

ПРЕНАТАЛНИ И ПОСТНАТАЛНИ ГРИЖИ СРЕД РОМСКИТЕ МАЙКИ: ЕТНОКУЛТУРНИ ФАКТОРИ И ЗДРАВНИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА (КАЧЕСТВЕНО ИЗСЛЕДВАНЕ)

Надежда Михайлова, Клара Докова

Медицински университет – Варна, катедра Социална медицина и организация на здравеопазването

PRENATAL AND POSTNATAL CARE AMONG ROMA MOTHERS: ETHNOCULTURAL FACTORS AND HEALTH CHALLENGES (QUALITATIVE STUDY)

Nadezhda Mihaylova, Klara Dokova

Medical University – Varna, Department of Social Medicine and Health Care Organisation

РЕЗЮМЕ

Въведение: Ромските жени в България продължават да срещат системни бариери в достъпа до пренатални и постнатални грижи. Социално-икономическите затруднения, културните специфики и дискриминационните нагласи в здравната система оказват влияние върху качеството на майчиното и детското здраве.

Цел: Да се изследват културните особености и предизвикателствата, свързани с пренаталното поведение и грижите за деца на възраст от 0 до 1 г. сред майки от ромски произход.

Метод: Проведени са 11 дълбочинни интервюта с ромски майки от различни населени места (гр. Дългопол и квартали във Варна). Данните са анализирани чрез тематичен анализ.

Резултати: Майките демонстрират висока мотивация за грижа за децата, редовно посещават женска и детска консултация и оценяват позитивно част от здравните услуги. Установяват се, обаче:

- ограничена постнатална подкрепа и липсващо обучение в родилните отделения
- несистемни домашни посещения при новородени
- недостатъчна информираност за училища за родители
- значимо влияние на семейната и родовата система — като помощ, но и като източник на остарели и рискови практики.
- дискриминационни моменти в здравното обслужване

Наблюдават се положителни промени като по-късно първо раждане, по-добро отношение към образованието за момичетата и по-активна роля на бащите.

Заклучение: Подобряването на грижите за майчино и детско здраве в ромските общности изисква културно-чувствителен и интегриран подход, който да съчетава професионална подкрепа, работа с общността, участие на бащите и увеличаване на здравната грамотност.

Ключови думи: Роми; пренатални грижи; постнатални грижи; етно-културни практики; семейно обучение; здравни неравенства

SUMMARY

Background: Roma women in Bulgaria continue to face systemic barriers in accessing prenatal and postnatal care. Socio-economic difficulties, cultural specificities, and discriminatory attitudes in the healthcare system affect the quality of maternal and child health.

Objective: To examine the cultural characteristics and challenges related to prenatal behavior and care for children aged 0 to 1 year among mothers of Roma origin.

Method: Eleven in-depth interviews were conducted with Roma mothers from different locations (the town of Dulgopol and neighborhoods in Varna). The data were analyzed using thematic analysis.

Results: Mothers demonstrate high motivation to care for their children, regularly attend antenatal and postnatal clinics, and evaluate some of the health services positively. However, the following were identified:

- limited postnatal support and lack of training in maternity wards
- unsystematic home visits to newborns
- insufficient information about schools for parents
- significant influence of the family and kinship system — as a source of support, but also as a source of outdated and risky practices.
- discriminatory aspects of health care

Positive changes are observed, such as later first births, a better attitude towards education for girls, and a more active role for fathers.

Conclusion: Improving maternal and child health care in Roma communities requires a culturally sensitive and integrated approach that combines professional support, community work, father involvement, and increased health literacy.

Keywords: Roma; prenatal care; postnatal care; ethno-cultural practices; family education; health inequalities

Въведение:

Ромската етническа група е най-голямата малцинствена общност в Европа. От 1971 г. е обединена под общото название „роми“, но в действителност включва разнородни ромски племена с различни културни характеристики и традиции. Като маргинализирана социална група, ромите са особено засегнати от безработица, лошо материално състояние и ниско образователно ниво [1].

Въпреки политиките за интеграция, като Декадата на ромското включване (2005–2015), инициативите на Европейския съюз и националните правителства не са довели до значително подобрение в качеството им на живот. Според данни на Европейската комисия / (2018) над 80% от ромите в ЕС живеят под прага на бедността, като всеки трети няма достъп до питейна вода, а едно от десет домакинства – до електричество [7].

Тези социално-икономически проблеми се отразяват драстично върху здравето, особено върху пренаталните и постнатални грижи за майки и деца. Установява се влиянието на ниския социално-икономически статус върху здравето им, но се обръща внимание и на дискриминационни моменти в достъпа до здравна помощ. Според Абдикеева дискриминацията, с която се сблъскват младите жени от ромски произход, повишава риска от майчина и детска смъртност [4]. В България, където ромите са третата по големина етническа група, липсват официални статистически данни за детска смъртност по етнически признак. Според специализирано изследване на Илона Томова и колектив (2020), обаче, разликите са значителни: докато детската смъртност сред българите е 9.9‰, при ромите тя достига 25.0‰ – показател, който подчертава дълбочината на неравенството [3].

Настоящата статия се фокусира върху предизвикателствата, пред които се изправят ромските майки в процеса на раждане и отглеждане на деца, разглеждайки как социалните, икономическите и културните фактори оформят техния опит. Чрез анализ на съществуващите данни и интерпретация на качествени изследвания могат да се осветлят пропуските в политиките и да се предложат насоки за по-ефективни интервенции, насочени към подобряване на здравните резултати при тази уязвима група.

Цел: да се проучи културалната специфика в пренаталното поведение и грижата за деца в ранна детска възраст от 0 до 1 г. сред майки от ромски произход.

Приложен бе изследователски метод на дълбочинни интервюта

Подбор: За осигуряване на разнородност на участниците, въз основа на известното териториално разпределение на различните ромски общности, предварително бяха определени няколко гнезда (населени места, в т.ч. квартали), в които да бъде проведено това проучване. Сред тях са: гр. Дългопол и варненските квартали Владиславово, Максуда, Аспарухово.

Инструментариум: за провеждане на проучването бяха определени следните теми за обсъждане.

✓ Подготовка за ролята на майка преди и в хода на бременността- участието на училището, семейството, общността и други. Отношение към ранните бракове и раждания.

✓ Контакти по време на бременността със здравната служба, респ. Женската консултация. Възприятия за достъпността на здравните услуги – улеснения, бариери. Нагласи за разбиране и възприемане на препоръки и съвети; удовлетвореност – критерии

✓ Подготовка за отглеждане на детето – усвояване на знания, умения, психологическа, материална (стая, легло, облекло), области на подготовка (кърмене/хранене, режим, ваксинации и др.)

✓ Източници и канали на информация относно подготовка за посрещане и отглеждане на детето. Оценка на ролята на близкото обкръжение с доминиращи личности (свекърва, майка), на медицинските специалисти, на общността, фейсбук - групи и др.

✓ Съвети и препоръки относно хранене и отглеждане на новороденото получени в Родилното заведение;

✓ Контакти със здравната служба след изписване: първо посещение на лекар в дома, получени съвети, нагласи за изпълнението им; първо посещение в Детската консултация (ДК). Регулярност и съдържание на посещенията. Достъпност на ДК-бариери, в т.ч. езикови. Отношение към ДК - удовлетвореност. Мнение за патронажни посещения, патронажна сестра. Достъпност до медицинска помощ - директно или чрез медиатор. Самооценка на знанията за отглеждане на дете;

✓ Роля на неформалните контакти в общността за подобряване на знания и умения за отглеждане на дете. Нагласи за ползване на интернет източници

✓ Условия, при които се отглежда детето: доходи, жилище, санитарни и битови удобства

(водоснабдяване, канализация, битово обзавеждане).

Интервютата са проведени от автора, със средна продължителност от 45 минути до 65 минути. Данните от интервютата са подготвени за анализ чрез транскрибиране на аудиозаписите на интервютата от изследователя. Следва тематичен анализ на получения текст, метод, използван обичайно за „идентифициране, анализ и докладване на теми (модели) проявяващи се в рамките на качествените данни“ [5]. Методът позволява да се постигне задълбочен анализ, в отговор на конкретни изследователски въпроси. За запазване на анонимността респондентите са означени с P1 до P11.

Резултати:

1. Демографска характеристика и социално-битови условия на майките

Средната възраст на участничките е 29,5 години. (мин. 21- макс. 39). По образование: със средно образование са 4 жени; една се е върнала в училище след ражданията си и учи в 11 клас; една е със завършен 10 клас; две са със завършен шести клас; 2 - със завършен втори клас; една жена изобщо не е посещавала училище, но самостоятелно се е научила да чете.

По работен статус - една жена е наета с осигуровки за работа с възрастни хора, шест са в отпуск по майчинство, а останалите 4 са домакини.

По семеен статус – 9 от респондентките отглеждат съвместно с партньора си децата, 1 е вдовица, а 1 е разделена с бащата на децата.

По брой деца се разпределят: със седем деца - 1, с пет - 1, с четири - 2; с три деца са 2, с две деца - 4 и с едно дете – 1. Най-ранната възраст на първо раждане сред участничките в проучването е 15 години, пет жени имат първо раждане на възраст 16-18 г. вкл., за останалите възрастта е 19-20 г. вкл.

Ражданията са осъществени в родилни отделения във Варна, Добрич, Бургас и Полша; две от жените са родили в дома - едната поради преждевременно раждане, а другата по неизяснени причини.

Жилищно-битовите условия са много добри при четири жени (гр. Дългопол) - в солидни къщи с наличие на топла течаща вода, вътрешни тоалетна и баня. Всички имат работещи партньори, не се оплакват от недостиг на финансови средства за покриване на ежедневни нужди на семействата.

Интервюираните от Варна живеят също в къщи, но по-малки, в повечето от които тоалетната е външна (на двора); липсва течаща топла вода, къпането на детето става в затоплена стая. Само в едно от семействата и двамата съпрузи имат постоянна работа. Едно от семействата (с четири деца) е в много затруднено финансово - материално положение, още повече, че са преживели преместване от квартал Максуда „Дерето“, където къщата им, преди няколко години, е разрушена поради прокарване на нов булевард. Все още нямат адресна регистрация и последиците от този факт са значителни: невъзможност за намиране на постоянна работа, за избор на личен лекар др.

Неуредените адресни регистрации са бариера за нормално осигуряване на медицинска помощ. Една от жените е с адресна регистрация в град Добрич, там е личният ѝ лекар и по тази причина е трябвало всеки месец по време на проследяването на бременността да пътува до Добрич, където е раждала, след което там се провежда и детската консултация. Голямото ѝ дете живее към момента на провеждане на интервюто с майчините баба и дядо (т.е. прабабата и прадедото на детето), за да може да посещава училище „А не е при мен. Пратила съм я при баба и дядо, моите баба и дядо, родителите ми са в Германия. На село е, там да учи. Там имаме адресна регистрация.“ (P9).

2. Пренаталните грижи през погледа на майките

Институцията на женската консултация (ЖК) като място за наблюдение и грижи за бременните е добре позната и утвърдена в ежедневието на интервюираните ромски майки, въпреки че като структура тя престава да съществува след 1995 г. След реорганизацията на здравните услуги, наблюдението на бременните е възложено на общопрактикуващи лекари, които трябва да ги насочват към акушер-гинеколози в държавни или частни болнични структури.

Терминът „женска консултация“ остава дълбоко вкоренен в съзнанието на жените, което се вижда от техните отговори: „И с двете деца ходих на женска консултация, всички прегледи, изследвания.“ (P5); „И с трите деца ходих на консултации.“ (P6);

„Аз от частното съм много доволна (за ЖК към частна б-ца). Прекалено много, през цялата бременност бях редовно там“ (P1)

Всички участнички са преминали през необходимите медицински изследвания по

време на бременността си и са доволни от това. Някои са получили съвети устно, а една е получила и брошура. Съществува убеждение, че при платени услуги ще получат по-добро отношение: „В Провадия ходихме при един и същ лекар. Платихме си, имаме осигуровки, но си платихме. Всичко ни казваше и обясняваше... даже на мен ми даде един талон как да кърмя, същия месец дето щях да раждам.“ (P3)

Въпреки преобладаващото положително мнение, една от респондентки споделя травмиращ опит от грубо отношение: „При първата бременност, объркване, не знаеш какво да правиш и какво да очакваш... 'Сядай! Вдигай краката! Ду**та ѝ се видя.' Пълен селя*дур отвсякъде.“ (P5).

Въпреки появата на училища за родители през последните 15-20 години, нито една от интервюираните жени не е чувала за такива. За Дългопол участничките са категорични: „Училище за родители ли? Не, тук, няма такива неща.“ (P2; P3)

3. Постнатални грижи в преживяванията на ромските майки: между очакванията и реалността

Обучението в родилното отделение - пропусната възможност

Само три от единадесетте интервюирани жени споменават, че в родилните отделения са получили насоки за отглеждане на детето. Една от тях, която е раждала в Полша, разказва: „В болницата ми обясняваха... как да я държа, как да я хвана, да си спи в кошарата, за пъпчето ми обясниха.“ (P9).

Контрастът между общинската и частната болница е очевиден от разказа на интервюираната P5: „Там [в общинската, при първото раждане] ме питаха дали имам майка. Отвърнах, че имам майка, имам баба, имам и свекърва. 'Да, те ще Ви научат как да си го къпете, как да си го гледате.' А след това каза: „Изкарай тази ци*a!“, Хвана ме за гърдата 'Слагай в устата!', натисна ме и 'Ето! Това е!'. В частната болница при второто раждане е впечатлена от реда, обслужването, но най-вече от индивидуалния подход: „Всяка сутрин идваше лекар, който ме питаше: 'Днес какви въпроси имаш към мен? Нищо, че ми беше второ раждане, аз имам нужда да си задам въпросите. Освен това идваше сестра всяка сутрин, обяснява ти как да го [бебето] хванеш, какво да го правиш“. Друга майка изразява задоволство от отношението и от наученото там: „И ти

обръщат внимание. Много. Като почнеш от тоалетната, всичко... до закуската. Все едно си на хотел... Всичко обясниха, как се къпят, как се кърмят, как се правят масажчета“ (P1) Удовлетвореността от родилното отделение се основава на обслужването на родилката и на дадените съвети за грижи за новороденото. Някои от тях споделят негативен опит: „Не се отнасяха добре с мен. Нищо не ме учеха... След секцията трябваше да си взема багажа и да си го нося сама, без количка в дългия коридор.“ (P9). В отношението на персонала са усетили моменти, които определят като дискриминационни: „Мълчи, циганко, дри**о!‘... ..Има болници, в които като те видят, че си циганин, не ти обръщат внимание.“ (P1);

Домашните посещения - различие между теория и практика

Официалната програма „Майчино и детско здравеопазване“ предвижда задължително посещение от личния лекар в първите 24 часа след изписването от болницата, последвано от втори преглед между 14-ия и 20-ия ден. Реалността обаче е далеч от тези стандарти.

Нито една от интервюираните жени не е знаела за това задължение на лекарите, но когато са посетени са доволни и благодарни. Майка на четири деца споделя: „Не са идвали, аз го закарах. На 2 месеца беше. Казах ми като мине 40-я ден да го заведа да го теглят.“ (P8)

Сроковете за първия преглед в дома силно варират - от „веднага“ (P4, P10) до „след 20-ия ден“ (P2, P3) и дори „след 40-ия ден“ (P8, P9). При една от жените се наблюдава различно отношение според поредността на детето - докато за първото дете лекар никога не е идвал в дома, за второто има редовни посещения: „Той ми се обади и ми каза да не излизам на улицата и ще дойде у дома... и в продължение на месец, този човек идваше да вижда детето ми.“ (P5)

Детската консултация

Всички участнички в проучването са информирани, че при навършване на едномесечна възраст трябва да заведат детето на консултация при личния лекар. Десет от единадесетте жени редовно посещават детска консултация, но я възприемат по-скоро като място за рутинни процедури. Те описват прегледите предимно като: „Да го теглят, да го мерят. Имунизации да правят.“ (P8) Оценяват връзката си с лекаря като много добра; проявяват забележителна

ангажираност към здравето на децата си: „Обръщам внимание. Като стане време за ваксина и ѝ се обаждам [на лекарката]“ (P1). При появили се здравни проблеми на детето демонстрират решителност: „По-скоро ще запаля Пежото и ще отида до Спешния център. Аз си шофирам.“ (P6) Въпреки недостатъците на системата, майките са изключително мотивирани да осигурят най-доброто за децата си.

Показателен е случаят на майка, чието дете е родено със сърдечен проблем в Полша: докато там детето е получавало специализирана грижа, след завръщането в България е без достъп до необходимата медицинска помощ: Детето в риск „е преглеждано от личния лекар на останалите деца [по добра воля, бел.а.], но прегледите бяха само като детска консултация.“ (P10)

Този случай илюстрира пропуските в системата и последиците от липсата на адекватна медицинска поддръжка за уязвими групи. Въпреки всички предизвикателства, интервюираните жени демонстрират устойчивост и преданост към грижите за децата си.

4. Семейната структура и ролите в ромската общност: между традиция и промяна

Традиционният модел на големите семейства с многопоколенчески състав е фундаментална характеристика на ромската общност, която оказва двойствено влияние върху младите майки. От една страна, плътната родова мрежа осигурява всеобхватна подкрепа – от помощ в домакинството до грижи за децата, което значително облекчава тежестта на родителските задължения. Тази солидарност е особено ценна в контекста на социалната изолация и икономическата несигурност, с които често се сблъскват ромските семейства. „На бабите разчитам, на нея [посочва жената до нея - мъжете им са братовчеди]“ (P3); „Свекърва ми беше тогава жива и ми казваше как се мие, как се гледа“ (P4); „На майка ми и баща ми.“ (P6).

От друга страна, обаче, излишната намеса на възрастните и строгото спазване на традиционни норми може да се превърне в пречка за модерните подходи към отглеждането на децата. В интервютата се споменават случаи, при които старите поколения налагат остарели практики, като неадекватно хранване, осоляване на новороденото и др. „До 40-я ден- масаж със свинска мас; във водата с яйце и сол...“

(P6); при някои от случаите наложените от роднините практики са рискови за здравето на детето. Една от жените споделя с мъка „Свекърва ми натри тялото на първото ми дете със сол, получиха се големи рани и после имаше инфекция на главата. За другите вече не дадох“ (P11).

Принудени да стоят в дома си, жените попадат в изолация и единствено родовите и междусъседските връзки в общността намаляват отчасти нейното негативно влияние. При въпрос дали искат да се върнат да учат в училище или да започнат работа, интервюираните дават еднотипни отговори: „Искам, ама кой ще ми ги гледа. В къщи стоя цял ден, хубаво, че така е при мен.“ (P7); „А, искам да уча, но на кого да ги оставя?“ (P8).

В проучването се регистрират примери за промяна в семейните роли. Все повече млади ромски мъже започват да участват в ежедневните грижи за децата – от смяна на пелени до придружаване на профилактични прегледи. Това е нещо ново за традиционния модел, при който грижите за децата се смятат изключително за „женска територия“. Една от интервюираните майки споделя: „Ами помага, дундурка си ги, люля си ги.“ (P6); „Нашият татко храни, сменя памперси. Аз като го [бебето] къпя, той [таткото] веднага прави млякото.“ (P3).

Промяна се установява и в отношението към ранните бракове, които са считани за неотменна характеристика на ромската общност. Жена, станала майка на 15 год. съжалява за ненавременното майчинство и се надява дъщеря ѝ да няма нейната съдба „Пратила съм я да учи! Не искам да ражда. Не искам да е като мене от рано майка!“ (P7). Няколко от по-образованите момичета изказаха мнение, което звучеше като заключение: „Нашите хора не искат вече да раждат толкова рано, повече ходят на училище... Много от жените съжаляват, че са родили много млади“ (P5).

5. Подготовка на младите момичета за майчинство в семейството /училището/ общността

Една част от майките, самите те от многодетни семейства, вече са участвали в грижата за малките си братя, сестри, племенници: „А аз имах опит. На братята ми децата гледах от мъничка.“ (P8); „Помагах на майка ми да гледа братята и сестрите ми. Аз съм най-голямата“ (P10); „С така ги гледахме другите, помагахме на майка ни“ (P11). Контактът с малки деца ги е научил на отношение и грижа.

Почти всички жени споделят идеята да бъдат запознати с практически елементи на майчинството още в училище: „Да, трябва да се говори в училище какво е бременността, какво е да си майка“ (P4).

Спонтанно се появиха предложения за провеждане на просвета и обучение на младите момичета в общността. „А защо в мах'лата не се събират“. (P9) „Тука повече ще дойдат да чуят“ (P6). „Тука ще е по-лесно, по-удобно“ (P8). Желани се оказват по-честите контакти с представители на здравната служба в дома на новороденото, за да могат майките, несигурни в знанията и уменията си, да получат конкретни съвети и нагледно обучение. „Има нужда някой да дойде, да ни каже как е, да не се учим сами, иначе е много трудно.“ (P7).

Обсъждане: Резултатите от нашето качествено изследване очертават сложната картина на пре- и постнаталните грижи при ромски майки, в която социално-икономическите, културните и институционалните фактори си взаимодействат и взаимно се подсилват. Подобно на изследванията на Rechel и съавт. (2009) и Abdikeeva (2013), участничките отбелязват, че достъпът до здравни услуги често е ограничен от бедност, липса на здравно осигуряване и усещане за дискриминационно отношение [4, 11]. Това потвърждава изводите на Европейската агенция за основни права, че ромските жени в ЕС продължават да се сблъскват със значителни бариери при достъпа до качествени здравни грижи [7].

Дефицитите в постнаталната грижа – ограничено обучение в родилните отделения, несистемни домашни посещения на новородените, недостатъчна информираност за „училища за родители“ – са индикатори за липсата на културно-чувствителен подход в здравната система. Tomova (2009) и Крумова & Илиева (2008) отдавна изтъкват, че стандартните програми често не са адаптирани към реалностите на ромските семейства и не вземат предвид етнокултурните специфики, езиковите бариери и нивото на здравна грамотност [2, 8]. По този начин се възпроизвеждат неравенства, описани и от Marmot (2015) като резултат от „социалните детерминанти на здравето“ [9].

Установеният в нашето изследване двупосочен ефект на голямата родова солидарност, предаване на традиционни знания и семейна подкрепа за отглеждането на деца е отбелязани и в други проучвания на етнически малцинства [6, 12]. Наблюдаваната зависимост от родовата мрежа, съчетана с

ограничен институционален ангажимент, води до частична замяна на професионалната подкрепа с неформални ресурси в общността.

Резултатите разкриват и редица положителни тенденции-намаление на юношеските бракове и ранните раждания, положително отношение към образованието сред ромските момичета, по-активното участие на бащите в грижите за децата в ранна възраст, нарастващо значение на публичните здравни институции за майчиното и детско здраве. Подобни процеси на вътрешна трансформация са описани и в доклада на ОССЕ (2014), според който ромските жени (вече се включват и мъжете) действат като „агенти на промяната“ в общността [10]. Тези данни предполагат, че устойчиви резултати могат да бъдат постигнати чрез програми, които съчетават институционална подкрепа с уважение към културните норми и вътрешните ресурси на общността.

Заклучение:

Пренаталните и постнатални грижи сред ромските семейства имат значителен потенциал за развитие чрез прилагане на културно-чувствителен и интегриран подход в майчиното и детското здравеопазване, включващ адекватни форми на семейно обучение, засилена връзка с училищното образование, подкрепа на уязвими групи, работас ромски здравни медиатори. Специално внимание и развитие заслужава възможността ромските майки да се превърнат в „агенти на промяната“ в пре- и постнаталния период.

Литература:

1. Институт "Отворено общество", 2008. Ромите в България - информационен справочник; https://osis.bg/wp-content/uploads/2018/04/OSI_Publication_Roma_2.pdf
2. Томова, И., 2009. Здравето и ромската общност, анализ на ситуацията в Европа - предварителен национален доклад - България, Фондация Здравето на ромите; <https://www.gitanos.org/upload/87/58/BULGARIA-final-baja.pdf>
3. Томова, И., Стойчев, Л., & Иванов, М. (2020). Демографски дисбаланси и социални неравенства между големите етнически групи в България (Том V). София: Институт за изследване на населението и човека – БАН; Издателство на БАН „Проф. Марин Дринов“.
4. Abdikeeva, A., Ezer, T., & Covaci, A. (2013). Assessing legal advocacy to advance Roma health in Macedonia, Romania, and Serbia. *European journal of health law*, 20(5), 471–486. <https://doi.org/10.1163/15718093-12341297>
5. Braun, V. & Clarke, V., 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), pp. 77-101. p.97.
6. Cukrowska, E., A. Kórczé Exposing Structural

- Disparities of Romani Women: The Intersectional Conceptualisation of Roma Women's Social and Political Position. (2013). Достъпно на: <https://files.acquia.undp.org/public/migration/eurasia/exposing-structural-disparities-of-Romani-women.pdf>
7. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). (2016). Second European Union Minorities and Discrimination Survey – Roma: Selected findings. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Достъпно на: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2016-eu-minorities-survey-roma-selected-findings_en.pdf.
 8. Krumova, T., & Ilieva, M., et al. (2008). The health status of Romani women in Bulgaria: Report. Veliko Tarnovo: Center for Interethnic Dialogue and Tolerance “Amalipe”. Retrieved from http://amalipe.com/files/publications/Health%20report_AMALIPE_last.pdf
 9. Marmot, M. G. (2015). The health gap: The challenge of an unequal world. Bloomsbury Publishing. ISBN 978-1632860781.
 10. Organization for Security and Co operation in Europe (OSCE). Women as Agents of Change in Migrant, Minority and Roma and Sinti Communities in the OSCE Region: Proceedings from an Expert Roundtable (2014). <https://www.osce.org/files/f/documents/b/8/115941.pdf>
 11. Rechel, B., Blackburn, C.M., Spencer, N.J. et al. Access to health care for Roma children in Central and Eastern Europe: findings from a qualitative study in Bulgaria. *Int J Equity Health* 8, 24 (2009). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-24>
 12. Szilvasi, M., & Saitovic-Jovanovic, M. (2023). Social Accountability and Legal Empowerment Initiatives: Improving the Health of Underserved Roma Communities in Eastern Europe. *Health and Human Rights Journal*, 25(1), 67-79. https://www.researchgate.net/publication/371255183_Social_Accountability_and_Legal_Empowerment_Initiatives_Improving_the_Health_of_Underserved_Roma_Communities_in_Eastern_Europe
- ! Адрес за кореспонденция:
e-mail: nadezhda.mihaylova@mu-varna.bg