнична помощ**

В една трета от семействата (6 домакинства - 33,3%) се установява осъществена хоспитализация на възрастен член през последната една година. Съобщеният от нас резултат отчита сходно ниво на хоспитализации сред ромския етнос в сравнение с данните за страната (около 31,7 на 100 души). Причините за хоспитализация са както следва: лечение на астма, дископатия, ССЗ, кисти на яйчника, оперативно лечение на херния, ТЕЛЖ и др.

Според данните на респондентите в една трета (5 домакинства - 27,8%) от семействата е установена потребност от болнично лечение, която не е удовлетворена. Причините за нереализирани хоспитализации се ранжират по следния начин:

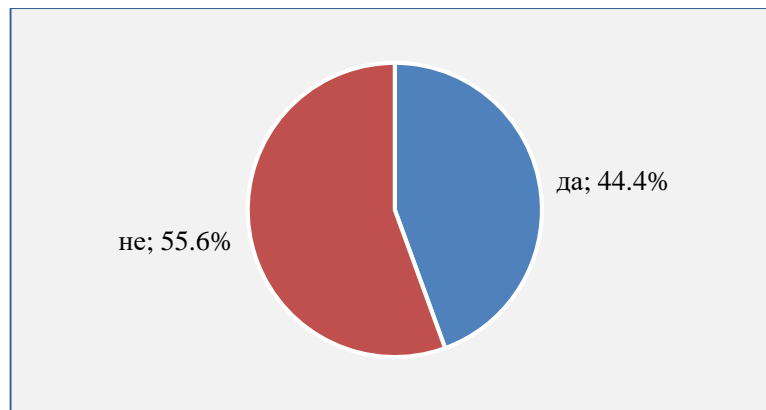
- „Услугите са скъпи и нямаме достатъчно пари“ – при две трети от семействата нуждаещи се от хоспитализация;
- „Липса на здравна осигуровка“ – при половината от семействата, нуждаещи се от хоспитализация;
- „Искахме, но не бяхме приети в болница“ и други причини – при едно от семействата, нуждаещи се от хоспитализация.

### **Спешна помощ**

Липсата на здравна осигуровка принуждава хората да се обръщат директно към спешна помощ при животозастрашаваща ситуация. Тази ситуация засяга непропорционално безработните, ромите и живеещите в региони в неравностойно положение. Според международни данни до една трета от всички пациенти в страната, включително неосигурените, заобикалят ОПЛ, като се обръщат директно към спешна помощ.

Значителен дял от обхванатите семейства (8 домакинства - 44,4%) са ползвали услугите на спешна помощ през последната една година (Фиг. 6).

Водещите причини за търсене на спешна помощ са: ССЗ/високо АН, фрактура, епилептичен припадък и др. В две от семействата, според отговорите на обхванатите, е установена необходимост от спешна помощ, която не е реализирана. Основните причини, поради които не е търсена здравна помощ са същите като вече обсъдените т.е. липса на здравна осигуровка и висока цена на услугите, които хората не могат да си позволят.



**Фиг. 6** Разпределение на обхванатите според потреблението на спешна помощ (в %)

### **2.3. Потребление на здравни услуги от жени от ромски произход**

Над една трета от жените са посещавали гинеколог, по причини различни от бременност, в последните шест месеца. Преобладаващата част от тях (11 лица - 39,3%) не са реализирали гинекологичен преглед през последната година, а 2 (7,1%) никога не са посещавали гинеколог за профилактичен преглед или по повод на гинекологичен проблем. Данните, установени в нашето проучване, потвърждават съобщенията от Крумова (2009), за над 45% дял на жените от ромски произход, които не са посещавали гинеколог в последната една година.

Най-честите поводи за реализиране на гинекологичен преглед са профилактика (в две трети от случаите) и лечение на гинекологичен проблем.

Нашето проучване установява тревожни резултати по отношение на профилактиката на женското здраве при жените от ромски произход. 23 (82,1%) от тях никога не са подлагани на профилактичен преглед на млечните жлези (мамография), а съответно 20 (71,4%) - на цитонамазка.

## **3. ЕФЕКТИ НА ЕПИДЕМИЯТА ОТ COVID-19 И НА ПРИЛАГАНИТЕ ПРОТИВОЕПИДЕМИЧНИ МЕРКИ ВЪРХУ ЛИЦА ОТ РОМСКИ ПРОИЗХОД, ЖИТЕЛИ НА КВ. „НАДЕЖДА“, ГР. СЛИВЕН**

### **3.1. Резултати социологическо наблюдение на квартал „Надежда“**

#### ***Външни граници***

Квартал „Надежда“ е ограден с бетонна стена от всички страни, която хората възприемат като ограничаваща свободното им придвижване и отделяща ги от жителите в гр. Сливен (Снимка 1). Наличието на оградно съоръжение възпрепятства достъпа им до стоки и услуги вкл. здравни, социални, както и възможностите им за търсене на работа. От едната страна на квартала има път, а от другата се намира ж.п. гарата на града.



**Снимка 1. Квартал „Надежда“, гр. Сливен, общ изглед**  
Изт. Интернет

Официалните входове в квартала са два – пешеходен и за превозни средства.

В периода на „затваряне на квартала“ и двата изхода са заградени: пешеходния с метална ограда, а транспортния с временни ограждения и присъствие на охранители от МВР. В разговор с хората става ясно, че в периода на „затваряне на квартала“, хората са били „принудени“ да напускат нерегламентирано квартала през отвори на стената, за да могат да ходят на работа, да си купуват лекарства и др.

#### ***Вътрешни „граници“:***

Частите на квартала, разположени в близост до входовете, се отличават съществено – къщите са „по-богати“: на 2-3 етажа, монолитно строителство, улиците са по-широки, асфалтирани и с тротоари.

Колкото по-навътре в квартала се навлиза, толкова по-лоши стават условията за живот. В най-периферната част, в близост до сметището, къщите са паянтови, с липса на елементарни битови условия, застроявани, престроявани и надстроявани с неустойчиви материали и тесни входове. Улиците са кални и прашни, тесни, без никаква пътна настилка. Жени мият посуда от капеща тръба директно на улицата. Хранителни продукти (баници, месо и др.) се продават на маси, без спазване на елементарни хигиенни мерки и чистота. Вървейки към изхода на квартала къщите отново стават по-устойчиви и масивни.

#### ***Техническа инфраструктура:***

Поради нерегламентираното застрояване и липса на официален начин за разкриване на индивидуални партии за отчитане на изразходената вода, в квартала персистира сериозен проблем с водоснабдяването. По време на епидемията кварталът е без водоснабдяване за дълъг период от време, което допълнително влошава санитарните условия.

В квартала няма никаква растителност и озеленяване. Всяко свободно парче земя е застроено. Само в центъра има малка неподдържана зелена площ, на която са разположени 2-3 пейки.

Има линия на обществен транспорт, която преминава в близост до квартала. В самия квартал няма обществен транспорт, а сметоизвозването се извършва с каруци в края му, където е оформено сметище.

### ***Социална инфраструктура***

В началото, на входа на квартала, е разположена детската градина – ремонтирана, добре изглеждаща сграда. По данни на жителите това е най-хубавата детска градина в града. Има 3-4 площадки за игра, озеленена и много красива. Децата я посещават с желание и при спазване на противоепидемичните мерки.

Болшинството от децата от квартала посещават 6-то Общобразователно училище. Училището е санирано, съвременно. Разполага с добре оборудван двор и спортна зала. В момента на наблюдението училището работи. В квартала се виждат деца, които се връщат на обяд от училище и такива, които са втора смяна и предстои да тръгнат за училище.

В квартал „Надежда“ са разположени: полицейски участък, кметски наместник. Има общопрактикуващ лекар, но няма аптека. Сградите се намират в близост до входа на квартала.

По данни на пастора в квартала функционират 16 различни църкви и една джамия.

В квартала са разкрити множество малки търговски обекти – главно за дрехи и за хранителни стоки.

### ***Социален живот***

Не се забелязва необичайно голямо струпване на хора. В квартала обаче е невъзможно да се спазва препоръчителната дистанция от 1,5 – 2 метра между хората. Кварталът е с тесни улици и пренаселени къщи. Хората не носят маски на открито. Пред кабинета на ОПЛ се наблюдава струпване на пациенти, чакащи за преглед в края на работния му ден.

По данни на хора от квартала *„Особено напрегнато е било положението по време на пълното затваряне на квартала. Хората са негодували, струпвали са се, дори е имало пререкания с полицията и властите“*.

### ***Мнение на хората от квартала за епидемията от COVID-19?***

Хората са притеснени, което не се установява при наблюдение на живота им отстрани. Притеснени са от стигмата на заболяването, поради което не търсят своевременно здравна помощ.

По-големите притеснения са за образованието на децата и за финансовото им положение, особено на мъжете останали без работа и с оглед на настъпващия зимен сезон.

Оценяват мерките като необходими, но особено са засегнати от „затварянето на квартала“. Притесняват се тази ситуация да не се повтори. Притеснението е повсеместно: както в чисто битов план, така и по отношение на обучението на децата. При евентуално повторно преминаване към електронно обучение хората биха имали отново проблеми с липса на достъп до интернет и липса на електронни устройства. В семействата, в които и децата и родителите учат, предимство при ползването на устройство се дава на децата.

### **3.2. Резултати от проведени дълбочинни интервюта с експерти, работещи с ромската общност**

В проучването са обхванати професионалисти, работещи с уязвими групи в област и община Сливен, в частност в квартал „Надежда“, както следва:

- Регионална здравна инспекция-Сливен – 2-ма главни експерти в дирекция „Обществено здраве“ (Е1 и Е2);

- Експерт от община Сливен (ЕО);
- Общопрактикуващ лекар (ОПЛ);
- Здравен медиатор (ЗМ);
- Представител на Неправителствена организация (ПНПО);
- Пастор (П).

• *Продължителност на трудовия стаж (Табл. 7) и професионален опит на специалистите*

**Табл. 7 Продължителност на трудовия стаж на експертите (в години)**

Експерт	Е1	Е2	ЕО	ОПЛ	ЗМ	НПО	П
Тр. стаж	16 г.	12 г.	13 г.	20 г.	7 г.	11 г.	31 г.

**Е1:** Участие в Областен съвет на етническите малцинства; работа по Националната стратегия и Национален план за действие по Националната стратегия за интегриране на ромите.

**Е1:** В мобилни кабинети – провеждане на обучителни лекции, семинари и беседи с групи от ромско население.

**ЕО:** *„Работя и живея в квартал „Надежда“. Посредник съм между здравни, социални и почти всички институции в града и хората, които живеят в квартала“.*

**ОПЛ:** *„Лечение на пациенти от моята пациентска листа, но и на хора от квартал „Надежда“.*

**ЗМ:** Организиране на здравно-информационни беседи; работа с лични лекари; работа с институции съдействие на хора от уязвимите групи; ние сме мост между хората от уязвимите групи и институциите.

**ПНПО:** *„Работим в сфера по дейности на общностна мобилизация в квартал „Надежда“. Предлагам услуги, най-вече в сферата на здравеопазването, като общностен мобилизатор, на която позиция работя от една година. Целта ми е да подпомогна жителите от квартал „Надежда“ да се мобилизират и сами да решават проблемите си, а не някой отвън да им ги решава“.*

**П:** *„Работим с деца в църквата. В момента работим с три групи деца: Първата е от четири до шест години. Тях ги учим да говорят български, което е много трудно. Другата група обхваща по-големи деца от 7 до 11 годишна възраст. С тях наблюдаваме върху математика - да подготвят домашни. Те въкъци нямат къде да ги преписват , защото живеят в една стая 10 - 15 човека. С тях излизаме на кафе в центъра, запознаваме ги - къде се намират съда, полиция, болница. Целта е да излязат от квартала и да се чувстват пълноценни, свободни и да не се затварят в себе си.*

*Третата група са тинейджърите - при тях е много „диво“. Там срещаме и проблеми. Последните пет-шест години няма тази масова „кампания“ на женитба на 13 - 14 годишни деца – запознаваме ги каква е хубавата и лошата страна на това, и рисковата страна и какво ги очаква в бъдеще.*

*В църквата са обхванати около 80 - 90 деца.*

*Църквата обхваща много различни хора: има и пенсионери, има и млади семейства. На тях им помагаме с каквото можем. Провеждаме семинари - преди имахме по четири-пет семинара на година: младежки, семеен, пасторски и общ, на който могат да участват всички. Тази година не сме провели нищо“.*

• *Според Вас, какви са най-належащите нужди на хората, които живеят на територията на общината и по-конкретно – в квартал „Надежда“ в контекста на епидемията от Ковид-19?*

Установява се разнообразие от мнения, които са повлияни от профила на експерта. Според **Е2** и **ПНПО** налице е нужда от по-голяма **информираност** – какво е COVID-19, какви са начините на предаване на заразата. **ЕО** поставя на първо място, като най-значима нуждата от **работа** „Фирмите в областта като разберат, че хората са от небългарски произход, а са роми им дават неплатена отпускат. Хората са останали в домовете .... поради което ще срещнат големи икономически проблеми.“. Най-належащо, според **ОПЛ** е хората да получат **адекватна здравна помощ** „Проблем е, че хората търсят късно здравна помощ.“. **ЗМ** изважда като приоритетна нуждата от осигуряване на дезинфектанти и маски за да не се разпространява епидемията, а **ПНПО** - нуждата от доверие „.... хората са уморени. Много и различни организации са работили в „Надежда“, които не са удовлетворили очакванията на общността, други са излъгани и общо взето общността трудно се доверява.“. **П** акцентира върху **психическото натоварване** „...трябва да махнем психическото натоварване в живота на този народ. ....психиката на човека е едно бойно поле и когато там губиш битката - ти си вече унищожен!“.

• *Как се отрази като цяло епидемията от Ковид-19 в община Сливен, град Сливен, квартал „Надежда“?*

Повечето специалисти (**Е1**, **Е2**, **ЕО**) споделят за настъпилото в началото на епидемията **объркване** и **страх**, като резултат и от разпространяваната противоречива информация по проблема. Към момента на изследването (13.10.2020г.) **ЕО** споделя, че преобладава страх „Хората се промениха - страхът от КОВИД дистанцира самите хора. .... Доста са уплашени хората.“. Въпреки критичната оценка за влошаването на здравния статус на хората от квартала, **ПНПО** и **ЗМ** поставят акцент и върху ефекта от „затварянето“ му: „В квартала имаше заразени по принцип и дори да а бил затворен, може би трябваше и други, не само ромски, а и в цялата страна, би трябвало и те да бъдат затваряни така по този начин.“ и „хората ги беше много яд, че имаше много голям контрол над квартал „Надежда“ - говорим за контрол КПП-та и полиция и това вбесяваше хората. Не говорим, че може би е дискриминация, да хората от квартал „Надежда“ имат нужда от контрол и мерки за тяхното здраве, но не вярвам, че само там хората имат нужда от това.“.

• *В кои сфери на живота или управлението най-силно се почувства ефектът от епидемията от Ковид-19?*

Мненията на специалистите обхващат широка палитра от ефекти от епидемията върху населението на квартал „Надежда“ и обществото като цяло.

„Няма сфера, която да не е повлияна: **здравеопазването, икономиката също страда**“ (**Е1**), „**Образованието също страда**. С това дистанционно обучение сме на мнение, че не може да бъде достатъчно ефективно по начин, по който е с присъственото обучение на децата. Да не говорим, че имаме три училища с ромско население и едва ли всички деца могат да се включат. По селата преобладаващата част от децата са от ромско население и те едва ли могат да се включат в обучение. Община Сливен е така – почти всички училища по селата са почти на 100% с ромско население.“ (**Е2**) – твърдят експертите от РЗИ-Сливен. Подобно мнение, за ефекта на епидемията върху възможностите на децата да учат споделя и **ЕО**, като допълва „Ако говорим за икономиката родителите

не работеха стояха си в домовете и беше ужас.“ Зад виждането за **комплексно въздействие** на пандемията застават и ОПЛ, ЗМ, а НПО представя особено ярко тежките ефекти от кризата върху населението „Хората останаха без работа, спряха да излизат с каруци, КПП-тата спираха и никой не можеше да излезе без документ (че е на работа), защото те работят частно. Буквално хората бяха докарани до глад. Толкова бяха гладни, че просеха вече по улиците.“

• **В какво се изразяваха основните мерки за преодоляване на последствията от Ковид-19, които бяха приложени на територията на община Сливен и конкретно – в квартал „Надежда“?**

Разнообразието от мерки, приложени за преодоляване на епидемията от COVID-19 и последствията от нея, се отразяват в отговорите на ангажираните специалисти.

Особено силно впечатление прави ангажирането и **мобилизирането на общността** за справянето с проблема. **ЗМ** споделя: „Включиха се много доброволци със собствени коли, на които не сме плащали бензин. На 15 минути обикаляше кола в квартала да говори, че не трябва да се излиза. Говореше се, че в квартал „Надежда“ мерките не се спазват, но това не е вярно. Квартала е много гъсто населен и не може да се карантинира само едно семейство – карантинираха се цели улици и като цяло не бяха много съгласни, но след разговор с тях разбираха, че е необходимо“. **П** потвърждава изразеното от **ЗМ** мнение с думите „Имаше, имаше, пръскания имаше - специална кола, която минаваше и пръскаше „димка“ ли как се казваше? С помпа се пръскаше целия квартал, нямаше улица където да не е минала ....Те (здравни медиатори и доброволци) са били много важни и успокояваха хората - като ги виждаха, присъствието им, освен че пръскаха те имаха контакти с хората, казваха им какво трябва да правят, даваха им маски, храна.“ Като много сериозен проблем в период на епидемия се представя въпроса с **трайната липсата на вода** в квартала. Според **ПНПО** „Има и друг един друг много сериозен проблем: много лошо беше като казваме на хората „мийте си ръцете, дезинфекцирайте се“. Проблемът е, че нямаше вода.“

„**Затварянето на квартала**“ не се приема еднозначно от обхванатите в изследването. То се разглежда като крайно негативно и дискриминационно, наложено изненадващо и без предварително обсъждане и подготовка на хората, живеещи в квартала. Това довежда до силни ограничения в ежедневиия живот, както на карантинираниите, така и на здравите жители. Изказаното от **П** виждане по проблема „**Затварянето на квартала се отрази на хората стресиращо. Ти да не можеш да излезеш навънка, не може да си пазариш, не може да си говориш, на работа не можеш да отидеш, защото трябва да имаш документ от работодателя, от лекаря, че отиваш при лекар! Това е стресиращо! Не, не трябваше да се затваря квартала! Не може да затваряш едно общество или един квартал, а другата част да е свободна - говорим за общи неща!**“ се потвърждава и от **ПНПО** „Силно е да кажа, че затварянето на квартала беше дискриминация, но когато го затвориха те го направиха без общността да знае. Внезапно заключиха и завариха тунела, всичко, и това стресна всички и хората започнаха „да лудеят“. След като тунелът (пешеходния вход в квартала) беше заключен и заварен станахме и казахме „Защо това трябва да се случи така а не по друг начин?“. Господин кмета организира тази среща за да ни обяснят. Имаше специалист от РЗИ и разбрахме, че условията са били поставени от РЗИ. Не е реално само един квартал да бъде затворен, докато целият град е свободен. Не може заради 20% да страдат другите, които не са добре според мен. Не трябваше да се затваря

така квартала трябваше да се обяви, да се говори, да се вземе решение, така както ни събраха всички след затварянето на квартала.“

**ОПЛ** оценявайки помощта, **получена от страна на здравните медиатори**, вижда ситуацията със „затварянето“ по друг начин „ Основно беше прилагането на маски, дезинфектанти – по-рядко. Момчетата здравни медиатори положиха много усилия – с мегафони обикаляха и информираха хората, разнасяха им храна, помагаша ми да карантинираме засегнатите, при изолирането им и транспортирането им в болница. Затварянето на квартала, според мен беше оправдано – имаше доста хора със симптоми, които не спазваха мерките.“

Като заключителен анонс на темата за преодоляване на последиците от епидемичната криза обнадеждаващо звучат думите на **ЕО** „Това, което осъзнаваме е, че тогава когато сме **единни** (институции и хора, които живеят в ромските квартали), когато се обединим можем да разрешим абсолютно всеки един проблем.“

• **Промени ли се с нещо отношението, нагласата към жителите на квартала от страна на другите граждани и институции? Ако да – по какъв начин? Защо?**

Отговорите на въпроса варират от **позитивна промяна** на нагласата към жителите на квартала от страна на другите граждани и институции, през **липса на такава до негативно отношение** към жителите на кв. „Надежда“.

• **Според Вас как ще се развие епидемията от Ковид-19 в община.....? Мислите ли че най-лошото е отминало или тепърва предстои?**

Отговорите варират от **надежда за подобряване** на ситуацията до отчаяние.

Най-песимистично е виждането на **П** „О, не чакаме добро време ... не, не! Всеки изминал ден животът се променя към зло, не към добро! Нещо трябва да ни предизвиква, нещо движи нещата. Доброто и лошо вървят заедно, обаче злото повече върви.... защото винаги Бог предоставя две неща: добро и лошо и човек избира. Много от хората избират злото.“ По-умерено, но в посока на влошаване на епидемичната обстановка през есенно-зимния сезон, разсъждават **ЕО** „Аз си мисля че тепърва предстои. Аз лично чакам първият дъжд или сняг и ще се увеличават случаите от заболяването. Ще се появят и различни случаи на грип. Проблемът там обаче е различен. Хората ще се затварят в къщите си и заболяването ще се предава по-лесно“ и **ОПЛ** „Мисля, че през зимния сезон нещата ще се влошат, особено ако се разпространят и грипна епидемия“.

• **Смятате ли че ефектите ще бъдат трайни или ще отшумят скоро след края на епидемията?**

Вижданията на обхванатите специалисти са както следва:

- **Е1**: „Ще е необходимо известно време“;
- **Е2**: „Да, да – няма да стане с магическа пръчка“;
- **ЕО**: „Ефектите ще бъдат много трайни в близките 5 - 10 години това ще влияе много. Говорим в сферата на икономика, на здравеопазване, на образование - ще влияе много“.
- **ОПЛ**: „Не мога да кажа. Заболяването е ново и не е проучено достатъчно“.
- **ЗМ**: „Мисля, че ефекта още не сме го видели. Ще го видим след една година“.
- **ПНПО**: „Ефектите ще бъдат трайни. Икономически няма да са трайни ще се оправи икономиката, но психически това ще остане в хората. Аз имам две дъщери и едната ми казва „татко, това сигурно на нашите деца ще го разказваме“. .... Дъщеря ми е зачеркнала 2020 година, направила я е черна и не харесва тази година, което означава, че хората това ще го запомнят и ще остане трайна психическа травма“.



– **П:** „Ако продължи по този начин, мисля че във всяка една сфера може да има проблем. Здравеопазването и образованието ще бъдат засегнати най-много“.

• **В кои сфери на живота очаквате последствията от епидемията да бъдат най-трайни?**

Според обхванатите последствията от епидемията ще се отразят на здравеопазването, образованието и икономиката както следва:

- **Е2:** „Икономика, образование“.

- **ЕО:** „Образование, здравеопазване, икономика“.

- **ОП1:** „В здравеопазването ще е тежко. Не достигат кадри и в бъдеще ще бъде много трудно. Особено много липсват медицински сестри“.

- **ЗМ:** „Образование и икономика. Здравния елемент – там липсват кадри“.

- **ПНПО:** „Повече **психически травми** ще останат в хората отколкото икономически последици“.

- **П:** „В здравеопазването - много хора от махалата не са осигурени“.

• **Какви изводи следва да бъдат направени от пандемията по отношение на достъпа до здравеопазване на хората от уязвими групи, вкл. роми? Какви нови проблеми установихте и какви възможности за подобрения на здравните политики, мерки и подходи се очертаха – по-специално по отношение на хората от уязвими групи, вкл. роми?**

**ЕО:** Онова, което научихме първо е, че и **те могат – ромите!** Доказахме, че можем да се обединим и съвместно да разрешим даден проблем.

**ОП1:** „В здравната система трябва да се направи сериозна промяна, така че тя да работи в услуга на хората. Въпреки увеличаващите се средства в нея, те не се насочват правилно. Щом няма достатъчно лекари и особено сестри – това означава, че нещата не са добре“.

### **3.3. Резултати от колективно интервю (фокус-група) сред представители от ромски етнос, жители на кв. „Надежда“, гр. Сливен**

**Дата на провеждане:** 14 ноември 2020 г., 10.00 ч.

**Име на модератора:** Доц. д-р Мариела Стефанова Камбурова, дм

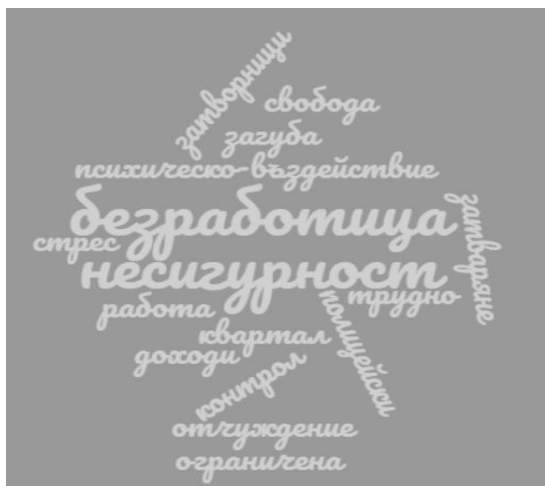
**Демографски характеристики на участниците:**

- жена, 54 г., омъжена, работеща, средно образование
- жена, 38 г., омъжена, работеща, средно образование
- жена, 57 г., омъжена, безработна, начално образование
- жена, 18-навършени години, неомъжена, основно, учи за придобиване на средно образование
- мъж, 52 г., женен, нерегистриран безработен, начално образование
- мъж, 40 г., женен, нерегистриран безработен, средно образование
- мъж, 31 г., женен, безработен, основно образование
- мъж, 29 г., женен, работещ, основно – учи за придобиване на средно образование

При провеждане на колективното интервю бяха приложени т. нар. обобщени критерии за докладване на качествени изследвания: COREQ – чек-лист с 32 въпроса (Табл. 2).

## 1. Общо въздействие на епидемията от COVID-19 (облак №1)

Както е видно от облак №1 общото въздействие на епидемията от COVID-19 върху населението от квартал „Надежда“ се изразява най-вече в **безработица и несигурност**.

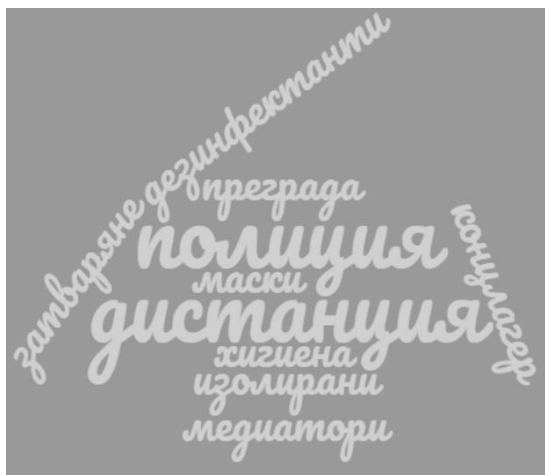


Тези заключения се обективизират от думите на хората от квартала:

- „Жена: Според мен доста се е отразило. Много хора останаха без работа, без финанси...“
- „Жена: аз мисля, че доста се стресираха хората, ... получи се един страх - хората се отчуждиха, отстраниха, всеки се опасява, всеки се затваря в черупката си, чувства се една студенина и несигурност.“

## 2. Противоепидемични мерки (облак №2)

В периода на извънредно положение, въведено с решение на Народното събрание на Р България, наред с общоприетите противоепидемични мерки, квартал „Надежда“ в гр. Сливен е един от малкото в страната напълно затворен за свободно влизане и излизане на хора. Това се отразява и върху възприятието на интервюираните за приложените мерки. Както се илюстрира от облак №2 хората асоциират противоепидемичните мерки основно с думите **дистанция и полиция**.

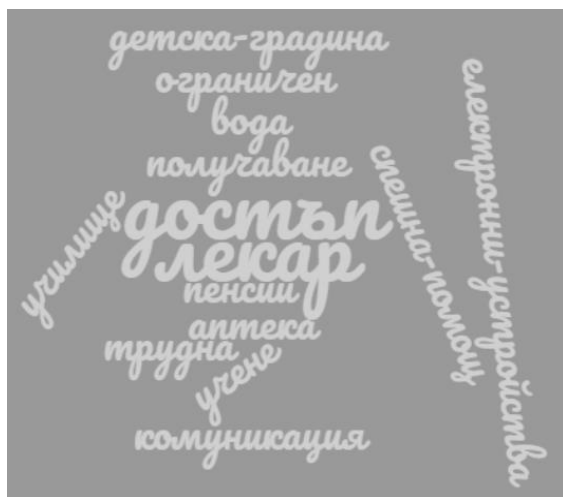


Това възприятие на експертите се подкрепя и от думите на интервюираните представители на ромския етнос.

- „Жена: Полицията също минаваше по улиците да въвежда ред. И беше една страшна картина, наистина като във филмите. Ние само по филмите сме гледали тези неща, но реално се случи.“
- „Жена: все пак не сме ли свободни хора! Защо трябва да ни затварят с катинари и с врати!? Ние не се намираме в затвор, ние сме свободни хора! В кой век живеем ние!“

## 3. Затруднения при ползване на услуги (облак №3)

В периода на извънредно положение и извънредна обстановка използването на обществени услуги е силно затруднен. В условията на тотално затваряне на ромския квартал това е още по-трудно. С най-голям размер на шрифта в облак №3 се откроява думата **достъп и лекар**.



- „Жена: Ами да, доста се отрази. Лично познавам хора в квартала, които не са имали лаптопи.“
- „Мъж: сина ми учеше с моя телефон и като отивах на работа няма откъде да учи, само когато съм си вкъщи. Нямаме друго устройство.“
- „Мъж: дали лекари, дали полицаи, дали институции - всичко се промени.“

#### 4. Трудности, предизвикани от извънредното положение (облак №4)

Въведеното в страната извънредно положение и последвалата го епидемиологична обстановка при пандемията от COVID-19, е истинско предизвикателство за населението в света и в страната. Пред хората от ромския етнос това положение поставя още по-големи предизвикателства.

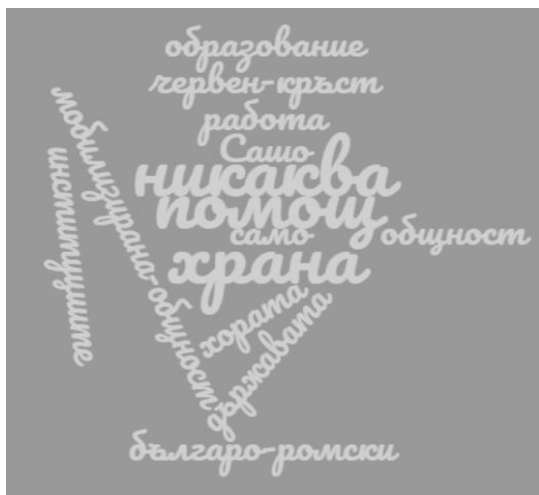


- Мъж: Ами то като нямаш пари как ще купуваш храна, как ще купуваш лекарства? Никой няма да ти дава!“
- „Жена: аз си спомням, че имаше случаи когато полицаите не пускаха хората до аптеката, въпреки че са платили ... не заради проблем с парите, а защото не ги пускат.“
- „Жена: в квартала няма аптека!“
- „Жена: в седмиците, в които беше затворен квартала хората са взимали лекарства назаем от съседите.“

Тяхното виждане за реалната ситуация е възприето и препредадено от експертите чрез два ключови кода: **липса и работа**. Липсата се изразява както в загубата на работа, така и в недостига на пари, лекарства, възможности и др.

#### 5. Мерки за подпомагане (облак №5)

В трудни периоди, какъвто безспорно е една пандемия, от ключово значение, особено за уязвимите групи, е наличието на организация, институция, хора, които да подпомагат нуждаещите се. Обхванатите в проучването асоциират оказаната помощ главно с липсата й т.е. с **никаква помощ и храна**. Техните думи красноречиво описват действителността.



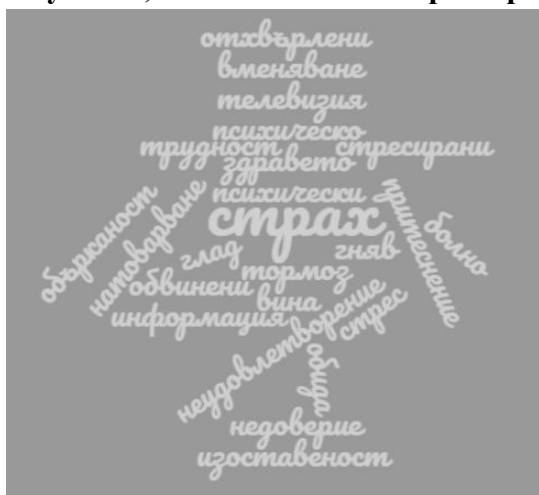
- „Мъж: .... като искат да ни затворят и ни затвориха, защо не е дошла при нас помощ, както даваха на другите градове ....“
- „Мъж: единствено организация, която имаше е на Сашо,. Само другите момчета, които бяха изпратили парите от чужбина .... Те бяха направили дарения и ..... просто това е едно изтезаване за нас ,за ромите.“
- „Мъж: иначе за мен положителна страна по време на тази кампания беше, че самата общност се е мобилизирала и се е обединила, да си помогнат.“

### 6. Очаквания за бъдещето (облак № 6)



- „Мъж: Ами аз като гледам бъдещето май назад отива, отколкото напред, защото едно бъдеще за да бъде в твоите ръце, ти първо трябва да ходиш на работа, да си пуснеш детето на училище ....“
- „Жена: повече мизерия, глад и болести“
- „Мъж: тази година, още от началото беше тежка, цялата година беше много тежка. Някои хора нямаха за закуска, някои хора нямаха за обяд, просто бяха много притеснени хората.“

### 7. Чувства, изпитвани от интервюираните (облак № 7)



Експертите по обществено здраве са поканени да споделят чувствата, които според тях изпитват интервюираните представители от ромския етнос в гр. Сливен във връзка с разпространението на епидемията от COVID-19, противоепидемичните мерки и влиянието им върху живота на жителите от квартал „Надежда“.

Доминиращата емоция според тях е **страх**, като преобладават също така негативни чувства на изоставеност, отхвърленост, и притеснения за бъдещето.

### 3.4. Сравнение на резултатите от дълбочинните интервюта и от колективното интервю (фокус-група)

От изследователска гледна точка е важно да се установи съществуват ли съвпадения, или напротив силно се различават, мненията на автора и на експертите по обществено здраве. Чрез ръчно кодиране и приложение на кодове, относими към съответните теми,

дисертантката пресъздава своите впечатления от проведените дълбочинни интервюта със специалистите, работещи с населението от кв. „Надежда“. Обобщеното виждане на експертите отразява информацията, получена от жители от квартала, участващи във фокус-групата. Отговорите на сравняваните групи (автор и експерти) са обобщени в Табл. 8.

**Табл. 8 Сравнение на вижданията на автора и на експертите по обществено здраве по приоритетни теми (чрез кодове)**

№	Тема	Кодове	
		Специалисти	Експерти
1.	Най-належащите нужди на хората.  <i>Трудности, предизвикани от извънредното положение (облак №4).</i>	Информираност <b>Работа</b> Здравна помощ Доверие Психическо натоварване	<i>Липса</i> <b>Работа</b>
2.	Отражение на епидемията.  <i>Общо въздействие на епидемията от COVID-19 (облак №1).</i>	Обърканост <b>Страх</b> Взаимна подкрепа Ограничение на епидемията Тежко засягане Несправедливо и необосновано „затваряне“	<i>Безработица</i> <b>Несигурност</b>
3.	Най-силно засегнати сфери.  <i>Затруднения при ползване на услуги (облак №3).</i>	Комплексно въздействие <b>Здравеопазване</b> Икономика Образование Психично здраве	<i>Достъп</i> <b>Лекар</b>
4.	Мерки за преодоляване на последствията от Ковид-19.  <i>Противоепидемични мерки (облак №2).</i>	Мобилизиране на общността Трайна липсата на вода в квартала <b>Затваряне на квартала</b> Здравни медиатори Удовлетвореност от отзоваването на институциите Добра комуникация с институциите в града Стриктно спазване на установения ред и правила	<i>Полиция</i> <b>Дистанция</b>
5.	Развие на епидемията от Ковид-19.  <i>Очаквания за бъдещето (облак № 6).</i>	Подобряване на ситуацията <b>Отчаяние</b> <b>Песимистично виждане</b> <b>Влошаване на епидемичната обстановка</b>	<i>Болести</i> <b>Мизерия</b> <b>Глад</b>

№	Тема	Кодове	
		Специалисти	Експерти
6.	Бъдещи мерки за намаляване на негативните последици от кризата, свързана с Ковид-19.  <i>Мерки за подпомагане (облак №5).</i>	Дистанционна работа Откриване на работни места Разкриване на обществени институции в квартала Организация на здравната система Комплекс от предложения	<i>Никаква помощ Храна</i>

От така представените сравнения се установяват редица съвпадения в кодовете на автора и експертите по отношение на повечето теми като:

- Тема 1: работа – *работа*;
- Тема 2: страх – *несигурност*;
- Тема 3: здравеопазване – *лекар*;
- Тема 4: „затваряне на квартала“ – *полиция*;
- Тема 5: отчаяние, песимистично виждане, влошаване на епидемичната обстановка – *болести, мизерия, глад*.

Не се откриват съвпадения във връзка с бъдещите мерки за намаляване на негативните последици от кризата, свързана с Ковид-19. Докато специалистите виждат в бъдещето възможности за подобряване на ситуацията чрез комплекс от мерки като: дистанционна работа, откриване на работни места, разкриване на обществени институции в квартала и по-добра организация на здравната система, то за жителите на квартала бъдещето е тревожно и се асоциира с *липса на храна и никаква помощ*.

#### **4. ОБЩЕСТВЕНИ НАГЛАСИ ОТНОСНО МЕДИКО-СОЦИАЛНИТЕ ПРОБЛЕМИ НА МИГРАНТИТЕ**

##### **4.1. Демографски профил на обхванатите лица**

В проучването са обхванати 388 лица, представители на обществото, чиито демографски профил е представен на Табл. 9.

Така описаната кохорта, сравнително млада с преобладаващо активно, трудоспособно население, живеещо предимно в градовете и със задоволителен образователен статус, предполага висока степен на информираност и ангажираност по отношение на обществените процеси в страната. Това дава основание да разчитаме на информирано мнение по отношение на медико-социалните проблеми и здравното обслужване на мигрантите в страната.

**Табл. 9 Демографски характеристики на обхванатите в проучването лица**

Характеристики	Брой (n=388)	Отн. дял (%)
<b>Възраст</b>	<b>385*</b>	<b>100,0</b>
18 – 30 г.	162	42,1
30 – 50 г.	158	41,0
Над 50 г.	65	16,9
<b>Пол</b>	<b>382*</b>	<b>100,0</b>
Жена	234	61,3
Мъж	148	38,7
<b>Местоживеене</b>	<b>383*</b>	<b>100,0</b>
Град	324	84,9
Село	59	15,1
<b>Образование</b>	<b>385*</b>	<b>100,0</b>
Висше	120	31,1
Средно	252	65,8
Основно	11	2,6
Начално	2	0,5

\*Брой отговорили лица

#### 4.2. Оценка на миграционните процеси и политиката на страната по отношение на мигрантите

Основните източници на информация, които хората ползват, са от съществено значение за формиране на мнението за протичащите обществени процеси. Обхванатите в проучването лица споделят, че по отношение на проблемите на мигрантите, основен източник на информация за тях са електронните средства за масова информация – телевизията (Табл. 10).

Установените от нас резултати корелират с публикуваните от ВКБООН през 2018 г., които съобщават, че телевизията е основен източник на информация (92,0%) сред населението по проблеми, свързани с мигрантите и бежанците.

**Табл. 10 Източници на информация по проблеми на мигрантите (в брой и %)**

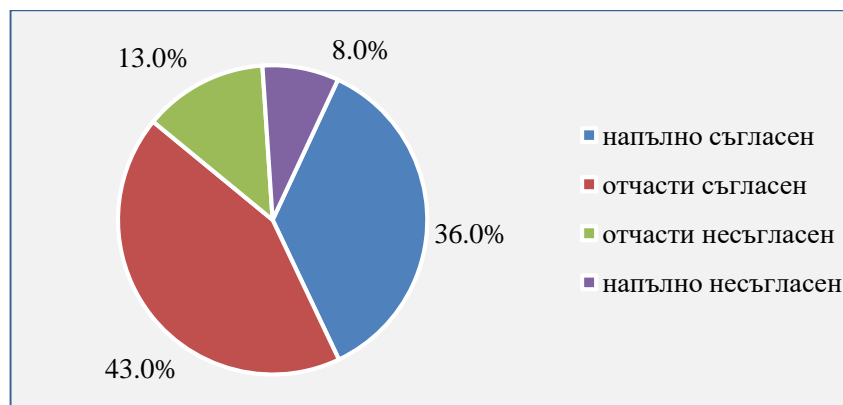
Основни източници	Общи проблеми	Социални проблеми	Здравни проблеми
<b>Ел. средства за масова информация</b>	<b>357 (92,0%)</b>	<b>335 (88,9%)</b>	<b>328 (89,1%)</b>
<b>Вестници</b>	23 (5,9%)	27 (7,1%)	26 (7,1%)
<b>Друг източник</b>	8 (2,1%)	15 (4,0%)	14 (3,8%)
<b>Общо</b>	<b>388* (100,0%)</b>	<b>377* (100,0%)</b>	<b>368* (100,0%)</b>

\*Брой отговорили лица

Към момента на провеждане на срезовото проучване (2017-2018 г.) усещането за продължаваща и реална мигрантска криза е широко разпространено в българското

общество.

Това усещане намира отражение в резултатите от нашето проучване. Както е видно на Фиг. 7 почти 80,0% (307) от обхванатите са съгласни (напълно или отчасти) с твърдението, че страната е заплашена от мигрантска вълна. Само 31 (8,0%) от респондентите са напълно несъгласни с него.



**Фиг. 7** Разпределение на анкетираните според отговорите на въпроса „Съгласни ли сте с твърдението, че в момента България е заплашена от мигрантска вълна?“

Прави впечатление, че една трета (113 лица - 29,0%) от обхванатите в проучването споделят мнението, че относителния дял на мигрантите в България е по-висок от този в страните-членки на ЕС. Тези резултати корелират с общественото мнение и в други страни, в които делът на мигрантите се преувеличава силно и се оценява от хората като многократно по-висок от реалния.

Болшинството от анкетираните определят желанието на хората за миграция като основателно (227 лица - 58,5%). Според 51 (13,1%) това желание е неоснователно, а една трета не могат да преценят доколко основателно е желанието на хората да мигрират в друга страна. Високото ниво на толерантност към желанието за миграция кореспондира с факта на значителна, главно икономическа, имиграция на млади, работоспособни хора от България в последните 30 години. По данни от последното преброяване към 2011 г. българите, трайно живеещи извън България са над 1 млн. души. Подобни са и данните на ООН – 1,18 млн., а Евростат съобщава за по-висок брой на българите зад граница, към 2017 г. съответно 1,3 млн. души.

На анкетираните беше предоставена възможност да посочат три водещи причини, принуждаващи хората да мигрират от собствената им страна. Според тях те се ранжират както следва:

1. Война в тяхната държава – 271 отговорили;
2. Лоши икономически условия в тяхната държава – 201 отговорили;
3. Търсене на по-добри условия на живот за техните семейства – 173 отговорили.

Прави впечатление, че според анкетираните водещи причини за миграция са т.нар. тласкащи фактори, които реално принуждават засегнатите от война да бягат панически от страната си на произход.

Установяват се значителни разминавания между официалните данни на Държавна агенция за бежанците при министерския съвет (ДАБ) и мнението на анкетираните, във връзка със страната на произход на мигрантите. Над 70,0% (273) от тях приемат, че



преобладаващата част от мигрантите в България са с произход от Сирия, най-вероятно повлияни от войната в държавата, към момента на проучването и последвалата я бежанска криза. Ранжирането на мненията на обхванатите поставя на следващите места, като държави на произход на мигрантите, както следва: Ирак – 47 (12,0%); Афганистан – 28 (7,2%), Пакистан и Ирак със съответно по 20 (5,2%). Според официалните данни за 2020 г. мигрантите в България идват основно от Афганистан, на следващите места се подреждат Сирия, Ирак, Мароко и Пакистан. Тези данни повдигат хипотезата, че водещите причини за миграция на пребиваващите в България са най-вече икономически, т.е. т.нар. теглещи фактори, а не толкова по хуманитарни причини и като резултат от военни действия.

Мнението на респондентите по отношение на образователния статус на мигрантите в страната се препокрива в значителна степен с публикуваната от ДАБ информация.

В исторически план нашата страна е приемала големи мигрантски потоци (евреи, арменци и др.). Според 245 (63,1%) от обхванатите в проучването България е страна, през която мигрантите само преминават т.е. тя е транзитна страна. Повече от една пета от анкетираните (86 лица - 22,1%) приемат, че България е държава, в която мигрантите са принудени да останат, но не липсват и позитивно настроени хора (55 лица - 14,2%), които вярват, че нашата страна е място, в което мигрантите желаят да останат да живеят. Тези резултати потвърждават факта, че България е транзитна страна по т.нар. „балкански път“ към Западна Европа.

Висок е относителният дял (356 лица - 91,8%) на лицата изказали становище, че не са запознати с интеграционните държавни политики по отношение на емигрантите в нашата страна.

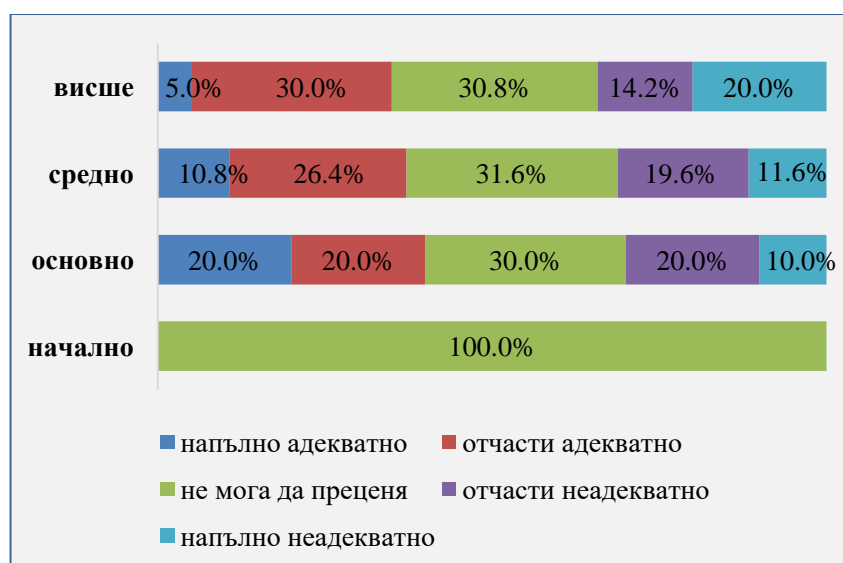
Установяват се статистически значими различия, в оценката на различните групи на включените в проучването лица, по отношение на адекватността на политиката на държавата, свързана с мигрантите. В почти равни относителни дялове са разпределени оценяващите политиката като по-скоро адекватна (141 лица - 36,4%), по-скоро неадекватна (123 лица - 31,7%) и колебаещите се по-въпроса (123 лица - 31,7%). Сред населението между 18 и 30 г. по-скоро преобладава мнението за неадекватност на политиката: 35 (21,6%) от тях я оценяват като отчасти, а 25 (15,4%) като напълно неадекватна. В средната възрастова група около 40,0% (63) от обхванатите приемат държавната политика по отношение на мигрантите като по-скоро адекватна. Сред населението над 50 г. в най-голяма степен политиката на държавата е оценявана като напълно адекватна (13 лица - 20,0%). С увеличаването на възрастта оценката за пълна адекватност на държавната политика се повишава ( $\chi^2=20.300$ ,  $df=8$ ,  $p<0.01$ ).

Не се установява сигнификантна разлика по пол при оценка на адекватността на политиката на държавата по отношение на миграционните процеси в страната ( $p>0.05$ ). Два пъти по-висок е дялът на мъжете приемащи политиката за напълно адекватна (19 лица - 12,8%) в сравнение с жените (16 лица - 6,8%).

Местоживеенето също оказва статистически значимо влияние върху мнението на обществото за политиката на страната ( $\chi^2=14.230$ ,  $df=4$ ,  $p<0.01$ ). Населението, живеещо в селата, е склонно към положителна оценка на политиката, докато градското население има по-скоро негативно виждане по въпроса.

Относителният дял на лицата оценяващи държавната политика като напълно неадекватна се повишава с повишаване на образователния статус на обхванатите лица (Фиг. 8). Дялът на лицата с висше образование оценяващи негативно политиката (24 лица - 20,0%)

е два пъти по-висок от дела на лицата с основно образование (1 лице - 10,0%), и обратно делът на лицата с висше образование, които приемат политиката на страната по отношение на мигрантите като напълно адекватна е четири пъти по-малък (6 лица - 5,0%) от този на лицата с основно образование – 2 (20,0%) ( $p>0.05$ ).



**Фиг. 8** Разпределение на анкетираните според отговорите на въпроса „Според Вас политиката на държавата по отношение на мигрантите е?“ по образователна степен (в %)

България е страна характеризираща се с успешен модел на етническа толерантност. Над две трети (267 лица - 68,8%) от обхванатите лица обаче споделят мнението, че държавата трябва да ограничава достъпа на мигранти в страната, а почти една трета от тях изказват мнение за толерантност на държавата към мигрантите. Донякъде тези резултати противоречат на отразеното по-горе разбиране за основателността на желанието на мигрантите да напуснат своята страна и да потърсят по-добро място за живеене и потвърждават публикуваните от ВКБООН през 2018 г. резултати.

#### 4.3. Медико-социални и здравни проблеми на мигрантите

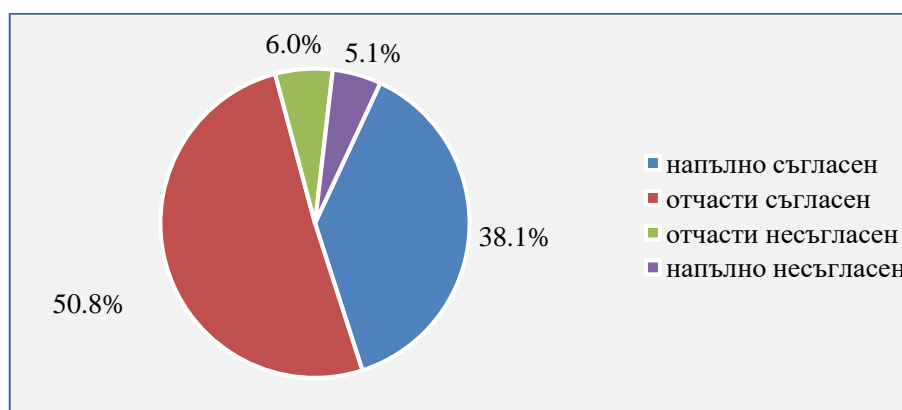
Над три четвърти (305 лица - 78,6%) от респондентите отговарят, че не са запознати със социалните проблеми на мигрантите, а още по-висок (335 лица - 86,3%) е относителният дял на незапознатите със здравните им проблеми.

Преобладаващата част (316 лица - 81,4%) от обхванатите изказват твърдение, че здравето на мигрантите е по-лошо от това на местното население. Не се установява статистически значима разлика в отговорите на анкетираните според техните демографски характеристики като пол, възраст, местоживеене и образователен статус ( $p>0.05$ ). Тези резултати противоречат на реалното състояние, което се описва с т.нар. ефект на здравия мигрант и с факта, че хората с тежки форми на заболявания не са годни за пътуване.

Оценката на анкетираните за влиянието, което здравословния статус на мигрантите оказва върху здравето на българското население, потвърждава обсъдените дотук резултати. Само малко над една десета (43 лица - 11,1%) от обхванатите лица споделят мнението, че здравето на българите не е застрашено от здравословното състояние на мигрантите (Фиг.

9). Съгласни напълно са 148 (38,1%) или отчасти (197 лица - 50,8%) с обратното твърдение – за съществуваща заплахата за общественото здраве във връзка със здравето на мигрантите. Подобно усещане у обществото за заплахата, свързана със здравния статус на мигрантите, установява и ВКБООН през 2018 г.

Сред населението между 18 и 30 г. преобладаващ е дялът на съгласните с твърдението, че здравето на мигрантите застрашава здравето на българското население – напълно съгласни са 71 (43,8%), а отчасти съгласни са 76 (46,9%) от тях. Подобно, но в по-високи относителни дялове е ранжирането на становището и на лицата над 50 г., съответно напълно съгласни са 29 (44,6%), а отчасти съгласни са 31 (47,7%). Сред лицата във възрастовата група 30-50 г. дялът на несъгласните със становището за съществуваща заплахата по отношение на общественото здраве в България е най-висок: 10 (6,3%) са напълно несъгласни, а 13 (8,2%) са отчасти несъгласни с това твърдение ( $\chi^2=11.580$ ,  $df=9$ ,  $p>0.05$ ).



**Фиг. 9** Разпределение на анкетираните според отговорите на въпроса „Здравословното състояние на мигрантите застрашава ли здравето на българското население?“ (в %)

Не се установява статистически значима разлика в мненията по въпроса във връзка с пола на лицата ( $\chi^2=7.020$ ,  $df=3$ ,  $p>0.05$ ). Сред двата пола значително преобладава дялът на лицата напълно съгласни (мъже – 66, 44.6%; жени – 81, 34.6%) и отчасти съгласни (мъже – 63, 42.2%; жени – 131, 55.9%) с твърдението за съществуваща заплахата за здравето на българското население. Сред несъгласните с това твърдение с малко, но преобладава относителният дял на мъжете.

Местоживеенето по-скоро оказва въздействие върху усещането за заплахата за здравето на местното население като резултат от здравния статус на мигрантите ( $\chi^2=7.950$ ,  $df=3$ ,  $p=0.04$ ). Сред двете сравнявани групи преобладават отговорите „напълно съгласен“ и „отчасти съгласен“, като дялът на представителите на градското население, напълно съгласни с това твърдение (131 или 40,4%), е почти два пъти по-висок от този на населението, живеещо в селата – 15 (25,4%).

Образованието е от изключителна важност при формиране на мнение по отношение на обществените процеси. В нашето проучване то не оказва сигнификантно въздействие при оценка на влиянието на здравното състояние на мигрантите върху това на местното население ( $\chi^2=14.150$ ,  $df=9$ ,  $p>0.05$ ). Сред анкетираните категорично преобладава мнението за съществуваща заплахата за общественото здраве, свързана със здравословното състояние на мигрантите. Дялът на лицата с висше (41 лица - 34,2%) и средно (104 лица - 41,3%)

образование, напълно съгласни с това твърдение, е три-четири пъти по-висок от този на лицата с основно образование (1 лице - 9,1%). Всички лица с начално образование са отчасти съгласни с тезата за съществуващата заплаха за общественото здраве.

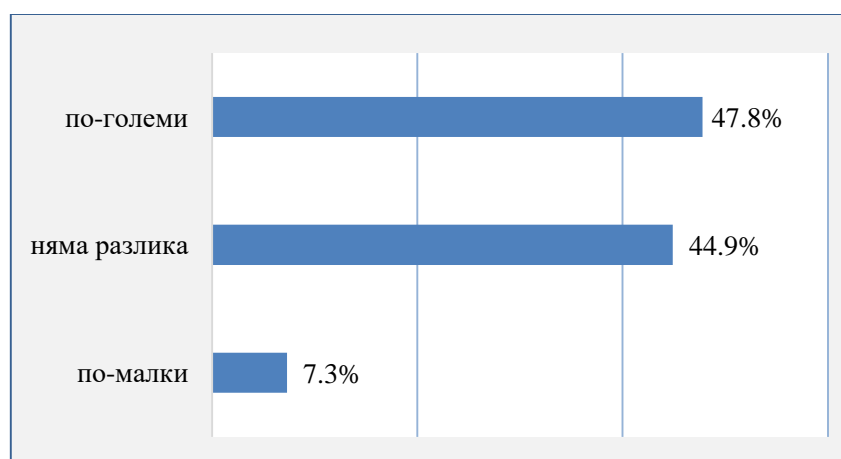
Представените от нас резултати потвърждават публикуваните в проучване на Aguemang (2014). В допълнение те се вписват и в съобщенията от Moullan и Jusot (2014), които заключват за съществуването на градиент север-юг в Европа по отношение на здравното състояние на имигрантите: тяхното здравословно състояние е по-добро в Италия и в Испания, отколкото във Франция и Белгия. И обратно, здравният статус на местните жители е по-лош в Италия и в Белгия, отколкото във Франция и Испания и обобщават, че разликите в здравното състояние зависят и от приемащите държави. Това предполага различия в здравния подбор при миграция и в интеграцията на имигрантите между европейските страни.

#### 4.4. Здравно обслужване на мигрантите

Включването на мигрантите в здравната система на страните-дестинации се разглежда като съществен компонент на тяхната интеграция и е елемент от Програмата на ООН за целите на устойчивото развитие, с императив „Никой да не бъде изоставен“.

Така обсъдените резултати, изказани от обхванатите в проучването лица, за по-лошо здравно състояние на мигрантите и за опасността, която здравния им статус представлява за общественото здраве в страната, рефлектират и върху оценката на анкетираните за здравните потребности на мигрантите.

Преобладаващата част (185 лица - 47,8%) от обхванатите в проучването респонденти изразяват мнение за по-големи нужди от здравна помощ на мигрантите в сравнение с българското население. Незначително по-малък е дялът (174 лица - 44,9%) на хората приемащи, че няма разлика между нуждите от здравни грижи на двете сравнявани групи (Фиг. 10).



**Фиг. 10** Разпределение на анкетираните според отговорите на въпроса „Според Вас в сравнение с българското население нуждите на мигрантите от здравна помощ са:?“ (в %)

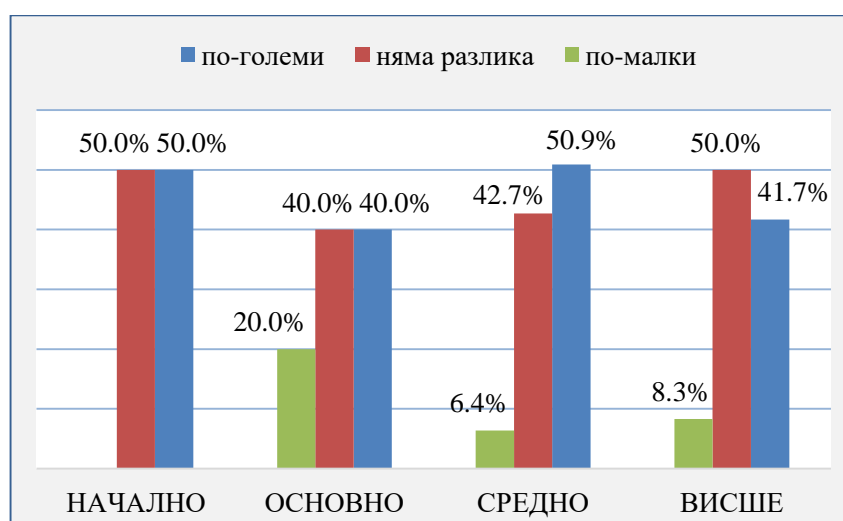
Не се установява сигнификантна разлика в мненията на обхванатите в проучването според тяхната възраст ( $\chi^2=8.660$ ,  $df=4$ ,  $p>0.05$ ).

С напредване на възрастта намалява дялът на лицата приемащи, че нуждите на

мигрантите от здравна помощ са по-високи от тези на българското население, като сред възрастова група 18-30 г. той е 56,2% (91), сред лицата във средната възрастова група – 43,1% (68) и сред най-възрастните съответно 38,5% (25). Съответно, с увеличаване на възрастта се увеличава относителният дял на лицата, отговарящи, че няма разлика в потребностите от здравна помощ на двете сравнявани групи: над 50 г. – 34 (52,3%), от 30 до 50 г. – 79 (50,0%) и сред най-младите – 60 (37,1%). Незначителни са дяловете на лицата в трите възрастови групи приемащи, че здравните потребности на мигрантите са по-малки от тези на българското население.

Образованието (Фиг. 11) не се проявява като фактор, повлияващ мнението на анкетираните по отношение на нуждите на мигрантите от здравна помощ ( $\chi^2=5.520$ ,  $df=6$ ,  $p>0.05$ ).

Лицата с висше образование оценяват нуждите на мигрантите от здравна помощ по-скоро като по-големи от тези на българското население (60 лица - 50,0%). Тези със средно образование като по-големи (128 лица - 50,9%), а в останалите две сравнявани групи в равни относителни дялове те са оценени като по-големи и подобни на тези на местното население. Една пета от лицата с основно образование (2 лица - 20,0%) приемат като по-малки здравните нужди на мигрантите в сравнение с тези на българското население.



**Фиг. 11** Разпределение на анкетираните според отговорите на въпроса „Според Вас в сравнение с българското население нуждите на мигрантите от здравна помощ са:“ по образователна степен (в %)

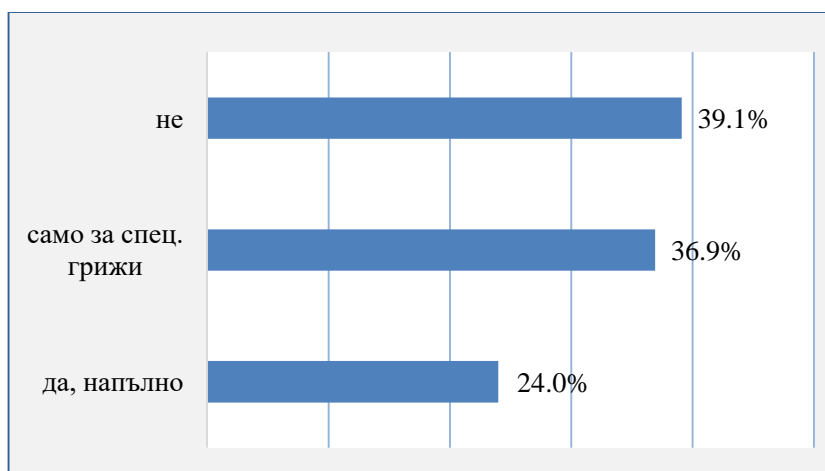
Местоживеенето и полът не се отразяват статистически върху отговорите на анкетираните по разглежданата тема ( $p>0.05$ ).

Освен да оценят здравните нужди на мигрантите анкетираните имаха възможност да споделят своето мнение за вида здравна помощ, от който се нуждаят мигрантите. Според преобладаващата част от обхванатите мигрантите се нуждаят най-вече от доболнична първична (134 лица - 34,5%) и специализирана (123 лица - 31,8%) помощ. Всеки шести респондент споделя виждането си, че мигрантите се нуждаят от болнична помощ.

Толерантността на българското население се проявява при отговора на въпроса „Според Вас трябва ли да се предоставят здравни услуги на мигранти, независимо от техния статут?“. Над 80% от анкетираните (307 от отзовалите се) категорично заявяват необходимостта да се предоставят здравни услуги на мигрантите независимо от техния

правен статут.

По-малко от една четвърт (93 лица - 24,0%) от обхванатите в проучването са категорични за готовността на здравната система да отговори напълно с адекватни здравни грижи на потребностите на мигрантите (Фиг. 12).

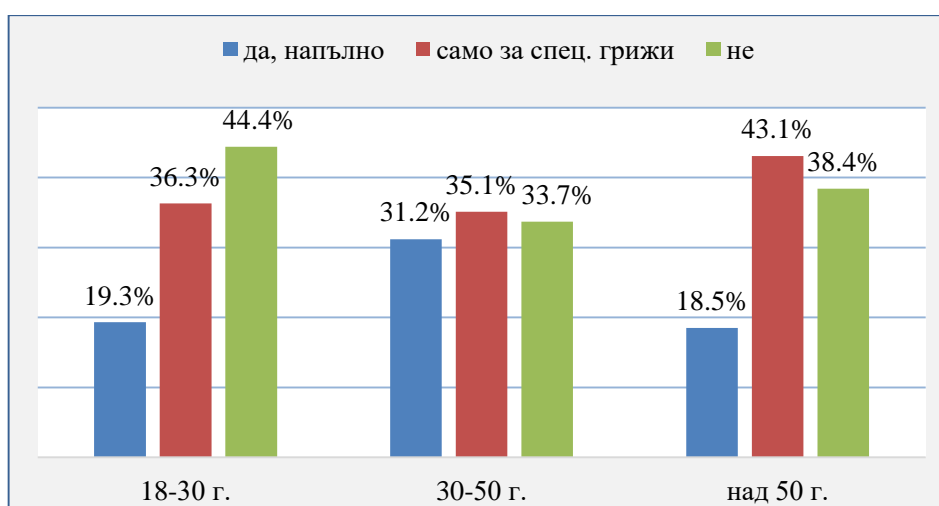


**Фиг. 12** Разпределение на анкетираните според отговорите на въпроса „В състояние ли е нашето здравеопазване да осигури адекватни здравни грижи за мигрантите?“ (в %)

Най-висок (152 лица - 39,1%) е относителният дял на отговорилите отрицателно на зададения въпрос, а 143 (36,9%) от лицата приемат готовността на системата да отговори само на някои от специфичните им здравни потребности.

По отношение на влиянието на местоживеенето и образователната степен на обхванатите не се откриват значими различия в отговорите ( $p > 0.05$ ).

Възрастовото разпределение на анкетираните по въпроса е представено на Фиг. 13.



**Фиг. 13** Разпределение на анкетираните според отговорите на въпроса „В състояние ли е нашето здравеопазване да осигури адекватни здравни грижи за мигрантите?“ по възраст (в %)

Лицата във възрастовата група 18 – 30 г. са по-скоро песимистично настроени. Сред тях относителният дял (72 лица - 44,4%) на отговорилите негативно на поставения въпрос

е най-висок. Сред лицата от възрастовата група над 50 г. преобладава мнението, че здравната система може да отговори само на някои специфични потребности на мигрантите (28 лица - 43,1%).

Сред представителите на средната възрастова група (30-50 г.) не се откроява категорично виждане по въпроса, но спрямо другите две възрастови групи, най-висок е дялът на лицата (49 лица - 31,2%) приемащи, че здравната система напълно отговаря на потребностите на мигрантите ( $\chi^2=8.650$ ,  $df=4$ ,  $p>0.05$ ).

Мъжете (65 лица - 43,8%) са по-склонни да оценяват здравната система на страната като неспособна да осигури адекватни здравни грижи на мигрантите, докато при жените (96 лица - 40,9%) преобладава мнението, че нашата здравна система може да осигури здравни грижи само по отношение на някои специални здравни потребности на мигрантите. Приблизително по една четвърт от респондентите и в двете сравнявани групи приемат здравеопазването като напълно подготвено да посрещне здравните потребности на мигрантите ( $\chi^2=4.110$ ,  $df=2$ ,  $p>0.05$ ).

## **5. МНЕНИЕ НА РАБОТЕЩИ НА ПЪРВА ЛИНИЯ СПЕЦИАЛИСТИ ОТНОСНО МЕДИКО-СОЦИАЛНИТЕ ПРОБЛЕМИ НА МИГРАНТИТЕ**

През март 2019 г., в рамките на проект TRAIN4M&H [183], финансиран от Европейската комисия, се проведе проучване сред 22 специалисти, работещи на първа линия с мигранти и бежанци в Р България. Всички експерти бяха поканени и се включиха в изследването.

Набирането на информацията се осъществи чрез пряка груповата анкета, проведена от автора на научното изследване.

### **5.1. Демографски характеристики, професионални компетенции и условия на труд на специалистите**

Според професионалната им експертиза обхванатите се разпределят както следва:

- здравни специалисти – 5 бр.
- социални работници – 2 бр.
- служители в правоохранителни органи – 13 бр.
- специалисти от НПО – 2 бр.

Преобладаващата част от участниците (15) са мъже, което кореспондира с професионалните характеристики на обхванатите. Възрастта им варира от 28 до 68 години, като средната е 44,82 години.

Преобладават участниците с трудов стаж по специалността над 15 години, което е гаранция за експертност в тяхната работа и задълбочени познания по медико-социалните проблеми на мигрантите.

От значение за ефективната работа и постигане на желаните резултати, при оказване на здравни грижи на мигрантите, е както теоретичната и практическа подготовка на специалистите, така и ресурсната им обезпеченост.

Преобладаващата част от обхванатите в проучването преценяват, че познават основните детерминанти на здравето на мигрантите и познават условията, ценностите и техните културни особености. Почти всички отговорили (20) споделят, че здравето на мигрантите е важна детерминанта за здравето на страната в приемащата страна, като 55% от обхванатите приемат, че здравословното състояние на мигрантите застрашава здравето

на българското население.

Разпределението на анкетиранияте по отношение на знанията им за основните здравни проблеми на мигрантите е в две равни части: 11 от тях споделят, че не познават изцяло или отчасти здравните проблеми на мигрантите. Това разпределение е адекватно на характеристиките на обхванатата група и на тяхната професионална специализация.

Добро впечатление прави фактът, че по-голямата част от работещите на първа линия професионалисти споделят, че знаят къде да намерят информация по проблеми на здравето на мигрантите, притежават умения за оценка на индивидуалния здравен риск на мигрантите и са убедени от ползата от дейности за подобряване на здравето на мигрантите.

Същевременно обаче по-голямата част от тях преценяват, че не са достатъчно подготвени и не притежават изцяло или отчасти: умения за оценка на конкретния здравен проблем на мигрантите; умения за планиране, осъществяване и оценяване на здравна интервенция сред мигрантска общност и не познават и не прилага съвременни интерактивни методи за здравно възпитание сред мигрантите.

От огромно значение за положителните резултати при решаване на здравните проблеми на мигрантите са и ресурсите, с които разполагат и условията, при които работят специалистите. Преобладаващата част от професионалистите споделят, че притежават умения за изграждане на партньорство и работа в екип, имат желание за работа с мигранти, разполагат с необходимите условия за работа – офис, интернет връзка, телефон и имат подкрепата на своите ръководители, колеги и сътрудници. В същото време финансовите ресурси и времето, с което професионалистите разполагат, за осъществяване на дейности за подобряване на здравето на мигрантите се преценяват като недостатъчни.

Така представените резултати, за самооценка на професионалната подготовка на обхванатите в проучването специалисти и за ресурсите, с които разполагат, за решаване на здравни проблеми на мигрантите, говорят, че те са мотивирани и обективно оценяват необходимостта от продължаващо обучение по проблемите на мигрантското здраве.

## **5.2. Оценка на миграционните процеси и политиката на страната по отношение на мигрантите**

Едва 20,0% от отговорилите специалисти, работещи с мигранти, изказват пълно несъгласие с твърдението, че страната е заплашена от мигрантска криза. Преобладаващата част или 55,0% от обхванатите са съгласни (отчасти или напълно) с това твърдение. Мнението на всички (100,0%) специалисти е, че България е страна, през която мигрантите само преминават т.е. тя е транзитна страна.

Интерес представлява как специалистите, като професионалисти ангажирани на първа линия, определят държавната политика по отношение на мигрантите. Почти половината от тях (46,0%) я оценяват като отчасти адекватна, а 18,0% като напълно адекватна, което е добра атестация за ролята на държавата в управляването на миграционните процеси в страната.

Установява се статистически значима разлика в мнението на професионалистите, според техните професионални компетентности ( $\chi^2=5.460$ ,  $df=1$ ,  $p=0.02$ ). Значително по-висок относителен дял (71,4%) от медицинските специалисти (МС: здравни и социални работници), определят политиката на страната като неадекватна, докато според 80,0% от немедицинските специалисти (НМС: служители в правоохранителни органи и работещи в НПО) тя е адекватна. Тези резултати, в частност мнението на МС, съвпадат с общата оценка,



според системата MIREX. България попада в групата страни оценени като т. нар. **равенство на документи - наполовина неблагоприятно** (среден резултат: 40/100), т.е. политиката на страната се съсредоточава основно върху базисните права на имигрантите и преминава само половината път към предоставянето им на дългосрочна сигурност.

Не се установяват статистически сигнификантни различия в отговорите на специалистите според тяхната възраст, продължителност на трудовия стаж по специалността и пол ( $p > 0.05$ ).

Политиката на държавата по отношение на мигрантите се коментира според нюансите на отговора на предходния въпрос. Преобладават мненията за пречки и проблеми пред адекватна политика като:

- липса на административен капацитет;
- политиките за интеграция липсват или са подчинени изцяло на разпоредбите на ЕС;
- прехвърляне на отговорности между институциите;
- изразходване на много финансови средства за мигрантите и др.

Като позитивни аспекти на политиката обхванатите посочват осигуряването на достъп до здравеопазване и пазар на труда на търсещите закрила лица, както и предвиждането на финансов ресурс от държавата за интеграция на бежанците и мигрантите.

Прави впечатление, че само трима от анкетираните заявяват, че политиката на страната трябва да бъде толерантна към мигрантите, а повече от половината са на мнение, че държавата трябва да ограничава достъпа на мигранти в страната. Сред изказалите друго мнение преобладават вижданията за необходимостта от цялостно съобразяване на политиката на страната с международните стандарти и проявяване на толерантност, според статута на лицето. Не липсват и мнения за ограничаване на достъпа до страната на нелегални и икономически мигранти, както и връщането им в страната по произход. Резултатите потвърждават публикуваните от ВКБООН през 2018 г.

### **5.3. Медико-социални и здравни проблеми на мигрантите**

Болшинството от специалистите (над 85,0%) отговарят, че са запознати с водещите социални проблеми на мигрантите.

На обхванатите беше предоставена възможност да определят, трите най-важни социални проблема на мигрантите, което доведе до широка палитра от мнения, водещите сред които са:

- Непознаване (от мигрантите) на културните, социални и административни условия и разпоредби в страната – 9 отговорили;
- Липса на трудов опит и нежелание за работа – 5 отговорили;
- Езикова бариера – 4 отговорили;
- Нисък образователен статус – 3 отговорили;
- Липса на работа, липса на средства, липса на социално подпомагане, религиозни убеждения – по 2 отговорили;
- Разделяне на семейства, криминални деяния, негативно отношение от страна на местното население и др. – по 1 отговорил.

Категорично се откроява виждането за липса на предварителна подготовка (образователна, езикова, административна) от страна на мигрантите, което потвърждава факта и мнението на обхванатите специалисти, че България е транзитна за мигрантите

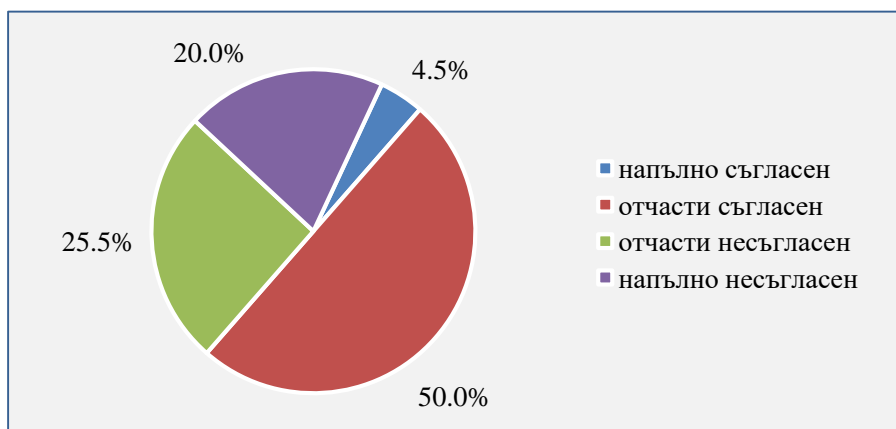
страна, в която те са принудени да останат, поради законовите разпоредби.

По-нисък е относителният дял на професионалистите (59,0%), които твърдят, че са запознати със здравните проблеми на мигрантите. Все пак фактът, че обхванатите в проучването специалисти, независимо от тяхната професионална експертиза, ежедневно се сблъскват с многообразието от проблеми (социални, здравни, правни и др.) на мигрантите им дава възможност да преценят водещите им здравни проблеми.

Според обхванатите в проучването, ранжирането на здравните проблеми сред мигрантите е както следва:

- Лоша хигиена и като резултат разпространение на инфекциозни, респираторни и паразитни заболявания – 11 отговорили;
- Психични проблеми и стрес – 5 отговорили;
- Травми, измръзвания и изгаряния – 3 отговорили;
- Хронични заболявания, проблеми със здравето на децата, недोхранване и ниска здравна култура – по 2 отговорили;
- Бременност, религиозни практики и традиции, влияещи на здравето – по 1 отговорил.

Според преобладаващото обществено мнение, здравето на мигрантите застрашава общественото здраве на приемащата страна. Само 5,0% от обхванатите в проучването специалисти споделят това мнение, а всеки пети е напълно несъгласен с тази позиция, три четвърти от респондентите нямат твърда позиция по проблема (Фиг. 14). 54,5% от анкетираните като цяло са напълно или отчасти съгласни с мнението, че мигрантите са



**Фиг. 14** Разпределение на анкетираните специалисти според отговорите на въпроса „Здравословното състояние на мигрантите застрашава ли здравето на българското население?“ (в %)

заплаха за общественото здраве, което кореспондира с установеното от Tallarek M и кол. (2020), че бежанците и търсещите убежище често се изобразяват като „бреме“ и носители на болести, които са заплаха за „здравото общество“ на приемащата или транзитна страна.

Установяват се сигнификантни различия по отношение на негативното влияние на здравословното състояние на мигрантите върху здравето на българското население както следва: относителния дял на МС съгласни с това твърдение (15,4%) е почти пет пъти по-нисък от дела на НМС, съответно 84,6% ( $\chi^2=3.960$ ,  $df=1$ ,  $p=0.04$ ); над 80,0% от респондентите от мъжки пол приемат като заплаха за общественото здраве здравословното състояние на мигрантите, докато сред жените само 15,0% са съгласни с това твърдение

( $\chi^2=3.960$ ,  $df=1$ ,  $p=0.04$ ). Не се намериха съществени разлики в отговорите на обхванатите лица по отношение на тяхната възраст и продължителност на професионалния им стаж ( $p>0.05$ ).

Заболяванията на мигрантите, които са заплаха за здравето на населението в страната според мнението на респондентите са:

- инфекциозни и паразитни болести (10 отговора);
- кожни заболявания (7 отговора);
- полово-предавани заболявания (1 отговор)

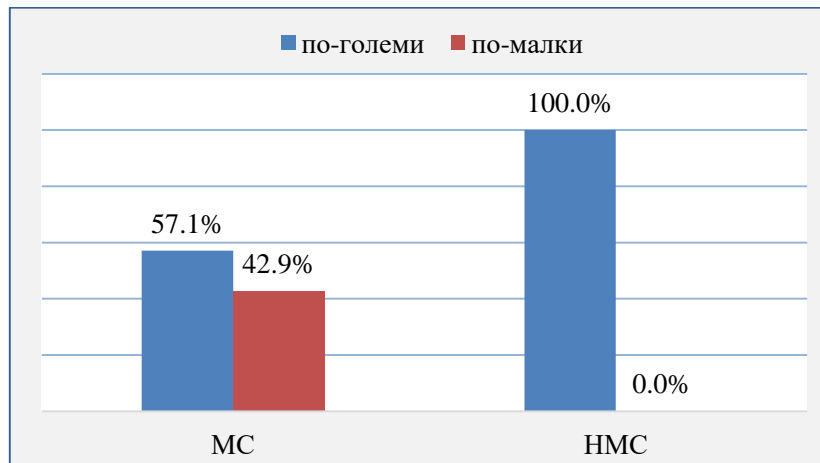
и само един от обхванатите споделя мнението, че здравното състояние на мигрантите не се различава съществено от това на местното население.

Така представените виждания на специалистите не съответстват на общоприетото схващане за липса на връзка между миграцията и повишаване на честотата на инфекциозни болести в страната-домакин.

#### 5.4. Здравно обслужване на мигрантите

Според три четвърти от обхванатите специалисти, няма разлика в нуждите на мигрантите от здравна помощ в сравнение с българското население.

Открива се статистически значима разлика в отговорите на МС и НМС по отношение на нуждите на мигрантите от здравни грижи ( $\chi^2=7.440$ ,  $df=1$ ,  $p<0.01$ ). Всички НМС определят нуждите на мигрантите от здравна помощ като по-големи от тези на българското население, а сред МС – 57,1% са на същото мнение. Всички лица, оценяващи здравните нужди на мигрантите като по-малки от тези на българското население, са МС (Фиг. 15).



**Фиг. 15** Разпределение на МС и НМС според отговорите на въпроса „Според Вас в сравнение с българското население нуждите на мигрантите от здравна помощ са:“

Не се установиха сигнификантни разлики в мненията на обхванатите специалисти в зависимост от техния пол, възраст и професионален опит ( $p>0.05$ ).

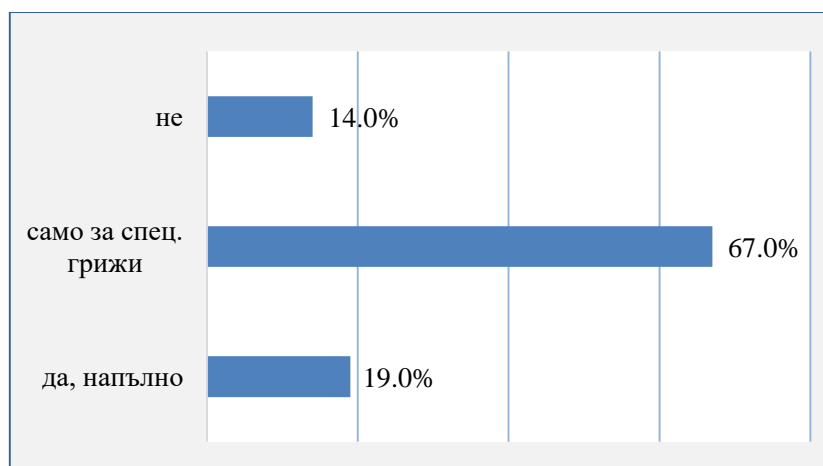
Преобладава мнението (45,0%), че мигрантите се нуждаят най-вече от доболнична здравна помощ, предоставяна от общо-практикуващ лекар (ОПЛ). Почти една трета от обхванатите специалисти смятат, че мигрантите се нуждаят от предоставянето на извънболнична специализирана помощ, а една четвърт преценяват, че мигрантите имат нужда основно от спешна помощ. Нито един анкетиран не е заявил, че болницата е мястото

за оказване на здравна помощ на мигрантите. Тези резултати потвърждават позитивното влияние на по-ниската средна възраст на мигрантите и на т. нар. „ефект на здравия мигрант“ по отношение на здравното състояние на мигрантите и съответно по-ниските или подобни на населението в приемащата страна потребности от здравна помощ.

Само един анкетиран отговаря негативно на въпроса „Според Вас трябва ли да се предоставят здравни услуги на мигранти, независимо от техния статут?“. Почти всички специалисти, обхванати в проучването, изразяват мнение за необходимостта от оказване на здравна помощ на мигрантите независимо от техния правен статут. Виждането на специалистите съответства на заявеното право на здраве за всеки в редица световни закони и инструменти.

Интерес представлява оценката на специалистите по отношение на готовността на здравната система в страната за осигуряване на адекватни здравни грижи за мигрантите.

Както е видно на Фиг. 16 две трети от анкетираните споделят мнението, че здравеопазването в страната може да осигури само някои специфични грижи, 14,0% отговарят, че системата не е подготвена, а всеки пети отговорил оценява здравната система като напълно готова да осигури адекватни здравни грижи на мигрантите.



**Фиг. 16** Разпределение на анкетираните според отговорите на въпроса „В състояние ли е нашето здравеопазване да осигури адекватни здравни грижи за мигрантите?“

Не се установиха статистически сигнификантни разлики в преценките на анкетираните в зависимост от техния пол, възраст, професионален опит и трудов стаж по специалността ( $p > 0.05$ ).

## **6. СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ НА ОБЩЕСТВОТО И СПЕЦИАЛИСТИТЕ ОТНОСНО МЕДИКО-СОЦИАЛНИТЕ ПРОБЛЕМИ НА МИГРАНТИТЕ В БЪЛГАРИЯ**

За пълното анализиране на обекта на проучването (медико-социални проблеми и здравно обслужване на мигрантите) е направено сравнение на изказаните от специалистите, работещи на първа линия с мигрантите, мнения и вижданията на представителите на обществото.

Получените от нас резултати, при които е установена статистически значима разлика в отговорите на сравняваните групи, са представени на Табл. 11.

**Табл. 11 Сравнителен анализ на резултатите в отговорите на обществото и специалистите (в %)**

Характеристики	Общество	Специалисти
<b>1. „Съгласни ли сте с твърдението, че в момента България е заплашена от мигрантска вълна? (<math>\chi^2=14.500, df=3, p&lt;0.001</math>)</b>		
1. Напълно съгласен	<b>140 (36,1%)</b>	3 (13,6%)
2. Отчасти съгласен	167 (43,0%)	9 (40,9%)
3. Отчасти несъгласен	50 (12,9%)	6 (27,3%)
4. Напълно несъгласен	31 (8,0%)	<b>4 (18,2%)</b>
<b>Общо</b>	<b>388 (100,0%)</b>	<b>22 (100,0%)</b>
<b>2. „Според Вас политиката на държавата по отношение на мигрантите е?“ (<math>\chi^2=22.340, df=4, p&lt;0.001</math>)</b>		
1. Напълно адекватна	35 (9,0%)	<b>4 (18,2%)</b>
2. Отчасти адекватна	107 (27,6%)	10 (45,5%)
3. Не мога да преценя	122 (31,4%)	2 (9,1%)
4. Отчасти неадекватна	69 (17,8%)	6 (27,2%)
5. Напълно неадекватна	<b>55 (14,2%)</b>	NA
<b>Общо</b>	<b>388 (100,0%)</b>	<b>22 (100,0%)</b>
<b>3. Запознати ли сте със здравните проблеми на мигрантите?</b>		
1. Да	54 (13,9%)	<b>13 (59,1%)</b>
2. Не	<b>334 (86,1%)</b>	9 (40,9%)
<b>Общо</b>	<b>388 (100,0%)</b>	<b>22 (100,0%)</b>
<b>4. Запознати ли сте със социалните проблеми на мигрантите?</b>		
1. Да	82 (21,1%)	<b>19 (86,4%)</b>
2. Не	<b>306 (78,9%)</b>	3 (13,6%)
<b>Общо</b>	<b>388 (100,0%)</b>	<b>22 (100,0%)</b>
<b>5. „Здравословното състояние на мигрантите застрашава здравето на българското население?“ (<math>\chi^2=37.840, df=3, p&lt;0.001</math>)</b>		
1. Напълно съгласен	<b>148 (38,1%)</b>	1 (4,5%)
2. Отчасти съгласен	198 (51,0%)	11 (50,0%)
3. Отчасти несъгласен	23 (6,1%)	6 (27,3%)
4. Напълно несъгласен	19 (4,9%)	<b>4 (18,2%)</b>
<b>Общо</b>	<b>388 (100,0%)</b>	<b>22 (100,0%)</b>
<b>6. „Според Вас в сравнение с българското население нуждите на мигрантите от здравна помощ са?“ (<math>\chi^2=24.070, df=2, p&lt;0.001</math>)</b>		
1. По-малки	28 (7,2%)	3 (13,6%)
2. Няма разлика	174 (44,9%)	<b>17 (77,3%)</b>
3. По-големи	<b>186 (47,9%)</b>	2 (9,1%)
<b>Общо</b>	<b>388 (100,0%)</b>	<b>22 (100,0%)</b>
<b>7. „От каква здравна помощ основно се нуждаят мигрантите?“ (<math>\chi^2=9.770, df=3, p=0.02</math>)</b>		
1. Спешна помощ	68 (17,5%)	5 (22,7%)
2. Общопрактикуващ лекар	<b>134 (34,5%)</b>	<b>10 (45,5%)</b>
3. Специализирана доболнична помощ	123 (31,7%)	7 (31,8%)
4. Болнична помощ	<b>63 (16,2%)</b>	NA
<b>Общо</b>	<b>388 (100,0%)</b>	<b>22 (100,0%)</b>
<b>8. „В състояние ли е нашето здравеопазване да осигури адекватни здравни грижи за мигрантите?“ (<math>\chi^2=15.110, df=2, p&lt;0.001</math>)</b>		
1. Да, напълно	93 (24,0%)	4 (18,2%)
2. Само за спец. грижи	143 (36,9%)	<b>15 (68,2%)</b>
3. Не	<b>152 (39,2%)</b>	3 (13,6%)
<b>Общо</b>	<b>388 (100,0%)</b>	<b>22 (100,0%)</b>

## 6.1. Оценка на миграционните процеси и политиката на страната по отношение на мигрантите

Към момента на провеждане на срезовото проучване усещането за продължаваща и реална мигрантска криза е широко разпространено в българското общество.

Това усещане намира отражение в резултатите от нашето проучване. Между отговорите на сравняваните групи, *общество и специалисти*, работещи на първа линия с мигранти, се установява сигнификантна разлика ( $\chi^2=14.500$ ,  $df=3$ ,  $p<0.001$ ).

Както е видно на Табл. 11, само 20,9% от обхванатите в проучването представители на обществото не са съгласни (напълно или отчасти) с твърдението, че страната е заплашена от мигрантска вълна.

*Значително по-висок е дялът (45,5%) на специалистите, работещи с мигранти, които изказват несъгласие с твърдението, че страната е заплашена от мигрантска криза. Преобладаващата част от специалистите (55,1%) са съгласни (отчасти или напълно) с това твърдение.*

Над 36,0% е относителният дял на хората, оценяващи държавната политика по отношение на мигрантите като адекватна. *По висок е дялът на специалистите (над 60,0%), споделящи същото виждане. Трябва да се отбележи, че нито един от работещите на първа линия с мигрантите не оценява политиката като напълно неадекватна, докато около 14,0% от обществото я определят като такава ( $\chi^2=22.340$ ,  $df=4$ ,  $p<0.001$ ).*

Сред обществото преобладава (68,8%) мнението, че държавата трябва да ограничава достъпа на мигранти в страната, а почти една трета от тях изказват мнение за толерантност на държавата към мигрантите. *Само трима от анкетираните специалисти заявяват, че политиката на страната трябва да бъде толерантна към мигрантите, а повече от половината са на мнение, че държавата трябва да ограничава достъпа на мигранти в страната.*

## 6.2. Медико-социални и здравни проблеми на мигрантите

Над три четвърти (78,9%) от респондентите, представители на обществото, отговарят, че не са запознати със социалните проблеми на мигрантите, а още по-висок е относителният дял (86,1%) на тези сред тях, които не са запознати със здравните проблеми на мигрантите. *Болишнството от специалистите (над 86,1%) отговарят, че са запознати с водещите социални проблеми на мигрантите. По-нисък е относителният дял на професионалистите (59,1%), които твърдят, че са запознати и със здравните проблеми на мигрантите.*

Установява се статистически значима разлика в отговорите на двете сравнявани групи по отношение на въпроса свързан с влиянието на здравния статус на мигрантите върху общественото здраве в страната ( $\chi^2=37.840$ ,  $df=3$ ,  $p<0.001$ ).

Близо девет от десет анкетираните представители на обществото са съгласни напълно (38,1%) или отчасти (51,0%) с твърдението за съществуваща заплаха за общественото здраве. *Установява се, че в противоречие на общественото мнение само 4,5% от специалистите подкрепят напълно становището за съществуваща заплаха за общественото здраве. 50,0% от анкетираните специалисти са отчасти съгласни с мнението, че мигрантите са заплаха за общественото здраве, а всеки пети (18,2%) е напълно несъгласен с тази позиция.*

### 6.3. Здравно обслужване на мигрантите

Преобладаващата част (47,9%) от обхванатите в проучването респонденти от обществото изразяват мнение за по-големи нужди от здравна помощ на мигрантите в сравнение с българското население. Незначително по-малък е делът (44,9%) на хората приемащи, че няма разлика между нуждите от здравни грижи на двете сравнявани групи. *Според три четвърти от обхванатите специалисти, няма разлика в нуждите на мигрантите от здравна помощ в сравнение с българското население. Установяват се сигнификантни различия при оценката за потребностите от здравни грижи на мигрантите според профила на сравняваните групи ( $\chi^2=24.070$ ,  $df=2$ ,  $p<0.001$ ).*

Според преобладаващата част от обхванатите представители на обществото нуждите на мигрантите са предимно от доболнична първична (34,5%) и специализирана (31,7%) помощ, като не липсват и мнения, че мигрантите се нуждаят от болнична помощ. *Според обхванатите в проучването специалисти преобладава мнението (45,5%), че мигрантите се нуждаят най-вече от доболнична здравна помощ, предоставяна от общо-практикуващ лекар (ОПЛ). Нито един анкетиран не е заявил, че болницата е мястото за оказване на здравна помощ на мигрантите ( $\chi^2=9.770$ ,  $df=3$ ,  $p=0.002$ ).*

На въпроса „Според Вас трябва ли да се предоставят здравни услуги на мигранти, независимо от техния статут?“ над 80% от анкетираните представители на обществото (307 от отзовалите се) категорично заявяват необходимостта да се предоставят здравни услуги на мигрантите независимо от техния правен статут. *Почти всички специалисти, обхванати в проучването, изразяват мнение за необходимостта от оказване на здравна помощ на мигрантите без значение от техния правен статут.*

По-малко от една четвърт (24,0%) от обхванатите в проучването представители на обществото са категорични по отношение на готовността на здравната система да отговори напълно с адекватни здравни грижи на потребностите на мигрантите. Най-висок (39,2%) е относителният дял на отговорилите отрицателно на зададения въпрос, а 36,9% от лицата приемат готовността на системата да отговори само на някои от специфичните им здравни потребности.

*Почти две трети от анкетираните специалисти споделят мнението, че здравеопазването в страната може да осигури само някои специфични грижи, 13,6% отговарят, че системата не е подготвена, а всеки пети отговорил оценява здравната система като напълно готова да осигури адекватни здравни грижи на мигрантите ( $\chi^2=15.110$ ,  $df=2$ ,  $p<0.001$ ).*

Като цяло **статистически значими различия във вижданията на обществото и специалистите**, работещи на първа линия с мигранти, се установиха по следните основни въпроси:

1. Заплахата за страната от мигрантска вълна;
2. Адекватността на политиката на държавата по отношение на мигрантите;
3. Познаване на здравните и социални проблеми на мигрантите;
4. Степента, в която здравословното състояние на мигрантите застрашава здравето на българското население;
5. Потребностите на мигрантите от здравна помощ;
6. Вида здравна помощ, от която се нуждаят мигрантите;
7. Готовността на здравната система в страната за осигуряване на адекватни здравни грижи за мигрантите.

Мненията на сравняваните групи **съвпаднаха по въпросите** за:

1. *Ограничаване на достъпа на мигранти в страната*
2. *Предоставяне на здравна помощ на мигрантите, независимо от техния правен статут.*

Така установените разминавания във вижданията на специалистите и тези на обществото, свързани с медико-социалните проблеми на мигрантите, говорят категорично за непознаване от страна на обществото на същността на проблемите и за невъзможността за изграждане на реална преценка за действителната ситуация. Възможното преодоляване на неинформираността може да се постигне чрез обективно представяне на проблемите на мигрантите в медиите и намаляването на дезинформацията по проблема.

## **7. ПРОГРАМА ЗА ОБУЧЕНИЕ ПО „ЗДРАВЕ НА МИГРАНТИТЕ И МАЛЦИНСТВОТА“ В СПЕЦИАЛНОСТИ ОТ ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ“ НА МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН**

### **7.1. Необходимост от разработване и апробиране на програма за обучение по „Здраве на мигрантите и малцинствата“**

Изявлението на Европейската асоциация за обществено здраве относно миграцията, етническата принадлежност и здравето адресира необходимостта от подкрепа на разработващите и прилагащите на практика политики в областта на общественото здраве, включително и чрез предоставяне на образователни курсове по проблемите на здравето на МЕМ.

След разгръщането на безпрецедентната мигрантска криза в Европа през 2015 г., поставяне на здравето на МЕМ във фокуса на теоретичните и практически научни интереси на ЕУРНА, и въз основа на подготовката на автора като ментор на студенти от ромски произход, във факултет „Обществено здраве“ е взето решение за разработване и апробиране на програма за обучение по „Здраве на мигрантите и малцинствата“, сред студенти от специалност „Обществено здраве и здравен мениджмънт“ – магистърска степен.

Програмата е разработена и се прилага от учебната 2016 – 2017 г., като е достъпна за оторизирани потребители в Системата за дистанционно обучение на МУ-Плевен: <https://do.mu-pleven.bg/course/view.php?id=4038> (Снимка 2).

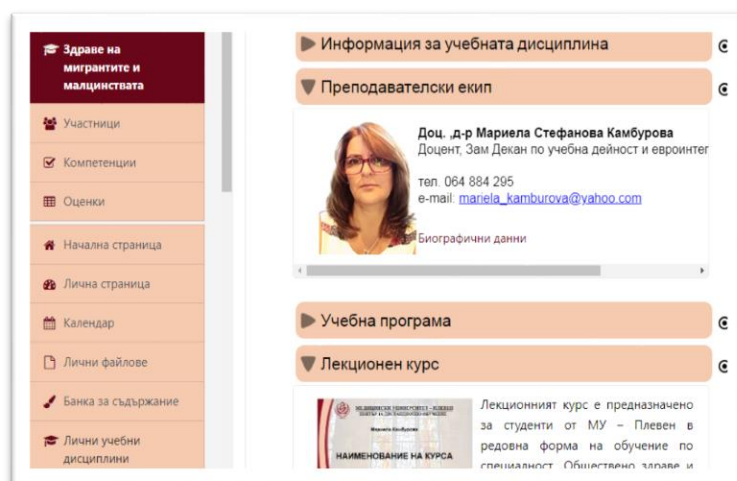
Основните цели на уникалната за страната учебна програма по „Здраве на мигранти и малцинства“, предлагана в Медицински университет-Плевен като факултативна дисциплина са:

- да разшири и надгради специфичните знания на студентите по обществено здраве;
- да развие компетентности и умения на бъдещите специалисти по обществено здраве за разрешаване на медико-социалните проблеми на МЕМ.

Обучението включва 15 академични часа и приключва с полагането на електронно базиран тест.

Методите на обучение включват лекции, семинари и индивидуални практически задачи и се акцентира по-скоро на практическите, а не толкова на теоретичните занятия.





**Снимка 2 Система за дистанционно обучение на МУ-Плевен**

Обучението застъпва редица проблеми, свързани със здравето на мигрантите и малцинствата, като представя:

- най-важните социални и здравни проблеми на мигрантите;
- въздействие на здравния статус на мигрантите върху общественото здраве;
- организацията на здравеопазването в страните, крайна дестинация и на мигрантите.

Лекционният курс предоставя информация за основните предизвикателства пред здравните специалисти и здравната система по отношение на здравето на мигрантите и основните групи от малцинствата, по-специално ромите като преобладаващо етническо малцинство в България и Европа.

Курсът на обучение предоставя възможност на специалистите в областта на общественото здраве да придобият обективни знания относно международната ситуация, умения за критична оценка и способност да прилагат подходящи стратегии за справяне със специфични здравни проблеми на представители на MEM.

Обучението по дисциплината „Здраве на мигрантите и малцинствата“ отговаря на потребностите от задълбочени познания у специалистите по обществено здраве по отношение на медицинските и социални проблеми на мигрантите и малцинствата в България.

## **7.2. Резултати от провеждане на обучение по дисциплината**

На Табл. 12 са представени изпитните резултати след полагане на семестриалния изпит от студентите.

Наблюдава се нарастване на интереса у студентите към дисциплината – от 30,4% на 52,3%, както и повишаване на постигнатия среден успех от семестриалния изпит – от мн. добър (5.00) на отличен (5,56).

**Табл. 12 Изпитни резултати по дисциплината „Здраве на мигрантите и малцинствата“ на студенти от специалност „Обществено здраве и здравен мениджмънт“**

<b>Учебна година</b>	<b>Брой студенти (общо)</b>	<b>Избрали дисциплината брой (%)</b>	<b>Среден успех</b>
<b>2017-2018</b>	23	7 (30,4%)	Мн. добър (5,00)
<b>2019-2020</b>	25	8 (32,0%)	Мн. добър (5,38)
<b>2020-2021</b>	17	9 (52,3%)	Отличен (5,56)
<b>Общо</b>	<b>65</b>	<b>24 (36,9%)</b>	<b>Мн. добър (5,31)</b>

Положителният опит дава основание модулет да бъде включен като част от основните учебни програми на обучаваните студенти във факултетите по обществено здраве в страната и като избираема дисциплина в другите факултети на медицинските университети в България.

## ИЗВОДИ

1. Негативните аспекти в здравния статус и в разпределението на здравните детерминанти са по-разпространени сред хората в неравностойно положение като миграцията и принадлежността към ромския етнос са основни социални фактори, определящи всички аспекти на живота на МЕМ, вкл. тяхното здраве. Установява се недостиг на научна литература в България относно медико-социалните проблеми на МЕМ.
2. Пандемията от COVID-19 повдига въпроси за задълбочаващи се неравенства като расова и географска дискриминация, неравенства по отношение на достъп до качествено лечение и ваксинация, баланса между общественото здраве и индивидуалните права с негативни последици от влиянието на тези различия върху глобалната здравна справедливост.
3. Проучването установи широко разпространение на нездравословни фактори от стила и начина на живот сред ромското население и като резултат: 76,3% от обхванатите са със стойности на ИТМ над нормата, сред които 44,1% – със затлъстяване; 42,3% от лицата са с хипертония; в 90% от обхванатите домакинства се открива член от семейството с хронично заболяване, както и над два пъти по-висок относителен дял на жените страдащи от над три заболявания в сравнение с мъжете. Въпреки декларираната добра самооценка на здравния статус се установяват особено тревожни резултати по отношение на здравето на жените от ромския етнос.
4. Над две трети от обхванатите лица от ромски произход не са здравно осигурени, а в над половината от семействата се установява наличие на здравословен проблем, за който не е търсена здравна помощ. Високо потребление на спешна помощ, като 83,3% от обхванатите директно са заплатили за предоставяне на здравна услуга. При 82,1% от жените от ромски произход никога не е провеждана мамография, а при 71,4% – цитонамазка.
5. Специалистите, работещи на първа линия с ромско население, изразяват противоречиви становища по отношение на ефекта на пандемията от COVID-19 и пропорционалността и ефективността на наложените противоепидемични мерки, докато жителите на квартал „Надежда“ илюстрират въздействието на заболяването и противоепидемичните мерки с думите: „липса на работа“, „никаква помощ“, „болести“, „мизерия“, „глад“, „страх“ и оценяват като *негативно и дискриминационно* пълното „затваряне“ на квартала в периода на извънредното положение (април 2020 г.).
6. Обществото не е запознато със социалните и здравни проблеми на мигрантите, но приема здравето на мигрантите като по-лошо от това на българското население и застрашаващо общественото здраве в страната, *докато 85,0% от специалистите са запознати с водещите социални проблеми на мигрантите, а 59,0% и със здравните им проблеми, като 55,0% от тях приемат здравния статус на мигрантите за заплаха за общественото здраве.*
7. Обществото оценява нуждите на мигрантите от здравна помощ като по-високи от тези на българското население, а делът на тези, които твърдят, че здравната система на страната не е подготвена да осигури адекватни здравни грижи за мигрантите е почти 40,0%. *Сред специалистите преобладава мнението, че мигрантите се нуждаят най-вече от допълнителна здравна помощ, предоставяна от общо-практикуващ лекар. Нито*

*един анкетиран не е заявил, че болницата е мястото за оказване на здравна помощ на мигрантите*

8. Настоящия дисертационен труд и предложената учебна програма по „Здраве на мигрантите и малцинствата“ за студенти от ФОЗ на МУ-Плевен, отговарят на призива и препоръките, изразени в Становището на Европейската асоциация по обществено здраве (ЕУРНА) по отношение на здравето на мигрантите и етническите малцинства, за изграждането на капацитет в областта на здравето на МЕМ, който трябва да бъде подкрепен от образование и обучение, насочено към всички здравни специалисти, изследователи, мениджъри и политици.

**Проучването потвърждава хипотезите:**

- Хипотеза 1.* Ромското население се характеризира с неблагоприятна рискова констелация и неблагоприятен здравен профил.
- Хипотеза 2.* Здравните услуги, оказвани на лицата от ромски произход са неадекватни на потребностите им.
- Хипотеза 3.* Мнението на гражданите от ромски произход за ефекта на противоепидемичните мерки върху техния живот е негативно.
- Хипотеза 5.* Според мнението на обхванатите здравната система в страната не е подготвена да отговори на здравните нужди на мигрантите.

**Проучването не потвърждава хипотезата:**

- Хипотеза 4.* Сред обществото и специалистите, работещи на първа линия с мигранти, преобладава мнението, че здравния статус на мигрантите не застрашава здравето на българското население.

## **ПРЕПОРЪКИ**

Съгласно *Становище на Европейската асоциация по общественото здраве (EUPHA) по отношение на здравето на мигрантите и етническите малцинства* е необходимо да бъдат предприети мерки на следните нива: доболнична помощ, болнична помощ, висши медицински училища, общество и междусекторни действия, поради което отправяме препоръки към:

**Министерството на образованието за** въвеждане на избираем учебен предмет „Здраве на мигрантите и етническите малцинства“ в училищата, с цел повишаване на информираността на младите хора по проблемите на здравето на уязвимите групи и възпитание в приемане и приобщаване на хората от различни етноси и култури към обществото.

### **Министерството на здравеопазването за:**

1. създаване на кабинети и въвеждане на практики за обучение относно здравето на мигрантите и етническите малцинства;
2. мерки на популационно ниво и работа на терен с уязвимите общности за предоставяне на навременни и качествени здравни услуги;
3. взаимодействие между здравните служби и техните МЕМ потребители за подобряване на комуникацията и достъпа при потреблението на здравни услуги.

### **Медицинските университети и Факултетите по общественото здраве за:**

1. включване на задължителни, факултативни или избираеми учебни дисциплини по здраве на мигрантите и етническите малцинства;
2. провеждане на следдипломно обучение на медицинските специалисти за актуализиране на знанията по неравенствата в здравето и проблемите на уязвимите обществени групи;
3. изграждането на капацитет чрез образование и обучение по здраве на МЕМ, насочено към всички здравни специалисти, изследователи, мениджъри и политици;
4. финансиране и подкрепа на качествени научни проучвания за набиране на повече и валидни данни за здравето на МЕМ.

### **Мерки за междусекторно сътрудничество чрез:**

1. създаване, поддържане и укрепване на постоянно действащи екипи от специалисти от различни заинтересовани институции (ДАБ, МВР, МЗ, МТСП, МУ и др.) за разработване и прилагане на стратегически документи относно организацията на здравеопазването на МЕМ.
2. непрекъснато повишаване на квалификацията на специалисти от различни заинтересовани институции (ДАБ, МВР, МЗ, МТСП, МУ и др.) относно разрешаването на комплексните здравни проблеми на МЕМ.
3. политическо, икономическо и финансово подпомагане на процесите на интеграция на МЕМ в българското общество.

## **ПРИНОСИ**

### **Приноси с теоретично-познавателен и методичен характер**

1. Проведено е първото по рода си у нас комплексно проучване за мигрантския и малцинствен (ромски) статус като рисков и влияещ негативно върху здравния статус на МЕМ.

2. За първи път се проучват едновременно медико-социалните проблеми и достъпността до качествени здравни услуги на две уязвими групи – мигранти и роми в България.

3. За първи път у нас се провежда научно проучване съпоставящо гледните точки на представители на ромския етнос, общественото мнение и на специалисти, работещи на първа линия с МЕМ, по отношение на медико-социалните проблеми на обхванатите групи.

4. За първи път се оценява въздействието на епидемията от COVID-19 и противоепидемичните мерки, срещу разпространението ѝ, върху живота и здравето на гражданите от ромски произход.

5. Извършеният в литературния обзор анализ на здравните проблеми на МЕМ и резултатите от проучването допълват недостига на литература на български език по медико-социалните проблеми на двете уязвими популационни групи.

### **Приноси с потвърдителен характер**

1. Потвърждава се ролята на мигрантския статус и принадлежността към ромския етнос като предпоставки и фактори за влошено здравно състояние и затруднен достъп до качествени здравни услуги.

2. Потвърждава се неподготвеността на здравната система в страната за отговор на специфичните здравни потребности на МЕМ.

### **Приноси с приложен характер**

1. Разработена и апробирана уникална за страната учебна програма по „Здраве на мигрантите и малцинствата“ за студенти от специалности във ФОЗ на МУ-Плевен.

2. Формулирани са конкретни препоръки към институциите у нас за междусекторно сътрудничество с цел адекватно адресиране на здравните и социални проблеми на МЕМ.

## Списък на научните публикации, свързани с дисертационния труд:

1. **Kamburova M.** The impact of the COVID-19 epidemic and anti-epidemic measures in the Roma neighborhood in Sliven district, Bulgaria. *General practice*. 2021; 23(6): 37-46. ISSN: 1311-1817
2. **Kamburova M.** Health risk factors: body mass index, blood pressure and blood glucose among Roma in Bulgaria. *J of IMAB*. 2021 Oct-Dec; 27 (4): 4014-19. ISSN: 1312-773X
3. **Kambourova, M., S. Georgieva.** Roma origin as a factor for high level of adolescent fertility and abortion rate in European Union. *Medical review*, 2021; 57 (6): 53-9. ISSN: 1312-2193
4. **Kambourova, M., S. Georgieva.** Health status of Roma population. *5th Electronic International Interdisciplinary Conference*, Publishing Society, Slovakia, 2016, 236-239. ISBN: 978-80-554-1248-1
5. **Камбурова, М., С. Георгиева, Д. Цанова.** Социални и здравни неравенства при разпространението на SARS-COV-2 (COVID-19) в България. В: *Нови подходи в общественото здраве и здравната политика: Сборник доклади от юбилейна научна конференция с международно участие, Плевен, 26-28 ноември 2020 г.: посветена на 15-тата годишнина на Факултет „Обществено здраве“*. Плевен, 20-25. ISBN: 978-954-756-254-7

## SUMMARY

### HEALTH OF MIGRANTS AND ETHNIC MINORITIES - MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS IN BULGARIA

Mariela Kamburova, MD, PhD, MHM

**Background:** Migrants and ethnic minorities (MEM) often face serious inequities concerning both their state of health and their access to good quality health services. These inequities are increasingly being brought to light by public health researchers, but action to tackle them has lagged behind. To ensure that adequate attention is paid to the determinants of MEM health and the problems of service delivery that can confront these groups, health systems need to become more inclusive.

**Objective:** To explore medico-social problems of migrants and persons of Roma origin, aspects of their health care and effects of the COVID-19 epidemic among the Roma ethnic group in Bulgaria.

**Material and methods:** A complex observational cross-sectional study and participatory health research have been conducted exploring the migrant and minority status of the covered persons as factors determining the health risk factors and deteriorating health status among the representatives of these population groups on the one hand and on the other hand the preparedness of the health system in Bulgaria to respond to specific health problems of MEM. The health and health care of migrants and the Roma minority in the Republic of Bulgaria. were the object of the study.

Quantitative and qualitative data were collected through an unstructured interview. Summary criteria for reporting qualitative research: COREQ - checklist with 32 questions was used. Data processing was performed by SPSS v.24.

#### **Results:**

The study confirms the hypotheses:

***Hypothesis 1.** The Roma population is characterized by an unfavorable risk constellation and an unfavorable health profile.*

***Hypothesis 2.** The health services provided to the persons of Roma origin are inadequate to their needs.*

***Hypothesis 3.** The opinion of the citizens of Roma origin about the effect of the anti-epidemic measures on their lives is negative.*

***Hypothesis 5.** The health system in the country is not prepared to meet the health needs of migrants.*

The study does not confirm the hypothesis:

***Hypothesis 4.** The opinion of the society and front line specialist is that health status of migrants does not affect negatively public health in Bulgaria.*

**Conclusion:** Negative aspects in health status and in the distribution of health determinants are more common among disadvantaged people, such as MEM, and effective treatment of health inequalities requires large-scale and systematic action that is universal but also proportionate. the disadvantage of the individual or social group in the social gradient. In order to establish MEM friendly health system in Bulgaria and to improve the quality of services provided develop and enhance skills of professionals working at local level is crucial.

**Key words:** migration, Roma origin, social determinants of health, health inequalities, health services