

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ**  
**ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**

**Д-Р ДИМИТЪР СТЕФАНОВ ГУГУТКОВ**

**СОЦИАЛНО-ПСИХОЛОГИЧНИ И ЕТИЧНИ ИЗМЕРЕНИЯ НА**  
**ИЗВЪНБРАЧНАТА РАЖДАЕМОСТ**

**Дисертационен труд**  
**ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН**  
**„ДОКТОР“**

Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт“  
Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве“  
Научна специалност „Социална медицина и организация на  
здравеопазването и фармацията“

**НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ**  
**ПРОФ. Д-Р САШКА ПОПОВА, ДМ**

**София, 2017**

Дисертационният труд съдържа 151 страници и е онагледен с 21 таблици, 45 фигури и 1 приложение.

Библиографската справка включва 163 заглавия, от които 52 са на кирилица и 111 на латиница.

## ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

МЗ – Министерство на здравеопазването

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса

ЕС – Европейски съюз

СЗО – Световна здравна организация

ООН – Организация на обединените нации

ТЕЛК – Териториална експертна лекарска комисия

# СЪДЪРЖАНИЕ

## ВЪВЕДЕНИЕ

### ГЛАВА ПЪРВА: ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1. Състояние и тенденции в демографското развитие на българското население .....	9
2. Тенденции на извънбрачната раждаемост като част от общата раждаемост...	12
3. Брачна структура и семейно положение.....	20
4. Сексуална култура и рисково сексуално поведение .....	30
5. Развитие на демографската политика за посрещане на демографските предизвикателства.....	35
6. Национална програма за семейно планиране.....	45

### ГЛАВА ВТОРА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

1. Цел и задачи на изследването.....	49
2. Методика на изследването.....	49
2.1. Методика на извадката.....	50
2.2. Методика на регистрацията.....	51
2.3. Методика на математико-статистическата обработка на информацията.....	52
3. Организация на изследването.....	52

### ГЛАВА ТРЕТА. РЕЗУЛТАТИ ОТ ИЗСЛЕДВАНЕТО И ОБСЪЖДАНЕ

1. Основни характеристики на пълнолетните самотни майки.....	56
1.1. Демографска характеристика на пълнолетните самотни майки.....	56
1.2. Стил на живот на жените с повишен риск за бременност извън брака.....	60
2. Социално-психологични и етични фактори на извънбрачната раждаемост.....	69
2.1. Отношение на майките към съжителството без брак.....	70
2.2. Проблеми на вземането на решение за износване на извънбрачната бременност.....	78
3. Медико-социални проблеми на извънбрачната раждаемост.....	91
3.1. Здравно състояние на самотните майки.....	91
3.2. Здравно състояние на извънбрачните новородени.....	92

3.3. Медицинско обслужване на извънбрачно бременните жени.....	98
4. Непълнолетие и извънбрачна раждаемост.....	104
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>117</b>
<b>ИЗВОДИ.....</b>	<b>119</b>
<b>ПРЕПОРЪКИ.....</b>	<b>120</b>
<b>ПРИНОСИ.....</b>	<b>122</b>
<b>ЛИТЕРАТУРА.....</b>	<b>123</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ.....</b>	<b>139</b>

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Проблемът за извънбрачната раждаемост придобива все по-голяма актуалност на съвременния етап от развитието на нашата страна. Това се обуславя преди всичко от наблюдаваната както в света, така и у нас определена тенденция към увеличаване на извънбрачната раждаемост като част от общата раждаемост.

През последните десетилетия демографската ситуация у нас и другите европейски страни се характеризира с: ниска раждаемост, необезпечаваша простото възпроизводство на населението, застаряване; нарастваща роля на миграцията; трансформация на семейните модели, на брачността и раждаемостта; изменение на статуса на жените и движение за права на жените; проблеми, съпътстващи заетостта и семейната обвързаност; либерализация на законите касаещи контрацептивите, абортите и разводите. Вследствие на тях, все повече се говори за промени, свързани с демографската ситуация в страната и положението на семейството.

Извънбрачната раждаемост, която се регистрира както в другите страни, така и у нас, отразява ражданията извън юридическия брак. В нейния коефициент са включени ражданията на самотните майки и ражданията на жените, които по най-различни етнически, културни и други причини не са оформили юридически брака си, но са образували трайни семейства, съществуващи от години. Ето защо демографите се стремят да обхванат и изучат т.нар. фактически бракове, т.е всеки брачен съюз, който е една реалност независимо от формата на неговото сключване или съществуване.

Статистическите данни показват, че ако до 60-те години на 20 век на всеки 100 живородени деца в нашата страна извънбрачно родените са 3-4, то през 2000г. те са вече 30, за да достигнат 58.8% от всички раждания през 2014г.

Високата извънбрачна раждаемост е резултат от значителното нарастване на броя на свободните съжителства сред младите хора без оформен юридически брак. За 72,5% от извънбрачните деца има данни за бащата, което

означава че тези деца най-вероятно се отглеждат в семейна среда от родители, живеещи в съжителство без сключен брак.

От всички съжителства без брак 70% са сред младите възрастови групи от 16 до 39 години. Свободните съжителства се възприемат и санкционират от обществото като „нестабилни“, разпадат се по-често от юридическите бракове, което поставя или може да постави изоставените деца и жени в риск.

Рискови групи по отношение на свободните съжителства и извънбрачните раждания, които се нуждаят от специална държавна подкрепа, са бременните и родилите млади девойки под 15 годишна възраст, тези между 15 и 24 годишна възраст, както и децата родени от тях. С непълнолетието се обяснява 15% от глобалната тежест на заболяванията свързани с майчинството и 13% от майчината смъртност.

Проучването на актуални проблеми на сексуалната култура и рисковото сексуално поведение разкрива, че на фона на европейските стандарти българското население демонстрира ниска сексуална и контрацептивна култура, отнасяща се до използването на ниско ефективни традиционни контрацептивни методи и масово практикуване на аборта.

България заема едно от първите места сред страните с най-висок брой аборти, в това число и среден брой аборти на една жена. В продължение на повече от три десетилетия абортите като абсолютен брой превишават броя на ражданията. Абортът се практикува от жените във всички възрастови групи и особено сред тези от младите възрасти 20-35 г. Висок е и броят на абортите сред най-младите – момичетата и жените до 20 годишна възраст.

Раждането извън брака от своя страна поставя пред отделната личност и пред обществото остри социални и здравни проблеми. Ето защо въпросът за начина, по който ще се разрешават тези проблеми, за успешното съчетаване на обществените и индивидуалните интереси е от съществено значение, още повече в съвременната ситуация на глобална икономическа криза.

Необходимостта от научно осветляване и усъвършенстване управлението на това явление налага неговото изучаване в цялата му сложност и взаимовръзка с другите социални и демографски явления и процеси.

Негативните тенденции в социално-демографското развитие на страната доведоха до създаване на Национална стратегия за демографско развитие (2006-2020г.) и Актуализирана национална стратегия за демографско развитие на населението (2012-2030г.). В България има натрупан дългогодишен опит в провеждането на демографска политика, в центъра на която стоят насърчаването на раждаемостта и създаването на оптимални условия за раждане и отглеждане на деца при съчетаване на семейния и професионален живот.

В Националната стратегия за демографско развитие на населението са изведени следните основни принципи:

- Всички двойки и индивиди имат право да управляват свободно своя репродуктивен живот и поведение
- Семейството е базов компонент на обществената система и трябва да бъде подкрепяно
- Децата са приоритет на държавата и семействата
- Съпрузите и родителите имат равни права и отговорности при отглеждане и възпитание на децата.

Основните принципи в Националната стратегия са в съответствие с ключовите области на Политиката за демографско развитие в Европа /2010/:

- ✓ Насърчаване на демографското обновяване в Европа чрез създаване на по-добри условия за семействата
- ✓ Насърчаване на заетостта в Европа, като се осигуряват повече работни места и по-дълъг трудов стаж с по-добро качество
- ✓ По-продуктивна и по-динамична Европа
- ✓ Приемане и интеграция на мигрантите в Европа

- ✓ Осигуряване на устойчиви публични финанси в Европа, като по този начин се гарантира адекватна социална сигурност и равнопоставеност на поколенията.

Значителното намаляване на броя на абортите и извънбрачните раждания на деца, неприпознати от бащата, е една от приоритетните задачи на Националната програма за семейно планиране заедно с:

- ✓ насърчаване въвеждането на програмата за семейно планиране в цялата здравна система и създаване на структури за семейно планиране (клиники, центрове), както и
- ✓ подобряване на общата демографска информираност и сексуално-репродуктивна култура на населението.

Независимо, че страната ни има опит в провеждането на мерки, свързани с демографската ситуация, съвременните политико-икономически условия и социално-демографски процеси създават нови проблеми, изискващи мерки, различни от досегашните. Особено актуално стои въпросът за формиране на отговорно репродуктивно поведение на младите хора. А това предполага комплексно изследване на социално-психологичните и етични измерения на извънбрачната раждаемост като важна страна на възпроизводството на населението.

Балансираното демографско развитие на населението в страната ни е национален и социален приоритет от огромно значение, изискващ максимална концентрация на усилията и провеждане на активна, целенасочена и последователна правителствена политика, както и обединение и координиране на действията на органите на властта, институциите и структурите на гражданското общество на централно, регионално и местно ниво.

## **ГЛАВА ПЪРВА: ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР**

### **1. Състояние и тенденции в демографското развитие на българското население**

През последните десетилетия в страната ни настъпиха дълбоки социално-икономически и демографски промени в резултат от продължителното действие на множество фактори и влияния. Една част от тях са свързани с общи тенденции в демографското развитие на европейските страни, други – със специфичните особености на историческото, икономическото и културно развитие в нашата страна.

Влияние върху демографското развитие на българското население оказват общите за развитите страни демографски процеси – намалена брачност и раждаемост, засилена урбанизация, както и специфичните за развиващите се страни и страните в преход по - високи нива на смъртност и интензивна външна миграция. В резултат на тези процеси нашата страна се намира в сериозна демографска криза.

Тенденцията на намаляване на раждаемостта в България започва от 1925 г., когато страната ни навлиза в т.нар. демографски преход. През целия 80-годишен период негативната тенденция е добре изразена, независимо от известни компенсационни ефекти след 1950 г. и колебания между 1968 г и 1974 г. Спадът в раждаемостта е обективно обусловен от влиянието на множество демографски, социални и икономически фактори.

Социално-икономическите промени след 1989 г. ускоряват процеса на понижаване равнището на раждаемостта и са причина през 1997 г. то да спадне до 7,7‰. След регистриране на този минимум процесът започва да се стабилизира, като целта е постепенно към 2030г. да се достигне и да се задържи на ниво, типично за повечето от западноевропейските страни (по-вероятно между 9‰ и 11‰.). Националният статистически институт отчита коефициент

на раждаемост през 2014 г. общо за страната 9.4‰, за градовете – 9.6‰ и за селата – 8.7‰.

Коефициентът на обща раждаемост в градовете е по-висок от този в селата, поради по-младата възрастова структура на населението в градовете и по-големият брой родилни контингенти. Но тоталният коефициент на плодовитост е по-висок в селата, което поставя въпроса за качеството на отглеждането, възпитанието и социализацията на децата в селата.

Отлага се във времето раждането на деца. Продължава тенденцията на изместване на ражданията към по-висока възраст на майката. И ако през 2001 г. средната възраст на жените при раждане на първо дете е 23.8 години, а сключване на първи брак - 24.8 години, то след 2010 г. се увеличават съответно на (26.2г.) и (26.9г.).

Причините са множество и са взаимосвързани, но могат да бъдат обособени най-важните:

- икономически – стремеж към икономическа (доходна) самостоятелност на жените и страх от изпадане в зависимости в период, когато са най-уязвими (раждането и отглеждането на малкото дете);
- образователни - завършване на високи образователни нива;
- професионални и кариерни – утвърждаване в професията и израстване в кариерата;
- социално-психологически – наличие на подходящ партньор; наличие на самостоятелен дом, наличие на достъпни услуги за отглеждане, възпитание и подпомагане на образованието на децата и др. /26, 27/.

Коефициентът на раждаемост общо за ЕС-28 през 2013 г. е 10.0‰, по данни на Евростат. Най-високо равнище на раждаемост от европейските страни има Ирландия - 15.0‰, следват Франция (12.4‰) и Обединеното кралство (12.1‰). Равнището на раждаемостта в България е малко над нивото на раждаемостта в Испания и Румъния - по 9.1‰, и Унгария - 9.0‰. С най-нисък

коэффициент на раждаемост в Европейския съюз са Германия, Гърция и Италия - по 8.5‰.

От демографска гледна точка спадът на раждаемостта в страната се дължи на понижената плодовитост на жените в родилна възраст и на намаляването на техния брой. Анализът на демографската ситуация в страната очертава като съществена особеност различията между източно-православното и мюсюлманско население, съществуващи по отношение на репродуктивната нагласа и свързаните с нея стойности на раждаемостта.

През последните две десетилетия на преход спад на раждаемостта се установява при всички големи етнически групи, но той не е равномерен. При ромите и турците се наблюдава относително по-висока раждаемост отколкото средните за страната стойности, но тенденцията е на тяхното сближаване. Значително по-младата възрастова структура на тези две групи население е важен фактор за запазването и дори за увеличаването на техния относителен дял в ниските възрастови групи в средносрочна перспектива.

Анализите показват, че броят на жените във фертилна възраст намалява и ще продължава да намалява, поради което ще намалява и абсолютният брой на ражданията в страната, но може да се запазва или увеличава тоталният коефициент на плодовитост, което означава, че биха могли да се увеличават случаите на реализиране на „отложени” раждания и на раждания на деца от по-висок ранг – второ, трето и повече.

Докато през 2005 г. средният брой живородени от една жена е бил 1.31 деца, то през 2008 г. той достига 1.48, през 2009 г. -1.57, през 2010 г. - 1.49 деца, през 2011 г. -1.51, през 2012 г. -1.50, през 2013 г. -1.48, а през 2014 г. -1.52 деца. Тези стойности на плодовитостта през последните години са най-високите след 1991 г., когато този коефициент е бил 1.65 деца.

Броят на жените във фертилна възраст намалява и ще продължава да намалява, поради което ще намалява и абсолютният брой на ражданията в страната, но може да се запазва или увеличава тоталният коефициент на плодовитост, което означава, че биха могли да се увеличават случаите на

реализиране на „отложени” раждания и на раждания на деца от по-висок ранг – второ, трето и повече.

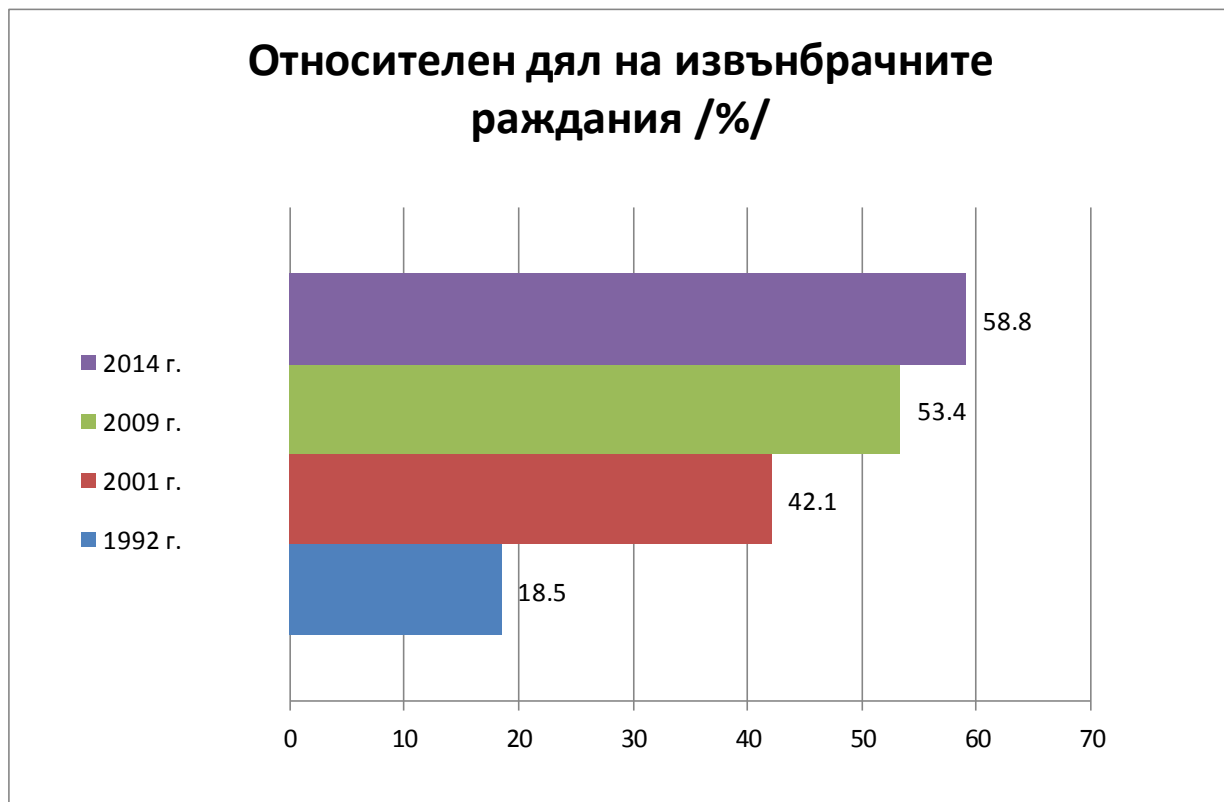
## **2. Тенденции на извънбрачната раждаемост като част от общата раждаемост**

Извънбрачната раждаемост, която се регистрира както в другите страни, така и у нас, отразява ражданията извън юридическия брак. В нейния коефициент са включени ражданията на самотните майки и ражданията на жените, които по най-различни етнически, културни и други причини не са оформили юридически брака си, но са образували трайни семейства, съществуващи от години. Ето защо демографите се стремят да обхванат и изучат т.нар. фактически бракове, т.е всеки брачен съюз, който е една реалност независимо от формата на неговото сключване или съществуване.

Извънбрачната раждаемост ни дава представа за ражданията на самотните майки. А тъй като ражданията на самотните майки поставят както пред отделната личност, така и пред обществото специфични проблеми, за рационалното решаване на които от съществено значение е задълбоченото им изучаване. Рационалното решаване на проблемите свързани с ражданията на самотните майки изисква по-нататъшно задълбочено изучаване както на социологичните, социалпсихологични и юридически, така и на медицинските аспекти на тези раждания.

Статистическите данни на Националния статистически институт показват, че от 1991 г. у нас започва да се формира трайна тенденция на увеличаване на абсолютния брой и относителния дял на извънбрачните раждания. Техният относителен дял непрекъснато нараства - от 18.5% през 1992 г. той достига 42.1% през 2001 и 53.4% през 2009 година. За 2014 г. броят на живородените извънбрачни деца е 39 773, или 58.8% от всички раждания в страната.

**Фигура 1.**



Данните са показателни за това, че вече половината от децата в България се раждат извън брак. България е сред страните с най-висок процент по този показател /158/. Най-много деца извън брак се раждат в скандинавските и балтийските страни (Швеция - 55,3%, Исландия - 65,2%), но на Балканите и в Източна Европа България е първенец по извънбрачни раждания (Сърбия - 20,4%, Румъния - 25,5%).

Високата извънбрачна раждаемост е резултат от значителното нарастване на броя на свободните съжителства сред младите хора без оформен юридически брак. За 72,5% от извънбрачните деца има данни за бащата, което означава че тези деца най-вероятно се отглеждат в семейна среда от родители, живеещи в съжителство без сключен брак /26, 27/.

В регионален аспект най-висок е относителният дял на извънбрачни раждания в областите Ловеч (76.3%), Видин (75.4%) и Сливен (73.1%). Този дял е над 50% във всички области на страната с изключение на Благоевград и Кърджали, където той е съответно 42.0 и 44.9%. Тенденцията на сравнително

устойчивото нарастване на относителния дял на извънбрачните раждания е в съответствие с промяната от традиционния семеен модел за сключен граждански брак към свободно съжителство. Новият семеен модел променя и семейните отношения, и мястото и ролята на семейството в обществото, в посока на намаляване на тяхната икономическа, социална и традиционно - ценностна тежест и значимост. Повишаването на извънбрачната раждаемост е характерно за повечето страни в Европейския съюз. Най-висок е относителният дял на извънбрачните раждания в Естония - 58.4%, и Словения - 57.6%, а най-нисък - в Гърция - 7.6%.

Тенденцията на нарастване на относителния дял на извънбрачните раждания е в съответствие с промяната от традиционния семеен модел за сключен граждански брак към свободно съжителство.

Резултатите от проведено национално представително проучване на семейните модели и миграцията от 2007 г. по Програма на Отдела за население на Икономическата комисия за Европа на ООН - Generation and Gender Programme, показват, че в България:

- Извънбрачните съжителства и раждания се оценяват като въздействащи негативно върху нормалното физическо и психическо развитие на децата и жените. Свободните съжителства се възприемат и санкционират от обществото като „нестабилни“, разпадат се по-често от юридическите бракове, което поставя или може да постави изоставените деца и жени в риск.
- Извънбрачните раждания са по-често срещани при по-младите жени на възраст 15-19 и 20-24 години. С нарастване на възрастта значително повече деца са родени в брак – 14% за възрастовата група 25-29 г.; 12% при 30-34 годишните и 3% при жените на възраст 35-39 г.
- Рискови групи по отношение на свободните съжителства и извънбрачните раждания, които се нуждаят от специална държавна подкрепа, са бременните и родилите млади девойки под 15 годишна

възраст, тези между 15 и 24 годишна възраст, както и децата родени от тях.

Значим социален риск крият изключително ранните раждания на момичета под 15 годишна възраст, както и ранните раждания на девойки между 15-19 години. Между 2006 и 2009 г. са родени 1255 деца от майки на възраст под 15 години и 39 692 деца от майки на възраст 15-19 години. През 2010 г. 356 са децата, родени от майки под 15 години. През 2014 г. 320 майки под 15 години имат раждане на първо дете, а 7 майки под 15 години – раждане на второ дете /26, 27/.

Раждането на деца от деца е социално рисково, както от медицинска гледна точка, така и от гледна точка на психическата неподготвеност за изпълнение на социалната функция с икономически измерения – «отговорно родителство». Обичайна практика в подобни случаи е отговорностите да бъдат прехвърляни или към семействата на децата, родили деца, или към държавните институции, което лишава родените и изоставени деца от семейна среда и поставя държавата пред сериозни икономически и морални изпитания.

С непълнолетието се обяснява 15% от глобалната тежест на заболяванията свързани с майчинството и 13% от майчината смъртност. Глобално, рискът за умирање по причини свързани с бременността е два пъти по-голям при жените във възрастовата група 15-19 години и пет пъти по-голям за непълнолетните майки между 10 и 14 години в сравнение с жените във възрастовата група 20-29 години.

Перинаталната и ранната детска смъртност са с по-високи нива в сравнение с нивата при майки във възрастовата група 20-29 г. Отчитат се висока честота на хранителна анемия сред непълнолетните майки в развиващите се страни и значително по-висок риск за недоносеност при майките във възрастовата група 10-14 години /88/.

Намаляването на броя на ражданията от непълнолетни момичета е приоритет в Стратегията на Световната здравна организация. Глобалната репродуктивна стратегия на СЗО е в съответствие с Регионалната стратегия на

СЗО за сексуално и репродуктивно здраве и с Европейския стратегически подход за майчинство без риск.

През последното десетилетие се отчитат известни успехи в намаляване честотата на раждания сред непълнолетните майки. Статистическите данни в Европейския регион показват изразена тенденция на намаляване нивата на раждаемост при непълнолетните. Раждаемостта сред непълнолетните намалява от 52.1 през 1990 до 28.4 през 2005 в новите независими страни и от 48.2 до 29 за същия период в страните в преход в Югоизточна Европа /136/.

В САЩ, относителният дял на извънбрачните раждания от всички раждания се е увеличил значително през последните 30 години от около 11 % през 1970 г. до около 33 % през 1994 г., след което се забелязва слаба промяна. В основата на тази тенденция са промените в раждаемостта и в броя на омъжените и неомъжени жени. От 1970 г. досега раждаемостта при неомъжените жени почти се е удвоила от 26 на 45 (брой раждания на 1000 жени), докато раждаемостта при омъжените жени е намаляла с една трета от 121 на 87 (Ventura and Bachrach, 2000; Martin et al., 2002).

В този период се наблюдават и важни промени в броя на неомъжените и омъжени жени. Между 1970 г и 2000 г броят на неомъжените жени на възраст 20-29 (възрастовата група, в която са отчетени повечето раждания) почти се е утроил, докато броят на омъжените жени на същата възраст е намалял с една трета (Ventura and Bachrach, 2000; Бюро за преброяване на населението 1999 и 2000). Заедно, тези промени са довели до нарастване на броя на неомъжените жени, при които раждаемостта расте по-бързо и намаляване на групата на омъжените жени, при които раждаемостта расте по-бавно.

Широкомасщабни изследвания в САЩ на тенденциите в демографските процеси установяват, че през 1970-те години страната изпитва шок от репродуктивните технологии. Легализирането на аборта и драматичното нарастване на възможностите на контрацепцията дава на жените средствата за контрол на броя и времето за раждане на деца. През следващите 25 години

обаче се наблюдава чувствително нарастване на броя на самотното родителство, на самотните майки.

Изследователи изтъкват, че технологичният шок е причината, която подкопава стария обичай за сключване на брак при настъпила бременност, като парадоксално увеличава нивата на извънбрачните раждания вместо да ги намали. От друга страна намаляването на финансовите помощи и социалните грижи има слаб ефект върху честотата на извънбрачните раждания, а се свързва предимно с намаляването на стандарта на живот на най-бедните деца в страната. Най-голям ефект се установява при по-доброто обучение за планиране на семейството, консултациите за контрол на ражданията, и условията за принудителна финансова помощ на бащите при отглеждането на извънбрачно родените деца.

Икономически анализи на извънбрачната раждаемост в САЩ показват, че социалните помощи не могат да играят голяма роля за увеличаване честотата на ражданията извън брака. Изследвания установяват, че помощите се увеличават чувствително през 1960-те години и намаляват през 1970-те и 1980-те години, период, в който броят на извънбрачните раждания най-вече нараства. Увеличаването на честотата на извънбрачните раждания се свързва с намаляването на възможностите за брак на мъжете с по-ниско образование поради недостиг на работни места и висока честота на безработицата.

Анализи на демографското състояние в САЩ показват, че самотното майчинство нараства след 1960-те години най-вече поради промяна на отношението на населението към сексуалното поведение. През късните 60-те и ранните 70-те години на двадесети век либерализирането на аборта и улесняването на възможността за използване на контрацептиви, определяни като шокът на репродуктивните технологии, се считат за едни от най-важните фактори за увеличаване честотата на извънбрачните раждания.

Въпреки че очакванията са с либерализирането на аборта и контрацепцията да се намали честотата на ражданията извън брака, фактически се случва точно обратното. Ситуацията се обяснява с ерозията на обичая за

склучване на брак поради настъпила бременност. До 1970-те години бракът поради настъпила бременност традиционно се счита за норма в предбрачните сексуални отношения.

Друг важен фактор до 1970-те е стигмата на самотното майчинство. Тя е толкова силно изразена, че само единици жени желаят да отглеждат деца извън брака. Условието, при което жената се ангажира със сексуална активност е обещанието за брак в случай на бременност. През 70-те години обаче този брак поради бременност постепенно започва да става рядкост. Това се случва по същото време, когато идва шока на репродуктивните технологии.

Исследвания показват статистически значима връзка между тези процеси и повишаването на нивото на раждания извън брака във всички социални групи на американското общество. Статистическите данни показват, че в периода от 1965г. до 1990г. между 60% и 75% от увеличаването на първородените извънбрачни раждания в различните социални групи директно се свързва с намаляване честотата на склучване на брак поради настъпила бременност. Нарастващата възможност за контрацепция и аборт прави женидбата поради бременност – минало.

От друга страна, сексуалната активност без задължения нараства значително в предбрачните отношения. Жените, които желаят прекъсване на бременността правят аборт или използват контрацептиви, и не намират вече за необходимо да изискват обещание за женидба от своите партньори като условие за сексуални отношения. Много мъже променят своето отношение към отговорностите си при непланираните бременности.

Проучвания на социалните и икономически проблеми, които поставя за разрешаване извънбрачната раждаемост у нас имат частичен характер. Получените данни от проведените проучвания са показателни - извънбрачно бременните жени и родените от тях деца представляват особено рискова група по отношение на тяхното здраве и на редица специфични особености в социален и икономически план. Тези особености се обуславят най-вече от

съществуващата все още известна стигма от страна на обществеността към раждането извън брака.

В съвременната действителност повече или по-малко сексът изглежда възможен и извън брака, независимо от брака, но раждането на дете – не. Това, съчетано с неподготвеността на младите хора да се справят с трудностите от последиците на свободата в предбрачните връзки, има твърде сериозни социални измерения. Детето, този неочакван резултат, често води до паника, до бягство от родителските задължения, до лична драма, отразяваща се върху целия живот на човека. Последиците от безотговорността на отделната личност се поемат от обществото, от държавата и всичко това в крайна сметка води до десетки хиляди нещастни съдби всяка година.

В България през 70-те и 80-те години домовете „Майка и дете” се явяват практически заместител на абортите. Статистическите данни показват, че през този период между 1% и 1,4% от живородените деца в страната (в абсолютни стойности това са около 1500 деца годишно) са осиновени от бездетни семейства /26, 27/.

След 1990г. политиката на страната във връзка с абортите се променя коренно, в насока отпадане на съществуващите до този момент ограничения. Подобна либерална позиция към легалните аборти е характерна за по-развитите в икономическо и социално отношение страни.

Резултатите от проведените политики на ограничение на абортите в редица европейски страни показват, че те са слабо ефективни и не водят до значително нарастване на населението. Подобен вид политика се оказва негативна, в случаите когато тя не е съпътствана от общ икономически растеж и специфични икономически инструменти, спомагащи за насърчаването на раждаемостта.

Социологическите изследвания установяват, че до 70-те години на миналия век единици от неомъжените майки запазват своите новородени. През следващите десетилетия те оставят за осиновяване много по-малко деца поради намаляване силата на стигмата при самотното майчинство.

В допълнение, намаляващата стигма на извънбрачните деца от своя страна подсилва причините, стимулирани от технологиите за намаляване на сключването на брак поради бременност и увеличава запазването и отглеждането на децата извън брака от техните майки. С правилото за предбрачни сексуални отношения по-скоро, отколкото изключение, извънбрачните деца все повече се разглеждат като знак, че сексуалното табу в обществото е преодоляно. Намаляването на стигмата също така обяснява факта защо жените, които предимно са оставяли децата си за осиновяване вече избират сами да ги отглеждат.

### **3. Брачна структура и семейно положение**

Брачната структура дава представа за брачния статус на лицата над 16 годишна възраст. Тя влияе силно върху естественото възпроизводство на населението и преди всичко върху раждаемостта. Върху състоянието ѝ въздействат множество фактори - полово-възрастовата структура, етническата принадлежност, социално-икономическите условия в страната и отделните ѝ региони.

Най-общата тенденция в структурата на населението по семейно положение за изминалите 10 години се изразява в намаляване на дела на женените/омъжените лица за сметка на неженените/неомъжените лица и на лицата в съжителство без брак.

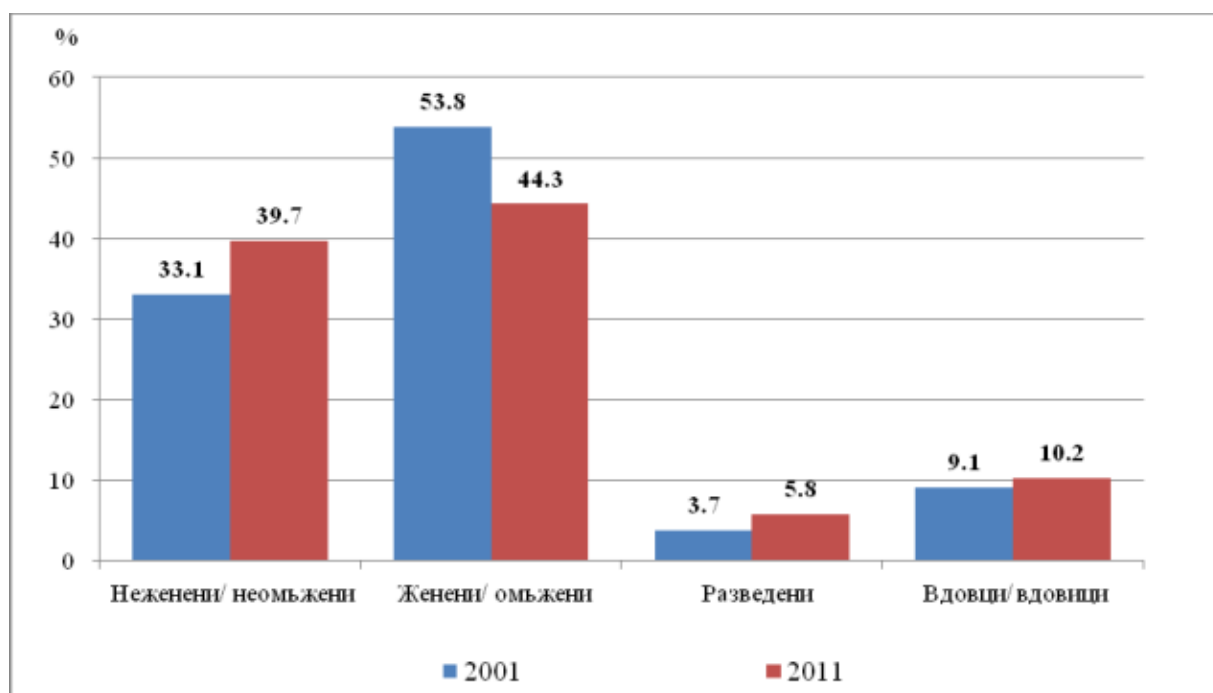
Според данните на Националния статистически институт делът на лицата със сключен юридически брак през 2011 г. в сравнение с преброяването през 2001г. намалява с близо 10 процентни пункта, а този на неженените/неомъжените лица се увеличава с близо 7 пункта /46/.

Два пъти се увеличава делът на лицата, които живеят в семейно съжителство, без сключен юридически брак - от 4% през 2001 г. той достига близо 8% през 2011 година.

Сред младите възрастови групи в страната преобладават неомъжените/неженените лица. Техният относителен дял във възрастовата група 16 - 34 г. е близо половината от всички неомъжени/неженени лица. След тази възраст делът на неключилите брак лица намалява и съставлява около 16% от всички неомъжени/неженени лица. Обратно, с увеличаване на възрастта делът на женените/омъжените лица нараства и над 35-годишна възраст той съставлява 87% от всички лица в брак. Делът на овдовелите в ниските и средните възрастови групи е минимален, а е най-висок във високите възрастови групи (над 60 години) - 85%. Относителните дялове на разведените са най-високи в средните възрастови интервали (40–59 г.) и съставляват повече от половината от населението с разтрогнати бракове.

## Фигура 2.

Структура на населението по юридическо семейно положение при преброяванията през 2001 и 2011 година



Източник НСИ, Преброяване 2011 г.

Младите хора все повече предпочитат съвместното съжителство, без да сключват граждански брак /26, 27/. От всички съжителства без брак 70% са сред младите възрастови групи от 16 до 39 години. С увеличаване на възрастта този дял намалява и сред населението на 40–49-годишна възраст той е 16%, а сред лицата над 50 годишна възраст - 14%.

**Таблица 1. Форма на съжителство**

<i>Посочено</i>	Възраст				Общо
	15–20 години	21–25 години	26–30 години	31–35 години	
Омъжена/женен (в граждански брак)	1,4%	17,4%	43,4%	62,0%	31,3%
Вдовица/вдовец от граждански брак			0,2%	1,0%	0,4%
Разведен/а с официален развод		1,0%	2,7%	5,9%	2,4%
Разделен/а от граждански брак без официален развод		0,5%		1,2%	0,4%
В съжителство (с интимен партньор/ка без сключен брак)	3,4%	15,3%	15,8%	9,7%	10,4%
Разделен/а от съжителство	0,2%	0,8%	1,5%	0,2%	0,6%

Източник: Министерство на финансите, 2011

Данните свидетелстват, че съжителството е разпространено сред по-нискодходните групи. Според общите данни бракът е характерен за хората с висока самооценка на финансовото благополучие (42,3% с висока самооценка спрямо 25,7% с ниска самооценка), докато съжителството е най-често срещано сред хората с ниска финансова самооценка (14,6% с ниска самооценка спрямо 6,3% с висока самооценка).

Анализите разкриват, че основните причини младите хора да не желаят да се обвързват нито в брак, нито в съжителство, са финансови (3,6%). Те заемат второ място след възрастта (4,9%). Подобно на липсата на пари, липсата на жилище принуждава младите хора да избират съжителството пред брака. 86,1% от живеещите в собствени жилища са двойки, сключили граждански брак, спрямо 63,9% живеещи в жилища на родителите си и 50% - в жилище под наем.

За съжителствата динамиката е друга – там преобладават жилищата под наем (44,1%) спрямо 31,5% - в домове на родители и едва 12,5% - в собствени жилища. Според тези данни двойките, живеещи във фактическо съжителство, рядко инвестират в общ дом.

По етнически групи моделът на фактическото съжителство е характерен предимно за ромите – 21,4% от тях живеят в съжителство спрямо 8,9% от българите и 9,8% от турците. Данните от проведените фокус групи показват, че това се дължи преди всичко на възможността за получаване на помощи за самотни родители (майки). Разпространеността на съжителството сред ромите се потвърждава и от разпределението на вида партньорство по образование. Най-много фактически съжителства се срещат сред лицата без образование - 35% (които са най-често роми) спрямо едва 10,1% сред хората с висше образование.

Второто по важност наблюдение след липсата на интимно партньорство е високият дял на „неангажиращи връзки”. Тук става дума за интимна връзка, предполагаща редовни сексуални взаимоотношения, без партньорите да живеят

в общ дом или в граждански брак, т.е. без да има установено съжителство. В такива взаимоотношения са 14,5% от младите хора на възраст 15–35 години.

Тези данни са знак за отказ от каквото и да е обвързване. Такъв вид интимен живот водят около 17,5% от младите хора в София и големите градове спрямо едва 13,2% в малките градове и 10,5% от хората в селата. Този вид „партньорство” е характерно предимно за възрастовата група 21–25 години, когато сексуалният живот е вече започнал, а няма готовност за влизане в устойчиво съжителство (в общ дом).

Разглеждайки интереса на детето като първостепенна обществена ценност, българският семеен закон е осигурил интензивна закрила на детето във всички области на семейните отношения. А признаването на майчинството за социална функция е факт, към който социалната мисъл и практика вървяха в продължение на цял век. Грижата за децата, утвърждаването на вековната любов и преклонението към жената майка е приоритетен въпрос на демографската политика у нас.

Необходимостта да се мобилизира демографския потенциал на Европейския Съюз се подчертава и в Съобщението на Комисията относно Демографското бъдеще на Европа през 2006 г. Изтъква се, че търсенето на решения на дълбоките демографски проблеми чрез целенасочена активна демографска политика е невъзможно без макроикономическа стабилност, устойчив икономически растеж, нарастване на икономическата активност и заетостта, ограничаване на безработицата, повишаване на доходите, подобряване на социалната и териториална инфраструктура и околната среда.

Благоприятната жизнена, трудова и околна среда ще стимулира раждаемостта, ще допринесе за дълголетен и пълноценен живот на хората от всички възрасти и ще съдействат за устойчивото и балансирано демографско развитие и просперитет на страната /153, 156/.

Интерес представлява публикацията на Стийвън Нок, който представя резултатите от проведен национален дебат относно брака в САЩ /105/. Той осъществява преглед на социалните и демографски тенденции, които са

променили ролята на брака и на семейството, и по-конкретно: отслабването на връзката между брак и родителство като резултат от революцията на противозачатъчните средства, отслабващото значение на брака като организиращ принцип в живота на зрелите хора и все по-широко приемания възглед, че бракът и родителството са лични въпроси, отнасящи се само до пряко участващите индивиди. На основата на богат материал с научни доказателства за положителните последици от брака както върху икономическото благосъстояние, така и върху здравето на американците се изтъква положителното въздействие на брака върху различните възрастови групи и децата. Представят се мненията на много обществени групи, включително религиозни дейци, професионалисти в здравеопазването, семейни лекари, педагози, федерални и държавни ръководни дейци, които са иницирали програми за укрепване на брака, за намаляване на разводите, намаляване на извънбрачните раждания и насърчаване отговорността за бащинство.

Авторът прави преглед на някои от внедрените в практиката програми. На основата на направените анализи Нок извежда като слабост на програмите факта, че повечето от тях в стремежа си да възстановят или укрепят сключването на брак в САЩ обръщат внимание най-вече на отделния човек, но не и на културата и обществото като цяло. Постулира се, че проблемът не може да се реши само на индивидуално ниво и че с недостатъчното познание на изследователите и професионалистите как да се помогне на двойките да направят семейство или да укрепят брака си, очакванията от политиките в тези сфери ще бъдат скромни. Но въпреки недостига на ефективни стратегии за насърчаване на брака, авторът отбелязва появяването на политически, културен и научен консенсус, че най-доброто решение за децата е да живеят в семейство с двама отговорни и грижещи се родители. Според него, дебатът върху съвременното семейство означава, че се приема културният характер на проблема и той го разглежда като изключително важен национален разговор

между американците, на които е доста трудно да интерпретират и осмислят мястото на брака и семейството в днешното общество.

В съответствие с принципа за равнопоставеност на жените и мъжете по отношение на трудови и осигурителни права, свързани с грижата за отглеждане на децата, както и за подкрепа на семействата с деца, в нашата страна са регламентирани редица възможности в Кодекса на труда и в Кодекса за социално осигуряване.

В Кодекса на труда у нас действат текстове, гарантиращи: право на отпуск за работничка или служителка поради бременност и раждане в размер 410 дни за всяко дете, от които 45 дни задължително се ползват преди раждането; възможност след използване на отпуска поради бременност, раждане или осиновяване, ако детето не е настанено в детско заведение, работничката или служителката да ползва право на допълнителен отпуск за отглеждане на първо, второ и трето дете до навършване на 2-годишната му възраст и 6 месеца за всяко следващо дете; регламентиране на надомния труд и дистанционната работа във връзка с улесняване на съвместяване на трудовия и личен и семеен живот.

В Кодекса за социално осигуряване са предвидени конкретни парични обезщетения, свързани с бременността, раждането и отглеждането на деца, включително: изплащане на парично обезщетение на осигурена жена при трудоустройване на друга работа поради бременност или кърмене на дете, ако на новата работа се намали трудовото ѝ възнаграждение; дневно парично обезщетение при бременност и раждане, което се определя в размер на 90 на сто от среднодневното брутно трудово възнаграждение или среднодневния осигурителен доход, върху който са внесени осигурителни вноски, а за самоосигуряващите се лица - внесени осигурителни вноски за общо заболяване и майчинство за периода от 24 календарни месеца, предхождащи месеца на настъпване на временната неработоспособност поради бременност и раждане; право на парично обезщетение при бременност и раждане за срок 410 календарни дни, от които 45 дни преди раждането за осигурената за общо

заболяване и майчинство майка; право, след изтичането на срока на обезщетението за бременност и раждане през време на допълнителния платен отпуск за отглеждане на малко дете на майката (осиновителката) да се изплаща месечно парично обезщетение в размер, определен със Закона за бюджета на държавното обществено осигуряване; право за получаване на месечно парично обезщетение в размер, определен със Закона за бюджета на държавното обществено осигуряване от лицето, което е поело отглеждането на детето, когато допълнителният платен отпуск за отглеждането на малко дете се ползва от него вместо от майката (осиновителката); право за получаване на парично обезщетение за отглеждане на малко дете и от самоосигуряващите се лица, които са осигурени за общо заболяване и майчинство; право на обезщетение при неизползване на допълнителния платен отпуск за отглеждане на малко дете.

В Министерството на труда и социалната политика се изпълняват и специфични програми, в подкрепа на семействата и децата. През 2011 г. продължава реализацията на програми и мерки за засилено участие на жените на пазара на труда. Те се основават на интегриран подход, насочен към ограничаване на бариерите пред заетостта, насърчаване на участието в различни форми на учене през целия живот, по-добро съвместяване на професионалния с личния и семейния живот /26, 27/.

Продължава реализацията на схема „Отново на работа“, която се изпълнява по Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“. Завръщането на работа на родителите с малки деца от 1 до 3-годишна възраст се подпомага чрез осигуряването на безплатна детегледачка. Приоритетно в операцията се включват самотни родители, многодетни семейства, родители на деца с увреждания, семейства, в които единият или и двамата родители са с увреждания, семейства, в които месечният доход на родителите не надвишава размерите на две средни работни заплати. Лицата, които желаят да полагат грижи за малки деца, се включват в обучение, след което се наемат по трудов договор.

Едни от целевите групи по схемата „Нови възможности“ на Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ са самотните родители и многодетните майки. Схемата осигурява възможности за общините чрез финансова подкрепа да създават социални предприятия като: обществени перални, обществени трапезарии, предприятия за озеленяване и благоустройство.

Развиват се политиките за ограничаване на детската бедност и предаването на бедността между поколенията чрез осигуряване на комплексна подкрепа за детето и семейството и такива услуги и подпомагане, които предотвратят рисковете от изключване и бедност, както за детето, така и за родителите.

Един от основните приоритети в работата на Министерството на труда и социалната политика е осигуряването на пълноценен и достоен живот на децата в семейна среда. През месец март 2010г. Министерският съвет приема Национална стратегия „Визия за деинституционализацията на децата в България“. Стратегията се основава на политика в най-добрия интерес на детето, насочена към подкрепа на семействата, и създаване на най-добри условия за развитие на децата и реализиране на техния пълен потенциал.

Стратегията въвежда изцяло нов подход, насочен към превенция, ранна интервенция, подкрепа на семействата и осигуряването на семейна или близка до семейната среда. В резултат на изпълнението на този стратегически документ се очаква в дългосрочен план, преминавайки през намаляване на броя на децата в институциите да се достигне до пълното закриване на класическия тип институции в рамките на 15 години.

Финансовата подкрепа, предоставяна чрез програмата „Закрила на децата чрез преход от институционални грижи към алтернативни грижи в семейна среда“ е част от работата по случаи на превенция на изоставянето, реинтеграция чрез настаняване на деца в семейства на роднини или близки или в приемни семейства. Чрез тази програма се оказва финансова подкрепа на

семействата. Тя е в съответствие и в изпълнение на принципите за закрила на децата - отглеждане на децата в семейна среда.

Финансовата подкрепа за закрила на децата се реализира чрез:

*Месечни помощи* – помощите са предназначени за подкрепа на детето и семейството, с цел отглеждането му в семейна среда, в случаите при които детето е настанено за отглеждане при роднини, близки и приемни семейства по реда на Закона за закрила на детето. Базата за определянето на размера на финансовата помощ е гарантираният минимален доход.

*Еднократни помощи* – предназначени са за превенция на изоставянето, реинтеграция, подкрепа на детето и семейството при настаняване в семейства на роднини, близки и приемни семейства. Еднократната помощ се отпуска, за да посрещне определена нужда, възникнала извънредно и необвързана с издръжката на детето. Може да се предоставя до четири пъти в годината, като общия ѝ размер не надвишава петкратния размер на гарантирания минимален доход.

Социалните услуги са ключов инструмент не само за работа по случай на дете в риск, но преди всичко за превенция на рисковете за семейството. Сред основните приоритети в политиката за подкрепа на децата и семейството е развитието на различни видове социални услуги, като услуги за предотвратяване на изоставянето на деца, услуги за превенция на рисковете, ранна интервенция и подкрепа на детето, услуги по семейно планиране и семейна медиация. Активно се работи и за въвеждане на приемната грижа в национален мащаб, като основна алтернатива на настаняването на дете в специализирана институция /26, 27/.

Създаването на условия за раждане и отглеждане на деца, и за подкрепа на семействата с деца е характерна отлика на демографската и социална политика в нашата страна. Във връзка с наблюдаваната през последните години висока инфлация, спад на производството и растяща безработица се наблюдава обезценяване на семейните помощи за деца и силно редуциране на стимулиращия им характер.

Преосмислянето на образованието като социална инвестиция в семейството, държавата и обществото, без която не може да се постигне нито стопански, нито социален просперитет, се очаква да доведе до подобряване на качеството на човешкия капитал и насърчително въздействие в дългосрочен план за раждането и отглеждането на деца, и за отговорно родителство.

#### **4. Сексуална култура и рисково сексуално поведение**

Социално-икономическите промени и задълбочаващите се негативни демографски тенденции изискват излизането на демографската политика извън обсега на мерките за насърчаване на раждаемостта. Все по-актуална става потребността от полагането на повече усилия за повишаване на сексуалната култура на населението и сексуалното възпитание на подрастващите, въвеждането на семейното планиране в практиката, разработването и прилагането на мерки за въздействие и върху останалите процеси на естественото движение на населението (смъртност и миграционни процеси), развитие на качеството на човешките ресурси.

При проучване проблемите на извънбрачната раждаемост се установява, че на повишен риск за извънбрачно забременяване и раждане са особено изложени девойките, произлизаща от дезорганизирани семейства, т.е. семейства, в които са нарушени вътрешното единство, структурата на социалните роли и са налице вътрешносемейни противоречия,

Изследване на извънбрачната раждаемост проведено в Ню Йорк, САЩ разкрива, че 2/3 от самотните майки произхождат от т. нар. "Разрушен дом".

Като важен фактор на извънбрачното забременяване се определят и лошите условия на живот - социалните и икономически трудности в семействата, от които произхождат извънбрачно родилите жени, както и лошите семейни отношения, сред които те са израснали. От друга страна непознатите до скоро миграционни процеси, според тях, са предпоставка за

разрушаване стабилността на семействата и тяхната съдържаща сила. Един от техните основни извода подчертава необходимостта от подпомагане чрез специални програми общуването :между родители и деца /121/.

В развитието на човешкото общество училището е призвано да възпитава младите поколения и да ги подготвя за дейност при конкретните обществено-исторически условия.

Голям брой автори изнасят данни за зачестяване на извънбрачната бременност и раждания сред учащите се девойки. Това според тях определя и необходимостта от разработване и провеждане на комплексни превантивни мероприятия. Тези мероприятия трябва да включват и детайлизирани, възрастово съобразени и конкретно адресирани програми по въпросите на половото възпитание.

В резултат на многобройни емпирични изследвания на извънбрачната раждаемост редица автори стигат до извода че един от основните фактори на това явление е слабата застъпеност или изобщо липсата на полово възпитание сред извънбрачно бременните и раждащи жени Отделните автори предлагат програми за полова просвета съответстваща по съдържание на възрастта на жените

При изследване проблемите, свързана с извънбрачното раждане, у нас изследователи също изтъкват недостатъчното познаване на пола, на половия живот, на половите явления и закономерности от извънбрачно бременните момичета /16, 23, 40, 45, 46, 47/ .

Дългогодишната работа върху проблемите, които поставя раждането извън брака оформя убеждението, че един от основните фактори на извънбрачното забременяване е липсата на възможност при известна част от жените да изявяват своите способности в едно общество, "пълно с противоречия".

Раждането на дете доста често се схваща от тези жени като източник на удовлетворяване на незадоволени потребности. Естествено е една жена с такава

мотивация да не потърси противозачатъчни средства и да не прибегне до аборт. Неосъзнатото ѝ желание да забременее е резултат на общото ѝ чувство на нещастие и депривация. Съзнанието, че може да забременее я изпълва със себеуважение, дава ѝ импулс за съществуване и възможност за утвърждаване на своето "Аз". Така у тази жена възниква потребността зависимо от нея дете, което да възстанови нейната сигурност. Интересно е да се отбележа, че при предоставяне на други възможности за удовлетворяване на потребностите на тези социално и културно онеправдани жени, честотата на извънбрачните раждания чувствително спада. Като вероятна причина за раждане извън брака се отбелязва и девическото чувство за пълно отдаване на мъжа, което изключва необходимостта от употреба на противозачатъчни средства. В други случаи опасността от бременност се използва от единия пол с цел надмощие в отношенията му с противоположния пол.

При определяне категорията жени, изложени на повишен риск за раждане извън брака, различните изследователи дават с основание предимство на факторите от социалната среда, при което игнорират до голяма степен самата личност като цялост, която се намира в постоянно взаимодействие с тази среда. Правилният научен подход изисква при определяне и характеризирание на рисковата група личността да се разглежда не като механичен продукт на обществените отношения, а като съществуващ субект.

На фона на европейските стандарти българското население демонстрира ниска сексуална и контрацептивна култура, отнасяща се до използването на ниско ефективни традиционни контрацептивни методи и масово практикуване на аборта. България заема едно от първите места сред страните с най-висок брой аборти, в това число и среден брой аборти на една жена. В продължение на повече от три десетилетия абортите като абсолютен брой превишават броя на ражданията.

Абортът се използва като основно средство за прекратяване на нежелана бременност, макар да са известни опасностите и вредите за здравето и детеродната способност на жената. Данните показват, че той се практикува от

жените във всички възрастови групи и особено сред тези от младите възрасти 20-35 г. Висок е и броят на абортите сред най-младите – момичетата и жените до 20 годишна възраст. По този показател България стои на едно от първите места сред европейските страни.

Показателни са данните на Националния център по общественото здраве и анализи за 2010 г. Данните показват, че относителният дял на абортите по желание достига 60%, не малък е относителният дял на спонтанните аборти – 33% и 7% - на абортите по медицински показания.

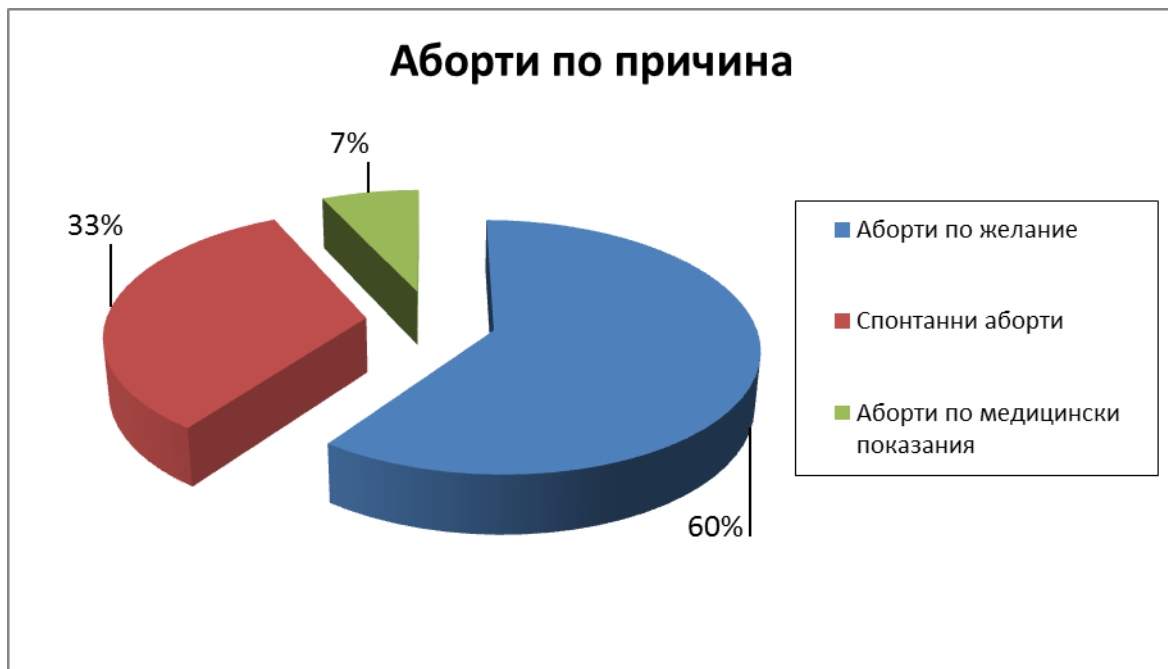
**Таблица 2: Аборти по причина, 2010 г.**

<b>2010 г</b>	<b>Аборти</b>	<b>По желя- ние</b>	<b>По медиц. показания</b>	<b>Крими нални</b>	<b>Спонтанни</b>
Общо	29109	17370	2114	3	9622
Вт.ч.на жени на					
под 15 г.	146	29	40	0	77
15-19 г.	2853	1652	159	0	1042
20-29 г.	13231	8482	507	1	4241
30+ г.	12879	7207	1408	2	4262

Източник: Национален център по общественото здраве и анализи

Причините за масовото практикуване на аборта в българското общество като средство за контролиране на раждаемостта и за освобождаване от нежелана бременност могат да се търсят в ниската степен на контрацептивна и сексуална култура на населението, възпроизвеждане на морални норми за допустимост и отсъствие на морални санкции срещу аборта, възпроизвеждане на отживели стереотипи и норми за отговорността и вината в интимните отношения на мъжа и жената, финансова недостъпност на модерните контрацептиви и др.

**Фигура 3.**



Изследвания, проведени през последните години показват, че расте броят на младите хора, използващи модерни контрацептиви и най-вече презервативи. Наблюдава се и тенденция на намаление на абортите през последните години /23/. Представително изследване сочи, че лицата с начално образование, ползващи контрацептиви са 33,2%; с незавършено средно или основно – 36,4%; със завършено средно – 50,9%; с по-високо от средно – 54,7%.

Проведени през последните години проучвания отчитат и спадане на възрастовата граница на първите сексуални контакти. Голяма част от 16-17 годишните младежи вече имат сексуален опит. Ранният сексуален старт на младите хора често се съпътства и се свързва с форми на девиантно поведение, по-нисък успех в училище, по-слаби връзки с родителите, по-активно взаимодействие с приятели и външна среда /23/.

Въпреки позитивните промени от последните години, въпреки провеждани образователни и медийни кампании, насочени към промоция на здравето и рекламиране на модерната контрацепция, се налага изводът за необходимостта от адекватни форми на здравно, в т.ч. сексуално възпитание в

училище. Сексуалното образование и възпитание в тийнейджърска възраст следва да бъде елемент от общото здравно възпитание на учениците, насочено към формиране на здравословни навици, комуникативни умения и отговорно поведение.

## **5. Развитие на демографската политика за посрещане на демографските предизвикателства**

Стратегията за демографско развитие е националният отговор на демографската промяна, пред която е изправена Европа, изразяваща се във все по-ниски нива на раждаемост, остаряване на населението и интензивни миграционни процеси. Доклад за демографското състояние от 2010 г. подчертава необходимостта от действия в *пет ключови области* на политиката, които продължават да бъдат валидна дългосрочна политическа демографска стратегия:

1. Насърчаване на демографското обновяване в Европа чрез създаване на по-добри условия за семействата.

2. Насърчаване на заетостта в Европа, като се осигуряват повече работни места и по-дълъг трудов стаж с по-добро качество.

3. По-продуктивна и по-динамична Европа.

4. Приемане и интеграция на мигрантите в Европа.

5. Осигуряване на устойчиви публични финанси в Европа, като по този начин се гарантира адекватна социална сигурност и равнопоставеност на поколенията /135, 154/.

Постулира се, че успехът на стратегията зависи в голяма степен от способността на ЕС да се изправи срещу основните демографски трансформации през следващото десетилетие. Бъдещето на ЕС зависи до голяма степен от способността да се използва потенциала на двете най-бързо развиващи се сегменти на населението: възрастните хора и имигрантите.

Ситуацията на пазара на труда и формите и характера на заетостта са сред основните фактори, определящи демографската ситуация в нашата страна. Социологически изследвания категорично показват, че трудовият статус и икономическото състояние са най-важните фактори при вземането на решение за раждане на дете сред младите хора.

Преходът към пазарна икономика доведе до радикални промени в условията за професионална реализация на жените и във възможностите за нейното съчетаване с майчинството и семейните задължения. Съчетаването на майчинството с трудово-професионалната реализация на жената, заложено в правно-нормативната уредба на страната, не се реализира в пълна степен, поради липсата на съответни нагласи у мъжете и жените от една страна, и у работодателите от друга, за да се приложи ефективно /22, 26, 29/.

Допускането на неблагоприятни условия на труд също рефлектира върху репродуктивното здраве на българските жени. Негативно въздействие върху репродуктивното поведение на жените има и широкото разпространение на заетост в неформалната икономика. За съществуването на дисбаланс в трудовата реализация и майчинството определено значение има и достъпът на младите семейства до услугите на детските ясли и градини.

Дисбалансът в трудовата реализация и майчинството се поддържа и от утвърдилото се от векове разделение на труда в семейството. По силата на тази традиция и днес жените с две деца отделят среднодневно 4 и повече часа за домакински труд и се самоопределят като по-натоварени с домашен труд в сравнение с мъжете. В особено трудно положение се намират работещите самотни и разведени майки, както и майките с деца с увреждания, поради крайно ограничената им мобилност и ограничени възможности за гъвкава заетост.

Следователно важен елемент от преодоляване на дисбаланса в трудовата реализация и майчинството на жените е осигуряването на равнопоставеност между половете в отглеждането и грижите за децата. Въпрос, който изисква не само промени на законодателството, а преди всичко промяна

на обществените нагласи чрез гражданско образование и подобаваща медийна политика.

Приоритетно внимание се отделя на подобряване качеството на човешкия капитал - **равни възможности и недискриминация за всички.**

Гарантирането на равни възможности се осъществява чрез създаване на предпоставки за предотвратяване и премахване на неравно третиране по признаците пол, възраст, увреждане, етническа принадлежност, вероизповедание и др., както и разработване и прилагане на интегриран подход, съчетаващ позитивни насърчителни мерки със специфични политически действия за премахване на съществуваща неравнопоставеност на групи в неравностойно положение.

В Република България има съвременно, съобразено с европейската рамка, добре разработено и действащо законодателство в областта на равните възможности и недискриминацията. Целта е да бъдат осигурени условия за недискриминационно отношение, равно третиране и равен достъп до права, блага, стоки и услуги, включително достъп до: образование, здравеопазване, пазар на труда, доходи, социална защита, социално осигуряване, социални грижи, застраховане за различни видове риск, транспорт и придвижване, жилищни условия и битови услуги, защита от дискриминация /47, 52/.

За преодоляване на съществуващи социални неравенства в обществото функционират органи за консултации и провеждане на политиката за равни възможности за всички – Национален съвет за равнопоставеност на жените и мъжете, Национален съвет за етнически и интеграционни въпроси, Национален съвет за интеграция на хората с увреждания и др.

Изпълняват се Стратегия за осигуряване на равни възможности на хората с увреждания (2008-2015г.), Национална стратегия за насърчаване на равнопоставеността на половете (2009-2015г.), Национална стратегия за детето (2008-2018г.), Национална стратегия на Република България за интегриране на ромите (2012-2020г.).

Осъществяването на ефективна равнопоставеност на жените и мъжете е проблем, който има пряко въздействие върху демографските процеси, и формирането на качествени човешки ресурси в обществото.

Гарантирането на равенството на половете включва не само равностойно участие на жените в общественения труд, но и равностойно участие на двамата родители в отглеждането и възпитанието на децата или в грижите за възрастните хора в семейството.

През последните години са направени редица стъпки за сближаването на българското законодателство с европейските стандарти в областта на равенството на възможностите на половете и недопускане на дискриминация в трудовите отношения. Постигнатото равенство между мъжете и жените пред закона продължава да се съпровожда от съществени *дисбаланси*, като:

- ✓ допускане на дискриминационни практики на пазара на труда по отношение на някои групи жени (например на младите жени с кратък професионален опит, на бременните жени и жените с малки деца, на жените над 45 години); изоставане в средното заплащане на труда на жените от това на мъжете;
- ✓ хоризонтална сегрегация на икономиката по пол, вследствие на което се феминизират определени отрасли и средното заплащане в тях е далеч по-ниско;
- ✓ вертикална сегрегация по пол, вследствие на което процентът на жените на ръководни и управленски позиции изостава от този при мъжете;
- ✓ далеч по-слабо представяне на жените в групата на работодателите и в тази на самонаетите;
- ✓ по-ниски претенции на жените при търсене и започване на работа;
- ✓ по-нисък дял на жените като платени работници в семейния бизнес,
- ✓ прояви на домашно насилие, трафик на деца, жени и момичета.

Заложените в **Националната стратегия за демографско развитие на населението** цели, приоритети и задачи на демографската политика за

осигуряване на условия и възможности на всяко лице за пълноценен социален, продуктивен и репродуктивен живот в добро здраве се основават на следните специфични **принципи** /26/:

***Всички двойки и индивиди имат право да управляват свободно своя репродуктивен живот и поведение.*** Хората свободно и самостоятелно вземат решение относно броя на децата си и времето за тяхното раждане, подпомагани от държавата чрез осигуряване на информация и условия за получаване на подходящо образование за осъществяване и планиране на репродуктивния си живот. Държавата полага грижи за осигуряване на възможности за поддържане на жизнен стандарт, благоприятстващ вземане на решение за раждане и отглеждане на деца.

***Семейството е базов компонент на обществената система и трябва да бъде подкрепяно.*** В българските традиции, бит и култура семейството съхранява и опазва основните ценности на обществото. Родителите в семейството носят отговорност за раждането, отглеждането и възпитанието на децата. Полагането на грижи за подготовката на младите хора за съвместен живот, формирането на съзнание за отговорно родителство, както и създаването на подходящи условия за живот, са в основата на заложената в Стратегията демографска политика.

***Деца са приоритет на държавата и семействата.*** Всяко дете има право на висок жизнен стандарт, гарантиращ неговото благоденствие, както и правото на най-високите постижими стандарти на здраве и на образование. Детето има право да бъде обгрижвано и подкрепяно от родителите, семейството и обществото и да бъде защитено от всякакви форми на физическо или психическо насилие, липса на грижи, лошо третиране или експлоатация.

***Съпрузите и родителите имат равни права и отговорности при отглеждане и възпитание на децата.*** Осигуряването на ефективна равнопоставеност на жените и мъжете в семейството е основно условие за повишаване на раждаемостта и за осигуряване на възможност за пълноценно личностно развитие и високо качество на живота на децата.

Равните възможности за всички за пълноценен социален продуктивен и репродуктивен живот и недопускането на дискриминация по различни или множество признаци, са условие за балансирано демографско развитие на населението и за устойчиво икономическо развитие и растеж на страната.

Основната стратегическа цел през периода 2012-2030г. на Националната стратегия за демографско развитие на Република България е забавяне темповете на намаляване на броя на населението с тенденция за стабилизирането му в дългосрочен план и осигуряване на високо качество на човешкия капитал, включващ хората с тяхното здравословно състояние, образование, квалификация, способности и умения.

Реалистичната стратегическа цел на демографската политика до 2030г. е забавяне на намаляването на броя на населението чрез целенасочено въздействие върху процесите на естественото движение (раждаемост, смъртност и миграция) едновременно с постигането на оптимален баланс на населението.

Оптимизирането на баланса на населението означава установяване на такива пропорции по възраст, образование, здравен статус и пол, които да водят до устойчиво повишаване на качеството на живота на хората. При тази парадигма трите детерминанти на размера на населението и възрастовата структура, а именно раждаемост, смъртност и миграция, продължават да се разглеждат като ключови, но към тях се прибавят и образованието и здравето.

Създаването на равни възможности за пълноценен социален и продуктивен живот за всички социални групи предвижда мерки и механизми за създаване на равни възможности за реализиране на желаното продуктивно и репродуктивно поведение и равен достъп до всички информационни, здравни, образователни и други услуги, свързани с демографското развитие за всички социални групи. Основни компоненти на политиките за постигането на социална кохезия в обществото са осигуряването на условия за пълна интеграция на уязвими групи (деца в риск, социални групи в риск, хора с

увреждания и др.) и засилването на солидарността между поколенията с оглед развитието и поддържането на равнопоставеност между поколенията.

Основно направление в демографската политика по *приоритети* е забавянето на негативните демографски процеси и намаляването на броя на населението:

1. Насърчаване на раждаемостта чрез създаване на среда, благоприятна за отглеждането и възпитанието на деца;
2. Подобряване на репродуктивното здраве на населението и превенция на стерилитета;
3. Подобряване на общата демографска информираност и сексуално-репродуктивна култура на населението;
4. Подобряване на общото здравословно състояние на населението и намаляване на общата, преждевременната, детската и майчината смъртност;
5. Разработване на адекватна миграционна и имиграционна политика;
6. Значително намаляване на броя на емигриращите млади хора в репродуктивна възраст.

В краткосрочен план насърчаването на раждаемостта чрез създаване на среда, благоприятна за раждане, отглеждане и възпитание на деца ще се търси в реализирането на отложените раждания, както и в повишаване на плодовитостта на жените и намаляване на стерилитета на жените и мъжете. В средносрочен и дългосрочен план усилията и мерките ще бъдат насочени към създаването и развитието на среда, благоприятна за раждането и отглеждането на деца.

Изграждането на среда, покриваща всички компоненти, свързани с развитието на семейство и реализирането на пълноценно родителство (семеино планиране, безопасна бременност и раждане, отглеждане, образование, здравеопазване, социално развитие на децата, съчетаване на майчинство и труд,

жилищни условия и т.н.) ще даде възможност на двойките и индивидите да имат желания брой деца.

Конкретните задачи и мерки за създаване на *среда, насърчаваща раждаемостта*, могат да се групират в следните направления:

- Развитие на отговорно родителство и равнопоставеност между жените и мъжете в семейството;
- Финансови стимули за раждане и отглеждане на деца; съвместяване на трудови и семейни задължения;
- Услуги в подкрепа на отглеждането, възпитанието и развитието на децата в семейна среда или в среда близка до семейната;
- Образование на децата;
- Създаване на жилищни условия, жизнена среда и инфраструктура;
- Достъп до информационни услуги, консултации по семейно планиране и здравни услуги за бременни, кърмачки, новородени и детско здравеопазване;
- Утвърждаване на семейството като базов компонент на обществото чрез подкрепа и подпомагане на родителите за отглеждане на деца в семейна среда и чрез адекватни промени в законодателството;
- Подкрепа за реализиране на желанието от младите хора двудетен семеен модел.

В Стратегията се посочва, че за подобряването на средата за отглеждане и възпитание на децата ще допринесе целият комплекс от мерки, заложи в във всяко от направленията, като особено важни за насърчаване на раждаемостта се разглеждат:

- ✓ Финансовите стимули за раждане и отглеждане на деца;
- ✓ Утвърждаването на семейството като базов компонент на обществото и насърчаване на родителите за отглеждане на децата в семейна среда;
- ✓ Подобряването на репродуктивното здраве на населението.

**Репродуктивното поведение** по своята същност е особено значима възпроизводителна социална дейност, тъй като е насочена не само към удовлетворяване собствените потребности на индивида, а и към задоволяване на една видова необходимост, каквато е продължаването на рода. Ето защо и демографската политика е ориентирана към превръщане на репродуктивното поведение в целенасочено рационално поведение.

Създаването на високоефективно здравеопазване, адаптирано към здравните потребности на индивида, семейството и нацията е основна цел на провежданата здравна реформа. Положителните резултати от нейното осъществяване неминуемо ще допринесат за подобряване на общото здравословно състояние на населението и ще окажат положително въздействие върху репродуктивното поведение. Конкретните насоки и дейности за подобряване на здравеопазването у нас са предмет на Национална здравна стратегия. Политиките и мерките, предвидени в стратегията, се фокусират върху репродуктивното и сексуално здраве на населението /25/.

Нарастването на възможността за съзнателно репродуктивно поведение все още не е довело до пълната му управляемост, за което говори и значителното число извънбрачни раждания, много от които са нежелани или несвоевременни. Очевидна е необходимостта от диференцирано изучаване на раждаемостта, независимо от съществуващите трудности при определяне на точната граница между брачните и извънбрачните раждания, разделянето на които в известна степен е условно.

Социологичният анализ на ражданията в юридически брак, във фактически брак и ражданията на самотните майки е от особено значение за създаване на известна представа както за сложността на процеса като цяло, така и за сложните взаимоотношения на раждаемостта с целия комплекс от социално-икономически, културни, психологични, биологични и други условия и фактори, които имат пряко отношение или оказват определено влияние върху нивото на раждаемостта.

Конкретните задачи и мерки за подобряване на репродуктивното и сексуално здраве на населението могат да се групират в следните насоки, съответстващи и на основните приоритети в

***Първата глобална стратегия по репродуктивно здраве, приета от Световната здравна организация (2004г.):***

- Подобряване на грижите за репродуктивното здраве на жените и мъжете;
- Поддържане на добро здравно състояние на бременните жени и майките чрез:
  - ✓ Осигуряване на безопасна бременност и раждане чрез задължително обхващане на всички бременни жени от постоянно безплатно наблюдение по време на износване на плода (женски и детски консултации), независимо от социално-осигурителния им статус;
  - ✓ Осигуряване на безплатна следродилна здравна помощ, особено по въпросите на кърменето и здравното състояние на новородените и майките;
- Повишаване на контрола върху спазването на трудовото законодателство и осигуряване на безопасни условия на труд на бременните жени, кърмачките и младите майки и майките на малки деца;
- Провеждане на информационни кампании за запознаване на младите жени (още на училищната скамейка) с техните права и мерките за закрила на майчинството и за осигуряване на безопасни условия на труд на бременните жени, кърмачките и младите майки, предвидени в трудовото законодателство;
- Превенция и лечение на безплодието при жените и мъжете. Развитие на асистираната репродукция в съчетание с осиновявания;
- Профилактика на онкологичните заболявания на репродуктивната система при жените и мъжете.

Проблемът за репродуктивното здраве на населението, поставен за пръв път на международната конференция за населението и развитието в Кайро

(1994г.), е в центъра на дискусиите на всички последващи международни форуми и в основата на всички програми за действие и препоръчителни документи на международни организации, свързани с демографското развитие.

Репродуктивното здраве се определя като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие във всички сфери, свързани с репродуктивната система и нейните функции и процеси. То предполага разбирането, че хората притежават способност за репродукция и правото на избор дали, кога и колко често да я използват.

Неотменимо е и правото на мъжете и жените да бъдат информирани и да имат достъп до безопасни, ефективни, материално достъпни и приемливи методи за семейно планиране по техен избор, както и до други избрани от тях методи за регулиране на раждаемостта, които не противоречат на закона, а също и право на достъп до здравни услуги, осигуряващи на жените безопасни бременност и раждане.

Световно известни учени поставят като изключително важни етичните въпроси на историята, смисъла и използването на репродуктивното генно инженерство, както и необходимостта от отговорно репродуктивно поведение и недопускане на комерсиализация на репродуктивната медицина. Особено перспективно се счита разглеждането на репродуктивната здравна помощ в тясна връзка със сексуалното здраве с цел увеличаване продължителността на живота и подобряване на междуличностните отношения (48).

## **6. Национална програма за семейно планиране**

Необходимостта от особени медико-социални грижи за извънбрачно бременните жени и за родените от тях извънбрачни деца има своите морално-етични и анатомо-физиологични основания. Известно е, че анатомо-физиологичните особености на женския организъм по време на бременността, раждането и кърмаческия период обуславят нарушаването на неговата устойчивост, създават предпоставки за повишаване на заболяемостта му.

Като добавим и това, че известна социална стигма все още е свързана с извънбрачната раждаемост, че по време на бременността трябва да бъдат взети множество трудни решения, като например да прекъсне бременността, да износи бременността, да скрие този факт от семейството и приятелите си, да задържи или не детето при себе си и т.н., очакването на извънбрачното дете поставя за много жени специфични проблеми както по време на самата бременност, така и в следродовия период. От тук следва да се очаква, че износването на едно извънбрачно дете е период на напрежение, изпълнен с чувство за вина, срам, амбивалентност и обърканост. Това е един стресов период, който на свой ред може да увеличи вероятността от трисности по време на бременността и след раждането.

Националната програма за семейно планиране насърчава въвеждането на програмата за семейно планиране в цялата здравна система и създаване на структури за семейно планиране (клиники, центрове).

**Приоритетни задачи** на националната програма са:

- ✓ Обучение на общо практикуващи лекари и педагози в семейно планиране;
- ✓ Активно включване и подкрепа на неправителствените организации, насърчаващи и прилагащи семейно планиране;
- ✓ Включване на обучение по семейно планиране в средното училище.

**Приоритетна задача** на Националната програма за семейно планиране е *значителното намаляване на броя на абортите и извънбрачните раждания на деца, неприпознати от бащата чрез:*

- Повишаване на контрацептивната култура и посрещане на нуждите на населението от контрацептивни средства и методи;
- Осигуряване на лесен достъп до контрацептиви чрез семейните лекари;
- Субсидиране или въвеждане на други мерки за поддържане цените на контрацептивните средства на достъпни за масовото население цени;

- Превенция на абортите по медицински причини и намаляване броя абортите като средство за прекъсване на непланираните бременности, особено в млада възраст на момичетата и жените;
- Превенция и лечение на инфекции на репродуктивните органи и ограничаване на риска от разпространение на ХИВ/СПИН в страната;
- Въвеждане на добри практики и стандарти в медицинските дейности, които са съобразени с директивите на Световната здравна организация и Съвета на Европа.

Важно направление в стратегията е подобряването на общата демографска информираност и сексуално-репродуктивна култура на населението чрез:

- ✓ Осигуряване подкрепа на семействата и увеличаване на родителския капацитет с цел по-широко ангажиране на родителите в подготовката на техните деца за сексуално партньорство, семеен живот и отговорно родителство;
- ✓ Значително намаляване на броя на емигриращите млади хора в репродуктивна възраст.

Предотвратяването на по-нататъшното излизане от страната на млади хора в репродуктивна възраст изисква усилията на много институции и приложението на комплексен подход, насочен към **подобряване на качеството на живота на младите хора** във всички аспекти:

- образование и квалификация,
- трудова и професионална реализация,
- семейство и деца,
- жилищни условия и жизнена среда,
- личностно развитие и участие в гражданското общество,
- достъп до здравни услуги.

Конкретните мерки и задачи за намаляване на броя на емигриращите млади хора в репродуктивна възраст са насочени към:

- Осигуряване на заетост и намаляване на безработицата сред младите хора чрез осигуряване на условия за преход от училище към работното място без период на безработица;
- Разширяване на активните програми и мерки на пазара на труда, насочени към преодоляване и предотвратяване на продължителната безработица сред младежите до 30 години (включително и младежи с увреждания);
- Включване на обучение за трудово-осигурителните права и задължения и начините за търсене на работа на завършващите средно образование;
- Насърчаване на взаимодействието между образователните институции и работодателите за разширяване на възможностите за провеждане на практика от учещите се и тяхното последващо устройване на работа;
- Разработване на специализирани политики и програми за социални умения и правоспособност за определени дейности с цел осигуряване на заетост, социална интеграция и реализация на групите младежи в неравностойно положение на пазара на труда (младежи, маргинализирани групи, безпризорни деца, деца от социални институции и деца със степен на намалена възможност за социална адаптация);
- Създаване на условия за преодоляване на бедността и социалната изолация сред младежите в неравностойно положение;
- Създаване на условия за пълноценно социално развитие на младите хора (вкл. създаване на семейство, отглеждане и възпитание на деца и активно участие в гражданското общество).
- Развитие на институционален и административен капацитет за изпълнение на Националната стратегия за демографско развитие на населението.

## ГЛАВА ВТОРА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

### Цел:

Целта на емпиричното изследване е да разкрие основните социално-психологични и етични проблеми на извънбрачната раждаемост с оглед да се подпомогне тяхното решаване.

### Задачи:

Постигането на така очертаната цел изискваше да се решат следните по-важни задачи:

1. Да се разкрият основни социално-психологични и етични фактори на бременността извън брака
2. Да се проучат проблемите на вземането на решение за износване на извънбрачната бременност
3. Да се анализира здравното състояние на самотните майки и на извънбрачните новородени
4. Да се анализира медицинското обслужване на извънбрачно бременните жени
5. Да се анализират специфичните проблеми на извънбрачната раждаемост при непълнолетните майки

### Работни понятия:

*Извънбрачно раждане* – раждане на самотна майка.

*Самотна майка* – жена, която по време на бременността и раждането няма юридически брак.

За самотна майка се счита и:

- вдовица, когато детето се ражда по-късно от десетия месец след смъртта на съпруга;
- разведена, когато детето се ражда по-късно от десетия месец след влизане в сила на решението на съда, с което е допуснат разводът на съпрузите.

Не се счита за самотна майка онази жена, която се намира в съжителство с бащата на детето, а така също, когато се намира в законен брак с друго лице.

**Обект на изследването** е извънбрачната раждаемост в град София за периода 01.01.2015 – 30.06.2015 г.

Научното решение на проблема за представителността е от първостепенна важност за конкретното изследване. Представителността изразява степента на валидност на явленията за цялата генерална съвкупност. Тъй като цялата генерална съвкупност от самотните майки и родените от тях извънбрачни деца в град София е сравнително голяма целесъобразно беше изследването да се проведе чрез представителна извадка.

Изборът на територията - град София, бе обусловен от следните обстоятелства:

1. Статистическите данни показват, че град София се нарежда на първо място по броя на извънбрачно родените деца средногодишно за страната.

2. По-ясно изразеното увеличение на абсолютния брой извънбрачно родени деца средногодишно в град София в сравнение с другите градове и села в страната.

3. По данни на НЗОК родилните заведения в град София се характеризират с добро качество на регистрираната отчетна документация по отношение раждаемостта.

4. Наличието на еднородност в качеството на медицинското обслужване в родилните заведения на град София.

5. Така избраната територия улеснява работата на анкетъора, тъй като набирането на първичната индивидуална информация от самия дисертант е важно условие за осигуряване пълнотата и достоверността на информацията, което има решаващо значение при анализа на данните и резултатите от изследването.

По данни на Националния статистически институт през 2014 г. броят на живородените извънбрачни деца у нас е 39 773, а делът им е 58.8% от всички

живородени. Коефициентът на раждаемост за град София е 10.5‰, извънбрачните живородени деца са 6617 или 50.48% от всички раждания.

#### **Технически единици на изследването са:**

- Първа САГБАЛ "Света София" ЕАД,
- Втора САГБАЛ „Шейново“,
- Университетска Акушеро-Гинекологична Болница „Майчин дом“.

#### **Логически единици на изследването**

Представителната съвкупност от **логическите единици** на изследването обхваща всички родилки **пълнолетни самотни майки** – 108, в посочените родилни заведения през избрания период. Обхванатите от изследването самотни майки са българки по народност.

Изследването обхваща при пълнолетните самотни самотни майки и равна по обем **контролна група от брачно родили жени**, уеднаквена по:

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

Контролната група обхваща родилите най-близо във времето и в същото родилно отделение.

Изследването обхваща и **непълнолетни самотни майки** в родилните отделения на университетски болници в София, Пловдив и Стара Загора – 68 на брой, които представляват 20,8 % от цялата съвкупност на непълнолетните майки през 2014 г. През 2014 г. 320 майки под 15 години имат раждане на първо дете, а 7 майки под 15 години – раждане на второ дете.

#### **Методи за регистрация на първичната информация:**

1. Анкетен метод - социално-демографски параметри; социално-психологични: мотивация; амбивалентност; тревожност; етични проблеми на вземането на решения.

2. Документален метод - анализ на история на заболяването и други медицински документи. Използвани са следните отчетни документи: История на раждането; История на новороденото; Съобщение за раждане; Протокол от анкетата за мъртвородено и за новородено; Декларация за предоставяне детето за осиновяване и др.

### **Математико-статистически методи за обработка и анализ на първичната информация:**

- Алтернативен анализ - анализ на качествени променливи с абсолютни честоти, относителни честоти, кумулативни относителни честоти.
- Вариационен анализ на количествени променливи – средна стойност, стандартно отклонение, доверителен интервал на средната стойност.
- Метод за проверка на хипотези – хи-квадрат за търсене на връзка между качествени променливи.

### **Организация на изследването**

При изследване на проблемите, които поставят извънбрачните раждания, съображенията за горепосоченото ограничение във времето на наблюдението бяха следните:

1. През последните две години извънбрачната раждаемост в София проявява известна устойчивост, поради което трудно може да се предположи, че през избрания за изследването период се наблюдават нетипични или твърде специфични фактори, които са свързани с извънбрачната раждаемост.

2. От гледна точка на използвания математико-статистически инструментариум обемът на съвкупността през този период обуславя необходимата точност и валидност на показателите и обработените данни.

Изследването използва и метода на контролната група. Контролната група в случая е предназначена да установи появата на изследваните фактори при брачно родилите жени и техните деца, да осигури необходимата

възможност за сравнение на резултатите, за изследване в по-големи детайли на факторите, които влияят върху извънбрачната раждаемост.

Едно рационално изискване към контролната група е тя да бъде уеднаквена с изследваната група по няколко съществени признака. При такъв подход отпада възможността да се изследват влиянията на тези признаци, но същевременно се отстранява и тяхното влияние при изследването на другите фактори.

Редица изследователи подчертават, че извънбрачната раждаемост съществено зависи от възрастта на извънбрачно родилата жена и от социалната група на майката. Поредният номер на роденото дете също оказва определено влияние върху протичането на бременността, върху физическото развитие на новороденото.

Ето защо за целта на конкретното изследване възникна необходимостта от формиране на контролна група, уеднаквена според основните фактори - възраст на майката, социална група на майката и пореден номер на роденото дете, чието влияние позволява да се увеличи дискриминационната сила на анализа по отношение на останалите интересоващи изследването фактори.

Сходството между двете групи се установяваше персонално. С оглед съблюдаване на паралелност между двете явления - брачно и извънбрачно раждане, на всяка родилка-самотна майка се избираше родилка, сключила брак, уеднаквена по определените вече признаци и родила най-близо във времето и в същото родилно заведение. При наличие на повече от една родилка със сключен граждански брак, отговаряща на посочените изисквания за включването и в контролната група, се прилагаше лотарийният принцип.

Научното решаване на въпроса за представителността е в тясна връзка с достоверността на данните. Конкретните методи за регистрация са най-важното средство за осигуряване достоверност на информацията при дадено изследване.

За решаването на поставените задачи конкретното изследване използва като основен метод за събиране на научна информация анкетния метод.

Създаденият за целта въпросник съдържа 50 въпроса (Приложение 1), Отговорите на част от тях дават информация за неща, които поради реализиране в хода на обществения живот са придобили обективно значение независимо от отделната личност. Останалите въпроси изразяват оценка или съждение на изследваното лице.

Родилките се анкетираха от 3-ия до 5-ия ден след раждането, което намаляваше смущаващото му влияние върху тяхното психично състояние.

В изследването се използва и изучаването на документи.

Документалният метод позволи да се събере допълнителна информация от родилните заведения, която касае конкретното изследване.

Получената в резултат на анкетирането и документалния метод първична информация бе анализирана с помощта на различни математико-статистически методи.

Доказването на факторните зависимости изисква да се установи статистически значима връзка между изучаваното явление извънбрачно раждане и предполагаемия фактор. За да може да се говори за наличие на факторна зависимост, необходимо е да се установи, че родилките (респективно новородените) от двете групи (извънбрачна и брачна) имат различни разпределения по разновидностите на определен признак. Наличието на неслучайни различия се установява чрез теста хи-квадрат ( $\chi^2$ ). За значими се приемат различията, при които тестът установи уровень на значимост  $P < 0,05$ .

По-нататъшният анализ изисква да се разкрие направлението, в което факторите влияят върху изучаваното резултативно явление. Резултативното явление в конкретното изследване - раждането, се разглежда в две разновидности - брачно и извънбрачно. За разкриване начина, по който се променя резултативното явление в отделните разновидности на даден признак, изследването използва относителните дялове на родилките (респективно новородените) от двете групи (извънбрачна и брачна), при което се определя минималният риск за раждане извън брака.

Анализът на факторните зависимости изисква да се измери силата на влиянието на отделните фактори, с което да се определи тяхното значение за изучаваното явление. Градирането на отделните фактори според силата на зависимостта им от изучаваното явление се измерва с помощта на корелационния коефициент на Крамер за качествени признаци.

Теоретически коефициентът на Крамер се движи от 0 до 1. Стойностите между тези граници измерват степента на зависимост. Градирането на отделните факторни признаци според силата на тяхното влияние върху извънбрачното раждане (при доказана зависимост) се извършва при следната категоризация:

- признаци със слабо факторно влияние - стойностите на коефициента на Крамер са от 0 до 0,200;
- признаци с изявено факторно влияние - стойностите на коефициента на Крамер са от 0,200 до 0,300;
- признаци с изявено силно факторно влияние - стойностите на коефициента на Крамер са над 0,300.

Изследването използва вариационен анализ предимно при проучване физическото развитие на родилките - самотни майки и на извънбрачните новородени. Изчисляването на вариационните показатели - средни величини и стандартни отклонения позволи да се извърши колективна оценка на физическото развитие на проучваните контингенти.

## ГЛАВА ТРЕТА. РЕЗУЛТАТИ ОТ ИЗСЛЕДВАНЕТО И ОБСЪЖДАНЕ

### 1. Основни характеристики на пълнолетните самотни майки

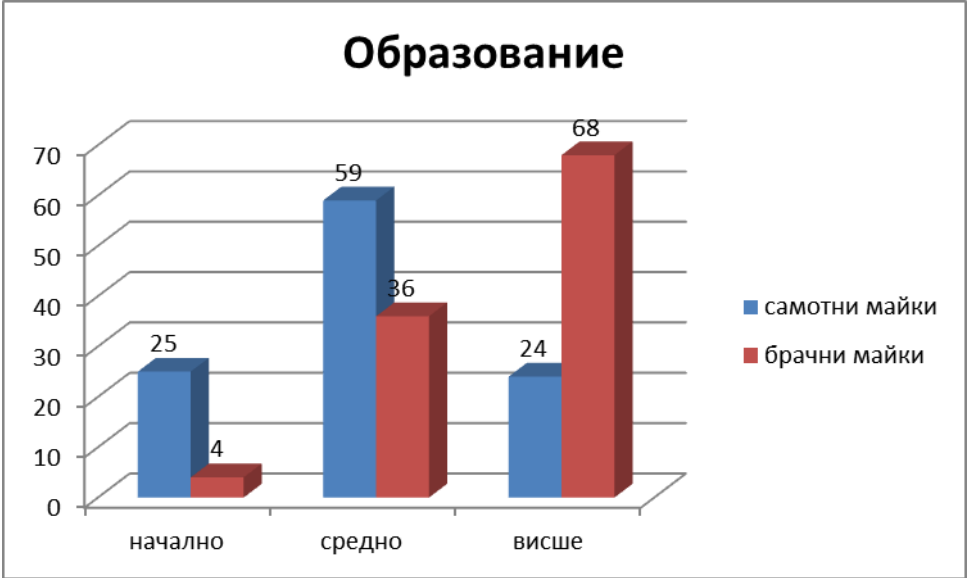
Проведе се емпирично изследване на 108 пълнолетни самотни майки и толкова брачно родили жени в Първа САГБАЛ "Света София" ЕАД, Втора САГБАЛ „Шейново“, Университетска Акушеро-Гинекологична Болница „Майчин дом“.

#### 1.1. Демографска характеристика на пълнолетните самотни майки:

- Всички обхванати от изследването самотни майки са българки по народност
- Преобладаващата част от самотните майки никога не са омъжвани (88,9%)
- Не малък е и относителният дял на разведените самотни майки (11,1%)
- Получените резултати сочат, че 87,0% от извънбрачните раждания на самотните майки са първи по ред, вторите по ред са 13.0%.
- 25,9 % от майките са имали съжителство с бащата, който ги изоставя при настъпване на бременността /8 от майките посочват бащата като съпруг/
- Принадлежността на самотните майки към различните обществени групи показва висок относителен дял на безработните самотни майки - 25,9%.

Таблица 3: *Образование на майките* - Коефициент на Крамер = 0,440

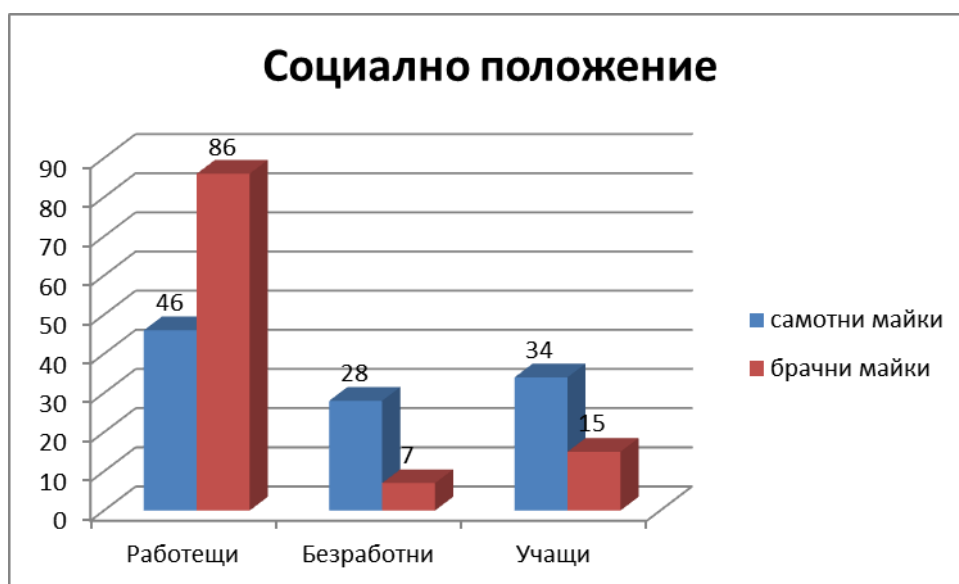
Образование	самотни майки		брачни майки		Общо
	брой	%	брой	%	
Начално	25	23.15%	4	3.70%	29
Средно	59	54.63%	36	33.34%	95
Висше	24	22.22%	68	62.96%	92
Общо:	108	100.00%	108	100.00%	





**Таблица 4. Социално положение на майките - Коефициент на Крамер = 0,380**

Социално положение	самотни майки		брачни майки		Общо
	брой	%	Брой	%	
Работещи	46	42.59%	86	79.63%	132
Безработни	28	25.93%	7	6.48%	35
Учащи	34	31.48%	15	13.89%	49
Общо:	108	100.00%	108	100.00%	





Образованието и социалното положение на майките имат силно факторно влияние върху извънбрачната раждаемост. Две трети от самотните майки имат начално и средно образование, докато 63% от брачните майки са с висше образование /Коефициент на Крамер = 0,440/.

Съществени са различията между двете сравнявани групи и по отношение на социалното им положение. Изследването установи четири пъти по-висока честота на безработица и почти три пъти по-голям относителен дял

на учащи се при самотните майки в сравнение с брачно родилите жени /Коефициент на Крамер = 0,380/. Очевидно липсата на финансови доходи увеличава риска от извънбрачно забременяване.

## ***1.2. Стил на живот на жените с повишен риск за бременност извън брака***

Редица изследвания установяват, че сред личностните фактори, оказващи въздействие върху извънбрачната раждаемост, съществена е ролята на случайния характер на половите контакти, липсата на целенасочена подготовка по въпросите на сексуалния живот, както и неефикасната контрацепция.

Проучването на стила на живот на жените с повишен риск за бременност извън брака установи статистически значими различия между двете сравнявани групи ( $P < 0,001$ ). За жените с повишен риск за бременност извън брака е характерно:

- Използване на свободното време предимно за развлечения;
- Липса на подготовка по въпросите на половия живот;
- Случаен характер на половите връзки;
- Неефикасна контрацепция;
- Засилена миграционна тенденция.

За изследването беше особено важно да изясни доколко съвременната българска жена е самостоятелна и готова да носи отговорностите на личното си репродуктивно поведение. На въпроса при кого е живяла и кой се е грижил за извънбрачно родилата майка във времето преди нейното забременяване изследването установи, че рискът сред живеещите самостоятелно на квартира жени е най-голям. Повече от 85% от самотните майки са живяли самостоятелно, докато такъв процент от брачните майки са живяли със съпруг или родители /Коефициент на Крамер = 0,784/.

**Таблица 5. Разпределение на майките според това с кого са живяли в годината преди забременяването**

Коефициент на Крамер = 0,784

С кого са живяли в годината преди забременяването?	самотни майки		брачни майки		Общо
	брой	%	брой	%	
Самостоятелно живеещи в квартира	60	55.56%	7	6.48%	67
Живеещи в общежитие	32	29.62%	3	2.78%	35
Със съпруг	8	7.41%	88	81.48%	96
С родители	8	7.41%	10	9.26%	18
Общо:	108	100.00%	108	100.00%	

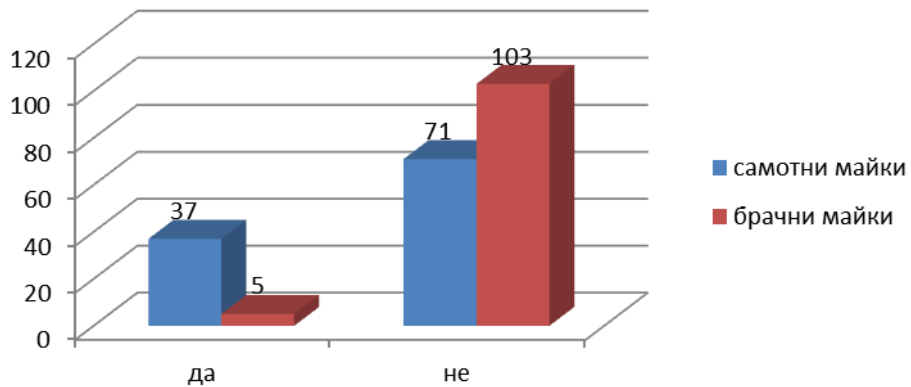




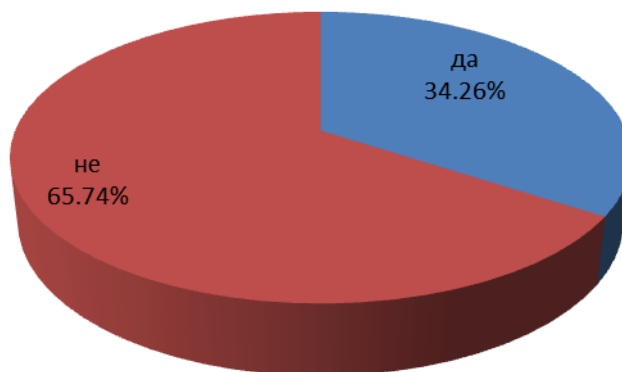
**Таблица 6: Използване на свободното време за развлечения**  
Коефициент на Крамер = 0,374

Използват свободното време за развлечения	самотни майки		брачни майки		Общо
	брой	%	брой	%	
Да	37	34.26%	5	4.60%	42
Не	71	65.74%	103	95.40%	174
Общо:	108	100.00%	108	100.00%	

## Използват свободното време за развлечения



### самотни майки



### брачни майки



Изследването потърси да установи каква е зависимостта между характера на използване на свободното време от майките преди възникване на бременността и самата извънбрачна бременност.

Данните от анализа показват много силна зависимост (Коефициент на Крамер = 0,374). От получените резултати ясно личи повишеният риск за извънбрачно забременяване при жените, прекарващи свободното си време предимно в развлечения. Относителният дял на извънбрачно родилите жени, които прекарват времето си предимно в развлечения (34.26%) е седем пъти по-голям от този на брачните майки (4.6%).

Данните от изследването показват, че не може да се очаква владение на необходимите знания по въпросите на половия живот без сексуално образование и възпитание като елемент от общото здравно възпитание на учениците, насочено към формиране на здравословни навици, комуникативни умения и отговорно поведение.

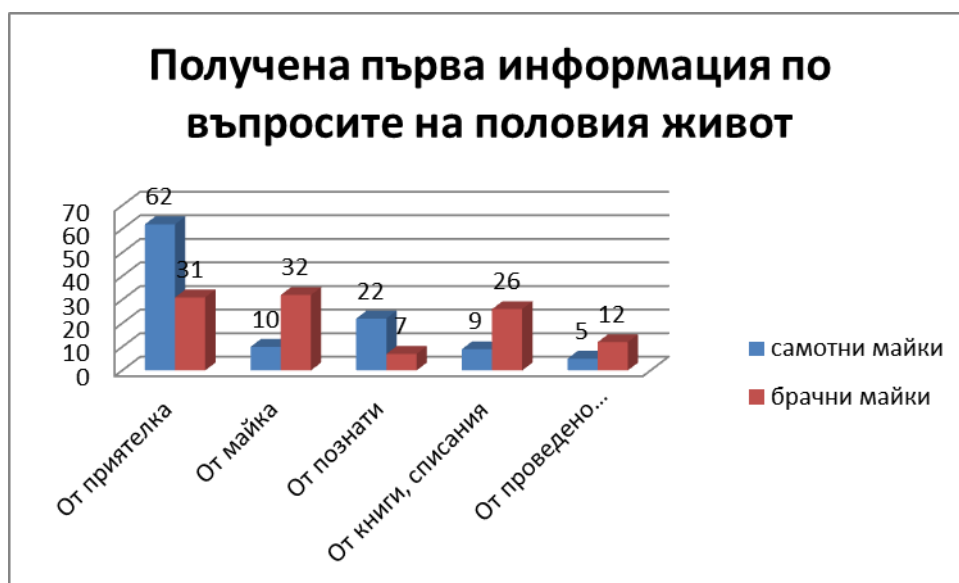
Сексуалното поведение на личността като цяло се обуславя от множество фактори, в това число и от степента на владение на необходимите знания по въпросите на половия живот.

От направения анализ на отговорите на въпроса, отнасящ се до източника на знания на майката по половите въпроси, могат да се доловят следните общи характерни черти. 57,41% от извънбрачно родилите жени са получили първата информация за половия живот от своите приятелки, на следващо място – 20,37% - от познати; и едва 4,63% - от проведено обучение в училище. За сравнение дялът на семейството като източник на необходимите знания е 9,26% при извънбрачно родилите жени и 29,63% при брачните.

**Таблица 7: Получена първа информация по въпросите на половия живот**

Коефициент на Крамер = 0,434

Получена първа информация по въпросите на половия живот	самотни майки		брачни майки		Общо
	брой	%	брой	%	
От приятелка	62	57.41%	31	28.70%	93
От майка	10	9.26%	32	29.63%	42
От познати	22	20.37%	7	6.48%	29
От книги, списания	9	8.33%	26	24.07%	35
От проведено обучение в училище	5	4.63%	12	11.11%	17
Общо:	108	100.00%	108	100.00%	





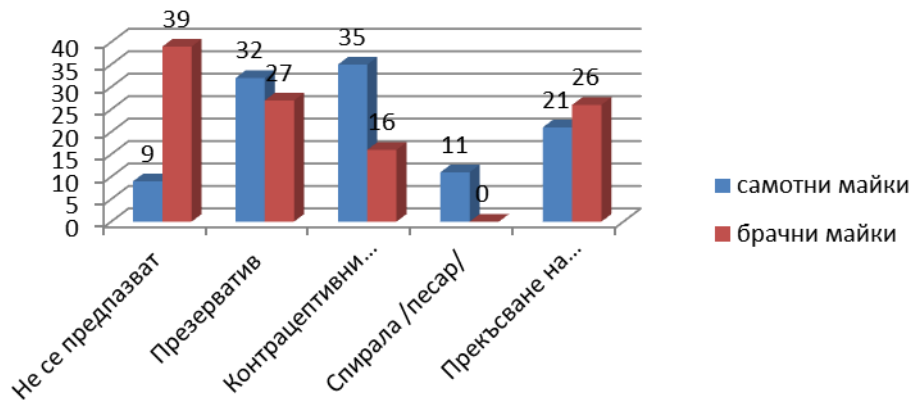
От направения анализ на отговорите на въпроса, отнасящ се до източника на знания на майката по половите въпроси, изследването установи съществени различия между двете сравнявани групи /Коефициент на Крамер = 0,434/.

Случайният характер на половите връзки при извънбрачно родилите жени в известен смисъл предопределя и използването на различни методи и средства за предпазване от нежелана бременност. Данните отразяват наличието на съществена разлика между двете групи /Коефициент на Крамер = 0,418/.

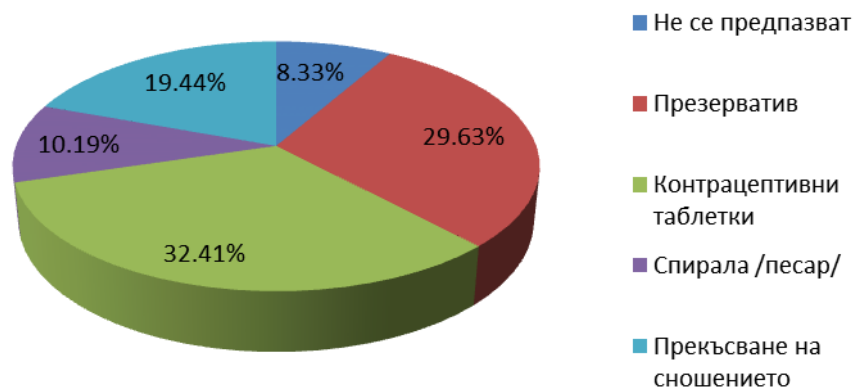
**Таблица 8: Използвани методи за предпазване от нежелана бременност** - Коефициент на Крамер = 0,418

Използвани методи за предпазване от нежелана бременност	самотни майки		брачни майки		Общо
	брой	%	брой	%	
Не се предпазват	9	8.33%	39	36.10%	48
Презерватив	32	29.63%	27	25.00%	59
Контрацептивни таблетки	35	32.41%	16	14.80%	51
Спирала /песар/	11	10.19%	0	0.00%	11
Прекъсване на сношението	21	19.44%	26	24.10%	47
Общо:	108	100.00%	108	100.00%	

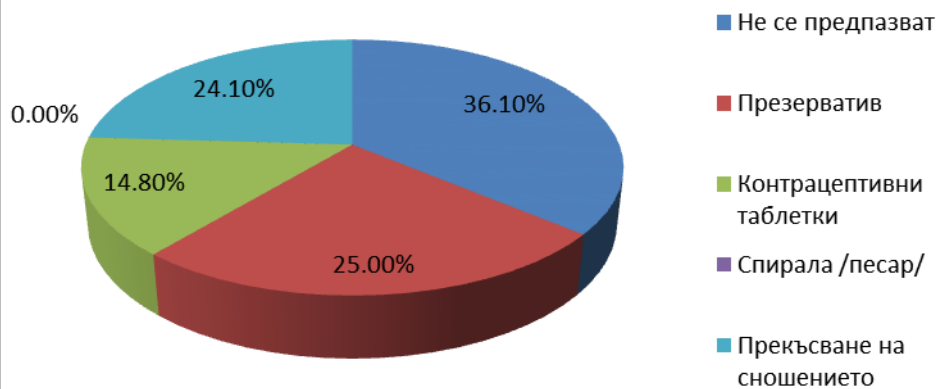
## Използвани методи за предпазване от нежелана бременност



### самотни майки



### брачни майки



Въпреки че очакванията са с либерализирането на аборта и контрацепцията да се намали честотата на ражданията извън брака, фактически се случва точно обратното. Ситуацията се обяснява с ерозията на обичая за сключване на брак поради настъпила бременност. До 1970-те години бракът поради настъпила бременност традиционно се счита за норма в предбрачните сексуални отношения /87, 89/.

Друг важен фактор до 1970-те е стигмата на самотното майчинство. Тя е толкова силно изразена, че само единици жени желаят да отглеждат деца извън брака. Условието, при което жената се ангажира със сексуална активност е обещанието за брак в случай на бременност. През 70-те години обаче този брак поради бременност постепенно започва да става рядкост. Това се случва по същото време, когато идват новите репродуктивни технологии / 63, 88 /.

От друга страна, сексуалната активност без задължения нараства значително в предбрачните отношения. Жените, които желаят прекъсване на бременността правят аборт или използват контрацептиви, и не намират вече за необходимо да изискват обещание за женитба от своите партньори като условие за сексуални отношения. Много мъже променят своето отношение към отговорностите си при непланираните бременности.

Бягството на бащите на извънбрачните деца от поемане на отговорност за последствията от своето поведение оказва силно влияние върху процеса на вземане на решение за прекъсването или износването на извънбрачната бременност. Това влияние е подчертано и от факта, че по-голямата част от бащите научават за настъпилата бременност още в нейните първи месеци. Най-вероятно това са месеци, през които извънбрачно бременната жена се надява да уреди отношенията си с бащата на детето чрез сключване на брака, който да узакони и очакваното дете.

## **2. Социално-психологични и етични фактори на извънбрачната раждаемост**

В процеса на вземане на решение, като преценява и избира насоката на своето поведение в конкретната ситуация, личността се ръководи от предварително установени и приети от нея трайни ценностни ориентации и интереси. Ценностните ориентации са израз на дълбоко премислена и трайно закрепена линия на поведение. Ценностните ориентации определят кръга на възможностите на личността да ръководи и управлява себе си, своите чувства и настроения, да осъществява свободен избор на различни форми на поведение.

Тенденцията на сравнително устойчивото нарастване на относителния дял на извънбрачните раждания е в съответствие с промяната от традиционния семеен модел на гражданския брак към свободното съжителство. Новият семеен модел променя и семейните отношения, и мястото и ролята на семейството в обществото, в посока на намаляване на тяхната икономическа, социална и традиционно - ценностна тежест и значимост.

Причините за промяната на отношението към свободните съжителства и извънбрачните раждания са множество и са взаимосвързани, но могат да бъдат обособени най-важните: икономически – стремеж към икономическа (доходна) самостоятелност на жените и страх от изпадане в зависимости в период, когато са най-уязвими (раждането и отглеждането на малкото дете); образователни - завършване на високи образователни нива; професионални и кариерни – утвърждаване в професията и израстване в кариерата; социално-психологически – наличие на подходящ партньор; наличие на самостоятелен дом, наличие на достъпни услуги за отглеждане, възпитание и подпомагане на образованието на децата /26, 46/.

Изследването си постави за задача да направи сравнителен анализ на отношението на майките в двете групи към съжителството без брак.

## 2.1. Отношение на майките към съжителството без брак

**Таблица 9: Човек първо трябва да се обезпечи материално и тогава да се обвързва с брак**

Коефициент на Крамер = 0,381

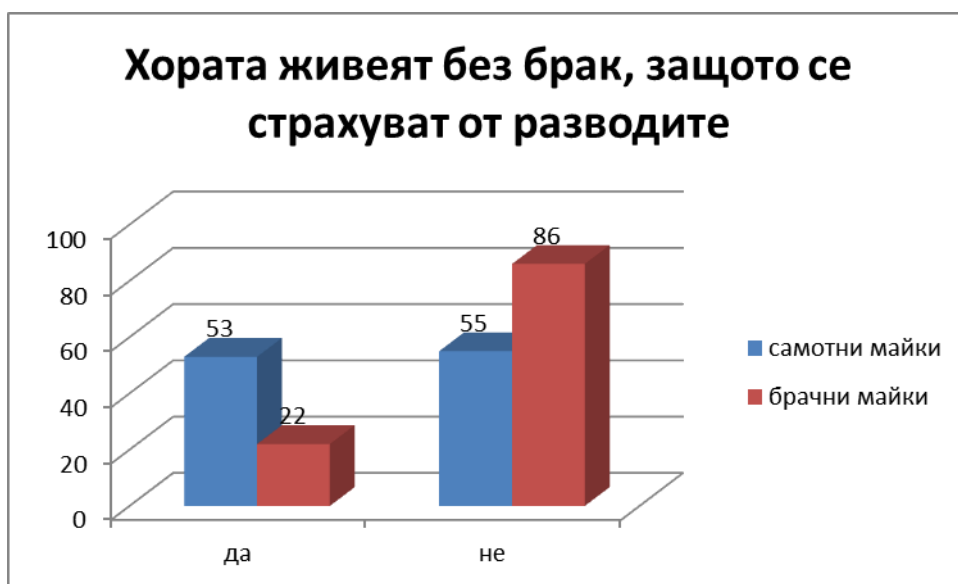
Човек първо трябва да се обезпечи материално и тогава да се обвързва с брак	самотни майки		брачни майки		Общо
	брой	%	брой	%	
Да	61	56.48%	21	19.44%	82
Не	47	43.52%	87	80.56%	134
Общо:	108	100.00%	108	100.00%	





**Таблица 10: Хората живеят без брак, защото се страхуват от разводите** - Коефициент на Крамер = 0,301

Хората живеят без брак, защото се страхуват от разводите	самотни майки		брачни майки		Общо
	брой	%	брой	%	
Да	53	49.07%	22	20.37%	75
Не	55	50.93%	86	79.63%	141
Общо:	108	100.00%	108	100.00%	



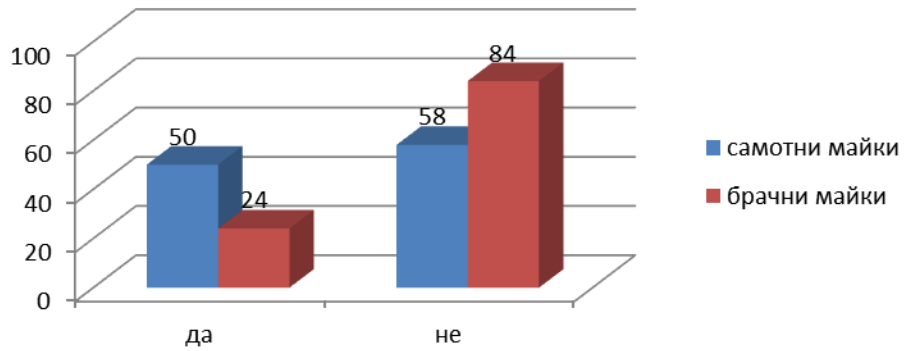


**Таблица 11: Съжителството е по любов, а бракът е заради децата**

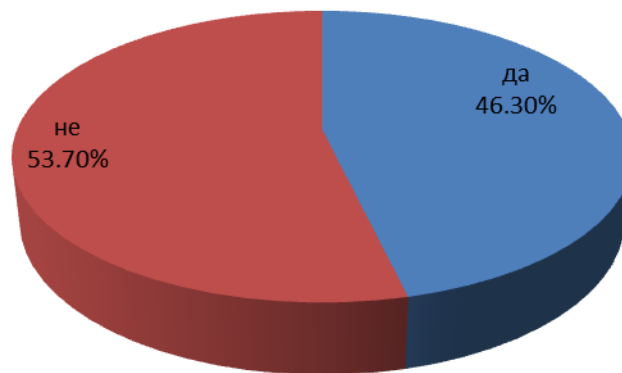
Коефициент на Крамер = 0,253

Съжителството е по любов, а бракът е заради децата	самотни майки		брачни майки		Общо
	брой	%	брой	%	
Да	50	46.30%	24	22.22%	74
Не	58	53.70%	84	77.78%	142
Общо:	108	100.00%	108	100.00%	

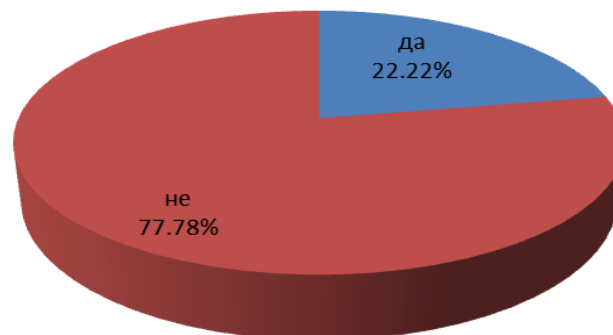
## Съжителството е по любов, а бракът е заради децата



### самотни майки



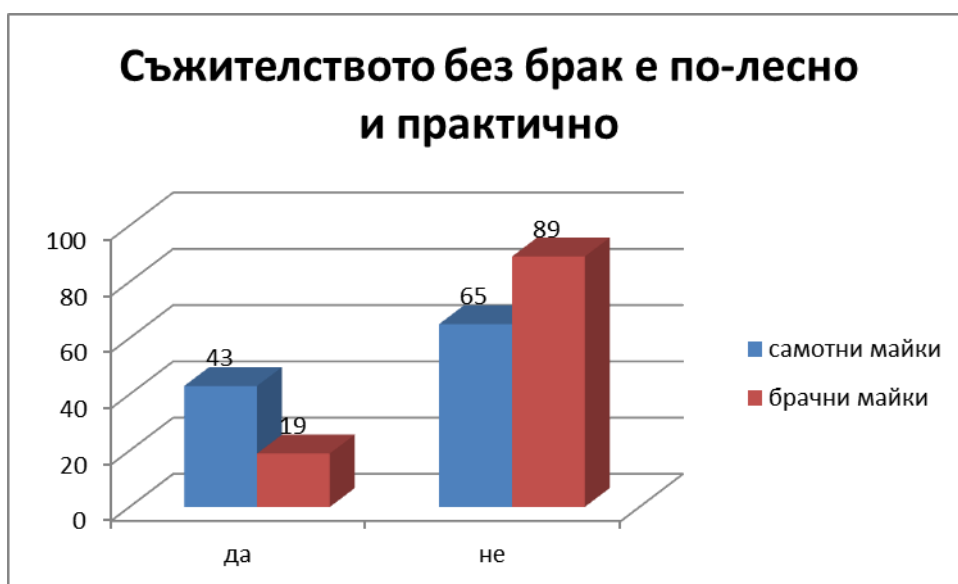
### брачни майки



**Таблица 12: Съжителството без брак е по-лесно и практично**

Коефициент на Крамер = 0,245

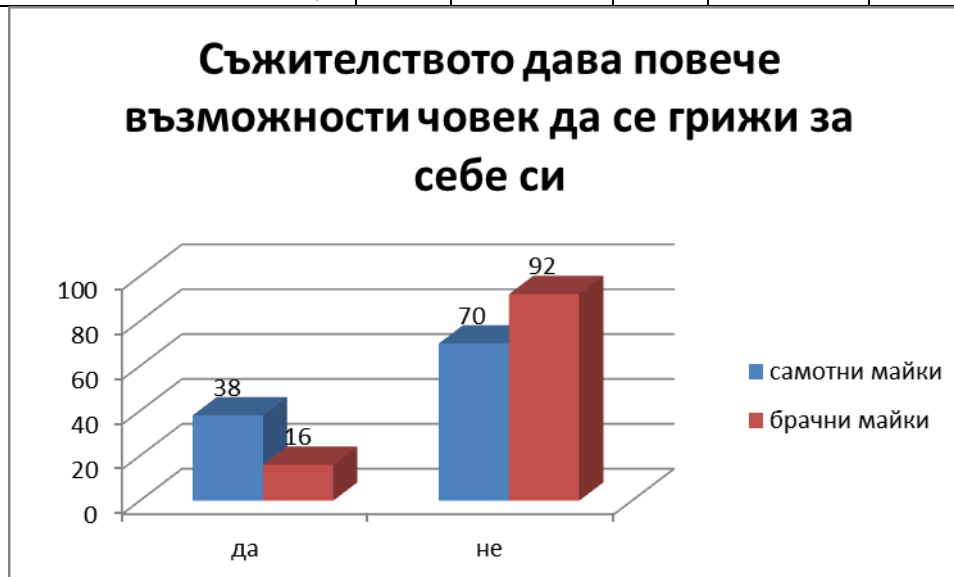
Съжителството без брак е по-лесно и практично	самотни майки		брачни майки		Общо
	брой	%	брой	%	
Да	43	39.81%	19	17.59%	62
Не	65	60.19%	89	82.41%	154
Общо:	108	100.00%	108	100.00%	





**Таблица 13: Съжителството дава повече възможности човек да се грижи за себе си - Коефициент на Крамер = 0,235**

Съжителството дава повече възможности човек да се грижи за себе си	самотни майки		брачни майки		Общо
	брой	%	брой	%	
Да	38	35.19%	16	14.81%	54
Не	70	64.81%	92	85.19%	162
Общо:	108	100.00%	108	100.00%	



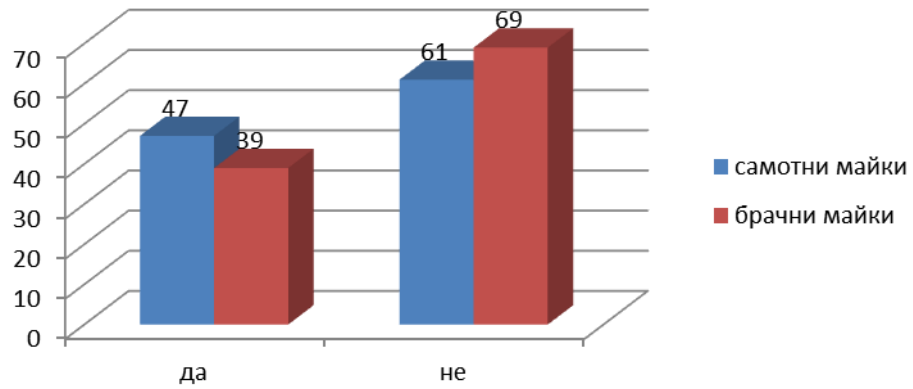


**Таблица 14: Съжителството без брак е просто модерно**

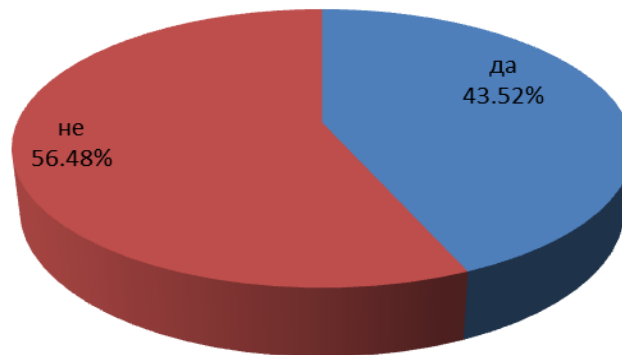
Коефициент на Крамер = 0,075

Съжителството без брак е просто модерно	самотни майки		брачни майки		Общо
	брой	%	брой	%	
Да	47	43.52%	39	36.11%	86
Не	61	56.48%	69	63.89%	130
Общо:	108	100.00%	108	100.00%	

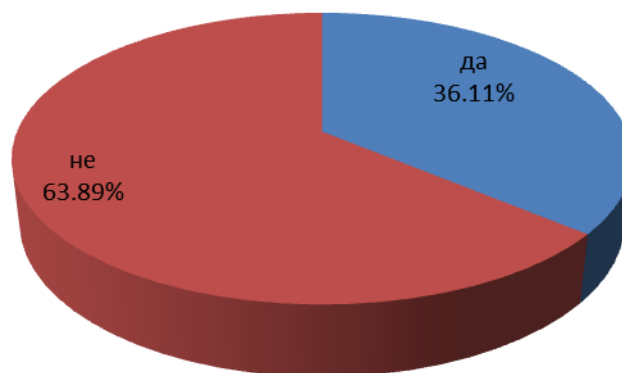
## Съжителството без брак е просто модерно



### самотни майки



### брачни майки



Всички анализирани признаци имат изявено факторно влияние върху извънбрачната раждаемост. Резултатите от изследването потвърждават наблюдаваната тенденция на нарастване на риска за раждане извън брака с промяната - от традиционния семеен модел за сключен граждански брак към свободно съжителство.

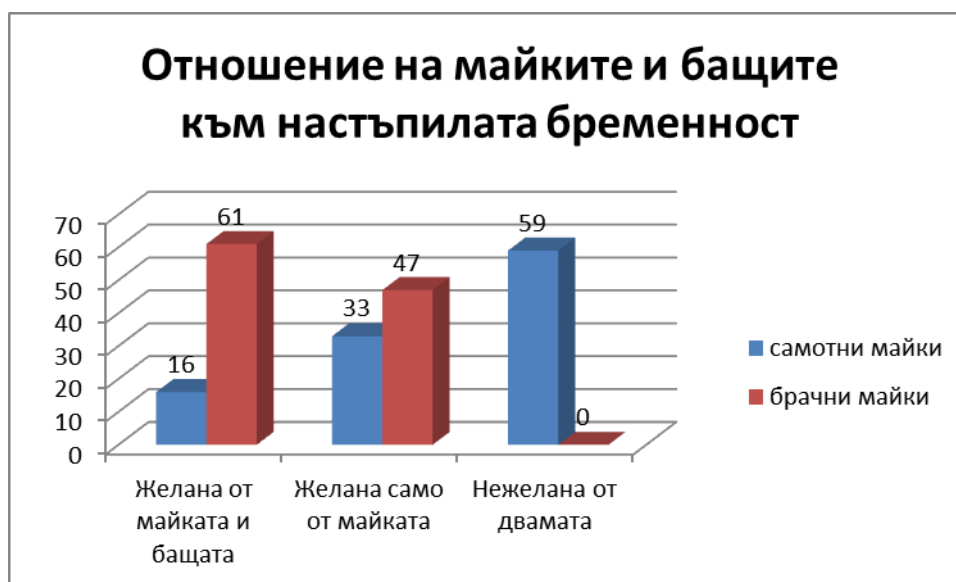
## ***2.2. Проблеми на вземането на решение за износване на извънбрачната бременност***

Изследването показва, че 45,37% от извънбрачно родилите жени са желали своята бременност и са с надежда за сключване на брак, а тези от тях, които са се били ориентирали към създаване на непълно семейство са единици. Това обяснява в значителна степен и големия брой опити за прекъсване на бременността. Докато относителният дял на брачните майки, които не са правили опити да прекъсват бременността си достига 97,2%, то този дял за извънбрачно родилите жени е само 68,5%.

Бягството на бащите на извънбрачните деца от поемане на отговорност за последствията от своето поведение оказва силно влияние върху процеса на вземане на решение за прекъсването или износването на извънбрачната бременност. Това влияние е подчертано и от факта, че по-голямата част от бащите научават за настъпилата бременност още в нейните първи месеци. Най-вероятно това са месеци, през които извънбрачно бременната жена се надява да уреди отношенията си с бащата на детето чрез сключване на брак, който да узакони и очакваното дете.

**Таблица 15: Отношение на майките и бащите към настъпилата бременност** - Коефициент на Крамер = 0,637

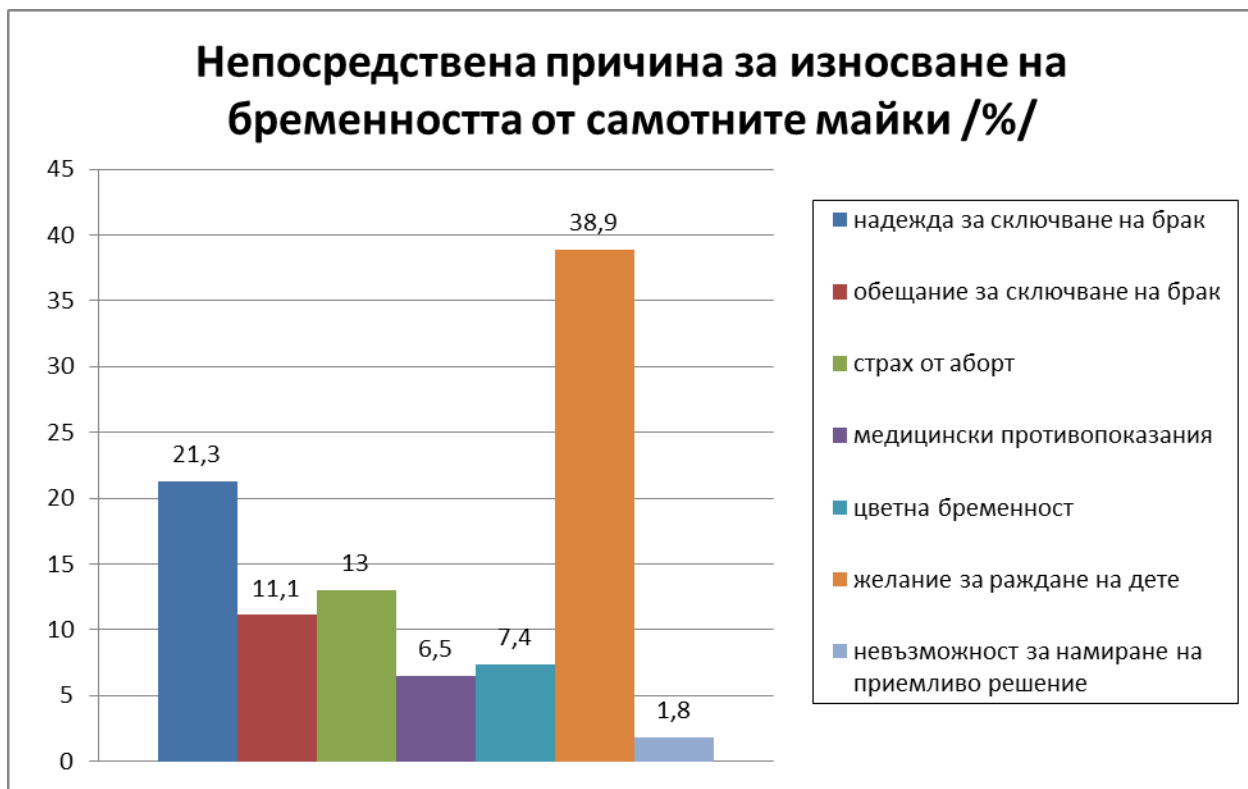
Отношение на майките и бащите към настъпилата бременност	самотни майки		брачни майки		Общо
	брой	%	брой	%	
Желана от майката и бащата	16	14.81%	61	56.48%	77
Желана само от майката	33	30.56%	47	43.52%	80
Нежелана от двамата	59	54.63%	0	0.00%	59
Общо:	108	100.00%	108	100.00%	





**Таблица 16: *Непосредствена причина за износване на бременността от самотните майки***

- Надежда за сключване на брак - 21.3 %
- Обещание за сключване на брак - 11.1%
- Страх от аборт - 13,0%
- Медицински противопоказания - 6,5%
- Цветна бременност - 7,4%
- Желание за раждане на дете - 38,9%
- Невъзможност за намиране на приемливо решение - 1,8%



За изследването беше особено важно да изясни доколко съвременната българска жена е самостоятелна и готова да носи отговорностите на личното си репродуктивно поведение и решение за раждане на дете извън брака.

При проучване рисковите фактори, свързани със семейната среда на самотните майки, особено важно значение имат социалните стремежи и ориентации на семейството, микроклимата в него. А те зависят в една или друга степен от отношенията на родителите към децата, от доминиращата роля на един от родителите. Защото всяка особеност в изискванията и нормите към децата и всяко несъвпадение между представата за тях и реалната действителност в семейството предизвиква конфликт и се отразява върху психичното развитие на девойката, върху формирането на нейната личност, върху нейния начин на живот. Те именно обясняват в значителна

степен и трудностите при вземането на решение за износване и раждане на дете извън брака.

Зависимостта между този фактор и извънбрачната бременност е най-силно изразена в случаите, когато липсва родителски авторитет и контрол. При анализа на отговорите на самотните майки на въпросите как преценяват те отношението на родителите им към тях преди забременяването и при износването на бременността, както и доминира ли някой от родителите, изследването установи недостатъци в семейството като възпитателна среда.

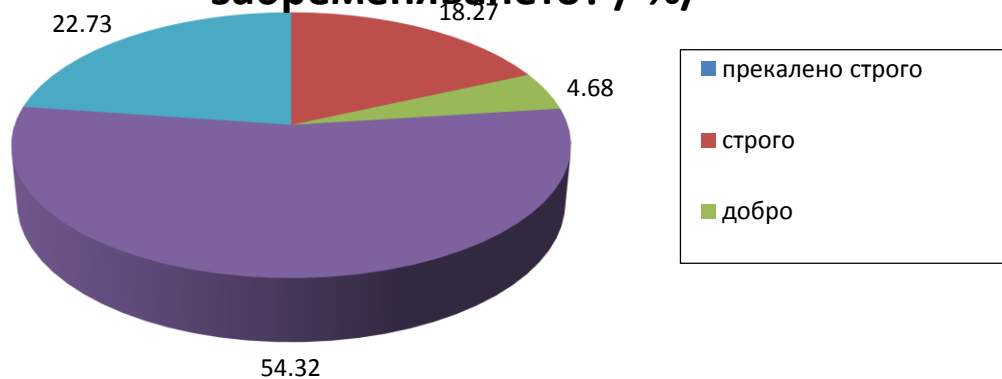
**Таблица 17. Отношение на родителите преди бременността**

<b>Как преценявате отношението на родителите към Вас преди забременяването /%/</b>		
	<b>неомъжени</b>	<b>омъжени</b>
<b>прекалено строго</b>	<b>0</b>	<b>9.12</b>
<b>Строго</b>	<b>18.27</b>	<b>26.94</b>
<b>Добро</b>	<b>54.32</b>	<b>36.15</b>
<b>не се интересуваха от мене</b>	<b>4.68</b>	<b>9.66</b>
<b>угаждаха ми във всичко</b>	<b>22.73</b>	<b>18.13</b>

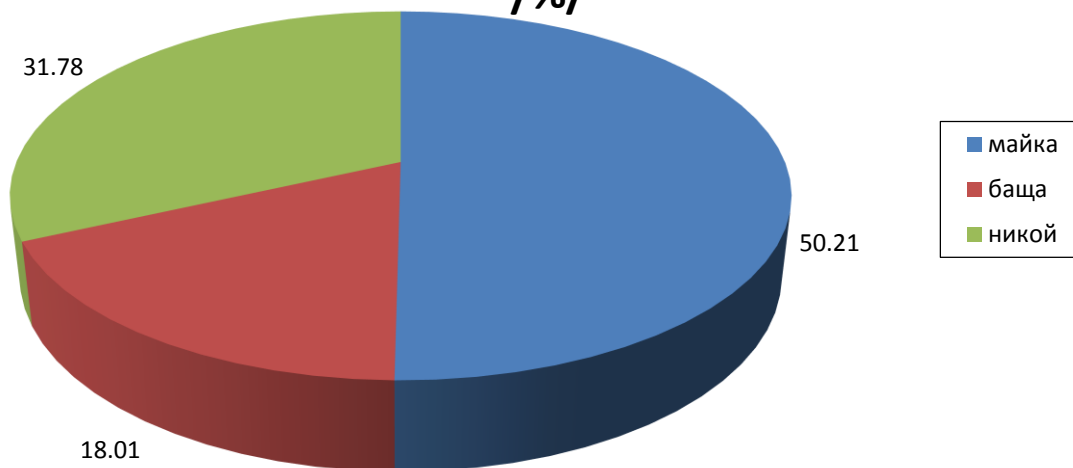
**Таблица 18. Доминираща роля на родител в семейството**

<b>Доминираща роля на родител в семейството /%/</b>		
	<b>неомъжени</b>	<b>омъжени</b>
<b>майка ми</b>	<b>50.21</b>	<b>36.11</b>
<b>баща ми</b>	<b>18.01</b>	<b>33.27</b>
<b>никой</b>	<b>31.78</b>	<b>30.62</b>

### Как преценявате отношението на родителите към Вас преди забременяването? / %/



### Доминираща роля на родител в семейството / %/



В известна степен направения анализ на вземане на решение за раждането на извънбрачно дете очертава и възможните очаквания по отношение на въпроса, кой ще се грижи за извънбрачното дете след изписването му от родилния дом. Изследването анализира по-конкретно

именно този въпрос и някои от факторите, обусловили *вземането на решение за отглеждане на извънбрачно роденото дете*.

Изследването установи, че една трета от самотните майки вземат решение да предоставят родените си деца за осиновяване.

От друга страна фактът, че известна част от самотните майки задържат децата при себе си поради припознаване на детето от бащата, говори за необходимостта от засилване на общественото въздействие върху бащите на извънбрачните деца с оглед по-благоприятното уреждане на отношенията им с децата и с техните майки. Това се налага и от установеният минимален брой сключени бракове след раждането.

Как влияят последните промени в САЩ върху познавателното, социално и емоционално състояние на американските деца? Пол Амато изследва въздействието от формирането на семейства върху децата и дава оценка дали сегашните програми за насърчаване на браковете могат да отговорят на нуждите на децата. Амато започва с разликите между децата в семейства с двама биологични родители и децата в семейства само с един биологичен родител. Той посочва, че при децата, които израстват с двама постоянно женени родители има по-малка вероятност да изпитат голям набор от познавателни, социални и емоционални проблеми не само през детството си, но и в зряла възраст /53/.

Въпреки невъзможността да се докаже, че семейната структура е причина за тези разлики, някои проучвания, които използват сложни статистически методи предполагат, че това е истината. След това Амато задава въпроса на какво се дължат разликите между тези две групи деца. Той показва, че в сравнение с другите деца, тези, които израстват в стабилни семейства с двама родители имат по-висок жизнен стандарт, получават по-ефективни родителски грижи, изживяват по-голямо сътрудничество между двамата

родители, имат по-голяма емоционална близост с двамата си родители и са подложени на по-малко стресиращи събития и обстоятелства. Накрая Амато дава оценка как ще се отразят върху състоянието на децата сегашните политики за насърчаване на брака.

Според него, намесата за увеличаване дела на децата, които израстват с двама родители ще има много скромнен принос за подобряване цялостното състояние на американските деца, защото за социалните или емоционалните проблеми на децата има много причини и семейната структура е само една от тези причини. Но въпреки това намесата, която намалява скромно целия дял американски деца изживяващи различни проблеми може значително да намали броя деца, които ги изживяват. Дори малък спад в процента, умножен с многобройните деца в населението представлява сериозна социална помощ. Тази статия проучва източниците на авторитетно познание, които оформят нежеланата бременност и раждането през общо пет репродуктивни периода на самотни бели жени от средната класа.

Жените, които са прекъснали бременността са били най-вече повлияни от собствените си лични нужди и обстоятелства. Жените, които са родили са взели решението си въз основа на външни източници на познание, като например майките си, социални работници и социален натиск. За разлика от тях, самотните майки са взели решението си въз основа на своя инстинкт и религиозните си или морални убеждения.

Анализът на данните от емпиричното изследване придобива още по особен аспект като се вземе под внимание фактът, че всички брачни майки от контролната група задържат децата при себе си.

В стремежа за определяне на факторите, оказващи влияние върху вземането на решение от самотната майка за отглеждане на своето дете, бяха анализирани тези от тях, разкриващи връзка с материално-битовите условия,

при които ще живеят след изписването от родилния дом самотната майка и нейното дете, а също така и някои фактори, свързани с ценностната ориентация на личността на самотната майка.

Насочеността на изследването към материално-битовите условия бе продиктувана от основното значение, което имат те по принцип и за родилката и за новороденото, що се отнася до здравето им състояние.

Получените резултати разкриват, че след изписването им от родилния дом близо половината от самотните майки (44%) отиват да живеят при своите родители. Друга значителна част от обхванатия контингент (56%) се настанява на квартира или в общежитие. Една малка част (6%) от изследваните майки не знаят къде ще живеят след изписването им от родилния дом, тъй като в желанието си да укрият своето състояние тези майки са напуснали местоживеенето си още по време на самата бременност.

Отговорите на въпроса на чия издръжка ще бъде самотната майка е видно, че 43% от майките са на собствена издръжка т.е. това са работещите самотни майки.

Не малък е обаче и относителният дял на самотните майки, които са издържани от родителите си (30%). Тази материална зависимост от родителите при тяхното отрицателно отношение към извънбрачната бременност, изглежда силно поколебава самотната майка да задържи детето при себе си.

Изследването на признака среден брой на живеещите в една стая лица от домакинството, при самотните и брачните майки показва статистически недоказана зависимост между този признак и решението на майката да задържи или предостави детето си за осиновяване. Данните сочат, че средният брой на живеещите в една стая при самотните е 1,2 лица от домакинството, а този при брачните - 1,6 лица от домакинството.

В процеса на вземане на решение, като преценява и избира насоката на своето поведение в конкретната ситуация, личността се ръководи от предварително установени и приети от нея трайни *ценностни ориентации и интереси*.

В нашето изследване вниманието бе спряно върху някои основни фактори, свързани с ценностните ориентации на самотните майки. Като се има предвид многообразието и сложността на реалния живот на отделната личност не биха могли да се дадат категорични заключения за системата от ценностни ориентации на самотната майка.

Направеният анализ цели да даде известна представа за някои тенденции в техния живот. Например, голям интерес представлява въпросът за съотношението на материалните и духовни фактори при вземането на решение за отглеждане на извънбрачното новородено. Във връзка с това особено характерна е съпоставката между двете сравнявани групи брачни и извънбрачни майки по отношение на оценките, които те дават на различните социални ценности.

При анализа на фактора стойност на материалните блага за живота получените резултати разкриват липсата на големи различия в оценките, които дават за тази социална ценност представителките на групата на самотните майки и тези на брачните майки. Така 55% от изследваните самотни майки и 38 % от брачните считат, че стойността на материалните блага за живота е голяма а при разновидностите на признака „малка стойност” и „нямат стойност” тези резултати са съответно 35% за самотните срещу 45% за контролните брачни майки и 10% срещу 16% респективно за самотните и брачните майки. Незначителното влияние на фактора стойност на материалните блага за живота върху процеса на вземане на решение за

отглеждане на извънбрачното дете се доказва и от ниския корелационен коефициент на Крамер (0,160).

Данните, отразяващи отговорите на майките на въпроса какво е значението на знанието за живота илюстрират обаче вече определена разлика между двете групи в разновидността „няма стойност” (5% за самотните и 0,5% за брачните майки), както и в разновидността „малка стойност” (19% и 7% респективно за самотните и брачните майки).

Тези различия говорят за известен примитивизъм на самотните майки, тъй като знанията са една насъщна необходимост за осмислено участие в обществения живот. Оценката, която дават самотните майки на тази социална ценност, рефлектира и върху самия процес на вземане на решение за отглеждане на роденото от тях извънбрачно дете. Зависимостта между този фактор и резултативното явление намира израз в стойността на корелационния коефициент на Крамер (0,205).

Общозвестно е, че семейството е една от основните жизнени ценности. Отговорите на изследваните майки на въпроса за значението на семейството за живота разкриват най-общо следните закономерности. Семейството е високо ценено от преобладаващата част представителки на двете сравнявани групи (86% при извънбрачно родилите и 98% при брачните майки). Тези резултати показват голямото значение на високата оценка на семейството като социална ценност при вземането на решение, но поради сравнително малкия брой самотни майки дали отрицателен отговор, то факторът като цяло не оказва силно влияние върху вземането на решение за отглеждане на детето. Тази зависимост е отразена и от стойността на корелационния коефициент на Крамер (0,180).

Посочените резултати очертават ориентираността на изследваните майки към една реализация на своята същност предимно в семейството.

Данните характеризиращи значението, което има за проучените майки приятелството като ценност, правят впечатление големите различия между оценките на самотните и брачни майки.

Така относителния дял на самотните майки, които са отговорили, че приятелството няма никаква стойност (12%), е над 6 пъти по-голям от този на брачните майки (2%). Тази разновидност на изследвания признак се откроява с немалкия брой самотни майки, които не ценят приятелството като социална ценност, и естествено е да се приеме, че нейното повлияване би се отразило съществено върху характера на протичане на вземането на решение.

Като прибавим и два пъти по-високия процент на самотните майки, отговорили, че приятелството има малка стойност, в сравнение с този процент на брачните майки, то би могло определено да се каже, че между този фактор и резултативното явление съществува подчертана зависимост (корелационен коефициент на Крамер 0,230).

Значителни различия между двете групи майки, се установиха при изследването на оценката, която майките дават на любовта като ценност. Така, докато 93% от обхванатите брачни майки оценяват високо любовта, то този дял при самотните майки е 50%. Големите различия в разпределението на двете групи майки са отразени и в коефициента на Крамер, чиято стойност е 0,400.

Високата оценка на любовта като ценност е доказателство за раздвижен емоционален свят и богата душевност. Тази придобивка на човешката култура е едно от най-важните условия за правилно изграждане на емоционалния живот.

Разбира се, в случая трябва да се направи една уговорка. Големите различия, които бяха установени между представителките на двете групи по отношение на факта, че половината от съвкупността на самотните майки не

ценят високо любовта могат да се обяснят с разочарованията, които са настъпили в тях по време на бременността им породени от нарушената хармония между майките и бащите на децата, бягството от отговорност на бащите, съществуването на редица конфликтни ситуации и др.

Но това е едната страна на въпроса. За изследването все пак е важен фактът, че тази оценка обективно съществува и повлиява чувствително процеса на вземане на решение за предоставяне на детето за осиновяване или за неговото задържане от самотната майка при себе си.

В обобщение би могло да се каже, че личността на самотните майки според оценката, която дават на ценностите се характеризира:

- първо, със слабо изразено влечение към материалните блага;
- второ, с ориентираност към реализация предимно в семейството;
- трето, с наличие на духовна потребност от работа;
- четвърто, с недостатъчно висока оценка на любовта и приятелството като социални ценности;
- пето, с недостатъчно осмисляне на значението на знанията за живота.

Но ценностните ориентации на личността на майките не са просто оценките, които те дават за отделните социални ценности. По-важното е, че те повлияват процеса на вземане на решение за отглеждане или предоставяне за осиновяване на роденото от тях дете.

### **3. Медико-социални проблеми на извънбрачната раждаемост**

#### ***3.1. Здравно състояние на самотните майки***

Определянето на извънбрачно родилите жени като “група на риска”, при което се има предвид значително по-голямата патология сред тях, насочи изследването и към проучване здравното състояние на обхванатите извънбрачно родили жени. За тази цел бе използвана информацията от учетната документация в родилните заведения.

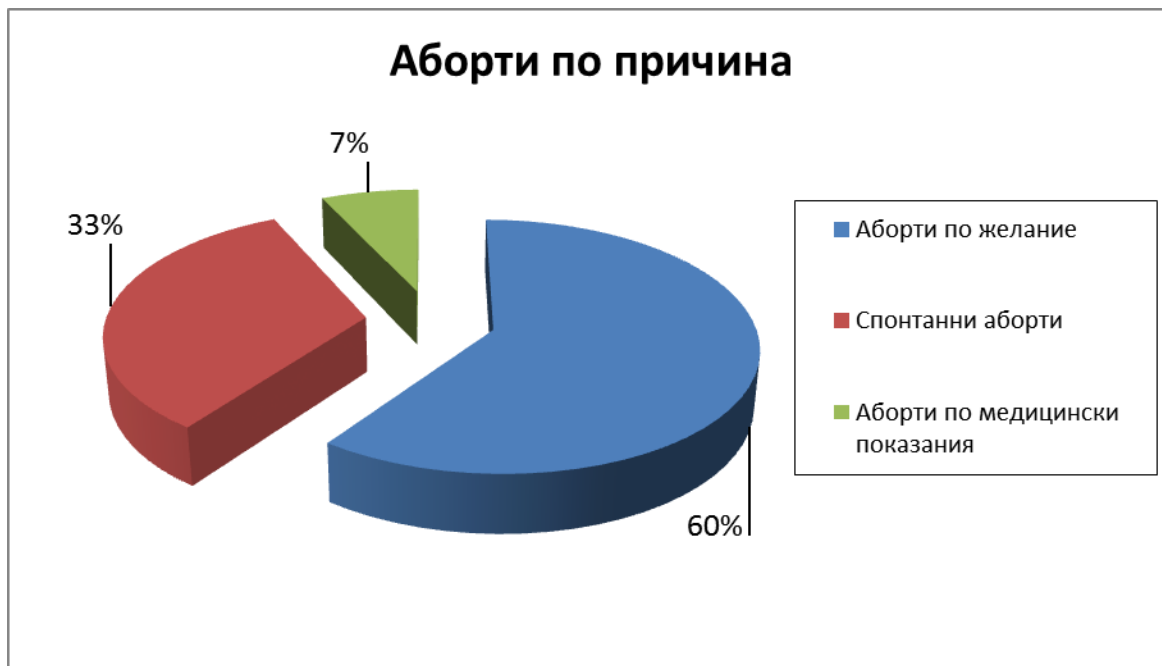
Анамнестичните данни на проучените майки от двете сравнявани групи за времето преди настъпването на бременността разкриха съществени различия по отношение на минали заболявания, предшестваща акушерска анамнеза и аборти по желание. Легалният аборт продължава да се приема и да се използва често като предпочитан и достъпен изход за освобождаване от нежелана бременност, макар да са известни опасностите и вредите за здравето и детеродната способност на жената от подобна интервенция.

Данните от изследването показват, че:

- абортът по желание е почти два пъти по-често срещащ се при самотните майки (18,5%) отколкото при брачните майки (8,3.%);
- по-често срещаща се е и патологията на бременността при самотните майки, отколкото при контролната група майки.

Причините за масовото практикуване на аборта в българското общество като средство за контролиране на раждаемостта и за освобождаване от нежелана бременност могат да се търсят в ниската степен на контрацептивна и сексуална култура на населението, възпроизвеждане на морални норми за допустимост и отсъствие на морални санкции срещу аборта, възпроизвеждане на отживели стереотипи и норми за отговорността и вината

в интимните отношения на мъжа и жената, финансова недостъпност на модерните контрацептиви и др.



Ранните токсикози на бременността се срещат много по-често при извънбрачно родилите майки (10,2%), отколкото при контролните брачни (3,7%). Особено силно впечатление прави подчертаната разлика между относителния дял на извънбрачно родилите (6,5%) и този на брачните жени (2,8%), у които е била диагностицирана нефропатия гравидарум. Различията между двете групи са статистически значими ( $P < 0,001$ ).

### ***3.2.Здравно състояние на извънбрачните новородени***

Изследването установи статистически значими различия ( $P < 0,001$ ) между извънбрачно родените и брачно родените деца по отношение признаците, характеризиращи здравното им състояние:

- ✓ Недоносените сред извънбрачните новородени са 22 деца - 20,4%, докато сред брачните деца те са 7 деца - 6.5%.
- ✓ Недоносеност първа степен се среща при 9,3% от извънбрачно родените деца, докато при брачните деца е 4,6%.

Резултатите от изследването разкриват, че докато величините на показателите на физическото развитие на брачните новородени съответстват на средните стойности на тези показатели за страната, то онези сочещи физическото развитие на извънбрачните новородени са доста по-ниски.

Не бе установена статистически значима разлика по пол и физическо развитие на двете групи брачни и извънбрачни новородени.

Редица изследвания на социологическите и медицински аспекти на извънбрачната раждаемост откриват наличие на пряка връзка между лошите материалнобитови условия и ниското тегло на извънбрачните новородени.

Конкретното изследване не можа да установи статистически значими разлики между доходите на двете сравнявани групи майки по време на тяхната бременност, както и някаква пренаселеност при извънбрачно бременните жени, които да оказват влияние върху здравето на родените от тях извънбрачни деца.

Освен това използваният метод на контролната група, както и нейната стандартизация по възраст на майката и пореден номер на роденото дете, даде възможност за изучаване влиянието на извънбрачната раждаемост върху тези показатели, изразено най-вече в отношението и поведението на извънбрачно бременната жена към нейната бременност.

При изследване поведението на самотната майка, бе установено, че голям процент от тях са пушили по време на бременността си. При това  $\frac{1}{4}$  от тях са пушили по повече от 5 цигари дневно, което определено оказва вредно въздействие върху растежа и развитието на плода. Някои автори отбелязват

пряка корелация между ниското тегло при раждане и количеството на изпушените цигари. Този факт се обяснява с въздействието на никотина, който намалява притока на кръв до плода, предизвиквайки спазъм на съдовете на плацентата и по този начин намаляване на доставката на хранителни вещества, което води до забавяне в неговото развитие. От друга страна пушенето оказва и пряк токсичен ефект върху плода.

Не по-маловажен е факторът употреба на алкохолни напитки. Резултатите от сегашното изследване разкриват наличие на самотни майки, които са употребявали редовно алкохолни напитки. При това с тенденция към предпочитане на концентрирани напитки, които оказват непосредствено токсичен ефект върху развитието на плода.

Необходимо е да се посочи и големият брой опити сред самотните майки за прекъсване на бременността. В стремежа си да укрият своята нежелана бременност от околните или да я премахнат в най-кратък срок, много от тях са използвали най-различни механични, както и медикаментозни средства, предизвикващи маточни контракции. Всички тези несполучливи опити са оказали отрицателното въздействие върху здравето на новороденото.

Многобройни клинични наблюдения и специални изследвания доказват, че основно място в структурата от причини за недоносеност и за по-ниски показатели за физическото развитие на новородените заемат усложненията, свързани с бременността.

Анализът на здравното състояние на самотните майки в конкретното изследване показва доста по-голям дял на самотните майки с нефропатия гравидарум в сравнение с този на контролната група майки. Късните токсикози, както и анемията по време на бременността, оказват определено неблагоприятно влияние върху развитието на плода.

Всичко това дава основание да се заключи, че по-често наблюдаваните заболявания по време на бременността сред самотните майки в сравнение с тези сред брачните майки са оказали своето вредно влияние върху развитието на плода.

Немаловажен е и фактът, че абортът по желание се среща 2 пъти по – често сред самотните, отколкото сред брачните майки. А наличието на аборт по желание е една от основните причини за преждевременно раждане при следваща бременност, тъй като анатоמו-функционалните увреждания на долния маточен сегмент в резултат от интервенцията, увеличават неколкостранно риска от спонтанно прекъсване на тази бременност.

Логично е да се приеме, че посочените фактори са повлияли в значителна степен развитието на плода, израз, на което са и изразените различия, които установява конкретното изследване в показателите за доношеност и за физическо развитие на извънбрачно родените деца, в сравнение с тези за родените в брак деца.

**Таблица 19. Аборти по желание**

<b>АБОРТИ ПО ЖЕЛАНИЕ</b>			
<b>изследвани групи</b>	<b>НЕОМЪЖЕНИ</b>	<b>ОМЪЖЕНИ</b>	<b>ОБЩО</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>ДА</b>	<b>18.5</b>	<b>8.3</b>	<b>13.4</b>
<b>НЕ</b>	<b>81.5</b>	<b>91.7</b>	<b>86.6</b>
<b>Общо</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Отчетлива е и разликата между двете сравнявани групи и при изследването на мъртво ражданията и умираанията сред новородените в първата седмица на техния живот. Силно впечатление прави относителният дял на мъртвородените и починалите до 7-ля ден новородени от съвкупността на извънбрачните деца като се има предвид изобщо липсата на

мъртворождания и умирация сред новородените от контролната група. Установени бяха две мъртворождания и три случая на починали извънбрачно новородени в първата седмица на техния живот.

Голямото значение на теглото при раждане се обуславя от факта, че физиологичната незрялост на недоносените деца и на отделните системи на организма (незрялост на дихателния център и на дихателния апарат, недостатъчно развитие на централните механизми на терморегулацията, непълно развитие на ензимните системи и др.), нарушават адаптационните механизми на новородените, те са непълноценни и при необходимостта от приспособяване към извън утробен живот, те бързо де компенсират.

Ето защо и нормалният родов процес може да окаже по-голямо стресиращо влияние върху недоносеното, отколкото върху едно доносно дете. Това обяснява в значителна степен и установеното от изследването влияние на недоносеността и асфикцията върху процента на мъртвородените и починали до 7-ля ден новородени от изследвания контингент извънбрачни деца.

Анализът на причините, довели до смъртта на плода (новороденото) в перинаталния период, разкрива водещо място на вродените малформации, следвани от асфикцията. Това би могло да се обясни с откритите при проучването на анамнестичните данни прекарани заболявания от самотните майки по време на тяхната бременност (по-голям процент на късните токсикози и инфекциозни заболявания при самотните, отколкото при брачните майки), а също и с различните медикаменти, приети от самотните майки, с цел прекъсване на нежеланата бременност.

Анализът на родово-травматичните увреждания показва, че те са по-често срещано явление сред извънбрачните, отколкото сред брачните деца от изследваните групи. Различията са статистически достоверни ( $P=0,001$ ).

Отбелязаният по-голям относителен дял на недоносените сред групата на извънбрачните новородени до голяма степен предопределя и установения значителен процент на асфикция при тях.

**Таблица 20. Родовотравматични увреждания при новородените**

<b>РОДОВОТРАВМАТИЧНИ УВРЕЖДАНИЯ ПРИ НОВОРОДЕНИТЕ (%)</b>		
	<b>ИЗВЪНБРАЧНИ НОВОРОДЕНИ</b>	<b>БРАЧНИ НОВОРОДЕНИ</b>
<b>НЯМА</b>	<b>71.1</b>	<b>84.5</b>
<b>АСФИКСИЯ ИНТРА ПАТРУМ</b>	<b>26.1</b>	<b>14.4</b>
<b>РОДОВИ ТРАВМИ БЕЗ УВР. НА ГЛАВЕН И ГРЪБНАЧЕН МОЗЪК</b>	<b>2.8</b>	<b>1.1</b>

**Таблица 21. Инфекциозни заболявания при новородените**

<b>ИНФЕКЦИОЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ НОВОРОДЕНИТЕ (%)</b>		
	<b>ИЗВЪНБРАЧНИ НОВОРОДЕНИ</b>	<b>БРАЧНИ НОВОРОДЕНИ</b>
<b>НЯМА</b>	<b>86.1</b>	<b>98.3</b>
<b>НА ДИХАТЕЛНИТЕ ПЪТИЩА</b>	<b>8.9</b>	<b>1.7</b>
<b>ПНЕВМОНИЯ</b>	<b>5.0</b>	<b>0.0</b>

Получените резултати съответстват до голяма степен на литературните данни. Всички автори, занимаващи се с изучаването на този въпрос, отбелязват по-високите показатели за мъртвораждаемостта и за ранната неонатална смъртност сред извънбрачните, в сравнение с тази за родените в брак деца. При това те изтъкват, че теглото на новородените е един от основните фактори, определящи перинаталната смъртност.

### ***3.3. Медицинско обслужване на извънбрачно бременните жени***

Съществен момент в дейността на здравните органи е активната намеса на медицинските специалисти за благоприятното протичане на извънбрачната бременност както за самата майка, така и за нейното дете. Конкретното изследване установи, че работата на женските консултации е незадоволителна и в количествено и в качествено отношение, което дава своето отражение върху здравното състояние на изследвания контингент:

- ❖ Едва половината от самотните майки са регистрирани до 3 –ия месец от бременността;
- ❖ Липса на системно наблюдение при голям брой от извънбрачно бременните жени.

Данните от изследването сочат сравнително малкия относителен дял на онези извънбрачно бременни жени, които не са се обърнали за преглед към здравните заведения (7,8%).

При проследяването на времето на първия контакт с женската консултация бе установено, че половината от самотните майки са регистрирани до 3-ия месец от тяхната бременност (при брачните този процент е 74%). Интерес представлява фактът, че само 38% от регистрираните извънбрачно бременни жени са наблюдавани системно от женската консултация, докато това наблюдение обхваща 99% от брачните в контролната група.

По-ниските стойности на показателите, характеризиращи медицинското обслужване на извънбрачно бременните жени в сравнение с тези на жените от контролната група, говорят недвусмислено за слабости в работата на съответните женски консултации. Липсата на системно наблюдение при

голям брой извънбрачно бременни жени дава своето отражение върху протичането на самата бременност, за което свидетелства и по-често срещаните се късни токсикози и анемии при тях в сравнение с брачно бременните жени. Освен това тази липса обуславя до голяма степен и високия процент на недоносени сред родените извънбрачно деца.

Като се има предвид здравното състояние на самотните майки и това на извънбрачно родените от тях деца, както и стоящите за разрешаване от извънбрачните жени проблеми, установени от конкретното изследване, би могло да се заключи, че тези жени в по-голямата си част са се нуждаели от грижи в подходящите за извънбрачно бременните жени профилактични домове за медико - социални грижи.

Създаването на високоефективно здравеопазване, адаптирано към здравните потребности на индивида, семейството и нацията е основна цел на провежданата здравна реформа. Основно направление в демографската политика по приоритети е насочено към подобряване на репродуктивното здраве на населението /26/.

Усилията следва да бъдат насочени за подобряване на грижите за репродуктивното здраве на жените, и по-конкретно:

- Поддържане на добро здравно състояние на бременните жени и майките;
- Осигуряване на безопасна бременност и раждане чрез задължително обхващане на всички бременни жени от постоянно безплатно наблюдение по време на износване на плода (женски и детски консултации), независимо от социално-осигурителния им статус;
- Осигуряване на безплатна следродилна здравна помощ, особено по въпросите на кърменето и здравното състояние на новородените и майките.

*Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014-2020 г.* отчита като проблем факта, че съществуващата нормативна база не стимулира активност на извънболничните акушер-гинеколози /АГ/ по отношение на обхвата, наблюдението и изследването на бременните жени /28/.

Ниското възнаграждение на акушер-гинеколозите за диспансерно наблюдение и консултиране на бременните жени намалява мотивацията им. Поради това и във връзка с пасивно отредената им роля да очакват бременните жени активно да ги потърсят, доведе до влошаване на качеството на извънболничната акушеро-гинекологична помощ.

Особено сериозен проблем представлява медицинското наблюдение и консултиране на бременните жени от ромския етнос. Около 60% от тях не са осигурени, поради което бременността им не се наблюдава и те не получават антенатални консултации.

Посочените причини водят на практика до неизпълнение на програмите за профилактичните прегледи и диспансеризация на бременните и на децата. Това с пълна сила се отнася и до патронажната дейност, особено в първите дни от изписване от родилните отделения.

Всички тези въпроси обаче не могат да се подкрепят с индивидуални данни за всеки случай, тъй като липсва регистър с информация относно обхващането на бременните и броят на изследванията, които са им извършени през бременността, както и последващият „път“ на жената да получи адекватни медицински грижи.

Липсва и организиран ехографски скрининг на бременните жени, както и недостатъчен капацитет на системата за диагностициране на патологично протичащите бременности. Отчита се и липса на алгоритъм и отговорни

структури за „насочване, извършване и отчитане“ на биохимичния скрининг при бременните жени.

Въпреки посочените срокове на бременността в Наредба № 39 на МЗ, в които следва да се извършват ехографски прегледи с различна компетентност, биохимичен скрининг и последващи от него действия, реално няма действащ системен алгоритъм за насочване на пациентките на място в което има обучени специалисти за високоспециализирана ехография на плода при съмнение за аномалии и при патологично протичаща бременност, както и оборудвани с апарати за по-високи диагностични цели.

Литературните данни показват, че при „пасивен скрининг“ могат да се открият 2-3% от големите аномалии на новородените. Патологията на бременността е около 15%.

Тя също изисква по-специализирана ехографска диагностика, каквато не е гарантирана в системата на извънболничната помощ, и е инсуфициентна в системата на болничната помощ. При изградена система с протоколи и диагностика от обучени специалисти, нивото на откриване сигнификантно се покачва на 7,3% от всички новородени.

В тази връзка се предвижда регламентирано въвеждане на Концепция за три нива на ехографски прегледи. Първо ниво – от АГ специалист в оборудван център, познаващ нормалната анатомия на плода. Второ ниво – специализиран център или болница с дългогодишен опит с ултразвукова диагностика /УЗД/ и добра специализация и познания за откриване на фетални аномалии и промени, свързани с патология на бременността. Трето ниво - Пренатални центрове, които концентрират много патология, провеждат клинични проучвания и обучение на други специалисти /уместно е да се създадат в Университетски болници, специализирани болници по акушерство и гинекология и налични развити центрове/.

В стратегията се отчита и липса на места за консултиране на бременни, майки, двойки, деца и техните семейства. Недостатъчно развитие на «консултирането» като промотивно-профилактичен метод по въпросите на планиране на бременността, проблеми на бременността и безопасното майчинство, репродуктивни проблеми, медико-социални и психологически проблеми при семействата и при деца със специални потребности се констатира не само в малките населени места, но и в големите градове.

Интегрирано «консултиране» по всички въпроси на младежите и двойките преди забременяване, по време на бременността, за деца с увреждания и специални потребности ще създаде предпоставки за преодоляване на негативните тенденции, произтичащи от разпокъсаните връзки в системата, от негативизма към системата, който произтича от трудното реализиране на пръв поглед гарантираните здравни услуги за семейства, бременни и деца. В системата за здравеопазване няма интегриран подход към цялостното обслужване, необходимо за реализиране политиката за „репродуктивно здраве“ формулирана още от Конференцията в Кайро през 1994 г.: политика за безопасно майчинство, политика за преходните възрасти /пубертет и менопауза/, политика за семейно планиране, борба със стерилитета, политика против абортите, политики в областта на генетиката и др.

**Приоритети в *Националната програма за подобряване на майчиното и детското здраве:***

1. Повишена информираност на бременните, двойките, децата и техните родители, по различните аспекти на репродуктивното здраве.
2. Изготвени и приети нормативни промени в здравното законодателство за

регламентация на интегрирани съвременни здравно-консултативни услуги за бременни, майки, двойки, семейства, деца

3. Усъвършенстван механизъм за събиране на данни, оценка и анализ на състоянието на майчиното и детско здраве с оглед определяне на необходимите интервенции съобразно особеностите и потребностите на регионите

4. Подобро здравно обслужване на бременните жени, двойките, майките и децата чрез предоставяне на интегрирани здравно- консултативни услуги

5. Превенция на усложненията при деца с хронични заболявания чрез прилагане на комплексно интердисциплинарно обслужване

6. Подобри грижи за недоносените деца, вкл. наблюдение и рехабилитация

7. Превенция и ранна интервенция на уврежданията при децата.

#### **4. Непълнолетие и извънбрачна раждаемост**

Репродуктивното поведение по своята същност е особено значима възпроизводителна социална дейност, тъй като е насочена не само към удовлетворяване собствените потребности на индивида, а и към задоволяване на една видова необходимост, каквато е продължаването на рода. Ето защо и демографската политика е ориентирана към превръщане на репродуктивното поведение в рационално поведение.

В настоящия момент у нас се осъществява исторически обусловен от закономерностите в развитието на демографските процеси преход към нов тип възпроизводство на населението. За този тип възпроизводство е характерно принципно ново репродуктивно поведение – неголям брой раждания, повече или по-малко съзнателно планирани във времето и силно изразена субективна активност при опазване здравето на децата.

Характерно за този нов тип възпроизводство е решаващото влияние на субективния фактор, т.е. на съзнателното репродуктивно поведение. Възпроизводството се утвърждава като най-важната специфична функция на семейството.

Създаването на семейството обаче е един процес, чието начало се явява бракът. Бракът като юридическо, надстроечно регулиране на семейните отношения, не може да удовлетвори интересите на демографията, тъй като възпроизводството на населението зависи от самото регистриране на брака, но не се ограничава само с това, понеже известна част от ражданията са извън юридическия брак.

Извънбрачаната раждаемост ни дава представа за ражданията на самотните майки. А тъй като ражданията на самотните майки поставят както пред отделната личност, така и пред обществото специфични проблеми, за

рационалното решаване на които от съществено значение е задълбоченото им изучаване.

Според семейния кодекс сключването на брак може да стане при навършване на брачно пълнолетие. Брачното пълнолетие у нас съвпада с гражданското (18 навършени години) и е еднакво за двата пола. То обезпечава необходимата физиологична, духовна и икономическа зрялост на отделната личност.

Особено характерно за извънбрачната раждаемост е това, че ражданията са предимно в младата възраст на родилния контингент на жените. У нас най-много извънбрачни живородени деца са сред жените във възрастовата група 20-24 години, следвани съответно от тези в групите 25-29 години и 15-19 години /26, 27/.

При широкомащабни проучвания за периода 1990-2000г. на извънбрачната раждаемост в Ню Йорк се установява, че средната възраст на извънбрачните майки е 24,6 години срещу 27,6 години на брачните майки. Във възрастовата група 15-17 години 404 на 1000 раждания са извънбрачни. Подчертава се по-голямото увеличение на относителния дял на извънбрачната раждаемост сред девойките в сравнение с която и да е друга възрастова група /83, 84, 106, 135/.

В резултат на проведено по инициатива на Националния съвет за неомъжената майка и нейното дете проучване на извънбрачна раждаемост във Великобритания авторите установяват, че на повишен риск от извънбрачно раждане са изложени непълнолетните девойки. Средната възраст на извънбрачните майки е 20-24 години, а тази на брачните - 25-29 години. Една четвърт от всички извънбрачно родени деца са на майки под 20 годишна възраст /151, 153/.

Значителен обем научна литература изследва влиянието на бременността в тийнейджърска възраст върху бъдещия икономически потенциал на майките – тийнейджърки. Все повече доказателства се събират, че майките – тийнейджърки не се изправят пред значително по-лоша ситуация от другите самотни майки. Но самотните майки са подложени на уникална съвкупност от трудности, като например по-голям риск от физическо и сексуално малтретиране.

От друга страна обществото е загрижено за бързото нарастване на броя на самотните майки поради социалната цена, свързана с отрицателното въздействие на извънбрачието върху децата и разходите за подпомагане на бедните самотни майки.

Според редица изследвания /56, 72, 80, 88, 108/ три социални фактора се свързват с нарастналия относителен дял на самотните майки в САЩ:

- **Бедност.** Вероятността за бедност е много по-голяма за самотните майки, отколкото за всяка друга група. Колкото повече самотни майки има в едно общество, толкова по-високи коефициенти на бедност се очакват. Обикновено самотните майки работят на две места; те носят основния доход в домакинството и са основния родител; и като цяло те печелят по-малко от по-квалифицираните жени на трудовия пазар. Установява се, че самотните майки са сред най-бедните части на населението в днешното общество.
- **Децата на самотните майки срещат редица трудности.** Децата, които растат само с един родител се изправят пред отрицателното въздействие на факта, че живеят в бедност и само с един родител. Изследвания установяват, че бедните деца са с по-нисък ръст и по-ниско тегло от средните стойности за своята възраст. Също така те развиват своите образователни умения по-бавно в сравнение с децата,

които не са бедни и са в по-голям риск да не получат добро образование

• *Провежданата политика среща редица затруднения.*

Увеличаването на броя на семействата с един родител прави по-трудна задачата хората да се справят с бедността чрез трудова заетост. Изследвания показват, че семейство с двама родители по-лесно се справя с бедността, отколкото самотната майка. Например, жените трябва да плащат на детегледачка и са подложени на по-голям риск за своята безопасност когато отиват и се връщат от работа късно през нощта.

Като се имат предвид многото трудности, пред които са изправени самотните майки, особено важно е да се обърне внимание на положителните качества, демонстрирани от самотните майки. Установява се, че самотните майки се привързват към своите деца и работят неуморно, за да ги отгледат добре. Самотните майки извършват голямо количество работа на трудовия пазар, макар че много от тях не успяват да избягат от бедността.

Изследователите установяват, че политиките за социално подпомагане, предпазване от забременяване и аборт оказват влияние върху бременностите в тийнейджърска възраст и извънбрачните раждания при белите, но не и при чернокожите /109, 136/.

Изграденият статистически модел за измерване влиянието на определени основни разходи – за социално подпомагане и аборт – върху решението за забременяване и раждане показва, че има три основни момента за вземане на решение във връзка с бременността на една тийнейджърка:

1. изборът да забременее;
2. след като вече е бременна, изборът да направи аборт или да износи детето;

3. след като вземе решение да износи детето, изборът дали да роди детето извънбрачно или да се омъжи за някого преди раждането.

Анализите както на влиянието на дългосрочните разходи (социалните помощи в модела), така и краткосрочните разходи (държавните политики за аборта и семейното планиране/предпазване от забременяване в техния модел) разкриват следните типични форми на влияние на икономическите стимули:

- ✓ *Социални помощи.* Счита се, че социалните помощи оказват важно влияние върху решението за сключване на брак. Тъй като помощите през изследвания период са ограничени само за самотните родители, то по-големият размер на социалните помощи води до по-голяма вероятност за една бременна тийнейджърка „да остане неомъжена и да роди извънбрачно дете”. Анализът показва също, че намаляването на социалните помощи намалява и вероятността за извънбрачни раждания (и обратно).
- ✓ *Политики по отношение на аборта.* При анализа се взема предвид както достъпността на абортите (като близост до медицинско заведение), така и въпросите за финансирането (като държавно финансиране за абортите, необходими по медицински причини). Установява се, че „младите жени, които живеят в щати, предлагащи известна финансова помощ е по-вероятно да абортират, отколкото тези, които живеят в щати, отказващи да финансират аборти”. По-строгите закони за аборта очевидно повишават вероятността за износване на бременността. Все пак най-важен е достъпът на една жена до медицинско заведение: когато достъпът е по-голям, абортът е по-вероятен.
- ✓ *Семейно планиране.* Изследванията установяват, че строгите закони за продажба, лицензиране или реклама на контрацептиви намаляват

информацията за начините за предпазване от забременяване и навиците за купуване на предпазни средства. По-строгите закони се свързват с по-голямата вероятност за забременяване в тийнейджърска възраст.

- ✓ *Други фактори.* Изследователите установяват също, че с продължаване на обучението в училище с една година повече значително намалява вероятността за извънбрачно раждане.

Проучвания на социалния профил на самотните майки разкриват, че девойките са предимно бедни, с недостиг на лични финансови средства най-вече поради факта, че повечето са учащи се, безработни или осъществяват ниско платена работа. Изследванията показват, че непълнолетните момичета са силно уязвими за настъпване на нежелана бременност, тъй като повечето имат неадекватни познания по въпросите на контрацепцията, недостатъчна независимост при вземането на решения за времето на раждане на деца, както и неопитност в ползването на услугите по семейно планиране.

Политиките за социално подпомагане, предпазване от нежелана бременност и аборт оказват влияние върху бременността в тийнейджърска възраст и извънбрачните раждания. През последните десетилетия специалисти по семейно планиране представят доказателства за голямата полза при младите хора от тези дейности, които се базират на здравето и правата на човека. Изследванията установяват, че потенциалната полза от семейното планиране е особено изразена при непълнолетните девойки. Ключов фактор за постигане на независимост и равнопоставеност на съвременните жени е обучението им в млада възраст по проблемите на вземането на решения в личен план, особено тези решения, които са свързани с броя и времето на раждане на деца без дискриминация, принуда или насилие.

Инвестирането в дейности по семейно планиране е икономически ефективно поради факта, че жените постигат равнопоставеност с мъжете по права и възможности, включително да планират своята репродуктивност, да бъдат по-добре подготвени за вземането на решения и за активно участие в обществения живот. През последните десетилетия са разработени широка гама от модели на семейно планиране, разнообразни контрацептивни методи и практики в съответствие с културалните специфики и контекст в различните страни. Някои от програмите са посветени само на дейности за семейно планиране, други програми са по-интегрирани и осигуряват широк обсег от репродуктивни дейности, включително и такива за млади хора чрез ангажиране в различните инициативи и на обществените организации, и на частния сектор.

Налага се изводът, че е необходимо да се инвестира в модели, които отиват отвъд предоставянето на информация, включвайки обучение и комуникационни умения с елементи, които мотивират промяна на поведението, и най-вече - умения за комуникация между партньорите и в семейството, и вземане на решения в съответствие със социалните норми.

Резултатите от изследванията са показателни за влиянието, което икономическите разходи и здравната култура оказват върху вземането на решение от непълнолетните девойки за раждане извън брака. При такава постановка закономерно възниква въпросът каква е спецификата на социално-психологичните и етични аспекти на извънбрачната раждаемост при непълнолетните като се има предвид от една страна липсата на изтъкнатата необходима зрялост и от друга страна фактът на самото извънбрачие.

В стремежа си за намиране на отговор на този въпрос емпиричното изследване спря вниманието си преди всичко върху онези моменти, чиято

проява разкри редица особености на извънбрачната раждаемост при непълнолетие на майките.

### **Резултати от емпиричното изследване**

**Емпиричното изследване** обхваща 68 непълнолетни самотни майки в родилните отделения на университетски болници в град София, Пловдив и Стара Загора, които представляват 20,8% от цялата съвкупност на непълнолетните майки за 2014 г.

Преобладаващата част от непълнолетните самотни майки са учащи се (86,8%). При проучване факторите, свързани със семействата, от които произхождат учащите се непълнолетни самотни майки, се установи, че 80,9% от тях са отгледани и от двамата родители. Един не малък относителен дял (19,1%) са отгледани в условията на непълно семейство, т.е. от един родител.

Получените резултати относно обществената принадлежност на родителите на непълнолетните показват, че най-голям е относителният дял на родителите, принадлежащи към обществената група на работещите. Проучването на степента на образование на родителите за целите на изследването разкри, че голяма част от тях имат ниска степен на образование.

Недостатъци в семейството като възпитателна среда се установява и при анализа на отговорите на изследваните майки на въпроса как преценяват те отношението на родителите им към тях преди забременяването. Една значителна част от семействата на непълнолетните учащи се самотни майки не са могли да се реализират поначало пълноценно като възпитателна среда поради факта, че 36,8 % от тези майки в годината преди забременяването си са живели отделно от своите родители.

Изследването проучи причините за износване на бременността при непълнолетните майки – повече от половината от непълнолетните майки

(52,9%) износват своята бременност поради невъзможност за намиране на приемливо решение. Не малък е относителният дял (30,9%) и на онези учащи се девойки, които поради цветна бременност или нередовна менструация разбират много късно за съществуването на своята бременност.

Тези резултати, както и липсата на желаещи майки да отглеждат сами своето извънбрачно дете разкриват и влиянието на съществуващата у тях незрялост и липса на готовност за поемане на отговорност.

В обобщение на казаното до тук за факторите, свързани със семейството и обуславящи забременяването сред непълнолетните учащи се девойки би могло да се изтъкне следното. Ъгълът, под който се пречупват всички „външни” влияния, имащи влияние към този период от социализацията на девойката, още много зависи от семейството. И затова особено важно значение придобиват социалните стремежи и ориентации на семейството, микроклимата в него. А те зависят в една или друга степен от посочените фактори. Ето защо всяка особеност във внушаваните изисквания и норми и всяко несъвпадение между представата за тях и реалната действителност в семейството предизвиква конфликт и се отразява върху психичното развитие на девойката, върху формирането на нейната личност, върху нейния начин на живот. Те именно биха могли да обяснят в значителна степен и забременяването на непълнолетните учащи се девойки.

Направеният анализ на вземането на решение за износване на бременността при непълнолетните учащи се констатира отрицателно отношение към нея и у болшинството от родителите, както и на самата майка, така и на бащата на извънбрачното дете.

Характерна особеност, заслужаваща внимание е полученият резултат, отразяващ начина, по който са разбрали за съществуващата бременност родителите на непълнолетните учащи си девойки. Една значителна част от

тях (62,2%) разбират от самите признаци в по-късните месеци на бременността. Този факт говори за наличието на своеобразен “вакуум” във вътресемейните взаимоотношения. Защото веднъж този “вакуум” е позволил забременяването и втори път е довел до откриване на тази бременност от родителите едва тогава, когато тя не би могла да остане незабелязана.

За проучването представляваше интерес *отношението на непълнолетните майки към брака и съжителството с партньора без брак.*

Представяме отговорите на въпроса:

Съгласна ли сте със следните твърдения относно съжителството и традиционния брак? /Отговорете с „да, съгласна съм“ или „не, не съм съгласна“/

Отговори „да, съгласна съм“ на самотните майки /в %/:

- Бракът е прекалено голяма отговорност - 69,1%
- Човек първо трябва да се обезпечи и тогава да се обвързва - 45,6%
- Съжителството без брак е просто модерно - 58,8%
- Хората живеят без брак, защото се страхуват от разводите - 54,4%
- Съжителството без брак е по-лесно и практично - 51,5%
- И съжителството, и бракът ограничават личната свобода - 48,5%
- Съжителството без брак травмира децата - 39,7%
- Човек няма нужда да сключва брак, нито да има постоянен партньор, за да има деца - 42,6%
- Съжителството дава повече възможности човек да се грижи за себе си - 48,5%
- Съжителството е по любов, а бракът е заради децата - 42,6%

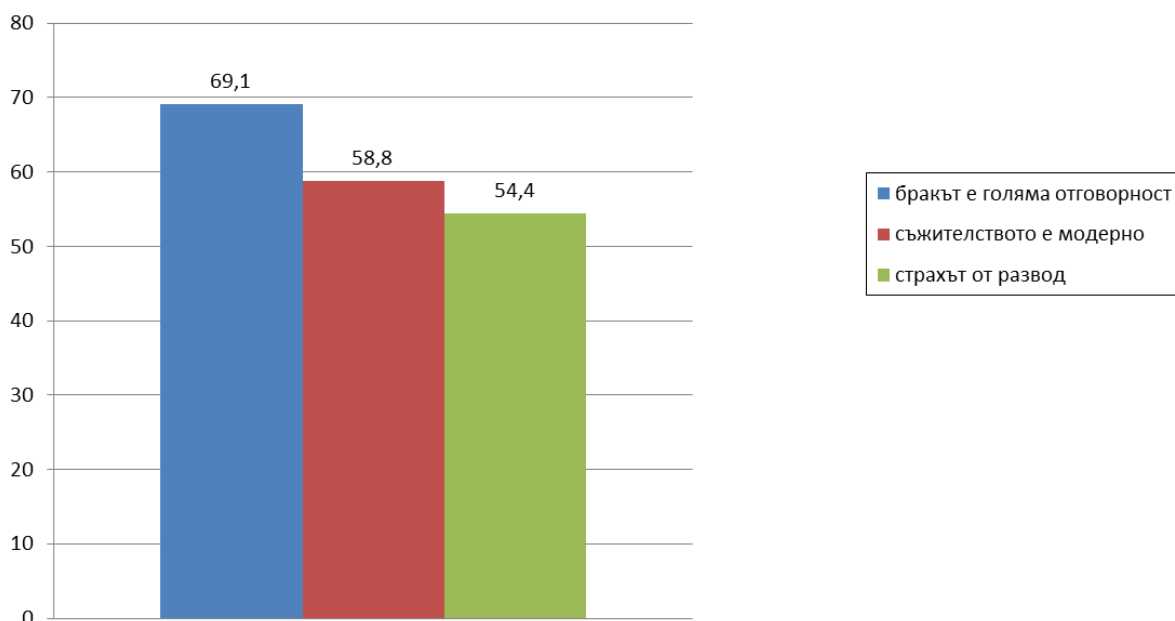
- Съжителството дава повече възможности за учене и кариера в сравнение с брака - 51,5%
- Бракът е една остаряла институция - 42,6%
- Съжителството без брак ограничава раждането на деца - 26,5%

Резултатите показват, че водещите нагласи в полза на съжителството без брак са най-общо три:

- 1/ бракът е голяма отговорност;
- 2/ съжителството е модерно;
- 3/ страхът от развод.

Те са показателни за наличието на цялостна ценностна трансформация в посока търсене на по-гъвкави, по-индивидуални и неангажиращи форми на партньорство в двойката.

**Водещи нагласи за съжителство без брак**  
 /% непълнолетни майки/



Очертаната ситуация на нежелана бременност както от учащата се девойка и бащата на детето, така и от родителите, с всички произтичащи от нея последици, в съчетание с психо-физиологичната и социална незрялост на непълнолетието, дават неизбежно отражение върху здравното състояние на самотната майка и това на роденото от нея дете.

Анализът на *здравното състояние на непълнолетните майки* показва една сравнително висока заболяемост от токсикози на бременността (13,2%).

Емпиричното изследване на здравното състояние на родените от непълнолетните майки деца констатира, че недоносените представляват 33,8% от цялата изследвана съвкупност, т.е. един доста голям относителен дял.

Незадоволително е и физическото им развитие. Средното тегло на новородените е 2880 гр.

Конкретното изследване установи и един немалък относителен дял на новородените с родовотравматични увреждания, както и висок процент на починалите до 7-ия ден (5,9%).

Анализът на *медицинското обслужване* на извънбрачно бременните непълнолетни жени показва, че:

- ✓ едва една трета от тях са под наблюдение от 3-ия месец на бременността;
- ✓ липсва системно наблюдение при голям брой от непълнолетно бременните жени.

Получените резултати разкриват, че след изписването им от родилния дом близо половината от самотните майки (44,12%) отиват да живеят при

своите родители. Известна част от самотните майки задържат децата при себе си поради припознаване на детето от бащата. Това говори за необходимостта от засилване на общественото въздействие върху бащите на извънбрачните деца с оглед по-благоприятното уреждане на отношенията им с децата и с техните майки.

Цялостната преценка на проблемите, които поставя за разрешаване извънбрачното раждане при непълнолетните води до обоснования извод, че както самите непълнолетни самотни майки, така и техните деца представляват особено рискова група.

Резултатите от изследването показват, че значим социален риск крият изключително ранните раждания на момичета под 15 годишна възраст. Раждането на деца от деца е социално рисково, както от медицинска гледна точка, така и от гледна точка на психическата неподготвеност за изпълнение на социалната функция - отговорно родителство.

Непълнолетните самотни майки и родените от тях деца като особено рискова група се нуждаят от специална държавна подкрепа. Приоритетното разрешаване на комплексните проблеми на избрачните раждания при непълнолетните майки съответства и на изводите от проведеното национално проучване на семейните модели и миграцията по Програма на ООН за Европа - *Generation and Gender Programme* /2007г./ и на Регионалната стратегия на СЗО за сексуално и репродуктивно здраве и Европейския стратегически подход за майчинство без риск.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Балансираното демографско развитие на населението в страната ни е национален и социален приоритет от огромно значение, изискващ максимална концентрация на усилията и провеждане на активна, целенасочена и последователна правителствена политика, както и обединение и координиране на действията на органите на властта, институциите и структурите на гражданското общество на централно, регионално и местно ниво.

Стратегията за демографско развитие е националният отговор на демографската промяна, пред която е изправена страната, изразяваща се във все по-ниски нива на раждаемост, остаряване на населението и интензивни миграционни процеси. Приоритетните направления и задачи в областта на демографската политика са насочени към забавяне темповете на намаляване на броя на населението с тенденция за стабилизирането му в дългосрочен план и осигуряване на високо качество на човешкия капитал, включващ хората с тяхното здравословно състояние, образование, квалификация, способности и умения.

Водеща е идеята за повишаване на жизнения стандарт, качеството на живота и благоденствието на всеки български гражданин и на всяко българско семейство, както и за гарантиране на условия за оптимално развитие на нацията в нейната цялост и единство.

Проблемът за извънбрачната раждаемост придобива все по-голяма актуалност, която се обуславя преди всичко от наблюдаваната както в другите страни, така и у нас, определена тенденция към увеличаване на извънбрачната раждаемост.

По-важните резултати от изследването се отнасят до разкриване на социалните фактори на извънбрачната раждаемост, на основните проблеми при вземането на решение за раждане извън брака, при самото износване, раждане и отглеждане на извънбрачното дете.

Резултатите от направените анализи разкриват една картина на предимно нежелана извънбрачна бременност. Всичко това определя и необходимостта от подобряване профилактиката на извънбрачната бременност. Профилактиката на тази бременност от своя страна налага по-нататъшно засилване на здравната и етично – възпитателна функция на семейството, училището и другите обществени институции.

Основна политика в Националната здравна стратегия е ефективното функциониране на майчиното, детското и училищно здравеопазване. Политиката обхваща мерки за интегриран подход на институциите и обществото за здравето на децата и подрастващото поколение. Тя отразява разбирането, че грижата за детското здраве и развитие е задължение на родителите, държавата и институциите, обществото като цяло, както и на самото дете в по-горните възрасти. Политиката е също отражение на схващането, че грижите за здравето на децата и младите хора са инвестиция в бъдещи здрави поколения, тъй като през детството се поставят основите на човешкото здраве и се формира здравното поведение на всеки индивид, което обезпечава по-високо качество на здравния статус на националния човешки капитал.

## ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

### Изводи

1. Анализите разкриват, че през последното десетилетие продължава тенденцията на увеличаване на абсолютния брой и относителния дял на извънбрачните раждания. Високата извънбрачна раждаемост е резултат от значителното нарастване на броя на съжителствата сред младите хора без оформен юридически брак.

2. Като обществено явление извънбрачната раждаемост се обуславя от редица социално-икономически, културни, възпитателни, психологични и етични фактори.

3. Сравнителният анализ на социално-психологичните и етични проблеми на изследваната група от извънбрачно родилите жени и контролната група от брачно родили жени установява предимно нежелана извънбрачна бременност както от майката и бащата, така и от техните родители и близки.

4. Анализът на здравното състояние на самотните майки показва, че по анамнестични данни при тях се среща по-често абортът по желание в сравнение с брачно родилите жени.

5. По-високи са и стойностите на заболяемостта от ранни токсикози на бременността.

6. Показателят за недоносеност при извънбрачните новородени има значително по-висока стойност от тази за новородените в страната.

7. Умиранията до 7-ия ден, вродените пороци на развитие и вродените заболявания са по-често срещани сред извънбрачните новородени

8. Градирането на отделните рискови фактори на извънбрачната раждаемост с помощта на корелационния коефициент на Крамер установява като водещи факторите, свързани със стила на живот на съвременните млади хора, и по конкретно - липсата на отговорно сексуално и репродуктивно поведение

9. Анализът на рисковите социални фактори при непълнолетните самотни майки извежда като водещи нагласи за съжителство без брак следните:

- ✓ бракът се счита за голяма отговорност,
- ✓ съжителството без брак е модерно;
- ✓ страхът от развод

## **Препоръки**

Обобщената преценка на резултатите от изследването на проблемите на износването, раждането и отглеждането на извънбрачното дете сочи необходимостта от:

1. Подобряване на медико-социалната помощ за извънбрачно бременните жени като се осъществи тяхното ранно обхващане и системно наблюдение в първичната извънболнична помощ.

2. Подобряване на първичната превенция на извънбрачната бременност. Ефективността на превенцията изисква съгласуване на цялостната дейност на семейството, училището, здравните институции и гражданските асоциации за подготовка на подрастващите за сексуален и семеен живот и за поемане на отговорностите за репродуктивното им поведение.

3. Подобряване на медико-социалната помощ за извънбрачно бременните жени като се осъществи тяхното ранно обхващане и системно наблюдение. Обслужването им следва да бъде насочено с особено внимание към непълнолетните предвид тяхната психофизиологична и социална незрялост.

4. Резултатите от емпиричното изследване дават основание да се направи научно обоснования извод, че извънбрачната раждаемост все още поставя за разрешаване специфични проблеми пред отделната личност, така и пред обществото. За тяхното решаване все по-наложителна става необходимостта от целенасочена дейност на държавните институции и цялата общественост за мотивация на младите хора за промяна на репродуктивното поведение и вземането на решения в съответствие със социалните норми.

## ПРИНОСИ

1. Проведено е комплексно изследване на сексуалното и репродуктивно поведение на съвременната българска жена и са идентифицирани социалните детерминанти на извънбрачната бременност и раждане.

2. Разработен е модел за системно проучване на многостранните проблеми, свързани със сексуалното и репродуктивно поведение на съвременните млади хора в страната.

3. Резултатите от емпиричното изследване дават възможност за прилагане на ефективни мерки за намаляване риска от нежелана бременност и раждане извън брака.

4. Приложеният подход за проучване на предизвикателствата, които поставя пред отделната личност и обществото като цяло извънбрачната бременност и раждане, е добра база за провеждане на бъдещи изследвания в тази насока.

## ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. **Апостолов, М.**, Исторически, етични и социални измерения на медицината. ГорексПрес, София, 2000, 199.
2. **Биоетика** – учебно ръководство. ЮНЕСКО, Отдел по етика на науката и технологиите, 2012. /Сайт на ФОЗ, МУ- София/
3. **Борисов, В.** Здравен мениджмънт с основи на здравната политика, Филвест, София, 2003.
4. **Борисов, В., Зл. Глутникова, Ц.Воденичаров.** Ново обществено здравеопазване. София, 1998.
5. **Борисов, В., Ц. Воденичаров.** Реалности на здравната реформа, София, 2000.
6. **Борисов, В., Ц. Воденичаров.** Доброволното здравно осигуряване, София, 2001.
7. **Борисов В.** Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика, Филвест, София, 2006
8. **Воденичаров, Ц.** 7-те разлики между медика и мениджъра, ДАК, София, 2003.
9. **Воденичаров, Ц.** 10-те принципа на медика и мениджъра. С., 2010.
10. **Воденичаров, Ц., С. Попова.** Медицинска етика, С., 2010.
11. **Воденичаров, Ц., С. Попова, Е. Шипковенска, М. Мутафова.** Социална медицина, С., 2013.
12. Бостънски колектив за женско здраве. Нашето тяло, ние самите. Колибри, 2001.
13. **Ванев, Пл., Е. Станкова.** Суицидни самоотравяния при безработни жени. Социална медицина, 1996, 3, 13-14.

14. **Велкова, А, Г. Грънчарова,** Измерения на здравето и болестта. В: Съвременна епидемиология. Под редакцията на доц. Н. Фесчиева, Конквиста, Варна, 1997.
15. **Гладилов, Ст., Е. Делчева,** Икономика на здравеопазването, Princeps, София, 2000.
16. **Динкова, М.** Брактът като представа и реалност. АССА, С., 1997.
17. **Закон за здравето,** ДВ, бр. 76/2005.
18. **Златанова-Великова, Р., К. Попова, Л. Иванов.** Непрекъснатост на медицинската помощ и ролята на съвременните информационни и комуникационни технологии, Здравна политика и мениджмънт, том 10, 2010, Брой 2, 50-53.
19. **Здравната реформа в България I и II част.** Под редакцията на проф. М. Попов, Македония прес, София 1998.
20. **Иванов Л., Д. Сиджимова, К. Попова.** Кризисен PR в здравеопазването. Здравна политика и мениджмънт, 2010, том 10, бр.2, 43-46.
21. **Калахан, Д.** Цели на медицината, София, 1998.
22. **Кодекс на професионалната етика,** ДВ, бр. 79 от 29.09.2000.
23. **Коцева, Т., Д. Костова.** Фактори и тенденции в сексуалния дебют на младите хора в България, Население, 2003, кн. 1-2, с. 68-85.
24. **Маркова К.** Новите предизвикателства пред висшето медицинско образование – качество, академични стандарти и иновации. сп. Здравна политика и мениджмънт”, 2013, бр.1, с. 44-47
25. Министерство на здравеопазването на Р България. Национална здравна стратегия /2014-2020/, С., 2013, стр.81

26. Министерство на труда и социалната политика. Актуализирана национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България /2012 - 2030 г./, С., стр.151
27. Министерство на труда и социалната политика. План за 2016 г. за изпълнение на Актуализираната национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България /2012 - 2030 г./, С., стр.193
28. Министерство на здравеопазването на Р България. Национална програма за подобряване на майчиното и детското здраве 2014-2020 г., С., 2013, стр.23
29. **Николова, М.** Рискът в женския бизнес и неговите здравни последици. Социална медицина, 1996, 3, 11-12.
30. **Пацева, М., М. Момов.** Ценностно инициране на 90-те години в България., С., 1998.
31. **Петрова, Зл. В. Младенова.** Проучване на степента на удовлетвореност на пациентите от качеството на предлаганите медицински услуги от общопрактикуващия лекар, сп. Здравен мениджмънт, 6 бр.2003,10-17.
32. **Попова К.** Безопасността на ангиографските процедури като главна цел в съвременната медицинска практика. Медицински преглед – Сърдечно-съдови заболявания, 2008, бр.2, 19-22
33. **Попова К.** Клиничният мениджмънт като концепция и практика. Медицински меридиани, 2010, том 1, брой 2, 3-7
34. **Попов, М.** Предизвикателства на 21 век пред Социалната медицина. Социална медицина, 1998, 4, 9-16.
35. **Попова, С.** Личност и здраве. София, 1993.

36. **Попова, С.** Социалноетични измерения на здравния мениджмънт, С., 2004
37. **Правила за добра медицинска практика** на Общопрактикуващите лекари в Република България, С., 2006, стр.31
38. Приложна епидемиология и медицина базирана на доказателства, Под редакцията на Е. Шипковенска, Делфи, С., 2002.
39. **Семеен кодекс**, ДВ, бр. 41 от 1985, изм. и доп. Бр.11 и 15 от 1992.
40. **Славчев, Б.** Актуални проблеми на сексуалното и репродуктивно поведение на българската жена. Автореферат. София, МУ, 2008, стр. 50
41. **Сотирова, Д.** Етика и култура в организационното поведение, София, 2003.
42. **Сотирова, Д., Ц. Давидков.** Новата административна култура: Организационни проблеми и лични стратегии за промяна, С., 2005
43. **Сотирова, Д.** Бизнес етика., С., 2009
44. **Спасов Л., К. Попова.** Права на децата в здравеопазването – добрите практики в Европейската общност. Здравен мениджмънт, 2008, Брой 3, 66-71.
45. **Стоилова, Р.** Социологически аспекти на женското здраве. Социална медицина, 2002, 4, 10-12.
46. Структура на населението по юридическо семейно положение при преброяванията през 2001 и 2011 година. Източник НСИ, Преброяване 2011 г.
47. **Теолова, Ел.** Женското здраве – стратегическа цел при преодоляване на неравенството между половете. Социална медицина, 2002, 4, 5-8.
48. **Шипковенска Е., К.Маркова, С.Попова.** Основни резултати от проучване за здравната грамотност на населението в Р.България, Сборник доклади от Юбилейна научна конференция, гр. Кърджали, 25-

26 октомври 2012, на тема: „Областната болница – регионален модел за качествено лечение и модерно управление”, 2013, с. 26-31

49. **Шипковенска Е., Ж. Христов, П. Димитров, М. Дякова.** Модерна епидемиология с медицина и здравеопазване, базирани на доказателствата Филвест, София, 2008
50. **Уинстън, Р.** Възпитанието бие гените, Рубрика „Общество“, в. Труд, 17.05.2014, стр.16.
51. **Чамов, К., К. Попова.** Анализ на интересите като здравнополитическа технология. Сп. Здравена политика и мениджмънт, том 10, 2010, Брой 2, 12-18
52. **Янкова, М.** Мениджмънт и профилактика на здравните рискове при жени в репродуктивна възраст, чрез неинвазивен пренатален скрининг. Дисертация. София, МУ, 2016, 136 стр.
53. **Amato, P.R.** The impact of family formation change on the cognitive, social, and emotional well-being of the next generation. *Future of Children.* 15 (2): 75-96 (2005).
54. **Andersson, S.W. et al.** Sociodemographic characteristics influencing birth outcome in Sweden, 1908-1930. Birth variables in the Population Study of Women in Gothenburg. *Journal of Epidemiology & Community Health.* 54 (4): 269-78 (2000).
55. **Bodnar A.** Case Law Concerning the Lack of Availability of Services for Termination of Pregnancy in Poland. In: Nowicka W. editor. *Reproductive Rights in Poland.* Warsaw: Federation of Woman and Family Planning, 2008, p. 45-64
56. **Buchanan, A. et al.** Parental background, social disadvantage, public "care," and psychological problems in adolescence and adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 39 (11): 1415-23

(2000).

57. **Cairney, J. & Wade, T.J.** Single parent mothers and mental health care service use. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 37 (5): 236-42 (2002).
58. **Cherian, V.I. & Malehase, M.C.** The relationship between parental control and scholastic achievement of children from single- and two-parent families. *Journal of Social Psychology*. 140 (5): 665-7 (2000).
59. **Coley, R.L.** (In)visible men. Emerging research on low-income, unmarried, and minority fathers. *American Psychologist*. 56 (9): 743-53 (2001).
60. **Compan, E. et al.** Doing things together: adolescent health and family rituals. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 56 (2): 89-94 (2002).
61. **Cook, R.J., B.M. Dickens.** Ethics, Justice and Women's Health. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 64 (1999) 81-85.
62. **Cook, R.J., B.M. Dickens.** From Reproductive Choice to Reproductive Justice. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 106 (2009) 106-109.
63. **Cook, R.J., B.M. Dickens.** Reducing Stigma in Reproductive Health. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 125 (2014) 89-92
64. **Cosey, E.J. & Bechtel, G.A.** Family social support and prenatal care among unmarried African American teenage primiparas. *Journal of Community Health Nursing*. 18 (2): 107-14 (2001).
65. **Curtis, L.J. et al.** The role of permanent income and family structure in the determination of child health in Canada. *Health Economics*. 10 (4): 287-302 (2001).
66. **Dickens B.M., R.J. Cook.** Conflict of Interest: Legal and Ethical Aspects. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 92 (2006) 192-197.

67. **Dickens B.M., R.J. Cook.** Reproductive Health and Public Health Ethics. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 99 (2007) 75-79.
68. **Dickinson, A.** The single life. *Time*. 157 (21): 92 (2001).
69. **Donovan, P.** The 'illegitimacy bonus' and state efforts to reduce out-of-wedlock births. *Fam Plann Perspect*. 31 (2): 94-7 (1999).
70. **Doyle, R.** Going solo. Unwed motherhood in industrial nations rises. *Scientific American*. 286 (1): 24 (2002).
71. **Dunifon, R. & Kowaleski-Jones, L.** Who's in the house? Race differences in cohabitation, single parenthood, and child development. *Child Development*. 73 (4): 1249-64 (2002).
72. **Dworkin, J.B. & Larson, R.** Age trends in the experience of family discord in single-mother families across adolescence. *Journal of Adolescence*. 24 (4): 529-34 (2001).
73. **Ellison, M.A.** Authoritative knowledge and single women's unintentional pregnancies, abortions, adoption, and single motherhood: social stigma and structural violence. *Med Anthropol Q*. 17 (3): 322-47 (2003).
74. **Engels Y., Campbell St., Dautzenberg M. et al.** Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. *Family Practice* 2005; vol. 22: pp 215 – 222.
75. **Eriksson, A.W. & Fellman, J.** Seasonal variation of livebirths, stillbirths, extramarital births and twin maternities in Switzerland. *Twin Research*. 3 (4): 189-201 (2000).
76. European strategic approach for making pregnancy safer – improving maternal and perinatal health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (<http://www.euro.who.int/Document/E90771.pdf>, accessed 18 August 2009)
77. **Ford-Gilboe, M.** Dispelling myths and creating opportunity: a comparison

- of the strengths of single-parent and two-parent families. *Advances in Nursing Science*. 23 (1): 41-58 (2000).
78. **Franz, M. et al.** Psychological distress and socioeconomic status in single mothers and their children in a German city. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 38 (2): 59-68 (2003).
79. **Fuscaldò, G.** Fatherless families: how important is genetic relatedness? *Monash Bioethics Review*. 21 (3): 18-29 (2002).
80. **Improving Reproductive, Maternal and Newborn Health: Reducing Unintended Pregnancies** - Evidence Series, UK Department for International Development, (2010). pp.89.
81. **Global Bioethics: What for?** 20th anniversary of the Bioethics Programme of UNESCO, (2015), pp.150.
82. **Good Medical Practice**, UK General Medical Council, (2013), pp. 52.
83. **Graefe, D.R. & Lichter, D.T.** Marriage among unwed mothers: whites, blacks and Hispanics compared. *Perspectives on Sexual & Reproductive Health*. 34 (6): 286-93 (2002).
84. Hakim, C. A New Approach to Explaining Fertility Patterns: Preference Theory. *Population and Development Review* 29, no. 1 (2003), pp. 349-374
85. **Hamilton, B.E. et al.** Births: preliminary data for 2003. *National Vital Statistics Reports*. 53 (9): 1-17 (2004).
86. **Haskey, J.** One-parent families and the dependent children living in them in Great Britain. *Population Trends*. 109: 46-57 (2002).
87. **Heck, K.E. & Parker, J.D.** Family structure, socioeconomic status, and access to health care for children. *Health Services Research*. 37 (1): 173-86 (2002).
88. Issues in adolescent health and development. Adolescent pregnancy – unmet needs and undone deeds. A review of the literature and programmes.

Geneva, World Health Organization, 2007.

89. **Jackson, A.P. et al.** Single mothers in low-wage jobs: financial strain, parenting, and preschoolers' outcomes. *Child Development*. 71 (5): 1409-23 (2000).
90. **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 (1): 109-26 (2003).
91. **Keygnaert I et al.** Hidden violence is a silent rape: prevention of sexual & gender-based violence against refugees & asylum seekers in Europe: a participatory approach report. Ghent, International Centre for Reproductive Health, 2008 ([http://www.icrh.org/files/HiddenViolenceisSilentRape\\_FinalReport.pdf](http://www.icrh.org/files/HiddenViolenceisSilentRape_FinalReport.pdf), accessed 13 July 2009).
92. **Koppelman, J.** Promoting marriage as welfare policy: looking at a public role in private lives. *NHPF Issue Brief (770)*: 1-17 (2002).
93. **Korenman, S. et al.** Consequences for infants of parental disagreement in pregnancy intention. *Perspectives on Sexual & Reproductive Health*. 34 (4): 198-205 (2002).
94. **Lipman, E.L. et al.** Child well-being in single-mother families. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 41 (1): 75-82 (2002).
95. **Mainz J.** Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J for Qual in Health Care*. 2003, vol.15 (6): 523–530.
96. **Mandara, J. & Murray, C.B.** Effects of parental marital status, income, and family functioning on African American adolescent self-esteem. *Journal of Family Psychology*. 14 (3): 475-90 (2000).
97. **Martin, J.A. et al.** Births: preliminary data for 2001. *National Vital*

- Statistics Reports. 50 (10): 1-20 (2002).
98. **Martinez, C.R., Jr. & Forgatch, M.S.** Adjusting to change: linking family structure transitions with parenting and boys' adjustment. *Journal of Family Psychology*. 16 (2): 107-17 (2002).
  99. **Mastekaasa, A.** Parenthood, gender and sickness absence. *Social Science & Medicine*. 50 (12): 1827-42 (2000).
  100. **McGroder, S.M.** Parenting among low-income, African American single mothers with preschool-age children: patterns, predictors, and developmental correlates. *Child Development*. 71 (3): 752-71 (2000).
  101. **McIntyre, L. et al.** Do low-income lone mothers compromise their nutrition to feed their children? *CMAJ Canadian Medical Association Journal*. 168 (6): 686-91 (2003).
  102. **Mehanni, M. et al.** The current epidemiology of SIDS in Ireland. *Irish Medical Journal*. 93 (9): 264-8 (2000).
  103. **Mendlowicz, M.V. et al.** Mothers murdering their newborns in the hospital. *General Hospital Psychiatry*. 22 (1): 53-5 (2000).
  104. **Murry, V.M. et al.** African American single mothers and children in context: a review of studies on risk and resilience. *Clinical Child & Family Psychology Review*. 4 (2): 133-55 (2001).
  105. **Noack, P. et al.** Peer relations of adolescents from nuclear and separated families. *Journal of Adolescence*. 24 (4): 535-48 (2001).
  106. **Nock, S.L.** Marriage as a public issue. *Future Child*. 15 (2): 13-32 (2005).
  107. **Olson, S.L. et al.** Early problem behavior among children from low-income, mother-headed families: a multiple risk perspective. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 31 (4): 419-30 (2002).
  108. **Pearce, D. & Bovagnet, F.C.** The demographic situation in the

- European Union. Population Trends. 104: 6-11 (2001).
109. **Phipps, M.G. et al.** The risk for infant mortality among adolescent childbearing groups. *Journal of Women's Health*. 11 (10): 889-97 (2002).
  110. Reproductive, maternal and child health in Eastern Europe and Eurasia: a comparative report. Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, 2003 ([http://www.measuredhs.com/pubs/pub\\_details.cfm?](http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?), accessed 30 July 2009).
  111. Review of progress in maternal health in Eastern Europe and Central Asia. NY, UN Population Fund, 2009 ([http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/maternal\\_health.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/maternal_health.pdf), accessed 23 November 2009).
  112. **Ringback, W.G. et al.** Mortality among lone mothers in Sweden: a population study. *Lancet*. 355 (9211): 1215-9 (2000).
  113. **Roy, I.** The myth of the nuclear family. *American Journal of Bioethics*. 1 (3): 24-5 (2001).
  114. **Rozie-Battle, J.L.** Child support and African American teen fathers. *Journal of Health & Social Policy*. 15 (2): 45-58 (2002).
  115. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva, WHO, 2003 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590343.pdf>, accessed 15 July 2009).
  116. **Salmon, M.M. et al.** Women's perception of provider, social, and program support in an outpatient drug treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 19 (3): 239-46 (2000).
  117. Sarfati, D. & Scott, K.M. The health of lone mothers in New Zealand. *New Zealand Medical Journal*. 114 (1133): 257-60 (2001).
  118. **Sauvola, A. et al.** Single-parent family background and physical illness in adulthood: a follow-up study of the Northern Finland 1966 birth

- cohort. *Scandinavian Journal of Public Health*. 28 (2): 95-101 (2000).
119. **Sauvola, A. et al.** An examination between single-parent family background and drunk driving in adulthood: findings from the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*. 25 (2): 206-9 (2001).
120. **Sauvola, A. et al.** Mortality of young adults in relation to single-parent family background. A prospective study of the northern Finland 1966 birth cohort. *European Journal of Public Health*. 11 (3): 284-6 (2001).
121. **Sepa, A. et al.** Could parenting stress and lack of support/confidence function as mediating mechanisms between certain environmental factors and the development of autoimmunity in children?: a study within ABIS. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 958: 431-5 (2002).
122. **Shaw D., R.J.Cook.** Applying Human Rights to Improve Access to Reproductive Health Services. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 119 (2012) 555-559.
123. **Siahpush, M. et al.** Prevalence and socio-economic correlates of smoking among lone mothers in Australia. *Australian & New Zealand Journal of Public Health*. 26 (2): 132-5 (2002).
124. **Soskolne, V.** Single parenthood, occupational drift and psychological distress among immigrant women from the former Soviet Union in Israel. *Women & Health*. 33 (3-4): 67-84 (2001).
125. **Springen, K. & Wingert, P.** Is it healthy for the kids? *Newsweek*. 137 (22): 54-5 (2001).
126. **Spruijt, E. et al.** The well-being of youngsters coming from six different family types. *Patient Education & Counseling*. 45 (4): 285-94 (2001).
127. **Stammers, T.** Teenage pregnancies are influenced by family

- structure. *Bmj*. 324 (7328): 51 (2002).
128. Standards and Operational Guidance for Ethics Review of Health Related Research with Human Participants, Geneva, World Health Organization, (2011), pp.42.
  129. State of Global Well-being, Gallup Healthways, Well-Being Index, (2014), pp.118.
  130. **Stefanov, R., I. Dimitrov.** Family planning and demographic status by the end of 20 century - Europe and Bulgaria. *Sots. med.* , 11, N 2, c. 10-13, (2003).
  131. **Stefanov, R. et al.** Between-birth intervals in newly married Bulgarian families. *Folia medica* , 47, N 3-4, c. 70-77, (2005).
  132. Supporting people with long term conditions to self care: A guide to developing local strategies and good practice. Department of Health (England), 24 February 2006.
  133. **Taanila, A. et al.** Effects of family interaction on the child's behavior in single-parent or reconstructed families. *Family Process*. 41 (4): 693-708 (2002).
  134. **Tarasuk, V.** Low income, welfare and nutritional vulnerability. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*. 168 (6): 709-10 (2003).
  135. The Millennium Development Goals in the WHO European Region: health systems and health of mothers and children –lessons learned. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007 (document EUR/RC57/8; <http://www.euro.who.int/document/rc57/edoc08.pdf> accessed 13 July 2009).
  136. The Millennium Development Goals report 2008. Statistical annex. NY,UN,2008(<http://unstats.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Data/2008,StatAnnex.pdf>, accessed 13 July 2009).

137. **Thomas, A. & Sawhill, I.** For love and money? The impact of family structure on family income. *Future Child.* 15 (2): 57-74 (2005).
138. **Thompson, S.J. et al.** Influence of family structure on health among youths with diabetes. *Health & Social Work.* 26 (1): 7-14 (2001).
139. **Thompson, S.J. et al.** Comparison of single-mother and two-parent families on metabolic control of children with diabetes. *Diabetes Care.* 24 (2): 234-8 (2001).
140. **Thomson, J.A. et al.** Analysis of disputed single-parent/child and sibling relationships using 16 STR loci. *International Journal of Legal Medicine.* 115 (3): 128-34 (2001).
141. **Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015.** Geneva, World Health Organization (2015). Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division, pp. 100.
142. **Vangeenderbuysen, C. & Souley, F.L.** Pregnancy among single women in Niamey (Niger). [French]. *African Journal of Reproductive Health.* 5 (2): 98-104 (2001).
143. **Vatter, R.H.** The "traditional" American family: implications for marketing. *Statistical Bulletin - Metropolitan Insurance Companies.* 81 (2): 2-8 (2000).
144. **Veerman, J.W. et al.** The implementation of families first in The Netherlands: a one year follow-up. *Child Psychiatry & Human Development.* 33 (3): 227-44 (2003).
145. **Ventura, S.J. & Bachrach, C.A.** Nonmarital childbearing in the United States, 1940-99. *National Vital Statistics Reports.* 48 (16): 1-40 (2000).
146. **Wade, T.J. & Cairney, J.** Major depressive disorder and marital transition among mothers: results from a national panel study. *Journal of*

- Nervous & Mental Disease. 188 (11): 741-50 (2000).
147. **Waite, L.** How is household vulnerability gendered? Female-headed households in the collectives of Suleimaniyah, Iraqi Kurdistan. *Disasters*. 24 (2): 153-72 (2000).
  148. **Wasunna, A. & Mohammed, K.** Low birthweight babies: socio-demographic and obstetric characteristics of adolescent mothers at Kenyatta National Hospital, Nairobi. *East African Medical Journal*. 79 (10): 543-6 (2002).
  149. **Weitof, G.R. et al.** Mortality, severe morbidity and injury among long-term lone mothers in Sweden. *International Journal of Epidemiology*. 31 (3): 573-80 (2002).
  150. **Weitof, G.R. et al.** Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *Lancet*. 361 (9354): 289-95 (2003).
  151. **Whitehead, M. et al.** Social policies and the pathways to inequalities in health: a comparative analysis of lone mothers in Britain and Sweden. *Social Science & Medicine*. 50 (2): 255-70 (2000).
  152. **Whitehead, M. & Holland, P.** What puts children of lone parents at a health disadvantage? *Lancet*. 361 (9354): 271 (2003).
  153. Why is giving special attention to adolescents important for achieving Millennium Development Goal 5? Adolescent pregnancy fact sheet. Geneva, WHO, 2008 ([http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/events/2008/mdg5/adolescent\\_preg.pdf](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/events/2008/mdg5/adolescent_preg.pdf), accessed 19 January 2010).
  154. **Willis, L. et al.** Custody planning. a retrospective review of oncology patients who were single parents. *Journal of Pain & Symptom Management*. 21 (5): 380-4 (2001).
  155. **Wilson, S.N.** Sharing credit/sharing blame. *Fam Life Matters* (36): 2

- (1999).
156. Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda. Geneva, WHO, 2009 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf), accessed 22 December 2009).
  157. World health statistics 2009. Geneva, World Health Organization, 2009 ([http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS09\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf), accessed 26 July 2009).
  158. World Report on Aging and Health, Geneva, World Health Organization (2015), pp.247
  159. **Yamin, A.E.** Applying Human Rights to Maternal Health: UN Technical Guidance on Rights-based Approaches. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 121 (2013) 190-193
  160. **Youngblut, J.M. et al.** Factors influencing single mother's employment status. *Health Care for Women International*. 21 (2): 125-36 (2000).
  161. **Youngblut, J.M. et al.** Effects of maternal employment and prematurity on child outcomes in single parent families. *Nursing Research*. 50 (6): 346-55 (2001).
  162. **Zaslow, J.** Single moms unite. *Time*. 159 (15): F1-F3 (2002).
  163. **Zeitlin, J.A. et al.** Marital status, cohabitation, and risk of preterm birth in Europe: where births outside marriage are common and uncommon. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 16 (2): 124-30 (2002).

## Приложение 1

### АНКЕТНА КАРТА

1. На кой месец от бременността се обърнахте за първи път към лекар за преглед?
  1. не съм преглеждана от лекар до постъпване в родилния дом за раждане
  2. от 1-ви до 10-ти лунарен месец.  
.....
  
2. Намирахте ли се под наблюдение на женска консултация през настоящата бременност?
  1. да
  2. не
  
3. Лежала ли сте в лечебно заведение през настоящата бременност?
  1. да
  2. не
  
4. Ако сте лежала – за какво? (Възможен е повече от един отговор!)
  1. за доизносване
  2. преди временно прекъсване на бременността
  3. преди временно раждане
  4. патология на обвивките на плода
  5. заболявания, намиращи се в пряка връзка с бременността

6. заболявания, намиращи се в непряка връзка с бременността
  7. кръвотечения през втората половина на бременността
5. Желана ли е настоящата бременност от Вас и от бащата на детето?
1. желана е от двамата
  2. желана е само от мен
  3. желана е само от него
  4. не е желана
6. Как бащата на детето разбра, че сте бременна?
1. аз казах сама
  2. чрез посредник
  3. от признаците на бременността
  4. той не знае
  5. не знам
7. Ако знае – кога научи за бременността? (от 1-ви до 10-ти лунарен месец)
- .....
8. Знаят ли за настоящата бременност Вашите родители?
1. знаят двамата
  2. знае само баща ми
  3. знае само майка ми
  4. не знаят
  5. не знам

9. Ако знаят – кога научиха за бременността?

.....

10. Как разбраха, че сте бременна?

1. аз казах сама
2. чрез посредник
3. от признаците на бременността

11.Какво е отношението им към бременността?

1. положително
2. безразлично
3. отрицателно

12.Знаят ли за настоящата бременност родителите на бащата на детето?

1. знаят двамата
2. знае само баща му
3. знае само майка му
4. не знаят
5. не знам

13.Ако знаят – какво е отношението им към бременността?

1. положително
2. безразлично
3. отрицателно

14.Правила ли сте опит да прекъснете настоящата бременност?

1. да

2. не

15. Ако сте правила опит – с чия помощ?

1. сама
2. с чужда помощ на медицинско лице
3. с чужда помощ на не медицинско лице

16. Безпокои ли Ви факта, че опитът Ви за аборт ще даде отражение върху здравето на детето?

1. безпокои ме
2. не ме безпокои
3. безразлично ми е

17. Как най-често се предпазвахте от нежеланата бременност? (Възможен е повече от един отговор!)

1. не съм се предпазвала
2. чрез презервативи
3. чрез прекъсване на сношението
4. чрез контрацептивни таблетки
5. чрез влагалищни промивки
6. чрез спирала (песар)
7. други (какви).....

18. Знаете ли, че съществуват средства за предпазване от нежелана бременност?

1. знам
2. не знам

19.От колко време водите полов живот?

1. по-малко от 1година
2. от 1 до 2 години
3. 3 години
4. 4 години
5. 5 и повече години

20.От кого получихте най-вече знания за половия живот?

1. от приятелка
2. от приятел
3. от майка
4. от майка и баща
5. от учители, училищен лекар
6. от познати
7. от книги, списания
8. радио, телевизия, кино
9. други .....

21.Работят ли Вашите родители?

1. работят двамата
2. работи само баща ми
3. работи само майка ми
4. не работят двамата

22.Какво завършено образование има вашия баща?

1. без образование

2. начално
3. основно
4. средно
5. полувисше
6. висше
7. не знам

23.Какво завършено образование има Вашата майка?

1. без образование
2. начално
3. основно
4. средно
5. полувисше
6. висше
7. не знам

24.Как преценявате отношението на Вашите родители към Вас преди забременяването – като:

1. прекалено строго
2. строго
3. добро
4. не се интересуваха от Вас
5. угаждаха ми във всичко

25.Кой от родителите ви има доминираща роля в семейството?

1. майка ми
2. баща ми

3. никой

26.С какво се занимавахте преди забременяването?

1. работех
2. учех
3. работех и учех (вечерно, задочно)
4. не работех и не учех

27.Отговаря ли работата на Вашите желания?

1. да
2. отчасти
3. не

28.Достатъчно ли е платена работата Ви?

1. да
2. отчасти
3. не

29.При кого живяхте през последната година преди забременяването?

1. при баща и майка
2. само при баща
3. само при майка
4. със съпруга
5. при роднини
6. самостоятелно в общежитие
7. самостоятелно в квартира
8. на различни места

9. други .....

30. При кого живяхте по време на бременността? (Възможен е повече от един верен отговор!)

1. при баща и майка
2. само при баща
3. само при майка
4. със съпруга
5. при роднини
6. самостоятелно в общежитие
7. самостоятелно в квартира
8. на различни места
9. други.....

31. С колко стаи разполагаше домакинството?

..... брой

32. Какъв беше броя на членовете на домакинството?

..... брой

33. Какъв беше средният месечен доход на глава от домакинството?

.....

34. При кого ще живеете след изписване от родилния дом? (Възможен е повече от един верен отговор!)

1. при баща и майка
2. само при баща

3. само при майка
4. със съпруга
5. при роднини
6. самостоятелно в общежитие
7. самостоятелно в квартира
8. не знам
9. други .....

35. Чие е жилището, в което живеете?

1. собствено
2. частно под наем
3. общинско под наем
4. на родителите, при които живея
5. други .....

36. С колко стаи разполага домакинството, в което ще живеете?

..... брой

37. Какъв е броя на членовете на домакинството, в което ще живеете?

..... брой

38. На чия издръжка сте?

1. на собствена
2. на родителите
3. на съпруга
4. друга.....

39.Пушите ли?

1. не пуша и никога не сам пушила
2. пушила съм преди настоящата бременност, но като бременна не съм пушила
3. пуша епизодично, само при съвсем редки случаи. Брой цигари, които пушите дневно?  
..... брой цигари дневно

40.Пиете ли алкохолни напитки?

1. не пия и никога не сам пила
2. пиех преди настоящата бременност, но като бременна не съм пила
3. пия епизодично, само при съвсем редки случаи
4. пия по 1 път седмично
5. пия няколко пъти седмично
6. пия всеки ден

41.Кои алкохолни напитки предпочитате?

1. бира
2. вино
3. концентрирани напитки
4. нямам предпочитания

42.Имате ли приятели от колегите, с които работите (учите)?

1. да
2. не

43.С кого предпочитате да прекарвате свободното си време?

1. със семейството си
2. с компания
3. с любимия човек
4. с колеги (съученици)
5. сама
6. други .....

44. Какви развлечения предпочитате?

1. кино, театрална постановка
2. ресторанти и сладкарници
3. екскурзии
4. физкултура, спорт
5. internet club
6. дискотека
7. други.....

45. Каква стойност имат според Вас за живота?

- |                            |   |   |   |
|----------------------------|---|---|---|
| 1. материалните блага..... | 1 | 2 | 3 |
| 2. семейството.....        | 1 | 2 | 3 |
| 3. приятелството .....     | 1 | 2 | 3 |
| 4. знанията .....          | 1 | 2 | 3 |
| 5. любовта .....           | 1 | 2 | 3 |
| 6. работата.....           | 1 | 2 | 3 |

(трите цифри означават)

1 – голяма стойност

2 - малка стойност

3 - нямат стойност

46. На каква възраст е бащата на детето?

.....

47. Какво завършено образование има бащата на детето?

1. без образование
2. начално
3. основно
4. средно
5. полувисше
6. висше
7. не знам

48. С какво се занимава бащата на детето?

1. работник
2. служащ
3. ученик
4. студент
5. не работи и не учи
6. не знам
7. друго (какво).....

49. Какво е семейното положение на бащата на детето?

1. неженен
2. женен
3. разведен
4. вдовец

5. не знам

50. Съгласна ли сте със следните твърдения относно съжителството и традиционния брак?

/Отговорете с „да“ или „не“/

Бракът е прекалено голяма отговорност

Човек първо трябва да се обезпечи и тогава да се обвързва

Съжителството без брак е просто модерно

Хората живеят без брак, защото се страхуват от разводите

Съжителството без брак е по-лесно и практично

И съжителството, и бракът ограничават личната свобода

Съжителството без брак травмира децата

Човек няма нужда да сключва брак, нито да има постоянен партньор, за да има деца

Съжителството дава повече възможности човек да се грижи за себе си

Съжителството е по любов, а бракът е заради децата

Съжителството дава повече възможности за учене и кариера в сравнение с брака

Бракът е една остаряла институция

Съжителството без брак ограничава раждането на деца