

## НЕРАВЕНСТВА В ЗДРАВЕТО И ДОСТЪПА ДО МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ СРЕД МАЙКИТЕ ВЪВ ВАРНЕНСКА ОБЛАСТ<sup>1</sup>

Н. Ушева, К. Докова, А. Керековска

През последното столетие е постигнат значителен напредък в сферата на здравеопазването, но въпреки това нивото на неравенствата между различните социални групи остава неприемливо голямо. Неравенствата по отношение на здравето са не само несправедливи, те имат огромна икономическа и социална цена. В тази връзка политическите документи на национално и международно ниво са насочени към осигуряване на равен достъп до здравеопазването и дългосрочна грижа за уязвими групи от населението като начин за намаляване на неравнопоставеността и за борба със социалното изключване. [1, 2, 3]

Повечето проучвания в областта на здравните неравенства се отнасят до сравняване на демографските показатели като средна продължителност на предстоящия живот; обща, детска и преждевременна смъртност; заболяемост и смъртност по причини както на национално ниво, така и между социалните групи в отделните държави. Все по-голямо значение придобиват проучванията на причините за неравенствата в здравето и достъпа до медицинска помощ.

България се намира в неблагоприятна позиция по отношение на демографските показатели, характеризиращи неравенствата в здравето сред останалите държави членки на Европейския съюз. Още по-значими са различията при мъжете и ниските социално-икономически слоеве в сравнение с най-добрите показатели в Европа. [4,5] Посочените демографски показатели във Варненска област имат равни или по-добри параметри от средните за страната, докато в селата общата и детска смъртност имат двойно по-високи стойности, отколкото в градовете. [6] Сходни тенденции са описвани още в началото на ХХ век. Още през 1911 г. в статията на Ст. Кутичев „Бедността през погледа на социалната хигиена“ е отбелязано неравенството в здравето между бедните и заможните хора. Бедността е посочена като причина за недобро хранене още от най-ранна детска възраст: „кърмени са децата само на здрави и силни майки, а бедните майки са прибегвали до изкуствено хранене на децата си, т.к. са били принудени да се връщат в работилниците“. Изследванията от този период показват разликите във физическото развитие и честотите на детската смъртност между групите деца с различен тип хранене. Най-добре развити са изцяло кърмените деца, а детската смъртност при децата на изкуствено хранене надвишава почти 10 пъти смъртността в сравнение с кърмените, съответно 9% и 89%. Тази тенденция е отражение на разликата в детската смъртност между „бедняшките и богатски деца – 2.74% и 21.1%“. [7, 8]

Настоящата разработка цели проучване на неравенствата в здравето и достъпа до медицинска помощ сред майките на деца във Варненска област въз основа на данните от проведеното през 2009 г. проучване „Кърмене във Варненска област“.

### Материал и методи

Проучването „Кърмене във Варненска област“ е срезно епидемиологично проучване, при което са изследвани практиките на кърмене и захранване на децата от 0-36 месеца по следните признаци: местоживееене (град/село), образование, възраст и етническа принадлежност. Освен това са събрани данни относно наличието на хронично неинфекциозно заболяване, наднормено тегло или затлъстяване у родителите на децата.

Извадката е формирана на случаен квотен принцип от листите на общопрактикуващите лекари, специалистите-

педиатри от гр. Варна и 6 селски извънболнични практики за медицинска помощ. Инструментарият за набиране на информация е пряка индивидуална анкета, включваща 42 въпроса. Приложени са параметрични и непараметрични методи за тестване на хипотези при възприето ниво на значимост на нулевата хипотеза = 0.05. Обработката на данните е извършена с използване на статистическия пакет SPSS v. 17.0.

### Резултати

В проучването са включени 1287 майки на деца на възраст 0-36 месеца. Градското и селското население са равномерно представени спрямо данните на НСИ за 2009 г.

### Антропометрични показатели

Ръстът и теглото на новороденото са генетично обусловени, като външните фактори (вкл. социално-икономическите) оказват също значимо влияние. [9] Въздействието на социално-икономическите фактори обичайно се свързва с по-високото разпространение на тютюнопушенето сред родителите от по-ниските социални прослойки. Има и различна степен на влияние на вредните фактори върху фетуса в зависимост от неговия пол: тютюнопушенето при бъдещата майка води до по-ниски стойности на растежните показатели при новороденото от мъжки пол. [10] Това се обяснява с хормоналните различия и по-високите темпове на растеж при момчетата. Стойностите на ръста и теглото към момента на раждането и през първите 10 години от живота на детето имат връзка с честотата на хроничните неинфекциозни заболявания (сърдечно-съдови, злокачествени, захарен диабет и др.) в по-късна възраст. (Таблица 1)

Установи се правопрпорционална зависимост между етническата принадлежност на детето, местоживееенето и степента на образование на майката и антропометричните показатели на новороденото: средното тегло и ръст на новородените от ромски етнос, от майки без образование и със селско местоживееене са по-ниски от теглото на новородените на майки с висше и средно образование (Spearman's rho=0.21; p<0.001). Отглеждането на децата в семейство (официален брак или на семейни начала) се оказва статистически значим фактор за по-високо тегло и ръст при раждане в сравнение с децата, износвани и отглеждани от самотни майки (p<0.001).

В Таблица 2 е представено разпределението на децата в зависимост от фамилната им обремененост с хронични неинфекциозни заболявания.

Освен фамилната обремененост със захарен диабет, от страна на бащата не се установяват разлики в честотата на проучваните заболявания при родителите по местоживееене: значимо по-високо е обременяването с диабет при децата в селския, в сравнение с градския район. Децата с ромски етнос са най-обременени по отношение на посочените заболявания, само при затлъстяването са най-застрашени децата от друг етнос. При родителите без образование се установява по-висока честота на проучваните хронични заболявания в сравнение с по-високите образователни нива (p<0.05).

### Неравенства в практиките за кърмене и захранване на децата

Ранно започване на кърменето – медианата на началото на кърменето на децата от проучването е 10 часа, като едва 1.8% (n=21) от новородените са били поставени на гърда в рамките на препоръчаното за това време: до 1 час

<sup>1</sup> Доклад, изнесен на конференция “50 години Катедра по социална медицина и организация на здравеопазването на МУ – Варна”, 30-31 май 2014 г.

след раждането. Ранното започване на кърменето се свързва с по-ниска честота на вътреболничните инфекции и намаляване на неонаталната детска смъртност. Близо 1/5 (n=265) от децата са започнали кърменето след 24-ия час, което дори е под очакваното поради високия дял на раждания чрез цезарово сечение (47%) и отлагането на кърменето след 1-3 ден от раждането. Най-висок е дялът на започване на кърменето след 24-ия час при майките без образование – 28.1%; n=18 (p=0.018). Получените резултати са по-неблагоприятни от тези в Националното проучване, където дялът на закърмените деца през първия час след раждането е 4.6%.

Честотата на изключителното кърмене при децата от 0 до 6 месечна възраст е 21.9% (n=48), като медианата на изключителното кърмене е 2 месеца. Начинът на раждане, времето на започване на кърменето, местоживеенето и ет-

ническата принадлежност на детето не оказват значимо влияние върху продължителността на изключителното кърмене (p>0.05). Честотата на изключителното кърмене през възрастовия период 4-5 месеца в проучваната извадка е 5.4% (n=4). Този показател е най-висок при майките с начално (25%) и средно образование (7.4%), от възрастовите групи 25-29 год. (7.7%) и 30-34 год. (7.1%), а също и домакини (14.3%). Дялът на изключително кърмените деца до 6 месеца е по-висок от този, получен в Националното проучване от 2007 година – 2%.

Продължаващото кърмене до 1-годишна възраст измества дела на кърмените деца през възрастовия период 12-15 месеца и в проучваната извадка е 14.9% (n=22). Върху този показател не оказват влияние факторите като време на започване на кърменето, етническа принадлежност на детето,

**Таблица 1.** Стойности на ръст и тегло на децата при раждане по социално-демографските показатели

	Общо		Момчета		Момичета	
	Тегло, г (sd)	Ръст, см (sd)	Тегло, г (sd)	Ръст, см (sd)	Тегло, г (sd)	Ръст, см (sd)
<b>Общо</b>	<b>3236.7(522)</b>	<b>50.2(2.4)</b>	<b>3260(524)</b>	<b>50.3(2.6)</b>	<b>3211.1(489)</b>	<b>50.0(2.2)</b>
<b>Местоживеене</b>						
Град	3249.8(504)	50.3(2.2)	3275.2(519)	50.4(2.4)	3222.9(487)	50.1(2.1)
Село	3147.9(523)	49.5(3.3)	3171.2(541)	49.8(3.5)	3113(496)	49.0(2.8)
p*	0.02	0.004	0.08	0.09	0.09	0.004
<b>Етнос</b>						
Български	3255.2(503)	50.3(2.4)	3265.9(522)	50.4(2.6)	3242.8(481)	50.1(2.2)
Турски	3304.3(476)	50.4(2.2)	3392.6(544)	50.8(2.5)	3209.7(375)	50.0(1.9)
Ромски	3022.8(539)	49.3(2.3)	3063.3(515)	49.1(2.6)	2992.3(559)	49.4 (2.1)
Друг	3229.4(391)	49.5(2.4)	3299(323)	50.1(1.4)	3142.5(470)	48.8(3.1)
p*	0.001	0.01	0.018	0.002	0.02	>0.05
<b>Образование на майката</b>						
Висше	3264.4(464)	50.4(2.3)	3262.1(474)	50.5(2.7)	3266.9(452)	50.4(1.8)
Средно	3255.3(545)	50.2(2.5)	3296.9(578)	50.4(2.4)	3203.9(505)	49.9(2.6)
Основно	3143.2(498)	49.5(2.3)	3016.7(641)	50.1(2.7)	3208.6(403)	49.2(1.9)
Начално	3089.3(469)	49.5(1.9)	3165.0(464)	50.0(1.9)	3023.5(474)	49.0(1.8)
Без образ.	3017.1(619)	49.2(2.8)	3157.4(586)	49.1(2.9)	2884.7(627)	49.3(2.7)
p*	0.001	0.005	>0.05	>0.05	0.001	<0.001

\*критерий на Стюдънт или дисперсионен (ANOVA) анализ

**Таблица 2.** Фамилна обремененост на децата в проучването по основните демографски и социално-икономически показатели

	Артериална хипертония		Захарен диабет		Бронхиална астма		Затлъстяване	
	майка	баща	майка	баща	майка	баща	майка	баща
	Брой (%)	Брой (%)	Брой (%)	Брой (%)	Брой (%)	Брой (%)	Брой (%)	Брой (%)
<b>Общо</b>	<b>19 (1.5)</b>	<b>55 (4.3)</b>	<b>8 (0.6)</b>	<b>7 (0.5)</b>	<b>22 (1.7)</b>	<b>25 (1.9)</b>	<b>28 (2.2)</b>	<b>24(1.9)</b>
<b>Местоживеене</b>								
Град	16 (1.4)	48 (4.3)	6 (0.5)	3 (0.3)	18 (1.6)	22 (2.0)	21 (1.9)	22 (2)
село	3 (1.7)	7 (4.0)	2 (1.1)	4 (2.3)	4 (2.3)	3 (1.7)	7 (4.0)	2 (1.1)
p*	0.79	0.82	0.35	0.001	0.54	0.79	0.08	0.44
<b>Етнос</b>								
български	11 (1.0)	39 (3.7)	5 (0.5)	4 (0.4)	18 (1.7)	22 (2.1)	14 (1.3)	18 (1.7)
турски	0	3 (3.0)	0	1 (1.0)	1 (1.0)	1 (1.0)	1 (1.0)	1 (1.0)
ромски	8 (7.0)	13 (11.3)	3 (2.6)	2 (1.7)	3 (2.6)	2 (1.7)	10 (8.7)	3 (2.6)
друг	0	0	0	0	0	0	3 (16.7)	2 (11.1)
p*	0.0001	0.001	0.04	0.26	0.76	0.81	0.001	0.026
<b>Образование и заболяване при същия родител</b>								
висше	1 (0.1)	23 (5.3)	4 (0.6)	2 (0.5)	6 (0.9)	7 (1.6)	7 (1.0)	8 (1.8)
средно	10 (2.3)	18 (3.2)	1 (0.2)	3 (0.5)	12 (2.7)	15 (2.7)	10 (2.3)	12 (2.2)
основно	1 (1.9)	5 (11.1)	0	0	0	0	5 (9.4)	0
начално	0	2 (6.1)	0	2 (6.1)	1 (2.3)	3 (9.1)	3 (6.8)	2 (6.1)
без образ.	7 (9.9)	7 (18.9)	3 (4.2)	0	3(4.2)	0	3 (4.2)	1 (2.7)
p*	0.001	0.001	0.02	0.003	0.06	0.04	0.001	0.44

\*критерий  $\chi^2$  на Пийърсън

местоживеене, образование и трудов за-етост на майката (p>0.05). Въвеждане на твърди, полутвърди и меки храни – относителният дял на децата на 6-8 месечна възраст, които получават твърди, полутвърди и меки храни е 88.3% (n=1137), като за останалата част от децата, които са захранени след тази възраст съществува риск за правилния растеж и развитие. Средната възраст на захранване (включване на храни, различни от майчино мляко) при децата в настоящото проучване е 4.6 ( $\pm 1.6$ ) месеца. Майките без образование, безработните, на деца с ромски произход и селско место-живеене започват захранването на децата си значимо по-рано (2-3 месец), в сравнение с майките от други категории на признаците (4.5-5 мес.) (p<0.001). Майките с висше образование и на деца с български произход започват късното захранване с цел намаляване риска от алергии, а майките без образование и на деца от ромски произход – предимно поради липсата на средства за закупуване на храни.

Средната възраст за включване на вода, сокове и други захранващи храни се увеличава с намаляване на образователната степен на майката, при децата с майки от турски и ромски етнос, в селския район в сравнение с градския район на местожи-веене (p<0.001). Откроява се по-късното включване на жълтъка и месно-зеленчу-ковото пюре при децата от ромски произход (7-ми месец), като при около 10% от този етнос жълтъкът се включва след навършване на едногодишна възраст. Почти половината (45.1%) от майките на децата от ромски етнос не знаят кога и защо трябва да се започне приемът на яйчен жълтък. Една трета (33.4%; n=32) от децата от ромски произход биват захранвани със супа през 3-тия месец. Основният проблем в този случай е, че при ромите повече от 80% от супите се приготвят с готови разтворими бульони, богати на сол, глутамат и хидро-генирани мазнини. По този начин се увеличава натоварването на организма със сол, бъбречна ретенция на натрий и още от най-ранна детска възраст се създават предпоставки за ранна изява на фамилната обремененост със сърдечно-съдови заболявания в тази етническа група. Образова-нието на майката, етническата принадлеж-ност, местоживеенето в селата и по-младата

възраст на майките са фактори, повлияващи по-ранното включване на киселото и прясното мляко в диетата на кърмачето, което е рисково за специфични алергични реакции към млякото и развитието на аутоимунни заболявания в по-късна възраст ( $p < 0.001$ ).

*Индикаторът минимално диетично разнообразие* измерва относителния дял на децата на 6-23 месечна възраст, получаващи дневно 4 и повече групи храни от общо 7 и е равен на 81.4% в проучваната извадка. Делът на децата, приемащи храни от  $\leq 4$  групи, е значимо по-нисък при майки с по-високи образователни степени (висше – 9.2%, средно – 17.4%) и възрастови групи (под 19 год. – 60%), при трудо-заетите майки (10.3%; безработни – 48.8%), тези с деца с български (11.5%) и друг (18.2%) етнос в сравнение с майките от другите категории на съответните признаци ( $p < 0.001$ ). Повече от половината деца на майки на деца с ромски етнос (56.5%), с начално (62.5%) или без образование приемат ежедневно храни от 4 и по-малко групи.

*Минималната честота на хранителния прием* е относителен дял на кърмени и некърмени деца на възраст 6-23 месеца, които получават минимален брой и повече пъти твърди, полутвърди и меки храни (включително приема на мляко при некърмените деца). В проучената извадка делът на децата, получаващи минимален брой хранителен прием, е 100% както при кърмените, така и при некърмените деца.

*Относителен дял на кърмените деца* във възрастта 0-24 месеца е 83.1% ( $n=746$ ). Значимо по-висока е честотата на кърмените деца при майки с по-висока степен на образование и възраст на майката както и при българския етнос на детето (над 85%;  $p < 0.001$ ). Дяловете на кърмените деца не се различават статистически значимо по местоживеење и начин на родоразрешение ( $p > 0.05$ ).

*Заместителното хранене* (хранене с млека за кърмачета) се свързва с по-ранно отбиване, по-висок риск от възникване на инфекция при неспазване на добра хигиена. Относителният дял на децата на възраст 0-23 месеца, които са хранени от бутилка в извадката е 51.7% ( $n=445$ ). *Продължителността на кърменето на деца до 36-месечна възраст* се представя чрез медиана на кърменето, която е равна на 5 месеца за цялата извадка. Установяват се значими различия по образование (висше - 6 мес., начално - 1.5 мес.), местоживеење (град - 5 мес., село - 3 мес.) и трудова заетост на майката, етническа принадлежност (български - 5 мес., ромски - 2 мес.) на детето. Най-висока е продължителността на кърмене при майките на деца от български етнос, с висше образование, градско местоживеење, във възрастовите групи 35-44 години и трудова заетите майки ( $p < 0.05$ ).

### Подкрепа за кърмене и хранене от страна на здравната служба

Около 60% ( $n=769$ ) от анкетираните майки споделят, че персоналът в родилното отделение, където е било родено детето им, изцяло ги е подкрепил в желанието и усилията им за кърмене. Абсолютната подкрепа от страна на персонала намалява статистически значимо с намаляване на възрастта и образователната степен на майката, към майките на деца от малцинствен произход и без работа ( $p < 0.001$ ). Основният източник на информация за храненето на децата при майките е ОПЛ или педиатър, проследяващ развитието на детето (73.3%;  $n=939$ ). Значението на ОПЛ като основен източник на информация е най-високо при майките на деца от ромски етнос (82.6%;  $n=95$ ;  $p=0,02$ ), майките с начално и без образование, възрастовите групи 20-24 год. и 35-39 год. и с градско местоживеење ( $p > 0.05$ ). Около половината от анкетираните майки (48.7%;  $n=627$ ) обаче споделят, че не са удовлетворени

от обема и/или актуалността на информацията, която получават от ОПЛ по отношение на кърменето и храненето на детето. Друг проблем, който се открие в хода на анкетирането на майките е обхващането с профилактични медицински грижи на децата от малцинствен произход. Делът на децата, които не са обхванати от грижите на ОПЛ сред ромския етнос е 8.7% ( $n=10$ ), а като основна причина за липсата на такъв майките посочват нежеланието на лекарите да впишат децата им в листите си поради големия брой пациенти в тях. Повечето от тези майки изказват съмнение, че откажат на лекарите е свързан по-скоро с етническата принадлежност на децата им. По този начин се създават предпоставки за неравенство в достъпа до медицинските услуги за една много рискова прослойка от обществото, сред която проблемът със здравето възпитание стои изключително остро и лекарят се явява основен източник на здравна информация. Неграмотността и невъзможността за закупуване на списания и книги за бъдещи и млади майки определят тези източници на информация като най-слабо разпространени сред посочените социални слоеве от населението (60%,  $n=24$  от майките под 19 годишна възраст са майки на деца с ромски произход). С намаляване на образователната степен, възрастта на майката, малцинствения произход на детето и при селското местоживеење, влиянието на близкото обкръжение нараства ( $p < 0.001$ ). Особено силно е влиянието на майките и свекървите на анкетираните майки на деца от малцинствен произход. Това е породено от една страна от културалните особености на етноса, а от друга страна, поради високата честота на ранната раждаемост при тези майки, когато те сами са още незрели и неспособни да се грижат за децата си. Важно е това да се взема предвид при разработване на образователни програми за промоция на здравето в съответните групи.

### Заклучение

Неблагоприятните практики на кърмене и хранене обуславят диференциран подход към майките от проблемни (уязвими) групи – необхванати от рутинни медицински грижи, майките с ниска образователна степен или без образование, от по-ниските социални прослойки, фамилнообременените деца с хронични неинфекциозни и алергични заболявания – провеждане на здравно-промотивни дейности сред майките за повишаване на знанията и практическите умения за кърмене и хранене на децата по време на женските и детските консултации, срещите със здравни медиатори; разработване на регионална/национална социална програма по осигуряване на адекватно хранене на бременни, кърмачки и деца от 0-3 години от социално слабите групи.

### Библиография

1. МЗ, Национална здравна стратегия на България 2014-2020.С., 2013
2. ЕК, Стратегия "Европа 2020" <http://ec.europa.eu/europe2020/>
3. Намаляване на неравенствата по отношение на здравето в Европейския съюз, Доклад на ЕС 2011, ISBN 978-92-79-15030-2
4. WHO, World Conference on Social Determinants of Health <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/index.html>
5. World Health Report 2011, Introduction European Parliament resolution on reducing health inequalities in the EU, 8 March, 2011
6. НСИ. Население. <http://www.nsi.bg/bg/content/3024/>
7. Тугендрай, Лекции за майките..., Съвременна хигиена, 1911: София.
8. Кутинчев С., Бедността през погледа на социалната хигиена, Съвременна хигиена, 1911: София
9. Bruna Galobardes V., P. McCarron, L. Howe at al., Social inequalities in height: persisting differences today depend upon height of the parents. PLoS One. 2012; 2012. 7(1): p. e29118.
10. Zaren B., Bakketeig L., Maternal smoking affects fetal growth more in male the fetus. Paediatr Perinat Epidemiol 2000. 14: p. 118-26.

### Автори

Н. Ушева, К. Докова, А. Керековска, Факултет по обществено здравеопазване, МУ „Проф. д-р П. Стоянов“, гр. Варна