



PROSPERITAS VESTRA FINIS NOSTRA!

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ

„Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна

ФАКУЛТЕТ ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Катедра „Хигиена и епидемиология“

„Ранно детско развитие: особености и превенция на нарушенията“

Д-р Екатерина Иванова Вълчева

**ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД ЗА ПРИСЪЖДАНЕ
НА НАУЧНА И ОБРАЗОВАТЕЛНА СТЕПЕН „ДОКТОР“**

Научна специалност –

„Хигиена (вкл. трудова, комунална, училищна, радиационна и др.)“

Научен ръководител:

Проф. д-р Теодора Димитрова, дм

Варна, 2022

Дисертационният труд съдържа 232 страници и е онагледен с 6 таблици; 91 фигури; 11 приложения, включително и авторски въпросник в табличен вид и 2 таблици с резултати. Цитирани са 281 литературни източници, от които 183 на латиница и 98 на кирилица.

Научно жури:

Външни членове

1. Проф. д-р Емил Влайков Воденичаров, д.м.
2. Проф. д-р Боряна Петрова Слънчева, д.м.
3. Доц. д-р Невяна Георгиева Фесчиева, д.м.

Резервен външен член

Доц. д-р Марияна Рашева Стойновска, д.м.

Вътрешни членове

1. Доц. д-р Дарина Найденова Христова, д.м.
2. Проф. д-р Албена Георгиева Керекоска, д.м.

Резервен вътрешен член:

Доц. д-р Десислава Иванова Ванкова, д.м.

Защитата на дисертационния труд ще се състои на 06.06.2022 г., понеделник от 13.30 ч. в аудиторияна Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ - Варна.

I. Въведение

Детството е първият етап от живота на човека – от първата глътка въздух до степента на зрялост, необходима за самостоятелно справяне с предизвикателствата на историческото време и средата, в която се ражда. Продължителността на детството е различна през различните исторически епохи. Съществуват безброй факти и събития, които бележат измененията от хиляди години назад, отразени в различни артефакти и източници от които се съди, че етапите в детството са продукт на конкретното общество и са в пряка зависимост от неговата материална и духовна култура. Затова детството, законите на развитие на детето и законите на развитие на човешкото общество не трябва и най-често не се разглеждат откъснати едни от други.

Ранното детско развитие (РДР), доказано научно, е най-значимият, неповторим по своята същност – с количествените и качествените си изменения – период от детството, който бележи благополучието и качеството на живот (КЖ) на всеки от нас за цял живот (Working group and the Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee, 2017). При направения научен обзор на значим брой литературни източници се установява, че има множество различия в дефинициите за РДР и вариации във възрастта, определяна чрез тях. Те доказват динамиката на 21. век във всички аспекти на човешкия живот и познание и отразяват световните тенденции за глобализация и мултикултурност. Такива са например дефинициите на Световната здравна организация (СЗО), УНИЦЕФ (Детски фонд на обединените нации), Световната банка, Националната мрежа за децата (The World Bank, 2010; WHO, 2017, 2018, 2019; Йосифов и кол., 2018).

В настоящото изследване се приема за работна дефиницията на СЗО, тъй като универсалните стандарти в общественото здравеопазване се създават от нея: „Периодът на ранното детство е най-важната житейска фаза в развитието на човека. Здравословното ранно детско развитие (РДР), което включва физическата, социално-емоционалната и езиково-когнитивната области на развитие, всяка от които е еднакво важна, силно влияе върху благополучието, затлъстяването/задържането в растежа, психичното здраве, сърдечно-съдовите заболявания, компетентността в областта на грамотността и математическите умения, склонността към престъпления и икономическата активност през целия живот. Това, което се случва с детето в ранните години, е от решаващо значение за траекторията на развитието на детето и жизнения му цикъл.“ (WHO, 2017) От гледна точка на възрастта „РДР обхваща физическото, социалното, емоционалното, когнитивното и двигателно развитие между 0-8 годишна възраст“ като фокусът на настоящото изследване е върху фаза 2 – от раждането до 3 годишна възраст

(WHO, 2019). Основание за позицията при избора на работната дефиниция са и научните доказателства, че точно през този времеви период детският мозък се развива със скорост, която никога повече не се повтаря през целия живот и затова от решаващо значение са храненето, защитата/безопасността и отговорната стимулация чрез игра и общуване с любящите възрастни и грижите на цялото общество (Center on the Developing Child, Harvard University, 2016, 2017; Станчева и кол., 2017; Трошева-Асенова, 2018; Chamova et al., 2018, Димитрова и Вълчева, 2021).

Ранното детско развитие и обезпечаването му като процес с политики и практики на национално и институционално ниво е изключително предизвикателство с много липсващи отговори на съществени за българското общество въпроси. Примери за това са дискусиите около съществуването на Националната стратегия за детето за периода 2019-2030 г. и липсващите данни за България за трите години от създаването на статистическата база данни на СЗО за майчино и детско-юношеско здраве „Countdown to 2030“ (nurturing-care.org, 2019, 2020, 2021).

В този смисъл темата „Ранно детско развитие: особености и превенция на нарушенията“ е изключително актуална и интердисциплинарна, със силен теоретико-приложен фокус и голямо социално значение. В случая тя е представена интердисциплинарно и холистично, с включени различни научни гледни точки – медицински, психологически, социологически, философски, антропологически, исторически – при литературния обзор, при формулирането на целта, задачите, дизайна на проучването и обсъждането на резултатите. Пресечната точка за обобщаване на теоретичните информационни източници от различни научни направления и резултатите от проведеното изследване е хигиената на детско-юношеската възраст (ХДЮВ). Със създадени традиции още от края на 19. век и началото на 20. век, основана и комбинираща постиженията на педиатрията и педагогиката, възрастовата физиология и психологията, общата и социалната хигиена, до ден днешен, тя дава възможност дълбочинно и цялостно да се проучват значимостта и мястото, разбирането на детството и РДР и грижите за него в българското общество. ХДЮВ като наука дава комплексен отговор на голяма част от въпросите, свързани с въздействието на формиращата среда за хармоничното детско развитие и благоденствие; в основата е на създаването на нови хигиенни норми, изисквания, профилактични мерки, съобразени с динамиката на процесите през 21. век. Затова за целите на този научен труд ХДЮВ е избраната научна област на изходна когниция, която дава възможност чрез допълване и разширяване да се развие темата за особености и превенция на нарушенията в РДР. Приемайки тази изходна позиция, докторантът застава и зад твърденията: 1) Детството е процес, който се развива съобразно историческите епохи, социално-

икономическите и културни промени в обществото. 2) Разбирането за детството и неговата значимост са подвластни на общите философски представи за човека, на религиозната и държавна идеология, на субкултурата на различните слоеве на обществото. 3) В исторически план, периодично всяка една предходна структура на обществото изчерпва възможностите си за осигуряване на оптималното детско развитие и социализация. 4) Постигнатото от социума в развитието на детето през годините на неговото израстване е ценен ресурс за развитието на обществото. 5) Познаването на движещите, мотивиращите сили в съвременното глобализиращо се общество по оста родител-дете-специалист и на непосредствената, формиращата среда за/около детето е първоизточник за създаването на съвременни политики за РДР. 6) Личната и професионална информираност и опит, знанието и образоваността са в основата на промоцията и превенцията на здравето.

В дисертационния труд се проследява сложността на процеса на РДР и неговото постепенно превръщане в интегративен обект на грижи и изследователски интерес. Детето се поставя в центъра на обществознанието, на социалната теория и практика, а към семейството (нуклеарно и разширено) се приема семейно-ориентираният подход. Това се доказва чрез предоставения анализ в обзора на богато наследство от научни изследвания, теоретични трудове и практики с автори от целия свят, на стратегически и нормативни документи на световни, европейски и национални институции. В него се застъпват идеите от Античността – с първата периодизация за детството на Аристотел и идеите на Квинтилиан за детското развитие и възпитание, от Средновековието, когато детето се приема като „рожда на греха“ и миниатюрен възрастен до научно-теоретичните и практико-приложни постижения на 20. и 21. век. Отделя се внимание на основополагащи идеи и теории като тези на Чарлз Дарвин, Вилхелм Прайер, Алфред Бине, Зигмунд Фройд, Лев Виготски, Жан Пиаже, Джон Боулби, Маргарет Малер, Маргарет Мийд, Мая Лисина, Мария Монтесори, Доналд Уиникът, Франсоаз Долто, Теодор Фридрих Хелбрюге, Ллойд Демос, Кристофър Уйлд, МакКриндъл, Бронфенбренер. Едновременно с това дисертантът представя развитието на идеите за детството в България, проследени през призмата на почти 100 годишна хронология – от възникването на Съюза за закрила на децата в България по инициатива на проф. д-р Стефан Ватев (основоположник на българската педиатрия) до актуалните демографски процеси и подкрепа в периода на РДР на децата, семействата и специалистите в българското общество. Особено внимание се отделя на формирането и развитието на холистичната родителска компетентност като сложен и динамичен процес, в основата на който е субективното разбиране за семейно самообразование и влиянието на обществените взаимодействия и инвестиции за детско здраве. С настоящото

проучване се поставят основите на изследване на родителската общност в България – установява се степента на осъзнаване на значимостта на РДР за нея, потребностите на родителите от съвременни знания, практики, компетенции и възможности за превенция на нарушенията.

II. Цел

Да се установи значимостта на ранното детско развитие (РДР) в родителската общност в България и произтичащите от това потребности от знания, практики, компетенции и възможности за превенция на нарушенията. Резултатите от изследването да се използват с цел промоция на здравето и профилактика в ранна детска възраст и за повишаване на родителската компетентност.

III. Задачи

1. Да се извърши „наблюдение чрез участие“ в общността на „Зеленият морски двор на Варна“ за определен времеви период
2. Да се създаде „Въпросник за измерване на значимостта на ранното детско развитие (РДР) в родителската общност“
3. Да се изследва демографската информация за семействата, включени в изследването
4. Да се оценят родителската информираност и компетенции за РДР до 3 години и 11 месеца
5. Да се оценят родителските нагласи за търсенето и ползването на подкрепа и взаимодействието между родител и специалист по оста „родител - дете - специалист“
6. Да се формулират препоръки за промоция на здравето и профилактика в ранна детска възраст и за повишаване на родителската компетентност

IV. Материал

1. Обект на изследване

Обект на изследването е родителската общност в България в контекста на познанията в нея за значимостта и особеностите на РДР и възможностите за превенция на нарушенията през този период.

За целта са проведени качествено и количествено социологически изследвания.

Качественото изследване „наблюдение чрез участие“ (Participant Observation) е извършено от докторанта в общността на „Зеленият морски двор на Варна“ – пространство за ранна социализация и превенция на деца от 0 до 3 години. За целта на изследването в реална

среда, в продължение на 14 месеца, в 2 дни от седмицата по 4 часа в периода 2020 – 2021 г., се разработват и използват работни листи. Те са базирани на съвременните концепции за качествени социологически проучвания с имплементация на адаптирани инструменти (Empathy map; AEIOU framework) за проверка на хипотезата.

През 2022 г. е проведено количествено социологическо изследване – национално онлайн допитване (анкета) с родители-респонденти за период от 30 дни. Анкетата използва „Въпросник за измерване на значимостта на ранното детско развитие (РДР) в родителската общност“. **Въпросникът е авторски продукт на екипа по Проект № 19021/2019 на Фонд „Наука“ на тема „Ранното детско развитие – детерминанта на здравето и качеството на живот в съвременното общество“, с водещ изследовател – докторантът.**

Участието в изследването е доброволно и анонимно. Поканени са да се включат всички родители, навършили 18 години, с едно и/или повече деца от 0 месеца до 3 години и 11 месеца включително. Изследването се осъществява във виртуална среда и подходящи за всички участници условия.

Данните от проведените качествени и количествени изследвания се съхраняват на електронен и хартиен носител в кабинет на територията на катедра „Хигиена и епидемиология“, а получените резултати са отразени обективно.

2. Дизайн на проучването

Проучванията стартират след получаване на резолюция от Комисията по етика на научните изследвания (КЕНИ) с Протоколно решение № 90/30.01.2020 г. и разрешение за промени в протокола на проекта, получено от КЕНИ – Протоколно решение № 101/25.03.2021г. Проучванията в настоящия дисертационен труд са част от Проект № 19021/2019 на Фонд „Наука“ на тема „Ранното детско развитие – детерминанта на здравето и качеството на живот в съвременното общество“.

Всички предвидени проучвания позиционират проекта в полето на изследователската работа едновременно като описателно, срезово и смесено (количествено и качествено) изследване. Тази триизмерност на вида на проекта е определящ фактор, оказващ влияние върху неговия дизайн и продължителност. Времевите параметри на проучванията са в пряка връзка с другите значими фактори – реалностите на средата, в която се извършва (микро и макросреда, вътрешна и външна); ресурсите, с които се разполага за целта; нововъзникнали причинно-следствени връзки/взаимоотношения; очакван вид на събираните данни. Предвиждането на всички фактори,

оказващи както положително, така и негативно влияние върху изследванията, предполага създаването на навременна логистика за устойчивото провеждане и успешно приключване на проекта (Вълчева и кол., 2020). В контекста на общата рамка на научния проект и целите на дисертационния труд, първо се осъществяват качествено и количествено социологическо изследване с цел плавно, последователно, продуктивно интегриране на резултатите от двата метода.

Качественото социологическо изследване „наблюдение чрез участие“ (Participant Observation) се провежда в реална среда. То е с цикличен характер и с ясно формулирани изследователски хипотези. Рамката за подбор на участниците в него включва всички родители, посещаващи с детето си, веднъж или повече пъти, пространството за ранна социализация и превенция на деца от 0 до 3 години „Зеленият морски двор на Варна“. Всички лица посещават доброволно пространството, задължително се информират за правилника и дейностите на пространството, за присъствието и работата на терен на специалистите в него. **Изследователят** прилага субективен компетентностен подход с комплексен и широк фокус върху целевата група като събира необходимите данни чрез събеседване, наблюдения и анализ. Целта е да се изучи реалността като комплекс от субективни и многобройни интерпретации, жизнен опит и перспектива на участниците в изследването. Резултатите от настоящото качествено изследване са необходимата предпоставка за следващия етап – количествено социологическо изследване.

Рамката за подбор на участниците в количественото социологическо изследване включва всички родители, навършили 18 години с едно и/или повече деца от 0 месеца до 3 години и 11 месеца включително, които желаят доброволно и анонимно да участват в националното онлайн изследване. Лицата се включват след попълване на информирано съгласие, предшестващо самото изследване.

Участниците в проучването са поканени да се включат при предварително дефинирани критерии и условия за това, посочени в информираното съгласие.

В обобщен вид **критериите за допускане и включване в изследването** са: 1) родители, навършили 18 години; 2) попълване на въпросника от името само на единия родител; 3) попълването на въпросника да се отнася само за едно дете в семейството; 4) в случай на две или повече деца, по-малки от 3 години и 11 месеца, въпросникът се попълва за по-голямото от тях.

Чрез **информираното съгласие** респондентите са уведомени за следното: 1) Няма идентифицирани съществени рискове или неудобства,

свързани с участието им в изследването. 2) Не се събира информация за самоличността им и такава няма да бъде обработвана. 3) Събраните чрез проучването данни ще се използват при разработването на методика за установяване, оценка и предотвратяване на рисковите фактори за РДР и благополучието през целия живот. 4) Методиката е необходима, за да се създаде стандартизиран инструмент – иновативен и практически приложим – предпоследен етап от Проект № 19021/2019 на Фонд „Наука“. 5) Предоставена е възможност в края на изследването респондентът да изяви свободно и лично желание да се включи в заключителния етап по проекта – пилотно/пробно практическо приложение на стандартизирания инструмент сред изследваните.

Специфична част от дизайна на изследването са изборът на платформа за неговото публикуване и съхранение с лесна достъпност/употреба за интернет потребителя и начинът на разпространението му до респондентите във виртуална среда. За целта е избрана „SurvS“ – платена платформа за професионални социологически изследвания със съвременен интерфейс, богати функции и възможност за постоянна обратна връзка. За разпространението на въпросника в социалните мрежи се извършва информационна кампания, отговаряща на целите на социалния PR – постигане и установяване на плодотворни отношения между организацията/изследователя и аудиторията/респондента по пътя на двустранна комуникация. За базов комуникационен модел се избира матрицата на Харолд Ласуел (Lasswell’s “5W” model, 1948 - Who; Says What; In Which Channel; To Whom; With What Effect?). Благодарение на постоянните и динамични отговори на въпросите в тази класическа рамка на масовата комуникация се достига до синтез на технологии със съвременна социална и медийна среда и специфични характеристики на изследването. Чрез своевременен анализ на комуникатора, информацията, медиите, аудиторията и ефекта се създава информационна инфраструктура със свои собствени ресурси и канали за предаване на информацията (Sapienza et al., 2015; Wenxiu, 2015). Тя включва институционални, неправителствени, общностни и индивидуални интернет и мрежови потребители, отговарящи на обобщените критерии за допускане и включване в изследването. **Едновременно с това дизайнът на настоящото изследване включва и задължителните компоненти на PR комуникацията: доверие, адекватност към социалната среда, качество на съдържанието, ясни послания, постоянен обмен на информация, използване на уважавани канали/източници на информация; отчитане на възможностите на аудиторията да участва с влягане на минимум усилия от нейна страна.**

Всички посочени и описани компоненти на дизайна на изследванията в дисертационния труд гарантират ефективността и успешната им реализация.

V. Методи и инструменти

Всички методи и процедури, свързани с провеждането на настоящото изследване, са осъществени от дисертанта.

1. Документални методи

За създаването на настоящия дисертационен труд са анализирани значим брой достъпни източници на български, руски, английски и френски език, включително публикации, статии, книги и учебници, свързани с разглежданата тема. За тази цел се използват достъпните електронни бази данни на Scopus, PubMed, Web of Science, Medscape Pediatrics, ScienceDirect и обществено достъпните анализи, ръководства и аудио-визуални материали на WHO, UNICEF, Center on the Developing Child at Harvard University, Алианс за ранно детско развитие, Национална мрежа за децата, За нашите деца, ДАЗД в областта на ранното детско развитие и грижа.

2. Социологически методи

2.1. Качествени социологически методи

„Наблюдение чрез участие“ (Participant Observation) е качествен изследователски метод, който позволява изследването да се извърши в конкретни ситуации на ежедневните взаимодействия на хората и общностите през различни дискурси. Едновременно с това, според целта на наблюдението, методът дава възможност на изследователя да го проведе на терен, в естествена среда, и да се фокусира специално върху проучвания въпрос и микронивото на социалното взаимодействие. Изследователят наблюдава социалната група „отвътре“ с цел установяване на вътрешната мотивация на хората чрез техните дейности. Основното предимство на метода е, че чрез наблюдението на участниците могат да се изяснят и усъвършенстват теоретичните концепции в процеса на прякото взаимодействие на наблюдаващия изследовател с описваната от него реалност. По този начин използването на метода „наблюдение чрез участие“ служи както за диагностициране на съществуващ проблем с набиране на задълбочена и нюансирана информация от/чрез изследваните лица, така и за генерирането и разгръщането на нови идеи чрез количествени социологически методи.

„Наблюдението чрез участие“ в общността на „Зеленият морски двор на Варна“ е в контекста на поставената цел на дисертационния труд

като допълнително проучва в дълбочина мотиви, причини, нагласи, първична информация – социална и културна, предпочитания, действия, отношения. За неговото извършване са разработени работни листи. Те са базирани на съвременните концепции за качествени социологически проучвания („наблюдение чрез участие“ с интерпретативен анализ) с имплементирани и адаптирани инструменти (Empathy map; AEIOU framework) за проверка на хипотезата. По начина на осъществяване, извършеното от докторанта „наблюдение чрез участие“ е нестандартизирано, включено, полево и систематично с прибавени елементи на дизайн мислене (Design thinking). По този начин, от една страна, се разширяват възможностите за изследване, преинтерпретиране, реструктуриране на проучвания проблем с цел намиране на път за неговото решение. От друга страна, така осъщественото качествено социологическо изследване е добра основа за създаване на инструментариум (въпросник) за количествено изследване.

Извършеното наблюдение съответства на препоръките в научната и учебна литература и е съобразено с препоръките на специалист по общностна психология и социология – изследвания и дейности в общности.

2.2. Количествени социологически методи

Количествените социологически изследвания се фокусират върху реалното състояние на явленията и тенденциите на макро ниво. Те надграждат качествените изследвания, информиращи ни за микро нивото на социалните взаимодействия в целевата група.

Допитванията чрез анкети/въпросници е най-разпространеният количествен метод за набиране на социална информация за изследваните лица – за техния субективен свят – нагласи, поведение, въздействия, удовлетвореност, информираност, интереси, бъдещо поведение и развитие. Именно стандартизирано допитване чрез анкета е приложено сред респондентите – родители на деца до 4-годишна възраст по „метода на отзовалите се“ и „принципа на снежната топка“. За целта се използва настоящият въпросник, който е авторски продукт на екипа по Проект № 19021/2019 на Фонд „Наука“ на тема „Ранното детско развитие – детерминанта на здравето и качеството на живот в съвременното общество“, в който докторантът е водещ изследовател, а специалистът по общностна психология и социология е изследовател. Въпросите са разработени чрез анализ на литературни данни от сходни изследвания и информацията от проведеното качествено изследване „наблюдение чрез участие“ на територията на пространството за ранна социализация и превенция „Зеленият морски двор на Варна“. За оптимизиране на изследването, след изготвянето на въпросника, се проведе „пробно

изследване” сред 10 респонденти. Респондентите за „пробното изследване” са от основните възрастови подгрупи на родители на деца от 0 до 4-годишна възраст.

Въпросникът включва следните основни части: 1) Информирано съгласие; 2) Насочваща информация за попълването му; 3) Родителски компетенции за РДР до 3 години и 11 месеца; 4) Грамотност за РДР; 5) Търсене на помощ от специалист – опит и нагласи; 6) Качество на живот на детето; 7) Демографски въпроси.

Във въпросника са включени общо 47 въпроси със следната характеристика: 1) Затворен въпрос с един отговор; 2) Затворен въпрос с повече от един отговор; 3) Затворен въпрос с цифрова скала; 4) Отворен въпрос без зададен отговор.

Въпросите и отговорите са формулирани: 1) само чрез положителни твърдения; 2) не съдържат внушение, насочващо тенденциозно към даден отговор; 3) с предвиждане на всички възможни случаи, независимо от очаквания брой респонденти, които ще отговорят на тях; 4) по равностоен начин, с еднаква смислова тежест; 5) с отнасяне до един и същи признак; 6) достъпно и разбираемо.

Благодарение на съставените основни конструкти и формулиране на въпросите в тях се обезпечава максималната достоверност на отговорите на респондентите и възможността чрез резултатите да се направят заключения относно наличието на причинно-следствени зависимости в изследването.

3. Статистически методи

Данните са анализирани със статистически пакет IBM SPSS v.25

В анализа на данните се използват следните статистически методи:

✓ Метод на статистическа групировка на данните – признаците са подредени според вида си във вариационни, интервални, категорийни, степенни и динамични статистически редове.

✓ Дескриптивни методи

Описателната статистика включва статистически методи за събиране, табулиране и обобщение на данни с цел представяне на информация. Дескриптивният анализ се основава на непараметрични тестове.

✓ Метод на статистическото оценяване

При проверка на хипотези, нивото на значимост на нулевата хипотеза се определя според установената практика като $\alpha = 0.05$.

* *Вариационен анализ* – при сравняване на непрекъснати и интервални показатели, поради дизайна на проучването, се използва t-тест по двойки (Paired T-тест), независент t-тест (Independent-Samples T Test) и еднопосочна ANOVA (One-Way ANOVA).

* *Непараметричен анализ* – за анализ на категорийни признаци се използва кростабулация и критерий χ^2 (хи-квадрат) на Pearson, когато се борави с редови категорийни признаци. **Използвани са за търсене на значими разлики в честотата на фактори, разпределени в различни групи или категории.** Статистическа значимост при непараметричните тестове се приема при $p \leq 0.05$. Освен това в дескриптивния анализ се използват и средни стойности, стандартни отклонения (SD), минимални и максимални стойности, 95% доверителни интервали (confidence intervals - CIs) и съотношение на шансовете (odds ratio - OR).

* *Корелационен анализ по метода на Spearman.* Бивариационен корелационен анализ е **метод за обработка на статистически данни, които се използват за изучаване на зависимости (корелации) между променливи.** При анализа се търсят зависимости между две или повече променливи, за да се установи има ли или не статистическа зависимост между тях. **Оценката на силата на зависимостта между променливите се базира на резултатите от коефициента на Pearson и на Spearman,** като с коефициента на Spearman се изчислява корелацията на базата на монотонни взаимоотношения, а на Pearson – на базата на линейни връзки. Степента на асоциация между променливите се определя като статистически значима при $p \leq 0.05$., както и за слаба при $r < 0.3$, умерена при $0.3 < r < 0.5$, силна при $0.5 < r < 0.7$ и много силна при > 0.7 .

Информацията се обобщава в MS Excel, а статистическият анализ се осъществява чрез IBM SPSS Statistics v.25. Получените резултати се оценяват като статистически значими, когато p-стойността (p-value) < 0.05 , при което се отхвърля нулевата хипотеза.

4. Графични методи

С цел онагледяване и достъпност на статистическата информация част от резултатите на проучването се представят чрез таблици и фигури.

VI. Резултати

1. Характеристика на резултатите от качествения социологически метод „наблюдение чрез участие“ в общността на „Зеленият морски двор на Варна“ за определен времеви период

1.1. „Зеленият морски двор на Варна“ и неговата общност в контекста на подходящ полеви терен за извършване на „наблюдение чрез участие“

„Зеленият морски двор на Варна“ е проект в областта на ранното детско развитие на катедра „Хигиена и епидемиология“ при ФОЗ, МУ-Варна, на който докторантът е идеен носител и ръководител. Проектът стартира през 2018 г. и вече в продължение на повече от три години доказва научноизследователската си стойност, практическа значимост и полза за жителите на гр. Варна.

Целта на проекта, подкрепян ежегодно от 2019 г. и с общинска програма, е създаването на нова и устойчива структура в гр. Варна – Център за ранна социализация и превенция на отклоненията във физическото и психичното здраве и развитие на деца от 0 до 3 години (до навършване на 3 години и 11 месеца) – „Зеленият морски двор на Варна“. Той е пространство между семейството, дома и социума, център за срещи и общуване на различни нива (родители-деца-специалисти). Като преходно пространство между семейството и детското заведение в него се извършват ранна социализация и превенция на деца от 0 до 3 години (до навършване на 3 години и 11 месеца) в достъпна и защитена среда, в присъствието и с помощта на специалисти, прилагащи интердисциплинарен подход.

Проектът адаптира, прилага и развива идеите на Франсоаз Долто и на вече утвърдения български опит в създадения през 2015 г. център в гр. София. Със съвременния прочит на идеите на Франсоаз Долто, съобразени с общността и динамиката на гр. Варна, проектът по своята същност е позициониран в полето на промоция на здравето.

Франсоаз Долто (1908-1988) – педиатър, психиатър, последователка на Фройд, съратничка на Жак Лакан – е една от емблематичните фигури на френската и на световната психоаналитична наука, от значимите личности на 20. век, обявена е от ЮНЕСКО за интелектуално наследство на Франция. През целия си професионален и творчески път се води от идеята за профилактиката и етиката, за „осъществяването на конкретен напредък в полза на развитието на децата – бъдещите възрастни и бъдещите членове на обществото“, винаги защитава „каузата на децата“ в търсене на собствената им

идентичност. Идеите на Франсоаз Долто са в основата на създаването на „Зелената къща“ и „Зеленият двор“ като място за прием, игра, почивка на най-малките и по този начин **„пространство за социализация и плавен преход към самостоятелност, към детската градина или рехабилитацията“** (Долто, 2005, 2006, 2009, 2012, 2017, 2018).

„Зеленият морски двор на Варна“ е дружелюбно пространство на територията на Морско казино-Варна, в което детето получава базова сигурност и спокойствие, развива се чрез игра и общуване. Децата са придружени от родител, без предварително записване и ред, без предварително организирани дейности. Родителите и децата сами определят продължителността на престоя си.

Общуването с детето и на детето с другите се извършва в присъствието на специалисти (педиатър, психолог, психоаналитик, психотерапевт, психиатър, детски психиатър, логопед, ерготерапевт, специалист по хигиена на детско-юношеска възраст, специалист по общностна психология и социология). Всички заедно, **родители-деца-специалисти,** откриват и са свидетели на социалните отношения и взаимодействия в развитие, на формиращите се нови личности, социални статуси и роли. **В процеса на общуване на родителите с децата и помежду им се разгръща сензитивността на родителите към нуждите в най-ранното детство, научават се как да приемат и посрещат своето собствено дете, създават се и се надграждат връзките между поколенията.**

В пространството **родителите** получават възможност да дискутират вълнуващите ги ежедневни въпроси, свързани с детето, и присъщи за дадените общности, към които се самоопределят. **Специалистите** са в помощ на родителите и децата чрез наблюдение, анализиране и експертно мнение. Най-често те са свидетели на повтарящи се модели и на подценено общуване, на затруднена речева комуникация между родител и дете, на хронични патологични състояния, свързани със зависимости, отхвърляне, дисхармонично развитие на детето. Всички те са в основата на психо-социални проблеми, формиращи се още във възрастта от 0 до 3 години. Благодарение на професионалните си знания, умения и техники, **специалистите общуват с деца и родители и отрано разпознават симптомите на отклонения във физическото, емоционалното и психомоторното развитие на детето. Те са първите, които извършват целенасочена превенция на ранното детско развитие и, при необходимост, насочват към следващия етап – ранна детска интервенция.**

Пространството непрекъснато доказва своята необходимост, получава отзвук сред варненската и международната общественост и по естествен

начин допълва съществуващите вече във Варна структури и инициативи, работещи в областта на ранното детско развитие.

През 2019 г. проектът се регистрира като марка от МУ-Варна и Патентно ведомство на Република България (Приложение № 9, №10).

През 2019 г., след мониторинг от структурата на СЗО – „Региони за здраве“, проектът и допълващата го общинска програма са избрани сред четирите по света, представящи най-успешно сътрудничеството на академична структура и регионално правителство.

През 2020 г. дейностите в пространството са представени на 16-ия Световен конгрес по общественото здраве, а през 2021 г. – на Европейската седмица на общественото здраве.

През годините на съществуването на пространството, в процеса на дейността в него, се наблюдават следните **практики и основни тенденции**:

- ✓ **Работа на утвърден интердисциплинарен екип с единен подход**, адаптиращ, прилагащ и развиващ идеите на Франсоаз Долто с взаимно допълване на личните познания и компетентности на специалистите в различни научни области.
- ✓ **При всеки активен ден за пространството (2 пъти седмично) се създава динамично съществуваща и променяща се среда за социално и професионално общуване между родители, деца и специалисти**, която с течение на времето се превръща в своеобразна общност със свои социални роли, връзки и взаимодействия.
- ✓ **Създаване и трайно запазване на доверие у деца и родители към специалистите**, работещи в пространството, благодарение на постоянния процес на общуване и **развиване на техните компетентности чрез супервизии и допълнителни обучения**.
- ✓ **Открояване на най-често обсъжданите проблеми между родители и специалисти**: липсваща или ограничена вербална комуникация родител-дете; забавено развитие на речта; агресивно поведение на децата към връстниците им; подценени етапи от детското развитие; повишена тревожност при раздяла; несигурна привързаност; емоционална нестабилност; повтарящи се негативни поведенчески модели.
- ✓ **Предпочитане на пространството като преходна среда между семейството и детското заведение** и на дейността в него като задължителна част от подготовката на детето за постъпване в детска ясла и градина.
- ✓ **Търсене и предпочитане на компетентното мнение на специалистите и от семейства, които живеят и възпитават децата си между две и повече култури** – на България и на държави в Европа,

Азия, Африка, Южна и Северна Америка – над 20 семейства с едно и повече деца.

- ✓ **Завръщане на семействата, познаващи работата в пространството, след раждане на ново дете в дома им (най-малкото на възраст социализиращо се дете през 2021г. в пространството е само на 14 дни).**
- ✓ **Интердисциплинарният подход в изучаването на детето и грижите за него отговарят както на съвременния прочит на идеите на Франсоаз Долто, така и на съвременното научно виждане за значимостта на първите 1 000 дни от живота на детето и стратегията на СЗО за превенция на детското здраве (до 5-годишна възраст) в семейни условия и в обществото.**

Описаните основни цели и задачи, характеристики и предимства на „Зеленият морски двор на Варна“ и неговата общност от родители, деца и специалисти, го определят като **изключително подходящ полеви терен за извършване на качествено социологическо изследване „наблюдение чрез участие“**. Пространството позволява в естествена среда да се изследват конкретни ситуации и ежедневни социални взаимодействия на микро ниво и през различни дискурси. Изследователят пряко взаимодейства с описаната от него реалност с фокус върху изследвания проблем – родителската общност в България в контекста на познанията в нея за значимостта и особеностите на РДР и възможностите за превенция на нарушенията през този период.

1.2. Подготовка и характеристика на инструментите, използвани при осъществяването на „наблюдение чрез участие“ в общността на „Зеленият морски двор на Варна“ за определен времеви период

1.2.1. Работен лист №1

Задълбоченото изучаване, на която и да е общност, предполага използването на **етнографски подход и методи**, които са предпочетени и при настоящото изследване. Това дава **възможност социокултурните контексти, процеси, значения в една общност да се изследват холистично, емично (от вътрешната страна на социалната група) и етично (отвън, от гледната точка на наблюдателя)**. Едновременно с това се позволява изследователският процес да е както итеративен, така и гъвкав и креативен, рефлексивен и интерпретативен. Прилагането на „наблюдението чрез участие“ в общността на „Зеленият морски двор на Варна“ с описаните характеристики на етнографските подходи и методи е точно такъв **отворен изследователски процес, чрез който изследователят (докторантът) се „потапя“ в полевите условия за определен времеви период, през различни годишни времена и социални**

събития, с характерна цикличност на проучваната общност. За вникването в динамиката на взаимосвързаните компоненти – структурни (социални) взаимоотношения, предпочитано поведение и опит, споделени идейни системи (знания, вярвания, нагласи, ценности), перспективи в общността – е необходимо изготвянето на работен (контролен) лист за фиксация на полевите наблюдения. Основоположник на достатъчно пълното описание на контекста на случващото се чрез конкретни маркери е Джеймс Спрадли (James P. Spradley). Той формулира девет ключови признаци на фиксация, актуални и до днес: 1) пространство – физическо местоположение; 2) актьори – хората, участващи в случващото се; 3) дейност – съвкупност от взаимно свързани действия на хората; 4) обект – наличните съществуващи физически предмети; 5) акт – отделни действия на хората; 6) събитие – множество взаимосвързани дейности; 7) време – временно подреждане на случващото се; 8) цел – това, което хората се опитват да достигнат; 9) чувства – преживяни и изразени (Spradley, 1980). Тези класически категории за наблюдение на Spradley и до днес продължават да се използват като описателни, фокусирани и избрани. Едновременно с тях на терен се прилагат и по-опростени модели като AEIOU framework, предлагащ оценка по 5 ключови елементи – activities (действия), environments (среда), interactions (взаимодействия), objects (обект), users (хора, ползватели). **Рамката AEIOU е създадена през 1991 г.** от Рик Робинсън, Иля Прокопф, Джон Кейн и Джули Покорни (Rick Robinson, Ilya Prokopoff, John Cain, Julie Pokorny) (EthnoHub: Help; Robinson, 2015).

За изготвянето на Работен лист №1 се използват предимствата на рамката AEIOU във връзка с осем възрастови подгрупи от 0 месеца до 4-годишна възраст (на всеки 6 месеца). Така съставен, той дава възможност да се извършва „наблюдението чрез участие“ в общността на „Зеленият морски двор на Варна“ по оста родители-деца-специалисти в контекста на поставените цели и задачи на изследването. То е разгърнато върху осъществените посещения от деца и родители (едно или повече) за периода 2020 – 2021 г., разпределени съответно в следните възрастови подгрупи – 0 – ½ г.; ½ г. – 1 г.; 1 – 1½ г.; 1½ – 2 г.; 2 – 2½ г.; 2½ – 3 г.; 3 – 3½; 3½ – 4 г. **Описаното разпределение дава възможност детайлно да се диференцират по възрастови подгрупи петте ключови елементи на рамката AEIOU – activities (действия), environments (среда), interactions (взаимодействия), objects (обект), users (хора, ползватели).** От своя страна наблюдението по всеки един от тях се извършва въз основа на предварително формулирани въпроси по оста родители-деца-специалисти (обозначени в работния лист за краткост „хората“) (Fitzpatrick, 2018).

✓ **Activities (действия)**

Какви са дейностите на хората в средата/пространството?

✓ **Environments (среда)**

Каква е ролята на средата/пространството? Как хората използват средата/пространството?

✓ **Interactions (взаимодействия)**

Какви са взаимодействията между хората в средата/пространството? Има ли установени взаимодействия между хората в средата/пространството? Има ли специални взаимодействия между хората в средата/пространството? Има ли специални взаимодействия между хората и обектите в средата/пространството?

✓ **Objects (обект)**

Какви са предметите в средата и как са свързани с дейността на хората в нея? Кои от тях се използват и кои не?

✓ **Users (хора, ползватели)**

Кои са наблюдаваните хора, ползватели на средата/пространството? Какви са техните роли? Какви са техните ценности и предразсъдъци? Има ли необикновени ползватели на средата/пространството?

Чрез използването на така конструирания работен лист №1 в „наблюдението чрез участие“ докторантът достига до формулирането на базови изводи и обобщения за причинно-следствени връзки, за техните влияния и взаимодействия; за съществуването на устойчиви закономерности. С цел търсене на по-задълбочена интерпретация и анализ на информацията през гледната точка на родителите (хората, ползвателите) в общността на „Зеленият морски двор на Варна“ е разработен работен лист №2.

1.2.2. Работен лист №2

За подобряване на резултатите от „наблюдението чрез участие“ много често се използват други съпътстващи методи. За настоящото изследване за допълване на инструментите, използвани за провеждане на качествено изследване, е адаптирана **Empathy Map**. Целта е резултатите от изследването да са по-обективни и с по-голяма достоверност, за да се отграничават заявленията и мислите от реалните действия в проучваната общност.

Идеята за емпатията в медицината, философията и литературата е концепция, свързвана с Хипократ и „Хипократовия корпус“ (Weir, 2015; Хипократ, 2020). В днешно време емпатията се описва като многоизмерен конструкт, като способност да се възприема и разбира

гледната точка на другите, както и да се усещат емоционалните им състояния. Емпатията обхваща широк спектър от социални, когнитивни и емоционални процеси и се разделя на когнитивна, емоционална (или афективна), соматична и духовна (Peixoto and Moura et al., 2020). В края на първото десетилетие на 21. век, Скот Матюс (Scott Matthews) и Дейв Грей (Dave Gray) от XPLANE (компания за бизнес дизайн) създават **Empathy Map** като инструмент, ориентиран за разбирането как мисли човекът и дадена аудитория (Bratsberg, 2012; Horwitz, 2020). Изследователският фокус, съобразно картата, е върху индивида и респективно таргетната група. **Empathy Map** обикновено се използва в дизайн мисленето (**Design thinking**). Тя разкрива нуждите и възможностите на човека, начина за осъществяване на връзката с него, за да се стигне до конкретни идеи и решения за общността, към която той принадлежи (Gray et al., 2010). Матюс и Грей предлагат обхващането на шест различни области в картата, Бланд (Bland, 2020) допълва още две. Осемте области, които най-често се изследват в **Empathy Map**, са (Horwitz, 2020): 1) **Вижда (See)** – *Какво вижда човекът? Какво забелязва човекът в себе си и в заобикалящата го среда?* 2) **Казва (Say)** – *Какво конкретно казва човекът? Какви са някои фрази или думи, които непрекъснато използва?* 3) **Прави (Do)** – *Какво прави човекът? Какви дейности харесва? Какви са някои от нещата, които прави всеки ден?* 4) **Мисли (Think)** – *Какво всъщност мисли човекът? Същите ли са мислите като думите му?* 5) **Чувства (Feel)** – *Какво чувства човекът? Как околната среда влияе на чувствата на човека? Как се справя човекът с чувствата си?* 6) **Чува (Hear)** – *Какво чува човекът? Какви думи човекът забелязва?* 7) **Болка, страдание, предизвикателство (Pain, Top Challenges)** – *Какви са някои от предизвикателствата, пред които е изправен човекът? Има ли нещо, което е болезнено да направи?* 8) **Извлича полза, печалба (Gain)** – *Какво се опитва да направи човекът? Как човек измерва успеха? Какви резултати се опитва да постигне човекът?*

За настоящото изследване в работен лист №2 осемте области, които най-често се изследват в **Empathy Map**, са сведени до шест и са адаптирани към целта – установяване на значимостта на ранното детско развитие (РДР) в родителската общност. В центъра на ключовата роля се поставя родителят, а всяка от шестте области, в които се извършва проучването, се изобразява като отделно рамо със собствени разклонения: 1) **Вижда (See)** – реакции, заобикаляща среда, промени; 2) **Мисли (Think) и чувства (Feel)** – емоции, стремежи, размисли, опасения, притеснения; 3) **Казва (Say) и прави (Do)** – познати схеми, действия, поведения, ключови думи, навици; 4) **Чува (Hear)** – коментари, мнения, възгледи, други/далечни; 5) **Извлича полза, печалба (Gain)** – предимства, опит, признание, облекчение, контакти, достоверна информация; 6) **Болка,**

страдание, предизвикателство (Pain, Top Challenges) – болезнени теми, страхове, недостатъци, слабости, дефицити.

Този подход, от една страна, дава възможност да се разширят, допълнят, сравнят данните от работен лист №2 на „наблюдението чрез участие“ – вербално и невербално. От друга страна, **чрез Empathy Map се създава относително стабилна картина, която е и добра основа за провеждането на следващия етап – количествено социологическо изследване – „Въпросник за измерване на значимостта на ранното детско развитие (РДР) в родителската общност“.**

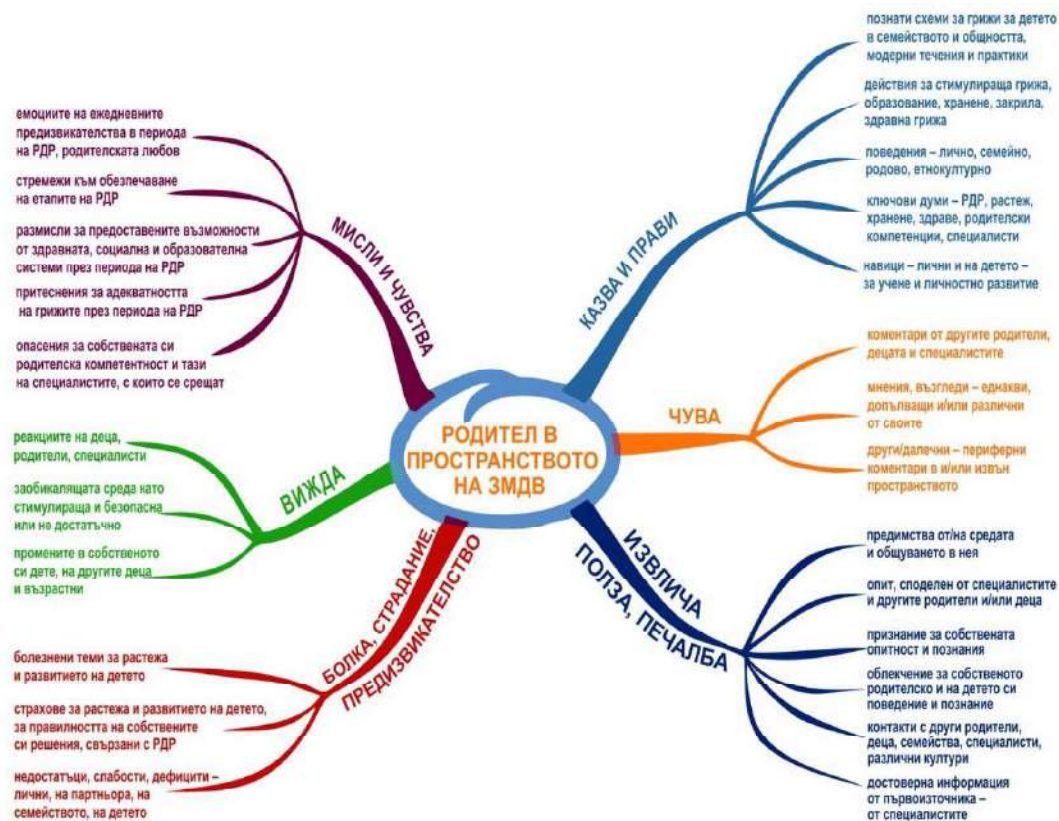
2.3. Интерпретативен анализ на резултатите от качествения социологически метод „наблюдение чрез участие“ в общността на „Зеленият морски двор на Варна“ за определен времеви период

При конкретно извършеното „наблюдение чрез участие“ в общността на „Зеленият морски двор на Варна“ за определен времеви период **докторантът е едновременно в две открояващи се роли – на субективен участник и обективен наблюдател.** Те постоянно се развиват и обогатяват в периода на наблюдението до степен, че влияят и върху неговия вътрегрупов статус. За да събере достатъчно сензитивна информация и да придобие дълбоко разбиране за познанията за особеностите и значимостта на ранното детско развитие (РДР) в родителската общност, изследователят в пространството е в продължително взаимодействие с нея. **Като фокусирана група тя – родителската общност – е носител на субкултура, чрез анализирането на която може да се установи вътрешната мотивация на съвременните родители в България – чрез техните дейности, ценности, убеждения и начин на живот.** Извършеното „наблюдение чрез участие“ на базата на **1448 посещения в пространството за период от 14 месеца през 2020 г. и 2021 г.** позволява на изследователя да постигне дълбочина и перспектива в проучването на редица социални проблеми, да се центрира върху опита и знанията на изследваните, за да се получат ценни и своеобразни резултати. **За емпиричния етап на работата и за рамка на наблюдението се използват Работен лист №1 и Работен лист №2, което осигурява плавното регистриране на информацията, явленията и процесите в наблюдаваната общност и извършването на интерпретативен анализ.**

Базирайки се на Работен лист №1, осъществените посещения на деца за наблюдавания период се разпределят възрастово по следния начин: 0 – ½ г. – **62**; ½ г. – 1 г. – **184**; 1 – 1½ г. – **341**; 1½ – 2 г. – **394**; 2 – 2½ г. – **245**; 2½ – 3 г. – **145**; 3 – 3½ – **42**; 3½ – 4 г. – **35**. Всяка възрастова подгрупа е отделен домейн, корелиращ с наблюдението, извършено чрез AEIOU рамката. То се извършва по оста родители-деца-специалисти и детайлно се анализира в

дисертационния труд за всеки един от петте ключови елемента на рамката. Емпиричният етап на работата с Работен лист №1 се допълва от рамката на Работен лист №2 – Empathy Map. **Принципно определенията за емпатия включват широк спектър от социални, когнитивни и емоционални процеси и явления, свързани основно с разбирането на другите, изпитването на емоции и грижата за другите с желание да им помогнем.** Емпатията е способността да разпознаеш (повече или по-малко) мислите и чувствата на другия като по този начин се намаляват различията между хората. Емпатичното взаимодействие в контекста на „наблюдението чрез участие“ дава възможност на изследвателя да разпознае по-точно значението и характеристиките на всички процеси в средата, да ги фиксира и структурира според целите на изследването. Благодарение на Empathy Map изследвателят селектира ключовите думи, изрази, въпроси в наблюдението, извършено чрез адаптирания AEIOU инструмент. По този начин той се възползва от цялата гама наблюдения чрез перманентното конструиране на ролята си и едновременно с това намалява субективността при тяхната интерпретация и остава безпристрастен. **Двата качествени инструмента дават възможност за продължителни взаимодействия при събиране и анализиране на информацията, явленията и процесите от периферията към центъра и в обратната посока. Така изследвателят следва в разсъжденията си едновременното развитие на емпирично придобитата информация и теоретичните модели в реалността на конкретния социален опит.**

Поставяйки родителя в центъра на Empathy Map и през призмата на вече извършеното „наблюдение чрез участие“, съгласно адаптирания AEIOU инструмент, изследването се задълбочава по всяко отделно рамо със собствени разклонения по следния начин:



Фигура 1. Empathy Map – Родител в пространството на „Зеленият морски двор на Варна“ (ЗМДВ)

В заключение, извършено е качествено изследване „наблюдение чрез участие“ – нестандартизирано, включено, полево и систематично с прибавени елементи от етнографски подход и дизайн мислене, с адаптиране и използване на инструментите AEIOU и Empathy Map. **В резултат на интерпретативния анализ се достига до следващите изводи и обобщения, които са в основата на работата за изготвяне на инструментариум (въпросник) за количествено изследване:** 1) Родителската информираност и компетенции за РДР пряко определят родителското поведение и избора на решения за детето през този период. 2) Степента на родителска информираност и компетенции за РДР са в основата на холистичното или фрагментирано приемане на процесите през този период. В зависимост от тях стимулиращата грижа, ранното образование, закрилата, пълноценното хранене, здравната грижа се приемат като независими, с различна значимост или зависими и взаимно допълващи се, с еднаква значимост процеси. 3) Грамотността на родителите е в пряка връзка с решенията, свързани с физическото, психичното здраве и социално благополучие на детето и мерките, които предприемат за тяхното осигуряване. 4) Компетенциите на родителите и възрастта на детето са в постоянна взаимовръзка и пряко определят темповете на социализация. 5)

Партньорът и разширеното семейство са включени в ежедневните грижи за детето с голяма вариабилност по отношение на отделеното от тях време, споделени отговорности и степен на информираност за РДР. 6) Родителите допускат във взаимодействията си други възрастни (родители и специалисти) като част от изграждането/споделянето на собствени гледни точки и компетенции за РДР. 7) За познаването на особеностите на РДР от родителите от изключителна важност е източникът на информация и неговата достоверност, както и изграждането на критичност към фалшивите източници на информация за детското здраве. 8) За изграждането на родителски компетенции е необходимо както детето, така и възрастният да се поставят в постоянна стимулираща среда. Чрез разгръщането на множество социални роли и нови взаимодействия в средата постоянно се провокират и развиват потенциалът и компетенциите на родители/членове на семейството, деца и специалисти. 9) Приемането, уважаването, развиването на детето като личност, независимо от възрастта, пола му и дали то е вербално или не, е в зависимост от родителската грамотност за РДР. 10) Наблюдават се ежедневно повтарящи се модели на общуване между родител и дете, в които речта е вариабилна – от постоянно присъстваща до напълно отсъстваща. 11) Изграждането на доверие по оста родител-дете-специалист е елемент от ранно разпознаване на симптомите на отклонения във физическото, емоционалното и психо-моторното развитие на детето. 12) Вариабилността на самооценката за личните постижения като родител влияе върху поведенческите модели, инициативността и решенията, свързани с РДР на детето. 13) Различните културни ценности и опитности слагат отпечатък върху приемането на детето в семейството, информирането на родителите, поемането и разпределянето на отговорностите за РДР в семейството.

Настоящите изводи са използвани максимално при създаването на темите и конструктите във въпросника като централно място в него се отделя на родителските компетенции, грамотност, информираност, поведение, доверие. Партньорството се разглежда в него едновременно по оста родител-дете-специалист, между двамата родители и родител-разширено семейство като се допуска голяма вариабилност на последното и на по-малко изразено бащино участие в сравнението между двамата родители.

2. Създаване на „Въпросник за измерване на значимостта на ранното детско развитие (РДР) в родителската общност“ – анализ на теми и конструкти

Анкетата е количествено изследване, което позволява да се изследват обективните, количествено измерими характеристики на

човешките мотиви, поведение и ценностна ориентация. Тя е метод, чрез който се получава както първична и разнообразна информация, така и се осигуряват валидни и надеждни резултати за основните/общите характеристики на целевата група. В процеса на сравнимост и класифициране на данните се постигат обобщения за изследваните процеси. В това проучване анкетата използва настоящия въпросник, който е авторски и е създаден въз основа на качествено изследване – „наблюдение чрез участие“ и актуалната научна литература. При формулирането на темите, конструктите и въпросите е предвидено, че анкетата представлява вид комуникация и нейните резултати зависят от редица обстоятелства. Такива са например психичният/емоционален комфорт на респондента, условията за комуникация към момента на изследването – благоприятни или не, съдържанието на въпросника и адекватното му разбиране от респондента. След подобно съобразяване се счита, че информацията, придобита чрез отговорите, отразява социалната реалност по отношение на нейното пречупване в съзнанието на респондентите. Анкетата/въпросникът позволява да се стигне до масовата аудитория, но с цената на доза неизвестни, които е възможно да са както лимитиращи фактори, така и с положително въздействие. В настоящото проучване такива са: осъществяването в COVID19 пандемия; ограничение на респондентите чрез възрастта на детето, за което попълват въпросника; обемът на въпросника; разпространението само в електронен вариант, предполагащо компютърна грамотност; достигане до респондентите чрез „метода на отзовалите се“ и „принципа на снежната топка“.

Въпросникът съдържа седем основни теми като частите с информирано съгласие, с насочваща информация за попълването му и демографски въпроси при настоящия анализ се представят общо.

2.1. Информирано съгласие и насочваща информация за попълването на въпросника; демографски въпроси

Информираното съгласие, предшестващо същинския въпросник, е задължителен атрибут към всяко научно изследване според изискванията на Комисията по етика на научните изследвания. В правен смисъл информираното съгласие, в цялата си съвкупност, съдържа реална и фактически предоставена по разбираем начин информация, с възможност за осъзнатото ѝ приемане и даване на съгласие от респондента. В случая информацията за въпросника е предоставена чрез подробно разясняване на целите, задачите, ползите и неустановените потенциални рискове. В края на информираното съгласие се отбелязват контакти за допълнителна информация, препратка към Общия регламент за защита на данните. Завършва с деклариране на съгласие за попълване на въпросника.

Непосредствено преди започване на същинската част на въпросника е позиционирана **кратка насочваща информация за попълването**. Тя е свързана с уточняването, че въпросникът се попълва: персонално, а не от името на двамата родители; само за по-голямото дете в случай на две или повече деца, по-малки от 3 години и 11 месеца; за конкретно дете – посочва се пол, при желание, и се уточнява дали детето има или не специални потребности.

Насочващата информация има за цел по-плавното въвеждане на респондента в тематиката на въпросника и още с първите си отговори да се съсредоточи по-ефективно върху нея във всички следващи конструктори.

Демографските въпроси са десет и са разположени в края на въпросника. Той завършва с доброволно заявяване от респондента на желание за обратна връзка с него и последно напомняне за възможността да получи допълнителна информация за проучването.

Демографските показатели и въпроси са за: Възраст; Пол; Образование; Етническа принадлежност; Месечен доход на домакинството; Местоживеење според големината на населеното място/извън България; Численост на възрастни и деца, членове на домакинството; Численост на децата в семейството; Наличието на дете със специални потребности в семейството; Участие на разширеното семейство в ежедневната грижа за детето. **Формулирани за целите на въпросника, те са в пряка връзка с направената в литературния обзор кратка характеристика на съвременните и основни демографски процеси в страната. Те отговарят и на конкретни статистически цели, свързани с това изследване.** От сегментирането по възраст, пол, образование се очаква да се установят конкретни връзки с отговорите по различните конструктори. Диференцирането по възраст, например, е пряко свързано с опитността на респондентите и начина, по който възприемат, обработват и прилагат информацията. Чрез сегментирането по образование, икономически статус, местоживеење индивидите се характеризират по социалноикономически признак и очаквани логически взаимовръзки между тях и родителските им компетенции. Предполага се изключително сегментиране на респондентите по пол, с вероятна връзка с наблюдаваните социални роли и взаимодействия, което се наблюдава и във вече осъществено качествено проучване. В този смисъл **полът е един от ключовите показатели при събирането и обработването на данни чрез въпросника.** За детайлното описание на респондентите спомагат и демографските показатели – численост на възрастни и деца, членове на домакинството; численост на децата в семейството; наличието на дете със специални потребности. Предвижда се те пряко или косвено да повлияят на отговорите на респондентите по всички теми и конструктори във въпросника.

Сегментирането по етническа принадлежност се очаква да е в унисон с описаните при „наблюдението чрез участие“ различни родителски компетенции, свързани с културни ценности и с принадлежност към друг географски район и социум, които също се отразяват на приемането на детето в семейството.

Изследването на демографската сегментация на респондентите предоставя полезна информация за демографските характеристики и структурата на всеки един от конструктите и дава възможност за задълбочен анализ на анкетните резултати.

2.2. Родителски компетенции за РДР до 3 години и 11 месеца

Родителството е съществено значим за хода на човешкото развитие биологичен и социален процес, който протича винаги в определена конкретна общност в условия на специфичните за нея икономически, социални и културни характеристики. Той се развива двупосочно – от общността към родителя и обратно – като засяга най-малко две поколения (Tobach and Schneirla, 1968; Ford and Lerner, 1992; Lerner et al, 2002).

Влиянието на социалната среда върху индивидите, и по-специално върху децата, се потвърждава в трудове и теории, създадени през 20. век, от известни учени като Cooley, Mead, Ainsworth, Bowlby, Colin. Обсъждат се и отношенията между детето и родителя, в тяхната дълбочина и качество, в научни разработки на Фройд, М. Клайн, Пиаже, Уиникът, Долто, Монтесори и много други учени. Създават се отделни теории за детското развитие (Dwairy, 2010; Cullin, 2011). В една от тях – психосоциалната теория на личността на Erikson, авторът извежда майчините грижи и изграждането на доверие между детето и майката на ниво постулат, предопределящ бъдещето, увереността и положителните възгледи на детето за света.

Родителят и изградените върху неговите компетенции родителски практики и модели могат да имат различно значение за растежа, развитието и функционирането на детето (Erikson, 1968; Dwairy, 2010; Rohner and Khaleque, 2005, 2015). От една страна, те може да са ключови, специфични действия и взаимодействия, свързани с базовите потребности, с ранното образование и социализацията на детето (Darling and Steinberg, 1993). От друга страна, от гледна точка на психопатологията на развитието (Cicchetti, 2006), те може да са причина за нормалното или за нарушеното детско развитие, да са превантивен или рисков фактор за него.

Преминавайки през дългата история на изследвания за влиянието на родителите върху детското развитие, откриваме различни аспекти и конструкти. Съвременната, на 21. век, гледна точка се определя от

основополагащите за времето ни документи за РДР на Center on the Developing Child at Harvard University, UNICEF и актуалните през последните петнадесет години изследвания за влиянието на различните видове експозиции върху човешкото здраве. В тях се обсъждат безспорните родителски компетентности: за осигуряване на преживявания, изграждащи детския мозък; грижа и взаимодействие с детето; елиминиране на стреса и осигуряване на безопасна среда за детето. Те се постигат чрез конкретни дейности и взаимодействия, насочени към стимулираща грижа, ранно образование, закрила, пълноценно хранене, здравна грижа. **Родителските компетенции се формират преди, по време на първите 1000 дни и продължават през цялото детство, следвайки особеностите на неговото развитие. РДР е постоянен и интерактивен процес, подвластен на експозома.** Неблагоприятните експозиции на средата в пре- и постнаталния период и през ранното развитие могат да доведат до дефицити и нарушения на физическото, психичното здраве и когнитивния капацитет на детето. В ранна детска възраст привързаността в нуклеарното семейство е определяща за развитието на детето, а разширяването на взаимодействията с детето допринасят за социалното и емоционалното му развитие и благополучие. Голяма част от мозъчната архитектура се оформя през първите три години след раждането. Неглижирането, перманентното и/или трайното прекъсване на взаимодействията между детето и родителя, липсата на отзивчиви грижи в семейството и обществото/общността може да са по-вредни за развиващата се архитектура на мозъка, отколкото физическата травма (Center on the Developing Child at Harvard University, 2016; UNICEF, 2017; Wild, 2005; National Scientific Council on the Developing Child, 2015, 2020). Точно посочените дотук научно доказани тези и документи са в основата на избора на конструкти за първата тема на въпросника.

2.2.1. Родителски компетенции за РДР до 3 години и 11 месеца

В тази част на въпросника за всеки конструкт са формулирани от 6 до 8 фиксирани твърдения, свързани с **родителските компетенции и поведение**. Въпросът – общ знаменател за всички е **„Моля, посочете колко често:“**, а отговорите покриват 6 възможности – *никога/напълно невярно; рядко/ по-скоро невярно; понякога/донякъде вярно; често/по-скоро вярно; почти винаги/напълно вярно; не съответства на възрастта*. Те се отнасят до следните конструкти: **1) Стимулираща грижа** (Знам какво чувства детето ми; Разбирам защо детето ми е уплашено или ядосано; Успявам да успокоя детето си, когато е уплашено; Прегръщам или галя детето си без повод; Разказвам или чета на детето си истории; Пея или танцувам заедно с детето си; Играя с детето си на желани от него игри; Извеждам детето си да играе навън.) **2) Ранно образование** (Оставям детето си да играе с други деца; Включвам детето си в домашни дейности като готвене, поливане,

грижа за любимци; Целенасочено уча детето си как да прави нещо ново; Играя с детето си с кубчета, леги, апликаци и други игри за подреждане и конструиране; Играя с детето си с музикални инструменти-играчки; Оставям детето си да играе с други възрастни; Водя детето си на организирани образователни дейности.) **3) Закрила** (Следя да няма опасни за детето предмети в помещенията; Проверявам дали играчките на детето са от безопасни материали и бои; Проветрявам при детето ми, когато въздухът навън е чист; Опитвам се да пазя детето си от стрес; Контролирам внимателно времето, което детето прекарва пред екрани; Следя за навременното лягане на детето вечер.) **4) Пълноценно хранене** (Планирам разнообразно дневно меню на детето си според нуждите за възрастта; Храня детето си не по-малко от 5 пъти дневно; Приготвям храната за детето си у дома; Храненето на детето ми включва основно типични за региона храни и кухня; Храня бавно и търпеливо детето; Докато храня детето говоря и поддържам очен контакт с него; Храня детето без използване на мобилни устройства и екрани.) **5) Здравна грижа** (Водя детето на всички задължителни профилактични прегледи, съобразно възрастта му; Водя детето на всички препоръчителни профилактични прегледи, съобразно възрастта му; Осъществявам всички задължителни имунизации за детето си по текущия имунизационен календар на страната; Извършвам профилактика с витамини на детето си; Всяка година водя детето си на профилактичен стоматологичен преглед; Всеки ден къпя детето си; Започвам почистване на зъбите на детето с появяването им.)

Темата продължава със същите конструкти, но с **родителска оценка за степента на важност по всеки един от тях**. *Отговорите се дават чрез скала тип термометър – от 1 до 9 – от изобщо не е важно до изключително важно. Доколко считате за важни следните области на ранно детско развитие за Вашето дете?* (Стимулиране на дете; Ранно образование на детето; Закрила на детето; Пълноценно хранене на детето; Грижа за здравето на детето.)

Темата се развива чрез конструкт за значимост и важност на рисковите фактори за РДР. *Отговорите отново се дават чрез скала тип термометър – от 1 до 9 – от изобщо не е важно до изключително важно.* Въпросът е: **Доколко значими и важни са според Вас следните рискови фактори за РДР и благополучие през целия живот** (Влошен здравословен статус на родителите; Ниско ниво на хемоглобина на майката в периода на бременността; Нездравословни навици на майката, увеличаващи риска от преждевременно раждане; Условия на труд на бъдещата майка, несъответстващи на хигиенните норми и увеличаващи риска от преждевременно раждане; Непълноценно хранене в кърмаческа възраст; Липса на активно общуване и игра с детето; Липса или неадекватен за възрастта дневен и нощен режим; Липса или неадекватна за възрастта

безопасност; Излагане на детето пред електронни екрани (вкл. преди раждане); Излагане на детето на замърсена околна среда.) **Темата за родителските компетенции за РДР до 3 години и 11 месеца завършва с въпрос, фиксиращ във времето началото на придобиването им: Кога започнахте да се интересувате от значението на РДР?** (Преди началото на бременността; По време на бременността; Скоро след раждането; Между 1 и 3-годишна възраст на детето ми; При среща с конкретен проблем в развитието на детето; По-скоро не се интересувам от тази информация.)

Изборът на тези конструкти и тяхната операционализация се затвърждава едновременно и от качественото изследване, осъществено за целите на настоящия докторантски труд, и от психометрични изследвания, направени през последните години.

Направеният интерпретативен анализ на „наблюдението чрез участие“ в пространството на „Зеленият морски двор на Варна“ също насочва изследователските въпроси към търсене на отговори за постоянната взаимовръзка на компетентността на родителите, възрастта на детето и темповете на неговата социализация; за разграничаване на родителските нагласи по отношение на комуникацията; за РДР според ролята в семейството и начина на информиране. Специалните взаимодействия между хората и обектите в средата/пространството извеждат на преден план познаването и стимулирането на личните и възрастовите възможности на детето от собствените му родители чрез неговото приемане като личност, постоянно създаване на любяща и стимулираща среда около него чрез общуване с реч (слово), игра и ранно образование. Начинът, по който родителят влиза в ежедневни взаимодействия в пространството (отворен и инициращ взаимодействие; отворен, но очакващ друг да иницира взаимодействие; избягващ каквото и да е взаимодействие), и начинът, по който той изгражда доверието по оста родител-дете-специалист, са показателни сами по себе си за различните родителски приоритети в периода на РДР. На фона на регулярно повтарящите се модели още по-ярко се открояват изследователските въпроси – кой, как, откъде, с каква цел и по какъв начин се придобиват родителските знания и умения и как заобикалящата среда повлиява процесите на придобиване на компетенции. Направените изводи и обобщения се затвърждават и чрез двата използвани инструмента за „наблюдението чрез участие“ – AEIOU и Empathy Map.

Проучването на различни и широко използвани психометрични изследвания показва, че данни по тези изследователски въпроси могат да се придобият чрез въпросник, основаващ се на петфакторен анализ с незначителни модификации в съдържанието на скалите. Счита се, че до голяма степен правилно подбраните пет фактора, съответни на изследователската цел, съответстват на структурата на априорния мащаб.

Такъв добре познат и надежден инструмент за оценка на родителските практики е въпросникът за родители в Алабама (Alabama Parenting Questionnaire, APQ). Благодарение на него в различни култури и страни се измерва влиянието на родителските практики в развитието на емоционалното, когнитивното и социалното функциониране на детето (Essau et al, 2006; Świącicka, 2019; Giotsa and Kyriazos, 2019). С подобна структура е и Parent Behavior Inventory (PBI) за измерване на родителското поведение в предучилищна и начална училищна възраст. Интересно е, че PBI може да се използва от клиницистите и изследователите по различни и взаимно допълващи се начини – като мярка за самоотчитане на родителя, като доклад за трета страна, запозната с родителя, или като скала за оценка на наблюдението, което го превръща в мулти методен, информационен и рамков инструмент (Lovejoy et al, 1999).

Подобни примерни психометрични изследвания, които насочват към създаването на настоящите конструкти във въпросника, са: Никомах-позитивно родителство (Nicomachus-Positive Parenting, NPP) – въпросник за родителство с обхвата на рамката за позитивна психология (Kyriazos and Stalikas, 2019); Общата рамка за оценка (Common Assessment Framework, CAF) и Въпросник за загрижеността на родителите (Parent Concerns Questionnaire, PCQ) (Sheppard, 2010). Изчерпателният въпросник за родителство в ранно детство (Comprehensive Early Childhood Parenting Questionnaire, СЕСРАQ) концептуализира и оценява често срещаното родителско поведение в пет области – подкрепа, стимулиране, структура, сурова дисциплина и положителна дисциплина – основни за ранното детство от 1 до 4-годишна възраст. Използва се петфакторна структура, (съставена от 54 елемента) – пет родителски домейна с добра вътрешна последователност и времева стабилност (Verhoeven et al., 2017).

Конструктите в първата тема „Родителски компетенции за РДР до 3 години и 11 месеца“ на настоящия авторски въпросник се обосновават по три направления. Те са: актуалните научно-теоретични постановки за родителя – с дългосрочна, уникална и незаменима биологична, социална и емоционална връзка с детето; резултатите от извършеното предварително качествено изследване и цитираните най-демонстративни и полезни в случая психометрични изследвания.

2.3. Родителска грамотност за РДР до 3 години и 11 месеца

Въпросът за родителската грамотност за РДР е изключително многопластов, но въпреки това се откроява неговата основна интерпретация в развитието на връзките: родителска грамотност в семейството – благополучие и качество на живот на детето – практики и политики в общественото здраве. Тази многоизмерност в отговор на

динамично променящите се нужди на растящото дете изисква родителите постоянно да развиват и усъвършенстват своята грамотност. Тя е свързана с количествено и качествено натрупване на познания в широк диапазон – базисни етапи и норми на РДР, закрила, безопасност и грижа за здравето, пълноценно хранене, стимулираща среда и ранно образование, взаимодействие със специалисти и социални системи (институции, закони, политики) (Begum, 2019; Khatun, 2020; WHO 2017, 2019, 2021).

Отношението на самите родители към родителството в цялост е продукт на: познания, ценности и цели/очаквания за развитието на детето; културни и семейни опитности; общностни и социални норми и разбирания (Cabrera et al., 2000; Iruka et al., 2015; Okagaki and Bingham, 2005; Rosenthal and Roer-Strier, 2006). Множество корелационни изследвания показват сигнификантни различия в родителската грамотност. В някои от тях се обсъжда, че родителите с по-високо образование са с по-голяма готовност за информиране за етапите и процесите в РДР (Conrad et al., 1992; Hess et al., 2004; Huang et al., 2005; Bornstein et al., 2010) и за добрите практики и стратегии за родителство (Morawska et al., 2009). В други се потвърждава пряката връзка между родителските познания и грамотност за РДР и развитието на детето им (Huang et al., 2005; Bornstein and Bradley, 2012; Zand et al., 2014). Осведомеността паралелно се проявява и с по-адекватни родителски поведенчески модели и по-реалистични очаквания към детето (Goodnow, 1988; Bornstein et al., 2003; Huang et al., 2005).

В помощ на родителите, специалистите и институциите, подпомагащи детското развитие и родителството, с оглед на съвременни научни теории и проучвания, СЗО промотира основни постулати за РДР. Пример за такива конкретни документи и препоръки са тези от 2019 и 2021 г. за деца от 0 месеца до 5 години. Те насочват и насърчават родителската грамотност за постигане на физическа активност, психическо, физическо и емоционално благополучие на децата; здравословно хранене и пълноценен сън; образование и грижи в ранна детска възраст (WHO, 2019; 2021). Препоръките са насочени към утвърждаването на една по-широка рамка на холистична грижа за детското здраве със стимулиране на родителите за предоставяне на оптимални условия за социализиране, игра, ранно образование и РДР. Именно конкретните препоръки в цитираните документи за физическа активност, сън, време пред екраните, безопасност се използват като критерии за родителска грамотност при разработването на първия конструктор по втора тема на въпросника. Едновременно с това се отчита, че не винаги съществуващото знание е достатъчно и не винаги самото знание се превръща в добра практика, какъвто е примерът за използването на столчета за кола (Yanchar et al., 2012, 2015).

При направеното проучване по темата за родителската грамотност, във връзка с разработването на авторския въпросник, предизвикват интерес изследвания, показващи макар и бавно променящите се нагласи относно ролите на мъжете и жените в отглеждането на децата в ранна детска възраст (Fagan and Barnett, 2003; Schoppe-Sullivan et al., 2008). Откроява се тенденция бащите все по-активно да участват с различни роли, дейности, функции в отглеждането на деца в ранна детска възраст (Grossmann et al. 2002; Paquette 2004; Cabrera et al., 2011 г.). Възможно е обаче самите майки да ограничават бащините активности (Oncu and Unluer, 2012), а пък бащите да възприемат майките като по-авторитетни или да споделят подобни стилове на родителство (Winsler et al., 2005).

При извършване на качествено наблюдение в пространството на „Зеленият морски двор на Варна“ се отбелязва, че макар и често бащите да съпровождат детето в игри и взаимодействия, майките присъстват по-близо до децата си, поемат повечето непосредствени отговорности във взаимодействията и отглеждането на детето. Наблюдават се конкретни родителски поведенчески модели. В основата им вероятно е самооценката и оценката на партньора като грамотни/добри родители, а тя съответно води до различни по степен отговорни и информирани избори в интерес на детето. Поемането и разпределянето на отговорностите за РДР в семейството са свързани с информираността на родителите, техните културни ценности и опитности.

Описаните научни изследвания, данните от световните гайдлайни и качествено изследване за целта на настоящия труд са в основата на избора и формулирането на конструкти и въпроси за втората тема на въпросника – за родителската грамотност.

Първият конструкт е свързан със самооценка на **собствената грамотност**. *Твърденията са със средна степен на трудност с три възможни твърдения – знам, че е вярно; знам, че не е вярно; не ми е известна тази информация, които са отговор на следните въпроси/тези: Моля, посочете доколко според Вас са верни следните твърдения за РДР (Децата трябва да имат поне 60 минути физическа активност на ден; Децата трябва да спят около 17 часа на ден в първите месеци след раждането си; Столчето за кола трябва да се ползва докато теглото на детето достигне 36 кг.; До 1-годишна възраст детето трябва да лежи по корем по 30 минути на ден; Детето не трябва да стои в седнала или легнала позиция в количка повече от 1 час; След навършване на 1 година детето не трябва да стои пред екран повече от 1 час на ден; Закаляването на детето се прави според правила, възраст и индивидуални особености.)*

Вторият конструкт е свързан с **преценка на грамотността на партньора**. Ако детето се отглежда в условията на партньорство на

родителите, въпросите се развиват последователно, ако не – темата се ограничава само до първия конструкт за родителска грамотност.

При наличието на партньор въпросите следват подбраните пет фактора за част от конструктите по първата тема на въпросника. *Отговорите са в три до петстепенна скала – по-малко/наравно/повече от мен; напълно съгласен, по-скоро съгласен, не мога да преценя, по-скоро несъгласен, изобщо не съм съгласен.* Те са: **1) Отглеждате ли детето, за което попълвате въпросника, с партньор?** (Да; Не; Не мога/не желая да отговоря.) **2) Вашият партньор в отглеждането на детето е:** (по-малко информиран от Вас по въпросите на РДР; информиран приблизително колкото Вас по въпросите на РДР; по-информиран от Вас по въпросите на РДР.) **3) Ако отглеждате детето заедно с партньор, моля посочете доколко сте съгласен със следните твърдения:** (Като цяло, смятам, че партньорът ми прави отговорни и информирани избори в интерес на детето; Смятам, че партньорът ми постоянно повишава компетентностите си за ранно детско развитие.) **4) Ако отглеждате детето заедно с партньор, доколко той участва в грижите за РДР?** (Стимулиране на детето; Ранно образование на детето; Закрила на детето; Пълноценно хранене на детето; Грижа за здравето на детето.) **5) Доколко участието на партньора Ви удовлетворява Вашите очаквания?** (Надхвърля очакванията ми; Съответства точно на очакванията ми; Под очакванията ми е.)

2.4. Търсене на помощ от специалист – опит и нагласи

Познаването и информираността на родителите за значимостта на РДР и изграждането на връзката по оста родител-дете-специалист са свързани със създаването и качеството на по-ефективни стратегии за грижите за децата на всички нива, респективно и обезпечаването на КЖ за тях. В този смисъл ефективността на всички програми за обществено здравеопазване в областта на РДР е свързана с изходното ниво на познания на целевата популация – родителите (Ertem, 2007; Habibi, 2017; Aldayel, 2020). Родителите с добро и постоянно развитие на познанията показват значително по-висока ефективност и компетентност (Hess, 2004; Rikhy, 2010). Те създават и много по-доверени връзки със специалистите, които разчитат на тях за адекватност при състоянието на детето, историята на неговото развитие и заболяване (Reich, 2005). Комуникацията и обменът на информация са ключови компоненти на взаимоотношенията между родителите и всички, които полагат грижи за децата. Те са двупосочни – между родителите и всички останали източници – и начинът, качеството и координираността на предоставянето им имат пряко или косвено въздействие върху развитието и здравето на детето. Родителските познания и компетенции логично довеждат до навременни превантивни мерки,

специализирани грижи и интервенции (Mendoza, 2003; Ertem, 2007; Rikhy, 2010; Bornstein, 2010; Habibi, 2017; Aldayel, 2020).

Знанията на родителите в общността са пряко свързани с практическите методи за популяризиране на знания в областта на РДР и изграждането на доверие между тях, специалистите и източниците на информация. Има много и различни фактори, повлияващи търсенето на конкретна информация и помощ от специалист като личен опит, нагласи, самооценка, професионални и лични качества, достъпност и взаимодействие със специалист. Един от теоретичните модели, обясняващ защо човек търси помощ и използван в психометрични изследвания, е този на Alan Keith-Lucas. Според него трябва да бъдат изпълнени четири условия: 1) индивидът трябва да признае, че има нужда, т.е., че има проблем/задача и не може да реши/изпълни сам със своите собствени ресурси; 2) индивидът трябва да е подготвен да признае своята уязвимост (да се саморазкрие) пред друго лице; 3) индивидът трябва да е готов да позволи на друго лице мярка за контрол върху живота му; 4) индивидът трябва да има желание да се промени (Cohen, 1999). В други психометрични изследвания за нагласа и за ориентация към търсене на помощ при емоционални проблеми се посочва наличието на предиктори, включващи демографски, социални и личностни променливи. Доказва се, че психичните симптоми и полът са по-ясни предиктори за поведенческата мярка за търсене на помощ в сравнение с характеристиките на социалната среда или личността. Променливите, с които е свързано търсенето на помощ, са: симптоми; пол (жена); доверие в лекарите; наличие на откровени и доверителни отношения; самота; познаване на някого, който е потърсил помощ; готовност за саморазкриване; лично самосъзнание/убеденост; желание за търсене на помощ; търсене на професионална помощ (Rickwood, 1994). Разбирането на намеренията и поведението за търсене на помощ е от основно значение за идентифицирането на факторите, които могат да бъдат модифицирани – да се увеличи ангажираността в консултирането и в превантивните мерки. Такъв инструмент е General HelpSeeking Questionnaire (GHSQ), който може да се прилага при различни обстоятелства (Wilson, 2005). Интервенциите за увеличаване на търсенето на помощ са свързани с повишаване на обществената осведоменост за източниците на помощ, с подобряване на грамотността и социалното здраве (Yu, 2015).

Родителската информираност и желание за търсене на помощ са само част от задължителните условия за развитието на връзките и взаимодействията по оста родител-дете-специалист. Американската академия по педиатрия препоръчва в „Грижа, ориентирана към пациента и семейството“ емпатията като ключов елемент и клиничен подход. Чрез въпросника Visual CARE Measure се измерва от пациентите/родителите съпричастността на лекаря в условията на педиатрично спешно отделение.

Този тест има три версии, подходящи за различни възрастови групи: въпросникът 5Q се прилага на деца на възраст 7-11 години, версията 10Q на тези над 11 години и въпросникът 10Q-родител на родители на деца под 7 години (Arigliani et al., 2018). Mercer (2004) също съобщава за използването на въпросника за консултация и релационна емпатия (CARE) за разработване и предварително валидиране и надеждност на мярка за процес на консултация, базирана на емпатия. Друг подобен валиден, надежден и полезен инструмент за оценка на удовлетвореността на пациентите, но в условията на семейната практика, е Patient-Doctor Interaction Scale (PDIS) (Bowman et al., 1992). Добре известен инструмент е и скалата за взаимоотношения между родителя и полагащия грижи (Parent–Caregiver Relationship Scale, PCRS) – разработена и тествана като мярка за възприеманото качество на тази връзка (Elicker et al., 1997). А през 2003 г. и 2012 г. Американската академия по педиатрия издава конкретни препоръки за това как педиатрите могат да интегрират грижата, насочена към пациента и семейството, в болници, клиники и общности, както и в по-широки системи за грижи (Committee on Hospital Care, 2003; Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician’s Role, 2012). Family Collaboration Scale (FCS) е разпознаваема и приложима скала през последните десет години. Холандският екип Hagedoorn и колектив (2021) използват скалата за оценка на семейното сътрудничество чрез подскалите: доверие в сестрински грижи, достъпна медицинска сестра и влияние върху решенията. Ahlström и колектив (2022) проучват чрез FCS възприятието на членовете на семейството за сътрудничество със здравни специалисти в медицински отделения за остра патология в Швеция и ги сравнява със съответните датски резултати.

Описаните научни и психометрични изследвания са в основата на проучвателната и творческа работа по създаването на конструктите в четвъртата тема на „Въпросник за измерване на значимостта на ранното детско развитие (РДР) в родителската общност“. Подборът и формулировките са пряко свързани и корелират също с изводите и обобщенията от качествено изследване. Доверието по оста родител-дете-специалист, в периода на РДР, постоянно се развива и изгражда и е елемент от ранното разпознаване на симптомите на отклонения във физическото, емоционалното и психомоторното развитие на детето. Главната роля в тези процеси се отрежда на информирания от достоверни източници родител с критичност към заобикалящите го източници. Съществено значение за развитието и израстването на родителя имат и допуснатите от него взаимодействия с други възрастни (родители и специалисти) като част от изграждането/споделянето на собствени гледни точки и компетенции за РДР.

Въз основа на направения анализ и „наблюдение чрез участие“ са създадени следните конструкти: **1) Ако детето Ви има установен от Вас проблем, колко вероятно е да потърсите помощ от следните източници:** Приятел; Майка или свекърва, баба; Друг роднина; Педиатър или общопрактикуващ лекар; Специалист (логопед, психолог и др.); Специализирани сайтове в интернет; Форуми и общности в интернет; Родителска общност; Неконвенционални/алтернативни специалисти и консултанти; Религиозна общност; Не бих потърсил/а външна помощ. *Възможните отговори са: изключено, малко вероятно, средно вероятно, много вероятно, напълно сигурно, не мога да преценя/не знам.* **2) Понякога при проблем с детето родителите решават да не търсят външна помощ. Кои от следните възможни причини да не се търси помощ важат за вашата ситуация:** Искам да решавам проблемите сам/а; Не знам от кого да търся помощ; Отнема твърде много време да потърся помощ; Не ми е удобно да търся помощ заради мнението на околните; Притеснявам се за цената; Нямам доверие на специалистите; Разчитам на мнението и опита на близки и познати. *Предоставените за избор отговори са: изобщо не е вярно за мен, по-скоро не е вярно за мен, по-скоро е вярно за мен, напълно вярно за мен, не мога да преценя/не знам.* **3) Кои от следните източници на информация за РДР ползвате най-често?** Педиатър; Общопрактикуващ лекар; Лекар - тесен специалист; Психолог; Логопед; Хомеопат; Неконвенционален/алтернативен специалист; Специализирани сайтове в интернет; Форуми и общности в интернет; Други родители и родителски общности; Фармацевти; Телевизия, радио, вестници; Научна и научно-популярна литература; Youtube, Instagram, Twitter, TikTok, Facebook; Сайтове/блогове на известни хора; Сайтове на институции; Приятели; Майка, баба или свекърва; Училища за родители. *Възможните отговори са: изобщо не ползвам, рядко ползвам, понякога ползвам, често ползвам.* **4) Колко често се обръщате към специалисти с въпроси за развитието на детето си? Предоставените отговори са: веднъж седмично или по-често, веднъж месечно, веднъж на 3 месеца, веднъж на 6 месеца, веднъж годишно.** **5) Ако се съмнявате, че детето Ви има проблем, свързан с РДР, колко изчаквате, за да решите да се обърнете към специалист?** *Отговори за избор: в рамките на седмица, в рамките на две седмици, в рамките на месец, до около 3 месеца, до 6 и повече месеци, не се обръщам към специалист.* **6) Кой е първият специалист, към когото се обръщате при съмнения, че детето Ви има проблем, свързан с РДР?** Педиатър; Общопрактикуващ лекар; Лекар - тесен специалист; Психолог; Логопед; Хомеопат; Неконвенционален/алтернативен специалист; Друг – моля посочете какъв. **7) В досегашния Ви опит със специалисти по РДР, доколко експертните мнения, които получавате, съвпадат или си противоречат?** Експертните мнения почти винаги съвпадат; често съвпадат; понякога съвпадат; рядко съвпадат; почти никога не съвпадат; Нямам опит със специалисти. **8) Как**

постъпвате, когато експертните мнения си противоречат? (възможен е повече от един отговор): Приемам това, което е най-близко до моето разбиране и действам според него; Търся трето експертно мнение в страната; в чужбина; Задълбочавам собствените си познания и вземам решение; Търся още мнения от неспециалисти; Търся мнението на общност, с която споделям проблема; Игнорирам експертното мнение и търся специалисти извън стандартната медицина; Наблюдавам детето и изчаквам още преди да взема решение; Друго (моля напишете какво).

9) Родителите се консултират с различни специалисти по ранно детско развитие. Моля, посочете с кои от изброените специалисти сте се консултирали до момента за развитието на Вашето дете (Педиатър; Лекар - тесен специалист; Общопрактикуващ лекар; Логопед; Психолог/психотерапевт; Социален работник; Специален педагог; Хомеопат; Ерготерапевт; Рехабилитатор; Кинезитерапевт; Консултант по кърмене/хранене; Друг (моля, напишете какъв)). *Възможни отговори: да, консултирал/а съм се; не, не съм се консултирал/а.*

10) Моля, подредете ТРИМАТА специалисти, с които сте се консултирали НАЙ-ЧЕСТО до момента във връзка с развитието на Вашето дете. Посочете на 1-во място този специалист, с когото сте се консултирали най-често, после втория и третия по ред. За останалите специалисти посочете "по-рядко се консултирам". (Педиатър; Лекар - тесен специалист; Общопрактикуващ лекар; Логопед; Психолог/психотерапевт; Социален работник; Специален педагог; Хомеопат; Ерготерапевт; Рехабилитатор; Кинезитерапевт; Консултант по кърмене/хранене; Друг (моля, напишете какъв)). *Възможно е класиране от първо до трето място и отговор „по-рядко се консултирам“.*

11) Следващите въпроси се отнасят само до специалиста, с когото най-често се консултирате. Моля, оценете отношението му към Вашето семейство според изброените поведения: Специалистът: се отнася вежливо към детето ми и семейството; проявява тактичност и конфиденциалност; се отнася сериозно към притесненията ми; възприема детето ми като цялостна личност; зачита ценностите и предпочитанията на нашето семейство; е достъпен по удобен за семейството ми начин; реагира адекватно според спешността на ситуацията; отделя достатъчно време на детето ни; По време на консултация вниманието на специалиста е фокусирано изцяло върху моето дете; полага усилия да съобрази работата си с индивидуалните особености на детето ни; ни дава ясна и конкретна информация; полага усилия да говори на разбираем за нас език; проверява дали имаме общо разбиране за проблемите и решенията; обяснява съображенията за препоръките си; отговаря изчерпателно на нашите въпроси; ме изслушва с внимание; ме насърчава да задавам въпроси; ме пита за мнението ми; предразполага да обсъждаме всички важни теми за детето; използва информацията, получена от мен; се отнася доброжелателно с детето и семейството; полага усилия детето да се чувства комфортно;

показва искрена загриженост за доброто на детето; се отнася с емпатия към семейството; дава на семейството възможности за избор на решения за грижата за детето; зачита нашите родителски компетенции; ни възприема като партньори в грижата за детето; Планираме заедно със специалиста грижата за детето; ме насърчава да привлекам други ресурси и специалисти. *За всички посочени твърдения са възможни отговорите: изобщо не съм съгласен; по-скоро несъгласен; нито съгласен, нито несъгласен; по-скоро съгласен; напълно съгласен; не мога да преценя/не знам.* **12) Доколко сте удовлетворени от специалиста, работещ с Вашето дете?** *Отговорите се свеждат до: изобщо не съм удовлетворен; по-скоро неудовлетворен; нито удовлетворен, нито неудовлетворен; по-скоро удовлетворен; напълно удовлетворен.* **13) Доколко имате доверие в специалиста, работещ с Вашето дете?** *Възможните отговори са: нямам никакво доверие, по-скоро нямам доверие, не мога да преценя, по-скоро имам доверие, имам пълно доверие.* **14) Моля, посочете доколко е вярно:** Специалистът познава добре детето ми и неговото здравословно състояние; взаимодейства ефективно с детето ми; познава много добре своята експертна област. *За трите посочени твърдения са възможни отговорите: изобщо не съм съгласен; по-скоро несъгласен; нито съгласен, нито несъгласен; по-скоро съгласен; напълно съгласен; не мога да преценя/не знам.* **15) Моля, посочете на предложената скала доколко са важни за Вас следните аспекти на отношенията семейство-специалист:** Уважение към детето и семейството. (Специалистът се отнася вежливо, тактично, възприема ни сериозно и зачита ценностите ни); Гъвкавост при предоставянето на грижи за детето. (Специалистът е достъпен, откликва навременно, отделя ни достатъчно време и внимание); Даване на ясна и обективна информация. (Специалистът дава ясна и конкретна информация, отговаря на въпросите ни, обяснява всички аспекти на диагностиката и лечението); Загриженост за детето и семейството. (Специалистът се отнася с топлота, емпатичност и искрена загриженост към детето и семейството); Овластяване на семейството. (Специалистът ни помага да сме водещата страна, признава компетенциите ни, въвлича ни при планирането и вземането на решения); Изслушване. (Специалистът ме изслушва, иска да чуе и разбере моята гледна точка, предразполага ме да споделям). **16) Кои от следните характеристики са важни за Вас, за да изградите доверие към специалиста, който работи с детето Ви?** Сертификатите и квалификациите на специалиста; Индивидуалният подход на специалиста към детето и семейството; Методите и школата, по които работи; Детето ми да харесва специалиста; Богат практически опит; Общи ценностни и етични разбирания със семейството ми; Използване на най-новите методи, инструменти, лекарства; Партньорски подход и равнопоставеност със специалиста. *Отговорите на последните два въпроса се дават чрез скала тип термометър – от 1 до 9 – от „изобщо не е важно“ до „изключително е важно“.*

2.5. Качество на живот на детето

Здравето, РДР и КЖ образуват подредена взаимносвързана система с единна цялост и значение за съвременното общество. Здравето, РДР и КЖ са отделни структурни компоненти със свой собствен състав, отношения и връзки. Едновременно с това те са в основополагащо триединство, с равностойна значимост на всеки компонент, взаимно потенциращи и гарантиращи процесите вътре в системата и в съвременното общество. Активното и комплексно отношение към здравето на детето са част от стратегическите цели на всяко общество, независимо от степента на неговото развитие (Вълчева, 2019).

В началото на нашето хилядолетие КЖ е интердисциплинарно понятие, характеризиращо ефективността на човешкия живот през призмата на субективната удовлетвореност на материално, духовно и интелектуално, социално и културно ниво, здраве, околна среда и безопасност за живота (Гордеев, Александрович, 2001; Ванкова, 2016; 2017).

В дефинициите на СЗО за здраве и КЖ се открива най-ясно взаимодействието, развитието и допълването между тях: „Здравето е състояние на пълно физическо, психическо, социално и духовно благополучие, а не просто отсъствие на болест и недъг”, а КЖ се определя като „възприемане/разбиране на индивидите за техните позиции в живота в контекста на културните и ценностните системи, в които живеят, и във връзка с техните цели, очаквания, стандарти и проблеми. Това е широкообхватна концепция, повлияна по сложен начин от физическото здраве на човека, психичното състояние, личните вярвания, социалните отношения и връзката им с важните особености на средата му” (Фесчиева, Ванкова 2012; Valtcheva, Kurteva 2007; Vankova, 2015; WHOQOL, 2019). Детерминантата в диалектичката връзка „здраве – КЖ“ е периодът на РДР. В последните двадесет години, благодарение на постиженията на невронауките, се постига значителен напредък в разбирането за определящото значение на този период за цялостното здраве, развитие и благополучие на индивида и личността. Ключовите елементи на РДР са пълноценно хранене, здравна грижа, стимулираща/развиваща грижа, ранно образование, закрила (WHO/UNICEF, 2015, 2018, 2019).

В последните двадесет години се създават и въвеждат множество инструменти за оценка на КЖ в детската популация, включително и през ранна детска възраст. За основополагащ се приема френският инструмент QUALIN, предназначен за оценка на КЖ на детето на възраст между три месеца и три години и валидиран в много от европейските държави (Черников, 2009). Той съдържа скала от 34 точки и може да се попълва от родители или лица, полагащи грижи за детето. Предлагат се две форми: за

деца на възраст под една година и друга за деца на възраст между една и три години (Manificat, 2000).

ITQOL (infant/toddler quality of life questionnaire) е концептуално разработен инструмент за КЖ при деца на възраст над два месеца. Елементите във въпросника са избрани чрез множество аналитични методи, съгласно основните етапи на РДР в пълния целеви възрастов диапазон, обхванат с варианти от 97 и 47 айтеми. Разработен през 1994 г., във въпросника се използва Likert-ова скала и градуиран континуум отговор, измервайки физическата функция, растежа и развитието, телесната болка, темперамент и настроения, поведение и общо здравословно възприятие за детето. Поради факта, че въпросникът се попълва от родителите и те могат да бъдат емоционално повлияни при попълването му, се отчитат и две специфични допълнителни за него скали – емоционално и времево въздействие и оценка за разбирателството един с друг в семейството (Landgraf, 2013).

Друг добре известен инструмент е PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory), създаден от Детската болница и здравен център в Сан Диего, Калифорния. Той е модулен инструмент за измерване на свързаното със здравето качество на живот при деца и юноши на възраст от 2 до 18 години. Съдържа четирите основни скали – физическа, емоционална, социална, училищна (Varni, 2001).

TARQOL е въпросник за измерване също на свързаното със здравето КЖ – за деца на възраст от 2 месеца до 5 години. Той е общ инструмент, състоящ се от 43 елемента в 12 скали, обхващащи физическото, социалното, когнитивното и емоционалното функциониране на детето. Броят на елементите за всяка скала варира от три до седем. Във всички скали наличието на конкретно оплакване или ограничение е оценено тристепенно (Bunge, 2005).

Въпросниците KIDSCREEN са разработени въз основа на педиатрични и епидемиологични проучвания в областта на общественото здраве, изследователски проекти и клинични проучвания. KIDSCREEN стандартизира измерването на КЖ/ QoL в Европа при деца като валиден и межкултурно сравним инструмент. Основаващ се на вече въведени стандарти, той е лингвистично подходящ и приложим в 38 държави. Общият инструмент за QoL KIDSCREEN за деца и юноши се предлага в три версии. Първата оригинална дълга версия, се състои от 52 елемента с десет измерения на QoL – физическо благополучие, психическо благополучие, настроения и емоции, себевъзприемане, автономност, родителско отношение и дом, финансово обезпечаване, връстници и социална подкрепа, училищна среда, тормоз; втората версия е от 27 елемента с 5 измерения на QoL – физическо благополучие, психическо благополучие, автономност и

родителско отношение, връстници и социална подкрепа, училищна среда; и версия с индекс от 10 елемента (Ravens-Sieberer et al., 2014).

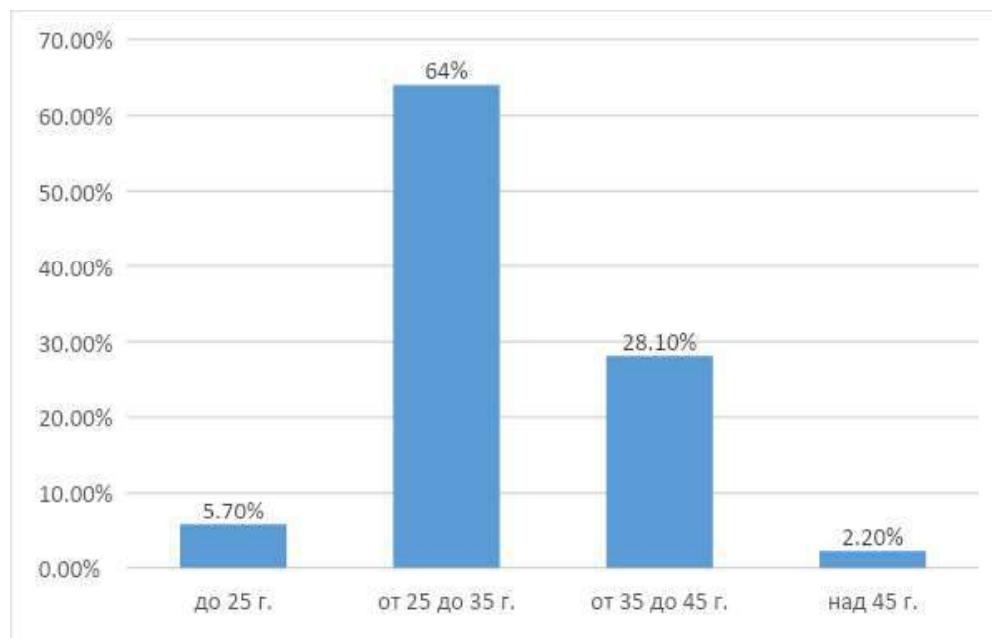
Чрез прилагането на описаните инструменти много ясно се открояват връзките между детското здраве, РДР и КЖ. При извършване на качествено изследване в пространството на „Зеленият морски двор на Варна“ също недвусмислено се наблюдават връзките между холистичното или фрагментирано приемане на процесите в периода на РДР и степента на родителска информираност и компетенции. Съответно тези връзки са в основата на приемането на стимулиращата грижа, ранното образование, закрилата, пълноценното хранене, здравната грижа като независими, с различна значимост или зависими и взаимно допълващи се, с еднаква значимост процеси. Тези процеси, динамични и определящи през етапите на РДР, са основополагащи и за КЖ на детето. Затова в края на настоящия въпросник са темата и конструктите за КЖ на детето. Те са подготвени въз основа на проучените психометрични изследвания, част от които са цитирани по-горе и на резултатите от „наблюдението чрез участие“. Въпросите за КЖ на детето са специално разработени във връзка с факта, че проучванията в настоящия дисертационен труд са важна част от Проект № 19021/2019 на Фонд „Наука“ на тема „Ранното детско развитие – детерминанта на здравето и качеството на живот в съвременното общество“. Първите три от конструктите за КЖ са под знака на един обединяващ въпрос **„Доколко следните твърдения са верни за детето Ви?“** с възможна шестстепенна скала за отговор – *напълно невярно, по-скоро невярно, донякъде вярно, по-скоро вярно, напълно вярно, не съответства на възрастта*. 1) **Физическо развитие. Детето ми:** върви и бяга без затруднения; рядко боледува; рядко изпитва болки; има съответно за възрастта физическо развитие; е активно и енергично; има съответно за възрастта психично развитие; има редовен и спокоен сън; има добър апетит; има съответно за възрастта развитие на речта. 2) **Емоционално развитие. Детето ми:** е жизнерадостно; е любопитно към света около него; рядко е раздразнително; рядко е тъжно; рядко е тревожно. 3) **Социално развитие. Детето ми:** общува и играе с лекота с други деца; общува и играе с лекота с възрастни; е достатъчно самостоятелно; Поведението на детето ми е трудно за управление; Другите деца и възрастни приемат добре поведението на детето ми. 4) **Как бихте оценили здравето на детето си като цяло?** Въпросът за родителска преценка за здравето на детето е пряко свързан с КЖ. Разположението му като последен и следващ предходните конструкти не е случайно. Само по себе си, то подсказва на родителите необходимостта от холистично, а не фрагментирано приемане на процесите в периода на РДР. *Отговорите се дават чрез скала тип термометър – от 1 до 9 – от много лошо до отлично.*

Въпросникът за измерване на значимостта на РДР в родителската общност, структурно и съдържателно отговаря както на поставените цели и задачи на научното изследване, така и на тези по проекта на Фонд „Наука“. Едновременно с това всяка тема и конструкт имат образователна стойност за попълващия респондент-родител и са своеобразен стимул за придобиване на нови знания.

В следващия параграф се представят графично само част и най-обобщаващите резултати от дисертационния труд, последвани от анализ.

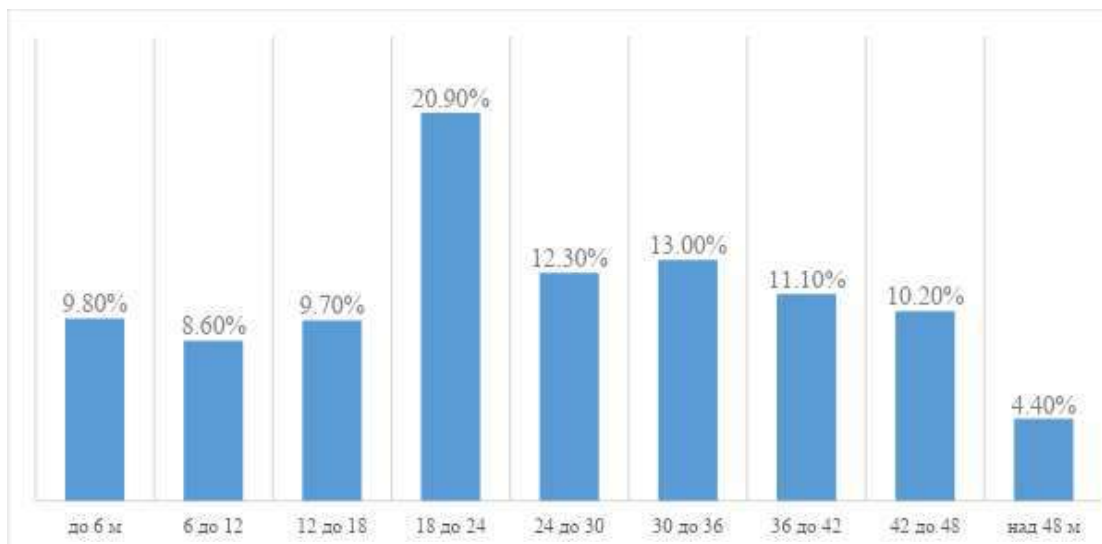
3. Представяне и характеристика на резултатите от въпросника по демографски показатели

Демографските въпроси в настоящото изследване са общо десет и дават възможност за базисен анализ на някои от най-важните фактори (икономически, биологични, социални, образователни, културни), повлияващи статуса на родителя и семейството и съответно отношението му към значимостта на РДР. **Средната възраст** на участващите в проучването родители е 33.27 ± 0.177 години (от 18 до 59 години) най-често 30 години от 873 попълнили възрастта си участници. **Преобладаващата част от тях са жени 861 (96,63%)** спрямо 28 (3,14%) мъже.



Фигура 2. Разпределение на включилите се в проучването родители по възрастови групи (891 отговори)

Средната възраст на детето, за което включилите се 891 родители отговарят във въпросника, е $26,97 \pm 15,858$ месеца.



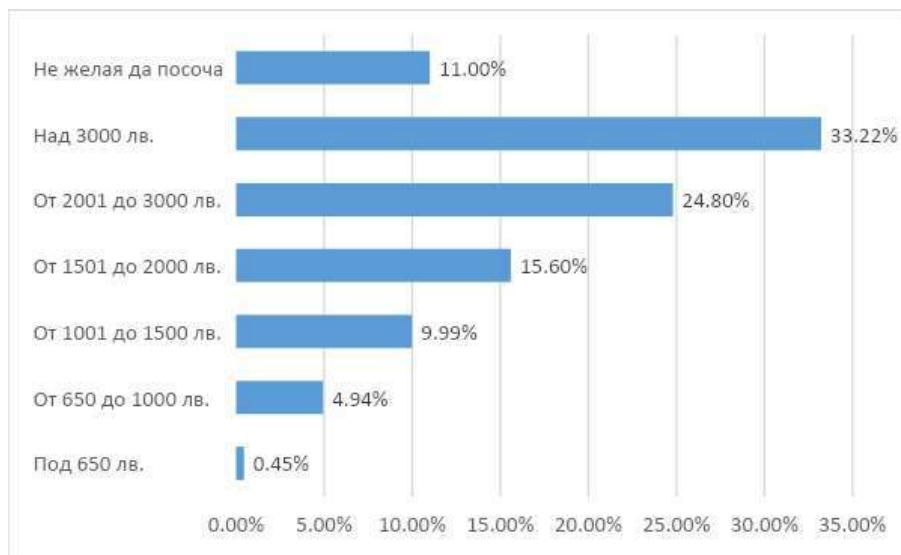
Фигура 3. Разпределение на децата по възрастови групи (891 отговорили)

Анкетата обхваща родители с **предимно висше образование** – 778 лица или 87,3% и с българска етническа принадлежност 857 или 96,2%, представени в следната таблица.

Таблица 1. Разпределение на родителите по демографски показатели – образование и етническа принадлежност

Характеристика	Брой	Относителен дял (%)
Образование (891 отговорили)		
Основно и по-ниско	1	0,1 %
Средно	81	9,1 %
Полувисше	31	3,5 %
Висше	778	87,3%
Етническа принадлежност (891 отговорили)		
Българска	857	96,2 %
Турска	20	2,2 %
Ромска	2	0,2 %
Руска	3	0,3 %
Арменска	2	0,2 %
Смесена, друга, не желая да посоча	7	0,8 %

Приблизително една трета от анкетираните родители 296 лица или 33,22% посочват **най-високия възможен месечен доход на семейството** от над 3000 лв. и живеят в **областен град или в столицата** 754 или 84,6% от тях. Отглеждащите едно дете са 576 (64,6%) и **тричленните домакинства** са 530 (59,5%).



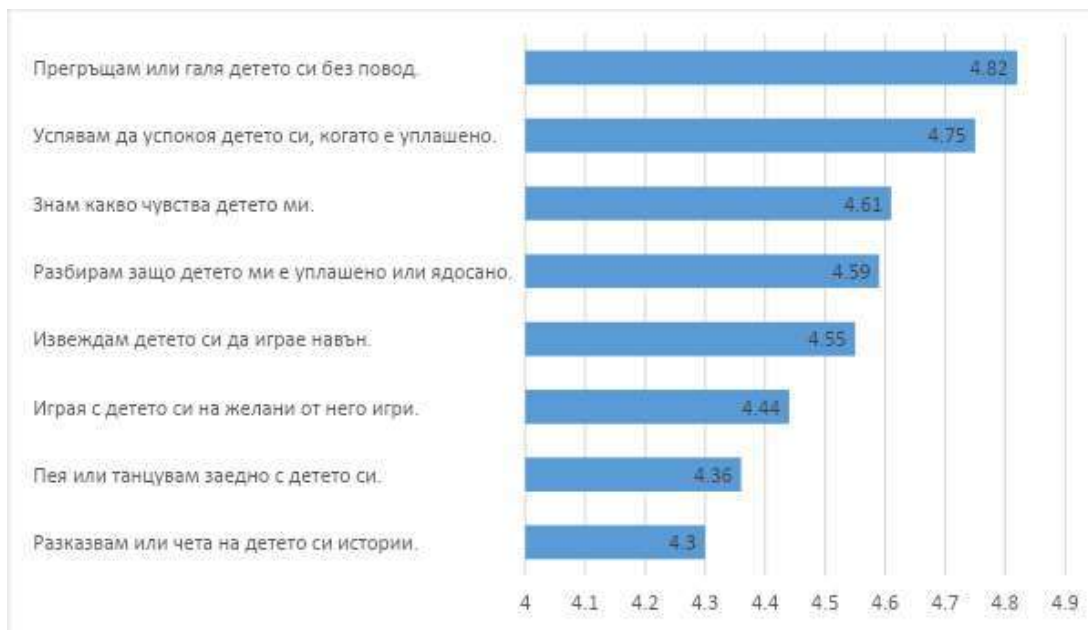
Фигура 4. Разпределение на включилите се в проучването родители по месечен доход на семействата (793 отговорили)

Участие на разширеното семейство в грижата за детето декларират 343 или 38,5% от респондентите за разлика от 548 или 61,5%, при които то не участва. 860 или 97,4% от родителите разчитат на партньор в отглеждането на детето. Партньорът и разширеното семейство са включени в ежедневните грижи за детето с голяма вариабилност по отношение на отделеното от тях време, споделени отговорности и степен на информираност за РДР.

4. Оценка на родителската информираност и компетенции за РДР до 3 години и 11 месеца

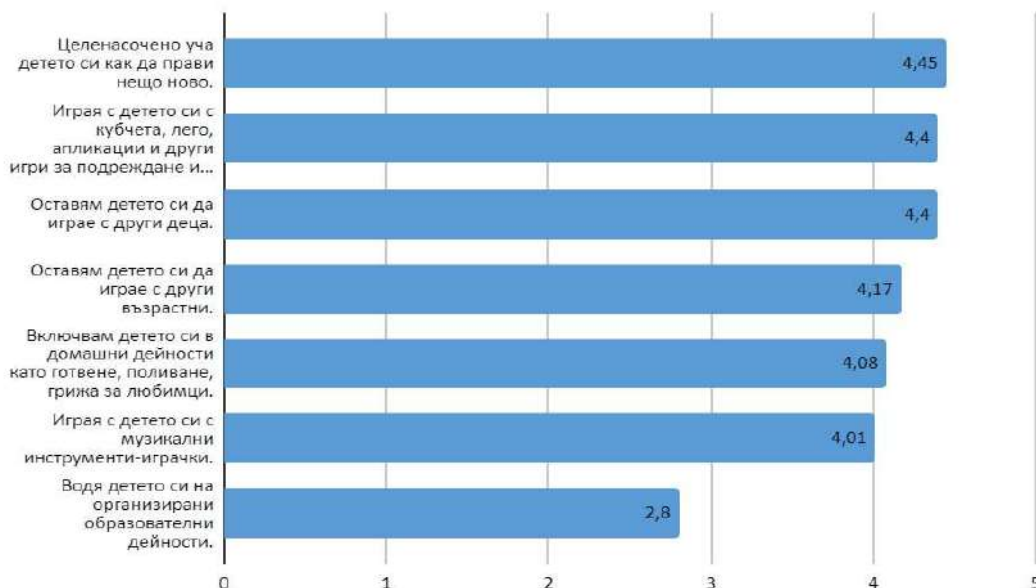
Родителските компетенции показват широко разпространение на всички застъпени във въпросника поведения, свързани с РДР. Преобладаващата част от родителите посочват максимално възможната честота на болшинството от грижите за децата, включени в конструктите на въпросника.

В панела „**Стимулираща грижа**“ водещо поведение е ласкавото отношение – прегръщат и гаят детето си без повод почти винаги 733 или 82,27% от анкетираните (4,82 точки по 5 бална скала), а най-слабо разпространено е разказването и четенето на детето истории – почти винаги правят това 450 или 50,51% (бална оценка 4,1 от максимални 5).



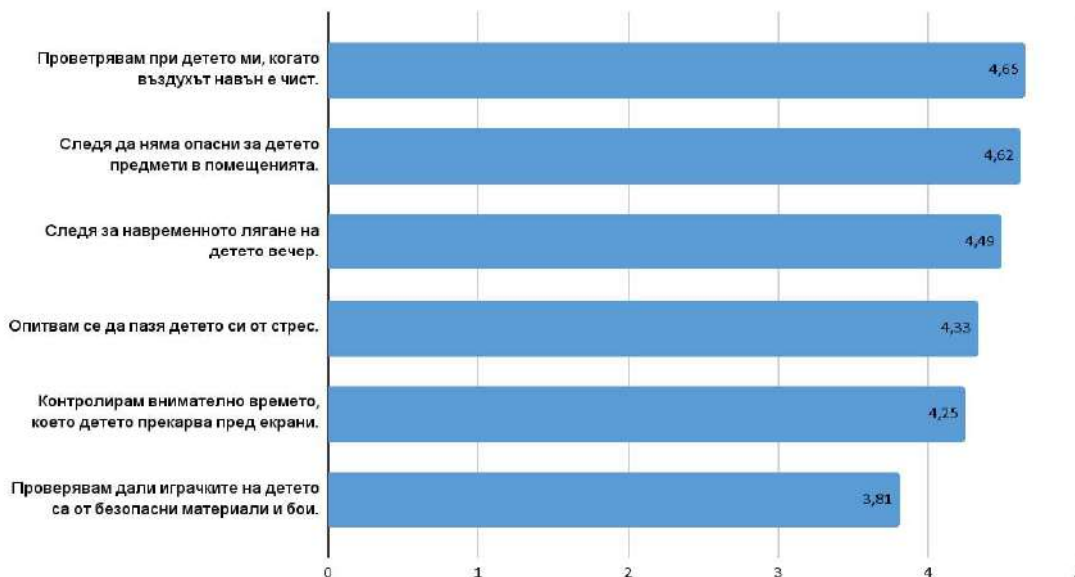
Фигура 5. Ранжиране по среден бал на видовете активности за родителска стимулираща грижа

При **ранното образование** най-често родителите учат целенасочено детето на нови неща – 501 лица или 56,23% почти винаги (4,45 точки по 5 бална скала), а най-рядко го водят на организирани образователни дейности – никога 144 или 16,16%, а почти винаги 102 или 11,45% (2,8 точки по 5 бална скала).



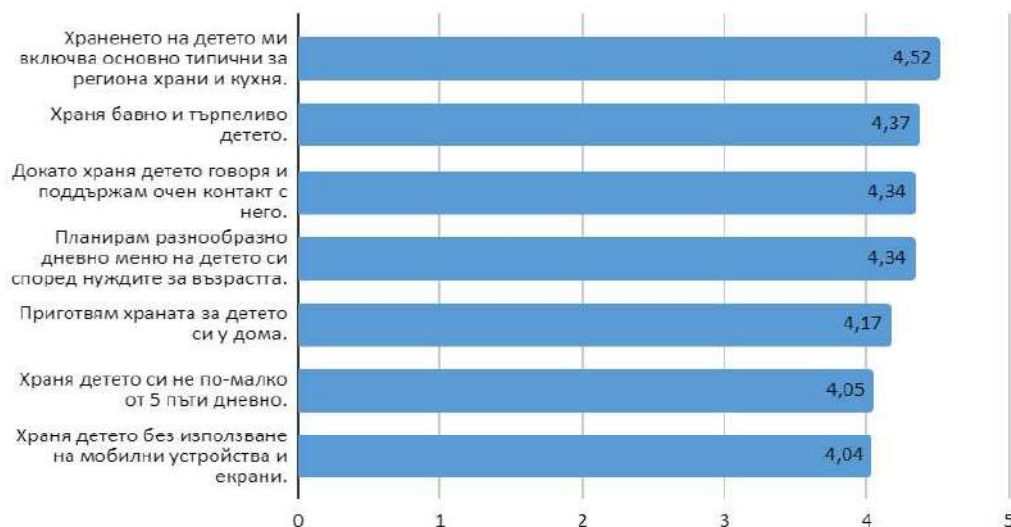
Фигура 6. Ранжиране по среден бал на родителските занимания за ранно образование

Родителската закрила най-често се изразява в проветряване на помещението (644 или 72,28% почти винаги и 4,65 точки по 5 бална скала) и най-рядко в проверка за безопасност на играчките (344 или 38,61% и среден бал 3,81).



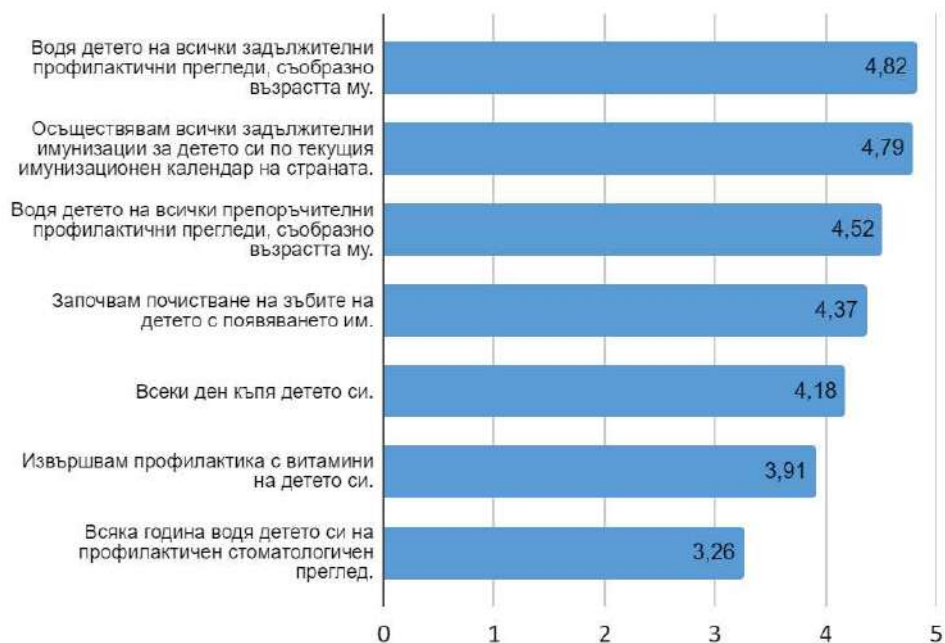
Фигура 7. Ранжиране по среден бал на родителските активности за закрила

Родителите разбират **пълноценното хранене** като включване основно на типични за региона храни и кухня (почти винаги 538 или 60,38% и среден бал от 4,52) и на последно място – хранене без използване на екрани (почти винаги 452 или 50,73% и среден бал 4,04).



Фигура 8. Ранжиране по среден бал на родителските компетентности за пълноценно хранене

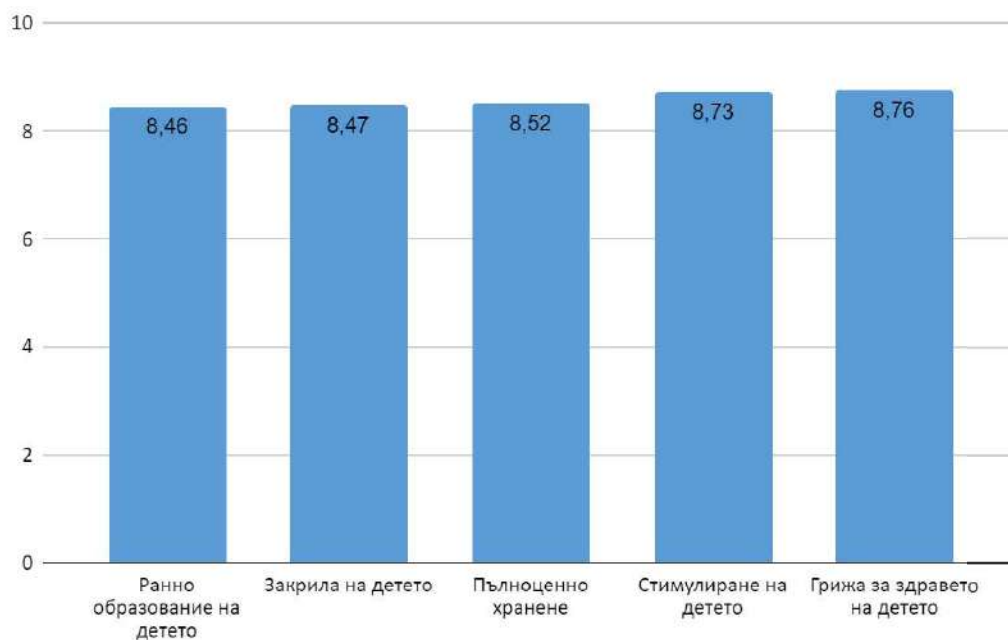
Разбиранията за **здравна грижа** на родителите включват най-вече осъществяването на задължителните профилактични прегледи (почти винаги правят това 793 или 899% и среден бал на айтема 4,82) и най-малко ежегодния профилактичен стоматологичен преглед (едва 160 или 17,96% от родителите го посочват като вярно, а средният бал е 3,26).



Фигура 9. Ранжиране по среден бал на родителските компетентности за здравна грижа

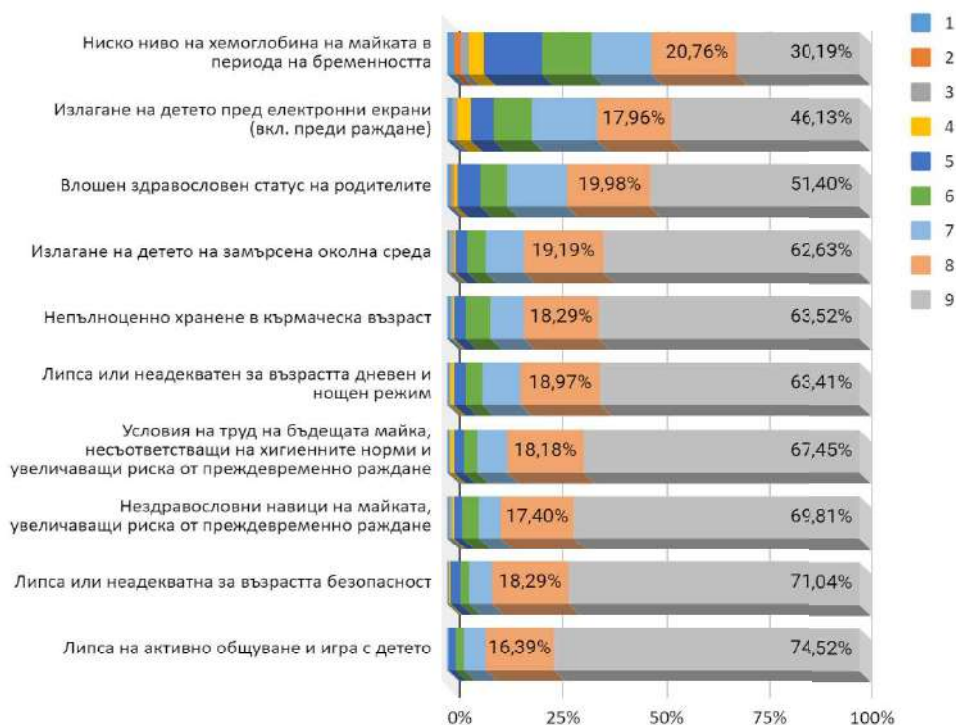
По разпространеност най-прилагана родителска компетентност е стимулиращата грижа с бална оценка от 4,55, следвана от закрилата – 4,55, здравната грижа – 4,26, пълноценното хранене – 4,14 и най-слабо застъпено е ранното образование – 4,04 според всички отговорили български родители.

Отговорите на респондентите по важност, оценена в деветобална скала, поставят на първо място сред областите на РДР грижата за здравето на детето (оценен максимално при 82,60% и бал 8,76) и стимулирането на детето (оценен максимално при 82,60% и бал 8,73), следвани пълноценно хранене (оценен максимално при 69,58% и бал 8,52), закрила (оценен максимално при 69,02% и бал 8,47) и на последно място – ранно образование на детето (оценен максимално при 69,7% и бал 8,46).

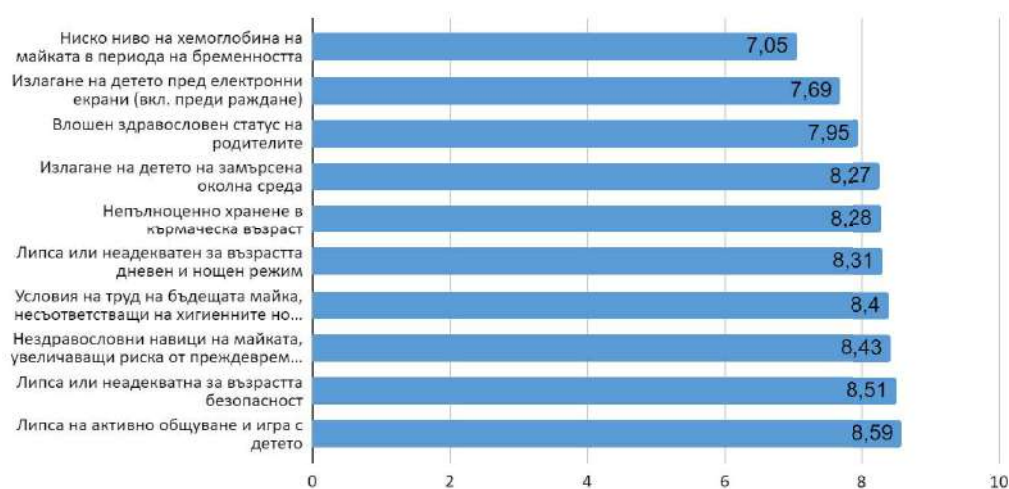


Фигура 10. Разпределение на родителите при оценка по важност на грижите в РДР в деветобална скала (бал)

Сред **рисковете в РДР** родителите разпознават като първостепенен, оценен в най-висок процент с максималната оценка 9, липсата на активно общуване и игра с детето (при 74,52% и среден бал 8,59), последван от липсващата или неадекватна за възрастта безопасност (при 63,41% и среден бал 8,51) и нездравословни навици на майката, увеличаващи риска от преждевременно раждане (при 69,81% и среден бал 8,43). Като най-слабо разпознаваем риск се явява ниското ниво на хемоглобина на майката в периода на бременността, за който най-висока оценка дават едва една трета от респондентите 30,19% и е със среден бал 7,05.

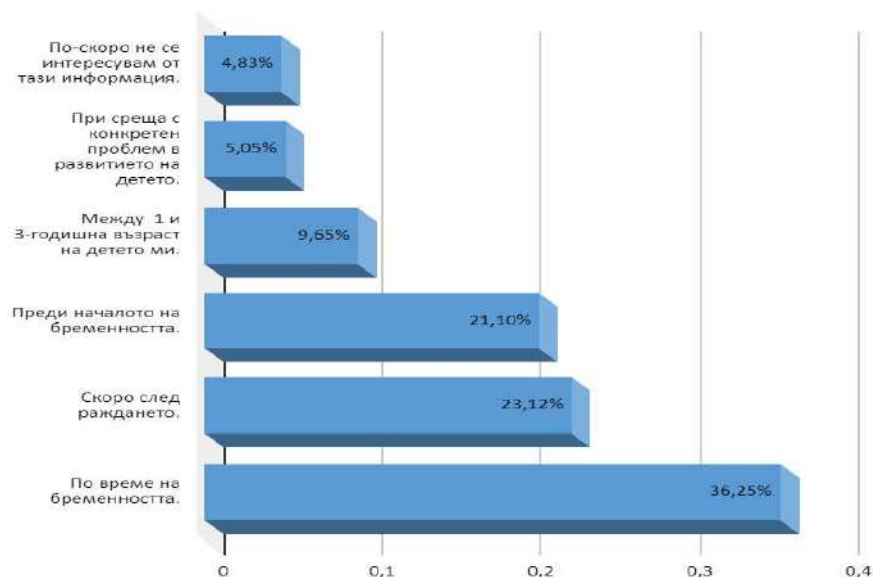


Фигура 11. Разпределение на родителите при оценка по значимост на рисковете в РДР по деветобална скала (%)



Фигура 12. Ранжиране по значимост на рисковете в РДР според средната бална оценка от родителите (бал)

Преди и по време на бременността се появяват родителските интереси към РДР едва при 511 или 57,4% от респондентите, а 43 или 4,8% от родителите твърдят, че не се интересуват от тази информация.

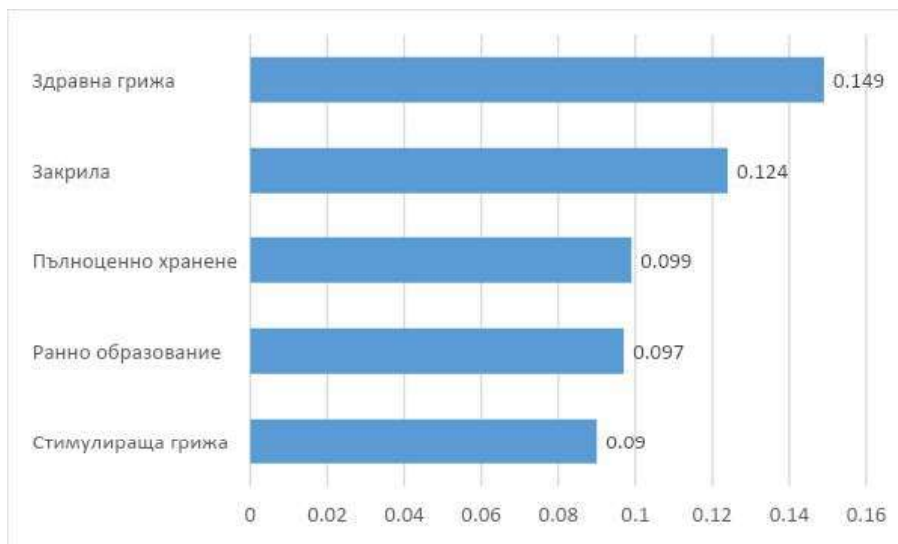


Фигура 13. Разпределение на родителите по начало на интересите към значението на родителска грижа в РДР (%)

Втората тема на въпросника е за родителската грамотност, като първият конструкт е свързан с преценка на собствената грамотност, а вторият – с преценка на грамотността на партньора.

В данните на конструкта за **самопреценка на грамотността за РДР** се проследява, че най-висок процент на родителите са адекватно информирани за правилата на закаляване (761 лица или 85,41%), следвани от режимите за сън и бодърстване (754 или 84,62%), безопасността на столчето за кола и минималната ежедневна физическа активност (715 или 80,25%). Сравнително по-ниски са процентните разпределения на ограмотените за ограничаването на времето в лежача или седяща позиция на количка (255 или 28,62%) и пред екран (624 или 70,03%), както и за редовното ежедневно поставяне на детето по корем в кърмаческа възраст (391 или 43,88%).

Нивото на родителска грамотност корелира позитивно с всяка от сферите на родителски компетентности в РДР като макар и слаби най-високи са стойностите за здравна грижа (0,149 $p < 0,01$), а най-ниски за стимулираща грижа (0,09 $p < 0,01$).



Фигура 14. Корелационни коефициенти на нивото на грамотност с панелите на родителска грижа в ранна детска възраст (коефициент на Spearman)

Родителите, демонстриращи по-високата степен на грамотност, показват тенденция за практическото ѝ приложение с по-интензивни родителски грижи във всеки от панелите за родителска компетентност – стимулиране, ранно образование, закрила, пълноценно хранене и здравна грижа. Осъзнатостта за важност на стимулите с бал от $8,727 \pm 0,04$ е достоверно по-висока при родителите с висока грамотност спрямо останалите родители – $8,569 \pm 0,023$ ($p < 0,05$).

Подобна е и тенденцията при сравняването по пол – майките показват по-интензивни родителски компетентности, но достоверна е разликата отново само при балната оценка за важност на стимулите – $8,6 \pm 0,02$ при жените спрямо $8,19 \pm 0,18$ при бащите отговорили на въпросника ($p < 0,05$).

Висшето образование на родителите се свързва с достоверно по-високи бални оценки за стимулираща грижа ($4,55 \pm 0,013$ спрямо $4,52 \pm 0,039$, $p < 0,05$), важност на стимулите ($8,61 \pm 0,02$ спрямо $8,43 \pm 0,08$, $p < 0,05$) и осъзнатост на рисковете ($8,17 \pm 0,03$ спрямо $7,97 \pm 0,11$, $p < 0,05$). Родителите с местожителство в село оценяват достоверно по-високо важността на стимулите ($8,75 \pm 0,05$ спрямо $8,58 \pm 0,02$, $p < 0,05$) и значението на рисковете в ранна детска възраст ($4,41 \pm 0,09$ спрямо $8,14 \pm 0,03$, $p < 0,05$).

За втория конструкт се отчита, че партньорът се включва в отглеждането на детето при 860 (96,52%) от анкетираните. Той е по-малко информиран при 473 (55%) и по-информиран едва при 28 (3,26%) от попълнителите анкетата.

Откриват се различия по пол в разпределението относно очакванията за участие в отглеждането на детето от партньора.

Половината от мъжете и едва една пета 19,1% от жените са с надхвърлени очаквания от партньора за участието в отглеждането на детето. (Хи квадрат 15,996 р 0,000).

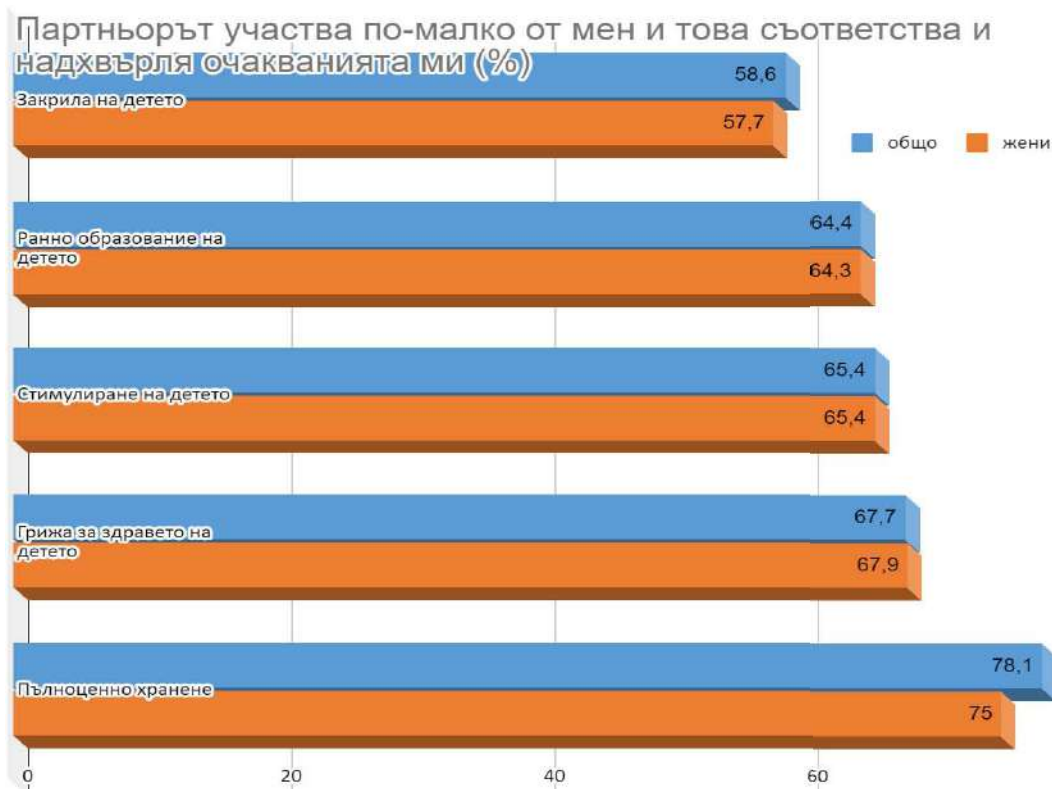
Участието на партньора в стимулиране на детето достоверно повлиява разпределението на участниците по нивото на оправдаване на очакванията. Прави впечатление, че дори при по-малко участие на партньора се установяват надхвърлени очаквания при 29 или 7,9% в цялата група и при 8% от жените. Равноправното и по-голямо от това на партньора стимулиране на детето се свързва със седемкратно повишени шансове в цялата група (OR 7,776 (95%CI 3,118-7,314) и четирикратно повишени шансове при жените OR 4,443 (95%CI 2,89-6,830) за надхвърлени очаквания у партниращия родител.

Ако бащата участва наравно или повече от майката в ранното образование на детето, това се свързва с трикратно повишени шансове за надхвърляне на очакванията към него от партньорката (OR 3,531 (95%CI 2,308-5,403)). **По-малката ангажираност на мъжете съответства и надхвърля очакванията на повече от половината им партньорки - 214 (64,3%).**

Подобни тенденции откриваме и по отношение на пълноценното хранене: слабата мъжка ангажираност в осигуряване на разнообразно и често хранене оправдава и надхвърля очакванията на повечето им партньорки – 82 или 57,7%. Включването на партньора равноправно и по-активно се свързва с надхвърлени очаквания в общия случай с OR 3,767 (95%CI 2,471-5,742), а ако е мъж – с OR 3,642 (95%CI 1,868-7,103).

Оправдани и надхвърлени са очакванията на две трети от партньорките на мъже със слаба ангажираност по отношение на закрилата на детето – общо 324 или 75%. Участието на татковците в осигуряване на безопасна среда, защита от опасни предмети, предпазване на детето от стрес и контролиране достъпа до екрани наравно и повече от майките се свързва със завишени шансове от надхвърляне на очакванията OR 2,012 (95%CI 1,410-2,870), а в общия случай без отчитане на пола с OR 2,116 (95%CI 1,495-2,995).

Добре приета от партньора е пасивността на мъжете в здравната грижа на детето. При 150 или 37,9% жени това надхвърля или поне съответства на очакванията им. При равноправно и по-активно участие в общия случай очакванията са надхвърлени с шанс от OR 2,146 (95%CI 1,378-3,344), а при мъже по отношение надхвърлените женски очаквания - OR 1,982 (95%CI 1,268-3,097).

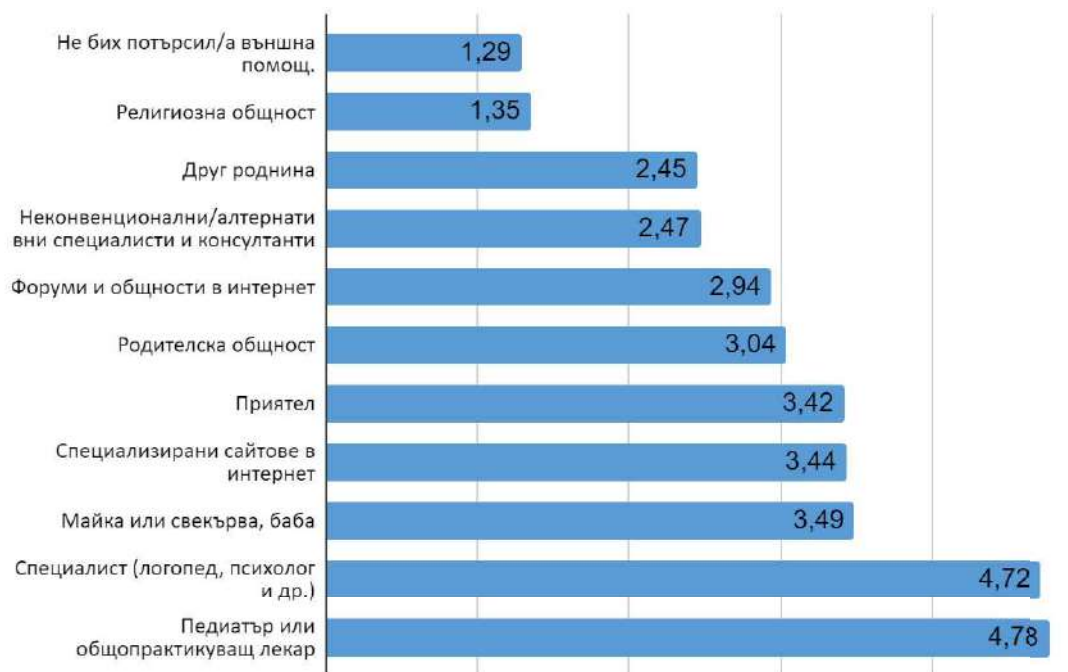


Фигура 15. Разпределение на групите родители, общо и при жените, посочили едновременно, че грижите от страна на партньора са малко, но това е според очакванията им по сфери на грижа за РДР (%)

5. Оценка на родителските нагласи за търсенето и ползването на подкрепа и взаимодействието между родител и специалист по оста „родител - дете - специалист“

Познаването и информираността на родителите за значимостта на РДР и изграждането на връзката по оста родител-дете-специалист са свързани със създаването и качеството на по-ефективни стратегии за грижите за децата на всички нива, респективно и обезпечаването на КЖ за тях.

Водещият специалист, който болшинството от родителите биха потърсили **като източник на помощ** при установен проблем, е педиатър или общопрактикуващ лекар (напълно сигурно 723 или 81,14% и среден бал 4,78 от 5), следван от специалист (логопед, психолог и др.) (686 или 76,99% и 4,72), след когото анкетираните поставят майка, свекърва или баба (231 или 25,93% със среден бал от 3,49). На последно място е поставена религиозната общност – посочена като напълно сигурно от 12 родители или 1,35% и среден бал 1,35. Подобна е и статистиката на отговорилите за справяне без външна помощ – също 12 родители или 1,35% и среден бал 1,29.



Фигура 16. Ранжиране по среден бал на първоизточника на помощ при установен проблем (бал)

Демонстрираният от родителите бал на грамотност корелира единствено с отказа от външна помощ. **По-високото ниво на грамотност корелира с по-малка вероятност да не се потърси външна помощ** (коефициент на Spearman=-0,130 $p<0,05$).

По-високото ниво на образование корелира с вероятността да се потърси помощ от приятели (коефициент на Spearman=0,073 $p<0,05$), Високообразованите родители по-често търсят помощ от приятелския кръг – 415 лица или 53,8% спрямо останалите лица – 44 или 40,4%, ($\chi^2=7,312$ $p<0,05$).

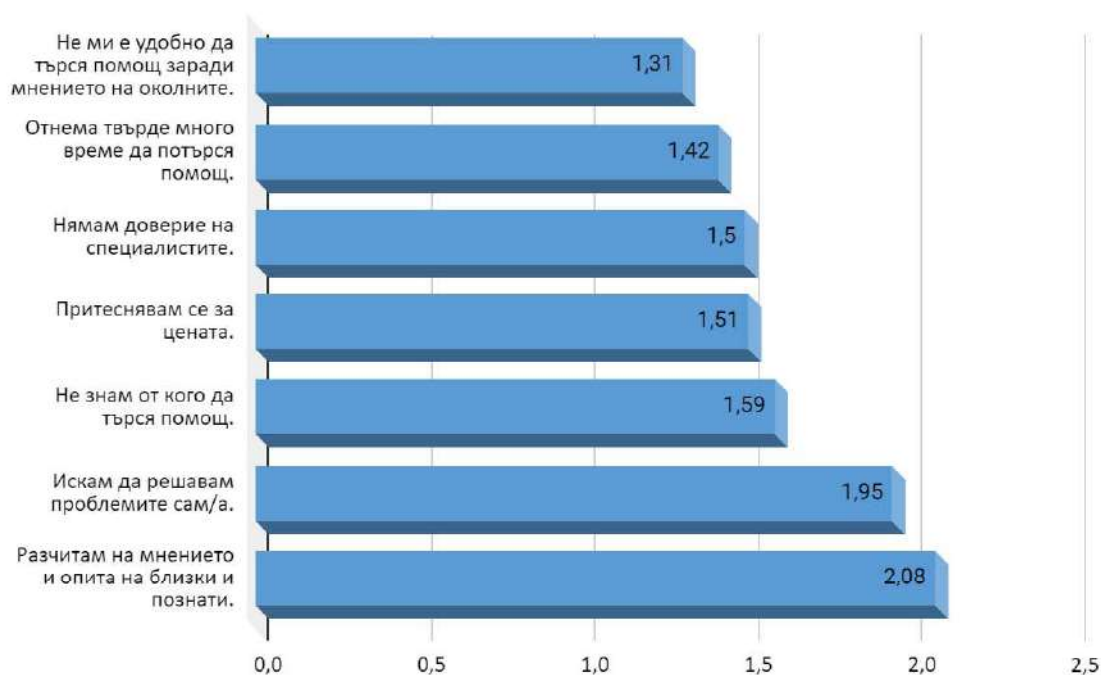
Родителите, които живеят в село и малък град е по-вероятно да потърсят помощ от майка или свекърва, баба – 65 лица или 60,7% спрямо живущите в голям град и столица – 403 или 53,9%, ($\chi^2=7,893$ $p<0,05$).

Семействата от малък град и село са по-търсещи помощ от родителската общност – 48 лица или 45,3% спрямо живеещите в урбанизирани населени места – 250 или 33,7%, ($\chi^2=7,028$ $p<0,05$).

Религиозната общност е осъзната като възможна подкрепа за семействата по-често в България и предимно от малки населени места, От родителите извън България никой не посочва висока вероятност да се обърне за помощ спрямо 27 или 3,2% от живеещите в България. ($\chi^2=6,632$ $p<0,05$). Много и напълно вероятно да потърсят съвети от религиозната

общност са 7,6% от малките населени места спрямо 2,5% от големите. ($\chi^2=8,817$ $p<0,05$).

Като **водеща причина** родителите да **вземат решение да не търсят външна помощ** е практиката да се разчита на мнението и опита на близки и познати (напълно приемат това 50 лица или 5,61% и среден бал 2,08). Най-рядко причината за това са притеснения за мнението на околните (напълно приемат това 11 лица или 1,23% и среден бал 1,31), по-рядко недостигът на време и загубата на твърде много време (напълно приемат това 13 лица или 1,46% и среден бал 1,42).

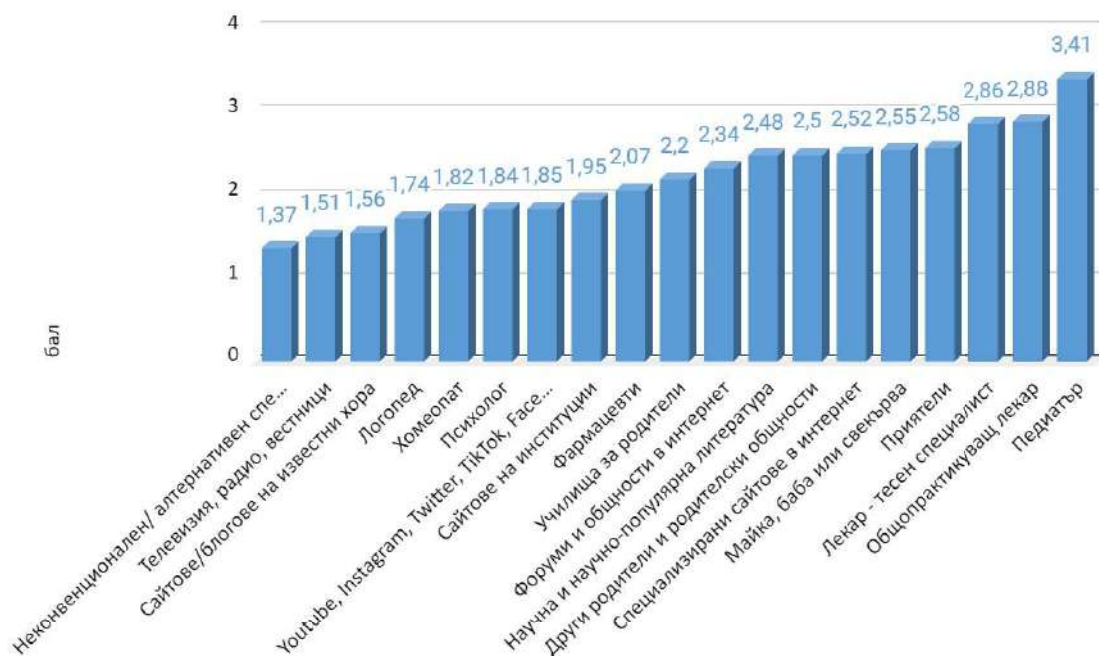


Фигура 17. Ранжиране по среден бал на причините да не се потърси помощ при установен проблем (бал)

Българските родители ползват като **източници на информация за РДР** най-често педиатър – 526 или 59,03 (бал 3,41), следван от общопрактикуващ лекар – 358 или 40,18% (бал 2,88), лекар с тясна специалност – 299 или 33,56% (бал 2,86) и приятели – 136 или 15,26% (бал 2,58). Най-рядко анкетираните се информират от неконвенционални (алтернативни специалисти) – 691 или 77,55% (бал 1,37), медиите (телевизия, радио, вестници) – 549 или 61,62% с бал 1,51 и сайтове/блогове на известни хора – 567 (63,64% и бал 1,56).



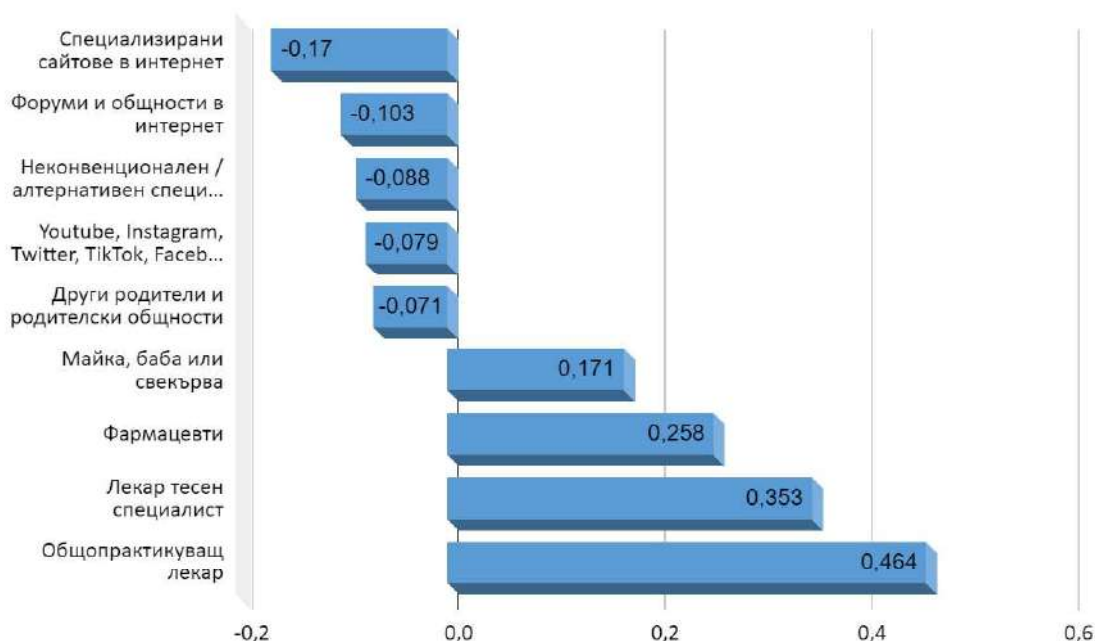
Фигура 18. Разпределение на родителите според източника на информация за РДР (изключен и най-често) (%)



Фигура 19. Ранжиране по среден бал на източника на информация (бал)

Лицата, ползващи като информационен източник педиатъра, се обръщат и към общопрактикуващ лекар (коэф. на Spearman=0,464 $p<0,001$), лекар тесен специалист (коэф. на Spearman=0,353 $p<0,001$), фармацевт (коэф. на

Spearman=0,258 $p<0,001$), по-опитна роднина (майка, баба или свекърва) (коэф. на Spearman=0,171 $p<0,001$) и имат най-слабо доверие на специализирани сайтове в интернет (коэф. на Spearman=-0,170 $p<0,001$), форуми и общности в интернет (коэф. на Spearman=-0,103 $p<0,05$), неконвенционални/алтернативни специалисти (коэф. на Spearman=-0,088 $p<0,05$), дигитални социални мрежи (коэф. на Spearman=-0,079 $p<0,05$) и други родители и родителски общности (коэф. на Spearman=-0,071 $p<0,05$).



Фигура 20. Статистически достоверни корелационни зависимости на нивото на информиране от педиатър с останалите източници на информация за РДР (коэф. на Spearman)

Лекар тесен специалист достоверно по-често ползват живеещите в България родители. Понякога и често са посочили 584 (67,8%) от родителите в РБ спрямо 15 (50%) от тези, живеещи в чужбина. ($\chi^2=4,182$ $p<0,05$).

По-голям е относителният дял на родителите с висше образование, които се обръщат към научна и научно-популярна литература 419 (53,9%) спрямо останалите 37 (32,7%) при $\chi^2=17,602$ $p<0,000$ OR 2,397 (95%CI 1,579-3,639). Висшистите като родители по-често спрямо останалите родители ползват психолог (214 или 27,5% спрямо 21 или 18,6% при $\chi^2=4,045$ $p<0,05$) и по-рядко сайтове / блогове на известни хора (126 или 14,7% спрямо 9 или 29% при $\chi^2=4,756$ $p<0,05$ и OR 0,421 (95%CI 0,190-0,936)).

По-голям относителен дял на родителите с висше образование се информират от сайтове на институции 217 (27,9%) спрямо останалите 18 (15,9%) $\chi^2=7,272$ $p<0,01$ OR 2,041 (95%CI 1,204-3,460).

По-малък относителен дял на родителите с българска етническа принадлежност за повишаване на грамотността си се обръщат към сайтове и блогове на известни хора 419 (53,9%) спрямо останалите 37 (32,7%) $\chi^2=17,602$ $p<0,001$ OR 2,397 (95%CI 1,579-3,639).

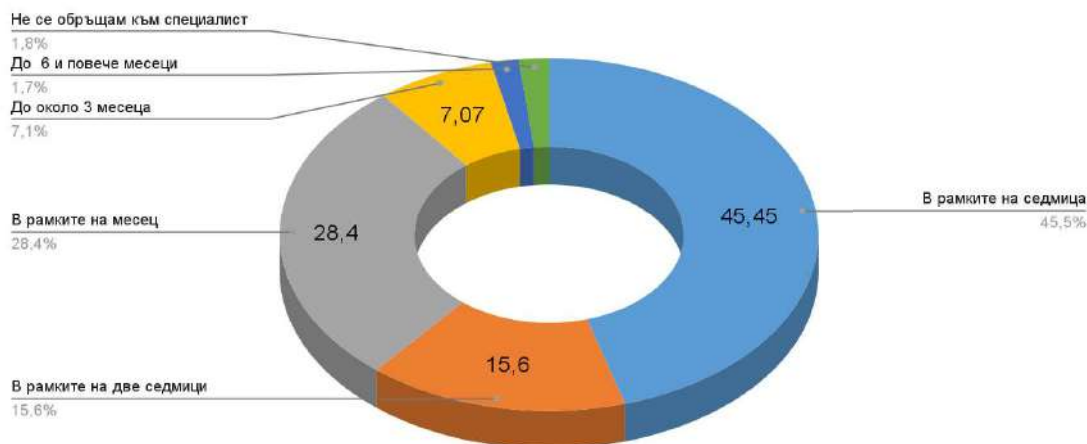
По-голям относителен дял на родителите с български етнос се огранотяват в училища за родители 360 (42%) спрямо останалите 7 (22,6%) $\chi^2=4,656$ $p=0,031$ OR 2,483 (95%CI 1,059-5,827).

Най-голяма част от родителите 315 или 35,35% се обръщат към специалистите с въпроси за развитието на детето си веднъж месечно, 240 или 26,94% правят това веднъж на три месеца.



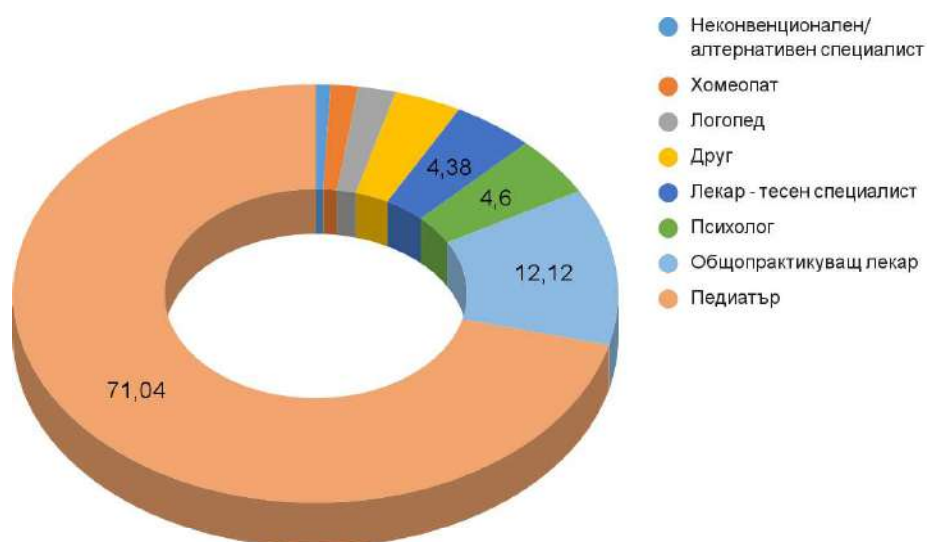
Фигура 21. Разпределение на родителите според честотата на консултациите за развитието на детето (%)

При съмнение за проблем, свързан с РДР, преобладаващата част – 405 или 45,45% от родителите отлагат в рамките на седмица, за да решат да се обърнат към специалист. Следващата по големина родителска група, от 253-ма родители или 28,40% са склонни да отлагат в рамките на месец.



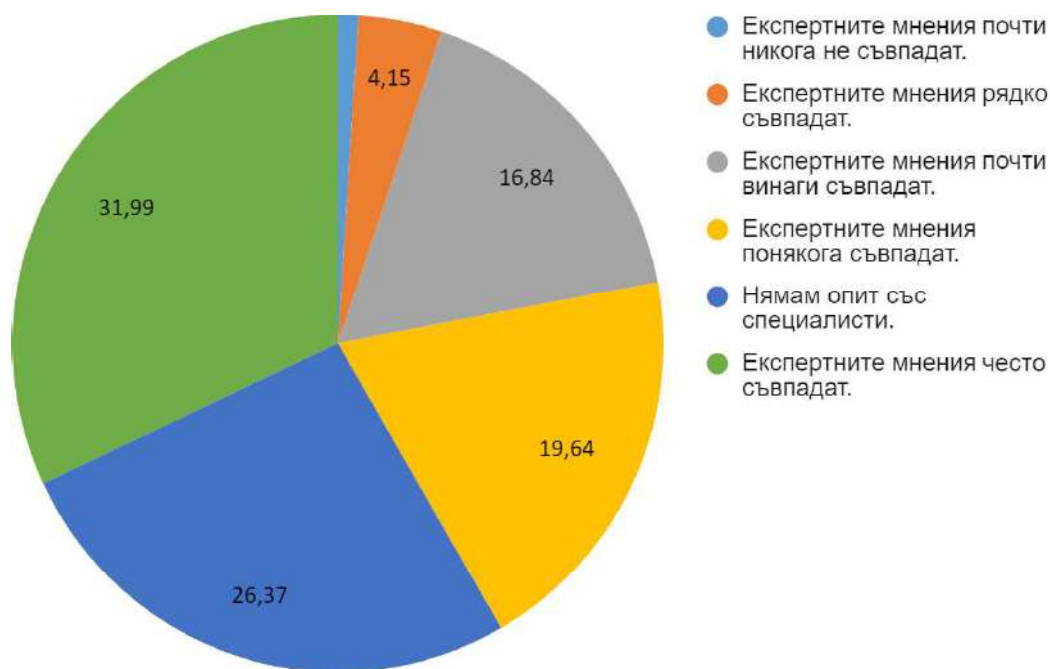
Фигура 22. Разпределение на родителите според времето за отлагане консултациите от специалист при установен проблем в РДР (%)

При съмнения, че детето има проблем свързан с РДР, българските родители се обръщат първо най-вече към педиатър – 633 или 71,04%, следван от значително по-малка група анкетирувани – към общопрактикуващия лекар – 108 лица или 12,12%. На трето място по размер на групата са родителите, които първо се консултират с психолог – 41 лица или 4,60%. Родителите, избиращи първо да се обърнат към лекар – тесен специалист са едва четвъртата по големина група в изследването – 39 лица или 4,38%.



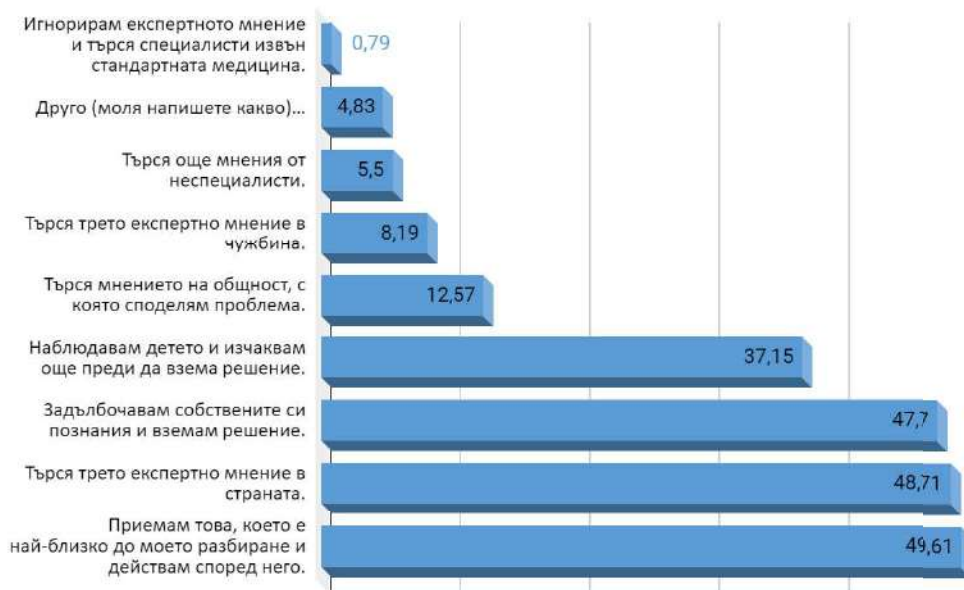
Фигура 23. Разпределение на родителите според вида на специалиста, към когото се обръщат при съмнения за проблем, свързан с РДР на детето (%)

При една трета от родителите – 285 или 31,99% – експертните мнения често съвпадат. Следващите по честота случаи са на родителите, при които мненията съвпадат понякога – 175 или 19,64% и почти винаги – 150 или 16,84%.



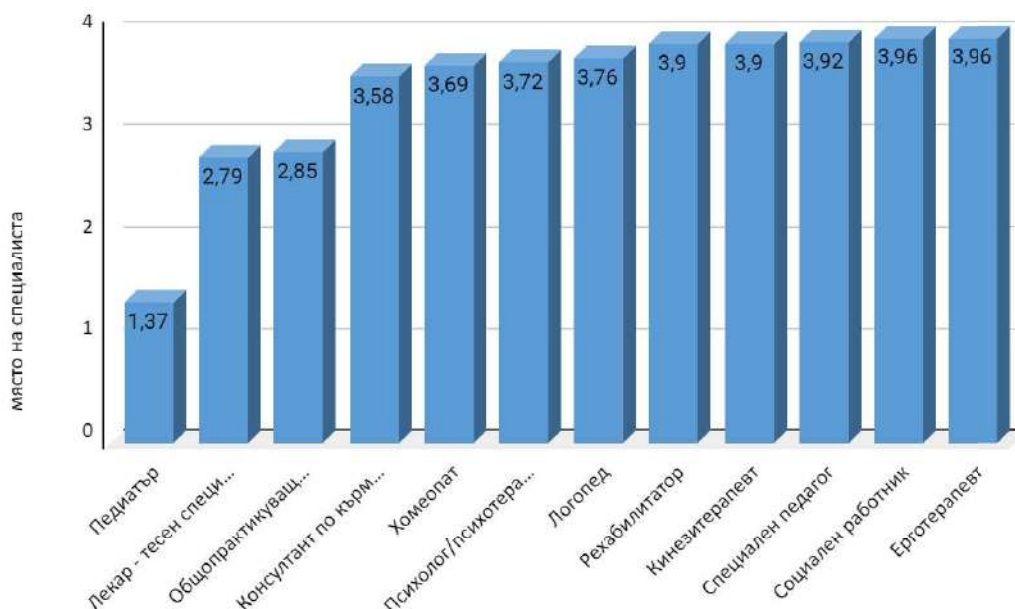
Фигура 24. Разпределение на групите според съвпаденията на експертните мнения, получени от родителите относно РДР на детето (%)

Болшинството от родителите при противоречиви експертни мнения или приемат това, което е най-близо до собственото разбиране и действат според него (442 лица или 49,61%), или търсят трето експертно мнение в страната (434 лица или 48,71%), или задълбочават собствените си познания и на базата на това вземат решение (425 или 47,70%), или наблюдават детето и изчакват още преди да вземат решение (331 или 37,15%).



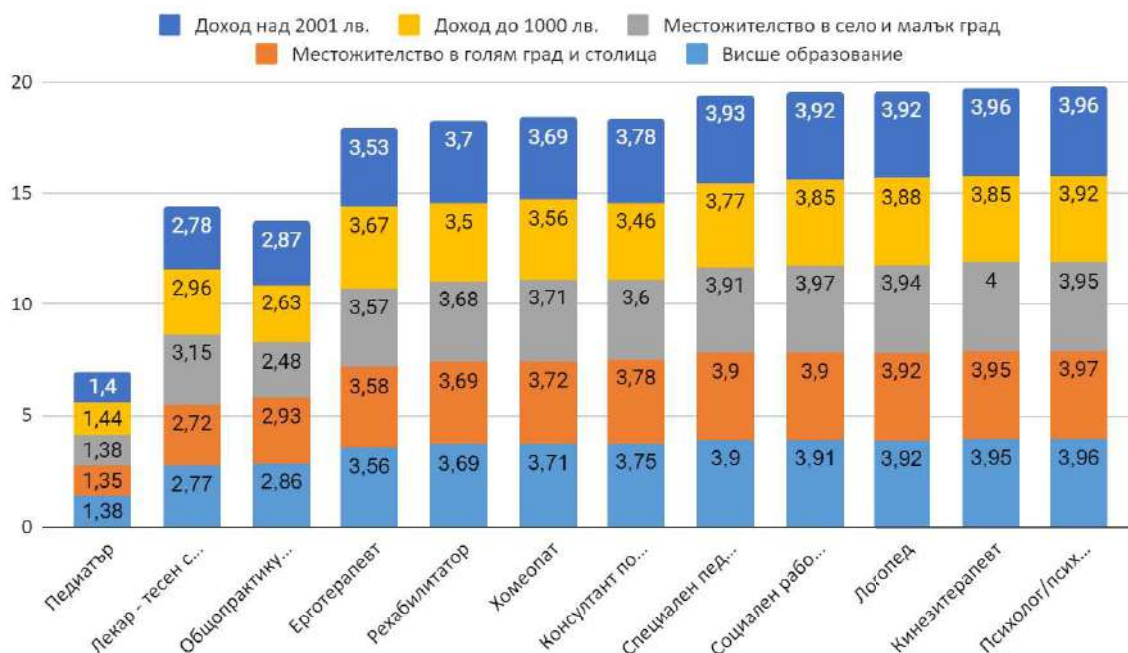
Фигура 25. Разпределение на родителите според поведението им при противоречиви експертни мнения относно РДР на детето (%)

Балните оценки на топ-три специалистите, използвани от българските родители, подредат на сигурно първо място педиатрите, следвани от почти еднакви по бал на второ място – лекар тесен специалист и общопрактикуващия лекар.



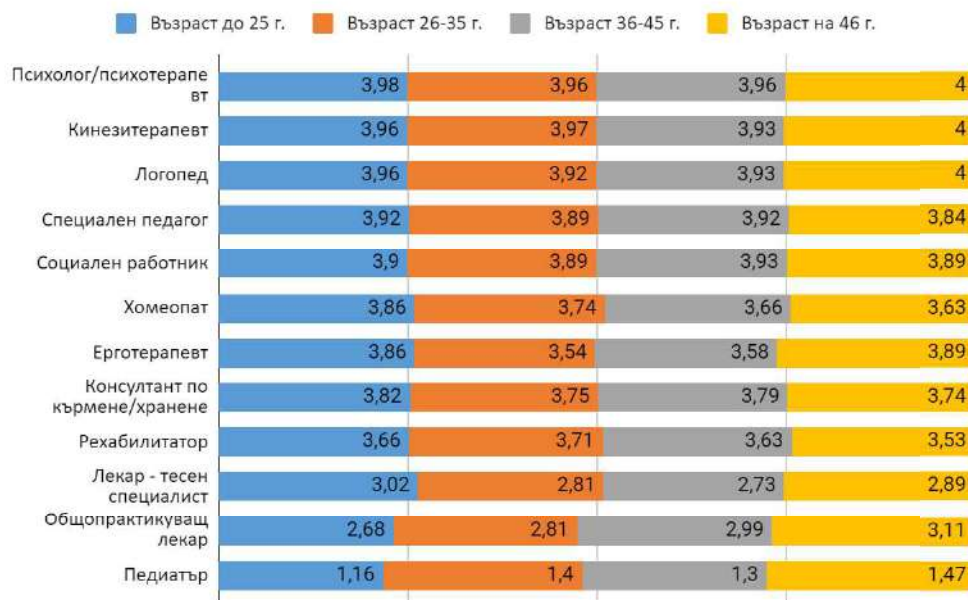
Фигура 26. Ранжиране на специалистите, с които вече са провеждали консултации относно РДР на детето (среден бал на мястото в стълбицата)

Ранжирането на най-често използваните консултанти по РДР се запазва по отношение на първите три специалисти и при разглеждането на отговорите по демографски показатели. **Прави впечатление, че при родителите с висше образование, местожителство в голям град и столица и висок доход над 2000 лв веднага след тях на четвърта позиция се нарежда ерготерапевтът.**



Фигура 27. Ранжиране на специалистите, с които вече са провеждали консултации относно РДР на детето, в зависимост от образование, местожителство и доход на родителите (среден бал на мястото в стълбицата)

На второ място най-младите родители до 25 години и тези във възрастовата група 36-45 години поставят общопрактикуващия лекар, а най-възрастната група над 45 години – лекаря-тесен специалист.



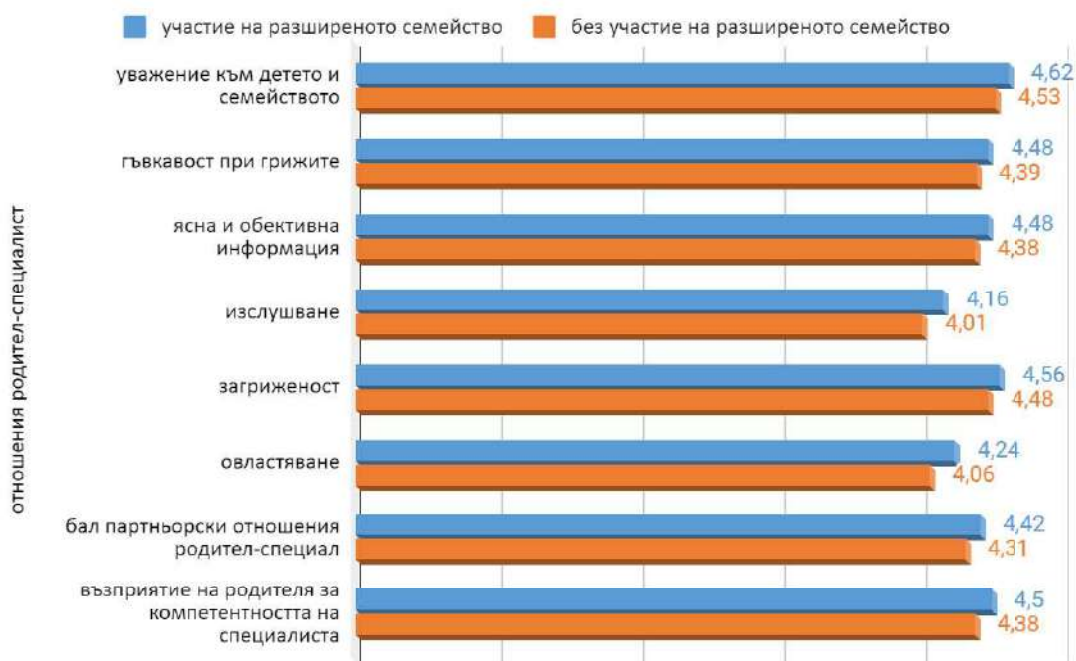
Фигура 28. Ранжиране на специалистите, с които вече са провеждали консултации относно РДР на детето, в зависимост от възрастова група на родителите (среден бал на мястото в стълбицата)

Отношението на специалиста към детето и семейството изключително силно повлиява развитието на родителска компетентност и грамотност и навременното предприемане на мерки както с превантивна, така и с диагностична и терапевтична цел относно РДР.

При изследването на конструктите, свързани с отношението към експертното мнение за РДР, се открояват конкретни родителски поведения и тенденции.

На фона на всички посочени отговори, родителят отбелязва, че **приема най-добре специалиста, който се отнася вежливо към детето и семейството 75,31% (бал 4,68)** и който проявява професионална гъвкавост, изразяваща се в твърдението **„По време на консултация вниманието на специалиста е фокусирано изцяло върху моето дете,“ – 64,42% (бал 4,48).** Профилът на предпочитания специалист се допълва от родителското предпочитание, той да полага усилия да **говори на разбираем за тях език – 69,25% (бал 4,65); да се отнася доброжелателно с детето и семейството – 78,45% бал (4,76); да ги възприема като партньори в грижата за детето – 52,64% (бал 4,3) и внимателно да изслушва – 58,92% (бал 4,41).**

От аспектите на отношенията родител-специалист общата бална оценка, както и уважението към детето, загрижеността и овластяването са с достоверно по-високи оценки при родителите с осигурена помощ от разширеното семейство спрямо останалите.



Фигура 29. Средни бални оценки на аспектите в отношенията родител-специалист в групите родители с и без участие на разширеното семейство в грижите за РДР (%)

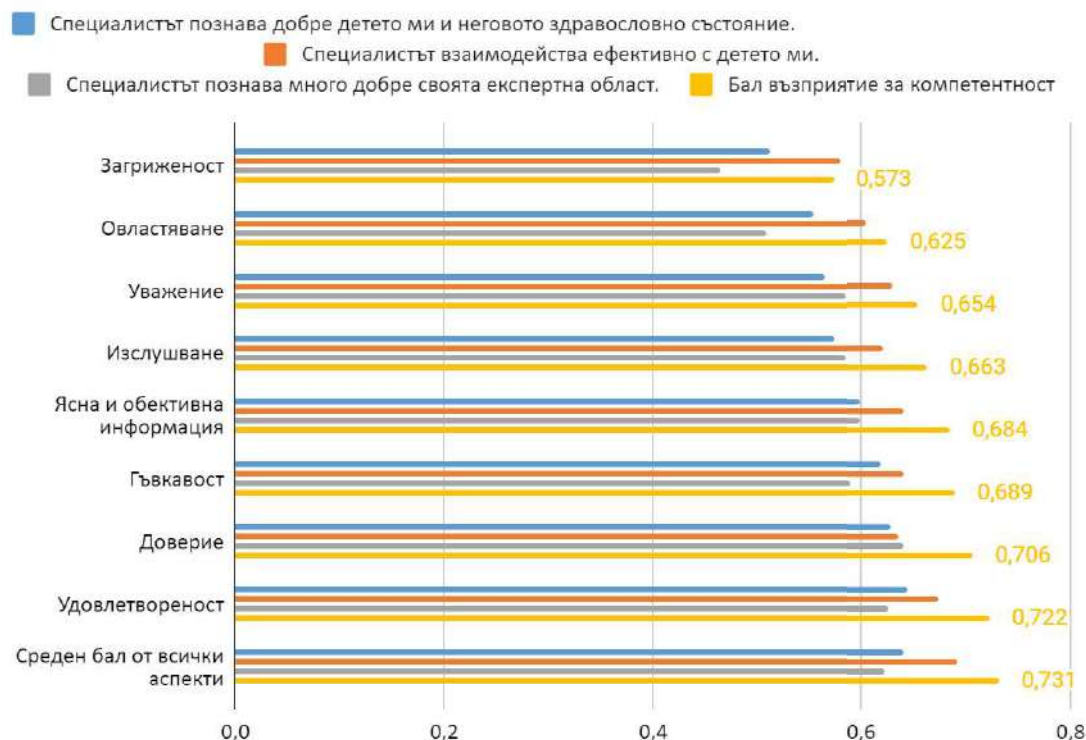
Средният бал на родителското възприятие за компетентност на специалиста по РДР корелира силно положително със средната бална оценка от всички аспекти на компетентности (коэф. на Spearman=0,731 $p<0,001$), с родителската удовлетвореност (коэф. на Spearman=0,722 $p<0,001$) и доверие (коэф. на Spearman=0,706 $p<0,001$). Следват значимостта на гъвкавостта в грижата (коэф. на Spearman=0,689 $p<0,001$), предоставянето на ясна и обективна информация (коэф. на Spearman=0,684 $p<0,001$) и способността да изслушва (коэф. на Spearman=0,663 $p<0,001$).

Убедеността на родителя, че специалистът познава добре детето и неговото здравно състояние корелира най-силно също с удовлетвореността (коэф. на Spearman=0,644 $p<0,001$), доверието (коэф. на Spearman=0,628 $p<0,001$) и гъвкавостта на предлаганата от специалиста грижа (коэф. на Spearman=0,618 $p<0,001$).

Нивото на убеденост на родителите в ефективното взаимодействие на специалиста с детето отново най-силно корелира с удовлетвореността на родителите (коэф. на Spearman=0,674 $p<0,001$), но на втора позиция излиза корелацията с гъвкавостта при предлагането на консултации (коэф. на Spearman=0,641 $p<0,001$), следвана от предоставянето на ясна и обективна информация (коэф. на Spearman=0,640 $p<0,001$) и едва тогава с доверието

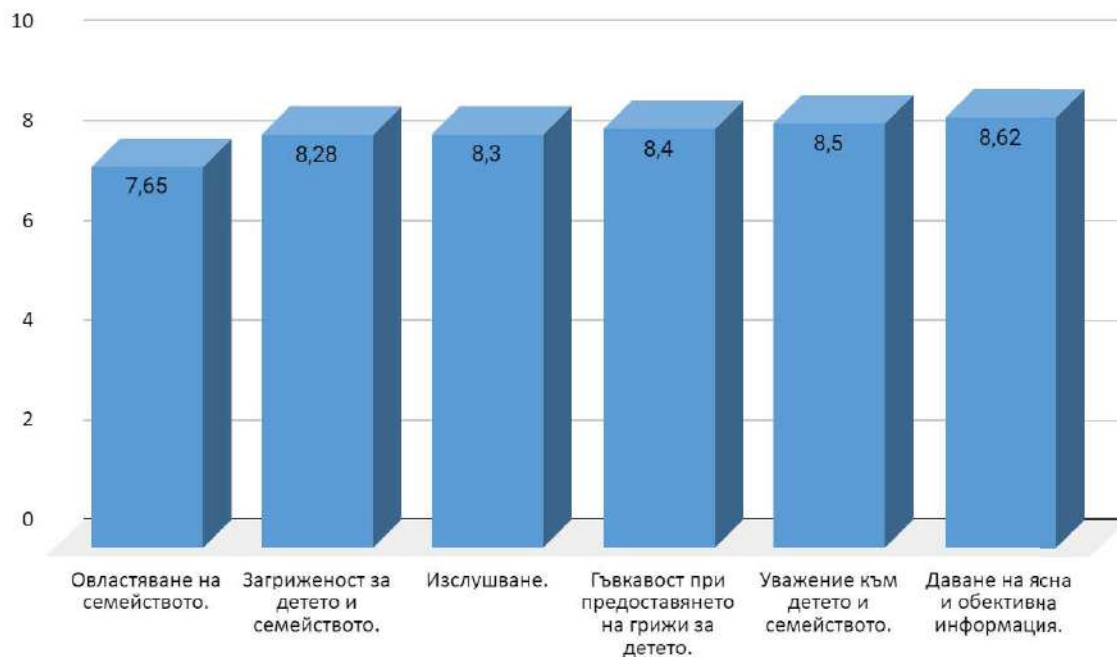
(коэф. на Spearman=0,635 $p<0,001$) и проявяваното уважение (коэф. на Spearman=0,629 $p<0,001$).

Нивото на професионални познания, според преценката на родителите, корелира с доверието им към специалиста (коэф. на Spearman=0,64 $p<0,001$) и удовлетвореността им от него (коэф. на Spearman=0,626 $p<0,001$).



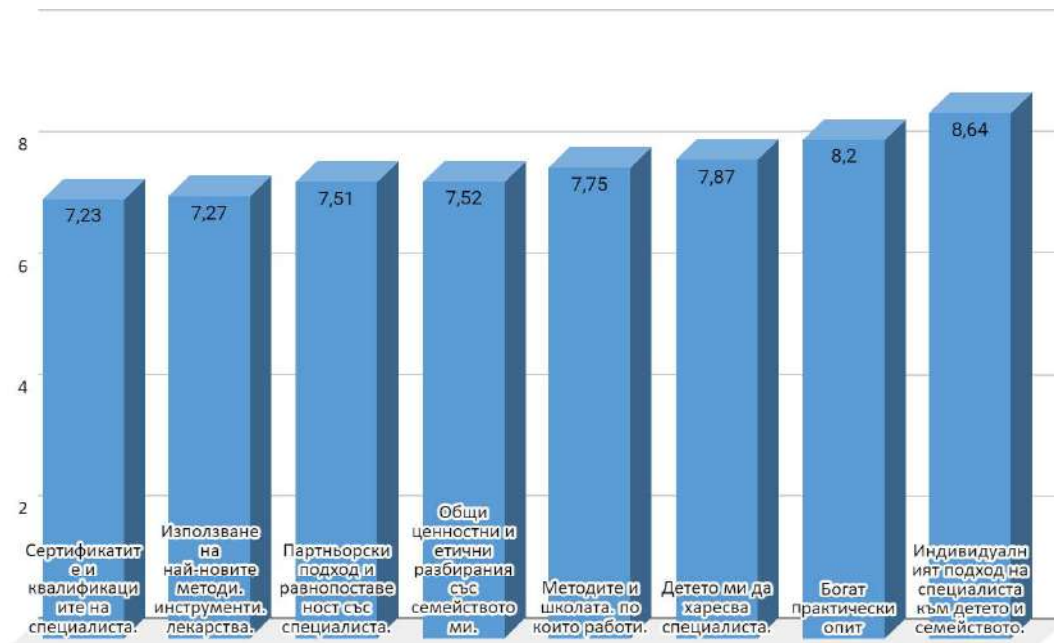
Фигура 30. Корелации на родителското възприятие за компетентност на специалистите със средната оценка и аспектите на познаване на детето като пациент, интеракцията с детето и професионалните познания на експерта (коэф. на Spearman)

За българските родители най-важно е те да получават ясна и обективна информация (среден бал 8,62), специалистът да засвидетелства уважение към детето и семейството (бал 8,5) и да е гъвкав при предоставянето на грижи за детето (8,4). Следват качества като способността да изслушва (8,30) и да проявява загриженост (8,28). На последно място по важност родителите поставят овластяването на семейството (7,65).



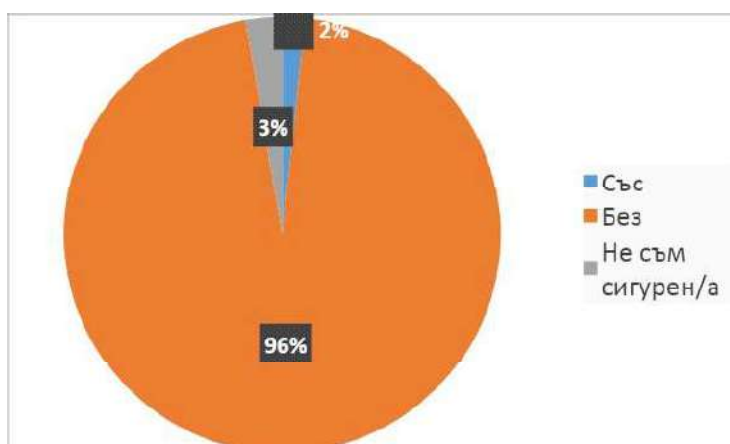
Фигура 31. Ранжиране на аспектите на отношенията семейство-специалист по важност за родителите (бал)

За да спечели доверието на българския родител, специалистът по РДР следва да проявява индивидуален подход (8,64) и да притежава богат практически опит (8,20). Висока е важността за родителското доверие на симпатиите на детето към специалиста (7,87). Най-слабо влияят върху доверието към специалиста сертификатите и квалификациите му (7,23) и прилагането на най-новите методи, инструменти и лекарства (7,27).

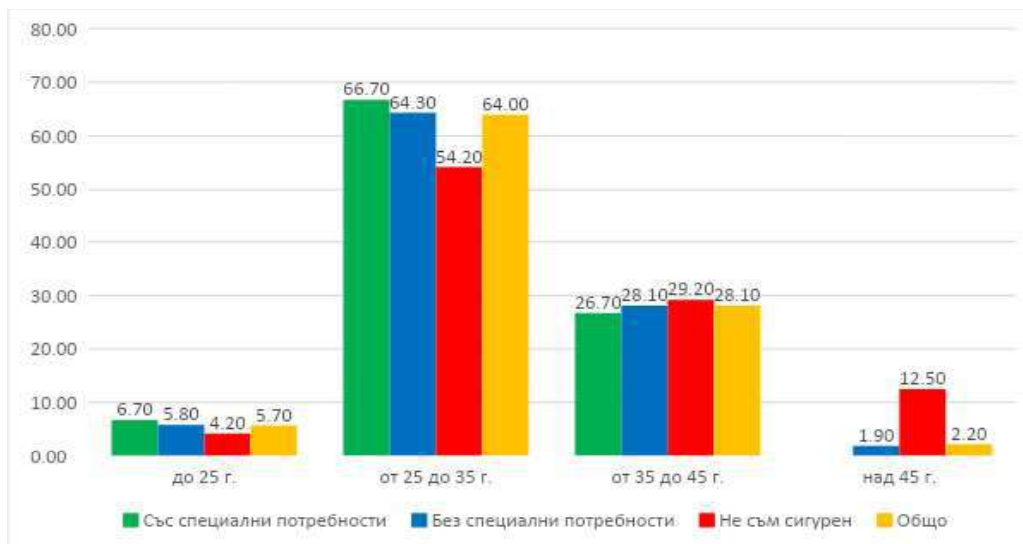


Фигура 32. Ранжиране на аспектите на отношенията семейство-специалист по важност за изграждане на доверие (бал)

Откроява се и поставя редица въпроси специфичен родителски профил на образовани жени, с висок доход, живеещи в областен град, български етнос, с единствено дете, отглеждано само от двама родители, без участие на разширеното семейство, които имат съмнение за нарушения в развитието. Обръщат се най-често към педиатрите, много по-рядко в сравнение с другите родители – към общопрактикуващия лекар, логопеда и психолога/психотерапевта и най-рядко към лекар-тесен специалист.



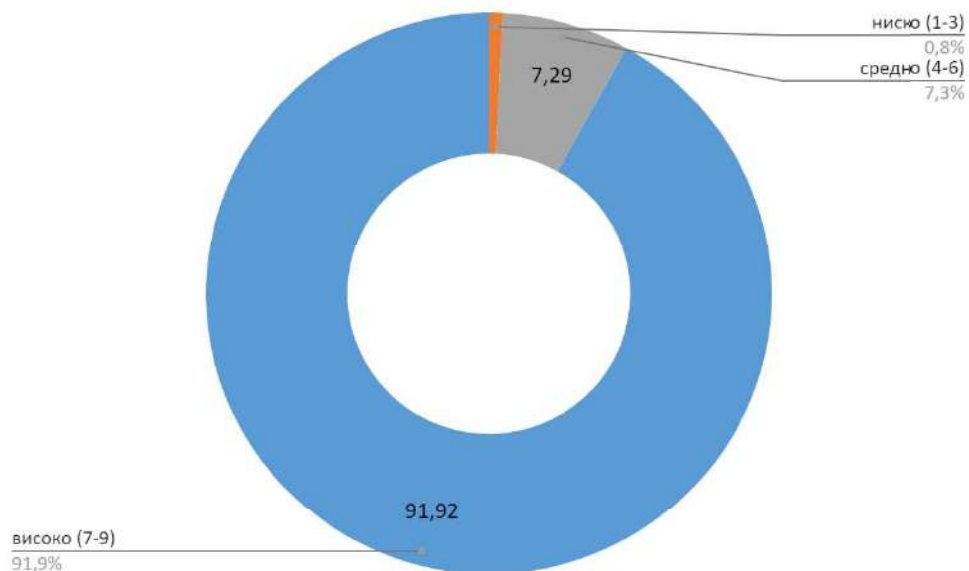
Фигура 33. Разпределение на децата по наличие на специални потребности (891 отговорили)



Фигура 34. Възрастово разпределение на включилите се в проучването родители на деца с, без и неуточнени специални потребности (%)

От характеристиките на качеството на живот родителите оценяват най-високо панела „Емоционално развитие на детето“ със среден бал 4,48, следван от „Физическо развитие“ с бал от 4,01 и най-ниско „Социалното развитие на децата“ с бал от 3,93 по петобалната скала. Водещият показател от емоционалната сфера с почти максимален резултат на средната стойност от 4,92 е любопитството, което е развито максимално при децата им според 843 или 94,61% от родителите. В следващия айтем – физическо развитие – с преобладаващ брой на деца с максимално проявление според родителите им, е активността и енергичността – при 816 или 91,58% от децата оценено с максимална стойност. Резултатите за социалното развитие представят като най-изоставащи възможностите на децата за общуване и комуникация с възрастни (максимално оценено едва при 6,29% от децата) и приемливото поведение за останалите деца и възрастни (максимално развито при 5,27% от анкетираните).

Преобладаващата част от анкетираните родители оценяват като цяло здравето на детето си високо – 91,92%, като при 38,50% от всички то е максимално оценено.



Фигура 35. Разпределение на групите по оценка на цялостното здраве на детето (%)

VII. Обсъждане

Тридесет години след създаването на Конвенцията за правата на детето, въпросите за детското здраве и развитие са все по-актуални и провокиращи за обществото и научните среди (ООН, Комитет по правата на детето, 2014). Изследователско предизвикателство е да се осмислят и интегрират в единство класическите подходи към РДР, новите методи в тази област, съобразени с динамиката на 21. век, с родителските компетентности и обществени нагласи по въпроса. Едновременно с това пандемичните условия на съществуване на човечеството през последните две години открояват концепцията за новото „нормално“ и предишното „нормално“, в която въпросите за качеството на грижата и за уважението към личността на детето, особено в ранното развитие, се очертават значимо.

Настоящото проучване е извършено в поредица от пандемични времеви ограничения и предизвикателства за неговото осъществяване, което придава допълнителен смисъл на интерпретацията на получените резултати. За първи път се извършва качествено изследване „наблюдение чрез участие“ върху 1448 визити на родители с деца в пространство за ранна социализация и превенция с продължителност 14 месеца. То е предварително замислено като основа за създаването на авторски „Въпросник за измерване на значимостта на РДР в родителската общност“, напълно съобразен със съвременния научен подход по темата – международен и български, специфичен. Въпросникът достигна до родителската аудитория в условията на лимитиращи фактори като: осъществяване по време на COVID19

пандемия; ограничение на респондентите чрез възрастта на детето, за което попълват въпросника; голям обем на въпросника; разпространение само в електронен вариант, предполагащо компютърна грамотност; достигане до респондентите чрез „метода на отзовалите се” и „принципа на снежната топка“. Благодарение на извършения социален PR за целите на научното изследване се постигна изключително висок брой респонденти.

В продължение на 1 месец в началото на 2022 г., интернет страницата е посетена от 4904 респонденти, от тях 2459 започват попълването на въпросника и 891 лица го попълват докрай. Прави се сравнение с две други изследвания с подобен профил. При интернет базирано проучване на родителските нагласи в рамките на националното проучване „Ранно детско развитие в България“ с използване на въпросник само в четири раздела, чрез разпространение в популярни сайтове и онлайн форуми, с помощта на известна в страната социологическа агенция, по метода на отзовалите се, също в началото на календарна година – общият брой респонденти, попълнили онлайн анкетата, е 748 (Йосифов и кол., 2018). В друго изследване с подобен дизайн в Рияд, Саудитска Арабия, със съдействието на публична маркетингова организация и националния телеком, са достигнати 1471 родители в продължение на 6 месеца (Aldayel et al., 2020).

Проявеният интерес от българския родител-респондент потвърждава значимостта и актуалността на проблема за РДР за българското общество. Едновременно с това приемаме интереса на респондентите към изследването, въпреки лимитиращите фактори, като знак за: доверие към създалата го и разпространяваща институция; одобрение, че е създаден за и съобразен с българските условия; желание за партньорство между родители и специалисти по актуалните за РДР въпроси; необходимост от перспектива в национален мащаб по въпросите на РДР. В потвърждение на гореказаното са и споделените позиции на родители по време на разпространяването на въпросника, с които разполагаме благодарение на социалния PR и възможностите за поддържане на постоянна връзка с респондентите: Родител #1 Попълних го! Беше много интересно! Ще го препратя на други майки; Родител #2 Позволих си да направя публикация във „Варненски мамчета“ фейсбук група за това изследване. Вече има хора, които го правят. Мисля, че така ще стигне до по-голяма аудитория; Родител #3 Изпратих изследването във Viber групата на детската група. Има добри отзиви и интерес. Сестра ми в чужбина също го направи; Родител #4 Благодаря Ви! Направих изследването и разбрах, че съм добър родител; Родител #5 С удоволствие разпрацам и вече съм информирана за това проучване. Доста мои колеги съдействат за събиране на данни; Родител #6 Изследването е много интересно. Записах си въпросите, на които не знаех отговора и след това почетох за тях; Родител #7 (разширено семейство и

лекарска практика) Качих анкетата на моята професионална фейсбук страница, дъщеря ми я попълни и я препратих на много други хора; Лекарска практика #1 Качих въпросника на моята страница, на която имам 2000 последователи; Организация #1 Благодаря за подробната информация за проекта. Разпространихме линка към услуги за деца и родители, с които УНИЦЕФ работи, както и по мрежата на Алианса за ранно детско развитие.

Във връзка с начина, избран за разпространяването на въпросника – чрез специализирана интернет платформа, осъществяването на изследването в лимитиращите условия на COVID19 пандемия (включително ограничен достъп до електронни устройства извън семейството) и обема на въпросника, изначално се предполага дигитална грамотност на респондентите, която по правило се свързва с по-висока степен на образование. В този смисъл значително по-високият относителен дял на респондентите с висше образование е очакван. Прави впечатление, че макар и с нисък относителен дял спрямо общия, интерес към въпросника има и от респонденти от различни етнически групи. Познавайки в детайли извършения социален PR за разпространението на въпросника, естествено възниква въпросът за **вида и достъпността на комуникационните канали за всички в страната**. Фактът, че е проявен интерес, говори в полза на необходимостта от подобна информация за родителската общност и за желание за разширяване на осведомеността за РДР.

Изключително важно за изследването е доброволното заявяване от респондента на желание за обратна връзка с него. От попълнилите 891 лица докрай въпросника, половината от тях – 451 (50,6%) предоставят електронната си поща за обратна връзка с декларирано желание да участват в пилотното използване на бъдещия инструмент за РДР, което еднозначно потвърждава необходимостта от задълбочена изследователска работа в набелязаната посока.

Крайната цел – данните от това научно изследване да се използват за разработването на българска методика (за установяване, оценка и предотвратяване на рисковите фактори за РДР и благополучието през целия живот) и за изготвянето на стандартизиран инструмент и фактът, че получаваме отговор от високообразовани респонденти – 90,8% с висше и полувисше образование **дават основание настоящото изследване да се приема като базисно за определяне на приоритетите на съвременния образован родител в нашето общество**.

Данните за разпределение по **възраст и пол на респондентите** на въпросника очаквано корелират с данните от „наблюдението чрез участие“ в пространството на „Зеленият морски двор на Варна“ и с данните от литературния обзор за утвърдена в обществото диада „майка-дете“ в периода на РДР и значително по-ограничено присъствие на бащите в живота

на детето през този период. Възрастовото разпределение на родителите съответства също и на данни от НСИ от 2021 г. – за средната възраст на майката при раждане на първо дете – 27.5. Още повече, че средната възраст на детето, за което включилите се 891 родители отговорят във въпросника, е 26,97 +/- 15,858 месеца.

Средната възраст на децата, посещаващи пространството за ранна социализация и превенция, съвпада с тази, за която е попълнен въпросникът. Тези данни могат да се обвържат с факта, че във възрастта между 18 и 36 месеца, дори и родителите за първи път, имат вече достатъчно натрупан опит в общуването и взаимодействията със собственото си дете и са готови да го коментират и представят.

Равномерното разпределение в изследването на децата по пол дава основание да се анализират следващите теми и конструкции в изследването, без да се допуска конкретно влияние на пола върху родителското разбиране и отношение към РДР.

Разпределението по доход, населено място и численост на семейството пряко се свързва с описаните демографски процеси и тенденции в настоящото десетилетие, застъпени в литературния обзор. Подобрите възможности на трудовия пазар в големите градове са закономерната предпоставка за сигурност при създаване на семейство с едно дете – традиционен модел за България спрямо възрастовото разпределение за майката при раждане на първо дете (Бърдаров и Илиева, 2021; НСИ, 2021).

Участие на разширеното семейство в грижата за детето декларираат 343 или 38,5% от респондентите за разлика от 548 или 61,5%, при които то не участва. Прави впечатление почти два пъти по-големият относителен дял на семействата, които се справят без помощта на другите генерации в него. Може да се допусне, че влияние имат вътрешната миграция, нови културни модели, различни от съществуващите междупоколенчески връзки в българското семейство, или лимитиращите условия на COVID19 пандемията. Твърде възможно е обаче, съгласно поколенческите теории на Strauss, Howe, McCrindle, да става въпрос за **много по-дълбоки генерационни различия, които съвременният български родител разпознава емпирично**. На практика компетенциите на сегашните родители (Gen X 1966-1979 г.; Gen Y 1980-1994 г.; Gen Z 1995-2009 г.) за грижите и комуникацията с техните деца от най-новото поколение от Gen α (2010 до 2024 г.) са коренно различни от тези, с които те са отгледани от родителите си от предишни поколения. В този смисъл е съвсем обяснимо, че заради тези междупоколенчески различия (вероятно задълбочили се още повече от COVID19), 860 или 97,4% от родителите разчитат на партньор в отглеждането на детето. Тези данни и разсъждения до голяма степен се

доближават и до извода от качественото изследване, че **партньорът и разширеното семейство са включени в ежедневните грижи за детето с голяма вариабилност** по отношение на отделеното от тях време, споделени отговорности и степен на информираност за РДР. Едновременно с това в изследването ясно се откроява, че разширеното семейство участва в грижите за ранното развитие на децата, живеещи предимно в селата и малките градове, и че участието му в отглеждането на детето се свързва положително с пълноценното детско хранене спрямо това на отглежданите от нуклеарното семейство. Допуска се, че това е резултат на по-добре запазените семейни единици и по-здравите междупоколенчески отношения като част от съвременния израз на българския бит и душевност (Хаджийски, 2002; Бостанджиев, 2016).

С настоящото изследване за първи път се анализират родителските нагласи за значимостта на периода на РДР през призмата на информираността и компетенциите в контекста на специфичния културен модел. Въпреки унифицираната глобална рамка за ключовите елементи на РДР, родителите залагат на конкретни приоритети в РДР, което може да е както с положителен, така и с негативен знак. Познаването на нагласите за значимостта на РДР в родителската общност е от изключителна важност за осъществяването на политики в областта на промоция на здравето и за обосноваването на конкретни бъдещи интервенции – на индивидуално и популационно ниво.

В голяма част от изследванията се посочва, че родителската информираност и компетенции се обвързват най-вече с познания за приласкаване и успокояване на кърмачетата, за детския сън и хранене, как да се засвидетелства обич и любов на малкото дете (Karp, 2008; Chung-Park, 2012; Regalado and Halfon, 2001; Zarnowiecki et al., 2011).

Настоящото изследване очертава много ясно конкретните родителски поведения и приоритети в РДР чрез формулираните от 6 до 8 фиксирани твърдения за всеки конструкт, свързан с родителските компетенции и поведение. **В панела „Стимулираща грижа“ водещо родителско поведение е ласкавото отношение** – прегръщат и гаят детето си без повод почти винаги, а **най-слабо разпространено е разказването и четенето на истории на детето** – само половината от респондентите. При анализа на извършеното „наблюдение чрез участие“ книгата е описана като използвано градивно средство за общуване. Възможно е в публичното пространство да е въпрос на престиж и подражание да покажеш ангажираност към книгата при положение, че тя е свободно достъпна за всички и средство за започване на комуникация. Явно в семейна среда книгата е подценявана като средство за стимулираща грижа и/или е недостъпна по финансови причини. Вероятно и за родителите липсва информация, че устният и писменият език са

коренно различни и са част от свръхсложно координираната мозъчна дейност и система, залагащи се още в периода на РДР, и че честотата на споделеното четене на книги от родителите е пряко свързана с придобиването от децата на умения и знания, които влияят на по-късния им успех в четенето, писането и други области (Duursma et al., 2008; Frey and Fisher, 2010; Baker, 2014).

При групиране на **отговорите за стимулираща грижа**, „Често и почти винаги“ се откроява **още една слабо застъпена родителска практика** – най-малко са отговорите „Извеждам детето си да играе навън“. В лимитиращите пандемични условия възможна причина за тази практика може да са различната представа и възприятия на поколенията за адекватност на противоепидемичните мерки (McCrindle, 2020). Основание за подобно тълкувание са и данните от изследването, че родителите най-рядко водят детето си на организирани образователни дейности. За сметка на това, при ранното образование родителите най-често целенасочено учат детето на нови неща – вероятно като процес, който не само изисква най-малко ресурси, а и осигурява ежедневното общуване с детето.

В панела „**Закрила**“ родителското поведение **най-често се изразява в проветряване на помещението и най-рядко в проверка за безопасност на играчките**. Вероятно в родителската общност липсва достатъчно информация, че непреднамерените наранявания са водещата причина за смърт сред децата на възраст от 1 до 9 години (CDC, 2016). Практиките на семействата за безопасна семейна среда пряко влияят на здравето на детето. Голям мета-анализ на рандомизирани и нерандомизирани контролирани проучвания на образователни интервенции за домашна безопасност за семейства показва, че образованието е ефективно за увеличаване на дела на семействата, които се фокусират успешно върху този проблем (Kendrick et al., 2013). Прави впечатление, че на фона на дигитализирания 21. век и затвърденото присъствие на екраните в живота ни като начин за справяне с пандемичните ограничения, **родителите подценяват като риск и излагането на деца на екрани през периода на РДР**. Почти половината от родителите използват екрани и по време на хранене на децата си и **не оценяват, че храненето без използване на мобилни устройства е задължителна част от концепцията за пълноценно хранене**. Тези данни подчертават необходимостта от информирането и изграждането на родителски компетентности като потребните грижи за детето се представят в дълбочина с обезателната причинно-следствена връзка между родителски поведения и избори и значението им за различните етапи от развитието на детето.

Необходимостта от осмисляне и изпълване с повече съдържателност на родителските грижи се отнася и за темата закрила

на децата от стрес. От възможните седем опции за родителска активност за закрила на детето на четвърто място по значимост за респондентите е грижата за предпазване от стрес. От количествена гледна точка резултатът е добър, но този отговор вероятно е по-скоро стандартен и не се дължи на знания/допускания за възможностите детето да изпитва емоционален, психически и физически дискомфорт, който влияе на здравето му. От най-ранна възраст децата са активни субекти, влияещи на обкръжението си и в същото време са обекти на неговото въздействие. Такова двустранно влияние е открито в множество емпирични изследвания за взаимодействието на деца и родители и е доказано, че то води до промени в поведението им, което от своя страна се отразява на здравето и на качеството им на живот. Важно е да се помни, че децата се намират в сложна социална среда – семейството – с връзките, взаимодействието, родителските емоции в него (Белоусов, 2008; Center on the Developing Child at Harvard University, 2016). Ако още на етап РДР това обкръжение е проблемно, ако лишава детето от топлотата на общуването и взаимодействието, то се чувства безсилно – и психически, и физически, страда, но няма възможност да го смени или промени. **Тогава то се затваря във все още неосъзнатата си вътрешна реалност.** Този свой опит в семейството детето пренася и в поведението си при срещи с хора от постоянно променящата се социална среда, дори и към своите връстници. Затова е безспорно твърдението, че семейството е фактор с дългосрочно въздействие върху социалното, психичното и емоционално развитие на детето. **Семейството ускорява, забавя или спира процеса на адаптиране и интегриране и в този смисъл предпазването от стрес като родителска закрила е възлов момент в РДР.**

Д. Уиникът още през 1935 г. на основата на опита в практиката си като педиатър и психоаналитик твърди, че „от проблема с липсата на интеграция произлиза друг, проблемът на дисоциацията..... Серия от дисоциации, които се появяват поради това, че интеграцията е непълна или частична”. Дисоциацията се използва от децата при различни стресови ситуации, при които те, чувствайки липсата на емоционална връзка, използват дисоциацията като адаптивен и защитен механизъм. Честотата на дисоциациите води до тяхното съзнателно пренасяне и в други етапи на развитието, в случаи на конфликт или стресова ситуация. В научен доклад от 1960 г., озаглавен „Изкривяване на Аза по отношение на истинска или фалшива личност (self)”, Уиникът достига до дефинитивното твърдение за дисоциацията във вътрешната реалност като резултат от negliжирането на причините и първите ѝ симптоми през етапа на РДР (Уиникът, 2008). В днешно време, благодарение на научните доказателства се потвърждава, че прекомерният стрес нарушава архитектурата на развиващия се мозък и родителската закрила чрез

чувствителни и отзивчиви грижи към детето е най-добрата превенция (National Scientific Council on the Developing Child, 2005/2014).

Родителите ясно разбират **пълноценното хранене** в класическата му постановка **като включване основно на типични за региона храни и кухня**, което вероятно е свързано с непрекъснатото предоставяне в публичното пространство и във всички общества на специализирана и научно-популярна информация по темата. Съществуват множество изследвания, които доказват ролята на родителите за определянето и моделирането на хранителните навици на децата, а оттам и на здравето им (Hil, 2002; Sussner et al., 2006; Natale et al, 2014 г; Wolnicka et al., 2015; Вълчева, 2020).

В рамките на класическото разбиране на родителите-респонденти е и поведението при **„Здравни грижи“**. С най-висок бал е осъществяването на задължителните профилактични прегледи, но **ежегодният профилактичен стоматологичен преглед – здравна грижа на родителите – респондентите поставят на последно място**. Това полусно отношение към видовете профилактични прегледи и причините за него може да се обсъждат в няколко посоки: ниско ниво на информираност за съществуването на Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18-годишна възраст, която е в действие от 2015 г. в България; липса на разбирането на оралното здраве като част от физическото здраве и/или наличие на възпрепятстващ икономически момент (Национална програма за профилактика на оралните заболявания при деца от 0 до 18-годишна възраст в Република България 2015-2020 г., 2015). **Израз на липса на цялостен поглед върху здравето със съставните му хигиенни и профилактични мероприятия са и отговорите за ежедневното къпане на детето и за витаминопрофилактиката**. В известна степен те са изненадващи на фона на мащабните кампании през последните две години навсякъде по света, свързани с COVID 19, с (личната хигиена и витаминни дефицити. Това веднага извежда на преден план необходимостта от циклично повтарящи се (например по сезони) на национално ниво образователни модули за родители за базисните здравни грижи за детето в периода на РДР.

От предложените във въпросника пет родителски компетентности, в унисон с документите и препоръките на СЗО, УНИЦЕФ и Център по развитие на детето към Харвардския университет, най-разпространената сред българската общност е стимулиращата грижа, а най-слабата е ранното образование. В деветобалната скала за **оценка по важност на грижите** в етапа на РДР родителите-респонденти отново поставят **на последно място ранното образование на детето**. Тези данни са силно обезпокоителни, особено на фона на множеството изследвания и програми

в световен мащаб за значението на ранното образование и многократно възвръщащите се инвестиции от него на по-късен етап в човешкия живот (Lancet, 2017). Допуска се, че респондентите не разбират значимостта на всяка възможност и всяко взаимодействие (независимо дали е положително, отрицателно или липсващо) с детето за приноса им за развитието на мозъка и полагането на основи за по-късно учене. В този смисъл, поставяйки по важност ранното образование на последно място, родителите в ежедневните дейности с детето пропускат множество незаменими спонтанни възможности за игра и взаимодействие, които да се превърнат в предпоставка за развитието на неговите интереси и компетентности. **Поставянето на ранното образование на последно място по важност като родителска компетентност и то в случая, че 90,8% от респондентите са с висше и полувисше образование, изисква неотложни и конкретни мерки на всички нива на национални политики.**

Значимостта и важността на рисковите фактори за РДР и благополучието през целия живот на първо място се разпознава от респондентите в липсата на активно общуване и игра с детето, последвани от липсващата или неадекватна за възрастта безопасност и здравословни навици на майката, увеличаващи риска от преждевременно раждане. Като най-слабо разпознаваем риск се явява ниското ниво на хемоглобина на майката в периода на бременността. Незначително по-добре разпознаваеми са влошеният здравословен статус на родителите и излагането на детето пред електронни екрани. Неидентифицирането на родителското здраве като рисков фактор за здравето и развитието на детето поставя въпроса както за качеството на пренаталните грижи и консултации, така и за належащата нужда във всички образователни програми и материали за родители, превенцията да се представя не само като необходими правила за следване, а в дълбочинен срез с необходимите причинно-следствени връзки и значение на всички експозиции (Wild, 2005; Димитрова, 2019). Данните, показващи negliжиране на излагането на детето пред екрани, могат да се обвържат и с подценяването на примера, който родителите дават в ежедневното общуване. В този смисъл, ако родителското поведение е свързано със заседнал начин на живот, то това обяснява защо излагането на детето на екрани не се разпознава като риск за РДР и благополучието през целия живот (De Lepeleere et al., 2015).

Допуска се, че данните за разпознаваеми рискови фактори за РДР и благополучие през целия живот корелират с отговорите на въпроса „Кога започнахте да се интересувате от значението на РДР?“ Само 21,10% започват да се интересуват преди началото на бременността. Макар че има такава група от родители, то тя е прекалено малка, за да се извършват каквито и да е превантивни мерки на индивидуално или популационно ниво. **Положително е, че 59,37% от респондентите започват да се интересуват**

по време на бременността и скоро след раждането, но появилият се интерес на този по-късен възрастност етап по-скоро говори за неизползване на възможностите за промоция на здравето в българското общество. Може да се разсъждава и за многообразието от училища за родители в страната. Колкото и много да са те, ако няма **обединяваща задължителна базисна програма**, посланията към бъдещите родители са нефокусирани и недостатъчно ефективни.

Родителската грамотност е в пряка връзка с осигуряването на здравословна среда за детето. Родителите с добро ниво на знания показват висока родителска самоефективност и компетентност, а тези с недостатъчна – нереалистични очаквания към детето, пренебрегващо и насилствено поведение спрямо него, разочаровани от несъвместимостта на очакванията си с развитието на собственото им дете (Twentyman, 1982; Hess, 2004; Rikhy, 2010). Познаването на изходното ниво на родителската грамотност за РДР в целевата популация е отправната позиция в общественото здравеопазване за създаване на превантивни програми и по-ранни интервенции с максимално разширен обхват (Ertem et al., 2007; Bornstein et al., 2010; Habibi et al., 2017).

Данните от конструкта за самопреценка на грамотността за РДР в настоящия въпросник показват, че най-висок процент от родителите са адекватно информирани за правилата на закаляване, следвани от режимите за сън и бодърстване, безопасността на столчето за кола и минималната ежедневна физическа активност. Сравнително по-ниски са процентните разпределения на ограмотените за ограничаването на времето в лежаща или седяща позиция на количка, пред екран и за редовното ежедневно поставяне на детето по корем в кърмаческа възраст. Ако условно разделим отговорите на две полюсни групи, то тогава се вижда, че **родителите са по-подготвени за практики, които отдавна се обсъждат в публичното пространство за разлика от тези, за които има утвърдени международни препоръки и документи (WHO, 2019).** Вероятно това е свързано с ползваните информационни и комуникационни канали и с предоставянето на информация от специалист и/или неспециалист. Например, във връзка с ограниченото познаване на практиката за редовно ежедневно поставяне на детето по корем в кърмаческа възраст, може да се направи препратка към необходимостта от структуриране на съветите в детската консултация и даването на правилни базисни насоки от немедицински специалисти – както е в центровете „Киндиру“ по австралийската система за ранно детско развитие за деца от 6 седмици до 5 години.

Като цяло данните от изследването показват, че нивото на родителска грамотност корелира позитивно с всяка от сферите на родителски компетентности за РДР. Родителите с по-висока степен на грамотност показват тенденция за по-интензивно практическо приложение

на всеки вид родителска компетентност – стимулиране, ранно образование, закрила, пълноценно хранене и здравна грижа като най-значимо се забелязва при полагането на здравни грижи. Подобна е и тенденцията при сравняването по пол – майките показват по-интензивни родителски компетентности, което напълно съответства на данните от качествено изследване „наблюдение чрез участие“ и на тези от международни проучвания (Conrad et al, 1992; Reich, 2005; Al-Maadadi and Ikhlef, 2014).

Интересно е припокриването на резултатите на респондентите от две субкултури – родителите с висше образование и с местожителство в село. Те дават достоверно по-високи бални оценки за стимулираща грижа, за важността на стимулите и осъзнатостта на рисковете в ранна детска възраст, независимо от това дали са резултат на теоретични познания или на емпиричен опит.

Вторият конструкт за грамотност се отнася до партньора. Данните, че партньорът се включва в отглеждането на детето при 860 от всички анкетирани, че е по-малко информиран при 473 и по-информиран едва при 28 от попълнените анкетата, са очаквани резултати на фона на разпределението по пол на респондентите и ролите в българското семейство. **Интерес будят данните, показващи, че на фона на всички съвременни динамични процеси в обществото ни, жените очакват мъжете да участват по-малко в грижите за детето като е добре приета пасивността на мъжете в здравната грижа за детето.** Надхвърлени са даже очакванията на тези респонденти, при които партньорът - баща участва минимално. От една страна, тези данни показват пряката връзка на полаганите различни грижи за детето с българската народопсихология, но пренесени в 21. век (Хаджийски, 2002). Например, резултатите от националното представително проучване на тема „Полови стереотипи спрямо участието на жени в политиката в България“, проведено от изследователски център „Тренд“ по поръчка на Либерален институт за политически анализи и финансирано от ЮНЕСКО през 2017 г. сред 1002 пълнолетни български граждани показва, че 10% от българските жени и 35% от българските мъже вярват, че жените трябва да се подчиняват на мъжа, а 25% от българските жени и 50% от българските мъже вярват, че работата на жената е да гледа децата (Тренд, 2017). В изследване на Евробарометър, пак през 2017 г., се установява че българите са най-склонни да си създават стереотипи на базата на пола – 12,4% от българите мислят стереотипно за отношенията между половете, което ни поставя на първо място в Европа. От всички страни в Европейския съюз, най-много българите смятат категорично – 81%, че най-важната роля на жената е да се грижи за дома и семейството, а тази на мъжа – да изкарва пари (също 81%) (Дарик нюз и Евростат, 2017). През 2021 г. в изследване на Фондация „Екатерина Каравелова“ се установяват все по-устойчиви патриархални нагласи.

Възниква въпросът за споделената родителска отговорност в грижите за детето и мястото на бащата за РДР и бъдещето благополучие на детето в българското общество в съизмеримост със световните тенденции за бащинство (Михайлов, 2020; Кюранов, 2020; Вълчева, 2020; Маринов 2020).

Родителските нагласи оказват пряко въздействие както на родителските практики, така и на всички нива на взаимодействие с деца и специалисти. Има множество причинно-следствени връзки в общуването по оста родител-дете-специалист. **Според настоящото изследване водещият специалист, който болшинството от родителите биха потърсили като източник на помощ при установен проблем при детето, е педиатър или общопрактикуващ лекар, следван от специалист (логопед, психолог и др.) и на трето място – член на разширеното семейство – майка, свекърва или баба.** Допуска се, че тези данни са като моментна снимка на динамичните взаимодействия в общността и институциите през изминалите две пандемични години с всички предимства и ограничения. По-високото ниво на образование при родителите корелира с вероятността да се потърси помощ от приятели, а тези, които живеят в село и малък град е по-вероятно да потърсят помощ от майка или свекърва. Семействата от малък град и село са по-търсещи помощ от родителската общност и при тях религиозната общност е осъзната като възможна подкрепа.

Българските родители ползват като източници на информация за РДР най-често педиатъра, следван от общопрактикуващ лекар, лекаря с тясна специалност и приятелите (които вероятно използват източниците за информация в същия ред). Най-рядко анкетираните се информират от неконвенционални (алтернативни) специалисти, медиите (телевизия, радио, вестници) и сайтове/блогове на известни хора. **Хетерогенността на източниците за информация и помощ на родителите се подкрепя и от качественото изследване „наблюдение чрез участие“ в пространството на „Зеленият морски двор на Варна“.** **Необходимо е обаче хетерогенността да се изследва, за да се приеме за изходна база при изготвяне на стратегии в общественото здравеопазване за промоция на здравето и насърчаване на определени родителски практики.** Важно е чрез конкретни национални политики да се утвърди базисна информираност на обществото ни за значимостта на РДР, която да предопределя значимите родителски нагласи и да се надграждат родителските практики. Със сигурност е необходимо да се отбележи значението на разширеното семейство и общността в подкрепа на РДР в по-малките населени места, които респективно предлагат по-малко организирани дейности за РДР, а междупоколенческите връзки са по-добре запазени.

Рейтинговата система на източниците на информация за РДР в отговорите на респондентите може да се приеме като резултат от търсенето от страна на родителите на достоверни източници за РДР, което се потвърждава и от „наблюдението чрез участие“. Това позволява да се мисли за целеносоченост на стратегиите за информиране на родители от достоверни източници като в тях се включват с единна позиция медицинските университети и професионалните организации на специалисти, свързани с РДР. За пример могат да се използват препоръките на Американската педиатрична асоциация за начина, по който специалистите да изграждат своята комуникация с родителите по най-важните и за двете страни дискуссионни въпроси (AAP, 2003, 2016; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine 2016).

При установен проблем в РДР 45,45% от родителите-респонденти предприемат мерки в рамките на една седмица, 28,4% в рамките на един месец и 10,6% отлагат повече от един месец или въобще не се обръщат към специалист. На практика това разпределение показва, че средната изчакваща група от родители е в известен смисъл рискова и може при определени външни обстоятелства да премине към тази на дълго отлагащите. Това налага разсъждения за **липсата в публичното пространство на ясна дефиниция за важността на конкретни маркери за проблеми в детското развитие, които да ги определят по степен на неотложност или възможност/необходимост от изчакване**. Родителите се сблъскват с информацията за прогностични ранни маркери за отклоненията в РДР обикновено на доста по-късен етап и при вече напреднало развитие на проблема. Ресурсите за въздействие върху родителското изчакване се крият както в мерките за повишаване на общата родителска компетентност, така и в конкретната подготовка по въпросите на РДР на специалистите, към които най-често се обръщат родителите – педиатър, общопрактикуващ лекар, тесен специалист (Донкина, 2017; Кънева, 2019). **Конкретната подготовка на специалистите за комуникиране с родителите по най-важните въпроси на РДР ще намали и процента на несъвпадение на експертните мнения**, което от своя страна ще редуцира вложеното време и финансовите ресурси на всички нива и страни. Към групата специалисти с препоръчителна допълнителна квалификация за комуникация по проблемите на РДР се причисляват и следващите специалисти, към които се обръщат родителите – психолог, логопед, консултант по кърмене, ерготерапевт.

Когато въпросите към респондентите се сведат само до специалиста, с когото най-често се консултират, и до определени конструкти, разкриващи задължителните елементи в общуването между родител и специалист, се стига до картината на най-повлияващи и най-малко повлияващи практики на тези взаимоотношения, описани в следващата таблица.

Таблица 2. Най-много и най-малко влияещи практики на специалиста по РДР на взаимоотношенията по оста родител-дете-специалист

Конструкт	Най-много влияеща практика по оста родител-дете-специалист	Най-малко влияеща практика по оста родител-дете-специалист
Уважение към детето и семейството	Специалистът се отнася вежливо към детето ми и семейството.	Специалистът зачита ценностите и предпочитанията на нашето семейство.
Гъвкавост при предоставянето на грижи за детето	По време на консултация вниманието на специалиста е фокусирано изцяло върху моето дете И Специалистът реагира адекватно според спешността на ситуацията.	Специалистът е достъпен по удобен за семейството ми начин. И Специалистът полага усилия да съобрази работата си с индивидуалните особености на детето ни.
Даване на ясна и обективна информация	Специалистът полага усилия да говори на разбираем за нас език.	Специалистът проверява дали имаме общо разбиране за проблемите и решенията.
Изслушване	Специалистът ме изслушва с внимание.	Специалистът ме пита за мнението ми
Загриженост за детето и семейството	Специалистът се отнася доброжелателно с детето и семейството.	Специалистът се отнася с емпатия към семейството.
Овластяване на семейството	Специалистът ни възприема като партньори в грижата за детето.	Специалистът ме насърчава да привлекам други ресурси и специалисти.

За съвременния родител в българското общество (рейтинг по среден бал на конструктите) е най-важно във взаимоотношенията със

специалиста да получава ясна и обективна информация, да получава уважение към детето и семейството, да има гъвкавост при предоставянето на грижи за детето, да бъде изслушван, да се засвидетелства загриженост и едва на последно място да се овластява семейството. Поставянето на последно място на овластяването с неговите съставни (Специалистът дава на семейството възможности за избор на решения за грижата за детето; Специалистът зачита нашите родителски компетенции; Специалистът ни възприема като партньори в грижата за детето; Планираме заедно със специалиста грижата за детето; Специалистът ме насърчава да привлекам други ресурси и специалисти.) **може да се тълкува единствено в полза на необходимостта от постоянна, целенасочена и непрекъснато разширяваща се работа за повишаване на компетентностите на родителя, за да се почувства готов за овластяване.** Тогава той ще е готов да изказва мнението си пред специалиста, да разбира и оценява неговата емпатия към семейството – част от пътя на партньорството в името на детето. За тази цел и за целите на общественото здравеопазване е добре да се предложат и образователни програми за развиване на сътрудничеството чрез емпатия на научна основа – още повече, че в американско изследване от 2016 г. сред 63 страни, България е сред последните пет с най-ниски резултати за емпатия в обществото (Chorik et al., 2017).

Описаните практики на отношенията родител-специалист имат известни незначителни вариации при участие на разширеното семейство в грижите за детето – с по-голям акцент върху уважението към детето, загрижеността и овластяването от страна на специалиста. **Оценката за родителска удовлетвореност и родителско доверие корелира умерено и силно положително с всички посочени конструкти на професионално отношение на експертите по РДР.**

От респондентите, формирали тези аспекти на отношенията по оста родител-дете-специалист, 88,6% са удовлетворени (напълно и по-скоро) от работата си със специалист. Те могат да се приемат като напълно достоверни при определянето на рамката за най-много и най-малко влияещи практики на специалиста по РДР. **Тази рамка може да се използва за концептуализиране на родителското и професионалното поведение в периода на РДР с цел подготовка на специалисти и родители.**

Много от резултатите в отговорите на въпросника са очаквани, но има и такива, които предизвикват не само изследователски интерес, но и искрена загриженост. Например, въпросът „Детето, за което отговаряте е със или без специални потребности” поставя част от респондентите в категория за специално внимание, особено по отношение на родителската им информираност, компетентност и възможните превантивни мерки за техните деца. **Открояването още при анализа по демографски**

показатели на специфичен родителски профил на образовани жени, с висок доход, живеещи в областен град, български етнос, с единствено дете, отглеждано само от двама родители, без участие на разширеното семейство, които имат съмнение за нарушения в развитието поставя редица въпроси. Посочените характеристики показват, че те би трябвало да имат достъп до медицински услуги и е въпрос на родителска компетентност и/или избор дали, кога и как да се ползват. При проследяване на отговорите на тези респонденти се оказва, че те се обръщат най-често към педиатрите, много по-рядко в сравнение с другите родители – към общопрактикуващия лекар, логопеда и психолога/психотерапевта и най-рядко към лекар-тесен специалист. Отговорите, дадени само от майки в анонимното виртуално пространство, могат в най-добрия случай да се тълкуват като плахо желание за започване изясняването на състоянието на детето, срещнало се с ограничен брой специалисти, а в най-лошия – да останат постоянно затворени в собствените си несподелени болезнени теми, страхове и предразсъдъци, въпреки наличните възможности за изясняване. Тази малка, но специфична, едновременно открояваща се и мимикрираща група родители е описана и в извършеното качествено изследване в пространството на „Зеленият морски двор на Варна“. Своеобразен успех е, че такава група се отдиференцира и доказва и чрез въпросника. Това само по себе си налага използване както на различни ресурси и подход за успешно насърчаване на положителните взаимодействия родител-дете, така и ефективни интервенции за подобряване на родителските компетентности.

Здравето и КЖ са в постоянна взаимовръзка и обусловеност, а детерминантата в диалектичката връзка „здраве – КЖ“ е периодът на РДР. Ранният живот е доказан като период с незаменими възможности за подобряване на здравето и КЖ през целия жизнен цикъл. Респондентите в настоящото изследване оценяват най-високо емоционалното развитие на детето си, следвано от физическото и на последно място социалното развитие на детето. В социалното развитие на детето като най-слаби звена се представят възможностите на децата за общуване и комуникация с възрастни и приемливото поведение за останалите деца и възрастни. 91,92% от анкетираните родители оценяват като цяло здравето на детето си в най-висока степен, а при почти половината от тях – 38,50 то е оценено максимално.

Макар че резултатите за КЖ в изследването предстои да се обработят в пълнота за целите на Проект № 19021/2019 на Фонд „Наука“ на тема „Ранното детско развитие – детерминанта на здравето и качеството на живот в съвременното общество“, е важно да отбележим още с първите данни открояването на здравето, РДР и КЖ като отделни структурни компоненти със свой собствен състав, отношения и връзки. Едновременно с това те са в основополагащо триединство, с равностойна значимост на всеки компонент, взаимно потенциращи се и гарантиращи процесите вътре в

системата и в съвременното общество (Фесчиева, Ванкова 2012; Vankova, 2015; WHOQOL, 2019; Вълчева, 2020). И на трите структурни компонента огромно влияние оказват последните две години в обществото ни в пандемични условия. Допуска се, че това е най-вероятната причина за данните за изоставане на социалното развитие в периода на РДР.

Активното и комплексно отношение към здравето на детето е част от стратегическите цели на всяко общество, независимо от степента на неговото развитие, и изисква постоянна актуализация съобразно динамиката на времето и съвременните научни постижения във всички области, повлияващи РДР. В този смисъл, във връзка с данните от направеното „наблюдение чрез участие“ на територията на „Зеленият морски двор на Варна“, от количественото изследване и други съвременни социологически изследвания, свързани с бъдещето на децата в ранна възраст (Gen α), проведени през и след 2020 г., се налагат някои конкретни съображения при изработването и прилагането на каквито и да е превантивни мерки. Те са свързани с COVID 19 пандемията, която: 1) Утвърждава приложението на технологии в обучението и образованието на всяко едно ниво. 2) Укрепва допълнително дигитализацията в живота на Gen α , вече засегнато и оформено от присъствието на технологии, но и същевременно подчертава важността на социалната среда за тяхното ранно развитие. 3) Утвърждава мястото на нуклеарното семейството и на родителските компетентности като уникален ресурс за РДР, който непрекъснато трябва да се развива. 4) Утвърждава решаващото значение на разширеното семейство за социализацията на детето и ангажирането му в общността. 5) Определя преминаването на повече от две години от живота на Gen α в условията на различно ниво на стрес и несигурност като постоянен фон във всяко едно семейство. Това време и въздействие има определящо значение за мозъчната архитектура и устойчивостта на цялото поколение. 6) Поставя непрекъснато въпроса за сигурността на бъдещето, което вероятно ще е една от причините настоящите родители и Gen α да отделят повече внимание на образованието, включително и ранното (McCrindle 2020; Jia Jia Liu et al., 2020; Louise Dalton et al., 2020; Phelps and Sperry, 2020).

VIII. Изводи

Настоящото изследване анализира родителските нагласи за значимостта на периода на РДР през призмата на информираността и компетенциите в контекста на специфичния културен модел.

В контекста на холистичния и интердисциплинарен подход е необходимо познаването на процесите в зародиш и развитие, следвайки логиката на растеж и развитие на всяка жива система, каквато сама по себе си представлява РДР.

Отговорите, получени от високообразовани респонденти, дават основание настоящото изследване да се приеме като базисно за определяне на приоритетите на съвременния образован родител в нашето общество.

Българските бащи все още утвърждават равноправното си участие в развиващите грижи в периода на РДР с цел увеличаване на ползите за майчиното, детското и семейното битие/благополучие.

Въпреки унифицираната глобална рамка за ключовите елементи на РДР, родителите залагат на конкретни приоритети в РДР, което може да е както с положителен, така и с негативен знак.

Съществува подценяване в българското общество на ранното образование като част от петте ключови елементи на „развиваща грижа“ за пълноценно РДР.

В публичното пространство не се комуникират ясни и разбираеми за всички заинтересовани страни дефиниции за конкретни маркери за проблеми в детското развитие в контекста на тяхната важност, степен на неотложност или възможност/необходимост от изчакване.

Родителите се явяват активна страна в търсенето на достоверни източници на информация за РДР от специалистите, което е основание за формирането на целеносочени национални стратегии за информиране на родителите.

Развиването на компетентностите по оста родител-дете-специалист е определящо за синхронизирането и вметването на всяка рамка и система една в друга – международна, национална, регионална; популационна и индивидуална; правителствена и неправителствена; разширено и нуклеарно семейство – за удовлетворяването на реалните нужди на всяко дете в периода на РДР.

В българското общество липсва цялостна концепция за РДР, позиционирана на ниво промоция на здраве и обединяваща интересите на всички заинтересовани страни.

Познаването на нагласите за значимостта на РДР в родителската общност е от изключителна важност за осъществяването на политики в областта на промоция на здравето и за обосноваването на конкретни бъдещи интервенции – на индивидуално и популационно ниво.

Важно е чрез конкретни национални политики да се утвърди базисна информираност на обществото ни за значимостта на РДР, която да предотвратява хетерогенността на информацията по темата в публичното пространство и по този начин да се предопределят значимите родителски нагласи и да се надграждат положителните родителски практики.

Образованието, определящо компетентности, нагласи и практики за РДР, е пресечната точка на всички концептуални рамки и заинтересовани страни.

IX. Заключение и препоръки за промоция на здравето и профилактика в ранна детска възраст и за повишаване на родителската компетентност

1. Данните от настоящото научно изследване да се използват за информиране на всички заинтересовани страни, включително на национално, регионално, институционално, правителствено и неправителствено ниво с оглед подпомагането на политиките в областта на РДР.
2. Данните от настоящото научно изследване да се използват за разработването на българска методика за установяване, оценка и предотвратяване на рисковите фактори за РДР, за благополучието през целия живот и за изготвянето на стандартизиран инструмент.
3. Данните от настоящото изследване да се използват за формиране на конкретни национални политики за утвърждаване на базисна информираност на всички слоеве на обществото ни за значимостта на РДР. За постигане на ефективност и дълготраен ефект се препоръчват конкретни мерки по шест направления:

3.1. За родители/ядрено семейство

- 3.1.1. Циклично повтарящи се (например по сезони) на национално ниво образователни модули за родители за базисните здравни грижи за детето в периода на РДР.
- 3.1.2. Създаване на специален образователен фокус за развиващите грижи в периода на РДР върху компетентностите на бащата в българското общество.
- 3.1.3. Да се създадат и разпространят съвременни образователни дейности за родители по петте основни направления на развиващата грижа в РДР с оглед ясна дефиниция на конкретните маркери, показващи нивото на детското развитие.

3.2. За разширено семейство

- 3.2.1. Включване на разширеното семейство в информирането за петте ключови елементи на „развиваща грижа“ за пълноценно РДР като част от продължаването на междупоколенческите традиции в българското общество и като незаменим ресурс за социализацията на децата в периода на РДР.

3.3. За бъдещи родители

- 3.3.1. Създаване на специални образователни програми в полето на промоция на здравето за бъдещи родители и значимостта на експозициите за репродуктивното здраве.
- 3.3.2. Във всички висши училища да се предлагат образователни модули за РДР, свързани с потенциалното бъдещо родителство на младите хора и повишаване на тяхната обща информираност и компетентност.
- 3.3.3. В медицинските университети за всички студенти и специализанти, във връзка с бъдещето им професионално и лично развитие, да се предлагат свободноизбираеми и следдипломни обучения, посветени на РДР.

3.4. За специалисти

- 3.4.1. Използване на създадената концептуална рамка, в резултат на данните от научното изследване, за конкретна подготовка на специалистите за комуникиране с родителите по най-важните въпроси на РДР като ресурс за оптимизиране на услугите в областта на РДР.
- 3.4.2. Въз основа на данните от настоящото изследване за концептуализиране на родителското поведение в периода на РДР, с цел подобряване на професионалната практика и интердисциплинарни взаимодействия, да се подготвят ръководства за професионалисти, работещи в подкрепа на деца.
- 3.4.3. За целите на общественото здравеопазване да се предложат образователни програми на научна основа за сътрудничеството чрез емпатия по оста родител-дете-специалист, като се използва ресурсът на медицинските университети и професионални организации.
- 3.4.4. Въз основа на данните от настоящото изследване да се обогатят съдържателно темите, посветени на РДР, във вече съществуващите образователни програми по научни дисциплини за студентите от медицинските висши училища.

3.5. За неспециалисти, ангажирани с каузата на РДР

- 3.5.1. Регулярни образователни модули по единна национална програма за ангажираните с предоставяне на услуги в областта на РДР с цел повишаване на ефективността на работата им и еднопосочност на посланията в обществото за РДР.

3.6. На популационно ниво

- 3.6.1. На национално ниво да се създадат организирани структури за ранна социализация и превенция в периода на РДР.
- 3.6.2. На национално ниво да се създадат организирани структури за ранно образование.

4. Създаденият авторски „Въпросник за измерване на значимостта на ранното детско развитие (РДР) в родителската общност“ за целите на настоящото научно изследване и Проект № 19021/2019 на Фонд „Наука“ на тема „Ранното детско развитие – детерминанта на здравето и качеството на живот в съвременното общество“ да се използва периодично с цел актуализиране на информацията за родителските нагласи, компететности и практики по оста родител-дете-специалист.

Х. Приноси на дисертационния труд с оригинален характер на национално ниво от началото на 21. век:

1. В научен труд за РДР е приложен холистичен подход чрез изследване, обхващащо съвременните тенденции едновременно на международно, национално и регионално ниво.
2. Приложено е качествено изследване „наблюдение чрез участие“ в пространство за ранна социализация и превенция „Зеленият морски двор на Варна“ на деца от 0 месеца до навършване на 3 години.
3. Извършено е качествено изследване „наблюдение чрез участие“ върху 1448 визити на родители с деца в пространството за ранна социализация и превенция на деца с продължителност 14 месеца.
4. Създаден е авторски „Въпросник за измерване на значимостта на РДР в родителската общност“, напълно съобразен със съвременния научен подход по темата – международен и български, специфичен, съдържащ следните теми с възможно използване като самостоятелни инструменти:
 - ✓ Родителски компетенции за РДР до 3 години и 11 месеца;
 - ✓ Грамотност за РДР;
 - ✓ Търсене на помощ от специалист – опит и нагласи;
 - ✓ Качество на живот на детето.
5. Проучват се взаимодействията по оста родител-дете-специалист в периода на РДР като се използват едновременно взаимно допълващи се качествено и количествено изследване в лимитиращи пандемични условия.
6. Извършва се изследване за РДР във времеви ограничения от един месец и пандемични условия чрез социален PR във виртуална среда по „метода на отзовалите се“ и „принципа на снежната топка“ и се постигат описаните количествени параметри на разпространение сред респондентите.
7. За разпространението на въпросника се използват, едновременно и взаимнодопълващо се, мрежи и общности от правителствени и неправителствени организации, специалисти и родители.
8. Авторският въпросник, създаден за целите на научното изследване за РДР, е предназначен за разработването на българска методика (за

- установяване, оценка и предотвратяване на рисковите фактори за РДР и за благополучието през целия живот) и за изготвянето на стандартизиран инструмент.
9. Формулират се препоръки за промоция на здравето и профилактика в периода на РДР и за повишаване на родителската компетентност, съобразени с актуалните процеси и промени в българското общество.
 10. Формулират се препоръки към специалистите по РДР на базата на получените резултати от респондентите-родители и е създадена концептуална рамка за специалиста, отговаряща на родителските нагласи и компетентности в съвременното общество.
 11. Чрез създаването и прилагането на „Въпросник за измерване на значимостта на РДР в родителската общност“ за целите на настоящото научно изследване се оценяват едновременно множество родителски специфични поведения за РДР, което позволява те да се концептуализират с оглед изследване на РДР и запълването на празнина в националните политики по оста родител-дете-специалист.
 12. Прилага се систематичен подход, изразяващ се в обединяването и доразвиването на идеите и резултатите от триединството – дисертационен труд, научен проект и дейност в пространство за ранна социализация и превенция на деца от 0 месеца до навършване на 3 години – с обща цел създаване и изграждане на единна профилактична среда в периода на РДР в българското общество.
 13. Дава се глас на неизучавана досега общност – родителската – за да изрази своята визия и перспектива за отношенията по оста родител-дете-специалист.

Приноси с потвърдителен и приложен характер:

1. Осъществен е систематичен теоретичен обзор на научната литература, съотносима с различните, многообразни, актуални и интердисциплинарни аспекти на РДР, с което се потвърждава значимостта и актуалността на темата.
2. Извършено е качествено изследване „наблюдение чрез участие“ с разработен за целта инструментариум от докторанта, което е основа за подготовката на количественото изследване.
3. Настоящото изследване е изходна база за бъдещи обучения на различни нива в отговор на доказаната потребност от повече компетентност, разбираана като съвкупност от теоретични и практически знания; интелектуални и практически навици; отношения с ценностни ориентации и нагласи.
4. Данните от настоящото изследване са изходна база за подготовка на съвременни учебни материали за разширяване на обучението на студенти по хигиена на детско-юношеска възраст.

XI. Публикации и участия по темата на дисертацията

Публикации:

Вълчева Е. И., Ранното детско развитие – детерминанта на здравето и качеството на живот в съвременното общество. Социална медицина, 2019/2, ISSN 1310-1757

Вълчева Е, Димитрова Т, Михайлов Н, Ванкова Д. Ранното детско развитие – детерминанта на здравето и качеството на живот в съвременното общество. Дизайн на проучването и фактори, оказващи влияние върху него. Journal of the Union of Scientist – Varna. Medicine and Ecology Series.2’2020; 25:47-52

Вълчева Е., Мирчева Е., Ванкова Д. Ранно детско развитие – древни артефакти със съвременен прочит, Сборник с доклади, Младежка инициатива „Здраве и древни лечителски практики във Варна“. Сдружение „Музей за история на медицината – Варна“ с подкрепата на Община Варна, 14-26 стр. ISBN 978-619-221-320-6 (online)

Участия:

Вълчева Е. Ролята на педиатричната експертиза при формиране на отговорното родителство. Детето като пациент. Отговорното и липсващото родителство в нашата практика. Втора научно-практическа конференция, В.Търново, април, 2018

Мутафова Е., Докова Кл., Димитрова Т., Вълчева Е. „Зеленият морски двор на Варна” като иновативен модел на публично-частно партньорство за детско здраве. Четвърти международен форум на партньорствата „Партньорства за бизнес, иновации и наука“, Сесия 2: Университетски изследвания и внедряване на иновации МУ-Варна, септември, 2019

Вълчева Е. Оптимистичен прочит на неоптимистични случаи от педиатричната практика. Nestle Nutrition Bulgaria Forum Medicus. „Лайфстайл хранене на поколението Z. Готови ли сме да отговорим на промяната?“, май, 2020

Вълчева Е. Бащинството и детското здраве. Трета научнопрактическа конференция „Детето като пациент. Бащинството“, МУ-Варна, ФОЗ, октомври, 2020