



**Медицински университет  
„Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна**  
Факултет „Обществено здравеопазване“

*Катедра „Социална медицина и  
организация на здравеопазването“*

**НАДЕЖДА БОЖИДАРОВА МИХАЙЛОВА-ГЕОРГИЕВА**

**ДЕТСКА СМЪРТНОСТ В БЪЛГАРИЯ – ЗДРАВНО-  
ПОЛИТИЧЕСКИ И КУЛТУРНО-ИСТОРИЧЕСКИ  
АСПЕКТИ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

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

Научна специалност:  
Управление на общественото здраве

**НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ  
ПРОФ. Д-Р КЛАРА ДОКОВА, Д.М.**

Варна  
2024 г.

Дисертационният труд съдържа 155 страници и е онагледен с 10 таблици, 19 фигури и 6 приложения.

Библиографската справка включва 218 източници, от които 79 на кирилица и 139 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден на катедрен съвет на катедра Социална медицина и организация на здравеопазването и е одобрен и насочен за публична защита.

### **Научно жури:**

#### Външни членове:

Проф. д-р Татяна Иванова, д.м.

Пров. д-р Елена Шипковенска, д.м.

Доц. д-р Гена Пенкова (Грънчарова), д.м.

#### Резервен външен член:

Проф. д-р Юлияна Маринова, д.м.

#### Вътрешни членове:

Доц. д-р Наталия Ушева, д.м.

Доц. д-р Десислава Ванкова, д.м.н.

#### Резервен вътрешен член:

Доц. Силвия Николова, д.оз

На Невяна Фесчиева

Благодаря ти за търпението, с което винаги подхождаш към мен!

Благодаря ти за безрезервната обич, с която си ни отгледала!

Благодаря ти за насърчаването и мотивацията през годините!

Благодаря ти, че ме хвана за ръка и не я пусна!

Благодаря ти за вярата в мен!

|                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Съдържание                                                                                              |    |
| Въведение.....                                                                                          | 5  |
| I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МЕТОДИ .....                                                                            | 7  |
| 1. Цел:.....                                                                                            | 7  |
| 2. Задачи.....                                                                                          | 7  |
| 3. Хипотези.....                                                                                        | 7  |
| 4. Материал и методи .....                                                                              | 8  |
| II. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ.....                                                                          | 17 |
| Анализ на данните за детска смъртност в България в европейски<br>контекст за периода 1950 -2020 г. .... | 17 |
| Междурегионални различия в показателите за ДС.....                                                      | 33 |
| Готовност на майките за раждане и грижи за детето в периода до<br>1 година .....                        | 42 |
| Качествено проучване относно влиянието на етно-културни<br>фактори при майки от ромски произход .....   | 53 |
| ОБОБЩЕНИЕ (дискусия).....                                                                               | 69 |
| III ИЗВОДИ, ПРИНОСИ.....                                                                                | 81 |
| Изводи: .....                                                                                           | 81 |
| Приноси .....                                                                                           | 84 |

## Въведение

Показателят „детска смъртност“ (ДС) отдавна е признат за съществен измерител на здравното и социално благополучие в една държава. Двадесети и началото на двадесет и първи век са ознаменувани с изключително намаление на общата и повъзrastова детска смъртност в целия свят. В държавите в Европейския регион за 120 години детската смъртност спада от 35 до 60 пъти, като са постигнати много ниски стойности както за общия така и за специфичните показатели.

Огромният напредък на медицинската наука, създаването на универсални здравни системи, увеличаването на достъпа до здравни грижи за по-широки слоеве от населението, подобряването на положението на жените, издигането в приоритет на майчиното и детско здравеопазване са фактори, които допринасят за този изключителен успех на фона на повече или по-малко повишаване на жизненото ниво в значителен брой държави.

Безпрецедентното намаляване на ДС създава нова среда, в която се планират, провеждат и интерпретират проучванията върху детската смъртност в 21.век. Тематично те са насочени към специфичните повъзrastови показатели - неонатална (ранна и късна), перинатална, постнеонатална детска смъртност и връзката им със социални, демографски и здравно-организационни условия. Втората посока на проучванията са неравенствата в детската смъртност и то не само между държавите, а и в целия социален спектър вътре в тях. Разкриването на неравенствата в детската смъртност, освен теоретично значение, има и потенциал за обществени действия за тяхното намаление на различни нива. Трета, изненадваща на пръв поглед, посока на изследователски търсения са зачестилите от началото на 21.век публикации по историческа демография, които дават нов анализ на стари факти. Те съдържат „нови уроци

от миналото“, които са винаги навременни и полезни поради необходимостта семействата, респ. майките да синхронизират усилията си за отглеждане на малките деца с бързо променящите се условия в обществото. Дефицити в знанията и уменията се установяват постоянно или циклично и за тяхното попълване трябва да се мисли и действа.

Демографската ситуация в България, характеризираща се с втора вълна на урбанизация, с утвърждаване на няколко големи градове и западаща периферия, намалена брачност и раждаемост, висока смъртност и интензивна емиграция сред младите възрастови групи, засилва значението на политиките и практиките за намаляване на детската смъртност.

Въпреки големия спад на детската смъртност в България, от 155 ‰ през 1922 г. на 5,1 ‰ през 2020 г., страната ни е на последните места по този показател от близо 20-25 години в ЕС. Затова проучванията върху този важен индикатор на общественото здраве за България трябва да бъдат свързани с търсене на причини за изоставането от другите европейски държави, което е подходящо да се основава на здравно-политически, демографски, социално-икономически и етно-културален анализ за продължителен исторически период.

Познаването на неравенствата в детската смъртност по региони, социални и организационно-здравни характеристики би обогатило процеса на подобряване на ранното детско здраве. Съсредоточаване на общественно-здравни интервенции върху семействата/майките за подготовка за раждане и отглеждане на дете в ранна възраст са перспективни за индивидуално и общностно развитие. Разбирането за съвременните посоки на изследователска работа в областта на детската смъртност е определящо за темата на настоящия дисертационен труд и нейното развитие.

## **I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МЕТОДИ**

### **1. Цел:**

Да се проучи динамиката на детската смъртност в България в здравно-политически контекст за периода 1950-2020 г. и да се оцени ролята на културни и организационни фактори за постигане на благоприятни тенденции.

### **2. Задачи**

За постигането на целта са поставени следните задачи:

1. Да се проучи в исторически аспект проблема ДС с акцент върху практиките за снижение на показателите в България, Европа и САЩ.

2. Да се проследи динамиката на показателите за ДС в България и в европейски страни в здравно-политически контекст в периода 1950-2020 година.

3. Да се анализират регионалните различия в динамиката на показателите за детска смъртност в България за периода 2000-2019 г.

4. Да се проучи готовността на жените от различни образователни и етнически групи в България за раждане и грижи в ранната детската възраст.

5. Да се оцени потенциала на културните и здравно-организационните фактори за подобряване тенденциите на детската смъртност.

### **3. Хипотези**

1. България следва европейската тенденция за значително намаление на детската смъртност в периода 1950-2020 г. като се очаква проблемен за България да бъде периодът на преход 1990-2000.

2. След 1990 г. България изостава от останалите европейски държави, по отношение на общата и специфичните показатели за детска смъртност.

3. В България съществува трайно регионално неравенство в ДС, обща и специфични показатели.

4. Детерминантите на неравенствата по местоживеене и между области са в равна степен обусловени от социално-икономически, културни и организационни фактори.

5. Основният фактор за формиране на готовността на майките за раждане и грижа за дете до 1 годишна възраст е здравната служба.

6. Съществуват образователни, етнически и културални различия в информираността и поведението на майките.

#### **4. Материал и методи**

За постигането на целта и задачите на дисертационния труд са проведени следните изследвания:

- **Първо проучване: теоретико-историческо**

**Цел:** установяване на тенденции в смъртността на децата във връзка с развитие на концепция за детето през Античността, Средновековието, Ренесанса, Новото време и практиките за намаляването ѝ.

**Методи:** Направен е описателен обзор на научната литература по темата тенденции в смъртността на децата, като за целта е извършено търсене на научни публикации в списания, книги, доклади на държавни институции и научни организации, публикувани на английски, френски, испански, руски и български езици. Търсенето е осъществено в следните научни бази данни: PubMed, Google scholar, Research gate, Web of science със следните ключови думи (на съответните езици): детска смъртност, дете, концепция за детство, отношение, детска смъртност (всички показатели), мъртвораждаемост, умирање,

регистри на виталните събития, история, исторически, майки, просвета, положение на жената, статус, закони за детето. Статиите с подходящи научни заглавия са групирани по исторически периоди и географски региони – Европейски страни и САЩ. Извършен е систематичен анализ на развитието на обществените разбирания за детството и положението на децата в обществата и на исторически здравно-демографски данни, касаещи ДС.

- **Второ проучване: анализ на детската смъртност в България в европейски контекст**

**Цел:** да се проследят тенденциите в детската смъртност – обща и възрастово-специфична за България в сравнителен аспект:

- с избрани европейски страни за периода 1950-2020 г.
- и между регионите в страната ни (NUTs 2), за да се проучат регионалните различия за показателите на ДС - общ и повъзrastови в България за 20 годишен период 2000-2020 г.

**Методи:** Анализирани са тенденциите за следните показатели:

Коефициент за детска смъртност:  $m_0$  - броя на починалите деца на възраст до 1 година на 1000 живородени деца. Изчислен е в промили като отношение на починалите деца на възраст под 1 година  $M_0$  към броя на живородените деца  $N$ .

$$m_0 = \frac{M_0}{N} \cdot 1000$$

Неонатална смъртност  $m_{neo}$  - брой на починалите деца от 1-вия до 27-ия ден вкл. от раждането им, на 1 000 живородени (НСИ, н.д.).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> <https://ncpha.government.bg/uploads/pages/126/HealthInd.pdf>

$$m_{neo} = \frac{\text{брой починали деца от 1 – ви до 27 – ми ден вкл. от раждането}}{\text{брой живородени за същата година и територия}} \cdot 1000$$

Ранна неонатална смъртност – смъртността на живородените деца в първите 7 пълни дни от живота (Министерство на здравеопазването).

$$m_{eneo} = \frac{\text{брой починали деца от 1 – 6 ден вкл. от раждането}}{\text{брой живородени за същата година и територия}} \cdot 1000$$

Постнеонатална ДС – обхваща починалите деца от 28-я ден до първата година след раждането.

$$m_{post} = \frac{\text{брой починали деца от 29 – я ден до 1 – ва г.}}{\text{брой живородени за същата година и територия}} \cdot 1000$$

Перинатална ДС – отношение на сумата от броя на мъртвородените и броя на живородените деца, починали в първите 6 дни от живота им към броя на родените деца.

$$m_{peri} = \frac{\text{брой мъртвородени + починали до 6 – я ден деца}}{\text{брой родени деца за същата година и територия}} \cdot 1000$$

Мъртвораждаемостта се изчислява като отношение на броя на мъртвородените деца към общия брой родени деца (живо родени и мъртвородени) на 1000.

$$\mathcal{M} = \frac{\text{брой мъртвородени деца}}{\text{брой родени (живо – и мъртвородени)}} \cdot 1000$$

Основен източник на данните за описаните показатели е базата на Eurostat<sup>2</sup>. В анализа са включени данни за България и

---

<sup>2</sup> <https://ec.europa.eu/eurostat>

следните 28 държави: Австрия, Белгия, Великобритания, Германия, Гърция, Дания, Естония, Ирландия, Испания, Италия, Кипър, Латвия, Литва, Люксембург, Франция, Малта, Нидерландия, Норвегия, Полша, Португалия, Румъния, Словакия, Словения, Унгария, Финландия, Хърватия, Чехия, Швеция.

Показателите са избрани с цел проследяване на влиянието на здравната система върху живота и здравето на новороденото, докато е в болницата, непосредствено след раждането (ранна неонатална смъртност), както и ролята на семейството в дома чрез анализ на показателя постнеонатална смъртност.

Данните за ДС – обща и възрастово специфични показатели на регионално ниво NUTs- 2, за периода 2000-2019 са получени от националния статистически институт. Те включват брой на живо- и мъртвородени деца, и на умираанията в следните възрастови групи: ранна неонатална 0-6 ден, късна неонатална 7-27 ден, постнеонатална (28 ден до 1 годишна възраст) за второ ниво регионално разпределение (региони на планиране). Въз основа на тези данни са изчислени показателите за ДС.

Направено е географско сравнение между шестте региона в България, на второ ниво на регионално разпределение (Nomenclature des Unités Territoriales Statistiques 2 NUTS 2), включващо Североизточен, Северен централен, Северозападен, Югоизточен, Южен централен, и Югозападен региони.

Общата и възрастово-специфичните показатели за детска смъртност са представени и анализирани за четири периода, с пет годишна продължителност (2000-2004; 2005-2009; 2010-2014 и 2015-2019), като така се представя целия изследван период от 20 години.

Съотношението между стойностите на общия и специфични показатели за ДС е изчислено и представено с относителна разлика:

$RR = \text{ДС (макс рег.)} / \text{ДС (мин. рег)}$  за относителни сравнения на разликите между регионите

$RR = \text{ДС (2020)} / \text{ДС (2000)}$  за сравнения на относителните разлики в периода 2000-2020 г.

- **Трето проучване - структурирано анкетно проучване**

**Цел:** Оценка на готовността на майките за раждане и грижи за детето в периода до 1 година. Това проучване е част от изследователски проект 21024 на Фонд „Наука“ на тема Детската смъртност в България - източник на нови подходи за оптимизиране на детското здравеопазване. Проучването е получило одобрение от Комисията по Етика на научните изследвания с Протокол № 116 от 28.04.2022

**Обект** на изследването са майки на деца до 1 година. Участието им в проучването е доброволно и анонимно.

**Методи:** Приложен е анкетен метод, на принципа на отзовалите се.

**Инструментарий:** За нуждите на проучването е разработен въпросник с 30 въпроса, четири от които открити. Процесът на подготовката на инструмента премина през следните фази: 1. начална подготовка в обсъждане с експерти по ранно детско развитие и организация на грижи за майчино и детско здраве. 2. Пилотно тестване сред потенциални респонденти. 3. Реално събиране на информацията.

Въпросникът включва следните основни части: 1. Покана и обяснителна информация за целта на изследването и начин на попълване. 2. Информирано съгласие. 3. Същинска част систематизирана в следните основни групи въпроси:

**Подготовка на майката за периода на бременността и раждането.** Тук са включени въпроси за протичането на бременността, самооценка за готовността на жените да станат майки, източници на информация за нормална бременност и процеса на раждане, участие в обучения, получаване на достъп до

информация за посрещане на нуждите на новороденото от страна на здравните професионалисти, вид на лечебното заведение, в което са раждали. При провеждане на проучването и анализа на резултатите, касаещи наблюдението и грижите в хода на нормална и патологична бременност, е използван и терминът „женска консултация“, утвърден в медицинската практика и научната литература през годините.

**Грижи за новороденото след изписване от родилното отделение.** Посещение от лекар или друго медицинско лице – наличие, срокове, характер и обем на получени съвети за отглеждане на детето – медицински, немедицински, оценка и необходимост за контакти със здравната служба.

**Участие на семейството в отглеждането на детето:** източници на подкрепа и ролята на бащата;

**Демографски данни:** възраст, образование, семейно положение на майката.

Въпросникът е подготвен в GOOGLE формуляри и е разпространяван във виртуално пространство чрез социални мрежи до родители с деца до 1 година; чрез e-mail адреси, чрез над 15 групи в социална мрежа.

Статистически методи: Извършена е групировка на данните в зависимост от вида на променливите в номинални (категорийни), степенни (ординални) и интервални статистически редове.

Използвани са описателни методи:

- Алтернативен анализ - представящ структурното разпределението на качествените променливи с абсолютен брой и относителни дялове.
- Вариационен анализ – обобщаващ количествените променливи с централна тенденция и вариране съответно чрез средна и SD или медиана и IQR.
- Табличен и графичен метод

При проверката на хипотезите нивото на значимост на нулевата хипотеза е определено като  $\alpha=0.05$ . Приложени са следните непараметрични методи:

- ✓ z test за проверка на различията между относителни дялове;

- ✓  $\chi^2$  (хи квадрат) тест на Пиърсън за анализ на зависимостта между две качествени променливи

За въвеждането на данните от анкетните проучвания и за изработването на фигурите е използван софтуерния продукт Excel for Microsoft Windows. За статистическия анализ е използван статистическия пакет IBM SPSS for Windows, версия 23.0.0.

#### • Четвърто проучване – качествено проучване на значението на етно-културните фактори

**Цел:** да се проучи културалната специфика в пренаталното поведение и грижата в ранна детска възраст сред майки, представители на ромски етнос.

**Подбор:** За осигуряване на разнородност на подбора на участници, предварително са определени няколко гнезда (населени места, в т.ч. квартали), в които да бъде проведено проучването, базирайки се на известното териториално разпределение на различните ромски общности. Сред гнездата на избор са: град Дългопол и варненските квартали Владиславово, Максуда, Аспарухово.

**Инструментарий:** за провеждане на проучването са определени следните теми за обсъждане.

- ✓ Подготовка за ролята на майка преди и в хода на бременността – ролята и участието на училището, семейството, общността и други;

- ✓ Контакти по време на бременността със здравната служба, респективно „женската консултация“ – вид, честота,

съдържание, посещение в дома. Възприятия за достъпността на здравните услуги – улеснения, бариери;

- ✓ Взаимоотношения между респондентките и здравния екип (лекар – акушерка). Нагласи за разбиране и възприемане на препоръки и съвети; удовлетвореност – критерии;

- ✓ Подготовка за отглеждане на детето – психологическа, материална (стая, легло, облекло), области на подготовка (кърмене/хранене, режим, грижи за кожата, ваксинации и др.);

- ✓ Източници и канали на информация относно подготовка за посрещане и отглеждане на детето. Оценка на ролята на близкото обкръжение и доминиращи личности, на медицински лица, на общността, фейсбук - групи и др. Сравняване на реалните и желани източници и канали на информация;

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

- ✓ Контакти със здравната служба след изписване: първо посещение на лекар в дома, получени съвети, нагласи за изпълнението им. Първо посещение в ДК. Регулярност на посещенията - съдържание. Достъпност на ДК - бариери. Отношение към ДК - удовлетвореност или не. Мнение за патронажни посещения, патронажна сестра. Достъпност до медицинска помощ - директно или чрез медиатор? Здравно състояние на детето. Самооценка на знанията за отглеждане на дете;

- ✓ Роля на неформалните контакти в общността за подобряване на знания и умения за отглеждане на дете.

- ✓ Нагласи за ползване на интернет източници;

- ✓ Условия, при които се отглежда детето: доходи (покриване на нужди, изплащане на сметки), жилище, санитарни и битови удобства (водоснабдяване, канализация, битово обзавеждане).

Данните от интервютата са подготвени за анализ чрез транскрибиране на аудиозаписите на интервютата от изследователя. Следва тематичен анализ на получения текст, метод, използван обичайно за „идентифициране, анализ и докладване на теми (модели) проявяващи се в рамките на качествените данни“ (Braun & Clarke, 2006). Методът позволява да се постигне задълбочен анализ, в отговор на конкретни изследователски въпроси. Той позволява анализ от двете основни перспективи: 1) тази на данните, базирайки се на индуктивно, отворено кодиране на темите и 2) тази на изследователските въпроси.

Методът протича в три основни етапа:

- ✓ Максимално детайлно запознаване с данните чрез многоратното прочитане на текста.

- ✓ Идентифициране на общи за респондентите теми. Темите са кодирани следвайки принципа на отворено индуктивно кодиране. Процесът на кодиране на данните е съпроводен от търсене на отговори на следните въпроси:

- Какъв въпрос / проблем обсъждат тези данни?
- Какво обяснение на темата / проблема предлагат тези данни?

- ✓ Следва процес на генериране на по-обща категории чрез обединяване и логическо обвързване на близки теми.

## II. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

### Анализ на данните за детска смъртност в България в европейски контекст за периода 1950 -2020 г.

#### Обща ДС – въстъпителни исторически бележки

През втората половина на 20<sup>-ти</sup> век ДС се характеризира със силно снижение във всички европейски страни. Всяка от тях бележи значителен напредък, както в сравнение с периода преди ВСВ, така и в разглеждания период. В довоенната 1935г. с най-добър показател за ДС са Норвегия - 41‰, Нидерландия - 40‰ и Швеция – 47,1‰. През 1955г. същите страни запазват водещи места, но с **двойно намалени** показатели, съответно 20,5‰, 21‰ и 18,4‰, а за 60-годишен период, в 2020 г. те са 9 и 10 пъти намалени, съотв. 2,29‰, 3,09‰ и 2,3‰ на 1000 живородени. През същата 1935г. България, заедно с Унгария, Португалия и Румъния, оформя групата страни с високи стойности на показателя ДС - от 150‰, до 192‰, т.е. 4 - 4,5 пъти надвишаващ този на благополучните по отношение на ДС държави. След 20 години, през 1955г., показателите са средно двукратно намалени: Унгария - 65‰, България - 78‰, Румъния - 86,6‰, Португалия - 90,2‰. Значителна остава дистанцията между тях и водещите по ниска ДС държави от предвоенните години. Разликата намалява едва в началото на 21-ви век (*Таблица 1*).

Спадът на показателя ДС в първите 10 г. след ВСВ се свързва със следвоенно съживяване на икономиките, намаляване на безработицата, подобрени след ВСВ условия на живот, стабилизиране на здравните системи, както и с прогреса на медицинските технологии и подобряване на възможностите за справяне с инфекциозните болести.

**Обща ДС - 1960-2020 г.** С най-нисък показател на ДС през 1960 г. е Норвегия - 16‰, последвана от Нидерландия и Швеция

с близките 16,5‰ и 16,6‰. С най-неблагоприятен показател са Португалия, Румъния и Хърватия (около и над 70‰).

**Таблица 1.** Обща детска смъртност в европейските страни за периода 1960 г.-2020 г.

|     | <b>държава/година</b>       | <b>1960</b> | <b>1990</b> | <b>1995</b> | <b>2020</b> |
|-----|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 1.  | <i>Обединеното кралство</i> | 22,5        | 7,9         | 6,2         | 3,6         |
| 2.  | <i>Франция</i>              | 27,7        | 7,3         | 4,9         | 3,4         |
| 3.  | <i>Естония</i>              | 31,1        | 12,3        | 14,9        | 1,4         |
| 4.  | <i>Норвегия</i>             | 16,0        | 6,9         | 4,0         | 1,7         |
| 5.  | <i>Финландия</i>            | 21,0        | 5,6         | 3,9         | 1,8         |
| 6.  | <i>Кипър</i>                | :           | 12,9        | 8,5         | 2,1         |
| 7.  | <i>Словения</i>             | 35,1        | 8,4         | 5,5         | 2,2         |
| 8.  | <i>Чехия</i>                | 20,0        | 10,8        | 7,7         | 2,3         |
| 9.  | <i>Швеция</i>               | 16,6        | 6,0         | 4,1         | 2,4         |
| 10. | <i>Италия</i>               | 43,9        | 8,1         | 6,1         | 2,4         |
| 11. | <i>Португалия</i>           | 77,5        | 10,9        | 7,4         | 2,4         |
| 12. | <i>Испания</i>              | 35,4        | 7,6         | 5,5         | 2,6         |
| 13. | <i>Литва</i>                | 38,0        | 10,2        | 12,5        | 2,8         |
| 14. | <i>Ирландия</i>             | 29,3        | 8,2         | 6,4         | 3,0         |
| 15. | <i>Германия</i>             | 35,0        | 7,0         | 5,3         | 3,1         |
| 16. | <i>Австрия</i>              | 37,5        | 7,8         | 5,4         | 3,1         |
| 17. | <i>Дания</i>                | 21,5        | 7,5         | 5,1         | 3,2         |
| 18. | <i>Гърция</i>               | 40,1        | 9,7         | 8,1         | 3,2         |
| 19. | <i>Белгия</i>               | 31,4        | 8,0         | 6,0         | 3,3         |
| 20. | <i>Унгария</i>              | 47,6        | 14,8        | 10,7        | 3,4         |
| 21. | <i>Латвия</i>               | 27,0        | 13,7        | 18,8        | 3,5         |
| 22. | <i>Полша</i>                | 56,1        | 19,4        | 13,6        | 3,6         |
| 23. | <i>Нидерландия</i>          | 16,5        | 7,1         | 5,5         | 3,8         |
| 24. | <i>Малта</i>                | 38,3        | 9,1         | 8,9         | 3,9         |
| 25. | <i>Хърватия</i>             | 70,4        | 10,7        | 8,9         | 4,0         |
| 26. | <i>Люксембург</i>           | 31,5        | 7,3         | 5,5         | 4,5         |
| 27. | <i>Словакия</i>             | 28,6        | 12,0        | 11,0        | 5,1         |
| 28. | <b>България</b>             | <b>45,1</b> | <b>14,8</b> | <b>14,8</b> | <b>5,1</b>  |
| 29. | <i>Румъния</i>              | 75,7        | 26,9        | 21,2        | 5,6         |

От Таблица 1 се вижда, че България със своите 45,1‰, заема 24-о място от 29 страни. Преди нея, но с близки показатели са Гърция и Италия с 40,1‰ и 43,9 ‰. След нея остават: Унгария, Полша, Хърватия, Румъния и Португалия.

През десетилетието 1960-1970 г., държавите от групата с най-висока ДС бележат най-голямо намаление на ДС. На първо

място в този процес е Хърватия с впечатляващото намаление от 36,2 процентни пункта, следвана от Румъния - с 26,3. България има спад с 18,8 процентни пункта и е в групата на Португалия и Полша, които гравитират около 20% намаление. С показател 27,3% през 1970 г. България е на 21-о място сред 29 страни, като след нея остават Малта, Италия, Гърция, Хърватия, Унгария, Полша, Румъния, Португалия. Запазва се тенденцията страните от Централна, Източна и Южна Европа да са в края на класацията за ДС.

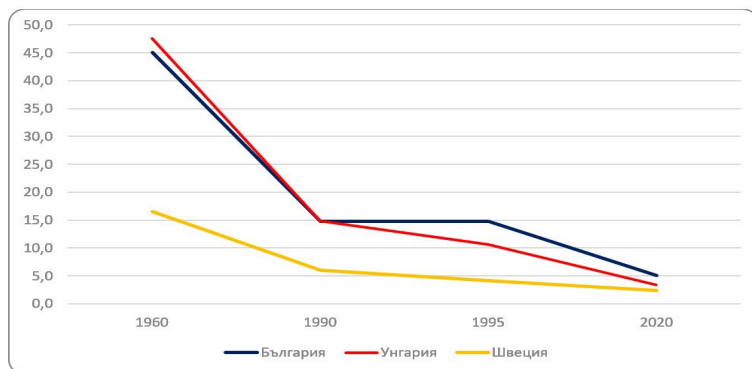
В края на следващото десетилетие (1980 г.) с 20,2% ДС България остава на двадесет и трето място.

През десетилетието 1980-1990 г. в България се наблюдава вълнообразен характер на ДС. През 1985 г. България с 15,4% е на 23-то място. През 1990 г. незначителното намаление на ДС на 14,8% оставя България на 26-о място заедно с Унгария, също с 14,8%, като след тях са само Полша и Румъния.

Според Asandului et al. (2014) периодът 1990-1995 г. (според нас, дори от 1985 г.) е ключов за разбиране на тенденциите в общата детска смъртност в последните 30 години, тъй като за страните от Централна и Източна Европа той съвпада със сериозни политически и социално-икономически промени, означавани като „преходен период“. Фокусирането на анализа върху страните в преход - България, Чехия, Естония, Хърватия, Латвия, Литва, Унгария, Полша, Румъния, Словения, Словакия – дава възможност да се оценят тенденции и фактори, влияещи върху мястото на България в класациите, както за общата, така и повъзрастовата детска смъртност (Михайлова & Петрова, 2020).

Сравнението на България с другите страни от Източна Европа показва, че тя изостава в темпа на снижение за разлика от значителното низходящо движение на ДС в Естония, Латвия и Унгария. В анализа на ДС в ЕС за периода 1994-2015 г. Onambale et al. (2019) установяват, че най-стръмно е снижението на

показателя в страните от Източна Европа и бившите съветски републики от Балтийския регион (Opambele, et al., 2019). България не се вписва в този тип снижение *Фигура 1*



**Фигура 1.** Детска смъртност в България, Унгария, Швеция за периода 1960-2020 г.

На *Фигура 1*, показваща динамиката на ДС в три избрани страни, ясно личи точката на „преобръщане“ на тенденцията за България, сравнена с една от изоставащите до тогава страни - Унгария. До 1990 г. България е с по-добър показател от средния за Европейския регион на СЗО, който е 15,2‰ (WHO, 2022), както и от Унгария. Темповете на промяна на показателя, обаче, в двете страни в периода след 1988 г. значително се разминават: Унгария поддържа висок темп на снижение от - 4,8% до - 6,9% в периода 1988г.- 2008г., (Nyári, Nyári, & McNally, 2015) (Opambele, и др., 2019), след което темпът намалява, но е устойчив и през 2020 г. е постигната ДС 3,4‰.

За целия наблюдаван период България намалява стойността на показателя около девет пъти, докато има страни с лош старт като Португалия, Хърватия, Полша (последните две са от групата „държави в преход“), но снижават показателя си съответно 32, 17, 15 пъти. Така те изпреварват България във

финалната 2020 г., показвайки предимството на темпа на намаление на показателя пред неблагоприятното му ниво в изходната година.

Освен това в еволюцията на показателя за България се отбелязва неравномерност: стръмно спадане от 1960 г. до 1975 г., значително - до 1990, следвано от задържане и влошаване през 1990-те и едва след 2000 г. - бавно спадане. Сравнението с други държави в „преход“ показва различното поведение на България по отношение на ДС.

В България от 1989г. се наблюдава темп на увеличение на ДС с около +1,6% годишно до 1993г., следван от застой до 1999г. (WHO, 2022) и едва през 2001г. достига и надминава показателя си от 1988г.

**Неонаталната детска смъртност (НДС).** Разглеждането на НДС сочи, че през 1960г. България, с 19,4‰ се намира на 18-о място в низходящ ред от 29 европейски страни, като с най-добър показател са отново скандинавските страни, както и Чехия, Словакия, Латвия и Литва. С най-неблагоприятни показатели са Хърватия, Унгария и Португалия (първите две гравитират около 27, но “южната” Португалия е със стойности над 35‰).

За първото десетилетие 1960-1970г. България регистрира най-голямо намаление в стойностите на показателя неонатална детска смъртност – с над 6 процентни пункта; запазва средно добра позиция - 18-о място с 19,4‰ като след нея са Гърция, Словения, Ирландия, Белгия Германия, Италия, Австрия, Унгария, Португалия и Хърватия. В края на 1970 г. България вече се е придвижила на 11 място от 26 страни<sup>3</sup> с 13,2‰, като е задминала Чехия, Словакия и Люксембург.

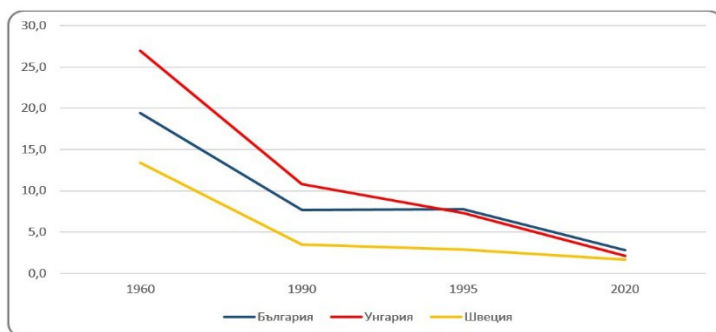
През следващото десетилетие 1970–1980 г. предизвикателството по снижение на неонаталната смъртност продължава. През този период България, въпреки движението надолу,

---

<sup>3</sup> За 3 страни има данни след 1985 година – Естония, Кипър, Румуния

преминава на по-задна позиция и от 11-о място в началото, се подрежда на 16-о място от 26 страни с 10,4‰.

Това движение назад се дължи на по-бързото подобрене на НДС в страни като Ирландия, Испания, Италия, Австрия, които на старта са в по-лоша позиция от България. След 1985 г. снижението на НДС в България е с по-бавен ход. Десетилетието 1990-2000 година за България е период на леко влошаване и задържане на показателя, докато другите страни в преход, успяват да овладеят показателя и да го намалят.



**Фигура 2.** Неонатална смъртност в България, Унгария, Швеция, 1960-2020 г.

На Фигура 2 е илюстрирана еволюцията в НДС за три избрани страни - Швеция, България и Унгария. Докато през 1970<sup>те</sup> години Унгария силно се различава от другите две страни по високото ниво на НДС, то между 1990г. и 1995г. настъпва „преобръщане“. България задържа и влошава нивата на показателя, а Унгария бавно, но сигурно намалява своите.

В 2020 г. България заедно с Хърватия и Словакия заемат от 25-о до 27-о място от 29 страни. Преди тях е голяма група от 11 държави, които са с показатели от 2,1‰ до 2,7‰, т.е. разликата с България не е така голяма както при ОДС.

**Таблица 2.** Неонатална смъртност за Европейски страни 1960-2020 г.

|     | държава/година       | 1960 | 1990 | 1995 | 2020 |
|-----|----------------------|------|------|------|------|
| 1.  | Естония              | :    | 8,0  | 10,3 | 0,9  |
| 2.  | Словения             | 20,4 | 5,1  | 3,1  | 1,2  |
| 3.  | Норвегия             | 11,7 | 3,9  | 2,7  | 1,3  |
| 4.  | Финландия            | 14,4 | 3,7  | 2,6  | 1,4  |
| 5.  | Швеция               | 13,4 | 3,5  | 2,9  | 1,4  |
| 6.  | Кипър                | :    | :    | :    | 1,6  |
| 7.  | Чехия                | 13,1 | 7,7  | 4,9  | 1,6  |
| 8.  | Италия               | 23,9 | 6,3  | 4,6  | 1,7  |
| 9.  | Испания              | 20,2 | 5,0  | 3,5  | 1,7  |
| 10. | Люксембург           | 19,1 | 4,3  | 3,5  | 1,7  |
| 11. | Португалия           | 27,9 | 7,0  | 4,7  | 1,8  |
| 12. | Литва                | 13,4 | 6,5  | 8,0  | 1,9  |
| 13. | Ирландия             | 20,4 | 4,8  | 4,7  | 2    |
| 14. | Унгария              | 27,0 | 10,8 | 7,3  | 2,1  |
| 15. | Германия             | 23,2 | 3,7  | 3,2  | 2,2  |
| 16. | Австрия              | 24,6 | 4,4  | 3,4  | 2,3  |
| 17. | Латвия               | 10,9 | 8,5  | 12,7 | 2,3  |
| 18. | Белгия               | 20,5 | 4,2  | :    | 2,4  |
| 19. | Гърция               | 19,5 | 6,5  | 5,8  | 2,4  |
| 20. | Дания                | 16,1 | 4,6  | 3,7  | 2,5  |
| 21. | Франция              | 17,7 | 3,6  | 2,9  | 2,6  |
| 22. | Обединеното кралство | 16,0 | 4,5  | 4,2  | 2,7  |
| 23. | Полша                | :    | :    | 10,1 | 2,7  |
| 24. | Нидерландия          | 13,5 | 4,8  | 3,8  | 2,7  |
| 25. | България             | 19,4 | 7,7  | 7,8  | 3    |
| 26. | Словакия             | 14,1 | 8,4  | 7,9  | 3    |
| 27. | Хърватия             | 35,1 | 7,5  | 6,0  | 3    |
| 28. | Румъния              | :    | :    | 9,5  | 3,5  |
| 29. | Малта                | :    | :    | :    | 4,3  |

Източник: (DATABASES, 2021) (DataBank, 2021)

**Ранната неонатална смъртност (РНС)** е важна част от неонаталната смъртност, върху която се отразяват както медико-биологични, така и организационни фактори, свързани с наблюдение на бременността, процеса на раждане и първи грижи за новороденото дете. И по отношение на РНС през 1960 г. България има сравнително добра позиция – 10,9‰ и е на 6 място от 24 държави<sup>4</sup>. През 1970 г. с 9,1‰, тя е на 8 място от 28 страни<sup>5</sup>.

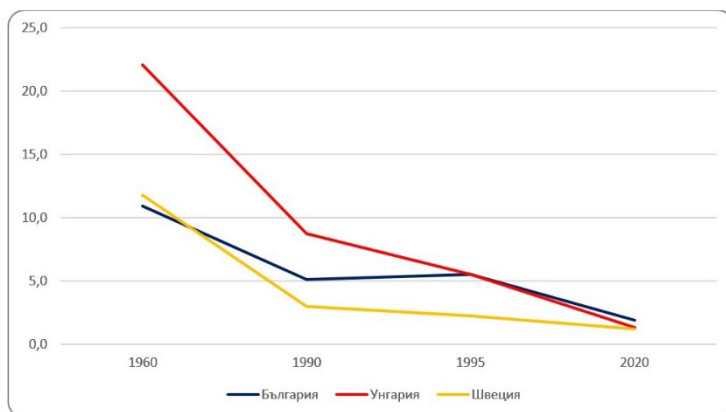
<sup>4</sup> От наличните данни; информация за Кипър, Полша, Латвия, Румъния, Малта има след 1970 г.

<sup>5</sup> За Кипър има данни след 2000 година

През 1980-та година от показаните 29 страни, 22 имат стойност под 10%, между които е и България; половината от тях вече имат стойност под 5%. България забавя темпа на снижаване на показателя и остава на по-задна позиция - от 8-о пада на 18-о място със стойност 7,5%, което дели с Австрия (също със 7,5%). В периода преди промените голяма част от европейските държави изпреварват България. Критичният период настъпва около 1990 г.

**Таблица 3.** Ранна неонатална смъртност за европейски страни 1960-2020

| 1.  | държава/година              | 1960        | 1990       | 1995       | 2020             |
|-----|-----------------------------|-------------|------------|------------|------------------|
| 2.  | <i>Естония</i>              | 9,6         | 6,1        | 7,9        | 0,4              |
| 3.  | <i>Норвегия</i>             | 9,9         | 3,2        | 2,2        | 0,9              |
| 4.  | <i>Финландия</i>            | 12,6        | 3,1        | 2,0        | 1,0              |
| 5.  | <i>Словения</i>             | 15,6        | 4,1        | 2,6        | 1,0              |
| 6.  | <i>Литва</i>                | 7,3         | 4,8        | 5,6        | 1,1              |
| 7.  | <i>Португалия</i>           | 15,0        | 5,7        | 3,6        | 1,1              |
| 8.  | <i>Чехия</i>                | 10,7        | 5,8        | 3,2        | 1,2              |
| 9.  | <i>Швеция</i>               | 11,8        | 3,0        | 2,2        | 1,2              |
| 10. | <i>Испания</i>              | 15,9        | 3,6        | 2,6        | 1,2              |
| 11. | <i>Унгария</i>              | 22,1        | 8,7        | 5,5        | 1,3              |
| 12. | <i>Италия</i>               | 17,8        | 5,1        | 3,4        | 1,4              |
| 13. | <i>Гърция</i>               | 12,3        | 4,8        | 4,1        | 1,6              |
| 14. | <i>Ирландия</i>             | 16,1        | 4,1        | 3,8        | 1,6              |
| 15. | <i>Кипър</i>                | :           | :          | :          | 1,6 <sup>1</sup> |
| 16. | <i>Франция</i>              | 14,6        | 2,5        | 2,2        | 1,8              |
| 17. | <i>Белгия</i>               | 17,1        | 3,4        | :          | 1,8              |
| 18. | <i>Германия</i>             | 19,7        | 2,7        | 2,4        | 1,8              |
| 19. | <i>Полша</i>                | :           | :          | 8,0        | 1,9              |
| 20. | <b><i>България</i></b>      | <b>10,9</b> | <b>5,1</b> | <b>5,5</b> | <b>1,9</b>       |
| 21. | <i>Австрия</i>              | 20,2        | 3,3        | 2,5        | 1,9 <sup>2</sup> |
| 22. | <i>Словакия</i>             | 10,3        | 6,7        | 5,5        | 2,0              |
| 23. | <i>Латвия</i>               | :           | 6,2        | 8,4        | 2,1              |
| 24. | <i>Румъния</i>              | :           | :          | 6,3        | 2,1              |
| 25. | <i>Нидерландия</i>          | 11,9        | 3,9        | 3,1        | 2,2              |
| 26. | <i>Обединеното кралство</i> | 13,7        | 3,5        | 3,3        | 2,2              |
| 27. | <i>Дания</i>                | 13,9        | 3,6        | 3,0        | 2,4              |
| 28. | <i>Хърватия</i>             | 21,0        | 5,9        | 4,9        | 2,5              |
| 29. | <i>Малта</i>                | :           | :          | :          | 2,7              |
| 30. | <i>Люксембург</i>           | 16,3        | 2,6        | 2,6        | 3,4              |



**Фигура 3.** Ранна неонатална смъртност в България, Унгария, Швеция 1960-2020 г.

На *Фигура 3* се виждат близките една до друга ниски стойности на показателя (около 11‰) за Швеция и България през 1970-те г. и много далеч от тях, с 22,1‰ е Унгария. Много бързият спад на показателя за Унгария и лекото повишение в началото на 90-те години на този за България води до точката на „преобръщане“ отново между 1990г. и 1995 г., когато Унгария изпреварва България. За отбелязване е, че Унгария успява да намали ранната си неонатална смъртност 17 пъти.

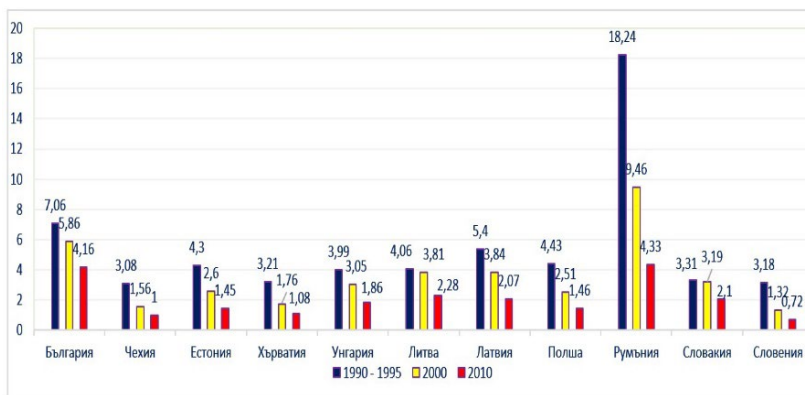
За разглеждания период (1960-2020 г.) България намалява стойността на РНС над 5 пъти. В 2020г. България е вече със стойности 1,9‰ като се позиционира на двадесето място от 29 страни.

Анализът на РНС на страните в преход от 1990 до 2020 г. показва, че между 1990 и 1995 г. само България, Румъния и балтийските държави Естония, Литва, Латвия влошават показателя си. Но докато последните три след 1995 г. бързо го подобряват, на България са необходими близо 15 години, за да

постигне намаление с 2 процентни пункта, след което стойността му бързо тръгва надолу.

И в РНС се разкрива значението на преходния период, но България успява да се справи с предизвикателствата му и не е на последните позиции, както е при ОДС. Асиметричните промени на ОДС от една страна и на НДС и РНС от друга, насочват към търсене на връзки с Постнеонаталната смъртност (ПоНС), също в преходния период.

Поради по-лесното повлияване на ПоНС от организационни и поведенчески практики, тя обичайно се определя като резерв за намаляване на ОДС. Нейните стойности и по-бавно намаление през годините е една от причините, поради които в България тя не успява да изиграе ролята на резерв за снижение на ОДС.



**Фигура 4.** Постнеонатална смъртност в страните в преход за периода 1990-2010г.

На Фигура 4 ясно личи, че България със своя показател от 7.1% през 1990г. е на второ място в негативната листа, след Румъния, която е с показател 2,5 пъти по-висок от този на България. За 20-годишен период, макар и да намаляват показателя си Румъния (над 4 пъти) и България (над 1,5), остават

на същите неблагоприятни позиции. През 2010 г. Румъния с 4,3% и България с 4,2% се отличават значително от останалите държави в преход, които постигат ПоНС от 2,3% в Литва до 0,7% в Словения.

Става ясно, че ПоНС участва в механизма на изоставането на България в ранговата листа на ДС. Като се има предвид характерът на ПоНС, влошаването и задържането на показателя поставя България в положение на страна, в която организацията на здравните грижи за деца, не може да се справи с предотвратимата ДС. Плавно снижение на ПоНС би могло да повлияе благоприятно нивото на показателя на обща ДС в България за целия разглеждан период.

#### **Анализ на детската смъртност в България в здравно-политически и организационен контекст**

В обсъждането на ДС в България по-специално внимание заслужават два ключови периода:

- периодът на интензивен спад от 1950 до началото на 1970 и
- периодът на задържане и леко увеличение на общата ДС от 1990 до 2000 г.

До 1970 –те години България е типична селска страна със 72,5% селско население. Едва след 1968 г. започва бурен процес на урбанизация и градското население, макар и с малко преобладава над селското.

В този смисъл високата ДС в първия период е и смъртност на децата в селата, както е било и в предходни периоди (Захариев З. , 1939). По-лоши битови условия, по-ниска битова и здравна култура, както и недостатъчна обезпеченост със здравни кадри в селата в голяма степен са фактори определящи неравенствата по отношение на ДС между градове и села (Petrova, Petrov, & Feschieva, 2017).

ДС по местоживеене показва трайно по-високи показатели в селата, като между 1950 и 1965 г. разликите град / село са

особено драстични: за 1960 - 34,6‰ - за града и 50,4‰ в селото, след което постепенно намаляват. *Таблица 4.*

**Таблица 4.** Обща ДС в България по местоживеене  
1950 - 2020 г. (в ‰)

|             | <b>ОБЩО</b> | <b>ГРАД</b> | <b>СЕЛО</b> |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>1950</b> | 94,5        | 74,3        | 101,9       |
| <b>1955</b> | 82,4        | 60,8        | 91,4        |
| <b>1960</b> | 45,1        | 34,6        | 50,4        |
| <b>1965</b> | 30,8        | 25,6        | 35,0        |
| <b>1970</b> | 27,3        | 22,7        | 33,5        |
| <b>1975</b> | 23,1        | 19,9        | 29,7        |
| <b>1980</b> | 20,2        | 18,0        | 24,9        |
| <b>1985</b> | 15,4        | 14,0        | 18,4        |
| <b>1990</b> | 14,8        | 13,8        | 17,1        |
| <b>1995</b> | 14,8        | 14,0        | 16,7        |
| <b>2000</b> | 13,3        | 12,4        | 15,5        |
| <b>2005</b> | 10,4        | 8,9         | 14,6        |
| <b>2010</b> | 9,4         | 8,1         | 13,4        |
| <b>2015</b> | 6,6         | 5,2         | 10,9        |
| <b>2020</b> | 5.1         | 4.5         | 6.9         |

За изчисленията са използвани данни на НСИ

В периода от 1950 до 1970 г. две групи фактори имат важна роля за намаляването на ДС. Първата група е свързана със създаване на законодателната рамка за социална защита на майчинството и детството (Цонев, 1979). Приети са редица закони, в т.ч. за безплатна медицинска помощ за бременни жени и деца. През 1953г. МНЗ издава инструкция №15/19.04.53 за осигуряване на квалифицирани здравно-профилактични грижи

на децата. Със заповед А-10/1957г./МНЗСГ с цел да се намали неравнопоставеността на децата от селата се регламентира създаването на подвижни детско-женски консултации, които да провеждат профилактична работа (имунизации, наблюдение и диспансеризация, съвети по хранене в малки и/или отдалечени селища (Милев, Вълчев, & Големанов, 1958). По същата причина в селата се разкриват детски млечни кухни, които не само спестяват лични средства и време на майките, но и популяризират принципите за правилно детско хранене и нагледно обучават майките. Укрепват детските и женските консултации, определят се средно-годишни норми за профилактични прегледи на бременните жени 8 – 9 на брой, а на децата - 12 прегледа (Цонев, 1979).

Втората група фактори се отнасят до изграждане на национална здравна система от централизиран тип с приоритет грижа за майките и децата, което има стратегическо значение за общата положителна тенденция за снижение на ОДС. България е една от първите страни, които създават още през 1950-те и началото на 1960-те микро-педиатрични / неонатологични отделения към акушеро-гинекологичните клиники и отделения, където се хоспитализират новородени деца с повишен риск – недоносени и с ниско за гестационната си възраст тегло. Тези отделения имат голям принос за спасяване на деца в критично състояние (Христова & Фесчиева, 2014).( Цонев, 1979).

Постановява се съвместна работа и отговорност на акушер-гинеколозите, педиатрите и местната власт за намаляване на ДС. Пример за споделена отговорност е задължителното обсъждане и анализ на медицинската и социална история на всяко починало до 1-годишна възраст дете от компетентна комисия при отделите „Народно здраве“ на Окръжните народни съвети, с отчитане участието на медицинските специалисти в здравното му обслужване (Михайлова, 2018). Конкретни пропуски, ако има

такива, и поуки, чрез окръжните специалисти, могат да се мултиплицират в нормативно поведение на здравната система и работещите в нея – лекари и сестри (Фесчиева & Кондова, 2014). Откритите пропуски в социалното обслужване на детето, семейството се адресират до Общинските народни съвети (Цонев, 1979).

В този период (до края на 1960 г.) в максимална степен се разгръща работата на детската и женската консултации, като се открива приемственост с извършеното от Съюза за защита на децата на България в 20-те и 30-те години чрез Детските здравно-съвещателни станции (Петрова & Петров, 2014). Въвежда се задължително патронажно наблюдение за новородените от лекар и медицинска сестра в дома за всички деца през първата година от живота им. Въвежда се участъковия принцип на медицинско обслужване при децата чрез създаване на педиатрични участъци и увеличаване на специалистите по педиатрия (Михайлова, 2018) (Вълчев, 1975).

В здравно-политическо отношение огромно е значението на издигането на ДС в приоритет на здравната политика. Нейното намаление става основна задача както на национално, така и на местно равнище. Във връзка с това се развива успешно сътрудничество между здравната система, местните власти и обществеността в борбата с детската смъртност и за качествено детско здравеопазване (Михайлова, 2018). Наши по-ранни изследвания (чрез дълбочинни интервюта (Михайлова, 2018) показаха голямо единодушие по въпроса за значението на споделената отговорност на местна власт, здравни институции и общество по отношение на ДС: засилват се социалните елементи като разкриване на детски млечни кухни, в т.ч. и в селата, подпомагане на работещите майки с разкриване на детски ясли, като в селата се разкриват - сезонни (Цонев, 1979).

Въпреки усилията, изследователите на този период – 50-60-те години, отбелязват, че различията по отношение на града и селото, акушеро-гинекологичното и педиатричното обслужване са значителни. М. Цонев отбелязва, че процентът на селските деца, обслужени от педиатър, са през 1965г. -12,5%, 1970г. – 10,6%, 1975г. – 7,2%; на едно градско дете се падат годишно 5,6 прегледа, а на едно селско – 0,6 прегледа.

За преодоляване неравнопоставеността на децата по местоживеене – град/село, след 1975г. се развиват различни инициативи за доближаване на квалифицираната и специализираната педиатрична помощ до населението. Така например се организират екипи от специалисти, в т.ч. педиатри, които на определен период (ежеседмично, ежемесечно) работят в поликлиники от IV и V тип, т.е. в по-малките населени места (Пройкова, 1983).

Вторият ключов период за развитието на ДС в България е т.нар. преходен период. България заема особено място сред страните в преход, тъй като има по-продължителен период на застой и влошаване на показателите. От икономическа гледна точка България е от страните, които изостават в размера на БВП. За сравнение, Словения през 1995 г. има 4 пъти по-висок БВП от България и стойности на обща детска смъртност - над 2,5 пъти по-добри от тези на България (5,5 ‰) (Михайлова & Петрова, 2020) (WHO, Gross domestic product, 2020).

В преходния период настъпват промени в някои показатели, които могат да въздействат върху ДС:

- Настъпват промени в системата на здравеопазването: в 90-те години на 20-и век - частични, с ерозия на съществуващата система, а от 2000 г. се въвежда здравно-осигурителният модел, който по отношение на децата означава обслужването им от ОПЛ, който може и да не е педиатър. Патронажната сестра не съществува, което автоматически изключва патронажните

посещения по домовете. Адаптирането към новите правила изисква време както за пациентите, така и за лекарите, но това прибавя още няколко проблемни години в детското здравеопазване. Установява се отстъпление от постигнатото - през 2003 г. имунизационният обхват за децата до 2 год. възраст е общо 92,9%, за ромските деца е значително по-нисък - 83,1%, докато при български и турски деца е почти еднакъв - 95,2% (Томова & Стойчев, 2022).

- Непосредствено след 1990 г. рязко са увеличени ранните раждания (РР) – под 19 години и под 15 години. България заедно с Румъния доста дълго време води класацията по този проблем в Европа (Фесчиева, 1997) (Чалъкова, 2004) (Томова & Стойчев, 2022).

- В ранните 1990-те е увеличена честотата на недоносени и на нискотегловни новородени, които носят по-висок риск за ДС (Carlsona & Tsvetarsky, 2000) (Фесчиева, 1997).

- Увеличава се значително дялът на майките с ниско образование – от 6,09% на 100 раждания през 1986 г. на 11,09% на 100 раждания през 1994г. При тях честотата на раждане на нискотегловни деца е по-висока в сравнение с другите образователни групи (Фесчиева & Попова, 1993) (Фесчиева, Попова, & Цветарски, 1996).

- Увеличава се извънбрачната раждаемост и доста бързо се преминава от брачен модел на семействата към съжителство на брачни начала, което в началния период на адаптация има негативно влияние (Фесчиева, Попова, & Цветарски, 1996) (Фесчиева & Попова, 1996) (Попова & Фесчиева, 1989) (Bennett, Braveman, Egerter, & Kiely, 1994).

Данните за цялата страна от 1986г. до 1994 г. показват, че точката на влошаване е през 1990г., като е налице кумулиране на неблагоприятни фактори за ДС.

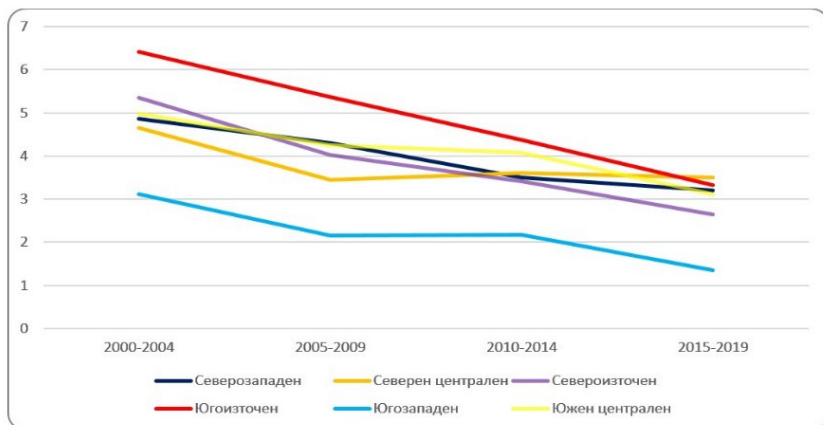
Проследяването на показателите ДС, НДС, РНС показва задържането и покачването им около 1990-1995 и даже до 2000 година, което свързваме с периода на големи социално-икономически и политически промени в цяла Източна и Централна Европа, в т.ч. и България. Потвърждава се тезата на редица автори за силната и бързо появяваща се уязвимост на перинатологичните показатели при социално-икономически кризи (Бийгълхол, Бонита, & Келстрьом, 1994). Така български изследователи установяват, че преходният период е свързан с увеличаване на честота на родени с ниско телесно тегло (Фесчиева, Попова, & Цветарски, 1996). Нарастване броят на нискотегловните новородени се счита за механизъм, по който може да се увеличи ранната неонатална смъртност.

### **Междурегионални различия в показателите за ДС**

Анализът на регионалните неравенства в детската смъртност и всички възрастово-специфични показатели на регионално ниво (NUTS 2) в България, за периода 2000-2019 разкрива в допълнителна дълбочина процесите и факторите, които действат на общностно ниво. Изборът на регионалното ниво съответства на европейския подход за изучаване на регионални здравни неравенства. Сравнителният анализ представя последователно показателите ранна, късна, пост неонатална ДС и мъртва раждаемост като се търсят сходствата и различията в тенденциите между шестте региона в България.

### **Регионални различия в тенденциите в Ранната неонатална ДС**

РНС намалява от 4,7 до 2,6 на 1000 за цялата страна като величината на разликите между регионите с най-високи и най-ниски стойности леко се увеличава до от два до 2.6 пъти (Фигура 5).



**Фигура 5.** Ранна неонатална детска смъртност по региони в България

Югозападният регион (който включва град София) показва най-благоприятни стойности в РНС през целия двадесетгодишен период. В края му РНС е 1,3 на 1000, т.е. два пъти по-ниска от РНС във Франция - 1,8‰, Дания - 2,4‰, Люксембург - 3,4‰, което показва, че региони в нашата страна се справят по-добре от западно-европейски държави (WHO European Data Warehouse, 2021). Постигнатото от един регион, би следвало да бъде постижимо и в останалите региони на страната.

Югоизточният регион е с най-високи стойности на РНС почти през целия интервал. След 2015 г., той е изместен от Северен централен със стойности на РНС през 2019 г. 3,5‰, по-високи от всички разглеждани 28 европейски страни.

С най-интензивна тенденция за намаляване на РНС през целия двадесетгодишен период са Югоизточният и Североизточният, в които РНС е снижена два пъти. В останалите региони също се отчита снижение между началото и края, но то е съпроводено с периоди на задържане на РНС в средата на периода между 2005-2015 г. Това задържане в четири от

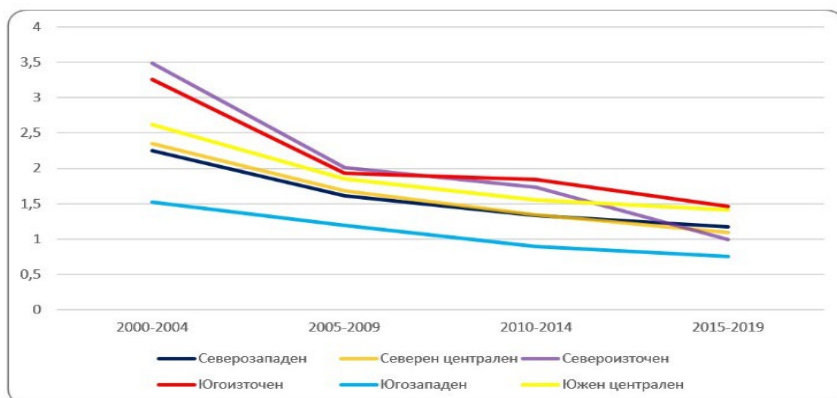
регионите е причина и за разместване на ранжирането между тях. Североизточният регион, който тръгва от втората неблагоприятна позиция достига до втората благоприятна позиция.

Обяснение на задържането на нивата на РНС между 2005-2015 г. може да се търси в протичащите сериозни структурни промени в болничната помощ, които засягат както родилната, така и неонатологичната и педиатрична помощ. Голяма част от неонатологичните екипи са неокомплектовани с персонал и апаратура и влошават качеството на своята дейност, като дори преминават от второ ниво неонатологична помощ в първо (Хрисотва, 2008)

В Югозападния регион (гр. София) са разкрити неонатологични звена от най-високо (трето) ниво в пет частни и в три университетски болници. В три от тези звена се провежда най-високотехнологична интензивна терапия с прилагане на животоспасяваща сърфактант терапия, което дава шанс за живот на високо рискови новородени деца с много ниско и екстремно ниско тегло. Разкриването на съвременни неонатологични отделения към частните болнични структури, окомплектоването с достатъчно неонатолози, специалисти по здравни грижи, засилва конкуренцията и подобрява нивата на неонатологичната помощ. Всички тези позитивни промени намаляват рязко неонаталната смъртност и обясняват благоприятната позиция на този регион. В други обаче, като северен централен се наблюдават по-скоро противоположни процеси на недостиг на специалисти по здравни грижи – акушерки и по-ниско ниво на специализирана неонатологична помощ, като Велико Търново, Разград и Русе. (Христова, 2008).

## Регионални различия в тенденциите в Късната неонатална ДС

КНС е единственият специфичен индикатор за детска смъртност, при който се наблюдава известно сближаване на стойностите между шестте региона в България в края на изучавания двадесетгодишен период. Фигура 6



**Фигура 6.** Късна неонатална смъртност по региони за България в периода 2000-2019 г.

В 2000 г. разликата между североизточния (с най-висока КНС – 3,5‰) и югозападния регион (с най-ниска КНС 1,5‰) е над два пъти,  $RR=2,3$ . В края на периода относителната разлика между региона с най-висока КНС и този с най-ниска – югозападния - е  $RR=1,94$ .

КНС се подобрява значително, но вариabilно през 5-годишните подпериоди и в шестте региона. Най-голямо подобрение, почти 40% намаляване се случва между първия и втори подпериод в североизточния и югоизточния региони. В останалите четири също има позитивни процеси за снижаване на показателя, поради което не се променя ранжирането между регионите. Скоростта на положителните промени в КНС спада до

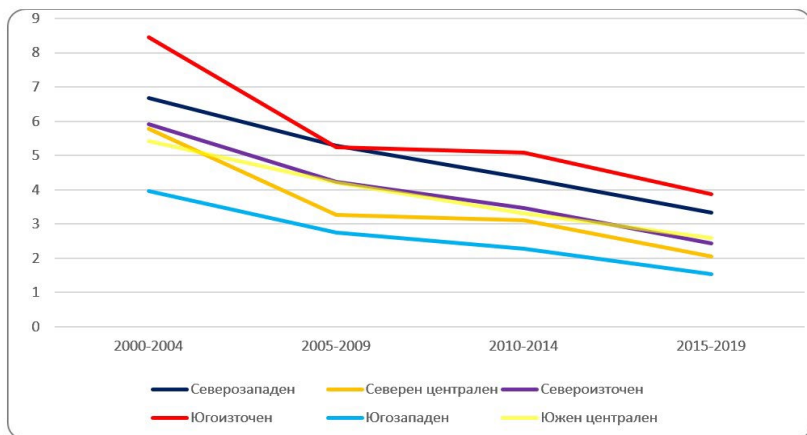
20% между втора и трета декада и по-малко от 20% между трети и четвърти под-период, с изключение на североизточния регион.

Североизточният регион е специален случай по отношение на КНС, която намалява 3,5 пъти за периода и регионът изпреварва няколко други като отново (както и за РНС) заема по-благоприятна позиция в края спрямо началото на периода. Подредбата на региона се променя – от най-лоши стойности на показателя в началото до втори с най-ниски стойности (благоприятни) в края на периода – с 0,9‰ късна неонатална смъртност през 2019 г.

Североизточният регион през последните години бележи много добра организация на педиатричната дейност. Той е водещо звено не само по медицински стандарти по педиатрия, но с по-добра окомплектованост с кадри и внедряване на протоколи за добра педиатрична практика.

### **Регионални различия в тенденциите в Постнеонатална ДС**

Постнеонаталната смъртност през последните четири десетилетия е имала най-високи стойности спрямо РНС и КНС. Регионалните сравнения показват, че ПоНС намалява със сходни темпове във всички региони като снижението в регионите е от 2 пъти (в северозападен) до 2,8 пъти в северен централен регион.



**Фигура 7.** Постнеонатална детска смъртност по региони в България за периода 2000-2019 г.

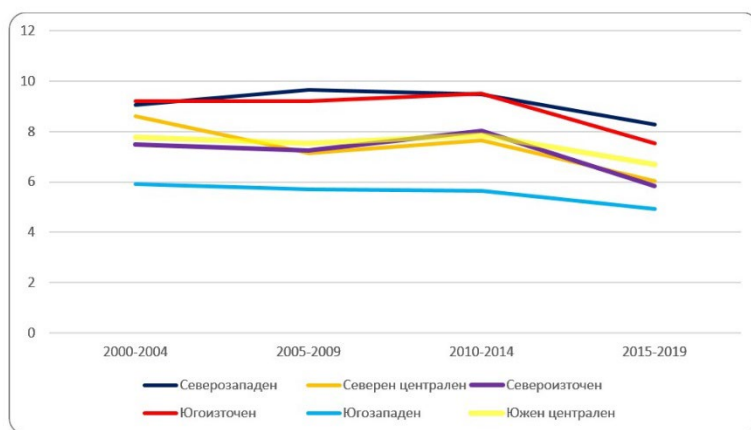
При този специфичен показател не се стига до промяна в ранжирането на регионите. С най-благоприятни стойности през целия период на ПоНС е югозападният регион, а с най-високи стойности е отново югоизточният. След 2010 г. разликите между регионите започват да се задълбочават, като достигат до  $RR=2,5$ .

Възможно обяснение е намаляване на обхвата, недостатъчни по обем действия насочени към семействата в риск както и особеностите на региона с голям брой разпръснати малки населени места, често с липса или затруднен достъп на първична здравна помощ, ниското социално-икономическо положение.

### **Регионални различия в тенденциите в мъртворождаемостта**

Мъртворождаемостта (МР) е показател, оценяващ дейността на пренаталната грижа, който проявява специфика в тенденциите в изучавания период. Ако при РНС, КНС, се забелязва ясно снижаване на нивата, то МР запазва стабилност през по-голямата част от 20-годишния период. Дори през 2/3 от

периода (първите 15 години) се наблюдава леко покачване на стойностите на МР в два от регионите. Тази стабилност е съчетана с междурегионални разлики. В началото на периода, югоизточният регион е с най-висока МР 9,2%, а с най-ниска МР е югозападният – 5,9%, което означава разлика от 1,5 пъти. В края на периода 2019 година с най-висока МР е северозападният – 8,3%, а с трайно ниска е югозападният – 4,9%.



**Фигура 8.** *Мъртвораждаемост по региони в България за периода 2000-2019 г.*

Относителната разликата между регионите по отношение на МР става малко по-голяма спрямо началото – 1.7 пъти.

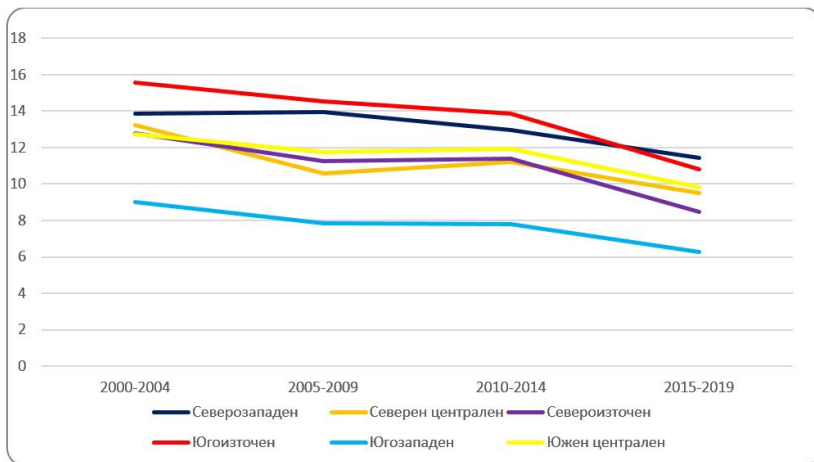
Причините за задълбочаването на междурегионалните разлики в МР трябва да се търсят в организацията и качеството на активното наблюдение на бременните жени, извършвано от акушергинеколози в медицински центрове или болнични заведения. Огромен контингент бременни жени от селата, ромски или турски региони и квартали остават без активно наблюдение. Реорганизацията на доболничната помощ, ограничаване на

достъпа до женска консултация рефлектира неблагоприятно върху показателя за раждане на здраво, доношено дете.

Мъртва раждаемостта остава тревожен показател. Липсата на специализирано наблюдение на бременността, на своевременно диагностициране на рисковата бременност от специалист, високият процент на раждания при момичета преди репродуктивна възраст налага сериозни промени в организацията на грижите за бъдещите майки в двата рискови региони в България – северозападен и югоизточен.

### **Регионални различия в тенденциите в Перинаталната смъртност**

Перинаталната смъртност е основен медико-демографски показател, който характеризира качеството, структурата и организацията на комплексните грижи за майчиното и неонаталното здраве. Този показател отразява качеството на грижите в родилната и неонаталната помощ през първите дни след раждането. Регламентирането на неонатологията като самостоятелна специалност след 1991г., изработването на медицински стандарти за добра неонатологична практика, окомплектоването на реанимационните кьтове във всички родилни заведения, внедряването на протоколите за първи грижи за новороденото през първите пет „златни“ минути, присъствието на неонатологичен екип при раждането рефлектира благоприятно и намалява риска за ранна неонатална смъртност.



**Фигура 9. Перинатална смъртност по региони в България за периода 2000-2019 г.**

Най-ниски стойности на перинатална смъртност са констатирани в югозападния регион – 6,3%. Негов антипод и регион с най-лош показател – почти 2 пъти над ниските стойности е северозападния. Интересно е, че само един регион (североизточния) в най-добрите си стойности (8,5%, 2019г.) успява да достигне най-неблагоприятните стойности на Югозападния (9%) през 2000г. Високите нива на перинатална смъртност до голяма степен зависят и отразяват проблемите съпътстващи многобройните реорганизации на доболничната и болничната помощ и значителния дефицит на кадри: както на педиатри, неонатолози, така и специалисти по здравни грижи.

В обобщение следва да се изтъкне, че за разглеждания период от 2000 до 2019 г. има регион, който запазва трайно благоприятни нива за всички показатели, Югозападният и се обособяват два региона в неравностойно положение по отношение на показателите на детска смъртност – Северозападният и Югоизточният. Ако в трите периода от

първата година има значимо снижение на показателите по РНС, КНС, то в МР не е така. Там се отчита задържане с повишение в някои от подпериодите, което дава доказателства, че наблюденията на бременността не са достатъчни по обем и качество на грижата. Очертава се поле за интервенция. Междурегионалните неравенства са в най-голяма степен резултат от организационни неблагоприятия в регионите с проблемно високи показатели и организационни успехи за регионите с ниски нива на показателите. В този смисъл междурегионалните различия отразяват несправедливото влияние на лошото управление на здравната система на национално и регионално ниво, те са нежелани, но напълно обратими и предотвратими, ако станат фокус и приоритет на здравната и социалната политика.

#### **Готовност на майките за раждане и грижи за детето в периода до 1 година**

Третото проучване е насочено към разкриване ролята на различните звена от здравната система в подготовка на майките за осигуряване на пълноценна грижа за децата и по този начин върху здравето им и нивата на ДС. След селекция на отзовалите се, общият брой участници е 249 (*Таблица 5*).

**Таблица 5.** Основни характеристики на изследваните лица

|                               |                                | <i>БРОЙ</i> | <i>ОТНОСИТЕЛЕН<br/>ДЯЛ</i> |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------|----------------------------|
| <i>ВЪЗРАСТ</i>                | До 29 години                   | 56          | 22,5%                      |
|                               | 30-39 години                   | 155         | 62,2%                      |
|                               | Над 40 години                  | 38          | 15,3%                      |
| <i>ОБРАЗОВАНИЕ</i>            | Общо                           | 249         | 100%                       |
|                               | Средно                         | 42          | 16,9%                      |
|                               | Висше бакалавър                | 72          | 28,9%                      |
|                               | Висше магистър                 | 135         | 54,2%                      |
|                               | Общо                           | 249         | 100,0%                     |
| <i>СЕМЕЙНО<br/>ПОЛОЖЕНИЕ</i>  | Самотен родител                | 7           | 2,8%                       |
|                               | Омъжена/ Женен                 | 128         | 51,4%                      |
|                               | Живее на семейни<br>начала     | 114         | 45,8%                      |
|                               | Общо                           | 249         | 100,0%                     |
| <i>ЗАЕТОСТ НА<br/>МАЙКАТА</i> | На постоянен трудов<br>договор | 206         | 82,7%                      |
|                               | Учащ/а                         | 9           | 3,6%                       |
|                               | Безработен/на                  | 20          | 8%                         |
|                               | Друго                          | 14          | 5,6                        |
|                               | Общо                           | 249         | 100%                       |
|                               | Постоянен трудов<br>договор    | 225         | 90,4%                      |
| <i>ЗАЕТОСТ<br/>ПАРТНЬОР</i>   | Учащ                           |             |                            |
|                               | Безработен                     | 7           | 2,8%                       |
|                               | Друго                          | 10          | 4%                         |
|                               | Общо                           | 242         |                            |
|                               | Общо                           | 249         | 96%                        |
| <i>МАЙЧИН ЕЗИК</i>            | Български език                 | 239         | 96%                        |
|                               | Руски език                     | 2           | 0,8                        |
|                               | Турски език                    | 7           | 2,8                        |
|                               | Арменски език                  | 1           | 0,4                        |
|                               | Общо                           | 249         | 100%                       |

Средната възраст на участниците е 34 (SD 6.2) години, като две трети от тях (62.2%) са на възраст от 30 до 39 години. Участниците са високо образовани – над 80% са с висше образование; 96% са посочили български като майчин език. Най-голям е дялът на родителите встъпили в брак 128 (51,4%), още 114 (45.8%) живеят на семейни начала (*Таблица 5*).

Първото звено на здравната система, което участва в подготовката на майката чрез проследяване на бременността е **женската консултация**. Почти всички, 94% от респондентите, отговарят, че редовно са посещавали наблюдаващия ги лекар и са получили съвети за правилно пренатално поведение.

Същевременно повече от три четвърти (76%), не са получили съвети и насоки за отглеждане на очакваното дете (*Фигура 10*).

За предстоящото майчинство всички респонденти са ползвали и значителен брой други източници на информация. Участниците в проучването са дали между 1 и 5 (максимален посочен брой) отговори, а общият им брой са 613. Най-предпочитаният източник на информация (28%) са роднини/приятели, 23% са посочили медии, включително: телевизия, списания, интернет. На трето място са форуми в социалните мрежи с 19% от отговорите, а на четвърто място с 15% - училище за родители, а други медицински лица са посочени от 7%; едва тогава с 5% от всички отговори се нареждат съветите получени от ЖК.

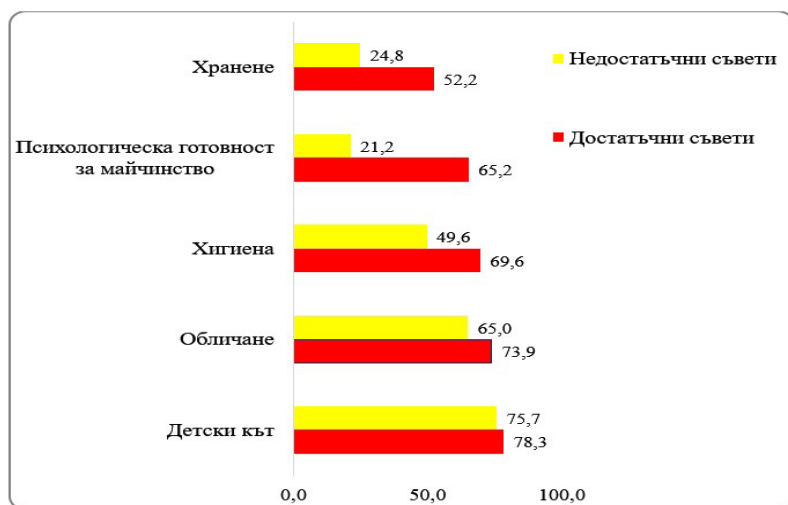


**Фигура 10.** Съвети получени по време на проследяване на бременността

Дори и да се групират заедно отговорите „ЖК“, „други медицински лица“ и „училище за родители“ имат по-малка обща тежест от доверието, с което бъдещите майки се отнасят към съветите от родители и приятели, медии, социални мрежи, интернет.

В този контекст са логични и очаквани отговорите относно готовността за родителство в края на бременността. Непосредствено преди раждането респондентите се чувстват най-подготвени в битово отношение – 76% са подготвили детски кът; 67% имат готовност по отношение на хигиената на очакваното дете, 66% - за обличането, 50% - по отношение на къпане. Значително по-малка готовност се установява относно храненето, по-малко от 1/3 от майките съобщават това. Една четвърт (25,3%) са се чувствали психологически подготвени да посрещнат новороденото дете, а 1/5 изобщо не са се чувствали подготвени.

Респондентите, посещавали и получили съвети в Женската консултация (22,2%) определят общуването с тази структура, именно заради това като полезно.



**Фигура 11.** Степен на готовност за предстоящото родителство – получени съвети в Женска консултация

Сред тях 65,2% се чувстват психологически подготвени за майчинство срещу 21,2% ( $p < 0,001$ ), които оценяват

информацията като недостатъчна или липсваща (Фигура 11). Положителен е ефектът на пълноценното общуване на здравните специалисти и родителите по отношение на готовността на бъдещите майки за хранене на новороденото (52,2% срещу 24,8% ( $p=0,019$ ). С останалите съвети, не се откри статистическа връзка.

Нашето убеждение е, че подготовка на майките за бъдещото родителство трябва да започне още в ЖК, въпреки че това не е нормативно регламентирано.

Следващият контакт със здравната служба е **родилното заведение**. Три четвърти (73,5%) от майките са предпочели да родят в държавна или общинска болница, като не се установява връзка на избора за болница с образованието ( $p=0,664$ ), но има такава с възрастта. С нарастване на възрастта намалява дялът на избралите частна болница ( $p=0,024$ ).

Особено внимание заслужават въпросите свързани с кърменето – обучение, ползи от изключително кърмене и потенциални проблеми. По време на *престоя в родилното отделение*, който представлява преход към грижите за новороденото в дома - близо половината респонденти - 44,2% ( $n=110$ ) - не са обучавани по отношение на кърменето. Не са съветвани как да се справят с евентуални проблеми при кърменето почти 75% ( $n=186$ ), на също толкова от анкетираните - 75,1% ( $n=187$ ) не са обяснени ползите от изключителното кърмене. Голяма част от болничните структури са „Болници, приятели на бебето“ и са задължени да обучават бременните за изключително кърмене, да изтъкват предимствата на кърмата по отношение профилактиката на социално значимите болести. Наблюдава се разлика в обучението за започване на кърмене в зависимост от вида болница, в която е родено детето - в частната болница родилките получават повече напътствия от тези,

доверили се на общинска или държавна болница ( $p < 0,01$ ) (Таблица 6).

**Таблица 6.** Обучение за кърмене в родилно отделение, според вида болница

|                             | Започване на кърменето | Необходимост изключително кърмене | от | Справяне с потенциални проблеми при кърмене |
|-----------------------------|------------------------|-----------------------------------|----|---------------------------------------------|
| Държавна / общинска болница | 51,4%                  | 20,7%                             |    | 21%                                         |
| Частна болница              | 68,2%                  | 29,7%                             |    | 32,8%                                       |

При изписване от родилното отделение най-голям дял от майките са получили указания как да обгрижват новороденото по отношение на пъпен остатък - 68%; по въпроси свързани с тоалета /къпане на новороденото - 48% ( $n=119$ ); следват указания за: хранене - 41%; обличане на бебето - 25,3%; сън и бодърстване - 13,7%. Почти 30% ( $n=73$ ) от респондентите не са получили никакви указания за грижа за новороденото при изписване от родилното отделение.



**Фигура 12.** Получени указания при изписване на новороденото от родилно отделение

Освен в обучението за кърмене частната болница се представя много по-добре и по отношение на указанията при изписването на новороденото (Таблица 7).

**Таблица 7.** Получени указания при изписването от болница според вида болница

|                             | Хранене | Къпане | Грижа за пълен остатък | Обличане | Сън и бодрстване |
|-----------------------------|---------|--------|------------------------|----------|------------------|
| Държавна / общинска болница | 34%     | 39%    | 62%                    | 19%      | 13%              |
| Частна болница              | 59%     | 71%    | 85%                    | 42%      | 17%              |
| P value                     | 0,001   | >0,001 | 0,001                  | >0,001   | 0,406            |

Следващата група въпроси е свързана с грижите за новороденото дете след изписване от родилното отделение.

**Посещения на медицински лица в дома на новороденото.** Голям е процентът на родилките посетени в дома от ОПЛ/педиатър - 85,5% (n=213) и съвсем малък от медицинска сестра или акушерка - 0,8% (n=2). Не са посетени изобщо от медицинско лице 34 души (13,7%). Във възрастовата категория над 40-години има най-голям процент посетени от ОПЛ/педиатър в дома – 95%. Не се открива зависимост между степента на образование на майките и посещението от медицинско лице в дома ѝ.

*Срок за посещение в дома.* Посещението от медицинското лице е извършено до 24-я час след изписването при 27% (n=67), до 3-я ден – още при 47,4% (118), общо до 3-я ден са посетени 74,3% (185), и след 3-я ден - при 12% (n=30).

*Дадени съвети от лекар, при първото домашно посещение:* най-голям дял майки са получили насоки по отношение на третирането на пълен остатък - 88% (n=220) (Фигура 13).



*Фигура 13 Получени съвети от медицинското лице при първото домашно посещение*

Може да се направи заключение, че първото посещение на медицинско лице в дома, е от лекар, съобразно програмата "Детско здравеопазване" и е наситено с много информация, съвети и насоки по отношение на първите грижи за новороденото. С приоритет са давани съвети, които се отнасят за първите дни след изписването.

Различни са източниците, към които респондентите се обръщат в случай на затруднение през първата година на детето: 45% се доверяват на медицинско лице, почти 40% търсят съвети

от приятели и роднини, а 16% - от медиите, включително интернет или статии.

При анализ по степен на образование на анкетираните, се установява зависимост между образованието на майките и намирането на решение при възникнал проблем при отглеждане на детето. Майките с висше образование най-често търсят съвет от медицинско лице - 48%, докато майките със средно образование се доверяват на роднини и приятели 64%. Статистическите различия между двете групи са значими ( $p=0,002$ ).

#### *Сигурност на знанията за отглеждане на малко дете*

Най-голяма сигурност майките чувстват по отношение на имунизациите – 58%, следвани от „грижа за кожата“ и „общуване“ 55% и „хранене“ – 53%. Най-малко сигурни са по отношение на „закаляване“ – 32% и нервно-психическо развитие“ – 36%. Със средна сигурност от 40 до 50% са по отношение на физическото развитие на детето – 49%, грижи при поникване на зъби – 45%, гимнастика – 43%.

Сигурността в знанията е особено важна в сфери като имунизации, хранене, физическо и нервно-психическо развитие. Макар че не се установи статистически значима връзка между сигурността и източниците, които я формират, буди размисъл фактът, че:

✓ Сигурността в област „Имунизации“ се формира от на първо място от медии/интернет - 62%, следвани от приятели и роднини (59%), а от медицинско лице - 56%.

✓ Относно „Храненето“ 59% от майките са изградили своята сигурност въз основа на прочетеното в медии/интернет, 55% въз основа на съвети от роднини и приятели, а 50% от медицинско лице.

✓ Грижа за кожата - най-голям процент – 49% са информирани от медиите (интернет, социални мрежи, форуми), а 41% - от медицинско лице.

Не се открива връзка между образование /възраст с всяка една от областите. Вероятно значението на тези източници на информация, особено на медии и медицински професионалисти, е в процес на промяна и следва да бъде динамично проследявано.

**Детската консултация.** Тя се ползва с висок авторитет сред майките, 97,6% я посещават редовно.

Като полезна (много и в голяма степен) определят детската консултация 85% от респондентите; 13% я намират не особено полезна; единици не я намират за полезна 1% (n=3).

На въпроса за удовлетвореността от детската консултация мненията рязко се разделят на две – групата на доволните е много по-голяма 89,6%, от тези, които не намират никаква полза 10,4%. Много силна връзка се намира между удовлетвореността от детската консултация и мнението на майките за полезността ѝ ( $p=0,000$ ).

Може да се предположи, че голямото доверие към Детската консултация се разпростира и върху здравната система: 94% от тези, които смятат ДК за полезна, търсят съвети от медицинско лице; с 85% след тях са доверяващите се за съвет на приятели/роднини. На трето място са родителите, които търсят разрешение на проблема в медиите 63%.

Полезността на ДК би трябвало да бъде свързана с възможност за диалог на родителите с медицинския персонал, което се проявява чрез свободно задаване на въпроси. Свободни да отправят своите въпроси се чувстват 76%, въздържат се да питат 14%, въпреки че не чувстват притеснение, а изпитващите притеснение да се допитват до личния лекар са 8%.

Факторите, за които се смята, че ще подобрят комуникацията с педиатър/ОПЛ са: по-дълго време за

преглед/контакт и усещане за по-голяма отзивчивост от ОПЛ. Онези, които изпитват притеснение да задават въпроси са посочили, че наличието на сестра би спомогнало за тяхното по-свободно общуване ( $p < 0,001$ ).

Почти половината от запитаните 49% ( $n=121$ ) намират, че посещенията на медицинска сестра в дома (патронажна) биха били полезни за повишаване знанията и уменията им за отглеждане на малко дете, а 41% ( $n=108$ ) са твърдо убедени, че трябва да се въведе подобна практика. Само 10% не вярват, че това би било от особена полза за младия родител. Не се установи връзка между възрастта на респондентите и мнението относно въвеждане на патронажна сестра ( $p=0,681$ ).

*Подкрепа от семейния кръг и приятели.* При отглеждането на детето 69% от запитаните разчитат предимно на партньора, 23% получават подкрепа от родители, а едва 6% отглеждат детето без странична подкрепа.

Подготовката на майките за раждане и отглеждане на дете до 1-годишна възраст е разгледана в основните допирни точки между майката и здравната система: ЖК, родилно заведение, детска консултация и грижи в дома.

От представените по-горе резултати, заслужават отбелязване тези дефицити, които могат да се имат предвид при бъдеща изследователска работа и при формиране на препоръки към здравната служба:

- В женската консултация:
  - ✓ 76% от редовно посещаващите ЖК не са получили съвет за отглеждане на новороденото;
  - ✓ ЖК не се явява предпочитан източник на информация за предстоящото родителство.
- В родилното отделение
  - ✓ 30% при изписване не са получили указания за отглеждане на новороденото;

- ✓ 44,2% не са обучавани по отношение на кърменето;
- ✓ Налице е разлика между частна и общинска/държавна болница в обучението за отглеждане на новороденото в дома, в полза на частната.
- ✓ 14% от новородените не са посетени от медицинско лице в дома;
- ✓ Медицинските лица са в периферията като източниците на информация по отношение на важни въпроси като хранене и имунизации, а се дава предимство на интернет и социални мрежи.
- Грижи в дома за дете до 1 година

### **Качествено проучване относно влиянието на етно-културни фактори при майки от ромски произход**

В проучването взеха участие 11 жени от ромски произход. Интервютата са проведени в места с ромски общности: във варненските квартали Владиславово (2 жени) и Максуда (2 жени) – в присъствие на медиатор, в домовете на хората в периода октомври 2022 – май 2023 г.; в град Дългопол (4 жени) – в парка пред кметството по време на полева работа по проект „Хипертония“ в рамките на ромската интеграция на 06.10. 2022 г.; в кв. Аспарухово (3 жени) – в Културния дом през м. Октомври 2022 г. със съдействието на медиатор. Продължителността на едно интервю е от 45 мин. до 65 мин. Въпросите са насочени към периода на бременността, готовността за отглеждане на малко дете, и периода след раждането на детето, в контекста на семейството и в общността.

**Таблица 8.** Характеристики на участниците в проучването

|     | Възраст | Място на израстване   | Местоживеене          | Основно занятие         | Брой деца | Семейно положение | Образование      | Ниво на владеене на български език | Възраст при първо раждане |
|-----|---------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------|-------------------|------------------|------------------------------------|---------------------------|
| P1  | 30      | Село Житница          | Дългопол              | Отпуск майчинство по    | 4         | Омъжена           | Завършен 10 клас | отлично                            | 18                        |
| P2  | 27      | Дългопол              | Дългопол              | Отпуск майчинство по    | 2         | Омъжена           | Средно           | отлично                            | 19                        |
| P3  | 21      | Дългопол              | Дългопол              | Отпуск майчинство по    | 1         | Омъжена           | Средно           | отлично                            | 21                        |
| P4  | 23      | Дългопол              | Дългопол              | Отпуск майчинство по    | 2         | Омъжена           | 10 клас          | отлично                            | 17                        |
| P5  | 30      | Кв. Аспарухово, Варна | Кв. Аспарухово, Варна | Работи социалната сфера | 2         | Омъжена           | Средно           | отлично                            | 19                        |
| P6  | 38      | Колхозен пазар, Варна | Кв. Аспарухово, Варна | Отпуск майчинство по    | 3         | Омъжена           | Средно           | отлично                            | 20                        |
| P7  | 28      | кв. Максуда Варна     | Кв. Аспарухово, Варна | Домакиня                | 4         | Омъжена           | Втори клас       | слабо                              | 15                        |
| P8  | 37      | кв. Владиславо, Варна | Кв. Максуда, Варна    | Домакиня                | 4         | вдовница          | Шести клас       | отлично                            | 18                        |
| P9  |         | Село до Добрич        | Кв. Максуда, Варна    | Домакиня                | 2         | Омъжена           | Шести клас       | отлично                            | Не отговори               |
| P10 | 39      | Кв. Валадславо, Варна | Кв. Валадславо, Варна | Отпуск майчинство по    | 7         | Разделена         | Не е учила       | отлично                            | 18                        |
| P11 | 37      | Кв. Валадславо, Варна | Кв. Валадславо, Варна | Домакиня                | 5         | Омъжена           | Втори клас       | отлично                            | 17                        |

*Средната възраст* на участниците е 29,5 години. (мин. 21- макс. 39).

По *образование* групата е разнородна: със средно образование са 4 жени; една майка се е върнала в училище след ражданията си и учи в 11 клас; една е със завършен 10 клас; две са със завършен шести клас; 2 – със завършен втори клас и една не е ходила на училище.

Възможности за *завръщане в училище* съществуват, но не са много големи. Майките завършили само втори или шести клас са ангажирани с повече деца, станали са майки за първи път в ранна възраст, не намират и достатъчно подкрепа от семейството,

за да се върнат в училище и да продължат образованието си. От жените, незавършили училище, само една е насърчена от партньора си да завърши средно образование, както и да се включи в шофьорски курс – т.е. да се развива „*Тя учи в 11 клас и курсове кара за шофьор.*“ – споделя с гордост съпругът на жената (P1). Всички други, без образование, не виждат начин да учат или да работят „*Как да се върна с тия деца? Кой ще ги гледа?*“ (P7). Подобни бяха изказванията на още две респондентки (P11; P12).

*По работен статус* - една жена работи с (полага грижи за) възрастни хора, шест са в отпуск по майчинство, а останалите 4 са домакини. Според *семейния статус* – 9 от респондентките отглеждат съвместно с партньора си децата, 1 е вдовица, а 1 е разделена с бащата на децата.

*По брой на децата* – една жена е със седем деца, една с пет, две – с по четири; две – с по три; четири - с две деца и една - с едно дете.

*Раждане на първо дете*: най-ранната възраст на раждане сред нашите участници е 15 години. Именно тази майка изрази съжаление, че е родила на такава млада възраст. Надява се момичето ѝ да няма нейната съдба „*Пратила съм я да учи! Не искам да ражда. Не искам да е като мене от рано майка!*“ (P7). Няколко от по-образованите момичета изказаха мнение, което звучеше като заключение: „*Нашите хора не искат вече да раждат толкова рано, повече ходят на училище.*“ (P5). Същата респондентка прави извод, че „*много от жените съжбяват, че са родили много млади, и то не само от нашите, но и от българките*“. (P5)

*Религиозната принадлежност*. Според религиозните вярвания – интервюираните изповядват две от най-разпространените религии – ислям и християнство; християнството беше представено от няколко течения – най-характерното за България - източно православие, Свидетели на

Йехова, а седем жени бяха от евангелисткото протестантско течение. Една от тях, споделя *„Сама се научих [да чета], седя тук и си чета Библията. На телевизора гледам само проповедите. Евангелистка съм.“* (P10); *„И аз като така, евангелисти сме.“* (P11). Жена от квартал Аспарухово, завършила средно образование и работеща в социалната сфера – също евангелистка. *„Религията помага, ние сме евангелисти, много ни помага това, дават ни съвети за хигиената, за къпането.“* (P5).

*Жените с по-високо образование (главно от Дългопол) изтъкват положителната роля на принадлежността си към протестантите-евангелисти в общуването, взаимопомощта и участието във важни за здравето кампании. „Подкрепяме се, помагаме си. Ето и днес колко хора сме довели“* (P1). Има предвид профилактичните прегледи по проект „Хипертония“. Други, които са с по-ниско образование – Владиславово, говорят с респект за пастора *„учи ни на много неща“* (P10), *децата им ходят на училище.*

**Езикови бариери:** Интервютата се проведеха на български език, но не всички говореха достатъчно добре. Най-големи трудности с езика имаха две жени, израснали в дом „Гаврош“ във Варна, където са били изключително сред деца от ромски етнос. В тези случаи медиаторът се намесваше да дообяснява въпроса или се налагаше перифразиране от водещия интервюто докато респондентът разбере смисъла. Обичайно, краткото пребиваване в училище е свързано с по-лошо познаване и по-ограничени възможности за свободен разговор на български език сред респондентите.

*При провеждането на интервюта срещнахме бременна жена на 19 години, в последните дни на бременността (живееща в Максуда – дерето и не е включена в интервютата), която не знаеше български език и разговаряше с медиатора на*

ромски език. Медиаторът обясни, че има и други такива млади жени. Според него обикновено християнките говорят български, а мюсюлманките - турски или ромски.

**Социално-битовите условия** на интервюираните са доста различни: жените от град Дългопол, споделиха, че живеят в двуетажни домове, обитавани от роднини, едно от младите семейства е на самостоятелен етаж, а останалите са на етаж с родителите на съпруга. Имат вътрешен санитарен възел, канализация и течаща топла вода. Не съобщават за сериозни материални затруднения при отглеждане на децата. Във всички семейства има работещ партньор, не се оплакват от ниски доходи.

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

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

дядо, моите баба и дядо, родителите ми са в Германия. На село е, там да учи. Там имаме адресна регистрация.“ (P9).

Има случаи, когато жените не искат повече деца, но партньорите им не се съобразяват с това. „Седем деца имам. Не исках повече. Мъжът ми ми обеща, че ще ме пази. И ей, нă – виж го малкото. Искам спирала да си сложа.“ (P10). „Пет имам. Не знам как стана това последното. Мъжът ми като разбра, че съм бременна пак и ме изгони. Не искахме дете.“ (P11)

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

**Женската консултация** като институция и термин е добре позната на интервюираните, навлязла е трайно в живота им. Реорганизацията на доболничната помощ възлага тази дейност на общопрактикуващите лекари, които имат задължението да наблюдават бременните, да ги насочват за консултация с акушер-гинеколог.

Всички бременни са посещавали ЖК като са им били назначавани изследвания и провеждани прегледи: „И с двете деца ходих на женска консултация, всички прегледи, изследвания.“ (P5); „И с трите деца ходих на консултации.“ (P6); „Аз от Майчин дом съм много доволна. Прекалено много, цялата бременност там си я изкарах“ (P1).

Някои са получили устни съвети, а една от жените - брошура за правилно кърмене. „В Провадия ходихме при един и същ лекар. Платихме си, имаме осигуровки, но си платихме. Всичко ни казваше и обясняваше... даже на мен ми даде един талон как да кърмя, същия месец дете щях да раждам“. (P3).

По-голямата част от интервюираните, които са посещавали Женската консултация са доволни от начина на протичането ѝ: назначени изследвания, получена информация, отношение от страна на водещия лекар.

Само една респондентка сподели негативните преживявания по време на женската консултация и недоволство от отношението на наблюдаващия бременността: *„При първата бременност, объркване, не знаеш какво да правиш и какво да очакваш.“ ... ‘Сядай! Вдигай краката! Пи\*\*ата му се вижда! Ду\*ата ѝ се видя.’ Пълен селяндур отвсякъде. В н-тата болница ми го назначиха“* (P5);

*По място на провеждане* на Женската консултация за две от участничките от Дългопол това е ставало в град Провадия, в град Добрич – за една жена, поради адресната ѝ регистрация и за всички останали - Варна.

Нито една от жените, респективно семействата (т.е. и партньорите) не са посещавали частни курсове/училища за родители. За Дългопол бяха категорични, че такива курсове няма: *„Училище за родители ли? Не, тук, в Дългопол няма такива неща“*. (P2; P3).

Местата, където са раждали са: СБАГАЛ – Варна, МБАЛ – Варна, МБАЛ Добрич, МБАЛ Бургас, болница в Република Полша; при 2 от жените се е наложило раждане в дома – поради преждевременно настъпило раждане при едната и по неизяснени причини при втората. Обикновено са раждали по естествен път, само при една от жените има планирано секцио и при двете ѝ раждания. Всички жени са предпочели първото им раждане да бъде в *държавна или общинска болница*. Някои от тях споделят негативен опит: останали са недоволни от отношението на персонала към тях, усетили са моменти, които те определят като дискриминационни: *„Мълчи, циганко, дри\*\*о!“ ... ..Има болници, като те видят, че си циганин, не ти обръщат внимание.“* (P1);

*„Това, че сме от малцинствата играе лоша роля...“ (P5) „В Добрич не се отнасяха добре с мен. След секцията трябваше да си взема багажа и да си го нося сама, без количка в дългия коридор.“ (P9); „При първото ми раждане беше ад. Много болки. Не издържах на болките и виках. Дойде лекарят, шибна ме по баджаците и ми се развика: ‘Спри се да викаш! Да не си сама тука?!’ При самото раждане ми вика: ‘Ей сега ще те науча аз!’ И ме скърца, 7 шева ми направи и после го питам защо го е направил. А той ми отговори, че си измислям“ (P5). Това е и обяснението за взетото решение при следващото раждане да се обърнат към частна болница. *“И хората ти обръщат внимание. Много. Като почнеш от тоалетната, водата, всичко... до закуската. Все едно си на хотел... Всичко обясниха, как се правят масажчета, как се къпят.“ (P1). „Не мога да опиша отношение от страна на персонал, медицински сестри, санитарки. Обгрижваха ни, масаж, вчесване... Идваше жена всяка сутрин, обяснява ти как да го [бебето] хванеш, какво да го правиш“.* (P5).*

#### **Насоки за отглеждане на бебето, дадени в болницата:**

Родилното отделение (РО) е място, наситено с емоции, които могат да бъдат и противоречиви: страхове, несигурност, радост. Събитията се развиват интензивно, в кратък период. Полезността на грижите в РО има две измерения - здрава майка и здраво дете. И за двете се предполага, че при напускане на лечебното заведение родилката ще получи указания, съвети. Нашият интерес е насочен към съветите, дадени на майката, за отглеждане на новороденото.

Тези, които трябва да обучават младата жена в първите грижи за новороденото – кърмене, обличане, режим на сън и бодърстване са акушерките в болницата и това е записано в длъжностната им характеристика. Съвети за отглеждане на бебето в болницата са получили само 3 жени, като за една от тях

това е станало в Полша, където е живеела по време на раждането: „В болницата ми обяснявах, не в женската консултация: как да я държа, как да я хвана, да си спи в кошарата, за пъпчето ми обясниха и в двете болници. Платено беше.“ (P9).

Една част от респондентите посочиха, че са получили **съвети, насоки и информация за грижата за новороденото в частната болница**. Там те са имали възможност да задават въпроси, без да бъдат negliжирани и са получавали необходимата информация за отглеждане на бебето. Лекуващият или дежурният лекар ги е стимулирал да задават въпроси: „В частната болницата всяка сутрин идваше лекар, който ме питаше: „Днес какви въпроси имаш към мен?“ И аз си задавах въпросите. Нищо, че ми беше второ дете, чувствах, че искам да си ги задам.“ Същата жена, при предишното си раждане в болница във Варна се е опитала да зададе въпроси „Там [в болницата] ме питаха дали имам майка. Отвърнах, че имам майка, имам баба, имам и свекърва. ‘Да, те ще Ви научат как да си го къпете, как да си го гледате.’ А след това каза: „Изкарай тази цица!’, Хвана ме за гърдата ‘Слагай в устата!’, натисна ме и ‘Ето! Това е!’ (P5). Една от жените споделя за раждането на първото ѝ дете в Добрич: „нищо не ме учеха“ (P9).

Само една от жените заявява, че се е чувствала свободна да задава въпроси в родилното отделение (АГ болница) и при трите си раждания и е получавала информация и насоки „Аз съм доволна. Те ми обяснявах, казваха ми: Гледай сега как се къпе бебето. Обясниха ми как да го кърмя... Третото пак там... И мен ме питаха как съм, добре ли съм.“ (P6).

Следващото звено във веригата „подготовка на майката за грижите за новороденото и за малкото дете“ е **домът**. По програма „Детско здравеопазване“ общопрактикуващият лекар посещава и извършва обстоен преглед на новороденото дете в

първите 24 часа след изписването от родилния дом, а следващото посещение е между 14-ия и 20-ия ден (НЗОК).

Нито една от 11-те жени не знае, че личният лекар на детето трябва да направи *посещение на новороденото* в дома след изписването от родилното отделение. Жена, майка на четири деца, не знае, че лекар трябва да дойде на посещение в дома: „*Не, аз го закарах. На 2 месеца беше. Казаха ми като мине 40-я ден да го заведа да го теглят.*“ (P8).

Наблюдават се различия за първия преглед на новороденото след изписването му от родилно отделение. При две от жените лекарят е дошъл „*веднага*“ (P4; P10), при 2 – „*след 20-я ден*“ (P2; P3). Друга жена споделя опита си при двете ѝ деца. Това, което е родила в Добрич и живее на село е посетено от лекар до 20-я ден след изписването, а роденото във Варна не е посетено, а е заведено на консултация след 40-я ден. „*Не, ние я закарахме, след 40-я ден. А за първото бяхме на село и личният лекар дойде да я види преди 20-я ден. Много съм доволна като ми обяснят хубаво.*“ (P9).

Една от жените споделя за различия в практиката при поредността на детето. „*След раждането на първото ми дете не е идвал доктор вкъщи*“, а при второто дете „*Той ми се обади и ми каза да не излизам на улицата и ще дойде у дома. ...и в продължение на месец, този човек идваше да вижда детето ми...*“ (P5). „*За второто дете, лекарят ми обясняваше всичко, за кърмене, за къпане, за хормоните на бебето.*“ (P5).

По въпроса за *посещение в Детска консултация*, 10 от 11-те жени заявяват, че водят малките си деца на детска консултация. Едното дете е родено в друга държава и при завръщането си в България, системата не позволява детето да бъде регистрирано при личен лекар. Въпреки тези неуредици, майката успява да води от време на време детето при личния

лекар на другите ѝ деца, защото „*знам, че детето трябва всеки месец да си го гледа докторът*“ (P10).

Всички интервюирани поставят здравето на децата си като важен приоритет. Те следят внимателно кога бебето трябва да отиде на преглед и дали са му поставени всички ваксини: „*Водих го всеки месец. Да го теглят, да го мерят. Имунизации да правят.*“ (P8). „*Водила съм ги. Всички ваксини имат.*“ (P7). „*Обръщам внимание. Като стане време за ваксина и ѝ се обаждам [на лекарката]*“ (P1). В съзнанието на тези наши интервюирани Детската консултация се свързва преди всичко с измерване на тегло, ръст и поставяне на ваксини.

При възникнал проблем със здравето на детето им всички интервюирани жени са готови да заведат веднага детето си на лекар/педиатър/ или в Спешен кабинет „*По-скоро ще запаля Пежото и ще отида до Спешния център*“. *Аз си шофирам.*“ (P6). „*Като трябва ги вода на лекар*“ (P7); „*Аз съм го викала [лекаря] у дома*“ (P2). Най-малкото дете (на 7 месеца) на една от жените, родено в Полша се ражда със сърдечен проблем. Тя прави паралел между здравното обслужване в Полша и в България. Проследяване на здравето на детето в чужбина е осигурено от самото раждане. При връщането им, детето се оказва без личен лекар, респективно педиатър за наблюдение. Детето в риск е преглеждано, но прегледите се ограничават само до детска консултация, без специализирано наблюдение на сърдечния проблем (P10).

**Семейно-родова подкрепа** *Партньорите* оказват **подкрепа** на жените си, предимно с осигуряване на прехраната. Но се споменава и за споделени с бащата ежедневни грижи около новия член на семейството. И тази помощ не се отбелязва като нещо необичайно, а като „*в реда на нещата е*“. „*Ами помага, дундурка си ги, люля си ги.*“ (P6); „*Нашият татко храни, сменя*

памперси. Аз като го [бебето] къпя, той [таткото] веднага прави млякото.“ (P3).

Голяма част от интервюираните разчитат на помощ при отглеждането на децата си предимно от родители и роднини, не само с физическа подкрепа, но и по отношение на *съвети*, насоки и информация в грижата за детето: „На бабите разчитам, на нея [посочва жената до нея - мъжете им са братовчеди]“ (P3); „Свекърва ми беше тогава жива и ми казваше как се мие, как се гледа“ (P4); „На майка ми и баща ми.“ (P6). Обикновено става дума за ползване на съвети от два източника - медицински лица и авторитетни личности и/или роднини от общността. Понякога двата източника са конкуриращи се, но в решителния момент, надделяват съветите от професионалистите. Но има и примери, когато указания от последните въобще липсват. Показателен е отговорът на една от жените, живяла в квартал Максуда, който се намира до централната част на Варна. На въпросите дали е получила насоки докато е била в болницата и дали е идвал лекар у дома след изписването, тя отговаря отрицателно: „Никой не ми обясни в болницата... Лекар не дойде у дома. Всичко научих от сестрата на мъжа ми“ (P7).

От отговорите на различни въпроси се прокрадва една тенденция: като че ли лекарите в разгледаните звена доста разчитат на родовите връзки и взаимоучителния метод за обучение по кърмене и грижа за новороденото. Илюстрация на тази тенденция са споменатите по-горе думи на P5, че я отправят към по-възрастните ѝ роднини – майка, баба, свекърва „да я научат“. Може ограничаването на указанията и съветите да се дължи на предубеждение, че жените от ромски етнос няма да ги изпълняват? Две от интервюираните разчитат не само на роднините, но и на статии в интернет – те са със средно образование „Сега и интернет има, от там търсим също“. (P2). Само една е прочела книга, свързана с кърменето, освен

получените съвети от свекървата ѝ; нейното образование е 10 клас „Една книжка прочетох, за кърменето. Полезно ми беше.“ (P4)

Разнопосочните съвети личат в една от най-важните теми – **захранването** – „От втория месец – малко сокче ябълка и така“ (P7); „От втория месец сок от ябълка, на другия ден сок от морков. От третия месец картоф, мачкан с кърма. От четвъртия месец плодови пюре с кърма. От петия месец – попара. Но всичко в много разреден вид.“ (P6); „На три месеца започнахме с пюре с кърмата. Лекар ми каза.“ (P8); „Голямото го кърмех до година и 4 месеца, а малкото е на 2 и още го кърмя. Без адаптирано мляко и без залъгалка. Голямото го захраних на седем месеца и само с домашни пюре с кърмата. Лекарят ми каза.“ (P9). Оказва се, че някои майки традиционно стартират захранването, както е било прието в годините когато техните майки, баби и свекърви са се учили да бъдат родители и да захранват от ранна възраст с плодов сок. Не им е известно, че сега тези препоръки не са в сила.

Неформалната комуникация в общността и рода може да има противоречива роля в грижата за детето. В един от случаите, възрастният, следвайки родовите морални ценности, успява да убеди родителите в многодетно, силно материално затруднено семейство да не изоставят детето в болницата за осиновяване: „Ами мъжът ми каза да я оставим в болницата, защото нямаме пари и възможност. Иначе щеше да ме остави мене. Като се прибрахме след раждането и свекърът пита къде е бебето му обяснихме. Той като се скара на мъжа ми, веднага се върнахме да я приберем.“ (P11). Думата на възрастния родител, уважението към него, водещи в такава затворена общност, са предпоставка детето да остане с родителите си.

Освен насоки за хранене, обличане и къпане, възрастните налагат на младите и неопитните някои отживели практики: „До

40-я ден масаж със свинска мас; във водата с яйце и сол...“ (P6); при някои от случаите митовете, които роднините налагат са рискови за здравето на детето. Една от жените споделя с мъка „Свекърва ми натри тялото на първото ми дете със сол, получиха се големи рани и после имаше инфекция на главата. За другите вече не дадох“ (P11).

Почти всички смятат, че тяхната **принадлежност към ромския етнос е причина за прояви на недобро отношение от страна на медицинския персонал**, преди, по време и след раждането. Това поражда известно недоверие към здравната система и понякога съдържаност към информацията получена от медицинските среди, както и желание да търсят подкрепа от роднини и приятели: „Аз не винаги слушам какво ми казват [лекарите]“ (P8).

Част от жените споделят, че за да получат подобаващо отношение и разбиране **„трябва да си платят“** (P1; P5). По тази причина семейството е предпочело следващото раждане да бъде или в частна болница или да платят за екип. Факт е, че са останали по-доволни: „50 лева искаха. И аз им викам: Защо да давам 50 лева като съм осигурена? Ще отида на Майчин дом, хем ще си видя децата на видеозон“ (P1); „За пореден път се уверих, че Парата е много важна. Платих 1200 лева за раждане на малкия. ...но когато се намеси Парата вече сме клиенти!“ (P5); „За третото ми раждане ми викат, ай подписвай по-бързо (за избор на екип)“ (P8) .

### **Подготовка на младите момичета за майчинство в семейството/училището**

Една част от майките, самите те от многодетни семейства, вече са участвали в грижата за малките си братя, сестри, племенници: „А аз имах опит. На братята ми децата гледах от мъничка. Майка ми умря, а те си пиеха кафетата, и аз ги гледах“ (P8); „Помагах на майка ми да гледа братята и сестрите ми. Аз

съм най-голямата“ (P10); „С така ги гледахме другите, помагахме на майка ни“ (P11). Понякога срещата им била с отминали вече практики, но контактът с малки деца ги е научил на отношение и грижа.

По въпроса за подготовка в училището като институция - почти всички жени споделят, че идеята да бъдат запознати с практически елементи на майчинството в училище е от изключителна важност. *“Да, трябва да се говори [в училищата] какво е бременността, да се научат”* (№4).

Има аргументи, че самите момичета не са узрели за обучение по време на училище. Няколко от интервюираните предложиха *“А защо в мах'лата не се събират“*. (P9) *„Тука [в махалата] ако се събират ще има повече да дойдат да чуят”* (P6). *„Тука ще е по-лесно, по-удобно“* (P8) А няколко споделиха становище, че още в училище трябва *“да има нещичко, да ги подготвят”* (P1;P2; P3; P5; P8) *„може и за момчетата, нали син имам, татко ще бъде някой ден.“*(P8)

Потребности от обучение на майките, на семействата бяха изразени по различни поводи от интервюираните. По какъв начин при съвременното състояние на нещата това би било подходящо да става? Всички отбелязват, че ако има някой, *„който да дойде и да показва и съветва за малкото дете“* ще бъдат доволни. Ще могат спокойно да задават въпросите си и да повишават културата си в тази сфера (P5; P6; P1; P4, P8, P9). Положителният опит с патронажните сестри към Детската консултация в минали периоди на успешно справяне с висока детска смъртност ни подтикна на поставим сондажно въпрос за възможността за подобна практика в наши дни.

На кръга от въпроси, които зададохме дали имат нужда от по-тесен и по-чест контакт с представители на здравната служба, почти всички отговориха утвърдително, всеки според вижданията и културата си. *„Ако има кой да идва, ще си задавам*

*въпросите“ (P6); „Много хубаво ще е някой да идва да ни казва дали правилно ги гледаме.“ (P5) „Има нужда някой да дойде, да ни каже как е, да не се учим сами, иначе е много трудно.“ (P7); „Че що да не искам? Искам! Искам детето ми да е добре.“ (P9)*

Предпазвахме се да зададем директно въпроса дали биха одобрили въвеждането на „патронажна сестра“, поради риск от непознаване на тази институция, но от изказванията, можем косвено да съдим, че практиката за посещение в дома и индивидуализирано обучение би могла да има добър прием.

От думите на интервюираните изпъкват няколко характеристики на този потенциален контакт: семейно ориентиран, в обичайната среда –дома, роля на възпитател свързан с медицински съвети, но и малко по-широко.

## ОБОБЩЕНИЕ (дискусия)

Дисертационният труд бе планиран да отговори на съвременните тенденции в проучванията на детската смъртност в 21. век и на конкретните условия в България. Всяко от проведените четири конкретни проучвания е свързано с определени тенденции.

Централно се явява проучването на тенденциите в детската смъртност в България (1950-2020 г.), в европейски контекст и различията между показателите за шестте региона на България за двадесет годишен период (2000-2019 г.).

Установената асиметрия в мястото на България в европейската класация от една страна по отношение на общата детска смъртност (от 1995 г. - винаги предпоследно), а от друга - по-благоприятно по отношение на неонаталната и ранната неонатална смъртност ( 8-о и 11-о до 1975 г.; 18-19-о място в края), може да бъде обяснена:

✓ с ранното разкриване в България на болнични структури за справяне с новородени деца с повишен риск - недоносени, с ниско за гестационната си възраст телесно тегло, деца от многоплодна бременост и деца на майки с диабет (Лалчев & Христова, 2010) (Христова & Фесчиева, 2014). Осъществената грижа за рисковите новородени се отразява благоприятно на показателите на РНС в 1960-те и 1970-те години (Жекова, Чолакова, Грива, & Христова, 2006).

✓ с нарушена устойчивост на тенденцията за намаление на показателите за детска смъртност през периода на преход, когато бързо нарастват явления, които са фактори за увеличаване броя на новородени в риск - ранни раждания, нисък социално-икономически статус, влошаване на образователната структура на младите майки и други (Фесчиева, Попова, & Цветарски, 1996)

(Чалъкова, 2004) (Ушева, Фесчиева, Попова, Янева, & Димиева, 2008) (Попова & Фесчиева, 1996)

✓ с високата ПоНС през целия разглеждан период и с влошаването и застоя ѝ в преходния период, (Михайлова & Петрова, 2020), което я определя като съществен фактор в неблагоприятния ход на общата детска смъртност, особено след 1990 г.

✓ с настъпилите около 1990 г. симптоми на ерозия в здравната система, а от 2000 г. - смяна на модела в здравно-осигурителен от общопрактикуващ лекар; те водят до промени, на първо време негативни, в здравното обслужване на бременни и деца. Патронажната сестра като член на екипа в детското здравеопазване е ликвидирана, с което отпадат патронажните посещения по домовете и индивидуалната работа със семействата, което е от голямо значение за тези от тях с повишена уязвимост. Намалява броят на действащи специалисти-педиатри (Vekov, Kolev, & Mitev, 2022) (Михайлова, 2018) (Жекова, Чолакова, Грива, & Христова, 2006). Увеличава се участието на ОПЛ в профилактичното наблюдение на децата от 0 до 1 година в Детската консултация, за сметка на специалиста – педиатър (Петрова, 2023). Това явление би могло да се оцени и положително, ако са налице предпоставки (време, адекватна квалификация) ОПЛ да изпълняват качествено своята роля, а не да бъде проява на ограничен достъп до специалист.

**Потвърдени бяха първите две хипотези: България следва европейската тенденция за значително намаление на ДС през 1950-2020 г., но проблемен се явява периодът на социално-икономически преход; именно след 1990 г. настъпва по-значителното изоставане на страната ни от голяма група европейски държави.**

Влиянието на управленско-организационните фактори се открива и в проучването на неравенствата по видове детска

смъртност в шестте региона на България. Динамиката за периода 2000-2019 г. показва подобрене на показателите във всички региони, но с различна сила и темп.

Категоричният първенец по ниски показатели - Югозападният район (с център София), има по-добри постижения от тези на водещи западно-европейски държави, най-изразено при РНС. Това се обяснява с благоприятното влияние от всички фактори: наличие и добро управление на необходимите ресурси в съчетание с рационална организация на лечебно-профилактична помощ за бременни и деца до 1 година.

Двата региона, които са на противоположния полюс, с големи различия от първенеца, са Югоизточният, следван от Северозападния. В случая с РНС, Северният централен район след 2010 г. не бележи почти никакво подобрене и това е свързано с неблагоприятни промени в организацията на болничната помощ – намаляване на нивото на неонатологичните отделения в областните градове Разград, Русе, Силистра и недостиг на акушерки в тях.

Различията между най-високите и най-ниските стойности в първата част на периода са най-големи при ПоНС, където според нас най-силно се отразяват промените свързани с въвеждането на нов модел на здравно обслужване, който при децата е съпроводен с повече сътресения. В края на периода, към 2019 г. проблемният Югоизточен район запазва високи стойности на показателите за детска смъртност и различията с най-ниските се увеличават на 2,5 пъти. Неблагоприятното въздействие на политико – административните действия се потенцира от ефекта на системни етнически и културални различия действащи в същата посока и задълбочаващи регионалните различия в постнеонаталната детска смъртност.

Задълбочаването на междурегионалните различия в мъртвораждаемостта и дефицита на специализирано наблюдение

на бремеността в изоставащите региони отново акцентира върху влиянието на управлението на здравната система като фактор за подобряване на този показател и намаляване на неравенствата.

***Потвърдена е и третата ни хипотеза: в България съществува трайно регионално неравенство в ДС - обща и специфично-възрастова.***

Междурегионалните различия в детската смъртност са постоянна тема в международен план. Много често те не се отнасят до административно обособени региони, каквито са разглежданите от нас, а до географски области. Simeoni, Frova, & De Curtis, 2024, Dallolio, Lenzi, & Fantini, 2013 установяват, че различията между три големи географски области в Италия - се запазват и в периоди на интензивен спад на всички показатели за ДС; съществуващите значими несъответствия между високите показатели в Южната и много ниските нива в Северната област се дължат на неблагоприятната социално-икономическа ситуация в италианския Юг - по-слабо развита икономика, неравенства в доходите, висок процент безработица. Географските и/или междурегионалните различия ще продължават да бъдат обект на изследователска работа. Идеи за нейното задълбочаване се намират както в по-стари, така и в по-нови проучвания от различни точки на света. Такива са работите на Olsen & Madsen (1999), Schellekens (2021), Green & Hamilton (2019) в посока влиянието на майчиното образование върху различните повъзrastови показатели ДС, както и варирането им по етнос и страна на произход на майките. Обогащането на характеристиките на регионите в социално-икономически и културален план може да бъде посока на бъдещи изследвания.

*Настоящите проучвания разкриват еднопосочност в действието на социално-икономическите, културните и организационните фактори в различните периоди и региони на страната, но не позволяват количествено измерване на*

*отделните групи, поради което изводи за равнопоставеността на влиянието им не е възможно. Четвъртата хипотеза е частично потвърдена.*

Все пак, сравнителният анализ категорично доказва положителните резултати от благоприятното въздействие на повече от една група фактори – осигуреност с ресурси материални и кадрови, по-висок социално-икономически статус на населението, по-добро образование осигуряват благоприятни тенденции за показателите за ДС. Социално-икономическите трудности в неблагоприятните региони повишават необходимостта от добро управление в здравната система, което да компенсира неблагоприятните въздействия на факторите извън нея. Това бе причина въпросът за ролята на здравната служба в подготовката на майките за отглеждане на дете в ранна възраст да бъде включен в следващите проучвания на настоящия дисертационен труд.

*Количественото проучване „Готовност на майките за раждане и грижи за дете от 0 до 1 година“* има за основа доминиращия още от началото на 20.век възглед за решаващата роля на майката, през която преминават и се модифицират всички фактори, въздействащи върху здравето на малкото дете (Newman, 1906) (Garrett, Galley, Shelton, & Woods, 2006) (Hibbs, 1916). Известен е възгледът на Нюман, че „детската смъртност не е въпрос на хигиена и жилище, а на ...стандарт на майчинство“. Многобройни са проучванията, които през годините потвърждават ролята на майката в намалението на ДС (Bennett, Braveman, Egerter, & Kiely, 1994) (Ding, et al., 2017) (Green & Hamilton, 2019) (Hibbs, 1916) (Kiross, Chojenta, Barker, Tiruye, & Loxton, 2019) (Kim, Choi, Kim, Park, & Kwon, 2021). Това се отнася както за развитите, така и за развиващите се държави. Cutler, Daeton и Lleras-Muney (2006) формулират триадата фактори, валидни за намаление на ДС в края на 20.век и началото

на 21.век: подобряване на жизнените условия, напредък в медицинските грижи за бременни и деца и по-добро образование на майките (Cutler, Deaton, & Lleras-Muney, 2006). Майчиното образование е фактор с нарастващо значение според редица автори. С по-добро образование на майките се обяснява 15% от спада на ДС в Индонезия от 1980 до 2015 г. (Schellekens, 2021). Образованието на майките е позитивно свързано с благоприятно детско здраве, в т.ч. по-ниски показатели на преждевременни раждания, нискотегловни новородени и детска смъртност (Makate & Makate, 2016) (Chou, Jin-Tan Liu, & Joyce). Тези и други данни са причина за фокусиране на изследователския интерес върху неравенствата в образованието на майките като една потенциална пътека към ранното оцеляване на децата (Fuchs, Pamuk, & Lutz, 2010) (Pamuk, Fuchs, & Lutz, 2011), (Fischetti, 2011).

Нашето изследване, още с планирането си – анкетен метод, на принципа на отзовалите се, с въпросник, подготвен в GOOGLE формуляри и разпространяван във виртуалното пространство чрез социалните мрежи до родители на деца от 0 до 1 годишна възраст, предполага известни ограничения. Групата на респондентите (249 души) се оказва твърде хомогенна - по образование - 83,1% са с висше, а останалите - със средно. Други характеристики, които подчертават „благоприятната хомогенност“ на извадката, в смисъл че респондентите са с по-висок статус от средния за населението, са високият процент наети на постоянен трудов договор - 82,7% и високия процент на заетост за партньорите им - 90,4% работят на постоянен трудов договор. Само 2,8% от майките отглеждат децата си сами, без партньор. Тези ограничения на извадката дават възможност да оценим как здравната система влияе на такава сравнително благоприятно позиционирана, хомогенна група за подготовка на майките за раждане и отглеждане на дете. Изследването на

контактите на майките с най-важните за тяхната подготовка структури на здравната система показва:

- Женската консултация се ползва с авторитет и има важен принос за качествено протичане на пренаталния период и подготовката на жените за раждане, но почти не предоставя съвети и препоръки относно първи грижи за новороденото;

- Родилното заведение предлага малко насоки, съвети и препоръки за грижите за детето в дома, в т.ч. обучение по кърмене и разясняване ползите от изключителното кърмене;

- Спазва се програмата Детско здравеопазване за посещение в дома от лекар и за съвети по отглеждане на детето. Изключение правят 13,7% от новородените, които не са посетени от лекар в първия месец след раждането;

- Детската консултация има изключително висок обхват на децата от 0 до 1 годишна възраст и е важен източник на знания за правилното им отглеждане. Установената удовлетвореност на майките от Детската консултация може да бъде повишена чрез подобрена организация за пълноценно общуване между здравния екип и родителите, с възможност за индивидуализирани съвети.

Изводите базирани на сравнително еднородна група както е при нашето проучване, предполагат разширяване на изследването и върху други групи жени - майки, за да бъде обхванато реалното разнообразие на модели на отглеждане на малки деца. За тази цел разработената методика за количественото проучване има възможност да бъде приложена в различни територии на страната и да обогати познанията за готовността на съвременните майки да отглеждат дете до едногодишна възраст.

По-неблагоприятните здравни показатели, съчетани със (или предпоставени от) специфични характеристики като продължителна сегрегация, бедност, ранно напускане на училище, юношески бракове и ранни раждания при *ромската*

*етническа група*, (Томова & Стойчев, 2022) ни насочиха към провеждане на *качествено проучване* с представители на този етнос. Изборът на изследователския метод - дълбочинни интервюта - бе продиктуван от желанието ни да оценим ролята на здравната служба за подготовка на майките за отглеждане на дете до 1 година в по-широк етно-културен контекст, в общността, но и за да бъдат отразени преживяванията им при срещите със структурите и представителите на здравната система. Нашето проучване се позиционира сред качествените изследвания в областта на детското здраве/ детската смъртност, но същевременно то принадлежи и към изследванията на ромското малцинство у нас.

От началото на 21.век изследванията на детската смъртност в зависимост от етническата принадлежност на майката, се увеличават. Най-често се обсъждат нивата и динамиката на неонатална и постнеонатална смъртност в мултинационални държави като етносът се свързва с майчино образование и бедност. Изведени са проблемите на мониториране на детското и майчино здраве (He, Akil, Aker, Hwang, & Ahmad, 2015), (Martin, et al., 2011) редуциране на бедността, необходимостта от ранни интервенции по време на бременността за превенция на мъртвораждаемостта (Ramirez Varela, et al., 2019) (Menezes, et al., 2019). В държави със сравнително по хомогенно население като Италия се акцентира върху различия в общата и неонатална смъртност при деца на чужди граждани (по-високи показатели), сравнени с местните (Simeoni, Frova, & De Curtis, 2024). Не открихме проучване по метода на дълбочинните интервюта, за да правим сравнения, но има перспектива за по-нататъшно развитие на темата.

Еднопосочни са изводите за ролята на здравната служба във формиране на готовността на майките в двете проучвания - количествено и качествено. Важно, утвърдено място в практиката

и в съзнанието на майките и от двете групи заемат Женската и Детската консултации. И при двете групи е изявена потребност от ранни първи стъпки по предоставяне на информация/обучение на майките за грижи за новородените още в ЖК; проблемни по този пункт се явяват родилните заведения/отделения.

Независимо от широкия кръг на информационни източници, ползвани по въпросите на бременността и отглеждане на дете, за респондетките и в двете проучвания здравната служба, респективно медицинските специалисти остават най-авторитетни. Резултатите подкрепят и петата наша хипотеза: **Основен фактор за формиране на готовността за раждане и грижа за дете до 1 годишна възраст на майките е здравната служба, която може да се ползва и от възможностите на съвременните медии и социални мрежи.**

Установените дефицити в организацията на основните звена могат трябва да бъдат обект на внимание на ръководителите им за по-ефективен мениджмънт на времето и на човешките ресурси в тях. За сравнително краткия престой в родилното отделение може да има задължително контактно време за информация/обучение на майката, което ще изпълни със съдържание записаното в длъжностната инструкция задължение на акушерката.

В *качественото проучване* интервюираните отбелязват наличие на дискриминационни моменти в контактите с някои здравни структури, които могат да изиграят роля на бариери пред достъпа и ползването на здравна помощ от бременни и деца. Те изразяват дълбоко убеждение, че проявеното негативно отношение в някои от лечебните заведения (родилно отделение) се дължи на принадлежността им към ромския етнос. При нашата нееднородна по образование група установихме, че за една част от интервюираните съществува езикова бариера в общуването с

медицинските специалисти, което може да има демотивиращ характер и за двете страни.

Установените положителни промени в отношението към образованието на момичета и срещата с млади ромски майки със средно образование, както и забелязваща се тенденция против ранните раждания са добър знак за протичащи в ромската етническа група процеси. Налични са и статистически данни подкрепящи тези впечатления от интервютата – само за 10 години от 1992 до 2001 г. ранната (юношеска) раждаемост на 1000 момичета под 18 години при ромите е спаднала от 693,3‰ на 508,8‰; а за същия период извънредно ранната раждаемост (на 1000 момичета под 15 години) е спаднала два пъти от 70,1‰ на 35,6‰ (Томова, 2009). В по-ново време интерес представлява в тази посока издадения от УНИЦЕФ Наръчник за „Промяна на нагласите на ромските мъже относно детските бракове“ (Žunić, 2020).

Живот в големи семейства, със значителна вътреродова подкрепа е важна характеристика за ромския етнос, с потенциал за противоречиво влияние върху младата майка. Прекалена протекция от възрастните, налагане на нездравословни и остарели практики за отглеждане на деца са примери за негативно въздействие. Но по-добро образование на майките и по-широки здравни интервенции в общността могат да дадат сила на възможните положителни тенденции на семейно-родовата подкрепа. В качественото проучване се срещнахме с проява на ново явление - съпругът/партньорът да е въввлечен в конкретни дейности по отглеждане на малкото дете. Тя отговаря на съвременните тенденции, валидни за света и България, за по-голямо участие на бащата в грижите за здравето и развитието на детето. Като особено позитивен симптом можем да разглеждаме активността, която интервюираните проявиха по темата „Подготовката за ролята на майка преди бремеността“.

Предложенията се отнасяха, както до възможностите на училището, така и по-късно - в общността чрез създаване на обучаваща се „група по интереси“ или „кръжок“. Оказа се, че нито една от интервюираните не е посещавала училище за родители, независимо, че някои са чували за него. Почти всички изразиха желание за по-чест и индивидуализиран контакт с представители на здравната служба след раждане на детето. От разговорите се подразбира, че този контакт е добре да бъде в домашна среда, да има елемент на обучение и да дава възможност за разясняване на вълнуващи ги въпроси. Подобно отношение изразиха и майките в количественото проучване. Характеристиката на този контакт съответства на домашни посещения от квалифицирана медицинска сестра, тип „патронажна“. Изявените потребности от обучение за отглеждане на дете в ранна възраст се базират на изключително силния стремеж на майките да правят всичко възможно за здравето на децата, което се свързва и с техния бъдещ просперитет.

Намираме потвърждение и на шестата хипотеза, че **съществуват образователни, етнически и културални различия в информираността и поведението на майките.**

При изпълнението на задачите на дисертационния труд се очертаха перспективи за продължаване на изследователската работа:

- по обогатяване на параметрите за анализ на междурегионалните различия за разкриване фактори, които биха подпомогнали национални и регионални действия за намаляване на неравенствата;
- задълбочаване по темата за ролята на здравната служба в подготовката на майката/семействата за успешно родителство в първата година от живота на детето;
- проучване на поколенчески модели на родителство и отражение върху здравето сред някои групи в ромски общности;

- развиване на историко-теоретични изследвания върху общественно-здравния проблем „Борбата с детската смъртност в България в последното столетие - уроците“;

- разработване на методологични подходи за интервенционни проучания в ромски общности.

### III ИЗВОДИ, ПРИНОСИ

#### Изводи:

1. ДС се превръща в проблем на общественото здравеопазване (от началото на 19.век) под влияние на два съществени фактора – промяна в отношението към детето – от пълно игнориране до осъзнаването му като обществена и семейна ценност - и въвеждането на задължителна регистрация на виталните събития (раждане, смърт, бракове) с възможност за измерване на групата показатели Детска смъртност.

2. Повишената чувствителност на обществата води до разгръщане в голяма част от европейските страни на движения за борба с високата детска смъртност, значителна изследователска работа и формиране на институции, политики и конкретни практики за намаляване на детската смъртност.

Голяма част от практиките са фокусирани върху личността на майката – нейната здравна грамотност, култура и умения за отглеждане на детето. Те са в синхрон с доминиращия още в края на 19.век възглед, че върху ДС въздейства комплекс от фактори, но всички те преминават през личността на майката.

3. Изследователската работа върху ДС, продължаваща през годините, формира проблемния кръг "Детерминанти на ДС", в който важно място заемат неравенствата – по местоживееене – село-град, по образователно ниво на майката, по социално-икономически статус на семействата и др.

4. В първата половина на 20.век, България възприема добри европейски практики за здравно обслужване на децата в ранна възраст, адаптира ги към местните условия и ги обогатява, най-силно изразено във въвеждането на специални структури -детски здравно-съвещателни станции.

5. Отбелязва се значително намаляване на общата детска смъртност в периода 1950-2020г., през 1985 г. България е на едно

средно добро място с 15,4%, в крайната фаза е на 27 място с 5,14%. За периода 2000- 2020 г. е неизменно на предпоследно място.

По отношение на Неонаталната и Ранната неонатална детска смъртност, България се представя по-добре и е в голямата група страни със средни нива на показателите.

6. В процеса на намаляване на детската смъртност в България се установяват два противоположни по своето значение ключови периода:

- период на възход (от 1950 - 1974 г.), характеризиращ се с интензивен спад на детската смъртност, в който се извършват значими здравно-политически промени. Приема се законодателство за защита на майчинството и детството, борбата с детската смъртност става национален приоритет, ражданията се осъществяват изключително в лечебни заведения, въвежда се строго наблюдение на бременни и деца до 3 годишна възраст. На фона на общо намаляване на детска смъртност са налични значителни неравенства между градовете и селата.

- период на срив – (от 1990 до 2000 г), който съвпада с периода на т.нар. „Социално-икономически преход“, характеризиращ се със здравно-политическа, социална и организационна ерозия съпроводен с дълбока икономическа рецесия. По показателя Детска смъртност България е трайно на предпоследна позиция.

- ✓ Настъпват промени в системата на здравеопазването, които имат отношение към здравното наблюдение на деца – извършва се от ОПЛ, отпада патронажната дейност.

- ✓ Рязко се увеличават ранните раждания; увеличава се честотата на недоносени и на нискотегловни новородени, които носят по-висок риск от ДС.

7. В последните две десетилетия се установяват значими трайни междурегионални различия в общата и повъзrastова

детска смъртност между шестте региона на България. Обособяват се два полюса - проспериращ Югозападен с център София, и неблагоприятните периферни – Северозападен с център Видин и Югоизточен с центрове Ямбол и Сливен. Югозападният е с трайно много добри показатели, сравними с благоприятните показатели на европейските държави. А в двата изоставащи стойностите са сравними с най-лошите в Европа. Независимо от подобрението във всички региони, различията остават трайни и представляват област за интервенции по намаляване на показателите.

8. Респондентките в анкетното проучване (над 95%) изразяват удовлетвореност от обхвата и качеството на превантивната работа, осигуряване от Националните програми за женско и детско здраве.

9. Проблемното звено в грижата за майчиното и детското здраве, според участниците в проучване са родилните отделения в държавните и общински болници.

10. Качественото проучване сред ромските майки обособи основни пунктове:

- Дискриминационно отношение
- Децата са приоритет и грижата за тях не е negliжирана
- Въвлича се бащата в грижата за детето
- Търсят, но не получават отговор на въпросите, които ги вълнуват
- В малките населени места, има по-голяма търпимост към различните етноси и се осъществява по-добра комуникация на общностно ниво

11. Влиянието на етно-културните фактори за подготовка за отглеждане на здраво дете при майки от ромски произход не е белязано единствено от традициите в тази етническа група, а има потенциал да бъде разчупено и променено чрез адекватни политики и работа в общността.

12. Независимо от явната тенденция за намаление на детската смъртност в периода 1950-2020, България се отличава с по-неблагоприятни показатели детска смъртност в сравнение с повечето европейски страни.

### **Приноси**

#### **А. Теоретико-познавателни:**

1. Детската смъртност като явление и процес е разгледана на фона на променящата се концепция за детето и значими общественно-хуманитарни и философски движения през вековете.

2. Направена е характеристика и анализ на движенията за борба срещу високата детска смъртност през 19.-20.век в няколко европейски държави (Франция, Великобритания, Русия, Германия) и САЩ и установени сходни черти и разлики, както и формиране на стандарт за обществена грижа за деца в ранна възраст, който сравнително бързо се утвърждава като европейска практика.

3. Извършено е проучване на общата и повъзrastова детската смъртност в България за 60-годишен период (1960-2020) в европейски контекст и определено мястото на България по всеки показател на ДС.

4. В хода на анализа са установени и характеризирани два противоположни по значение ключови периоди - на възход и на „срив“; формирана е обяснителна хипотеза за влиянието им върху нивото на показателите за ДС в България.

5. За първи път са проучени междурегионалните различия в общата и повъзrastова детска смъртност в шестте региона на България за 20-годишен период 2000-2019 г. и е установено ранжирането на регионите по всеки показател на ДС и трайни неравенства: център (столица) - периферия. Последните, независимо от общата тенденция за подобрене, представляват област за интервенции по намаление на показателите.

## В. Практико-приложни и методични:

1. Чрез количествено проучване е изследвана готовността на майките за раждане и грижи за дете до една година и оценено участието на всяко звено от здравната система (женска консултация - ОПЛ, АГ-специалист, родилно отделение, детска консултация) в този процес. Разкритите зависимости представляват добра основа за провеждане работа по повишаване ефективността на здравната служба и за обучение на персонала.

2. Проведено е качествено проучване, дълбочинни интервюта, сред майки-роми на малки деца за влиянието на етно-културни фактори и звената от здравната служба върху готовността им за раждане и грижи за отглеждане на дете до една година. Резултатите могат да допринесат за успешни практики по майчино и детско здравеопазване в ромската общност.

3. Методиките на провеждане на количественото и качествено проучвания са подходящи за приложение в бъдещи проучвания и развитие на изследователска работа по темата.

### **Публикации във връзка с дисертационния труд:**

- a. Михайлова, Н., Петрова, Г., (2020), Детска смъртност в България в период на социално-икономически преход, Юбилейна научна конференция с международно участие "Нови подходи в общественото здраве и здравната политика", Плевен
- b. Михайлова, Н., (2020), Борба с детската смъртност - организации, институции, дейности (исторически поглед 19-20 век), Социална медицина, 28 (3), 2-9
- c. Михайлова, Н., Докова К. (2021) Детската смъртност в България в европейски контекст (1960-2020), Социална медицина, 29 (4), 4-8