

МЕДИЦИНСКО ОБСЛУЖВАНЕ НА ИЗВЪНБРАЧНО БРЕМЕННИТЕ ЖЕНИ – АКТУАЛНИ ПРОБЛЕМИ

Б. СЛАВЧЕВ
СБАЛАГ „Майчин дом“

MEDICAL CARE FOR UNMARRIED PREGNANT WOMEN: CURRENT PROBLEMS

B. SLAVCHEV
SHAT in Obstetrics and Gynecology “Maychin dom”

Резюме. Изследвани са проблемите на медицинското обслужване на извънбрачно бременните. Извънбрачната раждаемост се обуславя от редица социално-икономически, семейно-битови, културни, възпитателни, психологични и други фактори. Наложително е подобряването на медико-социалната помощ за извънбрачно бременните, като се осъществи тяхното ранно обхващане и системно наблюдение.

Ключови думи: извънбрачна бременност, медицинско обслужване/проблеми

Summary. Author studies the medical services for unmarried pregnant women. The extramarital birthrate is determined by a variety of factors: social, economic, family, domestic, cultural, educational, psychological. There is urgent need to improve the medical and social care for unmarried pregnant women by ensuring their early dispensary control and systematic supervision.

Key words: unmarried pregnancy, medical care/problems

ИСТОРИЧЕСКИ ПРЕГЛЕД НА ИЗВЪНБРАЧНАТА РАЖДАЕМОСТ У НАС

Съвременното демографско развитие на България се отличава с трайни тенденции на влошаване на демографската ситуация. Един от основните показатели за нейното характеризиране е раждаемостта. Тя изразява честотата на детеражданията при определена съвкупност от населението. Честотата обикновено се отнася до една календарна година. Равнището на раждаемостта се намира под действието на демографски, социално-икономически, национално-исторически, културно-психологични и други фактори. Те действат комплексно, а не единично, като най-често един от тях е водещ.

За определяне на равнището на раждаемостта много често се използва скалата на руския демограф Урланис, според която раждаемостта е ниска, когато е под 16% (не осигурява просто възпроизводство). Средновисока раждаемост се наблюдава при коефициент от 16 до 25% и висока – над 25% (осигурява разширено възпроизводство).

Равнище на раждаемост, осигуряващо разширено възпроизводство у нас, се наблюдава до началото на 50-те години на XX век (табл. 1).

Най-висока е раждаемостта в България до Балканската война. В тези години основната част от българското население живее в селата и е заето в сферата на примитивното земеделие. Нуждите от работна сила при тогавашното екстензивно развитие на този отрасъл поддържат

висока раждаемост. Нейното равнище се влияе и от ниското културно ниво на населението и от силно принизените критерии за отглеждане на деца. Липсата на социална осигуреност принуждава родителите да имат повече деца като опора за старини, а много високата детска смъртност води и до по-голям брой раждания с надежда за продължаване на рода.

По време на трите войни (Балканска, Междусъюзническата и Първата световна война в периода 1912-1918 г.) общата раждаемост показва спад и големи колебания. Семейните отношения се нарушават, а броят на браковете спада. За последен път много висока раждаемост се наблюдава в периода 1920-1926 г. Тогава при население около и малко над 5 млн. души се раждат около 200 хил. деца, като през 1924 г. броят им е над 204 хил. Това е компенсационен период след тежкото военно десетилетие, а е и следствие от големия контингент женско население, родено в началото на века и навлязло в детеродна възраст.

От 1927 до 1946 г. раждаемостта показва значителен спад. Разпада се постепенно старото патриархално семейство, засилва се процесът на урбанизация и се повишава културното равнище на хората. Нарастват и изискванията при отглеждането на децата. В навечерието и по времето на Втората свеовна война раждаемостта показва още по-голям спад – поради военната психоза и масовата мобилизация на мъжко население.

Таблица 1. Раждаемост на населението на България (1887-2007) (в ‰)

Години	1887	1892	1900	1910	1920	1926	1946	1956
Раждаемост	37.5	35.7	42.2	41.7	39.9	37.4	25.6	19.5
Години	1965	1975	1985	1990	1995	2001	2005	2007
Раждаемост	15.3	16.6	13.3	12,1	8.6	8.6	9.2	9,8

Непосредствено след войната многолюдното поколение, родено в началото на 20-те години, реализира голям брой раждания, което е съчетано с демобилизацията и общото преминаване към мирновременни условия.

От началото на 50-те години България преминава към средновисока раждаемост (осигуряваща просто възпроизводство). Тя показва обща тенденция на спад, като през 1966 г. бележи най-ниската си до този момент стойност (14,9‰), но след това отново леко се покачва. Въпреки намаляването на раждаемостта до началото на 80-те години може да се приеме, че тя е в състояние да осигури просто възпроизводство на нацията, а темпът на този спад не е висок. Преходът към просто възпроизводство в тези години е свързан най-вече с промяна на ценностната система на българина, която формира нов тип репродуктивно поведение. Наблюдава се еманципация на жената, насилствено ликвидиране на частното земеделие, а оттам и отпадане на икономическите функции на семейството. Засилва се процесът на урбанизация и се повишават изискванията на населението по отношение на подрастващите (стремеж за материално осигуряване и даване на по-високо образование). Наред с това все по-голямо значение придобива семейното планиране. Родителите по-слабо разчитат на децата си като опора за старините си, а намалената детска смъртност не изисква и толкова голям брой раждания.

От 80-те години по отношение на раждаемостта България навлиза в период на стеснено възпроизводство. През последните години се наблюдава ерозия в двудетния модел и преминаване към еднороден. Все повече се разпространява и отказът от деца. Друг фактор, който води до тази ситуация, е намаляването на плодовитостта на жените, както и на броя на тези във фертилна възраст. Брачността спада и все по-широко разпространение придобива свободното съжителство. Други фактори, оказващи негативно влияние върху раждаемостта, са емиграцията на младото население от страната, намаляването на жизненото равнище, безработицата, повишаването на издръжката на децата, сексуалните отклонения, жилищната криза, разпространението на проституцията, измененията в психичната нагласа и др. През 2006 г. се отбелязва нарастване на раждаемостта, което продължава и през 2007 г. През изминалата година в България са родени 75 915 деца, от които 75

349, или 99.3%, са живородени. В сравнение с предходната година броят на живородените се е увеличил с 1371 деца. Показателят за раждаемост е 9.8‰.

Раждаемостта в България от 1911 г. се проследява и по местожителство. От тази година до началото на 50-те години тя е била по-висока в селата, отколкото в градовете (постепенно с около 10 пункта, а след това двата показателя се изравняват). Това е съвсем нормално с оглед на социално-икономическите условия в българското село през онези години и действието на демографските фактори (младо население, висока брачност, висока женска плодовитост). В следвоенния период големият миграционен поток от селата към градовете нарушава силно възрастовата структура на тази категория население и ограничава възпроизводителните възможности, а насилственото коопериране лишава селското семейство от голяма част от функциите му. В резултат от придошлото в големи размери от селата младо население се повишава и общата раждаемост в градовете. След 1966 г. разликата между двете категории население по отношение на този показател постепенно нараства, но през последното десетилетие отново се стеснява поради застаряване на градското население и за 1997 г. раждаемостта е 8.1‰, а при селското – 6.8‰.

Много важен фактор за ниската раждаемост днес е възрастовата структура на страната (общо за градското и селското ѝ население). През 1997 г. 33.8% от населението в България е над 50 години, т.е. не участва във възпроизводствения процес. В случая е необходимо да се разгледа и категорията население от 15 до 48 години, т.е. лицата в репродуктивна възраст. От Освобождението до края на Втората световна война тази категория нараства, което е свързано с низходящата тенденция в развитието на раждаемостта (по-малък контингент население навлиза в детска възраст, а по-многоброен – от детска в репродуктивна). В следвоенния период, когато режимът на възпроизводство бележи по-нататъшно изменение, започва намаляването и на репродуктивния контингент. През последните години България губи от това население и поради външна миграция. Проблем пред населението в репродуктивна възраст е и фактът, че при тях нарастват лицата над 40 години за сметка на тези до 30 години. В бъдеще застаряването ще продължи, което ще окаже допълнително негативно отражение върху равнището на раждаемостта.

Друг биологичен фактор, определящ сегашното равнище на раждаемостта, е делът на жените във фертилна възраст (15-49 год.). Именно в този период жените реализират почти всичките си раждания. Делът на тези жени спрямо цялото женско население е 49.5% (съответно 53.2% в градовете и 37.1% в селата). Прави впечатление силно ограниченият фертилен контингент в българското село и въпреки по-високата плодовитост на селската жена, това води до рекордно ниски стойности на общата раждаемост. В сравнение с преди около половин век делът на фертилния контингент намалява (през 1946 г. той е 54.1%). Отрицателно влияние върху раждаемостта има не само ограничаването на това население, а и неговото застаряване. Жените във фертилна възраст от демографска гледна точка се разделят на две групи – долна (15-29 год.) и горна (30-49 год.). При сегашната демографска ситуация все по-малък брой лица от женски пол ще навлизат в долната фертилна възраст и все повече ще преминават в горната. Възрастовите съотношения все повече ще се нарушават, а като цяло фертилният контингент ще намалява. Това ще бъде част от общата тенденция на застаряване. Като цяло може да се каже, че фертилният контингент у нас става все по-недостатъчен за осигуряване нормалното равнище на раждаемост.

При сегашната средна продължителност на живота у нас при двата пола (общо около 70 години) просто възпроизводство на населението, т.е. нормална заменяемост на поколенията може да се получи при коефициент на нормална плодовитост около 2.1. Това означава задължителен двудетен модел на семействата, като част от тях да имат и по три деца. До 70-те години включително разглежданият показател осигурява просто възпроизводство на българското население. През 80-те години въпреки низходящата тенденция той се запазва все още на сравнително нормално равнище. Прави впечатление много бързият му спад през 90-те години, като за 1997 г. достига рекордно ниска стойност в резултат на многобройните отрицателни фактори в сегашния етап от общественоекономическото развитие на България.

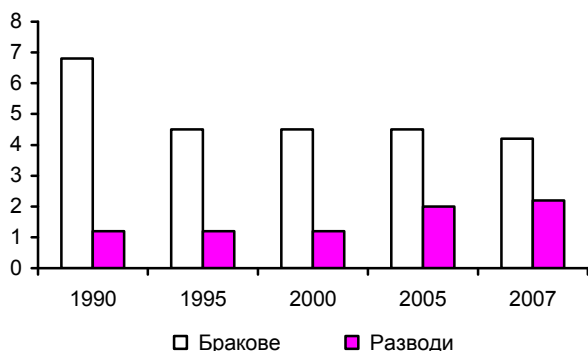
Тенденцията за намаляване на раждаемостта е обща за целия европейски контингент. В Западна, Средна и Южна Европа (с изключение на Ирландия, Исландия и Малта) съвременното равнище на раждаемост не е в състояние да осигури просто възпроизводство. В Източна Европа раждаемостта също спада и в някои съседни страни, като Гърция и Румъния, тя е около 10%. На по-високо равнище е в Македония, но най-вече в Албания и Турция (в Турция например тоталният коефициент на плодовитост е 2.62). Както се вижда, въпреки че намаляването

на раждаемостта е обща тенденция за европейския контингент (дори и в Турция раждаемостта е спаднала с около 10 пункта в сравнение с преди 10-15 години), в България то протича с по-бързи темпове и се стига до екстремни стойности през последните няколко години. По този начин нашата страна, която в началото на века има един от най-високите показатели за раждаемост, сега е с най-нисък показател в тази област.

Проблем по отношение на раждаемостта е и все по-голямото нарастване на извънбрачните раждания. През 1997 г. 28.1% от новородените са от майки, които нямат официално регистриран брак, като до 2007 г. тенденцията се задълбочава. За един период около 15-20 години относителният дял на извънбрачните деца е нараснал 3 пъти. Този процес има общоевропейски характер, но в Северна и Западна Европа поради по-голямото разпространение на свободното съжителство много голяма част от тези деца се отглеждат в условията на пълно семейство, въпреки че то не е юридически оформено. У нас развитието на свободното съжителство също е фактор за нарастване на тази категория деца, но повечето от тях се отглеждат в непълно семейство и твърде често изпадат в неравноправно социално положение.

Равнището на брачност е фактор за раждаемостта. От края на XIX век до средата на 70-те години тя се запазва на високо равнище (средно по 8-9 брака на 1000 жители), дължащо се на достатъчния брой население в брачна възраст, както и на обществените нагласи и морал. В тези години (вкл. и до 1989 г.) свободното съжителство се осъжда от общественото мнение, като пред желаещите да живеят без регламентиран брак се поставят различни ограничения. В нашата демографска история най-висока е брачността непосредствено след Първата и Втората световна война (съответно 14 и 11 брака на 1000 жители), което е свързано с демобилизацията и с т.нар. "закъснели" бракове. За сравнение през 1997 г. брачността у нас е 4.1‰ (4.8 при градското и 2.9 при селското население). През миналата годината са регистрирани 29 640 юридически брака, които са с 3 хил. по-малко от предходната година и достигат броя на браковете през 2002 г. От тях 79.1% са осъществени от населението в градовете. В селата са сключени 6184 брака. Естествено е това ниско равнище да оказва негативно влияние върху раждаемостта. През последните години България има един от най-ниските коефициенти на брачност (сключени бракове на 1000 жители). Останалите страни от Балканския регион са със значително по-висока брачност – между 6-7‰ за Гърция, Румъния и Турция. През 2007 г. броят на регистрираните разводи е 16 347 и е с близо

1500 по-голям от този през 2006 г. Над 80% от тях се отнасят за градовете. Близко 60% от разводите са по взаимно съгласие, 23% са поради несходство в характеристиките, а за около 8% от тях причината е фактическата раздяла.



Фиг. 1. Коефициенти на сключените и разтрогнатите бракове (%)

РЕЗУЛТАТИ ОТ ЕМПИРИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ХАРАКТЕРА НА МЕДИЦИНСКОТО ОБСЛУЖВАНЕ НА ИЗВЪНБРАЧНО БРЕМЕННИТЕ ЖЕНИ У НАС

Днешното състояние на раждаемостта в България буди сериозни тревоги поради невъзможността за нормална заменяемост на поколенията. Понижаването на раждаемостта в Европа е обща тенденция, но това (особено в Западна Европа) се дължи на промяна в ценностната система, а не на материални затруднения.

В процеса на активно взаимодействие между личността и социалната среда се развива човешката същност на всеки. Тъй като същността на човека е вследствие на отношенията, които той усвоява в процеса на израстването си, на своята дейност и на общуването си с външния свят, то и поведението, което човек избира в конкретния случай, е детерминирано не само от конкретната ситуация, но и от предшестващия социален опит, т.е. от множество обективни и субективни фактори.

Изхождайки от тази позиция, смятаме, че здравните професионалисти оказват влияние върху решението на извънбрачно бременните жени за износване на тяхната бременност.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проведохме емпирично изследване на проблемите на медицинското обслужване на извънбрачно бременните жени и представяме някои от резултатите. В изследването са обхванати 218 родилки – самотни майки и техните деца, и равна по обем контролна група от брачно родили жени, уеднаквена по:

- възраст на майката;
- социална група на майката;
- пореден номер на роденото дете.

Чрез анкетно проучване анализирахме факторите на извънбрачната раждаемост. Вниманието бе насочено предимно към онези от тях, свързани със социалната среда и личността на извънбрачно родилите майки.

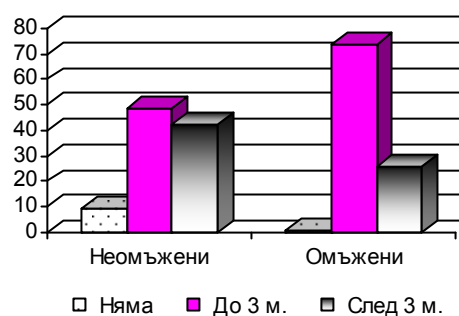
Обективните обстоятелства, характерът на промените в условията на живот оказват силно влияние върху решението за раждане извън брак. Една от задачите на нашето изследване беше изучаването на някои обективни материални и социално-психологични условия на извънбрачно бременните жени и влиянието им върху вземането на решение за износването на бременността.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

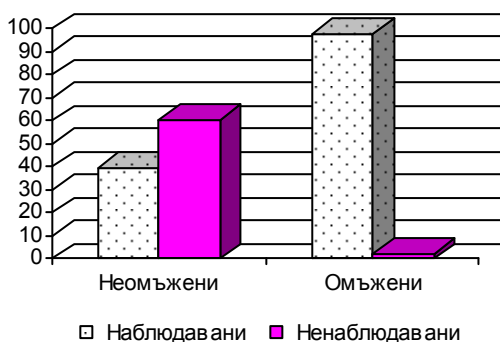
Данните от изследването на характера на медицинското обслужване сочат сравнително малък относителен дял на онези извънбрачно бременни жени, които не са се обърнали за преглед към здравните заведения (9,3%).

При изследване проблемите на вземането на решение за износване на извънбрачната бременност вниманието бе насочено към времето **на първия контакт на извънбрачно бременната с женската консултация**. Отговорите на извънбрачно родилите жени на този въпрос показват, че близо половината (48,3%) от цялата изследвана популация е осъществила първия си контакт с женската консултация до навършването на 3-ия лунарен месец. Този резултат отразява ограничените възможности на здравните служби за намеса във вземането на решение за прекъсването или износването на бременността при изследвания контингент жени.

Резултатите от анализа на **качеството на медицинско наблюдение** на извънбрачно бременните свидетелстват, че само 39,3% от извънбрачно родилите жени по време на бременността са били системно наблюдавани от женските консултации, докато при омъжените този процент е 98,1 (фиг. 2 и 3). Малкият процент на обхванатите под наблюдение извънбрачно бременни отразява също и недостатъчната активност от страна на здравните служби и съответните женски консултации.



Фиг. 2. Първи преглед



Фиг. 3. Текущо наблюдение

Посочените данни очертават едно незадоволително равнище на медицинско обслужване на извънбрачно бременните в женските консултации както в количествено, така и в качествено отношение.

По-ниските стойности на показателите, характеризиращи медицинското обслужване на извънбрачно бременните в сравнение с това на жените от контролната група, говорят недвусмислено за слабости в работата на съответните женски консултации. Липсата на системно наблюдение при голям брой извънбрачно бременни се отразява върху протичането на самата бременност, за което свидетелстват и по-често срещаните се късни токсикози и анемии при тях в сравнение с брачно бременните. Освен това тази липса обуславя до голяма степен и високия процент на недоносени сред родените извънбрачно деца.

Направеният анализ на здравето състояние на самотните майки и на родените от тях извънбрачни деца показва, че извънбрачно бременните оформят една група на повишен риск както по отношение на своето, така и по отношение здравето на децата им. Ето защо съществен момент в дейността на здравните органи е активната намеса на здравните специалисти за благоприятното протичане на извънбрачната бременност и за самата майка, и за нейното дете.

Като се има предвид здравето състояние на самотните майки и на извънбрачно родените деца, както и стоящите за решаване от извънбрачните жени сериозни социално-психологични проблеми, установени от нашето изследване, би могло да се заключи, че тези жени в по-голямата си част са се нуждаели от комплексните грижи на интердисциплинарен екип, включващ психолог, социален работник, юрист и други специалисти, съобразно индивидуалните потребности на бременните.

Изводи

1. Като обществено явление извънбрачната раждаемост се обуславя от редица социално-икономически, семейно-битови, културни, възпитателни, психологични и други фактори.

2. Обобщената преценка на резултатите от изследването на проблемите на износването на бременността извън брака сочи необходимостта от подобряване на медико-социалната помощ за извънбрачно бременните, като се осъществи ранното им обхващане от женската консултация и системното им наблюдение.

Библиография

1. Воденичаров, Ц. И С. Попова. Медицинска етика, С., ДАК, 2003.
2. Динкова, М. Брактът като представа и реалност. С., АССА, 1997.
3. Минчев, Н. Населението на България (икономогеографско изследване). С., 1978
4. Минчев, Н. и др. Съвременни пространствено-времени особености и тенденции в общата раждаемост на населението на България. – Население, 8, 1990, № 1.
5. Младенов, Ч. Динамична типология на общините в България според равнището на раждаемостта. – Проблеми на географията, 1991, № 4.
6. Население. С., 1997.
7. Попова, С. Личност и здраве. С., 1993.
8. Попова, С. Перспективи на комисиите по медицинска етика в здравните заведения. – Хигиена и здравеопазване, 1994, № 2, 3-4.
9. Приложна епидемиология и медицина базирана на доказателства. Под ред. Е. Шипковенска. С., Делфи, 2002.
10. Цонов, П. Жените и промоция на здравето. – Соц. Мед., 2002, № 2, 25-26.
11. Amato, P. R. The impact of family formation change on the cognitive, social, and emotional well-being of the next generation. – Future Children, 15, 2005, № 2, 75-96.
12. Cairney, J. et T. J. Wade. Single parent mothers and mental health care service use. – Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiol., 37, 2002 № 5, 236-242.
13. Jaffee, S. R. et al. Life with (or without) father: the benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior. – Child Development, 74, 2003, № 1, 109-126.
14. Mandara, J. et C. B. Murray. Effects of parental marital status, income, and family functioning on African American adolescent self-esteem. – J. Fam. Psychol., 14, 2000, № 3, 475-490.
15. Nock, S. L. Marriage as a public issue. – Future Child, 15, 2005, № 2, 13-32.
16. Saavola, A. et al. Single-parent family background and physical illness in adulthood: a follow-up study of the Northern Finland 1966 birth cohort. – Scand. J. Public Health, 28, 2000, № 2, 95-101.
17. Zaslou, J. Single moms unite. – Time, 159, 2002, № 15, F1-F3.
18. Zeitlin, J. A. et al. Marital status, cohabitation, and risk of preterm birth in Europe: where births outside marriage are common and uncommon. – Paediatric Perinatal Epidemiol., 16, 2002, № 2, 124-130.
19. www.nsi.bg

Постъпила – 21.10.2008 г.

✉ Адрес за кореспонденция:

Божидар Славчев
СБАЛАГ „Майчин дом“
ул. „Здраве“ № 2
1431 София