

БОРБА С ДЕТСКАТА СМЪРТНОСТ- ОРГАНИЗАЦИИ, ИНСТИТУЦИИ, ДЕЙНОСТИ (ИСТОРИЧЕСКИ ПОГЛЕД 19-20 ВЕК)

Надежда Михайлова

FIGHTING INFANT MORTALITY – ORGANIZATIONS, INSTITUTIONS, ACTIVITIES (HISTORICAL REVIEW 19-20 CENTURY)

Nadezhda Mihaylova

РЕЗЮМЕ

Цел на настоящото изследване е да проучи борбата с детската смъртност през втората половина на 19-и век до 30-те години на 20-и век, чрез разглеждането ѝ в четири избрани страни, значително различаващи се по ниво на показателите и развитие на здравеопазването - Франция, Великобритания, Русия, САЩ.

Методология: Приложен е историко-документален метод.

Историята на борбата с ДС през разглеждания период в четирите страни показва редица общи черти: осъзнаване на ДС като обществено важен проблем, разширяване и обогатяване на статистическите изследвания и на тяхна основа формулиране на мерки за снижението ѝ. Високата детска смъртност се свързва с рискове от страна на майката, нисък социално-икономически статус и антихигиенни условия, особено в градска среда. Организации за борба с високата детска смъртност се създават по инициатива най-вече на лекари и социални реформатори, с последващо въвличане на по-широки кръгове от интелигенцията. Благотворителността има широко място в усилията за подобряване на детското здраве при липсваща обществена политика. През първата половина на 20-и век в повечето страни се приема законодателство в защита на майчинството и детството, насочено към всички, независимо от социално-икономическия им статус. Създават се специфични структури за профилактиката на майките и децата; прилагат се добри практики на обслужване като сестри-посетителки, обединяване на медицински и социални подходи. Концепцията за развитието на майчиното и детското здравеопазване е добра основа за новия етап от развитие на борбата с детската смъртност - след Втората световна война, когато за успешното ѝ реализиране допринасят големите научни открития в медицината.

Ключови думи: детска смъртност, законодателство, организации за борба с детска смъртност, майчинство и детство, детски консултации

SUMMARY

The aim of the study is to investigate the fight against infant mortality in the second half of 19-th century till the 1930-s, by examining it in four selected countries, significantly different in rates of the indicators and development of the healthcare system – France, Great Britain, Russia, USA.

Methodology

A historical-documentary method is applied for achieving the aim.

There are some common features of the fight against infant mortality for the defined period in the four countries – recognition of infant mortality as a socially important problem, expansion and enrichment of the statistics, and on their basis development and implementation of measures for its reduction. Risks related to the mother, low socio-economic status, bad hygiene, especially in urban environments are the main reasons for the high infant mortality rates. Physicians and social reformers are the main actors in the development of organizations fighting infant mortality. Charity has a leading role in improving child health in the lack of social policy. During the first half of the 20th century legislation was passed in many countries on the protection of motherhood and childhood, aimed at all regardless of their socio-economic status. Specific structures and organizations for prevention mothers and children are established, good practices such as health-visitors are applied, medical and social approaches are integrated. The fight against infant mortality entered a new stage after the Second World War, grounded on the concept of the development of maternal and child healthcare, when the major scientific inventions in medicine contribute to its successful realization.

Keywords: infant mortality; legislation; organizations fighting against infant mortality; motherhood and childhood; consultations

ВЪВЕДЕНИЕ

Първите документирани опити за измерване на детската смъртност принадлежат на един от пионерите на демографската статистика, британецът John Graunt (1620 - 1674). В своята книга „Естествени и политически наблюдения върху бюлетините на смъртта“ (1662г.) той констатира, че 1/3 от починалите в Лондон умират под 5 годишна възраст, а 36% не достигат 6-тата си година [1].

Но за реална оценка на детската смъртност може да се говори едва през втората половина на 19-и век, когато всички европейски държави и САЩ, в резултат на задължителна регистрация на виталните събития и национални преброявания на населението, разполагат с данни за брой на населението, живородени и починали деца. Започва да се изчислява показателят „детска смъртност“ (ДС), който класически се оформя като съотношение на

починалите деца до едногодишна възраст спрямо живородените за същия период. Първоначално показателят се представя на 100 живородени, а в последствие - на 1000 живородени. Наличието на статистически данни дава възможност да се изчисляват показатели по пол, по сезони, по възрастови периоди, по местоживеене - град/село, а в някои страни и по области/региони [2] [3] [4] [5]. Създават се възможности за сравнения между отделните държави. Разширените статистически данни за показателя детска смъртност се събират и публикуват в държавни национални или регионални статистически сборници, което е признание за обществената му значимост. Интересът на демографи, статистици, лекари и други специалисти към детската смъртност като обществен проблем се засилва от данни за предотвратимостта на множество от нейните причини - лошо хранене, инфекциозни заболявания, липса/недостатъчна здравна грамотност в семействата, труден достъп до медицинска помощ, материална оскъдица [6] [7]. Ето защо стойности на показателя във втората половина на 19-и век в трицифрени числа около 200-250 на 1000 в Европа и САЩ се оценяват като неоправдано високи. И.П.Куркин (1858-1934 г), изтъкнат представител на санитарната статистика, проследявайки детската смъртност от 1870-те до 1911 г., класифицира европейските държави в четири групи в низходящ ред: първа група с най-висока ДС, - 200 до 280 на 1000 – Унгария, Австрия; втора група, с малко по-ниски показатели, около 200 на 1000 са Италия, Германия, Нидерландия, Швейцария; в трета група с показатели от 150 до 170 на 1000 са Франция, Финландия, Англия, Белгия; четвърта група с най-ниски показатели от 100 до 130 на 1000 - Дания, Швеция, Норвегия [8] [9]. Тази подредба на страните, с малки размествания остава същата и през 20-те и 30-те години на 20-и век като се запазва тенденцията оцеляването на децата в южна и източна Европа до 1 и до 5-годишна възраст да е с по-ниски стойности в сравнение с повечето страни на север [10] [11] [12] [13] [8].

Осъзнаването на детската смъртност като важен проблем води до обществени действия за намаление на високите ѝ стойности. Започва да се говори за борба с детската смъртност, създават се организации с такава цел, развиват се обществени грижи, първоначално насочени към децата от бедните слоеве, по-късно разширяващи се в политики в областта на детското здравеопазване.

Лидери на борбата с детската смъртност са лекари, учени, обществени деятели, хуманисти, чийто личностен профил може да бъде обект на специално проучване.

Цел на настоящото изследване е да проучи борбата с детската смъртност през втората половина

на 19-и век и до 30-те години на 20-и век чрез разглеждането ѝ в четири избрани страни, значително различаващи се по ниво на показателите, развитие на здравеопазването, по държавно устройство - Франция, Великобритания, Русия, САЩ.

Приложен е историко-документалния метод. Извършено е търсене на научни публикации в списания, книги, доклади на държавни институции и научни организации, публикувани на английски, френски, руски и български езици. Търсенето е осъществено в следните научни бази данни PubMed, Google scholar, Research gate, Web of science с ключовите думи: детска смъртност, борба срещу детската смъртност, детски консултации, регистри на виталните събития, история, майки, здравна грамотност, обществени грижи за деца, закони за детето, Франция, Русия, Обединено кралство, САЩ.

Изложение: В края на 19-и век в резултат на изследователска работа върху детската смъртност като медико-демографско явление назрява идеята, че тя успешно може да изпълнява роля на индикатор за здравето на населението. Илюстрация на това е изказването на George Newman, деец на общественото здравеопазване във Великобритания: „Един нисък индекс за ДС при равни други условия е показател за здрава общност, а високият - за обратното“ [14]. Той прогнозира, че в бъдеще този показател може да се използва „за заместител (сурогат) на широк кръг социални, екологични и медицински индикатори“ [14].

Sir Arthur Newsholme, министър на здравеопазването на Великобритания и автор на текстове за детската смъртност, набляга на значението на градската хигиенна среда и организацията на здравната помощ и определя ДС като „най-чувствителният индекс, който притежаваме за социално благополучие и за хигиенна администрация, особено в градски условия“ [15].

Важен фактор за осъзнаване на значимостта на ДС е трайно промененото отношение към детето и неговия живот. Докато в по-ранни исторически епохи то е negliжирано, а смъртността сред децата е възприемана като естествен процес, част от ежедневието, във втората половина на 19 век детето започва да се осъзнава като семейна и обществена ценност, а загубата на живота му - критически оценявана като морално неприемлива и фокусираща обществено внимание. За политиците и военните лидери ДС има практическо значение, особено след лошото представяне на френската армия срещу германската и на британските военни части в Англо-бурските войни. Разпространението на страхове от „физическа дегенерация“ на нациите, свързана с висока ДС и лошо физическо състояние на населението са причина редица национални правителства да въвеждат програми за

осигуряване благополучието на майките и децата [16] [17].

Франция. През 1902 г. във Франция се създава Лига срещу детската смъртност, като целта ѝ е справянето с предотвратимата детска смъртност до първата година с всички възможни средства. Един от основателите ѝ заедно с Roussel и Strausse е Pierre Budin, който има значителен принос за подобряване на медицинските и обществените грижи за децата в ранна възраст [18].

Pierre Budin (1847-1907) е роден в селце до Beauvais, близо до Париж. Завършва католическо училище за момчета, а по-късно и философия в Наполеоновия лицей в Париж. Учи медицина в Университета – Париж - VI. Една година е стипендиант в Единбург и възприема идеите на Джоузеф Листър за антисептика. След завръщането си във Франция, започва работа като акушер-гинеколог в болница Charite, в Париж, където отделя особено внимание на грижите за новородените. Под влияние на учителя си, Staphane Tarnier, той посвещава живота си на подобряване на детското здраве чрез образование на майките, подобряване на хигиенните условия и пропагандиране на естествено хранене на кърмачето. Издава няколко книги като най-известната е посветена на храненето на кърмачетата Le nourrisson: alimentation et hygiène, enfants débiles, enfants nés à terme 1900. Основен дял от работата му е насочена към подобряване здравето и живота на преждевременно роденото дете - осигуряване на топлинен комфорт, чрез създаването на инкубатор от стъкло и дърво, подходящо хранене и хигиена на кърмачката при хранене на такова дете [19] [18] [20].

Пиер Бюден остава в историята като създател на първата консултация за майки на кърмачета. През 1892 г. в оглавяваната от него клиника Maternite, оценявайки потребностите на майките от здравни съвети, той обявява „часове за разговор“ с майките на деца до две годишна възраст, по-късно разпространили се из цяла Франция като „консултации за кърмачета“ или детски съветателни станции (ДСС). В тях се осъществява медицинско наблюдение на децата от лекар специалист/педиатър и консултации на майките за правилно отглеждане на децата. Нов момент е включването в екипа на ДСС на фигурата на сестра – посетителка, която има задача да опознае на място условията на отглеждане на детето, да даде адекватни съвети и да подтикне майката и дойката да ги изпълняват. За да изпълнява ролята на посредник между здравните органи/специалисти и семействата на децата, на здравен възпитател на майките, тя трябва да е възпитана, интелигентна, предана, да притежава необходимите умения и такт [21]. През 20-те и 30-те години на 20-и

век, след успешния опит в детското здравеопазване, сестрата-посетителка заема важно място в практиката на превантивна медицина в Европа и специално в работата на диспансерите, най-вече противотуберкулозни, психиатрични и в медико-социалното обслужване на уязвими/рискови семейства [22] [23].

След основаване през 1902 година на Лига срещу детската смъртност, в действие влиза и законът Roussel за защита на децата, вследствие на който се създава и неправителствената организация за първите пунктове за майчино мляко „La goutte de lait“ (капка мляко), които раздават стерилизирано мляко на майките. През следващите няколко години организацията придобива световна известност, насочена е към приемане на добри практики в детското здравеопазване – стерилизиране на млякото и по-добра хигиена [24].

През 1905 г. детските консултации - ДСС в Париж са вече 25, бързо се разпространяват и през 1926 г. във Франция има 3400 ДСС и 250 млечни кухни. Селските райони с висока ДС са обслужвани от подвижни ДСС, в които работят лекар специалист и сестра посетителка. С цел да се намали детската смъртност, държавата предлага заплащане на тези майки, чиито деца оживеят след първата си година. Тази стратегия се оказва успешна и само в рамките на няколко години в някои проблемни райони се отчита спад в детската смъртност от 300 ‰ на 200 ‰. За стимулиране на естественото хранене при новородените, държавата въвежда подобни заплащания, известни като „майчини премии за кърмене“, за подпомагане на жени, които сами кърмят децата си и са в затруднено материално положение [25] [21]. За облекчаване на работещите майки с малки деца значение има регламентирането със закон (1897 г.) на дейността на детските ясли, които приемат деца от третата седмица след раждането до три годишна възраст. Те се създават при по-големите фабрики, като според закон от 1917 г. всяка фабрика с над 100 работнички трябва да осигури зали за кърмене. Медицинското и хигиенно обслужване се осъществява от лекар чрез редовни посещения. Сестрите-посетителки отговарят за управлението на яслите. [26].

Здравната просвета на майките е издигната като важна задача и в наредба на Националната служба по хигиена са включени принципи и методи, които трябва да се спазват при популяризирането на здравни знания за майчинството и детството [27].

Ролята на държавата за подпомагане на майките се изразява в утвърждаването на взаимно-спомогателни каси за майчинство, които са субсидирани и контролирани от местната администрация. Членовете на тези каси срещу малки вноски

получават необходимата помощ при бременност и раждане, осигуряване на сестра-посетителка при нужда от медицинска грижа; предвиждат се премии за майчино кърмене; поддържат се ДСС, които могат да оказват и материална помощ за новороденото дете. С цел да се преустанови емиграцията от селото в града, в различни райони на Франция се основават земеделски каси, които за трето дете изплащат 10 франка, за четвърто – 18 франка и за всяко следващо по 20 франка [26].

Стремежът на Франция да бъде социална държава, датиращ още от времето на Френската революция, се проявява и в прилаганите мерки по отношение на грижите за децата в ранна възраст. В резултат на държавни, местни и частни инициативи за закрила на майчинството и детството, детската смъртност във Франция от 158‰ през 1891-1900г. спада на 76‰ през 1932 г. [28].

По примера на Франция започват да се създават консултации и в други страни на Европа.

Великобритания е една от първите държави които въвеждат държавните преброявания на населението и създава система за регистрация на раждания, бракове, смърт. През 1840 г. се разширява практиката на протеровариолна ваксинация сред децата. Забележителният „Доклад за санитарните условия на работещото население във Великобритания“ на Едуин Чадуик показва редица неблагоприятни хигиенни условия на живот, особено на градското население, които се свързват с по-висока смъртност [29]. Установява се нарастване на ДС (на фона на известно намаление на общата смъртност), което се дължи на лошо хранене и лоши хигиенни условия на живот. Увеличават се броят на изследванията върху ДС в Англия и Уелс и връзката ѝ с фактори като урбанизация, индустриализация: доказана е закономерността: „по-голям град - по-висока ДС“; установява се по-голямо разпространение на изкуственото хранене на децата в ранна възраст сред по-бедните и сред индустриалните работнички [30]. Разкрива се голямото значение на предотвратимите инфекциозни заболявания, особено на диарииите; посочва се протективния характер на кърменето върху тях [31], резултатите от изследванията са отправна точка на практическите мерки, предлагани от движението за намаление на детската смъртност. Идеолог на обществените действия в тази насока става Сър Джордж Нюман [32] [14].

G. Newman (1870-1948), роден в семейство на квакери, от малък е закърмен с идеите за обществено благополучие. С християнска отдаденост участва в много мисии. Посветеността му на работа за обществена полза намира пресечна точка с избора на медицината за бъдеща професия – на 17 години постъпва в Медицинския факултет на университета в Единбург, а след

това и в King's College, Лондон. Дълго време той е главен съветник по здравните въпроси (равносилно на министър на здравеопазването) на правителството на Обединеното кралство. Става много известен с книгата си „Детската смъртност-един социален проблем“ (1906 г.), в която въз основа на факти и проучвания прави анализ на причини и фактори за високата детската смъртност и посочва пътища за намалението ѝ. Признание за значимостта на книгата е преиздаването ѝ след 100 години, придружено с ретроспективни анализи и съвременен поглед направени от видни изследователи по проблема [14].

Нюман изказва мнение, че детската смъртност зависи от широк кръг фактори, но влиянието на почти всички преминава и се осъществява чрез личността на майката, тъй като тя има голяма роля за формиране на социалния живот на семейството, в което се отглеждат децата. Той набляга на възможността чрез подходящи грижи, главно със социален характер, майките да намалят заплахите за децата си, отглеждани в сурова и неблагоприятна среда [14]. Идеята за ключовата роля на майката намира практическа реализация: във Великобритания в последните години на 19-и век някои от местните здравни власти се насочват към повишаване на здравната грамотност сред майките - разработват и разпространяват брошури за хранене и отглеждане на малките деца, борба с диарииите; събират и анализират данни за социалното обкръжение на починалите деца от специално назначени в някои общини служителки - „lady inspectors“ [33]. В редица градове на Англия още от 60-те години на 19-и век се развиват инициативи за наемане на уважавани, грамотни жени като здравни посетителки, които с посещения по домовете на нуждаещи се да допринасят за здравето в семействата, насърчавайки „чистота, здравни навици, пестеливост, умереност“. Те не са доброволци, а наети от благотворителни организации. Техните функции са различни от сестринските грижи при болни, доста по-разнообразни са и „не изискват по-ниска квалификация от тази на болничните сестри“ както отбелязва Флоранс Найтингел. Позицията „здравна посетителка“ постепенно става добра, достойна работа за жени от работническата и особено от средната класа [34]. Със своята дейност здравните посетителки създават модели на разпространение на здравна грамотност, допринасят за издигане здравно-културното ниво на семействата и имат принос за подобряване на средата, в която се отглеждат деца.

За повишаване на обществената загриженост за детското здраве, респ. намаляване на детската смъртност, допринасят и факти, показващи въздействието на здравето в ранна детска възраст върху това в по-късния живот на личността. Така

по време на Бурската война (1899-1902 г.) се открива висок дял - 40% от войниците в Британската армия са физически негодни като последица на заболявания и недохранване в детството [35]. След големите загуби от Англо-Бурската война, обаче се установява един победител – а това е Общественото здраве. Вземат се решения за категоризация на войниците в 4 категории, като в 4-та категория попадат негодните за война [35]. Провежда се национално проучване с цел да се проследи връзката между околната среда и физиката на мъжете. Прокрадва се идеята за връзката между храната и здравето, както и добрата физическа форма; след Първата Англо-Бурска война се препоръчват задължителни медицински прегледи на децата в училище на национално ниво, безплатно хранене за бедните деца в училище и обучение на майките от работническата класа [16]. През 1904 година излиза пореден доклад Interdepartmental Committee report от FitzRoy, в който са съчетани наблюдения и препоръки, като отново се набляга на санитарни изисквания и обучение на родителите, в частност на майките [36]. Подчертава се, че единствената възможност за наблюдение на потенциалните бъдещи граждани (в т.ч. войници) е това да става още в училищния период. Така борбата за справяне с детската смъртност влияе положително върху развитието на движението за обществено здраве. Във Великобритания, още в 1918 г. е приет Закон за майчиното и детското благополучие (Maternity and Child Welfare Act) [37], с който се дава пример за поемане на отговорност от страна на държавата за защита на гражданите в тази твърде чувствителна област.

Великобритания е забележителна с широк кръг изследвания на ДС в разглеждания период, но не по-малък интерес представляват публикациите от края на 20-и началото на 21-ви век, в които се интерпретират минали проучвания в контекста на историческото развитие на проблема. Те са част от т.н. историческа демография и имат голямо значение за осмисляне на уроците от миналото [14].

Русия – империя с огромна територия, разнообразно по етнически състав население, безправно положение на селячеството, има първи данни за изключително висока детска смъртност още през 18-и век [38]. Най-ранна и висока чувствителност/заинтересованост към проблема ДС проявяват хората на науката. М.В. Ломоносов, учен-енциклопедист в 1761 г. изразява публично тревога от бавния темп на нарастване на населението, поради висока смъртност на деца под 1 година и посочва група мерки за справяне с проблема: увеличение броя на лекари и акушерки, борба с антихигиенни обичаи и предразсъдъци, издаване на книги по педиатрия и акушерство, уреждане на домове за незаконородени деца и сираци. Проф. Зыбелин в

академична реч през 1760 г. прави анализ на извънредно високата кърмаческа смъртност и акцентира върху важните за това причини: лошо хранене, детски инфекции, недостатъчно медицинско обслужване, липса на нужното обгрижване на децата [39]. През 19-и и началото на 20-и век се развиват и обогатяват статистическите изследвания за ДС, както за страната, така и за отделните губернии и окръзи и се засилва участието на лекарите и техните организации в дебата и борбата с ДС. Обществеността осъзнава необходимостта от изучаване на ДС. През 1833 г. Доброволческата организация „Вольное экономическое общество России“ обявява конкурс с награда за изследване „причините за неестествено високата смъртност сред кърмачетата“ и средствата за нейното намаление. Показателен е броят на представените разработки - 84, от които пет са наградени, а една е отличена със златен медал. Нейният автор И.Р.Лихтенщед посочва, че причините за ДС могат да бъдат повлияни единствено чрез подобряване на „народното благосъстояние“ [40] [38]. Драматично високите стойности на смъртността на децата в първата година от живота им предизвикват реакция от страна на руските лекари. Педиатърът Г.Л.Аттенхофер установява ДС 311 на 1000 за Петербург в периода 1800-1812 г. и предлага мерки за намалението ѝ предимно от социален характер: забрана за помещиците да натоварват бременните селски жени с тежка и опасна стопанска работа, недопускане на бръснари и неуки „баби“ да извършват раждания и други. Във втората половина на 19-и век въпросът за ДС е постоянно в дневния ред на сбирки и конгреси на земските лекари. Тежкото положение на селската жена, лошите хигиенни условия и инфекциозните заболявания са най-често обсъжданите причини за ДС. Изтъква се значението на тежката работа през лятото и оставянето на децата без надзор за постоянния „пик“ на ДС през летните месеци. Земските лекари организират разпространение на информация за храненето и отглеждането на кърмачетата чрез печатни издания, беседи. Наблюденията им показват, че ДС сред децата посещаващи летни ясли е с 1/3 по-ниска в сравнение с тези оставащи в домовете си [40] [39]. Земските лекари организират разпространение на информация за хранене и отглеждане на кърмачетата чрез печатни издания, разговори. Дружеството на руските лекари представя в официални, открити писма препоръки от медицински и социален характер за намаление на прекомерно високата детска смъртност. Макар и правилни, те са трудно осъществими, защото изискват коренни обществено-политически реформи. Обществената тревога е основателна като се имат предвид данните от края на 19 век за оцеляването на деца до 5-годишна възраст: през 1890 г.

в Русия от 1000 момичета оживяват 593, докато в Швеция - 850, а от 1000 момчета оживяват 556 при 830 в Швеция [38] [6].

През първото десетилетие на 20-ти век в Русия се създават редица организации, които имат за цел намаляване на ДС. През 1901 г. по инициатива на педиатъра Н.А.Гундобин се формира официална комисия за изучаване на ДС. През 1904 г. д-р Н.А. Русских организира „Съюз за борба с детската смъртност в Русия“, който издържа млечни кухни, трапезарии, детски консултации и болници, води санитарно-просветна дейност. Финансира се от членски внос, дарения, продажба на издания, има и известна подкрепа от държавата. Негови членове са много изтъкнати лекари, юристи, литератори, свещеници. През 1909 г. се създава Московско дружество за борба с детската смъртност. Назрява схващането, че мерките за намаляване на ДС трябва да бъдат задължение на държавата, на земските и градски самоуправни. Като неотменима част от борбата с ДС се добавя и превенцията на здравето на майките, тясно свързано с пре- и постнаталните рискове за децата. Със закона за медицинското осигуряване от 1912 г. се прави първата сериозна стъпка от страна на държавата в борбата с ДС, като на фабричните работнички се осигуряват 6 седмици платен отпуск при раждане - 2 седмици преди и 4 седмици след раждане. Необходимостта от решително реформиране на здравеопазването в Русия изисква преразглеждане на остарялото здравно законодателство. Към създадената с тази цел през 1912 г. Междуправителствена комисия има специален отдел, предлагащ законодателство за ДС. С участието на лекари – педиатри и акушер-гинеколози са разработени законопроекти за защита на майчинството и детството: забрана на женски и детски труд при вредни условия, осигуряване на почивки и зали за кърмене на работничките в промишлеността, създаване на постоянни детски ясли в предприятия с над 50 работнички, разкриване на детски консултации и млечни пунктове в населени места с над 20 хиляди жители и в предприятия с над 500 работнички. Финансирането им да се обезпечава от земските и градски управи и от собствениците на предприятия. Макар че „Думата“ (Народното събрание) не подкрепя законопроектите, а войната попречва на тяхното допълнително разглеждане, те са важно обществено постижение и заедно с богатите статистически изследвания върху ДС представляват капитал, с който борбата с ДС в Русия навлиза в следвоенната епоха [41].

Новата власт в Съветска Русия приема през 1918 г. държавен здравен план, който се фокусира върху здравето на децата и майките, факт, критично важен след опустошителната война и вътрешни междуособици - революция и гражданска

война. Концепцията за здравни грижи се основава на правителствена отговорност за здравеопазването, универсален достъп до безплатни услуги. Авдеев определя 1920-те като време на закони, постановления, т.е. създава се юридическа основа на централизираната здравеопазна система, която през 1930-те се обезпечава с ресурси [38]. Изгражда се мрежа от поликлиники, центрове за пренатални и детски грижи, които осъществяват периодичните профилактични прегледи, домашните посещения и имунизациите. В резултат на това се наблюдава бързо намаляване на детската смъртност, макар разликата с напредналите европейски държави да остава значителна. Най-голям принос в борбата с детската смъртност имат детските здравни съветствени станции (ДЗСС), които по-късно се наричат детски консултации. Те са в постоянна връзка с родилните домове, в които майките биват мотивирани да посещават ДЗСС, където текущо се провежда здравното състояние на децата и се провежда широка здравна просвета. Важно място в съветите за отглеждането на новородените заема естественото хранене. Към някои ДЗСС са изградени и млечни кухни, от където се получава доброкачествено и стерилизирано мляко за децата срещу рецепта от лекар [27]. В ДЗСС работи екип от медицинска сестра и лекар специалист/ педиатър. Сестрата провежда разговор с майката за здравното състояние на детето. След това прави необходимите антропометрични измервания; лекарят преглежда детето и дава указания за храненето и отглеждането му. Сестрата има и задължението за посещения по домовете, проследява изпълнението на посочените от лекаря съвети и при необходимост дава инструкции за изпълнението им. Всички деца, които посещават ДЗСС се тестват за заразяване с туберкулоза и се ваксинират. Яслите в Съветска Русия са предназначени за отглеждането на деца на работещи родители. В тези институции възпитанието на децата е поверено на сестри възпитателки, които имат специална подготовка. В селските участъци през работния сезон се разкриват летни ясли, където в добри хигиенни условия се полагат грижи за правилното отглеждане на децата [41] [27] [38].

В САЩ се разгръщат значителни усилия за подобряване на детското здраве през 90-те г. на деведнаесети век, период, характеризиращ се със споделена вяра, че науката, ефективността и сътрудничеството ще решат наболелите проблеми на обществото. Коалиции на здравни работници, юристи - реформатори, политици водят кампании за трудови закони, задължително образование и съдебни системи за непълнолетни. Създават се институции специално предназначени за деца, в т.ч. сиропиталища и детски болници. Националният „кръстоносен поход“ за подобряване на

детското здраве се фокусира върху намаление на ДС. По примера на европейските държави и в САЩ се създават организации за борба с ДС, като най-значима е Американската асоциация за изучаване и превенция на детската смъртност, основана през 1909 г., след среща на изтъкнати лекари, сестри, социални работници, реформатори и има за цел да разпространява методи за оцеляване на кърмачетата, да подпомага местните институции и да привлича вниманието към детската смъртност на национално ниво [17].

Мас Dorman и Т. Mathews отбелязват, че детската смъртност в САЩ в средата на 19-и век е висока и с расови различия - 216,8 на 1000 при бялото население и 340 на 1000 при афроамериканци. Тези стойности намаляват постепенно през 20 век, като за бялото население темпът е значително по-бърз. В 1911 г. ДС е 135 на 1000, а само 4 години по-късно, в 1915 г. е 100 на 1000, но още дълго време са докладвани двойно по-високи показатели за населението от афро-американски произход [42]. Изследванията на ДС извеждат като най-важна нейна причина, в 1/3 до над половината случаи, гастроинтестиналните заболявания, в частност диарии, което води до концентриране на педиатрите върху храненето на малкото дете [43]. През 1899 година видният американски педиатър Хенри Коплик (1858-1927г.), повлиян от движението Goutte de Lait в Европа, започва експерименти със стерилизирането на млякото и препоръчва създаване на детски кухни в бедните квартали на Ню Йорк [44]. Фокусирането върху храненето на децата в най-ранна възраст довежда до извода, че майчината кърма, превъзхождайки по качества доставяното чисто мляко, най-добре предпазва от диарии, поради което „липсата на кърмене е може би главна причина за детската смъртност“ (Griffith 1912) [43]. Това в известна степен измества отговорността за високата ДС от местните власти и благотворителни организации, доставчици на стерилизирано мляко към майките, т.е. наблюдава се феномена „обвинение“ на жертвите. Griffith първи настоява, че недостатъчните семейни доходи са по-важна причина майките да спрат да кърмят, отколкото „невежество, мързел и липса на пестеливост.“ Свързани с ниските доходи се изтъкват и фактори като недостатъчно/ липса на образование, липса на канализация, пренаселеност на жилищата и др. [17] [43]. За разлика от европейския подход към детското здраве и благополучие, който е насочен към всички деца, независимо от икономическия им статус, американската политика е фокусирана към бедността, към семействата на новодошлите мигранти и поради това интервенциите, държавни или на доброволчески организации, са форма на благотворителност. През ранните години на 20-и

век в САЩ не се счита за спешно и важно да се създаде законодателство, гарантиращо здраве и благополучие на майките и децата - факт, който среща неодобрение от страна на привържениците на държавна отговорност за майчиното и детското здраве [45]. ДС остава трайна тема в политическите дебати, както в целите на Общественото здраве и по отношение на зависимостта ѝ от раса и етнос. Поради тяхната голяма близост с бедността, трудно може да се оцени самостоятелното им значение, но в статистиката ДС се отчита отделно по расова принадлежност, което е признацие за расовите и културни различия в страната. Положителен момент е, че общественото здравеопазване трайно се придържа към постановката, че детското здраве е функция от социално-икономическия статус на семействата и от това произтичат редица добри практики.

Концепцията за млечните кухни комбинирана с домашните посещения се развива от Лилиан Уолд (1867-1940), американска медицинска сестра, активистка за правата на жените и малцинствата, а също и за расова интеграция. Тя поставя основите на услуги за визитиращи сестри и въвежда термина „Сестра на общественото здраве“. Дейността ѝ е насочена не само към болните хора. Тя вярва, че всеки живущ в Ню-Йорк заслужава еднакво и достойно здравеопазване; защитава идеята, че за подобряване на общественото здраве трябва да се влияе на социалните и икономическите проблеми. По това време се полагат основите на пренатални и постнатални грижи за децата в САЩ [46].

Заклучение. Историята на борбата с ДС през втората половина на 19-и век и 30-те години на 20-и век в четирите разглеждани страни показва редица общи черти: осъзнаване на ДС като обществено важен проблем, разширяване и обогатяване на статистическите изследвания и на тяхна основа формулиране на мерки за снижението ѝ. Високата детска смъртност се свързва с рискове от страна на майката, нисък социално-икономически статус и лоши хигиенни условия, особено в градска среда. Организации за борба с високата детска смъртност се създават по инициатива най-вече на лекари и социални реформатори, с последващо въвличане на по-широки кръгове от интелигенцията. Благотворителността има широко място в усилията за подобряване на детското здраве при липсваща обществена политика. През първата половина на 20-и век в повечето страни се приема законодателство в защита на майчинството и детството, насочено към всички, независимо от социално-икономическия им статус. Създават се специфични структури за профилактиката на майките и децата; прилагат се добри практики на обслужване като сестри-посетителки, обединяване на медицински и социални подходи. Концепцията

за развитието на майчино и детско здравеопазване е добра основа за новия етап от развитие на борбата с детската смъртност през 1950-те, когато за успешността ѝ допринасят големите научни открития в медицината.

Библиография:

- J. Graunt, „Natural and Political OBSERVATIONS Mentioned in a following INDEX, and made upon the Bills of Mortality,“ 1662.
- П. Куркин, Детская смертность в Московском губернии и ее уездах в 1883-1897., Москва, 1902.
- С. Новосельский, Смертность и продолжительность жизни в России, Петроград: Типография Министерства внутренних дел, 1916.
- С. Новосельский, Обзор главнейших данных по демографии и санитарной статистике России. Календарь для врачей на 1916 год., том II, Б. П., Ред., Петроград, 1916, pp. 66-67.
- П. Куркин, Смертность малых детей, Санкт Петербург, 1911.
- М. Птуха, Очерки по статистике населения, Москва: Госстатиздат ЦСУ СССР, 1960.
- Денисенко и Т. М. Б. Б., Ред., Демографический исследование: Историческая демография, том 14, Москва: МАКС Пресс, 2008.
- S. EDVINSSON, Ó. GARÐARSDÓTTIR и G. THORVALDSEN, „Infant mortality in the Nordic countries, 1780–1930,“ Continuity and Change, том 23, № 3, pp. 457–485, 22 December 2008.
- A. Løkke, „Did midwives matter, 1787–1845- Pathways of the past, time and thought.,“ Oslo, 2002.
- L. Pozzi и D. R. Fariñas, „Annales de démographie historique,“ Belin, 2015.
- F. Ramiro, D. Sanz и A. Gimeno, „Structural changes in childhood mortality in Spain, 1860-1990,“ International Journal of Population Geography, 6 (1), pp. 61-82., 2000.
- F. Ramiro, D. Sanz и A. Gimeno, „Childhood mortality in Central Spain, 1790-1960. „Changes in the course of demographic modernization, Continuity and Change, № 15 (2), pp. 209-234, 2000A.
- J. Vallin, „The decline of mortality in Europe,“ в Mortality in Europe from 1720 to 1914: long-term trends and changes in the patterns by age and sex, , Oxford., Clarendon Press., 1991. , pp. 38-67.
- E. Garrett, C. Galley, N. Shelton и R. Woods, Infant mortality: a continuing social problem. A volume to mark the centenary of the 1906 publication of Infant mortality: a social problem by George Newman., Aldershot, Ashgate, , 2006.
- A. Newsholme, „Infant and Child Mortality,“ Darling and Son, Ltd., (London: , 1910.
- AQA, „What was the impact of war on public health in the 20th century?,“ 2015.
- J. P. Brosko, „The Early History of the Infant mortality Rate in America: “A Reflection Upon the Past and a Prophecy of the Future“,“ Pediatrics, 1999.
- P. L. TOUBAS, „Dr. Pierre Budin: Promoter of Breastfeeding in 19th Century France,“ BREASTFEEDING MEDICINE, том 2, № 1, 2007.
- J. P. Baker, „The Incubator and the Medical Discovery of the Premature Infant,“ Journal of Perinatology, № 5, p. 321–328, 2000.
- P. M. Dunn, „Professor Pierre Budin (1846-1907) of Paris, and modern perinatal care,“ Archives of Disease in Childhood, № 73, pp. F193-F195, 1995.
- P. Budin, Le nourrisson : alimentation et hygiène, enfants débiles, enfants nés à terme., Paris: Doin, 1900.
- С. Бекярова, К. Докова и Н. Фесчиева, „Обучението по превантивна медицина в Европа, през 20те години на 20ти век,“ Социална медицина, 2015.
- C. Prausnitz, The Teaching of Preventive Medicine in Europe., London: Oxford University Press, 1933.
- P. Julien, „Pédiatrie sociale : le créateur de la Goutte de lait et ses biberons : Les Biberons du Docteur Dufour,“ Revue d'histoire de la pharmacie, № 315, pp. 348-350, 1997.
- A. Schoonheere, „La Goutte de lait à Comines,“ p. 1, 7 09 2016.
- Madame Méli ssande , „Breast is best? A history of wet nursing in France,“ Discovering the delights of French history, p. 1, 2022.
- Н. Койчев, Обществени грижи за детето (в чужбина и у нас), Ст. Загора, 1936г.
- S. Corsini и P. P. Viazzo, Ред., The decline of infant mortality in Europe 1800-1950: four national case studies, Florence: UNICEF , 1993.
- E. Chadwick, „Report on the sanitary conditions of the labouring population of Great Britain. A supplementary report on the results of a special inquiry into the practice of interment in towns,“ W. CLOWES AND SONS, LONDON, 1843.
- P. Laxton и N. J. Williams, „Urbanization and infant mortality in England: a long term perspective and review,“ в Urbanisation and the epidemiologic transition, M. C. Nelson и J. Rogers, Ред., Urbanisation and the epidemiologic transition (Reports from the Family History Group, No. 9., 1989, pp. 109-35.
- C. M. Nolan, „Infant mortality as an indicator of social and environmental change, 1880–1930: with special reference to Derby,“ unpublished Ph.D thesis, 1982.
- G. Newman, Infant mortality : a social problem, London: Methuen, 1906.
- M. McFeely, Lady Inspectors: The Campaign for a Better Workplace, 1893-1921., 1988.
- R. W. J. Dingwall, „Collectivism, Regionalism and Feminism: Health Visiting and British Social Policy 1850–1975,“ Journal of Social Policy, том 6, № 03, pp. 291 – 31, 1977.
- J. M. Winter, „Military fitness and civilian health in Britain during the first World War,“ Journal of contemporary history, № 15(2), p. 211–244, 1980.
- A. W. S. Fitz Roy, „Report of the Inter-departmental Committee on Physical Deterioration,“ Printed for H.M. Stationery Off., by Darling & Son, London , 1904.
- „MATERNITY AND CHILD WELFARE BILL,“ 1918.
- А. Авдеев, „Младенческа смертност и история на охраната на материнството и детството в России и в СССР,“ в Историческа демография: Сборник статей, М. Денисенко и И. Троицкая, Ред., Москва, МГУ, МАКС Пресс, 2008, pp. 13-71.
- И. Егорышева, „Проблема детска смертност в России в трудах руски лекари и ученици (XVIII — начало XX века,“ Здравоохранение Российской федерации, № 4, pp. 53-56, 2012.
- И. Егорышева, „Научно-практическа разработка на проблема на детска смертност,“ История Педиатрии, том 5, № 2, 2014.
- В. Альбицкий и С. Шер, „БОРЬБА С ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТЬЮ В ИМПЕРСКОЙ И СОВЕТСКОЙ РОССИИ (Начало XX в. – 1940 г.),“ в Смоленский медицинский альманах, том 4, 2016.
- M. F. MacDormann и T. Mathews, „The Challenge of Infant Mortality: Have We Reached a Plateau?,“ Public Health Reports, том 124, pp. 670-681, September–October 2009.
- J. P. C. GRIFFITH, „THE ABILITY OF MOTHERS TO NURSE THEIR CHILDREN,“ JAMA., том LIX, № (21):, pp. 1874-1877, 23 11 1912.
- Н. КОПЛИК, „THE HISTORY OF THE FIRST MILK DEPOT OR GOUTTES DE LAIT WITH CONSULTATIONS IN AMERICA,“ Journal of the American Medical Association, том LXIII, № 18, pp. 1574-1575, 1914.
- D. Dwork, War is Good for Babies and Other Young Children: A History of the Infant and Child Welfare Movement in England, 1898–1918., London, UK: Tavistock, 1987.
- E. Fee и L. Bu, „The origins of public health nursing: the Henry Street Visiting Nurse Service,“ American journal of public health, № 100(7), p. 1206–1207, 2010.



Адрес за кореспонденция:

Nadezhda.mihaylova@mu-varna.bg